

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้รูมาติกที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบรุนแรง:

บทบาทพยาบาลเด็กวิกฤต

Nursing Care of Children with Acute Rheumatic Fever and Severe Myocarditis: the Role of Pediatric Critical Care Nurses

นิตยา ศรีบัวรมย์, วท.ม., Nittaya Sribuarom, M.Sc.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

Corresponding Author Email: Nittayasr@nu.ac.th

Received: December 30, 2025

Revised: January 15, 2026

Accepted: May 14, 2026

บทคัดย่อ

โรคไข้รูมาติกในเด็ก เป็นภาวะที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียปีตาอีโมไลติก สเตรปโตค็อกคัส กลุ่มเอ (Group A β -hemolytic Streptococcus) มักเกิดตามหลังการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เช่น คออักเสบหรือทอนซิลอักเสบ ภายหลังการติดเชื้อร่างกายจะเกิดการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ (autoimmune reaction) ทำให้เกิดการอักเสบของอวัยวะหลายระบบ ได้แก่ ข้ออักเสบ การเคลื่อนไหวผิดปกติ (chorea) การเกิดปุ่มไตผิวน้ำ และผื่นแดง หากมีการติดเชื้อซ้ำหรือต่อเนื่อง จะเกิดการอักเสบของหัวใจ และลิ้นหัวใจ ส่งผลให้เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบ โดยเฉพาะลิ้นหัวใจไมตรัล ซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบมากที่สุด การตรวจร่างกายมักพบเสียงฟู่ของหัวใจ (heart murmur) และการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจจะพบหัวใจโต และความผิดปกติของลิ้นหัวใจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่า ESR, CRP และ ASO สูงขึ้น ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะอักเสบ และการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว และลิ้นหัวใจรั่วเรื้อรัง ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยเด็ก บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นไข้รูมาติกในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ประกอบด้วย 1) การประเมินอาการอย่างรวดเร็ว ทั้งภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะน้ำเกิน และภาวะขาดออกซิเจน 2) ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษาแบบประคับประคอง จำกัดการทำกิจกรรม เพื่อลดการอักเสบ และการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เฝ้าระวังและสังเกตอาการ เช่น อาการเหนื่อย เจ็บหน้าอก ปวดข้อ หรือเคลื่อนไหวผิดปกติ เป็นต้น 3) รายงานอาการที่เปลี่ยนแปลงทันที: เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของทีมแพทย์ 4) เก็บข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย: การติดเชื้อคออักเสบซ้ำ ๆ หรือ การได้รับยาปฏิชีวนะไม่ครบ 5) สนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: เช่น การเตรียมผู้ป่วยสำหรับการเจาะเลือด ตรวจ echocardiography และ ECG 6) ให้ความรู้แก่ครอบครัว: เกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจวินิจฉัย เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษา ซึ่งการดูแล

ที่มีประสิทธิภาพของพยาบาลจะช่วยลดความรุนแรงของโรค ป้องกันความพิการ ส่งเสริมความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กในระยะยาว

คำสำคัญ: โรคไข้รูมาติก การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้รูมาติก กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบรุนแรง

Abstract

Rheumatic fever in children is an inflammatory condition that develops following infection with Group A β -hemolytic Streptococcus, most commonly occurring after upper respiratory tract infections such as pharyngitis or tonsillitis. Following the infection, an abnormal immune response (autoimmune reaction) may occur, resulting in multisystem inflammation. Clinical manifestations include arthritis, chorea (involuntary movements), subcutaneous nodules, and erythematous skin rashes. Recurrent or persistent infections may lead to inflammation of the heart and heart valves, causing valvular regurgitation or stenosis, most frequently involving the mitral valve. Physical examination often reveals a cardiac murmur, while echocardiography may demonstrate cardiomegaly and valvular abnormalities. Laboratory findings typically show elevated erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP), and antistreptolysin O (ASO) titers, indicating inflammatory activity and recent streptococcal infection. Major complications include heart failure and chronic valvular regurgitation, which may be life-threatening in pediatric patients. The critical roles of nurses in caring for pediatric patients with rheumatic fever in the pediatric intensive care unit include: (1) rapidly assess clinical conditions, particularly heart failure, fluid overload, and hypoxia; (2) ensure the administration of prescribed antibiotics, prevention of complications, provision of supportive care, and activity restriction to reduce inflammation and myocardial workload, along with close monitoring for symptoms such as dyspnea, chest pain, joint pain, and abnormal movements; (3) promptly report of any clinical deterioration to support the physician team's clinical decision - making; (4) collect relevant medical history, including recurrent episodes of pharyngitis or incomplete antibiotic therapy; (5) facilitate laboratory investigations, including preparation for blood sampling, echocardiography, and electrocardiography (ECG); and (6) provide family education regarding the importance of diagnostic evaluation and treatment adherence to enhance cooperation in treatment. Effective nursing care enables healthcare providers to reduce disease severity, prevent long-term disability, promote patient safety, and improve the long-term quality of life of pediatric patients.

Keywords: Rheumatic fever, Nursing care of children with rheumatic fever, Severe myocarditis

บทนำ

โรคไข้รูมาติกเฉียบพลัน (Acute Rheumatic Fever: ARF) เป็นกลุ่มอาการที่มีการอักเสบของระบบอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นผลจากการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติ เกิดภายหลังการติดเชื้อแบคทีเรียชนิด *Group A β -hemolytic Streptococcus* (GAS) ที่คอหอย (streptococcal pharyngitis) ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขในหลายประเทศ (Liang et al., 2023) โดยกลุ่มเด็กและวัยรุ่น เป็นประชากรที่มีความเสี่ยงสูงสุด รายงานการศึกษาระบาดวิทยาในระดับนานาชาติระบุว่าอุบัติการณ์ของ ARF แตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค โดยพบได้ตั้งแต่ 8-51 ต่อประชากร 100,000 คน ในพื้นที่ทั่วไป และสูงถึง 200 ต่อประชากร 100,000 คน ในพื้นที่ที่มีความชุกสูง เช่น แอฟริกาและเอเชียใต้ (Lahiri & Sanyahumbi, 2021) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ สภาพเศรษฐกิจสังคมต่ำ ความแออัดของที่อยู่อาศัย การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด รวมถึงการไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม (Alberio et al., 2021)

สำหรับประเทศไทย แม้อุบัติการณ์โรคไข้รูมาติกจะมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน จากการพัฒนาระบบสาธารณสุข และการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างแพร่หลาย แต่โรคนี้อย่างคงพบได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท และภูมิภาคที่การเข้าถึงบริการสุขภาพยังจำกัด การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559 รายงานว่า ความชุกของโรคอยู่ที่ 0.23 รายต่อประชากร 1,000 คน (Chaikitpinyo et al., 2014) แต่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจที่รุนแรง เช่น valvular regurgitation และ heart failure (Kaewpechsanguan et al., 2024) เนื่องจากภายหลังการติดเชื้อแบคทีเรีย ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมาทำลายเชื้อโรค โดย antibody จะไปเกาะกับผนังเซลล์

ของเซลล์แบคทีเรีย และส่งสัญญาณให้เม็ดเลือดขาวเข้ามาทำลายแบคทีเรีย แต่ผนังเซลล์ของแบคทีเรียชนิด *Group A β -hemolytic Streptococcus* มีองค์ประกอบของโปรตีนที่คล้ายคลึงกับโปรตีนที่เป็นองค์ประกอบของเซลล์ หัวใจ ข้อต่อ ผิวหนัง เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง และสมอง จึงทำให้ antibody เข้ามาทำลายอวัยวะเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดการอักเสบโดยเฉพาะการอักเสบของหัวใจ ถ้าร่างกายมีการติดเชื้อซ้ำ ๆ จะทำส่งผลให้ลิ้นหัวใจถูกทำลายอย่างถาวร (วรรณไพโรญ และสุพัตรา นุตรักษ์, 2563)

การวินิจฉัยโรคไข้รูมาติกเฉียบพลัน (Acute Rheumatic Fever: ARF)

การวินิจฉัยโรคไข้รูมาติกเฉียบพลัน เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญต่อการพยาบาลเด็ก เนื่องจากโรคนี้ไม่มีอาการเฉพาะเจาะจง ที่สามารถยืนยันการวินิจฉัยได้โดยตรง แต่ต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลจากหลายด้าน ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเกณฑ์การวินิจฉัย คือเกณฑ์ Jones (Jones criteria) ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล

เกณฑ์การวินิจฉัย (Liang et al., 2023) โดยเกณฑ์ดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. เกณฑ์หลัก (Major criteria)

1.1 หัวใจอักเสบ (carditis): พบในเด็กไทยบ่อยที่สุด สามารถเกิดการอักเสบได้ทุกชั้นของหัวใจ ลิ้นหัวใจที่มีการอักเสบบ่อยที่สุด คือ mitral valve (Kaewpechsanguan et al., 2024; วรรณไพโรญ และสุพัตรา นุตรักษ์, 2563)

1.2 ข้ออักเสบหลายข้อ (polyarthritits): การอักเสบของข้อแบบย้ายตำแหน่ง (migratory) มักเกิดกับข้อใหญ่ เช่น เข่า ข้อเท้า เป็นต้น

1.3 การเคลื่อนไหวผิดปกติ (chorea หรือ sydenham's chorea): เป็นความผิดปกติของระบบประสาทที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวผิดปกติ ที่ไม่สามารถ

ควบคุมได้ เช่น พุดผิปกติ พุดไม่ชัด นั่ง เดินไม่ได้ เขียนหนังสือไม่ได้

1.4 ผื่นแดงที่ผิวหนัง (erythema marginatum): ผื่นวงแหวนแดงที่ขอบไม่ชัด มักพบบริเวณลำตัว

1.5 ปุ่มใต้ผิวหนัง (subcutaneous nodules): เป็นการอักเสบของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังทำให้เกิดตุ่มแข็งก้อนเล็ก ๆ ใต้ผิวหนัง มักอยู่ตามข้อใหญ่ หรือ กระดูกสันหลัง เป็นต้น

2. เกณฑ์รอง (Minor criteria)

2.1 ไข้ (fever)

2.2 ปวดข้อโดยไม่มีการอักเสบ (arthralgia)

2.3 ค่า erythrocyte sedimentation rate : ESR หรือ C-reactive protein CRP สูง บ่งบอกว่ามีการอักเสบเกิดขึ้นในร่างกาย

2.4 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Prolonged PR interval ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้รูมาติก ต้องมีเกณฑ์หลัก 2 ข้อ หรือ เกณฑ์หลัก 1 ข้อ ร่วมกับเกณฑ์รอง 2 ข้อ พร้อมกับหลักฐานที่ยืนยันว่ามีการติดเชื้อ Group A β -hemolytic Streptococcus มาก่อน เช่น การตรวจ throat culture หรือการตรวจเลือด พบค่า antistreptolysin O (ASO) titers สูง (Lahiri & Sanyahumbi, 2021)

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ

3.1 การตรวจ ASO titer และ anti-DNase B: ใช้ยืนยันการติดเชื้อ GAS ในระยะที่ผ่านมา ซึ่งมีความสำคัญมาก เนื่องจากอาการของ ARF มักเกิดหลังการติดเชื้อ 2-3 สัปดาห์ (Alberio et al., 2021)

3.2 การตรวจเลือดทั่วไป: มักพบค่า ESR และ CRP สูง แสดงถึงภาวะอักเสบ

3.3 Echocardiography: เป็นเครื่องมือ

ในการตรวจหา การอักเสบของหัวใจ แม้ในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชัดเจน (subclinical carditis) โดยเฉพาะในเด็ก ซึ่งมีรายงานว่า การใช้ echocardiography ทำให้ตรวจพบ carditis ได้มากกว่าการตรวจร่างกายเพียงอย่างเดียว (Liang et al., 2023)

3.4 Electrocardiogram (ECG): อาจพบ prolonged PR interval ซึ่งจัดเป็นหนึ่งในเกณฑ์รองของการวินิจฉัย

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะไข้รูมาติกเฉียบพลัน มีวัตถุประสงค์หลักในการ (1) กำจัดเชื้อสาเหตุคือ Group A β -hemolytic streptococcus (GAS), (2) ลดกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในอวัยวะเป้าหมาย โดยเฉพาะหัวใจและข้อ, (3) รักษาภาวะแทรกซ้อน, และ (4) ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการเกิดโรคหัวใจรูมาติกในระยะยาว (Liang et al., 2023; Lahiri & Sanyahumbi, 2021)

1. การรักษา

1.1 การกำจัดเชื้อ GAS

1.1.1 ยาปฏิชีวนะมาตรฐานคือ Benzathine penicillin G ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ขนาด 600,000-1,200,000 ยูนิต ตามน้ำหนักตัวเด็ก เพื่อกำจัดเชื้อ GAS ที่คอหอย และลดความเสี่ยงของการกำเริบซ้ำ (Lahiri & Sanyahumbi, 2021; วรรณไพโร ยัมมา และสุพัตรา นุตรักษ์, 2563)

1.1.2 penicillin V 250-500 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 3 ครั้งเป็นเวลา 10 วัน ในเด็กที่แพ้ penicillin ใช้ Erythromycin หรือ Azithromycin แทน

1.2 การควบคุมการอักเสบ

1.2.1 ใช้ Aspirin ขนาดสูง (80-100 มก./กก./วัน) แบ่งให้ทุก 6 ชั่วโมง สำหรับผู้ป่วยที่มี

arthritis หรือ carditis ระดับไม่รุนแรง (Alberio et al., 2021; วรรณไพโร ยัมมา และสุพัตรา นุตรักษา, 2563)

1.2.2 หากมี carditis รุนแรง หรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว ร่วมกับหลักฐานการอักเสบเด่นชัด อาจใช้ Corticosteroids (Prednisone) ระยะสั้น เพื่อลดการอักเสบของหัวใจ (Kaewpechsanguan et al., 2024)

1.3 การรักษา ประคับประคอง (Supportive care)

1.3.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) ให้ยาขับปัสสาวะ (เช่น Furosemide) และ Digoxin

1.3.2 ผู้ป่วยที่มี chorea อาจให้ยา Haloperidol เพื่อควบคุมอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ

1.3.3 ให้นอนพักบนเตียง และจำกัดการทำกิจกรรม (absolute bed rest) จนกว่าจะควบคุมภาวะหัวใจวายได้ และค่อย ๆ เพิ่มการเคลื่อนไหว โดยส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-3 เดือน

1.4 การป้องกัน การกำเริบซ้ำ (Secondary prophylaxis)

หลังการรักษาเฉียบพลันเสร็จสิ้น ผู้ป่วยต้องได้รับ Penicillin G ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 3-4 สัปดาห์ ต่อเนื่องอย่างน้อย 5-10 ปี หรือจนถึงอายุ 21 ปี ขึ้นกับความรุนแรงของโรคหัวใจรูมาติก ในผู้ป่วยที่มีหัวใจอักเสบรุนแรง หรือ ลิ้นหัวใจรั่ว ให้ยาอย่างน้อย 10 ปี หลังการเกิดไข้รูมาติก และไม่หยุดการป้องกันก่อนอายุ 40 ปี หรือบางรายอาจมีการให้ยารับประทาน เช่น penicillin V 250 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 2 ครั้ง ทุกวัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนที่เกิดจากเชื้อ Group A β -hemolytic streptococcus ซ้ำ (Liang et al., 2023; วรรณไพโร ยัมมา และสุพัตรา นุตรักษา, 2563)

การพยาบาล (Nursing care)

1. บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กไข้รูมาติก

1.1 ให้ความรู้ (health education): สอนผู้ปกครองอธิบายความสำคัญของการรับประทานยา ปฏิชีวนะต่อเนื่อง อาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

1.2 สร้างเสริมสุขภาพ: ให้คำแนะนำเรื่องสุขอนามัย, โภชนาการ, และการออกกำลังกายเบา ๆ

1.3 ประเมินติดตามอาการ: ฝ้าระวังสัญญาณชีพ, อาการทางระบบหัวใจ (หายใจลำบาก, ใจสั่น) และ อาการปวดข้อ เป็นต้น

1.4 ดูแลการรักษา: ให้ยาตามแผนการรักษา สังเกตผลข้างเคียงของยา

1.5 การดูแลด้านจิตใจและสังคม: ให้กำลังใจ ดูแลสภาพจิตใจเด็ก และครอบครัวที่ต้องเผชิญกับโรคเรื้อรังการปรับตัว ช่วยให้เด็ก และครอบครัวปรับตัวกับการรักษาที่ต้องทำต่อเนื่องยาวนาน

1.6 ประสานงาน: การส่งต่อ ประสานงานกับแพทย์และสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลระยะยาว การดูแลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อหัวใจในระยะยาวได้

2. บทบาทของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เป็นไข้รูมาติก ดังนี้

2.1 การประเมินภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะน้ำเกิน และภาวะขาดออกซิเจน

2.2 ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรักษาแบบประคับประคอง จำกัดการทำกิจกรรม เพื่อลดการอักเสบ และการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ฝ้าระวังและสังเกตอาการ เช่น อาการเหนื่อย เจ็บหน้าอก ปวดข้อ หรือเคลื่อนไหวผิดปกติ เป็นต้น

2.3 รายงานอาการที่เปลี่ยนแปลงทันที:

เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของทีมแพทย์

2.4 เก็บข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย: การติดเชื้อคออักเสบซ้ำ ๆ หรือ การได้รับยาปฏิชีวนะ ไม่ครบ

2.5 สนับสนุนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: เช่น การเตรียมผู้ป่วยสำหรับการเจาะเลือด ตรวจ echocardiography และ ECG

2.6 ให้ความรู้แก่ครอบครัว: เกี่ยวกับ ความสำคัญของการตรวจวินิจฉัย เพื่อเพิ่มความร่วมมือ ในการรักษา

ดังนั้น การวินิจฉัยโรคไข้รูมาติกในเด็กจึงไม่เพียง ขึ้นอยู่กับเครื่องมือทางการแพทย์ แต่ยังต้องอาศัยการ เฝาระวังอย่างใกล้ชิดและการประเมินที่แม่นยำของ พยาบาล ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและ การป้องกันโรคหัวใจรูมาติกในระยะยาว

ตัวอย่างกรณีศึกษา ผู้ป่วยเด็กโรคไข้รูมาติกที่มี ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบรุนแรง

เด็กหญิงไทยอายุ 10 ปี Dx. Acute Rheumatic Fever with severe myocarditis ไม่มีโรคประจำตัว รับย้ายจากโรงพยาบาลเอกชน ด้วยอาการ หายใจเหนื่อย มีไข้ ปวดบวมแดง บริเวณเข่าซ้าย 5 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มารดาให้ประวัติว่าก่อนมาโรงพยาบาลสังเกตว่าเด็ก หายใจเหนื่อย นอนกรน จึงพาไปตรวจที่โรงพยาบาล เอกชน แพทย์ได้ทำการ เอกซเรย์ (x-ray) พบว่ามี หัวใจโต (cardiomegaly) และมีการรั่วของลิ้นหัวใจ ผล Echocardiogram พบ severe mitral valve regurgitation, aortic valve regurgitation แรกเริ่มผู้ป่วยเด็กเพศหญิง รู้สึกตัวดี E4V5M6 นอนบนเตียง Absolute bed rest monitor EKG show prolonged PR interval หายใจ On O₂ cannula 3 LPM ไม่มีเจ็บหน้าอก ไม่มีใจสั่น ฟังหัวใจพบ pansystolic murmur ที่ mitral valve grade 3 และ Aortic valve grade 3 คลำพบ Thrill ไม่พบอาการบวมที่ขา

และข้อเท้า ความดันโลหิต (blood pressure: BP) 121/70 mmHg อัตราการหายใจ (respiratory rate: RR) 28 bpm อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate: HR) 110 bpm ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน SpO₂ 98 % อุณหภูมิร่างกาย 36.5 °C ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (24/6/2568) CRP 57.6 mg/L (ค่าปกติ 0.3-0.5 L), ESR 102 mm/hr (ค่าปกติ 0-20 mm/hr) ASO titer 800 UI/ml (ค่าปกติ <100 UI/ml) ผล Echocardiogram พบ severe mitral valve regurgitation ขนาด 1.5 cm. จากการทำ Chest X-ray ผล CT ratio = 0.57 (ค่าปกติ 0.42-0.50) ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ penicillin V (250 mg) 2 tab po tid pc ได้รับยา prednisolone (5 mg) 4 tab po tid pc (60 mg/day) ได้รับยา Lasix (40 mg) 1 tab bid po pc.

1. สรุปปัญหาที่พบ จากข้อมูลกรณีศึกษาข้างต้น พบปัญหาที่สำคัญเพื่อวางแผนให้การพยาบาลดังนี้

1.1 เสี่ยงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง (low cardiac output) จากพยาธิสภาพของไข้รูมาติก (acute rheumatic fever)

1.2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจาก ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง (low cardiac output)

1.3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากได้รับ ยาดภูมิคุ้มกัน

1.4 ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลเนื่องจาก ความเจ็บป่วยของบุตร

1.5 เสี่ยงกลับมาเป็นโรคไข้รูมาติกซ้ำ เนื่องจากพร่องความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังการ ติดเชื้อ Group A β -hemolytic streptococcus

2. แผนการพยาบาล

2.1 เสี่ยงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจาก ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง

(low cardiac output) จากพยาธิสภาพของไข้วูมาติก (acute rheumatic fever)

- ข้อมูลสนับสนุน objective data

1) ผู้ป่วยเด็ก acute rheumatic fever with severe carditis ผล Echocardiogram (24/6/68) พบ severe mitral regurgitation ขนาด 1.5 cm. และ moderate aortic regurgitation ฟังหัวใจได้ pansystolic murmur ที่ mitral valve grade 3 และ Aortic valve grade 3 คลำพบ Thrill

2) สัญญาณชีพ RR 28 bpm, HR 110 bpm, BP 120/70 mmHg, SpO₂ 98%

3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (24/6/2568) CRP 57.6 mg/L (ค่าปกติ 0.3-0.5 L), ESR 102 mm/hr (ค่าปกติ 0-20 mm/hr) ASO titer 800 UI/ml (ค่าปกติ <100 UI/ml) ผลเอกซเรย์ (24/6/68) พบ CT ratio = 0.57 (ค่าปกติ 0.42-0.50) มี cardiomegaly, monitor EKG show prolonged PR interval

- วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว

- เกณฑ์การประเมินผล

1) ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลว เช่น อาการบวม น้ำ (edema) ที่ขา ข้อเท้า เท้า และท้อง (ท้องมาน) เนื่องจากของเหลวคั่ง, เหนื่อยง่าย, อ่อนเพลีย, หายใจลำบาก (โดยเฉพาะเมื่อนอนราบ), คลื่นไส้, เบื่ออาหาร (จากตับโตหรือของเหลวในท้อง), ตับโต, ม้ามโต และเส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง (jugular vein distension) จากเลือดคั่งในระบบเวียนเลือดดำ เป็นต้น

2) ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจห้องซ้ายล้มเหลว เช่น หายใจลำบาก (เหนื่อยง่าย, หอบเหนื่อยเมื่อออกกำลังกาย, หายใจลำบากขณะนอนราบ), ไอเรื้อรัง (อาจมีเสมหะสีชมพู), อ่อนเพลีย,

เหนื่อยง่าย, น้ำหนักขึ้นเร็ว/ตัวบวม (ขา, เท้า, หน้าท้อง), ใจสั่น/หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ, และอาจมีอาการเจ็บหน้าอกร่วมด้วย เนื่องจากเลือดคั่งในปอดและอวัยวะต่าง ๆ

3) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ RR 15-25 bpm, HR 60-100 bpm, BP $\geq$ 90 -120/60-90 mmHg, SpO₂ $\geq$ 95%

4) ผลเอกซเรย์ไม่พบ cardiomegaly และ CT ratio อยู่ในช่วง 0.42-0.50

5) ผลประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG show sinus rhythm 6) ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 cc/kg/hr.

- กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินอาการบวมตามขา เท้า ข้อเท้า ท้องมาน หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก ท้องอืด เบื่ออาหาร หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง เพื่อสังเกตอาการของภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลว รวมทั้งประเมินอาการ เหนื่อยง่าย หายใจเร็ว หายใจลำบาก pink sputum หัวใจเต้นผิดปกติหวัหะ เพื่อสังเกตภาวะหัวใจห้องซ้ายล้มเหลว

2) ตรวจวัดสัญญาณชีพได้แก่ BT, HR, BP, SpO₂, RR ทุก 1 ชั่วโมง และ monitor EKG เพื่อประเมินความผิดปกติ

3) ดูแลให้ผู้ป่วยเด็กทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง absolute bed rest ขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและแนะนำให้ลดการทำกิจกรรมขณะอยู่ที่บ้านเป็นระยะเวลา 3 เดือน เพื่อลดการทำงานของหัวใจ

4) ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อส่งเสริมการหายใจให้มีประสิทธิภาพลดการทำงานของหัวใจ

5) ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาได้แก่ ยาปฏิชีวนะ penicillin V 250 mg 2 tab po tid pc เพื่อลดการติดเชื้อในร่างกาย สังเกตผลข้างเคียงของยาได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน และสังเกตอาการแพ้ยา เช่น

ผื่นขึ้นตามร่างกาย หน้าบวม แขนงหน้าอก เป็นต้น

6) ดูแลให้ยาต้านการอักเสบ prednisolone 5 mg 4 tab po tid pc เพื่อลดการอักเสบของร่างกาย สังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

7) ดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะ furosemide 40 mg 1 tab bid po pc เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินลดการทำงานของหัวใจ สังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ท้องผูก เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ hypokalemia เป็นต้น

8) ดูแลให้ได้รับยา digitalis digoxin (0.25) ¼ tab OD pc เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ สังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย ตาพร่ามัว หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น ดูแลงดยาหากคลำชีพจรพบอัตราการเต้นของหัวใจช้ากว่า 60 ครั้งต่อนาทีและรายงานแพทย์ทันที (ปราณี ทุไฟเราะ, 2564; วรรณไพร แยมมา และสุพัตรา นุตรักษ์, 2563)

9) ดูแลชั่งน้ำหนัก วัดรอบท้อง ดูแลให้จำกัดน้ำ 1,500 ml/day และ keep urine output มากกว่า 0.5 cc/kg/hr. และ record I/O เวิร์ด 1 ครั้งตามแผนการรักษาเพื่อประเมินและป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน

10) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น เอกซเรย์ Echocardiogram, ESR และ WBC เป็นต้น

2.2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง (low cardiac output)

- ข้อมูลสนับสนุน objective data

1) ผู้ป่วยเด็ก acute rheumatic fever with severe carditis ผล Echocardiogram (24/6/68) พบ severe mitral regurgitation ขนาด

1.5 cm. และ moderate aortic regurgitation ฟังหัวใจได้ pansystolic murmur ที่ mitral valve grade 3 และ Aortic valve grade 3 คลำพบ Thrill

2) มีหายใจเร็วสัญญาณชีพ RR 28 bpm, HR 110 bpm, BP 120/70 mmHg, SpO₂ 98%

- **วัตถุประสงค์:** เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน

- **เกณฑ์การประเมินผล**

1) ไม่มีอาการ และอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ปลายมือปลายเท้าเขียวริมฝีปากเขียว ซีด กระสับกระส่าย หายใจมี retraction มี nasal flaring เสียงปอดผิดปกติ พบ Ronchi stridor crepitation เป็นต้น

2) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ RR 15-25 bpm, HR 60-100 bpm, BP ≥ 90-120/60-90 mmHg, SpO₂ ≥ 95%

3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ arterial blood gas : pH 7.35-7.45, HCO₃ 22-26 mmHg , PaCO₂ 35-45 mmHg, PaO₂ 80-100 mmHg

- **กิจกรรมการพยาบาล**

1) สังเกตอาการและอาการแสดงภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ ชีพจรช้า อ่อนเพลีย อัตราการหายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าซีด ผิวหนังเย็น Capillary refilling time > 2 วินาที nasal flaring หายใจมี retraction เสียงปอดผิดปกติ ติดตามบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และประเมิน SpO₂ เพื่อติดตามภาวะพร่องออกซิเจน

2) ดูแลให้ผู้ป่วย absolute bed rest พักผ่อนทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงเพื่อลดการใช้ ออกซิเจน

3) จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา

เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่
เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซมากขึ้น

4) ดูแลให้ได้รับออกซิเจน O_2 cannula 3 LPM ดูแลสายออกซิเจนไม่ให้หักพับงอ ตรวจสอบระดับน้ำในกระป๋องทำความชื้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

5) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ABG , Chest X-ray เป็นต้น

2.3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

- ข้อมูลสนับสนุน subjective data:

ผู้ป่วยเด็กให้ข้อมูลว่า “ไม่เคยใส่หน้ากากอนามัยเพราะรู้สึกอึดอัด” objective data:

1) ผู้ป่วยได้รับยา prednisolone 5mg 4 tab oral tid pc

2) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 12,780 cell/uL, Neutrophil 54.5%, Lymphocyte 36.3%, CRP 57.60 mg/L

- วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย

- เกณฑ์การประเมินผล

1) อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วงปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

2) ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น ชีพจร อ่อนเพลีย

3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ได้แก่ WBC อยู่ในช่วง 4,500-13,500 cell/uL, Neutrophil อยู่ในช่วง 32.3-76%, Lymphocyte 20-40%, CRP อยู่ในช่วง 0.30-5.00 mg/L

- กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น ชีพจร อ่อนเพลีย ติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ

2) ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique ดูแลทำความสะอาดร่างกาย และสิ่งแวดล้อมข้างเตียง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

3) ให้คำแนะนำเด็กและผู้ปกครองในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผลข้างเคียงของยากดภูมิคุ้มกัน ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน โดยเฉพาะในที่สาธารณะ หรือบริเวณที่มีผู้คนแออัด ล้างมือให้สะอาด ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ ก่อนและหลังรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่แออัดหรือชุมชนหนาแน่น เพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อโรค หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย เช่น มีไข้ ไอ หรือมีน้ำมูก เป็นต้น

4) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะ WBC, Neutrophil, Lymphocyte, CRP และผลการเพาะเชื้อต่าง ๆ เพื่อประเมินการติดเชื้อ

2.4 ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วยของบุตร

- ข้อมูลสนับสนุน subjective data:

1) ผู้ปกครองบอกว่า “กังวลว่าลูกจะหายป่วยไหม” objective data: จากการสังเกต สีหน้า ผู้ปกครองเคร่งเครียด หน้าหน้าวิตกกังวล มีการสอบถามเกี่ยวกับอาการของบุตร

- วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

- เกณฑ์การประเมินผล

1) ผู้ปกครองไม่มีสีหน้าวิตกกังวล
2) ผู้ปกครองให้ความร่วมมือในการรักษา

- กิจกรรมการพยาบาล

1) เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้พูดระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล

2) ให้ความสนใจผู้ปกครองขณะที่พูดคุย และให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ปกครองรู้สึกสบายใจ และพร้อมที่จะระบายความรู้สึก

3) อธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจสาเหตุ และแผนการรักษาเบื้องต้น ประสานงานให้ผู้ปกครองได้พบกับแพทย์ที่ดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ปกครองรับทราบถึงภาวะการเจ็บป่วย และความก้าวหน้าในการรักษาของบุตร

4) แนะนำวิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การนั่งสมาธิ การฟังเพลง การปรึกษากับเพื่อน หรือคนในครอบครัว เพื่อให้ผู้ปกครองรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

5) ติดตามประเมินความวิตกกังวลของผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเด็ก (สุมาลี เตชะ, 2567)

2.5 เสี่ยงกลับมาเป็นโรคไข้รูมาติกซ้ำ
เนื่องจากพร่องความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังการติดเชื้อ **Group A β -hemolytic streptococcus**

- ข้อมูลสนับสนุน **subjective data:**

1) ผู้ปกครองของเด็กบอกว่า “ไม่รู้ว่าจะต้องดูแลบุตรอย่างไร เนื่องจากเป็นการป่วยครั้งแรกที่บ้านไม่มีใครเป็นโรคหัวใจอักเสบ”

- **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ความรู้ และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำของโรคไข้รูมาติก

- **เกณฑ์การประเมินผล**

1) ผู้ปกครองสามารถบอกวิธีการดูแลบุตรได้ครบทุกข้อคิดเป็น 100%

- **กิจกรรมการพยาบาล**

1) แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ถามความรู้ในการดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน และเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อประเมินความรู้ของผู้ปกครอง

2) ให้ความรู้ และคำแนะนำมารดาตามหลัก D-METHOD

2.1) **Disease** อธิบายให้ผู้ปกครองรู้จักโรคไข้รูมาติกที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย **ปีต้าอีโมไลติกสเตรปโตค็อกคัส** กลุ่ม เอ มีอาการไข้เจ็บคอ หากมีการติดเชื้อซ้ำทำให้เกิดโรคหัวใจรูมาติกเกิดความผิดปกติที่หัวใจ

2.2) **Medicine** แนะนำการใช้ยา ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ **penicillin V (250 mg) 1x2 po pc** โดยแนะนำให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และตรงเวลา เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบรุนแรงและลิ้นหัวใจรั่ว ต้องรับประทานยานานอย่างน้อย 10 ปี หรืออย่างน้อยอายุ 40 ปี หลังเกิดไข้รูมาติกเพื่อป้องกันการเกิดไข้รูมาติกซ้ำ

2.3) **Environment** แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน และบริเวณบ้านให้มีความสะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ โดยการใส่หน้ากากอนามัย เมื่อออกไปข้างนอก ล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร หลังเข้าห้องน้ำทุกครั้ง ไม่อยู่ในชุมชนแออัด (สุมาลี เตชะ, 2567)

2.4) **Treatment** ผู้ป่วยเด็กมีภาวะหัวใจอักเสบรุนแรง (**severe carditis**) แนะนำให้พักผ่อนทำกิจกรรมเบาๆ และงดกิจกรรมหนักเป็นระยะเวลา 3 เดือน สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ เจ็บคอ หายใจเหนื่อยหอบ ปวดข้อ ข้ออักเสบ เจ็บหน้าอก มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ มีตุ่มได้ผิวหนัง มีผื่นแดง (วรรณไพร แยมมา และสุพัตรานุตรักษ์, 2563)

2.5) **Health** การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย โดยการแนะนำการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ได้แก่ การรักษาความสะอาดของร่างกาย รักษาความสะอาดของช่องปาก การรักษาฟันผุ ไม่อยู่ในสถานที่แออัด เมื่อมีอาการเจ็บป่วยให้รีบมาพบแพทย์ ไม่ซื้อยามารับประทานเอง

2.6) **Outpatient** แนะนำให้มา

พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง หากมีอาการผิดปกติ เช่น ไข้ หายใจเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอกให้มาพบแพทย์ทันที กรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

2.7) Diet แนะนำให้รับประทาน อาหารให้ครบ 5 หมู่ และจำกัดน้ำ เพื่อป้องกันภาวะ น้ำเกิน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง และไขมันสูง เช่น ขนมกรุบกรอบ อาหารกระป๋อง เป็นต้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีส่วนผสม ของคาเฟอีน น้ำอัดลม เป็นต้น

3) สอบถามผู้ปกครอง เพื่อประเมิน ความเข้าใจของผู้ปกครองหลังให้คำแนะนำ

ผลลัพธ์ของการพยาบาล

หลังจากให้การดูแล ผู้ป่วยเด็กรายนี้มีภาวะ ใช้รูมาติกร่วมกับกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบรุนแรง และ ลิ้นหัวใจรั่ว จึงต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาลเป็น เวลานานกว่าผู้ป่วยใช้รูมาติกทั่วไป โดยได้รับการรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะเวลา 4 วัน และย้ายเข้า รับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอีก 14 วัน เพื่อควบคุมภาวะหัวใจอักเสบ และภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ได้รับการตรวจ Echocardiogram เป็นระยะ ได้รับยาปฏิชีวนะ ยาลดการอักเสบ และติดตามเฝ้าระวัง ภาวะหัวใจวาย โดยมีการวางแผนให้รับยาปฏิชีวนะ จนถึงอายุ 40 ปี จึงมีการติดตามประเมินการรับยา ปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง การติดตามผลระยะยาว ผู้ป่วย รายนี้จัดเป็น high-risk rheumatic heart disease จึงจำเป็นต้อง ได้รับ secondary prophylaxis ด้วย benzathine penicillin G ทุก 4 สัปดาห์ อย่างต่อเนื่อง ติดตาม echocardiogram ทุก 6-12 เดือน เพื่อลด โอกาสการติดเชื้อซ้ำ และเป็น rheumatic heart disease ความท้าทายและข้อจำกัดในการดูแล หากมี การวินิจฉัยล่าช้า และมีการควบคุมการอักเสบของหัวใจ ไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความเสียหายของ

ลิ้นหัวใจอย่างถาวร นอกจากนี้การจำกัดกิจกรรมของเด็ก เด็กวัยเรียนที่ต้อง Absolute bed rest เป็นเวลานาน อาจเสี่ยงต่อความเครียดทางจิตใจ บทเรียนที่ได้รับจาก กรณีศึกษานี้ การคัดกรองเด็กที่มีอาการข้ออักเสบและ หายใจเหนื่อยสำคัญมาก แม้อาการดูไม่รุนแรงในช่วงแรก แต่สามารถเป็น rheumatic fever ที่มี carditis แฝงได้ Echocardiogram มีบทบาทสำคัญช่วยวินิจฉัย carditis ได้ก่อนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง การดูแลต่อเนื่อง มีผลต่อคุณภาพชีวิตระยะยาว เด็กที่ได้รับ secondary prophylaxis อย่างสม่ำเสมอมีโอกาสหลีกเลี่ยง การผ่าตัดหัวใจในอนาคตได้

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้รูมาติกใน หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต มีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมการฟื้นตัว ดังนั้น การดูแล ด้านสรีรวิทยา เช่น การพักผ่อนบนเตียง (Bed rest): เด็กที่มี carditis ต้องได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการทำงานของหัวใจ พยาบาลต้องจัดสิ่งแวดล้อม ที่สงบ ลดสิ่งกระตุ้น และวางแผนกิจกรรมให้เหมาะสม การติดตามอาการหัวใจ: วัดสัญญาณชีพ, ประเมินอาการ หอบเหนื่อย, ซีฟจร, เสียงฟังหัวใจ (murmur), และติดตามน้ำหนักตัวเพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน การให้ ยาอย่างถูกต้อง พยาบาลต้องเฝ้าระวังอาการข้างเคียง ของ corticosteroids การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลสุขอนามัยในช่องปาก และระบบทางเดินหายใจ เพื่อลดการติดเชื้อซ้ำ การให้ความรู้แก่ครอบครัว อธิบายความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างถูกต้อง รวมถึงการสังเกต อาการข้างเคียงที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เสริมสร้างความ เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการป้องกันการติดเชื้อ

เชื้อคออักเสบซ้ำ และการสนับสนุนด้านจิตใจ เด็กและครอบครัวมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อน พยาบาลจึงต้องให้กำลังใจ ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- ปราณี ทัพไพเราะ. (2564). *คู่มือยา* (พิมพ์ครั้งที่ 15). NP Press Limited Partnership.
- วรรณไพโร แยมมา และสุพัตรา นุตรักษ์. (2563). *การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ*. ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- สมาลี เตชะ. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจรูมาติกที่มีภาวะแทรกซ้อนโรงพยาบาลสระบุรี: กรณีศึกษา. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 9(1), 823-830.
- Alberio, A. M. Q., Pieroni, F., Di Gangi, A., Cappelli, S., Bini, G., Abu-Rumeileh, S., Orsini, A., Bonuccelli, A., Peroni, D., Assanta, N., Gaggiano, C., Simonini, G., & Consolini, R. (2021). Toward the knowledge of the epidemiological impact of acute rheumatic fever in Italy. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 746505. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.746505>
- Chaikitpinyo, A., Panamonta, M., Wongswadiwat, Y., Weraarchakul, W., Panamonta, O., Panthongviriyakul, A., & Thepsuthammarat, K. (2014). Rheumatic and congenital heart diseases among school children of Khon Kaen, Thailand: declining prevalence of rheumatic heart disease. *Asian Biomedicine*, 8(5), 645-650. <https://doi.org/10.5372/1905-7415.0805.339>
- Kaewpechsanguan, A., Chungsomprasong, P., Durongpisitkul, K., Vijarnsorn, C., Chanthong, P., Kanjanauthai, S., Pacharapakornpong, T., Thammasate, P., & Soongswang, J. (2024). Manifestations of rheumatic carditis, regression of valvular regurgitation, and independent predictors of mitral regurgitation improvement after rheumatic carditis in Thai children. *Global Heart*, 19(1), 16. <https://doi.org/10.5334/gh.1295>
- Lahiri, S., & Sanyahumbi, A. (2021). Acute rheumatic fever. *Pediatrics in Review*, 42(5), 221-232. <https://doi.org/10.1542/pir.2019-0288>
- Liang, Y., Yu, D., Lu, Q., Zheng, Y., & Yang, Y. (2023). The rise and fall of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease: a mini review. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 10, 1183606. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1183606>