

Chulalongkorn Medical Journal

Volume 40
Issue 3 March 1996

Article 2

3-1-1996

โรคหัวใจกับการตั้งครรภ์

Somsak Watanapat

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Watanapat, Somsak (1996) "โรคหัวใจกับการตั้งครรภ์," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 40: Iss. 3, Article 2.

DOI: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.40.3.1>

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol40/iss3/2>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

โรคหัวใจกับการตั้งครรภ์

Keywords

Fetal heart, 4-chamber view, Fetal echocardiography.

โรคหัวใจกับการตั้งครรภ์

สมศักดิ์ วรรณะภักดิ์*

เมื่อ 30-40 ปีที่แล้วมา อันตรายจากการตั้งครรภ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจพบได้ค่อนข้างสูง การผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด (open heart surgery) ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ตั้งครรภ์นับเป็นปรากฏการณ์ที่ไม่ค่อยได้พบ แต่ในปัจจุบันการผ่าตัดดังกล่าวมีอันตรายน้อยลงมาก การยกเลิกการตั้งครรภ์ (termination of pregnancy) ในผู้ป่วยโรคหัวใจจึงควรจะลดน้อยลงอย่างมากด้วย

เมื่อพิจารณาในทางกฎหมายจะอนุญาตให้แพทย์ทำแท้งได้เพียง 2 กรณี โดยคำนึงถึงมารดาเท่านั้น คือ

1. การตั้งครรภ์ต่อไปจะเป็นอันตรายต่อมารดา
2. พิสูจน์ได้ว่า การตั้งครรภ์นั้นๆ เกิดจากการ

ข่มขืนกระทำชำเรา

ในทางการแพทย์ นอกจากคำนึงถึงมารดาแล้วยังคำนึงถึงทารกและสังคมด้วย คือ

- มารดาเป็นโรคหัวใจชนิดตัวเขียว (cyanotic heart disease) เพราะทารกอยู่ในภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) ส่วนใหญ่จะเกิดความพิการ
- มารดาเป็นหัตเยอร์มันเมื่อแรกตั้งครรภ์ เพราะทารกจะพิการซ้ำซ้อน
- พิสูจน์ได้ว่าทารกมีความพิการมากหรือเป็นชนิดที่ไม่สามารถแก้ไขให้รอดชีวิตได้ จากการตรวจก่อนคลอดโดยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) การเจาะตรวจน้ำคร่ำ (amniotic fluid) หรือเนื้อเยื่อของรก (chorionic villi) เพื่อศึกษาด้านยีนหรือโครโมโซม
- มารดาเป็นโรคหัวใจ รักษาทางยาเต็มที่แล้ว

ยังมีอาการมากขึ้น functional class III (dyspnea on ordinary exertion) หรือ functional class IV (dyspnea at rest) และไม่มีวิธีรักษาด้วยการผ่าตัด

- การทำแท้งเสรี โดยยึดถือความประสงค์ของมารดาเป็นหลัก หลักการข้อนี้ยังไม่มีข้อยุติ

นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว กรณีอื่นๆ น่าจะถือว่าไม่เข้าข่ายข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และถ้าเป็นการกระทำของแพทย์แต่ฝ่ายเดียว โดยผู้ป่วยไม่ได้รับทราบข้อมูลที่ปลอดภัยออกคิดแล้ว น่าจะถือว่าเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน (basic human rights)

กรณีดังต่อไปนี้ น่าจะถือว่าเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนในการทำแท้งและบางครั้งทำหมันถาวรด้วย โดยเฉพาะกับหญิงสาวที่ยังไม่มีบุตรซึ่งมีปัญหาโรคหัวใจ

1. บอกผู้เป็นโรคหัวใจที่ตั้งครรภ์ว่าถ้าตั้งครรภ์ต่อไปจะเป็นอันตรายทั้งๆ ที่ผู้ตั้งครรภ์ทำงานหนักได้อย่างปกติ (functional class I) หรือเหนื่อยเฉพาะถ้าทำงานหนัก (dyspnea on heavy exertion = functional class II)

2. บอกผู้เป็นโรคหัวใจที่ตั้งครรภ์ว่าเด็กที่เกิดมาจะพิการเพราะมารดามีลิ้นหัวใจเทียมและรับประทานยากันลิ่มเลือด Warfarin อยู่ โดยปราศจากหลักฐานยืนยันข้อความข้างต้น

3. ห้ามหญิงที่เป็นโรคหัวใจหรือมีลิ้นหัวใจเทียมตั้งครรภ์ไม่ว่าในกรณีใดๆ ด้วยการให้ข้อมูลว่าจะเป็นอันตรายหรือทารกจะพิการ

*หน่วยศัลยศาสตร์ทรวงอก ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

การผ่าตัดหัวใจในผู้ตั้งครรภ์

บางครั้งมีความจำเป็นต้องทำผ่าตัดหัวใจในผู้เป็นโรคหัวใจที่ผู้ตั้งครรภ์ เนื่องจากเมื่อรักษาโดยการให้ยาเต็มที่แล้วยังมีอาการมาก เช่น เหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจวัตรตามปกติ (dypnea on ordinary or mild exertion = functional class III) หรือ dyspnea at rest (functional class IV) และผู้ตั้งครรภ์ตัวไม่เขียว (non-cyanotic) ข้อควรระวังในระหว่างผ่าตัด ได้แก่ การควบคุมความดันโลหิตมิให้ต่ำระหว่างและหลังผ่าตัด ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการแท้งหรือทารกตายคลอด หลังผ่าตัดไม่มีความจำเป็นต้องทำแท้ง หรือต้องทำให้คลอด (induced labour) ก่อนผ่าตัดหัวใจ นอกจากทารกจะเติบโตพอที่จะอยู่รอดจากการคลอดก่อนกำหนด

สำหรับผู้ป่วยที่เป็น cyanotic heart disease หากมีการตั้งครรภ์แนะนำให้ทำแท้งเพราะทารกที่เกิดกับมารดาที่มีภาวะ hypoxia จะมีความพิการแต่กำเนิด

การให้ยากันลิ่มเลือดในผู้ตั้งครรภ์ที่มีลิ้นหัวใจเทียม (anticoagulant in heart valve prosthesis)

มี 4 วิธี คือ

1. ให้ผู้ป่วยรับประทานยา warfarin ต่อไปตามเดิม จนกระทั่ง 2-3 สัปดาห์ก่อนครบกำหนดคลอด ให้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลให้หยุดยา warfarin และ

ให้ยา heparin ชนิดฉีดแทน ควบคุมให้ Lee-white clotting time หรือ partial thromboplastin time (PTT) มีค่าเป็น 1.5-2 เท่าของค่าควบคุม เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด (labour pain) ก็หยุดให้ heparin ในช่วงหลังคลอดหากไม่มี postpartum hemorrhage ก็ให้ผู้ป่วยรับประทาน warfarin ต่อไป วิธีนี้เป็นวิธีปฏิบัติที่สะดวก (practical) ที่สุด

2. ฉีด heparin และงดเว้นการให้ยา warfarin ในไตรมาสแรก (1st trimester) ของการตั้งครรภ์ ส่วนในไตรมาสอื่นๆ ให้ warfarin รับประทานได้เช่นเดียวกับวิธีที่ 1 วิธีนี้ปฏิบัติสะดวกน้อยลง แต่อาจสามารถลด teratogenic effect จากยาที่ให้ได้บ้าง

3. ฉีด heparin ตลอดการตั้งครรภ์ วิธีนี้อาจลด teratogenic effect ได้มากขึ้นแต่ไม่ practical

4. คุมกำเนิดไว้ ฉีด heparin งด warfarin ก่อนหยุดคุมกำเนิด แล้วจึงให้ปฏิสนธิ วิธีนี้ป้องกัน teratogenic effect ได้หมดแต่ไม่ practical และเกือบเป็นไปไม่ได้ (impossible)

กล่าวได้ว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมาพบแพทย์เมื่อตั้งครรภ์ไปแล้วหลายสัปดาห์จึงไม่อาจป้องกัน teratogenic effect จากฤทธิ์ของยาได้ยกเว้นวิธีปฏิบัติในข้อ 4 ผู้มีลิ้นหัวใจเทียมทำจากเนื้อเยื่อ (bioprosthesis) ไม่จำเป็นต้องได้ยากันลิ่มเลือด (anticoagulant) ดังนั้นสามารถตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย