



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ EM MẮC RỤNG TÓC TỪNG VÙNG ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 11/2025-4/2026

**Thân Thị Trang¹, Đinh Hữu Nghị^{1,2}, Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,2}, Trương Thị Huyền Trang²,
Vũ Thị Phương Dung^{1,2}, Lê Thị Xuân², và Vũ Thái Hà^{1,2*}**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung Ương

* Tác giả liên hệ: Vũ Thái Hà, Email: vuthaiha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20/6/2026

Ngày phản biện: 31/7/2026

Ngày chấp nhận đăng: 17/8/2026

DOI: 10.56320/tcdlhhvn.online.341

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tích một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng ở trẻ em mắc rụng tóc từng vùng.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 175 bệnh nhi rụng tóc từng vùng, tuổi ≤ 16 đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 11/2025 đến tháng 04/2026. Các xét nghiệm Dermoscopy, IgE toàn phần, Anti-TPO, TRAb, TSH, FT4, ANA hep2, siêu âm tuyến giáp. Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan độc lập với rụng tóc từng vùng mức độ nặng ($SALT \geq 50\%$)

Kết quả: Tuổi trung vị của bệnh nhi là 10 tuổi; nhóm rụng tóc từng vùng mức độ nặng chiếm 14,9%. Nhóm bệnh nặng có thời gian mắc bệnh dài hơn, tỷ lệ tổn thương móng và rụng lông ngoài da đầu cao hơn so với nhóm nhẹ-trung bình ($p < 0,05$). Sau hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu, rụng lông ngoài da đầu (OR = 34,9; KTC 95%: 3,85–915; $p = 0,006$) và nồng độ IgE $>237,9$ IU/mL (OR = 5,67; KTC 95%: 1,17–38,2; $p = 0,044$) là hai yếu tố liên quan độc lập với rụng tóc từng vùng mức độ nặng. Trên dermoscopy, tóc hình chấm than và tóc gãy liên quan với nghiệm pháp kéo tóc dương tính ($p = 0,017$ và $p = 0,048$) và xuất hiện chủ yếu ở giai đoạn sớm của bệnh ($p < 0,05$). Không ghi nhận mối liên quan giữa ANA HEp-2, chức năng tuyến giáp hoặc tự kháng thể tuyến giáp với mức độ nặng của rụng tóc từng vùng.

Kết luận: Rụng lông ngoài da đầu và tăng IgE huyết thanh là hai yếu tố liên quan độc lập mạnh nhất với rụng tóc từng vùng mức độ nặng ở trẻ em. Tóc hình chấm than và tóc gãy là những dấu hiệu dermoscopy phản ánh hoạt tính bệnh. Việc đánh giá rụng lông ngoài da đầu và định lượng IgE nên được đưa vào quy trình thăm khám ban đầu nhằm hỗ trợ phân tầng nguy cơ và



định hướng theo dõi, điều trị ở trẻ mắc rụng tóc từng vùng. Các bất thường về ANA HEp-2 và tuyến giáp không liên quan với mức độ nặng trong nghiên cứu này.

Từ khóa: *Rụng tóc từng vùng trẻ em; IgE toàn phần; tự miễn; tuyến giáp; yếu tố tiên lượng.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rụng tóc từng vùng (Alopecia areata – AA) là bệnh lý da tự miễn phổ biến, đặc trưng bởi phản ứng viêm qua trung gian lympho T tấn công vào nang tóc trong giai đoạn anagen, làm gián đoạn chu trình mọc tóc. Mặc dù có khả năng tự hồi phục, AA thường diễn tiến dai dẳng, tái phát và có nguy cơ tiến triển thành rụng tóc toàn thể hoặc toàn thân, gây ảnh hưởng đáng kể đến tâm lý và chất lượng cuộc sống, đặc biệt ở đối tượng trẻ em.^{1,2}

Khác với người lớn, AA ở trẻ em có những khác biệt về tiến triển lâm sàng và tiên lượng. Sự phát triển chưa hoàn thiện của hệ miễn dịch, kết hợp với khuynh hướng cơ địa dị ứng và các rối loạn tự miễn phối hợp thường gặp, tạo nên một bệnh cảnh lâm sàng phức tạp.^{3,4} Những bệnh nhi khởi phát sớm (thường được định nghĩa trước 4–5 tuổi) thường có xu hướng tiến triển nặng và kháng trị, đòi hỏi chiến lược tiếp cận chuyên biệt.^{5,6}

Hiện nay, nhiều bằng chứng khoa học cho thấy mối liên quan mật thiết giữa AA với tình trạng tăng nồng độ IgE huyết thanh và các rối loạn chức năng tuyến giáp tự miễn.^{7–9} Tuy nhiên, tại Việt Nam, dữ liệu nghiên cứu về sự phối hợp giữa các dấu ấn sinh học này với đặc điểm lâm sàng và hình ảnh dermoscopy trên nhóm bệnh nhi rụng tóc từng vùng vẫn còn là một khoảng trống lớn. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện đề tài “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở trẻ em mắc rụng tóc từng vùng đến khám tại bệnh viện da liễu Trung ương giai đoạn 11/2025-4/2026”.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: phòng khám rụng tóc Bệnh viện Da liễu Trung ương
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11 năm 2025 đến tháng 4 năm 2026

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

- Bệnh nhi ≤ 16 tuổi được chẩn đoán xác định AA đến khám tại phòng khám rụng tóc Bệnh viện Da liễu Trung ương.
- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhi ≤ 16 tuổi được chẩn đoán xác định AA theo hiệp hội da liễu Anh năm 2024: chẩn đoán AA chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng chỉ làm khi có nghi ngờ.¹⁰
- + Triệu chứng lâm sàng:



Tạp chí Da liễu học Việt Nam – Bài Nghiên cứu khoa học

- Một hoặc nhiều đám rụng tóc hình tròn, giới hạn rõ, nhẵn, không ngứa.
- Sợi tóc “ dầu chấm than”

+ Cận lâm sàng: Chụp dermoscopy: hình ảnh dầu chấm than, chấm đen, tóc gãy, chấm vàng, tóc tơ...

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhi và người giám hộ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Thu thập toàn bộ bệnh nhi được chẩn đoán AA thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.
- Chọn mẫu: thuận tiện liên tiếp.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Nhóm biến số theo mục tiêu về đặc điểm lâm sàng (bệnh sử, tổn thương rụng tóc, rụng lông cơ thể, tổn thương móng), cận lâm sàng (dermoscopy, antiTPO, TRAb, FT4, TSH, siêu âm tuyến giáp, ANA HEp-2)

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Công cụ thu thập được xây dựng dựa trên biến số nghiên cứu, đảm bảo độ tin cậy, chính xác và khả thi.
- Người thu thập số liệu phải được tập huấn, chuẩn hóa và tuân thủ quy trình nghiên cứu.
- Quy trình cần thực hiện nghiêm túc, có giám sát để bảo đảm chất lượng.
- Thông tin được kiểm tra logic trước khi phân tích

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm Stata 17.0 và R studio
- Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm so sánh bằng phép kiểm Chi bình phương; sử dụng kiểm định Fisher exact khi tần suất mong đợi < 5 để khảo sát mối liên quan giữa các biến
- Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị; sử dụng kiểm định t-test/ANOVA hoặc Mann–Whitney/Kruskal–Wallis tùy theo phân phối số liệu.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Da liễu Trung Ương phê duyệt với quyết định 133/HĐĐĐ-BVDLTW ngày 27/11/2025.
- Đối tượng nghiên cứu, người giám hộ đồng ý và tự nguyện tham gia sau khi được giải thích về mục đích và lợi ích của nghiên cứu. Thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.



III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhi rụng tóc từng vùng tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n= 175)

Đặc điểm	Tổng (n = 175) ¹	Nhẹ & trung bình (SALT <50%) n = 149 ¹	Nặng (SALT ≥ 50%) n = 26 ¹	p ²
Tuổi hiện tại	10.0 (8.0 - 13.0)	10.0 (7.0 - 12.0)	12.5 (10.0 - 14.0)	0.006
Giới tính				0.4
Nam	98 (56%)	81 (54%)	17 (65%)	
Nữ	77 (44%)	68 (46%)	9 (35%)	
Tiền sử gia đình				0.2
Có	5 (2.9%)	3 (2.0%)	2 (7.7%)	
Không	170 (97%)	146 (98%)	24 (92%)	
Tiền sử cá nhân				>0.9
Có	12 (6.9%)	11 (7.4%)	1 (3.8%)	
Không	163 (93%)	138 (93%)	25 (96%)	
Tuổi khởi phát lần đầu	10.0 (7.0 - 12.0)	9.0 (7.0 - 12.0)	11.5 (8.0 - 13.0)	0.039
Thời gian mắc bệnh (tháng)	3 (2 - 9)	3 (1 - 7)	8 (3 - 15)	0.003
Phân loại thời gian mắc bệnh				0.008
≤ 6 tháng	120 (67%)	108 (73%)	12 (46%)	
> 6 tháng	55 (33%)	41 (27%)	14 (54%)	
Tiền sử tái phát rụng tóc từng vùng				0.13
Có	14 (8%)	10 (7%)	4 (15%)	
Không	161 (92%)	139 (93%)	22 (85%)	
Số lượng mảng rụng				0,51
Khu trú (1-3 mảng)	163 (93,1%)	138 (53%)	25 (3.8%)	
Nhiều mảng ≥ 3 mảng	12 (6,9%)	11 (47%)	1 (96%)	
Tổn thương móng				0.002



Có	27 (15%)	17 (11%)	10 (38%)	
Không	148 (85%)	132 (89%)	16 (62%)	
Rụng lông				<0.001
Có	18 (10%)	6 (4.0%)	12 (46%)	
Không	157 (90%)	143 (96%)	14 (54%)	
¹ Median (Q1 - Q3); n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test				

Bệnh nhi nghiên cứu có tuổi trung vị là 10 (IQR: 8–13), ưu thế ở nam giới (56%). Phần lớn không có bệnh đồng mắc (86,3%), ghi nhận chủ yếu là AA tái phát (7,4%) và bệnh lý cơ địa (6%); tiền sử gia đình mắc bệnh lý tương tự chỉ chiếm 2,9%. Phân tích theo mức độ bệnh cho thấy, thể bệnh nặng ($SALT \geq 50\%$) có thời gian mắc bệnh kéo dài > 6 tháng (54%; $p=0,008$). Các yếu tố lâm sàng dự báo tình trạng bệnh nặng bao gồm: tuổi khởi phát ($p=0,039$), thời gian rụng tóc > 6 tháng ($p=0,008$), tổn thương móng ($p=0,002$) và rụng lông (lông mày, lông mi) kèm theo ($p<0,001$).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1 Đặc điểm trên Dermoscopy

Bảng 2: Mối liên quan giữa các đặc điểm trên dermoscopy và nghiệm pháp kéo tóc ở bệnh nhân AA trẻ em

Dermoscopy	Test kéo tóc		
	Âm tính N = 122 ¹	Dương tính N = 53 ¹	p ²
Tóc chấm than			0.017
Có	71 (58%)	41 (77%)	
Không	51 (42%)	12 (23%)	
Dấu chấm đen			0.818
Có	105 (86%)	45 (85%)	
Không	17 (14%)	8 (15%)	
Dấu chấm vàng			0.603
Có	79 (65%)	37 (70%)	
Không	43 (35%)	16 (30%)	
Tóc gãy / chẻ ngọn			0.048
Có	57 (47%)	34 (64%)	



Không	65 (53%)	19 (36%)	
Tóc tơ			0.246
Có	118 (97%)	49 (92%)	
Không	4 (3.3%)	4 (7.5%)	
Tóc mọc lại			0.819
Có	103 (84%)	46 (87%)	
Không	19 (16%)	7 (13%)	
¹ n (%)			
² Fisher's exact test			

Nghiệm pháp kéo tóc dương tính liên quan có ý nghĩa với hai dấu hiệu dermoscopy phản ánh hoạt tính bệnh là tóc chấm than và tóc gãy. Cụ thể, tỷ lệ tóc chấm than ở nhóm test kéo tóc dương tính cao hơn nhóm âm tính (77% so với 58%; $p = 0,017$), tương tự đối với tóc gãy (64% so với 47%; $p = 0,048$). Trong khi đó, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa đối với dấu chấm đen, dấu chấm vàng, tóc tơ và tóc mọc lại ($p > 0,05$).

Bảng 3: So sánh thời gian mắc bệnh trung bình với nghiệm pháp kéo tóc và sự xuất hiện của các dấu hiệu trên hình ảnh dermoscopy ở bệnh nhi rụng tóc từng vùng

Đặc điểm	Có dấu hiệu Thời gian mắc TB (tháng) ¹	Không có dấu hiệu Thời gian mắc TB (tháng) ¹	p ²
Test kéo tóc	3,0 [2,0 - 6,0]	3,0 [1,0 - 10,8]	0.63
Dấu hiệu chấm than	2,0 [1,0 - 8,0]	3,0 [2,0 - 12,0]	0,01
Dấu hiệu chấm đen	3,0 [1,0 - 8,0]	7,5 [3,0 - 24,0]	< 0,001
Dấu hiệu tóc gãy	2,0 [1,0 - 6,5]	4,0 [2,0 - 12,0]	0,002
Chấm vàng	3,0 [1,0 - 9,8]	3,0 [2,0 - 10,0]	0,38
Tóc tơ	3,0 [1,8 - 9,0]	12,0 [2,0 - 12,0]	0.31
Tóc mọc lại	3,0 [2,0 - 9,2]	3,0 [1,0 - 12,0]	0.98
¹ Median [Q1-Q3], ² Mann-Whitney U test			

Về thời gian mắc bệnh, bệnh nhân có dấu hiệu chấm than, chấm đen và tóc gãy có thời gian mắc bệnh ngắn hơn đáng kể so với nhóm không có các dấu hiệu này (lần lượt $p = 0,01$; $p < 0,001$ và $p = 0,002$). Ngược lại, nghiệm pháp kéo tóc, dấu chấm vàng, tóc tơ và tóc mọc lại không liên quan với thời gian mắc bệnh ($p > 0,05$).

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng



Bảng 4: Đặc điểm cận lâm sàng phân bố theo mức độ nặng của bệnh

Đặc điểm	Tổng cộng (n = 175)¹	Nhẹ - trung bình (n = 149)¹	Nặng (n = 26)¹	p²
Nồng độ IgE toàn phần	203 (75 - 543)	181 (73 - 491)	430 (239 - 833)	0,023
Nồng độ IgE toàn phần sinh lý theo tuổi				0,046
Giảm	42 (29%)	39 (31%)	3 (17%)	
Bình thường	20 (14%)	19 (15%)	1 (5,6%)	
Tăng	82 (57%)	68 (54%)	14 (78%)	
Bất thường tuyến giáp				
<i>Rối loạn chức năng tuyến giáp</i>				0,37
- Bình thường	160 (94%)	135 (93%)	25 (100%)	
- Suy giáp dưới lâm sàng	10 (5,9%)	10 (6,9%)	0 (0%)	
- Cường giáp	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
<i>Bất thường tự miễn</i>				0,047
- Bình thường	101 (64%)	90 (68%)	11 (44%)	
- Tăng anti TPO	7 (4,5%)	5 (3,8%)	2 (8,0%)	
- Tăng TrAb	49 (31%)	37 (28%)	12 (48%)	
<i>Siêu âm tuyến giáp</i>				>0,98
- Bình thường	172 (99%)	146 (99%)	26 (100%)	
- Hỗn hợp âm	1 (0,6%)	1 (0,7%)	0 (0%)	
Kháng thể ANA Hep-2				0,6
Âm tính	130 (77%)	109 (76%)	21 (81%)	
Dương tính	39 (23%)	34 (24%)	5 (19%)	
¹ n (%)				
² Fisher's exact test				
* Giá trị IgE theo tuổi: 1-2 tuổi: 30-45UI/mL, 3-5 tuổi: 50-60UI/mL, 6-9 tuổi: 90-150UI/mL, 10-16 tuổi: 100-200UI/mL				

Bệnh nhân rụng tóc từng vùng mức độ nặng có nồng độ IgE toàn phần cao hơn đáng kể so với nhóm nhẹ-trung bình (430 [239–833] so với 181 [73–491] IU/mL; p = 0,023). Tỷ lệ tăng IgE theo giá trị sinh lý của tuổi cũng cao hơn ở nhóm bệnh nặng (78% so với 54%; p =

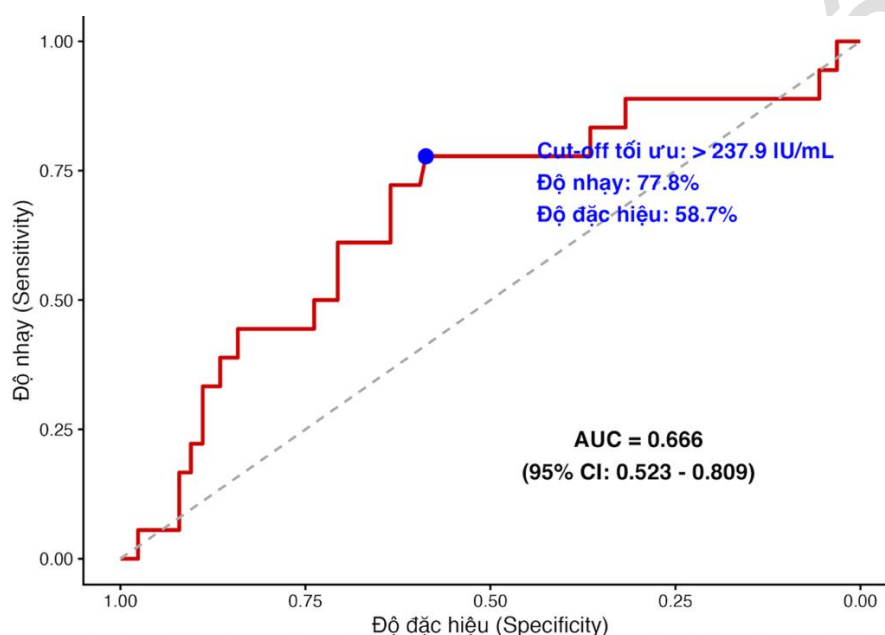


0,046). Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về rối loạn chức năng tuyến giáp, bất thường tự miễn tuyến giáp, hình thái trên siêu âm tuyến giáp cũng như tỷ lệ dương tính ANA Hep-2 (đều $p > 0,05$).

3.3. Một số yếu tố tiên lượng nặng trong rụng tóc từng vùng

3.3.1. IgE toàn phần và mức độ nặng của bệnh

Biểu đồ 1: Đường cong ROC đánh giá khả năng dự báo mức độ nặng của bệnh dựa trên nồng độ IgE toàn phần.



Phân tích đường cong ROC củng cố giá trị định lượng IgE trong việc hỗ trợ tiên lượng mức độ nặng, với diện tích dưới đường cong (AUC) đạt 0,666 (95% CI: 0,523 - 0,809). Việc thiết lập điểm cắt (cut-off) tối ưu ở mức $>237,9$ IU/mL có độ nhạy 77,8% và độ đặc hiệu 58,7% trong việc nhận diện bệnh nhi thuộc nhóm $SALT \geq 50\%$. Kết quả này chỉ ra rằng sự gia tăng nồng độ của IgE huyết thanh có vai trò như một chỉ dấu sinh học tiềm năng phản ánh mức độ nặng của bệnh.

3.3.2. Phân tích đơn biến và đa biến trong tiên lượng mức độ nặng của bệnh

Bảng 5: Phân tích hồi quy logistic đa biến đánh giá các yếu tố tiên lượng lâm sàng và cận lâm sàng độc lập.

Đặc điểm	OR đơn biến			OR đa biến		
	OR	95% CI	p-value	OR	95% CI	p-value



Tuổi khởi phát (tăng mỗi 1 tuổi)	1.01	0.88, 1.17	0.8	1.29	0.99, 1.79	0.089
Thời gian mắc bệnh						
≤ 6 tháng	—	—		—	—	
> 6 tháng	3.01	1.10, 8.46	0.032	2.36	0.52, 11.7	0.3
Có tổn thương móng						
Không	—	—		—	—	
Có	5.92	1.99, 17.5	0.001	5.41	0.68, 49.1	0.11
Có rụng lông						
Không	—	—		—	—	
Có	32.8	8.16, 169	<0.001	34.9	3.85, 915	0.006
Nồng độ IgE > 237.9 IU/mL						
≤ 237.9 IU/mL	—	—		—	—	
> 237.9 IU/mL	4.98	1.68, 18.3	0.007	5.67	1.17, 38.2	0.044
Abbreviations: CI = Confidence Interval, OR = Odds Ratio						

Các biến số có ý nghĩa trong mô hình đơn biến - bao gồm thời gian mắc bệnh > 6 tháng, tổn thương móng- đều mất ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh đa biến ($p > 0,05$). Ngược lại, tình trạng rụng lông kèm theo làm tăng nguy cơ tiến triển nặng lên 34,9 lần (aOR=34,9; 95% CI:3,85–915; $p=0,006$) và nồng độ IgE > 237,9 IU/mL làm tăng nguy cơ lên 5,67 lần (aOR=5,67; 95% CI:1,17–38,2; $p=0,044$).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung vị của bệnh nhi rụng tóc từng vùng (AA) là 10 tuổi, tương đồng với Xiao FL và cộng sự nhưng thấp hơn Kaya và cộng sự, phản ánh sự khác biệt về đặc điểm quần thể nghiên cứu.^{11,12} Tỷ lệ tiền sử gia đình (2,9%) và cơ địa dị ứng (6,9%) cũng thấp hơn các báo cáo trước đây, trong đó Rangu và cộng sự ghi nhận 17,6% bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc bệnh, còn Li và cộng sự báo cáo 26,5% bệnh nhân có cơ địa dị ứng.^{9,13}

Trong số các đặc điểm lâm sàng, nhóm AA mức độ nặng ($SALT \geq 50\%$) chiếm 14,9%, có thời gian mắc bệnh dài hơn và tỷ lệ tổn thương móng cao hơn nhóm nhẹ-trung bình, phù



hợp với các nghiên cứu trước đây.^{14,15} Đáng chú ý, rụng lông ngoài da đầu là một trong những yếu tố liên quan mạnh nhất với mức độ nặng của bệnh. Tỷ lệ rụng lông ở nhóm SALT $\geq 50\%$ cao hơn rõ rệt so với nhóm nhẹ-trung bình (46% so với 4,0%; $p < 0,001$) và sau hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu vẫn là yếu tố liên quan độc lập (OR = 34,9; KTC 95%: 3,85–915; $p = 0,006$). Tỷ lệ rụng lông ngoài da đầu trong nghiên cứu (10%) tương đồng với Nguyễn Thùy Linh (12,7%)¹⁴ nhưng thấp hơn đáng kể so với Wohlmuth-Wieser (71,8%)¹⁶, nhiều khả năng do tỷ lệ bệnh nhân thể nặng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Kết quả này phù hợp với đồng thuận ASAMI năm 2024, trong đó rụng lông mày, lông mi được khuyến cáo đưa vào đánh giá mức độ nặng bên cạnh thang điểm SALT, nhấn mạnh giá trị việc thăm khám lông ngoài da đầu ngay từ lần khám đầu tiên.¹⁷

Bên cạnh biểu hiện lâm sàng, IgE là chỉ dấu miễn dịch duy nhất liên quan độc lập với mức độ nặng của bệnh. Hơn một nửa bệnh nhân có IgE vượt ngưỡng tham chiếu theo tuổi (57%), cao hơn các nghiên cứu chủ yếu trên người lớn và phù hợp với nhận định của Sun Y và Li SF rằng IgE tăng phổ biến hơn ở bệnh nhi AA.^{7,9} Nhóm SALT $\geq 50\%$ có nồng độ IgE cao hơn đáng kể so với nhóm nhẹ-trung bình và bệnh nhân có IgE $>237,9$ IU/mL có nguy cơ mắc AA mức độ nặng cao gấp 5,67 lần sau hiệu chỉnh (KTC 95%: 1,17–38,2; $p = 0,044$). Kết quả này tương đồng với Sun Y và cộng sự, khi IgE ≥ 200 IU/mL được đề xuất như một chỉ dấu tiên lượng, phản ánh sự hoạt hóa của đáp ứng miễn dịch type 2 ở một nhóm bệnh nhân AA.⁷

Về dermoscopy, dấu hiệu chấm than và tóc gãy là hai dấu hiệu phản ánh hoạt tính bệnh rõ nhất. Hai dấu hiệu này gặp nhiều hơn ở bệnh nhân có nghiệm pháp kéo tóc dương tính và xuất hiện chủ yếu trong giai đoạn sớm của bệnh, với thời gian mắc bệnh ngắn hơn đáng kể so với nhóm không có dấu hiệu. Kết quả này phù hợp với Zhang và cộng sự (2020)¹⁸ và Waskiel-Burnat và cộng sự (2019)¹⁹, khẳng định tóc hình chấm than và tóc gãy là những chỉ điểm của hoạt động viêm đang diễn ra. Ngược lại, dấu chấm vàng và tóc tơ mặc dù xuất hiện thường xuyên nhưng không ghi nhận mối liên quan với thời gian mắc bệnh hoặc nghiệm pháp kéo tóc, cho thấy giá trị hạn chế hơn trong đánh giá hoạt tính bệnh.

Tỷ lệ ANA HEp-2 dương tính trong nghiên cứu là 23%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thùy Linh (4,1%)¹⁴ và Kaya G, Tak AY (9,6%).¹² Tuy nhiên, không ghi nhận mối liên quan giữa ANA HEp-2 dương tính và mức độ nặng của AA ($p = 0,6$), phù hợp với Kaya G và Tak AY.¹² Điều này có thể giải thích bởi ANA không phải là dấu ấn đặc hiệu của AA và cũng có thể gặp ở trẻ khỏe mạnh. Mariz và cộng sự (2011) ghi nhận tỷ lệ ANA HEp-2 dương tính trong quần thể khỏe mạnh là 12,9%²⁰ trong khi Şahin và cộng sự (2023) báo cáo tỷ lệ này lên tới 27,4% ở 3.320 trẻ em, nhưng chỉ khoảng 7% trường hợp ANA dương tính thực sự mắc bệnh tự



miễn có ý nghĩa lâm sàng. Ngoài ra, mặc dù hình thái lắng đọng homogeneous được xem là yếu tố làm tăng nguy cơ bệnh tự miễn ($OR = 4,56; p < 0,001$)²¹, các trường hợp có kiểu homogeneous trong nghiên cứu của chúng tôi đều chỉ có hiệu giá thấp (1+) và không kèm bất kỳ biểu hiện lâm sàng hoặc bất thường xét nghiệm nào. Do đó, kết quả nghiên cứu cũng có quan điểm rằng ANA HEP-2 dương tính đơn độc không có giá trị tiên lượng mức độ nặng của bệnh. Tương tự, Park MJ và cộng sự (2023) khuyến cáo không cần theo dõi thường quy chỉ dựa trên kết quả ANA HEP-2 dương tính đơn độc.²² Ở trẻ không có triệu chứng gợi ý bệnh mô liên kết, việc quản lý nên dựa trên sự kết hợp giữa hiệu giá ANA, hình thái lắng đọng và biểu hiện lâm sàng; chỉ những trường hợp nguy cơ cao mới cần theo dõi hoặc chuyển khám chuyên khoa, trong khi các trường hợp còn lại chỉ cần theo dõi lâm sàng định kỳ mà không cần lặp lại xét nghiệm ANA thường quy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 94,1% bệnh nhi có chức năng tuyến giáp bình thường, chỉ 5,9% có suy giáp dưới lâm sàng và không ghi nhận trường hợp cường giáp. Đồng thời, không có mối liên quan giữa rối loạn chức năng tuyến giáp ($p = 0,37$), tự kháng thể tuyến giáp ($p = 0,19$) hay bất thường siêu âm ($p > 0,98$) với mức độ nặng của bệnh. Kết quả này phù hợp với Patel và cộng sự cũng như phân tích gộp của Kinoshita-Ise và cộng sự, cho thấy AA có liên quan chủ yếu với khuynh hướng tự miễn tuyến giáp hơn là với rối loạn chức năng tuyến giáp hoặc mức độ nặng của bệnh.^{23,24} Mặc dù tỷ lệ TRAb dương tính có xu hướng cao hơn ở nhóm bệnh nặng (48% so với 28%), sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê, nhiều khả năng do chỉ khoảng một nửa số bệnh nhân được làm xét nghiệm kháng thể và số trường hợp AA mức độ nặng còn hạn chế. Vì vậy, chưa đủ bằng chứng để khẳng định vai trò tiên lượng của các tự kháng thể tuyến giáp trong AA ở trẻ em. Từ góc độ thực hành lâm sàng, kết quả này không ủng hộ việc sàng lọc chức năng hoặc tự kháng thể tuyến giáp thường quy cho mọi bệnh nhân AA; xét nghiệm nên được chỉ định ở những trường hợp có yếu tố nguy cơ hoặc biểu hiện lâm sàng gợi ý bệnh tuyến giáp tự miễn.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Do thiết kế cắt ngang, nghiên cứu chỉ phản ánh mối liên quan tại một thời điểm và không thể xác định quan hệ nhân quả hoặc giá trị tiên lượng theo thời gian của các yếu tố được khảo sát. Nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm tuyến cuối có thể dẫn đến thiên lệch về nhóm bệnh nặng. Cần các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm để xác nhận các phát hiện này

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

5.1. Kết luận



Nghiên cứu trên 175 bệnh nhi rụng tóc từng vùng cho thấy rụng lông ngoài da đầu và nồng độ IgE >237,9 IU/mL là hai yếu tố liên quan độc lập với rụng tóc từng vùng mức độ nặng (SALT $\geq$ 50%). Trên dermoscopy, tóc hình chấm than và tóc gãy là những dấu hiệu phản ánh hoạt tính bệnh, thường gặp ở giai đoạn sớm và liên quan với nghiệm pháp kéo tóc dương tính. Ngược lại, không ghi nhận mối liên quan giữa rối loạn chức năng tuyến giáp, tự kháng thể tuyến giáp hoặc ANA HEp-2 với mức độ nặng của bệnh. Các kết quả này góp phần làm rõ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rụng tóc từng vùng ở trẻ em, đồng thời cung cấp thêm bằng chứng về vai trò của rụng lông ngoài da đầu, IgE và dermoscopy trong đánh giá nguy cơ bệnh nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gilhar, A., Etzioni, A. & Paus, R. Alopecia Areata. *N. Engl. J. Med.* 366, 1515–1525 (2012).
2. Sibbald, C. Alopecia Areata: An Updated Review for 2023. *J. Cutan. Med. Surg.* 27, 241–259 (2023).
3. Comorbidities in pediatric alopecia areata: Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology. *Ovid* <https://www.ovid.com/journals/jeadv/fulltext/10.1111/jdv.16727~comorbidities-in-pediatric-alopecia-areata> doi:10.1111/jdv.16727.
4. Czarnewicki, T. *et al.* Alopecia areata is characterized by expansion of circulating Th2/Tc2/Th22, within the skin-homing and systemic T-cell populations. *Allergy* 73, 713–723 (2018).
5. Lim, J.-H., Kwon, S.-H., Sim, W.-Y. & Lew, B.-L. A clinical investigation of early-onset alopecia areata in children: Onset earlier than 4 years of age might have a better short-term prognosis. *Exp. Dermatol.* 33, e14991 (2024).
6. Sun, D. I. & Paller, A. S. Assessment of Alopecia Areata Disease Severity in Pediatric Patients. *Pediatr. Dermatol.* 42, 31–35 (2025).
7. Sun, Y. *et al.* Correlation between increased total serum IgE levels and clinical features in alopecia areata patients. *Front. Immunol.* 16, 1581976 (2025).
8. Suárez-Fariñas, M. *et al.* Alopecia areata profiling shows TH1, TH2, and IL-23 cytokine activation without parallel TH17/TH22 skewing. *J. Allergy Clin. Immunol.* 136, 1277–1287 (2015).
9. Li, S. F. *et al.* Allergy to dust mites may contribute to early onset and severity of alopecia areata. *Clin. Exp. Dermatol.* 40, 171–176 (2015).
10. Berth-Jones, J. *et al.* British Association of Dermatologists guidelines for the safe and effective prescribing of oral ciclosporin in dermatology 2018. *Br. J. Dermatol.* 180, 1312–1338 (2019).
11. Xiao, F.-L. *et al.* The Epidemiology of Childhood Alopecia Areata in China: A Study of 226 Patients. *Pediatr. Dermatol.* 23, 13–18 (2006).
12. Kaya, G. & Tak, A. Y. Evaluation of SALT score severity in correlation with trichoscopic findings in alopecia areata: a study of 303 patients. *Arch. Dermatol. Res.* 317, 523 (2025).



13. Understanding alopecia areata characteristics in children under the age of 4 years - Rangu - 2019 - Pediatric Dermatology - Wiley Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pde.13990>.

14. Nguyễn T. L. Điều trị rụng tóc từng mảng bằng ni tơ lỏng kết hợp bôi kem Clobetasol propionate 0,05%. (2022).

15. Serarslan, G., Savaş, N. & Yenin, J. Z. Is atopy and autoimmunity more prevalent in patients with alopecia areata? A comparative study. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. JEADV* 26, 720–723 (2012).

16. Wohlmuth-Wieser, I. *et al.* Childhood alopecia areata-Data from the National Alopecia Areata Registry. *Pediatr. Dermatol.* 35, 164–169 (2018).

17. ASAMI Consensus Survey Study Group. The Alopecia Areata Severity and Morbidity Index (ASAMI) Study: Results From a Global Expert Consensus Exercise on Determinants of Alopecia Areata Severity. *JAMA Dermatol.* 160, 341–350 (2024).

18. Sequential cyclic changes of hair roots revealed by dermoscopy demonstrate a progressive mechanism of diffuse alopecia areata over time - Zhang - 2020 - Experimental Dermatology - Wiley Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/exd.13799>.

19. Waśkiel, A., Rakowska, A., Sikora, M., Olszewska, M. & Rudnicka, L. Trichoscopy of alopecia areata: An update. *J. Dermatol.* 45, 692–700 (2018).

20. Mariz, H. A. *et al.* Pattern on the antinuclear antibody–HEp-2 test is a critical parameter for discriminating antinuclear antibody–positive healthy individuals and patients with autoimmune rheumatic diseases. *Arthritis Rheum.* 63, 191–200 (2011).

21. Şahin, N. *et al.* Clinical usefulness of anti-nuclear antibody in childhood: real-world experience at a tertiary care center : Usefulness of ANA in pediatric autoimmune diseases. *Eur. J. Pediatr.* 182, 3325–3335 (2023).

22. Noso, S. *et al.* Organ specificity in autoimmune diseases: thyroid and islet autoimmunity in alopecia areata. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 100, 1976–1983 (2015).

23. Patel, D., Li, P., Bauer, A. J. & Castelo-Soccio, L. Screening Guidelines for Thyroid Function in Children With Alopecia Areata. *JAMA Dermatol.* 153, 1307–1310 (2017).

24. Kinoshita-Ise, M., Martinez-Cabriaes, S. A. & Alhusayen, R. Chronological association between alopecia areata and autoimmune thyroid diseases: A systematic review and meta-analysis. *J. Dermatol.* 46, 702–709 (2019).



**ALOPECIA AREATA PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF
DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY FROM NOVEMBER 2025 TO APRIL 2026**

**Trang Thi Than¹, MD; Nghi Huu Dinh^{1,2}, MD, PhD; Ha Thi Ha Nguyen^{1,2}, MD, PhD;
Trang Thi Huyen Truong², MD; Dung Thi Phuong Vu^{1,2}, MD; Xuan Thi Le², MD; and
Ha Thai Vu, MD, PhD^{1,2*}**

¹ Hanoi Medical University

² National Hospital of Dermatology and Venereology

Corresponding author: Ha Thai Vu ,MD, PhD; Email: vuthaiha@hmu.edu.vn

Abstract

Objective: To investigate the clinical and laboratory characteristics and identify factors associated with disease severity in children with alopecia areata (AA).

Methods: A cross-sectional study was conducted on 175 children (≤ 16 years) diagnosed with AA who attended the National Hospital of Dermatology and Venereology, Vietnam, between November 2025 and April 2026. All patients underwent dermoscopic examination and laboratory evaluation, including IgE, anti-TPO, TRAb, TSH, FT4, ANA HEp-2, and thyroid ultrasonography. Multivariable logistic regression analysis was performed to identify independent factors associated with severe AA (Severity of Alopecia Tool [SALT] score $\geq 50\%$).

Results: The median age of the participants was 10 years, and 14.9% had severe AA. Compared with patients with mild-to-moderate disease, those with severe AA had a longer disease duration and a higher prevalence of nail involvement and non-scalp hair loss (all $p < 0.05$). After adjustment for potential confounders, non-scalp hair loss (OR, 34.9; 95% CI, 3.85–915; $p = 0.006$) and total serum IgE > 237.9 IU/mL (OR, 5.67; 95% CI, 1.17–38.2; $p = 0.044$) remained independently associated with severe AA. Dermoscopic exclamation mark hairs and broken hairs were significantly associated with a positive hair pull test ($p = 0.017$ and $p = 0.048$, respectively) and were more frequently observed during the early stage of disease ($p < 0.05$). No significant associations were found between disease severity and ANA HEp-2 positivity, thyroid function abnormalities, or thyroid autoantibodies.

Conclusions: Non-scalp hair loss and elevated serum IgE are the strongest independent factors associated with severe pediatric AA. Exclamation mark hairs and broken hairs are valuable dermoscopic markers of disease activity. Routine assessment of non-scalp hair involvement and serum IgE levels should be incorporated into the initial evaluation of children with AA to



Tạp chí

DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

Tạp chí Da liễu học Việt Nam – Bài Nghiên cứu khoa học

improve risk stratification and guide clinical management. In contrast, ANA HEp-2 positivity and thyroid abnormalities were not associated with disease severity in this cohort.

Keywords: *alopecia areata; pediatric alopecia areata; immunoglobulin E; thyroid autoimmunity; prognostic factors.*

Xuất bản trực tuyến