

สิ่งที่ควรรู้เรื่องภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation (AF) หัวใจเต้นพลิ้วคืออะไร

The Knowledge about Heart Arrhythmia Type Atrial Fibrillation

อินทิรา ศรีพันธ์

Intira Sriphan

โรงพยาบาลขามทะเลสอ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดนครราชสีมา

Khamtaleso Hospital Khamtaleso District NakhonRatchasima Province

Correspondence to: E-mail: inthira1421@gmail.com

Article submitted: September 10, 2020; Final version accepted: January 7, 2021

บทความย่อ

แนวทางการรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation (AF) ด้วยยาฉบับใหม่มีข้อแนะนำที่สำคัญ ได้แก่ เน้น Rate control มากกว่า Rhythm control โดยการรักษา Rate control แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม non-dihydropyridine calcium channel blockers และ beta blockers การรักษา Rhythm control พิจารณาตามอาการของผู้ป่วย ความทนต่อการออกกำลังกาย และความชอบของผู้ป่วย การรักษา Rate control ยอมให้หัวใจเต้นเร็วได้ถึง 110 ครั้งต่อนาที ถ้าควบคุมได้อย่างดีให้หัวใจเต้นน้อยกว่า 80 ครั้งต่อนาทีขณะพัก ผู้ป่วยที่มี Atrial fibrillation (AF) มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและการเกิดภาวะเลือดออก ประเมินความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมิน CHADS2 และ CHA2DS2-VASc ใช้พิจารณาความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ สำหรับ HAS-BLED ใช้พิจารณาความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออก การได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดควรพิจารณาในผู้ป่วยที่มี Atrial fibrillation (AF) เว้นแต่มีความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบน้อย (CHADS2 <2) หรือ มีข้อห้ามในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยการเลือกยาต้านการแข็งตัวของเลือดขึ้นอยู่กับประวัติของโรคและความชอบของผู้ป่วย ตัวเลือกในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดอาจใช้ warfarin, apixaban, dabigatran, edoxaban, หรือ rivaroxaban ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มี Atrial fibrillation (AF) ไม่แนะนำให้ได้รับยา Dual treatment คือ ยาต้านการแข็งตัวของเลือดควบคู่กับยาต้านเกล็ดเลือด

Abstract

Pharmacologic management of newly detected atrial fibrillation recommends rate control in preference to rhythm control for the majority of patients who have atrial fibrillation. Preferred options for rate-control therapy include non-dihydropyridine calcium channel blockers and beta-blockers. Rhythm control may be considered for certain patients based on patient symptoms, exercise tolerance, and patient preferences. Recommends lenient rate control (< 110 beats per minute resting) over strict rate control (< 80 beats per minute resting) for patients who have atrial fibrillation. Clinicians discuss the risk of stroke and bleeding with all patients considering anticoagulation. Clinicians should consider using the continuous CHADS2 or continuous CHA2DS2-VASc for prediction of risk of stroke and HAS-BLED for prediction of risk for bleeding in patients who have atrial fibrillation. Recommends that patients who have atrial fibrillation receive chronic anticoagulation unless they are at low risk of stroke (CHADS2 < 2) or have specific contraindications. Choice for anticoagulation therapy should be based on patient preferences and patient history. Options for anticoagulation therapy may include warfarin, apixaban, dabigatran, edoxaban, or rivaroxaban. Recommendation: against dual treatment with anticoagulant and antiplatelet therapy in most patients who have atrial fibrillation.

บทนำ

หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation (AF) หมายถึง โรคหัวใจชนิดหนึ่งที่หัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว ไม่ลัดกันเลือดลงมาห้องล่างตามปกติ และมักจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจห้องล่างเร็วผิดปกติ เป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบบ่อยที่สุดในผู้ใหญ่ในคนปกติอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 60-100 ครั้งต่อนาที และเต้นเป็นจังหวะสม่ำเสมอ หัวใจห้องบนและล่างทำงานสัมพันธ์กัน อัตราการเต้นของหัวใจห้องล่างในภาวะนี้อาจต่ำกว่าปกติ อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือเร็วผิดปกติ ในภาวะนี้หัวใจห้องบนและล่างทำงานไม่สัมพันธ์กัน เราทุกคนสามารถวัดการเต้นของหัวใจได้จากการจับชีพจรที่ข้อมือหรือที่คอ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หากจับชีพจร พบว่าอัตราการเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอและมักจะเร็วผิดปกติ ส่งผลให้หัวใจสูบฉีดเลือดออกลดลง หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะนำไปสู่ภาวะหัวใจวายในที่สุด และการทำให้เลือดหมุนวนตกค้างในหัวใจห้องบนสามารถก่อให้เกิดลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันหลอดเลือดสมองได้สูงกว่าคนทั่วไปถึง 5 เท่า ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิต ผู้สูงอายุที่มี AF มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง 1/3 ของทั้งหมด อัตราการเกิดซ้ำ 13.5 เท่า หากเป็นลิ้นหัวใจตีบมีอัตราเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 17.6 เท่า ซึ่งทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต เพื่อเป็นการทบทวนแนวทางการรักษาการใช้ยา AF จากปี พ.ศ. 2543-2555 ทั้ง Randomized Controlled Trials, Prospective และ Retrospective Observational Studies มีการปรับปรุงทบทวนวรรณกรรมวิจัยใหม่ จากปี พ.ศ. 2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 เป้าหมายให้ผู้อ่านใช้ใน Primary Care Setting และเป้าหมายกลุ่มที่มี Nonvalvular Atrial Fibrillation ที่ไม่หายขาด แนวทางการรักษามีการพัฒนาการใช้ GRADE เพื่อประเมินคุณภาพโดยคำนึงถึงประโยชน์และโทษ

การแบ่งกลุ่มของโรคหัวใจเต้นพลิ้ว ได้แก่

1. **Paroxysmal atrial fibrillation (PAF)** หัวใจห้องบนเต้นพลิ้วที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วสามารถหายไปได้เอง หรือจากการรักษาภายใน 7 วัน ส่วนใหญ่มักจะหายไปได้เองภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก
 2. **Persistent atrial fibrillation** หัวใจห้องบนเต้นพลิ้วที่เกิดขึ้นและเป็นมานานกว่า 7 วัน แต่น้อยกว่า 1 ปี
 3. **Longstanding persistent atrial fibrillation** หัวใจห้องบนเต้นพลิ้วที่เกิดขึ้นและเป็นมานานกว่า 1 ปี
 4. **Permanent atrial fibrillation** หัวใจห้องบนเต้นพลิ้วที่เกิดขึ้นและเป็นมานาน ที่ไม่สามารถรักษาให้กลับมาเต้นเป็นปกติได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ หรือแพทย์และผู้ป่วยตัดสินใจว่าจะไม่พยายามรักษาให้กลับมาเต้นเป็นปกติ หากแต่จะคุมอัตราการเต้นหัวใจเท่านั้น
 5. **Subclinical atrial fibrillation** หมายถึง หัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจเทียม (implantable defibrillators, implantable cardiac monitors) สามารถตรวจจับได้รวดเร็วโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุจะพบบ่อยขึ้นถ้าตรวจจับนานขึ้น
- อาการของโรคหัวใจเต้นพลิ้ว ผู้ป่วยอาจจะมีหรือไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยบางคนได้รับการวินิจฉัยขณะที่ตรวจร่างกายแล้วพบว่าหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยบังเอิญ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงมักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการใจสั่น อ่อนเพลีย อ่อนแรง ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง เวียนศีรษะ สับสน หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก

วิธีการวินิจฉัย AF ทำได้โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ที่มีลักษณะต่อไปนี้

- 1) P wave มีลักษณะไม่ชัดเจนไม่สม่ำเสมอมักจะสังเกตได้ง่ายใน lead II และ V1
- 2) ความถี่ของ P wave เกินกว่า 350 ครั้งต่อนาที
- 3) RR interval ส่วนใหญ่จะไม่สม่ำเสมอ



การพยากรณ์โรค ผู้ป่วยที่มี Atrial Fibrillation พบว่า อัตราตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของคนปกติและโอกาสที่จะเกิดเส้นเลือดในสมองอุดตัน (Stroke) เพิ่มขึ้น 2-7 เท่า และจะสูงกว่านี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคอื่นหัวใจพิการ ความเสี่ยงในการเกิดเส้นเลือดในสมองอุดตันไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็น AF กลุ่มใด นอกจากนี้อัตราการเกิดหัวใจล้มเหลว (heart failure) ในผู้ป่วย AF ยังเพิ่มขึ้นเนื่องจากการบีบตัวของหัวใจห้องบนลดลง การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายเสื่อมลงหรือจากอัตราการเต้นของหัวใจที่ผลเสียที่เกิดขึ้นจาก AF ยังทำให้เกิดความเสี่ยงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นด้วย

สาเหตุโรคหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ 1) โรคหัวใจชนิดต่าง ๆ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคลิ้นหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 2) โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไทรอยด์ ภาวะอ้วน 3) โรคทางเดินหายใจ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ 4) โรคไตเรื้อรัง 5) ภาวะเครียด การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมาก การสูบบุหรี่ 6) ผ่าตัดหัวใจ

การรักษา AF มีหลักการดังนี้ 1) การควบคุมอัตราการเต้นของ AF (Rate Control) ให้หัวใจเต้นอยู่ในอัตราที่เหมาะสม 2) การควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ (Rhythm Control) 3) การป้องกันการเกิดอัมพาตจาก AF (Prevention of Thromboembolic Events) การควบคุมอัตราการเต้นของ AF (Rate Control) ให้หัวใจเต้นอยู่ในอัตราที่เหมาะสม ไม่ให้เร็วจนเกินไปจะช่วยลดอาการของผู้ป่วย ซึ่งอาจรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ 1) Digoxin 0.25 mg IV ให้ได้ทุก 2 ชั่วโมงให้ได้มากที่สุด 1.5 mg ข้อสังเกตและข้อควรระวัง ใช้เวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมงในการออกฤทธิ์ ผลข้างเคียง ได้แก่ ventricular arrhythmias, AV block, Sinus Pause ซึ่งขึ้นกับขนาดของยาที่ใช้ 2) Amiodarone 150 mg IV ผลข้างเคียงได้แก่ความดันต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปอดและตับอักเสบ

2. ผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ 1) Calcium Channel Blockers เช่น Diltiazem 0.25 mg/kg IV หรือ Verapamil 0.075 mg/kg IV ยากลุ่มนี้มีผลไปกดการบีบตัวของหัวใจ ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวไม่ดี 2) Beta Blockers เช่น Propranolol 0.15 mg/kg IV มีประโยชน์ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 3) ผู้ป่วยที่มี Accessory Pathway

Urgent Cardioversion จำเป็นในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ 1) หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากการที่หัวใจเต้นเร็ว 2) ความดันโลหิตต่ำจากการที่หัวใจเต้นเร็วมากเกินไป โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาการบีบตัวของหัวใจ ห้องล่าง 3) หัวใจล้มเหลวขั้นรุนแรง 4) Wolf-Parkinson-White Syndrome ที่มีหัวใจห้องล่างเต้นเร็วมาก

การตรวจหาสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิด AF ได้แก่ ไทรอยด์เป็นพิษ หัวใจล้มเหลว Pulmonary embolism หรือความดันโลหิตสูง การตรวจเลือดเพื่อเช็คระดับ TSH ควรทำในผู้ป่วยที่มาด้วย AF ครั้งแรกทุกคนไม่ว่าจะมีอาการของโรคไทรอยด์หรือไม่ก็ตาม

Long Term Treatment การรักษา AF ในระยะยาวมีเป้าหมาย ดังนี้

1. ป้องกันผลข้างเคียงของ AF ที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดหลุดเข้าไปในกระแสเลือดและไปอุดตันเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ (Thromboembolic) 2) ลดอาการจาก AF ซึ่งอาจเกิดจากการที่หัวใจห้องบนเต้นเร็วมาก ทำให้เลือดเข้ามาเติมที่หัวใจห้องล่างไม่เพียงพอ (loss of atrial kick) หรืออาจเกิดจากการที่หัวใจห้องล่างเต้นเร็วมากจนควบคุมไม่ได้ อาการเหล่านี้ ได้แก่ เหนื่อยง่าย ใจสั่น หัวใจล้มเหลว เป็นต้น

2. การควบคุมการเต้นของหัวใจ (Rate Control) ยาที่ใช้ได้แก่ beta blockers, calcium channel blockers, digoxin, amiodarone บางกรณีอาจต้องใช้ยาร่วมกันหลายชนิด เป้าหมายของการควบคุมการเต้นของหัวใจ ได้แก่ 1) การเต้นของหัวใจขณะพักไม่เกิน 80 ครั้งต่อนาที 2) การเต้นของหัวใจตลอด 24 ชั่วโมงเฉลี่ยแล้วไม่เกิน 100 ครั้งต่อนาที และค่ามากที่สุดไม่เกิน 110% ของ age-predicted maximum heart rate 3) หัวใจเต้นไม่เกิน 110 ครั้งต่อนาทีระหว่างการเดินติดต่อกันนาน 6 นาที (6 minutes walk test)

3. การควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ (Rhythm Control) ควรพิจารณาในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ผู้ป่วยที่มีอาการจาก AF เช่น เหนื่อยง่ายหรือใจสั่น หรือในผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องล่างบีบตัวไม่ดี เนื่องจากหัวใจเต้นเร็วมานาน (tachycardia induced cardiomyopathy) ดังนี้

3.1 การทำให้หัวใจกลับมาเต้นในจังหวะปกติ (Reversion to Sinus Rhythm) สามารถทำได้ 2 วิธี คือ ช็อกไฟฟ้า หรือใช้ยา ถ้าผู้ป่วยเป็น AF มากกว่า 48 ชั่วโมง หรือไม่ทราบเวลาที่เริ่มเป็นหรืออาจเป็นน้อยกว่า 48 ชั่วโมง แต่มีโรคลิ้นหัวใจร่วมด้วย ผู้ป่วยควรได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด และมีระดับ INR 2-3 ติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 3 สัปดาห์ โดย a) การช็อกไฟฟ้าควรจะช็อกให้ตรงกับ QRS Complex (Synchronized Cardioversion) พลังงานที่ใช้ควรเริ่มที่ไม่น้อยกว่า 200 J สำหรับเครื่อง monophasic และ 100 J สำหรับ Biphasic และควรเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 นาที ถ้าต้องช็อกซ้ำ b) ยาที่ใช้ได้แก่ Flecainide, Propafenone, Amiodarone

3.2 การควบคุมให้หัวใจเต้นในจังหวะปกติในระยะยาว (Maintain sinus rhythm) โดยการใช้ยา ได้แก่ Flecainide, Propafenone, Amiodarone ยาเหล่านี้มีข้อห้ามในการใช้และมีผลข้างเคียงทั้งต่อระบบหัวใจและระบบอื่น ๆ ผู้ป่วยจึงควรได้รับการปรึกษาและดูแลหลังการให้ยาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

3.3 การจี้ด้วยคลื่นไฟฟ้าความถี่สูง (Radiofrequency Ablation) ควรพิจารณาในผู้ป่วยที่มีอาการจาก AF ที่ไม่สามารถควบคุมด้วยยาได้หรือผู้ป่วยที่เป็น AF และมีภาวะหัวใจห้องล่างบีบตัวไม่ดี

4. การป้องกันการเกิดอัมพาตจาก AF (Prevent of thromboembolic events) การป้องกันอาจมุ่งหวังที่การป้องกันการเกิดใหม่ (การป้องกันปฐมภูมิ) หรือการป้องกันการเกิดซ้ำ (การป้องกันทุติยภูมิ) ยาที่มีการศึกษามากและน่าจะมีบทบาท ได้แก่ ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งต่อ RAS (Renin-aldosterone system) ยากลุ่ม Statins ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งต่อ RAS เช่น ยากลุ่ม ACEIs และ ARBs พบว่า น่าจะลดอุบัติการณ์เกิด AF เมื่อใช้ในภาวะหัวใจล้มเหลวโรคความดันโลหิตสูงที่มีกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวและภาวะที่เคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย กรณีอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงทั่วไป หรือในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ทางโรคหัวใจ (multiple cardiovascular risk actors) รวมถึงการใช้เพื่อลดการเป็นซ้ำของ AF หลังจากการทำ Electrical Cardioversion ผลประโยชน์ที่ไต่ยังไม่ชัดเจน ยาอื่น ๆ ที่อาจมีประโยชน์ ได้แก่ ยากลุ่ม Beta Blocker ในผู้ป่วยที่มี LV Systolic Dysfunction พบว่า ลดการเกิด AF ได้ประมาณ ร้อยละ 27 และยากลุ่ม Statins ซึ่งมีผลการศึกษาว่าอาจช่วยในการป้องกันปฐมภูมิ ลดการเกิด AF ภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแต่สำหรับการป้องกันทุติยภูมิของ Statins ข้อมูลมีทั้งที่ได้ผล และไม่ได้ผล

แนวทางการรักษา AF ในกลุ่มประชากรเฉพาะโรค

1. ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้เกิด AF ได้บ่อย เนื่องจากทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลว กำเริบเพิ่มขึ้น มีโอกาสเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตสูงขึ้น และเพิ่มอัตราการป่วย นอกเหนือจากการรักษาปัจจัยที่กระตุ้นให้หัวใจล้มเหลวและมี AF เช่น การขาดออกซิเจนและภาวะผิดปกติทางระดับเกลือแร่ ผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่ดีที่สุด

2. ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ mitral ตีบหรือรั่วมักพบ AF ได้บ่อย เนื่องจากห้องหัวใจ left atrium โต ส่วนโรคของลิ้นหัวใจ Aortic มักเกิด AF ในระยะท้ายของโรค การทำงานของหัวใจลดลง เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักเป็น AF นาน จึงมักให้การรักษแบบควบคุมอัตราชีพจรร่วมกับการให้ยาป้องกันเลือดแข็ง ระดับ INR สูง 2-3 ของค่าปกติ

3. ภาวะหลอดเลือดแดงหัวใจอุดตันแบบเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) การเต้นหัวใจผิดจังหวะแบบ AF เกิดขึ้นได้ 2-21% การเกิด AF ลดลง ตามการวิวัฒนาการทางการแพทย์ ได้แก่ การทำ PCI การใช้ยา ACEI, ARB, Beta-Blocker ในระยะแรกของโรค ตรงข้ามกับปัจจัยที่ทำให้มีการเกิด AF เพิ่มขึ้น ได้แก่ อายุของผู้ป่วย ชีพจรที่สูงขึ้นในระยะแรกของการมีหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ภาวะหัวใจล้มเหลว และการตรวจพบการทำงานของหัวใจลดลง และไม่ขึ้นกับ

วิธีการรักษา การรักษาการเต้นหัวใจผิดจังหวะชนิดนี้ให้พิจารณาการทำ DCC ในกรณีมีการเปลี่ยนแปลงทาง Hemodynamic, Ongoing Ischemia กรณีที่ต้องการให้อัตราการเต้นของชีพจรช้าลงให้พิจารณาให้ Amiodarone, Beta-Blocker เข้าทางหลอดเลือดดำ ไม่ควรให้ Digoxin, Non Dihydropyridine Calcium Blocker ทำให้เกิดผลเสีย โดยเพิ่มความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจหรือทำให้การทำงานของหัวใจลดลง

4. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภาวะเบาหวานร่วมกับการเต้นหัวใจผิดจังหวะชนิด AF และร่วมกับโรคหรือภาวะอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบความดันโลหิตสูง และการทำงานของหัวใจลดลง การพบ AF เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอัมพฤกษ์ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนั้น ควรให้การรักษาความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง พร้อมทั้งการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

5. ผู้ป่วยสูงอายุ (Elderly) AF เป็นโรคที่พบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น เช่น 10% ในอายุ 80 ปี และพบได้สูงถึง 18% เมื่ออายุ 85 ปีหรือมากกว่า การรักษาต้องประเมินโรคร่วม สถานะทางสังคม กำลังในการทำงาน หลักการป้องกัน Thromboembolic ผู้ป่วยที่มี CHADS₂ ≥ 2 ควรได้รับ Anticoagulant ผู้ป่วยที่มี score 1 ได้รับ Anticoagulant หรือ Aspirin หากใช้เกณฑ์ใหม่ CHA₂DS₂-VASc score ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 75 ปี ควรได้รับ Anticoagulant โดยใช้ Vitamin K antagonists ใช้ warfarin รักษาระดับ INR อยู่ระหว่าง 2-3 ใน JCS (Japanese Circulation Society) ใช้ระดับ INR อยู่ระหว่าง 1.6-2.6 และอายุ ≥ 70 ปี ควรติดตาม INR อย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มและการมีเลือดออก Vitamin K antagonists สัมพันธ์กับ Serum Albumin ซึ่งปริมาณจะลดลง เนื่องจากการอักเสบหรือขาดสารอาหารและขาดโปรตีนในอาหาร INR ควรตรวจใกล้ขีดทุก 15-21 วัน Dabigatran ควรใช้ขนาด 110 mg

6. ภาวะตั้งครรภ์ ยาบางชนิดที่ใช้ในการควบคุมอัตราการเต้นหรือควบคุมจังหวะหัวใจอาจมีผลต่อเด็ก รวมทั้งยาป้องกันเลือดแข็งตัวด้วยยาบางตัวสามารถผ่านรกไปยังเด็กได้ จึงต้องมีความระมัดระวังเพิ่มขึ้น ยาชนิดใหม่อาจจะมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะบอกว่าไม่มีอันตรายต่อเด็ก จึงควรใช้เฉพาะกรณีที่จำเป็น ยาป้องกันเลือดแข็งตัวชนิดรับประทานคือ warfarin อาจทำให้เด็กเกิดความพิการ ถ้าให้ในช่วงไตรมาสแรกได้สูงถึง 6.4% จึงไม่ควรให้ยาตัวนี้ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์และหนึ่งเดือนก่อนคลอด เนื่องจากการหลีกเลี่ยงข้อแทรกซ้อนจากการมีเลือดออกขณะคลอด รายที่จำเป็นต้องให้ยาป้องกันเลือดแข็งตัว เช่น มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจหรือหัวใจพิการแต่กำเนิดควรได้รับการรักษาด้วย Low Molecular Weight Heparin หรือ UFH ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์และ 1 เดือนก่อนคลอด กรณีที่เกิด AF ที่มี Hemodynamic Compromise การทำ DCC อย่างถูกวิธีสามารถทำให้การเต้นของหัวใจกลับเป็นปกติโดยไม่มีอันตรายทั้งต่อมารดาและทารก และใช้กระแสไฟฟ้าไม่แตกต่างกันจากผู้ป่วย แต่กรณีที่ไมต้องการทำ DCC อาจให้ Amiodarone เข้าทางหลอดเลือดในระยะสั้น ยาทุกชนิดถ้าไม่จำเป็นไม่ควรใช้ โดยเฉพาะในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ เช่น ยา Atenolol ก็ไม่ควรให้ในไตรมาสแรก เพราะพบว่าทำให้เกิดการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ต่ำกว่าปกติ นอกจากนั้นยา digoxin สามารถผ่านทางรกได้ดีมากและเคยมีรายงานการเกิด Overdose ในแม่จนทำให้ลูกเสียชีวิต

8. ภาวะ Atrial fibrillation เกิดหลังผ่าตัด AF พบได้บ่อยทั้งในการผ่าตัดหัวใจและในการผ่าตัดชนิดอื่น ๆ พบสูง 30% หลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ 40% หลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจและสูงถึง 50% หลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจร่วมกับลิ้นหัวใจ ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นหลังผ่าตัดวันที่สองถึงวันที่สี่ มีผลศึกษาหลายเรื่องแสดงถึงประสิทธิภาพของกลุ่ม Beta-Blocker, Amiodarone, Sotalol ก่อนและหลังการผ่าตัดในการป้องกัน การเกิด AF และมีการใช้ Atrial Pacing ซึ่งผลยังไม่ชัดเจนโดยเฉลี่ยการใช้ยาสามารถลดการเกิด AF หรือ Stroke หรือระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ 57% AF ที่เกิดขึ้นมักจะกลับเป็นปกติได้เองภายหลังการแก้ไขเรื่องความผิดปกติของเกลือแร่ การให้ออกซิเจนและการปรับภาวะสมดุลของน้ำภายในร่างกาย อย่างไรก็ตามถ้า AF ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง Hemodynamic ควรให้การรักษาด้วยการทำ DCC กรณีที่ไม่เหมาะกับการทำ DCC หรือยังไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงทาง Hemodynamic อาจพิจารณาให้ยา Amiodarone

ทางเลือกเลือดดำ หรือใช้ยา Ibutilide

Guideline AF ใช้ในผู้ป่วย Nonvalvular Atrial Fibrillation กลุ่มเป้าหมาย คือ คนที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่พบ Atrial Fibrillation ทั้งคนที่มีอาการและไม่มีอาการ ไม่ใช้ในผู้ป่วย Post-Operative, Post-Myocardial Infarction, or Due to Hyperthyroidism หรือ ผู้ป่วยที่มี Atrial Fibrillation เนื่องจากเป็นโรคลิ้นหัวใจ คำแนะนำในการใช้ยาควบคุมอัตราการเต้นหัวใจควรใช้ Non-Dihydropyridine Calcium Channel Blockers (e.g., diltiazem, verapamil) และ Beta Blockers (e.g., metoprolol, carvedilol) และ Digoxin ไม่แนะนำเป็น First-line management การควบคุมจังหวะและอัตราการเต้นหัวใจสามารถทำให้อาการโรคหัวใจเต้นพลิ้วดีขึ้น เป็นวิธีลดอัตราการตายของโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และสาเหตุการตายทั้งหมด การลดอัตราการเต้นหัวใจลดจำนวนการนอนโรงพยาบาลมากกว่าการลดจังหวะการเต้นหัวใจ (OR = 0.25, 95% CI = 0.14–0.43) การให้ยาลด หัวใจเต้นผิดจังหวะสัมพันธ์กับความเสี่ยงและอาการข้างเคียงของยา รวมทั้งสามารถกระตุ้นให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดใหม่ขึ้นได้ การลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลด้วยการลดอัตราการเต้นหัวใจเป็นวิธีเริ่มแรกที่ใช้มากที่สุด การศึกษานี้จำกัดในกลุ่มเล็ก (n = 60) และระยะสั้น 3 สัปดาห์

AAFP แนะนำแพทย์พิจารณาความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและภาวะเลือดออกกับผู้ป่วยทุกคนเพื่อพิจารณา ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (good practice point) โดยใช้วิธีการประเมิน ดังนี้

CHADS₂; C = Congestive heart failure, H = Hypertension, A = Age 75+, D = Diabetes mellitus, S = Stroke, transient ischemic attack or thromboembolic event or have specific contraindications (strong recommendation, high-quality evidence) การเลือกใช้ยาด้านการแข็งตัวของเลือดขึ้นอยู่กับผู้ป่วยและประวัติผู้ป่วย ยาด้านการแข็งตัวของเลือด เช่น warfarin, apixaban, dabigatran, edoxaban, or rivaroxaban การใช้ยา 2 ตัว คือ anticoagulant และ antiplatelet แนะนำให้ใช้เพราะมีประโยชน์

HAS-BLED; H = Hypertension, A = Abnormal renal/liver function, S = Stroke, Bleeding history or predisposition, Labile international normalized ratio, E = Elderly (> 65 years), D = Drugs/alcohol concomitantly ใช้มากที่สุดโดยใช้คะแนน 0–9 หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 อาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการมีเลือดออก ปัจจัยเสี่ยงเรื่อง เลือดออกคล้ายในโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยพิจารณาระหว่างความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบกับ ภาวะเลือดออก VKAs (vitamin K antagonist) สามารถลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ (RR = 0.36, 95% CI = 0.26–0.51) และสาเหตุการตาย (RR = 0.74, 95% CI = 0.57–0.97) ประสิทธิภาพค่อนข้างดี แม้ว่าจะใช้ยาด้านการแข็งตัวของเลือดเป็นตัวแรก แต่ก็มีข้อห้ามหลายอย่าง อาจทำให้มีเลือดออกปริมาณมาก เนื่องจากมี narrow therapeutic window ถ้าระดับยาน้อยเกินไปอาจเพิ่มความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ถ้าขนาดยามากเกินไปอาจเพิ่มความเสี่ยง ภาวะเลือดออก ผู้ป่วยจึงต้องมีการติดตามผลเลือด และควบคุมอาหาร ผู้ป่วยอาจรู้สึกเป็นภาระหรือได้รับผลจากการขาดยา ข้อห้ามสำหรับการใช้ยา warfarin ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ ยกเว้น ผู้หญิงที่ใส่ลิ้นหัวใจเทียม ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทางระบบประสาทหรือตา หรือผ่าตัดจากการได้รับการกระทบกระเทือนขนาดใหญ่ และ ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ แพ้ยา warfarin และ Malignant hypertension

ตารางที่ 1 แสดงการรักษา AF โดยใช้ CHADS₂ Score

CHADS ₂ Score	Recommended Treatment	Statement for Shared Decision Making
0	Do not anticoagulate	Benefit < Harm Patients without additional risk factors for stroke most likely will benefit less from treatment with a similar risk for bleeding
1	Options include aspirin or anticoagulation	Benefit > Harm Patients with an additional risk factor for stroke will benefit from treatment. Aspirin can be considered for patients at an increased risk of bleeding. Choice of therapy should be based on patient preferences and bleed risk.
2-6	Recommend anticoagulation	Benefit > Harm Patients with additional risk factors for stroke will benefit from treatment. The evidence is currently insufficient to preferentially recommend one anticoagulant over others. Choice of anticoagulant should be based on patient preferences. Dual antiplatelet and anticoagulant therapy should not be used.

ตารางที่ 2 แสดงการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดแบบรับประทานเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตีบในผู้ป่วยที่มี AF

Medication (30-day supply)	Dose*	Cost**	Benefits***	Risks***
Warfarin	Varies (Titrated to INR)	\$10 (5 mg, #30)	• Inexpensive • Reversal agent available • Can use in end-stage renal disease (CrCl < 15) • Well studied	• Bleeding • Contraindicated in pregnancy • Many potential food and drug interactions
Apixaban	5 mg twice daily	\$375	• Stroke • Major bleeding • Intracranial hemorrhage • All-cause mortality	• No reversal agent • Caution with use in end-stage renal disease
Dabigatran	150 mg twice daily	\$365	• Stroke • Intracranial hemorrhage • Reversal agent available	• MI • GI bleeding • Not approved for use in end-stage renal disease
Medication (30-day supply)	Dose*	Cost**	Benefits***	Risks***
			• Cardiovascular mortality	• Not approved for use in end-stage renal disease
Rivaroxaban	20 mg daily	\$375	• Intracranial hemorrhage	• Bleeding (similar to warfarin) • No reversal agent • Caution with use in end-stage renal disease

ยาที่แนะนำให้ใช้ aspirin หรือ clopidogrel กับ warfarin มีความเสี่ยงการเลือดออกปริมาณมากเพิ่มกว่าใช้ warfarin ตัวเดียวอย่างมีนัยสำคัญ (warfarin plus ASA NNH 34, 95% CI = 30–39; warfarin plus clopidogrel NNH 10, 95% CI = 8–14) การอุบัติการณ์เพิ่มความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบด้วย warfarin กับ aspirin และไม่มีแตกต่างในความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบด้วย warfarin กับ clopidogrel เมื่อเทียบกับการใช้ warfarin ตัวเดียว (HR= 1.27, 95% CI = 1.14–1.40) acute myocardial infarction, ischemic heart disease และ ischemic stroke รักษาด้วย antiplatelet เป็นข้อบ่งชี้ที่เป็นโรคร่วมที่พบบ่อย คือ atrial fibrillation อาจต้องคำนึงถึงประโยชน์และโทษให้สมดุลขึ้นอยู่กับสถานการณ์ เช่น ทันทีหลังใส่ stent การใช้ยา 2 ตัว น่าจะเหมาะสม

ตารางที่ 3 แสดงความเสี่ยงการมีเลือดออกที่รักษาด้วย Dual therapy

Treatment	Increased Risk (95% CI)	Number Needed to Harm
Warfarin + antiplatelet therapy	HR = 1.5 (1.22-1.86)	55
Dabigatran 150 mg + antiplatelet therapy	HR = 1.81 (1.46-2.24)	58
Dabigatran 110 mg + antiplatelet therapy	HR = 1.53 (1.21-1.92)	62

วิจารณ์ แนวทางรักษาถูกปรับปรุง ปี พ.ศ. 2546 ของ AAFP ปรับปรุงอีกครั้ง ปี พ.ศ. 2551 และ 2554 มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษา เช่น การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การปรับปรุงแนวทางการให้ยาให้แคบลง เพิ่มข้อแนะนำในการประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีการอภิปรายเปรียบเทียบ การรักษาด้วยการควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจและการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

สรุป แนวทางรักษา AF ส่วนใหญ่ใช้การควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ ใช้ยาในกลุ่ม non-dihydropyridine calcium channel blockers และ beta blockers ผู้ป่วย AF และมีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองตีบ ก่อนเริ่มการรักษาควรประเมินผลดีผลเสียของการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ค่าใช้จ่ายและวิถีชีวิต รวมทั้งความเสี่ยงการมีเลือดออก การประเมินความเสี่ยงมีความจำเป็น คนที่มีความเสี่ยงน้อยอาจไม่เหมาะในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ควรหลีกเลี่ยงการให้ยา 2 ชนิดพร้อมกัน คือ aspirin และยาต้านการแข็งตัวของเลือด

เอกสารอ้างอิง

1. สุรพันธ์ สิทธิสุข. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555:17-72.
2. สุริชัย จิตะพันธ์กุล และประวิทย์ ทวีแสงสุขสกุล. เอเทรียลฟิบริเชั่นและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากประสิทธิภาพในงานวิจัยสู่ประสิทธิผลในเวชปฏิบัติทั่วไป. วารสารอายุรศาสตร์จุฬาลงกรณ์ 2538; 11: 792-793.
3. American Academy of Family Physicians (AAFP). Pharmacologic Management of Newly Detected Atrial Fibrillation. updated clinical practice guideline approved April 2017 [online]. 2017 [เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2564] เข้าถึงได้จาก https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/a-fib-guideline.pdf.
4. กัมปนาท วีรกุล. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation [online]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 28 สิงหาคม 2563.]. เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkokhospital.com/hearthospital/th/heart-care-excellence/medical-services/detail/32>.