



四川大学

华西第二医院 | 华西妇产儿童医院

West China Second University Hospital / West China Women's and Children's Hospital

小儿感染科

小儿感染科



川崎病患儿的护理

川崎病的由来

皮肤粘膜淋巴结综合征 (mucocutaneous lymphnode syndrome,MCLS)又称川崎病 (Kawasaki disease,KD)



1961年1月日本千叶县一家儿科病房收治第一例-----未明确诊断

1962年2月又收治一例。

同年川崎富作医生用8个月的时间，陆续接收到5例类似的儿童
他将这一共7例病例总结为“伴有脱皮的非猩红热样综合征”，并在千叶县的一次儿科会议上作了这样一个案例报道，但是当时并没有得到任何的反响与重视。

1966年，川崎富作先生用四年时间积累了50例病例，将其称之为“儿童急性皮肤黏膜淋巴结综合征”，详细的阐述了这个病的具体临床表现和病因分析及分类情况，并且把文章发表在1967年的“日本过敏性疾病杂志”上。



四川大学

华西第二医院 | 华西妇产儿童医院

West China Second University Hospital / West China Women's and Children's Hospital

小儿感染科

1

定义与概述

2

病因与病理

3

临床表现与辅助检查

4

治疗与护理

定义



川崎病 (Kawasaki disease, KD)

是一种以**全身中小动脉炎**为主要病理改变的急性发热性出疹性小儿疾病，又称为皮肤黏膜淋巴结综合症 (mucocutaneous lymphnode syndrome, MCLS) 。

概述



- 好发于婴幼儿（特别是1-2岁多见）
- 小于5岁的占80%
- 男：女 1.5：1
- 一年四季均有发病，春秋两季居多
- 有自限性
- 多数康复，预后良好
- 约15%-20%的患儿发生冠状动脉改变

病因与发病机制



➤ 病因不明

可能与立克次体、短棒菌苗（丙酸杆菌）、链球菌、反转录病毒、支原体等多种病原体感染有关，但均未能证实

➤ 发病机制尚不清楚

目前认为是一定易患宿主对多种感染病原触发的一种免疫介导的全身性血管炎

病理改变

波及全身的动脉、静脉、毛细血管的
非特异性血管炎症

基本病变

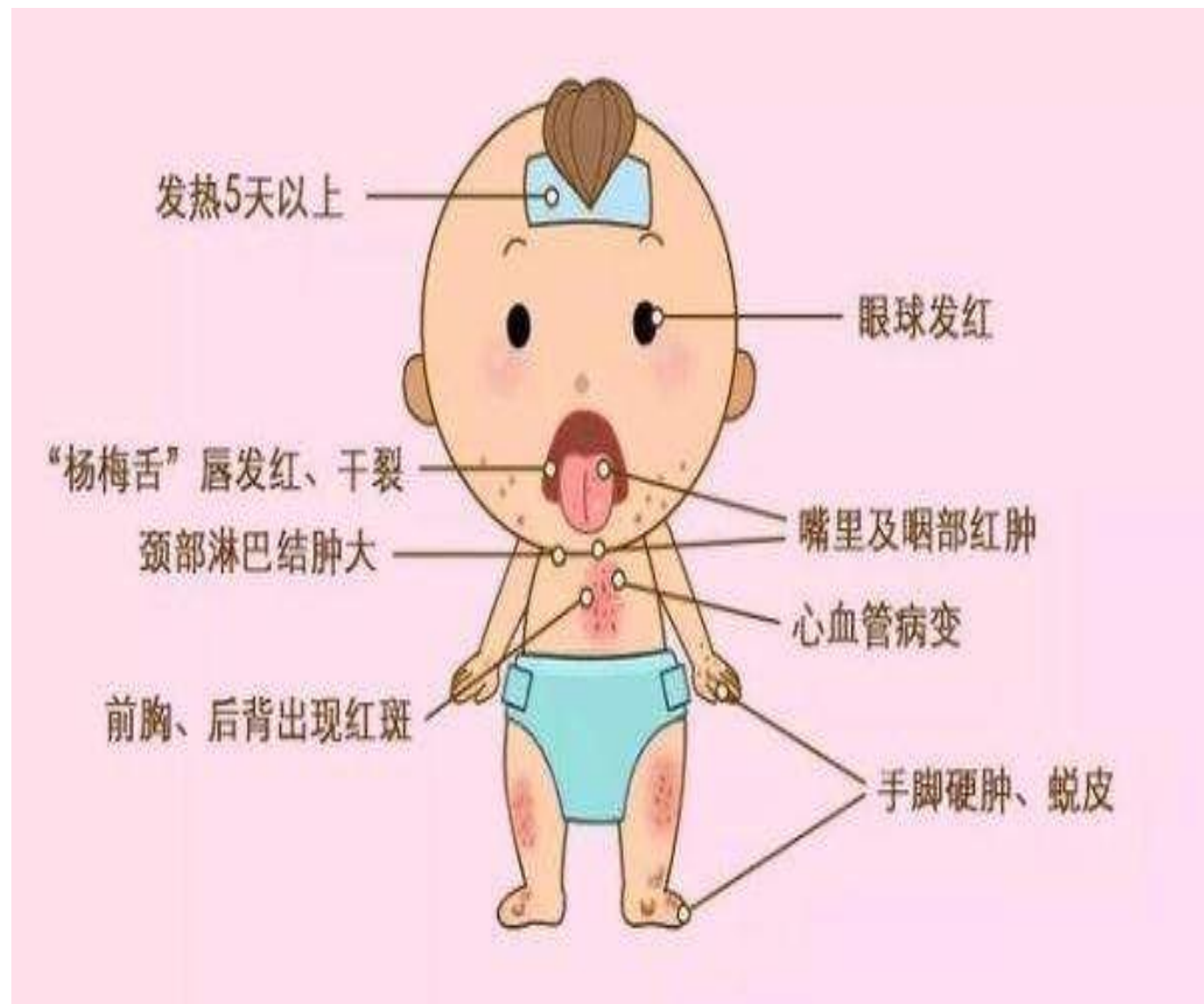
血管周围炎

血管内膜炎

全层血管炎

临床表现

- 发热
- 皮肤黏膜表现（皮疹，肢端变化，粘膜变化）
- 淋巴结肿大
- 心脏表现
- 其他



临床表现

发热



- 最多见
- 最早出现
- $T38-40^{\circ}\text{C}$,热型不定, 多为稽留热, 少为弛张热, 持续1-2周, 甚至更长
- 抗生素治疗无效

临床表现

皮肤表现

皮疹：发热同时或热后不久

- 向心性，多形性
- 为斑丘疹、多形性红斑或猩红热样
- 以躯干，四肢为多
- 无色素沉着
- 无结痂，水泡
- 持续4-5天后消退

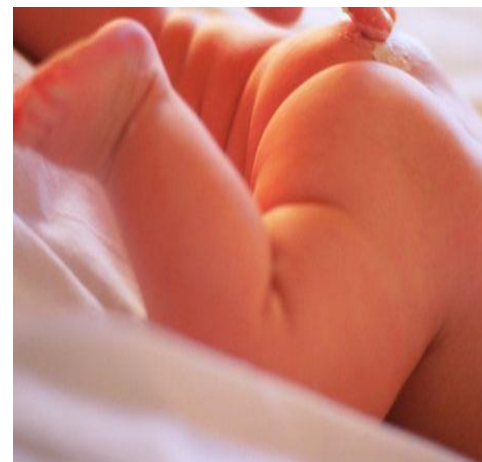


临床表现

皮肤表现

指端硬肿：临床典型特点

- 手足皮肤呈广泛性硬性水肿
- 早期潮红
- 恢复期指（趾）端膜状脱皮
- 重者指（趾）甲脱落
- 肛周皮肤发红、脱皮



临床表现

粘膜表现

- 双眼球结膜充血，无分泌物
- 口唇潮红、皸裂或出血
- 草莓舌
- 咽部弥漫性充血
- 扁桃体肿大或渗出



临床表现

颈淋巴结肿大



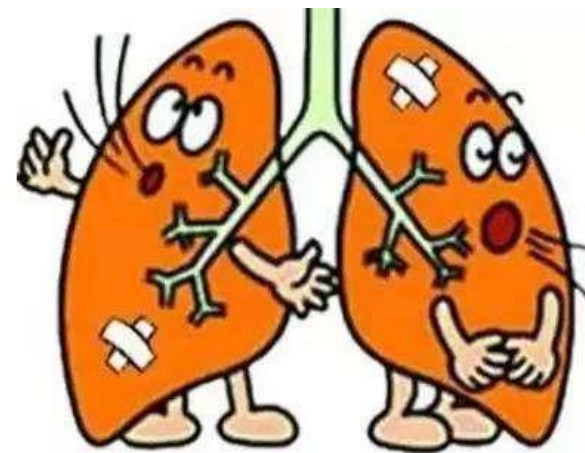
- 单侧或双侧
- 质硬、有触痛
- 表面不红、无化脓
- 热退后消散

临床表现

其他表现

KD可致多系统多脏器功能损害

- **呼吸系统：咳嗽，间质性肺炎**
- **神经系统：嗜睡、兴奋、哭闹、抽搐、
无菌性脑膜炎**
- **消化系统：腹痛、呕吐、腹泻、肝大、
黄疸**
- **其他：关节痛、关节炎**



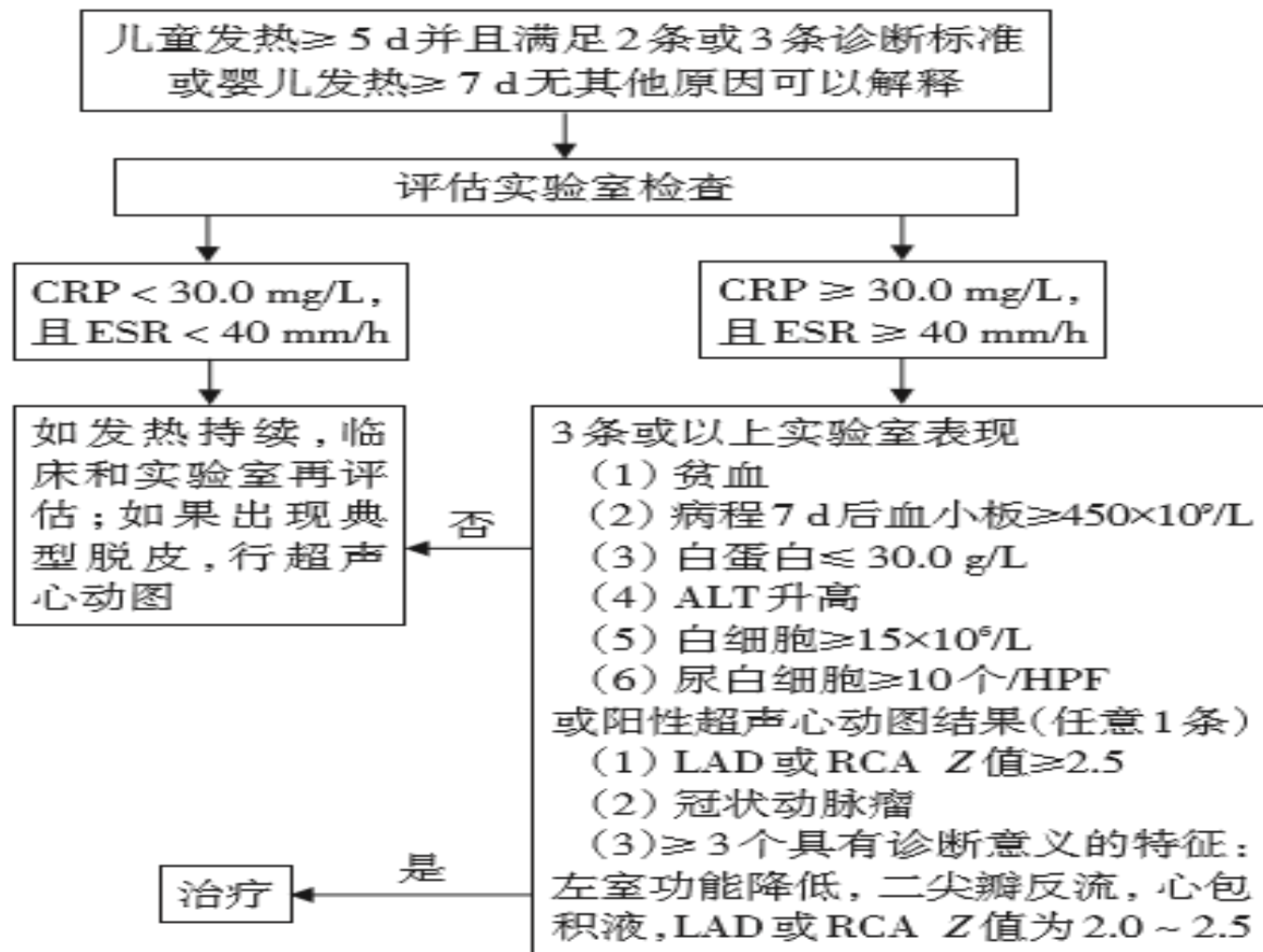
临床表现



川崎病并发冠状动脉瘤的高危因素

- 男性，年龄 > 1岁；
- 热程 > 16天或反复发热；
- 白细胞 > $30 \times 10^9/L$, 血沉 > 101mm/h；
- 血沉和C反应蛋白增加大于30天；
- 血沉和C反应蛋白反复增加；
- 心电图异常，表现为Ⅱ、Ⅲ、aVF导联和（或）心前区导联异常Q波；
- 心肌梗死症状体征

不完全性川崎



引自文献[1]; LAD: 冠状动脉左前降支; RCA: 右冠状动脉

图 1 不完全川崎病的诊断流程图

辅助检查



血液检查

轻度贫血，白细胞计数升高，以中性粒细胞增高为主，有核左移现象。

炎症活动指标----血沉增快、C反应蛋白和免疫球蛋白增高

免疫学检查

血清IgG、IgM、IgA、IgE和血液循环免疫复合物升高，总补体和C3正常或增高。

影像学检查

X线---肺纹理增多，少数患儿有片状阴影或胸膜反应；心影常轻度扩大，少数患儿可见冠状动脉钙化。

冠状动脉造影----诊断冠状动脉病变最精确的方法

心血管系统检查

心电图

超声心动图

治疗



治疗原则：无特效，采用抗凝，抗炎控制血管炎，预防冠脉损害和心肌梗塞

1、一般治疗：补充水分、营养、纠正电解质、休息等

2、阿司匹林（首选）

阿司匹林：初始剂量美国 80 ~ 100 mg/(kg·d)，日本、西欧 30 ~ 50 mg/(kg·d)，研究证实两种方案无差异（Ⅱa类，C级）。在热退 48 ~ 72 h 或病程 14 d 后改为小剂量 3 ~ 5 mg/(kg·d)，6 ~ 8 周且冠状动脉恢复正常后停用。

3、丙种球蛋白 单剂2g/kg，10~12h持续静脉输入

4、糖皮质激素 IVIG无效者可考虑使用，剂量每日2mg/kg，使用2-4周

护理措施

发热的护理

- 1、密切监测体温
- 2、物理降温或药物降温
- 3、注意有无高热惊厥



护理措施



口腔黏膜的护理

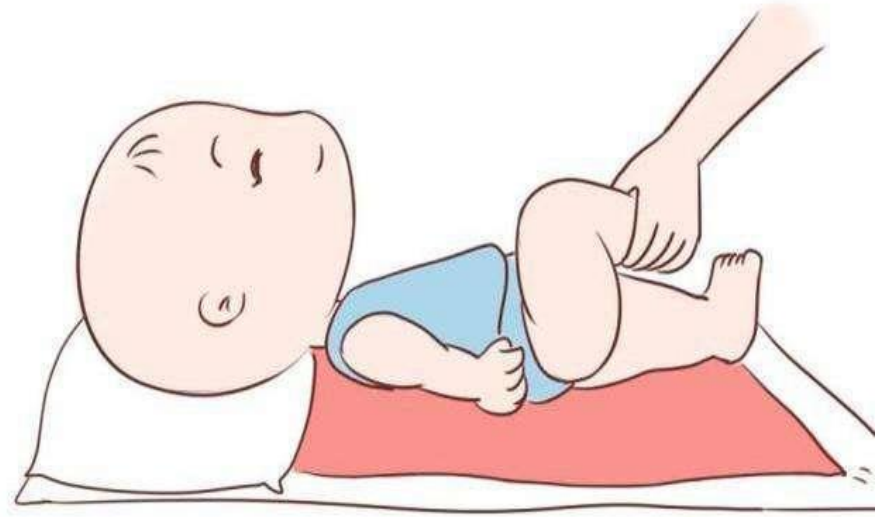
做好口腔护理，保持口腔清洁，避免
口腔黏膜造成机械性损伤



护理措施

皮肤的护理

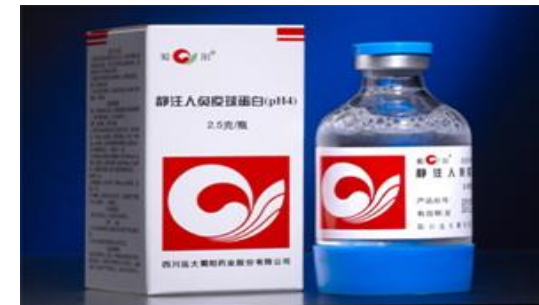
- 1、保持皮肤清洁，保持床单位清洁、平整、干燥，被褥衣裤轻软。
- 2、剪短患儿指甲，防止抓伤皮肤。
- 3、对半脱痂皮者，用清洁剪刀剪除，并嘱家长及患儿避免人力撕脱，应待其自然脱落以免引起感染。



护理措施

药物的治疗观察与护理

- 1、丙种球蛋白：密切观察有无过敏反应，输注丙球后9个月不宜进行麻疹，腮腺炎，和风疹疫苗的接种。
- 2、阿司匹林：密切观察有无出血倾向，观察患儿大便的颜色、量及性质，应饭后服用本药，不可随意增减药物
- 3、甲基泼尼松龙：密切观察患儿恶心呕吐及消化道出血现象



护理措施

饮食的护理

根据患儿的饮食习惯和喜好给予高热量、高蛋白、高维生素、营养丰富且易消化的半流质饮食及充足的水分，不要过冷或过热，以减少对口腔溃疡面的刺激。





心理护理

- 1、解答患儿家长的疑惑
- 2、昂贵的药品费用
- 3、患儿的心理状态



护理措施要点梳理



- **急性期应绝对卧床休息、体温管理**
- **给予清淡的高热量、高蛋白、高维生素的流质或半流质饮食**
- **注意药物的不良反应及用药指导**
- **保持皮肤清洁，预防感染**
- **注意心血管损害症状**



四川大学

华西第二医院 | 华西妇产儿童医院

West China Second University Hospital / West China Women's and Children's Hospital

小儿感染科

小儿感染科



THE END !