

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN MẮC VẢY NẾN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA DA LIỄU - BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Thị Thùy Trang¹, Hoàng Đức Yên¹, Đoàn Phước Thuộc²

¹Khoa Da liễu, Bệnh viện Trung ương Huế, Thành phố Huế, Việt Nam

²Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Huế, Thành phố Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân vảy nến điều trị nội trú tại khoa Da liễu - Bệnh viện Trung ương Huế.

Đối tượng, phương pháp: Mô tả cắt ngang trên 79 bệnh nhân vảy nến điều trị nội trú tại khoa Da liễu - Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2019 đến tháng 8/2022.

Kết quả: Độ tuổi từ 30 - 59 chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,4%, giới tính nam chiếm 59,5%, 64,6% thời gian mắc bệnh trên 5 năm, bệnh nhân có bố, mẹ, anh chị em ruột bị vảy nến chiếm tỷ lệ thấp 10,2%. Stress là yếu tố chiếm tỷ lệ cao với 58,2%, sử dụng thuốc chiếm 32,9%. 100% bệnh nhân có triệu chứng ngứa. Thương tổn mảng đỏ da và vảy da chiếm tỷ lệ cao nhất, phân bố ở các vị trí ngực, bụng, lưng, các chi, 64,6% phân bố ở đầu, ở móng chiếm 25,3%. 67,1% thể vảy nến thông thường. Nhóm mức độ nặng theo PASI chiếm 73,4%.

Kết luận: Tuổi mắc bệnh vảy nến hay gặp nhất là nhóm tuổi lao động. Yếu tố khởi phát hoặc làm nặng bệnh hay gặp nhất là stress, sử dụng thuốc, lạm dụng bia rượu và hút thuốc lá. Nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân vảy nến điều trị nội trú mắc thể vảy nến thông thường, mức độ nặng. Các dữ liệu này góp phần thúc đẩy nhu cầu nghiên cứu chiến lược điều trị hiệu quả, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân vảy nến.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, thể bệnh, vảy nến.

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PSORIASIS PATIENTS TREATED AS INPATIENTS AT THE DERMATOLOGY DEPARTMENT - HUE CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Thi Thuy Trang¹, Hoang Duc Yen¹, Doan Phuoc Thuoc²

Objectives: To describe some clinical characteristics of psoriasis patients treated as inpatients at the Dermatology Department of Hue Central Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 79 psoriasis patients treated as inpatients at the Dermatology Department of Hue Central Hospital from January 2019 to August 2022.

Results: The age group from 30 to 59 accounted for the highest proportion at 54.4%. Males made up 59.5% of the patients. 64.6% had been living with the disease for over 5 years. Only 10.2% of patients had a family history of psoriasis (father, mother, or siblings). Stress was the most common triggering factor at 58.2%, followed by medication use at 32.9%. All patients experienced itching. Red skin plaques and scalling were the most common lesions, found mainly on the chest, abdomen, back, and limbs. 64.6% had scalp involvement, and 25.3% had nail involvement. 67.1% were diagnosed with the common type of psoriasis vulgaris. 73.4% of patients were classified in the severe group based on PASI scores.

Ngày nhận bài: 27/02/2025. Ngày chỉnh sửa: 02/4/2025. Chấp thuận đăng: 19/4/2025

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thùy Trang. Email: trangdrnguyen@gmail.com. ĐT: 0935596000

Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân mắc vẩy nến điều trị nội trú tại khoa Da liễu...

Conclusions: Psoriasis most commonly affects people of working age. The most frequent triggering or aggravating factors are stress, medication use, alcohol abuse, and smoking. The study shows that most inpatients with psoriasis had the common type and were in the severe category. These findings highlight the need for effective treatment strategies and improving the quality of life for psoriasis patients.

Keywords: Clinical characteristics, disease type, psoriasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vẩy nến là một bệnh da bong vẩy, tiến triển mạn tính, thường gặp ở Việt Nam và trên thế giới. Bệnh vẩy nến chiếm khoảng 2 - 3% dân số thế giới, tuy nhiên cũng có sự khác nhau tùy theo địa phương và chủng tộc [1,2]. Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất được ghi nhận ở Bắc Mỹ và Tây Âu, thấp nhất là châu Á và khu vực Tây Thái Bình Dương [3], người da trắng có tỷ lệ mắc cao hơn người da đen [1]. Ở Việt Nam bệnh nhân vẩy nến chiếm khoảng 2,2% tổng số bệnh nhân đến khám, chiếm 1,5% dân số [4]. Các nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt giữa giới tính nam và nữ [1,5].

Căn nguyên của bệnh vẩy nến hiện vẫn chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy, nguyên nhân học bệnh vẩy nến có mối liên hệ mật thiết với các yếu tố di truyền và rối loạn hệ thống miễn dịch, và bệnh có thể được kích hoạt bởi nhiều tác nhân môi trường khác nhau [1,4,5]. Một số nghiên cứu cho thấy sự phát triển và mức độ nghiêm trọng của bệnh vẩy nến bị ảnh hưởng bởi gen từ cha mẹ. Các yếu tố như căng thẳng, rượu, thuốc lá, nhiễm khuẩn, chấn thương và một số loại thuốc có thể kích thích khởi phát bệnh vẩy nến ở những người có yếu tố di truyền. Những yếu tố này không chỉ có khả năng làm bệnh bùng phát mà còn có thể làm bệnh trở nên trầm trọng hơn [1,5].

Bệnh có nhiều thể lâm sàng nhưng vẩy nến thông thường là hay gặp nhất, chiếm khoảng 90% trường hợp [5-7]. Để khảo sát một số đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân vẩy nến điều trị nội trú tại khoa Da liễu - Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đóng góp vào cơ sở dữ liệu của bệnh vẩy nến tại Việt Nam nói chung và Thừa Thiên Huế nói riêng, góp phần thúc đẩy nhu cầu nghiên cứu chiến lược điều trị hiệu quả, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân vẩy nến.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định vẩy nến dựa vào tiền sử và lâm sàng điển hình, sinh thiết nếu các tổn thương nghi ngờ vào điều trị nội trú tại khoa Da liễu - Bệnh viện Trung ương Huế, đồng ý tham gia nghiên cứu, mỗi bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu một lần.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử các bệnh lý liên quan tới tâm thần kinh, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang 79 bệnh nhân vẩy nến điều trị nội trú tại khoa Da liễu - Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2019 đến tháng 8/2022.

Các bước tiến hành: lập phiếu nghiên cứu, khám lâm sàng, tuyển chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, thu thập các chỉ số cần thiết bởi bác sỹ lâm sàng trên bộ câu hỏi được chuẩn bị sẵn. Các biến số thu thập bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới tính), đặc điểm bệnh (thời gian mắc bệnh, tiền sử gia đình, yếu tố khởi phát hoặc làm nặng bệnh), đặc điểm lâm sàng (triệu chứng cơ năng, thương tổn da, vị trí thương tổn, thể bệnh, mức độ bệnh dựa vào PASI: PASI < 10: nhẹ, $10 \leq \text{PASI} < 20$: vừa, $\text{PASI} \geq 20$: nặng).

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân

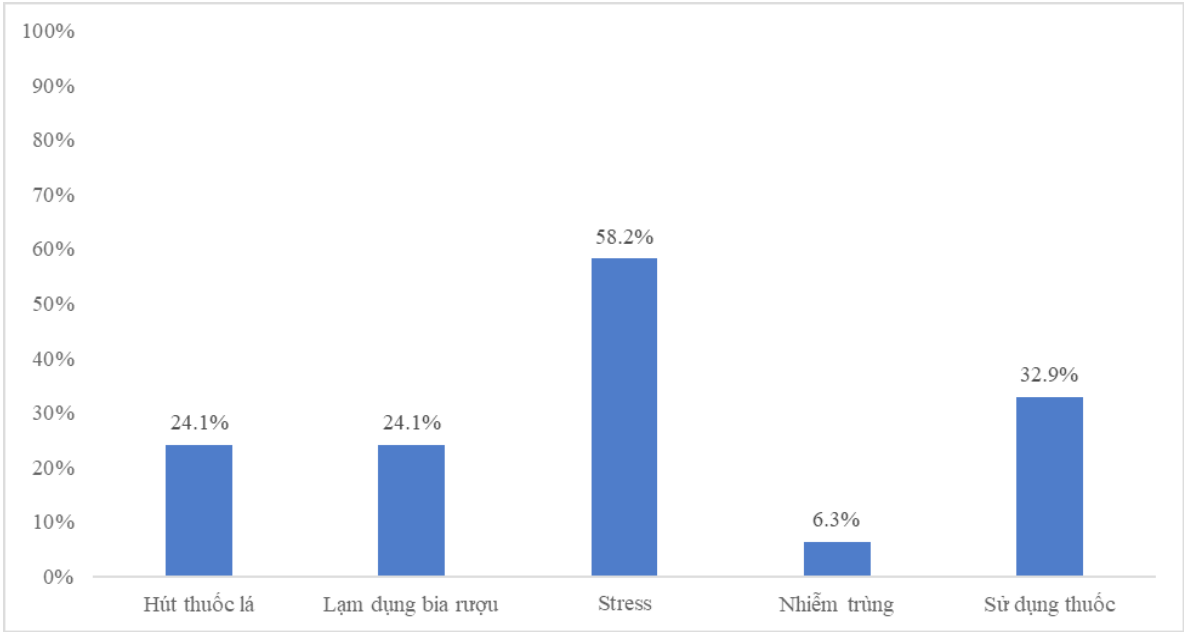
Độ tuổi từ 30 - 59 chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,4%. Nam giới chiếm tỷ lệ 59,5%. 64,6% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 5 năm. Tỷ lệ bệnh nhân có bố, mẹ bị vẩy nến chiếm 1,3%, có anh, chị em ruột mắc bệnh chiếm 7,6% (Bảng 1).

Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân mắc vảy nến điều trị nội trú tại khoa Da liễu...

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm nhân khẩu học		N (%)
Tuổi	≤ 29	13 (16,5%)
	30 - 59	43 (54,4%)
	≥ 60	23 (29,1%)
Giới tính	Nam	47 (59,5%)
	Nữ	32 (40,5%)
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	28 (35,4%)
	≥ 5 năm	51 (64,6%)
Tiền sử gia đình	Cha	01 (1,3%)
	Mẹ	01 (1,3%)
	Anh chị em ruột	06 (7,6%)
	Không có tiền sử	71 (89,8%)

Trong nghiên cứu, stress là yếu tố chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,2%, sử dụng thuốc chiếm 32,9%, hút thuốc lá và lạm dụng bia rượu chiếm tỷ lệ tương đương nhau (Biểu đồ 1).

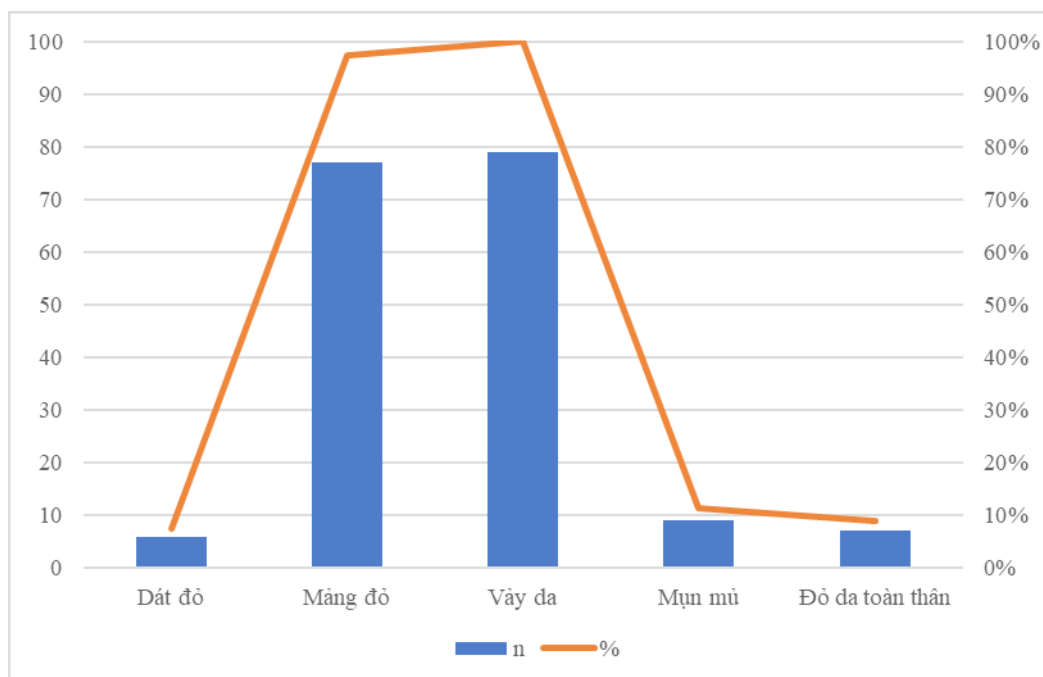


Biểu đồ 1: Yếu tố khởi phát / làm nặng bệnh

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

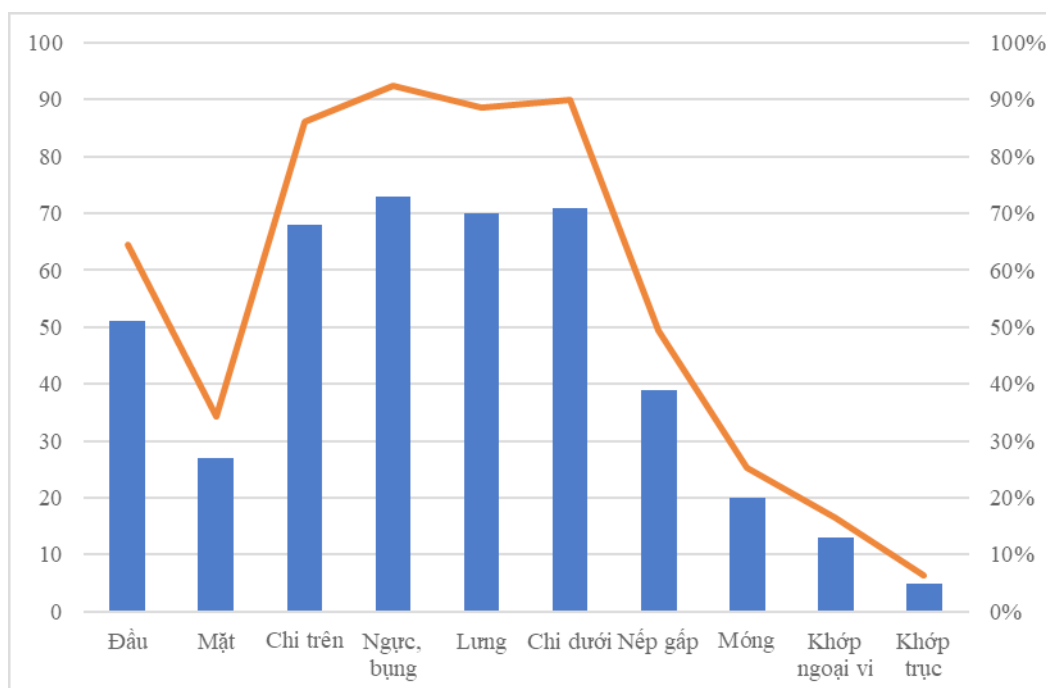
100% bệnh nhân vảy nến trong nghiên cứu có triệu chứng cơ năng là ngứa. Thương tổn chiếm tỷ lệ cao nhất là mảng đỏ da và vảy da lần lượt là 97,5% và 100% (Biểu đồ 2).

Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân mắc vảy nến điều trị nội trú tại khoa Da liễu...



Biểu đồ 2: Thương tổn da

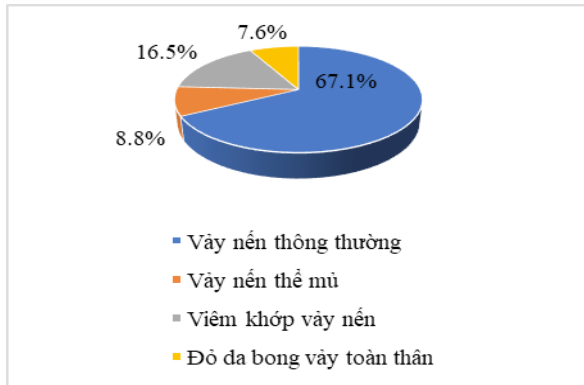
Vị trí thương tổn trong bệnh vảy nến được liệt kê ở biểu đồ 3, các vị trí ngực, bụng, lưng, các chi chiếm tỷ lệ cao, 64,6% thương tổn phân bố ở đầu, thương tổn móng chiếm 25,3% (Biểu đồ 3).



Biểu đồ 3: Vị trí thương tổn

3.3. Phân loại theo thể bệnh và mức độ bệnh

Các thể bệnh được liệt kê trong biểu đồ 4, vảy nến thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,1%, 16,5% viêm khớp vảy nến.



Biểu đồ 4: Phân loại theo thể bệnh

Phân loại theo mức độ bệnh, nhóm mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,4%, mức độ nhẹ chiếm 10,1% (Bảng 2).

Bảng 2: Phân loại theo mức độ bệnh

Thang điểm PASI	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
Nhẹ	08	10,1
Vừa	13	16,5
Nặng	58	73,4
Tổng	79	100

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của AlQassimi S, tỷ lệ mắc bệnh vẩy nến tăng từ thập kỷ thứ 2 và đạt đỉnh ở độ tuổi 55 - 59, phù hợp với kết quả của chúng tôi có độ tuổi mắc bệnh từ 30 - 59 chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,4% (bảng 1) [3]. Theo các tác giả, ở lứa tuổi này có nhiều biến động trong cuộc sống gây ảnh hưởng đến thể chất và tinh thần, có những thay đổi về hệ thống miễn dịch, nội tiết, dễ bị tác động bởi các yếu tố môi trường, chấn thương, stress... những biến động này đến ngưỡng đã trở thành yếu tố khởi động làm bùng phát bệnh vẩy nến trên một số bệnh nhân sẵn có gen di truyền [1,3,4]. Nhiều nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt giữa giới tính nam và nữ [1,5]. Trong bảng 1, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới nhưng không đáng kể, phù hợp với kết quả nghiên cứu của Dogra S [2] và Amador J [8], có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên đối tượng nhập viện nên nam giới là những người dễ gặp những yếu tố như stress, hút thuốc, uống rượu, chấn thương... dẫn đến dễ khởi phát và làm nặng bệnh vẩy nến hơn, do đó

nhu cầu nhập viện điều trị của họ cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (bảng 1), tương tự kết quả của nhiều tác giả như Amador J [8], Da Silva M [9], Phan Huy Thục [4]. Theo y văn, vẩy nến là một bệnh mạn tính, có xu hướng tái phát nên thời gian mắc bệnh kéo dài [1]. Yếu tố di truyền có vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh vẩy nến, một số nghiên cứu cho thấy sự phát triển và mức độ nghiêm trọng của bệnh bị ảnh hưởng bởi các yếu tố di truyền. Tần suất mắc bệnh là 16 - 25% nếu có cha hoặc mẹ hoặc anh chị em ruột mắc bệnh, nếu cả cha lẫn mẹ mắc bệnh thì tần suất là 75% [1]. Theo bảng 1, tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu có bố, mẹ, anh, chị em ruột mắc vẩy nến chiếm tỷ lệ thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Huy Thục có tiền sử gia đình vẩy nến trong đó bố và mẹ mắc bệnh chiếm 11,31%, anh, chị em ruột 6,55% [4], nghiên cứu có thể bị ảnh hưởng bởi lời khai chủ quan của bệnh nhân, dẫn đến tỷ lệ thấp hơn so với các nghiên cứu khác, tuy nhiên không thể phủ nhận vẩy nến là bệnh có tính chất gia đình, nguy cơ mắc bệnh ở những người trong gia đình có thành viên bị bệnh cao hơn những người không có tiền sử gia đình.

Theo biểu đồ 1, yếu tố khởi phát hoặc làm nặng bệnh gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là stress với tỷ lệ 58,2%, nghiên cứu của Trần Nguyên Ánh Tú cũng cho thấy stress chiếm tỷ lệ cao nhất với 44% [10]. Stress được chứng minh là yếu tố quan trọng gây khởi phát, tái phát hay làm vẩy nến trở nặng, những nghiên cứu gần đây về miễn dịch tâm thần kinh cho thấy có tồn tại mối liên hệ giữa stress và vẩy nến. Stress gây ra những đáp ứng bất thường về thần kinh nội tiết, đóng vai trò quan trọng trong sinh bệnh học các bệnh lý mạn tính, trong đó có vẩy nến [3,10]. Hút thuốc lá và lạm dụng bia, rượu chiếm tỷ lệ khá cao trong nghiên cứu. Những người hút thuốc có nguy cơ cao mắc bệnh vẩy nến, nguy cơ mắc bệnh nặng hơn và tăng khả năng bị viêm khớp vẩy nến, hút thuốc cũng khiến cho bệnh khởi phát cũng như làm kéo dài sự tồn tại của tổn thương vẩy nến [1,11]. Uống nhiều rượu cũng là yếu tố được ghi nhận có liên quan đến bệnh vẩy nến nặng, theo nghiên cứu của Gulliver W khả năng lạm dụng rượu tăng ở những bệnh nhân

bị vảy nến, hút thuốc và uống nhiều rượu đều có thể góp phần trực tiếp làm tăng tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân mắc vảy nến [12]. Trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc chiếm 32,9%, nhiều thuốc được ghi nhận là nguyên nhân hoặc là yếu tố làm nặng thêm vảy nến có sẵn như muối lithium, kháng sốt rét tổng hợp, chẹn beta, kháng viêm không steroid,... Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận yếu tố nguy cơ là nhiễm trùng chiếm một tỷ lệ nhỏ trong nghiên cứu, theo y văn, vảy nến có thể khởi phát bởi nhiễm trùng do liên cầu khuẩn, nhiễm HIV cũng gây ra bùng phát bệnh [1].

Ngứa là triệu chứng cơ năng thường gặp trong bệnh vảy nến, tần suất này có thể gặp 70 - 90% trường hợp, làm suy giảm chất lượng cuộc sống [13]. 100% bệnh nhân vảy nến trong nghiên cứu của chúng tôi có triệu chứng ngứa (bảng 2) tương tự kết quả của Peres LP có tỷ lệ 91,3% [14]. Theo Vanina L.Taliercio, tác nhân gây ngứa bao gồm khí hậu (thời tiết nóng, khô), các yếu tố về tinh thần và hành vi (căng thẳng về mặt cảm xúc, chu kì ngứa - gãi), lối sống và các hoạt động chăm sóc làm trầm trọng thêm tình trạng ngứa [13].

Theo biểu đồ 2, thương tổn gặp nhiều nhất là mảng đỏ da và vảy da, phù hợp với y văn tổn thương thường gặp nhất của bệnh vảy nến là các mảng sẩn đỏ, ranh giới rõ với da lành, bề mặt nhiều vảy da trắng, dày, dễ bong [1,6]. Vị trí thường gặp nhất là ở bề mặt da đầu như đầu gối, vùng trước xương chày, khuỷu tay, thân mình, lưng và da đầu [1,5]. Theo biểu đồ 3, vị trí thương tổn phân bố ở ngực, bụng, lưng, các chi chiếm tỷ lệ cao tương tự kết quả của Phan Huy Thục tổn thương da ở thân mình, ngực chiếm 90,48%, ở chi 85,12% [4]. Trong nghiên cứu có 64,6% thương tổn phân bố ở đầu tương tự kết quả của Phan Huy Thục vùng da đầu chiếm 80,36% [4], của Trần Nguyên Ánh Tú có thương tổn ở da đầu là 85,33%. Da đầu là một trong những vị trí thường gặp nhất của vảy nến, thậm chí có những bệnh nhân chỉ bị vảy nến da đầu mà không có ở vị trí khác, đôi khi da đầu là vị trí đầu tiên xuất hiện các thương tổn vảy nến [10]. Móng và da đầu được xem như những vị trí đặc biệt của vảy nến vì ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân và cũng khó điều trị hơn thương tổn ở những vị trí thông thường [6,10].

Tổn thương móng trong nghiên cứu là 25,3% thấp hơn kết quả của Trần Nguyên Ánh Tú là 89,33% [10]. Theo y văn có 40 - 50% bệnh nhân vảy nến bị tổn thương móng, đôi khi chỉ có tổn thương móng mà không có tổn thương da và tổn thương móng là một trong những yếu tố nguy cơ của viêm khớp vảy nến, đặc biệt là khớp liên đốt xa [6].

Các thể bệnh trong nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân nhập viện nên khá đa dạng, kết quả của chúng tôi có vảy nến thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,1% (biểu đồ 4) tương tự với kết quả của Amador J có 78,7% bệnh nhân vảy nến nhập viện là vảy nến thông thường [8], nghiên cứu của Phan Huy Thục vảy nến thông thường chiếm tỷ lệ 50% [4].

Tỷ lệ nhóm mức độ nặng trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,4% (bảng 3), phù hợp với nghiên cứu của Amador J mức độ nặng chiếm 62,8% [8], có thể do những bệnh nhân vảy nến mức độ nhẹ và vừa ưu tiên lựa chọn điều trị ngoại trú để duy trì công việc và hoạt động thường nhật nên đối tượng nhập viện nhiều nhất trong nghiên cứu phần lớn là mức độ bệnh nặng. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm PASI để đánh giá mức độ bệnh, cho đến nay PASI là thang điểm được sử dụng rộng rãi nhất tuy nhiên hạn chế của thang điểm này là không tính đến mức độ nghiêm trọng của tình trạng móng bị ảnh hưởng và không thể áp dụng cho các thể khác của bệnh vảy nến như vảy nến mụn mủ toàn thân hoặc các thể khu trú như vảy nến lòng bàn tay-bàn chân [15], ngoài ra PASI không đánh giá được mức độ suy giảm chất lượng cuộc sống và các bệnh đi kèm [2,9]. Do đó, từ nghiên cứu này chúng tôi có cơ sở để thực hiện các nghiên cứu chuyên sâu hơn về các mối tương quan khác trong bệnh vảy nến.

V. KẾT LUẬN

Tuổi mắc bệnh vảy nến hay gặp nhất là nhóm tuổi lao động. Yếu tố khởi phát hoặc làm nặng bệnh hay gặp nhất là stress, sử dụng thuốc, lạm dụng bia rượu và hút thuốc lá. Nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân vảy nến điều trị nội trú mắc thể vảy nến thông thường, mức độ nặng. Các dữ liệu này góp phần thúc đẩy nhu cầu nghiên cứu chiến lược điều trị hiệu quả, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân vảy nến.

Xung đột lợi ích

Các tác giả xin cam kết không có xung đột lợi ích trong đề tài này.

Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân được tư vấn và tự nguyện tham gia nghiên cứu, mọi thông tin đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Các bước tiến hành không ảnh hưởng đến việc chẩn đoán hoặc điều trị cho người bệnh. Nghiên cứu được sự cho phép của Bệnh viện Trung ương Huế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kuchekar AB, Pujari RR, Kuchekar SB, Dhole SN, Mule PM. International journal of pharmacy & life sciences psoriasis: A comprehensive review. Int J of Pharm & Life Sci (IJPLS). 2011;2(6):857-77.
2. Dogra S, Mahajan R. Psoriasis: Epidemiology, clinical features, co-morbidities, and clinical scoring. Indian Dermatol Online J. 2016;7(6):471.
3. AlQassimi S, AlBrashdi S, Galadari H, Hashim MJ. Global burden of psoriasis - comparison of regional and global epidemiology, 1990 to 2017. Int J Dermatol. 2020 May 1;59(5):566-71.
4. Phan Huy Thục. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và mối liên quan giữa nồng độ cytokine với kết quả điều trị bệnh vảy nến thông thường bằng methotrexate. Luận văn tiến sĩ y học. 2015.
5. Sewhunegn Molla A. Common skin diseases for the Ethiopian health center team. 2005; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/273256635>
6. Griffiths CEM, Christophers E, Barker JNWN, Chalmers RJG, Chimenti S, Krueger GG, et al. A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. British Journal of Dermatology. 2007 Feb;156(2):258-62.
7. Griffiths CEM, Barker JNWN. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. The Lancet [Internet]. 2007 Jul 21 [cited 2025 Mar 18];370(9583):263-71.
8. Amador JR, Becerra-Arias C, Rojas-Zuleta WG, Castro-Ayarza JR, Franco M, Barbosa-Rengifo M, et al. Clinical characteristic and outcomes of psoriasis patients in a multicentre outpatient healthcare institution in Colombia. Revista Colombiana de Reumatologia. 2024.
9. Da Silva MFP, Fortes MRP, Miot LDB, Marques SA. Psoriasis: correlation between severity index (PASI) and quality of life index (DLQI) in patients assessed before and after systemic treatment. An Bras Dermatol. 2013;88(5):760-3.
10. Trần Nguyên Ánh Tú, Nguyễn Trọng Hào, Đặng Văn Em. Yếu tố liên quan và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân vảy nến thông thường đến khám tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 2020;15(5):1-5.
11. Naldi L. Psoriasis and smoking: Links and risks. Psoriasis: Targets and Therapy. 2016;6:65-71.
12. Gulliver W. Long-term prognosis in patients with psoriasis. British Journal of Dermatology. 2008;159(SUPPL.2):2-9.
13. Vanina LT, Ashley MS, Lisa BW, Adelheid U. Langner, Bianca E. Rich, Abram P. Beshay, et al. The disruptiveness of itchiness from psoriasis: A qualitative study of the impact of a single symptom on quality of life. J Clin Aesthet Dermatol. 2021; 14(6):42-48.
14. Peres LP, Oliveira FB, Cartell A, Mazzotti NG, Cestari TF. Density of mast cells and intensity of pruritus in psoriasis vulgaris: a cross sectional study. An Bras Dermatol. 2018;93:368-72.
15. Manchanda Y, De A, Das S, Chakraborty D. Disease assessment in psoriasis. In: Indian Journal of Dermatology. Wolters Kluwer Medknow Publications; 2023;68(3):278-281.