

HƯỚNG DẪN DỰA TRÊN BẰNG CHỨNG ĐIỀU TRỊ RỤNG TÓC ANDROGEN Ở PHỤ NỮ VÀ NAM GIỚI*

Người biên dịch: Vũ Thái Hà^{1,2}, Trương Thị Huyền Trang^{1,2}, Nguyễn Quang Minh², Thái Thị Diệu Vân²

TÓM TẮT

Rụng tóc androgen (Androgenetic alopecia - AGA) là rối loạn rụng tóc phổ biến nhất, ảnh hưởng đến cả nam và nữ. Các dấu hiệu ban đầu của rụng tóc androgen thường xuất hiện trong thời kỳ dậy thì dẫn đến mất tóc tiến triển theo hình dạng mẫu. Hơn nữa, tần suất của nó tăng lên theo tuổi và ảnh hưởng đến tới 80% nam da trắng và 42% phụ nữ. Bệnh nhân mắc phải rụng tóc androgen có thể gặp phải sự suy giảm đáng kể về chất lượng cuộc sống. Diễn đàn Da liễu châu Âu (EDF) khởi xướng một dự án để phát triển hướng dẫn dựa trên bằng chứng cho điều trị rụng tóc androgen. Dựa trên nghiên cứu tổng quan hệ thống, hiệu quả của các phương pháp điều trị hiện có đã được đánh giá và các khuyến nghị điều trị đã được thông qua trong một hội nghị đồng thuận. Mục đích của hướng dẫn là cung cấp cho các bác sĩ da liễu một công cụ dựa trên bằng chứng để lựa chọn một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân mắc phải rụng tóc androgen.

GIỚI THIỆU

Rụng tóc androgen (Androgenetic alopecia - AGA) là dạng phổ biến nhất của rụng tóc ở nam và nữ. Nó được đặc trưng bởi việc mất tóc tiến triển, thường theo một mẫu phân bố. Sự bắt đầu có thể xảy ra ở bất kỳ độ tuổi nào sau thời kỳ dậy thì và tần suất tăng lên theo tuổi. Đến khi 70 tuổi hoặc hơn, 80% nam giới da trắng và tới 40% phụ nữ có dấu hiệu của AGA. Ngày nay, tóc ảnh hưởng lớn đến ngoại hình, thẩm mỹ. Do đó, ở những bệnh nhân có AGA, sự mất tóc tiến triển thường gây ra sự căng thẳng tâm lý. Bệnh nhân đang tìm kiếm các phương pháp điều trị rụng tóc hiệu quả để ngăn chặn sự mất tóc tiếp theo và kích thích tái mọc tóc một cách tối ưu. Hiệu quả hạn chế của một chế độ điều trị, tính dung nạp kém, thiếu thông tin về thời gian điều trị và các tác dụng phụ có thể dẫn đến việc dừng điều trị sớm, thất vọng và ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Mục đích của hướng dẫn là cung cấp cho các bác sĩ da liễu một công cụ dựa trên bằng chứng để lựa chọn một phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân có AGA.

*: *Biên dịch từ bài báo: Kanti V, Messenger A, Dobos G, et al. Evidence-based (S3) guideline for the treatment of androgenetic alopecia in women and in men - short version. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(1):11-22. doi:10.1111/jdv.14624*

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

DOI: <https://doi.org/10.56320/tcdlhnv.44.166>



PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu tổng quan

Hướng dẫn này được tiến hành như là cập nhật của hướng dẫn dựa trên bằng chứng (S3) cho điều trị AGA ở phụ nữ và nam giới. Chiến lược tìm kiếm và phương pháp của hướng dẫn này và cập nhật của nó được định hướng theo các tiêu chuẩn của công cụ AGREE và theo phương pháp của hướng dẫn S3 châu Âu cho điều trị vảy nến thông thường.

Để đánh giá hiệu quả của từng quy trình điều trị, một nghiên cứu tổng quan có hệ thống trên các cơ sở dữ liệu MEDLINE, MEDLINE In-Process, EMBASE và Thư viện Cochrane đã được tiến hành. Hơn nữa, danh sách tham khảo của các bài báo đã được kiểm tra và tìm kiếm bằng tay bởi các tác giả để xác định các bài báo không được liệt kê trong cơ sở dữ liệu. Các tìm kiếm bao gồm khoảng thời gian từ khi tìm kiếm phiên bản đầu tiên của

hướng dẫn S3 vào năm 2008 đến ngày 15 tháng 10 năm 2015. Các bài báo được xác định đã được kiểm tra về tính hợp lệ bởi ít nhất hai tác giả độc lập dựa trên các tiêu chí được xác định trước. Việc trích xuất dữ liệu cũng được tiến hành bởi hai tác giả độc lập. Tất cả các sự không đồng nhất được giải quyết thông qua sự đồng thuận hoặc thảo luận với một tác giả thứ ba.

Kết quả

Tổng cộng 797 bài báo được tìm thấy trong tìm kiếm cập nhật. Sau khi kiểm tra sự trùng lặp và tính phù hợp, 184 bài báo được đánh giá toàn văn bằng LEF. 47 bài báo đáp ứng các tiêu chí bao gồm trong hướng dẫn và tạo nên cơ sở của hướng dẫn. Đánh giá bằng chứng

Chất lượng phương pháp của mỗi nghiên cứu được bao gồm trong phân tích dựa trên bằng chứng đã được xác định trong LEF thông qua hạng bằng chứng (Bảng 1).

Bảng 1. Đánh giá bằng chứng. Chất lượng phương pháp của mỗi nghiên cứu, được bao gồm trong phân tích dựa trên bằng chứng, được xác định bằng cấp độ của bằng chứng

A1: Nghiên cứu phân tích tổng hợp bao gồm ít nhất một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên cấp A2 với kết quả nhất quán từ các nghiên cứu khác nhau
A2: Nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên, mù đôi, so sánh chất lượng cao (ví dụ: Tính toán kích thước mẫu, biểu đồ luồng của việc thu tuyển bệnh nhân, phân tích theo nguyên tắc ITT, cỡ mẫu đủ)
B: Nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên khác hoặc các nghiên cứu tương đương (không ngẫu nhiên, nghiên cứu bệnh - chứng)
C: Các nghiên cứu không so sánh
D: Ý kiến của chuyên gia

Mức độ bằng chứng

Các mức độ bằng chứng của tất cả các nghiên cứu thuộc về một phương pháp điều trị cụ thể đã được tổng hợp thành một mức độ bằng chứng, xem xét chất lượng phương pháp của các thử nghiệm và tính nhất quán giữa các thử nghiệm (Bảng 2).

Bảng 2. Mức độ bằng chứng. Sau khi xác định các loại bằng chứng của từng nghiên cứu cá nhân, các loại bằng chứng của tất cả các nghiên cứu thuộc một chế độ điều trị cụ thể đã được tóm tắt thành một mức độ bằng chứng. Mức độ bằng chứng lấy vào xét chất lượng phương pháp của các thử nghiệm (mức độ bằng chứng) và tính nhất quán giữa các kết quả của các thử nghiệm

1: Nghiên cứu có bằng chứng loại A1 hoặc các nghiên cứu với kết quả chủ yếu nhất quán Bằng chứng loại A2
2: Nghiên cứu có bằng chứng loại A2 hoặc các nghiên cứu với kết quả chủ yếu nhất quán Bằng chứng loại B
3: Nghiên cứu có bằng chứng loại B hoặc các nghiên cứu với kết quả chủ yếu nhất quán bằng chứng loại C
4: Thiếu bằng chứng hệ thống hoặc bằng chứng hệ thống không đầy đủ

Khuyến nghị điều trị

Điểm và mức độ bằng chứng đã được xem xét trong quá trình đồng thuận chính thức. Tuy nhiên, không thể xác định một thuật toán lâm sàng chặt chẽ; quá trình quyết định về một phương pháp điều trị cụ thể vẫn phức tạp và giới hạn trên từng trường hợp cụ thể. Độ mạnh của khuyến nghị

Các khuyến nghị điều trị đã được đánh giá theo mức độ đề xuất để quyết định. (Bảng 3).

Bảng 3. Mức độ khuyến nghị. Các khuyến nghị điều trị được đồng thuận đã được xếp hạng theo mức độ khuyến nghị, sử dụng thang điểm 6 điểm sau

↑↑ Chúng tôi khuyến nghị
↑ Chúng tôi đề xuất
? Có thể xem xét (có thể xem xét nếu không có khuyến nghị mạnh hơn hoặc không phù hợp)
↓ Chúng tôi không đề xuất
↓↓ Chúng tôi không khuyến nghị
O Chúng tôi không thể đưa ra khuyến nghị hay phản đối phương pháp này ở thời điểm hiện tại

Kỹ thuật đánh giá mọc tóc

Để ghi lại phạm vi của AGA trong thực hành lâm sàng, các phân loại khác nhau của kiểu phân bố được phân chia (Hamilton-Norwood I-VII, Ludwig I-III, Christmas tree pattern I-III). Tuy nhiên, không tồn tại một định nghĩa áp dụng chung cho phạm vi của AGA. Hơn nữa, việc ghi lại mức độ kiểu phân bố thường không phù hợp để phản ánh quá trình của AGA.

Vi AGA là một bệnh tiến triển tự nhiên, liệu pháp có thể có hai kết quả cần thiết, đó là ngừng

rụng tóc và kích thích mọc tóc trở lại. Trong thực hành lâm sàng, việc đánh giá và theo dõi sự mọc tóc thường được giới hạn trong đánh giá cá nhân của bệnh nhân và bác sĩ. Trong các nghiên cứu lâm sàng, việc đánh giá mọc tóc chủ quan bởi bệnh nhân và nghiên cứu viên được chứng minh bằng các phương pháp đếm/mật độ tóc và đánh giá hình ảnh toàn thể được chuẩn hóa.

Phương pháp đánh giá chụp ảnh toàn thể là một công cụ bán khách quan trong việc đánh giá sự mọc tóc. Các bức ảnh toàn thể được các chuyên



gia đánh giá mà không biết về liệu pháp và thời gian điều trị.

Các hệ thống chụp ảnh số tự động hóa có khả năng đo lường mật độ tóc, độ dày của tóc, tỷ lệ tóc anagen/telogen, tỷ lệ tóc chân/vellus trong một khu vực điều tra. Phương pháp này bị hạn chế bởi kích thước của khu vực được đo lường. Trong các thử nghiệm lâm sàng, so sánh với điểm cơ sở và với điều trị giả dối, một liệu pháp khác là cần thiết để đánh giá hiệu quả của một lựa chọn điều trị.

Trong quá trình phát triển hướng dẫn này, nhóm hướng dẫn đã bỏ phiếu để xếp hạng các phương pháp điều tra và tham số kết quả khác nhau. Phương pháp đánh giá chụp ảnh toàn thể được bỏ phiếu là phương pháp hiệu quả nhất trong việc đánh giá sự mọc tóc, vì tóc trên toàn đầu được đánh giá theo cách tiêu chuẩn; cảm nhận của bệnh nhân và nghiên cứu viên có thể được loại trừ. Theo ý kiến của nhóm hướng dẫn, các bức ảnh toàn thể cũng nên được sử dụng trong thực hành lâm sàng thông thường cho việc theo dõi dài hạn.

CÁC YẾU TỐ RỦI RO/LỢI ÍCH

Trong thực hành lâm sàng thường, quyết định cá nhân cho một phương pháp điều trị cụ thể của rụng tóc androgen không chỉ phụ thuộc vào hiệu quả mà còn vào khả năng thực hiện, an toàn, sở thích của bệnh nhân và chi phí.

Vì bệnh nhân thường phải chịu toàn bộ chi phí của điều trị, việc xem xét lợi ích có ý nghĩa quan trọng. Lợi ích đạt được trong điều trị rụng tóc androgen không chỉ là ổn định, ngăn chặn sự tiến triển và kích thích mọc tóc, mà còn có thể góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống.

Hướng dẫn cung cấp các phân tích dựa trên bằng chứng về các lựa chọn điều trị hiện có giúp đưa ra quyết định phù hợp về lợi ích so với chi phí

trong một phương pháp quản lý được điều chỉnh theo từng cá nhân.

Để biết thông tin chi tiết về rụng tóc androgen, bao gồm dịch tễ học, nguyên nhân và di truyền học, đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán cũng như một bài thuyết trình chi tiết hơn về các phương pháp, xin vui lòng tham khảo phiên bản dài của hướng dẫn.

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ VÀ ĐÁNH GIÁ ĐIỀU TRỊ

Bảng kết quả

Tất cả các nghiên cứu đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn trong hướng dẫn, kết quả dựa trên bằng chứng và mức độ bằng chứng được liệt kê trong các bảng kết quả, có thể được tìm thấy trong phiên bản dài của hướng dẫn.

Tổng quan về các phương pháp điều trị phổ biến

Bảng 4 trình bày một tóm tắt về mức độ bằng chứng, hiệu quả trong việc ngăn chặn sự tiến triển và/hoặc cải thiện rụng tóc androgen, các khía cạnh về an toàn và tính thực tiễn của các biện pháp điều trị phổ biến nhất. Mục đích của nó là cung cấp một hướng dẫn sơ bộ đầu tiên. Một khái niệm cá nhân hóa, lấy vào xét tình trạng lâm sàng, yêu cầu, nhu cầu và khiếu nại của mỗi bệnh nhân là cần thiết. Bác sĩ và bệnh nhân phải quyết định cùng nhau về phương pháp điều trị cá nhân hóa phù hợp nhất, xem xét bằng chứng có sẵn, kết quả điều trị dự kiến, tính thực tế và sự tuân thủ.

Bảng 4. Tóm tắt mức độ bằng chứng, hiệu quả để ngăn chặn tiến triển và/hoặc cải thiện rụng tóc androgen, các khía cạnh an toàn và tính khả thi của các biện pháp điều trị phổ biến nhất. Mục đích của bảng này là cung cấp một sự định hướng ban đầu khái quát. Một kế hoạch điều



chặn sự tiến triển và cải thiện rụng tóc androgen ở bệnh nhân nữ (mức độ bằng chứng 1). Hiệu quả của dung dịch hoặc bột minoxidil 5% được sử dụng 1 lần mỗi ngày tương đương với dung dịch minoxidil 2% sử dụng 2 lần mỗi ngày (mức độ bằng chứng 2).

Hướng dẫn sử dụng/tính thực tế/tác dụng phụ

Minoxidil nên được sử dụng là 1 ml dung dịch bằng ống nhỏ hoặc nửa nắp bột lên tóc và da đầu khô hai lần mỗi ngày. Ở phụ nữ, công thức bột chỉ được khuyến nghị 1 lần mỗi ngày. Khi sử dụng ống phun, nó phải được phân bố đều trên các vùng bị ảnh hưởng. Phản ứng với liệu pháp nên được đánh giá sau 6 tháng. Nếu thành công, liệu pháp cần được tiếp tục để duy trì hiệu quả. Bệnh nhân nên được thông tin về việc tạm thời của sự rụng tóc telogen trong những tháng đầu tiên của liệu pháp. Hơn nữa, việc ngừng sử dụng minoxidil tại chỗ sẽ dẫn đến sự rụng tóc tăng lên.

Tác dụng phụ chính của minoxidil đặt ngoài da là tăng sinh tóc (hypertrichosis), có thể do việc lan rộng cục bộ hoặc sử dụng liên tục quá mức, đôi khi cũng do sự nhạy cảm cá nhân. Viêm kích ứng và viêm da tiếp xúc dị ứng cũng có thể xảy ra. Sự kích ứng thường xảy ra nhiều hơn với dung dịch 5% do nồng độ propylene glycol cao hơn.

Viêm da tiếp xúc do propylene glycol hoặc do chính minoxidil cần được xác nhận bằng phương pháp test áp da. Đề nghị ngưng sử dụng minoxidil tại chỗ trong thời kỳ mang thai và cho con bú do thiếu dữ liệu trong thời gian này.

Các phương pháp kết hợp - nam và nữ

9 nghiên cứu về hiệu quả của dung dịch minoxidil tại chỗ đơn độc so với phương pháp kết hợp ở nam giới đã được bao gồm trong đánh giá dựa trên bằng chứng. 3 nghiên cứu thu được bằng chứng loại A2 và 6 nghiên cứu thu được bằng chứng loại B. Tuy nhiên, do chỉ có một hoặc tối đa hai nghiên cứu về mỗi phương pháp kết hợp cụ thể, chỉ có thể ở cấp độ bằng chứng 3. 6 nghiên cứu về hiệu quả của dung dịch minoxidil tại chỗ đơn độc so với phương pháp kết hợp ở nữ đã được bao gồm trong đánh giá dựa trên bằng chứng. 3 nghiên cứu thu được bằng chứng loại B và 3 nghiên cứu thu được bằng chứng loại C, ở cấp độ bằng chứng 3. Để biết thông tin chi tiết về kết quả, xin xem phiên bản dài của hướng dẫn. Mặc dù mức độ bằng chứng của các nghiên cứu lựa chọn nói chung là tốt, nhưng chỉ có một hoặc tối đa 2 nghiên cứu về mỗi phương pháp kết hợp cụ thể, vì vậy hiện tại không thể đưa ra khuyến nghị (Bảng 5).

Bảng 5. Khuyến nghị điều trị cho minoxidil

<i>Bệnh nhân nam</i>
<p>↑↑ Dung dịch minoxidil 2 - 5% 1 ml hoặc một nửa nắp bột 5% hai lần mỗi ngày được khuyến nghị để cải thiện hoặc ngăn chặn sự tiến triển của AGA ở bệnh nhân nam trên 18 tuổi có AGA nhẹ đến trung bình (Hamilton-Norwood IIv-V)</p> <p>↑ Chúng tôi đề xuất sử dụng dung dịch 5% hoặc một nửa nắp bột 5% để tăng hiệu quả</p> <p>O Chúng tôi không thể đưa ra đề xuất cho bột minoxidil 5% thay vì dung dịch 5% vào thời điểm hiện tại</p> <p>↑ Phản ứng với liệu pháp cần được đánh giá sau 6 tháng. Nếu thành công, liệu pháp cần được tiếp tục để duy trì hiệu quả</p> <p>- > Để tăng hiệu quả, việc kết hợp finasterid uống 1 mg, 19/d và dung dịch minoxidil 2 - 5%, 29/d có thể được xem xét</p>
<p>O Chúng tôi không thể đưa ra đề xuất cho liệu pháp kết hợp của minoxidil dung dịch với 5α-reductase hoặc acid azelaic và betamethasone valerate vào thời điểm hiện tại. Cần thêm nghiên cứu để xác nhận sự ưu việt của các liệu pháp kết hợp bao gồm minoxidil dung dịch, diclofenac và dầu trà, minoxidil dung dịch, acid azelaic và betamethasone hoặc minoxidil dung dịch và microneedling</p>
<i>Bệnh nhân nữ</i>
<p>↑↑ Dung dịch minoxidil 2% 1 ml 2 lần mỗi ngày hoặc nửa ống 5% dung dịch bột minoxidil mỗi ngày được khuyến nghị để cải thiện hoặc ngăn chặn sự tiến triển của AGA ở bệnh nhân nữ trên 18 tuổi mắc AGA</p> <p>O Chúng tôi không thể đưa ra khuyến nghị cho dung dịch bột minoxidil 5% mỗi ngày thay vì dung dịch 2% 2 lần mỗi ngày vào thời điểm hiện tại</p> <p>↑ Phản ứng sau khi điều trị cần được đánh giá sau 6 tháng. Nếu thành công, điều trị cần được tiếp tục để duy trì hiệu quả</p> <p>O Chúng tôi không thể đưa ra khuyến nghị cho phương pháp điều trị kết hợp của minoxidil dung dịch với hồng sâm, acid azelaic và betamethasone hoặc các loại bổ sung dinh dưỡng qua đường uống vào thời điểm hiện tại</p>

Chất ức chế 5-alpha-reductase**Hiệu quả - nam giới***Finasterid*

25 nghiên cứu về hiệu quả của finasterid đối với bệnh nhân nam mắc bệnh rụng tóc androgen đã đáp ứng các tiêu chí bao gồm trong hướng dẫn. 13 nghiên cứu thu được bằng chứng loại A2, 9 bằng chứng loại B và 3 bằng chứng loại C. 14 nghiên cứu được kiểm soát bằng giả dược. Có thể

gán một cấp độ bằng chứng 1. Trong tất cả các thử nghiệm được lựa chọn, việc sử dụng finasterid 1 mg hàng ngày đã dẫn đến sự tăng đáng kể về tổng số tóc so với giả dược. Kết quả dài hạn được thể hiện trong 24, 36, 48, 60 và 120 tháng. Sự thay đổi trung bình so với điểm khởi đầu đã tăng đáng kể tại tất cả các điểm thời gian so với giả dược.

Finasterid so với minoxidil

Hai trong số các nghiên cứu bao gồm so sánh finasterid 1 mg/ngày với việc dùng tại chỗ dung



dịch minoxidil 2% hai lần mỗi ngày đã cho thấy sự ưu việt của finasterid sau 12 tháng. Trong hai nghiên cứu so sánh finasterid qua đường uống 1 mg với dung dịch minoxidil 5% hai lần mỗi ngày, kết quả có sự mâu thuẫn.

Finasterid qua đường uống so với finasterid tại chỗ

Sự tăng nhỏ nhưng đáng kể có ý nghĩa giống nhau từ thời điểm khởi đầu đã được thấy ở nhóm bệnh nhân nam mắc bệnh rụng tóc androgen dùng gel tại chỗ finasterid 1% hai lần mỗi ngày và viên giả dược một lần mỗi ngày và nhóm bệnh nhân nam mắc bệnh rụng tóc androgen uống viên finasterid 1 mg mỗi ngày và gel giả dược hai lần mỗi ngày trong 6 tháng. Không có dữ liệu về mức độ DHT trong huyết thanh được cung cấp, và cần có thêm nghiên cứu để xác nhận kết quả này.

Các phương pháp kết hợp - nam giới

Phương pháp kết hợp với finasterid 1 mg và dung dịch minoxidil 5% tại chỗ dẫn đến cải thiện tốt hơn so với các phương pháp điều trị đơn độc. Cơ chế hoạt động của các liệu pháp minoxidil và finasterid là khác nhau. Do đó, việc kết hợp

minoxidil tại chỗ và finasterid qua đường uống là có thể và có thể xem xét để tăng hiệu quả hơn cho bệnh nhân.

Dutasterid

5 nghiên cứu về dutasterid trong rụng tóc androgen đã được lựa chọn trong đánh giá dựa trên bằng chứng, 4 trong số đó thu được bằng chứng loại A2 và một trong số đó thu được bằng chứng loại C, ở cấp độ bằng chứng 1. 4 trong số 5 nghiên cứu đã được kiểm soát bằng giả dược. Trong tất cả các nghiên cứu, việc tăng trung bình đáng kể từ số tóc khởi đầu đã được báo cáo cho dutasterid 0,5 mg mỗi ngày.

Các chất ức chế 5 α -reductase khác có nguồn gốc từ thực vật

Các chất ức chế 5 α -reductase khác có nguồn gốc từ thực vật, như serenoa repens và Curcuma aeruginosa, đã được đánh giá trong hai nghiên cứu. Serenoa repens qua đường uống đã cho kết quả kém hơn so với finasterid qua đường uống. Curcuma aeruginosa tại chỗ đã cho kết quả tương tự như minoxidil tại chỗ, nhưng cần phải xác nhận kết quả này trong các nghiên cứu tiếp theo với theo dõi dài hạn và số lượng mẫu lớn hơn (Bảng 6).

Bảng 6. Khuyến nghị điều trị cho các chất ức chế 5 α -reductase

<i>Bệnh nhân nam</i>
<p>Finasterid</p> <p>↑↑ Dùng finasterid uống 1 mg/ngày được khuyến nghị để cải thiện hoặc ngăn chặn sự tiến triển của AGA ở nam giới trên 18 tuổi có AGA nhẹ đến trung bình (Hamilton-Norwood IIv-V)</p> <p>↑ Phản ứng với điều trị cần được đánh giá sau 6 tháng, tuy nhiên ở một số nam giới có thể không rõ ràng trước 12 tháng. Nếu hiệu quả, điều trị cần được tiếp tục để duy trì hiệu quả</p> <p>O Chúng tôi không thể đưa ra khuyến nghị cho hoặc phản đối việc điều trị bằng finasterid ngoài da vào thời điểm hiện tại</p> <p>? Để tăng hiệu quả, việc kết hợp finasterid uống 1 mg/ngày và dung dịch ,inoxidil ngoài da 2 - 5% hoặc bột 5% 29 lần/ngày có thể được xem xét</p>
<p>Dutasterid</p> <p>- > Dutasterid uống 0,5 mg/ngày có thể được xem xét trong trường hợp điều trị trước đó bằng finasterid 1 mg không hiệu quả trong hơn 12 tháng là phương pháp điều trị thứ hai để cải thiện hoặc ngăn chặn sự tiến triển của AGA ở nam giới trên 18 tuổi có AGA nhẹ đến trung bình (Hamilton-Norwood IIIv-V)</p>
<p>Serenoa repens</p> <p>O Chúng tôi không thể đưa ra khuyến nghị cho hoặc phản đối việc điều trị bằng serenoa repens uống vào thời điểm hiện tại</p>
<p>Curcuma aeruginosa</p> <p>O Chúng tôi không thể đưa ra khuyến nghị cho hoặc phản đối việc điều trị bằng curcuma aeruginosa ngoài da vào thời điểm hiện tại</p>
<i>Bệnh nhân nữ</i>
<p>Finasterid</p> <p>↓ Dùng finasterid uống 1 mg mỗi ngày không được đề xuất trong điều trị rụng tóc mẫu nữ ở phụ nữ sau mãn kinh</p> <p>O Chúng tôi không thể đưa ra khuyến nghị cho hoặc phản đối việc điều trị bằng finasterid uống 5 mg/ngày vào thời điểm hiện tại</p>

Hiệu quả - nữ giới*Finasterid*

Một nghiên cứu đánh giá hiệu quả của finasterid 1 mg hàng ngày và hai nghiên cứu đánh giá hiệu quả của finasterid 5 mg hàng ngày ở bệnh nhân nữ được lựa chọn trong đánh giá dựa trên bằng chứng. Các mức độ bằng chứng là A2, C và C dẫn đến mức độ chắc chắn bằng chứng 3. Ở bệnh nhân nữ mãn kinh, finasterid 1 mg không

thể hiện được hiệu quả; tuy nhiên, finasterid 5 mg có thể có hiệu quả ở bệnh nhân nữ mãn kinh và trước mãn kinh normoandrogenic. Tuy nhiên, không có thử nghiệm kiểm soát bằng giả dược nào trong nhóm đối tượng này. Cần thêm nghiên cứu trong các nhóm phụ nữ khác nhau mắc rụng tóc androgen bao gồm phụ nữ trẻ và phụ nữ có hoặc không có tăng sinh hormon nam giới trên lâm sàng.



Hướng dẫn sử dụng/tính khả thi/tác dụng phụ

Liều lượng khuyến nghị của finasterid ở nam giới là 1 mg/ngày. Phản ứng với điều trị cần được đánh giá sau 6 - 12 tháng. Nếu thành công, điều trị cần được tiếp tục để duy trì hiệu quả. Trong trường hợp điều trị bằng finasterid 1 mg hàng ngày không hiệu quả trong vòng 12 tháng, có thể xem xét việc sử dụng ngoại ý dutasterid 0,5 mg/ngày. Bệnh nhân đang dùng finasterid cần nhận biết về việc giảm antigen cụ thể của tuyến tiền liệt, điều quan trọng trong tìm ung thư tuyến tiền liệt ở nam giới. Các tác dụng phụ của finasterid đã được báo cáo bao gồm tăng vú ở nam giới; đau tinh hoàn; phản ứng quá mẫn; suy giảm chức năng tình dục, bao gồm rối loạn cương dương, rối loạn xuất tinh, giảm lượng tinh dịch và mất ham muốn tình dục. Ảnh hưởng tiêu cực lên tinh dịch đã được thấy ở nam giới có tiền sử liên quan đến vô sinh. Ảnh hưởng tiêu cực lên tâm trạng sau khi sử dụng finasterid đã được báo cáo ở bệnh nhân có tiền sử về rối loạn tâm lý.

Hội chứng sau finasterid cũng được thảo luận, được định nghĩa là các triệu chứng khác nhau kéo dài hàng tháng hoặc hàng năm sau khi ngừng điều trị finasterid, bao gồm rối loạn chức năng tình dục, mất ham muốn tình dục, trầm cảm, ý thức suy giảm, mệt mỏi và giảm độ nhạy của dương vật, có thể thường xảy ra ở nam giới có tiền sử rối loạn chức năng tình dục hoặc một tiền sử cá nhân hoặc gia đình về bệnh tâm thần. Do đó, finasterid không được khuyến nghị ở bệnh nhân đang mắc bệnh trầm cảm hoặc rối loạn chức năng tình dục.

Finasterid không được cấp phép dùng ở phụ nữ và chống chỉ định ở phụ nữ mang thai và phụ nữ có khả năng sinh sản vì nguy cơ nữ tính hóa thai nam. Nam giới được điều trị finasterid, do đó cần tránh việc hiến máu của họ. Nếu được uống

bởi phụ nữ ở tuổi sinh sản, cần có phương pháp tránh thai an toàn. Mức độ finasterid trong tinh dịch của nam giới đã được điều trị rất thấp, ngay cả khi sử dụng finasterid 5 mg/ngày đều đặn, và không có nguy cơ trong trường hợp có quan hệ tình dục với phụ nữ mang thai.

Hormon

Hiệu quả - nam giới

Điều trị uống thuốc nội tiết

Không có bằng chứng nào để ủng hộ phương pháp uống oestrogens hoặc anti-androgens để cải thiện hoặc ngăn chặn sự tiến triển của rụng tóc androgen ở bệnh nhân nam (mức độ bằng chứng 4).

Điều trị bôi thuốc nội tiết

Không khuyến nghị dùng anti-androgen fluridil và anti-oestrogen fulvestrant tại chỗ. Các nghiên cứu hiện có về việc sử dụng estrogen alfatradiol (= 17 alpha-oestradiol) tại chỗ ở nam giới, không có nhóm chứng và/hoặc kết quả không được báo cáo riêng biệt cho từng giới tính.

Hiệu quả - nữ giới

Điều trị uống thuốc nội tiết

4 nghiên cứu đáp ứng các tiêu chí lựa chọn, trong đó chỉ có một nghiên cứu được kiểm soát bằng placebo. 3 nghiên cứu thu được điểm chứng cứ loại B và một nghiên cứu thu được điểm chứng cứ loại C, dẫn đến mức độ chứng cứ cấp độ 3. Có bằng chứng hạn chế cho thấy rằng cyproterone acetate uống (CPA) có thể hữu ích cho phụ nữ mắc AGA và tăng nồng độ androgen (Bảng 7).

Điều trị bôi thuốc nội tiết

Không có bằng chứng nào để ủng hộ việc sử dụng các estrogen tự nhiên, progestogen hoặc chất chống androgen tại chỗ ở phụ nữ mắc AGA (mức độ chứng cứ 4). Các nghiên cứu về việc sử

dụng estrogen alfatradiol tại chỗ đơn độc hoặc kết hợp với corticosteroid tại chỗ cho các kết quả mâu thuẫn. Fulvestrant tại chỗ cho thấy kết quả tương đương với placebo và do đó dường như không hiệu quả ở phụ nữ mắc AGA.

Bảng 7. Khuyến nghị điều trị cho liệu pháp hormon

<i>Bệnh nhân nam</i>
<p>↓↓ Chúng tôi không khuyến nghị sử dụng estrogen uống hoặc các tác nhân chống receptor androgen để cải thiện hoặc ngăn chặn sự tiến triển của AGA ở bệnh nhân nam</p> <p>O Chúng tôi không thể đưa ra khuyến nghị về alfatradiol bôi ngoài cho bệnh nhân nam vào thời điểm hiện tại</p> <p>↓ Chúng tôi đề xuất rằng fluridil bôi ngoài không nên được sử dụng cho bệnh nhân nam mắc AGA</p> <p>↓ Chúng tôi đề xuất rằng fulvestrant bôi ngoài không nên được sử dụng cho bệnh nhân nam mắc AGA</p>
<i>Bệnh nhân nữ</i>
<p>O Chúng tôi không thể đưa ra khuyến nghị về việc sử dụng thuốc chống androgen uống (acetat chlormadinone, acetat cyproterone (CPA), drospirenone, spironolactone, flutamide) để cải thiện hoặc ngăn chặn sự tiến triển của AGA ở bệnh nhân nữ normoandrogenic vào thời điểm hiện tại</p> <p>? CPA uống có thể được xem xét để ngăn chặn sự tiến triển của AGA ở phụ nữ có dấu hiệu lâm sàng hoặc sinh học về tăng androgen</p> <p>O Chúng tôi không thể đưa ra khuyến nghị về việc sử dụng alfatradiol bôi ngoài để cải thiện hoặc ngăn chặn sự tiến triển của AGA ở bệnh nhân nữ vào thời điểm hiện tại</p> <p>O Chúng tôi không thể đưa ra khuyến nghị về việc sử dụng estrogen tự nhiên hoặc progesterone bôi ngoài để cải thiện hoặc ngăn chặn sự tiến triển của AGA ở bệnh nhân nữ vào thời điểm hiện tại</p> <p>O Chúng tôi không thể đưa ra khuyến nghị về việc sử dụng fluridil bôi ngoài để cải thiện hoặc ngăn chặn sự tiến triển của AGA ở bệnh nhân nữ vào thời điểm hiện tại.</p> <p>↓ Chúng tôi đề xuất rằng fulvestrant bôi ngoài không nên được sử dụng cho bệnh nhân nữ mắc AGA</p>

Hướng dẫn sử dụng/thực hành/tác dụng phụ

Trị liệu chống androgen qua đường uống ở phụ nữ: Acetat cyproterone thường được kê đơn kết hợp với estrogen như một biện pháp tránh thai qua đường uống (2 mg trong 21 ngày hoặc được thêm vào biện pháp tránh thai qua đường uống vào ngày 1 - 10 với liều 5 - 50 mg mỗi ngày để tăng cường hoạt động chống androgen). Các tác dụng phụ của acetat cyproterone bao gồm thay đổi tâm trạng trầm cảm và độc tính gan. Có nguy cơ cao về huyết khối ở bệnh nhân sử dụng thuốc tránh thai qua đường uống chứa estrogen,

có thể cao hơn ở những người sử dụng acetat cyproterone so với các loại thuốc tránh thai qua đường uống khác.

Phẫu thuật

Trong AGA, các khu vực mất tóc có thể được che phủ lại vĩnh viễn một cách thẩm mỹ, tuy nhiên với mật độ giảm đi. Phẫu thuật phục hồi tóc bao gồm phẫu thuật da đầu, cấy tóc hoặc kết hợp cả hai. Trong những thập kỷ gần đây, phẫu thuật cấy tóc đã tiến triển thành một thủ thuật ngoại khoa. Các đơn vị tóc gồm 1 - 4 sợi tóc được cấy vào số lượng lớn và mật độ cao.



Hiệu quả - nam giới

Mặc dù có nhiều công bố nghiên cứu về phẫu thuật tóc, nhưng không có nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng so sánh phẫu thuật cấy tóc so với không phẫu thuật cấy tóc. Điều này có thể là do sự biến thiên cao trong kỹ thuật, nhiều bước trong quá trình phẫu thuật, vấn đề trong việc đo lường sự mọc tóc, thiếu hỗ trợ tài chính và khó khăn trong việc tuyển chọn bệnh nhân cho nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng trong phẫu thuật cấy tóc.

Hiệu quả - phụ nữ

Ở bệnh nhân nữ, thiếu bằng chứng về phẫu thuật kết hợp với các phương pháp hỗ trợ. Chúng

tôi đề xuất rằng liệu pháp kết hợp có thể giảm tiến triển rụng tóc androgen sau phẫu thuật.

Hướng dẫn sử dụng/thực hành

Cấy tóc ở những ứng viên phù hợp với nguồn tóc hiến tốt, thực hiện bởi một đội ngũ kỹ thuật viên tay nghề cao, có thể cải thiện tình trạng rụng tóc androgen. Ở phụ nữ, cấy tóc có thể xem xét chỉ định cho trường hợp rụng tóc kiểu hình nam và mức Ludwig II của AGA đã ổn định. Điều này chỉ áp dụng nếu có đủ nguồn tóc hiến vĩnh viễn và không có hiện tượng rụng tóc telogen lan tỏa (Bảng 8).

Bảng 8. Khuyến nghị điều trị phẫu thuật

Bệnh nhân nam
→ Phẫu thuật, đặc biệt là cấy đơn vị tế bào gốc tóc (FUT), có thể được xem xét ở bệnh nhân nam có đủ tóc từ người hiến
↑ Chúng tôi đề xuất kết hợp cấy đơn vị tế bào gốc tóc (FUT) với finasterid 1 mg hàng ngày để đạt được kết quả lâm sàng tốt hơn
Bệnh nhân nữ
→ Phẫu thuật, đặc biệt là cấy đơn vị tế bào gốc tóc (FUT), có thể được xem xét ở bệnh nhân nữ có đủ tóc từ người hiến

Kết quả cuối cùng có thể được đánh giá sau 9 - 12 tháng. Trong nhiều trường hợp, cần có nhiều hơn một cuộc phẫu thuật. Ở nam giới, kết hợp của finasterid 1 mg và/hoặc minoxidil tại chỗ với cấy đơn vị tóc có thể giảm tiến triển rụng tóc androgen sau phẫu thuật. Rối loạn tâm thần về hình dáng cơ thể hoặc kỳ vọng không thực tế là các chống chỉ định cho phẫu thuật thẩm mỹ này.

Huyết tương giàu tiểu cầu (Platelet-rich plasma - PRP)

Hiệu quả - nam giới

Hai nghiên cứu đánh giá hiệu quả của PRP ở bệnh nhân nam và nữ mắc rụng tóc androgen đáp

ứng tiêu chí lựa chọn, cả hai đều có bằng chứng cấp C, dẫn đến cấp độ bằng chứng 3.

Hiệu quả - nữ giới

Ba nghiên cứu đánh giá hiệu quả của PRP đối với bệnh nhân nữ được bao gồm trong đánh giá dựa trên bằng chứng. Hai trong số chúng bao gồm bệnh nhân nam và nữ, trong đó một trong số đó chỉ bao gồm hai phụ nữ. Các cấp độ bằng chứng là B, C và C, dẫn đến mức độ bằng chứng 3. Trong các nghiên cứu, đã báo cáo việc tăng mật độ tóc. Tuy nhiên, PRP được thực hiện trên kích thước mẫu nhỏ, sử dụng các phương pháp nghiên cứu khác nhau và không có nhóm chứng. Hơn nữa, hai trong số ba nghiên cứu kết quả phân

tích tổng hợp đã được báo cáo cho nam và nữ. Trừ một nghiên cứu, không có theo dõi dài hạn nào được thực hiện. Dựa trên các nghiên cứu này, có ít bằng chứng để ủng hộ việc sử dụng PRP cho nam và nữ mắc AGA (Bảng 9).

Bảng 9. Đề xuất điều trị cho huyết tương giàu tiểu cầu (PRP)

<i>Bệnh nhân nam và nữ</i>
Hiện không có kỹ thuật chuẩn hóa để thực hiện PRP để cho phép đánh giá mục tiêu về tác động của nó đối với AGA
Chúng tôi không thể đưa ra đề xuất khuyến nghị hay không khuyến nghị điều trị AGA bằng huyết tương giàu tiểu cầu vào thời điểm hiện tại

Hướng dẫn sử dụng/tính khả thi/tác dụng phụ

Không có quy trình tiêu chuẩn nào cho việc điều trị AGA bằng PRP. Không có kỹ thuật tiêu chuẩn cho việc tách và kích hoạt tiểu cầu, liều lượng và tần suất tiêm. Hơn nữa, cần có thêm thông tin về sự cần thiết phối hợp PRP với các chất hóa học/tế bào khác. Tác dụng phụ chính của PRP bao gồm các tác dụng ngay lập tức của thủ thuật, bao gồm đau và sưng tạm thời sau điều trị và đau nhức; hiếm khi có các biến chứng sau điều trị, bao gồm đau da đầu kéo dài, phản ứng da đầu giống như bệnh vẩy nến, rụng tóc theo chu kỳ; hiếm khi nhiễm trùng thứ cấp và sẹo. Tác động của việc điều trị PRP đối với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cần được nghiên cứu sâu hơn.

Trị liệu bằng Low-level laser (light) therapy (LLLT)

Hiệu quả - nam giới

Hai nghiên cứu đánh giá hiệu quả của LLLT đối với bệnh nhân nam AGA với cấp độ bằng

chúng A2 và C được bao gồm trong đánh giá, dẫn đến mức độ bằng chứng 2.

Hiệu quả - nữ giới

Hai nghiên cứu đánh giá hiệu quả của LLLT đối với bệnh nhân nữ AGA đáp ứng các tiêu chí, với cấp độ bằng chứng A2 và C, dẫn đến mức độ bằng chứng 2.

Tổng cộng, 3 nghiên cứu liên quan đến LLLT đã đáp ứng các tiêu chí. Khi được sử dụng trong 16 và 26 tuần theo các quy trình nghiên cứu khác nhau và với hai thiết bị khác nhau, LLLT đã cho thấy sự tăng số tóc (mức độ bằng chứng 2). Tuy nhiên, không có theo dõi dài hạn nào được thực hiện. Một trong những nghiên cứu không được đối chứng bằng thiết bị đối chứng. Cần thêm nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng để xác định hiệu quả của các thiết bị này đối với mọc tóc so với các phương pháp đã được thiết lập và để đánh giá việc sử dụng lâu dài (Bảng 10).



Bảng 10. Đề xuất điều trị cho liệu pháp Low-level laser (light) therapy (LLLT)

<i>Bệnh nhân nam và nữ</i>
↑ Chúng tôi đề xuất sử dụng LLLT như một phương pháp điều trị phụ trợ cho AGA với các thiết bị sử dụng mức năng lượng đã được chứng minh là hiệu quả trong các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng
○ Chúng tôi không thể đưa ra đề xuất khuyến nghị hay không khuyến nghị việc điều trị hơn 6 tháng bằng LLLT cho AGA vào thời điểm hiện tại

Hướng dẫn sử dụng/tính khả thi/tác dụng phụ

Điều trị bằng LLLT được thực hiện tại nhà, sử dụng Laser Comb hoặc đeo thiết bị mũ điều trị trong thời gian nhất định. Thời lượng điều trị và tần suất thay đổi cho các thiết bị khác nhau. LLLT thường được dung nạp tốt và tác dụng phụ thường nhẹ, bao gồm da đầu khô, ngứa, đau nhức và cảm giác ấm.

Phương pháp khác

Ngoài các phương pháp điều trị đã được đề cập trước đó, còn có một loạt các phân tử, sản phẩm và biện pháp được tuyên bố giúp kích thích mọc tóc trong rụng tóc androgen. Các sản phẩm này bao gồm từ thuốc mỹ phẩm đến dược phẩm, các sản phẩm tự nhiên, thực phẩm chức năng và thậm chí là liệu pháp điện tĩnh/từ. Cách áp dụng bao gồm tại chỗ, uống và tiêm vào da đầu. Hầu hết các sản phẩm này tuyên bố có tính chất kích thích tóc mọc, mặc dù hiếm có các nghiên cứu lâm sàng đối chứng. Cần thêm các nghiên cứu đối chứng để

chứng minh tính liên quan của các phương pháp này và các phương pháp mới khác trong điều trị rụng tóc androgen.

Hướng dẫn sử dụng/tính khả thi/tác dụng phụ

Đối với hướng dẫn sử dụng cho các sản phẩm phức tạp, người đọc được yêu cầu tham khảo thông tin cụ thể về sản phẩm đó. Trong trường hợp can thiệp, bác sĩ điều trị chịu trách nhiệm cung cấp thông tin chi tiết cho bệnh nhân về thủ tục và các tác dụng phụ có thể có.

Các phương pháp kết hợp

Bệnh nhân thường yêu cầu một trong các phương pháp điều trị phức tạp cụ thể kết hợp với một phương pháp điều trị khác. Vì bằng chứng không đủ hoặc không có cho các phương pháp đã được đề cập ở trên, nên không thể khuyến nghị việc kết hợp các sản phẩm phức tạp khác nhau. Việc sử dụng kết hợp phương pháp phụ thuộc vào từng trường hợp cá nhân và quyết định của bệnh nhân và bác sĩ điều trị.