

بیماری کاوازاکی

نسخه 2016

2 تشخیص و درمان

1.2 کاوازاکی چگونه تشخیص داده میشود ؟

تشخیص بیماری کاوازاکی بالینی است . به این معنی که بر اساس ارزیابیهای بالینی توسط پزشک تشخیص داده می شود . زمانی بیماری تشخیص قطعی خواهد داشت که : تب بالای غیرقابل توجیه بیشتر از 5 روزهمراه با 4 علامت از 5 علامت دیگر وجود داشته باشد : التهاب دو طرفه ملتحمه چشم (مانند اینکه التهاب به صورت پرده ای روی کره چشم را پیوشاند) ، بزرگی غددلنفاوی، راش پوستی ، درگیری دهان و زبان و تغییرات انتهاها. بررسی پزشک برای اینست که نشانه ای از بیماری دیگری که بتواند علایم مشابهی داشته باشد وجود نداشته باشد. بعضی از کودکان فرم های ناکاملی از بیماری را نشان می دهند به این معنی که معیارهای بالینی کمتری دارند که باعث می شود تشخیص دشوارتر باشد ، به این گونه موارد بیماری کاوازاکی ناکامل گفته می شود .

2.2 این بیماری چه مدت طول می کشد ؟

بیماری کاوازاکی بیماری است با سه مرحله : حاد، که دو هفته اول بیماری را شامل می شود وزمانی است که تب و دیگر علایم مشاهده میشود . مرحله تحت حاد، هفته دوم تا هفته چهارم است مرحله ای که در آن تعداد پلاکت ها رو به افزایش است و آنوریسم هامیتوانند ظاهر شوند . مرحله سوم، مرحله بهبودی ونقاهاست که از یک تا سه ماه است و آن موقعی است که تمام تست های آزمایشگاهی به حالت عادی برمیگردند و برخی از ناهنجارهای عروق خونی از بین میروند وپایاندازه های آنها کاهش می یابند . در صورت عدم درمان ، این بیماری ممکن است خود بخود محدودشونده باشد،و بیش از دو هفته طول نکشد ،آسیب کرونری مشابه بالاخواهد بود.

3.2 اهمیت آزمایش ها چیست ؟

در حال حاضر ،تست آزمایشگاهی اختصاصی وجود ندارد که بتواند به تشخیص این بیماری کمک کند . گروهی از آزمایشات همانند : سرعت رسوب گلبول قرمزبالا ،

بالا CRP لکوسیتوز ، کم خونی (کاهش مقدار سلول های قرمز خون) ، آلبومین سرم پایین ، افزایش آنزیم های کبدی ، می تواند به تشخیص بیماری کمک کند . تعداد پلاکت ها (سلولهایی که در انعقاد دخیل هستند) معمولا در هفته های اول بیماری طبیعی هستند اما در هفته های دوم و به مقادیر بسیار بالایی می رسند .
برای این کودکان باید معاینات دوره ای و ارزیابی آزمایش های خونی انجام شود تا اینکه شمارش پلاکتی و سرعت رسوب گلیول قرمز به حالت طبیعی برگردد .
الکتروکاردیوگرافی و اکوکاردیوگرام باید انجام شود . اکوکاردیوگرام می تواند گشادی یا آنوریسم را با ارزیابی شکل و اندازه سرخرگ کرونری تشخیص دهد . در مورد کودکی که اختلالات عروق کرونر داشته باشد ، نیاز به پیگیری با اکوکاردیوگرام و مطالعات اضافی و ارزیابی بیشتری خواهد بود .

2.4 آیا این بیماری را می توان درمان کرد ؟

اکثر کودکان مبتلا به این بیماری درمان می شوند، اگرچه ، در تعدادی از بیماران علیرغم استفاده از درمان های مناسب، عوارض قلبی ایجاد میگردد. نمی توان از این بیماری پیشگیری کرد اما بهترین روش کاهش بیماری های قلبی ، تشخیص زود هنگام آن و شروع درمان در اسرع وقت است .

2.5 درمان این بیماری چیست ؟

کودکی که در مورد وی تشخیص کاوازاکی محتمل است باید در بیمارستان بستری شده و تحت نظر باشد و همچنین لازمست از نظر درگیری ها قلبی احتمالی مورد بررسی قرارگیرد .

برای کاهش میزان درگیری های قلبی ، به محض آنکه تشخیص بیماری داده شد باید درمان آن شروع شود

درمان شامل ایمونوگلوبولین داخل وریدی تک دوز و دوز بالا و آسپرین است . این درمان التهاب را کاهش داده و به طور چشمگیری علایم حاد را بهبود میبخشد. دوز بالای ایمونوگلوبولین داخل وریدی بخش ضروری درمان است به گونه ای که قادر است عوارض قلبی را در در صد بالایی از بیماران کاهش دهد . اگرچه این درمان گران است اما در حال حاضر به صورت موثرترین درمان مطرح میباشد، در بیماران با عوامل خطرات خاص، کورتیکواستروئیدها به طور همزمان ممکن است داده شود . بیمارانی که به یک یا دودوز پاسخ نمی دهند ، برای درمان آنها گزینه های دیگری نیز وجود دارند که شامل : دوز بالای کورتیکواستروئیدهای داخلی وریدی و دارو درمانی بیولوژیک است .

2.6 آیا تمام کودکان به ایمونوگلوبولین داخل وریدی پاسخ می دهند ؟

خوشبختانه اکثر کودکان تنها به یک دوز منفرد درمانی نیاز دارند ، اما کودکانی که به این دوز جواب ندهند ، ممکنست نیاز به دوز دوم و یا تزریق کورتیکواستروئید پیدا کنند . در موارد نادر، ممکنست داروهای بیولوژیکی داده شود.

2.7 عوارض جانبی دارو درمانی چیست ؟

درمان ایمون گلوبولین وریدی معمولاً بی خطر است و بخوبی تحمل میشود . ندرتا ممکنست التهاب مننژ (مننژیت اسپتیک) رخ بدهد .

پس از درمان با ایمون گلوبولین وریدی، انجام واکسیناسیون های زنده باید به تعویق بیفتد (قبل از انجام واکسیناسیون با پزشک خود مشورت کنید) اسپرین با دوز بالاممکنست باعث حالت تهوع و یا ناراحتی معده گردد.

2.8 پس از ایمونوگلوبولین و دوز بالا اسپرین چه درمانی توصیه می شود ؟ و این درمان تا چه مدت باید طول بکشد ؟

پس از آنکه تب کودک به حالت طبیعی برگشت و پایین آمد، (معمولاً ظرف 24 تا 48 ساعت) دوز اسپرین نیز کم کم کاهش می یابد. دوز پایین اسپرین اثرش عمدتاً بر روی پلاکتها است . به این معنی که پلاکت های خون به هم نمی چسبند. این درمان مفید است و از تشکیل لخته در داخل آنوریسم یا جداره داخلی رگ های خونی ملتهب پیشگیری می کند ، در صورت شکل گیری لخته درون آنوریسم یا رگهای خونی ممکن است قطع جریان خون منجر به انفارکتوس شود . دوز پایین اسپرین تا زمانی که نشانگرهای التهابی به حالت طبیعی خود بازگردند و اکوها نرمال شوند، ادامه پیدا میکند. کودکان دچار آنوریسم باید پیوسته اسپرین و یا داروی ضد انعقاد خون که توسط پزشک برای طولانی مدت تجویز می شود مصرف کنند .

2.9 دین من اجازه استفاده از خون یا فراورده های خونی را نمی دهد ، درمان های مکمل/و غیر متداول چگونه هستند ؟

جایگاهی برای درمان های جایگزین در این بیماری نیست . ایمون گلوبولین وریدی تنها درمان اثبات شده است. کورتیکو استروئیدها در مواردی که ایمون گلوبولین نمی تواند استفاده شود ممکن است موثر باشد.

10.2 مراقبت های پزشکی کودک را چه کسی به عهده دارد ؟

پزشک متخصص کودکان، متخصص قلب کودکان و روماتولوژیست کودکان ، مراقبت را به عهده می گیرند و کودکان مبتلا به را بررسی و پیگیری می کنند . در بخش هایی که متخصص روماتولوژی اطفال در دسترس نیست ، پزشک متخصص اطفال همراه با متخصص قلب و عروق باید بر بیماران به خصوص آنهایی که درگیری قلبی دارند ، نظارت داشته باشد .

11.2 پیش آگهی) این بیماری چگونه است ؟ پیش بینی طولانی مدت

در اکثر بیماران ، پیش آگهی عالی است ، آنها زندگی معمولی دارند و رشد و نمو آنها طبیعی است .

پیش آگهی بیماری در بیمارانی که دچار نابهنجاری سرخرگ کرونر باشند به میزان پیشرفت

تنگ شدن و انسداد آنها بستگی دارد این افراد ممکن است در اوایل زندگی به علایم قلبی مبتلا شوند و نیاز داشته باشند که به مدت طولانی تحت مراقبت متخصص قلب و عروق با تجربه باشند.