

The Role of Outpatient Nurses in Caring for Pediatric Patients with Acyanotic Congenital Heart Disease

Patcharakorn Oland, R.N.

Pediatric Nursing Division, Department of Nursing Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Siriraj Medical Bulletin 2026;19(2):166-171.

ABSTRACT

Acyanotic congenital heart disease is a chronic condition caused by structural abnormalities of the heart and blood vessels, which impair the function of the circulatory system without causing cyanosis. Acyanotic congenital heart diseases can vary ranging from no symptoms to signs of heart failure. Treatment consists of medication, surgery, and cardiac catheterization. In addition, proper self-care also helps promote better health and well-being for pediatric patients. Outpatient nurses play a critical role in the ongoing care of pediatric patients with acyanotic congenital heart disease. Their responsibilities begin with a thorough understanding of the disease's pathophysiology, perform physical assessments, monitor vital signs, and evaluate symptoms to detect any signs of deterioration or complications. They play a role in educating the children's caregivers about the disease, proper home care, medication adherence, and recognizing early symptoms of heart failure. Nurses also provide guidance on nutrition and oral health, which is essential in preventing infective endocarditis. They ensure the child receives recommended vaccinations, especially to prevent respiratory infections that could worsen cardiac symptoms. Developmental surveillance and support are also provided to help children reach appropriate milestones. Acting as care coordinators within a multidisciplinary team, outpatient nurses contribute to a comprehensive care plan that improves the child's quality of life. This holistic approach supports both physical and emotional well-being, aiming to maintain stability and prevent complications.

Keywords: Acyanotic congenital heart disease; symptoms of acyanotic congenital heart disease; care for children with acyanotic congenital heart disease; heart failure; outpatient nurse

*Correspondence to: Patcharakorn Srichamara

Email: patcharakornns@gmail.com

Received: 22 June 2025

Revised: 27 December 2025

Accepted: 26 March 2026

<https://dx.doi.org/10.33192/smb.v19i2.276147>

บทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอกในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

พชรกร โธ่แลนด์*

งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย.

บทคัดย่อ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เป็นโรคเรื้อรังที่ซึ่งเกิดจากโครงสร้างของหัวใจหรือหลอดเลือดผิดปกติส่งผลต่อการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตโดยไม่ทำให้เกิดอาการเขียว อาการของโรคมักมีตั้งแต่ไม่มีอาการไปจนถึงภาวะหัวใจวาย การรักษาประกอบด้วยการใช้ยา การผ่าตัด และการรักษาด้วยสายสวนหัวใจ นอกจากนี้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก็ยังส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอกในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เริ่มตั้งแต่พยาบาลมีความรู้ในเรื่องพยาธิสภาพของโรค สามารถตรวจร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการและอาการแสดง ให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองสามารถกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง สามารถประเมินอาการแสดงของภาวะหัวใจวายเบื้องต้นได้ การดูแลโภชนาการ การดูแลช่องปากและการมารับวัคซีนตามวัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การรับยาที่ถูกต้องและการส่งเสริมพัฒนาการ ได้รับการตรวจรักษาที่ครอบคลุมด้วยสหสาขาวิชาชีพโดยพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นผู้ประสานงาน เพื่อให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวมีสุขภาพที่ดีและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว; อาการโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว; การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว; ภาวะหัวใจวาย; พยาบาลผู้ป่วยนอก

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease; CHD) เป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติจากโครงสร้างในหัวใจและหลอดเลือด สาเหตุจากการเจริญที่ผิดปกติในระยะตัวอ่อนในครรภ์ โดยส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาจตรวจพบได้ตั้งแต่แรกเกิด หรือพบแสดงอาการต่อมาในภายหลัง^{1-2,13} โดยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (Cyanotic Congenital Heart Disease; CCHD) และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (Acyanotic Congenital Heart Disease; ACHD) ผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ไม่มีอาการเขียว (cyanosis) เนื่องจากร่างกายได้รับเลือดที่มีความอิ่มตัวของออกซิเจนสูง ซึ่งพยาธิสภาพเกิดจากผนังกันหัวใจมีรู ลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบ หลอดเลือดหัวใจเกินหรือตีบ ดังนั้นเลือดที่มีความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำจากหัวใจซีกขวา ไม่ได้ไหลมาปนกับเลือดที่มีความอิ่มตัวของออกซิเจนสูงจากหัวใจซีกซ้าย⁴ โดยเด็กกลุ่มนี้พบได้ร้อยละ 85 ของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด⁵ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่มีการไหลลัดของเลือดจากหัวใจซีกซ้ายไปซีกขวา (left to right shunt)

- 1) Ventricular Septal Defect (VSD) ผนังกันระหว่างหัวใจห้องล่างรั่ว ทำให้เลือดที่มีความอิ่มตัวของออกซิเจนสูงไหลย้อนกลับไปปอด
- 2) Atrial Septal Defect (ASD) ผนังกันระหว่างหัวใจห้องบนรั่ว
- 3) Patent Ductus Arteriosus (PDA) หลอดเลือดระหว่างเส้นเลือดใหญ่กับปอดยังเปิดอยู่หลังคลอด

2. กลุ่มที่มีการอุดตันการไหลของเลือด (obstructive lesions)

- 1) Pulmonary Stenosis (PS) การตีบของลิ้นหัวใจด้านขวา เลือดไหลไปปอดได้ยาก
- 2) Aortic Stenosis (AS) การตีบของลิ้นหัวใจด้านซ้าย เลือดไหลไปทั่วร่างกายลำบาก
- 3) Coarctation of the Aorta (COA) การตีบของหลอดเลือดแดงใหญ่ ทำให้ความดันเลือดไม่สมดุล^{1, 3-4}

อาการของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

อาการและอาการแสดงโดยทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มอาการ ได้แก่

1. ผู้ป่วยเด็กที่ไม่มีอาการผิดปกติ (asymptomatic) ผู้ป่วยเด็กจะมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตปกติ ตรวจร่างกายพบเสียงหัวใจฟู (heart murmur) โดยไม่มีอาการอื่นร่วมด้วย
2. ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหัวใจวาย (Congestive Heart Failure; CHF) สาเหตุเกิดจากปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเพิ่มขึ้น (volume overload) ส่งผลให้หัวใจทำงานหนัก ความดันภายในห้องหัวใจสูงกว่าปกติ (pressure overload) หรือประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (myocardial dysfunction) อาการแสดงที่พบ ได้แก่ เหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกาย หรือในเด็กเล็กมีอาการหยุดพักบ่อยระหว่างตุ๋นม ดูดนมได้น้อยในแต่ละครั้ง ผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ อัตราการหายใจเร็ว (tachypnea) อัตราการเต้นของหัวใจเร็ว (tachycardia) หัวใจโต (cardiomegaly) หน้าอกโป่งพอง หรือตับโต (hepatomegaly)
3. ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการเป็นลมหรือหมดสติ (syncope) อาการนี้พบไม่บ่อยในผู้ป่วยโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากการตีบแคบของลิ้นหัวใจหรือหลอดเลือดแดงใหญ่ (aortic stenosis) อย่างรุนแรง ทำให้สมองและร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ อาการมักเกิดขณะออกกำลังกาย^{1, 6-8}

การรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

การรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว แบ่งออกเป็น 3 วิธีหลัก ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา

การใช้ยาเป็นการรักษาเพื่อควบคุมอาการ ไม่สามารถทำให้โรคหรือความผิดปกติหายได้ แต่ช่วยให้หัวใจทำงานดีขึ้น อาการดีขึ้น และสามารถชะลอเวลาที่ต้องรับการผ่าตัดได้ โดยเฉพาะในกรณีที่มีโอกาสที่พยาธิสภาพอาจเล็กลงหรือหายได้เองในระหว่างการรักษากลุ่มยาที่ใช้ได้แก่

- 1) ยาที่เพิ่มแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (positive inotropic agents) เช่น digitalis, dopamine, dobutamine
- 2) ยาขับปัสสาวะ (diuretics) เช่น furosemide, spironolactone
- 3) ยาขยายหลอดเลือด (vasodilators) เช่น captopril, enalapril, hydralazine, Isosorbide dinitrate
- 4) ยาด้านการเต้นผิดจังหวะ (antiarrhythmic agents) ใช้ในกรณีที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมด้วย
- 5) Prostaglandin E1 (PGE1) ใช้ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพึ่งพา Ductus arteriosus เพื่อการไหลเวียนของเลือด เช่น ในภาวะ Duct-dependent lesions เพื่อชะลอการปิดของ Ductus arteriosus^{5,9-11}

2. การผ่าตัดรักษา

การผ่าตัดรักษา สามารถทำได้ตั้งแต่ทารกแรกเกิด ขึ้นอยู่กับชนิด และความรุนแรงของโรคหัวใจที่ตรวจพบ การผ่าตัดอาจเป็นการแก้ไขความผิดปกติหรือบรรเทาอาการ เช่น การปิดรูรั่วของผนังกันหัวใจ การผูกหรือปิดหลอดเลือดที่ผิดปกติ การสลับตำแหน่งของหลอดเลือด การขยายหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจหรือหลอดเลือด¹²⁻¹³

3. การรักษาด้วยสายสวนหัวใจ

ปัจจุบัน การรักษาด้วยวิธีการสวนหัวใจ (cardiac catheterization) สามารถใช้ทดแทนการผ่าตัดได้ในโรคบางชนิด เช่น การขยายลิ้นหัวใจหรือหลอดเลือดที่ตีบ (balloon valvuloplasty/angioplasty) การใส่ขดลวดขยายหลอดเลือด (stent placement) การปิดรูรั่วหลอดเลือดผิดปกติด้วยขดลวดโลหะ (coil embolization) การปิดรูรั่วของผนังกันหัวใจห้องบน (transcatheter closure of atrial septal defect) และการเปิดลิ้นหัวใจที่อุดตันด้วยเทคนิคพลังงานเลเซอร์ (laser valvotomy)¹⁷

บทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอกในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจชนิดไม่เขียว^{1-2,13}

นอกจากการรักษาหลักข้างต้นแล้ว การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจชนิดไม่เขียว มีความสำคัญต่อการดูแลและรักษาสุขภาพเช่นกัน ดังนั้นบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอกจึงมีความสำคัญในการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจชนิดไม่เขียวที่มีตรวจตามนัด ให้การพยาบาล และให้ความรู้การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจชนิดไม่เขียวกลับไปรักษาตัวที่บ้าน เพื่อไม่ให้เกิดภาวะหัวใจ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอกในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจชนิดไม่เขียว แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อตามบทบาทพยาบาล ดังนี้

บทบาทด้านการพยาบาล (nursing care provider)

พยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นบุคลากรทางการแพทย์ด่านแรกที่ได้พบผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจชนิดไม่เขียวเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด โดยสิ่งที่ควรประเมินและติดตามอาการมีดังนี้

1. สัญญาณชีพ มีความสำคัญดังนี้

- 1) อัตราการเต้นของชีพจร (Pulse) ค่าที่ประเมินภาวะการทำงานของหัวใจ ถ้าชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ (tachycardia) แสดงถึงภาวะหัวใจวาย ในเด็กเล็กควรวัดขณะที่เด็กหลับ (sleeping pulse) จะได้ค่าที่แม่นยำที่สุด
- 2) ความดันโลหิต (blood pressure) ค่าที่ประเมินภาวะการทำงานของหัวใจที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกาย ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) แสดงถึงภาวะหัวใจวาย ความดันโลหิตสูง (hypertension) อาจสัมพันธ์กับโรคบางชนิด เช่น PDA ที่สามารถพบความดันชีพจรกว้าง (wide pulse pressure) กล่าวคือ พบความต่าง

ของความดันโลหิตตัวบน (systolic) และตัวล่าง (diastolic) มาก เนื่องจากเลือดย้อนกลับไปปอดมาก หาก PDA มีขนาดใหญ่ อาจทำให้ความดันโลหิตต่ำและหัวใจวายได้ และ Coarctation of the Aorta (CoA) ตรวจพบความดันโลหิตต่างกันระหว่างแขนและขา > 20 mmHg โดยจะตรวจพบชีพจรที่ขาซ้ายและเบากว่าที่แขนร่วมด้วย และผลข้างเคียงของยาบางชนิดทำให้พบความดันโลหิตต่างกันที่ระหว่างแขนและขาคือ^{6, 13, 15}

3) ความอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation; SpO₂) ในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ค่า SpO₂ มักปกติ (มากกว่าร้อยละ 95) ความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำในเด็กโรคหัวใจชนิดไม่เขียวมักเกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว การติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบ หรือการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดบกพร่อง

4) อัตราการหายใจ (respiratory rate) เมื่อผู้ป่วยเด็กมีอัตราการหายใจเร็ว (tachypnea) แสดงว่าอาจเกิดจากภาวะเลือดไหลผ่านปอดมากผิดปกติหรือภาวะหัวใจล้มเหลว รวมถึงความผิดปกติของปอดร่วม เช่น การติดเชื้อปอด การอุดตันทางเดินหายใจ หรือการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง ซึ่งล้วนทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วขึ้น^{13, 15-16}

2. อาการและอาการแสดง นอกจากสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงสามารถบ่งชี้ให้เห็นถึงภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ พยาบาลผู้พยาบาลควรซักประวัติและประเมินอาการ ดังนี้

1) ประเมินพัฒนาการและการเจริญเติบโต ได้แก่ ประเมินน้ำหนักส่วนสูงที่ต้องเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์อายุ ระดับความทนทานการทำกิจกรรมที่ลดลงหรือไม่^{6, 13}

2) ประเมินอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ อาการบวมของใบหน้าและร่างกาย ปริมาณการรับประทานอาหารตามวัยอย่างเหมาะสม ในเด็กเล็กให้ประเมินอาการเหงื่อซึมหรือหยุดพักขณะดื่มนม

3) ประเมินการหายใจที่ผิดปกติ สอบถามว่ามีอาการหายใจเร็ว เหนื่อยง่าย ไอในเวลากลางคืน หรือเหนื่อยมากขึ้นขณะออกแรงหรือไม่

4) ประเมินอาการหัวใจเต้นผิดปกติ สอบถามอาการใจสั่น หน้ามืด หรือภาวะเป็นลม

5) ประเมินประวัติการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ สอบถามการเจ็บป่วย เช่น ไข้หวัด ปอดอักเสบ หรืออาการไอเรื้อรังที่เกิดขึ้นตั้งแต่การนัดครั้งก่อน

6) ประวัติการเข้ารับการรักษารูปแบบฉุกเฉิน สอบถามหรือตรวจสอบว่ามีอาการไปห้องฉุกเฉินหรือรับการรักษาเพิ่มเติมระหว่างการนัดครั้งก่อน

7) ประวัติการใช้ยาและผลข้างเคียง ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ชนิดของยา วิธีการรับประทานยา และตรวจสอบอาการข้างเคียง

บทบาทด้านการสอนสุขศึกษา (health educator)

ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่มาตรวจตามนัดคลินิกโรคหัวใจเด็ก โดยส่วนมากไม่มีความผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนของโรค จึงนัดมาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการตามนัด ดังนั้นบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอก จึงควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวมีลักษณะที่ถูกต้อง และมีสุขภาพที่ดี

1. ด้านโภชนาการ ในช่วงอายุก่อน 6 เดือนให้ดื่มนมแม่ หลังจากนั้นส่งเสริมให้รับประทานอาหารปริมาณตามวัยครบถ้วน 5 หมู่

1) ผู้ป่วยที่เสี่ยงหรือมีอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย ให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หรือสารปรุงแต่ง อาหารแปรรูป อาหารกึ่งสำเร็จรูป เพราะโซเดียมสูง เพิ่มการทำงานของหัวใจ เช่น บะหมี่ กึ่งสำเร็จรูป ไส้กรอก แหนม ฯลฯ สามารถแบ่งเป็นมื้อหลัก 3 มื้อ มื้อย่อย 3 มื้อ ในรายที่รับประทานอาหารได้น้อย เหนื่อย หดหู่พักขณะรับประทาน

2) ในผู้ป่วยเด็กที่รับประทานยาขับปัสสาวะ ควรส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง ได้แก่ ผักผลไม้สด เช่นกล้วย ส้ม องุ่น มะเขือเทศ และพวกถั่วต่าง ๆ

3) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลมาก เสี่ยงต่อภาวะฟันผุ ได้แก่ ลูกกวาด ลูกอม น้ำอัดลม ฯลฯ ซึ่งอาจทำให้ติดเชื้อเยื่อหุ้มหัวใจภายหลังได้^{13, 15, 17}

2. การป้องกันการติดเชื้อ

1) การทำความสะอาดช่องปาก สามารถทำได้ตั้งแต่แรกเกิด และเริ่มแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ 1000 ppm ตั้งแต่ฟันขึ้นครั้งแรกขึ้น ทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ควรพาผู้ป่วยเด็กไปพบทันตแพทย์เด็กทุก 6 เดือน เพื่ออุดฟันผุ และเคลือบฟลูออไรด์ การมีสุขภาพช่องปากที่ดี สามารถป้องกันฟันผุ และป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มหัวใจได้¹⁹

2) การรับวัคซีนตามวัย ผู้ปกครองควรพาผู้ป่วยเด็กไปรับวัคซีนตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลหรือนามัยแถวบ้าน เพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคติดเชื้อ และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อได้¹⁸

3. ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีภาวะเหนื่อยง่าย อาจมีปัญหาเรื่องพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวที่ล่าช้า และผู้ป่วยเด็กที่นอนโรงพยาบาลนาน อาจจะมีปัญหาเรื่องพัฒนาการทางสังคมล่าช้าได้ ผู้ปกครองเป็นบุคคลที่ดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเด็กมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญ

ในการส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุขได้พิมพ์ “คู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย” ให้ผู้ปกครองประเมินพัฒนาการที่บ้าน สามารถรับได้ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือแนะนำให้ดาวน์โหลดในเว็บไซต์สาธารณสุข <https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/dspm/> โดยพยาบาลผู้ป่วยนอกมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำ ประเมินและส่งต่อปรึกษานักพัฒนาการในรายที่มีพัฒนาการล่าช้า²⁰

4. แนะนำการให้ยาและข้อควรระวัง แนะนำให้ใช้ยาตามแพทย์สั่งโดยไม่หยุดใช้ยาเอง โดยมีข้อควรระวังตามกลุ่มยาที่ได้รับประทานดังนี้

1) ยาขับปัสสาวะ (diuretics) ให้รับประทานช่วงเช้า เพื่อลดการตื่นมาปัสสาวะช่วงกลางคืน ผู้ป่วยเด็กควรได้รับการติดตามอิเล็กโทรไลต์ และผู้ปกครองควรประเมินปริมาณปัสสาวะต่อวัน น้ำหนักตัว ภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง กระหายน้ำมาก ชีพจรเร็ว ปัสสาวะน้อย น้ำหนักลด

2) ยาขยายหลอดเลือด (vasodilators) ให้รับประทานก่อนอาหารเพื่อเพิ่มการดูดซึม โอกาสเกิดความดันโลหิตต่ำ ให้สังเกตอาการดังต่อไปนี้ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย วิงเวียน ชีพจรเร็ว หงุดหงิดมาก ปัสสาวะน้อย ปากแห้ง กระหายน้ำ ชีพจรเบาและเร็ว ในรายที่ได้กินยา ACE inhibitors อาจมีอาการไอแห้งได้^{6,13, 21}

5. สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ผู้ปกครองจำเป็นต้องสังเกตอาการที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจวาย เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กมาพบแพทย์ด้วยอาการรุนแรงมากขึ้น ดังนี้

- 1) เหนื่อยง่ายกว่าปกติ
 - เด็กโต: เหนื่อยมากขึ้นขณะออกกำลังกาย เล่นน้อยลง
 - เด็กเล็ก/ทารก: หยุดดูดนมหรือพักบ่อยระหว่างดูดนม ดูดนมได้น้อยลง
- 2) ชีพจรหรือไม่สม่ำเสมอ ตอบสนองช้ากว่าปกติ ง่วงนอนมากผิดปกติ
- 3) รับประทานอาหารหรือนมได้น้อยลง น้ำหนักเพิ่มช้าหรือไม่เพิ่มเลย หรืออาจมีอาการอาเจียนขณะรับประทานอาหารหรือหลังรับประทานอาหาร
- 4) หายใจเร็วหรือหอบเหนื่อย อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น (เหนื่อยขณะพักหรือขณะดูดนม) ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ เช่น บานปีกจมูก ยกไหล่ ขณะหายใจ
- 5) บวมตามตัว พบได้ที่หนังตา ขา หรือท้อง
- 6) ปัสสาวะน้อยลง บ่งชี้ถึงภาวะหัวใจสับสนเลือดไม่พอหรือภาวะขาดน้ำ^{6-7,13}

เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยมารับการตรวจต่อวันเป็นจำนวนมาก และพยาบาลผู้ป่วยนอกมีระยะเวลาในการพบผู้ป่วยเด็กค่อนข้างจำกัด จึงควรจัดการให้สุขศึกษาในรูปแบบกลุ่มย่อยและพัฒนาสื่อการสอนเพื่อให้ผู้ปกครองนำไปทบทวนที่บ้านอย่างเหมาะสม

บทบาทด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (client advocate)

พยาบาลผู้ป่วยนอกควรให้การสนับสนุนด้านจิตสังคม (psychosocial care) ได้แก่ การให้กำลังใจผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวและผู้ปกครอง ส่งเสริมให้ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลหลัก ให้ผู้ป่วยเด็กได้พบแพทย์ตามนัด ประเมินความวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองพร้อมทั้งส่งต่อหน่วยจิตเวชเด็กในรายที่มีความเสี่ยงสูง อีกทั้งยังให้ความรู้ในผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการ เช่น การตรวจสวนหัวใจ ควรให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการทำหัตถการ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย หรือสามารถประสานงานทางหน่วยตรวจสวนหัวใจในกรณีที่เด็กมีความวิตกกังวลมาก หรือทำหัตถการเป็นครั้งแรก จัดหาแหล่งทุนทรัพย์หรือนักสังคมสงเคราะห์ในรายที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

บทบาทด้านผู้ประสานงาน (coordinator / collaborator)

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ นอกจากการดูแลโรคหัวใจ พยาบาลคลินิกเด็ก และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกหัวใจ การประสานงานสหสาขาวิชาชีพก็มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็ก พยาบาลจึงมีบทบาทในการประเมิน รายงานแพทย์และประสานงานสหสาขามาตามความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพในผู้ป่วยเด็กแต่ละราย เช่น หน่วยศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก โดยมีนัดประชุมร่วมกันเพื่อเตรียมการในรายที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด ทันตแพทย์เด็ก ประสานงานให้ส่งไปพบทันตแพทย์เด็กและสามารถตรวจได้ในวันเดียวกันกับโรคหัวใจเด็กได้ในรายที่ต้องการรักษาเร่งด่วน นักโภชนาการและแพทย์โภชนาการเด็ก หน่วยจิตเวชเด็ก หน่วยพัฒนาการเด็ก นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ กล่าวได้ว่าโรงพยาบาลศิริราช มีความพร้อมและศักยภาพในทุกด้าน ทำให้สามารถประสานงานสหสาขาวิชาชีพในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้

สรุป

บทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอก ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เริ่มตั้งแต่พยาบาลสามารถประเมินอาการและอาการแสดง ให้ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองสามารถกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง สามารถประเมินภาวะหัวใจวายเบื้องต้นได้ การดูแลโภชนาการ การป้องกันการติดเชื้อ การรับยาที่ถูกต้อง และการส่งเสริมพัฒนาการ ได้รับการตรวจรักษาที่ครอบคลุมด้วยสหสาขาวิชาชีพ มาตรวจตามนัดได้สม่ำเสมอ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่ดีและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. ดวงมณี เลหาประสิทธิพร. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: DoctorDek.com; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 4 มิ.ย. 2568].

เข้าถึงได้จาก: <https://doctordek.com/index.php/2022-10-05-02-27-02/4-15/16-11>

2. ศรียอร์ ธงอินเนตร. โรคหัวใจในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 4 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sikarin.com/doctor-articles/โรคหัวใจในเด็ก>

3. Park MK. Pediatric cardiology for practitioners. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2008.

4. Hoffman JI. The natural and unnatural history of congenital heart disease. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.

5. Satou GM, Halnon NJ. Pediatric congestive heart failure medication Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [updated 2019 Apr 23; cited 2025 Jun 13]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/2069746-medication>.

6. Park MK. Pediatric cardiology for practitioners. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2014.

7. Allen HD, Driscoll DJ, Shaddy RE, Feltes TF. Moss and Adams' heart disease in infants, children, and adolescents: Including the fetus and young adult. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

8. Fyler DC. Nadas' pediatric cardiology. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2006.

9. Vari D, Xiao W, Behere S, Spurrier E, Tsuda T, Baffa JM. Low-dose prostaglandin E1 is safe and effective for critical congenital heart disease: is it time to revisit the dosing guidelines? *Cardiol Young*. 2021;31(1):63-70.

10. Fraisse A, Latchman M, Sharma SR, Bayburt S, Amedro P, di Salvo G, et al. Atrial septal defect closure: indications and contra-indications. *J Thorac Dis*. 2018;10(Suppl 24):S2874-S81.

11. Wood KP, Fleming GA, Chamberlain RC. Update on Transcatheter Device Closure of Congenital Septal Defects. *Curr Cardiol Rep*. 2023;25(9):1083-93.

12. Kiraly L. Current outcomes and future trends in paediatric and congenital cardiac surgery: a narrative review. *Pediatr Med*. 2022;5:35.

13. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. การพยาบาลเด็ก เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศิริราชการพิมพ์; 2555.

14. Brambilla A, Pennati G, Petrini L, Berti F. Stents in congenital heart disease: State of the art and future scenarios. *Appl Sci*. 2023;13(17):9692.

15. Mott TF, Feltes TF. Congenital heart disease in children: Symptoms and signs [Internet]. Post TW, editor. Waltham (MA): UpToDate Inc; 2025 [cited 2025 Jun 13]. Available from: <https://www.uptodate.com>

16. Wong DL, Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML, Schwartz P. Wong's Essentials of Pediatric Nursing. 9th ed. St. Louis: Mosby; 2013.

17. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's Nursing Care of Infants and Children. 10th ed. St. Louis: Mosby; 2015.

18. Khongphatthanayothin A. Prevention of infection in children with congenital heart disease. *Thai J Pediatr*. 2015;54(3):185-92.

19. ผุสดี ใจอารีย์, วิณา จีระแพทย์. โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2561;19(ฉบับพิเศษ):167-76.

20. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2563.

21. Campbell M. Pediatric Heart Disease: A Practical Guide. *Paediatr Child Health*. 2017;22(3):156-162.