

# CLINICAL MANIFESTATIONS AND RELATED FACTORS OF VITILIGO AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENERELOGY IN VIETNAM FROM 2016 TO 2017

Do Thi Thu Hien<sup>1,2\*</sup>, Do Thi Hong Nhung<sup>3</sup>, Nguyen Thi Kim Tien<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>National Hospital of Dermatology and Venereology - 15A, Phuong Mai, Dong Da, Hanoi, Vietnam

<sup>2</sup>VNU University of Medicine and Pharmacy - 144 Xuan Thuy, Dich Vong Hau, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

<sup>3</sup>Hong Ngoc Hospital - 55 Yen Ninh, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

<sup>4</sup>E Hospital - 87-89, Tran Cung, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

Received: 28/02/2024

Revised: 08/03/2024; Accepted: 22/03/2024

## ABSTRACT

**Objectives:** Examine clinical manifestations and associated factors of vitiligo patients at the National Hospital of Dermatology and Venereology (NHDV) from 2016 to 2017.

**Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study of 80 patients diagnosed with vitiligo at the NHDV from 10/2016 to 9/2017.

**Results:** The average age of disease onset is  $26.89 \pm 18.38$ , of which the age group of 15 to 30 years old accounted for the highest proportion (40%). The incidence rate of women was higher than that of men (56.2% vs 43.8%). The rate of comorbidities explored via asking patient's history was 17.5%, including gastric and duodenal ulcers, atopic dermatitis and allergic diseases, and history of thyroid disease was not reported. Patients with vitiligo having skin type IV accounted for 93.7% and skin type III accounted for 6.3%. The most common location of lesions was the face and neck, accounting for 46.3%, followed by the trunk (24.3%) and the extremities (1.5%). The main clinical type was non-segmental generalised vitiligo (46.3%) while the segmental type accounted for only 2.5%. Seventy one of 80 patients were in active disease stage (with VIDA score of +1,+2,+3,+4) accounting for 88.7%, in which VIDA score of +4 accounted for the highest proportion (38.7%).

**Conclusion:** In our study, vitiligo was common in young people, and the disease can occur in both men and women. The disease was mainly seen in patients with skin type IV and non-segmental generalised vitiligo was the most common form. A patient can have multiple lesion locations, and the mostly involved locations were face and neck.

*Keywords:* Vitiligo, VIDA.

---

\*Corresponding author

Email address: hienphuonglinh@yahoo.com

Phone number: (+84) 915 807 214

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD2.1048>

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH BẠCH BIẾN TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2016-2017

Đỗ Thị Thu Hiền<sup>1,2\*</sup>, Đỗ Thị Hồng Nhung<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Kim Tiên<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Trung ương - 15A, Phương Mai, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, Dịch Vọng Hậu, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

<sup>3</sup>Bệnh viện Hồng Ngọc - Số 55, Phố Yên Ninh, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

<sup>4</sup>Bệnh viện E - Số 87-89, Phố Trần Cung, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28 tháng 02 năm 2024

Ngày chỉnh sửa: 08 tháng 03 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 22 tháng 03 năm 2024

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh bạch biến tại Bệnh viện Da liễu Trung ương giai đoạn 2016-2017.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 80 bệnh nhân bạch biến đến khám và điều trị tại Bệnh viện da liễu Trung ương từ 10/2016 – 9/2017.

**Kết quả:** Độ tuổi khởi phát bệnh trung bình là  $26,89 \pm 18,38$ , trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (40%) là từ 15 đến 30 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh của nữ (56,2%) cao hơn nam (43,8%). Tỷ lệ bệnh đồng mắc với bạch biến qua khai thác tiền sử người bệnh là 17,5%, trong đó chủ yếu là các bệnh viêm loét dạ dày – tá tràng, viêm da cơ địa và bệnh lý dị ứng, không khai thác được tiền sử bệnh lý tuyến giáp. Bệnh nhân bị bạch biến có type da IV chiếm tỷ lệ 93,7%, type III chiếm 6,3%. Vị trí tổn thương thường gặp nhất ở mặt - cổ chiếm 46,3%, sau đó đến thân mình chiếm 24,3%, đầu chi ít gặp nhất với tỷ lệ 1,5%. Thể lâm sàng gặp chủ yếu là thể không đứt đoạn lan tỏa với 46,3%, thể đứt đoạn chỉ chiếm 2,5%. 71/80 bệnh nhân có giai đoạn hoạt động bệnh (với chỉ số VIDA +1,+2,+3,+4) chiếm tỷ lệ 88,7%, trong đó chỉ số VIDA +4 chiếm tỷ lệ cao nhất (38,7%).

**Kết luận:** Bạch biến thường gặp ở người trẻ tuổi, bệnh có thể gặp ở cả nam và nữ. Bệnh chủ yếu gặp ở bệnh nhân có type da IV và thể bệnh không đứt đoạn lan tỏa là thể thường gặp nhất. Một bệnh nhân có thể có nhiều vị trí tổn thương phối hợp, vị trí tổn thương ở vùng mặt là vị trí hay gặp nhất.

*Từ khóa:* Bạch biến, VIDA.

\*Tác giả liên hệ

Email: hienphuonglinh@yahoo.com

Điện thoại: (+84) 915 807 214

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD2.1048>



## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạch biến (vitiligo) là bệnh lý rối loạn sắc tố mắc phải ở da và niêm mạc, đặc trưng của bệnh là các dát hoặc mảng giảm sắc tố có ranh giới rõ [1]. Bệnh chiếm từ 1-2% dân số thế giới và có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào, lứa tuổi hiện tại hay gặp là 30-39 chiếm 26,23%, dưới 40 tuổi là 65,57% [2]. Căn nguyên và cơ chế bệnh sinh của bạch biến hiện nay chưa hoàn toàn biết rõ, tuy nhiên có nhiều giả thuyết được đưa ra và công nhận có liên quan đến sự phát sinh bệnh bạch biến như các yếu tố gen, thuyết thần kinh thể dịch, rối loạn miễn dịch và tự miễn, rối loạn hệ thống oxy hóa – kháng oxy hóa [3], [4]. Bệnh thường liên quan đến một số bệnh như bệnh lý tuyến giáp, đái tháo đường, thiếu máu ác tính, các bệnh lý của mô liên kết tự miễn... [5].

Bệnh bạch biến không gây ảnh hưởng tới sức khỏe nhưng gây ảnh hưởng tới thẩm mỹ khiến bệnh nhân mặc cảm, đặc biệt khi bệnh xuất hiện ở các vị trí da hở như khuôn mặt. Điều trị bệnh bạch biến cũng khó khăn vì phải phối hợp nhiều phương pháp điều trị, thời gian điều trị lâu dài, tiên lượng bệnh không thể đoán trước [6]. Hiểu rõ được đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan của bệnh bạch biến giúp các bác sĩ lâm sàng chẩn đoán xác định bệnh, tư vấn đầy đủ cho bệnh nhân các vấn đề liên quan đến bệnh và có phương pháp điều trị cụ thể với từng bệnh nhân. Ở Việt Nam có ít nghiên cứu sâu tìm hiểu về đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan của bệnh bạch biến. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để có cách nhìn tổng quan hơn cũng như có thể bổ sung cho các nghiên cứu sâu hơn về bệnh bạch biến.

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu được quan tâm là bệnh nhân được chẩn đoán bạch biến đến khám và điều trị tại bệnh viện Da liễu Trung ương trong thời gian nghiên cứu từ 10/2016 đến 9/2017. Theo đó, các bệnh nhân được mời tham gia nghiên cứu cần đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

**Tiêu chuẩn chẩn đoán:** Dựa vào triệu chứng lâm sàng. Bệnh nhân có các dát trắng to nhỏ không đều. Lông tóc trên tổn thương có thể màu trắng. Thương tổn giới hạn rõ, bờ có thể đậm hơn vùng da xung quanh. Không có rối loạn cảm giác chủ quan.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh da mắt hoặc giảm sắc tố không phải bệnh bạch biến. Bệnh nhân có rối loạn tâm thần hoặc không kiểm soát được hành vi.

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Toàn bộ bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn được tiếp cận, giới thiệu về nội dung nghiên cứu và mời tham gia nghiên cứu. Tổng cộng, có 80 bệnh nhân được chẩn đoán bạch biến đến khám và điều trị tại bệnh viện Da liễu Trung ương đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu này được thông qua hội đồng bảo vệ đề cương của Bộ môn Da liễu, Trường Đại học Y Hà Nội.

### 2.2. Nội dung nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, tuổi khởi phát bệnh, tiền sử gia đình, tiền sử bản thân, type da, vị trí tổn thương, thể lâm sàng, mức độ hoạt động bệnh

Đánh giá mức độ hoạt động bệnh dựa vào chỉ số VIDA [7].

Chỉ số VIDA	Mức độ hoạt động của bệnh
+4	Hoạt động trong 6 tuần gần đây
+3	Hoạt động trong 3 tháng gần đây
+2	Hoạt động trong 6 tháng gần đây
+1	Hoạt động trong 1 năm gần đây
0	Ổn định trong ít nhất 1 năm gần đây
1	Ổn định trong ít nhất 1 năm gần đây và có tái nhiễm sắc tự nhiên

### 2.3. Phương pháp quản lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập thông tin và quản lý bằng phần mềm Excel.

Số liệu sau khi hoàn thành nhập và quản lý được tiến hành phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các cách tiếp cận thống kê được sử dụng bao gồm thống kê mô tả, các chỉ số được sử dụng bao gồm tần suất, tỉ lệ cho biến định tính, giá trị trung bình, trung vị và độ lệch chuẩn cho biến định lượng.

**Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các số liệu định lượng được biểu hiện dưới dạng trung bình  $\pm$ SD. Các số liệu định tính được biểu hiện dưới dạng tỉ lệ %. Các so sánh có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Một số yếu tố liên quan đến bệnh bạch biến

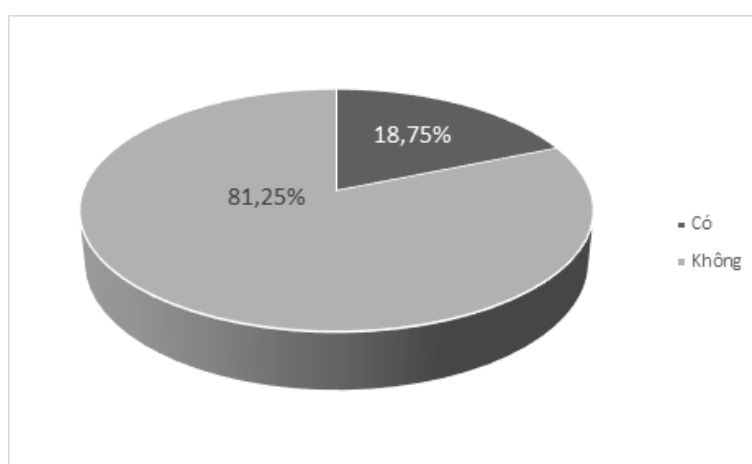
**Bảng 1. Đặc điểm về giới tính, tuổi khởi phát (n=80)**

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	35	43,8
	Nữ	45	56,2
Tuổi khởi phát	0-14 tuổi	21	26,3
	15-30 tuổi	32	40
	31-49 tuổi	17	21,3
	$\geq 50$ tuổi	10	12,5
	TB $\pm$ SD	26,89 $\pm$ 18,38	

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân nữ trong nhóm nghiên cứu chiếm 56,2%, cao hơn nam giới. Độ tuổi trung bình khởi phát bệnh là 26,89  $\pm$  18,38, nhóm tuổi khởi phát

bệnh cao nhất là từ 15 đến 30 tuổi (40%), nhóm tuổi thấp nhất là nhóm trên 50 tuổi chiếm 12,5%, trong đó nhỏ nhất là những trẻ 1 tháng tuổi, già nhất là 75 tuổi.

**Biểu đồ 1. Tiền sử gia đình (n=80)**



**Nhận xét:** Tiền sử gia đình có người cùng bị bệnh bạch biến trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp ở 15/80 bệnh nhân bạch biến chiếm tỷ lệ 18,75%.

**Bảng 2. Các bệnh lý phối hợp (n= 14)**

Các bệnh lý phối hợp	n	Tỷ lệ %
Viêm loét dạ dày tá tràng	4	5
Rụng tóc vùng	1	1,25
Viêm da cơ địa	5	6,25
Đái tháo đường	1	1,25
Bệnh lý dị ứng	3	3,75
Bệnh lý tuyến giáp	0	0

**Nhận xét:** Các bệnh lý phối hợp với bệnh bạch biến chiếm tỷ lệ 17,5% trong đó cao nhất là bệnh viêm da cơ địa chiếm 6,25%, tiếp đến là viêm loét dạ dày – tá tràng chiếm tỷ lệ 5%, các bệnh lý dị ứng chiếm tỷ lệ 3.75%

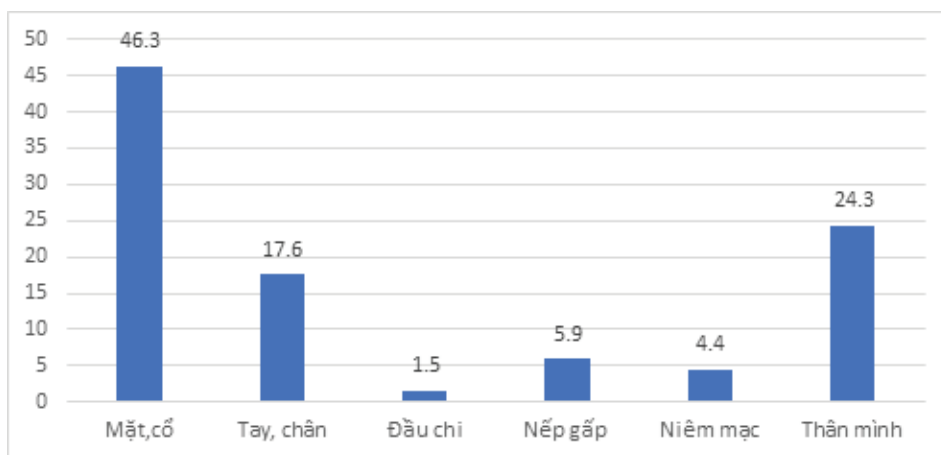
và thấp nhất là bệnh đái tháo đường và rụng tóc vùng chiếm 1,25%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng

**Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo type da (n=80)**

Type da	n	Tỷ lệ %
III	5	6,3
IV	75	93,7
Tổng	80	100

**Nhận xét:** Số bệnh nhân bạch biến có type da IV gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 93,7%, type da III gặp với tỷ lệ 6,3%. Tỷ lệ type IV/III là 14,8/1.

**Biểu đồ 2. Vị trí tổn thương (n=80)**

**Nhận xét:** Vị trí tổn thương gặp nhiều nhất là ở vùng mặt cổ chiếm 46,3%, tiếp đến là thân mình chiếm tỷ lệ 24,3%, thấp nhất là vùng đầu chi chiếm tỷ lệ 1,5%.

**Bảng 4. Các thể lâm sàng (n=80)**

Các thể lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Thể không đứt đoạn mắt	28	35
Thể không đứt đoạn đầu chi	2	2,5
Thể không đứt đoạn khu trú khác	11	13,8
Thể không đứt đoạn lan tỏa	37	46,3
Thể đứt đoạn	2	2,5
Tổng	80	100

**Nhận xét:** Thể không đứt đoạn lan tỏa chiếm tỷ lệ cao nhất 46,3%, sau đó là thể không đứt đoạn mắt với tỷ lệ 35%, thể không đứt đoạn khu trú chiếm 13,8%, thể đứt đoạn chỉ gặp ở 2,5% số bệnh nhân bị bạch biến.

**Bảng 5. Phân bố bệnh nhân theo mức độ hoạt động VIDA (n=80)**

Mức độ bệnh	n	Tỷ lệ %
+4	31	38,7
+3	15	18,8
+2	17	21,3
+1	8	10
0	6	7,5
-1	3	3,8
Tổng	80	100

**Nhận xét:** 71/80 bệnh nhân bạch biến đang ở giai đoạn hoạt động bệnh (với chỉ số VIDA +1,+2,+3,+4) chiếm tỷ lệ 88,7%. Trong đó, chỉ số VIDA +4 chiếm tỷ lệ cao nhất là 38,7%, VIDA +2 chiếm tỷ lệ 21,3%, VIDA +3 chiếm tỷ lệ 18,8%. Có 9/80 bệnh nhân ở giai đoạn ổn định chiếm 11,3%.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Một số yếu tố liên quan

Bệnh bạch biến gặp chủ yếu ở trẻ em và người trẻ, tuổi trung bình là 22,64 ± 17,203.

Độ tuổi khởi phát bệnh bạch biến dưới 50 tuổi chiếm tỷ lệ 87,5%, trong đó nhiều nhất là nhóm 15-30 tuổi chiếm 40%; lứa tuổi 1-14 tuổi chiếm 26,3%, trên 50 tuổi chiếm 12,5. Theo Vũ Mạnh Hùng (2008), tỷ lệ

bệnh nhân bị bạch biến dưới 30 tuổi chiếm 39,33% trong đó lứa tuổi bị cao nhất là 30-39 tuổi chiếm 27,33% [8]. Nghiên cứu của Phạm Thị Mai Hương (2007) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân bị bạch biến cao nhất là 40-49 tuổi, và từ 0-30 tuổi chỉ chiếm 38,8% [9]. Nghiên cứu của Sehgal and Srivastava (2007) và Onunu A.N. và cộng sự (2003) có ước tính gần như một nửa bệnh nhân có mặt trước 20 tuổi, và tuổi khởi phát chủ yếu trước 30 tuổi [10], [11]. Theo Nicolaidou năm 2012 cho thấy lứa tuổi trẻ em bị bạch biến (trước 12 tuổi) là hay gặp nhất chiếm 32% [12]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu ngoài nước về độ tuổi bị bệnh bạch biến và so sánh với các nghiên cứu trong nước chúng tôi còn nhận thấy rằng, độ tuổi bị bạch biến ngày nay còn đang có xu hướng trẻ hóa, tỷ lệ bị bệnh của lứa tuổi trẻ em ngày càng tăng lên. Điều này có thể giải thích là

do sự thay đổi nhanh chóng của các yếu tố nội sinh và ngoại sinh gây ra rối loạn điều hòa miễn dịch và do đó cũng làm thay đổi độ tuổi bị bệnh bạch biến.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong tổng số 80 bệnh nhân bị bạch biến thì số bệnh nhân nam giới (43,8%) ít hơn số bệnh nhân nữ giới (56,2%), tỷ số nam/nữ  $\approx 1/1$ . Tỷ lệ này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Mai Hương (2007) với tỷ lệ bệnh nhân nam là 46,9%, nữ là 53,1%, và Y Hari Kishman Kumar, G Raghurama Rao (2015) với tỷ lệ bệnh nhân nữ là 57,1%, còn tỷ lệ bệnh nhân nam là 42,9% [9], [13].

Tiền sử gia đình trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp 18,75%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Handa S và cộng sự (2003) với tỷ lệ 12,2%, và cao hơn so với các nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Phạm Thị Mai Hương (2007) với tỷ lệ 5,6% và Vũ Mạnh Hùng (2008) với tỷ lệ 5,33% [8], [9], [14]. Sự khác nhau về kết quả khảo sát có thể do thời gian, địa điểm và cỡ mẫu khác nhau.

Bạch biến thường liên quan đến một số bệnh như bệnh lý tuyến giáp, đái tháo đường, thiếu máu ác tính, đặc biệt là các bệnh lý mô liên kết và tự miễn dịch như rụng tóc từng mảng, bệnh lý tuyến giáp tự miễn, lupus ban đỏ, viêm khớp dạng thấp... [5], [15]. Việc tầm soát bệnh lý phối hợp giúp phát hiện và điều trị sớm, giảm thiểu biến chứng nặng nề của các bệnh lý tự miễn dịch. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14 bệnh nhân bạch biến có các bệnh phối hợp chiếm 17,5%, trong đó bệnh viêm da cơ địa là hay gặp hơn cả chiếm 6,25%, bệnh viêm loét dạ dày tá tràng chiếm 5%, sau đến các bệnh dị ứng chiếm 3,75%, bệnh rụng tóc từng mảng và đái tháo đường cùng chiếm 1,25%. Nghiên cứu của Vũ Mạnh Hùng (2002) cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ số bệnh nhân bị bạch biến có các bệnh phối hợp là 15,22% trong đó viêm loét dạ dày chiếm tỷ lệ 6,5%. Nghiên cứu của Phạm Thị Mai Hương (2007) cho thấy các bệnh phối hợp trên bệnh nhân bạch biến là 16,9%, trong đó viêm da cơ địa chiếm 3,1%, viêm loét dạ dày chiếm 6,3% [9], [16]. Tỷ lệ mắc bệnh viêm teo dạ dày tự miễn ở bệnh nhân bạch biến khoảng 15%. Có một số bằng chứng cho thấy ở bệnh nhân bạch biến có thể thấy tự kháng thể chống lại tế bào thành dạ dày và nồng độ gastrin tăng cao [17], [18]. Có thể vì vậy bệnh lý phối hợp hay gặp nhất trong các nghiên cứu trên thường là viêm dạ dày – thực quản.

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng

Do vị trí địa lý của nước ta nằm ở vùng khí hậu nóng

âm nhiệt đới, type da IV chiếm phần lớn dân cư nên hầu hết những bệnh nhân bị bạch biến cũng là type da IV chiếm 93,7%, số lượng nhỏ là da type III chiếm 6,3%, tỷ lệ type IV/III là 14,8/1.

Bệnh bạch biến ảnh hưởng đến thẩm mỹ khiến bệnh nhân mặc cảm, đặc biệt khi bệnh xuất hiện ở vùng da hở như vùng mặt, cổ, vì vậy có thể bệnh nhân bị bệnh vùng mặt, cổ sẽ đi khám và điều trị thường xuyên hơn những vùng khác. Về mặt mô học, vùng da mặt có số lượng tế bào sắc tố nhiều nhất so với các vùng da khác của cơ thể, khi khởi đầu cho quá trình phá hủy tế bào sắc tố, với đích là các tế bào sắc tố được thực hiện bởi các cơ chế tự miễn trong bệnh sinh bệnh bạch biến [1], [3]. Do đó vùng da mặt với vùng có số lượng tế bào sắc tố nhiều nhất và tiếp xúc nhiều với ánh nắng mặt trời sẽ dễ bị tổn thương nhất. Vì vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí tổn thương vùng mặt – cổ chiếm tỷ lệ cao nhất 46,3%, vùng thân mình chiếm tỷ lệ 24,3%, vùng tay chân chiếm tỷ lệ 19,1%, thấp hơn là vùng nếp gấp chiếm 5,9% và niêm mạc chiếm 4,4%. Nghiên cứu của Phạm Thị Mai Hương (2007) và Vũ Mạnh Hùng (2008) cũng cho thấy vị trí tổn thương vùng đầu mặt chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 69,4% và 90,67% [8], [9]. Một bệnh nhân cũng có thể có nhiều vị trí tổn thương phối hợp với nhau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thể không đứt đoạn lan tỏa chiếm tỷ lệ cao nhất 46,3%, thể không đứt đoạn mặt chiếm 35%, thể không đứt đoạn khu trú khác chiếm 13,8% và thể đứt đoạn với đặc điểm lâm sàng là khu trú ở 1 bên cơ thể, không đối xứng, vị trí thường dọc theo các dải dây thần kinh ngoại vi chiếm tỷ lệ 2,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả cho thấy thể không đứt đoạn lan tỏa là thể hay gặp nhất trong bệnh bạch biến. Phạm Thị Mai Hương gặp 84/160 bệnh nhân bị bạch biến thể không đứt đoạn lan tỏa (52,5%), Vũ Mạnh Hùng (2008) gặp thể lan tỏa 57,61% [8], [9]. Nghiên cứu của Onunu A.N. và cộng sự (2003) nghiên cứu trên 351 bệnh nhân bạch biến tại thành phố Benin, Nigeria cho kết quả khác biệt so với các nghiên cứu trong nước, thể thường gặp nhất là thể khu trú (77%), tiếp theo là thể đứt đoạn (12,5%) và thể lan tỏa 10,5% [11].

Tỷ lệ bệnh nhân bạch biến ở giai đoạn hoạt động (có chỉ số VIDA +1 đến +4) chiếm tỷ lệ 88,7% trong tổng số bệnh nhân bị bệnh bạch biến. Cụ thể với chỉ số VIDA +1 chiếm 10%, VIDA +2 chiếm 21,3%, VIDA +3 chiếm 18,8% và VIDA +4 chiếm 38,7%. Số bệnh nhân bị bạch

biến ở giai đoạn ổn định chỉ chiếm 11,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Vũ Mạnh Hùng (2008) với số bệnh nhân bạch biến ở giai đoạn hoạt động cũng chiếm tỷ lệ cao 67,34% và thể ổn định chiếm 32,66% [8]. Tỷ lệ bệnh ở giai đoạn hoạt động cao cho thấy bệnh nhân đi khám khi bệnh mới khởi phát hoặc bệnh cũ nhưng phát hiện có dấu hiệu tăng kích thước hoặc xuất hiện tổn thương mới.

## 5. KẾT LUẬN

Bạch biến thường gặp ở người trẻ tuổi, bệnh có thể gặp ở cả nam và nữ. Bệnh chủ yếu gặp ở bệnh nhân có type da IV và thể bệnh không đứt đoạn lan tỏa là thể thường gặp nhất. Một bệnh nhân có thể có nhiều vị trí tổn thương phối hợp, vị trí tổn thương ở vùng mặt là vị trí hay gặp nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ortone JP, Bahadoran P, Fitzpatrick TB et al., Fitzpatrick's Dermatology in general medicine. McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2003, sixth edition, 839-847.
- [2] C Bergqvist, K Ezzedine, Vitiligo: A Review, *Dermatology*, 2020, 236, (6): 571–592.
- [3] ML Dell'Anna, M Picardo, A review and a new hypothesis for non-immunological pathogenetic mechanisms in vitiligo, *Pigment Cell Research*, 2006, 19(5): 406–411.
- [4] C Bergqvist, K Ezzedine, Vitiligo: A focus on pathogenesis and its therapeutic implications, *J Dermatol*, 2021, 48(3): 252–270.
- [5] AM Dahir, SF Thomsen, Comorbidities in vitiligo: comprehensive review, *Int J Dermatol*, 2018, 57(10):1157–1164.
- [6] P Nimkar, A Wanjari, Vitiligo and the Role of Newer Therapeutic Modalities, *Cureus*, 2022, 14(11): e31022.
- [7] A Feily, Vitiligo Extent Tensity Index (VETI) score: a new definition, assessment and treatment evaluation criteria in vitiligo, *Dermatol Pract* Concept, 2014, 4(4): 81–84.
- [8] Vũ Mạnh Hùng, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số chỉ số miễn dịch trong bệnh bạch biến, Luận án Tiến sĩ, Học Viện Quân Y, 2008.
- [9] Phạm Thị Mai Hương, Nghiên cứu ảnh hưởng của bệnh bạch biến đến chất lượng cuộc sống người bệnh, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân Y, 2007.
- [10] VN Sehgal, G Srivastava, Vitiligo: compendium of clinico-epidemiological features, *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2007, 73(3): 149–156.
- [11] AN Onunu, EP Kubeyinje, Vitiligo in the Nigerian African: a study of 351 patients in Benin City, Nigeria, *Int J Dermatol*, 2003, 42(10): 800–802.
- [12] E Nicolaidou et al., Childhood- and later-onset vitiligo have diverse epidemiologic and clinical characteristics, *J Am Acad Dermatol*, 2012, 66(6): 954–958.
- [13] YH Kishan Kumar, GRR Rao, KVT Gopal et al., Evaluation of narrow-band UVB phototherapy in 150 patients with vitiligo, *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2009, 75(2): 162–166.
- [14] Handa S, Dogra S, Epidemiology of childhood vitiligo: a study of 625 patients from north India, *Pediatr. Dermatol*. 2003, 20(3): 207-210.
- [15] J H Lee et al., Comorbidities in Patients with Vitiligo: A Systematic Review and Meta-Analysis, *J Invest Dermatol*, 2023, 143(5): 777-789.
- [16] Vũ Mạnh Hùng, Tình hình, đặc điểm lâm sàng và một số thay đổi miễn dịch trong bệnh bạch biến, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y, 2002.
- [17] D Zauli et al., Prevalence of autoimmune atrophic gastritis in vitiligo, *Digestion*, 1986, 34(3): 169-172.
- [18] F Ghalamkarpour, MC André, Y Gauthier, Shared histological and immunohistological findings in two patients with generalized vitiligo associated with autoimmune atrophic gastritis, *Clin Case Rep*, 2022, 10(9): e6346.

