

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA VẢY NẾN THỂ MẢNG TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Lưu Huệ Phương^{1,2}, Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,3,*}, Phạm Thị Lan^{1,3}, Lê Hữu Doanh^{1,3},
Vũ Nguyệt Minh^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và phân tích các yếu tố liên quan của vảy nến thể mảng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 402 bệnh nhân được chẩn đoán vảy nến thể mảng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2024 đến tháng 5/2025. Bệnh nhân được khai thác tiền sử, bệnh sử, được khám bệnh để đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $47,7 \pm 16,8$ tuổi, nhóm tuổi > 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (26,6%). Tỷ lệ nam giới chiếm 68,2%, cao gấp đôi nữ giới. Tuổi khởi phát trung bình là $34,1 \pm 11,9$ tuổi, thời gian mắc bệnh trung bình là $13,6 \pm 10,7$ năm. Triệu chứng cơ năng chủ yếu là ngứa (81,8%). Tổn thương kết hợp hay gặp ở móng và khớp, phổ biến nhất là rỗ móng (52,5%) và tách móng (43,5%). Mức độ bệnh theo thang điểm PASI chủ yếu là nhẹ (63,5%) và vừa (24,1%), chỉ có 12,4% bệnh nhân mức độ nặng. Có mối tương quan giữa tuổi khởi phát với mức độ bệnh và tiền sử gia đình có người mắc vảy nến. Yếu tố khởi phát thường gặp nhất là mùa (66,9%) và yếu tố tinh thần (26,1%).

Kết luận: Vảy nến thể mảng diễn biến mạn tính với biểu hiện lâm sàng đa dạng, thường có ngứa, kèm theo tổn thương móng và khớp, gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống. Bệnh nhân khởi phát sớm thường có mức độ bệnh nặng hơn và tiền sử gia đình có người mắc vảy nến. Các yếu tố môi trường, tinh thần đóng vai trò quan trọng trong khởi phát và tiến triển bệnh.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, thể mảng, vảy nến, yếu tố liên quan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến là bệnh da mạn tính thường gặp. Theo thống kê năm 2020 tại Hoa Kỳ, có khoảng 7,55 triệu người lớn mắc vảy nến, chiếm khoảng 3% dân số.¹ Ở Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân vảy nến

chiếm khoảng 2,2% tổng số bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.² Vảy nến có nhiều thể lâm sàng, hay gặp nhất là thể mảng, chiếm 80 - 90% các trường hợp.³ Tổn thương da điển hình là mảng đỏ, ranh giới rõ, vảy trắng dày, dễ bong, hay gặp ở vùng tỳ đè như khuỷu tay, đầu gối,...⁴ Các tổn thương da kéo dài, dai dẳng, dễ tái phát gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến thẩm mỹ, tâm lý và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Bên cạnh đó, một số cơ quan khác có thể gặp tổn thương như khớp, móng, niêm mạc,... làm tăng gánh nặng y tế cho gia đình và xã hội. Đánh giá mức độ nặng của vảy nến thể mảng là bước

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

³Bệnh viện Da liễu Trung ương

*Tác giả liên hệ: Email: nguyenhavinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23/5/2025

Ngày phản biện: 15/6/2025

Ngày chấp nhận đăng: 09/7/2025

DOI: 10.56320/tcdlhn.51.315



không thể thiếu trong thực hành lâm sàng, giúp định hướng điều trị và theo dõi tiến triển bệnh, trong đó chỉ số PASI (Psoriasis Area and Severity Index) là công cụ đánh giá chuẩn, đang được sử dụng phổ biến hiện nay.

Cơ chế bệnh sinh của vảy nến rất phức tạp, liên quan đến sự tương tác giữa yếu tố di truyền, môi trường và miễn dịch.⁵ Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, đối với vảy nến khởi phát sớm, yếu tố di truyền chính là HLA-C*06:02.⁶ Các yếu tố miễn dịch, đặc biệt là con đường IL-23/Th17 đóng vai trò trung tâm trong việc thúc đẩy tăng sinh tế bào sừng và phản ứng viêm mạn tính.⁷ Ngoài ra, các yếu tố khởi phát/làm nặng bệnh như căng thẳng, nhiễm trùng, thuốc, rượu, thuốc lá,... cũng góp phần quan trọng vào tiến triển và mức độ biểu hiện lâm sàng của bệnh. Việc đánh giá đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan giúp nâng cao khả năng chẩn đoán, hiệu quả điều trị và chất lượng quản lý bệnh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và phân tích một số yếu tố liên quan của vảy nến thể mảng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, góp phần bổ sung dữ liệu cập nhật phục vụ công tác nghiên cứu và chăm sóc người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 402 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là vảy nến thể mảng, đến khám và điều trị tại Khoa Điều trị nội trú ban ngày - Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2024 đến tháng 5/2025 tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào lâm sàng và/hoặc mô bệnh học. Lâm sàng: Mảng đỏ, ranh giới rõ với da lành, trên phủ vảy trắng dày dễ bong, kích thước 5 - 10 cm hoặc lớn hơn, phân bố ở các vị trí điển hình (đầu, vùng tay cẳng). Mô bệnh học: Tăng sừng, á sừng, áp xe Munro, tăng nhú, thâm nhiễm viêm. Khi thương tổn lâm sàng không điển hình cần sinh thiết làm giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán vảy nến thể mảng. Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân sạch hoàn toàn tổn thương tại thời điểm thăm khám ($BSA < 1\%$).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Chọn mẫu thuận tiện bao gồm những bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa Điều trị nội trú ban ngày - Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2024 đến tháng 5/2025. Cỡ mẫu thu được $n = 402$.

Quy trình nghiên cứu

Bệnh nhân được thu thập đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ), tuổi khởi phát, triệu chứng cơ năng (ngứa, nóng rát, đau nhức,...); đặc điểm tổn thương da (đỏ da, dày da, vảy, diện tích), các tổn thương kết hợp (móng, khớp, niêm mạc,...), đánh giá mức độ bệnh bằng thang điểm PASI (Psoriasis Area and Severity Index), thay đổi từ 0 - 72, chỉ số càng cao thì bệnh càng nặng (mức độ nhẹ: < 10), mức độ vừa: 10 - 20 và mức độ nặng: ≥ 20)⁸; các yếu tố liên quan (tiền sử gia đình có người mắc vảy nến, nghiện rượu, hút thuốc lá, yếu tố tinh thần, mùa,...).

Xử lý và phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Các biến số được thể hiện dưới dạng trung bình, độ lệch, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất, tỷ lệ phần trăm, tần số. Các test thống kê được sử dụng để so sánh hai trung bình: T-test cho các biến có phân bố chuẩn, test phi tham số (Mann-Whitney U) cho các biến không có phân bố chuẩn. Test χ^2 dùng để so sánh hai tỷ lệ. Test Pearson dùng để kiểm định mối tương quan giữa hai biến định lượng hoặc test ANOVA (so sánh từ 3 biến định lượng trở lên). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

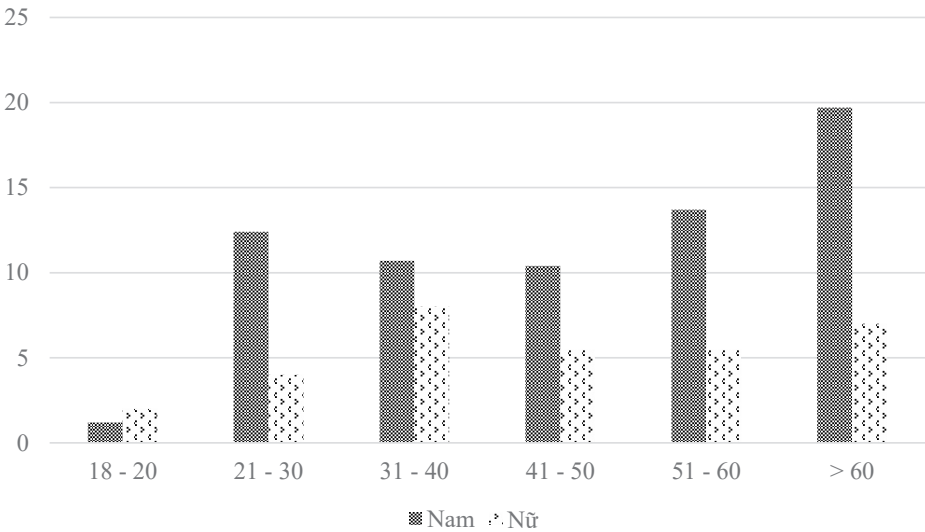
2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện phù hợp với các nguyên tắc đạo đức y học hiện hành và tuyên ngôn Helsinki. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức và được sự chấp thuận của Trường

Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Da liễu Trung ương theo Quyết định số 53/HĐĐĐ-BVDLTW ngày 20 tháng 11 năm 2024. Tất cả người bệnh đều được giải thích về quy trình, mục tiêu nghiên cứu và ký vào bản chấp thuận tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh nhân vảy nến thể mảng theo nhóm tuổi và giới



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới (n = 402)

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $47,7 \pm 16,8$ tuổi. Trong đó, tuổi thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 86 tuổi, nhóm tuổi > 60 có tỷ lệ cao nhất (107 người, chiếm 26,6%) (Biểu đồ 1). Tuổi khởi phát bệnh trung bình là $34,1 \pm 11,9$ tuổi. Có 274 bệnh nhân nam, chiếm 68,2% và 128 bệnh nhân nữ, chiếm 31,8%. Tỷ lệ nam : Nữ = 2,1 : 1. Như vậy, tỷ lệ bệnh nhân nam cao gấp đôi bệnh nhân nữ. Thời gian mắc bệnh trung bình là $13,6 \pm 10,7$ năm.

3.2. Triệu chứng cơ năng bệnh nhân vảy nến thể mảng

Bảng 1. Các triệu chứng cơ năng (n = 402)

Triệu chứng cơ năng	n	Tỷ lệ (%)
Ngứa	329	81,8
Nóng rát	16	4,0
Đau nhức	3	0,7
Không	65	16,2
Tổng	402	100



Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ngứa tại vùng tổn thương da, ghi nhận ở 329 bệnh nhân (81,8%). Có 65 bệnh nhân (16,2%) không có triệu chứng cơ năng rõ rệt. Cảm giác nóng rát, đau nhức ít gặp hơn, lần lượt là 16 (4,0%) và 3 (0,7%) bệnh nhân. Ngoài ra, một số bệnh nhân có cả ngứa và nóng rát (10 ca, 2,5%), có 1 ca vừa nóng rát vừa đau nhức (0,2%).

3.3. Tổn thương phối hợp trên bệnh nhân vảy nến thể mảng

Bảng 2. Tổn thương phối hợp (n = 402)

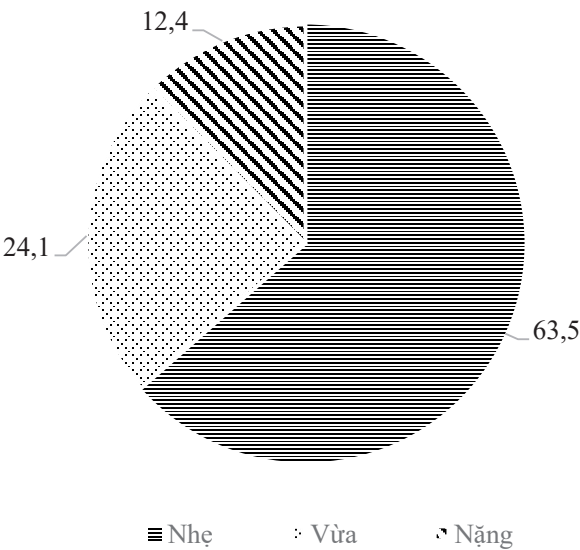
Đặc điểm tổn thương		n	Tỷ lệ (%)
Khớp	Đau khớp	47	11,7
	Cứng khớp buổi sáng > 30 phút	3	0,7
	Viêm khớp ngoại vi	19	4,7
	Viêm khớp trục (cột sống, cùng)	0	0,0
	Viêm điểm bám gân	0	0,0
	Ngón tay/chân khúc dôi	0	0,0
	Biến dạng khớp	6	1,5
	Không	355	88,3
Móng	Rối móng	211	52,5
	Móng dày, mụn	106	26,4
	Tách móng	175	43,5
	Dày sừng dưới móng	30	7,5
	Viêm quanh móng	10	2,5
	Đường vân ngang	60	14,9
	Liềm móng đỏ	0	0,0
	Dấu hiệu giọt dầu	24	6,0
	Xuất huyết	12	3,0
	Không	135	33,6
Niêm mạc/ bán niêm mạc	Có	7	1,7
	Không	395	98,3
Các cơ quan khác	Có	0	0,0
	Không	402	100,0

Tổn thương khớp gặp nhiều nhất là đau khớp (47 ca, 11,7%) và viêm khớp ngoại vi (19 ca, 4,7%). Các tổn thương khác ít gặp hơn gồm: Biến dạng khớp 6 ca (1,5%) và cứng khớp buổi sáng 3 ca (0,7%). Đa phần bệnh nhân vảy nến thể mảng không có tổn thương khớp (88,3%).

Tổn thương móng hay gặp hơn tổn thương khớp, chiếm 66,4%. Hơn 50% bệnh nhân có rối móng (211 ca; 52,5%). Tổn thương hay gặp thứ hai là tách móng, với 175 bệnh nhân, chiếm 43,5%. Có 106 ca (26,4%) móng dày, mụn, 60 ca (14,9%) móng có đường vân ngang. Ít gặp hơn là các triệu chứng dày sừng dưới móng, dấu hiệu giọt dầu, xuất huyết, viêm quanh móng, chiếm lần lượt là 7,5%, 6,0%, 3,0% và 2,5%. Chưa ghi nhận trường hợp nào có liềm móng đỏ.

Các tổn thương niêm mạc/bán niêm mạc hiếm gặp (7 ca, 1,7%), chủ yếu ở vị trí sinh dục và hậu môn.

3.4. Mức độ bệnh vảy nến thể mảng



Biểu đồ 2. Mức độ bệnh theo thang điểm PASI (n = 402)

Chỉ số PASI trung bình là 10,7. Biểu đồ 2 cho thấy phần lớn bệnh nhân ở mức độ nhẹ (63,5%) và vừa 24,1%), chỉ có 12,4% ở mức độ nặng.

3.5. Mối tương quan giữa tuổi khởi phát và mức độ bệnh

Bảng 3. Mối tương quan giữa tuổi khởi phát và mức độ bệnh (n = 402)

		Mức độ bệnh (theo thang điểm PASI)			Tổng	p*	r**
		Nhẹ	Vừa	Nặng			
Khởi phát	Sớm	158	76	46	280	0,000	0,236
	Muộn	97	21	4	122		
Tổng		255	97	50	402		

* Chi-square,

** Cramer's V,

Tuổi khởi phát (sớm: < 40 tuổi, muộn: ≥ 40 tuổi) và mức độ bệnh (theo thang điểm PASI) có mối tương quan với nhau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (Bảng 3). Những bệnh nhân khởi phát sớm có xu hướng mắc bệnh nặng hơn bệnh nhân khởi phát muộn và ngược lại. Chỉ số $r = 0,236$ phản ánh tương quan ở mức độ yếu, do biểu hiện lâm sàng của mỗi bệnh nhân chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố đan xen.

3.6. MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA TUỔI KHỞI PHÁT VÀ TIỀN SỬ GIA ĐÌNH

Bảng 4. Mối tương quan giữa tuổi khởi phát và tiền sử gia đình (n = 402)

		Tiền sử gia đình		Tổng	p*	r**
		Không	Có			
Khởi phát	Sớm	207	73	280	0.001	- 0.173
	Muộn	109	13	122		
Tổng		316	86	402		

* Chi-square.

** Phi.

Tuổi khởi phát và tiền sử gia đình có người mắc vẩy nến có mối tương quan với nhau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ (Bảng 4). Những bệnh nhân tiền sử gia đình có người mắc vẩy nến thường có tuổi khởi phát sớm hơn và ngược lại. Chỉ số $r = -0,173$ phản ánh mối tương quan yếu, ngoài yếu tố di truyền còn nhiều yếu tố khác (môi trường, miễn dịch) ảnh hưởng đến tuổi khởi phát.

3.7. Yếu tố khởi phát vẩy nến thể mảng

Bảng 5. Yếu tố khởi phát (n = 402)

Yếu tố khởi phát	n	Tỷ lệ (%)
Nghiện rượu	55	13,7
Hút thuốc	79	19,7
Yếu tố tinh thần	105	26,1
Mùa	269	66,9
Không rõ	89	22,1
Tổng	402	100,0

Yếu tố khởi phát thường gặp nhất là mùa, có 269 ca chiếm 66,9%. Yếu tố hay gặp thứ hai là tinh thần (căng thẳng, lo âu, mất ngủ) với 105 ca, chiếm 26,1%. Hút thuốc và nghiện rượu cũng là yếu tố nguy cơ khởi phát bệnh nhưng ít gặp hơn, chiếm lần lượt 19,7% và 13,7%. Một số bệnh nhân khởi phát bệnh mà chưa rõ yếu tố nguy cơ (22,1%).

4. BÀN LUẬN

Vảy nến là bệnh mạn tính có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, nhưng tỷ lệ mắc thường cao hơn ở người trưởng thành, đặc biệt là thể vảy nến mảng.⁹ Nghiên cứu trên 402 bệnh nhân trưởng thành cho thấy sự phân bố tập trung chủ yếu ở nhóm trung niên và người cao tuổi, trong đó nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (26,6%). Tuổi khởi phát bệnh trung bình là $34,1 \pm 11,9$ tuổi, nhóm khởi phát sớm (< 40 tuổi) chiếm tỷ lệ lớn (69,7%). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu quốc tế và trong nước. Theo kết quả cuộc khảo sát trên 12.000 bệnh nhân của 10 nước châu Âu, có khoảng 75% bệnh nhân khởi phát trước 50 tuổi,⁶ theo nghiên cứu của Phan Huy Thục tại Việt Nam, nhóm khởi phát sớm trên 40 tuổi chiếm 58,34%.¹⁰ Thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân là $13,6 \pm 10,7$ năm, phản ánh tính chất mạn tính, dai dẳng và dễ tái phát của vảy nến thể mảng. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh vảy nến ở nam giới cao hơn so với nữ giới, với tỷ lệ nam : Nữ là 2,1 : 1. Tuy nhiên, một nghiên cứu toàn cầu về vảy nến năm 2021 cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về giới tính (nam: 49,5%, nữ: 50,5%).¹¹ Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi các yếu tố như đặc điểm nhân khẩu học, vị trí địa lý và chủng tộc của quần thể nghiên cứu.

Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là ngứa, được ghi nhận ở 81,8% bệnh nhân, gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây, nghiên cứu năm 2000 của Yosipovitch và cộng sự đã chỉ ra triệu chứng ngứa xuất hiện ở khoảng 70 - 90% bệnh nhân vảy nến, mức độ thường từ trung bình đến nặng.¹² Tương tự, một nghiên cứu khác tại Thái Lan (Ruchusatsawat và cộng sự, 2019) cũng báo cáo tỷ lệ ngứa lên đến 84,5%,¹³ cho thấy đây là triệu chứng cơ năng phổ biến xuyên suốt các quần thể vảy nến. Ngoài ngứa, một số bệnh nhân còn có cảm giác nóng rát (4,0%) và đau nhức

(0,7%), điều này gây ra sự khó chịu và ảnh hưởng tới sinh hoạt hàng ngày. Các triệu chứng cơ năng là phản ánh của phản ứng viêm và tổn thương da do quá trình tăng sinh tế bào da bất thường trong bệnh vảy nến thể mảng.

Ngoài tổn thương da, bệnh còn có thể gây tổn thương phối hợp ở các cơ quan khác như móng và khớp. Trong nghiên cứu này, tổn thương móng được ghi nhận ở 66,4% bệnh nhân, với các biểu hiện phổ biến như rỗ móng (52,5%), tách móng (43,5%), móng dày và mụn (26,4%), cùng các dấu hiệu khác như đường vân ngang, dấu hiệu giọt dầu và viêm quanh móng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Augustin (2011) có tỷ lệ tổn thương móng trong vảy nến dao động từ 50 - 80%, trong đó rỗ móng là dấu hiệu thường gặp nhất (khoảng 60%).¹⁴ Về tổn thương khớp, nghiên cứu của chúng tôi có 11,7% bệnh nhân có triệu chứng đau khớp, tỷ lệ viêm khớp ngoại vi, biến dạng khớp, và cứng khớp buổi sáng lần lượt là 4,7%, 1,5% và 0,7%. Các tổn thương này thường tiến triển âm thầm, có thể dẫn đến phá hủy khớp nếu không được điều trị kịp thời.¹⁵ Tổn thương niêm mạc hiếm gặp (1,7%), chủ yếu ở vùng sinh dục và hậu môn.

Chỉ số PASI trung bình của nhóm nghiên cứu là 10,7, tỷ lệ bệnh nhân nhẹ và vừa theo thang điểm PASI chiếm đa số (87,6%), phản ánh hiệu quả của các chương trình phát hiện sớm và điều trị ngoại trú vảy nến hiện nay. Kết quả nghiên cứu ghi nhận có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi khởi phát và mức độ bệnh theo thang điểm PASI ($p < 0,05$). Cụ thể, những bệnh nhân có tuổi khởi phát sớm (< 40 tuổi) có xu hướng mắc bệnh với mức độ nặng hơn so với nhóm khởi phát muộn (≥ 40 tuổi). Kết quả này phù hợp với nhận định của nhiều tác giả quốc tế, theo Gisondi P và Armstrong AW, bệnh vảy nến khởi phát ở tuổi trẻ thường có diễn biến dai dẳng, mức độ tổn thương da nghiêm trọng hơn và dễ tái phát nhiều lần.^{16,17} Giải thích cho hiện tượng này có thể liên quan



đến yếu tố di truyền và miễn dịch, những người khởi phát bệnh sớm thường có yếu tố di truyền, dẫn đến sự kích hoạt quá mức của hệ miễn dịch và quá trình viêm kéo dài trên da.

Nghiên cứu còn chỉ ra có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi khởi phát và tiền sử gia đình có người mắc vẩy nến ($p < 0,05$). Những bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc vẩy nến thường có xu hướng khởi phát bệnh sớm hơn so với những người không có tiền sử gia đình. Theo Griffiths CEM và cộng sự, khoảng 65% bệnh nhân khởi phát sớm có ít nhất một người thân mắc vẩy nến, liên quan đến gen HLA-Cw6.⁶ Điều này phản ánh vai trò quan trọng của yếu tố di truyền trong bệnh vẩy nến thể mảng. Các nghiên cứu di truyền đã xác định nhiều gen liên quan đến sự tăng sinh tế bào biểu bì và phản ứng miễn dịch bất thường trong vẩy nến, góp phần làm bệnh xuất hiện sớm hơn ở những người có yếu tố gia đình.¹⁸

Khảo sát các yếu tố khác liên quan đến vẩy nến thể mảng cho thấy yếu tố theo mùa chiếm tỷ lệ cao nhất (66,9%), tiếp theo là yếu tố tinh thần (26,1%). Các yếu tố nguy cơ khác bao gồm hút thuốc và nghiện rượu có ghi nhận nhưng với tỷ lệ thấp hơn. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh phức tạp của vẩy nến, trong đó tác nhân môi trường và stress đóng vai trò quan trọng trong quá trình khởi phát và tiến triển bệnh. Đánh giá toàn diện các yếu tố này cần được lồng ghép trong thực hành lâm sàng để cá thể hóa điều trị, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao như khởi phát sớm, tiền sử gia đình có người mắc vẩy nến.

5. KẾT LUẬN

Vẩy nến thể mảng là bệnh da mạn tính, biểu hiện lâm sàng đa dạng, thường có ngứa, kèm theo tổn thương móng và khớp, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống. Bệnh nhân khởi phát sớm thường có mức độ bệnh nặng hơn và liên quan chặt chẽ với yếu tố di truyền. Các yếu tố môi

trường, tinh thần đóng vai trò quan trọng trong khởi phát và tiến triển bệnh. Phát hiện sớm các đặc điểm lâm sàng và yếu tố liên quan là cơ sở quan trọng để nâng cao hiệu quả điều trị và quản lý bệnh vẩy nến thể mảng.

Lời cảm ơn: Các tác giả xin chân thành cảm ơn Khoa Điều trị nội trú ban ngày Bệnh viện Da liễu Trung ương đã hỗ trợ chúng tôi thu thập dữ liệu hoàn thành nghiên cứu.

Cam kết không xung đột lợi ích: Các tác giả xin cam kết không có xung đột lợi ích trong đề tài này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Armstrong AW, Mehta MD, Schupp CW, Gondo GC, Bell SJ, Griffiths CEM. Psoriasis prevalence in adults in the United States. *JAMA Dermatol.* 2021;157(8):940-946. doi:10.1001/jamadermatol.2021.2007.
2. Trần Hậu Khang. Bệnh vẩy nến. *Bệnh Học Da Liễu.* (Sách đào tạo sau đại học). Tập 1, Nhà xuất bản Y học, 2014, 91-99.
3. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clin Dermatol.* 2007;25(6):535-546. doi:10.1016/j.clindermatol.2007.08.007.
4. Lebwohl M. Psoriasis. *Lancet.* 2003;361(9364):1197-1204. doi:10.1016/S0140-6736(03)12954-6.
5. Conrad C, Gilliet M. Psoriasis: from pathogenesis to targeted therapies. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2018;54(1):102-113. doi:10.1007/s12016-018-8668-1.
6. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. *Lancet.* 2021;397(10281):1301-1315. doi:10.1016/S0140-6736(20)32549-6.
7. Boehncke WH, Schön MP. Psoriasis. *N Engl J Med.* 2015;373(1):72-74. doi:10.1056/NEJMc1503276.

8. Elewski BE, Puig L, Mordin M, et al. Psoriasis patients with Psoriasis Area and Severity Index (PASI) 90 response achieve greater health-related quality-of-life improvements than those with PASI 75-89 response: results from two phase 3 studies of secukinumab. *J Dermatolog Treat.* 2017;28(6):492-499. doi:10.1080/09546634.2017.1294727.
9. Langley RG, Krueger GG, Griffiths CE. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(suppl 2):ii18-ii23. doi:10.1136/ard.2004.033217.
10. Phan Huy Thục. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và mối liên quan giữa nồng độ cytokine với kết quả điều trị bệnh vẩy nến thông thường bằng methotrexat [Luận án Tiến sĩ Y học]. Trường Đại học Y Hà Nội; 2015, 54-55.
11. Michalek IM, Loring B, John SM. A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2017;31(2):205-212. doi:10.1111/jdv.13854.
12. Yosipovitch G, Goon A, Wee J, Chan YH, Goh CL. Itch characteristics in psoriasis. *Acta Derm Venereol.* 2000;80(6):450-453. doi:10.1080/000155500300012849.
13. Ruchusatsawat K, Wongpiyabovorn J, Protjaroen P, Chaiprasert A, Thorner PS, Shuangshoti S. Pruritus in psoriasis: A study of cytokine expression and the role of IL-17. *J Dermatol Sci.* 2019;93(2):94-100. doi:10.1016/j.jdermsci.2019.01.004.
14. Augustin M, Reich K, Blome C, Schäfer I, Laass A, Radtke MA. Nail psoriasis in Germany: epidemiology and burden of disease. *Br J Dermatol.* 2011;165(6):1203-1208. doi:10.1111/j.1365-2133.2011.10565.x.
15. Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis.* 2015;64(suppl 2):ii14-ii17. doi:10.1136/ard.2004.032482.
16. Gisondi P, Bellinato F, Girolomoni G. Early-onset psoriasis is associated with more severe disease phenotype: results from a European multicenter study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2022;36(8):1289-1297. doi:10.1111/jdv.18123.
17. Armstrong AW, Read C. Association between early-onset psoriasis and clinical severity: A US population-based study. *JAMA Dermatol.* 2021;157(5):529-535. doi:10.1001/jamadermatol.2021.0501.
18. Ohtsuki M, Terui T, Ozawa A, et al. Genetic background of early-onset psoriasis in Japanese patients. *J Dermatol.* 2019;46(8):673-678. doi:10.1111/1346-8138.14972.



SUMMARY

Original research

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS OF PLAQUE PSORIASIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Luu Hue Phuong^{1,2}, Nguyen Thi Ha Vinh^{1,3,*}, Pham Thi Lan^{1,3}, Le Huu Doanh^{1,3}, Vu Nguyet Minh^{1,3}

ABSTRACT

Objectives: This study aims to describe the clinical characteristics and analyze related factors associated with plaque psoriasis at the National Hospital of Dermatology and Venereology.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted from October 2024 to May 2025 involving 402 patients diagnosed with plaque psoriasis at the National Hospital of Dermatology and Venereology. Patients were interviewed about their medical history and underwent clinical examinations to evaluate the clinical features and related factors.

Results: The average age of patients was 47.7 ± 16.8 years, with the highest proportion in the age group over 60 (26.6%). Males comprised 68.2% of the participants, twice the number of females. The mean age at onset was 34.1 ± 11.9 years, and the mean duration of the disease was 13.6 ± 10.7 years. The primary subjective symptom reported was pruritus (81.8%). Common associated lesions included nail and joint involvement, with pitting nails (52.5%) and onycholysis (43.5%) being the most prevalent. Most patients had mild (63.5%) and moderate (24.1%) disease severity as assessed by the Psoriasis Area and Severity Index (PASI), while only 12.4% had severe disease. A correlation was observed between the age of onset and both disease severity and family history of psoriasis. The most common triggering factors identified were seasonal changes (66.9%) and psychological stress (26.1%).

Conclusions: Plaque psoriasis presents with a chronic course and diverse clinical manifestations, often accompanied by nail and joint lesions that significantly affect the quality of life. Patients who experience early-onset disease are more likely to have a family history and more severe manifestations. Environmental and psychological factors play a significant role in the onset and progression of the disease.

Keywords: *Clinical characteristics, plaque psoriasis, related factors.*

¹ Hanoi Medical University

² Hai Phong University of Medicine and Pharmacy

³ National Hospital of Dermatology and Venereology

* Correspondence: Email: nguyenhavinh@hmu.edu.vn