

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH BẠCH BIẾN

PHẠM THỊ MAI HƯƠNG – Bệnh viện Nhi trung ương
TRẦN LAN ANH - Viện Da liễu quốc gia

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình, đặc điểm lâm sàng bệnh bạch biến ở bệnh nhân đến khám tại Viện Da liễu QG và BVTW quân đội 108 từ 10/2006-7/2007. Phương pháp: mô tả cắt ngang. Kết quả: nghiên cứu trên 160 bệnh nhân bạch biến ở các lứa tuổi, trong đó tuổi trung bình $35,6 \pm 15,4$. Tỷ số nam/nữ xấp xỉ 1/1.

Số bệnh nhân là cán bộ chiếm tỷ lệ cao nhất 35,6%. Đa số ở thành thị 65%. Đa số bệnh nhân có trình độ từ phổ thông trung học trở lên 70%, thời gian mắc bệnh dưới 5 năm 60,0%. Vị trí thương tổn thường gặp nhất là vùng đầu mặt 69,4% và tay 66,3%. Thể lan toả chiếm tỷ lệ cao nhất 52,5%. Bệnh gặp chủ yếu ở mức độ vừa 45% và nhẹ 42,5%. Giai đoạn bệnh đang

tiến triển chiếm đa số 70,0%. 5,6% trường hợp có tiền sử gia đình có người bị bệnh bạch biến.

Từ khóa: bệnh bạch biến, đặc điểm lâm sàng, các yếu tố liên quan

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạch biến (*vitiligo*) là một bệnh da tự miễn biểu hiện bằng các dát trắng do sự thiếu vắng các tế bào sắc tố (*melanocyte*). Bệnh chiếm 1- 2% dân số thế giới, gặp ở bất kì lứa tuổi nào, không phân biệt chủng tộc màu da, tỉ lệ mắc không có sự khác biệt giữa nam và nữ.

Ở Việt Nam chưa có thống kê chính xác về bệnh này, nhưng bệnh gặp khá phổ biến.

Với mong muốn khảo sát về tình hình bệnh bạch biến, một số biểu hiện lâm sàng và các yếu tố liên quan, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu:

- Khảo sát tình hình bệnh bạch biến ở bệnh nhân đến khám tại Viện Da liễu QG và BVTWQĐ 108 từ 10/2006-7/2007

- Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến bệnh bạch biến.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Bệnh nhân bạch biến đến khám và điều trị tại Viện Da liễu QG và BVTW Quân đội 108 từ 10/2006- 7/2007.

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán:** chủ yếu dựa vào 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 đều hoặc khúc khuỷu và có thể đậm hơn ở vùng da xung quanh. Phân bố rải rác các vùng trên cơ thể đối xứng hoặc tập trung

+ Không có cảm giác chủ quan gì đặc biệt

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

+ Bệnh nhân bị bệnh bạch biến

+ Không phân biệt giới, lứa tuổi, nghề nghiệp.

+ Đồng ý tham gia

- **Tiêu chuẩn loại trừ**

+ Bệnh nhân có các dát trắng trên da không phải do bệnh bạch biến (bạch tạng, dát trắng trong bệnh phong, lang ben, viêm da cơ địa, vẩy phấn trắng...)

+ Bệnh nhân không hợp tác

2. Phương pháp: tiến cứu mô tả cắt ngang

- Các bước tiến hành:

+ Hỏi bệnh để thu thập các thông tin: tuổi, giới, nghề nghiệp, địa dư, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tiền sử bản thân, tiền sử gia đình, thời gian mắc bệnh và các bệnh liên quan

+ Khám: phát hiện các triệu chứng (kích thước, vị trí khu trú, các thể lâm sàng; mức độ bệnh: nhẹ, vừa, nặng; giai đoạn bệnh: tiến triển, ổn định, thoái lui)

Thu thập và Xử lý số liệu: bằng phần mềm EPI-INFO 6.04 với các test thống kê dùng trong y học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 10/2006-7/2007 có 160 bệnh nhân bạch biến đến khám tại Viện Da liễu TW và BVTWQĐ 108 với các thông tin sau

Bảng 1: Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu (n=160)

Đặc điểm	Phân bố	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	p
Nhóm tuổi	0 - 9 t	7	4,4	
	10 - 19 t	21	13,1	
	20 - 29 t	34	21,3	
	30 - 39 t	32	20,0	
	40 - 49 t	36	22,5	
	50 - 59 t	18	11,2	
≥ 60 t	12	7,5		
Giới tính	Nữ (1)	85	53,1	p1p2>0,05
	Nam (2)	75	46,9	
Nghề nghiệp	Cán bộ	57	35,6	
	Công nhân	36	22,5	
	Học sinh-sinh viên	34	21,3	
	Nông dân	20	12,5	
	Nghề tự do	3	1,9	
	Không nghề nghiệp	10	6,3	
Địa dư	Nông thôn(1)	56	35,0	p1p2<0,01
	Thành thị (2)	104	65,0	
Trình độ học vấn	Mù chữ	5	3,1	
	Tiểu học	7	4,4	
	Trung học cơ sở	36	22,5	
	Phổ thông trung học	64	40,0	
	T.học chuyên nghiệp	33	20,6	
	Cao đẳng, Đại học	15	9,4	
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn (1)	82	51,3	p1p2<0,001 p2p3<0,001 p3p1>0,05
	Ly dị/ly thân (2)	9	5,6	
	Chưa kết hôn (3)	69	43,1	
Thời gian bị bệnh	0-<5 năm	96	60,0	
	5-<10 năm	47	29,4	
	10-<15 năm	13	8,1	
	≥15 năm	4	2,5	
Các bệnh liên quan	V. loét dạ dày tá tràng	10	6,3	
	Rụng tóc mảng	5	3,1	
	Viêm da cơ địa	5	3,1	
	Đái tháo đường	3	1,9	
	ưu năng tuyến giáp	4	2,5	
	Nhược năng t.giáp	0	0	
Phả hệ mắc bạch biến	Ông, bà (1)	1	0,6	p1p2>0,05 p2p3>0,05 p3p4>0,05 p4p1>0,05
	Cha, mẹ (2)	4	2,5	
	Anh, chị, em (3)	3	1,9	
	Cô, chú, di (4)	1	0,6	

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng bệnh bạch biến (n=160)

Đặc điểm	Phân bố	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	p
Vị trí thương tổn khởi phát	Đầu mặt	96	60,0	
	Tay	94	58,8	
	Chân	47	29,4	
	Ngực bụng	46	28,8	
	Sinh dục	34	21,3	
Vị trí thương tổn hiện tại	Đầu mặt	111	69,4	
	Tay	106	66,3	
	Chân	61	38,1	
	Ngực bụng	55	34,4	
	Sinh dục	49	30,6	

Thể lâm sàng	Khu trú (1)	40	25,0	p1p2>0,05
	Đứt đoạn(2)	36	22,5	p2p3<0,001
	Lan toả(3)	84	52,5	p3p1<0,01
Mức độ bệnh	Nhẹ (1)	68	42,5	p1p2>0,05
	Vừa (2)	72	45,0	p2p3<0,001
	Nặng (3)	20	12,5	p3p1<0,001
Giai đoạn bệnh	Tiến triển (1)	112	70,0	p1p2<0,001
	Ổn định (2)	43	26,9	p2p3<0,001
	Thoái lui (3)	5	3,1	p3p1<0,001

NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN

Phân bố theo tuổi

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 35,6±15,4, cao nhất là nhóm từ 20-49 (63,8%), trong đó người mắc bệnh sớm nhất 1 tuổi, già nhất là 72 tuổi. Nhóm 20- 49 tuổi gặp nhiều hơn các nhóm khác có lẽ do chủ yếu là học sinh, sinh viên, cán bộ đang trong độ tuổi lao động, làm việc, giao tiếp trong xã hội nên quan tâm tới thẩm mỹ nhiều hơn nên tỷ lệ khám chữa bệnh nhiều hơn.

Kết quả tương đương với Grimes PE, lứa tuổi mắc bạch biến nhiều nhất từ 20-30 tuổi [4], Fitzpatrick TB tỷ lệ bệnh gặp ở tuổi 10-30 chiếm đa số 50% [3].

Phân bố theo giới

Kết quả cho thấy bệnh nhân nam 46,9% ít hơn so với nữ 53,1%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa $p > 0,05$. Tỷ số nam/nữ xấp xỉ 1/1. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Fitzpatrick TB [3], Fritsch P

Phân bố theo nghề nghiệp

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cán bộ bị bệnh bạch biến là cao nhất 35,6%, sau là công nhân 22,5% và học sinh, sinh viên 21,3%. Sự khác biệt các nhóm này với những nhóm còn lại (nông dân, không nghề nghiệp, nghề tự do) có ý nghĩa $p < 0,001$. Có lẽ do nghiên cứu ở các bệnh viện lớn, đầu ngành nên tỷ lệ cán bộ, công nhân, học sinh, sinh viên cao hơn. Tuy nhiên, có thể những đối tượng này thường gặp phải những căng thẳng trong công việc và học tập làm khởi động bệnh bạch biến hoặc làm bệnh bạch biến đã có sẵn nặng lên. Cũng có thể do những đối tượng hàng ngày phải giao tiếp xã hội nhiều hơn, dễ bị các sang chấn tâm lý hơn và cũng có điều kiện để tìm đến các cơ sở y tế hơn.

Phân bố bệnh nhân theo địa dư

Tỷ lệ bệnh nhân nghiên cứu ở vùng nông thôn thấp hơn 35% so với thành thị 65%, sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0,01$. Có thể vì nông dân ít có điều kiện đi khám chữa bệnh hơn. Ngoài ra, bạch biến ít ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe chung nên người bệnh là nông dân thường ít quan tâm đến bệnh hơn.

Phân bố theo trình độ học vấn

Tỷ lệ bệnh nhân có trình độ từ phổ thông trung học trở lên chiếm 70%. Chứng tỏ bệnh bạch biến không làm ảnh hưởng nhiều đến việc học của người bị bệnh.

Tình trạng hôn nhân

Tỷ lệ bệnh nhân đã kết hôn chiếm đa số 51,5%, sống ly thân hoặc ly dị chỉ có 5,6%, chưa kết hôn chiếm 43,1%. Ở Việt nam có lẽ hầu hết người dân đều

biết bệnh bạch biến là bệnh mạn tính, không lây nên ít có sự kỳ thị trong cộng đồng. Người bệnh vẫn có khả năng kết hôn và duy trì cuộc sống gia đình.

Thời gian bị bệnh

Trong nghiên cứu, thời gian bị bệnh bạch biến được tính từ khi bệnh khởi phát cho đến khi tiếp xúc bệnh nhân. Kết quả cho thấy số bệnh nhân mới mắc bệnh dưới 5 năm chiếm đa số 60,0%; mắc bệnh từ 5 năm đến dưới 10 năm 29,4% và giảm đi rất nhiều ở những mốc thời gian muộn hơn, sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0,001$.

Có lẽ bệnh nhân càng mới phát bệnh, nhất là trong 5 năm đầu thì càng lo lắng, suy nghĩ về bệnh nên thường cố tìm đến các cơ sở y tế nhiều hơn, vì thế số lượng bệnh nhân < 5 năm nhiều hơn cả. Sau đó có thể do kết quả điều trị kém hoặc không hiệu quả làm người bệnh nản chí, ít đi khám, thậm chí bỏ cuộc. Ngoài ra, có thể một số trường hợp bệnh ổn định hơn, người bệnh chấp nhận sống chung với bạch biến nên tỷ lệ khám những năm sau ít hơn

Các bệnh phối hợp

Có 27 trường hợp bạch biến có bệnh phối hợp, chiếm 16,9%, trong đó bệnh viêm loét dạ dày tá tràng là hay gặp hơn cả 6,3%, sau đến rụng tóc mảng 3,1%, viêm da cơ địa 3,1%, ưu năng tuyến giáp 2,5%, đái tháo đường 1,9%. Theo Arnold HL, Garty B trên bệnh nhân bạch biến có thể thấy tăng tự kháng thể của một số cơ quan đặc biệt như tự kháng thể chống lại tế bào thành dạ dày [2].

Chúng tôi cho rằng, tỷ lệ viêm loét dạ dày cao hơn có thể do người bệnh lo lắng về bệnh làm tăng khả năng viêm loét dạ dày tiềm tàng hoặc làm nặng lên tình trạng viêm loét dạ dày vốn có. Cũng có thể viêm loét dạ dày tá tràng còn là hậu quả tác dụng phụ của việc sử dụng corticoid để điều trị bệnh bạch biến. Để làm sáng tỏ vấn đề này, có lẽ cần có những nghiên cứu tiếp theo trên mẫu bệnh nhân lớn hơn, thời gian dài hơn và sâu hơn về cơ chế bệnh sinh bạch biến.

Phả hệ mắc bạch biến

Có 5,6% trường hợp tiền sử gia đình bệnh nhân bị bệnh bạch biến, trong đó chủ yếu gặp ở cha mẹ và anh chị em ruột (7/9 trường hợp). Số liệu của chúng tôi thấp hơn so với Arnold HL 35% [2], Grimes PE là 25-30% [4], Fitzpatrick TB là 30% [3]. Có lẽ do cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn và chưa mang tính đại diện cao.

Vị trí thương tổn khởi phát và hiện tại

Vị trí thương tổn vùng đầu mặt (khởi phát 60,0%; hiện tại 69,4%) và tay (khởi phát 58,8%; hiện tại 66,3%) chiếm tỷ lệ cao nhất. Vùng chân (khởi phát 29,4%; hiện tại 38,1%), ngực bụng (khởi phát 28,8%; hiện tại 34,4%) và sinh dục (khởi phát 21,3%; hiện tại 30,6%) chiếm tỷ lệ ít hơn. Có thể vùng ngực, bụng, sinh dục là những vùng kín, số lượng tế bào sắc tố ít hơn vùng hở nên các dát trắng thường mờ nhạt khó phát hiện. Kết quả nghiên cứu phù hợp với Sams WM [5]. Tuy nhiên nhiều bệnh nhân bệnh khởi phát đồng thời ở nhiều vị trí như đầu, mặt, tay, chân; sau vài

năm số lượng thương tổn nhiều lên, kích thước rộng hơn, thậm chí xuất hiện ở các vị trí khác làm bệnh nhân lo lắng phải đi khám bệnh nhiều lần.

Thể lâm sàng

Thể lan toả chiếm tỷ lệ cao nhất 52,5%, sau là thể đứt đoạn 25,0%. Thể khu trú chiếm tỷ lệ thấp nhất 22,5%. Thể lan toả là các thương tổn phân bố rộng rãi trên nhiều vùng cơ thể, mang tính đối xứng như 2 bàn tay, 2 bàn chân, đầu môi, sinh dục. Thể đứt đoạn là một hoặc nhiều dát trắng tạo thành một dải ở một bên cơ thể, thường xuất hiện dọc theo sự phân bố của dây thần kinh cảm giác. Thể khu trú thường chỉ có 1-2 dát trắng phân bố ở những vị trí bất kỳ không mang tính đối xứng hay thành dải.

Phân bố theo mức độ bệnh

Đánh giá mức độ bệnh dựa vào diện tích tổn thương theo phương pháp bàn tay của Nguyễn Cảnh Cầu[1]. Kết quả cho thấy bệnh gặp chủ yếu ở mức độ vừa 45% và nhẹ 42,5%, chỉ có 12,5% là mức độ nặng. Mức độ nhẹ chủ yếu gặp ở bệnh nhân bạch biến thể khu trú và một phần của thể đứt đoạn. Mức độ nặng hầu hết là bệnh nhân mắc bệnh bạch biến thể lan toả.

Phân bố theo giai đoạn bệnh

Đánh giá theo giai đoạn bệnh dựa trên nhận xét của bệnh nhân và triệu chứng lâm sàng tại thời điểm khám bệnh (VD chấm sắc tố ở nang lông, các đám sắc tố loang lổ trong tổn thương hoặc viền sắc tố ở bờ tổn thương...). Kết quả cho thấy bệnh ở giai đoạn tiến triển chiếm đa số 70,0%, giai đoạn ổn định là 26,9%; chỉ có 3,1% trong giai đoạn thoái lui, sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0,001$. Thực tế cho thấy hầu hết bệnh nhân bạch biến có tổn thương tăng nhanh về kích thước và

số lượng trong những năm đầu mắc bệnh. Các trường hợp ở giai đoạn ổn định và thoái lui thường đã và đang áp dụng các phương pháp điều trị cho kết quả khả quan.

KẾT LUẬN

- Bệnh bạch biến gặp nhiều hơn ở tuổi $35,6 \pm 15,4$. Tỷ số nam/nữ gần tương đương. Số bệnh nhân là cán bộ chiếm tỷ lệ cao nhất 35,6%. Đa số ở thành thị 65%. Đa số bệnh nhân có trình độ từ phổ thông trung học trở lên 70%; 60,0% có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm; 5,6% trường hợp có tiền sử gia đình có người bị bệnh bạch biến.

- Vị trí bạch biến thường gặp nhất là vùng đầu mặt 69,4% và tay 66,3%. Thể lan toả chiếm tỷ lệ cao nhất 52,5%. Bệnh gặp chủ yếu ở mức độ vừa 45% và nhẹ 42,5%. Giai đoạn tiến triển chiếm đa số 70,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Văn Em (2004), "So sánh hiệu quả điều trị bệnh bạch biến bằng Prednisolone liều thấp kết hợp với thuốc bôi Flucinar với Prednisolone liều thấp đơn thuần", *Báo cáo khoa học tại hội nghị chuyên đề Da liễu các tỉnh phía Bắc 18/06/2004*

2. Arnold HL., Odom RB and James WD. (1990), "Andrew's diseases of the skin: clinical dermatology", *W.B. Saunders company USA*, pp.198-214.

3. Fitzpatrick TB. (1997), "Color atlas and synopsis of clinical dermatology", *Mc Graw Hill*, pp.287-295

4. Grims PE. (1996), "Diseases of hypopigmentation", *Principles and practice of dermatology, New york*, pp. 843-847.

5. Sams WM., Lynch PJ. (1996), "Specific processes in the function of the skin", *Principles and practice of dermatology, Churchill living stone*, pp. 11 – 17.