

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

SUMMARY

EOSINOPENIA IN CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA

Objective: To investigate the association between peripheral blood eosinophil depletion and selected clinical and laboratory characteristics of chronic spontaneous urticaria (CSU) in Vietnamese patients. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted based on data from 1,527 patients with a confirmed diagnosis of CSU, who attended the Urticaria and Chronic Urticaria Clinic at the National Hospital of Dermatology between February 2023 and July 2025. **Results:** The study's eosinopenia rate was 268 patients (17.6%). The CSU group with eosinopenia had higher disease activity scores and a higher proportion of severe disease activity, with 28 [28–35] points and 76.1%, compared with the CSU group without eosinopenia (28 [21–35] points and 70% ($p < 0.05$)). The CSU group with eosinopenia had a lower positive ASST rate than the non-eosinopenia group (55.4% vs. 66.1%, $p < 0.05$). There were no statistically significant differences between the BCAT reduction group and the non-reduction group in terms of age, sex, disease duration, incidence of angioedema, elevated CRP levels, total IgE elevation, and reduced anti-TPO IgG levels.

Keywords: chronic spontaneous urticaria, eosinophils, chronic urticaria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay mạn tính tự phát (CSU) là tình trạng đặc trưng bởi sẩn phù, phù mạch hoặc cả hai do nguyên nhân đã biết hoặc chưa biết, diễn biến bệnh trên 6 tuần mà không xác định được yếu tố khởi phát đặc hiệu.¹ CSU được cho là bệnh chủ yếu do tế bào mast gây ra. Gần đây có nhiều bằng chứng cho thấy bạch cầu ái toan (BCAT) cũng đóng vai trò nhất định trong cơ chế bệnh sinh của CSU. Các nghiên cứu về mô bệnh học đã chứng minh sự hiện diện của hoạt hoá BCAT trong các tổn thương da của CSU. Mặc dù các phản ứng dị ứng và viêm có liên quan đến tăng BCAT trong máu ngoại vi, nhưng trong CSU hiện tượng giảm BCAT ở máu ngoại vi lại được quan sát thấy ở nhiều bệnh nhân.² Các cơ chế chính được đề cập gây ra hiện tượng này là do sự di chuyển vào da trong khi bệnh đang hoạt động và sự phá huỷ miễn dịch trong máu.²

Trên thế giới, nghiên cứu lớn nhất trên hơn 1600 bệnh nhân CSU của Kolkhir và cộng sự cho thấy tỉ lệ giảm BCAT (với ngưỡng là $< 0,05 \times 10^9/L$) trong CSU là 10,2%. Điều đáng chú ý là giảm BCAT có liên quan đến mức độ hoạt động bệnh cao, tăng CRP, test huyết thanh tự thân dương tính và đáp ứng kém với thuốc kháng histamin H1.³

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Cúc (2025) trên 1096 bệnh nhân CSU tại bệnh viện Da liễu Trung ương ghi nhận tỉ lệ giảm

BCAT là 18,4%.⁴ Tuy nhiên, nghiên cứu này chưa đánh giá mối liên quan giữa hiện tượng giảm BCAT với các đặc điểm khác trong CSU. Do đó, để khắc họa rõ hơn vai trò của giảm BCAT trong máu ngoại vi trên đối tượng CSU người Việt Nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm: "Xác định mối liên quan của giảm BCAT máu ngoại vi trong CSU với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 1527 bệnh nhân được chẩn đoán mày đay mạn tính tự phát tới khám và điều trị tại phòng khám chuyên đề mày đay và mày đay mạn tính tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 02/2023 - 07/2025 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ gồm:

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán mày đay mạn tính tự phát theo tiêu chuẩn của Hội nghị đồng thuận Châu Âu (EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/APAAACI) năm 2022¹, không dùng thuốc kháng histamin, corticoid hoặc các thuốc ức chế miễn dịch trong vòng 1 tuần trước lấy mẫu máu. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang có bệnh nặng cấp tính kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Các bệnh nhân được thu thập đầy đủ thông tin lâm sàng và cận lâm sàng:

– Lâm sàng: giới, tuổi khởi phát CSU, số đợt CSU trước đó, thời gian diễn biến CSU đợt hiện tại, tiền sử bản thân và gia đình liên quan (bệnh cơ địa, bệnh tự miễn), triệu chứng phù mạch, điểm hoạt động bệnh (urticaria activity score over 7 days: UAS7), test huyết thanh tự thân đối với bệnh nhân ≥ 16 tuổi (autologous serum skin test: ASST).

– Các test kích thích: Frict test (chẩn đoán da vẽ nổi), test xe đạp lực kế (chẩn đoán mày đay do cholin), test cục đá/ temptest (chẩn đoán mày đay do lạnh- do nóng). Đối với các thể mày đay mạn tính cảm ứng chưa làm được test kích thích, khai thác kĩ bệnh sử để chẩn đoán mày đay áp lực chậm, mày đay ánh sáng, phù mạch do rung, mày đay tiếp xúc, mày đay do nước.

– Cận lâm sàng: công thức máu, máu lắng, nồng độ IgE toàn phần, CRP, IgG kháng TPO.

Xử lý số liệu: Thu thập và quản lý trên hệ thống Excel, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn

($X \pm SD$ đối với phân bố chuẩn) hoặc trung vị [khoảng tứ phân vị] (Me [IQR]) đối với phân bố không chuẩn. So sánh sự khác biệt giữa hai biến định lượng phân bố không chuẩn bằng kiểm định Mann-Whitney, so sánh giữa 2 biến định tính bằng kiểm định Chi-square, kiểm tra tương quan giữa biến định lượng phân phối không chuẩn bằng kiểm định Spearman. Khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận thông qua của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh của Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Da Liễu Trung Ương theo QĐ số 47/HĐĐĐ-BVDLTW.

Nghiên cứu được thực hiện trên 1527 bệnh nhân CSU, phần lớn bệnh nhân có số lượng BCAT ở máu ngoại vi bình thường (53%) . Có 7 bệnh nhân (0,5%) không phát hiện được BCAT ở máu ngoại vi và 261 bệnh nhân (17,1%) có số lượng BCAT thấp. Như vậy trong CSU, tỉ lệ giảm BCAT là 17,6% với 268 bệnh nhân và không giảm BCAT là 82,4% với 1259 bệnh nhân.

Bảng 1: Sự khác biệt về điểm UAS7 và mức độ hoạt động bệnh giữa nhóm giảm BCAT và không giảm BCAT

Biến số	Nhóm giảm BCAT (n=268)	Nhóm không giảm BCAT (n=1259)	p
UAS7 (Me [IQR])	28 [28 - 35]	28 [21 - 35]	0,027*
Mức độ hoạt động bệnh rất nhẹ (UAS7≤6)	0 (0%)	20 (1,6%)	0,011**
Mức độ hoạt động bệnh nhẹ (UAS7=7-15)	22 (8,2%)	175 (13,9%)	
Mức độ hoạt động bệnh trung bình (UAS7=16-27)	42 (15,7%)	183 (14,5%)	
Mức độ hoạt động bệnh cao (UAS7=28-42)	204 (76,1%)	881 (70,0%)	

*Mann-Whitney Test; **Chi-Square

Giá trị UAS7 trung vị ở cả 2 nhóm đều là 28 nhưng ở nhóm giảm BCAT là khoảng tứ phân vị là 28-35, cao hơn so với nhóm BCAT không giảm là 21-35, có ý nghĩa thống kê ($p = 0,027$) cho thấy giá trị UAS7 cao hơn ở nhóm giảm BCAT. Tỉ lệ bệnh nhân có mức độ hoạt động bệnh cao và trung bình ở nhóm giảm BCAT cao hơn nhóm không giảm BCAT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Số lượng BCAT ở nhóm bệnh nhân CSU hoạt động trung bình - nặng thấp hơn so với nhóm CSU hoạt động nhẹ (0,109 với 0,127, $p=0,01$).

Bảng 2: Sự khác biệt về một số đặc điểm lâm sàng giữa nhóm giảm BCAT và không giảm BCAT

Đặc điểm		Nhóm giảm BCAT (n=268)	Nhóm không giảm BCAT (n=1259)	p
Tuổi khởi phát	0-19 (n, %)	59 (22,0%)	379 (30,1%)	0,059
	20-39 (n, %)	113 (42,2%)	483 (38,4%)	
	40-59 (n, %)	71 (26,5%)	304 (24,1%)	
	≥ 60 (n, %)	25 (9,3%)	93 (7,4%)	
Thời gian diễn biến bệnh (tháng) Me[IQR]		12 [16]	12 [16]	0,328
Giới	Nam (n, %)	94 (35,1%)	482 (38,3%)	0,325
	Nữ (n, %)	174 (64,9%)	777 (58,1%)	
Phù mạch	Có (n, %)	104 (38,8%)	451 (35,8%)	0,356
	Không (n, %)	164 (61,2%)	808 (64,2%)	

Không có sự khác biệt về tỉ lệ phân bố theo độ tuổi, thời gian diễn biến bệnh, giới tính và tỉ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1: Sự phân bố số lượng BCAT trong CSU

Không phát hiện được ($0 \times 10^9/L$), thấp ($>0-0,049 \times 10^9/L$), thấp bình thường ($0,05-0,09 \times 10^9/L$), bình thường ($0,1-0,49 \times 10^9/L$), tăng nhẹ ($0,50-0,69 \times 10^9/L$), tăng ($\geq 0,70 \times 10^9/L$).



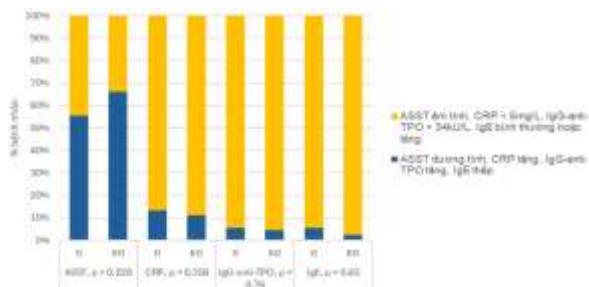
Biểu đồ 2: Số lượng BCAT giữa nhóm CSU nhẹ và nhóm CSU trung bình-nặng

Số lượng BCAT ở nhóm bệnh nhân CSU hoạt động trung bình - nặng thấp hơn so với nhóm CSU hoạt động nhẹ (0,109 với 0,127, $p=0,01$).

Bảng 2: Sự khác biệt về một số đặc điểm lâm sàng giữa nhóm giảm BCAT và không giảm BCAT

Nhóm giảm BCAT (n=268)	Nhóm không giảm BCAT (n=1259)	p
59 (22,0%)	379 (30,1%)	0,059
113 (42,2%)	483 (38,4%)	
71 (26,5%)	304 (24,1%)	
25 (9,3%)	93 (7,4%)	
12 [16]	12 [16]	0,328
94 (35,1%)	482 (38,3%)	0,325
174 (64,9%)	777 (58,1%)	
104 (38,8%)	451 (35,8%)	0,356
164 (61,2%)	808 (64,2%)	

lệ phù mạch giữa nhóm CSU giảm BCAT và không giảm BCAT ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3. Tỷ lệ ASST, CRP, IgG-anti-TPO và IgE giữa nhóm giảm BCAT (G) và không giảm BCAT (KG)

Tỷ lệ ASST dương tính trong nhóm CSU giảm BCAT là 55,4% thấp hơn nhóm không giảm BCAT (66,1%) ($p < 0,05$). Tuy nhiên, không có sự khác biệt về phân nhóm của các biến số khác như CRP, IgE toàn phần, IgG kháng TPO giữa nhóm CSU giảm BCAT và không giảm BCAT.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ giảm BCAT trong CSU trên đối tượng người Việt Nam là 17,6%; tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Cúc là 18,4%⁴ nhưng cao hơn so với một số nghiên cứu khác trên thế giới (chỉ khoảng 10%).³ Điều này có thể gợi ý BCAT thâm nhiễm vào tổn thương da của người Việt Nam cao hơn nên gây giảm BCAT trong máu ngoại vi cao hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giảm BCAT có mối liên quan với điểm hoạt động bệnh UAS7. Cụ thể, điểm UAS7 và tỷ lệ mức độ hoạt động cao ở nhóm CSU giảm BCAT đều cao hơn so với nhóm CSU không giảm BCAT ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kolkhir và cộng sự³. Nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ giảm BCAT ở nhóm MDMTTP mức độ nặng là 17,6%; cao hơn nhóm trung bình và nhẹ (7% và 9,2%) ($p < 0,05$). Ngược lại, trong nhóm CSU có giảm BCAT, có tới 40% bệnh nhân có điểm UAS7 ≥ 28 , gấp hai lần so với nhóm không giảm BCAT ($p < 0,05$). Điều này phù hợp với giả thuyết về vai trò của BCAT trong CSU. BCAT tại vị trí da tổn thương có thể làm tăng mức độ nặng của bệnh CSU bằng ba cách². Thứ nhất, tế bào này bài tiết yếu tố tế bào gốc SCF, đây là yếu tố quan trọng đối với sự tăng sinh và biệt hóa của tế bào mast ở mô. Thứ hai, các protein trong hạt của BCAT như MBP (Major Basic Protein), EPO (Eosinophil Peroxidase), ECP (Eosinophil Cation Protein) gây giải phóng hạt tế bào mast qua các thụ thể MRGPRX2 và hoặc gắn với tự kháng thể IgE tương ứng. Thứ ba, BCAT hoạt hóa tăng biểu lộ yếu tố mô TF (tissue factor), một yếu tố chính gây hoạt hóa con đường đông máu ngoại sinh,

từ đó tạo nên các sản phẩm như thrombin, D-dimer và hoạt hóa bổ thể theo con đường thay thế tạo C5a. Các sản phẩm của quá trình đông máu gây giải phóng hạt tế bào mast thông qua thụ thể PAR 1 và 2. C5a gây giải phóng hạt tế bào mast thông qua C5aR.²

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về độ tuổi, thời gian diễn biến bệnh và tỷ lệ phù mạch giữa nhóm CSU có giảm BCAT và không giảm BCAT. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kolkhir và cộng sự³. Điều này gợi ý các yếu tố này không có ảnh hưởng đến số lượng BCAT máu ngoại vi trong MDMTTP.

Nhóm bệnh nhân giảm BCAT có test huyết thanh tự thân (ASST) dương tính thấp hơn so với nhóm không giảm BCAT và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mối liên quan giữa giảm BCAT và ASST dương tính không có sự thống nhất giữa các nghiên cứu. Nghiên cứu của El-Azim và cộng sự ghi nhận không có sự khác biệt về giảm BCAT giữa nhóm CSU có ASST dương tính và nhóm ASST âm tính.⁵ Nghiên cứu của Kolkhir và cộng sự thì cho thấy tỷ lệ ASST dương tính ở nhóm CSU giảm BCAT lên đến gần 40%, cao hơn nhóm không giảm BCAT (hơn 20%) ($p < 0,001$)³. Trên các mẫu sinh thiết sẵn phủ tạo bởi ASST, BCAT thâm nhiễm tại da từ phút thứ 30 và có thể kéo dài đến 48h.⁶ BCAT giải phóng các protein của nó và gây giải phóng hạt tế bào mast, giải phóng histamin và tạo sản phẩm như đã trình bày ở trên. Tuy nhiên, ASST dương tính không phải chỉ liên quan đến BCAT. ASST phản ánh cơ chế tự phản ứng trong MDMTTP và liên quan đến nhiều cơ chế gây giải phóng hạt tế bào mast khác nhau như cơ chế tự miễn cấp 2b (vai trò của tự kháng thể IgG kháng IgE hoặc IgG kháng FcεRI), phản ứng viêm thần kinh (vai trò của các peptid thần kinh như chất P gây giải phóng hạt tế bào mast qua thụ thể MRGPRX2)⁷... Chúng tôi cho rằng, do các nghiên cứu chưa phân nhỏ từng nhóm bệnh nhân liên quan đến từng cơ chế gây ASST dương tính nên không có sự đồng nhất về mối liên quan giữa giảm BCAT và ASST.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tăng CRP, tăng IgG-anti-TPO và giảm IgE toàn phần không khác biệt giữa 2 nhóm CSU giảm BCAT và không giảm BCAT (với $p > 0,05$). Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Kolkhir và cộng sự. Nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ tăng IgG kháng TPO, giảm IgE toàn phần và đặc biệt là BHRA dương tính (test giải phóng histamin của bạch cầu ái kiềm) trong nhóm CSU giảm BCAT lại cao hơn so với nhóm không giảm BCAT ($p < 0,001$)³. Theo nghiên cứu của Schoepke và cộng sự, xét nghiệm dấu ấn sinh học là BAT và

BHRA có ý nghĩa dự đoán aiCSU và BHRA có ý nghĩa cao nhất dự báo CSU tự miễn típ 2b với 88%.⁸ Do đó, nhóm tác giả cho rằng giảm BCAT là một dấu ấn sinh học tiềm năng của CSU tự miễn típ 2b. Nghiên cứu của chúng tôi không thực hiện xét nghiệm BHRA nên không thể xác định được liệu giảm BCAT có liên quan đến cơ chế tự miễn típ 2b trên đối tượng bệnh nhân Việt Nam không. Đây cũng là điểm hạn chế lớn trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ giảm BCAT trên bệnh nhân mày đay mạn tính tự phát người Việt Nam là 17,6%. Giảm BCAT là một dấu ấn sinh học tiềm năng liên quan đến mức độ hoạt động bệnh trong CSU. Nhóm CSU giảm BCAT có điểm hoạt động bệnh cao hơn và mức độ bệnh nặng hơn so với nhóm CSU không giảm BCAT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, et al. The international EAACI/ GA²LEN/ EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. 2022;77(3):734-766.
2. Altrichter S, Frischbutter S, Fok JS, et al. The role of eosinophils in chronic spontaneous urticaria. 2020;145(6):1510-1516.
3. Kolkhir P, Church MK, Altrichter S, et al. Eosinopenia, in chronic spontaneous urticaria, is associated with high disease activity, autoimmunity, and poor response to treatment. 2020;8(1):318-325. e5.
4. Cúc NTK, Uyên CN, Minh VNJTcNcYh. Sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm giữa các thể mày đay mạn tính tại Việt Nam. 2025;191(6):209-216.
5. Abd El-Azim M, Abd El-Azim SJJoIA, Immunology C. 8 Chronic Autoimmune Urticaria: Frequency and Association With Immunological Markers. 2011;21(7):546.
6. Grattan C, Boon A, Eady R, Winkelmann RJIAoA, Immunology. The pathology of the autologous serum skin test response in chronic urticaria resembles IgE-mediated late-phase reactions. 1990;93(2-3):198-204.
7. Asero R, Pinter E, Tedeschi AJEAACI. 35 years of autologous serum skin test in chronic spontaneous urticaria: what we know and what we do not know. 2023;55(1):4-8.
8. Schoepke N, Asero R, Ellrich A, et al. Biomarkers and clinical characteristics of autoimmune chronic spontaneous urticaria: results of the PURIST Study. 2019;74(12):2427-2436.

SỰ PHÙ HỢP CỦA VẬT DA CÂN THƯỢNG ĐÒN TRONG TẠO HÌNH KHUYẾT THIẾU ỚNG HỌNG SAU PHẪU THUẬT CẮT HẠ HỌNG THANH QUẢN TOÀN PHẦN

Phạm Văn Hữu^{1,2}, Nguyễn Quang Trung^{1,2}, Ngô Xuân Khoa¹,
Ngô Duy Thịnh^{1,2}, Phạm Thùy Linh², Đỗ Minh Khang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm giải phẫu của vật da cân thượng đòn (supraclavicular artery island flap – SCAIF) và tính phù hợp của vật trong tái tạo ống họng sau phẫu thuật cắt hạ họng – thanh quản toàn phần. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm hai phần: (1) phẫu tích 15 xác tươi đông lạnh (10 vật) để khảo sát nguyên ủy, đường kính, chiều dài động mạch thượng đòn và phạm vi vùng cấp máu; (2) chuỗi lâm sàng 30 bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn tiến triển được cắt hạ họng – thanh quản toàn phần, nạo vét hạch cổ hai bên và tạo hình ống họng bằng SCAIF. Thu thập giai đoạn T, N; kích thước khuyết hổng; kích thước vật; thời gian phẫu

thuật; biến chứng; thời gian nằm viện; phân tích mô tả. **Kết quả:** Trên 15 xác (30 vật), vùng cấp máu trung bình 17.3×9.2 cm; động mạch thượng đòn xuất phát từ động mạch cổ ngang 100% với đường kính 3.1 (2.9-3.4) mm; chiều dài trung bình là 4.3 (3.7-5.3) cm. Trên 30 bệnh nhân được phẫu thuật, chiều dài khuyết hổng là 8,7 (7-11) cm; chiều dài vật thu được là 18.4 (16-20) cm, trong đó đảo da để tạo hình có kích thước trung bình là 8.7×7,3 cm. Thời gian thu hoạch vật 29.5 (20-40) phút trong tổng thời gian phẫu thuật trung bình là 184 phút; không ghi nhận trường hợp nào rò, nhiễm trùng, tử vong. Thời gian nằm viện trung bình là 13 ngày. **Kết luận:** Vật thượng đòn có nền tảng giải phẫu ổn định, dễ thu hoạch, cho thời gian phẫu thuật ngắn và biến chứng thấp; là lựa chọn phù hợp để tái tạo ống họng sau cắt hạ họng – thanh quản toàn phần, đặc biệt trong bối cảnh hạn chế nguồn lực vi phẫu.

Từ khóa: vật thượng đòn, tái tạo ống họng, cắt hạ họng – thanh quản toàn phần, ung thư hạ họng.

SUMMARY

THE APPROPRIATENESS OF THE SUPRACLAVICULAR ARTERY ISLAND FLAP

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Hữu

Email: huuphamvan1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025