

GIỚI THIỆU MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP HỘI CHỨNG BÓNG RỘP DA DO TỤ CẦU TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

PHẠM THỊ MAI HƯƠNG, TRẦN LAN ANH
Bệnh viện Nhi TW, Bệnh viện Da liễu TW

TÓM TẮT

Hội chứng bong rộp da do tụ cầu (*Staphylococcal scalded skin syndrome- SSSS*) là bệnh nhiễm trùng da cấp tính gây nên do ngoại độc tố của tụ cầu vàng nhóm II theo đường máu đến gây bệnh tại da. Bệnh thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng: Bọng nước trọt nông trên nền da đỏ, khu trú hoặc lan rộng, bong vảy da mỏng quăn mép như cuộn thuốc lá, dấu hiệu Nikolsky (+); nuôi cấy dịch ở ổ nhiễm khuẩn có tụ cầu vàng gây bệnh. Nếu chẩn đoán và điều trị kịp thời bệnh tiến triển 5- 7 ngày, thương tổn khô, bong hết vảy da và khỏi không để lại sẹo.

Từ khóa: Hội chứng bong rộp da do tụ cầu, SSSS, trẻ em, trẻ sơ sinh

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng bong rộp da do tụ cầu là bệnh nhiễm trùng da cấp tính gây nên do ngoại độc tố của tụ cầu vàng nhóm II (*Staphylococcus aureus*) theo đường máu đến gây bệnh tại da. Được Baron von Rittershain mô tả đầu tiên năm 1878, tuy nhiên đến tận 1970 Melish ME

và Glasgow LA mới xác định được ngoại độc tố tụ cầu nhóm II típ 3A, 3B, 3C, 55, 71 gây bong tróc da, ly giải thượng bì (Exfoliatin toxins hay Epidermolytic toxins - ETs)[4],[6]. Bệnh thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi, nhiều hơn ở trẻ < 3 tháng, đặc biệt nặng đối với trẻ sơ sinh. Ngoài ra bệnh cũng gặp ở những lứa tuổi lớn hơn, nhưng rất hiếm gặp ở người lớn[1]. SSSS xảy ra ở khắp nơi trên thế giới, tỉ lệ cao hơn ở các nước đang phát triển, bệnh có xu hướng tăng trong những năm gần đây. Tỉ lệ mắc bệnh giữa nam/ nữ là 2/1[5]. Có 2 loại ngoại độc tố chính gây bệnh là ET-A và ET-B, đó đều là các Polypeptid có trọng lượng phân tử 24000 dalton và có tính đặc hiệu kháng nguyên riêng biệt. Loại độc tố ET-A bền vững với nhiệt độ 100 ° / 20 phút, ET-B không chịu được nhiệt độ. Những ngoại độc tố này khi được sản xuất ra sẽ gắn trực tiếp vào desmoglein1 trên cầu nối gian bào (desmosomes) của thượng bì làm phá vỡ các cầu nối ở lớp tế bào gai, hình thành bọng nước nông [1]. Tụ cầu vàng thường khu trú ở tai mũi họng, màng tiếp hợp, rốn,... tại đó tiết ra ngoại độc tố theo đường máu

đến da gây bệnh cảnh lâm sàng [3]. Biểu hiện lâm sàng của SSSS rất dễ nhầm lẫn với hội chứng Lyell, dị ứng thuốc, bệnh Kawasaki...

Chúng tôi xin trình bày một số trường hợp đã được chẩn đoán SSSS và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2009

MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP BÁO CÁO

Trường hợp 1 (TH1):

Bệnh nhân: An Quang D. Nam, 1 tuổi, MS 00 – 04 9828

Địa chỉ: Song Mai- Thị xã Bắc Giang. Vào viện 30/12/ 2008, ra viện 5/1/2009

Lý do vào viện: Đổ da, mụn mủ

-Bệnh sử: Trước vào viện 3 ngày, trẻ bị đổ da, mụn nước xung quanh mũi, miệng, thương tổn nhanh chóng lan ra toàn thân, bệnh nhân đã khám ở tuyến dưới với chẩn đoán viêm da tụ cầu, được điều trị thuốc gì không rõ, bệnh không đỡ, trẻ quấy khóc nhiều, gia đình xin chuyển Bệnh viện Da liễu TW.

Tiền sử: Bản thân: khỏe mạnh, không có tiền sử dị ứng. Gia đình: Không ai mắc bệnh tương tự

-Khám toàn trạng lúc vào viện: Trẻ tỉnh, sốt 38,3 độ, quấy khóc

Khám nội khoa không có gì đặc biệt.

Khám da liễu: Mụn nước nông vùng xung quanh mũi, miệng, vỡ để lại vảy tiết ẩm màu mật ong. Dát đỏ lan tỏa toàn thân, nhiều ở nếp kẽ. Mụn mủ rải rác toàn thân trên nền dát đỏ. Nếp kẽ bong vảy da kiểu cuốn thuốc lá. Nikolsky (+). Tổn thương niêm mạc(-)

-Cận lâm sàng: CTM: BC 20.700 – N 40,8% - NT: Albumine vết

Cấy máu (-). Cấy dịch các hốc tự nhiên vùng mặt (ngoáy họng): *Staphylococcus aureus*. Kháng sinh đồ nhạy cảm với Amoxycillin+Clavulanic, Oxacillin

-Chẩn đoán: Hội chứng bong rộp da do tụ cầu

-Điều trị: Tại chỗ: Tắm nước thuốc tím 1/10.000, Natriclorid 0,9% rửa mắt mũi

Milian chấm mụn mủ, Fudikin bôi da đỏ vảy

Toàn thân: Oxalipen (Oxacillin) 1g/ ngày, Phenergan uống tối

-Kết quả: sau 7 ngày điều trị, trẻ hết sốt, chơi ngoan, ăn uống được, thương tổn bong vảy da để lại nền da lành, không mọc thương tổn mới.

Trường hợp 2 (TH2):

Bệnh nhân Vũ Ngọc Hoài L. Nữ, 5 tuổi, MS 09050158

Địa chỉ: Cống vị - Ba đình- Hà nội. Vào viện 10/2/ 2009, ra viện 16/2/2009

Lý do vào viện: Bong nước

-Bệnh sử: Trước vào viện 2 ngày, trẻ ngứa ở vùng trước ngực, gãi để lại vết xước, 1 ngày sau xuất hiện phỏng nước ở 2 vành tai sau lan ra cổ, mặt, nách, bộ phận, sinh dục. Kèm theo trẻ sốt nhẹ, ở nhà chưa điều trị gì, trẻ được nhập Bệnh viện Da liễu TW.

Tiền sử: Bản thân: trẻ là con thứ 2, đẻ thường, cân nặng lúc đẻ 3.6 kg. Không có tiền sử dị ứng. Gia đình:

Không ai mắc bệnh tương tự

-Khám toàn trạng lúc vào viện: Trẻ tỉnh, sốt 37,5⁰, đau rát trên da.

Khám nội khoa không có gì đặc biệt.

Khám da liễu: Bong nước trong trên nền da lành, dễ vỡ để lại vết trợt, vảy da mỏng rìa thương tổn cuộn như thuốc lá.

Vị trí: xung quanh hốc tự nhiên: Miệng, tai, trán, mắt, bộ phận sinh dục

Các nếp gấp kẽ: cổ, nách, mặt trước khuỷu tay, bẹn, kẽ tay.

Nikolsky (+), tổn thương niêm mạc sinh dục

-Cận lâm sàng: CTM: BC 8.200 – N 75,4% - NT: bình thường

Cấy máu (-). Cấy dịch các hốc tự nhiên vùng mặt (ngoáy họng): *Staphylococcus aureus*. Kháng sinh đồ nhạy cảm với Ceftriaxon, Oxacillin

-Chẩn đoán: Hội chứng bong rộp da do tụ cầu

-Điều trị: Tại chỗ: Tắm nước thuốc tím 1/10.000, Natriclorid 0,9% rửa mắt mũi

Milian chấm mụn mủ, Bactroban bôi da đỏ vảy

Toàn thân: Tafurex (Cefuroxim) 1g/ ngày, Phenergan uống tối

Truyền dịch ngày 4 sau vào viện: trẻ sốt, ăn uống kém, tiểu tiện ít.

Kết quả: sau 7 ngày điều trị, trẻ hết sốt, chơi ngoan, ăn uống được, tiểu tiện bình thường, thương tổn bong vảy da để lại nền da lành, không mọc thương tổn mới.

Trường hợp 3 (TH3):

Bệnh nhân Nguyễn Chí D. Nam, 1 tuổi, MS 09050766

Địa chỉ: 44 Yên Minh- Yên Ninh- Yên Bái.Vào viện 11/2/ 2009, ra viện 16/2/2009

Lý do vào viện: Đổ da

-Bệnh sử: Trước vào viện 2 ngày, trẻ xuất hiện dát đỏ quanh miệng sau lan ra xung quanh mắt, tai, cổ, nách, ngực, lưng, bẹn, kẽ tay. Kèm theo trẻ sốt 38,5⁰. Vùng quanh miệng thương tổn phỏng rộp, vỡ, đóng vảy tiết vàng, đổ da ngày càng tăng. Trẻ được điều trị tại BV tỉnh 1 ngày bằng truyền dịch và uống Zinnat, bệnh không đỡ, chuyển Bệnh viện Da liễu TW.

Tiền sử: Bản thân: trẻ là con thứ 2, đẻ mổ, cân nặng lúc đẻ 3 kg. Không có tiền sử dị ứng. Gia đình: không ai mắc bệnh tương tự

-Khám toàn trạng lúc vào viện: Trẻ tỉnh, sốt 38,5⁰, quấy khóc

Khám nội khoa không có gì đặc biệt.

Khám da liễu: Ban đỏ lan tỏa toàn thân, đặc biệt xung quanh các hốc tự nhiên và các kẽ. Xung quanh miệng mụn mủ dập vỡ đóng vảy tiết. Nếp gấp cổ có vài mụn mủ để vỡ. Nikolsky (+). Tổn thương niêm mạc (-)

-Cận lâm sàng: CTM: BC 10.300 – N 38,8 % - NT: bình thường

Cấy máu (-). Cấy dịch các hốc tự nhiên vùng mặt (dịch quanh miệng): Liên cầu dung huyết alpha. Kháng sinh đồ nhạy cảm với Vancomycin, Ceftriaxon.

-Chẩn đoán: Hội chứng bỏng rộp da do tụ cầu
 -Điều trị: Tại chỗ: Tắm nước thuốc tím 1/10.000, Natriclorid 0,9% rửa mắt mũi
 Milian chấm mụn mủ, Bactroban bôi da đỏ vảy
 Toàn thân: Oxalipen (Oxacillin) 1g/ ngày
 -Kết quả: sau 6 ngày điều trị, trẻ hết sốt, chơi ngoan, ăn uống được, thương tổn bong vảy da để lại nền da lành, không mọc thương tổn mới.

Trường hợp 4 (TH4):
 Bệnh nhân Bé Hồng H. Nữ, 5 tuổi, MS 09064902
 Địa chỉ: 2/17 Sông Hiến – Cao Bằng. Vào viện 19/3/2009, ra viện 25/3/2009

Lý do vào viện: Trợt da, bong nước
 -Bệnh sử: Trước vào viện 5 ngày, trẻ bị chảy nước mũi, nổi ngứa vùng lưng, lan ra vùng mặt, sau 1 ngày xuất hiện nhiều mụn nước, da vùng lưng đỏ trợt từng mảng, gia đình cho trẻ nhập Bệnh viện tỉnh được chẩn đoán Pemphigus và điều trị bằng Corticoid 3 ngày, bệnh nặng lên, trẻ được chuyển Bệnh viện Da liễu TW.

Tiền sử: Bản thân : trẻ là con thứ 1/1, đẻ thường, cân nặng lúc đẻ 2.9 kg. Không có tiền sử dị ứng. Gia đình: Không ai mắc bệnh tương tự

-Khám toàn trạng lúc vào viện: Trẻ tỉnh, không sốt, đau rát

Khám nội khoa không có gì đặc biệt.
 Khám da liễu: Bong nước nông, to nhỏ trên nền da đỏ rải rác toàn thân

Quanh miệng, mũi nhiều mụn nước đóng vảy tiết vàng

Đám trợt da rải rác toàn thân, bong vảy da kiểu cuốn thuốc lá. Nikolsky (+)

Tổn thương niêm mạc: loét sinh dục
 -Cận lâm sàng: CTM: BC 15.400 – N 72,4 % - NT: BC 125

Cấy máu (-). Cấy dịch các hốc tự nhiên vùng mặt (mủ): Staphylococcus aureus

Kháng sinh đồ nhạy cảm với Oxacillin,
 -Chẩn đoán: Hội chứng bong vảy da do tụ cầu
 -Điều trị: Tại chỗ: Nằm giường bột Talc
 Tắm nước thuốc tím 1/10.000, Natriclorid 0,9% rửa mắt mũi

Milian chấm mụn mủ, Bovidat bôi da đỏ vảy
 Toàn thân: Bestum 1,5g/ngày, Gentobra 40mg/ ngày
 Kháng Histamin, Sinh tố

-Kết quả: sau 7 ngày điều trị, trẻ hết sốt, chơi ngoan, ăn uống được, thương tổn bong vảy da để lại nền da lành, không mọc thương tổn mới.

Bảng 1: Tóm tắt các trường hợp báo cáo

	Trường hợp 1	Trường hợp 2	Trường hợp 3	Trường hợp 4
Tuổi	1	5	1	5
Lý do	Đỏ da, mụn mủ	Bong nước	Đỏ da	Trợt da, bong nước
Trước VV	3 ngày	2 ngày	2 ngày	5 ngày
T. chứng & vị trí ban đầu	-Đỏ da, mụn nước -Quanh mũi, miệng -Lan ra toàn thân	-Phồng nước -Vành tai 2 bên -Lan ra cổ, mặt, nách, sinh dục,	-Đát đỏ -Quanh miệng -Lan ra quanh mắt, tai, cổ, nách, ngực, lưng, bẹn, kẽ tay	-Mụn nước, đỏ da, trợt da -Vùng lưng -Lan ra toàn thân
Toàn trạng	Tỉnh, Sốt 38.3 độ Quấy khóc	Tỉnh, Sốt 37.5 độ Đau rát trên da	Tỉnh, Sốt 38.5 độ Quấy khóc	Tỉnh, Không sốt Đau rát trên da
Thương tổn cơ bản	-Đát đỏ lan tỏa toàn thân Mụn nước nông, Mụn mủ vỡ, vảy tiết màu vàng mặt ong Bong vảy da kiểu cuốn thuốc lá -Quanh mũi, miệng, nếp kẽ, rải rác toàn thân -Nikolsky (+) -Tổn thương niêm mạc(-)	-Bong nước trong đế vỡ, trợt, vảy da mỏng rìa thương tổn cuộn như thuốc lá. -Quanh miệng, tai, trán, mắt, sinh dục, các nếp gấp kẽ -Nikolsky (+) -Tổn thương niêm mạc sinh dục	-Ban đỏ lan tỏa toàn thân Nhiều mụn mủ dập vỡ, vảy tiết -Quanh các hốc tự nhiên và các kẽ. -Nikolsky (+) -Tổn thương niêm mạc (-)	-Bong nước nông, to nhỏ trên nền da đỏ rải rác toàn thân, bong vảy da kiểu cuốn thuốc lá -Quanh miệng, mũi toàn thân, -Nikolsky (+) -Tổn thương niêm mạc: loét sinh dục
CTM NT Cấy máu Cấy dịch KSD	BC20.700(N40,8%) Albumine vết (-) (ngoaý hợng) Staphylococcus aureus Amoxylilin+ClavulaOxacillin	BC8.200(N75,4%) bình thường (-) (ngoaý hợng) Staphylococcus aureus Ceftriaxon, Oxacillin	BC10.300(N38,8% bình thường (-) (dịch quanh miệng) Liên cầu dung huyết alpha Vancomycin, Ceftriaxon	BC15.400(N 72,4 %) BC 125 (-) (mủ) Staphylococcus aureus Oxacillin,
Điều trị	Thuốc tím 1/10.000 Natriclorid 0,9% Milian, Fudikin Oxalipen (Oxacillin) 1g/ngày Phenergan	Thuốc tím 1/10.000 Natriclorid 0,9% Milian, Bactroban Tafurex (Cefuroxim) 1g/ngày Phenergan	Thuốc tím 1/10.000 Natriclorid 0,9% Milian, Bactroban Oxalipen (Oxacillin) 1g/ ngày	Thuốc tím 1/10.000 Natriclorid 0,9% Milian, Bovidat Bestum 1,5g/ngày Gen tobra 40 mg/ ngày Kháng Histamin,
T.g Đ.trị Kết quả	7 ngày Khỏi 99%	7 ngày Đỡ 80%	6 ngày Khỏi 98%	7 ngày Đỡ 90%

BÀN LUẬN

- Tuổi bệnh nhân trong nhóm báo cáo < 5 tuổi. Theo Fitzpatrick TB, bệnh SSSS thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi, nhiều hơn ở trẻ < 3 tháng, đặc biệt nặng đối với trẻ sơ sinh, ngoài ra cũng gặp ở những lứa tuổi lớn hơn, nhưng rất hiếm gặp ở người lớn [1].

- Thời gian phát bệnh đến khi nhập viện của các trường hợp đều dưới 1 tuần (sớm nhất là 2 ngày, muộn nhất 5 ngày). Như vậy bệnh mang tính chất cấp tính [1].

- Tiền sử bệnh nhi khỏe mạnh, đẻ đủ tháng, không có tiền sử bệnh tật

- Lý do vào viện của tất cả bệnh nhi là gia đình phát hiện những thay đổi trên da, chủ yếu là đỏ da, bong nước, mụn mủ và trợt da kèm theo sốt, quấy khóc ở những trẻ đang thời kì bú mẹ (< 2 tuổi), những bệnh nhi này chưa có khả năng nói lên các cảm giác chủ quan (TH1 & TH 3), những trẻ lớn hơn thì có biểu hiện mệt mỏi và cho biết cảm giác đau rát trên da (TH2 & TH4). Bệnh hầu như không làm ảnh hưởng đến tinh thần hay tri giác của trẻ.

- Thương tổn trên da: theo Fitzpatrick TB, Habib T, SSSS được chia làm 2 thể [1] [2]

+ Thể khu trú: Bong nước nhỏ, trong chứa dịch đục mủ, tập trung thành đám, các bong nước vỡ để lại nền da đỏ ẩm, đôi khi là những thương tổn trợt nông đóng vảy. Thương tổn thường tập trung ở những nếp gấp, kẽ

+ Thể lan rộng: Ban đỏ dạng tinh hồng nhiệt khu trú hoặc lan tỏa, ban đầu mịn sau đó trở nên thô sần và xuất hiện những mảng da ráp sờ như giấy nhám "Sand paper".

Sau 24- 48 giờ, các da đỏ rết lan rộng nhanh, trên bề mặt xuất hiện bong nước mềm, nông, dễ trợt. Các bong nước có thể liên kết với nhau thành mảng rộng, hình thành nếp nhăn, trợt, bong vảy da mỏng quần mép như giấy cuốn thuốc lá, để lại nền da đỏ ẩm. Dấu hiệu Nikolsky ở các trường hợp SSSS lan tỏa hầu hết (+). Vị trí: Giai đoạn đầu thương tổn ở mặt cổ, các nếp gấp như nách, háng, sau lan ra toàn thân.

Trong 4 trường hợp báo cáo, TH2 thương tổn cơ bản là bong nước, phỏng nước chứa dịch trong, dễ vỡ, khu trú ở cổ, mặt, nách, và sinh dục, bệnh nhân này được chẩn đoán là SSSS thể khu trú, 3 bệnh nhân còn lại, với những thương tổn ban đỏ, dát đỏ lan tỏa toàn thân, bong nước, mụn nước, mụn mủ nông dễ dập vỡ, hình thành vảy tiết màu vàng mật ong, bong vảy da mỏng quần mép kiểu cuốn thuốc lá, Nikolsky (+), do vậy các trường hợp này được xếp vào SSSS thể lan rộng.

Hầu hết các tác giả đều thấy SSSS rất ít gặp thương tổn niêm mạc, chúng tôi cho rằng vùng niêm mạc thường bị thương tổn bao gồm: niêm mạc miệng, kết mạc mắt, mũi, ống tai ... Tuy nhiên trong 4 TH chỉ có 2 TH xuất hiện thương tổn tại vùng sinh dục trong đó TH2 là bệnh nhân SSSS thể khu trú, có lẽ thương tổn bong nước xuất hiện ở vùng sinh dục một cách ngẫu nhiên như ở cổ, mặt, nách.

- Cận lâm sàng: 3/4 TH báo cáo có bạch cầu tăng hơn giới hạn bình thường [5], điều đó gián tiếp nói lên tình trạng nhiễm khuẩn ở đầu đó của bệnh nhi.

Cấy dịch ở các hốc tự nhiên hoặc các kẽ hầu hết phát hiện có *Staphylococcus aureus*, riêng TH3 là liên cầu dung huyết alpha (có lẽ thương tổn mụn mủ đã bị

bộ nhiễm). TH2 khởi đầu có biểu hiện ngứa vùng ngực sau xước da do gãi; TH4 triệu chứng đầu tiên là chảy nước mũi, phải chăng đó cũng là những ổ nhiễm khuẩn ban đầu. Như vậy nguyên nhân chính gây SSSS là tụ cầu vàng [2], nhưng với điều kiện hiện tại chúng tôi chưa có khả năng phân lập nhóm và định típ tụ cầu.

Cấy máu ở tất cả bệnh nhân báo cáo đều âm tính. Theo y văn, tụ cầu vàng gây SSSS thông qua ngoại độc tố [1], theo đường máu đến gây bệnh tại da chứ không phải là nhiễm khuẩn huyết vì thế cấy máu âm tính là hoàn toàn phù hợp.

Sinh thiết giúp chẩn đoán xác định được nhiều tác giả đề cập đến [1][3], tuy nhiên theo chúng tôi không nhất thiết mà chẩn đoán SSSS chủ yếu chỉ dựa vào lâm sàng. Mặt khác, dấu hiệu Nikolsky (+) đã chỉ rõ hiện tượng ly gai tại thượng bì.

- Điều trị: Tất cả bệnh nhi được tắm nước thuốc tím 1/10.000, vệ sinh các hốc tự nhiên bằng nước muối sinh lý, chỉ có TH4 do thương tổn trợt da trên diện rộng nên trẻ phải nằm giường bột Talc.

Thuốc bôi tại chỗ theo nguyên tắc: dung dịch màu bôi vùng trợt, ẩm ướt. Thuốc mỡ hoặc cream kháng sinh bôi vùng da khô, đỏ, vảy

Thuốc toàn thân, dựa theo KSD hoặc kháng sinh nhạy cảm với tụ cầu vàng.

Nếu thương tổn nhẹ, khu trú, việc chăm sóc tại nhà tin cậy được thì có thể cho trẻ điều trị tại nhà và dùng kháng sinh đường uống

Nếu thương tổn trên diện rộng, điều trị tại nhà không đủ tin cậy, lâm sàng không cải thiện hoặc cải thiện không rõ, cần cho trẻ nhập viện.

Trường hợp nặng cần bồi phụ nước và điện giải

Thời gian điều trị tại bệnh viện của các trường hợp báo cáo trung bình 7 ngày, kết quả đỡ và khỏi bệnh từ 80- 99%, không để lại sẹo trên da.

Phác đồ điều trị, tiến triển và kết quả trên phù hợp với phác đồ của Fitzpatrick TB [1]

KẾT LUẬN

Hội chứng bong vảy da do tụ cầu là bệnh nhiễm trùng da cấp tính gây nên do ngoại độc tố của tụ cầu vàng. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng, nuôi cấy dịch ở ổ nhiễm khuẩn có tụ cầu vàng gây bệnh. Nếu chẩn đoán và điều trị kịp thời bệnh tiến triển 5- 7 ngày, thương tổn khô, bong hết vảy da và khỏi không để lại sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fitzpatrick TB. (2009), "Staphylococcal Scalded Skin Syndrome", Color atlas and synopsis of clinical dermatology, pp 626 -628
2. Habib T. (1990), "Staphylococcal Scalded Skin Syndrome", Clinical Dermatology, pp 204- 205
3. Ladhani S. (2001), "Recent developments in Staphylococcal Scalded Skin Syndrome", Clinical microbiology and infection, pp 301- 307
4. Melish ME, Glasgow LA. (1970), "The Staphylococcal Scalded Skin Syndrome", development of an experimental model, pp 1114-1119.
5. Randall WK. (2005), "Staphylococcal Scalded Skin Syndrome", eMedicine.com, December 1
6. Von Rittershain GR. (1878), "Die exfoliative dermatitis jungener senglunge", pp 3-23