

- 2022;10:e13834. doi:10.7717/peerj.13834.
6. **Tolu LB, Birara M, Teshome T, Feyissa GT.** Perinatal outcome of meconium stained amniotic fluid among labouring mothers at a teaching referral hospital in urban Ethiopia. PLoS One. 2020; 15(11): e0242025. doi:10.1371/journal.pone.0242025.
 7. **Belachew A, Tewabe T.** Neonatal sepsis and its association with birth weight and gestational age among admitted neonates in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. BMC Pediatr. 2020; 20:55. doi:10.1186/s12887-020-1949-x.
 8. **Wang Z, Xiu X, Zhong L, et al.** Significance of cervical secretion culture in predicting maternal and fetal outcome in pregnant women with premature rupture of membranes: a retrospective cohort study. Front Pharmacol. 2024;15:1328107. doi:10.3389/fphar.2024.1328107.

ĐÁNH GIÁ NỐT PHỔI DẠNG KÉN THEO LUNG-RADS 2022: BÁO CÁO CA BỆNH SINH THIẾT XUYỀN THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CẮT LỚP VI TÍNH

Nguyễn Văn Ngân^{1,2}, Mai Mạnh Tam², Đặng Thành Đô^{1,2},
Chu Thị Hạnh², Vũ Văn Giáp¹, Phùng Thị Thơm²

TÓM TẮT

Nốt phổi dạng kén là một dạng tổn thương hiếm gặp, có hình ảnh học phức tạp và dễ nhầm lẫn giữa các bệnh lý lành tính và ác tính. Lung-RADS 2022 đã cập nhật tiêu chí đánh giá và phân loại các tổn thương dạng kén, giúp chuẩn hóa quy trình theo dõi và chẩn đoán sớm ung thư phổi. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nữ 73 tuổi, phát hiện nốt mỡ dạng kén ở phổi qua chụp cắt lớp vi tính tầm soát. Nốt được phân loại theo Lung-RADS 2022 ban đầu là 4A và theo dõi bằng LDCT sau 3 tháng theo đúng hướng dẫn. Kết quả nốt không thay đổi và được phân loại lại Lung-RADS 3. Người bệnh được tư vấn tiếp tục theo dõi bằng LDCT sau 6 tháng nhưng lựa chọn sinh thiết chẩn đoán do lo lắng nhiều. Kết quả mô bệnh học sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT là adenocarcinoma thể lepidic. Ca lâm sàng minh họa áp dụng Lung-RADS 2022 trong đánh giá nốt dạng kén và vai trò của sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT. Sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT cho thấy độ chính xác cao, đồng thời hỗ trợ quyết định điều trị sớm. Kết hợp phân loại Lung-RADS 2022 với kỹ thuật sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CT giúp nâng cao hiệu quả chẩn đoán và cá thể hóa điều trị đối với nốt mỡ phổi dạng kén. Mặc dù ca lâm sàng quản lý ban đầu theo Lung-RADS 2022, nhưng ở giai đoạn sàng lọc sâu đã quyết định sinh thiết sớm không theo hướng dẫn và chẩn đoán ung thư phổi giai đoạn sớm. Tuân thủ các hướng dẫn chuẩn đoán giúp hạn chế những can thiệp không cần thiết, tuy nhiên cần cá thể hóa dựa trên từng trường hợp cụ thể, đảm bảo không bỏ sót chẩn đoán ở giai đoạn sớm. **Từ khóa:** Nốt phổi dạng kén, Lung-RADS 2022; Sinh thiết xuyên thành ngực, CLVT

SUMMARY

EVALUATION OF A CYST-LIKE PULMONARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Ngân

Email: nguyenvannhan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

NODULE ACCORDING TO

LUNG-RADS 2022: A CASE REPORT OF CT-GUIDED TRANSTHORACIC BIOPSY

Cystic pulmonary nodules are rare lesions with complex imaging features that may be confused with both benign and malignant conditions. Lung-RADS 2022 has updated the evaluation and classification criteria for cystic lesions, standardizing follow-up protocols and facilitating early lung cancer detection. We report a case of a female patient, 73 years old, in whom a cystic pulmonary nodule was detected during CT-based lung cancer screening. The lesion was initially categorized as Lung-RADS 4A and monitored with LDCT after 3 months according to guideline recommendations. As the nodule remained unchanged, it was subsequently reclassified as Lung-RADS 3. Although the patient was advised to continue LDCT surveillance at 6 months, she opted for a diagnostic biopsy due to significant anxiety. CT-guided transthoracic needle biopsy revealed lepidic-predominant adenocarcinoma. This case highlights the application of Lung-RADS 2022 in the assessment of cystic lung nodules and demonstrates the role of CT-guided transthoracic biopsy. The procedure provided high diagnostic accuracy and enabled early treatment decisions. The integration of Lung-RADS 2022 classification with CT-guided transthoracic biopsy improves diagnostic effectiveness and supports individualized management of cystic pulmonary nodules. Although the initial management adhered to Lung-RADS 2022 recommendations, an early biopsy performed during follow-up led to the diagnosis of early-stage lung cancer. Adherence to standardized guidelines helps minimize unnecessary interventions but clinical management should be individualized to avoid missing cancers at an early stage.

Keywords: Cystic pulmonary nodules, Lung-RADS 2022, Transthoracic biopsy, CT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới, trong đó chẩn đoán sớm đóng vai trò then chốt nhằm cải thiện tiên lượng cho người bệnh. Tầm soát bằng

chụp cắt lớp vi tính liều thấp (LDCT) đã được chứng minh giúp giảm tử vong. Trên hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực, ung thư phổi giai đoạn sớm có thể biểu hiện dưới nhiều hình thái khác nhau: nốt đặc, nốt bán đặc, nốt kính mờ hoặc nốt dạng kén (hình 1).



Hình 1: Các dạng nốt phổi

Các nốt phổi dạng kén ác tính hay ung thư phổi dạng kén là một hình thái tương đối hiếm của ung thư phổi. Theo các nghiên cứu hồi cứu gần đây, ung thư phổi dạng kén chỉ chiếm khoảng 0,5% đến 4% trong tổng số ca ung thư

phổi được phát hiện.^{1,2} Do biểu hiện không điển hình và dễ nhầm với viêm hoặc nhiễm trùng nên tổn thương thường bị bỏ sót hoặc chẩn đoán muộn. Các hướng dẫn hiện tại về nốt phổi chủ yếu tập trung vào các nốt đặc, nốt bán đặc hoặc nốt kính mờ mà không có chiến lược cụ thể nào quản lý và giám sát tối ưu nốt phổi dạng kén. Các hướng dẫn xử trí nốt phổi của Hội Lồng ngực Anh (BTS) và hội Fleischner chưa đề cập tới nốt dạng kén. Bản cập nhật Lung-RADS® 2022 đã bổ sung nhóm “kén phổi không điển hình” (Bảng 1). Lung-RADS đưa ra tiêu chí về độ dày thành, sự tăng kích thước, vách ngăn, mật độ và sự hiện diện của nốt kèm theo để phân loại và quản lý các tổn thương dạng kén theo mức độ nghi ngờ (từ 3 đến 4B) nhằm tránh bỏ sót những trường hợp ung thư phổi.^{3,4}

Bảng 1: Hướng dẫn quản lý nốt dạng kén theo Lung-RADS 2022

Đặc điểm hình ảnh CLVT	Lung-RADS	Ý nghĩa	Hướng xử trí
Kén thành dày có thành phần kén tăng kích thước (đo theo đường kính trung bình)	3	Khả năng lành tính	Chụp LDCT sau 6 tháng
- Kén thành dày ≥ 2 mm hoặc kén đa ngăn phát hiện lần đầu - Kén thành mỏng hoặc dày trở thành kén đa ngăn	4A	Nghi ngờ ác tính	- Chụp LDCT sau 3 tháng - PET/CT (có thể cân nhắc nếu có nốt đặc hoặc thành phần đặc ≥ 8 mm (≥ 268 mm ³))
- Kén thành dày có tăng độ dày thành hoặc xuất hiện nốt ở thành - Kén đa ngăn tăng kích thước (đo theo đường kính trung bình) - Kén đa ngăn có tăng số ngăn hoặc xuất hiện mới/tăng kích thước (dạng nốt, kính mờ hoặc đông đặc)	4B	Rất nghi ngờ ác tính	- CLVT ngực chẩn đoán có/không tiêm thuốc cản quang - PET/CT cân nhắc nếu có nốt đặc hoặc thành phần đặc ≥ 8 mm (≥ 268 mm ³) - Sinh thiết và/hoặc hội chẩn lâm sàng đa chuyên khoa
Kén có nốt kèm theo	Theo tổn thương nguy cơ nhất	Nguy cơ ác tính cao hơn	Quản lý theo nốt đặc kèm theo
Kén đơn thùy, thành mỏng	Không phân loại	Lành tính	Không quản lý theo Lung-RADS
Nốt tạo hang: Mô đặc > thành phần hang/kén	Theo nốt đặc	Nguy cơ ác tính	Theo tiêu chuẩn nốt đặc Lung-RADS

Sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CT là kỹ thuật thường quy để lấy mẫu mô từ các tổn thương ngoại vi. Các nghiên cứu cho thấy kỹ thuật có thể tiến hành nhanh chóng, an toàn và có độ chính xác cao trong chẩn đoán các ung thư phổi với độ nhạy dao động từ 67,7% tới 96,8% và độ đặc hiệu từ 98,6% tới 98,8%.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân có tổn thương kén phổi không điển hình, ban đầu được quản lý theo Lung-RADS 2022 nhưng sau đó sinh thiết xuyên thành ngực dưới CT đã phát hiện ung thư phổi giai đoạn sớm. Ca bệnh này nhấn mạnh vừa tầm quan trọng của việc tuân thủ hướng dẫn vừa linh hoạt lâm sàng và quyết định can thiệp kịp thời trong những tình huống đặc biệt.

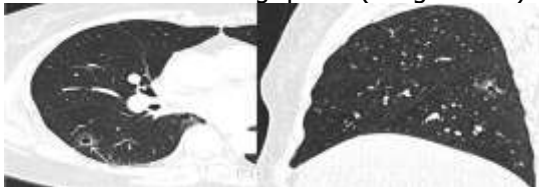
II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 73 tuổi, tiền sử hen phế quản nhiều năm, đang điều trị duy trì bằng Budesonide/Formoterol (2 nhát $\times$ 2 lần/ngày). Bệnh nhân có bệnh lý cột sống phức tạp: hẹp ống sống L2–L5 đã phẫu thuật bắt vít qua cuống và thay đĩa đệm nhân tạo cột sống thắt lưng–cùng; hẹp ống sống cổ C4–C6 đã thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ. Dị ứng thuốc: nổi mẩn ngứa, chưa xác định loại. Tiền sử gia đình chưa ghi nhận bệnh lý đặc biệt.

Sau phẫu thuật cột sống, bệnh nhân xuất hiện ho nhiều đờm vàng đục, khó khè và khó thở sốt 38 – 39 độ C. Khám lâm sàng: không suy hô hấp, nghe phổi nhiều rale rít, rale ngày 2 bên.

Xét nghiệm máu bilan viêm tăng không đáng kể:
Bạch cầu/trung tính/ái toan: 7,87/6,34/0,32 G/L;
Procalcitonin: 0.18 ng/ml, IgE máu: 220 IU/ML.

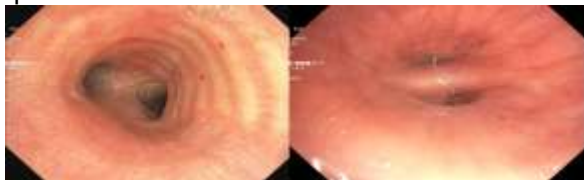
CLVT phổi ban đầu: Tổn thương dạng kén khí thùy dưới phổi phải, đường kính ~ 10mm, thành dày, bờ không đều, có tổn thương kính mờ và thâm nhiễm xung quanh (Lungrads 4A).



Hình 2: CLVT phổi trước điều trị chống nấm

Bệnh nhân được điều trị kháng sinh phổ rộng (cephalosporin thế hệ III và quinolon hô hấp) nhưng lâm sàng không cải thiện, còn ho nhiều và khó thở.

Nội soi phế quản lần đầu: Niêm mạc phế quản xung huyết, nhiều dịch mủ trong lòng phế quản.

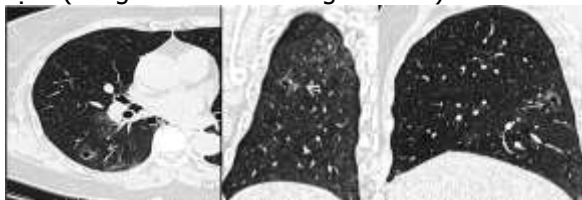


Hình 3: Hình ảnh nội soi phế quản trước điều trị chống nấm

Xét nghiệm dịch phế quản: AFB, vi khuẩn nuôi cấy, Xpert, MGIT: âm tính. Vi nấm soi tươi: dương tính. Cây nấm: *Candida albicans* khả năng nhiều do tạp nhiễm. Galactomanan: dương tính (2.7) là xét nghiệm đặc hiệu cho *aspergillus*.

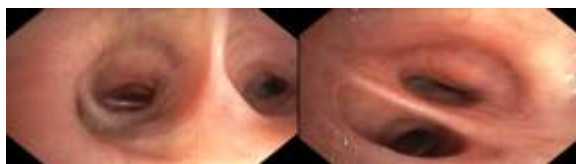
Bệnh nhân được điều trị voriconazole triệu chứng lâm sàng cải thiện hoàn toàn, không ho, không khó thở, không sốt. Bệnh nhân được tiếp tục duy trì voriconazole trong 3 tháng, tái khám định kỳ hàng tháng.

CLVT phổi sau 3 tháng: tổn thương phổi thay đổi không đáng kể: kén khí bờ không đều xung quanh có kính mờ thùy dưới phổi phải ổn định (Lung-Rads 4A → Lung-RADS 3)



Hình 4: CLVT phổi chụp lại sau 3 tháng điều trị chống nấm

Nội soi phế quản lại sau 3 tháng: Lòng phế quản thông thoáng, không phát hiện u cục và dịch mủ



Hình 5: Nội soi phế quản sau điều trị chống nấm

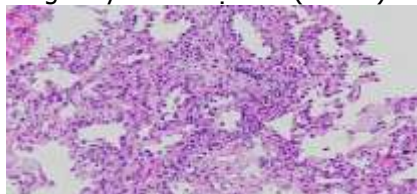
Xét nghiệm lại nấm dịch phế quản sau 3 tháng: vi nấm soi tươi, vi nấm nuôi cấy: âm tính, galactomanan: âm tính

Do nghi ngờ tổn thương kén ở thùy dưới phổi phải có bản chất ác tính (dựa trên việc thành kén dày và kính mờ xung quanh), bệnh nhân được sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT với kim cỡ 20G (hình 6). Sau sinh thiết, bệnh nhân ổn định, không biến chứng và kết quả giải phẫu bệnh xác định ung thư phổi.



Hình 6: Sinh thiết xuyên thành ngực nốt dạng kén

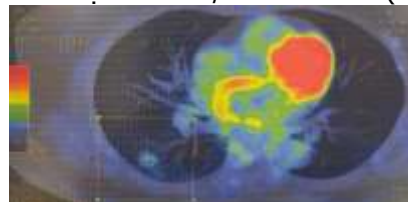
Kết quả giải phẫu bệnh: Ung thư biểu mô tuyến, phần lớn có cấu trúc lepidic. Mô u gồm các tế bào có tỷ lệ nhân/bào tương cao, bào tương ái toan và PAS (+), nhân tăng kích thước và tăng sắc, không đều. Mô đệm tăng sinh xơ nhẹ, không thấy nấm hoặc lao (hình 7).



Hình 7: Hình ảnh mô bệnh học u với phần lớn có cấu trúc lepidic

Bệnh nhân được tầm soát bilan di căn: MRI sọ não không phát hiện di căn.

PET-CT: Hình ảnh tổn thương ở thùy dưới phổi phải tăng hấp thu FDG rất nhẹ, không đặc hiệu (SUVmax: 1.1). Chưa phát hiện hình ảnh tăng hấp thu FDG bất thường, khu trú tại các vị trí khác trên xạ hình PET/CT toàn thân (hình 8).



Hình 8: PET-CT tăng rất nhẹ hấp thu FDG nốt thùy dưới phải

Chẩn đoán xác định: Ung thư phổi type biểu mô tuyến giai đoạn IA (T1bN0M0)- Hen phế quản – Nấm phổi đã điều trị - Hẹp ống sống đã phẫu thuật

Điều trị: Phẫu thuật cắt thùy dưới phổi phải. Chẩn đoán giải phẫu bệnh sau phẫu thuật: ung thư biểu mô tuyến phổi, phân nhóm hỗn hợp, type lepidic chiếm ưu thế so với tuyến đặc. Bệnh được phân loại là p T1bN0M0 Giai đoạn IA. Người bệnh hậu phẫu ổn định, xuất viện và theo dõi định kỳ ổn định.

III. BÀN LUẬN

Nốt dạng kén có thể do nhiều nguyên nhân như: viêm, nhiễm trùng hoặc ung thư phổi... Ung thư phổi dạng kén rất hiếm gặp, thường khó phân biệt với các tình trạng viêm hoặc nhiễm trùng. Trong ca lâm sàng này, bệnh nhân nữ cao tuổi có tiền sử hen phế quản nhiều năm, xuất hiện triệu chứng hô hấp dai dẳng sau phẫu thuật cột sống có thể là các yếu tố nhiễu hướng đến chẩn đoán ung thư phổi ngay từ đầu. Hình ảnh CLVT ban đầu cho thấy một tổn thương dạng kén nhỏ, thành dày không đều kèm kính mờ xung quanh, gợi ý cả hai khả năng: nhiễm trùng và hoặc ung thư phổi. Chúng tôi áp dụng hướng dẫn phân loại Lung-RADS 2022, đây là kén không điển hình Lung-RADS 4A và theo dõi 3 tháng sau chụp lại LDCT.⁴ Mặt khác, kết quả nội soi phế quản nhiều dịch mủ và xét nghiệm dịch phế quản có nhiều bằng chứng nhiễm nấm: vi nấm soi tươi, cấy vi nấm, galactomannan dương tính. Mặc dù kén khí đơn độc khả năng nhiễm nấm là thấp nhưng xét nghiệm Galactomannan là tiêu chí quan trọng chẩn đoán nhiễm nấm, đánh giá đáp ứng điều trị. Do Galactomannan xuất hiện pha sinh trưởng của nấm nên độ đặc hiệu của xét nghiệm rất cao. Vì vậy chúng tôi nhận định rằng khả năng kén khí có từ trước và trên nên bệnh nhân hen phế quản có bội nhiễm thêm nấm dẫn tới hình ảnh CLVT ngực kén khí có kính mờ xung quanh. Một chẩn đoán khác cần phân biệt là bệnh nấm phế quản phổi dị ứng (ABPA) nhưng xét nghiệm máu bạch cầu ái toan và định lượng IgE dưới ngưỡng nên chúng tôi không nghĩ đến ABPA. Sau khi điều trị voriconazole, triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt, xét nghiệm lại nấm dịch phế quản âm tính nhưng hình ảnh CLVT phổi sau 3 tháng gần như không thay đổi cả về kích thước kén, thành kén và kính mờ xung quanh kén. Theo hướng dẫn Lung-RADS 2022 thì kén không điển hình 4A ổn định sau 3 tháng theo dõi có thể giảm xuống phân độ Lung-RADS 3 và tiếp tục theo dõi bằng LDCT sau 6 tháng. Sự không tương xứng giữa đáp ứng lâm

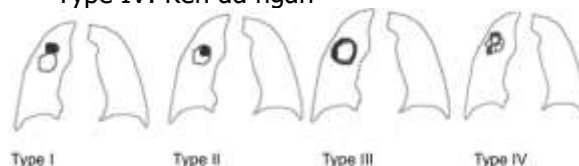
sàng và tổn thương tồn tại dai dẳng trên hình ảnh CLVT đặt ra cho chúng tôi nghi ngờ về bản chất thực sự của tổn thương. Hồi cứu lại y văn chúng tôi thấy các nghiên cứu trước đây đã cho thấy ung thư phổi liên quan đến kén khí thường biểu hiện bằng thành dày, bờ không đều kèm nốt.^{5,6} Bốn kiểu ung thư phổi liên quan đến kén khí đã được Mascalchi và cộng sự phân loại dựa trên các đặc điểm hình thái của tổn thương trên phim chụp CT.⁵

Type I: Kén kèm nốt phía trong

Type II: Kén kèm nốt phía ngoài

Type III: Kén dày thành

Type IV: Kén đa ngăn



Hình 9: 4 type ung thư phổi dạng kén

Loại III thường gặp nhất so với ba loại còn lại. Ung thư phổi dạng kén thường tiến triển chậm. Các nghiên cứu đã chỉ ra thời gian phát triển trung bình của kén khí dày thành và/hoặc kèm theo nốt là 25–35 tháng.^{5,7} Điều quan trọng là không để các tổn thương này bị bỏ sót trong quá trình theo dõi để tránh chậm trễ chẩn đoán và gánh nặng cho bệnh nhân. Trong thử nghiệm sàng lọc ung thư phổi NELSON, tỷ lệ chẩn đoán ung thư phổi dạng kén bị bỏ sót hoặc trì hoãn lên tới 22,7%.⁸ Trong ca lâm sàng trên do người bệnh quá lo lắng về tổn thương phổi dai dẳng mặc dù điều trị kéo dài chống nấm nên chúng tôi quyết định sinh thiết xuyên thành ngực dưới CLVT chẩn đoán. Hơn nữa, các nghiên cứu trước đây về ung thư phổi dạng kén đã chứng minh rằng nếu chỉ theo dõi hình ảnh đơn thuần, nhiều trường hợp bị bỏ sót hoặc chẩn đoán muộn.^{5,6} Do đó, quyết định sinh thiết xuyên thành ngực trong ca này, mặc dù vượt ngoài khuyến cáo Lung-RADS nhưng phù hợp với tiêu chí cá thể hóa người bệnh, giúp chẩn đoán sớm ung thư phổi. Quá trình sinh thiết xuyên thành ngực vào kén cũng gặp nhiều khó khăn do kén có thành < 4 mm và chứa khí nên có thể lấy mẫu mô không đủ bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh. Tuy nhiên, chúng tôi cố gắng sinh thiết vào thành kén và phần kính mờ xung quanh nên vẫn đủ bệnh phẩm. Người bệnh sau sinh thiết ổn định không ho máu và không tràn khí màng phổi. Sinh thiết xuyên thành ngực dưới CLVT là 1 thủ thuật an toàn, ít xâm lấn, có độ chính xác cao trong chẩn đoán sớm ung thư phổi. Kết quả giải phẫu bệnh kén là ung thư biểu mô tuyến phổi, chủ

yeu cấu trúc lepidic phù hợp với y văn là loại phổ biến nhất.¹ Người bệnh được chụp PET/CT chỉ ghi nhận mức hấp thu FDG rất thấp (SUVmax 1.1) và không đặc hiệu. Ung thư biểu mô tuyến thể lepidic thường có hoạt tính chuyển hoá thấp, do đó PET/CT có thể cho kết quả âm tính giả hoặc không rõ ràng. Nếu chỉ dựa vào PET/CT, nguy cơ chẩn đoán chậm trễ là rất cao. Đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật là giai đoạn sớm IA (T1bN0M0), do đó người bệnh được phẫu thuật cắt thùy dưới phổi phải. Chẩn đoán sau mổ là adenocarcinoma giai đoạn IA (pT1bN0M0). Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ khẳng định chẩn đoán và giá trị của sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT là chính xác. Việc chẩn đoán sớm giúp phẫu thuật điều trị triệt căn, cải thiện tiên lượng sống cho người bệnh.

IV. KẾT LUẬN

Ca lâm sàng minh họa áp dụng Lung-RADS 2022 trong đánh giá nốt dạng kén và vai trò của sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT. Đây là 1 dạng ung thư phổi tiến triển chậm ở giai đoạn sớm biểu hiện dưới dạng các tổn thương liên quan đến kén khí trên hình ảnh chụp CT: kén khí dai dẳng, thành dày, bờ không đều kèm kính mờ. Chẩn đoán mô bệnh học vẫn là tiêu chuẩn vàng và sinh thiết xuyên thành ngực đóng vai trò quyết định khi hình ảnh và lâm sàng không thống nhất. Lung-RADS giúp định hướng nguy cơ, nhưng cần kết hợp theo dõi tiến triển và mô bệnh học. Tuân thủ các hướng dẫn chuẩn đoán giúp hạn chế những can thiệp

không cần thiết tuy nhiên cần cá thể hóa dựa trên từng trường hợp cụ thể, đảm bảo không bỏ sót chẩn đoán ung thư phổi ở giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang K, Leng X, Yi H, Zhang G, Hu Z, Mao Y. Lung Cancer Associated with Cystic Airspaces: Current Insights into Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment Strategies. *Cancers*. 2024;16(23).
2. Mets OM, Schaefer-Prokop CM, de Jong PA. Cyst-related primary lung malignancies: an important and relatively unknown imaging appearance of (early) lung cancer. *European respiratory review : an official journal of the European Respiratory Society*. 2018;27(150).
3. Christensen J, Prosper AE, Wu CC, et al. ACR Lung-RADS v2022: Assessment Categories and Management Recommendations. *Journal of the American College of Radiology: JACR*. 2024;21(3): 473-488.
4. Agrawal R, Ahuja J, Strange CD, et al. Lung-RADS v2022 Update. *Radiologic clinics of North America*. 2025;63(4):507-516.
5. Mascalchi M, Attinà D, Bertelli E, et al. Lung cancer associated with cystic airspaces. *Journal of computer assisted tomography*. 2015;39(1):102-108.
6. Farooqi AO, Cham M, Zhang L, et al. Lung cancer associated with cystic airspaces. *AJR American journal of roentgenology*. 2012;199(4): 781-786.
7. Fintelmann FJ, Brinkmann JK, Jeck WR, et al. Lung Cancers Associated With Cystic Airspaces: Natural History, Pathologic Correlation, and Mutational Analysis. *Journal of thoracic imaging*. 2017;32(3):176-188.
8. Scholten ET, Horeweg N, de Koning HJ, et al. Computed tomographic characteristics of interval and post screen carcinomas in lung cancer screening. *European radiology*. 2015; 25(1):81-88.

GIẢM BẠCH CẦU ÁI TOAN Ở BỆNH MÀY ĐAY MẠN TÍNH TỰ PHÁT

Nông Thị Thiên Hương^{1,2}, Lê Huyền My^{1,2}, Nguyễn Thị Kim Cúc^{1,2},
Lê Hữu Doanh^{1,2}, Trần Thị Vân Anh², Vũ Nguyệt Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa giảm bạch cầu ái toan (BCAT) ở máu ngoại vi với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh mày đay mạn tính tự phát (chronic spontaneous urticaria-CSU) trên bệnh nhân Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên

dữ liệu của 1527 bệnh nhân được chẩn đoán xác định CSU, tới khám tại phòng khám chuyên đề mày đay và mày đay mạn tính, Bệnh viện Da liễu Trung Ương từ tháng 02/2023 tới tháng 07/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ giảm BCAT trong nghiên cứu là 268 bệnh nhân (17,6%). Nhóm CSU giảm BCAT có điểm hoạt động bệnh và mức độ hoạt động bệnh nặng là 28 [28 - 35] điểm và 76,1%, cao hơn nhóm CSU không giảm BCAT (28 [21 - 35] điểm và 70% ($p < 0,05$)). Nhóm CSU giảm BCAT có tỉ lệ ASST dương tính thấp hơn so với nhóm không giảm BCAT (55,4% và 66,1% với $p < 0,05$). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm giảm BCAT với nhóm không giảm BCAT về độ tuổi, giới tính, thời gian diễn biến bệnh, tỉ lệ phù mạch, tỉ lệ tăng CRP, tăng IgE toàn phần và giảm IgG kháng TPO.

Từ khóa: mày đay mạn tính tự phát, bạch cầu ái toan, mày đay mạn tính.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Nguyệt Minh

Email: vunguyetminh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025