เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทางเว็บไซต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

รายงานกรณีศึกษา

ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือดที่หัวใจและภาวะขาขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหญิงอายุน้อยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมชนิดท้องหัวใจขยาย

ธีรวิชญ์ ด่านรุ่งโรจน์
โรงพยาบาลพิจิตร

รายงานกรณีศึกษา

ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือดที่หัวใจและภาวะขาขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหญิงอายุน้อยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมชนิดห้องหัวใจขยาย

Sequential Cardioembolic Stroke and Acute Limb Ischemia in a Young Female with Dilated Cardiomyopathy: A Case Report

ธีรวิชญ์ ด่านรุ่งโรจน์, พ.บ.
กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพิจิตร
Teeravit Danrungrot, M.D.
Emergency Department, Phichit hospital

บทคัดย่อ

ที่มา: ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมชนิดห้องหัวใจขยาย (Dilated cardiomyopathy - DCM) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการเกิดลิ่มเลือดในห้องหัวใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายบกพร่องอย่างรุนแรง การจัดการภาวะเหล่านี้มีความท้าทาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการสร้างสมดุลระหว่างการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดกับความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนเลือดออก

วัตถุประสงค์: รายงานกรณีผู้ป่วยหญิงอายุ 27 ปี ที่เป็นโรค DCM และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมาโรงพยาบาลด้วยภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันบริเวณหลอดเลือดสมองส่วนกลางด้านขวา (MCA) อันเนื่องมาจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันจากลิ่มเลือดในหัวใจ ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันนี้มีภาวะแทรกซ้อนเป็นการเปลี่ยนแปลงเป็นภาวะเลือดออก (hemorrhagic transformation) ทำให้จำเป็นต้องหยุดการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชั่วคราว ต่อมาผู้ป่วยได้เกิดภาวะขาขวาขาดเลือดเฉียบพลัน (acute limb ischemia) นำไปสู่การผ่าตัดนำลิ่มเลือดออกทางหลอดเลือดแดงต้นขา (transfemoral embolectomy) และท้ายที่สุดต้องมีการตัดขาขวาระดับเหนือเข่า (right above-knee amputation) กรณีศึกษานี้เน้นย้ำถึงความซับซ้อนในการจัดการภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่เกิดขึ้นตามลำดับในผู้ป่วย DCM ที่ยังคงมีอาการป่วยวิกฤต

สรุปผล: การตรวจหาลิ่มเลือดในหัวใจให้พบอย่างรวดเร็วด้วยการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) มีบทบาทสำคัญในการวินิจฉัยลิ่มเลือดในหัวใจในผู้ป่วย DCM และการจัดการการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างระมัดระวัง มีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วย DCM เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และจำเป็นต้องใช้แนวทางสหสาขาวิชาชีพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพผลลัพธ์ของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมชนิดห้องหัวใจขยาย, ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือดที่หัวใจ, ภาวะแขนขาขาดเลือดเฉียบพลัน, ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน, การจัดการยาต้านการแข็งตัวของเลือด

Abstract

Background: Dilated cardiomyopathy (DCM) significantly increases the risk of thromboembolic events due to intracardiac thrombus formation, particularly in patients with severe left ventricular dysfunction. Managing these events is challenging, especially when balancing anticoagulation therapy with the risk of hemorrhagic complications.

Objective: To report the case of a 27-year-old female with DCM and type 2 diabetes mellitus who presented with an acute right middle cerebral artery (MCA) territory infarction due to cardioembolism from intracardiac thrombi. The stroke was complicated by hemorrhagic transformation, necessitating the temporary withholding of anticoagulation therapy. Subsequently, she developed acute limb ischemia of the right leg, leading to a transfemoral embolectomy and eventually a right above-knee amputation. This case highlights the complexities in managing sequential thromboembolic events in patients with DCM who remain critically ill.

Conclusion: Early detection of intracardiac thrombi by Echocardiography and careful management of anticoagulation are crucial in patients with DCM to prevent thromboembolic events. A multidisciplinary approach is essential to optimize patient outcomes.

Keywords: Dilated Cardiomyopathy, Cardioembolic Stroke, Acute Limb Ischemia, Thromboembolic Events, Anticoagulation Management

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมชนิดห้องหัวใจขยาย (DCM) มีลักษณะเฉพาะคือการขยายตัวของห้องหัวใจและการทำงานบกพร่องของการบีบตัว (systolic function) ซึ่งสามารถนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmias) (Elliott et al., 2008; Lakdawala et al., 2013) ผู้ปัจจุบันคาดการณ์ว่าความชุกของโรค DCM อยู่ที่ประมาณ 40 ถึง 400 ต่อประชากร 100,000 คน โดยพบความเสี่ยงสูงในเพศชาย ผู้ที่มีประวัติครอบครัว (familial DCM) และผู้ที่มีประวัติสัมผัสสารพิษ เช่น การดื่มสุราเรื้อรัง หรือมีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (McKenna, 2025) ผู้ป่วย DCM มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดลิ่มเลือดในห้องหัวใจเนื่องจากภาวะเลือดคั่ง (blood stasis) ในห้องหัวใจที่ขยายตัว การทำงานของเซลล์เยื่อบุหลอดเลือดผิดปกติ (endothelial dysfunction) (Jauch et al.,2013; Jeon et al.,2012) และภาวะเลือดแข็งตัว(hypercoagulable-state) (Mine et al., 2014) ทำให้เกิดลิ่มเลือดที่สามารถหลุดไปอุดตัน ส่งผลต่อระบบทั่วร่างกาย เช่น ภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ซึ่งพบอุบัติการณ์ได้ประมาณร้อยละ 9 ถึง 12 ในกลุ่มผู้ป่วย DCM ที่มีลิ่มเลือด และการอุดตันของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral arterial occlusion) ซึ่งเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (Kubo et al., 2015; Yaghi et al., 2017)

การจัดการภาวะลิ่มเลือดอุดตันในผู้ป่วย DCM มีความซับซ้อน แม้วิธีมาตรฐานในการรักษาคือการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) ซึ่งมีข้อดีในการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดใหม่และลดความเสี่ยงการอุดตันซ้ำ แต่มีข้อเสียและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกรุนแรง รายงานผู้ป่วยนี้นำเสนอความท้าทายเหล่านี้ในผู้ป่วยหญิงอายุน้อยที่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันจากหัวใจตามลำดับ จนนำไปสู่การเจ็บป่วยที่รุนแรง

วัตถุประสงค์

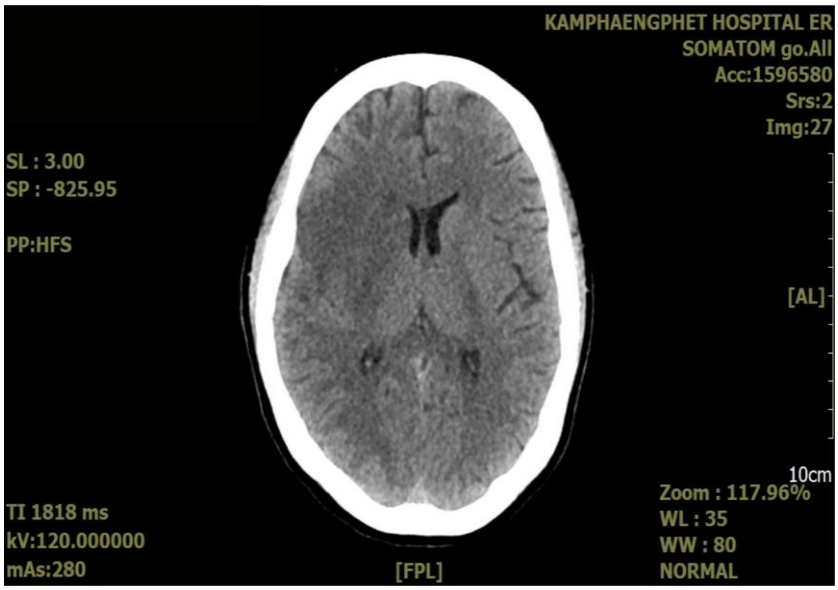
เพื่อนำเสนอเคสผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือดที่หัวใจและภาวะขาขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหญิงอายุน้อยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมชนิดห้องหัวใจขยาย

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงอายุ 27 ปี มาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการอ่อนแรงซีกซ้ายและพูดไม่ชัดอย่างกะทันหัน ซึ่งเริ่มมีอาการประมาณสี่ชั่วโมงก่อนมาถึง ประวัติทางการแพทย์ที่สำคัญคือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น DCM เมื่อสองปีก่อน โดยมีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) บกพร่องอย่างรุนแรงที่ 22–26% ผู้ป่วยมีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมได้ดีด้วยการรักษาด้วยอินซูลิน, ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่เพิ่งมีอาการกำเริบ (decompensated) และมีประวัติลิ่มเลือดในหัวใจห้องบนขวา (right atrial thrombus) ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยยามาตรฐาน และจัดการความเสี่ยงการเกิดลิ่มเลือดด้วยการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดวาร์ฟาริน (warfarin) ระยะยาว โดยจากประวัติพบว่าระดับค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) ที่ผ่านมาอยู่ในเกณฑ์การรักษา

(Therapeutic INR range คือ 2.0-3.0) โดยระดับINR อยู่ที่2.64 ในการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนั้นเธอยังมีประวัติการดื่มสุราเรื้อรังและการสูบบุหรี่

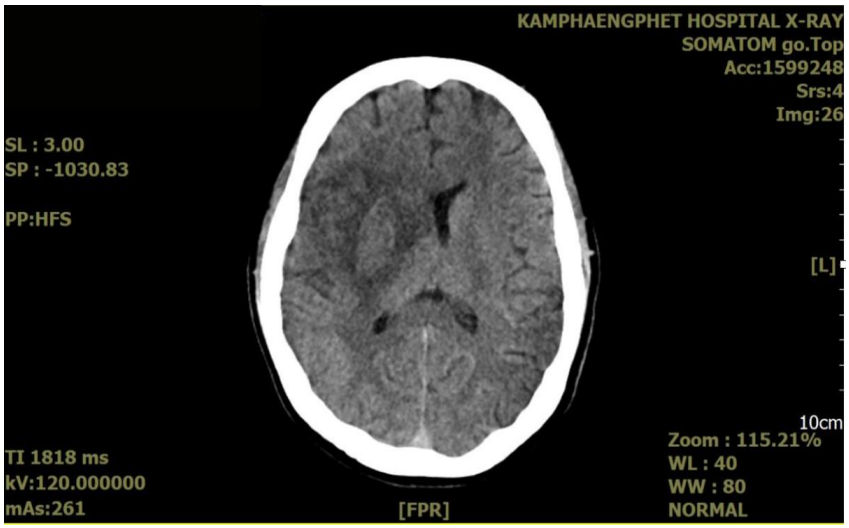
เมื่อแรกรับ สัญญาณชีพของผู้ป่วยคงที่: ความดันโลหิต 130/80 มม.ปรอท, อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที, และO2saturation 98% room air การประเมินทางระบบประสาทพบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี โดยมีคะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) ที่ 15 เธอมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกด้านซ้าย (left-sided hemiparesis) โดยประเมินกำลังกล้ามเนื้อได้เกรด 0 จาก 5 ทั้งในแขนและขาด้านซ้าย มีภาวะใบหน้าซีกซ้ายเบี้ยว (left facial droop) ซึ่งบ่งชี้ถึงอัมพาตของเส้นประสาทใบหน้าชนิด upper motor neuron การพูดเป็นแบบพูดไม่ชัด (dysarthric) แต่ไม่มีภาวะเสียการสื่อความ (aphasia) และมีความรู้สึกรับสัมผัสลดลงทางด้านซ้าย การวินิจฉัยแยกโรค (Differential Diagnosis) ในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันจากลิ่มเลือดที่หัวใจ (Cardioembolic stroke), ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันจากหลอดเลือดแข็ง (Atherothrombotic stroke), และภาวะเลือดออกในสมอง (Intracranial hemorrhage) การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) สมอง แสดงให้เห็นภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในบริเวณหลอดเลือดสมองส่วนกลางด้านขวา (right MCA) ซึ่งเกี่ยวข้องกับกลีบสมองส่วนหน้าและส่วนขมับ (frontotemporal lobe), อินซูลาร์ คอร์เทกซ์ (insular cortex) และปมประสาทฐาน (basal ganglia) (รูปที่ 1)



รูปที่ 1: ภาพซีทีสแกนสมอง (CT Brain) ในวันที่ 1 แสดงให้เห็นภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันในบริเวณหลอดเลือดสมองส่วนกลางด้านขวา (right MCA) ซึ่งกินบริเวณกลีบสมองส่วนหน้าและส่วนขมับ (frontotemporal lobe), อินซูลาร์ คอร์เทกซ์ (insular cortex) และปมประสาทฐาน (basal ganglia)

วิธีมาตรฐานในการรักษาภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน หากผู้ป่วยมาถึงภายในระยะเวลาที่กำหนด (ภายใน 4.5 ชั่วโมง) คือการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Intravenous thrombolysis) อย่างไรก็ตาม มีข้อห้ามในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) (Jauch et al., 2013) จากค่า INR วันที่มีอาการเกินระดับดังนั้น ผู้ป่วยรายนี้จึงได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Conservative management) ร่วมกับการควบคุมความดันโลหิตและเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด

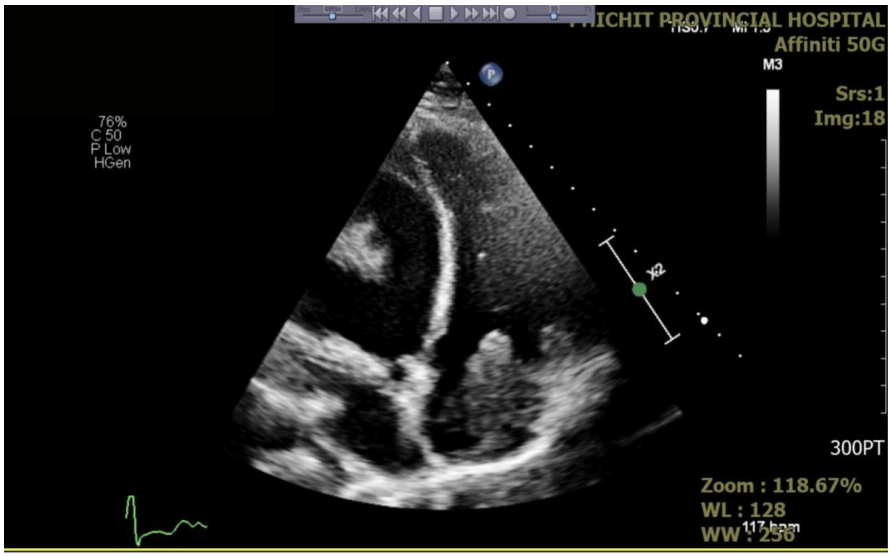
ในระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล ระบบประสาทของผู้ป่วยได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด ในวันที่สี่หลังเกิดภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน มีอาการตอบสนองลดลง ผู้ป่วยได้รับการตรวจCT brain พบเลือดออก (รูปที่ 2) นำไปสู่การหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดชั่วคราวเพื่อลดความเสี่ยงเลือดออก การเปลี่ยนแปลงเป็นภาวะเลือดออกเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทราบกันดีในภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้างหรือผู้ที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Keren et al., 1983; Lakdawala et al., 2013) ประมาณแปดวันหลังเกิดภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดขาขวาอย่างกะทันหัน ขาเย็น และมีอาการชา การตรวจร่างกายบริเวณขาขวาอย่างละเอียดพบอาการสอดคล้องกับภาวะขาดเลือดเฉียบพลัน (6 Ps) ได้แก่ ปวดอย่างรุนแรง (Pain), ขาเย็นเมื่อสัมผัสตั้งแต่ใต้เข่าลงไป (Poikilothermia), ซีดคล้ำและมีภาวะเขียว (Pallor/Cyanosis) ที่เท้าและนิ้วเท้า, คลำชีพจรส่วนปลายไม่ได้ (Pulselessness), มีอาการชา (Paresthesia) และอ่อนแรงขยับไม่ได้ (Paralysis) เมื่อผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ การวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis) ประกอบด้วย ภาวะหลอดเลือดแดงอุดตันจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมา (Arterial embolism) ซึ่งมักมีต้นทางจากหัวใจ ภาวะลิ่มเลือดก่อตัวในหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Arterial thrombosis), และภาวะหลอดเลือดดำอุดตันอย่างรุนแรง (Phlegmasia cerulea dolens) การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือด (CTA) ของขาส่วนล่างได้รับการปฏิบัติและยืนยันภาวะขาขาดเลือดเฉียบพลันของขาขวาเนื่องจากลิ่มเลือดอุดตัน (รูปที่ 3) ภาวะแขนขาขาดเลือดเฉียบพลันต้องได้รับการวินิจฉัยและจัดการอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการสูญเสียแขนขา (Olinic et al., 2019) การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiogram) ครั้งใหม่ (รูปที่ 4) เผยให้เห็นลิ่มเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular thrombus) ซึ่งเกิดขึ้นใหม่นับตั้งแต่การตรวจครั้งก่อน ลิ่มเลือดในหัวใจพบได้บ่อยในผู้ป่วย DCM และสามารถนำไปสู่การอุดตันในระบบต่างๆ ของร่างกาย (Kubo et al., 2015; Sonaglioni et al., 2021) เธอได้รับการผ่าตัดนำลิ่มเลือดออกทางหลอดเลือดแดงต้นขา แต่เนื่องจากขอบเขตของภาวะขาดเลือดและภาวะเนื้อเยื่อตาย (tissue necrosis) อย่างกว้างขวาง จึงจำเป็นต้องตัดขาขวาระดับเหนือเข่าในที่สุด



รูปที่2: ภาพซีทีสแกนสมอง (CT Brain) ในวันที่ 5 แสดงให้เห็นการลุกลามของภาวะสมองขาดเลือด และการเปลี่ยนแปลงเป็นภาวะเลือดออกในระยะกึ่งเฉียบพลัน (subacute hemorrhagic transformation) ที่บริเวณนิวเคลียส caudate (caudate nucleus) ด้านขวา



รูปที่ 3: ภาพ CTA หลอดเลือดขาส่วนล่าง แสดงให้เห็นการอุดตันโดยสมบูรณ์ของหลอดเลือดแดงต้นขาร่วม (CFA), หลอดเลือดแดงต้นขาส่วนตื้น (SFA), และหลอดเลือดแดงข้อพับเข่า (popliteal artery) ด้านขวา โดยไม่มีการไหลเวียนของเลือดส่วนปลาย (distal perfusion)



รูปที่ 4: ภาพการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) แสดงให้เห็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมชนิดห้องหัวใจขยาย (dilated cardiomyopathy) ร่วมกับลิ่มเลือดขนาดใหญ่ในหัวใจห้องล่างซ้าย (LV) และหัวใจห้องบนขวา (RA)

ความท้าทายในการวินิจฉัย

การจัดการยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วยรายนี้มีความท้าทายอย่างยิ่ง เนื่องจากความเสี่ยงสูงของการเปลี่ยนแปลงเป็นภาวะเลือดออกหลังภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด สิ่งนี้ทำให้จำเป็นต้องหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งต่อมาได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันและภาวะขาขาดเลือด การสร้างสมดุลระหว่างการป้องกันเหตุการณ์ลิ่มเลือดอุดตันเพิ่มเติมและการลดภาวะแทรกซ้อนเลือดออก ก่อให้เกิดความท้าทายที่สำคัญในการวินิจฉัยและการรักษา (Jauch et al., 2013; Sussman & Connolly, 2013)

การพยากรณ์โรค

เมื่อพิจารณาจากค่าการบีบตัวของหัวใจที่ลดลงอย่างรุนแรงและภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่เกิดขึ้นซ้ำๆ การพยากรณ์โรคสำหรับผู้ป่วยรายนี้ยังคงต้องเฝ้าระวัง การประเมินความเสี่ยง (Risk) ของแต่ละเหตุการณ์พบว่าผู้ป่วยโรค DCM ที่มีลิ่มเลือดในหัวใจมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน โดยพบอุบัติการณ์ได้ประมาณร้อยละ 9 ถึง 12 (Kubo et al., 2015) นอกจากนี้ ภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มีขนาดใหญ่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงเป็นภาวะเลือดออก (Hemorrhagic transformation) อย่างมีนัยสำคัญ (Sussman & Connolly, 2013) โดยเฉพาะเมื่อจำเป็นต้องใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด สำหรับการพยากรณ์โรคโดยรวม

การทำงานบกพร่องของการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด ยิ่งไปกว่านั้น การเกิดภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (Acute limb ischemia) (Olinic et al., 2019) ยังเป็นเหตุการณ์วิกฤตที่เพิ่มอัตราการสูญเสียอวัยวะและเชื่อมโยงกับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นอย่างชัดเจน การติดตามผลอย่างใกล้ชิดและการจัดการยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในอนาคต

การรักษา

ผู้ป่วยได้รับการจัดการด้วยการบำบัดด้วยยาวาร์ฟารินก่อนเกิดภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือด แต่ยาต้านการแข็งตัวของเลือดถูกระงับชั่วคราวเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเป็นภาวะเลือดออก ต่อผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดสำหรับภาวะขาขาดเลือดเฉียบพลัน รวมถึงการผ่าตัดนำลิ่มเลือดออกทางหลอดเลือดแดงต้นขา ตามด้วยการตัดขาขวาระดับเหนือเข่าเนื่องจากภาวะขาดเลือดและเนื้อเยื่อตายอย่างกว้างขวาง ในระหว่างการติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดได้เริ่มขึ้นใหม่พร้อมกับการปรับเปลี่ยนตามความเสี่ยงเลือดออกและความเสี่ยงลิ่มเลือดอุดตัน การสร้างสมดุลของยาต้านการแข็งตัวของเลือดในผู้ป่วย DCM ยังคงเป็นความท้าทายทางคลินิกที่สำคัญ (Anselmino et al., 2008)

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษานี้เน้นย้ำถึงความเสี่ยงที่สำคัญของภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่เกิดขึ้นตามลำดับในผู้ป่วย DCM ที่พบลิ่มเลือดในหัวใจ ดังที่พบในผู้ป่วยรายนี้ มีศักยภาพสูงที่จะหลุดไปอุดตันและก่อให้เกิดเหตุการณ์ต่างๆ เช่น ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันและภาวะขาขาดเลือด (Kubo et al., 2015; Qiu et al., 2021) กรณีศึกษาที่คล้ายคลึงกันที่รายงานในวรรณกรรม อธิบายถึงผู้ป่วย DCM ที่ประสบทั้งภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันและภาวะขาขาดเลือดเนื่องจากลิ่มเลือดในหัวใจ (Jeon et al., 2012; Mine et al., 2014)

เมื่อพิจารณาตามทฤษฎี เหตุการณ์และโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยรายนี้มีความสอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคอย่างชัดเจน ผู้ป่วย DCM ที่มีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายบกพร่องอย่างรุนแรง (LVEF < 30%) จะมีภาวะเลือดคั่ง (Blood stasis) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดลิ่มเลือดในหัวใจ โดยมีรายงานความเสี่ยง (Risk) ในการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองขาดเลือดสูงถึงร้อยละ 9 ถึง 12 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Kubo et al., 2015) การเกิดภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันแม้ว่าระดับค่าการแข็งตัวของเลือด (INR) จะอยู่ในเกณฑ์การรักษา (Therapeutic INR) ก่อนเข้ารับการรักษา ชี้ให้เห็นถึงภาวะเลือดแข็งตัวง่าย (Hypercoagulable state) ที่รุนแรงซึ่งสัมพันธ์กับภาวะหัวใจล้มเหลว (Mine et al., 2014) ยิ่งไปกว่านั้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในเนื้อสมอง (Hemorrhagic transformation) ก็เป็นไปตามทฤษฎีที่ระบุว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง (Large territory infarction) โดยเฉพาะในบริเวณของหลอดเลือด MCA จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะเลือดออกแทรกซ้อน

ซึ่งความเสี่ยงนี้จะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Sussman & Connolly, 2013)

ในด้านของการรักษา การตัดสินใจทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับถือเป็นไปตามทฤษฎีและแนวทางมาตรฐาน (Standard guidelines) แต่ต้องเผชิญกับข้อจำกัดทางคลินิกที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ในระยะเฉียบพลันของภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน แม้ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลภายใน 4 ชั่วโมง ซึ่งอยู่ในช่วงเวลา (Time window) ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (IV thrombolysis) ได้ แต่การรักษาดังกล่าวมีข้อจำกัดและเป็นข้อห้าม (Contraindication) เนื่องจากผู้ป่วยมีการใช้ยาวาร์ฟารินจนระดับ INR อยู่ในเกณฑ์การรักษา การให้ยาละลายลิ่มเลือดจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองที่สูงเกินกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ แพทย์จึงจำเป็นต้องเลือกการรักษาแบบประคับประคอง (Lestari et al., 2024) การตัดสินใจหยุดยาต้านการแข็งตัวของเลือดชั่วคราวเพื่อจัดการความเสี่ยงของการเปลี่ยนแปลงเป็นภาวะเลือดออกเป็นสิ่งสำคัญ และสอดคล้องกับทฤษฎีในการจัดการภาวะ Hemorrhagic transformation ทั่วไป (Sussman & Connolly, 2013) แต่ก็มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้เกิดภาวะขาขาดเลือดตามมา ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่สำคัญของการหยุดยา เนื่องจากจะเป็นการเปิดโอกาสให้ลิ่มเลือดในหัวใจที่ก่อตัวขึ้นใหม่หลุดลอยไปอุดตันที่หลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Arterial embolism) แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามมาตรฐานด้วยการผ่าตัดนำลิ่มเลือดออก (Transfemoral embolectomy) อย่างทันท่วงที แต่เนื่องจากขอบเขตของภาวะขาดเลือดและเนื้อเยื่อตายอย่างกว้างขวาง จึงนำไปสู่ข้อจำกัดที่ทำให้ต้องตัดขาในที่สุด (Olinic et al., 2019)

ภาวะที่กลืนไม่เข้าคายไม่ออกนี้ในการจัดการยาต้านการแข็งตัวของเลือดมีบันทึกไว้อย่างดี โดยมีการศึกษาที่รายงานว่าการสร้างสมดุลระหว่างการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันและความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในผู้ป่วย DCM ยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ (Anselmino et al., 2008) ในกรณีของ DCM การตรวจหาลิ่มเลือดแต่เนิ่นๆ ผ่านการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจและการติดตามการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างระมัดระวังเป็นสิ่งสำคัญ (Keren et al., 1983; Stratton & Ritchie, 1989) การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) มีบทบาทสำคัญในการวินิจฉัยลิ่มเลือดในหัวใจในผู้ป่วย DCM (Lestari et al., 2024) การตรวจติดตามด้วยภาพถ่ายทางการแพทย์เป็นระยะ (Serial imaging) สามารถช่วยในการระบุการก่อตัวของลิ่มเลือดและเป็นแนวทางในการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเช่นในกรณีนี้ นอกจากนี้ แนวทางสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับอายุรแพทย์โรคหัวใจ, อายุรแพทย์โรคระบบประสาท และศัลยแพทย์หลอดเลือดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเพิ่มประสิทธิภาพผลลัพธ์ (Olinic et al., 2019)

เอกสารอ้างอิง

1. *Anselmino, M., De Ferrari, G. M., Massa, R., Manca, L., & Tritto, M. (2008). Antithrombotic therapy in patients with dilated cardiomyopathy in sinus rhythm: An unsolved question. Thrombosis and Haemostasis, 99(2), 301–304.*
2. *Elliott, P., Andersson, B., Arbustini, E., Bilinska, Z., Cecchi, F., Charron, P., Dubourg, O., Kühl, U., Maisch, B., McKenna, W. J., Monserrat, L., Pankuweit, S., Rapezzi, C., Seferovic, P., Tavazzi, L., & Keren, A. (2008). Classification of the cardiomyopathies: A position statement from the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. European Heart Journal, 29(2), 270–276.*
3. *Jauch, E. C., Saver, J. L., Adams, H. P., Jr., Bruno, A., Connors, J. J., Demaerschalk, B. M., Khatri, P., McMullan, P. W., Jr., Qureshi, A. I., Rosenfield, K., Scott, P. A., Summers, D. R., Wang, D. Z., Wintermark, M., & Yonas, H. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 44(3), 870–947.*
4. *Jeon, D. S., Lee, S., Kim, J. S., Lee, S. H., Lee, S. Y., & Cho, Y. K. (2012). Acute stroke and limb ischemia secondary to catastrophic massive intracardiac thrombus in a 40-year-old patient with dilated cardiomyopathy. Cardiology Research, 3(3), 134–137. https://doi.org/10.4021/cr142w*
5. *Keren, A., Goldberg, S., Gottlieb, S., Klein, J., Schuger, C. D., & Lesch, M. (1983). Frequency and significance of left ventricular thrombus in dilated cardiomyopathy assessed by echocardiography. American Journal of Cardiology, 52(10), 1281–1284.*
6. *Kubo, T., Kitaoka, H., Okawa, M., Matsumura, Y., Hitomi, N., Yamasaki, N., Furuno, T., & Doi, Y. L. (2015). Clinical impact of left ventricular thrombus in patients with dilated cardiomyopathy. Circulation Journal, 79(8), 1745–1750.*
7. *Lakdawala, N. K., Winterfield, J. R., & Funke, B. H. (2013). Dilated cardiomyopathy. Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology, 6(1), 228–237.*
8. *Lestari, D. D., Tjahjono, C. T., & Kurnianingsih, N. (2024). The consequences of a heart condition: Acute stroke and limb ischemia secondary to massive intracardiac thrombus in a young female with dilated cardiomyopathy. Heart Science Journal, 5(3), 71–75. https://doi.org/10.21776/ub/hsj.2024.005.03.13*

9. *McKenna, W. J. (2025). Prevalence and incidence of dilated cardiomyopathy in the United States and Western Europe: A systematic review. Cardiology Research.*
10. *Mine, T., Sato, I., & Miyake, H. (2014). Multiple left ventricular thrombi in a patient with dilated cardiomyopathy and cerebral infarction: A case report. Journal of Medical Case Reports, 8, Article 306. https://doi.org/10.1186/1752-1947-8-306*
11. *Olinic, D. M., Stanek, A., Tătaru, D. A., Homorodean, C., & Olinic, M. (2019). Acute limb ischemia: An update on diagnosis and management. Journal of Clinical Medicine, 8(8), Article 1215. https://doi.org/10.3390/jcm8081215*
12. *Qiu, G., Ren, L., Jiang, H., Shi, X., & Cao, L. (2021). Dilated cardiomyopathy-related stroke mimicking large-artery atherosclerosis-related stroke: Report of two cases. Signa Vitae, 17(6), 150–156. https://doi.org/10.22514/sv.2021.211*
13. *Sonaglioni, A., Albini, A., Nicolosi, G. L., Rigamonti, E., Lombardo, M., & Anzà, C. (2021). An unusual case of biventricular thrombosis in a COVID-19 patient with ischemic dilated cardiomyopathy: Assessment of mass mobility and embolic risk by tissue Doppler imaging. Frontiers in Cardiovascular Medicine, 8, Article 694542. https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.694542*
14. *Stratton, J. R., & Ritchie, J. L. (1989). Detection of left ventricular thrombi by echocardiography: A review. Progress in Cardiovascular Diseases, 31(6), 407–418.*
15. *Sussman, E. S., & Connolly, E. S., Jr. (2013). Hemorrhagic transformation: A review of the rate, timing, and clinical presentation. Neurosurgery, 62(Suppl 1), 1–5.*
16. *Yaghi, S., Willey, J. Z., Cucchiara, B., Goldstein, J. N., Gonzales, N. R., Khatri, P., Kim, L. J., Mayer, S. A., Sheth, K. N., & Schwamm, L. H. (2017). In-hospital ischemic stroke mortality: The impact of left ventricular systolic dysfunction documented by transthoracic echocardiography. Journal of the American Heart Association, 6(1), Article e005489.*

.