



## CÁC BỆNH ĐỒNG MẮC Ở BỆNH NHÂN VẢY NẾN THÔNG THƯỜNG NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Vũ Kim Dung<sup>1</sup>, Phạm Thị Lan<sup>1,2</sup>, Lê Hữu Doanh<sup>1,2</sup>, Hoàng Thị Phượng<sup>2</sup>, Lê Thị Xuân<sup>2</sup>, và

Nguyễn Thị Hà Vinh<sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Da liễu Trung ương

\* Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hà Vinh, Email: nguyenhavinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21/6/2026

Ngày phản biện: 25/7/2026

Ngày chấp nhận đăng: 14/8/2026

DOI: 10.56320/tcdlhnv.online.342

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát các bệnh lý toàn thân đồng mắc và đánh giá mối liên quan với mức độ nặng của bệnh ở bệnh nhân vảy nến thông thường người lớn tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 568 bệnh nhân vảy nến thông thường người lớn khám tại Khoa Điều trị nội trú ban ngày, Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2025 đến tháng 1/2026. Mức độ nặng của bệnh được lượng giá bằng thang điểm PASI, BSA. Các thông tin về tiền sử, lối sống, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thường quy được thu thập để xác định bệnh đồng mắc. Phân tích hồi quy logistic đa biến được áp dụng để xác định các yếu tố liên quan độc lập với tình trạng bệnh trung bình - nặng (PASI  $\geq 10$ )

**Kết quả:** Gánh nặng bệnh đồng mắc gia tăng tỷ lệ thuận với mức độ nặng của vảy nến. Cụ thể, ở nhóm bệnh trung bình - nặng (PASI  $\geq 10$ ), tỷ lệ bệnh nhân mắc 2 bệnh và từ 3 bệnh đồng mắc trở lên chiếm lần lượt là 25% và 29%. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy thói quen hút thuốc lá, béo phì (BMI  $\geq 25$ ), đái tháo đường, tổn thương móng và vấn đề tâm lý tự báo cáo là các yếu tố liên quan độc lập với mức độ nặng của bệnh ( $p < 0,05$ ). Trong đó, thói quen hút thuốc lá (OR = 4,31;  $p < 0,001$ ), béo phì (OR = 3,56;  $p < 0,001$ ), đái tháo đường (OR = 2,39;  $p = 0,03$ ) và sự hiện diện của tổn thương móng (OR = 2,20;  $p < 0,001$ ) đều là các yếu tố liên quan độc lập với vảy nến trung bình - nặng. Bên cạnh đó, vấn đề tâm lý tự báo cáo cũng cho thấy tỷ suất chênh gia tăng ở nhóm bệnh nặng (OR = 7,51;  $p < 0,001$ ), tuy nhiên kết quả này có thể bị ảnh hưởng bởi sai số phân loại, đòi hỏi các nghiên cứu tiền cứu với thang đo chuẩn hóa để khẳng định. Các yếu tố như tuổi, nghiện rượu, tổn thương khớp, rối loạn mỡ máu, tăng acid uric và bệnh lý tim mạch/THA đều không thể hiện mối liên quan độc lập trong mô hình này ( $p > 0,05$ ).



**Kết luận:** Việc tầm soát định kỳ các chỉ số nhân trắc (kiểm soát béo phì), tầm soát đường huyết, đánh giá toàn diện tổn thương móng, kết hợp tư vấn cai thuốc lá nên được đưa vào quy trình quản lý thường quy đối với nhóm vảy nến trung bình - nặng ( $PASI \geq 10$ ). Việc sàng lọc sức khỏe tâm thần cũng nên được cân nhắc thực hiện bằng các công cụ chuẩn hóa.

**Từ khóa:** Vảy nến thông thường, PASI, bệnh đồng mắc, yếu tố liên quan, hội chứng chuyển hóa, vấn đề tâm lý, tổn thương móng.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến (Psoriasis) là bệnh da viêm mạn tính qua trung gian miễn dịch, ảnh hưởng khoảng 2–3% dân số toàn cầu và là một trong những bệnh da liễu phổ biến nhất hiện nay.<sup>1,2</sup> Bệnh không chỉ giới hạn ở tổn thương da và móng mà còn được xem là một bệnh lý liên quan đến tình trạng viêm mạn tính kéo dài, tác động đến nhiều cơ quan khác nhau trong cơ thể.<sup>1,3</sup> Sự hoạt hóa dai dẳng của các trục miễn dịch IL-23/Th17 và TNF- $\alpha$  đóng vai trò trung tâm trong cơ chế bệnh sinh của vảy nến thông thường, đồng thời cũng góp phần làm gia tăng tỷ lệ xuất hiện các bệnh đồng mắc.<sup>1,4</sup>

Trong những năm gần đây, ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy bệnh nhân vảy nến có tỷ lệ mắc các bệnh lý tim mạch, hội chứng chuyển hóa, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, béo phì, viêm khớp vảy nến cũng như các rối loạn tâm thần như lo âu và trầm cảm.<sup>3,5,6</sup> Các bệnh đồng mắc này không chỉ làm gia tăng tỷ lệ tàn tật và tử vong mà còn ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống, hiệu quả điều trị và gánh nặng kinh tế của người bệnh.<sup>3,5</sup>

Nhiều nghiên cứu dịch tễ học và phân tích gộp đã chứng minh rằng bệnh nhân vảy nến có nguy cơ mắc bệnh tim mạch và các bệnh lý cơ quan cao hơn đáng kể so với dân số chung.<sup>3,6</sup> Nguy cơ này có xu hướng gia tăng theo mức độ nặng của bệnh và thời gian mắc bệnh, cũng có quan điểm xem vảy nến là một bệnh viêm hệ thống thay vì chỉ là bệnh lý da đơn thuần.<sup>3,7</sup> Nhận thức ngày càng rõ ràng về mối liên quan giữa vảy nến và các bệnh đồng mắc đã làm thay đổi cách tiếp cận điều trị hiện đại.<sup>1,8</sup> Các hướng dẫn quốc tế hiện nay đều khuyến cáo việc sàng lọc định kỳ các bệnh đồng mắc ở bệnh nhân vảy nến nhằm phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ, tối ưu hóa chiến lược điều trị và cải thiện tiên lượng lâu dài.<sup>8,9</sup>

Tuy nhiên, hiện nay vẫn còn thiếu các nghiên cứu chuyên biệt đánh giá một cách toàn diện mô hình bệnh đồng mắc ở bệnh nhân vảy nến thông thường tại Việt Nam cũng như mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng của bệnh với sự hiện diện của các bệnh đồng mắc. Việc xác định phổ bệnh đồng mắc trên quần thể bệnh nhân Việt Nam có ý nghĩa quan trọng trong xây dựng chiến lược sàng lọc, theo dõi và quản lý bệnh nhân một cách toàn diện.<sup>8-10</sup>



Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện đề tài “Các bệnh đồng mắc ở bệnh nhân vảy nến thông thường người Việt Nam” nhằm cung cấp thêm dữ liệu về đặc điểm bệnh đồng mắc ở bệnh nhân vảy nến, góp phần nâng cao hiệu quả quản lý và điều trị bệnh trong thực hành lâm sàng.

## **II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

568 bệnh nhân được chẩn đoán vảy nến thông thường người lớn tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2025 đến tháng 1/2026.

#### ***Tiêu chuẩn lựa chọn:***

- Là hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân có chẩn đoán có chẩn đoán vảy nến thông thường, tuổi  $\geq 16$  tự nguyện tham gia nghiên cứu, đến khám mới tại Khoa Điều trị nội trú ban ngày tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2025 đến tháng 1/2026.

Tiêu chuẩn chẩn đoán vảy nến thông thường:

- Chẩn đoán xác định vảy nến thông thường dựa vào các đặc điểm lâm sàng điển hình (mảng đỏ ranh giới rõ, trên có vảy da trắng bạc, vị trí thường ở vùng tý đờ) do bác sĩ chuyên khoa Da liễu chẩn đoán. Các trường hợp không điển hình được xác định bằng mô bệnh học

#### ***Tiêu chuẩn loại trừ***

Bệnh nhân không có khả năng hợp tác, trả lời câu hỏi trong bộ câu hỏi nghiên cứu.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

***Thiết kế nghiên cứu:*** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu

***Cỡ mẫu:*** Thu thập toàn bộ 568 bệnh nhân được chẩn đoán vảy nến thông thường thỏa 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:*** Nghiên cứu được tiến hành trên các hồ sơ bệnh án vảy nến thông thường đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Quá trình thu thập số liệu được thực hiện có hệ thống, bắt đầu từ việc khai thác các đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới, quê quán, nghề nghiệp), bệnh sử vảy nến (tuổi khởi phát, thời gian mắc bệnh) cho đến tiền sử bản thân và gia đình nhằm bước đầu xác định các bệnh lý đồng mắc. Các yếu tố liên quan như thói quen hút thuốc lá, sử dụng rượu bia và chỉ số khối cơ thể (BMI) cũng được đánh giá chi tiết. Các vấn đề tâm lý gồm căng thẳng/stress, lo âu, trầm cảm và mất ngủ được ghi nhận từ



bệnh sử theo tự báo cáo; nghiên cứu không sử dụng thang đo tâm lý chuẩn hóa. Trên lâm sàng, bệnh nhân được lượng giá mức độ nặng của vảy nến bằng thang điểm PASI, BSA và đánh giá chất lượng cuộc sống qua thang điểm DLQI. Để phục vụ việc tầm soát các rối loạn chuyển hóa đồng mắc, các chỉ số cận lâm sàng thường quy được thu thập bao gồm: công thức máu, AST, ALT, acid uric, cholesterol và triglycerid. Toàn bộ dữ liệu sau đó được mã hóa và điền vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

**Xử lý số liệu:** Số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm R. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, so sánh bằng phép kiểm định Chi bình phương; sử dụng kiểm định Fisher exact khi tần suất mong đợi  $< 5$ . Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn và được so sánh bằng các kiểm định phi tham số như Wilcoxon (khi so sánh 2 nhóm) hoặc Kruskal-Wallis (khi so sánh từ 3 nhóm trở lên). Phân tích hồi quy logistic đơn biến được sử dụng để ước lượng tỷ suất chênh (OR) và khoảng tin cậy 95%. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ . Hiện tượng đa cộng tuyến (multicollinearity) giữa các biến số độc lập được kiểm tra thông qua hệ số phóng đại phương sai (Variance Inflation Factor - VIF) trước khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến.

### **2.3. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Da liễu Trung ương phê duyệt - quyết định số 134/HĐĐĐ-BVDLTW ngày 27/11/2025. Do tính chất hồi cứu nghiên cứu được miễn chấp thuận tham gia của người bệnh. Thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## **III. KẾT QUẢ**

### **3. KẾT QUẢ**

#### **3.1. Sự khác biệt về một số đặc điểm lâm sàng giữa nhóm vảy nến thông thường mức độ nhẹ và nhóm vảy nến thông thường mức độ trung bình trở lên**

Nghiên cứu được tiến hành trên 568 bệnh nhân vảy nến thông thường người lớn. Quần thể nghiên cứu có tuổi trung bình là  $43 \pm 17$  (năm), nam giới chiếm đa số (66%) và tỷ lệ có tổn thương móng là 47%. Tỷ lệ bệnh nhân mắc vảy nến mức độ trung bình trở lên ( $PASI \geq 10$ ) là 213/568 (37,5%)



**Bảng 1: So sánh đặc điểm lâm sàng giữa nhóm vảy nến mức độ nhẹ và nhóm vảy nến mức độ trung bình trở lên dựa trên thang điểm PASI**

| Đặc điểm lâm sàng và lối sống         | Overall N = 568 <sup>1</sup> | Nhẹ (PASI < 10)<br>N = 355 <sup>1</sup> | Trung bình - Nặng (PASI ≥ 10)<br>N = 213 <sup>1</sup> | p-value <sup>2</sup> |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------|
| Giới tính                             |                              |                                         |                                                       |                      |
| Nam                                   | 374 (66%)                    | 225 (63%)                               | 149 (70%)                                             | 0.110                |
| Nữ                                    | 194 (34%)                    | 130 (37%)                               | 64 (30%)                                              |                      |
| Tuổi (năm)                            | 43 ± 17                      | 40 ± 16                                 | 47 ± 17                                               | <0.001               |
| Tuổi khởi phát (năm)                  | 35 ± 16                      | 34 ± 16                                 | 38 ± 17                                               | 0.002                |
| Tiền sử gia đình có người mắc vảy nến |                              |                                         |                                                       |                      |
| Có                                    | 73 (13%)                     | 40 (11%)                                | 33 (15%)                                              | 0.145                |
| Không                                 | 495 (87%)                    | 315 (89%)                               | 180 (85%)                                             |                      |
| Tiền sử nghiện rượu                   |                              |                                         |                                                       |                      |
| Có                                    | 12 (2.1%)                    | 4 (1.1%)                                | 8 (3.8%)                                              | 0.065                |
| Không                                 | 556 (98%)                    | 351 (99%)                               | 205 (96%)                                             |                      |
| Tiền sử hút thuốc                     |                              |                                         |                                                       |                      |
| Có                                    | 64 (11%)                     | 15 (4.2%)                               | 49 (23%)                                              | <0.001               |
| Không                                 | 504 (89%)                    | 340 (96%)                               | 164 (77%)                                             |                      |
| Tổn thương khớp                       |                              |                                         |                                                       |                      |
| Có                                    | 44 (7.7%)                    | 20 (5.6%)                               | 24 (11%)                                              | 0.015                |
| Không                                 | 524 (92%)                    | 335 (94%)                               | 189 (89%)                                             |                      |
| Tổn thương móng                       |                              |                                         |                                                       |                      |
| Có                                    | 266 (47%)                    | 136 (38%)                               | 130 (61%)                                             | <0.001               |
| Không                                 | 302 (53%)                    | 219 (62%)                               | 83 (39%)                                              |                      |



| <b>Tổn thương niêm mạc, bán niêm mạc</b>                                                 |           |           |           |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|------------------|
| Có                                                                                       | 7 (1.2%)  | 3 (0.8%)  | 4 (1.9%)  | 0.434            |
| Không                                                                                    | 561 (99%) | 352 (99%) | 209 (98%) |                  |
| <b>Diện tích tổn thương (BSA, %)</b>                                                     | 13 ± 13   | 6 ± 4     | 25 ± 14   | <b>&lt;0.001</b> |
| <b>Chỉ số chất lượng sống (DLQI)</b>                                                     | 7 ± 6     | 4 ± 4     | 11 ± 6    | <b>&lt;0.001</b> |
| <sup>1</sup> n (%); Mean ± SD                                                            |           |           |           |                  |
| <sup>2</sup> Pearson's Chi-squared test; Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test; NA |           |           |           |                  |

Nhóm vảy nến mức độ trung bình - nặng (PASI ≥ 10) có độ tuổi, tuổi khởi phát, điểm DLQI trung bình, cũng như tỷ lệ hút thuốc lá, tổn thương móng và tổn thương khớp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mức độ nhẹ (PASI < 10) ( $p < 0,05$ ). Không ghi nhận sự khác biệt giữa hai nhóm về giới tính, tiền sử gia đình, tiền sử nghiện rượu và tổn thương niêm mạc ( $p > 0,05$ ).

### 3.2. Mối liên quan giữa các bệnh đồng mắc với mức độ nặng của bệnh vảy nến thông thường

**Bảng 2: Mối liên quan giữa bệnh lý toàn thân đồng mắc và mức độ nặng của vảy nến theo PASI**

| <b>Bệnh lý toàn thân đồng mắc</b> |                        | <b>Vảy nến nhẹ (PASI &lt; 10)<br/>N = 355<sup>1</sup></b> | <b>Vảy nến trung bình - nặng (PASI ≥ 10)<br/>N = 213<sup>1</sup></b> | <b>p-value<sup>2</sup></b> |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Vấn đề tâm lý tự báo cáo          | Căng thẳng, stress     | 15 (4.2%)                                                 | 34 (16%)                                                             | <b>&lt;0.001</b>           |
|                                   | Rối loạn lo âu         | 4 (1.1%)                                                  | 9 (4.2%)                                                             | <b>0.021</b>               |
|                                   | Trầm cảm               | 3 (0.8%)                                                  | 15 (7.0%)                                                            | <b>&lt;0.001</b>           |
|                                   | Mất ngủ                | 3 (0.8%)                                                  | 38 (18%)                                                             | <b>&lt;0.001</b>           |
| Rối loạn chuyển hoá               | Rối loạn mỡ máu (RLMM) | 57 (16%)                                                  | 69 (32%)                                                             | <b>&lt;0.001</b>           |



|                                                              |                                 |           |          |                  |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|----------|------------------|
|                                                              |                                 |           |          |                  |
|                                                              | Béo phì (BMI $\geq 25$ )        | 31 (8.7%) | 58 (27%) | <b>&lt;0.001</b> |
|                                                              | Tăng acid uric                  | 36 (10%)  | 36 (17%) | <b>0.019</b>     |
|                                                              | Đái tháo đường<br>(ĐTĐ tuýp II) | 18 (5.1%) | 36 (17%) | <b>&lt;0.001</b> |
| Bệnh ác tính                                                 |                                 | 2 (0.6%)  | 4 (1.9%) | 0.204            |
| Bệnh dạ dày                                                  |                                 | 4 (1.1%)  | 9 (4.2%) | <b>0.021</b>     |
| Bệnh lý tim mạch/THA                                         |                                 | 21 (5.9%) | 50 (23%) | <b>&lt;0.001</b> |
| Đột quy                                                      |                                 | 3 (0.8%)  | 1 (0.5%) | >0.999           |
| Viêm gan, tăng men gan                                       |                                 | 23 (6.5%) | 25 (12%) | <b>0.029</b>     |
| Tuyến giáp                                                   |                                 | 4 (1.1%)  | 6 (2.8%) | 0.187            |
| <sup>1</sup> n (%)                                           |                                 |           |          |                  |
| <sup>2</sup> Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test |                                 |           |          |                  |

Kết quả phân tích cho thấy nhóm bệnh nhân vảy nến mức độ trung bình - nặng (PASI  $\geq 10$ ) có tỷ lệ mắc một số bệnh lý đồng mắc cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm nhẹ (PASI < 10) ( $p < 0,05$ ). Cụ thể, tỷ lệ có vấn đề tâm lý tự báo cáo ở nhóm PASI  $\geq 10$  ghi nhận ở mức cao đối với tình trạng căng thẳng, stress (16%), mất ngủ (18%), trầm cảm (7,0%) và rối loạn lo âu (4,2%). Tương tự, tỷ lệ hiện mắc các bệnh lý chuyển hóa và tim mạch cũng cao hơn ở phân nhóm bệnh nặng, bao gồm rối loạn mỡ máu (32%), béo phì (27%), đái tháo đường (17%), tăng acid uric (17%) và bệnh lý tim mạch/tăng huyết áp (23%). Ngoài ra, nhóm bệnh nhân có PASI  $\geq 10$  cũng ghi nhận tỷ lệ viêm gan, tăng men gan (12%) và bệnh dạ dày (4,2%) cao hơn đáng kể. Ngược lại, nghiên cứu chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) giữa hai mức độ bệnh đối với đột quy, bệnh ác tính và bệnh tuyến giáp.

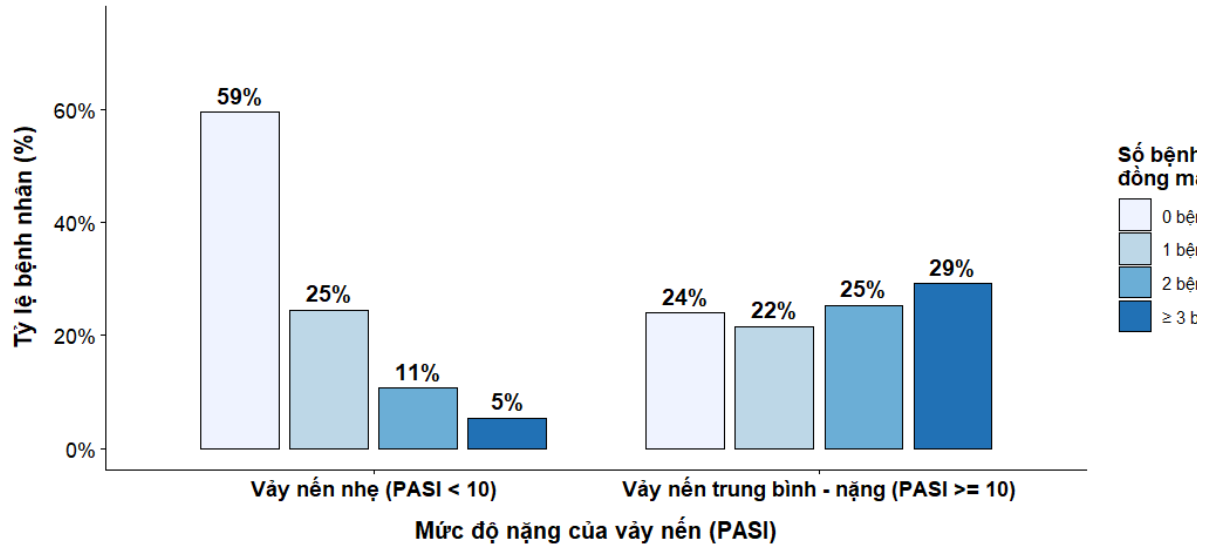
### **3.3. Ảnh hưởng của số lượng bệnh đồng mắc lên mức độ nặng của vảy nến và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân**



**Bảng 3. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh với số lượng bệnh đồng mắc**

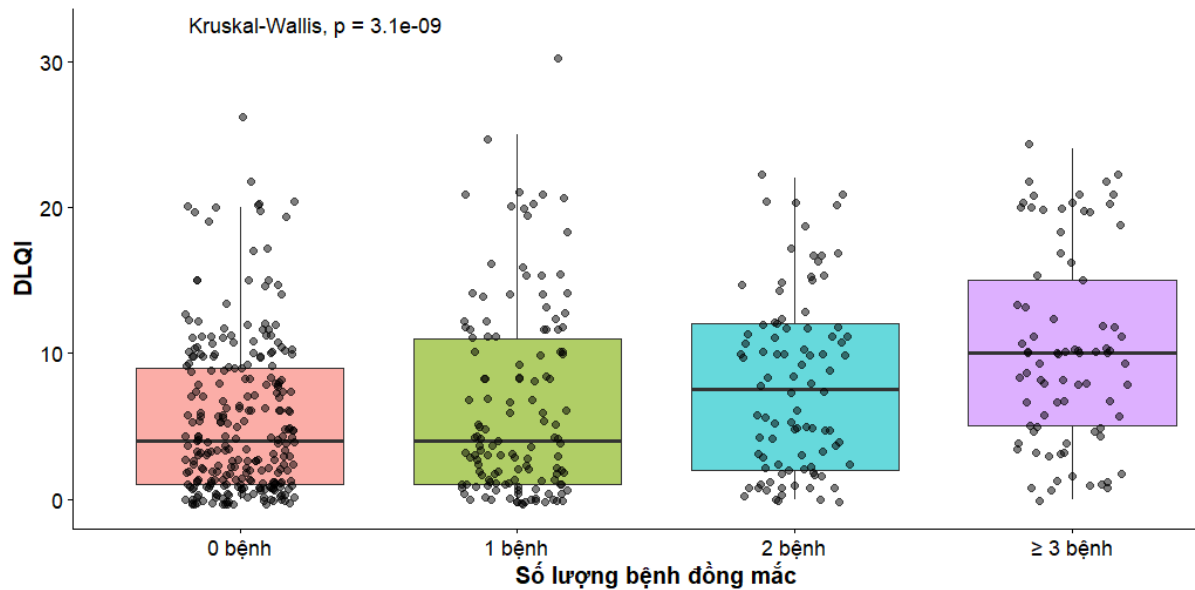
| Đặc điểm                                | Overall<br>N = 568 <sup>I</sup> | Thời gian mắc vảy nến              |                                       |                                     | p-<br>value <sup>2</sup> |
|-----------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                                         |                                 | Dưới 5 năm<br>N = 276 <sup>I</sup> | Từ 5 - 10 năm<br>N = 139 <sup>I</sup> | Trên 10 năm<br>N = 153 <sup>I</sup> |                          |
| Số lượng bệnh đồng mắc                  |                                 |                                    |                                       |                                     |                          |
| 0 bệnh                                  | 203 (36%)                       | 110 (40%)                          | 49 (35%)                              | 44 (29%)                            | 0.146                    |
| 1 bệnh                                  | 172 (30%)                       | 79 (29%)                           | 47 (34%)                              | 46 (30%)                            |                          |
| 2 bệnh                                  | 111 (20%)                       | 47 (17%)                           | 29 (21%)                              | 35 (23%)                            |                          |
| ≥ 3 bệnh                                | 82 (14%)                        | 40 (14%)                           | 14 (10%)                              | 28 (18%)                            |                          |
| <sup>I</sup> n (%)                      |                                 |                                    |                                       |                                     |                          |
| <sup>2</sup> Pearson's Chi-squared test |                                 |                                    |                                       |                                     |                          |

Trong tổng số 568 bệnh nhân, tỷ lệ không có bệnh đồng mắc, có 1 bệnh, có 2 bệnh và có từ 3 bệnh đồng mắc trở lên lần lượt là 36%, 30%, 20% và 14%. Tỷ lệ bệnh nhân không có bệnh đồng mắc giảm theo thời gian mắc vảy nến, từ 40% ở nhóm dưới 5 năm xuống 35% ở nhóm 5-10 năm và 29% ở nhóm trên 10 năm. Ngược lại, nhóm mắc vảy nến trên 10 năm có tỷ lệ mắc từ 2 bệnh đồng mắc trở lên cao nhất, chiếm 41%, so với 31% ở cả hai nhóm có thời gian mắc bệnh ngắn hơn. Tuy nhiên, sự phân bố số lượng bệnh đồng mắc giữa các nhóm thời gian mắc vảy nến chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Pearson's Chi-squared test, p = 0,146).



**Biểu đồ 1: Mối liên quan giữa mức độ nặng của vẩy nến theo PASI và số lượng bệnh đồng mắc**

Mối liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ) giữa mức độ nặng của vẩy nến và sự phân bố số lượng bệnh đồng mắc. Ở nhóm vẩy nến nhẹ (PASI < 10), phần lớn bệnh nhân không có bệnh đồng mắc (59%), trong khi tỷ lệ này giảm mạnh xuống chỉ còn 24% ở nhóm trung bình - nặng (PASI ≥ 10). Nhóm bệnh nhân mắc 1 bệnh nền có sự phân bố khá tương đồng giữa hai đầu mức độ (25% ở nhóm nhẹ và 22% ở nhóm nặng). Sự khác biệt nằm ở gánh nặng đa bệnh lý: tỷ lệ mắc 2 bệnh đồng mắc tăng gấp hơn hai lần từ 11% (nhóm nhẹ) lên 25% (nhóm nặng), đặc biệt, tỷ lệ bệnh nhân gánh chịu từ 3 bệnh đồng mắc trở lên tăng mạnh từ mức 5% ở nhóm nhẹ lên tới 29% ở quần thể vẩy nến trung bình - nặng.



**Biểu đồ 2: Mối liên quan giữa số lượng bệnh đồng mắc và chất lượng cuộc sống (điểm DLQI) ở bệnh nhân vẩy nến thông thường**

Phân tích cho thấy sự gia tăng số lượng bệnh lý toàn thân đồng mắc có tác động tiêu cực và làm suy giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân vẩy nến. Điểm số DLQI gia tăng tịnh tiến một cách có ý nghĩa thống kê cao (Kruskal-Wallis,  $p = 3.1e-09$ ) theo gánh nặng bệnh đồng mắc. Cụ thể, điểm DLQI trung vị tăng dần từ mức xấp xỉ 4 điểm ở nhóm không mắc bệnh kèm theo, lên khoảng 6 điểm ở nhóm mắc 1 bệnh, khoảng 8 điểm ở nhóm mắc 2 bệnh, và chạm mốc cao nhất là 10 điểm ở phân nhóm bệnh nhân gánh chịu từ 3 bệnh đồng mắc trở lên.

### 3.4. Mối liên quan giữa các yếu tố liên quan và bệnh đồng mắc với mức độ nặng của bệnh vẩy nến thông thường

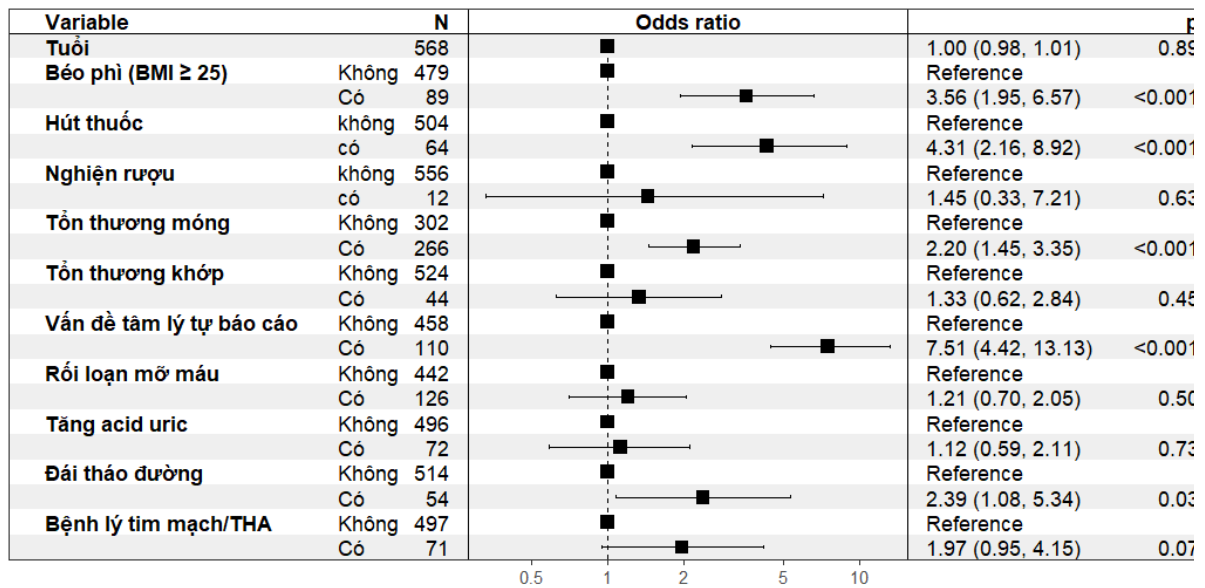
**Bảng 4: Phân tích hồi quy logistic đơn biến các yếu tố liên quan với tình trạng vẩy nến trung bình - nặng ( $PASI \geq 10$ )**

| Đặc điểm / Yếu tố liên quan  | Tỷ suất chênh (OR) | 95% CI     | p-value          |
|------------------------------|--------------------|------------|------------------|
| Giới tính (Nam)              | 1.35               | 0.94, 1.94 | 0.110            |
| Tuổi                         | 1.02               | 1.01, 1.03 | <b>&lt;0.001</b> |
| Có béo phì ( $BMI \geq 25$ ) | 3.91               | 2.45, 6.36 | <b>&lt;0.001</b> |
| Có hút thuốc                 | 6.77               | 3.78, 12.8 | <b>&lt;0.001</b> |
| Có nghiện rượu               | 3.42               | 1.06, 13.0 | <b>0.047</b>     |



|                                                          |      |            |                  |
|----------------------------------------------------------|------|------------|------------------|
| Có tổn thương móng                                       | 2.52 | 1.78, 3.58 | <b>&lt;0.001</b> |
| Có tổn thương khớp                                       | 2.13 | 1.15, 3.99 | <b>0.017</b>     |
| Có tổn thương niêm mạc, bán<br>niêm mạc                  | 2.25 | 0.49, 11.5 | 0.293            |
| Có vấn đề tâm lý tự báo cáo                              | 9.34 | 5.77, 15.6 | <b>&lt;0.001</b> |
| Có rối loạn mỡ máu                                       | 2.51 | 1.68, 3.76 | <b>&lt;0.001</b> |
| Có tăng acid uric                                        | 1.80 | 1.09, 2.97 | <b>0.020</b>     |
| Có đái tháo đường                                        | 3.81 | 2.13, 7.04 | <b>&lt;0.001</b> |
| Có bệnh lý tim mạch/THA                                  | 4.88 | 2.87, 8.55 | <b>&lt;0.001</b> |
| Abbreviations: CI = Confidence Interval, OR = Odds Ratio |      |            |                  |

Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy vấn đề tâm lý tự báo cáo là yếu tố liên quan mạnh mẽ nhất đến mức độ nặng của vảy nến ( $PASI \geq 10$ ) với  $OR = 9,34$  ( $p < 0,001$ ). Các bệnh lý đồng mắc chuyển hóa bao gồm đái tháo đường ( $OR = 3,81$ ), rối loạn mỡ máu ( $OR = 2,51$ ), tăng acid uric ( $OR = 1,80$ ) và bệnh lý tim mạch/tăng huyết áp ( $OR = 4,88$ ) cũng thể hiện mối liên quan mạnh mẽ với tình trạng này ( $p < 0,05$ ). Về lối sống và biểu hiện lâm sàng, thói quen hút thuốc lá ( $OR = 6,77$ ), béo phì ( $BMI \geq 25$ ) ( $OR = 3,91$ ), nghiện rượu ( $OR = 3,42$ ) cùng sự hiện diện của tổn thương móng ( $OR = 2,52$ ) và khớp ( $OR = 2,13$ ) đều là các yếu tố liên quan với tình trạng bệnh nặng lên có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Không ghi nhận mối liên quan giữa giới tính hay tổn thương niêm mạc, bán niêm mạc với độ nặng của bệnh ( $p > 0,05$ ).



**Biểu đồ 3: Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan độc lập với tình trạng vảy nến trung bình - nặng (PASI  $\geq 10$ )**

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy thói quen hút thuốc lá, béo phì (BMI  $\geq 25$ ), tổn thương móng, vấn đề tâm lý tự báo cáo và đái tháo đường là những yếu tố có mối liên quan độc lập và có ý nghĩa thống kê với tình trạng vảy nến mức độ trung bình - nặng (PASI  $\geq 10$ ) ( $p < 0,05$ ).

Cụ thể, thói quen hút thuốc lá thể hiện mối liên quan mạnh mẽ với tình trạng bệnh mức độ trung bình - nặng, với tỷ suất chênh cao gấp 4,31 lần so với nhóm không hút thuốc (OR = 4,31; 95% CI: 2,16 – 8,92;  $p < 0,001$ ). Bên cạnh đó, tình trạng béo phì (BMI  $\geq 25$ ) và sự hiện diện của tổn thương móng cũng cho thấy mối liên quan độc lập, thể hiện qua tỷ suất chênh lần lượt là 3,56 lần (OR = 3,56; 95% CI: 1,95 – 6,57;  $p < 0,001$ ) và 2,20 lần (OR = 2,20; 95% CI: 1,45 – 3,35;  $p < 0,001$ ). Đáng chú ý, nhóm bệnh nhân có báo cáo gặp vấn đề tâm lý ghi nhận tỷ suất chênh mắc vảy nến trung bình - nặng cao gấp 7,51 lần (OR = 7,51; 95% CI: 4,42 – 13,13;  $p < 0,001$ ). Đặc biệt, đái tháo đường cũng được khẳng định là một yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng nguy cơ bệnh nặng lên 2,39 lần (OR = 2,39; 95% CI: 1,08 – 5,34;  $p = 0,03$ ).

Ngược lại, các yếu tố như tuổi, nghiện rượu, tổn thương khớp, rối loạn mỡ máu, tăng acid uric và bệnh lý tim mạch/THA ( $p = 0,07$ ) không cho thấy mối liên quan độc lập với mức độ nặng của bệnh trong mô hình đa biến ( $p > 0,05$ ). Kết quả này cho thấy mặc dù một số yếu tố có thể liên quan với mức độ nặng của vảy nến trong các phân tích đơn biến, ảnh hưởng của chúng không còn duy trì sau khi đã kiểm soát đồng thời các yếu tố nhiễu chéo khác.

Những phát hiện trên nhấn mạnh sự hiện diện và mối liên quan nổi bật của thói quen hút thuốc lá, tình trạng béo phì, tổn thương móng, sức khỏe tâm thần và bệnh đái tháo đường với mức độ



nặng của bệnh vẩy nến. Do đó, việc hỗ trợ cai thuốc lá, kiểm soát cân nặng, tầm soát đường huyết, đánh giá tổn thương móng và sàng lọc các vấn đề tâm lý nên được lồng ghép vào quá trình quản lý và điều trị thường quy nhằm góp phần cải thiện hiệu quả kiểm soát bệnh ở bệnh nhân vẩy nến.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 568 bệnh nhân vẩy nến thông thường người lớn cho thấy bức tranh lâm sàng đa dạng và gánh nặng lớn của các bệnh lý toàn thân đồng mắc, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có mức độ trung bình đến nặng ( $\text{PASI} \geq 10$ ). Kết quả này củng cố quan điểm lâm sàng hiện đại rằng vẩy nến không chỉ là bệnh lý viêm khu trú ở da mà là một bệnh lý viêm hệ thống liên quan đến nhiều cơ quan. Sự chuyển dịch trong nhận thức này hoàn toàn nhất quán với các y văn uy tín trên thế giới. Trong bài tổng quan công bố trên tạp chí Lancet (2021), Griffiths và cộng sự đã nhấn mạnh vẩy nến là bệnh lý viêm mạn tính qua trung gian miễn dịch, mà cơ chế bệnh sinh lan rộng từ da đến các hệ cơ quan khác.<sup>1</sup>

Bổ sung thêm vào bức tranh toàn cảnh này, bài tổng quan dịch tễ học của Bu và cộng sự (2022) đã khẳng định vẩy nến là một bệnh tự miễn mang tính chất viêm hệ thống, tác động trực tiếp đến nhiều cơ quan ngoài da trọng yếu.<sup>11</sup> Phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy nhận định trên, khi gánh nặng bệnh lý nền gia tăng tỷ lệ thuận với mức độ nghiêm trọng của tổn thương trên da. Cụ thể, ở nhóm bệnh nhân vẩy nến trung bình - nặng ( $\text{PASI} \geq 10$ ), tỷ lệ bệnh nhân mắc 2 bệnh đồng mắc đạt 25% và tỷ lệ gánh chịu từ 3 bệnh đồng mắc trở lên lên tới 29%. Điều này cho thấy sự lan rộng của tình trạng viêm hệ thống có đồng hành với mức độ nặng của bệnh lý vẩy nến.

Phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy gánh nặng bệnh lý nền gia tăng theo mức độ nghiêm trọng của tổn thương da. Cụ thể, ở nhóm bệnh nhân vẩy nến trung bình-nặng ( $\text{PASI} \geq 10$ ), tỷ lệ bệnh nhân mắc 2 bệnh đồng mắc là 25% và tỷ lệ mắc từ 3 bệnh đồng mắc trở lên là 29%. Điều này cho thấy gánh nặng đa bệnh lý có xu hướng đồng hành với mức độ nặng của vẩy nến. Mặc dù chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian mắc vẩy nến và số lượng bệnh đồng mắc ( $p = 0,146$ ), nhóm mắc bệnh trên 10 năm có xu hướng mang gánh nặng bệnh đồng mắc cao hơn, thể hiện qua tỷ lệ mắc từ 2 bệnh đồng mắc trở lên cao nhất.

Ở phân tích đơn biến ban đầu, các rối loạn chuyển hóa như đái tháo đường ( $\text{OR} = 3,81$ ), rối loạn mỡ máu ( $\text{OR} = 2,51$ ), tăng acid uric ( $\text{OR} = 1,80$ ) cùng các yếu tố như béo phì với  $\text{BMI} \geq 25$  ( $\text{OR} = 3,91$ ) và tổn thương khớp ( $\text{OR} = 2,13$ ) đều cho thấy mối liên quan với tình trạng vẩy nến mức độ trung bình - nặng. Tuy nhiên, khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến (Biểu đồ 3), trong nhóm các yếu tố này, béo phì ( $\text{BMI} \geq 25$ ) và đái tháo đường là những yếu tố duy



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

trì được ý nghĩa thống kê độc lập, với OR lần lượt là 3,56 ( $p < 0,001$ ) và 2,39 ( $p = 0,03$ ). Ngược lại, ý nghĩa thống kê của rối loạn mỡ máu ( $OR = 1,21$ ;  $p = 0,50$ ), tăng acid uric ( $OR = 1,12$ ;  $p = 0,73$ ) và tổn thương khớp ( $OR = 1,33$ ;  $p = 0,45$ ) đều bị triệt tiêu. Hiện tượng này xảy ra do các rối loạn chuyển hóa thường có mối quan hệ nội tại, phụ thuộc chéo và cộng hưởng lẫn nhau. Sau khi kiểm soát đồng thời các yếu tố nhiễu, mô hình đã thực hiện bóc tách toán học để chứng minh rằng béo phì và đái tháo đường là những đại diện chuyển hóa cốt lõi nhất, trong khi ảnh hưởng của các yếu tố chuyển hóa khác và tổn thương khớp không còn duy trì sự độc lập. Phát hiện này tương đồng với nghiên cứu tổng quan của Takeshita và cộng sự (2017) cũng như phân tích gộp của Tang và Chen (2022), chứng minh bệnh nhân vảy nến có nguy cơ cao mắc hội chứng chuyển hóa do chung cơ chế bệnh sinh là sự hoạt hóa dai dẳng của trục miễn dịch IL-23/Th17 và các cytokine viêm.<sup>3,5</sup> Tại Việt Nam, kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với dữ liệu thực tế từ nghiên cứu EXPAND của tác giả Nguyễn Trọng Hào và cộng sự (2023), qua đó nhấn mạnh gánh nặng bệnh đồng mắc lớn trên quần thể bệnh nhân vảy nến người Việt Nam.<sup>10</sup>

Tuy nhiên, mức độ hiện mắc của từng bệnh đồng mắc khác nhau đáng kể giữa các nghiên cứu. Trong nghiên cứu EXPAND tại hai cơ sở ở Việt Nam, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp và viêm khớp vảy nến lần lượt được ghi nhận ở 49,6%, 23,4% và 10,4% bệnh nhân, cao hơn tỷ lệ tương ứng trong nghiên cứu của chúng tôi là 22,2%, 12,5% và 7,7%. Sự khác biệt có thể liên quan đến phạm vi đa trung tâm, đặc điểm bệnh nhân đã được chẩn đoán hoặc điều trị trước đó và phương pháp xác định bệnh đồng mắc từ hồ sơ bệnh án.<sup>10</sup> Khi so sánh với nghiên cứu quần thể tại Vương quốc Anh, nhóm vảy nến nặng có tỷ lệ đái tháo đường, tăng huyết áp, béo phì và hút thuốc lần lượt là 7,1%, 20,0%, 20,7% và 30,1%; trong khi ở nhóm PASI  $\geq 10$  của chúng tôi, các tỷ lệ tương ứng là 17%, 23%, 27% và 23%.<sup>12</sup> Tỷ lệ béo phì và đái tháo đường cao hơn trong nghiên cứu hiện tại có thể một phần do sử dụng ngưỡng BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> phù hợp với quần thể châu Á, khác biệt về cơ cấu tuổi - giới, cách định nghĩa mức độ nặng và đặc điểm chuyên tuyến. Ngược lại, một nghiên cứu tại Hàn Quốc không ghi nhận khác biệt rõ rệt về phần lớn yếu tố nguy cơ tim mạch giữa nhóm PASI  $< 10$  và PASI  $\geq 10$ , ngoại trừ triglycerid, cho thấy mối liên quan giữa mức độ nặng và bệnh đồng mắc có thể không đồng nhất giữa các quần thể châu Á và giữa các thiết kế nghiên cứu.<sup>13</sup> Vì vậy, việc so sánh trực tiếp tỷ lệ hiện mắc cần thận trọng khi định nghĩa bệnh đồng mắc, phương pháp chọn mẫu và bối cảnh chăm sóc y tế khác nhau.

Bên cạnh béo phì và đái tháo đường đã được khẳng định là các yếu tố có mối liên quan độc lập trong phân tích đa biến, mặc dù bệnh lý tim mạch/THA bị triệt tiêu có ý nghĩa thống kê



khi kiểm soát các nhiễm chéo, tỷ lệ hiện mắc nhóm bệnh lý này ở nhóm PASI  $\geq 10$  vẫn ghi nhận ở mức rất cao là 23%, cao gấp gần 4 lần so với nhóm bệnh nhẹ (5,9%, Bảng 2). Kết quả này củng cố mạnh mẽ các bằng chứng quốc tế của Gelfand (2006) và Masson (2020) về việc vảy nến nặng là yếu tố nguy cơ hệ thống cho các biến cố tim mạch bất lợi, đòi hỏi chiến lược quản lý toàn diện.<sup>7</sup> Phân tích của Lluís Puig (Int J Mol Sci, 2018) và Kimball và cộng sự (2011) đã chỉ rõ có sự tồn tại của các "con đường sinh bệnh học chung" giữa vảy nến, xơ vữa động mạch và hội chứng chuyển hóa, thông qua sự hoạt hóa liên tục của trục IL-23/Th17 và các cytokine viêm (như TNF- $\alpha$ ).<sup>14,15</sup> Trạng thái viêm mạn tính này dẫn đến tình trạng kháng insulin, tổn thương nội mô và đẩy nhanh quá trình hình thành mảng xơ vữa.<sup>14,15</sup> Do đó, việc sàng lọc và quản lý các yếu tố nguy cơ tim mạch cần được xem là một phần quan trọng trong chiến lược điều trị bệnh nhân vảy nến. Bên cạnh các yếu tố chuyển hóa và lối sống, mô hình thống kê cũng ghi nhận tỷ suất chênh rất cao của các vấn đề tâm lý tự báo cáo ở nhóm vảy nến mức độ trung bình - nặng (PASI  $\geq 10$ ). Phân tích hồi quy logistic đa biến chỉ ra rằng, sau khi hiệu chỉnh các biến số nhiễu, nhóm bệnh nhân có ghi nhận vấn đề tâm lý có tỷ suất chênh (OR) mắc vảy nến trung bình - nặng cao gấp 7,51 lần (95% CI: 4,42–13,13;  $p < 0,001$ ). Tương đồng với kết quả từ mô hình toán học, dữ liệu mô tả lâm sàng cũng phản ánh một gánh nặng tâm thần kinh đáng kể tại phân nhóm bệnh nhân có PASI  $\geq 10$ , thể hiện qua sự gia tăng có ý nghĩa thống kê của tỷ lệ hiện mắc các tình trạng căng thẳng/stress (16%), mất ngủ (18%) và trầm cảm (7,0%). Theo phân loại của Oliveira và cộng sự (2015), rối loạn tâm thần kinh được xếp vào nhóm các bệnh đồng mắc kinh điển của vảy nến.<sup>16</sup> Sự gia tăng gánh nặng tâm lý này không chỉ đơn thuần là phản ứng tâm lý - xã hội thứ phát do người bệnh tự ti về ngoại hình hay chịu ảnh hưởng tiêu cực từ các triệu chứng cơ năng (như ngứa, đau, rát). Mặc dù y văn thế giới, tiêu biểu là phân tích tổng quan của Takeshita và cộng sự (2017), đều khẳng định sự gia tăng tần suất mắc các vấn đề tâm lý ở bệnh nhân vảy nến, mức độ liên quan ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thể hiện rất mạnh mẽ (OR = 7,51). Mỗi liên quan này cần được phân tích một cách khách quan. Thứ nhất, do bản chất của thiết kế cắt ngang hồi cứu, nghiên cứu không thể loại trừ hiện tượng nhân quả đảo ngược: tình trạng stress làm bệnh vảy nến bùng phát, hay chính gánh nặng của bệnh vảy nến mức độ nặng (ngứa, mất thẩm mỹ) đã gây ra căng thẳng và mất ngủ cho người bệnh? Thứ hai, việc đánh giá chỉ dựa trên vấn đề tâm lý tự báo cáo mà không qua các thang đo tâm lý chuẩn hóa (như PHQ-9 hay GAD-7) có thể đã tạo ra sai số đo lường, làm phóng đại mức độ liên quan. Cuối cùng, đặc điểm chọn mẫu tại cơ sở tuyến cuối như Bệnh viện Da liễu Trung ương (nơi thường xuyên tiếp nhận các ca bệnh dai dẳng, kháng trị) cũng có thể góp phần làm gia tăng bức tranh gánh nặng tâm lý. Chính vì những lý do này, mặc dù tỷ suất chênh (OR) của



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

vấn đề tâm lý trong nghiên cứu của chúng tôi là rất đáng chú ý, chúng tôi nhấn mạnh rằng các yếu tố khách quan bao gồm thói quen hút thuốc lá, béo phì, đái tháo đường và tổn thương móng mới là những chỉ điểm lâm sàng có độ tin cậy cao, ít bị ảnh hưởng bởi sai số chủ quan, để tiên lượng mức độ nặng của bệnh trên thực hành. Cùng với sự gia tăng gánh nặng bệnh đồng mắc, chất lượng cuộc sống của người bệnh bị suy giảm rõ rệt; điểm số DLQI tăng tỷ lệ thuận và có ý nghĩa thống kê cao với số lượng bệnh lý kèm theo (Kruskal-Wallis,  $p = 3.1e-09$ ). Về yếu tố lối sống, nghiên cứu ghi nhận sự phân bố khác biệt của thói quen hút thuốc lá, chiếm tới 23% ở quần thể bệnh nhân vẩy nến trung bình - nặng ( $PASI \geq 10$ ) so với chỉ 4,2% ở nhóm bệnh nhẹ ( $p < 0,001$ ). Trong mô hình hồi quy đa biến, thói quen hút thuốc lá được khẳng định là một yếu tố liên quan độc lập, làm gia tăng khả năng hiện mắc vẩy nến ở mức độ trung bình - nặng lên 4,31 lần ( $OR = 4,31$ ; 95% CI: 2,16–8,92;  $p < 0,001$ ). Kết quả này hoàn toàn nhất quán với phân tích gộp (meta-analysis) của Zhou và cộng sự (2020) khẳng định các độc chất trong khói thuốc (đặc biệt là nicotine) có khả năng kích hoạt trực tiếp các con đường tín hiệu viêm và các cytokine tiền viêm hệ thống, làm tăng sừng hóa và đẩy nhanh tiến trình nặng lên của mảng vẩy nến.<sup>17</sup>

Về biểu hiện lâm sàng, tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương móng tăng rõ rệt từ 38% ở nhóm vẩy nến nhẹ lên 61% ở nhóm trung bình - nặng (Bảng 1). Phân tích hồi quy đa biến (Biểu đồ 3) xác nhận sự hiện diện của tổn thương móng là một yếu tố liên quan độc lập với mức độ nặng của bệnh ( $OR = 2,20$ ; 95% CI: 1,45–3,35;  $p < 0,001$ ). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các nhận định lâm sàng hiện đại, trong đó xem tổn thương móng không chỉ đơn thuần là biểu hiện khu trú tại chỗ mà còn đóng vai trò như một chỉ dấu sinh học phản ánh trạng thái viêm toàn thân lan rộng. Đồng thời, đây cũng là yếu tố mang tính chất cảnh báo, liên quan mật thiết đến tiến trình tổn thương và phá hủy sụn khớp trong tương lai.

Kết quả của nghiên cứu đóng góp thêm dữ liệu quan trọng cho y văn da liễu tại Việt Nam, khẳng định sự cần thiết phải thay đổi mô hình tiếp cận bệnh nhân. Đồng thuận với các hướng dẫn quốc tế hiện hành từ Viện Da liễu Châu Âu (EADV) và Viện Da liễu Hoa Kỳ (AAD), các bác sĩ lâm sàng cần thực hiện sàng lọc định kỳ các bệnh đồng mắc ở bệnh nhân vẩy nến, nhằm mục tiêu tối ưu hóa chiến lược điều trị và cải thiện toàn diện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, do sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang hồi cứu, nghiên cứu chỉ dừng lại ở việc đánh giá mối liên quan đồng thời mà chưa thể thiết lập được mối quan hệ nhân quả giữa mức độ nặng của vẩy nến và các biến số đồng mắc.



Thứ hai, nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện và chỉ thực hiện tại Khoa Điều trị nội trú ban ngày của một cơ sở chuyên khoa tuyến cuối (Bệnh viện Da liễu Trung ương). Việc này dẫn đến kết quả có thể chưa phản ánh đầy đủ đặc điểm và phổ bệnh đồng mắc của toàn bộ quần thể bệnh nhân vảy nến tại Việt Nam. Hơn nữa, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ trung bình - nặng ( $\text{PASI} \geq 10$ ) trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tới 37,5%, do quần thể bệnh nhân đến khám tại tuyến cuối thường có xu hướng mang bệnh lý phức tạp hoặc nặng hơn so với cộng đồng chung. Thứ ba, các vấn đề tâm lý được ghi nhận theo tự báo cáo, không sử dụng PHQ-9, HADS, GAD-7 hoặc công cụ chuẩn hóa khác, do đó có nguy cơ sai số phân loại và có thể làm thay đổi mức độ liên quan ước tính. Các nghiên cứu tiếp theo nên được thiết kế đa trung tâm, tiền cứu và theo dõi dọc, đồng thời sử dụng công cụ tâm lý chuẩn hóa để tăng tính đại diện, xác định trình tự thời gian và làm rõ mối quan hệ nhân quả.

## **V. KẾT LUẬN**

Ở bệnh nhân vảy nến thông thường người lớn, gánh nặng bệnh đồng mắc tăng theo mức độ nặng của bệnh. Hút thuốc lá, béo phì, đái tháo đường và tổn thương móng là các yếu tố liên quan độc lập với vảy nến mức độ trung bình - nặng. Đánh giá nguy cơ chuyển hóa, tổn thương móng, tình trạng hút thuốc và sức khỏe tâm thần cần được lồng ghép trong quản lý thường quy. Các nghiên cứu đa trung tâm, tiền cứu và sử dụng công cụ tâm lý chuẩn hóa là cần thiết để tăng khả năng khái quát và làm rõ mối quan hệ nhân quả.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Griffiths CEM, Armstrong AW, Gudjonsson JE, Barker JNWN. Psoriasis. Lancet. 2021 Apr 3;397(10281):1301-1315. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32549-6. PMID: 33812489.
2. Psoriasis. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review. J Invest Dermatol. 2013;133(2):377-385.
3. Psoriasis Comorbidities. Tang X, Chen L. The risk of organ-based comorbidities in psoriasis: a systematic review and meta-analysis. An Bras Dermatol. 2022;97(3):351-363.
4. IL-23/Th17 Axis. Hawkes JE, Yan BY, Chan TC, Krueger JG. Discovery of the IL-23/IL-17 signaling pathway and the treatment of psoriasis. J Immunol. 2018;201(6):1605-1613.
5. Metabolic Syndrome. Takeshita J, Grewal S, Langan SM, et al. Psoriasis and comorbid diseases. J Am Acad Dermatol. 2017;76(3):377-390.
6. Cardiovascular Disease. Masson W, Lobo M, Molinero G. Psoriasis and cardiovascular risk: a comprehensive review. Adv Ther. 2020;37(5):2017-2033.
7. Severe Psoriasis. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. JAMA. 2006;296(14):1735-1741.



8. European Academy of Dermatology and Venereology. Nast A, Smith C, Spuls PI, et al. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of psoriasis vulgaris. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021.
9. American Academy of Dermatology. Menter A, Strober BE, Kaplan DH, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management of psoriasis. J Am Acad Dermatol. 2019.
10. EXPAND Study. Nguyen HT, Vu AT, Pham NTU, et al. Comorbidity burden and treatment patterns of psoriasis in Vietnam: Real-world data from the EXPAND study. Dermatol Ther (Heidelb). 2023;13:2765-2780.
11. Bu J, Ding R, Zhou L, Chen X, Shen E. Epidemiology of psoriasis and comorbid diseases: a narrative review. Front Immunol. 2022;13:880201. doi:10.3389/fimmu.2022.880201
12. Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB, Gelfand JM. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. J Am Acad Dermatol. 2006;55(5):829-835. doi:10.1016/j.jaad.2006.08.040.
13. Ku SH, Kwon WJ, Cho EB, Park EJ, Kim KH, Kim KJ. The Association between Psoriasis Area and Severity Index and Cardiovascular Risk Factor in Korean Psoriasis Patients. Ann Dermatol. 2016;28(3):360-363. doi:10.5021/ad.2016.28.3.360.
14. Puig L. Cardiometabolic Comorbidities in Psoriasis and Psoriatic Arthritis. Int J Mol Sci. 2018;19(1):58. doi:10.3390/ijms19010058.
15. Kimball AB, Guerin A, Tsaneva M, et al. Economic burden of comorbidities in patients with psoriasis is substantial. J Am Acad Dermatol. 2011;64(6):1034-1044. doi:10.1016/j.jaad.2010.06.029.
16. Oliveira MFSP, Rocha BO, Duarte GV. Psoriasis: classical and emerging comorbidities. An Bras Dermatol. 2015;90(1):9-20. doi:10.1590/abd1806-4841.20153038.
17. Zhou H, Wu R, Kong Y, Zhao M, Su Y. Impact of smoking on psoriasis risk and treatment efficacy: a meta-analysis. J Int Med Res. 2020;48(10):300060520964024. doi:10.1177/0300060520964024.

## SUMMARY



## COMORBIDITIES AND ASSOCIATED FACTORS IN ADULT PATIENTS WITH PSORIASIS VULGARIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Vu Kim Dung<sup>1</sup>, Pham Thi Lan<sup>1,2</sup>, Le Huu Doanh<sup>1,2</sup>, Hoang Thi Phuong<sup>2</sup>, Le Thi Xuan<sup>2</sup>, Nguyen Thi Ha Vinh<sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup>Hanoi Medical University

<sup>2</sup>National Hospital of Dermatology and Venereology

\*Corresponding author: Nguyen Thi Ha Vinh; Email: [nguyenhavinh@hmu.edu.vn](mailto:nguyenhavinh@hmu.edu.vn)

### ABSTRACT

**Objectives:** To investigate systemic comorbidities and evaluate their associations with disease severity in adult patients with psoriasis vulgaris at the National Hospital of Dermatology and Venereology.

**Subjects and Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 568 adult patients with psoriasis vulgaris attending the Day-care Inpatient Department of the National Hospital of Dermatology and Venereology between August 2025 and January 2026. Disease severity was assessed using the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) and Body Surface Area (BSA). Information on medical history, lifestyle factors, clinical characteristics, and routine laboratory findings was collected to identify comorbidities. Multivariable logistic regression analysis was performed to determine factors independently associated with moderate-to-severe psoriasis ( $PASI \geq 10$ )

**Results:** The burden of comorbidities increased proportionally with psoriasis severity. Specifically, among patients with moderate-to-severe psoriasis ( $PASI \geq 10$ ), the proportions of individuals with two comorbidities and with three or more comorbidities were 25% and 29%, respectively. Multivariable logistic regression analysis identified smoking, obesity ( $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ), diabetes mellitus, nail involvement, and self-reported psychological problems as independent factors associated with disease severity ( $p < 0.05$ ).

Smoking ( $OR = 4.31$ ;  $p < 0.001$ ), obesity ( $OR = 3.56$ ;  $p < 0.001$ ), diabetes mellitus ( $OR = 2.39$ ;  $p = 0.03$ ), and the presence of nail involvement ( $OR = 2.20$ ;  $p < 0.001$ ) were all independently associated with moderate-to-severe psoriasis. In addition, self-reported psychological problems were associated with a markedly increased odds ratio in patients with



severe disease (OR = 7.51;  $p < 0.001$ ). However, this finding may have been influenced by misclassification bias and therefore warrants confirmation in prospective studies using standardized psychological assessment tools. In contrast, age, alcohol use, psoriatic arthritis, dyslipidemia, hyperuricemia, and cardiovascular disease/hypertension were not independently associated with psoriasis severity in the multivariable model (all  $p > 0.05$ ).

**Conclusions:** Routine assessment of anthropometric parameters for obesity control, regular screening for diabetes mellitus, comprehensive evaluation of nail involvement, and smoking cessation counseling should be incorporated into the standard management of patients with moderate-to-severe psoriasis (PASI  $\geq 10$ ). Mental health screening should also be considered, preferably using standardized and validated assessment instruments.

**Keywords:** *Psoriasis vulgaris, PASI, comorbidities, associated factors, metabolic syndrome, psychological problems, nail involvement.*