Tạp chí
DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VẢY NẾN THỂ MỦ TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Lê Phương Anh[1,*], Lê Hữu Doanh[1,2], Trịnh Thị Linh[1], Nguyễn Thị Hà Vinh[1], Lê Huyền My[1,*]

[1]Bệnh viện Da liễu Trung ương

[2]Trường Đại học Y Hà Nội

** Tác giả liên hệ: Lê Huyền My; email: drlehuyenmy@gmail.com; số điện thoại: 0914124538*

Ngày nhận bài:21/7/2026

Ngày phản biện:16/8/2026

Ngày chấp nhận đăng:18/9/2026

DOI: 10.56320/tcdlhvn.online.366

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân vảy nến thể mủ trẻ em tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 27 bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán xác định vảy nến thể mủ tại Bệnh viện Da liễu Trung ương giai đoạn 2025-2026.

Kết quả: Nữ giới chiếm 55,6%; tuổi trung bình là 10,81 ± 3,99 tuổi và nhóm 5-12 tuổi chiếm 48,2%. Tuổi khởi phát trung bình là 7,00 ± 4,27 tuổi. Vị trí tổn thương thường gặp nhất là thân mình (44,4%). Các biểu hiện lâm sàng nổi bật gồm ngứa (100,0%), viêm môi (70,4%), tổn thương móng (66,7%), sốt (40,7%) và lưỡi bản đồ (22,2%). Về cận lâm sàng, CRP huyết thanh tăng ở 74,0% bệnh nhi, bạch cầu tăng ở 40,7%, albumin huyết thanh giảm ở 25,9%, ALT và AST tăng cùng tỷ lệ 11,1%, canxi huyết thanh giảm và tốc độ máu lắng tăng cùng tỷ lệ 7,4%.

Kết luận: Vảy nến thể mủ ở trẻ em có biểu hiện lâm sàng đa dạng, nổi bật bởi ngứa, tổn thương niêm mạc và tổn thương móng. Các bất thường CRP, bạch cầu và albumin phản ánh tình trạng viêm hệ thống, cần được đánh giá toàn diện trong quá trình theo dõi bệnh.

Từ khóa: *cận lâm sàng; lâm sàng; trẻ em; vảy nến thể mủ.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến thể mủ là nhóm bệnh lý viêm da hiếm gặp, đặc trưng bởi các mụn mủ vô khuẩn trên nền da đỏ viêm. Trong đó, vảy nến mủ toàn thân là thể bệnh nặng, có thể diễn tiến nhanh, gây rối loạn toàn thân và đe dọa tính mạng nếu không được nhận diện và xử trí kịp thời.[1-3]

Tạp chí
DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

Sinh bệnh học liên quan đến rối loạn miễn dịch bẩm sinh, nổi bật là sự hoạt hóa quá mức trục interleukin-36. Những biến đổi di truyền như IL36RN có thể làm mất cân bằng tín hiệu viêm, thúc đẩy huy động bạch cầu trung tính, hình thành mụn mủ và biểu hiện viêm hệ thống.[4-6]

Ở trẻ em, vảy nến thể mủ là bệnh hiếm nhưng có biểu hiện lâm sàng đa dạng, dễ nhầm với nhiễm trùng da, phản ứng thuốc hoặc các bệnh da viêm cấp tính khác. Các dấu hiệu như sốt, mệt mỏi, tổn thương móng, tổn thương niêm mạc miệng và các bất thường xét nghiệm như tăng bạch cầu, tăng CRP, giảm albumin hoặc rối loạn điện giải có ý nghĩa quan trọng trong đánh giá mức độ hoạt động của bệnh.[3,5,7-9]

Tại Việt Nam, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của vảy nến thể mủ ở trẻ em còn hạn chế. Việc mô tả nhóm bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị tại cơ sở chuyên khoa tuyến cuối có ý nghĩa thực tiễn trong nhận diện sớm, theo dõi xét nghiệm và định hướng quản lý bệnh. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân vảy nến thể mủ trẻ em tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân dưới 16 tuổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, được chẩn đoán xác định vảy nến thể mủ trong giai đoạn 2025-2026. Tiêu chuẩn lựa chọn gồm: trẻ dưới 16 tuổi, có chẩn đoán phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán vảy nến mủ theo Hướng dẫn Nhật Bản 2018 và có sự đồng ý tham gia nghiên cứu của người giám hộ hợp pháp.[8] Các trường hợp gia đình không đồng ý tham gia hoặc trẻ mắc đồng thời bệnh lý viêm nhiễm cấp tính/bệnh lý miễn dịch khác gây ảnh hưởng đến đánh giá lâm sàng và xét nghiệm được loại khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chúng tôi chọn mẫu toàn bộ thuận tiện, thu nhận 27 bệnh nhi đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Dữ liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp người giám hộ, khai thác tiền sử và bệnh sử, thăm khám lâm sàng toàn thân, ghi nhận vị trí tổn thương da, tổn thương móng, niêm mạc và các triệu chứng toàn thân. Các xét nghiệm cận lâm sàng gồm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, tốc độ máu lắng, hóa sinh máu và CRP huyết thanh. Số liệu được nhập và phân tích bằng SPSS 23.0. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Tạp chí
DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Người giám hộ hợp pháp của bệnh nhi được giải thích về mục tiêu và nội dung nghiên cứu trước khi đồng ý tham gia. Thông tin cá nhân, dữ liệu y khoa được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu; việc tham gia nghiên cứu không làm ảnh hưởng đến quá trình khám và điều trị của người bệnh.

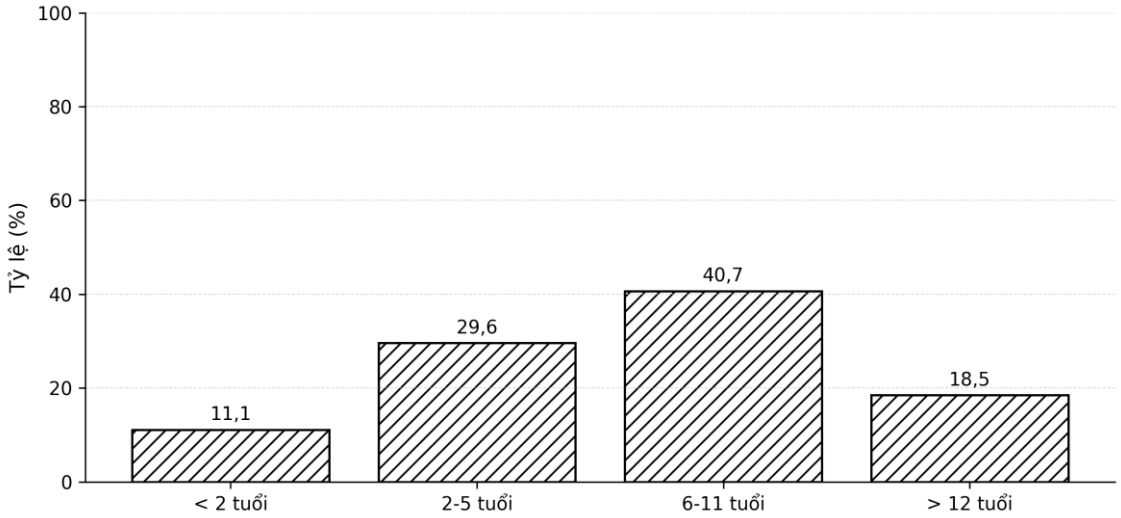
3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhi vảy nến thể mủ (n=27)

Đặc điểm	Phân nhóm	Tần suất (n) / TB ± ĐLC	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	12	44,4
	Nữ	15	55,6
Nhóm tuổi hiện tại	< 5 tuổi	2	7,4
	5-12 tuổi	13	48,2
	> 12 tuổi	12	44,4
Dân tộc	Kinh	23	85,2
	Dân tộc thiểu số	4	14,8
Tiền sử gia đình	Vảy nến thể mủ toàn thân	26	96,3
	Vảy nến thể mảng	1	3,7
Thể vảy nến mắc trước khi khởi phát vảy nến mủ toàn	Vảy nến thể mảng	4	14,8
	Vảy nến thể giọt	20	74,1
	Đỏ da toàn thân	3	11,1
Tuổi trung bình		10,81 ± 3,99	

Bệnh nhi nữ chiếm ưu thế với 55,6%. Nhóm trẻ từ 5 đến 12 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (48,2%), theo sau là nhóm trên 12 tuổi (44,4%). Có 26 trường hợp (96,3%) có người thân mắc vảy nến thể mảng. Tiền sử mắc vảy nến thể giọt chiếm tỷ lệ cao nhất với 74,1% (20/27 bệnh nhi). Vảy nến thể mảng được ghi nhận ở 14,8% (4/27 bệnh nhi), trong khi đỏ da toàn thân chiếm tỷ lệ thấp nhất với 11,1% (3/27 bệnh nhi).

Tạp chí
DA LIỄU HỌC VIỆT NAM



Biểu đồ 1. Phân bố độ tuổi khởi phát bệnh

Bệnh khởi phát chủ yếu ở lứa tuổi từ 6-11 tuổi (40,7%) và 2-5 tuổi (29,6%). Tuổi khởi phát trung bình ghi nhận là 7,00 ± 4,27 tuổi.

Bảng 2. Phân bố vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	Tỷ lệ (%)
Thân mình	44,4
Tứ chi	22,2
Khác	22,2
Da đầu	7,4
Lòng bàn tay/chân	3,7

Vị trí tổn thương ghi nhận nhiều nhất ở vùng thân mình (44,4%), tiếp đến là tứ chi và các vị trí khác (cùng ở mức 22,2%).

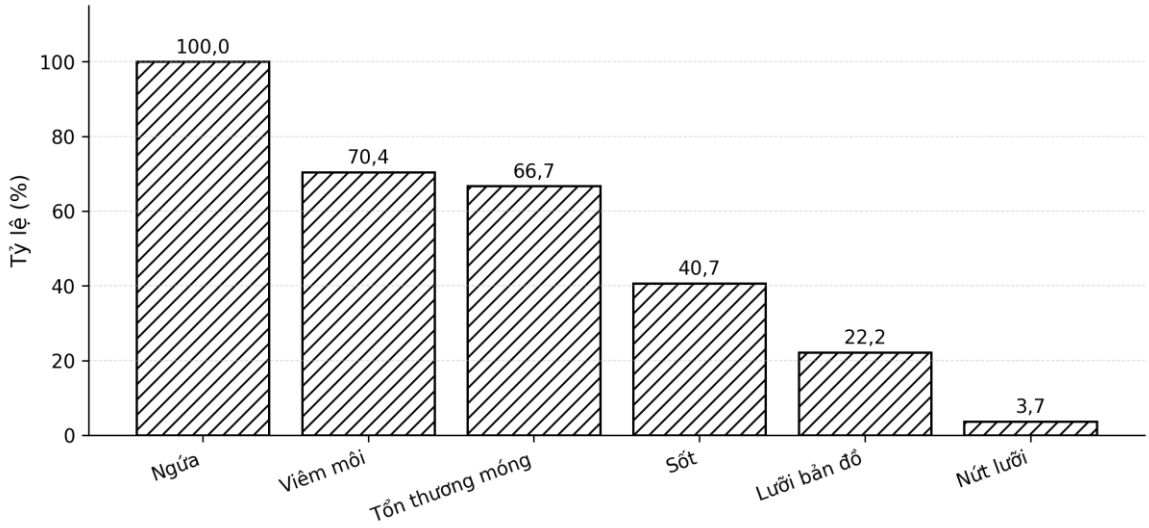
Bảng 3. **Đặc điểm về mụn mủ của đối tượng nghiên cứu (n=27)**

Đặc điểm		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Kích thước mụn mủ	1 – 2 mm	22	81,5
	3 – 5 mm	5	18,5
	> 5mm	0	0
Tính chất mụn mủ	Nông	27	100
	Sâu	0	0
	Trắng	26	96,3

Tạp chí DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

Màu sắc mụn mủ	Vàng	1	3,7
Mật độ mụn mủ	Rải rác	16	59,3
	Thành đám	11	40,7
Vảy	Vảy tiết khô	18	66,7
	Vảy phấn	1	3,7
	Vảy dày	8	29,6

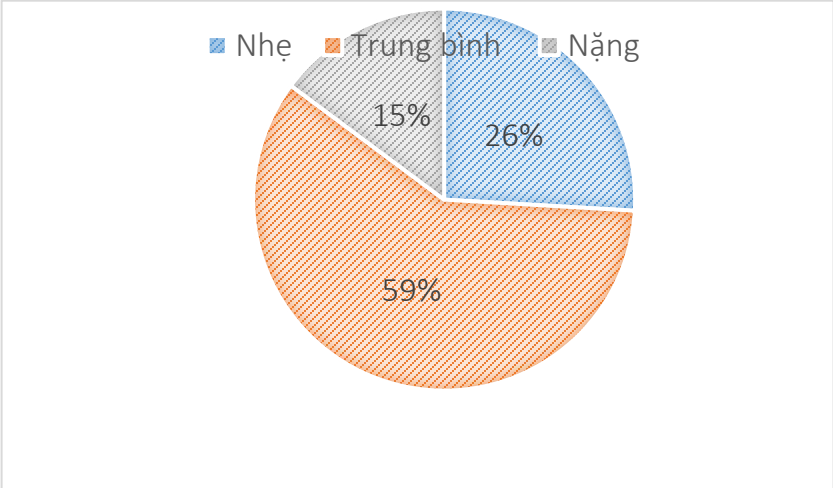
Phần lớn bệnh nhi có mụn mủ kích thước từ 1 đến 2 mm với 22/27 trường hợp chiếm 81,5%, tiếp đến là 5/27 bệnh nhi có mụn mủ kích thước từ 3 đến 5 mm chiếm 18,5% và không ghi nhận mụn mủ lớn hơn 5 mm. Mụn mủ nông được ghi nhận ở toàn bộ 27 bệnh nhi với tỉ lệ 100%. Về màu sắc, mụn mủ màu trắng chiếm ưu thế với 26/27 bệnh nhi với tỉ lệ 96,3%, trong khi mụn mủ màu vàng chỉ gặp ở 1/27 bệnh nhi với tỉ lệ 3,7%. Mụn mủ phân bố rải rác được ghi nhận ở 16/27 bệnh nhi chiếm 59,3% và mụn mủ tập trung thành đám gặp ở 11/27 bệnh nhi với tỉ lệ 40,7%. Vảy tiết khô là hình thái thường gặp nhất, xuất hiện ở 18/27 bệnh nhi với tỉ lệ 66,7%, tiếp theo là vảy dày ở 8/27 bệnh nhi chiếm 29,6% và vảy phấn chỉ gặp ở 1/27 bệnh nhi (3,7%).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng ngứa xuất hiện ở toàn bộ 100,0% bệnh nhi. Tỷ lệ bệnh nhi có kèm theo viêm môi và tổn thương móng ở mức cao, lần lượt là 70,4% và 66,7%; sốt xuất hiện ở 40,7% số ca bệnh.

Tạp chí DA LIỄU HỌC VIỆT NAM



Biểu đồ 3. Phân loại mức độ nặng của vảy nến mủ toàn thân theo thang điểm JDA (Japanese Dermatological Association) (n=27)

Theo thang điểm JDA, mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất, được ghi nhận ở 16/27 bệnh nhi chiếm 59,3%. Mức độ nhẹ gặp ở 7/27 bệnh nhi với tỉ lệ 25,9%, trong khi mức độ nặng được ghi nhận ở 4/27 bệnh nhi với tỉ lệ 14,8%. Nhìn chung, có 20/27 bệnh nhi được phân loại từ mức độ trung bình đến nặng, chiếm 74,1%.

Bảng 4: Tỷ lệ bất thường chỉ số viêm hệ thống

Chỉ số viêm hệ thống	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu tăng	11	40,7
CRP huyết thanh tăng	20	74,0
Tốc độ máu lắng giờ thứ nhất tăng	2	7,4

Dấu hiệu viêm hệ thống thể hiện rõ qua tình trạng tăng CRP huyết thanh (74,0%) và tăng bạch cầu (40,7%). Tỷ lệ tăng tốc độ máu lắng ít gặp hơn, ghi nhận ở mức 7,4%.

Bảng 5. Các rối loạn sinh hóa máu

Chỉ số bất thường	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Albumin huyết thanh giảm	7	25,9
ALT tăng	3	11,1
AST tăng	3	11,1
Canxi huyết thanh giảm	2	7,4

Tạp chí DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

Trong số các rối loạn sinh hóa, tình trạng giảm albumin huyết thanh là phổ biến nhất (25,9%). Tỷ lệ bệnh nhi có tăng men gan ALT và AST cùng ở mức 11,1%, trong khi giảm canxi huyết thanh chiếm 7,4%.

Bảng 6. **So sánh các chỉ số xét nghiệm theo mức độ JDA (n=27)**

Chỉ số	JDA (Japanese Dermatological Association)			p
	Nhẹ **Trung vị** **(min – max)**	**Trung bình** **Trung vị** **(min – max)**	**Nặng** **Trung vị** **min – max)**	
WBC (G/L)	9,3 (7,4 – 17,3)	12,9 (10,4 – 37,8)	14,6 (10,6 – 23,7)	0,21
CRP (mg/L)	7,5 (0,7 – 104,3)	19,1 (0,3 – 174,5)	56,8 (5,4 – 94,0)	0,36
ESR (mm/giờ)	12,0 (8,9 – 36,0)	12,0 (1,2 – 94,0)	16,0 (6,0 – 26,0)	0,95
Albumin (g/L)	42,6 (30,9 – 49,2)	37,7 (33,9 – 50,4)	38,4 (29,0 – 43,7)	0,93
AST (U/L)	18,0 (15,9 – 30,2)	26,3 (17,0 – 85,3)	21,3 (15,8 – 75,5)	0,22
ALT (U/L)	9,9 (4,2 – 54,5)	17,3 (6,0 – 151,0)	19,0 (7,4 – 35,5)	0,39
Calci toàn phần (mmol/L)	2,4 (2,2 – 2,5)	2,3 (2,2 – 2,4)	2,2 (2,1 – 2,4)	0,26

Các chỉ số WBC, CRP, ESR, albumin, AST, ALT và calci toàn phần không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba mức độ JDA ($p>0,05$). WBC và CRP có xu hướng tăng theo mức độ nặng của bệnh, nhưng chưa đủ bằng chứng để khẳng định sự khác biệt.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả 27 bệnh nhi vảy nến thể mủ tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, với tuổi trung bình 10,81 ± 3,99 tuổi và tuổi khởi phát trung bình 7,00 ± 4,27 tuổi. Nhóm 5–12 tuổi chiếm

tỷ lệ cao nhất, phù hợp với đặc điểm bệnh thường khởi phát ở trẻ em và tuổi học đường. Do bệnh hiếm và biểu hiện lâm sàng không đồng nhất, các nghiên cứu trước đây cũng thường có cỡ mẫu nhỏ.

Về biểu hiện lâm sàng, ngứa xuất hiện ở toàn bộ bệnh nhi trong nghiên cứu. Bên cạnh tổn thương da, tỷ lệ viêm môi và tổn thương móng khá cao, lần lượt là 70,4% và 66,7%. Điều này nhấn mạnh rằng đánh giá vảy nến thể mủ ở trẻ em không nên chỉ tập trung vào mụn mủ trên da mà cần thăm khám đồng thời niêm mạc, móng và các triệu chứng toàn thân. Các nghiên cứu về vảy nến mủ trẻ em và đồng thuận quốc tế đều cho thấy bệnh có thể đi kèm sốt, mệt mỏi, tổn thương niêm mạc, tổn thương móng và biểu hiện viêm hệ thống.[1,3,5,7] Trong nghiên cứu của chúng tôi, sốt ghi nhận ở 40,7% bệnh nhi, phản ánh tình trạng hoạt động viêm nhưng cũng gợi ý rằng không phải mọi trường hợp đều đến khám trong giai đoạn bùng phát cấp tính rầm rộ.

Sự hiện diện của lưỡi bản đồ ở 22,2% và nứt lưỡi ở 3,7% bệnh nhi là một điểm đáng lưu ý. Các biểu hiện niêm mạc miệng thường không phải tiêu chuẩn chẩn đoán chính, nhưng có thể hỗ trợ nhận diện kiểu hình bệnh ở trẻ em, đặc biệt khi phối hợp với tổn thương móng hoặc tiền sử tái phát. Nghiên cứu của Wang và cộng sự cho thấy các biến thể IL36RN có liên quan đến một số kiểu hình lâm sàng khác biệt và mức độ viêm nặng hơn ở bệnh nhi vảy nến mủ toàn thân.[6] Tuy nghiên cứu hiện tại chưa thực hiện phân tích di truyền, việc ghi nhận đầy đủ tổn thương niêm mạc và móng vẫn có giá trị trong mô tả kiểu hình lâm sàng và định hướng các nghiên cứu tiếp theo.

Về cận lâm sàng, CRP huyết thanh tăng ở 74,0% bệnh nhi và bạch cầu tăng ở 40,7%, phù hợp với bản chất viêm hệ thống của bệnh. Cơ chế này được giải thích bởi sự hoạt hóa quá mức trục IL-36, làm tăng huy động bạch cầu trung tính và kích hoạt các cytokine tiền viêm.[10-12] Các báo cáo và khuyến nghị hiện nay đều xem xét nghiệm viêm, đặc biệt CRP và bạch cầu, là chỉ số hữu ích để đánh giá hoạt động bệnh, theo dõi đợt bùng phát và phát hiện biến chứng.[1,3,9] Tuy nhiên, tốc độ máu lắng tăng chỉ gặp ở 7,4% trong nghiên cứu, thấp hơn kỳ vọng ở bệnh lý viêm hệ thống; điều này có thể do thời điểm lấy xét nghiệm, tình trạng điều trị trước đó hoặc đặc điểm cỡ mẫu nhỏ.

Giảm albumin huyết thanh được ghi nhận ở 25,9% bệnh nhi. Trong vảy nến thể mủ, tình trạng viêm lan tỏa, tăng tính thấm mao mạch, mất protein qua bề mặt da viêm rộng và giảm dung nạp dinh dưỡng có thể góp phần gây giảm albumin. Các nghiên cứu trên bệnh nhân vảy nến mủ toàn thân cho thấy giảm albumin, rối loạn điện giải và bất thường chức năng gan là những biến đổi cần theo dõi, đặc biệt trong các đợt bùng phát nặng.[3,8] Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, ALT và AST tăng cùng tỷ lệ 11,1%, trong khi giảm canxi chỉ gặp ở 7,4%. Dù tỷ lệ không cao, các bất

Tạp chí DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

thường này có ý nghĩa thực hành vì có thể ảnh hưởng đến lựa chọn thuốc toàn thân, bù dịch, bổ sung dinh dưỡng và theo dõi an toàn điều trị.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, đơn trung tâm, cỡ mẫu nhỏ do bệnh hiếm nên khả năng khái quát hóa còn hạn chế. Nghiên cứu chưa đánh giá thang điểm mức độ nặng chuyên biệt, chưa phân tích di truyền IL36RN/CARD14/AP1S3 và chưa theo dõi dài hạn tỷ lệ tái phát hoặc đáp ứng điều trị. Ngoài ra, các chỉ số xét nghiệm chỉ phản ánh thời điểm thăm khám, có thể chịu ảnh hưởng bởi điều trị trước nhập viện hoặc thời điểm lấy mẫu trong diễn tiến đợt bệnh. Mặc dù vậy, dữ liệu này cung cấp mô tả ban đầu có giá trị về vảy nến thể mủ trẻ em tại Việt Nam, góp phần nhấn mạnh vai trò của thăm khám niêm mạc, móng và xét nghiệm viêm trong theo dõi bệnh.

5. KẾT LUẬN

Vảy nến thể mủ ở trẻ em có biểu hiện lâm sàng đa dạng. Trong nghiên cứu này, bệnh thường gặp ở nhóm tuổi học đường, với tuổi khởi phát trung bình 7,00 ± 4,27 tuổi. Ngứa là triệu chứng xuất hiện ở toàn bộ bệnh nhi; viêm môi, tổn thương móng, sốt và lưỡi bản đồ là các biểu hiện thường gặp. Về cận lâm sàng, tăng CRP huyết thanh và tăng bạch cầu ngoại vi là những bất thường nổi bật, bên cạnh giảm albumin, tăng men gan và giảm canxi ở một số trường hợp. Các phát hiện này cho thấy cần đánh giá toàn diện lâm sàng và xét nghiệm khi theo dõi bệnh nhi vảy nến thể mủ.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn đến Ban Giám đốc, Khoa Khám bệnh và khu điều trị ban ngày, Bệnh viện Da liễu Trung ương đã tạo điều kiện và hỗ trợ trong quá trình thu thập số liệu để thực hiện nghiên cứu này.

Cam kết không xung đột lợi ích

Nghiên cứu không nhận tài trợ từ bất kỳ tổ chức nào. Các tác giả đồng thuận về nội dung khoa học, đóng góp vào quá trình phát triển và hoàn thiện bản thảo, đồng thời cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến kết quả nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Puig L, Choon SE, Gottlieb AB, et al. Generalized pustular psoriasis: a global Delphi consensus on clinical course, diagnosis, treatment goals and disease management. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023;37(4):737-752. doi:10.1111/jdv.18851.
2. Choon SE, Foley PA, Asawanonda P, et al. Asia-Pacific consensus recommendations on the management of generalized pustular psoriasis. J Dermatol. 2024;51(12):1579-1595. doi:10.1111/1346-8138.17471.

3. Choon SE, Navarini AA, Pinter A. Clinical course and characteristics of generalized pustular psoriasis. Am J Clin Dermatol. 2022;23(Suppl 1):21-29. doi:10.1007/s40257-021-00654-z.
4. Fujita H, Terui T, Hayama K, et al. Japanese guidelines for the management and treatment of generalized pustular psoriasis: the new pathogenesis and treatment of GPP. J Dermatol. 2018;45(11):1235-1270. doi:10.1111/1346-8138.14523.
5. Tang J, Hou Z, Liao W, et al. Pediatric pustular psoriasis in Southern China: a 12-year retrospective analysis of 41 cases focusing on clinical characteristics and treatment outcomes. Psoriasis (Auckl). 2025;15:185-195. doi:10.2147/PTT.S519385.
6. Wang Z, Xiang X, Chen Y, et al. Different clinical features of pediatric generalized pustular psoriasis in patients with or without IL36RN variants. Dermatology. 2023;239(2):217-226. doi:10.1159/000528753.
7. Popadić S, Nikolić M. Pustular psoriasis in childhood and adolescence: a 20-year single-center experience. Pediatr Dermatol. 2014;31(5):575-579. doi:10.1111/pde.12296.
8. Kara Polat A, Alpsoy E, Kalkan G, et al. Sociodemographic, clinical, laboratory, treatment and prognostic characteristics of 156 generalized pustular psoriasis patients in Turkey: a multicentre case series. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022;36(8):1256-1265. doi:10.1111/jdv.18103.
9. Burden AD, Choon SE, Gottlieb AB, et al. Clinical disease measures in generalized pustular psoriasis. Am J Clin Dermatol. 2022;23(Suppl 1):39-50. doi:10.1007/s40257-021-00653-0.
10. Hawkes JE, Szepietowski JC, Choon SE, et al. The role of the interleukin-36 axis in generalized pustular psoriasis: a review of the mechanism of action of spesolimab. Front Immunol. 2023;14:1292941. doi:10.3389/fimmu.2023.1292941.
11. Krueger JG, Bachelez H, Choon SE, et al. Targeted review of IL36RN mutations in patients with generalised pustular psoriasis. Skin Health Dis. 2024;4(2):e343. doi:10.1002/ski2.343.
12. Marrakchi S, Guigue P, Renshaw BR, et al. Interleukin-36-receptor antagonist deficiency and generalized pustular psoriasis. N Engl J Med. 2011;365(7):620-628. doi:10.1056/NEJMoa1013068.

SUMMARY

Original research

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PEDIATRIC PUSTULAR PSORIASIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Anh Phuong Le[1,*], Doanh Huu Le[1,2], Linh Thi Trinh[1], Vinh Thi Ha Nguyen[1], My Huyen Le[1*],

[1]National Hospital of Dermatology and Venereology, Vietnam

[2]Hanoi Medical University, Vietnam

Tạp chí
DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and laboratory characteristics of pediatric patients with pustular psoriasis at the National Hospital of Dermatology and Venereology.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among 27 patients under 16 years of age diagnosed with pustular psoriasis during 2025-2026.

Results: Females accounted for 55.6%; the mean age was 10.81 ± 3.99 years and the 5-12-year age group accounted for 48.2%. The mean age of onset was 7.00 ± 4.27 years. The trunk was the most common lesion site (44.4%). Clinically, pruritus was observed in all patients (100.0%), followed by cheilitis (70.4%), nail involvement (66.7%), fever (40.7%), and geographic tongue (22.2%). Laboratory abnormalities included elevated serum CRP (74.0%), leukocytosis (40.7%), hypoalbuminemia (25.9%), increased ALT and AST (11.1% each), hypocalcemia (7.4%), and elevated erythrocyte sedimentation rate (7.4%).

Conclusion: Pediatric pustular psoriasis presents with heterogeneous clinical features, especially pruritus, mucosal involvement, and nail abnormalities. Elevated CRP, leukocytosis, and hypoalbuminemia reflect systemic inflammation and should be assessed comprehensively during disease monitoring.

Keywords: *children; clinical characteristics; laboratory characteristics; pustular psoriasis.*