

ĐẶC ĐIỂM TỬ ĐỒ CỦA HỘI CHỨNG SUY TỬ XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG I

Hồ Diệu Hiền¹, Đào Thanh Hiền¹, Nguyễn Thị Mai Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Đại cương: Suy tủy xương là hội chứng được đặc trưng bởi sự giảm trong sản xuất tế bào gốc tạo máu tại tủy xương, dẫn đến tình trạng giảm các tế bào máu ngoại vi. Các bất thường được phát hiện trên phết dịch tủy như tình trạng giảm tế bào, loạn sản và sự hiện diện của các tế bào bất thường, có thể cung cấp manh mối giá trị về các vấn đề tủy xương tiềm ẩn như suy tủy, loạn sinh tủy, bệnh lý ác tính... Do đó, nghiên cứu này với mục đích trả lời cho câu hỏi "Tỷ lệ mật độ dòng bạch cầu, dòng hồng cầu và dòng tiểu cầu trên tiêu bản tủy đồ trong hội chứng suy tủy ở trẻ em là bao nhiêu?". **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ mật độ tế bào trong tủy đồ của bệnh nhân chẩn đoán hội chứng suy tủy và sự tương quan của mật độ dòng hồng cầu tương ứng với chỉ số hồng cầu lưới. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, với 21 bệnh nhi được chẩn đoán liên quan đến hội chứng suy tủy tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/2025 - 4/2025. **Kết quả nghiên cứu:** Mật độ trung bình dòng bạch cầu thấp, với Neutrophil 24% (14-37.5), Lymphocyte cao 44% (27-69). Dòng hồng cầu chủ yếu dừng ở giai đoạn Orthochromic normoblast chiếm 85.7%, nhưng mật độ thấp. Megakaryocyte (tiểu cầu) chỉ hiện diện 57.1% và có mật độ biến thiên lớn (5- 300/mm²). Chưa thấy mối tương quan tuyến tính rõ rệt giữa RET% và mật độ Orthochromic normoblast ($R^2 = 0.0023$). **Kết luận:** Các bất thường về mật độ tế bào trong tủy đồ có hỗ trợ chẩn đoán hội chứng suy tủy xương. Chỉ số RET không thay thế được khảo sát tủy đồ nhưng có thể là chỉ dấu gián tiếp cho hoạt động sinh máu. Tuy nhiên, điều này cần được chứng minh ở các nghiên cứu có quy mô lớn hơn.

Từ khóa: Suy tủy xương, trẻ em, tủy đồ, hồng cầu lưới, mật độ tế bào.

ABSTRACT

CHARACTERISTICS OF BONE MARROW SMEAR IN BONE MARROW FAILURE

SYNDROME AT CHILDREN'S HOSPITAL NO.1

Bone marrow failure is a syndrome characterized by impaired hematopoietic stem cell production in the bone marrow, resulting in peripheral pancytopenia. Cytological abnormalities observed on bone marrow smears, such as hypocellularity, dysplasia, and the presence of abnormal cells, may provide valuable clues to underlying marrow pathologies, including

aplasia. This study aimed to address the question: *What is the cellular density distribution of granulocytic, erythroid, and megakaryocytic lineages on bone marrow smears in pediatric patients with bone marrow failure?* **Objective:** To determine the cellular density of hematopoietic lineages on bone marrow smears in children with aplastic anemia syndrome and to recognize the correlation between erythroid lineage density and reticulocyte percentage (RET%). **Subjects and Methods:** A descriptive case series was conducted on 21 pediatric patients diagnosed with aplastic syndrome at Children's Hospital 1 between January and April 2025. Bone marrow aspirate smears were analysed cytologically to quantify cellular densities across three hematopoietic lineages. RET% was concurrently measured using an automated haematology analyser. **Results:** The granulocytic lineage showed a decreased density, with a median neutrophil proportion of 24% (14-37.5%), while lymphocytes were elevated at 44% (27-69%). The erythroid lineage was predominantly arrested at the Orthochromic normoblast stage in 85.7% of cases, yet overall erythroid density was low. Megakaryocytes were present in only 57.1% of cases, with widely variable densities (5-300/mm²). No significant linear correlation was found between RET% and Orthochromic normoblast density ($R^2 = 0.0023$). **Conclusion:** Cellular density abnormalities on bone marrow smears support the diagnosis of pediatric aplastic syndrome. While RET% may serve as an indirect indicator of erythropoietic activity, it cannot replace marrow cytology. Further large-scale studies are needed to validate this association.

Keywords: Bone marrow failure, children, bone marrow smear, reticulocyte, cellular density.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tủy xương là hội chứng được đặc trưng bởi sự giảm trong sản xuất tế bào gốc tạo máu tại tủy xương, dẫn đến tình trạng giảm các tế bào máu ngoại vi¹. Biểu hiện lâm sàng của hội chứng suy tủy xương thường bao gồm các triệu chứng như mệt mỏi, xanh xao, dễ bầm tím, chảy máu và tăng nguy cơ nhiễm trùng. Tuy nhiên, các triệu chứng này không đặc hiệu và có thể trùng lặp với các rối loạn huyết học khác nên cần một quy trình chẩn đoán toàn diện. Phương pháp tiêu chuẩn để chẩn đoán suy tủy xương bao gồm chọc hút và sinh thiết tủy xương, giúp phát hiện tủy giảm tế bào với các yếu tố tạo máu giảm hoặc thiếu, trong đó phết dịch tủy là một công cụ sàng lọc dễ tiếp cận và tiết kiệm chi phí để đánh giá ban đầu các bệnh nhân có biểu hiện. Các bất thường được phát hiện trên phết dịch tủy như tình trạng giảm tế bào, loạn sản và

¹ Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

² Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Anh

Email: ntmanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2026

Ngày duyệt bài: 8.4.2026

sự hiện diện của các tế bào bất thường, có thể cung cấp manh mối giá trị về các vấn đề tủy xương tiềm ẩn như suy tủy.

Tại Việt Nam, hiện có khá nhiều nghiên cứu về suy tủy ở trẻ em, tuy nhiên những nghiên cứu chủ yếu tập trung vào điều trị. Đặc biệt, Bệnh viện Nhi Đồng 1 là bệnh viện tập trung bệnh huyết học từ nhiều tỉnh thành. Cho đến nay, tại bệnh viện chưa có nghiên cứu nào khảo sát đặc điểm tỷ lệ các dòng tế bào tủy ở trẻ được chẩn đoán hội chứng suy tủy. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài **"Đặc điểm tủy đồ của hội chứng suy tủy xương tại bệnh viện Nhi Đồng 1"** năm 2025 với mục đích trả lời cho câu hỏi "Tỷ lệ mật độ dòng bạch cầu, dòng hồng cầu và dòng tiểu cầu trên tiêu bản tủy đồ trong hội chứng suy tủy ở trẻ em là bao nhiêu?".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện ở mẫu tủy của bệnh nhi được chẩn đoán liên quan Hội chứng Suy tủy trong thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 4/2025 ở khoa Sốt xuất huyết - Huyết học tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhi được chẩn đoán có hội chứng suy tủy xương, đồng ý tham gia nghiên cứu và thu thập được mẫu tủy.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đủ điều kiện để chọc hút tủy và làm tủy đồ hoặc không đủ lượng mẫu tối thiểu để làm các xét nghiệm liên quan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Thực hiện lấy trọn toàn bộ mẫu suy tủy đạt điều kiện.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

- Dữ liệu được khảo sát và thu thập từ nhóm đối tượng nghiên cứu sẽ được kiểm tra tính chính xác và phù hợp của từng thông tin.

- Dữ liệu sau khi được tổng hợp sẽ được chuyển sang phần mềm SPSS 26.0 để xử lý và phân tích.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, quyết định số 241332 - ĐHYD) ngày 22/01/2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

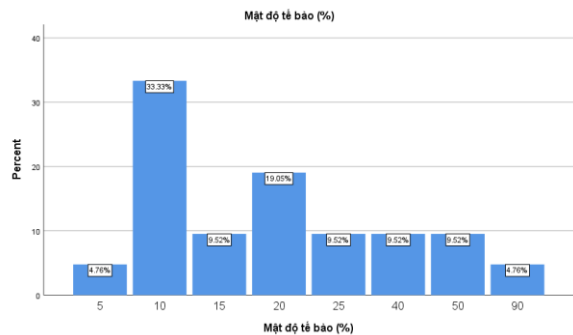
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành thu thập mẫu nghiên cứu từ tháng 01/2025 đến tháng 4/2025 đã có 21 bệnh nhi tham gia vào nghiên cứu, trong đó tuổi trung bình là 7.43 ± 3.982.

Bảng 1: Đặc điểm về giới tính, nhóm tuổi và chẩn đoán liên quan của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính (n = 21)	Nam	12	57.1
	Nữ	9	42.9
Nhóm tuổi (n = 21)	2-5 tuổi	8	38.1
	6-10 tuổi	6	28.6
	11-14 tuổi	7	33.3
Chẩn đoán (n = 25)	Suy tủy	9	36.0
	Loạn sinh tủy	3	12.0
	Giảm 3 dòng tế bào	4	16.0
	Khác	9	36.0

3.2. Xác định tỷ lệ mật độ dòng bạch cầu, dòng hồng cầu, dòng tiểu cầu trong tủy đồ



Biểu đồ 1: Mật độ tế bào trên tiêu bản tủy

Bảng 2: Tỷ lệ và mật độ tế bào từng giai đoạn tế bào bạch cầu xuất hiện trên tiêu bản tủy

Các giai đoạn Bạch cầu	Số trường hợp biểu hiện (n)	Tỷ lệ (%)	Mật độ tế bào (trung vị, khoảng tứ phân vị 25-75) (%)
Promyelocyte	5	23.8	2.5 (1.0-3.0)
Myelocyte	12	57.1	2 (1.3-3.8)
Metamyelocyte	18	85.7	10 (6.0-14.3)
Neutrophil	21	100	24 (14.0-37.5)
Eosinophil	7	33.3	1 (1.0-2.0)
Monocyte	9	57.1	1 (1.0-3.5)
Lymphocyte	21	100	44 (27.0-69.0)

Bảng 3: Tỷ lệ và mật độ tế bào từng giai đoạn tế bào hồng cầu xuất hiện trên tiêu bản tủy

Các giai đoạn Hồng cầu	Số trường hợp biểu hiện (n)	Tỷ lệ (%)	Mật độ tế bào (trung vị, khoảng tứ phân vị 25-75) (%)
Pronormoblast	6	28.6	3 (1.0-3.3)
Basophilic normoblast	16	76.2	2.5 (1.0-5.0)
Polychromatophilic normoblast	17	81.0	3 (2.0-6.0)
Orthochromic normoblast	18	85.7	4 (2.0-9.0)

Bảng 4: Tỷ lệ và mật độ mẫu tiểu cầu xuất hiện trên tiêu bản tủy

Các giai đoạn Tiểu cầu (n=21)	Số trường hợp biểu hiện (n)	Tỷ lệ (%)	Mật độ tế bào (trung vị, min - max)
Megakaryocyte	12	57.1	27.5 (5-300)

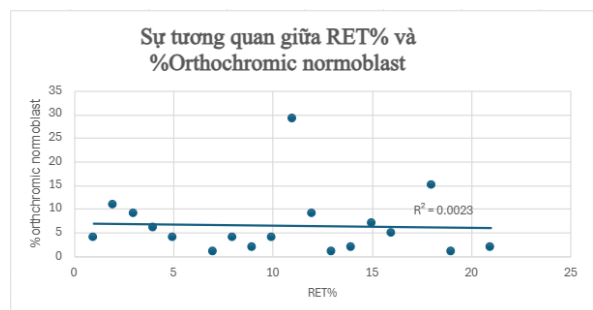
3.3. Sự tương quan của mật độ dòng hồng cầu tương ứng với chỉ số hồng cầu lưới

Bảng 5: Mật độ tế bào giữa hồng cầu lưới và Orthochromic normoblast

	Số trường hợp biểu hiện (n)	Mật độ tế bào (trung vị, khoảng tứ phân vị 25-75) (%)
Orthochromic normoblast	18	4 (2.0-9.0)
RET	18	1.1 (0.2-1.9)

Bảng 6: Sự tương quan giữa Orthochromic normoblast và RET

		Orthochromic normoblast (%)		p-value
		≤ 4	> 4	
RET (%)	< 2	9	4	p = 0.06
	> 2	0	2	



Biểu đồ 2: Sự tương quan giữa RET% và %Orthochromic normoblast

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của 21 trẻ được đưa vào nghiên cứu là 7.43 ± 3.982 ; trong đó, tuổi nhỏ nhất là 2 tuổi và tuổi lớn nhất là 14 tuổi. Trẻ trong nghiên cứu được chia thành 3 nhóm tuổi, kết quả ghi nhận những bệnh nhi trong nhóm tuổi từ 2-5 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 38.1%, tiếp đến là nhóm tuổi từ 11-14 tuổi chiếm tỷ lệ 33.3% và nhóm tuổi từ 6-10 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 28.6%. Tỷ lệ mắc bệnh của trẻ trên 5 tuổi chiếm 61.9% phù hợp với nghiên cứu của Neal S Young².

Trong số 21 đối tượng được nghiên cứu, có 9 bệnh nhi nữ chiếm tỷ lệ 42.9% và 12 bệnh nhi nam chiếm 57.1%. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1.3, tỷ lệ này được khảo sát tương đương với tỷ lệ trong nghiên cứu của Montané³ và Dương Ngọc Mai⁴, nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt rõ về tỷ lệ mắc bệnh giữa hai giới, điều này cho thấy không có sự khác biệt quá lớn về giới tính giữa những bệnh nhi có hội chứng suy tủy.

Có 9 chẩn đoán được tổng hợp từ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhi, trong đó chẩn đoán suy tủy có 9 trường hợp chiếm tỷ lệ cao nhất là 36%, phần còn lại bao gồm chẩn đoán giảm 3 dòng tế bào, loạn sinh tủy, giảm 2 dòng tế bào, xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn, hội chứng thực bào máu, nhiễm EBV, suy tủy do di căn. Trong chẩn đoán, có 4 bệnh nhi được chẩn đoán đồng thời cả 2 bệnh lí liên quan đến suy tủy như Suy tủy, Loạn sinh tủy hoặc Hội chứng thực bào máu, Nhiễm EBV. Điều này cho thấy ngoài chẩn đoán khẳng định suy tủy còn những chẩn đoán và bệnh lí làm ảnh hưởng đến mật độ tế bào tủy xương của bệnh nhi.

4.2. Xác định tỷ lệ mật độ dòng bạch cầu, dòng hồng cầu, dòng tiểu cầu trong tủy đồ

Nghiên cứu ở 21 bệnh nhi cho thấy trung bình mật độ tế bào giảm trên tiêu bản tủy đồ, phần lớn có mật độ 10% chiếm tỷ lệ 33.33% và mật độ từ 5-40% cũng chiếm đa số, điều này phù hợp với cơ chế bệnh lí của suy tủy và cũng được nhắc đến trong y văn của Dương Ngọc Mai⁴ về mô tả đặc điểm mật độ tủy qua khảo sát tủy đồ các bệnh nhân giảm ba dòng. Trong đó, sự giảm mật độ rõ rệt của Eosinophil và Monocyte trong tủy phản ánh tình trạng giảm sinh toàn bộ các dòng, đặc trưng của hội chứng suy tủy. Tuy nhiên, mức độ giảm không hoàn toàn đồng đều giữa các dòng, cho thấy mức độ tổn thương sinh máu là không đồng nhất giữa các bệnh nhi, và

có thể phụ thuộc vào bệnh (bẩm sinh hay mắc phải), mức độ nặng và thời gian diễn tiến.

Ở dòng bạch cầu, mật độ tế bào của giai đoạn Promyelocyte có trung vị 2.5% (1.0-3.0), Myelocyte 2% (1.3-3.8), Metamyelocyte 10% (6.0-14.3) thấp hơn rất nhiều so với các giai đoạn còn lại, phản ánh giảm sản ở giai đoạn sớm dòng bạch cầu hạt, đồng thời là biểu hiện đặc trưng của suy tủy xương giảm bạch cầu, đặc biệt là bạch cầu trung tính. Tế bào Eosinophil giảm rõ rệt với mật độ tế bào có trung vị 1% xuất hiện ở 33.3% số bệnh nhân, cho thấy sự hiện diện không đồng đều và mức độ ảnh hưởng khác nhau và tỷ lệ Neutrophil 24% (14.0-37.5) ở mức thấp hơn so với tủy bình thường, có sự phân chia không đồng đều ở tất cả các mẫu nghiên cứu. Theo tiêu chuẩn của Camitta được nêu trong bài báo, bệnh được xếp vào nhóm "thiếu máu bất sản nặng" khi số lượng bạch cầu trung tính tuyệt đối $< 0.5 \times 10^9/L$, và vào nhóm "rất nặng" nếu bạch cầu trung tính tuyệt đối $< 0.2 \times 10^9/L$. Điều này cho thấy số lượng bạch cầu hạt thấp có giá trị phân tầng tiên lượng lâm sàng rõ rệt, giúp định hướng điều trị kịp thời và phù hợp⁵

Ở dòng hồng cầu, mật độ tế bào các giai đoạn trưởng thành của hồng cầu tăng dần, Pronormoblast chiếm trung vị 3% (1.0-3.3) chỉ xuất hiện ở 6/21 bệnh nhân cho thấy sự ức chế mạnh mẽ từ giai đoạn nguyên hồng cầu và sự phát triển sang các giai đoạn Basophilic normoblast có 2.5% (1.0-5.0) và Polychromatophilic normoblast 3% (2.0-6.0), tỷ lệ các tế bào hồng cầu không xuất hiện ở tất cả các tiêu bản, tuy nhiên Orthochromic normoblast chiếm tỷ lệ cao nhất là 85.7% cho thấy một số bệnh nhân vẫn có thể biệt hóa hồng cầu đến giai đoạn cuối trước khi đi vào máu ngoại vi.

Ở dòng tiểu cầu, tỷ lệ mẫu tiểu cầu chỉ xuất hiện ở 12/21 mẫu nghiên cứu, đa số các mẫu có số lượng Megakaryocyte trong khoảng từ 5-70 mẫu tiểu cầu/mm² do giảm biệt hóa từ tế bào gốc tủy xương, tuy nhiên có 3 trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn, loạn sinh tủy, tủy giảm sản có số lượng Megakaryocyte đạt 150-300 mẫu/mm². Mật độ Megakaryocyte biến thiên rất lớn giữa các bệnh nhân (5-300), với trung vị khá thấp chiếm 27.5%, phản ánh sự suy giảm sinh tế bào tủy đặc trưng của suy tủy xương. Sự xuất hiện Megakaryocyte ở mức độ thấp phù hợp với đặc điểm mô bệnh học của suy tủy xương, khi tủy nghèo tế bào, chủ yếu là mô mỡ và mô liên kết, còn các dòng tế bào tạo máu, bao gồm cả Megakaryocyte, đều giảm mạnh.

4.3. Sự tương quan của mật độ dòng hồng cầu tương ứng với chỉ số hồng cầu lưới

Ở 21 mẫu bệnh nhân được nghiên cứu, chúng tôi lập được kết quả qua *Biểu đồ 2* thể hiện mối tương quan giữa tỷ lệ phần trăm hồng cầu lưới (RET%) và tỷ lệ %Orthochromic normoblast trong mẫu bệnh nhân suy tủy. Qua phân tích hồi quy tuyến tính, hệ số xác định (R^2) thu được là 0.0023, cho thấy gần như không tồn tại mối tương quan tuyến tính giữa hai biến số này. Đường hồi quy gần như nằm ngang, phản ánh sự thay đổi của RET% không có ảnh hưởng đáng kể đến sự biến thiên của %Orthochromic normoblast. Dữ liệu rải rác và không tập trung theo bất kỳ xu hướng cụ thể nào.

Kết quả cho thấy có xu hướng mối liên hệ giữa số lượng Orthochromic normoblast trong tủy xương và tỷ lệ hồng cầu lưới ngoại vi (RET) ở bệnh nhân suy tủy. Cụ thể, những bệnh nhân có tỷ lệ RET cao ($\geq 2\%$) thường đi kèm với số lượng Orthochromic normoblast > 4 trong tủy xương. Tuy nhiên, giá trị $p = 0.06$ cho kết quả chưa đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$), cho thấy mối liên hệ này chưa đủ mạnh để khẳng định sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm. Điều này có thể do cỡ mẫu nhỏ (chỉ có 15 trường hợp), làm giảm khả năng phát hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Vì thế, mặc dù chưa đạt được ý nghĩa thống kê tuy nhiên kết quả này gợi ý rằng số lượng Orthochromic normoblast có thể là một chỉ số hỗ trợ trong đánh giá mức độ hoạt động sinh máu ở bệnh nhân suy tủy, đặc biệt khi kết hợp với tỷ lệ hồng cầu lưới.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mật độ dòng bạch cầu, dòng hồng cầu, dòng tiểu cầu ở trẻ có hội chứng suy tủy giảm so với tỷ lệ ở trẻ bình thường và mật độ tế bào khảo sát trên kính hiển vi giảm, đa số có mật độ 10% chiếm 33.3% trên tổng số 21 mẫu. Đồng thời, chưa thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa mật độ tế bào RET% và Orthochromic normoblast, đặc biệt cho thấy RET% không thể hoàn toàn thay thế đánh giá tủy đồ, nhưng vẫn có giá trị gợi ý xu hướng phục hồi sinh tủy nếu RET% tăng kèm mật độ Orthochromic normoblast cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Piva E, Brugnara C, Spolaore F, Plebani M. Clinical utility of reticulocyte parameters. *Clin Lab Med.* Mar 2015;35(1):133-63. doi:10.1016/j.cl.2014.10.004
2. Young NS, Kaufman DW. The epidemiology of acquired aplastic anemia. *Haematologica.* Apr 2008;93(4):489-92. doi:10.3324/haematol.12855

3. **Montane E, Ibanez L, Vidal X, et al.** Epidemiology of aplastic anemia: a prospective multicenter study. *Haematologica*. Apr 2008;93(4):518-23. doi:10.3324/haematol.12020
4. **Duong M, An DTT, My LT.** Pancytopenia in children at hematology department, children hospital 1: clinico-haematological profiles and bone marrow examination-a case series. *Science and Technology Development Journal: Health Sciences*. 2020;1(1):18-26.
5. **Young NS.** Aplastic Anemia. *N Engl J Med*. Oct 25 2018;379(17):1643-1656. doi:10.1056/NEJMra1413485

TỶ LỆ TÁI PHÁT VÀ HÓA ÁC CỦA U NHÚ ĐẢO NGƯỢC MŨI XOANG: 63 CA LÂM SÀNG

Lý Xuân Quang^{1,2}, Nguyễn Văn Thành²

Từ khóa: u nhú đảo ngược mũi xoang, tái phát, hóa ác, dây xương khu trú, vằn não.

TÓM TẮT

Mở đầu: U nhú đảo ngược mũi xoang (Inverted Papilloma - IP) là một bệnh lý lành tính (0,5-4% tổng số các khối u vùng mũi xoang) nhưng có đặc điểm xâm lấn cục bộ phức tạp, tỷ lệ tái phát cao sau phẫu thuật (12-20%) và tiềm năng chuyển dạng ác tính thành ung thư biểu mô tế bào gai (SCC) (5-15%). Việc xác định chính xác vị trí chân bám và quản lý dài hạn là yếu tố then chốt để cải thiện tiên lượng. **Mục tiêu:** Tổng hợp các bằng chứng y văn cập nhật trong 10 năm gần đây về cơ chế tái phát và các yếu tố nguy cơ hoá ác của IP; (2) Khảo sát đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị trên 63 bệnh nhân (BN) tại Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 63 BN được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị IP từ năm 2019 đến 2025. Các biến số gồm: dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, đặc điểm hình ảnh (dây xương, vằn não), vị trí giải phẫu và kết quả theo dõi. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 56,4; tỷ lệ nam/nữ là 1,4:1. Triệu chứng nghẹt mũi chiếm ưu thế (88,9%). Tỷ lệ tái phát chung là 17,46% (11/63 ca), thời gian tái phát dao động từ 6 tháng đến 30 năm. Các trường hợp tái phát sớm (<2 năm) thường do không xử lý triệt để chân bám trong lần phẫu thuật đầu. Tỷ lệ hoá ác là 1,58% (1/63 ca). Dấu hiệu dây xương khu trú trên CT-scan xuất hiện ở 61,9% BN và có giá trị định vị chân bám chính xác cao. **Kết luận:** U nhú đảo ngược mũi xoang tại Việt Nam có đặc điểm dịch tễ và lâm sàng tương đồng với y văn thế giới. Tỷ lệ tái phát 17,46% nhấn mạnh tầm quan trọng của phẫu thuật định hướng chân bám và vai trò của việc mài bỏ xương viêm. Hóa ác tuy hiếm gặp nhưng để lại hậu quả nặng nề, đòi hỏi quy trình theo dõi hậu phẫu nghiêm ngặt và kéo dài tối thiểu 5-10 năm.

ABSTRACT

RECURRENCE AND MALIGNANT TRANSFORMATION RATES OF SINONASAL INVERTED PAPILLOMA: 63 CLINICAL CASES

Introduction: Sinonasal Inverted Papilloma (IP) is a benign pathology (accounting for 0.5-4% of all sinonasal tumors) but exhibits complex local invasion characteristics, a high postoperative recurrence rate (12-20%), and a potential for malignant transformation into Squamous Cell Carcinoma (SCC) (5-15%). Accurate identification of the attachment site and long-term management are key factors to improve prognosis. **Objective:** (1) To synthesize updated literature evidence from the last 10 years regarding recurrence mechanisms and risk factors for malignancy in IP; (2) To investigate epidemiological, clinical, and imaging characteristics, as well as treatment outcomes in 63 patients in Vietnam. **Materials and Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 63 patients diagnosed and surgically treated for IP from 2019 to 2025. Variables included: epidemiology, clinical symptoms, imaging characteristics (focal hyperostosis, cerebriform pattern), anatomical location, and follow-up results. **Results:** The mean age was 56.4; the male-to-female ratio was 1.4:1. Nasal obstruction was the predominant symptom (88.9%). The overall recurrence rate was 17.46% (11/63 cases), with the time to recurrence ranging from 6 months to 30 years. Early recurrence cases (<2 years) were primarily due to incomplete resection of the attachment site during the initial surgery. The malignant transformation rate was 1.58% (1/63 cases). Focal hyperostosis on CT scans was observed in 61.9% of patients and demonstrated high accuracy in locating the tumor attachment site. **Conclusion:** Sinonasal inverted papilloma in Vietnam shares similar epidemiological and clinical profiles with global literature. The 17.46% recurrence rate underscores the importance of attachment-oriented surgery and the role of drilling osteitic bone. Although malignant transformation is rare, it entails severe consequences, necessitating a strict postoperative surveillance protocol lasting at least 5-10 years.

¹ Bộ môn Tai Mũi Họng - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

² Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thành

Email: thanh.nv@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 3.3.2026

Ngày duyệt bài: 7.4.2026