CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF HAIR LOSS DUE TO HAIR-PLUCKING IN PATIENTS UNDER 18 YEARS OF AGE EXAMINED AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Nguyen Thi Thanh Trang[1], Tran Thi Huyen[1], Nguyen Thi Ha Vinh[1,2], Tran Minh An[1], Pham Thi Lan[1,2*]

[1]Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam
[2]National Hospital of Dermato-Venereology - 15A Phuong Mai, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 20/05/2026
Revised: 19/07/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

This study aimed to describe the clinical and paraclinical features of trichotillomania-associated alopecia in 36 patients aged <18 years at the National Hospital of Dermatology and Venereology between August 2025 and May 2026. Patients underwent clinical and trichoscopic examinations and screening for anxiety and depression using the RCADS-25. The mean age was 11.7 ± 2.9 years; 80.6% of patients were female, and 88.9% (32/36) were younger than 16 years. The vertex was the most commonly affected site (80.6%), and patients typically presented with one or two alopecic patches. Trichoscopy revealed broken hairs with uneven hair length in 100% of patients, flames hair in 77.8% and black dots in 97.2%. 94.4% of patients exhibited repetitive hair pulling behavior, with an average frequency of 26.9 ± 25.8 times/week; 58.3% of the patients pulled their hair while studying or working; 33.3% of the patients had stress as a trigger. RCADS-25 screening indicated a low or moderate risk of anxiety and depression in 16.7% of patients.

Keywords: Trichotillomania, hair loss due to trichotillomania

*Corresponding author
Email: lanphamthi009@gmail.com **Phone:** (+84) 904194283 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6606

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA RỤNG TÓC DO TẬT NHỔ TÓC Ở BỆNH NHÂN DƯỚI 18 TUỔI ĐƯỢC THĂM KHÁM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Thanh Trang[1], Trần Thị Huyền[1], Nguyễn Thị Hà Vinh[1,2], Trần Minh An[1], Phạm Thị Lan[1,2*]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[2]Bệnh viện Da liễu Trung ương - 15A Phương Mai, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 20/05/2026
Ngày sửa: 19/07/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của rụng tóc do tật nhổ tóc trên 36 bệnh nhân dưới 18 tuổi tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2025 đến tháng 5/2026. Bệnh nhân được đánh giá lâm sàng, hình ảnh soi tóc (trichoscopy) và sàng lọc lo âu, trầm cảm bằng RCADS-25. Tuổi trung bình là 11,7 ± 2,9 tuổi; nữ chiếm 80,6%; nhóm dưới 16 tuổi chiếm 88,9% (32/36). Tổn thương chủ yếu ở đỉnh đầu (80,6%), thường có 1–2 vùng rụng tóc. Trichoscopy ghi nhận tóc gãy, tóc dài ngắn không đều ở 100% bệnh nhân, tóc hình ngọn lửa ở 77,8% và chấm đen ở 97,2%. Hành vi nhổ tóc lặp lại gặp ở 94,4%, tần suất nhổ tóc trung bình 26,9 ± 25,8 lần/ tuần; 58,3% số bệnh nhân nghiên cứu nhổ tóc khi học tập hoặc làm việc; 33,3% số bệnh nhân có yếu tố khởi phát là stress. Sàng lọc bằng RCADS-25 ghi nhận 16,7% bệnh nhân có nguy cơ lo âu, trầm cảm ở mức thấp hoặc vừa.

Từ khóa: Tật nhổ tóc, rụng tóc do tật nhổ tóc

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật nhổ tóc (TNT) là một rối loạn hành vi lặp đi lặp lại, được xếp vào nhóm rối loạn thói quen và xung động theo phân loại ICD-10 [1]. Tình trạng này dẫn đến rụng tóc khu trú, không sẹo, ảnh hưởng rõ rệt đến thẩm mỹ và tâm lý của bệnh nhân, đặc biệt là ở trẻ em – đối tượng có khả năng nhận thức, giao tiếp và kiểm soát hành vi còn hạn chế [2].

Mặc dù rụng tóc do TNT không phải là bệnh lý phổ biến, song lại thường bị bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm với các nguyên nhân rụng tóc khác như nấm da đầu, rụng tóc từng mảng hay rụng tóc do chấn thương [1, 3].

Điều này dẫn đến điều trị không phù hợp, kéo dài thời gian bệnh và ảnh hưởng đến tâm lý, đặc biệt là trẻ nhỏ. Trong thực hành lâm sàng, việc phát hiện TNT còn gặp nhiều khó khăn do nhiều trường hợp phụ huynh không quan sát được hành vi nhổ tóc, và người bệnh cũng không ý thức được hành vi của mình [1]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy trichotillomania thường có liên quan đến các yếu tố như: Lo âu, rối loạn tăng động giảm chú ý, sang chấn tâm lý hoặc các yếu tố căng thẳng trong môi trường gia đình và học đường [2, 3]. Ngoài ra, biểu hiện hành vi cũng có xu hướng thay đổi theo độ tuổi, trong đó hành vi nhổ tóc "tự động" thường gặp ở trẻ nhỏ, còn "có chủ đích" và liên quan đến cảm xúc tiêu cực hay xung đột tâm lý lại phổ biến hơn ở trẻ lớn và ở những người trưởng thành [1, 3].

Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu hệ thống nào công bố về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến rụng tóc do TNT. Việc chẩn đoán và phân biệt đúng bệnh lý này với một số bệnh lý khác có đặc điểm gần giống nhau là cần thiết để tránh lạm dụng thuốc và định hướng điều trị phù hợp, kết hợp giữa da liễu và tâm lý – tâm thần. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rụng tóc do tật nhổ tóc của bệnh nhân dưới 18 tuổi được thăm khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương" góp phần cung cấp thêm thông tin cho công tác khám chữa bệnh phục vụ nhân dân.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 36 bệnh nhân dưới 18 tuổi được chẩn đoán rụng tóc do tật nhổ tóc tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 01/ 8/ 2025 đến 31/ 5/ 2026.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*

+ Lâm sàng: Có hành vi nhổ tóc lặp đi lặp lại gây rụng tóc rõ rệt ở da đầu, lông mày, lông mi hoặc nơi khác; không kiểm soát được hành vi dù đã cố gắng dừng lại; gây ảnh hưởng đáng kể đến học tập, công việc hoặc xã hội; không do bệnh lý da khác gây ra.

+ Dermoscope: Có đầy đủ hình ảnh, đặc điểm dermoscope da đầu và tóc.5

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: Rụng tóc từng mảng, nấm da đầu, do sử dụng thuốc, hóa trị, bệnh lý hệ thống và những trường hợp không đủ thông tin. Không được sự đồng thuận của cha/ mẹ hoặc người giám hộ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả một loạt ca bệnh.

2.2.2. Phương pháp, công cụ thu thập và xử lý số liệu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, sử dụng bệnh án nghiên cứu, hồ sơ khám bệnh, biểu mẫu. Kết quả nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu.

Bước 2: Thu thập các thông tin cần thiết cho nghiên cứu qua việc quan sát, khám lâm sàng, thực hiện kỹ thuật dermoscope da đầu, khai thác thông tin về hành vi nhổ tóc, tiền sử gia đình, làm trắc nghiệm tâm lý sử dụng bộ câu hỏi trắc nghiệm RCADS – 25.6

Bước 3: Nhập, tổng hợp và làm sạch dữ liệu.

Bước 4: Phân tích số liệu.

Bước 5: Hoàn thiện đề tài và báo cáo.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

*Tác giả liên hệ
Email: lanphamthi009@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 904194283 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6606

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng phê duyệt đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội theo Quyết định số 3054/QĐ-ĐHYHN ngày 26 tháng 6 năm 2025.

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Da liễu Trung ương theo Giấy chứng nhận số 112/HĐĐĐ-BVDLTW ngày 27 tháng 11 năm 2025.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu (n = 36)

Đặc điểm chung	Nội dung	n	%
Tuổi (Năm) Trung bình: 11,7 ± 2,9	< 16	32	88,9
	≥ 16	4	11,1
Tuổi khởi phát (Năm)	< 16	34	94,4
Trung bình: 9,8 ± 3,2	≥ 16	2	5,6
Thời gian bị bệnh (Tuần) Trung bình: 75,6 ± 115,7	Thấp nhất (1)	3	8,3
	Cao nhất (520)	1	2,8
Giới tính	Nam	7	19,4
	Nữ	29	80,6
Nơi ở	Nông thôn	22	61,1
	Thành thị	14	38,9
Chẩn đoán lâm sàng	Tật nhổ tóc đơn thuần	31	86,1
	Tật nhổ tóc kèm rụng tóc mảng	3	8,3
	Tật nhổ tóc kèm viêm nang lông	2	5,6

Tuổi trung bình của bệnh nhân, tuổi khởi phát trung bình cho thấy bệnh thường xuất hiện từ giai đoạn trẻ em. Thời gian mắc bệnh khá dài với khoảng dao động rộng. Bệnh phân bố chủ yếu ở nữ giới, bệnh nhân sống ở nông thôn nhiều hơn thành thị.

Bảng 2. Đặc điểm về tiền sử (n=36)

Tiền sử	Nội dung	n	%
Lo âu	Có	5	13,9
	Không	31	86,1
Trầm cảm	Có	1	2,8
	Không	35	97,2
Viêm da cơ địa	Có	3	8,3
	Không	33	91,7
Vẩy nến	Có	0	0
	Không	36	100
Người thân mắc tâm thần	Có	1	2,8
	Không	35	97,2
Gặp biến cố thơ ấu	Có	7	19,4
	Không	29	80,6

Đa số bệnh nhân không có tiền sử lo âu, trầm cảm, viêm da cơ địa, bệnh vẩy nến hoặc người thân mắc bệnh tâm thần.

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

Đặc điểm lâm sàng	Nội dung	n	%
Vị trí rụng tóc (n=36)	Đỉnh đầu	29	80,6
	Thái dương	10	2,8
	Vùng trán	13	36,1
	Vùng chẩn	2	5,6
Số lượng vùng rụng tóc (n=36)	1 vùng	21	58,3
	≥ 2 vùng	15	41,7
Diện tích rụng tóc (cm^2, n=36) Trung bình: 20,1 ± 41,6	Nhỏ nhất (3cm^2)	6	16,7
	Lớn nhất (250cm^2)	1	2,8
Dấu hiệu khác (n=36)	Dấu phẩy, cành cây	2	5,6
	Mụn mủ, vảy da quanh chân tóc	1	2,8
	Tóc mọc lại	1	2,8
	Tóc tơ	1	2,8
	Tóc tơ, tóc mọc lại	10	27,8
	Không	21	58,3
Viêm đỏ vùng da bị rụng tóc (n=36)	Có	4	11,1
	Không	32	88,9
Nhổ tóc lặp đi lặp lại gây rụng tóc rõ rệt (n=36)	Có	34	94,4
	Không	2	5,6
Ảnh hưởng đến học tập, công tác (n=36)	Có	7	19,4
	Không	29	80,6
Tần suất nhổ tóc (Lần/ngày x ngày/ tuần, n=36) Trung bình: 26,9 ± 25,8	Thấp nhất (2)	1	2,8
	Cao nhất (140)	1	2,8
Thời điểm thường nhổ tóc	Khi căng thẳng học/làm việc (n=36)	9	25
	Khi nghỉ ngơi (n=36)	12	33,3
	Khi buồn chán (n=36)	10	27,8
	Khi học/làm việc (n=36)	21	58,3
	Khi xem ti vi (n=36)	15	41,7
	Trước khi đi ngủ (n=36)	15	41,7
Yếu tố khởi phát	Stress (n=36)	12	33,3
	Cảm xúc tiêu cực (n=36)	6	16,7
	Mất ngủ (n=36)	7	19,4
Hành vi sau khi nhổ tóc	Ăn tóc (n=36)	1	2,8
	Cắn móng tay (n=36)	9	25
	Cắn môi/da (n=36)	8	22,2
Hỗ trợ của gia đình	Khi biết tình trạng nhổ tóc (n=36)	32	88,9
	Khi biết tình trạng rụng tóc (n=36)	31	86,1

Tổn thương rụng tóc chủ yếu khu trú ở vùng đỉnh đầu, diện tích tổn thương dao động rất rộng. Phần lớn trường hợp không ghi nhận dấu hiệu viêm đỏ hoặc các dấu hiệu da đầu khác. Hầu hết bệnh nhân có hành vi nhổ tóc lặp đi lặp lại gây rụng tóc rõ rệt. Nhổ tóc thường xảy ra khi học tập, làm việc, nghỉ ngơi, xem tivi hoặc trước khi đi ngủ.

Bảng 4. Một số đặc điểm của rụng tóc do tật nhổ tóc trên Dermoscope (n=36)

Đặc điểm	Nội dung	n	%
Tóc gãy	Có	36	100
	Không	0	0
Tóc dài ngắn không đều	Có	36	100
	Không	0	0
Tóc xoăn bất thường	Có	6	16,7
	Không	30	83,3
Tóc hình ngọn lửa	Có	28	77,8
	Không	8	22,2
Hai sợi tóc gãy cùng mọc từ một nang, tạo hình chữ V	Có	12	33,3
	Không	24	66,7
Tóc bị cuộn xoắn bất thường	Có	6	16.7
	Không	30	83.3
Chấm đen	Có	35	97,2
	Không	1	2,8
Tóc gãy đầu nhọn như hình búp hoa tulip	Có	7	19,4
	Không	29	80,6
Tóc xẻ ngọn hoặc tua rua	Có	16	44,4
	Không	20	55,6
Những đốm trắng nhỏ li ti do mảnh tóc gãy vụn	Có	4	11,1
	Không	32	88,9

100% bệnh nhân có tóc gãy và tóc dài ngắn không đều, đây là những dấu hiệu đặc trưng của tật nhổ tóc. Ngoài ra, 97,2% trường hợp có chấm đen.

Bảng 5. Đặc điểm về lo âu, trầm cảm của đối tượng nghiên cứu (n=36)

Lo âu – Trầm cảm	Bình thường	30	83,3
	Nguy cơ thấp, theo dõi thêm	4	11,1
	Nguy cơ vừa, cân nhắc đánh giá chuyên sâu	2	5,6

Có 16,7% số trường hợp có nguy cơ lo âu, trầm cảm ở mức thấp cần tiếp tục theo dõi và một số ít có nguy cơ mức độ vừa.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân, tuổi khởi phát trung bình cho thấy đa số mắc bệnh và khởi phát trước 16 tuổi. Kết quả nghiên cứu phù hợp với công bố của Melo và cộng sự cũng ghi nhận tuổi khởi phát thường từ 10–13 tuổi, trong khi các trường hợp khởi phát ở trẻ nhỏ thường có tiên lượng tốt hơn nếu được phát hiện và can thiệp sớm [7].

Nữ giới chiếm ưu thế trong nghiên cứu của chúng tôi, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với công bố của Melo và nhiều nghiên cứu quốc tế khác. Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh giữa hai giới ở trẻ em không khác biệt đáng kể, nữ giới thường được đưa đến khám nhiều hơn do ảnh hưởng về thẩm mỹ và tâm lý khi xuất hiện rụng tóc [7].

Thời gian mắc bệnh trung bình khá dài và có khoảng dao động lớn, cho thấy bệnh thường diễn biến mạn tính trước khi được chẩn đoán. Điều này thường do bệnh nhân che giấu hành vi nhổ tóc, thiếu nhận thức về bệnh hoặc dễ bị chẩn đoán nhầm với các bệnh lý rụng tóc không sẹo khác như rụng tóc mảng hoặc viêm nang lông da đầu. Đây là thực trạng đã được nhiều tác giả ghi nhận, nhấn mạnh rằng việc khai thác kỹ tiền sử hành vi kết hợp với khám lâm sàng và soi da đầu có vai trò quyết định trong chẩn đoán xác định [7].

Chúng tôi ghi nhận một số trường hợp có lo âu và từng trải qua biến cố thời thơ ấu, cho thấy các yếu tố tâm lý vẫn có vai trò trong cơ chế bệnh sinh. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu gần đây, mặc dù không phải tất cả bệnh nhân đều mắc rối loạn tâm thần đồng diễn, tật nhổ tóc vẫn có mối liên quan với các yếu tố stress, sang chấn tâm lý và các rối loạn cảm xúc, đặc biệt ở trẻ em và thanh thiếu niên [8].

Về đặc điểm lâm sàng, tổn thương chủ yếu khu trú ở vùng đỉnh đầu, phần lớn chỉ có một vùng rụng tóc và không có dấu hiệu viêm. Hầu hết bệnh nhân có hành vi nhổ tóc lặp đi lặp lại, thường xảy ra trong lúc học tập, làm việc hoặc nghỉ ngơi; stress, mất ngủ và cảm xúc tiêu cực là các yếu tố khởi phát thường gặp. Ngoài ra, một số bệnh nhân còn có các hành vi lặp lại hướng vào cơ thể như cắn móng tay hoặc cắn môi, phù hợp với quan điểm hiện nay rằng tật nhổ tóc thuộc nhóm rối loạn ám ảnh cưỡng chế và các rối loạn liên quan [7].

Tất cả bệnh nhân đều có tóc gãy và tóc dài ngắn không đều; đồng thời ghi nhận tỷ lệ cao các dấu hiệu chấm đen và tóc hình ngọn lửa. Ngoài ra, dấu hiệu chữ V, tóc xẻ ngọn, tóc cuộn xoắn và tóc hình búp hoa tulip cũng được quan sát ở một số trường hợp. Những đặc điểm này phù hợp với tổng quan hệ thống của Kaczorowska [9].

Đa số bệnh nhân có tình trạng lo âu – trầm cảm nằm trong giới hạn bình thường, chỉ một số ít có nguy cơ cần theo dõi hoặc đánh giá chuyên sâu. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Ricketts trên trẻ em và thanh thiếu niên, trong đó đa số bệnh nhân chưa biểu hiện rối loạn cảm xúc rõ rệt nhưng vẫn cần được theo dõi định kỳ vì nguy cơ xuất hiện các rối loạn tâm thần trong quá trình tiến triển của bệnh [10].

5. KẾT LUẬN

Rụng tóc do tật nhổ tóc thường khởi phát trước 16 tuổi, nữ giới chiếm ưu thế. Tổn thương lâm sàng thường là mảng rụng tóc khu trú vùng đỉnh đầu, kèm hành vi nhổ tóc lặp đi lặp lại. Soi da đầu ghi nhận nhiều đặc điểm với hai dấu hiệu đặc trưng nhất là 100% trường hợp có tóc gãy, tóc dài ngắn không đều và 77,8% tóc hình ngọn lửa, ngoài ra 97,2% trường hợp có chấm đen.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bộ Y tế. Hướng dẫn mã hoá chẩn đoán chứng nhổ tóc ICD-10. Cục Quản lý khám chữa bệnh; 2025.

[2] Henkel ED, Jaquez SD, Diaz LZ. Pediatric trichotillomania: Review of management. Pediatric dermatology. Nov 2019;36(6):803-807. doi:10.1111/pde.13954

[3] Schumer MC, Panza KE, Mulqueen JM, Jakubovski E, Bloch MH. Long-Term outcome in Pediatric Trichotillomania. Depression and anxiety. Oct 2015;32(10):737-43. doi:10.1002/da.22390

[4] Shimizu Y, Ntege EH, Sunami H, Inoue Y. Regenerative medicine strategies for hair growth and regeneration: A narrative review of literature. Regenerative therapy. Dec 2022;21:527-539. doi:10.1016/j.reth.2022.10.005

[5] Pirmez R. The dermatoscope in the hair clinic: Trichoscopy of scarring and nonscarring alopecia. Journal of the American Academy of Dermatology. Aug 2023;89(2s):S9-s15. doi:10.1016/j.jaad.2023.04.033

[6] Lu S, Lyu R, Chorpita BF. Validating the Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version (RCADS-25) in Chinese Preadolescents. Child psychiatry and human de-

velopment. Sep 8 2025;doi:10.1007/s10578-025-01892-6

[7] Melo DF, Lima CDS, Piraccini BM, Tosti A. Trichotillomania: What Do We Know So Far? Skin appendage disorders. Jan 2022;8(1):1-7. doi:10.1159/000518191

[8] Perucca E, White HS, Bialer M. New GABA-Targeting Therapies for the Treatment of Seizures and Epilepsy: II. Treatments in Clinical Development. CNS Drugs. 2023/09/01 2023;37(9):781-795. doi:10.1007/s40263-023-01025-4

[9] Kaczorowska A, Rudnicka L, Stefanato CM, et al. Diagnostic Accuracy of Trichoscopy in Trichotillomania: A Systematic Review. Acta dermato-venereologica. Oct 7 2021;101(10):adv00565. doi:10.2340/00015555-3859

[10] Ricketts EJ, Peris TS, Grant JE, et al. Clinical Characteristics of Youth with Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder) and Excoriation (Skin-Picking) Disorder. Child Psychiatry & Human Development. 2024/08/01 2024;55(4):975-986. doi:10.1007/s10578-022-01458-w