เราห่วงใย หัวใจน้อย ๆ ของหนู

อาฟีฟะ เจะโด

รับบทความ: 10 ตุลาคม 2567; ส่งแก้ไข: 9 มิถุนายน 2568; ตอบรับ: 30 มิถุนายน 2568

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease) มีอุบัติการณ์การเกิดทั่วโลก 8-10 ราย ต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย เป็นภาวะผิดปกติของโครงสร้างหัวใจตั้งแต่แรกเกิด เป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตในเด็ก เด็กที่พบว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้รับการวินิจฉัยรักษาเร็วในขวบปีแรกของการเกิด จะมีโอกาสรอดชีวิตและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่มากขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดอัตราตายในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

วิธีการดำเนินการ : กิจกรรมการพัฒนาในระยะแรกคือ ศึกษาข้อมูลจากวรรณกรรมสำคัญและค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมระยะที่สองเป็นการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดที่มีในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ จัดทำทะเบียนติดตาม และจัดโครงการตรวจเชิงรุก และกิจกรรมพัฒนาระยะที่สาม เมื่อผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ตลอดจนรักษาตามแนวทางแล้ว ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะได้รับการนัดติดตามและได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลรามัน มีกลุ่มติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลตลอดการรักษา

ผลการศึกษา : จากการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในปีงบประมาณ 2565-2567 พบว่า อัตราการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยร้อยละ 10.25 60 และ 100 ตามลำดับ อัตราการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลปลายทาง และต้นทาง ร้อยละ 5.12 58 และ 100 ตามลำดับ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 38.7 35.5 และ 5.1 ตามลำดับ และอัตราตายก่อนวินิจฉัยร้อยละ 2.58 0 และ 0 ตามลำดับ

สรุป : การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในโรงพยาบาลรามัน จากกิจกรรมการพัฒนาในปีงบประมาณ 2565-2567 มีแนวทางในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้รับการรักษา ส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย มีการรักษาที่ต่อเนื่อง และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้ไม่พบอุบัติการณ์อัตราตายในเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเด็กปกติ ภายใต้การดูแลของครอบครัว และชุมชน

คำสำคัญ : โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การรักษาต่อเนื่อง การวินิจฉัยเร็ว

งานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา 95140

อีเมล: afeefah.chedo@gmail.com

We care about your little heart

Afeefah chedo

Received: October 10,2024; Received revision: June 9, 2025; Accepted: June 30, 2025

Abstract

Background: Congenital heart disease (CHD) has a global incidence of 8-10 cases per 1,000 live births. It is a structural abnormality of the heart since birth and is the second leading cause of death in children. Children who are diagnosed with congenital heart disease early in their first year of birth have a higher chance of survival and reaching adulthood.

Objective: To reduce the mortality rate in children with congenital heart disease.

Method: The first phase of development activities is to study important literature and find the causes of complications. The second phase of development activities is to search for all patient data in the hospital database, appoint a responsible person, create a follow-up register, and organize an active screening project. The third phase of development activities is when the patient has been screened and treated according to the guidelines, the patient with congenital heart disease will have a follow-up appointment and receive continuous care from Raman Hospital. There is a communication group to exchange knowledge among caregivers throughout the treatment.

Results: The development of the care model for patients with congenital heart disease in the fiscal years 2022-2024, it was found that the referral rate for diagnosis was 10.25 60 and 100 percent, respectively. The continuation rate in the destination and origin hospitals was 5.12, 58 and 100 percent, respectively. The complication rate was 38.7, 35.5 and 5.1 percent, respectively. And the mortality rate before diagnosis was 2.58, 0 and 0 percent, respectively.

Conclusion: Development of a care model for patients with congenital heart disease at Raman Hospital from development activities in the fiscal year 2022-2024 has guidelines for care so that children with congenital heart disease receive treatment, refer for diagnosis, have continuous treatment, and reduce the occurrence of severe complications. As a result, there is no incidence of mortality in children with congenital heart disease. All children with congenital heart disease have a good quality of life and can live like normal children under the care of their families and communities.

Keywords: congenital heart disease, continuity of care, early diagnosis

Pediatrics Department. Raman Hospital, Yala Province, 95140.

E-mail: afeefah.chedo@gmail.com

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease) มีอุบัติการณ์การเกิดทั่วโลก 8-10 ราย ต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย ในทวีปเอเชียพบผู้ป่วยมากถึง 9.1 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย[1] ส่วนในประเทศไทย พบผู้ป่วย 8.1 รายต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย[2] เป็นภาวะผิดปกติของโครงสร้างหัวใจตั้งแต่แรกเกิด เป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตในเด็ก เด็กที่พบว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเร็ว ได้รับการวินิจฉัย รักษาเร็วในขวบปีแรกของการเกิด จะมีโอกาสรอดชีวิตและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่มากขึ้น[1] โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะพบอัตราการเสียชีวิตในขวบปีแรกร้อยละ 26.6 ดังนั้นการเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วในช่วงอายุ 6-36 เดือนจะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มนี้ได้

การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พยาบาลมีบทบาทในการสอนแนะและให้คำแนะนำผู้ดูแลในการดูแลโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจให้ปลอดภัยและพ้นจากภาวะวิกฤติของโรค[3] เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเจริญเติบโตเหมือนเด็กปกติ มีพัฒนาการสมวัยและคุณภาพชีวิตที่ดี มารดาเป็นบุคคลที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีภาระในการดูแลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของเด็กในทุกด้าน บทบาทหน้าที่ดังกล่าวมีความยุ่งยากซับซ้อน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของมารดา ทั้งด้านร่างกายร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นการช่วยเหลือมารดาในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้มีสุขภาพที่ดี สามารถทำให้มารดาคงบทบาทในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ[4]

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางสังคมวัฒนธรรม ภาษา ความเชื่อ และวิถีชีวิต ยังคงมีความเชื่อมโยงกับความเชื่อ และวิถีชีวิตที่ต้องเข้าใจในบริบทเชิงลึกอย่างแท้จริง[5] การเข้าใจในบริบทของพื้นที่ จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุน ครอบครัวของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อให้ผู้ดุแลและครอบครัว ตระหนักถึงความสำคัญของการเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วและทันท่วงที การรักษาที่ต่อเนื่องในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีพยาธิสภาพที่มากน้อยต่างกัน แต่ต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและครอบครัวให้น้อยที่สุด

จากการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในอำเภอรามันพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาหลายวัน หรือบางราย 2-3 สัปดาห์จนอาการดีขึ้นและสามารถกลับไปใช้ชีวิตต่อที่บ้านได้ แต่ผู้ป่วยเด็กกลุ่มดังกล่าวยังมีการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง จากภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยมีอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ภาวะปอดอักเสบรุนแรง และภาวะหัวใจวายที่เป็นปัญหาสำคัญและมีการกลับเข้ามารักษาซ้ำ ๆ ด้วยโรคเดิมทุก ๆ เดือน ผู้วิจัยจึงพบปัญหาดังกล่าวและต้องการพัฒนาระบบการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งเมื่อพบปัญหาแล้ว สามารถคิดค้นรูปแบบในการพัฒนาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุน

แรงและไม่รุนแรง และสามารถลดอัตราตายในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราตายในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

วิธีดำเนินการ

กิจกรรมการพัฒนาระยะที่ 1 (ปีงบประมาณ 2565)

1. ประชุมปรึกษา ค้นหาปัญหา สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการดำเนินงานในระยะที่ 1 พบว่าไม่มีผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลติดตาม และปัญหาสำคัญของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดคือ ไม่ได้รับการรักษาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง ขาดนัด ไม่ไปพบแพทย์ตามที่แพทย์วางแผนไว้ จากการพูดคุยและสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่บุตรเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ “มารดาไม่มีเงินที่จะพาลูกไปรักษาตามที่แพทย์ส่งตัว” และ “กลัวว่าหากพาไปพบแพทย์เฉพาะทางแล้วลูกจะต้องผ่าตัดหัวใจ มารดากลัวการผ่าตัด” จากการทบทวนปัญหาพบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาด้านเศรฐกิจ และขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทำให้เด็กโรคหัวใจพิการไม่ได้รับการรักษาตามแผนที่แพทย์วางไว้

กิจกรรมการพัฒนาระยะที่ 2 (ปีงบประมาณ 2566)

1. ประชุมแต่งตั้ง manager พร้อมจัดทำแผนปฏิบัติงานและแนวกำหนดแนวทางการดูแล ร่วมกับ PPCT

2. ค้นหาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีในระบบโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

3. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยเด็กกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

4. ติดตามเด็กตามทะเบียนมาเข้ารับการตรวจและให้คำแนะนำการดูแลแนวทางการรักษา โดยกุมารแพทย์และพยาบาลผู้รับผิดชอบทุกราย

5. จัดทำโครงการ เราห่วงใย หัวใจน้อย ๆของหนู โดยความร่วมมือจากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจเด็ก มาตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาเบื้องต้น แก่ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่โรงพยาบาลรามันครั้งที่ 1

การดำเนินงานระยะที่ 2 ผู้รับผิดชอบดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและโรคที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจพิการกลุ่ม Down syndrome จำนวน 39 ราย ได้รับการวินิจฉัยรักษาจากโรงพยาบาลหาดใหญ่เพียง 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.25 และยังขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ร้อยละ 5.12 มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนทำให้ต้องเข้ารับการรักษา ร้อยละ 38.7 และทำให้เสียชีวิต ร้อยละ 2.58 มีการติดตามทางโทรศัพท์และติดตามผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเพื่อติดตามผู้ป่วยให้เข้ามารับบริการตรวจสุขภาพโดยกุมารแพทย์ และนัดมาตรวจในโครงการเราห่วงใยหัวใจน้อย ๆ ของหนู โดยมีผู้เข้ารับการตรวจจากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจเด็กและได้รับการวินิจฉัยร้อยละ 60 มีผู้ป่วยอีกร้อยละ 40 ที่ต้องส่งต่อเพื่อวินิจฉัยอย่างละเอียดอีกครั้งโดยรอการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลหาดใหญ่ ทำให้ระหว่างรอการส่งต่อมีผู้ป่วยเด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงร้อยละ 35.5 โดยผู้ดูแลยังขาดความมั่นใจในการดูแล ขาดความตระหนักในการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางมาโรงพยาบาลทาง

บ้านมีเศรษฐานะค่อนข้างต่ำ โดยมารดาคือผู้ดูแลหลัก บิดาทำงานหารายได้จุนเจือครอบครัว มีรายได้เป็นรายวัน การเดินทางไปต่างจังหวัดเป็นอุปสรรคทั้งเรื่องเงิน และภาษา จึงเกิดการพัฒนาในระยะที่ 3

กิจกรรมการพัฒนาระยะที่ 3 (ปีงบประมาณ 2567)

1. มีทะเบียนผู้ป่วยโรคหัวใจและมีการนัดติดตามอาการและภาวะแทรกซ้อนทุก 2-4 เดือนตามอาการ

2. จัดทำกลุ่มไลน์ โรคหัวใจเด็กรามัน เพื่อเป็นกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลและติดตามนัด ติดตามผลการรักษาจากโรงพยาบาลที่ส่งต่อ

3. จัดทำวันนัดติดตามอาการเฉพาะโดยกำหนดวันนัดในกลุ่มเด็กโรคหัวใจเป็นวันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน เพื่อให้ผู้ดูแลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลและการรักษาของบุตรระหว่างรอตรวจ

4. ให้ความรู้เฉพาะโรคและการรักษาแก่ผู้ดูแลเป็นรายกลุ่ม ในด้านแผนการรักษา การรับประทานยา การผ่าตัด โดยมีผู้ดูแลที่ผ่านประสบการณ์ทั้งผ่าตัดและไม่ผ่าตัดร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

5. บริการรถรับส่ง ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน ไม่มีความสามารถในการเดินทางไปยังโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยจัดเป็นกลุ่ม 5-6 ราย ต่อการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็ว

การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

ผลการดำเนินงานในระยะที่ 3 ทำให้อัตราการส่งต่อผู้ป่วยเด็กเพื่อรับการวินิจฉัย ร้อยละ 100 มีการรักษาต่อเนื่องทั้งโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทางร้อยละ 100 ซึ่งทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยชนิดรุนแรงลดลงเหลือ ร้อยละ 5.10 และไม่พบอัตราตายในปีงบประมาณ 2567

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565-2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ		
		65	66	67
อัตราการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัย	ร้อยละ 100	10.25	60	100
อัตราการรักษาต่อเนื่องต้นทาง-ปลายทาง	ร้อยละ 80	5.12	58	100
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง	ร้อยละ <20	38.7	35.5	5.10
อัตราตายก่อนการวินิจฉัย	ร้อยละ <2	2.58	0	0

สรุปผล

จากผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2567 ทำให้เด็กกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจากการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัย ร้อยละ 100 มีการรักษาที่ต่อเนื่องร้อยละ 100 และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงลดลงเหลือร้อยละ 5.10 ส่งผลให้ไม่พบอุบัติการณ์อัตราตายในเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเด็กปกติ ภายใต้การดูแลของครอบครัวและชุมชน

บทเรียนที่ได้รับ

จากการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่พบปัญหาด้าน ครอบครัว เศรษฐกิจ และความเชื่อ ทำให้ทีมผู้ดูแล ต้องเข้าถึงผู้ป่วยโดยความร่วมมือของชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าถึงระบบบริการของโรงพยาบาล ในการ

ติดตามปัญหา และดำเนินการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการตรวจวินิจฉัยรักษาตามมาตรฐาน ทั้งการเอื้อในการเดินทาง การจัดโครงการที่ให้ผู้ดูแลเด็กไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลต่างจังหวัด แต่ได้รับการรักษาเช่นเดียวกัน การติดตามผลหลังการรักษาอย่างต่อเนื่องในคลินิกเด็กโรงพยาบาลรามัน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. van der Linde D, Konings EE, Slager MA, et al. Birth Prevalence of Congenital Heart Disease Worldwide A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Coll Cardiol. 2011; 58(21):2241-2247.

2. บุญชอบ พงษ์พาณิชย์. โรคหัวใจเด็กในประเทศไทย. ใน บุญชู ศิริจงกลกอง, กฤตย์วิกรม ดุรงค์พิศิษฏิกุล, ชดชนก วิจารสรณ์, กัญญลักษณ์ วิเทศสนธิ, มนัส ปะนะมนฑา, อังคณา เก่งสกุล, และสุภาพร โรยมณี (บรรณาธิการ), กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ. 2555.1-4

3. ยุซรอ เล๊าะแม, วันธณี วิรุฬพานิชย์ และพิสมัย วัฒนสิทธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2559;17(2): 27-41.

4. ณัฏฐณิชา ศรีบุณยวัฒน์. การพยาบาลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. พยาบาลสาร 2562;46: 128-138

5. Chunpetch A, Sivadomrongpong W, Yeepaloh M. Beliefs about foods and food preparation experiences for childhood with malnutrition of native Muslim mothers living in Yala province. Journal of Nursing and Education. 2014; 7(3): 24 – 34.