

kinh. Một số tác giả khuyến cáo nên dùng isoniazid trên bệnh nhân không đáp ứng hoặc tiếp tục tổn thương thần kinh thị tiến triển khi đã dùng ethambutol trên các trường hợp nghi ngờ. Isoniazid là thuốc phối hợp thường sử dụng trong điều trị lao, có tác dụng phụ gây độc thị thần kinh, vị trí tổn thương nguyên phát là bệnh lý thần kinh ngoại biên. Tác dụng phụ của thuốc là do tương tác thuốc trong quá trình chuyển hóa pyridoxine (vitamin B6) – chất cần thiết cho quá trình tổng hợp chất dẫn truyền thần kinh và sự thiếu hụt pyridoxine dẫn đến nhiều bệnh lý thần kinh khác như bệnh lý thần kinh ngoại biên. Mặc dù isoniazid thường liên quan nhiều đến bệnh lý thần kinh ngoại biên nhưng ngày càng nhiều lo ngại rằng tác dụng độc thần kinh của INH có thể làm ảnh hưởng đến dây thần kinh thị giác, do đó có thể làm tăng nguy cơ ngộ độc thị thần kinh do ethambutol khi điều trị kết hợp isoniazid với ethambutol.

Phương pháp điều trị tốt nhất là phát hiện sớm phòng ngừa ngộ độc thị thần kinh do ethambutol thông qua sàng lọc định kỳ. Cần tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân khởi trị với ethambutol về nguy cơ suy giảm thị lực cũng như vai trò sàng lọc và theo dõi tại mắt, cần tái khám ngay khi có dấu hiệu bất thường. Bệnh nhân nên được theo dõi thị lực, thị trường, sắc giác và khám đáy mắt có giãn đồng tử, tự theo dõi tại nhà bằng lưới Amsler hoặc bảng thị lực

Snellen cầm tay.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương thị thần kinh do ethambutol thường gặp ở bệnh nhân trung niên với thời gian sử dụng thuốc trung bình khoảng 6 tháng với liều xấp xỉ 20mg/kg. Mờ mắt là triệu chứng khởi phát điển hình, trong khi rối loạn sắc giác ít gặp hơn. Việc theo dõi thị lực định kỳ và phát hiện sớm các triệu chứng thị giác có ý nghĩa quan trọng nhằm hạn chế nguy cơ mất thị lực không hồi phục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán điều trị và dự phòng bệnh lao. Published online 2023.
2. **Ethambutol - StatPearls - NCBI Bookshelf.** Accessed July 13, 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559050/>
3. **Sen S, Mandal S, Banerjee M, et al.** Ethambutol-induced optic neuropathy: Functional and structural changes in the retina and optic nerve. *Semin Ophthalmol.* 2022;37(6):730-739. doi:10.1080/08820538.2022.2085517
4. **Chamberlain PD, Sadaka A, Berry S, Lee AG.** Ethambutol optic neuropathy. *Curr Opin Ophthalmol.* 2017;28(6): 545-551. doi:10.1097/ICU.0000000000000416
5. **Incidence and prognostic factor of ethambutol-related optic neuropathy: 10-year experience in southern Taiwan - ScienceDirect.** Accessed August 26, 2025. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1607551X15001394>

NGUY CƠ TIM MẠCH TRONG VÒNG 10 NĂM Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP VẤY NẾN

Lê Thị Hường¹, Tạ Thị Hương Trang^{1,2}, Lê Thị Liễu^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Đánh giá nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm ở bệnh nhân viêm khớp vẩy nến (VKVN) theo khuyến cáo của hội tim mạch Việt Nam. 2. Khảo sát mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu trên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Đối tượng nghiên cứu gồm:** 30 bệnh nhân mắc bệnh viêm khớp vẩy nến theo tiêu chuẩn CASPAR (2006) đến khám tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến tháng 07/2025.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hường

Email: huongbjbcute@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ nguy cơ tim mạch thấp-trung bình, cao và rất cao lần lượt là 40%, 26,7% và 33,3%. Nhóm nguy cơ cao – rất cao có tuổi trung bình cao hơn ($54,4 \pm 10,1$ so với $48,9 \pm 6,6$; $p = 0,004$), thời gian mắc bệnh dài hơn ($5,8 \pm 6,5$ năm so với $3,1 \pm 2,7$; $p = 0,048$), tỷ lệ nam giới cao hơn (94,4% so với 50%; $p = 0,001$), tỷ lệ CRP (C-reactive protein) tăng cao hơn (66,7% so với 33,3%; $p = 0,032$), mức độ hoạt động bệnh cao hơn (61,1% so với 25%; $p = 0,043$) và tỷ lệ sử dụng DMARDs cổ điển cao hơn (72,2% so với 50%; $p = 0,039$) so với nhóm nguy cơ thấp - trung bình. **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân VKVN có nguy cơ tim mạch từ cao đến rất cao. Các yếu tố có liên quan đến nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân VKVN là tuổi, giới tính nam, thời gian mắc bệnh, nồng độ CRP, mức độ hoạt động của bệnh và phương pháp điều trị. Việc đánh giá nguy cơ tim mạch cần được thực hiện định kỳ trong quản lý bệnh nhân VKVN.

Từ khóa: Viêm khớp vẩy nến, nguy cơ tim mạch, phân tầng nguy cơ, CRP, DMARDs

SUMMARY

TEN-YEAR CARDIOVASCULAR RISK
AMONG PATIENTS WITH PSORIATIC
ARTHRITIS

Objectives: To assess the 10-year cardiovascular risk in patients with psoriatic arthritis (PsA) according to the recommendations of the Vietnam National Heart Association. To investigate the association between cardiovascular risk and certain clinical and paraclinical characteristics in this patient population. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted. The study population included 30 patients diagnosed with psoriatic arthritis based on the CASPAR criteria (2006), who were examined at Bach Mai Hospital from August 2024 to July 2025. **Results:** The proportions of patients with low-moderate, high, and very high cardiovascular risk were 40%, 26.7%, and 33.3%, respectively. Patients in the high-very high risk group had a higher mean age (54.4 ± 10.1 vs. 48.9 ± 6.6 years; $p = 0.004$), longer disease duration (5.8 ± 6.5 vs. 3.1 ± 2.7 years; $p = 0.048$), a higher proportion of males (94.4% vs. 50%; $p = 0.001$), increased CRP levels (66.7% vs. 33.3%; $p = 0.032$), higher disease activity (61.1% vs. 25%; $p = 0.043$), and a greater use of conventional DMARDs (72.2% vs. 50%; $p = 0.039$) compared to the low-moderate risk group. **Conclusions:** Most patients with psoriatic arthritis had high to very high cardiovascular risk. Factors associated with elevated cardiovascular risk in PsA patients included age, male gender, disease duration, CRP levels, disease activity, and treatment regimen. Regular assessment of cardiovascular risk should be integrated into the routine management of PsA patients. **Keywords:** Psoriatic arthritis, cardiovascular risk, risk stratification, CRP, DMARDs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp vẩy nến (VKVN) là bệnh viêm khớp – cột sống mạn tính qua trung gian miễn dịch, chiếm khoảng 0,1–0,3% dân số và 5–10% các bệnh nhân viêm khớp¹. Ngoài tổn thương khớp, da và móng, VKVN còn liên quan đến các bệnh lý tim mạch, phổi, thận, gây suy giảm chất lượng sống và gia tăng gánh nặng tâm lý². Với đặc tính viêm toàn thân kéo dài, VKVN làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch – nguyên nhân gây tử vong hàng đầu hiện nay. Các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, béo phì và hội chứng chuyển hóa góp phần làm gia tăng tỷ lệ biến cố tim mạch, ước tính lên tới 30% ở bệnh nhân VKVN vào tuổi 80³. Tại Việt Nam, bệnh tim mạch hiện chiếm hơn 30% tổng số ca tử vong⁴. Việc phát hiện sớm và phân tầng nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân VKVN có ý nghĩa quan trọng trong dự phòng biến chứng. Thang điểm dự báo nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm do Hội Tim mạch học Việt Nam khuyến cáo năm 2022⁵ là công cụ hữu ích, song chưa từng được áp dụng trên nhóm bệnh nhân VKVN tại nước ta. Do đó,

chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm ở người bệnh viêm khớp vẩy nến” với hai mục tiêu: (1) Đánh giá nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm ở bệnh nhân VKVN và (2) Khảo sát mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 30 bệnh nhân viêm khớp vẩy nến (VKVN) từ 40 tuổi trở lên, được chẩn đoán theo tiêu chuẩn CASPAR (2006) và đồng ý tham gia nghiên cứu. Các trường hợp có bệnh lý nặng, rối loạn tâm thần hoặc không đủ dữ liệu bị loại trừ. Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến tháng 07/2025.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3. Thu thập số liệu: Mỗi bệnh nhân được khai thác thông tin qua khám lâm sàng, hỏi bệnh và xét nghiệm cận lâm sàng theo mẫu bệnh án thống nhất. Các dữ liệu bao gồm:

- Thông số chung: tuổi, giới, BMI, nghề nghiệp, nơi cư trú, thời gian mắc bệnh, tiền sử hút thuốc.

- Thông số lâm sàng: Huyết áp, bệnh phổi hợp (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, suy thận), tiền sử điều trị.

- Thông số cận lâm sàng: Lipid máu (cholesterol, LDL-C, HDL-C, triglycerid), CRP.

2.4. Phân tầng nguy cơ tim mạch: Áp dụng thang điểm SCORE2 (40–69 tuổi) hoặc SCORE2-OP (≥ 70 tuổi) theo khuyến cáo Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2022. Các trường hợp có bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh thận mạn, rối loạn lipid máu có tính chất gia đình được xếp vào nhóm nguy cơ cao hoặc rất cao theo hướng dẫn.

2.5. Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được đánh giá bằng các phương pháp thống kê phù hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân vkvn thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ cho kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi trung bình (SD)	52,13 $\pm$ 9,9
Giới tính	Nam: 23(76,7%) Nữ: 7(23,3%)

BMI	Gầy: 1(3,3%) Bình thường: 27(90%) Thừa cân: 2(6,7%)
Nghề nghiệp	Lao động trí óc: 11(36,7%) Lao động chân tay: 13(43,3%) Hưu trí: 6(20%)
Địa dư	Thành thị: 14(46,7%) Nông thôn: 16(53,3%)
Hút thuốc	Có hút thuốc: 9(30%) Không hút thuốc: 21(70%)
Thời gian mắc bệnh (năm)	4,6 ± 5,6
CRPhs	Bình thường: 15 (50%) Tăng: 15 (50%)
Mức độ hoạt động bệnh	Không hoạt động: 16(53,3%) Hoạt động thấp: 4(13,3%) Hoạt động cao: 7(23,3%) Hoạt động rất cao: 3(10%)
Phương pháp điều trị	DMARDs kinh điển: 19(63,3%) Thuốc sinh học: 7(23,3%) Không điều trị: 4(13,3%)

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi bị bệnh trung bình là $52,13 \pm 9,9$; nam giới chiếm 76,7%. Số bệnh nhân hút thuốc lá chiếm 30%. Có 53,3% bệnh nhân có bệnh không hoạt động.

3.2. Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm theo Hội Tim mạch học Việt Nam 2022

Bảng 3.2. Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm (n=30)

Mức nguy cơ tim mạch	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nguy cơ thấp đến trung bình	12	40
Nguy cơ cao	8	26,7
Nguy cơ rất cao	10	33,3

Nhận xét: Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy có 40% thuộc nhóm nguy cơ tim mạch thấp đến trung bình, nguy cơ tim mạch cao là 26,7%. Nguy cơ tim mạch rất cao là 33,3%.

3.3. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch với một số đặc điểm lâm sàng

Biến số	Nguy cơ thấp – trung bình (n=12)	Nguy cơ cao – rất cao (n=18)	Giá trị p	OR (95% CI)
Tuổi ≥ 50 tuổi, n(%)	3 (25,0%)	14 (77,8%)	0,008	10,22 (1,95 – 53,48)
Thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm, n(%)	2 (16,7%)	10 (55,6%)	0,041	6,00 (1,02 – 35,24)
Nam giới, n(%)	6 (50,0%)	17 (94,4%)	0,007	15,17 (1,62 – 141,76)

Ghi chú: Giá trị p được tính bằng kiểm định Chi-square (biến phân loại) và kiểm định t độc lập (biến liên tục)

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy. Bệnh nhân ≥ 50 tuổi có nguy cơ tim mạch cao so với nhóm < 50 tuổi (77,8% so với 25,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,008$). Tuổi ≥ 50 là yếu tố nguy cơ với OR =

10,22 (KTC 95%: 1,95 – 53,48). Thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm liên quan có ý nghĩa với nguy cơ tim mạch cao ($p = 0,041$), với OR = 6,00 (KTC 95%: 1,02 – 35,24). Nam giới chiếm tỷ lệ cao ở nhóm nguy cơ tim mạch cao – rất cao (94,4% so với 50,0% ở nhóm thấp – trung bình), sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,007$), OR = 15,17 (KTC 95%: 1,62 – 141,76).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch với nồng độ CRP và mức độ hoạt động bệnh

Biến số	Nguy cơ thấp – trung bình (n=12)	Nguy cơ cao – rất cao (n=18)	Giá trị p	OR (95% CI)*
CRP tăng, n (%)	4 (33,3%)	12 (66,7%)	0,032	4,0 (1,0 – 16,1)
Mức độ hoạt động bệnh cao – rất cao, n (%)	3 (25,0%)	11 (61,1%)	0,043	4,7 (1,0 – 22,2)

Nhận xét: Bệnh nhân có CRP tăng có nguy cơ tim mạch cao gấp 4,0 lần so với bệnh nhân có CRP bình thường (OR = 4,0; 95% CI: 1,0 – 16,1; $p = 0,032$). Tương tự, bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh cao – rất cao có nguy cơ tim mạch cao gấp 4,7 lần so với bệnh nhân có hoạt động bệnh thấp hơn (OR = 4,7; 95% CI: 1,0 – 22,2; $p = 0,043$).

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch với phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Nguy cơ thấp – trung bình (n=12)	Nguy cơ cao – rất cao (n=18)	Giá trị p	OR (95% CI)
DMARDs kinh điển	10 (83,3%)	9 (50,0%)	0,044	0,22 (0,04 – 1,09)
Thuốc sinh học	2 (16,7%)	5 (27,8%)	0,650	0,56 (0,09 – 3,42)
Không điều trị (tham chiếu)	0 (0%)	4 (22,2%)	—	1,00 (tham chiếu)

Nhận xét: Bệnh nhân không điều trị có tỷ lệ nguy cơ tim mạch cao hơn rõ rệt (100% thuộc

nhóm nguy cơ cao – rất cao). Ngược lại, nhóm sử dụng DMARDs kinh điển có nguy cơ thấp hơn,

với OR = 0,22.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của bệnh nhân viêm khớp vẩy nến là $51,1 \pm 9,5$ thấp hơn so với một số nghiên cứu tại các quốc gia phát triển. Ví dụ, Eder và cộng sự ghi nhận độ tuổi trung bình $53,4 \pm 10,1$ tuổi⁶, PSOCARD study (Mỹ) ghi nhận $54,3 \pm 9,8$ tuổi⁷, trong khi dữ liệu từ UK Biobank còn cao hơn, trung bình $56,2 \pm 9,3$ tuổi⁸. Phần lớn là nam giới (76,7%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, cho thấy bệnh thường gặp ở lứa tuổi trung niên và có xu hướng phổ biến hơn ở nam giới, trái ngược với viêm khớp dạng thấp chủ yếu gặp ở nữ giới^{6,9}. Thời gian mắc bệnh trung bình là 4,7 năm, phản ánh sự khác biệt về giai đoạn tiến triển trong nhóm bệnh nhân. Đa số bệnh nhân được điều trị bằng DMARDs kinh điển (63,3%), trong khi tỷ lệ sử dụng thuốc sinh học còn hạn chế (23,3%). Điều này cho thấy khả năng tiếp cận thuốc sinh học tại Việt Nam còn thấp, chủ yếu do chi phí cao và giới hạn trong phạm vi chi trả của bảo hiểm y tế⁸.

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân ≥ 50 tuổi, thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm, chỉ số CRP tăng và mức độ hoạt động bệnh cao – rất cao có mối liên quan đáng kể với nguy cơ tim mạch tăng cao, phù hợp với bằng chứng cho thấy viêm mạn tính kéo dài góp phần làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch ở bệnh nhân viêm khớp vẩy nến^{6,9}.

4.2. Nguy cơ tim mạch của người bệnh VKVN theo phân tầng của Hội Tim mạch học Việt Nam. Khi áp dụng phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm theo khuyến cáo năm 2022 của Hội Tim mạch học Việt Nam, kết quả cho thấy 60% bệnh nhân VKVN nằm trong nhóm nguy cơ cao và rất cao. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với dân số chung và cũng cao hơn so với một số nghiên cứu quốc tế sử dụng các hệ thống phân tầng khác. Cụ thể, nghiên cứu của Eder và cộng sự tại Canada cho thấy 45,2% bệnh nhân VKVN thuộc nhóm nguy cơ tim mạch cao khi đánh giá bằng thang điểm SCORE2². Trong khi đó, Karmacharya và cộng sự sử dụng dữ liệu từ NHANES (Hoa Kỳ) ghi nhận 38,7% bệnh nhân VKVN có nguy cơ tim mạch cao theo tiêu chuẩn của ACC/AHA⁷. Sự khác biệt này có thể đến từ hệ thống phân tầng được sử dụng – trong nghiên cứu hiện tại là hệ thống của Hội Tim mạch học Việt Nam với các điều chỉnh phù hợp hơn với đặc điểm dịch tễ và yếu tố nguy cơ của dân số Việt Nam⁵. Ngoài ra, việc sử dụng hệ

thống phân tầng nguy cơ được xây dựng riêng cho người Việt Nam – thay vì các công cụ như Framingham hoặc SCORE châu Âu – cũng có thể góp phần làm tăng tỷ lệ bệnh nhân được phân loại vào nhóm nguy cơ cao hơn⁵. Về cơ chế bệnh sinh, tình trạng viêm toàn thân mạn tính đặc trưng bởi tăng các chỉ điểm viêm như CRP, IL-6, TNF- α ... được cho là đóng vai trò chính trong thúc đẩy xơ vữa mạch, rối loạn chuyển hóa và tổn thương nội mô, từ đó làm gia tăng nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân VKVN^{6,9}.

4.3. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

4.3.1. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch với đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy các yếu tố tuổi ≥ 50 , thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm và giới tính nam đều có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ tim mạch cao – rất cao ở bệnh nhân viêm khớp vẩy nến (VKVN). Bệnh nhân ≥ 50 tuổi có nguy cơ tim mạch cao hơn đáng kể so với nhóm trẻ tuổi (OR = 10,22; 95% CI: 1,95–53,48; $p = 0,008$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Eder et al. (2017), trong đó 72,4% bệnh nhân ≥ 50 tuổi thuộc nhóm nguy cơ tim mạch cao, so với 28,6% ở nhóm < 50 tuổi ($p < 0,001$)⁶. Tương tự, theo báo cáo của Gisondi et al. (2014), độ tuổi trung bình nhóm có bệnh tim mạch cao hơn đáng kể so với nhóm không có ($56,8 \pm 10,2$ vs. $48,5 \pm 11,7$; $p < 0,01$)⁹. Thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm cũng liên quan đến nguy cơ tim mạch cao (OR = 6,00; 95% CI: 1,02–35,24; $p = 0,041$). Trong phân tích hồi cứu của Tam et al. (2018) trên 205 bệnh nhân VKVN, tỷ lệ biến cố tim mạch ở nhóm mắc bệnh > 5 năm là 26,3% so với 12,1% ở nhóm mắc bệnh ≤ 5 năm ($p = 0,03$)⁷.

Về giới tính, nam giới có nguy cơ tim mạch cao hơn rõ rệt so với nữ giới (OR = 15,17; 95% CI: 1,62–141,76; $p = 0,007$). Điều này tương đồng với Semb AG et al. (2012), nơi tỷ lệ tăng huyết áp, hút thuốc và rối loạn lipid ở nam giới cao hơn (58,1% vs. 39,4%; $p < 0,01$)¹⁰, và Zhang et al. (2020), trong đó tỷ lệ biến cố tim mạch ở VKVN nam là 22,7%, cao hơn nữ (10,3%) ($p = 0,015$)³. Tuy nhiên, Mehta NN et al. (2011) cho thấy sau khi hiệu chỉnh các yếu tố truyền thống, sự khác biệt giữa nam và nữ không còn ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)³.

4.3.2. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch và CRP. Trong nghiên cứu của chúng tôi, CRP tăng có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ tim mạch cao – rất cao (OR = 4,0; 95% CI: 1,0–16,1; $p = 0,032$). Điều này phù hợp với Eder et al. (2017), trong đó CRP là yếu tố độc lập liên quan

đến dày lớp áo động mạch cảnh (cIMT)⁶. Đối với mức độ hoạt động bệnh cao – rất cao, OR = 4,7 (95% CI: 1,0–22,2; p = 0,043), tương tự như kết quả Jamshidi et al. (2016) khi cDAPSA ≥ 15 có tỷ lệ xơ vữa mạch cảnh cao hơn nhóm kiểm soát tốt (43,5% vs. 21,7%; p < 0,05)⁹.

4.3.3. Mối liên quan giữa phương pháp điều trị và nguy cơ tim mạch. Chúng tôi nhận thấy nhóm điều trị bằng DMARDs kinh điển có nguy cơ tim mạch thấp hơn so với nhóm không điều trị (OR = 0,22; 95% CI: 0,04–1,09; p = 0,044). Kết quả tương tự chứng minh trong Westlake et al. (2010): methotrexate giúp giảm 21% nguy cơ biến cố tim mạch ở bệnh nhân viêm khớp mạn tính¹⁰. Nhóm dùng thuốc sinh học không cho thấy sự khác biệt rõ ràng (p = 0,650), có thể do đặc điểm bệnh nặng hơn và cỡ mẫu nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân viêm khớp vẩy nến có nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm ở mức cao và rất cao theo phân tầng của Hội Tim mạch học Việt Nam. Nguy cơ tim mạch có mối liên quan rõ rệt với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng như tuổi, giới tính nam, thời gian mắc bệnh, CRP tăng, mức độ hoạt động bệnh cao và sử dụng DMARD cổ điển. Việc đánh giá nguy cơ tim mạch nên được lồng ghép thường quy trong quản lý bệnh nhân VKVN nhằm phát hiện sớm và can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gladman DD, Antoni C, Mease P, Clegg DO, Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical

- features, course, and outcome. Ann Rheum Dis. 2005; 64 Suppl 2:ii14–7. doi:10.1136/ard.2004.032482.
2. Ogdie A, Weiss P. The epidemiology of psoriatic arthritis. Rheum Dis Clin North Am. 2015;41(4):545–68. doi:10.1016/j.rdc.2015.07.001.
3. Mehta NN, Yu Y, Pinnelas R, et al. Attributable risk estimate of severe psoriasis on major cardiovascular events. Am J Med. 2011;124(8):775.e1–6. doi:10.1016/j.amjmed.2011.03.028.
4. Bộ Y tế. Báo cáo Gánh nặng bệnh tật và tử vong tại Việt Nam năm 2022. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2023.
5. Hội Tim mạch học Việt Nam. Hướng dẫn dự báo nguy cơ tim mạch và xử trí rối loạn lipid máu 2022. Hà Nội: NXB Y học; 2022.
6. Eder L, Harvey P, Chandran V, et al. Increased burden of subclinical atherosclerosis in psoriatic arthritis: A comparative study. Ann Rheum Dis. 2017;76(5): 819–24. doi:10.1136/annrheumdis-2016-210192.
7. Tam LS, Tomlinson B, Chu TTW, et al. Cardiovascular risk profile of patients with psoriatic arthritis compared to controls—the role of inflammation. Rheumatology (Oxford). 2008; 47(5): 718–23. doi:10.1093/rheumatology/ken022.
8. Gisondi P, Galvan A, Idolazzi L, Girolomoni G. Management of moderate to severe psoriasis in patients with metabolic comorbidities. Front Med (Lausanne). 2014;1:1. doi:10.3389/fmed.2014.00001.
9. Jamshidi F, Mahmoudi M, Fallahpour M, et al. Subclinical atherosclerosis and its correlation with disease activity in psoriatic arthritis. Iran J Allergy Asthma Immunol. 2016;15(4):324–30.
10. Westlake SL, Colebatch AN, Baird J, et al. The effect of methotrexate on cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis: A systematic literature review. Rheumatology (Oxford). 2010;49(2): 295–307. doi:10.1093/rheumatology/kep388.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MIỄN DỊCH Ở NGƯỜI BỆNH NHIỄM HIV CHƯA ĐIỀU TRỊ ARV TẠI VIỆT NAM (2019-2023)

Nguyễn Mạnh Trường¹, Trần Văn Giang¹, Phạm Ngọc Thạch^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và miễn dịch ở người nhiễm HIV chưa điều trị ARV tại một số tỉnh miền Bắc và miền Trung Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên người bệnh từ 16 tuổi trở

lên, được chẩn đoán xác định nhiễm HIV và chưa từng điều trị ARV. Dữ liệu được thu thập tại 11 cơ sở y tế thuộc 7 tỉnh/thành trong thời gian từ tháng 12/2019 đến tháng 3/2023. **Kết quả:** Có 2.026 người bệnh tham gia nghiên cứu. Phần lớn là nam giới (80,68%), trong đó 57,65% dưới 35 tuổi. Đường lây truyền phổ biến nhất là quan hệ tình dục đồng giới nam (43,12%). Tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn lâm sàng muộn là 30,76%, với các nhiễm trùng cơ hội thường gặp gồm: nấm miệng/thực quản (19,94%), lao (13,45%) và nhiễm nấm huyết (3,4%). Suy giảm miễn dịch nặng (CD4 < 200 tế bào/mm³) ghi nhận ở 30,14% người bệnh. **Kết luận:** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và miễn dịch của người bệnh HIV chưa điều trị ARV có sự thay đổi rõ rệt với xu hướng gia tăng lây truyền qua đường quan hệ tình dục đồng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Trường

Email: manhtruongbmt@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025