

عوارض پوستی در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

دکتر سیدمرتضی مقدادی^۱، دکتر مسعود مسلمی^۲، دکتر فریبا ایرجی^۳

۱ - استاد، ۲ - دستیار، ۳ - استادیار؛ گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه: با توجه به شایع بودن تظاهرات پوستی و واکنش‌های دارویی در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه I.C.U. و عدم وجود تحقیق اساسی در این مورد، بر آن شدیم که بیماران بستری در (I.C.U.) را از نظر ضایعات پوستی مورد بررسی قرار دهیم.

بیماران و روشها: کلیه بیماران بستری شده در بخش‌های I.C.U. مرکزی، اعصاب و اورژانس بیمارستان الزهرا (س) اصفهان در طی سالهای ۷۶ تا ۷۸ بصورت معاینه و مشاهده بیماران، پرکردن پرسشنامه و در موارد مشکوک انجام بیوپسی و نمونه‌گیری جهت قارچ و میکروب مورد بررسی قرار گرفتند. سپس کلیه اطلاعات به نرم‌افزار SPSS وارد شده و تجزیه و تحلیل آنها توسط آزمونهای Discriminant، Chi-square، ANOVA و رسم نمودار صورت گرفت.

یافته‌ها: ۱۹۷ نفر از ۴۰۶ بیمار بستری در I.C.U. دارای ضایعات پوستی بودند که از این

تعداد بیشترین فراوانی در سنین ۴۰-۲۱ سالگی (۳۷٪) و کمترین آنها زیر ۱۰ سال (۲/۵٪) و بالای ۸۰ سال (۳٪) بودند. ۱۱۶ نفر آنها (۵۸/۹٪) مرد و ۸۱ نفر آنها (۴۱/۱٪) زن بودند. شایعترین تظاهر پوستی ضایعات هموراژیک پوستی (۲۳/۴٪) واکنه استروئید (۲۲/۸٪) بود و نادرترین آن toxic epidermal necrolysis (۰/۵٪) بود. شایع‌ترین علت بستری خونریزی مغزی و خونریزی تحت عنکبوتیه (هر کدام ۱۱/۲٪) بود.

نتیجه‌گیری: ضایعات پوستی در بیماران بستری در I.C.U. شایع بوده و این بیماران نیازمند معاینات مستمر و دقیق جهت پیشگیری و نیز تشخیص و درمان سریع ضایعات پوستی می‌باشند. **واژه‌های کلیدی:** بخش مراقبت‌های ویژه، ضایعات پوستی، ضایعات هموراژیک، آکنه استروئید.

مقدمه

بیمارانی که در بخش مراقبت‌های ویژه (I.C.U.) بستری می‌شوند معمولاً بسیار بد حال بوده و همچنین به علت اقدامات تشخیصی - درمانی تهاجمی که برای آنها استفاده می‌شود، بطور شایع دچار عوارض و تظاهرات پوستی می‌شوند. متأسفانه این ضایعات اکثراً بدون اهمیت شمرده می‌شوند. در بیمارانی که در I.C.U. بستری می‌شوند، دو نوع ضایعه پوستی ممکن است دیده شود. ۱ - ضایعات پوستی اولیه: شامل ضایعات پوستی که لازم

است در I.C.U. بستری گردند مانند اریترودرمی، Toxic Epidermal Necrolysis (TEN)، پسوریازیس پسوستولر منتشر، Graft-Versus Host-Disease (GVHD) حاد (SSSS)، Staphylococcal Scalded Skin Syndrome. اختلالات تاولی مادرزادی و ایمنوبولوزهای شدید (۱). ۲ - ضایعات پوستی ثانویه: شامل ضایعاتی می‌باشد که بیمار به علت بیماری دیگری در I.C.U. بستری می‌شود ولی به علت بی‌حرکتی، اقدامات تهاجمی، مصرف داروهای مختلف و یا به علت اختلالات چند ارگان مختلف ضایعات پوستی ایجاد می‌شود (۱).

مؤلف مسئول: دکتر سیدمرتضی مقدادی - اصفهان، بیمارستان الزهرا، بخش پوست

www.SID.ir

با توجه به شایع بودن این عوارض و تظاهرات پوستی و فقدان یک مطالعه اساسی در این مورد، بر آن شدیم که در طول ۲ سال (سال ۷۶ تا ۷۸) کلیه بیماران بستری در I.C.U. مرکزی، اعصاب و اورژانس بیمارستان الزهرا (س) اصفهان را از نظر ضایعات پوستی مورد مطالعه و بررسی قرار دهیم.

بیماران و روشها

این مطالعه توصیفی بصورت مراجعه مداوم و مکرر (هفته‌ای سه بار) به I.C.U. مرکزی، اعصاب و اورژانس بیمارستان الزهرا (س) و مشاهده و معاینه منظم همه بیماران توسط دستیار پوست در طول ۲ سال از مهرماه سال ۱۳۷۶ تا شهریورماه ۱۳۷۸ انجام گردید. برای تمام بیماران پرسشنامه‌ای شامل مشخصات نام، نام خانوادگی، سن، جنس، علت بستری شدن در I.C.U.، مدت زمان بستری بودن در I.C.U.، شغل، آدرس و شماره تلفن تکمیل گردید.

کلیه بیماران بستری مورد مشاهده و معاینه دقیق قرار می‌گرفتند و پرسشنامه یاد شده برای همگی (چه آنها که دارای علائم پوستی بودند و چه آنهایی که بدون علائم پوستی بودند) تکمیل می‌شد. در مواردی که از نظر تشخیصی مشکل داشتیم، بیوپسی به عمل می‌آمد. و در مواردی که به ضایعات قارچی و باکتریایی مشکوک می‌شدیم از ضایعات نمونه‌برداری جهت اسمیر مستقیم و یا کشت انجام می‌شد.

اطلاعات بدست آمده به نرم‌افزار SPSS رایانه داده شد و تجزیه و تحلیل آنها به روشهای ANOVA و Chi-square و Discriminant صورت گرفت و سپس نمودارها رسم گردید.

یافته‌ها و بحث

در طول ۲ سال مطالعه فوق تعداد ۴۰۶ بیمار در I.C.U. مرکزی، اعصاب و اورژانس بیمارستان الزهرا (س) اصفهان بستری شدند که از این تعداد ۱۹۷ نفر (۴۸/۵٪) دارای علائم و تظاهرات پوستی یا مخاطی بودند. ۱۱۶ نفر (۵۸/۸٪) از بیماران مرد و ۸۱ نفر (۴۱/۲٪) آنها زن بودند. بیشترین فراوانی در سنین

۲۱-۴۰ سالگی و کمترین فراوانی در گروه سنی زیر ۱۰ سال و بالای ۸۰ سال بود. حداقل سن بستری ۳ سال و حداکثر سن بستری ۸۵ سال با میانگین ۴۱ سال و انحراف معیار ۲۰ سال بود. حداقل مدت زمان بستری ۲ روز و حداکثر مدت زمان بستری ۴۵ روز با میانگین ۱۶/۵ روز و انحراف معیار ۱۱ روز بود.

شایعترین ضایعات پوستی ضایعات هموراژیک پوستی با فراوانی ۴۶ نفر (۲۳/۴٪)، استروئید آکنه با فراوانی ۴۵ نفر (۲۲/۸٪) و زخم بستر با فراوانی ۳۷ نفر (۱۸/۸٪) بودند. نادرترین ضایعه پوستی TEN بود که شامل یک نفر (۰/۵٪) می‌شد که بطور اولیه بخاطر اختلال آب و الکترولیتها در I.C.U. مرکزی بستری شده بود.

شایعترین علت بستری شدن بیماران دارای ضایعه پوستی در I.C.U. خونریزی مغزی و خونریزی تحت عنکبوتیه با فراوانی هر کدام ۲۲ نفر (۱۱/۲٪) و سپس ترومای متعدد و تومورهای مغزی با فراوانی هر کدام ۲۰ نفر (۱۰/۲٪) بود که این چهار علت در مجموعه ۴۲/۸٪ موارد را تشکیل می‌دادند. کمترین فراوانی علت بستری شدن در I.C.U. مسمومیت با نفت، کلاتریت، Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)، کرائیوتومی، ایکترملاریا، آسپیراسیون و TEN با فراوانی هر کدام یک نفر (۰/۵٪) بودند.

۱- ضایعات هموراژیک پوستی: در اکثر موارد بصورت اکیموزهای منطقه‌ای و وسیع پوستی بود که اغلب روی اندام‌ها مخصوصاً اندام فوقانی به علت تزریقات و رگ‌گیری‌های مکرر دیده می‌شد. در تعداد کمی هم بصورت پتشی و پوریورا روی اندام‌ها و تنه به علت مشکلات انعقادی مشاهده گردید. فراوانی آن ۴۶ نفر (۲۳/۴٪) بوده که ۱۷ نفر آنها مرد و ۲۹ نفر زن بودند. بیشترین فراوانی در سنین ۳۱-۴۰ سالگی بود. حداقل سن گرفتاری ۱۰ سال و حداکثر سن گرفتاری ۸۵ سال و میانگین آن ۴۰ سال با انحراف معیار ۱۹ سال بود. شایعترین علل بستری ترومای متعدد، تومور مغزی، انسفالوپاتی هیپوکسیک و خونریزی مغزی بود. حداقل مدت بستری ۳ روز و حداکثر مدت

زمان آن ۳۵ روز با میانگین ۱۲ بود.

۲- آکنه استروئید: ضایعات حدود ۲ هفته پس از تجویز گلوکوکورتیکوئیدها (کورتیکوئیدها) صورت پوسچولهای کوچک و پاپولهای قرمز ظاهر می‌شود. بیشتر در تنه، شانه‌ها و بالای بازوها بوده و کمتر صورت را گرفتار می‌کند (برعکس آکنه ولگاریس). ضایعات معمولاً همگی در یک مرحله می‌باشند. از نظر آسیب‌شناسی یک فولیکولیت فوکال همراه با یک ارتشاح نوتروفیلیک در اطراف فولیکولها می‌باشد. پیگمانتاسیون ممکن است ایجاد شود. ولی کومدون، کیست و اسکار غیر معمول است (۲).

در این مطالعه در اکثر موارد آکنه استروئید حدود ۸-۴ روز بعد از شروع کورتیکوئیدها استروئیدها ایجاد شده بود. فراوانی آن ۴۵ نفر (۲۲/۸٪) بوده که ۳۱ نفر آنها مرد و ۱۴ نفر آنها زن بودند. بیشترین فراوانی در دو محدوده سنی ۲۰-۱۱ سال (۱۴ نفر) و ۴۰-۳۱ سال (۱۵ نفر) بود. حداقل سن گرفتاری ۱۵ سال و حداکثر ۶۶ سال و میانگین ۳۰ سال با انحراف معیار ۱۳ سال بود. شایعترین علت بستری شدن تومورهای مغزی با فراوانی ۷ نفر و سپس ترومای متعدد و خونریزی مغزی با فراوانی هر کدام ۶ نفر بود. حداقل مدت زمان بستری ۲ روز و حداکثر آن ۴۵ روز با میانگین ۱۲ بود.

مسمومیت با ارگانوفسفرها (با فراوانی ۵ نفر) و سپس خونریزی تحت عنکبوتیه و پریتونیت (با فراوانی هر کدام ۴ نفر) بود. حداقل سن گرفتاری ۳ سال و حداکثر سن ۸۵ سال و میانگین آن ۴۵ سال با انحراف معیار ۲۳ سال بود. حداقل مدت زمان بستری ۸ روز و حداکثر آن ۴۴ روز با میانگین ۲۵ بود. پیشگیری از پیدایش زخم بستر باید به محض ورود بیمار به I.C.U. شروع شود و بویژه قسمت‌های آرنج، ساکروم، باسن و پاشنه پاها باید مورد توجه دقیق قرار گیرد. تسختهای Clinitron یا hydrocolloid می‌توانند باعث کاهش فشار روی یک ناحیه شده و در بهبودی زخم‌های فشاری ایجاد شده مفید باشند. تسرکیات موضعی محتوی آنتی‌بیوتیک نباید استفاده شود و مفید بودن آنها مورد تردید است (۳). استفاده از آنها می‌تواند باعث حساسیت‌های تماسی شود (۴). در مطالعه ما در اکثر موارد بطور اولیه از تشک‌های مواج استفاده نمی‌شد و در صورتی که بیمار علائم زخم بستر مانند اریتم و تورم پیدا می‌کرد و یا اینکه زخم بطور واضح ایجاد می‌شد، از این‌گونه تشک‌ها استفاده می‌گردید. بنابراین پیشنهاد می‌شود در صورت امکان جهت بیمارانی که طولانی مدت در I.C.U. بستری می‌شوند بطور اولیه از این تشک‌ها استفاده شود.

۴- عفونت‌های باکتریال: بیماران بستری در I.C.U

مستعد عفونت هستند و در این بیماران هم نوع میکروارگانیزم و هم نوع علائم ممکن است غیر معمول باشد. اولین علامت سستی سمی ممکن است در پوست تظاهر پیدا کند بخصوص در مواردی که عامل عفونت پسودومونا یا کاندیدا باشد (۵). این عفونت‌ها در اکثر موارد بصورت زرد زخم و یا به علت بسی‌حرکتی و لیچ افتادگی چین‌های بدن بصورت ایترتریگوی باکتریایی یا ترکیبی با کاندیدا بود. عامل باکتریایی اغلب استافیلوکوک

۳- زخم بستر (Bed sore): بسی‌حرکتی بیماران بستری در I.C.U. که شدیداً بدحال بوده و یا در حال ونتیلیسیون مصنوعی می‌باشند، ضعف خون‌رسانی، سوءتغذیه و اختلال حسی از عواملی هستند که باعث پیدایش زخم‌های فشاری می‌شوند (۱). فراوانی آن ۳۷ نفر (۱۸/۸٪) بوده که ۲۶ نفر آنها مرد و ۱۱ نفر آنها زن بودند. توزیع فراوانی آن در سنین مختلف تقریباً یکسواخت بوده ولی شایعترین علت بستری شدن بیماران با زخم بستر در I.C.U.

آرئوس و تعداد کمی استرپتوکوک بتا همولیتیک بود. فراوانی آن ۱۳ نفر (۶/۶٪) بود که ۹ نفر آنها مرد و ۴ نفر زن بودند. شایعترین سن گرفتاری ۷۰-۵۱ سال بود. حداقل سن گرفتاری ۵۰ سال و حداکثر سن گرفتاری ۸۵ سال و میانگین آن ۶۱ سال با انحراف معیار ۹ سال بود. حداقل مدت زمان بستری ۷ روز و حداکثر ۳۵ روز با میانگین ۱۸ بود. شایعترین علت بستری شدن هیپوکسیک آنسفالوپاتی با فراوانی ۳ بیمار و سپس خونریزی تحت عنکبوتیه و گانگرن روده با فراوانی هر کدام ۲ نفر بود.

۵- پالموپلانتار هیپیرکراتوزیس: این ضایعات در کف دست و پا بصورت ضخیم، زبر و خشن شدن پوست همراه با کنده شدن ورقه‌های ضخیم اپیدرمال دیده می‌شود که احتمالاً به علت بی‌حرکتی و عدم استفاده از اندام‌های بیمار به مدت طولانی در I.C.U. می‌باشد. فراوانی آن ۹ نفر (۴/۶٪) بوده که ۷ نفر آنها مرد و ۲ نفر زن بودند. توزیع ضایعات در سنین مختلف تقریباً یکنواخت و پراکنده بود. حداقل سن گرفتاری ۱۲ سال و حداکثر سن ۷۶ سال و میانگین ۳۹ سال با انحراف معیار ۲۱ سال بود. علت بستری شدن نیز توزیع تقریباً یکنواخت و پراکنده داشت. حداقل مدت زمان بستری ۲۰ روز و حداکثر آن ۳۷ روز با میانگین ۲۸ بود.

۶- درماتیت تماسی: در اغلب موارد بصورت درماتیت تماسی تحریکی حاد دیده می‌شد که به علت حساسیت به چسب‌های لوکوپلاست پارچه‌ای ایجاد شده بود. در تعداد کمی هم به علت مواد ضد عفونی‌کننده مانند بتادین ایجاد شده بود. فراوانی آن ۸ نفر (۴/۰٪) بوده که ۶ نفر آنها مرد و ۲ نفر زن بودند. شایعترین سن گرفتاری در ۳۰-۲۱ سال و ۶۰-۵۱ سال با فراوانی هر کدام ۳ نفر بود. حداقل سن گرفتاری ۲۴ سال و حداکثر سن ۷۱ سال و میانگین آن ۴۴ سال با انحراف معیار ۱۷ سال بود. شایعترین علت بستری شدن خونریزی مغزی با

فراوانی ۲ نفر بود. حداقل مدت زمان بستری ۴ روز و حداکثر آن ۴۲ روز با میانگین ۱۴ بود.

۷- میلیاریا: فراوانی آن ۸ نفر (۴/۰٪) بوده که ۳ نفر آنها مرد و ۵ نفر آنها زن بودند. شایعترین سن گرفتاری در ۵۰-۲۱ سال با فراوانی ۶ نفر بود. حداقل سن گرفتاری ۱۸ سال و حداکثر ۵۲ سال و میانگین آن ۳۵ سال با انحراف معیار ۱۱ سال بود. توزیع فراوانی علت بستری شدن حالت پراکنده و یکنواخت داشت. حداقل مدت زمان بستری ۴ روز و حداکثر مدت زمان بستری ۳۴ روز با میانگین ۱۶ بود. این ضایعه در زنان شایعتر بود.

۸- تاول ایسکمیک: این‌گونه تاول‌ها در افرادی دیده شد که شدیداً هیپوکسیک شده بودند و هیچ‌گونه عامل دیگری برای ایجاد تاول (مانند داروها، فشار، سوختگی، ضربه و غیره) پیدا نشد. فراوانی آن ۵ نفر (۲/۵٪) بود که ۲ نفر آنها مرد و ۳ نفر زن بودند. در اغلب موارد روی اندام‌ها بخصوص اندام فوقانی بوجود آمده بود: از ۵ مورد ۴ مورد روی ساعد و یک مورد روی ساق پا بوده و یک مورد علاوه بر ساعد روی شکم هم تاول داشت. شایعترین سن گرفتاری ۸۰-۷۱ سال بود. حداقل سن گرفتاری ۵۶ سال و حداکثر ۸۵ سال و میانگین ۷۱ سال با انحراف معیار ۱۱ سال بود. علت بستری شدن در تمام موارد انسفالوپاتی هیپوکسیک به علل مختلف بود. حداقل مدت زمان بستری ۱۵ روز و حداکثر مدت زمان بستری ۴۴ روز با میانگین ۲۹ بود.

۹- عفونت‌های قارچی: فراوانی آن ۵ نفر (۲/۵٪) بود که ۲ نفر آنها مرد و ۳ نفر زن بودند. این عفونت‌ها شامل کاندیدوز کشاله ران (۳ نفر) و تیناوریسیکالر (۲ نفر) سیگالر بودند. شایعترین سن گرفتاری ۶۰-۴۱ سال بود. علل بستری شامل انسفالوپاتی هیپوکسیک، ترومای متعدد، خونریزی مغزی، خونریزی تحت عنکبوتیه و آنوریسم عروق مغزی هر کدام یک نفر بود. حداقل مدت زمان بستری ۱۰ روز و حداکثر مدت آن ۲۰ روز با میانگین ۱۵ بود.

۱۰- تاول‌های دارویی: تعداد زیادی از داروها می‌توانند

باعث تاول‌های مشابه پمفیگوس و پمفیگوئید شوند که شامل نروپتیک‌ها، دیسورتیک‌ها (مخصوصاً آنتاگونیست‌های آلدسترون)، تیول‌ها (مانند پنسیلامین و کاپتوپریل) می‌باشند. داروهای گروه سولفا به همان اندازه تیول‌ها می‌توانند باعث بولوز پمفیگوئید شوند که شایعترین آنها فروسماید می‌باشد (۲). شایعترین محل گرفتاری در تاول‌های دارویی نقاط تحت فشار بوده و ضایعات ترجیحاً روی اندام‌ها قرار دارد (۶). در این مطالعه فراوانی این ضایعات ۵ نفر (۲/۵٪) بود که ۳ نفر آنها مرد و ۲ نفر زن بودند. شایعترین داروی ایجادکننده تاول فروسماید بود که در ۴ نفر عامل ایجادکننده تاول بود. یک مورد دیگر دو داروی آمیکاسین و فنی توئین دریافت می‌کرد که محتمل‌ترین داروهای ایجادکننده تاول در وی بودند. شایعترین سن گرفتاری ۳۰-۲۱ سال و ۷۰-۶۱ سال با فراوانی هر کدام ۲ نفر بود. حداقل سن گرفتاری ۲۶ سال و حداکثر سن گرفتاری ۸۵ سال و میانگین ۵۳ سال با انحراف معیار ۲۵ سال بود. توزیع فراوانی علل بستری بصورت ترومای متعدد، خونریزی تحت عنکبوتیه، سندرم گیلن - باره، گانگرن روده و لنفوم (هر کدام یک نفر) بود. حداقل مدت زمان بستری ۷ روز و حداکثر مدت زمان بستری ۳۱ روز با میانگین ۱۹ بود.

۱۱- ضایعات هموراژیک مخاطی: اکثراً در اثر لوله‌گذاری در دهان و ضربه به مخاط دهان و بینی ایجاد شده بود که بصورت اکیموزهای داخل مخاطی دیده می‌شد. فراوانی آن ۵ نفر (۲/۵٪) بود که ۳ نفر آنها مرد و ۲ نفر زن بودند. توزیع فراوانی آن براساس سنین مختلف یکنواخت و پراکنده بود. حداقل سن گرفتاری ۱۰ سال و حداکثر سن ۷۲ سال با میانگین ۳۵ سال و انحراف معیار ۲۴ سال بود. توزیع فراوانی علل بستری بصورت تومور مغزی، خونریزی مغزی، خونریزی تحت عنکبوتیه Inflammatory Bowel Disease (IBD) و کلاژیت (هر کدام یک نفر) بود. حداقل مدت زمان بستری ۴ روز و حداکثر آن ۱۸ روز با میانگین ۱۱ بود.

۱۲- بثورات ماکولوپاپولر دارویی: تعداد زیادی از داروها می‌توانند باعث پیدایش این ضایعات پوستی شوند (۲).

ولی در مطالعه ما ۵ نفر (۲/۵٪) که ۴ نفر آنها مرد و ۱ نفر زن بودند، دچار چنین ضایعاتی شدند. شایعترین داروی محتمل آمپی‌سیلین (۳ نفر) بود و یکی نیز در اثر پنی‌سیلین و یک مورد هم در اثر سفازولین دچار ضایعه شده بود. شایعترین سن گرفتاری ۲۰-۱۱ سال با فراوانی ۲ نفر بود. توزیع فراوانی علل بستری بصورت ترومای متعدد، تومور مغزی، خونریزی تحت عنکبوتیه، آسپیراسیون و مسمومیت با نفت (هر کدام ۱ نفر) بود. حداقل سن گرفتاری ۳ سال و حداکثر آن ۳۹ سال با میانگین ۲۰ سال و انحراف معیار ۱۴ سال بود. حداقل مدت بستری ۵ روز و حداکثر مدت زمان بستری ۱۴ روز با میانگین ۹ بود.

۱۳- کهیر: فراوانی آن ۴ نفر (۲/۰٪) بوده که ۲ نفر آنها مرد و ۲ نفر زن بودند. شایعترین سن گرفتاری ۳۰-۲۱ سال با فراوانی ۲ نفر بود. حداقل سن گرفتاری ۲۲ سال و حداکثر آن ۵۱ سال و میانگین ۳۵ سال با انحراف معیار ۱۳ سال بود. توزیع فراوانی علل بستری بطور مساوی در ضربه‌های متعدد، تومورهای مغزی، خونریزی مغزی و تحت عنکبوتیه (هر کدام یک نفر) بود. حداقل مدت زمان بستری ۱۱ روز و حداکثر مدت زمان بستری ۲۸ روز با میانگین ۱۷ بود.

۱۴- اریتم گیراتوم ریپنس (EGR): یک مرد ۷۱ ساله که به علت لنفوم هوچکین در I.C.U. بستری شده و در حال شیمی درمانی بود، مبتلا به EGR شده بود. وی ۲۶ روز بستری بود.

۱۵- TEN: بیمار یک زن ۲۱ ساله بود که توسط بخش پوست به علت اختلال آب و الکترولیت در I.C.U. مرکزی بستری شده بود. این بیمار در اثر مصرف کاربامازین دچار TEN شده بود. در منابع آمده است که کاربامازین یکی از داروهای شایع عامل Anticonvulsant Hypersensitivity Syndrome و TEN می‌باشد که باعث تب، لنفادنوپاتی، پوسته‌ریزی شدید پوست، زخمی شدن مخاطها شامل برونشها، چشم، دهان و آنوزیتال می‌شود. گاهی پان سائیتوپنیا با آپلازی مغز استخوان می‌دهد. از عوارض ناگوار TEN کوری می‌باشد (۲). این بیماری با التهاب مخاطها، بی‌حالی و تب شروع

می‌شود. پوست مخصوصاً در اندام‌ها ممکن است هدف اولیه باشد، اریتم شدید با علامت نیکولسکی مثبت و نکروز وسیع اپیدرم وجود دارد. معمولاً واکنش نسبت به داروها می‌باشد ولی گاهی بیماری‌های ویروسی هم به عنوان عامل آن شناخته شده است (۷). مرگ و میر ناشی از آن حدود ۳۰٪ می‌باشد (۸ و ۹). ارزش استروئیدهای سیستمیک قابل بحث و مشاجره می‌باشد. در مراحل اولیه TEN باعث کاهش شدت ضایعات پوستی می‌شود ولی گاهی باعث افزایش مرگ و میر می‌گردد و اجماع این است که بهتر است استفاده نشود (۱۰). پلاسما فرزیس مؤثر نبوده است (۱۱). از آنتی سبتیک‌های موضعی به غیر از سیلورسولفادبازین (که یک سولفانامید است و به عنوان عامل بیماری شناخته شده است) باید استفاده شود (۱۲). در مطالعه ما فقط یک مورد TEN وجود داشت که آن هم به علت اختلال آب و الکترولیت توسط بخش پوست به مدت ۳ روز در I.C.U. مرکزی بستری شده بود.

پس از دادن اطلاعات به نرم‌افزار SPSS برای تجزیه و تحلیل آنها از سه آزمون ANOVA و Chi-Square و Discriminant استفاده شد. در آزمون ANOVA مشخص گردید که میانگین سنی در افرادی که دارای علائم پوستی بودند با هم مساوی نبوده ($P=0$) و اختلاف آن معنی‌دار است. میانگین سنی افراد با درمانیت تماسی با استروئید آکنه متفاوت بوده ($P<0.05$) و میانگین سنی بیماران با عفونت‌های باکتریایی با بیماران استروئید آکنه و راش‌های ماکولوپاپولر دارویی متفاوت است ($P<0.05$). میانگین سنی بیماران با تاول ایسکمیک با میانگین سنی بیماران با آکنه استروئید، ضایعات هموراژیک، میلیاریا و راش‌های ماکولوپاپولر دارویی متفاوت بوده ($P>0.05$) ولی اختلاف آن معنی‌دار نیست.

میانگین زمان‌های بستری بودن در I.C.U. در بیماران با علائم پوستی مختلف متفاوت بوده ($P=0$) و اختلاف آن معنی‌دار است. میانگین مدت زمان بستری بیماران با زخم بستر با بیماران دارای استروئید آکنه، ضایعات هموراژیک و راش‌های ماکولوپاپولر دارویی متفاوت بوده ($P<0.05$) و میانگین مدت زمان بستری بیماران با هیپرکراتوز پالموپلاتار با بیماران دارای استروئید آکنه،

ضایعات هموراژیک و راش‌های ماکولوپاپولر دارویی متفاوت است ($P<0.05$). میانگین مدت زمان بستری بیماران با تاول ایسکمیک با بیماران دارای استروئید آکنه، ضایعات هموراژیک و راش‌های ماکولوپاپولر دارویی متفاوت بوده ($P>0.05$) ولی در این سه مورد اختلاف معنی‌دار نیست. در آزمون Chi-square که جهت بررسی تأثیر جنس بر نوع ضایعه پوستی استفاده شد، مشخص گردید که بین جنس و نوع ضایعه پوستی هیچگونه ارتباطی وجود نداشته ($P=0.08$) و اختلاف آن معنی‌دار نیست.

در آزمون Discriminant Analysis (تحلیل تشخیصی) جهت بررسی اثر متغیرهای سن، جنس، زمان بستری و علل بستری شدن در I.C.U. نشان داده شد که تنها زمان بستری و ابتلا به انسفالوپاتی هیپوکسیک قادر به پیشگویی نوع ضایعه پوستی می‌باشند ($P=0$): مدت زمان بستری (قدرت پیشگویی $Wilks\ Lambda = 0/47$)، ابتلا به انسفالوپاتی هیپوکسیک، (قدرت پیشگویی $Wilks\ Lambda = 0/66$).

پیشنهادهات

با در نظر گرفتن یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌گردد که:

۱ - بستری کردن بیماران با ضایعات پوستی اولیه مانند TEN، اریترودرمی، پسوریازیس پوستولر منتشر و S.S.S.S. (که احتیاج به مراقبت شدید دارند) در I.C.U. باید بصورت اولیه انجام گردد.

۲ - جهت جلوگیری از زخم‌های فشاری در بیماران باید بصورت اولیه از تشک‌های موج Clinitron یا hydrocolloid pads در بیمارانی که بطور طولانی مدت در I.C.U. بستری می‌شوند، استفاده نمود.

۳ - معاینه مستمر پوست و مخاط بیماران جهت Aolsurd تشخیص و درمان به موقع ضایعات پوستی مخاطی توصیه می‌شود.

قدردانی

این مطالعه تحت شماره ۷۸۰۴۷ در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به ثبت رسیده و هزینه‌های

منابع

- 1 - Dunill MGS, Handfield Jonnes SE, Treacher D, Mc Gibbon DH. Dermatology in the intensive care unit. Br J Dermatol 1995; 132: 226-35.
- 2 - Stern RS, Wintroub BU. Cutaneous reactions to drugs. In: Freeberg IM, Eisen AZ, Wolff K, et al(eds). Fitzpatrick's dermatology in general medicine. New York: Mc Graw-Hill Company. 1999: 1633-42.
- 3 - Calver RF. Topical nutrition revised. Care Sci Practice 1983; 2:20-23.
- 4 - Walshe M. Contact dermatitis in a spinal injuries centre. Contact Dermatitis 1975; 1:3-6.
- 5 - Roujeau J C, Revus J. Intensive care in dermatology. In: Champion RH, Pye RJ (eds). Recent advances in dermatology. Edinburgh: Churchill Livingstone. 1990: 85-99.
- 6 - Breatnach S M. Drug reaction In: Champion RH, Burton J L, Burns D A, Breatnach S M (eds). Textbook of dermatology. London: Blackwell Science Ltd. 1998: 3349-3518.
- 7 - Lyell A. Review of toxic epidermal necrolysis in Britain. Br J Dermatol 1967; 79:662-71.
- 8 - Helebian P, Corder V, Herndon D, Shires GT. A burn center experience with toxic epidermal necrolysis. J Burn Care Rehab 1983; 4:176-83.
- 9 - Krusinski PA, Flowers FP. Life - threatening dermatoses. Chicago: Year Book Medical Publishers. 1987.
- 10 - Heimbach DM, Engrav LH, Marvin JA, et al. Toxic epidermal necrolysis: A step forward in treatment. JAMA 1987; 257:2171-75.
- 11 - Kamanabroo D, Schmitz-Landgraf W, Czarnetzki BM. Plasmapheresis in severe drug-induced toxic epidermal necrolysis. Arch Dermatol 1985; 121: 1458-59.
- 12 - Avakian R, Flowers FP, Araujo OE, Ramos-Caro FA. Toxic epidermal necrolysis: a review. J Am Acad Dermatol 1991; 25:69-79.