



ได้รับอนุญาต
จาก ศ.น.พ.

CME PLUS
CONTINUING MEDICAL EDUCATION

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคหัวใจ

(Care of Pregnant Women Complicated with Heart Diseases)

พว.กนกกร สุนทรชิต วท.บ., พ.ว.

ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก

มหาวิทยาลัยมหิดล

วุฒิปริญญาวิทยาศาสตรและนรีเวชวิทยา

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

โรคไขรูมาติก

นิยาม

Rheumatic fever หรือไขรูมาติก เป็นกลุ่มอาการ ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ arthritis, carditis, subcutaneous nodules, erythema marginatum และ chorea ที่สำคัญ

ก็คือโรคนี้ทำให้เกิดโรคหัวใจซึ่งมีอัตราตายสูง บางรายเป็นโรคหัวใจเรื้อรังและเกิดภาวะหัวใจวาย เป็นการบั่นทอนชีวิตและก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำงานไม่ได้ แต่อาการซึ่งเกิดกับอวัยวะอื่นสามารถหายได้เร็วหรือถึงแม้จะไม่ได้รับการรักษา

สาเหตุของโรคนี้ยังไม่เป็นที่ทราบกันแจ่มแจ้ง ปัจจุบันที่สำคัญที่สุดที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี้คือ β -hemolytic streptococcus group A ไข้รูมาติก หรือ ไข้รูมาติกซ้ำ (recurrence) จะเกิดภายหลังการติดเชื้อ สเตรปโตคอคคัสประมาณ 1-5 สัปดาห์ โดยทั่ว ๆ ไปเด็กจะเกิดไข้รูมาติกหลังจากการติดเชื้อนี้ประมาณ 2-3 เพอร์เซ็นต์ ในผู้ใหญ่จะเกิดน้อยกว่านี้ แต่ถ้ามีการติดเชื้อนี้ในผู้ป่วยที่เคยเป็นไข้รูมาติกแล้วจะมีโอกาสเป็นไข้รูมาติกซ้ำถึง 50 เพอร์เซ็นต์ สถิตินี้มีความสำคัญในการที่จะพยายามให้ผู้ป่วยที่เป็นไข้รูมาติกแล้วได้รับการป้องกันอย่างสม่ำเสมอ ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส ถ้าให้ยาปฏิชีวนะในระยะแรกให้มีขนาดสูงและนานเพียงพอจะกำจัดเชื้อนี้ไปจากร่างกาย และจะป้องกันไข้รูมาติกได้

กลไกของการเกิดไข้รูมาติกยังไม่ทราบ แต่เข้าใจว่าเกี่ยวกับความผิดปกติทาง immunopathology ทำให้มีการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ จากการศึกษากล้ามเนื้อหัวใจของเด็กที่เสียชีวิตด้วยไข้รูมาติกพบว่า กล้ามเนื้อหัวใจมี complements IgG, IgM และ IgA จับอยู่รอบ ๆ และไม่สามารถที่จะเพาะเชื้อสเตรปโตคอคคัสจากเลือด หรือ อวัยวะที่อักเสบในผู้ป่วยที่เป็นไข้รูมาติก

อุบัติการณ์

การติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส และอุบัติการณ์การเป็นพาหะ (carrier) นั้น ในรายงานต่าง ๆ ได้ผลแตกต่างกันมาก ส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง 1-3 เพอร์เซ็นต์ จากการสำรวจได้ผลใกล้เคียงกันทั้งเขตชนบทและในเมือง คือพบ β -hemolytic streptococcus group A ในเด็กที่มีอาการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน 4.5 เพอร์เซ็นต์ และในเด็กซึ่งไม่มีอาการ 3.8 เพอร์เซ็นต์ เด็กซึ่งไม่มีอาการแต่พบเชื้อ และเป็นพาหะที่อาจแพร่เชื้อไปยังเด็กคนอื่น ทำให้เกิดการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส และเป็นไข้รูมาติกได้

จากการสำรวจพบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อสูงที่สุดในฤดูหนาว ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงกุมภาพันธ์

ในเดือนมีนาคมและเมษายนจะต่ำที่สุด และจะเริ่มสูงขึ้นเมื่อเริ่มฤดูฝน หรือระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงตุลาคม

อุบัติการณ์ไข้รูมาติกในประเทศที่เจริญแล้วได้ลดลงอย่างรวดเร็วภายใน 40 ปีที่ผ่านมา การลดได้เริ่มลดลงก่อนการค้นพบยาปฏิชีวนะ ถึงแม้ว่าการใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โรคไข้รูมาติกลดลง แต่ก็มียังปัจจัยอื่น ๆ อีก เช่น โรคนี้มักเกิดในเด็กที่ยากจนซึ่งเกี่ยวข้องกับการอยู่รวมกันอย่างแออัด เช่น ครอบครัวที่มีบุตรมาก บ้านคับแคบจนต้องนอนรวมกันหลาย ๆ คนในห้องเดียวกัน ทำให้มีการแพร่เชื้อสเตรปโตคอคคัสไปยังเด็กคนอื่น ๆ นอกจากนี้ยังพบบ่อยในเด็กที่ขาดอาหารและมีความต้านทานของร่างกายน้อย ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีความสำคัญในการควบคุมโรค ที่หอพักผู้ป่วยโรคหัวใจเด็กมีผู้ป่วยด้วยโรคไข้รูมาติกหรือโรคหัวใจรูมาติกซึ่งเป็นผู้ป่วยสามัญมีจำนวน 10-20 คนตลอดเวลา แต่มีผู้ป่วยโรคนี้น้อยมากในห้องพิเศษ จากรายงานรวบรวมจากสถิติโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดโรคไข้รูมาติกอยู่ระหว่าง 36-39 เพอร์เซ็นต์

ความชุกชุม (Prevalence)

ความชุกชุมของโรคหัวใจรูมาติกในเด็กนักเรียนไทยอยู่ระหว่าง 1.3-1.8 : 1,000 และพบโรคหัวใจแต่กำเนิด 2.9 : 1,000 แต่ในแอฟริกาพบความชุกชุมของโรคหัวใจรูมาติกในเด็กนักเรียนสูงถึง 7 : 1,000

พยาธิสภาพ

มักจะพบมีพยาธิสภาพใน synovial tissues ของข้อ และ tendons, ใต้ผิวหนัง และที่หัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะที่ผนังของเวเนทริเคิลซ้าย, ลิ้นหัวใจไมตรัล, เอออร์ติค, atrial appendage ข้างซ้าย และ pericardium การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพในไข้รูมาติกเป็น exudative inflammation แล้วเปลี่ยนเป็นการอักเสบชนิด subacute และ chronic proliferation ซึ่งประกอบด้วย granulomatous tissue และ fibrosis เกิดเป็นแผลเป็นในระยะสุดท้าย



ที่ endocardium สำหรับ verrucous endocarditis ของ ลิ้นหัวใจครั้งแรกจะลอกจากลิ้นหัวใจได้โดยง่าย ต่อมาเมื่อ มีการอักเสบบ่อย ๆ ลิ้นหัวใจจะมาติดกัน Papillary muscle และ Chordae tendineae จะหนาขึ้น ถ้าไข้รูมาติกเกิดซ้ำ กันหลาย ๆ ครั้งอาจทำให้ลิ้นหัวใจไม่ตรัสติบภายใน 2-8 ปี ภาวะลิ้นหัวใจไม่ตรัสติบจะเกิดจาก Chordae และ Papillary muscle หดตัวรั้งให้ลิ้นหัวใจปิดไม่สนิท การตรวจ พบทางกล้องจุลทรรศน์ที่สำคัญคือ Aschoff bodies ที่ บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจ

ประวัติและการตรวจพบ

ไข้รูมาติกมักเกิดในเด็กอายุระหว่าง 6-15 ปี หลังคออักเสบจากการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส 1-5 สัปดาห์ หัวใจอักเสบ และข้ออักเสบเป็นอาการที่พบได้บ่อย หลังจาก หัวใจอักเสบอาจจะมีการทำลายของลิ้นหัวใจและกล้ามเนื้อ หัวใจ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเป็นโรคหัวใจเรื้อรังได้ การวินิจฉัยโรคไข้รูมาติกนั้นค่อนข้างยาก เพราะ ไม่มีการตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องทดลอง ซึ่งบ่งชี้ เฉพาะโรคจึงต้องอาศัยข้อมูลต่าง ๆ มารวมกันเพื่อการวินิจฉัย โรค ลักษณะที่สำคัญของโรคไข้รูมาติกมีดังต่อไปนี้คือ

- **Polyarthritis** ในไข้รูมาติกจะเป็นมากกว่า 1 ข้อ การอักเสบอาจพร้อมกัน หรือไม่พร้อมกันที่เรียกว่า **Migratory polyarthritis** คือ อักเสบที่ข้อหนึ่งก่อน เมื่อข้อนั้นค่อยยังชั่วแล้วจึงไปเป็นข้ออื่นต่อไป มักเป็นที่ข้อใหญ่ เช่น ข้อเข่า ข้อเท้า และข้อมือ มีลักษณะของการอักเสบทั่ว ๆ ไป คือ ปวด บวม แดง ร้อน และกดเจ็บ ภาพรังสีของข้อจะเห็น soft tissue บวมเท่านั้น แต่กระดูกและ periosteum ปกติ
- **Arthralgia** อาการปวดข้อที่ข้อใหญ่โดยไม่มีอาการ อักเสบพบได้บ่อยในไข้รูมาติก ที่สำคัญคือ ต้อง แยกจาก “growing pains” ซึ่งพบได้บ่อยในเด็ก ปกติ การปวดใน growing pains เป็นการปวดที่ กล้ามเนื้อ และเอ็นรอบ ๆ ข้อ มักจะเป็นเวลากลางคืน

ถ้าบิบนวดให้เด็กจะรู้สึกค่อยยังชั่ว แต่จะเจ็บ มากขึ้นในอาการปวดข้อจากไข้รูมาติก

- **Carditis** อุบัติการณ์ของหัวใจอักเสบในไข้รูมาติก สูงประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์ หรือมากกว่า ลักษณะ ที่สำคัญของการอักเสบของหัวใจ คือ

a. เสียงฟู่ หัวใจอักเสบจากไข้รูมาติกมักจะมีเสียงฟู่เสมอ ฉะนั้น ถ้าเกิดมีเสียงฟู่ขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่เคย มีมาก่อนจะสนับสนุนการวินิจฉัยไข้รูมาติกมาก ลักษณะของ เสียงฟู่ที่พบในภาวะที่มีหัวใจอักเสบเฉียบพลันมีดังนี้ คือ

a.1 เสียงฟู่ซิสโตลิกที่ apex เนื่องจากมี ลิ้นหัวใจไม่ตรัสติบ เสียงฟู่ที่เกิดขึ้นจะต้องยาวอย่างน้อย ครึ่งหนึ่งของช่วงต้นของซิสโตล หรืออาจเป็นเสียงฟู่ซึ่งสั้น แต่เป็นตอนท้ายของซิสโตล เสียงฟู่มักจะดังตั้งแต่ grade 3 ขึ้นไป แต่ในบางรายอาจดังเพียงแค่ grade 2 เท่านั้น เสียงฟู่ นี้จะต้องแยกจาก innocent หรือ functional murmur ซึ่งสั้นกว่าครึ่งหนึ่งของช่วงซิสโตล ในกรณีลิ้นหัวใจไม่ตรัส ติบมากมักจะมีเสียงฟู่ในช่วงกลางของไดแอสโตล ที่ apex โดยไม่มีพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจไม่ตรัสติบ เสียงฟู่ไดแอส โตลิกนี้เกิดเนื่องจากมี **relative mitral stenosis** ซึ่งมีสาเหตุ จากการที่มีเลือดไหลผ่านลิ้นหัวใจไม่ตรัสติบมากในระยะ ไดแอสโตล หรือมีการโป่งพองของเวเนตริคิลซ้าย

a.2 เสียงฟู่ไดแอสโตลิกที่ลิ้นหัวใจ เอออร์ติคเนื่องจากลิ้นหัวใจเอออร์ติครั่ว ฟังได้ยินดังที่สุด ที่ขอบซ้ายของกระดูกอกตรงช่องซี่โครงที่ 3 เป็นเสียงฟู่ แหลมช่วงต้น ในระยะเริ่มแรกอาจดังเพียงแค่ grade 1 เท่านั้น แต่มีความสำคัญมากในการวินิจฉัยโรคไข้รูมาติก ควรจะพยายามฟังเสียงฟู่ในผู้ป่วยทุกรายที่สงสัยว่าเป็น ไข้รูมาติก โดยให้เด็กนั่งโน้มตัวไปข้างหน้าในท่าหายใจออก เต็มที่ เพื่อให้ลิ้นหัวใจเอออร์ติคมาชิดผนังทรวงอกมากที่สุด ควรใช้ด้าน diaphragm ฟัง เพราะการใช้ด้านนี้เสียงจะผ่าน acoustic chamber ซึ่งจะลดความถี่ของคลื่นเสียงฟู่ให้ เหมาะกับความสามารถของหูที่จะรับฟังได้

หลังจากผู้ป่วยพ้นระยะหัวใจอักเสบเฉียบพลันแล้ว เสียงฟู่ที่เกิดจากลิ้นหัวใจไม่ตรัสติบ หรือเอออร์ติครั่วเหล่านี้

อาจปรากฏอยู่ตลอด หรืออาจหายไปได้ ในกรณีที่เสียงฟู่หายไป การฟังเสียงหัวใจจะปกติทุกอย่าง

เสียงหนึ่งในภาวะหัวใจอักเสบเฉียบพลันอาจเบาลง เนื่องจากลำดับการบีบตัวของเอเตรียมและเวนทริเคิลเคลื่อนยาวขึ้นจากปกติ ซึ่งเกิดจาก **first degree atrioventricular block** ถ้าทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบว่าระยะ **P-R** ยาวกว่าปกติ จะได้ยินเสียงสามในรายที่มีคลื่นหัวใจไม่ตรัสรั่วมาก หรือมีภาวะหัวใจวายร่วมด้วย

b. หัวใจโต จะทราบว่ามีหัวใจโตโดยการตรวจร่างกาย พบว่าตำแหน่งของ **apex** ผิดปกติ หรือมี **diffuse cardiac pulsation** ในกรณีที่ไม่เพียงเล็กน้อย การทำ **tele-roentgenogram** ของหัวใจในท่า **postero-anterior** จะบอกได้แน่นอนกว่า การคลื่นแบเรียมในท่า **right anterior oblique** จะเห็นเอเตรียมซ้ายโต การติดตามด้วยการถ่ายภาพรังสีจะช่วยบอกการดำเนินของโรค และการพยากรณ์โรค

c. ภาวะหัวใจวาย อาการไอ เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย ตับโต หลอดเลือดดำที่คอโป่ง บวม และปัสสาวะน้อย ซึ่งเป็นอาการของหัวใจวาย อาจจะมีสาเหตุจากการอักเสบของหัวใจเฉียบพลัน การเกิดภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจรูมาติกอยู่แล้ว ส่วนใหญ่เนื่องจากการอักเสบซ้ำเติม อย่างไรก็ตาม ในรายที่เป็นโรคหัวใจรูมาติกเรื้อรังชนิดรุนแรงก็อาจทำให้เกิดหัวใจวายได้ เนื่องจากคลื่นหัวใจเสียมาก โดยเฉพาะในบ้านเราต้องคิดถึง **juvenile mitral stenosis** เพราะมีสถิติสูงถึง 25 เปอร์เซ็นต์ และมีการรักษาแตกต่างกัน เพราะในรายที่คลื่นหัวใจไม่ตรัสรั่วมากจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรักษา

- **Pericarditis** เป็นอันที่พบได้น้อยที่สุด แต่มีความสำคัญมากที่สุดในกรณีวินิจฉัยภาวะหัวใจอักเสบเฉียบพลัน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นซ้ำ ลักษณะที่สำคัญของ Pericarditis คือ เจ็บหน้าอก และฟังได้ Pericardial friction rub ถ้ามี Pericardial effusion มาก friction rub อาจหายไป แต่เสียงฟู่มักจะยังคงได้ยินอยู่ ปกติไม่จำเป็นต้องเจาะน้ำออก นอกจากเพื่อการวินิจฉัยเท่านั้น มักพบ Pericarditis

เป็นส่วนหนึ่งของ Pancarditis ซึ่งแสดงว่าหัวใจอักเสบมาก และการพยากรณ์โรคไม่ดี คลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยที่เป็น Acute carditis ที่พบบ่อยคือ ระยะ P-R ยาวกว่าปกติ (first degree A-V block) Wenckebach phenomenon (Second degree A-V block) การเปลี่ยนแปลงอาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ในบางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงของ T wave ด้วย

- **Chorea** เป็นการเคลื่อนไหวที่รวดเร็ว ไม่มีจุดมุ่งหมาย ไม่สามารถควบคุมได้ มักจะพบร่วมกับอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ และความผิดปกติของอารมณ์ Chorea มักเกิดในระยะหลังของไข้รูมาติก ฉะนั้นอาจไม่พบสิ่งแสดงของไข้รูมาติกอื่น ๆ ร่วมเลยก็ได้ คือมีแต่ลักษณะของ Chorea อย่างเดียว ชาวบ้านอาจเข้าใจว่ามีไข้เพราะมีอาการร้อนให้หรือหัวเราะสลับกัน อาการเริ่มแรกอาจทำด้วยขามแตก หรือเขียนหนังสือไม่เป็นตัว อาจใช้การเขียนหนังสือเป็นเครื่องแสดงการดำเนินโรคของ Chorea ได้ ผู้ป่วยที่เป็น Chorea อย่างเดียว อาจเกิดโรคหัวใจรูมาติกภายหลังได้ ส่วนใหญ่มักเป็นชนิดที่มีคลื่นหัวใจไม่ตรัสรั่ว

- **Skin manifestations** มีการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนัง 2 ประการ คือ Erythema marginatum ซึ่งเป็นผื่นแดง ๆ เห็นขอบชัดเจนเป็นหยัก ๆ แต่ไม่รุนแรง ไม่คัน อาจเกิดขึ้นชั่วคราวคล้ายลมพิษจึงต้องแยกจากลมพิษ มักปรากฏบนลำตัวหรือแขนขา ลักษณะอีกประการหนึ่งคือ Rheumatic nodule เป็นปุ่มไม่เจ็บปวดอยู่ที่ผิวหนังติดกับ capsule ของ tendon หรือ periosteum สามารถจับปุ่มให้เคลื่อนไหวได้ผิวหนังได้ พบได้บริเวณข้อต่าง ๆ ศีรษะ และกระดูกสันหลัง

ลักษณะทางคลินิกอื่น ๆ เช่น เลือดกำเดาออก ปวดท้อง ปอดอักเสบ อาจพบได้ในไข้รูมาติก แต่ลักษณะเหล่านี้พบได้บ่อยในโรคอื่น ๆ เช่นเดียวกัน จึงมีประโยชน์น้อยในการช่วยวินิจฉัยโรค



หลักการวินิจฉัย

American Heart Association ได้ตั้งคณะกรรมการ เพื่อตั้งกฎเกณฑ์ในการวินิจฉัย โดยดัดแปลงจาก Jones's criteria ดังต่อไปนี้

Major criteria

1. Carditis
2. Polyarthritis
3. Chorea
4. Subcutaneous nodules
5. Erythema marginatum

Minor criteria

1. Fever
2. Arthralgia
3. Previous rheumatic fever or rheumatic heart disease
4. Increased erythrocyte sedimentation rate, C-reactive protein, leukocytosis
5. Prolonged P-R interval in electro-cardiogram

ถ้าพบมี 2 major criteria หรือ 1 major ร่วมกับ 2 minor criteria และมีหลักฐานว่าผู้ป่วยติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสในเร็ว ๆ นี้ คือ พบ antistreptolysin O titer หรือ streptococcal antibodies อื่น ๆ ขึ้นสูง, เพาะเชื้อจากคอพบเชื้อสเตรปโตคอคคัส group A หรือเป็นไข้อย่างชัดเจน แสดงว่าผู้ป่วยน่าจะเป็นไข้รูมาติก

อย่างไรก็ดี criteria อันนี้เป็นแต่เพียงแนวทางในการวินิจฉัยโรคเท่านั้น แพทย์ผู้รักษาต้องใช้วิจารณญาณ ประกอบในการวินิจฉัยโรคด้วย โดยเฉพาะ arthralgia ซึ่งพบได้บ่อยในไข้รูมาติก ต้องแยกจาก growing pains

การวินิจฉัยการอักเสบซ้ำของหัวใจนั้น ถึงแม้จะใช้ criteria ข้างต้นมาเป็นแนวทางก็ยากในการวินิจฉัย นอกจากผู้ป่วยจะมี Pericarditis เพราะการที่มีขนาดของหัวใจเพิ่มขึ้น หรือการมีหัวใจวายอาจพบได้ในโรคหัวใจรูมาติกเรื้อรังโดยไม่มีอาการอักเสบซ้ำของหัวใจได้ ฉะนั้น

ในการวินิจฉัยไข้รูมาติกซ้ำจึงต้องพยายามค้นหาอาการ และอาการแสดงอื่น ๆ มาประกอบ

การวินิจฉัยแยกโรค

โดยใช้หลักของ modified Jones's criteria ดังกล่าวมาแล้ว ปัญหาที่สำคัญในการวินิจฉัยไข้รูมาติกก็คือ อาการข้ออักเสบ ต้องแยกจากโรคทางข้ออื่น ๆ เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์, Systemic lupus erythematosus, Subacute bacterial endocarditis, Serum sickness, Gonococcal arthritis, leukemia, วัณโรคกระดูก และอื่น ๆ การปวดที่ข้อต่าง ๆ ต้องแยกจาก growing pains และสาเหตุอื่น ๆ ข้ออักเสบรูมาตอยด์จะพบเป็นทั้งข้อใหญ่ และข้อเล็ก ๆ ที่นิ้วมือ นิ้วเท้าด้วย และเป็นเรื้อรังเป็นเวลานาน ๆ จะมีการทำลายของกระดูก เห็นได้ในภาพรังสีกระดูก

Over Diagnosis ของโรคไข้รูมาติก ความผิดพลาดที่พบบ่อยคือ การให้ Corticosteroids หรือ Salicylate ก่อนที่จะมีอาการ หรือการตรวจพบของไข้รูมาติกชัดเจน ทำให้เกิดความไม่แน่นอน และเป็นปัญหาว่าควรให้การป้องกันระยะยาวหรือไม่ ฉะนั้นจึงไม่ควรให้ยาระงับไข้รูมาติกจนกว่าอาการและสิ่งตรวจพบจะชัดเจนเสียก่อน แต่ในขณะที่เดียวกันต้องคอยสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเมื่อแน่ใจว่าเป็นไข้รูมาติกจะได้รับรักษาได้ทันทั่วถึง

การดำเนินโรค

ก่อนการพบ Penicillin ไข้รูมาติกเป็นโรคซึ่งเกิดขึ้นซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง ทำให้หัวใจเสียหายมากขึ้นทุกที ระยะของโรคแต่ละครั้งกินเวลาประมาณ 6-12 สัปดาห์

การตัดสินใจการดำเนินของโรคดีขึ้น หรือสิ้นสุดแล้ว คือ

A. อาการต่าง ๆ หายไป สำหรับอาการทางหัวใจที่สำคัญก็คือ ซีพจรขณะนอนหลับจะลดลง อาการบวมและขนาดของตับลดลง ขนาดของหัวใจลดลง ควรใช้ภาพรังสีช่วยในการติดตามการดำเนินของโรค

B. เด็กได้รับประทานอาหารได้ อากาการทั่วไปดีขึ้น ดีกว่าเร็งแจ่มใส และน้ำหนักตัวขึ้น ต้องสังเกตว่าไม่ใช่ น้ำหนักเพิ่มขึ้นจากการบวม

C. ESR ตกช้าลง แต่ในบางราย ESR อาจจะยังไม่เป็นปกติเป็นเวลาหลาย ๆ เดือน ทั้ง ๆ ที่อาการต่าง ๆ ดีขึ้นแล้ว จึงอาจพิจารณาลดยาหรือหยุดยาได้ ถ้า ESR คงที่แล้ว ถึงแม้ว่าจะยังสูงอยู่เล็กน้อย

การเกิดไข้รูมาติกซ้ำ จำนวนของการเกิดไข้รูมาติกซ้ำนั้น แล้วแต่ระยะเวลาที่ห่างจากการเป็นครั้งแรก ภายใน 5 ปีแรกจะมีการเกิดซ้ำสูงมากถึง 20 เปอร์เซ็นต์, ห้าปีที่ 2 ลดเหลือ 10 เปอร์เซ็นต์, ห้าปีที่ 3 เหลือ 5 เปอร์เซ็นต์, และห้าปีที่ 4 คือ 15-20 ปี หลังจากเป็นครั้งแรก เหลือเพียง 1.4 เปอร์เซ็นต์

ในสมัยที่ยังไม่มียาปฏิชีวนะจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 25-35 เปอร์เซ็นต์ และส่วนใหญ่จะเสียชีวิตภายใน

5 ปี โดยเฉพาะภายใน 1 ปีแรก สาเหตุของการเสียชีวิตคือภาวะหัวใจวาย (80 เปอร์เซ็นต์) และ Subacute bacterial endocarditis (20 เปอร์เซ็นต์)

ด้วยวิธีการรักษาในปัจจุบัน และการให้การป้องกันอย่างสม่ำเสมอ อัตราการเสียชีวิตลดลงมากเหลือเพียง 3 เปอร์เซ็นต์ หรือต่ำกว่านั้น ผู้ป่วยไข้รูมาติกและโรคหัวใจรูมาติกเรื้อรังมีอัตราการเสียชีวิต 17 เปอร์เซ็นต์ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ยากจน อยู่ไกล ขาดการติดต่อ ไม่มารับการป้องกันอย่างสม่ำเสมอ ผู้ที่ได้รับ Benzathine penicillin อย่างสม่ำเสมอ เสียชีพของลิ้นหัวใจไม่ตรัสและเอออร์ติครัวจะหายไปถึง 1/3 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และจากประสบการณ์ไม่มีผู้ป่วยเกิดภาวะลิ้นหัวใจไม่ตรัสตีบเลย จากสถิติเหล่านี้แสดงให้เห็นความสำคัญของการให้การป้องกันการเกิดซ้ำของไข้รูมาติก

ตารางแนวทางการให้ยาต้านการอักเสบในไข้รูมาติก

Arthritis	Definite Carditis, no Cardiomegaly	Severe Carditis, Cardiomegaly or Congestive Heart Failure
1. Salicylates 3/4 เกรน/ปอนด์/วัน หรือ 100 มก./กก./วัน 2. ใน 1 สัปดาห์ ลดขนาดลงเป็น 1/2 เกรน/ปอนด์/วัน 3. ให้ติดต่อกันไป 3-4 สัปดาห์	1. Salicylates 3/4 เกรน/ปอนด์/วัน 2. ใน 1 หรือ 2 สัปดาห์ ลดขนาดลงเป็น 1/2 เกรน/ปอนด์/วัน 3. ให้ติดต่อกันไป 6-8 สัปดาห์ 4. เปลี่ยนเป็น Prednisone ถ้าหัวใจมีขนาดโตขึ้น	1. Prednisone 1 มก./ปอนด์/วัน 2. เริ่ม Salicylates ในสัปดาห์สุดท้ายของ Prednisone และให้ต่อไปนาน 6-12 สัปดาห์

ตารางแนวทางการพักและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยไข้รูมาติก

	Arthritis	Minimal Carditis	Carditis, No Enlargement	Carditis, with Enlargement
<ul style="list-style-type: none"> นอนพัก เคลื่อนไหวเดินไปมาได้ในห้อง เคลื่อนไหวเริ่มเดินออกนอกห้องได้ ทำได้อย่างปกติทุกอย่าง 	2 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ 3 สัปดาห์ หลัง 6-8 สัปดาห์	3 สัปดาห์ 3 สัปดาห์ 4 สัปดาห์ หลัง 10 สัปดาห์	6 สัปดาห์ 6 สัปดาห์ 3 เดือน หลัง 6 เดือน	3-6 เดือน 3 เดือน 3 เดือน หรือมากกว่าแล้วแต่สภาพทั่วไป



การดูแลรักษา

ยาที่ใช้ในการลดอาการของไข้รูมาติกคือ salicylates และ hormone ในปัจจุบันนี้ให้เด็กพักอยู่ในเตียงเพียงระยะแรกเท่านั้น แล้วค่อย ๆ ให้เด็กออกจากเตียงได้ เป็นเพียงแนวทางการรักษา การให้ยา และการพักผ่อนของผู้ป่วยไข้รูมาติก อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

การรักษาภาวะหัวใจวาย เช่นเดียวกับการรักษาหัวใจวายทั่วไป และให้ดิจิตาลิสในขนาดปกติด้วยความระมัดระวัง ต้องระวังเรื่องการขาดโพแทสเซียมเป็นพิเศษ เพราะการให้ดิจิตาลิสร่วมกับยาขับปัสสาวะ และ Corticosteroid จะทำให้ขาดโพแทสเซียม และเกิดอาการเป็นพิษจากดิจิตาลิสได้ง่าย

การป้องกัน

Primary prevention คือ การให้ยาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากสเตรปโตคอคคัสเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคไข้รูมาติก ต้องให้ยานานพอที่จะกำจัดเชื้อให้หมดไปดังต่อไปนี้

- **Benzathine penicillin G** 600,000 ยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 1 ครั้ง
- **Oral penicillin** 200,000 ยูนิต วันละ 4 ครั้ง 10 วัน

ให้ร่วมกัน เช่น Procaine penicillin G 600,000 ยูนิต วันละครั้ง 2-3 วัน แล้วต่อด้วย oral penicillin จนครบ 10 วัน

ยาปฏิชีวนะอื่น ๆ เช่น erythromycin, lincomycin 10 วัน

Secondary prevention คือ การป้องกันไม่ให้เป็นไข้รูมาติกซ้ำในผู้ป่วยที่เคยเป็นไข้รูมาติก ควรให้การป้องกันในผู้ป่วยเหล่านี้ คือ

- a. ผู้ป่วยที่วินิจฉัยแล้วว่า เป็นไข้รูมาติก
- b. ผู้ป่วยที่เป็น Chorea ถึงแม้จะไม่มีหลักฐานอย่างอื่นที่แสดงว่าเป็นไข้รูมาติก
- c. ผู้ป่วยที่เป็นโรคลิ้นหัวใจซึ่งเข้ากันได้กับโรคหัวใจรูมาติก แต่ไม่มีหลักฐานอย่างอื่นที่แสดงว่าเป็นจากไข้รูมาติก เช่น ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่วหรือตีบ ลิ้นหัวใจเอออร์ติครั่ว

นอกจากจะมีข้อมูลว่าเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น เป็นมาแต่กำเนิด

ควรให้การป้องกันตลอดไป โดยเฉพาะผู้ที่เป็โรคหัวใจรูมาติก สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีโรคหัวใจและไม่มีไข้รูมาติกมาหลาย ๆ ปีอาจงดได้ นอกจากผู้ที่มีโอกาสติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสได้ง่าย เช่น ทหารในกรม กอง ครูในโรงเรียน และพยาบาลในโรงพยาบาล

ยาที่ให้มิดังต่อไปนี้ คือ

- Benzathine penicillin G 1,200,000 ยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 1 ครั้ง
- Sulfadiazine 1 กรัม วันละครั้ง สำหรับผู้ป่วยน้ำหนักมากกว่า 30 กิโลกรัม สำหรับผู้ป่วยน้ำหนักต่ำกว่า 30 กิโลกรัม ให้วันละ 0.5 กรัม
- Oral penicillin 200,000 ยูนิต วันละ 2 ครั้ง

การควบคุมไข้รูมาติกในชุมชน

ผลจากการสำรวจในชุมชน และสถิติต่าง ๆ ในโรงพยาบาลแสดงว่า ไข้รูมาติกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมากปัญหาหนึ่งของประเทศ จากการสำรวจเด็กนักเรียนในโรงเรียนพบว่า เด็กที่เป็นโรคหัวใจรูมาติกมีอาการน้อย และไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคหัวใจจึงไม่ไปหาแพทย์ แต่ผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีอาการหนักและมีอัตราการเสียชีวิตสูง บางรายต้องอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาเป็นเวลานาน บางรายต้องทำการผ่าตัด ค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลต้องใช้จ่ายในการรักษาทั้งทางยาและผ่าตัดในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศเป็นจำนวนสูงมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องทนทุกข์ทรมานไม่สามารถไปศึกษาเล่าเรียนและประกอบอาชีพได้ ทำให้สูญเสียเศรษฐกิจของครอบครัวและของประเทศเป็นอย่างมาก เมื่อคำนวณตัวเลขจากการสำรวจคาดว่า มีเด็กเป็นโรคไข้รูมาติกและหัวใจรูมาติกทั่วประเทศประมาณ 30,000 คน ไข้รูมาติกเริ่มเป็นในเด็กวัยเรียน ผู้ที่ยังเป็นไม่มากสามารถป้องกันการกำเริบของโรคได้ เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับการป้องกันการกำเริบของโรคได้ โดยเมื่อคำนวณค่าใช้จ่าย

สำหรับการป้องกันการกำเริบของโรคในเด็ก 30,000 คน จะตกประมาณปีละ 3.6 ล้านบาท เงินจำนวนนี้เมื่อลดจกคำนวณแล้วจะเท่ากับค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลใหญ่ ๆ ของรัฐประมาณ 1-2 แห่ง

ฉะนั้นจึงเป็นการสมควรที่จะควบคุมและป้องกันโรคนี้ให้กว้างขวางทั่วประเทศ การควบคุมจะสำเร็จได้ถ้าได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย เช่น แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาลสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกฝ่าย และทุกระดับ เช่น พนักงานสาธารณสุข พนักงานผดุงครรภ์ นักสังคมสงเคราะห์ นักสุขศึกษา ตลอดจนฝ่ายเอกชนองค์กรการกุศล มูลนิธิ ในการสืบหาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจรูมาติก ให้ยาป้องกันการกำเริบของโรค และติดตามให้ผู้ป่วยมารับยาอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมไข้รูมาติกที่สำคัญมีดังนี้ คือ

Primary prevention คือ การป้องกันไม่ให้เกิดเป็นโรคไข้รูมาติก ที่สำคัญคือ ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนให้ทราบถึงความสำคัญของโรค เจ็บคอ และแนะนำให้ไปตรวจและรักษาให้ถูกต้อง ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ปรับปรุงสภาพเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนให้ดีขึ้นเพื่อลดการแออัด และภาวะทุพโภชนาการของเด็ก เมื่อวิเคราะห์ดูแล้วโครงการนี้คงจะไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจในปัจจุบัน เพราะมีเด็กเป็นจำนวนมากที่มีเชื้อสเตรปโตคอคคัสอยู่ในคอโดยไม่มีอาการ การขาดเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์รวมทั้งสถานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคมคงต้องกินเวลาอีกนานที่จะทำให้โครงการนี้ได้ผลอย่างจริงจัง

Secondary prevention คือ การป้องกันผู้ป่วยที่เป็นไข้รูมาติกแล้ว ที่สำคัญคือ จะต้องสืบหาผู้ป่วยที่เป็นไข้รูมาติกและโรคหัวใจรูมาติก เนื่องจากโรคนี้เริ่มเป็นในเด็กนักเรียน จึงเป็นการสะดวกที่จะตรวจหาผู้ป่วยเหล่านี้ทั้งที่เริ่มเป็นไข้รูมาติก และที่เป็นโรคหัวใจรูมาติกเรื้อรัง ในปัจจุบันนี้พยาบาลอนามัยโรงเรียนและโรงพยาบาลสาธารณสุขยังไม่มีความสามารถสูงพอที่จะให้การวินิจฉัยโรคนี้ได้ จึงควรจะมีการศึกษาอบรมให้พยาบาลอนามัย

โรงเรียนและพยาบาลสาธารณสุขทั่วประเทศให้สามารถตรวจหาโรคหัวใจในเด็กที่มักจะมีเสียงฟู่ ถ้าฝึกให้ทราบวิธีใช้เครื่องฟังในการฟังหัวใจแล้ว เจ้าหน้าที่เหล่านี้เมื่อฟังพบเสียงในหัวใจที่ผิดปกติก็ปรึกษาไปยังแพทย์เพื่อการตรวจรักษาและป้องกันที่ถูกต้องต่อไป แพทย์อาจส่งผู้ป่วยกลับมายังสถานอนามัย หรือสถานผดุงครรภ์เพื่อให้ยาป้องกันในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจรูมาติก

ที่สำคัญก็คือ การให้ผู้ป่วยที่เป็นไข้รูมาติกมารับการป้องกันอย่างสม่ำเสมอ จำเป็นจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองทราบถึงความสำคัญของการมารับการป้องกันอย่างสม่ำเสมอ ให้ความช่วยเหลือในด้านการเดินทางและค่ายาตามความเหมาะสม เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนมากยากจน คอยติดตามและให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยไม่มาตามนัด

การให้ยาป้องกันมีทั้งยาฉีดและยารับประทาน ดังได้กล่าวมาแล้ว แต่ยารับประทานมักจะไม่ได้ผลเพราะมักจะลืมรับประทาน ที่ได้ผลดีคือ ยาฉีด แต่เจ็บปวดและต้องมารับการฉีดยาทุกเดือน จากการสังเกตระยะแรก ๆ ผู้ป่วยจะไม่ค่อยอยากฉีดเพราะเจ็บ แต่ถ้าฉีดแล้วระยะหนึ่งผู้ป่วยจะกระตือรือร้นมาฉีด เพราะรู้สึกสบายเมื่อมาฉีดตามกำหนด อาจมอบหน้าที่ให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฉีดได้ โดยปฏิบัติตามระเบียบที่วางไว้ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถมาฉีดได้ก็อาจป้องกันด้วยการรับประทาน นักสังคมสงเคราะห์และอาสาสมัครต่าง ๆ มีความสำคัญมากในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ติดตามผู้ป่วย ตลอดจนการแจกจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย

■ อ่านต่อฉบับหน้า