

BÁO CÁO LÂM SÀNG CA BỆNH NHIỄM NẤM DƯỚI DA NGUỒN GỐC TỪ VẾT THƯƠNG

Đinh Thành Hưng✉

Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Chromoblastomycosis là bệnh nhiễm nấm dưới da, bệnh xuất hiện sau vết thương da. Ba loại nấm hay gặp gây bệnh bao gồm: Fonsecaea pedrosoi, Phialophora verrucosa, Cladophialophora carrionii.

Hiện có nhiều phương pháp điều trị bệnh nhưng vẫn còn là một thách thức về chẩn đoán và điều trị. Ba năm qua, trong quá trình thực hành điều trị vết thương, chúng tôi phát hiện được hai trường hợp nhiễm nấm dưới da từ các bệnh viện khác chuyển đến với nghi ngờ ung thư da. Chúng tôi điều trị khỏi hoàn toàn một bệnh nhân, trường hợp khỏi hoàn toàn do phát hiện sớm. Một bệnh nhân còn lại điều trị có tiến triển khả quan nhưng dai dẳng, do bệnh tồn tại nhiều năm nên được chuyển về tuyến chuyên khoa da liễu.

Từ khóa: Vết thương, chromoblastomycosis, nhiễm nấm dưới da

SUMMARY

Chromoblastomycosis is a fungal infection of the skin that is related to wounds. The three common fungi that cause the disease include: Fonsecaea pedrosoi, Phialophora verrucosa, Cladophialophora carrionii. There are many treatment methods, but the disease is still a challenge in diagnosis and treatment. Over the past three years, during the practice of wound treatment, we have discovered two cases of fungal infection of the skin transferred from other hospitals with suspected skin cancer. We completely cured one patient due to early detection. The remaining patient had good but persistent progress in treatment, because the disease had persisted for many years, so he was transferred to a dermatology specialist.

Keywords: Wound, chromoblastomycosis, fungal infection of the skin

¹Chịu trách nhiệm: Đinh Thành Hưng, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

Email: tcbongvn@yahoo.com

Ngày gửi bài: 25/2025; Ngày nhận xét: 13/6/2025; Ngày duyệt bài: 26/6/2025

<https://doi.org/10.54804/hthvb.3.2025.440>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm nấm dưới da - *chromoblastomycosis* hay gặp ở khu vực nhiệt đới, xuất hiện sau vết thương da [1]. Bệnh thường gặp ở người dân sống ở nông thôn, đặc biệt là người làm nông nghiệp. Tổn thương có thể gặp ở bất cứ vùng nào của cơ thể nhưng hay gặp nhất ở chi dưới, do cơ chế nhiễm bệnh là thường xuyên tiếp xúc với mầm bệnh trong đất hay cây mục [1], [7].

Bệnh tiến triển chậm, khởi phát ban đầu thường là sẩn đỏ hoặc sùi như hạt cơm rồi lan dần ra xung quanh. Bệnh bao gồm các thể lâm sàng như: Thể nốt, thể u, thể mảng, thể sùi và thể sẹo. Trong đó, thể mảng là phổ biến nhất với hình ảnh tổn thương là các mảng đỏ tím và có vảy [2].

Xét nghiệm soi tươi, nuôi cấy nấm và mô bệnh học được áp dụng trong gợi ý chẩn đoán. Hiện đã có nơi ứng dụng sinh học phân tử xác định DNA của nấm *Fonsecaea pedrosoi* và oligonucleotide của nấm *Cladophialophora carrionii* [3].

Bốn loại biến chứng của bệnh là: Nhiễm khuẩn thứ phát và loét, phù bạch mạch, ung thư hóa và nhiễm nấm lan tỏa. Trong đó, nhiễm khuẩn thứ phát và loét là phổ biến, Bonifaz và cộng sự ghi nhận tỉ lệ này lên đến 60% ca bệnh [1], [2], [8].

Do tỷ lệ điều trị khỏi bệnh thấp và hay tái phát nên việc điều trị vẫn còn là một thách thức lớn. Tỷ lệ điều trị thành công cao chỉ khi bệnh nhân được phát hiện sớm

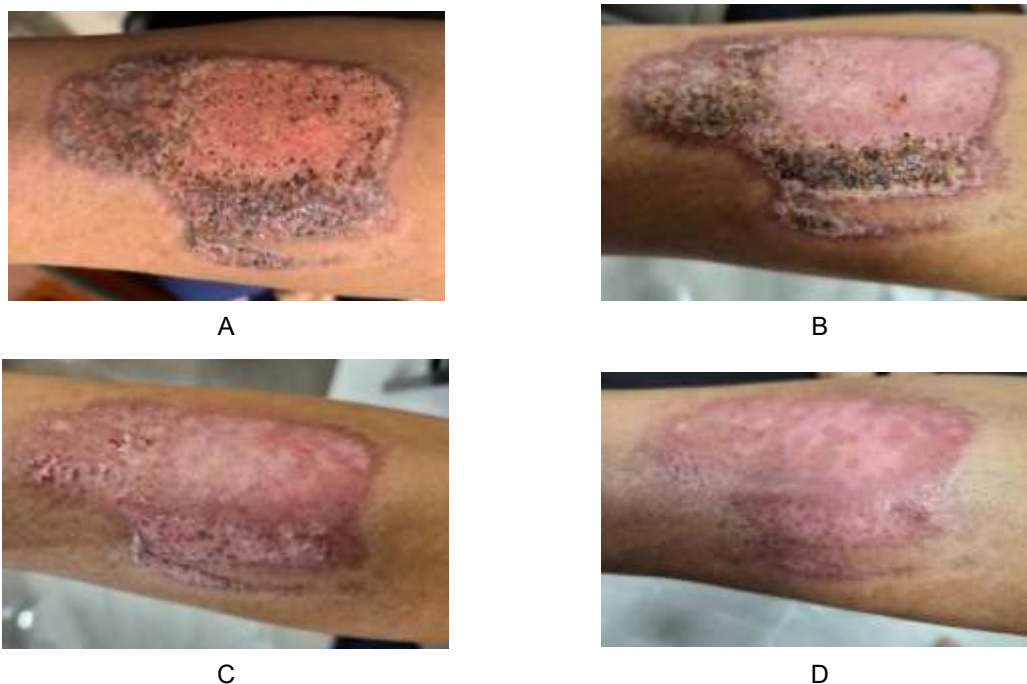
và có tổn thương nhỏ. Các trường hợp bệnh nhân bị lâu hoặc bệnh nặng rất khó khỏi, những trường hợp này nên được khuyến cáo kiểm soát chặt chẽ và dự phòng biến chứng. Vì vậy, cần phát triển công cụ hỗ trợ chẩn đoán sớm và theo dõi tiến triển của bệnh để áp dụng trong thực hành lâm sàng. Trong đó, sử dụng trí tuệ nhân tạo - AI với lý thuyết học sâu - deep learning để phát hiện và sàng lọc bệnh da là một hướng phát triển mới nhiều tiềm năng [9].

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

2.1. Bệnh nhân số 1

Bệnh nhân Phạm Xuân L., sinh năm 1964. Địa chỉ thường trú tại Xã Ngũ Hiệp, Huyện Thanh Trì, TP Hà Nội.

Bệnh nhân bị bỏng cẳng tay ngày 06/6/2022 do tiếp xúc với ống xả xe máy. Bệnh nhân tự điều trị một tuần, tiếp theo được nhân viên y tế chăm sóc, vết thương khỏi sau 3 tuần. Tuần thứ 4 trở đi, xuất hiện tình trạng da vùng tổn thương sần sùi, các mép gờ cao và có vảy lan dần ra xung quanh (hình 1A). Điều trị sớm theo phác đồ khuyến cáo và ủ ấm, đến ngày thứ 14 các vết sùi đã không có dấu hiệu lan ra xung quanh, các vảy giảm, mức độ sùi cũng giảm và phẳng dần (hình 1B). Ngày điều trị thứ 28, vùng da đã phẳng gần hoàn toàn, các dấu hiệu sùi và vảy đã gần hết (ảnh 1C). Sau 6 tuần thì vết tổn thương lành hoàn toàn (ảnh 1D).



Hình 1. Diễn biến vùng tổn thương trong quá trình điều trị bệnh nhân Phạm Xuân L., 61 tuổi.

Tổn thương trước điều trị (A), kết quả điều trị ở tuần thứ 2 (B), khỏi gần hoàn toàn ở tuần điều trị thứ 4 (C), vùng tổn thương khỏi hoàn toàn ở tuần thứ 6 (D).

Đến nay, sau 2 năm điều trị, vùng da ổn định hoàn toàn, bề mặt vùng da lành có sự thay đổi màu sắc da theo hướng giảm sắc tố, bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng như ngứa, dị cảm... (hình 2B). So sánh với hình ảnh trước điều trị do bệnh

nhân cung cấp, chúng tôi nghi ngờ tổn thương là độ III nông theo cách phân độ của Lê Thế Trung, có thể do bệnh nhân để hở làm cho bề mặt vết thương hơi khô (hình 2A).



Hình 2. Tổn thương bỏng trước khi nhiễm bệnh và kết quả theo dõi xa bệnh nhân Phạm Xuân L., 61 tuổi.

Vùng tổn thương bỏng trước nhiễm bệnh (A), Kết quả điều trị theo dõi sau 2 năm (B), bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng như ngứa, dị cảm.

2.2. Bệnh nhân số 2

Bệnh nhân Chảo Quầy Ng., 48 tuổi, người dân tộc Dao trú tại Sơn Bình, Tam Đường, Lai Châu. Nghề nghiệp là nông dân, lao động tại địa phương.

Theo lời bệnh nhân, tổn thương xuất hiện sau khi bị rễ cây đâm vào da trong lúc lao động. Sau đó, vết thương không khỏi và có xu hướng lan rộng nhưng rất chậm, bệnh nhân không nhớ rõ thời điểm bị vết thương.

Các triệu chứng toàn thân không xác định bất thường nào, các cơ quan thăm khám lâm sàng đều có các thông số trong giới hạn bình thường, không thấy hạch bẹn mặc dù thời gian mang bệnh khá lâu.

Xét huyết học và sinh hóa máu thường quy trong giới hạn bình thường.

Chúng tôi sinh thiết mô để xác định giải phẫu bệnh, kết quả có tình trạng viêm mạn tính, rải rác các micro áp xe, không có tình trạng nhân quai và nhân chia nên loại trừ ung thư da.

Đối chiếu hình ảnh lâm sàng với các ảnh mẫu về bệnh nấm sâu, thấy hình ảnh tương tự tổn thương nấm dưới da thể sùi (hình 4). Các yếu tố dịch tễ, đặc điểm lâm sàng và tiến triển bệnh phù hợp với chẩn đoán bệnh nấm sâu dưới da - chromoblastomycosis.

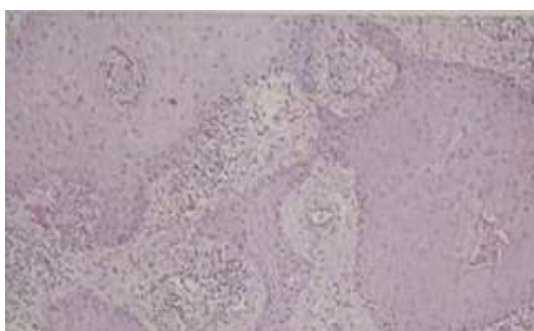
Bệnh nhân được điều intraconazole 400mg/ ngày và ủ ấm. Kết quả, theo dõi thấy có tiến triển tốt trên lâm sàng. Sau một tháng điều trị, tình trạng sùi - loét đã giảm, tiếp tục duy trì thuốc theo phác đồ khuyến cáo.



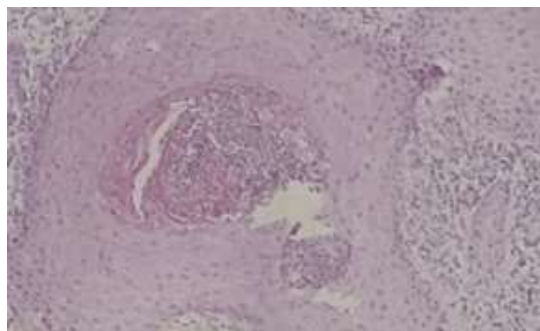
A



B



C



D



E



F

Hình 3. Đặc điểm vùng tổn thương nhiễm nấm về lâm sàng, hình thái cấu trúc mô và kết quả điều trị trong 1 tháng bệnh nhân Chảo Quầy Ng., 48 tuổi.

Vùng tổn thương trước điều trị là tăng sản biểu bì, các sùi dạng hạt cơm thể mỏng có bờ mép và xu hướng lan ra xung quanh (hình 3A, B). Kết quả xét nghiệm hình thái cấu trúc mô trên tiêu bản nhuộm HE thấy có phản ứng viêm mạn tính với hình ảnh u hạt và các ổ mủ nhỏ (hình 3 C, D). Sau 1 tháng điều trị với intraconazole theo phác đồ khuyến cáo, vùng tổn thương tiến triển thuận lợi, tổn thương sạch, không còn hình ảnh đặc trưng của nhiễm nấm chromoblastomycosis, có dấu hiệu của tái biểu mô hóa. (hình 3E, F).

3. BÀN LUẬN

Nhiễm nấm sâu dưới da - chromoblastomycosis hay gặp ở khu vực nhiệt đới, xuất hiện sau vết thương da. Bệnh nhân thường sống ở nông thôn và có liên quan nhiều đến nghề làm nông nghiệp. Tổn thương có thể gặp ở bất cứ vùng nào của cơ thể, nhưng do cơ chế nhiễm bệnh là thường xuyên tiếp xúc với mầm bệnh trong đất hay cây mục nên vị trí tổn thương hay gặp nhất cũng là ở chi dưới [1].

Với bệnh nhân thứ nhất, chúng tôi tra cứu lại ảnh tổn thương bỏng do bệnh nhân gửi cho nhóm nghiên cứu, chúng tôi xác nhận tổn thương là độ III, có thể do bệnh nhân để hở tổn thương làm cho bề mặt vết thương hơi khô (hình 2A). Rất có thể do để hở hoặc tự điều trị trong điều kiện không sạch đã dẫn đến tình trạng nhiễm nấm. Đây là một trong những lưu ý khi dân gian có nhiều cách tự chữa, hoặc bôi đắp lá cây

theo truyền miệng để điều trị vết bỏng vốn khá phổ biến trong nhân dân. Bệnh nhân thứ hai, hoàn cảnh và điều kiện sống cũng như cơ chế nhiễm hoàn toàn phù hợp với y văn. Bệnh nhân người dân tộc sống ở vùng cao, trong quá trình lao động bị tổn thương da do sang chấn với cành cây khô trong đất, vết thương sau đó không lành và xuất hiện tình trạng sùi lan rộng dần, khá chậm.

Bệnh có nhiều thể lâm sàng, ban đầu có thể là các cục (nodule), đó là các nốt hồng hoặc hơi tím, gồ cao và khá mềm. Bề mặt nhẵn, hoặc có ít vảy hoặc nhú, có thể phát triển thành tổn thương dạng khối u lớn hơn gọi là thể u. Thể u có tổn thương là các u lớn, có vảy, thường xuất hiện ở bàn chân và 1/3 dưới cẳng chân. U có xu hướng lan rộng và phát triển giống súp lơ, đây là hình ảnh mà trên lâm sàng hay nghĩ tới ung thư da [8]. Người ta cũng gặp thể sùi, đó là tổn thương giống hạt cơm thông

thường, bề mặt dày sừng và thường phát triển dọc theo bờ của bàn chân. Phổ biến nhất là thể mảng, tổn thương là mảng màu

đỏ tím và có vảy. Ngoài ra, có thể gặp thể sẹo với hình ảnh vòng cung với hiện tượng lành sẹo ở trung tâm.



A



B

Hình 4. Hình ảnh tổn thương nấm trong y văn. Tổn thương Chromoblastomycosis thể mảng ở 1/3 dưới cẳng chân trên bệnh nhân nam 67 tuổi (A), thể sùi ở 1/3 dưới cẳng chân ở bệnh nhân nam 56 tuổi, nghề nghiệp nông dân (B) [4].

Từ các hình ảnh và đặc điểm trên, ca bệnh đầu tiên của chúng tôi được phát hiện sớm, hình ảnh tổn thương dù chưa rõ rệt nhưng đã có nét tương đồng với thể cục. Nhưng ca bệnh thứ 2 thì đã thấy rõ là thể mảng khá điển hình, do thời gian lâu nên lan rộng và dần tiến sang thể sùi.

Mức độ bệnh nấm dưới da được phân chia, gồm: Mức độ nhẹ, là tổn thương đơn độc, có đường kính dưới 5 cm. Mức độ trung bình, tổn thương đơn độc hoặc nhiều khối u, dạng sùi hoặc mảng, đường kính dưới 5 - 15cm, có thể phân bố ở một hoặc hai vị trí giải phẫu gần nhau trên cơ thể. Mức độ nặng, đó là nhiều tổn thương lan tỏa ở các vị trí gần hoặc xa nhau trên cơ thể, đáp ứng rất kém với điều trị, thậm chí là kháng trị. Đối chiếu với phân độ này, ca bệnh số 1 thuộc độ nhẹ hoặc trung bình. Tuy nhiên, do phát hiện rất sớm nên có thể được coi là mức độ nhẹ, khả năng dễ điều trị. Ca bệnh thứ 2, thuộc mức độ trung bình, dù chỉ ở một vùng cơ thể nhưng bị

khá lâu và đã tiến triển dạng sùi loét nên chúng tôi vẫn đánh giá là mức độ trung bình - nặng và tiên lượng điều trị khó hơn.

Về hình thái mô, có thể thấy phản ứng u hạt gồm các tế bào lympho, mô bào, tế bào dạng biểu mô và tế bào Langhans. Chromoblastomycosis thường gây ra phản ứng tăng sản biểu bì sâu có thể bắt chước ung thư biểu mô tế bào vảy. Có phản ứng mưng mủ và u hạt ở lớp hạ bì, có thể nhiều bạch cầu ái toan [3], [7]. Các giai đoạn sau thường cho thấy tình trạng xơ hóa biểu bì đáng kể [3]. Trong mẫu mô sinh thiết xác định hình thái mô bệnh nhân số 2, chúng tôi cũng thấy rõ một số đặc điểm này (hình 3C, D).

Để hỗ trợ chẩn đoán lâm sàng, một số xét nghiệm cũng được áp dụng, bao gồm: Soi tươi, nuôi cấy nấm trên môi trường thạch Sabouraud có thêm cycloheximide, có thể dùng PCR đối với ribosomal DNA của *Fonsecaea* spp và chuỗi oligonucleotide

của *C. Carrionii* nhưng ít được tiến hành [3]. Thế giới đang tạo ra nhiều công cụ chẩn đoán bệnh da dựa trên lý thuyết học sâu (deep learning, máy học (learning machine) để hỗ trợ thầy thuốc sàng lọc bệnh lý da [9]. Trong báo cáo này, chúng tôi có sử dụng phần mềm ứng dụng trí tuệ nhân tạo BellePro trong chẩn đoán bệnh da của công ty Bells Torus. Cách thức gợi ý chẩn đoán của phần mềm dựa trên lý thuyết học sâu - deep learning [6]. Dù không có vai trò quyết định trong chẩn đoán, nhưng từ gợi ý đó, chúng tôi tìm kiếm trong y văn các hình ảnh đã công bố để so sánh với hình ảnh thực tế của bệnh nhân.

Kết quả điều trị, y văn nêu, bệnh điều trị khỏi đối với giai đoạn sớm, tổn thương nhỏ. Ca bệnh thứ nhất của chúng tôi được điều trị thành công, chúng tôi theo dõi xa và thấy không có biến chứng hoặc di chứng.

Ca bệnh thứ hai, nặng hơn, chúng tôi đã kết hợp thuốc chống nấm kết hợp với liệu pháp nhiệt (ủ ấm), kết quả là tiến triển khá thuận lợi, hình ảnh lâm sàng thay đổi rõ rệt. Do điều trị lâu dài nên bệnh nhân xin điều trị ngoại trú dưới hướng dẫn dùng thuốc và theo dõi, chúng tôi đã chuyển bệnh nhân về tuyến chuyên khoa da liễu. Kết quả này cũng là gợi ý việc ứng dụng thường xuyên app cho việc sàng lọc và định hướng chẩn đoán bệnh da.

Mức độ thành công trong điều trị phụ thuộc nhiều vào mức độ bệnh và sự tuân thủ phác đồ. Đã có nhiều nghiên cứu kết hợp thuốc với các kỹ thuật khác nhau. Năm 2009, Ranawaka và cộng sự công bố kết quả điều trị cho 3 bệnh nhân bằng thuốc itraconazole kết hợp áp nito lỏng cho thấy kết quả khả quan [5]. Các thuốc khác cũng

được khuyến cáo áp dụng là Terbinafine, thuốc vừa có vai trò chống nấm vừa chống xơ hóa. Thuốc Posaconazole là lựa chọn rất tốt bởi hiệu quả cao và dung nạp tốt dù giá thành cao. Thuốc 5-fluorocytosine (5-FC) dạng uống được khuyến cáo sử dụng nhưng hiệu quả của thuốc vẫn còn chưa được các nghiên cứu thống nhất với nhau.

Người ta không khuyến cáo tiến hành phẫu thuật, bởi phẫu thuật có thể làm tổn thương lan rộng hơn. Thay vào đó, phương pháp nhiệt, gồm áp lạnh hoặc ủ ấm được khuyến cáo đơn độc hoặc kết hợp thuốc chống nấm. Trong hai bệnh nhân của báo cáo này, chúng tôi sử dụng thuốc bôi, uống hoặc kết hợp ủ ấm đã cho kết quả khả quan, mặc dù ban đầu bệnh nhân được giới thiệu đến Trung tâm Liền vết thương với mục đích phẫu thuật.

4. KẾT LUẬN

Nhiễm nấm sâu dưới da được biết từ khá lâu nhưng vẫn là một thách thức chẩn đoán do hiếm gặp và dễ bị nhầm với các bệnh da khác, nhất là với các thầy thuốc chưa gặp lần nào.

Việc điều trị chủ yếu là dùng thuốc chống nấm itraconazole đơn độc hoặc kết hợp với phương pháp nhiệt. Tránh sử dụng phẫu thuật vì làm lan rộng tổn thương, đây là một chú ý rất được phổ biến, bởi tổn thương có hình ảnh u, loét... nếu không có kinh nghiệm về bệnh da nhiễm nấm, dễ dẫn đến chỉ định phẫu thuật không phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Krzysciak P.M., Pindycka-Piaszczynska M., and Piaszczynski M. (2014). Chromoblastomycosis. *Postepy Dermatol Alergol*, 31, 310-21.

2. Nguyễn Văn Thường, (2019). Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu, tập 1, Nhà xuất bản Y học.
3. Bệnh nấm chromoblastomycosis, <https://dermnetnz.org/topics/chromoblastomycosis>
4. Bệnh nấm sâu chromoblastomycosis (Bệnh viện Da liễu Trung ương). <https://dalieu.vn/chromoblastomycosis-d3270.html>
5. Ranawaka R.R., Amarasinghe N., and Hewage D. (2009). Chromoblastomycosis: combined treatment with pulsed itraconazole therapy and liquid nitrogen cryotherapy. *Int J Dermatol*, 48, 397-400.
6. <https://apps.apple.com/vn/app/bellepro/id1615008664?l=vi>
7. Shenoy MM, Girisha BS, Krishna S. Chromoblastomycosis: A Case Series and Literature Review. *Indian Dermatol Online J*. 2023 Sep-Oct;14(5):665-669
8. Mohanty P, Vivekanandh K, Mohapatra L, Dash G. Squamous cell carcinoma in long-standing chromoblastomycosis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2017 May-Jun;83(3):363-365.
9. Syed Inthiyaz, Baraa Riyadh Altahan et al. Skin disease detection using deep learning. *Advances in Engineering Software*, Volume 175, January 2023.