

Clinical Approaches and
Procedures in Cosmetic Dermatology

SPRINGER
REFERENCE

Maria Claudia Almeida Issa
Bhertha Tamura *Editors*

Chemical and Physical Procedures

 Springer

CHƯƠNG 1. PEEL NÔNG, TRUNG BÌNH VÀ SÂU

I > Retinoic acid peel

i Lịch sử

Đã được sử dụng từ lâu vì hiệu quả tiêu nhân mụn của Retinoic acid, do đó có ích cho chỉ định điều trị các loại nhân mụn với nồng độ 0.005–0.01%. Đến năm 1986, Kilgman công bố hiệu quả trẻ hóa của retinoic acid qua bằng chứng mô học, và từ đó nó trở thành lựa chọn trẻ hóa tốt nhất cho da lão hóa.

Vào những năm 1990, Nó bắt đầu được sử dụng kết hợp với TCA 35% peel trung bình để giảm thời gian cần để phục hồi của da sau peel. VÀ từ đó, chỉ định của retinoic acid rất đa dạng.

ii Cơ chế tác động

Tác động cơ học gây bong tróc, thậm chí dù việc đó chỉ xảy ra ở thượng bì, lại có tác động kích thích mạnh mẽ lên các con đường kích hoạt các hoạt động có ích ở lớp bì, điều này dường như vẫn chưa thể tìm ra cách giải thích hợp lý.

Làm mỏng và tạo áp lực lên lớp sừng, loại bỏ tế bào thượng bì không điển hình, phân tán melanin thượng bì, kích thích tăng sinh collagen lớp bì, tăng lắng đọng glycosaminoglycans và tân tạo mạch máu.

Ngoài ra retinoic acid còn có thuộc tính giúp đẩy nhanh chu trình tế bào, giúp đổi mới tế bào sừng nhanh hơn, tiêu nhân mụn và giảm sắc tố qua việc ức chế tyrosinosis và TIRP-1.

iii Chỉ định

Da lão hóa, cải thiện kết cấu da, dày sừng ánh sáng, sắc tố do lão hóa, tàn nhang, Civatte's poikiloderma, rạn da, mụn, dày sừng nang lông, nám...

iv Chống chỉ định

Thai kỳ, cho con bú, dẫn mạch, trứng cá đỏ.

v Phân loại peel nông

Peel nông sẽ giúp bong tróc lớp thượng bì và hoàn toàn không ảnh hưởng lên lớp màng đáy. Có thể phân loại chi tiết hơn là peel rất nông khi chỉ loại bỏ lớp sừng (0.06 mm) và peel nông khi loại bỏ lớp hạt cho đến khi chạm màng đáy (0.45 mm).

Độ sâu của việc peel nông, sẽ phụ thuộc vào loại da, sự chuẩn bị trước thủ thuật, nồng độ axit retinoic, chất dẫn và kỹ thuật thoa axit retinoic trên da. Độ sâu của peel sẽ quyết định quá trình phục

Classification	Depth	Examples
Very superficial-light peels	Necrosis up to the level of stratum corneum	TCA 10%, Glycolic Acid (GA) 30–50%, Salicylic acid 20–30%, Jessner's solution (1–3 coats), Tretinoin 1–5%
Superficial-light peels	Necrosis through the entire epidermis up to basal layer	TCA 10–30%, GA 50–70%, Jessner's solution (4–7 coats)
Medium-depth peels	Necrosis up to upper reticular dermis	TCA 35–50%, GA 70% plus TCA 35%, 88% phenol un-occluded, Jessner's solution plus TCA 35%, solid CO ₂ plus TCA 35%
Deep peels	Necrosis up to mid-reticular dermis	Baker-Gordon phenol peel

hồi-->không mất thời gian nghỉ dưỡng, ít ban đỏ, bong da nhẹ, hoặc nếu quy trình peel cho đến lớp màng đáy --> một chút downtime sẽ cần thiết với da hơi tối màu hơn và bong tróc nhiều hơn. Phản ứng sau thủ thuật và thời gian phục hồi phải được thảo luận trước đó với bệnh nhân và phải có sự đồng thuận rõ ràng.

vi Chuẩn bị bệnh nhân, thực hiện và liệu

Lý tưởng nhất là bệnh nhân được chuẩn bị trước peel bằng cách tạo thói quen sử dụng tretinoin thoa 1 tháng trước đó, vì tác dụng của tretinoin trên da làm đồng nhất độ hấp thu trên toàn bộ bề mặt da và cho kết quả tốt nhất. Hơn nữa, việc sử dụng tretinoin giúp đẩy nhanh tốc độ hồi phục da sau peel. Và để tránh PIH sau peel thì bệnh nhân cần được tư vấn chống nắng tích cực.

Những người tuýp da sạm màu (da nhóm III-VI) thì nguy cơ hình thành PIH cao hơn, nên được sử dụng hydroquinone hay các chất làm sáng da dùng ngoài 3 tuần trước thủ thuật. Việc sử dụng nên được làm hàng ngày, kể cả khi tiếp xúc với ánh nắng hay thậm chí đi biển hay hồ bơi với sự hỗ trợ của kem chống nắng. Lo ngại viêm da dị ứng rất hiếm gặp, chỉ có thể gây kích ứng da ở 1 số trường hợp thoa quá dày. Do đó, cần khuyên bệnh nhân sử dụng 1 lượng tối thiểu, thoa rất mỏng có thể, và có thể thoa nhiều lần trong ngày (3 đối với melasma). Và chúng tôi cho rằng đó như là 1 tiêu chuẩn vàng đối với melasma.

Bệnh nhân phải hiểu tất cả mọi thứ đang diễn ra trong lúc làm/ sau thủ thuật peel, và tầm quan trọng của việc chống nắng hàng ngày.

Cho dù là peel nông bề mặt, nhưng cần ngừa nhiễm/tái hoạt herpes. Cần khai thác bệnh sử và nếu ghi nhận tiền căn herpes thì cần sử dụng Valacyclovir 500mg x 2 l/ngày x 5 ngày trước khi peel.

Trong lúc peel, phòng thực hiện thủ thuật cần được yên tĩnh, nếu có sự hỗ trợ của âm nhạc êm dịu thì thật tuyệt vời. Nhiệt độ phòng phải cảm thấy dễ chịu. BN phải được chuẩn bị bằng mũ chụp tóc, bác sĩ thực hiện thủ thuật phải đeo găng tay.

Nồng độ retinoic acid dùng để peel trong khoảng 3-12%, trong đó nồng độ thường sử dụng và an toàn nhất là 5%. Nghiên cứu cho thấy không có khác biệt về hiệu quả trong điều trị nám giữa nồng độ 5 vs 10%. Dung dịch có thể được bào chế dưới dạng gel, lotion hay cream propilenoglycol. Chất dẫn phổ biến nhất là propylenoglycol với màu vàng nhạt. Dùng 1 chổi lụa dùng 1 lần để quét dung dịch lên vùng da cần điều trị. Hầu như không có 1 phản ứng khó chịu nào trên da sau khi thoa dung dịch, tuy có 1 số da có thể có cảm giác châm chích nhẹ. Giữ dung dịch trên da ít nhất 6h từ khi thoa, sau đó rửa sạch. Da có thể đỏ từ nhẹ đến nhiều trong 3 ngày sau đó, tùy thuộc vào độ sâu của quá trình peel.

Độ sâu của peel phụ thuộc vào bề dày của thượng bì, mật độ nang lông, độ lão hóa và giới tính (nam giới thường nhiều dầu hơn, giảm sự thấm), tuýp da, độ nguyên vẹn của hàng rào bảo vệ của da, sự chuẩn bị da trước đó.

Tẩy trang, rửa mặt sạch với mục đích loại bỏ lớp dầu dư thừa trên da giúp tạo môi trường và PH đồng đều trên toàn bộ bề mặt da. Khi thoa retinoic acid trên da, có thể chà xát mạnh trong quá trình làm với 1 gạc sạch, mục đích làm cho dung dịch thấm sâu và phát huy tác dụng tốt nhất. Sau quá trình peel, da có thể đỏ nhẹ hay nhiều, bong tróc và tối màu hơn. Tất cả những phản ứng này đều nên được trao đổi trước với bệnh nhân.

Đối với da lão hóa nặng hay điều trị rạn da, thì chà xát mạnh là điều cần thiết để gia tăng khả năng thẩm thấu của retinoic acid. Ngoài ra, còn có thể sử dụng siêu mài mòn da hay CO2 fractionla trước đó

để cải thiện kết quả. Đối với rạn da, vùng điều trị có thể áp dụng kỹ thuật băng kín sau peel để cải thiện hiệu quả của peel.

vii Sau thủ thuật

Sau khi thoa retinoic acid 6h, bệnh nhân rửa sạch với nước và xà phòng nhẹ. Việc sử dụng chống nắng tích cực là bắt buộc sau peel, kèm theo đó là chú ý dưỡng ẩm tối ưu để đạt kết quả tối ưu.

viii Tác dụng phụ và xử trí

Peel bằng retinoic acid có thể gây đỏ da nhiều đặc biệt là ở những vùng da mỏng và khô. Trong trường hợp này xảy ra có thể sử dụng corticoide nhẹ dạng kem trong vài ngày để giảm tối thiểu tác dụng phụ này. Đỏ da kéo dài hiếm khi xảy ra, và khi đó, nên sử dụng corticoide mạnh hơn dưới sự giám sát chặt chẽ bởi bác sĩ da liễu để tránh tình trạng PIH. Nếu PIH xảy ra, có thể kiểm soát với hydroquinone và chống nắng tích cực.

II > Glycolic acid peel

i Sức mạnh và liều

GA là tác nhân peel rất linh hoạt được sử dụng với nhiều nồng độ khác nhau, với hiệu quả peel tương quan với nồng độ acid và diện tích peel. Nồng độ sử dụng của GA là 20-70% với độ PH là 1-3. Trên thị trường hiện có 1 số dạng chế phẩm của GA như: tự do, trung hòa 1 phần (PH cao hơn), dung dịch phân tầng, và có dung dịch đậm. Khi sử dụng dung dịch có hệ đệm thì thời gian thoa trên da cần thiết phải dài hơn. Độ hấp thụ GA trên da phụ thuộc vào nồng độ, độ PH và thời gian thoa trên da. Chế phẩm từ dạng dung dịch đến gel, trong đó gel được ưa thích hơn vì thấm chậm hơn và dễ kiểm soát hơn.

Dung dịch acid ở dạng tự do có độ PH thấp, cho hiệu quả tác động sâu và nhanh hơn, tuy nhiên bệnh nhân phải đối diện với nguy cơ xảy ra tác dụng phụ và khó kiểm soát độ an toàn hơn. Khi peel với PH quá thấp, nguy cơ trở thành peel sâu, tiếp cận đến lớp bì và tăng nguy cơ PIH cũng như tạo sẹo.

Tuy nhiên nên nhớ rằng độ sâu của peel quyết định hiệu quả và còn tùy thuộc vào chỉ định điều trị cụ thể. Peel nông bề mặt giúp cải thiện mụn, nếp nhăn mịn và nám thượng bì, nhưng không giúp cải thiện nếp nhăn sâu, nám bì hay PIH. Khuyến cáo nên sử dụng peel với nồng độ 20-30% ở lần đầu và tăng nồng độ lên ở những lần tiếp theo tùy mục đích điều trị và sự dung nạp của bệnh nhân.

Trung hòa là bước tối quan trọng trong quá trình peel, và cần được làm nhanh chóng ngay khi điểm cuối lâm sàng đạt được, tránh lượng GA tự do còn sót lại trên da thời gian lâu và gây nguy cơ tổn thương lớp bì.

ii Chỉ định

Được chỉ định trong PIH, nám thượng bì, đốm nâu, tăng tiết bã nhờn, và nếp nhăn mịn. Mụn với nhiều mức độ cũng được chỉ định sử dụng GA peel.

Số lượng và tần số sử dụng peel tùy thuộc vào đáp ứng lâm sàng và độ dung nạp của bệnh nhân.

iii Chống chỉ định

Có thai, cho con bú, nhiễm herpes đang hoạt động, viêm da tiếp xúc và dị ứng với glycolate. Cần lưu ý là sau peel GA thì da tăng nhạy cảm với ánh sáng.

iv Cơ chế tác dụng

Đích của GA là tế bào sừng, làm chúng tổn thương và mất sự liên kết, cuối cùng là bong tróc. Peel AHA nông còn tác động vào hoạt động của các enzym thượng bì gây ly giải thượng bì và làm bong tróc.

Thượng bì trở nên mỏng hơn, và từ đó kích thích sự tái sinh và tái cấu trúc các tế bào thượng bì, giúp cải thiện cấu trúc và bề mặt bất thường.

Kích thích thượng bì cũng dẫn đến sản xuất cytokine, hoạt hóa nguyên bào sợi tăng sản xuất Collagen tuýp I, IV và elastin. Peel càng sâu thì hiệu quả kích thích tăng sinh Collagen và glycosaminoglycan.

Về phần mụn trứng cá, GA peel tác động trực tiếp gây kháng vi khuẩn P.acnes và có hoạt tính chống oxi hóa. Nó còn giúp cải thiện độ thẩm thấu của các thuốc thoa trị mụn, vì vậy nó được xem là 1 lựa chọn hỗ trợ cho việc điều trị mụn trứng cá.

Có 1 điều cần lưu ý là peel với GA cần nhiều liệu trình để đạt hiệu quả lâm sàng, với khoảng cách thông thường là mỗi 15 ngày trong 4-6 tháng.

v Đánh giá trước peel

Cần hỏi bệnh nhân về mức độ tiếp xúc ánh nắng, tiền căn herpes môi, hiện có sử dụng retinoid dạng uống trong 6 tháng vừa qua không (đối với peel GA trung bình hay sâu), khuynh hướng tăng sắc tố sau viêm, các thuốc đang sử dụng và tiền căn dị ứng thuốc.

Xác nhận sự đồng ý trị liệu cũng như ghi lại hình ảnh trước thủ thuật, ghi nhận kỳ vọng của bệnh nhân và phải lưu ý khách hàng về việc cần thiết thực hiện nhiều liệu trình để đạt kết quả mong muốn cũng như các biến chứng có thể xuất hiện.

vi Chuẩn bị da

Yêu cầu bệnh nhân bắt buộc phải tuân thủ chế độ chăm sóc da trước, trong và sau thủ thuật để đạt được hiệu quả tốt nhất. Bác sĩ nên chuẩn bị sẵn các tờ dặn dò, phác đồ và các ví dụ cụ thể để cung cấp cho bệnh nhân, nhằm tạo sự tin tưởng và tuân thủ cho bệnh nhân.

Bệnh nhân nên được sử dụng các chế phẩm chứa AHA, retinoic acid 2-4 tuần trước và ngưng 3-5 ngày trước thủ thuật. Vì vậy, bệnh nhân nên được kê toa sử dụng tại nhà 1 trong các thuốc dạng thoa chứa tretinoin 0.025%, adapalene 0.1%, glycolic acid 6-12%, kojic acid hay azelaic acid.

Việc sử dụng tretinoin trước peel giúp tăng hiệu quả bằng việc giảm độ dày của lớp sừng và tăng độ sâu của peel. Tretinoin cũng làm giảm thời gian phục hồi da sau các thủ thuật tái tạo bề mặt.

Hydroquinone hữu ích cho những bệnh nhân có da sạm màu (tuýp III trở lên), ức chế enzym tyrosinase và giảm tạo sắc tố thượng bì trong quá trình trước, trong và sau thủ thuật, thậm chí ở những bệnh nhân có tiền căn bất thường vấn đề sắc tố.

vii Làm sạch da

Là bước vô cùng quan trọng, nhằm tạo môi trường đồng nhất trên bề mặt da và từ đó đạt độ thẩm và hiệu quả đồng đều.

Đầu tiên bệnh nhân được rửa sạch mặt với xà phòng và nước, sau đó da sẽ được tẩy trang và tế bào chết cũng như bã nhờn dư thừa trên bề mặt. Isopropyl alcohol được dùng để rửa sạch và aceton để làm sạch bã nhờn.

viii Thoa sản phẩm peel

Bệnh nhân được ngồi ở tư thế thoải mái, đội nón giữ tóc và nhắm mắt kín trong suốt liệu trình. Tinh chất peel được thoa lên da bằng cọ quét, gạc sạch, găng tay cao su...tùy thuộc vào công thức và khuyến cáo của nhà sản xuất.

Thông thường, chế phẩm dạng gel có tốc độ thẩm chậm hơn và dễ kiểm soát hơn. Nên khởi đầu thoa lên vùng trán, sau đó thoa đều lên khắp mặt vì da vùng trán dày hơn và ít nhạy cảm hơn so với các phần còn lại nên có thể chịu được thời gian tiếp xúc acid cao hơn.

Những khu vực đặc biệt nhạy cảm như góc mũi, môi thì nên được bảo vệ bằng 1 lớp vaseline mỏng. Độ thẩm sâu của liệu trình có thể được quan sát dễ dàng và kiểm soát dựa vào sự thay đổi của da:

Đỏ da đồng đều lan tỏa là dấu hiệu chứng tỏ thuốc thẩm qua thượng bì

Bột tuyết trắng đồng nghĩa với quá trình hoại tử xảy ra ở lớp bì nhú.

Bột tuyết màu trắng xám chứng tỏ quá trình hoại tử diễn ra ở lớp bì lưới

Không thể xác định rõ điểm cuối lâm sàng cho liệu trình peel này, điều này bác sĩ nên dựa vào độ sâu mong muốn tùy thuộc vào vấn đề da hiện tại của bệnh nhân. Thường thì đỏ da sẽ thấy sau 3-5 phút, thời điểm nên trung hòa. Nếu bột tuyết xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào trước thời gian định sẵn hay điểm cuối lâm sàng đạt đồng đều cũng nên trung hòa tại đó ngay lập tức. Điều này quan trọng vì có 1 số vùng lớp sừng khá mỏng và hấp thu acid nhanh hơn những vùng khác như cánh mũi, nếp mũi má...

ix Trung hòa

Peel bằng GA cần phải được trung hòa để chấm dứt hoạt tính của thuốc và ngưng quá trình peel. Dung dịch để trung hòa AHA thường là muối amonium, Natri bicarbonate hay NaOH hoặc nước. Thường được sử dụng nhất là NaHCO₃ 10-15%, khi tạo phản ứng trung hòa được thực hiện sẽ tạo bọt khí CO₂ và báo hiệu cho người thực hiện thủ thuật biết quá trình trung hòa đang diễn ra. Khi bọt khí không hiện diện nữa thì chứng tỏ lượng acid tự do đã được trung hòa hết-->lau sạch với 1 gạc thấm nước sạch.

Nếu trung hòa được diễn ra chậm hay sai sót có thể dẫn đến tổn thương lớp bì gây sẹo.

Độ mạnh của peel phụ thuộc vào nồng độ GA và thời gian thoa thuốc. Vd: GA 30-50% để khoảng 1-2 phút tương đương với peel rất nông, GA 50-70% để trên da khoảng 2-5 phút tương đương với peel nông, và cuối cùng là GA 70% để trên da 3-15 phút tương đương với peel trung bình.

Cần nên nhớ rằng việc quan trọng không phải là canh thời gian chính xác mà luôn phải quan sát kỹ bất kỳ phản ứng trên da nào của bệnh nhân, và dấu hiệu bột tuyết xuất hiện ở vị trí nào để trung hòa trước. Đặc biệt ở dạng peel GA thì độ thẩm của thuốc rất thay đổi nên việc quan sát cẩn thận là điều bắt buộc, và cần lưu ý đến cảm giác của bệnh nhân như châm chích, ngứa, nóng rát...cũng cần được trung hòa ngay.

x Chăm sóc sau thủ thuật

Mục tiêu của chăm sóc sau thủ thuật là ngăn ngừa và hạn chế nguy cơ xảy ra biến chứng và đảm bảo quá trình hồi phục diễn ra 1 cách đúng đắn. Bệnh nhân được khuyên nên ngưng các sản phẩm chăm sóc da của bản thân trong ít nhất vài ngày cho đến khi da hồi phục hoàn toàn, chỉ sử dụng các sản phẩm được kê toa trong thời gian này.

Corticoide thoa da loại nhẹ có thể sử dụng trên da trong vài ngày nếu có viêm da đáng kể xuất hiện, mục tiêu kháng viêm nhanh chóng, và đẩy nhanh phục hồi. Nhiễm trùng khá hiếm gặp, tuy nhiên có thể kê những kháng sinh dạng dầu thoa da trong trường hợp xuất hiện mào, mục đích phòng ngừa bội nhiễm. Đối với đại đa số trường hợp thì dưỡng ẩm là bắt buộc và có thể là duy nhất trong quá trình hồi phục.

Nên chống nắng tích cực trong 6 tuần sau thủ thuật peel vì da mới được tái tạo khá mỏng manh và nhạy cảm ánh sáng.

xi Biến chứng

Peel GA là 1 thủ thuật khá an toàn tuy nhiên vẫn có những biến chứng và tác dụng phụ. Để hạn chế biến chứng cần cẩn thận trong khâu chọn bệnh, chuẩn bị trước thủ thuật, thao tác thủ thuật và chăm sóc sau thủ thuật thật tốt.

Biến chứng ngay lập tức là các phản ứng tại chỗ của da như đỏ da, bong tróc và cảm giác căng đầy da mặt xuất hiện trong vài giờ sau peel. Những phản ứng này tùy thuộc vào độ sâu của quá trình peel.

Phản ứng chậm xảy ra sau vài ngày – vài tuần, bao gồm tạo sẹo, nhiễm trùng, PIH, đỏ da kéo dài, và nhiễm herpes.

Liệu pháp kháng herpes nên được kê nếu thực hiện peel GA trung bình cho dù bệnh nhân có tiền căn nhiễm Herpes hay không. Việc phòng ngừa nên bắt đầu 2 ngày trước và kéo dài 7-10 ngày sau thủ thuật, cho đến khi quá trình tái tạo bề mặt gần như hoàn thành.

Khuyến cáo sử dụng Acyclovir 400mg 3 lần 1 ngày Hay Vacyclovir 500mg 2 lần 1 ngày hay Famciclovir 250mg 2 lần/ngày.

Peel nông không cần phải uống thuốc dự phòng trừ trường hợp bệnh nhân thường xuyên tái phát herpes.

Đỏ da kéo dài: gặp trong 1 số trường hợp và thường không liên quan đến sản phẩm hay do quy trình peel. Loại đỏ da này thường là kết quả của tăng lưu lượng tuần hoàn khu trú do những hoạt động hàng ngày của bệnh nhân như tập thể dục, gắng sức... Corticoide thoa nhóm I-II có thể giúp giảm triệu chứng và kèm theo chống nắng.

PIH: Thường rất hiếm khi xảy ra với peel nông và rất nông. Vấn đề này thường gặp khi peel trung bình hay sâu, đặc biệt là ở các nhóm da tối màu (trên III). Lựa chọn phù hợp chính là sử dụng Hydroquinone nhằm giúp ức chế tyrosinase, giúp phòng ngừa khi sử dụng trước và sau trị liệu.

Nhiễm trùng: 1 biến chứng hiếm gặp, và cũng chỉ thấy trong peel trung bình-sâu hay peel dạng kết hợp do suy giảm chức năng hàng rào da, tổn thương mô và chăm sóc da sau đó không phù hợp. Quá trình phục hồi da chậm và đỏ da kéo dài là những dấu hiệu sớm để nhận biết. Tùy thuộc và tác nhân nhiễm khuẩn mà lựa chọn các loại thuốc tại chỗ hay toàn thân tùy theo kinh nghiệm của thầy thuốc nhằm tránh nguy cơ hình thành sẹo sau đó.

Sẹo: Cực kỳ hiếm gặp, khi lớp bì bị tổn thương do kỹ thuật peel quá tệt khi sử dụng GA nồng độ cao. Biến chứng này hoàn toàn có thể tránh khi tỉ mỉ quan sát mặt khách hàng trong suốt quá trình điều trị để trung hòa kịp thời nếu có hiện tượng bọt tuyết xuất hiện.

xii Peel kết hợp

Việc kết hợp 2 loại peel có cùng độ sâu tác động giúp tăng cường độ thấm sâu hơn nhưng vẫn đảm bảo độ an toàn nhất định.

a. Kết hợp GA và TCA

GA có công dụng giúp bong sừng, tương tự như TCA (được sử dụng trong peel trung bình). Và sự kết hợp giữa GA 70% dạng gel với TCA 35% đã được sử dụng để điều trị tàn nhang, dày sừng ánh sáng ở vùng cổ, cánh tay, bàn tay

Thực hiện peel: sau khi rửa mặt sạch và sâu, thoa GA 70% lên và trung hòa sau 2 phút. Sau đó thoa TCA 35% và thực hiện tiếp theo như quy trình thông thường. Kết quả sẽ đạt được độ thẩm sâu hơn khi sử dụng TCA đơn thuần. Việc kết hợp này có thể giúp giải quyết tốt các nếp nhăn mảnh, dày sừng ánh sáng và sắc tố bề mặt chỉ sau 1 liệu trình. Chúng ta có thể thực hiện lại liệu trình mỗi 6 tháng hay hàng năm tùy thuộc và mức độ tổn thương da và lão hóa.

b. Kết hợp GA và dung dịch Jessner

Dung dịch Jessner cũng có tính chất tiêu sừng, gia tăng tính thẩm của các chất khác như GA. Tuy nhiên sử dụng dung dịch Jessner trước khi peel GA làm tăng nguy cơ của thẩm sâu không kiểm soát và sẹo, vì điểm cuối lâm sàng của GA khó quan sát, đặc biệt trên bệnh nhân da tối màu.

Dày sừng ánh sáng, nếp nhăn mảnh và da lão hóa có thể chỉ định peel kết hợp này.

Thực hiện: Sau khi rửa mặt và tẩy trang, Thoa 2-3 lớp dung dịch Jessner lên da với 1 gạc sạch cho đến khi xuất hiện đỏ da nhẹ, sau đó thoa GA 70%. Chú ý là dung dịch sẽ thẩm rất nhanh so với sử dụng 1 mình GA.

III > Salicylic acid

Hydroxy acid (HA) được phát hiện bởi Van Scoot và Yu, được chia làm 2 nhóm alpha và beta, khi được thoa lên da có tác dụng cải thiện tình trạng tăng sừng. Ứng dụng thẩm mỹ của thuốc được phát hiện sau đó và dần được sử dụng trong việc cải thiện khía cạnh lâm sàng và cấu tạo của da lão hóa.

Hydroxy acid thuộc nhóm carboxylic acid hữu cơ do chứa Carbon và hydro trong cấu trúc phân tử. Da liễu học phân chúng thành 4 nhóm dựa theo vị trí của nhóm hydroxyl trong cấu trúc: alpha, beta, poly và bionic.

Salicylic acid thuộc nhóm beta-HA (BHA), với sự khác biệt chủ yếu về tính chất lý hóa so với AHA là ở đặc tính không tan trong nước của nó.

Ở nồng độ <3%, nó có tính kiềm sừng, điều hòa quá trình tạo sừng, hỗ trợ cải thiện tình trạng lão hóa, tăng phân tán các hạt sắc tố. Nồng độ 3-5 %, có hoạt tính tiêu sừng, tăng tính thẩm của các tác nhân dạng thoa khác. Nó có thể được dùng trong liệu trình peel ở nồng độ 10-30%

SA có hoạt tính kháng khuẩn, có tính thẩm cao với làn da có độ dầu cao và cấu trúc tuyến bã nang lông-->rất hiệu quả trong điều trị mụn. Thêm vào đó, độ an toàn của SA rất cao, chất dẫn trong công thức thường nhanh bay hơi, hạn chế độ thẩm sâu của acid.

i Chỉ định và chống chỉ định

Chỉ định trong: da lão hóa, nám, mụn, sẹo mụn nông, đặc biệt các rối loạn xảy ra trên tuýp da tối màu.

SA peel có thể phối hợp với liệu trình peel khác như TCA và retinoic acid. Điều quan trọng là khi sử dụng SA peel trước sẽ làm tăng độ sâu và tốc độ thẩm của các chất sau đó vì hoạt tính tiêu sừng, do đó có thể làm tăng nguy cơ biến chứng.

SA có thể dùng trên bất kỳ khu vực nào của da, đặc biệt hiệu quả trị mụn lưng, vùng chữ V ở cổ. Tuy nhiên tránh sử dụng peel SA trên diện rộng vì nguy cơ ngộ độc salicylate, dù biến chứng này rất ít xảy ra trong các chế phẩm dạng dầu.

ii Chuẩn bị trước peel

Nên chuẩn bị da trước peel 1 tháng bằng việc sử dụng retinoid thoa hay HA để tăng cường độ thấm của peel và tăng khuếch tán các hạt sắc tố. Tạo thói quen sử dụng chống nắng phổ rộng.

Nên phòng ngừa herpes tái hoạt ở những bệnh nhân có tiền căn nhiễm herpes miệng.

iii Quy trình peel

Tẩy trang và làm sạch da

Dùng gạc thoa 1-2 lớp SA lên da, đặc biệt các tổn thương đơn lẻ cần tập trung thì đắp gạc cotton lên trên tổn thương.

Sau 1 vài giây, bệnh nhân sẽ có cảm giác nóng rất nhẹ, kéo dài 3-4 phút. Trong khoảng thời gian này, quan sát da bệnh nhân sẽ có biểu hiện đỏ nhẹ đồng nhất.

Khi SA khô, nó sẽ tạo lớp màu trắng nhưng không phải bột tuyết của loại tẩy lớp bì, mà là những tinh thể SA kết tủa. Nó sẽ đọng lại nhiều hơn những vùng vị trí tổn thương.

Peel SA cũng cần được trung hòa như peel AHA. Dù vậy, có thể chỉ cần dùng gạc thấm nước sạch để lau đi lượng acid đọng trên bề mặt sau 5 phút, nước lạnh có thể dùng để giảm cảm giác nóng rát.

Quy trình peel có thể thực hiện mỗi 2-4 tuần. Cần 3-6 liệu trình để đạt hiệu quả lâm sàng rõ ràng.

iv Chăm sóc sau peel

Sau peel 3-5 ngày có thể xuất hiện bong tróc nhẹ, kéo dài 7-10 ngày.

Trong quá trình phục hồi này, da cần được dưỡng ẩm tối ưu, chống nắng tích cực và không nên sử dụng thêm 1 liệu trình điều trị nào khác (như retinoid, AHA) cho đến khi da phục hồi hoàn toàn.

v Biến chứng và xử lý

Peel SA thường an toàn và an toàn với hầu hết trường hợp và loại da. Tuy nhiên đối với da tối màu và không được chuẩn bị trước thì cần phải chống nắng tích cực trước 1 tháng và sau liệu trình 1 tháng là tối thiểu để tránh nguy cơ PIH.

Sử dụng corticoide thoa trong thời gian ngắn (3-5 ngày) có ích để giảm viêm sau liệu trình. Điều này có thể do viêm da tiếp xúc hay dị ứng.

Nếu tăng sắc tố xảy ra, thì có thể thoa các chất làm trắng và chống nắng.

Dù có nguy cơ của ngộ độc salicylate, nhưng thật sự rất hiếm xảy ra với chế phẩm dạng dầu. Ngộ độc chỉ xảy ra khi nồng độ tăng từ 200-400 ug/l. Triệu chứng ngộ độc bao gồm:

- Nhẹ: thở nhanh, nôn, ù tai, giảm thính lực, chóng mặt, buồn nôn, nôn, đau bụng.
- Nặng: Rối loạn thần kinh trung ương, rối loạn tri giác (giống ngộ độc rượu)

IV > Pyruvic acid

Mặc dù trong thập niên gần đây, pyruvic acid giành được sự quan tâm đáng kể nhưng nó vẫn được xem là 1 dạng peel để dành. Vì tính chất thấm nhanh và sâu nên có thể coi nó là 1 tác nhân peel hóa học

mạnh. Mức độ peel có thể là nông, hay trung bình nhưng theo tác giả bài viết thì xếp pyruvic acid vào nhóm cho kết quả như peel sâu. Bong vảy thường xảy ra với peel pyruvic acid do tác động phù nề hay hydrate hóa lớp bì nhẹ, kèm với tác dụng tiêu sừng, kiềm dầu, kháng khuẩn, kháng viêm. Thêm vào đó còn có tác động tăng sinh collagen và elastin mới.

Pyruvic acid rất không ổn định, nên chế phẩm của nó cần được bảo quản trong tủ lạnh với nhiệt độ 2-8 độ C. Nó dễ bay hơi và có mùi khét đặc trưng của rượu bị đốt. Hơi của nó có thể gây kích ứng đường hô hấp và mắt, do đó nên để quạt và khách được yêu cầu nhắm mắt trong suốt liệu trình.

i Chỉ định và giới hạn

Các chỉ định của pyruvic acid là: mụn độ I-IV, da dầu, viêm nang lông, lão hóa da nhẹ với nếp nhăn mịn, sẹp và sắc tố bề mặt. Như là 1 lựa chọn điều trị thay thế cho nám ở nhóm da I-III, đặc biệt ở những bệnh nhân kèm theo sẹo mụn hay rối loạn sắc tố do hydroquinone.

Giới hạn của tác nhân là chỉ tác động tối đa đến lớp bì nông, do đó không thể hiệu quả trên những rối loạn sâu hơn như sẹo sâu, nếp nhăn sâu, rối loạn sắc tố lớp bì. Ngoài ra đối với những tình trạng da dày sừng thì độ thẩm của thuốc cũng bị hạn chế và gần như không hiệu quả, do đó cần kết hợp peel cùng các chất khác như TCA trong điều trị các bệnh lý da dày sừng như dày sừng ánh sáng.

ii Lựa chọn bệnh nhân và chuẩn bị trước peel

Chọn bệnh là rất quan trọng trong peel pyruvic acid, vì tốc độ thẩm của thuốc rất nhanh và dữ dội, đặc biệt trên da đang tổn thương hàng rào bảo vệ như viêm da cơ địa, sử dụng retinoid, viêm da tiết bã, viêm da quanh miệng... Nếu bọt tuyết xuất hiện trong quá trình peel thì gần như chắc chắn sẽ dẫn đến PIH.

Do đó, ưu tiên peel pyruvic acid cho da nhóm I-III. Sự thẩm của thuốc gần như đồng đều dù da có chuẩn bị trước đó hay không. Chỉ có 1 số da dày sừng, quá dầu hay nhiều còi mụn thì nên chuẩn bị da trước khoảng 1 tháng bằng các tác nhân có đặc tính tiêu sừng như: glycolic acid 10%, pyruvic acid 8%, azelaic acid 15%, hay adapalene 0.1%. Khuyến cáo nên ngưng các sản phẩm dạng thoa trên da 2-3 ngày trước liệu trình để tránh tình trạng kích ứng da không lường trước được trên các vùng da nhạy cảm như quanh miệng, quanh mắt.

PIH là 1 biến chứng quan trọng cần được giải thích rõ với khách hàng và khi nó xảy ra thì chỉ là tạm thời, tuy nhiên có thể kéo dài 6 tháng.

iii Quy trình thực hiện

Rửa sạch mặt và loại trừ chất nhờn dư thừa trên da, đơn giản bằng gạc thấm cồn 70%.

Nếu bất kỳ vùng da nào đỏ, đau rát trong quá trình làm sạch bằng cồn thì nên trì hoãn việc peel trên khu vực đó vì nguy cơ PIH và bỏng.

Việc trung hòa nên được thực hiện khi thấy có hiện tượng đỏ da, thường là sau 3-5 phút. Nên việc thoa thuốc peel phải nên thực hiện 1 cách nhanh chóng, trên toàn bề mặt, hoặc peel và trung hòa từng vùng lần lượt vì có 1 số khu vực độ thẩm sẽ nhanh hơn phần còn lại. Nếu thoa toàn mặt 1 lần, nên bắt đầu ở trán và mũi sau đó qua 2 gò má và cuối cùng là các rãnh, khu vực quanh mũi, mắt, miệng và cổ.

Vì lý do an toàn, dung dịch trung hòa nên sử dụng dung dịch NaHCO₃ 10%, có thể dùng chổi quét, gạc thấm hay dạng phun xịt sẽ hiệu quả hơn. Và cuối cùng là dùng 1 gạc thấm nước sạch hay nước muối sinh lý để rửa sạch toàn mặt, lấy đi chất tẩy và acid còn dư thừa trên bề mặt.

Chọn lựa nồng độ peel

Nên khởi đầu với peel pyruvic acid 40% và chỉ nên tăng nồng độ lên 50% khi bệnh nhân hoàn toàn không có biểu hiện và than phiền nào

iv Peel kết hợp

a. Kết hợp với retinoic acid

Để đạt được kết quả tốt hơn trên tình trạng da dầu, có thể kết hợp với retinoic acid 5% trong 1 liệu trình đơn giản tương tự như sau peel salicylic acid hay Jessner's. Retinoic acid solution hay cream sẽ được thoa trên vùng cần điều trị trong 2-6h tại nhà trước khi rửa sạch bằng nước hay xà phòng nhẹ.

Sự thêm retinoic acid vào có tác dụng là giảm kích thích tuyến bã. Tuy nhiên, cần lưu ý là retinoic acid có thể gây kích ứng và khô da trong 3 ngày đầu.

b. Kết hợp với QS 1064nm toning

Để đạt kết quả tốt hơn trên PIH và các rối loạn sắc tố khác, pyruvic acid có thể được sử dụng ngay sau khi thực hiện laser toning. Chỉ định này không khuyến cáo sử dụng nồng độ acid vượt quá 40% và nguy cơ tăng tính thấm. Bệnh nhân mụn trứng cá có thể được điều trị hiệu quả với bộ 3: QS + pyruvic acid + retinoic acid, sau 3-5 liệu trình, cách nhau mỗi 2 tuần.

c. Kết hợp TCA

Để điều trị tốt cho tổn thương dày sừng ánh sáng, pyruvic acid có thể được sử dụng ở nồng độ 50%, sau 5 phút, thoa tiếp TCA 35-40%, cho kết quả sâu hơn so với peel TCA 1 mình. Pyruvic acid có thể được trung hòa hay không cần trung hòa để đạt thương tổn hóa học nhiều hơn tại tổn thương.

d. Kết hợp dầu Croton

Để điều trị tổn thương lớp bì, vấn đề chính là dầu croton có thể hòa tan được trong dung dịch hydroalcoholic pyruvic acid 50%. Các tác giả cố gắng thử kết hợp này nhằm điều trị các vấn đề da sâu như nếp nhăn sâu, sẹo sâu mà không đáp ứng sau 3 tháng peel đơn thuần với pyruvic acid 50% đơn thuần.

v Chăm sóc sau peel

Da sẽ đỏ trong 4-6h sau peel, trong thời gian này bệnh nhân đôi khi có cảm giác châm chích hay nóng rát. Da bệnh nhân không bong tróc hay khô như những loại peel nồng khác trừ phi nó kết hợp với 1 loại peel khác như retinoic acid.

Trong 3 ngày đầu sau peel, cần hạn chế rửa mặt hay tắm vùng mặt, tối đa 2 lần 1 ngày, nên sử dụng các loại rửa mặt dịu nhẹ, sữa tắm cho trẻ em. Trong gian đoạn 1 tuần sau peel, cần sử dụng các chế phẩm dưỡng ẩm không sinh nhân mụn, trước khi bắt đầu sử dụng lại quy trình skin care thông thường.

Nếu peel mạnh hơn, như kết hợp với TCA, bệnh nhân nên dùng các chế phẩm dạng dầu (oilment) như vaseline trong giai đoạn phục hồi này.

Nếu có bất kỳ dấu hiệu bọt tuyết nào xuất hiện trong quá trình peel đơn thuần pyruvic acid, bệnh nhân nên được sử dụng corticoide loại mạnh (như clobetasol 0.05% gel) trên vùng da nguy cơ và chống nắng tích cực. Thậm chí là với chăm sóc đặc biệt thì PIH cũng có thể xuất hiện sau khoảng 14 ngày. PIH dạng này thường khó điều trị, ngược lại với PIH do retinoic acid hay Jessner's peel. Cần điều trị bằng công thức bộ 3 của Kligman, transenamide acid uống, chống nắng và laser QS 1064nm.

V > Dung dịch Jessner

i Công thức và cơ chế tác dụng

Dung dịch được Max Jessner tạo ra bao gồm 14% salicylic acid, 14% lactic acid, và 14% resorcinol trong 95% ethanol. Salicylic acid nhạy cảm ánh sáng, lactic acid hấp thụ nước trong không khí, do đó dung dịch không ổn định khi tiếp xúc với ánh sáng và không khí.

Cơ chế tác dụng của nó dựa vào hoạt tính tiêu sừng của salicylic acid và resorcinol, hoạt tính ly thượng bì của acid lactic. Dung dịch Jessner là mất đi sự liên kết giữa các tế bào sừng, dẫn đến hiện tượng phù nề nội bào và liên bào trong thượng bì. Điểm cuối lâm sàng là đỏ da và vệt bọt tuyết, nó tự trung hòa, có thể thoa nhiều lần để đạt tổn thương sâu hơn.

Độ thấm sâu tùy thuộc và số lần thoa dung dịch và có thể đạt được mức độ peel trung bình. Có thể peel ở nhiều vùng như cổ, thân mình, lưng, tuy nhiên chỉ peel 1 vùng trong 1 liệu trình để tránh nguy cơ ngộ độc salicylate.

Ngộ độc salicylate và salicylic acid là 1 biến chứng hiếm xảy ra, chỉ có nguy cơ khi peel salicylic trên vùng rộng lớn, biểu hiện lâm sàng bao gồm chóng mặt, ù tai và dấu thân fking trung ương.

ii Chọn lựa bệnh nhân

Dung dịch Jessner có thể sử dụng trong nhiều trường hợp: mụn, PIH, melasma nhẹ, cải thiện bề mặt và lão hóa. Tuy nhiên nhiều tác giả cho rằng không nên sử dụng dung dịch Jessner trong đơn trị liệu mụn, các vấn đề sắc tố và sẹo.

Mặc dù chỉ là peel nông và hầu như được sử dụng ở hầu hết mọi tuýp da, tuy nhiên cần lưu ý khi thực hiện peel trên các tuýp da tối màu vì nguy cơ rối loạn sắc tố (tăng hay giảm) sau peel.

Cần khai thác bệnh sử rõ ràng về các bệnh da viêm như vẩy nến (nguy cơ hiện tượng Koebner), viêm da các loại, trứng cá đỏ (da nhạy cảm), nhiễm herpes (cần dùng thuốc ngừa tái hoạt 2 ngày trước và sau peel 7-14 ngày). Bệnh nhân suy giảm miễn dịch không nên áp dụng liệu trình vì nguy cơ bội nhiễm.

Tiền căn tiếp xúc tia phóng xạ, bệnh tự miễn, bệnh tạo keo có thể ảnh hưởng đến quá trình hồi phục da sau liệu trình.

Tiền căn sử dụng isotretinoin trong 6-12 tháng trước cũng có thể làm ảnh hưởng đến thời gian hồi phục của da sau peel. Retinoid dạng thoa nên ngưng trước peel 1 tuần. Các thuốc có thể làm tăng nhạy cảm ánh sáng (minocycline, amiodarone, thiazides, chống trầm cảm 3 vòng...), thuốc hệ thống có thể làm tăng sắc tố (như thuốc ngừa thai uống và thuốc dạng hormone), thuốc lá, tiền sử sẹo lồi, sẹo phì đại và các liệu trình thẩm mỹ trước đó đã thực hiện.

Nghề nghiệp của bệnh nhân cũng khá quan trọng, liên quan đến thời gian phục hồi và tiếp xúc với ánh nắng.

Chống chỉ định: có thai, cho con bú, 6 tháng qua sử dụng isotretinoin uống và đang nhiễm herpes simplex.

iii Chuẩn bị trước peel

Quá trình tư vấn cần được thực hiện 1 cách đầy đủ trước peel về quy trình, chăm sóc trước peel, lựa chọn thay thế, nguy cơ, biến chứng, giới hạn và những trị liệu tiếp theo cần phải làm. Không nên có bất kỳ sự cam kết về sự hoàn hảo nào trong tư vấn.

Chụp hình ghi lại toàn bộ mặt và những vùng đặc biệt cần cải thiện.

Chuẩn bị nên được thực hiện 2-4 tuần và ngưng 3 ngày trước peel. Mục đích là để gia tăng hiệu quả của peel hóa học. Mục tiêu chính của quá trình chuẩn bị là làm mỏng lớp sừng, tạo độ đồng nhất về độ thấm của hóa chất vào da, đẩy nhanh quá trình hồi phục, giảm nguy cơ xuất hiện PIH và sẹo. Sử dụng kem tretinoin 0.05% ít nhất 2 tuần trước peel, giúp đẩy nhanh tốc độ phục hồi da. 1 tác nhân khác có thể dùng trong giai đoạn chuẩn bị là hydroquinone, salicylic acid, glycolic acid, Kojic acid, retinol, azelaic acid, steroide tại chỗ và kem chống nắng.

Trong quá trình này, bệnh nhân nên được tư vấn về khả năng khô da, kích ứng hay đỏ da. Chống nắng tích cực nên được thực hiện.

iv Quy trình thực hiện

Rửa sạch mặt và vùng cần peel, mục đích là loại bỏ bã nhờn, vi khuẩn và tế bào chết trên da, tạo môi trường đồng nhất giúp độ thấm của hóa chất được đồng đều.

Thoa dung dịch hóa chất lên trên da. Thoa thêm 1 lớp nữa sau 3-4 phút.

Rửa sạch lại với nước, loại bỏ các tinh thể salicylic acid.

Việc thoa nhiều lớp lên da có thể giúp làm tăng độ thấm của quá trình peel:

- Độ 1: 1 lớp, gây đỏ da nhẹ và tạo 1 lớp bề mặt trên da như lớp phấn và có thể lấy đi dễ dàng.
- Độ 2: 2-3 lớp, đỏ da nhiều hơn, vài chấm bọt tuyết ở 1 số vị trí. Cảm giác nóng rất nhẹ hay trung bình.
- Độ 3: 3-4 lớp, đỏ da dữ dội và nhiều khu vực có bọt tuyết, cảm giác nóng rất trung bình-nhiều.

v Chăm sóc sau peel

Dưỡng ẩm nhẹ nên được sử dụng ngay sau liệu trình peel, nên tránh đắp ướt khu vực peel trong vòng 24h sau peel. Sau thời gian này, có thể quay trở về thói quen chăm sóc da bình thường.

Nếu bệnh nhân có đỏ da nhiều, có thể thoa corticoide nhẹ.

Chống nắng tích cực và sử dụng kem chống nắng thường xuyên.

vi Biến chứng và tác dụng phụ

Nguy cơ biến chứng có thể giảm thiểu với qui trình chọn bệnh tử mỉ, chọn lựa chế phẩm peel phù hợp (nồng độ, kết hợp, kỹ thuật peel), tư vấn bệnh nhân, chuẩn bị trước, trong và chăm sóc sau peel tốt.

Biến chứng: chậm hồi phục da, bội nhiễm, đỏ da kéo dài, viêm da tiếp xúc, sẹo bất thường, cấu trúc bề mặt bất thường, ròi loạn sắc tố.

Việc đánh giá và phát hiện sớm biến chứng giúp điều trị dễ dàng hơn. PIH có thể được điều trị bằng retinoid thoa, các chất làm trắng như hydroquinone.

VI > Kết hợp các phương pháp peel nông

Các loại peel nông làm tối ưu hóa chu kỳ bì-thượng bì của da, cho nên nó có ích rất nhiều cho các vấn đề như PIH hay tình trạng mụn viêm. Ở tốc độ phục hồi thông thường, các tổn thương do mụn có thể tự giải quyết sau khoảng 6-12 tháng, nhưng khi thực hiện liệu trình peel nông, thì chỉ cần khoảng 1-2 tháng.

Còn nếu bệnh nhân sử dụng các chế phẩm thoa chứa retinoid hay azelaic acid thì khoảng thời gian nằm giữa khoảng phục hồi tự nhiên và peel.

Việc phối hợp peel nông với các trị liệu khác giúp cải thiện tình trạng hiện có và tăng hiệu quả cộng gộp.

i Chỉ định và giới hạn

Việc phối hợp các liệu trình trị liệu với peel hóa chất nông nhằm làm tăng sức mạnh cũng như độ thấm của liệu trình và đẩy mạnh quá trình phục hồi qua tăng chu trình tế bào sừng. Mục đích thứ 2 có lẽ là chỉ định tốt nhất cho việc phối hợp peel nông với các liệu trình khác. 1 số liệu trình tác động bề mặt không có tác dụng làm tăng chu trình tế bào sừng, chúng cần có thời gian để phục hồi các tổn thương dạng điểm trên bề mặt, như QS Nd:YAG 532nm hay IPL.

Giới hạn chính của sự kết hợp này là sự dung nạp của bệnh nhân, 1 số sẽ khó chịu với cảm giác nóng rát, châm chích hay kích ứng do liệu trình peel mang lại. Rất ít trường hợp viêm da dị ứng với hóa chất peel.

ii Kết hợp với các hóa chất hay loại peel khác

Dùng các loại peel nông trước khi peel trung bình-sâu 35-40% TCA giúp môi trường bề mặt da đồng nhất, gia tăng độ thấm và hiệu quả của peel TCA.

Tất nhiên nó cũng có hiệu quả tương tự khi kết hợp với loại peel nông khác như khi kết hợp peel 30% salicylic acid và retinoic acid 5%. Trong hoàn cảnh này, cũng cần thực hiện nhiều liệu trình, nhưng sự keiemr soát mụn và giải quyết vấn đề sẹo mụn có thể đạt được sớm hơn đơn trị liệu.

Retinoic acid là loại dễ dàng kết hợp với các chất khác, được xem như 1 dạng mask để đó và đi, và gần như không có 1 phản ứng hay tác dụng lập tức nào vì cơ chế tác dụng của nó thường thông qua thụ thể retinoid trong nhân tế bào sừng và tác động vào con đường tổng hợp protein, điều này thường bắt đầu vào ngày hôm sau, biểu hiện lâm sàng có thể nhận thấy được sau 48-72h. Vì thế loại mặt nạ “màu vàng” này thường được thoa trên da sau các liệu trình peel khác bao gồm TCA 10%, salicylic acid 30%, Jessner’s, và AHA. Tuy nhiên mặt nạ tretinoin 5% cần được che chở bởi kem nền và chống nắng tích cực vì mức độ nhạy cảm của thuốc với tia tử ngoại và cả ánh sáng nhìn thấy được.

Để cải thiện vấn đề mụn, lỗ chân lông to, tăng tiết bã nhờn, tôi khuyến cáo sử dụng Salicylic acid 30% trong polyethylen glycol, thoa trên da 5-10 phút, sau đó lau sạch và thoa mask tretinoin 5%. Sự phối hợp này đặc biệt hiệu quả vì chế phẩm trong polyethylen glycol không bay hơi, giúp gia tăng độ thấm và đi sâu vào nang lông. Sau khi thoa mặt nạ tretinoin, sản phẩm sẽ đi dễ dàng hơn vào nang lông và kết hợp hiệp đồng với acid salicylic còn dư trong nang lông.

Khi gặp trường hợp dày sừng ánh sáng có nguy cơ ung thư hóa, có nhiều lựa chọn như liệu pháp quang động (PDT), peel hóa chất trung bình-sâu, hay siêu mài mòn da. Nhưng những phương pháp này cần 1 quy trình khá kéo dài và downtime khá nhiều. 1 liệu trình kết hợp PDT ban ngày, peel hóa chất nông, tiếp theo với cryotherapy trên những tổn thương quá dày sừng có hiệu quả tốt, ít đau và không tốn downtime. Quy trình này có thể lặp lại sau 7-14 ngày, thường thì AK sẽ được giải quyết khá triệt để sau khoảng 4-5 liệu trình. Liệu trình cụ thể:

- Peel pyruvic acid 40% trong 5 phút, sau đó trung hòa với NaHCO₃ 10%, dùng gạc lau sạch NaHCO₃ còn sót lại trên da, chà sát mạnh trên vùng AK. Thoa Metvix (ALA- [Axit 5-Aminolaevulinic](#)) lên vùng AK, phơi ánh sáng mặt trời trong 2h, hay chiếu đèn ánh sáng đỏ 37

J/cm² (khoảng 7 phút), cryotherapy trên tổn thương AK quá dày, và mask 5-FU 5% (5-fluorouracil) trong 4-6h.

iii Kết hợp với QS Nd:YAG

Để tối ưu hóa hiệu quả trắng sáng của laser toning, thì peel hóa chất nông như dung dịch Jessner, dung dịch 17% lactic acid + 17% salicylic acid + 8% citric acid trong dung dịch ethanol, hoặc peel retinoic acid có thể được sử dụng kết hợp.

Mặc dù các chất làm trắng dùng ngoài và chống nắng có thể giúp cải thiện vấn đề sắc tố như nám, nhưng việc kết hợp với laser toning và tranexamic acid uống cho thấy hiệu quả tăng lên vượt trội. Tuy nhiên 1 số trường hợp dù có sự kết hợp nhiều liệu trình nhưng sự cải thiện không nhiều thì peel nông có thể là 1 sự lựa chọn kết hợp có lợi ích tốt.

Sử dụng Qs Nd:YAG 532nm toàn mặt hay khu trú tại thương tổn để lại sắc tố màu nâu đen, tạo mài dày và cần khoảng hơn 10 ngày để lành tự nhiên và cần nhiều thời gian hơn nếu xuất hiện PIH hay phản ứng viêm sau laser. Nếu liệu trình thực hiện ở những vùng khác như mu bàn tay, chân thì đôi khi cần đến hơn 6 tuần để giải quyết. Do đó, ngay sau laser có thể sử dụng peel nông ngay để tăng tốc độ hồi phục của da. Nó cũng có thể sử dụng thời gian dài sau đó để cải thiện PIH. Việc kết hợp laser 532nm QS Nd:YAG với peel retinoic acid giúp giảm downtime do những đốm sắc tố nâu đen nhưng không cải thiện hiệu quả lâm sàng.

iv Kết hợp với IPL

IPL là công cụ dùng năng lượng đèn để phóng ra ánh sáng đa sắc, không tuyến tính với bước sóng đa dạng từ 400-1200 nm. Phổ ánh sáng được chọn lựa dựa theo mô đích (melanin, Hb hay nước) cũng như lượng porphyrin sản sinh ra bởi các tác nhân sinh vật (như P. acnes). Chỉ định của việc kết hợp IPL và peel hóa chất nông là cải thiện các vấn đề sắc tố và mụn.

a. Sắc tố do ánh sáng, tàn nhang và PIH

IPL sử dụng ánh sáng có bước sóng được hấp thu chủ yếu bởi melanin (520-540 nm) xung ngắn (10-15ms). Đối với trường hợp PIH thì sử dụng năng lượng thấp hơn, xung dài hơn và cần nhiều liệu trình hơn. Cần khoảng 10-15 phút để quan sát đáp ứng tức thì của da, chúng ta sẽ thấy tổn thương sẽ tối màu hơn do tập trung sắc tố trung tâm, bao quanh bởi đỏ da và phù nề nhẹ, xung quanh rải rác có những chỗ da lành do không có mô đích của ánh sáng.

Kem tretinoin 5% được thoa sau đó, không nên sử dụng các chế phẩm trong cồn hay các phụ gia bay hơi vì có khả năng gây kích ứng. Bệnh nhân sau 4-6h nên nhẹ nhàng rửa sạch lớp kem đi, có thể sử dụng nước tẩy trang dịu nhẹ. Nếu bệnh nhân có biểu hiện đỏ da nhiều, cảm giác nóng rát hay châm chích khó chịu thì có thể sử dụng corticoide thoa nhẹ. Corticoide còn có chỉ định thời gian ngắn nếu da khách bị PIH sau IPL, và thời gian sử dụng được khuyến cáo là 1 tuần. Cần lưu ý về vấn đề điều trị PIH nên tránh các phương pháp xâm lấn vì nguy cơ nặng hơn tình trạng tăng sắc tố.

Sắc tố da được điều trị bằng IPL sẽ tối màu hơn, bong vảy và mài. Tretinoin tăng chu trình tái tạo thượng bì và làm cho quá trình phân tán và loại bỏ sắc tố thuận tiện hơn.

Việc sử dụng tretinoin 5% giúp cho quá trình bong vảy trên toàn bộ mặt diễn ra đồng nhất và cải thiện hiệu quả của IPL. Có thể lựa chọn những sản phẩm khác ngoài tretinoin cho liệu trình kết hợp này như Vit C, Ferulic acid... hay các loại retinoid khác có trên thị trường.

Trị liệu IPL trên tuýp da IV-VI không được khuyến cáo do nguy cơ rối loạn sắc tố kéo dài và bền vững.

b. Mụn

Tổn thương mụn, nhân mụn, sẩn viêm, mụn mủ có thể cải thiện tốt với IPL 400nm. Bước sóng này được hấp thụ tốt bởi porphyrins được sản xuất bởi P. acnes, từ đó sinh ra ROS tác động lên vi khuẩn.

IPL 400nm tác động mạnh lên mụn, đặc biệt là các tổn thương viêm với kết quả trên mô học cho thấy giảm tẩm nhuận tế bào viêm và thu nhỏ kích thước tuyến bã. Liệu trình điều trị mụn bằng IPL có thể thực hiện mỗi tuần. Khi kết hợp cùng với peel trong cùng liệu trình, thì có thể lặp lại hàng tuần hay 2 lần/tuần tùy theo đáp ứng của da sau liệu trình. Trị liệu có thể được chỉ định trong trường hợp mụn nhẹ đến trung bình. Thông thường kết hợp với peel nông bằng Salicylic acid 30% ngay sau chiếu IPL giúp đẩy nhanh hiệu quả cải thiện các tổn thương nhân mụn và mụn viêm.

Salicylic acid thuộc nhóm BHA và tan trong dầu, nó sẽ loại bỏ đi lớp lipid liên bào quanh tế bào biểu mô của lớp sừng, điều này làm giảm tính kết dính của các tế bào sừng và giúp tiêu sừng, bong vảy. Cũng như vậy, nó còn có hoạt tính tiêu nhân mụn và làm khô giúp giảm bớt số lượng nhân mụn và tổn thương viêm da mụn.

Kết quả còn tốt hơn nhiều nếu sau khi peel salicylic xong, lau sạch và thoa retinoic acid 5% và nói bệnh nhân giữ lại trong 4-6h. Liệu trình này làm 2 tuần 1 lần hay dài hơn, hiệu quả vượt trội hơn ở các khía cạnh như đã đề cập ở trên, ngoài ra còn cải thiện tăng sắc tố sau viêm.

Nếu sử dụng salicylic acid trong dung môi polyethylen glycol thì sẽ không có hiện tượng nóng, đỏ, bong vảy hay đóng mài xảy ra. Tuy nhiên trên mô học không có bằng chứng giảm hiện tượng viêm và PIH. Khi peel sẽ không có hiện tượng bọt tuyết, nên cần rửa sau 5 phút.

v Kết hợp với các loại laser bóc tách

Laser có tính bóc tách hiện nay có 3 bước sóng chính: CO2 (10600 nm), Er:YAG (2940 nm), và Er:YSGG (2790 nm). Trong đó Er:YAG là loại được ưa chuộng nhất nên có tính chất bóc tách nông bề mặt, ít xuyên sâu và ít gây tổn thương nhiệt xung quanh. CO2 có hệ số hấp thụ bởi nước thấp nhất nên xuyên sâu hơn và tổn thương nhiệt cao hơn. Và cuối cùng Er:YSGG là trung gian. Các loại laser bóc tách đẩy mạnh việc tái cấu trúc và sản sinh collagen và elastin mới ở lớp bì trong ít nhất 3 tháng sau liệu trình.

Trong đó có 2 loại laser được nghiên cứu và sử dụng nhiều nhất hiện nay là CO2 và Er:YAG. Chúng có chế độ tạo ra vùng tổn thương xen kẽ vùng da lành, và điều này làm tăng tốc độ hồi phục của da. Ngoài ra các cột vi tổn thương mà chúng gây nên trên da tạo điều kiện cho dưỡng chất thấm sâu hơn vào trong da. Trên mô học chứng minh rằng, sau 5 phút, các sợi fibrin bắt đầu hình thành và lấp đầy hơn 25% của số da do laser vừa tạo nên, và điều này tăng dần theo thời gian, sau 90 phút thì hơn 90% chiều dài kênh của số đã được lấp đầy bởi các sợi fibrin.

Loại peel hóa chất được sử dụng phù hợp nhất sau các loại laser bóc tách là tretinoin 5%. Retinoic acid kích thích quá trình tân tạo collagen mới, thêm vào đó là làm bong tróc 1 cách đồng nhất trên bề mặt giữa các vùng tổn thương do laser. Chế phẩm nên sử dụng dạng kem, không chứa cồn. Kết quả mang đến 1 làn da đồng đều về màu sắc và cấu trúc hơn sau liệu trình kết hợp này. Chúng tôi thường có thói quen kết hợp IPL + CO2/Er:YAG + ATRA (tretinoin) trong cùng liệu trình để tối ưu hiệu quả. Retinoic acid do được hỗ trợ bởi việc mở của số da trước đó, có điều kiện đi sâu vào các lớp da bên trong, tăng hiệu quả tác dụng của nó.

Sự lựa chọn kết hợp khác là dung dịch Jessner và TCA 35%, sau đó thực hiện laser bóc tách, cho phép loại bỏ 1 cách đồng đều toàn bộ lớp thượng bì, kết hợp hiệu ứng tổn thương nhiệt tại MTZ. Do đó giúp

loại bỏ sắc tố, thương tổn dày sừng ánh sáng hay dày sừng tiết bã, làm mới thương bì và tăng tái tạo collagen mới -->trẻ hóa rất tốt.

Nên lưu ý là chỉ những chuyên gia có kinh nghiệm về da liễu mới nên thực hiện kết hợp giữa peel hóa chất và laser bóc tách vì nguy cơ biến chứng cao nếu không kiểm soát tốt.

VII > Trichloroacetic acid

i Chỉ định

TCA tùy vào nồng độ có thể được sử dụng cho mục đích peel từ rất nông cho đến sâu. Tuy nhiên đa số peel TCA được sử dụng ở nồng độ để đạt hiệu quả trung bình-sâu là chủ yếu.

Bảng 3 cho thấy phân độ da lão hóa và dựa vào tình trạng mà lựa chọn hình thức điều trị hợp lý.

Với mức độ lão hóa 1: có thể sử dụng peel nông hay siêu mài mòn da kết hợp với các dược mỹ phẩm chứa AHA, retinoid thoa...

Lão hóa nhóm 2: sử dụng peel trung bình-sâu kết hợp với sử dụng thời gian dài sản phẩm chứa AHA và retinoid thoa.

Lão hóa nhóm 3: sử dụng trị liệu y khoa kéo dài với peel trung bình-sâu (+- mài mòn da), peel sâu, laser tái tạo bề mặt hay kết hợp các liệu trình trên với nhau.

Lão hóa nhóm 4: ngoài những biện pháp ở nhóm 3, cần thực hiện các thủ thuật xâm lấn hơn để giải quyết hiệu quả như cắt mỡ mí dưới mắt, căng chỉ...

Mục tiêu chọn lựa bệnh nhân còn tùy thuộc và nhu cầu cải thiện và khả năng chịu đựng và điều kiện của bệnh nhân. Phải cân nhắc nhiều yếu tố bao gồm cả khu vực trị liệu bên cạnh độ sâu của thương tổn. Vì quá trình tái tạo phục hồi sau tổn thương của da liên quan đến đơn vị nang lông, và điều này lại ít hơn ở khu vực cổ, bàn tay/ bàn chân.

Tiếp cận để tư vấn bệnh nhân 1 cách tỉ mỉ sẽ là chìa khóa để điều trị thành công.

ii Chống chỉ định

Tiền sử HIV, viêm gan, suy giảm miễn dịch hay đang sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch là những đối tượng dễ bội nhiễm sau trị liệu.

Sẹo bất thường, sẹo lồi. Lưu ý tuýp da tối màu IV-V-VI có nhiều nguy cơ PIH. Luôn hỏi về các liệu trình thẩm mỹ đã từng thực hiện trước đó, quan trọng các liệu trình xâm lấn, tái tạo bề mặt hay sử dụng isotretinoin uống trong vòng 6 tháng cũng nằm trong chống chỉ định.

Các bệnh lý về da hay hệ thống như chàm, vẩy nến, trứng cá đỏ, viêm da các loại, bạch biến, bệnh suy giảm miễn dịch, bệnh hệ thống có thể tăng nặng sau peel.

Table 2 Possible indications of medium-depth chemical peels

Epidermal lesions
Seborrheic keratoses
Actinic keratoses
Warts
Milia
Sebaceous hyperplasia
Dermatoses papulosa nigra
Pigmentary disorders
Melasma
Postinflammatory hyperpigmentation
Freckles
Lentiginos
Facial melanoses
Acne related
Superficial to mild acne scars
Postacne pigmentation
Comedonal acne
Acne excoricee
Acne vulgaris-mild to moderately severe acne
Aesthetic
Photoaging

Table 3 Glogau photoaging classification

Type I – No wrinkles
Early photoaging: mild pigmentary disorders, minimal wrinkles, no keratosis
Patients typical age (years): 20s or 30s
Makeup: Minimal or none
Type II – Wrinkles in motion
Early to moderate photoaging: Early senil lentiginos visible, parallel smile lines beginning to appear, keratosis palpable but not visible
Patients typical age (years): 30s or 40s
Makeup: Usually wear some foundation
Type III – Wrinkles at rest
Advanced photoaging: Obvious dyschromia, telangiectasias, visible keratosis, wrinkles even when not moving facial muscles
Patients typical age (years): 50s or older
Makeup: Wears heavy foundation
Type IV – Only wrinkles
Severe photoaging: yellow-gray color of skin, prior skin malignancies, wrinkled throughout with no normal skin
Patients typical age (years): 60–70s
Makeup: Cannot wear (“cakes and cracks”)

iii Peel TCA

TCA là loại peel có sự biến đổi rộng trong độ thấm sâu vì tùy thuộc nhiều vào nồng độ, kỹ thuật peel, cũng như sự chuẩn bị trước peel, chất dẫn trong peel. Trong đó ứng dụng nhiều nhất vẫn là peel trung bình-sâu để giải quyết các vấn đề sắc tố và các nếp nhăn vùng mặt giai đoạn sớm.

TCA là chất có khả năng ăn mòn da được tạo ra từ phản ứng chưng cất nitric acid trong chloral acid. Hầu như không độc, dù có thoa lên da ở dạng cô đặc.

Hoạt tính của thuốc tỉ lệ với nồng độ và lượng thuốc thoa lên da. Nồng độ càng cao làm tăng tính acid và độ thấm của thuốc. Thoa da lượng nhiều hơn/ tăng áp lực lúc thoa da cũng dẫn đến tăng độ thấm của thuốc. Lưu ý là tùy thuộc vào từng vị trí cụ thể mà gia giảm lượng thuốc thoa trên da để đạt cùng 1 mức độ thấm và tạo bọt tuyết. 1 đặc tính riêng biệt của peel TCA là dựa vào phản ứng có thể quan sát được trên da (từ đỏ tím trắng đến bọt tuyết) mà có thể ước lượng được mức độ tổn thương cục bộ, tương xứng với độ thấm sâu của thuốc.

Dung dịch peel TCA nên được giữ trong phòng thông thoáng, khô, mát và được đậy nắp kín nhất trong lọ thủy tinh không nứt vỡ.

iv Peel trung bình sâu với TCA

Peel trung bình sâu tạo vùng hoại tử ở lớp bì nhú và thượng bì, gây phù nề lớp bì nhú, thỉn thảng hoại tử đến tầng nông của bì lưới (0.45 mm), rải rác tẩm nhuận lympho bào trong vài ngày đầu tiên sau peel. Do tác động sâu hơn nên khoảng thời gian cần thiết để hồi phục của bệnh nhân sẽ cao hơn so với peel nông, rơi vảy khoảng 7-14 ngày. Trong khoảng thời gian 3 tháng sau liệu trình, có sự gia tăng sản xuất collagen ở lớp bì nhú và sự phát triển dải sợi dày hơn ở lớp trung bì. Hiệu quả lâm sàng của TCA là kết quả của quá trình tăng thể tích của collagen, elastin và glycosaminoglycan ở lớp bì. Quá trình thay đổi diễn ra từ từ và trong suốt quá trình hồi phục và tái tạo sau liệu trình.

Trong nhiều năm, TCA với nồng độ 40-50% là tiêu chuẩn vàng cho sự lựa chọn peel trung bình-sâu. Tuy nhiên nó bộc lộ nhiều biến chứng, trong đó có sẹo và rối loạn sắc tố. Điều này đã tạo động lực cho sự ra đời của phương pháp peel trung bình sâu bằng cách kết hợp: sử dụng peel nông gây tổn thương thượng bì trước, sau đó peel với TCA 35%. Với liệu trình kết hợp này, cho cảm giác nhẹ nhàng và dễ kiểm soát hơn dù vẫn đạt hiệu quả đến lớp bì nhú.

Ngày nay, người thường kết hợp TCA 35% với: dung dịch Jessner, glycolic acid 70%. Sự kết hợp này luôn đem đến hiệu quả cao hơn, và đặc biệt là an toàn hơn sử dụng TCA 1 mình. 1 điều cần khẳng định nữa là sử dụng nhiều liệu trình peel nông không đạt hiệu quả bằng 1 liệu trình peel trung bình-sâu.

Trong 1 số trường hợp bệnh nhân muốn kết hợp peel và tiêm botox thì nên tiêm botox trước liệu trình peel. Vì việc botox giúp thư giãn cơ sẽ tác động tốt, giảm việc hình thành các nếp nhăn động trong giai đoạn tái cấu trúc collagen sau liệu trình peel. Cần khuyến cáo bệnh nhân không sử dụng thuốc lá vì ảnh hưởng không tốt đến hiệu quả của trị liệu và chậm thời gian hồi phục sau liệu trình. Chống nắng phổ rộng cần được sử dụng hàng ngày. Bệnh nhân thuộc tuýp da III-VI nên được thoa hydroquinone 4-8% ngày 2 lần trước và trong giai đoạn hồi phục, thậm chí dù họ không có tiền sử về sắc tố. Bệnh nhân có tiền căn herpes hay tái phát cần được phòng ngừa bằng cách sử dụng Acyclovir 400mg 3 lần/ngày hay Famciclovir 250mg/ Valaciclovir 500mg 2 lần/ngày từ lúc bắt đầu liệu trình cho đến 10-14 ngày.

Nếu sử dụng tretinoin hàng đêm chuẩn bị trước liệu trình có thể đẩy nhanh quá trình tái tạo thượng bì, vì retinoid giúp điều hòa quá trình tăng sinh thượng bì, ngoài còn có tác dụng tăng độ thấm của quá trình peel do retinoid làm giảm độ dày của lớp sừng. Tretinoin 0.02-0.1% là sự lựa chọn phù hợp. Hiệu

quả của nó được thấy sau 2 tuần sử dụng liên tục hàng ngày. Nên quan sát theo dõi tình trạng viêm da do retinoid, nếu xảy ra nên trì hoãn liệu trình vì có thể dẫn đến đỏ da kéo dài sau peel. Sau liệu trình, nên đợi cho đến khi hoàn thành quá trình hồi phục thượng bì mới được sử dụng lại retinoid. Các chất tẩy tế bào chết như glycolic acid hay lactic acid làm giảm liên kết giữa các tế bào sừng, tiêu sừng nên có tác dụng kích thích phát triển thượng bì.

v Dung dịch Jessner kết hợp TCA 35%

Dung dịch Jessner's solution (14 g resorcinol, 14 g salicylic acid, 14 g 85% lactic acid, trong ethanol đủ thể tích 100 ml) có đặc tính tiêu sừng, làm biến đổi hàng rào thượng bì của da trước khi thoa TCA, làm tăng độ đồng nhất, tốc độ và độ thấm của TCA.

Bệnh nhân nên được nằm đầu cao 30 độ, làm sạch vùng thực hiện liệu trình bằng acetone hay cồn trong 2 phút. Chú ý những khu vực tiết bã nhờn nhiều. Thao tác này giúp làm sạch và tăng độ thấm cũng như độ đồng nhất khi peel. Trong trường hợp dày sừng ánh sáng phi đại, cần thực hiện nạo bằng thìa trước để giúp tăng hấp thu tại vị trí tổn thương.

Thoa dung dịch Jessner lên da bằng gạc lớn, 1-2 lớp sẽ thấy hiện tượng đỏ da và bọt tuyết, tuy nhiên sẽ nhẹ nhàng hơn so với TCA (thoa sau). Nên bắt đầu thoa từ trán, sáng 2 má, mũi và cằm, sau đó các vùng còn lại. Nên đợi 2 phút từ lúc kết thúc dung dịch Jessner cho đến khi bắt đầu TCA. 1 số tác giả còn đề nghị sử dụng tê ngoài da (bằng EMLA) trước liệu trình TCA nhằm giúp bệnh nhân dễ dung nạp hơn. Lưu ý không nên thấm đẫm TCA bằng gạc khi thoa. Quy trình thoa tương tự, vùng mi mắt để sau cùng và nên dùng gạc cotton để thoa lên mi mắt, nên thoa cách rìa mi mắt 3-4 mm để tránh tổn thương mắt. Nước mắt có thể chảy ra trong quá trình thực hiện, và cần lau khô để tránh pha loãng dung dịch tại vị trí chảy xuống, hoặc chảy xuống những khu vực không trị liệu. Ở giai đoạn này, bệnh nhân có thể có cảm giác đau rát từ nhẹ đến nặng.

Sau khi thoa, trong vòng 30s sẽ có bọt tuyết xuất hiện, tăng dần lượng trong 2-3 phút. Lúc này, quan sát bọt tuyết sẽ giúp đánh giá mức độ sâu của peel đạt được:

- Độ I (nhẹ): đỏ da nhẹ, xuất hiện những đốm trắng
- Độ II (trung bình): giống 1 tấm áo trắng phủ ngoài, da phía dưới đỏ
- Độ III (trung bình-sâu): trắng đồng nhất, mờ đục, không thấy được da đỏ phía dưới.

Độ sâu cần thiết cần đạt là II-III, tuy nhiên cần lưu ý rằng 1 số khu vực có nguy cơ tạo sẹo cao hơn như cung gò má, và những đường viền nhô cao như cằm và góc hàm không nên để tạo bọt quá mức II. Sau vài phút thì bọt tuyết sẽ tan, cũng như cảm giác khó chịu, nóng rát cũng giảm bớt nếu sử dụng quạt. Nên cẩn thận nếu muốn thoa tiếp 1 lớp lên trên những vùng chưa đạt hiệu quả tạo bọt tuyết như mong muốn. Khi cần thiết thì cần quan sát tỉ mỉ sau thoa 3-4 phút tránh tình trạng tổn thương quá sâu dẫn đến các tác dụng phụ không mong muốn.

Kết thúc liệu trình bằng chườm với dung dịch muối sinh lý lạnh sẽ giúp lấy lại cảm giác dễ chịu ngay sau liệu trình. Bọt tuyết trắng lúc này được thay thế bằng đỏ da. Tái cấu trúc collagen sẽ xuất hiện sau 3-4 tháng sau liệu trình. Kết quả thường tốt, có thể tốt ngay sau liệu trình đầu tiên.

vi Glycolic acid 70% và TCA 35%

Cũng có tác dụng peel trung bình-sâu, trên mô học cho thấy tấm nhuận tế bào viêm ở trung bì kèm theo tạo collagen và mô sợi xuất hiện sau liệu trình 60-90 ngày. Người ta thấy rằng hiệu quả của sự kết hợp này tương tự như kết hợp giữa dung dịch Jessner + TCA 35% nhưng ít hơn hiệu quả khi kết hợp CO2 + TCA 35%.

Bệnh nhân sau khi được đặt nằm đầu cao 30 độ, che mắt, sẽ được lau sạch da với xà phòng và nước sạch mà không cần thiết phải khử nhờn thêm. Thoa dung dịch glycolic acid 70% lên da bằng gạc dày hay gạc cotton, thời gian lưu trên da nên chính xác là 2 phút. Không cần trung hòa bằng Natri bicarbonate mà chỉ cần lau sạch bằng nước mát. Sau vài phút, TCA 35% sẽ được thoa trên da theo đúng qui trình peel kết hợp với dung dịch Jessner phía trên.

vii Kết hợp CO2 rắn và TCA 35%

Brody công bố sự kết hợp đá khô Co2 với TCA 35% để thực hiện peel trung bình-sâu vào năm 1986. Đá khô CO2 gây tổn thương thượng bì mà không ảnh hưởng đến lớp bì sâu, do đó không có nguy cơ tạo sẹo hay rối loạn sắc tố.

Bước chuẩn bị da bằng cồn hay dung dịch aceton trong 2 phút. Sau đó, đá khô được áp lên da với áp lực tùy độ sâu mong muốn đạt được trên từng khu vực cụ thể (sâu hơn ở những vùng nếp nhăn quanh miêng, đuôi mắt, dày sừng ánh sáng hay sẹo mụn). Áp lực được xem là thấp khi thoa trên da tầm 3-5s, trung bình 5-8s, và mạnh tương đương 8-15s. Da sau đó được lau khô và thoa tiếp TCA 35% lên. Bác sĩ Brody điều trị các vùng nhạy cảm trước (mí mắt, mũi, má, quanh miệng rồi đến trán). Sau khi thoa TCA 35%, khăn giấy gói đá lạnh được chườm lên da trong 5 phút và tiếp theo là dưỡng ẩm. Điều bất lợi của liệu trình này là kết quả thay đổi phụ thuộc nhiều và kỹ thuật thực hiện và khó bảo quản đá khô.

viii Chăm sóc sau liệu trình

Đắp gạc tẩm nước muối sinh lý lạnh trong 20ph nhiều lần trong ngày, cũng có thể dưỡng ẩm tiếp theo sau đó. TCA thật tế không cần trung hòa, đắp gạc ẩm thấm nước lạnh ngay sau liệu trình có thể giúp loại bỏ cảm giác khó chịu ngay. Bong vảy và tái tạo thượng bì diễn ra và hoàn thành trong 7-10 ngày sau đó, tuy nhiên ở 1 số bệnh nhân, đỏ da có thể tồn tại từ 2-4 tuần. Phù nề có thể xuất hiện vài ngày, với đỉnh điểm tầm 48h sau liệu trình, cần lưu ý với bệnh nhân là trong vài ngày đầu, các tổn thương sắc tố có khả năng tối màu hơn. Sau liệu trình peel trung bình-sâu thì bệnh nhân nên được khuyến cáo tạm ngưng tất cả sản phẩm chăm sóc da (đặc biệt là retinoid) cho đến khi quá trình tái tạo thượng bì hồi phục hoàn toàn. Cần phải chống nắng tích cực trong giai đoạn phục hồi. Lưu ý tránh các tác động ngoại lực lên vùng da vừa điều trị. Liệu trình tiếp theo không nên được thực hiện trong vòng 6 tháng tiếp theo, đó là thời gian cần thiết để quá trình hồi phục diễn ra 1 cách hoàn toàn nhất.

ix Thuận lợi khi peel trung bình với TCA

Kết quả đạt được tốt hơn nhiều so với peel nông

Chi phí không cao và dễ dàng chuẩn bị cũng như thực hiện. Dung dịch khác ổn định và giữ được lâu.

Không gây độc hệ thống

Có thể kết hợp peel nông với TCA 35% để tăng hiệu quả đồng thời tăng độ an toàn

Ngoài tác dụng thẩm mỹ là cải thiện các vấn đề lão hóa da, peel trung bình TCA còn giúp giảm tỉ lệ mắc ung thư da không liên quan sắc tố.

x Biện chứng

Biện chứng bao gồm đỏ da kéo dài, ngứa, thay đổi sắc tố, chậm lành, nhiễm trùng, thay đổi cấu trúc bề mặt, bùng phát mụn hay milia, sẹo hay thâm.

a. Đỏ da kéo dài

Đỏ da sau peel thường biến mất sau vài tuần: 3-5 ngày đối với peel nông, 15-30 ngày với peel trung bình, và từ 60-90 ngày đối với peel sâu. Đỏ da kéo dài vượt quá thời gian trên là dấu hiệu báo động cần xem xét 1 cách cẩn thận. Nó là chỉ điểm của nguy cơ tạo sẹo phì đại. Nguyên nhân chính của biến chứng này là có bệnh nền tồn tại trước đó như trứng cá đỏ, viêm da cơ địa hay lupus, viêm da tiếp xúc với hóa chất peel hay các chất sử dụng trong giai đoạn chuẩn bị (làm sạch, làm sạch bã nhờn...) hay có thể đang sử dụng isotretinoin uống. Điều trị bằng corticoide mạnh.

b. Nhiễm trùng

Vi khuẩn, virus và nấm có thể là tác nhân gây bội nhiễm và cần được xem xét tìm nguyên nhân, điều trị 1 cách triệt để tùy vào từng nguyên nhân cụ thể. Peel TCA và phenol thường hiếm khi bội nhiễm vi khuẩn vì nó có tính diệt khuẩn. Yếu tố nguy cơ bội nhiễm vi khuẩn bao gồm việc thoa màng sinh học tổng hợp hay băng kín bằng 1 lớp ointment quá dày và chăm sóc vết thương không tốt. Cần lưu ý nguy cơ bội nhiễm nấm ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch như tiểu đường...với biểu hiện lâm sàng với mụn mủ nông, ngoài ra yếu tố nguy cơ khác như đang sử dụng kháng sinh, sử dụng corticoide kéo dài. Tái hoạt herpes cũng là biến chứng thường gặp với biểu hiện lâm sàng với mụn nước tập trung thành nhóm, vết trợt kèm đau rát quanh miệng, vùng mặt.

c. Sẹo

Sẹo có thể xảy ra trên bệnh nhân có tiền sử bị sẹo lồi, hay đang sử dụng isotretinoin trong vòng 6 tháng qua. BN bị bội nhiễm, chấn thương hay bệnh nhân tự ý bóc vảy trong quá trình hồi phục cũng là những yếu tố nguy cơ của sẹo. Thật tế nguy cơ này khá hiếm, nếu có thì thường ở những khu vực nhạy cảm như quanh miệng hay góc hàm. TCA có tính ăn mòn cao hơn so với phenol nên khả năng tạo sẹo cũng cao hơn. Khi phát hiện nguy cơ tạo sẹo cần được điều trị sớm với corticoide thoa hay tiêm trong tổn thương.

d. Những biến chứng khác

Ngứa, thâm, chậm lành thương, phát ban mụn trứng cá hay phản ứng dị ứng là các biến chứng khác của thủ thuật.

CHƯƠNG 2. NHỮNG VẤN ĐỀ ĐẶC BIỆT TRONG PEEL HÓA CHẤT

I > Peel hóa chất cho da tối màu

Bệnh nhân có da tối màu khi thực hiện các liệu trình mang tính chất xâm lấn dù là tối thiểu cũng tiềm ẩn nguy cơ cao hơn về các vấn đề liên quan đến viêm như: tăng/giảm sắc tố, sẹo. Ngày nay nhu cầu thẩm mỹ tăng cao và dĩ nhiên cả bệnh nhân da tối màu cũng không ngoại lệ, do đó việc nghiên cứu các đặc điểm và tạo ra các liệu trình chuyên biệt cho làn da tối màu được sự quan tâm khá nhiều của giới chuyên môn. Trong khi nhu cầu peel chủ yếu của bệnh nhân da sáng thường là lão hóa thì bệnh nhân da tối màu thường là nám, PIH, mụn và viêm nang lông/nang râu.

Thường thì chỉ định cho bệnh nhân da tối màu sẽ là peel rất nông hay nông, peel trung bình được chỉ định 1 cách cẩn thận và peel sâu được khuyến hạn chế thực hiện. Trong các loại peel được chỉ định an toàn cho da tối màu bao gồm glycolic acid peels, salicylic acid, retinoic acid, và Jessner. Peel vật lý cũng có thể được thực hiện đơn lẻ hay phối hợp với peel hóa chất.

i Salicylic acid

Là loại beta-hydroxyacid ái dầu, làm bong tróc lớp thượng bì với hoạt tính tiêu sừng và tiêu nhân mụn. Nó cũng có thể được sử dụng kết hợp với các loại peel khác để thúc đẩy sự thâm nhập tốt hơn của chất thứ hai. Thông thường chúng tôi sử dụng các dung dịch hydro-alcoholic của axit salicylic ở mức 20%-30%. Nó rất hữu ích cho mụn trứng cá, cả tổn thương viêm lẫn không viêm, cũng như đối với các tổn thương sắc tố sau viêm. Peel salicylic cũng được chỉ định cho các loại tăng sắc tố sau viêm, chẳng hạn như nám và tăng sừng sắc tố. Quá trình peel gây ra cảm giác nóng rất khó chịu. Điểm cuối lâm sàng là sự xuất hiện của ban đỏ đồng nhất với kết tủa bột trắng. Không cần thiết phải trung hòa. Chườm lạnh có thể được sử dụng để làm dịu bệnh nhân. Ho và hắt hơi có thể xảy ra trong quá trình peel.

ii Glycolic acid

Nó là một alpha-hydroxiacid, nên tương tự như các hợp chất khác trong nhóm này, như axit lactic, citric, mandelic, malic và tartaric, peel axit glycolic gây ra ly giải thượng bì trong vài phút sau khi sử dụng. Nó thúc đẩy thay da và phân tán melanin thượng bì. Điểm cuối lâm sàng đạt được khi ban đỏ đồng nhất, nhìn thấy rõ hơn ở bệnh nhân da trắng, hoặc khi các điểm sừng đầu tiên (ly thượng bì) được ghi nhận. Vì lý do này, tốt hơn là trung hòa trong 2-3 phút. Tại thời điểm này, bác sĩ da liễu sẽ vô hiệu hóa quá trình. Axit nên được trung hòa bằng dung dịch natri bicarbonate 1% hoặc bằng dung dịch muối, hoặc thậm chí với nước. Tác dụng của peel axit glycolic phụ thuộc vào thời gian. Nồng độ dao động từ 10% đến 70%.

Nó được chỉ định cho mụn trứng cá, dựa trên đặc tính kháng viêm và tác dụng kháng khuẩn chống lại vi khuẩn *Propionibacterium acnes*. Giảm các tổn thương do mụn trứng cá (comedo, sẩn và mụn mủ) được quan sát cũng như cải thiện sắc tố da sau khi peel axit glycolic. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng peel axit glycolic ở nồng độ 70% có thể loại bỏ mụn mủ và comedo trong vòng vài phút (Salam et al. 2013).

Table 1 Peeling agents used in black skin

Superficial peeling agents (epidermis to upper papillary dermis)
Glycolic acid solution 30–50 % or glycolic gel 70%
Jessner's solution (Combes' formula)
Salicylic acid 20–30 % in ethanol
Tretinoin 1–7 %
Trichloroacetic acid 10–35 %
Medium-depth peeling agents (epidermis to upper reticular dermis)
Glycolic acid solution 70%
Jessner's solution and trichloroacetic acid 35%
Phenol 88% (without occlusion)
Trichloroacetic acid 35–50 %
Trichloroacetic acid 25–35 % + glycolic gel 70%
Deep peels should not be used in Fitzpatrick skin types IV–VI

Nó ít hiệu quả trong điều trị nám các loại và tăng sắc tố sau viêm. Nó có nguy cơ gây kích ứng, giảm và tăng sắc tố cao hơn một chút ở một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân. Với mục đích giảm kích ứng gây ra bởi peel này, tốt hơn là nên sử dụng dạng gel thay vì dung dịch và yêu cầu chất đệm có độ pH cao hơn. Độ pH của axit không pha trộn dao động từ 0,08 đến 2,75. Độ pH nhỏ hơn 2 làm tăng chỉ số hoại tử và phá hủy tế bào sừng. Nó làm tăng tỷ lệ biến chứng mà không làm tăng hiệu quả. Do đó, chúng tôi khuyên bạn nên sử dụng sản phẩm đệm hoặc ít nhất là đệm một phần.

iii Trichloroacetic acid

Nó gây biến tính protein với hoại tử đông máu và chết tế bào. Mức độ hoại tử phụ thuộc vào nồng độ và số lớp được thoa. Không thể trung hòa axit này và sự biến tính protein được thấy chỉ sau vài giây. Trên lâm sàng, sự biến tính protein được biểu hiện bằng sự hiện diện của một đốm màu trắng gọi là sương mờ. Theo độ sâu bong tróc, các lớp khác nhau của vùng trắng xám phía trên ban đỏ được ghi nhận. Việc phủ sương là không mong muốn đối với làn da tối, do đó nên sử dụng nồng độ thấp tới 25% axit trichloroacetic. Đó là một thủ tục rất đau đớn với cảm giác bỏng rát nghiêm trọng

Al-Waiz và Al-Sharqi (2002) đã tiến hành một nghiên cứu ứng dụng peel dung dịch Jessner ngay sau đó là điều trị sẹo mụn bằng peel 35% TCA ở 15 bệnh nhân da sẫm màu. Họ đã quan sát thấy sự cải thiện đáng kể (giải quyết nhiều hơn 75% tổn thương) ở 1 bệnh nhân, cải thiện vừa phải (51-75%) ở 8 bệnh nhân, cải thiện nhẹ (26%-50) ở 4 bệnh nhân, cải thiện tối thiểu (1-25) ở 1 bệnh nhân và không có phản ứng ở 1 bệnh nhân. 9 bệnh nhân (73,4%) bị tăng sắc tố sau thủ thuật. Hai trong số đó, trước đó xuất hiện ban đỏ kéo dài hơn 1 tháng. Tất cả bệnh nhân hồi phục hoàn toàn 3 tháng sau thủ thuật. Xem xét hợp lý về hiệu quả thấp và rủi ro tiềm ẩn có liên quan, chúng tôi không khuyên dùng chất này cho da tối màu.

iv Retinoic acid

Vitamin A kích thích tăng sinh và giảm thoái hóa collagen. Nó có thể được sử dụng ở nồng độ từ 1% đến 9%. Nó được sử dụng như một mặt nạ che phủ, nên được duy trì trên da từ 4 đến 8 h. Sau giai đoạn này, nó nên được loại bỏ bằng sữa rửa mặt (Salam et al. 2013). Bong vảy có thể xuất hiện sau 3-4 ngày và kéo dài thêm 2-3 ngày. Nó có hiệu quả cho mụn trứng cá, rối loạn sắc tố và trẻ hóa. Nó rất an toàn cho các tuýp da tối màu. Nó thường không gây ra bất kỳ sự khó chịu trong quá trình thực hiện. Nó có màu vàng hoàng yến, nhưng thường chế phẩm thường có màu nhạt hơn để hợp yếu tố thẩm mỹ, cho phép bệnh nhân ra khỏi văn phòng ngay sau khi làm thủ thuật.

v Dung dịch Jessner

Dung dịch Jessner chứa axit lactic, axit salicylic và resorcinol. Nó là công cụ tuyệt vời để peel nông hoặc kết hợp với 1 loại peel khác. Ưu điểm lớn của nó là tác dụng hiệp đồng của ba thành phần có hoạt tính tiêu sừng. Nó có tác dụng làm sáng da tốt do resorcinol, một hợp chất phenolic (Roberts 2004). Tuy nhiên, điều quan trọng là phải nhấn mạnh sự chăm sóc và chú ý khi sử dụng peel này trên tuýp da V-VI, vì resorcinol có thể gây ra sự mất sắc tố ở những bệnh nhân này. Mục tiêu là để đạt được ban đỏ đồng nhất với kết quả màu trắng (tương tự như peel axit salicylic) mà không tạo bọt tuyết. Không cần thiết phải rửa hoặc trung hòa. Peel này cũng gây cảm giác nóng rát và nếu cảm thấy điều đó, quy trình nên bị dừng lại.

vi Peel điểm

Trong một số trường hợp chúng ta có thể làm peel tập trung. Nó bao gồm việc áp dụng peel hóa chất trên một khu vực nhỏ cục bộ, duy trì vùng da xung quanh không bị hư hại. Nó rất hữu ích cho các chấn thương cục bộ, như tăng sắc tố, đốm nâu, dày sừng tiết bã, mụn trứng cá hoạt động hoặc sẹo mụn

(Burns et al. 1997). Các loại peel phổ biến nhất được sử dụng cho mục đích này là axit salicylic (20-30%), dung dịch Jessner và TCA (20-30%). Có thể kết hợp hai chất khác nhau trên khu vực được điều trị thông qua phương pháp peel tại chỗ liên kết với một chất khác cho toàn bộ khuôn mặt. Tương tự việc sử dụng các nồng độ khác nhau của cùng một chất, nồng độ cao hơn peel tại chỗ và nồng độ thấp trên toàn bộ khuôn mặt (Salam et al. 2013; Roberts 2004; Al-Waiz và Al-Sharqi 2002).

Chun và cộng sự. (2004) đã báo cáo kết quả tuyệt vời với việc peel bằng cách sử dụng TCA (10-65%) cho các tổn thương sắc tố (đốm nâu, nám và tàn nhang) ở những người phương Đông có kiểu hình da IV, V, VI. Dày sừng tiết bã và đốm nâu cho kết quả tốt nhất, và nám cho thấy tỷ lệ tái phát cao hơn. Chất này được sử dụng với các que gỗ (tăm) có đầu nhọn bên trong tổn thương với áp lực. Đáng ngạc nhiên là không có tác dụng phụ nghiêm trọng nào được báo cáo dù là với nồng độ cao hơn.

vii Chỉ định và mọo lâm sàng

a. Mụn trứng cá và giả viêm nang râu

- Peel cho mụn trứng cá và giả viêm nang râu được chỉ định do thuộc tính tiêu sừng, kháng viêm, và chất làm sáng của nó. Các loại peel hóa học để điều trị mụn trứng cá là một lựa chọn tuyệt vời, vì chúng không chỉ điều trị tích cực các tổn thương đang viêm mà còn kiểm soát tăng sắc tố sau viêm.

- Nếu không có tổn thương viêm, có thể thực hiện peel tinh thể hoặc kim cương trước khi peel hóa chất. Chúng tôi thường sử dụng kết hợp này (vật lý + hóa học) với axit salicylic 20% hoặc dung dịch Jessner.

- Một lựa chọn khác là bôi axit salicylic đậm đặc hơn (30%) chính xác lên trên các tổn thương mụn mủ.

- Dung dịch peel axit retinoic duy trì đến 7% trên da trong 4 phút 6 giờ tiếp xúc là lựa chọn khác.

- Peel Alpha-hydroxyacid được báo cáo là một lựa chọn tốt; tuy nhiên, vì nó cần được trung hòa, nên hãy lựa chọn nếu bạn có nhiều kinh nghiệm.

b. Nám

- Nám là một trong những bệnh quan trọng và phổ biến nhất ở bệnh nhân gốc Phi. Nó phổ biến hơn nhiều ở những bệnh nhân có kiểu da Fitzpatrick giữa IV và VI, chủ yếu là người gốc Tây Ban Nha, người châu Phi, người Mỹ gốc Phi và người châu Á.

- Dung dịch Jessner, được chỉ định sử dụng riêng rẽ hoặc kết hợp với các loại peel khác.

- Chúng tôi có kinh nghiệm tốt với một loại peel có tên là Cimel, và chúng tôi thích sử dụng công thức Cimel modi có chứa 3% hydroquinone, axit 3% kojic, axit retinoic 3%, axit lactic 3%, axit salicylic 3%, axit ascorbic và 1% trong chất dẫn dạng gel hay cream.

- Một lựa chọn khác là peel axit glycolic đậm (70%) riêng rẽ hoặc kết hợp với axit retinoic 3-7%.

c. Sắc tố dư thừa

Chúng tôi có nhiều kinh nghiệm sử dụng peel nồng, kết hợp với salicylic acid với retinoic acid.

Bệnh nhân được khuyên sử dụng các chế phẩm chứa tác nhân làm trắng kèm chống nắng tích cực tại nhà.

viii Lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân nên hợp tác và cần hiểu tất cả các bước của quy trình, bao gồm cả chăm sóc trước và sau khi liệu trình. Tất cả các lợi ích và tác dụng phụ, cũng như các hạn chế của nó cần được giải thích rất rõ để tránh những kỳ vọng sai lầm.

Các bác sĩ da liễu nên chú ý hoặc chống chỉ định peel da bằng hóa chất cho những bệnh nhân da sẫm màu có tiền sử cá nhân hoặc gia đình bị sẹo lồi hoặc sẹo phì đại. Peel hóa chất không phải là một chỉ định tốt cho bệnh nhân mắc các bệnh da như chàm tiếp xúc, chàm tiết bã, trứng cá đỏ, da nhạy cảm, bạch biến và vẩy nến. Những người hút thuốc có tỷ lệ phục hồi da thấp. Xạ trị, phẫu thuật gần đây và retinoids uống là chống chỉ định vì chúng có thể can thiệp vào quá trình tái cấu trúc collagen. Một khoảng thời gian 6 tháng 12 tháng là cần thiết sau khi ngừng retinoid uống để tránh ảnh hưởng quá trình hồi phục sau liệu trình. Việc sử dụng đồng thời các chất nhạy cảm ánh sáng (cyclins, amiodarone, thiazide, thuốc chống trầm cảm ba vòng, NSAID) hoặc hormone nên được nghiên cứu vì chúng có thể thúc đẩy tăng sắc tố.

ix Trước peel

Bệnh nhân nên sử dụng kem chống nắng và chất làm sáng da như hydroquinone, axit retinoic, axit glycolic hoặc kết hợp ba loại hydroquinone + axit retinoic + corticosteroid (công thức Kligman) với mục đích chuẩn bị cho da, trong ít nhất 2 tuần trước khi làm thủ thuật. Những chất này có thể ngưng 3 ngày trước khi làm liệu trình. Điều quan trọng là không thực hiện bất kỳ phương pháp triệt lông hoặc tẩy da chết 7 ngày trước khi làm thủ thuật. Những khuyến nghị này làm giảm nguy cơ biến chứng, đặc biệt là rối loạn sắc tố sau viêm. Nếu bệnh nhân có tiền sử bệnh herpes tái phát, nên điều trị dự phòng bằng thuốc kháng vi-rút uống, như valacyclovir 500 mg - 12/12 h trong 5 ngày, bắt đầu 2 ngày trước khi điều trị. Bệnh nhân nên ký vào điều khoản đồng ý trong đó tất cả các thủ tục bao gồm lợi ích và rủi ro của nó đã được giải thích. Hình ảnh trước và sau khi điều trị rất hữu ích để đánh giá hiệu quả lâm sàng và cũng để chứng minh cho bệnh nhân kết quả, tránh những phàn nàn có thể xảy ra liên quan đến thủ tục.

x Qui trình peel

Peel được chọn theo chỉ định. Tuy nhiên, vì nhiều loại peel nông có thể phát huy tác dụng lâm sàng tương tự, thông thường các bác sĩ da liễu chọn loại peel mà họ có nhiều kinh nghiệm hơn để tránh tác dụng phụ. Chúng tôi đề nghị tất cả các chất được đề cập trước đây, ngoại trừ axit trichloroacetic, hãy nhớ rằng lột sâu không được khuyến cáo cho tuýp da V và VI.

Đầu tiên, da cần được làm sạch với mục đích tẩy trang, kem chống nắng, mỹ phẩm, và cũng để làm da bớt nhờn, chuẩn bị để thoa hóa chất peel. Bệnh nhân nên rửa mặt bằng xà phòng hoặc sữa rửa mặt syndet và nước và sau đó chuyên gia nên loại bỏ phần còn lại bằng gạc ngâm trong rượu, acetone hoặc rượu Hoffman di chuyển liên tục cho đến khi đạt được một làn da sạch và không bị nhờn. Tùy thuộc vào số lần di chuyển và sức mạnh của tay, người ta cũng có thể loại bỏ các tế bào nông của lớp sừng. Điều này rất quan trọng để thúc đẩy sự thấm sâu của hóa chất trong quá trình peel.

Để ngăn ngừa viêm quanh mắt, mũi hoặc môi, có thể bôi một loại mỡ hoặc một số loại kem trước khi làm thủ thuật, chủ yếu là cho peel có chứa axit salicylic. Tóc nên được che bằng một cái mũ.

Chất dùng để peel có thể được điều chế trong các chế phẩm khác nhau và được áp dụng theo sở thích của chuyên gia, bao gồm cả đeo găng, tắm bông hoặc các vật bằng gỗ (như gậy và que đũa lưỡii). Chế phẩm đặc hơn có thể được thoa với găng tay. Hầu hết các công thức được chuẩn bị trong dung dịch nước hoặc cồn cồn, và vì lý do này, bông hoặc gạc được ưu tiên lựa chọn để thoa. Nên chia khuôn mặt

thành các khu vực giải phẫu, bắt đầu quy trình ở vùng trán, sau đó là vùng mũi và vùng má, cuối cùng trên vùng cằm.

Như chúng ta đã biết, độ sâu của quá trình peel và phản ứng viêm của nó phụ thuộc vào các yếu tố khác nhau: loại và nồng độ của hóa chất; số lớp sản phẩm (số lần thoa); áp lực đối với da khi làm sạch hoặc thoa hóa chất; và khoảng thời gian da tiếp xúc với chất hóa học, chủ yếu là thời điểm cần thiết trung hòa để kết thúc liệu trình. Thủ tục mạnh mẽ hơn sẽ thúc đẩy viêm nhiều hơn và sau đó có thể chịu trách nhiệm cho việc phục hồi da xấu, điều này nguy hiểm cho làn da tối. Theo khả năng chịu đựng của bệnh nhân, việc peel trong tương lai có thể mạnh hơn và mức độ peel tiếp theo có thể được kiểm tra trước trên một khu vực da kín đáo hơn (sau vành tai). Một điểm khác cần được tính đến cho làn da đen là tăng khoảng cách giữa các lần peel để giảm biến chứng. Sự chú ý đặc biệt cần quan tâm ở những vùng ngoài mặt, nơi có ít đơn vị nang lông, tỷ lệ phục hồi thấp và nguy cơ tác dụng phụ cao.

xi Chăm sóc sau peel

Ngay lập tức và một vài giờ sau khi làm thủ thuật, bệnh nhân được khuyên nên sử dụng kem dưỡng ẩm, làm dịu và phục hồi, cũng như chườm nước ấm nhiều lần trong ngày. Đối với da dễ bị nhờn và mụn, nên sử dụng các loại kem dưỡng ẩm không chứa dầu và không sinh nhân mụn. Corticosteroid tại chỗ nên được kê toa cho bất kỳ khu vực nào mà peel gây viêm nhiều hơn hoặc ban đỏ dai dẳng để giảm nguy cơ rối loạn sắc tố sau viêm. Chống nắng tại chỗ là bắt buộc. Nói chung, bệnh nhân có thể trở lại thói quen chăm sóc da bình thường sau 7 ngày. Tại thời điểm này, bác sĩ da liễu nên đánh giá lại bệnh nhân và có thể đề nghị bệnh nhân sử dụng các tác nhân làm trắng.

xii Tác dụng phụ

Thậm chí là peel nông nhưng ở bệnh nhân nhạy cảm, vẫn có thể dẫn đến tình trạng giảm sắc tố hay sạm. Đỏ da và tăng sắc tố thường gặp hơn và đôi khi khó khăn trong việc điều trị. Corticoide mạnh nên được cho ngay khi phát hiện dấu hiệu đỏ da kéo dài, nguy cơ dẫn đến rối loạn sắc tố hay sạm sau này.

Phản ứng dị ứng nếu có thì có thể kiểm soát bằng corticoide tại chỗ.

Mụn trứng cá và phát ban mụn trứng cá có thể được giảm bớt bằng thủ thuật lấy nhân mụn, sau đó sử dụng các thuốc điều trị mụn thông thường.

Bội nhiễm vi khuẩn hay nấm hiếm xảy ra nếu chăm sóc và dưỡng ẩm đúng cách. Dự phòng tái hoạt herpes có thể được khuyến cáo sử dụng trên 1 số bệnh nhân chọn lọc.

CHƯƠNG 3. TĂNG SINH COLLAGEN DƯỚI DA NHỜ LĂN KIM VI ĐIỂM

Các phương pháp điều trị bóc tách nhằm mục đích kích thích collagen, tái cấu trúc lớp bì, đã được ủng hộ trong da liễu. Người ta biết rằng việc loại bỏ cơ học hoặc hóa học của lớp thượng bì sẽ kích hoạt sự giải phóng các cytokine và thu hút các tế bào viêm, dẫn đến việc thay thế mô bị tổn thương bằng mô xơ (Cohen et al. 1992). Peel hóa chất trung bình-sâu là những ví dụ về phương pháp điều trị bóc tách phổ biến, do sự kích thích sản xuất collagen. Peel trung bình-sâu cải thiện sẹo và thúc đẩy trẻ hóa da, cải thiện kết cấu, độ sáng và màu sắc của da lão hóa. Tuy nhiên, thời gian phục hồi cho các thủ thuật này bị kéo dài, chúng cũng làm da nhạy cảm dễ bị tăng sắc tố sau viêm và nhạy cảm ánh sáng. Hơn nữa, điều quan trọng là tăng nguy cơ biến chứng như sẹo phì đại, ban đỏ dai dẳng và rối loạn sắc tố. Xu hướng hiện nay là thiên về các thủ thuật ít xâm lấn hơn, riêng rẽ hoặc kết hợp, nhằm giảm nguy cơ biến chứng và cho phép bệnh nhân trở lại sinh hoạt bình thường nhanh nhất có thể. Lăn kim vi điểm dựa trên nguyên tắc của tân tạo collagen, với lợi ích của việc không gây ra sự tái tạo thượng bì toàn phần như các thủ thuật bóc tách.

I > Nguyên tắc cơ bản của lăn kim

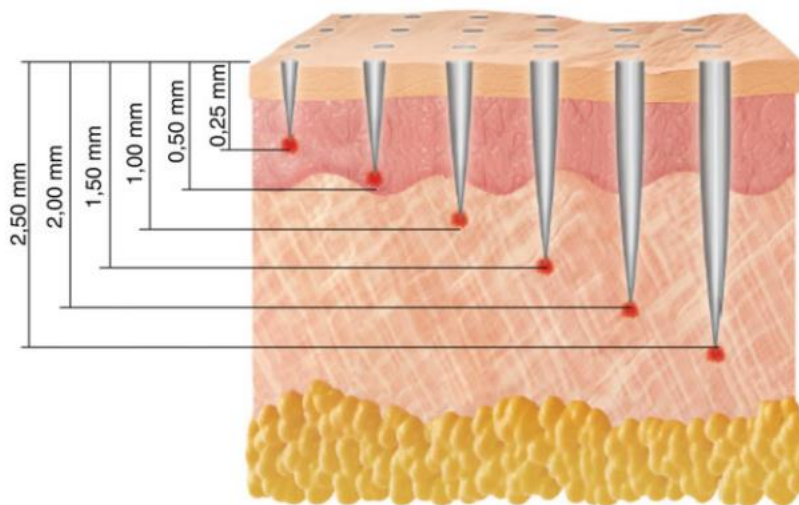
Orentreich và Orentreith (Orentreich và Orentreich 1995) đã đặt ra thuật ngữ tiểu phẫu để mô tả phẫu thuật không rạch da bằng cách sử dụng kim tiêm dưới da để điều trị sẹo lõm và nếp nhăn, nhằm mục đích kích thích sản xuất collagen. Dựa trên cùng một nguyên tắc phá vỡ, loại bỏ collagen bị tổn thương dưới thượng bì và sau đó thay thế nó bằng collagen và elastin mới, các tác giả khác đã đưa ra nghiên cứu ban đầu này. Gần đây, một hệ thống vi kim áp dụng cho da đã được đề xuất, với mục tiêu tạo ra nhiều vi điểm, đủ dài để đến lớp hạ bì và gây chảy máu, gây ra phản ứng viêm từ đó dẫn đến sản xuất collagen (Camirand và Doucet 1997; Fernandes 2006).

Cảm ứng collagen qua da (PCI), như tên gọi của nó, bắt đầu bằng việc mất sự toàn vẹn của hàng rào bảo vệ da (gây ra sự phân ly tế bào sừng), dẫn đến giải phóng các cytokine như interleukin-1 α (chủ yếu), interleukin-8, interleukin-6, TNF- α , và GM-CSF --> dẫn đến sự giãn mạch và di trú của tế bào sừng, tiến trình giúp phục hồi tổn thương thượng bì (Bal et al. 2008). Về mặt hàn lâm, ba giai đoạn của quá trình phục hồi sau chấn thương do kim có thể được phác họa rõ ràng. Giai đoạn đầu tiên (giai đoạn chấn thương) được đặc trưng bởi sự giải phóng tiểu cầu và bạch cầu trung tính (chịu trách nhiệm giải phóng các yếu tố tăng trưởng hoạt động trên tế bào sừng và nguyên bào sợi, như biến đổi các yếu tố tăng trưởng α và β (TGF- α , TGF- β), yếu tố tăng trưởng từ tiểu cầu (PDGF), Protein III (chất hoạt hóa của mô liên kết). Trong giai đoạn thứ hai (giai đoạn chữa bệnh), bạch cầu trung tính được thay thế bằng bạch cầu đơn nhân, tăng sinh mạch máu, biểu mô hóa và tăng sinh nguyên bào sợi, tiếp theo là sản xuất collagen loại III, elastin, glycosaminoglycans, và proteoglycan. Đồng thời, yếu tố tăng trưởng nguyên bào sợi, TGF- α và TGF- β được tiết ra bởi các tế bào đơn nhân. Khoảng 5 ngày sau khi bị tổn thương, phức hợp fibronectin được hình thành hoàn toàn, cho phép sự lắng đọng collagen ngay bên dưới lớp đáy. Ở giai đoạn thứ ba (giai đoạn trưởng thành), collagen loại III, phổ biến trong giai đoạn đầu của quá trình chữa bệnh, dần dần được thay thế bằng collagen loại I (tồn tại lâu hơn trong khoảng thời gian từ 5 đến 7 năm)

Để chuỗi phản ứng viêm này được xảy ra, chấn thương do kim gây ra phải đạt đến độ sâu 1-3 mm, và lớp thượng bì phải được bảo tồn (chỉ gây tổn thương điểm và còn mô lành xung quanh). Hàng trăm vi tổn thương được tạo ra, các cột máu được tích tụ trong lớp bì, kèm theo phù nề khu vực điều trị và hầu

như cầm máu ngay lập tức. Mức độ của các phản ứng này tỷ lệ thuận với chiều dài của kim được sử dụng trong thủ thuật. Ví dụ, độ sâu 1 mm gây ra tụ máu siêu nhỏ, trong khi kết quả được rõ bằng mắt thường khi sử dụng độ sâu 3 mm và có thể tồn tại trong nhiều giờ. Tuy nhiên, cần phải hiểu rằng kim không thâm nhập hoàn toàn trong quá trình lặn. Người ta ước tính rằng một cây kim dài 3 mm chỉ xuyên qua 1,5-2 mm (tương đương 50-70% tổng chiều dài của nó). Do đó, với kim dài 1 mm, vết thương gây ra cho da sẽ bị giới hạn ở lớp bì nông, dẫn đến phản ứng viêm bị hạn chế hơn so với gây ra bởi kim dài hơn (Aust 2008b; Fabroccini và Fardella 2009; Lima et al. 2013; Vasconcelos và cộng sự 2013; Lv và cộng sự 2006; Vandervoort và Ludwig 2008).

Fig. 4 Correlation between the length of needles and penetration into skin



II > Đặc tính của lặn kim

Thiết bị được sử dụng để thực hiện lặn kim bao gồm một cuộn polyetylen được gắn bằng kim thép không gỉ vô trùng được xếp đối xứng theo hàng, tổng cộng khoảng 190 đơn vị (một con số có thể thay đổi tùy theo nhà sản xuất). Chiều dài của kim được cố định trong toàn bộ cấu trúc của cuộn và thay đổi từ 0,25 đến 2,5 mm, tùy theo mục đích. Thủ thuật thường được dung nạp tốt dưới gây tê tại chỗ, với kim dài không quá 1 mm (Hình 4). Đối với chiều dài lớn hơn, nên sử dụng thuốc gây tê tiêm trực tiếp vào mô.

Nhằm mục đích cung cấp sự thoải mái hơn cho bệnh nhân trong các tình huống thời gian thực hiện kéo dài và chấn thương sâu, gây tê tại chỗ được khuyến khích. Lặn kim là một quy trình phụ thuộc vào kỹ thuật và kết quả cuối cùng chịu ảnh hưởng trực tiếp bởi việc thành thạo trong thao tác và sử dụng dụng cụ. Áp lực thẳng đứng tác động lên con lăn không được quá mạnh để tránh tổn thương cấu trúc giải phẫu sâu hơn và đau quá mức. Thiết bị được khuyến nghị đặt ở giữa ngón cái và ngón trỏ, điều khiển lực bằng ngón tay cái. Các chuyển động qua lại phải in một mẫu đục lỗ thống nhất trên toàn bộ khu vực được điều trị. Để đạt được điều này, phải thực hiện 10-15 pass theo cùng một hướng và ít nhất bốn pass ở đường vuông góc là cần thiết. Về lý thuyết, 15 pass cho phép sát thương có kiểm soát tương ứng với 250-300 vi tổn thương/cm².

Thời gian mà chấm xuất huyết xuất hiện thay đổi tùy theo độ dày của vùng da được điều trị và chiều dài kim đã chọn. Do đó, một làn da mỏng hơn và mềm hơn, thường là da lão hóa, sẽ xuất hiện chấm xuất huyết đồng nhất sớm hơn một làn da dày và săn chắc, thường thấy ở những bệnh nhân bị sẹo mụn. Theo cách này, việc lựa chọn độ dài kim phụ thuộc vào loại da được điều trị và mục tiêu cuối cùng của

quy trình. Vẫn chưa có phân loại tương quan giữa chiều dài của kim với độ sâu thương tổn mong muốn trong điều trị

Emerson Lima và cộng sự. (2013) đề xuất thiết lập mối tương quan giữa chiều dài của kim được sử dụng và độ sâu thương tổn, sử dụng da lợn sống (giống với da người nhất) trong giai đoạn nghiên cứu đầu tiên này. Cuộc điều tra được thực hiện in vivo, trên da lợn sống. Vùng bên phải trên lưng của da lợn Lợn được chia thành các rãnh mà kim đi qua lại, trong 2 hoặc 3 phút. Các con lợn có kim dài 0,5, 1, 1,5, 2 và 2,5 mm đã được sử dụng. Biểu hiện lâm sàng da lợn sau khi điều trị (Hình bên) rõ ràng gợi ý rằng thiệt hại gây ra bởi các lỗ kim vi điểm tỷ lệ thuận với chiều dài của kim được sử dụng. Việc kiểm tra bằng kính hiển vi ở giai đoạn đầu tiên (ngay sau khi bị thương) cho thấy chủ yếu là giãn mạch và thoát mạch của hồng cầu. Hiện tượng này được thấy ở lớp nông, chủ yếu ảnh hưởng đến lớp bì nhú bằng kim 0,5 mm, đến lớp bì lưới bằng kim có chiều dài lớn hơn. Lượng chảy máu cũng tỷ lệ thuận với chiều dài của kim. Lớp thượng bì rõ ràng vẫn còn nguyên vẹn dưới kính hiển vi quang học, ngoại trừ những vị trí vi kim làm tổn thương. Không có mẫu nào xuất hiện tổn thương ở mô dưới da. Dựa trên các kết quả, các tác giả đề xuất phân loại chấn thương do lăn kim vi điểm gây ra là nhẹ, trung bình và sâu, tương quan với chiều dài kim tiêm và khả năng gây ra chấn thương theo kế hoạch.



CHART1: Classification of the severity of the injury caused by microneedling

Stimulus characteristics	Length of needle
Mild injury	0,25 e 0,5mm
Moderate injury	1,0 e 1,5mm
Deep injury	2,0 e 2,5mm

CHART2: Classification of the severity of the injury caused by microneedling

Stimulus characteristics	Length of needle
Mild injury	Drug delivery; Fine wrinkles; improvement in brightness and texture
Moderate injury	Cutaneous sagging; Medium wrinkles; Global rejuvenation
Deep injury	Depressed distensible scars; Estriae; Ondulated and retractile scars

III > Quy trình thực hiện

Lăn kim vi điểm là một thủ thuật phụ thuộc nhiều vào kỹ thuật viên. Làm quen với thiết bị được sử dụng và làm chủ kỹ thuật là những yếu tố trực tiếp dẫn đến hiệu quả cuối cùng.

Thiết bị được sử dụng để thực hiện PCIM bao gồm một xi lanh bằng polyetylen được gắn kim vô trùng bằng thép không gỉ được xếp đối xứng theo hàng, tổng cộng khoảng 192 đơn vị với chiều dài 2,5 mm.

Chúng tôi đề xuất phác đồ điều trị sau đây: tẩy nhờn cho da bằng xà phòng lỏng và khử trùng bằng chlorhexidine và gây tê vùng cần thực hiện bằng phong bế thần kinh, sau đó là gây tê ngoài da với 2% lidocaine và nước muối (1: 3), lưu ý liều gây tê tối đa theo trọng lượng bệnh nhân.

Nên lặn vi kim với các chuyển động qua lại cho đến khi xuất hiện giọt sương máu đồng đều. Gạc vô trùng được đắp cuối liệu trình và giữ trong 24 giờ, bệnh nhân sau đó lấy nó ra tại nhà, trong khi tắm. Chất giúp tái tạo hàng rào bảo vệ da được sử dụng ba lần một ngày cho đến khi da phục hồi hoàn toàn. Sau thủ thuật, bệnh nhân nên được kiểm tra để đánh giá các tác dụng phụ có thể xảy ra như ban đỏ, phù hoặc nhiễm trùng. Việc trở lại hoạt động bình thường diễn ra trong vòng 7 đến 10 ngày. Phù và ban đỏ có thể tồn tại trong khoảng thời gian từ 25 đến 35 ngày, nhưng sau 15 ngày, bệnh nhân được hướng dẫn sử dụng chất làm trắng tại chỗ (0,05% axit retinoic + 4% hydroquinone + 0,01% fluocinolone acetonide), xen kẽ kem chống nắng (SPF 50+). Sau 30 ngày, kem làm trắng có thể được sử dụng mỗi đêm với khả năng dung nạp tốt.

Số lượng pass trước khi xuất hiện chấm xuất huyết thay đổi tùy theo độ dày của da và chiều dài kim đã chọn. Da mỏng hơn và lỏng lẻo hơn, như da lão hóa, biểu hiện xuất huyết đồng nhất sớm hơn da dày hơn. Da sụn dày, cần số lượng pass nhiều hơn và kim dài hơn để thúc đẩy xuất huyết đồng nhất. Tác dụng phụ, chẳng hạn như ban đỏ và phù, tương tự hoặc dữ dội hơn khi sử dụng thủ thuật mạnh mẽ hơn. Tăng sắc tố sau viêm vừa phải có thể được quan sát thấy ở một số bệnh nhân, nhưng nó được giải quyết với việc sử dụng các làm trắng trong 30-45 ngày.