



Tạp chí

DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

Tạp chí Da liễu học Việt Nam – Bài Nghiên cứu khoa học

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH MẠCH MÁU DẠNG MẠNG LƯỚI TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN TỪ THÁNG 8/2025 ĐẾN THÁNG 6/2026

Lương Thị Quỳnh Anh¹, Phạm Thị Lan^{1,2}, Nguyễn Thuỳ Linh², Lê Hữu Doanh^{1,2}, Bùi Thị Phương Minh², Vũ Huy Lượng^{1,2*}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

*Tác giả liên hệ: Vũ Huy Lượng; E.mail: vuhuyluong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30/6/2026

Ngày phản biện: 21/7/2026

Ngày chấp nhận đăng: 14/8/2026

DOI: 10.56320/tcdlhnv.online.338

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh mạch máu dạng mạng lưới đến khám và điều trị tại bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 6/2025 đến tháng 6/2026.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 8 năm 2025 đến tháng 6 năm 2026 trên 99 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh mạch máu dạng mạng lưới tại Bệnh viện Da liễu Trung ương

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân livedoid vasculopathy là $38,6 \pm 15,1$ tuổi, nhóm 15–50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ nữ/nam là 3,18:1. Thời gian mắc bệnh từ 1–5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (39,0%), và 67,7% bệnh nhân ghi nhận bệnh nặng lên vào mùa hè. Các yếu tố và bệnh lý đi kèm thường gặp gồm nghề nghiệp phải đứng lâu trên 8 giờ/ngày (19,2%), suy giãn tĩnh mạch chi dưới (11,1%), hút thuốc lá (9,1%) và béo phì (8,1%). Các tổn thương lâm sàng thường gặp gồm tăng sắc tố (96,0%), loét da (90,9%), sẹo teo trắng sứ (78,8%) và livedo racemosa (71,7%), chủ yếu phân bố đối xứng hai bên và tập trung ở vùng mắt cá chân. Đau là triệu chứng cơ năng nổi bật nhất (91,1%), tiếp theo là tê bì, dị cảm (40,4%) và ngứa (20,2%). Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa và đông máu cơ bản hầu hết trong giới hạn bình thường. Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp dương tính ở 92,5% bệnh nhân, với fibrinogen là thành phần lắng đọng quanh mạch máu thường gặp nhất

Kết luận: Livedoid vasculopathy chủ yếu gặp ở nữ giới trong độ tuổi 15-55 tuổi, có diễn biến mạn tính và xu hướng tái phát nhiều hơn vào mùa hè. Lâm sàng đặc trưng bởi tổn thương loét da, livedo racemosa, sẹo teo trắng sứ và tăng sắc tố, phân bố đối xứng hai bên và tập trung chủ yếu ở vùng mắt cá chân và bàn chân. Đau là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất. Các xét



Tạp chí

DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

Tạp chí Da liễu học Việt Nam – Bài Nghiên cứu khoa học

nghiệm huyết học, sinh hóa và đông máu cơ bản hầu hết nằm trong giới hạn bình thường. Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp có tỷ lệ dương tính cao với fibrinogen là thành phần lắng đọng thường gặp nhất. Cần làm thêm các nghiên cứu khảo sát chuyên sâu hơn về các yếu tố đông máu, miễn dịch và di truyền làm sáng tỏ cơ chế bệnh sinh, các yếu tố liên quan và định hướng chiến lược điều trị cá thể hóa cho bệnh nhân LV.

Từ khóa: *Bệnh mạch máu dạng mạng lưới, cận lâm sàng, huyết khối vi mạch, lâm sàng, loét chân.*



I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch máu dạng mạng lưới (Livedoid vasculopathy – LV) là bệnh da mạn tính hiếm gặp, với tỉ lệ hiện mắc ước tính khoảng 1/100.000 dân trong cộng đồng.¹ Bệnh đặc trưng bởi bộ ba triệu chứng lâm sàng: Livedo racemosa, loét kèm đau nhiều và sẹo teo trắng sứ, thường gặp gặp ở chi dưới, đặc biệt vị trí xung quanh mắt cá chân và mu bàn chân.

Cơ chế bệnh sinh chưa được hiểu rõ hoàn toàn nhưng được cho là liên quan đến các rối loạn đông máu dẫn đến sự hình thành huyết khối gây tắc nghẽn các mạch máu ở da, từ đó dẫn đến thiếu máu cục bộ, hoại tử mô và hình thành vết loét.² LV thường gặp ở độ tuổi từ 15-50 tuổi, với tỉ lệ nữ giới cao gấp 3 lần nam giới.³ Mặc dù không phải bệnh lý ác tính hay truyền nhiễm, LV lại gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh do các vết loét đau nhiều, dai dẳng, lâu lành và dễ tái phát. Bệnh nhân LV được ghi nhận có chất lượng cuộc sống kém hơn so với các bệnh lý mạn tính khác như vẩy nến, tiểu đường hoặc ung thư.^{4,5}

Bệnh viện Da liễu Trung ương trong những năm gần đây đã tiếp nhận và điều trị nhiều trường hợp bệnh nhân mắc LV. Tuy nhiên, các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh tại Việt Nam còn rất hạn chế. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành đề tài: “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân bệnh mạch máu dạng mạng lưới tại Bệnh viện Da liễu Trung ương giai đoạn 6/2025-6/2026”..

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 99 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh mạch máu dạng mạng lưới đến khám và điều trị tại bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 6/2025 đến tháng 6/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh mạch máu dạng mạng lưới dựa vào tiêu chuẩn lâm sàng và mô bệnh học dưới đây:

- Trên lâm sàng, chẩn đoán LV dựa vào: thay đổi dạng mạng lưới, teo da màu trắng ngà, loét, đau... ở chi dưới
- Mô bệnh học: đặc trưng bởi huyết khối trong lòng mạch, tăng sinh lớp nội mô, thoái hóa hyalin lớp dưới nội mạc mạch máu. Không có viêm mạch.

Người bệnh được lựa chọn và nghiên cứu khi có chẩn đoán xác định là bệnh mạch máu dạng mạng lưới, không phân biệt tuổi, giới, đồng ý, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh không đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh mạch máu dạng mạng lưới, không đồng ý tham gia nghiên cứu, có rối loạn tâm thần, không kiểm soát được hành vi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu



Cỡ mẫu: Thu thập toàn bộ 99 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh mạch máu dạng mạng lưới thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu liên tiếp.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 6/2025 đến tháng 6.2025 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Vật liệu nghiên cứu: Bệnh án nghiên cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân được tư vấn và kí phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được khai thác thông tin chung, tiền sử và đặc điểm lâm sàng, bao gồm: tên, tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tuổi khởi phát triệu chứng, thời điểm bùng phát trong năm, thời gian mắc bệnh, các phương pháp điều trị trước đó, tổn thương da, triệu chứng cơ năng, tiền sử bản thân và gia đình mắc bệnh LV hoặc huyết khối, các bệnh đồng mắc. Các xét nghiệm khẳng định chẩn đoán: Mô bệnh học cho các bệnh nhân mới, lần đầu được chẩn đoán. Sử dụng các kết quả xét nghiệm chẩn đoán bệnh đã có từ trước đối với các bệnh nhân cũ đã điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Xét nghiệm: Công thức máu, sinh hoá máu (chức năng gan, chức năng thận), đông máu cơ bản (PT, APTT, fibrinogen), tổng phân tích nước tiểu, miễn dịch huỳnh quang trực tiếp. Kết quả xét nghiệm và thông tin lâm sàng được thu thập và ghi nhận đầy đủ vào bệnh án nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa và xử lý theo chương trình SPSS 26.0 và Excel. Các số liệu định lượng được biểu hiện dưới dạng $\pm$ SD. Các số liệu định tính được biểu hiện dưới dạng tỷ lệ%. Giả thiết có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận và thông qua bởi Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Da liễu Trung ương ngày 27 tháng 11 năm 2025. Thông tin và danh tính của người bệnh được tôn trọng và bảo mật, chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Các bước tiến hành không ảnh hưởng đến việc chẩn đoán hoặc điều trị cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bệnh mạch máu dạng mạng lưới tại Bệnh viện Da liễu Trung ương

3.1.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
----------	--------------	-----------



Tuổi	Trung bình	38,6 ± 15,1	
	Nhỏ nhất	13	
	Lớn nhất	70	
	< 15	3	3,1
	15-50	74	74,7
	> 50	22	22,2
Giới	Nam	23	23,2
	Nữ	76	73,8
Các yếu tố liên quan	Nghề nghiệp phải đứng lâu >8 tiếng/ngày	19	19,2
	Hút thuốc lá	9	9,1
	Béo phì	8	8,1
	Tiền sử mắc bệnh lý mô liên kết (SLE, HC kháng phospholipid, viêm khớp dạng thấp,...)	2	2,0
	Tình trạng ứ trệ tĩnh mạch chi dưới	11	11,1
	Bệnh lý gây tăng đông	1	1,0
	Khối u	0	0
	Tiền sử gia đình mắc LV hoặc các bệnh lý liên quan đến huyết khối	0	0

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=99)**Nhận xét:**

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 38,6 ± 15,1 (dao động từ 13 đến 70 tuổi).

Nhóm từ 15-50 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (74,7%), tiếp theo là nhóm >50 tuổi (22,2%), trong khi nhóm <15 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (3,1%).

Nhóm nghiên cứu gồm 23 nam (23,2%) và 73 nữ (73,8%).

Trong nhóm nghiên cứu, yếu tố được ghi nhận nhiều nhất là nghề nghiệp phải đứng lâu trên 8 giờ/ngày, gặp ở 19 bệnh nhân (19,2%). Tiếp theo là tình trạng ứ trệ tĩnh mạch chi dưới với 11 bệnh nhân (11,1%), hút thuốc lá với 9 bệnh nhân (9,1%) và béo phì với 8 bệnh



nhân (8.1%). Tiền sử mắc các bệnh lý mô liên kết như lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng

kháng phospholipid hoặc viêm khớp dạng thấp được ghi nhận ở 2 bệnh nhân (2,0%). Chỉ có 1

bệnh nhân (1,0%) có bệnh lý gây tăng đông. Không ghi nhận trường hợp nào có khối u hoặc

tiền sử gia đình mắc Livedoid Vasculopathy hay các bệnh lý liên quan đến huyết khối.

3.1.2. Tuổi khởi phát và diễn biến của bệnh

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi khởi phát	Trung bình	34,1 ± 15,5	
	Nhỏ nhất	11	
	Lớn nhất	68	
	< 15	10	10,1
	15-50	73	73,7
	> 50	16	16,2
Thời gian mắc bệnh	< 6 tháng	18	18,2
	6 tháng – 1 năm	27	27,3
	1-5 năm	38	38,4
	> 5 năm	16	16,2
Thời điểm triệu chứng nặng hơn	Mùa xuân	13	6,3
	Mùa hè	67	67,7
	Mùa thu đông	14	14
	Không rõ	6	6

Bảng 2. Đặc điểm tuổi khởi phát và diễn biến bệnh của đối tượng nghiên cứu (n=99)

Nhận xét:

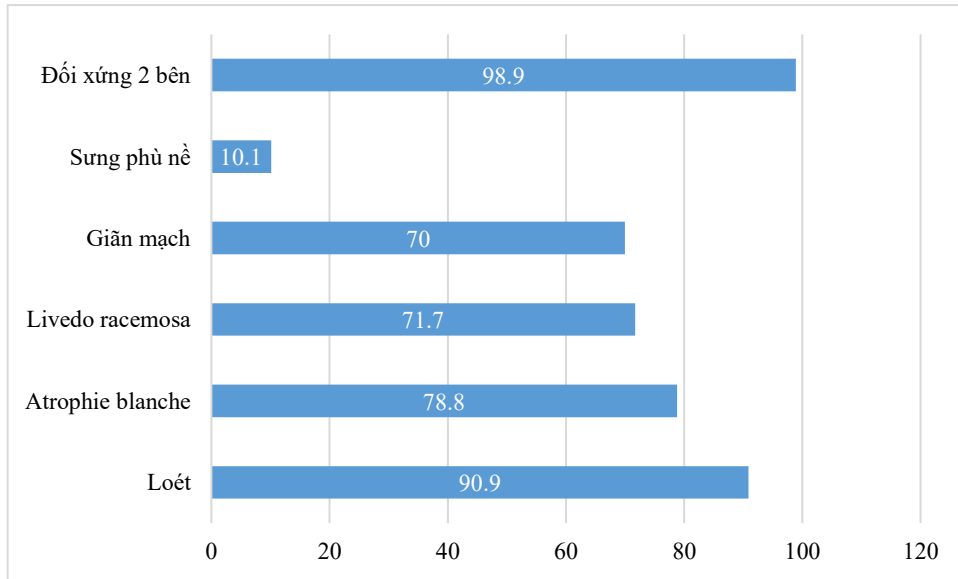
Tuổi khởi phát trung bình của nhóm nghiên cứu là 34,1 ± 15,5 (dao động từ 11 đến 68 tuổi). Nhóm khởi phát trong độ tuổi từ 15-50 chiếm tỉ lệ cao nhất (73,7%), sau đó là nhóm >50 tuổi (16,2%) và cuối cùng là nhóm <15 tuổi (10,1%).

Thời gian mắc bệnh của các đối tượng nghiên cứu dao động từ dưới 6 tháng đến trên 5 năm. Nhóm từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (39%), tiếp theo là nhóm 6 tháng – 1 năm (27%) và nhóm < 6 tháng (18%). Tỷ lệ thấp nhất ghi nhận ở nhóm >5 năm (16%).

Phân tích thời điểm triệu chứng bệnh nặng hơn trong năm của nhóm nghiên cứu ghi nhận triệu chứng nặng lên vào mùa hè với tỉ lệ cao nhất (67,7%), sau đó là mùa thu đông (14%) và mùa xuân (13%). Ghi nhận tỉ lệ thấp (6,3%) bệnh nhân không xác định được rõ thời điểm triệu chứng bệnh nặng lên trong năm.



3.1.3. Hình thái tổn thương

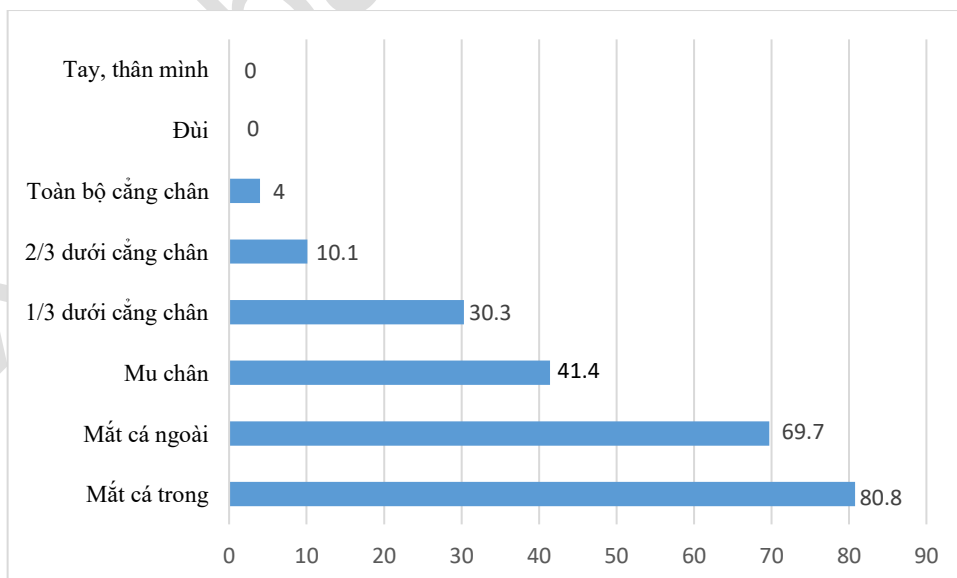


Biểu đồ 1. Hình thái tổn thương da bệnh nhân LV

Nhận xét:

Phân tích hình thái tổn thương da trên lâm sàng của nhóm nghiên cứu cho thấy hầu hết bệnh nhân có tổn thương da phân bố đối xứng hai bên (98,9%). Các hình thái tổn thương thường gặp bao gồm tăng sắc tố (96,0%), loét da (90,9%), sẹo teo trắng sứ (78,8%), livedo racemosa (71,7%) và giãn mạch (70,0%). Sưng phù nề ít gặp hơn, chiếm 10,1 %.

3.1.4. Vị trí phân bố tổn thương loét và livedo racemosa

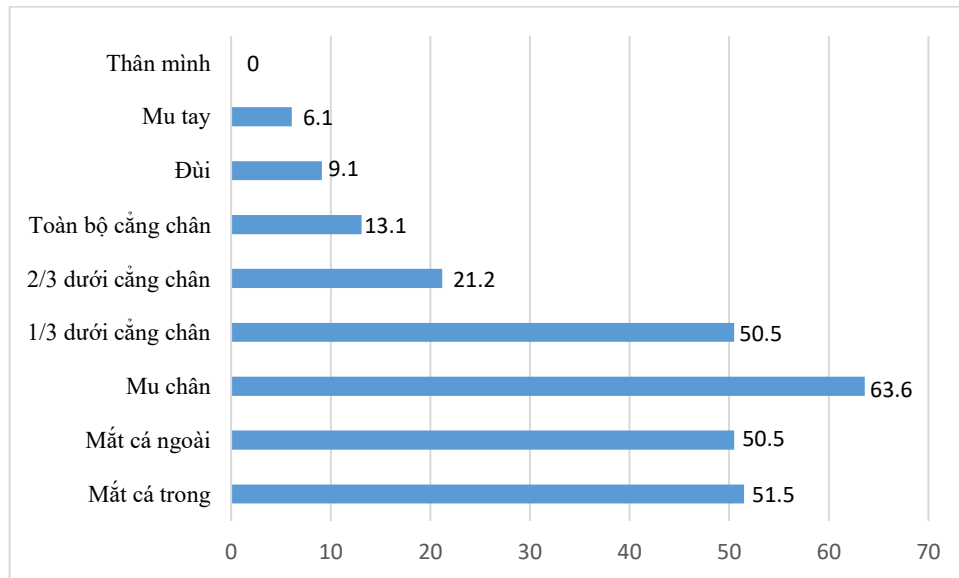


Biểu đồ 2. Vị trí phân bố tổn thương loét da bệnh nhân LV

Nhận xét:



Vị trí xuất hiện tổn thương loét của nhóm nghiên cứu chủ yếu xuất hiện ở chi dưới, với vị trí thường gặp nhất ở mắt cá trong (80,8%), sau đó là mắt cá ngoài (69,7%), mu chân (41,4%), 1/3 dưới cẳng chân (30,3%), 2/3 dưới cẳng chân (10,1%) và toàn bộ cẳng chân (4,04%). Không ghi nhận trường hợp bệnh nhân nào xuất hiện tổn thương loét ở các vị trí khác như đùi, tay, thân mình.

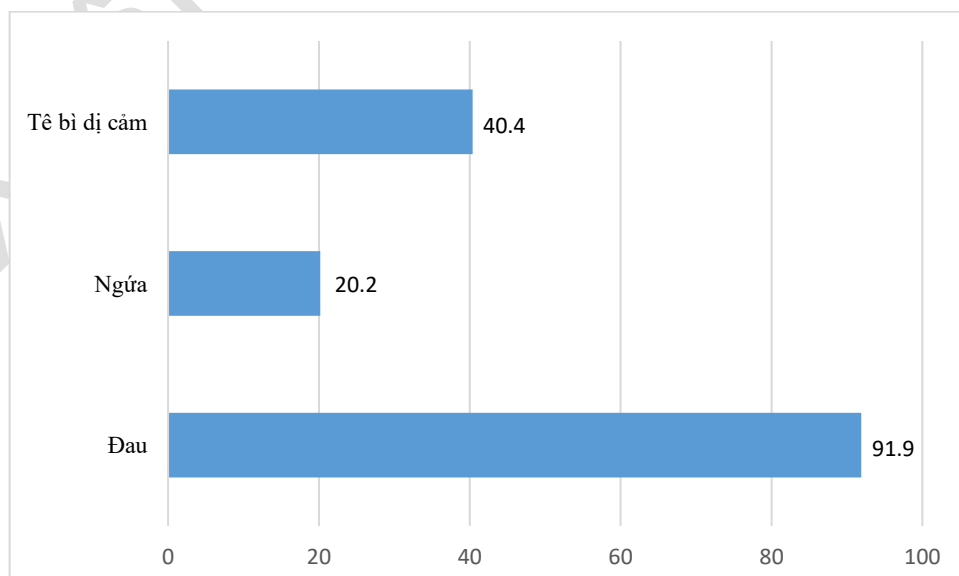


Biểu đồ 3. Vị trí phân bố tổn thương livedo racemosa

Nhận xét:

Tổn thương livedo racemosa chủ yếu xuất hiện ở chi dưới với tỉ lệ gặp cao nhất ở mu chân (63,6%), tiếp sau đó là vị trí mắt cá trong (51,5%), mắt cá ngoài (50,5%), 1/3 dưới cẳng chân (50,5%). 2/3 dưới cẳng chân (21,2%), toàn bộ cẳng chân (13,1%), đùi (9,1) và vùng mu bàn tay (6,1%). Không ghi nhận trường hợp nào tổn thương xuất hiện ở thân mình.

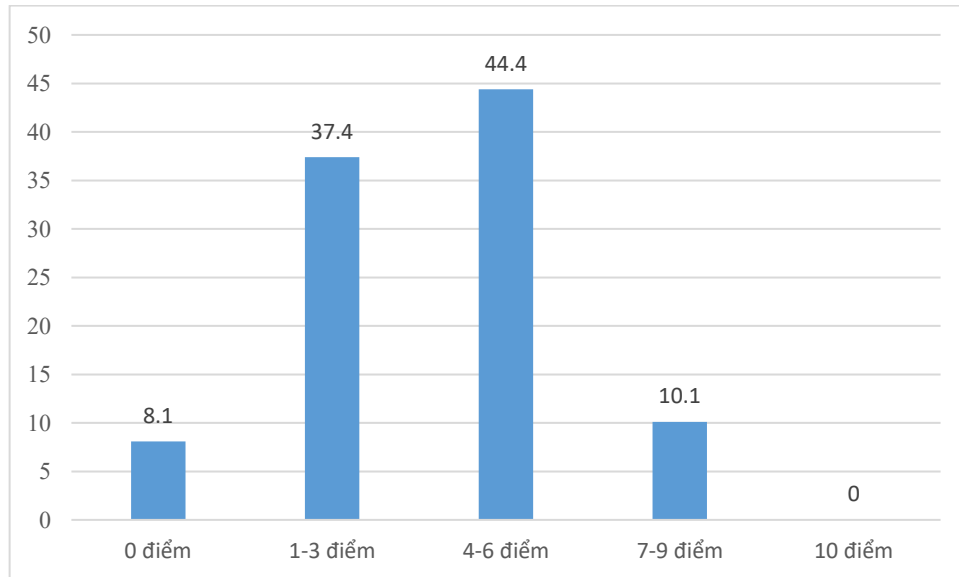
3.1.6. Triệu chứng lâm sàng





Nhận xét:

Triệu chứng hay gặp nhất của nhóm nghiên cứu là đau (91,1%), sau đó là tình trạng tê bì dị cảm (40,4%) và cuối cùng là ngứa (20,2%).



Biểu đồ 5. Đánh giá mức độ đau trên thang điểm VAS

Nhận xét:

Chủ yếu bệnh nhân có mức độ đau trung bình (4-6 điểm) chiếm tỉ lệ 44,4%, sau đó là mức độ đau nhẹ (1-3 điểm) chiếm 37,4% và bệnh nhân đau nhiều (7-9 điểm) chiếm 10,1. Ghi nhận 8,1% bệnh nhân không có triệu chứng đau và không có trường hợp nào đau dữ dội không thể chịu đựng được (VAS 10 điểm).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm chỉ số sinh hoá, huyết học, đông máu cơ bản của bệnh nhân LV

Chỉ số	Giá trị trung bình	Khoảng tham chiếu	Đơn vị
Công thức máu			
Hồng cầu	143.4	130-150	G/L
Bạch cầu	7.8	4.0-10.0	G/L
Tiểu cầu	288.3	150-400	G/L
Sinh hoá máu			
AST	24.7	<40	mmol/L
ALT	22.5	<40	mmol/L
Ure	4.6	2.5-8.3	mmol/L



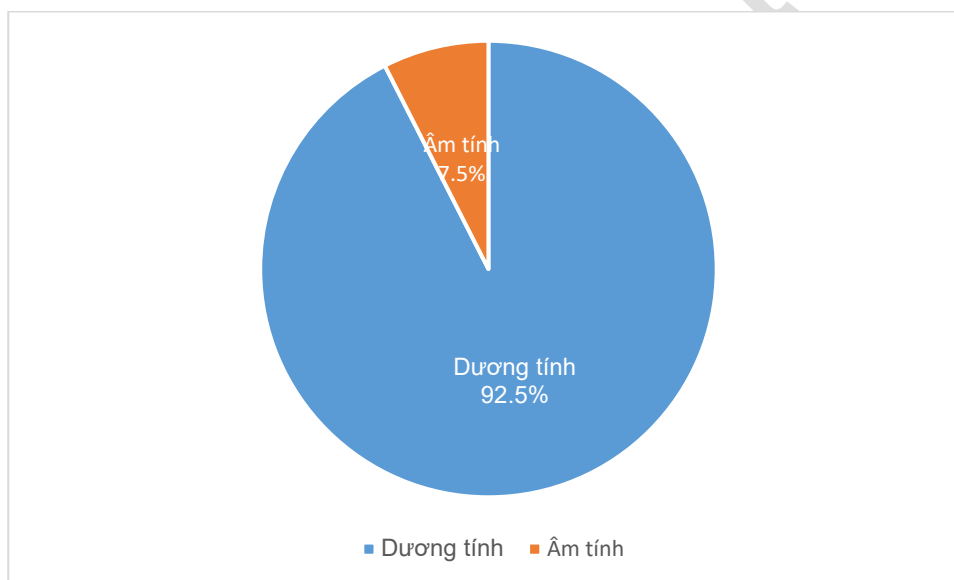
Creatinin	71.1	44-106	mmol/L
Đông máu cơ bản			
PT	103.9	70-140	%
APTT	27.8	25-35	giây (s)
Fibrinogen	2.2	2.0-4.0	g/L

Bảng 3. Giá trị trung bình một số chỉ số sinh hoá, huyết học, đông máu cơ bản của đối tượng nghiên cứu (n=99)

Nhận xét:

Các bệnh nhân được làm các xét nghiệm huyết học, sinh hoá, đông máu cơ bản. Các giá trị trung bình đều nằm trong giới hạn bình thường. Không có bệnh nhân nào có bất thường về xét nghiệm.

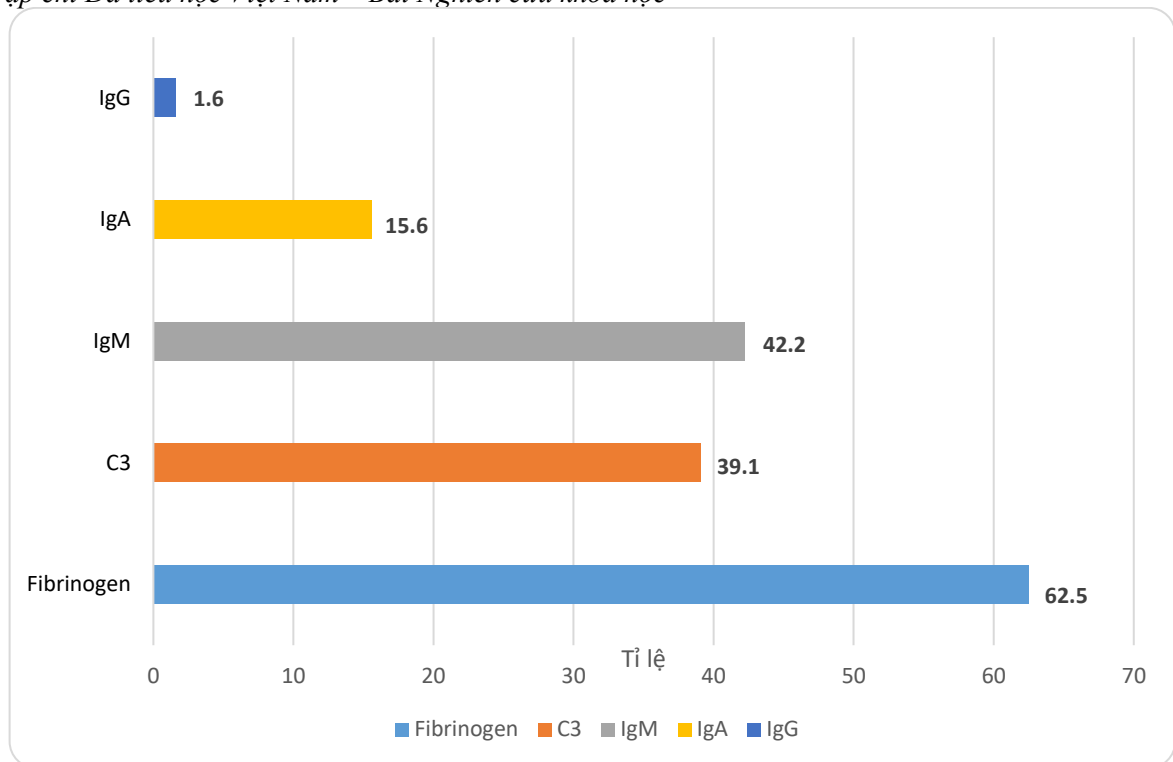
3.2.2. Đặc điểm lắng đọng miễn dịch huỳnh quang trực tiếp của bệnh nhân LV



Biểu đồ 6. Tỷ lệ dương tính trên miễn dịch huỳnh quang trực tiếp (n=80)

Nhận xét:

Có 80 bệnh nhân được làm xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp. Kết quả ghi nhận 76/80 (92,5%) bệnh nhân dương tính, 6/80 (7,5%) bệnh nhân có kết quả âm tính.



Biểu đồ 7. Đặc điểm trên miễn dịch huỳnh quang trực tiếp (n=76)

Nhận xét:

Trong số 76 bệnh nhân có kết quả dương tính, ghi nhận thấy tỉ lệ lắng đọng Fibrinogen quanh mạch máu là cao nhất (62,5%), sau đó là IgM (42,2%), C3 (39,1%) và IgA (15,6%). IgG có tỉ lệ lắng đọng thấp nhất (1,6%).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 6/2025 đến tháng 6/2026 đã có 99 bệnh nhân được chẩn đoán LV tham gia nghiên cứu này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi hiện tại của bệnh nhân LV là $38,6 \pm 15,1$; trong đó nhóm từ 15-50 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (74,7%). Tuổi khởi phát trung bình của nhóm nghiên cứu là $34,1 \pm 15,5$, với nhóm 15-50 chiếm tỉ lệ cao nhất (73,7%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Trung Quốc của Yuan và cs (2024) trên 358 bệnh nhân, ghi nhận tuổi khởi phát trung bình $30,6 \pm 16,3$ và hơn một nửa bệnh nhân nằm trong lứa tuổi 15-50 tuổi.⁶ Tỷ lệ nữ/nam là 3,18:1 tương tự nghiên cứu Trung Quốc (3,7:1) và phù hợp với xu hướng nữ chiếm ưu thế trong nhiều các báo cáo khác trên thế giới.

Về thời gian mắc bệnh, nhóm có thời gian mắc bệnh từ 1–5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (38,4%), tiếp theo là nhóm 6 tháng–1 năm (27,3%) và nhóm dưới 6 tháng (18,2%). Mặc dù chưa có nghiên cứu nào báo cáo chi tiết phân bố thời gian mắc bệnh LV theo các khoảng thời gian tương tự, kết quả của chúng tôi nhìn chung phù hợp với các nghiên cứu trước đây khi LV



được mô tả là bệnh lý mạn tính, diễn biến kéo dài và tái phát nhiều đợt, đòi hỏi thời gian theo dõi dài và có chiến lược điều trị duy trì hợp lý.

Về thời điểm tái phát, 67,7% bệnh nhân ghi nhận các đợt tái phát nặng vào mùa hè và thấp hơn vào các mùa còn lại trong năm. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Eng và cs. (2014), trong đó 87,5% bệnh nhân có đợt bùng phát rõ hơn vào mùa hè.⁷ Mặc dù tỷ lệ ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, cả hai nghiên cứu đều cho thấy LV là bệnh mạn tính tái phát theo mùa, đặc biệt bùng phát mạnh vào mùa nóng. Tuy nhiên, cơ chế chính xác của hiện tượng này vẫn chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn.

Phân tích một số yếu tố và bệnh lý đi kèm, trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 19,2% bệnh nhân phải đứng lâu trên 8 giờ/ngày và có 11,1% bệnh nhân có tình trạng suy giãn tĩnh mạch chi dưới được xác định trên siêu âm doppler mạch chi dưới. Ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch là một yếu tố thúc đẩy tạo điều kiện cho huyết khối hình thành ở bệnh nhân đã có sẵn tình trạng tăng đông tiềm ẩn đã được ghi nhận trong y văn. Yuan và cs. (2024) phân loại LV thứ phát bao gồm nhóm liên quan đến thay đổi dòng chảy máu— trong đó đứng lâu là yếu tố huyết động quan trọng.⁸ Criado và cs (2021) trên 75 bệnh nhân Brazil nhấn mạnh rằng các tình trạng liên quan đến ứ trệ tĩnh mạch cần được khảo sát và kiểm soát như một phần trong đánh giá toàn diện bệnh nhân LV. Tỷ lệ hút thuốc lá trong nghiên cứu của chúng tôi (9,1%) thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Hairston và cs (2006), trong đó 46,7% (21/45) bệnh nhân LV có tiền sử hút thuốc. Sự khác biệt này có thể do khác biệt về tỷ lệ hút thuốc nền trong dân số (tỷ lệ hút thuốc ở Mỹ cao hơn so với Việt Nam ở nữ giới – nhóm chiếm đa số bệnh nhân LV). Mặc dù tỷ lệ thấp, hút thuốc vẫn là yếu tố cần được chú ý vì tác động lên rối loạn chức năng nội mô vi mạch – cơ chế bệnh sinh quan trọng trong LV.⁹ Tỷ lệ béo phì trong nghiên cứu này (8,1%) thấp hơn so với nghiên cứu RILIVA của Weishaupt và cs. (2019) là 40,7% (11/27). Sự khác biệt có thể liên quan đến khác biệt về tỷ lệ béo phì nền giữa dân số châu Âu và châu Á. Tuy nhiên, béo phì vẫn là yếu tố đáng quan tâm vì liên quan đến trạng thái tiền viêm và tiền đông máu. Tỷ lệ bệnh lý mô liên kết (lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng kháng phospholipid, viêm khớp dạng thấp) trong nghiên cứu này chỉ 2,0% (2 bệnh nhân). Kết quả này thấp hơn so với một số nghiên cứu trước đây. Hairston và cs. (2006) ghi nhận 6/45 (13,3%) bệnh nhân có bệnh lý mô liên kết. Tỷ lệ thấp trong nghiên cứu hiện tại có thể phản ánh: (1) đa số bệnh nhân thuộc nhóm LV nguyên phát (idiopathic) – phù hợp với phân loại LV nguyên phát chiếm đa số trong các nghiên cứu lớn; (2) khác biệt về tần suất bệnh lý tự miễn giữa các quần thể; (3) có thể chưa tầm soát đầy đủ bệnh lý tự miễn ở tất cả bệnh nhân, trên thực tế, chỉ một số ít bệnh nhân được làm các xét nghiệm loại trừ các bệnh lý tự miễn, do



đó tỉ lệ 2% của nghiên cứu có thể chưa phản ánh đầy đủ tình trạng bệnh thực sự của đối tượng nghiên cứu. Chỉ 1 bệnh nhân (1,0%) có bệnh lý gây tăng đông được xác định trên lâm sàng. Kết quả này dường như nghịch lý với bản chất huyết khối vi mạch của LV. Tuy nhiên, cần phân biệt giữa bệnh lý tăng đông lâm sàng rõ ràng (như huyết khối tĩnh mạch sâu tái phát, thuyên tắc phổi) và bất thường thrombophilia tiềm ẩn chỉ phát hiện qua xét nghiệm chuyên sâu. Di Giacomo và cs (2010) trên 34 bệnh nhân LV cho thấy 52% có bất thường xét nghiệm thrombophilia, mặc dù nhiều bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng tăng đông toàn thân. Tương tự, Criado và cs (2021) ghi nhận 66% bệnh nhân có yếu tố thrombophilia khi xét nghiệm chuyên sâu. Không có trường hợp nào có khối u kèm theo trong nghiên cứu này. Trong y văn, mối liên quan giữa LV và khối u đã được ghi nhận nhưng hiếm gặp. Không ghi nhận tiền sử gia đình mắc LV hoặc bệnh lý huyết khối. Dữ liệu về tính chất gia đình của LV trong y văn rất hạn chế. Gao và Jin (2021) trong tổng quan hệ thống về biến thể di truyền trong LV cho thấy các đa hình PAI-1, MTHFR có tần suất cao ở bệnh nhân LV, nhưng phân bố có thể phụ thuộc vào địa lý và chủng tộc đột biến prothrombin G20210A và Factor V Leiden chủ yếu gặp ở bệnh nhân châu Âu, Bắc Mỹ và Nam Mỹ. Điều này gợi ý rằng yếu tố di truyền trong LV có thể khác biệt giữa các quần thể, và việc không ghi nhận tiền sử gia đình trong nghiên cứu hiện tại không loại trừ vai trò của yếu tố di truyền.¹⁰

Các hình thái tổn thương thường gặp nhất bao gồm tăng sắc tố (96,0%), loét da (90,9%), sẹo teo trắng sứ (78,8%), livedo racemosa (71,7%) và giãn mạch (70,0%). Kết quả này tương đồng với các báo cáo của Hairston và cs, Weishaupt và cs và Criado và cs, trong đó loét da, livedo racemosa và atrophie blanche được xem là những biểu hiện lâm sàng đặc trưng của bệnh.^{1,11,12} Tỷ lệ tăng sắc tố rất cao trong nghiên cứu có thể liên quan đến quá trình viêm và lành thương kéo dài sau nhiều đợt loét tái phát, đồng thời chịu ảnh hưởng của đặc điểm phototype da (Fitzpatrick III-IV) của dân số nghiên cứu. Ngược lại, sung phù nền chỉ gặp ở 10,1% bệnh nhân, phù hợp với bản chất của LV là bệnh lý huyết khối vi mạch khu trú ở da hơn là bệnh lý tĩnh mạch hoặc viêm mạch hệ thống. Nhìn chung, phổ tổn thương trong nghiên cứu phù hợp với bộ ba lâm sàng kinh điển của LV gồm livedo racemosa, loét đau tái phát và sẹo teo trắng sứ.

Về phân bố vị trí tổn thương, tổn thương loét trong nghiên cứu của chúng tôi phân bố hoàn toàn tại chi dưới với vị trí thường gặp nhất là mắt cá trong (80,8%), tiếp theo là mắt cá ngoài (69,7%), mu chân (41,4%), 1/3 dưới cẳng chân (30,3%), 2/3 dưới cẳng chân (10,1%) và toàn bộ cẳng chân (4,04%). Kết quả này phù hợp với Weishaupt và cs (2019) ghi nhận vùng mắt cá chân, đặc biệt mắt cá chân trong bị ảnh hưởng bởi loét nhiều nhất (56–70%).¹ Đồng



thuận Delphi quốc tế của Alavi và cs (2013) cũng xác định vị trí đặc trưng nhất của loét LV là quanh mắt cá chân và mu bàn chân.¹³ Tỷ lệ loét giảm dần từ mắt cá đến cẳng chân, cho thấy tổn thương chủ yếu tập trung ở vùng xa chi dưới. Đặc điểm này có thể liên quan đến các yếu tố huyết động học tại đây như áp lực thủy tĩnh cao, lưu lượng máu chậm và dễ hình thành huyết khối vi mạch. Burg và cs (2022) cũng cho rằng vi tuần hoàn vùng xa chi dưới đặc biệt dễ bị tổn thương do hệ thống mao mạch và tuần hoàn bàng hệ kém phát triển hơn.¹⁴ Không có trường hợp nào trong nghiên cứu này xuất hiện loét tại đùi, tay, hoặc thân mình. Tổn thương loét ngoài chi dưới rất hiếm và khi xuất hiện, thường gợi ý LV thứ phát kèm bệnh lý tăng đông toàn thân nặng như hội chứng kháng phospholipid hoặc lupus ban đỏ hệ thống.¹⁵

Khác với loét, livedo racemosa trong nghiên cứu này có phân bố rộng hơn và lan lên cao hơn: mu chân (63,6%), mắt cá trong (51,5%), mắt cá ngoài (50,5%), 1/3 dưới cẳng chân (50,5%), 2/3 dưới cẳng chân (21,2%), toàn bộ cẳng chân (13,1%), đùi (9,1%) và mu bàn tay (6,1%). Đặc biệt, livedo racemosa xuất hiện tại đùi và mu bàn tay – những vị trí không ghi nhận loét. Zhao và cs. (2023) trên 46 bệnh nhân Trung Quốc cũng ghi nhận livedo racemosa lan rộng ở 78,8% bệnh nhân.¹⁶

Tỉ lệ tổn thương phân bố đối xứng hai bên trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,9%, phù hợp với đặc điểm kinh điển của LV. Hairston và cs. (2006) trên 45 bệnh nhân ghi nhận tổn thương hai bên chi dưới ở 80% trường hợp.¹¹ Sự phân bố đối xứng phản ánh bản chất toàn thân của rối loạn đông máu nền – các yếu tố tăng đông lưu hành trong máu tác động đồng đều lên vi tuần hoàn cả hai chi dưới, đặc biệt tại vùng xa nơi có áp lực thủy tĩnh cao nhất và lưu lượng máu thấp nhất.

Đau là triệu chứng thường gặp nhất trong nghiên cứu này (91,1%) phù hợp với đặc điểm kinh điển của LV. Đau được xem là triệu chứng cốt lõi và là nguyên nhân chính ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân LV. Phân bố mức độ đau theo thang VAS cho thấy đa số bệnh nhân có đau ở mức trung bình (VAS 4–6: 44,4%) và nhẹ (VAS 1–3: 37,4%), trong khi đau nhiều (VAS 7–9) chỉ chiếm 10,1%. Không có trường hợp nào đau dữ dội không thể chịu đựng (VAS 10). Criado và cs (2021) trên 75 bệnh nhân Brazil cũng ghi nhận đau là triệu chứng chính, cùng với ngứa và dị cảm. Tê bì dị cảm là triệu chứng có thể phản ánh bệnh lý thần kinh ngoại biên. Mặc dù được xem là biểu hiện ngoài da chủ yếu, LV đã được ghi nhận có thể gây bệnh lý thần kinh ngoại biên thông qua cơ chế huyết khối gây tắc các mạch nuôi thần kinh. Tỉ lệ tê bì dị cảm trong nghiên cứu của chúng tôi là 40,4%, tương đồng với nghiên cứu Zhao và cs (2023) trên 46 bệnh nhân Trung Quốc ghi nhận tê bì ở 16/46 bệnh nhân (34,8%).¹⁶ Tuy nhiên tỉ lệ này cao hơn đáng kể so với tỉ lệ bệnh thần kinh ngoại biên



Tạp chí Da liễu học Việt Nam – Bài Nghiên cứu khoa học

được xác nhận bằng điện cơ trong nghiên cứu Gao và Jin (2023) trên 55 bệnh nhân Trung Quốc được xác nhận là 12,73%.¹⁷ Sự khác biệt giữa tỉ lệ triệu chứng tê bì (40,4% trong nghiên cứu này, 34,8% theo Zhao) và tỉ lệ bệnh thần kinh ngoại biên xác nhận (12,73% theo Gao) gợi ý rằng không phải tất cả triệu chứng tê bì đều do bệnh lý thần kinh ngoại biên thực sự. Cần làm thêm xét nghiệm chuyên sâu như đo điện cơ để loại trừ. Ngứa chiếm tỉ lệ thấp nhất (20,2%) trong ba triệu chứng cơ năng. Criado và cs. (2021) cũng ghi nhận ngứa là một trong các triệu chứng chính nhưng ít phổ biến hơn đau. Ngứa trong LV thường liên quan đến phản ứng viêm thứ phát xung quanh vùng loét đang lành hoặc quá trình tái tạo biểu bì và xơ hoá. Tỉ lệ ngứa thấp cũng giúp phân biệt LV với các bệnh lý viêm mạch (vasculitis) hoặc viêm da ứ trệ (stasis dermatitis), trong đó ngứa thường là triệu chứng nổi bật hơn.

Các chỉ số xét nghiệm huyết học và sinh hoá của bệnh nhân đều nằm trong giới hạn bình thường. Kết quả này có thể được giải thích bởi đặc điểm của LV là một bệnh lý huyết khối vi mạch chủ yếu khu trú ở da, ít gây tổn thương các cơ quan nội tạng. Do đó, các xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận và các chỉ số huyết học thường không ghi nhận bất thường. Điều này phù hợp với các mô tả trước đây của phù hợp với các mô tả trước đây của Alavi và cs (2013) cũng như Seguí và cs (2022) rằng LV là bệnh lý giới hạn tại da và không có bằng chứng về tổn thương nội tạng.^{13,15} Đặc điểm này phân biệt rõ ràng LV với các bệnh lý viêm mạch hệ thống (systemic vasculitis) như lupus, viêm mạch ANCA, hay hội chứng antiphospholipid – những bệnh có thể gây tổn thương đa cơ quan.

Mặc dù LV là bệnh lý huyết khối vi mạch nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân đều có xét nghiệm đông máu cơ bản (PT, aPTT, fibrinogen) nằm trong giới hạn bình thường. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Di Giacomo và cs (2010) trên 34 bệnh nhân LV không ghi nhận bất thường trên xét nghiệm đông máu cơ bản.¹⁸ Kết quả này có thể được giải thích bởi PT, aPTT và fibrinogen giúp đo lường hệ thống đông máu toàn thân, các xét nghiệm này chỉ bất thường khi xảy ra tiêu thụ yếu tố đông máu toàn thân trên diện rộng, ví dụ như trong đông máu đông máu nội mạch rải rác (DIC), nơi hoạt hóa đông máu lan tỏa gây kéo dài PT/aPTT và giảm fibrinogen. Trong LV, huyết khối chỉ xảy ra khu trú tại vi mạch dưới da không đủ quy mô để tiêu thụ yếu tố đông máu hệ thống, do đó PT, aPTT và fibrinogen vẫn bình thường. Ngoài ra, bài tổng quan trên NEJM về thrombophilia testing của Connors và cs (2017) xác nhận rằng các xét nghiệm đông máu thường quy không phát hiện được các thrombophilia di truyền (thiếu protein C, S, antithrombin, đột biến FVL, prothrombin gene) hay kháng thể antiphospholipid – cần xét nghiệm chuyên sâu riêng biệt cho từng yếu tố.¹⁹ Bằng chứng cho thấy trong nghiên cứu của Di Giacomo và cs tuy không ghi



nhận bất thường trên đông máu cơ bản nhưng ghi nhận 52% bệnh nhân có bất thường thrombophilia. Do hạn chế về nguồn lực và khả năng tiếp cận các xét nghiệm thrombophilia chuyên sâu, các yếu tố này chưa được khảo sát trong nghiên cứu của chúng tôi.

Về xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp (DIF), nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ dương tính trên 76/80 bệnh nhân (92.5%). Về kiểu lắng đọng miễn dịch, trong số 76 bệnh nhân có kết quả dương tính, ghi nhận thấy tỉ lệ lắng đọng Fibrinogen quanh mạch máu là cao nhất (62.5%), sau đó là IgM (42.2%), C3 (39.1%) và IgA (15.6%). IgG có tỉ lệ lắng đọng thấp nhất (1.6%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nuttawong và cs (2021) trên 62 bệnh nhân, DIF dương tính 95,2% (59/62) bệnh nhân, trong đó Fibrinogen/fibrin là chất lắng đọng thường gặp nhất (100%), tiếp theo là C3 (96%) và IgM (85%). IgA gặp ở 48% và IgG chỉ 7%. Fibrinogen và IgM cho tín hiệu huỳnh quang sáng nhất.¹⁹ Sự lắng đọng fibrinogen/fibrin chiếm ưu thế trong LV phản ánh bản chất huyết khối-tắc nghẽn của bệnh, không phải lắng đọng phức hợp miễn dịch như trong viêm mạch. Lắng đọng bổ thể (C3) và IgM có thể là hậu quả thứ phát của hoạt hóa con đường đông máu, hoặc liên quan đến kháng thể kháng phospholipid.¹¹

Các kết quả trên cho thấy LV có biểu hiện lâm sàng đa dạng và có thể liên quan đến nhiều yếu tố huyết động, chuyển hóa, miễn dịch và đông máu. Tuy nhiên nghiên cứu còn một số hạn chế, do thiết kế quan sát, cắt ngang cho phép ghi nhận các đặc điểm và mối liên quan tại thời điểm khảo sát nhưng chưa đủ cơ sở để khẳng định quan hệ nhân quả giữa các yếu tố được ghi nhận và biểu hiện của LV. Bên cạnh đó, quần thể nghiên cứu được tuyển chọn tại cơ sở chuyên khoa tuyến cuối, kèm theo LV là một bệnh lý hiếm gặp nên với cỡ mẫu nhỏ (99 bệnh nhân) có thể chưa phản ánh đầy đủ sự đa dạng của bệnh nhân LV ở các quần thể khác, một số phân tích phân nhóm có thể có sức mạnh thống kê hạn chế, đặc biệt khi số lượng đối tượng ở từng phân nhóm nhỏ. Cần thêm các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế theo dõi dọc sẽ giúp xác nhận các mối liên quan quan sát được, làm rõ mối quan hệ theo thời gian và nâng cao khả năng khái quát hóa kết quả.

V. KẾT LUẬN

Livedoid vasculopathy chủ yếu gặp ở nữ giới trong độ tuổi 15-55 tuổi, có diễn biến mạn tính và xu hướng tái phát nhiều hơn vào mùa hè. Lâm sàng đặc trưng bởi tổn thương loét da, livedo racemosa, sẹo teo trắng sứ và tăng sắc tố, phân bố đối xứng hai bên và tập trung chủ yếu ở vùng mắt cá chân và bàn chân. Đau là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất. Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa và đông máu cơ bản hầu hết nằm trong giới hạn bình thường. Xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp có tỷ lệ dương tính cao với fibrinogen là thành



phần lắng đọng thường gặp nhất. Do xu hướng triệu chứng nặng hơn vào mùa hè, cần tăng cường theo dõi và quản lý bệnh nhân trong giai đoạn này, đặc biệt ở những trường hợp có tiền sử tái phát theo mùa. Cần làm thêm các nghiên cứu khảo sát chuyên sâu hơn về các yếu tố đông máu, miễn dịch và di truyền làm sáng tỏ cơ chế bệnh sinh, các yếu tố liên quan và định hướng chiến lược điều trị cá thể hóa cho bệnh nhân LV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Weishaupt C, Strölin A, Kahle B, et al. Characteristics, risk factors and treatment reality in livedoid vasculopathy – a multicentre analysis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(9):1784-1791. doi:10.1111/jdv.15639
2. Schiffmann ML, Dissemond J, Erfurt-Berge C, et al. German S1 guideline: diagnosis and treatment of livedovascularopathy. *JDDG J Dtsch Dermatol Ges*. 2021;19(11):1668-1678. doi:10.1111/ddg.14520
3. Vasudevan B, Neema S, Verma R. Livedoid vasculopathy: A review of pathogenesis and principles of management. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2016;82(5):478-488. doi:10.4103/0378-6323.183635
4. Møller AH, Erntoft S, Vinding GR, Jemec GB. A systematic literature review to compare quality of life in psoriasis with other chronic diseases using EQ-5D-derived utility values. *Patient Relat Outcome Meas*. 2015;6:167-177. doi:10.2147/PROM.S81428
5. Polo Gascón MR, de Carvalho JF, de Souza Espinel DP, Barros AM, Alavi A, Criado PR. Quality-of-life impairment in patients with livedoid vasculopathy. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(5):1024-1026. doi:10.1016/j.jaad.2014.06.030
6. Yuan Y, Liu Y, Ban F, Sun Z, Liao W, Wang L. Lymphocytic vasculitis in livedoid vasculopathy: A report of 137 cases. *J Cutan Pathol*. 2024;51(2):155-162. doi:10.1111/cup.14546
7. Feng S, Su W, Jin P, Shao C. Livedoid vasculopathy: clinical features and treatment in 24 Chinese patients. *Acta Derm Venereol*. 2014;94(5):574-578. doi:10.2340/00015555-1711
8. Yuan Y, Liu Y, Ban F, Sun Z, Liao W, Wang L. Lymphocytic vasculitis in livedoid vasculopathy: A report of 137 cases. *J Cutan Pathol*. 2024;51(2):155-162. doi:10.1111/cup.14546
9. Apti Sengun O, Ergun T, Guctekin T, Alibaz Oner F. Endothelial dysfunction, thrombophilia, and nailfold capillaroscopic features in livedoid vasculopathy. *Microvasc Res*. 2023;150:104591. doi:10.1016/j.mvr.2023.104591
10. Gao Y, Jin H. Livedoid vasculopathy and its association with genetic variants: A systematic review. *Int Wound J*. 2021;18(5):616-625. doi:10.1111/iwj.13563
11. Hairston BR, Davis MDP, Pittelkow MR, Ahmed I. Livedoid Vasculopathy: Further Evidence for Procoagulant Pathogenesis. *Arch Dermatol*. 2006;142(11):1413-1418. doi:10.1001/archderm.142.11.1413
12. Criado PR, Pagliari C, Morita TCAB, et al. Livedoid vasculopathy in 75 Brazilian patients in a single-center institution: Clinical, histopathological and therapy evaluation. *Dermatol Ther*. 2021;34(2):e14810. doi:10.1111/dth.14810
13. Alavi A, Hafner J, Dutz JP, et al. Livedoid vasculopathy: an in-depth analysis using a modified Delphi approach. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69(6):1033-1042.e1. doi:10.1016/j.jaad.2013.07.019
14. Burg MR, Mitschang C, Goerge T, Schneider SW. Livedoid vasculopathy - A diagnostic and therapeutic challenge. *Front Med*. 2022;9:1012178. doi:10.3389/fmed.2022.1012178



Tạp chí Da liễu học Việt Nam – Bài Nghiên cứu khoa học

15. Seguí M, Llamas-Velasco M. A comprehensive review on pathogenesis, associations, clinical findings, and treatment of livedoid vasculopathy. *Front Med*. 2022;9. doi:10.3389/fmed.2022.993515
16. Zhao C, Jing K, Feng S. Clinical analysis of skin lesions in livedoid vasculopathy: a study of 46 Chinese patients. *Int J Dermatol*. 2023;62(2):212-216. doi:10.1111/ijd.16477
17. Gao Y, Jin H. Livedoid vasculopathy and peripheral neuropathy: A retrospective cohort study of 55 Chinese patients and literature review. *Int Wound J*. 2023;20(5):1498-1505. doi:10.1111/iwj.14004
18. Di Giacomo TB, Hussein TP, Souza DG, Criado PR. Frequency of thrombophilia determinant factors in patients with livedoid vasculopathy and treatment with anticoagulant drugs--a prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2010;24(11):1340-1346. doi:10.1111/j.1468-3083.2010.03646.x
19. Connors JM. Thrombophilia Testing and Venous Thrombosis. *N Engl J Med*. 2017;377(12):1177-1187. doi:10.1056/NEJMr1700365



SUMMARY

Original research

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF LIVEDOID VASCULOPATHY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY FROM JUNE 2025 TO JUNE 2026

**Luong Thi Quynh Anh¹, Pham Thi Lan^{1,2}, Nguyen Thuy Linh², Le Huu Doanh^{1,2}, Bui Thi
Phuong Minh², Vu Huy Luong^{1,2}**

¹Hanoi Medical University

²National Hospital of Dermatology and Venereology

Corresponding author: Vu Huy Luong, Email: vuhuyluong@hmu.edu.vn

ABSTRACT

Objectives: To investigate the clinical and paraclinical characteristics of patients with livedoid vasculopathy treated at the National Hospital of Dermatology and Venereology from June 2025 to June 2026.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 99 patients diagnosed with livedoid vasculopathy.

Results: The mean age of patients with livedoid vasculopathy was 38.6 ± 15.1 years, with the 15–50 year age group accounting for the highest proportion. The female-to-male ratio was 3,18:1. Disease duration of 1–5 years was the most common (39,0%), and 67,7% of patients reported disease exacerbation during summer. Common associated factors and comorbidities included occupations requiring prolonged standing for more than 8 hours per day (19,2%), lower-extremity venous insufficiency (11,1%), smoking (9,1%), and obesity (8,1%). The most frequent clinical manifestations were hyperpigmentation (96,0%), skin ulcers (90,9%), atrophie blanche (78,8%), and livedo racemosa (71,7%), predominantly distributed symmetrically on both lower extremities and mainly involving the ankle region. Pain was the most prominent symptom (91,1%), followed by paresthesia/numbness (40,4%) and pruritus (20,2%). Routine hematological, biochemical, and coagulation parameters were generally within normal ranges. Direct immunofluorescence was positive in 92,5% of patients, with perivascular fibrinogen deposition being the most common finding.

Conclusions: Livedoid vasculopathy predominantly affects females aged 15–55 years and is characterized by a chronic course with a tendency to relapse during summer. Typical clinical manifestations include skin ulcers, livedo racemosa, atrophie blanche, and hyperpigmentation, symmetrically distributed and predominantly involving the ankles and feet. Pain is the most common symptom. Routine hematological, biochemical, and coagulation tests are usually normal. Direct immunofluorescence demonstrates a high positivity rate, with fibrinogen being the most frequently



Tạp chí Da liễu học Việt Nam – Bài Nghiên cứu khoa học

deposited immunoreactant. Further studies investigating coagulation abnormalities, immunological factors, and genetic predisposition are needed to better elucidate the pathogenesis of livedoid vasculopathy and optimize individualized treatment strategies.

Keywords: *clinical characteristics, leg ulcer, livedoid vasculopathy, microvascular thrombosis, paraclinical characteristics.*

Xuất bản trực tuyến