

Kawasaki Hastalığında Hemşirelik Yönetimi: Olgu Sunumu

Nursing Management in Kawasaki Disease: Case Report

Fatma BOZDAĞ¹, Öznur BAŞDAŞ²

ÖZET

Giriş: Kawasaki Hastalığı (KH) ağırlıklı olarak 5 yaş altındaki çocukları etkileyen nedeni bilinmeyen, akut, ateşli, kendi kendini sınırlayan çocukluk çağı sistemik bir vaskülitidir. Tüm dünyada tanımlanan hastalık, gelişmiş ülkelerde çocuklarda edinsel kalp hastalığının en yaygın nedenidir. Nadir görülen ancak yüksek morbidite riski taşıyan KH, önemli bir edinsel kalp hastalığı olması ve hızlı tedavinin komplikasyonları önlemedeki önemi nedeniyle antibiyotik tedavisine yanıtız, uzun süren ateşi, huzursuzluğu ve döküntüsü olan hastalarda ayırıcı tanı kriterlerini değerlendirilerek erken dönemde hastalığın tanınması gerekmektedir. Bu olgu sunumu ile KH olan çocuğun bakım ve tedavisine ilişkin deneyimlerin paylaşılması amaçlanmıştır.

Olgu: Yüksek ateş şikayeti ile 2 yaş 10 aylık erkek hastayı aile öncelikle aile hekiminin önerisi doğrultusunda 3 gün antibiyotik tedavisi aldıktan sonra düşmeyen ateş, tüm vücutta basma ile kaybolan sınırları belirsiz yaygın döküntü, gözlerde kızarıklık, dudaklarda çatlama, dilde beyaz pullanma, sağ dizinde ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetleri ile KH ön tanısı olarak yatış yapmıştır. Bakım ve tedavi alan hasta taburcu edildikten 15 gün sonra nüks ile gelmiştir. Koroner anjiyografisi yapılan hasta LMCA'da anevrizmatik dilatasyon ve CX proximalinde stenoz tanıları ile takip edilmek üzere taburcu edilmiştir. Şuan 4 yaş 10 aylık olan hastaya koroner anjiyografi yapılmış ve işlem sonrası takiplerinde sorun olmayan hasta takibi planlanarak ve taburculuk eğitimi verilerek reçete edilen ilaçlar ile taburcu edilmiştir.

Sonuç: Kawasaki hastalığında erken tanı hastalığın prognozu ve komplikasyon gelişimin önlenmesi açısından son derece önemlidir. Bu olgu sunumunda kawasaki hastası olan çocuğun bakım ve tedavi sürecinin oldukça yoğun ve iyi planlanması gereken bir süreç olduğu, ekip koordinasyonunun ve aile merkezli bakımın önemi vurgulanmıştır. Çocuk kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin bu klinik tabloyu bilmesi, bu grup hastaların hızlı tanı ve tedavi almasını sağlamaları ile prognoza olumlu katkıda bulunabilecekleri düşünülmektedir. Hasta ile birebir ilgilenen ve bakım sürecini yöneten hemşirelerin gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, yaşam kalitesinin artırılması, ailenin duygusal ve fiziksel olarak güçlenmesi için planlamalar yapılması önemlidir.

Anahtar Sözcükler: kawasaki hastalığı, hemşirelik, bakım.

ABSTRACT

Intraduction: Kawasaki Disease (KD) predominantly affects children under 5, unknown cause, acute, febrile, self-limiting childhood systemic vasculitis. The disease described worldwide is the most common cause of acquired heart disease in children in developed countries. Kawasaki disease, a rare but high risk of morbidity in children, is an important acquired heart disease and because of the importance of rapid treatment in preventing complications, it is very important to increase awareness, to make differential diagnosis and to establish the diagnosis in patients who do not respond to antibiotic treatment, have a long-lasting fever, restlessness, rash and other diagnostic criteria. With this case report, it is aimed to share experiences regarding the care and treatment of a child with kawasaki disease.

Case Description: The patient who went to the family physician with high fever at the age of 2 years and 10 months, after 3 days of antibiotic treatment, fire that does not fall, widespread rash with uncertain borders that disappear with compression all over the body, redness of the eyes, cracked lips, white flaking in the tongue, pain in the right knee and restriction of movement was accepted to the with a preliminary diagnosis of KD with complaints. The patient, who received care and treatment, came with a relapse 15 days after discharge. The patient, who underwent coronary angiography, was discharged to be followed up with aneurysmatic dilatation in LMCA and stenosis in the CX proximal. The patient, who is now 4 years old and 10 months old, underwent coronary angiography, and the patient was discharged with prescribed medications, with a follow-up plan and discharge training.

Conclusion: Early diagnosis in Kawasaki disease is extremely important in terms of prognosis of the disease and prevention of complications. In this case report, it was emphasized that the care and treatment process of a child with Kawasaki disease is an

¹ Öğretim Görevlisi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği Hemşireliği AD, Şanlıurfa, Türkiye, fatosbozdog42@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-2636-8992

² Dr. Öğretim Üyesi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Kayseri, Türkiye, obasdas@erciyes.edu.tr, ORCID ID: 0000-0003-0752-6614



intensive and well planned process, and the importance of team coordination and family centered care. It is thought that health professionals working in pediatric clinics can contribute positively to the prognosis by knowing this clinical picture and providing rapid diagnosis and treatment of this group of patients. It is important to make plans for nurses who take care of the patient and manage the care process in order to prevent complications, increase the quality of life, and strengthen the family emotionally and physically.

Keywords: kawasaki disease, nurse, case.

GİRİŞ

Kawasaki Hastalığı (KH) ağırlıklı olarak 5 yaş altındaki çocukları etkileyen nedeni bilinmeyen akut, ateşli, kendi kendini sınırlayan çocukluk çağına sistemik bir vaskülitidir. Asya kökenlilerde, özellikle de Japonya'da daha sık olmak üzere tüm dünyada tanımlanan hastalık, gelişmiş ülkelerde çocuklarda edinsel kalp hastalığının en yaygın nedenidir (Erdoğan ve ark., 2017, İnalhan ve ark., 2006). Kawasaki hastalığında ana bulgular ateş, konjunktivit, deri ve mukoz membran tutulumu ve servikal lenfadenopatidir. Ağırlıklı olarak koroner arter olmak üzere pek çok orta çaplı arteri etkileyen hastalık önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir (Şahin ve ark., 2018). Tedavi edilmeyen hastaların yaklaşık %25'inde koroner arter anevrizması geliştiği bilinmektedir (Barrios Tascón et al., 2018).

Hastalığın akut başlaması, febril ve ekzantematöz oluşu, stafilokoksik ve streptokoksik toksik şok sendromlarıyla klinik, patolojik ve immünolojik benzerlikleri, KH'nın epidemiyolojisi, hatta pandemilerinin görülmüş olması nedeniyle etiyojide enfeksiyöz bir ajanın rolü olduğu düşünülmüş, ancak kesin etiyojisi henüz açıklanamamıştır (McCrinkle et al., 2017; Eke ve ark., 2006). Hastalığa ilişkin kalp komplikasyonlarının önlenmesi için, akut dönemde tanılanması ve intravenöz immünglobülin (IVIG) ile yüksek doz asetil salisilik asit (ASA) tedavisinin erken dönemde başlaması gereklidir (Öztürk ve ark., 2010). Tedaviye yanıt alınmayan hastalara kortikosteroid veya ikinci bir intravenöz immünglobülin dozu verilmektedir. Koroner anevrizmaların varlığı ve şiddeti ve tanıdaki obstrüksiyon, tedavi seçeneklerini ve potansiyel ateroskleroz için uzun süreli kardiyovasküler izlemi gerektirmektedir (Saguil et al., 2015). Tayvan'da yapılan bir çalışmada adenovirüs ile KH

arasında ilişki bulunmuştur fakat bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır (Huang et al., 2020).

Günümüzde pandemi sürecinde COVID-19 pozitif bireylerle temas öyküsü olan çocukların atipik kawasaki ve toksik şok sendromuna benzer özellikler gösterdikleri belirlenmiştir. Bu durum çocuklarda, COVID-19 ile olası ilişkili çoklu sistemik inflamatuvar sendrom (MIS-C) olarak adlandırılmıştır. Toplum içindeki COVID-19 vakalarının en fazla görüldüğü zaman ile MIS-C vaka sayısının en çok olduğu zaman arasında birkaç haftalık bir süre olması dikkat çekicidir (SBHSGM, 2020; Chen et al., 2020). Bu nedenle pandemi sürecinde COVID-19 pozitif bireylerle temas halindeki çocukların kawasaki hastalığı ve toksik şok sendromu belirtileri açısından değerlendirilmeleri gerekmektedir (Chen N et al., 2020). Ayrıca bu konuda kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Çocuklarda nadir görülen ancak yüksek morbidite riski taşıyan KH önemli bir edinsel kalp hastalığı olması ve erken tanı ile hızlı tedavinin komplikasyonları önlemedeki önemi nedeniyle antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen, uzun süren ateşi, huzursuzluğu ve döküntüsü olan hastalarda ayırıcı tanı kriterlerinin değerlendirilerek hastalığın erken dönemde tanınması oldukça önemlidir (Kara ve ark., 2017). Ayırıcı tanıda en çok akla gelebilecek hastalıklar arasında kızamık, kızıl, kızamıkçık, febril viral ekzantemler (EBV, Adenovirus, Enterovirus, Parvovirus), riketsiyozlar ve toksik şok sendromu sayılabilir (Mason ve Takaashi; 1999). Kawasaki hastalığının tanısı American Heart Association (AHA) tarafından önerilen tanı kriterleri ile konulmaktadır. Tanı konulabilmesi için en az 5 gündür devam eden ve antipiretik ve antibiyotiklere yanıt vermeyen ateş varlığına ilave olarak Tablo 1'de verilen en az 4 bulgunun olması şartı ile tanı konulabilmektedir (Sánchez-Manubens et al., 2014; Newburger et al., 2004).

Tablo 1. Kawasaki Hastalığı Klasik Tanı Kriterleri*

1. Ekstremitelerde değişiklikler: Akut dönemde; ekstremitelerde distallerinde ödem, eritem Subakut fazda (2.-3. haftalarda); el ve ayak parmaklarında soyulma
2. Ağız ve farinks mukozasında değişiklikler: Mukozalarda eritem, kırmızı ve çatlamış dudaklar, çilek görünümü dil
3. Bilateral bulbar konjunktival hiperemi
4. Servikal lenfadenopati (genellikle tek taraflı 1.5 cm çapından büyük)
5. Döküntü: Polimorf ekzantem (veziküler ve büllöz olmayan)

*Tanı için en az 5 gündür devam eden ve antipiretik ve antibiyotiklere yanıt vermeyen ateş varlığına ilave olarak aşağıda verilen en az 4 bulgunun olması gerekmektedir.

Kawasaki hastalığı akut, subakut ve konvelesan evreler olmak üzere 3 klinik evreden oluşmaktadır. Ateş ve hastalığın diğer klinik bulgularıyla karakterize akut evre 1-2 hafta sürmektedir. Subakut evre ateş, diğer klinik bulguların

kaybolmasıyla başlamakta ve 4. haftaya kadar sürmektedir. Bu dönemde soyulmaların, trombositozun, koroner anevrizmaların geliştiği ve ani ölüm riskinin en yüksek olduğu dönem olması nedeniyle oldukça önemlidir.

Konvalesan evre (6.- 8. hafta) ise tüm klinik bulguların kaybolduğu ve sedimentasyon hızının normale dönmesiyle sonlanan evredir (Rowley ve Shulman, 2007). Bu olgu sunumu ile KH olan çocuğun bakım ve tedavisine ilişkin deneyimlerin paylaşılması amaçlanmıştır.

OLGU

Yüksek ateş şikayeti ile 2 yaş 10 aylık erkek hastayı aile öncelikle aile hekiminin önerisi doğrultusunda 3 gün antibiyotik tedavisi aldıktan sonra 39-40°C civarında düşmeyen ateş, tüm vücutta basma ile kaybolan sınırları belirsiz yaygın döküntü, gözlerde kızarıklık, dudaklarda çatlama, dilde beyaz pullanma, sağ dizinde ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetleri ile KH ön tanısı olarak yatışı yapılmıştır. Şikayetlerin 8. gününde olan hastaya saatlik ateş takibi, ampisilin-sulbaktam, aspirin ve IVIG başlanmıştır. Fakat IVIG'e karşı alerji gelişen hastaya IVIG kesilerek steroid (metilprednizolon) tedavisi uygulanmış ve çocuk kardiyoloji konsültasyonu istenerek ekokardiyografi (EKO) yapılmış, EKO'su normal olan hastanın bir ay sonra kontrole gelmesi planlanmıştır. Boğaz kültürü alınan hastada pseudomonas aeruginosa üremesi sonucu gentamisin başlanmıştır. Tedavi sonucunda alınan kontrol kanlarının ve kültürünün normal flora olarak değerlendirilmesi, şikayetlerinin gerilemesi ve ateşinin kontrol altına alınması üzerine hastaya oral metilprednizolon, aspirin ve ibuprofen reçete edilmiş ve ailesine taburculuk eğitimi verilerek taburcu edilmiştir.

Hastalık tekrar 15 gün sonra nüks edince öncelikle hekim isteminde antihistaminikler uygulandıktan sonra IVIG ve metilprednizolon uygulanmıştır. EKO'sunda sol koroner anevrizmaya ek olarak sağ koroner ektazi görülmüş ve hasta tedaviye dirençli rekürren kawasaki olarak değerlendirilerek infliximab tedavisi almıştır. Aspirin ve deltacortil reçete edilerek ileri tetkik için sevk edilmiştir. Koroner anjiyografisi yapılan hasta LMCA'da anevrizmatik dilatasyon ve CX proximalinde stenoz tanıları ile takip edilmek üzere taburcu edilmiştir. Şuan 4 yaş 10 aylık takipli olan hastaya koroner anjiyografi yapılmış, işlem sonrası takiplerinde sorun olmayan hasta takibi planlanarak ve taburculuk eğitimi verilerek reçete edilen ilaçlar ile (enoksaparin sodyum-15 gün için, dipiridamol, asetilsalisilik asit, varfarin sodyum) taburcu edilmiştir.

HEMŞİRELİK YÖNETİMİ ve SONUÇ

Hastalığa özgü hemşirelik yönetimi ile hastalığın tedavi basamaklarıyla beraber hasta ve ailesi için bütüncül bakım planlayarak, danışmanlık, rehabilitasyon, hasta ve aileye özgü eğitim planlamalarını yaparak çeşitli eğitim ve öğretim yöntemleriyle hastalık belirtilerinin hafifletilmesi, hastaneye yatışların azaltılması, hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılması ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir (Zuhur ve Özpancar, 2017). Sağlık ekibi içinde hastaya en yakın olan ve hasta ile en fazla iletişimde bulunan ekip üyesi hemşiredir. Bu nedenle hemşire tarafından hastaya gerekli eğitiminin verilmesiyle iyileşme

sürecinde istenilen yönde gelişmeler olmaktadır (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008).

Kawasaki hastalığının tedavisinde sadece IVIG veya IVIG ile birlikte aspirin verilmesinin koroner arter anevrizmalarını önlediği bilinmektedir (Camcıoğlu, 2009). Antitrombotik tedavinin kanama riskini artırdığı bu hastaların yakından izlenmesi gerekmektedir (Özcanlı, 2006). Kalp hızı, kan basıncı ve kardiyak aritminin yakından izlenmesi yaşamı tehdit eden durumların erken belirlenmesini sağlamaktadır. Olguda; hastanın koroner anjiyografi sonrasında yaşam bulguları sık aralıklarla ile takip edildi (kalp tepe atım hızı=94atım/dk, SPO2=%99, kan basıncı=96/59 mmHg, solunum hızı=22/dk). Anjiyografi girişim bölgesinde herhangi bir kanama, renk değişikliği, şişlik ve akıntı gözlenmedi. Hastanın girişim sonrası 24 saat immobilizasyonu sağlandı. Bu sürede masaj, dokunma, dikkati başka yöne çekme, müzik dinletme gibi aktivitelerle ve aile desteği ile hastanın konforu artırılmaya çalışıldı.

Hastanın koagülasyon sonuçları değerlendirildi ve evde bakıma ilişkin aileye eğitim planlandı. Evde antikoagülan ilaç kullanımı özellikle pediatrik hastalarda önemle üzerinde durulması gereken bir konudur. Aile üyelerine çocuğun, antitrombotikleri başka ilaçlarla birlikte almaması, zamanında alması, önerilen dozda kullanması (eksik aldığıda istenen etkinin oluşmayacağı, fazla alındığıda ise olası istenmeyen etkilerin oluşacağı) gerektiği anlatıldı ve aile üyelerinin soruları yanıtlandı. Koagülasyon testini düzenli yaptırması gerektiği, varfarin sodyum ilaç dozunun kan değerlerine göre ayarlandığı ve olası komplikasyonlara ilişkin gözlemlenirken hemen sağlık kuruluşuna başvurularını gerektiren belirtiler açıklandı. İlacın ihmal edilmesi durumunda trombus oluşumuna ve koroner arterlerde anevrizmaya neden olabileceği bilgisi verildi. Çocukluk çağı kazalarının sık görüldüğü fallik dönemdeki hasta için ebeveynlere güvenli çevrenin sağlanması, travmalara karşı nasıl önlem alabileceklerine yönelik eğitim verildi.

Ebeveynlere steroid kullanımının olası etkileri ve komplikasyonları açıklandı. Hastanın ilacı zamanında almaması, fazla dozda kullanması, ani olarak kesmesi gibi yanlış uygulamaların steroid kullanımına ilişkin yan etkilerin görülme sıklığını arttırmakta ya da ortaya çıkışını hızlandırmaktadır (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008). Steroid kullanımı hiperglisemi riskini artırdığı için kan glikoz seviyesi düzenli olarak takip edildi. Diyetisyenle işbirliği yapılarak hastanın diyeti planlandı. Steroidlerin protein metabolizması üzerindeki etkileri nedeniyle hastada halsizlik olabileceği için bu süreçte hasta ile yapılabilecek aktiviteler örneklendirildi. Steroid tedavisinin immün sistemi baskılaması nedeniyle şikayetlerin pik yaptığı dönemde el ve ayaklarda görülen soyulmaların, dökülmelerin ve mukozal değişikliklerle ilişkili olarak enfeksiyon riskinin arttığı, başta ağız ve genital bölge olmak üzere enfeksiyonların kolaylıkla gelişebileceği belirtildi ve ebeveynlerle olası durumlara ilişkin bilgilendirme yapıldı. Ayrıca korneada da enfeksiyon gelişebileceği, kornea enfeksiyonlarının önlenmesi için hastanın göz bakımının önemi, nasıl bakım vereceği ve hangi belirtileri fark ettiğinde sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği açıklandı. Hastada



ödem gelişimi, ödem takibi ve hasta bakımına ilişkin bilgi verildi.

Steroid tedavisinin büyüme ve gelişme çağındaki çocuğa uygulanması durumunda, tedavinin çocuğun gelişimsel özelliklerine zarar vermeden sürdürülmesi dikkat edilmesi gereken konulardan biridir. Steroid tedavisinin gün aşırı verilmesi ile büyüme hormonunun salgılanmasının engellenmediği ve ilaç verilmeyen gün hormon salgılanmasının artarak, büyümenin etkilenmediği belirtilmektedir (Balcı Alparslan ve Kapucu, 2008). Bu nedenle hastanın steroid tedavisi gūnaşırı ilaç uygulaması şeklinde planlanmıştır. Aile üyelerine steroid kullanımının büyüme üzerine olan yan etkileri ve önlemeye yönelik girişimleri açıklandı. Çocuğun boy, kilo ve diğer gelişimsel özellikleri izlendi ve bir sorun olmadığı belirlendi. Çocuğun büyümesini ailenin nasıl takip edebileceğine ilişkin bilgi verildi. Ailenin hastalığın bakım, tedavi ve prognoza ilişkin soruları yanıtlanarak endişeleri giderilmeye çalışıldı.

Sonuç olarak; kawasaki hastalığında erken tanı hastalığın prognozu ve komplikasyon gelişimin önlenmesi açısından son derece önemlidir. Bu olgu sunumunda kawasaki hastası olan çocuğun bakım ve tedavi sürecinin oldukça yoğun ve iyi planlanması gereken bir süreç olduğu, ekip koordinasyonunun ve aile merkezli bakımın önemi vurgulanmıştır. Çocuk kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin bu klinik tabloyu bilmesi, bu grup hastaların hızlı tanı ve tedavi almasını sağlamaları ile prognoza olumlu katkıda bulunabilecekleri düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Erdoğan S, Boşnak M, Aydın Şahin D, Başpınar O. Atipik kawasaki hastalığı: Olgu sunumu. Zeynep Kamil Tıp Bülteni;2017;48(1):20-22.
2. İnalhan M, Değirmenci S, Oral M, Temel Ö, Ünlütürk Ö ve ark. Kawasaki hastalığı tanılı olgularımızın değerlendirilmesi. Ege Pediatri Bülteni 2006;13 (1): 9-14.
3. Şahin A, Şahin L, Karabulut M, Dalgıç N. Kawasaki hastalığı tanısı ile takip edilen olgularımızın klinik ve epidemiyolojik özellikleri. J Pediatr Inf 2018;12(3):87-92.
4. Barrios Tascón A, Centeno Malfaz F, Rojo Sombrero H, Fernández-Cooke E, Sánchez-Manubens J et al. National consensus on the cardiological treatment and follow-up of kawasaki disease. An Pediatr (Barc). 2018;89(3):188.e1-188.e22.
5. Eke H, Aydemir C, Tuygun N, Tanır G. Kawasaki hastalığı olgularımızın değerlendirilmesi. Ege Pediatri Bülteni 2006;13(1):15-20.
6. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, Burns JC, Bolger AF et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of kawasaki disease: A scientific statement for health professionals from the American Heart Association. Circulation 2017;135(17):e927-e999.
7. Öztürk E, Yaman E, Öztarhan K, Gökmirza Özdemir P, Aydoğan G. Kawasaki hastalığı (Mukokutanöz Lenf Nodu Sendromu): İki olgu sunumu. JOPP Dergisi 2010;2(2):93-96.
8. Saguil A, Fargo M, Grogan S. Diagnosis and management of kawasaki disease. Am Fam Physician. 2015;91(6):365-371.
9. Huang SH, Chen CY, Weng KP, Chien KJ, Hung YM et al. Adenovirus infection and subsequent risk of kawasaki disease: A population-based cohort study. Journal of the Chinese Medical Association 2020;83(3):302-306.
10. Kara SS, Güllü UU, Balaban İ. Kawasaki hastalığı: Erzurum ilinde izlenen çocuk hastaların değerlendirilmesi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast Derg 2017;7(2):113-120.
11. Sánchez-Manubens J, Bou R, Anton J. Diagnosis and classification of kawasaki disease. J Autoimmun 2014;48-49:113-117.
12. Camcıoğlu Y. İmmünoglobulin tedavisi. J Pediatr Inf 2009;3:69-74.
13. Özcanlı D. Antitrombotik tedavi ve hemşirelik fonksiyonları. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2006;10(1-2):36-41.
14. Chen N, Zhou M, Dong X, Jieming P, Gong F et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. Lancet 2020;395:507-513.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (SBHSGM) COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Bilim Kurulu Çalışması, Çocuk Hasta Yönetimi ve Tedavi, 3 Haziran 2020, s:11-13.
16. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, Gewitz MH, Tani LY, Burns JC et al. committee on rheumatic fever, endocarditis, and kawasaki disease, council on cardiovascular disease in the young; American Heart Association; American Academy of Pediatrics. Circulation. 2004;110:2747-2771.
17. Mason WH, Takahashi M. Kawasaki syndrome. Clin Infect Dis 1999; 28: 169-187.
18. Rowley AH, Shulman ST. Kawasaki Disease. In: Behrman RE, Kliegman RM (eds). Nelson Textbook of Pediatrics (18th ed). Philadelphia: W.B. Saunders Co.2007: 1036-1042.
19. Zuhur Ş, Özpancar N. Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: Sistemik derleme. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2017;19(2):57-74.
20. Balcı Alparslan G, Kapucu S. Steroidlerin kullanımında hemşirenin sorumlulukları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008;77-84.