

คลินิกปริศนา

ชลธิชา ตั้งกิจ, พ.บ.

โรงพยาบาลจุฬาภรณ์

Received: January 29, 2021 Revised: May 13, 2021 Accepted: June 2, 2021

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 58 ปี โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง วินิจฉัยเมื่อ 5 ปีก่อน เดิมแข็งแรงดี ออกกำลังกายโดยการเดิน ปฏิเสธประวัติโรคหัวใจในครอบครัว สูบบุหรี่ 15 Pack year และยังไม่เลิกบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

อาการสำคัญ แน่นหน้าอก 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเดิม 5 เดือนก่อนเริ่มมีอาการแน่นหน้าอกเวลาขงหรือเดินขึ้นบันได ลักษณะเหมือนมีตุ่มน้ำหนักรบกวนที่หน้าอก เป็นประมาณ 5 ถึง 10 นาทีพักแล้วดีขึ้น ให้คะแนนประมาณ 5/10 ไม่มีร้าวไปที่ตำแหน่งอื่น ไม่มีอาการเหงื่อแตก หรือใจสั่น ไม่มีเวียนหรือหน้ามืด กลางคืนนอนราบได้ ไม่มีขาบวม มีอาการประมาณ 3 ครั้งต่อ 1 เดือน ไม่ได้ไปรักษาที่ใด

5 ชั่วโมงมีแน่นหน้าอก 4/10 ขณะยกถังเพื่อรดน้ำต้นไม้ ลักษณะอาการคล้ายเดิมแต่มีอาการใจสั่นร่วมด้วย นิ่งพักแล้วดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

ผลการตรวจร่างกาย

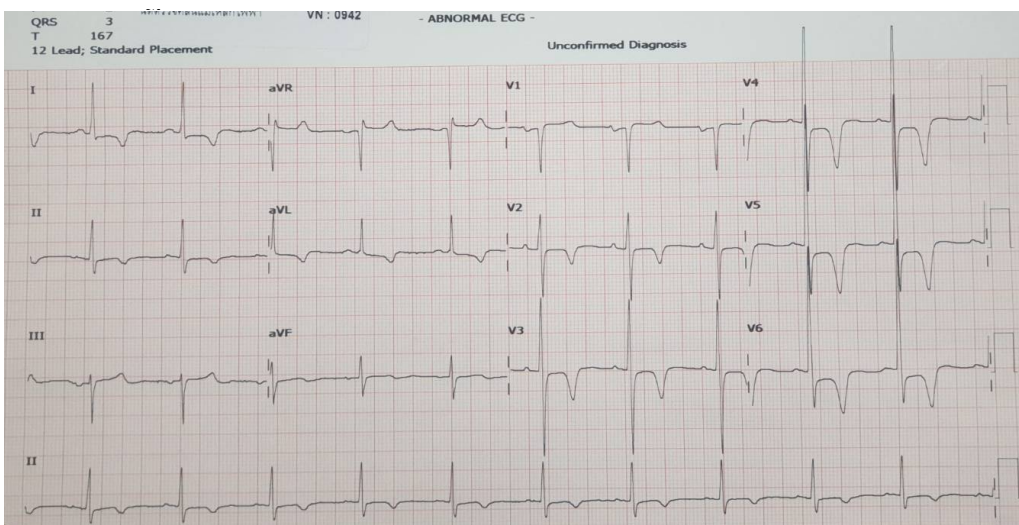
ความดันโลหิต 146/84 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของระดับออกซิเจน (SpO₂) ร้อยละ 97

ตรวจระบบหัวใจพบ JVP not engorge, PMI at 6th ICS, Left MCL, Positive LV heaving, No thrill, Normal S1, S2, No murmur

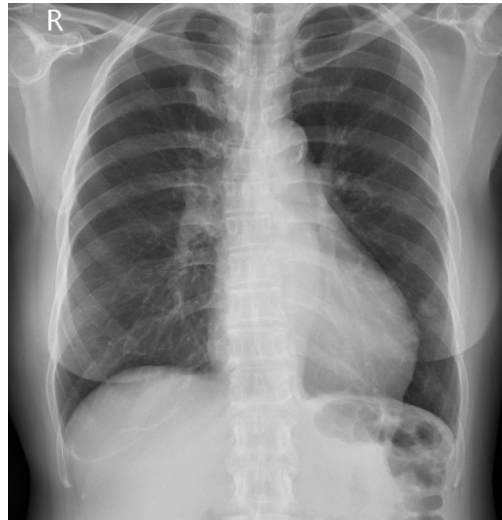
ตรวจระบบหายใจพบ Trachea in midline, Normal in percussion, Normal breath sound, No adventitious sound

ตรวจระบบประสาทปกติ

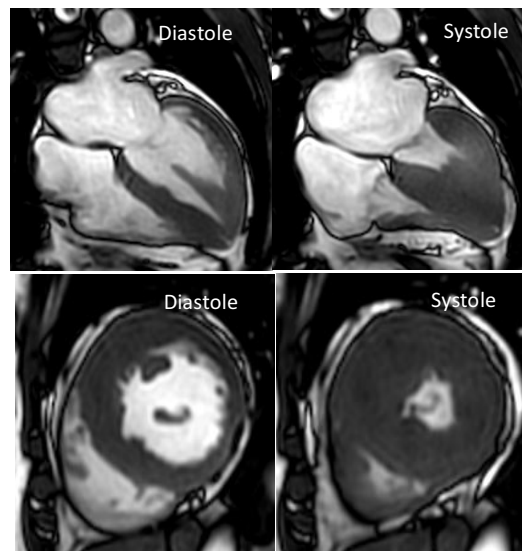
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ



รูปที่ 1 คลื่นไฟฟ้าหัวใจ



รูปที่ 2 ภาพถ่ายรังสีทรวงอก



รูปที่ 3 ภาพถ่ายคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

ภาพบน ลักษณะการหนาตัวของผนังหัวใจล่างซ้ายโดยเฉพาะบริเวณ Apical area ร่วมกับ Obliteration of LV cavity during systole (ซ้าย)

ภาพล่าง ลักษณะ Asymmetrical septal hypertrophy

จงให้การวินิจฉัย

อภิปราย

ผู้ป่วยรายนี้อาการสำคัญมาด้วยแน่นหน้าอกขณะออกกำลังกาย เป็นๆ หายๆ มา 5 เดือน ตรวจร่างกายพบภาวะชีพจรคงที่ ลักษณะอาการของผู้ป่วยรายนี้เข้าได้กับ Typical angina กล่าวคือมีลักษณะครบทั้ง 3 ข้อของ¹

- 1) ลักษณะการแน่นหน้าอกเหมือนมีน้ำหนักกดทับบนอก
- 2) สัมพันธ์กับการออกกำลังกาย
- 3) ดีขึ้นหลังได้พัก (หรือได้รับยาขยายหลอดเลือด)

โดยอาการ Angina ของผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้มีลักษณะอันตรายแบบ Unstable angina เนื่องจากไม่ได้มีอาการอย่างน้อย 1 ใน 3 ของอาการดังต่อไปนี้ คือ

- 1) แน่นขณะพัก หรือนั่งเฉยๆ
- 2) เป็นอาการแน่นแบบปานกลางถึงรุนแรงที่เพิ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาไม่นาน (new onset moderate – to - severe) เช่น เกิดภายใน 2 เดือน
- 3) มีอาการรุนแรงขึ้น เกิดบ่อยและง่ายขึ้น (crescendo angina)

ดังนั้นในรายนี้จึงวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็น Stable angina เมื่อตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า มี Deep T wave inversion V2 - V6, ST depression I, V4 - V6, T wave inversion I, II, aVL, LV hypertrophy by voltage and Cornell criteria ซึ่งจากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทำให้คิดถึงกลุ่มโรคที่มีกล้ามเนื้อหัวใจหนา Hypertrophic cardiomyopathy (HCM) ชนิด Apical type หรือ Yamaguchi syndrome ซึ่งมี Classic typical ECG คือ การมี Giant T wave inversion ใน Precordial lead (≥ 10 mm หรือ ≥ 1 mV)² การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมพบ High - sensitivity troponin: 12 ng/L (ค่าปกติต่ำกว่า 14 ng/L)

CXR: Normal CT ratio, No pulmonary congestion, No pleural effusion

Echocardiography: Good LV systolic function with loss of apical tapering. LV cavity obliteration during systole (spade - shape) consistent with apical type hypertrophic cardiomyopathy

Stress cardia MRI: Asymmetrical septal and

apical hypertrophy (maximum 19 mm at the mid septum vs 6 mm laterally, 14 mm in the apical area). Loss of apical tapering with obliteration of LV apical cavity during systole. Hypertrophied papillary muscle. No LVOT obstruction or mitral SAM.

Negative inducible ischemia during adenosine stress test with low coronary flow reserved (CFR < 2). Patchy myocardial fibrosis in the hypertrophied septum and apical area

จาก Cardiac MRI ทำให้วินิจฉัยผู้ป่วยรายนี้ได้ว่าเป็น Mixed type apical HCM (apical HCM มี 3 subtype คือ “pure” หรือ isolated apical hypertrophy, “mixed” คือการมีทั้ง apical และ septal hypertrophy แต่หนาสุดที่ Apex คือ “relative” คือกลุ่มระยะเริ่มต้น)²

จาก Adenosine stress test แล้วไม่พบ Ischemic pattern ทำให้คิดถึงว่าอาการ Angina pectoris ของผู้ป่วยรายนี้เข้าได้กับกลุ่ม Ischemia with non - obstructive coronary arteries (INOCA) subtype coronary microvascular dysfunction³ เนื่องจากการที่ไม่พบหลักฐานของ Inducible ischemia และ Coronary flow reserved น้อยกว่า 2 ร่วมกับไม่พบ Pattern ของ Gadolinium enhancement ที่เข้าได้กับ Ischemic heart disease

Apical HCM เป็นกลุ่มโรคที่พบได้ไม่บ่อย มีอุบัติการณ์ในคนไทยมากกว่าเชื้อชาติอื่น (¼ ของผู้ป่วยมีเชื้อชาติเอเชีย) มีลักษณะพิเศษคือ การพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ Giant negative T wave และลักษณะของ LV เป็นรูปใบโพธิ์จากการฉีด Ventriculogram หรือจากภาพทางรังสีวิทยาอื่น

การรักษา ผู้ป่วย Apical HCM แบ่งเป็น

การให้ยาเพื่อลดอาการ: ยากลุ่ม Beta blockers เป็นตัวเลือกอันดับแรก (ลดอาการ anginal pain, ลดโอกาสเกิด arrhythmia) ตัวเลือกถัดมาคือยากลุ่ม Non - dihydropyridine calcium channel blockers (กรณีที่มีหัวใจบีบตัวปกติ) พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดเมื่อมีภาวะ Atrial fibrillation โดยไม่ต้องคำนวณโอกาสเกิดภาวะอัมพาตหรือ CHA2DS2Vasc score

การลดความหนาของผนังด้วยการทำ Ablation

หรือผ่าตัด ยังไม่มีการศึกษาที่มีหลักฐานเพียงพอใน Apical HCM ถึงแม้ว่าใน Classic HCM จะมีการใช้ Alcohol ablation หรือผ่าตัดเพื่อลดความหนาของ Septum ในรายที่มีข้อบ่งชี้

การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจเพื่อป้องกันการเสียชีวิต ในหัวใจเต้นผิดจังหวะ ใน Classic HCM มีการกำหนดข้อบ่งชี้ในการใส่อย่างชัดเจน แต่ในกลุ่ม Apical HCM ไม่ได้ถูกกล่าวแยกออกมาอย่างชัดเจนเนื่องจากไม่มีการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การรักษาอื่น เช่น การควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยการ เลิกบุหรี่ การรักษาความดันโลหิตสูงและเบาหวาน การลดความอ้วน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J* 2020; 41:407-77.
2. Hughes RK, Knott KD, Malcolmson J, Augusto JB, Mohiddin SA, Kellman P, et al. Apical hypertrophic cardiomyopathy: the variant less known. *J Am Heart Assoc* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 15];9(5):e015294. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/JAHA.119.015294>
3. Kunadian V, Chieffo A, Camici PG, Berry C, Escaned J, Maas AHEM, et al. An EAPCI expert consensus document on ischaemia with non-obstructive coronary arteries in collaboration with european society of cardiology working group on coronary pathophysiology & microcirculation endorsed by coronary vasomotor disorders international study group. *Eur Heart J* 2020;41:3504-20.