

به نام خدا



کاوازاکی

تهیه کننده:

(دپارتمان آموزش به بیماران)

بیماری کاوازاکی:

یک واسکولیت سیستمیک حاد (التهاب عروق خونی تمام بدن) با علت ناشناخته است که پوست، دهان و گره‌های لنفاوی را درگیر می‌کند. برخی از دانشمندان معتقدند، ابتلاء کودک به عفونت می‌تواند باعث شروع بیماری شود. تشخیص و درمان زودرس بیماری منجر به بهبود کودک در عرض چند روز - چند هفته خواهد شد. در صورت عدم درمان، عوارض قلبی در کودک ایجاد می‌شود. این بیماری در کودکان کمتر از ۵ سال مشاهده و مسری نیست.

پاتوفیزیولوژی:

این بیماری موجب التهاب منتشر عروق کوچک و متوسط شده و با بیشترین احتمال آسیب عروق کرونر همراه است. در مرحله حاد، التهاب پشرونده عروق کوچک همراه با درگیری تمامی لایه‌های قلب و میوکاردیت وجود دارد ولی کودکان علائم نارسایی قلبی را نشان نمی‌دهند و ممکن است در اکوکاردیوگرافی کاهش عملکرد بطن چپ مشاهده شود که بعد از درمان بهبود می‌یابد. التهاب سیستمیک به تدریج طی ۸ - ۶ هفته برطرف می‌شود.

تظاهرات بالینی:

فاز حاد: با تب بالای ۳۹ درجه حداقل به مدت ۵ روز (اولین علامت) و عدم پاسخ به آنتی بیوتیک‌ها و

تب‌برها شروع می‌شود. ملتحمه قرمز و خشک و عنبیه دچار آسیب می‌شود. حلق و مخاط دهان قرمز و ملتهب، لب‌ها قرمز، خشک و ترک دار و علامت زبان توت فرنگی مشاهده می‌شود. غدد لنفاوی، کف دست‌ها و پاها متورم و قرمز مایل به صورتی می‌شود. ضایعات پوستی نیز حالت پوسته ریزی پیدا می‌کند. عوارض این مرحله شامل میوکاردیت با تغییرات نوار قلب، کاهش عملکرد بطن چپ و بروز تاکی کاردی است.

فاز تحت حاد: با رفع تب شروع شده و با محو شدن علائم بالینی ظاهری به پایان می‌رسد. در صورت ایجاد عوارض قلبی، در طی هفته دوم در اکوکاردیوگرافی مشاهده می‌شود. عروق آسیب دیده به اتساع خود ادامه داده و تقریباً در عرض ۶-۴ هفته پس از شروع بیماری به حداکثر قطر خود می‌رسد. ناخن‌ها نیز دچار پوسته ریزی می‌شوند. آرتریت ممکن است آشکار شده و مفاصل بزرگ را درگیر نماید. اسهال، استفراغ، درد شکم و ریزش مو هم در این مرحله بروز می‌کند.

فاز نقاهت: تمام علائم بیماری محو شده ولی معیارهای آزمایشگاهی هنوز غیرطبیعی هستند. ترومبوسیتوز و آرتریت در این مرحله هنوز ادامه دارد. در پایان این مرحله، حلق و خو، انرژی و اشتیاق کودک به میزان طبیعی برمی‌گردد.

عوارض:

سکته قلبی ناشی از ترومبوز و تنگ شدن عروق کرونر است و علامت آن شامل درد شکم، استفراغ، بی قراری، گریه تسکین ناپذیر، رنگ پریدگی و شوک است. شکایت از درد قفسه سینه در کودکان بزرگتر تظاهر می یابد.

معیارهای تشخیصی:

هیچ آزمایش مشخصی برای تشخیص بیماری وجود ندارد ولی وجود حداقل ۴ مورد از ۵ معیار زیر در معاینه توسط پزشک تشخیص را مسجل می سازد:

- ۱- قرمزی و ادم کف دست و پا، پوسته ریزی دور ناخن ها طی هفته دوم و سوم
- ۲- بثورات چندشکلی
- ۳- التهاب بدون ترشح ملتحمه هر دو چشم
- ۴- تغییرات در لب ها و مخاط پوششی دهان
- ۵- لنفادنوپاتی گردن معمولا یک طرفه

درمان:

درمان فعلی این بیماری تزریق وریدی ایمنوگلوبولین با دوز بالا همراه با تجویز سالیسیلات ها است. در شروع بیماری، آسپیرین جهت کنترل تب و التهاب داده می شود.

تدابیر پرستاری:

* در فاز شروع، پرستار باید وضعیت قلبی کودک، میزان جذب و دفع و وزن روزانه را کنترل و گزارش نماید.

* جهت به حداقل رساندن ناراحتی پوستی، استفاده از لباس خنک و نرم و لوسیون فاقد چربی ضرورت دارد.
* برای مراقبت از دهان، استفاده از پماد لوبریکانت بر روی لب ها و مصرف مایعات صاف شده و غذاهای نرم توصیه می شود.

* ثبت درجه حرارت بیمار قبل از تجویز آسپیرین بسیار مهم است، زیرا تب انعکاسی از التهاب بوده و نیاز به درمان بیشتر را مطرح می سازد.

آموزش حین ترخیص:

* خطر خونریزی گوارشی و خونریزی زیر پوستی به دنبال مصرف آسپیرین وجود دارد، بنابراین باید به علائمی مثل درد معده، خون در مدفوع و خونمردگی های پوستی توجه نمود و سریعاً گزارش شود.

* در این دوران کودک با افراد مبتلا به آبله مرغان و آنفولانزا در تماس نباشد و اگر احیاناً مبتلا به این دو بیماری شد آسپیرین قطع شود.

* پوست جدید پس از پوسته ریزی خشک است و باید از مرطوب کننده ها استفاده نمود تا ترک نخورد.

* هرگونه تب در هفته اول و دوم پس از ترخیص از بیمارستان باید سریعاً اطلاع داده شود.

* تزریق واکسن سرخک، سرخچه، آبله مرغان، اوریون باید با ۱۱ ماه تاخیر پس از تجویز ایمنوگلوبولین انجام شود، زیرا در این مدت بدن قادر به تولید کافی آنتی بادی نخواهد بود.

* مصرف رژیم کم چرب و کم کلسترول، ورزش منظم، عدم قرارگرفتن در معرض دود سیگار توصیه می شود.

* مصرف منظم داروهای خواراکی و اکوی مجدد پس از ترخیص کودک توصیه می شود.