

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบตามหลังการป่วยแบบเฉียบพลัน: กรณีศึกษา

Nursing Care for Multisystem Inflammatory Syndrome in Children and Adolescents Temporally Related to COVID-19: Case Study

เพ็ญนภา พงษ์ศรี พย.บ.

Pennapa Pongsri, B.N.S.

Abstract

Case report, a 5-year-old Thai girl living in Nakhon Sawan Province came visiting the hospital on 31 March 2022 with fever, red eyes, watery without cough, tired, nausea, vomiting and lost appetite.

Her medical history had been Covid-19 infected then, home isolation was set during 10-20 March 2022. This time she was admitted for 7 days with Multisystem Inflammatory Syndrome in Children and Adolescents temporally related to Covid-19 : MIS-C. Echocardiogram was done and found minimal effusion. In addition, drugs were given as human normal immunoglobulin by intravenous(IVIG) and methylprednisolone. In 7 days the conditions improved and the patient was discharged. The follow up schedule was made to monitor the symptoms(echocardiogram) in 1 more week. The treatment of MIS-C is to reduce body inflammation threatening organs and shock treatment. Hence the cure is supportive and symptomatic way.

Keywords : multisystem inflammatory syndrome, Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents temporally related to COVID-19

วันที่รับ (received) 1 มิถุนายน 2565

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 ตุลาคม 2565

วันที่ตอบรับ (accepted) 30 ตุลาคม 2565

Published online ahead of print

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
inpatient nursing jobs Nursing mission group
Sawanpracharak Hospital Nakhonsawan

Corresponding Author: เพ็ญนภา พงษ์ศรี

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

Email: taiip379@gmail.com

doi:

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 5 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครสวรรค์ มาโรงพยาบาลวันที่ 31 มีนาคม 2565 ด้วยอาการมีไข้ ตาแดง ถ่ายเหลว ไม่ไอ ไม่เหน็ดเหนื่อย รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เคยมีประวัติติดเชื้อโควิด-19 เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2565 และมีการติดตาม home isolation ระหว่างวันที่ 10 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2565 แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบตามหลังการป่วยแบบเฉียบพลัน (multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents temporally related to COVID-19: MIS-C) ผลตรวจ echocardiography พบมี minimal effusion ให้การรักษาโดยให้ยา human normal immunoglobulin intravenous (IVIG) ร่วมกับ methylprednisolone

ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 7 วัน จนอาการดีขึ้น ไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆ แพทย์จึงได้อนุญาตให้กลับบ้าน โดยมีการนัดติดตามอาการดูอาการทางด้านหัวใจ (echocardiography) อีก 1 สัปดาห์

การรักษาภาวะ MIS-C คือการลดการอักเสบของร่างกาย ภาวะคุกคามต่ออวัยวะ และรักษาภาวะช็อก ดังนั้นการรักษาจะเป็นแบบประคับประคอง และรักษาตามอาการ

คำสำคัญ : กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบ, MIS-C

บทนำ

Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) คือ กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังเด็กหายจากการติดเชื้อโควิด-19 เริ่มมีอาการได้ตั้งแต่ระยะหายจากโรคจนถึงหลังติดเชื้อ 2-8 สัปดาห์ ส่วนใหญ่พบในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิง^{1,2}

สาเหตุเชื่อว่าเกิดจากการตอบสนองของภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสที่มากเกินไป โดยอาการเกิดขึ้นได้หลายระบบอย่างต่อเนื่อง

เนื่องหลังติดเชื้อโควิด และอาการที่เกิดขึ้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยการวินิจฉัยสาเหตุอื่นๆ ในเด็กพบภาวะนี้เพียงร้อยละ 25-45 ซึ่งระบบที่พบ ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกัน ภาวะเหล่านี้มักไม่รุนแรงแต่เรื้อรัง อาการจะเป็นๆหายๆได้ การรักษาโรคนี้มักเป็นการแยกโรคที่รุนแรงอื่นและรักษาตามอาการ รวมถึงการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง³

โรค MIS-C เป็นโรคอุบัติใหม่ที่อาการคล้ายคลึงกับโรคคาวาซากิ แต่โรค MIS-C มักพบในผู้ป่วยเด็กโต แตกต่างจากโรคคาวาซากิที่มักพบในผู้ป่วยเด็กเล็ก รวมถึงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการช็อก และการอักเสบรุนแรงทั่วร่างกายมากกว่า จึงอาจมีอันตรายร้ายแรงหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่⁴

ภาวะ MIS-C เป็นอาการที่เกิดตามหลังการเป็นโควิด-19 ในเด็ก ซึ่งแตกต่างจากอาการที่เกิดหลังป่วยโควิดหรือโพสต์โควิดที่ไม่เป็นอันตรายแต่เป็นเพียงอาการที่หลงเหลือหลังหายจากโควิดแล้ว ภาวะ MIS-C เป็นอาการที่เกิดหลังจากหายโควิดไปแล้ว 2-8 สัปดาห์ โดยมีอาการรุนแรงในหลายๆ ระบบของร่างกาย ซึ่งอาการที่ควรสังเกต ได้แก่ ไข้สูงเกิน 38 องศาเซลเซียส นานเกิน 1 วัน หรือมีอาการระบบอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ท้องเสีย รุนแรงไม่ดีขึ้น หรือมีอาการทางระบบหัวใจ และระบบหายใจ ภาวะ MIS-C จะเป็นในเด็กโตมากกว่าเด็กเล็ก กุมารแพทย์จึงต้องระวังและตระหนักถึงภาวะนี้มากขึ้น และมีเกณฑ์ในการวินิจฉัยเพื่อที่จะรักษาได้ทัน⁵

จากรายงานสถานการณ์ของโรคโควิด-19 เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อทั่วโลกจำนวน 512,894,215 ราย เสียชีวิต 6,259,229 ราย ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อจำนวน 4,257,833 ราย เสียชีวิต 28,587 ราย ในจังหวัดนครสวรรค์พบผู้ติดเชื้อ 39,630 ราย เสียชีวิต 331 ราย จากผู้ติดเชื้อทั้งหมดของจังหวัดนครสวรรค์ มีเด็กอายุ 5-14 ปี จำนวน 4,049 ราย ซึ่งผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะ MIS-C ได้⁶

ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เป็นเด็กมักมีอาการน้อย อาการไม่รุนแรงเท่าผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ และหายได้อย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม MIS-C เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของการติดเชื้อ SARS-CoV-2

ระบาดวิทยาของกลุ่มอาการนี้คือ จะพบในท้องถิ่นที่มีการระบาดของโควิด-19 เด็กที่อยู่ในข่ายสงสัย MIS-C ควรได้รับการตรวจหาสาเหตุอื่น ที่ทำให้เกิดอาการต่างๆคล้าย MIS-C เช่น การตรวจภาพรังสีปอด ตรวจภาพรังสีช่องท้อง การตรวจระบบประสาท รวมทั้งการตรวจน้ำไขสันหลัง เป็นต้น⁷ อาการและอาการแสดงของ MIS-C ได้แก่ ไข้ การอักเสบโดยดูจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และอาการทรุดทงระบบร่างกาย หรือช็อก ผู้ป่วย MIS-C แสดงอาการได้หลากหลาย ได้แก่⁷

- กลุ่มอาการคล้ายโรคคาวาซากิ คือ มีไข้ผื่น ตาแดง มือเท้าบวมแดง ปากแดง แห้ง แดง ต่อมทอนซิลโต และมีอาการของระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือ อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง หรือท้องเสีย อาการทางระบบประสาท ปวดศีรษะ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ พบได้ใน MIS-C มากกว่าโรคคาวาซากิ

- อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ลำไส้อักเสบ ตับอักเสบ และอาการคล้ายไส้ติ่งอักเสบ

- อาการคล้าย toxic shock syndrome การหมุนเวียนโลหิตล้มเหลว การทำงานของหัวใจบกพร่อง มีภาวะ cytokine storm, macrophage activation syndrome หรือลักษณะภาวะ hyperinflammatory

- Thrombosis หรือ ไตวายเฉียบพลัน
- หายใจหอบ จากหัวใจล้มเหลว หรือ pulmonary embolism

- อาการระบบทางเดินหายใจที่พบแบบเดียวกับโควิด-19 ในผู้ใหญ่ มักไม่พบในผู้ป่วยเด็กที่เป็น MIS-C เมื่อเปรียบเทียบกับโรคคาวาซากิ ผู้ป่วย MIS-C มักจะมีอาการ myocarditis มากกว่า มีโอกาสเกิดภาวะช็อก และมีอาการที่รุนแรงกว่า

ผู้ป่วย MIS-C มีโอกาสได้รับผลกระทบต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคโดยพบภาวะช็อก (cardiogenic และ vasodilatory) ร้อยละ 50-80, LV dysfunction ร้อยละ 20-55, coronary artery dilatation หรือ aneurysm (CAA) ร้อยละ 20, ความผิดปกติของการนำกระแสไฟฟ้าในหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง atrioventricular block ร้อยละ 20 เป็นต้น⁷

แนวทางการรักษาผู้ป่วยเด็กที่สงสัยกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ⁷	
อาการหนัก (cardiac dysfunction และ/หรือช็อก และ/หรือ sepsis) ผู้ป่วยเข้า ICU	ผู้ป่วยสัญญาณชีพคงที่ไม่ช็อก
<ul style="list-style-type: none"> • Echocardiogram เมื่อแรกรับ • Empiric antibiotics ให้ยาต้านจุลชีพผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการ MIS-C รุนแรงจนกว่าจะรู้ผลเพาะเชื้อ แนะนำให้ Cef- 	<ul style="list-style-type: none"> • Echocardiogram เมื่อแรกรับ • Empiric antibiotics ให้ยาต้านจุลชีพผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการ MIS-C รุนแรงจนกว่าจะรู้ผลเพาะเชื้อ แนะนำให้ Cef-

แนวทางการรักษาผู้ป่วยเด็กที่สงสัยกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ⁷ (ต่อ)	
อาการหนัก (cardiac dysfunction และ/หรือช็อก และ/หรือ sepsis) ผู้ป่วยเข้า ICU	ผู้ป่วยสัญญาณชีพคงที่ไม่ช็อก
<p>triaxone โดยอาจให้ยาต้านจุลชีพอื่นร่วมด้วยตามอาการของโรคที่สงสัยเช่นให้ Metronidazole ร่วมกับหากสงสัยไส้ติ่งอักเสบหรือให้ Ceftriaxone ร่วมกับ Vancomycin หรือ Clindamycin หากนึกถึง Toxic shock syndrome</p> <ul style="list-style-type: none"> • ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขาโรคติดเชื้อ สาขาหัวใจและหลอดเลือดทุกราย และแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง • IVIG: ให้ 2 กรัม/กิโลกรัม 1 ครั้ง (ตาม ideal body weight) ในผู้ป่วยที่มี cardiac dysfunction อาจแบ่ง IVIG ให้ 1 กรัม/กิโลกรัม วันละครั้ง 2 วัน • Steroids: ให้ methylprednisolone 1-2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน (ไม่เกิน 60 มิลลิกรัม/วัน) ทางหลอดเลือดดำ ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องให้ขนาดสูง 10-30 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน 1-3 วัน • Aspirin: ให้ขนาดต่ำ (3-5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วันขนาดสูงสุด 81 มิลลิกรัม/วัน) ใน MIS-C (รวมทั้งเด็กที่มีลักษณะ KD) ยกเว้นรายที่มีเกร็ดเลือดต่ำกว่า 80,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หมายเหตุ สามารถให้ enoxaparin ขนาดป้องกันร่วมกับ aspirin ขนาดต่ำ (เป็นการป้องกันเกร็ดเลือดและปกป้อง coronary artery) • VTE prophylaxis: • Therapeutic anticoagulation: <ol style="list-style-type: none"> a. ผู้ป่วยที่มี CAA z-score มากกว่า 10 ควรให้ aspirin ขนาดต่ำร่วมกับ enoxaparin ขนาดรักษา b. ผู้ป่วยที่มี EF น้อยกว่า 35 % หรือตรวจยืนยันว่ามี thrombosis ให้ enoxaparin พิจารณาให้ ASA ร่วมเป็นรายๆไป • GI prophylaxis จนกว่าจะหยุดให้ steroids 	<p>triaxone โดยอาจให้ยาต้านจุลชีพอื่นร่วมด้วยตามอาการของโรคที่สงสัยเช่นให้ Metronidazole ร่วมกับหากสงสัยไส้ติ่งอักเสบหรือให้ Ceftriaxone ร่วมกับ Vancomycin หรือ Clindamycin หากนึกถึง Toxic shock syndrome</p> <ul style="list-style-type: none"> • ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสาขาโรคติดเชื้อ สาขาหัวใจและหลอดเลือดทุกราย และแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง • IVIG: ให้ 2 กรัม/กิโลกรัม 1 ครั้ง (ตาม ideal body weight) ในผู้ป่วยที่มี cardiac dysfunction อาจแบ่ง IVIG ให้ 1 กรัม/กิโลกรัม วันละครั้ง 2 วัน • หากไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย IVIG ให้ steroids: methylprednisolone 1-2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน (ไม่เกิน 60 มิลลิกรัม/วัน) ทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงควรได้รับการรักษาด้วย steroids ทุกราย • Aspirin: ให้ขนาดต่ำ (3-5 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วันขนาดสูงสุด 81 มิลลิกรัม/วัน) ใน MIS-C (รวมทั้งเด็กที่มีลักษณะ KD) ยกเว้นรายที่มีเกร็ดเลือดต่ำกว่า 80,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร หมายเหตุ สามารถให้ enoxaparin ขนาดป้องกันร่วมกับ aspirin ขนาดต่ำ (เป็นการป้องกันเกร็ดเลือดและปกป้อง coronary artery) • VTE prophylaxis: • Therapeutic anticoagulation: <ol style="list-style-type: none"> a. ผู้ป่วยที่มี CAA z-score มากกว่า 10 ควรให้ aspirin ขนาดต่ำร่วมกับ enoxaparin ขนาดรักษา b. ผู้ป่วยที่มี EF น้อยกว่า 35 % หรือตรวจยืนยันว่ามี thrombosis ให้ enoxaparin พิจารณาให้ ASA ร่วมเป็นรายๆไป • GI prophylaxis จนกว่าจะหยุดให้ steroids

การไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยอิมมูโนโกลบูลินทางหลอดเลือดดำ (intravenous immunoglobulin: IVIG) ไม่มีกำหนดสำหรับ MIS-C แต่ในโรคคาวาซากิพิจารณาที่ 36 ชั่วโมง หลังจากให้ IVIG โดยดูจากไข้และอาการอื่น ไม่แนะนำให้ IVIG ซ้ำ ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหากผู้ป่วยเหมือนโรคคาวาซากิมากกว่า กรณีเด็กที่มีอาการหนักให้ Methylprednisolone ขนาดสูง 10-30 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน (ไม่เกิน 1,000 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน) บางรายอาจต้องให้การรักษาด้วยสารชีวภาพ (biologic agents) เช่น Anakinra 4-10 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/โดส ฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือทางหลอดเลือดดำทุก 6-12 ชั่วโมงหรือสารชีวภาพชนิดอื่น⁷

IVIG ถือเป็นยาสำคัญที่ใช้ในการรักษา และยาในกลุ่ม anti-inflammatory รวมถึง drugs inflammatory cytokines antagonists อาทิเช่น aspirin, corticosteroids, Anakinra และ Tocilizumab เนื่องจากเชื่อว่ากลไกการเกิดภาวะ MIS-C คือ cytokine storm นอกเหนือจากการรักษาด้วยยา anti-viral drug ในกรณีที่ RT PCR positive สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อ IVIG และ glucocorticoids ควรพิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาการรักษาด้วยสารชีวภาพ⁷

นอกจากนั้นการพิจารณาให้ยาต้านจุลชีพที่มีฤทธิ์ครอบคลุมกว้างตามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยหรือตามตำแหน่งที่คิดว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ (source of in-

fection) ในรายที่คิดว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อรุนแรงแนะนำให้ Ceftriaxone โดยอาจให้ยาต้านจุลชีพอื่นร่วมด้วยตามอาการของโรคที่สงสัยเช่นให้ Metronidazole ร่วมกับหากสงสัยได้ตั้งอีกเสบหรือให้ Ceftriaxone ร่วมกับ Vancomycin หรือ Clindamycin หากนึกถึง Toxic shock syndrome⁶

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 5 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง นครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

อาการสำคัญ

เข้ารับการรักษาพยาบาล เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2565 ด้วยอาการถ่ายเหลวสีดํา 2 ครั้ง มีไข้สูง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้ วัดไข้ได้ 39 องศาเซลเซียส ทานยา Paracetamol และเช็ดตัวแล้วไข้ลง

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ ตาแดง 2 ข้าง ไม่เจ็บตา ไม่มีขี้ตาเปลี่ยนสี

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ เริ่มถ่ายเหลวเป็นน้ำปนเนื้อ 1 ครั้ง ปริมาณครึ่งแก้ว อุจจาระสีดํา ทานได้น้อยลง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่เหนื่อย

วันที่มาโรงพยาบาล ถ่ายเหลวสีดํา 2 ครั้ง ปริมาณพอเติม มีไข้ จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว มีประวัติติดเชื้อ COVID-19 ได้รับการวินิจฉัยเมื่อ 10 มีนาคม 2565 รับการรักษาแบบ home isolation ระหว่างวันที่ 10 ถึง 20 มีนาคม 2565

การตรวจร่างกายแรกรับ

Vital sign : BT 36.5°C, PR 114 bpm, RR 24 breath per min, BP 116/71 mmHg, BW 17 kgs, Ht 115 cm.

GA : alert, good consciousness

HEENT : redness both eyes, not pale conjunctiva, anicteric sclera, no dry lip, no sunken eyeball, no cervical lymphadenopathy

Respiratory System : no retraction, clear both lung

Cardiovascular System : normal S1S2, no murmur

Abdomen : soft, not tender, no guarding, no hepatomegaly

Extremities : no rash, no edema, cap refill < 25

Neuro : good consciousness, motor gr V all

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ	ค่าปกติ	31 มี.ค.65	1 เม.ย. 65	2 เม.ย.65	4 เม.ย.65
Hct	34.0 – 40.0 %	36.9	33.9	33.2	35.5
WBC count	5.0 – 15.50 103/uL	8.26	8.60	9.48	7.62
Platelet count	150 – 350 103 / uL	94	88	125	296
CRP	น้อยกว่า5 ug/ml	122.110	105.951	64.903	20.045
ESR	0 - 20 mm/hr	23		28	
PT	11.0 – 13.4 sec.	13.4		10.8	15.5
PTT	22.7 – 28.8 sec.	30.0		21.8	20.7
INR		1.18		0.93	1.39
Fibrinogen	261 – 438 mg/dL	475		297	283
Procalcitonin	น้อยกว่า 0.05 ng/ml	3.43			
D-dimer	0.0–500.0 ng/ml(feu)	1186.8		651.4	466.6
Ferritin	13.00 – 150.0 ng/ml	332		236	
Hs-troponin T	0 – 14 ng/L	5		9	น้อยกว่า 3
NT-ProBNP	300 – 450 pg/ml	564		1677	130
BUN	5 – 18 mg/dl	7		5	

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ต่อ)

การตรวจ	ค่าปกติ	31 มี.ค.65	1 เม.ย. 65	2 เม.ย.65	4 เม.ย.65
Creatinine	0.51 – 0.05 mg/dl	0.39		0.33	
Sodium	136 – 145 mmol/L	136		137	134
Potassium	3.4 - 4.5 mmol/L	4.0		3.5	4.3
Chloride	98 – 107 mmol/L	101		104	99
CO2	22 – 29 mmol/L	20		21	24
SGOT (AST)	0 – 35 U/L	103		34	39
SGPT(ALT)	0 – 35 U/L	77		42	35
ALP	35 – 105 U/L	221		172	155
LDH	135 – 214 U/L	318			

Echocardiography (31 มีนาคม 2565) : good EF, minimal effusion

CXR : No new infiltration

การดำเนินโรค

ข้อมูลการรักษาของแพทย์ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

แพทย์รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล วันที่ 31 มีนาคม 2565 ในหอผู้ป่วยกุมารเวช 2 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจได้เอง ไม่เหนื่อย ความดันโลหิต 116/71 มิลลิเมตรปรอท วัดไข้ได้ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 114 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้ผลดังนี้ Hct. 36.9%, WBC count 8,260/uL, Platelet 94,000/uL, CRP 122.110 ug/ml, D-dimer 1,186.8 ng/ml(feu), Hs-troponin T 5 ng/L, NT-ProBNP 564 pg/ml, CXR : no new infiltration, EKG : normal, ตรวจ Echo : LMCA 2,4 mm, LAD 1.7 mm, RCA 2.3 mm, good EF, minimal effusion แพทย์สันนิษฐานว่าเป็น MIS-C ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยา Methylprednisolone 17 mg IV q 12 hr และให้ยา IVIG 680 cc IV drip โดยให้ IV drip 10 cc/hr นาน 30 นาที และปรับ IV drip 20 cc/hr นาน 30 นาที และปรับ IV drip 40 cc/hr นาน 30 นาที ต่อมาปรับ IV drip 50 cc/hr นาน 30 นาที และปรับ IV drip 60 cc/hr จนยา IVIG หมด ซึ่งก่อนให้ยา IVIG ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ความดันโลหิต 114/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ขณะให้ยา IVIG แก่ผู้ป่วย 10 นาที แรก ความดันโลหิตวัดได้ 86/50 มิลลิเมตรปรอท และวัดความดันโลหิตซ้ำได้ 98/47 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย ไม่มีผื่นขึ้น ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน แพทย์ให้หยุดยา IVIG และ load NSS 170 cc IV drip in 30 min วัดความดัน

โลหิตซ้ำได้ 92/54 มิลลิเมตรปรอท วันที่สอง ผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจไม่เหนื่อย ยังมีไข้สูง 40 องศาเซลเซียส แพทย์สั่งให้ยา IVIG อีกครั้ง โดยให้ยา CPM 4 mg IV ก่อนให้ยา IVIG และให้ยา IVIG 15 gms (300 cc) IV drip โดยให้ IV drip 5 cc/hr นาน 30 นาที และปรับ IV drip 10 cc/hr นาน 30 นาที และปรับ IV drip 20 cc/hr จนหมด ผู้ป่วยได้รับยาจนครบ ไม่มีอาการผิดปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90-110/60-70 มิลลิเมตรปรอท และในวันต่อมาแพทย์สั่งให้ยา IVIG 300 cc (15gm) IV โดยให้ยา CPM 4 mg IV ก่อนให้ยา IVIG ผู้ป่วยได้รับยาจนครบ ไม่มีอาการผิดปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90-110/60-70 มิลลิเมตรปรอท หลังได้รับการรักษา ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ ไม่มีอาการปวดท้อง รับประทานอาหารได้เป็นปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 7 วัน โดยได้นัดมาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว 1 สัปดาห์

การพยาบาลผู้ป่วยตามหลักของกระบวนการพยาบาล มีแนวทางการให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อก เนื่องจากได้รับยา IVIG ที่มีความเสี่ยงสูง วัตถุประสงค์ทางการพยาบาลคือป้องกันภาวะช็อก และลดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยา IVIG โดยมีเกณฑ์การประเมินคือ 1) ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ เหงื่อออกมาก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเบาเร็ว ผิวหนังซีดหรือเขียว (cyanosis) เย็นชื้น (clam-

my) 2) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36–37.5 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 60–100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16–20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60–140/90 มิลลิเมตรปรอท SpO2 มากกว่า 95% และ 3)ระดับความรู้สึกตัวปกติ

กิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการ ได้แก่ ตรวจสอบยา IVIG ก่อนนำมาใช้ โดยดูส่วนประกอบสำคัญในเอกสารกำกับยา เตรียมยา epinephrine, dexamethasone, hydrocortisone, chlorpheniramine ไว้เพื่อใช้เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการแพ้แบบรุนแรง ให้ยาทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยให้ยา CPM 4 mg IV ก่อนให้ยา IVIG และให้ยา IV drip 5 cc/hr ใน 30 นาทีแรก เมื่อไม่มีอาการผิดปกติให้ปรับอัตราการไหลของยาเป็น 10 cc/hr ใน 30 นาทีต่อมา และให้ปรับอัตราการไหลของยาเป็น 20 cc/hr จนยาครบตามแผนการรักษา และควบคุมอัตราการไหลด้วยเครื่อง infusion pump วัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการผิดปกติและบันทึก ขณะให้ยา ทุก 15 นาทีของชั่วโมงแรก ทุก 30 นาทีในชั่วโมงต่อมา ทุก 1 ชั่วโมง อีก 2 ครั้ง เมื่อปกติให้วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง จนให้ยาครบตามแผนการรักษา หากผิดปกติ เช่น ตัวเย็น กระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวเปลี่ยน หมดสติ และมีความดันโลหิตต่ำกว่า 70/40 หรือสูงกว่า 110/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบาเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือเต้นช้าลงเรื่อยๆ หายใจไม่สม่ำเสมอ หอบมากกว่า 30 ครั้ง/นาที หรือหายใจช้าลำบาก รายงานแพทย์ทันที

ผลการพยาบาลผู้ป่วยได้รับยา IVIG ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ขณะและหลังรับยา ผู้ป่วย ไม่มีอาการตัวเย็น ไม่กระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60–100/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 96-110 ครั้งต่อนาที หายใจสม่ำเสมออยู่ในช่วง 24-28 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 อุณหภูมิในร่างกายสูงกว่าปกติ จากภาวะ Mis-C

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาลคือ อุณหภูมิในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีเกณฑ์การประเมินคือ 1) ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ตัวไม่ร้อน 2) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36–37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการ ได้แก่ เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดาอย่างนุ่มนวล เพราะน้ำจะช่วย พาความร้อนออกจากร่างกายทางผิวหนัง ทำให้อุณหภูมิลดลง และทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนพักผ่อน เพราะเป็นการลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์ ลดการทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นการลดการผลิตความร้อน ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ และบ่อยๆ เพื่อเป็นการทดแทนการขาดน้ำ และเป็นการลดความร้อนของร่างกาย โดยการขับออกทางเหงื่อและปัสสาวะ ดูแลให้ยาลดไข้ ตามแผนการรักษา เฝ้า

ระวังติดตามและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หน้าตาสดชื่น ตัวไม่ร้อน อุณหภูมิ 36.5–37.4 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับ

ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ทางการพยาบาลคือ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยมีเกณฑ์การประเมินคือ 1) ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล 2) ญาติผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการ ได้แก่ สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและญาติ ก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง โดยแนะนำตนเอง แสดงท่าที่เป็นมิตร อธิบายเหตุผล การดำเนินการของโรค แผนการดูแลรักษา วัตถุประสงค์ของการให้การพยาบาล กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล เพื่อเป็นการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและญาติตามความเป็นจริง อีกทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ โดยคอยดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษา และร่วมกิจกรรมการพยาบาล เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษา ให้ความร่วมมือในแผนการดูแลรักษาอย่างดี หน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส คลายความวิตกกังวล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ญาติขาดความรู้ในการ

ปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน วัตถุประสงค์ทางการพยาบาลคือ เพื่อให้ญาติมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง โดยมีเกณฑ์การประเมินคือ 1) ญาติรู้สึกคลายความกังวล เรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน 2) ญาติเข้าใจ พร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำ

กิจกรรมการพยาบาลที่ดำเนินการ ได้แก่ พูดคุยกับผู้ป่วยและญาติเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยแก่ญาติ ให้ความรู้เรื่องวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น การดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด รักษาความสะอาดช่องปากและฟัน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สะอาด ประเสริฐใหม่ๆ สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ เช่น มีไข้ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำหรือถ่ายเป็นเลือด มีเลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น อธิบายให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด รวมทั้งการรับประทานยาขณะอยู่ที่บ้านอย่างเคร่งครัด เปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัยต่างๆ และตอบคำถาม ด้วยความเต็มใจ ทบทวนและสอบถามญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

ผลการพยาบาล ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล และสามารถบอกถึงวิธีการดูแลผู้ป่วย ขณะอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

วิจารณ์

แม้ว่าเด็กที่ติดเชื้อ COVID-19 จะมีอาการไม่รุนแรงเท่าผู้ใหญ่ แต่หลังจากหายป่วย COVID-19 แล้ว กลับพบว่าเด็กจำนวนหนึ่งที่มีอาการป่วยเป็นภาวะ MIS-C ก่อให้เกิดอาการอักเสบทั่วร่างกายหลายระบบ บางรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนถึงแก่ชีวิตได้

จากการศึกษาจะพบว่า ผู้ป่วยมีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งได้รับการรักษาโรคโควิด-19 จนหายแล้ว โดยระยะเวลาที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนแสดงอาการของภาวะ MIS-C ประมาณ 2-8 สัปดาห์ การรักษาจะเป็นการรักษาตามอาการของผู้ป่วย และการรักษาแบบประคับประคองอาการ โดยให้การรักษาด้วยยาในกลุ่มต้านการอักเสบ เช่น methylprednisolone และ IVIG ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยา และเสี่ยงต่อภาวะช็อก จึงจำเป็นต้องตรวจสอบยา IVIG ก่อนนำมาใช้ มีการวัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการผิดปกติ และบันทึกอาการขณะให้ยา

ญาติและผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ จึงจำเป็นต้องมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง รวมถึงการแนะนำในการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง เพื่อลดอาการเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น

ข้อคิดเห็น

ควรตระหนักว่า เมื่อผู้ป่วยมีไข้ ให้นึกถึงโรคติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยทุกครั้ง ซึ่งทำให้พยาบาลใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย และเมื่อประเมินเข้าเกณฑ์ จะได้รายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ เพราะการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดถือว่าเป็นชั่วโมงของชีวิต หากทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อในกระแสเลือด จะได้ให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ ทำให้มีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่เคยติดเชื้อโควิด-19 อาจเกิดภาวะ MIS-C ที่มีอาการคล้ายโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นอาการที่เกิดตามหลังการเป็นโควิด-19 ในเด็ก ซึ่งแตกต่างจากอาการที่เกิดหลังป่วยโควิดหรือ “โพลีโควิด” ที่ไม่เป็นอันตราย

สรุป

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 5 ปี มีภาวะ MIS-C มีอาการถ่ายผิดปกติ คือถ่ายเหลว มีสีดำ และมีไข้ แพทย์ให้การรักษาแบบประคับประคอง และการรักษาตามอาการ โดยใช้ยา IVIG เมื่อให้การรักษาคำสั่งแพทย์ รวมทั้งให้การพยาบาลตามแผนและแนวทางที่วางไว้ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ถ่ายปกติ ไม่มีไข้ รู้สึกตัวดี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดีขึ้นจนเกือบเป็นปกติ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยมีการ

แนะนำการปฏิบัติตัวต่อเนื่องเมื่อออกจากโรงพยาบาลรวมทั้งมาตรฐานตามนัดทุกครั้ง ญาติและผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจดี

เอกสารอ้างอิง

1. BANGKOK HOSPITAL. MIS-C อาการต้องระวังหลังเด็กหายจากโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 19]. เข้าถึงได้จาก <https://www.bangkok-hospital.com/content/mis-c-symptoms-to-be-careful-after-children-recover-from-covid-19>
2. นงนภัส เก้าเอี้ยน. MIS-C (มิสซี) ภาวะอักเสบทั่วร่างกายในเด็กหลังหายจากโควิด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 12]. เข้าถึงได้จาก [จาก https://www.pram9.com/mis-c-post-covid-complication-in-children/](https://www.pram9.com/mis-c-post-covid-complication-in-children/)
3. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. ภาวะ MIS-C (มิสซี) และ Long COVID (ลองโควิด) ในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 16]. เข้าถึงได้จาก <https://www.childrenhospital.go.th/15293/บริการของเรา/ข่าวประชาสัมพันธ์/ภาวะ-mis-c-มิสซี-และ-long-covid-ลองโควิด-ในเด็ก/>
4. อันตรายจากโรค MIS-C ในเด็กที่หายป่วยจากโรคโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/อันตรายจากโรค-mis-cในเด็กที่/>
5. ธัญพร บัวทอง. เด็กติดเชื้อโควิด: MIS-C อาการอักเสบหลายระบบและอาการอื่นๆที่กุมารแพทย์พบจากการรักษาผู้ป่วยโควิดเด็กในไทย. ปีซีไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 22]. เข้าถึงได้จาก <https://www.bbc.com/thai/thailand-58613572>
6. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 3]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/>
7. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย, ชมรมกุมารแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก, ชมรมโรคข้อและรูมาติสซั่มในเด็กแห่งประเทศไทย และสมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติในการวินิจฉัยและดูแลรักษา กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ในเด็ก (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children; MIS-C) ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 19]. เข้าถึงได้จาก www.thaipediatrics.org/Media/media-20211006025308.pdf