

คู่มือผู้ป่วย



โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด



คณะกรรมการที่มำทำงำนคลินิกกุมารเวชศาสตร์หัวใจ
ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควะวันออกเจียงเหนือ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คำนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Diseases : CHD) ถือเป็นความผิดปกติแต่กำเนิดที่พบได้บ่อย โดยพบได้มากถึงร้อยละ 80 ของปัญหาหัวใจและหลอดเลือดในเด็ก ในปีหนึ่งๆ ประเทศไทยมีเด็กเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 7,000-8,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.8-1 ของการเกิดมีชีวิต ซึ่งเด็กเกิดใหม่ที่เป็นโรคหัวใจร้อยละ 50 หรือกว่า 3,500 คน ต้องได้รับการผ่าตัดหรือใส่สายสวนหัวใจ ร้อยละ 20 ต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 1 เดือน มิฉะนั้นจะเสียชีวิตหรือผ่าตัดไม่ได้

จากอุบัติการณ์ดังกล่าว คณะกรรมการที่มำทางคลินิกกุมารเวชศาสตร์หัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์ จึงได้จัดทำสื่อให้คำแนะนำโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสำหรับประชาชนขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ผลิตุ่มือ/สื่อ ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่มารับบริการที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ประชาสัมพันธ์ความรู้ ข่าวสารทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนความรู้ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไปสู่ประชาชน อันนำไปสู่การให้บริการทางวิชาการแก่สังคมอีกทางหนึ่ง

โดยหนังสือเล่มนี้ครอบคลุมเนื้อหาหลากหลายเรื่อง อาทิเช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่พบได้บ่อย ประโยชน์ และขั้นตอนการตรวจพิเศษต่างๆ เพื่อการวินิจฉัย การสวนหัวใจ การผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม ตั้งแต่ในระยະที่ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต การรับประทานยา กายภาพบำบัด และโภชนาการ ตลอดจนการจัดเตรียมเอกสารสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติควรทราบเมื่อมารักษาตัวที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์

อย่างไรก็ตามความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละรายย่อมมีความแตกต่างกัน โรคบางโรคหรือการปฏิบัติตัวบางประการอาจไม่ได้กล่าวในหนังสือเล่มนี้ ดังนั้นจึงขอให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆได้

**คณะกรรมการที่มำทางคลินิกกุมารเวชศาสตร์หัวใจ
ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**

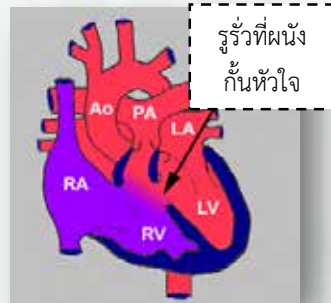
สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อย	1
- โรคผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว	1
- โรคผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว	2
- โรคหลอดเลือดหัวใจเกิน	4
- โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว	5
- โรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีการสลับกันของเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงใหญ่	7
- โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีระดับออกซิเจนในเลือดลดลงอย่างรุนแรง	9
- ภาวะหัวใจวาย	11
- ภาวะติดเชื้อในโรคหัวใจเด็ก	14
การตรวจวินิจฉัยและการตรวจพิเศษทางหัวใจในเด็ก	17
การเตรียมตัวและดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด	22
การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจในหอผู้ป่วยวิกฤต	23
การให้ยาในเด็กโรคหัวใจให้ปลอดภัย	25
โภชนาการสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ	29
กายภาพบำบัดในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด	34
สิทธิการรักษาและเอกสารสำคัญที่ผู้ป่วยและผู้ปกครองควรรู้	37
ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย	38
แบบบันทึกประจำตัวผู้ป่วย	39



โรคผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว (Ventricular septal defect: VSD)

โรคผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว คือ โรคหัวใจแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติ ในการสร้างผนังกันหัวใจห้องล่างซ้าย และห้องล่างขวาที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดรูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องล่าง และมักเป็นความผิดปกติโดยกำเนิด



สาเหตุ

ส่วนใหญ่มักไม่ทราบสาเหตุ ส่วนน้อยอาจเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม การติดเชื้อไวรัสในมารดา เช่น เชื้อหัดเยอรมัน หรือมารดาได้รับแอลกอฮอล์ สิ่งเสพติด สารเคมี ยาบางชนิด ในขณะตั้งครรภ์ บางรายอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมในครรภ์ เช่น มารดาเป็นเบาหวาน

อาการ

- เหนื่อย หายใจเร็ว
- หัวใจเต้นเร็ว
- ซีด
- เหนื่อยขณะดูดนม
- เด็กโตช้า
- ติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อยๆ



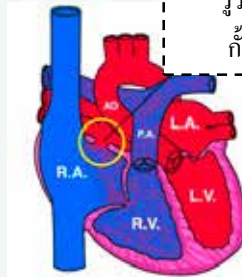
ภาวะแทรกซ้อน

- เลือดไปเลี้ยงปอดมากเกินไป
- หัวใจล้มเหลว
- หัวใจห้องบนสั่นระริก
- อัมพฤกษ์
- ความดันเลือดในปอดสูง



โรคผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว (Atrial septal defect: ASD)

โรคผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว คือ โรคหัวใจแต่กำเนิดที่มีผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว ทำให้เลือดไหลจากหัวใจห้องบนซ้ายไปห้องบนขวาได้ในจังหวะที่หัวใจบีบตัว ASD เป็นอาการของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดหนึ่ง ซึ่งบางรายสามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกคลอด แต่บางรายก็ไม่มีอาการใดๆ ที่แสดงถึงความผิดปกติจนอายุมากก็มี



รูรั่วที่ผนัง
กันหัวใจ

สาเหตุ

ผนังกันหัวใจบนรั่วเป็นความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด ในระบบไหลเวียนโลหิตของทารก ในครรภ์ปกติจะมีรูเปิดอยู่ เพื่อให้เลือดนั้นไม่ต้องผ่านปอด (ระหว่างอยู่ในครรภ์ เลือดจะถูกพอกผ่านรก โดยปอดจะยังไม่ทำงาน) โดยเลือดจะเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา เข้าสู่หัวใจห้องบนซ้ายแล้วผ่านลงไปยังหัวใจห้องล่างซ้าย แล้วเลือดก็จะถูกสูบฉีดไปเลี้ยงร่างกายต่อไปและเมื่อเด็กเกิดออกมา ช่องโหว่นี้จะถูกปิด ถ้าไม่ปิด เลือดก็จะไหลจากหัวใจห้องบนซ้ายไปยังห้องบนขวา หรือไหลจากหัวใจห้องบนขวาไปยังหัวใจห้องบนซ้าย

อาการ

- ติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อยๆ
- เหนื่อย หายใจลำบาก
- เมื่อมีกิจกรรมจะเหนื่อยมากขึ้น หรือตุนลมแล้วเหนื่อย
- ในเด็กโต จะรู้สึกมีอาการใจสั่นร่วมด้วย



ภาวะแทรกซ้อน

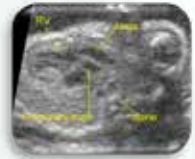
- โรคหัวใจล้มเหลว
- ลิ้นหัวใจรั่ว
- หัวใจบีบตัวผิดปกติ
- การติดเชื้อแบคทีเรียในหัวใจ
- การเติบโตช้า
- ความดันในปอดสูง

การตรวจวินิจฉัยโรค

ในเบื้องต้นแพทย์จะวินิจฉัยเสียงหัวใจที่ผิดปกติด้วยหูฟัง โดยจะช่วยให้ได้ยินเสียงฟู่หัวใจ (murmur) ซึ่งเป็นเสียงของเลือดที่ไหลลอดผ่านรูแคบๆ ความดังของเสียงจะขึ้นกับขนาดของรูรั่ว และปริมาณเลือดที่ผ่านรูรั่ว

การตรวจเพิ่มเติม (โดยจะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อถัดไป)

- เอกซเรย์ปอด เพื่อดูขนาดของหัวใจและดูว่ามีน้ำท่วมปอดหรือไม่
 - การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อดูว่ามีภาวะหัวใจห้องบนสันระริกหรือไม่ และตรวจว่ามีหัวใจห้องล่างโตมากขึ้นหรือไม่
 - การตรวจอัลตราซาวด์หัวใจ เพื่อยืนยันการวินิจฉัย
- ดูการบีบตัวของหัวใจ และดูทิศทางการไหลเวียนของเลือดภายในหัวใจ
- การสวนหัวใจ เป็นการใส่ท่อ หรือสายเพื่อวัดความดันในหัวใจและเส้นเลือดปอด
 - การตรวจภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า



การรักษา

ในผู้ป่วยที่มีรูรั่วขนาดเล็ก รูรั่วจะค่อยๆ เล็กลงและปิดได้เอง และหากผู้ป่วยแสดงอาการภาวะหัวใจล้มเหลว จำเป็นต้องเข้ารับรักษา เพื่อประคับประคองอาการ

หากรูรั่วมีขนาดใหญ่หรืออาการแสดงมีความรุนแรงมากขึ้น จะต้องทำการรักษาโดยการปิดรูเหล่านี้ แพทย์อาจจะทำการปิดโดยการผ่าตัดปิดรูรั่วโดยใช้เยื่อหุ้มหัวใจ หรือวัสดุสังเคราะห์ หรือไม่ก็ต้องผ่าตัดโดยใช้วัสดุปิดรูเหล่านี้ผ่านทางสายสวนหัวใจ



การปิดรูรั่วโดยใช้วัสดุผ่านทางสายสวนหัวใจ



การผ่าตัดปิดรูรั่วโดยใช้ เยื่อหุ้มหัวใจ/วัสดุสังเคราะห์

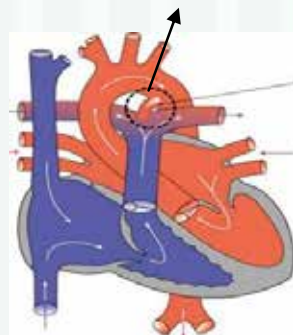
โรคหลอดเลือดหัวใจเกิน (Patent ductus arteriosus: PDA)

โรคหลอดเลือดหัวใจเกิน เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดเล็กๆ ที่เรียกว่า ดักตัส-อาร์เทอริโอซัส (ductus arteriosus) ซึ่งเชื่อมต่ออยู่ระหว่างหลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดปอด ที่เปิดอยู่หรือปิดไม่สนิท

หลอดเลือดเกิน

สาเหตุ

เกิดจาก ดักตัส อาร์เทอริโอซัส ไม่ปิดตามธรรมชาติ ซึ่งควรปิดตั้งแต่ 10 - 15 ชั่วโมง หลังคลอด และปิดสมบูรณ์ 15 - 20 วัน ไม่เกิน 3 เดือน โดยสาเหตุที่ ดักตัสอาร์เทอริโอซัส ไม่ปิดตามธรรมชาติ ได้แก่ภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด หรือการติดหัตถ์เยอร์มันในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์



อาการ

มักพบว่า เด็กจะผอม โตช้า ติดเชื้อง่าย ชีต เหนื่อยง่าย และมีอาการของหัวใจวาย เช่น หอบเหนื่อย หายใจเร็ว ดุณนมช้า นอนราบไม่ได้ บวมตามร่างกาย ซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับขนาดของหลอดเลือดเกิน

การรักษา

1. การใช้ยาเพื่อช่วยในการปิดของหลอดเลือด
2. การปิดหลอดเลือดด้วยอุปกรณ์ผ่านทาง การสวนหัวใจ
3. การผ่าตัดปิดหลอดเลือดเกิน (PDA Ligation/Clipping)



ผ่าตัดปิด
หลอดเลือด
เกิน

การตรวจวินิจฉัยโรค

เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคผนังกันหัวใจห้องล่าง หรือ ห้อยบนรั้ว



โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (Tetralogy of Fallot: TOF)

TOF ถือเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ทำให้มีอาการเขียวที่พบบ่อยที่สุดประมาณ 5 - 10% ของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่ทำให้เขียว ลักษณะความพิการของหัวใจประกอบด้วยความผิดปกติ 4 อย่าง คือ

1. ทางออกของเส้นเลือดไปปอดตีบ
2. ผนังหัวใจห้องล่างขวาหนาและหัวใจด้านขวาโต (Right ventricle hypertrophy)
3. หลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) คร่อมอยู่ระหว่างผนังกันหัวใจห้องล่าง (Overriding aorta) จึงรับทั้งเลือดดำจากหัวใจห้องล่างขวาและเลือดแดงจากหัวใจห้องล่างซ้าย
4. มีรูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องล่างขวาและซ้าย (VSD)

อาการ

แรกเกิดจะไม่แสดงอาการ แต่แพทย์อาจฟังได้เสียง murmur เด็กเล็กภายหลัง 6 เดือนหลังคลอด จะเริ่มมีอาการเขียวปรากฏให้เห็นชัดเจน ในรายที่เขียวไม่มาก พ่อแม่จะไม่สังเกตเห็นความผิดปกติ แต่จะพามาด้วยอาการหอบ หายใจเร็ว และเขียวขณะดูดนมหรือขณะวิ่งเล่น ในเด็กโตจะมีอาการเขียว โดยอาการเขียวจะมีมากขึ้น ร่วมกับอาการหอบ หายใจแรงในขณะวิ่งเล่น จนทำให้ต้องหยุดพักในท่านั่งยองๆ

จากการที่มีการอุดตันของทางออกของหัวใจห้องล่างขวา จะทำให้เลือดจากหัวใจไปยังปอดได้น้อย และมีทางลัดเลือดจากหัวใจซีกขวาไปซ้าย ทำให้เกิดภาวะเลือดข้น (polycythemia) เพื่อเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดแดงในการพาออกซิเจน ให้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายได้มากขึ้น และภาวะเลือดข้นทำให้สมองขาดออกซิเจน มีอาการหายใจแรงถี่ลิ้นเขียว และวูบหมดสติ ที่เรียกว่า anoxic spell หรือ hypoxic spells และมักจะเกิดขณะที่เด็กร้องไห้ ถ่ายอุจจาระ หรือออกกำลังกาย เมื่อโตขึ้นจะมีอาการเหนื่อยเร็ว และนั่งยองๆ เวลาเหนื่อย (squatting) ซึ่งเป็นวิธีที่จะช่วยเพิ่มแรงต้านทานของหลอดเลือดทำให้แรงดันในหัวใจห้องล่างซ้ายเพิ่มขึ้น ลดการไหลของเลือดจากห้องล่างขวาไปซ้าย ทำให้เลือดจาก

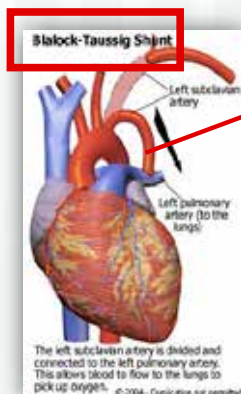
หัวใจห้องล่างขวาไปปอดได้มากขึ้น ผู้ป่วยเด็กจะมีปากและเล็บเขียว นิ้วปุ่ม เจริญเติบโตช้า ความพิการนี้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ฝีในสมอง ลิ่มเลือดในสมอง

การรักษา

การรักษาและดูแลระดับประคอง ให้ธาตุเหล็กในรายที่ขาดเหล็ก ให้ยาลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหัวใจที่หนาตัวผิดปกติ เช่น โพรพานอลอล (propranolol) ดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ออกกำลังกายพอเหมาะ งดการออกกำลังกายหักโหมหรือเพื่อการเพื่อแข่งขัน ถ้าเกิด ภาวะเขียวจากระดับออกซิเจนลดลง (hypoxic spells) จัดให้เด็กอยู่ในท่าเข่าชิดอก (knee chest) และให้เด็กได้พัก และให้ออกซิเจน

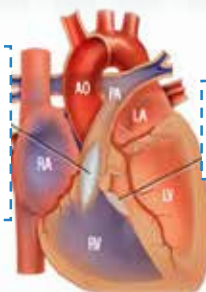
การรักษาโดยการผ่าตัด

เมื่ออายุน้อยจะทำผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ เพื่อให้มีเลือดไปยังปอดมากขึ้น วิธีที่นิยมมากที่สุดคือ ผ่าตัดโดยการต่อเส้นเลือดเทียม (shunt) ระหว่างเส้นเลือดแดงใหญ่และเส้นเลือดปอดเพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงปอด ต่อมาจะรักษาเพื่อแก้ไขความผิดปกติทั้งหมด ซึ่งมักจะทำในเด็กที่ขนาดของเส้นเลือดปอดโตพอที่จะสามารถทำการผ่าตัดแก้ไขทั้งหมดได้



การต่อเชื่อมเส้นเลือดแดงใหญ่
กับเส้นเลือดปอด

การขยาย หลอด
เลือดที่ตีบ



ปิดรูรั่วที่ผนังกัน
หัวใจห้องล่าง

การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติทั้งหมด

โรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีการสลับกันของเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงใหญ่ (Transposition of the great arteries: TGA)

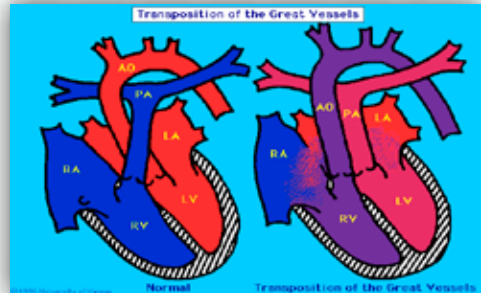
เป็นความผิดปกติของหัวใจแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีการสลับกันของเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงใหญ่พบได้ไม่บ่อยมาก แต่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากอัตราการตายสูงถ้าไม่ได้รับการรักษาทันเวลาที่

ลักษณะของความผิดปกติ

ในหัวใจที่ปกติเส้นเลือดแดงใหญ่จะออกมาจากหัวใจห้องล่างซ้าย และเส้นเลือดพัลโมนารีจะออกมาจากหัวใจห้องล่างขวา แต่ในกรณีของ TGA จะมีการสลับตำแหน่งของเส้นเลือดดำและเส้นเลือดแดงใหญ่ โดยเส้นเลือดแดงใหญ่จะออกมาจากหัวใจห้องล่างขวา ส่วนเส้นเลือดพัลโมนารีจะออกจากหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายเป็นเลือดดำ ส่วนเลือดที่ไปปอดกลับเป็นเลือดแดง ทำให้ทารกมีอาการเขียวมากและเสียชีวิตทันทีหลังคลอด หากไม่มีทางเชื่อมกันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงร่างกาย (เลือดดำ) และไปปอด (เลือดแดง)

อาการ

อาการเขียวจะเป็นอาการนำที่สำคัญที่สุด และมักจะเขียวมาก มีอาการของภาวะหัวใจวาย เช่น หายใจเร็ว เหนื่อยง่าย เหงื่อมาก เลี้ยงไม่โต ตับโต หัวใจเต้นเร็ว และหัวใจโต จะมีอาการมากขึ้นกับช่องทางปนกันของเลือดดำและแดงว่าขนาดใหญ่ หรือมีหลายระดับแค่ไหน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะเขียวมากจนถึงกับเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและถูกต้องภายในช่วงแรกของชีวิต



การตรวจวินิจฉัยโรค และการดูแลหลังผ่าตัด

เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคผนังกั้นหัวใจห้องล่าง หรือห้องบนรั่ว

การรักษา

การให้ยา



การให้ยาเปิดเส้นเลือด PDA เพื่อให้คงการปนกันของเลือดดำกับแดง (Prostaglandin E1) ซึ่งจำเป็นในรายที่ไม่มีช่องทางติดต่อระหว่างเลือดดำกับเลือดแดง หรือมีไม่เพียงพอ

การขยายช่องทางติดต่อ

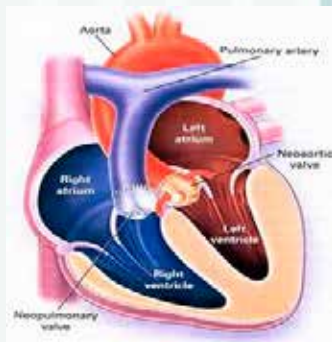


การขยายช่องทางติดต่อระหว่างหัวใจห้องบนขวาและซ้าย ด้วยบอลลูน (Balloon atrial septostomy) จะเป็นการเปิดช่องทางติดต่อระหว่างห้องบนขวากับซ้าย มีการปนกันของเลือดดำกับแดงมากขึ้น เป็นการซื้อเวลาก่อนจะนำผู้ป่วยไปผ่าตัดแก้ไขทั้งหมด

การผ่าตัด



ในปัจจุบันเราจะทำการผ่าตัดโดยสลับเส้นเลือดที่ออกจากหัวใจทั้ง 2 เส้น เรียกว่า arterial switch operation คือ ทำการสลับเส้นเลือดแดงใหญ่ และเส้นเลือดปัลโมนารีให้กลับมาออกจากหัวใจตามปกติ ซึ่งต้องทำผ่าตัดตั้งแต่อายุยังน้อยคือ ภายใน 1-2 อาทิตย์แรกหลังคลอด จะทำให้การไหลเวียนของเลือดกลับมาเหมือนปกติได้



โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว ที่มีระดับออกซิเจนในเลือดลดลงอย่างรุนแรง (Hypoxic spells)

ความหมาย

Hypoxic spells เป็นภาวะที่เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีระดับออกซิเจนในเลือดลดลงอย่างรุนแรงเป็นเวลานาน แม้ว่าส่วนใหญ่จะหายได้เอง แต่ก็อาจรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องในเวลาอันควร

อาการ

เด็กจะแสดงอาการของการขาดออกซิเจน เด็กเล็กจะกระวนกระวาย ร้องครางไม่ยอมหยุด หอบ เขียวซี้นกว่าเดิม มักได้ประวัติจะเป็นตอนเช้าเมื่อตื่นนอนใหม่ๆ หรือ เวลาร้องไห้มาก ร้องนาน หรือในรายที่มีการขาดสารน้ำร่วมด้วย เช่น ถ่ายเหลว อาเจียน จากสาเหตุใดๆก็ตาม ในเด็กโตมักมีอาการหลังร้องมากๆ หรือเบ่งมากๆ เช่น เบ่งถ่ายอุจจาระ เด็กจะปรับตัวเองด้วยการนั่งยองๆ พบบ่อยตั้งแต่อายุ 1-2 ปีเป็นต้นไป และพบน้อยลงหลังอายุ 8-10 ปี

วิธีการดูแลบุตรหลาน

1. ในช่วงที่มีไข้ ไม่สบาย ถ่ายเหลว ให้ระวังภาวะขาดน้ำควรให้ดื่มน้ำบ่อย ๆ ให้มีปัสสาวะใสพอสมควรและ รีบพาไปพบแพทย์

2. ถ้าหากมีอาการเขียวมากขึ้น หายใจหอบลึกมากขึ้น ซึมเพลีย ตัวอ่อนปวกเปียก (มักเป็นหลังตื่นนอนตอนเช้า หลังเล่นหรือร้องมากๆ) ให้ปฏิบัติดังนี้

2.1 ปลอบเด็กให้หยุดร้อง ควรรีบทำให้เร็วที่สุดไม่ควรปล่อยให้เป็นอย่างนานเพราะจะดูแลลำบาก และอาจจะเป็นอันตรายรุนแรงได้

2.2 ให้ออกซิเจนแก่เด็กทั้ง 2 ข้างคู้เข้าชิดหน้าอก อาจจะอุ้มขึ้น**แนบอก**กรณีเป็นเด็กเล็ก ถ้าเป็นเด็กโต



ให้นอนตะแคงเข้าคูชิดหน้าอกให้มากที่สุด ถ้าได้ผลผู้ป่วยจะหายใจดีขึ้น ริมฝีปากเริ่มกลับมาเป็นเหมือนปกติก่อนเกิดอาการ ถ้าหากทำวิธีดังกล่าวแล้วไม่ดีขึ้น ให้รีบพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านให้เร็วที่สุด เพื่อให้ออกซิเจนและยา โดยอุ้มในท่าดังกล่าว

3. รับประทานอาหารได้ทุกอย่าง ไม่มีของแสลง เด็กสามารถเติบโตได้พอสมควร ถ้าได้อาหารที่ครบทุกหมู่ เนื้อ นม ไข่ โดยเน้นอาหารพวกไขมันให้ใช้น้ำมันพืชในการทอด ผัด แทนการต้มหรือลวก

4. รับประทานยาที่แพทย์ให้ ไม่ควรซื้อยามาให้รับประทานเอง เพราะอาจจะเป็นอันตราย

5. พันเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับเด็กโรคหัวใจชนิดเขียว ขึ้นเคลือบจะไม่แข็งแรง ควรต้องได้รับการดูแลมากเป็นพิเศษ ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสฟันผุง่ายกว่าเด็กทั่วไปมาก ควรดูแลฟันตั้งแต่ผู้ป่วยอายุน้อยๆ โดยเริ่มจากการเช็ดเหงือกก่อนนอนเพื่อให้เด็กชินกับการทำความสะอาดฟัน จากนั้นจึงให้แปรงฟันและนำผู้ป่วยไปตรวจฟันกับทันตแพทย์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ฟันที่ผุจะเป็นแหล่งที่มีเชื้อโรคสะสมอยู่มากและ อาจเป็นแหล่งกระจายเชื้อให้ผู้ป่วยเกิดฝีในสมองหรือติดเชื้อในหัวใจได้และระวังการเกิดหูน้ำหนวกด้วย

6. ต้องรักษาโรคหูน้ำหนวกด้วย ถ้าตรวจพบหรือมีอาการ

7. ให้ดูแลบุตรหลานของท่านโดยระวังอาการที่เป็นสัญญาณอันตรายดังต่อไปนี้

- มีอาการเขียวมากขึ้น เหนื่อยมากขึ้น และตัวอ่อนปวกเปียกบ่อยครั้งขึ้น
- ใช้นานหลายวันติดต่อกัน ซึมลง ร้องปวดหัวอาเจียนไม่ทราบสาเหตุ
- ขยับแขนขาได้ลดน้อยลง หรือมีชักเกร็งกระตุก

8. ความผิดปกติที่หัวใจนั้นต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมในเวลาต่อมา แพทย์จะเป็นผู้บอกอีกครั้งว่าสามารถให้ความช่วยเหลือบุตรหลานของท่านด้วยวิธีใด ถ้าหากต้องผ่าตัดจะบอกเวลาที่เหมาะสมอีกครั้งหนึ่ง

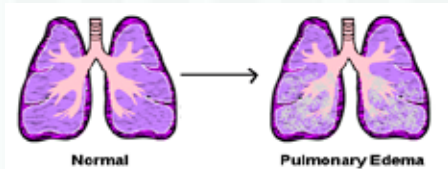
9. ระวังวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ ได้เหมือนเด็กปกติทั่วไป

10. บุตรคนต่อไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมากขึ้น คุณแม่ควรมาฝากครรภ์แต่ เน้นๆ และเด็กในครรภ์ควรได้รับการตรวจอัลตราซาวด์

ภาวะหัวใจวาย (Congestive Heart failure: CHF)

หัวใจวาย หมายถึง ภาวะซึ่งหัวใจไม่สามารถสูบฉีดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างพอเพียง หัวใจวายไม่เหมือนกับหัวใจหยุดเต้น เราเรียกหัวใจวายว่า congestive heart failure คือ หัวใจทำงานล้มเหลวทำให้เนื้อเยื่อต่างๆขาดออกซิเจน เมื่อไตได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลงทำให้ไตสร้างสารบางชนิดออกมาทำให้เกิดการคั่งของน้ำและเกลือในร่างกาย ถ้าไม่ได้รับการรักษาต่อก็จะมีอาการคั่งของน้ำและเกลือที่ปอดทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่าน้ำท่วมปอด (Pulmonary edema) หากหัวใจห้องขวายายจะเกิดการคั่งของน้ำที่ขาทำให้บวมที่เท้า

อาการหัวใจวายอาจจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น เกิดภายหลังจากหลอดเลือดหัวใจตีบ หรืออาจจะค่อยๆเกิดเช่นโรคของลิ้นหัวใจ หรือกล้ามเนื้อหัวใจ



หัวใจห้องซ้ายวาย



หัวใจห้องขวายาย

สาเหตุ

1. หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (หลอดเลือดออกผิดปกติ หลอดเลือดตีบตัน หรือหลอดเลือดออกผิดปกติ) ทำให้เลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอ กล้ามเนื้อหัวใจก็ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ ผู้ป่วยมักจะมีประวัติเจ็บและแน่นหน้าอกมาก่อน
2. ความดันโลหิตสูง เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานมากขึ้น และเกิดล้มเหลวได้
3. โรคเบาหวาน สาเหตุที่โรคเบาหวานมักจะมีโรคหัวใจ คือผู้ป่วยมักจะอ้วน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง
4. หัวใจเต้นผิดปกติ อาจจะเต้นผิดจังหวะ หรือเต้นช้าเกินไป หรือเต้นเร็วเกินไป ทำให้หัวใจไม่สามารถปั๊มเลือดได้อย่างเพียงพอ

อาการ

☼ เหนื่อยง่าย หากโรคหัวใจเป็นไม่มาก จะเหนื่อยหอบเฉพาะเวลาทำงานหนัก หรือขึ้นบันได พอพักจะหายเหนื่อย แต่ถ้าโรคหัวใจเป็นมากขึ้น ผู้ป่วยจะเหนื่อยง่าย งานที่เคยทำได้ก็จะเหนื่อย หากเป็นมากขึ้นก็กิจกรรมปกติก็จะเหนื่อย

☼ นอนราบไม่ได้จะเหนื่อย ต้องลุกมานั่งหลังจากนอนไปแล้ว 1-2 ชั่วโมง บางรายต้องนั่งหลับเรียกว่า orthopnea

☼ แน่นหน้าอกตอนกลางคืน ต้องลุกขึ้นมา

☼ อ่อนเพลียง่าย ไม่มีแรง

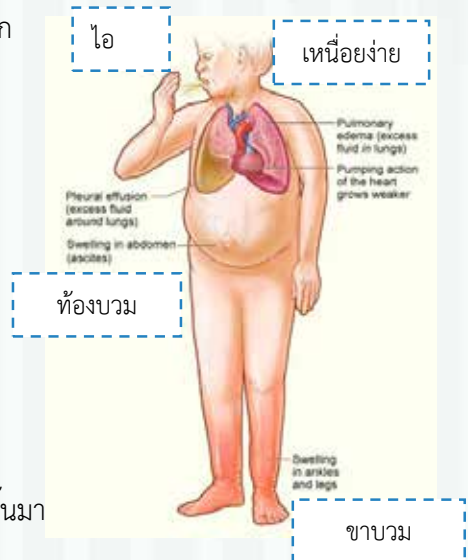
☼ หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง

☼ ข้อเท้าบวม ท้องบวมเนื่องจากมีการคั่งของน้ำในช่องท้อง

☼ น้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว

☼ ไอเรื้อรังโดยเฉพาะหากเสมหะมีเลือดปนออกมา ต้องรีบไปพบแพทย์ เพราะนั่นคืออาการของน้ำท่วมปอด

☼ ใจสั่นหัวใจเต้นเร็ว



เฝ้าติดตามอาการของโรคหัวใจกำเริบ

ท่านที่เป็นโรคหัวใจหากสามารถเฝ้าระวังรู้เท่าทันโรคและคอยสังเกตอาการที่บ่งบอกว่าโรคอาจกำเริบขึ้น และรีบมาพบแพทย์ จะสามารถรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ โดยอาการที่ผู้ป่วยต้องเฝ้าระวังมีดังนี้

☞ หากน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น มากกว่า 1 กิโลกรัม/วัน หรือ 2 กิโลกรัม/สัปดาห์ควรจะแจ้งแพทย์ ผู้ป่วยควรจะชั่งน้ำหนักทุกวัน

- ☞ หอบเหนื่อยขณะพัก
- ☞ บวมเท้าและข้อเท้า
- ☞ เวลานอนต้องใช้หมอนสูง นอนแล้วเหนื่อยต้องลุกขึ้นนั่งสักพักจึงหายเหนื่อย
- ☞ ไอเป็นประจำโดยเฉพาะไอเวลานอน
- ☞ เบื่ออาหาร
- ☞ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย

หากมีอาการที่กล่าวมาข้างต้นสามารถที่จะพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ทันที

การป้องกันโรคหัวใจวาย

- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ เช่น การออกกำลังกาย รับประทานอาหารคุณภาพหลีกเลี่ยงอาหารมันๆ หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม รักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เครียด งดการสูบบุหรี่ ดื่มสุราในปริมาณที่จำกัด
- รักษาโรคที่เป็นอยู่ เช่น การรักษาโรคความดันโลหิต การรักษาโรคเบาหวาน ไขมัน หลอดเลือดหัวใจ ลิ้นหัวใจ
- ตรวจร่างกายประจำปีก่อนการเกิดโรคหัวใจ
- การรักษาโรคพื้นฐาน เช่น การเต้นหัวใจที่ผิดปกติ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคธัยรอยด์เป็นพิษ



ภาวะติดเชื้อในโรคหัวใจเด็ก

ปาก เป็นช่องทางผ่านของอาหาร ในขณะเดียวกันก็เป็นที่พักซ่อน ผังตัว ของเชื้อโรค หลายชนิด ที่สำคัญคือ เชื้อแบคทีเรียที่มีชื่อว่า สเตรปโตคอคไค เชื้อแบคทีเรียชนิดนี้มักฝังตัวอยู่บริเวณซอกฟัน ซ่องฟันที่ผุ และเยื่อในช่องปากต่างๆ ไป

เชื้อโรคในปากเหล่านี้อาจแทรกซึมเข้าสู่กระแสโลหิต ก่อให้เกิดการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ เยื่อบุหัวใจ ซึ่งสาเหตุอาจเกิดได้จาก การแปรงฟันที่ไม่ถูกวิธี การได้รับการถอนฟัน หรือ การตัดต่อมทอนซิล เป็นต้น เมื่อเชื้อสเตรปโตคอคไคนี้เข้าสู่กระแสโลหิตจะผ่านเข้าไปถึงหัวใจ ในผู้ที่เป้นโรคหัวใจและมีความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิตบริเวณหัวใจ เช่น มีการไหลเวียนกระแทกของโลหิตผิดปกติ เกิดเป็นผนังหัวใจที่ขรุขระและเกิดปฏิกิริยาการจับตัวของเกร็ดเลือด โดยมีเชื้อสเตรปโตคอคไคนี้ผสมเข้าไปด้วย ทำให้เกิดเป็นก้อนติดเชื้อบริเวณหัวใจขึ้น ก้อนติดเชื่อนี้จะเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคที่สำคัญ โดยจะมีการกระจายของเชื้อสเตรปโตคอคไคไปสู่อวัยวะอื่น ๆ เช่น ปอด ไต ม้าม สมอง และยังอาจทำให้ผนังหัวใจส่วนที่บางทะลุได้ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมามากมาย นอกจากนี้ ยังอาจทำให้เกิดปฏิกิริยาด้านภูมิคุ้มกันของร่างกายได้อีกด้วย

การดูแลสุขภาพปาก

ในเด็กเล็กที่ฟันยังไม่ขึ้น กระทำได้โดยการให้ผ้าสะอาดชุบน้ำอุ่นเช็ดทำความสะอาดบริเวณเหงือก เยื่อปาก ลิ้น ทุกวัน ในช่วงเช้าและก่อนนอน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเยื่อขาว (ซางขาว) ซึ่งจะเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรคได้ นอกจากนี้ภายหลังการดูดนมทุกครั้งควรให้เด็กดื่มน้ำตามมาก ๆ ไม่ว่าจะเป็นนมมารดา หรือนมขวด

ในเด็กที่ฟันขึ้นแล้ว ผู้ปกครองควรทำความสะอาดช่องปากและฟันด้วยแปรงสีฟันที่มีขนาดพอเหมาะ (ตามอายุเด็ก) ขนแปรงควรมีลักษณะอ่อนนุ่ม และควร



เลือกใช้ยาสีฟันสำหรับเด็ก ทั้งนี้เนื่องจากในเด็กเล็กขณะแปรงฟันมักชอบกลืนยาสีฟันเข้าไปด้วย ในยาสีฟันสำหรับผู้ใหญ่มักผสมฟลูออไรด์ในขนาดที่เกินความต้องการของเด็ก ถ้าเด็กกลืนยาสีฟันเข้าไปเป็นจำนวนมาก อาจเกิดภาวะพิษจากฟลูออไรด์ได้ นอกจากนี้ควรให้

ดูน้ำตาลตามมาก ๆ ภายหลังการดูนม ในกรณีที่เด็กดูนมขวดควรรับหย่าขวดนมโดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันการติดนมขวดโดยเฉพาะการดูนมขวดก่อนนอน ซึ่งจะเป็นสาเหตุสำคัญของการแพร่กระจายของเชื้อในช่องปาก เนื่องจากเด็กมักดูนมจนหลับคาขวดนม ทำให้ไม่สามารถดื่มน้ำตามภายหลังได้ ควรเปลี่ยนมาเป็นการให้เด็กดื่มนมจากแก้ว และให้ดื่มน้ำตามมาก ๆ ภายหลังการดื่มนม และบ้วนปากทุกครั้ง

โรคฝีสมอง brain abscess

โรคฝีสมอง คือ โรค/ภาวะติดเชื้อ (จากเชื้อแบคทีเรีย หรือ เชื้อรา) ในเนื้อสมองที่ก่อให้เกิดอาการผิดปกติทางระบบประสาท เนื่องจากเชื้อก่อโรคนั้นจะทำให้เนื้อสมองกลายเป็นฝี (Abscess) ในเนื้อสมอง ทำให้มีอาการผิดปกติต่างๆ เกิดขึ้น จนอาจเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ โรคฝีสมอง พบได้ไม่บ่อย ส่วนใหญ่แล้วพบบ่อยในวัยเด็กมากกว่าในผู้ใหญ่ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดฝีสมอง ได้แก่

- มีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ
- มีภาวะติดเชื้อเรื้อรังของเนื้อเยื่อ/อวัยวะในส่วนของศีรษะ เช่น หนองในหู ไซนัสอักเสบ หนองเป็นหนอง มีแผลติดเชื้อเรื้อรังที่หนังศีรษะ
- เป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบติดเชื้อ
- เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว
- มีการติดเชื้อในกระแสโลหิต
- มีอุบัติเหตุที่สมอง

อาการผิดปกติที่พบบ่อยของฝีสมอง ได้แก่

- | | |
|--------------------|-------------|
| - ปวดศีรษะรุนแรง - | มีไข้ |
| - แขนขาอ่อนแรง | - ตาพร่ามัว |
| - อาเจียน | - ชัก |

อาการอื่นๆ เช่น วิงเวียนศีรษะ เซ่ ทั้งนี้ ขึ้นกับตำแหน่งของฝีว่าอยู่ที่ส่วนใดของสมอง อาการผิดปกติของโรคที่เกิดร่วมกับฝีสมองหรือที่เป็นสาเหตุของฝีสมอง เช่น หนองในหู หนองในไซนัส หนองในโพรงกระดูก เป็นต้น

การรักษา

ผู้ป่วยโรคฝีสมอง ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การรักษาเริ่มต้นด้วยการให้ยาต้านจุลชีพ เป็นระยะเวลาประมาณ 3 – 6 สัปดาห์ หรือจนกระทั่งฝีทั้งหมดหายไป ซึ่งถ้าโรคไม่ตอบสนองต่อยา ก็จะพิจารณาการผ่าตัดสมองเพื่อนำก้อนฝีออก

นอกจากนั้นคือ การรักษาที่สาเหตุ เช่น ถ้ามีโรคหุน้ำหนัก หรือโรคหัวใจ ก็ต้องรักษาโรคอื่นๆให้ดี เพื่อป้องกันไม่เกิดเป็นฝีสมองซ้ำอีก หากไม่ได้รับการรักษา หรือการรักษาล่าช้า ผู้ป่วยมักเสียชีวิต แต่ถ้าได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ ผลการรักษาส่วนใหญ่ได้ผลดี แต่อาจมีผลข้างเคียงทางระบบประสาทหลงเหลืออยู่ภายหลังการรักษาได้

การดูแลตนเองที่บ้านเมื่อเป็นฝีสมอง ได้แก่

ผู้ป่วยโรคฝีสมอง จำเป็นต้องรักษาควบคุมโรคประจำตัว/ปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ให้ดี ถ้ามีอาการผิดปกติทางสมอง เช่น แขน ขาอ่อนแรง ควรทำกายภาพบำบัดตามที่แพทย์ นักกายภาพบำบัด พยาบาล แนะนำอย่างสม่ำเสมอ ตลอดไป

ถ้ามีอาการชัก ต้องทานยากันชักต่อเนื่องตามแพทย์แนะนำ ไม่ขาดยา ต้องรักษาสุขอนามัยพื้นฐานเสมอ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคที่ดี ช่วยลดโอกาสเกิดฝีสมองซ้ำ ควรพบแพทย์ตามนัดเสมอ และ ควรพบแพทย์ก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติจากเดิม หรือเมื่อมีอาการต่างๆเลวลง เช่น ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะรุนแรงขึ้น แขนขากลับมา อ่อนแรงอีก หรืออ่อนแรงมากขึ้น หรือมีอาการชักบ่อยขึ้น



การตรวจวินิจฉัยและการตรวจพิเศษทางหัวใจในเด็ก

หลักการตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจในเด็ก ต้องเริ่มด้วยการซักประวัติ และการตรวจร่างกายเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจในขั้นตอนอื่นต่อไปหรือไม่ ซึ่งได้แก่ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest x-ray) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) การตรวจสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) หรือการตรวจอื่นๆ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคหัวใจในเด็กให้ถูกต้อง

การซักประวัติ

การซักประวัติเพื่อการวินิจฉัยโรคหัวใจในเด็กก็เช่นเดียวกับในโรคทั่วไป ควรถามถึงอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษารโรคหัวใจ เช่น การหอบเหนื่อยขณะมีกิจกรรมในเด็กโต ส่วนในเด็กเล็กหรือเด็กทารกจะสามารถสังเกตได้ว่าเวลาดูนมจะหยุดพักเป็นระยะหรือใช้เวลาในการดูดนมานาน จมูกบานหรือชายโครงบวม และอีกอย่างหนึ่งอาการที่จะสามารถสังเกตได้คือ อาการเขียว เป็นลักษณะสีคล้ำบริเวณผิวหนัง ลิ้น เล็บ เขียวมากขึ้นขณะร้องไห้ ส่วนอาการอื่นๆอาจพบในบางราย เช่น เด็กเป็นลมบ่อย หรือเจ็บหน้าอก เป็นต้น

การตรวจพิเศษทางหัวใจในเด็ก

1. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram)

สามารถบอกได้ถึง จังหวะ หรืออัตราการเต้นของหัวใจ หัวใจแต่ละห้องโตหรือไม่ เซลล์หัวใจขาดเลือด หรือถูกกระแทกกระเทือนจากความผิดปกติต่างๆของร่างกายหรือไม่



2. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest x-ray) หรือการเอกซเรย์ปอด

สามารถบอกตำแหน่ง ขนาด ลักษณะของหัวใจและลักษณะหลอดเลือดในปอด นอกจากนี้ยังสามารถบอกขนาดของหัวใจและดูว่าผู้ป่วยภาวะมีน้ำท่วมปอดหรือไม่

ขณะเอกซเรย์ผู้ปกครองช่วยได้อย่างไร

ขณะทำการเอกซเรย์ ผู้ปกครองจะต้องดูแลเด็กให้อยู่นิ่ง ไม่เคลื่อนไหว เพื่อให้ได้ภาพเอกซเรย์ที่ชัดเจน ใช้ในการประกอบการวินิจฉัย และติดตามโรคได้ถูกต้องและแม่นยำ



3. คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

3.1 การตรวจผ่านทางผนังทรวงอกด้านหน้า (Transthoracic echocardiography)

สามารถเห็นลักษณะความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจและหลอดเลือด ทิศทางการไหลของเลือด ความดันในห้องหัวใจและหลอดเลือด เป็นการตรวจที่ปลอดภัย ไม่เจ็บปวด ไม่มีผลจากคลื่นเสียงใดๆ **แต่เด็กต้องร่วมมือ**

โดยการนอนนิ่งๆ เป็นระยะเวลาหนึ่ง ดังนั้นในรายที่เด็กไม่ร่วมมือ จำเป็นต้องให้ยานอนหลับอ่อนๆ ก่อนการตรวจควรงดอาหารและน้ำ



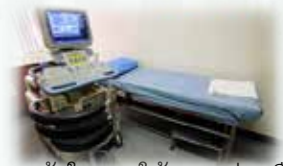
3.2 การตรวจผ่านกล้องตรวจในหลอดอาหาร (Transesophageal echocardiography)

วัตถุประสงค์ของการตรวจ

เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคในกรณีที่ตรวจผ่านทางผนังทรวงอกด้านหน้า แล้วเห็นไม่ชัด เช่น ตูมเลือดในหัวใจ และใช้ร่วมกับการทำบอลลูนหัวใจ

การเตรียมผู้ป่วย

1. งดอาหารและน้ำดื่ม 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ
2. อธิบายขั้นตอนการตรวจให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการตรวจ
3. ผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับยาละลายลิ่มเลือด ต้องติดตามผล PT, PTT ก่อนตรวจ



4. พยาบาลเตรียมยา อุปกรณ์ช่วยชีวิต อุปกรณ์ให้ออกซิเจน รถดูดเสมหะ พร้อมใช้

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการตรวจ

1. อธิบายขั้นตอนการตรวจ จัดท่านอนให้ ผู้ป่วยนอนตะแคง เพื่อป้องกันการสำลัก หันหน้าเข้าหาผู้ตรวจ ให้ผู้ป่วยงอขาขวา และวางบนขาซ้าย อยู่นิ่งๆ เวลาแพทย์ใส่สาย ให้ช่วยกลืนและก้มศีรษะลง

2. ดัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตามบริเวณที่กำหนด
3. กรอกข้อมูลผู้ป่วยลงในระบบคอมพิวเตอร์ให้ครบถ้วน
4. ให้ผู้ป่วยกลืนยาชา และพ่นยาชา



การปฏิบัติตัวขณะตรวจ

1. ท่านจะรู้สึกตัวตลอดขณะตรวจ ไม่ได้ดมยาสลบ
2. ผ่อนคลายร่างกาย อย่าเกร็งตัว พยายามกลืนกลิ้งตามจังหวะที่แพทย์บอก
3. พยาบาล/เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะและช่วยเหลือผู้ป่วย
4. คอยดูแลดูดเสมหะ และดูแลทางเดินหายใจของผู้ป่วย
5. ตรวจวัดสัญญาณชีพเป็นระยะ



การปฏิบัติตัวหลังตรวจ

1. บ้วนปากและกลั้วคอด้วยน้ำสะอาด 2-3 ครั้ง
2. จดน้ำและอาหารหลังตรวจเสร็จอีก 1 ชั่วโมง
3. หากจะเริ่มรับประทานอาหารควรเริ่มด้วย อาหารเหลวเช่น นม โอวัลตินอุ่นๆหรืออาหารอ่อนเป็นข้าวต้มอุ่นๆ
4. หากมีอาการเจ็บคอให้รับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอล ได้ทุก 4-6 ชั่วโมง
5. หากท่านมีอาการผิดปกติใดๆ กรุณาแจ้งให้แพทย์/พยาบาลทราบทันที
6. แพทย์จะแจ้งผลการตรวจให้ท่านทราบหลังตรวจเสร็จ

4. การตรวจสวนหัวใจ (Cardiac catheterization)

การเตรียมตัวก่อนตรวจสวนหัวใจ

1. แพทย์จะให้ผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาลล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน ก่อนทำการตรวจ
2. ผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เตรียมขอเลือดเพื่อใช้ในวันตรวจสวนหัวใจและส่งถ่ายภาพรังสีทรวงอก
3. ทำความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ ล้างทำความสะอาดบริเวณขาหนีบทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
4. ถ้ามีประวัติการแพ้ยา/แพ้อาหารทะเล ควรแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบด้วย
5. งดน้ำและอาหารทุกชนิดอย่างน้อย 4 – 6 ชั่วโมงก่อนตรวจ



ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะทำการตรวจสวนหัวใจ

1. มีก้อนนูน มีเลือดไหลซึม หรือเกิดรอยชำตราบริเวณบาดแผลที่ใส่สายสวนหัวใจ (เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดได้บ่อยที่สุด)
2. แพ้สารทึบรังสีที่ใช้ในการสวนหัวใจ ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีผื่นคัน หายใจลำบาก ความดันโลหิตลดลง
3. ขาข้างที่มีบาดแผลจากการใส่สายสวนหัวใจ มีอาการชา หรือปวด ผิวหนังเย็นซีดหรือเขียวคล้ำ
4. ผู้ป่วยที่มีอาการเขียวอยู่เดิม อาจมีอาการเขียวเพิ่มขึ้น หายใจเร็ว กระสับกระส่าย หัวใจเต้นเร็ว
5. มีอาการแขนขาอ่อนแรง มีการพูดที่ผิดปกติ หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง เนื่องจากมีลิ่มเลือดขนาดเล็กไปอุดตันที่สมอง
6. มีเลือดคั่งในเยื่อหุ้มหัวใจ
7. หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน
8. มีการติดเชื้อในกระแสเลือด
9. อาจต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังตรวจสวนหัวใจ



การปฏิบัติตัวหลังการตรวจสวนหัวใจ

1. ห้ามงอขาข้างที่มีแผลจากการใส่สายสวนหัวใจอย่างน้อย 6 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นสามารถลุกนั่ง ยืน หรือเดินได้ตามปกติ
2. หากมีเลือดซึมไหลออกจากบาดแผล ให้ใช้ม็อกดเหนือปากแผลไว้ แล้วแจ้งแพทย์หรือพยาบาลเพื่อช่วยทำการกดห้ามเลือดให้
3. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ สามารถให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและเครื่องดื่มได้ตามปกติภายหลังการตรวจ
4. กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการฉีดสารทึบรังสีขณะสวนหัวใจ หลังการตรวจควรดื่มน้ำมากๆ เพื่อขับสารทึบรังสีออกจากร่างกาย
5. บาดแผลบริเวณที่ใส่สายสวนหัวใจจะเป็นรูเล็กๆ เมื่อกลับบ้าน ควรดูแลแผลให้สะอาด อย่าให้เปียกแฉะ ถ้าแผลสกปรกต้องเปลี่ยนผ้าปิดแผล เมื่อแผลแห้งก็สามารถแกะพลาสติกออกได้ หลังจากนั้นอาบน้ำและประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยทั่วไปรูที่ผิวหนังจะปิดได้เองภายใน 3 – 5 วัน
6. ถ้ามีไข้สูง บาดแผลมีการอักเสบ บวม แดง ให้รีบมาพบแพทย์



5. Pulmonary vasoactivity test

เป็นการตรวจสวนหัวใจเพื่อวินิจฉัยภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงตามมาตรฐานสากล เพื่อการวางแผนการรักษาด้วยยาและการผ่าตัดต่อไป

ข้อบ่งชี้ : ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูงอย่างรุนแรง เพื่อประเมินโอกาส และความเสี่ยงในการผ่าตัดรักษา



การเตรียมตัวและดูแลผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด

ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอะไรบ้างก่อนผ่าตัด

1. พยาบาลซักถามหรือสอบถามข้อมูลต่างๆ ตลอดจนการสังเกตอาการต่างๆ ของผู้ป่วยให้ถูกต้องและชัดเจน และซักถามจากญาติผู้ป่วยเพิ่มเติม ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการผ่าตัด ประวัติการแพ้ยาและอาหาร เป็นต้น
2. ดูแลให้ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น การตรวจเลือด การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูง การสวนหัวใจ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดื่มน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง
4. ดูแลให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อยินยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัดตามแบบฟอร์มของโรงพยาบาล พร้อมทั้งมีพยานเซ็นชื่อกำกับไว้ด้วย
5. แนะนำให้ผู้ป่วยพบทันตแพทย์ เพื่อรักษาโรคฟันผุก่อน เพราะอาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อภายหลังผ่าตัดได้
6. นักกายภาพบำบัดสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วย/ผู้ปกครองเรื่องการฝึกหายใจและการออกกำลังกาย (ดังจะกล่าวในหัวข้อถัดไป)
7. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมผิวหนังในคืนวันที่ผ่าตัด โดยทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำ แปรงฟัน



8. แนะนำให้ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับ สิ่งของที่เป็นโลหะออกให้หมด เพื่อป้องกันการเกิดไฟฟ้าดูดขณะใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า
9. แนะนำหรืออธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรู้จักสถานที่ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยและในห้องผ่าตัด
10. ดูแลให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจในหอผู้ป่วยวิกฤต

ใครบ้างที่ต้องรับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการดูแลในหอวิกฤตกุมารเวชศาสตร์หัวใจ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทางหัวใจและหลอดเลือดในช่วงวันแรกหรือหลังการตรวจพิเศษที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ สัญญาณชีพไม่คงที่ หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงในปริมาณที่สูง จำเป็นต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

การพยาบาลขณะผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ

- การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา
- การดูดเสมหะเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่งและป้องกันการอุดตันของเสมหะ
- การจัดทำผู้ป่วยให้สบายและส่งเสริมการขยายของทรวงอก
- ประเมินและป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ หากผู้ป่วยเสี่ยงต่อการดึง

ท่อช่วยหายใจ เช่นผู้ป่วยสับสน หรือผู้ป่วยเด็กที่มีแนวโน้มจะมีการดึงท่อช่วยหายใจ อาจต้องมีการผูกยึดหรือให้ยาสงบระงับ เพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้



คำแนะนำในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ญาติและผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยควรปฏิบัติตามดังนี้

1. เมื่อมีอาการไข้ ไอ หวัด จดเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหรือหากมีความจำเป็นควรสวมหน้ากากอนามัยเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย
2. เด็กเล็กและผู้สูงอายุ กรุณางดเข้าเยี่ยมเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย
3. ล้างมือด้วยน้ำยาล้างมือก่อนและหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้ง
4. สวมเสื้อคลุมและเปลี่ยนรองเท้าตามที่ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ให้
5. แจ้งหมายเลขโทรศัพท์หรือช่องทางในการติดต่อเพื่อติดต่อญาติในกรณีมีความจำเป็น
6. ควรเข้าเยี่ยมตามเวลาที่กำหนดเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่
7. ควรเข้าเยี่ยมเฉพาะเตียงผู้ป่วยที่ต้องการเยี่ยมเท่านั้น เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยอื่น
8. หากมีข้อสงสัยหรือต้องการทราบข้อมูลผู้ป่วย สามารถสอบถามพยาบาลได้ทั้งขณะเข้าเยี่ยมหรือโทรศัพท์สอบถามอาการได้ตลอด 24 ชั่วโมง หมายเลขโทรศัพท์ 086-8624343



การใช้ยาในเด็กโรคหัวใจให้ปลอดภัย

การใช้ยาในการรักษาโรคโดยทั่วไปจะปลอดภัยหรือไม่ ขึ้นกับว่าใช้ยาอย่างถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากยาแต่ละประเภทมีวิธีและขนาดการใช้ยาที่แตกต่างกัน หากใช้ไม่ถูกต้อง อาจจะส่งผลร้ายแรงได้โดยเฉพาะการใช้ยาในเด็กที่ร่างกายยังเติบโตไม่เต็มที่ จึงต้องเพิ่มความระมัดระวังกว่าปกติเพราะหากเกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว ผลเสียที่เกิดขึ้นกับเด็กจะร้ายแรงกว่าที่เกิดกับผู้ใหญ่หลายเท่า

เหตุผลหลักที่ทำให้การให้ยาในเด็กแตกต่างจากการให้ยาในผู้ใหญ่

1. การดูดซึมยาเข้าร่างกาย เนื่องจากกระเพาะอาหารของเด็ก มีสภาวะความเป็นกรดน้อยกว่าและการบีบตัวมากกว่าผู้ใหญ่ทำให้ การดูดซึมยาได้น้อยกว่าผู้ใหญ่
2. การเผาผลาญทำลายยาและการขับถ่ายยา เนื่องจากตับและระบบเอนไซม์ต่างๆ ของเด็ก ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ทำให้กระบวนการทำลายยาไม่ดีเท่าผู้ใหญ่
3. น้ำหนักตัว ส่วนสูง และพื้นที่ผิวของร่างกาย เนื่องจากปกติเด็กจะมีน้ำหนักตัว ส่วนสูง และ พื้นที่ผิวของร่างกายน้อยกว่าผู้ใหญ่จึงทำให้การให้ยาในเด็กมีขนาดยาน้อยกว่าผู้ใหญ่ด้วย



ข้อควรระวังเมื่อใช้ยากับเด็ก

1. ยาปฏิชีวนะ นิยมทำเป็นรูปผงแห้ง ก่อนผสมน้ำควรเคาะขวดยาให้ผงยากระจายตัว ก่อน จึงผสมน้ำต้มสุกที่เย็นแล้วให้ได้ระดับที่กำหนด และต้องกินยาติดต่อกันจนหมด แม้ว่า อาการจะหายดีแล้ว ยกเว้นกรณีแพทย์ให้หยุดยาทันทีและรีบไปพบแพทย์
2. ยาลดไข้ที่นิยมให้เด็กกินก็คือ พาราเซตามอล (Paracetamol) โดยให้เด็กกินยาทุก 4-6 ชั่วโมงจนไข้ลด แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ภายใน 2 วัน หรือมีไข้สูงมาก ควรไปพบแพทย์ และนอกจากการให้ยาลดไข้แล้ว ควรเสริมด้วยการเช็ดตัวเด็กด้วยผ้าชุบน้ำหมาดๆ เช็ดตาม ข้อพับ ตามซอกต่างๆ และลำตัว เพราะจะช่วยระบายความร้อนและลดไข้ได้ดีขึ้น

กลเม็ดเคล็ดลับในการให้ยาเด็ก

สิ่งสำคัญที่สุดในการป้อนยาเด็กคือต้องใจเย็นและมีความอดทน เพราะโดยธรรมชาติของเด็กส่วนใหญ่ไม่ชอบกินยา ควรพยายามหวานล่อและชักจูงเด็กมากกว่าที่จะใช้วิธีบังคับ เพราะยังจะทำให้เด็กกินยายากยิ่งขึ้น

1. มีไข้แบบไหน เลือกใช้ยาเอง หรือไปพบแพทย์ หากเด็กตัว

ร้อนมีไข้ ไม่ควรใช้มือแตะหน้าผากหรือเนื้อตัวแล้วสรุปว่า เด็กตัวร้อน แต่ควรวัดอุณหภูมิร่างกายโดยใช้ปรอทวัดไข้ หากอ่านค่าอุณหภูมิได้มากกว่าหรือเท่ากับ 37.8 องศาเซลเซียส (วัดทางรักแร้) ควรเริ่มให้ยาลดไข้พาราเซตามอลร่วมกับการเช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น โดยเช็ดย่อนรูขุมขน และเช็ดเน้นบริเวณข้อพับต่างๆ ควรเช็ดตัวไปเรื่อยๆ จนกว่าไข้จะลด หากไข้ไม่ลดหลังจากการให้ยาครั้งแรกนาน 4 ชั่วโมง สามารถให้ยาลดไข้ซ้ำได้ และให้ซ้ำได้ทุก 4-6 ชั่วโมง แต่หากมีไข้เกิน 3 วัน หรือมีไข้สูงมาก เช่น เกิน 40 องศาเซลเซียส หรือไข้สูงลอย ควรพาไปพบแพทย์โดยด่วน



2. หากลูกอาเจียนควรให้ยาซ้ำหรือไม่

ในขณะที่ป้อนยา หากเด็กกำลังร้องไห้อาจทำให้เกิดการสำลักหรืออาเจียนยาออกมาได้ หากป้อนยาแล้วลูกอาเจียนทันที ก็ให้ยาซ้ำได้ แต่หากให้ยาแล้วลูกไม่อาเจียนทันที ก็ให้ข้ามยามื้อนั้นไปเลย ไม่ต้องป้อนซ้ำ เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กได้รับยาเกินขนาด

3. ห้ามผสมยาลงในขวดนม

เนื่องจากแคลเซียมในนมอาจจับกับยาบางชนิด ทำให้ยาไม่ออกฤทธิ์ และหากเด็กกินนมไม่หมดในครั้งเดียวก็จะทำให้เด็กได้รับยาไม่ครบตามขนาดที่ควรได้รับ ควรผสมน้ำเชื่อมหรือน้ำผึ้งเพื่อเพิ่มรสชาติที่ดีทำให้เด็กกินยาได้ง่ายขึ้น

4. ควรป้อนยาทีละขนาน

หากผสมหรือบดยาหลายขนานรวมกัน อาจทำให้คุณสมบัติทางกายภาพของยาเปลี่ยนไป หรือเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา เช่น อาจทำให้ยามีฤทธิ์เพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นอันตราย หรือมีฤทธิ์ลดลง ซึ่งจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร

5. อุปกรณ์ในการป้อนยาให้เด็ก

หากเด็กเล็กกว่า 1 ขวบหรือในเด็กที่กินยายาก การใช้หลอดดูดยา (syringe) แทนช้อนชาจะทำให้การป้อนยาทำได้สะดวกขึ้น โดยที่หลอดดูดยาจะมีตัวเลขบอกปริมาตรเป็นซีซี แสดงอยู่ ซึ่งหากว่าเด็กต้องกินยา 1 ช้อนชา ก็จะเท่ากับ 5 ซีซี สำหรับในเด็กโตอาจต้องใช้ “ช้อนโต๊ะ” 1 ช้อนโต๊ะจะเท่ากับ 3 ช้อนชา

6. เทคนิคการป้อนยาเด็ก

ไม่ควรป้อนยาให้เด็กขณะที่เด็กกำลังร้องหรือดิ้น เพราะนอกจากจะทำให้เด็กรำคาญแล้ว ยังส่งผลทางด้านจิตใจต่อเด็กด้วย ควรใช้หลอดดูดยาค่อยๆ ฉีดยาเข้าข้างกระพุ้งแก้มเด็ก แต่ถ้าหากเด็กปฏิเสธและต่อต้านมาก อาจต้องขอให้สมาชิกคนอื่นในบ้านช่วยกันจับมือและเท้าของเด็กไว้ไม่ให้ดิ้น แล้วจึงค่อยๆ ฉีดยาเข้าข้างกระพุ้งแก้มก็จะสามารถป้อนยาได้สำเร็จ ไม่ควรให้ยาพร้อมกับอาหารที่จำเป็นต่อเด็ก เพราะจะทำให้เด็กปฏิเสธอาหารเหล่านั้นในภายหลัง

7. วิธีเก็บรักษายาที่ถูกต้อง

ควรเก็บยาไว้ในตู้ยาสามัญประจำบ้าน และตรวจสอบอายุยาทุกครั้งก่อนหยิบใช้ หากไม่มีตู้ยา ควรเก็บในที่ที่พ้นมือเด็ก ห่างไกลแสงแดดและความชื้น

ยาที่ใช้บ่อยในเด็กโรคหัวใจ

ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคหัวใจมีอยู่มากมายหลายกลุ่มและแต่ละกลุ่มก็มีอยู่หลายชนิดฤทธิ์ของยาแต่ละชนิดก็อาจใช้รักษาโรคหัวใจได้หลายแบบ การจะใช้ยาในกลุ่มใดแพทย์จะพิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายไป ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะยาที่ถูกใช้บ่อยๆ

1. ยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelet drugs)

ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการทำงานของเกร็ดเลือดไม่ให้จับตัวกันเป็นกลุ่มก้อน ช่วยลดการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้คือ แอสไพริน (Aspirin)

2. ยาดิจิทัलिส (digitalis)

ชื่อสามัญของยาคือ digoxin เป็นยาที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวน้อยกว่าปกติ และช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจในผู้ป่วยที่มีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติ

3. ยาขับปัสสาวะ (Diuretics)

ใช้สำหรับรักษาความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นยาที่ช่วยขับน้ำและเกลือออกจากร่างกาย ตัวอย่างของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ furosemide(lasix), Amiloride + Hydrochlorothiazide (Moduretic), Hydrochlorothiazide (HCTZ), spironolactone

4. ยาต้านเบต้า (beta- blockers)

ทำให้หัวใจเต้นช้าลงและบีบตัวแรงน้อยลง ใช้รักษาความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ลดอาการเจ็บหน้าอกและรักษาภาวะหัวใจวาย เช่น propranolol, atenolol

5. ยาต้านแองจิโอเทนซิน คอนเวอร์ตติง เอนไซม์ (Angiotensin converting enzyme inhibitors, ACEIs)

เป็นยาที่ช่วยลดความดันโลหิต รักษาภาวะหัวใจวาย ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้เช่น enalapril, captopril



โภชนาการสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ

ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจโดยทั่วไปที่ไม่มีอาการ ควรให้การดูแลเช่นเด็กปกติ โดยได้รับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยให้กินนมแม่ตั้งแต่เกิดให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ถ้าเด็กไม่สามารถกินนมแม่ได้หรือมีความจำเป็นต้องกินนมผสม ควรเลือกนมผสมที่มีเกลือต่ำ ในผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะหัวใจวายอาจจำเป็นต้องจำกัด



ปริมาณนมในแต่ละวัน โดยในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจทารกให้นมครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง อาจให้ทุก 2-3 ชั่วโมง เมื่อโตขึ้นควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หลากหลาย และให้พลังงานสูงหรือเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ นม และพืชผักต่างๆ อาหารเสริมสามารถให้ได้แต่ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มหรือการเติมน้ำปลา เกลือ หรือซีอิ๊วเพิ่ม

ส่วนในเด็กที่มีอาการหัวใจวายหรือภาวะความดันในปอดสูง ความต้องการสารอาหารของร่างกายจะเพิ่มขึ้น ควรให้อาหารที่พลังงานและโปรตีนสูงร่วมกับการจำกัดปริมาณน้ำ และอาหารที่มีรสเค็ม ในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการตัวเขียว ควรให้อาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น เนื้อสัตว์ เพื่อให้ร่างกายสร้างฮีโมโกลบินได้พอเพียงกับปริมาณของเม็ดเลือดแดง เพื่อป้องกันการเกิดอาการทางสมอง

ความต้องการพลังงานและสารอาหารของทารกและเด็ก

ทารกและเด็กมีความต้องการพลังงานและสารอาหารต่อน้ำหนักตัวมากกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากเป็นช่วงที่มีความเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ถ้าได้รับการเลี้ยงดูอย่างถูกต้องและได้รับอาหารที่มีคุณค่าเพียงพอแก่ความต้องการตามช่วงของอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ความต้องการพลังงานและโปรตีนของทารกและเด็ก

ช่วงอายุ	โปรตีน (กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน)	พลังงาน (กิโลแคลอรี/วัน)
0 – 6 เดือน	น้ำนมแม่	108 (กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน)
7 – 12 เดือน	1.9	98 (กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน)
1 – 3 ปี	1.4	1,000
4 – 6 ปี	1.2	1,300
7 – 8 ปี	1.2	1,400
เพศชาย 9 – 12 ปี	1.2	1,700
13 – 15 ปี	1.2	2,100
เพศหญิง 9 – 12 ปี	1.2	1,600
13 – 15 ปี	1.2	1,800



ที่มา: ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย, กระทรวงสาธารณสุข (2546)

สำหรับเด็กป่วย การคำนวณความต้องการพลังงานของเด็ก อาจคำนวณได้ ดังนี้

$$\text{ความต้องการพลังงาน} = (\text{น้ำหนักตัว } 10 \text{ กิโลกรัม แรก} \times 100) + (\text{น้ำหนักตัว } 10 \text{ กิโลกรัม ถัดมา} \times 50) + (\text{น้ำหนักตัวที่เหลือ} \times 20)$$

ตัวอย่างที่ 1 เด็กมีน้ำหนัก 12 กิโลกรัม จะมีความต้องการพลังงานกี่กิโลแคลอรีต่อวัน

$$\begin{aligned} \text{ความต้องการพลังงาน} &= (10 \times 100) + (2 \times 50) + (0 \times 20) \\ &= 1,000 + 100 \text{ กิโลแคลอรีต่อวัน} \\ &= 1,100 \text{ กิโลแคลอรีต่อวัน} \end{aligned}$$

ตัวอย่างที่ 2 เด็กมีน้ำหนัก 25 กิโลกรัม จะมีความต้องการพลังงานกี่กิโลแคลอรีต่อวัน

$$\begin{aligned} \text{ความต้องการพลังงาน} &= (10 \times 100) + (10 \times 50) + (5 \times 20) \\ &= 1,000 + 500 + 100 \text{ กิโลแคลอรีต่อวัน} \\ &= 1,600 \text{ กิโลแคลอรีต่อวัน} \end{aligned}$$

ตารางที่ 2 ประเภทของอาหารที่ทารกควรได้รับใน 1 วัน

อายุ ทารก (เดือน)	จำนวนมื้อ ของอาหาร	ประเภทของอาหาร			
		ข้าว	ไข่และเนื้อสัตว์	ผัก	ผลไม้
6	นมแม่ และ อาหารเสริม 1 มื้อ	ข้าว บดละเอียด 3 ช้อนกิน ข้าว	ไข่แดงครึ่งฟอง สลับกับตับบด 1 ช้อนกินข้าว หรือ เนื้อปลา 2 ช้อน กินข้าว	ผักสุกบดครึ่ง ช้อนกินข้าว ได้แก่ ผักตำลึง ผักกาดขาว ฟักทอง	ผลไม้สุก 1- 2 ชิ้น ได้แก่ มะละกอสุก มะม่วงสุก ส้ม หรือ กล้วยน้ำว้าสุก
7	นมแม่ และ อาหารเสริม 1 มื้อ	ข้าว บดละเอียด 4 ช้อนกิน ข้าว	ไข่ทั้งฟองสลับกับ เนื้อปลา 2 ช้อน กินข้าว หรือเนื้อ หมู 2 ช้อนกินข้าว	ผักบด 1 ½ ช้อนกินข้าว	ผลไม้สุก 2 – 3 ชิ้น
8 - 9	อาหารเสริม 2 มื้อ และ กินนมแม่ ตามจนอิ่ม	ข้าวหุงนุ่มๆ 5 ช้อนกิน ข้าว แบ่งกิน มื้อละ 2 – 3 ช้อนกินข้าว ไม่ต้อง บดละเอียด มากนัก เพราะฟัน เด็กเริ่มขึ้น	ไข่ทั้งฟองและ เนื้อสัตว์ 2 ช้อน กินข้าว โดยแยก เป็น 2 มื้อ เช่น มื้อเช้าเป็นไข่ มื้อ ถัดมาเป็นเนื้อปลา หรือหมู 2 ช้อนกิน ข้าว	ผักสุกหั่น 2 ช้อนกินข้าว แบ่งเป็น 2 มื้อ โดยให้ชนิด ของผักต่างๆ สลับกันไปกิน แต่ละมื้อ	ผลไม้สุกเนื้อนุ่มวัน ละ 3 – 4 มื้อ เช่น มะละกอ ส้ม กล้วย น้ำว้า 
10 – 12	อาหารเสริม 3 มื้อ และ กินนมแม่ ตามจนอิ่ม	ข้าวหุงนุ่มๆ 5 ช้อนกิน ข้าว กิน 1 วันให้แบ่ง กิน 3 มื้อ	ไข่ทั้งฟองและ เนื้อสัตว์ 2 ช้อน กินข้าว โดยแยก เป็น 3 มื้อให้มีเนื้อ หมู ปลา ไก่ และ ดัดสลับกัน	ผักสุกทุกชนิด สลับกันไป กิน ครึ่งละ 2 ช้อน กินข้าว	ผลไม้สุก เช่น มะละกอ กล้วย น้ำว้า หรือ ส้ม หลัง อาหารทุกมื้อ

ที่มา: ดัดแปลงจาก กุสุมา ชูศิลป์, 2546. หน้า 265 – 266.

ตารางที่ 3 ปริมาณอาหารแนะนำสำหรับเด็กอายุ 1-3 ปี (ความต้องการพลังงาน 1,000 กิโลแคลอรี/วัน)

ชนิดของอาหาร	ปริมาณอาหาร		
	ส่วน*	กรัม	หน่วยครัวเรือน
นมพร่องมันเนย	1	240 ซีซี	1 ถ้วย
ข้าวสาลี	3	165	3 ทัพพี
เนื้อสัตว์ (สุก)	1.5	45	3 ช้อนโต๊ะ
ผัก	รับประทานได้ตามต้องการ		
ผลไม้	4	แล้วแต่ชนิดของผลไม้**	
ไขมัน	1	15	3 ช้อนชา

ตารางที่ 4 ปริมาณอาหารแนะนำสำหรับเด็กอายุ 4-5 ปี (ความต้องการพลังงาน 1,300 กิโลแคลอรี/วัน)

ชนิดของอาหาร	ปริมาณอาหาร		
	ส่วน*	กรัม	หน่วยครัวเรือน
นมพร่องมันเนย	1	240 ซีซี	1 ถ้วย
ข้าวสาลี	5	275	5 ทัพพี
เนื้อสัตว์ (สุก)	1.5	45	3 ช้อนโต๊ะ
ผัก	รับประทานได้ตามต้องการ		
ผลไม้	6	แล้วแต่ชนิดของผลไม้**	
ไขมัน	2	30	6 ช้อนชา

* ส่วนของอาหารในรายการอาหารแลกเปลี่ยน ซึ่งเป็นรายการที่ใช้สำหรับการจัดอาหารสำหรับผู้ที่ต้องการควบคุมอาหาร โดยอาหาร 1 ส่วนจะกำหนดปริมาณอาหารในหมวดเดียวกันที่มีคุณค่าทางโภชนาการใกล้เคียงกันที่สามารถนำมาบริโภคทดแทนกันได้

** ผลไม้แบบผล 1 ส่วน เท่ากับส้มผลกลาง 2 ผล หรือกล้วยน้ำว้า 1 ผล และผลไม้แบบหั่นเป็นชิ้นพอคำ 1 ส่วน เท่ากับ 8-10 ชิ้นคำ เช่น สับปะรด 8-10 ชิ้นคำ

ที่มา : กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

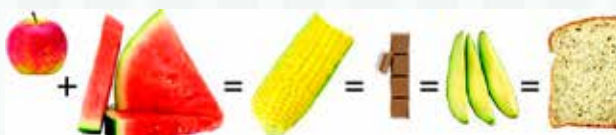


ในการจัดการอาหารสำหรับเด็กควรเน้นความหลากหลายของอาหาร และสามารถจัดอาหารหลากหลายชนิดทดแทนกันในหมวดอาหารเดียวกันได้ ดังตัวอย่างในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อาหารที่รับประทานแทนกันได้ในอาหารหมวดต่างๆ

หมวดอาหาร	ตัวอย่างอาหารที่รับประทานแทนกันได้
ข้าว - แป้ง	ข้าวสุก 1 ทัพพี = ก๋วยเตี๋ยวเส้นเล็ก 1 ทัพพี = ข้าวเหนียว ½ ทัพพี = ขนมจีน 1 จั๊บ = ขนมปัง 1 แผ่น
ผัก	ผักทองสุก 1 ทัพพี = ผักคะน้าสุก 1 ทัพพี = ผักบุ้งจีนสุก 1 ทัพพี = แตงกวาดิบ 2 ผลขนาดกลาง
ผลไม้	เงาะ 4 ผล = ฝรั่ง ½ ผลกลาง = มะม่วงดิบ ½ ผล = สับปะรด 6 ชิ้นพอคำ = มะละกอสุก 8 ชิ้นพอคำ
เนื้อสัตว์	ปลาหู 1 ซ่อนโต๊ะ (½ ตัวขนาดกลาง) = เนื้อหมู 1 ซ่อนโต๊ะ = ไช้ไก่ ½ ฟอง = เต้าหู้แข็ง ¼ ชิ้น = เต้าหู้หลอด ½ หลอด
นม	นมสด 1 แก้ว = โยเกิร์ต 1 ถ้วย = นมพร้อมมันเนย 1 แก้ว

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (2547)



กายภาพบำบัดในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัด

ผู้ป่วยเด็กมักประสบปัญหาจากการได้รับยาสลบในขณะที่ผ่าตัดเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ แต่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจได้มากกว่าผู้ใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากพัฒนาการที่ยังไม่สมบูรณ์ของระบบหายใจโดยภาวะที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะปอดแฟบ การติดเชื้อ หรือการเกิดภาวะอุดกั้นในระบบทางเดินหายใจ

กายภาพบำบัดในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจ

ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีการเตรียมความพร้อมที่ดีตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ในกรณีที่เด็กสามารถรับรู้และทำตามคำบอกได้ ผู้ปกครองควรกระตุ้นให้เด็กฝึกการหายใจในรูปแบบของการเล่น เช่น การใช้อุปกรณ์ฝึกหายใจ การเป่ากังหันลม เป่าฟองสบู่ ส่วนในเด็กโต นักกายภาพบำบัดจะสอนการฝึกหายใจเข้าลึก การไอโดยใช้หมอนมากดเวลาไอ และการกายบริหารในท่าทางต่างๆ ทั้งนี้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด



ปัญหาทางกายภาพบำบัดที่พบบ่อยในผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. การคั่งค้างของเสมหะ

การคั่งค้างของเสมหะส่งผลต่อตัวผู้ป่วยอย่างไร

การคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยหลังการผ่าตัด มักนำไปสู่ภาวะปอดแฟบ ซึ่ง ภาวะปอดแฟบ มักเกิดจากรูปแบบการหายใจที่ผิดปกติ การอยู่ในท่านอนหงายนานๆ หรือ กล้ามเนื้อกระบังลมไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ในระยะแรกของการผ่าตัด

ผู้ปกครองมีส่วนช่วยลดการคั่งค้างของเสมหะได้อย่างไร

จัดทำทางเพื่อช่วยในการเคลื่อนตัวของเสมหะ โดยปรับเปลี่ยนท่าทางให้ผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง พลิกตะแคงตัว หรือปรับลูกนั่งบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการนอนหงายนานๆ

ผู้ป่วยสามารถไอขับเสมหะเองได้หรือไม่

การไอด้วยตนเองมักจะเกิดขึ้นเมื่อเด็กมีการปรับเปลี่ยนท่าทาง หรือเมื่อเด็กร้องไห้ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถไอได้ด้วยตนเองจำเป็นต้องใช้การดูดเสมหะช่วย ในเด็กโตส่วนใหญ่จะเริ่มไอขับเสมหะได้เอง

2. การระบายอากาศ และการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ปรับเปลี่ยนท่าทางเพื่อเพิ่มการระบายอากาศ การแลกเปลี่ยนก๊าซ

- ควรมีการปรับเปลี่ยนท่าทางให้ผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการนอนหงายนานๆ
- อาจจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายแต่ควรมีหมอนหรือผ้ามาช่วยรองเข่าหรือสะโพกเพื่อส่งเสริมการระบายอากาศมากขึ้น
- การปรับเปลี่ยนท่าทางบ่อยๆ ยังช่วยลดการมีไข้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด



การฝึกหายใจ

ในเด็กเล็ก

สามารถฝึกการหายใจเข้าลึกได้โดย ประยุกต์ใช้โดยใช้การเล่น เช่น เป่าฟองสบู่ เป่านกหวีด เป่ากังหันลม หรือการร้องเพลง อย่างไรก็ตามเวลาฝึกควรจัดท่าให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง



ในเด็กโต

ใช้การฝึกหายใจได้เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ คือ การฝึกหายใจโดยใช้กลัมน้ำกระบังลม และการฝึกหายใจโดยใช้ขาโครงส่วนล่าง หรือการใช้อุปกรณ์ฝึกหายใจ

3. การไม่ขยับเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสามารถขยับเคลื่อนไหวได้หรือไม่



การไม่ขยับเคลื่อนไหวร่างกายถือเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ มากมาย เช่น ลดการระบายอากาศ ลดการกระจายตัวของเลือด ไปยังอวัยวะต่างๆ หายใจตื้น ภาวะไข้ การคั่งค้างของเสมหะ และความรู้สึกไม่สบายจากการไม่ได้ขยับเคลื่อนไหวนานๆ

การออกกำลังกายโดยผู้อื่นทำให้ เป็นสิ่งที่สามารถทำได้ทันทีภายหลังการผ่าตัด ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ การให้ผู้อื่นทำให้ร่วมกับให้ผู้ป่วยออกแรงช่วยเท่าที่



สามารถทำได้ โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวข้อไหล่ให้ได้ 90 องศา แต่ควรระมัดระวังในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดด้วยสายต่างๆ โดยการฝึกการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม ควรเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเล่น และเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อในการหายใจ เช่น การอ่านออกเสียง การร้องเพลง การเป่าลูกโป่ง หรือฟองสบู่

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดออกกำลังกาย และเดินได้เมื่อไหร่

การออกกำลังกายสามารถเริ่มได้เมื่อผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ ไม่ถูกจำกัดด้วยสายให้ยาทางหลอดเลือดมากนัก หรือได้รับอนุญาตจากแพทย์/นักกายภาพบำบัดแล้วว่าสามารถเริ่มออกกำลังกายได้ โดยการออกกำลังกายควรเริ่มจากการกายบริหารเบาๆ บนเตียง เช่น การกระดกข้อเท้า งอ-เหยียดข้อเข่าและข้อสะโพก ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ ให้เริ่มปรับเป็นการออกกำลังกายในท่านั่ง ยืนย่ำขาข้างเดียว และเดินรอบเตียงผู้ป่วย ตามลำดับ โดยการพาผู้ป่วยเดินครั้งแรกควรเริ่มที่ 5-10 ฟุต หรือแล้วแต่ความสามารถของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผู้ปกครองควรหลีกเลี่ยงการจูงแขนเด็กข้างเดียวในช่วง 4-6 สัปดาห์แรกภาพหลังการผ่าตัด เพื่อการยึดติดและสมานของกระดูกหน้าอก

หลีกเลี่ยงการเล่นที่อาจมีการกระทบกระแทก หรือการปั่นจักรยานที่เสี่ยงต่อการหกล้มในระยะ 6-8 สัปดาห์ภายหลังการผ่าตัด งดรับประทานอาหารเค็ม มัน และการดูแลสุขภาพปากและฟันเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดออกกำลังกายได้หรือไม่

การออกกำลังกายในผู้ป่วยเด็ก มักถูกจำกัดด้วยความไม่รู้ เด็กมักไม่ให้ความสำคัญหรือสนใจ ทั้งนี้เพราะอาการเจ็บป่วย หรือความกลัวที่จะเข้าร่วมกิจกรรม แต่จากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายในผู้ป่วยสามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของกิจกรรมทางกาย ลดปัจจัยในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเกิดโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการไม่คอยได้เคลื่อนไหวได้ อย่างไรก็ตาม **ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์หรือนักกายภาพบำบัดก่อนการออกกำลังกาย หรือลงแข่งขันกีฬาทุกครั้ง เพื่อประเมินความพร้อมของการร่างกายความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น**



สิทธิการรักษาและเอกสารสำคัญที่ผู้ป่วยและผู้ปกครองควรรู้

การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ

เอกสารที่ต้องเตรียม

1. สำเนาใบส่งตัวเก่าที่ยังไม่หมด 1 แผ่น
2. สำเนาบัตรประชาชน หรือใบเกิด หรือทะเบียนบ้าน 1 แผ่น
3. สำเนาบัตรประกันสังคม (กรณีประกันสังคม) / 1 แผ่น

*** ถ้าใบส่งตัวเก่าหมดอายุ กรุณาขอใบส่งตัวมาใหม่จาก รพ.ที่ระบุในบัตรทอง และ
ต้องถ่ายเอกสาร 2 แผ่น

กรณี ผู้พิการ (ท.74), สิทธิทหารผ่านศึก ชั้น 1-3,
บุคคลในครอบครัวทหารผ่านศึกชั้น 1-3, ผู้ได้รับพระราชทานเหรียญ (ท.80)
ผู้ป่วยสามารถยื่นบัตรผู้พิการ บัตรทหารผ่านศึก มาใช้สิทธิได้
โดยไม่ต้องขอใบส่งตัวมาจากโรงพยาบาลต้นสังกัด

ขั้นตอนการตรวจสอบสิทธิการรักษา

1. **ผู้ป่วยใหม่** >> กรอกประวัติผู้ป่วยใหม่ รับบัตรคิวพบแพทย์ ที่จุดคัดกรองด้านหน้า
ผู้ป่วยเก่า >> รับบัตรคิวพบแพทย์ที่ห้องตรวจ
2. เตรียมเอกสารให้ครบ ยื่นเอกสารตรวจสอบสิทธิ
กรณีบัตรทอง/ประกันสังคม >> ที่หน่วยประกันสุขภาพ **ช่อง 25**
กรณีใช้สิทธิเบิกได้/ชำระเอง >> ที่หน่วยเวชระเบียน **ช่อง 18, 19**
3. รอพบแพทย์ที่หน้าห้องตรวจ

หน่วยงานที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อเรื่องสิทธิการรักษา

สายด่วน สปสช.

โทร. 1330

หน่วยประกันสุขภาพ (ตรวจสอบสิทธิ) ชั้น 1 ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ
โทรศัพท์ / โทรสาร 043-203080 ต่อ 8139 , 043-203063



ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

HN.....ชื่อเล่น.....

ที่อยู่.....

.....

.....

ผู้ดูแล.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

การวินิจฉัยโรค

.....

.....

การผ่าตัด

.....

.....

.....



แบบบันทึกประจำตัวผู้ป่วย

วันนัด ติดตาม การรักษา	น้ำหนัก / ส่วนสูง	คำแนะนำ/แผนการรักษา	ผู้ให้ คำแนะนำ	หมายเหตุ

แบบบันทึกประจำตัวผู้ป่วย

วันนัด ติดตาม การรักษา	น้ำหนัก / ส่วนสูง	คำแนะนำ/แผนการรักษา	ผู้ให้ คำแนะนำ	หมายเหตุ

แบบบันทึกประจำตัวผู้ป่วย

วันนัด ติดตาม การรักษา	น้ำหนัก / ส่วนสูง	คำแนะนำ/แผนการรักษา	ผู้ให้ คำแนะนำ	หมายเหตุ

แบบบันทึกประจำตัวผู้ป่วย

วันนัด ติดตาม การรักษา	น้ำหนัก / ส่วนสูง	คำแนะนำ/แผนการรักษา	ผู้ให้ คำแนะนำ	หมายเหตุ

แบบบันทึกประจำตัวผู้ป่วย

วันนัด ติดตาม การรักษา	น้ำหนัก ส่วนสูง	คำแนะนำ/แผนการรักษา	ผู้ให้ คำแนะนำ	หมายเหตุ

แบบบันทึกประจำตัวผู้ป่วย

วันนัด ติดตาม การรักษา	น้ำหนัก / ส่วนสูง	คำแนะนำ/แผนการรักษา	ผู้ให้ คำแนะนำ	หมายเหตุ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สีหะพงษ์ เพชรรัตน์

ประธานคณะกรรมการคิมนำทางคลินิก กุมารเวชศาสตร์หัวใจ

นายแพทย์ยุทธพงศ์ วงศ์สวัสดิวัฒน์

กุมารแพทย์โรคหัวใจ

รายนามผู้จัดทำ

นางปนัดดา ยาสุด

นางสาวศรัณยา ดวงเดือน

นางสุทธิลักษณ์ รักษาเคน

นางสาวประภาวดี กัสปะ

นางสาวศิริวรรณ จุฑาฤทธิ์

นางสาวจุฬาลักษณ์ พาสงค์

นายมนูญ ตันยโชติ

นางนฤธ อันสนธิ์

นายธนา อาริต

นางสาวสุนันฐา พลสวัสดิ์

นายรณชัย พิมพ์สวัสดิ์

นางสาววัลลิดา ราชกรม

นางประไพจิตร วงศ์แสน

นางวรลักษณ์ ภูสิทธิธนากุล

นางธาริตวดา โพธิ์เทศ

นางสาวสุภาพร อ่อนสนิท

นางสาวจันทรา นาคดี

นายวีระกิตต์ ศรีเกียรติเกษม

นางชุตติกาญจน์ ศักดิ์พิศุทธิกุล

นางสาวยุวธิดา ทรายทอง

นางสาวกรรณิการ์ ทาบุราณ

นางสาวปริญญ์ญาพร สิงห์สังข์

ออกแบบปก

นายมนตรี ยาสุด