

# عوارض پوستی در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

دکتر سیدمرتضی مقدادی<sup>۱</sup>، دکتر مسعود مسلمی<sup>۲</sup>، دکتر فریبا ایرجی<sup>۳</sup>

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

تعداد بیشترین فراوانی در سالین ۲۰۱۴-۲۱ که ۲۱٪ (۳۷٪) و کمترین آنها زیر ۱۰ سال (۵٪) و بالای ۸۰ سال (۳٪) بودند. ۱۱۶ نفر آنها (۹٪) مرد و ۸۱ نفر آنها (۱٪) زن بودند. شایعترین تظاهر پوستی ضایعات هموراژیک پوستی (۴٪) و آنکه استرونید (۸٪) بود و toxic epidermal necrolysis نادرترین آن شایع ترین علت بستری خونریزی (۵٪) بود. شایع ترین علت بستری خونریزی مغزی و خونریزی تحت عنکبوتیه (هر کدام ۱۱٪) 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، آنکه استرونید.

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

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

- است در I.C.U. بستری گردند مانند اریترودرمی، Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) پسوریازیس پوستولر متشر، Graft-Versus-Host-Disease (GVHD) (SSSS) حاد 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 بی حرکتی، اقدامات تهاجمی، مصرف داروهای مختلف و یا به علت اختلالات چند ارگان مختلف ضایعات پوستی ایجاد می‌شود (۱).

## 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 اکثر 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

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

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 افتاب، کلائزیت، Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)، کراینوتومی، ایکترمالاریا، 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 پورپورا روی اندام‌ها و تنه به علت مشکلات انتقاداتی 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

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 آنهای 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 نرم افزار SPSS رایانه داده شد و تجزیه و تحلیل آنها به روش‌های ANOVA و Discriminant و Chi-square 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

سمومیت با ارگانوفسفرهای (با فراوانی ۵ نفر) و سپس خونریزی تحت عنکبوتیه و پریتوئیت (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 بسترهای ۸ روز و حداکثر آن ۴۴ روز با میانگین ۲۵ بود. پیشگیری از پیدا شدن زخم بستر باید به محض ورود بیمار به I.C.U. شروع شود و بویژه قسمتهای آرنج، ساکروم، باسن و پاشنه پاهای باید مورد توجه دقیق قرار گیرد. hydrocolloid Clinitron یا تختهای می‌توانند ساعث کاهش فشار روی یک ناحیه شده و در بهبودی زخم‌های فشاری ایجاد شده مفید باشند. ترکیبات موضعی محتوی آنتی‌بیوتیک نباید استفاده شود و مفید بودن آنها مورد تردید است<sup>(۳)</sup>. استفاده از آنها می‌تواند ساعث حساسیت‌های تماسی شود<sup>(۴)</sup>. در مطالعه‌ما در اکثر موارد بطور اولیه از تشک‌های موج 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 میکروارگانیسم و هم نوع علائم ممکن است غیرمعمول باشد. اولین علامت سپتی سمی ممکن است در پوست ظاهر پیدا کند بهخصوص در مواردی که عامل عفونت پسروdomona یا *Candida* باشد<sup>(۵)</sup>. این عفونت‌ها در اکثر موارد بصورت زرد زخم و یا به علت بسی حرکتی و لیچ افتادگی چین‌های بدن بصورت ایسترتریگوی باکتریایی یا ترکیبی با *Candida* بود. عامل باکتریایی اغلب استافیلوکوک

زمان آن ۳۵ روز با میانگین ۱۲ بود.

**۲- آکنه استروئید:** ضایعات حدود ۲ هفته پس از تجویز گلولوکورتیکواستروئید یا کورتیکوتروپین بصورت پوسچولهای کوچک و پاپولهای قرمز ظاهر می‌شود. بیشتر در تنفس، شانه‌ها و بالای بازوها بوده و کمتر صورت را گرفتار می‌کند (بر عکس آکنه ولگاریس). ضایعات معمولاً همگی در یک مرحله می‌باشند. از نظر آسیب‌شناسی یک فولیکولیت فوکال همراه با یک ارتراح نوتروفیلیک در اطراف فولیکولها می‌باشد. پیگماتاسیون ممکن است ایجاد شود. ولی کومدون، کیست و اسکار غیرمعمول است<sup>(۶)</sup>.

در این مطالعه در اکثر موارد آکنه استروئید حدود ۴-۸ روز بعد از شروع کورتیکو-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 ۱۱-۲۰ سال (۱۴ نفر) و ۳۱-۴۰ 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 بسترهای شدن تومورهای مغزی با فراوانی ۷ نفر و سپس ترومای متعدد و خونریزی مغزی با فراوانی هر کدام ۶ نفر بود. حداقل مدت زمان بسترهای ۲ روز و حداکثر آن ۴۵ روز با میانگین ۱۲ بود.

**۳- زخم بستر (Bed sore):** بسی حرکتی بیماران بستری در I.C.U. که شدیداً بدهال بوده و یا در حال ونستیلاسیون مصنوعی می‌باشند، ضعف خونرسانی، سوء تغذیه و اختلال حسی از عواملی هستند که باعث پیدا شدن زخم‌های فشاری می‌شوند<sup>(۱)</sup>. فراوانی آن ۳۷ نفر (٪ ۱۸/۸) بوده که ۲۶ نفر آنها مرد و ۱۱ نفر آنها زن بودند. توزیع فراوانی آن در سهین مختلف تقریباً یکنواخت بوده ولی شایعترین علت بسترهای شدن بیماران با زخم بستر در I.C.U.

- ۴- فراوانی ۲ نفر بود. حداقل مدت زمان بستری روز و حداکثر آن ۴۲ روز با میانگین ۱۴ بود.
- ۵- میلاریا: فراوانی آن ۸ نفر (۰.۴٪) بود که ۳ نفر آنها مرد و ۵ نفر آنها زن بودند. شایعترین سن گرفتاری در ۵۰-۵۱ سال بود. حداقل سن گرفتاری ۲۱-۲۲ 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 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.
- ۶- تاول ایسکمیک: این گونه 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 (۰.۲٪) 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 ۷۱-۸۰ 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.
- ۷- عفونت‌های قارچی: فراوانی آن ۵ نفر (۰.۲٪) بود که ۲ نفر آنها مرد و ۳ نفر زن بودند. این عفونت‌ها شامل کاندیدوز کشاله ران (۳ نفر) و تیناور سیکالر (۲ نفر) سیگالر بودند. شایعترین سن گرفتاری ۴۱-۶۰ 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.
- ۸- تاول‌های دارویی: تعداد زیادی از داروها می‌توانند

آرئوس و تعداد کمی استریتوکوک بتا همولیتیک بود. فراوانی آن ۱۳ نفر (۰.۶٪) بود که ۹ نفر آنها مرد و ۴ نفر زن بودند. شایعترین سن گرفتاری ۵۱-۷۰ سال بود. حداقل 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.

۹- پالموپلانتار هیپرکراتوزیس: 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 بسی حرکتی و عدم استفاده از اندام‌های بیمار به مدت طولانی در I.C.U. می‌باشد. فراوانی آن ۹ نفر (۰.۴٪) بود که ۷ نفر آنها مرد و ۲ نفر زن بودند. توزیع ضایعات در سینین مختلف تقریباً یکنواخت و پراکنده بود. حداقل سن گرفتاری ۱۲ سال و حداکثر سن ۷۶ سال و میانگین ۲۹ 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.

۱۰- درماتیت تماسی: در اغلب موارد بصورت درماتیت تماسی تحریکی حاد دیده می‌شد که به علت حساسیت به چسب‌های لوكوبلاست پارچه‌ای ایجاد شده بود. در تعداد کمی هم به علت مواد ضد عفونی کننده مانند بتادین ایجاد شده بود. فراوانی آن ۸ نفر (۰.۴٪) بود که ۶ نفر آنها مرد و ۲ نفر زن بودند. شایعترین سینین گرفتاری در ۲۱-۳۰ سال و ۵۱-۶۰ 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

ولی در مطالعه ما ۵ نفر (۰٪/۲) 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 پنی سیلین 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 ترموای متعدد، تومور مغزی، خونریزی تحت عنکبوتیه، آسپیراسیون و مسمومیت بافت (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- کهیبر : فراوانی آن ۴ نفر (۰٪/۲) بود 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 لتفوم هوچکین در U.C.I 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 I.C.U پوست به علت اختلال آب و الکترولیت در U.C.I مرکزی بستری شده بود. این بیمار در اثر مصرف کاربامازین دچار TEN شده بود. در منابع آمده است که کاربامازین یکی از داروهای شایع Anlticonvulsant Hypersensitivity عامل Syndrome و TEN می‌باشد که باعث تب، لغادتوپاتی، پوسته‌ریزی شدید پوست، زخمی شدن مخاطها شامل برونشها، چشم، دهان و آنژینیتال می‌شود. گاهی پان سایتوپینا با آپلارزی مغز استخوان می‌دهد. از عوارض ناگوار TEN کوری می‌باشد(۲). این بیماری با التهاب مخاطها، بی‌حالی و تب شروع

باعث تاول‌های مشابه پمیگوس و پمیگوئید شوند که شامل نرولپتیک‌ها، دیسورتیک‌ها (مخصوصاً آنتاگونیست‌های آلداسترون)، تیول‌ها (مانند پنسیلامین و کاپتوپریل) می‌باشند. داروهای گروه سولفا به همان اندازه تیول‌ها می‌توانند باعث بولوز پمیگوئید 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 (۰٪/۲) 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 ۶۱-۷۰ 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 ترموای متعدد، خونریزی تحت عنکبوتیه، سندروم گیلن-باره، گانگرون روده و لتفوم (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 لوله گذاری در دهان و ضربه به مخاط دهان و یعنی ایجاد شده بود که بصورت اکیموزهای داخل مخاطی دیده می‌شد. فراوانی آن ۵ نفر (۰٪/۲) 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 Inflammatory Bowel Disease (IBD) و کلائیزیت (هر کدام یک نفر) بود. حداقل مدت زمان بستری ۴ روز و حداکثر آن ۱۸ روز با میانگین ۱۱ بود.

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

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 معنی دار 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 معنی دار 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 می‌باشد ( $P = 0$ ): مدت زمان بستری (قدرت پیشگویی Wilks Lambda = .۰/۴۷)، ابتلا به انسفالوپاتی هیپوکسیک، (قدرت پیشگویی Wilks Lambda = .۰/۶۶).

### پیشنهادات

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. (که احتیاج به مراقبت شدید دارند) در I.C.U. باید بصورت اولیه انجام گردد.

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

۳ - معاینه مستمر پوست و مخاط بیماران جهت راشهای ماکولوپاپولر دارویی متفاوت بوده ( $P > 0.05$ ) ولی اختلاف آن معنی دار نیست.

### قدرتانی

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

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 مشابجه 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). پلاسمما فرزیس مؤثر تبوده است(۱۱). از آتش سپتیک‌های موضعی به غیر از سیلورسولفادیازین (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 الکتروولیت 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 ANOVA Discriminant استفاده شد. در آزمون Discriminant مشخص گردید که میانگین سنی در افرادی که دارای علائم پوستی بودند با هم مساوی نبوده ( $P = 0$ ) و اختلاف آن معنی دار است. میانگین سنی افراد با درماتیت 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 معنی دار نیست.

میانگین زمان‌های بستری بودن در I.C.U. در بیماران با علائم پوستی مختلف متفاوت بوده ( $P = 0$ ) و اختلاف آن معنی دار 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 پالموپلاتر با بیماران دارای استروئید آکنه،

## 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 JC, Revus J. Intensive care in dermatology. In: Champion RH, Pye RJ (eds). *Recent advances in dermatology*. Edinburgh: Churchill Livingstone. 1990: 85-99.
- 6 - Breathnach S M. Drug reaction In: Champion RH, Burton J L, Burns D A, Breathnach S M (eds). *Texbook 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.