

DOI: 10.58490/ctump.2025i86.3361

RỤNG TÓC VÀ SỨC KHỎE TÂM THẦN: MỐI LIÊN HỆ HAI CHIỀU VỚI LO ÂU, MẤT NGỦ VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG

**Lý Kim Bích, Đào Hoàng Thiên Kim
Huỳnh Như, Trần Quang Nhân, Nguyễn Huy Lộc, Nguyễn Văn Thông***

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: nvthong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27/02/2025

Ngày phản biện: 23/3/2025

Ngày duyệt đăng: 25/4/2025

TÓM TẮT

Bài tổng quan này nghiên cứu ảnh hưởng của rụng tóc lên rối loạn lo âu, rối loạn giấc ngủ, và chất lượng cuộc sống. Các dạng rụng tóc phổ biến như rụng tóc androgen (AGA), rụng tóc từng vùng (AA), và rụng tóc telogen (TE) được xác định là có tác động tiêu cực đến tâm lý và chất lượng cuộc sống. Rụng tóc có thể gây căng thẳng, lo âu, và trong một số trường hợp, có thể dẫn đến trầm cảm. Đặc biệt, những thay đổi về ngoại hình do rụng tóc thường làm giảm sự tự tin về bản thân và gây lo lắng, tự ti, từ đó làm gia tăng sự mặc cảm. Bài báo tổng quan phân tích tác động của rụng tóc đến rối loạn lo âu, rối loạn giấc ngủ và chất lượng cuộc sống (QoL). Tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân rụng tóc dao động từ 47% đến 62%, trầm cảm từ 38% đến 56%, và các rối loạn giấc ngủ phổ biến với chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI) trung bình từ $5,51 \pm 2,93$. Các yếu tố nhân khẩu học như giới tính và tuổi tác có mối liên quan rõ nét, trong đó phụ nữ và bệnh nhân mắc alopecia areata (AA) bị ảnh hưởng tâm lý nặng nề hơn. Tác động của rụng tóc đến QoL được đo bằng DLQI (Dermatology Life Quality Index- Chỉ số chất lượng cuộc sống Da liễu) có điểm trung bình từ $4,4 \pm 4,3$, chủ yếu ảnh hưởng nhẹ đến trung bình. Rụng tóc không chỉ làm giảm sự tự tin mà còn dẫn đến vòng luẩn quẩn giữa căng thẳng, mất ngủ và suy giảm tâm lý. Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc quản lý toàn diện, bao gồm hỗ trợ tâm lý và cải thiện chất lượng giấc ngủ. Kiến nghị: Kết hợp đánh giá tâm lý, giấc ngủ và điều trị lâm sàng để nâng cao QoL. Tăng cường nghiên cứu sâu hơn để xác định các yếu tố tương tác và xây dựng phác đồ hỗ trợ toàn diện cho bệnh nhân, áp lực tâm lý và xã hội. Ngoài tác động tâm lý, rụng tóc cũng liên quan đến các vấn đề về giấc ngủ, với nhiều bệnh nhân gặp phải mất ngủ và các rối loạn giấc ngủ khác. Điều này càng làm gia tăng triệu chứng lo âu và trầm cảm, tạo ra một vòng luẩn quẩn giữa rụng tóc và các rối loạn tâm lý. Do đó, việc đánh giá các yếu tố tâm lý và hỗ trợ tinh thần là cần thiết trong quá trình điều trị cho bệnh nhân rụng tóc nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: Rụng tóc, rối loạn lo âu, rối loạn giấc ngủ, chất lượng cuộc sống.

ABSTRACT

HAIR LOSS AND MENTAL HEALTH: A BIDIRECTIONAL LINK WITH ANXIETY, SLEEP, AND QUALITY OF LIFE

**Ly Kim Bích, Dao Hoang Thien Kim
Huynh Nhu, Tran Quang Nhan, Nguyen Huy Loc, Nguyen Van Thong***

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

This review explores the impact of hair loss on anxiety disorders, sleep disturbances, and quality of life. Common types of hair loss such as androgenetic alopecia (AGA), alopecia areata (AA), and telogen effluvium (TE) are identified as having negative effects on psychological well-being and overall quality of life (QoL). Hair loss can lead to stress, anxiety, and in some cases, depression. In particular, changes in appearance due to hair loss often result in reduced self-

confidence, increased worry, feelings of inferiority, and heightened self-consciousness. This review analyzes the psychological burden of hair loss, including its impact on anxiety, sleep disorders, and QoL. Anxiety prevalence among hair loss patients ranges from 47% to 62%, depression from 38% to 56%, and sleep disturbances are common, with the average Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) score at 5.51 ± 2.93 . Demographic factors such as gender and age are closely related; women and patients with alopecia areata (AA) experience more severe psychological effects. The impact on QoL, measured by the Dermatology Life Quality Index (DLQI), shows average scores of 4.4 ± 4.3 , indicating a mild to moderate effect. Hair loss not only diminishes self-esteem but also contributes to a vicious cycle of stress, sleep loss, and psychological decline. This underscores the importance of comprehensive management, including psychological support and sleep quality improvement. Recommendations include integrating psychological and sleep assessments into clinical treatment to enhance QoL. Further research is needed to identify interaction factors and to develop holistic support protocols for patients. Beyond psychological effects, hair loss is also associated with sleep problems, as many patients suffer from insomnia and other sleep disorders. These conditions further exacerbate anxiety and depression, reinforcing the cycle between hair loss and mental health issues. Therefore, evaluating psychological factors and providing emotional support are essential in treating patients with hair loss to improve their overall quality of life.

Keywords: Hair loss, anxiety disorders, sleep disorder, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rụng tóc là một bệnh da liễu, được định nghĩa là tình trạng mất tóc trên da đầu hoặc các bộ phận khác của cơ thể, và được chia thành hai nhóm: có sẹo và không có sẹo. Không chỉ là một vấn đề về thể chất, rụng tóc còn có tác động sâu sắc đến tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Theo thống kê, 30,4% bệnh nhân cho biết rụng tóc không ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống, 40,6% gặp tác động thấp, 18,8% bị tác động vừa phải, và 10,2% chịu ảnh hưởng rất nghiêm trọng [1]. Điểm DLQI không có mối liên quan đáng kể với các yếu tố như độ tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, hay việc làm. Ngoài ra, không có sự khác biệt đáng kể về chất lượng giấc ngủ giữa các nhóm này. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng các dạng rụng tóc như rụng tóc androgen (AGA), rụng tóc từng vùng (AA), và rụng tóc telogen (TE) không chỉ ảnh hưởng đến ngoại hình mà còn gây ra nhiều vấn đề tâm lý như lo âu, trầm cảm, và giảm lòng tự trọng. Rụng tóc khiến người bệnh tự ti, lo lắng và trong một số trường hợp, dẫn đến các rối loạn tâm lý nghiêm trọng hơn, gia tăng áp lực trong cuộc sống hàng ngày và các mối quan hệ xã hội. Đặc biệt, 15,7% bệnh nhân rụng tóc từng vùng bị đồng thời rối loạn lo âu hoặc trầm cảm, trong đó phụ nữ dễ bị rối loạn tâm lý hơn nam giới [2]. Về chất lượng giấc ngủ, bệnh nhân rụng tóc từng vùng có điểm PSQI trung bình là 7, và điểm PSQI ở phụ nữ thấp hơn đáng kể so với nam giới [2]. Ngoài ra, mối quan hệ hai chiều giữa rụng tóc và rối loạn giấc ngủ đang thu hút sự quan tâm của nhiều nhà nghiên cứu. Tình trạng mất ngủ kéo dài hoặc giấc ngủ kém chất lượng có thể làm tăng mức độ lo âu và trầm cảm, tạo nên một vòng luân chuyển ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe tâm lý và thể chất của bệnh nhân. Sự liên quan phức tạp giữa các yếu tố tâm lý và sinh lý này cho thấy rụng tóc không chỉ là một vấn đề thẩm mỹ mà còn là một vấn đề y tế cần được chú trọng. Do đó, nghiên cứu và hiểu rõ mối quan hệ giữa rụng tóc và các rối loạn tâm lý là cần thiết để xây dựng các giải pháp điều trị toàn diện. Các bác sĩ da liễu và chuyên gia tâm lý cần phối hợp chặt chẽ trong việc đánh giá và can thiệp, không chỉ cải thiện tình trạng tóc mà còn nâng cao chất lượng cuộc sống và sức khỏe tinh thần cho người bệnh.

II. NỘI DUNG TỔNG QUAN

2.1. Định nghĩa và các thang đo

2.1.1. Rụng tóc androgen

Rụng tóc androgen (AGA) là dạng rụng tóc di truyền, phụ thuộc vào hormone androgen, phổ biến nhất ở cả nam và nữ. Ở nam giới, tóc rụng từ từ, hình thành đường chữ M ở vùng trán và thái dương, sau đó lan đến vùng đỉnh đầu, để lại một vành tóc ở hai bên và phía sau gáy. Trong khi đó, nữ giới thường bị thưa tóc ở vùng đỉnh đầu nhưng không mất hoàn toàn đường chân tóc ở trán. Các phụ nữ trẻ có AGA có thể xuất hiện các dấu hiệu cường androgen như trứng cá, rậm lông, hoặc kinh nguyệt không đều. Phân loại rụng tóc ở nữ được Ludwig đưa ra năm 1977, trong khi Hamilton đã đưa ra thang đo rụng tóc ở nam từ type I đến V vào năm 1951 [3].



Hình 1. AGA ở nam theo phân loại của Hamilton

(Nguồn: Fitzpatrick 7th edition)



Hình 2. AGA ở nữ theo phân loại của Ludwig

(Nguồn: Fitzpatrick 7th edition)

2.1.2. Rụng tóc từng vùng

Rụng tóc từng vùng (AA) là rụng tóc không sẹo khu trú, được coi là một bệnh tự miễn đặc hiệu cơ quan, trung gian bởi tế bào T-CD8 tự phản ứng chống lại nang tóc và đôi khi cả móng. Bệnh có thể liên quan đến các bệnh tự miễn khác như viêm tuyến giáp Hashimoto và bạch biến. 5% bệnh nhân tiến triển thành rụng tóc toàn bộ da đầu và 1% rụng tóc toàn bộ cơ thể (rụng tóc toàn thể). Thường gặp ở người trẻ, là dạng rụng tóc phổ biến nhất ở trẻ em, tỷ lệ nam tương đương nữ. Lâm sàng bệnh khởi phát cấp tính, tổn thương là mảng rụng tóc hình tròn hoặc oval, giới hạn rõ. Da đầu bình thường không viêm, test kéo tóc dương tính, sắc tố của tóc có thể bị mất trong đợt bệnh hoạt động, nếu mọc lại thường là những sợi tóc bạc và gãy [3]. Phân độ nặng của AA: dựa vào công cụ đo mức độ rụng tóc của Hoa Kỳ (SALT) để đánh giá lâm sàng mức độ của rụng tóc từng vùng [4].

Diện tích rụng tóc: bên trái đầu hoặc bên phải đầu 18%, đỉnh đầu 40%, phía sau gáy 24%. S1 (nhẹ): mất < 25% tóc. S2 (trung bình): mất từ 25 đến 49% tóc. S3 (nặng): mất từ 50 đến 74% tóc. S4 (rất nặng): mất từ 75 đến 99% tóc. S5 (mất toàn bộ): mất 100% tóc [4].

2.1.3. Rụng tóc telogen

Rụng tóc telogen (TE) là dạng rụng tóc không sẹo, lan tỏa, thường gặp ở phụ nữ tuổi 30 - 50. Đây là nguyên nhân phổ biến gây rụng tóc thứ 2 sau rụng tóc hói kiểu nữ. Lâm sàng rụng tóc telogen gồm những đặc điểm:

Mất > 50% lượng tóc trên da đầu nhưng không gây hói. Tóc thưa lan tỏa với đường kính sợi tóc bình thường, đặc biệt ở vùng trán và thái dương. Có thể thấy các tóc mọc lại nhưng thay đổi về kết cấu, màu sắc, độ xoắn của tóc và ngắn hơn bình thường.

Khám da đầu không thấy bất kỳ dấu hiệu viêm, đỏ, vảy da hay thay đổi hình dạng, đường kính, mật độ sợi tóc.

Test kéo tóc: làm sau khi gội đầu > 24 giờ, cầm khoảng 60 tóc giữa ngón cái và ngón trỏ, kéo từ gốc đến ngọn nhẹ nhàng chắc, làm ở 4 vị trí ở 4 phần của da đầu. Test dương tính khi có trên 10% tóc bị kéo ra [5].

Phân độ nặng của TE: Nhẹ: rụng tóc đang thuyên giảm. Trung bình- nặng: TE mãn tính, TE cấp tính với test kéo tóc > 15 [6].

2.1.4. Trichotillomania

Trichotillomania (hội chứng nhổ tóc) là một rối loạn tâm thần thường gây suy nhược, được đặc trưng bởi hành vi nhổ tóc tái diễn, dẫn đến rụng tóc và suy giảm rõ rệt chức năng cá nhân (1, 2). Mặc dù đã được đề cập trong y văn hơn một thế kỷ qua (3), trichotillomania chỉ chính thức được công nhận là một rối loạn tâm thần trong DSM vào năm 1987, khi nó được xếp vào nhóm rối loạn kiểm soát xung động chưa được phân loại trong DSM-III-R. Trong DSM-5, trichotillomania được đưa vào chương các rối loạn ám ảnh cưỡng chế và các rối loạn liên quan, cùng với rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD), rối loạn cào da (excoriation disorder), rối loạn nhận dạng cơ thể (body dysmorphic disorder), và rối loạn tích trữ (hoarding disorder).

Tiêu chuẩn chẩn đoán trichotillomania theo DSM-5 gồm:

- A. Nhổ tóc tái diễn, dẫn đến rụng tóc.
- B. Có nhiều lần cố gắng làm giảm hoặc ngừng hành vi nhổ tóc.
- C. Hành vi nhổ tóc gây ra sự đau khổ đáng kể trên lâm sàng hoặc làm suy giảm chức năng xã hội, nghề nghiệp, hoặc các lĩnh vực quan trọng khác.
- D. Hành vi nhổ tóc hoặc rụng tóc không do một tình trạng y khoa khác gây ra (ví dụ: bệnh da liễu).

E. Hành vi nhổ tóc không được giải thích rõ hơn bởi các triệu chứng của rối loạn tâm thần khác (ví dụ: nỗ lực để cải thiện khiếm khuyết hoặc khuyết điểm nhận thức về ngoại hình trong rối loạn nhận dạng cơ thể).

2.1.5. Chất lượng cuộc sống

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đưa ra một định nghĩa về chất lượng cuộc sống “Nhận thức của một cá nhân về vị trí của họ trong cuộc sống với bối cảnh văn hóa và liên quan đến mục tiêu, kỳ vọng, tiêu chuẩn và mối quan tâm của họ”.

Chỉ số Chất lượng cuộc sống Da liễu (DLQI) là thước đo chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe dành riêng cho da được sử dụng thường xuyên nhất [7]. DLQI là một bảng câu hỏi tự điền được các tác giả Finlay A.Y, Khan G.K và Lewis V.L xây dựng năm 1994 được áp dụng cho bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên. DLQI gồm 10 mục được thiết kế để đánh giá tác động tiêu cực của các bệnh ngoài da liên quan đến các khía cạnh đặc biệt của chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe: triệu chứng và cảm xúc, hoạt động hàng ngày, hoạt động xã hội và giải trí, công việc và trường học, các mối quan hệ cá nhân và cách đối xử. Các câu trả lời cho mỗi mục và điểm tương ứng như sau: “không ảnh hưởng”/ “không

liên quan” (0); “ít” (1); “nhiều” (2); “rất nhiều” (3). Tổng số điểm từ 0-30. Điểm 0-1: không ảnh hưởng; 2-5: ảnh hưởng nhẹ; 6-10: ảnh hưởng trung bình; 11-20: ảnh hưởng nhiều; 21-30: ảnh hưởng nghiêm trọng.

DLQI là công cụ được sử dụng thường xuyên nhất trong các nghiên cứu về thử nghiệm có đối chứng ngẫu nhiên trong da liễu. Dữ liệu tích lũy về việc sử dụng DLQI phản ánh mức độ phổ biến và sự quan tâm ngày càng tăng đối với chất lượng cuộc sống và phép đo của nó [8].

2.1.6. Rối loạn lo âu

Rối loạn lo âu lan tỏa đặc trưng bởi tình trạng lo âu quá mức không kiểm soát được, lan tỏa nhiều chủ đề, không khu trú bất cứ tình huống đặc biệt nào, thường kéo dài nhiều tháng. Lo âu là triệu chứng chính trong tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa.

Nội dung của triệu chứng lo âu ở bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa có xu hướng lan rộng, ít khu trú vào một vấn đề cụ thể. Vấn đề lo âu thường là những vấn đề nhỏ, lặt vặt, các sự kiện trong cuộc sống hằng ngày. Lo âu trong rối loạn lo âu lan tỏa xuất hiện với tính chất từ từ, dao động ít nhất 1 lần trong ngày, mỗi lần xuất hiện kéo dài từ vài phút đến 1 giờ, xuất hiện bất kỳ trong ngày, thường xuất hiện nặng nhất vào buổi sáng và buổi tối, xuất hiện hầu hết các ngày trong tuần và kéo dài ít nhất trong 6 tháng. Trong những trường hợp nặng, lo âu xuất hiện liên tục và kéo dài trong cả ngày [9].

Spitzer và cộng sự (2006) đã tạo ra thang đo GAD-7. Bao gồm 7 câu hỏi được tính điểm từ 0 đến 3, công cụ này có thể dễ dàng sử dụng bởi các bác sĩ lâm sàng thuộc mọi chuyên khoa và trình độ. 7 thành phần của công cụ đánh giá gồm (1) cảm giác lo lắng hoặc căng thẳng, (2) khả năng kiểm soát lo lắng và suy nghĩ (3) khó thư giãn, (4) lo lắng quá mức về nhiều chủ đề, (5) bồn chồn, (6) khó chịu và (7) thường xuyên lo lắng hoặc sợ rằng những điều không vui sẽ sớm xảy ra. Tổng điểm từ 0- 21 điểm: 0-4 điểm: không có lo âu; 5-9 điểm: mức độ lo âu nhẹ; 10-14: mức độ lo âu vừa; 15-21: mức độ lo âu nặng.

Thang đo GAD-7 có độ tin cậy tốt, một điểm cắt đã được xác định để tối ưu hóa độ nhạy (89%) và độ đặc hiệu (82%). Điểm số tăng lên trên thang đo có liên quan chặt chẽ với suy giảm chức năng và có sự thống nhất tốt giữa các phiên bản thang đo tự báo cáo và do người phỏng vấn thực hiện [10].

2.1.7. Rối loạn giấc ngủ

Rối loạn giấc ngủ là một căn bệnh về kiểu ngủ của một người. Có hai loại rối loạn giấc ngủ thường gặp là mất ngủ và rối loạn giấc ngủ nguyên phát [11]. Mất ngủ thường được định nghĩa là khó đi vào giấc ngủ. Rối loạn giấc ngủ nguyên phát là chứng rối loạn giấc ngủ khác không liên quan đến tình trạng tâm thần, chẳng hạn như rối loạn nhịp thở khi ngủ, rối loạn hành vi REM và hội chứng chân không yên.

Đánh giá theo chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI). Bộ câu hỏi PSQI bao gồm 19 câu hỏi, được cho điểm theo thang đo Likert từ 0 đến 3. Bảng câu hỏi bao gồm bảy thành phần: chất lượng giấc ngủ chủ quan, độ trễ của giấc ngủ, thời lượng giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ đôi chút, rối loạn giấc ngủ, sử dụng thuốc ngủ và rối loạn chức năng ban ngày. Các phạm vi con này được tổng hợp và cho điểm từ 0 đến 21. Điểm cao hơn cho thấy chất lượng giấc ngủ kém. Độ nhạy và độ đặc hiệu của việc phân biệt bệnh nhân mất ngủ với đối tượng đối chứng là 94% và 72% đối với giá trị ngưỡng PSQI là 5 và 85% và 84% đối với giá trị ngưỡng PSQI là 6 [12].

2.2. Mối liên quan hai chiều giữa rụng tóc và rối loạn lo âu

Rụng tóc không chỉ là một vấn đề về thẩm mỹ mà còn là một tình trạng có tác động sâu sắc đến tâm lý và sức khỏe tinh thần của người bệnh. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối liên hệ chặt chẽ giữa rụng tóc và các rối loạn tâm lý, bao gồm lo âu, trầm cảm, rối loạn ám ảnh cưỡng chế, và căng thẳng. Những dạng rụng tóc như rụng tóc từng vùng (AA), rụng tóc androgen (AGA), và rụng tóc telogen (TE) đều có khả năng gây ra các vấn đề tâm lý nghiêm trọng, đặc biệt khi căng thẳng và lo âu tạo nên vòng luẩn quẩn, khiến tình trạng bệnh kéo dài hoặc trầm trọng hơn. Với mối quan hệ hai chiều giữa rụng tóc và các rối loạn tâm lý, việc nghiên cứu sâu hơn nhằm hỗ trợ điều trị toàn diện là vô cùng cần thiết.

Nghiên cứu của Singnam V và cộng sự (2019) [13], nghiên cứu của Rajoo, Y và cộng sự (2019) [14] và một số nghiên cứu trước đây [15] đã chứng minh rằng bệnh nhân AA có mức độ lo lắng, trầm cảm, các sự kiện căng thẳng trong cuộc sống và lo lắng xã hội cao hơn đáng kể so với bệnh nhân không bị rụng tóc. Nghiên cứu ca có đối chứng của Sellami [16] báo cáo rằng 62% bệnh nhân AA có lo âu trong khi 38% bị trầm cảm. Chu và các đồng nghiệp [4] đã chỉ ra rằng bệnh nhân AA, bất kể độ tuổi, đều dễ bị lo âu hơn, tiếp theo là rối loạn trầm cảm nặng, trái ngược với bất kỳ bệnh tâm thần nào khác. Ngược lại, một nghiên cứu khác của Baghestani [17] cho thấy tỷ lệ mắc bệnh trầm cảm cao hơn (56%) so với lo âu (47%) ở bệnh nhân AA. Chu cũng chỉ ra rằng bệnh tâm thần phân liệt ít gặp hơn ở bệnh nhân AA so với dân số nói chung và báo cáo rằng 50% bệnh nhân phát triển các rối loạn tâm thần sau khi chẩn đoán AA trong khi 50% bệnh nhân đã mắc một rối loạn tâm thần, chẳng hạn như trầm cảm và lo âu, trước khi phát triển AA [4]. Lo âu, rối loạn trầm cảm nặng và rối loạn ám ảnh cưỡng chế xảy ra trước AA ở lần lượt 46%, 54% và 38% bệnh nhân. Ngoài ra, bài báo của Anderson cho thấy 23% bệnh nhân AA đã có một sự kiện căng thẳng trong cuộc sống trước khi rụng tóc [18].

Trong khi đó, đối với dân số trẻ em, Karambetsos và cộng sự (2013) đã chứng minh rằng bệnh nhân AA và cha mẹ của họ biểu hiện nhiều thay đổi về hành vi, trầm cảm và lo âu hơn so với dân số nói chung [19]. Trong nghiên cứu này, các triệu chứng lo âu, trầm cảm, vấn đề về chú ý, hành vi hung hăng và các vấn đề xã hội phổ biến hơn ở nhóm AA so với nhóm đối chứng.

Về mối tương quan giữa AGA và các rối loạn tâm thần. Tas B cùng cộng sự [15], Russo PM [2] và Titeca G [20] cùng liên kết AGA với chứng lo âu, trầm cảm và các rối loạn tâm thần khác như chứng sợ xã hội và rối loạn ám ảnh cưỡng chế. Bất ngờ là không có báo cáo nào về AGA liên quan đến căng thẳng cấp tính. Russo và các đồng nghiệp đã chứng minh rằng bệnh nhân nữ mắc AGA có xu hướng có các đặc điểm lo âu và chứng sợ xã hội cao hơn bệnh nhân nam mắc AGA [2], trong khi nghiên cứu của Camacho cho thấy một mô hình là phụ nữ mắc AGA thường xuyên bị trầm cảm hơn trong khi nam giới mắc AGA lo lắng và hung hăng hơn. Hơn nữa, bệnh nhân AGA bị chứng trichodynia, cảm giác nóng rát và đau ở da đầu, có liên quan nhiều hơn đến chứng rối loạn nhân cách ám ảnh, lòng tự trọng thấp, chứng sợ xã hội và cảm giác bất lực về mặt xã hội so với dân số nói chung [21].

Có rất ít nghiên cứu về TE và các rối loạn tâm thần. Russo PM và cộng sự chứng minh rằng lo âu và các rối loạn tâm thần khác có liên quan đến TE, trong khi không có báo cáo nào về chứng trầm cảm và căng thẳng cấp tính ở những bệnh nhân này [2]. Trichodynia, thường liên quan đến TE, cũng có liên quan đến trầm cảm, rối loạn lo âu và rối loạn nhân cách ám ảnh. Kivanç và cộng sự cho thấy 76,5% bệnh nhân mắc TE liên quan đến trichodynia được chẩn đoán mắc chứng trầm cảm [22].

Mối quan hệ giữa rụng tóc từng vùng, rụng tóc telogen và các rối loạn lo âu rất phức tạp, thường liên quan đến tương tác theo chu kỳ giữa các yếu tố tâm lý và sinh lý. Cả rụng tóc từng vùng và rụng tóc telogen đều là các loại rụng tóc có thể ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe tâm thần của một cá nhân và bằng chứng cho thấy mối quan hệ hai chiều với các rối loạn lo âu, trong đó căng thẳng và lo âu có thể làm trầm trọng thêm tình trạng rụng tóc, từ đó làm tăng thêm sự đau khổ về mặt tâm lý. Tác động tâm lý của cả rụng tóc từng vùng và rụng tóc telogen là rất đáng kể. Tóc là thành phần chính của hình ảnh bản thân và bản sắc xã hội, và rụng tóc có thể dẫn đến mất lòng tự trọng và thu mình lại. Nhiều người bị rụng tóc từng vùng thường xuyên lo lắng và tình trạng không thể đoán trước của tình trạng này có thể làm trầm trọng thêm căng thẳng, tạo ra một vòng luẩn quẩn trong đó căng thẳng và rụng tóc kéo dài lẫn nhau. Tương tự như vậy, TE thường là kết quả của căng thẳng cấp tính nhưng cũng có thể trở thành nguồn gốc của sự lo lắng, đặc biệt nếu cá nhân lo lắng rằng tình trạng này chỉ ra một vấn đề sức khỏe tiềm ẩn.

Lo lắng là tình trạng phổ biến ở phụ nữ và 30% phụ nữ mắc chứng rối loạn lo âu trong suốt cuộc đời. Tình trạng này thường đi kèm với chứng trầm cảm, trong cả giai đoạn chung và sau sinh [23]. Mặc dù chứng trầm cảm sau sinh đã được nghiên cứu rộng rãi, nhưng chứng lo âu trong thời kỳ mang thai và sau sinh lại ít được quan tâm hơn. Hiện tại, không có tiêu chuẩn chẩn đoán duy nhất nào cho chứng lo âu sau sinh. Do đó, hồ sơ triệu chứng của chứng bệnh này thường có các triệu chứng giống như trong các chứng rối loạn lo âu xảy ra ngoài thời kỳ sau sinh. Các bà mẹ có những lo lắng cụ thể về tính dễ bị tổn thương, sự an toàn, sự phát triển và tăng trưởng của trẻ sơ sinh, những điều này là bình thường và thậm chí có lợi. Tuy nhiên, mức độ lo lắng cao lại góp phần tiêu cực vào chứng lo âu của bà mẹ. Một phân tích tổng hợp mới công bố gần đây cho thấy chứng rụng tóc từng mảng có liên quan đến chứng lo âu và trầm cảm, và đề xuất rằng các chuyên gia chăm sóc sức khỏe phải nhận thức được nguy cơ cao hơn này và cân nhắc đánh giá thường quy các tình trạng này [24]. Mặc dù chứng rụng tóc từng mảng và rụng tóc sau sinh là các bệnh lý khác nhau, nhưng khi tham khảo kết quả trong nghiên cứu, chứng rụng tóc sau sinh có thể ảnh hưởng đến các triệu chứng tâm lý. Không có nghiên cứu nào trước đây đề cập đến các triệu chứng tâm lý sau sinh và rụng tóc. Kết quả cho thấy mức độ rụng tóc sau sinh càng lớn thì mối liên hệ với chứng lo âu sau sinh càng mạnh. Hơn nữa, lượng tóc rụng nhiều có liên quan đáng kể đến chứng lo âu sau sinh. Theo nghiên cứu trước đây, thời gian trung bình bắt đầu, đạt đỉnh và kết thúc rụng tóc lần lượt là 2,9, 5,1 và 8,1 tháng [7]. Trầm cảm sau sinh thường xảy ra trong vòng 4 tuần sau khi sinh và có thể kéo dài tới 6 tháng hoặc hơn. Điều này trùng với thời điểm rụng tóc sau sinh. Rụng tóc sau sinh có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng tâm lý sau sinh cùng với các yếu tố khác. Tuy nhiên, có khả năng những phụ nữ bị lo âu sau sinh có nhiều khả năng cảm thấy rằng lượng tóc rụng sau sinh là cực kỳ lớn. Mặc dù có sự khác biệt giữa các cá nhân về mức độ rụng tóc, nhưng một số phụ nữ bị rụng nhiều tóc hơn trên toàn bộ da đầu hoặc trong thời gian dài hơn. Do đó, phụ nữ hạn chế giao tiếp xã hội hoặc đội mũ hoặc tóc giả. Do đó, những lo lắng đi kèm với rụng tóc sau sinh có thể ảnh hưởng đến các triệu chứng tâm lý sau sinh.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối liên hệ giữa các rối loạn giấc ngủ và các triệu chứng tâm lý, chẳng hạn như lo âu. Một nghiên cứu dịch tễ học theo chiều dọc trên người trưởng thành trẻ tuổi đã báo cáo tỷ lệ chênh lệch 7,0 đối với GAD ở những người bị mất ngủ [25]. Một nghiên cứu khác ước tính rằng 60%–70% bệnh nhân mắc GAD phàn nàn về chứng mất ngủ [26]. Hơn nữa, phụ nữ sau sinh báo cáo rằng chứng mất ngủ và chất lượng giấc ngủ kém làm tăng các triệu chứng trầm cảm và lo âu của họ [27].

Mối quan hệ hai chiều giữa lo âu và rụng tóc: lo lắng vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả. Các nghiên cứu cho thấy mối quan hệ hai chiều giữa các rối loạn lo âu và tình trạng rụng tóc. Ví dụ, căng thẳng và lo lắng mãn tính có thể phá vỡ sự cân bằng nội tiết tố, làm tăng mức độ cortisol và gây rụng tóc. Điều này đặc biệt liên quan đến telogen effluvium, trong đó cortisol có thể phá vỡ chu kỳ phát triển của tóc, dẫn đến rụng tóc kéo dài. Ngoài ra, những thay đổi rõ rệt về ngoại hình do rụng tóc thường dẫn đến lo lắng hoặc trầm cảm, tạo ra một vòng phản hồi duy trì cả căng thẳng và rụng tóc.

2.3. Mối liên quan hai chiều giữa rụng tóc và rối loạn giấc ngủ

Rụng tóc không chỉ là một vấn đề thẩm mỹ mà còn tiềm ẩn những tác động sâu sắc đến sức khỏe tinh thần và thể chất của người bệnh. Nhiều nghiên cứu gần đây đã tập trung khám phá mối liên hệ giữa rối loạn giấc ngủ và các dạng rụng tóc, từ rụng tóc androgenetic (AGA), rụng tóc từng vùng (AA) đến rụng tóc telogen (TE). Kết quả chỉ ra rằng rối loạn giấc ngủ không chỉ làm trầm trọng thêm tình trạng rụng tóc mà còn có thể là yếu tố khởi phát bệnh. Ngược lại, những bệnh lý rụng tóc cũng ảnh hưởng tiêu cực đến giấc ngủ, tạo ra một vòng luẩn quẩn khó thoát. Việc nghiên cứu sâu hơn về mối quan hệ này không chỉ giúp cải thiện chất lượng điều trị mà còn mang lại sự hỗ trợ toàn diện cho bệnh nhân, từ sức khỏe thể chất đến tâm lý.

Nghiên cứu của Kashaninasab Fatemeh và cộng sự [7] thực hiện trên 70 bệnh nhân bị bốn loại rụng tóc, bao gồm rụng tóc androgenic, rụng tóc từng vùng, rụng tóc telogen và lupus ban đỏ dạng đĩa (DLE) đã được đánh giá. Điểm chất lượng giấc ngủ chung là $5,51 \pm 2,93$, không khác biệt đáng kể ở cả bốn nhóm bệnh nhân ($P > 0,05$). Bảng câu hỏi SF-36 và DLQI có mối quan hệ nghịch đảo đáng kể ($r = -0,285$, $P = 0,026$). Nghiên cứu này cho thấy chất lượng giấc ngủ bị ảnh hưởng ở cả bốn loại bệnh nhân bị rụng tóc. Do đó, việc chú ý đến chất lượng giấc ngủ ở những bệnh nhân này với bất kỳ đặc điểm nhân khẩu học nào là rất quan trọng.

Rụng tóc androgenetic (AGA) là một tình trạng phổ biến ở nam giới, ảnh hưởng đến thẩm mỹ và tâm lý, đặc biệt là lòng tự trọng. Tuy nhiên, mối liên hệ giữa chất lượng giấc ngủ và AGA vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. Liamsombut Somprasong và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu bệnh–đối chứng với 446 nam giới (223 người mắc AGA và 223 người đối chứng cùng độ tuổi) để xác định mối liên hệ này. Những người tham gia hoàn thành các công cụ tự đánh giá giấc ngủ như Chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI), thang đo buồn ngủ Epworth và bảng câu hỏi STOP-BANG. Kết quả cho thấy, tăng huyết áp ($OR = 1,90$; $p = 0,011$) và điểm STOP-BANG ≥ 5 ($OR = 2,05$; $p = 0,015$) có liên quan đến AGA. Đặc biệt, ở những bệnh nhân AGA mức độ nặng, có sự liên quan đáng kể với thời gian ngủ ≤ 6 giờ ($OR = 2,16$; $p = 0,044$), PSQI > 5 ($OR = 3,72$; $p = 0,008$) và STOP-BANG ≥ 5 ($OR = 3,01$; $p = 0,030$). Những phát hiện này cho thấy mối liên hệ tiềm tàng giữa rối loạn giấc ngủ và mức độ nghiêm trọng của AGA, mở ra hướng tiếp cận mới trong quản lý và điều trị toàn diện cho nhóm bệnh nhân này [28].

Rụng tóc từng vùng (AA) được phát hiện là rối loạn tự miễn dịch phổ biến nhất trong dân số nói chung. Quan sát thấy rằng bệnh nhân AA có nguy cơ mắc chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn và chứng mất ngủ không phải ngưng thở cao hơn đáng kể so với bệnh nhân không mắc AA. Ngược lại, bệnh nhân mắc chứng rối loạn giấc ngủ được xác định có nguy cơ mắc AA cao hơn so với bệnh nhân không mắc chứng rối loạn giấc ngủ. Do đó, Syeda Tayyaba Rehan và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu để xác nhận giả thuyết về mối liên hệ hai chiều giữa AA và các rối loạn giấc ngủ với mục tiêu chính là đánh giá tỷ lệ mắc

chứng rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân rụng tóc từng vùng đồng thời đánh giá mối quan hệ nghịch đảo giữa hai chứng rối loạn này [29]. Seo và cộng sự đã xem xét nguy cơ mắc AA do rối loạn giấc ngủ. Khi so sánh quần thể AA với quần thể đối chứng, các phát hiện cho thấy nguy cơ đáng kể (HR thô 1,610 [95%, CI 1,350–1,919]) [30]. Độ nhạy HR không bị ảnh hưởng bởi các phân tích độ nhạy dựa trên độ tuổi, giới tính, địa lý, thu nhập và bệnh đi kèm (HR điều chỉnh 1,651 [95% CI 1,382–1,974]) /25/. Ở những bệnh nhân gặp khó khăn khi ngủ, nguy cơ mắc AA cao hơn đáng kể so với trong quần thể nói chung (log-rank $p < 0,001$). Seo và cộng sự cũng đã thực hiện phân tích phân nhóm để đánh giá thêm kết quả cuối cùng. Nhóm tuổi (0–24 tuổi) có tỷ lệ rụng tóc từng mảng cao hơn đáng kể (2,67 trên 1000 người-năm, HR đã điều chỉnh 2,605 [95% CI 1,699–3,992]). Nhóm tuổi thứ hai (25–44 tuổi) có phát hiện đáng kể tương đương (HR điều chỉnh 1,765 [95% CI (1,357–2,295)] (log-rank $p < 0,001$). Mặt khác, trên cơ sở nguy cơ AA ($P = 0,181$) ($P = 0,252$), các nhóm tuổi lớn hơn (44–65 tuổi và 65 tuổi) không khác biệt đáng kể với nhóm đối chứng [30].

Một nghiên cứu đoàn hệ dựa trên dân số tại Đài Loan đã xác định mối liên hệ hai chiều giữa AA và rối loạn giấc ngủ. Nghiên cứu sử dụng dữ liệu từ Cơ sở Dữ liệu Nghiên cứu Bảo hiểm Y tế Quốc gia bao gồm 5648 bệnh nhân AA và 22.592 đối chứng để đánh giá nguy cơ phát triển rối loạn giấc ngủ, đồng thời phân tích 93.130 bệnh nhân bị rối loạn giấc ngủ (gồm 7310 người bị ngưng thở khi ngủ – OSA và 85.820 người mất ngủ không do ngưng thở) cùng 372.520 đối chứng để đánh giá nguy cơ phát triển AA. Kết quả cho thấy bệnh nhân AA có nguy cơ cao hơn đáng kể bị OSA (tỷ lệ nguy cơ tương đối đã hiệu chỉnh – aHR: 3,80) và mất ngủ không do ngưng thở (aHR: 4,20). Ngược lại, sự hiện diện của rối loạn giấc ngủ cũng làm tăng nguy cơ mắc AA (aHR: 4,70), với cả OSA (aHR: 3,89) và mất ngủ không do ngưng thở (aHR: 4,77) đều liên quan rõ rệt. Kết luận, AA và rối loạn giấc ngủ có mối quan hệ hai chiều, gợi ý rằng cả hai tình trạng này có thể chia sẻ cơ chế bệnh sinh chung, cần được nghiên cứu thêm để làm rõ [6].

Rụng tóc từng mảng ảnh hưởng đến 308 người trong số 93.130 người, theo Dai và cộng sự [6], bao gồm 7310 bệnh nhân mắc chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn và 85.820 bệnh nhân mất ngủ không ngưng thở. Mẫu này bao gồm 20 cá nhân mắc chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn và 288 bệnh nhân mất ngủ không ngưng thở. Bệnh nhân mắc chứng rối loạn giấc ngủ được chứng minh là có khả năng cao hơn đáng kể so với những bệnh nhân không mắc chứng rối loạn giấc ngủ trong việc phát triển AA tiếp theo (aHR 4,70; 95% CI 3,99–5,54) ($P < 0,0001$).

Cần lưu ý rằng căng thẳng về mặt tâm lý và thể chất thường liên quan đến nguồn gốc của TE hiện nay thậm chí còn phổ biến hơn do đại dịch COVID-19. Lo lắng nhiều hơn do sợ bệnh tật, lo lắng về hậu quả của đại dịch, dành nhiều thời gian ở nhà hơn, mất mát gia đình và sự không chắc chắn cá nhân về tương lai chắc chắn đang có tác động đáng kể đến các kiểu ngủ. Với tình huống này, các rối loạn giấc ngủ, chẳng hạn như mất ngủ và rối loạn nhịp sinh học, đang gia tăng trong dân số. Song song đó, tỷ lệ mắc các rối loạn rụng tóc, bao gồm cả TE, cũng đang gia tăng [31]. Hơn nữa, một số báo cáo cho rằng chất P và các thụ thể NK-1 của nó có thể điều chỉnh nhịp sinh học và do đó có liên quan đến các rối loạn giấc ngủ. Ngoài ra, có thể có một tương tác giữa chất nền này, tình trạng buồn ngủ ban ngày quá mức và chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn. Một nghiên cứu thực nghiệm do nhóm của Xerfan thực hiện bằng cách sử dụng chuột đã đánh giá tác động của chất P đối với giấc ngủ thông qua việc sử dụng peptide này cho động vật. Kết quả cho thấy giấc ngủ bị suy yếu do liều lượng chất P cao nhưng không gây đau, biểu hiện bằng việc giảm hiệu quả giấc ngủ, và tăng thời gian ngủ và các đợt thức giấc. Ngược lại, việc sử dụng chất đối kháng NK1

trước đó đã ngăn ngừa tình trạng rối loạn giấc ngủ, bằng chứng cho thấy các rối loạn giấc ngủ và tác dụng kích thích có thể do chất P gây ra thông qua điều chỉnh thụ thể NK-1. Những phát hiện này hỗ trợ cho giả thuyết rằng chất nền này có thể gây ra phản ứng thức tỉnh và làm suy yếu giấc ngủ. Ở đây, chúng tôi lập luận rằng nếu cơn đau và tình trạng quá mẫn cảm liên quan với chứng trichodynia là do nồng độ chất cao hơn hoặc không được điều hòa P. Nguyên nhân cơ bản của tình trạng này có thể là do ngủ kém, vì đây là nguồn gây căng thẳng có thể ảnh hưởng đến quá trình điều hòa chất nền này. Hơn nữa, điều quan trọng là phải xem xét mối quan hệ hai chiều; chứng trichodynia không chỉ có thể làm suy yếu TE và rụng tóc nói chung mà còn có thể ảnh hưởng đến giấc ngủ, vì đây là triệu chứng khó chịu ở da đầu. Những lo ngại liên quan đến đại dịch hiện tại có thể khuếch đại thêm tình trạng rối loạn giấc ngủ này, dẫn đến tình trạng căng thẳng oxy hóa gia tăng. Cần giải quyết tập hợp phức tạp các mối quan hệ giữa giấc ngủ, căng thẳng, cơn đau và rụng tóc để phá vỡ vòng luẩn quẩn này [31].

Cần lưu ý rằng mức độ nghiêm trọng của tình trạng rụng tóc do TE có thể dẫn đến tổn thương tâm lý ở những bệnh nhân bị ảnh hưởng, đặc biệt là phụ nữ. Điều quan trọng là các bác sĩ da liễu, sau khi loại trừ bất kỳ lý do toàn thân nào có thể gây ra tình trạng rụng tóc này, phải tư vấn cho bệnh nhân rằng đây chỉ là tình trạng tạm thời, mặc dù tình trạng này có thể kéo dài trong vài tháng. Tình trạng này đòi hỏi sự hỗ trợ của bác sĩ da liễu thường xuyên và hiệu quả, sử dụng các chất tẩy rửa nhẹ hơn và các sản phẩm dành riêng cho sức khỏe tóc và da đầu của bệnh nhân, có thể bao gồm corticosteroid tại chỗ trong trường hợp chứng rụng tóc; trong trường hợp TE nghiêm trọng, cần cân nhắc đến các loại thuốc và bổ sung khoáng chất cụ thể, đặc biệt là khi thiếu hụt khoáng chất cụ thể. Chúng tôi tin rằng chất lượng giấc ngủ là yếu tố chính giúp giảm thiểu tác động của các yếu tố gây căng thẳng liên tục làm mất cân bằng tóc và cân bằng da đầu. Giấc ngủ phục hồi có thể thúc đẩy quá trình phục hồi của cơ thể con người và giúp giảm cường độ chứng rụng tóc thông qua điều hòa chất P. Kết hợp với việc chăm sóc hiệu quả, điều này có thể điều hòa chu kỳ tóc và cải thiện tình trạng mọc lại tóc. Hiểu rõ hơn về mối quan hệ giữa giấc ngủ, chất P và tình trạng rụng tóc thông qua bằng chứng thu thập được trong các nghiên cứu trong tương lai sẽ mang lại lợi ích đáng kể để hỗ trợ nhóm dân số này và giảm tác động đến chất lượng cuộc sống do những tình trạng này gây ra [31].

2.4. Mối liên quan hai chiều giữa rụng tóc và chất lượng cuộc sống

Rụng tóc, dù ở bất kỳ nguyên nhân hay mức độ nào, không chỉ ảnh hưởng đến ngoại hình mà còn để lại những tác động tâm lý và xã hội sâu sắc. Các nghiên cứu gần đây đã làm sáng tỏ mối liên hệ giữa rụng tóc với chất lượng cuộc sống (HrQoL) và các yếu tố tâm lý, đặc biệt là trí tuệ cảm xúc và mức độ lo âu. Kết quả cho thấy, trong khi mức độ nghiêm trọng của bệnh khác nhau giữa các nhóm rụng tóc, tác động của rụng tóc lên chất lượng cuộc sống không phụ thuộc hoàn toàn vào các đặc điểm nhân khẩu học. Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá và hỗ trợ tâm lý cho bệnh nhân, mở ra hướng đi mới cho các nghiên cứu sâu hơn trong lĩnh vực này.

Nghiên cứu của Kashaninasab Fatemeh và cộng sự [7] thực hiện trên 70 bệnh nhân bị bốn loại rụng tóc, bao gồm rụng tóc androgenic, rụng tóc từng vùng, rụng tóc telogen và lupus ban đỏ dạng đĩa (DLE) đã được đánh giá. Điểm DLQI chung là $4,40 \pm 4,30$, có ít ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống ở hầu hết bệnh nhân bị rụng tóc (40,6%). Điểm chất lượng cuộc sống chung và chất lượng giấc ngủ không tương quan đáng kể với các biến nhân khẩu học như tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn và việc làm ($P > 0,05$). Bảng

câu hỏi SF-36 và DLQI có mối quan hệ nghịch đảo đáng kể ($r = -0,285$, $P = 0,026$). Nghiên cứu này cho thấy cho thấy chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng ở cả bốn loại bệnh nhân bị rụng tóc. Do đó, việc chú ý đến chất lượng cuộc sống ở những bệnh nhân này với bất kỳ đặc điểm nhân khẩu học nào là rất quan trọng. Tuy nhiên, cần có nhiều nghiên cứu hơn để xác nhận kết quả.

Theo nghiên cứu của Russo và cộng sự [2], có sự khác biệt đáng kể về mức độ nghiêm trọng của bệnh giữa các nhóm rụng tóc [$F_{2,136} = 31,1$; $P < 0,001$]. Những người bị ảnh hưởng nghiêm trọng nhất đều thuộc nhóm rụng tóc từng mảng (AA), trong khi các trường hợp ít nghiêm trọng hơn chủ yếu thuộc nhóm hói di truyền (AGA) và rụng tóc telogen (TE). Tuy nhiên, không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm về tổng điểm chất lượng cuộc sống liên quan đến da (DLQI). Sự tương tác giữa nhóm và giới tính cho thấy sự khác biệt đáng kể [$F_{2,136} = 3,51$; $P = 0,033$], trong đó phụ nữ bị AGA báo cáo ảnh hưởng cao hơn nam giới cùng nhóm ($P < 0,001$), còn giữa nam và nữ ở nhóm AA và TE không có sự khác biệt đáng kể. Đáng chú ý, nam giới thuộc nhóm TE lại báo cáo ảnh hưởng nặng nề hơn so với nam giới nhóm AA và AGA ($P = 0,046$ và $0,009$). Về trí tuệ cảm xúc, tuy không có sự khác biệt giữa các nhóm, nhưng có sự tương tác đáng kể giữa nhóm và giới tính [$F_{2,136} = 4,82$; $P = 0,009$]. Phân tích phân biệt cho thấy đặc điểm tính cách, đặc biệt là các chiều hướng liên quan đến lo âu, giúp phân biệt hiệu quả giữa những người có và không bị ảnh hưởng mạnh bởi rụng tóc đối với chất lượng cuộc sống (Wilks $\lambda = 0,48$; $P < 0,001$).

Nghiên cứu của Williamson et al [32] cho thấy khi thang đo DLQI được điều chỉnh để bệnh nhân báo cáo trải nghiệm trong suốt một năm thay vì chỉ một tuần, mức độ suy giảm chất lượng cuộc sống được ghi nhận cao hơn, nhấn mạnh sự cần thiết phải thận trọng khi so sánh với các tiêu chuẩn ngắn hạn. Phân tích cho thấy phụ nữ bị rụng tóc có chất lượng cuộc sống thấp hơn đáng kể so với nam giới, đặc biệt ở các khía cạnh liên quan đến hoạt động giải trí và mối quan hệ cá nhân, trong khi nam giới bị ảnh hưởng nhiều hơn ở khía cạnh công việc. Một phân tích phương sai (ANOVA) cho thấy người mắc rụng tóc androgenetic có chất lượng cuộc sống thấp hơn đáng kể so với các nhóm khác. Hệ số tương quan Pearson cho thấy cách bệnh nhân đối phó và nhận thức về bệnh có ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng cuộc sống. Đối phó tập trung vào vấn đề liên quan đến nhận thức rõ về bệnh, cảm xúc mạnh, và tin vào khả năng kiểm soát điều trị. Trong khi đó, đối phó cảm xúc chủ động liên quan đến việc quy nguyên nhân bệnh cho hệ miễn dịch, còn đối phó né tránh đi kèm nhận thức kém và cảm xúc tiêu cực. Đáng chú ý, nhận thức về hậu quả bệnh, bản sắc và cảm xúc có liên hệ mạnh nhất đến chất lượng cuộc sống, trong khi yếu tố nhân khẩu học và bệnh lý chỉ giải thích 3,5–5% sự thay đổi. Tổng thể, nhận thức về bệnh giải thích đến 35% sự thay đổi trong chất lượng cuộc sống và cách đối phó góp phần thêm 7%, cho thấy đây là những yếu tố cốt lõi cần được chú trọng trong điều trị.

Rushton (2002) [33] tổng hợp các yếu tố dinh dưỡng liên quan đến rụng tóc, trong đó đặc biệt nhấn mạnh vai trò của thiếu hụt sắt và axit amin thiết yếu L-lysine trong chứng rụng tóc mạn tính. Mặc dù nhiều bệnh nhân không mắc bệnh lý nền rõ rệt, các yếu tố dinh dưỡng vẫn có thể đóng vai trò quan trọng. Một nghiên cứu với 200 phụ nữ mắc CTE cho thấy 96% có nồng độ ferritin huyết thanh dưới $70 \mu\text{g/L}$ – mức tối thiểu khuyến nghị để điều trị hiệu quả rụng tóc. Bổ sung sắt đơn thuần không phải lúc nào cũng cải thiện được nồng độ ferritin, nhưng khi kết hợp với L-lysine (1.5 g/ngày), hiệu quả tăng ferritin và giảm rụng tóc rõ rệt hơn. Mặc dù kẽm thường được cho là liên quan đến rụng tóc, dữ liệu không cho thấy mối liên hệ rõ ràng trong rụng tóc mạn tính. Ngoài ra, việc bổ sung vitamin quá mức, đặc biệt là vitamin A và E, có thể làm rụng tóc nặng thêm. Các chế phẩm đa vitamin không

được kiểm soát kỹ có thể gây mất cân bằng hấp thu vi chất, ví dụ, tỷ lệ Fe:Zn không phù hợp ảnh hưởng đến hấp thu sắt. Bài viết cũng cảnh báo về rụng tóc do thiếu biotin, acid béo thiết yếu, hoặc vitamin B12, đặc biệt khi dùng các liệu pháp nội tiết như cyproterone acetate (CPA) có thể làm giảm B12 huyết thanh. Rushton khuyến cáo việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng, đặc biệt là ferritin, nên được xem xét thường quy trong điều trị rụng tóc mạn tính, thay vì dựa hoàn toàn vào chỉ số huyết học chuẩn.

2.5. Hướng điều trị cho bệnh nhân rụng tóc có rối loạn lo âu, rối loạn giấc ngủ

Bài phân tích tổng hợp của Brioney Gee và cộng sự [26] đã đánh giá hiệu quả của các phương pháp can thiệp giấc ngủ không dùng thuốc đối với triệu chứng trầm cảm thông qua 49 thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên với tổng cộng 5.908 người tham gia. Kết quả cho thấy các phương pháp này giúp giảm đáng kể mức độ trầm cảm, với hiệu quả ở mức nhỏ đến trung bình (chênh lệch trung bình chuẩn hóa SMD = -0,45) và cao hơn rõ rệt ở những người có kèm theo rối loạn tâm thần (SMD = -0,81). Trong số các phương pháp điều trị, liệu pháp hành vi nhận thức cho mất ngủ (CBT-I) là phương pháp được sử dụng phổ biến nhất. CBT-I bao gồm các thành phần như kiểm soát kích thích, hạn chế giấc ngủ, thư giãn, tái cấu trúc nhận thức và cải thiện vệ sinh giấc ngủ, nhằm thay đổi hành vi và nhận thức tiêu cực liên quan đến giấc ngủ. Ngoài CBT-I, một số nghiên cứu còn áp dụng các hình thức can thiệp tự giúp đỡ như chương trình trực tuyến hoặc ứng dụng di động, có hoặc không có sự hỗ trợ của chuyên gia. Các kết quả cũng cho thấy rằng mức cải thiện chất lượng giấc ngủ chủ quan có mối liên hệ chặt chẽ với mức giảm triệu chứng trầm cảm. Điều này cho thấy rằng các can thiệp giấc ngủ không dùng thuốc không chỉ hữu ích trong điều trị mất ngủ mà còn có thể là một hướng tiếp cận hiệu quả, ít kỳ thị hơn trong điều trị trầm cảm, đặc biệt đối với những bệnh nhân chưa sẵn sàng hoặc không phù hợp với các phương pháp điều trị trầm cảm truyền thống. Như vậy, giấc ngủ nên được xem như một mục tiêu can thiệp độc lập trong các chương trình điều trị trầm cảm toàn diện.

III. KẾT LUẬN

Tổng quan các nghiên cứu cho thấy rụng tóc, đặc biệt là các dạng rụng tóc androgenetic (AGA), rụng tóc từng vùng (AA), và rụng tóc telogen (TE), có mối liên hệ chặt chẽ với rối loạn tâm lý, chất lượng giấc ngủ và cuộc sống. Các bệnh nhân rụng tóc thường gặp phải tình trạng lo âu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ, và mất lòng tự trọng, dẫn đến tác động tiêu cực đến sức khỏe tâm thần và xã hội. Rụng tóc không chỉ là hệ quả của các yếu tố tâm lý mà còn có thể làm trầm trọng thêm các rối loạn này, tạo ra vòng luẩn quẩn gây suy giảm chất lượng cuộc sống. Đặc biệt, phụ nữ và nhóm bệnh nhân mắc AA thường chịu ảnh hưởng tâm lý nặng nề hơn. Bên cạnh đó, mối liên hệ hai chiều giữa rụng tóc và rối loạn giấc ngủ cũng được khẳng định qua các nghiên cứu. Rối loạn giấc ngủ không chỉ làm tăng nguy cơ rụng tóc mà còn ảnh hưởng đến khả năng hồi phục, gây mệt mỏi kéo dài và suy giảm chất lượng sống. Từ tình hình trên, chúng tôi xin đưa ra một số kiến nghị sau. Đối với y tế: cần xây dựng các phác đồ điều trị kết hợp giữa da liễu và tâm lý để cung cấp giải pháp toàn diện cho bệnh nhân rụng tóc. Các bác sĩ nên thường xuyên đánh giá các yếu tố tâm lý, chất lượng giấc ngủ trong quá trình điều trị. Đối với nghiên cứu: đẩy mạnh các nghiên cứu tập trung vào mối quan hệ nhân quả giữa rụng tóc, rối loạn tâm lý và giấc ngủ để xây dựng các liệu pháp điều trị tối ưu hơn. Đối với cộng đồng: tăng cường truyền thông giáo dục về rụng tóc và các tác động tâm lý liên quan, giúp nâng cao nhận thức và giảm kỳ thị đối với người mắc bệnh. Bên cạnh đó, cần cung cấp các dịch vụ tư vấn tâm lý, hỗ trợ

quản lý căng thẳng và cải thiện giấc ngủ để giảm thiểu tác động của rụng tóc đến sức khỏe tinh thần và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bernardis E, Castelo-Soccio L. Quantifying alopecia areata via texture analysis to automate the salt score computation. *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*. 2018. 19 (1), S34-S40, doi: 10.1016/j.jisp.2017.10.010.
2. Russo PM, Fino E, Mancini C, Mazzetti M, Starace M, et al. HrQoL in hair loss-affected patients with alopecia areata, androgenetic alopecia and telogen effluvium: the role of personality traits and psychosocial anxiety. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2019. 33 (3), 608-611, doi: 10.1111/jdv.15327
3. Nguyễn Văn Thường. Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu. Nhà xuất bản Y học. 2019. 516-522.
4. Chu S. Y., Chen Y. J., Tseng W. C., Lin M. W., Chen T. J., et al. Psychiatric comorbidities in patients with alopecia areata in Taiwan: a case-control study. *Br J Dermatol*. 2012. 166 (3), 525-531, doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10714.x.
5. Trần Quốc Cường, Huỳnh Văn Bá, Từ Tuyết Tâm. 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. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022. (53), 26-33, doi: 10.58490/ctump.2022i53.170.
6. Dai Ying-Xiu, Tai Ying-Hsuan, Chen Chih-Chiang, Chang Yun-Ting, Chen Tzeng-Ji, et al. Bidirectional association between alopecia areata and sleep disorders: a population-based cohort study in Taiwan. *Sleep Medicine*. 2020. 75, 112-116, doi: 10.1016/j.sleep.2020.06.015.
7. Kashaninasab F, Bandi M, Ghazvini A, Goodarzi A, Moudi S, et al. The Quality of Sleep and Quality of Life in Patients with Alopecia. *Journal of Sleep sciences*. 2020. doi: 10.18502/jss.v5i2.5609.
8. Le Cleach L, Chassany O, Levy A, Wolkenstein P, Chosidow O. Poor reporting of quality of life outcomes in dermatology randomized controlled clinical trials. *Dermatology*. 2007. 216 (1), 46-55, doi: 10.1159/000109358.
9. Trần Nguyễn Ngọc. Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn lo âu lan tỏa bằng liệu pháp thư giãn-luyện tập. Trường Đại học Y Hà Nội. 2018. 3-21.
10. Spitzer R L, Kroenke K, Williams J BW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006. 166 (10), 1092-1097, doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
11. Xerfan EMS, Andersen ML, Facina AS, Tufik S, Tomimori J. Alopecia areata and sleep quality: is there an interaction? *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*. 2019. 33 (11), doi: 10.1111/jdv.15705.
12. Farrahi Moghaddam J, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep and Breathing*. 2012. 16, 79-82, doi: 10.1007/s11325-010-0478-5.
13. Singam V, Patel K R, Lee H H, Rastogi S, Silverberg J I. Association of alopecia areata with hospitalization for mental health disorders in US adults. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019. 80 (3), 792-794, doi: 10.1016/j.jaad.2018.07.044.
14. Rajoo Y, Wong J, Cooper G, Raj I S, Castle DJ, et al. The relationship between physical activity levels and symptoms of depression, anxiety and stress in individuals with alopecia Areata. *BMC psychology*. 2019. 7, 1-7, doi: 10.1186/s40359-019-0324-x.
15. Tas B, Kulacaoglu F, Belli H, Altuntas M. The tendency towards the development of psychosexual disorders in androgenetic alopecia according to the different stages of hair loss: a cross-sectional study. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2018. 93, 185-190, doi: 10.1590/abd1806-4841.20185658.
16. Sellami Rim, Masmoudi J, Ouali U, Mnif L, Amouri M, et al. The relationship between alopecia areata and alexithymia, anxiety and depression: a case-control study. *Indian journal of dermatology*. 2014. 59 (4), 421, doi: 10.4103/0019-5154.135525.

17. Baghestani S, Zare S, Seddigh S H. Severity of depression and anxiety in patients with alopecia areata in Bandar Abbas, Iran. *Dermatology reports*. 2015. 7 (3), 6063, doi: 10.4081/dr.2015.6063.
18. Anderson P, Piercy J, Austin J, Marwaha S, Hanson K A, et al. Alopecia Areata Treatment Patterns and Satisfaction: Results of a Real-World Cross-Sectional Survey in Europe. *Dermatology and Therapy*. 2024. 14 (12), 3243-3258, doi: 10.1007/s13555-024-01280-3.
19. Karambetsos C, Kouskoukis C, Giannakopoulos G, Agapidaki E, Mihas C, et al. A comparison of mental health problems among children with alopecia areata or atopic dermatitis and their parents. 2013.
20. Titeca G, Goudetsidis L, Francq B, Sampogna F, Gieler U, et al. ‘The psychosocial burden of alopecia areata and androgenetica’: a cross-sectional multicentre study among dermatological out-patients in 13 European countries. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2020. 34 (2), 406-411, doi: 10.1111/jdv.15927.
21. Camacho FM, García-Hernández MJ. Psychological features of androgenetic alopecia 1. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2002. 16 (5), 476-480, doi: 10.1046/j.1468-3083.2002.00475.x.
22. Kivanç-Altunay İ, Savaş C, Gökdemir G, Köşlü A, Ayaydin E B. The presence of trichodynia in patients with telogen effluvium and androgenetic alopecia. *International journal of dermatology*. 2003. 42 (9), 691-693, doi: 10.1046/j.1365-4362.2003.01847.x.
23. Radoš S N, Tadinac M, Herman R. Anxiety during pregnancy and postpartum: course, predictors and comorbidity with postpartum depression. *Acta Clinica Croatica*. 2018. 57 (1), 39, doi: 10.20471/acc.2018.57.01.05.
24. Okhovat J P, Marks D H, Manatis-Lornell A, Hagigeorges D, Locascio J J, et al. Association between alopecia areata, anxiety, and depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2023. 88 (5), 1040-1050, doi: 10.1016/j.jaad.2019.05.086.
25. Breslau N., Roth T., Rosenthal L., Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry*. 1996. 39 (6), 411-418, doi: 10.1016/0006-3223(95)00188-3.
26. Mellman Thomas A. Sleep and Anxiety Disorders. *Psychiatric Clinics*. 2006. 29 (4), 1047-1058, doi: 10.1016/j.psc.2006.08.005.
27. Okun M L, Lac A. Postpartum insomnia and poor sleep quality are longitudinally predictive of postpartum mood symptoms. *Biopsychosocial Science and Medicine*. 2023. 85 (8), 736-743, 10.1097/PSY.0000000000001234.
28. Liamsombut Somprasong, Pomsoong Cherrin, Kositkuljorn Chaninan, Leerunyakul Kanchana, Tantrakul Visasiri, et al. Sleep quality in men with androgenetic alopecia. *Sleep and Breathing*. 2023. 27 (1), 371-378, doi: 10.1007/s11325-022-02618-x.
29. Rehan S T, Khan Z, Mansoor H, Shuja S H, Hasan M M. Two-way association between alopecia areata and sleep disorders: A systematic review of observational studies. *Annals of Medicine and Surgery*. 2022. 84, 104820, doi: 10.1016/j.amsu.2022.104820.
30. Seo Hyun-Min, Kim Tae Lim, Kim Joung Soo. The risk of alopecia areata and other related autoimmune diseases in patients with sleep disorders: a Korean population-based retrospective cohort study. *Sleep*. 2018. 41 (9), zsy111, doi: 10.1093/sleep/zsy111.
31. Rivetti N, Barruscotti S. Management of telogen effluvium during the COVID-19 emergency: psychological implications. *Dermatologic therapy*. 2020. 33 (4), e13648, 10.1111/dth.13648.
32. Williamson Daniel, Gonzalez Marc, Finlay Andrew Yule. The effect of hair loss on quality of life. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2001. 15 (2), 137-139, doi: 10.1046/j.1468-3083.2001.00229.x.
33. Rushton D. H. Nutritional factors and hair loss. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2002. 27 (5), 396-404, doi: 10.1046/j.1365-2230.2002.01076.x.