

# 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 manangement of the case.
- Sample and setting** : One case of diagnosed with Atypical Kawasaki disease in VIP pedi-atrics 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 bi-lateral 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 7<sup>th</sup> 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 ward** : 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<sup>(1,2)</sup> โรคนี้มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นที่หัวใจ และอาจเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันภายใน 1-2 เดือนถัดมา ซึ่งเป็นความสูญเสียอย่างใหญ่หลวง ถ้าสามารถติดตามอาการและให้การรักษได้เร็ว จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้ได้ สาเหตุและการเกิดพยาธิสภาพของโรค ยังไม่มีหลักฐานใดที่อธิบายได้อย่างชัดเจน 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 ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม-4 เมษายน 2552

## วิธีการศึกษา

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



## ผลการศึกษากรณิตัวอย่าง

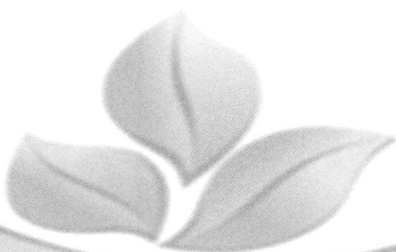
## ประวัติการเจ็บป่วย และสุขภาพ

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

## ผลการตรวจร่างกาย

อ่อนเพลีย ซึมเล็กน้อย มีไข้สูง ปวดคอ  
หันไปมาไม่ได้ งอแขนงอศอกติด ผิวแห้งขอบตาสี  
ตาไม่มีโปน ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ ริมฝีปากแห้ง  
แดง หน้าแดงต่อมที่ข้างลำคอใต้กรามล่างทั้ง  
2 ข้าง บวมโต คลำพบเป็นต่อมน้ำเหลือง Sub  
mandibular และ infraclavicular ทั้ง 2 ข้าง  
บวมโต ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 4 เซนติเมตร กด  
เจ็บไม่เคลื่อนที่ขอบเรียบ Heart rate no murmur  
อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้ง/นาที สัญญาณชีพ  
อุณหภูมิ 40.2 °C ชีพจรชัดเจน 120 ครั้ง/นาที  
ความโลหิตชัดเจน 90/60 mmHg หายใจ 24 ครั้ง/  
นาที น้ำหนัก 14 กิโลกรัม

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



แสดงการดำเนินโรคและการรักษาโรคคาวาซากิ

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

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

**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% ใช้แปร่งขนนุ่มขัดซอกฟัน 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<sup>(3,4,5,6)</sup>



**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<sup>4,5,6,7,8</sup>

**ผลการพยาบาล** หลังได้รับการพยาบาล เพื่อบรรเทาปวด เด็กสดชื่นขึ้น ไม่ร้องไห้แง แต่ยังไม่เจ็บ ปวดเมื่อสัมผัสบริเวณลำคอ 5 วัน หลังให้การพยาบาล เด็กนอนหงาย หनुหมอนได้หันหน้าไปด้านข้างได้สะดวก นอนหลับกลางวัน 2 ชั่วโมง กลางคืน 8 ชั่วโมง หลังได้รับการพยาบาล 8 วันต่อมน้ำเหลือง sub mandibular nodule และ inferior clavicles nodule ยุบบวมลงเหลือ เส้นผ่าศูนย์กลาง 2 เซนติเมตร หายปวด ไข้ลดลง อุณหภูมิ 36.5-37.4 °C ผลตรวจเลือดเริ่มเข้าสู่ปกติ คือ CBC : WBC 15,690 cell/mm<sup>3</sup>, 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 ผลิตภัณฑ์ยาต้องผ่านการคัดกรองและปราศจากเชื้อ 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 ก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้งทำความสะอาดร่างกาย

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 แนะนำไม่ให้อาบน้ำอุ่น ห้ามผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อเข้าเยี่ยม จัดสิ่งของในห้องให้เป็นระเบียบ ไล่สิ่งสกปรก สังเกตอาการ ใช้ ปัสสาวะ บ่อย แสบขัด ผลตรวจปัสสาวะ สังเกตแผลเย็บ ริมฝีปากมีการลอกไหมหรือไม่ สังเกตอาการไอ เจ็บคอ ต่อมนทอนซิลบวม และตรวจสภาพของ ผิวหนังโดยทั่วไปโดยเฉพาะบริเวณที่แทงเข็ม ช่องปาก ขาหนีบ รักแร้ ทวารหนัก อวัยวะสืบพันธุ์ ว่ามีการอักเสบบวมแดงหรือไม่<sup>(3,4,5,6)</sup>

**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<sup>(3,4,5,6)</sup>

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

## การวางแผนจำหน่าย

ประเมินความสามารถ ความพร้อม และ  
ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ  
ญาติ ตามหลักทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม<sup>(10)</sup>  
โดยให้การพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดในภาวะ  
วิกฤติที่ผู้ป่วยมีไข้สูง ชัก เมื่ออาการทุเลาลง  
ให้การพยาบาลแบบทดแทนบางส่วนและ  
สนับสนุนให้ความรู้ ชะนะให้การพยาบาลมีการ  
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

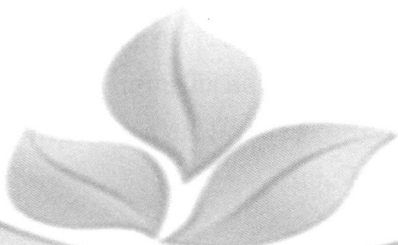
ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับโรคคาวาซากิ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลแก่ญาติผู้ป่วยเนื่องจากมีโอกาสเกิดการอุดตันและมีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงได้ และในเด็กเล็กควรสังเกตอาการแสดงของโรค ให้รีบพามา รับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นการด่วนเพื่อตรวจคลื่นหัวใจ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

## สรุป

โรคคาวาซากิที่ไม่เป็นไปตามปกติ มีการดำเนินโรคและมีปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนทำให้ยุ่งยากในวินิจฉัย 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](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 : ยุทธรินทร์การพิมพ์;2550.
6. รุจา ภูโพนบูลย์. แนวทางการวางแผนการพยาบาลเด็ก. กรุงเทพมหานคร:นิติบรรณาการ; 2541.



7. เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมนียพงศ์. 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.thaipediatrics.org/detail\\_journal.php?journal\\_id=175](http://www.thaipediatrics.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](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.

