

Bệnh Kawasaki là gì?

Bệnh Kawasaki là một loại bệnh bất thường được đặc trưng bởi sự viêm các mạch máu trong toàn bộ cơ thể. Bệnh này đi kèm với các triệu chứng: sốt; phát ban; sưng tấy bàn chân và bàn tay; xôn và đỏ mắt; kích thích ở màng nhầy vùng miệng, môi, và cổ họng; và sưng hạch bạch huyết ở cổ. Hậu quả tức thời của Bệnh Kawasaki có thể không nghiêm trọng, tuy nhiên, trong một số trường hợp, các biến chứng lâu dài bao gồm cả tổn thương động mạch vành có thể xảy ra.

Bệnh Kawasaki hầu như chỉ xảy ra ở trẻ em; hầu hết các bệnh nhân đều dưới năm tuổi. Do nhiều nguyên nhân chưa biết rõ, tỉ lệ mắc bệnh ở nam thường cao hơn gấp hai lần so với ở nữ.

Căn bệnh này được đặt tên theo tên một bác sĩ nhi khoa người Nhật Bản, người đã mô tả mẫu dấu hiệu và triệu chứng đặc trưng của bệnh này vào năm 1967. Từ thời điểm đó, Bệnh Kawasaki được phát hiện xảy đến thường xuyên nhất đối với trẻ em Nhật Bản. Ở Mỹ, bệnh này được ghi nhận xảy ra đối với mọi chủng tộc và dân tộc nhưng nó xảy ra thường xuyên nhất đối với trẻ em Mỹ có nguồn gốc Châu Á. Bệnh Kawasaki không phải là một loại bệnh hiếm gặp và số trường hợp mắc bệnh chính xác ở Mỹ là chưa xác định được. Tuy nhiên, theo ước tính, căn bệnh này tấn công 10 trong số mỗi 100.000 trẻ em ở độ tuổi dưới 5 tuổi. Bệnh này có thể xuất hiện theo từng cụm hoặc bộc phát ở một vị trí – thường là vào mùa đông và mùa xuân. Xin xem thêm thông tin ở [Emory University](#)

Nguyên nhân gây Bệnh Kawasaki là gì?

Đến nay, chưa xác định được nguyên nhân nào gây ra Bệnh Kawasaki. Hầu hết các chuyên gia đều đồng ý rằng nguyên nhân về lây nhiễm (ví dụ như virút hoặc vi khuẩn) là rất có khả năng, mặc dù cũng có thể có xu hướng về di truyền và điều đó có thể lý giải tại sao bệnh này xảy ra thường xuyên hơn ở những người có tổ tông người Nhật Bản. Hiện tại, không có chứng cứ cho thấy rằng bệnh này lây truyền.

Các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh này là gì?

Sốt và kích thích thường xuất hiện trước tiên. Sốt thường tấn công rất nhanh và thường biến đổi từ trung bình (từ 101 đến 104 độ F) đến cao (trên 104). Các hạch bạch huyết ở cổ có thể sưng lên.

Phát ban thường xuất hiện sớm khi mắc bệnh; một số bệnh nhân hình thành ban rõ rệt ở vùng háng. Ban thường xuất hiện màu đỏ sáng, và bao gồm hoặc các đốm không rõ nét với nhiều kích cỡ khác nhau hoặc từng đám lớn các đốm dính nhau. Sốt tiếp tục tăng và giảm, có thể lên đến ba tuần. Viêm mắt (*viêm màng kết*), thường không chảy dịch, hình thành trong tuần bị bệnh đầu tiên.

Lưỡi của trẻ có thể đỏ và có các mụn nhỏ nổi lên (nhú); tình trạng này được gọi là “lưỡi dâu tây” vì các nhú phóng to giống như hạt của quả dâu tây trên bề mặt quả. Lưỡi trở nên khô và nứt và thường có màu đỏ tươi. Màng nhầy miệng chuyển sang màu đỏ sẫm hơn bình thường.

Lòng bàn tay và lòng bàn chân thường chuyển sang màu đỏ sáng. Bàn tay và bàn chân có thể sưng lên. Thỉnh thoảng, trẻ có thể bị cứng cổ. Trẻ thường rất khó cảm thấy dễ chịu và thường cầu kính do hậu quả của các dấu hiệu và triệu chứng.

Khi sốt giảm xuống, ban, mắt đỏ và các hạch bạch huyết bị sưng cũng thường mất đi. Da quanh móng tay và móng chân sẽ bắt đầu tróc ra, thường bắt đầu trong tuần thứ ba bị bệnh. Da ở bàn tay hay bàn chân có thể bong ra theo từng miếng lớn hoặc ngay cả chỉ bong ra theo một miếng (rất giống với rần lột da). Đầu gối, hông, và mắt cá có thể trở nên viêm nặng hơn và đau đớn.

Thỉnh thoảng, đau khớp và viêm có thể kéo dài dai dẳng sau khi tất cả các triệu chứng khác đã biến mất. Các đường lằn ngang trên móng tay và móng chân, xuất hiện trong lúc bị bệnh, có thể vẫn thấy trong vài tháng sau đó cho đến khi móng mọc dài ra.

Làm sao để bác sĩ xác định được trẻ bị Bệnh Kawasaki?

Bác sĩ chẩn đoán Bệnh Kawasaki sau khi khám kỹ lưỡng cho trẻ, quan sát các dấu hiệu và triệu chứng, và sau khi đã loại bỏ khả năng bị các bệnh khác mà cũng gây ra tình trạng tương tự. Các xét nghiệm máu được dùng để phát hiện chứng thiếu máu nhẹ, số lượng bạch cầu trên mức trung bình, và tỉ lệ lắng đọng hồng cầu cao cho thấy bệnh nhân bị viêm mạch máu. Sự tăng vọt về số lượng tiểu cầu, thành phần hình khối chính ở trong máu, cũng có thể được phát hiện. Các xét nghiệm nước tiểu có thể cho thấy các bạch cầu bất thường ở trong nước tiểu. Nhịp tim bất thường (*chứng loạn nhịp tim*) và các bằng chứng của sự căng cơ tim, cho thấy có sự liên quan đến tim, có thể được phát hiện bởi máy điện tâm đồ (EKG). Siêu âm tim ký (một xét nghiệm chẩn đoán cấu trúc và chức năng của tim và mạch máu bằng sóng âm) là cần thiết để đánh giá được các thương tổn có thể có đối với tim hay các mạch máu lớn.

Làm sao để điều trị Bệnh Kawasaki?

Gamma globulin (một phần protein của máu người) liều cao tiêm vào tĩnh mạch là phương pháp điều trị được chọn lựa cho bệnh nhân bị Bệnh Kawasaki. Phương pháp điều trị này hiệu quả nhất trong việc giảm viêm và ngăn ngừa tổn thương động mạch vành nếu được bắt đầu trong 10 ngày đầu tiên bị bệnh. Aspirin liều cao cũng được cho sử dụng cùng với gamma globulin trong giai đoạn cấp tính của bệnh cho đến khi giảm sốt.

Các biến chứng của quá trình điều trị là rất hiếm. Các loại virus như HIV (virus AIDS) **không thể** truyền qua đường tiêm gamma globulin. Virus viêm gan C đã bị lây truyền qua gamma globulin tĩnh mạch, nhưng những sản phẩm đó đã bị thu hồi khỏi thị trường. Thỉnh thoảng, ớn lạnh và sốt có thể xuất hiện lúc tiêm thuốc. Việc này được chữa bằng cách ngưng tiêm thuốc và dùng antihistamine trước khi tiêm lại. Sử dụng aspirin liều cao có thể gây ra đau bụng, chảy máu dạ dày và ù tai. Aspirin nên được ngưng nếu xuất hiện bất cứ dấu hiệu hay triệu chứng nào kể trên. Hội chứng Reye là một biến chứng hiếm gặp của liệu pháp aspirin xuất hiện ở trẻ em có tiếp xúc với bệnh thủy đậu hoặc virus cúm trong khi đang sử dụng aspirin liều cao. Việc sử dụng aspirin ở liều thấp không mang đến nguy cơ bị hội chứng Reye.

Nếu các xét nghiệm chẩn đoán cho thấy sự có mặt của chứng phình mạch (một đoạn giãn rộng của động mạch vành) hay bất cứ sự bất thường nào về tim hoặc mạch máu, việc điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật là cần thiết. Bác sĩ của bạn có thể khuyến nghị rằng một bác sĩ chuyên khoa tim (một bác sĩ điều trị chuyên về các vấn đề về tim) sẽ theo dõi vấn đề về tim hoặc mạch máu đó trong nhiều năm sau khi lành Bệnh Kawasaki.

Tôi có thể trông đợi gì khi con tôi từ bệnh viện trở về nhà?

Sau khi từ bệnh viện trở về nhà, bạn có thể để ý thấy rằng con bạn tiếp tục bị mệt mỏi và chán ăn trong khoảng 1 đến 2 tuần. Tuy nhiên, trừ khi được bác sĩ bảo cụ thể phải làm ngược lại, bạn không nên cố gắng giới hạn các hoạt động hay chế độ ăn của trẻ.

Tuy vậy, bạn nên gọi ngay cho bác sĩ nếu xuất hiện bất cứ triệu chứng nào sau đây:

Dấu hiệu nhiễm độc aspirin

- Thở gấp và nôn gầy ra do aspirin liều cao
- Kêu đau dạ dày (có hoặc không có nôn ra máu)
- Sốt trở lại hoặc xuất hiện trở lại các triệu chứng khác của Bệnh Kawasaki (vd phát ban, mắt đỏ - xem phần Các dấu hiệu và triệu chứng ở phía trên)

Lưu ý: Việc dùng thuốc miễn dịch thường quy đối với bệnh sởi, quai bị, và bệnh rubeon (MMR) phải được hoãn trong 12 tháng, sau khi điều trị bằng gamma globulin.

Để con bạn tiếp xúc với người bị nhiễm cúm hoặc bệnh thủy đậu trong khi trẻ đang dùng aspirin liều cao (nguy cơ bị hội chứng Reye).

Lưu ý: Các khớp xương lớn (cùi chỏ, đầu gối) bị mềm hoặc sưng lên và sự bong da ở đầu ngón tay và ngón chân là bình thường trong quá trình hồi phục, nhưng những hiện tượng trên phải chấm dứt sau khoảng 3 tuần.

Con tôi có thể bị bệnh này trong tương lai không?

Rất hiếm, Bệnh Kawasaki có thể xuất hiện lại trong nhiều tháng hoặc nhiều năm sau lần bị bệnh đầu tiên (ở Nhật Bản, theo báo cáo, việc bệnh xuất hiện trở lại chỉ vào khoảng 4.3% trong tất cả các trường hợp). Nếu các dấu hiệu và triệu chứng được mô tả ở phần trên của tập tài liệu này xuất hiện trở lại, hãy gọi ngay cho bác sĩ của bạn.

Bệnh Kawasaki có thể ngăn ngừa được không?

Thật không may là vào thời điểm hiện tại, Bệnh Kawasaki không thể ngăn ngừa được. Tuy vậy, các chương trình như Chương trình Nghiên cứu Bệnh Kawasaki ở San Diego đang làm việc cùng với các nhà nghiên cứu trên khắp nước Mỹ và Nhật bản để hiểu rõ thêm về căn bệnh kỳ bí này.

Để biết thêm thông tin, xin liên hệ Dr. Jane Burns tại số máy (619)543-5326 hoặc gửi email đến địa chỉ: jcburns@ucsd.edu

