

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF SKIN DISEASES IN LONG HIEP COMMUNE, VINH LONG PROVINCE, 2025

Ha Minh Phuong^{1*}, Nguyen Huynh Ngan²

¹An Giang Center for Disease Control - Lot D11, Tue Tinh street, Rach Gia ward, An Giang province, Vietnam

²Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu street, Tan An ward, Can Tho City, Vietnam

Received: 16/03/2026

Revised: 25/03/2026; Accepted: 20/05/2026

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the disease patterns and associated factors among patients with dermatological conditions.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 118 patients with skin diseases in Long Hiep commune, Vinh Long province, in 2025.

Results: The four most common skin conditions were atopic dermatitis (29.7%), acne vulgaris (23.7%), contact dermatitis (12.7%), and urticaria (11.0%). The findings indicated that occupation and ethnicity were the main demographic factors associated with the prevalence of common skin diseases. In addition, a history of allergy was associated with acne. Regarding behavioral factors, activities such as sun exposure of more than 30 minutes per day, use of sun-protective measures (e.g., hats, masks), and the use of body wash or bar soap were significantly associated with the three major skin conditions: atopic dermatitis, acne, and urticaria.

Conclusions: The study demonstrated that the prevalence of skin diseases in the community is diverse. The findings highlight the role of environmental and behavioral factors in the development of skin diseases, suggesting the need to strengthen health education, communication, and appropriate preventive interventions at the community level.

Keywords: Dermatological disease patterns, epidemiology, atopic dermatitis, Vinh Long.

*Corresponding author

Email: haminhphuong04@gmail.com **Phone:** (+84) 989268813 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i5.5171



KHẢO SÁT MÔ HÌNH BỆNH DA VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI XÃ LONG HIỆP, TỈNH VINH LONG NĂM 2025

Hà Minh Phương¹, Nguyễn Huỳnh Ngân²

¹Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh An Giang - Lô D11, Tuệ Tĩnh, p. Rạch Giá, An Giang, Việt Nam

²Đại học Y dược Cần Thơ – Số 179 Nguyễn Văn Cừ, P. Tân An, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 25/03/2026; Ngày duyệt đăng: 20/05/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm khảo sát cơ cấu bệnh tật và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân mắc bệnh da.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 118 bệnh nhân bệnh da tại xã Long Hiệp, tỉnh Vĩnh Long năm 2025.

Kết quả: Bốn bệnh da phổ biến nhất là viêm da cơ địa (29,7%), mụn trứng cá (23,7%), viêm da tiếp xúc (12,7%) và mày đay (11,0%). Kết quả cho thấy nghề nghiệp, dân tộc là các yếu tố nhân khẩu học chính liên quan đến thực trạng mắc các bệnh da phổ biến. Bên cạnh đó, tiền sử dị ứng có liên quan đến bệnh trứng cá. Đối với các yếu tố hành vi, kết quả cũng cho thấy các hành vi như tiếp xúc với ánh sáng mặt trời >30 phút/ngày, sử dụng dụng cụ chống nắng, dùng sữa tắm hoặc dùng xà bông cục cũng có liên quan có ý nghĩa thống kê với ba bệnh da chính là viêm da cơ địa, mụn trứng cá và mày đay.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh da trong cộng đồng rất đa dạng. Kết quả gợi ý vai trò của các yếu tố môi trường và hành vi trong bệnh sinh bệnh da, từ đó gợi ý cần tăng cường các biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe và can thiệp dự phòng phù hợp tại cộng đồng.

Từ khóa: Mô hình bệnh da liễu, dịch tễ học, viêm da cơ địa, Vĩnh Long.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh da liễu là nhóm bệnh phổ biến trong cộng đồng và có xu hướng tăng trong những năm gần đây. Mặc dù ít gây tử vong, nhưng bệnh da ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống, thẩm mỹ và khả năng lao động của người bệnh. Ước tính toàn cầu năm 2021 cho thấy có khoảng 2,0 tỷ trường hợp hiện mắc trên toàn thế giới, đồng thời gây ra khoảng 41,9 triệu năm sống điều chỉnh theo mức độ tàn tật (DALYs) [1]. Đáng chú ý, bệnh da được xếp là nguyên nhân đứng thứ tư gây tàn tật không tử vong trên toàn cầu, cho thấy gánh nặng đáng kể của nhóm bệnh này đối với y tế công cộng [2].

Vĩnh Long là tỉnh thuộc Đồng bằng sông Cửu Long, nằm trong vùng khí hậu gió mùa nhiệt đới điển hình của châu Á, với đặc trưng là nhiệt độ cao quanh năm và lượng mưa lớn. Những điều kiện khí hậu này tạo môi trường thuận lợi cho sự phát sinh và phát triển của nhiều bệnh da. Bên cạnh đó, trong những năm gần đây, khu vực Đồng bằng sông Cửu Long đang phải đối mặt với nhiều thách thức do biến đổi khí hậu. Các yếu tố này không chỉ ảnh hưởng đến môi trường sống mà còn được xem là những nguy cơ góp phần làm gia tăng tỷ lệ mắc cũng như mức độ nghiêm trọng của các bệnh da trong cộng đồng. Các nghiên cứu tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long cho thấy bệnh da có tỷ lệ mắc tương đối cao và cơ cấu bệnh đa dạng. Nghiên cứu tại một xã ven biển ở Đồng bằng sông Cửu Long cho thấy tỷ lệ mắc bệnh da là 16,9%, trong đó nhóm bệnh viêm – dị ứng chiếm ưu thế (73,0%) với các bệnh thường gặp như viêm da tiếp xúc (32,4%), da nhạy cảm (24,3%) và chàm (16,2%), trong khi nhóm bệnh nhiễm trùng chiếm 27,0% [3]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Trường Đại học Trà Vinh ghi nhận các bệnh da thường gặp gồm mụn trứng cá (25%), chàm (19,69%), nấm da (10,61%) và ghẻ (7,32%) [4]. Những kết quả này cho thấy mô hình bệnh da không những phổ biến mà còn

có sự khác biệt rõ rệt theo đặc điểm địa lý, môi trường và điều kiện sống của từng địa phương.

Việc xác định mô hình bệnh da và các yếu tố liên quan tại cộng đồng có ý nghĩa quan trọng trong thực hành y tế công cộng. Những thông tin này giúp nhận diện các bệnh da thường gặp đồng thời làm rõ vai trò của các yếu tố nguy cơ như môi trường, nghề nghiệp và hành vi sinh hoạt. Trên cơ sở đó, địa phương có thể xây dựng các biện pháp can thiệp, dự phòng và quản lý bệnh phù hợp với điều kiện thực tiễn. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát mô hình bệnh da và các yếu tố liên quan với các bệnh da phổ biến tại xã Long Hiệp, tỉnh Vĩnh Long năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG, 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

Nghiên cứu thực hiện vào tháng 9/2025, tại xã Long Hiệp, tỉnh Vĩnh Long.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh da trong quá trình khám sàng lọc cộng đồng tại xã Long Hiệp, không có tiền sử mắc các bệnh lý về tâm thần, hiện không sử dụng thuốc chống loạn thần, có đủ khả năng tham gia trả lời phỏng vấn bộ câu hỏi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn toàn bộ 118 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn tuyển chọn.

2.5. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm dịch tễ: nơi cư trú, nghề nghiệp, điều kiện môi trường sống, thói quen vệ sinh (sử dụng xà bông tắm, bảo vệ da dưới ánh nắng).

*Tác giả liên hệ

Email: haminhphuong04@gmail.com Điện thoại: (+84) 989268813 DOI: 10.52163/yhc.v67i5.5171

Tiền sử: Tiền sử bệnh da bản thân, tiền sử dị ứng (thức ăn, thuốc, tiền sử điều trị bệnh da).

Cơ cấu bệnh tật: Xác định tỷ lệ các loại bệnh về da.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

Sau khi đồng ý tham gia nghiên cứu, người bệnh được điều tra viên phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Người tham gia được bác sĩ chuyên khoa da liễu khám lâm sàng để xác định thương tổn và chẩn đoán loại bệnh da.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và làm sạch bằng phần mềm SPSS 22.0. Biến định tính được mô tả bằng tần số, tỷ lệ; biến định lượng được mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn. Sử dụng kiểm định Chi-square và Fisher's exact test để xác định mối liên quan giữa các yếu tố dịch tễ, tiền sử với các loại bệnh da cụ thể, với $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Sở Y tế tỉnh Vĩnh Long và Ủy ban nhân dân xã Long Hiệp để triển khai tại địa phương. Trước khi thu thập số liệu, người tham gia được cung cấp đầy đủ thông tin về mục tiêu và nội dung nghiên cứu, được giải thích quyền lợi và quyền từ chối hoặc rút lui bất kỳ thời điểm nào mà không chịu bất kỳ ảnh hưởng nào. Sự tham gia là hoàn toàn tự nguyện. Toàn bộ dữ liệu được mã hóa, không chứa thông tin định danh cá nhân và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh

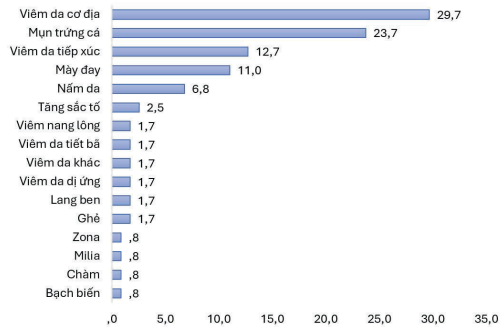
Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh (n=118)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dân tộc	Khmer	67	56,8
	Kinh	51	43,2
Nghề nghiệp	Học sinh	19	16,1
	Làm nông	21	17,8
	Nhân viên văn phòng	33	28,0
	Nội trợ	18	15,3
Thời gian tiếp xúc với ánh nắng mặt trời	< 30 phút/ngày	69	58,5
	Từ 30 trở lên/ngày	33	41,5
Sử dụng dụng cụ chống nắng (nón, khẩu trang, ...)	Có	105	89,0
	Không	13	11,0
Sử dụng xà bông tắm	Dùng sữa tắm	47	39,8
	Dùng xà bông cục	61	51,7
	Không dùng	10	8,5
Tiền sử bệnh da	Không	99	83,9
	Có	19	16,1
Tiền sử dị ứng	Không có	104	88,1
	Dị ứng thức ăn	5	4,2
	Dị ứng thuốc	2	1,7
	Dị ứng khác	10	8,5
Tiền sử điều trị	Điều trị cơ sở y tế	20	16,9
	Không điều trị	77	65,3
	Tự điều trị	21	17,8

Trong 118 người tham gia khảo sát, hơn một nửa là người dân tộc Khmer (56,8%). Nhân viên văn phòng chiếm tỷ lệ cao nhất (28,0%), tiếp đến là làm nông (17,8%) và học sinh (16,1%). Phần lớn đối tượng tiếp xúc ánh nắng dưới 30 phút/ngày (58,5%), đa số có sử dụng biện pháp chống nắng (89%) và 51,7% vẫn dùng

xà bông cục khi tắm. Hầu hết không có tiền sử bệnh da (83,9%), tỷ lệ dị ứng thấp (dị ứng thức ăn 4,2%, dị ứng thuốc 1,7%). Về điều trị, đa số không điều trị (65,3%) hoặc tự điều trị (17,85%).

3.2. Cơ cấu bệnh da



Hình 1. Biểu đồ tỷ lệ bệnh da tại địa bàn nghiên cứu (n=118)

Bốn loại bệnh da chiếm tỷ lệ cao nhất gồm viêm da cơ địa (29,7%), mụn trứng cá (23,7%), viêm da tiếp xúc (12,7%) và mày đay (11,0%). Các bệnh khác như nấm da (6,8%), lang ben (1,7%), vẩy nến (1,7%) và dị ứng da (1,7%) chiếm tỷ trọng nhỏ hơn.

3.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng mắc bệnh da

Bảng 2. Mối quan hệ giữa viêm da cơ địa và đặc điểm của người bệnh (n=118)

Đặc điểm		Có (n,%)	Không (n, %)	p
Dân tộc	Khmer	14 (20,9)	53 (79,1)	0,015**
	Kinh	21 (41,2)	30 (58,8)	
Làm nông	Không	24 (24,7)	73 (75,3)	0,014*
	Có	11 (52,4)	10 (47,6)	
Nghề nghiệp làm nhân viên văn phòng	Không	34 (40,0)	51 (60,0)	<0,001**
	Có	1 (3,0)	32 (97,0)	
Dùng sữa tắm	Có	7 (14,9)	40 (85,1)	0,003**
	Không	28 (39,4)	43 (60,6)	
Dùng xà bông cục	Có	24 (39,3)	37 (60,7)	0,014**
	Không	11 (19,3)	46 (80,7)	

(*) Kiểm định Chi-Square, (**) Kiểm định Fisher.

Bảng 2 cho thấy dân tộc, nghề làm nông, nghề làm nhân viên văn phòng, dùng sữa tắm và dùng xà bông là những yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa với tình trạng viêm da cơ địa. Tỷ lệ mắc cao hơn ở người dân tộc Kinh so với Khmer ($p=0,015$) và ở nhóm làm nông so với không làm nông ($p=0,014$). Ngược lại, nhân viên văn phòng có tỷ lệ mắc rất thấp ($p<0,001$). Ngoài ra, không dùng sữa tắm và sử dụng xà bông cục liên quan đến tỷ lệ mắc cao hơn ($p<0,05$).

Bảng 3. Mối quan hệ giữa mụn trứng cá và đặc điểm của người bệnh (n=118)

Đặc điểm		Có (n,%)	Không (n, %)	p
Học sinh	Không	15 (15,2)	84 (84,8)	<0,001**
	Có	13 (46,4)	6 (31,6)	
Nghề nghiệp làm nhân viên văn phòng	Không	28 (28,9)	69 (71,1)	0,002**
	Có	0 (0)	21 (100,0)	
Làm nông	Không	14 (16,5)	71 (83,5)	0,004**
	Có	14 (42,4)	19 (57,6)	

Đặc điểm	Có (n,%)	Không (n, %)	p	
Nghề nghiệp làm nội trợ	Không	28 (28,0)	72 (72,0)	0,005**
	Có	0 (0)	18 (100,0)	
Tiền sử dị ứng	Có	0 (0)	14 (100,0)	0,017**
	Không	28 (26,9)	76 (73,1)	
Sử dụng dụng cụ chống nắng (nón, khẩu trang, ...)	Có		79 (73,8)	0,043**
	Không		11 (100,0)	
Dùng sữa tắm	Có		28 (59,6)	0,001**
	Không		62 (87,3)	
Dùng xà bông cục	Có		53 (86,9)	0,005**
	Không		37 (64,9)	

(* Kiểm định Chi-Square, (**) Kiểm định Fisher.

Bảng 3 cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với mụn trứng cá. Tỷ lệ mắc cao hơn ở học sinh ($p < 0,001$) và nhóm làm nông ($p = 0,004$), trong khi không ghi nhận trường hợp mắc ở nhân viên văn phòng và nội trợ ($p < 0,01$). Người không có tiền sử dị ứng có tỷ lệ mắc cao hơn ($p = 0,017$). Việc sử dụng dụng cụ chống nắng, dùng sữa tắm và không dùng xà bông cục liên quan đến tỷ lệ mắc cao hơn ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối quan hệ giữa mày đay và đặc điểm chung của người bệnh (n=118)

Đặc điểm	Có (n,%)	Không (n, %)	p	
Dân tộc	Khmer	11 (16,4)	56 (83,6)	0,028**
	Kinh	2 (3,9)	49 (96,1)	
Tiếp xúc với ánh sáng mặt trời >30 phút/ngày	Có	6 (12,2)	43 (87,8)	0,017*
	Không	7 (10,1)	62 (89,9)	
Sử dụng dụng cụ chống nắng (nón, khẩu trang, ...)	Có	9 (8,4)	98 (91,6)	0,019**
	Không	4 (36,4)	7 (63,6)	

(* Kiểm định Chi-Square, (**) Kiểm định Fisher.

Bảng 4 cho thấy mày đay có liên quan có ý nghĩa thống kê với dân tộc, thời gian tiếp xúc ánh nắng và việc sử dụng dụng cụ chống nắng. Tỷ lệ mắc cao hơn ở người dân tộc Khmer so với Kinh ($p = 0,028$). Nhóm tiếp xúc ánh nắng trên 30 phút/ngày và không sử dụng dụng cụ chống nắng có tỷ lệ mắc cao hơn ($p < 0,05$).

Bảng 5. Mối quan hệ giữa các bệnh da khác và đặc điểm chung của người bệnh (n=118)

Đặc điểm	Có (n,%)	Không (n, %)	p	
Bệnh viêm da tiếp xúc				
Tiếp xúc với ánh sáng mặt trời >30 phút/ngày	Có	10 (20,4)	39 (79,6)	0,016*
	Không	5 (7,2)	64 (92,8)	
Bệnh viêm da tiết bã				
Tiếp xúc với ánh sáng mặt trời >30 phút/ngày	Có	2 (4,1)	47 (95,9)	0,02*
	Không	0 (0)	69 (100,0)	
Tăng sắc tố				
Nghề nghiệp làm nhân viên văn phòng	Không	0 (0)	85 (100,0)	0,02**
	Có	3 (9,1)	30 (90,9)	
Làm nông	Không	24 (24,7)	73 (75,3)	0,014
	Có	11 (52,4)	10 (47,6)	

Đặc điểm	Có (n,%)	Không (n, %)	p	
Nấm da				
Nghề nghiệp làm nội trợ	Không	4 (4,0)	96 (96,0)	0,18**
	Có	4 (22,2)	14 (77,8)	

Bảng 5 cho thấy viêm da tiếp xúc và viêm da tiết bã đều có liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian tiếp xúc ánh nắng >30 phút/ngày ($p < 0,05$), với tỷ lệ mắc cao hơn ở nhóm tiếp xúc nhiều. Tăng sắc tố liên quan đến nghề nghiệp, trong đó nhân viên văn phòng có tỷ lệ mắc thấp ($p = 0,02$), còn nhóm làm nông có tỷ lệ mắc cao hơn ($p = 0,014$). Đối với nấm da, chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nghề nội trợ ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy mô hình bệnh da khá đa dạng, trong đó ba bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là viêm da cơ địa (29,7%), mụn trứng cá (23,7%) và viêm da tiếp xúc (12,7%). Các bệnh khác như nấm da, lang ben, vảy nến và dị ứng da chiếm tỷ lệ thấp hơn. Nghiên cứu tại Kiên Giang, viêm da cơ địa cũng là bệnh phổ biến nhất (24,43%), tuy nhiên thứ tự các bệnh tiếp theo có sự khác biệt khi viêm da tiếp xúc và nấm da chiếm tỷ lệ cao hơn so với nghiên cứu này [5]. Trong khi đó, nghiên cứu tại Trà Vinh lại ghi nhận mụn trứng cá là bệnh phổ biến nhất (25%), tiếp theo là chàm và nấm da [4]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm dân số, điều kiện môi trường và yếu tố nghề nghiệp khác nhau giữa các địa phương. Ngoài ra, yếu tố khí hậu nóng ẩm và thói quen sinh hoạt cũng góp phần làm gia tăng các bệnh viêm da và mụn trứng cá. Nhìn chung, kết quả cho thấy các bệnh da thường gặp trong cộng đồng chủ yếu là bệnh viêm và bệnh liên quan đến yếu tố môi trường, phù hợp với xu hướng chung tại khu vực đồng bằng sông Cửu Long.

Dân tộc, nghề nghiệp, thói quen dùng sữa tắm và dùng xà bông là những yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa với tình trạng viêm da cơ địa. Tỷ lệ mắc cao hơn ở người dân tộc Kinh so với Khmer ($p = 0,015$). Sự khác biệt giữa các nhóm dân tộc có thể phản ánh sự khác nhau về điều kiện sống, thói quen vệ sinh và khả năng tiếp cận các sản phẩm chăm sóc da. Liên quan đến nghề nghiệp, kết quả cho thấy nhóm làm nông có nguy cơ cao hơn, phù hợp với đặc điểm thường xuyên tiếp xúc với đất, nước, hóa chất và các yếu tố kích ứng ngoài môi trường. Ngược lại, nhân viên văn phòng có môi trường làm việc ít tiếp xúc với yếu tố nguy cơ nên tỷ lệ mắc thấp hơn. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Huỳnh Văn Bá tại Kiên Giang khi ghi nhận mối liên quan với nghề buôn bán [5], cho thấy vai trò của nghề nghiệp có thể thay đổi tùy theo đặc thù tiếp xúc tại từng địa phương. Bên cạnh đó, việc không sử dụng sữa tắm và sử dụng xà bông cục có liên quan đến tỷ lệ mắc cao hơn có thể do các sản phẩm này làm thay đổi hàng rào bảo vệ da, gây khô da và kích ứng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Minh Thu (2023), khi chỉ ra các yếu tố liên quan đến viêm da cơ địa nặng bao gồm thói quen tắm, sử dụng dưỡng ẩm, dị ứng thức ăn và yếu tố thời tiết ($p < 0,05$) [6].

Kết quả cho thấy mụn trứng cá có liên quan có ý nghĩa thống kê với nghề nghiệp, tiền sử dị ứng và thói quen chăm sóc da. Tỷ lệ mắc cao hơn ở học sinh và nhóm làm nông, điều này phù hợp vì học sinh đang trong giai đoạn dậy thì với biến đổi nội tiết, còn nhóm làm nông thường xuyên tiếp xúc với bụi bẩn, mồ hôi và môi trường ngoài trời là những yếu tố thuận lợi gây bít tắc lỗ chân lông. Ngoài ra, các yếu tố như sử dụng chống nắng, dùng sữa tắm và không dùng xà bông cục liên

quan đến tỷ lệ mắc cao hơn có thể phản ánh việc sử dụng sản phẩm chưa phù hợp với loại da, gây bít tắc lỗ chân lông. So sánh với các nghiên cứu khác, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Trang khi nhấn mạnh vai trò của yếu tố hành vi và lối sống như chế độ ăn, đồ uống [7]. Tuy nhiên, khác với nghiên cứu của Huỳnh Văn Bá khi ghi nhận thêm vai trò của ánh nắng, chế độ ăn nhiều dầu mỡ và độ tuổi [8]. Sự khác biệt này cho thấy mụn trứng cá chịu ảnh hưởng đồng thời của nội tiết, môi trường và hành vi cá nhân.

Kết quả nghiên cứu cho thấy mày đay có liên quan có ý nghĩa thống kê với dân tộc, thời gian tiếp xúc ánh nắng và việc sử dụng dụng cụ chống nắng. Tỷ lệ mắc cao hơn ở người Khmer so với Kinh có thể phản ánh sự khác biệt về điều kiện sống, đặc điểm nghề nghiệp và mức độ tiếp xúc với các yếu tố môi trường. Đặc biệt, nhóm tiếp xúc ánh nắng trên 30 phút/ngày và không sử dụng biện pháp chống nắng có nguy cơ mắc cao hơn, cho thấy vai trò của yếu tố vật lý như tia UV và nhiệt trong việc khởi phát hoặc làm nặng phản ứng mày đay. Một nghiên cứu tại Trung Quốc chỉ ra sống ở khu vực thành thị, tiếp xúc với chất ô nhiễm, tình trạng tâm lý lo âu hoặc trầm cảm, tiền sử cá nhân và gia đình mắc bệnh dị ứng, bệnh tuyến giáp và nhiễm khuẩn *Helicobacter pylori* có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh mề đay cao hơn [9]. Có thể thấy mày đay chịu tác động của nhiều yếu tố từ môi trường và cơ địa.

Kết quả nghiên cứu cho thấy viêm da tiếp xúc và viêm da tiết bã đều có liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian tiếp xúc ánh nắng >30 phút/ngày, với tỷ lệ mắc cao hơn ở nhóm tiếp xúc nhiều. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh khi tia UV, nhiệt và mồ hôi có thể làm tổn thương hàng rào da, tăng nguy cơ kích ứng và viêm da. Kết quả này tương đồng một phần với nghiên cứu của Huỳnh Văn Bá khi ghi nhận viêm da tiếp xúc liên quan đến các yếu tố nghề nghiệp và môi trường như nuôi trồng, đánh bắt thủy sản và lao động thời vụ là những nhóm có mức độ tiếp xúc ngoài trời cao. Điều này củng cố vai trò của yếu tố môi trường và điều kiện lao động trong bệnh lý viêm da [5]. Đối với tăng sắc tố da, nghiên cứu cho thấy có liên quan đến nghề nghiệp, trong đó nhóm làm nông có tỷ lệ mắc cao hơn, còn nhân viên văn phòng có tỷ lệ thấp hơn có thể là do sự khác biệt về mức độ tiếp xúc ánh nắng, khi tia UV là yếu tố quan trọng kích thích tăng sắc tố. Riêng đối với nấm da, nghiên cứu chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nghề nội trợ. Kết quả này khác với các nghiên cứu của Huỳnh Văn Bá và Phạm Văn Tuấn, khi cho rằng nấm da liên quan đến nhiều yếu tố môi trường và cá nhân như ánh nắng, tiếp xúc yếu tố nguy hại, sản phẩm tẩy, giới tính và tình trạng hôn nhân [65] [10]. Do đó, việc tiếp xúc với ánh nắng mặt trời cường độ cao hoặc sống trong môi trường nóng ẩm có thể làm tăng tiết mồ hôi, tạo điều kiện thuận lợi cho vi nấm phát triển, từ đó làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh nấm da.

Nghiên cứu này tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế mô tả cắt ngang chỉ cho phép xác định mối liên quan mà không thể suy luận quan hệ nhân quả giữa các yếu tố và bệnh da. Thứ hai, cỡ mẫu tương đối nhỏ và được chọn tại một địa phương duy nhất làm hạn chế tính đại diện và khả năng khái quát hóa kết quả cho các quần thể khác. Ngoài ra, việc thu thập thông tin dựa trên phỏng vấn có thể dẫn đến sai số nhớ lại và sai số thông tin, đặc biệt đối với các biến hành vi như thói quen chăm sóc da hay tiếp xúc ánh nắng.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh da trong cộng đồng rất đa dạng, với tỷ lệ nhiễm cao nhất ở bốn loại bệnh da: viêm

da cơ địa (29,7%), mụn trứng cá (23,7%), viêm da tiếp xúc (12,7%) và mày đay (11,0%). Kết quả nhấn mạnh vai trò của các yếu tố môi trường và hành vi trong bệnh sinh bệnh da, từ đó gợi ý cần tăng cường các biện pháp truyền thông – giáo dục sức khỏe và can thiệp dự phòng phù hợp tại cộng đồng.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Li D., Fan S., Zhao H., et al. (2026). Global, regional and national burden of skin and subcutaneous diseases: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Int Health*, 18(2), 183–196. doi: 10.1093/inthealth/ihaf070. PMID: 40580005; PMCID: PMC13017215.
- [2] Karimkhani C., Dellavalle R.P., Coffeng L.E., et al. (2017). Global Skin Disease Morbidity and Mortality: An Update From the Global Burden of Disease Study 2013. *JAMA Dermatol*, 153(5), 406–412. doi: 10.1001/jamadermatol.2016.5538. PMID: 28249066; PMCID: PMC5817488.
- [3] Phạm Thị Nhã Trúc, Nguyễn Văn Nguyên, Giang Cẩm Nhung, và cs. (2025). Tỷ lệ hiện mắc bệnh về da và một số yếu tố nguy cơ của bệnh da tại một xã ven biển Việt Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 556(2): 298-302. <https://doi.org/10.51298/vmj.v556i2.16422>
- [4] Nguyễn Thị Thúy Liễu, Nguyễn Thị Mộng Trinh, Huỳnh Thị Xuân Linh. (2025). Tỷ lệ một số bệnh da liễu thường gặp tại bệnh viện trường đại học Trà Vinh. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 549(3):385-388. <https://doi.org/10.51298/vmj.v549i3.14020>
- [5] Huỳnh Văn Bá, Huỳnh Văn Tùng, Nguyễn Văn Nguyên, và cs. (2024). Thực trạng các bệnh về da ở quần đảo Nam Du, tỉnh Kiên Giang, năm 2023. *Tạp chí Y học cộng đồng*, 65(5): 170-177. <https://doi.org/10.52163/yhc.v65i5.1426>
- [6] Nguyễn Minh Thu, Đào Hữu Ghi, Nguyễn Thị Thanh Thùy, và cs. (2023). Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh viêm da cơ địa mức độ nặng tại bệnh viện da liễu trung ương. *Tạp chí Da liễu học Việt Nam*, (40):54-63. <https://doi.org/10.56320/tcdlhnv.40.102>
- [7] Nguyễn Thị Huyền Trang, Bùi Thị Lệ Uyên. (2024). Tỷ lệ, loại tổn thương, mức độ mụn trứng cá và một số yếu tố liên quan đến mụn trứng cá ở học sinh trung học phổ thông tại thành phố Vĩnh Long, tỉnh Vĩnh Long năm 2023. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, (72), 1–7. <https://doi.org/10.58490/ctump.2024i72.2335>
- [8] Huỳnh Văn Bá, Huỳnh Văn Tùng, Nguyễn Văn Nguyên, và cs. (2024). Mô hình bệnh da thường gặp tại xã Vĩnh Phú, huyện Giang Thành, tỉnh Kiên Giang và một số yếu tố liên quan, năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 542(2):229-234. <https://doi.org/10.51298/vmj.v542i2.11108>
- [9] Li J., Mao D., Liu S., et al. (2022). Epidemiology of urticaria in China: a population-based study. *Chin Med J (Engl)*, 135(11), 1369–1375. doi: 10.1097/CM9.0000000000002172. PMID: 35830258; PMCID: PMC9433071.
- [10] Phạm Văn Tuấn, Bùi Thị Vân, Vũ Hoàng Nhung, và cs. (2021). Một số yếu tố liên quan và đặc điểm lâm sàng trong bệnh nấm da thân tại Bệnh viện Da liễu Bắc Ninh. *Tạp chí Y dược học lâm sàng* 108, 16(1):43-37. <https://doi.org/10.52389/ydls.v16i1.671>