

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG HỘI CHỨNG BONG VỠ DA DO TỤ CẦU VÀNG TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG TỪ 3/2011-3/2012

PHẠM THỊ MAI HƯƠNG,
TRẦN LAN ANH, NGUYỄN VŨ TRUNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến bệnh nhân mắc hội chứng bong vảy da do tụ cầu vàng (SSSS) điều trị tại BVĐLTV từ 3/2011-3/2012. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong số 62 bệnh nhân (bn) SSSS có 98,6% bn < 6 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ = 1/1, SSSS gặp nhiều hơn vào mùa hạ và thu 72,6%; 29,0% có tiền sử hoặc mắc các bệnh liên quan, chủ yếu là bệnh đường hô hấp. 64,5% trường hợp SSSS khởi đầu trên da nhưng vào viện với lý do đỏ da (77,4%), bong vảy da (54,8%). Vị trí tổn thương thường gặp nhất là mặt, cổ, nếp gấp. Thương tổn cơ bản là dát đỏ (90,3%), ban nhám (83,3%), bong nước (85,5%), trợt da (74,2%) và bong vảy da (90,3%), dấu hiệu Nikolsky (+) (54,8%). Thể lan tỏa (45,1%), thể trung gian (48,4%), thể khu trú (6,5%). Có 38,7% bệnh nhân SSSS mức độ nặng; 58,4% mức độ trung bình; 6,5% mức độ nhẹ.

Từ khóa: Hội chứng bong vảy da do tụ cầu vàng (SSSS), lâm sàng

SUMMARY

Study on clinical characteristics of staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS) of patient admitted to the National Hospital of Dermatology and Venerology from March 2011 to March 2012.

Aim: To survey clinical characteristics and some relative factors of patients with SSSS. **Method:** 62 patients with SSSS were assessed by clinical examination. **Results:** 98.6% patients were children under 6 years of age, male/ female ratio was equal, SSSS appeared frequently more in summer and autumn (72.6%), the first symptom on the skin was 64.5%, the reasons' for hospitalization were erythema (44.4%), scale (54.8%). The most common presentation was on the face, neck, flexural areas. The typical lesions were erythematous rash (90.3%), scarlatiniform eruption (sandpaper) (83.3%), bullae (85.5%), erosion (72.4%), scale (90.3%), Nikolsky sign (+) (54.8%). Generalized type (45.1%), intermediate type (48.4%), abortive type (scarlatiniform rash) (6.5%). Severe cases occupied 38.7%, moderate cases 58.4% and mild cases 6.5%.

Keywords: Staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng bong vảy da do tụ cầu (*Staphylococcal scalded skin syndrome- SSSS*) là bệnh nhiễm trùng da cấp tính do chủng tụ cầu vàng típ 3A, 3B, 3C, 55, 71 xâm nhập vào cơ thể gây nên các ổ nhiễm trùng và tiết ra ngoại độc tố (epidermolytic toxin hoặc exfoliative toxin còn gọi là etoxin - ET). Độc tố theo đường máu đến da. Tại da ngoại độc tố gắn vào cầu nối gian bào trên tế bào biểu mô gây đứt cầu nối và hình thành bong nước trên da [2,7].

Thể điển hình SSSS khởi phát bằng sự xuất hiện đột ngột các ban đỏ dạng tinh hồng nhiệt xung quanh các hốc tự nhiên. Trên đó nhanh chóng hình thành các bong nước rất nông, sau liên kết thành mảng bong nước lan tỏa trên diện rộng. Sau 24-48h bong nước vỡ ra, vảy da ở rìa bong nước cuộn lại quanh mép như cuộn thuốc lá, dấu hiệu Nikolsky (+) [2,6]. Thể không điển hình SSSS gồm thương tổn ban đỏ dạng tinh hồng nhiệt hoặc chốc bong nước lớn khu trú và dấu hiệu Nikolsky (±) hoặc (-). Nuôi cấy dịch ở ổ nhiễm khuẩn (hốc tự nhiên hoặc da thương tổn) có tụ cầu vàng gây bệnh sản sinh ra ngoại độc tố gây bong tróc da (*epidermolytic toxins hoặc exfoliatin toxins - ETs*). Khoảng 5% tụ cầu vàng có khả năng sản sinh ra độc tố bong da, ly giải thượng bì. Có 2 loại ngoại độc tố gây bong tróc da gây bệnh ở người, đó là ETA và ETB. Ở châu Âu, châu Phi và bắc Mỹ, chủ yếu gặp ETA (hơn 80%), trái lại ở Nhật bản, ETB lại hay gặp hơn.

Bệnh thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi, nhiều hơn ở trẻ < 3 tháng, đặc biệt nặng đối với trẻ sơ sinh [1]. Ngoài ra, bệnh cũng gặp ở những lứa tuổi lớn hơn, nhưng rất hiếm gặp ở người lớn [1]. Trước đây bệnh có nhiều tên gọi khác nhau như Ritter von Ritterschein, Pemphigus trẻ sơ sinh (pemphigus neonatorum), bệnh Ritter (Ritter'disease), hiện nay thường được gọi là Hội chứng bong vảy da do tụ cầu vàng (SSSS) [8].

Ở Việt Nam chưa có báo cáo nào nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng SSSS.

Chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan hội chứng bong vảy da do tụ cầu vàng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 3/2011- 3/2012.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

62 bệnh nhân được chẩn đoán SSSS điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

*Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Bệnh khởi phát cấp tính ở các vị trí đặc trưng: quanh các hốc tự nhiên, nếp gấp

Thương tổn đặc trưng: ban đỏ tình hồng nhiệt, bong nước nông, mềm, trợt da thành đám trợt ướt, bong vảy da mỏng quần như giấy cuốn thuốc lá, dấu hiệu Nikolsky.

* **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Được chẩn đoán SSSS; cha/mẹ hoặc người bảo trợ đồng ý tham gia nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh phát ban do virus, dị ứng thuốc; bệnh da bong nước khác như chốc, viêm da tiếp xúc côn trùng, ly thượng bì bong nước bẩm sinh... Bệnh nhân, cha/mẹ hoặc người bảo trợ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiến cứu

- Cơ mẫu: lấy mẫu toàn bộ bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu

- Các bước tiến hành:

+ Thu thập thông tin: tuổi, giới, địa dư, mùa mắc bệnh, tiền sử sản khoa, tiền sử bệnh tật, ...

+ Khám phát hiện các dấu hiệu: lí do vào viện, triệu chứng khởi phát, tình trạng lúc vào viện, vị trí tổn thương, tổn thương cơ bản, thể bệnh, mức độ bệnh..

3. Địa điểm, thời gian nghiên cứu: tại BV Da liễu Trung ương từ tháng 3/2011 – 3/2012

4. Thu thập và xử lý số liệu theo chương trình SPSS 13.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=62)

		Phân bố	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	<1 Tuổi		16	25,8
	1-2		16	25,8
	2-3		14	22,5
	3-4		10	16,1
	4-5		3	4,8
	5-6		2	3,2
	6-15		1	1,6
	> 15 tuổi		0	0
Giới	Nam		31	50
	Nữ		31	50
Địa dư	Nông thôn		35	56,4
		Thành thị		
		Hà nội	19	30,6
	Thành phố khác	8	13,0	
Mùa	Xuân (tháng 3-5)		4	6,5
	Hạ (tháng 6-8)		21	33,9
	Thu (tháng 9-11)		24	38,7
	Đông (tháng 12-2)		13	20,9

Tiền sử sản khoa	Con thứ 1	39	62,9
	Con thứ 2	20	32,3
	Con thứ 3	3	4,8
Tình trạng lúc sinh	Sinh thường	56	90,3
	Sinh mổ	6	9,7
Cân nặng khi sinh	< 2500 gr	7	11,3
	>2500 gr	55	88,7
Tiền sử bệnh tật phối hợp		18	29,0

Nhận xét bảng 1: Tuổi mắc bệnh trung bình là $2,7 \pm 0,3$, Tỉ lệ nam/nữ = 1/1, bn thành thị tương đương bn nông thôn, mùa có tỉ lệ bn mắc bệnh cao nhất là mùa hạ và mùa thu (33,9 và 38,7%), Đa số trẻ là con thứ 1 (62,9%), sinh thường (90,3%), cân nặng khi sinh >2500gr (88,7%). Có 18 trẻ hay mắc các bệnh viêm phế quản, viêm phổi (5bn), tai mũi họng (9bn), mày đay (3 bn), viêm da cơ địa (1bn).

Bảng 2: Lâm sàng SSSS (n=62)

	Phân bố	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Lý do vào viện	Đỏ da	48	77,4
	Mụn nước	17	27,4
	Bong nước	13	21,0
	Trợt da	18	29,0
	Ngứa	14	22,5
	Vảy da	34	54,8
Triệu chứng khởi đầu	Sốt	28	45,1
	Nóng rát trên da	29	46,8
	Tổn thương trên da	40	64,5
	Cơ quan khác		
Tình trạng lúc vào	Sốt	21	38,9
	Quấy khóc	21	38,9
	Nóng rát trên da	43	69,3
Thời gian khởi phát đến khi vào viện	1 ngày	1	1,6
	2- 4 ngày	40	64,5
	5- 6 ngày	16	25,8
	> 7 ngày	5	8,1
Vị trí thương tổn ban đầu	Đầu/mặt /cổ	3/54/36	4,8/87,0/58,0
	Tay/chân	7/7	11,2/11,2
	Ngực/bụng	9/6	14,5/9,7
	Nếp gấp (nách,bẹn)	10	16,1
	Toàn thân	0	0
Vị trí thương tổn hiện tại	Đầu/mặt/ cổ	3/57/56	4,8/91,9/90,3
	Tay/chân	17/14	27,4/22,6
	Ngực/bụng	33/31	53,2/50,0
	Nếp gấp	54	87,0
	Toàn thân	11	17,7
Thương tổn cơ bản	Dát đỏ	56	90,3
	Ban đỏ nhám	52	83,3
	Mụn nước	36	58,0
	Bong nước	53	85,5
	Trợt da	46	74,2
	Bong vảy da	56	90,3
	Nikolsky (+)	34	54,8
	Niêm mạc	3	4,8
	Lan tỏa	28	45,1
	Khu trú	4	6,5
Mức độ bệnh	Trung gian	30	48,4
	Nặng	24	38,7
	Trung bình	34	54,8
	Nhẹ	4	6,5

Nhận xét bảng 2: Lý do vào viện chủ yếu là đỏ da (77,4%), bong vảy da (54,8%), triệu chứng khởi đầu (51,6%) thương tổn trên da và tình trạng lúc vào có 69,3% triệu chứng nóng rát trên da, thời gian khởi phát đến khi vào viện nhiều nhất là 2-4 ngày (64,5%), Vị trí ban đầu chủ yếu ở mặt 87,0%, vị trí thương tổn hiện tại nhiều nhất ở mặt (91,9%), cổ (90,3%), nếp gấp (87%). Thương tổn cơ bản chủ yếu là dát đỏ và bong vảy da (90,3%), bọt nước 85,5%, ban nhám đỏ (83,3%), trợt da (74,2%), Nikolsky (54,8%). Thể bệnh lan tỏa (45,1%), trung gian (48,4%). Mức độ bệnh trung bình nhiều nhất (54,8%), mức độ nhẹ (6,5%).

BÀN LUẬN

1. Phân bố tuổi và giới

- **Tuổi:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 2,7±0,3, trong đó tuổi lớn nhất là 14 tuổi (chỉ có 1 bệnh nhân), nhỏ nhất 9 ngày. Trẻ mắc bệnh < 6 tuổi chiếm đa số (98,6%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với Kay SK và Peter AL bệnh hầu hết gặp ở trẻ nhỏ < 6 tuổi [5] hay Susan BM thấy biểu hiện chủ yếu ở trẻ dưới 5 tuổi [6]. Có lẽ lứa tuổi này sức đề kháng của bệnh nhân chưa cao, sự tự vệ với các tác nhân bên ngoài còn yếu nên trẻ dễ bị các ổ nhiễm khuẩn ban đầu như Viêm mũi, viêm họng, viêm tai, viêm da...từ đó gây nên các tổn thương da.

- **Giới:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ nam/nữ =1/1. Kết quả này tương tự Hyun JD và cs nghiên cứu trên 55 trẻ mắc SSSS tại Hàn quốc (2010) thấy tỉ lệ nam/nữ ≈1/1[4]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu khác với Kay SK và Peter AL thấy tỉ lệ nam/nữ = 2/1 [5]. Sự khác biệt có lẽ do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ nên chưa đánh giá được đầy đủ.

2. Phân bố theo địa dư

- Tỉ lệ bệnh nhân thành thị là 43,6% ít hơn nông thôn (54,4%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Như vậy, số lượng bệnh nhân nông thôn mắc SSSS tương đối cao, có thể còn liên quan đến vấn đề mức sống, điều kiện sinh hoạt...

3. Phân bố bệnh theo thời gian trong năm

- Bệnh nhân của chúng tôi gặp chủ yếu vào mùa hạ và mùa thu (72,6%), trong đó đỉnh cao nhất là tháng 10 (13bn). Có lẽ tháng 10 (mùa thu) thời tiết ở miền bắc thường hanh khô, làm da khô ngứa, hàng rào bảo vệ da dễ bị phá vỡ tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn xâm nhập, phát triển gây nên các ổ nhiễm trùng trên da và trong cơ thể. Nghiên cứu của Hyun JD và cs trong 3 năm (từ 2001-2004) có 55 bệnh nhân SSSS gặp nhiều nhất ở các tháng 9 (11bn) tháng 10 (13 bn) [4], tương đương với mùa thu của Hàn quốc. Như vậy, kết quả thu được trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Hyun JD mặc dù thời gian nghiên cứu này mới chỉ kéo dài 1 năm và môi trường sống khác nhau, cũng như chế độ ăn, chế độ sinh hoạt, thời tiết khác nhau.

4. Tiền sử bản thân, tiền sử sản khoa: Hầu hết bệnh nhi không có gì đặc biệt.

Tiền sử bệnh tật có 18 bệnh nhân (29,0%) mắc một số bệnh liên quan như viêm phế quản, viêm phổi (5 bn), tai mũi họng (9 bn), mày đay (3 bn), viêm da

cơ địa (1bn). Như vậy, SSSS phối hợp nhiều nhất với bệnh đường hô hấp. Phải chăng, những vị trí này có liên quan đến ổ nhiễm khuẩn tiên phát ở SSSS, nơi cư trú của tụ cầu vàng tiết ngoại độc tố gây bong tách thượng bì?

5. Lý do vào viện và triệu chứng khởi đầu

- Triệu chứng khởi đầu thường được biểu hiện là các dấu hiệu trên da (64,5%). Lý do vào viện: đa số xuất hiện các đám đỏ bất thường (77,4%), bong vảy da (54,8%). Số bệnh nhi có biểu hiện ngứa là 22,5%. Nghiên cứu của Hyun JD thấy hầu hết bệnh nhân khởi đầu có cảm giác ngứa, sau đó xuất hiện các dát đỏ. Như vậy lý do vào viện, triệu chứng khởi đầu trên bệnh nhi nghiên cứu cho thấy triệu chứng thực thể (ban đỏ, trợt da) nổi trội hơn triệu chứng cơ năng (ngứa). Có thể do tuổi bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần còn quá nhỏ nên không thể nói với cha mẹ về dấu hiệu ngứa của mình mà chỉ khi cha mẹ bệnh nhi phát hiện ra các ban đỏ trên da mới đưa trẻ đi khám.

6. Tình trạng lúc vào viện

- Đa số bệnh nhi có cảm giác nóng rát trên da (69,3%), hầu hết ở những bệnh nhi >2 tuổi.

- 38,9% bệnh nhi có sốt nhưng hầu hết là sốt nhẹ (<38,5°C). Những bệnh nhi có sốt thường có biểu hiện viêm nhiễm ở đường hô hấp và mũi họng. Hyun JD và cs ghi nhận được 21% bệnh nhi sốt và chỉ sốt trong khoảng 2 ngày kèm với một số bệnh như viêm mũi, viêm họng cấp, viêm kết mạc, viêm tai giữa, viêm dạ dày, viêm phổi và nhiễm trùng huyết [4]. Như vậy, mặc dù bệnh nhi SSSS có sốt của chúng tôi có tỉ lệ cao hơn của Hyun nhưng những bệnh lý đi kèm không có sự khác nhau nhiều.

7. Thời gian khởi phát đến khi vào viện

- Hầu hết trẻ đến khám rất sớm trong vòng 6 ngày (91,9%); sớm nhất là ngày đầu tiên (1,6%) và nhiều nhất từ ngày thứ 2-4 (64,5%). Chứng tỏ SSSS là bệnh nhiễm trùng cấp tính, gây tổn thương lan rộng, ảnh hưởng đến toàn trạng nên bệnh nhi cần được khám và điều trị sớm.

8. Vị trí thương tổn ban đầu và hiện tại

- Hầu hết vị trí tổn thương ban đầu là vùng mặt (87,0%), cổ (58,0%). Có lẽ đây là vùng da hở, dễ nhận biết, đồng thời là vị trí có nhiều hốc tự nhiên là nơi tụ cầu dễ xâm nhập tạo thành các ổ nhiễm khuẩn, là điều kiện thuận lợi cho tụ cầu tiết ra độc tố gây bệnh trên da

- Vị trí tổn thương khi vào viện cũng ở vùng mặt, cổ nhiều nhất (91,9% và 90,3%), sau đến vùng ngực (53,2%), bụng (50,0%). Ngoài ra, 16,1% bệnh nhân có tổn thương ban đầu ở nếp gấp như nách, bẹn, nhưng khi đến khám thương tổn ở nếp gấp là 87,0%. Như vậy ở các nếp gấp xu hướng bệnh nặng lên.

9. Thương tổn cơ bản

- 100% trường hợp có tổn thương da với các biểu hiện khác nhau, trong đó 90,3% xuất hiện dát đỏ hoặc ban nhám (*sandpaper-like*), thực chất trên ban đỏ đã hình thành bọt nước phía dưới nên khi quan sát thấy da thô sần sờ như giấy ráp. Một số trường hợp nếu được điều trị ngay thì các ban này nhạt màu dần và thoái triển, trẻ khỏi bệnh. Tuy nhiên đa số sẽ

thấy tổn thương đỏ lên, lan rộng ra thành mảng đỏ lớn, thậm chí toàn thân, sau khoảng 24-48 giờ sẽ xuất hiện các mụn nước, bong nước và trợt da. Khoảng 85,5% trường hợp từ ban nhám, dát đỏ có thể chuyển sang giai đoạn bong nước và nhanh chóng trợt da. Hình ảnh trợt da giống như bị bỏng, vùng rìa bong nước vảy da sẽ bong ra, cuộn lại như hình ảnh giấy quần thuốc lá 74,2%. Số bệnh nhân có Nikolsky (+) là 54,8%, số còn lại dấu hiệu Nikolsky không điển hình hoặc âm tính.

- Mặc dù thương tổn da rầm rộ nhưng không trẻ nào có thương tổn ở niêm mạc, nhất là niêm mạc miệng nên trẻ vẫn ăn uống bình thường, mặc dù há miệng bị hạn chế do thương tổn quanh miệng. 3 bệnh nhi có tổn thương vùng sinh dục, chúng tôi cho đó là thương tổn da vùng quanh hốc tự nhiên chứ không phải là thương tổn niêm mạc. Kết quả này phù hợp với các tác giả nước ngoài [2,3,5].

Trong nghiên cứu của Hyun JD hầu hết bệnh nhân có biểu hiện ban đầu là ngứa, cảm giác kích ứng trên da sau đó dát đỏ lan tỏa từ vùng đầu cổ. Thương tổn ban đầu trông giống như chốc quanh mắt, mũi, miệng, dát đỏ lan rộng tới các phần còn lại của cơ thể từ đầu đến chân [4].

Như vậy, thương tổn cơ bản của các bn SSSS trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối điển hình như trong y văn [3,5] và nghiên cứu khác [4].

10. Thể bệnh và mức độ bệnh

- Để phân loại thể bệnh chúng tôi dựa vào: diện tích tổn thương da, tổn thương cơ bản và dấu hiệu Nikolsky. 45,1% thể lan tỏa biểu hiện dát đỏ lan tỏa, bong nước, trợt da > 30% diện tích cơ thể và Nikolsky (+); 48,4% bn ở thể trung gian với biểu hiện dát đỏ lan tỏa kèm theo vài mụn nước hoặc mụn mủ và tổn thương diện tích da < 30%, Nikolsky (\pm). Trong số bệnh nhân nghiên cứu chỉ có 6,5% bn ở thể khu trú (*abortive type hoặc scarletiform rash*) với biểu hiện là các dát đỏ, ban nhám, Nikolsky (-).

- Để đánh giá mức độ bệnh chúng tôi dựa vào diện tích da bị tổn thương theo cách tính diện tích bông của Lund & Browder, mức độ nặng thường đi kèm với thể lan tỏa. 38,7% bn có mức độ nặng với biểu hiện bong trợt da > 30% diện tích bề mặt da cơ thể, 34 bệnh nhân (54,8%) mức độ trung bình (tổn thương 10-30% diện tích cơ thể), chỉ có 4 bệnh nhân mức độ nhẹ (tổn thương <10% diện tích da cơ thể).

- So sánh với nghiên cứu của Hyun JD, tỉ lệ bn SSSS thể lan tỏa chỉ chiếm 16,3% (9/55), thể trung gian 23,6% (13/55), thể khu trú 60% (33/55) [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hình thái lan tỏa, mức độ bệnh nặng cao hơn so với Hyun JD, có lẽ sự khác nhau là do cỡ mẫu, khoảng thời gian nghiên cứu hay kết quả của việc kiểm soát tình trạng bệnh...?

KẾT LUẬN

- Bệnh nhân SSSS < 6 tuổi chiếm 98,6%. Tỉ lệ bn nam/nữ =1/1, SSSS gặp nhiều hơn vào mùa hạ và mùa thu (72,6%); 29,0% có tiền sử hay mắc các bệnh liên quan trong đó chủ yếu là bệnh đường hô hấp.

- Biểu hiện ban đầu là các triệu chứng trên da 64,5%, trong đó lý do vào viện là đỏ da (77,4%), bong vảy da (54,8%). Thời gian khởi phát đến khi vào viện hầu hết <6 ngày, tập trung vào ngày thứ 2-4 (64,5%). Vị trí thương tổn thường gặp nhất là mặt cổ và nếp gấp (91,9; 90,3 và 87%).

- Thương tổn cơ bản là dát đỏ (90,3%) hoặc ban nhám (83,3%), bong nước (85,5%), trợt da (74,2%) và đặc biệt bong vảy da (90,3%), Nikolsky (54,8%), Thể lan tỏa (45,1%), thể trung gian (48,4%), thể khu trú (6,5%). 38,7% bệnh nhân SSSS mức độ nặng, 54,8% mức độ trung bình, 6,5% mức độ nhẹ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dancer SJ, Simmons NA et al (1988), "Outbreak of staphylococcal scalded skin syndrome among neonates", *J Infect*, 16, pp 87-103.
2. Fitzpatrick TB (2009), "Staphylococcal Scalded Skin Syndrome", *Color atlas and synopsis of clinical dermatology*, pp 626 -628
3. Gale group (2002), "Staphylococcal scalded skin syndrome", *The Merck manual of diagnosis and therapy*, 10, 112
4. Hyun JD, Eun SP et al (2010), "Regional outbreak of Staphylococcal Scalded Skin Syndrome in healthy children", *Korean J of Paed*, Vol 53, No 1.
5. Kay SK, Peter AL (2009), "Staphylococcal Scalded Skin Syndrome", *Color atlas and synopsis of pediatric dermatology*, pp 366-368
6. Susan BM (2005), "Staphylococcal Scalded Skin Syndrome", *Pediatric*, pp105-107
7. Thomas PH (1991), "Staphylococcal Scalded Skin Syndrome", *Clinical dermatology*, pp 204 – 205.
8. Von Rittershain GR (1878), "Die exfoliative dermatitis jungener senglunge", *Z Kinderheilkd*, 2, pp 3-23.