



RÁM MÁ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RÁM MÁ CỦA PHỤ NỮ TỈNH BÌNH ĐỊNH

Phạm Thị Hoàng Bích Dịu^{1,*}, Vũ Tuấn Anh¹, Hồ Văn Lâm², Trần Xuân Việt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ râm má và một số yếu tố liên quan đến râm má của phụ nữ tỉnh Bình Định.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu ngẫu nhiên đơn thực hiện từ ngày 01/7/2022 đến ngày 30/9/2022 ở 708 phụ nữ từ đủ 18 tuổi trở lên tại 15 thôn của 3 huyện đại diện cho khu vực miền núi, trung du và đồng bằng của tỉnh Bình Định với phương pháp khám lâm sàng, phỏng vấn dựa trên bộ câu hỏi điều tra.

Kết quả: Tỷ lệ râm má là 29,2%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ râm má ở phụ nữ các huyện miền núi, trung du hay đồng bằng. Một số yếu tố liên quan đến râm má ($p < 0,05$): có tiền sử dùng thuốc tránh thai, có tiền sử râm má khi mang thai, nhóm tuổi từ 40 đến 49 tuổi, có tiền sử gia đình bị râm má, mang thai nhiều lần.

Kết luận: Tỷ lệ râm má ở phụ nữ Bình Định tương đối cao (29,2%). Cần có thêm nhiều nghiên cứu thuần tập tại cộng đồng với cỡ mẫu lớn hơn và thực hiện tại các vùng miền khác nhau để xác định các yếu tố liên quan chính xác hơn.

Từ khóa: Râm má, yếu tố liên quan đến râm má, Bình Định.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Râm má (Melasma) là bệnh da tăng sắc tố mắc phải có căn nguyên và cơ chế bệnh sinh rất phức tạp. Bệnh thường gặp chủ yếu ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản¹ và những người da sẫm màu². Ở phụ nữ, bệnh có thể tự phát hoặc có liên quan đến giai đoạn mang thai³. Phụ nữ Việt Nam và các nước Đông Nam Á chủ yếu có làn da sẫm màu tít IV theo phân loại da của Fitzpatrick và rất dễ râm má. Anil K Jha (2015) cho biết có đến 40% dân số các nước Đông Nam Á bị râm má⁴.

Tỉnh Bình Định thuộc khu vực Nam Trung Bộ Việt Nam, là nơi có thời gian nắng nhiều và cường độ bức xạ mặt trời cao nhất cả nước dễ làm tăng tỷ lệ râm má ở phụ nữ. Thực trạng râm má và các yếu tố nguy cơ gây râm má ở phụ nữ tỉnh Bình Định còn chưa biết rõ. Nghiên cứu vấn đề này có thể giúp đề ra những biện pháp dự phòng,

¹ Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương Quy Hòa

² Trường Đại học Quy Nhơn

*Tác giả liên hệ: Email: bichdiuqngh@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/8/2024

Ngày phản biện: 25/8/2024

Ngày chấp nhận đăng: 15/01/2024

DOI:10.56320/tcdlhn.47.224

can thiệp kịp thời để bảo vệ và cải thiện râm má ở phụ nữ. Xuất phát từ mục đích trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ râm má và một số yếu tố liên quan đến râm má của phụ nữ tỉnh Bình Định.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 708 phụ nữ từ 18 đến 55 tuổi ở 15 thôn của xã Nhơn Phúc - huyện An Nhơn, Xã Vĩnh Thịnh - huyện Vĩnh Thạnh và xã Tây Phú - huyện Tây Sơn đại diện cho khu vực đồng bằng, miền núi và trung du của tỉnh Bình Định từ ngày 01/7/2022 đến ngày 30/9/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \times \frac{p \times (1-p)}{e^2}$$

Trong đó: $Z_{(1-\alpha/2)}$ là hệ số tin cậy (với độ tin cậy 95% thì tra bảng $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$); p là tỷ lệ phụ nữ râm má lấy từ kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Hoàng Bích Dịu và cộng sự (2016) tại thị trấn Ngô Mây, huyện Phù Cát, tỉnh Bình Định là 29,9%, nên chọn $p = 0,299$; e là sai số tuyệt đối giữa mẫu nghiên cứu và quần thể ($e = 5\%$)⁵. Thay vào công thức trên, ta có cỡ mẫu $n = 322$. Để có độ chính xác cao, nghiên cứu nhân đôi tỷ lệ và dự kiến tỷ lệ bỏ cuộc 10% nên tổng số phụ nữ điều tra là 708 phụ nữ.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu, sử dụng cách gợi hỏi, gợi nhớ, để đối tượng nghiên

cứu được phỏng vấn nhớ lại chính xác các thông tin, nội dung phỏng vấn bao gồm: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (thông tin cá nhân): Tuổi; nghề nghiệp; trình độ học vấn; kinh tế gia đình. Phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ gây bệnh râm má: Số lần mang thai; tiền sử dùng thuốc tránh thai; tiền sử râm má khi mang thai; tiền sử gia đình có râm má; tiền sử bệnh mạn tính; thời gian tiếp xúc với ánh nắng; tiền sử dùng mỹ phẩm. Khám lâm sàng chẩn đoán râm má bởi các bác sĩ chuyên khoa da liễu.

Xử lý số liệu

Tất cả các thông tin thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS. Các số thống kê mô tả (trình độ học vấn, kinh tế gia đình, tình trạng thai sản, tiền sử gia đình râm má, tiền sử bệnh lý và sử dụng mỹ phẩm...) được đo lường bằng tần số và tỷ lệ %. Phép kiểm χ^2 ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ được sử dụng để xác định mối liên quan giữa các nhóm khác nhau về nhóm tuổi, tiền sử râm má khi mang thai, tiền sử gia đình có râm má, số lần mang thai.... với tình trạng râm má. Mô hình logistic được sử dụng phương pháp Enter với 16 biến số, tổng số quan sát trong mô hình là 708. Kiểm định tính phù hợp của mô hình bằng test Hosmer & Lemeshow cho thấy mô hình hồi quy logistic là phù hợp để phân tích ($\chi^2 = 6,248$; $df = 8$; $p = 0,619$).

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên tinh thần tôn trọng bí mật riêng tư của đối tượng nghiên cứu và được sự chấp thuận của đối tượng nghiên cứu. Tất cả thông tin của người tham gia nghiên cứu được xử lý và công bố dưới hình thức số liệu, không nêu danh cá nhân. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Phong - Da liễu Trung ương Quy Hòa phê duyệt tại giấy chấp thuận đạo đức nghiên cứu số 05/CN-HĐĐĐCS.

3. KẾT QUẢ

3.1.Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở 708 phụ nữ từ đủ 18 tuổi trở lên, trong đó có 207 phụ nữ bị râm má, với một số đặc điểm chung (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm chung (N = 708) n (%)	Nhóm râm má (n = 207) n (%)
Tuổi	18 - 29	86 (12,1)	9 (4,3)
	30 - 39	177 (25)	59 (28,5)
	40 - 49	278 (39,3)	109 (52,7)
	≥ 50 tuổi	167 (23,6)	30 (14,5)
	Tuổi trung bình	41,7 ± 9,08	41,8 ± 6,64
Trình độ học vấn	Mù chữ, tiểu học	75 (10,6)	28 (13,5)
	Trung học cơ sở	376 (53,1)	103 (49,8)
	Trung học phổ thông	191 (27)	65 (31,4)
	Trung cấp, cao đẳng	46 (6,5)	5 (2,4)
	Đại học trở lên	20 (2,8)	6 (2,9)
Số lần mang thai	Chưa mang thai	47 (6,6)	9 (4,3)
	1 lần	72 (10,2)	6 (2,9)
	2 lần	354 (50)	114 (55,1)
	≥ 3 lần	235 (33,2)	78 (37,7)
Tiền sử dùng thuốc tránh thai	Có	171 (24,2)	36 (17,4)
	Không	537 (75,8)	171 (82,6)
Tiền sử râm má khi mang thai	Có	243 (36,8)	90 (45,5)
	Không	418 (63,2)	108 (54,5)
Tiền sử gia đình râm má	Có	107 (15,1)	41 (19,8)
	Không	601 (84,9)	0,2)

3.2. Tỷ lệ râm má

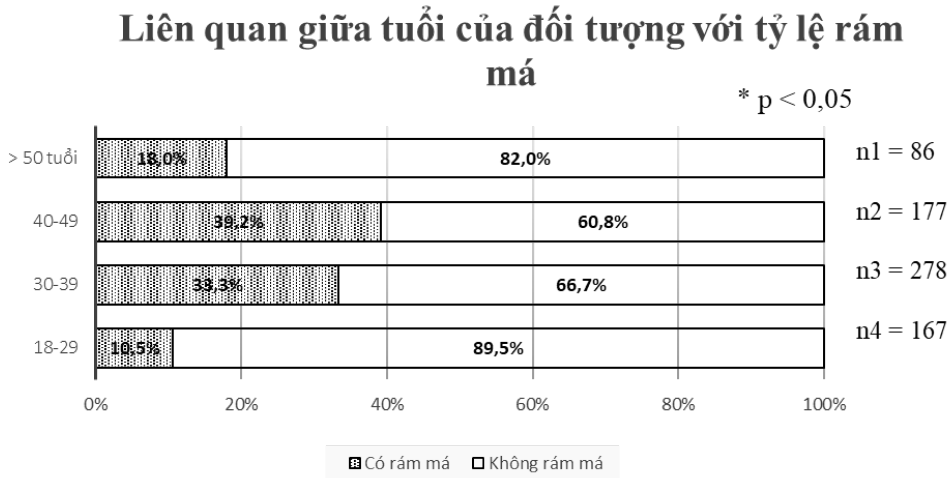
Bảng 2. Tỷ lệ râm má

Huyện	Số phụ nữ điều tra	Số phụ nữ râm má	Tỷ lệ (%)	p*
Huyện An Nhơn	234	67	28,6	0,72
Huyện Tây Sơn	233	65	27,9	
Huyện Vĩnh Thạnh	241	75	31,1	
Tổng cộng	708	207	29,2	

*Kiểm định χ^2 .

Điều tra ở 708 phụ nữ 18 - 55 tuổi trên địa bàn tỉnh Bình Định cho thấy tỷ lệ râm má ở phụ nữ là 29,2%. Tỷ lệ râm má ở phụ nữ huyện đồng bằng An Nhơn là 28,6%, huyện trung du Tây Sơn là 27,9%, huyện miền núi Vĩnh Thạnh là 31,1%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ râm má ở phụ nữ các huyện miền núi, trung du hay đồng bằng.

3.3. Liên quan giữa tuổi với tỷ lệ râm má

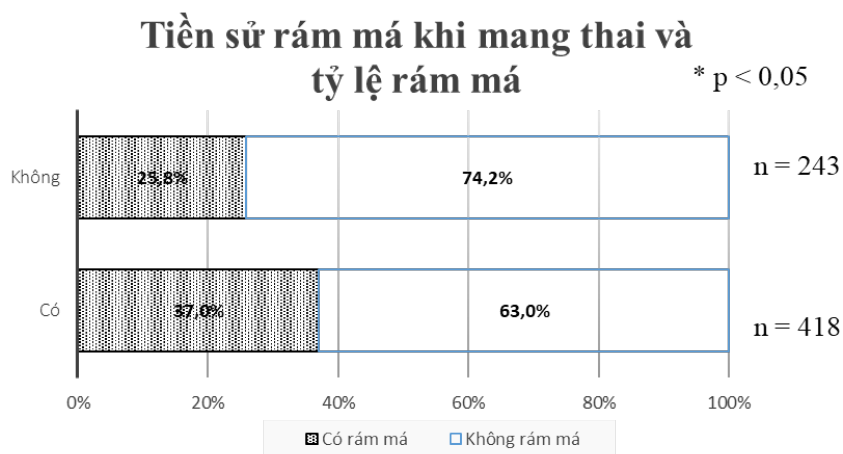


*Kiểm định χ^2 .

Biểu đồ 1. Liên quan giữa tuổi và tỷ lệ râm má (N = 708)

Trong số 708 phụ nữ tham gia nghiên cứu, nhóm 40 - 49 tuổi có tỷ lệ râm má cao nhất (39,2%), nhóm 30 - 39 tuổi tỷ lệ râm má là 33,3%, nhóm trên 50 tuổi chiếm 18,0%, nhóm 18 - 29 tuổi 10,5%. Có sự khác biệt về tỷ lệ râm má giữa các nhóm tuổi trong nghiên cứu với $p < 0,05$.

3.4. Liên quan giữa tiền sử râm má khi mang thai với tỷ lệ râm má

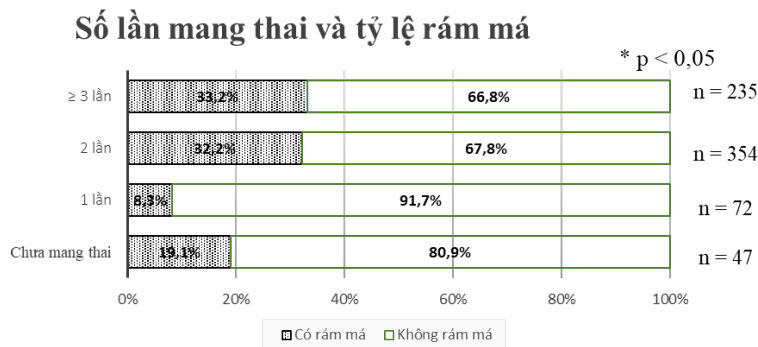


*Kiểm định χ^2 .

Biểu đồ 2. Liên quan giữa tiền sử râm má khi mang thai với tỷ lệ râm má (N = 708)

Trong số 243 phụ nữ có tiền sử râm má khi mang thai có 90 phụ nữ bị râm má tại thời điểm nghiên cứu (37,0%), tỷ lệ râm má ở 418 phụ nữ không có tiền sử râm má khi mang thai là 25,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.5. Liên quan giữa số lần mang thai và tỷ lệ râm má

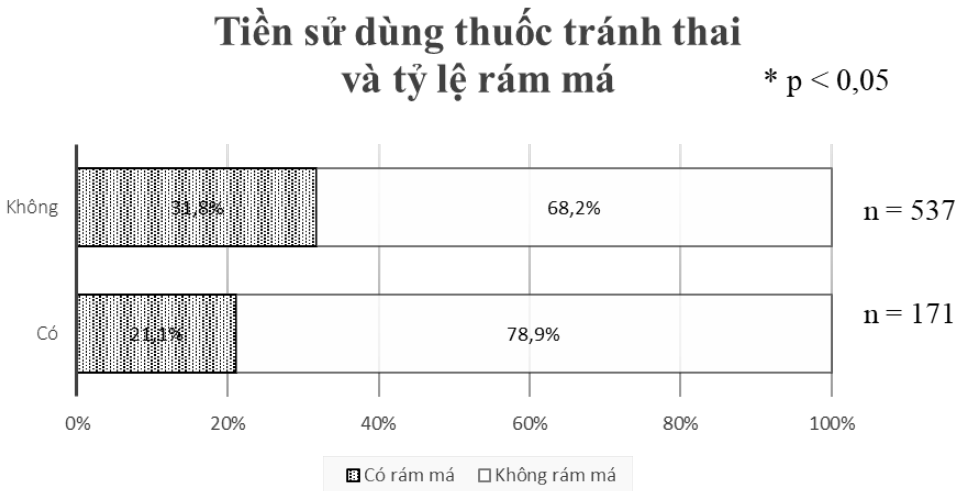


*Kiểm định χ^2 .

Biểu đồ 3. Số lần mang thai và tỷ lệ râm má (N = 708)

Tỷ lệ râm má ở nhóm mang thai từ 3 lần trở lên là cao nhất (33,2%), tỷ lệ này ở nhóm đã mang thai 2 lần là 32,2%, nhóm đã mang thai 1 lần là 8,3%, nhóm chưa mang thai là 19,1%. Sự khác biệt về tỷ lệ râm má giữa các nhóm này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.6. Liên quan giữa tiền sử dùng thuốc tránh thai và tỷ lệ râm má



*Kiểm định χ^2 .

Biểu đồ 4. Tiền sử dùng thuốc tránh thai và tỷ lệ râm má (N = 708)

Tỷ lệ râm má ở 171 phụ nữ có tiền sử dùng thuốc tránh thai là 21,1%. Tỷ lệ râm má ở nhóm 537 phụ nữ không dùng thuốc tránh thai là 31,8%. Có mối liên quan giữa tình trạng râm má và tiền sử dùng thuốc tránh thai với $p < 0,05$.

3.7. Liên quan tiền sử gia đình râm má và tỷ lệ râm má

Bảng 3. Tiền sử gia đình có râm má và tỷ lệ râm má (N = 708)

Tiền sử gia đình có râm má	Râm má				Tổng	p*
	Có		Không			
	n	%	n	%		
Có	41	38,3%	66	61,7%	107	p < 0,05
Không	166	27,6%	435	72,4%	601	
Tổng	207	29,2%	501	70,8%	708	

*Kiểm định χ^2 .

Tỷ lệ râm má ở 107 phụ nữ có tiền sử gia đình có râm má là 38,3% và có 27,6% phụ nữ râm má ở 601 phụ nữ không có tiền sử gia đình có râm má. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ râm má với tiền sử gia đình có râm má (p < 0,05).



4. BÀN LUẬN

Các nghiên cứu dịch tễ học khác nhau đã ước tính tỷ lệ hiện mắc bệnh râm má trong dân số chung là 1% và ở nhóm dân số có nguy cơ cao là 9 - 50%. Tỷ lệ râm má rất dao động từ 1% đến 50% tùy thuộc vào chủng tộc, loại da trắng hay da màu và cường độ tia cực tím ở những vùng địa lý khác nhau². Anil K Jha (2015) cho biết tỷ lệ râm má ở phụ nữ các nước Đông Nam Á là 40%⁴. Hiện có rất ít các công bố về tỷ lệ râm má trong cộng đồng tại Việt Nam. Điều tra của chúng tôi thực hiện ở 708 phụ nữ 18 - 55 tuổi trên địa bàn tỉnh Bình Định cho thấy tỷ lệ râm má ở phụ nữ là 29,2%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ râm má ở các huyện trong nghiên cứu.

Tuổi trung bình của 207 phụ nữ bị râm má là $41,8 \pm 6,64$ tuổi (19 - 55 tuổi). Trong đó, nhóm tuổi 40 - 49 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (52,7%), tiếp đến là nhóm 30 - 39 tuổi (28,5%), nhóm 50 - 55 tuổi là 14,5% và nhóm 18 - 29 tuổi 4,3%. Có sự khác biệt về tỷ lệ râm má giữa các nhóm tuổi trong nghiên cứu với $p < 0,05$. Tỷ lệ râm má có xu hướng tăng dần theo tuổi và giảm ở lứa tuổi sau 50. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy tỷ lệ râm má có liên quan chặt chẽ với tuổi của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tuổi trung bình râm má phù hợp với các nghiên cứu tại Việt Nam như: Nghiên cứu của Lê Thái Văn Thanh, tuổi trung bình của thai phụ râm má là $31,1 \pm 4,1$ tuổi, trong đó 62,2% đối tượng có tuổi từ 30 trở lên.⁶ Nguyễn Thị Minh Anh và Lê Ngọc Diệp (2014) nghiên cứu đặc điểm lâm sàng các bệnh tăng sắc tố da ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại đơn vị điều trị thẩm mỹ da Bệnh viện Da liễu TP. Hồ Chí Minh cho thấy tuổi trung bình bệnh râm má là $36,1 \pm 7,4$.⁷ Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Thành và Nguyễn Văn Thường (2019) ở 37 bệnh nhân râm má điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương cho

thấy tuổi trung bình $38,76 \pm 8,19$ (19 - 71 tuổi), trong đó, nhóm tuổi ≤ 35 tuổi chiếm tỷ lệ 29,7%, nhóm 36 - 45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 62,2%, nhóm > 45 tuổi chiếm 8,1%.⁸

Nghiên cứu của chúng tôi: Trong số 243 phụ nữ có tiền sử râm má khi mang thai có 90 (37,0%) phụ nữ bị râm má, tỷ lệ râm má ở 418 phụ nữ không có tiền sử râm má khi mang thai là 25,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy tỷ lệ râm má có liên quan rất đáng kể với tiền sử râm má khi mang thai của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới. Fitzpatrick TB, Pathak MA cho thấy có đến 30% râm má liên quan đến thai sản.⁹ Theo Anil Jha, tỷ lệ râm má ở phụ nữ có thai giao động từ 15 - 50%.⁴ Nghiên cứu của Reddy và cộng sự tại Ấn Độ năm 2015 cho thấy râm má chiếm 34,7% các thay đổi về da ở phụ nữ có thai.¹⁰ Theo Krishnendra Verma (2015), ở Ấn Độ, tỷ lệ này là 39,4%.¹¹ Nghiên cứu của Lê Thái Văn Thanh (2015), trong tổng số 662 thai phụ được điều tra, 32,8% đối tượng nghiên cứu có tiền sử râm má khi mang thai.⁶

Râm má thường xuất hiện trong thời kỳ có thai và được gọi là "mặt nạ thai kỳ".¹² Thời kỳ mang thai, người ta thấy nồng độ estrogen, progesteron và MSH tăng cao và tăng cả các thụ thể estrogen trên da của thai phụ.¹³ Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ râm má ở nhóm mang thai từ 3 lần trở lên là cao nhất (33,2%), tỷ lệ này ở nhóm đã mang thai 2 lần là 32,2%, nhóm đã mang thai 1 lần là 8,3%, nhóm chưa mang thai là 19,1%. Sự khác biệt về tỷ lệ râm má giữa các nhóm này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Devasthanam Sundara Rao KrupaShankar và cộng sự (2014) nghiên cứu trên 331 bệnh nhân râm má

ở Ấn Độ cho thấy tỷ lệ râm má ở phụ nữ mang thai nhiều lần là 51% trong khi tỷ lệ này là 20% ở nhóm phụ nữ mang thai một lần.¹⁴

Nghiên cứu của Lê Thái Văn Thanh (2015), trong số 622 thai phụ râm má có 38,8% thai phụ mang thai lần đầu, 51,6% sinh 1 lần, 9,6% sinh ≥ 2 lần. Tỷ lệ xuất hiện râm má lần đầu trong thai kỳ tăng tỷ lệ thuận với số lần mang thai: gấp đôi nếu mang thai lần thứ hai, gấp ba nếu mang thai lần thứ ba. Sự gia tăng nội tiết tố của nhau thai, buồng trứng, tuyến yên có thể là nguyên nhân của râm má lên quan đến thai kỳ.⁶ Nghiên cứu của Lưu Trúc Linh và cộng sự năm 2022 mô tả cắt ngang trên 97 bệnh nhân đến khám và được chẩn đoán bệnh râm má tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Viện Nghiên cứu da thẩm mỹ quốc tế FOB cho thấy phân bố mức độ râm má dựa trên chỉ số MASI được ghi nhận liên quan mang ý nghĩa thống kê với số lần sinh con ($p < 0,05$).¹⁵

Thuốc uống tránh thai cũng là một trong các yếu tố liên quan đến râm má được nhiều y văn đề cập đến.^{9,12} Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ râm má ở 171 phụ nữ có tiền sử dùng thuốc tránh thai là 21,1%. Tỷ lệ râm má ở nhóm 537 phụ nữ không dùng thuốc tránh thai là 31,8%. Và chúng tôi thấy có mối liên quan giữa tình trạng râm má và tiền sử dùng thuốc tránh thai với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Anh và Lê Ngọc Diệp (2014): Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa râm má và tiền sử sử dụng thuốc tránh thai ($p < 0,05$).⁷ Nghiên cứu của Lê Thái Văn Thanh (2015), trong số 622 thai phụ râm má có 27,3% người có tiền sử dùng thuốc tránh thai và không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.⁶ Có lẽ cần có các nghiên cứu cộng đồng với cỡ mẫu lớn hơn và các thiết kế nghiên cứu thuần tập để

xác định mối liên quan giữa râm má và tiền sử sử dụng thuốc tránh thai.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ râm má ở 107 phụ nữ có tiền sử gia đình râm má là 38,3%; Tỷ lệ râm má ở nhóm 601 phụ nữ không có tiền sử gia đình râm má là 27,6%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ râm má với tiền sử gia đình có râm má ($p < 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Devasthanam Sundara Rao KrupaShankar và cộng sự (2014): Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử gia đình và tỷ lệ râm má¹⁴ và nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Anh và Lê Ngọc Diệp (2014) cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa râm má và tiền sử gia đình râm má ($p < 0,05$).⁷ Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi không phù hợp với nghiên cứu của Lê Thái Văn Thanh (2015): Tỷ lệ râm má ở 58 thai phụ có tiền sử gia đình râm má là 58,6%, tỷ lệ râm má ở nhóm 107 thai phụ không có tiền sử gia đình râm má là 43%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ râm má giữa hai nhóm thai phụ có và không có tiền sử gia đình râm má ($p > 0,05$).⁶ Có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở cả phụ nữ có thai và không có thai và điều tra ở cộng đồng - khác với nhóm đối tượng nghiên cứu của tác giả Lê Thái Văn Thanh là nghiên cứu râm má trên phụ nữ có thai, ở tại bệnh viện.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ râm má ở phụ nữ Bình Định tương đối cao 29,2%. Một số yếu tố liên quan đến râm má có ý nghĩa thống kê bao gồm: Tuổi, có tiền sử râm má khi mang thai, mang thai nhiều lần, có tiền sử dùng thuốc tránh thai, có tiền sử gia đình bị râm má. Cần có nghiên cứu thuần tập tại cộng đồng với cỡ mẫu lớn hơn và thực hiện tại các vùng miền khác nhau trên toàn quốc để xác định các yếu tố liên quan chặt chẽ hơn.



Cam kết không xung đột lợi ích: Các tác giả xin cam kết không có xung đột lợi ích trong đề tài này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Maria Paula Barbieri D'Elia, Marcela Calixto Brandão, Bruna Ribeiro de Andrade Ramos, et al. African ancestry is associated with facial melasma in women: a cross-sectional study. *BMC Medical Genetics*. 2017;18(17).
2. Ogbechie-Godec OA, Elbuluk N. Melasma: an Up-to-Date Comprehensive Review. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2017;7(3):305-318.
3. Thường NV. Hình ảnh lâm sàng và bệnh học trong chuyên ngành da liễu. Hà Nội: NXB Y học; 2019.
4. Anil K Jha, Karki S. Pigmentary Disorders; Vitiligo and Melasma in Context of South Asian Countries: A Psychosocio-Cosmetic Challenge. *International Journal of Dermatology and Clinical Research*. 2015;1(1):24-30.
5. Phạm Thị Hoàng Bích Dịu, Hoàng Trọng Sỹ, Liên HT. Nghiên cứu tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến râm má ở phụ nữ không mang thai tại thị trấn Ngô Mây, huyện Phù Cát, tỉnh Bình Định. Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế. 2017.
6. Thanh LTV. Nghiên cứu râm má trên phụ nữ có thai và một số biện pháp can thiệp. Trường Đại học Y Hà Nội. 2015.
7. Anh NTM, Diệp LN. Đặc điểm lâm sàng các bệnh tăng sắc tố da vùng mặt và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân đến khám tại đơn vị điều trị thẩm mỹ da Bệnh viện Da liễu. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2014.
8. Thành NT, Thường NV. Đánh giá thay đổi chất lượng cuộc sống điều trị râm má bằng laser QS-YAG kết hợp sản phẩm hai thành phần 4-n-butylresorcinol và axit tranexamic. *Tạp chí Y học cộng đồng*. 2019;5(52):26 - 32.
9. Lapeere H, Boone B, Schepper SD, Evelien Verhaeghe MVG, Katia Ongenaes, Nanja Van Geel, Jo Lambert, & Lieve Brochez S11. Hypomelanoses and Hypermelanoses. Vol 1. 8th ed 2012.
10. B.N. R, Kishore S. Frequency and pattern of skin changes in pregnant women. *Journal of Science*. 2015;5(6):354-360.
11. Krishnendra Verma, al e. A Study of Various Etiological Factors in the Causation of Melasma. *Indian Journal of Clinical and Experimental Dermatology*, October-December, 2015;1(1):28-32. 2015;1(1):28-32.
12. Siddiquee, Ahmad MR. Review on Melasma with special reference to treatment in Unani Medicine. *Internationale Pharmaceutica Scientia*. 2013;3(4):42-54.
13. Eleonora Da Pozzo, Martini C. Topical Agents for Melasma: A Perspective on Therapeutic Approaches and their Molecular Bases. *Journal of Pigmentary Disorders*. 2014:1-11.
14. Devasthanam Sundara Rao Krupa Shankar, Vijay Kumar Somani, Malvika Kohli, Jaishree Sharad, Anil Ganjoo SK. Cross-Sectional, Multicentric Clinico-Epidemiological Study of Melasma in India. *Dermatol Ther*. 2014;4:71-81.
15. Linh LT, Bá HV, Hà NH, Vinh NM. Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân râm má tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Viện Nghiên cứu da thẩm mỹ Quốc tế FOB năm 2022 - 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;529(1B).

SUMMARY

Original research

MELASMA AND SOME RELATED FACTORS IN WOMEN OF BINH DINH PROVINCE

Pham Thi Hoang Bich Diu^{1,*}, Vu Tuan Anh¹, Ho Van Lam², Tran Xuan Viet¹

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence rate of melasma and some related factors in women of Binh Dinh Province.

Materials and methods: This descriptive cross-sectional study with simple random sampling was conducted from July 1, 2022, to September 30, 2022, on 708 women aged 18 and above from 15 villages in 3 districts representing the mountainous, midland, and plain areas of Binh Dinh Province. The study employed clinical examination and interviews based on a survey questionnaire.

Results: The prevalence rate of melasma was 29.2%. There was no statistically significant difference in melasma prevalence rate among women in mountainous, midland, or plain districts. Some factors related to melasma ($p < 0.05$) included a history of using contraceptive pills, a history of melasma during pregnancy, age group from 40 to 49 years, education level below high school, family history of melasma, and multiple pregnancies.

Conclusions: The prevalence rate of melasma in women of Binh Dinh is relatively high at 29.2%. Further cohort studies in the community with larger sample sizes and in different regions are needed to accurately determine the related factors.

Keywords: *Melasma, factors related to melasma, Binh Dinh.*

¹ Quy Hoa Central Leprosy - Dermatology Hospital² Hanoi Medical University

² Quy Nhon University

* Correspondence: Email: bichdiuqnqh@gmail.com