

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA THANG ĐIỂM PHỐI HỢP PGA VÀ BSA VỚI CHỈ SỐ PASI TRONG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ BỆNH CỦA VẢY NẾN THỂ MÀNG

Lưu Huệ Phương^{1,2}, Trần Thị Huyền^{1,3} và Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,3,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

³Bệnh viện Da liễu Trung ương

Nghiên cứu được tiến hành trên 402 bệnh nhân vảy nến thể mảng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2024 đến tháng 5/2025. Bệnh nhân được khai thác tiền sử, bệnh sử, được khám và đánh giá mức độ bệnh theo các thang điểm. Từ đó, phân tích mối tương quan giữa thang điểm phối hợp PGA × BSA và chỉ số PASI, kết quả thu được: Trên biểu đồ phân tán, có mối tương quan rất mạnh giữa PASI với thang điểm phối hợp PGA × BSA, tương quan mạnh đến trung bình với BSA và PGA riêng lẻ. Ở nhóm bệnh nhân có diện tích tổn thương lớn ($BSA \geq 10\%$), có mối tương quan mạnh giữa PASI và PGA × BSA với hệ số Spearman 0,881 và ICC cao 0,932, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong khi đó, ở nhóm bệnh nhân diện tích tổn thương thấp và trung bình ($BSA < 10\%$), hệ số tương quan Spearman giữa PASI và PGA × BSA là 0,657 cùng với hệ số ICC là 0,546, cho thấy tương quan chỉ ở mức trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Từ khóa: BSA, mức độ bệnh, PASI, PGA, PGA × BSA, vảy nến thể mảng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vảy nến là bệnh da mạn tính thường gặp. Theo thống kê năm 2020 tại Hoa Kỳ, có khoảng 7,55 triệu người lớn mắc vảy nến, chiếm khoảng 3% dân số.¹ Ở Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân vảy nến chiếm khoảng 2,2% tổng số bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.² Vảy nến có nhiều thể lâm sàng, hay gặp nhất là thể mảng, chiếm 80 - 90% các trường hợp.³ Tổn thương da điển hình là mảng đỏ, ranh giới rõ, vảy trắng dày, dễ bong, hay gặp ở vùng tứ chi như khuỷu tay, đầu gối...⁴ Các tổn thương da kéo dài, dai dẳng, dễ tái phát gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến thẩm mỹ, tâm lý và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Bên cạnh đó, một số cơ quan khác có thể gặp tổn thương như khớp, móng, niêm mạc... làm tăng gánh nặng y tế cho gia đình và xã hội.

Trong thực hành lâm sàng, việc đánh giá chính xác mức độ nặng của bệnh là bước không thể thiếu khi lập kế hoạch điều trị và theo dõi tiến triển bệnh. Hiện nay, nhiều thang điểm đang được sử dụng nhưng chưa có công cụ nào thật sự tối ưu. Trong số đó, chỉ số PASI (Psoriasis Area and Severity Index) được coi là thước đo tiêu chuẩn để đánh giá mức độ bệnh nhờ khả năng đo lường diện tích và đánh giá tính chất của thương tổn. Tuy nhiên, hạn chế là tính điểm phức tạp, khó sử dụng và tốn nhiều thời gian. PASI cũng kém nhạy đối với các thương tổn nhỏ và vừa (diện tích bề mặt cơ thể $< 10\%$), do thang điểm diện tích được tính theo các khoảng. Chỉ số PGA (Physician's global assessment scale) không đo được diện tích và không đánh giá được tổn thương riêng lẻ, trong khi BSA (Body surface area) chỉ đo diện tích mà không phản ánh tính chất hay hình thái tổn thương.

Để khắc phục những hạn chế này, thang

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hà Vinh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: havinhnguyen.derm@gmail.com

Ngày nhận: 11/08/2025

Ngày được chấp nhận: 30/08/2025

điểm phối hợp PGA × BSA (Physician global assessment and body surface area) được đề xuất như một công cụ thay thế tiềm năng.⁵ Chỉ số PGA cho phép bác sĩ đánh giá tổng quan tính chất thương tổn dựa trên quan sát lâm sàng, trong khi BSA đo lường diện tích da bị ảnh hưởng. Thang điểm phối hợp giữa PGA và BSA (PGA × BSA) được kỳ vọng là phương pháp đơn giản, thuận tiện mà vẫn đảm bảo được độ chính xác trong thực hành lâm sàng. Cho đến nay, vẫn còn rất ít các nghiên cứu trực tiếp đánh giá tính khả thi của việc áp dụng PGA × BSA như một công cụ thay thế hoặc bổ sung cho thang điểm PASI. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá mối tương quan giữa thang điểm phối hợp PGA và BSA với chỉ số PASI trong đánh giá mức độ bệnh của vẩy nến thể mảng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bao gồm 402 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là vẩy nến thể mảng, đến khám và điều trị tại Khoa Điều trị nội trú ban ngày - Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2024 đến 5/2025 tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào lâm sàng và/hoặc mô bệnh học.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán vẩy nến thể mảng.
- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân sạch hoàn toàn tổn thương tại thời điểm thăm khám (BSA < 1%).

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình tiến hành nghiên cứu

Bệnh nhân được thu thập đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ), tuổi khởi phát, triệu chứng cơ năng (ngứa, nóng rát, đau nhức...); đặc điểm tổn thương da (đỏ da, dày da, vảy, diện tích), các tổn thương kết hợp (móng, khớp, niêm mạc...), đánh giá mức độ bệnh thông qua thang điểm PASI, PGA, BSA và PGA × BSA, trong đó diện tích vùng da tổn thương (BSA) được xác định theo quy tắc số 9, đồng thời sử dụng lòng bàn tay bệnh nhân làm đơn vị ước lượng, tương ứng với 1% diện tích cơ thể.

Xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các test thống kê được sử dụng để so sánh hai trung bình: t-test cho các biến có phân bố chuẩn, test phi tham số (Mann-Whitney U) cho các biến không có phân bố chuẩn. Test χ^2 dùng để so sánh hai tỷ lệ.

Tương quan giữa PASI và PGA × BSA được đánh giá bằng hệ số tương quan Spearman trên tất cả bệnh nhân, ở nhóm có BSA thấp (0,1% - 2,9%) và trung bình (3,0% - 9,9%), nhóm có BSA cao ($\geq 10\%$).⁶ Sự đồng thuận được đánh giá bằng hệ số tương quan nội bộ (ICC), biểu đồ phân tán. Đối với hệ số tương quan Spearman và ICC, các giá trị 0,3 - 0,5, 0,5 - 0,7, 0,7 - 0,9 và $\geq 0,9$ tương ứng với tương quan hoặc đồng thuận thấp, trung bình, cao và rất cao. Để có thể so sánh được giữa các thang điểm, PGA × BSA (0 - 500) cần được đặt trên cùng thang điểm với PASI (0 - 72) bằng cách chia tất cả các giá trị PGA × BSA cho một hằng số (6,94). Đối với biểu đồ phân tán, đường chéo biểu thị đường đồng thuận và các điểm dữ liệu phân tán trên hoặc dưới đường này sẽ chỉ ra rằng PGA × BSA đánh giá thấp hoặc đánh giá cao hơn mức độ nghiêm trọng của bệnh vẩy nến tương ứng khi PASI được sử dụng làm tiêu chuẩn tham chiếu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện phù hợp với các nguyên tắc đạo đức y học hiện hành và tuyên ngôn Helsinki. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức và được sự chấp thuận của Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Da liễu Trung ương theo quyết định số 53/HĐĐĐ-BVDLTW ngày 20 tháng 11 năm 2024. Tất cả người bệnh đều được giải thích về quy trình, mục tiêu nghiên cứu và ký vào bản chấp thuận tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

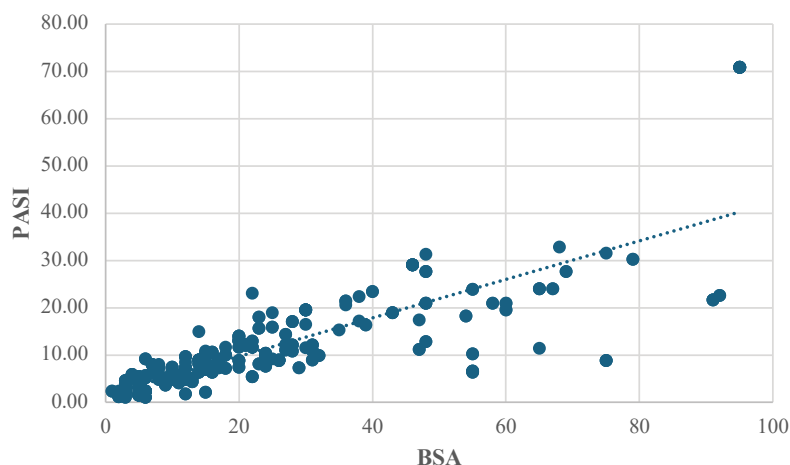
1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 402 bệnh nhân vẩy nến thể mảng phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Đối tượng nghiên cứu là người trưởng thành với độ tuổi trung bình $47,7 \pm 16,8$, trong đó người lớn tuổi nhất là 86. Tuổi khởi phát bệnh trung bình được ghi nhận là $34,1 \pm 11,9$, thời gian mắc bệnh trung bình khoảng $13,6 \pm 10,7$ năm. Các giá trị PASI, PGA, BSA và $PGA \times BSA$ tương ứng được trình bày chi tiết ở Bảng 1.

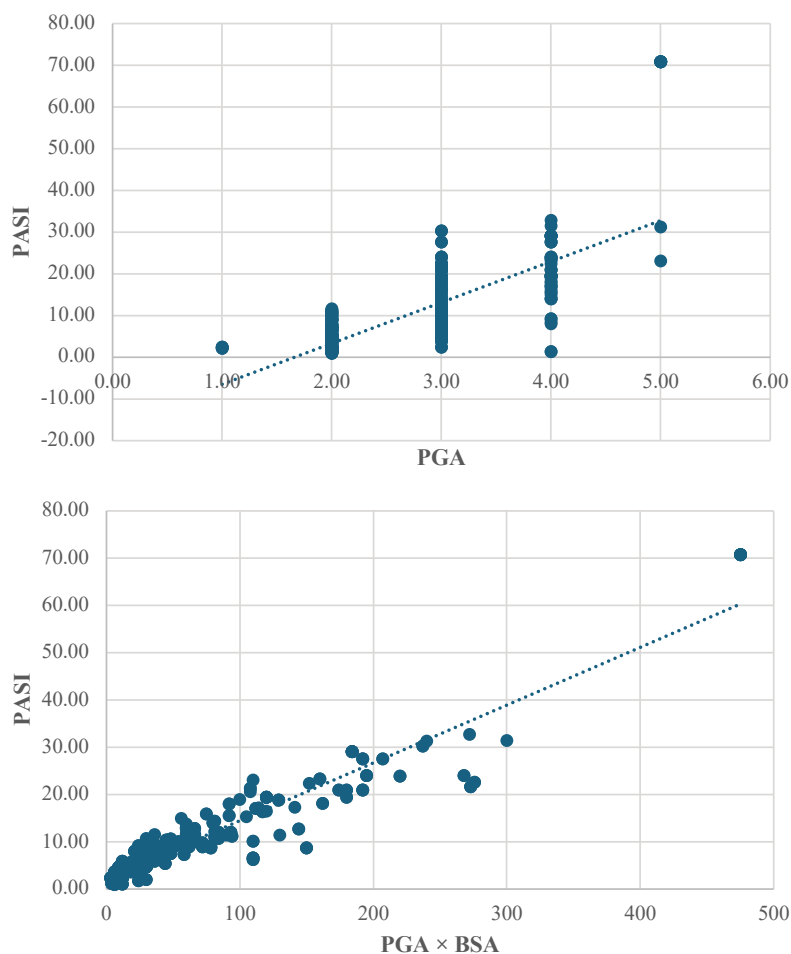
Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n = 402)

Đặc điểm	Mean $\pm$ SD	Min - Max
Tuổi	$47,7 \pm 16,8$	18,0 - 86,0
Tuổi khởi phát	$34,1 \pm 11,9$	11,0 - 71,0
Thời gian mắc (năm)	$13,6 \pm 10,7$	0,1 - 55,0
PASI	$10,7 \pm 10,6$	1,0 - 70,8
PGA	$2,8 \pm 0,8$	1,0 - 5,0
BSA	$22,5 \pm 21,0$	1,0 - 95,0
$PGA \times BSA$	$69,4 \pm 82,0$	3,0 - 475,0

2. Mối tương quan giữa thang điểm phối hợp $PGA \times BSA$ với chỉ số PASI trong đánh giá mức độ bệnh



Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa PASI với PGA, BSA và $PGA \times BSA$ ở tất cả bệnh nhân (n = 402)



Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa PASI với PGA, BSA và PGA x BSA ở tất cả bệnh nhân (n = 402)

Biểu đồ phân tán cho thấy có mối tương quan rất mạnh giữa PASI với PGA x BSA, mối tương quan mạnh giữa PASI với BSA và mối tương quan trung bình giữa PASI với PGA. Trên biểu đồ phân tán giữa PASI và PGA x BSA, hầu hết các điểm dữ liệu nằm trên đường đồng thuận ở đầu thấp và đầu cao nhất của thang đo, nằm

dưới đường đồng thuận ở đoạn giữa của thang đo, cho thấy PGA x BSA đánh giá thấp mức độ nặng của vảy nến so với PASI ở mức thấp và mức cao nhất của thang điểm và đánh giá cao mức độ nghiêm trọng của bệnh vảy nến so với PASI ở mức trung bình của thang điểm.

Bảng 2. Mối tương quan giữa PASI với PGA × BSA ở bệnh nhân có BSA thấp và trung bình (BSA < 10%) (n = 112)

PASI với PGA × BSA		PASI với PGA × BSA được thay đổi tỷ lệ	
r*	p	ICC (95% CI)**	p
0,657	0,000	0,546 (0,401 - 0,664)	0,000

*: Tương quan Spearman

** : Tương quan nội bộ (ICC - Intraclass Correlation coefficient)

Trong nhóm bệnh nhân có BSA thấp và trung bình (BSA < 10%), hệ số tương quan Spearman giữa PASI và PGA × BSA là $r = 0,657$, hệ số ICC dao động từ 0,401 đến 0,664

(Bảng 2). Như vậy, giữa chúng có mối tương quan đồng biến mức độ trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Mối tương quan giữa PASI với PGA × BSA ở bệnh nhân có BSA cao (BSA ≥ 10%) (n = 290)

PASI với PGA × BSA		PASI với PGA × BSA được thay đổi tỷ lệ	
r*	p	ICC (95% CI)**	p
0,881	0,000	0,932 (0,916 - 0,946)	0,000

*: Tương quan Spearman

** : Tương quan nội bộ (ICC - Intraclass Correlation coefficient)

Trong nhóm bệnh nhân có BSA cao (BSA ≥ 10%), hệ số tương quan Spearman giữa PASI và PGA × BSA là $r = 0,881$, hệ số ICC dao động từ 0,916 đến 0,946 (Bảng 3). Như vậy, giữa

chúng có mối tương quan đồng biến mức độ mạnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối tương quan giữa PGA × BSA với PGA và BSA (n = 402)

Mối tương quan	r*	p
PGA × BSA với PGA	0,608	0,000
PGA × BSA với BSA	0,975	0,000

*: Tương quan Spearman

Trong đánh giá mức độ bệnh của vảy nến thể mảng, giữa thang điểm phối hợp PGA × BSA với các chỉ số riêng lẻ có mối tương quan đồng biến theo các mức độ khác nhau (Bảng 4): tương quan rất mạnh giữa PGA × BSA với BSA ($r = 0,975$) và tương quan trung bình giữa PGA × BSA với PGA ($r = 0,608$), sự khác biệt có

ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Vảy nến là bệnh da mạn tính có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Nghiên cứu thực hiện trên 402 bệnh nhân vảy nến thể mảng có độ tuổi trung bình là $47,7 \pm 16,8$, thời gian mắc bệnh kéo dài,

trong khoảng $13,6 \pm 10,7$ năm và tuổi khởi phát trung bình $34,1 \pm 11,9$. Phần lớn bệnh nhân ở mức độ nhẹ (63,5%) và vừa (24,1%), chỉ 12,4% mức độ nặng (đánh giá theo thang điểm PASI).

Nghiên cứu chỉ ra rằng, chỉ số PASI có mối tương quan đồng biến rất mạnh với thang điểm phối hợp PGA $\times$ BSA trong đánh giá mức độ bệnh của vẩy nến, tương ứng hệ số Spearman $r = 0,923$ ($p < 0,05$). Trong khi đó, trên biểu đồ phân tán, PASI chỉ có mối tương quan từ mức trung bình đến mạnh với các chỉ số PGA và BSA riêng lẻ. Điều này chứng minh sự kết hợp giữa PGA và BSA tạo nên một công cụ đánh giá toàn diện, phản ánh chính xác hơn mức độ bệnh. Kết quả này cũng phù hợp với kết luận của Langley et al. (2005), sự kết hợp giữa yếu tố định tính và yếu tố định lượng làm tăng tính khách quan trong đánh giá.⁷

Phân tích biểu đồ phân tán giữa PASI và PGA $\times$ BSA cho thấy hầu hết các điểm dữ liệu nằm trên đường đồng thuận ở hai đầu thang đo, nhưng lại nằm dưới đường đồng thuận ở đoạn giữa của thang đo. Điều này chứng tỏ PGA $\times$ BSA có xu hướng đánh giá thấp mức độ nặng của vẩy nến so với PASI ở mức độ nhẹ và rất nặng, trong khi lại đánh giá cao hơn ở mức độ vừa. Điều này phù hợp với phát hiện của Lebwohl et al. (2019), khi nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân BSA $< 5\%$ cũng ghi nhận PGA $\times$ BSA có xu hướng đánh giá thấp mức độ bệnh so với PASI.⁸ Ngược lại, Walsh et al. (2017) lại báo cáo PGA $\times$ BSA thường cho điểm cao hơn PASI ở bệnh nhân mức độ trung bình, tương tự như kết quả chúng tôi thu được.⁹ Như vậy, sự khác biệt giữa hai thang điểm không cố định mà thay đổi tùy theo phạm vi đánh giá. Do đó, PGA $\times$ BSA không hoàn toàn thay thế được PASI trong những trường hợp yêu cầu độ chính xác cao.

Kết quả nghiên cứu cho thấy mối tương quan giữa PGA $\times$ BSA và PASI thay đổi rõ rệt tùy theo diện tích tổn thương da (BSA). Ở nhóm bệnh nhân có diện tích tổn thương lớn (BSA $\geq$

10%), hệ số tương quan Spearman và hệ số tương quan nội bộ (ICC) giữa hai thang điểm ở mức cao tới rất cao (0,881 và 0,932), cho thấy sự nhất quán và đồng thuận trong đánh giá mức độ bệnh của hai thang điểm này. Điều này khẳng định PGA $\times$ BSA là công cụ đơn giản, đáng tin cậy, có độ chính xác gần tương đương PASI nhất là đối với những thương tổn diện rộng.

Khác với nhóm trên, ở nhóm bệnh nhân có diện tích tổn thương nhỏ và vừa (BSA $< 10\%$), hệ số tương quan giảm xuống mức trung bình ($r = 0,657$) đồng thời ICC cũng thấp hơn, phản ánh có sự khác biệt trong đánh giá phân loại mức độ bệnh của hai thang điểm. Tuy nhiên, PASI vốn có hạn chế là độ nhạy kém với những thay đổi trên diện tích nhỏ (BSA $< 10\%$), do thang điểm diện tích được tính theo các khoảng, ví dụ diện tích từ 10% đến 30% vùng chi dưới đều được tính 2 điểm trong khi chênh lệch có thể lên tới 7,2% diện tích cơ thể. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Armstrong et al. (2020), hệ số tương quan Spearman giữa PASI và PGA $\times$ BSA ở mức trung bình đối với nhóm bệnh nhẹ và vừa (0,51 - 0,72), cao ở nhóm bệnh nặng (0,86).¹⁰

Trong nghiên cứu này, PGA $\times$ BSA có mối tương quan rất mạnh với thước đo thành phần BSA ($r = 0,975$; $p < 0,05$) và tương quan mức độ trung bình với PGA ($r = 0,608$; $p < 0,05$), điều này cũng đã được báo cáo trong các nghiên cứu khác.^{11,12} Mối tương quan rất mạnh giữa PGA $\times$ BSA và BSA cho thấy rằng PGA $\times$ BSA và BSA đo lường mức độ nặng của bệnh vẩy nến tương đương nhau ở cấp độ quần thể. Tuy nhiên, ở cấp độ cá thể, PGA $\times$ BSA sẽ ưu thế hơn bởi chúng có khả năng phản ánh đồng thời cả biến đổi về hình thái và diện tích tổn thương. Điều này đặc biệt quan trọng khi theo dõi đáp ứng điều trị, vì hình thái và diện tích tổn thương có thể cải thiện với tốc độ khác nhau tính từ lúc bắt đầu liệu pháp.

Dựa trên kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy PGA × BSA là công cụ thay thế tiềm năng cho PASI trong thực hành lâm sàng, đặc biệt là đánh giá các thương tổn mức độ vừa đến nặng. Đây là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện và tiết kiệm thời gian hơn so với PASI, giúp thuận lợi trong đánh giá và theo dõi tiến triển bệnh. Tuy nhiên, thang điểm phối hợp PGA × BSA chưa đánh giá được đầy đủ mức độ nặng của các thương tổn vùng nhạy cảm như mặt hay bộ phận sinh dục, cũng như không phản ánh được các yếu tố tâm lý tác động đến chất lượng cuộc sống như thang điểm DLQI (Dermatology life quality index). Bên cạnh đó, độ nhạy của PGA × BSA kém hơn trong đánh giá các trường hợp bệnh nhẹ hay tổn thương khu trú. Do vậy, việc kết hợp với PASI cùng các thang đo chất lượng cuộc sống vẫn được khuyến nghị để có đánh giá toàn diện hơn. Kết luận này hoàn toàn phù hợp với khuyến cáo của Hiệp hội Da liễu Hoa Kỳ trong việc cá nhân hóa công cụ đánh giá tùy theo từng trường hợp cụ thể.¹³

Định hướng nghiên cứu trong tương lai, cần tiếp tục mở rộng đánh giá PGA × BSA trên các nhóm bệnh nhân có mức độ nhẹ và tổn thương khu trú nhằm làm rõ tính khả thi cũng như độ nhạy của công cụ này. Đồng thời, việc kiểm tra độ tin cậy theo phương pháp kiểm tra - kiểm tra lại (test-retest reliability) của PGA × BSA cũng là yếu tố quan trọng cần được đặc biệt quan tâm. Thêm vào đó, các nghiên cứu chuyên sâu về khả năng ứng dụng PGA × BSA trong theo dõi tiến triển bệnh và đánh giá đáp ứng điều trị sẽ góp phần mở rộng phạm vi áp dụng thực tiễn, đồng thời nâng cao hiệu quả quản lý bệnh vảy nến thể mảng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra mối tương quan chặt chẽ giữa thang điểm phối hợp PGA × BSA và chỉ số PASI trong đánh giá mức độ bệnh của vảy nến thể mảng. Trên cơ sở đó, có thể khẳng

định rằng PGA × BSA là công cụ vừa đơn giản, thuận tiện, đồng thời vẫn đảm bảo độ chính xác cao, rất phù hợp để áp dụng trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Armstrong AW, Mehta MD, Schupp CW, Gondo GC, Bell SJ, Griffiths CEM. Psoriasis prevalence in adults in the United States. *JAMA Dermatol.* 2021; 157(8): 940-946. doi:10.1001/jamadermatol.2021.2007.
2. Trần Hậu Khang. Bệnh vảy nến. *Bệnh Học Da Liễu. (Sách đào tạo sau đại học). Tập 1, Nhà Xuất Bản Y Học, 2014, 91-99.*
3. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clin Dermatol.* 2007; 25(6): 535-546. doi:10.1016/j.clindermatol.2007.08.007.
4. Lebwohl M. Psoriasis. *Lancet.* 2003; 361(9364): 1197-1204. doi:10.1016/S0140-6736(03)12954-6.
5. Armstrong AW, Puig L, Joshi A, et al. Validation of the PGAXBSA tool for assessing psoriasis severity in clinical practice. *J Am Acad Dermatol.* 2020; 82(3): 693-699. doi:10.1016/j.jaad.2019.08.001.
6. American Academy of Dermatology. Guidelines of care for the management of psoriasis with systemic therapies. Published 2023. Accessed August 5, 2025. <https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>.
7. Langley RGB, Ellis CN. Evaluating psoriasis with psoriasis area and severity index, psoriasis global assessment, and lattice system physician's global assessment. *J Am Acad Dermatol.* 2005; 51(4): 563-569. doi:10.1016/j.jaad.2004.09.006.
8. Lebwohl MG, Armstrong AW, Langley RG, et al. A Simplified Psoriasis Severity Measure: PGAXBSA Outperforms PASI in Mild Disease. *Br J Dermatol.* 2019; 180(2): 282-287. doi:10.1111/bjd.17200.

9. Walsh JA, Strober BE, Armstrong AW, et al. Validation of the PGABSA Tool for Assessing Psoriasis Severity in Clinical Practice. *J Am Acad Dermatol.* 2017; 76(4): 654-659. doi:10.1016/j.jaad.2016.10.042.
10. Armstrong AW, Puig L, Joshi A, et al. Comparison of Physician Global Assessment and Psoriasis Area and Severity Index as measures of psoriasis severity in clinical practice. *J Am Acad Dermatol.* 2020; 82(2): 369-375. doi:10.1016/j.jaad.2019.05.078.
11. Garg A, Lavian J, Lin G, et al. Measuring the severity of psoriasis through composite scoring: the evolution of physician and patient-reported assessments. *J Psoriasis Psoriatic Arthritis.* 2020; 5(1): 26-35. doi:10.1177/2475530320910828.
12. Wu JJ, Feldman SR, Rastogi S, et al. Comparison of the Physician Global Assessment and Psoriasis Area and Severity Index in patients with moderate to severe psoriasis. *J Drugs Dermatol.* 2018; 17(4): 407-412.
13. Elmetts CA, Leonardi CL, Davis DMR, et al. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80(4):1073-1113. doi:10.1016/j.jaad.2018.11.058

Summary

CORRELATION BETWEEN THE COMBINED PGA AND BSA SCALE AND PASI SCORE IN ASSESSING THE SEVERITY OF PLAQUE PSORIASIS

The study was conducted on 402 patients with plaque psoriasis at the National Hospital of Dermatology and Venereology from November 2024 to May 2025. Patient history and medical history were taken, and clinical examination and severity assessment were performed using various scales. The correlation between the combined PGA × BSA score and the PASI index was then analyzed. The results showed a robust correlation between the PASI and the combined PGA × BSA score, with strong to moderate correlations for BSA and PGA individually, as indicated on the scatter plot. In patients with large lesion areas (BSA ≥ 10%), a strong correlation was observed between PASI and PGA × BSA, with a Spearman coefficient of 0.881 and an ICC of 0.932, indicating a statistically significant difference ($p < 0.05$). Meanwhile, in patients with small to moderate lesion areas (BSA < 10%), the Spearman correlation coefficient between PASI and PGA × BSA was 0.657, along with an ICC of 0.546, indicating only a moderate correlation, with statistically significant difference ($p < 0.05$).

Keywords: BSA, disease severity, PASI, PGA, PGA × BSA, plaque psoriasis.