

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค Kawasaki disease: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล
กรณีศึกษา: Complete Kawasaki disease

วรวิฑูริ แสงทอง, พย.ม.*
สุชาติ นิ่มวัฒนากุล, พย.ม.**
ศุภรดา มั่นยืน, พย.ม.***
เพ็ญแข ดิษฐบรรจง, พย.ม.****

Received : July 7, 2020

Revised : May 31, 2021

Accepted : June 5, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณีในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะการอักเสบของหลอดเลือด (vasculitis) ชนิด Complete Kawasaki disease มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค Kawasaki disease ที่มีเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการทางคลินิกครบตามเกณฑ์ทั้ง 5 ข้อของเกณฑ์วินิจฉัย แต่มีการแสดงอาการทำให้การวินิจฉัยโรคมีความล่าช้าและส่งผลถึงการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การสังเกตอาการ ได้แก่ ไข้สูง การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การอักเสบของเส้นเลือดแดงขนาดกลางและขนาดเล็ก ลิ้นมีสีแดงคล้ายผลสตอร์ว์เบอร์รี่ ต่อม้ำเหลืองที่คอโตมากกว่า 1.5 cm. ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน จากเส้นเลือด coronary โป่งพอง และมีการอุดตันของหลอดเลือดจากการอักเสบ หรือการแตกของเลือด

บทความนี้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถด้านการพยาบาลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การพยาบาลที่ถูกต้องและการรายงานแพทย์ที่รวดเร็วจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ การพยาบาลเพื่อลดความไม่สุขสบายจากอาการไข้สูง จัดการอาการรับประทานได้น้อยจากอาการเจ็บปาก ดูแลให้ Intravenous Immunoglobulin (IG) และยา Aspirin สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ตลอดจนการให้คำแนะนำเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : การพยาบาลเด็ก โรคคาวาซากิ กรณีศึกษา

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์; ผู้ให้การติดต่อ e-mail : worawutsangthong@gmail.com

** ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

*** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

**** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Pediatric Nursing with Kawasaki disease: The Challenging Role of Nurses
Case Study: Complete Kawasaki Disease

Worawut Saengthong, M.N.S.^{*}

Suchada Nimwatanakul, M.N.S.^{**}

Suparada Munyeun, M.N.S.^{***}

Penkhae Dittabunjong, M.N.S.^{****}

Abstract

The aim of this study is to describe a case study of a pediatric patient with complete Kawasaki disease type of vasculitis. This article aimed to provide knowledge on disease execution and nursing approaches to Kawasaki disease patients who has signs and symptoms with the five criteria for the clinical diagnosis of the disease. This patient has shown some signs and symptoms that affect the duration of diagnosis in which could cause mortality. The importance of diagnosis is composed of the previous history taken, physical examination; especially, high fever, changes in the epithelial skin, inflammation of the medium and small arteries, cervical lymphadenopathy ≥ 1.5 cm in diameter. There was a chance of a coronary aneurysm can be caused if not treated. These complications were coronary aneurysms due to inflammation or rupture of blood vessels.

This article is a guideline for nurses in enhancing nursing skills for providing nursing care for children. Nurses can show appropriate care by promptly consult pediatrics as some complications are observed. Nursing care included management of discomfort for high fever, poor nutrition for oral pain, care for Intravenous Immunoglobulin (IVIG) and aspirin. The optimal goals of nursing care are to prevent complications. Moreover, good health advice will lead to effective nursing care.

Keywords: Pediatric nursing care, Kawasaki disease, Case study

^{*} Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surin; Corresponding Author e-mail: worawutsangthong@gmail.com

^{**} Director of Boromarajonani College of Nursing, Surin

^{***} Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surin

^{****} Nursing instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

บทนำ

ภาวะการอักเสบของหลอดเลือด (vasculitis) เป็นพยาธิสภาพที่สำคัญของการเกิดโรค Kawasaki disease ปัจจุบันยังไม่ทราบเชื้อก่อโรค แต่มีการศึกษาทางระบาดวิทยาสันนิษฐานว่าอาจเกิดจากกลไกความผิดปกติทางภูมิคุ้มกันที่ถูกกระตุ้นโดยการติดเชื้อ (ชนาธิป ลือวิเศษไพบูรณ์, 2557) เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหัวใจพิการภายหลัง (acquired heart disease) ในเด็ก อาการสำคัญคือ มีไข้ เกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและเยื่อต่างๆ โดยเฉพาะบริเวณปาก ลิ้น มีลักษณะสีแดงคล้ายผลสตอเบอร์รี่ ฝ่ามือฝ่าเท้าลอก และต่อมน้ำเหลืองโต เนื่องจากเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพการอักเสบของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย จึงทำให้พบหลอดเลือดโป่งพอง (aneurysm) ตามหลอดเลือดต่างๆ พบเกร็ดเลือดเพิ่มสูงมากเป็นสาเหตุให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือการโป่งพองของหลอดเลือดแดงหัวใจ (coronary artery aneurysm) ในขณะที่มีการโป่งพองของเส้นเลือดแดงจะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ดีและเกิดภาวะหัวใจวายได้ (วรรณพร แย้มมา และสุพัตรา นุตรักษา, 2561)

พยาบาลผู้เป็นด่านหน้าในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และวางแผนการพยาบาลด้วยความรู้ความเข้าใจในการดำเนินโรคที่ถูกต้องจะช่วยให้การวินิจฉัยโรคได้รวดเร็วและแม่นยำ สามารถให้การรักษาทันท่วงทีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ จากความสำคัญดังกล่าวผู้เขียนจึงสนใจศึกษาย้อนหลังกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะการอักเสบของหลอดเลือด (vasculitis) ชนิด Complete Kawasaki disease โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค ปัญหาทางสุขภาพ และผลการให้การพยาบาลจากสถานการณ์จริงที่ปรากฏกับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มพูนความรู้และเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะการอักเสบของหลอดเลือด (vasculitis) ชนิด Complete Kawasaki disease ต่อไป

พยาธิสรีรวิทยา

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุและกลไกการเกิดโรคที่ชัดเจน แต่เชื่อว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้อง (genetically susceptible host) เนื่องจากพบว่าเด็กญี่ปุ่นที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีอุบัติการณ์การเกิดโรค Kawasaki มากกว่าชนชาติอื่นและพบอุบัติการณ์สูงขึ้นในพื้นที่แอ่งและผาแฝด (รัฐพล ว่องวันดี, 2561) นอกจากนี้ยังเชื่อว่ามีสารสิ่งแปลกปลอมหรือไวรัสบางชนิดที่ติดต่อผ่านทางเดินหายใจโดยอาศัยลมในการพัดพา (wind-borne agent) (Rodo, Curcoll, Ballester, Burns, & Cayan, 2014) ระบบการสร้างภูมิคุ้มกันจะถูกรบกวน มีปฏิกิริยาสร้างสารเชิงซ้อนทางภูมิคุ้มกัน (Ag-Ab complex) จับกับเยื่อผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดดำเล็ก (venules) และหลอดเลือดแดงเล็ก (arterioles) อักเสบ โดยลุกลามไปยังชั้นกล้ามเนื้อของหลอดเลือดแดง (muscular arteries) ของผนังหลอดเลือดภายใน 12-25 วัน เป็นสาเหตุทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจโป่งพอง (coronary artery aneurysm) ผนังหลอดเลือดจะหนา มีหินปูนเกาะบริเวณหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดตีบ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับอันตราย และจากการตีบและโป่งพองของหลอดเลือดอาจทำให้อกกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มีความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบต่อหัวใจได้สูง (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2555)

อาการและอาการแสดงของโรค แบ่งได้ 3 ระยะ ดังนี้ (ชนาธิป ลือวิเศษไพบูรณ์, 2557)

1. ระยะไข้เฉียบพลัน (Acute febrile phase) แสดงอาการหลักๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัย ไข้สูง ตาแดง ผื่นตามตัว ริมฝีปากแดง แห้งแตก strawberry tongue ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ฝ่ามือฝ่าเท้าบวมแดง ระยะนี้ใช้เวลา 1 - 2 สัปดาห์

2. ระยะกึ่งเฉียบพลัน (Subacute phase) ไข้เริ่มลง ผื่นเริ่มหายไป ต่อมน้ำเหลืองที่คอยุบลง ตาแดงลดลง ในระยะท้ายๆ ของระยะนี้จะมีผิวหนังลอกบริเวณปลายนิ้วมือและนิ้วเท้า เกร็ดเลือดจะเริ่มสูงขึ้นและ

มากที่สุด ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจ อาจมีการอุดตันหรือโป่งพองของหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยได้ ระยะนี้ใช้เวลา 2 สัปดาห์

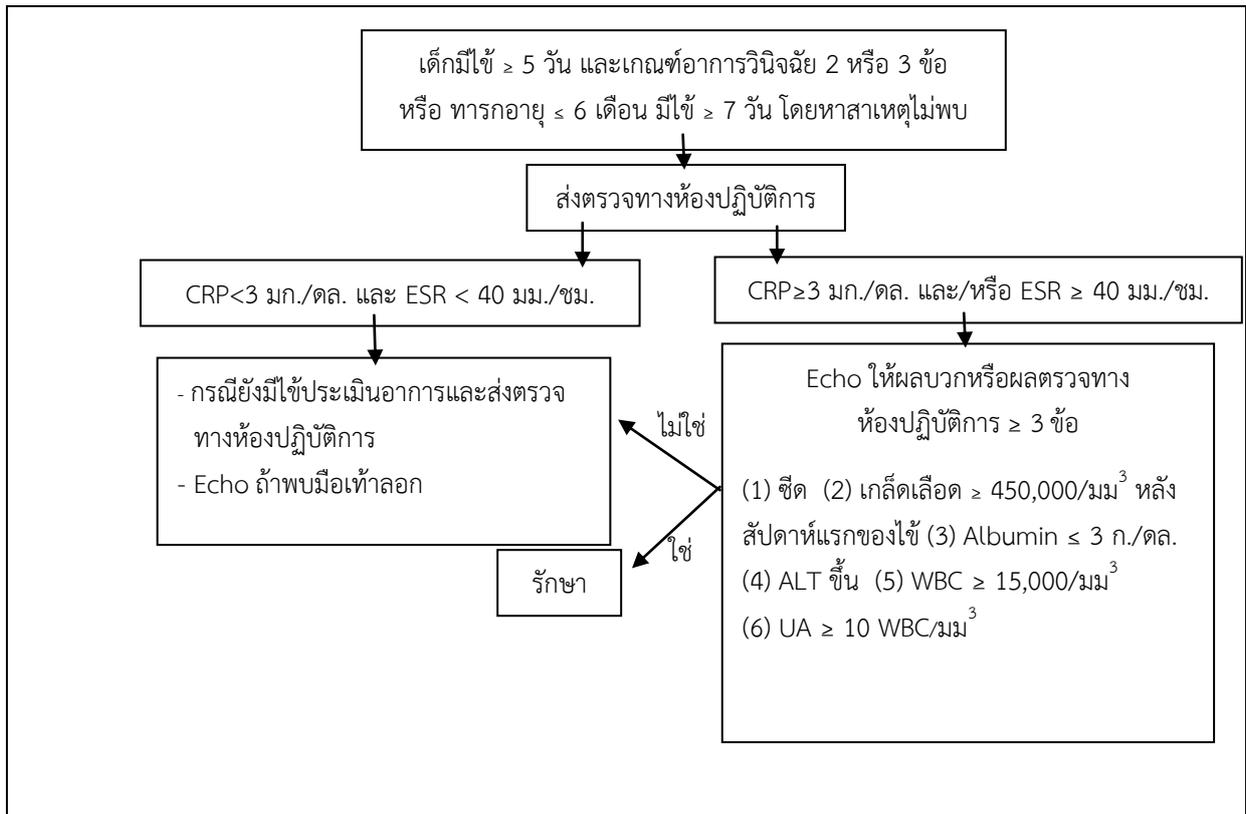
3. ระยะพักฟื้น (Convalescent phase) ระยะนี้อาการต่างๆ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ESR, Platelet) กลับเข้าสู่ภาวะปกติ อาจพบรอยขวางที่เล็บ เรียกว่า “Beau’s line” ระยะนี้ใช้เวลา 6 - 8 สัปดาห์

การวินิจฉัยโรค Incomplete Kawasaki disease

โรค Kawasaki disease วินิจฉัยกลุ่มอาการตามเกณฑ์เป็นหลัก (ชนาธิป ลือวิเศษไพบูรณ์, 2557) ดังนี้ (1) มีไข้มากกว่า 5 วัน (2) มีอาการแสดงอาการหลักอย่างน้อย 4 ข้อ คือ 2.1) อาการตาขาวแดงโดยไม่มีขี้ตาเกิดหลังไข้ 1-2 วัน 2.2) มีการเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากกับเยื่อช่องปาก แดง แห้งและแตก ลิ้นแดง เรียกว่า Strawberry tongue 2.3) ผื่นแดงขึ้นตามตัวและแขนขาแต่ไม่มีอาการคัน 2.4) มีการเปลี่ยนแปลงที่หลังมือหลังเท้าโดยจะบวมแดงระยะแรก 1-3 สัปดาห์ต่อมาจะลอกที่ปลายนิ้วมือนิ้วเท้า 2.5) ต่อมมน้ำเหลืองที่คอโตมากกว่า 1 ต่อม ขนาดมากกว่า 1.5 ซม. มักพบข้างเดียว อาการแสดงดังกล่าวต้องไม่เกิดจากสาเหตุอื่นที่อาจให้อาการแสดงคล้ายคลึงกัน เช่น ผื่นแพ้ยา ผื่นจากไวรัส โรคต่อมน้ำเหลืองที่คออักเสบ โรคไขข้ออักเสบ เป็นต้น อาการแสดงเข้าเกณฑ์วินิจฉัยเรียกกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ว่า “Complete Kawasaki disease” แต่หากอาการทางคลินิกไม่ครบ 4 ใน 5 ข้อ และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อย 3 ข้อใน 6 ข้อ ร่วมกับผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงให้ผลบวก เรียกกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่ครบเกณฑ์วินิจฉัยนี้ว่า “Incomplete Kawasaki disease” (วัชระ จามจุรีรักษ์, ซาลี พรพัฒน์กุล และจาดศรี ประจอบเหมาะ, 2555)

American Heart Association ให้คำแนะนำการวินิจฉัย Incomplete Kawasaki disease โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย ถ้ามีไข้มากกว่า 5 วัน และอาการแสดงไม่ครบ 4 ข้อให้ตรวจ ESR และ CRP ถ้า ESR ≥ 40 mm/hr. หรือ CRP ≥ 3 mg/dL ให้ตรวจ supplemental criteria ถ้ามากกว่า 3 ใน 6 สามารถให้การวินิจฉัยโรค Incomplete Kawasaki disease ได้เลย และสามารถให้การรักษาโดยการให้ IVIG และ ASA ได้ และส่งตรวจ Echocardiogram (ชนาธิป ลือวิเศษไพบูรณ์, 2557)

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการวินิจฉัยในกรณีสงสัย Incomplete Kawasaki disease (รัฐพล ว่องวันดี, 2561)



การพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะการอักเสบของหลอดเลือดแดงขนาดกลางจากโรค Kawasaki disease

เป้าหมายการพยาบาลคือ ป้องกันการเกิดการโป่งพองของหลอดเลือดหัวใจและมีลิ้นเลือดอุดตันในหลอดเลือด การให้ Intravenous Immunoglobulin (IVIG) และยา Aspirin จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ การพยาบาลตามอาการแสดง เช่น ภาวะช้ำจากไข้สูงหรือความไม่สุขสบายจากไข้ ความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บปาก รับประทานอาหารได้น้อย ตลอดจนอธิบายการดำเนินของโรคให้ผู้ดูแลเข้าใจเพื่อลดความวิตกกังวลจากภาวะเจ็บป่วยที่บุตรเผชิญอยู่ โดยผู้เขียนขอยกตัวอย่างกรณีศึกษาที่ป่วยด้วยภาวะการอักเสบของหลอดเลือดแดงจากโรค Kawasaki disease ดังต่อไปนี้ ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 3 เดือน น้ำหนัก 6 กิโลกรัม ส่วนสูง 67 เซนติเมตร เป็นบุตรคนที่ 1 นับถือศาสนาพุทธ บิดามารดามีอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ของครอบครัว 30,000 บาท/เดือน ภูมิลำเนาจังหวัดสุรินทร์ มีประวัติแพ้ยาพ่น Ventolin (มีผื่นขึ้นบริเวณผิวหนังหลังพ่นยา) มารดาครรภ์แรก G₁P₁A₀L₁ ฝากครรภ์คุณภาพ น้ำหนักแรกคลอด 2,862 กรัม หลังคลอด 1 วันมีภาวะตัวเหลืองส่องไฟรักษา 3 วัน ได้รับวัคซีนครบตามกำหนด รับไว้รักษา ณ โรงพยาบาลสุรินทร์ วินิจฉัยโรคครั้งแรกรับ Viral Infection และวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Complete Kawasaki disease อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มีไข้สูง มีน้ำมูกใสร่วมกับถ่ายเหลว ผื่นแดงตามร่างกาย รับไว้ในความดูแลระหว่างวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 ถึงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 7 วัน วิเคราะห์ประเด็นสถานการณ์และให้การพยาบาลได้ดังนี้

ตาราง 1 การดำเนินโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

วัน/เดือน/ปี	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา	วิเคราะห์สถานการณ์
7 ก.พ. 2563 ติดตามเยี่ยม เวรเช้า	มีไข้สูง (ใช้วันที่ 4) ซึม ร้องไห้งอแง ให้นม มารดาแบบcup feeding รับประทานได้ 12ออนซ์ ปากและริมฝีปากแห้ง เยื่อぶตาแดงทั้ง 2 ข้างโดยไม่มีซีตา มีเสมหะในลำคอ ฟัง ปอดได้ยินเสียง crepitation RUL มีผื่น แดงตามร่างกาย ถ่ายเหลว 4 ครั้ง BT = 40.8 °C HR= 152 ครั้ง/นาที RR= 48 ครั้ง/นาที BP= 94/68 mmHg O ₂ Sat = 95 %	CBC: Hct.26%,Hb8.9 g/dl,WBC10,940cell/mm ³ RBC: 361,000 cell/mm ³ Plt.: Count 335,000 cell/mm ³ PMN: 65.9%, Lymphocyte 28.9% ESR: 63 mm/hr. H/C: No growth UA: Color yellow Sp.gr 1.010 pH 6 ผล Negative ได้แก่ Protein, Glucose, Blood, Ketones, RBC 0-1 cell, WBC 1-2 cell	Order for One day - Admit 6/4 - 5% DN/3 1000 ml iv 20 ml/hr. - CPM 1.5 mg iv stat. Order for Continuation - Breast milk - Record V/S Medicine - Paracetamol syrup. (120mg) 2.5ml. oral ทุก 6 ชม. - Hidrasec (10) 1x2 oral. Bid pc. - Bromhexine 1.5 ml. Oral tid. Pc. - Atarax syrup 1.5 ml. Oral tid. Pc - Calamine apply prn.	จากการซักประวัติ มารดาให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยมีไข้มาแล้ว 4 วัน มีน้ำมูกใสร่วมกับมีอาการถ่ายเหลว มีผื่นตามร่างกาย แพทย์ วินิจฉัย Viral Infection จะเห็นได้ว่าลักษณะอาการแสดงมี ความคล้ายอาการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร สังเกตจากไข้ สูง ถ่ายเหลว มีผื่นแดงตามตัวโดยเฉพาะที่ก้น ผู้ป่วยมีไข้สูง T= 39.2 องศาเซลเซียส จึงมีภาวะเสี่ยงต่อการชักจากไข้สูง เนื่องจากสมองของเด็กกำลังพัฒนาการเจริญเติบโตจึงไวต่อการ กระตุ้นให้ร่างกายมีภาวะชัก (สมพร สุนทรภา, 2561) จึงควร ให้ยาลดไข้ทันที และเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที ดูแลความสะอาด ก้นไม่ให้เปียกชื้น หากมีก้นแดงทาดด้วย Zine oxide cream ให้สารน้ำชดเชยการสูญเสียน้ำออกจากร่างกายจากการถ่าย เหลวและภาวะไข้ ติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย และชีพจรที่สูง (T= 39.2 °C, PR = 150 ครั้ง/นาที)
8 ก.พ. 2563 ติดตามเยี่ยม เวรเช้า และเวรบ่าย	มีไข้ วันที่ 5 อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 37.8 - 40°C ตาแดง ในช่องปากพบจุดแดงขึ้น บริเวณกระพุ้งแก้มทั้ง 2 ข้าง ถ่ายเหลว ร่วมกับมีก้นแดง Stool Examination พบเชื้อ Entamoeba histolytica ผื่น แดงตามร่างกายมีลักษณะสีแดงคล้ำ หัว ใจเต้นเร็ว HR= 164 ครั้ง /min หายใจ เร็ว RR= 54 ครั้ง/min BP= 98/72 mm.Hg O ₂ Sat = 96 %	CBC: Hct. 24.5%, Hb 8.4 g/dl, WBC 17,700 cell/mm ³ RBC: 321,000 cell/mm ³ Plt.: Count 229,000 cell/mm ³ MCV 76.4 fl. RDW-CV 15.1%, WBC: PMN 69.9%, Lymphocyte 27.6% Monocyte 1.1% ESR: 65 mm/hr. H/C: No growth UA: Color yellow Sp.gr 1.005 pH 5.5 ผล Negative ได้แก่ Protein, Glucose, Blood, Ketones, RBC 0-1 cell, WBC 3-5 cell LFT: Total protein 5.2 g/dl, Albumin 2.9 g/dl, Globulin 2.3 g/dl, Total bilirubin 0.36 mg/dl, AST 26 U/L, ALT 38 U/L Stool Exam.: Entamoeba histolytica	Order for One day - CBC, ESR, H/C x I, U/A, LFT - CXR - KOH preparation - 5% DN/3 1000 ml in 20 ml/hr. - รายงานเวชกรรม R/O measles - measles IgM, IgG - Stool c/s, Exam. Order for Continuation - Vitamin A 50,000 U. Oral x 2 วัน - นม lactose free - ORS prn. - Zine oxide cream ทากัน prn. เวลา 18.18 น. - Metronidazole syrup (200mg/5ml) 1.5 ml. Oral tid. Pc.	อาการแสดงของผู้ป่วยทำให้แพทย์นึกถึงโรคหัด (measles) จึง ส่งตรวจ measles IgM, IgG, และ KOH preparation บริเวณ กระพุ้งแก้ม ในขณะที่ผู้ป่วยยังมีถ่ายเหลว ผลตรวจไม่พบเชื้อ measles ผลKOH preparation ในปากและกระพุ้งแก้มไม่พบ เชื้อ ผล Stool Exam. พบเชื้อ <i>Entamoeba histolytica</i> รักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ลักษณะอาการถ่ายเหลวอธิบายได้ว่า การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร น้ำย่อย lactase ที่ทำ หน้าที่ย่อยน้ำตาล lactose ซึ่งพบมากในนมมารดาและนมวัว จะลดต่ำลง ทำให้การย่อยน้ำตาล lactose ไม่มีประสิทธิภาพ จึงควรให้นม lactose free กับผู้ป่วยร่วมกับนมมารดา พยาบาลควรให้ความสำคัญกับภาวะขาดน้ำและความไม่สมดุล ของอิเล็กโทรไลต์ โดยการประเมินภาวะขาดน้ำ ได้แก่ ผิวแห้ง ร้องไห้ไม่มีน้ำตา กระหม่อมบวม ปัสสาวะออกน้อย ภาวะซึมไม่ ดูดนม ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์โดยเฉพาะค่า Na ⁺ , K ⁺ หาก ผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์

วัน/เดือน/ปี	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา	วิเคราะห์สถานการณ์								
9 ก.พ. 2563 ติดตามเยี่ยม เวรเช้า	ผู้ป่วยยังมีไข้ วันที่ 6 อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง T= 38.1-39.2°C ลิ้นและปากแดง (Strawberry tongue) พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอด้านขวา ขนาด 3 cm. ไม่มีถ่ายเหลว ก้นแดงลดลง HR= 150 ครั้ง/นาที RR= 48 ครั้ง/นาที BP= 102/82 mmHg O ₂ Sat = 98 %	measle IgM, IgG: Negative -	<u>Order for One day</u> - 5% DN/3 1000 ml in 20 ml/hr.	ลักษณะอาการทางคลินิกที่ผู้ป่วยเป็นแสดงไม่ชัดเจน หากเปรียบเทียบกับแนวทางการวินิจฉัยโรค incomplete Kawasaki disease ดังนี้ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">เปรียบเทียบตั้งแต่วันที่แรกรับจนถึงวันวินิจฉัยโรค</th> </tr> <tr> <th>อาการแสดง complete Kawasaki disease</th> <th>กรณีศึกษา incomplete Kawasaki disease</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไข้ ≥ 5 วัน</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ไข้ 7 วัน</td> </tr> <tr> <td>เกณฑ์อาการวินิจฉัย 4 ใน 5 ข้อ 1) การเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากและในช่องปาก 2) การอักเสบของเยื่อตาทั้งสองข้างโดยปราศจากขี้ตา 3) ผื่นแดง 4) ฝ่ามือฝ่าเท้าบวมแดง 5) ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตข้างเดียว ≥ 1.5 ซม.</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ลิ้นแดง (Strawberry tongue) <input checked="" type="checkbox"/> พบเยื่อตาอักเสบทั้งสองข้างโดยปราศจากขี้ตา <input checked="" type="checkbox"/> มีผื่นแดงตามร่างกาย <input type="checkbox"/> ฝ่ามือฝ่าเท้าบวมแดง <input checked="" type="checkbox"/> ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตข้างเดียว ≥ 1.5 ซม.</td> </tr> </tbody> </table>	เปรียบเทียบตั้งแต่วันที่แรกรับจนถึงวันวินิจฉัยโรค		อาการแสดง complete Kawasaki disease	กรณีศึกษา incomplete Kawasaki disease	ไข้ ≥ 5 วัน	<input checked="" type="checkbox"/> ไข้ 7 วัน	เกณฑ์อาการวินิจฉัย 4 ใน 5 ข้อ 1) การเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากและในช่องปาก 2) การอักเสบของเยื่อตาทั้งสองข้างโดยปราศจากขี้ตา 3) ผื่นแดง 4) ฝ่ามือฝ่าเท้าบวมแดง 5) ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตข้างเดียว ≥ 1.5 ซม.	<input checked="" type="checkbox"/> ลิ้นแดง (Strawberry tongue) <input checked="" type="checkbox"/> พบเยื่อตาอักเสบทั้งสองข้างโดยปราศจากขี้ตา <input checked="" type="checkbox"/> มีผื่นแดงตามร่างกาย <input type="checkbox"/> ฝ่ามือฝ่าเท้าบวมแดง <input checked="" type="checkbox"/> ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตข้างเดียว ≥ 1.5 ซม.
เปรียบเทียบตั้งแต่วันที่แรกรับจนถึงวันวินิจฉัยโรค												
อาการแสดง complete Kawasaki disease	กรณีศึกษา incomplete Kawasaki disease											
ไข้ ≥ 5 วัน	<input checked="" type="checkbox"/> ไข้ 7 วัน											
เกณฑ์อาการวินิจฉัย 4 ใน 5 ข้อ 1) การเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากและในช่องปาก 2) การอักเสบของเยื่อตาทั้งสองข้างโดยปราศจากขี้ตา 3) ผื่นแดง 4) ฝ่ามือฝ่าเท้าบวมแดง 5) ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตข้างเดียว ≥ 1.5 ซม.	<input checked="" type="checkbox"/> ลิ้นแดง (Strawberry tongue) <input checked="" type="checkbox"/> พบเยื่อตาอักเสบทั้งสองข้างโดยปราศจากขี้ตา <input checked="" type="checkbox"/> มีผื่นแดงตามร่างกาย <input type="checkbox"/> ฝ่ามือฝ่าเท้าบวมแดง <input checked="" type="checkbox"/> ต่อมน้ำเหลืองที่คอโตข้างเดียว ≥ 1.5 ซม.											
10 ก.พ. 2563 ติดตามเยี่ยม เวรเช้าและ เวรบ่าย	วันที่ 7 ของไข้ พบว่าภาวะไข้อยังไม่ลดลง ร่วมกับมีภาวะช็อค แพทย์ส่งตรวจ CBC พบ ค่า Hct. ลดลงจากวันที่ 7-8-10 กุมภาพันธ์ 2563 เป็น 28%, 24.8%, 23% ตามลำดับ จึงให้ PRC 30 cc. vein in 3 hr. Hct.หลังให้เลือด = 32% สัญญาณชีพก่อนให้ IVIG T= 38°C PR=130 ครั้ง/นาที RR=36 ครั้ง/นาที BP=108/49 mmHg สัญญาณชีพขณะให้ IVIG เริ่มให้	CBC: Hct. 23%, Hb 7.8 g/dl, WBC 18,300 cell/mm ³ RBC: 300,500 cell/mm ³ Plt.: Count 312,000 cell/mm ³ MCV: 75.5 fl., MCH 25.4 pg, RDW-CV 15.6% , WBC: PMN 68.3%, Lymphocyte 28.3% Monocyte 0.7% Hct.: ปลายนิ้ว = 23% Blood grouping: AB Rh. Typing: Positive	<u>Order for One day</u> - IV เดิม rate 20 cc/hr. - CBC + Hct. - G/M for PRC 60 cc x 1 U. - if Hct. < 25% ให้ PRC 30 cc vein in 3 hr. - Plan ให้ IVIG, ASA <u>Order for One day</u> <u>เวลา 15.30 น.</u> - IVIG 12.5 gm. (250 ml) 3.5ml/hr.	จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อค Hct. = 23% ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของระบบไหลเวียนเลือด จะทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย และมีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากตัวนำออกซิเจนลดลง การให้เลือดประเภท PRC จะช่วยเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดแดงในร่างกายเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆของร่างกาย โดยปกติเด็กอายุ 3 เดือน ระดับฮีโมโกลบินไม่ควรต่ำกว่า 11 กรัม/ดล. ระดับฮีมาโตคริต ไม่ควรต่ำกว่า 33% (วิชัย ประยูรวิวัฒน์, 2552) อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย 4 อาการ ได้แก่ 1) มีไข้ 2) ลิ้นแดง 3) เยื่อตาอักเสบทั้งสองข้างโดยปราศจากขี้ตา								

วัน/เดือน/ปี	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา	วิเคราะห์สถานการณ์
	<p>เวลา 19.30 น. <u>15 นาที x 4 ครั้ง</u> สัญญาณชีพอยู่ในช่วง T= 36.8 - 37.8°C PR =130 - 136 ครั้ง/นาที RR= 40 - 44 ครั้ง/นาที BP= Systolic 104 – 110 mmHg Diastolic 80-92 mmHg <u>30 นาที x 2 ครั้ง</u> สัญญาณชีพอยู่ในช่วง T= 36.6 - 37.4°C PR =128 - 138 ครั้ง/นาที RR= 40 - 42 ครั้ง/นาที BP= Systolic 106 – 112 mmHg Diastolic 80-90 mmHg <u>ทุก 1 ชั่วโมง x 3 ครั้ง</u> สัญญาณชีพปกติ สัญญาณชีพอยู่ในช่วง T= 36.6 - 37.2°C PR =128 - 1360 ครั้ง/นาที RR= 38 - 44 ครั้ง/นาที BP= Systolic 106 – 110 mmHg Diastolic 80-92 mmHg</p>		<p>iv x 30 min. Then 7 ml/hr. iv x 30 min Then 14 ml/hr. iv x 30 min Then 28 ml/hr. iv จนหมด - record V/S ทุก 15 นาที x 4 ครั้งทุก 30 นาที x 2 ครั้ง ทุก 1-4 ชม. จนคงที่ - if BP < 70/40 PR > 150 notify <u>Order for Continuation</u> - ASA (300) 1 tab ละลายน้ำ 5 ml กินพร้อมอาหาร เข้า -เย็น</p>	<p>4) ต่อมาน้ำเหลืองที่คอโต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (1) ซีดี (2) เกล็ดเลือด $\geq 450,000/\text{mm}^3$ (3) Albumin ≤ 3 ก./ดล. (4) ALT ขึ้น (5) WBC $\geq 15,000/\text{mm}^3$ (6) UA ≥ 10 WBC/mm^3 มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรคคือ White blood cell = $11.7 \cdot 10^3/\text{uL}$ (High) ESR = 65 mm/hr. (High) ผล Liver Function test (LFT) Albumin 2.9 g/dl (Low) Globulin 2.3 g/dl (Low) จะเห็นว่าอาการทางคลินิกไม่ครบ 4 ใน 5 ข้อของเกณฑ์วินิจฉัย เรียกอาการของโรคลักษณะนี้ว่า incomplete Kawasaki disease (ชนาธิป ลือวิเศษไพบูรณ์, 2557) แพทย์วางแผนให้ Intravenous immunoglobulin (IVIG) และยา Aspirin ผู้ป่วยอยู่ในระยะไข้เฉียบพลัน (Acute febrile phase) จึงควรเช็ดตัวลดไข้ร่วมกับให้ยาลดไข้ กระตุ้นดูดนม สังเกตอาการถ่ายเหลว และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา</p>
<p>11 ก.พ. 2563 ติดตามเยี่ยม เวนเช้าและ เวนบ่าย</p>	<p>ประเมินสัญญาณชีพ ครั้งที่ 5 (02.00 น.) *ไข้ลดลง T= 36.8°C PR=130ครั้ง/นาที RR=44ครั้ง/นาที BP=93/42 mmHg ครั้งที่ 6 (03.00 น.) T= 37.8°C PR=136ครั้ง/นาที RR=44ครั้ง/นาที BP=104/70mmHg สัญญาณชีพคงที่ ไข้ลดลงอยู่ในระดับปกติ จนกระทั่ง IVIG หมด เวลา 12.00 น.ของ วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้ป่วยไม่มี หายใจลำบาก มีไข้สูงช่วงเวลา 19.30 – 01.00น. หลังจากเวลา 02.00 – 12.00น.</p>		<p><u>Order for One day</u> - Consult Cardio -incomplete Kawasaki - ส่ง Echo. พุ่งนี้ 9 โมง <u>Order for Continuation</u> - Off hidrasec - Off Atarax</p>	<p>ลักษณะอาการแสดงของผู้ป่วยไม่ครบทั้ง 5 ข้อตามเกณฑ์วินิจฉัยในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 แพทย์ให้ Intravenous immunoglobulin และยา aspirin เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดหัวใจโป่งพองและมีลิ้นเลือดอุดตัน การรักษาด้วย Intravenous immune globulin (IVIG) 2 g/kg หยดเข้าหลอดเลือดในเวลาประมาณ 12 ชั่วโมง เริ่มต้นให้ในขนาด 0.6 ml/kg/hr แล้วเพิ่มอัตราเป็นเท่าตัวทุก 15-30 นาที อัตราเร็วสูงสุดไม่เกิน 4.8 ml/kg/hr (สมบุรณ์ จันทรสกุลพร, 2557) สามารถรักษาการอักเสบและลดการเกิด coronary aneurysm จากร้อยละ 25 เหลือร้อยละ 5 ได้ (รัฐพล ว่องวันดี, 2561) การพิจารณาให้ IVIG ควรพิจารณาถึงข้อระวังคือการแพ้แบบ anaphylaxis โดยเฉพาะใน 2-3 ชม. นอกจากนี้ยังพบภาวะน้ำ</p>

วัน/เดือน/ปี	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	การรักษา	วิเคราะห์สถานการณ์
	ใช้ลดลง อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 130-138 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 36-40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ			เกิน ความดันโลหิตสูงได้ จึงควรวัดสัญญาณชีพทุก 1 ชม. ร่วมกับควบคุมปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกให้เหมาะสมตลอดของการให้ IVIG (สมบูรณ์ จันทรสกุลพร, 2557) ถ้าพบอาการแพ้อย่างรุนแรงและเฉียบพลันต้องหยุดให้ IVIG ทันที และรายงานแพทย์ การให้ ASA ช่วยลดกระบวนการอักเสบและป้องกันการอุดตันของ coronary artery นิยมใช้ คือ 80-100มก./กก./วัน เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาคือภาวะ Reye syndrome (สมบูรณ์ จันทรสกุลพร, 2557) ลดขนาดของยาลงเป็น 3-5 มก./กก./วัน โดยจะให้ยาจนไม่พบการเปลี่ยนแปลงของ coronary artery จะกลับมาเป็นปกติ ระหว่างให้ ASA ควรหลีกเลี่ยงการให้ Ibuprofen เนื่องจากจะไปยับยั้งการทำงานของ ASA ได้ ในกรณีที่ต้องยา ASA พิจารณาใช้ยา dipyridamole ขนาด 1-5 มก./กก/วัน แทน (Mc.Crindle, et al., 2017)
12 ก.พ. 2563 ติดตามเยี่ยม เวรเช้า	ใช้ลดลง ผู้ป่วย Active ดี ดูคนมมารดาได้ สัญญาณชีพปกติ เยื่อตาส่วนลูกตา (bulbar) สีขาว रिमฝีปากแดง มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่มีมือและเท้า ลักษณะลอกเป็นขุย	- ผล Echocardiography พบ Mild ectasia	<u>Order for Continuation</u> Fer-in-sol 0.8 ml oral OD.	การทำ Echocardiogram เป็นการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและมีประวัติสงสัยโรค Kawasaki เพื่อดูความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ
13 ก.พ. 2563 ติดตามเยี่ยม เวรเช้า	ใช้ลดลง रिमฝีปากและลิ้นสีชมพู ไม่มีผื่นแดงตามร่างกาย ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ ด้านขวาไม่บวม หายใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในระดับปกติ ไม่มี Murmur ความดันโลหิตปกติ ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติของสารถัดหลังหรือการตีบแคบ			

การวางแผนทางการพยาบาล สรุปลักษณะการพยาบาลที่พบในกรณีศึกษา

ปัญหาและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลทางการพยาบาล	การประเมินผลทางการพยาบาล
<p>ข้อวินิจฉัยที่ 1 เสี่ยงต่อการชกเนื่องจากไข้สูง</p> <p>(S): มารดาให้ประวัติว่า “ลูกไข้สูงตลอด เช็ดตัวให้แล้วแต่ไข้ไม่ลง”</p> <p>(O) : ผู้ป่วยอายุ 3 เดือน บิดามีประวัติชกจากไข้สูง อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 38.6-40.2°C ผล CBC: WBC 10,940 cell/mm³ ถ่ายเหลว ผลตรวจ stool exam พบเชื้อ Entamoeba histolytica</p>	<p>เป้าหมาย ป้องกันภาวะชกจากไข้สูง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล - ไม่มีอาการชกจากไข้สูง - อุณหภูมิกายอยู่ในช่วงเซลเซียส</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินภาวะไข้ บันทึกสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง และสังเกตอาการชก ให้ยาลดไข้ Paracetamol syrup. (120mg) 2.5ml. ทางปาก และเช็ดตัวลดไข้ (tepid sponge) ด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำอุณหภูมิห้อง ภายหลังจากเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที วัดไข้ซ้ำ ใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นวางวางผ้าชุบน้ำอุ่นตามจุดรวมของเส้นเลือดเพื่อให้หลอดเลือดคลายตัว เช่น ข้อพับ ขาหนีบ ซอกคอและรักแร้ ให้คำแนะนำผู้ปกครองให้การช่วยเหลือเบื้องต้นหากผู้ป่วยมีภาวะชกโดยตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง และให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทุกครั้ง 	<p>ภาวะชกจากไข้สูง มีสาเหตุมาจากไข้ที่เกิดจากการติดเชื้อในร่างกายโดยแยกออกจากการติดเชื้อในระบบประสาท พบในเด็กอายุ 3 เดือน ถึงอายุ 5 ปี (Syndi Seinfeld, & Pellock, 2013) เมื่อเด็กมีสูงมากกว่า 39 องศาเซลเซียส สมอของเด็กรำก้าง พัฒนาการเจริญเติบโตจึงไวต่อการกระตุ้นให้ร่างกายมีภาวะชก ประมาณร้อยละ 30-50 อาจมีอาการชกซ้ำได้เมื่อมีไข้สูง โดยทั่วไปเมื่อเด็กมีอายุมากกว่า 5 ปี โอกาสเกิดการชกจากไข้สูงจะน้อยลงเนื่องจากสมอจะมีการเจริญเติบโตมากขึ้นจึงไวต่อการกระตุ้นน้อยลง (สมพร สุนทรภา, 2561)</p>	<p>ผู้ป่วยไม่มีอาการชกจากไข้สูง อุณหภูมิกายลดลงในวันที่ 5 ของการดูแล</p>
<p>ข้อวินิจฉัยที่ 2 เสี่ยงต่อการโป่งพองและลิ้มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากการอักเสบของผนังหลอดเลือด</p> <p>(S): มารดาให้ข้อมูลว่า “หมอแจ้งว่าลูกป่วยเป็นโรคคาวาซากิ ต้องให้ยาละลายลิ้มเลือดและให้ภูมิคุ้มกันจากเลือด”</p> <p>(O) : อาการและอาการ</p>	<p>เป้าหมาย ป้องกันการเกิดการโป่งพองและลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล - ไม่มีการโป่งพอง หรืออุดตันของหลอดเลือดหัวใจ - ไม่มีปฏิกิริยาการแพ้แบบเฉียบพลันจากการได้รับ IVIG ได้แก่ ไข้หนาวสั่น หน้าแดง แน่น</p>	<ol style="list-style-type: none"> ให้ Intravenous immune globulin (IVIG) 12.5 gm vein drip 3.5 ml/hr. x 30 นาที เพิ่มอัตราการหยด 7 ml/hr. x 30 นาที, 14 ml/hr. x 30 นาที, 28 ml/hr. จนกระทั่งยาหมด วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพคงที่ หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตอาการแพ้แบบเฉียบพลัน หากพบอาการแพ้อย่างรุนแรงและเฉียบพลันต้องหยุดให้ IVIG ทันทีและรายงานแพทย์ ให้ยา Aspirin หลังอาหารทันทีเพื่อป้องกันการรวมตัวของเกล็ดเลือด ลดการเกิดลิ้มเลือด 	<p>โรคคาวาซากิ (Kawasaki disease) เป็นโรคที่มีการอักเสบของหลอดเลือดแดงขนาดกลาง (vasculitis) ในเด็ก ยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน มีงานวิจัยหลายฉบับรายงานว่าส่วนใหญ่พบว่าเกิดจากกลไกผิดปกติทางภูมิคุ้มกันที่ถูกกระตุ้นโดยการติดเชื้อ และมีปัจจัยทางพันธุกรรมเกี่ยวข้องด้วย (Newburger, Takahashi, & Burns, 2016) เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิด acquired heart disease ในเด็ก พบได้บ่อยในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 50 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.5:1 เมื่อเคยเป็นโรคนี้อาจมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ร้อยละ 3 อาการแสดง</p>	<p>ผล Echocardiogram พบ Mild ectasia ไม่มีปฏิกิริยาการแพ้แบบเฉียบพลันจากการได้รับ IVIG สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ</p>

ปัญหาและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลทางการพยาบาล	การประเมินผลทางการพยาบาล
<p>แสดงของผู้ป่วยครบทั้ง 5 ข้อ ของเกณฑ์วินิจฉัย แพทย์วางแผนการรักษาโดยให้ IVIG และยา Aspirin ผล ESR 65 mm/hr. (สูง) มีไข้ T=40.8°C (สูง) Hx. ไข้ > 5 วัน ตรวจร่างกาย พบ nonexudative bulbar conjunctivitis, dry cracked lips, papillae tongue (Strawberry tongue), polymorphic rash ต่อม้ำเหลืองที่คอโต</p>	<p>หน้าอก ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน - สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ T = 36.5-37.4°C R = 25-60 ครั้งต่อนาที P = 80-160 ครั้งต่อนาที</p>	<p>เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ การมีเลือดออกง่ายตามร่างกาย ภาวะอาหารหลีกเลียงการให้ยาช่วงภาวะอาหารว่าง 3. ประเมินการทำงานของหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ อาการที่แสดงถึงภาวะหัวใจขาดเลือด เช่น อาการเขียว ร้องกวน ไม่ดูดนม อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปัสสาวะลดลง เป็นต้น 4. เน้นย้ำผู้ปกครองถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและการได้รับยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ</p>	<p>ของโรคประกอบด้วยไข้สูง มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เยื่อปม มีอาการอักเสบของเส้นเลือดแดง ต่อม้ำเหลืองที่คอโต ซึ่งโรคนี้สามารถหายได้เอง (Self-limited) แต่มีโอกาสเกิด coronary aneurysm ได้ร้อยละ 15-25 ถ้าไม่ได้รับการรักษา (Newburger, Takahashi, & Burns, 2016) โดยมีภาวะแทรกซ้อนคือ กล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) จากการที่ coronary aneurysm มี thrombosis หรือ rupture การรักษานิยมให้ Intravenous immunoglobulin และยา aspirin เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดหัวใจโป่งพองและมีลิ้มเลือดอุดตัน</p>	
<p>ข้อวินิจฉัยที่ 3 มีภาวะขาดน้ำและได้สารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อยสัมพันธ์กับการอักเสบของหลอดเลือดแดงของอวัยวะในช่องปาก (S): มารดาผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “ลูกไม่ยอมดูดนม ร้องไห้ตลอดเวลา ในช่องปากแดง” (O): ตรวจร่างกายพบ dry cracked lips, papillae tongue, polymorphic rash, ผิวหนังปลายนิ้วมีลอก,</p>	<p>เป้าหมาย 1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำ 2. ผู้ป่วยได้รับนมมารดาอย่างเพียงพอ เกณฑ์การประเมินผล - ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ - ดูนมมารดาได้ - ได้รับอาหาร (นม) ตามปกติ - ไม่มีอาการเจ็บปากไม่ร้องไห้แฉ่ง</p>	<p>1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวหนังแห้ง เหงื่อออก ปากแห้ง น้ำหนักลด ร้องไห้ไม่มีน้ำตา ภาวะห่อมนุ่มเล็กน้อย ซีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 1 mL/kg/hr. 2. ดูแลให้ยา Xylocaine viscous ก่อนให้นม เพื่อลดอาการเจ็บปาก 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับนมมารดา และนมผสม Lactose Free วันละ 30 ออนซ์/วัน หรือ 900 มิลลิลิตรต่อวัน 4. ให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำชนิด 5% DN/3 1000 ml in 20 ml/hr. 5. ดูแลริมฝีปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอโดยการทาลิปมันหรือวาสลีนสำหรับเด็กบ่อยๆ</p>	<p>ภาวะขาดน้ำ แบ่งได้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง กรณีศึกษาพบอาการแสดงโดยมีอาการเจ็บปากที่เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดในช่องปากทำให้ไม่ยอมดูดนม ร้องไห้แฉ่งตลอดเวลา น้ำหนักลดลง 0.5 กิโลกรัม คิดเป็น 8.9% (ระดับ Moderate) อาการแสดงของระดับปานกลาง (Moderate) ได้แก่ น้ำหนักตัวลดลง 6-9% ของน้ำหนักก่อนป่วย ความดันโลหิตต่ำ ร้องไห้ไม่มีน้ำตา ภาวะห่อมนุ่มเล็กน้อย ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่คืนกลับในช่วง 2 วินาที Urine specific gravity > 1.020 ปัสสาวะออกน้อยกว่า 1 mL/kg/hr. Capillary refill 2-3 วินาที (World Health Organization, 2013) การได้รับนมปริมาณที่น้อยต่อวัน ส่งผลต่อการ</p>	<p>ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ดูนมมารดาได้ ไม่แหงน นม ไม่มีอาการเจ็บปาก ไม่มีภาวะขาดน้ำ น้ำหนัก 6.5 กิโลกรัม (เพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัม) ผิวหนังยืดหยุ่นดี ปัสสาวะออก 60 ml. ใน 8 ชั่วโมง อัตราการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์ เมื่อเทียบกับเด็กในช่วงวัยเดียวกัน W/A = 114 (Normal) H/A = 125 (Normal)</p>

ปัญหาและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลทางการพยาบาล	การประเมินผลทางการพยาบาล
น้ำหนักลดลงจาก 6 kg. เป็น 5.5 kg ส่วนสูง 67 kg.		<p>6. ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวันด้วยเครื่องชั่งเดิม และเวลาเดิม</p> <p>7. ประเมินค่า W/A, H/A, W/H</p>	<p>เจริญเติบโตของทารก โดยทารกอายุแรกเกิดถึง 3 เดือนน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นวันละ 20-30 กรัม พลังงานที่ต้องการได้รับต่อวันคือ 600 Kcal ปริมาณนมควรได้รับวันละ 30 ออนซ์ เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักตัว เมื่อเทียบกับอายุของทารก 3 เดือนจะอยู่ที่ 4,800 – 5,700 กรัม ส่วนสูงเพิ่มขึ้น 3.5 เซนติเมตรของส่วนสูงแรกเกิด (มาลี วิทยารัตน์ และพัชรี ใจการุณ, 2555)</p>	<p>W/H = 91.2 (Normal)</p>
<p>ข้อวินิจฉัยที่ 4 ไม่สุขสบายจากเยื่อบุตาแดง ลิ้นแดงอักเสบ มีผื่นตามตัว ต่อม น้ำเหลืองที่คอบวมโต</p> <p>(S): มารดาให้ข้อมูลว่า “ลูกร้องเวลาคุณนม ชอบใช้มือเกาผื่นแดงตามตัว”</p> <p>(O) : มีผื่นแดงตามตัว เยื่อบุตาแดง ลิ้นแดง มีแผลในกระพุ้งแก้ม ต่อม น้ำเหลืองที่คอบวมโต 1.5 ซม. ผล KOH ไม่พบเชื้อ</p>	<p>เป้าหมาย เพื่อทุเลาอาการเยื่อบุตาแดง ลิ้นแดงอักเสบ มีผื่นตามตัว ต่อม น้ำเหลืองที่คอบวมโต</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีอาการเยื่อบุตาแดง - ไม่มีอาการลิ้นแดงอักเสบ - ผื่นแดงตามตัวลดลง - ต่อม น้ำเหลืองที่คอไม่โต 	<p>1. ประเมินอาการเยื่อบุตาแดง ลิ้นแดงอักเสบ มีผื่นตามตัว ต่อม น้ำเหลืองที่คอบวมโต</p> <p>2. ให้การพยาบาลเพื่อทุเลาอาการแสดงที่เกิดตามอาการ ดังนี้</p> <p>2.1 อาการเยื่อบุตาแดง ให้การพยาบาลโดยจัดชั่วโมงเงียบให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนหลับ และพักการใช้สายตา ปิดไฟ ม่านไม่ให้มีแสงจ้า และให้ยา Vitamin A 50,000 U. ตามแผนการรักษา ใส่ถุงมือให้ผู้ป่วยเพื่อลดการขยี้ตา ลดการติดเชื้อเพิ่ม</p> <p>2.2 อาการลิ้นแดงอักเสบ และอาการต่อมน้ำเหลืองที่คอบวมโต เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดแดง ให้ยาปฏิชีวนะ และ IVIG ตามแผนการรักษา</p> <p>2.3 ผื่นแดงตามตัว ทาโลชั่นคาลาไมยด์ให้ลดการสัมผัสบริเวณผื่น ใช้มือลูบเบาๆ อาบน้ำให้ผู้ป่วยใช้สบู่อ่อนๆ และน้ำอุ่น ซับผิวให้แห้งอยู่เสมอ</p>	<p>การอักเสบของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย อาการหลักประกอบไปด้วย ไข้ และอาการเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยหลัก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของริมฝีปากในช่องปาก การอักเสบของเยื่อบุตา ผื่น การเปลี่ยนแปลงของฝ่ามือฝ่าเท้า และต่อมน้ำเหลืองที่คอโตซึ่งผู้ป่วยจะไม่สุขสบายจากอาการที่เป็น ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้การพยาบาลตามอาการเพื่อทุเลาอาการ คือ (1) การอักเสบของเยื่อบุตา การพักสายตาไม่ใช้สายตามาก ลดแสงกระตุ้นทำให้ไม่มีการระคายเคืองตา (2) อาการลิ้นแดงอักเสบ เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือด ให้ IVIG ร่วมกับ ASA จะลดการอักเสบและอาการบวมโตของต่อมน้ำเหลือง (3) ผื่นแดงตามตัว ทาโลชั่น คาลาไมยด์ช่วยลดอาการคัน</p>	<p>ภายหลังการรักษาวันที่ 4 อาการเยื่อบุตาแดงลดลง อาการลิ้นแดงจางลง พบผื่นหนังบริเวณมือหลุดลอกภายหลังการรักษาวันที่ 6 ต่อม น้ำเหลืองที่คอบวมโต ไม่พบผื่นแดงตามร่างกาย</p>

ปัญหาและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลทางการพยาบาล	การประเมินผลทางการพยาบาล
		<p>2.4 สังเกตภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และให้คำแนะนำผู้ดูแลให้ดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น เปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งที่มีผู้ป่วยปัสสาวะหรืออุจจาระ ทา Zine oxide cream ที่กันหากมีผื่นแดง</p>		
<p>ข้อวินิจฉัยที่ 5 มีโอกาสดเกิดภาวะเนื้อเยื่อในร่างกายน่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง</p> <p>(S): มารดาผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า “ลูกตัวซีด หมอจะให้เลือดแม่มีประวัติซีดเหมือนกัน แต่ยังไม่เคยตรวจโรคธาลัสซีเมีย”</p> <p>(O) : Hematocrit วันที่ 7, 8, 10 กุมภาพันธ์ 2562 ลดลง 28%, 26%, 24% ตามลำดับ (ต่ำกว่าปกติ) ตรวจร่างกายพบเยื่อปอดสี ESR 65 mm/hr. (สูงกว่าปกติ) MCV 76.4 fl. (ต่ำกว่าปกติ) Hb 8.4 g/dl (ต่ำกว่าปกติ)</p>	<p>เป้าหมาย เพื่อรักษาระดับความเข้มข้นของเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนจากปัจจัยการนำออกซิเจนลดลง</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดับ Hct 33-45% - ไม่มีภาวะ Cyanosis - ระดับ O₂ saturation อยู่ในช่วง 95-100% - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด ได้แก่ อาการไข้ หนาวสั่น อาการแพ้เลือด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินภาวะซีดและประเมินสัญญาณชีพ 2. ตรวจสอบหมู่เลือดของผู้ให้และผู้รับให้ตรงกัน เตรียมอุปกรณ์ในการให้เลือดให้เหมาะสม 3. ให้เลือด PRC 30 cc vein ใน 2 ชั่วโมง และประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าอาการจะคงที่ 4. รายงานแพทย์ถ้าผู้ป่วยเคยมีประวัติได้รับเลือดแล้วเกิดอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หนาวสั่น มีลมพิษ เพื่อให้ยาแก้แพ้หรือยาลดไข้ป้องกันก่อนได้รับเลือด 5. สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น อาการไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก หากมีอาการผิดปกติใดๆ ให้หยุดเลือดให้เลือดทันทีแล้วรายงานให้แพทย์ทราบ 6. ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด Hct. หลังให้เลือด 	<p>ผู้ป่วยวัยเด็กอายุ 3 เดือน อายุเม็ดเลือดแดงประมาณ 90 – 100 วัน ในขณะที่มีภาวะการเจ็บป่วยจากการอักเสบของหลอดเลือดแดงขนาดกลาง โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงหัวใจ ซึ่งมีผลต่อเนื้อเยื่อชั้นต่างๆ ของผนังหลอดเลือดแดงทำให้เกิดการสูญเสียโครงสร้างที่แข็งแรง กระบวนการอักเสบมีผลต่อการทำลายของเม็ดเลือดแดง ทำให้จำนวนเม็ดเลือดแดงในร่างกายต่ำได้ (ชนาธิป ลือวิเศษไพบูรณ์, 2557)</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับเลือดตามแผนการรักษา ระดับ Hct หลังให้เลือด 32% ไม่มีภาวะ Cyanosis ระดับ O₂ saturation อยู่ในช่วง 95-100%</p>
<p>ข้อวินิจฉัยที่ 6 บิดาและมารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของบุตรที่เผชิญ</p>	<p>เป้าหมาย บิดาและมารดา มีความวิตกกังวลลดลงหรือไม่มี</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้เดิม และอธิบายให้ญาติเข้าใจถึงกลไกการดำเนินโรค อาการต่าง ๆ จะค่อยๆ ดีขึ้นเอง หายเป็นปกติได้ อาการลอกของ 	<p>การขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรคที่บุตรเผชิญอยู่ จะนำไปสู่ความกลัว ความกลัวจะนำไปสู่ความวิตกกังวล (Orem, 1995)</p>	<p>บิดาและมารดามีความรู้ความเข้าใจถึงการดำเนินโรค การรักษาของแพทย์</p>

ปัญหาและข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล	เหตุผลทางการพยาบาล	การประเมินผลทางการพยาบาล
<p>อยู่</p> <p>(S): มารดาบอกว่า “สงสารลูก ยังไม่เข้าใจว่าโรคความดันคืออะไร”</p> <p>(O) : บิดา และมารดา ผู้ป่วยซักถามอาการบ่อยครั้ง บิดาและมารดาสีหน้าวิตกกังวล</p>	<p>ความวิตกกังวล</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p> <p>จากคำพูดที่แสดงว่าผู้ป่วยและบิดามารดามีความวิตกกังวลลดลง สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความร่วมมือในการรักษา</p>	<p>มือ ลื่นแดง ผื่นคัน</p> <p>2. เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองซักถามในประเด็นที่สงสัย</p> <p>3. ให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยกับบิดามารดา เป็นระยะ</p> <p>4. ให้ข้อมูลและตอบข้อซักถามทุกครั้งเมื่อติดตามเยี่ยม</p>		<p>และความวิตกกังวลลดลง</p>

การจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

จำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD ได้แก่ D: Disease ให้ความรู้เรื่องโรคควาซากิ สาเหตุ การดำเนินของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือหลอดเลือดหัวใจโป่งพอง ให้ผู้ป่วยครองสังเกตอาการแสดง เช่น มีไข้ ผื่นแดงตามริมฝีปาก ลิ้น ตาแดง หัวใจเต้นเร็ว M: Medication การรับประทานยา Aspirin และ Metronidazole รับประทานอย่างต่อเนื่องจนครบ 14 วัน E: Environment เมื่อกลับบ้าน แนะนำให้ผู้ป่วยงดดูแลความสะอาดภายในและภายนอกบ้านให้สะอาด ดูแลสุขวิทยาโดยทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยยังมีภูมิต้านทานโรคต่ำจากอาการไข้ หมดโอกาสการติดเชื้อในร่างกาย T: Treatment การสังเกตอาการหลอดเลือดหัวใจโป่งพองจากผล Echocardiography พบ Mild ectasia สังเกตการเต้นของหัวใจเร็ว H: Health การฟื้นฟูสภาพกาย การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย O: Outpatient แพทย์นัดติดตามอาการภายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ หากพบอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ และ D: Diet ให้นมวันละ 30 ออนซ์ โดยส่งเสริมให้ดื่มนมมารดาเพียงอย่างเดียว

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยทารก เพศชาย อายุ 3 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูง มีน้ำมูกใส ร่วมกับถ่ายเหลว ผื่นแดงตามร่างกาย ก่อนมาโรงพยาบาล 5 วัน มารดาให้ประวัติว่าเคยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ด้วยอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก นอนรักษาตัวจำนวน 4 วัน แต่อาการไม่ทุเลา จึงขอมารักษาต่อโรงพยาบาลสุรินทร์ แพทย์เวรในรับรักษา (Admit) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5%DN/3 1000 ml iv. 20 ml/hr., CPM. 1.5 mg iv. Stat., Paracetamol syrup (120 mg) oral 2.5 ml ทุก 6 ชม., Atarax syrup oral 1.5 ml. Calamine lotion ทาผื่นแดง แพทย์วินิจฉัย Viral Infection ในระบบทางเดินอาหารจึงให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ให้ ORS ร่วมกับให้นม Lactose free ในขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้สูงตลอด พยาบาลเช็ดตัวลดไข้ให้ แต่ไข้ไม่ลง ในวันที่ 2 ของการรักษาผู้ป่วยมีลักษณะตาแห้ง อักเสบไม่มีขี้ตา มีอาการปาก ลิ้นแดง ต่อม้ำเหลืองที่คอโต ขนาด 1.5 ซม. แพทย์นึกถึง Kawasaki disease แพทย์ส่งตรวจ Specimen Collection ได้แก่ CBC, ESR, LFT, H/C, UA ผลตรวจพบว่า H/C ไม่พบเชื้อ Red Blood cell = $3.21 \times 10^6/\mu\text{L}$ (Low) Hemoglobin = 8.4 g/dl (Low) Hematocrit = 24.5% (Low) RDW-CV 15.1% (High) White blood cell = $11.7 \times 10^3/\mu\text{L}$ (High) ESR = 65 mm/hr. (High) ผล Liver Function test (LFT) Albumin 2.9 g/dl (Low) Globulin 2.3 g/dl (Low) UA = normal ผล Stool examination = not found ได้รับยาปฏิชีวนะ Metronidazole syrup (200 mg/5ml) 1.5 ml วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร Vitamin A 50,000 U. รับประทาน 2 วัน นมวัวชนิด lactose free ในขณะรับการรักษาผู้ป่วยมีไข้สูงลอย ไข้ไม่ลดร่วมกับมีภาวะช็อค แพทย์ส่งตรวจ CBC พบ ค่า Hct. ลดลงจากวันที่ 7-8-10 กุมภาพันธ์ 2563 เป็น 28%, 26%, 23% ตามลำดับจึงให้ PRC 30 cc. vein in 3 hr. หลังให้เลือด Hct. 32% แพทย์ให้ Intravenous immunoglobulin (IVIG) 12.5 gm vein drip 3.5 ml/hr. x 30 นาที เพิ่มอัตราการหยุด 7 ml/hr. x 30 นาที, เพิ่มอัตราการหยุด 14 ml/hr. x 30 นาที, เพิ่มอัตราการหยุด 28 ml/hr. จนกระทั่งยาหมดร่วมกับให้ยาละลายลิ่มเลือด Aspirin (ASA) (300 mg) 4 ml รับประทานวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร ไข้ลดลงอยู่ในระดับปกติ T = 37.4 องศาเซลเซียส เวลา 18.00 น. ภายหลังไข้ลดลงพบอาการปลายนิ้วมือลอก แพทย์ส่งทำ Echocardiogram ไม่พบความผิดปกติของหัวใจ ผู้ป่วยไข้ลดลง ไม่มีตาแดง ลิ้นแดงหรือผื่นแดงตามตัว ผู้ศึกษาติดตามให้การพยาบาล จำนวน 14 ครั้ง พบปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน 6 ข้อวินิจฉัย ได้รับการ

แก้ไขตามข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ทั้งหมดทุกปัญหา ผู้ป่วยอาการทุเลาลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ การรักษาเป็นเวลา 7 วัน นับตั้งแต่วันที่ 7 - 13 กุมภาพันธ์ 2563 แพทย์นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ และให้ยา Aspirin และ Metronidazole รับประทานอย่างต่อเนื่องจนครบ 14 วัน

บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การประเมินสุขภาพและการตรวจร่างกายของพยาบาลแรกรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่ม Complete Kawasaki disease เป็นสิ่งสำคัญที่สนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์เพื่อการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้แสดงอาการแรกเริ่มมีความคล้ายกับโรคติดเชื้อทั่วไป จากตัวอย่างกรณีศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยแสดงอาการที่ชัดเจนในวันที่ 7 ของไข้ แรกเริ่มมีไข้ ไม่มีปากแดง ลิ้นแดง และต่อมน้ำเหลืองโต มีผื่นแดงตามร่างกายร่วมกับอาการถ่ายเหลว ทำให้แพทย์วินิจฉัย Viral infection และ โรคหัด (Measles) เนื่องจากมีจุดแดงบริเวณกระพุ้งแก้มร่วมกับตาแห้งแดง ตลอดการรักษาวันที่ 1 - 4 (วันที่ 6 ของไข้) ผู้ป่วยมีไข้สูง จนกระทั่งวันที่ 7 ของไข้ ผู้ป่วยแสดงอาการปากลิ้นแดง ลิ้นแดง ต่อมน้ำเหลืองโต มือเท้าบวม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่าการอักเสบในร่างกาย (ESR) สูง แพทย์จึงวินิจฉัย Kawasaki disease รักษาโดย IVIG และให้ยา ASA ภายหลังได้รับยาไข้ลดลง แต่ปรากฏอาการมือเท้าลอกเป็นขุย หลังจากนั้นแพทย์ส่งทำ Echocardiogram ผลพบการโป่งพองของหลอดเลือดหัวใจเล็กน้อย หากโรคนี้อาจได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ การอักเสบของหลอดเลือดโคโรนารีซึ่งเป็นหลอดเลือดที่นำออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อมีการอักเสบจะมีการโป่งพองและอุดตัน ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดภาวะหัวใจวายทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (ญาดา พันธุ์มีสุข, 2555) บทบาทพยาบาลจึงควรมีความรู้ถึงอาการและอาการแสดงของโรคคาวาซากิที่มีอาการไม่ครบตามเกณฑ์วินิจฉัย และการจัดการอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดจากการดำเนินของโรค เช่น ภาวะชักจากไข้สูง ภาวะอักเสบของเยื่อปอด ภาวะถ่ายเหลว การได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอ ตลอดจนให้ข้อมูลการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับให้ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กทราบเป็นระยะเพื่อลดความวิตกกังวล และส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามหลัก Family central care ภายหลังที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ควรเน้นย้ำผู้ปกครองเรื่องการรับประทานยา ASA และเฝ้าระวังภาวะข้างเคียงของยา ตลอดจนการมารับการตรวจตามนัด (follow up) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจที่อาจเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

- ชนาธิป ลือวิเศษไพบูรณ์. (2557). โรคหัวใจที่เกิดภายหลัง. ใน สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร, อรุชา ตรีศิริโชค, ชนาธิป ลือวิเศษไพบูรณ์, โอปาร พรหมลลิต, เกศรา อัศตตามงคล, และไพโรจน์ จงบุญญิตเจริญ(บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ 2*. (หน้า 1003-1031). กรุงเทพมหานคร: นพชัยการพิมพ์.
- ญาดา พันธุ์มีสุข และวรฤทัย สุขสิน. (2555). การพยาบาลเด็กโรคคาวาซากิที่ไม่เป็นไปตามปกติ (กรณีศึกษา). *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 24(2), 85-95.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (2555). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 2*. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- มาลี วิทยาธรรัตน์, พัชรี ใจการุณ.(2555). การส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก. ใน พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา (บรรณาธิการ). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 1*. (หน้า 35-57).นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ

- สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
 รัฐพล ว่องวันดี. (2561). *โรคคาวาซากิ Kawasaki disease*. ใน *ศุภระวรรณ อินทรขาว, จักรชัย จึงธีรพานิช, ผกาทิพย์ ศิลปะมงคลกุล, กิติววรรณ โจรนเนืองนิตย์, พชรพรรณ สุรพลชัย, ขนิษฐา คูศิริไลส์, พรทิพา อิงคกุล (บรรณาธิการ), ตำรากุมารเวชศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติ เล่ม 2*. (หน้า 591-606). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วรรณไพโร แยมณา และสุพัตรา นุตริกษ์. (2561). *การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร: นิโอดีจิตอล.
- วัชระ จามจุรีรักษ์, ชาลีพรพัฒน์กุล และจาดศรี ประจอบเหมาะ. (2555). *โรคคาวาซากิ Kawasaki disease*. ใน *บุญชู ศิริจงกลทอง, กฤตย์วิกรม ดุรงค์พิศิษฏ์กุล, ชดชนก วิจารสรณ์, กัญญลักษณ์ วิเทศสนธิ, มนัส ปะนะมณฑา, อังคณา เก่งสกุล, สุภาพร ไรยมณี (บรรณาธิการ), กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ*. (หน้า 307-343). กรุงเทพฯ: ไอกรูป เพรส.
- วิชัย ประยูรวิวัฒน์. (2555). *เวชปฏิบัติทางโลหิตวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- สมบุญรณ์ จันทร์สกุลพร, อรุษา ตรีศิริโชติ, ชนาธิป ลือวิเศษไพบูรณ์, โอบาร พรหมาลิขิต, เกศรา อัศตตามงคล และไพโรจน์ จงบัญญัติเจริญ. (2557). *กุมารเวชศาสตร์ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: นพชัยการพิมพ์.
- สมพร สุนทรากา. (2561). *การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาาระบบประสาท*. ใน *ศรีสมบุญรณ์ มุสิกสุนนท์, ฟองคำ ติลกสกุลชัย, วิไลเลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เป็รื่องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, สุดาภรณ์ พัยคัมเรือง (บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2*. (หน้า 925-931). กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- Mc.Crindle, B., Rowley, A., Newburger, J., Burns, J.C., Bolger, A., Gewitz, M., et al. (2017). *Diagnosis, treatment and long-term management of Kawasaki disease: A scientific statement for health professionals from the American Heart Association 2017* (pp 927-999). New York. Lippincott Williams & Wilkins.
- Newburger, J. W., Takahashi, M., & Burns, J.C. (2016). Kawasaki disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(14), 1738-1749. doi: 10.1016/j.jacc.2015.12.073. PMID: 27056781.
- Orem DE. (1995). *Nursing concept of practice*. New York: Mcgrow Hill Book Company.
- Rodo. X., Curcoll, R., Robinson, M., Ballester, J., Burns, J.C., Cayan, D.R., et al. (2014). Tropospheric winds from northeastern China carry the etiologic agent of Kawasaki disease from its source to Japan. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 11(1), 7952-7957.
- Syndi Seinfeld, D., & Pellock, J. M. (2013). Recent Research on Febrile Seizures: A Review. *Journal of neurology & neurophysiology*, 4(165), 19519. <https://doi.org/10.4172/2155-9562.1000165>
- World Health Organization. (2013). *Implementing the new recommendation on the clinical management of diarrhea: guidelines for policy makers and program managers*. Geneva: WHO document production services.