

Chăm sóc bệnh nhân hội chứng Stevens-Johnson/Lyell: Báo cáo ca bệnh

Care patients Stevens-Johnson/Lyell's syndrome: A case report

Nguyễn Thanh Hà, Phùng Thị Lan Hương,
Hoàng Thị Hà, Đặng Thị Dịu Hiền, Đỗ Thị Thu Huyền,
Nguyễn Thị Hải Yến, Lê Thị Lại Tâm

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Hội chứng Stevens-Johnson/Lyell (SJS/TEN) là phản ứng da và niêm mạc cấp tính, đe dọa mạng sống của người bệnh. Việc chẩn đoán sớm, có kế hoạch chăm sóc và điều trị phù hợp giúp giảm thiểu tỷ lệ tử vong và các biến chứng của bệnh. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh dị ứng carbamazepine, tổn thương da và niêm mạc điển hình, được chẩn đoán xác định hội chứng Steven-Johnsons và có kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng hợp lý phù hợp, sau 10 ngày điều trị đã ổn định và ra viện, không để lại di chứng gì.

Từ khóa: Chăm sóc bệnh nhân, hội chứng Steven-Johnsons/Lyell.

Summary

Stevens-Johnson (SJS)/Lyell's syndrome (TEN - Toxic epidermal necrolysis) is a reaction of the skin and mucous membranes, which threatens the lives of patients. Early diagnosis, proper care and treatment plan helps to reduce mortality and complications. We report a patient, who has carbamazepine allergies, typical skin and mucosal lesions, is diagnosed with Steven-Johnsons syndrome and has an appropriate nutrition care plan, after 10 days of treatment is fine, no sequelae.

Keywords: Patient care, Steven-Johnsons/Lyell's syndrome.

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 "dạng 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. Tỷ lệ mới mắc khoảng 1 đến 6 ca trên một triệu người/năm. Bệnh gặp khắp nơi trên thế giới ở tất cả các chủng tộc. Bệnh khởi phát đột ngột bắt đầu bằng sốt cao, nhức đầu, mệt mỏi, đau viêm họng miệng, niêm mạc mắt và sinh dục về sau xuất hiện ở da mụn nước, bóng nước, toàn trạng ngày càng nặng có thể tử vong. 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. Thuốc và bệnh ác tính thường gặp ở người lớn và người già. Nhiễm trùng thường gặp ở trẻ em. Vô căn chiếm 25 - 50% trường hợp. Việc chẩn đoán sớm, có

Ngày nhận bài: 01/3/2019, *ngày chấp nhận đăng:* 06/3/2019

Người phản hồi: Nguyễn Thanh Hà

Email: vanvanhoan@yahoo.com - *Bệnh viện TWQĐ 108*

kế hoạch chăm sóc và điều trị phù hợp giúp giảm thiểu tỷ lệ tử vong và các biến chứng của bệnh.

Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành thông báo tóm tắt lại ca bệnh nhân và bàn luận về chăm sóc điều dưỡng và kết quả điều trị của bệnh nhân này.

2. Ca lâm sàng

Bệnh nhân Ngô Thị T., nữ, 59 tuổi, cán bộ hưu. Tiền sử tăng huyết áp, uống thuốc không thường xuyên, viêm dạ dày. Trước khi vào viện bệnh nhân có đau đầu và mặt bên phải, được theo dõi viêm dây 5, chỉ định uống carbamazepine, và một số thuốc khác. Sau uống 1 tuần xuất hiện sốt, đau họng, ban đỏ, kết mạc mắt đỏ, tiết dịch, bệnh nhân đã uống thuốc chống dị ứng, tổn thương xuất hiện ngày càng nhiều, trên cả môi, miệng, cơ quan sinh dục loét trợt, đau, sốt cao trên 39°C, nhập viện điều trị. Dấu hiệu Nikolsky âm tính.

Chăm sóc cơ bản và đặc biệt của bệnh nhân này:

Mục đích: Chống nhiễm trùng, bồi phụ nước điện giải, nâng cao thể trạng.

Theo dõi tình trạng toàn thân và các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh:

Đo mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp, thực hiện 6 giờ một lần, đánh giá toàn trạng, mức độ tổn thương tiến triển bệnh báo cáo bác sĩ kịp thời.

Theo dõi nước tiểu 24 giờ (màu sắc, số lượng).

Chế độ dinh dưỡng hợp lý, dùng đồ ăn lỏng như sữa, cháo do điều dưỡng viên trực tiếp thực hiện tại giường.

Theo dõi tình trạng tiêu hóa và tinh thần của người bệnh báo cáo bác sĩ điều trị xử trí kịp thời.

Chăm sóc thương tổn ở niêm mạc, các hốc tự nhiên: Lau rửa niêm mạc mắt, mũi bằng nước muối sinh lý.

Chăm sóc da bị tổn thương:

Thay ga giường, quần áo vô khuẩn ngày 1 - 2 lần.

Với vùng tổn thương tiết dịch nhiều: Đáp dung dịch Yarich 30 phút/lần, 1 lần/ngày.

Các bông nước to chưa vỡ dùng xilanh hút hết dịch trước khi chấm thuốc Yarish.

Với các tổn thương đã đóng vảy tiết khô thì bôi kem [Fucicort](#) theo chỉ định của bác sĩ.

Thực hiện thuốc tiêm truyền, thuốc uống theo chỉ định của bác sĩ:

Thuốc tiêm truyền: Dung dịch truyền, số lượng, tốc độ truyền theo đúng y lệnh của bác sĩ, các thao tác tiêm truyền phải vô trùng.

Đặc biệt, da của người bệnh SJS/Lyell rất dễ trợt nên các động tác như ga-rô khi lấy tĩnh mạch, giữ tay khi chọc kim cần hết sức nhẹ nhàng tránh tổn thương thêm cho người bệnh.

Chế độ dinh dưỡng:

Bệnh nhân dùng thức ăn OT, cháo theo chế độ của Khoa Dinh dưỡng, nước uống, số lượng, giờ ăn, số lần: Thực hiện theo y lệnh của bác sĩ.

Cần chú ý khuyên người bệnh ăn hạn chế đồ nhiều đường và không ăn mặn nhằm tránh [tác dụng phụ của corticoid](#) là làm tăng đường huyết và tăng natri huyết.

Đánh giá, ghi hồ sơ và báo cáo:

Đánh giá tình trạng tiến triển của thương tổn.

Các kỹ thuật và thuốc đã thực hiện.

Báo cáo bác sĩ các bất thường về tình trạng của người bệnh: Sốt, tăng hoặc hạ huyết áp, xuất hiện tổn thương mới.

Vẽ biểu đồ về sự thay đổi của các dấu hiệu sinh tồn.

Hướng dẫn người bệnh và gia đình:

An ủi, động viên người bệnh và người nhà người bệnh để họ yên tâm, tin tưởng và hợp tác điều trị.

Hướng dẫn người nhà tuân thủ các nội quy bệnh viện để đảm bảo vô trùng.

3. Bàn luận

Hội chứng Stevens-Johnson (SJS) thường gặp ở trẻ em và người trẻ tuổi, nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ 2:1, vào mùa hè, đông hoặc xuân. Bệnh khởi phát đột ngột bắt đầu bằng sốt cao, nhức đầu, mệt mỏi, đau viêm họng miệng, niêm mạc mắt và sinh dục về sau xuất hiện ở da các mụn nước, bông nước, toàn trạng ngày càng nặng có thể tử vong. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân SJS khi diện tích tổn thương < 10% là 5%.

Về lâm sàng ca này phù hợp với SJS:

Bệnh khởi đầu đột ngột sốt cao 39 - 40°C, nhức đầu, mệt mỏi đau viêm họng miệng về sau toàn trạng ngày càng nặng.

Viêm miệng (Stomatite) là một dấu hiệu xuất hiện sớm của SJS, biểu hiện mụn nước ở môi, lưỡi và niêm mạc miệng hoặc xung quanh miệng về sau

gây viêm miệng nặng kèm theo giả mạc, xuất huyết, tăng tiết nước bọt, loét miệng ăn uống rất khó khăn.

Mắt: Viêm kết mạc hai bên.

Sinh dục: Viêm trợt vùng sinh dục.

Da: Xuất hiện mụn, bong nước, ban xuất huyết ở mặt, cổ, tay, chân sau đó xuất hiện tổn thương ban đỏ hình huy hiệu toàn thân kèm theo viêm các hốc tự nhiên (miệng, kết mạc mắt, sinh dục). Tổn thương da chiếm dưới 30% diện tích cơ thể. Dấu hiệu Nikolsky âm tính.

Cơ quan nội tạng khác: Viêm phế quản, tổn thương gan, sốt 38 - 39°C.

Việc điều trị bệnh nhân này bao gồm:

Dùng ngay thuốc nghi ngờ gây dị ứng.

Hạn chế thuốc tối đa vì trên cơ địa dị ứng, bệnh nhân có thể dị ứng chéo với các thuốc mà trước đó bệnh nhân từng dùng không bị dị ứng.

Bù nước và điện giải (có kiểm soát bằng xét nghiệm hàng ngày).

Corticoid (Solu-Medrol 40mg × 2 lọ/ngày giảm liều khi có đáp ứng lâm sàng).

Chăm sóc tại chỗ và hộ lý cho bệnh nhân: Bệnh nhân đã được kiểm soát nhiễm khuẩn tốt (tắt cả đồ dùng của bệnh nhân được hấp sấy diệt khuẩn, kể cả quần áo và ga giường), chăm sóc tại chỗ giảm thiểu bội nhiễm, nhanh lành vết thương và giảm thiểu các đau đớn cho người bệnh, ăn sớm và ăn chế độ dinh dưỡng với các thức ăn lỏng (OT, cháo...) để nâng cao sức đề kháng cho bệnh nhân.

Bệnh nhân sau 10 ngày điều trị đã ổn định, tổn thương niêm mạc sạch, tổn thương da bong vảy còn dát bạc màu, ăn uống sinh hoạt bình thường và ra viện sau 2 tuần điều trị.

Yếu tố nguy cơ xuất hiện hội chứng SJS tăng đáng kể ở những bệnh nhân có gen HLA-B*1502, hầu như chỉ xuất hiện ở người gốc châu Á. Tuy nhiên, SJS vẫn có nguy cơ xảy ra ở những bệnh nhân không có gen HLA-B*1502. Việt Nam nằm trong nhóm các nước châu Á có nguy cơ cao xuất hiện SJS. Việc tiến hành xét nghiệm gen HLA-B*1502 cho bệnh nhân trước khi chỉ định carbamazepine không phải cơ sở y tế nào cũng làm được. Để giảm thiểu nguy cơ xuất hiện và các biến chứng của SJS do uống carbamazepine và các thuốc nói chung, bệnh nhân cần được tư vấn:

Biết các dấu hiệu sớm của dị ứng thuốc, của hội chứng SJS để theo dõi trong quá trình điều trị.

Tuyệt đối không tự ý dùng thuốc khi không có chỉ định của nhân viên y tế.

Khi thấy các dấu hiệu bất thường khi dùng thuốc, cần thông báo cho bác sĩ, dược sĩ để được tư vấn và điều trị kịp thời.

4. Kết luận

SJS/TEN là thể nặng của dị ứng thuốc. Việc chẩn đoán sớm, điều trị đúng kết hợp chăm sóc điều dưỡng đúng là yếu tố quyết định đến tiên lượng của người bệnh. Bệnh nhân cần được chăm sóc hộ lý cấp I ngay từ đầu sẽ giảm được thời gian nằm viện cũng như giảm được chi phí điều trị và tiên lượng tốt, tránh các di chứng cho bệnh nhân. Bác sĩ cũng nên tư vấn kỹ về dị ứng thuốc và SJS/TEN cho bệnh nhân trước khi chỉ định thuốc, đặc biệt là carbamazepine.

Tài liệu tham khảo

1. 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.
2. Nguyễn Văn Đoàn (2011) *Dị ứng thuốc*. Nhà xuất bản Y học, tr. 203-207.
3. Đặng Văn Em (2017) *Hội chứng Steven-Johnson*. Giáo trình Da liễu, tập 2, Nhà xuất bản Y học, tr. 81-84.
4. Trần Hậu Khang, Phạm Thị Lan (2017) *Hội chứng Steven-Johnson*. Bệnh học Da liễu, tập 2, Nhà xuất bản Y học, tr. 216-227.
5. Aboob GJ et al (2008) *Treatment strategies in toxic epidermal necrolysis syndrome: Where are we at?*. J Burn Care Res 29(1): 269-276.
6. East-Innis AD, Thompson DS (2009) *Cutaneous drug reactions in patients admitted to the dermatology unit at the University Hospital of the West Indies, Kingston Jamaica*. West Indian Med J 58(3): 227-230.
7. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolff K et al (1997) *Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. Color atlas and synopsis of clinical*

dermatology: Common and serious diseases. 3rd edition, McGraw-Hill, New York. Copyright 1997 McGraw-Hill.