

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

Keywords: sinonasal inverted papilloma, recurrence, malignant transformation, focal hyperostosis, cerebriform pattern.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhú đảo ngược (Inverted Papilloma - IP) mũi xoang là khối u biểu mô lành tính xuất phát từ màng Schneiderian - lớp niêm mạc lót trong hốc mũi và các xoang cạnh mũi có nguồn gốc từ ngoại bì thần kinh. Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh không cao (0,74 - 1,5/100.000 dân), IP luôn là thách thức trong điều trị do ba đặc điểm: (1) xu hướng tái phát cao (12-20%),¹ thậm chí lên tới 40-50% trong các nghiên cứu cũ khi chưa có nội soi hỗ trợ; (2) khả năng xâm lấn phá hủy xương, lan rộng vào các cấu trúc quan trọng như hốc mắt, sàn sọ;² và (3) tiềm năng chuyển dạng ác tính thành ung thư biểu mô tế bào gai (SCC) từ 5% đến 15%.³

Hiện nay, phẫu thuật nội soi mũi xoang chức năng (FESS) và phẫu thuật nội soi định hướng chân bám là phương pháp điều trị chủ đạo. Các nghiên cứu phân tích tổng quan cho thấy phẫu thuật nội soi không chỉ giảm thiểu biến chứng, đảm bảo thẩm mỹ mà còn hạ thấp tỷ lệ tái phát nhờ khả năng quan sát chi tiết dưới độ phóng đại lớn.¹ Tuy nhiên, nguyên nhân tái phát hàng đầu vẫn do phẫu thuật viên không đánh giá đúng vị trí bám hoặc xử lý không triệt để vùng xương viêm bên dưới.⁴

Tại Việt Nam, dữ liệu nghiên cứu dài hạn về tương quan giữa hình ảnh học với nguy cơ tái phát còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị (tỷ lệ tái phát - hoá ác) trên 63 BN, từ đó đề xuất khuyến nghị lâm sàng phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 63 BN được chẩn đoán và phẫu thuật điều trị IP tại Khoa Tai Mũi Họng từ năm 2019 đến năm 2025.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:**
 - Kết quả giải phẫu bệnh xác nhận chẩn đoán: U nhú đảo ngược, U nhú Schneiderian, hoặc U nhú có thành phần đảo ngược.
 - Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, hình ảnh học (CT-scan và/hoặc MRI), tường trình phẫu thuật và kết quả theo dõi.
 - Được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật (nội soi hoàn toàn hoặc kết hợp).
- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- U nhú mũi xoang khác không phải thể đảo ngược, ung thư tế bào gai ngay từ đầu, hoặc hồ sơ không đầy đủ.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Dữ liệu lâm sàng và hình ảnh học được truy xuất từ bệnh án điện tử. Nghiên cứu bao gồm các nhóm biến số sau:

- Dịch tễ và Lâm sàng: Tuổi, giới, thời gian tái phát, triệu chứng cơ năng, tiền sử phẫu thuật.
- Đặc điểm hình ảnh học (CT/MRI):
 - CT-scan: Xác định vị trí khối u, đánh giá dấu hiệu dày xương khu trú.⁴
 - MRI: Đánh giá tín hiệu khối u, đặc biệt là dấu hiệu "vân não" (Convolutated Cerebriform Pattern - CCP). Theo y văn, hình ảnh vân não trên T2 và T1 tiêm thuốc là đặc hiệu cho IP. Sự vắng mặt của dấu hiệu này ở các khối u lớn có thể gợi ý chẩn đoán khác hoặc sự chuyển dạng ác tính làm mất cấu trúc khe rãnh đặc trưng.⁶
 - Kết quả điều trị: Vị trí chân bám thực tế. Tình trạng tái phát: Có/Không, thời gian từ lúc phẫu thuật đến khi phát hiện tái phát. Tình trạng hoá ác: Có/Không, loại mô bệnh học ác tính (nếu có).

3.4. Phương pháp xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y học mô tả với các quy ước sau:

- Các biến số định lượng (như độ tuổi, thời gian theo dõi) được kiểm định tính chuẩn và trình bày dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu phân phối không chuẩn).
- Các biến số định tính (như giới tính, triệu chứng lâm sàng, đặc điểm hình ảnh học, tình trạng tái phát, hoá ác) được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

Độ tuổi trung bình là 56,4 ± 12,8 tuổi (25 - 80 tuổi). Đỉnh mắc bệnh tập trung ở nhóm tuổi 50-60. Trong số 63 BN, có 37 nam (58,7%) và 26 nữ (41,3%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,4:1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng thường gặp (n=63)

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nghẹt mũi	56	88,9
Chảy mũi	41	65,1
Đau nhức (đầu/mặt)	12	19,0
Chảy máu mũi	9	14,3
Giảm/Mất khứu giác	4	6,3
Không triệu chứng	6	9,5

3.3. Đặc điểm hình ảnh (CT-scan/MRI) và vị trí chân bám

Bảng 2: Đặc điểm hình ảnh học (CT/MRI) và Vị trí chân bám phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dấu hiệu trên CT Scan		
Dày xương khu trú	39	61,9
Không rõ dày xương	24	38,1
Vị trí chân bám (gốc u)		
Xoang hàm (thành trong/trước/sau)	28	44,4
Xoang sàng (trước/sau/xương giẫy)	14	22,2
Phức hợp lỗ ngách/ Mỏm móc	12	19,0
Vị trí khác (Vách ngăn, xoang bướm, sàn sọ...)	9	14,3

3.4. Tỷ lệ tái phát và đặc điểm nhóm tái phát

Bảng 3: Phân tích tỷ lệ và thời gian tái phát

Phân loại tái phát	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tổng số ca tái phát	11	17,46
Tái phát rất sớm (< 1 năm)	1	1,58
Tái phát sớm (1 - 2 năm)	2	3,17
Tái phát trung bình (2 - 5 năm)	2	3,17
Tái phát muộn (> 5 năm)	1	1,58
Tái phát rất muộn (> 10 năm)	5	7,93

3.5. Tỷ lệ hoá ác và đặc điểm

Nghiên cứu ghi nhận 01 ca (1,58%) chuyển dạng thành Ung thư biểu mô tế bào gai trên nền bệnh tái phát sau 8 năm. Đây là trường hợp chuyển dạng ác tính "metachronous" (xuất hiện sau một khoảng thời gian dài mang bệnh lành tính), phù hợp với y văn mô tả nguy cơ hoá ác tăng lên theo thời gian và số lần tái phát.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm Dịch tễ học: Sự chuyển dịch xu hướng giới tính và độ tuổi.

Dữ liệu từ 63 trường hợp trong nghiên cứu hiện tại khi đặt cạnh các báo cáo y văn quốc tế đã cho thấy những nét tương đồng mang tính quy luật, nhưng đồng thời cho thấy sự chuyển dịch về đặc điểm nhân khẩu học tại Việt Nam.

Sự thu hẹp khoảng cách giới tính: Theo y văn kinh điển, u nhú đảo ngược là bệnh lý ưu thế vượt trội ở nam giới. Các nghiên cứu trước

năm 2010 thường trích dẫn tỷ lệ Nam:Nữ dao động từ 3:1 đến 5:1.⁷ Một phân tích gộp gần đây vẫn ghi nhận tỷ lệ trung bình toàn cầu là khoảng 3.4:1.¹ Tuy nhiên, kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ Nam:Nữ là 1,4:1 (58,7% nam so với 41,3% nữ). Con số này thấp hơn đáng kể so với các báo cáo phương Tây, nhưng lại phù hợp với xu hướng được ghi nhận trong một số nghiên cứu gần đây tại khu vực Đông Á.⁸

Tỷ lệ mắc bệnh theo giới tại Việt Nam được lý giải bởi hai giả thuyết chính:

- Yếu tố phơi nhiễm môi trường: Trước đây, nam giới thường tiếp xúc nhiều hơn với các yếu tố nguy cơ nghề nghiệp. Tuy nhiên, sự thay đổi trong cấu trúc lao động hiện đại và tình trạng ô nhiễm không khí đô thị tại Việt Nam đã khiến nữ giới cũng chịu mức độ phơi nhiễm tương đương.⁸

- Vai trò của virus HPV: Các nghiên cứu gần đây chỉ ra mối liên hệ giữa IP và Human Papillomavirus (HPV). Sự lây nhiễm HPV không có sự phân biệt giới tính rõ rệt trong quần thể, và sự gia tăng tỷ lệ nhiễm HPV có thể là yếu tố thúc đẩy sự cân bằng tỷ lệ mắc IP giữa nam và nữ.³

Độ tuổi và đỉnh mắc bệnh: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $56,4 \pm 12,8$ tuổi, với đỉnh mắc bệnh tập trung vào thập niên thứ 5 và thứ 6 của cuộc đời. Kết quả này hoàn toàn thống nhất với dữ liệu toàn cầu.¹ Sự khởi phát muộn này gợi ý cơ chế bệnh sinh của IP liên quan đến sự tích lũy các đột biến gen hoặc tổn thương niêm mạc kéo dài trong nhiều thập kỷ.

4.2. Đặc điểm lâm sàng: "Kẻ nguy trang" và thách thức chẩn đoán sớm

Triệu chứng lâm sàng của u nhú đảo ngược thường không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với viêm mũi xoang mạn tính hoặc polyp mũi thông thường. Triệu chứng cơ năng: Nghẹt mũi là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 88,9% trong nghiên cứu này, tương đồng với các báo cáo quốc tế (thường > 90%).⁸ Đặc điểm quan trọng là tính chất nghẹt mũi một bên và tiến triển từ từ, kèm theo chảy mũi nhầy hoặc mủ (65,1%) do bít tắc lỗ thông xoang.

Chảy máu mũi - Dấu hiệu cảnh báo: Tỷ lệ chảy máu mũi được ghi nhận là 14,3%. Trong y văn, chảy máu mũi thường xuyên hoặc lượng nhiều được xem là một dấu hiệu cảnh báo nguy cơ chuyển dạng ác tính hoặc sự xâm lấn phá hủy xương mạnh.³ Do đó, nhóm BN này cần được ưu tiên chụp MRI và sinh thiết kỹ lưỡng.

Nhóm BN không triệu chứng: 9,5% BN không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ. Y văn cũng ghi nhận tỷ lệ này, nhấn mạnh vai

trò của nội soi tai mũi họng sàng lọc định kỳ. Các tổn thương nhỏ, đơn độc tình cờ phát hiện cần được sinh thiết để loại trừ IP thay vì chỉ theo dõi đơn thuần.

4.3. Đặc điểm hình ảnh học (CT/MRI)

Xác định vị trí chân bám trước mổ là yếu tố tiên quyết để giảm tỷ lệ tái phát. Giá trị của dấu hiệu "Dày xương khu trú": Nghiên cứu ghi nhận 61,9% (39/63 ca) BN có hình ảnh dày xương khu trú tại vị trí tương ứng với chân bám u. Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu nền tảng của Lee và cộng sự.⁴, dấu hiệu này có độ đặc hiệu rất cao. Khi CT-scan cho thấy một vùng xương bị dày lên dạng nón hoặc dạng màng, phẫu thuật viên có thể dự đoán đó là nơi xuất phát của khối u với độ tin cậy lên tới 90%.⁴ Điều này bắt buộc phẫu thuật viên phải khoan mài hoặc cắt bỏ phần xương bị dày đó để triệt tiêu nguồn gốc tái phát.⁵

Vị trí chân bám: Phân bố vị trí chân bám trong nghiên cứu cho thấy sự ưu thế của xoang hàm (44,4%), tiếp theo là xoang sàng (22,2%). Vị trí chân bám ở xoang hàm (đặc biệt là thành trước và vách trước lệ) đặt ra thách thức lớn cho phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn, ủng hộ việc áp dụng các đường tiếp cận mở rộng như tiếp cận trước mào lệ (Prelacrimal Approach) để kiểm soát triệt để.⁵

Vai trò của MRI: Dấu hiệu "Vân não" trên MRI là đặc trưng của IP. Sự vắng mặt của dấu hiệu này ở 7 trường hợp trong nghiên cứu cần được lưu ý vì sự mất đi cấu trúc vân não thường là chỉ dấu sớm của sự chuyển dạng ác tính.⁶

4.4. Tỷ lệ tái phát và đặc điểm nhóm tái phát

Tái phát là vấn đề được quan tâm nhất trong quản lý IP. Tỷ lệ tái phát 17,46% trong nghiên cứu này nằm trong khoảng dao động chung của thế giới (12-20%) đối với phẫu thuật nội soi.¹ Dựa trên thời gian, chúng tôi phân loại tái phát thành hai nhóm:

- Tái phát rất sớm - sớm (< 1- 2 năm): Các trường hợp tái phát sau 6 tháng, 12 tháng theo y văn ghi nhận là do chân bám ở các vị trí khó tiếp cận hoặc do không xử lý triệt để vùng chân bám của u. Trong các nghiên cứu, tác giả đề xuất một số giải pháp nhằm ngăn ngừa tái phát sớm là phẫu thuật định hướng chân bám và khoan mài xương xung quanh vị trí chân bám.⁵

- Tái phát muộn - rất muộn (> 5-10 năm): Các nhà nghiên cứu cho rằng ở niêm mạc đường hô hấp, các tế bào biểu mô bị biến đổi gen trên diện rộng do tác động của virus hoặc yếu tố môi trường, dẫn đến hình thành khối u mới trên nền

niêm mạc lân cận hay còn gọi là "Vùng ung thư hóa."³ Vì thế, các tác giả đề xuất chiến lược quản lý và theo dõi người bệnh đến suốt đời.

5.5. Tỷ lệ Hoá ác và Đặc điểm

Tỷ lệ hoá ác 1,58% (1/63 ca) trong nghiên cứu này thấp hơn so với khoảng 5-15% thường được báo cáo trong y văn.³ Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu hoặc do các ca ác tính giai đoạn muộn thường được chuyển thẳng sang chuyên khoa Ung bướu.

Ca bệnh hoá ác duy nhất xảy ra trên nền tái phát sau 8 năm. Các phân tích tổng hợp gần đây khẳng định vai trò then chốt của HPV (đặc biệt type 16, 18) và hút thuốc lá trong quá trình chuyển dạng này.³ Đối với các trường hợp IP tái phát nhiều lần, tái phát muộn, hoặc có dấu hiệu mất vân não trên MRI, cần cảnh giác cao độ và thực hiện phẫu thuật triệt căn rộng rãi hơn.

V. KẾT LUẬN

Từ nghiên cứu của chúng tôi về u nhú đảo ngược mũi xoang cho thấy bệnh thường gặp ở nam giới trung niên, gây nghẹt mũi một bên, dù một số ca không triệu chứng. Bệnh lý này có tính chất dai dẳng, thời gian tái phát phân bố rộng nên cần theo dõi lâu dài. Tỷ lệ hóa ác thấp nhưng nghiêm trọng. Dấu hiệu dày xương trên CT giúp định vị phẫu thuật, trong khi MRI hỗ trợ chẩn đoán phân biệt và tiên lượng ác tính.

VI. KIẾN NGHỊ

Bác sĩ cần dựa vào hình ảnh CT trước mổ để lập kế hoạch và bắt buộc mài xương vùng chân bám khi phẫu thuật. Bệnh nhân cần được tư vấn về nguy cơ tái phát muộn để tuân thủ tái khám dài hạn, kết hợp xét nghiệm HPV và cai thuốc lá. Nghiên cứu tương lai cần quy mô lớn, phân tích gen và theo dõi lâu dài nhằm xây dựng phác đồ điều trị cá thể hóa tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goudakos JK, Blioskas S, Nikolaou A, et al.** Endoscopic resection of sinonasal inverted papilloma: systematic review and meta-analysis. *Am J Rhinol Allergy.* 2018;32(3):167-174.
2. **Krouse JH.** Development of a staging system for inverted papilloma. *Laryngoscope.* 2000;110(6):965-968.
3. **Kim DY, Hong SL, Lee CH, et al.** Inverted papilloma of the nasal cavity and paranasal sinuses: a Korean multicenter study. *Laryngoscope.* 2012;122(3):487-494.
4. **Re M, Gioacchini FM, Bajraktari A, et al.** Malignant transformation of sinonasal inverted papilloma and related genetic alterations: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2017;274(8):2991-3000.

5. Lee DK, Chung SK, Dhong HJ, et al. Focal hyperostosis on CT of sinonasal inverted papilloma as a predictor of tumor origin. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2007;28(4):618-621.
6. Kariya S, Makihara S, Naito T, et al. Attachment-oriented endoscopic surgical management for inverted papillomas in the nasal cavity and paranasal sinuses. *Auris Nasus Larynx.* 2019;46(5):748-753.
7. Jeon TY, Kim HJ, Chung SK, et al. Sinonasal inverted papilloma: value of convoluted cerebriform pattern on MR imaging. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2008;29(8):1556-1560.
8. Mak W, Webb D, Al-Salihi S, et al. Sinonasal inverted papilloma recurrence rates and factors associated with recurrence: A retrospective review. *Laryngoscope.* 2018;128(12):2673-2679.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC VÀ THEO DÕI NỒNG ĐỘ TACROLIMUS TRÊN BỆNH NHÂN GHEP THẬN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Lê Trung Lâm¹, Nguyễn Văn Thuận¹,
Phan Thanh Trường¹, Lê Hoàng Anh¹, Lương Thị Thu Hương¹,
Trần Thịnh Thanh Thảo¹, Trần Thị Thu Thủy¹, Nguyễn Đức Chính¹.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc và theo dõi nồng độ Tacrolimus (TAC) trên bệnh nhân ghép thận. **Đối tượng:** 72 Bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Quân y 175. **Phương pháp:** Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca từ tháng 07/2023 đến tháng 11/2025. **Kết quả:** Tất cả bệnh nhân được điều trị theo phác đồ T-MMF-P và trong đó có 93,1% BN được sử dụng thuốc dẫn nhập Basiliximab trước ghép. Sau ghép, chức năng thận cải thiện rõ với eGFR tăng từ 7,5 lên 67,95 ml/phút/1,73m²; tỷ lệ thải ghép cấp thấp (1,39%), nhiễm trùng tiểu (UTI) chiếm tỷ lệ cao (25%). Nồng độ Tacrolimus đầy (C₀) giảm dần từ 9,04 xuống 6,27 ng/mL sau 12 tháng, không ảnh hưởng đáng kể đến eGFR (p = 0,554). Độ biến thiên nồng độ trong cá thể (IPV) trung vị 25,24%, 64% bệnh nhân có CV% > 20%, liên quan nguy cơ thải ghép hoặc độc tính có thể do sự kém tuân thủ, một số bệnh lý hoặc tương tác thuốc làm tăng nồng độ thuốc. Giá trị MLVI/SD 1,74 ng/ml (0,41-8,29), cho thấy dao động nồng độ thuốc đáng kể. **Kết luận:** Tất cả BN sử dụng phác đồ T-MMF-P phù hợp với khuyến cáo KDIGO 2020 có eGFR trung vị 67,95 ml/phút/1,73m² cải thiện rõ và tỷ lệ thải ghép cấp thấp. Tuy nhiên, biến thiên nồng độ Tacrolimus còn cao (CV% trung vị 25,24%), với 64% bệnh nhân có CV% > 20%, làm tăng nguy cơ thải ghép và độc tính. Cần tăng cường theo dõi nồng độ thuốc và tối ưu hóa phác đồ theo C₀ để cải thiện kết quả lâu dài sau ghép thận.

Từ khóa: Tacrolimus, ghép tạng, Theo dõi Nồng độ Thuốc trong Máu, biến thiên nồng độ thuốc trong một Bệnh nhân.

ABSTRACT

THE USE OF TACROLIMUS (TAC) AND THERAPEUTIC DRUG MONITORING IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS AT 175 MILITARY HOSPITAL

Purposes: To evaluate the use of Tacrolimus (TAC) and therapeutic drug monitoring in kidney transplant patients. **Subjects:** 72 kidney transplant patients at Military Hospital 175. **Methods:** A retrospective case series study conducted from July 2023 to November 2025. **Results:** All patients were treated according to the T-MMF-P regimen, with 93.1% receiving Basiliximab induction therapy before transplantation. After transplantation, renal function improved markedly, with eGFR increasing from 7.5 to 67.95 mL/min/1.73m². The incidence of acute rejection was low (1.39%), while UTI occurred at a relatively high rate (25%). The C₀ gradually decreased from 9.04 to 6.27 ng/mL after 12 months, without a significant impact on eGFR (p = 0.554). The median IPV of Tacrolimus concentration was 25.24%, and 64% of patients had a CV% greater than 20%, which may be associated with an increased risk of rejection or toxicity, potentially due to poor adherence, comorbidities, or drug interactions that elevate drug levels. The MLVI/SD value was 1.74 ng/mL (range: 0.41-8.29), indicating considerable fluctuation in drug concentration. **Conclusion:** All patients received the T-MMF-P regimen in accordance with the KDIGO 2020 recommendations, showing a marked improvement in renal function with a median eGFR of 67.95 mL/min/1.73m² and a low rate of acute rejection. However, IPV remained high, with a median CV% of 25.24% and 64% of patients having CV% > 20%, which increases the risk of rejection and toxicity. Strengthened therapeutic drug monitoring and optimization of the regimen based on C₀ levels are necessary to improve long-term kidney transplant outcomes.

Keywords: Tacrolimus, kidney transplants, Therapeutic drug monitoring; inpatient variability. Tac IPV (Tacrolimus intra-patient variability).

¹ Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trung Lâm

Email: Thstrunglam.bv175@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2026

Ngày duyệt bài: 6.4.2026