

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกช็อก (กรณีศึกษา)

Nursing Care of Dengue Shock Syndrome (Case study)

Yada Phanmeesuk B.N.A.

ญาดา พันธุ์มีสุข ศศ.บ.*

Worarutai Suksin B.N.S.

วรฤทัย สุขสิน พย.บ.*

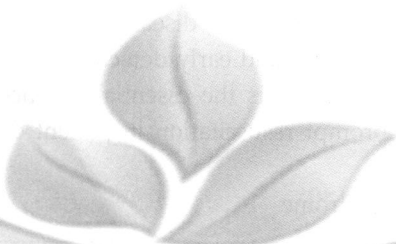
ABSTRACT

- Back ground** : Dengue shock syndrome is crisis because it results in the failure of the body's circulation. It prolongs coagulation times and invokes platelet dysfunction. These leads to massive blood loss, in children with this syndrome may die in the few hours after the end of fever stage. Therefore great concern of Dengue shock syndrome and early detection may protect the patient from mortality.
- Objective** : To follow the progression of the disease in the studied case and to find out their clinical problems. The best medical practice also established to provide the effective patient to these cases
- Sample and setting** : One case of patient diagnosed with 'Dengue Shock Syndrome' in VIP pediatrics ward, Surin Hospital (Ward 10/2) was studied.
- Study design** : Case study
- Result** : The studied patient was a 10.2 years old girl. She has had fever stage for 4 days. Then the patient developed the shock stage in the morning of 5th day after recovered from fever last night. Resuscitation from shock was treated by a community hospital prior referred to Surin hospital for advanced management. The patient went into shock stage in the 10th hour after the first shock occurred. Treatment was then changed from isotonic solution to a colloidal solution. The patient then recovered but the complication of volume overload was observed. Laboratory test results were: ESR 0, CBC:WBC 3,810 cell/mm³, neu. 52.5%, lymph 37%, atypical lymph. 6%, plt 19,000 cell/mm³, Hct 53%, PTT (INR) prolong, BUN 27 mg/dl, Na 133 mmol/l, TCO2 14.5 mmol/l, LFT: abnormal, Ca 7.6 mg/dl. Patient's clinical problems were circulating system failure; risk of blood loss, inadequate intake of water and food, risk of heart failure and respiratory failure. These problems were resolved by nursing care and close observation. Resuscitation applied to the patient was collaborated with nursing care to recover the patient status successfully.
- Conclusion** : The nursing care plan is set up to correct the disease which associated by observing the signs, symptoms and early detection of potential shock stages. The close observation is the essential practice for nurse practitioner to provide prompt resuscitation in patient developed Dengue shock syndrome.
- Key words** : Nursing care, Dengue Shock Syndrome

* พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

บทคัดย่อ

- ความเป็นมาของปัญหา :** โรคไข้เลือดออกช็อก เป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเนื่องจาก มีผลทำให้ระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลว เกิดเลือดเสียหน้าที่การแข็งตัวของเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดจำนวนมากได้ ซึ่งผู้ป่วยจะเสียชีวิต ซึ่งเกิดจากภาวะช็อกและเสียเลือดหลังจากไข้ลด การประเมินภาวะช็อกได้ตั้งแต่เริ่มต้นมีความสำคัญอย่างมาก ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที
- วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาการดำเนินโรค ปัญหาสุขภาพ การรักษาพยาบาลและผลของการรักษาพยาบาลในรายกรณีนี้ นำผลการศึกษามาใช้ประกอบเป็นองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในรายต่อไป
- กรณีศึกษาและสถานที่ :** คัดเลือกจากประชากรเด็กป่วย แบบเจาะจง 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออกช็อก ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม อาคาร 10 ชั้น 2 โรงพยาบาลสุรินทร์
- วิธีการศึกษา :** เป็นวิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยศึกษาเป็นรายกรณี ทำเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2552-4 มิถุนายน 2552
- ผลการศึกษา :** เด็กหญิงไทย อายุ 10 ปี 2 เดือน มีอาการไข้ 4 วัน ไข้ลงคืนวันที่ 4 มีอาการช็อกในเช้าวันที่ 5 นับจากเริ่มไข้ ได้รับการแก้ไขภาวะช็อกจากโรงพยาบาลชุมชนแล้วส่งต่อมาโรงพยาบาลสุรินทร์ ผู้ป่วยมีภาวะช็อกซ้ำในช่วงเวลาที่ 10 นับจากเวลาช็อกครั้งแรก การรักษามีการปรับเปลี่ยนสารน้ำจาก Crystalloid เป็น colloidal solution ต่อมาอาการดีขึ้นและมีภาวะน้ำเกินแทรกซ้อน ปัญหาสุขภาพคือ ระบบการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว เสี่ยงต่อการสูญเสียเลือด ร่างกายพร่องสารน้ำและอาหาร เสี่ยงต่อภาวะหัวใจและการหายใจล้มเหลว ได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ไขภาวะช็อก ผู้ป่วยปลอดภัยจากช็อกและภาวะแทรกซ้อน
- สรุป :** การวางแผนการพยาบาลด้วยความรู้ความเข้าใจในลักษณะเฉพาะของโรค และการติดตามสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ทำให้สามารถติดตามภาวะช็อกและแก้ไขได้ถูกต้องทันเวลาที่
- คำสำคัญ :** การพยาบาล ไข้เลือดออกช็อก



บทนำ

ในปี ค.ศ 2007 ทั่วโลกมีการระบาดของไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) เพิ่มขึ้น เด็กทั่วแถบเอเชีย มีอัตราป่วยตาย 1-26% สาเหตุการตายจากภาวะช็อกอย่างรุนแรง 47%⁽¹⁾ ในแถบเขียตะวันตกเฉียงใต้ ไข้เลือดออกและช็อกนับเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กเสียชีวิตมีอัตราตายประมาณ 2.6-20% สาเหตุการตายจากช็อกนาน น้ำเกิน และเลือดออกมาก การดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องหรือล่าช้าเป็นปัจจัยนำสู่การเสียชีวิต แต่ถ้าสามารถวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและช่วยเหลืออย่างทันท่วงที จะลดอัตราตายลงได้เหลือ <1%⁽²⁾ การรายงานจากประเทศสิงคโปร์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย โคลัมเบีย เวียดนาม และ Amarcus พบผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 133,000 ราย และเสียชีวิต 850 ราย⁽³⁾ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 46,829 คน อัตราป่วย 74.78% ตาย 59 คน อัตราตาย 0.09% อัตราป่วยตาย 0.13%⁽⁴⁾ ประชากรในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสุรินทร์ ในปี พ.ศ. 2551 มีจำนวนผู้ป่วย 200 คน อัตราป่วย 85.53 คน อัตราตาย 0 คนต่อแสนประชากร

ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกและช็อกนั้น บุคลากรต้องมีความรู้เท่าทันธรรมชาติของโรคคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอันตรายและดูแลป้องกันแก้ไขได้ทันท่วงที พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญยิ่งในการแก้ไขภาวะช็อก ในบทความวิชาการนี้จึงนำเสนอเกี่ยวกับลักษณะของโรคไข้เลือดออก การรักษาพยาบาลเด็กโรคไข้เลือดออกช็อก ในกรณีศึกษาที่มีภาวะช็อกและมีภาวะน้ำเกินแทรกซ้อน เพื่อเป็นประสบการณ์ความรู้ประกอบการศึกษา และเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกในรายต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการดำเนินโรค ปัญหาสุขภาพ และผลการรักษาพยาบาลในกรณีศึกษา
2. เพื่อเป็นกรณีตัวอย่างใช้ประกอบการองค์ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกช็อกรายต่อไป

วิธีการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออกช็อก ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอาคาร 10 ชั้น 2 โรงพยาบาลสุรินทร์ทำการศึกษาประวัติการดำเนินของโรคปัญหาสุขภาพ และการรักษาพยาบาลย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน

ผลการศึกษกรณีตัวอย่าง

ประวัติการเจ็บป่วย

เด็กหญิงไทย อายุ 10 ปี 2 วัน ภูมิลำเนา อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดสุรินทร์ 4 วันก่อนมา มีไข้สูงลอย ไม่ไอ ไม่มีน้ำมูก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ไข้ลงในคืนวันที่ 4 ของการมีไข้ เข้าวันนี้ซึมลง ตัวเย็น อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามตัว ไม่มีเลือดกำเดา ไม่อาเจียนเป็นเลือด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แรกรับเวลา 09.15 น. รู้สึกตัวดี ซึม ตัวเย็น กระสับกระส่าย ความดันโลหิต 70/40 mmHg ชีพจร 168/min Hct 53% วินิจฉัยเป็น Dengue hemorrhagic fever with Shock ให้ 5% D NSS load และส่งมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสุรินทร์

ผลการตรวจร่างกาย

รู้สึกตัวดี ซึม อ่อนเพลีย ตัวเย็น ฝ่ามือฝ่าเท้าเย็นชื้น น้ำหนัก 31 กิโลกรัม สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 °C ชีพจรเบาเร็ว 120 ครั้ง/นาที หายใจ 26 ครั้ง/นาที ปกติความดันโลหิตเบา 90/60 mmHg ฟังเสียงหัวใจเต้นปกติ จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur สีดิวที่ปากเล็บปลายมือ ปลายเท้าดูซีด ไม่เขียว มีจุดเลือดออกเล็กๆ ใต้ผิวหนังบริเวณข้อพับมีรอยจ้ำเลือด สีเขียวคล้ำที่ปลายข้อมือ หลังมือ ข้อพับแขน ริมฝีปากแห้งผิวช้ำนอกปริมฝีปาก ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน Lung clear both lung ปวดท้องคลำพบโต 2 cms ไม่ปัสสาวะ 18 ชั่วโมง Tourniquet test positive

แสดงการดำเนิโรคและการรักษาโรคไข้เลือดออก

วันที่	อาการและการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ				การรักษา
		CBC:WBC	Hct	DTX	BUN/Creative Electrolyte	
1 มิ.ย. 2552	- อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ริมฝีปากซีด มีจุดจ้ำเลือดเล็ก ตามรักแร้ ข้อพับ บลายมือ บลายเท้า เข็ม ปวดท้อง ไม่หาย ไม่ปัสสาวะ 18 ชั่วโมง BP 60/50 mmHg 90/66 mmHg pulse 120/min เบาล - ปัสสาวะออกสีเหลืองเข้ม 180 cc - มีภาวะ shock ชี้นิ่งไม่ไหว 10 ชั่วโมง - prout Pulse เบาลเร็ว 150 ครั้ง/นาที tourniquet test positive	HGB 15, Hct 51%, WBC 3,810 cell/cumm, Neutrophil 52.5%, Lymphocyte 37%, Atypical lymphocyte 6%, Platelet 19,000/cell/cumm LFT:Protein 45 gm/dl Albumin 2.7 gm/dl TB 1.27 mg/dl DB 0.83 mg/dl Alkaline phos. 187 IU/dl AST 2,248 IU/dl ALT 798 IU/dl Ca 7.6 mg/dl	09.30น.= 53% 12.15น.=51% 14.00น.=46% 16.00น.=45% 18.00น.=49% 20.00น.=44% 22.00น.=44% 24.00น.=45%	362mg% 174 mg% 119 mg% 198 mg% 172 mg% 123 mg% 145 mg% 151 mg%	BUN=27 mg/dl Sodium 133 mmol/l Creative=0.7 mg/dl TCO ₃ 145 mmol/l	Retain Foley's cath, On O2 canular 5 LPM, G/M ของ PRC 300 cc 2 units, FFP 2 units, Plt Cone 6 Units, 10% Dextran 40 iv drip 300 cc/hr in 1 ชั่วโมง. Then 5%D/NSS/ 1,000 cc iv drip 150cc./hr. Vit K1 5 g iv 10% Calcium gluconate 10 cc iv drip. 1600 น. 5% D/NSS iv drip 100cc/hr. 1930 น. 10%Dextran-40 iv drip 300 cc/hr in 1/2 ชั่วโมง Then 200cc iv drip in 1/2 ชั่วโมง Then off Dextran On 5% D/NSS 1,000 cc iv drip 150 cc/hr. 21.35 น. ลด Rate iv เหลือ 90 cc/hr. hr. Film Chest X-ray. postable พบ Right pleural effusion Discharge
2 มิ.ย. 2552	บวมที่ใบหน้า หงุดหงิด ปวดท้องแน่นท้อง มี Ascites พับออกเสียงลมหายใจข้างขวาเบา ไอหอบ มีจุดจ้ำเลือดเล็ก BP 90/60-110/75 mmHg ปัสสาวะสีเหลืองใส 240 cc/8 ชั่วโมง	-	02.00น.=45% 06.00น.=45% 10.00น.=47% 12.00น.=45% 18.00น.=42% 24.00น.=39%	150 mg% 110mg% - 92mg% 102mg% 110mg%	- - - - -	00.30น. ลด rate iv fluid เหลือ 90 cc/hr 02.00 น. ลดเหลือ 70cc/hr. 06.00 น. 45 cc/hr. 07.30 น. ลดเหลือ 30cc/hr. 09.45 น. ลดเหลือ 10cc/hr 12.00 น. On lock 17.45 น. Off Foley's cath
3 มิ.ย.255	หายใจสะดวก จุดจ้ำเลือดเริ่มจางลง มีผื่นคันตามแขนขา บวมทั่วตัวเล็กน้อย ใบหน้าและหนังตาบวม หายใจ 26-30 ครั้ง/นาที	Hct 31.8% WBC 6,590 Platelet 50,000	06.00น.=38% 12.00น.=38%	84 mg% 78 mg%	- -	Alum milk 30cc●tid pc, Laxix 10 mg iv
4 มิ.ย.2552	ยังมีการแน่นท้อง บวมที่ใบหน้าและหนังตา หายใจ 24-26 ครั้งต่อนาที ลุกันังได้	Hct 32.2, WBC 6,760 Platelet 84,000	-	-	-	Film Chest X-ray ทำขึ้น Off Lock Lasix 30 mg iv.
5-6 มิ.ย.2552	- ลูกนั่ง เดินได้ ไม่แน่นท้องหรือบวมที่ใบหน้า หงุดหงิด - จำหน่ายกลับบ้าน					

การวินิจฉัยและแผนการพยาบาล

การวินิจฉัย 1 ระบบการไหลเวียนเลือดล้มเหลว และ มีความเสื่อมของเซลล์ใน ตับ ไต เนื่องจาก มีการรั่วของพลาสมาออกนอกหลอดเลือดจำนวนมาก

การพยาบาล ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 0.9% D NSS ตามแผนการรักษา ควบคุมการไหลของสารน้ำด้วยเครื่องปรับหยดน้ำเกลืออัตโนมัติ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในเตียงใกล้กับ Unit พยาบาล จัดให้ผู้ป่วยนอนพักลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย ให้ออกซิเจน canular 5 ลิตร/นาที ติดตามความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด สังเกตภาวะขาดออกซิเจน รายงานแพทย์และให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที-1 ชั่วโมง หรือเมื่อครบจำนวนการให้สารน้ำที่กำหนดไว้ เฝ้าสังเกต การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ ถ้าความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg, Pulse Pressure $\leq$ 20 mmHg ชีพจรเร็วกว่า 100/min รายงานแพทย์ทุก 1 ชั่วโมง รวมทั้งรายงานอาการที่เปลี่ยนแปลง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปริมาณปัสสาวะ ปรับจำนวนสารน้ำตามแผนการรักษา^(5,6,7,8,9,10) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดังตารางที่ 1 ทุก 2-4 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง หลีกเลี่ยงยาที่มีผลทำลายตับ ไต สังเกตอาการเอะอะ โวยวาย ตา ตัวเหลือง ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะ บันทึกปริมาณสารน้ำ (Intake/out put) ถ้าปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 cc/kg/hr. รายงานแพทย์ทันที

ผลการพยาบาล ความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 99-100% ปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่กระสับกระส่าย อัตราการหายใจ 24/min ความดันโลหิตคงที่ 90/50-110/80 mmHg อัตราชีพจร 75- 80 /min ปริมาณปัสสาวะ 1,400 cc/24 hrs. (1.94 cc/kg/hr.) ความเข้มเลือด

ลดลงเรื่อยๆ สู้ค่าปกติจาก 53% เป็น 45% ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น ไม่มีอาการตา ตัวเหลือง

การวินิจฉัย 2 มีโอกาสสูญเสียเลือดเนื่องจากความเปราะบางของผนังเส้นเลือดและสารองค์ประกอบในการแข็งตัวของเลือดต่ำ

การพยาบาล งดการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ระวังการเกิดบาดแผล ทำการเจาะเลือดด้วยความนุ่มนวล เบามือ หลังถอนเข็มกดไว้ด้วยสำลีแห้งนานพอจนแน่ใจว่าเลือดหยุด บริเวณมีจุดเลือดออก (petechiae) ดูแลทำความสะอาดผิวหนังให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ แนะนำไม่ให้แกะเกา ตัดเล็บสั้นและรักษาความสะอาด หลีกเลี่ยงการกดหน้าท้อง เฝ้าระวังอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม ยกравกันเตียงตลอดเวลาที่ผู้ป่วยนอน ระวังการใช้ของมีคม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทำด้วยความระมัดระวังทำห้ตถกการเฉพาะที่จำเป็น การเจาะเลือดในเวลาใกล้เคียงกัน รวมไว้เจาะครั้งเดียวกัน ให้ใช้แปรงสีฟันที่นิ่ม บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ

ในระยะไข้ ถ้าความเข้มเลือด (Hct) น้อยกว่า 10% จากเดิม อาจเกิดจากสูญเสียเลือด สังเกตอาการปวดท้องรุนแรง ท้องอืดโตขึ้น กระสับกระส่าย ชีพจรเบา เร็ว ความดันโลหิตต่ำ หรือเพิ่มสูงขึ้นผิดปกติลักษณะการชดเชยของระบบการไหลเวียน สังเกตอุจจาระว่ามีสีดำ น้ำตาลเข้ม หรือมีเลือดปนหรือไม่ รายงานแพทย์ทันที ให้ยา Alum milk ตามแผนการรักษา ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ^(5,6,7,8,9,10)

ผลการพยาบาล ไม่มีเลือดออกจากอวัยวะใดๆ อาการบวมเขียวข้างลง ปริมาณเกร็ดเลือดเพิ่มขึ้น เป็น 84,000 cell/cumm.

การวินิจฉัย 3 ร่างกายพร่องสารอาหารและน้ำ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

การพยาบาล กระตุ้นให้ดื่มน้ำอัดลม ไม่มีสี ผสมเกลือทิ้งไว้ให้พองหมดก่อน หรือผงบเกลือแร่ละลายน้ำ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบว่าไม่ควรรับประทานน้ำเปล่าอย่างเดียว เพราะจะทำให้เกิดการบวม น้ำ และมีโรคแทรกซ้อน ได้แก่ ไข้หวัด น้ำตาลในเลือดสูง ไอโวลติน ซ็อกโกแลต เจาก๊วย ลูกหว้า ขนมหอยปูน้ำดำ แตงโม เป็นต้น จัดอาหารอ่อน ย่อยง่ายให้ เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม นม แนะนำให้รับประทานผลไม้เสริมบ่อยๆ เช่น กล้วย ให้บ้วนปากด้วยน้ำอุ่น ก่อนและหลังรับประทาน อาหาร เพื่อให้ปากพินสะอาดลิ้นรับรสได้ดียิ่งขึ้น ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา สังเกตและบันทึกจำนวนอาหารที่รับประทานได้ ประเมินอาการปากแห้ง ผิวแห้ง ตาลึกโหล กระหายน้ำ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนกำลังลง (5,6,7,8,9,10)

ผลการพยาบาล ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ได้ มีอละ 1/2-1 ถาด ไม่มีอาการอ่อนเพลีย สีหน้าสดชื่น ผิวหนังชุ่มชื้น ปากชุ่มชื้น

การวินิจฉัย 4 มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจ และการหายใจล้มเหลว เนื่องจากมีภาวะน้ำเกิน ในระยะฟื้นตัว

การพยาบาล จัดท่านอนหัวสูง 30 องศา และตะแคงซ้าย ให้ออกซิเจน 5 ลิตร/นาที วัดสัญญาณชีพ และความอึดตัวออกซิเจน สังเกตอาการชืดหรือเขียวที่ริมฝีปาก เล็บ ปลายมือ ปลายเท้า สังเกตอาการหายใจหอบเหนื่อย รายงานแพทย์ แนะนำงดดื่มน้ำเปล่า ให้ดื่มน้ำเกลือแร่แทน ประเมินจำนวนปัสสาวะถ้ามากกว่า 2 cc/kg/hr, ความเข้มเลือดลดลงเรื่อยๆ สุกปกติ ชีพจรช้าลงและเต้นแรง ความดันโลหิตปกติ pulse pressure กว้างขึ้นและผู้ป่วยรับประทานอาหารได้

รายงานแพทย์เพื่อปรับลดสารน้ำ ฉีดยาเข้า เส้นเลือดดำ Lasix 30 mg ตามแผนการรักษา ประเมินความดันโลหิต ถ้าต่ำกว่า 80/50 mmHg รายงานแพทย์ก่อนฉีด หลังฉีดยา ดูแลให้ผู้ปวย นอนพักและให้ปัสสาวะที่เตียง วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที หากมีความดันโลหิต ต่ำลงกว่า 80/50 mmHg รายงานแพทย์ทันที ถ้าปกติวัดต่อทุก 2-4 ชั่วโมง ประเมินอาการแน่นอึดอัดท้อง บวม ชั่ง น้ำหนักตอนเช้าทุกวัน บันทึกปริมาณสารน้ำ ประเมินลักษณะการหายใจฟังปอด ผลภาพถ่ายรังสี ทรวงอก (5,6,7,8,9,10)

ผลการพยาบาล ผู้ป่วยบอกว่าไม่ปวดแน่น อึดอัดท้อง หายใจสะดวกขึ้น ยุบบวมลง ไม่มีน้ำ คั่งในช่องท้อง ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบปริมาณ น้ำท่วมปอดขาลดลง น้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็น 31.5 กก.

การวินิจฉัย 5 ผู้ป่วย และญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจาก อาการเจ็บป่วย ความกลัว เสียชีวิต และญาติขาดประสบการณ์ในการดูแล เด็กป่วยโรคไตเรื้อรัง

การพยาบาล ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย การ รักษาพยาบาล และความก้าวหน้าของอาการแก่ ญาติและผู้ป่วย ทุกวัน และเมื่อซักถาม อธิบาย สาเหตุของอาการปวดท้อง ผื่นคัน และแนะนำการ ดูแลตนเอง อธิบายเหตุผลของการรักษา พยาบาลก่อนลงมือปฏิบัติ ให้การดูแลอาการ อย่างใกล้ชิด ด้วยความเอาใจใส่ สม่่าเสมอ กระตือรือร้นให้ความสนใจเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา (11,12)

ผลการพยาบาล ญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าลดความกังวลลง ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ข้อมูลและเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ญาติ สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยในเรื่อง การรับประทาน อาหาร น้ำ การดื่มน้ำปัสสาวะ การระวังอุบัติเหตุ ได้ถูกต้อง

การวางแผนจำหน่าย

ประเมินความสามารถ ความพร้อม และความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และญาติ ตามหลักทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม⁽¹³⁾ โดยให้การพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดในภาวะวิกฤติ ที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อก เมื่ออาการทุเลาลง ให้การพยาบาลแบบทดแทนบางส่วนและสนับสนุนให้ความรู้ ขณะให้การพยาบาลมีการสอดแทรกความรู้ และฝึกผู้ปกครองให้ปฏิบัติจริง การดูแลผู้ป่วยให้ความรู้เรื่องโรค แผนการรักษาพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาลและต่อเมื่อที่บ้าน (5.11.12)

บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

เชื้อไข้เลือดออกที่พบในปีนี้มีสัดส่วนเป็นสายพันธุ์ที่ 3 มากขึ้น เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา สายพันธุ์นี้ทำให้เกิดเลือดต่ำ เลือดจะออกง่าย พื้นที่เกิดโรคเปลี่ยนจากภาคใต้มาเป็นภาคกลาง จะต้องเร่งกำจัดลูกน้ำยุงลายให้หมดโดยเร็ว เนื่องจากยุงลายมีการพัฒนาตัวเอง ยุงอาจติดรถยนต์และเดินทางเอาเชื้อออกไปแพร่ถิ่นอื่นได้ และจะนำเอาเชื้อไปแพร่ด้วย

โรคไข้เลือดออกไม่มีการรักษาเฉพาะ การรักษาเพียงประคับประคองอย่างใกล้ชิดโดยการเฝ้าระวังภาวะช็อก และเลือดออก และการให้สารน้ำอย่างเหมาะสมก็จะทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงต่ำกว่าร้อยละ 1 ส่วนวัคซีนป้องกันไข้เลือดออก การผลิตวัคซีนกำลังอยู่ในขั้นพัฒนา แต่มีปัญหาเรื่องเชื้อมี 4 สายพันธุ์ คาดการณ์ว่า จะสำเร็จและใช้ได้ในอนาคตอันใกล้ วิธีป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกที่ดีที่สุดคือการควบคุมการแพร่กระจายของยุงลาย

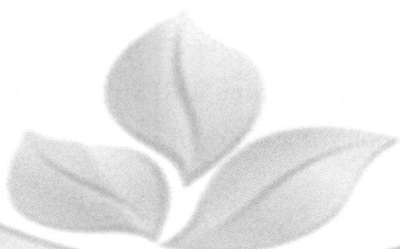
สรุป

โรคไข้เลือดออกช็อก มีพยาธิสภาพที่แตกต่างไปจากช็อกทั่วไปเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอาจเสียชีวิต หลังแก้ไขช็อกได้แล้วยังเกิดพยาธิสภาพแทรกซ้อนขึ้นทุกระบบของร่างกาย ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำ ดังนั้นบุคลากรในทีมต้องมีศักยภาพ มีความรู้ความสามารถเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก จึงจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

บรรณานุกรม

1. Ranjit S, Kisson N,& Jayakumar I. Aggressive management of dengue shock syndrome may decrease mortality rate : A suggest protocol. *Pediatric Critical Care Medicine* 2006;6(4):412-9.
2. Kittikul L, Pitakarnjanakul P, Sujirarat D,& Siripanichgon K. The difference of clinical manifestations and laboratory findings in children and adults with dengue virus infection. *Journal of Clinical Virology* 2007;39:76-81.
3. Kathryn S. Dengue fever : What hope for control?. *The Lancet*, 2007. Available from: URL:<http://infection.thelancet.com>, 7(October), 636.
4. งานระบาดวิทยา. ข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก DF+DHF+DSS. สำนักงานระบาดวิทยา, 2550. Available from: URL:<http://dhf.ddc.moph.go.th/2549.htm>

5. ปราณี ทัฬหีเราะ. คู่มือยา. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : N P Press Limited Partnership;2550.
6. พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. การพยาบาลเด็ก เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี : ยุทธรินทร์ การพิมพ์ ; 2550.
7. รุจกัญไพบูลย์. แนวทางการวางแผนการพยาบาล เด็ก. กรุงเทพมหานคร: นิติบรรณาการ ; 2541.
8. เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง ไมโนยพงศ์. คู่มือตรวจผู้ป่วยนอก. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินติ้ง ; 2550.
9. ดารุณี จงอุดมการณ์. ปวดในเด็ก: การพยาบาล แบบองค์รวมโดยยึดครอบครัวเป็น ศูนย์กลาง. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริออฟเซ็ท ; 2546.
10. Wong DL, Hess CS. Clinical manual of pediatric nursing. St.Louis London Philadelphia Sydney Toronto: Mosby ; 2000.
11. กรรณิกา ลวณะสกล. ผลของการให้ข้อมูล และการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลอย่าง มีแบบแผนต่อความกลัวของเด็กวัยเรียนโรค ไข้เลือดออกในช่วงแรกรับไว้ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ; 2547.
12. พูนสุข บุญสงวน. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ มารดาเด็กในจังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2545.
13. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์ และศิลปะทางการพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง ; 2544.



การพยาบาลเด็ก โรคคาวาซากิที่ไม่เป็นไปตามปกติ (กรณีศึกษา)

Nursing care of Atypical Kawasaki disease (case study)

Yada Phanmeesuk B.N.A.

ญาติ พันธุ์มีสุข ศศ.บ.*

Worarutai Suksin B.N.S.

วรฤทัย สุขสิน พย.บ.*

ABSTRACT

- Background** : Kawasaki disease occurs in children under 5 years of age. The number of cases has increased by year. The main complication involves heart disease. This can lead to sudden death within 1-2 months caused by aneurysm or rupture of the coronary arteries. This is the greatest concern because early detection is essential to give effective treatment to save the patient.
- Objective** : To follow the progression of the disease in a case study. Describe the clinical problems and to establish the best clinical practices to disease management of the case.
- Sample and setting** : One case of diagnosed with Atypical Kawasaki disease in VIP pediatric ward in Surin Hospital (ward 12/3).
- Study design** : This is a 'case study' methodology with the purpose of obtaining results through qualitative research. The course of the illness had been studied at the time of original diagnosis was taken.
- Result** : The patient is a 3.7 years old Thai boy. He had atypical symptoms of Kawasaki disease because he had painful lymph nodes beside his neck and convulsions. Patient presented 'strawberry tongue' and bilateral conjunctivitis in the 6th day after fever. He had no rashes on his trunk or legs and there was no sign of pyuria according to urine analysis. He was treated with intravenous immunoglobulin on the 7th day after fever. The major problem of this patient was fear and distress from convulsions, high fever, severe neck pain and the inability to take in sufficient food and water. The family has endured stress and deep anxiety. Their stresses were relieved by nursing care intervention to alleviate symptoms and prevent patient from disease burden. His clinical symptoms had improved dramatically and morbidity of heart disease was no longer existed.
- Conclusion** : The nursing care plan was set to provide patient care and monitor clinical signs indicated the progression of disease. Concomitantly early diagnosis and treatment from physician could avoid the disease complications.
- Key word** : Nursing care, Kawasaki, Intravenous Immunoglobulin

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์

บทคัดย่อ

- ความเป็นมาของปัญหา :** โรคควาซากิ มีอุบัติการณ์ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี เป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดที่หัวใจและอาจเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันภายใน 1-2 เดือนถัดมา จากเส้นเลือดแดงโคโรนารีที่โป่งพองแตกออก จึงเป็นโรคที่ควรให้ความสำคัญ ในการติดตามอาการและให้การรักษาได้ทันเวลา จึงจะป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้ได้
- วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาการดำเนินโรคของผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยเผชิญ การรักษาพยาบาลที่ได้รับ และผลของการรักษาพยาบาล
- กรณีศึกษาและสถานที่ :** คัดเลือกจากประชากรเด็กป่วยโรคควาซากิ แบบเจาะจง 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคควาซากิที่ไม่เป็นไปตามปกติ ที่หอผู้ป่วยพิเศษกุมารเวชกรรม อาคาร 12 ชั้น 3 โรงพยาบาลสุรินทร์
- วิธีการศึกษา :** เป็นวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ทำศึกษาเป็นรายกรณี โดยศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับ ประวัติการเจ็บป่วย และศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า นับจากวันที่ได้รับการวินิจฉัย จนกระทั่งจำหน่าย ระยะเวลาระหว่าง 26 มีนาคม 2552-4 เมษายน 2552
- ผลการศึกษา :** เด็กชายไทย อายุ 3 ปี 7 เดือน มีอาการแสดงทางคลินิก ที่ผิดแปลกไปจากปกติของโรค เพราะมีอาการ ปวดบวมที่ต่อมน้ำเหลืองข้างคอ และไข้ชัก ร่วมด้วย อาการลิ้นบวมแดง คล้ายผลสตรอเบอรี่ และตาบวมแดง แสดงออกล่าช้า คือพบในวันที่ 6 ของไข้ ไม่มีผื่นขึ้นตามลำตัว แขนขา ผลปัสสาวะไม่มีโปรตีนในปัสสาวะ (Pyuria) รับการรักษาด้วยยา Intravenous Immunoglobulin ในวันที่ 7 ของการมีไข้ มีปัญหาทางสุขภาพ คือ ผู้ป่วยเผชิญกับช่วงวิกฤตและความทุกข์ทรมานจากไข้สูง ชัก ปวดคอ รับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอ ญาติเผชิญกับความเครียดและวิตกกังวล ได้รับการพยาบาล ครอบคลุมในการแก้ไขปัญหา และการป้องกันภาวะเสี่ยงต่างๆ เป็นผลให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นอย่างชัดเจนและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ
- สรุป :** การวางแผนการพยาบาลด้วยความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรค ทำให้ติดตามสังเกตอาการได้อย่างถูกต้อง มีส่วนช่วยให้การวินิจฉัยโรคควาซากิ ได้รวดเร็วแม่นยำ สามารถให้การรักษาได้ทันเวลา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้
- คำสำคัญ :** การพยาบาล โรคควาซากิ Intravenous Immunoglobulin

บทนำ

โรคคาวาซากิ (Kawasaki disease ; KD) หรือ กลุ่มอาการคาวาซากิ (Kawasaki syndrome; KS) เป็นโรคที่มีภาวะไข้สูงในเด็ก มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและเยื่อเมือก (Mucocutaneous involvement) และต่อมน้ำเหลืองที่คอโต เป็นโรคที่พบในเด็กโดยเฉพาะในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี^(1,2) โรคนี้มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นที่หัวใจ และอาจเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันภายใน 1-2 เดือนถัดมา ซึ่งเป็นความสูญเสียอย่างใหญ่หลวง ถ้าสามารถติดตามอาการและให้การรักษได้เร็ว จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้ได้ สาเหตุและการเกิดพยาธิสภาพของโรคยังไม่มีหลักฐานใดที่อธิบายได้อย่างชัดเจน จึงยังถือว่าเป็นโรคใหม่ ที่ทางการแพทย์และด้านการพยาบาลต้องมีการค้นคว้าศึกษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้เขียนจึงมีความสนใจศึกษาค้นคว้าความรู้โรคคาวาซากิ จากเอกสาร งานวิจัย และตำราต่างๆ รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยโรคคาวาซากิ ที่อยู่ในความรับผิดชอบ เพื่อศึกษาการดำเนินโรค ปัญหาสุขภาพ และผลการรักษาพยาบาล จากสถานการณ์จริงที่ปรากฏกับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ และนำความรู้มาเผยแพร่เพื่อเป็นเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยรายต่อไปได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการดำเนินโรคคาวาซากิ ปัญหาสุขภาพ และผลการรักษาพยาบาลในกรณีศึกษา
2. เพื่อเป็นกรณีตัวอย่างใช้ประกอบองค์ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคคาวาซากิ รายต่อไป

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาในผู้ป่วย 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคคาวาซากิที่ไม่เป็นไปตามปกติ ขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษกุมารเวชกรรม อาคาร 12 ชั้น 3 โรงพยาบาลสุรินทร์ ระยะเวลาระหว่างวันที่ 26 มีนาคม-4 เมษายน 2552

วิธีการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วย แบบเจาะจง 1 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคคาวาซากิที่ไม่เป็นไปตามปกติ ขณะรับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษกุมารเวชกรรม อาคาร 12 ชั้น 3 โรงพยาบาลสุรินทร์ ทำการศึกษาประวัติการดำเนินของโรค ปัญหาสุขภาพ และการรักษาพยาบาลย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า นับจากวันที่ได้รับการวินิจฉัย จนกระทั่งจำหน่าย



ผลการศึกษากรณីตัวอย่าง

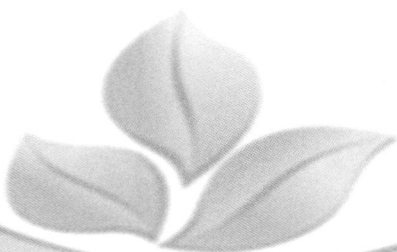
ประวัติการเจ็บป่วย และสุขภาพ

กรณีกศึกษาเป็นเด็กชายไทย อายุ 3 ปี 7 เดือน 25 วัน เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ภูมิลำเนาอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ มาโรงพยาบาลวันที่ 26 มีนาคม 2552 ด้วยอาการสำคัญ 2 วันก่อนมา มีไข้สูง ไอเล็กน้อย ต่อมข้างคอทั้ง 2 ด้าน บวม และปวด ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไข้สูง ไอเล็กน้อย ไม่มีเสมหะ ต่อมข้างคอ 2 ข้าง บวมขึ้น และปวดมาก หันหน้าไปมาไม่ได้ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 1 ปีก่อนเคยเป็น ไข้ชัก ไม่เคยแพ้ยาหรือสารเคมีใดๆ บุคคลในครอบครัวเครือญาติไม่เคยเป็นโรคควาซากิ คลอดปกติ น้ำหนัก 3,200 กรัม สุขภาพแข็งแรง วัคซีนครบ พัฒนาการเป็นไปตามวัย มารดาตาและยายเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ที่อยู่อาศัยเป็นบ้านชั้นเดียว ค่อนข้างอับชื้น

ผลการตรวจร่างกาย

อ่อนเพลีย ซึมเล็กน้อย มีไข้สูง ปวดคอหันไปมาไม่ได้ งอแงหงุดหงิด ผิวแห้งขอบตาลึกตาไม่มีโปน ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ ริมฝีปากแห้งแดง หน้าแดงต่อมที่ข้างลำคอได้แกรมล่างทั้ง 2 ข้าง บวมโต คลำพบเป็นต่อมน้ำเหลือง Sub mandibular และ infraclavicular ทั้ง 2 ข้าง บวมโต ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4 เซนติเมตร กดเจ็บไม่เคลื่อนที่ขอบเรียบ Heart rate no murmur อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้ง/นาที สัญญาณชีพอุณหภูมิ 40.2 °C ชีพจรชัดเจน 120 ครั้ง/นาที ความโลหิตชัดเจน 90/60 mmHg หายใจ 24 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 14 กิโลกรัม

วันที่ 7 ของการเป็นไข้ ปรากฏอาการตาขาวบวมแดง ทั้ง 2 ข้าง ไม่มีขี้ตา ลิ้นบวมแดง (Straw berry tongue) ฝ่ามือ ฝ่าเท้า บวมแดง



แสดงการดำเนินโรคและการรักษาโรคคาวาซากิ

วันที่ของการ นอน ร.พ.	อาการและอาการแสดง	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ						การรักษา	
		CBC:WBC	ESR	Electrolyte			Urine Analysis		
				sodium	potassium	electrolyte total Co ₂			
1	ปวดคอมาก ต่อมน้ำเหลืองที่ คอบวม ใช้สูง อุณหภูมิ 40.20 °C ปวดศีรษะ	26,040cells/mm ³		132 mmol/L	3.9	96	21.3	-	5%D/NSS/2,500cc iv drip 30cc./hr. Cloxacillin 375mg iv ทุก 6 ชม. Fortum 500mg iv ทุก 8 ชม., Paracetamol syr. 1 tsp ● tid pc Cohistan Syr 1 tab ● tid pc
2	มีไข้สูง อุณหภูมิ 40.5 0°C ชักเกร็ง 1 ครั้ง นาน 1 นาที	-	-	-	-	-	-	WBC และ RBC 1-2 cและ 0	5%D/NSS/2,500cc iv drip 40cc./hr.II, D2 1 tab ● ทุก 8 ชม. ถัดอีก
3	มีไข้สูง อุณหภูมิ 39.2-41.0 0°C ปวดศีรษะ ไม่ชักเกร็ง ปวดคอ หันข้างได้เล็กน้อย	16,280 cells/mm ³	115 mm/hr	135 mmol/L	4.42	97	20	-	5%D/NSS/2,500cc iv drip 40cc./hr.II, Gentamicin 70 mg. IV drip OD
4	อ่อนเพลีย มีไข้ อุณหภูมิ 39.3- 40.3 0°C ยังปวดคอ เยื่อตาแดง บวม ลิ้นบวมแดงชัดเจน	18,030 cells/mm ³	120mm/hr	-	-	-	-	-	5%D/NSS/3,500cc iv drip 40cc./hr. IVIG 28 mg., iv drip stat
5	ปวดคอลดลง ไข้ลด อุณหภูมิ 37.0-38.4 0°C เยื่อตาแดง, ตาขาว บวมแดง ลิ้นบวม ฝ่ามือฝ่าเท้าบวมแดง	16,940 cells/mm ³	124 mm/hr	-	-	-	-	-	5%D/NSS/3,500cc iv drip 40cc./hr, ASA gr. iv (30 mg) 1 tab ● tid pc, HS Chest X-ray วันที่ 26 มี.ค. 2552 (ปกติ)
6	ไข้ลดลง อุณหภูมิ 36.7-37.6 0°C ต่อมน้ำเหลืองข้างคอ ริมฝีปาก ลิ้น ฝ่ามือ ฝ่าเท้าบวมแดง เยื่อตาบวม	15,740 cells/mm ³	130 mm/hr	-	-	-	-	-	5%D/NSS/3,500cc iv drip 40cc./hr.
7	อาการทรงตัวไม่เปลี่ยนแปลง	-	-	-	-	-	-	WBC และ RBC 1-2 cและ 0	5%D/NSS/3,500cc iv drip 40cc./hr., OFF Cloxacillir, Fortum, Gentamicin
8	อาการทรงตัวไม่เปลี่ยนแปลง	15,690 cells/mm ³	-	-	-	-	-	-	5%D/NSS/2,500cc iv drip 40cc./hr
9	อาการทรงตัวไม่เปลี่ยนแปลง	-	-	-	-	-	-	-	
10	ไม่มีไข้ ต่อมน้ำเหลืองบวมแดง เป็นปกติ เยื่อตาบวมแดง ช่องปาก และลิ้นไม่บวมโต ฝ่ามือและฝ่าเท้า ปลายเล็บไม่งอก	-	-	-	-	-	-	-	D/C HM. ASA (60 mg) 1 tab ● OD pc /30 tabs, Paracetamol syr. 1 tsp ● pm/60cc ผล Echo วันที่ 30 มี.ค. 2552 (ปกติ)

การวินิจฉัยและแผนการพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาล 1 มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากชักจากไข้สูง

กิจกรรมการพยาบาล การพยาบาลเมื่อมีอาการชักเกร็ง จัดท่านอนให้เป็นท่าตะแคงกึ่งคว่ำ จับเด็กไว้เพื่อป้องกันร่างกายกระแทกกับขอบเตียง หรือตกเตียง ดูดเสมหะ น้ำลาย หรือเศษอาหารออกจากปากและลำคอจนโล่ง งดน้ำและอาหารทุกชนิดทางปาก ใส่ออกซิเจนกล่อง (hood) เปิดการไหลอัตรา 8-10 LPM รายงานแพทย์ และฉีดยาเพื่อลดอาการชักเกร็ง ตามแผนการรักษา Tepid sponge จนกระทั่งอุณหภูมิร่างกายลดลง และให้ยาลดไข้ paracetamol ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือสวนเก็บทางทวารหนัก ตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยา สังเกตลักษณะการหายใจ ถ้าหายใจขัด และริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้า ชีตเขียว คล้ำ ทำการช่วยหายใจโดยใช้ self inflating bag with oxygen 10 LPM จนกระทั่งริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้า แดงขึ้น และผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ จึงหยุดช่วยหายใจ แล้วให้ออกซิเจนตามเดิม เฝ้าระวังภาวะหยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้นอย่างใกล้ชิด สังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนคงที่แล้วต่อไป วัดทุก 4 ชั่วโมง และจัดท่านอนตะแคงให้นอนพักต่อไป ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและเงียบสงบ

การพยาบาลเพื่อป้องกันการชักจากไข้ วัดสัญญาณชีพ ประเมินอุณหภูมิร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีไข้ อุณหภูมิมากกว่า 37.4 °C เช็ดตัวลดไข้แบบ tepid sponge พร้อมกับให้ยาลดไข้ Paracetamol ตามแผนการรักษา ให้ดื่มน้ำ และให้นอนพัก และวัดอุณหภูมิซ้ำหลังเช็ดตัว 30 นาที ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาเพื่อลดอาการชักเกร็ง

Diazepam⁽²⁾ ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา จัดห้องนอนให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป ไม่มีลมโกรกแรงสวมเสื้อผ้าที่หลวม บางสบาย ห่มผ้าบาง 1 ผืน ไม่ห่มคลุมผ้าไว้หนาๆ และติดตามสังเกตอาการชักเกร็งอย่างใกล้ชิด^(3,4,5,6)

ผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีอาการริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียวขณะชักและหลังชัก ลักษณะหายใจหลังชักเกร็งสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที เมื่อพ้นจากชักรู้สึกตัวดี การรับรู้และตอบสนองได้ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งไม่มีอาการชักซ้ำ

วินิจฉัยการพยาบาล 2 มีภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่ เนื่องจาก มีความพร่องในการรับประทานอาหาร

กิจกรรมการพยาบาล ให้ดื่มน้ำผลไม้ หรือน้ำผสมผงเกลือแร่ และน้ำสะอาด และ นม โดยดื่มทีละน้อย และบ่อยๆ รวมวันละประมาณ 1,400-1,600 ซีซี/วัน ให้สารน้ำและเกลือแร่ทดแทนทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ดูแลสารน้ำให้หยุดตรงตามกำหนด และสังเกตอาการแพ้สารน้ำ ทำความสะอาดปาก และพินด้วยน้ำเกลือ 0.9% ใช้แปรงขนนุ่มขัดซอกฟัน ใช้ไม้พันสำลีเช็ดลิ้นและกระพุ้งแก้ม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน ทาครีมฝีปากด้วยวาสลีน บางๆ ดูแลเด็กไม่ให้แกะเกา ริมฝีปากให้บ้วนปากด้วยน้ำอุ่นก่อนรับประทานอาหาร เพื่อช่วยเพิ่มความอยากอาหาร จัดอาหารอ่อนที่เด็กชอบให้รับประทาน เน้นางดอาหารรสจัด ให้ดื่มนมเสริมระหว่างมื้อ บันทึกจำนวนอาหารที่รับประทานได้ บันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและออกไป (record I/O) ชั่งน้ำหนักทุกวัน หลังตื่นนอนตอนเช้า ส่งเลือดตรวจปริมาณ electrolyte ติดตามผล แผลผล และรายงานแพทย์^(3,4,5,6)

ผลการพยาบาล หลังได้รับการพยาบาล 5 วัน ผู้ป่วยสดชื่น ไม่อ่อนเพลีย เดินเล่นนอกนอกห้องได้ น้ำหนักเพิ่มขึ้น เป็น 16 กิโลกรัม ระดับเกลือแร่เพิ่มขึ้น เกือบปกติ คือ Sodium 135 mmol/l, Chloride 97 mmol/l ผิวหนังชุ่มชื้น ขอบตาไม่ลึก ริมฝีปากไม่แห้งแตก รับประทานอาหารได้ 1/2-1 ถาด ต่อมื้อ ได้รับน้ำเข้าสู่ร่างกาย 1,320-1,400 ซีซี/วัน ปัสสาวะออก 560-700 ซีซี/วัน

วินิจฉัยการพยาบาล 3 มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน เนื่องจาก ต่อม้ำเหลืองข้างลำคออักเสบ และมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล การบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน โดย ลดการสัมผัส จับกดบริเวณลำคอ คาง ศีรษะของเด็ก ประคบเบาๆ ด้วยผ้าเย็นบาง และนุ่ม ที่ลำคอบริเวณที่ปวด ให้รับประทานยาลดปวด คือ Paracetamol ตามแผนการรักษา สังเกตผลข้างเคียงของยา และประเมินความปวดเป็นระยะๆ จัดทำอนที่เด็กนอนได้สุขสบาย ใช้ฟองน้ำ และผ้านุ่มหนุนบริเวณศีรษะลำคอ หัวไหล่ จัดสิ่งแวดล้อมในห้องให้เงียบสงบ เหมาะสำหรับการนอน แนะนำให้มารดากล่อม ปลอบโยนเด็ก ในช่วงที่เด็กตื่น นำของเล่นที่เด็กชอบมาให้เล่น เพื่อให้เด็ก ผ่อนคลายสนุกสนานเพลิดเพลิน ช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด ทุกข์ทรมาน สังเกตการณ์นอนและบันทึกเวลานอน หากเด็กไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ และยังมีอาการปวดอยู่มาก รายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้ยาเพิ่มเติม

การลดการอักเสบติดเชื้อ โดยให้ยาปฏิชีวนะ คือยา Fortum, Gentamicin, Cloxacillin ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ให้ยาลดการอักเสบ ปวดบวม คือ ASA (Acetylsalicylic acid) ตามแผนการรักษา

และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ให้ยาสร้างระบบภูมิคุ้มกัน คือ IVIG (Intra Venous Immuno Globulin) และสังเกตอาการข้างเคียงของยา วัตถุประสงค์เพื่อสังเกตภาวะไข้จากการติดเชื้อ ประเมินลักษณะ อาการปวดบวมอักเสบ และขนาดของต่อมน้ำเหลืองที่ข้างคอ และได้กระดูกไหปลาร้า^{4,5,6,7,8}

ผลการพยาบาล หลังได้รับการพยาบาล เพื่อบรรเทาปวด เด็กสดชื่นขึ้น ไม่ร้องไห้แง แต่ยังร้องเจ็บ ปวดเมื่อสัมผัสบริเวณลำคอ 5 วัน หลังให้การพยาบาล เด็กนอนหงาย หनुหมอนได้ หันหน้าไปด้านข้างได้สะดวก นอนหลับกลางวัน 2 ชั่วโมง กลางคืน 8 ชั่วโมง หลังได้รับการพยาบาล 8 วันต่อมน้ำเหลือง sub mandibular nodule และ inferior clavicles nodule ยุบบวมลงเหลือ เส้นผ่าศูนย์กลาง 2 เซนติเมตร หายปวด ไช้ลดลง อุณหภูมิ 36.5-37.4 °C ผลตรวจเลือดเริ่มเข้าสู่ปกติ คือ CBC : WBC 15,690 cell/mm³, Neutrophil 74.1%, Lymphocyte 17%, แต่ค่า ESR 130 mm./hr. ซึ่งยังคงสูงอยู่ จะต้องติดตามสังเกตการณ์ติดเชื้อ และอักเสบในร่างกายต่อไป

วินิจฉัยการพยาบาล 4 อาจเกิดภาวะช็อกและเกิดภาวะแทรกซ้อน จากผลข้างเคียงของยา เนื่องจากได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง

กิจกรรมการพยาบาล ตรวจสอบยา IVIG ก่อนนำมาใช้ โดยดูส่วนประกอบสำคัญในเอกสารกำกับยา ต้องประกอบด้วย อิมมูน 4 ชนิด ได้แก่ Immunoglobulin M (IgM), Immunoglobulin A (Ig A), Immunoglobulin G (IgG or gamma globulin) and Immunoglobulin E (Ig E) และยาควรมีชีวิตอยู่ในร่างกายได้มากกว่า 21 วัน ผลัดภักดิ์ยาต้องผ่านการคัดกรองและปราศจากเชื้อ HIV, Hepatitis B, Hepatitis C ทดสอบการแพ้ยาก่อนให้ยาทุกครั้ง ด้วยการทำ skin test,

เตรียมยา Adrenaline, Dexamethasone, Hydrocortisone, Chlorpheniramine ไว้เพื่อใช้เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการแพ้แบบรุนแรง ให้ยาทางหลอดเลือดดำโดยการหยดช้าๆ ควบคุมอัตราการไหลด้วยเครื่อง infusion pump วัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการผื่นปฏิกิริยาและบันทึก ขณะให้ยา ทุก 15 นาที ของ ชั่วโมงแรก หากผื่นปฏิกิริยา เช่น ตัวเย็น กระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวเปลี่ยน หหมดสติ และมีความดันโลหิตต่ำกว่า 73/39 หรือสูงกว่า 110/72 มม.ปรอท ชีพจร เบาเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือเต้นช้าลงเรื่อยๆ หายใจไม่สม่ำเสมอ หอบมากกว่า 30 ครั้ง/นาที หรือหายใจลำบาก รายงานแพทย์ และแก้ไขทันที ถ้าปกติต่อไปวัด ทุก 1 ชั่วโมง และติดตามสังเกตอาการผื่นปฏิกิริยาอื่น ๆ จนกระทั่งหายหมด สังเกตภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ในช่วงที่ฉีดยา และต่อเนื่องในวันต่อไป ได้แก่ อาการปวดศีรษะ มีผื่นขึ้น อาการตา ตัวเหลือง หรือมีอาการและอาการแสดงของ pulmonary edema ไตวาย เส้นเลือดดำอุดตัน และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (3,4,5,6,7,8,9)

ผลการพยาบาล ขณะและหลังรับยา ไม่มีอาการ ตัวเย็น กระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวเปลี่ยน หหมดสติ มีความดันโลหิตชัดเจนอยู่ระหว่าง 90/60-100/70 มม.ปรอท ชีพจร ชัด 96-110 ครั้ง/นาที หายใจสม่ำเสมอ 24-28 ครั้ง/นาที หลังได้รับยา ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีผื่น ไม่เกิดน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ไม่มีอาการตา-ตัวเหลือง ไม่มีอาการแสดงของภาวะไตวายไม่มีภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน ไม่มีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

วินิจฉัยการพยาบาล 5 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อเพิ่ม เนื่องจากมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ

กิจกรรมการพยาบาล ล้างมือ ก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ทำความสะอาดร่างกาย

ผู้ป่วย ให้บ้วนปากด้วย 0.9% NSS ก่อนอาหาร และหลังอาหารทุก จัดอาหารอ่อนสุกสะอาดปรุงเสร็จใหม่ อย่างน้อย 1,400 Kcal/day ร่างกาย ควรได้รับน้ำ 1,400-1,600 ซีซี/วัน และดูแลให้เพียงพอ ต่อความต้องการของร่างกายเพื่อช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย ดูแลทำความสะอาด กัน หลัง อูจาระและปัสสาวะทุกครั้ง แนะนำไม่ให้อาบน้ำหลังปัสสาวะ จำกัดญาติห้ามผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อเข้าเยี่ยม จัดสิ่งของในห้องให้เป็นระเบียบ ไล่สิ่งสกปรก สังเกตอาการ ไข้ ปัสสาวะบ่อย แสบขัด ผลตรวจปัสสาวะ สังเกตแผลเย็บ ริมฝีปากมีการลูกกลมหรือไม่ สังเกตอาการไอ เจ็บคอ ต่อมนทอนซิลบวม และตรวจสภาพของผิวหนังโดยทั่วไปโดยเฉพาะบริเวณที่แทงเข็มช่องปาก ขาหนีบ รักแร้ ทวารหนัก อวัยวะสืบพันธุ์ ว่ามีการอักเสบบวมแดงหรือไม่^(3,4,5,6)

ผลการพยาบาล ไม่มีการอักเสบ บวมแดง เกิดขึ้นเพิ่มที่อวัยวะใดๆ ไม่มีอาการไข้กลับซ้ำ ไม่มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะสะอาด ไม่แสบขัด ผลตรวจปัสสาวะปกติ ไม่มีการติดเชื้อที่ปอด ไม่ไอ ไม่หอบ ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ

วินิจฉัยการพยาบาล 6 มีโอกาสเกิดอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ เช่น ตกเตียง เหล็กกันเตียงตกทับ แขนขา ตื่นกระแทกกับขอบเตียงเหล็ก เนื่องจากมีความพร้อมในการดูแลตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล จัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงเฉพาะเตียงเด็ก ซึ่งมีราวเหล็กกันเตียงชิดกัน ป้องกันเด็กหลุดตัวออกได้ ยกราวกันเตียงทั้งสองข้างไว้เสมอ เมื่อเด็กอยู่บนเตียง แนะนำให้ญาติช่วยดูแล ระวังอย่างใกล้ชิด สอนเด็กให้ทราบถึงการบาดเจ็บ อันตราย ที่อาจเกิด จากอุบัติเหตุต่างๆ และแนะนำให้ระมัดระวังตนเอง วางหมอนข้างหรือผ้านุ่มรอบขอบเตียงเมื่อเด็กนอนหรือเมื่อทำหัตถการ กับเด็กบนเตียง จัดสิ่งของให้

อยู่รอบตัวเด็ก ให้เป็นระเบียบ เก็บของมีคมและ
สิ่งของที่แตกง่ายไว้พ้นมือเด็ก

ผลการพยาบาล สิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็น
ระเบียบไม่มีของวางเกะกะ ผู้ป่วยไม่กระแทกกับ
ขอบเตียงไม่มีอุบัติเหตุพลัดตกเตียง เหล็กกัน
เตียงตกทับแขนขา หกล้ม

**วินิจัยการพยาบาล 7 ญาติมีความ
เครียด วิตกกังวล เนื่องจากเห็นบุตรมีความทุกข์
ทรมาน และความไม่แน่นอนของสภาวะความ
เจ็บป่วย**

กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพ
ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ให้ รับฟังปัญหาที่ญาติ
บอกเล่า แสดงความเข้าใจ และช่วยแก้ไขทันที
การพยาบาลด้วยความกระตือรือร้นเต็มใจ ใส่ใจ
ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ทุเลาจากอาการปวดทุกขทรมาน
และไข้สูงลอย สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย
อย่างละเอียด บันทึก และรายงานแพทย์เพื่อช่วย
ในการวินิจฉัยโรคได้ชัดเจนขึ้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ
ลักษณะอาการของโรคที่เด็กเป็น และแผนการ
รักษาพยาบาล ประสานงานกับแพทย์เพื่อให้
ข้อมูลแก่ญาติ เกี่ยวกับโรค การรักษา และการ
พยากรณ์โรค ให้คำปรึกษา ด้วยท่าที ที่เป็นกันเอง
เข้าใจเห็นใจให้กำลังใจญาติอยู่เสมอ^(3,4,5,6)

ผลการพยาบาล ญาติมีสีหน้าสดชื่น
ยิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น หลังจากเด็กมีอาการชัดเจนขึ้น
และได้รับการรักษาด้วยยา IVIG ผู้ป่วยมีอาการ
ดีขึ้นอย่างรวดเร็ว มารดา บอกว่าตนเองกังวล
ลดลง และลดการซักถามบ่อยๆ เกี่ยวกับอาการ
ของบุตร

การวางแผนจำหน่าย

ประเมินความสามารถ ความพร้อม และ
ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ
ญาติ ตามหลักทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม⁽¹⁰⁾
โดยให้การพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดในภาวะ
วิกฤติที่ผู้ป่วยมีไข้สูง ชัก เมื่ออาการทุเลาลง
ให้การพยาบาลแบบทดแทนบางส่วนและ
สนับสนุนให้ความรู้ ขณะให้การพยาบาลมีการ
สอดแทรกความรู้และฝึกผู้ปกครองให้ปฏิบัติจริง
การดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องโรค แผนการรักษา
พยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้าน
(11,12)

บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคคาวาซากิ ซึ่งมีผลจากการ
อักเสบของเส้นเลือดขนาดกลางและเล็กทั้ง
ร่างกายผู้ป่วย จะมีการไข้สูงลอยทั้งวัน ผู้ป่วย
กรณีศึกษามีอาการแสดงคือ มีอาการ ปวดบวม
ที่ต่อมน้ำเหลืองข้างคอ และไข้ชักร่วมด้วย
อาการลิ้นบวมแดง คล้ายผลสตรอเบอรี่ และตา
บวมแดง มีอาการแสดงล่าช้า โดยพบอาการ
แสดงในวันที่ 6 ของไข้ ไม่มีผื่นขึ้นตามลำตัว แขน
ขา ถ้าโรคนี้ไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการอักเสบ
ของเส้นเลือดโคโรนารีซึ่งเป็นเส้นเลือดไปเลี้ยง
กล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อมีการอักเสบมากจะเกิดการ
โป่งพองของเส้นเลือดนี้ และมีการอุดตันของ
เส้นเลือด ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาด
เลือดไป หัวใจวายหรือหัวใจทำงานล้มเหลวอาจ
เสียชีวิตได้ เส้นเลือดทั่วร่างกายอาจมีการอักเสบ
เกล็ดเลือดที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงท้ายของการ
ดำเนินโรค จะทำให้เสี่ยงต่อการอุดตันของ
เส้นเลือดเพิ่มขึ้น

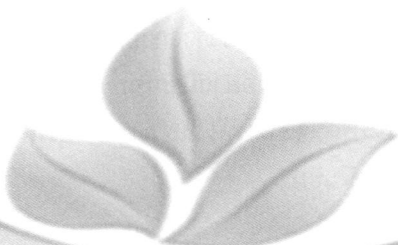
ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับโรคคาวาซากิ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลแก่ญาติผู้ป่วยเนื่องจากมีโอกาสเกิดการอุดตันและมีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงได้ และในเด็กเล็กควรสังเกตอาการแสดงของโรค ให้รีบพามา รับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นการด่วนเพื่อตรวจคลื่นหัวใจ อัลตราซาวนด์หัวใจซ้ำ และให้ยาละลายลิ่มเลือด และขยายหลอดเลือดโคโรนารี ได้รับการรักษาพยาบาลและแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยต้องสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ เป็นการช่วยให้การวินิจฉัยโรค และการรักษาถูกต้องรวดเร็วขึ้น เพื่อช่วยเหลือนักป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน

สรุป

โรคคาวาซากิที่ไม่เป็นไปตามปกติ มีการดำเนินโรคและมีปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน ทำให้ยุ่งยากในวินิจฉัย และให้การรักษาพยาบาล การติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ละเอียดรอบคอบในการประเมินสภาพ และเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล มีส่วนช่วยให้สามารถวินิจฉัยโรคและให้การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนได้

บรรณานุกรม

1. Ngan V. Kawasaki disease (mucocutaneous lymph node syndrome). New Zealand Dermatological Society Incorporated;2007. Available from: URL:<http://www.dermnetnz.org/bacterial/kawasaki.html>
2. Parrillo JS, Parrillo VC. Pediatrics, Kawasaki Disease. Emedicine from web MD;2008. Available from: URL:<http://emedicine.medscape.com/article/804960-overview>
3. วัชรระ จามจุรริรักษ์. โรคคาวาซากิ. มูลนิธิโรคหัวใจเด็ก ; 2549. Available from: URL:http://www.doctordek.com/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=13
4. ปราณี ทุไฟเราะ. คู่มือยา. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : N P Press Limited Partnership;2550.
5. พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. การพยาบาลเด็ก เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี : ยุทธธรินทร์การพิมพ์;2550.
6. รุจา ภูโพนบูลย์. แนวทางการวางแผนการพยาบาลเด็ก. กรุงเทพมหานคร:นิติบรรณาการ; 2541.



7. เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง ไมโนยพงศ์. คู่มือตรวจผู้ป่วยนอก. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: วิ.เจ. พรินติ้ง;2550.
8. ดารุณี จงอุดมการณ์. ปวดในเด็ก: การพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริออฟเซต; 2546.
9. แสนดี ต้นตะกูด. การศึกษาลักษณะทางคลินิกและผลต่อหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคคาวาซากิ ที่ได้รับการรักษาด้วยอิมมูโนโกลบูลินก่อนวันที่ 5 ของการดำเนินโรค. The Royal College of Pediatricians of Thailand;2550. Available from:URL:http://www.thaipediatics.org/detail_journal.php?journal_id=175
10. Moore E. IVIG Therapy. The genuine article.Literally;2006. Available from: URL:http://www.suite101.com/blog/daisyelaine/ivig_therapy
11. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินติ้ง;2544.
12. Wikipedia. โรคคาวาซากิ. The free encyclopedia;2009. Available from: URL:<http://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B9%82>
13. Wong DL, Hess CS. Clinical manual of pediatric nursing. Philadelphia : Mosby ; 2000.

