

- dinh dưỡng năm 2000, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. **Lê Thế Trung** (2022), "Hiệu quả của mô hình sản xuất và tiếp thị thức ăn bổ sung tại địa phương tới an ninh thực phẩm hộ gia đình có con dưới 2 tuổi tại một số tỉnh miền núi phía Bắc", Tạp chí Y dược học. số 47 tháng 4 năm 2022, 16-23.
9. **Nguyễn Song Tú** (2022), "Tình trạng dinh dưỡng, thiếu máu và thiếu vi chất dinh dưỡng phụ nữ dân

- tộc Thái tại tỉnh Sơn La, năm 2018", Tạp chí Y học Việt Nam. tập 514-tháng 5-số 1, 226-230.
10. **Phạm Thị Bích Hồng** (2019), Thực trạng suy dinh dưỡng thể thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi người dân tộc Mông tại 2 xã huyện Quận Bạ, tỉnh Hà Giang, Đại học Y-Dược Thái Nguyên, Trường Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ DINH DƯỠNG LÀ NGUY CƠ GÂY DẬY THÌ SỚM Ở TRẺ EM

Trần Ngọc Sơn¹, Trần Văn Quyết¹, Ngô Thị Kim Anh¹,
Nguyễn Thị Hồng Nhân¹, Lê Thị Vân Anh¹, Phan Thị Kim Dung¹,
Nguyễn Hiền Thanh², Ngô Thị Thu Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố dinh dưỡng là nguy cơ gây dậy thì sớm ở trẻ em tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội năm 2023. **Đối tượng nghiên cứu:** 174 trẻ đến khám về vấn đề dậy thì; có 43 trẻ được chẩn đoán bệnh dậy thì sớm tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và 131 trẻ cùng tuổi, cùng giới chưa bị dậy thì là nhóm chứng. **Phương pháp:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu bệnh – chứng để tìm yếu tố nguy cơ. **Kết quả:** Tuổi chẩn đoán DTS hay gặp nhất là 7-8 tuổi: 62,8%, tuổi trung bình là 7,8 tuổi. Tỷ lệ trẻ nữ bị DTS là 95,4% trẻ nam: 4,6%. Bú mẹ hoàn toàn ít có nguy cơ bị DTS. Trẻ bị thừa cân, béo phì nguy xuất hiện DTS là 0,61 lần. Trẻ sử dụng sữa thường xuyên và các sản phẩm từ sữa, thói quen ăn đồ ngọt trước khi đi ngủ có nguy cơ dậy thì sớm lần lượt là; 0,66; 0,41; 1,87. Trẻ có sử dụng đồ ăn nhanh có nguy cơ gây dậy thì sớm bằng 0,18 lần trẻ không có thói quen. Nhóm trẻ bị DTS có thừa cân, béo phì lần lượt là; 28,7; 10,8. **Kết luận:** Chế độ dinh dưỡng và thói quen ăn uống có liên quan đến dậy thì sớm ở trẻ. Khuyến cáo cha, mẹ tích cực ngăn chặn các yếu tố nguy cơ, phát hiện sớm để thăm khám giúp ngăn ngừa tình trạng dậy thì sớm ở trẻ em.

Từ khóa: thừa cân, béo phì, BMI, dậy thì sớm.

SUMMARY

STUDY ON RISK FACTORS OF NUTRITIONAL AND PRECOCIOUS PUBERTY IN CHILDREN

Objective: Among 174 children examined for puberty problems at Saint Paul General Hospital, There were 43 children diagnosed with precocious puberty and 131 children of the same age and sex who had not yet had puberty were the control group. **Method:** Using a case-control study method to identify related factors. **Results:** The most common

age of diagnosis for precocious puberty (PP) is 7-8 years old, accounting for 62.8%. The percentage of girls with PP is 95.4%, while boys account for 4.6%. Exclusive breastfeeding is associated with a lower risk of PP. Overweight and obese children have a 0.61 times likelihood of developing PP. children who frequently consume milk and dairy products, and those with the habit of eating sweets before bed, have risks of early puberty of 0.66, 0.41, and 1.87 times, respectively. Children who consume fast food have a 0.18 times risk of developing early puberty compared to those without this habit. Children with PP due to being overweight and obese constitute 38,7% and 10,8%, respectively. **Conclusion:** Nutrition and eating habits are related to early puberty in children. It is recommended that parents actively prevent risk factors and detect early signs to seek medical consultation, which can help prevent early puberty in children. **Keywords:** overweight, obesity, BMI, precocious puberty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dậy thì là một quá trình phát triển sinh lý hoàn toàn bình thường của cơ thể, nếu quá trình này xảy ra sớm trước 8 tuổi ở trẻ gái và trước 9 tuổi ở trẻ trai thì cần phải xác định bệnh lý dậy thì sớm. Dậy thì sớm ở trẻ do nhiều nguyên nhân, sự tăng tiết hormone sinh dục làm ảnh hưởng đến tâm lý, chiều cao hoặc do các khối u ở hệ thần kinh, u tuyến yên... gây nguy hiểm nghiêm trọng đến sức khỏe thể chất và tinh thần^{1,2}. Phần lớn dậy thì sớm là vô căn, nhưng các nghiên cứu gần đây nhận thấy bệnh có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng như thừa cân, béo phì hay suy dinh dưỡng đều có thể làm khởi động dậy thì^{3,4}. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này xem yếu tố dinh dưỡng có có vai trò trong việc gây DTS cho trẻ hay không?, Nếu có thì ở mức độ nguy cơ của các yếu tố dinh dưỡng với bệnh DTS để giúp tránh cho trẻ bị xuất hiện bệnh, do vậy đề tài nghiên cứu "Phân tích một số yếu tố của dinh dưỡng là nguy cơ gây dậy thì sớm ở trẻ em."

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

²Trung Tâm Kiểm soát Bệnh tật Thành phố Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Thu Hương

Email: thuhuong0380@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 174 trẻ đến khám về vấn đề dậy thì 43 trẻ được chẩn đoán xác định bệnh DTS theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế, đang điều trị tại khoa Nhi tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn là nhóm bệnh

131 trẻ cùng tuổi và giới không bị bệnh lý về dậy thì sớm là nhóm chứng

Bố mẹ trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu bệnh - chứng. Tìm tỷ suất chênh OR với khoảng tin cậy CI, P<0,05 khi so sánh nhóm bệnh và nhóm chứng

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Thông tin nghiên cứu được thu thập theo mẫu phiếu điều tra thống nhất được thiết kế sẵn, được thực hiện bởi các nhân viên y tế đã được tập huấn.

Các biến số nghiên cứu

Cân nặng: được xác định bằng cân điện tử Seca 890 có độ chính xác đến 0.1kg.

Chiều cao: được đo bằng thước gỗ 2 mảnh có độ chính xác 0,1 cm.

Quy trình cân, đo chiều cao được tiến hành bởi các nhân viên y tế đã được tập huấn theo hướng dẫn của Viện dinh dưỡng theo các quy trình chuẩn. Tình trạng dinh dưỡng của trẻ được đánh giá theo bảng tham chiếu chuẩn của WHO 2007.

Chỉ số nghiên cứu về dinh dưỡng: Tiền sử dinh dưỡng: trẻ bú mẹ hoàn toàn, trẻ ăn sữa bò. Khi cai sữa: tình trạng sử dụng sữa, sử dụng các

chế phẩm từ sữa hàng ngày, sử dụng bữa phụ, sử dụng nước ngọt, nước ép đóng sẵn, sử dụng đồ ăn nhanh, thói quen ăn đồ ngọt trước khi đi ngủ, được phỏng vấn theo mẫu nghiên cứu.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập vào phần mềm Epidata 3.1, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0 và Excel.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức tại bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Số liệu chỉ thu thập khi phụ huynh đồng ý và trẻ đồng ý tham gia. Thông tin nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n(%)
Tuổi trung bình chẩn đoán (năm)	7,8 ± 1,7
Nhóm tuổi	
< 7 tuổi	4 (9,3%)
7 -< 8 tuổi	27 (62,8%)
> 8 tuổi	12 (27,9%)
Min – Max (năm)	6,7 – 9,3
Nữ	95,4%
Nam	4,6%

Nhận xét: Bệnh nhân được chẩn đoán DTS có tuổi trung bình là 7,8 tuổi. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở nhóm 7-8 tuổi chiếm 62,8%. Trong đó bệnh nhân được chẩn đoán sớm nhất là khi 6 tuổi 7 tháng và muộn nhất là 9 tuổi 3 tháng. Trẻ nữ bị bệnh DTS nhiều hơn trẻ trai với tỷ lệ lần lượt là: 95,4%; 4,6%.

Bảng 2. Tiền sử nuôi dưỡng

Đặc điểm	DTS (n (%))	Không DTS (n (%))	p	OR (95% CI)	
Tiền sử bú mẹ	Sữa mẹ hoàn toàn	25 (58,1)	80 (61,1)	0,7	0,7 (0,23-2,02)
	Sữa bò	18 (41,9)	51 (38,9)		

Nhận xét: trẻ được nuôi bằng sữa mẹ hoàn toàn ở nhóm DTS chiếm 58,1% , nhóm chứng là 61,1%. Bú mẹ hoàn toàn ít có nguy cơ bị DTS hơn so với nhóm sử dụng dinh dưỡng bằng sữa bò. Trẻ ăn sữa bò có nguy cơ bị DTS gấp 0.7 lần so với trẻ bú mẹ hoàn toàn, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p>0.05).

Bảng 3. Một số yếu tố về dinh dưỡng với trẻ bị dậy thì sớm

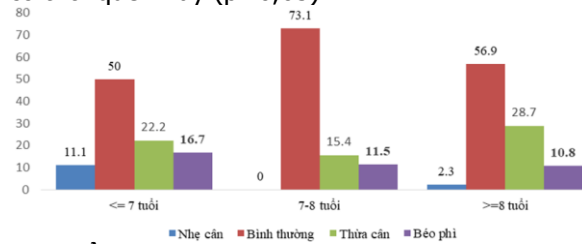
Yếu tố nguy cơ	DTS n (%)	Không DTS n (%)	p	OR (95% CI)	
Tình trạng DD	Bình thường,	17 (39.5)	78 (59.5)	0,91	0,61 (0,22-1,69)
	Thừa cân, béo phì	26 (60.5)	53 (40.5)		
Sử dụng Sữa	Có	42 (97,7)	130 (99,2)	0,40	0,66 (0,18-2,41)
	Không	1 (2,3)	1 (0,8)		
Sử dụng sản phẩm từ sữa	Có	42 (97,7)	130 (99,2)	0,10	0,41 (0,85-2,02)
	Không	1 (2,3)	1 (0,8)		
Sử dụng bữa ăn phụ	Có	32 (74,4)	105 (80,1)	0,43	0,54 (1,41-2,09)
	Không	11 (25,6)	26 (19,9)		
Sử dụng nước ngọt, nước ép đóng hộp	Có	27 (62,7)	92 (70,2)	0,36	0,71 (0,21-2,55)
	Không	16 (37,3)	39 (29,8)		
Sử dụng đồ ăn nhanh	Có	25 (58,1)	102 (77,9)	0,01	0,18 (0,06-0,56)
	Không	18 (41,9)	29 (22,1)		

Thói quen ăn đồ ngọt trước khi đi ngủ	Có	12 (27,9)	31 (23,7)	0,58	1,87 (0,59-5,87)
	Không	31 (72,1)	100 (76,3)		

Trẻ có tình trạng thừa cân, béo phì có nguy cơ DTS cao gấp 0,61 lần so với trẻ có cân nặng bình thường hay nhẹ cân.

Trẻ có sử dụng sữa và các chế phẩm từ sữa có nguy cơ DTS cao gấp 0,66 và 0,41 lần nhóm trẻ không sử dụng.

Phần lớn các trẻ thích đồ ăn nhanh, và tỷ lệ sử dụng đồ ăn nhanh cả DTS và nhóm chứng đều cao: 58,1% và 77,9%. Trẻ có sử dụng đồ ăn nhanh có nguy cơ DTS bằng 0,18 lần trẻ không có thói quen này ($p < 0,05$).



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng theo nhóm tuổi của trẻ bị dậy thì sớm

Kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ có tình trạng dinh dưỡng bình thường theo BMI chiếm đa số.

Nhóm ≤7 tuổi: tỷ lệ trẻ thừa cân là 22,2%; béo phì chiếm 16,7%.

Nhóm 7-8 tuổi: tỷ lệ trẻ thừa cân, béo phì lần lượt là: 15,4%; 11,5%. Không có trẻ nào có tình trạng dinh dưỡng thể nhẹ cân.

Nhóm ≥8 tuổi: 2,3% trẻ nhẹ cân; tỷ lệ trẻ thừa cân là 28,7%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi tham gia phỏng vấn chủ yếu ở nhóm 7 - 8 tuổi. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Phú Đạt (2002) tuổi bắt đầu dậy thì trung bình đối với trẻ gái là 11 tuổi 10 tháng, trẻ trai là 13 tuổi 5 tháng⁵. Tuy nhiên, nhóm tuổi được chẩn đoán DTS đa số trẻ trên 6 tuổi. Tỷ lệ trẻ gái bị DTS so với trẻ trai là 95,4%: 4,6%.

Tỷ lệ trẻ thừa cân, béo phì (TC, BP) có DTS là 60,47% và kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng trẻ TC, BP có nguy cơ DTS cao gấp 0,61 lần trẻ không TC, BP. Nghiên cứu ở Trung quốc, năm 2017, Chang Cheng và cộng sự⁶ tiến hành nghiên cứu ở Thượng Hải nhận thấy có mối liên quan giữa DTS và béo phì, tỷ lệ có: 13,86% trẻ nữ DTS kèm theo béo phì và ở trẻ nam tỉ lệ này là 25,98%. Một nghiên cứu tổng hợp của Wenyan Li và các cộng sự ở Trung Quốc (2017) đã tổng hợp trên 8 cơ sở dữ liệu trong 11 nghiên cứu thuần tập cho 4841 trẻ em đã khẳng định tỷ

lệ DTS tăng cao ở nhóm trẻ gái béo phì so với trẻ gái có cân nặng bình thường, nhưng ở trẻ trai chưa có đủ dữ liệu để khẳng định⁷. Các nghiên cứu trên thế giới đã nhận thấy có nhiều yếu tố tham gia khởi phát tình trạng DTS ở trẻ. Một số nghiên cứu trên thực nghiệm và trên thực tế của các trẻ đã được chẩn đoán DTS đã đồng nhất đưa ra các bằng chứng cơ chế sinh học liên quan giữa tình trạng béo phì và DTS với yếu tố leptin, kisspeptin và neurokinin B một yếu tố được bài tiết từ tế bào mỡ, tế bào thần kinh, tác động thông qua các thụ thể của chúng ở vùng dưới đồi, tham gia vào quá trình điều hoà tình trạng kích thích ăn và tăng kích thích chuyển hóa ở vùng dưới đồi, làm khởi động và tăng sản xuất các hormon tham gia quá trình dậy thì⁸. Nghiên cứu của chúng tôi về sữa và các sản phẩm từ sữa, đồ uống có gaz, đóng hộp đều có nguy cơ gây DTS so với nhóm chứng là 0.66;0.41.07 với $p > 0.05$. Theo báo cáo của tác giả Massart⁹ năm 2009 nghiên cứu sự ảnh hưởng chất Zearalenone (ZEA) có trong thành phần thức ăn của trẻ, hay gặp trực tiếp trong ngũ cốc, mỳ, gián tiếp từ sữa, thịt động vật có phơi nhiễm với chất ZEA ở giai đoạn trước dậy thì với tình trạng xuất hiện DTS. Nhóm nghiên cứu là học sinh tiểu học, do vậy thời gian học bán trú tại trường, trẻ luôn có bữa ăn phụ, do vậy phần lớn trẻ đều có sử dụng bữa phụ hàng ngày.

Thức ăn nhanh là một món thức ăn được yêu thích của các trẻ, do vậy tỷ lệ trẻ sử dụng trong cả hai nhóm đều cao, 58,1% và 77,9%. Sử dụng đồ ăn nhanh có nguy cơ DTS bằng 0,18 lần trẻ không có thói quen này ($p < 0,05$).

Tình trạng dinh dưỡng của nhóm trẻ bị DTS theo lứa tuổi tại thời điểm phỏng vấn nhận thấy tỷ lệ trẻ thừa cân và béo phì ở nhóm > 8 tuổi cao hơn các nhóm tuổi khác. Kết quả của tôi cũng giống với báo cáo của bác sỹ Lê Văn Duy tại bệnh viện Nhi trung ương, tỷ lệ thừa cân béo phì là 22,8% và 7%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy các nhóm tuổi được chẩn đoán DTS chủ yếu 7-8, bú mẹ hoàn toàn ít có nguy cơ gây DTS hơn. Yếu tố về dinh dưỡng, sử dụng sữa, sản phẩm từ sữa, thói quen ăn uống đồ ngọt trước đi ngủ, uống nước có ga và đồ đóng hộp có liên quan đến dậy thì sớm ở trẻ. Khuyến cáo cha, mẹ tích cực ngăn chặn các yếu tố nguy cơ, phát hiện sớm để thăm khám giúp ngăn ngừa tình trạng dậy thì sớm ở trẻ em

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Han XX, Zhao FY, Gu KR, et al (2022). Development of precocious puberty in children: surmised medicinal plant treatment[J]. Biomed Pharmacother. 156 (23): 113907.
- Carel JC, Leger J. 2008. Precocious Puberty. N. Eng J. Med. 358 . 22. 2366-23-77.
- Liu Y, Yu T, Li X, et al (2021). Prevalence of precocious puberty among chinese children: a school population-based study. Endocrine. 72(2): 573-81
- Valsamakis G, Arapaki A, Balafoutas D, et al (2021). Diet-Induced Hypothalamic inflammation, Phoenixin, and subsequent precocious Puberty. Nutrients. 13(10); 3460.
- Nguyễn Phú Đạt (2002). "Nghiên cứu về tuổi dậy thì của trẻ em và một số yếu tố ảnh hưởng ở một số tỉnh Miền Bắc Việt nam", Luận án tiến sỹ y học, Đại học Y Hà Nội. Knific T, Lazarevič M, Zibert J, et al (2022). Final adult height in children with central precocious puberty - a retrospective study[J]. Front Endocrinol (Lausanne). 2(13): 100-4
- Pinheiro SL, Maciel J, Cavaco D, et al (2023). Precocious and accelerated puberty in children with neurofibromatosis type 1: results from a close follow-up of a cohort of 45 patients. Horm (Athens). 22(1): 79-85.
- Wenyan. L, Qin.L, Xu D, Yiwen C et al. (2017) Association between Obesity and Puberty timing: A systematic review and Meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 14: 1226
- Min J.K, Yeon.J.O et al (2018) The usefulness of circulating levels of leptin, kisspeptin, and neurokinin B obese girls with precocious puberty. Gynecological Endo. Vol 34, NO 7, 627- 630
- Massart F, Saggese G (2010) Oestrogenic mycotoxin exposures and precocious pubertal development. International Journal of Andrology. 33.369-376

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẠI CHỖ BỆNH VẢY NẾN MẰNG BẰNG E-PSORA CREAM (PHA, JOJOBA OIL, VITAMIN E) TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU CẦN THƠ VÀ VIỆN NGHIÊN CỨU DA THẨM MỸ QUỐC TẾ FOB NĂM 2022-2023

Nguyễn Minh Đầu^{1,2}, Trần Gia Hưng¹, Huỳnh Văn Bá¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị tại chỗ vảy nến mảng bằng E-PSORA (PHA, jojoba oil, vitamin E) tại Bệnh viện Da Liễu Cần Thơ và Viện nghiên cứu da thẩm mỹ quốc tế FOB năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân vảy nến mảng tại Bệnh viện Da Liễu Cần Thơ và Viện nghiên cứu da thẩm mỹ quốc tế FOB từ tháng 8/2022-6/2023. **Kết quả:** kết quả rất tốt chiếm tỉ lệ 7,7%; tốt chiếm 30,8%; khá chiếm 36,5%; vừa chiếm 21,2% và kém chiếm 3,8%. Tác dụng phụ ghi nhận 7,7% ngứa và 5,8% đỏ da. **Kết luận:** E-PSORA là liệu pháp tại chỗ có hiệu quả làm giảm sang thương vảy nến với ít tác dụng phụ. **Từ khóa:** E-PSORA, thuốc bôi dưỡng ẩm, vảy nến mảng.

SUMMARY

ASSESSMENT RESULTS OF TOPICAL PLAQUE PSORIASIS TREATMENT BY E-PSORA CREAM (PHA, JOJOBA OIL, VITAMIN E) AT CAN THO HOSPITAL OF DERMATO-VENEREOLGY AND FOB INTERNATIONAL COSMETIC

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trung tâm Y tế huyện Hòn Đất

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Văn Bá
Email: bsnguyenminhdau1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 3.7.2024

DERMATOLOGY INSTITUTE IN 2022-2023

Objectives: Evaluating the results of topical treatment of plaque psoriasis with E-PSORA (PHA, jojoba oil, vitamin E) at Can Tho Dermatology Hospital and FOB International Cosmetic Dermatology Institute in 2022-2023. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 52 mild and moderate plaque psoriasis, treatment duration with E-PSORA for 6 weeks. **Results:** very good results had level 7.7%, good had level 30.8%, quite had level 36.5%, medium had level 21.2% and poor results had level 3.8%. Side effects only recorded 7.7% itching and 5.8% skin redness. **Conclusion:** E-PSORA is an effective topical therapy in reducing psoriatic lesions with few side effects. **Keywords:** E-PSORA, moisturizer, plaque psoriasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vảy nến là bệnh lý viêm mạn tính của da, tiến triển thấy thường và rất hay tái phát gây ảnh hưởng nhiều đến tâm lý, sinh hoạt và khả năng hoạt động của người bệnh. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, cả hai giới, ở khắp các châu lục, chiếm tỉ lệ 2-3% dân số thế giới. Hình thái lâm sàng của bệnh vảy nến rất đa dạng có khoảng 80-90% là vảy nến thể mảng [5]. Mặc dù bệnh ít gây tử vong nhưng bệnh lại gây tổn thương nặng nề về mặt tinh thần và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Cho đến nay, bệnh vảy nến chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Các phương pháp điều trị chỉ