

đến tái phát như: độ biệt hóa tế bào, HE4, số lượng tiểu cầu, tình trạng di căn hạch, di căn phúc mạc [2-5].

Hạn chế của NC: là thiết kế hồi cứu nên không tránh khỏi một số sai lầm do ghi chép. Hơn nữa, mỗi dạng mô học của UTBMBT có đặc điểm sinh học và đáp ứng điều trị khác nhau, nhưng chưa được phân tích riêng biệt trong nghiên cứu này.

Tính ứng dụng của NC: xác định tỉ lệ tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát giúp củng cố cơ sở khoa học cho việc phân tầng nguy cơ tái phát, xây dựng chiến lược điều trị và theo dõi cá thể hóa cho từng bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tái phát chung của UTBMBT tại bệnh viện Từ Dũ là 32,8%. Ung thư giai đoạn tiến xa và tổng số chu kỳ hóa trị > 6 là những yếu tố làm tăng nguy cơ tái phát. Cần có chiến lược điều trị và theo dõi đối với người bệnh có các yếu tố nguy cơ cao để phát hiện tái phát sớm và điều trị hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Torre LA, Trabert B, DeSantis CE, Miller KD, Samimi G, Runowicz CD, et al. Ovarian cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(4):284-96. doi: 10.3322/caac.21456.
2. Tang X, He J, Huang Q, Chen Y, Chen K, Liu J, et al. Development and validation of a nomogram to predict recurrence in epithelial ovarian cancer using complete blood count and lipid profiles. *Front Oncol*. 2025;15:1525867. doi: 10.3389/fonc.2025.1525867.

3. Zhou L, Hong H, Chu F, Chen X, Wang C. Predicting the Recurrence of Ovarian Cancer Based on Machine Learning. *Cancer Manag Res*. 2024;16:1375-87. doi: 10.2147/cmar.S482837.
4. Yang LR, Yang M, Chen LL, Shen YL, He Y, Meng ZT, et al. Machine learning for epithelial ovarian cancer platinum resistance recurrence identification using routine clinical data. *Front Oncol*. 2024;14: 1457294. doi: 10.3389/fonc.2024.1457294.
5. Yang J, Ma J, Jin Y, Cheng S, Huang S, Zhang N, et al. Development and validation for prognostic nomogram of epithelial ovarian cancer recurrence based on circulating tumor cells and epithelial-mesenchymal transition. *Sci Rep*. 2021;11(1): 6540. doi: 10.1038/s41598-021-86122-4.
6. Wu Y, Gao Y, Chen L, Jin X, Chen P, Mo Q. Prognostic implications of tumour-infiltrating lymphocytes for recurrence in epithelial ovarian cancer. *Clin Exp Immunol*. 2021;206(1):36-46. doi: 10.1111/cei.13639.
7. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer*. 2009;45(2): 228-47. doi: 10.1016/j.ejca.2008.10.026.
8. You B, Sehgal V, Hosmane B, Huang X, Ansell PJ, Dinh MH, et al. CA-125 KELIM as a Potential Complementary Tool for Predicting Veliparib Benefit: An Exploratory Analysis From the VELIA/GOG-3005 Study. *J Clin Oncol*. 2023;41(1):107-16. doi: 10.1200/jco.22.00430.
9. Ozga M, Aghajanian C, Myers-Virtue S, McDonnell G, Jhanwar S, Hichenberg S, et al. A systematic review of ovarian cancer and fear of recurrence. *Palliat Support Care*. 2015;13(6): 1771-80. doi: 10.1017/s1478951515000127.

ỨNG DỤNG CHỈ SỐ VIÊM LIÊN QUAN ĐẾN NEUTROPHIL ĐỂ ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG VIÊM TRÊN BỆNH NHÂN MÀY ĐAY MẠN TÍNH

Phạm Vũ Hạnh Dung¹, Văn Thế Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa neutrophil-lymphocyte ratio (NLR) và eosinophil-neutrophil ratio (ENR) với các yếu tố dịch tễ, lâm sàng ở bệnh nhân mày đay mạn tính (MĐMT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân MĐMT, so sánh với 60 bệnh nhân mày đay cấp (MĐC) và 60 người khỏe mạnh (NKM) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 10/2024 đến tháng 07/2025. MĐMT được chẩn đoán

theo tiêu chuẩn EAACI/GA²LEN/EDF/WAO (triệu chứng sẩn phù hoặc phù mạch kéo dài ≥6 tuần). NLR và ENR được tính từ công thức máu ngoại vi. Mann-Whitney U test được sử dụng để so sánh giữa các nhóm, và hệ số tương quan Spearman đánh giá mối liên hệ giữa chỉ số viêm với mức độ hoạt động bệnh (thang điểm Urticaria Activity Score 4 – UAS4). **Kết quả:** Ba nhóm nghiên cứu (MĐMT, MĐC, NKM) tương đồng về tuổi và giới. ENR ở nhóm MĐMT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm MĐC ($p < 0,05$), trong khi NLR không khác biệt giữa ba nhóm. Không ghi nhận sự khác biệt đáng kể của NLR và ENR theo tuổi hoặc giới tính trong từng nhóm. Trong nhóm MĐMT, thang điểm UAS4 có tương quan thuận với NLR ($r = 0,5008$; $p = 0,0000$) và tương quan nghịch với ENR ($r = -0,4400$; $p = 0,0004$). **Kết luận:** ENR tăng cao ở bệnh nhân MĐMT so với MĐC, gợi ý vai trò của viêm type 2 trong bệnh sinh. NLR không khác biệt giữa hai nhóm,

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Văn Thế Trung
Email: trungvan@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025
Ngày duyệt bài: 27.8.2025

nhưng tăng theo mức độ nặng. Việc kết hợp sử dụng hai chỉ số này có thể hỗ trợ đánh giá mức độ hoạt động bệnh và định hướng theo dõi diễn tiến trong thực hành da liễu.

Từ khoá: Mày đay, chỉ số viêm, NLR, ENR.

SUMMARY

APPLICATION OF NEUTROPHIL-RELATED INFLAMMATORY INDICES TO ASSESS INFLAMMATION IN PATIENTS WITH CHRONIC URTICARIA

Objective: To investigate the association between neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) and eosinophil-to-neutrophil ratio (ENR) with epidemiological and clinical factors in patients with chronic urticaria (CU). **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 60 CU patients, compared with 60 patients with acute urticaria (AU) and 60 healthy controls (HC) at the University Medical Center Ho Chi Minh City from October 2024 to July 2025. CU was diagnosed according to the EAACI/GA²LEN/EDF/WAO criteria (presence of wheals and/or angioedema lasting ≥ 6 weeks). NLR and ENR were calculated from peripheral blood counts. The Mann-Whitney U test was used for between-group comparisons, and Spearman's correlation coefficient was applied to assess the association between inflammatory indices and disease activity (Urticaria Activity Score 4 – UAS4). **Results:** The three groups (CU, AU, HC) were comparable in terms of age and sex. ENR was significantly higher in the CU group than in the AU group ($p < 0,05$), while NLR showed no significant difference among the three groups. No significant variation in NLR or ENR was observed by age or sex within each group. In the CU group, UAS4 score was positively correlated with NLR ($r = 0,5008$; $p = 0,0000$) and negatively correlated with ENR ($r = -0,4400$; $p = 0,0004$). **Conclusions:** ENR was significantly elevated in CU patients compared to those with AU, suggesting a possible role of type 2 inflammation in pathogenesis. Although NLR did not differ between groups, it increased with disease severity. Combining both markers may assist in evaluating disease activity and guiding clinical monitoring in dermatologic practice. **Keywords:** Urticaria, Inflammatory marker, NLR, ENR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay mạn tính (MĐMT) là một bệnh lý da phổ biến, đặc trưng bởi các đợt tái phát của sẩn phù hoặc phù mạch kéo dài trên 6 tuần, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống của bệnh nhân.¹ Trong đó, thể mày đay tự phát mạn tính là chủ yếu, với cơ chế bệnh sinh phức tạp liên quan đến sự hoạt hóa tế bào mast, bạch cầu ái toan (eosinophil) và các yếu tố viêm type 2 như interleukin-5 (IL-5), immunoglobulin E (IgE) và eosinophil cationic protein (ECP).^{1,2} Bên cạnh đó, các nghiên cứu gần đây còn cho thấy vai trò điều hòa miễn dịch của bạch cầu trung tính (neutrophil) trong MĐMT, đặc biệt trong các

trường hợp nặng hoặc kháng trị.³

Việc đánh giá tình trạng viêm toàn thân thông qua công thức máu là phương pháp đơn giản, sẵn có trong thực hành. Tuy nhiên, số lượng tuyệt đối của từng loại bạch cầu có thể dao động đáng kể do nhiều yếu tố không đặc hiệu như stress cấp tính, nhiễm trùng tiềm ẩn, chu kỳ kinh nguyệt, thuốc (như corticosteroid, kháng sinh) hoặc bệnh lý mạn tính kèm theo không liên quan đến cơ chế miễn dịch type 2.^{2,3} Điều này khiến việc diễn giải giá trị tuyệt đối thiếu ổn định và hạn chế trong ứng dụng thực tế.

Trong bối cảnh đó, các chỉ số tỷ lệ như neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) và eosinophil-to-neutrophil ratio (ENR) được đề xuất như những dấu ấn viêm hệ thống mới, giúp điều chỉnh các biến thiên không đặc hiệu thông qua so sánh nội tại giữa các dòng tế bào bạch cầu. Các chỉ số này đã được nghiên cứu trong nhiều bệnh lý viêm mạn tính, tự miễn và dị ứng⁴, tuy nhiên, mối liên quan cụ thể giữa NLR, ENR và đặc điểm lâm sàng của MĐMT vẫn chưa được làm rõ.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá giá trị của NLR và ENR trong phân biệt mày đay mạn tính với mày đay cấp và người khỏe mạnh, đồng thời khảo sát mối liên quan với mức độ hoạt động bệnh, góp phần xác định tiềm năng ứng dụng lâm sàng của các chỉ số này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả có nhóm chứng.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân mày đay khám tại Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 7 năm 2025, tuổi từ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được chia thành ba nhóm: nhóm mày đay mạn tính (nhóm nghiên cứu), nhóm người khỏe mạnh và nhóm mày đay cấp (nhóm đối chứng).

Tiêu chuẩn chọn vào: Nhóm mày đay mạn tính (MĐMT): bệnh nhân được chẩn đoán mày đay mạn tính dựa theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Dị ứng và Miễn dịch lâm sàng châu Âu (EAACI/GA²LEN/EDF/WAO).¹ Các tiêu chuẩn này bao gồm:

- Triệu chứng sẩn phù và/hoặc phù mạch: các triệu chứng này xuất hiện hàng ngày và gần như hàng ngày, kéo dài ít nhất 6 tuần liên tục.

- Loại trừ các chẩn đoán phân biệt khác: Quá trình này bao gồm việc đánh giá lâm sàng kỹ lưỡng và các xét nghiệm cần thiết để loại trừ mày đay cấp tính, các nguyên nhân thứ phát của mày đay (như mày đay do viêm mạch, mày đay do các bệnh hệ thống tiềm ẩn), hoặc các tình trạng da khác có biểu hiện tương tự.

• Mức độ hoạt động bệnh trong mày đay mạn tính được đánh giá bằng thang điểm Urticaria Activity Score 4 (UAS4) theo EAACI/GA²LEN/EDF/WAO trong 4 ngày gần nhất kể từ ngày đầu tiên gặp bệnh nhân. Sau đó tính tổng điểm và phân loại: bệnh nhẹ (1-8 điểm); trung bình (9-15 điểm) và nặng (16-24 điểm).

Nhóm mày đay cấp (MĐC): gồm những bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng nổi sẩn mẩn phù, phù mạch, từng đợt trong ngày, có thời gian mắc bệnh dưới 6 tuần.

Nhóm người khỏe mạnh (NKM): gồm những người khỏe mạnh, không có tiền sử mắc MĐMT và không mắc bệnh MĐC, các bệnh dị ứng, bệnh lý viêm nhiễm, không sử dụng thuốc corticoid toàn thân, không sử dụng thuốc ức chế miễn dịch trong vòng 4 tuần trước thời điểm lấy máu xét nghiệm.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có bệnh lý viêm hệ thống khác, nhiễm trùng cấp tính, bệnh ác tính, hoặc đang sử dụng corticoid toàn thân, thuốc ức chế miễn dịch trong vòng 4 tuần trước thời điểm lấy máu xét nghiệm.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

2.3.1. Thu thập thông tin dịch tễ và lâm sàng: Nhóm MĐMT được thu thập dữ liệu về tuổi, giới, điểm số hoạt động mày đay trong 4 ngày gần nhất (UAS4). Nhóm MĐC, NKM được thu thập dữ liệu về tuổi, giới.

2.3.2. Xét nghiệm máu: Mỗi người tham gia nghiên cứu được lấy 2ml máu tĩnh mạch cho vào ống nghiệm chứa chất chống đông EDTA, thực hiện xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng máy đếm tự động. Ghi nhận số lượng tuyệt đối Neutrophil, Eosinophil và Lymphocyte và tính tỷ lệ NLR (= Số lượng Neutrophil / Số lượng Lymphocyte) và tỷ lệ ENR

Bảng 1. So sánh các chỉ số giữa ba nhóm

Chỉ số	MĐMT N=60	MĐC N=60	NKM N=60	p
Neutrophil (G/L, trung vị [q1-q3])	4,19 [3,50-5,22]	4,19 [3,26-5,47]	3,86 [3,18-5,01]	0,477
Lymphocyte (G/L, trung vị [q1-q3])	2,46 [2,01-3,05]	2,39 [1,87-2,93]	2,16 [1,77-2,67]	0,039
Eosinophil (G/L, trung vị [q1-q3])	0,15 [0,10-0,25]	0,10 [0,05-0,18]	0,12 [0,10-0,20]	0,001
NLR (trung vị [q1-q3])	1,66 (1,28-2,25)	1,73 (1,38-2,30)	1,83 (1,45-2,58)	0,582
ENR (trung vị [q1-q3])	0,032[0,023-0,068]	0,020[0,012-0,043]	0,032[0,023-0,047]	0,002

Nhận xét: Giá trị tuyệt đối của Lymphocyte, Eosinophil và giá trị ENR khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm (Kruskal-Wallis test; q1: khoảng tứ phân vị 25% và q3: khoảng tứ phân vị 75%).

Bảng 2. So sánh giữa các cặp nhóm từng chỉ số

So sánh cặp nhóm	ENR p-value	Lymphocyte p-value	Eosinophil p-value
------------------	-------------	--------------------	--------------------

(= Số lượng Eosinophil/Số lượng Neutrophil)

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Dữ liệu định lượng được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị, khoảng tứ phân vị tùy theo phân phối. Các phép kiểm được lựa chọn phù hợp với loại dữ liệu.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức Trường ĐHYD TP.HCM (số 3033/ĐHYD-HĐĐĐ)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu bao gồm 180 đối tượng, được chia thành ba nhóm: 60 bệnh nhân mày đay mạn tính (MĐMT), 60 bệnh nhân mày đay cấp (MĐC) và 60 người khỏe mạnh (NKM). Tuổi trung vị lần lượt là 32, 31 và 32 tuổi; không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi và giới tính giữa ba nhóm ($p > 0,05$). Ở nhóm MĐMT, điểm số (UAS4) được sử dụng để phân tầng mức độ hoạt động bệnh.

Phân tích các yếu tố nền cho thấy chỉ số neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) và eosinophil-to-neutrophil ratio (ENR) không bị ảnh hưởng đáng kể bởi độ tuổi hoặc giới tính trong bất kỳ nhóm nào ($p > 0,05$). Do đó, các phân tích so sánh tiếp theo được tiến hành mà không cần điều chỉnh theo hai yếu tố này.

Sau khi loại trừ ảnh hưởng của tuổi và giới tính, chúng tôi tiến hành so sánh chỉ số NLR và ENR giữa ba nhóm nghiên cứu gồm mày đay mạn tính, mày đay cấp và người khỏe mạnh. Kết quả trình bày trong Bảng 2 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số ENR giữa các nhóm, trong khi NLR không có sự khác biệt đáng kể.

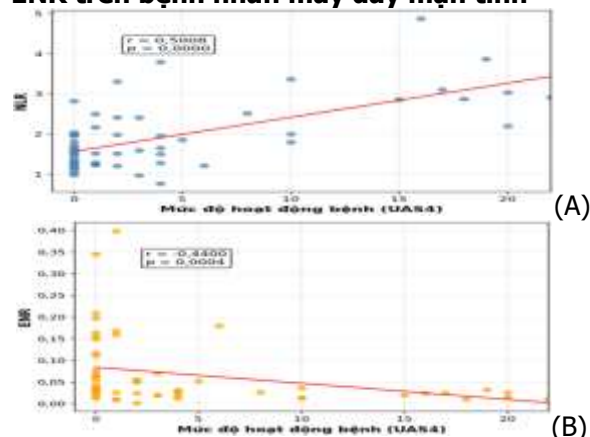
3.2. So sánh chỉ số bạch cầu giữa các nhóm và đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân mày đay

MĐMT vs MĐC	0,004	0,960	<0,001
MĐMT vs NKM	1,000	0,035	0,666
MĐC vs NKM	0,013	0,378	0,038

Nhận xét: Hậu kiểm Dunn cho thấy giá trị ENR và giá trị tuyệt đối Eosinophil khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa nhóm mày đay mạn tính và mày đay cấp; giữa mày đay cấp và người khỏe mạnh. Giá trị tuyệt đối Lymphocyte chỉ khác biệt giữa nhóm mày đay mạn tính và

người khỏe mạnh.

3.3. Môi trường quan giữa mức độ hoạt động bệnh (theo UAS4) với giá trị NLR, ENR trên bệnh nhân mày đay mạn tính



Biểu đồ 1: (A) Môi trường quan giữa mức độ hoạt động bệnh (UAS4) với giá trị NLR. (B) Môi trường quan giữa mức độ hoạt động bệnh (UAS4) với giá trị ENR ở bệnh nhân MĐMT

Nhận xét: Mức độ hoạt động bệnh (UAS4) có tương quan thuận với chỉ số NLR ($r = 0,5008$; $p = 0,0000$) và tương quan nghịch với ENR ($r = -0,4400$; $p = 0,0004$; Spearman correlation)

Bảng 3: Môi liên quan giữa phân tầng mức độ hoạt động bệnh (theo UAS4) với chỉ số viêm NLR, ENR

Mức độ hoạt động bệnh (UAS4)	Nhẹ - Trung bình (n=53)	Nặng (n=7)	p
NLR Trung vị [q1-q3]	1,58 [1,28-1,98]	3,03 [2,89-3,49]	0,0001
ENR Trung vị [q1-q3]	0,036 [0,025-0,077]	0,023 [0,013-0,025]	0,0146

Nhận xét: Sự khác biệt về giá trị NLR và ENR giữa hai nhóm nhẹ - trung bình và nhóm nặng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). (Mann-Whitney U test; q1: khoảng tứ phân vị 25% và q3: khoảng tứ phân vị 75%)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này khảo sát mối liên quan giữa các chỉ số viêm từ máu ngoại vi (NLR, ENR) với đặc điểm lâm sàng của mày đay mạn tính (MĐMT), đồng thời so sánh với nhóm mày đay cấp tính (MĐC) và người khỏe mạnh (NKM). Kết quả cho thấy chỉ số ENR tăng có ý nghĩa ở nhóm MĐMT so với MĐC (bảng 1, bảng 2), trong khi NLR không khác biệt rõ giữa các nhóm. Khi phân tầng theo mức độ hoạt động bệnh (UAS4), NLR tăng dần theo độ nặng, còn ENR lại giảm (bảng 3, biểu đồ 1).

Một ưu điểm của việc sử dụng các chỉ số tỷ lệ như NLR và ENR là giúp giảm thiểu ảnh hưởng của các biến thiên không đặc hiệu (như stress, chu kỳ sinh học, nhiễm trùng nhẹ hoặc thuốc dùng gần đây) so với các giá trị tuyệt đối. Các tỷ lệ này phản ánh sự thay đổi tương quan giữa các dòng tế bào miễn dịch hơn là sự biến động riêng lẻ. Trong đó, NLR cho thấy ưu thế tương đối của phản ứng viêm không đặc hiệu (neutrophil) so với miễn dịch thích nghi (lymphocyte), còn ENR đại diện cho vai trò của viêm type 2 thông qua eosinophil.^{2,4}

ENR tăng ở nhóm MĐMT so với MĐC phản ánh sự tham gia của viêm type 2 trong bệnh sinh mày đay mạn tính. Eosinophil tham gia vào phản ứng viêm này thông qua interleukin-5, eosinophil cationic protein (ECP) và các trung gian hoạt hóa tế bào mast.² Dữ liệu bảng 1 cho thấy eosinophil có xu hướng cao hơn ở nhóm MĐMT (0,15 G/L) so với NKM (0,12 G/L), nhưng vẫn nằm trong giới hạn bình thường và có IQR khá rộng (0,10–0,25), làm giảm giá trị ứng dụng lâm sàng nếu chỉ dựa vào eosinophil tuyệt đối. Trong khi đó, ENR – một tỷ lệ phản ánh đồng thời sự tăng của eosinophil và nền neutrophil – có sự khác biệt rõ giữa MĐMT và MĐC, cho thấy đây là một chỉ số nhạy hơn trong đánh giá viêm type 2 mạn tính.

Ngược lại, ở nhóm MĐC, ENR thấp rõ rệt do số lượng eosinophil thấp và neutrophil cao hơn. Điều này phù hợp với đặc điểm viêm cấp tính không đặc hiệu. Dữ liệu hậu kiểm Dunn xác nhận ENR phân biệt được MĐMT với MĐC ($p = 0,004$), nhưng không phân biệt rõ giữa MĐMT và NKM ($p = 1,000$). Mặc dù ENR trung vị ở nhóm MĐMT và NKM tương đương nhau (0,032), dữ liệu bảng 1 cho thấy eosinophil và neutrophil tuyệt đối ở nhóm MĐMT đều cao hơn so với NKM (0,15 so với 0,12 G/L; 4,19 so với 3,86 G/L), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Việc tăng nhẹ cả eosinophil và neutrophil có thể phản ánh sự phối hợp của viêm type 2 và viêm không đặc hiệu trong cơ chế bệnh sinh của mày đay mạn tính. Sự hoạt hóa kéo dài của tế bào mast có thể dẫn đến huy động cả eosinophil và neutrophil thông qua các chemokine như IL-5, IL-8 và GM-CSF.^{1,2} Chính sự gia tăng song song này khiến tỷ lệ ENR giữa hai nhóm không có sự khác biệt rõ ràng.

Chỉ số NLR không khác biệt giữa ba nhóm (bảng 1), nhưng tăng rõ ở nhóm MĐMT nặng (bảng 3), phù hợp với các nghiên cứu trước đó.^{5,6} Điều này cho thấy NLR không phù hợp để chẩn đoán phân biệt giữa các nhóm bệnh, nhưng có giá trị trong phân tầng mức độ hoạt động bệnh.

ENR lại có xu hướng giảm ở nhóm bệnh

nhân MDMT nặng. Hiện tượng này có thể lý giải bằng việc huy động eosinophil vào mô tổn thương ở pha bệnh nặng (hiện tượng “tiêu hao ngoại vi”), kết hợp với tăng nhẹ neutrophil, làm giảm ENR tổng thể, phù hợp với nghiên cứu trước đó.⁷ Hiện tượng này cũng từng được ghi nhận ở các bệnh viêm type 2 khác như viêm da cơ địa hoặc hen phế quản.^{4,8}

Xét về tính ứng dụng, ENR có thể hỗ trợ phân biệt mày đay mạn tính với mày đay cấp trong các trường hợp chẩn đoán chưa rõ ràng về thời điểm khởi phát. NLR có thể góp phần định hướng phân tầng mức độ hoạt động bệnh. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng cả hai chỉ số này nên được sử dụng kết hợp với lâm sàng và các yếu tố nền để có đánh giá chính xác.

Nghiên cứu vẫn còn những hạn chế: thiết kế cắt ngang, không có nhóm bệnh nhân kháng trị, chưa đánh giá được giá trị ngưỡng cắt cụ thể. Các yếu tố như nhiễm ký sinh trùng tiềm ẩn, dị ứng không rõ triệu chứng vẫn có thể ảnh hưởng đến kết quả ENR trong nhóm NKM.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy chỉ số ENR tăng có ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân mày đay mạn tính so với mày đay cấp, phản ánh vai trò nổi bật của viêm type 2 trong cơ chế bệnh sinh. NLR không khác biệt giữa các nhóm bệnh và chứng, nhưng tăng theo mức độ hoạt động bệnh, cho thấy giá trị trong phân tầng lâm sàng, đặc biệt ở bệnh nhân nặng. Kết quả này cho thấy NLR và ENR có thể được ứng dụng như công cụ hỗ trợ bước đầu trong phân biệt thể bệnh và đánh giá mức độ hoạt động của mày đay mạn tính, từ dữ liệu xét nghiệm công thức máu thường quy. Nghiên cứu thêm với cỡ

mẫu lớn hơn và nhóm bệnh đa dạng hơn là cần thiết để xác lập ngưỡng ứng dụng cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jain S. Pathogenesis of chronic urticaria: an overview. *Dermatol Res Pract.* 2014;2014: 674709. doi:10.1155/2014/674709
2. Altrichter S, Frischbutter S, Fok JS, et al. The role of eosinophils in chronic spontaneous urticaria. *J Allergy Clin Immunol.* Jun 2020; 145(6): 1510-1516. doi:10.1016/j.jaci.2020. 03.005
3. Kulthanan K, Chularojanamontri L, Tuchinda P, Buranaporn P, Karopongse E. Unveiling the role of neutrophils in chronic spontaneous urticaria: Beyond mast cells. *Asian Pac J Allergy Immunol.* Sep 2023;41(3):179-185. doi:10.12932/AP-180623-1638
4. Tiucă OM MS, Mariean CR, Tiucă RA, Nicolescu AC, Cotoi OS. Eosinophil-Count-Derived Inflammatory Markers and Psoriasis Severity: Exploring the Link. *Dermato.* 2024;4(2): 25-36. doi:10.3390/dermato4020004
5. Qiu X, Ran Q, Pan J, Tan G. Neutrophil/Lymphocyte Ratio as a Biomarker of Response to H1-Antihistamine Therapy in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria. *Indian J Dermatol.* Sep-Oct 2024; 69(5): 367-370. doi: 10.4103/ijd. ijd_558_22
6. Weissmann S, Burrack N, Golan-Tripto I, Horev A. Increased Neutrophil-Lymphocyte Ratio and Platelet-Lymphocyte Ratio in Chronic and Severe Urticaria. *Acta Derm Venereol.* Apr 4 2024; 104: adv23932. doi:10.2340/actadv.v103. 23932
7. Weissmann S, Burrack N, Babyev AS, Gordon M, Golan-Tripto I, Horev A. Eosinophil-Lymphocyte Ratio, Eosinophil-Neutrophil Ratio, and Eosinophil-Monocyte Ratio in Chronic and Severe Urticaria. *Am J Clin Dermatol.* Jul 2023;24(4):669-671. doi:10.1007/s40257-023-00781-9
8. Weissmann S, Babyev AS, Gordon M, Golan-Tripto I, Horev A. Hematological Markers in Children and Adults with Atopic Dermatitis: A Retrospective Cohort Study. *Dermatology.* 2024; 240(4):597-605. doi:10.1159/000539365

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO HALLER TRÊN PHIM CT SCAN MŨI XOANG TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Nguyễn Đình Chương^{1,2}, Nguyễn Thị Kiều Thơ^{1,2}, Phạm Duy Tuấn¹,
Huỳnh Tấn Lộc², Nguyễn Thị Mỹ Huyền²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tế bào sàng dưới ổ mắt (tế bào Haller) là các tế bào sàng trước khí hóa lan xuống nền

ổ mắt và thành trên xoang hàm, nằm gần lỗ thông xoang hàm và phếu sàng. Với vị trí này, tế bào Haller có thể chèn ép đường dẫn lưu tự nhiên, góp phần gây ra hoặc kéo dài viêm xoang mạn tính. Nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm hình thái học của tế bào Haller trên phim CT scan mũi xoang. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 151 bệnh nhân được chụp CT scan mũi xoang từ tháng 8/2024 đến tháng 6/2025 tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Đặc điểm số lượng tế bào Haller được phân tích trên CT-scan độ dày ≤1 mm, phân loại hình dạng tế bào theo Pallavi Kamdi, phân nhóm kích thước tế bào theo Mathew. **Kết quả:** Tế

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kiều Thơ

Email: drkieutho@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.6.2025