9. Elsayed Emara, H., Alhindi, A. A., Orebi, H. A., et al. COVID-19 Pandemic: Knowledge, Attitude, and Perception of Medical Students Toward the Novel Coronavirus Disease, *Disaster Med Public Health Prep*. 2021, 1-8, doi: 10.1017/dmp.2021.169.
10. Đào Thị Ngọc Huyền, Phạm Kim Oanh và Huỳnh Giao. Kiến thức, thái độ về COVID-19 của sinh viên y đa khoa năm thứ năm và năm thứ sáu tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2021. 25(1), 185-191.

DOI: 10.58490/ctump.2024i76.2608

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN RỤNG TÓC ANDROGEN TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU CẦN THƠ NĂM 2022-2023

Nguyễn Thị Thùy Trang*, Nguyễn Thị Thùy Trang, Nguyễn Văn Lâm
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
**Email: ntttrang1405@gmail.com*
Ngày nhận bài: 03/5/2024
Ngày phản biện: 02/7/2024
Ngày duyệt đăng: 25/7/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Rụng tóc androgen là tình trạng tóc mỏng và rụng từ từ tập trung chủ yếu ở vùng trán, đỉnh do di truyền và phụ thuộc vào nội tiết tố androgen. Đây là rụng tóc phổ biến nhất hiện nay ở cả nam và nữ. Tuy nhiên ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu về bệnh. Một số nghiên cứu đã báo cáo mối liên quan giữa rối loạn về mặt cận lân sàng với độ nặng của bệnh như rối loạn lipid máu, nhưng dữ kiện còn hạn chế.* ***Mục tiêu nghiên cứu:*** *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân rụng tóc androgen tại Bệnh viện Da liễu Cần Thơ năm 2022-2023.* ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** *Mô tả hàng loạt ca trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán rụng tóc androgen đến khám tại Bệnh viện Da liễu Cần Thơ năm 2022-2023.* ***Kết quả:*** *Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu 40,7±13,7. Nữ 60%, nam 40%. Phân độ AGA mức độ nhẹ chiếm 26,7%, trung bình 40%, nặng 33,3%. Thời gian bệnh 3,37±1,59 năm. Test kéo tóc dương tính chiếm 73,3%. Tiền sử gia đình mắc AGA chiếm 83,3%. Cholesterol 4,64±0,78 mmol/L, triglycerid 1,51±0,44 mmol/L, HDL-c 1,09±0,26 mmol/L, LDL-c 2,87±0,51 mmol/L. Mức độ bệnh càng nặng cho thấy nồng độ cholesterol TP, triglycerid, LDL-c càng tăng. Không có sự khác biệt nồng độ HDL-c giữa các nhóm đối tượng.* ***Kết luận:*** *Bệnh khởi phát thường ở độ tuổi trung niên. Có sự khác biệt về mức độ nặng theo giới. Thời gian bệnh càng dài mức độ nặng của bệnh càng tăng. Tiền sử gia đình liên quan đến tỉ lệ mắc bệnh. Test kéo tóc dương tính đánh giá độ hoạt động của bệnh. Có mối liên quan giữa AGA và rối loạn lipid máu.*

Từ khóa: *Rụng tóc androgen, lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố liên quan, rối loạn lipid.*

ABSTRACT

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS OF ANDROGENETIC ALOPECIA PATIENTS AT CAN THO DERMATO-VENEREOLOGY HOSPITAL IN 2022-2023

Nguyen Thi Thuy Trang*, Nguyen Thi Thuy Trang, Nguyen Van Lam

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: *Androgenetic alopecia (AGA) is a condition characterized by gradual thinning and shedding of hair, primarily at the frontal and vertex regions, due to genetic predisposition and androgen hormone dependence. It is the most common type of hair loss in both men and women. However, there is limited research on this condition in Vietnam. Some studies have reported an association between clinical disorders and the severity of AGA, such as lipid metabolism disorders, but evidence is scarce.* ***Objectives:*** *To describe the clinical, paraclinical characteristics and some associated factors of androgenetic alopecia patients at Can Tho Dermato-Venereology Hospital in 2022-2023.* ***Materials and methods:*** *A series of cases involving over 30 patients diagnosed with androgenetic alopecia presented for examination at Can Tho Dermato-Venereology Hospital in 2022-2023 were described.* ***Results:*** *The average age of the study population was 40.7±13.7 years, with 60% female and 40% male. Mild AGA accounted for 26.7%, moderate for 40%, and severe for 33.3%. The duration of the disease was 3.3±1.59 years. Positive hair pull test was observed in 73.3% of cases. Family history of AGA was present in 83.3% of cases. The levels of cholesterol were 4.64±0.78 mmol/L, triglycerides 1.51±0.44 mmol/L, HDL-c 1.09±0.26 mmol/L, and LDL-c 2.87±0.51 mmol/L. The severity of the disease was positively correlated with serum cholesterol, triglyceride, and LDL-c levels. There was no difference in HDL-c levels between the severity groups of AGA.* ***Conclusions:*** *The disease typically initiated in middle age. There were differences in severity between genders. The longer the duration of the disease, the more severe it tends to be. Family history was related to the incidence rate of the disease. A positive hair pull test assessed disease activity. There was a correlation between AGA and dyslipidemia.*

Keywords: *Androgenetic alopecia, clinical, subclinical, associated factors, dyslipidemia.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rụng tóc androgen-rụng tóc do nội tiết tố androgen (androgenetic alopecia-AGA) hay rụng tóc kiểu hói là tình trạng tóc mỏng và rụng từ từ trung chủ yếu ở vùng trán, đỉnh do di truyền và phụ thuộc vào nội tiết tố androgen [1]. Đây là rụng tóc phổ biến nhất hiện nay ở cả nam và nữ [2]. Bệnh đã được chứng minh có liên quan đến nhiều bệnh đi kèm như nhồi máu cơ tim, hội chứng chuyển hóa, rối loạn lipid máu và tăng huyết áp. Mối liên quan giữa AGA và bệnh tim mạch có thể được giải thích là do enzyme 5 α-reductase có trong thành mạch máu và tim, còn thụ thể DHT tham gia vào quá trình tăng sinh cơ trơn mạch máu, đây là đặc điểm cơ bản của xơ vữa động mạch với lắng đọng lipid [3]. Nhưng các dữ liệu ở Việt Nam còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan của bệnh nhân rụng tóc androgen tại Bệnh viện Da liễu Cần Thơ từ năm 2022-2023" được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân rụng tóc androgen tại Bệnh viện Da liễu Cần Thơ từ năm 2022-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

30 bệnh nhân được chẩn đoán rụng tóc androgen đến khám tại Bệnh viện Da liễu Cần Thơ từ tháng 8/2022 đến tháng 10/2023.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân ≥18 tuổi; Được chẩn đoán AGA dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán theo lâm sàng [1]; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Mắc các bệnh lý hệ thống: người bệnh đang điều trị ung thư, bệnh hệ thống, bệnh tạo máu mà đang được điều trị, bất kì bệnh lý viêm nhiễm đang tiến triển, người bệnh bị bệnh mạn tính nặng như bại não, bệnh Parkinson, bệnh tim mạch, bệnh hô hấp nặng, người bệnh tiểu đường có đường huyết chưa được kiểm soát, …

Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện theo thời gian, phù hợp với đối tượng nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu và thu thập số liệu: Hỏi bệnh sử, tiền sử, thăm khám lâm sàng, chẩn đoán, xét nghiệm lipid máu (cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-c, HDL-c), ghi nhận thông tin vào phiếu thu thập số liệu, chụp ảnh sang thương tóc bằng máy ảnh và dermoscopy.

- Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập, mã hóa và xử lý bằng chương trình SPSS 18.0. Sử dụng các thống kê tần số, tỷ lệ. Dùng phép kiểm định chi bình phương để khảo sát tương quan giữa các biến định tính. Kiểm định Anova cho trung bình của nhiều nhóm. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p<0,05$ với độ tin cậy là 95%.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Các đối tượng được giải thích một cách cụ thể, rõ ràng về mục đích, quy trình nghiên cứu và đã đồng ý tham gia. Bảo vệ quyền, sức khỏe, sự an toàn, bảo mật thông tin riêng tư của các đối tượng nghiên cứu. Các đối tượng có quyền từ chối tham gia nghiên cứu hoặc chấm dứt nghiên cứu trong bất cứ giai đoạn nào của nghiên cứu. Các thông tin trong nghiên cứu được thu thập một cách nghiêm chỉnh, minh bạch, trung thực. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học (IRB) phê duyệt số 22.358.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 12/8/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤30 tuổi	9	30
	30-50 tuổi	14	46,7
	≥50 tuổi	7	23,3
Tuổi trung bình (năm)	40,7±13,8		
Giới tính	Nam	12	40
	Nữ	18	60
Phân độ AGA	Nhẹ	8	26,7
	Trung bình	12	40,0
	Nặng	10	33,3
Thời gian mắc AGA	<5 năm	18	60
	≥5 năm	12	40
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)	3,80±2,06		
Test kéo tóc	Âm tính	8	26,7
	Dương tính	22	73,3
Tiền sử gia đình mắc AGA	Có	25	83,3
	Không	5	16,7

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 40,7±13,8. Bệnh nhân ở độ tuổi trên 30 chiếm 70%. Nhóm từ 30-50 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 46,7%. Về giới bệnh nhân nữ chiếm 60%, nam chiếm 40%. Phân độ AGA mức độ nhẹ chiếm 26,7%, mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất là 40%, mức độ nặng chiếm 33,3%. Thời gian bệnh trung bình là 3,80±2,06 (năm), nhóm <5 năm chiếm 60%, ≥5 năm chiếm 40%. Test kéo tóc dương tính 73,3% bệnh nhân.

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, một số yếu tố liên quan và mức độ nặng của bệnh

Đặc điểm lâm sàng		Mức độ nặng						Tổng	Chi-Square p
		Nhẹ		Trung bình		Nặng			
		n	%	n	%	n	%		
Giới	Nam	1	8,3	4	33,3	7	58,3	12	0,039
	Nữ	7	38,9	8	44,4	3	16,7	18	
Nhóm tuổi	≤30 tuổi	2	22,2	2	22,2	5	55,6	9	0,276
	30-50 tuổi	4	28,6	8	57,1	2	14,3	14	
	≥50 tuổi	2	28,6	2	28,6	3	42,9	7	
Test kéo tóc	Âm tính	6	75,0	2	25,0	0	0	8	0,001
	Dương tính	2	9,1	10	45,5	10	45,5	22	
Thời gian bệnh	<5 năm	8	44,4	7	38,9	3	16,7	18	0,011
	≥5 năm	0	0	5	41,7	7	58,3	12	
Tiền sử gia đình mắc AGA	Không	1	20,0	3	60,0	1	20,0	5	0,600
	Có	7	28,0	9	36,0	9	36,0	25	

Nhận xét: Có sự khác biệt về mức độ nặng giữa giới nam và nữ (p=0,037), mức độ nhẹ nam chiếm 8,3%, nữ chiếm 38,9%; mức độ trung bình nam chiếm 33,3%, nữ chiếm 44,4%; mức độ nặng nam chiếm 58,3%, nữ chiếm 16,7%. Đối với test kéo tóc có sự khác biệt về mức độ nặng giữa nhóm test kéo tóc dương tính và âm tính (p=0,01), mức độ nhẹ test kéo tóc (+) 9,1%, (-) 75%; mức độ trung bình test kéo tóc (+) 45,5%, (-) 28,6%; mức độ nặng test kéo tóc (+) 45,5%, (-) 0%. Có sự khác biệt về mức độ nặng giữa nhóm thời gian bệnh <5 năm và ≥5 năm (p=0,011), mức độ nhẹ thời gian bệnh <5 năm chiếm 44,4%, ≥5 năm chiếm 0%; mức độ trung bình <5 năm chiếm 38,9%, ≥5 năm chiếm 41,7%; mức độ nặng thời gian bệnh <5 năm chiếm 16,7%, ≥5 năm chiếm 58,3%. Không có sự khác biệt về mức độ nặng ở nhóm các nhóm tuổi bệnh nhân.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân rụng tóc androgen

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Cận lâm sàng		Trung bình	Độ lệch chuẩn
Lipid máu	Cholesterol (mmol/L)	4,64	0,78
	Triglycerid (mmol/L)	1,51	0,44
	HDL-c (mmol/L)	1,09	0,26
	LDL-c (mmol/L)	2,87	0,51
Đặc điểm trên dermoscopy	Chấm vàng	18	60
	Đường kính sợi tóc đa dạng	29	96,7
	Tăng tỉ lệ tóc tơ	23	76,7
	Mất sắc tố quanh nang tóc	14	46,7
	Nang tóc rỗng	11	36,7

Nhận xét: Lipid máu trên đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cholesterol 4,64±0,78 mmol/L, triglycerid 1,51±0,44 mmol/L, HDL-c 1,09±0,26 mmol/L, LDL-c 2,87±0,51 mmol/L. Đặc điểm trên dermosopy ta có chấm vàng chiếm 60%, đường kính sợi tóc đa dạng

chiếm 96,7%, tăng tỉ lệ tóc tơ chiếm 76,7%, mất sắc tố quanh nang tóc chiếm 46,7%, nang tóc rỗng chiếm 36,7%.

Bảng 4. Mối tương quan giữa nồng độ lipid máu và mức độ nặng của bệnh

Lipid máu (mmol/L)		Mức độ nặng			p
		Nhẹ	Trung bình	Nặng	
Cholesterol TP	Chúng tôi	4,25±0,58	4,43±0,74	5,21±0,70	<0,001
	Sathyanarayanan và cs [3]	4,37±1,20	4,37±1,20	4,37±1,20	<0,001
Triglycerid	Chúng tôi	1,15±0,42	1,42±0,39	1,90±0,11	<0,001
	Sathyanarayanan và cs [3]	1,17±0,29	1,17±0,29	1,17±0,29	0,005
HDL-c	Chúng tôi	1,18±0,16	1,09±0,06	1,03±0,11	0,458
	Sathyanarayanan và cs [3]	1,09±0,10	1,09±0,10	1,09±0,10	0,002
LDL-c	Chúng tôi	2,58±0,61	2,73±0,41	3,28±0,25	0,004
	Sathyanarayanan và cs [3]	2,79±0,68	2,79±0,68	2,79±0,68	<0,001

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt về nồng độ cholesterol TP (p<0,001), triglycerid (p<0,001) và LDL-c (p=0,004) giữa các nhóm mức độ nặng của bệnh. Mức độ nặng của bệnh tăng dần cho thấy nồng độ cholesterol TP, triglycerid, LDL-c trung bình càng thay đổi nhiều. Cholesterol TP trung bình ở nhóm AGA nhẹ là 4,25±0,58 mmol/L, nhóm trung bình là 4,43±0,74 mmol/L, nhóm nặng là 5,21±0,70 mmol/L. Nồng độ triglycerid trung bình ở nhóm AGA nhẹ là 1,15±0,42 mmol/L, nhóm trung bình là 1,42±0,39 mmol/L, nhóm nặng là 1,90±0,11 mmol/L. Nồng độ LDL-c trung bình ở nhóm AGA nhẹ là 2,58±0,61 mmol/L, nhóm trung bình là 2,73±0,41 mmol/L, nhóm nặng là 3,28±0,25 mmol/L. Không có sự khác biệt về nồng độ HDL-c giữa các nhóm mức độ nặng của AGA.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Tuổi: tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu 40,7±13,7. Trong đó nhóm tuổi trên 30 chiếm 70% phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh khởi phát thường ở độ tuổi 30-40 tuổi nhưng tình trạng rụng tóc bắt đầu ngay sau tuổi dậy thì và tiến triển dần dần. Tuổi khởi phát AGA trung bình là 31,18±11,74 ở nam và 40,35±15,25 ở nữ [4].

Giới tính: đa số bệnh nhân là nữ chiếm 60%, nam chiếm 40% do nhu cầu điều trị cải thiện ngoại hình ở giới nữ nhiều hơn nam nên tỉ lệ bệnh nhân nữ đến khám và điều trị cao hơn ở nam giới. Có sự khác biệt về mức độ nặng đối nam và nữ, do nữ có xu hướng điều trị sớm hơn nam. Theo NC của Vañó-Galván và cộng sự (2019), rụng tóc androgen chiếm tỉ lệ 37,7% số bệnh nhân rụng tóc trong đó ở nam chiếm 48% và nữ chiếm 34,2% [2].

Phân độ AGA: phân độ AGA mức độ nhẹ chiếm 26,7%, mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất là 40%, mức độ nặng chiếm 33,3% do từ mức độ trung bình bắt đầu ảnh hưởng nhiều đến ngoại hình cũng như tâm lý khiến bệnh nhân mong muốn điều trị. Độ nặng của bệnh tăng dần theo tuổi. Phù hợp với dịch tễ theo tuổi của bệnh. Theo NC của Hamilton, ở tuổi 30 tỷ lệ mắc bệnh trung bình là 30% và tỷ lệ này tăng lên 50% ở tuổi 50 [5].

Thời gian mắc AGA: thời gian trung bình mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu là 3,37±1,59 năm. Thời gian mắc bệnh của đối tượng chiếm 80% từ 1-5 năm. Có sự khác biệt về mức độ nặng giữa nhóm thời gian bệnh <5 năm và ≥5 năm (p=0,011) thời gian bệnh càng dài mức độ bệnh càng nặng. Phù hợp với sinh bệnh học của bệnh rụng tóc tiến triển dần, rụng 6% mỗi năm [1].

Test kéo tóc: test kéo tóc dương tính 73,3% bệnh nhân. Trong AGA test kéo tóc có thể dương tính trong giai đoạn hoạt động của bệnh [6], [7]. Test kéo tóc dương tính đánh giá độ hoạt động của bệnh càng nặng thay đổi có ý nghĩa thống kê.

Tiền sử gia đình mắc AGA: tiền sử gia đình mắc AGA chiếm 83,3%, phù hợp bệnh sinh tính chất di truyền của bệnh. Tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Salman và cs (2017) với tiền sử gia đình mắc AGA là 71,02% [4]. Nghiên cứu của Sathyanarayanan và cs (2024) là 88,8% [3]. Các yếu tố di truyền và môi trường khác nhau có liên quan đến cơ chế bệnh sinh của AGA. Trong số đó gen AR, gen lặn liên kết với X được coi là điều kiện tiên quyết hàng đầu về tính nhạy cảm di truyền của nang tóc sơ cấp và thứ cấp với DHT dẫn đến thu nhỏ nang tóc [1].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm trên dermoscopy: đặc điểm trên dermosopy ta có chấm vàng chiếm 80%, đường kính sợi tóc đa dạng chiếm 96,7%, tăng tỉ lệ tóc tơ chiếm 76,7%, mất sắc tố quanh nang tóc chiếm 46,7%, nang tóc rỗng chiếm 36,7%. Đặc điểm trên dermoscopy tương đồng với dấu hiệu giúp chẩn đoán bệnh. Chẩn đoán lâm sàng AGA ở giai đoạn sớm đôi khi gặp khó khăn, đặc biệt ở nữ giới, cần phải dùng dermoscopy với dấu hiệu đường kính sợi tóc đa dạng, phản ánh sợi tóc có xu hướng thu nhỏ lại. Khi tỉ lệ này trên 20% cần nghi ngờ rụng tóc AGA [1].

Lipid máu: cholesterol 4,64±0,78 mmol/L, triglycerid 1,51±0,44 mmol/L, HDL-c 1,09±0,26 mmol/L, LDL-c 2,87±0,51 mmol/L. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Sathyanarayanan và cs (2024) (bảng 4) kết quả so sánh với nhóm chứng khỏe mạnh thấy có sự rối loạn nồng độ lipid khác biệt có ý nghĩa thống kế đối với cholesterol TP, LDL-c, HDL-c; đối với triglycerid thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy có sự khác biệt về nồng độ cholesterol TP ($p<0,001$), triglycerid ($p<0,001$) và LDL-c ($p=0,004$) giữa các nhóm mức độ nặng của bệnh. Mức độ nặng của bệnh tăng dần cho thấy nồng độ cholesterol TP, triglycerid, LDL-c trung bình càng thay đổi nhiều. Không có sự khác biệt về nồng độ HDL-c giữa các nhóm mức độ nặng của AGA. Tương tự với nghiên cứu của Sathyanarayanan và cs (2024) khi mức độ nặng càng nghiêm trọng thì sự rối loạn lipid máu càng tăng đối với cholesterol TP, HDL-c, LDL-c, đối với triglycerid sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê [3]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu bởi thực tế là các thông số lipid có liên quan đến các yếu tố khác nhau bao gồm tuổi tác, giới tính, di truyền, môi trường và phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu này thuộc nhóm tuổi >30 tuổi. Rối loạn lipid máu được cho là có liên quan đến AGA theo báo cáo của nghiên cứu của một số tác giả như Salman và cs (2017), Park và cs (2016) [4], [8]. Mối liên quan giữa AGA và bệnh tim mạch có thể được giải thích là do enzyme 5 α-reductase hiện diện trong thành mạch máu, tim và các thụ thể DHT tham gia vào quá trình tăng sinh cơ trơn mạch máu, biểu hiện đặc điểm cơ bản của chứng xơ vữa động mạch với sự lắng đọng lipid [9]. Và hormone androgen cũng đã được chứng minh là làm giảm mức HDL-C trong các nghiên cứu thực nghiệm. Nồng độ triglycerid cao hơn và nồng độ HDL-C thấp hơn được phát hiện có liên quan đến việc chuyển từ mảng xơ vữa sang huyết khối động mạch [10].

V. KẾT LUẬN

Bệnh khởi phát thường ở độ tuổi trung niên. Có sự khác biệt về mức độ nặng theo giới. Thời gian bệnh càng dài mức độ nặng của bệnh càng tăng. Tiền sử gia đình liên quan đến tỉ lệ mắc bệnh. Test kéo tóc dương tính đánh giá độ hoạt động của bệnh. Dermoscopy

có giá trị trong hỗ trợ chẩn đoán bệnh, đặc biệt giai đoạn sớm ở nữ. Có mối liên quan giữa AGA và nồng độ lipid máu, mức độ bệnh càng nặng rối loạn lipid máu càng tăng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thường. Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu tập 2, Nhà xuất bản y học. 2019. 516-522.
2. Vañó-Galván, S., Saceda-Corralo, D., Blume-Peytavi, U., Cucchía, J., Dlova, N. C., et al. Frequency of the Types of Alopecia at Twenty-Two Specialist Hair Clinics: A Multicenter Study. *Skin appendage disorders*. 2019. 5(5), 309-315, https://doi.org/10.1159/000496708.
3. Sathyanarayanan, H., & Sundaram, M. Study of Association of Dyslipidemia in Male Androgenetic Alopecia Patients in a Tertiary Care Hospital. *Cureus*. 2024. 16(1), e51741, https://doi.org/10.7759/cureus.51741.
4. Salman, K. E., Altunay, I. K., Kucukunal, N. A., & Cerman, A. A. Frequency, severity, and related factors of androgenetic alopecia in dermatology outpatient clinic: hospital-based cross-sectional study in Turkey. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2017. 9(2), 35-40, https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175241
5. Hamilton J. B. Patterned loss of hair in man; types and incidence. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1951. *53*(3), 708–728, https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1951.tb31971.x
6. Al Aboud AM, Zito PM. Alopecia. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). 2023.
7. McDonald KA, Shelley AJ, Colantonio S, Beecker J. Hair pull test: Evidence-based update and revision of guidelines. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2017. 76(3), 472-477, https://doi: 10.1016/j.jaad.2016.10.002.
8. Park, S. Y., Oh, S. S., & Lee, W. S. Relationship between androgenetic alopecia and cardiovascular risk factors according to BASP classification in Koreans. *The Journal of dermatology*. 2016. 43(11), 1293-1300, https://doi.org/10.1111/1346-8138.13355.
9. Nantermet, P., Harada, S., Liu, Y., Cheng, S., Johnson, C., et al. Gene expression analyses in cynomolgus monkeys provides mechanistic insight into high-density lipoprotein-cholesterol reduction by androgens in primates. *Endocrinology*. 2008. 149(4), 1551-1561, https://doi.org/10.1210/en.2007-1151.
10. Banger, H. S., Malhotra, S. K., Singh, S., & Mahajan, M. Is Early Onset Androgenic Alopecia a Marker of Metabolic Syndrome and Carotid Artery Atherosclerosis in Young Indian Male Patients? *International journal of trichology*. 2015. 7(4), 141-147, https://doi.org/10.4103/0974-7753.171566.