

โรคหัวใจขาดเลือดที่มีอาการคงที่ (Stable ischemic heart disease: SIHD)

นายแพทย์พงษ์พันธ์ จิตต์ธรรม

ภาควิชาอายุรศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

โรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Artery Disease: CAD) นับเป็นโรคที่พบบ่อยในลำดับต้นๆ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกๆ ในประชากรทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

จากข้อมูลการสำรวจยืนยันสาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนไทยปี 2550 พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 6.1 ในผู้ชาย (อันดับที่ 5) และร้อยละ 7 ในผู้หญิง (อันดับที่ 3)

พยาธิกำเนิดของโรคหัวใจขาดเลือด (Pathophysiology of Coronary Artery Disease)

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรืออุดตันซึ่งเป็นผลมาจากโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) การเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเป็นภาวะที่เกิดจากหลากหลายปัจจัยที่มีผลเกี่ยวเนื่องกันไม่ว่าจะเป็นเซลล์ที่ผนังหลอดเลือดแดง เซลล์เม็ดเลือดขาวและกระบวนการอักเสบ (inflammation) ซึ่งข้อมูลในปัจจุบันพบว่า เป็นขบวนการสำคัญที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว ปัจจัยเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อการสะสมของไขมัน ที่ผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการตีบของหลอดเลือดในที่สุด และเมื่อมีการตีบแคบตั้งแต่ร้อยละ 70 ของความกว้างของหลอดเลือดขึ้นไปก็จะทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอเกิดอาการแน่นหน้าอกขึ้นมา

อาการ

ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งเป็นผลจากการที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอ ซึ่งอาการนี้เรียกว่า angina pectoris ลักษณะของ angina pectoris อาจจำแนกองค์ประกอบได้เป็น 4 ลักษณะอันประกอบไปด้วย

1. ตำแหน่ง

บริเวณที่เจ็บแน่นมักจะอยู่ตรงกลาง ๆ หรือหน้าอกด้านซ้าย มักบอกตำแหน่งที่ชัดเจนไม่ได้ บางรายอาจมีความรู้สึกเจ็บร้าวไปที่บริเวณลิ้นปี่ ใต้คาง ฟัน ไหล่ หรือแขนได้ โดยเฉพาะด้านในของแขน

2. ลักษณะของการเจ็บ

ลักษณะมักจะรู้สึกหนักๆ แน่นๆ บีบๆ หรืออาจเหมือนมีอะไรมากดทับหน้าอก โดยปกติจะค่อยๆเพิ่มความรุนแรงขึ้นจากนั้นจะค่อยๆลดลงในบางครั้งอาจมี อาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น รู้สึกเหนื่อย เหงื่อออก คลื่นไส้ มือเท้าเย็นคล้ายจะเป็น ลม

3. ระยะเวลาที่เจ็บ

อาการมักเป็นช่วงสั้นๆ มักไม่เกิน 10 นาที โดยมากจะเป็นนานประมาณ 2 - 5 นาที

4. ปัจจัยกระตุ้นรวมถึงปัจจัยที่ทำให้อาการดีขึ้น

อาการมักจะกระตุ้นด้วยการออกกำลังกาย อารมณ์เครียด โกรธ อากาศเย็น หลังรับประทานอาหารมื้อหนัก และ อาการมักทุเลาลงเมื่อได้พัก หรือ ได้ยาขยายหลอดเลือดหัวใจ (nitrates)

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจไม่ได้มีลักษณะของ angina pectoris ได้ แต่ก็ยังถือว่าเป็นอาการที่เกิดจากการขาดเลือด (ischemic equivalents) เช่น เหนื่อยหรือปวดแขนเวลาออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยหญิงและผู้สูงอายุบางครั้งอาจมาด้วยอาการที่ไม่ค่อยจะเฉพาะกับโรคหัวใจขาดเลือดได้ เช่น รู้สึกเจ็บแหลมๆ แหว่งๆ จืด เป็นต้น

การตรวจวินิจฉัย (Non-invasive cardiac investigations)

1. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: ECG)

นอกจากช่วยวินิจฉัยแล้วบางครั้งอาจพบความผิดปกติอื่นๆ เช่น ผนังหัวใจหนาหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งลักษณะต่างๆ นี้บางครั้งจะบ่งถึงกลไกของการแน่นหน้าอกและช่วยในการเลือกวิธีการตรวจอื่นๆ และบางครั้งยังช่วยประเมินความเสี่ยงด้วย

2. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (echocardiography)

คลื่นเสียงความถี่สูงจะให้ข้อมูลในด้านต่างๆ ของหัวใจ เช่น การบีบตัวของหัวใจห้องซ้าย ความผิดปกติในการบีบตัวของหัวใจบางส่วน (regional wall motion abnormalities: RWMA) ซึ่งมักพบในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้การพบความผิดปกติบางอย่างอาจเป็นสาเหตุของอาการแน่นหน้าอกที่ไม่ใช่จากโรคหัวใจขาดเลือดได้ ค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายยังเป็นส่วนสำคัญที่ใช้ช่วยบ่งบอกถึงความเสี่ยงและการพยากรณ์โรคได้อีกด้วย และสามารถใช้ประเมินความกว้างของบริเวณที่ขาดเลือดได้

3. Coronary computed tomography angiography (CTA) และ coronary calcium

CTA และ coronary calcium เป็นการตรวจที่ผลการตรวจทั้งสองมีค่า negative predictive value สูงมากโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโอกาสจะเป็นโรคหัวใจขาดเลือดในระดับต่ำถึงปานกลาง จึงมี ประโยชน์ในการตัดสาเหตุการแน่นหน้าอกจากหลอดเลือดหัวใจตีบได้ถ้าผลอ่านไม่พบมี

การตีบของ หลอดเลือด หลอดเลือดที่มีการแข็งตัวอาจจะพบมีการเกาะของแคลเซียมที่เส้นเลือดได้ ดังนั้น ถ้าผลของ coronary calcium ต่ำโอกาสที่อาการแน่นหน้าอกจากหลอดเลือดหัวใจตีบก็จะน้อย ในทางกลับกัน ถ้าค่าของ coronary calcium สูง โดยเฉพาะมากกว่า 400 (Agatston score > 400) จะมีโอกาสเกิด อุบัติการณ์ต่างๆ ทางหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น

4. Cardiac magnetic resonance (CMR)

CMR อาจช่วยประเมินความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจในด้านต่างๆ เช่น ลิ้นหัวใจ ผนังกล้ามเนื้อหัวใจ และกล้ามเนื้อหัวใจห้องต่างๆ เป็นต้น และ ยังช่วยบอกการทำงานของห้องหัวใจ ล้างซ้าย (LVEF) ได้เช่นเดียวกัน

5. Electrocardiogram exercise testing หรือ exercise stress test (EST)

เป็นการกระตุ้นด้วยการออกกำลังกายและใช้ ECG ประเมินลักษณะขาดเลือด ซึ่งเป็น การตรวจที่สะดวกมีใช้กันโดยทั่วไป การออกกำลังกายอาจใช้วิธีวิ่งบนสายพาน (treadmill) หรือ ปั่นจักรยานไฟฟ้า (Electrically braked cycles) แล้วดูการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความผิดปกติที่บ่งบอกว่าน่าจะมีหลอดเลือดหัวใจตีบ เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หน้าซีด ตัวเย็น ความดันโลหิตต่ำขณะทำการทดสอบ เหล่านี้เป็นต้น

การประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะรุนแรง (Stratification for risk of events)

เมื่อวินิจฉัยได้แล้วว่าผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ขั้นตอนต่อไปต้องประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยว่าจะมีโอกาสเสียชีวิตหรือเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับใด ซึ่ง การประเมินจะอาศัยหลายปัจจัยร่วมกัน คือ

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย เช่น อายุ, เพศ, เศรษฐฐานะ, การสูบบุหรี่, ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, เบาหวาน โรคหลอดเลือดส่วนปลายเหล่านี้เป็นต้น

2. การประเมินความเสี่ยงโดยอาศัยคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

3. การประเมินความเสี่ยงโดยอาศัยการทำงานของหัวใจ (left ventricular ejection fraction)

4. การเลือกวิธีประเมินความเสี่ยงโดย stress testing ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการกระตุ้นด้วยการ ออกกำลังกายหรือด้วยยา ร่วมกับการประเมินด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง, สารรังสี หรือ CMR ดังได้กล่าวข้างต้นขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย

5. การตรวจด้วยการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (coronary angiography) ยังถือว่าเป็นมาตรฐาน ที่ดีที่สุดในการตรวจความรุนแรงของโรค และ ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดรวม ทั้งประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมที่จะทำการรักษาด้วยวิธีการเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน

(revascularization) โดยปกติแล้วอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะเริ่มเมื่อการตีบของหลอดเลือดตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรืออาการรุนแรงแม้รักษาด้วยยาแล้ว เป็นกลุ่มที่สมควรจะได้รับการตรวจด้วยการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ

การรักษา

ในการเริ่มรักษานั้นนอกจากจะรักษาอาการแล้วผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการแนะนำให้ปรับลดปัจจัยเสี่ยงรวมถึงควบคุมโรคที่จะทำให้โรคหัวใจขาดเลือดเป็นมากขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย และไขมันในเลือดสูง

อาหารเป็นส่วนหนึ่งของการลดปัจจัยเสี่ยงและควบคุมโรคร่วมอื่นๆ ของผู้ป่วย พลังงานจากอาหารควรจำกัดเพื่อค้ำน้ำหนักให้เหมาะสมโดยดัชนีมวลกาย (BMI) ควรน้อยกว่า 25 การออกกำลังกายมีประโยชน์หลายประการโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคหัวใจ ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยออกกำลังกายแบบแอโรบิคในระดับปานกลาง วันละ 30-60 นาที เป็น ประจำ

การรักษาความดันโลหิตสูง การคุมอาหารร่วมกับออกกำลังกายยังคงเป็นส่วนสำคัญ แนะนำให้ลดความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท

การรักษาโรคเบาหวาน น้ำตาลในเลือดสูงเป็นปัจจัยสำคัญทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยทั่วไปแนะนำเป้าหมาย การรักษาให้ระดับน้ำตาลสะสม (hemoglobin A1c) ลงมาต่ำกว่าร้อยละ 7

ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุควรได้ รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

การให้ยารักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีอาการคงที่ เป้าหมายของการให้ยามี 2 อย่างคือ

1. ลดอาการ
2. ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด

การเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน (revascularization) สามารถทำได้ 2 วิธี คือ

1. หัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผานสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI)

2. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass surgery: CABG)

การทำการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันมีวัตถุประสงค์อยู่ 2 อย่างคือ

1. เพิ่มอัตราการรอดชีวิต
2. ลดอาการของโรค

สำหรับการลดอัตราการเสียชีวิตจากข้อมูลปัจจุบันยังคงเป็นวิธีผ่าตัด (CABG)

สำหรับการรักษาด้วยการทำ PCI ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดแบบอาการคงที่นั้น ในแง่ของการลดอัตราการเสียชีวิตยังไม่มีข้อมูลที่เพียงพอในปัจจุบัน

ในด้านของการลดอาการไม่ว่าจะทำ revascularization ด้วยวิธีใดพบว่าสามารถลดอาการแน่นหน้าอกได้เป็นอย่างดี ดังนั้นถ้าให้การรักษาด้วยยาตามแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดแล้วยังคงมีอาการไม่ได้ก็ควรพิจารณาทำการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันต่อไป