

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NẤM DA MẶT

Akhan Onglouang¹, Nguyễn Thị Hà Vinh^{1,2} và Trần Thị Huyền^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nấm da mặt (*tinea faciei*), thực hiện trên 108 bệnh nhân tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9/2024 đến tháng 8/2025. Tất cả các bệnh nhân được phỏng vấn, khám lâm sàng, tiến hành soi tươi và nuôi cấy nấm. Kết quả cho thấy tuổi trung bình của các bệnh nhân là 25,7; nhóm 15 - 24 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (30,6%), nam nhiều hơn nữ (54,6% so với 45,4%). Đa số bệnh nhân sống ở thành thị (57,4%), nhóm nghề nghiệp phổ biến là lao động tự do (36,1%). Lý do tới khám thường gặp nhất là ngứa (40,7%) và sẩn đỏ - ngứa (33,3%). Tổn thương hay gặp ở má (51,7%), thường chỉ có 1 - 2 thương tổn, mức độ nhẹ đến trung bình. Soi tươi có sợi nấm ở 97,2% trường hợp, nuôi cấy ghi nhận nhiều loài nấm, trong đó *Trichophyton mentagrophytes* (13,6%) và *Trichophyton rubrum* (9,1%) là hai loài phổ biến nhất. Những trường hợp phân lập được loài nấm đều có thương tổn da điển hình của bệnh do nấm sợi.

Từ khóa: Nấm da mặt, nấm sợi, *Microsporum canis*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nấm da mặt (*tinea faciei*) là một bệnh nhiễm trùng da ở những vùng không có râu trên khuôn mặt.¹⁻³ Ở trẻ em, bệnh thường gặp ở nhóm tuổi từ 2 đến 14 tuổi, chủ yếu là nam giới, sau khi tiếp xúc với vật nuôi trong nhà, có những trường hợp hiếm gặp được mô tả ở trẻ dưới 12 tháng tuổi.^{4,5} Ở người trưởng thành, bệnh thường gặp ở lứa tuổi từ 40 tuổi trở lên, phổ biến ở phụ nữ do tiếp xúc nghề nghiệp.³ Tác nhân gây bệnh chủ yếu là *Microsporum canis*, *Trichophyton mentagrophytes* và *Trichophyton rubrum*.^{6,7} Có một số nghiên cứu dịch tễ học liên quan đến bệnh nấm da mặt đã được công bố nhưng phần lớn được báo cáo ở một số nước Châu Âu.^{3,8,9} Tại Việt Nam, nấm da mặt là một bệnh lý khá phổ biến và có thể gây ra các biến chứng về sức khỏe thể chất và tâm lý nếu không được điều trị kịp thời, nhưng hiện vẫn chưa có nghiên cứu

nào được thực hiện cả ở người lớn và trẻ em. Việc thiếu thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (loài nấm gây bệnh) và các yếu tố liên quan đến bệnh này có thể dẫn đến chẩn đoán sai và điều trị không hiệu quả. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nấm da mặt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng của nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định nấm da mặt tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9/2024 đến tháng 8/2025. Các bệnh nhân được lựa chọn khi có thương tổn điển hình hoặc không điển hình ở vùng mặt (má, mũi, quanh mắt, cằm, trán), được xác nhận bằng soi tươi hoặc nuôi cấy nấm, hoặc đáp ứng với liệu pháp kháng nấm (dành cho những trường hợp nghi ngờ nấm da mặt trên lâm sàng nhưng các xét nghiệm cận lâm sàng không thấy nấm) và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân đã sử dụng thuốc

Tác giả liên hệ: Trần Thị Huyền

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranthihuyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 18/08/2025

Ngày được chấp nhận: 10/09/2025

chống nấm trong vòng một tuần trước nghiên cứu (tránh ảnh hưởng tới kết quả soi tươi và nuôi cấy nấm), có bệnh da khác tại vùng mặt gây khó chẩn đoán xác định.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán nấm da mặt đến khám và điều trị trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Kết quả có 108 bệnh nhân.

Quy trình nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân tham gia được lập bệnh án nghiên cứu và ký phiếu đồng ý tham gia. Sau đó, nghiên cứu viên tiến hành phỏng vấn để thu thập thông tin cá nhân, tiền sử bệnh, yếu tố liên quan, tiền sử điều trị, và khám thực thể nhằm ghi nhận các đặc điểm tổn thương. Các mẫu vảy da được lấy để soi tươi bằng KOH 20% và nuôi cấy trên môi trường Sabouraud có bổ sung cycloheximide và chloramphenicol.

Nội dung nghiên cứu tập trung vào việc mô tả các đặc điểm dịch tễ (tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi sinh sống), triệu chứng lâm sàng (lý do vào viện, thời gian mắc bệnh, triệu chứng khởi phát, đặc điểm tổn thương), kết quả xét nghiệm cận

lâm sàng (soi tươi, nuôi cấy), các yếu tố liên quan (dị ứng, nuôi động vật, môi trường sống), cũng như phương pháp điều trị tại nhà hoặc cơ sở y tế ban đầu.

Về mức độ lan rộng tổn thương: đường kính < 3cm được tính 1 điểm (nhẹ), từ 3 - 6cm là 2 điểm (vừa) và > 6cm là 3 điểm (nặng). Về mức độ viêm: tổn thương dạng dát đỏ có vảy được tính 1 điểm (nhẹ), tổn thương hình khuyên điển hình, bờ nổi cao được tính 2 điểm (vừa), có mụn nước, mụn mủ hoặc tiết dịch kèm viêm nặng được tính 3 điểm (nặng).

Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, các biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, phương sai và trung vị.

3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân đều được tư vấn, giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật, toàn bộ quá trình nghiên cứu tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức, Bệnh viện Da liễu Trung ương, theo Quyết định số 42/HĐĐĐ-BVDLTW, ngày 20 tháng 11 năm 2024.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu (n = 108)

Nhóm	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 5 tuổi	5	4,6
	5 - 14 tuổi	22	20,4
	15 - 24 tuổi	33	30,6
	25 - 44 tuổi	18	16,7
	45 - 59 tuổi	13	12,0
	≥ 60 tuổi	17	15,7
	Trung bình ± SD (khoảng)	25,7 ± 18,6 (0,5 - 81)	

Nhóm	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	59	54,6
	Nữ	49	45,4
Nghề nghiệp	Học sinh	25	23,1
	Sinh viên	15	13,9
	Công nhân, viên chức	12	11,1
	Lao động tự do	39	36,1
	Khác (bộ đội, nông dân, chưa đi học)	17	15,8
Nơi sinh sống	Nông thôn	46	42,6
	Thành thị	62	57,4
Có vật nuôi	Mèo	17	15,7
	Chó	22	20,4
	Cả hai	5	4,6
Đã từng điều trị trước đó	Có (các thuốc kem ba thành phần, thuốc Trung Quốc hoặc không rõ loại)	6	5,6
	Không	102	94,4

Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $25,7 \pm 18,6$ (dao động từ 0,5 đến 81 tuổi), trong đó nhóm 15 - 24 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (30,6%). Về giới tính, nam chiếm 54,6% và nữ chiếm 45,4%. Về nghề nghiệp, nhóm lao động tự do chiếm tỷ lệ cao

nhất (36,1%), kể đến là học sinh (23,1%), sinh viên (13,9%). Về nơi sinh sống, bệnh nhân đến từ thành thị (57,4%) nhiều hơn nông thôn (42,6%). Có 15,7% gia đình bệnh nhân có nuôi mèo, 20,4% nuôi chó và 4,6% nuôi cả hai. Có 5,6% bệnh nhân đã từng điều trị trước đó.

Bảng 2. Lý do khám bệnh và đặc điểm khởi phát bệnh (n = 108)

Nhóm	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Ngứa vùng mặt/cơ thể	44	40,7
	Dát đỏ	7	6,5
	Sẩn đỏ vùng mặt - có ngứa	36	33,3
	Sẩn đỏ vùng mặt - không ngứa	18	16,7
	Khác	3	2,8

Nhóm	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian xuất hiện	≤ 1 tuần	11	10,2
	2 - 4 tuần	30	27,8
	1 - 3 tháng	26	24,1
	4 - 6 tháng	20	18,5
	> 6 tháng - 1 năm	20	18,5
	> 1 năm	1	0,9
Phân bố	Nấm da mặt đơn thuần	49	45,4
	Nấm da mặt + nấm da thân	59	54,6
Triệu chứng đầu tiên	Ngứa	34	31,5
	Dát đỏ, dát - sẩn đỏ	9	8,3
	Sẩn (màu da, sẫm)	38	35,2
	Sẩn đỏ	23	21,3
	Khác	4	3,7

Lý do vào viện thường gặp nhất là ngứa vùng mặt hoặc cơ thể (40,7%), tiếp theo là sẩn đỏ/sẩn ngứa (33,3%) và sẩn đỏ vùng mặt (16,7%), trong khi dát đỏ, dát - sẩn đỏ và các lý do khác ít gặp hơn. Về thời gian xuất hiện bệnh, tỷ lệ cao nhất ghi nhận ở nhóm 2

- 4 tuần (27,8%), tiếp đến là nhóm 1 - 3 tháng (24,1%). Tỷ lệ chỉ có nấm da mặt đơn thuần là 45,4%. Triệu chứng đầu tiên thường gặp là sẩn (35,2%), ngứa (31,5%) và sẩn đỏ (21,3%), trong khi dát đỏ/dát sẩn đỏ chiếm 8,3% và các triệu chứng khác chiếm 3,7% (Bảng 2).

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng, vị trí và số lượng tổn thương (n = 108)

Nhóm	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Không ngứa	17	15,7
	Ngứa thường xuyên	34	31,5
	Ngứa khi ra mồ hôi	57	52,8
Vị trí tổn thương ở mặt	Má	91	51,7
	Cằm	33	18,8
	Mắt	28	15,9
	Mũi	11	6,3
	Trán	10	5,7
	Trước tai	3	1,6

Nhóm	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng tổn thương	1	57	52,8
	2	41	38,0
	3	5	4,6
	4	4	3,7
	5	1	0,9

Về triệu chứng cơ năng, đa số bệnh nhân ngứa khi ra mồ hôi (52,8%), tiếp đến là ngứa thường xuyên (31,5%), trong khi không ngứa chỉ chiếm 15,7%. Về vị trí tổn thương, má là vị trí phổ biến nhất (51,7%), sau đó là cằm (18,8%)

và mắt (15,9%). Về số lượng tổn thương, phần lớn bệnh nhân có một tổn thương (52,8%), kế đến là hai tổn thương (38,0%), các trường hợp có 3 - 5 tổn thương ít gặp hơn, dao động từ 0,9% đến 4,6% (Bảng 3).

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương da (n = 108)

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phân bố tổn thương	Riêng rẽ	50	46,3
	Thành đám	58	53,7
Màu sắc tổn thương	Đỏ	81	75,0
	Màu da	26	24,1
	Nâu sẫm	1	0,9
Mức độ lan rộng tổn thương	Nhẹ	48	44,5
	Vừa	59	54,6
	Nặng	1	0,9
Mức độ viêm	Nhẹ	65	60,2
	Vừa	42	38,9
	Nặng	1	0,9
Các tổn thương khác	Vảy da	63	58,3
	Mụn nước	29	26,8
Đặc điểm hình thái thương tổn	Diễn hình của nám	90	83,3
	Không diễn hình	18	16,7

Về phân bố, tổn thương thành đám chiếm 53,7% trong khi tổn thương riêng rẽ chiếm 46,3%. Về màu sắc, đỏ là phổ biến nhất với 75,0%, kế đến là màu da (24,1%) và nâu sẫm (0,9%). Về mức độ lan rộng tổn thương, đa số

ở mức vừa (54,6%), tiếp theo là nhẹ (44,5%) và nặng (0,9%). Về mức độ viêm, nhóm nhẹ chiếm 60,2%, vừa chiếm 38,9% và nặng chiếm 0,9% (Bảng 4). Có 16,7% có thương tổn không diễn hình.

Bảng 5. Kết quả cận lâm sàng

Xét nghiệm	Kết quả	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Soi tươi	Có sợi nấm	105	97,2
	Không có sợi nấm	3	2,8
Nuôi cấy (n = 44)	<i>Trichophyton mentagrophytes</i>	6	13,6
	<i>Trichophyton rubrum</i>	4	9,1
	<i>Trichophyton tonsurans</i>	3	6,8
	<i>Microsporum canis</i>	2	4,5
	<i>Microsporum gypseum</i>	2	4,5
	<i>Trichophyton, Microsporum</i> khác	17	38,6
	Không mọc nấm	10	22,7

Trong xét nghiệm soi tươi, đa số trường hợp có sợi nấm, chiếm 97,2%. Ở nhóm được tiến hành nuôi cấy (44 trường hợp), các loài nấm phân lập được phổ biến nhất là nhóm khác với 38,6%, tiếp theo là *T. mentagrophytes* (13,6%), *T. rubrum* (9,1%), *T. tonsurans* (6,8%), *M. canis* và *M. gypseum* cùng chiếm 4,5%. Ngoài ra, có

22,7% trường hợp không thấy nấm mọc trên môi trường nuôi cấy. Trong đó 3/10 trường hợp có điều trị thuốc không rõ tên trước đây và 7 trường hợp chưa điều trị. Các bệnh nhân soi tươi không có sợi nấm thì khi nuôi cấy cũng không thấy nấm mọc.

Bảng 6. Đặc điểm lâm sàng của nấm da mặt theo loài nấm gây bệnh

Đặc điểm	<i>T. mentagrophytes</i> (n = 6)	<i>T. rubrum</i> (n = 4)	<i>T. tonsurans</i> (n = 3)	<i>M. canis</i> (n = 2)	<i>M. gypseum</i> (n = 2)	Khác (n = 17)	Tổng (n = 34)
Phân bố tổn thương, n (%)							
Riêng rẽ	3 (50)	2 (50)	1 (33,3)	1 (50)	1 (50)	8 (47,1)	16 (47,1)
Thành đám	3 (50)	2 (50)	2 (66,7)	1 (50)	1 (50)	9 (52,9)	18 (52,9)
Màu sắc tổn thương, n (%)							
Đỏ	5 (83,3)	3 (75)	2 (66,7)	1 (50)	1 (50,0)	11 (64,7)	23 (67,6)
Màu da	1 (16,7)	1 (25)	1 (33,3)	1 (50)	1 (50,0)	6 (35,3)	11 (32,4)

Đặc điểm	<i>T. mentagrophytes</i> (n = 6)	<i>T. rubrum</i> (n = 4)	<i>T. tonsurans</i> (n = 3)	<i>M. canis</i> (n = 2)	<i>M. gypseum</i> (n = 2)	Khác (n = 17)	Tổng (n = 34)
Mức độ lan rộng tổn thương, n (%)							
Nhẹ	2 (33,3)	1 (25)	1 (33,3)	1 (50)	1 (50)	6 (35,3)	12 (35,3)
Vừa	4 (66,7)	3 (75)	2 (66,7)	1 (50)	1 (50)	11 (64,7)	22 (64,7)
Mức độ viêm, n (%)							
Nhẹ	4 (66,7)	2 (50)	2 (66,7)	1 (50)	1 (50,0)	10 (58,8)	20 (58,8)
Vừa	2 (33,3)	2 (50)	1 (33,3)	1 (50)	1 (50,0)	7 (41,2)	14 (41,2)
Đặc điểm hình thái, n (%)							
Điển hình	6 (100)	4 (100)	3 (100)	2 (100)	2 (100)	17 (100)	34 (100)
Các thương tổn khác, n (%)							
Vảy da	4 (66,7)	3 (75)	2 (66,7)	1 (50)	1 (50)	9 (52,9)	20 (58,8)
Mụn nước	2 (33,3)	1 (25)	1 (33,3)	0	0	4 (23,5)	8 (23,5)

Kết quả ở Bảng 6 cho thấy, những trường hợp phân lập được loài nấm đều có thương tổn lâm sàng điển hình, tỷ lệ có vảy da cao. Còn sự khác nhau về các đặc điểm khác giữa nấm ưa động vật (*Trichophyton mentagrophytes*, *Microsporum canis*) và nấm ưa người (*Trichophyton rubrum*, *Trichophyton tonsurans*) với nấm ưa đất (*Microsporum gypseum*) là khó đánh giá do cỡ mẫu ít.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy triệu chứng đầu tiên thường gặp nhất là sẩn (màu da, sẫm), chiếm 35,2%, tiếp theo là ngứa (31,5%) và sẩn đỏ (21,3%), trong khi dát đỏ và các dạng khác ít gặp hơn. Kết quả này có sự tương đồng với

báo cáo của Đỗ Thị Mỹ Hạnh (2024), khi các triệu chứng điển hình bao gồm sẩn, dát đỏ và vảy da chiếm tỷ lệ cao, trong đó ngứa là biểu hiện cơ năng nổi bật với 90,3% trường hợp.¹⁰ Tương tự, nghiên cứu của Aste (2009) cũng ghi nhận nhiều trường hợp nấm da mặt khởi phát với tổn thương sẩn - hồng ban và có thể biểu hiện điển hình hoặc không điển hình, dễ gây nhầm lẫn với các bệnh da khác.¹¹ Điều này cho thấy triệu chứng sẩn và ngứa đóng vai trò quan trọng trong việc nhận diện bệnh ngay từ giai đoạn khởi phát.

Về triệu chứng cơ năng, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có ngứa liên quan đến tiết mồ hôi (52,8%), kể đến là ngứa thường xuyên (31,5%), trong khi nhóm không ngứa

chỉ chiếm tỷ lệ thấp. So sánh với nghiên cứu của Noguchi (2014), các bệnh nhân tại Nhật Bản có biểu hiện viêm da mức độ trung bình (điểm trung bình viêm 1,94/3) và có liên quan đến ngứa, đặc biệt trong nhóm nhiễm nấm ưa động vật (zoophilic) với phản ứng viêm mạnh hơn.¹² Trong khi đó, theo Suganita (2025) có tới 46,6% bệnh nhân có mức độ ngứa nặng hoặc rất nặng, phản ánh tính đa dạng của biểu hiện cơ năng giữa các quần thể.¹³ Như vậy, ngứa là triệu chứng hầu như luôn hiện diện, nhưng mức độ và tính chất có thể thay đổi tùy thuộc vào loại tác nhân, mức độ viêm, cũng như yếu tố cá nhân và môi trường.

Khi so sánh với các nghiên cứu châu Âu, Borges (2017) ghi nhận nhiều ca nấm da không điển hình (tinea incognito) do lạm dụng corticoid, làm thay đổi triệu chứng lâm sàng và khiến ngứa không còn là biểu hiện chính.³ Tình trạng này cũng được Aste (2009) mô tả ở nhóm tổn thương không điển hình, trong đó triệu chứng có thể bị che lấp bởi biểu hiện giống lupus, trứng cá đỏ hay viêm da cơ địa.¹¹ Kết quả của chúng tôi có 16,7% có thương tổn không điển hình, có thể liên quan với việc sử dụng thuốc điều trị trước đó. Các thuốc người bệnh dùng ở nhà không rõ loại hoặc dùng nhiều loại, có cả thuốc kem có chữ Trung Quốc, hoặc thuốc ba thành phần. Những trường hợp này có biểu hiện các tác dụng phụ của corticoid tại chỗ như giãn mạch, mỏng da, không có vảy hoặc ít vảy. Trong bối cảnh Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh (2022) cho thấy đa số bệnh nhân nấm da cũng khởi phát với ngứa và tổn thương điển hình, song tỷ lệ bệnh mức độ nặng lại khá cao (26,6%), gợi ý khả năng chậm trễ trong điều trị hoặc ảnh hưởng từ điều kiện sinh hoạt như sống tập thể và ra nhiều mồ hôi, khí hậu nóng ẩm.¹⁴

Một điểm đáng chú ý là sự khác biệt giữa các tác nhân gây bệnh cũng có thể ảnh hưởng đến

triệu chứng. Theo Noguchi (2014), nhóm nấm ưa người (anthropophilic) như *Trichophyton rubrum* thường gây tổn thương lan rộng nhưng ít viêm, trong khi nhóm ưa động vật như *Microsporum canis* lại tạo phản ứng viêm mạnh hơn, dễ đi kèm ngứa dữ dội.¹² Li (2024) cũng xác nhận điều này, khi nhóm bệnh nhân nhiễm *Trichophyton mentagrophytes complex* thường có tổn thương viêm nặng hơn, trong khi nhóm *Trichophyton rubrum* chủ yếu có dạng dát - mảng hồng ban ít viêm. Điều này giải thích tại sao một số nghiên cứu báo cáo tỷ lệ ngứa cao hơn so với nghiên cứu hiện tại.¹⁵

Kết quả cho thấy, má là vị trí tổn thương phổ biến nhất (51,7%), vị trí ít gặp nhất là trước tai (1,6%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Noguchi tại Nhật Bản, khi má cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (52,5%).¹² Tuy nhiên, phân bố ở các vị trí khác có sự khác biệt, như Noguchi ghi nhận quanh tai tới 20%. Trong khi đó, nghiên cứu của Suganita tại Ấn Độ lại cho thấy tỷ lệ quanh mắt và quanh mũi cao hơn, cho thấy yếu tố địa lý và thói quen phơi nhiễm có thể ảnh hưởng đến vị trí tổn thương.¹³

Về số lượng, đa số bệnh nhân chỉ có một tổn thương (52,8%) hoặc hai tổn thương (38,0%). Trường hợp có từ ba tổn thương trở lên ít gặp hơn. Điều này phản ánh bệnh thường xuất hiện khu trú, tương đồng với mô tả của Aste về thể điển hình chủ yếu có một vòng tổn thương.¹¹ Ngược lại, nghiên cứu của Borges tại Bồ Đào Nha ghi nhận nhiều bệnh nhân có nhiều tổn thương hoặc kèm theo nấm ở vị trí khác, dẫn đến cần điều trị phối hợp bằng thuốc bôi và thuốc uống.³ So sánh này cho thấy mức độ lan rộng của bệnh có thể khác nhau giữa các quần thể nghiên cứu.

Về mức độ lan rộng tổn thương, phần lớn bệnh nhân ở mức vừa (54,6%) hoặc nhẹ (44,5%), trong khi mức nặng chỉ gặp ở 0,9%. Kết quả này phù hợp với nhận định của Noguchi

rằng nấm ưa người thường gây tổn thương rộng nhưng ít viêm, trong khi nấm ưa động vật gây viêm mạnh hơn nhưng diện tích nhỏ hơn.¹² Do vậy, tổn thương mức vừa chiếm đa số và ít gặp trường hợp nặng. Về màu sắc, phần lớn có màu đỏ (75,0%), phản ánh phản ứng viêm điển hình của nấm da, trong khi màu da (24,1%) và nâu sẫm (0,9%) ít phổ biến hơn. Xu hướng này cũng tương tự các nghiên cứu quốc tế khi đặc điểm lâm sàng chủ yếu vẫn là dát đỏ viền vảy đặc trưng.

Kết quả soi tươi trong nghiên cứu cho thấy tỷ lệ có sợi nấm rất cao, đạt 97,2%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Borges tại Bồ Đào Nha, tỷ lệ có sợi nấm là 81,9%.³ Tuy nhiên, kết quả lại tương đồng với nghiên cứu của Li tại Trung Quốc khi tỷ lệ nuôi cấy dương tính đạt 97,2% và soi tươi vẫn giữ vai trò quan trọng trong chẩn đoán.¹⁵ Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do yếu tố kỹ thuật, chất lượng mẫu bệnh phẩm và thời điểm lấy mẫu, đồng thời cũng phản ánh tính nhạy cảm cao của phương pháp soi trực tiếp trong thực hành lâm sàng.

Kết quả nuôi cấy cho thấy có sự đa dạng về loài nấm phân lập. Các loài thường gặp khác là *Trichophyton mentagrophytes* (13,6%), *Trichophyton rubrum* (9,1%), *Trichophyton tonsurans* (6,8%), cùng với *Microsporium canis* và *Microsporium gypseum* (mỗi loại 4,5%). So với nghiên cứu của Noguchi tại Nhật Bản, *Trichophyton rubrum* lại chiếm ưu thế rõ rệt với 43,7%, trong khi nghiên cứu hiện tại ghi nhận tỷ lệ thấp hơn nhiều.¹² Điều này cho thấy sự khác biệt về đặc điểm dịch tễ học giữa các khu vực, đồng thời nhấn mạnh rằng nguồn lây có thể thay đổi theo điều kiện môi trường và thói quen sinh hoạt.

Trong nghiên cứu của Aste tại Ý, *Microsporium canis* chiếm tỷ lệ cao nhất (58,9%), tiếp theo là *Trichophyton rubrum* (22,4%) và *Trichophyton mentagrophytes* (18,7%).¹¹ So với kết quả

này, tỷ lệ *Microsporium canis* và *Microsporium gypseum* trong nghiên cứu hiện tại thấp hơn nhiều. Sự khác biệt có thể liên quan đến mức độ tiếp xúc với động vật nuôi và động vật hoang dã ở từng vùng, vì các loài nấm ưa động vật thường có mối liên hệ mật thiết với môi trường sống. Điều này cũng được củng cố bởi nghiên cứu của Suganita ở Ấn Độ, khi yếu tố nuôi thú cưng và tiếp xúc động vật chiếm tỷ lệ cao, góp phần vào sự xuất hiện của các loài nấm ưa động vật.¹³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, có một trong hai bệnh nhân có *Microsporium canis* có tiếp xúc với mèo (*canis* = cat = mèo).

Điểm đáng chú ý trong nghiên cứu này là có tới 22,7% mẫu nuôi cấy không mọc nấm. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Borges, nơi nuôi cấy dương tính tới 97,2% và sự bất tương hợp giữa soi tươi và nuôi cấy chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ.³ Nguyên nhân có thể do tình trạng bệnh nhân đã sử dụng thuốc trước đó. Ngoài ra, kết quả nuôi cấy nấm có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khác nữa, ngoài việc dùng thuốc, ví dụ: bộ kit xét nghiệm, trang thiết bị, điều kiện vi môi trường, nhân lực. Sự khác biệt này gợi ý rằng mặc dù nuôi cấy là tiêu chuẩn vàng để định danh loài, nhưng việc âm tính không loại trừ hoàn toàn chẩn đoán nấm da mặt. Còn có một phương pháp chẩn đoán bệnh nấm da khác là điều trị thử bằng các thuốc chống nấm khi thương tổn không điển hình và các xét nghiệm không cho kết quả có nấm. Có 3 bệnh nhân trong nghiên cứu này, không có sợi nấm trên cả soi tươi và nuôi cấy nhưng lâm sàng đáp ứng tốt/khỏi bệnh với liệu pháp chống nấm nên vẫn được chẩn đoán là nấm da.

Khi phân tích theo nhóm loài, kết quả nghiên cứu hiện tại có sự pha trộn giữa nấm ưa người và nấm ưa động vật. So với nghiên cứu của Li tại Trung Quốc, nơi *Trichophyton rubrum* chiếm tới 71,2% và được coi là loài chiếm ưu thế tuyệt đối¹⁵, thì nghiên cứu này cho thấy sự phân bố

phân tán hơn. Điều này phản ánh rằng trong bối cảnh dịch tễ tại Việt Nam, các yếu tố môi trường, khí hậu và thói quen tiếp xúc có thể làm thay đổi mô hình tác nhân gây bệnh.

Từ sự so sánh trên, có thể nhận thấy kết quả nghiên cứu hiện tại vừa có điểm tương đồng vừa có sự khác biệt so với các báo cáo quốc tế. Tỷ lệ soi tươi dương tính cao cũng có vai trò của phương pháp này trong chẩn đoán nhanh. Tuy nhiên, sự đa dạng trong kết quả nuôi cấy cũng cho thấy tính phức tạp của nấm da mặt, vốn có thể liên quan đến nhiều loài nấm khác nhau tùy từng bối cảnh dịch tễ. Những đặc điểm này góp phần làm rõ bức tranh toàn diện hơn về bệnh, đồng thời cung cấp bằng chứng để so sánh với các quần thể nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy nấm da mặt chủ yếu gặp ở người trẻ, bệnh nhân thường vào viện vì ngứa và sẩn đỏ, với thời gian xuất hiện phổ biến trong 2 - 4 tuần. Tổn thương tập trung ở má, thường chỉ có một đến hai thương tổn, mức độ nhẹ đến trung bình. Soi tươi cho kết quả dương tính (có sợi nấm) cao, trong khi nuôi cấy ghi nhận nhiều loài nấm khác nhau, phản ánh sự đa dạng trong tác nhân gây bệnh.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn quý đồng nghiệp, các cán bộ của Bệnh viện Da liễu Trung ương đã hỗ trợ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích trong đề tài này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lin RL, Szepietowski JC, Schwartz RA. Tinea faciei, an often deceptive facial eruption. *Int J Dermatol*. Jun 2004; 43(6): 437-40. doi:10.1111/j.1365-4632.2004.02339.x.
2. Ebrahimi M, Zarrinfar H, Naseri A, Najafzadeh MJ, Fata A, Parian M, et

al. Epidemiology of dermatophytosis in northeastern Iran; A subtropical region. *Curr Med Mycol*. Jun 2019; 5(2): 16-21. doi:10.18502/cmm.5.2.1156.

3. Borges A, Brasileiro A, Galhardas C, Apetato M. Tinea faciei in a central Portuguese hospital: A 9-year survey. *Mycoses*. Apr 2018; 61(4): 283-285. doi:10.1111/myc.12730.

4. Stanes EK, Strunk T. Tinea faciei in a very preterm infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. Jul 2018; 103(4): F376. doi:10.1136/archdischild-2017-314279.5. Malhotra S, Malhotra SK, Aggarwal Y. Tinea faciei caused by Trichophyton mentagrophytes in a 20-day-old neonate. *Indian Dermatol Online J*. Dec 2015; 6(Suppl 1): S43-6. doi:10.4103/2229-5178.171045.

6. Takenaka M, Murota H, Nishimoto K. Epidemiological survey of 42 403 dermatophytosis cases examined at Nagasaki University Hospital from 1966 to 2015. *J Dermatol*. Jun 2020; 47(6): 615-621. doi:10.1111/1346-8138.15340.

7. Ansari S, Ahmadi B, Tabatabaeifar SN, Hedayati MT, Javidnia J, Taghizadeh Armaki M, et al. Familial Cases of Trichophyton benhamiae Infection Transmitted from a Guinea Pig in Iran. *Mycopathologia*. Mar 2021; 186(1): 119-125. doi:10.1007/s11046-020-00513-1.

8. del Boz J, Crespo V, de Troya M. Pediatric tinea faciei in southern Spain: a 30-year survey. *Pediatr Dermatol*. May-Jun 2012; 29(3): 249-53. doi:10.1111/j.1525-1470.2011.01535.x.

9. Kieliger S, Glatz M, Cozzio A, Bosshard PP. Tinea capitis and tinea faciei in the Zurich area - an 8-year survey of trends in the epidemiology and treatment patterns. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. Aug 2015; 29(8): 1524-9. doi:10.1111/jdv.12908.

10. Đỗ Thị Mỹ Hạnh và cộng sự. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến

nhễm nấm da tại Bệnh Viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 06/25 2024; (75): 64-71. doi:10.58490/ctump.2024i75.2431

11. Nicola A, Laura A, Natalia A, Monica P. A 20-year survey of tinea faciei. *Mycoses*. 2010/11/01 2010; 53(6): 504-508. doi:https://doi.org/10.1111/j.1439-0507.2009.01748.x.

12. Noguchi H, Jinnin M, Miyata K, Hiruma M, Ihn H. Clinical features of 80 cases of tinea faciei treated at a rural clinic in Japan. *Drug Discov Ther*. Dec 2014; 8(6): 245-8. doi:10.5582/ddt.2014.01049.

13. Suganita, Agarwal D, Sachan S, Yadav V, Prajapati D. Evaluation of Common and Atypical Clinical Presentations of Tinea Faciei:

A Cross-sectional Study from Barabanki, Uttar Pradesh, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 01/01 2025: 1-05. doi:10.7860/JCDR/2025/73526.20511.

14. Nguyễn Thị Quỳnh và Trần Đăng Quyết. Một số yếu tố liên quan và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nấm da điều trị tại Bệnh Viện Quân Y 103 từ tháng 9/2021 đến tháng 6/2022. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 11/20 2022; 47(7): 80-90. doi:10.56535/jmpm.v47i7.77.

15. Li J, Zhi H, Xia X, Liu Z. A survey of 701 cases of tinea faciei in Hangzhou, southeastern China, from 2018 to 2023. *Mycoses*. 2024/06/01 2024; 67(6): e13755. doi:https://doi.org/10.1111/myc.13755.

Summary

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF TINEA FACIEI

A descriptive cross-sectional and prospective study aimed to describe the clinical and paraclinical characteristics and some related factors in patients with *tinea faciei*. It was conducted on 108 patients diagnosed with *tinea faciei* at the National Hospital of Dermatology and Venereology, from September 2024 to August 2025. All patients underwent interviews, clinical examinations, direct microscopy, and fungal culture. Results shown that the mean age of patients was 25.7 years, with the 15-24 age group accounting for the highest proportion (30.6%). Males were slightly more affected than females (54.6% vs. 45.4%). Most patients lived in urban areas (57.4%), and the most common occupation was freelance labor (36.1%). The most frequent reasons for hospital visits were itching (40.7%) and erythematous papules (33.3%). Lesions were most commonly located on the cheeks (51.7%), typically presenting with 1-2 lesions of mild to moderate severity. Direct microscopy was positive in 97.2% of cases, while cultures identified several fungal species, with *Trichophyton mentagrophytes* (13.6%) and *Trichophyton rubrum* (9.1%) being the most common species. All cases where the fungus was isolated had typical lesions of cutaneous dermatophytosis.

Keywords: Tinea faciei, dermatophytes, *Microsporum canis*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*.