

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

مرکز آموزشی درمانی و پژوهشی ۱۷ شهریورشت

مراقبت پرستاری و درمان بیمار مبتلا به کاوازاکی

تهیه کننده : نسیمه مهربانی - کارشناس پرستاری و پرستار بخش عفونی

تحت نظارت: آذر رضا صفت - کارشناس ارشد پرستاری کودکان

سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی ۱۷ شهریور

پاییز ۱۴۰۲



اتیولوژی

بیماری کاوازاکی واسکولیتی با علت ناشناخته است که با درگیری چندین سیستم و التهاب شریان های کوچک تا متوسط و متعاقب آن با تشکیل آنوریسم مشخص می شود. خود به خود محدود شونده بوده و ظرف مدت ۶ تا ۸ هفته بهبود می یابد.

اپیدمیولوژی

کاوازاکی یک واسکولیت شایع کودکی بوده که در تمامی نقاط جهان با شیوع متغیری بیان شده است. بالاترین شیوع را در ژاپن دارد. در میان کودکان آسیایی بیشترین شیوع را دارد. در کودکان کمتر از پنج سال بیشترین شیوع را داشته و به ندرت در کودکان بزرگتر از هفت سال رخ می دهد.

پاتوفیزیولوژی

- ❖ در مرحله حاد بیماری ، التهاب پیشرونده ی عروق کوچک به همراه درگیری تمام لایه های قلب (پان کاردیت) ایجاد می شود.
- ❖ بالا رفتن سطح CRP و ESR در مرحله حاد بیماری
- ❖ گشادی شریان های کرونر که با اکوکاردیو گرافی زودتر از روز هفتم قابل شناسایی است.

علايم باليني

درگيري آنوريسمي شريان هاي كرونر با اهميت ترين علامت بيماري است.

علايم باليني كاوازاكي كلا به سه مرحله تقسيم مي شود:
فاز حاد، فاز تحت حاد، فاز نقاهت.

فاز حاد:

فاز حاد يك تا دو هفته طول مي كشد با شروع ناگهاني تب بالا (۴۰ درجه)
و شديد بدون منشاء خاصي مشخص مي شود

علايم باليني فاز حاد

قرمزی ملتحمه، تغییرات مخاطی شامل خشکی، لب های ترک خورده و زبان توت فرنگی، لنفادنوپاتی گردنی، تورم دست ها و پاها از دیگر علايم اين فاز می باشد.

کونژکتیویت دو طرفه و غیر چرکی است. لنفادنوپاتی گردنی در ۷۰٪ کودکان دیده می شود.

علايم باليني فاز حاد

بثورات جلدی، که می توانند در ظاهر متغیر باشند، در ۸۰ درصد کودکان مبتلا به بیماری کاوازاکی روی داده و نسبتاً در مناطق اینگوئینال و بر روی قفسه سینه دارای اهمیت بیشتری است. درد شکمی و هیدروپس کیسه صفرا، آرتریت به خصوص در مفاصل کوچک می تواند دیده شود.

علايم باليني فاز حاد

كارديت در فاز حاد ممكن است با تاكيكاردي ، تنگي نفس يا نارسايي قلبي پيشرفته خود را نمايان سازد. آنوريسم شريان هاي بزرگ كروني نادر بوده ولي به طورشايع تر در كودكان كم سن و سال ممكن است روي دهد ، مي تواند در طي اين مرحله روي دهد.

علايم باليني فاز تحت حاد

فاز تحت حاد حدود ۴ هفته طول می کشد ، با بهبود تدریجی تب ، پوسته ریزی دور ناخنها، به ویژه در انگشتان و نوک پا ،افزایش تعداد پلاکت ها، افزایش پیشرفت آنوریسم های شریانی کرونر، آرتريت در مفاصل بزرگ حامل وزن و تحریک پذیری در این مرحله وجود دارد.

علایم بالینی فاز نقاها

❖ تمامی علایم بالینی بیماری محومی شود.

❖ معیارهای آزمایشگاهی همچنان به میزان طبیعی برگشته است.

❖ آرتريت ممكن است ادامه داشته باشد و عوارض كرونري همچنان نگران كننده باشد.

❖ خلق و خو و انرژی و اشتهاى كودك به میزان طبیعی برگشته است.

معیارهای تشخیصی کاوازاکی

- ✓ تب مداوم به مدت ۵ روز یا بیشتر همراه با حداقل ۴ یا ۵ تا از تغییر زیر:
- ✓ کونژکتیویت دو طرفه غیر چرکی
- ✓ احتقان حلق، فیشرهای خشک لب، زبان توت فرنگی
- ✓ قرمزی کف دست و پا، ادم دست ها و پاها، پوسته ریزی دور ناخن ها
- ✓ لنفادنوپاتی گردنی معمولاً یکطرفه
- ✓ بثورات چند شکلی

ارزشیابی تشخیصی

- این امر مهم است که سایر علل تب را از عفونت جدا کنیم بهتر است موارد زیر انجام شود:
- انجام کشت خون و ادرار
- انجام گرافی قفسه سینه
- انجام WBC, PLT, ESR (افزایش سدیمنتاسیون، ترومبوسیتوز)
- انجام پونکسیون کمری (جهت یافتن شواهدی از مننژیت آسپتیک)
- انجام اکوکاردیوگرافی

تدابیر درمانی

درمان فعلی کاوازاکی شامل تزریق ایمونوگلوبین وریدی همراه با تجویز سالیسیلات ها می باشد. تجویز ایمونوگلوبین طی ۱۰ روز اول بیماری باعث کاهش طول مدت تب و کاهش شیوع ناهنجاری شریان کرونر می شود. تزریق دوز واحد 2g/kg در طی ۸ تا ۱۲ ساعت توصیه می شود. دوز آسپرین در آغاز با دوز التهابی 80 تا 100 mg/kg هر ۶ ساعت به منظور کنترل تب و علائم التهاب تجویز می شود.

تدابیر درمانی

در صورت فروکش کردن تب و فقدان آن به مدت ۴۸-۷۲ ساعت، آسپرین ۳-۵ mg/kg داده میشود. در صورت اکوکاردیوگرافی طبیعی درمان با آسپرین در دوز پایین تا رسیدن شمارش پلاکت به حد طبیعی ادامه می یابد (۶ تا ۸ هفته). در صورت ناهنجاری عروق کرونر درمان با سالیسیلات به مدت نامحدود ادامه می یابد. در کودکان دارای آنوریسم بزرگ و در معرض خطر عوارض مرگ و میر ممکن استاز کلوییدوگرول یا وارفارین استفاده شود.

تدابیر درمانی

در افراد در معرض خطر معمولاً آسپرین و وارفارین تجویز میگردد. در شیرخواران لئونوکس به جای وارفارین استفاده می شود.

پیش آگهی:

مرگ ندرتاً رخ می دهد. بسیاری از کودکان با درمان بهبود می یابند. در کودکانی که بعد از گذشت یکسال، اختلالات شدید قلبی همچنان پایدار است و در شرایطی که احتمال ایسکیمی میوکارد مطرح است کاتتریزاسیون شریان های کرونر روش استاندارد طلایی است.

تدابیر پرستاری

- در فاز شروع بیماری، کنترل وضعیت قلبی کودک: کنترل جذب و دفع و وزن روزانه و گزارش آن

- تجویز مایعات به دلیل میوکاردیت با دقت انجام شود.

- ارزیابی کودک از نظر علایم نارسایی احتقانی قلب: کاهش بازده ادراری، تاکیکاردی، دیسترس تنفسی

مانیتور قلبی در حین تزریق ایمنوگلوبین (به دلیل افزایش بار مایعات)

تدابیر پرستاری

- استفاده از لباس های خنک ،لوسیون های فاقد بو و البسه نرم و گشاد جهت به حداقل رسانیدن ناراحتی پوستی
- مراقبت از دهان در مرحله حاد بیماری:مصرف مایعات صاف شده و نرم،مالیدن پماد و لوبریکنت به لب ها
- درجه حرارت کودک به دقت کنترل و ثبت شود.

تدابیر پرستاری

- انجام حرکات دورانی فعال در حمام در صورت وجود آرتروز
- کنترل علائم حیاتی و هر گونه علائم حساسیت حین تزریق ایمنوگلوبین
- کنترل رگ بیمار از نظر کارایی، زیرا نشت دارو باعث آسیب بافتی می شود.
- ایجاد محیطی آرام جهت استراحت کودک (تحریک پذیری شایعترین مشکل است)

آموزش حین ترخیص

- کنترل درجه حرارت روزی یکبار و در صورت تب تماس با پزشک معالج
- در صورت وجود آرتریت انجام ورزش های غیر فعال در وان حمام
- در صورت مصرف سالیسیلات با دوز بالا توجه به علائم مسمومیت (سردرد، سرگیجه، گیجی، وزوز گوش)

آموزش حین ترخیص

- در هنگام تماس با کودک مبتلا به آبله مرغان و یا آنفلوآنزا، مصرف آسپرین قطع شده و اطلاع به پزشک معالج، به دلیل ارتباط این دارو با سندرم ری

- آموزش احیای قلبی ریوی به والدین کودکان دارای ضایعه شدید شریان کرونری (به دلیل احتمال بروز سکتته)

آموزش حین ترخیص

- پرهیز کودک از ورزشهای تماسی وواکسینه شدن کودک برعلیه آنفلوآنزادر صورت

استفاده از آسپرین یا آنتی پلاکها

- تزریق واکسن های سرخک وسرخجه و اوریون و آبله مرغان باید ۱۱ ماه پس از تزریق

ایمنوگلوبین انجام شود.(زیرا بدن در این مدت قادر به تولید مقدار کافی آنتی بادی نخواهدبود)

تشخیص پرستاری

کاهش برون ده قلبی در ارتباط با نقص ساختمانی، اختلال عملکرد میوکارد

* ارزیابی و گزارش برون ده قلبی، تعداد تنفس و فشارخون هر دو تا چهار ساعت

* تجویز داروهای قلبی مطابق جدول زمانی

* محاسبه دقیق جذب و دفع

* دادن غذا به کودک با حجم کم و دفعات زیاد

* توزین روزانه کودک با ترازوی یکسان

تشخیص پرستاری

- الگوی تنفسی غیر موثر در ارتباط با احتقان ریه ، کاهش برون ده قلبی
- * ارزیابی و گزارش تعداد تنفس ، صداهای تنفسی هر دو تا چهار ساعت
- * تجویز اکسیژن مرطوب در دوز و روش صحیح
- * بالا نگه داشتن سر تخت به میزان ۳۰ تا ۵۵ درجه
- * ساکشن کودک در صورت سرفه ناموثر
- * ارزیابی و گزارش اشباع اکسیژن

تشخیص پرستاری

خطر کمبود حجم مایعات در ارتباط با بروز تب

* کنترل میزان جذب و دفع

* حفظ تعادل مایعات و الکترولیت ها

* کنترل درجه حرارت

* تشویق کودک به مصرف مایعات پرکالری دارای اسید کمتر

تشخیص پرستاری

درد حاد در ارتباط با تب، تظاهرات پوستی، التهاب مفاصل

* تن شویه با آب ولرم جهت کاهش تب و کاهش ناراحتی ناشی از تظاهرات پوستی

* استفاده از لباس نخی و لوسیون های بدون بوجهت کاهش ناراحتی پوستی

* در صورت آرتریت تشویق به حرکات دورانی در حمام

تشخیص پرستاری

کمبود آگاهی در ارتباط با روش های درمان ونحوه مراقبت از کودک مبتلا به کاوازاکی در منزل

* مصرف آسپرین با شیر یا غذا

* کنترل درجه حرارت روزانه کودک و در صورت مشاهده تب اطلاع به کودک

* توجه به علائم مسمومیت با NSAID (سردرد، سرگیجه، وزوز گوش)

* قطع مصرف آسپرین و اطلاع به پزشک در صورت برخورد کودک مبتلا به کاوازاکی با افراد مبتلا به آبله مرغان و آنفلوآنزا (به دلیل خطر سندرم ری)

* تزریق واکسن های سرخک و سرخجه و اوریون و آبله مرغان ۱۱ ماه بعد از تزریق

IVIG

منبع:

- درسنامه پرستاری کودکان ونگ جلد دوم (کودک بیمار) - ترجمه مهناز شوقی - ویراست دهم ۲۰۱۵