

CLINICAL CASE REPORT: EFFECTIVENESS OF SKIN INJURY CARE IN STEVENS-JOHNSON SYNDROME

Nguyen Thi Linh Duc*, Nguyen Thi Thu Trang, Truong Minh Tri, Pham Thi Tuyet Mai

Thu Duc City Hospital - 29 Phu Chau, Tam Phu Ward, Thu Duc City, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 24/10/2024

Revised: 04/11/2024; Accepted: 23/11/2024

ABSTRACT

Objective: To describe a clinical case of skin injury care and treatment in Stevens-Johnson Syndrome at the Department of Intensive Care and Toxicology, Thu Duc City Hospital.

Case Report: The patient is a 47-year-old female admitted with a diagnosis of acute cholecystitis due to gallstones and underwent gallbladder drainage in the General Surgery Department. On the 6th day of hospitalization, the patient developed skin redness, blistering, generalized edema, and fever.

Results: The diagnosis was Stevens-Johnson Syndrome, suspected to be caused by the use of Acupan, along with sepsis originating from the biliary tract and acute cholecystitis due to gallstones, which had been drained. The patient was transferred to the Department of Intensive Care and Toxicology. After 12 days of treatment, in addition to medication, mucosal care, continuous pain management, and other systemic supportive therapies, the patient's skin injuries healed well, the skin redness did not progress, mucosal injuries improved, and blood test abnormalities were resolved.

Conclusion: The combination of medication, mucosal injury care, continuous pain management, and other systemic supportive treatments showed positive effectiveness in the care of skin injuries in Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis (SJS/TEN).

Keywords: Stevens-Johnson, care effectiveness, skin injury.

*Corresponding author

Email: nguyenlinhduc87@gmail.com **Phone:** (+84) 986903768 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1817**

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: HIỆU QUẢ CHĂM SÓC TỔN THƯƠNG DA TRONG HỘI CHỨNG STEVEN-JOHSON

Nguyễn Thị Linh Đức*, Nguyễn Thị Thu Trang, Trương Minh Trí, Phạm Thị Tuyết Mai

Bệnh viện Thành phố Thủ Đức - 29 Phú Châu, P. Tam Phú, Tp. Thủ Đức, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 24/10/2024

Chỉnh sửa ngày: 04/11/2024; Ngày duyệt đăng: 23/11/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một trường hợp lâm sàng về chăm sóc và điều trị tổn thương da trong hội chứng Steven-Johnson tại khoa Hồi sức tích cực chống độc, bệnh viện Thành phố Thủ Đức.

Ca bệnh: Người bệnh là nữ 47 tuổi, nhập viện với chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi, được dẫn lưu túi mật tại khoa Ngoại tổng quát. Ngày thứ 6 sau nhập viện, người bệnh có tình trạng đỏ da nổi bóng nước, phù toàn thân, sốt.

Kết quả: Hội chứng Stevens-Johnson nghi do sử dụng thuốc Acupan - NT huyết từ đường mật - Viêm TM cấp do sỏi đã dẫn lưu. NB được chuyển khoa HSTCCĐ. Sau 12 ngày điều trị, ngoài việc sử dụng phác đồ dùng thuốc, chăm sóc các tổn thương niêm mạc, áp dụng các biện pháp giảm đau liên tục cùng với các điều trị hỗ trợ toàn thân khác thì tổn thương da lành tốt, không đỏ da tiến triển, các tổn thương niêm mạc cải thiện cũng như các rối loạn về xét nghiệm máu của bệnh nhân đã hết.

Kết luận: Việc phối hợp dùng thuốc, chăm sóc các tổn thương niêm mạc, áp dụng các biện pháp giảm đau liên tục cùng với các điều trị hỗ trợ toàn thân là có hiệu quả tích cực trong quá trình chăm sóc tổn thương da trong Hội chứng Stevens-Johnson/Lyell (SJS/TEN).

Từ khóa: Stevens-Johnson, hiệu quả chăm sóc, tổn thương da.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Stevens-Johnson/Lyell (SJS/TEN) là phản ứng da và niêm mạc cấp tính, đe dọa mạng sống của người bệnh, đặc trưng bởi hoại tử lan rộng và bóc tách thượng bì. Hội chứng Stevens-Johnson “đang nhẹ của TEN”, bóc tách nhỏ hơn 10% diện tích bề mặt cơ thể (Body Surface Area - BSA). Hội chứng Stevens-Johnson/hoại tử thượng bì nhiễm độc (TEN) chồng lấp, bóc tách 10 - 30% BSA. Hoại tử thượng bì nhiễm độc khi bóc tách lớn hơn 30% BSA.

Có 4 nhóm nguyên nhân gây bệnh: Thuốc, bệnh lý nhiễm trùng, các bệnh ác tính và vô căn. Trong đó, thuốc là nguyên nhân phổ biến nhất. Các dát nhanh chóng lan rộng và liên kết với nhau, dẫn đến hình thành các chỗ phồng rộp, bong nước, hoại tử, và tróc ở thượng bì. Chẩn đoán thường rõ ràng do biểu hiện của các tổn thương ban đầu và hội chứng lâm sàng. Điều trị là chăm sóc hỗ trợ; cyclosporin, liệu pháp lọc huyết tương hoặc globulin miễn dịch đường tĩnh mạch, liệu pháp corticosteroid sớm, và thuốc ức chế yếu tố hoại tử khối u alpha đã được sử dụng. Tỷ lệ tử vong có thể lên đến 7,5% ở trẻ em và 20 đến 25% ở người lớn nhưng có xu

hướng thấp hơn khi được điều trị sớm.

Trong vòng 1 đến 3 tuần sau khi bắt đầu dùng thuốc, bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng mệt mỏi, sốt, nhức đầu, ho, và viêm kết mạc. Các dát, thường là hình bia bản, sau đó xuất hiện đột ngột, ở mặt, cổ, và thân trên. Các dát đồng thời xuất hiện ở những nơi khác trên cơ thể, kết hợp với nhau thành bong nước lớn, và bong ra trong một khoảng thời gian 1-3 ngày. Móng và lông mày có thể bị mất cùng với biểu mô. Lòng bàn tay, lòng bàn chân có thể có tổn thương. Thường đau ở da, niêm mạc, và mắt. Trong một số trường hợp, ban đỏ lan toả là triệu chứng về da đầu tiên của hoại tử thượng bì nhiễm độc.

Trong những trường hợp nghiêm trọng của hoại tử thượng bì nhiễm độc, các lớp biểu mô bong ra tại nơi tạo 1 áp lực trên da (dấu hiệu Nikolsky), vùng da đó bị rất, đau, và đỏ. Vảy tiết và vết trợt ở miệng đau, viêm kết mạc và các tổn thương ở sinh dục (ví dụ, viêm niệu đạo, phimosis, dính âm đạo) đi kèm với tổn thương da trong 90% trường hợp. Biểu mô phế quản cũng có thể bị bong, gây ho, khó thở, viêm phổi, phù phổi, và thiếu oxy máu. Viêm cầu thận và viêm gan có thể có.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthinhduc87@gmail.com Điện thoại: (+84) 986903768 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1817>

2. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Người bệnh là nữ 47 tuổi, nhập viện với chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi, được dẫn lưu túi mật tại khoa Ngoại tổng quát. Ngày thứ 6 sau nhập viện, người bệnh có tình trạng đỏ da nổi bóng nước, phù toàn thân, sốt. Khoa Ngoại TH mời khoa HSTCCĐ hội chẩn, kết quả chẩn đoán là Hội chứng Stevens-Johnson nghi do sử dụng thuốc Acupan - NT huyết từ đường mật – Viêm TM cấp do sỏi đã dẫn lưu. NB được nhập khoa HSTCCĐ điều trị trong tình trạng:

Toàn thân: Bệnh tình, tiếp xúc được; CPOT (thang điểm đánh giá đau lâm sàng dựa vào biểu cảm gương mặt, vận động cơ thể, cơ bắp, và nhịp thở theo máy thở) 5 điểm; Thở khí trời, không dấu hiệu sốc. Đỏ da toàn thân; Sung phù toàn thân, phù cứng; Bóng nước kt lớn b 5x5 cm, trên nền hồng ban, đau nhiều, dịch trong, vết trợt da sau vỡ bóng nước rỉ dịch trong, nền đỏ ướt. Vị trí toàn bộ lưng + háng, âm hộ+ cánh tay (T).



Hình 1. Hình ảnh tổn thương của bệnh nhân khi nhập khoa HSTCCĐ

Tại khoa Hồi sức tích cực chống độc, người bệnh đã được tiếp cận chăm sóc và điều trị như sau:

1. Xác định yếu tố nghi ngờ, ngưng thuốc Acupan.
2. Đánh giá diện tích tổn thương da (như bệnh nhân bỏng) b 55%.
3. Điều trị hỗ trợ: Dịch truyền, Giảm đau, Bệnh nền, Ức chế miễn dịch, Dinh dưỡng, Chăm sóc da.
4. Dịch truyền: Cân bằng xuất nhập.
5. Giảm đau: Fentanyl truyền liên tục đánh giá theo thang điểm đau CPOT.
6. Ức chế miễn dịch: Methylprednisone liều 40mg/24h IV trong 7 ngày sau đó chuyển sang liều uống 32mg/24h trong 2 ngày -> 16mg.
7. Kháng sinh cho Nhiễm trùng huyết do Entero agglomeran đa kháng: Colistin 9 MUI/ngày, Meropenem 1gx3/8h.
8. Kiểm soát đường huyết.
9. Dinh dưỡng với 25 -30kcal/ngày, Protein 1.5 g/kg = Sữa qua sonde dạ dày, nước trái cây, tập uống nước qua

đường miệng.

10. Các điều trị khác: giảm ngứa, PPI dự phòng loét dạ dày.

3. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

3.1. Theo dõi tổng trạng bệnh nhân và các dấu hiệu sinh tồn

- Đánh giá tổng trạng NB mỗi 8g/lần, theo dõi dấu hiệu sinh tồn, đánh giá đau, chỉ số đường huyết, lượng dịch xuất nhập mỗi 24 giờ.
- Đánh giá tình trạng da, niêm, chăm sóc da (toàn thân, mắt, mũi, miệng, nếp da) theo kế hoạch chăm sóc.
- Lựa chọn băng gạc phù hợp, kinh tế, hiệu quả

3.2. Nguyên tắc chăm sóc da:

1. Tránh lực ma sát, kéo trợt da thêm. Thay Drap giường vô khuẩn mỗi ngày.
2. Bóng nước -> dùng kim hút chủ động, không bóc lớp bóng nước ra
3. Tắm bệnh nhân 1 lần/ngày bằng dung dịch Chlohexidine 0,2% pha nước sạch thành dung dịch với nồng độ Chlohexidine 0.02%.
4. Thuốc sát khuẩn: rửa vết thương với dung dịch Protosan (Polyhexamethylene biguanide)
5. Băng gạc: không dính, giữ đủ độ ẩm cho da lành, hút dịch tiết, bảo vệ da, dễ tháo gỡ, chi phí hợp lý
6. Chăm sóc các vùng đặc biệt: niêm mạc: mắt, môi, trong miệng, vùng sinh dục, vùng nếp gấp da

3.3. Các bước thực hiện chăm sóc da cho BN:

- Bước 1: Tháo bỏ băng cũ và các lớp gạc cố định phía ngoài: Điều dưỡng dùng kéo cắt bỏ lớp băng cố định phía bên ngoài, dùng nước muối sinh lý vô khuẩn làm ẩm lớp gạc bên trong.
- Bước 2: Bóc bỏ lớp gạc trong cùng và làm sạch tổn thương: tháo bỏ băng nhẹ nhàng để không gây chảy máu và đau đớn cho người bệnh
- Bước 3: Tắm toàn thân: với dung dịch Chlohexidine 0,2% pha nước sạch thành dung dịch với nồng độ Chlohexidine 0.02%; Dùng gạc mềm thấm dung dịch lau nhẹ nhàng toàn thân tránh làm trầy xước, lột da thành mảng gây đau đớn cho người bệnh; Nhẹ nhàng thấm khô tổn thương bằng gạc mềm vô khuẩn sau tắm.
- Bước 4: làm sạch các tổn thương da: Đối với các bọng nước chưa vỡ dùng bơm tiêm hút nước chủ động để giữ lại lớp da bảo vệ; Đối với các vùng đã mất da thì lấy bỏ các giả mạc, xịt rửa bằng dung dịch Protosan, đắp gạc lên vùng da tổn thương; cố định băng lưu ý không băng quá chặt làm ảnh hưởng đến lưu thông tuần hoàn của người bệnh. Với các tổn thương

đã đóng vảy tiết khô, hoặc bong vảy lên da non thì bôi kem vaselin hoặc mỡ corticoid theo chỉ định của bác sĩ, không cần băng

3.4. Chăm sóc mắt mũi miệng, nếp da:

3.4.1. Mắt

Mời BS Mắt khám thường xuyên

Mi mắt: rửa với NS

Kháng sinh nhỏ mắt: 3 lần/ngày để tránh nhiễm trùng mắt, tạo sẹo giác mạc

Nhỏ dung dịch nước mắt nhân tạo

3.4.2. Mũi

Làm sạch thường xuyên với tăm bông vô trùng (Sterin cotton swab)

Làm ẩm với dung dịch NS, sau đó có thể thêm kháng sinh bôi Mupirocin

3.4.3. Miệng

Bơm NS vô trùng nhiều lần trong ngày

Hút dịch bơm nếu bn không tỉnh

Bôi Vaselin lên môi ngay khi nhận bệnh, sau đó mỗi 2h trong pha cấp

Bảo vệ vùng loét trong miệng bằng các dung dịch như Gelclair. Làm sạch miệng hằng ngày với NS ấm. Dùng nước súc miệng kháng viêm hoặc xịt benzydamine hydrochloride mỗi 3h, đặc biệt trước khi ăn. Nếu bn vẫn đau nhiều -> lidocaine 2%, 15ml dạng xịt. Hoặc nước súc miệng Cocaine 2-5% cho đau miệng nặng 3 lần/ngày

Các chất sát trùng: Hydrogen peroxide 1.5%, 10ml, 2 lần/ngày. Chlohexidine digluconate 0,2% (có thể hòa loãng 50% để giảm đau và khó chịu.

Lau môi, miệng thường xuyên nếu có nhiễm trùng hoặc nhiễm nấm thứ phát. -> Nhiễm nấm: Nystatin 100 000 UI 4 lần/ngày x 1 tuần hoặc Miconazole gel 5-10ml ngâm sau ăn 4 lần/ngày x 1 tuần -> Nếu chậm lành: nhiễm trùng thứ phát hoặc nhiễm HSV.

Xem xét sử dụng corticoid tại chỗ 4 lần/ngày (Betamethasone sodium phosphate 0,5mg/10ml súc miệng 3 phút.

3.4.4. Vùng sinh dục, kẽ

Không ẩm ướt: rửa bằng nước muối sinh lý.

Ẩm ướt: bôi dung dịch bạc 0.5%.

Mời BS sản, niệu khám: nên khám mỏ vịt để thấy toàn bộ niêm mạc âm đạo.

Bôi Vaselin ngay sau khám, và bôi mỗi 4h sau đó.

Que quần Mepitel nên được chèn vào âm hộ và âm đạo nếu có loét -> giảm đau, chống dính.

Nên đặt catheter tiểu tắt cả bệnh nhân ban đầu để chống dính và ngừa co thắt niệu đạo.

3.4.5. Lựa chọn gạc và chi phí



Hình 2. Các loại băng gạc

Mục đích lựa chọn gạc trong trường hợp này là: chống nhiễm khuẩn, chống mất nước - kiểm soát dịch tiết, chống dính, hạn chế thay băng nhiều lần. Có nhiều loại băng gạc khác nhau có thể được lựa chọn sử dụng như:

- Băng hydrogels: Đây là loại keo (gel) polymers làm ẩm vết thương, thủy phân vảy kết (slough) giúp vết thương tự phân hủy làm sạch hoại tử và ngăn ngừa vi khuẩn phát triển.

- Băng chứa polyurethane: là một hợp chất cao phân tử được hình thành từ nhiều thành phần khác nhau như polyol, isocyanate, chất tạo bọt, chất xúc tác... được trộn đều bằng máy phun áp cao chuyên dụng tạo ra sản phẩm có tính đàn hồi, dẻo dai, bọt xốp, siêu nhẹ, thấm hút tốt có tác dụng bán thấm, hút sạch dịch viêm nhưng không làm khô bề mặt tổn thương, ngăn chặn sự xâm nhập của vi khuẩn từ bên ngoài, giảm thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn.

- Băng hydrocolloids: Màng bán thấm, không thấm nước từ bên ngoài. Bên trong kết hợp với dịch tiết của vết thương sẽ tạo ra keo thủy giải. Có thể gây mùi khó chịu. Rất thích hợp cho các vết thương có dịch tiết vừa phải, tiện lợi cho bệnh nhân vì không phải thay băng thường xuyên.

- Băng kháng khuẩn: có các thành phần kháng khuẩn như Bạc, iodin, mật ong... điều trị nhiễm khuẩn tại chỗ và ngăn ngừa nhiễm khuẩn.

- Băng sinh học: có các nguồn gốc từ thiên nhiên có tác dụng đẩy nhanh quá trình lành thương (Không nên dùng trên vết thương nhiễm trùng/ ngóc ngách, quá nhiều dịch tiết, hoặc bị phản ứng với sản phẩm)

- Các loại băng không dính (non-adherent dressing): Loại không dính vào vết thương khi tháo, cho các dịch tiết đi ra khỏi vết thương vào lớp băng thứ cấp bên trên.

Do chi phí Bệnh nhân không có nên việc sử dụng các loại gạc có đầy đủ các tiêu chí trên không thực hiện được. Trong suốt quá trình điều trị khoa đã liên hệ các nguồn để tài trợ nhiều loại gạc với các chất liệu và độ dày khác nhau.

Có thực hiện so sánh hiệu quả của các loại gạc trên các vùng da bị tổn thương để tìm ra loại băng gạc đáp ứng được các mục tiêu điều trị và tiết kiệm chi phí nhất.

Yếu tố vật lý và bề mặt

Nhiệt độ phòng: 25 – 28 độC, có khuyến cáo 30 – 32 độ C để tránh mất nhiệt, mất năng lượng, đạm.

Phối hợp với BS điều trị mỗi khi thêm loại thuốc mới sử dụng: nên ưu tiên loại có thời gian bán thải ngắn

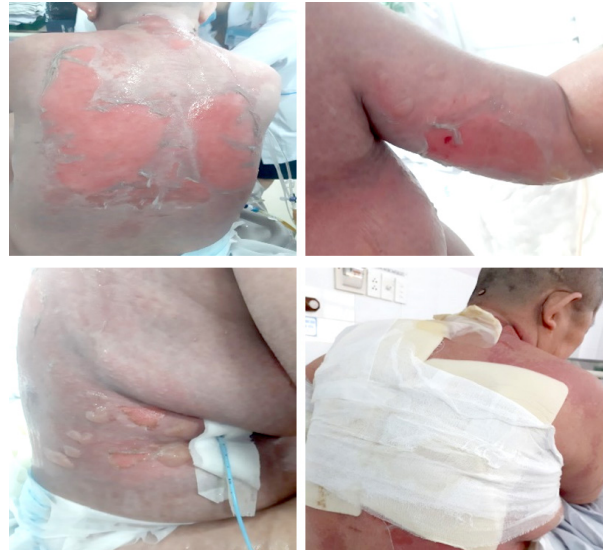
Quá trình điều trị tích cực diễn ra trong 12 ngày. Áp dụng quy trình chăm sóc da tích cực, bảo vệ các vùng da tổn thương bằng các băng gạc phù hợp, chăm sóc các tổn thương niêm mạc, áp dụng các biện pháp giảm đau liên tục cùng với các điều trị hỗ trợ toàn thân khác. Tình trạng bệnh nhân diễn biến tốt lên, các tổn thương da lành tốt, không đờ da tiến triển, các tổn thương niêm mạc cải thiện cũng như các rối loạn về xét nghiệm máu của bệnh nhân đã hết.

Dinh dưỡng

Dinh dưỡng với 25 -30kcal/ngày, Protein 1.5 g/kg = Sữa qua sonde dạ dày, nước trái cây, tập uống nước qua đường miệng

Giáo dục sức khỏe

Hướng dẫn nội quy khoa phòng cho NB và người nhà khi mới vào viện. Hướng dẫn chế độ ăn uống, vệ sinh, dinh dưỡng, chế độ vận động. Hướng dẫn dùng thuốc theo đúng chỉ định, tiền sử dị ứng các loại thuốc, thức ăn. Động viên, giải thích về tình trạng bệnh để NB và người nhà yên tâm hơn. Theo dõi các dấu hiệu bất thường, nếu có báo ngay cho bác sĩ.



Sau 02 ngày nhập khoa



Hình ảnh thay băng lần 02 (sau 04 ngày nhập khoa)



Lần thay băng thứ 04 (sau 06 ngày nhập khoa)



Sau 12 ngày điều trị tại khoa

Hình 3. Điều trị tại chỗ cho bệnh nhân



BN quay lại tái khám sau 05 ngày xuất viện

Hình 4. Bệnh nhân sau khi tổn thương da đã biểu mô khỏi

4. BÀN LUẬN

Hội chứng Stevens-Johnson/Lyell (SJS/TEN) là phản ứng da và niêm mạc cấp tính, đe dọa mạng sống của người bệnh, đặc trưng bởi hoại tử lan rộng và bóc tách thượng bì. Các dát nhanh chóng lan rộng và liên kết với nhau, dẫn đến hình thành các chỗ phỏng rộp, bong nước, hoại tử, và tróc ở thượng bì. Chẩn đoán thường rõ ràng do biểu hiện của các tổn thương ban đầu và hội chứng lâm sàng.

Bệnh nhân có xuất hiện các triệu chứng phù hợp với đặc điểm của Hội chứng Stevens-Johnson. Trong vòng 1 đến 3 tuần sau khi bắt đầu dùng thuốc, bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng mệt mỏi, sốt, nhức đầu, ho, và viêm kết mạc. Các dát, thường là hình bia bắn, sau đó xuất hiện đột ngột, ở mặt, cổ, và thân trên. Các dát đồng thời xuất hiện ở những nơi khác trên cơ thể, kết hợp với nhau thành bong nước lớn, và bong ra trong một khoảng thời gian 1-3 ngày. Móng và lông mày có thể bị mất cùng với biểu mô. Lòng bàn tay, lòng bàn chân có thể có tổn thương. Thường đau ở da, niêm mạc, và mắt. Vẩy tiết và vết trợt ở miệng đau, viêm kết mạc và các tổn thương ở sinh dục

Ngoài việc tuân thủ dùng thuốc điều trị như: Dịch truyền, Giảm đau, Bệnh nền, Ưc chế miễn dịch theo y lệnh của BS điều trị. Việc chăm sóc của Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng. Trong quá trình chăm sóc da, ĐD tránh lực ma sát, kéo trợt da thêm, thay Drap giường vô khuẩn mỗi ngày. Đối với các bong nước, ĐD dùng kim hút chủ động, không bóc lớp bong nước ra. Tắm bệnh nhân 1 lần/ngày bằng dung dịch Clohexidine 0,2% pha nước sạch thành dung dịch với nồng độ Clohexidine 0.02%. ĐD sử dụng thuốc sát khuẩn: rửa vết thương với dung dịch Protosan (Polyhexamethylene biguanide), sử dụng các loại băng gạc không dính vào vết thương khi tháo, có khả năng thấm hút được dịch tiết. Do chi phí Bệnh nhân không có nên việc sử dụng các loại gạc có đầy đủ các tiêu chí trên không thực hiện được. Trong suốt quá trình điều trị khoa đã liên hệ các nguồn để tài trợ nhiều loại gạc với các chất liệu và độ dày khác nhau nhưng vẫn đảm bảo mục đích là: chống nhiễm khuẩn, chống mất nước - kiểm soát dịch tiết, chống dính, hạn chế thay băng nhiều lần. Kết quả cho thấy sử dụng băng gạc Polyurethane Foam là tối ưu nhất với cấu tạo 03 lớp gồm màng film Polyurethane bán thấm ngăn chặn sự xâm nhập các loại vi khuẩn, vi rút từ bên ngoài (lớn hơn 25nm), giảm thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn; Lớp foam giúp thấm hút và giữ lại dịch tiết giúp kiểm soát được dịch tiết nhưng vẫn giữ ẩm nền vết thương đồng thời giảm tải được áp lực tỷ lệ lên vết thương; Lớp dính Silicon mềm toàn phần 100% tinh khiết với công nghệ Safetac chống dính không gây tổn thương nền vết thương khi lột băng. Băng gạc loại này đáp ứng đầy đủ các tiêu chí chống nhiễm khuẩn, chống mất nước - kiểm soát dịch tiết, chống dính, hạn chế thay băng nhiều lần.

5. KẾT LUẬN

Người bệnh mắc hội chứng Stevens-Johnson với diện tích trợt thượng bì rất rộng được điều trị thành công đã cho thấy luôn phải gắn liền giữa điều trị toàn thân và tại chỗ; trong đó vai trò điều dưỡng trong quá trình chăm sóc cần toàn diện từ theo dõi toàn trạng, đến việc chăm sóc các tổn thương da, niêm mạc, các hốc tự nhiên, chế độ dinh dưỡng luôn là yếu tố quan trọng góp phần đạt được hiệu quả điều trị cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lê Thị Lại Tâm (2022) Hiệu quả chăm sóc tổn thương da bằng gạc polyurethane trong Hội chứng Lyell, tạp chí Y dược học lâm sàng, tr. 196-200.
- [2] Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu (2011) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa. Nhà xuất bản Y học, tr. 771-773.
- [3] Bộ Y tế (2016) Dị ứng thuốc. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về dị ứng - miễn dịch lâm sàng. Nhà xuất bản Y học, tr. 17-29.
- [4] Nguyễn Văn Đoàn (2011) Dị ứng thuốc. Nhà xuất bản Y học, tr. 203-207.