

- 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 Diabetorum: 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 Diabetorum) 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.

Khi tổn thương đơn độc, chúng có thể dễ bị chẩn đoán nhầm với các bệnh lý da khác như mụn cóc thông thường, sùi do virus, ung thư biểu mô tế bào đáy hoặc ung thư biểu mô tế bào vảy, gây khó khăn trong chẩn đoán[2]. Tuy nhiên, khi người bệnh xuất hiện nhiều tổn thương trichilemmomas, bác sĩ lâm sàng cần đánh giá khả năng liên quan đến hội chứng di truyền, đặc biệt là hội chứng Cowden[3].

Về giải phẫu bệnh, trichilemmomas được đặc trưng bởi sự tăng sinh các tế bào u nhọt đến trong suốt giàu glycogen dạng thù, dạng màng kéo xuống từ thượng bì, sắp xếp thành hàng rào đậu ở ngoại vi, được bao quanh bởi màng đáy bắt màu ái toan dày hơn. Biến đổi của thượng bì phía trên thường là dày sừng và có thể quá sản dạng nhú tùy mức độ [2]. Ngoài ra, có thể gặp biến thể trichilemmoma xơ hóa (desmoplastic trichilemmoma), đặc trưng bởi sự xâm nhập của các tế bào biểu mô dạng đáy trong nền mô đệm xơ cứng, dày đặc[4]. Là biểu hiện của sự biệt hóa theo bao ngoài của đơn vị nang lông, cả trichilemmoma điển hình và trichilemmoma xơ hóa đều biểu hiện CD34, một marker hoá mô miễn dịch đã được sử dụng trong chẩn đoán phân biệt với các khối u biểu mô khác [5], [6], [7]. Thay đổi tế bào sáng có thể biểu hiện khu trú hoặc lan tỏa trên một phần lớn của khối u, trong đó một số u gần như hoàn toàn được cấu tạo bởi tế bào sáng. Các u da nguyên phát có ưu thế tế bào sáng có thể trông rất giống nhau, và thậm chí giống với các di căn da từ u tế bào sáng ở cơ quan nội tạng, đặc biệt khi quan sát ở độ phóng đại cao, làm tăng thêm khó khăn trong chẩn đoán[8]. Vì nhiều loại u có thể biểu hiện biến đổi tế bào sáng như một đặc điểm mô bệnh học chủ đạo, nên chẩn đoán chính xác phụ thuộc vào việc phân tích cẩn thận các đặc điểm hình thái như: cấu trúc mô (sự tham gia của thượng bì hoặc tăng sinh kiểu pagetoid, sắp xếp dạng ổ, giới hạn rõ hay xâm nhập), mức độ không điển hình của tế bào, nguyên nhân gây sáng bào tương, và hình thái tế bào của tổn thương (tế bào nhẵn, hiện tượng không bào hóa, tế bào hạt).

Ngoài ra, phối hợp hoá mô miễn dịch, thậm chí cả sinh học phân tử trong một số trường hợp đặc biệt, là cần thiết để đưa ra chẩn đoán chính xác[9].

Chúng tôi phân loại các tổn thương dựa trên nguồn gốc tế bào u. Một danh sách tổng hợp các tổn thương có biểu hiện biến đổi tế bào sáng, được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Phân loại các khối u có thay đổi tế bào sáng

U thượng bì	<ul style="list-style-type: none"> Tăng sản tế bào sáng (Clear cell acanthoma)
--------------------	---

(Epidermal neoplasms)	<ul style="list-style-type: none"> Dày sừng da đầu (Seborrheic keratosis) Ung thư biểu mô tế bào đáy (Basal cell carcinoma) Ung thư biểu mô tế bào vảy (Squamous cell carcinoma)
U xơ – mô bào (Fibrohistiocytic)	<ul style="list-style-type: none"> U xơ bì tế bào sáng (Clear cell dermatofibroma) U xơ vàng không điển hình tế bào sáng (Clear cell atypical fibroxanthoma) U vàng có biến đổi tế bào sáng (Xanthoma with clear cell change)
U thành phần phụ da (Adnexal neoplasms)	Nguồn gốc nang lông – tuyến bã (Follicular-sebaceous) <ul style="list-style-type: none"> Trichoblastoma Trichilemmoma Carcinoma trichilemmal (Trichilemmal carcinoma) U tuyến bã (Sebaceous adenoma) Ung thư biểu mô tuyến bã (Sebaceous carcinoma)
	Nguồn gốc tuyến (Glandular) <ul style="list-style-type: none"> U syringoma tế bào sáng (Clear cell syringoma) U hidradenoma tế bào sáng (Clear cell hidradenoma) Ung thư biểu mô tuyến mồ hôi tế bào sáng (Clear cell eccrine carcinoma/hidradenocarcinoma) U xơ tuyến mồ hôi với biến đổi tế bào sáng (Eccrine fibroadenoma with clear cells) U tuyến mồ hôi tế bào sáng/u ống dẫn ở trung bì (Clear cell poroma/dermal duct tumour) Ung thư biểu mô tuyến mồ hôi tế bào sáng (Clear cell porocarcinoma) Bệnh Paget (ở vú và ngoài vú) – (Paget’s disease, mammary and extramammary)
	Nguồn gốc cơ – biểu mô (Myoepithelial) U cơ – biểu mô tế bào sáng (Clear cell myoepithelioma)
U trung mô (Mesenchymal neoplasms)	<ul style="list-style-type: none"> U xơ thần kinh (Neurofibroma) U hạt tế bào sáng (Clear cell granular cell tumour) U xơ nhú tế bào sáng (Clear cell fibrous papule) U neurothekeoma dạng tế bào (Cellular neurothekeoma) U tế bào biểu mô quanh mạch da nguyên phát (Primary cutaneous perivascular epithelioid cell tumour – PEComa)

	<ul style="list-style-type: none"> • U trung mô đặc biệt ở trung bì với tế bào sáng (Distinctive dermal clear cell mesenchymal neoplasm) • Sarcoma tế bào sáng (Clear cell sarcoma) • Leiomyosarcoma dạng biểu mô (Epithelioid leiomyosarcoma) • Angiosarcoma dạng biểu mô (Epithelioid angiosarcoma) • U glomus (ác tính) – (Malignant glomus tumour) <ul style="list-style-type: none"> • U nguyên bào mạch máu (Hemangioblastoma)
U tế bào hắc tố (Melanocytic)	<ul style="list-style-type: none"> • Nốt ruồi dạng tế bào bóng (Balloon cell nevus) • Melanoma tế bào sáng (Clear cell melanoma)
U thứ phát	<ul style="list-style-type: none"> • Clear cell renal cell carcinoma

Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo 1 ca bệnh nam giới trung niên có khối u vùng mang tai trái, màu hồng nâu, ranh giới rõ, xuất hiện 6 tháng nay. Người bệnh đến khám tại khoa khám bệnh bệnh viện da liễu Hà Nội, sau đó được bác sĩ lâm sàng chỉ định sinh thiết. Khối u sau đó được bác sĩ Giải phẫu bệnh phân tích trên tiêu bản nhuộm Hematoxylin – eosin, thấy thay đổi tế bào sáng trên hình ảnh mô bệnh học, từ đó tiến hành nhuộm hoá mô miễn dịch để xác định nguồn gốc tế bào khối u. Trong bài báo này, chúng tôi mô tả những khó khăn trong tiếp cận và định hướng nguồn gốc tế bào khối u, với mục tiêu nhấn mạnh vào cách phân biệt giữa các bệnh khối u có thay đổi tế bào sáng.

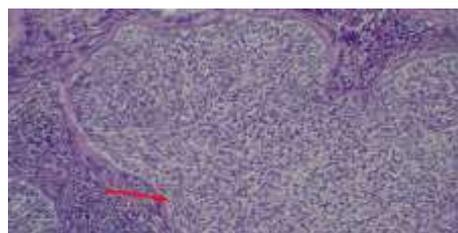
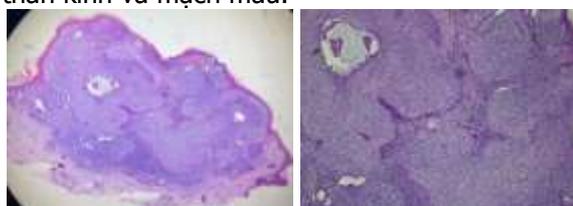
II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Người bệnh nam giới, 66 tuổi, thấy xuất hiện một khối u vùng mang tai trái khoảng 6 tháng nay, ranh giới rõ, tương đối đối xứng, bờ đều, màu hồng nâu, khối sờ chắc, thâm nhiễm, không đau, không ngứa. Tổn thương u da không có trợt loét, không đóng vảy tiết, không có triệu chứng toàn thân khác kèm theo. Người bệnh đến khám tại khoa khám bệnh bệnh viện Da liễu Hà Nội, được bác sĩ lâm sàng da liễu thăm khám và chẩn đoán là tổn thương nốt ruồi, tư vấn cho người bệnh cắt bỏ hoàn toàn tổn thương và thực hiện sinh thiết khối u, nhuộm Hematoxylin-eosin trên bệnh phẩm.

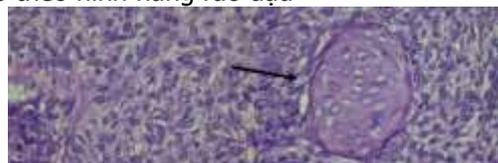


Hình 1. Hình ảnh lâm sàng ca bệnh báo cáo

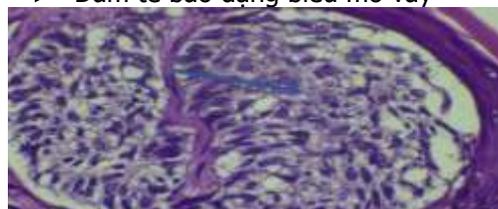
Sau khi được chuyển phòng Giải phẫu bệnh và đọc dưới kính hiển vi để quan sát các tổn thương vi thể bởi bác sĩ Giải phẫu bệnh, chúng tôi nhận thấy thay đổi tế bào sáng trên khối u. Trên mô bệnh học, các tế bào u đứng tập trung thành mảng, ranh giới rõ, các tế bào u là tế bào dạng biểu mô, bào tương sáng, nhân to, đậm, chiếm phần lớn kích thước của bào tương, xếp theo hình hàng rào đậu. Một số vùng tế bào u có hình ảnh tế bào biểu mô dạng vảy, một số vùng tế bào u có hình ảnh tế bào biểu mô dạng đáy. Xâm nhập viêm bạch cầu đơn nhân và tương bào trong mô đệm quanh các đám tế bào u. Không thấy có sự xâm nhập của tế bào u vào thần kinh và mạch máu.



→ Các tế bào đứng thành đám với đặc điểm dạng biểu mô, bào tương sáng, nhân to, đậm, chiếm phần lớn kích thước của bào tương, xếp theo hình hàng rào đậu



→ Đám tế bào dạng biểu mô vảy

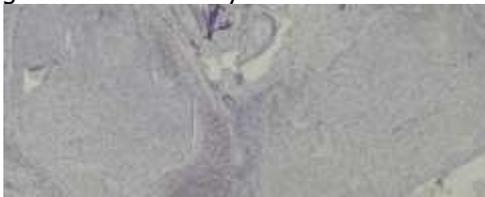


→ Các tế bào sáng xếp hình rào đậu ở chu vi đám tế bào u

Hình 2. Hình ảnh tiêu bản Hematoxylin – eosin

Ban đầu, khi tiếp cận khối u trên tiêu bản Hematoxylin – eosin, dựa trên hình thái vi thể khối u và tế bào u, chúng tôi thấy thay đổi tế bào sáng và có nghĩ đến một số chẩn đoán phân

biệt bao gồm các bệnh u da nguyên phát: ung thư biểu mô tế bào đáy có thay đổi tế bào sáng, ung thư biểu mô tế bào vảy có thay đổi tế bào sáng, trichilemmoma, clear cell hidradenoma. Bên cạnh đó, chẩn đoán khối u thứ phát từ cơ quan khác đến da cũng được xem xét như ung thư biểu mô tế bào thận có thay đổi tế bào sáng. Tuy nhiên, sau khi xem xét về hình ảnh mô bệnh học và các triệu chứng toàn thân, cùng các xét nghiệm và thăm dò chức năng tầm soát, nhóm tác giả loại trừ khả năng khối u thứ phát và tập trung vào phân biệt giữa các khối u nguyên phát tại da. Chúng tôi tiến hành nhuộm hoá mô miễn dịch để xác định nguồn gốc khối u tới từ thượng bì như trong ung thư biểu mô tế bào vảy hoặc đáy, từ nguồn gốc tuyến như clear cell hidradenoma hay từ nguồn gốc nang lông như trichilemmoma. Các marker được chỉ định sau đó bao gồm: BerEP4, BCl2, EMA, CD34, CK7, p63 và Ki67. Kết quả hoá mô miễn dịch biểu hiện âm tính với BerEP4, BCl2, EMA, CK7, loại trừ khả năng các tế bào u có nguồn gốc tế bào biểu mô đáy, hay từ nguồn gốc tuyến. Trên tiêu bản nhuộm marker p63, phần lớn nhân các tế bào u biểu hiện dương tính. Marker CD34 bộc lộ dương tính với màng các tế bào u dạng ổ. Marker Ki67 bộc lộ dương tính ở nhân tế bào u với tỷ lệ 10%. Hình ảnh hoá mô miễn dịch được trình bày như trong hình ảnh dưới đây.



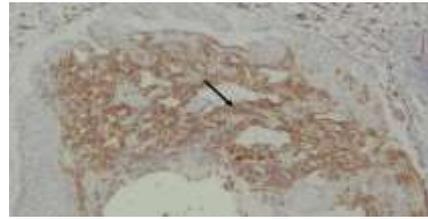
Hình 3. Hình ảnh tiêu bản marker BCl2 (bên trái) và marker BerEP4 (bên phải) âm tính



Hình 4. Tiêu bản marker CK7 (bên trái) & EMA (bên phải) âm tính



Hình 5. Tiêu bản marker p63
 → Marker p63 dương tính với đám tế bào u



Hình 6. Tiêu bản marker CD34

→ Marker CD34 dương tính ổ với các tế bào u



Hình 7. Tiêu bản marker Ki67

→ Ki67 dương tính với khoảng 10% tế bào u

Phối hợp hình ảnh mô bệnh học và kết quả nhuộm hoá mô miễn dịch, nhóm tác giả thấy phù hợp với chẩn đoán trichilemmoma là khối u có thay đổi tế bào sáng nguồn gốc nang lông. Chẩn đoán mô bệnh học này cũng phù hợp với các biểu hiện lâm sàng và tổn thương cơ bản của khối u da. Đây là khối u lành tính, và người bệnh cũng đã được phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn khối u. Quay lại với ca bệnh, khi xem xét quá trình tiếp cận chẩn đoán mô bệnh học, chúng tôi nhận thấy những thách thức và khó khăn mà các bác sỹ giải phẫu bệnh gặp phải để đưa ra kết luận cuối cùng, qua đó cũng cho thấy tầm quan trọng của việc có những hướng dẫn chi tiết hơn khi phân biệt các typ u da có thay đổi tế bào sáng.

III. BÀN LUẬN

Tổn thương trichilemmoma thường gặp ở người trưởng thành trung niên, với xu hướng gặp nhiều hơn ở nam giới [2]. Vị trí thường gặp nhất là ở vùng mặt; khối u cũng có thể xuất hiện ở da đầu, cổ hoặc ngực[10]. Trichilemmoma thường biểu hiện dưới dạng một tổn thương dạng mụn cóc không điển hình hoặc dạng vòm bề mặt trơn nhẵn, đường kính < 1 cm. Bề mặt tổn thương thường nhẵn hoặc có vảy tiết, đôi khi có bờ ngọc trai. Các tổn thương có thể xuất hiện đơn độc hoặc nhiều[2].

Các tế bào u của trichilemmoma có nguồn gốc từ vùng vỏ ngoài của đơn vị nang lông, ngay dưới màng đáy, ngang mức cấu trúc tuyến bã. Trên mô bệnh học, thường bị thường thấy các mức độ khác nhau của dày sừng, quá sản nhẹ và hiếm gặp hơn là cầu sừng. Một số tổn thương có thể có quá sản dạng nhú [2]. Trichilemmoma có sự tăng sinh dạng ổ, màng của các tế bào u nhỏ,

đồng dạng, từ thượng bì xuống trung bì, và đặc điểm nổi bật nhất là sự hiện diện của các tế bào sáng chứa glycogen[1]. Các tế bào này thường sắp xếp hàng rào đậu ngoại vi, đặc biệt dọc theo rìa khối u. Khối u được bao quanh bởi màng đáy dày bắt màu ái toan chứa hyaline. Có thể quan sát thấy các cầu sừng và những vùng sừng hóa[2]. Một biến thể xơ hóa có thể gặp, đặc trưng bởi các bó sợi collagen và bó xơ dày đặc trong toàn bộ khối u, tạo thành những đám tế bào nhỏ. Do mô đệm xơ hóa dày đặc kèm các đảo tế bào xâm nhập, trichilemmoma có thể giống với ung thư biểu mô tế bào vảy xâm nhập hoặc ung thư biểu mô tế bào đáy dạng xơ teo, nhưng thường không có hoạt động nhân chia bất thường và loạn sản.

Về mặt mô bệnh học, cần lưu ý có nhiều chẩn đoán phân biệt với trichilemmoma, bao gồm:

- Mụn cóc thông thường
- Ung thư biểu mô tế bào đáy
- Quá sản tế bào sáng
- Ung thư biểu mô tế bào vảy
- Các u lành tính có nguồn gốc nang lông

khác, chẳng hạn: u từ phễu nang lông, inverted follicular keratosis, trichoblastoma hoặc trichoepithelioma, poroma.

Trên hoá mô miễn dịch, các kiểu biểu hiện dương tính của CK1, CK10, CK17, CD34 và D2-40 – đặc trưng cho vỏ bao ngoài của đơn vị nang lông bình thường – thường được quan sát thấy trong trichilemmoma. Hơn nữa, nhuộm CD34 thường dương tính ở trichilemmoma và một số u thành phần phụ da lành tính khác, và có thể hỗ trợ trong việc phân biệt với ung thư biểu mô tế bào đáy hoặc ung thư biểu mô tế bào vảy, đặc biệt là trong biến thể xơ hoá. Việc sử dụng CD34 và Ber-EP4 trong nhuộm hoá mô miễn dịch để phân biệt giữa ung thư biểu mô tế bào đáy và trichilemmoma đã từng được nghiên cứu trước đây, đặc biệt là bởi Turnbull và cộng sự. Báo cáo của họ xác nhận rằng trichilemmoma, bao gồm cả thể dạng tế bào đáy và thể có thay đổi tế bào sáng, thể hiện CD34 dương tính và Ber-EP4 âm tính, trong khi kết quả ngược lại được quan sát thấy ở ung thư biểu mô tế bào đáy điển hình. Trong hidradenoma, các tế bào sáng thường bắt màu dương tính với EMA. Trong chẩn đoán phân biệt, trichilemmoma có đặc điểm chung là sự hiện diện của các tế bào sáng giàu glycogen và những ổ sừng hóa; tuy nhiên, chỉ clear cell hidradenoma mới cho thấy bằng chứng của biệt hóa ống tuyến, trong khi trichilemmoma lại đặc trưng bởi sự sắp xếp hàng rào đậu ở ngoại vi của các tế bào u [9].

Trong trường hợp ca bệnh này, chúng tôi khi tiếp cận chẩn đoán đã đưa ra các bệnh u da nguyên phát cần phân biệt như sau: ung thư biểu mô tế bào đáy có thay đổi tế bào sáng, ung thư biểu mô tế bào vảy có thay đổi tế bào sáng, trichilemmoma, clear cell hidradenoma. Sau đó, chúng tôi tiến hành nhuộm các marker hoá mô miễn dịch CD34, BerEP4, BCL2, p63, EMA, Ki67 nhằm phân biệt giữa các chẩn đoán này. Với biểu hiện các tế bào u dương tính với marker CD34 và p63, nhưng âm tính với marker BerEP4, BCL2 và EMA, chúng tôi thấy khối u phù hợp với nguồn gốc từ vỏ ngoài đơn vị nang lông, đồng thời cũng loại trừ nguồn gốc từ thượng bì như ung thư biểu mô tế bào đáy, ung thư biểu mô tế bào vảy và nguồn gốc tuyến như clear cell hidradenoma. Đồng thời, marker Ki67 biểu hiện dương tính 10 % cũng cho thấy đây là khối u lành tính với tỷ lệ nhân chia thấp. Phối hợp các bằng chứng trên lâm sàng, mô bệnh học Hematoxylin-eosin và hoá mô miễn dịch, nhóm tác giả thấy phù hợp với chẩn đoán cuối cùng là trichilemmoma. Từ ca bệnh này, chúng tôi nhận thấy tầm quan trọng của các hướng dẫn chi tiết trong phân biệt giữa các bệnh da u có thay đổi tế bào sáng, qua đó, chúng tôi viết bài báo này với nhấn mạnh về cách tiếp cận để ra chẩn đoán mô bệnh học cuối cùng.

IV. KẾT LUẬN

Nhiều khối u da có thể biểu hiện thay đổi tế bào sáng, tuy nhiên, khi đánh giá các tổn thương có hình thái chủ yếu là tế bào sáng, chẩn đoán mô bệnh học thường gặp nhiều thách thức, đặc biệt khi các khối u có thay đổi tế bào sáng này có nguồn gốc đa dạng gồm thượng bì, nang lông – tuyến bã, tuyến, cơ – biểu mô, tế bào hắc tố, trung mô, xơ - mô bào và thậm chí có thể là khối u thứ phát từ cơ quan khác. 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. Các xét nghiệm hoá mô miễn dịch và thậm chí xét nghiệm sinh học phân tử là cần thiết để xác định nguồn gốc của tế bào u và phân biệt giữa các thể bệnh có thể nghĩ tới. Bên cạnh đó, việc kết hợp với các dữ kiện lâm sàng và thăm dò chức năng, cận lâm sàng khác là điều quan trọng để giúp nhà giải phẫu bệnh đưa ra chẩn đoán chính xác. Thiết nghĩ, ca bệnh mà chúng tôi báo cáo là một trường hợp đại diện cho những khó khăn có thể gặp phải của các nhà giải phẫu bệnh cũng như da liễu học trong việc đưa ra chẩn đoán mô bệnh học cuối cùng cho khối u da có thay đổi tế bào sáng. Qua đó, bài báo cũng đưa ra các hướng dẫn chi tiết nhằm chẩn đoán

xác định khối u da có thay đổi tế bào sảng, khi phối hợp các dữ kiện lâm sàng, mô bệnh học Hematoxylin-eosin và hoá mô miễn dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Headington JT.** Primary Neoplasms of the Hair Follicle: Histogenesis and Classification. Arch Dermatol. 1962;86(4): 430. doi:10.1001/archderm.1962.01590100044012
2. **Maher EE, Vidal CI.** Trichilemmoma. Cutis. 2015;2(96):104-106.
3. **Ng DW.** Trichilemmoma in Childhood. J Pediatr Health Care. 2016;30(5): 491-494. doi:10.1016/j.pedhc.2016.06.001
4. **Tellechea O, Reis JP, Baptista AP.** Desmoplastic Trichilemmoma: Am J Dermatopathol. 1992;14(2): 107-114. doi:10.1097/00000372-199204000-00004
5. **Tardío JC.** CD34-reactive tumors of the skin. An updated review of an ever-growing list of lesions. J Cutan Pathol. 2009;36(1):89-102. doi:10.1111/j.1600-0560.2008.01212.x
6. **Poblet E, Jimenez-Acosta F, Rocamora A.** QBEND/10 (anti-CD34 antibody) in external root sheath cells and follicular tumors. J Cutan Pathol. 1994;21(3): 224-228. doi:10.1111/j.1600-0560.1994.tb00264.x
7. **Illueca C, Monteagudo C, Revert A, Liombart-Bosch A.** Diagnostic value of CD34 immunostaining in desmoplastic trichilemmoma. J Cutan Pathol. 1998;25(8):435-439. doi:10.1111/j.1600-0560.1998.tb01770.x
8. **Biswas A, Mahalingam M.** Cutaneous Clear Cell Neoplasms: A Histopathological Reappraisal. Am J Dermatopathol. 2012;34(3): 237-254. doi:10.1097/DAD.0b013e3182106d28
9. **Smith EH, Andea AA.** Cutaneous clear cell neoplasms: a systematic review. Diagn Histopathol. 2016;22(4): 134-141. doi:10.1016/j.mpdhp.2016.04.001
10. **Zhong S, Wang L, Mei X ling.** Desmoplastic trichilemmoma of the scalp: case report and literature review of immunohistochemical staining features. J Int Med Res. 2019;47(8):3918-3925. doi:10.1177/0300060519859739

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH CÓ HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH NIỆU ĐẠO, ÂM ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU HÀ NỘI NĂM 2025 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Lê Thị Chi Phương¹, Vũ Xuân Hương¹,
Phạm Thị Thanh Hương¹, Nguyễn Thị Liên Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh có hội chứng tiết dịch niệu đạo, âm đạo tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2025 và một số yếu tố liên quan. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 125 người bệnh có hội chứng tiết dịch niệu đạo hoặc âm đạo được làm xét nghiệm tìm 12 tác nhân gây bệnh lây truyền qua đường tình dục thường gặp tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội từ tháng 5/2025 – 10/2025. **Kết quả:** Nghiên cứu tiến hành trên 125 người bệnh có hội chứng tiết dịch niệu đạo, âm đạo, trong đó 54 trường hợp (43,2%) dương tính với ít nhất một tác nhân gây bệnh lây truyền qua đường tình dục. Nhóm tuổi 20–29 chiếm tỷ lệ cao nhất (46,4%), nam giới nhiều hơn nữ giới (47,3% so với 44,1%). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy dịch tiết nhiều (OR = 3,14; KTC 95%: 1,06–6,54), dịch đục (OR = 5,56; KTC 95%: 1,73–17,90), có triệu chứng ngứa (OR = 2,27; KTC 95%: 1,58–8,25) và có dấu hiệu viêm trên lâm sàng (OR = 3,41; KTC 95%: 1,27–7,35) đều liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả dương tính. Ngược lại, tiền sử sử dụng kháng sinh làm

giảm tỷ lệ phát hiện tác nhân (OR = 0,30; KTC 95%: 0,06–0,87). **Kết luận:** Các đặc điểm lâm sàng, đặc biệt tính chất dịch tiết và dấu hiệu viêm, có giá trị trong dự báo khả năng dương tính với BLTQĐTD ở người bệnh có hội chứng tiết dịch niệu đạo, âm đạo. Việc sử dụng kháng sinh trước đó làm giảm khả năng phát hiện các tác nhân.

Từ khóa: Hội chứng tiết dịch niệu đạo, âm đạo, đặc điểm lâm sàng, yếu tố liên quan.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH URETHRAL AND VAGINAL DISCHARGE SYNDROME AT HANOI DERMATOLOGY HOSPITAL IN 2025 AND SOME RELATED FACTORS

Objective: Describe the clinical characteristics of patients with urethral and vaginal discharge syndrome at Hanoi Dermatology Hospital in 2025 and some related factors. **Subjects and methods:** Descriptive, cross-sectional study on 125 patients with urethral or vaginal discharge syndrome tested for 12 sexually transmitted pathogens at Hanoi Dermatology Hospital in 2025. **Results:** The study was conducted on 125 patients with urethral and vaginal discharge syndrome, of which 54 cases (43,2%) were positive for at least one sexually transmitted pathogen. The 20–29 age group had the highest proportion (46,4%), with more men than women (47,3% vs 44,1%).

¹Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Chi Phương.

Email: ltchiphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025