

thời gian tồn tại sẹo kéo dài, đồng thời tương đồng với các nghiên cứu quốc tế về tác động lâu dài của sẹo trứng cá đến tâm lý – xã hội [4]

V. KẾT LUẬN

Người bệnh sẹo lõm do trứng cá chủ yếu là nữ trẻ tuổi, sẹo tồn tại nhiều năm, sẹo đáy phẳng. Đa số người bệnh có sẹo có mức độ 4. Trứng cá bọc và thời gian diễn biến trứng cá dài có liên quan đến mức độ nặng của sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lynn D.D., Umari T., Dunnick C.A., et al. (2016). The epidemiology of acne vulgaris in late adolescence. *Adolesc Health Med Ther*, 7, 13–25.
2. Zhu Z., Zhong X., Luo Z., et al. (2025). Global, regional and national burdens of acne vulgaris in adolescents and young adults aged 10–24 years from 1990 to 2021: a trend analysis. *Br J Dermatol*, 192(2), 228–237.
3. Moon J., Yoon J.Y., Yang J.H., et al. (2019). Atrophic acne scar: a process from altered metabolism of elastic fibres and collagen fibres based on transforming growth factor- β 1 signalling. *Br J Dermatol*, 181(6), 1226–1237.
4. Tan J., Beissert S., Cook-Bolden F., et al. (2022). Impact of Facial Atrophic Acne Scars on Quality of Life: A Multi-country Population-Based Survey. *Am J Clin Dermatol*, 23(1), 115–123.
5. Yan C., Phinyo P., Yogya Y., et al. (2025). Risk Factors Associated With Facial Acne Scarring in Thai Patients With Acne: A Cross-Sectional Study. *J Cosmet Dermatol*, 24(1), e16695.
6. Nguyen Thi Kim Cuc (2017). Đặc điểm lâm sàng và hiệu quả của điều trị sẹo mụn bằng tần số vô tuyến vi điểm (RF), Hanoi Medical University.
7. Chuah S.Y. and Goh C.L. (2015). The Impact of Post-Acne Scars on the Quality of Life Among Young Adults in Singapore. *J Cutan Aesthetic Surg*, 8(3), 153–158.
8. Manuskiatti W., Triwongwaranat D., Varothai S., et al. (2010). Efficacy and safety of a carbon-dioxide ablative fractional resurfacing device for treatment of atrophic acne scars in Asians. *J Am Acad Dermatol*, 63(2), 274–283.
9. Jacob C.I., Dover J.S., and Kaminer M.S. (2001). Acne scarring: A classification system and review of treatment options. *J Am Acad Dermatol*, 45(1), 109–117.
10. Goodman G.J. and Baron J.A. (2006). Postacne Scarring: A Qualitative Global Scarring Grading System. *Dermatol Surg*, 32(12), 1458–1466.

BỆNH DA BỌNG NƯỚC DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG (BULLOSIS DIABETICORUM): CA BỆNH LÂM SÀNG

Đinh Thị Hoa¹, Nguyễn Tiến Bảo¹,
Đỗ Thùy Linh¹, Phan Bùi Quỳnh Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị một trường hợp bệnh da bong nước do đái tháo đường tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội. **Đôi tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả ca bệnh. Ca bệnh là nam giới, 67 tuổi, tiền sử đái tháo đường hơn 30 năm, đường huyết dao động từ 5-10 mmol/L, xuất hiện đột ngột các bóng nước rải rác vùng đùi trái. Ban đầu, người bệnh được chẩn đoán nhầm là zona thần kinh và pemphigus thông thường tại tuyến dưới, điều trị acyclovir và corticoid toàn thân liều trung bình nhưng không cải thiện. Giải phẫu bệnh cho thấy bóng nước trong và dưới thượng bì, không có hiện tượng ly gai; tế bào học dịch bóng nước cho kết quả tương tự. Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp tại da cạnh bóng nước âm tính với IgA, IgM, IgG, C3 và fibrin. **Kết quả:** Người bệnh được chẩn đoán bệnh da bong nước do đái tháo đường, một biến chứng hiếm gặp ở người bệnh đái tháo đường lâu năm, dễ nhầm lẫn với bệnh da bong nước tự miễn. Mô bệnh học và miễn

dịch huỳnh quang trực tiếp đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định. Điều trị bệnh da bong nước do đái tháo đường chủ yếu là kiểm soát đường huyết và chăm sóc tổn thương tại chỗ. **Kết luận:** Ca bệnh này góp phần nâng cao nhận thức về bệnh da bong nước do đái tháo đường và tầm quan trọng của chẩn đoán phân biệt với các bệnh da bong nước tự miễn khác, tránh điều trị không cần thiết bằng các thuốc ức chế miễn dịch. **Từ khóa:** đái tháo đường, tiểu đường, bong nước, bullosis diabeticorum, biến chứng đái tháo đường.

SUMMARY

BULLOSIS DIABETICORUM: A CLINICAL CASE

Objective: To describe the clinical, paraclinical characteristics, and treatment of a case of bullosis diabeticorum at Hanoi Dermatology Hospital. **Subjects and Methods:** Descriptive case report. The patient was a 67-year-old male with a history of diabetes for over 30 years, with blood glucose levels ranging from 5-10 mmol/L. He presented with a sudden onset of scattered blisters on the left thigh. Initially, he was misdiagnosed with herpes zoster and pemphigus vulgaris at a lower-level facility and treated with acyclovir and systemic corticosteroids at moderate doses, without improvement. Histopathology revealed clear and subepidermal blisters without

¹Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Hoa

Email: bshoadlhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 17.11.2025

acantholysis; cytology of the blister fluid showed similar findings. Direct immunofluorescence of perilesional skin was negative for IgA, IgM, IgG, C3, and fibrin. **Results:** The patient was diagnosed with bullosis diabeticorum, a rare complication in long-standing diabetes that can be mistaken for autoimmune blistering dermatoses. Histopathology and direct immunofluorescence are essential for definitive diagnosis. Treatment primarily involves glycemic control and local wound care. **Conclusion:** This case highlights the importance of raising clinical awareness for the differential diagnosis between bullosis diabeticorum and autoimmune blistering disorders, avoiding unnecessary immunosuppressive therapy. **Keywords:** diabetes, diabetic bullae, bullosis diabeticorum, diabetic complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh da bong nước do đái tháo đường (bullosis diabeticorum – BD) là một biến chứng da hiếm gặp của đái tháo đường, đặc trưng bởi sự xuất hiện tự nhiên của các bong nước không do chấn thương, thường ở người bệnh đái tháo đường lâu năm, kiểm soát đường huyết kém, có biến chứng mạch máu và thần kinh ngoại vi. BD lần đầu tiên được Kramer mô tả năm 1930 và được Barker đặt tên năm 1967 [1]. Tỷ lệ hiện mắc được báo cáo dao động từ 0,16-0,5% ở người bệnh đái tháo đường, với nam giới trung niên và cao tuổi chiếm ưu thế. Nguyên nhân chính xác chưa rõ, nhưng có thể liên quan đến tổn thương vi mạch, thiếu máu cục bộ mô và sang chấn cơ học nhỏ lặp lại [2].

Do đặc điểm lâm sàng dễ nhầm với zona thần kinh hay các bệnh da bong nước tự miễn như pemphigus thông thường, pemphigoid bong nước..., BD thường bị chẩn đoán sai và điều trị không phù hợp [2]. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm mô tả một trường hợp bệnh da bong nước do đái tháo đường tại Việt Nam, phân tích đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhấn mạnh vai trò của mô bệnh học và miễn dịch huỳnh quang trực tiếp trong chẩn đoán.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

2.1. Lâm sàng. Người bệnh nam, 67 tuổi, tiền sử đái tháo đường hơn 30 năm, kiểm soát đường huyết kém (dao động 5-10 mmol/L), có tiền sử nhồi máu não thoáng qua 2 tháng trước, không có di chứng yếu liệt. Khoảng hơn 2 tuần trước khi vào viện, người bệnh xuất hiện tự nhiên các bong nước trong, rải rác vùng đùi trái, không đau, không ngứa.

Ban đầu, người bệnh được chẩn đoán zona thần kinh tại tuyến dưới và điều trị acyclovir uống và bôi trong 5 ngày nhưng không cải thiện. Tại nhà, người bệnh tự đắp lá trầu không và các loại lá thuốc dân gian khác nhưng tổn thương

không thuyên giảm, ngứa tăng. Khi tái khám, người bệnh tiếp tục được chẩn đoán bệnh da bong nước tự miễn, theo dõi pemphigus thông thường và được điều trị methylprednisolon (Medrol®) 32 mg/ngày trong 1 tuần, song tổn thương vẫn không cải thiện, tiếp tục xuất hiện thêm nhiều bong nước mới. Sau đó, người bệnh đến khám tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội.

Khám lâm sàng ghi nhận nhiều tổn thương bong nước căng, xen kẽ bong nước nhăn nheo, kích thước 3-10 mm, chứa dịch trong hoặc dịch máu. Các bong nước nằm trên nền da không viêm rõ, một số bong nước vỡ để lại vết trợt nông kèm vảy tiết vàng, dát đỏ và dát thâm vùng đùi trái. Người bệnh than ngứa nhiều, có hành vi cào gãi tại tổn thương.



Hình 1: Tổn thương bong nước căng (mũi tên đỏ) xen lẫn bong nước nhăn nheo (mũi tên đen), chứa dịch trong hoặc dịch máu (mũi tên vàng), nằm trên nền da không viêm rõ vùng đùi trái

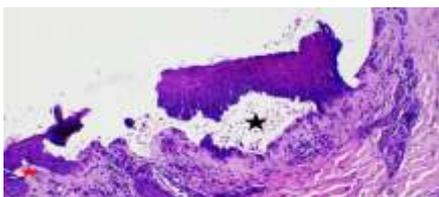
(mã bệnh nhân: 2500065987)

2.2. Mô bệnh học. Người bệnh được chỉ định làm xét nghiệm tế bào học dịch tổn thương dạng nang, sinh thiết tổn thương bong nước vùng đùi trái để làm mô bệnh học và miễn dịch huỳnh quang trực tiếp (DIF) với 5 kháng thể: IgA, IgM, IgG, C3 và fibrin.

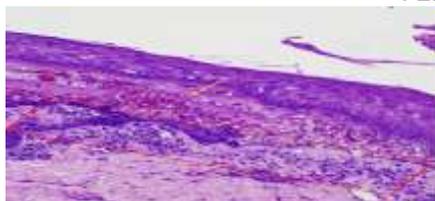


Hình 2: Hình ảnh bong nước trong thượng bì (mũi tên đen) và dưới thượng bì (mũi tên đỏ), bong nước xuất huyết (mũi tên vàng) kèm vảy tiết (mã bệnh nhân: 2500065987, mã tiêu bản: P251006)

Kết quả mô bệnh học cho thấy bong nước nằm trong và dưới thượng bì, một số bong nước xuất huyết; không ghi nhận hiện tượng ly gai. Trung bì có thâm nhập viêm chủ yếu là bạch cầu đơn nhân.

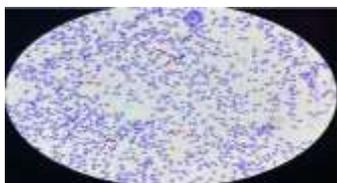


Hình 3: Hình ảnh bong nước dưới thượng bì (dấu sao đỏ) và bong nước trong thượng bì (dấu sao đen), không thấy hiện tượng ly gai ở vùng bong nước trong thượng bì (mã bệnh nhân: 2500065987, mã tiêu bản: P251006)



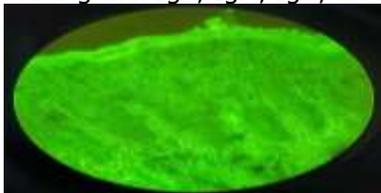
Hình 4. Hình ảnh bong nước xuất huyết (mũi tên vàng), dưới bong nước trong trung bì nông xâm nhập viêm (hình chữ nhật đỏ) với thành phần tế bào viêm chủ yếu là bạch cầu đơn nhân, ít bạch cầu đa nhân trung tính (mã bệnh nhân: 2500065987, mã tiêu bản: P251006)

Kết quả tế bào học dịch bong nước thấy có nhiều bạch cầu đa nhân ái toan và bạch cầu đa nhân trung tính, không quan sát thấy hiện tượng ly gai.



Hình 5: Xét nghiệm tế bào học dịch bong nước thấy có nhiều bạch cầu ái toan (mũi tên đỏ) và bạch cầu đa nhân trung tính (mũi tên vàng), không quan sát thấy hiện tượng ly gai (mã bệnh nhân: 2500065987)

Nhuộm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp âm tính với 5 kháng thể: IgA, IgM, IgG, C3 và fibrin.



Hình 6: Nhuộm miễn dịch huỳnh quang trực tiếp với kháng thể IgA, IgM, IgG, C3 và fibrin âm tính (mã bệnh nhân: 2500065987)

2.3. Chẩn đoán. Dựa trên kết quả lâm sàng và cận lâm sàng, người bệnh được chẩn đoán bệnh da bong nước do đái tháo đường.

2.4. Điều trị. Phác đồ điều trị bao gồm giữ vệ sinh tổn thương sạch sẽ, tránh cào gãi tổn thương, bôi mupirocin tại chỗ 2 lần/ngày và kiểm soát đường huyết chặt chẽ. Sau 1 tuần, các tổn thương tiến triển thuận lợi, bong nước xẹp, liền nhanh, không để lại sẹo. Diễn biến này phù hợp với đặc điểm của BD, càng củng cố chẩn đoán đã được đặt ra.

III. BÀN LUẬN

Về dịch tế học, BD được ghi nhận là một bệnh lý hiếm gặp nhưng có mối liên quan chặt chẽ với đái tháo đường lâu năm. Các nghiên cứu cho thấy BD thường gặp ở nam giới, chủ yếu ở lứa tuổi trung niên hoặc cao tuổi, đặc biệt ở những người bệnh có thời gian mắc bệnh dài và kèm các biến chứng mạn tính như bệnh lý thần kinh ngoại biên hoặc vi mạch. Tình trạng tăng đường huyết kéo dài được xem là yếu tố then chốt gây tổn thương vi mạch và rối loạn tuần hoàn da, làm giảm khả năng bảo vệ và phục hồi mô, từ đó tạo điều kiện cho các bong nước xuất hiện tự phát mà không cần sang chấn rõ ràng [1], [2]. Trong ca bệnh này, người bệnh của chúng tôi là nam giới, 67 tuổi, có tiền sử đái tháo đường 30 năm với kiểm soát đường huyết kém và từng có cơn nhồi máu não thoáng qua – biểu hiện của bệnh lý mạch máu liên quan đái tháo đường. Sự hiện diện đồng thời của các yếu tố nguy cơ này phù hợp với đặc điểm dịch tế học đã được ghi nhận của BD và củng cố giả thuyết về vai trò của tổn thương vi mạch cũng như thiếu máu cục bộ trong cơ chế bệnh sinh của bệnh.

Về lâm sàng, người bệnh của chúng tôi có các bong nước kích thước nhỏ, chỉ khoảng 5-10 mm, chứa dịch trong hoặc dịch xuất huyết, tập trung ở vùng đùi trái (hình 1). Đặc điểm này tương đồng về tính chất tổn thương nhưng không điển hình về vị trí so với mô tả kinh điển của BD, vốn thường gặp ở các vùng chịu áp lực như bàn chân, cẳng chân hoặc cẳng tay. Tuy nhiên, y vẫn gần đây cho thấy phổ biến hiện của BD có thể rộng hơn, với các trường hợp tổn thương ở chi trên hoặc thân mình đã được báo cáo [3-5]. Do đó, mặc dù vị trí tổn thương ở người bệnh của chúng tôi không hoàn toàn khớp với dạng "kinh điển", chúng vẫn nằm trong phổ lâm sàng đã được ghi nhận, đặc biệt khi kết hợp với tiền sử đái tháo đường lâu năm và sự hiện diện của các dấu hiệu tổn thương mạch, vi mạch.

Mặt khác, BD thường biểu hiện bằng bong nước căng hoặc bong mềm, nhẵn nheo, dễ vỡ,

do đó, BD cần được chẩn đoán phân biệt với một số bệnh da bong nước khác như pemphigus thông thường, pemphigoid bong nước, porphyria da chậm và ly thượng bì bong nước mắc phải. Trong thực hành lâm sàng, sinh thiết da làm mô bệnh học và miễn dịch huỳnh quang trực tiếp đóng vai trò quyết định giúp phân biệt BD với các bệnh lý này [2].

Về mô bệnh học, BD đặc trưng bởi hình ảnh bong nước trong thượng bì hoặc dưới thượng bì, đôi khi cả hai, tùy theo diễn biến và độ tuổi tổn thương, với phản ứng viêm tối thiểu, không có hiện tượng ly gai điển hình như trong pemphigus. Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp thường âm tính, giúp loại trừ các bệnh bong nước tự miễn như pemphigus thông thường hay pemphigoid bong nước [2], [6]. Trong ca bệnh của chúng tôi, kết quả mô bệnh học cho thấy bong nước trong và dưới thượng bì, phản ứng viêm nhẹ ở trung bì và không có hiện tượng ly gai (hình 2, 3, 4), đồng thời miễn dịch huỳnh quang trực tiếp âm tính với IgA, IgM, IgG, C3 và fibrin (hình 6). Những đặc điểm này hoàn toàn phù hợp với mô tả kinh điển trong y văn, qua đó củng cố thêm cho chẩn đoán BD, đặc biệt đặt trong bối cảnh dịch tễ (đái tháo đường lâu năm, biến chứng mạch máu) và lâm sàng (bong nước xuất hiện tự phát, dịch trong hoặc dịch xuất huyết) đã trình bày ở trên.

Kết quả tế bào học dịch bong nước trong ca bệnh của chúng tôi cho thấy nhiều bạch cầu đa nhân ái toan và bạch cầu đa nhân trung tính, trong khi không ghi nhận hiện tượng ly gai (hình 5). Theo mô tả kinh điển, dịch bong nước trong BD thường trong, tế bào ít, có thể thấy một số bạch cầu đa nhân nhưng không nổi bật, đồng thời không có hiện tượng ly gai, qua đó giúp loại trừ các bệnh da bong nước khác như pemphigus thông thường, pemphigoid bong nước hay chốc [1], [2], [6]. Một số báo cáo ca bệnh trong y văn cũng ghi nhận xâm nhập viêm bạch cầu ái toan mức độ nhẹ đến trung bình trong dịch bong nước, tuy nhiên sự hiện diện nhiều bạch cầu ái toan như trong ca bệnh của chúng tôi không phải là đặc trưng thường gặp [5], [7]. Một yếu tố có thể giải thích sự khác biệt này là hoàn cảnh lâm sàng: người bệnh có tiền sử tự đập lá trước khi đến khám, sau đó xuất hiện triệu chứng ngứa nhiều và gãi nhiều, mặc dù trước đó tổn thương không đau, không ngứa. Việc chà xát cơ học và tác động từ thảo dược dân gian có khả năng gây viêm da tiếp xúc dị ứng thứ phát, làm tăng thâm nhập tế bào viêm, đặc biệt là bạch cầu ái toan – vốn liên quan đến phản ứng quá mẫn tại chỗ. Điều này cũng phù hợp với quan

sát lâm sàng: người bệnh có ngứa nhiều hơn so với mô tả điển hình của BD, vốn thường ít ngứa hoặc không có triệu chứng. Như vậy, kết quả tế bào học của ca bệnh này vẫn nằm trong phổ mô tả của BD nhưng có những biến đổi thứ phát do tác động cơ học và tác nhân ngoại lai. Điểm này nhấn mạnh rằng khi phân tích dịch bong nước và các đặc điểm viêm trong BD, cần đặt chúng trong bối cảnh lâm sàng cụ thể, tránh nhầm lẫn với các bệnh da bong nước tự miễn khác vốn có đặc trưng viêm ái toan nổi bật và ngứa nhiều.

Điều trị BD chủ yếu mang tính hỗ trợ, bao gồm giữ nguyên bong nước để hạn chế nguy cơ bội nhiễm và kiểm soát chặt chẽ đường huyết nhằm thúc đẩy quá trình liền thương [2], [8]. Corticosteroid toàn thân hoặc thuốc ức chế miễn dịch không có vai trò trong BD, trái ngược hoàn toàn với các bệnh da bong nước tự miễn như pemphigus thông thường hay pemphigoid bong nước với liệu pháp ức chế miễn dịch là nền tảng điều trị. Tiên lượng BD nhìn chung thuận lợi, các bong nước thường tự lành trong vòng 2-6 tuần nhưng có thể tái phát nhiều lần, gây khó chịu và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của người bệnh [2]. Trong điều trị, người bệnh đáp ứng tốt với chăm sóc bảo tồn và kiểm soát đường huyết tích cực, không cần sử dụng bất kỳ thuốc kháng virus hay ức chế miễn dịch nào, qua đó nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán chính xác để tránh các can thiệp không cần thiết.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh da bong nước do đái tháo đường là một biến chứng hiếm gặp ở người bệnh đái tháo đường lâu năm, dễ nhầm lẫn với bệnh da bong nước tự miễn. Mô bệnh học và miễn dịch huỳnh quang trực tiếp đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định. Điều trị bệnh chủ yếu là kiểm soát đường huyết và chăm sóc tổn thương tại chỗ. Báo cáo ca bệnh này góp phần nâng cao nhận thức về bệnh da bong nước do đái tháo đường, giúp tránh điều trị không cần thiết bằng thuốc ức chế miễn dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cantwell AR, Martz W.** Idiopathic bullae in diabetics. *Bullous diabetorum*. Arch Dermatol. 1967;96(1):42-44.
2. **Chouk C, Litaïem N.** Bullous Diabeticorum. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2024. Accessed September 28, 2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539872/>
3. **Grillo VTR da S, Botelho MS, Lange EP, Secanho MS, de Camargo PAB, Miot HA.** Bullous diabetorum as a differential diagnosis for limb ulcers: case report. *J Vasc Bras*. 2022;21:e20210190. doi:10.1590/1677-5449.202101901
4. **Hallab I.** A Rare Case of Bullous Diabeticorum

- Restricted to the Trunk. *Int Arch Endocrinol Clin Res.* 2021;7(1): 028. doi:10.23937/2572-407X. 1510028
5. **Gupta V, Gulati N, Bahl J, Bajwa J, Dhawan N.** Bullosis diabetorum: rare presentation in a common disease. *Case Rep Endocrinol.* 2014;2014:862912. doi:10.1155/2014/862912
 6. **Toonstra J.** Bullosis diabetorum. Report of a case with a review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1985;13(5 Pt 1):799-805.
 7. **Kang KJ, Jung SN, Seo BF.** Bullosis Diabeticorum: A Diabetic Bullosis, Commonly Unknown. *J Wound Manag Res.* 2018;14(2):112-115. doi:10.22467/jwmmr.2018.00367
 8. **Bullosis Disease of Diabetes (Bullosis Diabeticorum) Treatment & Management: Approach Considerations, Aspiration and Debridement, Foot Care.** Published online March 26, 2025. Accessed September 28, 2025. https://emedicine.medscape.com/article/1062235-treatment?utm_source=chatgpt.com&form=fpf

TRICHILEMMOMA: CA BỆNH KHÓ KHĂN TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT GIỮA CÁC NHÓM BỆNH U TẾ BÀO SÁNG

Đỗ Thuỳ Linh¹, Ngô Thị Hồng Hạnh¹,
Tạ Thị Phương Anh¹, Lại Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học Hematoxylin-eosin và hoá mô miễn dịch của ca bệnh trichilemmoma tại bệnh viện Da liễu Hà Nội, từ đó cung cấp các hướng dẫn chi tiết nhằm chẩn đoán xác định khối u da có thay đổi tế bào sáng, khi phối hợp các dữ kiện lâm sàng, mô bệnh học Hematoxylin-eosin và hoá mô miễn dịch. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả ca bệnh, người bệnh nam, 66 tuổi, xuất hiện một khối u vùng mang tai trái khoảng 6 tháng, ranh giới rõ, tương đối đối xứng, bờ đều, màu hồng nâu, khối sờ chắc, thâm nhiễm, không đau, không ngứa, không có trợt loét, không có triệu chứng toàn thân khác kèm theo. Trên hình ảnh mô bệnh học thấy các tế bào u đứng thành đám với bào tương sáng, xếp hình rào đậu ở ngoại vi, trên nhuộm hoá mô miễn dịch, các tế bào u dương tính với p63, CD34, dương tính với Ki67 tỷ lệ 10%, âm tính với BerEp4, BCL2, CK7, EMA. **Kết quả:** Ca bệnh được chẩn đoán xác định là bệnh trichilemmoma, các bác sỹ Giải phẫu bệnh qua ca bệnh nhận thấy nhiều khó khăn khi tiếp cận và chẩn đoán phân biệt với các bệnh u tế bào sáng khác tại da. **Kết luận:** Việc nhận biết phổ rộng các loại u da thay đổi tế bào sáng sẽ hữu ích trong quá trình xây dựng và thu hẹp chẩn đoán phân biệt, chúng tôi cũng đưa ra các hướng dẫn chi tiết nhằm chẩn đoán xác định khối u da có thay đổi tế bào sáng, khi phối hợp các dữ kiện lâm sàng, mô bệnh học Hematoxylin-eosin và hoá mô miễn dịch.

Từ khoá: u tế bào sáng của da, trichilemmoma, mô bệnh học, hoá mô miễn dịch, nguồn gốc nang lông

SUMMARY

TRICHILEMMOMA: A CHALLENGING CASE IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AMONG CLEAR CELL TUMORS

¹Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thuỳ Linh

Email: cindydo1709@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Objectives: To describe the clinical characteristics, Hematoxylin-eosin histopathology, and immunohistochemical findings of a case of trichilemmoma at Hanoi Dermatology Hospital, thereby providing detailed guidance for establishing a definitive diagnosis of clear cell skin tumors through correlation of clinical data, Hematoxylin-eosin histopathology, and immunohistochemistry. **Subjects and Methods:** Case report. A 66-year-old male patient presented with a tumor in the left parotid area for approximately 6 months. The lesion was well-demarcated, relatively symmetrical, had regular borders, pink-brown color, firm consistency, infiltrative, non-tender, non-pruritic, without erosion or ulceration, and no accompanying systemic symptoms. Histopathology showed tumor cells arranged in nests with clear cytoplasm and peripheral palisading. Immunohistochemical staining demonstrated positivity for p63 and CD34, Ki-67 positivity in 10% of cells, and negativity for BerEp4, BCL-2, CK7, and EMA. **Results:** The case was definitively diagnosed as trichilemmoma. Pathologists noted diagnostic challenges in differentiating this tumor from other cutaneous clear cell neoplasms. **Conclusion:** Recognizing the broad spectrum of clear cell skin tumors is essential for constructing and narrowing the differential diagnosis. We provide detailed guidance for definitive diagnosis of clear cell skin tumors by integrating clinical data, Hematoxylin-eosin histopathology, and immunohistochemistry. **Keywords:** cutaneous clear cell tumor, trichilemmoma, histopathology, immunohistochemistry, follicular origin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trichilemmoma lần đầu tiên được Headington và French mô tả năm 1962 như một khối u tế bào sáng lành tính với nguồn gốc thành phần phụ của da, bắt nguồn từ vỏ ngoài của đơn vị nang lông[1]. Về lâm sàng, trichilemmomas thường biểu hiện dưới dạng các sẩn sùi dạng hạt cơm cóc hoặc trợt láng, màu da, đơn độc hoặc nhiều, không có triệu chứng, chủ yếu xuất hiện ở mặt hoặc cổ, ở người trung niên hoặc cao tuổi.