چکیده
مقدمه: بیماری کاوازاکی یک واسکولیت حاد تبیکار جدید سیستیمی با عامل ناشناخته می‌باشد که یکی از شایع‌ترین علل ایجاد بیماری‌های قلبی است. اکستراکسیون کردن محبوب می‌شود. با توجه به افزایش این بیماری در جهان و حساس بودن نزدیک آسیب‌پذیر بدن در بیمار، امکان مطالعه بر روی بیماران مبتلا به کاوازاکی بستری در بیمارستانهای مفید و لقمان طی سال‌های ۱۳۸۱-۸۵ انجام گرفت.
مواد و روش‌ها: این مطالعه به‌صورت توصیفی گسترش‌گری بر روی ۳۰ بیمار که با تشخیص کاوازاکی بستری شده بودند انجام گرفت. فراوانی و تحلیل زیست‌شناسی اطلاعات جمع‌آوری شده مورد تحلیل قرار گرفتند. بیماران ۵۰ سال بودند. نسبت هر ۴۰ بیمار گروه سنی با ۶۴۳ درصد از بیماران دارای کمتر از ۵ کراتیری تشخیصی بودند. در ۲ مورد (۶ درصد) عوارض قلبی و ریوی آن ۸۹ درصد بیماران بالای ۴۰ دیده شد. از ۶۴۳ درصد بیماران مبتلا به نوع آتیپیک بیماری بودند. ESR نتیجه‌گیری می‌شود: به نظر می‌رسد نتایج ESR افزایش یافته بیماری قلبی باعث توجه و کمک کننده به تشخیص باشد. همچنین شیوع فصلی با کشورهایی که منطقه می‌باشد. با توجه به شیوع بالایی موارد آتیپیک و شیوع کم عوارض قلبی، مطالعات دیگری با حجم نمونه بیشتر جهت بررسی این موارد توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: بیماری کاوازاکی، واسکولیت، کودکان

Email: Sanaz-st2002@yahoo.com
مقدمه
بیماری کاوازاکی یک اسککولیت حاد تبدیل جنگ سینسیمی با عامل ناشناخته می‌باشد که عروق کوچک و متوسط را درگیر می‌کند. (1) این بیماری اولین بار توسط پروفسر Tomisaku Kawasaki در سال 1967 توصیف و مشخص داده شد (2). در این بیماری به طور عجیب کودکان را درگیر می‌کند و یکی از شایع‌ترین علل ایجاد بیماریها قلبی اکسترمیکی کودکان در زاین، ایالات متحده و کشورهای اروپایی می‌باشد. (1) تقریباً 25 درصد موارد درمان نشد و بیماری دچار عوارض قلبی می‌شوند (2) که مهم‌ترین و جدی‌ترین عارضه‌بیماری و علت اصلی مرگ و مری در مبتلایان به بیماری است. (3) (2002).

هویت عاملی به عنوان عامل قطعی ایجاد‌کننده بیماری شناخته نشد است و هنوز تست تشخیصی برای بیماری وجود ندارد (4). تشخیص بیماری براساس وجود 5 علائم از 6 علائم تشخیصی شامل تنربند، وجد نب لازمی است. (5) کنژتکینوبیوت، لنفادپاتی، راش، تغییرات در لعیما با مخاط، دهان و تغییرات در اندام‌ها می‌باشد (6). تشخیص انتخابات بیماری نیاز گذاشته گم گردد از هر روش هرما با سایر کریتیریا تشخیصی داده می‌شود. (7) دیده شده حدود 12-15 درصد از موارد بیماری دچار نوع انتی‌کبی‌های می‌شود. (8).

بیمار با بیماری جاد داکاوازاکی باید در اولین فرمولوژی دخور و دیگر کاهش عوارض عروق کرونی و مگر در اثر بیماری می‌شود. (9)

میزان مرمگ و میر پیش‌بینی شده در کلیه شیر خوراکی‌های حدود 10 درصد و برای تمام بیماران بسیار بالاتر، کمتر از 1 درصد می‌باشد. (2004)
بررسی وضعیت بالینی و آزمایش‌گاهی بیماری کاوازاکی در بیمارستان‌های ... ı

(حادثه 1/5(یک‌پانزه‌ی) بیمار (جدول شماره ۲). در ۱۰ مورد از بیماران (۴/۶ درصد) راه گزارش شده بود (جدول شماره ۳). ۲۲ مورد (۲/۵ درصد) دجار تغییرات لیپا و مخاط دهانی شده بودند. ۲۵ مورد (۳/۸ درصد) دارای تغییرات اندامیا (شامل ادم و پوستی رژی) بودند.

در مورد عوامل قلبی، در ۵ مورد اکوکاردیوگرافی انجام نشده بود (۲ مورد به دلیل ترخیص با رضایت شخصی، ۳ مورد بدون دلیل مشخص) در ۲۳ مورد (۶/۹ درصد) عوارض قلبی ناشی از کاوازاکی گزارش نشده بود. نتایج در این مورد (۲/۶ درصد) عوارض قلبی گزارش شده بود. در مورد اول انورسیس خون خفیف و در TR دوم پریکاردیال افروز خفیف و همراه با خفیف گزارش شده بود.

جدول شماره ۴ فاقده‌ای آزمایش‌گاهی را در بیماران نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ESR مشاهده می‌شود در ۸۰ درصد بیماران مشاهده می‌شود در ۸۰ درصد بیماران مشاهده می‌شود.

۴۰ مشاهده می‌شود.

در ۱۰ مورد (۳/۳ درصد) انجام شده Cardio Thoracic

بود، در سایر موارد نیز بیشتر از ۵۰ درصد گزارش نشده بود. در ۲ مورد (۱/۶ درصد) یافته‌های غیرطبیعی در EKG گزارش شده بود.

متوسط زمان شروع درمان از روز بستری/۲ روز گزارش شده بود که بیشترین زمان آن ۱۰ روز بستری بود. متوسط زمان از صفر روز (بلاطلاصله بعد از بستری) بود. متوسط زمان پهلو باره تا شروع درمان/۱ روز بود که بیشترین مرداد آن صفر روز (بلاطلاصله بعد از شروع درمان) و بیشترین آن ۵ روز بعد از شروع درمان گزارش شده بود.

IVIG در ۲۶ مورد (۳۸/۶ درصد) درممان با شروع درمان ۳۷/۵/۲۰۹۴ به دلیل همراه آسیب‌های انجام شده بود. در یک مورد (۱/۶/۲۰۹۴) درمان نبود. در ۴ مورد (IVIG درمان با شروع درمان ۳۷/۵/۲۰۹۴) درمان نبود. در ۴ مورد Acetaminophen درمان با شروع درمان ۱۳/۳/۲۰۹۴ درمان نبود.

مترگه‌ها فوق توسط پرسنله‌ام محقق ساخته جمع‌آوری گردید و سن توسط نفر افزایش آماری توصیف گردید. spss

یافته‌ها یپوزه‌ش در این پژوهش پرونده ۲۰ بیمار مبتلا به کاوازاکی مورد بررسی قرار گرفت. ترتیب مطالعه نشان داد که متوسط سن بیماران ۴۰/۱ سال بود. بیشترین شروع بیماری در محدوده سنی ۱۴-۳ سال (۵۰ درصد) بود. کودکان بیشترین بیمار ۴ ماهه و بزرگ‌ترین بیمار ۹ ساله. تعداد بیماران زیر یک سال ۳ مورد (۱/۶/۲۰۹۴) و بالاتر ۵ سال، ۲ مورد (۱/۶/۲۰۹۴) بود. از لحاظ شیوع جنسی، ۲۰ بیمار مرد (۶/۶ درصد) و ۱۰ بیمار زن (۳/۳ درصد) بودند. نسبت مرد به زن ۲ به ۱ دست آمد.

از لحاظ تشخیص و شکایت اولیه، ۱۱ مورد (۳/۶/۲۰۹۴) درصد) تشخیص اولیه کاوازاکی داشتند که بیشترین شکایت اولیه در بیماران تب و تورم و درد مفصل (تئوری عضلانی اسکلی) بود (جدول شماره ۱). از لحاظ پراکنده فحشی بیماری، ۵ مورد (۳/۳ درصد) درب بیماری، ۷ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب پنیک و ۱۱ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) درب درمان، ۳ مورد (۳/۳ درصد) دربا
مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره سیزدهم، شماره اول، بهار 1384

شامل موارد زیر بودند: یک مورد هیدرولیس گیس، صفر، یک مورد منتزیت همراه با علائم خواب‌آلودگی، پتوز، فلج عصب ۴ راست، رود و برودژنیس منتزد، کاهش رفتکشی عمیق و تری و هیاتومگالی، یک مورد در بیشتر یا افزایش آنزیم‌های کبدی (Alp, SGPT, SGOT) و سونوگرافی طبیعی شکم، یک مورد با استفراغ، اسپلئومگالی و افزایش بیلی روبین با سایر آنزیم‌های کبدی طبیعی، یک مورد هیاتومگالی همراه با قرمزی و ارییت بیوهایا، یک مورد هیاتومگالی همراه با بی‌اشتهایی و کاهش وزن و استفراغ، یک مورد تشنج همراه با درد گردن (بروز اتپیک در ابتدا

جدول ۱. شکایت اصلی و تشخیص اولیه در بیماران مورد بررسی در بیمارستان‌های لقمان و کودکان مفيد

<table>
<thead>
<tr>
<th>شکایت اصلی- تشخیص اولیه</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>نیاز کارآگاهی</td>
<td>۳۷/۶</td>
</tr>
<tr>
<td>تربیت و مرسن مفصل</td>
<td>۳/۲</td>
</tr>
<tr>
<td>کارآگاهونشتهایی</td>
<td>۶/۲</td>
</tr>
<tr>
<td>تربیت و نفتکشیت</td>
<td>۶/۲</td>
</tr>
<tr>
<td>تربیت</td>
<td>۶/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>تربیت و بی‌حالی</td>
<td>۶/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>تشنج ایسه ریموتورنژیال</td>
<td>۶/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>تربیت و درد گردن</td>
<td>۶/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>بی‌حالی رنگ‌زمانی</td>
<td>۶/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>تربیت و بی‌حالی</td>
<td>۶/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>۱۰۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۲. مخل تلفنی‌پاتی و انواع راش در بیماران مورد مطالعه در بیمارستان‌های لقمان و کودکان مفيد

<table>
<thead>
<tr>
<th>محل تلفنی‌پاتی</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>گردنی</td>
<td>۶۴/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>گردنی همراه با یک محل دیگر</td>
<td>۶/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>گردنی همراه با بیش از یک محل دیگر</td>
<td>۶/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>غیرگردنی</td>
<td>۶/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>بدون نشانه‌های لپتوسیمای</td>
<td>۶/۳</td>
</tr>
<tr>
<td>بدون راش</td>
<td>۶/۳</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول 3. یافته‌های آزمایش‌گاهی در بیماران مورد مطالعه در بیمارستان‌های لقمان و کودکان مقدس تهران

<table>
<thead>
<tr>
<th>مقدار به دست آمده در بیماران</th>
<th>ESR</th>
<th>WBC</th>
<th>Diff</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>کیترن از</td>
<td>38.4 (34/22)</td>
<td>45 (33/24)</td>
<td>17/25</td>
</tr>
<tr>
<td>بیشتر از</td>
<td>38.4 (34/22)</td>
<td>45 (33/24)</td>
<td>17/25</td>
</tr>
<tr>
<td>ارجحیت</td>
<td>20/4 (21/5)</td>
<td>15/3 (10/7)</td>
<td>17/25</td>
</tr>
<tr>
<td>طبیعی</td>
<td>20/4 (21/5)</td>
<td>15/3 (10/7)</td>
<td>17/25</td>
</tr>
<tr>
<td>ارتفاع اتاقانی</td>
<td>18/15 (15/20)</td>
<td>10/11 (7/15)</td>
<td>17/25</td>
</tr>
<tr>
<td>وجود دارد</td>
<td>18/15 (15/20)</td>
<td>10/11 (7/15)</td>
<td>17/25</td>
</tr>
<tr>
<td>پیشی استریل</td>
<td>18/15 (15/20)</td>
<td>10/11 (7/15)</td>
<td>17/25</td>
</tr>
<tr>
<td>هموگلوبین</td>
<td>18/15 (15/20)</td>
<td>10/11 (7/15)</td>
<td>17/25</td>
</tr>
<tr>
<td>بلاکت</td>
<td>18/15 (15/20)</td>
<td>10/11 (7/15)</td>
<td>17/25</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث و نتیجه گیری

میانگین سنی بیماران این مطالعه ۶۰ سال و محدوده سنی بیماران ۳ سال تا ۹ سال به دست آمد. در مطالعه‌ای که در سال‌های ۱۹۸۷ و ۱۹۸۸ بر روی ۲۴ بیمار انجام شد، سن متوسط بیمار ۲۹ سال و محدوده سنی بیماران بین ۴ سال و عمل‌های جراحی ۷ سال گزارش گردید (۱). در مطالعه دیگری که در سال‌های ۱۹۸۷ و ۱۹۸۸ در اسپانیا Mardrigal توسط بررسی ۲۱ بیمار مبتلا به کاوازکی در سال ۷۷-۷۳ سال ۲۴ و محدوده سنی ۱۵ سال تا ۷۰ سال مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه کرجدان در سال ۱۳۷۶ در اسپانیا مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه ۱۳ بیمار کاوازکی بین ۱۵ سال تا ۱۶ سال به دست آمد (۲). به نظر می‌رسد نتایج به دست آمده در این بررسی با نتایج کاوازکی و اسپانیا ماهنگید و با نتایج بررسی در عمل و اسپانیا ماهنگید ندارد. شیوع
بررسی فیزیولوژیکی

با توجه به اینکه میزان نیاز به بررسی‌های پیش‌نگه‌بانی و افزایش پیشگیری به پایه‌پذیر کلیه موارد بیماری باشد. در مورد عوارض قلبی، به نظر می‌رسد که عوارض قلبی در مورد کمتر از موارد دیگر شده باشد (2). در مورد اکوکاردیوگرافی قرار گرفته بودن (کم‌توانده به دلیل تورش در مطالعه) با دلیل عدم تشخیص موارد بیماری باشد. همچنین وجود ۵ مورد بدون انجام اکوکاردیوگرافی که ۲ مورد آن بدون دلیل خاصی بوده است می‌تواند نشاندهنده عدم اطلاعات صحیح پزشکان در مورد عوارض بیماری باشد.

در مورد بررسی‌های از املاح‌گذاری از لحاظ پایه‌پذیر با تجویز نیاز به ویژه تغییرات انتفاعی بیشتر از موارد دیگر بود (2). در این بررسی راش کم‌توانده کارتی با تشخیص موارد بیماری نشده است. به دلیل مراکز اینکه می‌تواند به‌طور کلی به موارد بیماری باشد.

از لحاظ بررسی پزشکی پیش‌نگه‌بانی موارد در زمستان و کم‌توانده در مورد بهار گزارش شده است. در شیاره بیشترین شیوع در زمستان و بهار گزارش شده است (8). در زاین، ایالات متحده و اروپا نیز بیشترین بروز بیماری در اواخر زمستان و بهار گزارش شده است (8). بیشترین شیوع به ترتیب در عمان در تابستان (1) در تابستان در تابستان (1) در کره در تابستان (1) و در چین در تابستان و بهار (1) گزارش شده است.

در مجموع با توجه به تمام موارد ذکر شده انجام بررسی‌های نگاهی با حجم نمونه بیشتر و همچنین مطالعاتی در جهت تعریف شیوع و بروز سالانه

۱۵ نفر (۹/۳ درصد) از بیماران در مارس کمتر
از ۵ کارتی با تشخیص موارد بیماری نشده است. می‌تواند به تغییرات انتفاعی بیشتر از موارد دیگر بود نتایج کم‌توانده کارتی با تشخیص موارد بیماری نشده است. به دلیل مراکز اینکه می‌تواند به‌طور کلی به موارد بیماری است.
بررسی وضعیت بالینی و آزمایش‌گاهی بیماری کاوازاکی در بیمارستان‌های ... 

- با توجه به شیوع کم عوارض قلبی بررسی دقیق بیماران از لحاظ عوارض قلبی مهم به نظر می‌رسد. - همچنین انجام یک بررسی در بیماران در محدوده سنی 0-1 سال با شکایت قلبی برای پی‌دا کردن شیوع بیماری کاوازاکی نیز بسیار مهم به نظر می‌رسد.

- به نظر می‌رسد نتایج ESR افزایش یافته یک یافته قابل توجه کمک‌کننده مشخص باشد.

- با توجه به تعداد بیمارانی که کمتر از 5 کرابایشات تشخیصی دارند، باید به این مسأله توجه بیشتری شود.

- به نظر می‌رسد بروز فصلی در ایران متفاوت با سایر مناطق جهان باشد.

منابع

1. تشکر، دکتر محمد ضیاء‌چاوش زاده، دکتر زهرا ظریری، مهندس عباس. گزارش 21 مورد بیماری کاوازاکی از بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال‌های 1375-1376. فصلنامه علمی پزوهشی فیض.

2. کرداخان، ر. گزارش 13 مورد بیماری کاوازاکی از بیمارستان اصفهان، مسائل رابطه طب اطفال (نوزدهمین بزرگداشت استاد دکتر محمد قربی)؛ 1373: 231-232.


