

kiến thức đạt thấp hơn 0,59 lần nhóm là cán bộ công nhân viên.

ĐTNC có trình độ học vấn dưới THPT có kiến thức đạt thấp hơn 0,46 lần nhóm có trình độ học vấn từ THPT trở lên. Nhóm ĐTNC sinh sống ở nông thôn kiến thức thấp hơn 0,66 lần nhóm sinh sống ở thành thị. Nhóm ĐTNC đã từng được đào tạo về PC TNTT có kiến thức đạt cao hơn 3,31 lần nhóm chưa từng được đào tạo.

Các mối liên hệ trong nghiên cứu này chỉ ra tương đồng với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu ở IRAN năm 2017 [8] và một nghiên cứu khác ở Tây Iran năm 2012 [9] và nghiên cứu ở Italy [10].

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kiến thức chung về PC TNTT của người chăm sóc trẻ chưa cao. Hiểu biết về các loại TNTT và các biện pháp phòng tránh với từng loại TNTT trẻ em của ĐTNC cũng chưa toàn diện. ĐTNC mới chỉ đưa ra được một số loại TNTT phổ biến. Các yếu tố nhân khẩu học và việc được tham gia các lớp đào tạo về PC TNTT có ảnh hưởng tới kiến thức của ĐTNC. Tuy nhiên, thực tế các biện pháp truyền thông chủ yếu và ĐTNC tiếp cận vẫn là các kênh truyền thống, các khóa đào tạo là còn rất ít, cần được khuyến khích triển khai nhiều hơn. Nội dung đào tạo cần nhấn mạnh vào những thiếu sót trong kiến thức của ĐTNC như sự ảnh hưởng của môi trường sống tới việc trẻ bị TNTT, những biện pháp cải tạo môi trường an toàn cho trẻ, nâng cao nhận thức nguy cơ TNTT cho trẻ và NCSC... Đa dạng hình thức đào tạo để người chăm sóc trẻ có thể tiếp cận, nhất là những khu vực nông thôn nơi có kiến thức kém hơn ở thành thị. Đối tượng đào tạo tập trung vào người chăm sóc trẻ chính trong gia đình, khuyến khích việc những người đã được tham gia đào tạo tiếp tục chia sẻ những kiến thức

của mình với người thân trong gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Margie Peden, Kayode Oyegbite, Joan Ozanne-Smith, Hyder AA.** Báo cáo thể giới về phòng chống thương tích ở trẻ em. 2008.
2. **Waqas M, Jooma R.** Unintentional Head Injury in Children Less than 3 Years of Age: An Insight into Safety Practices in a Developing Country. *Pediatric neurosurgery.* 2017; 52(5): 306 - 12.
3. **Tổ chức Y tế Thế giới.** Hướng dẫn giám sát thương tích: Tổ chức Y tế Thế giới 2001.
4. **Đoàn Hồng Minh.** Kiến thức, thực hành phòng chống Tai nạn thương tích trẻ em dưới 5 tuổi huyện Thanh Miện, tỉnh Hải Dương năm 2004. *Việt Nam: Đại học Y tế Công cộng Hà Nội;* 2004.
5. **Lafta RK, Al-Shatari SA, Abass S.** Mothers' knowledge of domestic accident prevention involving children in Baghdad City. *Qatar medical journal.* 2013; 2013(2): 50 - 6.
6. **Kamal NN.** Home unintentional non-fatal injury among children under 5 years of age in a rural area, El Minia Governorate, Egypt. *Journal of community health.* 2013; 38(5): 873 - 9.
7. **Thein MM, Lee BW, Bun PY.** Knowledge, attitude and practices of childhood injuries and their prevention by primary caregivers in Singapore. *Singapore medical journal.* 2005; 46(3): 122 - 6.
8. **Kouhpayeh A, Jeihooni AK, Kashfi SH, Bahmandoost M.** Effect of an educational intervention based on the model of health beliefs in self-medication of Iranian mothers. *Investigacion y educacion en enfermeria.* 2017;35(1):59 - 68.
9. **Dolgun E, Kalkim A, Ergün S.** The Determination of Home Accident Risks and Measures to Prevent Accident of Children: Quasi-Experimental Research. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care.* 2017: 100.
10. **Santagati G, Vezzosi L, Angelillo IF.** Unintentional Injuries in Children Up to Six Years of Age and Related Parental Knowledge, Attitudes, and Behaviors in Italy. *The Journal of pediatrics.* 2016; 177: 267 - 72.e2.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH RỤNG TÓC TỪNG VÙNG ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

TRẦN VĂN ANH, NGUYỄN THỊ THẢO
Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng của người bệnh rụng tóc từng vùng (RTTV).

Chịu trách nhiệm: Trần Văn Anh
Email: vananhdl2015@gmail.com
Ngày nhận: 14/6/2021
Ngày phản biện: 12/7/2021
Ngày duyệt bài: 22/7/2021

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang 94 người bệnh rụng tóc từng vùng đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 8/2018 đến 7/2019. Tiến hành thu thập các số liệu về lâm sàng, xét nghiệm theo mẫu bệnh án có sẵn. Phân tích số liệu theo phần mềm thống kê thích hợp và đưa ra kết quả theo mục tiêu nghiên cứu.
Kết quả: Người bệnh rụng tóc từng vùng có

tuổi trung bình $26,3 \pm 15,0$. Tỷ lệ mắc bệnh ở hai giới tương đương nhau. 76,6% tổn thương từ 5 đám trở xuống. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là vùng trán và đỉnh đầu chiếm 64,9%. Diện tích rụng tóc trung bình nam/nữ là tương đương 26,7% và 25,7%. Tổn thương móng phối hợp là 27,7%; rụng lông mày và lông mi là 7,4%. 76,6% người bệnh RTTV thể đám, 13,8% RTTV thể rắn bò, 8,5% rụng tóc toàn thể và 1,1% rụng tóc toàn bộ.

Kết luận: Bệnh rụng tóc từng vùng tiến triển dai dẳng, hay tái phát do chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Hơn nữa, bệnh còn khởi phát khá thầm lặng đôi khi chỉ là đám rụng tóc ở đầu... Nhận định chính xác đặc điểm lâm sàng của bệnh sẽ giúp chẩn đoán và điều trị hiệu quả nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Từ khoá: Rụng tóc, rụng tóc từng vùng, da liễu.

SUMMARY

CLINICAL SYMPTOMS OF PATIENTS WITH ALOPECIA AREATA EXAMINATED AT NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Objective: To evaluate some clinical features of alopecia a patient in each region.

Methods: Cross-sectional description of 94 hair loss patients from each region to the National Hospital of Dermatology from 8/2018 to 7/2019. Collecting clinical data, testing according to the medical record. Analyze data according to appropriate statistical software and give results according to research objectives.

Results: Patients with alopecia areata had an average age of 26.3 ± 15.0 . The prevalence of the disease is similar in the two gender. 76.6% damage from 5 groups or less. The most common lesions are the forehead and the crown of the head, accounting for 64.9%. The average area of hair loss for men / women is 26.7% and 25.7% respectively. Combined nail damage is 27.7%; eyebrow and eyelash loss is 7.4%. 76.6% of patients with mass RTTV, 13.8% bovine solid RTTV, 8.5% total hair loss and 1.1% total hair loss.

Conclusion: Alopecia areata progresses persistently, or recurs because there is no specific treatment. Moreover, the disease also starts quite quietly, sometimes just the hair loss in the head... Accurate identification of the clinical features of the disease will help diagnose and treat effectively to improve the quality of life for the patient.

Keywords: Hair loss, alopecia areata, dermatology

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rụng tóc từng vùng là bệnh lý thường gặp trong chuyên ngành da liễu với diễn biến dai

dẳng và hay tái phát. Bệnh được biết đến từ lâu nhưng cho tới nay căn nguyên của bệnh chưa hoàn toàn sáng tỏ. Cơ chế bệnh sinh và những yếu tố làm bệnh kéo dài dai dẳng vẫn đang được nghiên cứu. Những năm gần đây nhờ tiến bộ của khoa học kỹ thuật, nhiều tác giả đã chỉ ra rằng nguyên nhân của rụng tóc từng vùng liên quan đến yếu tố gia đình, cơ địa, miễn dịch, nội tiết, sang chấn hoặc nhiễm khuẩn^[1].

Bệnh thường khởi phát âm thầm, đặc trưng bởi một hoặc nhiều đám rụng tóc ở đầu hình tròn, hình bầu dục nhẵn bóng, không vảy, không ngứa, không đau. Các vùng có lông khác như râu, lông mày, lông mi, lông mu cũng có thể rụng. Có nhiều loại rụng tóc, nếu phân loại theo hậu quả rụng tóc có rụng tóc không sẹo và rụng tóc có sẹo, trong đó rụng tóc từng vùng thuộc loại rụng tóc không sẹo^{[2],[3]}.

Bệnh tiến triển dai dẳng, hay tái phát do chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Tuy không gây biến chứng nguy hiểm tới tính mạng nhưng nếu không điều trị kịp thời về lâu dài sẽ ảnh hưởng đến tâm lý, thẩm mỹ khiến người bệnh mất tự tin, mặc cảm, hoang mang lo lắng làm ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống^[4].

Cho đến nay đã có nhiều nghiên cứu về rụng tóc ở các khía cạnh khác nhau như nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh, triệu chứng lâm sàng, phương pháp điều trị, ... Tuy nhiên, các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của rụng tóc từng vùng chưa nhiều và chưa mô tả đầy đủ các đặc điểm của bệnh. Xuất phát từ thực tế và với mục đích góp phần làm rõ hơn những yếu tố liên quan đến bệnh rụng tóc từng vùng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng người bệnh rụng tóc từng vùng đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những người bệnh rụng tóc từng vùng đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 8/2018 - 7/2019. Tất cả các người bệnh đều được gửi thư mời tham gia nghiên cứu và được tiếp cận với các thông tin cơ bản như thiết kế, mục đích và ý nghĩa của nghiên cứu cũng như quyền lợi của họ khi tham gia. Người bệnh được gửi văn bản chấp thuận đồng ý trước khi đăng ký vào nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Chọn tất cả các người bệnh được chẩn đoán là rụng tóc từng vùng trong thời gian nghiên cứu. Không phân biệt các thể rụng tóc vùng. Không phân biệt tuổi, giới tính. Có khả năng hiểu và giao tiếp bình thường.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không đồng

ý tham gia nghiên cứu, người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu giữa chừng.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang định lượng

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu là $n = 95$.

Trong các người bệnh rụng tóc từng vùng đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 08/2018 đến 07/2019, chúng tôi lần lượt chọn những người thỏa mãn điều kiện trong tiêu chí chọn mẫu và cho vào mẫu nghiên cứu đến khi đủ số lượng là 95 người. Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Công cụ, phương pháp thu thập thông tin

Công cụ thu thập thông tin là phiếu bệnh án được thiết kế sẵn theo mục tiêu nghiên cứu. Các nội dung thông tin có trong phiếu thu thập thông tin gồm:

- Thông tin chung về đối tượng: nhân khẩu học (tuổi, giới, nghề nghiệp, ...); tiền sử gia đình, cá nhân,...

- Đặc điểm lâm sàng: Thời gian mắc bệnh (tính từ khi mắc bệnh đến khi người bệnh đến khám); số lượng đám rụng tóc, vị trí tổn thương phối hợp (rụng râu, lông mày, lông mi, lông mu, lông nách, móng);...

Phương pháp thu thập thông tin: kết hợp sử dụng phương pháp phỏng vấn, thăm khám trực tiếp người bệnh và chụp hình ghi nhận lại một số hình ảnh tổn thương điển hình.

2.4. Các biến số nghiên cứu chính

- Tỷ lệ bệnh rụng tóc vùng/tổng số người bệnh đến khám cùng thời điểm tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

- Tỷ lệ bệnh rụng tóc vùng/tổng số bệnh rụng tóc do nguyên nhân khác.

- Tỷ lệ bệnh rụng tóc do nguyên nhân khác/tổng số người bệnh đến khám.

- Diện tích rụng tóc chung; so sánh diện tích rụng tóc giữa nam/ nữ; diện tích rụng tóc ở mức độ nhẹ, nặng, trung bình, một số tổn thương phối hợp, các thể lâm sàng của rụng tóc từng vùng.

2.5. Tiêu chí đánh giá mức độ rụng tóc

Đánh giá lâm sàng mức độ rụng tóc từng vùng được dựa vào Bộ công cụ đánh giá mức độ rụng tóc^[6].

- S0: không mất tóc

- S1 (nhẹ): mất < 25% tóc.

- S2 (trung bình): Mất từ 25 - 49% tóc.

- S3 (nặng): Mất từ 50 - 74% tóc.

- S4 (rất nặng): Mất từ 75 - 99% tóc, chia 2 mức: a = mất 75-95% tóc; b = mất 96 - 99% tóc.

- S5 (mất toàn bộ) = mất 100% tóc.

Trong đề tài này chúng tôi chia làm 3 mức độ: nhẹ (S1), trung bình (S2), nặng (S3, S4, S5).

2.6. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu

Sau khi thu thập các số liệu được quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1, sử dụng phần mềm SPSS 20 để xử lý trước khi đưa vào phân tích. Các trị số được thể hiện bằng trung bình ± độ lệch chuẩn (TB ± ĐLC) hay tần số, tỷ lệ phần trăm để mô tả các biến số định tính. Dùng T test để kiểm định sự khác nhau giữa 2 giá trị trung bình. Dùng khi bình phương (Chi²) để kiểm định sự khác nhau giữa 2 tỷ lệ %. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Rụng tóc từng vùng ở nhóm < 15 tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất 28,72%. Tiếp đến là nhóm tuổi từ 20 - 29 tuổi chiếm tỷ lệ 25,5%. Tỷ lệ nữ mắc bệnh 52,1%, cao hơn nam 47,9%. Người bệnh bị bệnh trong khoảng từ 1 - 3 tháng 46,81%. Ngược lại, thời gian bị bệnh dưới 1 tháng chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,13%. Thời gian trung bình bị bệnh là $4,66 \pm 7,23$ tháng. Tỷ lệ người bệnh đến khám bệnh vòng 1 năm là 95,7%. Ngược lại, những người bệnh đến khám trên 1 năm chiếm tỷ lệ thấp (2,1%).

2. Đặc điểm lâm sàng rụng tóc từng vùng

Bảng 1. Số lượng đám tổn thương

Số lượng	Số lượng (SL)	Tỷ lệ %
1 - 5 đám	68	72,3
>5 - 10 đám	17	18,1
Rụng tóc toàn thể	8	8,5
Rụng tóc toàn bộ	1	1,1
Tổng	94	100

Số lượng đám tổn thương từ 1- 5 đám chiếm đa số 72,3%. Rụng tóc toàn thể chiếm 8,5%. Có 01 người bệnh rụng tóc toàn bộ, chiếm 1,1%.

Bảng 2. Vị trí tổn thương ban đầu

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ %
Trán + Đỉnh đầu	61	64,9
Gáy	30	31,9
Bên trái đầu	5	5,3
Bên phải đầu	3	3,3

Vị trí tổn thương ban đầu phổ biến nhất là vùng trán và đỉnh đầu 64,9%, sau đó là gáy 31,9%. Các vị trí tổn thương khác chiếm tỷ lệ thấp hơn: Bên trái đầu 5,3%, bên phải đầu 3,3%.

Bảng 3. Mức độ rụng tóc và giới tính

Mức độ	Nam SL (%)	Nữ SL (%)	Chung SL (%)	Giá trị p
Nhẹ (<25%)	23(51,1)	26 (53,1)	49(52,2)	>0,05
Trung bình (25- 49%)	13 (28,9)	12 (24,5)	25 (26,6)	
Nặng (≥50%)	9 (20,0)	11(22,4)	20 (21,2)	
Tổng	45	49	94	

Tỷ lệ người bệnh rụng tóc từng vùng ở mức độ nhẹ chiếm 52,2%. Mức độ trung bình và nặng chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 26,6% và 21,2%. Sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

Bảng 4. So sánh diện tích rụng tóc trung bình giữa nam và nữ

Giới	Số lượng	TB ± ĐLC	Giá trị p
Nam	45	26,7 ± 22,6	> 0,05
Nữ	49	25,7 ± 20,4	

Diện tích rụng tóc trung bình ở nam cao hơn so với nữ (26,7 ± 22,6 so với 25,7 ± 20,4). Tuy nhiên sự khác biệt giá trị trung bình của diện tích rụng tóc giữa hai giới nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5. Diện tích rụng tóc

Vị trí rụng tóc	TB ± ĐLC	Lớn nhất-nhỏ nhất
Trán + Đỉnh đầu	12,7 ± 8,5	0 - 40
Phía sau gáy	8,1 ± 7,0	0 - 28
Bên phải đầu	5,1 ± 4,8	0 - 18
Bên trái đầu	4,8 ± 4,3	0 - 18

Diện tích rụng tóc tại trán và đỉnh đầu có giá trị trung bình cao nhất là 12,7 ± 8,5. Vị trí phía sau gáy có diện tích rụng thấp hơn là 8,1 ± 7,0. Bên phải đầu, bên trái đầu có diện tích rụng tóc thấp nhất.

Bảng 6. Một số tổn thương phối hợp

Tổn thương phối hợp		Số lượng	Tỷ lệ %
Tổn thương móng	Rỗ móng	16	17,0
	Loạn dưỡng móng	6	6,4
	Móng có khía	4	4,3
Rụng lông	Rụng lông mày và lông mi	7	7,4
	Rụng râu	4	4,3
	Rụng lông tay, chân, thân mình	1	1,1

Tổn thương móng chiếm tỷ lệ cao nhất 27,7%, trong đó rỗ móng là 17%, loạn dưỡng móng là 6,4% và móng có khía là 4,3%. Tỷ lệ người bệnh rụng lông mày và lông mi là 7,4%. Rụng râu chiếm tỷ lệ nhỏ 4,3%. Thấp nhất là rụng lông tay, chân, thân mình 1,1%

Bảng 7. Tỷ lệ sợi tóc có dấu “chấm than” (n=49)

Tình trạng	Nam SL (%)	Nữ SL (%)	Chung SL (%)
Có	12 (44,4)	11 (50,0)	23 (46,9)
Không	15 (55,6)	11 (50,0)	26 (53,1)

Trong số người bệnh tham gia nghiên cứu có 49 người bệnh có kết quả chụp phân tích da đầu, trong đó: 23 người bệnh có sợi tóc dấu “chấm than” chiếm 46,94%. Còn lại 53,06% sợi tóc không dấu “chấm than”

Bảng 8. Phân loại rụng tóc

Phân loại	n	%
Rụng tóc từng vùng thể đám	72	76,6
Rụng tóc từng vùng thể rần bò	13	13,8
Rụng tóc toàn thể	8	8,5
Rụng tóc toàn bộ	1	1,1

Tỷ lệ người bệnh rụng tóc từng vùng thể đám chiếm 76,6%. Tiếp đó, tỷ lệ người bệnh rụng tóc từng vùng thể rần bò thấp hơn là 13,8%. Còn những người bệnh rụng tóc toàn thể chiếm 8,5% và rụng tóc toàn bộ chiếm 1,1%.

BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của người bệnh là 26,3 ± 15,0. Tuy nhiên người bệnh rụng tóc <15 tuổi chiếm một tỷ lệ khá cao 28,72%. Tỷ lệ mắc bệnh ở độ tuổi từ 20 - 29% cũng chiếm tỷ lệ cao 25,5%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với Trịnh Thị Phương^[7] với lứa tuổi bị bệnh cao nhất là từ 20-50 chiếm 67,7%, nhóm tuổi < 15 là 22,4%; Như vậy, rụng tóc từng vùng có thể gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau, nhưng hay gặp nhất ở nhóm 20 - 49 tuổi. Có thể đây là lứa tuổi lao động chính, chịu nhiều căng thẳng cuộc sống, áp lực về công việc, học hành, mưu sinh cũng làm cho bệnh dễ khởi phát hoặc làm nặng hơn bệnh lý của bệnh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh có thời gian trung bình từ khi phát hiện bệnh đến khi khám bệnh là 4,66 ± 7,23 tháng. Gần một nửa số người bệnh đến khám khi phát hiện ra bệnh (thời gian mắc bệnh) từ 1-3 tháng chiếm 46,81%, tỉ lệ người bệnh đến khám trong vòng 6 tháng chiếm 77,66%. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Lê Đức Minh^[8] có thời gian mắc bệnh trong vòng 6 tháng là 90,6%, của Trịnh Thị Phương^[7] có thời gian mắc bệnh trong vòng 6 tháng là 90,6%. Điều này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đa dạng về mức độ bệnh, tỷ lệ người bệnh trung bình và nặng cũng chiếm gần một nửa.

Phần lớn các người bệnh có từ 5 đám tổn thương trở xuống chiếm 72,3%, từ 6 - 10 đám chiếm tỷ lệ thấp hơn là 18,1%, có 8,5% người bệnh bị rụng tóc toàn thể và duy nhất một người bệnh rụng tóc toàn bộ chiếm 1,1%. Theo Trịnh Thị Phương^[7] có 64,4% người bệnh tham gia nghiên cứu chỉ có một đám rụng tóc. Tỷ lệ người bệnh rụng tóc từ 3 đám trở lên tương đối thấp 11,1%. Người bệnh có số lượng đám rụng tóc tối đa là 5 đám. Theo Nguyễn Thị Luận^[9] người bệnh có một đám rụng tóc chiếm 75,7%, có 18,6% người bệnh có hai đám rụng tóc, chỉ có 6,7% có từ trên ba đám rụng tóc. Sự khác biệt trong các nghiên cứu có thể do cỡ mẫu và mức độ nặng nhẹ của bệnh là khác nhau.

Đánh giá mức độ nặng, nhẹ của bệnh phụ

thuộc vào tỷ lệ diện tích tổn thương so với toàn bộ da đầu (thang điểm SALT). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, người bệnh có diện tích mất tóc ở đầu ít nhất là 5% và nhiều nhất là 100%. Diện tích mất tóc trung bình là $32,8 \pm 23,5\%$, trong đó diện tích mất tóc trung bình ở nam là $26,7 \pm 22,6\%$ và diện tích mất tóc trung bình ở nữ là $25,7 \pm 20,4\%$. Hầu hết người bệnh tham gia nghiên cứu đều là rụng tóc từng vùng thể nhẹ chiếm 52,2%. Tỷ lệ người bệnh rụng tóc từng vùng mức độ trung bình là 26,6% và mức độ nặng là thấp nhất 21,2%. Sự khác biệt về diện tích mất tóc trung bình và mức độ bệnh giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

So với kết quả nghiên cứu của Trịnh Thị Phương^[7] diện tích mất tóc trung bình là $6,7 \pm 6,2\%$; của Nguyễn Thị Luận^[9] là $18,1 \pm 9,4\%$ thì diện tích mất tóc của chúng tôi nhiều hơn. Có thể lý giải điều này do nhóm đối tượng của chúng tôi đa dạng, lấy người bệnh từ nhẹ đến nặng còn các nghiên cứu trên thường loại trừ các người bệnh nặng.

Trong số 94 người bệnh tham gia nghiên cứu có 20 người bệnh chiếm 21,3% có tổn thương móng phối hợp. Đa số người bệnh rối móng ở một số móng tay 17,0%; loạn dưỡng móng 6,4%; móng có khía 4,3%. Các tổn thương khác như rụng lông mày và lông mi 7,4%; rụng râu là 4,3%; ngoài ra còn rụng lông tay và chân và thân mình 1,1%. Theo kết quả của Trịnh Thị Phương^[7] có 13,3% người bệnh có tổn thương móng phối hợp, trong đó đa phần người bệnh loạn dưỡng móng, có 2,2% người bệnh rụng lông mày, không có người bệnh tổn thương phối hợp ở các bộ phận khác như râu, lông mi, lông nách, lông mu; của Nguyễn Thị Luận^[9] có 7,1% người bệnh có tổn thương móng phối hợp, tất cả cũng đều là loạn dưỡng móng nhưng có cả ở tay và chân, 4,3% người bệnh có tổn thương râu, 4,3% người bệnh có tổn thương vùng lông khác như lông mu, lông nách và 1,4% người bệnh có rụng lông mày lông mi phối hợp.

Sợi tóc dàu "chấm than" là dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán bệnh rụng tóc từng vùng nhưng không thường xuyên xuất hiện. Nghiên cứu của chúng tôi trong 49 người bệnh có kết quả chụp phân tích tóc thì có 23 người bệnh có sợi tóc dàu "chấm than" chiếm 46,94%. Theo Bhatt^[10] tỷ lệ người bệnh có sợi tóc dàu "chấm than" là 15/50 tức là 30%, của Đào Minh Châu là 16,1%; của Nguyễn Thị Luận là 17,1%. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả Bhatt, Lê Đức Minh, Đào Minh Châu, Nguyễn Thị Luận. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu và mức độ người bệnh rụng tóc từng vùng thể nặng của chúng tôi cao hơn.

Rụng tóc từng vùng được chia thành nhiều thể lâm sàng khác nhau như rụng tóc từng vùng thể đám, rụng tóc từng vùng thể rần bò, rụng tóc toàn thể, rụng tóc toàn bộ. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 94 người bệnh phần lớn là rụng tóc từng vùng thể đám 76,6%; tiếp đến là rụng tóc từng vùng thể rần bò 13,8%; rụng tóc toàn thể 8,5% và thấp nhất là rụng tóc toàn bộ có 1 người bệnh 1,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với kết quả của Trịnh Thị Phương^[7], của Đào Minh Châu^[11], do cỡ mẫu và đối tượng lựa chọn khác nhau.

KẾT LUẬN

Bệnh rụng tóc từng vùng tiến triển dai dẳng, hay tái phát do chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Hơn nữa, bệnh còn khởi phát khá thâm lặng đôi khi chỉ là đám rụng tóc ở đầu... Nhận định chính xác đặc điểm lâm sàng của bệnh sẽ giúp chẩn đoán và điều trị hiệu quả nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McElwee KJ1 (2013). What causes alopecia areata. *Exp Dermatol*, 22(9), p 609 - 26.
2. Bộ môn Da liễu Học viện Quân y (2001). Rụng tóc. *Giáo trình bệnh da và hoa liễu*, NXB Quân đội nhân dân, tr 291 - 301.
3. Bộ môn Da liễu Trường Đại học Y Hà Nội (2017). *Bệnh học Da liễu*. Nhà xuất bản Y học, tập 3, tr 59 - 91.
4. Rencz F1,2, Gulácsi L1, Péntek M(2016). Alopecia areata and health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*, 175(3):561 - 71.
5. Nguyễn Hữu Sáu (2011). Nghiên cứu tình hình bệnh rụng tóc tại bệnh viện Da liễu Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tháng 3- số 2/2011.
6. Whiting DA (1996), "Chronic telogen effluvium", *Dermatol Clin*, 14, p 723 - 31.
7. Trịnh Thị Phương (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị bệnh rụng tóc từng vùng bằng uống corticoide liều xung nhỏ. *Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II*, Đại học Y Hà Nội
8. Lê Đức Minh (2005). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của bệnh rụng tóc từng vùng và đánh giá hiệu quả điều trị bằng tiêm corticoid vào thương tổn. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Nguyễn Thị Luận (2016). Hiệu quả điều trị bệnh rụng tóc từng vùng bằng bôi Tacrolimus 0,1% kết hợp với uống Dexpanthenol và L - cysteine. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Đại học Y Hà Nội
10. Bhat YJ, Manzoor S, Khan AR, Qayoom S (2009). Trace element levels in alopecia areata. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 75(1), p 29 - 31.
11. Đào Minh Châu (2013). Nghiên cứu hiệu quả điều trị bệnh rụng tóc từng vùng bằng Tacrolimus 0,1% kết hợp với minoxidil 2%. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Đại học Y Hà Nội