



**MÔ HÌNH QUẢN LÝ BỆNH LÝ TẠI PHÒNG KHÁM VIÊM MẠCH
BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG**

**Lê Phương Thanh¹, Lê Hữu Doanh^{1,2}, Nguyễn Thuỳ Linh², Nguyễn Kiều Trang³, Trần
Thị Thanh Tâm², Lê Thị Hoài Thu², Nguyễn Duy Nhâm², và Vũ Huy Lượng^{1,2,*}**

¹*Trường Đại học Y Hà Nội*

²*Bệnh viện Da liễu Trung ương*

³*Bệnh viện Hữu Nghị*

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

Ngày nhận bài: 27/6/2026

Ngày phản biện: 17/7/2026

Ngày chấp nhận đăng: 19/8/2026

DOI: 10.56320/tcdlhnv.online.347

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mô hình bệnh lý tại Phòng khám Viêm mạch, Bệnh viện Da liễu Trung ương từ ngày 01/5/2025 đến ngày 30/4/2026.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, trên 620 hồ sơ bệnh án có chẩn đoán xác định thuộc nhóm viêm mạch hoặc giả viêm mạch, có đầy đủ thông tin hành chính và lâm sàng cần thiết, đủ tiêu chuẩn, lưu trữ tại Phòng khám Viêm mạch máu, Bệnh viện Da liễu Trung ương trong thời gian trên. Số liệu được phân tích bằng tần số (n), tỷ lệ phần trăm (%) và các kiểm định thống kê phù hợp.

Kết quả: Trong 620 bệnh nhân, nhóm viêm mạch chiếm 415 ca (66,9%) và nhóm giả viêm mạch 205 ca (33,1%). Nhóm giả viêm mạch có tuổi trung bình cao hơn rõ rệt ($40,5 \pm 19,2$ so với $28,4 \pm 18,2$ năm; $p < 0,001$); cả hai nhóm đều có tỷ lệ nữ ưu thế, không khác biệt có ý nghĩa thống kê (63,6% và 70,2%; $p = 0,12$). Viêm mạch IgA (49,9%) và CSVV (42,4%) là chẩn đoán thường gặp nhất trong nhóm viêm mạch; livedoid vasculopathy (LV, 53,7% trong nhóm giả viêm mạch) đứng đầu nhóm giả viêm mạch. Viêm mạch đặc trưng bởi dát xuất huyết (71%) và sản xuất huyết (48%); LV đặc trưng bởi loét (73%), sẹo (70%) và tăng sắc tố (65%) ($p < 0,001$). Về mô bệnh học, viêm mạch nổi bật với hình ảnh viêm mạch hoại tử bạch cầu, còn LV đặc trưng bởi huyết khối trong lòng mạch (76,5% so với 1,3%) và tăng sinh mạch máu nhỏ (68,6% so với 1,6%) ($p < 0,001$). Thận là cơ quan tổn thương thường gặp nhất (25,1% ở viêm mạch, 15,7% ở LV; $p = 0,049$). Điều trị khác biệt rõ: viêm mạch dùng chủ yếu thuốc kháng viêm (kháng histamin 66%, colchicin 55%), trong khi LV điều trị theo hướng chống huyết khối (rivaroxaban 65%, pentoxifylline 61%) ($p < 0,001$).



Kết luận: Tại Phòng khám Viêm mạch, Bệnh viện Da liễu Trung ương, nhóm viêm mạch chiếm ưu thế so với giả viêm mạch, với đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, tổn thương cơ quan và hướng điều trị khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm. Việc phân biệt chính xác hai nhóm bệnh ngay từ giai đoạn chẩn đoán có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn phác đồ điều trị.

Từ khóa: *Giả viêm mạch; Livedoid vasculopathy; Mô hình bệnh; Viêm mạch.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mạch là nhóm bệnh tương đối phức tạp do biểu hiện lâm sàng đa dạng, tiêu chuẩn phân loại và chẩn đoán liên tục được cập nhật theo hệ thống danh pháp Chapel Hill (CHCC).¹ Ở da, thể thường gặp nhất là viêm mạch hoại tử bạch cầu (leukocytoclastic vasculitis) của các tiểu tĩnh mạch sau mao mạch ở trung bì, với dấu hiệu kinh điển là sản xuất huyết.² Phần bổ sung về danh pháp viêm mạch da năm 2018 đã chuẩn hóa thêm các thể bệnh và tiêu chuẩn chẩn đoán cho nhóm bệnh này.³

Bên cạnh các bệnh lý viêm mạch thực sự như viêm mạch IgA hay các viêm mao mạch nhỏ ở da khác, còn có nhiều bệnh lý biểu hiện tương tự viêm mạch nhưng không có cơ chế viêm thành mạch điển hình, gọi chung là giả viêm mạch (vasculitis mimics), điển hình là bệnh da xuất huyết dạng livedo (livedoid vasculopathy - LV), một rối loạn huyết khối - tắc mạch mạn tính của mạch máu nhỏ ở trung bì.⁴ LV biểu hiện bằng loét đau tái diễn ở chi dưới và để lại sẹo trắng teo da đặc trưng (atrophie blanche); về mô bệnh học là lắng đọng fibrin trong lòng mạch và hyalin hóa thành mạch mà không có dấu hiệu viêm mạch thực sự.⁵ Các bệnh này đều có thể biểu hiện bằng sản xuất huyết, dát tăng sắc tố hoặc ban dạng lưới, gây khó khăn trong chẩn đoán phân biệt.

Việc phân biệt giữa viêm mạch và giả viêm mạch có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng. Chẩn đoán không chính xác có thể dẫn đến sử dụng thuốc điều trị không phù hợp - chẳng hạn dùng thuốc kháng viêm, ức chế miễn dịch cho một bệnh lý có cơ chế tắc mạch - hoặc bỏ sót các trường hợp viêm mạch thực sự cần điều trị kháng viêm kịp thời, ảnh hưởng trực tiếp đến hiệu quả điều trị và tiên lượng bệnh.

Mô hình bệnh lý viêm mạch có thể khác nhau giữa các quốc gia và khu vực do ảnh hưởng của yếu tố chủng tộc, khí hậu và môi trường sống. Một số bệnh lý thường gặp hơn tại các nước nhiệt đới, trong khi một số thể viêm mạch khác lại hiếm gặp ở người châu Á. Tuy nhiên, hiện nay tại Việt Nam còn ít nghiên cứu mô tả đặc điểm của nhóm bệnh này tại các cơ sở chuyên khoa da liễu. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Mô hình bệnh lý tại phòng khám Viêm mạch - Bệnh viện Da liễu Trung ương" nhằm mô tả đặc điểm bệnh lý của nhóm bệnh viêm mạch và giả viêm mạch trong thực hành lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP



2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là toàn bộ hồ sơ bệnh án của người bệnh đến khám tại Phòng khám Viêm mạch máu, Bệnh viện Da liễu Trung ương từ ngày 01/05/2025 đến ngày 30/04/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: hồ sơ bệnh án có chẩn đoán xác định thuộc nhóm viêm mạch hoặc giả viêm mạch, có đầy đủ thông tin hành chính (họ tên, tuổi, giới, địa chỉ) và thông tin lâm sàng cần thiết cho nghiên cứu (đặc điểm tổn thương da, mô bệnh học nếu có, tổn thương cơ quan, điều trị).

Tiêu chuẩn loại trừ: hồ sơ bệnh án không đủ thông tin hoặc chẩn đoán chưa rõ ràng, không thuộc nhóm viêm mạch hoặc giả viêm mạch.

Trong thời gian nghiên cứu có 662 hồ sơ bệnh án, trong đó 620 hồ sơ đủ tiêu chuẩn được đưa vào phân tích; 42 hồ sơ bị loại trừ do không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xác định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu, thực hiện tại Phòng khám Viêm mạch máu, Bệnh viện Da liễu Trung ương, trong thời gian từ 01/05/2025 đến 30/04/2026. Cỡ mẫu được lấy theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện: toàn bộ hồ sơ bệnh án trong thời gian nghiên cứu được rà soát liên tiếp, những hồ sơ đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn (mục 2.1) được đưa vào phân tích; không tính cỡ mẫu theo công thức do đây là nghiên cứu mô tả. Do một số hồ sơ bị loại vì thiếu thông tin, mẫu nghiên cứu không đại diện đầy đủ cho toàn bộ quần thể bệnh nhân đến khám tại phòng khám trong giai đoạn này - đây cũng là một hạn chế của nghiên cứu. Người bệnh được phân loại vào nhóm viêm mạch hoặc giả viêm mạch dựa trên chẩn đoán xác định của bác sĩ chuyên khoa Da liễu, có đối chiếu với tiêu chuẩn phân loại Chapel Hill (CHCC) 2012 và phần bổ sung danh pháp viêm mạch da 2018 đối với nhóm viêm mạch, cùng các tiêu chuẩn chẩn đoán đặc hiệu về lâm sàng và mô bệnh học đối với từng thể giả viêm mạch. Các thông tin được thu thập từ hồ sơ bệnh án bao gồm đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới), đặc điểm tổn thương da, vị trí và hình thái tổn thương mô bệnh học đối với các trường hợp có sinh thiết da, tổn thương cơ quan và biểu hiện toàn thân, cùng phác đồ điều trị được chỉ định. Số liệu được nhập và quản lý trên file Excel, sau đó dùng R phân tích bằng các phép thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị tùy theo phân bố biến số) và thống kê suy luận (kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher's exact test cho biến định tính, kiểm định Wilcoxon rank-sum cho biến định lượng không tuân theo phân bố chuẩn), với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên số liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án lưu trữ, không can thiệp trên người bệnh. Mọi thông tin thu thập được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Nghiên

cứu được thông qua bởi Hội đồng khoa học (Quyết định số 4746 ngày 17 tháng 7 năm 2025 của trường Đại học Y Hà Nội) và Hội đồng Đạo đức (Quyết định số 105/HĐĐĐ-BVDLTW ngày 27 tháng 11 năm 2025).

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu theo nhóm chẩn đoán

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu theo nhóm chẩn đoán

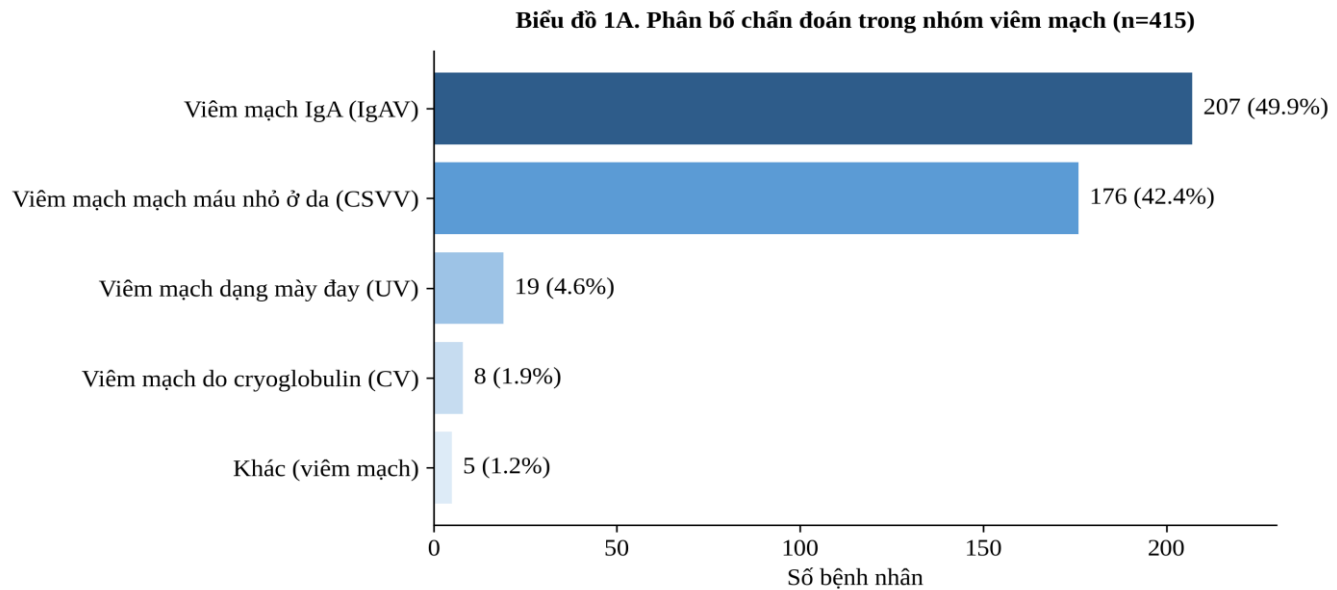
Đặc điểm	Viêm mạch N = 415 ¹	Giả viêm mạch N = 205 ¹	p-value ²
Tuổi (năm)	28,4 ± 18,2 / 23,0 [14,0–38,0]	40,5 ± 19,2 / 40,0 [25,0–53,0]	<0,001
Giới tính			0,12
Nam	151 (36,4%)	61 (29,8%)	
Nữ	264 (63,6%)	144 (70,2%)	

¹Mean ± SD/Median [Q1–Q3]; n(%). ²Wilcoxon rank sum test; Pearson's Chi-squared test.

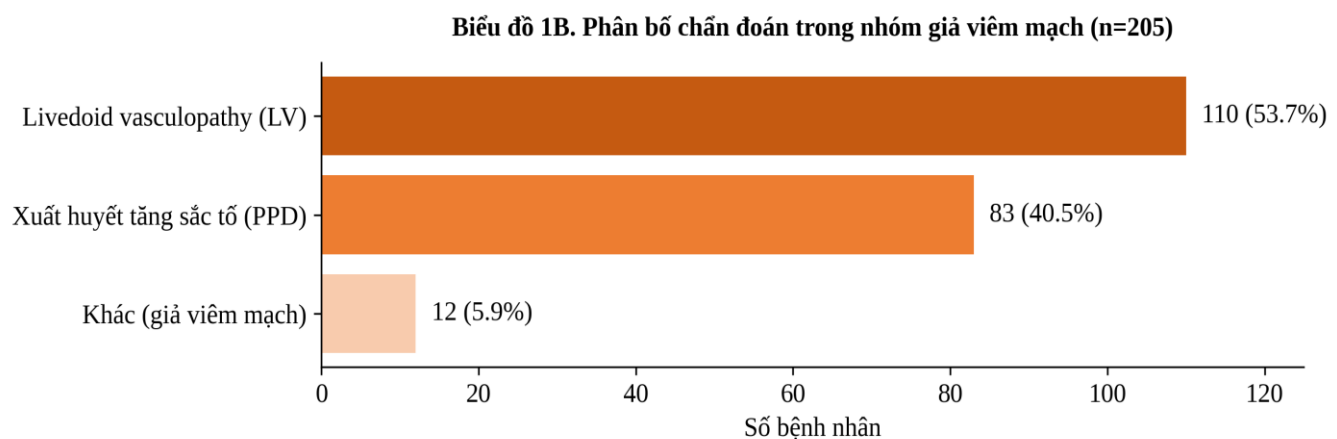
Nghiên cứu ghi nhận 620 bệnh nhân, trong đó nhóm viêm mạch chiếm 415 ca (66,9%) và nhóm giả viêm mạch 205 ca (33,1%). Nhóm viêm mạch có tuổi trung vị thấp hơn nhóm giả viêm mạch (23,0 so với 40,0 tuổi), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ nữ giới cao hơn nam ở cả hai nhóm (63,6% và 70,2%), nhưng khác biệt về phân bố giới giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,12$).

3.2. Tỷ lệ các bệnh lý tại Phòng khám Viêm mạch

Biểu đồ 1A. Phân bố chẩn đoán trong nhóm viêm mạch (n=415)



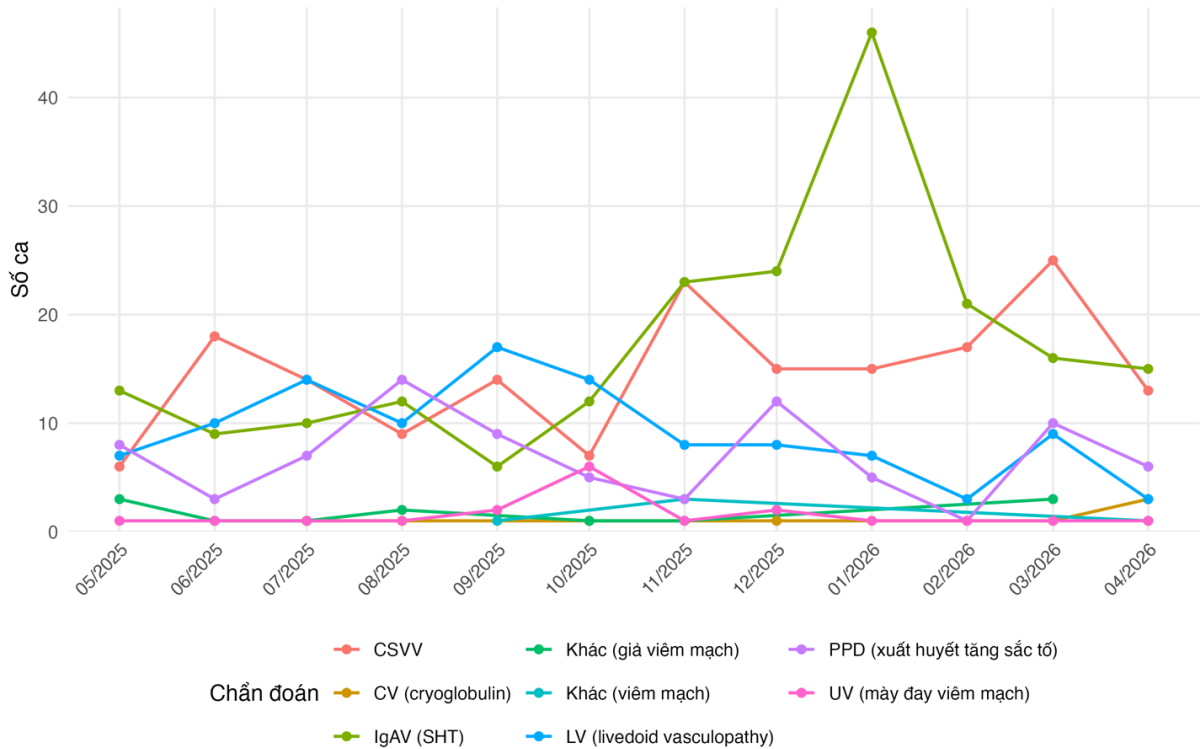
Biểu đồ 1B. Phân bố chẩn đoán trong nhóm giả viêm mạch (n=205)



Trong nhóm viêm mạch, IgAV là bệnh thường gặp nhất, chiếm 49,9% (207/415 ca), tiếp theo là CSVV với 42,4% (176/415); hai bệnh này chiếm 92,3% nhóm viêm mạch. Trong nhóm giả viêm mạch, LV đứng đầu với 53,7% (110/205), tiếp theo là PPD với 40,5% (83/205). Các bệnh ít gặp gồm UV (4,6% nhóm viêm mạch) và CV (1,9% nhóm viêm mạch).

3.3. Phân bố số ca theo tháng và chẩn đoán cụ thể

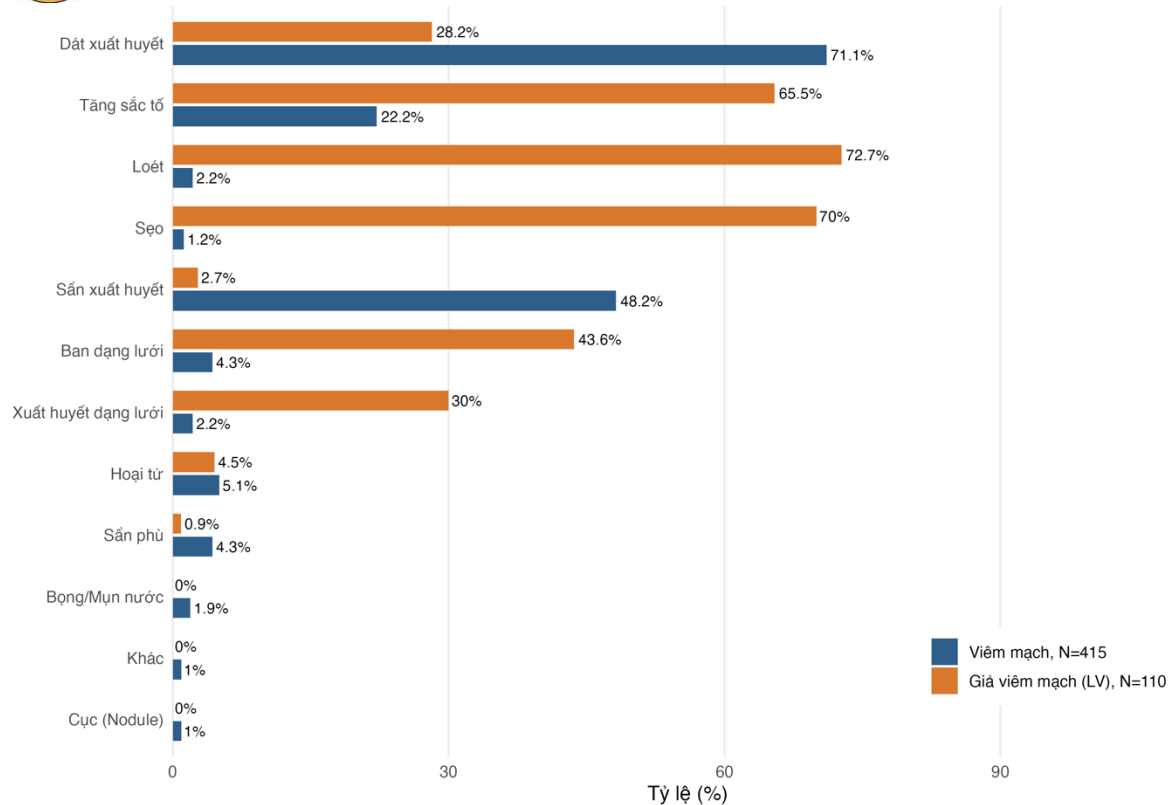
Biểu đồ 2. Phân bố số ca theo tháng của các chẩn đoán (n=620)



IgAV có dao động theo thời gian rõ rệt nhất, đạt đỉnh vào tháng 1/2026 (46 ca), gợi ý tính mùa vụ tập trung mùa đông - xuân. CSVV duy trì ổn định (6 - 25 ca/tháng), không thể hiện tính mùa vụ rõ. Trong nhóm giả viêm mạch, LV và PPD tập trung nhiều hơn vào nửa đầu chu kỳ (đỉnh tháng 9/2025 và 8/2025), gợi ý liên quan mùa hè - thu.

3.4. Đặc điểm tổn thương da ở nhóm viêm mạch và giả viêm mạch do tắc mạch

Biểu đồ 3. Đặc điểm tổn thương da cơ bản theo nhóm chẩn đoán (n=525)



Chú thích: n (%); Fisher's exact test.

Phân tích so sánh tổn thương da được thực hiện trên 525 bệnh nhân, gồm toàn bộ nhóm viêm mạch (n = 415) và nhóm LV (n = 110) - đại diện cho nhóm giả viêm mạch. Trong nhóm giả viêm mạch, chúng tôi chọn LV làm đại diện để phân tích so sánh vì hai lý do: (1) LV có cơ chế bệnh sinh khác hẳn viêm mạch (tắc mạch do huyết khối thay vì viêm thành mạch), kéo theo phác đồ điều trị đặc hiệu khác biệt nên chẩn đoán nhằm ảnh hưởng trực tiếp đến điều trị; (2) về mô bệnh học, LV có thể có thâm nhiễm viêm quanh mạch và thoát hồng cầu tương tự viêm mạch, khiến việc phân biệt khó ngay cả trên sinh thiết. PPD (xuất huyết tăng sắc tố - pigmented purpuric dermatosis) không được đưa vào so sánh chi tiết vì đây là nhóm bệnh mạn tính, lành tính, cơ chế bệnh sinh là thoát hồng cầu quanh các mao mạch nông ở trung bì nông do tăng tính thấm thành mạch, không có huyết khối hay viêm hoại tử thành mạch; biểu hiện lâm sàng (dát xuất huyết dạng chấm, tăng sắc tố) và hướng xử trí (chủ yếu theo dõi, không cần điều trị đặc hiệu) khác biệt rõ với cả viêm mạch và LV nên ít gây nhầm lẫn trên thực hành, do đó nguy cơ chẩn đoán nhầm ảnh hưởng đến điều trị thấp hơn so với LV.

Các đặc điểm tổn thương da khác biệt rõ giữa hai nhóm (hầu hết $p < 0,001$). Nhóm viêm mạch đặc trưng bởi dát xuất huyết (71%) và sẩn xuất huyết (48%). Nhóm LV đặc trưng bởi loét (73%), sẹo (70%), tăng sắc tố (65%) và ban dạng lưới (44%) - phản ánh cơ chế tắc mạch mạn tính. Các tổn thương không khác biệt giữa hai nhóm gồm hoại tử, cục, bong/mụn nước và sẩn phù ($p > 0,05$).

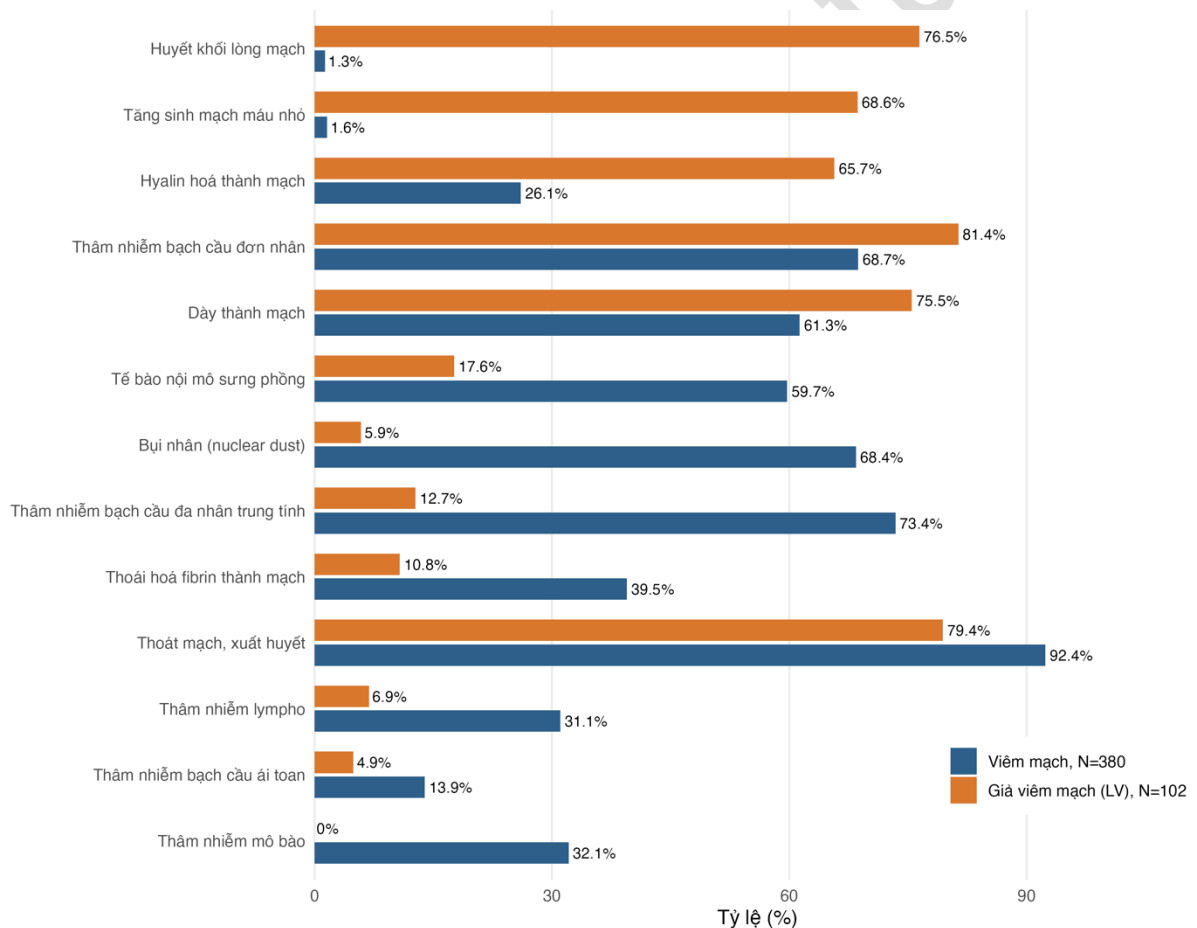
3.5. Đặc điểm tổn thương mô bệnh học theo nhóm bệnh

Trong số 620 bệnh nhân, có 383 ca viêm mạch và 103 ca LV được thực hiện sinh thiết da làm mô bệnh học ($486/525 = 92,6\%$; sinh thiết được chỉ định để chẩn đoán xác định nếu có sự đồng ý của bệnh nhân).

Về vị trí tổn thương mô bệnh học, trung bì là tầng tổn thương chủ đạo ở cả hai nhóm (99,0% ở LV và 99,0% ở viêm mạch; $p = 1,0$), tổn thương thượng bì khác biệt rõ rệt (85,4% ở LV so với 28,7% ở viêm mạch; $p < 0,001$), trong khi tổn thương hạ bì gặp với tỷ lệ thấp nhưng khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (8,7% ở LV so với 3,7% ở viêm mạch; $p = 0,039$).

Trong đó có 380 ca viêm mạch và 102 ca LV có đầy đủ tiêu bản tổn thương tại tầng trung bì được đưa vào phân tích chi tiết ở Biểu đồ 4.

Biểu đồ 4. Đặc điểm tổn thương trung bì theo nhóm chẩn đoán



Mô bệnh học trung bì khác biệt rõ giữa hai nhóm. Nhóm LV có tỷ lệ huyết khối lòng mạch (76,5% so với 1,3%) và tăng sinh mạch máu nhỏ (68,6% so với 1,6%) cao hơn hẳn nhóm viêm mạch. Ngược lại, nhóm viêm mạch có tỷ lệ thâm nhiễm bạch cầu đa nhân trung tính (73,4% so với 12,7%) và bụi nhân (68,4% so với 5,9%) cao hơn hẳn nhóm LV. Thoát mạch/xuất huyết

gặp nhiều ở cả hai nhóm (92,4% và 79,4%). Hyalin hoá thành mạch gặp nhiều hơn ở nhóm LV (65,7% so với 26,1%).

3.6. Tổn thương cơ quan và toàn thân

Bảng 2. Tổn thương cơ quan và triệu chứng toàn thân theo nhóm chẩn đoán

Tổn thương cơ quan & toàn thân	LV N = 110 ¹	Viêm mạch N = 415 ¹	p-value ²
Thận	16 (15,7%)	102 (25,1%)	0,049
Protein niệu ⁵ $\geq 2+$	3 (3,1%)	52 (13,4%)	0,002
Hồng cầu niệu ⁵ $\geq 2+$	14 (14,3%)	84 (21,6%)	0,12
Protein niệu 24h ⁵ $\geq 0,3$ g/24h	0 (0%)	20 (4,6%)	0,5
eGFR giảm (< 60 ml/phút/1,73m ²) ³	0 (0%)	5 (1,4%)	0,6
Cơ xương khớp	4 (3,6%)	75 (18,1%)	$< 0,001$
Tiêu hoá	0 (0%)	18 (4,3%)	0,019
Thần kinh (ngoại vi/trung ương)	1 (0,9%)	1 (0,2%)	0,4
Tai Mũi Họng	0 (0%)	1 (0,2%)	$> 0,9$
Tim mạch	1 (0,9%)	0 (0%)	0,2
Triệu chứng toàn thân ⁴	3 (2,7%)	23 (5,5%)	0,3

¹Tổn thương thận tính trên số bệnh nhân có làm ít nhất một xét nghiệm đánh giá thận (viêm mạch n = 407, LV n = 102); xác định khi có ít nhất một trong: protein niệu $\geq 2+$, hồng cầu niệu $\geq 2+$, protein niệu 24h $\geq 0,3$ g/24h, hoặc eGFR giảm (< 60 ml/phút/1,73m², công thức CKD-EPI 2021 cho người ≥ 18 tuổi hoặc Schwartz cho người < 18 tuổi)³; n (%). ²Fisher's exact test. Bệnh nhân không có kết quả creatinin được coi là không giảm eGFR khi tính biến tổng hợp này. ³eGFR tính theo công thức CKD-EPI 2021 (≥ 18 tuổi) hoặc Schwartz (< 18 tuổi); tính trên số bệnh nhân có đủ dữ liệu tính toán (viêm mạch n = 363, LV n = 92; do 13 ca viêm mạch và 1 ca LV < 18 tuổi có xét nghiệm creatinin nhưng thiếu dữ liệu chiều cao). ⁴Triệu chứng toàn thân bao gồm: sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$, sụt cân ($> 5\%/6$ tháng hoặc > 3 kg/tháng), mệt mỏi, đau cơ, chán ăn (biến thu thập dạng chọn nhiều đáp án); được ghi nhận khi có ít nhất một biểu hiện trên. Ngưỡng < 60 ml/phút/1,73m² được chọn theo phân loại KDIGO (Kidney Disease: Improving Global

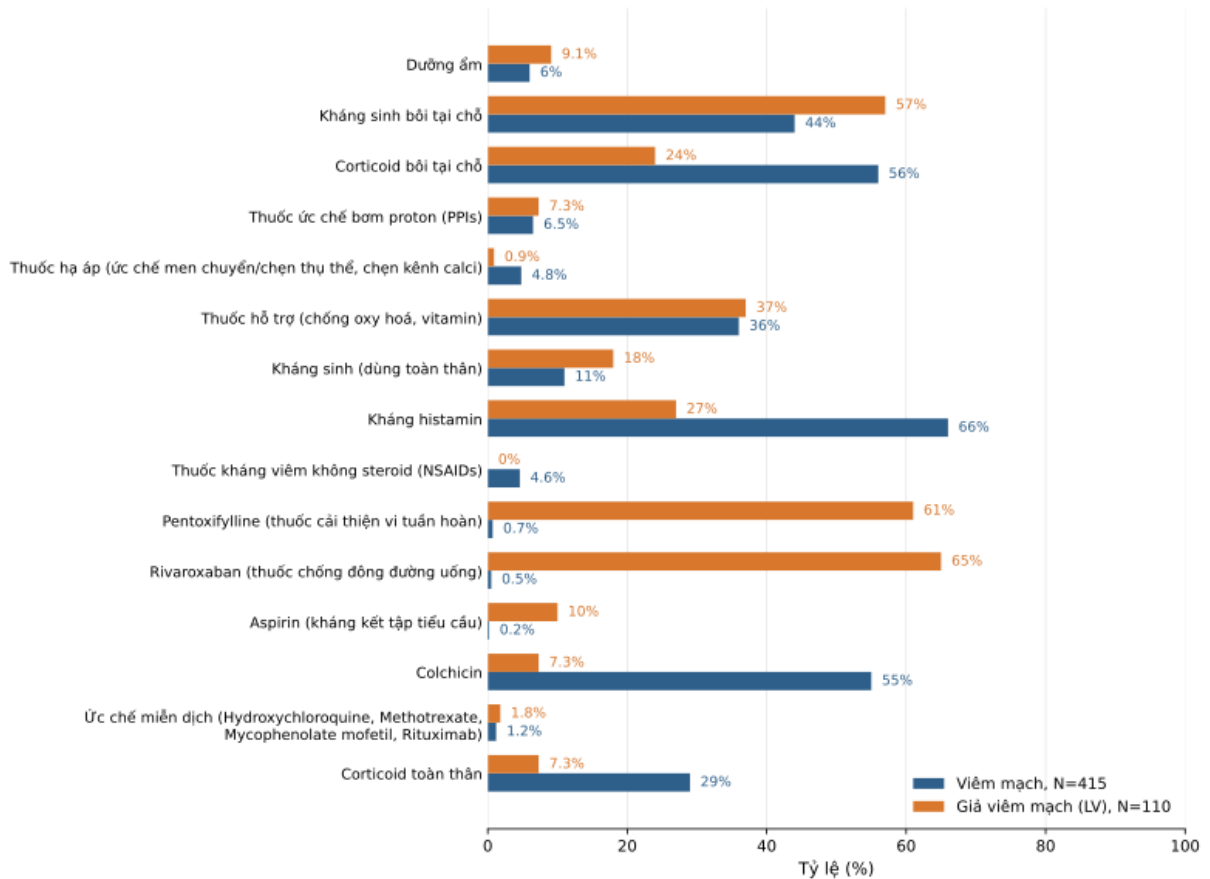


Outcomes), tương ứng giai đoạn bệnh thận mạn từ G3 trở lên - đây là ngưỡng có ý nghĩa lâm sàng độc lập để xác định suy giảm chức năng thận, không cần bằng chứng tổn thương thận kèm theo; trong khi eGFR 60-89 ml/phút/1,73m² (giai đoạn G2) chỉ được coi là bất thường khi có kèm dấu hiệu tổn thương thận khác (protein niệu, hồng cầu niệu) - các tiêu chí này đã được đưa vào biến tổng hợp "Tổn thương thận" một cách độc lập. ⁵Protein niệu $\geq 2+$ và hồng cầu niệu $\geq 2+$ tính trên số bệnh nhân có làm xét nghiệm nước tiểu tương ứng (viêm mạch n = 388, LV n = 98); protein niệu 24h tính trên số bệnh nhân có làm xét nghiệm này (viêm mạch n = 43, LV n = 2 - cỡ mẫu rất nhỏ, kết quả chỉ mang tính tham khảo).

Thận là cơ quan bị ảnh hưởng nhiều nhất ở cả hai nhóm (25,1% ở viêm mạch, 15,7% ở LV; p = 0,049). Trong đó, protein niệu $\geq 2+$ khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm (13,4% ở viêm mạch so với 3,1% ở LV; p = 0,002), trong khi hồng cầu niệu $\geq 2+$ (21,6% so với 14,3%; p = 0,12) và protein niệu 24h $\geq 0,3$ g/24h không khác biệt có ý nghĩa thống kê. eGFR giảm (< 60 ml/phút/1,73m²) gặp với tỷ lệ thấp và tương đương ở hai nhóm (1,4% ở viêm mạch so với 0% ở LV; p = 0,6). Tổn thương cơ xương khớp khác biệt rõ nhất giữa hai nhóm (18,1% ở viêm mạch so với 3,6% ở LV; p < 0,001); tổn thương tiêu hoá chỉ gặp ở nhóm viêm mạch (4,3%; p = 0,019). Triệu chứng toàn thân gặp ở thiểu số bệnh nhân cả hai nhóm, không khác biệt có ý nghĩa thống kê (5,5% ở viêm mạch so với 2,7% ở LV; p = 0,3).

3.7. Điều trị theo nhóm bệnh

Biểu đồ 5. Điều trị theo nhóm chẩn đoán



Nhóm viêm mạch điều trị chủ yếu bằng thuốc kháng viêm: kháng histamin (66%), corticoid bôi (56%), colchicin (55%) và corticoid toàn thân (29%). Nhóm LV điều trị bằng thuốc tác động lên cơ chế huyết khối - tắc mạch: rivaroxaban (65%), pentoxifylline (61%) và aspirin (10%), hầu như không dùng ở nhóm viêm mạch. Sự khác biệt này phản ánh trực tiếp cơ chế bệnh sinh khác nhau giữa hai nhóm hơn là ý nghĩa thống kê đơn thuần, do đó không nhấn mạnh kiểm định p cho phần này. Thuốc hỗ trợ và PPIs được dùng với tỷ lệ tương đương ở hai nhóm.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận 620 bệnh nhân đến khám tại Phòng khám Viêm mạch trong một năm, trong đó nhóm viêm mạch chiếm ưu thế rõ rệt (66,9%) so với nhóm giả viêm mạch (33,1%). Viêm mạch IgA và viêm mạch máu nhỏ ở da (CSVV) là hai chẩn đoán thường gặp nhất trong nhóm viêm mạch, trong khi livedoid vasculopathy (LV) chiếm đa số trong nhóm giả viêm mạch. Nhóm giả viêm mạch có tuổi cao hơn rõ rệt so với nhóm viêm mạch. Hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm tổn thương da, mô bệnh học, tổn thương cơ quan và hướng điều trị được lựa chọn, phản ánh sự khác biệt căn bản về cơ chế bệnh sinh: viêm thành mạch thực sự ở nhóm viêm mạch, và huyết khối - tắc mạch mạn tính không có viêm mạch thực sự ở nhóm LV.

Những khác biệt này phù hợp với bản chất bệnh sinh đã được y văn mô tả. Viêm mạch là nhóm bệnh đặc trưng bởi viêm thành mạch máu, dẫn đến thiếu máu, hoại tử hoặc xuất huyết tại mô được nuôi dưỡng, phân loại chủ yếu theo kích thước mạch tổn thương¹; ở da, thể thường gặp nhất là viêm mạch máu nhỏ, điển hình là viêm mạch hoại tử bạch cầu của các tiểu tĩnh mạch sau mao mạch ở trung bì với dấu hiệu kinh điển là sản xuất huyết.^{2,3,6} Ngược lại, giả viêm mạch - điển hình là LV - có mô bệnh học là lắng đọng fibrin trong lòng mạch, huyết khối và hyalin hóa thành mạch mà không có dấu hiệu viêm mạch thực sự.^{4,5} Sự khác biệt căn bản về cơ chế bệnh sinh này lý giải vì sao việc phân biệt chính xác hai nhóm ngay từ giai đoạn chẩn đoán có ý nghĩa lâm sàng then chốt đối với lựa chọn hướng điều trị: viêm mạch hướng tới điều trị kháng viêm và điều hòa miễn dịch, trong khi LV cần điều trị chống huyết khối.^{4,8}

Tuổi trung bình của nhóm giả viêm mạch cao hơn rõ rệt so với nhóm viêm mạch, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của từng nhóm: viêm mạch IgA - chẩn đoán chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm viêm mạch - thường khởi phát ở trẻ em và người trẻ, với hơn 90% trường hợp gặp ở trẻ em, trong khi LV là bệnh của người trưởng thành.^{7,9} Hai chẩn đoán phổ biến nhất ở nhóm viêm mạch là viêm mạch IgA và các viêm mạch máu nhỏ ở da khác, phản ánh thực tế rằng các thể viêm mạch phức hợp miễn dịch của mạch máu nhỏ là nhóm thường gặp nhất tại cơ sở da liễu.^{2,6} Ưu thế nữ ở cả hai nhóm và tỷ lệ nữ:nam trong nhóm LV tương đồng với y văn (khoảng 2,4-3 nữ trên mỗi nam).⁵

Về tổn thương da, dát và sản xuất huyết - biểu hiện điển hình của viêm mạch máu nhỏ^{2,6} - chiếm ưu thế rõ ở nhóm viêm mạch, trong khi loét, sẹo, tăng sắc tố và ban dạng lưới đặc trưng cho nhóm LV, phù hợp cơ chế tắc mạch mạn tính biểu hiện bằng loét đau tái diễn và sẹo trắng teo da.⁴ Phân tích mô bệnh học củng cố sự khác biệt này: các dấu hiệu của viêm mạch hoại tử bạch cầu (thâm nhiễm bạch cầu đa nhân trung tính quanh mạch, bụi nhân, thoái hóa fibrin thành mạch) chiếm ưu thế ở nhóm viêm mạch, đúng với định nghĩa mô bệnh học kinh điển^{2,3,6}; trong khi huyết khối trong lòng mạch và tăng sinh mạch máu nhỏ đặc trưng cho LV, thống nhất với y văn rằng LV được xác định bởi huyết khối và hyalin hóa thành mạch mà không có viêm mạch thực sự.^{4,5}

Về tổn thương ngoài da, tổn thương thận gặp nhiều hơn ở nhóm viêm mạch, phù hợp với khả năng tổn thương thận trong các thể viêm mạch hệ thống như viêm mạch IgA, vốn có bộ tứ kinh điển gồm ban xuất huyết, viêm khớp, đau bụng và đái máu.^{7,9} Tương tự, tổn thương cơ xương khớp và tiêu hóa gặp nhiều hơn ở nhóm viêm mạch, phản ánh đặc điểm tổn thương đa cơ quan của bệnh. Khác biệt này thể hiện rõ trong điều trị: nhóm viêm mạch dùng chủ yếu kháng histamin, corticoid bôi tại chỗ, colchicin và corticoid toàn thân, trong khi nhóm LV điều trị theo hướng chống huyết khối với rivaroxaban và pentoxifylline chiếm ưu thế- tương ứng chiến lược



nhắm vào cơ chế tăng đông và cải thiện vi tuần hoàn.^{4,8} Sự tương phản này càng khẳng định giá trị thực tiễn của việc phân biệt chính xác viêm mạch với giả viêm mạch ngay từ giai đoạn chẩn đoán.

5. KẾT LUẬN

Tại Phòng khám Viêm mạch, Bệnh viện Da liễu Trung ương, viêm mạch IgA và CSVV là các bệnh thường gặp nhất trong nhóm viêm mạch, còn livedoid vasculopathy là bệnh thường gặp nhất trong nhóm giả viêm mạch. Lâm sàng và cận lâm sàng của hai nhóm có sự khác biệt rõ rệt: viêm mạch đặc trưng bởi dát/sẩn xuất huyết, hình ảnh viêm mạch hoại tử bạch cầu trên mô bệnh học và điều trị kháng viêm; trong khi livedoid vasculopathy đặc trưng bởi loét, sẹo, huyết khối lòng mạch và điều trị chống huyết khối. Cần chẩn đoán phân biệt chính xác và tiếp cận điều trị phù hợp ngay từ đầu để quản lý bệnh sớm và hiệu quả.

Cam kết không xung đột lợi ích

Nghiên cứu không nhận nguồn tài trợ nào. Các tác giả đã thống nhất về nội dung khoa học và đóng góp của từng tác giả trong quá trình thực hiện và hoàn thiện bản thảo, đồng thời cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến kết quả nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, et al. 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013;65(1):1-11. doi:10.1002/art.37715
2. Carlson JA, Chen KR. Cutaneous vasculitis update: small vessel neutrophilic vasculitis syndromes. *Am J Dermatopathol.* 2006;28(6):486-506. doi:10.1097/01.dad.0000246646.45651.a2
3. Sunderkötter CH, Zelger B, Chen KR, et al. Nomenclature of cutaneous vasculitis: dermatologic addendum to the 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheumatol.* 2018;70(2):171-184. doi:10.1002/art.40375
4. 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
5. Criado PR, Rivitti EA, Sotto MN, et al. Livedoid vasculopathy: an intriguing cutaneous disease. *An Bras Dermatol.* 2011;86(5):961-977. doi: 10.1590/s0365-05962011000500015
6. Fraticelli P, Benfaremo D, Gabrielli A. Diagnosis and management of leukocytoclastic vasculitis. *Intern Emerg Med.* 2021;16(4):831-841. doi:10.1007/s11739-021-02688-x

7. Hetland LE, Susrud KS, Lindahl KH, et al. Henoch-Schönlein purpura: a literature review. *Acta Derm Venereol.* 2017;97(10):1160-1166. doi:10.2340/00015555-2733
8. Micieli R, Alavi A. Treatment for Livedoid Vasculopathy: A Systematic Review. *JAMA Dermatol.* 2018;154(2):193-202. doi: 10.1001/jamadermatol.2017.4374
9. Trapani S, Micheli A, Grisolia F, et al. Henoch Schonlein purpura in childhood: epidemiological and clinical analysis of 150 cases over a 5-year period and review of literature. *Semin Arthritis Rheum.* 2005;35(3):143-153. doi:10.1016/j.semarthrit.2005.08.007

SUMMARY

Original research

DISEASE MANAGEMENT PATTERN AT THE VASCULITIS CLINIC OF THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Thanh Phuong Le, MD¹, Doanh Huu Le, MD, PhD^{1,2}, Linh Thuy Nguyen, MD², Trang Kieu Nguyen, MD³, Tam Thi Thanh Tran, MD², Thu Thi Hoai Le, MD², Nham Duy Nguyen, MD², and Luong Huy Vu, MD, PhD^{1,2,*}

¹*Hanoi Medical University*

²*National Hospital of Dermatology and Venereology*

³*Friendship Hospital*

**Corresponding author: Luong Huy Vu; email: vuhuyluong@hmu.edu.vn*

ABSTRACT

Objectives: To describe the disease pattern at the Vasculitis Clinic of the National Hospital of Dermatology and Venereology from May 1, 2025 to April 30, 2026.

Methods: A cross-sectional descriptive study, using convenience sampling, of 620 medical records with a confirmed diagnosis of vasculitis or a vasculitis mimic and complete administrative and clinical data, eligible medical records at the Vasculitis Clinic of the National Hospital of Dermatology and Venereology during the study period. Data were analyzed using frequency (n), percentage (%), and appropriate statistical tests.

Results: A total of 620 patients were recorded, with the vasculitis group accounting for 415 cases (66.9%) and the pseudovasculitis (vasculitis mimics) group for 205 cases (33.1%). The pseudovasculitis group had a significantly higher mean age (40.5 ± 19.2 vs 28.4 ± 18.2 years; $p < 0.001$), and both groups had a female predominance, with no significant difference between groups (63.6% and 70.2%; $p = 0.12$). IgA vasculitis (49.9% of the vasculitis group) and CSVV (42.4% of the vasculitis group) were the most common diagnoses; livedoid vasculopathy (LV, 53.7% of the mimic group) was the most common mimic. The vasculitis group was characterized by hemorrhagic macules (71%) and papules (48%), while the LV group was



characterized by ulcers (73%), scars (70%), and hyperpigmentation (65%) ($p < 0.001$). Histopathology showed leukocytoclastic features in the vasculitis group, while the LV group was defined by intravascular thrombosis (76.5% vs 1.3%) and small vessel proliferation (68.6% vs 1.6%) ($p < 0.001$). Renal involvement was the most frequent systemic manifestation (25.1% in vasculitis, 15.7% in LV; $p = 0.049$). Treatment differed accordingly: the vasculitis group received mainly anti-inflammatory agents (antihistamines 66%, colchicine 55%), while the LV group received antithrombotic therapy (rivaroxaban 65%, pentoxifylline 61%) ($p < 0.001$).

Conclusion: True vasculitis predominated over vasculitis mimics at the clinic, with the two groups differing substantially in clinical lesions, histopathology, organ involvement, and treatment approach, underscoring the practical value of accurate differentiation between vasculitis and its mimics.

Keywords: *Disease pattern; Livedoid vasculopathy; Vasculitis; Vasculitis mimics.*