

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẤT LƯỢNG
CUỘC SỐNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỤNG TÓC TỪNG VÙNG BẰNG
BETAMETHASONE TIÊM DƯỚI DA
TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU THÀNH PHỐ CẦN THƠ**

Trần Quốc Cường^{1}, Huỳnh Văn Bá², Từ Tuyết Tâm³*

1. Bệnh viện Da Khoa tỉnh Kiên Giang

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

3. Bệnh viện Da liễu Thành phố Cần Thơ

**Email: drquoccuongkg@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rụng tóc từng vùng là một bệnh tự miễn đặc trưng bởi tình trạng rụng tóc đột ngột có thể gây ra những hậu quả tâm lý đáng kể và làm giảm chất lượng cuộc sống một cách nghiêm trọng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá chất lượng cuộc sống và hiệu quả điều trị rụng tóc từng vùng bằng Betamethasone. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 85 bệnh nhân được chẩn đoán rụng tóc từng vùng, đánh giá chất lượng cuộc sống và điều trị bằng Betamethasone tiêm dưới da. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $31,02 \pm 11,491$, thời gian mắc bệnh trung bình là $12,8 \pm 16,356$ tuần với mức độ nhẹ chiếm 94,1%. Nhóm kèm tổn thương móng có diện tích thương tổn lớn hơn nhóm không tổn thương móng ($p < 0,001$). Đánh giá DLQI thấy các triệu chứng-cảm giác bị ảnh hưởng nhiều nhất. Diện tích thương tổn trung bình sau 3 tháng điều trị giảm 7,233% ($p < 0,001$). Tác dụng không mong muốn khi điều trị bằng Betamethasone đau, ngứa, đỏ da, viêm nang lông lần lượt là 96,5%; 12,9%; 7,1% và 3,5%. Sau 1 tháng điều trị, bệnh nhân không xuất hiện thương tổn mới chiếm 98,6% thuộc nhóm mức độ rụng tóc ban đầu $< 25\%$ cao hơn so với nhóm có thương tổn mới ($p = 0,002$). **Kết luận:** Betamethasone tiêm dưới da có hiệu quả trong bệnh rụng tóc từng vùng.

Từ khóa: rụng tóc từng vùng, Betamethasone, DLQI.

ABSTRACT

STUDY ON CLINICAL FEATURES, QUALITY OF LIFE AND RESULTS OF TREATMENT ALOPECIA AREATA WITH INTRALESIONAL BETAMETHASONE AT CAN THO HOSPITAL OF DERMATO-VENEREOLGY*Tran Quoc Cuong¹, Huynh Van Ba², Tu Tuyet Tam³**1. Kien Giang General Hospital**2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy**3. Can Tho Hospital of Dermato - Venereology*

Background: Alopecia areata is an autoimmune disease that leads to sudden hair loss. It can have severe psychological effects and negatively impact quality of life. **Objectives:** To evaluate the quality of life and effectiveness of treatment with Betamethasone in patients with alopecia areata. **Materials and method:** A descriptive cross-sectional study on 85 patients diagnosed with alopecia areata, quality of life assessment (DLQI) and treated with intradermal Betamethasone. **Results:** The mean age was 31.02 ± 11.491 with the mean duration of illness being 12.8 ± 16.356 weeks with mild severity accounting for 94.1%. The group with nail damage had a larger lesion area than the group without nail damage ($p < 0.001$). The dermatology life quality index (DLQI) had a mean score of 10.98 ± 8.092 with symptom-sensory affected the most. The average lesion area after 3 months of treatment decreased by 7.233% ($p < 0.001$). Undesirable effects when treated with Betamethasone were pain, itching, skin redness, and folliculitis were respectively 96.5%; 12.9%; 7.1% and 3.5%. After 1 month of treatment, patients did not develop new lesions, accounting for 98.6% of the group, with the initial level of hair loss <25% higher than the group with new lesions ($p = 0.002$). **Conclusions:** Intradermal Betamethasone is a successful treatment option for alopecia areata.

Keywords: alopecia areata, Betamethasone, DLQI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rụng tóc từng vùng (Alopecia areata-AA) là một bệnh tự miễn qua trung gian tế bào đặc trưng bởi sự mất tóc đột ngột gây ảnh hưởng khoảng 2% dân số toàn cầu và có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Đồng thời, còn có một số bệnh đồng mắc liên quan đến miễn dịch khác nhau như bệnh tuyến giáp tự miễn, bạch biến, vẩy nến và bệnh dị ứng có liên quan đến bệnh rụng tóc từng vùng. Do căn nguyên của bệnh rụng tóc từng vùng phức tạp, chưa rõ ràng nên việc điều trị còn gặp nhiều khó khăn và chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu nhưng vẫn có các hướng dẫn, khuyến cáo điều trị đã được nghiên cứu và thiết lập.

Ngay cả khi không ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất, rụng tóc có thể gây ra những hậu quả tâm lý đáng kể và làm giảm chất lượng cuộc sống một cách nghiêm trọng. Trong một nghiên cứu của Nhật Bản (2022) đã chỉ ra rằng tác động tiêu cực của AA đối với cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân dựa trên đánh giá theo bảng câu hỏi DLQI [8]. Theo hướng dẫn của Hiệp hội Bác sĩ Da liễu Anh, hỗ trợ tâm lý được khuyến khích như một biện pháp can thiệp cần thiết trong AA [10]. Do đó, điều quan trọng là phải đánh giá DLQI của bệnh nhân để quản lý AA tốt hơn.

Trong số các phương thức điều trị tại chỗ, corticosteroid tiêm tại chỗ có thể có lợi nhất, vì phác đồ hàng tháng hoặc hai tháng làm tăng sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Mặc dù, đây thường là phương pháp điều trị ưu tiên cho rụng tóc từng vùng, nhưng có rất ít dữ liệu liên quan đến hiệu quả, độ an toàn của thuốc, cũng như bệnh gây ảnh hưởng đến cuộc sống cả thể chất lẫn tinh thần cho người bệnh. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu

cứu đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chất lượng cuộc sống và kết quả điều trị rụng tóc từng vùng bằng Betamethasone tiêm dưới da tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ năm 2021-2022”. Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, chất lượng cuộc sống của bệnh rụng tóc từng vùng tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ năm 2021-2022.

2. Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh rụng tóc từng vùng bằng Betamethasone tiêm dưới da tại Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ năm 2021-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da Liễu thành phố Cần Thơ từ 05/2021-05/2022 và được chẩn đoán là rụng tóc từng vùng.

1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào lâm sàng: Rụng tóc từng vùng như (một hoặc nhiều đám rụng tóc hình tròn hoặc bầu dục, da đầu vùng rụng tóc nhẵn, có thể teo nhẹ. Sợi tóc đầu “châm than”, không ngứa, không có vảy da).

Bệnh nhân nam và nữ từ 15 tuổi trở lên

Bệnh nhân không có chống chỉ định dùng Betamethasone.

Đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ điều trị.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân mắc đồng thời các bệnh về da khác như lao da, nhiễm khuẩn, trứng cá, nấm tóc (xét nghiệm nấm dương tính).

Phụ nữ có thai và cho con bú.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 05/2021 đến tháng 05/2022.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả

3.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức: $n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu; Z là hệ số tin cậy ở mức xác suất 95%; d là sai số cho phép, chọn d=5%.

p: Tỷ lệ thương tổn rụng tóc mức độ nhẹ trước khi điều trị theo tác giả Trịnh Thị Phương (2012) là 94,4% [3].

Cỡ mẫu tối thiểu là 81 mẫu. Thực tế chúng tôi nghiên cứu trên 85 mẫu.

3.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện không xác suất, liên tiếp theo trình tự thời gian, không phân biệt tuổi, giới tính khi đến khám của người bệnh.

4. Nội dung nghiên cứu và phương pháp thu thập

Hỏi bệnh sử, tiền sử, thăm khám lâm sàng, một số trường hợp phải sinh thiết gửi giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định và ghi nhận thông tin vào phiếu thu thập số liệu, chụp ảnh sang thương tóc bị mất trước khi điều trị và cho bệnh nhân tự đánh vào bảng câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống (DLQI). Sau đó tiến hành điều trị theo quy trình của Bộ Y tế Việt Nam ban hành năm 2015. Liều betamethasone được pha theo tỷ lệ 7mg/ml

diprosan + 4ml NaCl 0,9% hoặc Lindocain HCl 2%, chia các vùng da mắt tóc thành các ô vuông có cạnh 1cm, sau đó tiêm vào trung tâm mỗi ô vuông 0,2-0,3ml.

5. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Số liệu thu thập được nhập, mã hóa và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu tiến hành trên 85 bệnh nhân rụng tóc từng vùng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu tại Khoa Khám Bệnh Viện Da Liễu Cần Thơ từ tháng 05/2021 đến tháng 05/2022.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân rụng tóc từng vùng

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	15-25	34	40
	26-40	31	36,5
	41-59	19	22,4
	≥ 60	1	1,2
	Tổng	85	100
Tuổi trung bình		31,02 ± 11,419 tuổi	
Giới tính	Nam	50	58,8
	Nữ	35	41,2
	Tổng	85	100
Thời gian mắc bệnh (tuần)		12,8 ± 16,356 tuần	

Nhận xét: Bệnh nhân rụng tóc từng vùng có tuổi trung bình là 31,02±11,419 tuổi. Nam giới chiếm ưu thế 58,8% so với nữ giới chiếm 41,2%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 12,8±16,356 tuần.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng theo mức độ nặng của bệnh

Đặc điểm		Nhẹ		Trung bình-rất nặng		OR	p
		n	%	n	%		
Tiền sử bản thân	Có	10	12,5	2	40	0,21 (0,03-1,44)	0,14
	Không	70	87,5	3	60		
Tiền sử gia đình	Có	6	7,5	1	20	0,32	0,36
	Không	74	92,5	4	80		
Stress	Có	27	33,8	5	100		0,006*
	Không	53	66,2	0	0		
Tóc dẫu chấm than	Có	13	16,2	1	20,0	0,78 (0,08-7,52)	1,0
	Không	67	83,8	4	80,0		
Tổn thương móng	Có	2	2,5	3	60,0	0,017 (0,002-0,166)	0,001*
	Không	78	97,5	2	40,0		
Tổng		80	100	5	100		

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tiền sử rụng tóc, sợi tóc dẫu chấm than giữa nhóm mức độ nhẹ so với nhóm trung bình đến rất nặng (p>0,05). Nhóm bệnh nhân mức độ nhẹ có stress (33,8%) và tổn thương móng (60%) thấp hơn so với các nhóm còn lại, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với p lần lượt là 0,006 và 0,001).

Bảng 3. Phân bố mức độ nặng của bệnh theo điểm chất lượng cuộc sống (DLQI)

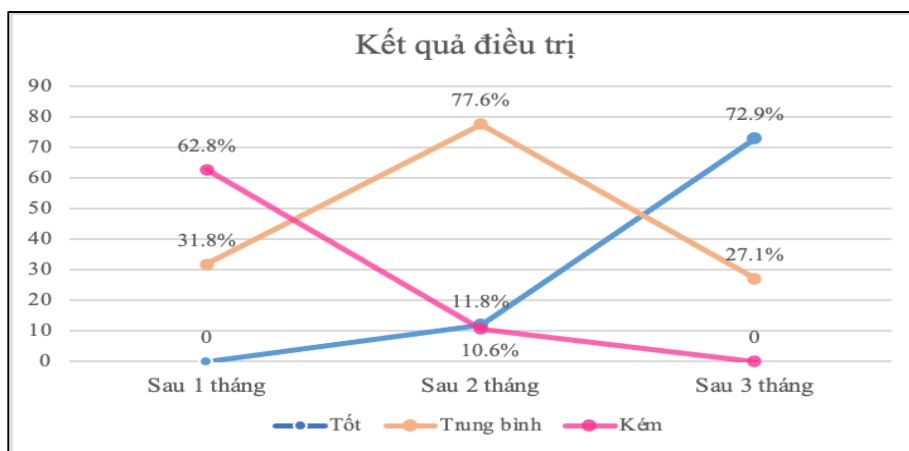
Nhóm diện tích thương tổn		Trung bình khác biệt	p
Nhe (<25%)	25-49%	-13,938	0,005
	50-74%	-17,938	0,003
Trung bình (25-49%)	<25%	13,938	0,005
	50-74%	-4	0,819
Nặng (50-74%)	<25%	17,938	0,003
	25-49%	4	0,819

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm bệnh nhân có mức độ nhẹ trước điều trị thì chất lượng cuộc sống ít ảnh hưởng hơn so với nhóm trung bình-nặng ($p < 0,05$).
Điểm chất lượng cuộc sống: trung bình là $10,98 \pm 8,09$ điểm.

Bảng 4. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và chất lượng cuộc sống (DLQI)

DLQI		Điểm (n(%))				p
		0	1	2	3	
Q9	<30	23 (47,9%)	12 (25%)	5 (10,4%)	8 (16,7%)	0,041*
	≥ 30	15 (40,5%)	10 (27%)	11 (29,7%)	1 (2,7%)	
Tổng		85 (100%)				

Nhận xét: Có 16,7% bệnh nhân dưới 30 tuổi cảm thấy rụng tóc ảnh hưởng đến chuyện tình dục (Q9), chỉ có 2,7% bệnh nhân từ 30 tuổi trở lên cảm thấy tình trạng rụng tóc ảnh hưởng đến đời sống tình dục, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,041$).



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị rụng tóc bằng Betamethasone tiêm dưới da

Nhận xét: Sau 1 tháng điều trị không có bệnh nhân nào đáp ứng tốt, có 31,8% bệnh nhân có đáp ứng trung bình và 68,2% đáp ứng kém. Sau 2 tháng điều trị có 11,8% đáp ứng tốt và 77,6% đáp ứng trung bình, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng kém giảm dần còn 10,6%. Sau 3 tháng điều trị hầu hết không còn bệnh nhân đáp ứng kém, chiếm tỉ lệ cao nhất là đáp ứng tốt chiếm 71,6%, tiếp đến là đáp ứng trung bình chiếm 28,4%.

Bảng 5. % Diện tích thương tổn khi kết thúc điều trị

% Diện tích thương tổn	Trung bình \pm SD	p
Trước điều trị	$10,42 \pm 11,534$	<0,001
Sau 3 tháng điều trị	$3,33 \pm 6,68$	
Trước và sau 3 tháng điều trị	$-7,41 \pm 5,84$	

Nhận xét: Có sự khác biệt rõ khi so sánh kết quả sau 3 tháng điều trị và trước khi

điều trị giảm 7,41% diện tích thương tổn trung bình với khoảng tin cậy 95%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 6. Tác dụng không mong muốn khi điều trị bằng Betamethasone

Tác dụng không mong muốn	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau	82	96,5
Ngứa	11	12,9
Đỏ da, dẫn mạch	6	7,1
Viêm nang lông	3	3,5

Nhận xét: Bệnh nhân sau tiêm Betamethason dưới da có tác dụng không mong muốn chiếm tỷ lệ cao nhất là đau 96,5% (82/85), 11/85 bệnh nhân có ngứa ngay tại chỗ tiêm (12,9%). Các tác dụng phụ khác như đỏ da, dẫn mạch hay viêm nang lông chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 7,1% và 3,5%.

* Kiểm định Fisher's exact test

IV. BÀN LUẬN

Giới tính: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm 50/85 (58,5%), nữ giới chiếm 35/85 (41,2%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu về dịch tễ học của Alexandra thực hiện tại Mỹ, Ấn Độ, Singapore và một số quốc gia khác có tỷ lệ nam:nữ từ 2:1 đến 1,1:1 [11]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Lê Thị Thùy Trang (2019) là 1:1,2 [4]. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trên, cho thấy rụng tóc xảy ra như nhau ở cả nam và nữ.

Tuổi: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, bệnh nhân rụng tóc từng vùng có độ tuổi trung bình là $31,02 \pm 11,491$ tuổi. Nhóm tuổi 15-25 mắc bệnh nhiều nhất (40%), kế đến là nhóm tuổi 26-40 (36,5%), sau đó giảm dần ở nhóm tuổi 41-59 (22,4%) và thấp nhất ở nhóm tuổi trên 60 (1,2%). Rụng tóc từng vùng có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào. Theo Nguyễn Trọng Hiếu (2017), tuổi trung bình của nhóm rụng tóc từng vùng là $34,72 \pm 11,57$ tuổi [1].

Thời gian mắc bệnh: Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân là $12,8 \pm 16,356$ tuần. Tháng đầu tiên mắc bệnh có 36,5% và trong vòng 6 tháng có đến 92,8% bệnh nhân phát hiện và đến khám. Kết quả này tương tự như Lê Thị Thùy Trang và Trịnh Thị Phượng với tỷ lệ bệnh dưới 6 tháng chiếm đa số lần lượt là 75,8% và 91% [3], [4].

Đặc điểm lâm sàng: Qua nghiên cứu các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của bệnh, chúng tôi ghi nhận đối với nhóm mức độ bệnh nặng có stress chiếm 100%, còn nhóm nhẹ có stress chiếm 33,8%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Đồng thời, nhóm có mức độ bệnh nhẹ kèm theo tổn thương móng chỉ chiếm 2,5%, trong khi các bệnh nhân mức độ bệnh nặng có tổn thương móng chiếm 60%, sự khác biệt giữa có ý nghĩa thống kê. Từ đó cho thấy yếu tố stress làm nặng thêm tình trạng rụng tóc cũng như diễn tiến của bệnh. Đối với tiền sử bản thân, tiền sử gia đình có rụng tóc, sợi tóc dẫu chấm than chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của bệnh.

Chất lượng cuộc sống (DLQI)

Điểm DLQI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $10,98 \pm 8,092$, còn trong nghiên cứu của Maryam (2020) là $10,69 \pm 5,93$ điểm, tương đồng với chúng tôi.

Theo Heather (2022) cũng quan sát có một mối quan hệ mật thiết giữa chất lượng cuộc sống và tình trạng rụng tóc từng vùng chủ yếu là nhóm trung bình-nặng. Trong đó,

gánh nặng cao nhất về các triệu chứng-cảm giác theo thang DLQI ở bệnh nhân với 21–49% tóc bị mất. Ở người bệnh mất 50–94% tóc cho biết gánh nặng cao nhất do tác động của mối quan hệ cá nhân, và cả bệnh nhân có 21–49% và 50–94% diện tích tóc bị mất báo cáo tác động nhiều nhất do hoạt động hàng ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$) [7].

Một số nghiên cứu đã xác nhận rằng điểm DLQI tăng lên theo mức độ nghiêm trọng của bệnh. Mặt khác, các cuộc khảo sát được thực hiện với bác sĩ da liễu và bệnh nhân rụng tóc từng vùng cho thấy rằng việc rụng tóc da đầu từ 20% trở xuống cho thấy điều trị thành công cho những bệnh nhân bị rụng tóc da đầu từ 50% trở lên. Do đó, để cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rụng tóc từng vùng, điều quan trọng là phải duy trì phạm vi rụng tóc dưới 25% như một ngưỡng điều trị được khuyến nghị [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi đặc biệt phát hiện bệnh đã tác động đáng kể đến đời sống tinh dục ở bệnh nhân rụng tóc từng vùng mà nhất là ở nhóm lớn tuổi ($p = 0,041$). Và điều này cũng đã được đề cập trong nghiên cứu của Kathie P Huang (2018) khi khảo sát 64/81 phụ nữ và 17/81 nam giới với 48/81 người dưới 40 tuổi về các khía cạnh gây khó khăn trong tình dục của họ. Phụ nữ đều cảm thấy “xấu hổ” (75,0%, $n = 48$), “kém nữ tính hơn” ($n = 41, 64,1\%$), và “mất tự tin vào bản thân trước mặt bạn tình” (64,1%, $n = 41$) ($p < 0,05$). Còn đối với nam giới họ cảm thấy “lo lắng về chuyện gần gũi” (46,7%, $n = 7$). Cả hai nhóm đều được xác định rõ ràng là “cảm thấy như mình đã đánh mất thứ gì đó” (lần lượt là 76,2%, $n = 48$ và 43,8%, $n = 7$) [9].

Kết quả điều trị

Trước điều trị, diện tích thương tổn trung bình của 85 bệnh nhân là $10,42 \pm 11,534\%$, sau 3 tháng điều trị, phần trăm diện tích thương tổn trung bình là $3,33 \pm 6,68\%$, đã giảm 7,41% diện tích với khoảng tin cậy 95%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Sau 1 tháng điều trị có 31,8% bệnh nhân có đáp ứng trung bình và 68,2% đáp ứng kém. Sau 2 tháng điều trị có 11,8% đáp ứng tốt và 77,6% đáp ứng trung bình, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng kém giảm dần còn 10,6%. Sau 3 tháng điều trị hầu hết không còn bệnh nhân đáp ứng kém, chiếm tỉ lệ cao nhất là đáp ứng tốt chiếm 71,6%, tiếp đến là đáp ứng trung bình chiếm 28,4%. Theo nghiên cứu của Vando và cộng sự (2022), không có sự khác biệt giữa tiêm Betamethasone và Triamcinolone trong điều trị rụng tóc từng vùng ($p > 0,99$). Mặc dù, hiệu quả của Betamethasone và Triamcinolone acetate tiêm dưới da là như nhau, đều cho thấy mức độ đáp ứng giảm đáng kể (75%) với tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đạt vào tuần thứ 8 và 12 [5].

Sau 1 tháng điều trị: không có bệnh nhân đáp ứng tốt, trong nhóm đáp ứng trung bình có 27 bệnh nhân (33,8%) có mức độ thương tổn nhẹ cao hơn ở nhóm có mức độ thương tổn trung bình (0%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,173$). Điều này cho thấy cần phải tiêm lặp lại Betamethasone để tăng hiệu quả điều trị. Sau 3 tháng điều trị: không có bệnh nhân nào đáp ứng kém giữa 2 nhóm nhẹ và trung bình đến rất nặng, trong nhóm đáp ứng tốt, số bệnh nhân ở mức độ nhẹ là 61 (76,2%), cao hơn số bệnh nhân ở mức độ trung bình đến rất nặng là 1 (20%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,018$). Từ đó có thể thấy cần phát hiện tình trạng rụng tóc và điều trị sớm sẽ đạt hiệu quả điều trị tốt hơn. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với y văn, sau khi tiêm corticosteroid trong da, sự mọc tóc có thể được nhìn thấy sau 4 đến 8 tuần và cần tiêm lặp lại sau 4 đến 6 tuần [6].

Tác dụng không mong muốn khi sử dụng corticosteroid

Trong quá trình theo dõi, chúng tôi cũng ghi nhận một số tác dụng không mong muốn tức thời và lâu dài của tiêm Betamethasone trong da trên bệnh nhân rụng tóc từng vùng, bao gồm: đau, ngứa tại nơi tiêm; đỏ da, dẫn mạch và viêm nang lông, trong đó: Đau tại nơi tiêm là tác dụng không mong muốn tại chỗ thường gặp nhất ở bệnh nhân, chiếm tỷ lệ cao nhất là 96,5%. Kế đến là ngứa tại nơi tiêm, triệu chứng này gặp ở số ít bệnh nhân (chiếm 12,9%). Tác dụng không mong muốn lâu dài như teo da, dẫn mạch và viêm nang lông tuy ít gặp nhưng vẫn có thể xảy ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được tỷ lệ teo da, dẫn mạch chiếm 7,1% và viêm nang lông chiếm 3,5%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ teo da thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Lê Đức Minh, tỷ lệ teo da chiếm 46,8% và gần giống với nghiên cứu của Chaltal Bolduc, tỷ lệ teo da chiếm khoảng 10% [2].

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy bệnh rụng tóc từng vùng thực sự ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân. Bên cạnh các phương pháp điều trị trước đây, tiêm Betamethasone trong da là một lựa chọn hữu hiệu có thể được xem xét để điều trị rụng tóc từng vùng với chi phí hợp lý và dễ thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trọng Hiếu (2017), *Nồng độ kẽm của bệnh nhân rụng tóc từng vùng*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.
2. 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 corticoide tại thương tổn*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. Trịnh Thị Phương (2012), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị bệnh rụng tóc từng vùng bằng uống corticoid liều xung nhỏ*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Lê Thị Thùy Trang (2019), *Nồng độ Interleukin-17A trong huyết thanh của bệnh nhân rụng tóc từng vùng và các yếu tố liên quan*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.
5. de Sousa V. B., Arcanjo F. P., Aguiar F., *et al.* (2022), "Intralesional betamethasone versus triamcinolone acetonide in the treatment of localized alopecia areata: a within-patient randomized controlled trial", *J Dermatolog Treat*, 33 (2), pp. 875-877.
6. Dinulos J. G. H (2020), "Hair Diseases", *Habif's Clinical Dermatology A Color Guide to Diagnosis and Therapy*, Elsevier, USA, pp. 927-960.
7. Gelhorn H. L., Cutts K., Edson-Heredia E., *et al.* (2022), "The Relationship Between Patient-Reported Severity of Hair Loss and Health-Related Quality of Life and Treatment Patterns Among Patients with Alopecia Areata", *Dermatol Ther (Heidelb)*, 12 (4), pp. 989-997.
8. Ito T., Kamei K., Yuasa A., *et al.* (2022), "Health-related quality of life in patients with alopecia areata: Results of a Japanese survey with norm-based comparisons", *J Dermatol*, 49 (6), pp. 584-593.
9. Li S. J., Huang K. P., Joyce C., *et al.* (2018), "The Impact of Alopecia Areata on Sexual Quality of Life", *Int J Trichology*, 10 (6), pp. 271-274.
10. Tzur Bitan D., Berzin D., Kridin K., *et al.* (2022), "The association between alopecia areata and anxiety, depression, schizophrenia, and bipolar disorder: a population-based study", *Arch Dermatol Res*, 314 (5), pp. 463-468.
11. Villasante Fricke A. C., Miteva M. (2015), "Epidemiology and burden of alopecia areata: a systematic review", *Clin Cosmet Investig Dermatol*, 8 pp. 397-403.

(Ngày nhận bài: 02/08/2022 – Ngày duyệt đăng: 18/9/2022)