

Đánh giá nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân vẩy nến thông thường bằng thang điểm Score2

Evaluating the cardiovascular risk in psoriasis vulgaris patients using Score2

Ngô Xuân Hoàng* và Ngô Minh Vinh

Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Tóm tắt

Mục tiêu: Vẩy nến là một bệnh viêm hệ thống, có thể dẫn đến các bệnh lý tim mạch kèm theo. Nghiên cứu này nhằm đánh giá nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân vẩy nến thông thường bằng cách sử dụng thang điểm SCORE2 (the Systematic COronary Risk Evaluation 2). **Đối tượng và phương pháp:** Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang có đối chứng so sánh, bao gồm 30 bệnh nhân vẩy nến thông thường và 30 người không mắc vẩy nến bắt cặp về tuổi, giới. Bệnh vẩy nến thông thường được chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng và mức độ nặng của bệnh được đánh giá thông qua chỉ số PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Nguy cơ tim mạch được tính toán dựa trên thang điểm SCORE2. Phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm SPSS. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 66,67%. Một số yếu tố có liên quan đến bệnh vẩy nến thông thường như hút thuốc lá, nồng độ HDL-c, và béo bụng trung tâm ($p < 0,05$). Khi sử dụng thang điểm SCORE2, nguy cơ tim mạch cao chiếm ưu thế ở nhóm bệnh nhân vẩy nến so với nhóm chứng (33,33% so với 6,67%, $p = 0,01$). Chúng tôi phát hiện rằng nguy cơ tim mạch cao có liên quan đến hội chứng chuyển hóa ($p = 0,02$). **Kết luận:** Ở bệnh nhân vẩy nến thông thường, kết quả của chúng tôi ghi nhận nguy cơ tim mạch cao đáng kể khi sử dụng thang điểm SCORE2, so với nhóm chứng. Nguy cơ cao này có liên quan đến sự hiện diện của hội chứng chuyển hóa. Điều này gợi mở nhu cầu xây dựng các chiến lược tầm soát hiệu quả cho bệnh nhân vẩy nến trong tương lai.

Từ khóa: Vẩy nến thông thường, the Systematic COronary Risk Evaluation 2 (SCORE2), nguy cơ tim mạch.

Summary

Objective: Psoriasis is a systemic inflammatory disease, which leads to cardiovascular comorbidities. This study aims to assess the cardiovascular risk in psoriasis vulgaris patients using SCORE2 (the Systematic COronary Risk Evaluation 2). **Subject and method:** This comparative cross-sectional study with a control group, involved 30 patients with psoriasis vulgaris and 30 non-psoriasis individuals. We confirmed psoriasis vulgaris by clinical symptoms and evaluated the disease's severity using the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) score. We also calculated the cardiovascular risk based on the SCORE2 scale. Data analysis was performed by SPSS. **Result:** Male patients accounted for 66.67%. Some factors were associated with psoriasis vulgaris, such as smoking, HDL-c level, and central obesity ($p < 0.05$). Using the SCORE2 scale, high cardiovascular risk was dominant in patients with psoriasis compared to the controls (33.33% versus 6.67%, $p = 0.01$). We discovered that high cardiovascular risk was associated with metabolic syndrome ($p = 0.02$). **Conclusion:** In patients with psoriasis vulgaris, our results noted a

Ngày nhận bài: 05/01/2026, ngày chấp nhận đăng: 15/01/2026

* Tác giả liên hệ: hoangnxmd@gmail.com - Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

significantly high risk using the SCORE2 scale, compared to the controls. A high-risk score is associated with the presence of metabolic syndrome. This encourages us to build effective screening strategies for psoriasis patients in the future.

Keywords: Psoriasis vulgaris, Systematic Coronary Risk Evaluation 2 (SCORE2), cardiovascular risk.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vẩy nến là một bệnh viêm hệ thống với các tổn thương da đặc trưng. Các cytokine tham gia vào cơ chế bệnh sinh của vẩy nến cũng được quan sát thấy trong bệnh xơ vữa động mạch. Bệnh nhân vẩy nến có nguy cơ cao mắc các bệnh lý tim mạch kèm theo¹. Gần đây, Hội Tim mạch châu Âu (ESC) đã khuyến nghị sử dụng thang điểm Đánh giá nguy cơ mạch vành có hệ thống 2 (SCORE2)², bên cạnh thang điểm Framingham³, nhằm đánh giá nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm đối với những người trên 40 tuổi⁴. Đây được xem là bước đầu tiên trong việc quản lý hiệu quả bệnh nhân. Nhiều nghiên cứu đã áp dụng mô hình SCORE2 để đánh giá nguy cơ tim mạch ở bệnh tiểu đường, bệnh thận mạn,... Tuy nhiên, chỉ có rất ít nghiên cứu áp dụng mô hình SCORE2 ở bệnh nhân vẩy nến⁵ và hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm ở bệnh nhân vẩy nến thông thường tại Việt Nam. Đây chính là mục tiêu của nghiên cứu này, nhằm khuyến khích việc áp dụng mô hình SCORE2 trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu nhóm bệnh gồm 30 bệnh nhân vẩy nến thông thường bắt cặp về tuổi, giới với 30 người không bị vẩy nến (nhóm chứng).

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân độ tuổi từ 40-70 tuổi (theo phạm vi áp dụng của thang điểm SCORE 2) và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nhóm bệnh nhân vẩy nến thông thường phải được chẩn đoán bởi bác sĩ da liễu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân từng được chẩn đoán bệnh lý tim mạch, bệnh lý mạch máu não, bệnh lý chuyển hóa, bệnh lý viêm hệ thống được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án và/hoặc đơn thuốc gần nhất. Phụ nữ có thai hoặc cho con bú. Bệnh nhân từng điều trị bằng thuốc sinh học hoặc các thuốc toàn thân.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có đối chứng so sánh.

Cỡ mẫu: Nghiên cứu lựa chọn 30 bệnh nhân vẩy nến và 30 bệnh nhân không vẩy nến.

Nhóm bệnh: Chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ số lượng dự kiến.

Nhóm chứng: Chọn mẫu có mục đích bắt cặp về tuổi, giới với từng bệnh nhân trong nhóm bệnh.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Chúng tôi thu thập dữ liệu thông qua bảng câu hỏi. Tất cả thông tin nhân khẩu học và đặc điểm lâm sàng đều được các điều tra viên phỏng vấn trực tiếp. Mẫu máu lúc đói được lấy và xử lý theo quy trình của bệnh viện để phân tích kết quả sinh hóa. Bệnh nhân vẩy nến được tính vào nhóm khởi phát sớm khi được chẩn đoán bệnh vẩy nến thông thường lần đầu trước 40 tuổi⁶. Áp dụng ngưỡng cắt cho tình trạng béo bụng trung tâm ở châu Á là 90cm đối với nam, và 80 cm đối với nữ⁷. Hội chứng chuyển hóa được xác định dựa trên tiêu chuẩn của Chương trình Giáo dục Quốc gia về Cholesterol (NCEP) đã được điều chỉnh phù hợp với người châu Á⁸.

Sau đó, chúng tôi tính toán nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm bằng mô hình SCORE2 với sáu yếu tố, bao gồm: Tuổi, giới tính, tình trạng hút thuốc lá, huyết áp tâm thu (mmHg), tổng cholesterol máu (mmol/L) và cholesterol lipoprotein tỷ trọng cao - HDL-c (mmol/L)⁵. Việc tính toán được thực hiện trên công cụ sau: <https://www.mdcalc.com/calc/10499/systematic-coronary-risk-evaluation-score2>

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Biến định tính trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ (%). Biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình (TB) và độ lệch chuẩn (ĐLC) (phân phối chuẩn) hoặc trung vị (TV) và khoảng tứ phân vị (KTPV) (phân phối

không chuẩn). Phép kiểm mối liên quan giữa 2 biến định tính là Chi bình phương hoặc Fisher. Phép kiểm mối liên quan giữa 1 biến định lượng và 1 biến định tính là Student's t-test (nếu phân phối chuẩn) hoặc Mann Whitney (nếu phân phối không chuẩn). Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 01/2023 đến tháng 9/2023.

Địa điểm: Khoa khám bệnh của Bệnh viện Đa liểu Thành phố Hồ Chí Minh (Số 2, Nguyễn Thông, Phường Xuân Hòa, TP. Hồ Chí Minh).

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong Y sinh học của trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (Số: 756/TĐHYKPNT - HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi thu nhận 30 bệnh nhân vảy nến thông thường và 30 người đối chứng, với tỷ lệ nam giới chiếm 66,67%. Tuổi trung bình của mẫu là $52,08 \pm 7,71$ (tuổi). Một số đặc điểm dân số - xã hội học và chuyển hóa ghi nhận như sau:

Bảng 1. So sánh đặc điểm dân số-xã hội học và chuyển hóa của mẫu nghiên cứu

	Nhóm vảy nến (n = 30)	Nhóm chứng (n = 30)	Tổng (n = 60)	Giá trị <i>p</i>
Hút thuốc lá; n (%)	19 (63,33%)	8 (26,67%)	27 (45%)	0,004 [†]
Chỉ số khối cơ thể (BMI) (kg/cm ²); TB $\pm$ ĐLC	22,92 $\pm$ 2,44	22,46 $\pm$ 2,02	22,69 $\pm$ 2,23	0,432*
Huyết áp trung bình (mmHg); TV (KTPV)	102 (96 - 109)	99,5 (94 - 102,67)	100 (94,83- 105,5)	0,156**
Glucose máu (mg/dl); TV (KTPV)	101,88 (92,52 - 123,84)	105,12 (98,1 - 112,5)	104,76 (95,13 - 113,4)	0,848**
Triglyceride máu (mg/dl); TV (KTPV)	132,86 (108,95 - 240,92)	144,82 (92,12 - 261,29)	134,19 (95,66 - 256,86)	0,723**
Tổng cholesterol máu (mg/dl); (TB $\pm$ ĐLC)	189,37 $\pm$ 43,42	185,91 $\pm$ 35,56	187,64 $\pm$ 39,39	0,737*
Cholesterol lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL-c) (mg/dl); TB $\pm$ ĐLC	108,79 $\pm$ 40,16	99,51 $\pm$ 27,09	104,15 $\pm$ 34,29	0,299*
HDL-c máu (mg/dl), TV (KTPV)	43,50 (38,67 - 52,59)	50,66 (46,02 - 63,81)	47,95 (40,41 - 55,68)	0,042**
Béo bụng trung tâm, n (%)	19 (63,33%)	5 (16,67%)	24 (40%)	<0,001 [†]
Tăng huyết áp, n (%)	23 (76,67%)	18 (60%)	41 (68,33%)	0,165 [†]
Tăng đường huyết, n (%)	15 (50%)	20 (66,67%)	35 (58,33)	0,190 [†]
Tăng Triglyceride máu, n (%)	12 (40%)	15 (50%)	27 (45%)	0,436 [†]
Hạ HDL-cholesterol trong máu, n (%)	16 (53,33%)	10 (33,33%)	26 (43,33%)	0,118 [†]
Hội chứng chuyển hóa, n (%)	19 (63,33%)	13 (43,33%)	32 (53,33%)	0,121 [†]

[†] Kiểm định Chi bình phương [mô tả biến số dưới dạng tần số (tỷ lệ)]

* Kiểm định Student t [mô tả biến số dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn]

** Kiểm định Mann-Whitney U [mô tả biến số dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị)]

Nhận xét: Tỷ lệ hút thuốc lá và béo bụng trung tâm ở nhóm vảy nến cao hơn đáng kể so với nhóm chứng ($p < 0,05$). Trong khi đó, nồng độ HDL-cholesterol ở nhóm vảy nến cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng ($p = 0,042$).

Bảng 2. So sánh nguy cơ tim mạch 10 năm trong mẫu nghiên cứu

Nguy cơ tim mạch	Nhóm vảy nến (n = 30)	Nhóm đối chứng (n = 30)	Giá trị p OR (KTC 95%)
+ Thấp - trung bình	20 (66,7%)	28 (93,3%)	0,01 [†] 7,01 (1,38-35,48)
+ Cao	10 (33,3%)	2 (6,67%)	

[†] Kiểm định Chi bình phương [mô tả biến số dưới dạng tần số (tỷ lệ)]

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa về nguy cơ tim mạch giữa nhóm vảy nến và nhóm chứng (p=0,01).

Bảng 3. Các yếu tố liên quan với SCORE2 ở bệnh nhân vảy nến

		Nguy cơ tim mạch 10 năm (SCORE2)		Giá trị p OR (KTC 95%)
		Thấp - Trung bình (n=20)	Cao (n=10)	
Béo bụng; n (%)		11 (55%)	4 (40%)	0,439[†] 0,545 (0,12-2,55)
Nhóm PASI; n (%)	Nhẹ	6 (30%)	2 (20%)	0.370 [‡]
	Trung bình	11 (55%)	4 (40%)	
	Nặng	3 (15%)	4 (40%)	
Khởi phát vảy nến sớm; n (%)		7 (35%)	0 (0%)	0,064 [†] 1,77 (1,24-2,53)
Tiền sử gia đình bị vảy nến; n (%)		4 (20%)	1 (10%)	0,640 [†] 0,44 (0,04-4,61)
Hội chứng chuyển hóa; n (%)		7 (35%)	8 (80%)	0,020 [†] 7,43 (1,23-45,01)

[†] Kiểm định Chi bình phương [mô tả biến số dưới dạng tần số (tỷ lệ)]

[‡] Kiểm định Fisher [mô tả biến số dưới dạng tần số (tỷ lệ)]

Nhận xét: Ở nhóm vảy nến, kết quả ghi nhận hội chứng chuyển hóa chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm nguy cơ tim mạch cao (80%; p=0,02).

IV. BÀN LUẬN

Về các yếu tố nguy cơ tim mạch, chúng tôi ghi nhận rằng tỷ lệ bệnh nhân vảy nến thông thường có nguy cơ tim mạch cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (Bảng 1). Các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy kết quả tương tự, đặc biệt là phân tích gộp của Richer V và cộng sự (2016)⁹. Các chất trong thuốc lá có thể tương tác với nhiều gen ở bệnh nhân vảy nến, từ đó khởi phát hoặc làm nặng thêm bệnh, và góp phần dẫn đến xơ vữa động mạch. Ngoài ra, thuốc lá còn được chứng minh làm giảm hiệu quả của các thuốc sinh học trong điều trị vảy nến⁹.

Chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ béo bụng trung tâm cao ở nhóm bệnh nhân vảy nến so với nhóm chứng (66,33% so với 16,67%, p<0,001, Bảng 1). Có mối liên hệ chặt chẽ giữa béo bụng trung tâm và bệnh vảy nến; đây được xem là một yếu tố nguy cơ độc lập của bệnh¹⁰. Bên cạnh đó, nồng độ HDL-c có sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm (p<0,05, Bảng 1); điều này phù hợp với các khuyến cáo của Hiệp hội Da liễu Hoa Kỳ¹. Vai trò then chốt của rối loạn lipid máu trong việc làm tăng nguy cơ tim mạch đã được đề cập trong nhiều nghiên cứu trước đó, liên quan đến yếu tố di truyền, cơ chế bệnh sinh và các thử nghiệm lâm sàng - tất cả đều chỉ ra hậu quả chính là hình thành mảng xơ vữa¹.

Trong số nhiều mô hình đánh giá nguy cơ tim mạch, chúng tôi nhận thấy rằng mô hình SCORE2 là

một trong những mô hình ưu việt (thậm chí vượt trội hơn so với mô hình Framingham truyền thống⁴⁾ qua nhiều nghiên cứu đã được công bố. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nguy cơ tim mạch cao trong 10 năm ở bệnh nhân vẩy nến thông thường cao hơn so với nhóm chứng (33,33% so với 6,67%; $p=0,01$, Bảng 2). Kết quả tương tự cũng được ghi nhận ở các mô hình đánh giá khác như SCORE, DORICA hoặc REGICOR³.

Ở nhóm bệnh nhân vẩy nến, chúng tôi phát hiện rằng hội chứng chuyển hóa có liên quan đến nhóm nguy cơ cao theo mô hình SCORE2 ($p<0,05$, Bảng 3). Điều này cho thấy mối liên hệ giữa tình trạng đề kháng insulin và các bệnh lý tim mạch đi kèm ở bệnh nhân vẩy nến. Về mặt lý thuyết, hiện tượng viêm hệ thống có thể dẫn đến nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân vẩy nến thông qua sự rối loạn tổng hợp lipid, từ đó gây ra tình trạng đề kháng insulin và gia tăng nguy cơ mắc bệnh lý kèm theo.¹ Đồng thời, các cytokine tiền viêm tương tự cũng tham gia vào cơ chế bệnh sinh của cả vẩy nến và xơ vữa động mạch, cho thấy mối liên kết giữa hai bệnh lý này¹.

Chúng tôi nhận thấy rằng bệnh nhân vẩy nến khởi phát sớm có tỷ lệ “Nguy cơ tim mạch cao” thấp hơn nhóm chứng, mặc dù sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$, Bảng 3). Điều này có thể được lý giải là do việc chẩn đoán và điều trị sớm ở các bệnh nhân này đã góp phần làm giảm nguy cơ tim mạch. Mặc khác, sự phát hiện này đặt giả thuyết cho các nghiên cứu sau này về mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ tim mạch và gen HLA-C6 trong nhóm vẩy nến khởi phát sớm⁶. Tuy nhiên, mức độ nặng của bệnh dường như không liên quan đến nguy cơ tim mạch trong 10 năm. Chúng tôi đưa ra giả thuyết rằng việc điều trị trước đó có thể làm gián đoạn mối liên hệ giữa chỉ số PASI và nguy cơ tim mạch. Đây cũng được xem là một trong những hạn chế của nghiên cứu: cần có thêm các nghiên cứu ở nhóm bệnh nhân vẩy nến chưa từng điều trị để làm rõ mối liên hệ tiềm tàng giữa mức độ nặng của bệnh và nguy cơ tim mạch.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nguy cơ tim mạch cao trong 10 năm ở bệnh nhân vẩy nến thông thường cao hơn so với nhóm chứng. Nguy cơ cao này có liên quan đến sự hiện diện của hội chứng chuyển hóa. Điều này gợi mở nhu cầu xây dựng các chiến lược tầm soát hiệu quả cho bệnh nhân vẩy nến trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Takeshita J, Grewal S, Langan SM et al (2017) *Psoriasis and comorbid diseases: Epidemiology*. Journal of the American Academy of Dermatology. 2017;76(3):377-390. doi:10.1016/j.jaad.2016.07.064
2. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. Eur Heart J. 42(25): 2439-2454. doi:10.1093/eurheartj/ehab309
3. Fernández-Torres R, Pita-Fernández S, Fonseca E (2013) *Psoriasis and cardiovascular risk. Assessment by different cardiovascular risk scores*. J Eur Acad Dermatol Venereol 27(12): 1566-1570. doi:10.1111/j.1468-3083.2012.04618.x
4. Günaydin ZY, Karagöz A, Bektaş O et al (2016) *Comparison of the Framingham risk and SCORE models in predicting the presence and severity of coronary artery disease considering SYNTAX score*. Anatol J Cardiol 16(6): 412-418. doi:10.5152/AnatolJCardiol.2015.6317
5. Makavos G, Ikonomidis I, Lambadiari V et al (2023) *Additive prognostic value of longitudinal myocardial deformation to SCORE2 in psoriasis*. Eur Heart J Open 3(2): oead016. doi:10.1093/ehjopen/oead016
6. Fatema F, Ghoshal L, Saha A, Agarwal S, Bandyopadhyay D (2021) *Early-Onset Versus Late-Onset Psoriasis: A Comparative Study of Clinical Variables, Comorbidities, and Association with HLA CW6 in a Tertiary Care Center*. Indian J Dermatol 66(6):705. doi:10.4103/ijd.ijd_45_21
7. *Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation*. Accessed December 31, 2025.

- <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501491>
8. *The applicability of the Asian modified criteria of the metabolic syndrome in the Korean population* - PubMed. Accessed December 19, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16682089/>
 9. Richer V, Roubille C, Fleming P et al (2016) *Psoriasis and Smoking: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis With Qualitative Analysis of Effect of Smoking on Psoriasis Severity*. J Cutan Med Surg. 20(3): 221-227. doi:10.1177/1203475415616073
 10. Han JH, Lee JH, Han KD et al (2019) *Increased risk of psoriasis in subjects with abdominal obesity: A nationwide population-based study*. J Dermatol 46(8): 695-701. doi:10.1111/1346-8138.14939