

โรค Kawasaki ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ มกราคม 2544-เมษายน 2549

Kawasaki disease in Burirum Hospital Jan. 2001-Apr.2006

วรรณิ์ ดันติประสิทธิ์ พ.บ.*

Abstract

- Background** : Kawasaki Disease is one of the major causes of acquired heart disease in childhood. It is increasingly found especially in Asia. There is an upward trend of this disease in Thailand as well. 15-25% of untreated patients have chance to develop coronary artery aneurysms. Since there has been no specific test to identify affected children, diagnosis can be a problem especially in Burirum province which is the endemic area of many tropical diseases with overlapped clinical features.
- Objective** : To study the epidemiologic patterns, clinical features, treatment and result of treatment in Kawasaki patients.
- Research design** : Retrospective descriptive study.
- Subjects** : From inpatients diagnosed Kawasaki Disease in Burirum Hospital from 1st Jan 2001 to 31st Apr 2006.
- Methods** : Descriptive statistic (mean, median and percent)
- Result** : 12 patients (male: female ratio 1.4:1) age ranging from 6 months to 4.5 years (average age 25 months) were found during period of study (mostly in summer). There were more patients received in summer. Six patients (50%) had atypical Kawasaki Disease. One (8.33%) was presented with congestive heart failure. Most cases were treated with Intravenous Immunoglobulin (IVIG) in early phase of disease but two (16.66%) were not due to delayed diagnosis. Most patients became afebrile within 24-48 hours after completion of the initial dose of IVIG. One had prolonged seven days of fever due to incomplete treatment (received only first dose of IVIG). Two patients (16.66%) with recurrent Kawasaki Disease had delayed diagnosis and inappropriate dose of IVIG in previous treatment. Three patients (25.0%) were referred to another hospital because of no clinical improvement. The others were normal on echocardiograms.
- Conclusion** : Although Kawasaki Disease is not common disease in Thailand, its complications are serious in delayed diagnosed or untreated patients. Physicians should aware of this disease when a child is presented with high fever although the other criteria of disease do not present.
- Key word** : Kawasaki Disease, Kawasaki Syndrome, Mucocutaneous Lymph Node Syndrome

*นายแพทย์ 7 วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขากุมารเวชศาสตร์ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

เหตุผลการวิจัย : โรคคาวาซากิเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคหัวใจที่เป็นภายหลังเกิดในเด็ก พบผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในต่างประเทศโดยเฉพาะประเทศในแถบทวีปเอเชีย ในประเทศไทยก็มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเช่นกัน ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารีได้ถึงร้อยละ 15-25 เนื่องจากไม่มีการตรวจยืนยันที่แน่นอนสำหรับโรคนี้ การวินิจฉัยจึงอาจยังเป็นปัญหาโดยเฉพาะในจังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งเป็นแหล่งชุมชนของโรคติดเชื้อทางเขตร้อนต่างๆ ที่ต้องนำมาพิจารณาแยกโรคร่วมด้วย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษา ระบาดวิทยาของโรค ลักษณะทางคลินิก การรักษาและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคคาวาซากิในโรงพยาบาลบุรีรัมย์

ผู้ป่วยและวิธีการ : ทำการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา จากเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคคาวาซากิ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2544-31 เมษายน พ.ศ.2549

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งหมด 12 ราย อัตราส่วน ชาย:หญิง 1.4:1 อายุตั้งแต่ 6 เดือนถึง 4ปี 6เดือน (เฉลี่ย 25 เดือน) พบจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นในช่วงฤดูร้อน มีผู้ป่วยที่แสดงอาการไม่ครบ 6 ราย (50.0%) มีผู้ป่วย 1 ราย (8.33%) มาด้วยอาการหัวใจวายเลือดคั่ง ส่วนใหญ่ได้รับแกมมาโกลบูลิน (IVIG) ในระยะแรกของโรค มี 2 ราย (16.66%) ไม่ได้รับ IVIG เนื่องจากวินิจฉัยล่าช้า ส่วนใหญ่ไข้ลงภายใน 24-48 ชั่วโมง แต่มีผู้ป่วย 1 รายมีไข้ถึง 7 วันหลังได้ IVIG โดยไม่ได้ IVIG ซ้ำ ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงของโรคซ้ำ 2 ราย (16.66%) ได้รับการวินิจฉัยล่าช้าและได้ IVIG ในขนาดไม่เหมาะสมในการรักษาครั้งแรก ได้ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นเนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น 3 ราย (25.0%) ผู้ป่วยที่เหลือตรวจไม่พบความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารี

สรุป : แม้โรคคาวาซากิเป็นโรคที่พบบ่อยน้อยนัก แต่ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายหากได้รับการรักษาล่าช้าหรือไม่ได้รับการรักษา แพทย์ควรนึกถึงโรคนี้เสมอในการวินิจฉัยแยกโรคเด็กที่มาด้วยอาการไข้สูงแม้ผู้ป่วยยังไม่มีอาการครบทุกข้อตามหลักเกณฑ์

บทนำ

โรคคาวาซากิ (Kawasaki Disease หรือ Mucocutaneous Lymph Node Syndrome) เป็นโรคที่มีอาการไข้ ผื่นที่ผิวหนัง มีการอักเสบของเยื่อเมือกและต่อมน้ำเหลืองที่คอโต มักพบในเด็กเล็ก¹ มีรายงานผู้ป่วยโรคนี้ทั่วโลกและมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี พบผู้ป่วยจำนวนมากในประเทศแถบเอเชีย โดยประเทศญี่ปุ่นมีอุบัติการณ์สูงที่สุด² สำหรับประเทศไทยมีรายงานครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2519³ หลังจากนั้นมียาเพิ่มจำนวนเรื่อยๆ ยังไม่ทราบอุบัติการณ์ของโรคที่แน่ชัดในประเทศไทย แต่มีรายงานจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นในปี พ.ศ.2547 พบผู้ป่วย 2.2 รายต่อเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี 100,000 คน⁴ ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของโรคนี้และไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเพาะ การวินิจฉัยโรคอาศัยหลักเกณฑ์ที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนดไว้ (Clinical Criteria) และตัดโรคอื่นที่มีอาการและอาการแสดงคล้ายคลึงกันออกไป⁵ ความสำคัญของโรคนี้คือ ในเด็กบางรายมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้แก่กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หลอดเลือดแดงโคโรนารีอักเสบ โป่งพองและอุดตัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเสียชีวิตอย่างฉับพลัน⁶⁻⁸ พบว่าการให้แอสไพรินร่วมกับแกมมาโกลบูลิน (IVIG) ในขนาดสูงภายใน 10 วันแรกของโรค สามารถลดอุบัติการณ์การเกิด ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารีลงได้

อย่างมาก⁹ ในระยะหลังมีรายงานผู้ป่วยที่แสดงอาการไม่ครบ (Incomplete Kawasaki Disease) ผู้ป่วยที่แสดงอาการแปลกออกไป (Atypical Kawasaki Disease)¹⁰⁻¹³ มากขึ้น เกิดปัญหาการวินิจฉัยล่าช้าซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดตามมา¹⁴⁻¹⁶ จังหวัดบุรีรัมย์ซึ่งเป็นแหล่งชุมชนของโรคติดเชื้อทางเขตร้อนต่างๆ การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยเหล่านี้อาจยังมีปัญหา จึงเป็นที่มาของรายงานบททบทวนผู้ป่วยฉบับนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษา ระบาดวิทยา ลักษณะทางคลินิก อาการและอาการแสดงอื่นๆที่พบร่วมด้วย การรักษาและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคคาวาซากิ ในโรงพยาบาลบุรีรัมย์

ผู้ป่วยและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2544 ถึง 31 เมษายน พ.ศ.2549 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคคาวาซากิ โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ American Heart Association (AHA) ตามตารางที่ 1¹⁷

ตารางที่ 1 แสดงแนวทางการวินิจฉัยโรคคาวาซากิซึ่งเสนอโดย American Heart Association Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease.

Principal Clinical Findings*

Fever persisting at least 5 days

Presence of at least 4 of the following 5 principal features:

1. Changes in extremities : Acute : Erythema and edema of hands and feet
Convalescent : Membranous desquamation of fingertips
2. Polymorphous exanthema
3. Bilateral, painless bulbar conjunctival injection without exudate
4. Changes in lips and oral cavity : Erythema and cracking of lips, strawberry tongue, diffuse injection of oral and pharyngeal mucosae
5. Cervical lymphadenopathy (≥ 1.5 cm in diameter), usually unilateral

*Patients with fever and fewer than 4 principal symptoms can be diagnosed as having Kawasaki disease when coronary artery disease is detected by 2-dimensional echocardiography or coronary angiography. Other diagnoses should be excluded. The physician should be aware that some children with illness not fulfilling these criteria have developed coronary artery aneurysms.

Many experts believe that in the presence of classic features, the diagnosis of Kawasaki disease can be made by experienced observers before day 5 of fever.

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ แสดงผลเป็นสถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าเป็นร้อยละ (%) มัชฌิมเลขคณิต (mean) และค่ามัธยฐาน (median)

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคคาวาซากิที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ช่วง 1 มกราคม พ.ศ. 2544-31 เมษายน พ.ศ.2549 พบผู้ป่วยทั้งหมด 12 ราย เป็นเพศชาย 7 ราย (58.33%) เพศหญิง 5 ราย (41.66%) อัตราส่วนชาย : หญิงเท่ากับ 1.4:1 อายุเฉลี่ย 2 ปี 1 เดือน

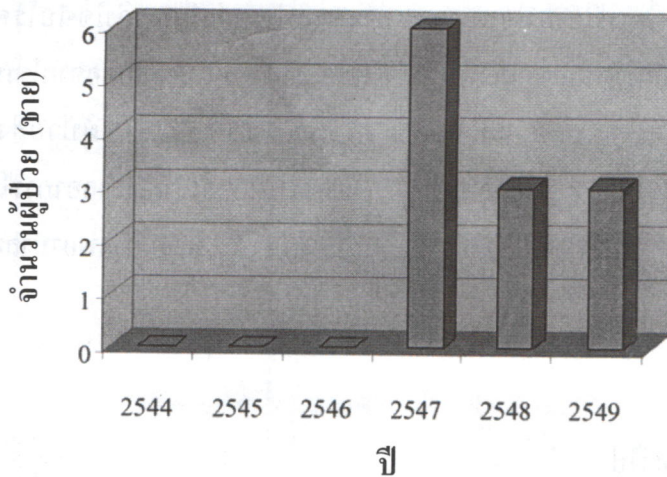
(6 เดือน - 4 ปี 6 เดือน) ทุกรายเป็นเด็กสุขภาพดีไม่เคยป่วยจนต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมาก่อน แต่เมื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าน้ำหนักตัวตามอายุแล้วพบว่าผู้ป่วยมีน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ ปกติ และน้อยกว่าเกณฑ์ เท่ากับ 3, 5 และ 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 25, 41.66 และ 33.33 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยตามฤดูกาลพบว่าจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในฤดูร้อน (66.66%) และไม่พบว่ามีภาวะวินิจฉัยโรคนี้เลยก่อนปี พ.ศ.2547 มีผู้ป่วยรับต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 4 ราย (33.33%) ผู้ป่วยส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล อื่นเนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น 3 ราย (25%) ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 6.71 วัน (3-12 วัน)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ราย(ร้อยละ)	
ชาย	7(58.33)
หญิง	5(41.66)
2. อายุ	
0-1 ปี	3 (25.0)
มากกว่า 1 ปี	9 (75.0)
(อายุเฉลี่ย = มัธยฐาน = 2 ปี 1 เดือน)	
3. น้ำหนัก	
มากเกินเกณฑ์ (> P97 th)	3(25.0)
ปกติ (P50 th)	5(41.66)
น้อยกว่าเกณฑ์ (< P3 rd)	4(33.33)
4. ฤดูกาลที่มารับการรักษา	
มกราคม - เมษายน	8(66.66)
พฤษภาคม - สิงหาคม	1(8.33)
กันยายน - ธันวาคม	3(25.0)
5. การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย	
รับจากโรงพยาบาลชุมชน	4(33.33)
ส่งต่อโรงพยาบาลอื่น	3(25.0)

กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคคาวาซากิ ใน ร.พ.บุรีรัมย์
แยกตามปี ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2544 - 31 เม.ย. 2549



กราฟที่ 1 กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยโรคคาวาซากิในโรงพยาบาลบุรีรัมย์แยกตามปี ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2544-31 เมษายน พ.ศ.2549 พบว่าจำนวนวันที่ผู้ป่วยมีไข้มานาน้อยกว่า 5 วัน และ 5-10 วันก่อนรับไว้ในโรงพยาบาล เท่ากับ 4 และ 8 รายคิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 66.66 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วย 1 รายที่เป็นไข้วันที่ 10 ในวันที่ยอมรับไว้ในโรงพยาบาล พบผู้ป่วย

ที่มีอาการแสดงไม่ครบถึงร้อยละ 50 และผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 1 ปี ทั้ง 3 ราย(25.0%) อยู่ในกลุ่มนี้ ผู้ป่วยทุกรายมาด้วยอาการไข้สูง เกือบทั้งหมดมีผื่น ปากหรือลิ้นแดงพบอาการตาแดงเพียงร้อยละ 50 อาการที่พบร่วมส่วนใหญ่เป็นอาการทางทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ และพบอาการหัวใจวายเลือดคั่ง 1 ราย

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะทางคลินิก

1. จำนวนวันที่มีไข้ก่อนรับไว้ใน รพ.		ราย (ร้อยละ)
น้อยกว่า 5 วัน		4(33.33)
5-10 วัน		8(66.66)
มากกว่า 10 วัน		-
2. การวินิจฉัย		
Classical Kawasaki Disease		6(50.0)
Atypical/ Incomplete Kawasaki Disease		6(50.0)

3. อาการ

ไข้สูง	12(100)
ผื่น	11(91.6)
ปาก หรือ ลิ้นแดง	11(91.6)
ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต	9(75.0)
การเปลี่ยนแปลงที่มือและเท้า	7(58.3)
ตาแดง	6(50.0)

4. อาการที่พบร่วม

ถ่ายเหลว	5(41.66)
น้ำมูก ไอ	4(33.33)
คลื่นไส้ อาเจียน	3(25.0)
ปวดท้อง ท้องอืด	2(16.66)
ปวดเข่า	1(8.33)
Congestive heart failure	1(8.33)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับ IVIG มี 2 รายที่ไม่ได้รับเนื่องจากวินิจฉัยล่าช้า โดยรายแรกอายุ 6 เดือน มีอาการแสดงไม่ครบและผื่นมีลักษณะเป็นตุ่มหนอง หลังจากส่งต่อโรงพยาบาลอื่นได้รับการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจพบว่าปกติ 3 สัปดาห์ถัดมา ผู้ป่วยถูกรับไว้ในโรงพยาบาลอีกครั้งด้วย Recurrent Kawasaki Disease ครั้งนี้ได้ IVIG ตั้งแต่วันที่ 4 ของโรค ผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจสัปดาห์ที่ 8 ของโรคพบว่าปกติ

ผู้ป่วยอีกรายที่ไม่ได้รับ IVIG เป็นเด็กอายุ 4 ปี 6 เดือน ต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ต่อมาเริ่มมีไข้ ได้รับการผ่าตัดเพื่อระบายหนองจากต่อมน้ำเหลืองที่คอแต่ไม่ได้หนอง หลังจากนั้นเริ่มมีปากแดงและเริ่มมีอาการและอาการแสดงของหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งในวันที่ 6 ของโรคจึงส่งมา

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้รับการรักษาอาการหัวใจวายได้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษา Melioidosis และ Staphylococcal infection ต่อมาเริ่มมีผื่นคัน ในวันที่ 9 ของโรค ปลายมือปลายเท้าลอกวันที่ 12 ของโรค ได้ส่งผู้ป่วยรายนี้ต่อเพื่อรักษาและตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ

มีผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล 2 ครั้ง 2 ราย รายแรกเป็นรายที่กล่าวถึงไปแล้ว เบื้องต้น อีกรายเป็นเด็กอายุ 2 ปี 3 เดือน มีอาการและอาการแสดงครบตามเกณฑ์ แต่ได้ IVIG ขนาด 1 กรัมต่อกิโลกรัม ในวันที่ 10 ของโรค ไข้ลงใน 24 ชั่วโมง แต่อีก 4 วันต่อมาผู้ป่วยมีไข้ขึ้นอีกร่วมกับอาการอื่นๆ ตามเกณฑ์ กลับมาใหม่ จึงได้รับ IVIG ในขนาดเดิมอีกครั้ง รายนี้ผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจสัปดาห์ที่ 11 ของโรคพบว่าปกติ

ตารางที่ 4 แสดงการรักษาและผลการรักษา

1. การรักษาด้วย IVIG	ราย (ร้อยละ)
ได้รับ	10(83.33)
ไม่ได้รับ	2(16.66)
2. วันที่ได้รับ IVIG (ไม่รวมผู้ป่วยที่ได้ IVIG ครั้งที่ 2 และผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลซ้ำ)	
ก่อนใช้วันที่ 5	2(16.66)
ก่อนใช้วันที่ 10	7(58.33)
หลังใช้วันที่ 10	1(8.33)
3. ระยะเวลาที่ใช้เริ่มลดหลังได้ IVIG	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 ชั่วโมง	6(50.0)
มากกว่า 24 ชั่วโมง	5(41.66)
ไม่ทราบ 1(8.33)	
4. ผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ	
ไม่พบ coronary aneurysm ที่สัปดาห์ที่ 8 ของโรค	8(66.66)
อยู่ระหว่างการตรวจติดตาม	1(8.33)
ไม่ทราบผล	3(25.0)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ IVIG ในระยะแรก ของโรค(ภายใน 10 วัน) โดยได้ก่อนวันที่ 5 ของโรค 2 ราย (16.66%) เป็น Atypical Kawasaki Disease ทั้งคู่ มีผู้ป่วยได้รับ IVIG หลังวันที่ 10 ของโรค 1 รายเนื่องจากผู้ป่วยมา รับการรักษาเมื่อวันที่ 10 ของโรค และไม่ได้รับการตรวจจากกุมารแพทย์ตั้งแต่แรก

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยตอบสนองต่อ IVIG ดี ไข้ลดใน 24 ชั่วโมง 6 ราย (50%) ไข้ลดหลัง 24 ชั่วโมง 5 ราย (41.66%) แต่ในจำนวนนี้ 3 ราย ไข้ลดใน 48 ชั่วโมง อีก 2 รายไข้ลด

หลังได้ IVIG 4 และ 7 วันตามลำดับ มีผู้ป่วย 1 รายที่ไม่ทราบเนื่องจากได้ IVIG แล้วส่งต่อ โรงพยาบาลอื่นในวันนั้นเลย

ผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ พบ ว่าปกติที่สัปดาห์ที่ 8 ของโรค 8 ราย (66.66%) อยู่ระหว่างการติดตาม 1 ราย (ผลการตรวจ สัปดาห์ที่ 4 ยังไม่พบ coronary artery aneurysm) อีก 3 รายยังไม่ทราบผลเนื่องจาก ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น 2 ใน 3 รายที่ ส่งต่อ ไม่ได้รับ IVIG เนื่องจากการวินิจฉัยล่าช้า

วิจารณ์

ผู้รายงานได้ทบทวนผู้ป่วยโรคคาวาซากิในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2544 ถึง 31 เมษายน พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วยทั้งหมด 12 ราย เพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปี พบผู้ป่วยจำนวนมากขึ้นในฤดูร้อนและจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคล้ายกับรายงานจากประเทศอื่นๆในทวีปเอเชีย^{4, 18-19} อาการทางคลินิกที่พบบ่อยคล้ายกับที่อื่นๆ เช่นกัน ที่น่าสังเกตคือพบผู้ป่วยที่แสดงอาการไม่ครบถึงร้อยละ 50 (6 ราย) และผู้ป่วย 2 รายที่ไม่ได้รับ IVIG เนื่องจากวินิจฉัยล่าช้าก็เป็นผู้ป่วยที่แสดงอาการไม่ครบทั้งคู่ ในจำนวนนี้ 1 รายมี recurrent Kawasaki disease อีกรายมีอาการหัวใจวายต้องส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น ผู้ป่วยที่แสดงอาการไม่ครบ 2 ใน 6 ราย ได้รับ IVIG ก่อนใช้วันที่ 5 ที่เหลือได้รับ IVIG ภายใน 10 วันของโรค ผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ปกติ ยกเว้นรายที่ส่งไปรักษาต่อ ที่ยังไม่ทราบผล เนื่องจากไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้

เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่แสดงอาการไม่ครบมีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดโคโรนารีมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี²⁰ และมีรายงานจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้มากขึ้นเรื่อย ๆ¹⁴ ในระยะหลังมีผู้กล่าวถึงผู้ป่วยโรคคาวาซากิที่แสดง

อาการไม่ครบมากขึ้น มีการอภิปรายถึงการพิจารณาปรับเปลี่ยนหลักเกณฑ์การวินิจฉัยกันอย่างกว้างขวาง^{2, 21-23} แนวทางการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่ชัดเจน แต่มีแนวโน้มที่จะให้ IVIG เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน²⁴

เนื่องจากผู้ป่วยโรคคาวาซากิมีโอกาสมพบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะรายที่ได้รับการรักษาช้าหรือไม่ได้รับการรักษาจากการวินิจฉัยล่าช้าหรือวินิจฉัยผิดพลาด แม้ในปัจจุบันยังไม่ทราบผลระยะยาวของโรคนี้ในผู้ใหญ่ แต่พบความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารีจากการติดตามผู้ป่วยในระยะยาว²⁵⁻²⁸ มีรายงานถึงการเสียชีวิตอย่างฉับพลันจากภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดโคโรนารีที่โป่งพองโดยไม่มีอาการ²⁹⁻³³

จังหวัดบุรีรัมย์เป็นจังหวัดที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนใต้ นอกจากโรคติดเชื้อเขตร้อนที่พบได้บ่อยในแถบนี้เช่น ไข้เลือดออก เมลิออยโดสิส โรคติดเชื้อจากเชื้อซาลโมเนลลา แล้ว ยังต้องวินิจฉัยแยกโรคจากโรคติดเชื้อจากแบคทีเรียและไวรัสอื่นๆ ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ผื่นจากการแพ้ยา ฯลฯ แพทย์ควรนึกถึงโรคคาวาซากิด้วยเสมอในการวินิจฉัยแยกโรคผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยไข้ แม้ผู้ป่วยยังไม่มีอาการและอาการแสดงครบทุกข้อตามหลักเกณฑ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณ พญ.พันธุ์ พันธุ์มัยิต
ที่อนุญาตให้ทบทวนรายงานฉบับนี้ เจ้าหน้าที่
ห้องเวชระเบียนและห้องบัตร พญ.ภาวินี
วงศ์ประสิทธิ์ ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

บรรณานุกรม

1. Kawasaki T, Kosak F, Okawa S, Shigematsu I, Yanagawa H. A new infantile acute febrile mucocutaneous lymph node syndrome prevailing in Japan. *Pediatrics*. 1974;54:271-276.
2. Newburger JW, Taubert KA, Shulman ST et al. Summary and abstracts of the Seventh International Kawasaki Disease Symposium. *Pediatr Res*. 2003;53:153-7.
3. สุมาลี ศรีวัฒนา, สุวรรณิ์ ตั้งพลูสินธนา, โชติมา ปัทมานนท์, ศักดิ์ เตฆางม. โรคคาวาซากิ. *แพทยสภาสาร* 2519;5:550-7
4. Panamonta M, Chaikitpinyo A, Durongpisitkul K et al. Kawasaki disease in central area of Northeast Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2004 ; 87 : 887-90.
5. Council on Cardiovascular Disease in the Young, Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, American Heart Association. Diagnostic Guidelines for Kawasaki Disease. *Circulation*. 2001 ; 103:335-336.
6. Kato H, Sugimura T, Akagi T et al. Long-term consequences of Kawasaki disease. A 10- to 21-year follow-up study of 594 patients. *Circulation*. 1996;94:1379-85.
7. Yoshikawa H, Nomura Y, Masuda K et al. Four cases of Kawasaki syndrome complicated with myocarditis. *Circ J*. 2006;70:202-5.
8. Tsuda E, Arakaki Y, Shimizu T et al. Changes in causes of sudden deaths by decade in patients with coronary arterial lesions due to Kawasaki disease. *Cardiol Young*. 2005 ; 15:481-8.
9. Newburger JW, Takahashi M, Burns JC et al. The treatment of Kawasaki syndrome with intravenous gamma globulin. *N Engl J Med*. 1986;315:341-7.
10. Peduzzi TL, Pitetti RD. Myocardial infarction and atypical Kawasaki disease in a 3-month-old infant. *Pediatr Emerg Care*. 2002;18:e16-9.

11. Hsieh YC, Wu MH, Wang JK et al. Clinical features of atypical Kawasaki disease. *J Microbiol Immunol Infect.* 2002 ; 35:57-60.
12. Tiao MM, Huang LT, Liang CD, Ko SF. Atypical Kawasaki disease presenting as intestinal pseudo-obstruction. *J Formos Med Assoc.* 2006;105:252-5.
13. Diana MC, Villa G, Gattorno M et al. Sudden death in an infant revealing atypical Kawasaki disease. *Pediatr Emerg Care.* 2006;22:35-7.
14. Witt MT, Minich LL, Bohnsack JF, Young PC. Kawasaki disease: more patients are being diagnosed who do not meet American Heart Association criteria. *Pediatrics.* 1999;104:e10.
15. Pannaraj PS, Turner CL, Bastian JF, Burns JC. Failure to diagnose Kawasaki disease at the extremes of the pediatric age range. *Pediatr Infect Dis J.* 2004 ; 23:789-91.
16. Anderson MS, Todd JK, Glode MP. Delayed diagnosis of Kawasaki syndrome: an analysis of the problem. *Pediatrics.* 2005;115:e428-33.
17. Dajani AS, Taubert KA, Gerber MA et al. Diagnosis and therapy of Kawasaki Disease in children. *Circulation.* 1993;87:1776-80.
18. Guo- Ying Huang, Xiao-Jing Ma, Min Huang et al. Epidemiologic pictures of Kawasaki disease in Shanghai from 1998 through 2002. *J Epidemiol* 2006;16:9-14.
19. YM Ng, RYT Sung, LY So et al. Kawasaki disease in Hong Kong, 1994 to 2000. *Hong Kong Med J* 2005;11:331-5.
20. Mason WH, Takahashi M. Kawasaki syndrome. *Clin Infect Dis* 1999 ; 28 : 169-85.
21. Brogan PA, Bose A, Burgner D et al. Kawasaki disease: an evidence based approach to diagnosis, treatment, and proposals for future research. *Arch Dis Child* 2002;86:286-90.
22. G. Simonini, CD Rose, A Vierucci et al. Diagnosing Kawasaki syndrome: the need for a new clinical tool. *Rheumatology* 2005;44:959-961.

23. Mark TW, LuAnn M, John FB, Paul CY. Kawasaki Disease: More patients are being diagnosed who do not meet American Heart Association criteria. *Pediatrics* 1999;104:e10.
24. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the committee on Rheumatic fever, Endocarditis, and Kawasaki disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young. American Heart Association. *Pediatrics* 2004;114:1708-33.
25. Hirata S, Nakamura Y, Matsumoto K, Yanagawa H. Long-term consequences of Kawasaki disease among first-year junior high school students. *Arch Pediatr Adol Med* 2002;156:77-80.
26. M Iemura, M Ishii, T Sugimura et al. Long-term consequences of regressed coronary aneurysms after Kawasaki disease: vascular wall morphology and function. *Heart* 2000;83:307-311.
27. Senzaki H, Chen CH, Ishido H. Arterial hemodynamics in patients after Kawasaki disease. *Circulation* 2005;111:2119-25.
28. Tsuda E, Kamiya T, Ono Y et al. Dilated coronary arterial lesions in the late period after Kawasaki disease. *Heart* 2005;91:177-82.
29. Parisi Q, Abbate A, Biondi-Zoccai GG et al. Clinical manifestations of coronary aneurysms in the adult as possible sequelae of Kawasaki disease during infancy. *Acta Cardiol.* 2004;59:5-9.
30. Bartoloni G, Salvatrice DM, Carlo R. Sudden death in a 21-year-old man caused by thrombosed coronary aneurysm: late sequelae or a very late onset of Kawasaki disease? *Cardiovasc Pathol.* 2002;11:318-21.
31. Seve P, Stankovic K, Smail A et al. Adult Kawasaki disease: report of two cases and literature review. *Semin Arthritis Rheum.* 2005;34:785-92.
32. Fason JT, Fry YW, Smith D. Kawasaki disease in a postpartum patient. *J Natl Med Assoc* 2004;96:1499-502.(abstract)
33. Smith BA, Grider DJ. Sudden death in a young adult: sequelae of childhood Kawasaki disease. *Am J Emerg Med* 1993;11:381-3.