

THÁCH THỨC TRONG THỰC HÀNH CHẨN ĐOÁN TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOAN ĐƯỜNG TIÊU HÓA: MÔ TẢ HÀNG LOẠT CA TẠI BỆNH VIỆN TÂM ANH

Lưu Xuân Phát¹, Võ Ngọc Diễm¹, Nguyễn Thị Thu Hải¹, Lê Thanh Quỳnh Ngân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý tăng bạch cầu ái toan đường tiêu hóa (EGID) là nhóm bệnh hiếm, ngày càng được quan tâm trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, tăng bạch cầu ái toan trên mô học không đặc hiệu và có thể gặp trong nhiều tình trạng thứ phát, trong khi tiêu chuẩn chẩn đoán chưa thống nhất, gây khó khăn trong tiếp cận lâm sàng.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô học ở bệnh nhân có tình trạng tăng bạch cầu ái toan đường tiêu hóa trong thực hành lâm sàng.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu trên các trường hợp có tăng bạch cầu ái toan ưu thế trên sinh thiết đường tiêu hóa tại Bệnh viện Tâm Anh từ 12/2024 đến 04/2026. Tiêu chuẩn mô học là mẫu sinh thiết thỏa số lượng bạch cầu ái toan theo từng vị trí. Dữ liệu lâm sàng, nội soi và cận lâm sàng được thu thập.

Kết quả: Có 40 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, gồm 10 trường hợp viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan (EoE) và 30 tăng bạch cầu ái toan ngoài thực quản. Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng (72,5%). Tăng bạch cầu ái toan máu ngoại vi xuất hiện ở 35,9% trường hợp. Huyết thanh ký sinh trùng dương tính ghi nhận ở 40,7% trường hợp và chỉ ở nhóm ngoài thực quản. Nội soi thường không đặc hiệu, với khoảng 30% kết quả soi bình thường. Thể bệnh thường gặp nhất là viêm đại trực tràng tăng bạch cầu ái toan (27,5%), tiếp theo là viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan (25,0%).

Kết luận: Biểu hiện lâm sàng và nội soi ở bệnh nhân có tăng bạch cầu ái toan đường tiêu hóa nhìn chung không đặc hiệu. Tỷ lệ đáng kể nội soi bình thường

nhưng mô học bất thường nhấn mạnh vai trò của sinh thiết. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cần thiết có một quy trình chẩn đoán cho tình trạng bệnh lý này ở các nước có tỷ lệ ký sinh trùng lưu hành cao.

Từ khóa: Tăng bạch cầu ái toan đường tiêu hóa, sinh thiết, nội soi, viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan, ký sinh trùng.

SUMMARY

CHALLENGES IN THE CLINICAL DIAGNOSIS OF EOSINOPHILIC GASTROINTESTINAL CONDITIONS: CASE SERIES FROM TAM ANH HOSPITAL

Background and aims: Eosinophilic gastrointestinal diseases (EGIDs) are a rare group of disorders that have gained increasing attention in clinical practice. However, gastrointestinal tissue eosinophilia is nonspecific and may occur in various secondary conditions, while the lack of universally accepted diagnostic criteria continues to pose challenges in clinical evaluation. This study aimed to describe the clinical, endoscopic, and histopathological characteristics of patients with gastrointestinal eosinophilia in routine clinical practice.

Methods: We conducted a retrospective study of patients with predominant eosinophilic infiltration on gastrointestinal biopsies at Tam Anh General Hospital between December 2024 and April 2026. Histopathological inclusion criteria were based on site-specific eosinophil count thresholds. Clinical, endoscopic, laboratory, and histological data were collected and analyzed.

Results: A total of 40 patients were included, comprising 10 cases of eosinophilic esophagitis (EoE) and 30 cases of non-esophageal gastrointestinal eosinophilia. The most common presenting symptom was abdominal pain (57.5%). Peripheral eosinophilia

¹Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Xuân Phát

Email: phatlx@tahospital.vn

Ngày nhận bài: 7/6/2026

Ngày phản biện khoa học: 19/7/2026

Ngày duyệt bài: 9/8/2026

was observed in 35.9% of patients. Positive parasite serology was identified in 40.7% of cases and was exclusively found in the non-esophageal group. Endoscopic findings were frequently nonspecific, with approximately 30% of patients showing normal endoscopic examinations. Eosinophilic colitis was the most common disease subtype (27.5%), followed by eosinophilic esophagitis (25.0%).

Conclusions: Clinical and endoscopic manifestations of gastrointestinal eosinophilia are generally nonspecific. The substantial proportion of patients with normal endoscopic findings despite abnormal histopathology highlights the pivotal role of biopsy. Our findings also underscore the need for a structured diagnostic approach in regions with a high prevalence of parasitic infections.

Keywords: Eosinophilic gastrointestinal disease, EGID, biopsy, endoscopy, eosinophilic esophagitis, parasitic infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tăng bạch cầu ái toan đường tiêu hóa (Eosinophilic gastrointestinal disorders - EGID) là một nhóm bệnh viêm mạn tính đặc trưng bởi sự thâm nhiễm bất thường của bạch cầu ái toan trong các đoạn khác nhau của ống tiêu hóa, sau khi đã loại trừ các nguyên nhân thứ phát gây tăng bạch cầu ái toan tại mô. EGID bao gồm viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan (eosinophilic esophagitis - EoE) và nhóm tăng bạch cầu ái toan ngoài thực quản (non-EoE EGID), trong đó tổn thương có thể xuất hiện một vị trí tại dạ dày, tá tràng, ruột non hoặc đại trực tràng hoặc đa vị trí[2].

Mặc dù được xem là bệnh hiếm gặp, số lượng trường hợp EGID được chẩn đoán đã gia tăng đáng kể trong hai thập kỷ gần đây. Sự gia tăng này được cho là liên quan đến nhận thức ngày càng cao của bác sĩ lâm sàng, việc mở rộng chỉ định sinh thiết đường tiêu hóa và

sự gia tăng nhận thức của các bệnh lý dị ứng trong cộng đồng[5, 6]. EGID có thể biểu hiện bằng nhiều triệu chứng không đặc hiệu như đau bụng, khó tiêu, tiêu chảy, buồn nôn hoặc nuốt khó, dẫn đến chậm trễ trong chẩn đoán. Nếu không được phát hiện và điều trị thích hợp, bệnh có thể gây các biến chứng như hẹp thực quản, tắc ruột, suy dinh dưỡng, triệu chứng kéo dài ảnh hưởng chất lượng cuộc sống[6].

Hiện nay, chẩn đoán EGID dựa trên sự kết hợp giữa triệu chứng lâm sàng, mô bệnh học và việc loại trừ các nguyên nhân thứ phát gây tăng bạch cầu ái toan tại đường tiêu hóa như nhiễm ký sinh trùng, bệnh viêm ruột, phản ứng thuốc hoặc các bệnh lý miễn dịch khác[2]. Đối với EoE, ngưỡng ≥ 15 bạch cầu ái toan trên một quang trường độ phóng đại lớn (HPF) đã được chấp nhận rộng rãi[1]. Tuy nhiên, đối với nhóm non-EoE EGID, ngưỡng chẩn đoán tối ưu theo từng vị trí giải phẫu vẫn chưa được thống nhất hoàn toàn và còn thay đổi giữa các nghiên cứu cũng như các đồng thuận quốc tế[7].

Tại Việt Nam, các dữ liệu về EGID hiện còn hạn chế, chủ yếu là các báo cáo ca bệnh đơn lẻ hoặc các nghiên cứu với cỡ mẫu nhỏ. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của bệnh nhân EGID trong thực hành lâm sàng vẫn chưa được mô tả đầy đủ. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của các trường hợp nghi ngờ có bệnh lý EGID tại một trung tâm tiêu hóa chuyên sâu ở Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu là nghiên cứu mô tả hàng loạt ca gồm các bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa được chỉ định nội soi và sinh thiết có kết quả

mô bệnh học hướng tới bệnh lý tăng bạch cầu ái toan đường tiêu hóa được khảo sát tại Trung tâm Nội soi và Phẫu thuật Nội soi Tiêu hóa, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 12/2024 đến tháng 04/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: (1) có triệu chứng tiêu hóa phù hợp; (2) có tăng bạch cầu ái toan ưu thế trên mô bệnh học và có ghi nhận sự thâm nhập của bạch cầu ái toan tại ít nhất một vị trí đường tiêu hóa. Các trường hợp bị loại trừ bao gồm: (1) hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc thiếu dữ liệu nội soi; (2) số lượng bạch cầu ái toan không đạt tiêu chuẩn chẩn đoán theo vị trí giải phẫu tương ứng.

Trong nghiên cứu này, ngưỡng được sử dụng theo tiêu chuẩn ACG 2025 là ≥ 15 bạch cầu ái toan (eos) trên một quang trường độ phóng đại lớn (hpf) tại thực quản và các vị trí khác theo Dellon là >30 eos/hpf tại dạ dày hoặc tá tràng, >50 eos/hpf tại hồi tràng và >60 eos/hpf tại đại trực tràng[1, 7].

Các thông tin được thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử bao gồm tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể (BMI), triệu chứng lâm sàng, số lượng bạch cầu ái toan máu ngoại vi, nồng độ IgE toàn phần, kết quả xét nghiệm dị nguyên, xét nghiệm ký sinh trùng, đặc điểm nội soi và mô bệnh học.

Các trường hợp được đưa vào nghiên cứu sau khi đã đánh giá và loại trừ các nguyên nhân thứ phát gây tăng bạch cầu ái toan đường tiêu hóa dựa trên bệnh sử, thăm khám lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và các xét nghiệm thích hợp (bao gồm huyết thanh ký sinh trùng khi

có chỉ định), nhằm loại trừ các bệnh lý như nhiễm ký sinh trùng, bệnh viêm ruột, bệnh lý ác tính và các nguyên nhân tăng bạch cầu ái toan thứ phát khác.

Bệnh nhân được phân loại thành hai nhóm gồm viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan (EoE) và tăng bạch cầu ái toan ngoài thực quản (non-EoE EGID). Nhóm non-EoE EGID bao gồm các trường hợp có tổn thương ưu thế tại dạ dày, tá tràng, hồi tràng hoặc đại trực tràng.

Các đặc điểm nội soi được ghi nhận bao gồm viêm xước dọc, tổn thương dạng vòng nhẫn, dạng nốt trắng, tổn thương nhô cao, viêm sung huyết và viêm xước hoặc loét. Nội soi được xem là bất thường khi ghi nhận ít nhất một tổn thương bất thường.

Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR).

Một số xét nghiệm như IgE toàn phần, panel dị nguyên và huyết thanh ký sinh trùng chỉ được thực hiện theo chỉ định lâm sàng nên không có ở tất cả bệnh nhân. Các trường hợp thiếu dữ liệu được loại khỏi phân tích của từng biến số tương ứng và không thực hiện bù dữ liệu.

Kết quả nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 12/2024 đến tháng 04/2026, có 55 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, sau khi loại trừ 15 trường hợp chủ yếu do bạch cầu ái toan không đủ số lượng, còn 40 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi, trung vị (IQR)	45 (33–53)
Nam/Nữ	25/15 (1,7/1)
BMI, trung vị (IQR), kg/m ²	23,0 (21,4–25,8)
BCAT máu >500 tế bào/ μ L	14/39 (35,9%)
IgE >150 IU/mL	15/22 (68,2%)
Dị nguyên dương tính ≥ 1 dị nguyên	11/18 (61,1%)
Ký sinh trùng dương tính†	11/27 (40,7%)
Nội soi thực quản–dạ dày–tá tràng bất thường	15/38 (39,5%)
Nội soi đại tràng bất thường	23/33 (69,7%)

- Ký sinh trùng dương tính được định nghĩa là dương tính với ít nhất một trong hai xét nghiệm huyết thanh học (*Toxocara* IgG hoặc *Strongyloides stercoralis* IgG).

Tuổi trung vị của bệnh nhân là 45 tuổi (IQR: 33–53), tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1. Tăng bạch cầu ái toan máu ngoại vi (>500 tế bào/ μ L) được ghi nhận ở 14/39 trường hợp (35,9%). Trong số các bệnh nhân được thực hiện xét nghiệm, nồng độ IgE >150 IU/mL gặp ở 15/22 trường hợp (68,2%), dị nguyên dương tính với ít nhất một dị nguyên gặp ở 11/18 trường hợp

(61,1%) và bằng chứng nhiễm ký sinh trùng được ghi nhận ở 11/27 trường hợp (40,7%). Tỷ lệ nội soi bất thường lần lượt là 39,5% (15/38) đối với nội soi thực quản–dạ dày–tá tràng và 69,7% (23/33) đối với nội soi đại tràng.

Trong 40 trường hợp nghiên cứu, có 10 trường hợp viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan (EoE) và 30 trường hợp tăng bạch cầu ái toan ngoài thực quản. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nội soi của hai nhóm được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nội soi giữa viêm thực quản tăng bạch cầu ái toan và tăng bạch cầu ái toan đường tiêu hóa ngoài thực quản

Đặc điểm	Tổng (n=40)	EoE (n=10)	Ngoài thực quản (n=30)
Lâm sàng			
Nuốt khó	3/40 (7,5%)	2/10 (20,0%)	1/30 (3,3%)
Nóng rát sau xương ức	3/40 (7,5%)	2/10 (20,0%)	1/30 (3,3%)
Đau ngực	4/40 (10,0%)	3/10 (30,0%)	1/30 (3,3%)
Chướng bụng	14/40 (35,0%)	5/10 (50,0%)	9/30 (30,0%)
Đau bụng	29/40 (72,5%)	6/10 (60,0%)	23/30 (76,7%)

Đặc điểm	Tổng (n=40)	EoE (n=10)	Ngoài thực quản (n=30)
Tiêu chảy	17/40 (42,5%)	4/10 (40,0%)	13/30 (43,3%)
Khó tiêu	12/40 (30,0%)	4/10 (40,0%)	8/30 (26,7%)
Cận lâm sàng			
BCAT máu >500 tế bào/ μ L	14/39 (35,9%)	1/9 (11,1%)	13/30 (43,3%)
IgE >150 IU/mL	15/22 (68,2%)	5/6 (83,3%)	10/16 (62,5%)
Dị nguyên dương tính ≥ 1 dị nguyên	11/18 (61,1%)	3/4 (75,0%)	8/14 (57,1%)
Ký sinh trùng dương tính†	11/27 (40,7%)	0/7 (0,0%)	11/20 (55,0%)
Nội soi thực quản–dạ dày–tá tràng			
Viêm xức dọc	10/38 (26,3%)	6/10 (60,0%)	4/28 (14,3%)
Tổn thương dạng vòng nhẫn	3/38 (7,9%)	3/10 (30,0%)	0/28 (0%)
Nốt trắng	6/38 (15,8%)	4/10 (40,0%)	2/28 (7,1%)
Tổn thương nhô cao	2/38 (5,3%)	1/10 (10,0%)	1/28 (3,6%)
Viêm xức/loét	1/38 (2,6%)	0/10 (0%)	1/28 (3,6%)
Nội soi trên bất thường	15/38 (39,5%)	8/10 (80,0%)	7/28 (25,0%)
Nội soi đại tràng			
Viêm xức dọc	5/33 (15,2%)	0/7 (0%)	5/26 (19,2%)
Tổn thương dạng vòng nhẫn	1/33 (3,0%)	0/7 (0%)	1/26 (3,8%)
Nốt trắng	6/33 (18,2%)	0/7 (0%)	6/26 (23,1%)
Tổn thương nhô cao	1/33 (3,0%)	0/7 (0%)	1/26 (3,8%)
Viêm sung huyết	11/33 (33,3%)	1/7 (14,3%)	10/26 (38,5%)
Viêm xức/loét	11/33 (33,3%)	0/7 (0%)	11/26 (42,3%)
Nội soi dưới bất thường	23/33 (69,7%)	1/7 (14,3%)	22/26 (84,6%)

- Ký sinh trùng dương tính được định nghĩa là dương tính với ít nhất một trong hai xét nghiệm huyết thanh học (*Toxocara* IgG hoặc *Strongyloides stercoralis* IgG).

Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất, xuất hiện ở 72,5% bệnh nhân, tiếp theo là tiêu chảy (42,5%), chướng bụng (35,0%) và khó tiêu (30,0%). Trong nhóm EoE, thường gặp nhất là đau bụng và chướng bụng với tỷ lệ 60% và 50%, nuốt khó lại chiếm tỷ lệ thấp (20%).

Tăng bạch cầu ái toan máu ngoại vi được ghi nhận ở 11,1% bệnh nhân EoE và 43,3% bệnh nhân non-EoE EGID. Không ghi nhận trường hợp EoE nào có xét nghiệm ký sinh trùng dương tính, trong khi tỷ lệ này ở nhóm non-EoE EGID là 55,0%.

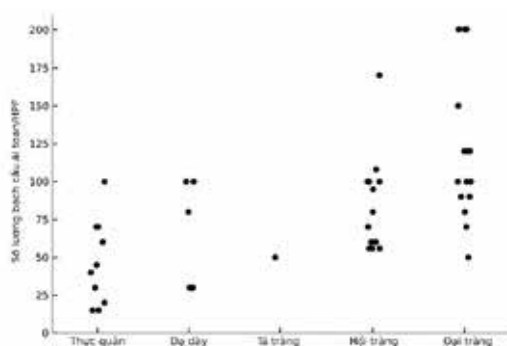
Các bất thường nội soi thực quản–dạ dày–tá tràng gặp chủ yếu ở nhóm EoE, bao gồm viêm xức dọc (60,0%), nốt trắng (40,0%) và tổn thương dạng vòng nhẫn (30,0%). Các tổn

thương ở nội soi thực quản dạ dày đặc hiệu cho bệnh lý hơn so với tổn thương tại nội soi đại tràng; tỷ lệ thường gặp nhất trên nội soi đại tràng ở nhóm non EoE là viêm sung huyết và viêm xước/loét (38,5% và 42,5%). Tỷ lệ nội soi đại tràng bình thường khoảng 30,3% cho cả phân nhóm.



Hình 1. Phân bố các thể bệnh tăng bạch cầu ái toan đường tiêu hóa theo vị trí giải phẫu

Phân bố vị trí tổn thương được trình bày trong Hình 1. EoC là thể bệnh thường gặp nhất với 11 trường hợp (27,5%), tiếp theo là EoE với 10 trường hợp (25,0%), thấp nhất là tại tá tràng với 01 trường hợp (2,5%). Có 06 trường hợp ghi nhận tổn thương đa vị trí từ 2 vị trí trở lên.



Hình 2. Phân bố mật độ bạch cầu ái toan đỉnh trên các mẫu sinh thiết theo vị trí giải phẫu của đường tiêu hóa (Mỗi chấm đại diện cho một vị trí sinh thiết)

Mật độ bạch cầu ái toan tối đa theo vị trí sinh

thiết được trình bày trong Hình 2. Tổng cộng có 47 vị trí sinh thiết được ghi nhận và phân tích, bao gồm thực quản (10 vị trí), dạ dày (6 vị trí), tá tràng (1 vị trí), hồi tràng (14 vị trí) và đại trực tràng (16 vị trí). Số lượng bạch cầu ái toan trên một quang trường độ phóng đại lớn thay đổi đáng kể giữa các vị trí giải phẫu, với các giá trị cao nhất chủ yếu được ghi nhận tại hồi tràng và đại trực tràng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi mô tả 40 trường hợp có tăng bạch cầu ái toan đường tiêu hóa được chẩn đoán tại một trung tâm tiêu hóa ở Việt Nam. Kết quả cho thấy bệnh biểu hiện lâm sàng đa dạng, tăng bạch cầu ái toan máu ngoại vi không hiện diện ở đa số trường hợp, nội soi thường không đặc hiệu ở nhóm non-EoE EGID và việc loại trừ nguyên nhân thứ phát trở nên phức tạp hơn trong bối cảnh tỷ lệ huyết thanh ký sinh trùng dương tính cao. Những phát hiện này phản ánh các thách thức thực tế trong chẩn đoán EGID tại các quốc gia nhiệt đới, nơi dữ liệu còn hạn chế so với các quần thể phương Tây[2, 7].

Đặc điểm chung của quần thể nghiên cứu tương đối phù hợp với các báo cáo quốc tế khi bệnh gặp chủ yếu ở người trưởng thành và có xu hướng ưu thế nam giới[5, 7]. Tuy nhiên, chỉ 35,9% bệnh nhân có tăng bạch cầu ái toan máu ngoại vi mặc dù tất cả đều có tăng bạch cầu ái toan mô học theo vị trí giải phẫu khảo sát. Kết quả này củng cố nhận định rằng tăng bạch cầu ái toan máu không phải là dấu hiệu bắt buộc và không đủ độ nhạy để loại trừ bệnh khi âm tính[7]. Ngược lại, nồng độ IgE tăng được ghi nhận ở khoảng hai phần ba số trường hợp được xét nghiệm, phù hợp với cơ chế bệnh sinh liên quan đến đáp ứng miễn dịch type 2 đã được mô tả trong cả EoE và non-EoE EGID. Đáng chú ý, có tới 40,7% bệnh nhân

có huyết thanh ký sinh trùng dương tính. Mặc dù xét nghiệm huyết thanh học không khẳng định tình trạng nhiễm ký sinh trùng hoạt động, tỷ lệ cao này cho thấy việc loại trừ nguyên nhân thứ phát gây tăng bạch cầu ái toan tại các quốc gia nhiệt đới có thể phức tạp hơn đáng kể so với các quần thể được sử dụng để xây dựng phần lớn dữ liệu hiện nay về EGID[2].

Tỷ lệ nuốt khó trong nhóm EoE của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với các báo cáo từ phương Tây, nơi đây thường là triệu chứng nổi bật nhất ở bệnh nhân trưởng thành[7]. Sự khác biệt này có thể phản ánh đặc điểm thực hành lâm sàng tại Việt Nam, khi bệnh nhân thường mô tả triệu chứng bằng các thuật ngữ không đặc hiệu như nghẹn, vướng cổ, ăn chậm hoặc phải uống nhiều nước khi ăn thay vì khai báo trực tiếp là “nuốt khó”. Ngoài ra, việc nhận diện EoE còn tương đối mới tại Việt Nam có thể dẫn đến chẩn đoán được thiết lập ở giai đoạn sớm hơn, khi các biến đổi xơ hóa thực quản và triệu chứng nuốt khó điển hình chưa phát triển đầy đủ. Những yếu tố này có thể góp phần tạo nên khác biệt về biểu hiện lâm sàng giữa quần thể nghiên cứu của chúng tôi và các cohort quốc tế.

Bên cạnh đó, tỷ lệ tăng bạch cầu ái toan máu ở nhóm non-EoE EGID cao hơn rõ rệt so với nhóm EoE (43,3% so với 11,1%), gợi ý rằng các thể bệnh ngoài thực quản có thể liên quan nhiều hơn đến tình trạng hoạt hóa bạch cầu ái toan toàn thân. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Kinoshita và cộng sự (68%), tuy nhiên cả hai nghiên cứu đều ghi nhận tăng bạch cầu ái toan máu xuất hiện chủ yếu ở nhóm non-EoE hơn là EoE, gợi ý mức độ hoạt hóa toàn thân cao hơn ở các thể ngoài thực quản[4]. Một phát hiện đáng chú ý khác là không ghi nhận trường hợp EoE nào có huyết

thanh ký sinh trùng dương tính, trong khi tỷ lệ này ở nhóm non-EoE EGID lên tới 55,0%. Dù chưa thể xác định mối liên quan nhân quả, kết quả này cho thấy việc diễn giải tăng bạch cầu ái toan mô học ở đường tiêu hóa ngoài thực quản cần được thực hiện thận trọng trong bối cảnh dịch tễ ký sinh trùng tại Việt Nam.

Các đặc điểm nội soi cũng phản ánh sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm bệnh. Trong nhóm EoE, các dấu hiệu kinh điển như viêm xước dọc, nốt trắng và tổn thương dạng vòng nhẫn được ghi nhận với tần suất tương đối cao, phù hợp với các mô tả trong các hướng dẫn chẩn đoán hiện hành[1]. Ngược lại, các bệnh nhân ngoài thực quản tổn thương chủ yếu là viêm sung huyết và viêm xước, không đặc hiệu. Ngoài ra, khoảng 1/3 bệnh nhân có kết quả nội soi bình thường cho tới khi có kết quả sinh thiết giải phẫu bệnh, phát hiện này phù hợp với nhận định rằng tổn thương nội soi ở non-EoE EGID thường nghèo nàn hoặc không đặc hiệu, khiến chẩn đoán dễ bị bỏ sót nếu chỉ dựa trên hình ảnh đại thể[5, 7]. Tương tự, Kinoshita và cộng sự cũng nhấn mạnh rằng các tổn thương nội soi ở non-EoE EGID hầu như không đặc hiệu và nhiều trường hợp không có bất thường nội soi rõ ràng, do đó sinh thiết nhiều vị trí vẫn là yếu tố quyết định chẩn đoán[4]. Do đó, việc sinh thiết có hệ thống ở những bệnh nhân có triệu chứng gợi ý vẫn giữ vai trò trung tâm trong chẩn đoán bệnh.

Phân bố vị trí tổn thương trong nghiên cứu cho thấy EoC là thể bệnh thường gặp nhất, tiếp theo là EoE và EoN. Kết quả này có phần khác với một số cohort lớn từ Bắc Mỹ, nơi EoG thường là một trong những thể bệnh ngoài thực quản được báo cáo nhiều nhất[3, 7]. Sự khác biệt này có thể phản ánh đặc điểm dân số nghiên cứu, mô hình chuyển tuyến hoặc chỉ

định nội soi đại tràng thường quy tại trung tâm nghiên cứu. Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn hạn chế, cần thêm các nghiên cứu đa trung tâm để xác định liệu đây có phải là đặc điểm dịch tễ riêng của quần thể Việt Nam hay không.

Kết quả phân tích mật độ bạch cầu ái toan theo vị trí sinh thiết cho thấy sự biến thiên đáng kể giữa các đoạn khác nhau của ống tiêu hóa, với các giá trị cao nhất chủ yếu tập trung ở hồi tràng và đại trực tràng. Quan sát này phù hợp với hiểu biết hiện nay rằng mật độ bạch cầu ái toan sinh lý thay đổi theo từng vị trí giải phẫu, do đó ngưỡng chẩn đoán EGID cần được xác định riêng cho từng đoạn của đường tiêu hóa thay vì áp dụng một giá trị chung[5, 7]. Điều này cũng giải thích vì sao các đồng thuận quốc tế gần đây đã chuyển từ cách tiếp cận dựa trên thuật ngữ “eosinophilic gastroenteritis” sang phân loại EGID theo từng vị trí tổn thương cụ thể[2].

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế. Đây là nghiên cứu hồi cứu tại một trung tâm duy nhất với cỡ mẫu còn tương đối nhỏ. Không phải tất cả bệnh nhân đều được thực hiện đầy đủ các xét nghiệm dị ứng, IgE hoặc ký sinh trùng, do đó một số phân tích có thể bị ảnh hưởng bởi dữ liệu thiếu. Ngoài ra, nghiên cứu chưa đánh giá đáp ứng điều trị và diễn tiến lâu dài của bệnh. Tuy nhiên, đây là một trong những loạt ca tăng bạch cầu ái toan được báo cáo tại Việt Nam, đồng thời cung cấp dữ liệu thực hành về các đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học trong bối cảnh dịch tễ đặc thù tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng tăng bạch cầu ái toan đường tiêu hóa là một thách thức chẩn đoán với biểu hiện lâm sàng đa dạng, tăng bạch cầu ái toan máu không đặc hiệu và các kết quả nội soi có thể

trong giới hạn bình thường. Ngoài ra, trong bối cảnh Việt Nam, tỷ lệ huyết thanh ký sinh trùng dương tính cao càng làm tăng thách thức chẩn đoán, đặc biệt ở nhóm non-EoE EGID. Do đó, cần chú ý bệnh lý hiếm gặp này trên lâm sàng và thực hiện sinh thiết thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dellon Evan S., Muir Amanda B., Katzka David A., et al.** (2025) “ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis”. *American Journal of Gastroenterology*.120(1):31-59.
2. **Dellon Evan S., Gonsalves Nirmala, Abonia J. Pablo, et al.** (2022) “International Consensus Recommendations for Eosinophilic Gastrointestinal Disease Nomenclature”. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*.20(11):2474-84.e3.
3. **Ketchum Corey J., Reed Craig C., Dellon Evan S.** (2024) “The Natural History of Eosinophilic Gastrointestinal Diseases Is Influenced by Age of Onset and Location of Involvement”. *American Journal of Gastroenterology*.119(9):1813-20.
4. **Kinoshita Yoshikazu, Sanuki Tsuyoshi.** (2023) “Review of Non-Eosinophilic Esophagitis-Eosinophilic Gastrointestinal Disease (Non-EoE-EGID) and a Case Series of Twenty-Eight Affected Patients”. *Biomolecules*.13(9).
5. **Marasco Giovanni, Visaggi Pierfrancesco, Vassallo Mariagiulia, et al.** (2023) “Current and Novel Therapies for Eosinophilic Gastrointestinal Diseases”. *International Journal of Molecular Sciences*.24(20).
6. **Migliorisi Giulia, Mastroiocco Elisabetta, Dal Buono Arianna, et al.** (2024) “Eosinophils, Eosinophilic Gastrointestinal Diseases, and Inflammatory Bowel Disease: A Critical Review”. *Journal of Clinical Medicine*.13(14).
7. **Visaggi Pierfrancesco, Dellon Evan S.** (2026) “Epidemiology, Natural History, and Treatment of Eosinophilic Gastrointestinal Diseases”. *Gastroenterology*.170(3):476-94.