

manh tầm quan trọng của việc thăm khám kỹ lưỡng trên lâm sàng và phân tích hình thái vi thể trên mô bệnh học qua 4 giai đoạn tiến triển của pilomatrixoma, từ đó có thể giúp chẩn đoán xác định các trường hợp pilomatrixoma ở giai đoạn sớm, khi triệu chứng không điển hình và chưa được nghi ngờ trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kumaran N, Azmy A, Carachi R, Raine PAM, Macfarlane JH, Howatson AG.** Pilomatrixoma—accuracy of clinical diagnosis. *J Pediatr Surg.* 2006;41(10): 1755-1758. doi:10.1016/j.jpedsurg.2006.05.005
2. **Forbis R.** Pilomatrixoma (Calcifying Epithelioma). *Arch Dermatol.* 1961;83(4):606. doi:10.1001/archderm.1961.01580100070009
3. **Guinot-Moya R, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C.** Pilomatrixoma. Review of 205 cases. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal.* Published online 2011:e552-e555. doi:10.4317/medoral.16.e552
4. **Lan MY, Lan MC, Ho CY, Li WY, Lin CZ.** Pilomatrixoma of the Head and Neck: A Retrospective Review of 179 Cases. *Arch Otolaryngol Neck Surg.* 2003;129(12):1327. doi:10.1001/archotol.129.12.1327
5. **Handler MZ, Derrick KM, Lutz RE, Morrell DS, Davenport ML, Armstrong AW.** Prevalence of Pilomatrixoma in Turner Syndrome: Findings From a Multicenter Study. *JAMA Dermatol.* 2013;149(5): 559. doi:10.1001/2013.jamadermatol.115
6. **Hernández-Núñez A, Nájera Botello L, Romero Maté A, et al.** Estudio retrospectivo de pilomatrixomas: 261 tumores en 239 pacientes. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2014;105(7):699-705. doi:10.1016/j.ad.2014.01.003
7. **Pilomatrixomas in children: Report of 149 cases.** A retrospective study at two children's hospitals. *Arch Argent Pediatr.* 2019;117(5). doi:10.5546/aap.2019.eng.340
8. **Rajalakshmi T, Correa M, Simi C.** Pilomatrixoma: A tumor with hidden depths. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010;76(5): 543. doi:10.4103/0378-6323.69086
9. **Pirouzmanesh A, Reinisch JF, Gonzalez-Gomez I, Smith EM, Meara JG.** Pilomatrixoma: A Review of 346 Cases. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(7): 1784-1789. doi:10.1097/01.PRS.0000091160.54278.64
10. **Yencha MW.** Head and neck pilomatrixoma in the pediatric age group: a retrospective study and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001;57(2): 123-128. doi:10.1016/S0165-5876(00)00449-3

VIÊM DA THIẾU KẼM: BÁO CÁO CA BỆNH HIẾM GẶP VÀ DỄ BỎ SÓT

Triệu Thị Huyền Trang¹, Lê Thị Chi Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị một trường hợp bệnh viêm da thiếu kẽm ở người trưởng thành tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả ca bệnh. Ca bệnh là nam giới, 24 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, 2 tháng gần đây người bệnh thường xuyên sinh hoạt thất thường, ăn đồ ăn tiện lợi, hút thuốc, đồ uống có gas, thức khuya. Người bệnh đi khám vì tổn thương dát đỏ da đầu, cổ, ngực và cánh tay trái không kèm theo rối loạn tiêu hóa hay rụng tóc. Ban đầu người bệnh được định hướng chẩn đoán viêm da đầu ở đầu và viêm da tự tạo cổ ngực và cánh tay trái cần phân biệt với nhiều bệnh da mạn tính: vẩy nến, bệnh lý thượng bì bong nước mắ phải, nấm da, chốc, chàm vi khuẩn. Giải phẫu bệnh hai vị trí vùng da đầu và cánh tay trái cho kết quả giống nhau: phần nông của thượng bì hoại tử hoàn toàn, phần thượng bì tái tạo có xốp bào phù hợp với viêm da thiếu kẽm. Bệnh nhân đã được điều trị và đáp ứng hoàn toàn liệu pháp bổ sung kẽm. **Kết quả:** Người bệnh được chẩn đoán viêm da thiếu kẽm, dễ nhầm lẫn với bệnh lý da mạn tính thường gặp và hiếm gặp khác nhau. Điều trị bệnh

là chăm sóc tổn thương tại chỗ da, bổ sung kẽm và thay đổi lối sống kết hợp khám sàng lọc tìm nguyên nhân nguyên phát. **Kết luận:** Viêm da thiếu kẽm là bệnh lý hiếm gặp, dễ bị bỏ qua ở người trưởng thành. Bệnh có biểu hiện lâm sàng không điển hình, dễ nhầm với nhiều bệnh da liễu khác. Báo cáo này góp phần nhấn mạnh vai trò của vi chất trong các bệnh viêm da khó chẩn đoán hoặc kháng trị. **Từ khóa:** viêm da thiếu kẽm, người trưởng thành.

SUMMARY

ZINC DEFICIENCY DERMATITIS: A RARE AND EASILY MISSED DISEASE CASE

Objective: To describe the clinical, paraclinical, and treatment characteristics of a case of zinc deficiency dermatitis in an adult at Hanoi Dermatology Hospital. **Subjects and Methods:** Case report study. The patient was a 24-year-old male with a healthy medical history. For the past 2 months, he had frequently engaged in irregular activities, eating convenience foods, smoking, drinking carbonated beverages, and staying up late. The patient sought medical attention due to red patches on his scalp, neck, chest, and left arm, without accompanying digestive disorders or hair loss. Initially, the patient was diagnosed with seborrheic dermatitis on the head and self-induced dermatitis on the neck, chest, and left arm, requiring differentiation from many chronic skin diseases: psoriasis, acquired epidermolysis bullosa, tinea, impetigo, and microbial eczema.

¹Bệnh viện Da Liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Thị Huyền Trang

Email: tranguyentrieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Pathological examination of two sites, the scalp and left arm, yielded similar results: complete necrosis of the superficial epidermis, and spongiosis in the regenerating epidermis, consistent with zinc deficiency dermatitis. The patient was treated and responded completely to zinc supplementation therapy. **Results:** The patient was diagnosed with zinc deficiency dermatitis, which can be easily confused with various common and rare chronic skin conditions. Treatment involves local skin lesion care, zinc supplementation, and lifestyle changes, combined with screening for primary causes. **Conclusion:** Zinc deficiency dermatitis is a rare disease that is often overlooked in adults. The disease has atypical clinical manifestations and can be easily confused with many other dermatological conditions. This report contributes to emphasizing the role of micronutrient cause in difficult-to-diagnose or refractory dermatitis.

Keywords: Zinc deficiency dermatitis, adults.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da thiếu kẽm không phải là một bệnh lý phổ biến và được hiểu là tình trạng viêm da xảy ra do cơ thể thiếu kẽm, một vi chất rất quan trọng có vai trò cho sự phát triển, miễn dịch và cơ chế lành thương da [1]. Biểu hiện lâm sàng đặc trưng của bệnh là tam chứng gồm có: tổn thương đỏ da bong vảy ở các hốc tự nhiên, đầu cực và các chi, rụng lông tóc, tiêu chảy từng đợt. Ngoài ra có thể gặp các triệu chứng kèm theo: viêm kết mạc và hoặc suy giảm miễn dịch. Tỷ lệ gặp tổn thương da do thiếu kẽm phụ thuộc vào nguyên nhân thiếu kẽm bẩm sinh hay mắc phải. Nguyên nhân thiếu kẽm bẩm sinh là một thể bệnh hiếm gặp Acrodermatitis Enteropathica (AE) có tính chất di truyền ước tính 1/500.000 đến 1/1.000.000 trẻ sơ sinh thì tỷ lệ gặp tổn thương da 100% [2]. Nguyên nhân mắc phải có tổn thương da được hiểu là các tổn thương đơn thuần nguyên phát do thiếu kẽm không kết hợp với các bệnh lý da khác, không phải lúc nào cũng có biểu hiện lâm sàng dù thiếu kẽm có thể gặp 17% dân số toàn cầu, thậm chí nhóm thiếu kẽm mức độ nặng tỷ lệ gặp tổn thương da 10-20% tùy nghiên cứu [3]. Do đó việc chẩn đoán nhóm bệnh nhân này gặp nhiều khó khăn, các bác sĩ thực hành lâm sàng hoàn toàn có thể bỏ sót, thiếu tiếp cận toàn diện. Mặt khác các báo cáo case report cũng như nghiên cứu trực quan tổn thương da do căn nguyên thiếu kẽm hiện tại ở Việt Nam chưa có nhiều và cũng chưa có trường hợp báo cáo ca bệnh thiếu kẽm mắc phải ở người trưởng thành. Vì vậy chúng tôi xin được trình bày một trường hợp bệnh nam giới trưởng thành với biểu hiện lâm sàng với tổn thương da đơn độc tuy nhiên có tiền sử sinh hoạt có nguy cơ cao gây thiếu kẽm mắc phải, hình ảnh mô bệnh học độc đáo và đáp ứng tốt với điều trị bổ

sung kẽm đã giúp ích cho chẩn đoán.

II. CASE LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 24 tuổi, đi khám lần đầu vì tổn thương da nhiều vị trí đầu, mặt cổ, cánh tay trái. Bệnh nhân là con thứ 2 sinh thường phát triển hoàn toàn khỏe mạnh về thể chất và tinh thần, không có tiền sử mắc bệnh di truyền và các rối loạn tiêu hóa, tiền sử gia đình hoàn toàn khỏe mạnh. Người bệnh làm công việc kỹ sư công nghệ thông tin, trong thời gian 2 tháng gần đây do thay đổi lịch làm việc đáp ứng với yêu cầu mới, bệnh nhân thường xuyên có lịch sinh hoạt thay đổi không cố định, thường xuyên ăn đồ ăn tiện lợi, hút thuốc, đồ uống có gas, thức khuya. Người bệnh đi khám vì tổn thương khởi phát tự nhiên, tiến triển từ từ 2 tháng với các tổn thương ở các vị trí khác nhau, xuất hiện đồng thời trên cơ thể: hiện đồng thời các dát đỏ ở đầu, trên môi trên và quanh hai lỗ mũi, cổ, cánh tay trái từ kích thước nhỏ khoảng 2x2mm sau tăng lên xu hướng lan ra các vùng da lành lân cận. Về cơ năng: người bệnh thấy ngứa vừa, khó chịu, chần chọc, khó ngủ, đại tiểu tiện hoàn toàn bình thường. Người bệnh chưa điều trị gì trước khi đi khám.

Khám lâm sàng: Thể trạng tốt người bệnh cao 1m75 cân nặng: 71kg, BIM 23,18. Đầu, cổ, quanh hốc mũi các tổn thương đồng dạng cùng lứa tuổi: Các dát đỏ ranh giới rõ với vùng da lành, kích thước đa dạng, ngoại vi có bong vảy da mỏng, dính nhẹ. Cánh tay trái có 1 tổn thương: vùng trung tâm có nhiều mụn nước, mụn kèm vảy tiết vàng ứ đọng, nhạt màu hoặc vàng đục có ít giả mạc trắng đục trên nền da đỏ chột, loét ứ đọng, tự giới hạn với vùng da lành bằng viền đỏ da có vảy mỏng ở ngoại vi, tăng sắc tố đồng nhất màu nâu đậm (Hình ảnh 1,2,3,4). Lông tóc, móng không có dấu hiệu bất thường, test kéo tóc âm tính. Không có tổn thương trong các hốc tự nhiên. Cơ năng: ngứa nhẹ, không đau, khó ngủ. Không sốt, không sụt cân, đại tiểu tiện bình thường. Các cơ quan bộ phận khác chưa phát hiện gì đặc biệt.



Ảnh 1, 2: Vùng tổn thương da đầu và mặt



Ảnh 3, 4: vùng tổn thương cổ ngực và cánh tay trái

Người bệnh được đưa ra hướng chẩn đoán sơ bộ: hướng đến viêm da đầu ở đầu, viêm da tự tạo bội nhiễm ở mặt, cổ ngực, cánh tay trái. Và chẩn đoán phân biệt: Các tổn thương ở vùng da đầu, mặt, ngực: vết chợt da nông, bong vảy mỏng, bề mặt màu đỏ nâu, ranh giới rõ với vùng da lành gặp trong tổn thương da nhiễm trùng nguyên phát: chốc, chàm vi khuẩn có hoặc không kèm theo bội nhiễm nấm, hoặc nhiễm nấm đơn thuần đặc biệt sau các trường hợp tự ý dùng thuốc mà không có chỉ định kê đơn của bác sĩ với các sản phẩm chứa ASA (là hoạt chất chứa thành phần Ethanol Natri salicylate và Acetylsalicylic acid). Các trường hợp ly thượng bì bong nước cũng gặp phải với các tổn thương gần tương tự. Tổn thương vùng da đầu cần loại trừ thêm với vảy nến. Với tổn thương đơn độc vùng cánh tay trái cần phân biệt trong trường hợp loét da mạn tính gặp do nhiều nguyên nhân: hoại tử da do Đái tháo đường nhiễm khuẩn, nhiễm trùng mạn tính do lao, các chủng nấm sâu,.. các trường hợp chấn thương sang chấn thường bị do vật lý chà sát, tự tạo; hoặc tổn thương mạch máu ngoại biên. Các xét nghiệm cận lâm sàng đề xuất: soi tươi tìm nấm, siêu âm ổ bụng, mô bệnh học nhuộm HE và PAS. Kết quả sơ bộ: soi tươi tìm nấm nhiều vị trí không thấy hình thái sợi hay bào tử nấm; siêu âm ổ bụng: gan nhiễm mỡ độ một, cấu trúc và kích thước tụy sơ bộ đánh giá trong giới hạn bình thường; giải phẫu bệnh 2 vị trí vùng da đầu cánh tay cho kết quả giống nhau: phần nông của thượng bì hoại tử hoàn toàn, phần thượng bì tái tạo có xếp bào. Trung bì xâm nhập viêm bạch cầu quanh mạch. PAS không thấy nấm; người bệnh đã được tư vấn làm xét nghiệm định lượng nồng độ kẽm trong huyết thanh tuy nhiên vì lý do cá nhân nên từ chối. Kết luận: Viêm da thiếu kẽm

Bệnh nhân đã được kê đơn: zincederm 60 viên, ngày uống 1 viên x 2 lần sáng-tối, Fucidin (acid fucidic) 15g x 2 tuýp bôi tổn thương đầu, mặt, cổ, cánh tay trái ngày 2 lần. Diễn biến sau một tháng điều trị người bệnh sạch tổn thương tổn thương da lành hoàn toàn, không tái phát, bệnh nhân cảm thấy khỏe, ngứa hết, ngủ tốt hơn (Ảnh 5,6,7). Người bệnh đã được tư vấn

thăm khám tiếp tuy nhiên từ chối do lịch trình công việc chưa cho phép.



Ảnh 4,5,6. Hình ảnh kết quả sau điều trị

III. BÀN LUẬN

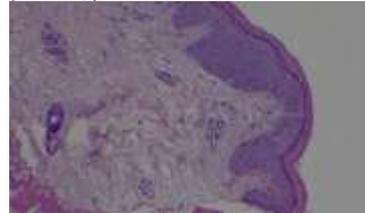
Kẽm (Zn) là một nguyên tố vi lượng thiết yếu, đóng vai trò cực kỳ quan trọng trong nhiều quá trình sinh học của cơ thể. Dù chỉ chiếm lượng rất nhỏ (khoảng 2–3 g trong cơ thể người trưởng thành), nhưng kẽm ảnh hưởng đến hơn 300 enzym và hàng loạt chức năng sinh lý toàn diện cơ thể sống [5]: tăng cường miễn dịch; yếu tố thúc đẩy cơ chế lành thương thông qua tác động mạnh mẽ lên quá trình phân bào, hỗ trợ phát triển tăng trưởng chiều cao, cân nặng và sinh lý sinh dục; tác động đến hệ thần kinh và nhận thức thông qua vai trò dẫn truyền thần kinh glutamate & GABA làm tăng khả năng tập trung và trí nhớ; duy trì ổn định chức năng sinh sản thông qua tác động lên quá trình phân chia, ổn định màng và cấu trúc DNA tế bào tinh trùng, tế bào noãn, mang thai và phát triển phôi; quan trọng quá trình chống oxy hóa và chống lão hóa với sự tham gia hoạt động enzym superoxide dismutase (SOD). Đặc biệt kẽm có vai trò quan trọng điều hòa quá trình sùng hóa, tăng sinh tế bào biểu mô, kiểm soát tình trạng viêm da. Do đó khi thiếu kẽm người bệnh có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng [4].

Tuy nhiên trên trường hợp bệnh nhân này có một số điểm lâm sàng đáng chú ý: Thứ nhất, người bệnh với tổn thương da đơn độc và thiếu vắng hoàn toàn dấu hiệu rõ ràng về tình trạng rụng lông tóc cũng như biểu hiện rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy từng đợt kéo dài vốn thường quan sát được ở bệnh nhân thiếu kẽm. Về độ tuổi để quan sát được tình trạng viêm da thiếu kẽm thường hay ở trẻ nhỏ, đặc biệt đối tượng có nguy cơ cao người suy dinh dưỡng, phụ nữ có thai trong khi bệnh nhân này thuộc nhóm tuổi trưởng thành. Thứ hai các tổn thương da với đặc điểm và hình thái trùng lặp với nhiều bệnh lý da thường gặp hơn và hiếm gặp khác [6]. Các tổn thương này có đặc điểm chung là tình trạng viêm cấp và bán cấp ở vùng đầu, quanh hốc mũi, đỏ da, nứt nẻ, ngứa, vị trí tổn thương cánh tay trái có thể là biểu hiện của bội nhiễm hoặc do nhiễm khuẩn nguyên phát. Các đặc điểm này

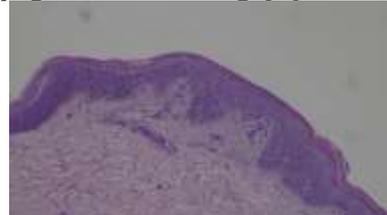
ngoài viêm da thiếu kẽm có thể gặp trong rất nhiều các bệnh lý da khác nhau [4]. Các vết chột nông ranh giới rõ có thể gặp trong bệnh lý da có bong nước, chốc. Mặt khác tổn thương viêm dạng chàm kết hợp khô, bong vảy, ngứa gặp trong viêm da cơ địa, viêm da tiếp xúc dị ứng. Hình dạng tổn thương đa dạng không cố định hình tròn, bầu dục, đa giác, dạng vòng, kích thước to nhỏ khác nhau gợi ý tổn thương do trà sát, chấn thương da tự tạo hoặc có thể sau sử dụng các hoạt chất gây hoại tử thượng bì như ASA, hoặc cồn điều trị nhiễm nấm da..., Vùng quanh 2 hốc mũi, rãnh mũi má, tổn thương da đầu, là vị trí đặc trưng viêm da đầu, đặc biệt gặp tổn thương dạng vảy nến: đỏ da, ranh giới rõ bong vảy trắng bề mặt tổn thương hoàn toàn có thể gặp trong bệnh vảy nến. Thứ ba, bên cạnh các đặc điểm trùng lặp người bệnh có cả đặc điểm không hoàn toàn phù hợp với các định hướng lâm sàng kể trên [6]. Đầu tiên, mặc dù có tính chất tổn thương bán cấp tiến triển từ từ kèm theo ngứa, tuy nhiên người bệnh không có cơ địa dị ứng hay tiền sử bản thân và gia đình có yếu tố dị ứng vốn thường được quan sát thấy ở bệnh nhân có tổn thương viêm da cơ địa hoặc viêm da tiếp xúc dị ứng. Hơn nữa tuổi khởi phát viêm da cơ địa thường gặp ở trẻ nhỏ, vị trí tổn thương ngoài hay gặp vùng mặt, cổ còn gặp ở các vùng nếp gấp, khuỷu tay, khoeo chân đối xứng hai bên, kèm theo rất ngứa bệnh cao gãi tạo các mảng dày da, khô nứt nẻ nhiều, tính chất mạn tính kéo dài với nhiều đợt tái phát. Khi so sánh biểu hiện người bệnh với nhóm bệnh lý đỏ da bong vảy thường thấy ở nam giới độ tuổi 20-30 hoặc trung niên, với tình trạng đỏ da bong vảy, tuy nhiên với viêm da đầu có thêm tình trạng tăng tiết dầu, vảy nhờn bóng xét nghiệm thường kèm theo tình trạng nhiễm nấm *Malassezia*, với vảy nến có vị trí đặc trưng ở vùng da tỳ đè, vùng đỏ da kèm vảy dày trắng khô và dễ bong, trong khi đó ở bệnh nhân này chúng tôi không gặp các triệu chứng này. Ở nhóm bệnh lý da thượng bì bẩm sinh hay gặp ở lứa tuổi nhỏ, mặc phải thường gặp ở người lớn tuổi, bệnh ở giai đoạn đầu. Thứ tư, vùng tổn thương cánh tay trái có đặc điểm vết loét chột da nhiễm khuẩn có thể nguyên phát hoặc thứ phát, để đánh chẩn đoán bệnh đôi khi là rất khó khăn [7]. Đặc điểm của tổn thương có tính chất vết chột loét nền ứ, viền đỏ da, mụn mủ nước bề mặt, bờ mềm. Nguyên nhân có thể kể đến hàng đầu loét do bệnh lý mạch máu: đối với tổn thương động mạch tổn thương nền khô, không ứ, đối với tổn thương tĩnh mạch viền ranh giới với da lành không rõ, tiết nhiều dịch, da xung

quanh xám, giãn tĩnh mạch, đặc biệt với nhóm bệnh lý này bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạch máu ngoại biên. Các nguyên nhân do thiếu dưỡng rối loạn do dinh dưỡng thiếu vi chất thường gặp vị trí tỳ đè, da khô và teo kèm nhiễm trùng tái diễn. Trường hợp tổn thương viêm kết với sùi và mủ kèm theo gặp trong lao da, nấm sâu. Cuối cùng các trường hợp loét có thể gặp trong các bệnh lý ung thư da. Trên bệnh nhân này các đặc điểm loét trượt kèm theo hiện tượng nhiễm khuẩn có tính chất không đặc hiệu làm cản trở định hướng chẩn đoán xác định cụ thể từ hình ảnh lâm sàng.

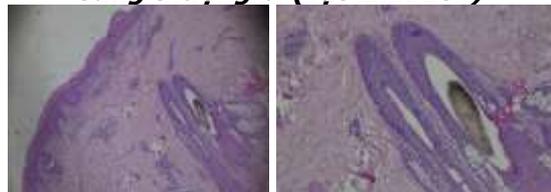
Trong mọi bệnh lý da kể trên, việc sinh thiết đều rất cần thiết, bên cạnh đó kết hợp với các xét nghiệm đặc hiệu khác để đưa ra chẩn đoán cuối cùng: soi tươi tìm nấm, soi AFB, nuôi cấy tìm vi khuẩn, tìm nấm, ANA trong trường hợp có bệnh lý tự miễn. Vai trò mô bệnh học đối với chẩn đoán bệnh nhân này giúp khẳng định chẩn đoán: tổn thương có đặc điểm của tình trạng viêm da thiếu dưỡng chất nuôi dưỡng: phần nông của thượng bì hoại tử hoàn toàn, phần thượng bì tái tạo có xếp bào. Trung bì xâm nhập viêm bạch cầu quanh mạch. Đặc biệt PAS không thấy nấm. Kết quả: Hình ảnh phù hợp Viêm da thiếu kẽm.



Ảnh 5. Hình ảnh mô bệnh học: Vùng thượng bì bình thường (vật kính 40x)



Ảnh 6. Hình ảnh mô bệnh học: Vùng chuyển đổi bắt đầu có sự thoái hóa lớp sừng thượng bì (vật kính 10x)



Ảnh 7. Hình ảnh mô bệnh học: Hoại tử lớp thượng bì trong nang tóc (vật kính 10x, vật kính 40x)

Đôi chiếu kết quả này với các bệnh lý da cần phân biệt như sau [8]:

Bệnh	Đặc điểm mô bệnh học
Viêm da thiếu kẽm	Thượng bì: - Thoái hóa tế bào sừng dạng bóng (ballooning degeneration) - Tăng sừng (hyperkeratosis) - Giảm hạt (hypogranulosis) - Hoại tử tế bào thượng bì (necrotic keratinocytes) - Bọng nước trong thượng bì (intraepidermal) Viêm nhẹ quanh mạch ở trung bì
Viêm da cơ địa (eczema)	- Spongiosis (xốp bào) rõ rệt - Thâm nhiễm lympho quanh mạch - Dày sừng và tăng gai trong mạn tính
Viêm da tiết bã	- Parakeratosis xen kẽ - Tăng gai nhẹ - Viêm quanh nang lông
Vảy nến	- Tăng gai (acanthosis) đều - Mất lớp hạt - Parakeratosis kèm vi áp xe Munro - Tần mạch và viêm trung bì nông
Viêm da tiếp xúc dị ứng	- Spongiosis lan rộng - Tế bào Langerhans tăng - Viêm quanh mạch
Ly thượng bì bọng nước mắt phải	- Bọng nước dưới thượng bì - Tế bào viêm hỗn hợp - Miễn dịch huỳnh quang: IgG tại màng đáy
Nhiễm nấm da	- Viêm thượng bì và trung bì - Nấm thấy trong lớp sừng (PAS+) - Spongiosis có thể có

Do vậy khi kết hợp đặc điểm Mô bệnh học và hình ảnh tổn thương da lâm sàng, liệu pháp điều trị bổ sung kẽm có đáp ứng tốt: người bệnh này hướng đến chẩn đoán Viêm da thiếu kẽm và người bệnh cần làm thêm xét nghiệm định lượng kẽm trong huyết thanh để khẳng định chẩn đoán. Về chẩn đoán nguyên nhân, chúng tôi nhận thấy rõ ràng về tuổi khởi phát, tiền sử bản thân và gia đình của bệnh nhân hoàn toàn không có bệnh lý di truyền. BMI là 23,18 trong giới hạn bình thường, diễn biến tình trạng viêm da từ từ, các triệu chứng mạn tính của viêm da thiếu kẽm là rụng tóc và tiêu chảy tái phát kéo dài hiện tại không có. Do đó chúng tôi định hướng nhiều đến người bệnh thiếu kẽm mắt phải đặc biệt có yếu tố nguy cơ cao trong 2 tháng gần nhất người bệnh có lối sống sinh hoạt thường xuyên thay đổi giờ giấc, thức đêm ít ngủ, ăn nhiều thực phẩm thức ăn nhanh đồ uống có gas giảm yếu tố vi lượng trong đó có kẽm. Tuy nhiên về lâu dài, để tầm soát toàn diện nguyên nhân gây thiếu kẽm cho người bệnh chúng tôi đề xuất việc

tái khám và bổ sung các chỉ định cận lâm sàng là rất thiết gồm có: Đánh giá tình trạng giảm hấp thu ruột: sụt giảm cân nặng, tiêu chảy phân mỡ, thiếu máu, phù, đau nhức xương, tê bì da, viêm lưỡi; xét nghiệm cận lâm sàng: tổng phân tích tế bào máu, albumin, protein toàn phần, định lượng sắt, ferritin, transferrin, kẽm, magnesium, Vitamin B12, acid folic, canxi, phosphor trong huyết thanh, INR đánh giá giảm hấp thu vitamin K, xét nghiệm tìm trụ mỡ, ký sinh trùng, calprotectin trong phân, siêu âm ổ bụng/CT/MRI ổ bụng đánh giá cơ quan nội khoa, nội soi đường tiêu hóa đánh giá bất thường cấu trúc, sinh thiết nếu cần. Đánh giá bệnh lý cầu thận: các dấu hiệu lâm sàng của tăng huyết áp, phù, đái máu đại thể và vi thể, thiếu niệu; định lượng protein niệu 24h, microalbumin niệu; tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, định lượng ure, creatinine, albumin, protein, điện giải đồ trong huyết thanh; xét nghiệm miễn dịch: ANA, dsDNA, C3C4, ANCA (c-ANCA, p-ANCA), Anti-GBM, Anti-PLA2R; siêu âm ổ bụng và siêu âm hệ tiết niệu, sinh thiết thận nếu cần. Đánh giá bệnh lý tuyến tụy: đánh giá tình trạng giảm hấp thu ruột như trên, hạ đường huyết, đau bụng, vàng da do tắc mật trước gan, đau bụng, nôn; xét nghiệm men tụy, định lượng insulin, C-peptide, glucose lúc đói, glucagon, somatostatin, VIP, CT/MRI ổ bụng, nội soi siêu âm tìm u tuyến tụy. Mặc dù việc định hướng chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân của người bệnh này có những khó khăn khi tiếp cận từ thời điểm ban đầu tuy nhiên việc đáp ứng với liệu pháp bổ sung kẽm, kết hợp với tư vấn thay đổi đã làm cải thiện tốt tình trạng viêm da.

IV. KẾT LUẬN

Viêm da thiếu kẽm ở người trưởng thành là trường hợp hiếm gặp, dễ bỏ sót đòi hỏi bác sĩ lâm sàng luôn có chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý da cấp và mạn tính khác, việc tái khám và tầm soát nguyên nhân là rất cần thiết cần có sự tuân thủ của người bệnh. Ca bệnh này góp phần nâng cao việc chẩn đoán và điều trị bệnh da thiếu kẽm bằng bổ sung kẽm giúp cải thiện triệu chứng và tránh biến chứng mạn tính.

Lời cảm ơn: Các tác giả xin chân thành cảm ơn Khoa Khám Bệnh, Khoa xét nghiệm, Bệnh viện Da liễu Hà Nội đã giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu.

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

- Australia H.** Zinc deficiency. September 7, 2023. Accessed April 1, 2025. <https://www.healthdirect>.

- gov.au/zinc-deficiency
- Jagadeesan S, Kaliyadan F.** Acrodermatitis Enteropathica. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. Accessed September 27, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441835/>
 - Ogawa Y, Kinoshita M, Shimada S, Kawamura T.** Zinc and Skin Disorders. *Nutrients*. 2018;10(2):199. doi:10.3390/nu10020199
 - Baddam S, Maxfield L, Shukla S, Crane JS.** Zinc Deficiency. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. Accessed September 27, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493231/>
 - Zou P, Du Y, Yang C, Cao Y.** Trace element zinc and skin disorders. *Front Med (Lausanne)*. 2023;9: 1093868. doi:10.3389/fmed.2022.1093868
 - Fitzpatrick's Dermatology, 9e | AccessMedicine | McGraw Hill Medical.** Accessed September 27, 2025. <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2570>
 - Janowska A, Dini V, Oranges T, Iannone M, Loggini B, Romanelli M.** <p>Atypical Ulcers: Diagnosis and Management</p>. *CIA*. 2019;14: 2137-2143. doi:10.2147/CIA.S231896
 - Smoller BR.** An atlas of histopathology of skin diseases. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000;42(3): 540-541. doi:10.1016/S0190-9622(00)90245-7

CA BỆNH HIẾM GẶP ANNULAIRE ELASTOLYTIC GIANT CELL GRANULOMA: PHÁT HIỆN MỚI TRÊN LÂM SÀNG VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

Lê Thị Chi Phương¹, Đỗ Thùy Linh¹,
Trần Mẫn Chu¹, Giang Bảo Hoàn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và cơ chế bệnh sinh của ca bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma tại bệnh viện Da liễu Hà Nội, từ đó góp phần cung cấp chứng cứ cho giả thuyết viêm và cơ chế bệnh sinh liên quan tới bệnh lý chuyển hoá của bệnh. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả ca bệnh, ca bệnh nữ giới, 52 tuổi, có tiền sử đái tháo đường typ 2 với tổn thương lâm sàng không xuất hiện ở vùng phơi nhiễm ánh sáng là lòng bàn tay và cạnh bên ngón tay, không có tiền sử phơi nhiễm ánh sáng trong thời gian dài, trên hình ảnh mô bệnh học của bệnh nhân thấy phản ứng viêm dạng u hạt với hiện tượng ly giải sợi chun và thực bào sợi chun. Sự ly giải và thực bào sợi chun cũng được xác thực trên nhuộm chất nhuộm đặc biệt Van Gieson (EVG), các kết quả xét nghiệm và chất nhuộm đặc biệt khác loại trừ các tổn thương viêm da dạng u hạt khác. **Kết quả:** Ca bệnh được chẩn đoán xác định là bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma, thông qua so sánh ca bệnh trong báo cáo này với các ca bệnh kinh điển được mô tả trong y văn trước đó, chúng tôi bổ sung thêm chứng cứ ủng hộ giả thuyết viêm và liên quan tới bệnh lý chuyển hoá là đái tháo đường. **Kết luận:** Ca bệnh này nêu bật tính cấp thiết của các nghiên cứu chuyên sâu hơn với sự xác thực và soi sáng của mô bệnh học trong cơ chế bệnh sinh liên quan tới các bệnh lý chuyển hoá và giả thuyết viêm. **Từ khóa:** Annulaire elastolytic giant cell granuloma, ly giải sợi chun, thực bào sợi chun, viêm dạng u hạt, tổn thương hình nhẫn

¹Bệnh viện Da liễu Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Chi Phương

Email: ltchiphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

SUMMARY

A RARE CASE OF ANNULAIRE ELASTOLYTIC GIANT CELL GRANULOMA: NEW CLINICAL FINDINGS AND INSIGHTS INTO PATHOGENESIS

Objectives: To describe the clinical features, paraclinical findings, and pathogenesis of a case of annular elastolytic giant cell granuloma at Hanoi Dermatology Hospital, thereby contributing evidence to the inflammatory hypothesis and the metabolic disease-related pathogenesis of this condition. **Subjects and Methods:** Case report. The patient was a 52-year-old female with a history of type 2 diabetes mellitus, presenting with clinical lesions located in non-sun-exposed areas, including the palms and lateral aspects of the fingers. The patient had no history of prolonged sun exposure. Histopathologic examination showed granulomatous inflammatory response with elastolysis and elastophagocytosis. Elastolysis and elastophagocytosis were further confirmed by special staining Van Gieson (EVG). Other laboratory tests and special stains excluded other granulomatous dermatoses. **Results:** The case was definitively diagnosed as annular elastolytic giant cell granuloma. By comparing this case with classical cases previously described in the literature, we provide additional evidence supporting the inflammatory and metabolic-related hypothesis, particularly the association with diabetes mellitus. **Conclusion:** This case highlights the need for more in-depth studies with histopathologic validation to elucidate the role of inflammation and metabolic disorders in the pathogenesis of this condition. **Keywords:** Annulaire elastolytic giant cell granuloma, elastic fibers degeneration and lysis, elastic fibers phagocytosis, granulomatous inflammation, annulaire lesions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Annulare elastolytic giant cell granuloma