

- cytokines and improving clinical symptoms in maintenance hemodialysis patients. *J Artif Organs*. 2019;22(3):236–42.
5. **Hoenic NA, Levin R, Ronco C.** Middle molecules and dialysis: A review. *Blood Purif*. 2015;40(4):314–23.
6. **Chen W, Wang M, Hu Y.** Meta-analysis of β -microglobulin clearance by different dialysis modalities. *Nephrology (Carlton)*. 2016;21(10): 834–40.
7. **Dương TH, Trần QC, Nguyễn TT.** Cải thiện triệu chứng lâm sàng sau lọc máu hấp phụ ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ. *Tạp chí Y học TP.HCM*. 2021;25(3):145–51.
8. **Nguyễn HN, Phạm MT, Lê ÁN.** Ứng dụng lọc máu hấp phụ bằng cột trong điều trị bệnh thận mạn giai đoạn cuối tại Việt Nam: Nghiên cứu thực tế. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;522(6):75–81.

KẾT QUẢ ĐỊNH DANH VI KHUẨN TRONG BỆNH VIÊM TAI GIỮA CẤP Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2025

Nguyễn Quang Hùng¹, Nguyễn Quang Trường²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trên toàn thế giới, viêm tai giữa cấp mủ là vấn đề sức khỏe lớn với 87,5% trẻ em mắc ít nhất một lần trước 5 tuổi, đặc trưng bởi các triệu chứng tại chỗ và toàn thân khởi phát nhanh chóng, bao gồm sốt, triệu chứng viêm đường hô hấp trên, đau tai và tụ dịch trong khoang tai giữa. Vi khuẩn luôn thay đổi về độ nhạy với kháng sinh và vai trò gây bệnh. Vì vậy, việc tìm hiểu vi khuẩn gây bệnh trong viêm tai giữa cấp giúp xác định được tính nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh, từ đó có lựa chọn kháng sinh hiệu quả. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả định danh vi khuẩn của bệnh viêm tai giữa cấp ở dưới 5 tuổi bị viêm tai giữa tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang. **Kết quả:** 100% số ca đều dương tính qua nuôi cấy vi khuẩn, chiếm tỉ lệ cao nhất là *H. influenzae* (59,8%), *S. pneumoniae* (29,9%). Ở nhóm 6 – 36 tháng, tỉ lệ dương tính với *S. pneumoniae* và *H. influenzae* chiếm lần lượt 74,3% và 80%. 50% đối tượng nghiên cứu bị viêm tai giữa có biến chứng dương tính với *S. pneumoniae*, 33,3% dương tính với *H. influenzae* và *M. catarrhalis* là 16,7%. **Kết luận:** *H. influenzae* và *S. pneumoniae* là các tác nhân chính gây bệnh viêm tai giữa cấp và chiếm ưu thế ở nhóm 6 – 36 tháng tuổi. Phế cầu khuẩn có thể gây ra biến chứng cao hơn so với các nhóm vi khuẩn còn lại. **Từ khóa:** viêm tai giữa, trẻ em, vi khuẩn, bệnh viện trẻ em Hải Phòng

SUMMARY

IDENTIFICATION RESULTS OF BACTERIAL PATHOGENS IN ACUTE OTITIS MEDIA AMONG CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2025

Introduction: Globally, acute suppurative otitis media is a major public health concern, with 87.5% of children experiencing at least one episode before the

age of five. The disease is characterized by rapid onset of local and systemic symptoms, including fever, upper respiratory tract infection manifestations, ear pain, and middle ear effusion. Bacterial pathogens continuously change in terms of antibiotic susceptibility and pathogenicity. Therefore, identifying causative bacteria in acute otitis media is essential for determining antimicrobial sensitivity patterns and selecting effective antibiotic therapy. **Objectives:** To describe the bacterial identification results in acute otitis media among children under 5 years old at Hai Phong Children's Hospital in 2025. **Methods:** A cross-sectional study. **Results:** All cases (100%) were culture-positive. *Haemophilus influenzae* accounted for the highest proportion (59.8%), followed by *Streptococcus pneumoniae* (29.9%). In the 6–36-month age group, the positivity rates for *S. pneumoniae* and *H. influenzae* were 74.3% and 80%, respectively. Among children with complicated acute otitis media, 50% were positive for *S. pneumoniae*, 33.3% for *H. influenzae*, and 16.7% for *M. catarrhalis*. **Conclusion:** *H. influenzae* and *S. pneumoniae* are the predominant pathogens causing acute otitis media, with the highest prevalence observed in children aged 6–36 months. *S. pneumoniae* is associated with a higher likelihood of complications compared to other bacterial groups. **Keywords:** acute otitis media, children, bacteria, Hai Phong Children's Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên toàn thế giới, viêm tai giữa cấp mủ là vấn đề sức khỏe lớn với phần lớn trẻ em mắc ít nhất một lần trước 5 tuổi [1]. Trong nghiên cứu của tác giả Alexander KC Leung, viêm tai giữa cấp tính ảnh hưởng đến hơn 80% trẻ em dưới 3 tuổi và 30 đến 45% trong số này đã trải qua hai hoặc nhiều đợt viêm tai giữa [2]. Viêm tai giữa cấp tính đặc trưng bởi các triệu chứng tại chỗ và toàn thân khởi phát nhanh chóng, bao gồm sốt, triệu chứng viêm đường hô hấp trên, đau tai và tụ dịch trong khoang tai giữa [3].

Đặc điểm vôi nhĩ ở trẻ nhỏ hơn, nằm ngang và ít đàn hồi hơn so với người lớn là yếu tố thuận lợi để dịch mủ và vi khuẩn từ mũi họng xâm nhập vào hòm nhĩ tai trong. Bên cạnh đó, tử giai

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

²Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Hùng

Email: hungtintmh125@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

đoạn 6 tháng tuổi trở đi, các kháng thể nhận được từ mẹ truyền sang đã giảm đi rất nhiều, hệ thống đáp ứng miễn dịch chưa phát triển đầy đủ nên trẻ dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn. Phải đến khoảng 3 tuổi hệ thống này mới được hoàn thiện và cơ thể trẻ mới có thể sản xuất đầy đủ các kháng thể chống lại các bệnh nhiễm trùng.

Nguyên nhân gây nhiễm trùng tai giữa có thể do virus, vi khuẩn hoặc đồng nhiễm [4]. Tuy nhiên, vi khuẩn là nguyên nhân chính gây bệnh. Streptococcus pneumoniae, Haemophilus và Moraxella catarrhalis là những tác nhân gây bệnh tai giữa thường được phân lập nhất [2]. Với nhiều chủng loại khác nhau, chúng luôn thay đổi về độ nhạy với kháng sinh. Việc tìm hiểu vi khuẩn gây bệnh trong viêm tai giữa cấp là rất cần thiết, giúp chúng ta xác định được tính nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh, từ đó lựa chọn kháng sinh thích hợp để đưa ra phác đồ điều trị hiệu quả. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu mô tả kết quả định danh vi khuẩn của bệnh viêm tai giữa cấp ở dưới 5 tuổi bị viêm tai giữa tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân dưới 5 tuổi (60 tháng) được chẩn đoán viêm tai giữa cấp, có chỉ định sử dụng kháng sinh và được làm xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Thời gian: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 06/2025 đến tháng 10/2025

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân là trẻ em dưới 5 tuổi điều trị nội trú trong thời gian nghiên cứu, được chẩn đoán viêm tai giữa cấp, có chỉ định sử dụng kháng sinh và được làm kháng sinh đồ tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng trong thời gian nghiên cứu. Tổng có 117 trẻ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm thông tin chung: Nhóm tuổi (< 6 tháng, 6 – 36 tháng, > 36 tháng)

- Vi khuẩn gây bệnh: S. pneumonia (Phế cầu), Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, S. aureus (Tụ cầu vàng), Streptococci (Liên cầu), P. aeruginosa (Trực khuẩn mủ xanh)

- Biến chứng (có/không)

2.6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Công cụ thu thập:

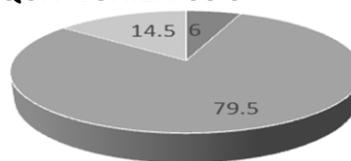
- Bệnh án mẫu
- Máy nội soi tai mũi họng
- Loa soi tai, que thăm bông lấy mủ tai
- Các vật liệu làm xét nghiệm nuôi cấy phân lập vi khuẩn và kháng sinh đồ

Phương pháp thu thập: Khám nội soi tai mũi họng kết hợp lấy dịch làm xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Kobotoolbox, quản lý bằng phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 24.0. Kết quả được trình bày mô tả theo tần số và tỷ lệ.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng khoa học của Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng thông qua. Các đối tượng tham gia được giải thích rõ mục đích, nội dung của nghiên cứu. Các thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ được sử dụng phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



■ < 6 tháng ■ 6 - 36 tháng ■ > 36 tháng

Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi (n=117)

Nhận xét: Biểu đồ 1 mô tả thông tin về nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu. Trong số 117 đối tượng nghiên cứu được khảo sát, nhóm trẻ < 6 tháng tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (6%), nhóm 6 – 36 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất với 79,5% và có 14,5% số trẻ > 36 tháng tuổi.

Bảng 1. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn

	SL	%
Âm tính	0	0
Dương tính	117	100
S. pneumonia (Phế cầu)	35	29,9
Haemophilus influenzae	70	59,8
Moraxella catarrhalis	9	7,7
S. aureus (Tụ cầu vàng)	2	1,7
Streptococci (Liên cầu)	1	0,9
P. aeruginosa (Trực khuẩn mủ xanh)	3	2,6
Vi khuẩn khác	0	0

Nhận xét: Kết quả nuôi cấy vi khuẩn ghi nhận được 100% số ca đều dương tính. Trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là vi khuẩn Haemophilus influenzae với 59,8%, theo sau là phế cầu với 29,9%. Liên cầu, tụ cầu vàng và trực khuẩn mủ xanh chiếm tỉ lệ thấp nhất lần lượt là 0,9%, 1,7% và 2,6%.

Bảng 2. Phân bố vi khuẩn theo nhóm tuổi (n=117)

	<6 tháng		6-36 tháng		>36 tháng		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
S. pneumonia (Phế cầu)	1	2,9	26	74,3	8	22,9	35	100
Haemophilus influenzae	6	8,6	56	80	8	11,4	70	100
Moraxella catarrhalis	0	0	8	88,9	1	11,1	9	100
S. aureus (Tụ cầu vàng)	0	0	2	100	0	0	2	100
Streptococci (Liên cầu)	0	0	1	100	0	0	1	100
P. aeruginosa (Trực khuẩn mủ xanh)	0	0	3	0	0	0	3	100

Nhận xét: Kết quả bảng 2 cho thấy phế cầu ở nhóm tuổi từ 6 – 36 tháng chiếm 74,3%, nhóm > 36 tháng chiếm 22,9% và 2,9% ở nhóm < 6 tháng. Vi khuẩn H. influenzae ở nhóm tuổi từ 6 – 36 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất với 80%, thấp hơn ở nhóm > 36 tháng và < 6 tháng với lần lượt 11,4% và 8,6%. Vi khuẩn M. catarrhalis, S. aureus và Streptococci hầu như chỉ tìm thấy ở trẻ 6 – 36 tháng tuổi.

Bảng 3. Phân bố vi khuẩn theo biến chứng

	Có biến chứng		Không có biến chứng	
	SL	%	SL	%
S. pneumonia (n=35)	3	8,6	32	91,4
Haemophilus influenzae (n=70)	2	2,9	68	97,1
Moraxella catarrhalis (n=9)	1	11,1	8	88,9
S. aureus (Tụ cầu vàng) (n=2)	0	0	2	100
Streptococci (Liên cầu) (n=1)	0	0	1	100
P. aeruginosa (Trực khuẩn mủ xanh) (n=3)	0	0	3	100

Nhận xét: Kết quả cho thấy trong số 117 đối tượng nghiên cứu, có 6 trẻ có biến chứng do vi khuẩn S. pneumonia (3/6), H. Influenzae (2/6) và M. catarrhalis (1/6). Trong đó, biến chứng gặp phải là thủng màng nhĩ cấp và viêm xương chũm cấp. Dấu hiệu của cả 2 trường hợp viêm xương chũm cấp đều là phỏng sập thành sau trên ống tai.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm trẻ 6 – 36 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ cao nhất với 79,5%, nhóm < 6 tháng tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (6%). Kết quả này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu khác với nhóm trẻ trên 6 tháng và dưới 2 tuổi luôn có tỉ lệ mắc cao nhất [2].

Kết quả nuôi cấy vi khuẩn ghi nhận 100% số ca đều dương tính. Trong đó vi khuẩn H. influenzae (59,8%) và S. pneumonia (29,9%) được xác định là các tác nhân gây bệnh thường gặp nhất. Điều này phù hợp với hầu hết các tài liệu nghiên cứu về vi khuẩn trong viêm tai giữa trong nước và trên thế giới trước đây.

Shimamura và cộng sự đã chứng minh rằng các chủng H. influenzae và S. pneumoniae bám dính tốt hơn vào các tế bào biểu mô vòm họng của trẻ em so với người lớn và vào trẻ em bị viêm tai giữa so với những trẻ bình thường [5].

Kết quả nghiên cứu tổng quan cho thấy khác với nghiên cứu của chúng tôi, S. pneumoniae là vi khuẩn chiếm ưu thế số 1 trong phần lớn các báo cáo từ bệnh nhân viêm tai giữa cấp tính còn H. influenzae chủ yếu tìm thấy trên bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính, viêm tai giữa cấp tái phát và viêm tai giữa cấp thất bại điều trị [3]. Có thể giải thích rằng, trước giai đoạn chưa có vắc xin phế cầu thì S. pneumoniae là tác nhân gây bệnh hay gặp nhất, tuy nhiên tỷ lệ mắc bệnh từ vi khuẩn này đã giảm đáng kể từ khi vắc xin liên hợp phế cầu lưu hành. Trong những năm gần đây đã có sự cân bằng về tỷ lệ phân lập của S. pneumoniae và H. influenzae gây viêm tai giữa cấp ở trẻ em [6], thậm chí tại nghiên cứu của chúng tôi, H. influenzae chiếm đa số với 59,8% trong khi S. pneumoniae chiếm 29,9%. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc viêm tai giữa do S. pneumoniae giảm từ 33% - 48% xuống còn 23% - 31% sau khi lưu hành vắc xin phòng phế cầu [7]. Mặc dù vắc xin đã làm giảm đáng kể tỷ lệ VTGC do các serotype thuộc vaccine, nhưng không ngăn chặn được hoàn toàn căn nguyên S. pneumoniae.

Kết quả Bảng 2 cho thấy phế cầu ở nhóm tuổi từ 6 – 36 tháng chiếm 74,3%, nhóm > 36 tháng chiếm 22,9% và 2,9% ở nhóm < 6 tháng. Vi khuẩn H. influenzae ở nhóm tuổi từ 6 – 36 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất với 80%, thấp hơn ở nhóm > 36 tháng và < 6 tháng với lần lượt 11,4% và 8,6%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Andres Rosenblut trên đối tượng là 160 trẻ em dưới 5 tuổi tại Chile, cho thấy S. pneumoniae và H. influenzae chiếm ưu thế ở nhóm trẻ em 12 – 23 tháng tuổi [8]. Vi khuẩn M. catarrhalis, S. aureus và Streptococci hầu như chỉ tìm thấy ở trẻ 6 – 36 tháng tuổi. 06 tháng đầu là giai đoạn trẻ được bảo vệ chống lại bệnh tật nhờ các kháng thể IgG nhận được từ cơ thể mẹ trong quá trình mang thai. Tuy nhiên từ 06 tháng trở đi, kháng thể này

giảm xuống, trẻ bắt đầu tập ăn dặm, tiếp xúc với môi trường bên ngoài nhiều hơn, tăng nguy cơ tiếp xúc với các tác nhân gây bệnh trong khi hệ miễn dịch chưa hoàn thiện nên trẻ trở nên nhạy cảm với các bệnh nhiễm trùng như viêm đường hô hấp trên, viêm tai giữa cấp.

Qua nội soi tai mũi họng, kết quả thu được 6/117 đối tượng nghiên cứu bị viêm tai giữa có biến chứng, 50% dương tính với vi khuẩn *S. pneumoniae*, 33,3% dương tính với *H. Influenzae* và *M. catarrhalis* là 16,7%. Trong đó, biến chứng gặp phải là thủng màng nhĩ cấp và viêm xương chũm cấp. Dấu hiệu của cả 2 trường hợp viêm xương chũm cấp đều là phồng sập thành sau trên ống tai. Nghiên cứu của tác giả Tamir trên 295 trẻ em dưới 6 tuổi tham gia vào nghiên cứu giai đoạn 2008 – 2013 đã chỉ ra rằng, 65, 61% trẻ dương tính ở nhóm phế cầu khuẩn có số lượng bạch cầu và nồng độ CRP cao hơn đáng kể, thường dưới 2 tuổi và dễ bị biến chứng viêm xương chũm cấp tính hơn so với trẻ em trong nhóm không nhiễm phế cầu khuẩn [9].

V. KẾT LUẬN

Viêm tai giữa cấp là bệnh lý nhiễm trùng phổ biến ở trẻ em, đặc biệt là từ 06 tháng đến dưới 5 tuổi. Qua nuôi cấy vi khuẩn 117 ca mắc viêm tai giữa, ghi nhận 100% số ca đều dương tính. Trong đó vi khuẩn *H. influenzae* (59,8%) và *S. pneumoniae* (29,9%) là 2 tác nhân gây bệnh thường gặp nhất. *S.pneumoniae* và *H. influenzae* chiếm ưu thế ở nhóm trẻ em 06 – 36 tháng tuổi. Phế cầu khuẩn (*S. pneumoniae*) có thể gây ra

biến chứng cao hơn so với các nhóm vi khuẩn còn lại. Việc nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn là rất cần thiết nhằm cung cấp bằng chứng cho điều trị lâm sàng cũng như các chính sách y tế công cộng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dubey, S.P. and V. Larawin.** Complications of chronic suppurative otitis media and their management. *Laryngoscope*, 2007. 117(2): 264-267.
2. **Leung, A.K.C. and A.H.C. Wong.** Acute Otitis Media in Children. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*, 2017. 11(1): 32-40.
3. **Ngo, C.C., H.M. Massa, R.B. Thornton, et al.** Predominant Bacteria Detected from the Middle Ear Fluid of Children Experiencing Otitis Media: A Systematic Review. *PLoS One*, 2016. 11(3): e0150949.
4. **Danishyar A, A.J.** Acute Otitis Media. *StatPearls Publishing*, Updated 2023 Apr 15.
5. **Shimamura, K., H. Shigemi, Y. Kurono, et al.** The role of bacterial adherence in otitis media with effusion. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 1990. 116(10): 1143-1146.
6. **Hayashi, T., K. Kitamura, S. Hashimoto, et al.** Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of acute otitis media in children-2018 update. *Auris Nasus Larynx*, 2020. 47(4): 493-526.
7. **Coker, T.R., L.S. Chan, S.J. Newberry, et al.** Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children: a systematic review. *Jama*, 2010. 304(19): 2161-2169.
8. **Rosenblut, A., C. Napolitano, A. Pereira, et al.** Etiology of acute otitis media and serotype distribution of *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae* in Chilean children <5 years of age. *Medicine (Baltimore)*, 2017. 96(6): e5974.
9. **Ovnat Tamir, S., Y. Roth, A. Goldfarb, et al.** Severity of pneumococcal versus non-pneumococcal acute otitis media in children. *Clin Otolaryngol*, 2015. 40(4): 370-377.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA U LYMPHO KHÔNG HODGKIN BIỂU HIỆN TẠI XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Huyền Nga¹, Nguyễn Thanh Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u lympho không Hodgkin biểu hiện tại xương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 76 bệnh nhân u lympho không Hodgkin biểu hiện tại xương điều trị tại khoa Nội Hệ tạo Huyết Bệnh viện K từ 05/2019-10/2025. **Kết quả:** Độ tuổi trung vị là 53; Tỷ lệ nam/nữ là ~1,05; ECOG 0 chiếm 65,8%. Hội

chứng B gặp ở 18,4% bệnh nhân; Tỷ lệ gãy xương bệnh lý 6,6%; Tỷ lệ tổn thương tiêu xương chiếm 72,4%; Thể bệnh DLBCL chiếm đa số 5,7%; Vị trí tổn thương xương hay gặp nhất là xương đốt sống 42,1%; tỷ lệ tổn thương xương chậu 34,2%; tổn thương xương sọ chiếm 25%; tổn thương xương đùi chiếm 19,7%; đa số bệnh nhân ở giai đoạn muộn-u lympho thứ phát tại xương 75%, 25% bệnh nhân chẩn đoán là u lympho nguyên phát tại xương. **Kết luận:** Các đặc điểm lâm sàng đặc trưng của u lympho không Hodgkin biểu hiện tại xương hỗ trợ các bác sĩ trong quá trình chẩn đoán sớm và lựa chọn điều trị kịp thời và phù hợp cho các bệnh nhân này. **Từ khóa:** U lympho không Hodgkin biểu hiện tại xương.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Huyền Nga

Email: ncs29dhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL FEATURES