

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA ĐỎ DA TOÀN THÂN VẢY NẾN TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

NGUYỄN HỮU SÁU, VŨ HUY LƯỢNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân của bệnh đỏ da toàn thân vảy nến (ĐDTTVN) tại Bệnh viện da liễu Trung ương từ tháng 1/2007 đến hết tháng 06/2010. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang dựa trên hồ sơ bệnh án của 100 BN bị ĐDTTVN được điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. **Kết quả:** Đặc điểm da màu đỏ tươi (86%), bong vảy da khô (100%), thương tổn móng (76%), đau khớp (11%), bệnh nhân có biểu hiện 44,9% bệnh nhân có tăng bạch cầu trong máu ngoại vi, thiếu máu (27,6%), tăng cholesteron máu (16,9%), protein/máu (12%), tăng men gan (11 %). Có 48,5% BN bị ĐDTTVN sau sử dụng thuốc nam, 13,2% BN có sử dụng thuốc corticoid

đường uống và 13,2% BN sử dụng kết hợp cả hai loại thuốc trên. **Kết luận:** ĐDTTVN chủ yếu có màu đỏ tươi trên có vảy da khô dễ bong. Bệnh có thể kết hợp với một số thay đổi sinh hoá máu. Hai nguyên nhân chủ yếu gây ĐDTTVN là sử dụng thuốc nam không rõ nguồn gốc và corticoid đường toàn thân.

Từ khoá: Vảy nến, đỏ da toàn thân vảy nến

SUMMARY

Objectives: To investigate the clinical and biological features of psoriatic erythroderma (PE). **Material and Method:** a cross-sectional study based on data of 100 patients with psoriatic erythroderma hospitalized at the National hospital of dermatology. **Results:** 100 patients with PE, in which rich red erythroderma (86%), dry scales (100 %), onychopathy

(76%), arthritis (11%), Hyperleucemie (44.9%), Anemia (27.6%), Hypercholesterolemia (16.9%), Hypoproteinemia (12%), Hypertransaminases (11%), There was 48.5% of patients suffered from PE after having been treated by traditional medicine, 13.2% of patient treated by oral of intra- muscular injection, 13.2% of patients was treated by combination these medications and 25.1% of these patients had unclear history of using medication. **Conclusions:** Psoriatic erythroderma was characterized with rich red colour dry skin and the alteration of some biological features. The pathology was more frequent occurred after using traditional medications and/or cortocosteroid by oral as well as by intramuscular injection.

Keywords: Psoriasis, Psoriatic erythroderma

ĐẶT VẤN ĐỀ

Vẩy nến là một bệnh da được xếp vào nhóm bệnh đỏ da có vẩy, chiếm khoảng 2 -5% dân số [6]. Cơ chế bệnh sinh của vẩy nến cho đến nay vẫn chưa rõ ràng. Vì vậy việc điều trị còn gặp nhiều khó khăn. Sử dụng thuốc không đúng cách, không phù hợp với từng bệnh nhân (BN) dễ làm cho bệnh tiến triển thành vẩy nến thể mủ hay đỏ da toàn thân (ĐDTT).

ĐDTTVN là một trong những thể nặng của bệnh với biểu hiện thương tổn chiếm trên 90% diện tích da của cơ thể [4]. Do mức độ thương tổn trên da nhiều, bệnh nhân còn có thể có các biểu hiện kèm theo như các rối loạn về sinh hóa, nước điện giải và thương tổn các cơ quan bộ phận, làm ảnh hưởng đến chức năng và chất lượng cuộc sống.

Cho đến nay, các nghiên cứu về ĐDTTVN còn rất hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân và một số biện pháp điều trị của bệnh ĐDTTVN tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả những BN được chẩn đoán là ĐDTTVN nằm điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương thời gian từ 1/2007 đến 06/2010.

Phương pháp nghiên cứu:

* Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang.

* Thu thập số liệu dựa trên hồ sơ bệnh án của từng BN được chẩn đoán là ĐDTTVN dựa vào các tiêu chuẩn: Thương tổn đỏ da bong vẩy trên 90% diện tích da của cơ thể với tính chất màu đỏ tươi, nhiều vẩy da khô dày, dễ bong; Có thể kết hợp với các thương tổn ở khớp và móng; Có tiền sử bị bệnh vẩy nến; Hình ảnh mô bệnh học điển hình của vẩy nến

* Phân tích số liệu thống kê theo chương trình SPSS 12.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2007 đến tháng 6 năm 2010, có 100 BN ĐDTTVN phải nhập viện điều trị nội trú, chiếm 49,5 % tổng số BN bị ĐDTT đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

1. Đặc điểm lâm sàng.

Bảng 1: Một số đặc điểm lâm sàng của ĐDTTVN

Đặc điểm	Số lượng BN	Tỉ lệ %
----------	-------------	---------

Màu sắc da	Đỏ tươi	86	86
	Đỏ thâm	14	14
Vẩy da		100	100
Phù nề		45	45
Đau khớp		11	11
Thương tổn móng		76	76
Tiền sử gia đình bị vẩy nến		6	6
Tăng huyết áp		25	25

Nhận xét: Có 86% BN có biểu hiện da đỏ tươi, 76% BN có thương tổn móng, 11% BN có biểu hiện đau khớp, 25% BN có kết hợp với tăng huyết áp và chỉ có 6 BN có tiền sử bị vẩy nến.

2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2: Một số đặc điểm cận lâm sàng của ĐDTTVN

Đặc điểm	số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Giảm protein/máu	12	12
Thiếu máu	27	27
Tăng bạch cầu	44	44
Tăng Cholesterol/máu	13	13
Tăng men gan/máu	11	11

Nhận xét. 44% BN có tăng bạch cầu trong máu ngoại vi, 27% BN có thiếu máu, 13% BN có tăng cholestero trong máu, 12% BN có giảm protein/máu và 11 % BN có tăng men gan.

3. Nguyên nhân ĐDTTVN

Bảng 3: Nguyên nhân của ĐDTTVN

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sau dùng corticoid đường toàn thân	9	13.2
Sau dùng thuốc nam	33	48.5
Do cả 2 (Corticoid + Thuốc nam)	9	13.2
Không rõ tiền sử dùng thuốc	17	25.1
Chung	68	100

Nhận xét: 48,5% BN bị ĐDTTVN sau sử dụng thuốc nam, 13,2% BN có sử dụng thuốc corticoid đường uống, 13,2% BN sử dụng kết hợp cả hai loại thuốc trên và 25,1% không rõ tiền sử dùng thuốc.

4. Các phương pháp điều trị.

Bảng 4: Một số phương pháp điều trị ĐDTTVN tại Bệnh viện Da liễu Trung ương

Điều trị	Số lượng BN	%
Bôi Corticoid đơn thuần	3	3
Bôi Corticoid + mỡ salicylic	10	10
Corticoid bôi + Vitamin A a-xit	2	2
Mỡ salicylic + MTX (Methotrexate)	14	14
Corticoid bôi + thuốc ức chế miễn dịch MTX	4	4
Corticoid bôi + Mỡ salicylic+ MTX	67	67

Nhận xét. 67% BN được điều trị kết hợp bôi mỡ Corticoid, mỡ salicylic và Methotrexat đường toàn thân. 14 % BN được điều trị kết hợp bôi mỡ Salicylic với uống hoặc tiêm Methotrexat.

5. Kết quả điều trị

Bảng 4: Kết quả điều trị

	n	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Số ngày điều trị nội trú	100	7	80	34.92
Tỉ lệ khỏi bệnh lúc ra viện (%)	100	30	95	82.42

Nhận xét: Số ngày điều trị nội trú trung bình là 34.92 ngày, ít nhất là 7 ngày, dài nhất là 80 ngày. Tỉ lệ

khỏi bệnh lúc ra viện trung bình là 82,42%, thấp nhất là 30 %, cao nhất là 95%.

BÀN LUẬN

Trong thời gian từ 1/2007 đến hết tháng 06/2010 có 202 BN bị ĐDTT đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, trong đó 100 BN ĐDTTVN phải nhập viện điều trị nội trú, chiếm 49,5 %. Bệnh chủ yếu xảy ra ở lứa tuổi từ 41 đến 60 tuổi, 78% BN ĐDTTVN là nam và 22% là nữ, 40% BN bị ĐDTTVN làm ruộng và 70% BN đến từ vùng nông thôn, 30% BN ở thành thị.

Khảo sát đặc điểm lâm sàng ở trên 100 BN bị ĐDTTVN điều trị nội trú cho thấy 86% BN thương tổn có màu đỏ tươi (Bảng 1). Đây là một trong những đặc điểm lâm sàng quan trọng giúp gợi ý chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân ĐDTT khác. Tất cả các BN có bong vảy da với đặc điểm vảy khô dễ bong. Có 76 % BN biểu hiện thương tổn ở móng. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Trần Văn Tiến cho thấy tỷ lệ tổn thương móng trước 2 năm là khoảng 50%, sau 2 năm từ 70% đến 90%. Đây là một trong những triệu chứng rất quan trọng giúp chẩn đoán ĐDTTVN [7]. Sự ghi nhận bệnh án không đầy đủ nên chúng tôi không khảo sát được chi tiết các loại thương tổn móng.

Hiện tượng phù nề ở da, đặc biệt ở hai chi dưới hay phù trước xương chày và mắt cá chân là triệu chứng thường gặp trong các bệnh ĐDTT. Nhìn chung hiện tượng phù nề có giá trị đánh giá mức độ cấp tính của bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy 45% BN có biểu hiện phù nề. Chúng tôi không thấy có sự liên quan giữa phù nề ở chi dưới với thương tổn thận hay những rối loạn sinh hóa máu.

Những nghiên cứu gần đây cho thấy vẩy nến không phải chỉ biểu hiện ở da mà nó được xem là một bệnh toàn thể, bên cạnh tổn thương da, niêm mạc thì có tổn thương ở khớp, rối loạn ở hệ tim mạch, và rối loạn chuyển hóa nhất là rối loạn chuyển hóa lipid.

Tỷ lệ thương tổn khớp trong bệnh vẩy nến thay đổi tùy theo từng nghiên cứu từ 20- 40% các trường hợp [2]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 11% BN có biểu hiện đau khớp có thể. Biểu hiện ở khớp trong bệnh vẩy nến có thể xảy ra sớm trước khi có thương tổn da. Tính chất viêm khớp trong bệnh vẩy nến đôi khi giống với viêm đa khớp dạng thấp gây biến dạng khớp. Cho đến nay những nghiên cứu về đặc điểm của thương tổn khớp trong bệnh vẩy nến còn rất hạn chế.

Một số nghiên cứu cho thấy khoảng 25% BN vẩy nến có tiền sử trong gia đình có người mắc bệnh [3]. Tuy nhiên, trong số 100 BN của chúng tôi, chỉ có 6 trường hợp ghi nhận có tiền sử gia đình. Sự khác biệt này có thể do phần lớn số BN (70%; Bảng 1) trên 40 tuổi do vậy tỷ lệ có tiền sử gia đình mắc bệnh vẩy nến thấp, còn các nghiên cứu trên đây ghi nhận hầu hết BN có tiền sử gia đình, bệnh thường xuất hiện sớm trước 40 tuổi.

Việc khai thác tiền sử dùng thuốc của BN đôi khi gặp rất nhiều khó khăn. Nhiều BN được dùng quá nhiều các loại thuốc. Hơn nữa, BN không lưu lại các đơn thuốc mà trước đây đã điều trị. Nghiên cứu cho thấy 25,1% BN không rõ tiền sử dùng thuốc. Do vậy,

việc lưu trữ đầy đủ hồ sơ bệnh án, phối hợp chặt chẽ giữa các bác sĩ chuyên khoa đóng vai trò quan trọng để hạn chế các biến chứng xảy ra đối với BN vẩy nến.

Khảo sát đặc điểm cận lâm sàng cho thấy 44% BN có tăng bạch cầu trong máu ngoại vi, 27% BN có thiếu máu, 13% BN có tăng cholesteron trong máu, 12% BN có giảm protein/máu và 11 % BN có tăng men gan. Theo nghiên cứu của Akhyani M, thì những BN bị vẩy nến có tỷ lệ tăng lipid trong máu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng và một số nghiên cứu ghi nhận tác dụng điều trị vẩy nến của Simvastatin, một trong những loại thuốc điều trị tăng cholesterol trong máu.

Nghiên cứu tình trạng sử dụng thuốc liên quan đến ĐDTTVN trong số 68/100 BN được ghi chép đầy đủ, cho thấy hai nguyên nhân chủ yếu gây ĐDTTVN là sử dụng thuốc nam và corticoid đường toàn thân. Có 48,5% BN bị ĐDTTVN sau sử dụng thuốc nam, 13,2% BN có sử dụng thuốc corticoid đường uống, 13,2% BN sử dụng kết hợp cả hai loại thuốc trên (Bảng 3). Khác với kết quả nghiên cứu của Trần Văn Tiến năm 2004, trong số 29 BN bị ĐDTTVN chỉ có 6 BN (20,69%) bị bệnh sau khi sử dụng thuốc nam và 19 BN (45,52%) bị bệnh sau khi điều trị corticoid đường toàn thân hoặc bôi tại chỗ [1]. Nhiều phương thuốc cổ truyền có tác dụng rất tốt để điều trị một số bệnh da trong đó có vẩy nến, giúp bệnh ổn định lâu dài. Song thực tế do tình trạng thương mại hóa, một số thuốc nam không đảm bảo chất lượng hoặc trong thuốc được gia giảm có những thành phần gây kích ứng làm tăng tình trạng bệnh.

Việc điều trị ĐDTT vẩy nến hiện nay còn gặp nhiều khó khăn. Cần kết hợp nhiều biện pháp khác nhau bao gồm các thuốc bôi ngoài da và các thuốc toàn thân. Kết quả ở bảng 4 cho thấy 67% BN được điều trị bằng phối hợp bôi corticoid và mỡ salicylic với methorexate đường toàn thân. Việc điều trị Methotrexate với liều từ 10 đến 30 mg/tuần cần phải đánh giá chức năng gan trước và sau điều trị. ĐDTTVN là một thể nặng, việc điều trị bằng phác đồ trên đôi khi không đem lại hiệu quả cao, thời gian điều trị sẽ kéo dài.

Bảng 5 cho thấy thời gian nằm viện trung bình là 34,92 ngày. Điều này sẽ gây những tổn hại không nhỏ tới sức khỏe, tâm lý, tinh thần của người bệnh. Hiện nay, nhiều nước trên thế giới điều trị bệnh vẩy nến bằng các thuốc sinh học (Biotherapy), nhất là ở châu Âu cho kết quả tốt [5]. Trong thời gian không xa các thuốc này sẽ có trên thị trường Việt Nam, góp phần điều trị bệnh vẩy nến có hiệu quả.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và kết quả điều trị ở trên 100 BN ĐDTT điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 1 năm 2007 đến tháng 6 năm 2010. Chúng tôi rút ra một số kết luận sau

- ĐDTTVN có đặc điểm màu đỏ tươi, trên có vảy da khô dễ bong, 76% BN có thương tổn móng và 11% BN có biểu hiện đau khớp

- Có 44,9% BN có tăng bạch cầu trong máu ngoại vi, 27,6% BN có thiếu máu, 16,9% BN có tăng cholesteron trong máu, 12% BN có giảm ptrotein/máu và 11 % BN có tăng men gan

- Hai nguyên nhân chủ yếu gây ĐDTTVN là sử dụng thuốc nam và corticoid đường toàn thân

- 67% BN ĐDTTVN được điều trị phối hợp bởi corticoid và mỡ salicylic với MTX và thời gian nằm viện trung bình là 35 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Tiến (2004), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và miễn dịch tại chỗ của vẩy nến thể thông thường*. Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr.50-52.

2. Cantini F, Niccoli L, Nannini C, Kaloudi O, Bertoni M, Cassarà E. (2010 Oct). *Psoriatic arthritis: a systematic review*. *Int J Rheum Dis.*;13(4):300-17.

3. Capon F, Trembath RC, Barker JN. (2004 Oct). *An update on the genetics of psoriasis*. *Dermatol Clin.*22(4), tr.339-47.

4. Christophers E, Mrowietz U (2003), "Psoriasis", *Fitzpatrick's Dermatology in general Medicin*. The McGraw-Hill, Sixth edition, vol 2. tr. 407-426.

5. Griffiths CE, Strober BE, van de Kerkhof P, *et al.* (2010 January). *"Comparison of ustekinumab and etanercept for moderate-to-severe psoriasis"*. *N. Engl. J. Med.* 362 (2), tr. 118–28.

6. Rogers S (2000), Psoriasis, *Clinican dermatology*, Austria center, tr. 82.