

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG CỘT SAU NGOÀI VÀ CỘT SAU TRONG Ở BỆNH NHÂN GỠ MÂM CHÀY TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH

Nguyễn Đại Hùng Linh¹, Nguyễn Việt Hải Sơn², Nghiêm Phương Thảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm tổn thương cột sau ngoài và cột sau trong ở bệnh nhân gãy mâm chày trên cắt lớp vi tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện tiến cứu trên 105 bệnh nhân gãy mâm chày được phẫu thuật tại Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình từ tháng 12/2023 đến tháng 8/2024. Hình ảnh cắt lớp vi tính khớp gối được sử dụng để phân loại và khảo sát các đặc điểm hình ảnh học. **Kết quả:** Tỷ lệ tổn thương cột sau ngoài là 26.7%, cột sau trong là 25.7%. Góc của mảnh gãy sau ngoài là 9.46 ± 27.1 độ, của cột sau trong là 12.39 ± 25.5 độ. Tỷ lệ phần trăm của diện tích bề mặt so với mâm chày của cột sau ngoài 13.72 ± 10.21 %, của cột sau trong 27.11 ± 13.86 %. Góc đứng dọc của mảnh gãy cột sau ngoài 79.56 ± 17.58 độ, cột sau trong 69.75 ± 15.72 độ. Chiều cao của mảnh gãy cột sau ngoài 19.96 ± 9.2 mm cột sau trong 34.36 ± 8.79 mm. Độ lún mặt khớp cột sau ngoài 4.5 ± 4.3 mm, cột sau trong 2.82 ± 2.5 mm. Chúng tôi cũng ghi nhận một số mối liên quan giữa các yếu tố hình ảnh học. **Kết luận:** Tổn thương cột sau là một tổn thương khá thường gặp trong các trường hợp gãy mâm chày. Hình ảnh cắt lớp vi tính là cần thiết cho các tổn thương này, và bảng phân loại ba cột giúp cung cấp thông tin chính xác về vị trí mảnh gãy và hình thái tổn thương, từ đó giúp việc lên kế hoạch can thiệp và điều trị một cách chính xác. **Từ khóa:** Cột sau mâm chày, gãy mâm chày, phân loại ba cột, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

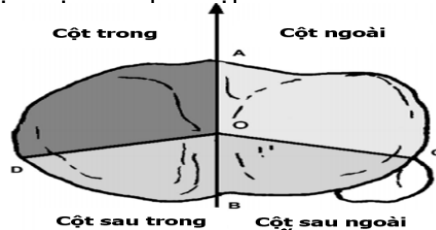
MORPHOLOGY OF THE POSTEROLATERAL AND POSTEROMEDIAL FRAGMENT IN TIBIAL PLATEAU FRACTURES BY USING MULTIDETECTOR COMPUTER TOMOGRAPHY

Objectives: The study aimed to evaluate the morphologic characteristics of the posterolateral and posteromedial fragment in tibial plateau fractures by using multidetector computed tomography (MDCT). **Methods:** A prospective cross-sectional study enrolled 105 patients with tibial plateau fractures from December 2023 to August 2024 at Hospital for Traumatology and Orthopaedics. The MDCT images of the knee were used to classify and evaluate morphologic characteristics. **Results:** The incidence of the posterolateral and posteromedial fragment were 26.7% and 25.7%, respectively. The mean major articular fracture angle of the posterolateral fragment was 9.46 ± 27.1 degree, and 12.39 ± 25.5 degree for

posteromedial fragment. The mean articular surface area was 13.72 ± 10.21 % for posterolateral fragment, and 27.11 ± 13.86 % for posteromedial fragment. The sagittal fracture angle of the posterolateral fragment was 79.56 ± 17.58 degree, and the value of the posteromedial fragment was 69.75 ± 15.72 degree. The posterior cortical height of the posterolateral fragment and posteromedial fragment were 19.96 ± 9.2 mm and 34.36 ± 8.79 mm, respectively. The depression was 4.5 ± 4.3 mm for posterolateral fragment and 2.82 ± 2.5 mm for posteromedial fragment. Furthermore, the study found some correlations between the morphologic characteristics above. **Conclusion:** Fractures of the posterior tibial plateau are not uncommon. MDCT is necessary for these injury patterns, and utilizing three – column classification provides accurate information about fracture morphology and injury mechanism, which guides better surgical management. **Keywords:** posterior tibial plateau, tibial plateau fracture, three – column classification, multidetector computed tomograph

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày là một loại tổn thương thường gặp¹. Đây là loại gãy phạm khớp, trong phần lớn các trường hợp là gãy phức tạp và cần can thiệp kết hợp xương². Trong chấn thương thì phân độ là một bước quan trọng trong việc tiên lượng và lên kế hoạch điều trị cho bệnh nhân. Có nhiều bảng phân loại được sử dụng trong gãy mâm chày, bao gồm Schatzker, AO/OTA, Luo,... Trong số đó, bảng phân độ gãy mâm chày theo Schatzker được sử dụng rất phổ biến, dựa trên sự phân chia mâm chày trong và mâm chày ngoài để phân loại. Tuy nhiên bảng phân độ này có nhược điểm là có thể không đánh giá đầy đủ đường gãy, cũng như hình thái của tổn thương liên quan đến thành phần phía sau mâm chày. Vì vậy, bảng phân độ gãy mâm chày của tác giả Luo ra đời năm 2010 để giải quyết vấn đề đó, qua việc sử dụng phương tiện hình ảnh là cắt lớp vi tính để đánh giá hình thái gãy và phân loại chấn thương, từ đó giúp phẫu thuật viên có cái nhìn toàn diện trước mổ cũng như chọn đường tiếp cận một cách phù hợp³.



Hình 1. Các mốc giải phẫu phân chia cột

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đại Hùng Linh

Email: nghunglinh1977@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

theo Luo

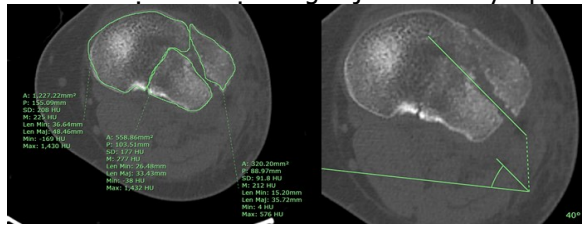
(Nguồn: Cong-Feng Luo, J Orthop Trauma, 2010)

A: Phía trước gai chày B: Gò sau mâm chày
C: Phía trước chỏm xương mác D: Gò sau trong mâm chày

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả, lấy dữ liệu tiến cứu, dựa trên phân tích hình ảnh cắt lớp vi tính khớp gối không tiêm thuốc tương phản của những bệnh nhân gãy mâm nhân được mổ tại Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình từ tháng 12/2023 đến 08/2024. Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy mâm chày do bệnh lý; Bệnh nhân đã gãy xương hoặc phẫu thuật vùng mâm chày trước đây.

Hình ảnh cắt lớp vi tính khớp gối lấy từ máy cắt lớp vi tính 64 dãy đầu dò. Dữ liệu được lưu trữ và đo đạc trên hệ thống Fujifilm Pacs Synapse.



Bảng 2. Kết quả hình ảnh học mảnh gãy cột sau

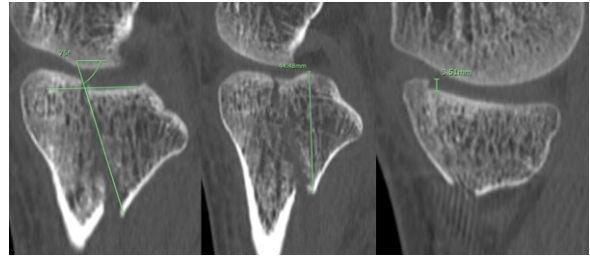
	Vị trí	Trung bình	Biên độ
Góc của mảnh gãy (độ)	Mảnh gãy sau ngoài	9.46	-50 đến 56
	Mảnh gãy sau trong	12.39	-61 đến 58
Tỉ lệ phần trăm của diện tích bề mặt so với mâm chày (%)	Mảnh gãy sau ngoài	13.72	1.56 đến 39.65
	Mảnh gãy sau trong	27.11	1.96 đến 64.48
Góc đứng dọc (độ)	Mảnh gãy sau ngoài	79.56	32 đến 118
	Mảnh gãy sau trong	69.75	33 đến 101
Chiều cao mảnh gãy (mm)	Mảnh gãy sau ngoài	19.96	3 đến 47.58
	Mảnh gãy sau trong	34.36	14.64 đến 51.02
		Trung vị	Độ lệch chuẩn
Độ lún mặt khớp (mm)	Mảnh gãy sau ngoài	4.5	4.3
	Mảnh gãy sau trong	2.82	2.5

3.3. Môi tương quan giữa các đặc điểm hình ảnh học mảnh gãy cột sau ngoài

Bảng 3. Môi tương quan giữa các đặc điểm hình ảnh học mảnh gãy cột sau ngoài

		Chiều cao mảnh gãy	Độ lún mặt khớp
Tỉ lệ phần trăm diện tích bề mặt so với mâm chày	Hệ số tương quan	0.589	0.423
	Chỉ số p	0.000	0.01
	N	37	37
Độ lún mặt khớp	Hệ số tương quan	0.539	
	Chỉ số p	0.001	
	N	37	

Với mảnh gãy cột sau ngoài, chúng tôi ghi nhận có mối tương quan giữa chiều cao mảnh gãy và tỉ lệ phần trăm diện tích bề mặt so với mâm chày, tương quan thuận, độ mạnh trung bình (hệ số tương quan 0.589, p<0.05). Kết quả này tương tự với mối liên quan giữa chiều cao



Hình 2. Hình ảnh đo đạc trên hệ thống Pacs

(Nguồn: phần mềm Fujifilm Pacs Synapse tại bệnh viện Chấn thương chỉnh hình)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu gồm 105 đối tượng (32 nam, 73 nữ), tuổi từ 12 đến 80 tuổi (trung bình 44.9 tuổi).

3.1. Vị trí tổn thương cột sau

Bảng 1. Vị trí tổn thương cột sau mâm chày

	N	%
Không	41	39.0
Cột sau trong	27	25.7
Cột sau ngoài	28	26.7
Cả 2 cột sau trong và sau ngoài	9	8.6
Tổng	105	100.0

3.2. Kết quả hình ảnh học

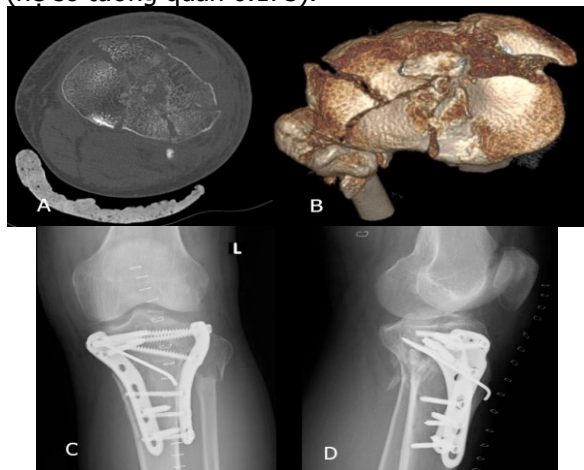
mảnh gãy và độ lún mặt khớp; giữa tỉ lệ phần trăm diện tích bề mặt so với mâm chày với độ lún mặt khớp (hệ số tương quan 0.4-0.6, p <0.05).

3.4. Môi tương quan giữa các đặc điểm hình ảnh học mảnh gãy cột sau trong

Bảng 4. Mối tương quan giữa các đặc điểm hình ảnh học mảnh gãy cột sau trong

		Chiều cao mảnh gãy	Độ lún mặt khớp
Tỉ lệ phần trăm diện tích bề mặt so với mâm chày	Hệ số tương quan	0.606	0.175
	Chỉ số p	0.000	0.308
	N	36	36
Chiều cao mảnh gãy	Hệ số tương quan		0.366
	Chỉ số p		0.028
	N		36

Với mảnh gãy cột sau trong, chúng tôi ghi nhận có mối tương quan giữa chiều cao mảnh gãy và tỉ lệ phần trăm diện tích bề mặt so với mâm chày, tương quan thuận, độ mạnh cao (hệ số tương quan 0.606, $p < 0.05$). Ngoài ra, có mối tương quan giữa chiều cao mảnh gãy với độ lún mặt khớp, tương quan thuận, độ mạnh yếu (hệ số tương quan 0.366, $p < 0.05$). Còn mối tương quan giữa độ lún mặt khớp và tỉ lệ phần trăm diện tích bề mặt so với mâm chày không đáng kể (hệ số tương quan 0.175).



Hình 3. Trường hợp gãy mâm chày 3 cột, có mảnh rời cột sau ngoài và sau trong

(Nguồn: Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình)

A, B Hình ảnh MDCT khớp gối trước mổ có dựng hình 3D. C, D Xquang khớp gối sau mổ kết hợp xương

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỉ lệ tổn thương cột sau ngoài là 26.7%, cột sau trong là 25.7%, tổn thương cả 2 cột là 8.6%. Nếu chỉ xét trên các trường hợp có tổn thương cột sau mâm chày, tỉ lệ này là 43.75% và 42.1% cho cột sau ngoài và sau trong. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả He năm 2018 trên các đối tượng lớn hơn trên 60 tuổi, kết quả cho thấy mảnh gãy sau ngoài chiếm tỉ lệ cao hơn so với mảnh gãy sau trong, với giá trị là 62.69% và 37.92% cho mỗi bên⁴. Tuy nhiên tác giả Guang Yang khi nghiên cứu trên 525 bệnh nhân

gãy mâm chày, ghi nhận tỉ lệ này nghiêng về mảnh gãy sau trong, với kết quả là 45%, và 35% cho mảnh gãy sau ngoài⁵. Các nghiên cứu khác được thực hiện trước đây chủ yếu khi đánh giá vị trí mảnh gãy cột sau trong hoặc cột sau ngoài ở các trường hợp gãy 2 mâm chày (độ V, VI theo Schatzker), với các kết quả rất dao động (từ 29% đến 59%)⁶⁻⁹. Điều này có thể giải thích do sự khác biệt về dân số và thiết kế nghiên cứu giữa các nghiên cứu, khi các tác giả trên chủ yếu thực hiện trên các trường hợp gãy mâm chày nặng (độ V-VI theo Schatzker). Qua các kết quả trên cho thấy rằng mảnh gãy cột sau là thương tổn khá thường gặp, chiếm khoảng 1/3 các trường hợp gãy mâm chày, do đó cần có thái độ thận trọng, chú ý đến loại tổn thương này, tránh bỏ sót.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, góc của mảnh gãy sau ngoài có giá trị trung bình là 9.46 độ còn mảnh gãy sau trong là 12.39 độ. Với định nghĩa là giá trị dương sẽ biểu thị sự xoay trong của mảnh gãy, giá trị âm sẽ biểu thị sự xoay ngoài. So với các nghiên cứu trước đây: Barei (2008) nghiên cứu hình thái mảnh gãy sau trong ở các trường hợp gãy hai mâm chày có giá trị góc là -9 độ, biên độ dao động từ -41.1 đến 23.5 độ⁶; Higgins (2009) nghiên cứu tỷ lệ và hình thái mảnh gãy trong ở các trường hợp gãy hai mâm chày, giá trị góc -21.4 độ, biên độ từ -87 độ đến 52.1 độ⁷; Gao Xiang (2013), nghiên cứu mảnh gãy sau ngoài ở các trường hợp gãy mâm chày, LAFA 23 độ, biên độ -43 độ đến 62 độ¹⁰; Yizhu (2014) đánh giá đặc điểm hình thái mảnh gãy sau ngoài ở các trường hợp gãy hai mâm chày, giá trị góc là 12.94 độ, biên độ từ -60.5 độ đến 69.88 độ⁸; H.S.Sohn (2015) nghiên cứu mảnh gãy sau ngoài ở các trường hợp gãy mâm chày ngoài và hai mâm chày, giá trị góc 19.13 độ, biên độ từ -39.47 độ đến 61.1 độ⁹; Nguyễn Văn Lộc (2018) nghiên cứu hình thái mảnh gãy cột sau ở gãy mâm chày, giá trị trung vị là 32 độ, biên độ từ -68 độ đến +76 độ. Kết quả này giúp cho thấy đường gãy có xu hướng xoay vào trong, mức độ xoay không nhiều, giá trị này giúp nhà phẫu thuật biết mức độ ra sau của tổn thương, giúp định hướng việc lên kế hoạch mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ phần trăm diện tích bề mặt mảnh gãy so với mâm chày của mảnh gãy sau ngoài và sau trong lần lượt là 13.72% và 27.11%. Kết quả này khá tương đồng với các kết quả khác như của Gao Xiang (2013), Yizhu (2014), Sohn (2015) khi nghiên cứu mảnh gãy sau ngoài cho ra giá trị trung bình là 14-15%⁸⁻¹⁰; với các tác giả Barei (2008) và Higgins (2009) khi nghiên cứu mảnh gãy sau trong giá trị là 23% và 25%^{6,7}. Một nghiên cứu khác tại Việt Nam của tác giả Nguyễn Văn Lộc khi nghiên cứu tổn thương cột sau đơn thuần thì kết quả là 22%. Kết quả này cho thấy tổn thương cột sau chiếm một phần không hề nhỏ so với bề mặt mâm chày, đặc biệt là mảnh gãy sau trong, khi chiếm khoảng 1/4 mặt khớp. Vì vậy việc bỏ sót tổn thương này nguy cơ cao dẫn đến mất vững và thất bại trong điều trị. Qua đó cần đánh giá một cách toàn diện, tránh bỏ sót tổn thương cột sau mâm chày.

Góc đứng dọc của mảnh gãy sau ngoài có giá trị trung bình là 79.56 độ và mảnh gãy sau trong là 69.75 độ. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả Gao Xiang (2013) hay Sohn (2015) khi đánh giá mảnh gãy sau ngoài, với kết quả là 77 độ và 78.48 độ^{9,10}; hay với nghiên cứu của tác giả Higgins (2008) khi nghiên cứu hình thái mảnh gãy sau trong, với kết quả là 73 độ⁷. Kết quả này cho thấy mảnh gãy thường có kiểu hình đường gãy khá dốc, từ đó dễ bị di lệch, tách rời khi chịu tác động của trọng lượng cơ thể, đặc biệt nếu bệnh nhân không được nắn chỉnh và kết hợp xương vững chắc.

Chiều cao mảnh gãy trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 26mm, với giá trị mảnh gãy sau ngoài và sau trong lần lượt là 19.96mm và 34.36mm. So với các nghiên cứu của các tác giả khác, kết quả của chúng tôi có giá trị nhỏ hơn, như Nguyễn Văn Lộc và cộng sự (2018) trên tổn thương cột sau đơn thuần, có giá trị chiều cao là 35mm¹¹; tác giả Sohn (2015), G.Xiang (2013), Yizhu (2014) nghiên cứu mảnh gãy sau ngoài, có kết quả từ 29 đến 31mm⁸⁻¹⁰; các tác giả Barei (2008) và Higgins (2009) đánh giá mảnh gãy sau trong có kết quả 42-45mm^{6,7}. Tuy nhiên những kết quả này cũng cho chúng ta thấy kích thước mảnh rời cột sau khá lớn, không phải loại gãy vụn, và cũng cần được nắn chỉnh và cố định tốt để có thể đạt kết quả điều trị mong muốn, tránh các di chứng về sau.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận mối tương quan thuận giữa một số hình thái của mảnh gãy sau ngoài: chiều cao mảnh gãy và tỉ lệ phần trăm diện tích bề mặt so với mâm chày;

chiều cao mảnh gãy và độ lún mặt khớp; tỉ lệ phần trăm diện tích bề mặt so với mâm chày với độ lún mặt khớp. Các nghiên cứu trước đây chưa đề cập đến các mối tương quan này. Kết quả chỉ ra rằng tổn thương cột sau ngoài sẽ có mức độ lún và mức độ ảnh hưởng mặt khớp càng lớn, nếu chiều cao của mảnh gãy có giá trị càng cao.

Với mảnh gãy cột sau trong, chúng tôi ghi nhận có mối tương quan giữa chiều cao mảnh gãy và tỉ lệ phần trăm diện tích bề mặt so với mâm chày. Trong các nghiên cứu trước đây, chỉ có tác giả Barei (2008) khi nghiên cứu mảnh gãy sau trong, có ghi nhận mối tương quan thuận giữa chiều cao mảnh gãy với tỉ lệ phần trăm diện tích bề mặt so với mâm chày, phù hợp với kết quả của chúng tôi⁶. Mối tương quan giữa chiều cao và độ lún mặt khớp cũng là tương quan thuận. Kết quả này tương đồng với mảnh gãy sau ngoài, đều cho thấy mảnh rời càng cao, mức độ ảnh hưởng đến mặt khớp của tổn thương sau trong càng lớn.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương cột sau là một tổn thương khá thường gặp trong các trường hợp gãy mâm chày, Cắt lớp vi tính cung cấp hình ảnh cần thiết để khảo sát đặc điểm mảnh gãy, và bảng phân loại ba cột giúp chúng ta hiểu hơn về hình thái tổn thương, cơ chế chấn thương, cũng như giúp lên kế hoạch điều trị một cách chính xác nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yuwen P, Lv H, Chen W, et al.** Age-, gender- and Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen type-specific clinical characters of adult tibial plateau fractures in eighty three hospitals in China. *Int Orthop.* 2018;42(3):667-672. doi:10.1007/S00264-018-3769-2
2. **Wasserstein D, Henry P, Paterson JM, Kreder HJ, Jenkinson R.** Risk of total knee arthroplasty after operatively treated tibial plateau fracture: a matched-population-based cohort study. *J Bone Joint Surg Am.* 2014;96(2):144-150. doi:10.2106/JBJS.L.01691
3. **Luo CF, Sun H, Zhang B, Zeng BF.** Three-column fixation for complex tibial plateau fractures. *J Orthop Trauma.* 2010;24(11):683-692. doi:10.1097/BOT.0b013e3181d436f3
4. **He Q fang, Sun H, Shu L yuan, et al.** Tibial plateau fractures in elderly people: an institutional retrospective study. *J Orthop Surg Res.* 2018; 13(1). doi:10.1186/S13018-018-0986-8
5. **Yang G, Zhai Q, Zhu Y, Sun H, Putnis S, Luo C.** The incidence of posterior tibial plateau fracture: an investigation of 525 fractures by using a CT-based classification system. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2013;133(7):929-934. doi:10.1007/S00402-013-1735-4
6. **Barei DP, O'Mara TJ, Taitsman LA, Dunbar RP, Nork SE.** Frequency and fracture morphology of the posteromedial fragment in

- bicondylar tibial plateau fracture patterns. J Orthop Trauma. 2008;22(3):176-182. doi:10.1097/BOT.0b013e318169ef08
7. **Higgins TF, Kemper D, Klatt J.** Incidence and morphology of the posteromedial fragment in bicondylar tibial plateau fractures. J Orthop Trauma. 2009;23(1): 45-51. doi:10.1097/BOT.0b013e31818f8dc1
 8. **Zhu Y, Meili S, Dong MJ, et al.** Pathoanatomy and incidence of the posterolateral fractures in bicondylar tibial plateau fractures: a clinical computed tomography-based measurement and the associated biomechanical model simulation. Arch Orthop Trauma Surg. 2014;134(10):1369-1380. doi:10.1007/S00402-014-2037-1
 9. **Sohn HS, Yoon YC, Cho JW, Cho WT, Oh CW, Oh JK.** Incidence and fracture morphology of posterolateral fragments in lateral and bicondylar tibial plateau fractures. J Orthop Trauma. 2015;29(2): 91-97. doi:10.1097/BOT.000000000000170
 10. **Gao X, Pan ZJ, Zheng Q, Li H.** Morphological characteristics of posterolateral articular fragments in tibial plateau fractures. Orthopedics. 2013; 36(10). doi:10.3928/01477447-20130920-16

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH DERMOSCOPY CỦA RỤNG TÓC HỎI

Hồ Thị Trang¹, Vũ Thái Hà^{1,2}, Nguyễn Quang Minh²,
Trương Thị Huyền Trang², Nguyễn Trần Hải Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh dermoscopy ở bệnh nhân rụng tóc hói. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 200 người bệnh rụng tóc hói (106 nam, 94 nữ) đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2023 đến tháng 9/2024 với lứa tuổi trung bình là $25,47 \pm 5,58$, thời gian rụng tóc trung bình là $53,78 \pm 30,29$ tuần. Mức độ nặng bệnh của nam giới theo Hamilton chủ yếu là mức độ 2 với 61,3%, mức độ 3 với 25,5%. Với bệnh nhân nữ thì mức độ bệnh theo Ludwig chủ yếu là 1 với 63,8%. Các chỉ số đường kính trung bình, sợi tóc trung bình/nang tóc ở vùng chẩm cao hơn 3 vùng còn lại nhưng đều thấp hơn so với người khỏe mạnh. Đặc điểm hình ảnh dermoscopy đa dạng đường kính sợi tóc hay quan sát được nhất, sau đó là dấu hiệu quầng nâu. Dấu hiệu đa dạng mạng lưới sắc tố không quan sát thấy ở cả 4 vùng. Dấu hiệu đa dạng đường kính sợi tóc, quầng nâu có liên quan đến mức độ bệnh ở vùng trán ở nam và vùng đỉnh ở nữ. Không có sự khác biệt nào giữa các đặc điểm dermoscopy ở các vùng so với vùng chẩm. **Kết luận:** Bệnh nhân rụng tóc hói ở lứa tuổi trẻ thì mức độ bệnh cũng nhẹ hơn. Đặc điểm hình ảnh dermoscopy như đa dạng đường kính sợi tóc, dấu hiệu quầng nâu có liên quan tới mức độ nặng của bệnh ở 1 số vùng như vùng đỉnh, thái dương, trán. Không có sự khác biệt nào về đặc điểm dermoscopy ở các vùng so với vùng chẩm.

Từ khóa: rụng tóc hói, dermoscopy, lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND DERMOSCOPIC IMAGES OF PATIENTS

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

³Trường Đại học Y Dược, Đại Học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Thị Trang

Email: drtrang0501@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

WITH ANDROGENETIC ALOPECIA

Objective: To describe the clinical characteristics and dermoscopic images of patients with androgenetic alopecia. **Material and methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** 200 patients with androgenetic alopecia (106 males, 94 females) visited the National Hospital of Dermatology and Venereology from November 2023 to September 2024, with an average age of 25.47 ± 5.58 years, and an average duration of hair loss of 53.78 ± 30.29 weeks. The severity of the disease in males, according to the Hamilton classification, was predominantly at grade 2 (61.3%) and grade 3 (25.5%). In female patients, the severity of the disease, based on the Ludwig classification, was primarily grade 1 (63.8%). The average hair diameter and the number of hairs per follicle in the occipital region were higher than in the other three regions, but still lower than in healthy individuals. The most commonly observed dermoscopic feature was hair diameter variability, followed by the peripilar sign. The feature of a honeycomb pigment pattern was not observed in any of the four regions. The hair diameter variability and peripilar sign were associated with disease severity in the forehead area for men and the vertex area for women. **Conclusion:** In younger patients with androgenetic alopecia, the disease severity was generally milder. Dermoscopic features such as hair diameter variability and the peripilar sign were related to the severity of the disease in certain areas like the vertex, temples, and forehead.

Keywords: androgenetic alopecia, dermoscopy, clinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rụng tóc hói hay còn gọi là rụng tóc nội tiết tố androgen (androgenic alopecia), rụng tóc kiểu nam và kiểu nữ, là rụng tóc không sẹo khu trú nguyên nhân do nội tiết tố androgen và có yếu tố di truyền¹. Tình trạng này được đặc trưng bởi sự rụng tóc trưởng thành tiến triển từ từ và kéo dài nhiều năm theo một phân bố đặc trưng: da