

1. การรักษาเบื้องต้นทั้งในกรณีที่มี หรือไม่มีภาวะช็อก หรือมีภาวะคุกคามของอวัยวะอย่างรุนแรง

ขนาดยาและระยะเวลาที่ให้ยา

1. IVIG inj.น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม (ขนาดยาที่แนะนำ 2 g/kg ขนาดยาไม่เกิน 100 g/day)
วันเดือนปีที่เริ่มให้ยา ____ / ____ / ____ ถึงวันเดือนปี ____ / ____ / ____ คิดเป็นขนาดยา _____ กรัม
และ
2. Methylprednisolone IV 1-2 มก./กก./วัน (ขนาดสูงสุด 60 มก./วัน) กรณีไม่มีภาวะช็อก หรือ
3. Pulse methylprednisolone IV 10-30 มก./กก./วัน (1-3 วัน)) กรณีมีภาวะช็อก

คำแนะนำ เนื่องจากการให้ IVIG มีโอกาสการเกิดภาวะ hemolytic anemia และ volume overload ดังนั้น ก่อนที่จะให้ IVIG ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมิน cardiac function และ volume status เพื่อระมัดระวังการเกิด ภาวะน้ำท่วมปอดแบบเฉียบพลัน (acute pulmonary edema) กรณีที่สงสัยภาวะน้ำเกินหรือมี LV dysfunction ควรพิจารณาแบ่งให้ IVIG 1 กรัม/กก. วันละ ครั้งเป็นระยะเวลา 2 วันแทน

2. การรักษาตามความรุนแรง (ระดับที่ 1-4)

แนะนำให้ intravenous immunoglobulin (IVIG) ขนาด 2 กรัม/กก. ทางหลอดเลือดดำ โดยคือน้ำหนัก จาก ideal body weight หรือ weight for height ภายใน 8-12 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการที่ เข้าได้กับ MIS-C ทุกระดับ และอาจพิจารณาให้ methylprednisolone เพิ่มหรือให้ methylprednisolone ควบคู่ กับ intravenous immunoglobulin (IVIG)

สำหรับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ 3 และ 4 ในรายที่มีภาวะน้ำเกิน แนะนำแบ่งให้ intravenous immunoglobulin (IVIG) เป็น 2 โดส (IVIG 1 กรัม/กก. วันละครั้งเป็นระยะเวลา 2 วัน)

กรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย human normal immunoglobulin (IVIG) 2 กรัม/กก. อาจพิจารณาให้ ยาอื่นตามแนวทางปฏิบัติในการวินิจฉัย และดูแลรักษา กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เกี่ยวข้อง กับโรคโควิด-19 ในเด็กฯ โดย ไม่แนะนำการให้ human normal immunoglobulin (IVIG) ซ้ำเป็นครั้งที่สอง

ขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

1.แพทย์ผู้สั่งใช้ยา.....เลข ว.....

วันที่...../...../.....

2.ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงาน.....

เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....

3.ส่งแบบฟอร์มที่งานคลังยาชั้น 2 โทร 1128

ความเห็นของหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม

ลงชื่อ.....

วันที่.....

4.ความเห็นของรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

เห็นควร [] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ

เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

วันที่.....

5.เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

[] อนุมัติ [] ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

วันที่.....