

4. **Inker LA, Eneanya ND, Coresh J, Tighiouart H, Wang D, Sana Y, Crews DC, Doria A, Estrella MM, Froissart M, Grams ME, Greene T, Grubb A, Gudnason V, Gutiérrez OM, Kalil R, Karger AB, Mauer M, Navis G, Nelson RG, Poqiao ED, Rodby R, Rossini P, Rule AD, Selvin E, Seemiller JC, Shlipak MG, Torres VE, Yanq W, Ballew SH, Couture SJ, Powe NR, Levey AS: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration. New Creatinine- and Cystatin C-Based Equations to Estimate GFR without Race (2021). *N Engl J Med*.;385(19):1737-1749.**
5. **Delgado C, Baweja M, Crews DC, Eneanya ND, Gadebeku CA, Inker LA, Mendu ML, Miller WG, Moxey-Mims MM, Roberts GV, St Peter WL, Warfield C, Powe NR. A Unifying Approach for GFR Estimation: Recommendations of the NKF-ASN Task Force on Reassessing the**
- Inclusion of Race in Diagnosis Kidney Disease (2022). *Am J Kidney Dis*.;79(2):268-288.
6. **Trần thị Bích Hương (2010),** Ứng dụng eGFR trong thực hành lâm sàng đánh giá chức năng lọc cầu thận, *Y học Tp Hồ Chí Minh*, phụ bản 14 (2), tr 613-620
7. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease (2013). *Kidney Int Suppl*: 3: 1–150.**
8. **Campillo CR, Sanz de Pedro MP, Barcelo SA, Baio Rubio MA, Soto AB, Rioia RG. Differences in glomerular filtration rate estimated with the new eGFRcr CKD EPI age and sex 2021 vs. the eGFRcr CKD EPI 2009 formula (2022) . *Adv Lab Med*.;3(3):313-316**

NGUY CƠ TIM MẠCH THEO THANG ĐIỂM FRAMINGHAM TRÊN BỆNH NHÂN VẢY NẾN MÀNG: MỘT NGHIÊN CỨU BỆNH CHỨNG TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Ngô Minh Vinh¹, Ngô Xuân Hoàng¹,
Lý Thiên Phúc¹, Nguyễn Quách Châu Nguyễn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá nguy cơ tim mạch theo thang điểm Framingham trên bệnh nhân vảy nến mảng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng thực hiện trên 40 bệnh nhân vảy nến mảng và 40 người khỏe mạnh bắt cặp theo tuổi và giới. Chẩn đoán vảy nến mảng dựa vào lâm sàng và đánh giá mức độ nặng theo thang điểm PASI. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ tim mạch được ghi nhận bằng phiếu thu thập thông tin. Điểm nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm Framingham Risk Score (FRS) được tính toán dựa vào Medscape (<https://reference.medscape.com/calculator/252/framingham-risk-score-2008>). Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS. **Kết quả:** Bệnh nhân vảy nến có nguy cơ tim mạch cao theo thang điểm Framingham cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (25% so với 7,5%, $p = 0,042$). Một số yếu tố liên quan đến vảy nến bao gồm hút thuốc lá ($p = 0,021$), thừa cân – béo phì ($p = 0,043$), béo bụng trung tâm ($p < 0,001$), giảm nồng độ HDL-c ($p = 0,028$). Tình trạng uống rượu bia không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,390$). Nguy cơ tim mạch trung bình – cao ở bệnh nhân vảy nến có liên quan đến hội chứng chuyển hóa ($p = 0,028$; OR = 4,40; KTC 95%: 1,13 - 17,07), nguy cơ tim mạch thấp có liên quan đến khởi phát vảy nến sớm (dưới 40 tuổi) ($p = 0,012$; OR = 5,49; KTC 95%:

1,39 - 21,59). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm vảy nến có các yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng và điểm nguy cơ tim mạch 10 năm Framingham cao hơn so với nhóm đối chứng. Bệnh nhân vảy nến có hội chứng chuyển hóa và khởi phát vảy nến sớm có liên quan đến nguy cơ tim mạch. Những bằng chứng này sẽ giúp xây dựng chiến lược tầm soát bệnh đồng mắc cho người bệnh một cách hiệu quả. **Từ khóa:** vảy nến mảng, điểm nguy cơ tim mạch theo Framingham.

SUMMARY

FRAMINGHAM RISK SCORE OF CARDIOVASCULAR RISK IN PSORIASIS PATIENTS: A CASE-CONTROL STUDY IN HCMC HOSPITAL OF DERMATO- VENEREOLGY

Objectives: Assessment of cardiovascular risk in psoriasis patients using the Framingham Risk Score (FRS). **Subjects and methods:** A paired case-control study involving 40 psoriasis patients and 40 non-psoriasis controls. Plaque psoriasis was confirmed by clinical symptoms and the severity was evaluated using the PASI score. Factors related to cardiovascular risk were assessed using a questionnaire. We calculated cardiovascular risk based on Framingham Risk Score (FRS) by using Medscape (<https://reference.medscape.com/calculator/252/framingham-risk-score-2008>). We used SPSS software to perform data analysis. **Results:** Psoriasis patients had a significant increase in high cardiovascular risk based on Framingham risk Score (FRS) compared to the controls (25% versus 7,5%, $p = 0,042$). There were some factors related to psoriasis, including smoking

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Minh Vinh

Email: vinhnm@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023

status ($p = 0,021$), overweight ($p = 0,043$), central obesity ($p < 0,001$), and low HDL-c level ($p = 0,028$). Alcohol consumption showed no significant difference ($p = 0,39$). Moderate-to-high cardiovascular risk in psoriasis patients was associated with metabolic syndrome ($p = 0,028$; OR = 4,40; 95% CI: 1,13 - 17,07) and low cardiovascular risk in psoriasis patients was associated with early onset (before the age of 40) ($p = 0,012$; OR = 5,49; 95% CI: 1,39 - 21,59). **Conclusion:** Our results indicated some important cardiovascular risks in psoriasis patients, as well as a higher Framingham risk score compared to the controls. Psoriasis patients with metabolic syndrome and early onset are associated with cardiovascular risk. These pieces of evidence will support an effective strategy of screening for comorbidities in psoriasis patients. **Keywords:** plaque psoriasis, Framingham cardiovascular risk score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến là một bệnh lý da liễu phổ biến, chiếm tỉ lệ 0,51%- 11,43% ở người lớn¹. Ngày nay, vảy nến được xem là một bệnh lý hệ thống do có liên quan đến các hội chứng chuyển hóa và bệnh lý tim mạch²⁻⁵. Theo đó, bệnh nhân vảy nến có khuynh hướng gia tăng các yếu tố nguy cơ tim mạch như đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, thừa cân - béo phì... Ngoài ra, các thói quen xấu như hút thuốc lá, uống rượu bia, stress, thiếu hoạt động thể lực...⁶ cũng được ghi nhận cao hơn dân số chung. Đây đều là những yếu tố có thể thay đổi được, đóng vai trò quan trọng trong chiến lược phòng ngừa và điều trị bệnh lý tim mạch.

Trong chuyên ngành tim mạch, thang điểm nguy cơ Framingham (Framingham Risk Score, FRS) là thang điểm được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng, giúp ước lượng nguy cơ tim mạch 10 năm cho những người trên 30 tuổi⁷. Nhiều tổ chức quốc tế như Hội Da Liễu Hoa Kỳ (AAD), Quỹ bệnh vảy nến Quốc gia (NPF), Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (EULAR), Hội tim mạch Châu Âu (ESC) cũng áp dụng những thang điểm nguy cơ như là bước đầu tiên để xác định phương pháp điều trị. Tuy nhiên do có sự khác biệt về kinh tế-xã hội và đặc điểm di truyền chủng tộc nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này trên bệnh nhân vảy nến tại Việt Nam nhằm đánh giá các chỉ số chuyển hóa, nguy cơ tim mạch hiện tại và ước lượng nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm FRS so với các bệnh nhân không vảy nến. Từ đó định hướng cho người bác sĩ lâm sàng tầm soát phát hiện sớm, điều trị thích hợp và tiên lượng nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân vảy nến.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nhóm bệnh gồm 40 bệnh nhân vảy nến mảng bắt cặp về tuổi,

giới với 40 người không bị vảy nến (nhóm chứng).

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân độ tuổi từ 30-70 tuổi (theo phạm vi áp dụng của thang điểm FRS) và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã 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.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh chứng

2.2.2. Cỡ mẫu: nghiên cứu lựa chọn 40 bệnh nhân vảy nến và 40 bệnh nhân không vảy 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.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Chọn các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Bệnh nhân được tư vấn giải thích kỹ về nghiên cứu và ký vào bản đồng thuận nếu đồng ý tham gia nghiên cứu.

Ghi nhận các thông tin dựa vào bảng thu thập số liệu: đặc điểm dân số- xã hội học, và lâm sàng. Xét nghiệm các chỉ số sinh hóa tại khoa xét nghiệm Bệnh viện Da liễu: thực hiện xét nghiệm trên mẫu máu sau nhịn đói 8 tiếng bằng máy phân tích tự động Tokyo Biolis 50i SUPERIOR và kit của hãng Greiner (Đức). Các xét nghiệm bao gồm: glucose máu, cholesterol toàn phần, triglyceride, LDL-c và HDL-c.

Các chỉ số chuyển hóa: Hội chứng chuyển hóa theo NCEP 2004 hiệu chỉnh cho người Châu Á⁸, tỷ số Triglyceride/ HDL, tỷ số LDL/HDL và chỉ số triglyceride-glucose (tính bằng công thức $\ln(0.5 \times \text{Glucose (mg/dl)} \times \text{Triglyceride (mg/dl)})$).

Tính điểm nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm Framingham (<https://reference.medscape.com/calculator/252/framingham-risk-score-2008>), theo các yếu tố: tuổi, giới tính, tình trạng hút thuốc lá, trị số huyết áp tâm thu (mmHg), dùng thuốc tăng huyết áp, nồng độ Cholesterol TP và HDL-C (mmol/L), tiền căn bệnh đái tháo đường hoặc bệnh lý mạch máu⁷

2.2.4. 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 và độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (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.

2.2.5. 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 NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm dân số-xã hội của mẫu nghiên cứu

	Nhóm vảy nến (n = 40)	Nhóm chứng (n = 40)	Tổng (n = 80)	P
Tuổi (năm)	49 (40 – 57)	49 (40 – 56)	49 (39,25 – 56,75)	0,988**
Nam giới	26 (65%)	26 (65%)	52 (65%)	1 ^a
Hút thuốc lá	20 (50%)	10 (25%)	30 (37,5%)	0,021^a
Uống rượu bia	6 (15%)	9 (22,5%)	15 (18,8%)	0,39 ^a
BMI (kg/cm ²)	23,02 ± 2,33	22,71 ± 2,73	22,86 ± 2,52	0,584*
Thừa cân-béo phì	22 (55%)	13 (32,5%)	35 (43,8%)	0,043^a

^a 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 ± 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 ở bệnh nhân vảy nến cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (p = 0,021). Tỷ lệ bệnh nhân vảy nến thừa cân béo phì cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (p <0,05).

Bảng 3.2. Các thông số chuyển hóa của mẫu nghiên cứu

	Nhóm vảy nến (n = 40)	Nhóm chứng (n = 40)	Tổng (n = 80)	P
Vòng eo (cm)	90,03 ± 9,65	79,73 ± 8,32	84,88 ± 10,35	<0,001*
Huyết áp trung bình (mmHg)	101,58 ± 12,40	97,58 ± 7,43	99,58 ± 10,35	0,085*
Glucose máu (mg/dl)	101,79 (91,89 – 118,8)	104,76 (94,32–112,77)	103,41 (92,84 – 113,58)	0,981**
Triglyceride máu (mg/dl)	139,5 (108,5 – 279,89)	144,82 (92,12 – 246,68)	139,95 (96,1 – 259,3)	0,402**
Cholesterol toàn phần (mg/dl)	192,98 ± 43,26	189,48 ± 34,25	191,23 ± 38,81	0,689*
LDL-c (mg/dl)	109,28 ± 37,72	103,14 ± 26,70	106,21 ± 32,62	0,404*
HDL-c (mg/dl)	45,44(39,25–52,78)	50,85(46,21–62,65)	48,34(41,47–55,88)	0,028**
Béo bụng trung tâm	26 (65%)	7 (17,5%)	33 (41,3%)	<0,001^a
Tăng huyết áp	29 (72,5%)	22 (55%)	51 (63,7%)	0,104 ^a
Tăng đường huyết	21 (52,5%)	24 (60%)	45 (56,3%)	0,499 ^a
Tăng triglyceride	18 (45%)	20 (50%)	38 (47,5%)	0,654 ^a
Giảm HDL-c	18 (45%)	12 (30%)	30 (37,5%)	0,166 ^a
Hội chứng chuyển hoá	24 (60%)	17 (42,5%)	41 (51,2%)	0,117 ^a
Chỉ số triglyceride-glucose	9,11 ± 0,75	8,93 ± 0,70	9,02 ± 0,73	0,269*
Tỷ số Triglyceride/HDL	3,16(2,27 – 5,73)	2,86(1,55 – 4,97)	3,16(1,83 – 5,21)	0,132**
Tỷ số LDL/HDL	2,36(1,97 – 2,78)	2,07(1,53 – 2,55)	2,29(1,62 – 2,67)	0,074**

^a 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 ± độ lệch chuẩn]

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

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân vảy nến có béo bụng trung tâm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (p <0,05). Nồng độ HDL-c thấp hơn đáng kể ở nhóm bệnh nhân vảy nến (p = 0,028). Các yếu tố còn lại không khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 3.3. So sánh nguy cơ tim mạch giữa nhóm vảy nến và nhóm chứng

Nguy cơ tim mạch	Nhóm vảy nến (n=40)	Nhóm đối chứng (n=40)	Giá trị p
+ Thấp	19 (47,5%)	29 (72,5%)	0,042^a
+ Trung bình	11 (27,5%)	8 (20%)	
+ Cao	10 (25%)	3 (7,5%)	

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

Nhận xét: tỷ lệ nguy cơ tim mạch ở mức độ trung bình và cao ở nhóm vảy nến đều cao hơn so với nhóm chứng lần lượt là 27,5% so với 20% và 25% so với 7,5%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,042$).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa nguy cơ tim mạch và các đặc điểm ở bệnh nhân vảy nến

Yếu tố	Nguy cơ tim mạch		Giá trị p OR (KTC 95%)
	Thấp (n=19)	Trung bình-cao (n=21)	
Uống rượu bia; n (%)	1 (5,3%)	5 (23,8%)	0,186 ^b ; 5,63 (0,59-53,38)
Thừa cân-béo phì; n (%)	13 (68,4%)	9 (42,9%)	0,105 ^a 0,35 (0,1-1,27)
Hội chứng chuyển hoá; n (%)	8 (42,1%)	16 (76,2%)	0,028 ^a 4,4 (1,13-17,07)
Phân loại PASI	Nhẹ; n (%)	7 (36,8%)	5 (23,8%)
	Trung bình; n (%)	9 (47,4%)	10 (47,6%)
	Nặng; n (%)	3 (15,8%)	6 (28,6%)
Tổn thương móng; n (%)	9 (47,4%)	12 (57,1%)	0,536 ^a 1,48 (0,43-5,16)
Khởi phát bệnh sớm; n (%)	12 (63,2%)	5 (23,8%)	0,012 ^a 5,49 (1,39-21,59)
Người thân bị vảy nến; n (%)	6 (31,6%)	2 (9,5%)	0,120 ^a 0,23 (0,04-1,32)

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

^b Kiểm định chính xác Fisher [mô tả biến số dưới dạng tần số (tỷ lệ)]

Nhận xét: Hội chứng chuyển hóa chiếm tỷ lệ cao hơn đáng kể ở nhóm nguy cơ tim mạch trung bình- cao so với nhóm nguy cơ thấp (76,2% so với 42,1%; $p = 0,028$). Khởi phát vảy nến sớm (<40 tuổi) chiếm tỷ lệ cao ở nhóm nguy cơ tim mạch thấp so với nguy cơ trung bình- cao (63,2% so với 23,8%; $p = 0,012$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các yếu tố nguy cơ tim mạch giữa nhóm vảy nến và nhóm đối chứng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 40 bệnh nhân vảy nến và 40 bệnh nhân nhóm đối chứng không bị vảy nến hoặc bệnh lý có viêm hệ thống (được chẩn đoán là bệnh da thông thường như VDTX, mày đay, trứng cá, nấm da...) có độ tuổi từ 30 – 70 bắt cặp về tuổi, giới với nhóm bệnh. (bảng 3.1).

Hút thuốc lá với nhiều cơ chế phức tạp, dù chỉ một vài điếu mỗi ngày hoặc thỉnh thoảng mới hút, dù là thuốc lá cổ điển hoặc thuốc lá điện tử, cũng đều có hại cho sức khỏe và làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý phổi, bệnh tự miễn, bệnh lý có hiện tượng viêm, ung thư, các bệnh tim mạch do xơ vữa. Khi so sánh các yếu tố nguy cơ tim mạch, chúng tôi nhận thấy nhóm vảy nến có tỷ lệ hút thuốc lá cao hơn nhóm đối chứng (50% so với 33,3%; $p = 0,021$; bảng 3.1). Hầu hết những nghiên cứu trước đây đều cho kết quả tương tự, tiêu biểu là tổng quan hệ thống của tác giả Vincent Richer và cs. (2016): hút thuốc lá, bất kể số lượng hay thời gian, đều liên quan đến độ nặng của bệnh vảy nến, và thúc đẩy nguy cơ xơ vữa⁶.

Thừa cân – béo phì xảy ra khi mỡ được tích lũy nhiều trong cơ thể một cách quá mức gây

ảnh hưởng xấu đến sức khỏe. Bên cạnh đó, lượng mỡ này sẽ tích ở một số vị trí đặc biệt như bụng, hông, đùi... Kết quả của chúng tôi cho thấy nhóm vảy nến có tỷ lệ thừa cân - béo phì và béo bụng trung tâm cao hơn nhóm đối chứng (56% so với 32,5%, $p = 0,043$; 65% so với 17,5%, $p < 0,001$). Giữa thừa cân, béo phì, béo bụng và vảy nến có mối liên quan hai chiều⁵: Thừa cân- béo phì, béo bụng là yếu tố nguy cơ độc lập của vảy nến và độ nặng của vảy nến. Và ngược lại, ở bệnh nhân vảy nến có sự mất cảm bệnh da làm họ hạn chế tham gia hoạt động thể lực và có thể làm tăng tỷ lệ béo phì. Bên cạnh đó, dù tình trạng uống rượu bia không khác biệt có ý nghĩa thống kê, nhưng rất cần thiết khuyến khích bệnh nhân vảy nến hạn chế uống rượu bia, ngưng thuốc lá, giảm cân và tăng cường hoạt động thể lực để bảo vệ sức khỏe tổng quát, giảm nguy cơ tim mạch, và giảm độ nặng của bệnh vảy nến⁹.

Các bệnh mạn tính không lây (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu) được xem là "kẻ giết người thầm lặng" bởi diễn biến âm thầm gây tổn thương các cơ quan đích thông qua nhiều cơ chế. Trong đó có việc thúc đẩy hình thành và phát triển mảng xơ vữa dẫn đến tử vong tim mạch hàng đầu. Chính vì vậy mà nghiên cứu về mối liên quan giữa vảy nến và các bệnh chuyển hóa đã là một chủ đề nóng trong da liễu và nội khoa những năm gần đây. Khi khảo sát các tình trạng trên (bảng 3.2), chúng tôi ghi nhận nhóm vảy nến có tỷ lệ tăng huyết áp cao hơn nhóm đối chứng dù không có ý nghĩa thống kê (72,5% so với 55%, $p = 0,104$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ tăng đường huyết giữa 2 nhóm (52,5% so với 60%; $p = 0,499$). Kết quả này tương đối khác với kết quả từ Hiệp hội Da Liễu Hoa Kỳ⁵. Chúng tôi cho rằng, sự khác biệt

về gen, điều kiện kinh tế, chế độ dinh dưỡng và vận động khác nhau dẫn tới sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu. Hầu như các chỉ số lipid "xấu" ở nhóm vảy nến đều cao hơn nhóm chứng, và ngược lại với chỉ số lipid "tốt" là HDL-c. Nhận định này tương tự với tổng quan hệ thống của M. Ramezani và cs. (2019)⁴ và Hiệp hội Da Liễu Hoa Kỳ⁵. Tuy nhiên trong nghiên cứu này, chỉ có nồng độ HDL-c cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,028$). Vai trò quan trọng của rối loạn lipid máu làm tăng nguy cơ tim mạch đã được chứng minh bởi các nghiên cứu di truyền, bệnh lý, quan sát và can thiệp từ nhiều năm nay với cơ chế chủ yếu là hình thành mảng xơ vữa¹⁰.

4.2. Nguy cơ tim mạch dự đoán theo thang điểm Framingham. Đa số nghiên cứu trước đây đều cho thấy có mối liên quan giữa bệnh vảy nến và tăng nguy cơ tim mạch. Có nhất nhiều thang điểm để đánh giá nguy cơ tim mạch, trong đó Framingham là thang đo tương đối tốt, đã được kiểm chứng ở nhiều vùng và sắc tộc khác nhau. Tác giả E. Myasoedova và cs. (2013) đã thực hiện nghiên cứu đầu tiên chứng minh rằng thang điểm Framingham ước tính chính xác nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân vảy nến với kết quả theo dõi 10 năm, theo đó tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh tim mạch thực tế và kết quả từ thang điểm Framingham không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê². Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ tim mạch 10 năm của nhóm vảy nến cao hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm đối chứng (25% so với 7,5%, $p = 0,042$, bảng 3.3). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu đánh giá nguy cơ tim mạch 10 năm trên bệnh vảy nến bằng các thang điểm khác như SCORE, DORICA và REGICOR³.

Chúng tôi phát hiện mối liên quan có ý nghĩa giữa tình trạng khởi phát vảy nến sớm (< 40 tuổi) và nguy cơ tim mạch ($p = 0,012$, bảng 3.4). Tình trạng khởi phát vảy nến sớm thường được phát hiện và điều trị kịp thời, làm giảm nguy cơ tim mạch của bệnh nhân. Điều này đưa đến một nhận định rằng: Phát hiện và điều trị vảy nến kịp thời sẽ làm giảm nguy cơ tim mạch 10 năm. Bên cạnh đó, chúng tôi nhận thấy độ nặng vảy nến không liên quan yếu tố nguy cơ tim mạch 10 năm; kết quả này khác với nghiên cứu của tác giả Nehal. Do đó, chúng tôi cho rằng hội chứng chuyển hóa có thể là nguyên nhân chủ yếu làm gia tăng nguy cơ tim mạch. Mối liên quan giữa vảy nến và nguy cơ tim mạch có thể do các nguyên nhân sau: Thứ nhất đó là quá trình viêm hệ thống mạn tính trong bệnh vảy nến này gây rối loạn lipoprotein, đề kháng insulin dẫn

đến rối loạn chức năng tế bào nội mạc, tạo đại thực bào, tăng sinh tế bào cơ trơn và từ đó gây xơ vữa động mạch¹⁰. Cần chú ý, các cytokine trung gian của bệnh vảy nến cũng hiện diện trong quá trình kiến tạo mảng xơ vữa mạch máu. Nguyên nhân thứ hai đã được đề cập ở trên khi nói về tỷ lệ cao xuất hiện các yếu tố nguy cơ tim mạch trên bệnh nhân vảy nến so với nhóm chứng. Ngoài ra, một số thuốc điều trị vảy nến như methotrexate, acitretin, cyclosporin cũng ảnh hưởng đến tình trạng tim mạch của bệnh nhân

Nghiên cứu này nhấn mạnh vai trò của tầm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch và đánh giá nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân vảy nến trong thực hành lâm sàng. Từ đó xây dựng các chiến lược quản lý và dự phòng thích hợp cho nhóm đối tượng nguy cơ này. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế về cỡ mẫu cũng như mối liên quan nhân quả giữa vảy nến và các yếu tố nguy cơ tim mạch. Các nghiên cứu với quy mô lớn hơn có thể khắc phục các hạn chế này và đưa ra những bằng chứng giúp sáng tỏ hơn những mối liên quan này.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân vảy nến có liên quan đến yếu tố nguy cơ tim mạch 10 năm Framingham cao hơn so với người khỏe. Bệnh nhân vảy nến có hội chứng chuyển hóa và khởi phát vảy nến sớm có liên quan đến nguy cơ tim mạch. Do đó, vẫn đề tầm soát nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân vảy nến có hội chứng chuyển hóa và khởi phát bệnh sớm sẽ giúp phát hiện các bệnh lý tim mạch đồng mắc, cải thiện tiên lượng và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Michalek IM, Loring B, John SM.** A systematic review of worldwide epidemiology of psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* Feb 2017;31(2):205-212. doi:10.1111/jdv.13854
2. **Myasoedova E, Akkara Veetil BM, Matteson EL, Kremers HM, McEvoy MT, Crowson CS.** Cardiovascular risk in psoriasis: a population-based analysis with assessment of the framingham risk score. *Scientifica (Cairo).* 2013;2013:371569. doi:10.1155/2013/371569
3. **Fernandez-Torres R, Pita-Fernandez S, Fonseca E.** Psoriasis and cardiovascular risk. Assessment by different cardiovascular risk scores. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* Dec 2013;27(12):1566-70. doi:10.1111/j.1468-3083.2012.04618.x
4. **Ramezani M, Zavattaro E, Sadeghi M.** Evaluation of serum lipid, lipoprotein, and apolipoprotein levels in psoriatic patients: a systematic review and meta-analysis of case-

- control studies. *Postepy Dermatol Alergol.* Dec 2019;36(6):692-702. doi:10.5114/ada.2019.91420
5. **Takehita J, Grewal S, Langan SM, et al.** Psoriasis and comorbid diseases: Epidemiology. *J Am Acad Dermatol.* Mar 2017;76(3):377-390. doi:10.1016/j.jaad.2016.07.064
 6. **Richer V, Roubille C, Fleming P, et al.** Psoriasis and Smoking: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis With Qualitative Analysis of Effect of Smoking on Psoriasis Severity. *J Cutan Med Surg.* May 2016;20(3):221-7. doi:10.1177/1203475415616073
 7. **D'Agostino RB, Sr., Vasan RS, Pencina MJ, et al.** General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation.* Feb 12 2008;117(6):743-53. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.699579
 8. **Moon JY, Park S, Rhee JH, et al.** The applicability of the Asian modified criteria of the metabolic syndrome in the Korean population. *Int J Cardiol.* Jan 2 2007;114(1):83-9. doi:10.1016/j.ijcard.2005.12.008
 9. **Ko SH, Chi CC, Yeh ML, Wang SH, Tsai YS, Hsu MY.** Lifestyle changes for treating psoriasis. *Cochrane Database Syst Rev.* Jul 16 2019;7(7):CD011972. doi:10.1002/14651858.CD011972.pub2
 10. **Siddiqi HK, Ridker PM.** Psoriasis and Atherosclerosis. *Circ Res.* Nov 9 2018;123(11):1183-1184. doi:10.1161/CIRCRESAHA.118.314073

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG VÀ QUAN ĐIỂM ĐỐI VỚI VIỆC NGĂN NGỪA CÁC SẢN PHẨM THUỐC LÁ ĐIỆN TỬ, THUỐC LÁ NUNG NÓNG

Nguyễn Thị Thu Hương¹

¹Quỹ Phòng chống tác hại của thuốc lá

Những năm gần đây, trên thị trường đã xuất hiện các sản phẩm mới, phổ biến nhất là thuốc lá điện tử (Electronic Nicotine Delivery - ENDS) và thuốc lá nung nóng (Heated Tobacco Product - HTPs). Bằng chứng khoa học về độc tính và ảnh hưởng sức khỏe lâu dài của các sản phẩm này vẫn đang được tiếp tục nghiên cứu. Tuy nhiên, rất nhiều các nghiên cứu bước đầu đã chỉ ra hậu quả đối với sức khỏe của việc sử dụng và tiếp xúc thụ động với "sol khí"/khói của các sản phẩm này.

Thuốc lá điện tử có chứa nicotin là một chất gây nghiện, gây tăng nhịp tim, co thắt mạch máu ở tim, tăng mạch và huyết áp. Nicotin còn ảnh hưởng đến sự phát triển và di căn của khối u và có khả năng thúc đẩy, hình thành các khối u. Theo Tổ chức Y tế thế giới, phơi nhiễm nicotin tác động bất lợi cho sức khỏe bà mẹ và bào thai trong thời kỳ thai nghén, gây ra đẻ non, thai chết lưu, tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch, gây hậu quả nghiêm trọng kéo dài đối với sự phát triển não bộ bào thai, trẻ em và vị thành niên. Nicotine có thể đi qua nhau thai và tác động lên sự phát triển của thai nhi và trẻ nhỏ. Do đó, phơi nhiễm với nicotin ở phụ nữ có thai có thể dẫn đến nhiều hậu quả, bao gồm hội chứng đột tử ở trẻ sơ sinh hay những dị tật thính giác và béo phì Nicotin ảnh hưởng xấu đến sự phát triển của thanh thiếu niên như: làm suy yếu sự trưởng thành não bộ của thanh thiếu niên với những hậu quả ngắn hạn và hậu quả lâu dài nghiêm trọng đó là nghiện, rối loạn nhận thức và cảm xúc, giảm khả năng học tập và rối loạn tâm thần. Những thay đổi do

nicotine gây ra trong hệ thần kinh khiến người dùng ở nhóm tuổi này dễ bị nghiện nicotin hơn và vì thế ảnh hưởng đến sức khỏe sẽ đến sớm và trầm trọng hơn trong tương lai.

Thành phần của dung dịch thuốc lá điện tử còn có glycerin, propylene glycol. Propylene glycol có thể tạo thành propylene oxide, một chất gây ung thư khi được đun nóng và hóa hơi. Glycerin khi được đun nóng và hóa hơi tạo thành acrolein, gây gây khô miệng và viêm đường hô hấp trên. Các chất độc hại được tìm thấy trong sol khí của thuốc lá điện tử như Ethylene Glycol, Diethylene Glycol, nitrosamines, formaldehyde,... một số kim loại như chì, bạc, crom, nikel, formaldehyde có hàm lượng tương đương hoặc cao hơn so với thuốc lá thông thường.

Thuốc lá điện tử đang được quảng cáo là sản phẩm thay thế "an toàn hơn", và người dùng cũng cho rằng chúng "ít gây hại" hơn các sản phẩm thuốc lá điếu. Tuy nhiên, các nghiên cứu đã khẳng định rằng thuốc lá điện tử tạo ra các hóa chất độc hại giống như thuốc lá, kèm theo các phụ gia hương liệu và kim loại nặng. Những chất này có thể gây hại cho sức khỏe ngoài các tác hại sẵn có của nicotin trong sản phẩm. Ngoài ra, việc thuốc lá điện tử không có mùi thuốc lá đặc trưng có thể làm người tiếp xúc thụ động chủ quan, giảm nhận thức về tác hại khi tiếp xúc với sol khí này.

Thuốc lá nung nóng: là sản phẩm sử dụng thiết bị điện tử để nung nóng điếu thuốc (hoặc viên nén thuốc lá) đến nhiệt độ đủ để tạo ra "sol