

รายงานผู้ป่วย
Kawasaki disease with gallbladder hydrops

ภพ โทศลารักษ์ พ.บ.¹
ผกากรอง ลุมพิกานนท์ พ.บ.¹
เพ็ญศรี โควสุวรรณ พ.บ.¹
อรรมิศา ไชกิจภิญโญ พ.บ.¹

¹ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Kawasaki disease with gallbladder hydrops
Report of a Case

Pope Kosalaraksa, M.D.+ + Department of Pediatrics,
Pagakrong Lumbiganon, M.D.+ Khon Kaen University,
Pensri Kosuwon, M.D.+ Thailand.
Arnkisa Chaikitpinyo, M.D.+

A 4 1/2 -year-old boy Presented with high fever and right cervical lymphadenitis for five days. One day before admission, he still had fever and developed abdominal pain. During admission, abdominal pain progressed, jaundice and gallbladder hydrops were detected. He was treated with antimicrobial agents without clinical improvement. Kawasaki disease was diagnosed one week after admission. The patient was treated with aspirin and intravenous immunoglobulin (IVIG). Fever defervesed within 24 hours with improvement in general conditions, jaundice and abdominal pain. Peripheral and perianal desquamation developed in the third week of illness. This patient recovered without complication.

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยเด็กชายอายุ 4 1/2 ปี มีไข้สูง และต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอด้านขวาอักเสบมา 5 วัน ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องหนึ่งวันก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ระหว่างอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากขึ้น และมีตัวเหลืองตาเหลือง ต่อมาตรวจพบ gallbladder hydrops ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพแต่ยังมีไข้สูงตลอด อาการของโรคคาวาซากิค่อย ๆ เกิดขึ้นจนสามารถให้การวินิจฉัยได้ในหนึ่งสัปดาห์หลังรับไว้รักษา ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย aspirin และ IVIG อาการไข้ลดลงและหายไป 24 ชั่วโมงหลังการรักษา อาการเหลืองปวดท้องและอาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้น ต่อมามีผื่นหนังลอกบริเวณมือและเท้า ผู้ป่วยหายเป็นปกติโดยไม่พบภาวะแทรกซ้อน

บทนำ

โรคคาวาซากิเป็นโรคที่เกิดอย่างเฉียบพลันในทารกและเด็กเล็ก Dr. Tomisaku Kawasaki เป็นผู้บรรยายลักษณะของโรคนี้ในเด็กญี่ปุ่น เป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2510¹ และรายงานในวารสารภาษาอังกฤษในปี พ.ศ. 2517² ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุก่อโรคและยังไม่มี การวินิจฉัยเฉพาะทางห้องปฏิบัติการ ดังนั้น การวินิจฉัยโรคนี้จึงต้องให้การวินิจฉัยแยกโรคอื่นออกไปและอาศัย กลุ่มอาการต่าง ๆ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้คือ

1. มีไข้ตลอดอย่างน้อย 5 วัน
2. มีการเปลี่ยนแปลงของมือและเท้า โดยระยะ acute มีมือและเท้าบวมแดงส่วนระยะ convalescent จะมีผื่นหนังลอกเป็นแผ่น (membranous desquamation)
3. มีการเปลี่ยนแปลงของริมฝีปาก และ oral cavity เช่น ริมฝีปากแห้งแดง แตกเป็นแผล strawberry tongue และคอแดง
4. มีผื่นที่เป็นลักษณะ polymorphous พบได้หลายลักษณะ แต่ไม่พบผื่นที่เป็น bullus หรือ vesicle และมักจะพบภายใน 5 วัน หลังจากเริ่มมีไข้
5. Bulbar conjunctival injection ทั้ง 2 ข้าง ไม่เจ็บไม่ปวด และไม่มี exudate มักจะพบในระยะแรกๆ และคงอยู่ได้นานถึง 2 สัปดาห์

6. มีต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโต อย่างน้อยขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1.5 ซม. ส่วนใหญ่มักจะโตข้างเดียว

จะสามารถให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคคาวาซากิได้เมื่อ³

1. มีอาการข้อ 1 ร่วมกับอาการอื่นอย่างน้อย 4 ใน 5 หรือ

2. มีอาการข้อ 1 และมีลักษณะทางคลินิกอย่างอื่นไม่ครบ 4 ข้อแต่มีการตรวจพบความผิดปกติของหลอดเลือดของหัวใจ (coronary artery disease) โดย echocardiogram หรือ angiogram

ส่วนอาการอื่นที่ตรวจพบร่วมกันได้ในโรคคาวาซากิ คือ ปวดข้อ ข้ออักเสบ และท้องร่วง ท่อปัสสาวะอักเสบ และ gallbladder hydrops เป็นต้น โรคนี้เป็นโรคที่หายได้เอง แต่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยอาจพบความผิดปกติของหลอดเลือดของหัวใจ (coronary artery) ประมาณร้อยละ 15-25^{4,6} และพบการเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 1-2² ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา แต่ภาวะแทรกซ้อน เหล่านี้จะลดลงมากหลังให้การรักษาด้วย aspirin ร่วมกับ intravenous immunoglobulin (IVIG)^{7,8} เนื่องจากกลุ่มอาการของโรคคาวาซากิไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกันทุกอาการในวันเดียว ดังนั้นการวินิจฉัยจึงต้องอาศัยการคิดถึงภาวะนี้ในเด็กเล็กที่มาด้วยไข้สูงเป็น เวลาหลายวัน และต้องซักประวัติหรือสังเกตอาการดังกล่าวข้างต้นว่าครบเกณฑ์การวินิจฉัยและรีบให้การ รักษาโดยเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

รายงานผู้ป่วย

เด็กชายอายุ 4 ปี 6 เดือน ภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลศรินครินทร์ เมื่อปี พ.ศ. 2532 โดยมีประวัติว่า 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีไข้ร่วมกับอาการปวดและบวมที่บริเวณต้นคอด้านซ้าย 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไปพบแพทย์ที่คลินิกได้รับการวินิจฉัยเป็นต่อมน้ำเหลืองอักเสบและได้รับยา ampicillin มารับประทาน หลังจากนั้น 2 วันอาการไม่ดีขึ้น ยังมีไข้สูง คลำได้ก่อนบริเวณต้นคอด้านซ้ายและเริ่มมีอาการปวดท้องจึงมาโรงพยาบาลศรินครินทร์ แพทย์ตรวจท้องไม่พบความ

ผิดปกติ ได้ให้การวินิจฉัยเป็นต่อมน้ำเหลืองอักเสบให้รับประทานยาเดิมและนัดมาติดตามผลการรักษา ในวันต่อมาพบว่าผู้ป่วยยังมีไข้สูง ต่อมน้ำเหลืองที่คอเจ็บมาก ไม่ยุบลงจึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ตรวจร่างกายแรกพบผู้ป่วยมีไข้สูง กระวนกระวาย แต่ให้ความร่วมมือดี อุณหภูมิ 39.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 136 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 109/60 มิลลิเมตรปรอท ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอด้านซ้ายโต 1 ต่อมน้ำขนาด 4x4 เซนติเมตร ค่อนข้างแข็ง บวม ร้อน และกดเจ็บ เยื่อบุลำคอและต่อมทอนซิลบวมแดงไม่มีหนอง ตรวจท่อนพบว่ากดเจ็บทั่วๆ ไป ไม่มี guarding, rigidity หรือ rebound tenderness คลำไม่พบก้อนผิดปกติ ตับม้ามไม่โต

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า

ฮีโมโกลบิน 10.5 กรัม% จำนวนเม็ดเลือดขาว 19,100 เซลล์ต่อลบ.มม. neutrophil 92% lymphocyte 6% monocyte 2%

จำนวนเกล็ดเลือด : ปกติ

การตรวจปัสสาวะ พบว่าสีเหลืองเข้ม pH 5.5 ความถ่วงจำเพาะ 1.029 เม็ดเลือดขาว 20-30 เซลล์/high power field (HPF) เม็ดเลือดแดง 0-2 เซลล์/HPF

Tourniquet test : negative

ได้ให้การวินิจฉัยโรคเป็นต่อมน้ำเหลืองอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย และให้การรักษาด้วย cloxacillin 100 มก./กก./วัน ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และ paracetamol ลดไข้พร้อมทั้งส่งเลือดและปัสสาวะเพื่อทำการเพาะเชื้อ

วันที่สองและสามของการอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้สูง เริ่มมีปาก ลิ้นและตาแดง มีผื่นแดงขึ้นบริเวณหลังและต้นขา มีอาการปวดท้องเล็กน้อย เริ่มสังเกตเห็นตัวเหลือง จากอาการดังกล่าวทำให้คิดถึงโรคคาวาซากิ แต่ต้องแยกจากโรคอื่นด้วยเช่น สкарปไทฟัส ไทฟอยด์ เลปโตสไปโรซิส scarlet fever และการแพ้ยา จึงส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมพบว่าจำนวนเกล็ดเลือด 225,000 เซลล์/ลบ.มม. Weil-Felix test และ Widal test อยู่ในเกณฑ์ปกติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ sinus tachycardia ผล liver function test พบว่า total protein 5.8 กรัม% albumin 3.3 กรัม% total bilirubin 4.8 มก.% direct bilirubin 2.96 มก.% SGOT/SGPT 110/40 Sigma U

วันที่สี่และห้าของการอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงมีไข้สูง ปวดท้อง ท้องอืดมากขึ้นและกดเจ็บทั่วๆ ไป ตรวจพบตัวเหลืองตาเหลืองมากขึ้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ erythrocyte sedimentation rate (ESR) 61 มม./ชม. C-reactive protein (CRP) ให้ผลบวก จำนวนเกล็ดเลือด 275,000 เซลล์/ลบ.มม. total bilirubin 5.44 มก.% direct bilirubin 3.84 มก.% การส่งตรวจทางรังสีวิทยาและ ultrasonography ของช่องท้องพบถุงน้ำดีขนาดใหญ่และผนังบวมหนา ไม่พบนิ่วในถุงน้ำดี ท่อน้ำดีในตับมีขนาดปกติ การตรวจปัสสาวะพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบเม็ดเลือดขาว ผลการเพาะเชื้อจากเลือดและปัสสาวะไม่พบเชื้อ การตรวจน้ำไขสันหลังพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ จากการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการคิดถึงภาวะถุงน้ำดีอักเสบ จึงให้การรักษาโดยงดอาหารและน้ำทางปาก ใส่ nasogastric tube และเปลี่ยนยาต้านจุลชีพเป็น ampicillin และ gentamicin

วันที่หกของการอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงมีไข้สูง ปากแดงแห้งและแตก มือเท้าบวมตึงและปวดตามข้อ มือข้อเท้า ผื่นตามผิวหนังและอาการตาแดงหายไป อาการเจ็บบริเวณท้องที่ลดลง แต่มีถ่ายเหลวเป็นน้ำปนมูกเขียวๆ 14 ครั้ง การตรวจอุจจาระพบเม็ดเลือดขาว 5-10 เซลล์/high power field จึงรักษาแบบ infectious diarrhea โดยให้ norfloxacin รับประทาน

หนึ่งสัปดาห์หลังอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยยังมีไข้สูง ปวดท้อง และมีอาการต่าง ๆ ครบเกณฑ์การวินิจฉัยโรคคาวาซากิ ได้แก่ 1. ตาแดง 2. ปากและลิ้นแดง ริมฝีปากแห้งและแตก 3. ผื่นชนิด maculopapula 4. ฝ่ามือฝ่าเท้าบวม 5. มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโตร่วมกับมีไข้สูงเกิน 5 วัน จากการตรวจนับจำนวนเกล็ดเลือดในวันนั้นพบว่า จำนวนเกล็ดเลือดสูงขึ้นเป็น 412,000 เซลล์/ลบ.มม. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ non-specific ST-T change ส่วนอาการปวดท้อง ตัวเหลืองตาเหลืองและการตรวจพบถุงน้ำดีขนาดใหญ่สามารถพบได้ในโรคนี้ ผลการเพาะเชื้อจากปัสสาวะ อุจจาระไม่พบเชื้อ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ไม่สนับสนุนโรคที่ให้การวินิจฉัยแยกโรคไว้ จึงเริ่มรักษาโดยให้ aspirin 100 มก./กก./วัน พร้อมทั้งให้ IVIG 400 มก./กก./วัน เป็นเวลา 4 วัน หลังการรักษาไข้ลดเป็นปกติใน 24 ชั่วโมง อาการทั่วไปดีขึ้นมาก เริ่มอยากรับประทานอาหารและน้ำ อาการปวดท้อง เหลืองและอาการเจ็บบริเวณคอหายไป อัตราการเต้นของหัวใจ

ข้าง แต่เมื่อเท้ายังบวมตึงมาก คลำได้ก้อนใต้ชายโครง
ขวาขนาด 4x4 เซนติเมตร การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ
sinus bradycardia ไม่พบ ST-T change

สัปดาห์ที่สองของการอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยสด
ชื่นขึ้น ไม่มีไข้ รับประทานอาหารและน้ำได้มาก ไม่มี
อาการปวดท้องหรือปวดข้อ ต่อมาน้ำเหลืองบริเวณคอ
ขนาดเล็กลงและไม่เจ็บ มือเท้ายังบวมตึง การตรวจเลือด
พบ ESR 52 มม./ชม. ultrasonography ของช่องท้อง
พบขนาดถุงน้ำดีใหญ่ขึ้นกว่าเดิม จำนวนเกล็ดเลือดใน
วันที่ 10 ของการอยู่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็น 816,000
เซลล์/ลบ.มม. และมีผิวหนังลอกบริเวณปลายมือปลาย
เท้าในปลายสัปดาห์ที่สอง การตรวจ echocardiography
พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่พบความผิดปกติของหลอดเลือด
ของหัวใจ ได้จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
หลังอยู่โรงพยาบาล 2 สัปดาห์ โดยให้ aspirin ไป
รับประทานต่อ ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาหนึ่งสัปดาห์
หลังออกจากโรงพยาบาล พบว่าสบายดี คลำไม่พบก้อน
บริเวณท้อง ได้ให้ aspirin 100 มก./กก./วัน จนครบ
2 สัปดาห์ และลดขนาดเป็น 5 มก./กก./วัน อีก 2 เดือน
ผู้ป่วยมาติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ๆ โดยมีอาการ
ปกติดีตลอด ไม่มีไข้ การตรวจเลือดพบ ESR ลดลงเป็น
ปกติในภายใน 2 สัปดาห์หลังออกจากโรงพยาบาล การ
ตรวจ ultrasonography ของช่องท้อง 3 เดือนหลังออก
จากโรงพยาบาลพบว่าผลปกติ และผู้ป่วยสบายดีหลัง
ติดตามผลการรักษา 1 ปี

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้มาพบแพทย์ด้วยอาการไข้สูง และ
ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคออักเสบ แต่อาการไม่ดีขึ้นหลังการ
รักษาด้วยยาต้านจุลชีพ ซึ่งอาการต่อมน้ำเหลืองโตในโรค
ควาซาากินี้ อาจไม่มีอาการเจ็บเลยหรือเจ็บมากได้ แต่จะ
ไม่เป็นหนองและไม่มี fluctuation¹⁰ ต่อมาผู้ป่วยมีอาการ
ปวดท้อง และตรวจพบ gallbladder hydrops ซึ่งภาวะ
gallbladder hydrops นี้ มีรายงานครั้งแรกว่าเป็นภาวะ
แทรกซ้อนที่พบได้ในโรคควาซาากิน โดย Goldsmith และ
คณะ¹¹ หลังจากนั้นมียารายงานพบภาวะนี้ประมาณร้อยละ
3.0-13.7¹²⁻¹⁵ โดยมักเกิดขึ้นใน 1-2 สัปดาห์แรก¹³ และ
หายไปในภายใน 4 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามภาวะนี้อาจพบ
ได้ในโรค leptospirosis¹⁶ และ scarlet fever¹⁷ กลไก
การเกิดภาวะนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด คิดว่าภาวะนี้เกิดจาก

การคั่งของน้ำดี เนื่องจากไข้ ภาวะขาดอาหารและน้ำร่วม
กับมี serositis หรือ vasculitis ของถุงน้ำดี Maglaery
และคณะ¹⁴ ได้รายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาของ
ถุงน้ำดีพบมีการอักเสบเฉียบพลัน โดยเป็นมากบริเวณชั้น
กล้ามเนื้อของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงผนังของถุงน้ำดี
Mercer และคณะ¹⁸ พบว่ามีต่อมน้ำเหลืองไปกด cystic
duct แต่จากรายงานทั่วไป^{14,19,20} ไม่พบว่ามีการอุดตัน
หรือมีต่อมน้ำเหลืองไปกด cystic duct ในรายงานนี้ผู้ป่วย
มีอาการไข้สูง ต่อมาน้ำเหลืองที่คอโตต่อมามีอาการเหลือง
ปวดท้อง และตรวจพบ gallbladder hydrops หลังมี
อาการปวดท้อง 6 วัน โดยวินิจฉัยได้จากการตรวจทาง
รังสีและ ultrasonography ช่องท้อง ไม่พบ bile duct
dilatation และไม่พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณ cystic duct
โตมากัด ส่วนอาการของโรคควาซาากินค่อย ๆ เกิดขึ้น
ระหว่างอยู่โรงพยาบาลจนครบเกณฑ์การวินิจฉัยหลังมี
อาการปวดท้อง Choi and Sharma²¹ ได้รวบรวมผู้ป่วย
โรคควาซาากินที่มี gallbladder hydrops พบว่ามักเกิดใน
เด็กค่อนข้างโต โดยพบในเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 52
และถุงน้ำดีจะมีขนาดเล็กลงใน 5-15 วัน ผู้ป่วยที่มี
gallbladder hydrops ควรให้การรักษาแบบประคับ-
ประคอง โดยติดตามอาการของผู้ป่วยร่วมกับดูขนาดและ
ลักษณะของถุงน้ำดีเป็นระยะ ๆ โดยการตรวจทาง
ultrasonography^{22,23} และไม่ควรรักษาด้วยการผ่าตัด
ยกเว้นในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ถุงน้ำดีแตกหรือ
ใกล้แตก เพราะภาวะนี้สามารถหายเองได้ นอกจากนี้ยัง
พบมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ โดยเฉพาะในรายที่
เป็นรุนแรง Mercer และคณะ¹⁸ ได้รายงานอัตราการตายใน
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 25 เมื่อเทียบกับ
ผู้ป่วยควาซาากินทั่วไป มีอัตราการตายร้อยละ 2 สิ่งตรวจพบ
สำคัญที่ช่วยช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคควาซาากินในผู้
ป่วยรายนี้คือ จำนวนเกล็ดเลือดที่เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่สอง
ของไข้ จากรายงานทั่วไปพบว่า จำนวนเกล็ดเลือดจะเพิ่ม
ขึ้นหลังมีไข้หนึ่งสัปดาห์และสูงสุดระหว่างสัปดาห์ที่ 2
และ 3²⁴ ในผู้ป่วยรายนี้เนื่องจากแพทย์ผู้รักษาคิดถึงโรค
ควาซาากินจึงได้ให้การรักษาด้วย aspirin และ IVIG โดย
ให้ IVIG ขนาด 400 มก./กก./วัน เป็นเวลา 4 วัน ซึ่ง
เป็นการรักษาที่แนะนำในขณะนั้น ผู้ป่วยหายเป็นปกติ
โดยไม่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และไม่มีภาวะ
แทรกซ้อนทางหัวใจตามมาเมื่อตรวจโดย echocardi-
ography หลังการรักษาสองเดือน Newburger และคณะ²⁵

ได้รายงานกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ aspirin และ IVIG ขนาด 400 มก./กก./วัน เป็นเวลา 4 วัน เพื่อรักษาโรคคาวาซากิ พบความผิดปกติของหลอดเลือดของหัวใจร้อยละ 8 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย aspirin อย่างเดียว พบความผิดปกติดังกล่าวถึงร้อยละ 18 เมื่อทำการตรวจ echocardiography ในสัปดาห์ที่ 7 ของการรักษา Newburger และคณะ²⁶ (พ.ศ.2534) ได้รายงานการรักษาโดยใช้ IVIG ขนาดสูง 2 กรัม/กก. ครั้งเดียวโดยให้ซ้ำ ๆ ทางหลอดเลือดดำในเวลา 10 ชั่วโมง พบว่าให้ผลการรักษาดีกว่าการให้ IVIG 400 มก./กก./วัน เป็นเวลา 4 วัน โดยพบว่าไข้จะลดลงเร็ว ระยะเวลาของไข้หลังการรักษาสั้นลงและป้องกันการเกิดการโป่งพองของหลอดเลือดของหัวใจได้ จึงเป็นการรักษาที่ยอมรับในเวลาต่อมา ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับ IVIG เมื่อมีไข้มาแล้ว 12 วัน ซึ่งรายงานส่วนใหญ่พบว่า การให้ IVIG หลังมีไข้มาแล้ว นานกว่า 10 วัน อาจให้ผลป้องกันการผิดปกติของหลอดเลือดของหัวใจได้ไม่แน่นอน^{8,25} ยกเว้น Marasini และคณะ²⁷ พบว่าการให้ IVIG ในกลุ่มผู้ป่วยคาวาซากิที่มีไข้มาแล้วเกิน 10 วัน พบการเกิดการโป่งพองของหลอดเลือดของหัวใจน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ IVIG

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ได้รายงานผู้ป่วยโรคคาวาซากิ ที่มีไข้ ปวดท้อง ท้องอืด อาเจียน ต่อมาตรวจพบ gallbladder hydrops ซึ่งอาการคล้ายภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม แต่เนื่องจากวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคคาวาซากิ จึงให้การรักษาด้วย aspirin และ IVIG ร่วมกับการรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยหายเป็นปกติโดยไม่ต้องได้รับการผ่าตัด ดังนั้นแพทย์ทั่วไปโดยเฉพาะกุมารแพทย์และศัลยแพทย์จึงควรรู้จักและคิดถึงภาวะนี้ ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไข้ ปวดท้องหรือคลื่นไส้ได้ก่อน การตรวจ ultrasonography สามารถช่วยวินิจฉัยภาวะ gallbladder hydrops ได้อย่างแม่นยำและช่วยแยกภาวะนี้ออกจากภาวะทางศัลยกรรมอื่น รวมทั้งสามารถใช้ติดตามผลการรักษาและวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของถุงน้ำดีที่เกิดตามมาได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ศรีเวียง ไพโรจน์กุล หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ที่อนุญาตให้รายงานผู้ป่วยรายนี้ นางสาวระพีพรรณ วิสูตรศักดิ์ และนางสาวมยุรี ศรีชิน ที่ช่วยในการพิมพ์รายงานฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Kawasaki T. Acute febrile mucocutaneous lymph node syndrome: Clinical observations of 50 cases. *Jpn J Allergol* 1976;16:178-222.
2. Kawasaki T, Kosaki F, Okawa S, Shigematsu I, Yanagawa H. A new infantile acute febrile mucocutaneous lymph node syndrome (MLNS) prevailing in Japan. *Pediatrics* 1974;54:271-6.
3. American Heart Association Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease. *Am J Dis Child* 1990;144:1220-1.
4. Kato H, Ichinose E, Yoshioka F, et al. Fate of coronary aneurysms in Kawasaki disease: serial coronary angiography and long-term follow-up study. *Am J Cardiol* 1982;49:1758-66.
5. Kato H, Ichinose E, Kawasaki T. Myocardial infarction in Kawasaki disease: Clinical analyses in 195 case. *J Pediatr* 1986;108:923-7.
6. Suzuki A, Kamiya T, Kuwahara N, et al. Coronary arterial lesions of Kawasaki disease: cardiac catheterization findings of 1, 100 cases. *Pediatr Cardiol* 1986;7:3-9.
7. Koren G, Rose V, Lavi S, Rowe R. Probable efficacy of high-dose salicylates in reducing coronary involvement in Kawasaki disease. *JAMA* 1985;254:767-9.
8. Rowley AH, Duffy CE, Shulman ST. Prevention of giant coronary artery aneurysms in Kawasaki disease by intravenous gamma globulin therapy. *J Pediatr* 1988;113:290-4.

9. Furusho K, Kamiya T, Nakano H, et al. High-dose intravenous gammaglobulin for Kawasaki disease. *Lancet* 1984;2:1055-8.
10. Melish ME. Kawasaki syndrome. In : Krugman S, Katz SL, Gershon AA, Wilfert CM, eds. *Infectious Diseases of Children*. Missouri : Mosby-Year Book, Inc, 1992:211-22.
11. Goldsmith RW, Gribetz D, Strauss L. Mucocutaneous lymph node syndrome (MLNS) in the continental United States. *Pediatrics* 1976;57:431-5.
12. Rowley AH, Gonzalez-Crussi F, Shulman ST. Kawasaki syndrome. *Rev Infect Dis* 1988;10: 1-15.
13. Melish ME, Hicks RV, Reddy V. Kawasaki syndrome : An update. *Hosp Pract* 1982;17: 99-106.
14. Magilavy DB, Speert DP, Silver TM, Sullivan DB. Mucocutaneous lymph node syndrome : Report of two cases complicated by gallbladder hydrops and diagnosed by ultrasound. *Pediatrics* 1978;61:699-702.
15. Bell DM, Morens DM, Holman RC, Hurwitz ES, Hunter MK. Kawasaki syndrome in the United States 1976 to 1980. *Am J Dis Child* 1983;137:211-4.
16. Burton LL, Esobedo MB, Keating JP, Ternberg JL. Leptospirosis with acalculous cholecystitis. *Am J Dis Child* 1973;126:350-1.
17. Dickenson SJ, Corley G, Santull TV. Acute cholecystitis as a sequelae of scarlet fever. *Am J Dis Child* 1971;121:331-3.
18. Mercer S, Carpenter B : Surgical complications of Kawasaki disease. *J Pediatr Surg* 1981;16:444-8.
19. Chamberlain JW, Hight DW. Acute hydrops of the gallbladder in childhood. *Surgery* 1970; 68:899-905.
20. Suddleson EA, Reid B, Woolley MM, Takahashi M. Hydrops of the gallbladder associated with Kawasaki syndrome. *J Ped Surg* 1987;22: 956-9.
21. Choi YS, Sharma B. Gallbladder hydrops in mucocutaneous lymph node syndrome. *South Med J* 1989;82:397-8.
22. Slovis TL, Hight DW, Philippart AI, Dubois RS. Sonography in the diagnosis and management of hydrops of the gallbladder in children with mucocutaneous lymph node syndrome. *Pediatrics* 1980;65:789-94.
23. Bradford BF, Reid BS, Weinstein BJ, Oh KS, Girdany BR. Ultrasonographic evaluation of the gallbladder in mucocutaneous lymph node syndrome. *Radiology* 1982;142:381-4.
24. Morens DM, Anderson LJ, Hurwitz ES. National surveillance of Kawasaki disease. *Pediatrics* 1980;65:21-25.
25. 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.
26. Newburger JW, Takahashi M, Beiser AS, et al. A single infusion of intravenous gamma globulin compared to four daily doses in the treatment of acute Kawasaki syndrome. *N Engl J Med* 1991;326:1633-7.
27. Marasini M, Pongiglione G, Gazzolo D, Campelli A, Ribaldone D, Caponnetto S. Late intravenous gamma globulin treatment in infants and children with Kawasaki disease and coronary artery abnormalities. *AM J Cardiol* 1991;68: 796-7.