

DERMATOLOGICAL DISEASE PATTERN AT BACH MAI HOSPITAL IN 2024

Duong Thi Hang*, Nguyen Trong Nghia, Nguyen Thi Hue, Do Thi Thuy Hong, Nguyen Thi Thuy Hoan

Bach Mai Hospital-78 Giai Phong, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam

Received: 19/05/2026

Revised: 12/06/2026; Accepted: 22/07/2026

ABSTRACT**Objective:** To describe the pattern of dermatological diseases at Bach Mai Hospital.**Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 32,083 dermatology visits at the Dermatology Clinics of the Outpatient Department, Bach Mai Hospital, in 2024. Data were analyzed using Stata 15.0; the Chi-square test was applied with a statistical significance level of $p < 0.05$.**Results:** 53.8% of visits were by female patients and 37.0% by patients aged 20–39 years. The three most frequent diagnoses were atopic dermatitis/eczema (11.7%), tinea (10.2%), and glossitis/stomatitis (8.3%). Sex differences were statistically significant for 13 of 15 disease groups ($p < 0.001$): sexually transmitted infections, scabies, and psoriasis were more frequent among visits by male patients, whereas autoimmune connective tissue diseases (SLE, systemic sclerosis), alopecia, glossitis/stomatitis, and herpes zoster were more frequent among visits by female patients. Visits were concentrated in summer (30.2%) and autumn (29.1%).**Conclusion:** The pattern of the 15 most common dermatological disease groups showed differences by sex and season. These findings support the need to allocate resources and design medical interventions according to disease group, sex, and time of year.**Keywords:** Dermatological diseases, disease pattern, ICD-10, Vietnam.

*Corresponding author

Email: duonghangdl84@gmail.com Phone: (+84) 977606435 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5968



ĐẶC ĐIỂM MÔ HÌNH BỆNH DA LIỄU TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2024

Dương Thị Hằng*, Nguyễn Trọng Nghĩa, Nguyễn Thị Huế, Đỗ Thị Thuý Hồng, Nguyễn Thị Thuý Hoàn

Bệnh viện Bạch Mai-78 Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 19/05/2026

Ngày chỉnh sửa: 12/06/2026; Ngày duyệt đăng: 22/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả cơ cấu bệnh da liễu tại Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 32 083 lượt khám da liễu tại các phòng khám Da liễu thuộc khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai năm 2024. Số liệu được phân tích bằng Stata 15.0; sử dụng phép kiểm định Chi-square với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Kết quả: Lượt khám là nữ chiếm 53,8% và ở nhóm tuổi 20–39 chiếm tỷ lệ cao nhất (37,0%). Lượt khám nhiều nhất ở ba bệnh là viêm da cơ địa (11,7%), nấm da (10,2%) và viêm lưỡi/viêm miệng (8,3%). Khác biệt giới có ý nghĩa thống kê ở 13/15 bệnh ($p < 0,001$): bệnh lây qua đường tình dục, ghẻ và vảy nến gặp nhiều hơn trong lượt khám của nam; các bệnh tự miễn (LES, xơ cứng bì), rụng tóc, viêm lưỡi/viêm miệng và herpes zoster gặp nhiều hơn trong lượt khám của nữ. Lượt khám tập trung vào mùa hạ (30,2%) và mùa thu (29,1%).

Kết luận: Cơ cấu 15 bệnh da liễu phổ biến cho thấy sự khác biệt theo giới và mùa. Kết quả cho thấy cần phân bổ nguồn lực và xây dựng can thiệp y tế phù hợp theo từng nhóm bệnh, giới và thời điểm trong năm.

Từ khóa: Bệnh da liễu, cơ cấu bệnh, ICD-10, Việt Nam.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh da liễu là một trong những vấn đề sức khỏe quan trọng. Theo nghiên cứu Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu (GBD) năm 2010, bệnh da liễu đứng thứ tư về số năm sống chung với tàn tật (YLDs) [1]. GBD 2013 ước tính nhóm bệnh này đóng góp 1,79% tổng DALYs toàn cầu [2]. Đến năm 2019 và 2021, các nghiên cứu GBD tiếp tục ghi nhận khoảng 4,7–4,9 tỷ trường hợp bệnh và hơn 41–42 triệu DALYs liên quan đến bệnh về da và dưới da, với tỷ lệ mắc tăng hơn 35% kể từ năm 1990 [3,4]. Trong nhóm bệnh da liễu, các nghiên cứu GBD chỉ ra những bệnh gây gánh nặng chủ yếu là viêm da, trứng cá, mày đay và vảy nến.

Tương đồng với xu hướng trên thế giới, tại châu Á, gánh nặng bệnh da liễu tăng đáng kể từ 1990–2017, đặc biệt là viêm da cơ địa, viêm da tiếp xúc, vảy nến và trứng cá [5]. Tại Việt Nam và khu vực Đông Nam Á, viêm da cơ địa có tỷ lệ mắc dao động 11,9%–33,7% [6]. Các bệnh nhiễm trùng da như nấm da, ghẻ và bệnh lây qua đường tình dục cũng đóng vai trò đáng kể trong cơ cấu bệnh tại các quốc gia có khí hậu nhiệt đới nóng ẩm. Đối với các bệnh hệ thống có biểu hiện da như Lupus ban đỏ hệ thống, sự khác biệt giới rất rõ rệt với tỷ lệ Nữ:Nam có thể xấp xỉ 6:1 [7].

Tuy nhiên, các nghiên cứu về cơ cấu bệnh da liễu tại Việt Nam chủ yếu thực hiện tại các bệnh viện chuyên khoa, dữ liệu tại các bệnh viện đa khoa – tuyến tiếp xúc đầu tiên với đa số người bệnh còn hạn chế. Đặc biệt, việc tập trung phân tích vào một số bệnh phổ biến có ý nghĩa lâm sàng và y tế quan trọng còn ít được nghiên cứu một cách hệ thống. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả cơ cấu bệnh da liễu tại Bệnh viện Bạch Mai trong năm 2024 và phân tích sự khác biệt giữa các nhóm đối với 15 bệnh da liễu phổ biến nhất.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang sử dụng dữ liệu hồi cứu từ hệ thống quản lý bệnh án điện tử.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Các phòng khám Da liễu thuộc khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian thu thập số liệu: Từ ngày 01/01/2024 đến ngày 31/12/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các lượt khám Da liễu trong năm 2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ không đầy đủ thông tin nghiên cứu; bản ghi trùng lặp.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Có 32 083 lượt khám đáp ứng tiêu chuẩn và được đưa vào phân tích.

2.5. Biến số nghiên cứu

Các biến số chính bao gồm: (1) Giới tính (Nam, Nữ); (2) Nhóm tuổi: 0–2, 3–12, 13–19, 20–39, 40–59, ≥ 60 tuổi; (3) Vùng địa lý theo 8 vùng kinh tế – xã hội của Việt Nam, trong đó Hà Nội được tách riêng khỏi Đồng bằng sông Hồng; (4) Mùa khám theo chuẩn khí tượng học của WMO: Xuân (tháng 3–5), Hạ (tháng 6–8), Thu (tháng 9–11), Đông (tháng 12, 1, 2); (5) Đối tượng khám: Yêu cầu / Dịch vụ / Bảo hiểm y tế (BHYT).

2.6. Kỹ thuật và quy trình thu thập số liệu

Số liệu được trích xuất từ hệ thống quản lý bệnh án điện tử của bệnh viện theo bộ biến số đã thiết kế sẵn. Chẩn đoán được mã hóa theo phân loại quốc tế bệnh tật ICD-10 như sau: Viêm da cơ địa (L20, L30); viêm da tiếp xúc dị ứng (L23); trứng cá (L70); nấm da (B35); sẩn ngứa (L28);

*Tác giả liên hệ

Email: duonghangdl84@gmail.com Điện thoại: (+84) 977606435 DOI: 10.52163/ylc.v67i7.5968

vảy nến (L40); bệnh do virus herpes zoster (G53, B02); bệnh lây qua đường tình dục: sùi mào gà (A63), giang mai (A51, A52, A53), lậu (A54, N34); mày đay (L50); ghẻ; viêm lưỡi (K14), viêm miệng (K12); áp xe da, nhọt (L02), chốc (L01); rụng tóc (L63, L64, L65, L66); bệnh tự miễn: LES (M32), xơ cứng bì (M34); bệnh da bong nước pemphigus (L10), pemphigoid (L12). Mỗi lượt khám có thể có nhiều chẩn đoán, chẩn đoán chính được dùng để phân loại nhóm bệnh; khi một lượt khám có nhiều mã da liễu thuộc các nhóm khác nhau, lượt khám được tính vào tất cả các nhóm tương ứng (do đó tổng tỷ lệ vượt 100%). Tại Bệnh viện Bạch Mai, bệnh lý niêm mạc miệng thuộc phạm vi khám chữa của chuyên khoa Da liễu; nhóm này được giữ lại để phản ánh đúng cơ cấu thực hành lâm sàng.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm Stata 15.0. Thống kê mô tả gồm tần số (n) và tỷ lệ (%). Kiểm định Chi-square được sử dụng để đánh giá sự khác biệt giữa các biến phân loại; áp dụng hiệu chỉnh Holm-Bonferroni khi so sánh đa biến. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Dữ liệu được hồi cứu từ hệ thống quản lý bệnh án điện tử của bệnh viện sau khi được Ban Giám đốc và Phòng Công nghệ thông tin cho phép. Dữ liệu hồi cứu đã được mã hóa, không định danh người bệnh, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu không tiếp xúc trực tiếp, không can thiệp lên người bệnh, và được chấp thuận miễn văn bản đồng thuận tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu cam kết không có xung đột lợi ích và hoàn toàn trung thực trong báo cáo số liệu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Phân bố lượt khám theo tháng và mùa

Bảng 1. Tổng số lượt khám theo tháng và mùa năm 2024 (n = 32 083)

Mùa	Tháng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đông (n = 5 679)	Tháng 12	2 802	8,73
	Tháng 1	1 413	4,40
	Tháng 2	1 464	4,56
Xuân (n = 7 366)	Tháng 3	2 468	7,69
	Tháng 4	2 278	7,10
	Tháng 5	2 620	8,17
Hạ (n = 9 691)	Tháng 6	2 651	8,26
	Tháng 7	3 397	10,59
	Tháng 8	3 643	11,35
Thu (n = 9 347)	Tháng 9	2 778	8,66
	Tháng 10	3 496	10,90
	Tháng 11	3 073	9,58
Tổng		32 083	100,00

Mùa theo chuẩn WMO: Xuân (tháng 3–5), Hạ (tháng 6–8), Thu (tháng 9–11), Đông (tháng 12, 1, 2).

Ba tháng có số lượt khám cao nhất là tháng 8 (3 643 lượt; 11,35%), tháng 10 (3 496 lượt; 10,90%) và tháng 7 (3 397 lượt; 10,59%). Hai tháng thấp nhất là tháng 1 (1 413 lượt; 4,40%) và tháng 2 (1 464 lượt; 4,56%).

3.2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n = 32 083)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	14 819	46,2

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nữ	17 264	53,8
Nhóm tuổi (năm)		
0–2 (Trẻ nhũ nhi)	260	0,8
3–12 (Trẻ em)	1 993	6,2
13–19 (Vị thành niên)	3 591	11,2
20–39 (Người trẻ trưởng thành)	11 867	37,0
40–59 (Trung niên)	8 855	27,6
≥ 60 (Cao tuổi)	5 517	17,2
Vùng địa lý		
Hà Nội	9 855	30,72
Đồng bằng sông Hồng (trừ Hà Nội)	12 230	38,12
Trung du và miền núi Bắc Bộ	5 674	17,69
Bắc Trung Bộ	4 067	12,68
Duyên hải Nam Trung Bộ	47	0,15
Tây Nguyên	112	0,35
Đông Nam Bộ	70	0,22
Đồng bằng sông Cửu Long	28	0,09
Đối tượng khám		
Yêu cầu	20 354	63,4
Dịch vụ	9 172	28,6
Bảo hiểm y tế	2 557	8,0
Tổng	32 083	100,0

Trong tổng số 32 083 lượt khám, số lượt khám là nữ giới chiếm 53,8% và nam giới chiếm 46,2%. Nhóm tuổi 20–39 chiếm tỷ lệ cao nhất (37,0%), tiếp theo là nhóm 40–59 tuổi (27,6%) và ≥ 60 tuổi (17,2%). Lượt khám chủ yếu là người bệnh tại Đồng bằng sông Hồng (68,8%; bao gồm cả Hà Nội).

3.3. Phân bố mô hình bệnh tật

Bảng 3. Phân bố các bệnh da liễu (n = 32 083)

Tên bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm da cơ địa	3 745	11,67
Viêm da tiếp xúc dị ứng	2 456	7,66
Trứng cá	2 109	6,57
Nấm da	3 275	10,21
Sẩn ngứa	2 548	7,94
Vảy nến	1 637	5,10
Herpes Zoster	1 427	4,45
Bệnh lây qua đường tình dục	1 020	3,18
Mày đay	1 857	5,79
Ghẻ	536	1,67
Viêm lưỡi/viêm miệng	2 654	8,27
Áp xe da, nhọt, chốc	1 069	3,33
Rụng tóc	1 381	4,30
Bệnh tự miễn (LES, xơ cứng bì)	941	2,93
Bệnh da bong nước	190	0,59
Bệnh da liễu khác (viêm da tiết bã, viêm mạch da, ...)	11 182	34,85
Bệnh đồng mắc khác (tiêu hóa, hô hấp,...)	13 315	41,50

Tỷ lệ tính trên tổng số lượt khám

Một lượt khám có thể có nhiều chẩn đoán. Ba bệnh da liễu có lượt chẩn đoán nhiều nhất là viêm da cơ địa

(11,67%), nấm da (10,21%) và viêm lưỡi/viêm miệng (8,27%). Các chẩn đoán bệnh da liễu khác chiếm 34,85%.

Bảng 4. Phân bố 15 bệnh da liễu thường gặp theo mùa (n = 32 083)

Tên bệnh	Xuân (3-5)	Hạ (6-8)	Thu (9-11)	Đông (12,1,2)	p-value hiệu chỉnh
Viêm da cơ địa	833	1 182	1 095	635	0,022
Viêm da tiếp xúc dị ứng	471	829	803	353	0,002
Trứng cá	458	643	606	402	0,301
Nấm da	896	962	923	494	0,002
Sẩn ngứa	640	757	749	402	0,002
Vảy nến	423	443	452	319	0,002
Herpes Zoster	303	412	447	265	0,355
Bệnh lây qua đường tình dục	201	278	322	219	0,106
Mày đay	429	665	524	239	0,002
Ghê	121	147	160	108	0,605
Viêm lưỡi/viêm miệng	703	775	744	432	0,002
Áp xe da, nhọt, chốc	247	296	320	206	0,463
Rụng tóc	247	459	387	288	0,002
Bệnh tự miễn (LES, xơ cứng bì)	198	258	301	184	0,109
Bệnh da bong nước	43	49	61	37	0,620
Tổng (toàn bộ mẫu)	7 366	9 691	9 347	5 679	–
Tỷ lệ % (toàn bộ mẫu)	23,0	30,2	29,1	17,7	–

Kiểm định Chi-square, hiệu chỉnh Holm-Bonferroni. Giá trị in đậm: $p < 0,05$.

Số lượt khám da liễu tập trung nhiều nhất vào mùa hạ (30,2%) và mùa thu (29,1%), thấp nhất vào mùa đông (17,7%). Số lượt chẩn đoán bệnh có sự khác biệt theo mùa có ý nghĩa thống kê: viêm da tiếp xúc dị ứng, viêm da cơ địa, nấm da, sẩn ngứa, vảy nến, mày đay, viêm lưỡi/viêm miệng và rụng tóc ($p < 0,05$).

Bảng 5. Phân bố 15 bệnh da liễu thường gặp theo giới (n = 32 083)

Tên bệnh	Nam, n (%)	Nữ, n (%)	p-value hiệu chỉnh
Viêm da cơ địa	1 704 (45,5)	2 041 (54,5)	0,380
Viêm da tiếp xúc dị ứng	968 (39,4)	1 488 (60,6)	< 0,001
Trứng cá	832 (39,4)	1 277 (60,6)	< 0,001
Nấm da	1 699 (51,9)	1 576 (48,1)	< 0,001
Sẩn ngứa	1 350 (53,0)	1 198 (47,0)	< 0,001
Vảy nến	1 027 (62,7)	610 (37,3)	< 0,001
Herpes Zoster	530 (37,1)	897 (62,9)	< 0,001
Bệnh lây qua đường tình dục	748 (73,3)	272 (26,7)	< 0,001
Mày đay	722 (38,9)	1 135 (61,1)	< 0,001
Ghê	395 (73,7)	141 (26,3)	< 0,001
Viêm lưỡi/viêm miệng	911 (34,3)	1 743 (65,7)	< 0,001
Áp xe da, nhọt, chốc	487 (45,6)	582 (54,4)	0,5355
Rụng tóc	426 (30,8)	955 (69,2)	< 0,001
Bệnh tự miễn (LES, xơ cứng bì)	217 (23,1)	724 (76,9)	< 0,001
Bệnh da bong nước	56 (29,5)	134 (70,5)	< 0,001
Tổng (toàn bộ mẫu)	14 819 (46,2)	17 264 (53,8)	–

Kiểm định Chi-square, hiệu chỉnh Holm-Bonferroni. Giá trị in đậm: $p < 0,05$.

Lượt khám là nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn ở đa số bệnh da liễu, đặc biệt là bệnh tự miễn, rụng tóc, viêm lưỡi/viêm miệng và herpes zoster. Ngược lại, bệnh lây qua đường tình dục, ghê và vảy nến có lượt khám là nam nhiều hơn. Sự khác biệt giới trong các lượt khám có ý nghĩa thống kê ở 13/15 bệnh ($p < 0,001$), ngoại trừ viêm da cơ địa và áp xe da/nhọt/chốc ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và phân bố theo tháng

Trong tổng số lượt khám, tỷ lệ Nữ:Nam là 1,17:1, tương tự nhiều nghiên cứu dịch tễ học da liễu khác cho thấy nữ giới có xu hướng tìm kiếm dịch vụ chăm sóc da nhiều hơn [7]. Nhóm tuổi 20–39 chiếm tỷ lệ cao nhất, phản ánh đặc điểm xã hội của nhóm này: hoạt động nghề nghiệp/xã hội cao, tiếp xúc với nhiều tác nhân gây bệnh, và mức độ quan tâm đến thẩm mỹ cao. Phân bố lượt khám theo tháng cho thấy có sự giảm đáng kể vào tháng 1–2, đỉnh khám rơi vào tháng 7–8–10, phù hợp với khí hậu nóng ẩm của miền Bắc Việt Nam khi mùa đông thường gặp chủ yếu là các bệnh da mang tính mạn tính, ít gây ngứa hay nhiễm trùng rầm rộ cấp tính như mùa hè nóng ẩm [8]. Ngoài ra, kỳ nghỉ Tết Nguyên đán kéo dài cũng khiến số lượt người bệnh khám ít hơn. Đối với tháng 9 cũng có số lượng giảm có thể liên quan đến ngày lễ Quốc khánh và bão Yagi đổ bộ.

4.2. Mô hình bệnh tật

Có 41,5% số lượt khám có chẩn đoán bệnh đồng mắc (không phải da liễu), điều này chỉ ra rằng người bệnh da liễu thường có nhiều bệnh lý nền khác (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn tâm thần, ...). Bệnh da liễu khác (ngoài 15 bệnh chính) chiếm 34,9%, cho thấy tính đa dạng cao của các bệnh da liễu trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện đa khoa. Trong 15 bệnh quan tâm, viêm da cơ địa (11,67%), nấm da (10,21%) và viêm lưỡi/viêm miệng (8,27%) là ba bệnh da liễu phổ biến nhất. Viêm da cơ địa đứng đầu, và nấm xếp thứ hai phù hợp với xu hướng toàn cầu khi bệnh này được xác định là nguyên nhân hàng đầu của gánh nặng bệnh da liễu (DALYs) [1–4]. Điều này phù hợp với điều kiện khí hậu nhiệt đới nóng ẩm tại Việt Nam.

Phần lớn sự khác biệt giới tính qua các lượt khám có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt ở bệnh lây qua đường tình dục có thể do triệu chứng ở nam thường rõ ràng hơn [9] (viêm niệu đạo cấp do lậu) khiến nam đến khám sớm hơn; nữ thường có nhiễm khuẩn không triệu chứng và được phát hiện qua sàng lọc khoa Sản. Sự khác biệt ở bệnh tự miễn (LES, xơ cứng bì) phù hợp với tỷ lệ Nữ:Nam xấp xỉ 6:1 toàn cầu [7]. Rụng tóc gặp nhiều hơn ở nữ giới, phản ánh cả yếu tố sinh học (rụng tóc do thay đổi nội tiết hậu sản, mãn kinh) lẫn yếu tố thẩm mỹ và tâm lý có thể do tóc đóng vai trò quan trọng trong bản dạng nữ giới, từ đó phụ nữ tìm kiếm chăm sóc y tế nhiều hơn nam giới [10].

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế: (1) Thiết kế hồi cứu dựa trên mã ICD-10 từ hệ thống quản lý bệnh án có thể bị ảnh hưởng bởi chất lượng mã hóa và sự không đồng nhất giữa các bác sĩ; (2) Chỉ thu thập dữ liệu tại một bệnh viện nên kết quả có thể không đại diện cho toàn bộ quần thể; (3) Không phân tích yếu tố nghề nghiệp và các yếu tố hành vi

– là những biến quan trọng trong dịch tễ học bệnh da. Các nghiên cứu tiếp theo cần mở rộng quy mô đa trung tâm và bổ sung phân tích đa biến để kiểm soát yếu tố nhiễu.

5. KẾT LUẬN

Phân tích 32 083 lượt khám da liễu tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2024 cho thấy viêm da cơ địa, nấm da và viêm lưỡi/viêm miệng là ba bệnh da liễu có lượt khám nhiều nhất. Số lượt khám chịu ảnh hưởng rõ rệt bởi các yếu tố ngoài dịch tễ (Tết Nguyên đán, bão Yagi). Khác biệt giới có ý nghĩa thống kê ở 13/15 bệnh, với mô hình rõ ràng theo từng bệnh. Kết quả góp phần định hướng phân bổ nguồn lực y tế theo nhóm bệnh chuyên biệt và xây dựng các chương trình truyền thông sức khỏe phù hợp với từng giới và đối tượng tại Việt Nam.

6. TUYÊN BỐ ĐÓNG GÓP CỦA CÁC TÁC GIẢ

Tất cả các tác giả đã đóng góp thực chất vào việc hình thành ý tưởng, thiết kế nghiên cứu, thu thập và phân tích số liệu, viết và chỉnh sửa bản thảo. Tất cả các tác giả đã đọc và đồng thuận với nội dung bản thảo cuối cùng.

7. TUYÊN BỐ XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

8. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn Ban Lãnh đạo Bệnh viện, Khoa Da liễu và Bông, Phòng Công nghệ thông tin đã tạo điều kiện thuận lợi cho việc trích xuất và sử dụng dữ liệu phục vụ nghiên cứu.

9. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hay RJ, Johns NE, Williams HC, et al. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol.* 2014;134(6):1527-1534. doi:10.1038/jid.2013.446
- [2] Karimkhani C, Dellavalle RP, Coffeng LE, et al. Global skin disease morbidity and mortality: an update from the Global Burden of Disease Study 2013. *JAMA Dermatol.* 2017;153(5):406-412. doi:10.1001/jamadermatol.2016.5538
- [3] Yakupu A, Aimaier R, Yuan B, et al. The burden of skin and subcutaneous diseases: findings from the global burden of disease study 2019. *Front Public Health.* 2023;11. doi:10.3389/fpubh.2023.1145513
- [4] Li D, Fan S, Zhao H, Song J, Li W, Xu X. Global, regional and national burden of skin and subcutaneous diseases: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Int Health.* 2026;18(2):183-196. doi:10.1093/inthealth/ihaf070
- [5] Urban K, Chu S, Giesey RL, et al. Burden of skin disease and associated socioeconomic status in Asia: a cross-sectional analysis from the Global Burden of Disease Study 1990-2017. *JAAD Int.* 2021;2:40-50. doi:10.1016/j.jdin.2020.10.006
- [6] Maspero J, Rubini NDPM, Zhang J, et al. Epidemiology of adult patients with atopic dermatitis in AWARE 1: a second international survey. *World Allergy Organ J.* 2023;16(3):100724. doi:10.1016/j.waojou.2022.100724
- [7] Tian J, Zhang D, Yao X, Huang Y, Lu Q. Global epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *Ann Rheum Dis.* 2023;82(3):351-356. doi:10.1136/ard-2022-223035
- [8] Havlickova B, Czaika VA, Friedrich M. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. *Mycoses.* 2008;51(s4):2-15. doi:10.1111/j.1439-0507.2008.01606.x
- [9] Carlson K, Jenks JD. Gonorrhea. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2026. Truy cập ngày 11/5/2026. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558903/>
- [10] Hughes EC, Syed HA, Saleh D. Telogen effluvium. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2026. Truy cập ngày 11/5/2026. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430848/>

