

- 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

vùng trán, da vùng thái dương và da vùng đỉnh đầu là những vị trí tổn thương điển hình². Theo nghiên cứu cho thấy rụng tóc hói là thể rụng tóc hay gặp nhất ở cả hai giới và tỷ lệ lần lượt là 80% và 50% trước tuổi 70³.

Hormon androgen, đặc biệt là dihydrotestosterone (DHT), đóng vai trò then chốt trong cơ chế bệnh sinh của rụng tóc kiểu nam⁴ nhưng chưa rõ ràng ở nữ. Bệnh nhân rụng tóc nữ có kiểu rụng tóc ít đặc trưng và có sự gia tăng tần số các yếu tố nhiễu khác như thiếu máu, bệnh tự miễn và mang thai⁵.

Rụng tóc hói được chẩn đoán chủ yếu dựa vào hình ảnh lâm sàng điển hình, tuy nhiên trong các trường hợp nghi ngờ thì cần chỉ định thêm các xét nghiệm có giá trị. Chụp Dermoscopy với độ phóng đại từ x10 đến x70 được cho là chỉ định cần thiết do đây là một kỹ thuật chẩn đoán không xâm lấn, cho phép quan sát tình trạng tóc, da đầu và các cấu trúc hình thái không dễ thấy bằng mắt thường. Kết quả chụp Dermoscopy được mô tả dựa trên các đặc điểm của sợi tóc, nang tóc, da đầu và rất có ý nghĩa trong chẩn đoán rụng tóc hói như: dấu hiệu quầng nâu quanh sợi tóc, đa dạng đường kính sợi tóc, các chấm vàng,... Máy chụp Dermoscopy chính thức đưa vào sử dụng tại Bệnh viện da liễu Trung ương từ tháng 8/2016 nhưng đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm của hình ảnh Dermoscopy trong chẩn đoán rụng tóc hói.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm các bệnh nhân rụng tóc hói đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2023 đến tháng 9/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán rụng tóc hói trong thời gian nghiên cứu
- Bệnh nhân lần đầu khám và điều trị rụng tóc trong đợt này
- Tuổi của bệnh nhân từ 18-35 tuổi.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân rụng tóc do các nguyên nhân khác: bệnh lupus, nấm da đầu, ...
- Bệnh nhân đang sử dụng các thuốc finasteride, dutasteride, minoxidil trong vòng 6 tháng trở lại đây

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang
- Chọn mẫu thuận tiện
- Vật liệu nghiên cứu: máy chụp Dermoscopy Fotofinder

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được mã hóa,

nhập vào Excel và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0: giá trị trung bình với các biến số định lượng; tuổi trung bình của người bệnh, tỷ lệ với các biến số định tính: tỷ lệ giới tính, giai đoạn bệnh, tỷ lệ xuất hiện các đặc điểm hình ảnh trên Dermoscopy

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được Hội đồng khoa học Bệnh viện Da liễu Trung ương cho phép số 50/HĐĐĐ-BVDLTW.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh

Bảng 1. Đặc điểm phân bố về tuổi và giới

Tuổi	Giới	
	Nam	Nữ
18 - <25	63	45
25 - 35	43	49
Tổng	106	94

Nhận xét: Trong số 200 bệnh nhân có 106 bệnh nhân nam chiếm 53% và 94 bệnh nhân nữ chiếm 47%. Độ tuổi trung bình của 200 bệnh nhân là 25,47 ± 5,58. Nghiên cứu tập trung chủ yếu vào bệnh nhân từ 18-35 tuổi.

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến bệnh rụng tóc hói

	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử gia đình		
Có	146	73,4
Không	54	26,6
Bệnh lý phối hợp		
Tăng huyết áp	0	0
Bệnh mạch vành	0	0
Bệnh khác	3	1,5
Không	196	98,0
Thói quen bệnh nhân: hút thuốc/thức khuya		
Có	130	65,0
Không	70	35,0
Thời gian rụng tóc	53,78±30,29 tuần Min: 10 tuần; Max: 120 tuần	

Nhận xét: Trong tổng số 200 bệnh nhân, có 146 bệnh nhân có tiền sử gia đình liên quan đến rụng tóc hói chiếm đa số so với số bệnh nhân không có tiền sử gia đình.

Chỉ có 3 bệnh nhân có bệnh lý phối hợp gồm: 2 bệnh nhân bị bệnh tuyến giáp chiếm 1,0% và 1 bệnh nhân bị bệnh béo phì chiếm 0,05%.

Thói quen của bệnh nhân rụng tóc hói chủ yếu là thức khuya, hút thuốc chiếm 130 bệnh nhân (65,0%), còn không có thói quen nào chiếm 35,0%.

Thời gian bị bệnh rụng tóc hói ở bệnh nhân trung bình là 53,78 tuần, với thời gian rụng tóc ngắn nhất là 10 tuần và dài nhất là 120 tuần.



Biểu đồ 1. Mức độ nặng của bệnh

Nhận xét: Mức độ nặng của bệnh rụng tóc hói ở nam giới theo Hamilton-Norwood chủ yếu là mức độ 2 chiếm 61,3%, mức độ 3 chiếm 25,5% và không có bệnh nhân nam nào bị bệnh ở mức độ 5,6,7.

Mức độ nặng của bệnh rụng tóc hói ở nữ giới theo Ludwig chủ yếu là mức độ 1 chiếm 63,8% và mức độ 2 với 36,2%.

3.2. Đặc điểm hình ảnh Dermoscopy ở bệnh nhân rụng tóc hói

Bảng 3. Các chỉ số về bệnh nhân rụng tóc hói

Chỉ số	Trán	Đỉnh	Chẩm	Thái dương
Đường kính trung bình (mm)	0,044 ± 0,010	0,044 ± 0,011	0,10 ± 0,17	0,055 ± 0,063
Tỷ lệ tóc trưởng thành (%)	49,97 ± 23,93	53,55 ± 24,06	83,87 ± 5,99	58,92 ± 24,11
Tỷ lệ tóc tơ (%)	50,15 ± 24,00	46,43 ± 24,13	16,27 ± 6,14	40,92 ± 24,02
Mật độ tóc/cm ²	87,31 ± 23,71	92,26 ± 35,11	128,07 ± 36,78	105,02 ± 28,71
Sợi tóc trung bình/nang tóc	1,57 ± 0,19	1,61 ± 0,23	1,78 ± 0,18	1,66 ± 0,18

Nhận xét: Đường kính trung bình tóc ở vùng chẩm là cao nhất, tiếp đó đến là vùng thái dương và thấp nhất ở 2 vùng trán và đỉnh. Tỷ lệ tóc trưởng thành ở vùng chẩm là cao nhất trong khi vùng trán có tỷ lệ tóc trưởng thành thấp nhất.

Ngược lại thì tỷ lệ tóc tơ ở vùng trán là cao nhất còn vùng chẩm là thấp nhất. Mật độ tóc ở vùng chẩm là cao nhất trong khi vùng thái dương thấp nhất. Sợi tóc trung bình/nang tóc ở vùng thái dương là cao nhất và thấp nhất ở vùng trán.

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh Dermoscopy theo từng vùng

Đặc điểm hình ảnh	Số BN nam		Số BN nữ	
	Có	Không	Có	Không
Đặc điểm hình ảnh vùng trán				
Đa dạng đường kính sợi tóc	105	1	86	8
Dấu hiệu quang nâu	97	9	41	53
Chấm vàng	17	89	0	94
Mạng lưới sắc tố tổ ong	0	106	0	94
Đặc điểm hình ảnh vùng đỉnh				
Đa dạng đường kính sợi tóc	75	31	93	1
Dấu hiệu quang nâu	84	22	67	27
Chấm vàng	8	98	17	77
Mạng lưới sắc tố tổ ong	0	106	0	94
Đặc điểm hình ảnh vùng chẩm				
Đa dạng đường kính sợi tóc	16	90	16	78
Dấu hiệu quang nâu	9	97	4	90
Chấm vàng	0	106	0	94
Mạng lưới sắc tố tổ ong	0	106	0	94
Đặc điểm hình ảnh vùng thái dương				
Đa dạng đường kính sợi tóc	103	3	58	36
Dấu hiệu quang nâu	37	69	0	94
Chấm vàng	10	96	0	94
Mạng lưới sắc tố tổ ong	0	106	0	94

Nhận xét: Rụng tóc ở nam thường xuất hiện ở vùng trán – thái dương – đỉnh, trong khi đó rụng tóc ở nữ bắt đầu ở vùng đỉnh, sau đó

đến trán và thái dương. Ở cả 2 giới đều ít rụng tóc ở vùng chẩm.

Đặc điểm hình ảnh Dermoscopy ở vùng trán,

đỉnh và thái dương với hình ảnh tổn thương chủ yếu là đa dạng đường kính sợi tóc, tiếp là dấu hiệu quầng nâu, dấu hiệu chấm vàng chiếm tỷ lệ thấp.

Tổn thương ở vùng chẩm chiếm tỷ lệ thấp nhất so với cả 4 vùng với đa dạng đường kính sợi tóc và dấu hiệu quầng nâu chiếm tỷ lệ thấp, không có hình ảnh tổn thương chấm vàng và mạng lưới sắc tố ở vùng chẩm.

Hình ảnh Dermoscopy dấu hiệu mạng lưới sắc tố tổ ong không ở cả 4 vùng.

3.3. Môi liên quan của đặc điểm hình ảnh Dermoscopy với mức độ nặng của bệnh và giai đoạn hoạt động

Bảng 5. Môi liên quan giữa đặc điểm Dermoscopy với mức độ bệnh

Mức độ bệnh	Các vùng	Trán	Đỉnh	Chẩm	Thái dương
Hamilton	Dấu hiệu đa dạng đường kính sợi tóc				
	p	0,00	0,00	0,63	0,048
	Dấu hiệu quầng nâu				
	p	0,26	0,01	0,11	0,24
	Dấu hiệu chấm vàng				
	p	0,23	0,00	-	0,30
	Mạng lưới sắc tố	-	-	-	-
Ludwig	Dấu hiệu đa dạng đường kính sợi tóc				
	p	1,00	0,00	0,39	1,00
	Dấu hiệu quầng nâu				
	p	0,08	0,04	0,61	0,08
	Dấu hiệu chấm vàng				
	p	1,00	0,07	-	1,00
	Mạng lưới sắc tố	-	-	-	-

Nhận xét: Ở 106 bệnh nhân nam, hình ảnh tổn thương đa dạng đường kính sợi tóc có nhiều liên quan tới mức độ bệnh nhất là ở vùng trán và đỉnh với $p < 0,001$. Ở vùng đỉnh cũng cho thấy có sự liên quan giữa mức độ bệnh với hình ảnh dấu hiệu quầng nâu và chấm vàng với $p < 0,05$. Điều này cho thấy ở bệnh nhân nam ta quan sát được các tổn thương rụng tóc hói nhiều ở vùng đỉnh và trán.

Với 94 bệnh nhân nữ, dấu hiệu đa dạng đường kính sợi tóc, dấu hiệu quầng nâu ở vùng đỉnh có mối liên quan tới mức độ bệnh với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh. Trong tổng số 200 bệnh nhân tỷ lệ nam:nữ là 1,08. Do bệnh rụng tóc hói phổ biến hơn ở nam giới, nghiên cứu này có kết quả

tương đương với nhiều các nghiên cứu khác như: nghiên cứu của Kasumagic với 57,69% bệnh nhân là nam⁶; Melike Kibar với 69,42% bệnh nhân nam⁷ và tỷ lệ nam:nữ là 5:1 ở nghiên cứu của Shigeki⁸. Nguyên nhân do bệnh rụng tóc hói phổ biến nhiều hơn ở nam giới so với nữ giới là do hormon androgen đóng vai trò then chốt trong cơ chế rụng tóc hói.

Phân bố tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu này tập trung chủ yếu từ 18-35 do chúng tôi muốn xem đặc điểm của rụng tóc hói ở lứa tuổi trẻ hơn, thay vì các bệnh nhân 50 – 60 tuổi do đặc điểm hói sẽ rất khác biệt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có trung bình tuổi là 25,47, nhỏ hơn so với nghiên cứu của Kasumagic với tuổi trung bình ở nam là 41 và ở nữ là 42⁶, và nhỏ nghiên cứu của Melike với 37,3±16,6 tuổi⁷.

Tiền sử gia đình của người bệnh rụng tóc hói chiếm 73,4%, nhiều hơn so 58,65% trong nghiên cứu của Kasumagic⁶ và 72,1% trong nghiên cứu của Beom Joon Kim⁹ nhưng ít hơn 78,28% với bệnh nhân nam trong nghiên cứu của Salman¹⁰. Kết quả này cho thấy bệnh rụng tóc hói có tỷ lệ di truyền trong gia đình khá cao, nhất là ở bệnh nhân nam giới. Thời gian rụng tóc của bệnh nhân kéo dài từ 10 đến 120 tuần. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian bị bệnh của bệnh nhân ít hơn so với nghiên cứu Kasumagic. Điều này là do chúng tôi chọn lứa tuổi của bệnh nhân trẻ nên thời gian bị bệnh cũng không kéo dài như các nghiên cứu khác.

Mức độ hói biểu hiện ở bệnh nhân nam giới chủ yếu là độ 2,3 không có bệnh nhân nam nào từ mức độ 5 trở đi. Mức độ hói ở bệnh nhân nữ gồm độ 1 và 2, không có bệnh nhân nữ nào bị bệnh mức độ 3. Do nghiên cứu bệnh nhân trong độ tuổi 18-35 nên mức độ bệnh cũng biểu hiện nhẹ hơn do mức độ nghiêm trọng của rụng tóc hói tăng dần theo tuổi. Kết quả này tương ứng với nghiên cứu của Salman¹⁰.

4.2. Đặc điểm hình ảnh Dermoscopy ở bệnh nhân rụng tóc hói và các môi liên quan. Nghiên cứu của chúng tôi có đường kính sợi tóc, tỷ lệ tóc trưởng thành và mật độ tóc/cm² ở vùng chẩm cao hẳn so với 3 vùng còn lại do bệnh rụng tóc hói ảnh hưởng ít tới vùng chẩm, kết quả này tương tự theo Alsharif SH. Tuy nhiên các chỉ số ở cả 4 vùng đều thấp hơn so với nghiên cứu của Hu D.

Trong nghiên cứu của Hu D, đường kính trung bình tóc ở vùng chẩm là 74,52 ± 8,02 μm, mật độ tóc trung bình là 163,07 ± 28,17/cm², số sợi tóc trên một đơn vị nang tóc là 1,87 ± 0,25 và tỷ lệ tóc tơ từ phân tích trichoscopy định

lượng ở vùng chẩm là $6,60 \pm 3,95\%$ ¹². Các chỉ số về mật độ tóc và sợi tóc trung bình/ nang tóc đều cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, trong khi tỷ lệ tóc tơ thì thấp hơn. Còn nghiên cứu của Alsharif SH cũng có các chỉ số về đường kính trung bình sợi tóc, mật độ tóc cao hơn hẳn so với cả nghiên cứu của chúng tôi, và chỉ số ở vùng chẩm là cao nhất so với các vùng khác thì giống với nghiên cứu này. Melike cũng cho rằng chỉ số sợi tóc trung bình/ nang tóc xuất hiện ở bệnh giai đoạn chưa nghiêm trọng⁷ - ở nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân chủ yếu mắc rụng tóc hói ở giai đoạn 1,2,3. Điều này cho thấy ở các bệnh nhân rụng tóc hói có giảm mật độ tóc và đường kính sợi tóc và tỷ lệ tóc trưởng thành giảm đi trong khi tỷ lệ tóc tơ tăng lên.

Đường kính tóc trung bình vùng đỉnh 0,044mm cũng cho thấy việc chẩn đoán rụng tóc hói có thể dựa vào việc đo đường kính tóc nhỏ hơn 0,045mm như trong nghiên cứu Park HU¹³, độ dày này nhỏ hơn so với người khỏe mạnh, kết quả này tương tự như nghiên cứu của Rakowska.

Kết quả này cho thấy rằng dấu hiệu đa dạng đường kính sợi tóc xuất hiện nhiều nhất với tỷ lệ cao ở 3 vùng trán, đỉnh và thái dương và thấp nhất ở vùng chẩm. Dấu hiệu quầng nâu cũng quan sát thấy ở cả 4 vùng. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác^{6,7}. Tuy nhiên dấu hiệu mạng lưới sắc tố không quan sát thấy ở bất kỳ bệnh nhân nào, khác với nghiên cứu của Melike cho thấy dấu hiệu trên có đặc trưng cho rụng tóc hói có mức độ nghiêm trọng thấp⁷, nhưng điều này có thể do cài đặt máy và chế độ chụp của chúng tôi khác.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dấu hiệu đa dạng đường kính sợi tóc có liên quan tới mức độ bệnh ở vùng trán và đỉnh với bệnh nhân nam và ở vùng đỉnh với bệnh nhân nữ; còn dấu hiệu quầng nâu và chấm vàng có liên quan tới mức độ bệnh ở vùng đỉnh ở cả 2 giới. Do mức độ bệnh ở bệnh nhân nam chủ yếu là 2,3 theo Hamilton và ở bệnh nhân nữ là 1,2 theo Ludwig - đây đều là mức độ bệnh nhẹ trong rụng tóc hói nên dấu hiệu đa dạng đường kính tóc được quan sát thấy nhiều nhất, kết quả này khác với nghiên cứu của Melike với đặc điểm dermoscopy không liên quan tới mức độ của bệnh⁷.

V. KẾT LUẬN

Trong 200 bệnh nhân tuổi từ 18-35, mức độ bệnh ở nam giới theo Hamilton chủ yếu là độ 2,3, trong khi nữ giới là độ 1,2 theo Ludwig. Các

chỉ số gồm đường kính trung bình, sợi tóc trung bình/nang tóc ở vùng chẩm cao hơn hẳn so với 3 vùng còn lại. Dấu hiệu đa dạng đường kính sợi tóc có liên quan đến mức độ bệnh ở vùng trán, đỉnh ở bệnh nhân nam và vùng đỉnh ở bệnh nhân nữ. Các dấu hiệu như quầng nâu và chấm vàng cũng có mối liên quan đến mức độ bệnh ở vùng đỉnh hay thái dương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sinclair R.** Male pattern androgenetic alopecia. *BMJ*. 1998;317(7162): 865-869. doi:10.1136/bmj.317.7162.865
2. **Androgenetic alopecia in males: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis - UpToDate.** Accessed June 20, 2023.
3. <https://www.uptodate.com/contents/androgenetic-alopecia-in-males-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis#H21714534>
4. **Kenneth A. Arndt.** Manual of Dermatologic Therapeutics. 8th ed. Lippincott Williams and Wilkins; 2015.
5. **Paik JH, Yoon JB, Sim WY, Kim BS, Kim NI.** The prevalence and types of androgenetic alopecia in Korean men and women. *Br J Dermatol*. 2001;145(1): 95-99. doi:10.1046/j.1365-2133.2001.04289.x
6. **Kasumagic-Halilovic E.** Trichoscopic Findings in Androgenetic Alopecia. *Med Arch*. 2021 Apr;75(2): 109-111. doi: 10.5455/medarh.2021.75.109-111. PMID: 34219869; PMCID: PMC8228579.
7. **Kibar M, Aktan S, Bilgin M.** Scalp dermatoscopic findings in androgenetic alopecia and their relations with disease severity. *Ann Dermatol*. 2014 Aug;26(4):478-84. doi: 10.5021/ad.2014.26.4.478. Epub 2014 Jul 31. PMID: 25143677; PMCID: PMC4135103.
8. **Inui S, Nakajima T, Itami S.** Scalp dermoscopy of androgenetic alopecia in Asian people. *J Dermatol*. 2009 Feb;36(2):82-5. doi: 10.1111/j.1346-8138.2009.00593.x. PMID: 19284450. Salman KE, Altunay IK, Kucukunal NA, Cerman AA. Frequency, severity and related factors of androgenetic alopecia in dermatology outpatient clinic: hospital-based cross-sectional study in Turkey. *An Bras Dermatol*. 2017 Jan-Feb;92(1): 35-40. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175241. PMID: 28225954; PMCID: PMC5312176.
9. **Kim BJ, Kim JY, Eun HC, Kwon OS, Kim MN, Ro BI.** Androgenetic alopecia in adolescents: a report of 43 cases. *J Dermatol*. 2006 Oct;33(10): 696-9. doi: 10.1111/j.1346-8138.2006.00161.x. PMID: 17040499.
10. **Salman KE, Altunay IK, Kucukunal NA, Cerman AA.** Frequency, severity and related factors of androgenetic alopecia in dermatology outpatient clinic: hospital-based cross-sectional study in Turkey. *An Bras Dermatol*. 2017 Jan-Feb;92(1): 35-40. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175241. PMID: 28225954; PMCID: PMC5312176.

TÌNH TRẠNG FOLATE Ở SẢN PHỤ MANG THAI MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN CẦN THƠ NĂM 2023 – 2024

Nguyễn Thụy Thúy Ái¹, Phạm Thị Ngọc Nga², Nguyễn Ngọc Phương Anh¹, Nguyễn Xuân Thảo¹, Lê Thị Kim Định¹, Nguyễn Hữu Chương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc thiếu hụt quá nhiều hay sự gia tăng nồng độ folate cao trong thời gian dài sẽ gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng cho thai kỳ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát tình trạng Folate ở sản phụ mang thai mắc đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ, năm 2023 – 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tổng 114 sản phụ được chẩn đoán mắc đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện Phụ sản Cần Thơ từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024. **Kết quả:** Có 58 sản phụ (50,9%) ghi nhận tình trạng tăng nồng độ folate với nồng độ folate trung bình là $29,92 \pm 3,44$. Nồng độ folate ở 3 tháng cuối thai kỳ ($24,56 \pm 8,48$) cao hơn 3 tháng giữa thai kỳ ($21,31 \pm 7,89$) và sự gia tăng nồng độ folate này được ghi nhận có ý nghĩa thống kê với $p < 0,039$. **Kết luận:** Sản phụ đái tháo đường thai kỳ trong nghiên cứu có xu hướng gia tăng nồng độ folate trong 3 tháng cuối thai kỳ.

Từ khóa: Folic axit, Folate, tình trạng, sản phụ mang thai.

SUMMARY

FOLATE STATUS IN PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2023 – 2024

Background: Excessive deficiency or long-term increase in folate concentration will cause many serious consequences for pregnancy. **Objectives:** Survey of folate status in pregnant women at Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital, 2023 - 2024. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on a total of 114 pregnant women diagnosed with gestational diabetes at Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital from June 2023 to September 2024. **Results:** 58 pregnant women (50.9%) recorded increased folate concentration with an average folate concentration of 29.92 ± 3.44 . Folate concentration in the third trimester of pregnancy (24.56 ± 8.48) was higher than that in the second trimester of pregnancy (21.31 ± 7.89) and this increase in folate concentration was statistically significant with $p < 0.039$. **Conclusion:** Pregnant women with gestational diabetes in the study tended to have increased folate concentration in the third trimester of pregnancy. **Keywords:** Folic acid, Folate, conditions, pregnant women.

¹Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Chương

Email: nhchuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Folate/axit folic (FA) rất quan trọng để phát triển một thai nhi khỏe mạnh vì nó ngăn ngừa khuyết tật ống thần kinh. Bên cạnh đó, folate ngăn ngừa một số bất thường về tim, sút mô và hở hàm ếch. Đồng thời giảm nguy cơ thiếu máu, sảy thai, sinh non và trẻ sơ sinh nhẹ cân [1], [2]. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra, thiếu hụt quá nhiều, hay sự gia tăng nồng độ folate quá cao trong thời gian dài sẽ gây ra nhiều hậu quả cho thai kỳ. Theo Tổ chức Y tế thế giới cũng khuyến nghị thêm một phác đồ bổ sung 2800 μ g axit folic/tuần và nên bổ sung từ 3 tháng trước khi mang thai và 3 tháng đầu của thai kỳ [3], [4]. Nhiều nghiên cứu chứng minh, thiếu axit folic quá nhiều sẽ có nguy cơ sảy thai cao, sinh non, dễ mắc chứng rối loạn tâm thần sau sinh, suy dinh dưỡng bào thai. Ngoài ra, axit folic quá liều còn gây cản trở hoạt động của hormone insulin và kìm hãm sự phát triển não của thai nhi, tăng nguy cơ bệnh tim bẩm sinh và rối loạn tâm lý cho trẻ sau khi chào đời [4]. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: "Khảo sát tình trạng folate ở sản phụ mang thai bị đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện Phụ sản Cần Thơ năm 2023 – 2024".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Sản phụ được chẩn đoán mắc đái tháo đường (ĐTĐ) thai kỳ tại bệnh viện Phụ sản Cần Thơ đồng ý tham gia nghiên cứu từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Sản phụ không có khả năng nhận thức, tinh thần không ổn định, sản phụ đang cấp cứu.

Có tiền sử hoặc đang mắc các bệnh tim mạch, bệnh tự miễn dịch (chẳng hạn như lupus ban đỏ hệ thống) hoặc đang sử dụng corticosteroid, bị cường giáp hoặc suy giáp rõ ràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: có tổng 114 sản phụ mắc đái tháo đường thai kỳ đã tham gia trong nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, BMI trước mang thai, tiền sử gia đình có đái