



ได้รับอนุญาต
จาก ศ.น.พ.

CME PLUS

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

(Care of Pregnant Women Complicated with Heart Diseases)

พ.ว.กนกกร สุนทรขจิต วท.บ., พ.ว.

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปัฒนศาสตร์และนรีเวชวิทยา

เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ 9216

รหัส 3-3220-000-9301/170901

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นโรคหัวใจในขณะยังไม่ตั้งครรภ์
2. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ
 - 2.1 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจในระยะก่อนเจ็บครรภ์คลอด
 - a. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจเมื่อแรกฝากครรภ์
 - b. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจในขั้นตอนการติดตาม
 - c. แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจขณะตั้งครรภ์
 - 2.2 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจในระยะเจ็บครรภ์คลอด
 - a. ควรคลอดเมื่อใด
 - b. ช่องทางการคลอด
 - c. การชักนำให้เจ็บครรภ์คลอด และการเร่งคลอด
 - d. การพิจารณาการติดตามอาการผู้ป่วย
 - e. การให้ยาบรรเทาปวด และยาระงับความรู้สึก
 - f. การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อเป็นการป้องกันภาวะ infective endocarditis (IE) (antibiotic prophylaxis for infective endocarditis)
 - 2.3 การให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด
 - 2.4 ท่าที่ใช้ในการคลอด (Position during labor and delivery)
3. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจในระยะหลังคลอด
4. เพื่อให้ทราบเกี่ยวกับแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจประเภทต่าง ๆ

■ ต่อจากฉบับที่แล้ว

• **เวนทริคูลาร์ฟิบริลเลชัน และฟลัตเตอร์ (Ventricular fibrillation และ flutter)** เป็นการเต้นผิดจังหวะที่พบบ่อย อัตราการเกิดบอกได้ยากเพราะผู้ป่วยที่ตายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะท้ายมักจะมีการเต้นผิดจังหวะแบบนี้ หรือมีขณะนั้นก็ตามด้วยหัวใจหยุดเต้นเลย แต่ประมาณว่าพบได้ใน 10 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วย ถ้าเกิดโดยไม่มีหัวใจวายหรือช็อกร่วมด้วยซึ่งมักเกิดภายใน

48 ชั่วโมงแรก (primary ventricular fibrillation) ถ้าได้รับการนวดหัวใจทันและรักษาถูกวิธีก็จะมีชีวิตรอดได้ และผู้ป่วยพวกนี้จะมีการพยากรณ์โรคได้เหมือนผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป แต่ถ้าเกิดร่วมกับภาวะหัวใจวายหรือช็อก (pump failure) การนวดหัวใจกู้ชีพมักจะไม่ไ้ผล และไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ (secondary ventricular fibrillation) ซึ่งจะเกิดในระยะท้าย ๆ ของโรคก่อนที่ผู้ป่วยจะตาย



การรักษาที่ดีที่สุดคือ การปรับจังหวะด้วยการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า

การเต้นช้าผิดปกติของหัวใจ (Bradycardia)

เป็นการเต้นผิดปกติที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะเมื่อเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายใหม่ ๆ พบได้ราว ๆ 20 เปอร์เซ็นต์ มักไม่มีอาการ และไม่ต้องให้การรักษา พบในกล้ามเนื้อด้านล่างตายบ่อยกว่ากล้ามเนื้อด้านหน้าตายมาก

สาเหตุยังไม่ทราบแน่ แต่เชื่อกันว่าอาจเป็นผลของการกระตุ้น Cholinergic reflex ซึ่งกีดการทำงานของ SA node หรือการขาดเลือดของ node หรือจากการที่เนื้อเยื่อซึ่งขาดเลือดปล่อยสารบางอย่างออกมา อาจเกิดจากยาที่ใช้ในการรักษาได้ เช่น มอร์ฟีน โพรปราโนลอล และดิจิตาลิส เป็นต้น ความสำคัญของการเต้นผิดปกติแบบนี้ยังไม่ทราบแน่ แพทย์บางคนก็รายงานว่ามีการพยากรณ์โรคนี้ดี แต่บางคนก็เชื่อว่ามีอันตรายหลังจากมีการตั้ง



หน่วยอภิบาลโรคหัวใจโคโรนารี (coronary care unit) ขึ้นมาแล้วก็มักจะให้การรักษาเมื่อหัวใจเต้นช้ากว่า 50 ครั้ง/นาที โดยเหตุผลที่ว่า

1. เวเนตริกเคิลเต้นก่อนจังหวะ และเวเนตริกเคิลเต้นเร็วผิดปกติมักเกิดบ่อยขึ้น ยิ่งหัวใจเต้นช้ายิ่งเกิดการแทรกซ้อนแบบนี้มากขึ้น

2. การที่หัวใจเต้นช้าอาจเป็นปัจจัยให้เกิดอาการหัวใจวายหรือช็อก เพราะกล้ามเนื้อไม่สามารถเพิ่มปริมาตรสูบฉีดโลหิตได้ อัตราการสูบฉีดเลือดของหัวใจขึ้นกับอัตราการเต้นของหัวใจ ความเชื่อที่ว่าหัวใจเต้นช้ามีอันตรายได้รับการสนับสนุนโดย Pantridge และคณะ ซึ่งพบว่าในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลมีหัวใจเต้นช้ากว่าปกติถึง 40 เปอร์เซ็นต์ และเกิดเวเนตริกคูลาร์ฟิบริลเลชันได้บ่อย ๆ จึงมีการแนะนำให้ฉีดอะโทรปีนถ้าหัวใจเต้นช้าในระยะแรก ต่อมานักวิจัยจาก National Institute of Health วิเคราะห์ความสำคัญของการเต้นผิดปกติแบบนี้ และการให้อะโทรปีน ลงความเห็นว่ากรณีที่หัวใจเต้นช้าเป็นผลดี และการให้อะโทรปีนอาจมีอันตราย แต่การวิจัยเป็นผลจากการทดลองในสุนัขซึ่งไม่ใช่จากการศึกษาในผู้ป่วย

โดยทั่วไป sinus bradycardia ซึ่งหัวใจไม่เต้นช้ามาก มักไม่เกิดอันตรายอะไร โดยเฉพาะเมื่อเกิดในกล้ามเนื้อหัวใจด้านล่างตาย แต่ถ้าหัวใจเต้นช้ามาก ๆ อาจทำให้ความดันต่ำลง และอาจเริ่มมีช็อกเกิดขึ้น ควรได้รับการรักษาเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจซึ่งอาจใช้อะโทรปีน การใช้เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจ (Pacemaker) หรือใช้ยาพวก sympathomimetic amine เป็นต้น

• **Sinus node dysfunction** พบได้น้อยราว 5 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยมักเกิดขึ้นในหัวใจด้านล่างตาย ผู้ป่วยมีอาการหัวใจเต้นช้า เช่น เกิด sinus bradycardia หรือ sinus arrest หรือสลับกับหัวใจเต้นเร็วก็ได้ (Bradycardia tachycardia syndrome) หรืออาจมีเอเทรียลฟิบริลเลชันซึ่งคล้ายกับ sick sinus syndrome การเต้นผิดปกติแบบนี้มีอันตราย และควรต้องรักษาโดยรีบด่วน



• **Heart block** พบเกิด AV block ประมาณ 12-25 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วย แต่ complete AV block จะเกิดประมาณ 2-10 เปอร์เซ็นต์ พบในหัวใจด้านล่างตายมากกว่ากล้ามเนื้อด้านหน้าตายประมาณ 2-3 เท่า ในหัวใจด้านล่างตาย block มักเกิดใน AV node หรือใน bundle of His ส่วนต้น พวกนี้มักมี PR interval ยาวกว่าปกติ (first degree AV block) และอาจดำเนินต่อเป็น type I second degree AV block และ third degree AV block (complete AV block) ตามลำดับ รูปร่างของ QRS complex มักปกติ อัตราเต้นของเวนทริเคิลมักไม่ช้ามากนัก จะอยู่ราว ๆ 40-60 ครั้งต่อนาที มักจะไม่ทำให้เกิดอาการอะไร จะกลับมากปกติภายหลัง

ในกลุ่มเนื้อด้านหน้าตาย AV block เกิดขึ้นแตกต่างกับในกลุ่มเนื้อด้านล่างตายมาก โดยอาจมี intraventricular conduction เสียไป และอาจร่วมกับ PR interval ยาวเกินปกติหรือไม่ก็ได้ ถ้าเกิด second degree AV block มักจะเป็น Mobitz type II block เมื่อเกิด complete heart block อัตราการเต้นของเวนทริเคิลมักช้า QRS complex จะกว้างและรูปร่างผิดปกติ มักเกิดทันที และมักจะเป็นอย่างถาวร ถ้าช่วยไม่ทันจะเกิดอาการช็อกหรือหัวใจวาย หรือหัวใจอาจหยุดทันทีได้ มักมีพยาธิสภาพใน bundle of His ส่วนล่าง โดยมีการตายหรือขาดเลือดเลี้ยง อาจมี bundle branch block เกิดขึ้นก่อน โดยเฉพาะเมื่อ 2 ใน 3 แขนงของทางนำคลื่นไฟฟ้าถูกสกัดกั้น เป็นแขนงด้านขวาถูกสกัดกั้นแล้วมีแขนงด้านหน้าหรือแขนงด้านหลังของแขนงด้านซ้ายถูกสกัดกั้น มักต้องใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจด้วยไฟฟ้าตลอดไป

ภาวะช็อกจากหัวใจ

อาการแทรกซ้อนนี้มีอัตราตายสูงจึงต้องระวังและป้องกันไม่ให้เกิดอาการนี้ขึ้น ข้อควรระวังในการวัดความดันเลือดโดยใช้การฟังเสียงอาจผิดพลาดได้มาก เนื่องจากหัวใจสูบฉีดโลหิตต่ำ และมีหลอดเลือดแดงหดเกร็งอย่างมาก

เมื่อเกิดช็อก สิ่งแรกที่เราควรทำคือ แยกสาเหตุต่าง ๆ ซึ่งไม่ได้เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพราะสาเหตุอื่น ๆ มีทางรักษาแก้ไขได้ ถ้าช็อกเป็นจากหัวใจจริง ๆ การรักษาด้วยยาเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบันเกือบจะไม่ได้ผลเลย

ภาวะหัวใจวาย

อาจเกิดภาวะหัวใจวายชั่วคราวเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกแองจินา ซึ่งมักจะตอบสนองดีต่อยารักษาภาวะหัวใจวาย แต่ถ้ามีกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก ๆ อาจไม่ตอบสนองต่อการรักษา ถ้าเป็นอยู่นาน ๆ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีและตายได้ ถ้าเกิดภาวะหัวใจวายขึ้นในระยะหลัง (late onset) มักมีพยากรณ์โรคที่ไม่ดีเพราะเป็นจากกล้ามเนื้อตายมาก ๆ

เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ

พบได้ถึง 15 เปอร์เซ็นต์ มักจะพบในสัปดาห์แรกเกิดอาการเจ็บหน้าอกในบริเวณทรวงอกส่วนบน ต้นคอ แขนทั้งสอง มักจะเจ็บมากขึ้นถ้าหายใจลึกหรือไอ บางคราวอาจมีไอ น้อยรายที่จะมีไข้สูงเกิน 103 °F อาจพบเสียง pericardial rub ได้ถึง 5-10 เปอร์เซ็นต์ และมักเกิดใน 4 วันแรก อาจหายใจหอบจนทำให้คิดถึงภาวะหัวใจวาย

การมี pericardial effusion จะทำให้เงาของหัวใจในเอกซเรย์โตขึ้น ซึ่งต้องแยกจากภาวะหัวใจวาย เสียง pericardial rub จะได้ยินชัดที่เอพิคซ์ และบริเวณข้าง ๆ กระดูกหน้าอก ถ้าได้ยินเสียง three components rub จะไม่มีปัญหาในการวินิจฉัย แต่ถ้าเสียงนั้นจำกัดอยู่ในเฉพาะระยะเอเตรียมบีบตัว หรือเวนทริเคิลบีบตัวอาจวินิจฉัยว่าเป็นเสียงฟู่ได้ เสียงนี้อาจเป็น ๆ หาย ๆ ได้เร็ว ในบางครั้งเสียงจะหายไปภายในไม่กี่ชั่วโมงหรือได้ยินใหม่ ควรนึกถึงภาวะแทรกซ้อนเมื่ออาการเจ็บหน้าอกคงอยู่หลายวัน หลังกล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน และเมื่อเกิดร่วมกับการหายใจลึก ๆ และมักไม่ทุเลาจากยาพวกรมอร์ฟิน แต่กลับได้ผลดีหลังให้สเตียรอยด์ ในบางรายจะมีไข้ตลอด



หรือกลับมีไข้ภายหลังแล้ว 3-4 วัน ภาพรังสีทรวงอก จะพบเงาของหัวใจโตขึ้นจากน้ำในช่องหุ้มหัวใจ

Electro-Mechanical Dissociation

ตามปกติกล้ามเนื้อจะหดตัวเมื่อถูกกระตุ้นด้วย คลื่นไฟฟ้า แต่ในกรณีนี้กล้ามเนื้อจะหดตัวน้อยกว่าที่ควร ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นได้ใน 6 ภาวะด้วยกัน



1. กล้ามเนื้อของเวนทริเคิลเป็นอัมพาตชั่วคราว จากการขาดเลือด (Paroxysmal ischemic paralysis of the left ventricle) ในการตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารี กล้ามเนื้อหัวใจจะขาดเลือดมาเลี้ยงโดยทันที กล้ามเนื้อ จึงหดตัวน้อยหรือไม่หดตัวเลย เกิดเป็นอัมพาตไปชั่วคราว อาจมีเจ็บหน้าอกร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ มีอาการเพ้อสับสน วิงเวียน จะเป็นลม หรือหัวใจวายเกิดขึ้นทันที ถ้าทดสอบสมรรถภาพ หัวใจด้วยการออกกำลังกายอาจพบว่าผู้ป่วยหยุดการทดสอบ เพราะเพ้อสับสนและคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะแสดง ST-T กดต่ำลง อย่างมาก ตรวจร่างกายอาจพบชีพจรเต้นแรงและค่อย สลับกัน เสียงควบเวนทริเคิลหรือควบเอเตรียล และเสียงสอง ปิดสลับที่กัน (Paradoxical splitting) หรืออาจมีเสียงฟู่ จากลิ้นไม่ตรัสรั่ว

2. เกิดขึ้นร่วมกับแองจินา ในขณะที่เจ็บหน้าอก จะมีอาการเป็นลมเกิดจากกล้ามเนื้อขาดเลือดอย่างรุนแรง ร่วมกับ electro-mechanical dissociation ในระหว่าง เป็นลมจะคลำชีพจรไม่ได้ และวัดความดันเลือดไม่ได้ ชั่วครวญ แต่ยังมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจตามปกติมีชื่อว่า syncope anginosus

3. Permanent electro-mechanical dissociation อาจพบได้ในกรณีหัวใจหยุดเต้น คลื่นไฟฟ้า หัวใจยังเต้นปกติ แต่ตรวจไม่พบชีพจรและความดันเลือด มักจะเสียชีวิตแม้จะนวดหัวใจก็ไม่ฟื้น จะพบร่วมกับ กล้ามเนื้อหัวใจด้านหน้าตายมาก ๆ และมักเกิดในผู้ป่วยวัย สูงอายุ

4. หัวใจแตกเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ จะมี อาการหัวใจถูกบีบกด และ electro-mechanical dissociation คลื่นไฟฟ้าหัวใจมี ST-T ยกสูงขึ้นหรือกดต่ำลง ก็ได้ และคลื่น T จะสูงแหลม (Tented T wave)

5. การฉีกขาดของกล้ามเนื้อยึดลิ้นหัวใจ (Rupture of papillary muscle) ลิ้นไมตรัลรั่วอย่างรุนแรง จากการฉีกขาดของกล้ามเนื้อนี้อาจเกิด electro-mechanical dissociation ร่วมด้วย

6. การผ่าตัดที่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม ปรากฏการณ์นี้อาจพบในการผ่าตัดหัวใจที่ใช้เครื่อง ปอดหัวใจเทียมช่วย โดยเฉพาะเมื่อการผ่าตัดใช้เวลา นานเกินไป

การเกิดเอ็บบลิสมในปอด

เป็นการแทรกซ้อนที่สำคัญจนอาจตายอย่าง ปัจจุบันหรือเกิดการขาดเลือดมากขึ้นจนหัวใจวาย หรือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ก่อนหรือรอบมัสอาจมาจากเวนทริเคิลขวา บริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือเมื่อเกิดเอเตรียล ฟิบริลเลชัน แต่ส่วนใหญ่จะมาจากการขาดเลือดดำที่ขา และช่องเชิงกราน



Maurer และคณะ พบว่า 37 เปอร์เซ็นต์จะมี
ธอมโบซิสในหลอดเลือดดำ และประมาณครึ่งหนึ่งของ
ธอมบัสจะเกิดใน 72 ชั่วโมง แต่หลังวันที่ 5 ไปแล้ว
จะเกิดขึ้นน้อย มักจะเกิดในรายสูงอายุและมีภาวะหัวใจวาย
หรือช็อก แต่เอ็มโบลิสมของปอดที่ทำให้เกิดอาการ
จนสามารถวินิจฉัยโรคได้พบไม่บ่อยนัก

การวินิจฉัยในผู้ป่วยเอ็มโบลิสมของปอดที่
ไม่มีอาการและไม่มีอินฟาร์คของปอดทำได้ยาก เนื่องจาก
ผู้ป่วยอาการหนักจึงไม่สามารถรับการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการอย่างละเอียด แต่อาจสงสัยจากอาการ
อ่อนเพลีย หายใจหอบ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็วโดยหา
สาเหตุไม่ได้ ถ้ามีอาการเฉพาะโรคชัดเจน เช่น เจ็บหน้าอก
ไอเป็นเลือด ฟังได้ยินเสียง friction rub และมีเงาในภาพ
รังสีทรวงอกจะวินิจฉัยได้โดยง่าย แต่ถ้าไม่มีอาการเหล่านี้
และภาพรังสีทรวงอกปกติจะวินิจฉัยได้ยากหรือไม่ได้เลย
Paradoxical embolization พบได้น้อย

เอ็มโบลิสมของหลอดเลือดแดงซิสตัมิก

ธอมบัสมักเกิดที่บริเวณเยื่อชั้นในของหัวใจ
ส่วนที่ตายที่บริเวณแอเพ็กซ์ของหัวใจเกิดขึ้นภายในหลาย ๆ วัน
หรือหลาย ๆ สัปดาห์ก็ได้ อาจหลุดไปอุดที่หลอดเลือด
เอออร์ตา หรือหลอดเลือดดำส่วนปลาย หรืออุดตัน
หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอง ไต ตับ
และม้าม ทำให้เกิดอินฟาร์คของอวัยวะเหล่านั้น ในปัจจุบัน
อาการแทรกซ้อนนี้ลดน้อยลงไปตามที่เฝ้าระวังสาเหตุ
แน่นชัด

การทำงานผิดปกติของกล้ามเนื้อยึดลิ้นหัวใจ (Papillary muscle dysfunction)

เสียงฟู่ซิสโตลิกจากลิ้นไมตรัลรั่วพบได้บ่อย
บางรายงานอาจพบได้ถึง 60-70 เปอร์เซ็นต์ แต่ส่วนมาก
มักจะเป็นชั่วคราวแล้วหายไปในระยะสัปดาห์แรก เชื่อว่า
เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติหรือตายไป





เพราะได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอ ทำให้ลิ้นไมตรัลปิดไม่สนิท ตั๊กล้ามเนื้ออาจไม่เสีย แต่ผนังของเวนทริเคิลที่กล้ามเนื้อเกาะอยู่เกิดแอนูรัซิมจนเกิดรั่วได้ ในบางคราวลิ้นไมตรัลอาจไม่รั่วขณะผู้ป่วยอยู่เฉย ๆ แต่ถ้าออกกำลังหัวใจจะบีบตัวแรงขึ้นจึงจะรั่ว หรือรั่วเกิดมากขึ้น การตรวจร่างกาย อาจได้ยินเสียงฟู่ซิสโตลิกเกิดขึ้นในช่วงหลัง ๆ ของซิสโตล หรือมีเสียง systolic click นำมาก่อนเสียงฟู่นี้

การฉีกขาดของกล้ามเนื้อยึดลิ้นหัวใจ

อาการแทรกซ้อนนี้พบน้อย เมื่อเกิดขึ้นผู้ป่วยมักจะมีอาการหนักและมีภาวะหัวใจวายอย่างรุนแรง หรือช็อกร่วมด้วย การรักษาทางยามักได้ผลไม่ถึง 20 เปอร์เซ็นต์ จะมีชีวิตรอดได้เกิน 2-3 สัปดาห์ การตรวจสวนหัวใจจะวินิจฉัยได้จากรั่วที่ผนังกันเวนทริเคิล มีผู้รายงานการผ่าตัดแก้ไขได้ผลสำเร็จแล้วหลายราย

การทะลุของผนังกันเวนทริเคิล

มักเกิดขึ้นหลายวันภายหลังการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ หรืออาจเกิดขึ้นในวันแรกก็มี เลือดจะไหล

ลัดวงจรจากซีกซ้ายมาขวา หัวใจจะวายอย่างรุนแรง ตรวจร่างกายจะพบเสียงฟู่ซิสโตลิกที่บริเวณเอพิทักซ์ คล้ายกับลิ้นไมตรัลรั่วได้ การตรวจสวนหัวใจมีความจำเป็นเพื่อการวินิจฉัยและดูความรุนแรงในรายที่มีภาวะหัวใจวายอย่างรุนแรงหรือมีอาการช็อกต้องผ่าตัดโดยรีบด่วน

การแตกของหัวใจ (External rupture of the heart)

เป็นสาเหตุการตายประมาณ 10-15 เปอร์เซ็นต์ ส่วนใหญ่ 69 เปอร์เซ็นต์จะเกิดในสัปดาห์แรก 7 เปอร์เซ็นต์ที่เกิดหลังสัปดาห์ที่ 2 มักเกิดขึ้นในกลุ่มอายุที่เกินกว่า 50 ปีที่มีความดันโลหิตสูง และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นครั้งแรก มักตายอย่างกะทันหันใน 2-3 นาที โดยไม่มี





อาการนำแต่อย่างใดเลย แต่ในบางรายอาจมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงซ้ำ ๆ กัน เมื่อหัวใจแตกเลือดจะไหลเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มรอบหัวใจ และทำให้เกิดหัวใจถูกบีบกด ตรวจจะพบผู้ป่วยมีผิวหนังเย็นซีดและเขียวคล้ำ หลอดเลือดดำที่คอโป่ง อาจมี paradoxical pulse การเต้นของหัวใจอาจช้าลง บางรายอาจมี false aneurysm ก่อนเกิดการแตกขึ้น การแตกส่วนมากแตกที่ผนังของเวนทริเคิลซ้าย

แอนูริซึมของผนังหัวใจ

เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่พอ การหดตัวจะเสียไปในระยะซิสโตล กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยงอาจจะหดตัวด้วยกำลังที่น้อยลง หรือไม่หดตัว หรือกลับไปงอียดออก ถ้ากล้ามเนื้อส่วนนั้นขาดเลือดจนถึงตายไปก็อาจเกิดในรอยแผลเป็น ซึ่งอาจจะหดตัวน้อยลง (hypokinesia) หรือไม่หดตัว (akinesia) หรือโป่งพองออก (dyskinesia) การโป่งนี้อาจจะเป็นอยู่ตลอดเวลา แม้แต่ระยะไดแอสโตล

โดยทั่วไปมักจะเกิดที่เวนทริเคิลซ้ายประมาณ 95 เปอร์เซ็นต์ และเวนทริเคิลขวาประมาณ 5 เปอร์เซ็นต์ มักจะเกิดในรายที่มีกล้ามเนื้อตายตลอดความหนาของผนัง และเกิดที่บริเวณด้านหน้าหรือบริเวณเอเพ็กซ์ของหัวใจราว ๆ 80 เปอร์เซ็นต์ ถ้าเป็นมานาน ๆ อาจมีหินปูนเกาะได้ มีภาวะแทรกซ้อนคือ หลอดเลือดแดงถูกอุดกั้นจากเอ็มโบลิสซึมที่หลุดมาจากผนังที่ตาย หรือเกิดภาวะหัวใจวาย หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยเฉพาะเวนทริเคิลเต้นเร็วผิดจังหวะซ้ำ ๆ

Gorlin และคณะ ประมาณว่าถ้าแอนูริซึมเกิดขึ้นเป็นปริมาณมากกว่า 20-25 เปอร์เซ็นต์ของเวนทริเคิลซ้ายทั้งหมดมักจะทำให้การไหลเวียนและสูบฉีดเลือดของหัวใจผิดปกติ

Dubnow และคณะ พบว่ามีเพียง 27 เปอร์เซ็นต์ที่มีชีวิตอยู่ได้ 5 ปี เมื่อเทียบกับถ้าไม่มีแอนูริซึมซึ่งมีชีวิตรอยู่ได้ถึง 77 เปอร์เซ็นต์ ควรสงสัยภาวะนี้เมื่อภาวะหัวใจวายไม่ตอบสนองต่อการรักษา (refractory congestive





heart failure) มีเอ็มโบลีสมเกิดซ้ำ หรือเวนทริเคิลเต้นเร็ว ผิดจังหวะซ้ำหลายครั้ง ควรได้รับการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ เช่น ฉีดสารทึบรังสี การตรวจร่างกายอาจพบมีแรงกระแทกหัวใจที่ผิดปกติซึ่งอาจอยู่กลางกว่า หรือสูงกว่าเอเพ็กซ์ของหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจพบมี ST-T ยกสูงขึ้นอย่างถาวรในชั่วต่อจากทรวงอก ภาพรังสีอาจพบมีเงารูปร่างผิดปกติที่บริเวณด้านซ้ายของเงาของหัวใจ หรือ fluoroscopy อาจพบการหดตัวที่ผิดปกติ

ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนจากแอนูริซึมต้องพิจารณารักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งอาจยุติอาการแทรกซ้อนเหล่านั้นได้

Post Myocardial Infarction Syndrome

กลุ่มอาการนี้พบได้น้อย สาเหตุไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่ามี hypersensitivity reaction เกิดขึ้น antigen ก็คือ กล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย อาการมักเกิดประมาณ 2-3 สัปดาห์ หรือเป็นเดือน แต่บางครั้งอาจเกิดขึ้นภายหลังเป็นปีก็ได้ อาการเจ็บหน้าอกเป็นแบบเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ซึ่งบางครั้งก็มีเสียง pericardial rub ร่วมด้วย คลื่นไฟฟ้าหัวใจ

มีการเปลี่ยนแปลงแสดงเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ และมีไข้อาจมีปอดบวมหรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดทางซ้ายหรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ อาการหัวใจถูกบีบกดพบได้น้อยมาก อาจมีอาการอยู่เป็นวันหรือนานเป็นสัปดาห์ก็ได้ ทำให้ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีกเนื้อปอดตาย ปอดบวม หรือหัวใจวาย อาการจะดีขึ้นอย่างรวดเร็วถ้าให้ยาพวกสเตียรอยด์

■ [อ่านต่อฉบับหน้า](#)