

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกที่มีภาวะแทรกซ้อน โรงพยาบาลสระบุรี: กรณีศึกษา

Nursing care of patient rheumatic heart disease with complications in Saraburi Hospital: Case study

(Received: March 17,2024 ; Revised: March 23,2024 ; Accepted: March 24,2024)

สุมาลี เตชะ¹

Sumalee Tacha¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีสาเหตุจากการติดเชื้อไข้รูมาติก ทำให้การดำเนินโรครุนแรง มีอัตราการเสียชีวิตสูง ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลสระบุรี โดยการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การสังเกต นำมาวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 14 ปี อาการสำคัญ มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย ปวดตามข้อ เป็นมา 1 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัย Acute rheumatic fever พบมีการอักเสบที่หัวใจ ลิ้นหัวใจ Mitral valve ลิ้นหัวใจ Aortic รั่วรุนแรง และมีภาวะหัวใจล้มเหลว กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 14 ปี อาการสำคัญ มีผื่นตามตัว แขนขาเคลื่อนไหวควบคุมไม่ได้ เป็นมา 3 วัน แพทย์วินิจฉัย Acute rheumatic fever พบลิ้นหัวใจ Mitral valve ทำงานผิดปกติ และมีภาวะขาดดุลเกลือแร่ ทั้ง 2 กรณีศึกษาได้รับการดูแลรักษาจนผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนโดยใช้กระบวนการพยาบาล และการปฏิบัติตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) จนผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้าน

คำสำคัญ : โรคไข้รูมาติก, การพยาบาลโรคหัวใจรูมาติก, กระบวนการพยาบาล

Abstract

This study was case study. The objective of this study was to study nursing care of patients with rheumatic heart disease complications caused by rheumatic fever infection. This causes severe disease progression with a high mortality rate. Selected sample two case studies admitted at Saraburi Hospital's pediatric ward 1 based on patient medical records. History from patients and relatives observation It is analyzed by comparing health patterns, pathologies. Symptoms and signs, nursing treatment and diagnosis Nursing planning from reception to discharge

The results of the study showed that Case Study 1 , a 14 -year-old Thai boy patient, had significant symptoms. Acute rheumatic fever found carditis, severe mitral valve regurgitation, Aortic valve regurgitation and heart failure. Case Study 2: a 14-year-old Thai girl with major symptoms and a rash. Abnormal movement. For 3 days, the doctor diagnosed acute rheumatic fever, found a malfunctioning mitral valve, and electrolyte deficit. Both cases were treated until the crisis was over, and complications were monitored using nursing process and the 7 Aspects of Care were followed until the patient could be discharged home

Keywords: Rheumatic fever, Rheumatic heart nursing, Nursing process

¹ โรงพยาบาลสระบุรี



บทนำ

โรคหัวใจรูมาติกเป็นโรคหัวใจในเด็กที่เกิดตามหลังโรคไข้รูมาติก เกิดจากติดเชื้อแบคทีเรียบีตาฮีโมไลติกสเตรปโตค็อกคัส กลุ่ม เอ (Beta-hemolytic streptococcus group A) จากสถิติอุบัติการณ์ ผู้ป่วยเด็กโรคไข้รูมาติก (Rheumatic fever) ทั่วโลกพบผู้ป่วยสูงถึงกว่า 470,000 รายปี หรือ 19 รายต่อ 100,000 ประชากรเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย พบมากในเด็กอายุ 5-15 ปี² กลไกการเกิดโรค เมื่อร่างกายได้รับเชื้อจะสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านต่อเชื้อโรคเกิดปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อภายในร่างกายของตนเอง ทำให้เกิดการอักเสบของอวัยวะหลายระบบ ได้แก่ 1) ข้ออักเสบ (arthritis) มีอาการปวดบวมแดงร้อน 2) มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Sydenham's chorea) เป็นความผิดปกติของระบบประสาท การเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถควบคุมได้ 3) เกิดปุ่มใต้ผิวหนัง (Subcutaneous nodules) บริเวณที่ ห่อหุ้มกระดูกหรือเอ็น 4) มีผื่นแดงที่ผิวหนัง (Erythema marginatum) 5) เมื่อมีการติดเชื้อนานๆหรือติดเชื้อซ้ำๆจะมีการทำลายเนื้อเยื่อหัวใจ เกิดการอักเสบของหัวใจ การอักเสบลิ้นหัวใจ ทำให้ลิ้นหัวใจตีบ ลิ้นหัวใจรั่ว หรือเป็นทั้งรั่วและตีบในเวลาเดียวกัน ที่พบบ่อย ได้แก่ ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่วหรือตีบ และลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว¹ องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดแนวทางการวินิจฉัยโรคไข้รูมาติกของ WHO criteria (2002-2003) ในการติดเชื้อซ้ำ เพียง 2 minor manifestations ร่วมกับหลักฐาน การติดเชื้อ hemolytic streptococcus group A ผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจไมตรัลรั่วหรือตีบ การตรวจร่างกายจะพบหัวใจมีเสียงฟู่ ตรวจคลื่นเสียงสะท้อนของหัวใจ (Echocardiogram) พบหัวใจห้องบนซ้ายและห้องล่างโต พบความผิดปกติที่ลิ้นหัวใจ การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ ESR, CRP สูงขึ้น บ่งชี้ถึงกระบวนการอักเสบในร่างกาย ค่า ASO, DNase B สูงขึ้น บ่งชี้ว่ามีการอักเสบและการติดเชื้อ การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัดเชื้อ ให้ยารักษาการอักเสบได้แก่ salicylate และ steroid ยา digitalis

รักษาอาการหัวใจวาย²จากสถิติของโรงพยาบาลสระบุรี ปี 2564 – 2567 (ข้อมูลถึงเดือนมกราคม 2567) พบผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติก 25,28,20,4 คน ตามลำดับ มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคลิ้นหัวใจรั่ว การพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วย ต้องได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้อง ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ได้รับการดูแลในระยะวิกฤตอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และการดูแลในระยะต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ และมีอัตราการได้สูง ผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกที่มีอาการรุนแรงมาก จะศึกษาเล่าเรียนได้ไม่เต็มความสามารถ หรือทำงานได้ไม่เต็มศักยภาพ และอาจกลายเป็นคนทุพพลภาพไม่สามารถประกอบอาชีพได้ การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความซับซ้อน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ในช่วงวิกฤตฉุกเฉินที่คุกคามชีวิต จนกระทั่งผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤต และมีบทบาทสำคัญในการดูแลฟื้นฟูสภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ^{1,5,6,7}

ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติก จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลสระบุรี โดยศึกษาประวัติการเจ็บป่วย แบบแผนการดำเนินชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ นำมาวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและความต้องการ นำทฤษฎีทางการพยาบาล มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยนำแนวคิดการใช้แบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน⁵ เป็นการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น การปฏิบัติการพยาบาล ตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) การใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมรอบคอบทั้ง 4 มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และนำผลการศึกษาไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติก เพื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยหัวใจมาติก และศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจมาติกเปรียบเทียบกรณีศึกษา
2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจมาติก

วิธีดำเนินการศึกษา

ศึกษาผู้ป่วย 2 รายเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยโรคหัวใจมาติก ที่เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลสระบุรี ระหว่าง เดือน พฤษภาคม 2566 ถึงมกราคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน แบบฟอร์มการประเมินแผนสุขภาพ

การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลจากญาติผู้ป่วย ข้อมูลจากทีมสุขภาพ การสังเกต การปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ศึกษาค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำผลการศึกษามาวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ พร้อมทั้งสังเคราะห์และวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย โดยมีประเด็นเปรียบเทียบได้แก่ แบบแผนสุขภาพ อาการและอาการแสดง พยาธิสภาพของโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษ แผนการรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และผลการรักษา ดังมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหัวใจมาติกที่มีภาวะแทรกซ้อน

ประเด็น	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 14 ปี เป็นชาวกลุ่มภูเขาเรียนหนังสือถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาศัยอยู่กับบิดา มารดา น้องชาย ในห้องเช่า ปกติสุขภาพดีประจำตัว เคยเป็นไข้หวัด เจ็บคอ ซ้ำซากกินเอง มารดา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร	ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 14 ปี เรียนหนังสือถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ไม่ได้เรียนหนังสือต่อ อาศัยอยู่กับมารดาในห้องเช่า 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ออกจากบ้านไปอยู่กับแฟน เสพยาเสพติด สูบบุหรี่ กินน้ำกระเทียม เสพกัญชา และยาเคมารดาบอกว่าไม่รับทราบว่ามีบุตร เสพยาเสพติดปกติสุขภาพดีประจำตัว เคยเป็นไข้หวัด เจ็บคอ ไม่ได้รักษาอาการหายได้เอง มารดา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด มีโอกาสได้รับเชื้อแบคทีเรียปิตาอีโมไลติกสเตรปโตค็อกคัส กลุ่ม เอ และมีประวัติเป็นไข้หวัด เจ็บคอ ซ้ำซากกินเอง ไม่ได้รักษา ไม่ได้รักษาพิษุนะ จึงทำให้เกิดการติดเชื้อซ้ำๆเกิดเป็นโรคหัวใจมาติก และมารดากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของบุตร
อาการและอาการแสดง และการวินิจฉัยโรค	ไข้ หายใจเหนื่อย ปวดตามข้อเข่า ข้อเท้า ฟังเสียงหัวใจพบเสียงฟู่ที่ Apex	หายใจหอบเหนื่อย แขนขาเคลื่อนไหวตลอดเวลาควบคุมไม่ได้ มีผื่นขึ้นตามตัว ฟังเสียงหัวใจไม่พบเสียงฟู่	กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการไข้ร่วมกับอาการข้ออักเสบ แต่กรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Sydenham's chorea) ไม่มีอาการไข้ร่วมด้วย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยตามแนวทางของWHO criteria (2002-2003) ดังนี้ กรณีศึกษารายที่ 1 มี Major criteria คือ Poly arthritis, carditis, ESR และ CRP สูง กรณีศึกษารายที่ 2 มี Major criteria คือ Chorea , carditis ผล ESR และ CRP สูง
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	-CBC, Electrolyte, ESR ทุก วัน พ ฐ CRP, ASO titer ,LFT, ANA,	-CBC, Electrolyte, ESR, CRP, ASO titer, LFT, Ca, Mg, PO4,	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการตรวจว่ามี การติดเชื้อ ส่งตรวจ ASO titer Anti D Nase B

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกที่มีภาวะแทรกซ้อน

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
	ASO titer, Anti D Nase B -CXR EKG 12 lead	Anti HIV, ANA, Anti DNase B, UA, Urine pregnancy test, Urine amphetamine -CXR EKG 12 lead	และตรวจหาการอักเสบในร่างกาย ส่งตรวจ ESR, CRP
ผล Echocar- diogram	Severe Mitral valve regurgitation, Tricuspid Regurgi-tation, Aotic regur- gitation, LVEF 65 %	Severe Mitral valve regurgitation, LVEF good	ผล Echocardiogram กรณีศึกษาที่ 1 พบการอักเสบของหัวใจและมีลิ้นหัวใจ Mitral, Tricuspid, Aortic ร้าวรุนแรง และ พบการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ผล Echocardiogram กรณีศึกษาที่ 2 พบการมีลิ้นหัวใจ Mitral ร้าวรุนแรง การบีบ ตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายปกติ
แผนการรักษาและ ยาที่ได้รับ	-on oxygen canula 3 LPM -Lasix 40 mg iv x 2 dose -Lasix 20 mg iv x 2 dose -Penicillin G sodium 1.2 ล้าน unit IM ทุก 3 สัปดาห์ - Prednisolone 5 mg 5 tab oral TID pc -Lasix 40 mg 1 tab oral OD -Aldactone 25 mg 1 tab oral BID pc - Enalapril 25 mg oral OD -Aspirin 300 mg 3 tab oral TID pc -Digoxin 0.25 mg ½ tab oral BID pc -Folic 1 tab oral OD -MTV 1 tab oral OD -Losec 2.0 mg 1 tab oral OD ac - Absolute bed rest -จำกัดน้ำดื่ม <1000 ml/day	-Prednisolone 5 mg 5tab oral TID pc -Amoxycillin 500 mg 2 tab oral BID pc 10 วัน Then Pen V 250 mg 1 tab oral BID pc -Aldactone 25 mg 1 tab oral BID pc - Enalapril 25 mg oral OD -Aspirin 300 mg 3 tab oral TID pc -Absolute bed rest -ส่งปรึกษาจิตแพทย์ ให้ ยา Clonazepam 0.5 mg 1 tab oral HS -Quetiapine 25 mg ¼ tab oral เช้า ½ tab oral HS -Losec 20 mg 1 tab oral OD ac -Absolute bed rest	แผนการรักษาของกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมี ความต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 มี อาการหัวใจล้มเหลว และลิ้นหัวใจร้าวรุนแรง ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดขับปัสสาวะ ร่วมกับยา Digitalis และยาปฏิชีวนะ Penicillin G sodium 1.2 ล้าน unit IM ทุก 3 สัปดาห์ ได้รับยา Aspirin (ASA), Prednisolone ลดการอักเสบของหัวใจและ ข้อ จำกัดน้ำดื่ม Absolute bed rest นาน 8 สัปดาห์ กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการ เคลื่อนไหวผิดปกติได้รับการปรึกษา จิตแพทย์ให้ยากุมอาการ ไม่มีอาการของ ภาวะหัวใจล้มเหลว แพทย์ไม่จำกัดน้ำดื่ม Absolute bed rest 4 สัปดาห์ ทั้ง 2 กรณีศึกษา ได้รับยาขับปัสสาวะ ยา digitalis เพื่อลดอาการทางหัวใจ ยาช่วยลด แรงต้านการไหลเวียนเลือด(Aldactone, Enalapril) ยาสalicylate ลดการอักเสบ ยา ปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อ
อาการก่อน จำหน่าย	รู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบเหนื่อย ลูก เดินทำกิจวัตรประจำวันใน ระยะทางสั้นๆ ได้	รู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบเหนื่อย ลูก เดินทำกิจวัตรประจำวันในระยะทาง สั้นๆ ได้	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รู้สึกตัวดี ลูกเดินทำ กิจวัตรประจำวันในระยะทางสั้นๆ ได้ไม่มี อาการหายใจหอบเหนื่อย
ยากลับบ้าน	-Lasix 40 mg ½ tab oral OD / 10 tab -Aldactone 25 mg 1 tab oral BID pc/20 tab -Enalapril 25 mg oral OD -prednisolone 5 mg 3 tab oral และลด dose ลงจน off วันที่ 12	-Lasix 40 mg ½ tab oral OD / 10 tab -Aldactone 25 mg 1 tab oral BID pc/20 tab -Aspirin 300 mg 3 tab oral TID pc/90 tab -Enalapril 25 mg oral OD -/Lanoxin 0.0625 mg 1 tab oral BID pc/20 /tab -Pen V 250 mg 1 tab oral BID	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีแผนการรักษาได้รับ ยาขับปัสสาวะ ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการ ติดเชื้อซ้ำกลับบ้าน

ตารางที่ 1 การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหัวใจเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
การติดตามต่อเนื่อง	นัด Follow up cardio clinic 29/02/67 เจาะเลือดตรวจ BUN Cr Electrolyte ESR LFT ก่อนพบแพทย์	นัด Follow up cardio clinic 29/11/66 เจาะเลือดตรวจ BUN Cr Electrolyte ESR CRP LFT ก่อนพบแพทย์	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีนัดติดตามอาการ ติดตามผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ และมารับยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การพยาบาล
1) เสี่ยงต่อการเกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง และเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ		<u>การพยาบาล</u> 1) ติดตามประเมินสัญญาณชีพ โดยใช้แบบประเมิน Respiratory failure score และความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว ทุก 1-2 ชั่วโมง 2) สังเกต ประเมินภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือเท้าเย็น กระสับกระส่าย cyanosis รายงานทราบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ 3) จัดท่านอนศีรษะสูง 30-60 องศา 4) ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Oxygen cannula 3 LPM และ Keep ออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 % 5) ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์ (Absolute bed rest) เพื่อลดการใช้ออกซิเจน 6) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและเงียบสงบ
2) เสี่ยงต่อภาวะ Cardiac Output ลดลง จากการเต้นของหัวใจผิดปกติจากมีลิ้นหัวใจรั่วและประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง	2) เสี่ยงต่อภาวะ Cardiac Output ลดลงจากการเต้นของหัวใจผิดปกติจากมีลิ้นหัวใจรั่วและประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง	1) ประเมินสัญญาณชีพ Oxygen saturation โดยใช้แบบประเมิน Respiratory failure score ทุก 1-2 ชั่วโมง 2) สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของหัวใจ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ รายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ 3) ประเมินอาการขาบวมหรือท้องบวม 4) ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์ (Absolute bed rest) เพื่อลดการทำงานของหัวใจ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำ กิจกรรมประจำวันต่างๆ เช่น การเช็ดตัว การขับถ่าย ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 พักนาน 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยรายที่ 2 นอนพักนาน 4 สัปดาห์ 5) ดูแลให้ยาขับปัสสาวะและยา Digitalis ตามแผนการรักษา 6) บันทึกจำนวนน้ำดื่มและปัสสาวะในรอบ 8 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีปัสสาวะออก < 0.5-1 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ชั่วโมง 7) ดูแลให้รับประทานอาหารจัด หรือมีเกลือโซเดียมน้อยกว่า 4 กรัมต่อวัน 8) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการรักษาและรายงานแพทย์ทุกครั้งเมื่อพบความผิดปกติ 8) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความจำเป็นในการจำกัดอาหารและการจำกัดกิจกรรม
3) มีเลือดกำเดาไหลจากการอักเสบอักเสบของหลอดเลือดหรือจากการกินยา Aspirin		กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการเลือดกำเดาไหลจากจมูก 2 ข้าง กรณีศึกษาที่ 2 ไม่มีอาการ อาจเกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดหรือจากการกินยา Salicylate⁶ <u>การพยาบาล</u> 1) จัดให้อยู่ในท่าศีรษะสูง ก้มหน้าเล็กน้อย เพื่อกันเลือดไหลลงคอและคลื่นไส้อาเจียน 2) ใช้กระดาษน้ำแข็งประคบสันจมูก เพื่อช่วยให้หลอดเลือดหดตัว เลือดออกน้อยลง 3) ประเมินจำนวนสี ลักษณะของเลือดที่ออกถ้าเลือดยังไม่หยุด รายงานแพทย์ เพื่อให้การห้ามเลือด เตรียม Adrenalin 1:1,000 หรือ ephedrine 1% พ่นจมูก หรือซุบสำลีสอดเข้าไปในจมูกตามแผนการรักษา 4) แนะนำผู้ป่วยไม่ให้สั่งน้ำมูก หรือแคะสะเก็ดแผล 5) ประเมินวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อค และประเมินภาวะไข้จากการ



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การพยาบาล
		ติดเชื้ในช่องปากและลำคอ 5) รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาหยุดยา Aspirin
	3) มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย	กรณีศึกษารายที่ 2 มีค่าโปแตสเซียมในร่างกายต่ำ <u>การพยาบาล</u> 1) ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น อาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องอืด คลื่นไส้ อาเจียน การเต้นของหัวใจผิดปกติ 2) ประเมินสัญญาณชีพ ตามแผนการรักษา 3) ดูแลให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา 4) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานให้แพทย์ทราบ
4) ไม่สุขสบายจากอาการอักเสบและปวดบริเวณข้อ		กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการข้ออักเสบ ปวดบวม กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่มีอาการข้ออักเสบตามข้อ <u>การพยาบาล</u> 1) ประเมินอาการปวด บวมบริเวณข้อ 2) ประคบบริเวณข้อที่ปวด ด้วยความเย็นนานประมาณ 15-30 นาที ทำซ้ำ ทุก 2-4 ชั่วโมง 3) พักข้อที่ปวด จัดวางบนหมอนสูง 4) ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ประเมินอาการปวดซ้ำหลังได้ยาลดอาการปวด หากอาการไม่ทุเลาลง รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวดเพิ่ม 4) ดูแลให้ยาด้านการอักเสบ Aspirin 300 mg 3 tab oral TID PC ตามแผนการรักษา 5) ประเมินอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการปวดท้องจากการระคายเคืองกระเพาะอาหาร หรือกระเพาะอาหารเป็นแผล รายงานแพทย์ทราบเมื่อพบอาการผิดปกติ
5) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากการถูกจำกัดกิจกรรม	4) ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากการถูกจำกัดกิจกรรม	กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ กรณีศึกษารายที่ 2 มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ แบบควบคุมไม่ได้ (Syden-ham's chorea) แต่ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ถูกจำกัดกิจกรรมให้พักบนเตียงแบบสมบูรณ์ <u>การพยาบาล</u> 1) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่สามารถดูแลอย่างใกล้ชิด 2) ยกเหล็กกันเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล เพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง 3) ดูแลให้ยาลดคุมอาการเคลื่อนไหวผิดปกติตามแผนการรักษา และรายงานแพทย์เพื่อติดตามอาการเป็นระยะ 4) ดูแลป้อนอาหารและน้ำ ระวังการสำลัก 5) ให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย 6) อนุญาตให้ญาติผู้ป่วยเฝ้าข้างเตียงเพื่อดูแลใกล้ชิด เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยและลดความหวาดกลัว 7) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่มีสิ่งรบกวนเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน
6) เตรียมผู้ป่วยตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจหัวใจ (Echocardiogram)	5) เตรียมผู้ป่วยตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจหัวใจ (Echocardiogram)	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการตรวจ Echo-cardiogram <u>การพยาบาล</u> 1) อธิบายวัตถุประสงค์ของการตรวจ วิธีการตรวจ การปฏิบัติตัวขณะตรวจ เพื่อลดความวิตกกังวล 2) จัดท่านอนหงาย หรือตะแคงซ้ายเล็กน้อย ศีรษะราบหรือสูง 30 องศา วางตัวรับคลื่นเสียงบริเวณ ช่องซี่โครงด้านซ้ายที่ ตำแหน่ง 3 หรือ 4 ทางด้านซ้ายของกระดูก ตรวจในห้องมืดใช้เวลา 15-45 นาที 3) ขณะตรวจแนะนำผู้ป่วยให้นอนนิ่งๆ และกลั้นหายใจเข้าออก ตามที่ผู้ตรวจบอก 4) อธิบายผู้ป่วยและญาติว่าการตรวจ ไม่มีความเจ็บปวดไม่เกิดอันตราย เพื่อลดความหวาดกลัว
7) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล	6) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล	ผู้ป่วยและญาติกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย <u>การพยาบาล</u>

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การพยาบาล
เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต	เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต	1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก 2) ประเมินความรู้สึกลัวและวิตกกังวล ของผู้ป่วยและญาติ 3) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับอาการของโรค แผนการดูแลรักษา แผนพยาบาล แนวทางการปฏิบัติตัว และเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นระยะ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้ซักถามในหัวข้อสงสัย ด้วยท่าที่เป็นมิตร 4) ให้พบแพทย์ผู้ดูแลเพื่อทราบอาการของโรคและแนวทางการรักษา 5) บอกและอธิบายผู้ป่วยและญาติก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งเพื่อความเข้าใจและการให้ความร่วมมือที่ดี 6) ให้กำลังใจและสนับสนุน ส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
8) เตรียมความพร้อมการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องก่อนตามหลัก M-E-T-H-O-D	7) เตรียมความพร้อมการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องก่อนตามหลัก M-E-T-H-O-D	การพยาบาลวางแผนจำหน่าย แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-METHOD ดังนี้ D: Disease ให้ความรู้ เรื่องโรคไข้รูมาติก การติดเชื้อแบคทีเรีย ปิศาจโมไลติกสเตรปโตค็อกคัส กลุ่ม เอ มีอาการไข้ เจ็บคอ หากมีการติดเชื้อซ้ำเป็นโรคหัวใจรูมาติกทำให้ความผิดปกติที่หัวใจ เกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องได้รับการดูแลรักษา อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต M: Medication แนะนำการรับประทานยา ตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ หากมีอาการข้างเคียงของยา ให้มาพบแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา E: Environment แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านและบริเวณบ้านให้มีความสะอาด ป้องกันการติดเชื้อซ้ำโดยการใส่หน้ากาก ล้างมือ ไม่อยู่ในชุมชนแออัด T-Treatment แนะนำการพักผ่อน ให้ทำกิจกรรมได้ในระยะทางสั้นๆ งดออกกำลังกายหนักๆ เช่น วิ่ง เล่นกีฬา แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ เจ็บคอ หายใจหอบเหนื่อย H-Health แนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ได้แก่ การรักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อม ไม่อยู่ที่แออัด เจ็บป่วยต้องมาพบแพทย์ รับประทานยาปฏิชีวนะต่อเนื่องตามแผนการรักษา ไม่ซื้อยากินเอง O-Out patient การมาพบแพทย์ตามนัด หรือก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ กรณีฉุกเฉินติดต่อสถานบริการใกล้บ้าน D-Diet แนะนำรับประทานรสไม่จัดให้ครบ 3 มื้อ ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยเด็กเพศชาย และเพศหญิงอายุ 14 ปี ได้รับได้รับการวินิจฉัยโรค Rheumatic heart disease จากประวัติกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด และมีประวัติติดเชื้อเป็นไข้หวัด เจ็บคอ มาก่อน การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ ESR และ CRP สูง ทั้ง 2 กรณีศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 ตรวจร่างกายพบหัวใจมีเสียงฟู่ ตรวจคลื่นเสียงสะท้อนของหัวใจ (Echocardiogram) พบมีลิ้นหัวใจ Mitral valve, Aortic valve, Aortic valve รั่วรุนแรง พบการอักเสบของหัวใจ การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง และมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว มีการอักเสบปวดบวมบริเวณข้อ และมีเลือดกำเดาไหล กรณีศึกษาที่ 2

ตรวจคลื่นเสียงสะท้อนของหัวใจ (Echocardiogram) พบลิ้นหัวใจ Mitral valve รั่วรุนแรง มีอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ ควบคุมไม่ได้ (Sydenham's chorea) ทั้ง 2 กรณีศึกษา⁴ เสี่ยงต่อการเกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง เสี่ยงต่อภาวะ Cardiac Output ลดลงจากการเต้นของหัวใจผิดปกติจากมีลิ้นหัวใจรั่วและการบีบตัวของหัวใจลดลง ได้รับการรักษาโดยได้รับยาขับปัสสาวะ การรักษาอาการหัวใจล้มเหลว ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัดเชื้อโรค ได้รับยาด้านการอักเสบ ได้รับการพยาบาล ติดตามประเมินอาการ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ปัญหาทางการพยาบาล ที่มีความแตกต่างกัน คือ กรณีศึกษาที่ 1 มีการถูกทำลายของหัวใจ มากกว่ากรณีศึกษาที่ 2 ทำให้ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล

นานกว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ที่มีความวิตกกังวล กลัวตาย ต้องถูกจำกัดกิจกรรม ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง พยาบาลอธิบายถึงข้อจำกัด ตลอดจนให้ข้อมูลเรื่องความก้าวหน้าของโรค แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การปฏิบัติตัว ให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเป็นระยะ เพื่อลดความวิตกกังวล และส่งเสริมให้ญาติ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามหลัก Family central care เน้นย้ำผู้ป่วยและญาติเรื่องการได้รับประทานยาปฏิชีวนะ ยา ASA, digitalis ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ตลอดจนการมาตรวจตามนัด (follow up) เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจที่อาจเกิดขึ้นได้⁵ ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการใช้กระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง³ จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ภาวะวิกฤตและ

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้รับการดูแลรักษา จนสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกจะต้องมีทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย
3. ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกให้เหมาะสมและทันสมัย เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
4. การรณรงค์ให้ ความรู้ประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อไข้รูมาติก และอาการที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. ธรรมเทวี, อัจฉรา เปรื่องเวทย์, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, สุดาภรณ์ พัยคมเรือง (บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลเด็ก ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง;2561
2. มนัส ปะนะมณฑา. Rheumatic Fever.The Cardiac Children foundation Of Thailand. มหาวิทยาลัยขอนแก่น;2562
3. มนัส ปะนะมณฑา,ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน,กฤตย์วิกรม ดุรงค์พิศิษฐ์กุล,สุเทพ วาณิชยกุล,สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์,ยุพดา พงษ์พรต,และคณะ.แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้รูมาติกในประเทศไทย; 2560 สืบค้นจาก <https://www.thaipediatrics.org/?p=700>
4. ปราณี ทุไพบระ.คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล.ครั้งที่1.กรุงเทพฯ:N P Press Limited Partnership;2566.
5. พิมพ์ภากรณ์ กลั่นกลิ่น.การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น.เชียงใหม่.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส; 2563.
6. วรณไพโร แยมณาและสุพัตรา นุตรักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ.กรุงเทพมหานคร: นิโอดิจิตอล;2561.
7. เวียงพิงค์ ทวีพูน.การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์;2565.