

MỤN TRỨNG CÁ VÀ MỤN TRỨNG CÁ ĐỎ

Dịch tế học chẩn đoán và cách điều trị

**Tác giả: David J. Goldberg
and Alexander L. Berlin**

MỤN TRỨNG CÁ VÀ MỤN TRỨNG CÁ ĐỎ DỊCH TỄ HỌC, CHẨN ĐOÁN VÀ CÁCH ĐIỀU TRỊ

MỤC LỤC

Viết tắt 4

Lời nói đầu 5

1. Mụn trứng cá - dịch tễ học và sinh lý bệnh học 7

Giới thiệu 7

Dịch tễ học 8

Đánh giá lâm sàng về mụn trứng cá 10

Sinh lý bệnh học về mụn trứng cá 11

2. Mụn trứng cá - phương pháp điều trị hiện nay 15

Giới thiệu 15

Thuốc bôi ngoài da 15

Thuốc uống 20

3. Laser và các thiết bị tương tự trong điều trị mụn trứng cá 29

Giới thiệu 29

Laser hồng ngoại sóng trung 29

Laser xung nhuộm màu 32

Nguồn sáng khả kiến và điốt phát quang 33

Liệu pháp quang động 34

Thiết bị tần số vô tuyến 36

4. Phương pháp điều trị sẹo trứng cá 39

Giới thiệu 39

Phân loại sẹo trứng cá 39

Các phương pháp phẫu thuật: cắt bỏ sẹo lõm bằng dụng cụ sinh thiết, bóc tách sẹo lõm, làm đầy sẹo lõm bằng dụng cụ sinh thiết 41

Lăn kim trị sẹo lõm

Dermaroller 43

Kỹ thuật tái cấu trúc da bằng hóa chất (CROSS) 43

Thuốc tiêm trong điều trị sẹo lõm 44

Laser và các thiết bị tương tự laser: bóc tách xâm lấn truyền thống 45

Laser và các thiết bị tương tự laser: bóc tách không xâm lấn truyền thống 46

Laser và các thiết bị tương tự laser: phân đoạn 47

Phương pháp điều trị sẹo lõm và phi đại 50

5. Mụn trứng cá đỏ- dịch tễ học và sinh lý bệnh học 51

Giới thiệu 51

Dịch tễ học 51

Định nghĩa mụn trứng cá đỏ 52

Các loại mụn trứng cá đỏ 52

Sinh lý bệnh học về mụn trứng cá đỏ 55

6. Mụn trứng cá đỏ- phương pháp điều trị hiện nay 59

Giới thiệu 59

Khái quát chung 59

Thuốc bôi ngoài da 60

Thuốc uống 62

7. Laser và các thiết bị tương tự trong điều trị mụn trứng cá đỏ 65

Giới thiệu 65

Nội dung chính và cơ chế hoạt động 65

Chăm sóc trước phẫu thuật 66

Laser xung nhuộm màu 66

Nguồn sáng cường độ cao 68

Laser KTP và Nd: YAG 70

Các chỉ dẫn trong điều trị mụn trứng cá đỏ bằng ánh sáng 72

8. Laser và các thiết bị tương tự trong điều trị tăng sinh tiết bã nhờn 73

Giới thiệu 73

Lão hóa tuyến bã nhờn và sinh lý bệnh học của tăng sinh tiết bã nhờn 73

Đánh giá lâm sàng 74

Laser và các công nghệ tương tự trong điều trị tăng sinh tiết bã nhờn 75

Tham khảo 77

Phụ lục 93

VIẾT TẮT

ALA: Axit aminolevulinic
AP: Protein hoạt hóa
CAP: Protein kháng khuẩn cation
CRABP: protein liên kết với cytosolic retinoic
CROSS: Kỹ thuật tái cấu trúc da bằng hóa chất thoa
DHEA-S: dehydroepiandrosterone sulfate
DHT: dihydrotestosterone
DISH: khuếch tán vô căn xương
Er: YAG: erbium:yttrium aluminum garnet (laser)
Er: YSGG: erbium:yttrium scandium gallium-garnet (laser)
ET: erythematotelangiectatic (bệnh mụn trứng cá đỏ)
FDA: Cục quản lý thực phẩm và dược phẩm
G6PD: glucose-6-phosphate dehydrogenase
HIV: Virus gây suy giảm miễn dịch ở người
ICAM: Phân tử kết dính giữa các tế bào
IGF: Yếu tố tăng trưởng giống như insulin
IL: interleukin

IPL: ánh sáng cường độ mạnh
KTP: potassium titanyl phosphate (laser)
LED: Diode phát quang
MAL: methyl aminolevulinate
MMP: matrix metal loproteinase
MTZ: Vùng điều trị bằng kính hiển vi
Nd: YAG: neodmium:yttrium aluminum-garnet
PABA: axit para-aminobenzoic
PDL: Laser xung nhuộm màu
PDT: Liệu pháp quang động
Pp: protoporphyrin
PP: papulopustular (bệnh mụn trứng cá đỏ)
RAR: Thụ thể acid retinoic
RARE: Yếu tố phản ứng axit retinoic
RF: Tần số vô tuyến
ROS: Các loại oxy phản ứng
RXR: thụ thể retinoid X
SCTE: enzyme stratum corneum tryptic
TCA: Axit trichloroacetic
TLR: Toll-like receptor
TNF: Yếu tố hoại tử khối u
TRT: Thời gian thư giãn nhiệt
UV: Tia cực tím
VEGF :Yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu

LỜI NÓI ĐẦU

Mụn trứng cá và mụn trứng cá đỏ là hai vấn đề về da cực kỳ phổ biến cả trong lĩnh vực y tế và thẩm mỹ đối với cuộc sống hàng ngày của hàng triệu người. Có rất nhiều sách và các bài báo y học hoặc thẩm mỹ về việc điều trị mụn trứng cá và mụn trứng cá đỏ. Cuốn sách này là đặc biệt ở chỗ nó trình bày một cái nhìn khách quan về cả phương pháp điều trị y tế và thẩm mỹ của hai vấn đề về da này.

Bốn chương đầu tiên nói về mụn trứng cá và sẹo mụn và các phương pháp điều trị y tế và laser / ánh sáng được sử dụng để điều trị cho bệnh nhân gặp những vấn đề này. Ba chương tiếp theo đề cập về bệnh mụn trứng cá đỏ. Cuối cùng, chương cuối thảo luận về việc điều trị tăng sản bã nhờn.

Chúng tôi đánh giá rất cao thông tin được cung cấp bởi Giáo sư Anthony Chu của Bệnh viện Hammersmith, London, Vương quốc Anh, với các phương pháp trị liệu khác nhau bên ngoài Hoa Kỳ.

David J. Goldberg
Alexander L. Berlin
New York, NY
and Arlington, TX

Chú ý

Những lời khuyên và thông tin được đưa ra trong cuốn sách này được cho là đúng và chính xác tại thời điểm này. Tuy nhiên, không phải tất cả các loại thuốc, công thức và thiết bị hiện đều đang có sẵn ở tất cả các quốc gia và độc giả nên kiểm tra xem thuốc và các thiết bị này có sẵn tại địa phương.

CHƯƠNG 1. MỤN TRỨNG CÁ – DỊCH TỄ HỌC VÀ SINH LÝ BỆNH HỌC

GIỚI THIỆU

Mụn trứng cá là một loại rối loạn các đơn vị nang lông – tuyến bã nhờn phổ biến ở hàng triệu người trên toàn thế giới. Vấn đề này thường gặp nhất ở thanh thiếu niên, tuy nhiên mụn trứng cá có thể xuất hiện ở người trưởng thành và dẫn đến suy yếu đáng

kể về thể chất và tâm lý cho những người mắc phải. Sự nghiêm trọng của mụn trứng cá có thể thay đổi đáng kể từ hình thức mụn không viêm nhẹ nhất (1) đến tình trạng nghiêm trọng và suy nhược (2). Ngoài mặt ra, ngực, lưng, và vai cũng thường gặp vấn đề này (3, 4).



Hình 1. Mụn trứng cá không viêm nhẹ ở trên mặt.



Hình 2. Trứng cá nang nghiêm trọng.



Hình 3. Mụn nhú và mụn mủ trên ngực.



Hình 4. Mụn nhú tăng sắc tố do viêm ở lưng.

CHƯƠNG 1. MỤN TRỨNG CÁ – DỊCH TỄ HỌC VÀ SINH LÝ BỆNH HỌC



Hình 5. Trong trường hợp mụn nhọt do gãi, bệnh nhân thường xuyên sờ nặn các vùng mụn bị tổn thương, dẫn đến kéo dài quá trình lành mụn và thường để lại sẹo.

Nhiều yếu tố, cả bên trong và bên ngoài (5), có thể làm nền tảng cho sự phát triển của bệnh.

DỊCH TỄ HỌC

Mụn trứng cá là một vấn đề rối loạn da phổ biến nhất ở phương Tây. Ở Hoa Kỳ, khoảng từ 17 đến 45 triệu người mắc phải (Berson et al. 2003; White 1998).

Theo điều tra của Kraning & Odland (1979), ước tính tỷ lệ mụn trứng cá ở độ tuổi 12 - 24 ở mức 85%.

Một số nghiên cứu đã ghi nhận rằng một số người bị mụn trứng cá sau tuổi vị thành niên hoặc ở độ tuổi trưởng thành (Collier và cộng sự 2008; Cunliffe & Gould 1979; Goulden et al. 1997; Poli và cộng sự. 2001, Stern 1992). Một nghiên cứu gần đây dựa trên 1013 khảo sát cho thấy tỷ lệ hiện mắc mụn trứng cá ở bệnh nhân từ 20 tuổi trở lên là 73,3% (Collier và cộng sự 2008). Trong số những bệnh nhân này, phụ nữ chiếm tỷ lệ cao hơn

nam giới ở tất cả các nhóm tuổi. Họ cũng chỉ ra rằng tỷ lệ mắc mụn trứng cá nghiêm trọng ở người trưởng thành là 12% phụ nữ và 3% nam giới trên 25 tuổi. Tỷ lệ người mắc mụn trứng cá nhẹ (hay mụn trứng cá sinh lý) là 54% phụ nữ và 40% nam giới (Goulden et al. 1997). Mụn trứng cá ở người trưởng thành là do tiếp nối quá trình mắc phải ở tuổi thiếu niên hoặc do tự phát. Mụn cũng xuất hiện ở tuổi vị thành niên, bao gồm cả thiếu nhi và ít phổ biến hơn là ở cả trẻ sơ sinh (Cunliffe et al. 2001; Jansen et al. 1997; Lucky 1998).

Cũng có một số nghiên cứu về tỷ lệ mắc mụn trứng cá ở những chủng loại da khác nhau (6, 7). Halder và cộng sự. (1983) chỉ ra rằng mụn trứng cá xuất hiện ở 27,7% bệnh nhân da đen và 29,5% bệnh nhân da trắng. Nghiên cứu về bệnh nhân trưởng thành ở Anh và Singapore đã thống kê tỷ lệ mụn trứng cá ở người trưởng thành là 13,7% bệnh nhân da đen và 10,9% bệnh nhân Ấn Độ và châu Á (Child et al. 1999; Goh & Akarapanth 1994). Cũng có trường hợp bị viêm nghiêm trọng, dẫn đến sự xuất hiện lâm sàng của mụn nang bọc, chủ yếu ở bệnh nhân da trắng và Tây Ban Nha so với bệnh nhân da đen (Wilkins & Voorhees 1970).

Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng tỷ lệ mắc mụn trứng cá ở một số nước không thuộc phương Tây thấp hơn đáng kể (Cordain et al. 2002; Schaefer 1971; Steiner 1946). Không có nguyên nhân rõ ràng để giải thích cho sự chênh lệch này mặc dù người ta cho rằng các yếu tố dinh dưỡng chính

CHƯƠNG 1. MỤN TRỨNG CÁ – DỊCH TỄ HỌC VÀ SINH LÝ BỆNH HỌC

là nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ mụn thấp hơn, nhưng suy luận này cho đến nay chưa được chứng minh cụ thể (Bershad 2003).

Từ lâu người ta đã quan tâm đến vấn đề dinh dưỡng và ảnh hưởng của nó đến sự xuất hiện của mụn trứng cá (Adebamowo et al. 2005; Bershad 2003; Bershad 2005; Cordain 2005; Danby 2005; Kaymak và cộng sự. 2007; Logan 2003; Smith và cộng sự. 2007; Treloar 2003). Người đề xuất mối liên hệ giữa mụn trứng cá và dinh dưỡng thường xuyên trích dẫn ảnh hưởng dinh dưỡng đến mức độ hormone trong huyết thanh, chẳng hạn như yếu tố tăng trưởng giống như insulin (IGF) -1 và IGF liên kết protein-3, để chứng minh chúng có ảnh hưởng đến mụn trứng cá. Vì vậy, những thực phẩm có lượng đường huyết thấp (những thực phẩm tạo ra mức đường huyết thấp nhất và có hàm lượng carbohydrate thấp nhất) cũng như chế độ ăn giàu axit béo omega-3 thiết yếu, đã được đồng tình là có lợi cho bệnh nhân bị mụn trứng cá (Cordain 2005; Logan 2003; Smith et al. 2007; Treloar et al. 2008). Ngoài ra, sữa được cho là một nguyên nhân chủ yếu trong việc gây ra mụn trứng cá, vì có nhiều kích thích tố khác nhau trong sản phẩm tiêu thụ (Adebamowo et al. 2005, Danby 2005). Mặt khác, những người bác bỏ sự liên kết giữa mụn trứng cá và chất dinh dưỡng chỉ ra hai nghiên cứu còn thiếu sót từ hơn 30 năm trước đây (Anderson 1971; Fulton et al. 1969). Thực tế, kiểm soát chế độ ăn uống trong một nghiên cứu là rất khó khăn, đặc biệt là nghiên cứu



Hình 6. Tăng sắc tố sau viêm là hậu quả phổ biến của mụn trứng cá ở những bệnh nhân có tông màu da tối hơn, chẳng hạn như bệnh nhân Ấn Độ này.



Hình 7. Tăng sắc tố sau viêm phạm vi rộng ở một bệnh nhân người Mỹ gốc Phi bị mụn trứng cá.

CHƯƠNG 1. MỤN TRỨNG CÁ – DỊCH TỄ HỌC VÀ SINH LÝ BỆNH HỌC

liên quan đến thanh thiếu niên. Hiện tại, có quá ít dự án nghiên cứu lâm sàng lớn, được thiết kế tốt, được kiểm soát tốt để chứng minh một trong hai quan điểm trên. Điều này phù hợp với các hướng dẫn chăm sóc hiện tại từ Học viện Da liễu Hoa Kỳ (Strauss et al. 2007).



Hình 8. Mụn trứng cá kết hợp với chứng rụng lông, như ở trên cổ của bệnh nhân này, là một trạng thái cơ bản của tăng tiết androgen.

ĐÁNH GIÁ LÂM SÀNG VỀ MỤN TRỨNG CÁ

Mụn trứng cá thường xuyên xuất hiện với sự kết hợp của các đặc điểm hình thái, bao gồm mụn không viêm đầu đen và mụn đầu trắng, mụn sẩn, mụn mủ và mụn bọc (9 - 11). Dạng mụn trứng cá nhẹ nhất là mụn không viêm, đặc trưng là không có dấu hiệu tổn thương viêm. Còn mức độ nghiêm trọng là trứng cá kết tụ, đặc trưng là những áp-xe lớn, được kết nối nhiều và yếu và các sẹo không đều gây ra biến dạng bề sâu. Dạng cấp tính và nghiêm trọng hơn là mụn trứng cá bọc phát Fulminans, một hội chứng đa hệ thống khởi phát đột ngột, đặc trưng bởi áp xe mụn trứng cá hoại tử

dẫn đến sốt, tổn thương xương, viêm đa khớp, và biến dị xét nghiệm (Jansen & Plewig 1998; Seukeran & Cunliffe 1999).

Để đánh giá mức độ nghiêm trọng ban đầu của mụn trứng cá và theo dõi tiến triển của bệnh nhân trong môi trường lâm sàng, cũng như có thể đánh giá hiệu quả của các liệu pháp khác nhau trong các thử nghiệm lâm sàng, kỹ thuật đo lường khách quan là rất quan trọng. Nhiều hệ thống đã được phát triển qua nhiều năm; tuy nhiên, không có hệ thống nào nổi bật hẳn lên.

Thử nghiệm được công bố đầu tiên để đo lường mức độ nghiêm trọng của bệnh mụn trứng cá được trình bày trong một cuốn sách giáo khoa da liễu vào năm 1956 (Pillsbury et al. 1956). Kỹ thuật này đánh giá mức độ nghiêm trọng của mụn trứng cá, từ 1 đến 4, dựa trên loại tổn thương và số lượng tổn thương, tổn thương chiếm ưu thế, và phạm vi bị bệnh. Một số hệ thống phân loại mụn cũng được giới thiệu, với một số hình ảnh tham khảo hoặc hình ảnh ánh sáng phân cực (Burke & Cunliffe 1984; Cook et al. 1979; Doshi và cộng sự. 1997; James & Tisserand 1958; Phillips et al. 1997).

Phát triển song song với kỹ thuật phân loại mụn là các hệ thống đánh giá số lượng tổn thương khác nhau (Christiansen và cộng sự 1976; Lucky và cộng sự 1996; Michaelson et al. 1977; Witkowski & Simons 1966). Phương pháp này thường là đếm các tổn thương riêng lẻ trong mỗi phạm trù hình thái và phân chia mặt thành các khu vực riêng biệt. Phương pháp

CHƯƠNG 1. MỤN TRỨNG CÁ - DỊCH TỄ HỌC VÀ SINH LÝ BỆNH HỌC



Hình 9. Mụn đầu đen và mụn đầu trắng.

đếm tổn thương đã được công nhận gần đây và có vẻ khách quan hơn phương pháp đánh giá mụn trứng cá (Lucky et al. 1996). Tuy nhiên, nhiều tranh luận về hai phương pháp này vẫn còn nhiều (Shalita et al. 1997; Witkowski & Parish 1999), và không có phương pháp đánh giá mụn hiện nay là hoàn toàn hoàn hảo. Một số hệ thống kết hợp cả đếm tổn thương với đánh giá tổng thể (Plewig & Kligman 1975). Trong thực tế, hai tiêu chuẩn cần thiết cho hệ thống: một là có thể dễ dàng và nhanh chóng áp dụng trong môi trường lâm sàng mà không cần dụng cụ phức tạp, và riêng biệt, hai là phương thức tiếp cận cần nhạy cảm hơn để có thể được sử dụng trong nghiên cứu lâm sàng



Hình 10. Mụn sẩn phạm vi rộng trên mặt bệnh nhân.



Hình 11. Mụn bọc dạng nang.