

- cirrhosis. Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi. Apr 2009; 108 (4): 293-300. doi:10.1016/s0929-6646 (09)60069-3
4. **Monaghan SF, Anjaria D, Mohr A, Livingston DH.** Necrotizing fasciitis and sepsis caused by *Aeromonas hydrophila* after crush injury of the lower extremity. Surgical infections. Aug 2008; 9(4): 459-67. doi:10.1089/sur.2007.028
  5. **Patel KM, Svestka M, Sinkin J, Ruff Pt.** Ciprofloxacin-resistant *Aeromonas hydrophila* infection following leech therapy: a case report and review of the literature. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery : JPRAS. Jan 2013; 66(1):e20-2. doi:10.1016/j.bjps.2012.10.002
  6. **Dumančić J, Čupić M, Potočnjak I, Trbušić M, Degoricija V.** The effectiveness of synthetic glucocorticoids on the disease course, treatment, and outcome of severe sepsis and septic shock. Endocrine Oncology and Metabolism. 03/15 2016;2:72-81. doi:10.21040/eom/2016.2.8
  7. **Tang HJ, Lai CC, Lin HL, Chao CM.** Clinical manifestations of bacteremia caused by *Aeromonas* species in southern Taiwan. PLoS one. 2014;9(3):e91642. doi:10.1371/journal.pone.0091642
  8. **Kaki R.** A retrospective study of *Aeromonas hydrophila* infections at a university tertiary hospital in Saudi Arabia. BMC infectious diseases. Oct 9 2023;23(1):671. doi:10.1186/s12879-023-08660-8
  9. **Chuang HC, Ho YH, Lay CJ, Wang LS, Tsai YS, Tsai CC.** Different clinical characteristics among *Aeromonas hydrophila*, *Aeromonas veronii* biovar *sobria* and *Aeromonas caviae* monomicrobial bacteremia. Journal of Korean medical science. Nov 2011;26(11):1415-20. doi:10.3346/jkms.2011.26.11.1415
  10. **Rhee JY, Jung DS, Peck KR.** Clinical and Therapeutic Implications of *Aeromonas* Bacteremia: 14 Years Nation-Wide Experiences in Korea. Infection & chemotherapy. Dec 2016;48(4):274-284. doi:10.3947/ic.2016.48.4.274

## KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ VÀ LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIỆT NAM MẮC SẸO DO TRỨNG CÁ

Võ Huy Tâm<sup>1</sup>, Huỳnh Thị Xuân Tâm<sup>1</sup>

### CHARACTERISTICS OF ACNE SCAR

#### PATIENTS IN VIETNAM: A SURVEY STUDY

**Objective:** To describe the epidemiological and clinical characteristics of patients with acne scars. **Subjects and Methods:** A prospective case series study involving 57 patients with acne scars and 57 patients with acne without scars who presented and received treatment at Ho Chi Minh City Hospital of Dermatology and Venereology from April 2024 to October 2024. **Results:** The mean age of patients in the acne scarring group (ASG) was 20.11 ± 3.15 years, while it was 20.02 ± 3.79 years in the non-scarring acne group (NSAG). Males constituted a higher proportion in the ASG (54.4%) compared to the NSAG (36.8%). The median age of onset in the ASG was 15 years. Atrophic scars were the most prevalent type (80.7%), whereas hypertrophic/keloid scars accounted for only 19.3%, primarily located on the chest and back. Most patients had mild to moderate scarring (70.2%) according to the Goodman and Baron qualitative grading scale. **Conclusion:** Acne scars are more common in males and typically occur in adolescence. A family history of acne and recurrent episodes are potential risk factors for scarring, while gender may be associated with acne scars.

**Keywords:** acne scars, epidemiological characteristics, clinical features.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trứng cá là một bệnh viêm da mạn tính liên quan đến đơn vị nang lông tuyến bã, chiếm khoảng hơn 80% ở thanh thiếu niên và người trưởng thành. Bệnh có biểu hiện lâm sàng đa dạng bao gồm nhân trứng cá đóng hoặc mở hay

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng ở bệnh nhân mắc sẹo do trứng cá. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, tiến cứu gồm 57 bệnh nhân mắc sẹo do trứng cá và 57 bệnh nhân mắc trứng cá không sẹo đến khám và điều trị tại bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ 04/2024 – 10/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân nhóm sẹo do trứng cá (SDTC) là 20,11 ± 3,15, trong khi nhóm trứng cá không sẹo (TCKS) là 20,02 ± 3,79. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn trong nhóm SDTC (54,4%) so với nhóm TCKS (36,8%). Tuổi khởi phát trung vị của bệnh nhân nhóm SDTC là 15 tuổi. Sẹo teo chiếm tỷ lệ cao nhất (80,7%). Ngược lại sẹo quá phát/sẹo lồi chỉ chiếm 19,3% và chủ yếu phân bố ở vùng ngực và lưng. Hầu hết bệnh nhân mắc SDTC mức độ nhẹ và trung bình (70,2%) theo thang định tính Goodman và Baron. **Kết luận:** SDTC phổ biến ở nam giới và thường gặp ở độ tuổi thanh thiếu niên. Tiền sử gia đình và tiền căn tái phát trứng cá có thể là yếu tố nguy cơ gây ra sẹo trong khi giới tính có thể liên quan đến độ nặng sẹo.

**Từ khóa:** sẹo do trứng cá, đặc điểm dịch tễ, đặc điểm lâm sàng.

### SUMMARY

#### EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch  
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Xuân Tâm  
Email: tamhtx@pnt.edu.vn  
Ngày nhận bài: 22.8.2024  
Ngày phản biện khoa học: 23.9.2024  
Ngày duyệt bài: 29.10.2024

các tổn thương viêm như sẩn, mụn mủ, cục, nang,... Mặc dù ít đe dọa đến sức khỏe tuy nhiên tổn thương trứng cá có thể để lại sẹo ở 30 - 95% trường hợp bao gồm cả sẹo teo và sẹo lồi gây ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ, giảm chất lượng cuộc sống và công việc của bệnh nhân. Một số yếu tố được ghi nhận ảnh hưởng đến sự phát triển và mức độ nặng của SDTC bao gồm tiền sử gia đình mắc SDTC, hành vi nặn/lể mụn, thời gian mắc trứng cá, độ nặng của trứng cá,...<sup>1</sup> Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi khi tiến hành đề tài này là nhằm mô tả các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng ở bệnh nhân mắc SDTC.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 57 bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc SDTC và 57 bệnh nhân mắc trứng cá không sẹo (TCKS) tại Bệnh viện Da liễu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 04/2024 đến tháng 10/2024.

**Tiêu chuẩn chẩn đoán:** Bệnh nhân được chẩn đoán SDTC dựa trên tiêu chuẩn và phân loại bởi hệ thống phân loại sẹo định tính của Goodman và Baron.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** bệnh nhân được chẩn đoán là SDTC hoặc TCKS và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiền căn trước đây ít nhất một lần mắc trứng cá.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân không thể đọc, viết và nghe các thông tin từ bảng thu thập số liệu.

**Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả hàng loạt ca.

Cỡ mẫu nghiên cứu: mẫu thuận tiện.

Các bước tiến hành: Khám lâm sàng xác định bệnh nhân mắc SDTC. Nếu thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu thì bệnh nhân hoặc người giám hộ sẽ được tư vấn, giải thích kỹ về mục tiêu và cách tiến hành nghiên cứu.

Thu thập thông tin người bệnh theo mẫu thu thập số liệu nghiên cứu. Ghi nhận các đặc điểm dịch tễ của đối tượng nghiên cứu như tuổi, giới, tiền căn thăm khám bác sĩ da liễu, tiền căn gia đình mắc SDTC,.... Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân mắc SDTC: hình thái sẹo, vị trí sẹo, độ nặng sẹo theo hệ thống phân loại sẹo định tính của Goodman và Baron.

Chụp hình lưu lại hình ảnh sang thương.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 4: Đặc điểm chung về dịch tễ của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm bệnh	Nhóm chứng
	n = 57 (%)	n = 57 (%)
<b>Tuổi</b>	20,11 ± 3,15	20,02 ± 3,79
<b>Giới tính</b>		
Nam	31 (54,4)	21 (36,8)
Nữ	26 (45,6)	36 (63,2)

**Nhận xét:** tuổi trung bình của nhóm bệnh (SDTC) là 20,11 ± 3,15 và nhóm chứng (TCKS) là 20,02 ± 3,79. Tỷ lệ nam giới mắc SDTC cao hơn nhóm TCKS (54,4% so với 36,8%).

**Bảng 5: Tuổi khởi phát và thời gian mắc trứng cá của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm bệnh	Nhóm chứng
	n = 57	n = 57
<b>Tuổi khởi phát</b>	15 (14 - 17)	14 (13 - 15)
<b>Thời gian mắc bệnh</b>	5 (3 - 7)	5 (2 - 9)

**Nhận xét:** tuổi trung vị khởi phát trứng cá ở nhóm SDTC là 15 tuổi và khoảng tứ phân vị (KTPV) là 14 - 17 tuổi. Trong khi, ở nhóm TCKS là 14 tuổi và KTPV là 13 - 15 tuổi. Cả hai nhóm đều có thời gian trung vị mắc trứng cá là 5 năm với KTPV thời gian mắc trứng cá là 3 - 7 năm ở nhóm bệnh so với 2 - 9 năm ở nhóm chứng.

**Bảng 6: Tiền căn tham khảo ý kiến bác sĩ da liễu trong điều trị trứng cá của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm bệnh	Nhóm chứng
	n = 57 (%)	n = 57 (%)
<b>Tham khảo ý kiến bác sĩ da liễu</b>		
Có	42 (73,7)	25 (43,9)
Không	15 (26,3)	32 (56,1)

**Nhận xét:** bệnh nhân tham khảo ý kiến bác sĩ da liễu trong điều trị trứng cá ở nhóm mắc SDTC (73,7%) cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (43,9%).

**Bảng 7: Thói quen nặn/lể mụn và tiền căn gia đình mắc SDTC của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm bệnh	Nhóm chứng
	n = 57 (%)	n = 57 (%)
<b>Thói quen nặn/lể mụn</b>		
Có	30 (52,6)	28 (49,1)
Không	27 (47,4)	29 (50,9)
<b>Tiền căn gia đình trực hệ (3 thế hệ)</b>		
Có	27 (47,4)	16 (28,1)
Không	30 (52,6)	41 (71,9)

**Nhận xét:** nhóm bệnh (SDTC) có tỷ lệ bệnh nhân có thói quen nặn/lể mụn là 52,6%, cao hơn so với nhóm TCKS (49,1%). Về tiền căn gia đình, có 47,4% bệnh nhân trong nhóm bệnh có tiền căn gia đình trực hệ mắc SDTC, cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (28,1%).

**Bảng 8: Độ nặng trứng cá ở đối tượng**

**ngiên cứu**

Đặc điểm	Nhóm bệnh	Nhóm chứng
	n = 57 (%)	n = 57 (%)
<b>Mức độ nặng trứng cá theo GAGS</b>		
Nhẹ	32 (56,1)	43 (75,4)
Trung bình	23 (40,4)	12 (21,1)
Nặng	2 (3,5)	2 (3,5)
Rất nặng	0 (0)	0 (0)

**Nhận xét:** Ở nhóm SDTC, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ trứng cá nhẹ chiếm 56,1%, thấp hơn so với nhóm chứng là 75,4%. Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ trứng cá trung bình ở nhóm bệnh (40,4%) cao hơn đáng kể so với nhóm chứng (21,1%). Tỷ lệ trứng cá mức độ nặng ở cả hai nhóm đều có tỷ lệ tương đương nhau (3,5%) và không có bệnh nhân nào trong cả hai nhóm thuộc mức độ rất nặng (0%).

**Bảng 9: Tiền căn tái phát trứng cá**

Đặc điểm	Nhóm bệnh	Nhóm chứng
	n = 57 (%)	n = 57 (%)
<b>Tái phát trứng cá</b>		
Có	48 (84,2)	40 (70,2)
Không	9 (15,8)	17 (29,8)

**Nhận xét:** tỷ lệ bệnh nhân mắc SDTC ấn tượng về việc trứng cá tái phát theo chu kỳ đều đặn (84,2%) cao hơn so với nhóm chứng (70,2%).

**3.2 Đặc điểm của nhóm sẹo do trứng cá**

**Bảng 10: Tuổi khởi phát và thời gian mắc SDTC**

<b>Tuổi khởi phát bệnh</b>	
Trung vị (KTPV)	18 (16 – 19)
<b>Thời gian mắc bệnh</b>	
Trung vị (KTPV)	2 (1 – 3)

**Nhận xét:** bệnh nhân có SDTC có tuổi trung vị khởi phát bệnh là 18 tuổi cùng với khoảng tứ phân vị từ 16 – 19 tuổi. Trong đó, thời gian trung vị mắc bệnh là 2 năm, khoảng tứ phân vị là 1 – 3 năm.

**Bảng 11: Loại sẹo ưu thế và hình thái sẹo teo do trứng cá của bệnh nhân SDTC**

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Loại sẹo ưu thế (n = 57)</b>		
Sẹo teo	46	80,7
Sẹo quá phát/sẹo lõm	11	19,3
<b>Hình thái sẹo teo (n = 46)</b>		
Sẹo đáy nhọn	43	93,5
Sẹo đáy hình hộp	43	93,5
Sẹo đáy hình lòng chảo	18	39,1

**Nhận xét:** ở những bệnh nhân mắc SDTC thì sẹo teo là loại sẹo chiếm ưu thế với 46 trường hợp (chiếm 80,7%). Trong khi, sẹo quá phát/sẹo lõm chỉ gặp ở 11 trường hợp, chiếm tỷ lệ 19,3%. Về hình thái sẹo teo, sẹo đáy nhọn và sẹo đáy hình hộp có tỷ lệ xuất hiện bằng nhau là 43

trường hợp, tương ứng với tỷ lệ 93,5%. Sẹo đáy hình lòng chảo ít phổ biến hơn, chỉ xuất hiện ở 18 trường hợp (chiếm 39,1%).

**Bảng 12: Vị trí phân bố sẹo ở bệnh nhân mắc SDTC**

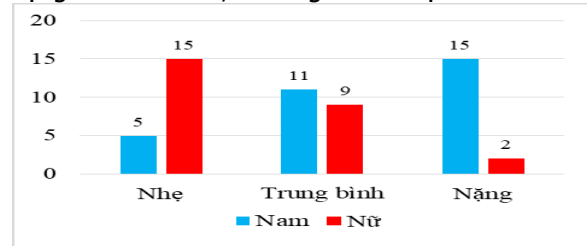
	Sẹo teo (n = 46)	Sẹo quá phát/sẹo lõm (n = 11)
<b>Vị trí phân bố sẹo</b>		
Vùng trán	38	0
Vùng thái dương	20	0
Vùng má	45	7
Vùng mũi	18	1
Vùng cằm	15	0
Vùng ngực	0	6
Vùng lưng	0	6

**Nhận xét:** sẹo teo chủ yếu phân bố ở vùng mặt đặc biệt là vùng trán (38/46), vùng má (45/46) và vùng thái dương (20/46). Ngược lại, sẹo quá phát/sẹo lõm xuất hiện ở cả ở vùng ngực (6/11) và vùng lưng (6/11), ít xuất hiện trên mặt, chỉ ghi nhận ở vùng má (7/11) và vùng mũi (1/11).

**Bảng 13: Độ nặng SDTC theo thang Goodman và Baron (định tính)**

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Độ nặng theo Goodman và Baron (định tính)</b>		
Đạt	0	0
Nhẹ	20	35,1
Trung bình	20	35,1
Nặng	17	29,8

**Nhận xét:** phân bố độ nặng sẹo theo thang Goodman và Baron cho thấy 100% bệnh nhân đều có sẹo thực thể với tỷ lệ bệnh nhân sẹo nhẹ và trung bình lần lượt là 35,1% tương ứng với 20 bệnh nhân ở mỗi mức độ. Bệnh nhân sẹo mức độ nặng chỉ chiếm 29,8% ứng với 17 bệnh nhân.



**Hình 4: Độ nặng SDTC theo thang Goodman và Baron (định tính) phân bố theo giới tính**

**Nhận xét:** ở phân độ sẹo mức độ nhẹ theo thang Goodman và Baron định tính, tỷ lệ nữ chiếm ưu thế với 15 trường hợp so với 5 trường hợp ở nam. Ngược lại, ở phân nhóm nặng cho thấy tỷ lệ nam giới cao vượt trội so với nữ (15 so với 2 trường hợp).

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu (NC) chúng tôi, tuổi trung

biên của bệnh nhân mắc SDTC là  $20,11 \pm 3,15$  tuổi, tương đồng với các NC trong và ngoài nước. NC của tác giả Nguyễn Hồ Phương Hiền<sup>2</sup> ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân SDTC là  $22,12 \pm 5,03$  và NC của tác giả Xiulin và cs<sup>3</sup> cũng ghi nhận tuổi trung bình là  $22,8 \pm 3,1$ .

Tỷ lệ nam giới mắc SDTC cao hơn nữ giới trong NC của chúng tôi. Điều này phù hợp với kết quả NC của tác giả Trần Quốc Bảo<sup>4</sup> (70,6% nam so với 29,4% nữ) và tác giả Xiulin và cs<sup>3</sup> (75% nam so với 25% nữ). Điều này có thể do ảnh hưởng của hormone androgen, làm tăng hoạt động của tuyến bã và mức độ nặng của trứng cá. Mức androgen cao, đặc biệt ở nam giới, đã được xác nhận là yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng để lại sẹo sau mụn<sup>5</sup>.

Tuổi trung vị khởi phát trứng cá ở nhóm SDTC là 15 tuổi và KTPV từ 14 – 17 tuổi. Trung vị thời gian mắc TC ở nhóm SDTC trong NC chúng tôi là 5 năm. Tương đồng với NC của tác giả Nguyễn Thị Kim Cúc ghi nhận thời gian trung bình mắc trứng cá ở bệnh nhân SDTC  $3,1 \pm 2,6$  năm<sup>6</sup>. Kết quả này phù hợp với kết luận của Tan và cs rằng hầu hết bệnh nhân mắc SDTC có tiền căn mắc trứng cá  $\geq 1$  năm<sup>1</sup>.

Đặc biệt, tỷ lệ bệnh nhân mắc SDTC có tiền sử tham vấn bác sĩ da liễu là 73,7%, tương đồng kết quả của NC của tác giả M. Camocho<sup>7</sup> với tỷ lệ là 67,6%. Mặc dù được tư vấn y tế, phần lớn bệnh nhân vẫn có di chứng sẹo, có thể do trì hoãn điều trị hoặc tuân thủ điều trị kém. Phát hiện này cho thấy cần nâng cao nhận thức cộng đồng về tầm quan trọng của điều trị sớm và duy trì tuân thủ điều trị.

Tỷ lệ thói quen nặn/lể mụn ở nhóm bệnh và chứng trong NC chúng tôi gần như tương đồng. Kết quả từ nghiên cứu của Nguyễn Hồ Phương Hiền<sup>2</sup> và Nguyễn Thị Kim Cúc<sup>6</sup> có kết quả cao hơn khi lần lượt có đến 81,4% và 96,7% có thói quen nặn/lể mụn. Sự khác biệt này có thể do sự phát triển của các phương tiện mạng xã hội đã đưa người bệnh đến gần với những thông tin đúng hơn trong việc chăm sóc làn da khi mắc trứng cá. Về tiền căn gia đình mắc SDTC, NC chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh có tỷ lệ cao hơn đáng kể với nhóm chứng (47,4% so với 28,1%). Điều này phù hợp với NC của tác giả Nguyễn Hồ Phương Hiền<sup>6</sup> và NC của S. Y. Chuah và C. L. Goh<sup>8</sup> với tỷ lệ ghi nhận tiền căn gia đình cũng mắc SDTC là 51%.

Về độ nặng trứng cá theo thang điểm GAGS, toàn bộ bệnh nhân trong NC chúng tôi chủ yếu mắc trứng cá mức độ nhẹ - trung bình. Tương tự, NC của Nguyễn Hồ Phương Hiền<sup>2</sup> ghi nhận nhóm bệnh nhân mắc trứng cá mức độ nhẹ -

trung bình chiếm chủ yếu. Khi so sánh với NC ngoài nước, tác giả D. A. Agrawal<sup>9</sup> cho thấy bệnh nhân mắc SDTC chủ yếu xảy ra ở nhóm bệnh nhân trứng cá mức độ nặng (54%) và mức độ trung bình chiếm 28%. Việc kết quả NC của chúng tôi có số lượng bệnh nhân SDTC phần lớn là trứng cá nhẹ - trung bình tại thời điểm khảo sát không đồng nghĩa SDTC là phổ biến ở nhóm này. Sự khác biệt này là do việc sử dụng các thang điểm khác nhau trong đánh giá độ nặng trứng cá khi tác giả D. A. Agrawal<sup>9</sup> sử dụng thang điểm của Lehmann và hầu hết bệnh nhân trong NC chúng tôi đã được điều trị trứng cá tại thời điểm khảo sát.

Đặc điểm tái phát trứng cá ở nhóm NC chúng tôi cho thấy phổ biến hơn nhóm bệnh nhân mắc TCKS (84,2% so với 70,2%). Khi đối chiếu với kết quả NC của B. Dreno và cs cho thấy có 37,1% bệnh nhân mắc trứng cá tái phát để lại di chứng sẹo sau mụn.

Độ tuổi trung vị bắt đầu xuất hiện SDTC là 18 tuổi với KTPV từ 16 – 19 tuổi. Cùng với đó là trung vị thời gian mắc SDTC là 2 năm, KTPV là 1 – 3 năm. Dữ liệu này tương đồng với NC của tác giả S. Y. Chual và C. L. Goh<sup>8</sup> với kết quả là  $18,5 \pm 4,16$  tuổi. Từ đó cho thấy việc hình thành và phát triển của sẹo đã có thể xuất hiện từ sớm ở những bệnh nhân mắc trứng cá.

Sẹo teo là hình thái sẹo phổ biến nhất trong NC chúng tôi. Điều này phù hợp với cả NC trong nước như NC của Nguyễn Hồ Phương Hiền<sup>2</sup> (98,8% bệnh nhân mắc sẹo teo và 1,2% bệnh nhân mắc sẹo quá phát/sẹo lồi) hay NC ngoài nước của tác giả Xiulin và cs<sup>3</sup> (70% bệnh nhân mắc sẹo teo và 30% bệnh nhân mắc sẹo quá phát/sẹo lồi).

Vùng mặt là nơi phổ biến phân bố sẹo teo, cụ thể là vùng má và vùng trán. Ngược lại, sẹo quá phát/sẹo lồi gần như tập trung ở vùng ngực và lưng của bệnh nhân. NC của tác giả S. Y. Chual và C. L. Goh<sup>8</sup> cũng ghi nhận toàn bộ sang thương sẹo teo đều tập trung ở vùng mặt; trong khi nhóm dân số sẹo quá phát/sẹo lồi cho thấy 33,3% là phân bố ở vùng mặt; 46,7% ở vùng ngực và 20% ở vùng lưng. Tương tự, tác giả Nguyễn Hồ Phương Hiền<sup>2</sup> cũng đã mô tả ở bệnh nhân mắc sẹo teo, tổn thương tập trung hoàn toàn ở vùng mặt; trái lại, bệnh nhân có sẹo quá phát/sẹo lồi lại phân bố 100% ở vùng ngực. Sở dĩ có sự phân bố như vậy là do sẹo quá phát/sẹo lồi thường xuất hiện ở nơi có sự kéo căng hoặc chuyển động liên tục của các khớp, gây ra ảnh hưởng đến quá trình lành thương.

NC chúng tôi ghi nhận khi dựa trên hệ thống

phân loại độ nặng sẹo theo thang định tính của Goodman và Baron, nhóm SDTC chủ yếu là những bệnh nhân mắc sẹo từ nhẹ - trung bình. Sự ưu thế ở nhóm mắc mức độ nhẹ và trung bình còn được ghi nhận trong NC của tác giả S. Y. Chual và C. L. Goh<sup>8</sup> với tỷ lệ mức độ nhẹ 34% và mức độ trung bình 53%. Xiulin Wen và cs (2021) cũng cho thấy kết quả tương tự, với mức độ nhẹ là 34,1%, mức độ trung bình là 48,2%.

Về sự phân bố độ nặng SDTC bằng thang Goodman và Baron định tính theo giới tính, kết quả chúng tôi đều ghi nhận độ nặng sẹo cao hơn ở nam giới. Kết quả này phù hợp với nhiều NC ngoài nước khác<sup>5</sup>. Giải thích cho sự tương đồng này có thể đến từ sự khác biệt về nồng độ hormone – đặc biệt là testosterone ở nam giới vốn kích thích tuyến bã hoạt động mạnh hơn, gây ra trứng cá và hình thành di chứng SDTC. Ngược lại, nữ giới thường có xu hướng chú trọng việc chăm sóc da và điều trị sớm hơn ở nam, góp phần giảm thiểu nguy cơ hình thành sẹo.

## V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân mắc SDTC là  $20,11 \pm 3,15$ , trong khi nhóm TCKS là  $20,02 \pm 3,79$ . SDTC phổ biến ở nam giới và thường khởi phát ở độ tuổi thanh thiếu niên, với tuổi trung vị khởi phát là 15 tuổi. Sẹo teo là loại sẹo chiếm ưu thế (80,7%), đặc biệt tập trung chủ yếu ở vùng mặt như trán và má; trong khi sẹo quá phát/sẹo lồi thường phân bố ở vùng ngực và lưng. NC chúng tôi ghi nhận độ nặng của sẹo theo thang định tính Goodman và Baron chủ yếu là mức nhẹ và trung bình (chiếm 70,2%). Những yếu tố nguy cơ gây ra SDTC có thể gồm tiền sử gia đình mắc SDTC và tiền căn

tái phát trứng cá. Trong khi, độ nặng SDTC có thể liên quan đến giới tính.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tan J, Thiboutot D, Gollnick H, et al.** Development of an atrophic acne scar risk assessment tool. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* Sep 2017;31(9):1547-1554. doi: 10.1111/jdv.14325
2. **Nguyễn Hồ Phương Hiền NTT.** Đặc điểm lâm sàng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sẹo mụn trứng cá. Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2019
3. **Wen X, Du H, Hao X, Zhang H, Guo Y.** TIMP2 genetic variation rs4789932 may associate with an increased risk of developing acne scarring based on a case-control study of Chinese Han population. *J Cosmet Dermatol.* Oct 2022; 21(10):4740-4747. doi:10.1111/jocd.14749
4. **Trần Quốc Bảo NTH.** Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp tách đáy sẹo kết hợp laser CO<sub>2</sub> vị điểm đồng thì so với khác thì trong điều trị sẹo rỗ do mụn trứng cá. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; 2023.
5. **Liu L, Xue Y, Chen Y, et al.** Prevalence and risk factors of acne scars in patients with acne vulgaris. *Skin Res Technol.* Jun 2023; 29(6):e13386. doi:10.1111/srt.13386
6. **Nguyễn Thị Kim Cúc PTL.** Hiệu quả điều trị sẹo lõm sau trứng cá bằng Radiofrequency vi điểm xâm nhập. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2017;107(2):pp. 150 - 156.
7. **Camacho M, Viteri MI, Yeppez P, et al.** Risk factors for acne scarring in Ecuador. *PLoS One.* 2024;19(5):e0285648. doi:10.1371/journal.pone.0285648
8. **Chuah SY, Goh CL.** The Impact of Post-Acne Scars on the Quality of Life Among Young Adults in Singapore. *J Cutan Aesthet Surg.* Jul-Sep 2015; 8(3):153-8. doi:10.4103/0974-2077.167272
9. **Agrawal DA, Khunger N.** A Morphological Study of Acne Scarring and Its Relationship between Severity and Treatment of Active Acne. *J Cutan Aesthet Surg.* Jul-Sep 2020;13(3):210-216. doi:10.4103/JCAS.JCAS\_177\_19

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ VITAMIN D HUYẾT THANH, MẬT ĐỘ XƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ LOÃNG XƯƠNG SAU MÃN KINH

Hoàng Văn Dũng<sup>1</sup>, Nguyễn Chí Thanh<sup>2</sup>,  
Lê Thị Diệu Hiền<sup>3</sup>, Nguyễn Bá Ngọc Sơn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

<sup>2</sup>Trung tâm Y tế Huyện Thanh Sơn

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Dũng

Email: dungnoitru26@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024

Loãng xương là một rối loạn hệ thống xương liên quan đến tình trạng thiếu hụt estrogen, tuổi cao di truyền, và thiếu vitamin D... **Mục tiêu:** Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ Vitamin D huyết thanh, mật độ xương và yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ sau mãn kinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 156 phụ nữ đã mãn kinh đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 09 năm 2024. **Kết quả:** Mối liên quan thiếu hụt vitamin D với một số yếu tố thời gian mãn kinh > 10 năm (OR=3,8); tuổi cao > 60 tuổi (OR=3,1); BMI cao