

CHARACTERISTICS OF SLEEP DISORDERS IN PLAQUE PSORIASIS PATIENTS TREATED WITH BIOLOGICS AT BACH MAI HOSPITAL

Tran Thai Son¹, Bui Van Loi², Nguyen Thi Thu Hien¹, Pham Thi Giang¹, Tran Thi Tinh¹, Nguyen Thi Ngoc Anh¹,
Tran Thi Quyen^{1*}

¹Department of Dermatology and Burns, Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

²Institute of Mental Health, Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

Received: 16/12/2025

Revised: 24/12/2025; Accepted: 26/02/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the characteristics of sleep disorders and related factors in patients with plaque psoriasis undergoing maintenance treatment with biologics at Bach Mai Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 62 patients with plaque psoriasis receiving outpatient treatment with biologics (including Secukinumab, Ustekinumab, and Guselkumab) at Bach Mai Hospital from January 2025 to November 2025. Sleep quality was assessed using the PSQI, disease severity was evaluated using the PASI, and itch intensity was measured using the PNRS.

Results: The mean age of the study group was 46.5 ± 12.4 years, with 82.3% of patients treated with Secukinumab. The mean PASI score was low (2.8 ± 3.1). The mean PSQI score was 5.8 ± 3.4 . The prevalence of sleep disorders (PSQI > 5) was 43.5%. The most common disturbances were short actual sleep duration (5.9 ± 1.4 hours/night) and difficulty falling asleep (sleep latency). There was a moderate positive correlation between itch score (PNRS) and PSQI score ($r = 0.45$; $p = 0.001$). No statistically significant correlation was found between the PASI score and sleep quality ($p > 0.05$).

Conclusion: Although biologics provide effective control of skin lesions, a significant proportion of patients still experience sleep disorders. Itch severity is the primary factor affecting sleep quality rather than the degree of skin clearance.

Keywords: Psoriasis, biologics, sleep disorders, PSQI, PASI, PNRS.

*Corresponding author

Email: quyenran01110@gmail.com Phone: (+84) 342388122 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4454>



ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở BỆNH NHÂN VẢY NẾN THỂ MẢNG ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC SINH HỌC TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Thái Sơn¹, Bùi Văn Lợi², Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Phạm Thị Giang¹, Trần Thị Tính¹, Nguyễn Thị Ngọc Anh¹, Trần Thị Quyên^{1*}

¹Khoa Da liễu và Bông, Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

²Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 24/12/2025; Ngày duyệt đăng: 26/02/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm rối loạn giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân vảy nến đang điều trị duy trì bằng thuốc sinh học tại Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 62 bệnh nhân vảy nến thể mảng đang điều trị ngoại trú bằng thuốc sinh học (bao gồm Secukinumab, Ustekinumab và Guselkumab) tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2025 đến tháng 11/2025. Chất lượng giấc ngủ được đánh giá bằng chỉ số PSQI, mức độ nặng của bệnh đánh giá bằng chỉ số PASI và mức độ ngứa đánh giá bằng thang điểm PNRS.

Kết quả: Nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình $46,5 \pm 12,4$; trong đó 82,3% sử dụng Secukinumab. Chỉ số PASI trung bình thấp ($2,8 \pm 3,1$). Điểm PSQI trung bình là $5,8 \pm 3,4$. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ (PSQI > 5 điểm) là 43,5%. Các rối loạn phổ biến nhất là thời gian ngủ thực tế ngắn ($5,9 \pm 1,4$ giờ/đêm) và khó đi vào giấc ngủ. Có mối tương quan thuận mức độ vừa giữa điểm ngứa (PNRS) và điểm PSQI ($r = 0,45$; $p = 0,001$). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số PASI và chất lượng giấc ngủ ($p > 0,05$).

Kết luận: Mặc dù thuốc sinh học kiểm soát tốt tổn thương da, một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân vẫn tồn tại rối loạn giấc ngủ. Mức độ ngứa là yếu tố ảnh hưởng chính đến giấc ngủ thay vì mức độ sạch tổn thương da.

Từ khóa: Vảy nến, thuốc sinh học, rối loạn giấc ngủ, PSQI, PASI, PNRS.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến là bệnh lý viêm mạn tính gây tổn thương hệ thống đa cơ quan thông qua trung gian miễn dịch, ảnh hưởng khoảng 2-3% dân số thế giới. Thể bệnh thường gặp nhất là vảy nến thể mảng, đặc trưng bởi các dát mảng đỏ ranh giới rõ, bề mặt có vảy trắng, chiếm khoảng 80-90% trường hợp [1]. Các thể khác bao gồm vảy nến thể giọt, thể mũ (khu trú hoặc toàn thân), thể đỏ da toàn thân, vảy nến thể đảo ngược, vảy nến thể khớp... Bên cạnh các tổn thương ngoài da gây mất thẩm mỹ, vảy nến còn tác động sâu sắc đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, trong đó rối loạn giấc ngủ là một vấn đề nổi bật. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân vảy nến dao động từ 40-80%, cao hơn nhiều so với dân số chung và các bệnh lý da liễu khác [2].

Cơ chế gây rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân vảy nến rất phức tạp, bao gồm các triệu chứng thực thể như ngứa, đau rát, bong vảy và các yếu tố tâm lý. Đặc biệt, sự gia tăng các cytokine viêm hệ thống như TNF- α , IL-17 và IL-6 không chỉ gây tổn thương da mà còn tác động lên hệ thần kinh trung ương, làm thay đổi chu kỳ thức - ngủ [2].

Trong những năm gần đây, sự ra đời của các thuốc sinh học ức chế IL-17, IL-23, IL-12/23 đã tạo ra bước đột phá trong điều trị, giúp bệnh nhân đạt được mức độ sạch tổn

thương da rất cao (PASI 90, PASI 100). Tại Bệnh viện Bạch Mai, số lượng bệnh nhân vảy nến thể mảng được tiếp cận thuốc sinh học ngày càng tăng. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu về chất lượng giấc ngủ trên bệnh nhân vảy nến, đặc biệt nhóm bệnh nhân sử dụng thuốc sinh học còn khá hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân vảy nến thể mảng điều trị bằng thuốc sinh học tại Bệnh viện Bạch Mai nhằm mô tả đặc điểm chất lượng giấc ngủ qua chỉ số PSQI (Pittsburgh sleep quality index), đồng thời phân tích một số yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ ở nhóm bệnh nhân này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán vảy nến mảng, đang được quản lý và điều trị ngoại trú tại Khoa Da liễu và Bông, Bệnh viện Bạch Mai.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: được chẩn đoán xác định vảy nến mảng dựa trên hình ảnh lâm sàng đặc trưng hoặc khẳng định trên mô bệnh học trong các trường hợp khó; đang điều trị bằng một trong các loại thuốc sinh học (Secukinumab, Guselkumab, Ustekinumab...) ít nhất 12 tuần (để đảm bảo

*Tác giả liên hệ

thuốc đã phát huy tác dụng ổn định); tuổi ≥ 18 ; đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có các bệnh lý gây rối loạn giấc ngủ nguyên phát (ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn, hội chứng chân không yên...); đang sử dụng các thuốc hướng thần, thuốc ngủ, thuốc chống trầm cảm; làm việc theo ca kíp (đổi ca liên tục) ảnh hưởng nhịp sinh học.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 1/2025 đến tháng 11/2025 tại Khoa Da liễu và Bỏng, Bệnh viện Bạch Mai.

2.2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện. Tổng số bệnh nhân thu thập được là 62.

2.2.4. Công cụ thu thập số liệu

- Thông tin chung: tuổi, giới, BMI, thời gian mắc bệnh, loại thuốc sinh học đang dùng.

- Đánh giá mức độ bệnh bằng chỉ số PASI (psoriasis area and severity index) [3].

- Đánh giá mức độ ngứa bằng thang điểm PNRS (numeric pain rating scale) từ 0-5 điểm: 0 điểm (không ngứa); 1 điểm (ngứa nhẹ, cả ngày); 2 điểm (ngứa nhẹ, chủ yếu vào buổi tối); 3 điểm (ngứa nhiều, chủ yếu buổi tối); 4 điểm (ngứa nhiều, chủ yếu buổi tối, ảnh hưởng giấc ngủ); 5 điểm (ngứa nhiều, cả ngày và đêm, ảnh hưởng giấc ngủ).

- Đánh giá giấc ngủ: sử dụng bộ câu hỏi chỉ số PSQI gồm 19 câu hỏi tự đánh giá, chia thành 7 thành phần: (1) Chất lượng chủ quan; (2) Độ trễ giấc ngủ; (3) Thời gian ngủ; (4) Hiệu quả giấc ngủ; (5) Rối loạn giấc ngủ; (6) Sử dụng thuốc ngủ; (7) Rối loạn chức năng ban ngày. Tổng điểm từ 0-21, trong đó PSQI > 5 điểm được xác định là có rối loạn giấc ngủ [4].

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Các biến định tính trình bày dưới dạng tỷ lệ %. Kiểm định T-test và Chi-square được sử dụng để so sánh; $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 62)

Đặc điểm	Chỉ số, phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	46,5 \pm 12,4	
	< 40 tuổi	20	32,3
	≥ 40 tuổi	42	67,7
Giới tính	Nam	40	64,5
	Nữ	22	35,5
Thời gian mắc bệnh	$\bar{X} \pm SD$ (năm)	11,2 \pm 6,8	

Đặc điểm	Chỉ số, phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Loại thuốc sinh học sử dụng	Secukinumab	51	82,3
	Ustekinumab	9	14,5
	Guselkumab	2	3,2
Mức độ bệnh (PASI)	$\bar{X} \pm SD$	2,8 \pm 3,1	
	PASI < 3	45	72,6
	PASI ≥ 3	17	27,4
Mức độ ngứa (PNRS)	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	2,1 \pm 1,8	

Đa số bệnh nhân là nam giới (64,5%). Secukinumab là thuốc sinh học được sử dụng phổ biến nhất (82,3%). Nhóm nghiên cứu có chỉ số PASI trung bình thấp (2,8), cho thấy hiệu quả kiểm soát tổn thương da tốt của thuốc sinh học.

3.2. Đặc điểm rối loạn giấc ngủ (theo PSQI)

Bảng 2. Đặc điểm chất lượng giấc ngủ theo chỉ số PSQI

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Điểm PSQI tổng	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	5,8 \pm 3,4	
Phân loại giấc ngủ	Tốt (PSQI ≤ 5 điểm)	35	56,5
	Rối loạn giấc ngủ (PSQI > 5 điểm)	27	43,5
Thời lượng ngủ thực tế	$\bar{X} \pm SD$ (giờ/đêm)	5,9 \pm 1,4	
	< 5 giờ/đêm	15	24,2
	5-6 giờ/đêm	25	40,3
	> 6-7 giờ/đêm	12	19,4
	> 7 giờ/đêm	10	16,1
Độ trễ giấc ngủ	$\bar{X} \pm SD$ (phút)	28,5 \pm 20,3	
Sử dụng thuốc ngủ	Không bao giờ	61	98,4
	Thỉnh thoảng (≤ 1 lần/tuần)	1	1,6

Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở nhóm nghiên cứu là 43,5%. Thời gian ngủ trung bình mỗi đêm chỉ đạt khoảng 5,9 giờ. Hầu hết bệnh nhân (98,4%) không sử dụng thuốc an thần/ thuốc ngủ kèm theo, cho thấy tình trạng mất ngủ chủ yếu là do bệnh lý hoặc thói quen chưa được can thiệp thuốc.

3.3. Mối liên quan giữa các yếu tố và rối loạn giấc ngủ

Bảng 3. Mối liên quan giữa các yếu tố và rối loạn giấc ngủ

Yếu tố	Hệ số tương quan (r)	p
Tuổi	0,21	0,102
Thời gian mắc bệnh	0,15	0,245
Mức độ bệnh (PASI)	0,22	0,086
Điểm ngứa (PNRS)	0,45	0,001

Có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa điểm ngứa (PNRS) và điểm giấc ngủ (PSQI) với $r = 0,45$ và $p < 0,01$. Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, thời gian mắc bệnh hay chỉ số PASI với chất lượng giấc ngủ trong nhóm nghiên cứu này.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 62 bệnh nhân vảy nến thể mảng đang điều trị bằng thuốc sinh học (chủ yếu là Secukinumab, chiếm 82,3%) cho thấy tỷ lệ rối loạn giấc ngủ (PSQI > 5 điểm) là 43,5%, với điểm PSQI trung bình là $5,8 \pm 3,4$ điểm. Kết quả này thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ rối loạn giấc ngủ chung ở bệnh nhân vảy nến được báo cáo trong các y văn kinh điển, thường dao động từ 53-78% theo tổng quan hệ thống của Gupta M.A và cộng sự (2016) [5]. Điều này gợi ý rằng việc kiểm soát tốt phản ứng viêm hệ thống và làm sạch tổn thương da bằng các thuốc ức chế IL-17 và IL-12/23 đã góp phần quan trọng trong việc cải thiện chất lượng giấc ngủ. Tuy nhiên, khi so sánh với các nghiên cứu tương tự trên thế giới về nhóm dùng thuốc sinh học, kết quả của chúng tôi có sự tương đồng nhất định. Ví dụ, nghiên cứu của Strober B.E và cộng sự (2019) chỉ ra rằng mặc dù thuốc sinh học cải thiện giấc ngủ tốt hơn so với thuốc cổ điển (Methotrexate), nhưng một tỷ lệ lớn bệnh nhân vẫn chưa thể quay về mức giấc ngủ bình thường như dân số chung [6].

Nhiều tác giả đưa ra giả thuyết về vai trò của cytokine viêm trong cơ chế sinh bệnh học của rối loạn giấc ngủ. Các thuốc sinh học, đặc biệt là Secukinumab (chiếm đa số trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi), không chỉ tác động tại da mà còn ức chế nồng độ IL-17 trong máu, một chất dẫn truyền thần kinh có khả năng tác động lên trục dưới đồi - tuyến yên - thượng thận, từ đó điều hòa lại chu kỳ thức - ngủ. Dù vậy, việc gần một nửa số bệnh nhân vẫn có điểm PSQI > 5 cho thấy rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân vảy nến Việt Nam có tính chất đa yếu tố, chịu ảnh hưởng bởi áp lực kinh tế, kỳ thị xã hội và thói quen sinh hoạt, những yếu tố mà thuốc sinh học không thể giải quyết triệt để.

Về các yếu tố liên quan, trong nghiên cứu này chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số PASI và điểm PSQI ($p > 0,05$). Đa số bệnh nhân của chúng tôi đạt PASI thấp (trung bình 2,8), nhưng vẫn ngủ kém. Kết quả này khác biệt với một số nghiên cứu trước đây trên nhóm thuốc điều trị vảy nến cổ điển (Methotrexat, Cyclosporin, Acitretin...), cho thấy PASI thường tỷ lệ thuận với mức độ mất ngủ. Ngược lại, mức độ ngứa (PNRS) lại có mối tương quan thuận chặt chẽ với điểm PSQI ($r = 0,45$; $p = 0,001$). Điều này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Jensen P và cộng sự (2018), Strober B.E và cộng sự (2019) khẳng định rằng ngứa hoặc cảm giác châm chích thần kinh - ngay cả khi không còn mảng vảy nến nhìn thấy được - mới là tác nhân gây rối loạn giấc ngủ [6-7]. Nhiều bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu dù tổn thương da đã sạch nhưng vẫn giữ thói quen gãi hoặc tâm lý lo âu về cơn ngứa ban đêm, dẫn đến khó đi vào giấc ngủ (độ trễ giấc ngủ kéo dài trung bình 28,5 phút).

Nghiên cứu cũng ghi nhận thời gian ngủ thực tế trung bình của bệnh nhân chỉ đạt 5,9 giờ/đêm, thấp hơn mức khuyến cáo và thấp hơn so với các báo cáo tại các nước phương Tây (thường trên 6,5 giờ). Sự chênh lệch này có thể do đặc điểm văn hóa và thói quen sinh hoạt của người Việt Nam,

hoặc do áp lực công việc ở nhóm tuổi lao động (tuổi trung bình 46,5) chiếm đa số trong mẫu nghiên cứu.

Với thiết kế nghiên cứu cắt ngang cùng cỡ mẫu khiêm tốn ($n = 62$) và sự phân bố không đồng đều giữa các nhóm thuốc (Secukinumab chiếm ưu thế tuyệt đối so với Ustekinumab và Guselkumab), chúng tôi chưa thể so sánh hiệu quả cải thiện giấc ngủ giữa các dòng thuốc sinh học khác nhau. Tuy nhiên, những dữ liệu này bước đầu cho thấy dù thuốc sinh học giúp cải thiện tổn thương da rất hiệu quả, nhưng bác sĩ da liễu cần chú trọng hơn đến việc kiểm soát triệu chứng ngứa và chất lượng giấc ngủ cho người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 62 bệnh nhân vảy nến thể mảng điều trị bằng thuốc sinh học tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ rối loạn giấc ngủ vẫn chiếm 43,5% dù tổn thương da được kiểm soát tốt, đồng thời chất lượng giấc ngủ có mối tương quan chặt chẽ với mức độ ngứa (PNRS) ($p = 0,001$) nhưng không phụ thuộc vào chỉ số PASI.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Mehta S, Sathe N.C. Plaque Psoriasis. In: StatPearls. StatPearls Publishing, 2025. Accessed December 15, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430879/>
- [2] Leung A, Haran K, Marquez-Grap G et al. The impact of psoriasis on sleep quality: examining the relationship between psoriasis, sleep, and mental health. *Dermatol Ther*, 2025, 15 (8): 2247-2254. doi: 10.1007/s13555-025-01449-4.
- [3] Psoriasis Area and Severity Index - an overview. ScienceDirect Topics. Accessed December 15, 2025. <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/psoriasis-area-and-severity-index>.
- [4] Buysse D.J, Reynolds C.F, Monk T.H, Berman S.R, Kupfer D.J. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 1989, 28 (2): 193-213. doi: 10.1016/0165-1781(89)90047-4.
- [5] Gupta M.A, Simpson F.C, Gupta A.K. Psoriasis and sleep disorders: A systematic review. *Sleep Med Rev*, 2016, 29: 63-75. doi: 10.1016/j.smrv.2015.09.003.
- [6] Strober B.E, Sobell J.M, Duffin K.C et al. Sleep quality and other patient-reported outcomes improve after patients with psoriasis with suboptimal response to other systemic therapies are switched to adalimumab: results from PROGRESS, an open-label Phase IIIB trial. *Br J Dermatol*, 2012, 167 (6): 1374-1381. doi: 10.1111/bjd.12000.
- [7] Jensen P, Zachariae C, Skov L, Zachariae R. Sleep disturbance in psoriasis: a case-controlled study. *Br J Dermatol*, 2018, 179 (6): 1376-1384. doi: 10.1111/bjd.16702.