

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN NẤM DA MẶT TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Ma Văn Anh^{1,2}, Akhan Onglouang¹, Trần Thị Huyền¹

TÓM TẮT

Nấm da mặt (tinea faciei) là nhiễm nấm nông ở lớp biểu bì do các vi nấm thuộc nhóm nấm sợi dermatophyte gây ra, biểu hiện trên vùng da nhẵn của mặt. Tổn thương thường có dạng hình vòng, ranh giới rõ, kèm vảy da, mụn nước hoặc mụn mủ tập trung ở rìa tổn thương. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu được thực hiện trên 105 bệnh nhân được chẩn đoán nấm da mặt từ tháng 9/2024 đến tháng 8/2025 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ và một số yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy nam giới chiếm 53,3%, nữ giới chiếm 46,7%; tuổi trung bình 25,5 ± 18,7 tuổi (dao động 0,5 - 81 tuổi). Bệnh khởi phát chủ yếu vào mùa hè (80,0%), tiếp theo là mùa đông (14,2%). Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử bản thân mắc nấm da là 39,0% và tiền sử gia đình có người mắc nấm da là 12,4%. Có 9,5% sống trong môi trường nhà ở ẩm ướt và 42,0% có nuôi chó mèo. Trước khi đến khám, đa số bệnh nhân đã sử dụng thuốc bôi (82,9%), 12,3% dùng thuốc uống và 4,8% chưa điều trị.

Từ khóa: Nấm da mặt, ngứa, yếu tố liên quan, nấm nông

ABSTRACT

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS OF PATIENTS WITH TINEA FACIEI AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Tinea faciei is a superficial fungal infection of the epidermis caused by filamentous fungi belonging to the dermatophyte group, clinically manifesting on the glabrous skin of the face. Lesions typically present as annular plaques with well-demarcated borders, accompanied by scaling, vesicles, or pustules concentrated at the active margin. A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 105 patients diagnosed with tinea faciei from September 2024 to August 2025 at the National Hospital of Dermatology and Venereology, with the aim of describing epidemiological characteristics and several associated factors. The results showed that males accounted for 53.3% and females for 46.7% of cases. The mean age was 25.5 ± 18.7 years (range 0.5 - 81 years). Disease onset occurred predominantly in summer (80.0%), followed by winter (14.2%). A

personal history of dermatophytosis was reported in 39.0% of patients, while 12.4% had a family history of fungal skin infection. Additionally, 9.5% of patients lived in damp housing conditions, and 42.0% reported keeping pets (dogs or cats). Prior to presentation, the majority of patients had used topical medications (82.9%), 12.3% had taken systemic therapy, and 4.8% had received no treatment.

Keywords: Tinea faciei, pruritus, associated factors, superficial mycoses

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nấm da mặt (tinea faciei) là một bệnh nhiễm trùng ngoài da ở những vùng không có râu trên khuôn mặt. Ở trẻ em, bệnh hay gặp ở nhóm từ 2 đến 14 tuổi, chủ yếu là nam giới, thường sau khi tiếp xúc với vật nuôi trong nhà. Ở người trưởng thành, bệnh gặp nhiều nhất ở lứa tuổi từ 40 trở lên, phổ biến hơn ở phụ nữ và có thể liên quan đến yếu tố tiếp xúc nghề nghiệp. Tác nhân gây bệnh chủ yếu là *Microsporum canis* (*M. canis*), *Trichophyton mentagrophytes* (*T. mentagrophytes*) và *Trichophyton rubrum* (*T. rubrum*).¹ Nấm da mặt biểu hiện bằng tổn thương dạng mảng tròn hoặc bầu dục màu đỏ hoặc hồng. Bờ tổn thương là dấu hiệu nổi bật, thường gồ cao, ranh giới rõ, màu đỏ đậm hơn da lành, kèm vảy mịn, có thể có mụn nước hoặc mụn mủ nhỏ li ti. Tổn thương có xu hướng lan rộng ra ngoài vi theo hình ly tâm, trong khi trung tâm mảng nhạt màu hơn và ít vảy. Các thương tổn thường phân bố không đối xứng, khu trú một bên mặt; vị trí thường gặp nhất là má, sau đó đến mũi, quanh ổ mắt, cằm và trán. Một số trường hợp có nhiều tổn thương đồng thời tại các vị trí khác nhau.^{2,3} Ngứa là triệu chứng cơ năng thường gặp và hầu như luôn hiện diện ở bệnh nhân nấm da mặt, với mức độ từ nhẹ đến dữ dội, có thể ảnh hưởng đến sinh hoạt và giấc ngủ. Trong những trường hợp phản ứng viêm rõ, người bệnh có thể kèm cảm giác nóng rát hoặc châm chích tại vùng tổn thương. Triệu chứng thường tăng khi tiếp xúc với ánh nắng hoặc khi tăng tiết mồ hôi, đôi khi gây nhầm lẫn với các bệnh da nhạy cảm ánh sáng.³

Nấm da là một vấn đề sức khỏe cộng đồng toàn cầu, với khoảng 20 - 25% dân số thế giới mắc bệnh tại một thời điểm bất kỳ và nguy cơ mắc trong suốt cuộc đời ước tính từ 10 - 20%.⁴ Nấm da mặt được ghi nhận ở nhiều quốc gia, song phổ biến hơn tại các vùng khí hậu nhiệt đới

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Khoa Da liễu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền

Email: tranthihuyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 5.2.2026

Ngày duyệt bài: 19.3.2026

và cận nhiệt đới nóng ẩm - điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của vi nấm.² Tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 0,4% đến 4,2% tùy khu vực, trong đó hơn một nửa trường hợp được ghi nhận ở trẻ dưới 12 tuổi. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc và căn nguyên gây bệnh giữa các khu vực cho thấy vai trò của điều kiện khí hậu và đặc điểm dịch tễ học địa phương. Bệnh hình thành và tiến triển chịu tác động của nhiều yếu tố, bao gồm yếu tố cá nhân (tuổi, cơ địa da, bệnh lý nền, tình trạng miễn dịch), yếu tố môi trường (điều kiện khí hậu, sinh hoạt, vệ sinh) và yếu tố hành vi - xã hội (tiếp xúc nguồn lây, lạm dụng corticoid, sử dụng mỹ phẩm không phù hợp).⁴

Việt Nam là quốc gia có khí hậu nhiệt đới ẩm, tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển và lây lan của các vi nấm gây bệnh. Trong đó, nấm da mặt là bệnh lý khá phổ biến, có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Tuy nhiên, cho đến nay, vẫn chưa có nghiên cứu chuyên biệt nào đánh giá đầy đủ đặc điểm dịch tễ và các yếu tố liên quan ở cả người lớn và trẻ em. Việc phân tích các đặc điểm này có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán sớm, định hướng điều trị và xây dựng biện pháp phòng ngừa phù hợp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ và phân tích một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nấm da mặt tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 105 người bệnh được chẩn đoán nấm da mặt, đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9/2024 đến tháng 8/2025.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Thương tổn cơ bản đặc trưng của nấm da mặt (vị trí ở vùng da trần của khuôn mặt, bao gồm các khu vực như má, mũi, vùng quanh ổ mắt, cằm và trán; biểu hiện dưới dạng các mảng đỏ có vảy, có hoặc không có sẵn, mụn nước; có thể ngứa hoặc không ngứa, thường có viền rõ và trung tâm giảm sắc tố hoặc có màu nâu) hoặc một số trường hợp không điển hình (tinea incognito) với bờ thương tổn không rõ, phẳng, ít hoặc không có vảy da, dát đỏ, mụn nước, sẵn đỏ rời rạc). Xét nghiệm: Soi tươi có sợi nấm và/hoặc nuôi cấy nấm dương tính.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Được chẩn đoán nấm da mặt. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Có các bệnh lý da liễu khác kèm theo ở vùng mặt có thể gây khó khăn trong việc xác định rõ ràng thương tổn nấm da mặt. Không đồng ý hoặc không có khả năng hợp tác trong quá trình lấy mẫu và thực hiện xét nghiệm.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Chọn mẫu thuận tiện theo thời gian.

Quy trình nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân tham gia được lập bệnh án nghiên cứu và ký vào phiếu chấp thuận. 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.

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.

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 NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 105 người bệnh nấm da mặt với 53,3% là nam giới và 46,7% là nữ giới; tuổi trung bình là $25,5 \pm 18,7$ tuổi, nhỏ nhất là 0,5 tuổi và lớn nhất là 81 tuổi. Bảng 1 cho thấy bệnh khởi phát tập trung chủ yếu vào mùa hè (80%), tiếp theo là mùa đông (14,2%), trong khi mùa thu và mùa xuân ghi nhận tỷ lệ thấp và tương đương nhau (2,9%).

Bảng 1. Mùa khởi phát bệnh (n = 105)

Mùa khởi phát	n	%
Hè	84	80,0
Đông	15	14,2
Thu	3	2,9
Xuân	3	2,9
Tổng	105	100,0

Bảng 2 cho thấy, tỷ lệ người bệnh có tiền sử bản thân mắc nấm da là 39,0%; tiền sử gia đình có người mắc nấm da là 12,4%.

Bảng 2. Tiền sử bản thân và gia đình mắc bệnh nấm da (n = 105)

Tiền sử	n	%
Bản thân		
Có tiền sử nấm da	41	39,0
Không có tiền sử nấm da	64	61,0
Gia đình		
Có người mắc nấm da	13	12,4
Không có người mắc nấm da	92	87,6
Tổng	105	100,0

Bảng 3 cho thấy, phần lớn người bệnh không có tiền sử bệnh nội khoa (94,3%). Tăng huyết áp chiếm 1,9% và các bệnh lý khác chiếm 3,8%.

Bảng 3. Tiền sử bệnh nội khoa (n = 105)

Tiền sử	n	%
Không có bệnh nội khoa	99	94,3
Tăng huyết áp	2	1,9
Khác (bệnh dạ dày, thiếu năng vỏ thượng thận, sỏi thận)	4	3,8
Tổng	105	100,0

Bảng 4 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử dị ứng thuốc là 5,7%, dị ứng thức ăn 7,6%, sống trong môi trường nhà ở ẩm ướt 9,5%, và có nuôi chó mèo chiếm 42,0%.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan (n = 105)

Yếu tố liên quan	n	%
Dị ứng thuốc	6	5,7
Dị ứng thức ăn	8	7,6
Nhà ở ẩm ướt	10	9,5
Nuôi chó mèo	44	42,0

Bảng 5 cho thấy, phần lớn bệnh nhân đã sử dụng thuốc bôi trước khi đến khám (82,9%), tiếp theo là thuốc uống (12,3%), trong khi chỉ có 4,8% chưa điều trị.

Bảng 5. Tình trạng điều trị trước khi đến khám tại viện (n = 105)

Tình trạng điều trị	n	%
Chưa điều trị	5	4,8
Thuốc bôi	87	82,9
Thuốc uống	13	12,3
Tổng	105	100,0

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 105 bệnh nhân nấm da mặt, với tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 53,3% và 46,7%, cho thấy sự phân bố giới tính tương đối cân bằng. Kết quả này tương đồng với Noguchi (2014) tại Nhật Bản ghi nhận nam giới chiếm 53,8% trong 80 trường hợp nấm da mặt. Nấm da mặt có thể gặp ở mọi lứa tuổi; trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 25,5 tuổi, thấp hơn so với nghiên cứu của Noguchi tại Nhật Bản (42,8 tuổi).⁵ Sự khác biệt này có thể phản ánh đặc điểm dịch tễ học theo từng khu vực và nguồn lây. Các chủng nấm ưa người như *T. rubrum* thường gặp ở người lớn, trong khi các chủng nấm ưa động vật phổ biến hơn ở trẻ em, qua đó góp phần lý giải sự khác biệt về độ tuổi mắc bệnh giữa các nghiên cứu.⁶

Bệnh khởi phát chủ yếu vào mùa hè (80,0%), tiếp theo là mùa đông (14,2%). Kết quả này phù hợp với nhận định rằng khí hậu nóng ẩm tạo điều kiện thuận lợi cho vi nấm phát triển. Nghiên cứu của Vũ Thị Mùi (2024) cũng ghi nhận tỷ lệ mắc cao hơn vào mùa hè (54,8%) ở bệnh nhân nấm da thân, cho thấy vai trò đáng kể của yếu tố khí hậu.⁷ Tuy nhiên, một số nghiên cứu tại các vùng khí hậu ôn đới cho thấy sự phân bố ca bệnh tương đối đồng đều trong năm. Aste (2009) ghi nhận các ca bệnh phân bố rải rác trong năm, không tập trung quá cao vào mùa hè.⁸ Tương tự, Borges (2017) tại Bồ Đào Nha cũng không chỉ ra sự ưu thế rõ rệt của mùa hè mà ghi nhận bệnh có thể khởi phát quanh năm. Kết quả nghiên cứu, vì vậy, phản ánh đặc điểm dịch tễ đặc thù của khu vực và củng cố vai trò của yếu tố khí hậu trong khởi phát nấm da mặt.¹

Nghiên cứu ghi nhận 39,0% bệnh nhân có tiền sử mắc nấm da và 12,4% có người thân trong gia đình mắc bệnh. Kết quả này cho thấy vai trò nhất định của yếu tố cá nhân và môi trường sống chung trong nguy cơ mắc bệnh. Nicola Aste (2009) đã mô tả các trường hợp nấm da mặt do *T. rubrum* lây truyền trong gia đình, nhấn mạnh ý nghĩa của yếu tố tiếp xúc gần.⁸ Tương tự, Nguyễn Thị Quỳnh (2022) ghi nhận 60% bệnh nhân có thói quen sinh hoạt tập thể hoặc ngủ chung, tạo điều kiện thuận lợi cho lây lan vi nấm.⁹ Như vậy, dữ liệu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước, cho thấy tiền sử cá nhân và gia đình là yếu tố cần lưu ý trong nguy cơ tái nhiễm và lan truyền bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân không ghi nhận bệnh lý nội khoa kèm theo (94,3%); tăng huyết áp chiếm 1,9% và các bệnh lý khác 3,8%.

Điều này cho thấy nấm da mặt cũng có thể gặp phổ biến ở người không có bệnh lý nội khoa kèm theo, tương đồng với ghi nhận của các nghiên cứu trước. Noguchi (2014) ghi nhận bệnh gặp ở nhiều nhóm tuổi nhưng không nhấn mạnh mối liên quan với bệnh nội khoa kèm theo.⁵ Tương tự, Nicola Aste (2009) chủ yếu tập trung vào đặc điểm lâm sàng và nguồn lây, cho thấy phần lớn bệnh nhân không có bệnh lý nền phức tạp.⁸

Trong nghiên cứu này, 21,0% bệnh nhân có nuôi chó, 16,2% nuôi mèo và 4,8% nuôi cả hai. Kết quả cho thấy tỷ lệ tiếp xúc với động vật tương đối cao, gợi ý vai trò của nguồn lây từ thú nuôi trong bệnh nấm da mặt. Nicola Aste (2009) ghi nhận nhiều trường hợp, đặc biệt ở trẻ em, liên quan đến tiếp xúc với mèo, chó và thỏ, trong khi ở người lớn thường liên quan đến gia súc.⁸ Li (2024) cũng báo cáo hơn 26% trong 701 bệnh nhân nhiễm các chủng nấm ưa động vật, trong đó mèo là nguồn lây chủ yếu.⁶ Bên cạnh yếu tố tiếp xúc với động vật, môi trường nhà ở ẩm ướt cũng được xem là điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của vi nấm. Vũ Thị Mùi (2024) ghi nhận thói quen mặc quần áo ẩm và điều kiện sinh hoạt kém vệ sinh làm tăng nguy cơ mắc nấm da thân.⁷ Kết quả này góp phần củng cố mối liên quan giữa yếu tố tiếp xúc động vật, môi trường ở và nguy cơ nhiễm nấm trong nghiên cứu hiện tại. Tỷ lệ dị ứng thuốc và dị ứng thức ăn trong nghiên cứu tuy không cao, song vẫn gợi ý vai trò tiềm tàng của cơ địa dị ứng trong việc làm tăng tính nhạy cảm với nhiễm nấm da. Phần lớn bệnh nhân đã sử dụng thuốc trước khi đến khám, chủ yếu là thuốc bôi (82,9%), tiếp theo là thuốc uống (12,3%), và 4,8% chưa điều trị. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Li (2024) tại Trung Quốc, khi gần 80% trường hợp được điều trị bằng thuốc bôi đơn thuần, cho thấy đây là phương thức điều trị thường được áp dụng ở bệnh nhân nấm da mặt.⁶

Nghiên cứu còn một số hạn chế. Thiết kế mô tả cắt ngang chỉ phản ánh đặc điểm bệnh tại một thời điểm, chưa đánh giá được diễn biến tự nhiên và mối liên quan nhân quả giữa các yếu tố. Bên cạnh đó, do thực hiện tại một bệnh viện tuyến trung ương, mẫu nghiên cứu có thể chưa đại diện đầy đủ cho cộng đồng, hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả.

V. KẾT LUẬN

Nấm da mặt có tỷ lệ nam, nữ tương đương, bệnh khởi phát chủ yếu vào mùa hè. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử bản thân mắc nấm da khá cao

(39,0%). Một số yếu tố liên quan được ghi nhận gồm nuôi chó mèo (42,0%) và sống trong môi trường ẩm ướt (9,5%). Đa số bệnh nhân đã sử dụng thuốc bôi trước khi đến khám, cho thấy tình trạng điều trị trước khi đến viện khám là phổ biến.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các quý đồng nghiệp, các cán bộ của Phòng kế hoạch tổng hợp, Phòng công nghệ thông tin, các khoa xét nghiệm, Khoa khám bệnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương đã giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Borges A, Brasileiro A, Galhardas C, Apetato M.** Tinea faciei in a central Portuguese hospital: A 9-year survey. *Mycoses*. 2018;61(4):283-285. doi:10.1111/myc.12730
- Lin RL, Szepietowski JC, Schwartz RA.** Tinea faciei, an often deceptive facial eruption. *Int J Dermatol*. 2004;43(6):437-440. doi:10.1111/j.1365-4632.2004.02339.x
- Khiewplueang K, Leeyaphan C, Bunyaratavej S, et al.** Tinea faciei clinical characteristics, causative agents, treatments and outcomes; a retrospective study in Thailand. *Mycoses*. 2024;67(6):e13754. doi:10.1111/myc.13754
- Havlickova B, Czaika VA, Friedrich M.** Epidemiological trends in skin mycoses worldwide. *Mycoses*. 2008;51 Suppl 4:2-15. doi:10.1111/j.1439-0507.2008.01606.x
- 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*. 2014;8(6):245-248. doi:10.5582/ddt.2014.01049
- 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;67(6):e13755. doi:10.1111/myc.13755
- Vũ Thị Mùi, Trần Thị Huyền, Lê Hữu Doanh, Phạm Thị Minh Phương.** Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh nấm da thân mức độ trung bình và nặng. *Tạp chí Da liễu học Việt Nam*. 05/10 2024;(43)doi:10.56320/tcdlhn.43.147
- Nicola A, Laura A, Natalia A, Monica P.** A 20-year survey of tinea faciei. *Mycoses*. 2010;53(6):504-508. doi:10.1111/j.1439-0507.2009.01748.x
- Nguyễn Thị Quỳnh, 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