

# Генерализованная буллезная фиксированная лекарственная эритема после применения хлордиазепоксида: клинический случай потенциально летального нежелательного явления

Generalized bullous fixed drug eruption induced by chlordiazepoxide: a case report of a potentially lethal adverse effect

doi: 10.17816/CP15563

Клинический случай

Rishabh Singh<sup>1</sup>, Vaibhav Kumar Sudhanshu<sup>1</sup>,  
Mariam Shafiq<sup>1</sup>, Markanday Sharma<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Command Hospital (Eastern Command), Kolkata, India

<sup>2</sup> Military Hospital, Jhansi, Uttar Pradesh, India

Ришабх Сингх<sup>1</sup>, Вайбхав Кумар Судханшу<sup>1</sup>,  
Мариам Шафик<sup>1</sup>, Маркандай Шарма<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Командный госпиталь (Восточное командование),

Калькутта, Индия

<sup>2</sup> Военный госпиталь, Джханси, Уттар-Прадеш, Индия

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Fixed drug eruption is a type of adverse drug reaction affecting the skin, marked by recurrent rashes that appear at the same site each time a particular drug is taken. Generalized bullous fixed drug eruption (GBFDE) is a severe form of FDE characterized by vesicles or bullae and involvement of a significant portion of the body surface area. To date, no association between GBFDE and chlordiazepoxide has been reported in the literature.

**CASE REPORT:** The authors present the case of a 40-year-old male inpatient in the psychiatry department of a tertiary care hospital in Assam, India. The patient was admitted in an alcohol withdrawal state and was initially prescribed chlordiazepoxide at a dose of 60 mg/day. He developed GBFDE within a day of chlordiazepoxide administration. The drug was discontinued, and he was treated with oral and topical corticosteroids instead, resulting in a significant improvement.

**CONCLUSION:** Chlordiazepoxide is a rare but potential trigger of GBFDE. Clinicians should closely monitor patients on chlordiazepoxide for possible signs of GBFDE.

## АННОТАЦИЯ

**ВВЕДЕНИЕ:** Фиксированная лекарственная эритема — это тип нежелательной лекарственной реакции, поражающей кожу и характеризующейся рецидивирующей сыпью, возникающей на одном и том же участке кожи при каждом применении определенного препарата. В случаях, когда фиксированная лекарственная эритема сопровождается везикулами или буллами и затрагивает значительную часть поверхности тела, она классифицируется как генерализованная буллезная фиксированная лекарственная эритема (ГБФЛЭ). На сегодняшний день в научной литературе отсутствуют сведения о связи между ГБФЛЭ и хлордиазепоксидом.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ:** Пациент, мужчина 40 лет, госпитализирован в психиатрическое отделение высокоспециализированной больницы в Ассаме, Индия. Пациент поступил в состоянии алкогольной абстиненции, для лечения которой ему назначили хлордиазепоксид в таблетированной форме в дозе 60 мг/сут.

В течение суток после начала приема хлордiazепоксидa у пациента развилась ГБФЛЭ. Препарат отменили, а пациенту прописали пероральные и местные кортикостероиды, которые улучшили его самочувствие.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** Хлордiazепоксид является редким, но возможным триггером ГБФЛЭ. Важно сохранять высокий уровень клинической настороженности в отношении ГБФЛЭ у пациентов, принимающих хлордiazепоксид.

**Keywords:** *generalized bullous fixed drug eruption; chlordiazepoxide; alcohol withdrawal; benzodiazepines; adverse effect; case report*

**Ключевые слова:** *генерализованная буллезная фиксированная лекарственная эритема; хлордiazепоксид; алкогольная абстиненция; бензодiazепины; нежелательное явление; клинический случай*

## ВВЕДЕНИЕ

Фиксированная лекарственная эритема (ФЛЭ) представляет собой «характерное кожное лекарственное поражение, которое проявляется четко отграниченными темно-красными или сильно пигментированными пятнами на коже и слизистых оболочках. При повторных эпизодах у пациентов, как правило, высыпания появляются на тех же участках кожи» [1]. Такие высыпания обычно разрешаются с сохранением остаточной гиперпигментации [1]. ФЛЭ может быть одиночной, рассеянной или генерализованной [2]. При генерализованном состоянии иногда наблюдается образование булл или эрозий на нескольких участках, что называется генерализованной буллезной фиксированной лекарственной эритемой (ГБФЛЭ) [2]. ГБФЛЭ является самой тяжелой формой ФЛЭ и может быть ошибочно диагностирована как эпидермальный некролиз [3]. Уровень летальности при ГБФЛЭ высокий и составляет 22% [4]. Для постановки диагноза «генерализованная буллезная фиксированная лекарственная эритема» необходимо, чтобы поражено было не менее 10% площади поверхности тела и затронуты как минимум 3 из 6 различных анатомических областей (верхние конечности, нижние конечности, гениталии, голова и шея, передняя поверхность туловища, спина) [5].

По нашим сведениям, ГБФЛЭ, вызванная хлордiazепоксидом, ранее не описывалась в научной литературе. Мы представляем описание клинического случая ГБФЛЭ, развившейся после применения хлордiazепоксидa у 40-летнего мужчины.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

### Информация о пациенте

#### Общая информация

Мужчина 40 лет, женат, проживает в штате Карнатака (Индия), окончил 12 классов школы, работает на

государственной службе, имеет средний социально-экономический статус, употребляет алкоголь на протяжении последних 15 лет, из них последние 10 лет — с признаками зависимости. Был добровольно госпитализирован в психиатрическое отделение 8 июля 2024 г. с целью прекращения употребления алкоголя.

Анамнез не отягощен аллергическими реакциями на лекарственные препараты, соматическими заболеваниями, хирургическими патологиями, психическими расстройствами.

### Медицинский, семейный и психосоциальный анамнез

Пациент рожден не в близкородственном браке. Отец — фермер, регулярно употреблял алкоголь и табак (однако наличие зависимости установить не удалось вследствие недостатка подробной информации). Отец скончался в возрасте 59 лет в 2019 г. в результате дорожно-транспортного происшествия. Семейный анамнез не отягощен значимыми соматическими заболеваниями, в том числе требующими хирургического лечения. Также нет сведений о наличии у родственников аллергии на лекарственные препараты.

### Клинические данные

Подробный сбор анамнеза выявил признаки алкогольной зависимости, такие как толерантность, патологическое влечение, сверхценное отношение к алкоголю и дискомфорт при резком прекращении его употребления. При обследовании на момент госпитализации выявлен синдром отмены алкоголя умеренной тяжести.

### Диагностическая оценка

#### Диагностические тесты

Для скрининга и оценки тяжести алкогольной зависимости использовались следующие шкалы:

1. «Тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя» (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) [6] — оценка 22 балла, полученная пациентом, указывает на наличие алкогольной зависимости.
2. «Опросник тяжести алкогольной зависимости» (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire, SADQ-C) [7] — оценка 34 балла, полученная пациентом, указывает на наличие тяжелой алкогольной зависимости.
3. «Шкала оценки состояния отмены алкоголя» (пересмотренная версия) (Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol scale, CIWA-Ar) [8] — оценка 12 баллов, полученная пациентом, указывает на наличие синдрома отмены алкоголя средней тяжести.

Значимые показатели гематологических и биохимических исследований, включая общий анализ крови, показатели функции печени, почек и щитовидной железы, уровень глюкозы в крови и липидный профиль, находились в пределах нормы (стоит отметить, что нарушения функции печени обычно наблюдаются у пациентов с длительной алкогольной зависимостью, хотя могут быть исключения, особенно у более молодых людей с адекватным питанием и отсутствием значимых сопутствующих заболеваний).

### Диагноз

Пациенту установлены диагнозы:

1. «Синдром зависимости от алкоголя» (F10.2 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра — МКБ-10).
2. «Синдром отмены алкоголя, неосложненный» (F10.3 по МКБ-10).

### Терапевтическое вмешательство

#### Медикаментозное лечение

Изначально для лечения синдрома отмены алкоголя пациенту был назначен хлордиазепоксид 60 мг/сут в таблетированной форме. В течение 24 часов после приема хлордиазепоксида у пациента возникли множественные везикулы на фоне гиперпигментированных эритематозных мишенеподобных пятен, расположенные на обеих верхних конечностях, передней и задней поверхности туловища, а также на задней поверхности шеи (рис. 1). Системные симптомы не отмечались. Не наблюдалось вовлечения слизистых

оболочек. Результаты повторных гематологических и биохимических исследований, включая общий анализ крови, показатели функции печени, почек и щитовидной железы, уровень глюкозы в крови и липидный профиль, находились в пределах нормы.

### Сопутствующий диагноз

Пациент был осмотрен дерматологом, установлен диагноз «генерализованная буллезная фиксированная лекарственная эритема, вызванная применением хлордиазепоксида». В соответствии с МКБ-11 диагноз был сформулирован как «другие уточненные неблагоприятные кожные реакции на медикаментозное лечение» (EH7Y). Согласно «Шкале вероятности нежелательных реакций лекарственных средств» (Adverse Drug Reaction Probability Scale, ADR Probability Scale), оценка для хлордиазепоксида составила 7 (вероятная нежелательная лекарственная реакция (НЛР) [9]).

### Последующее наблюдение и исход

Таблетки хлордиазепоксида были немедленно отменены. Пациенту были назначены преднизолон перорально (50 мг/сут) и крем с клобетазолом местно (0,05% м/м) на 7 дней. Высыпания постепенно, в течение одной недели, исчезли с сохранением темно-серых гиперпигментированных очагов. Пациенту было рекомендовано пожизненно избегать применения хлордиазепоксида. Синдром отмены алкоголя был купирован диазепамом перорально, без рецидива дерматологических симптомов. В дальнейшем проводилось лечение синдрома алкогольной зависимости с помощью психосоциальных вмешательств и налтрексона (50 мг/сут) в форме таблеток без возникновения НЛР.

### Прогноз

Прогноз пациента был оценен как благоприятный. После немедленной отмены хлордиазепоксида и начала лечения преднизолоном перорально и клобетазолом местно кожные поражения полностью исчезли в течение недели с сохранением остаточной гиперпигментации. Рецидива ГБФЛЭ в дальнейшем не отмечалось, и пациент успешно завершил лечение по поводу синдрома зависимости от алкоголя. Отсутствие системных осложнений подчеркивает важность своевременного вмешательства в подобных случаях. Пациент ежемесячно проходил осмотр



**Рисунок 1.** Разрешение генерализованной буллезной фиксированной лекарственной эритемы, охватывающей несколько участков тела, после введения хлордiazепоксидa.

Источник: Сингх и соавт., 2025.

в амбулаторных условиях в рамках лечения синдрома алкогольной зависимости и продолжал воздерживаться от употребления алкоголя в течение следующих 3 месяцев.

### Хронология событий

Последовательность значимых событий, происходивших с пациентом, госпитализированным для лечения синдрома отмены алкоголя, представлена в табл. 1.

## ОБСУЖДЕНИЕ

### Резюме клинического случая

В данной работе описан клинический случай 40-летнего мужчины с историей синдрома зависимости от алкоголя, госпитализированного для лечения синдрома отмены алкоголя, у которого развилась ГБФЛЭ после применения хлордiazепоксидa. Исходно состояние проявлялось преходящими везикулами поверх гиперпигментированных эритематозных мишеневидных

пятен, исчезнувшими в течение суток после отмены хлордiazепоксидa, с сохранением на их месте гиперпигментированных пятен. Диагноз был основан на клинических критериях и подтвержден оценкой 7 баллов по «Шкале вероятности нежелательных реакций лекарственных средств», что указывает на вероятную НЛР. Лечение преднизолоном перорально и клобетазолом местно оказалось успешным, и высыпания полностью исчезли в течение недели. Этот случай подчеркивает необходимость сохранения настороженности в отношении выявления редких нежелательных реакций на широко используемые препараты.

### Обсуждение клинического случая

ФЛЭ представляет собой гиперчувствительность IV (замедленного) типа, возникающую в результате воздействия провоцирующего агента. ГБФЛЭ является редким и тяжелым вариантом ФЛЭ и характеризуется образованием булл или эрозий с поражением как минимум



Таблица 1. Хронология развития заболевания у пациента

| Дата                    | Основные события                                                                                                                                                                                                  | Состояние                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8 июля 2024 г.          | Пациент добровольно госпитализирован в психиатрическое отделение с целью прекращения употребления алкоголя                                                                                                        | Диагностированы синдром зависимости от алкоголя и синдром отмены алкоголя. Начало лечения хлордiazепоксидом 60 мг/сут                                                                                                                          |
| 9 июля 2024 г.          | Возникновение множественных везикул на фоне гиперпигментированных эритематозных мишенеподобных пятен, расположенных на обеих верхних конечностях, передней и задней поверхности туловища и задней поверхности шеи | Диагностирована генерализованная буллезная фиксированная лекарственная эритема, вызванная применением хлордiazепоксида. Таблетки хлордiazепоксида немедленно отменены                                                                          |
| 16 июля 2024 г.         | —                                                                                                                                                                                                                 | Высыпания постепенно, в течение одной недели, исчезли, с сохранением темно-серых гиперпигментированных очагов                                                                                                                                  |
| Июль — сентябрь 2024 г. | —                                                                                                                                                                                                                 | Лечение синдрома зависимости от алкоголя с помощью психосоциальных вмешательств и налтрексона (50 мг/сут). Ежемесячный осмотр в амбулаторных условиях, пациент продолжал воздерживаться от употребления алкоголя в течение следующих 3 месяцев |

10% площади поверхности тела [10]. Развитие ФЛЭ связывают с различными препаратами, в том числе с противоинфекционными средствами ( $\beta$ -лактамы, антибиотики, тинидазол, ацикловир), анальгетиками (парацетамол, мефенамовая кислота, метамизол натрия), нестероидными противовоспалительными препаратами, противоэпилептическими средствами (карбамазепин), психоактивными веществами (барбитураты, кодеин), а также другими веществами (аллопуринол, контрастные вещества, омепразол, лоратадин) [3]. Бензодиазепины, например хлордiazепоксид, лоразепам и лорметазепам, также в редких случаях связаны с развитием ФЛЭ [11, 12]. В частности, хлордiazепоксид вызывает различные нежелательные кожные реакции, включая крапивницу, ФЛЭ, кореподобную эритему, системную красную волчанку, лекарственно-индуцированную фоточувствительность, пурпуру и синдром Стивенса–Джонсона [13, 14]. В работе Blair 1974 г. описан клинический случай возникновения у 48-летней женщины, принимавшей хлордiazепоксид (40 мг/сут), эритематозного макулопапулезного очага диаметром 2,5 см на левой стороне шеи [15]. Хлордiazепоксид был отменен, и пациентке назначили кортикостероиды местно и антигистаминные препараты перорально, что привело к улучшению состояния. При повторном назначении хлордiazепоксида очаг снова стал эритематозным и уплотненным, а после отмены препарата вновь отмечалось улучшение. Тем не менее автор квалифицировал это состояние как ФЛЭ, а не ГБФЛЭ [15].

Клиническое определение провоцирующего ФЛЭ препарата, особенно у пациентов, получающих полифармакотерапию, требует проведения провокационного теста, при котором вводится предполагаемый провоцирующий препарат, начиная с дозы ниже обычной. Однако данный тест может спровоцировать обострение ГБФЛЭ, в связи с чем он противопоказан у пациентов, перенесших генерализованные формы ФЛЭ [16]. Положительный результат кожного теста на ранее пораженном участке относительно безопасен [16]. В описываемом случае оценка хлордiazепоксида по «Шкале вероятности нежелательных реакций лекарственных средств» составила 7 (вероятная НЛР) [9]. Впрочем, этот показатель является искусственно заниженным, поскольку повторное назначение предполагаемого провоцирующего препарата противопоказано у пациентов с ГБФЛЭ [16, 17]. Кроме того, вследствие высокой летальности данной НЛР [4] была необходима немедленная отмена хлордiazепоксида, и наблюдение за изменениями НЛР (в зависимости от увеличения или уменьшения дозы препарата) не представлялось возможным. Повторное назначение предполагаемого провоцирующего препарата при НЛР с высоким показателем летальности также ограничено этическими соображениями [16, 17].

ГБФЛЭ является клиническим диагнозом и обычно не требует биопсии [18]. В качестве дифференциального диагноза рассматривались эпидермальный некролиз и синдром Стивенса–Джонсона. В пользу

ГБФЛЭ свидетельствовали такие признаки, как быстрое возникновение симптомов (в течение 24 часов), наличие четко очерченных гиперпигментированных пятен с неизменной окружающей кожей, характерное отсутствие общих симптомов и отсутствие поражения слизистых оболочек. Однако против диагноза говорили отсутствие в анамнезе использования хлордiazепоксидов и возникновения подобных реакций [17, 19].

С учетом редкости ГБФЛЭ, вызванной хлордiazепоксидом, отсутствия ранее описанных случаев и преобладания в качестве провоцирующих агентов антибиотиков и нестероидных противовоспалительных препаратов, важно рассмотреть вероятные механизмы, лежащие в основе этой нежелательной реакции. Одно из возможных объяснений заключается в том, что хлордiazепоксид действует как гаптен, формируя комплекс с белками кожи, что впоследствии вызывает гиперчувствительность IV (замедленного) типа. Другая гипотеза предполагает роль генетической предрасположенности, которая может способствовать большей восприимчивости некоторых людей к иммуноопосредованным реакциям, обусловленным бензодiazепинами. Для понимания механизмов ГБФЛЭ, вызванной хлордiazепоксидом, и выявления пациентов с повышенным риском развития таких НЛР необходимы дальнейшие исследования, в том числе фармакогеномные.

Основой лечения ФЛЭ/ГБФЛЭ является выявление и отмена провоцирующего препарата. В большинстве случаев дальнейшее лечение не требуется [2]. Ранее с успехом применялись местные и пероральные кортикостероиды (например, преднизолон) и циклоспорин [2]. Отмечается нехватка клинических исследований, сравнивающих эффективность только поддерживающей терапии по сравнению с активным лечением такими препаратами, как стероиды перорально или местно и циклоспорин, в контроле течения ГБФЛЭ. Остается неясным, ускоряют ли эти методы терапии разрешение симптомов и снижают ли смертность по сравнению с простой отменой вызывающего препарата [2].

### **Сильные стороны и ограничения**

Данное описание клинического случая обладает несколькими сильными сторонами. Оно содержит описание редкой НЛР — ГБФЛЭ, вызванной

хлордiazепоксидом, который является широко используемым бензодiazепином. В работе подчеркивается важность раннего распознавания состояния, своевременной отмены препарата и эффективного лечения для достижения благоприятного исхода. Кроме того, работа предоставляет ценные сведения о возможных кожных нежелательных эффектах бензодiazепинов, расширяя область клинической осведомленности.

Тем не менее данное описание клинического случая обладает некоторыми ограничениями. Во-первых, преходящий характер везикул привел к их исчезновению до того, как удалось провести фотодокументацию, что снизило иллюстративную ценность случая. Хотя отсутствие булл на предоставленных изображениях может вызывать вопросы в отношении диагноза, общая клиническая картина, реакция на отмену препарата и характерный рисунок остаточной гиперпигментации подтверждают диагноз. Во-вторых, невозможность проведения пробы с повторным назначением препарата вследствие этических проблем ограничивает возможность окончательного подтверждения хлордiazепоксидов как причинного агента. Наконец, отсутствие гистопатологического исследования или иммунологических анализов высыпаний также снижает научную значимость случая.

Несмотря на эти ограничения, данный случай вносит вклад в существующий массив знаний, описывая новую причинно-следственную связь, и подчеркивает необходимость бдительности при назначении хлордiazепоксидов.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В данном описании клинического случая подчеркивается возможная роль хлордiazепоксидов как редкого, но вероятного провоцирующего фактора для развития ГБФЛЭ. Насколько нам известно, ранее подобные случаи не описывались в литературе. Врачам рекомендуется сохранять высокий уровень клинической настороженности в отношении пациентов, получающих лечение хлордiazепоксидом, с учетом редкости ГБФЛЭ и потенциально летального исхода. Это особенно актуально в случае пациентов, получающих сравнительно высокие дозы хлордiazепоксидов (например, при синдроме отмены алкоголя). Кроме того, рекомендуется использование преднизолона

перорально и клобетазола местно для лечения ГБФЛЭ, вызванной хлордiazепоксидом.

**Информированное согласие:** Информированное согласие было получено от пациента 30 июля 2024 г., до публикации данной статьи. Участие пациента является добровольным, и были приняты все меры для обеспечения его конфиденциальности и анонимности.

### История публикации

**Рукопись поступила:** 09.08.2024

**Рукопись принята:** 14.01.2025

**Опубликована онлайн:** 07.03.2025

**Вклад авторов:** Ришабх Сингх (Rishabh Singh) — авторский надзор, концептуализация, редактирование и доработка текста статьи. Вайбхав К. Судханшу (Vaibhav K. Sudhanshu) и Мариам Шафик (Mariam Shafiq) — написание исходного текста статьи. Маркандай Шарма (Markanday Sharma) — сбор материалов для описания клинического случая, редактирование и доработка текста статьи.

**Финансирование:** Исследование проведено без спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов:** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### Цитировать:

Сингх Р., Судханшу В.К., Шафик М., Шарма М. Генерализованная буллезная фиксированная лекарственная эритема после применения хлордiazепоксиды: клинический случай потенциально летального нежелательного явления // *Consortium PSYCHIATRICUM*. 2025. Т. 6, № 1. CP15563. doi: 10.17816/CP15563

### Сведения об авторах

**\*Rishabh Singh**, MD, Psychiatrist, Department of Psychiatry, Command Hospital (Eastern Command); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9140-6457>  
E-mail: ringh620@gmail.com

**Vaibhav Kumar Sudhanshu**, Resident Psychiatry, Department of Psychiatry, Command Hospital (Eastern Command)

**Mariam Shafiq**, Resident Psychiatry, Department of Psychiatry, Command Hospital (Eastern Command)

**Markanday Sharma**, Department of Psychiatry, Military Hospital; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5697-5091>

\*автор, ответственный за переписку

### Список литературы

1. Sehgal VN, Srivastava G. Fixed drug eruption (FDE): changing scenario of incriminating drugs. *Int J Dermatol*. 2006;45(8):897–908. doi: 10.1111/j.1365-4632.2006.02853.x
2. Anderson HJ, Lee JB. A review of fixed drug eruption with a special focus on generalized bullous fixed drug eruption. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(9):925. doi: 10.3390/medicina57090925
3. Paulmann M, Reinkemeier F, Lehnhardt M, Mockenhaupt M. Case report: Generalized bullous fixed drug eruption mimicking epidermal necrolysis. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1125754. doi: 10.3389/fmed.2023.1125754
4. Lipowicz S, Sekula P, Ingen-Housz-Oro S, et al. Prognosis of generalized bullous fixed drug eruption: comparison with Stevens–Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *Br J Dermatol*. 2013;168(4):726–732. doi: 10.1111/bjd.12133
5. Cho YT, Lin JW, Chen YC, et al. Generalized bullous fixed drug eruption is distinct from Stevens–Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis by immunohistopathological features. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70(3):539–548. doi: 10.1016/j.jaad.2013.11.015
6. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. *Addiction*. 1993;88(6):791–804. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
7. Stockwell T, Murphy D, Hodgson R. The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *Br J Addict*. 1983;78(2):145–155. doi: 10.1111/j.1360-0443.1983.tb05502.x
8. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA–Ar). *Br J Addict*. 1989;84(11):1353–1357. doi: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737.x
9. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther*. 1981;30(2):239–245. doi: 10.1038/clpt.1981.154
10. Mitre V, Applebaum DS, Albahrani Y, Hsu S. Generalized bullous fixed drug eruption imitating toxic epidermal necrolysis: a case report and literature review. *Dermatol Online J*. 2017;23(7):6. doi: 10.5070/D3237035734
11. Agullo-Garcia A, Garces Sotillos M, Colás Sanz C. Fixed Drug Eruption Due to Lorazepam. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2018;28(3):185–186. doi: 10.18176/jiaci.0225
12. Pretzlaff KM, Pandya AG, Dominguez AR. Fixed drug eruptions. In: Hall JC, Hall BH, editors. *Cutaneous Drug Eruptions: Diagnosis, Histopathology and Therapy*. London: Springer; 2015. p. 181–192.
13. Alkhuzaim OM. Lichenoid Drug Eruption Induced by Chlordiazepoxide. *J Dermatol Dermatol Surg*. 2022;26(3):S29–S31. doi: 10.4103/jdds.jdds\_35\_20
14. Jawaro T, Kumar A, Pistun O, Dixit D. Stevens–Johnson syndrome associated with Chlordiazepoxide. *J Pharm Technol*. 2018;34(2):82–85. doi: 10.1177/8755122517753595
15. Blair HM. Letter: Fixed drug eruption from chlordiazepoxide. *Arch Dermatol*. 1974;109(6):914. PMID: 4275331

16. Zaouak A, Salem FB, Jannet SB, et al. Bullous fixed drug eruption: A potential diagnostic pitfall: a study of 18 cases. *Therapie*. 2019;74(5):527–530. doi: 10.1016/j.therap.2019.01.009
  17. Nagakeerthana S, Rangaraj M, Karthikeyan K. One Drug-Two Similar Reactions. Report of cases of Ciprofloxacin induced Stevens–Johnson Syndrome and Bullous fixed drug eruption. *J Young Pharm*. 2016;8(2):161–163. doi: 10.5530/jyp.2016.2.22
  18. Chang AY. Fixed Drug Eruption. In: Rosenbach M, Wanat KA, Micheletti RG, et al., editors. *Inpatient Dermatology*. London: Springer; 2018. p. 41–43.
  19. Patel S, John AM, Handler MZ, et al. Fixed drug eruptions: an update, emphasizing the potentially lethal generalized bullous fixed drug eruption. *Am J Clin Dermatol*. 2020;21(3):393–399. doi: 10.1007/s40257-020-00505-3
-