

VẢY NÉN (PSORIASIS)

1. ĐẠI CƯƠNG

Vảy nến là bệnh da viêm mạn tính, chiếm khoảng 2 – 3% dân số chung. Bệnh do nhiều gen chi phối qua trung gian miễn dịch. Một số yếu tố từ môi trường như chấn thương, nhiễm trùng hay thuốc... có thể làm bệnh khởi phát trên một cơ địa di truyền.

Hiện nay vảy nến được xem như một bệnh viêm hệ thống, tác động xấu đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân và hiện vẫn chưa có phương pháp điều trị thực sự hiệu quả.

2. NGUYÊN SINH BỆNH HỌC

2.1. Vai trò của di truyền: có ít nhất 9 vùng gen liên quan với vảy nến (*PSORS1-9*) trên các vị trí nhiễm sắc thể khác nhau. Vùng gen quan trọng nhất là *PSORS1* (trên nhiễm sắc thể 6p), chiếm đến 50% nguy cơ mắc vảy nến.

2.2. Vai trò của miễn dịch

- Tế bào lympho T, tế bào gai, tế bào sừng (keratinocyte).
- Các cytokine và chemokine.

2.3. Vai trò của yếu tố môi trường

- Thuốc: lithium, chẹn beta (beta-blockers), kháng sốt rét, kháng viêm không steroid (NSAIDs), tetracycline, glucocorticoids toàn thân.
- Nhiễm trùng: nhiễm liên cầu ở amidan, nhiễm trùng da và/hoặc tiêu hóa do *Staphylococcus aureus*, *Malassezia* và *Candida albicans*. Một số trường hợp nhiễm HIV cũng có thể làm tình trạng vảy nến nặng hơn.
- Chấn thương da, bỏng nắng (hiện tượng Koebner).
- Stress.
- Rối loạn nội tiết, chuyển hóa, nghiện rượu...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Thương tổn da đặc trưng

- Màng hồng ban không thấm nhuận, giới hạn rõ, bề mặt có vảy trắng. Kích thước thương

tồn có thể thay đổi từ những sản bằng đầu kim cho đến những mảng bao phủ phần lớn cơ thể. Bên dưới vảy là lớp hồng ban láng đồng nhất và sẽ xuất hiện những chấm xuất huyết khi lấy lớp vảy đi, gây tổn thương mao mạch bên dưới (dấu hiệu Auspitz).

- Vảy nên có khuynh hướng đối xứng và đây là đặc điểm có ích cho chẩn đoán xác định. Tuy nhiên thương tổn 1 bên cũng có thể xảy ra.
- Hiện tượng Koebner (+).

3.2. Các dạng lâm sàng vảy nến

- *Vảy nến thông thường* (vảy nến mạn tính ổn định, vảy nến thể mảng): thương tổn da đặc trưng như mô tả ở trên.
- *Vảy nến giọt*: là những sản nhỏ (đường kính 0,5 – 1,5 cm) ở thân trên và gốc chi, thường gặp ở bệnh nhân trẻ. Dạng vảy nến này có mối liên quan mạnh với HLA-CW6, và nhiễm liên cầu vùng hầu họng thường có trước hoặc đi kèm với khởi phát hay bùng phát vảy nến giọt.
- *Vảy nến mảng nhỏ*: lâm sàng giống vảy nến giọt, nhưng khởi phát ở những bệnh nhân lớn tuổi hơn, diễn tiến mạn tính, và có thể kèm những thương tổn lớn hơn (1 – 2 cm), dày và tróc vảy nhiều hơn vảy nến giọt.
- *Vảy nến đảo ngược* (vảy nến nếp gấp, vảy nến kẽ): thương tổn ở những nếp gấp chính của cơ thể như nách, vùng sinh dục-bẹn và cổ. Thương tổn là hồng ban giới hạn rõ, láng, tróc vảy ít hoặc không có, thường nằm ở vùng da tiếp xúc với nhau.
- *Vảy nến đỏ da toàn thân*: là dạng lan rộng của vảy nến, tác động lên khắp cơ thể gồm mặt, bàn tay, bàn chân, móng, thân mình và chi. Hồng ban là đặc điểm nổi bật nhất. Vảy nông khác với vảy nến mảng mạn tính. Bệnh nhân đỏ da toàn thân mất nhiệt nhiều do giãn mạch toàn thân, điều này có thể dẫn đến hiện tượng hạ thân nhiệt.
- *Vảy nến mù*: có một số dạng lâm sàng của vảy nến mù như vảy nến mù toàn thân (von Zumbusch), vảy nến mù hình vòng, chốc dạng herpes (impetigo herpetiformis); và 2 thể của vảy nến mù tại chỗ (pustulosis palmaris et plantaris và acrodermatitis continua). Tất cả các thể lâm sàng của vảy nến đều có chứa bạch cầu trung tính ở lớp sừng, khi tích tụ đủ nhiều thì biểu hiện lâm sàng là vảy nến mù.

- *Vẩy nến tiết bã*: biểu hiện là những mảng hồng ban có vẩy dính ở vùng tiết bã nhờn (da đầu, góc mũi, nếp mũi má, vùng quanh miệng và quanh xương ức, kè). Nếu không có những triệu chứng điển hình của vẩy nến, rất khó chẩn đoán phân biệt với viêm da tiết bã.
- *Vẩy nến tã lót*: thường bắt đầu trong khoảng tuổi 3 – 6 tháng, khởi đầu ở vùng tã lót là một khoảng hồng ban, một vài ngày sau xuất hiện những sẩn nhỏ màu đỏ ở thân mình và có thể ở các chi. Những sẩn này có vẩy trắng đặc trưng của vẩy nến.
- *Vẩy nến dạng dải*: thương tổn biểu hiện thành dải thường gặp nhất ở các chi nhưng cũng có thể ở một dermatome trên thân mình.
- *Vẩy nến khớp (viêm khớp vẩy nến)*: gồm các thể lâm sàng như Viêm khớp 1 khớp và không đối xứng, Viêm khớp liên đốt xa. Thể giống viêm khớp dạng thấp, Viêm khớp biến dạng (Arthritis mutilans), Viêm khớp đốt sống và xương cùng.

3.3. Phân loại mức độ nặng của vẩy nến

3.3.1. Theo diện tích thương tổn

Trong thực hành lâm sàng hàng ngày, diện tích vùng da bệnh (BSA) được đo bằng quy luật số 9 và dùng mặt lòng bàn tay bệnh nhân tương ứng với 1% diện tích cơ thể. BSA được phân độ như sau: *mức độ nhẹ (< 10)*, *mức độ trung bình (từ 10 đến < 30)* và *mức độ nặng (≥ 30)*.

3.3.2. Theo chỉ số PASI

PASI thay đổi từ 0 – 72, chỉ số càng cao thì bệnh càng nặng. PASI được phân độ như sau: *mức độ nhẹ (< 10)*, *mức độ trung bình (từ 10 đến < 20)* và *mức độ nặng (≥ 20)*.

3.4. Mô bệnh học

- Lớp sừng dày có hiện tượng á sừng
- Lớp hạt biến mất
- Lớp gai mỏng
- Mầm liên nhú dài ra
- Có vi áp xe Munro trong lớp gai.

3.5. **Chẩn đoán xác định vẩy nến:** thường dựa vào lâm sàng. Trong một số trường hợp bệnh sử và thăm khám lâm sàng không đủ chẩn đoán mới có chỉ định sinh thiết làm giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

4.1.1. Trước khi xem xét phương pháp điều trị cho một bệnh nhân cụ thể, cần loại trừ các yếu tố khởi phát hoặc làm bệnh trở nặng. Những yếu tố này bao gồm chấn thương, nhiễm trùng, thuốc và stress tâm lý...

4.1.2. Đánh giá các khía cạnh khác nhau của bệnh:

- Diện tích cơ thể bị bệnh và mức độ hồng ban, độ dày và tróc vảy của thương tổn.
- Mức độ ảnh hưởng chất lượng cuộc sống.
- Đáp ứng với những điều trị trước đó. Bệnh nhân sẽ có đáp ứng lâm sàng khác nhau với từng phương pháp điều trị.
- Các bệnh lý kèm theo.
- Các chống chỉ định tương đối và tuyệt đối với các phương pháp điều trị phải được nhận biết rõ ràng, nhất là ở những trường hợp sử dụng quang (hóa) trị liệu và thuốc toàn thân.
- Cuối cùng, mức độ chịu đựng căn bệnh cũng khác nhau giữa các cá nhân. Có bệnh nhân không thể chấp nhận một vài thương tổn nhỏ bằng đồng xu ở những vị trí phơi bày, trong khi điều này lại không thành vấn đề đối với những bệnh nhân khác. Vì vậy chọn lựa điều trị là một quá trình ra quyết định dựa vào nhiều yếu tố, khía cạnh chứ không đơn thuần chỉ là áp dụng phác đồ với những bậc thang điều trị

4.1.3. Các chiến lược điều trị vẩy nến:

- *Điều trị kết hợp các thuốc với nhau (combination therapy)*. Ví dụ:
 - + Thuốc bôi corticosteroid – dẫn xuất vitamin D₃, hoặc
 - + Thuốc bôi corticosteroid + tazarotene, hoặc
 - + Thuốc bôi corticosteroid + acid salycilic, hoặc
 - + Acitretine + thuốc sinh học, hoặc
 - + Cyclosporine + Methotrexate, hoặc
 - + Cyclosporine + thuốc sinh học, hoặc

- + Methotrexate + thuốc sinh học, hoặc
- + UVB + thuốc sinh học

Điều trị theo theo giai đoạn (sequential therapy):

- + Giai đoạn tấn công có thể lựa chọn các phương pháp điều trị tại chỗ, toàn thân hoặc phối hợp cả hai nhằm xóa sạch tổn thương.
- + Giai đoạn duy trì sự ổn định, giữ cho bệnh không tái phát.

Điều trị xoay vòng (rotational therapy): luân chuyển giữa các loại thuốc (phương pháp) điều trị khác nhau nhằm giảm độc tính và giữ hiệu quả điều trị. Bệnh nhân sử dụng một liệu pháp trong một thời gian để đạt hiệu quả mong muốn, sau đó chuyển sang liệu pháp khác một thời gian... rồi quay lại liệu pháp đầu tiên và như thế sẽ hạn chế tối đa độc tính tích lũy của các liệu pháp.

4.2. Các phương pháp điều trị vẩy nến: chỉ định, chống chỉ định, cách sử dụng

4.2.1. Thuốc bôi

- **Dẫn xuất vitamin D₃:**

| Chỉ định |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Vẩy nến nhẹ đến trung bình: lựa chọn hàng đầu dạng đơn trị hay kết hợp |
| - Vẩy nến nặng: điều trị kết hợp |
| Chống chỉ định |
| - Tổn thương lan rộng cần sử dụng lượng thuốc nhiều hơn khuyến cáo, vd. 100g/tuần calcipotriene/calcipotriol |
| - Bất thường ở xương hay chuyển hóa calci (vd. sarcoidosis, di căn xương) |
| - Suy thận |
| - Dị ứng với vitamin D ₃ hay các thành phần của thuốc |
| - Có thai hay đang cho con bú |
| Cách sử dụng |
| Bôi lên thương tổn 2 lần/ngày |

Lưu ý: nếu sử dụng kết hợp với quang trị liệu, dẫn xuất vitamin D₃ phải được bôi sau khi chiếu tia cực tím hoặc trước đó ít nhất vài giờ, vì thuốc có thể làm giảm độ xuyên vào da của tia cực tím.

- **Corticosteroid:**

| Chỉ định |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Vẩy nến nhẹ đến trung bình: lựa chọn hàng đầu dạng đơn trị hay kết hợp |
| - Vẩy nến nặng: thường kết hợp với dẫn xuất vitamin D ₃ , retinoid, anthralin hay hắc ín tại chỗ |
| - Đơn trị liệu cho vẩy nến ở nếp gấp hay mặt (thường dùng loại nhẹ) |

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Những màng kháng trị cần băng ép (chất dẻo hay hydrocolloid) |
| Chỉ định |
| - Nhiễm vi khuẩn, virus hay nấm - Teo da - Viêm da tiếp xúc dị ứng với corticosteroid hay các thành phần của thuốc - Có thai hay đang cho con bú* * có thể xem xét sử dụng trong giới hạn loại thuốc nhẹ đến trung bình |
| Cách sử dụng |
| - Bôi 1 – 2 lần/ngày - Mặt, vùng kẽ, da mỏng, trẻ em: corticosteroids nhẹ - Vùng khác ở người lớn: corticosteroids vừa đến mạnh - Màng dày, mạn tính: corticosteroids mạnh nhất - Corticosteroids nhóm 1: 2-4 tuần - Giảm liều dần theo đáp ứng lâm sàng |

Lưu ý: lượng thuốc sử dụng tối đa 50g/tuần loại corticosteroid rất mạnh và 100g/tuần loại corticosteroid mạnh.

▪ **Tazarotene:**

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chỉ định |
| - Vảy nến nhẹ đến trung bình: lựa chọn hàng thứ 2 dạng đơn trị hay kết hợp |
| Chỉ định |
| - Vảy nến mảng không ổn định ở giai đoạn tiến triển - Vảy nến đỏ da toàn thân - Viêm da tiếp xúc dị ứng với tazarotene hay các thành phần của thuốc - Có thai hay đang cho con bú |
| Cách sử dụng |
| - Bôi trực tiếp lên thương tổn 1 lần/ngày - Nên kết hợp với các loại thuốc khác như corticosteroid, calcipotriol, quang trị liệu để tăng hiệu quả và độ dung nạp. |

▪ **Thuốc ức chế calcineurine:**

- Chỉ định: vảy nến ở mặt và vùng kẽ (từ 2 tuổi trở lên)
- Liều dùng: bôi 2 lần/ngày

▪ **Salicylic acid (pha trong mỡ vaseline hoặc dung dịch): 2% đến 10% tùy theo tuổi và vùng da tổn thương.**

- Chỉ định: Vảy nến mảng
- Liều dùng: bôi 1-2 lần/ngày

- **Thuốc làm mềm da:**

- Chỉ định: điều trị hỗ trợ vảy nến và trong giai đoạn duy trì
- Liều dùng: bôi 1 – 3 lần/ngày

4.2.2. Quang (hóa) trị liệu

Chỉ định và chống chỉ định quang (hóa) trị liệu

| Chỉ định |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Vảy nến trung bình đến nặng: lựa chọn hàng đầu dạng đơn trị hay kết hợp |
| Chống chỉ định (tuyệt đối hay tương đối) |
| - Những rối loạn di truyền làm tăng nhạy cảm ánh sáng hay tăng nguy cơ ung thư da (UVB và PUVA)* |
| - Da type I (UVB và PUVA)† |
| - Bệnh da nhạy cảm ánh sáng (UVB và PUVA)* |
| - Sử dụng thuốc tại chỗ hay toàn thân gây nhạy cảm ánh sáng có thể tránh được (UVB và PUVA)* |
| - Bạch biến (UVB và PUVA)* |
| - Tiền sử trước đây có tiếp xúc với arsenic, chiếu tia xạ ion hóa, hay quang (hóa) trị liệu quá mức (UVB và PUVA) |
| - Số lần điều trị PUVA tích lũy cao, vd. > 150 – 200 (PUVA)* |
| - Điều trị với cyclosporine (UVB và PUVA)* |
| - Sử dụng thuốc ức chế miễn dịch (UVB và PUVA) |
| - Tiền sử ung thư da (UVB và PUVA; * nếu hiện đang ung thư da, nhất là ung thư tế bào gai hay melanoma) |
| - Nevus hắc tố bào không điển hình (UVB và PUVA) |
| - Động kinh (nguy cơ ngã/chấn thương; UVB và PUVA) |
| - Tuân thủ điều trị kém (UVB và PUVA) |
| - Nam và nữ giới trong độ tuổi sinh sản mà không sử dụng biện pháp tránh thai (PUVA) |
| - Có thai hoặc đang cho con bú (PUVA)* |
| - Suy giảm chức năng gan hay sử dụng thuốc gây độc gan (PUVA) |
| - Đục thủy tinh thể (PUVA) |
| * chống chỉ định tuyệt đối |
| † cần điều chỉnh liều và theo dõi kỹ |

4.2.3. Thuốc toàn thân

- **Methotrexate:**

| Chỉ định |
|----------------------------------------------------------------------------|
| - Vảy nến nặng: lựa chọn hàng đầu dạng đơn trị hay kết hợp |
| - Vảy nến mảng mạn tính (> 10-15% BSA hay ảnh hưởng đến công việc hay hoạt |

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>động xã hội của người bệnh)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vảy nến mù (toàn thân hay khu trú) - Vảy nến đỏ da toàn thân - Vảy nến khớp (trung bình đến nặng) - Vảy nến móng nặng <p>- Vảy nến không đáp ứng với điều trị tại chỗ, quang (hóa) trị liệu và/hay retinoid toàn thân</p> |
| Chống chỉ định (tuyệt đối hay tương đối) |
| <ul style="list-style-type: none"> - Suy giảm chức năng thận (độ thanh thải creatinine < 60 ml/ph)[†] - Thiếu máu, giảm bạch cầu và hay giảm tiểu cầu nặng* - Bất thường chức năng gan, viêm gan (đang hoạt tính và/hay gần đây), xơ hóa nặng, xơ gan, uống rượu nhiều* - Sử dụng đồng thời với thuốc gây độc gan - Sử dụng đồng thời với thuốc tăng nồng độ MTX, vd. trimethoprim-sulfamethoxazole* - Giảm chức năng phổi đáng kể* - Có thai hoặc đang cho con bú* - Đang dự định có con (cả bệnh nhân nam và nữ) ‡ - Hội chứng suy giảm miễn dịch - Nhiễm trùng nặng* - Nhiễm trùng đang hoạt tính - Loét tiêu hóa (đang hoạt tính)* - Viêm dạ dày - Xạ trị đồng thời - Tràn dịch màng phổi hay bàng bụng[†] - Quá mẫn với MTX* - Bệnh nhân không đáng tin cậy* <p><i>* chống chỉ định tuyệt đối</i> [†] cần điều chỉnh liều và theo dõi kỹ [‡] vì nguy cơ gây đột biến gen và sinh quái thai, phải ngưng MTX 3 tháng trước khi muốn thụ thai; tiếp tục ngừa thai trong 3 tháng này</p> |
| Cách sử dụng |
| <ul style="list-style-type: none"> - Khởi đầu: Test dose 5 mg chia thành 2 liều cách nhau 24 giờ - Sau 1 – 2 tuần: 7,5 mg chia thành 3 liều cách nhau 12 giờ |

▪ **Cyclosporine:**

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chỉ định |
| <ul style="list-style-type: none"> - Vảy nến nặng - Các phương pháp điều trị khác (thuốc bôi, quang (hóa) trị liệu, acitretin, methotrexate): không hiệu quả hoặc không thích hợp |
| Chống chỉ định (tuyệt đối hay tương đối) |
| <ul style="list-style-type: none"> - Suy giảm chức năng thận* |

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Cao huyết áp không kiểm soát được* - Suy giảm miễn dịch nguyên phát hoặc thứ phát - Sử dụng đồng thời với thuốc ức chế miễn dịch - Bệnh lý ác tính hiện tại* hoặc trước đây - Sử dụng đồng thời với thuốc tác động vào dược động học của cyclosporine† - Tiền sử tiếp xúc với arsenic - Tiền sử quang (hóa) trị liệu nhiều lần (> 200 PUVA), xạ trị* - Nhiễm trùng nặng* - Nhiễm trùng đang hoạt tính - Có thai hoặc đang cho con bú - Hiện đang sử dụng methotrexate - Bệnh gan nặng - Tăng uric, tăng kali máu - Quá mẫn với cyclosporine* - Tiêm vắc xin sống - Động kinh - Đái tháo đường thể tùy kiểm soát kém - Rối loạn các cơ quan mạn tính nặng - Lạm dụng rượu và ma túy - Kém hấp thu - Bệnh nhân không đáng tin cậy* <p>* chống chỉ định tuyệt đối † cần điều chỉnh liều và theo dõi kỹ; cyclosporine bị bất hoạt bởi cytochrome P450 3A isoform</p> |
| Cách sử dụng |
| - Liều khởi đầu là 3 mg/kg/ngày chia làm 2 lần; tăng liều sau mỗi 2 tuần cho đến liều tối đa 5 mg/kg/ngày |

▪ **Acitretine:**

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chỉ định |
| <ul style="list-style-type: none"> - Vảy nến nặng không thể kiểm soát bằng điều trị tại chỗ hoặc quang (hóa) trị liệu - Đơn trị liệu chỉ định cho vảy nến đỏ da toàn thân hay vảy nến mù - Điều trị kết hợp chỉ định cho vảy nến mảng mạn tính |
| Chống chỉ định (tuyệt đối hay tương đối) |
| <ul style="list-style-type: none"> - Rối loạn chức năng gan nặng* - Rối loạn chức năng thận nặng (do giảm đào thải)* - Có thai hoặc đang cho con bú* - Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản không đảm bảo tránh thai hiệu quả trong quá trình điều trị và 3 năm sau khi ngưng acitretine* - Tăng lipid máu, nhất là triglyceride, không thể kiểm soát* - Sử dụng đồng thời với thuốc tác động lên tính sinh khả dụng retinoid hay làm biến đổi chuyển hóa thuốc† |

- Sử dụng đồng thời với thuốc gây độc tính gan, vd. methotrexate‡
- Đái tháo đường thể tụy kiểm soát kém
- Tiền sử viêm tụy
- Uống rượu quá nhiều*
- Sử dụng kính áp tròng
- Bệnh nhân không đáng tin cậy*
- Xơ vữa động mạch
- * chống chỉ định tuyệt đối
- ‡ cần điều chỉnh liều và theo dõi kỹ; vd. phenytoin cạnh tranh gắn protein huyết tương
- ‡ giành cho bệnh nhân kháng trị

Cách sử dụng

- Liều dùng: 25 – 50 mg/ngày. Trẻ em: 0,5-1mg/kg/ngày

Lưu ý: chống chỉ định hiến máu ở người đang sử dụng acitretine

▪ Thuốc sinh học:

Chỉ định

Chỉ định chung

- Vảy nến trung bình đến nặng, thích hợp với điều trị toàn thân
- Vảy nến khớp, nhất là những trường hợp không đáp ứng với những thuốc điều trị bệnh lý thấp khớp

Chỉ định giới hạn

- Vảy nến trung bình đến nặng không thích hợp điều trị tại chỗ, quang (hóa) trị liệu, hay điều trị toàn thân kinh điển do hiệu quả kém hay có chống chỉ định

Chống chỉ định (tuyệt đối hay tương đối)

(chống chỉ định chính xác khác nhau giữa mỗi loại thuốc; một số chống chỉ định dưới đây mang tính tương đối, trong khi số khác mang tính tuyệt đối*)

- Vảy nến giọt, vảy nến mù, vảy nến đỏ da toàn thân
- Nhiễm vi khuẩn, virus, nấm*
- Có nguy cơ nhiễm trùng huyết*
- Lao hoạt tính*
- Bệnh nhân suy giảm miễn dịch
- Tiền sử viêm gan B
- Có thai (ức chế TNF- α , alefacept và ustekinumab phân loại B)
- Đang cho con bú
- Có bệnh lý ác tính trong vòng 5 năm trở lại đây (không tính ung thư tế bào gai hoặc ung thư tế bào đáy chỉ có ở 1 vị trí và đã được điều trị đầy đủ)
- Tiếp xúc quá mức và lâu dài với ánh nắng mặt trời hoặc quang (hóa) trị liệu
- Phản ứng dị ứng với thuốc sinh học*
- Dành cho alefacept: số lượng CD4 < 250/mcl*; nhiễm HIV*
- Dành cho các thuốc ức chế TNF- α : ANA+ (nhất là khi có hiệu giá cao) hay bệnh mô liên kết tự miễn, rối loạn về huyết học, suy tim sung huyết (NYHA độ III hay IV) hoặc những rối loạn mất myelin*.

- Dành cho ustekinumab: vắc xin BCG trong vòng 12 tháng gần đây

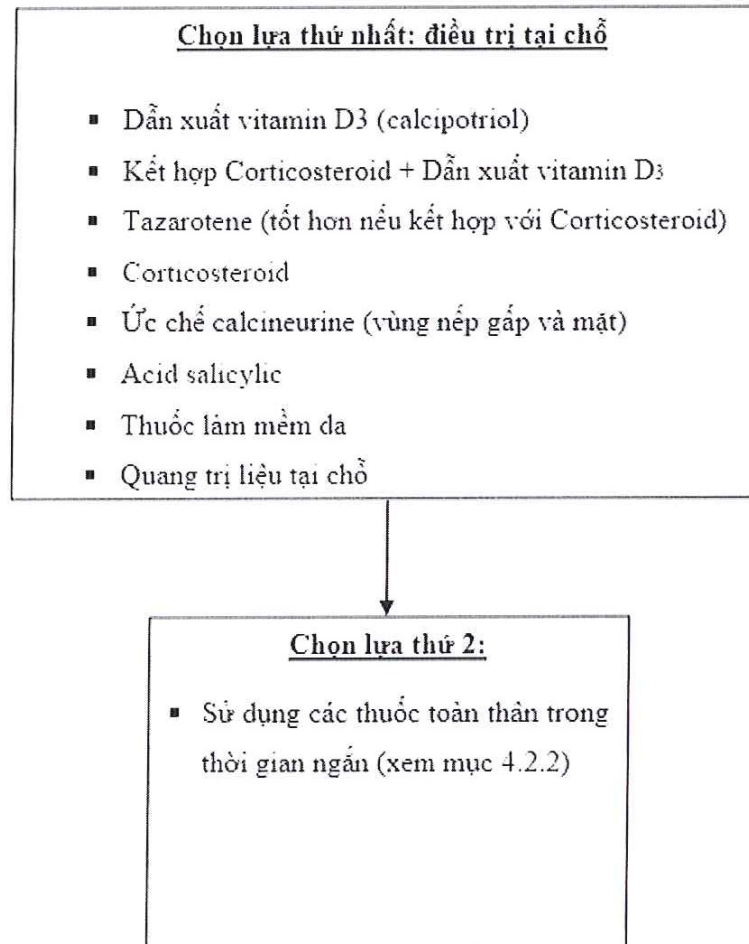
Lưu ý: chống chỉ định chủng ngừa bằng vắc xin sống trên bệnh nhân đang điều trị vẩy nến bằng thuốc sinh học

BCG, *Bacillus Calmette-Guérin*; NYHA, *New York Heart Association*

- Những loại thuốc đang có tại Việt Nam: Remicade, Sterela.

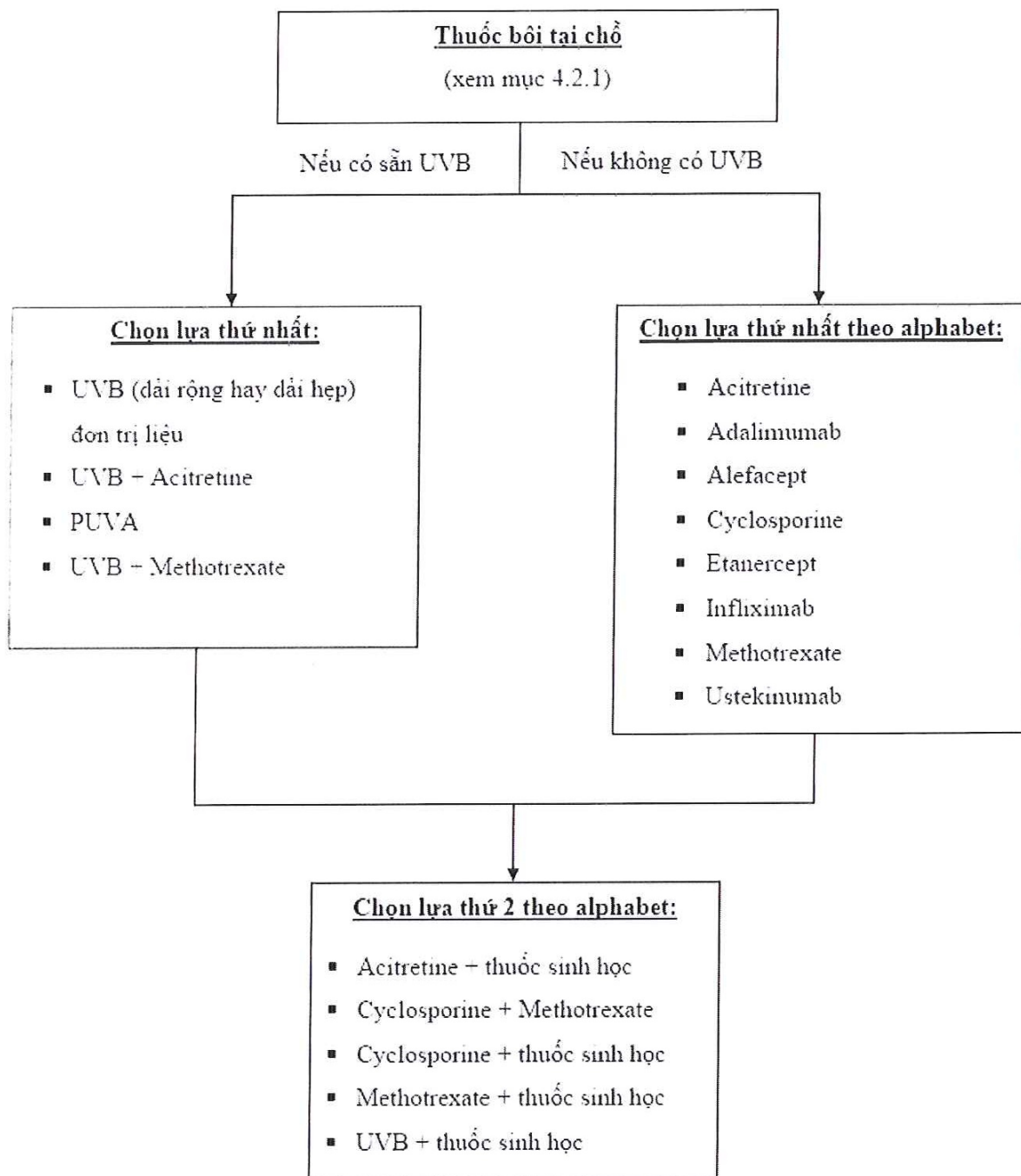
4.3. Điều trị cụ thể

4.3.1. Vẩy nến mảng nhẹ: diện tích thương tổn < 10%

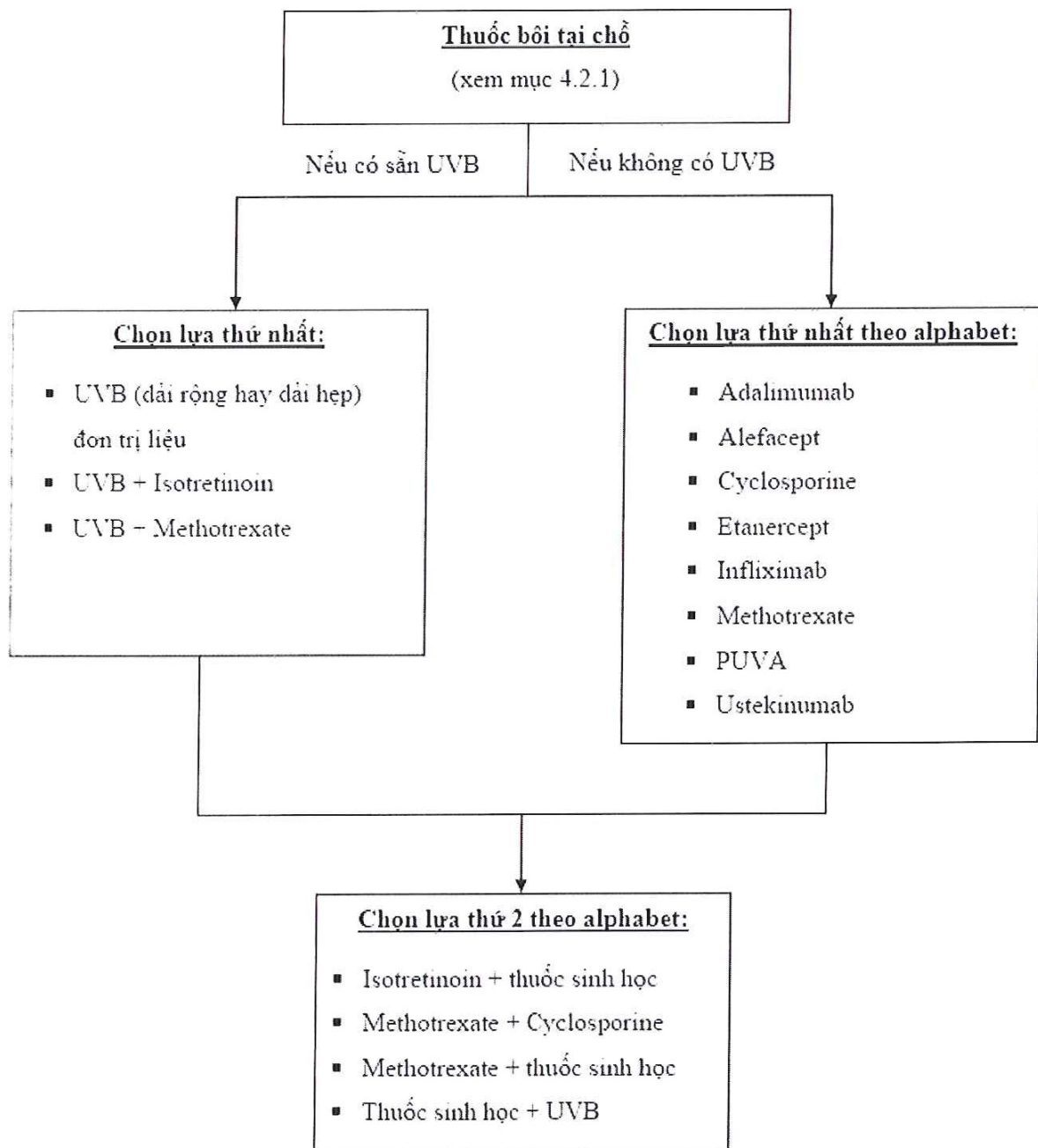


4.3.2. Vẩy nến mảng trung bình – nặng: diện tích thương tổn > 10%

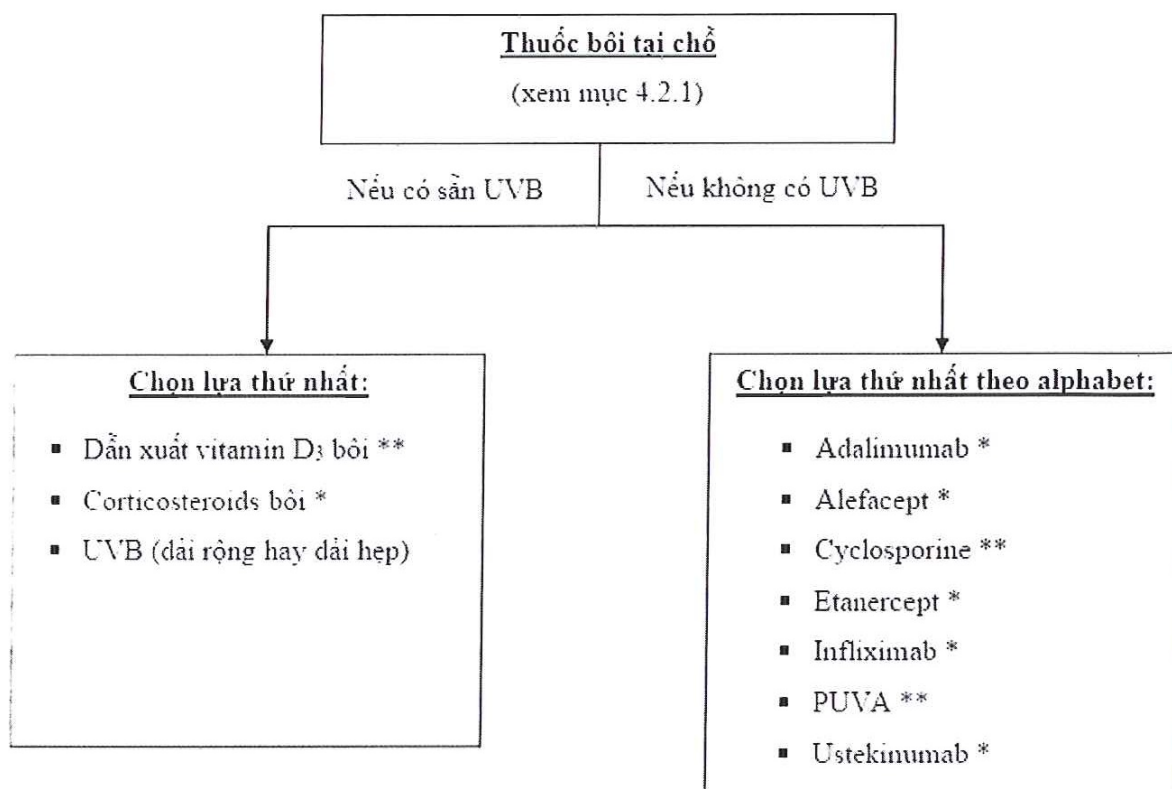
4.3.2.1. Bệnh nhân nam giới trưởng thành



4.3.2.2. Bệnh nhân nữ trong độ tuổi sinh sản, có sử dụng biện pháp ngừa thai hiệu quả

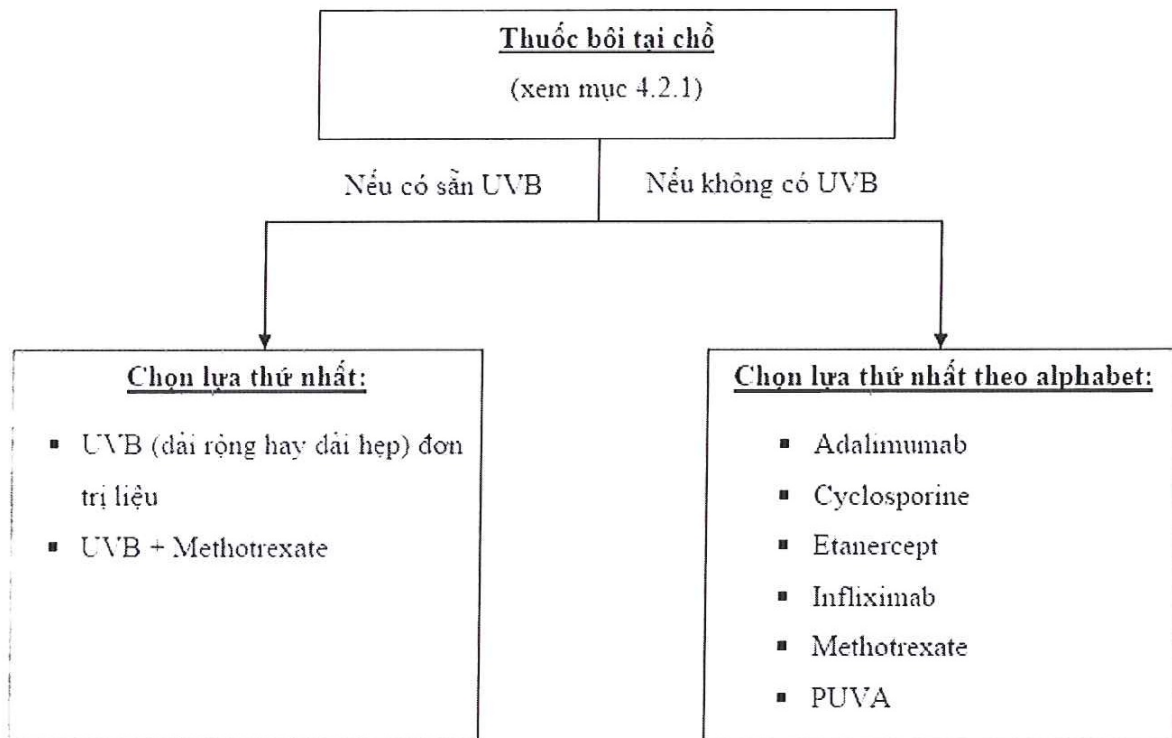


4.3.2.3. Bệnh nhân nữ không có ý định ngừa thai



Ghi chú: * phân loại thai kỳ nhóm B; ** phân loại thai kỳ nhóm C (theo FDA Hoa Kỳ)

4.3.2.4. Bệnh nhân < 18 tuổi



4.3.3. Vẩy nến lòng bàn tay – bàn chân (ở nam hay nữ giới không có ý định sinh con)

Chọn lựa thứ nhất: thuốc bôi tại chỗ
(có hoặc không có băng kín)

- Corticosteroid
- Dẫn xuất vitamin D₃
- Kết hợp Corticosteroid + Dẫn xuất vitamin D₃
- Tazarotene

Chọn lựa thứ 2 theo alphabet:

- Acitretin
- UVB tại chỗ
- PUVA tại chỗ
- PUVA tại chỗ + Acitretin

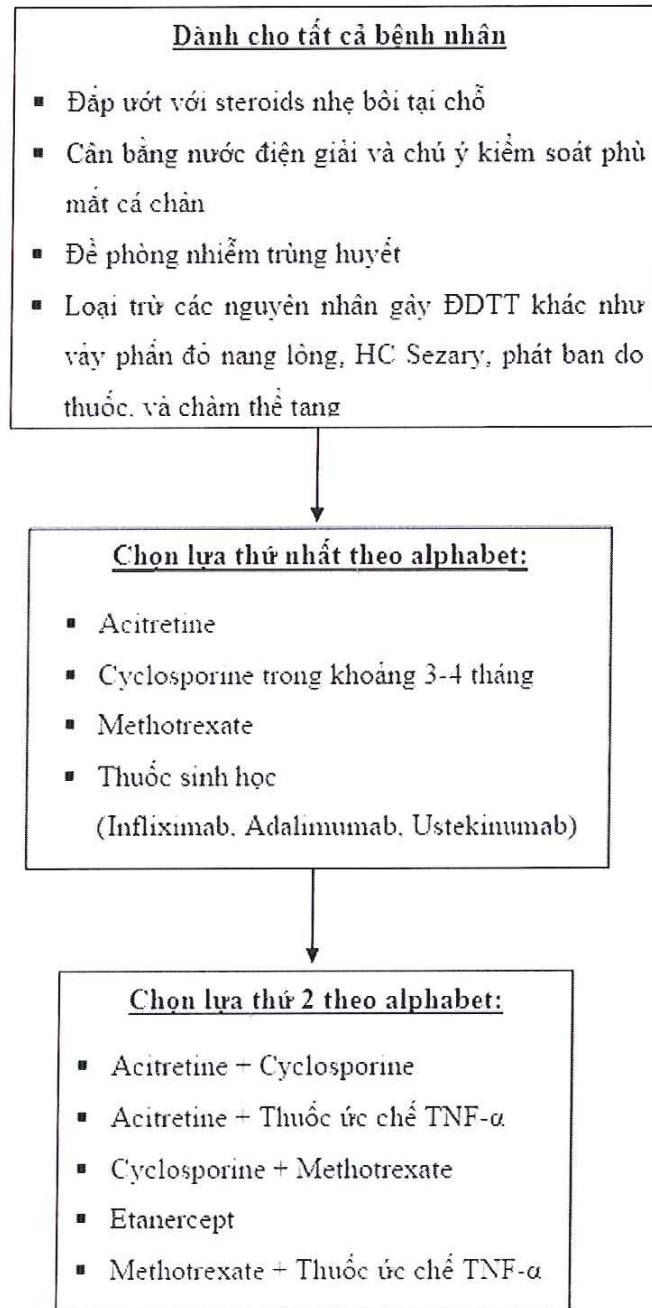
Chọn lựa thứ 3 theo alphabet:

- Adalimumab
- Alefacept
- Cyclosporine
- Etanercept
- Infliximab
- Methotrexate
- Ustekinumab

Chọn lựa thứ 4 theo alphabet:

- Acitretine + thuốc sinh học
- Cyclosporine + Methotrexate
- Cyclosporine từng đợt
+ thuốc sinh học
- Methotrexate + thuốc sinh học

4.3.4. Vảy nến đỏ da toàn thân



4.3.5. Vảy nến mũ

4.3.5.1. Vảy nến mũ nhẹ, khu trú

- Chăm sóc tại chỗ: có thể bôi dung dịch màu eosine, milian.

- Đề phòng bội nhiễm.
- Uống vitamin D3 (sterogyl): Lọ 400.000UI, liều: ½ lọ x 3 lần/ngày, uống cách ngày x 10 đợt.

4.3.5.2. Vảy nến mũ cấp tính, toàn thân (Von Zumbusch)

- Cần nhập viện và điều trị tại phòng săn sóc đặc biệt như đối với bệnh nhân bỏng, hoại tử thương bì nhiễm độc, hay đờ da toàn thân.
 - + Cách ly.
 - + Cân bằng nước điện giải.
 - + Kiểm soát thân nhiệt.
 - + Đề phòng nhiễm trùng huyết: cấy máu nhiều lần, kháng sinh phòng ngừa

4.4. Tiêu chuẩn nhập viện

- Vảy nến đỏ da toàn thân
- Vảy nến mù toàn thân
- Vảy nến khớp (có thể hội chẩn chuyên khoa nội khớp)
- Vảy nến mảng diện tích rộng > 30%

4.5. Tiêu chuẩn xuất viện

- Lâm sàng ổn định.
- Không nổi thêm thương tổn mới.

5. DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG

- Vảy nến giọt thường tự giới hạn, kéo dài 12 – 16 tuần khi không điều trị gì. Khoảng 1/2 đến 2/3 bệnh nhân sau đó tiến triển đến vảy nến mảng mạn tính.
- Hầu hết trường hợp vảy nến mảng mạn tính thường kéo dài suốt đời, với các khoảng thời gian lui bệnh và tái phát không thể dự đoán trước được.
- Khoảng 10 – 30% trường hợp vảy nến bị viêm khớp vảy nến.
- Vảy nến đỏ da toàn thân và vảy nến mù toàn thân có tiên lượng kém hơn, bệnh có khuynh hướng nặng và kéo dài.

6. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Bác sĩ cần xác định rõ cho bệnh nhân biết tính chất cũng như tiên lượng bệnh để họ an tâm “sống chung” với bệnh.
- Giữ nền tảng sức khỏe tốt: có chế độ ăn hợp lý, ngủ đủ giấc.
- Tránh các yếu tố nguy cơ.
- Phát hiện sớm biến chứng khớp, đỏ da toàn thân, các bệnh lý kèm theo.
- Bỏ thuốc lá, rượu bia.
- Giảm stress.
- Tuân thủ chỉ định điều trị của bác sĩ: sử dụng đúng thuốc, đủ thuốc. Không tự mua thuốc điều trị.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Van de Kerkhof PCM, Nestlé FO (2012). Psoriasis. In *Dermatology*, 3rd edition, Elsevier Saunders, pp: 135-156.
- Gudjonsson JE, Elder JT (2012). Psoriasis. In *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8th edition, Mc Graw Hill, pp: 197-231.
- Alan Menter và cs (2011). Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 6. Guidelines of care for the treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: Case-based presentations and evidence-based conclusions. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:137-74.
- Klaus Wolff, Richard Allen Johnson (2009). Psoriasis. *Fitzpatrick's Color Atlas & Synopsis of Clinical Dermatology*, 6th edition. Mc Graw Hill, pp.53-71.