

- Bù nước: truyền dung dịch glucose 5%, Lactate Ringer hay natri clorid 0,9% từ 500 - 2000ml/ngày, thường trong 5 - 7 ngày.

- Bù điện giải dựa theo điện giải đồ.

- Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng qua đường miệng hoặc qua sonde mũi - thực quản - dạ dày (nếu chưa loét trợt đường tiêu hóa); hoặc truyền plasma tươi, albumin, lipovenoes (đạm, mỡ) đến khi rối loạn dinh dưỡng đã được cải thiện.

- Chống nhiễm trùng:

+ Chống nhiễm trùng tại chỗ:

Chăm sóc da: tránh làm loét da bệnh nhân, thay vải trải giường hàng ngày. Vệ sinh da bằng thuốc sát trùng tại chỗ (nitrat bạc 0,5%, clorhexidin 0,05%). Băng bó bằng gạc với mỡ citrat bạc, polyvidon iod hay các hydrogel. Bôi dung dịch Castellani hoặc xanh methylen vào những vùng da bị loét trợt.

Chăm sóc mắt: khám mắt thường xuyên. Dùng đầu dẹt của đũa thủy tinh để tách 2 mí mắt thường xuyên khi bị loét, dính mí mắt. Rửa mắt nhiều lần hàng ngày bằng nước mắt nhân tạo hoặc dung dịch natri clorid 0,9%.

Vệ sinh các hốc tự nhiên hàng ngày bằng dung dịch natri clorid 0,9%.

+ Chống nhiễm trùng toàn thân: thường dùng kháng sinh ít gây dị ứng như họ macrolid.

* Điều trị dị ứng thuốc (thường dùng glucocorticoid và thuốc kháng histamin H1).

- Glucocorticoid:

+ Liều ban đầu 1-3 mg/kg/24 giờ: Methylprednisolon (Solu-Medrol) 40mg hoặc Depersolon 30mg tiêm tĩnh mạch 2-4 ống/ngày trong 3-5 ngày đầu. Sau đó dùng methylprednisolon (Medrol) 16mg dạng uống 2 viên/ngày trong 3-5 ngày.

+ Trường hợp bệnh rất nặng có tổn thương não, tim mạch, suy đa phủ tạng... dùng methylprednisolon 500-1000mg, pha dịch truyền dung dịch natri clorid 0,9% 250ml (hoặc glucose 5% 250ml), truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút x 3 ngày. Sau đó giảm liều (1-3 mg/kg/24 giờ): Methylprednisolon 40mg



Hội chứng Stevens-Johnson, ảnh: Nguyễn Văn Đoàn

(Solu-Medrol) hoặc Depersolon 30mg tiêm tĩnh mạch 2-4 ống/ngày trong 3-5 ngày. Cuối cùng sử dụng methylprednisolon (Medrol) 16mg dạng uống 2 viên/ngày trong 3-5 ngày.

- Kháng histamin H1: ban đầu tiêm bắp dimedrol 10mg x 2-4 ống/ngày trong 3-5 ngày do có tổn thương niêm mạc miệng và đường tiêu hóa. Sau đó chuyển sang dạng uống: levocetirizin 5mg (Xyzal) hoặc desloratadin 5mg (Aerius), fexofenadin 180mg (Telfast), loratadin 10mg (Clarityn), cetirizin 10mg (Zyrtec)... uống 1 viên/ngày trong 3-5 ngày [6].

Kết luận

Hội chứng Stevens-Johnson là phản ứng có hại trên da của carbamazepin tuy hiếm gặp nhưng nghiêm trọng và có thể gây tử vong cho bệnh nhân. Việc phát hiện sớm và xử trí kịp thời đóng vai trò quyết định đến tiên lượng và kết quả điều trị của bệnh nhân. Bác sĩ nên tư vấn kỹ về hội chứng Stevens-Johnson cho bệnh nhân trước khi chỉ định carbamazepin để điều trị.

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. Bộ Y tế (2009), *Dược thư Quốc gia Việt Nam*. Chuyên luận carbamazepin. 2009.
3. Thomson Reuters Healthcare. Micromedex 2.0. Monograph Carbamazepine, accessed on 14th April, 2012.
4. J.K. Aronson, *Meyler's Side Effects of Drugs*. 15th Edition, p. 283.
5. U.S. Food and Drugs Administration. Information for healthcare professionals: dangerous or even fatal skin reactions—carbamazepine (marketed as Carbatrol, Equetro, Tegretol, and generics) (issued 12th December, 2007).
6. Nguyễn Văn Đoàn (2011), *Dị ứng thuốc*. Nhà xuất bản Y học. Tr 203-207.