



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
Jainad Narendra Hospital

ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค Kawasaki ชนิดไม่ครบเกณฑ์วินิจฉัย : กรณีศึกษา

สุรภา ปภากรเกตุรัตน์ *

บทคัดย่อ

โรคคาวาซากิ (Kawasaki) มักเกิดในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หากได้รับการรักษา อาจส่งผลกระทบท่อหลอดเลือดหัวใจ และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โรคคาวาซากิไม่สามารถป้องกันได้ แต่รักษาได้ หากตรวจวินิจฉัยให้การรักษาทันที จะสามารถลดสถานะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอันตรายต่อชีวิตได้

ผู้ป่วยกรณีศึกษา เด็กชายอายุ 7 เดือน 28 วัน มารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 1 มกราคม 2566 ด้วยอาการมีไข้สูงร่วมกับถ่ายอุจจาระเหลวก่อนมารพ. 3 วัน นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำและได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ อาการยังไม่ทุเลา ผู้ป่วยยังมีไข้สูง ริมฝีปากแดง แห้ง มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ขวาท 1.5 cm มีผื่นแดงนูนที่ขา 2 ข้างเล็กน้อย แพทย์ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร

จากอาการและอาการแสดงร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ผล (Erythrocyte Sedimentation rate) ESR และ C-reactive protein (CRP) สูง แพทย์จึงวินิจฉัยเป็นโรค Kawasaki ชนิด Incomplete Kawasaki ได้รับการรักษาโดยให้ Intravenous immune globulin (IVIG) และยาแอสไพริน (Aspirin) ระหว่างการให้การรักษาลดไข้ เฝ้าระวังภาวะชกจากไข้สูง ลดการติดเชื้อในร่างกาย ลดความไม่สุขสบายจากผื่นคัน ป้องกันภาวะขาดสารน้ำและอาหาร ลดความวิตกกังวลของผู้ดูแลร่วมกับการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วย และสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปกครอง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ จำหน่ายกลับบ้านได้ วันที่ 6 มกราคม 2566 ผู้ป่วยมีอาการปกติไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ แพทย์ได้นัดส่งตรวจคลื่นหัวใจ (Echo) ที่โรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์ เพื่อเป็นการติดตามอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้ พบว่าผลปกติ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

พยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจการดำเนินของโรค มีบทบาทสำคัญในการประเมินวางแผน การพยาบาลติดตามอาการ อาการแสดง รวมทั้งติดตามผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ มีส่วนช่วยให้การวินิจฉัยโรคที่รวดเร็วแม่นยำ ตลอดจนการเฝ้าระวังผลข้างเคียง และอาการแพ้รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะให้ยา IVIG และ ยา ASA ร่วมกับการดูแลความสุขสบายให้แก่ผู้ป่วยเด็ก และลดความวิตกกังวลของผู้ปกครอง ส่งผลให้การดูแลรักษาประสบความสำเร็จและผู้ป่วยเด็กปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในภายหลัง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร

โรคคาวาซากิเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด คาดว่าเกิดจากการอักเสบของหลอดเลือด พบมากในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารีโดยในระยะแรกของโรคพบว่าการขยายตัวของหลอดเลือดแดงโคโรนารีได้ประมาณร้อยละ 30 การรักษาโรคคาวาซากิในปัจจุบัน ได้แก่ การให้ยา IVIG และติดตามภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีผิดปกติ หากไม่ได้รับการรักษา อาจส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดโป่งพอง ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 25 ในขณะที่มีการโป่งพองของหลอดเลือดแดงจะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ดี และอาจเป็นเหตุให้เกิดการเสียชีวิตในเด็ก ด้วยโรคหัวใจในเวลาต่อมา โรคคาวาซากิพบมากในทวีปเอเชีย โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่น เกาหลีและไต้หวัน พบในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า โรคคาวาซากิในประเทศไทยพบครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2519 เป็นโรคที่พบไม่บ่อย ยังไม่มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดที่ชัดเจน มีการคาดการณ์ในแต่ละปี ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี โดยเฉลี่ยพบประมาณ 70 - 100 ราย/ปี จำนวนทั่วประเทศ 300 ราย/ปี ปัจจุบันยังไม่มีการวินิจฉัยเฉพาะ ดังนั้นจึงต้องอาศัยอาการทางคลินิก คือ มีไข้ติดต่อกันมากกว่า 5 วัน ร่วมกับอาการแสดง 4 ใน 5 ข้อ ได้แก่ ผื่น ตาแดง อาการเปลี่ยนแปลงริมฝีปากและในช่องปาก การเปลี่ยนแปลงของมือและเท้าวมแดง ซึ่งในลักษณะหลังอาจพบการลอกของผิวหนังบริเวณฝ่ามือฝ่าเท้า และต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการทางคลินิกครบชัดเจน จัดอยู่ในกลุ่ม Typical Kawasaki disease ส่วนผู้ที่มีอาการทางคลินิกน้อยกว่า 4 ข้อ ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ESR, CRP กรณีที่ ESR ≥ 40 mm/hrs. หรือ CRP ≥ 3 mg/dl เพื่อหาเกณฑ์สนับสนุนทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ 1) อัลบูมิน ≤ 3 g/dl 2) ภาวะซีดเมื่อเทียบกับอายุผู้ป่วย 3) ALT สูงกว่า 2.5 เท่าของค่าปกติ 4) เกร็ดเลือด $\geq 450,000$ cells/dl 5) เม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ ≥ 10 cells/dl 6) เม็ดเลือดขาวในเลือด $\geq 15,000$ cells/dl กรณี ที่พบเกณฑ์สนับสนุนทางห้องปฏิบัติการ ≥ 3 ใน 6 ข้อให้การวินิจฉัยว่า Incomplete Kawasaki และ ให้การรักษาได้ทันที แต่ถ้าเกณฑ์สนับสนุนทางห้องปฏิบัติการยังไม่ครบ ให้ส่งตรวจหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูง (Echocardiogram) เพิ่มเติม ถ้าผลเข้าได้กับเกณฑ์ก็วินิจฉัยว่าเป็นโรคคาวาซากิที่มีอาการไม่ครบได้

สำหรับโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีจำนวนผู้ป่วยเด็กด้วยโรคคาวาซากิจำนวน 8 ราย 6 ราย และ 7 ราย ตามลำดับ ถึงแม้มีจำนวนน้อย แต่เนื่องจากโรคนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีโป่งพองได้ ผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วยเด็กได้อย่างรวดเร็ว มีความเชี่ยวชาญในการให้ยา IVIG ให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากผลข้างเคียง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กหายจากโรคและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระยะสั้นและระยะยาว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมจึงมีความสนใจศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคคาวาซากิ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดจำนวนวันนอนได้

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 7 เดือน 28 วัน เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร วันที่ 1 มกราคม 2566 จำหน่ายวันที่ 6 มกราคม 2566 รวมเวลาอยู่ในโรงพยาบาล 5 วัน

1. รวบรวมข้อมูล

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด
แพทย์วินิจฉัย R/o Kawasaki disease

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

6 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไข้สูงถ่ายอุจจาระเหลว 6 ครั้ง/วัน ยังไม่ได้รับการรักษาที่ใด 3 วันก่อนมายังมีไข้สูงถ่ายเหลว ได้รับการตรวจรักษาและนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการรักษาด้วยสารน้ำทางหลอดเลือดดำและยาต้านจุลชีพอาการยังไม่ทุเลา ผู้ป่วยยังมีไข้สูงริมฝีปากแดงแห้งมีต่อมน้ำเหลืองที่คอค่านวาท 1.5 เซนติเมตรมีผื่นแดงนูนที่ขาทั้งสองข้างเล็กน้อย แพทย์ R/o Kawasaki disease จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธ

ประวัติการเกิดและพัฒนาการ

คลอดปกติที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ไม่มีประวัติตรวจพบอาการผิดปกติก่อนและหลังคลอด อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 3,220 กรัม

การเจริญเติบโตและพัฒนาการ

การเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย

การได้รับภูมิคุ้มกัน

ครบตามเกณฑ์

2. การตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้อง

อาการและอาการแสดง แรกรับอุณหภูมิร่างกาย 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 160 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/86 มิลลิเมตรปรอท ตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ริมฝีปากแดงและแห้ง มีผื่นแดงนูนเล็กน้อยที่ขาทั้งสองข้าง ต่อมน้ำเหลืองที่คอค่านวาทประมาณ 1.5 เซนติเมตร ไม่มีตาแดง ไม่มีลิ้นแดง

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ในวันแรกรับ 1 มกราคม 2566

CBC : WBC 16,770 Cells/UL Hct 29.4% Hb 92 g/dl Plt 438,000 /UL

Alb 2.8 g/dl AST 74 U/L ALT 33 U/L CRP 72 mg/dl ATK- Negative

วันที่ 2 มกราคม 2566

แพทย์สั่งตรวจ ESR เพิ่มเติม ESR 89 mm/hr.

การวินิจฉัยโรคครั้งแรก

R/o Kawasaki disease

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

Incomplete Kawasaki disease

4. สรุปประวัติการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 1 มกราคม 2566 รับผู้ป่วยเด็กชายจากห้องฉุกเฉินด้วยอาการมีไข้สูง ถ่ายอุจจาระเหลว ริมฝีปากแดงแห้ง รับประทานอาหารได้น้อยก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษาโดยให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ ยาต้านจุลชีพ Augmentin 360 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง Paracetamol (250 mg/5 cc) 3 CC รับประทานเวลามีไข้ ≥ 37.5 องศาเซลเซียส ORS จิบเมื่อถ่ายอุจจาระเหลวอ่อนเพลีย Smecta (1ซองผสมน้ำ 15cc) 5 cc รับประทานอาหารวันละ 3 เวลา Znpaste ทากัน วันที่ 2 มกราคม 2566 ผู้ป่วยยังมีไข้สูง 38.6 - 39 องศาเซลเซียส ผลจากการตรวจ ESR 89 mm/hrs. แพทย์ให้การรักษาด้วย ยา IVIG 20g IV ใน 12 ชั่วโมง (2g/kg/Dose) ให้รับประทาน ASA (81mg) 2 tab วันละ 4 เวลา หลังอาหาร (high dose 90 mg/kg/Day) และให้ยา Omeprazole 10 mg IV วันละครั้ง

ขณะให้ยา IVIG ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ หลังจากรับยา IVIG ไข้ลดลง อาการดีขึ้น ตามลำดับ วันที่ 6 มกราคม 2566 ผู้ป่วยไม่มีไข้ ผื่นตามตัวลดลง ถ่ายอุจจาระปกติ รับประทานอาหารได้ ปกติ เล่นได้ร่าเริงดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยให้ยาไปรับประทานต่อที่บ้าน ASA (81) ครั้งเม็ด วันละครั้งหลังอาหารเช้า แพทย์ส่งผู้ป่วยไปตรวจ Echocardiogram ที่โรงพยาบาลศูนย์ สวรรค์ประชารักษ์ (OPD case) วันที่ 20 มกราคม 2566 เพื่อตรวจติดตามภาวะแทรกซ้อน ผล การตรวจ Echocardiogram : Normal Coronary Artery และมีการนัดตรวจติดตามดูอาการต่อไป

5. การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการโป่งพองและลิ่มเลือดอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ จากการ อักเสบของผนังหลอดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

ได้รับการวินิจฉัย Kawasaki disease จากไข้ > 5 วัน มีผื่นแดงนูนที่ขา 2 ข้าง ต่อมมน้ำเหลือง ที่คอโต 1.5 เซนติเมตร ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC =16,770 cells/dl ESR 89 mm/hrs. CRP 72 mg/dl Plt. 438,000 /ul AST 74 u/l ALT 33 u/l Alb 2.8 g/dl

วัตถุประสงค์ ป้องกันการเกิดการโป่งพองและลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดหัวใจ

เกณฑ์การประเมิน ไม่พบการโป่งพองหรืออุดตันของหลอดเลือดหัวใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามประเมินการทำงานของหัวใจโดยสังเกตอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจและอาการ ที่แสดงถึงภาวะหัวใจขาดเลือด อาการเขียว อัตราการเต้นของหัวใจลดลง
2. ประเมินอาการที่อาจเกิดการอุดตันของหลอดเลือดดำบริเวณส่วนปลาย โดยตรวจคลำ ความอุ่นส่วนปลายมือ ปลายเท้า และประเมินการไหลเวียนเลือดส่วนปลาย
3. ให้ยา ASA หลังอาหารทันที เผื่อระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ การมีเลือดออกตามร่างกาย ภาวะอาหาร
4. ดูแลให้ได้รับ IVIG 20 g IV ใน 12 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาและเผื่อระวังอาการข้างเคียงของยา

ประเมินผล

หลังการรักษาไม่พบอาการของภาวะหัวใจขาดเลือดหรือการอุดตันของหลอดเลือดดำส่วนปลาย Capillary Refill น้อยกว่า 2 วินาที ไม่พบอาการเลือดออกในภาวะอาหาร

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 อาจเกิดภาวะช็อก และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยา เนื่องจากได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง

ข้อมูลสนับสนุน แพทย์ให้การรักษาคด้วย IVIG 20 g IV ในเวลา 12 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนจากการให้ IVIG

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีปฏิกิริยาการแพ้แบบเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ IVIG ได้แก่ ตัวเย็นหนาวสั่นหน้าแดง แน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน ตาเหลือง ตัวเหลือง หายใจเหนื่อยหอบ ปัสสาวะออกน้อย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับ IVIG 20 g IV ในเวลา 12 ชั่วโมง ควบคุมการไหลด้วย Infusion pump โดยให้ IVIG อัตรา 6 cc/hrs. เป็นเวลาครึ่งชั่วโมง อัตรา 12 cc/hrs. เป็นเวลา 1 ชั่วโมง อัตรา 18 cc/hrs. เป็นเวลา 1 ชั่วโมง และอัตรา 24 cc/hrs. เป็นเวลา 1 ชั่วโมง 30 cc/hrs. เป็นเวลา 1 ชั่วโมง อัตรา 36 cc/hrs. เป็นเวลา 1 ชั่วโมง อัตรา 42 cc/hrs. เป็นเวลา 1 ชั่วโมง และอัตรา 46 cc/hrs. จนกระทั่งยาหมดรวมระยะเวลา 12 ชั่วโมง

2. ขณะให้ IVIG ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมง จนยาหมด หากผิดปกติ เช่น ไข้หนาวสั่น กระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวเปลี่ยน คลื่นไส้ อาเจียน BP ต่ำกว่า 90/56 mmHg ชีพจรเบาลงเร็วกว่า 110 ครั้งต่อนาที หรือเต้นช้าลงเรื่อย ๆ หายใจไม่สม่ำเสมอหอบมากกว่า 30 ครั้งต่อนาทีหรือหายใจลำบาก รายงานแพทย์ และแก้ไขทันที ถ้าปกติต่อไปวัด ทุก 1 ชั่วโมงและติดตามสังเกตอาการผิดปกติจนกระทั่งยาหมด

3. สังเกตภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ในช่วงให้ยาและต่อเนื่องในวันต่อไป ได้แก่ อาการปวดศีรษะ มีผื่นขึ้น อาการตาเหลือง ตัวเหลือง หรือมีอาการแสดงของ Pulmonary edema ไตวาย เส้นเลือดดำอุดตัน และเนื้อเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

4. ให้ยาด้วยหลักปลอดภัย และตรวจสอบตำแหน่งเข็ม เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ จาก IVIG รั่วออกนอกหลอดเลือด

5. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อติดตาม ประเมินการทำงานของหัวใจ และไต

ประเมินผล

ขณะให้และหลังได้รับยา ไม่พบอาการแพ้แบบเฉียบพลัน BP อยู่ในช่วง 98/56 - 112/74 mmHg ชีพจรจัด 108 - 126 / min หายใจสม่ำเสมอ 28 - 30/min, SpO2 97 - 100%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะชักจากไข้สูง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีไข้สูงต่อเนื่อง 6 วันก่อนมาโรงพยาบาลและขณะนอนพักในโรงพยาบาล BT อยู่ในช่วง 38.6 - 39.0 C

วัตถุประสงค์ เพื่อลดไข้ ป้องกันภาวะชักจากไข้สูงและภาวะแทรกซ้อนจากการชัก

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการชักจากไข้สูง BT อยู่ในช่วง 36.5 - 37.5 C

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง และเฝ้าระวังอาการชัก
2. ให้ยาลดไข้ Paracetamol syrup (250mg/5cc) 3 CC เมื่อมีไข้มากกว่า 37.5 C และเช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุณหภูมิห้อง ภายหลังจากเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที วัดไข้ซ้ำ
3. ให้คำแนะนำผู้ปกครองให้การช่วยเหลือเบื้องต้นหากมีอาการชัก โดยตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง และให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทันที

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการชักจากไข้สูง หลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที ไข้ลดลงจาก 39 C เหลือ 37.6 C อุณหภูมิกายลดลงในวันที่ 3 ของการดูแล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ เช่น ตกเตียง เหล็กกั้นเตียงตกทับ แขนขาติดกระแทกกับขอบเตียง เนื่องจากมีความพร้อมในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเด็ก อายุ 7 เดือน ไม่สามารถดูแลตัวเองได้
2. ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้แก่ญาติ เรื่องการป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ แนะนำญาติอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา
2. จัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงเฉพาะเตียงเด็กซึ่งมีราวกันเตียงชิดกัน ป้องกันเด็กหลุดตัวออกได้ ยกราวกันเตียงทั้งสองข้างไว้เสมอ เมื่อเด็กอยู่บนเตียง วางเบาะนุ่มไว้ข้างราวกันเตียง เพื่อป้องกันการกระแทก
3. เก็บของมีคมและสิ่งของที่แตกง่ายไว้พ้นมือเด็ก และจัดสิ่งของที่อยู่รอบตัวเด็กให้เป็นระเบียบ
4. แนะนำญาติเรื่องการใช้อุปกรณ์ กริ่งสัญญาณเรียกเจ้าหน้าที่ ราวกันเตียง ปรับเตียงสูงต่ำ ล้อคล้อเตียงและแจ้งเจ้าหน้าที่ทุกครั้งที่เป็นต้องให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากอุบัติเหตุต่างๆ ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามคำแนะนำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีไข้สูงและเป็นติดต่อกัน 5 วัน
2. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอ ปากแห้ง กลืนอาหารลำบาก รับประทานอาหารได้น้อยและมีอาการหลายวัน
3. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวลและสอบถามอาการของผู้ป่วยซ้ำ ๆ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวล มีความเข้าใจโรคที่เป็นและแผนการรักษา
2. ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติรับฟังปัญหา แสดงความเข้าใจและช่วยเหลือทันที
2. ให้การพยาบาลด้วยความกระตือรือร้นเต็มใจ ใส่ใจช่วยเหลือผู้ป่วยให้ทุเลาจากอาการไม่สุขสบาย และไข้สูงลอย สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย บันทึกและรายงานแพทย์ เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยโรคได้ชัดเจนขึ้น
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะอาการของโรคและแผนการรักษาพยาบาล
4. ประสานงานกับแพทย์ เพื่อให้ข้อมูลแก่ญาติเกี่ยวกับโรค และการพยากรณ์โรค

5. เปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย และให้คำปรึกษาด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตร เช่น ช่วยเช็ดตัวลดไข้ การให้กำลังใจ ปลอบโยน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย

ประเมินผล

ญาติมีสีหน้าสดใส ยิ้มแย้มแจ่มใส หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย IVIG ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว และลดการซักถามบ่อย ๆ เกี่ยวกับอาการของบุตร

วิจารณ์และขอเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคควาซากิการประเมินสุขภาพ และการตรวจร่างกายของพยาบาลแรกรับ รวมทั้งการติดตามอาการและอาการแสดงหลักตามเกณฑ์การวินิจฉัย และในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงไม่ครบตามเกณฑ์ การประเมินอาการแสดง ร่วมกับการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นสิ่งสำคัญที่สนับสนุนการวินิจฉัยของแพทย์ เพื่อการรักษา หากโรคนี้อาจไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึง จะมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ การอักเสบของหลอดเลือดโคโรนารี เกิดการโป่งพอง และอุดตันทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดภาวะหัวใจวาย ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้ถึงอาการและอาการแสดงของโรคควาซากิ รวมถึงการวินิจฉัยโรคควาซากิที่มีอาการแสดงไม่ครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การพยาบาลที่ถูกต้อง และการรายงานแพทย์ที่รวดเร็ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดการอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดจากการดำเนินของโรค การให้ข้อมูลการรักษาให้ญาติทราบเป็นระยะเพื่อลดความวิตกกังวล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามหลัก Family central care ตลอดจนการให้คำแนะนำเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

บรรณานุกรม

- พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. (2555). การพยาบาลเด็กเล่ม 2. นนทบุรี : สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข.
- วรรณไพโร แยมณา, สุพัตรา ตรีภย์. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ. กรุงเทพมหานคร :
นิโอดีจิตอล.
- บุญชู ศิริจกลทอง, มนัส ปะนะมณฑล, กฤตย์วิกรม ดุรงค์พิศัญกุล, อังคณา เก่งสกุล, ชดชนก
วิจารณ์, สุภาพร ไรยมณี, กัญญลักษณ์ วิเทศสนธิ, บรรณาธิการ. (2555). กุมารเวชศาสตร์
โรคหัวใจ. กรุงเทพมหานคร : ไอกรุป เพรส.
- ศุภรธรรม อินทรขาว, จักรชัย จึงธีรพานิช, ผกาทิพย์ ศิลปมงคลกุล, กิติวรรณ โรจนเนื่องนิศย์,
พชรพรรณ สุรพลชัย, ขนิษฐา คูศิริไธส, พรทิพา อิงคกุล. (2561). ตำรากุมารเวชศาสตร์
สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติ เล่ม 2. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.