

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลลัพธ์การรักษาโรคคาวาซากิในโรงพยาบาลสุรินทร์

ผการัตน์ แสงกล้า, พ.บ.

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

Received: November 23, 2022 Revised: January 3, 2023 Accepted: February 15, 2023

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: โรคคาวาซากิเป็นโรคที่เกิดการอักเสบของเส้นเลือดที่ไม่ทราบสาเหตุ พบมากในเด็กโดยเฉพาะในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือหลอดเลือดแดงโคโรนารีโป่งพอง (coronary artery aneurysm; CAA) การรักษามาตรฐาน ได้แก่ การให้ยา Immunoglobulin เข้าหลอดเลือดดำ (intravenous immunoglobulin; IVIG) ภายในระยะเวลา 10 วันแรก ของการมีไข้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลลัพธ์การรักษาโรคคาวาซากิในเด็กที่รักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ Retrospective descriptive study ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคคาวาซากิ ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสุรินทร์ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยแบ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยเป็น Complete และ Incomplete Kawasaki disease วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือปัจจัยต่างๆ ที่พบใน Complete KD และ Incomplete KD ด้วย student t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $p \leq 0.05$

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยโรคคาวาซากิทั้งหมด 92 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.87:1 ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดคือ 1 เดือน 23 วัน ช่วงอายุที่พบบ่อยคือ 1-2 ปี (ร้อยละ 33.7) เป็น Complete KD ร้อยละ 70.6 อาการและอาการแสดงที่พบมากที่สุดคือการเปลี่ยนแปลงบริเวณปาก (ร้อยละ 96.7) กลุ่ม Complete KD มีค่า SGPT สูงกว่า Incomplete KD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย IVIG ร้อยละ 94.6 ผล echocardiogram ในผู้ป่วย 78 ราย ครั้งแรกไม่พบ Coronary artery aneurysm แต่เมื่อติดตามผล echocardiogram ครั้งที่สองพบ Medium coronary artery aneurysm 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา

สรุป: โรคคาวาซากิส่วนมากพบในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย IVIG ร้อยละ 94.6 พบ Medium coronary artery aneurysm ในผู้ป่วย 1 ราย

คำสำคัญ: โรคคาวาซากิ, หลอดเลือดแดงโคโรนารีโป่งพอง, อิมมูโนโกลบูลิน, การอักเสบของเส้นเลือด

ORIGINAL ARTICLE

Clinical Outcomes of Kawasaki Disease in Surin Hospital

Pakarat Sangkla, M.D.

Department of Pediatrics, Surin Hospital, Surin Province, Thailand

ABSTRACT

BACKGROUND: Kawasaki Disease (KD) is a systemic idiopathic inflammation of blood vessels commonly found in children aged less than five years which contributes to the leading cause of juvenile heart disease in developed countries. The major complication is Coronary artery aneurysm (CAA) and the standard treatment is the administration of intravenous immunoglobulin within ten days after fever onset to minimize the risk of CAA.

OBJECTIVE: The study aimed to assess the clinical outcomes of Kawasaki Disease treatment among children at Surin Hospital.

METHODS: A retrospective descriptive study was conducted in patients diagnosed with Kawasaki Disease from January 1st 2013 to December 31st 2019. Studied patients were classified as either Complete KD or Incomplete KD following the Kawasaki diagnostic criteria. Data analysis used Package Software. Student t-test for inferential statistics was applied to identify correlations between variables and factors in Complete KD and Incomplete KD groups at a significance level of $p \leq 0.05$.

RESULTS: There were a total of 92 eligible Kawasaki patients comprising a male-to-female ratio of 1.87:1. The youngest patient was aged 1 month and 23 days. The highest incidence of disease was among 1-2 year-olds (33.7%). The incidence of Complete KD and Incomplete KD were 70.6% and 29.4%, respectively. The most common symptom and clinical presentation was oral mucosal changes (96.7%). Comparing between Complete KD and Incomplete KD groups, the SGPT level in the Complete KD group was higher than that of the Incomplete KD group at a significance level of $p = 0.03$. There were 87 patients (94.6%) treated with IVIG. The first echocardiography result of 78 patients was undetected for Coronary artery aneurysm. A follow-up study of echocardiography after discharge found that one patient had a Medium coronary artery aneurysm, and the case was referred for advanced management to Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

CONCLUSION: In Surin Province, Kawasaki Disease was mostly found in children aged less than five years, and 87 cases (94.6%) were treated with IVIG. Only one case presented with a Coronary artery aneurysm after follow-up and was referred to Maharat Nakhon Ratchasima Hospital.

KEYWORDS: kawasaki disease, coronary artery aneurysm, intravenous immunoglobulin, inflammation of blood vessels

บทนำ

โรคคาวาซากิเป็นโรคที่เกิดการอักเสบของเส้นเลือดที่ไม่ทราบสาเหตุพบมากในเด็กโดยเฉพาะในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง¹ เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของโรคหัวใจในเด็กในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว² อาการประกอบด้วย ไข้ เยื่อบุตาอักเสบ มือและเท้าบวมแดง ปากและลิ้นแดง และต่อมน้ำเหลืองโต³ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคคาวาซากิคือ หลอดเลือดแดงโคโรนารีโป่งพอง (coronary artery aneurysm) การรักษามาตรฐาน ได้แก่ การให้ยาอิมมูโนโกลบูลินเข้าหลอดเลือดดำ (intravenous immunoglobulin; IVIG) ภายในระยะเวลา 10 วันแรก ของการมีไข้สามารถลดอุบัติการณ์ของ CAA จากร้อยละ 25 ลงเหลือประมาณร้อยละ 5 เทียบกับการไม่ได้ IVIG ร่วมกับการให้ยาแอสไพรินกินเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดหัวใจ² แต่ปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย IVIG ซึ่งจัดว่าเป็น Refractory Kawasaki Disease ต้องให้การรักษาด้วยยาที่เป็น Second line therapy เช่น pulse methylprednisolone หรือ infliximab⁴ โรคคาวาซากิพบได้ทุกภูมิภาคของโลก⁵ แต่พบมากในทวีปเอเชียโดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่น เกาหลี และไต้หวัน⁶⁻⁸ ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาในโรงพยาบาลลำปาง พบอุบัติการณ์ของโรคคาวาซากิ 28.8 ต่อ 100,000 ของผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี⁹ ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งมีการระบาดของโรค COVID-19 ทั่วโลกพบมีรายงาน Kawasaki-like disease ในเด็กจากหลายประเทศ^{10,11} แต่ข้อมูลการรักษาโรคคาวาซากิในจังหวัดสุรินทร์ยังไม่เคยมีการวิเคราะห์และรายงานมาก่อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลลัพธ์การรักษาโรคคาวาซากิในโรงพยาบาลสุรินทร์เพื่อนำผลการรักษาที่ได้มาพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคคาวาซากิได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การรักษาโรคคาวาซากิในเด็กที่รักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective Descriptive Study เก็บข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย

ว่าเป็นโรคคาวาซากิซึ่งเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 รวม 7 ปี โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ใบบันทึกผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูง (echocardiogram) บันทึกลงใน case record form โดยการศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่ 61/2563

ซึ่งข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เพศ อายุ ภูมิสำเนา อาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูง ผลการรักษาและการติดตามผลการรักษาหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยแบ่งผู้ป่วยโรคคาวาซากิตามเกณฑ์การวินิจฉัยเป็น Complete Kawasaki disease (complete KD) เกณฑ์การวินิจฉัยประกอบด้วยมีไข้ติดต่อกันอย่างน้อย 5 วัน ร่วมกับมีอาการแสดงอย่างน้อย 4 ใน 5 อาการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบริเวณริมฝีปาก (ริมฝีปากแดงและแตก strawberry tongue หรือเนื้อเยื่อบุช่องปากและคอหอยแดง) เยื่อบุตาอักเสบโดยไม่มีขี้ตา มีผื่นแดง (polymorphous rash) ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโตข้างเดียวขนาดมากกว่าหรือเท่ากับ 1.5 ซม. และฝ่ามือฝ่าเท้าบวมแดง Incomplete Kawasaki disease (incomplete KD) ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ AHA² โดยผู้ป่วยจะต้องมีภาวะไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 5 วัน ร่วมกับอาการที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิกดังกล่าวข้างต้นแต่น้อยกว่า 4 ข้อ ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Erythrocyte sedimentation rate (ESR) ≥ 40 mm/hr และตรวจเลือดเพื่อหาเกณฑ์สนับสนุนทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ภาวะซีดเมื่อเทียบกับอายุ เกล็ดเลือด $\geq 450,000/\text{mm}^3$ หรือ c-reactive protein ≥ 3 mg/dl ภายหลังไข้ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป อัลบูมิน ≤ 3 g/dL ค่า alanine aminotransferase สูงกว่า 2.5 เท่า ของค่าปกติ เม็ดเลือดขาวในเลือด $\geq 15,000/\text{mm}^3$ เม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ ≥ 10 เซลล์ต่อกำลังขยายขนาดสูง ซึ่งถ้าพบเกณฑ์สนับสนุนทางห้องปฏิบัติการมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ใน 6 ข้อ ให้การวินิจฉัยว่าเป็น Incomplete Kawasaki disease แต่ถ้าเกณฑ์สนับสนุนทางห้องปฏิบัติการไม่ครบ แต่ผลตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูงเข้าได้กับ

เกณฑ์ ก็สามารถวินิจฉัยว่าเป็น Incomplete Kawasaki disease ได้เช่นกัน ภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีโป่งพองในการศึกษาที่ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ Japanese Ministry of Health (JMH) ได้แก่ ขนาดของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ≥ 3 มม. ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี และขนาดของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ≥ 4 มม. ในเด็กอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี หรือขนาดของหลอดเลือดแดงโคโรนารีโป่งพองขึ้นมากกว่า 1.5 เท่า ของหลอดเลือดบริเวณที่ติดกัน^{12,13} เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโรคคาวาซากิด้วย IVIG ในครั้งแรก (Refractory Kawasaki Disease) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ยังคงมีไข้หรือกลับมาไข้ซ้ำอีกครั้งภายใน 36 ชั่วโมง หลังจากให้การรักษาด้วยยา IVIG ในครั้งแรกเสร็จสิ้น²

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาอุบัติการณ์ของโรคคาวาซากิ ข้อมูล

ตารางที่ 1 baseline characteristic ของผู้ป่วยโรคคาวาซากิ (n=92)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (เดือน) median, (IQR), (min-max)	22.6 (12.9,32.0) (min 0.14, max 6.4)
ช่วงอายุ	
น้อยกว่าเท่ากับ 1 ปี	20 (21.7)
1 ปี-2 ปี	31 (33.7)
2 ปี-3 ปี	24 (26.1)
3 ปี-4 ปี	7 (7.6)
4 ปี-5 ปี	9 (9.8)
5 ปี ขึ้นไป	1 (1.1)
เพศ	
ชาย	60 (65.2)
หญิง	32 (34.8)
ภูมิลำเนา	
สุรินทร์	84 (91.3)
จังหวัดอื่น	8 (8.7)
การมาโรงพยาบาลสุรินทร์	
มาเอง	31 (33.7)
รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น	61 (66.3)

เมื่อแบ่งลักษณะของผู้ป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัยว่าเป็น Complete KD 65 ราย (ร้อยละ 70.6) และ incomplete KD 27 ราย (ร้อยละ 29.4) อาการแสดงที่พบมากที่สุดคือ การเปลี่ยนแปลงบริเวณปาก พบถึงร้อยละ 96.7 อาการระบบอื่นๆ ที่พบร่วมด้วย ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจและท้องเสีย มีผู้ป่วย 1 ราย ที่พบตำแหน่งที่ฉีด

ทั่วไป อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย และใช้สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือปัจจัยต่างๆ ที่พบใน Complete KD และ Incomplete KD ด้วย student t-test, โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $p \leq 0.05$

ผลการศึกษา

ในช่วงที่ทำการศึกษาดังแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยโรคคาวาซากิที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสุรินทร์และเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยทั้งหมด 92 ราย เป็นเพศชาย 60 ราย เพศหญิง 32 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1.87:1 ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด 1 เดือน 23 วัน อายุมากที่สุด 6 ปี 5 เดือน ช่วงอายุที่พบบ่อยคือ 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.7 (ตารางที่ 1)

ปีซีจีบวมแดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ากลุ่ม Complete KD มีค่า SGPT สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นสั่นสะทอนความถี่สูงในผู้ป่วย 78 ราย ในครั้งแรก ไม่พบ Coronary aneurysm ผู้ป่วย 14 ราย ถูกส่งตัวไปตรวจหัวใจด้วยคลื่นสั่นสะทอนความถี่สูงที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาหรือ

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาด้วย IVIG ไม่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ที่ไม่ได้รับ IVIG เนื่องจากตอนที่มาถึงโรงพยาบาลสุรินทร์ไม่มีไข้แล้ว จึงได้รับเพียงแอสไพรินเท่านั้น ผู้ป่วยจำนวน

7 ราย ซึ่งอยู่ในกลุ่ม Complete KD เข้าได้กับเกณฑ์วินิจฉัย Refractory Kawasaki Disease หลังจากได้รับ IVIG ไปอีกครั้งจึงหายไข้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะผู้ป่วยโรคคาวาซากิแยกตามเกณฑ์วินิจฉัย

ลักษณะผู้ป่วยโรคคาวาซากิ	Total (n=92)	Completed KD (n=65)	Incomplete KD (n=27)	p-value
วันที่ได้รับการวินิจฉัยหลังจากมีไข้วันแรก, mean±SD	7.2±2.8	7.2±3.0	7.4±2.1	0.65
ระยะเวลาทั้งหมดของการมีไข้, mean±SD	8.5±2.9	8.6±3.2	8.0±2.1	0.33
ระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล (วัน), mean±SD	4.9±2.5	5.0±2.5	4.7±2.4	0.64
อาการและอาการแสดง (ร้อยละ)				
การเปลี่ยนแปลงบริเวณปาก	89 (96.7)	65 (100)	24 (88.9)	
Red lip	45 (48.9)	35 (53.9)	10 (37.0)	
Crack lip	62 (67.4)	43 (66.2)	19 (70.4)	
Strawberry tongue	42 (45.7)	32 (49.2)	10 (37.0)	
Injected pharynx	17 (18.5)	12 (18.5)	5 (18.5)	
เยื่อบุตาอักเสบแบบไม่มีขี้ตา	80 (87.0)	62 (95.4)	18 (66.7)	
ผื่นแดง	78 (84.8)	59 (90.8)	19 (70.4)	
ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโต	37 (40.2)	33 (50.8)	4 (14.8)	
การเปลี่ยนแปลงของมือและเท้า	55 (59.8)	47 (72.3)	8 (29.6)	
อาการทางระบบหายใจ	33 (35.9)	24 (36.9)	9 (33.3)	
ท้องเสีย	27 (29.4)	17 (26.2)	10 (37.0)	
ตำแหน่งที่ฉีดบีซีจีบวมแดง	1 (1.1)	1 (1.5)	0	
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ, mean±SD				
ESR (mm/hr)	84.0±26.4	81.3±26.0	90.7±26.7	0.12
Hb (mg%)	9.96±1.2	9.95±1.1	9.99±1.37	0.89
WBC (*10 ³ cell/mm ³)	16.4±5.8	16.2±6.2	16.8±4.7	0.62
PMN (%)	64.7±14.7	65.0±15.5	64.2±12.8	0.81
LYMPH (%)	26.6±11.8	26.6±11.9	26.4±11.8	0.95
Platelet after 7 th day of fever (*10 ³ cell/mm ³) (n=44)	548.9±187.3	532.7±173.6	592.3±222.4	0.35
SGPT (U/L) (n=89)	86.0±89.1	99.2±98.4	54.0±49.0	0.03
Serum albumin (g/dl) (n=88)	3.4±0.4	3.3±0.4	3.5±0.4	0.10
Pyuria (n=86) (ร้อยละ)	33 (35.9)	26 (40)	7 (26)	0.35
การรักษาด้วย IVIG (ร้อยละ)				
ไม่ได้	5 (5.4)	3 (4.6)	2 (7.4)	0.63
ได้ 1 dose	80 (87.0)	55 (84.6)	25 (92.6)	0.19
ได้ 2 doses	7 (7.6)	7 (10.8)	0 (0.0)	0.19
ผลการตรวจ Echocardiogram (n=78) (ร้อยละ)				
Increase perivascular brightness	61 (78.2)	39 (73.6)	22 (88)	0.06
Pericardial effusion	35 (44.9)	22 (41.5)	13 (52.0)	0.24
Mitral regurgitation	16 (20.5)	9 (17.0)	7 (28.0)	0.24
Aortic regurgitation	1 (1.3)	1 (1.9)	0 (0.0)	1.00
Coronary artery ectasia	25 (32.1)	19 (35.9)	6 (24.0)	0.61

การติดตามผล echocardiogram ครั้งที่ 2 หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว จากข้อมูลที่บ้านที่ไ้พบว่ามี การติดตามที่เร็วที่สุด 2 สัปดาห์ จนถึง 9 เดือน ซึ่งมีผู้ป่วยกลับมาติดตามการตรวจจำนวน 54 ราย ซึ่งพบว่าผลปกติ 48 ราย ยังมี Mild ectasia of coronary artery 5 ราย เมื่อติดตามต่อไปพบว่ากลับมาเป็นปกติทั้ง 5 ราย โดยผู้ป่วยที่ใช้เวลานานที่สุดจนกลับมาเป็นปกติคือ 3 ปี 2 เดือน และพบ Medium coronary aneurysm 1 ราย ซึ่งส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา

อภิปรายผล

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรค Kawasaki เพศชายมากกว่าหญิงอัตราส่วน 1.8:1 ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น^{5,9} ซึ่งพบเพศชายต่อเพศหญิง 1.3:1 ถึง 1.7:1 แต่แตกต่างจากการศึกษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกที่พบเพศชายต่อเพศหญิง 1:1.1¹⁴ ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 99 มีอายุน้อยกว่า 5 ปี ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ประมาณร้อยละ 90 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดจากการศึกษานี้คือ 1-2 ปี (ร้อยละ 33.7) อาการแสดงที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบริเวณปาก เยื่อตาแดงและผื่นแดง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่พบผื่นแดงเป็นอันดับที่ 2⁹ อาการทางระบบหายใจพบร้อยละ 35.9 ท้องเสียพบร้อยละ 29.4 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาที่จังหวัดลำปาง⁹ แต่ใกล้เคียงกับการศึกษาที่จังหวัดพิษณุโลก ตำแหน่งที่ฉีดบีซีจีพบแดงพบ 1 ราย (ร้อยละ 1.1) ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาอื่น¹⁴

เมื่อจำแนกตามเกณฑ์การวินิจฉัยพบ Complete KD (ร้อยละ 70.6) และ Incomplete KD (ร้อยละ 29.4) ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา⁹ แต่แตกต่างจากการศึกษาอื่นที่พบทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน¹⁴ จากการเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มพบว่ากลุ่มของ Complete KD มีค่า SGPT สูงกว่ากลุ่ม Incomplete KD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ของผู้ป่วยโรค Kawasaki ในการศึกษา พบว่ามีค่าเฉลี่ยของระดับ ESR สูง และยังพบภาวะซีดเมื่อเทียบกับอายุเช่นเดียวกับการศึกษาของต่างประเทศ^{1,11} แต่จังหวัดสุรินทร์พบ

อุบัติการณ์ของโรคธาลัสซีเมียและภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอัตราที่สูง ดังนั้นการนำภาวะซีดมาประกอบการวินิจฉัยโรค Kawasaki ควรคำนึงถึงโรคและภาวะนี้ด้วย และอาจต้องใช้ผลการตรวจหัวใจด้วยเครื่องตรวจคลื่นความถี่สูงมาช่วยในการวินิจฉัย ผู้ป่วยโรค Kawasaki ที่มีค่าเฉลี่ยของระดับ serum albumin อยู่ในระดับใกล้เคียงกับค่าปกติ จากการศึกษาในผู้ป่วยโรค Kawasaki ที่ได้รับการตรวจหัวใจด้วยเครื่องตรวจคลื่นความถี่สูงครั้งแรกจำนวน 78 ราย ไม่พบ Coronary artery aneurysm แต่เมื่อตรวจในครั้งที่ 2 พบ Medium coronary artery aneurysm 1 ราย จาก 54 ราย และผู้ป่วยถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นที่พบ Coronary artery aneurysm มากกว่า^{9,14} การศึกษานี้ไม่พบภาวะ Pericarditis congestive heart failure และ Myocarditis

ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย IVIG รวม 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.6 พบ Refractory Kawasaki Disease 7 ราย (ร้อยละ 7.6) ต่ำกว่าการศึกษาอื่น^{9,15} ซึ่งหลังจากได้รับ IVIG ไปอีกหนึ่งครั้งจึงหายไ้ไม่มีผู้ป่วยรายใดได้ยาอย่างอื่นในการรักษา ต่างจากการศึกษาอื่นที่ใช้ยา infliximab หรือ steroid⁵ ผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ที่ไม่ได้รับ IVIG เนื่องจากตอนที่มาถึงโรงพยาบาลสุรินทร์ ไม่มีไข้แล้วจึงได้รับเพียงแอสไพรินเท่านั้น และผลการตรวจ echocardiogram ในกลุ่มนี้ไม่พบ Coronary aneurysm

จากการศึกษานี้พบว่าในจังหวัดสุรินทร์โรค Kawasaki ส่วนมากพบในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย IVIG 87 ราย (ร้อยละ 94.6) ผลตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูงในครั้งแรกของผู้ป่วย 78 ราย ไม่พบ Coronary artery aneurysm เมื่อติดตามผลการตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนความถี่สูงเป็นครั้งที่ 2 พบ Medium coronary artery aneurysm ในผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน: ไม่มี

เอกสารอ้างอิง

1. Newburger JW, Takahashi M, Burns JC. Kawasaki disease. *J Am Coll Cardiol* 2016;67:1738-49.
2. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, Burns JC, Bolger AF, Gewitz M, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a scientific statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2017[cited 2022 Nov 17];135(17):e927-e99. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/epdf/10.1161/CIR.0000000000000484>.
3. Singh S, Jindal AK, Pilania RK. Diagnosis of Kawasaki disease. *Int J Rheum Dis* 2018;21:36-44.
4. Crayne CB, Mitchell C, Beukelman T. Comparison of second-line therapy in IVIg-refractory Kawasaki disease: a systematic review. *Pediatr Rheumatol Online J* [Internet]. 2019[cited 2022 Nov 18];17(1):77. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6882052/pdf/12969_2019_Article_380.pdf
5. Dominguez SR, Birkholz M, Anderson MS, Heizer H, Jone PN, Glode MP, et al. Diagnostic and treatment trends in children with Kawasaki disease in the United States, 2006-2015. *Pediatr Infect Dis J* 2019;38:1010-4.
6. Singh S, Vignesh P, Burgner D. The epidemiology of Kawasaki disease: a global update. *Arch Dis Child* 2015;100:1084-8.
7. Kim GB, Han JW, Park YW, Song MS, Hong YM, Cha SH, et al. Epidemiologic features of Kawasaki disease in South Korea: data from nationwide survey, 2009-2011. *Pediatr Infect Dis J* 2014;33:24-7.
8. Lin MT, Wu MH. The global epidemiology of Kawasaki disease: review and future perspectives. *Glob Cardiol SciPract* [Internet]. 2017[cited 2022 Nov 18];2017(3):e201720. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5856963/pdf/gcsp-2017-3-e201720.pdf>
9. Muangyod N. The incidence and characteristics of Kawasaki disease in Lampang : a case series. *Thai J Pediatr* 2561;57:257-67.
10. Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A, Martelli L, Ruggeri M, Ciuffreda M, et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. *Lancet* [Internet]. 2020[cited 2022 Nov 18];395(10239):1771-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7220177/pdf/main.pdf>
11. Toubiana J, Poirault C, Corsia A, Bajolle F, Fourgeaud J, Angoulvant F, et al. Kawasaki-like multisystem inflammatory syndrome in children during the covid-19 pandemic in Paris, France: prospective observational study. *BMJ* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 18];369:m2094. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7500538/>
12. Pilania RK, Bhattarai D, Singh S. Controversies in diagnosis and management of Kawasaki disease. *World J ClinPediatr* 2018;7:27-35.
13. JCS Joint Working Group. Guidelines for diagnosis and management of cardiovascular sequelae in Kawasaki disease (JCS 2013). digest version. *Circ J* 2014;78:2521-62.
14. Pongwilairat K. Clinical outcomes of Kawasaki disease in children. *Buddhachinaraj Medical Journal* 2016;33:168-77.
15. Ha KS, Lee J, Lee KC. Prediction of intravenous immunoglobulin resistance in patients with Kawasaki disease according to the duration of illness prior to treatment. *Eur J Pediatr* 2020; 179:257-64.