

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 Nga<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Tùng<sup>1</sup>

### 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.

<sup>1</sup>Bệnh 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

**OF BONE LYMPHOMA AT K HOSPITAL**

**Objective:** Describe the clinical and paraclinical characteristics of Bone lymphoma. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive prospective study was conducted on 76 patients with bone lymphoma treated with chemotherapy at the Hematologic Oncology Department, K Hospital from May 2019 to October 2025. **Results:** The median age was 53; The male/female ratio was ~1.05; PS=0 accounted for 65.8%. B symptoms occurred in 18.4% of patients; Pathological fracture rate 6.6%; osteolytic lesion rate 72.4%; DLBCL disease type accounts for the majority 5.7%; The most common bone lesion location is the vertebrae 42.1%; pelvic bone lesion rate 34.2%; skull bone lesion account for 25%; femur lesion account for 19.7%; most patients are in the late stage - secondary lymphoma in bone 75%, 25% of patients are diagnosed with primary lymphoma in bone. Conclusion: The characteristic clinical features of bone lymphoma support doctors in the process of early diagnosis and timely and appropriate treatment selection for these patients.

**Keywords:** Bone non-Hodgkin lymphoma.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tổn thương u lympho biểu hiện tại xương có thể do u lympho xương nguyên phát hoặc tổn thương ngoài hạch do bệnh lý toàn thân. Trong một số ít trường hợp, u lympho xương nguyên phát có thể biểu hiện dưới dạng bệnh lý đa ổ, ảnh hưởng đến nhiều vị trí xương mà không có tổn thương hạch hoặc nội tạng; tình trạng này được mô tả là u lympho xương đa ổ, và chiếm <10% u lympho xương nguyên phát. U lympho xương nguyên phát thường có tiên lượng thuận lợi hơn so với bệnh lý hạch tương đương hoặc u lympho ngoài hạch ở các vị trí khác<sup>5</sup>.

U lympho xương nguyên phát (PBL) chiếm khoảng 1% trong số tất cả các loại u lympho và 7% trong số các khối u xương nguyên phát ác tính. U lympho tế bào B lớn lan tỏa (DLBCL), không xác định khác (NOS) là loại mô học chiếm ưu thế và chiếm hơn 80% trong số tất cả các trường hợp. PBL có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi với độ tuổi chẩn đoán điển hình là 45–60 tuổi và nam giới chiếm ưu thế nhẹ. Đau xương tại chỗ, phù mô mềm, khối u sờ thấy và gãy xương bệnh lý là những đặc điểm lâm sàng phổ biến nhất. Chẩn đoán bệnh, thường bị trì hoãn do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, dựa trên sự kết hợp giữa khám lâm sàng và các nghiên cứu hình ảnh và được xác nhận bằng xét nghiệm mô bệnh học và miễn dịch mô học kết hợp. PBL có thể phát triển ở bất kỳ phần nào của bộ xương, mặc dù nó xảy ra phổ biến nhất ở xương đùi, xương cánh tay, xương chày, cột sống và xương chậu. Hình ảnh chụp chiếu của PBL rất thay đổi và không đặc hiệu. Xét về nguồn gốc tế bào, hầu hết các trường hợp là DLBCL xương nguyên phát

(PB-DLBCL), NOS thuộc phân nhóm tế bào B trung tâm mầm. PB-DLBCL, NOS được coi là một thực thể lâm sàng riêng biệt dựa trên tiên lượng, mô bệnh học, biểu hiện gen, đặc điểm đột biến và đặc điểm miRNA<sup>6</sup>.

Mặt khác, u lympho lan tỏa kèm theo di căn xương nên được định nghĩa là "u lympho xương thứ phát" (SBL). Trong những trường hợp này, di căn xương được coi là vị trí ngoài hạch toàn thân và bệnh nên được coi là giai đoạn IV<sup>4</sup>. U lympho xuất hiện ở mô mềm, hạch bạch huyết hoặc các cơ quan khác và xâm lấn xương lân cận thứ phát không nên được coi là u lympho xương nguyên phát. Tuy nhiên, đây là vấn đề thường gặp ở nhiều loại u lympho ngoài hạch, và tương tự như vậy, trong u lympho xương, sự khác biệt không rõ ràng trong thực hành, và có thể rất khó để phân biệt hai tình huống này.

Tại Việt Nam, số lượng bệnh nhân u lympho không Hodgkin biểu hiện ở xương được điều trị tương đối ổn định qua các năm. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu chính thức nào phân tích, đánh giá kết quả điều trị nhóm bệnh nhân này. Nhằm góp phần vào việc hiểu biết tổng quan về lâm sàng, cận lâm sàng trên nhóm bệnh học u lympho không Hodgkin biểu hiện ở xương. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của U lympho biểu hiện tại xương tại Bệnh viện K*".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****2.1. Đối tượng nghiên cứu****2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.**

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán u lympho không Hodgkin biểu hiện ở xương tại Bệnh viện K đáp ứng các tiêu chuẩn lấy mẫu sau:

- ≥ 18 tuổi.

- Được chẩn đoán u lympho không Hodgkin biểu hiện ở xương chưa được điều trị trước đó.

- Kết quả mô bệnh học xác nhận chẩn đoán u lympho không Hodgkin.

- Chức năng gan và thận bình thường.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân mắc các bệnh ung thư khác đi kèm.

- Bệnh nhân có tiền sử phản ứng truyền dịch.

- Bệnh nhân mắc các bệnh cấp tính và mạn tính nặng (suy gan, suy tim, suy thận nặng, v.v.).

- Bệnh nhân có kháng thể kháng HIV (+), HBV hoạt động (HBV DNA > 10<sup>4</sup> bản sao/ml), HCV (HCV RNA > 10<sup>4</sup> bản sao/ml).

- Bệnh nhân suy giảm miễn dịch nặng.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 76 bệnh nhân được chẩn đoán u lympho không

Hodgkin biểu hiện tại xương điều trị hóa chất từ tháng 05/2019 đến tháng 10/2025 tại Khoa Nội Hê tạo Huyết – Bệnh viện K3 cơ sở Tân Triều.

Thông tin cần thu thập: Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu (tuổi, giới, PS, hội chứng B, gãy xương bệnh lý, vị trí tổn thương xương, dạng tổn thương xương, lý do vào viện, giải phẫu bệnh, giai đoạn bệnh).

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu:** Các thông tin được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không can thiệp, không gây tác hại cho bệnh nhân, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân, không tăng thêm chi phí cho bệnh nhân. Các phác đồ điều trị được lựa chọn theo hướng dẫn điều trị của Bộ y tế Việt Nam, NCCN.

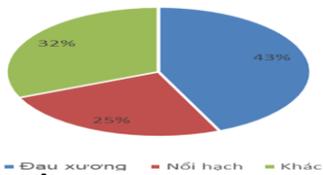
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Thông số (n=76)		n (%)
<b>Tuổi (trung vị (khoảng))</b>		53 (19-78)
<b>Giới</b>	Nam	39 (51.3)
	Nữ	37 (48.7)
<b>PS</b>	0	50 (65.8)
	1	22 (28.9)
	2	4 (5.3)
<b>Hội chứng B</b>		14 (18.4)
<b>Gãy xương bệnh lý</b>		5 (6.6)
<b>Tổn thương trên phim CT</b>	Tiêu xương	55 (72.4)
	Tiêu đặc xương hỗn hợp	21 (27.6)

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 53; tỷ lệ giới tính tương đương; chủ yếu bệnh nhân có PS=0-1 chiếm 94,7%. Tỷ lệ bệnh nhân mắc hội chứng B là 18,4%. Gãy xương bệnh lý gặp ở 6,6%. Hầu hết dạng tổn thương trên phim chụp CT là tổn thương tiêu xương (72,4%).

Lý do vào viện



**Biểu đồ 1. Lý do vào viện**

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện vì đau xương chiếm 43%; nổi hạch chiếm 25% và lý do khác chiếm 32%.

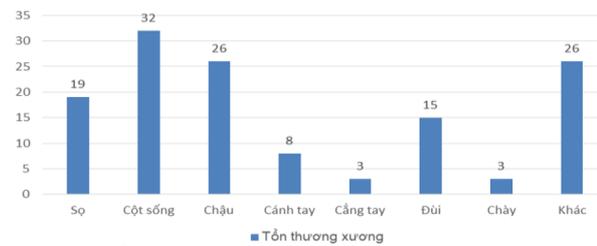
**Bảng 2. Giải phẫu bệnh**

Thể mô học (n=76)	n	%
DLBCL, GCB	21	27.6
DLBCL, non GCB	23	30.3
High grade B cell	3	3.9

DLBCL, NOS	6	7.9
ALCL	4	5.3
MCL	1	1.3
PTCL	3	3.9
NHL	4	5.3
CLL	2	2.6
LPL	2	2.6
PMBL	1	1.3
MALTOMA	1	1.3
FL	5	6.6

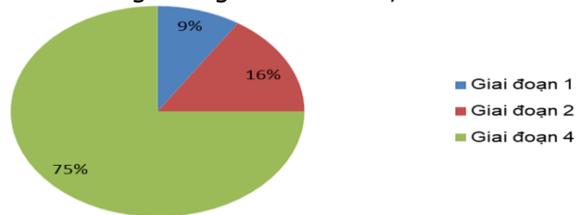
**Nhận xét:** DLBCL chiếm đa số 65,7%.

Tổn thương xương



**Biểu đồ 2. Vị trí tổn thương xương**

**Nhận xét:** Tổn thương xương phổ biến nhất là cột sống chiếm 42,1%; tiếp theo là xương chậu chiếm 34,2%; xương sọ chiếm 25% và chấn thương xương đùi chiếm 19,7%.



**Biểu đồ 3. Giai đoạn bệnh**

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân giai đoạn 4 chiếm 75%; tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn 1 chiếm 9% và 2 chiếm 16%.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 53; tỷ lệ giới tính là ngang nhau; chủ yếu là bệnh nhân có PS = 0-1 chiếm 94,7%. Tỷ lệ bệnh nhân mắc hội chứng B là 18,4%. Bệnh DLBCL chiếm phần lớn 65,7%, tiếp theo là FL chiếm 6,6%; ALCL chiếm hoặc NHL không xác định 5,3%; PTCL hoặc tế bào B độ cao 3,9%; CLL hoặc LPL 2,6%; PMBL hoặc MALTOMA hoặc MCL 1,3%. Tổn thương xương phổ biến nhất là cột sống chiếm 42,1%; tiếp theo là xương chậu chiếm 34,2%; hộp sọ chiếm 25% và chấn thương xương đùi chiếm 19,7%. Phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn 4 (u lympho thứ phát trong xương) chiếm 75%; tỷ lệ bệnh nhân bị u lympho nguyên phát trong xương chiếm 25%.

Một số tác giả trên thế giới đưa ra các đặc điểm sơ bộ của u lympho xương, mặc dù bản

thân khối u có thể ảnh hưởng đến thể lực, đặc biệt nếu nó xuất hiện ở các xương chịu lực, hầu hết bệnh nhân có chỉ số thể lực ECOG từ 0–1. Đau là triệu chứng khởi phát phổ biến nhất (80–95%), khối u xuất hiện ở 30–40% trường hợp và gãy xương bệnh lý ở 15–20%, với thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi chẩn đoán là 8 tháng. Hầu hết bệnh nhân đều ở giai đoạn sớm khi đến khám<sup>2</sup>. Mỗi xương đều có khả năng phát triển u lympho, nhưng xương đùi là vị trí thường bị ảnh hưởng nhất. Tổn thương u lympho thường xảy ra ở thân xương, trong khi tổn thương ở đầu xương và hành xương thường phản ánh bệnh tiến triển. Các xương nhỏ ở bàn tay và bàn chân hiếm khi bị ảnh hưởng. Chèn ép tủy sống là biến chứng đầu tiên ở 16% trường hợp. Xương chậu đường như thường liên quan đến các nghiên cứu ở Nhật Bản, nhưng các nghiên cứu này chủ yếu bao gồm những bệnh nhân mắc bệnh u lympho lan tỏa<sup>3</sup>. Loãng xương và tăng canxi huyết được ghi nhận ở 5–15% bệnh nhân, chủ yếu liên quan đến bệnh tiến triển. Các triệu chứng liên quan đến tăng canxi huyết, chẳng hạn như táo bón, uể oải và buồn ngủ, không phổ biến.

Các phát hiện trên phim chụp X-quang của u lympho xương nguyên phát thường không đặc hiệu, với những hạn chế quan trọng trong việc phân biệt u lympho với các khối u xương nguyên phát khác như sarcoma Ewing, sarcoma tạo xương và sarcoma sụn. Trên phim X-quang thường, tổn thương chủ yếu là tiêu xương, nhưng một nửa số bệnh nhân cũng có tổn thương tạo xương, và cả hai kiểu tổn thương này có thể cùng tồn tại, ngay cả trong cùng một xương. Vỏ xương cho thấy sự pha trộn giữa các kiểu tổn thương thâm, bị loét ăn hoặc bị phá hủy. Màng xương thường biểu hiện những thay đổi phản ứng, và các đặc điểm thường gặp trong sarcoma xương, như xếp lớp vỏ hành tây, rách màng xương hoặc hình dạng tia nắng mặt trời, đôi khi có thể được ghi nhận trong u lympho xương nguyên phát.

Chẩn đoán mô bệnh học và phân loại u lympho xương nguyên phát có thể gặp khó khăn do một số vấn đề thường gặp như hiện tượng đè ép trên mẫu sinh thiết, sự hiện diện của lưới nội chất hoặc xơ hóa hyalin hóa, tình trạng viêm và một số bất chẩn đoán đặc hiệu, bao gồm tế bào thoi giống sarcoma và cụm giống ung thư biểu mô. U lympho tế bào B lớn lan tỏa (DLBCL) là phân nhóm mô học phổ biến nhất của u lympho, xâm lấn chủ yếu hoặc thứ phát vào xương. Loại này chiếm 70–80% tổng số u lympho xương<sup>3</sup>, ngoài ra có các trường hợp hiếm gặp như của u

lympho thể nang, u lympho vùng rìa, lymphoplasmacytic, u lympho tế bào lớn bất thực sản, u lympho tế bào NK/T, u lympho Burkitt và u lympho Hodgkin<sup>1</sup>. Về mặt hình thái, các tế bào khối u có kích thước lớn và phù hợp với trung tâm nang hoặc loại tế bào trung tâm, thường có sự phân cắt nhân; các tế bào đa thùy lớn được báo cáo trong khoảng một nửa số trường hợp. Bằng chứng về nguồn gốc trung tâm mầm (GC) đã được ghi nhận trong ít nhất 50% các trường hợp<sup>8</sup>. Các tế bào khối u phản ứng miễn dịch với các dấu hiệu tế bào B: CD45, CD20, CD21, CD45, CD79a; phản ứng miễn dịch với CD75 và CD10 là khác nhau. Các dấu hiệu tế bào T thường âm tính, nhưng thường có các tế bào CD3+ nhỏ. Phản ứng miễn dịch BCL-2 và BCL-6 đã được báo cáo trong 35% và 69% các trường hợp. IgG, IgH đơn dòng và HLA-DR đã được ghi nhận. Dữ liệu có sẵn về u lympho tế bào T xương nguyên phát còn ít; u lympho tế bào T xương nguyên phát không biểu hiện các đặc điểm khác biệt so với u lympho tế bào T ngoài xương. Hầu hết các trường hợp được báo cáo về u lympho tế bào T xương nguyên phát là u lympho tế bào lớn anaplastic (CD3+/; CD43+/; CD30+), thường liên quan đến biểu hiện t(2;5)(p23;q35) và ALK-1.

Giai đoạn bệnh được xác định theo hệ thống phân loại Ann Arbor. Tuy nhiên, hệ thống phân loại này có một số hạn chế quan trọng khi phân tích các phân nhóm giai đoạn khác nhau và so sánh các nghiên cứu đã báo cáo. Dựa trên sự khác biệt về tiên lượng và kết quả, hệ thống phân loại IELSG đã được đề xuất, trong đó u lympho xương được phân loại thành bốn giai đoạn khác nhau: giai đoạn IE = tổn thương xương đơn lẻ; IIE = tổn thương xương đơn lẻ cộng với hạch bạch huyết khu vực; và IV = u lympho giai đoạn IV thông thường có tổn thương xương và IVE = tổn thương nhiều xương (đa xương). Hầu hết bệnh nhân mắc DLBCL xương biểu hiện bệnh đơn ổ, nhưng sự cải thiện về độ nhạy và độ đặc hiệu của các thủ thuật chẩn đoán hình ảnh và chức năng đã dẫn đến việc phát hiện bệnh đa ổ ngày càng tăng. Điều này cho thấy bệnh đa ổ, cả trong một xương (bệnh đơn xương) và ở nhiều xương khác nhau (bệnh đa xương), đã bị đánh giá thấp trong những thập kỷ qua. Thâm nhiễm mô mềm trực tiếp được phát hiện ở khoảng 20% bệnh nhân, nhưng điều này không cần thiết cho việc phân loại giai đoạn, điều trị và tiên lượng.

## V. KẾT LUẬN

U lympho không Hodgkin biểu hiện tại xương

là một thể bệnh hiếm gặp trong u lympho với nhiều đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng. Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung vị mắc bệnh 53 tuổi, tỉ lệ nam/nữ ~ 1,05; vị trí biểu hiện hay gặp ở xương cột sống, xương chậu, sọ, đùi; đa số là bệnh nhân thứ phát tại xương giai đoạn muộn chiếm 75%. Các kết quả này sẽ hỗ trợ các bác sĩ trong chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời nhằm tăng thời gian sống thêm cho các bệnh nhân u lympho không Hodgkin biểu hiện tại xương.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Govi S, Christie D, Mappa S, et al.** The clinical features, management and prognosis of primary and secondary indolent lymphoma of the bone: a retrospective study of the International Extranodal Lymphoma Study Group (IELSG #14 study). *Leuk Lymphoma*. Aug 2014;55(8):1796-9. doi:10.3109/10428194.2013.853298
2. **Horsman JM, Thomas J, Hough R, Hancock BW.** Primary bone lymphoma: a retrospective analysis. *Int J Oncol*. Jun 2006;28(6):1571-5. doi:10.3892/ijo.28.6.1571
3. **Maruyama D, Watanabe T, Beppu Y, et al.** Primary bone lymphoma: a new and detailed characterization of 28 patients in a single-institution study. *Jpn J Clin Oncol*. Mar 2007;37(3):216-23. doi:10.1093/jjco/hym007
4. **Mikhaeel NG.** Primary bone lymphoma. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2012:366-70.
5. **Ramadan KM.** A clinicopathological retrospective study of 131 patients with primary bone lymphoma: a population-based study of successively treated cohorts from the British Columbia Cancer Agency. *Ann Oncol*. 2007:129.
6. **Theofilos Kanavos.** Primary Bone Lymphoma: A Review of the Literature with Emphasis on Histopathology and Histogenesis. *Diseases*. 2023:42.

## ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU HIỆU QUẢ TIÊM DƯỚI KẾT MẠC BEVACIZUMAB TRONG ĐIỀU TRỊ MỘNG TÁI PHÁT

Đoàn Kim Thành<sup>1</sup>, Lê Đỗ Thùy Lan<sup>1</sup>, Trần Thị Cẩm Thanh<sup>2</sup>, Hồ Thị Thanh Trúc<sup>1</sup>, Lâm Minh Vinh<sup>2</sup>, Trần Minh Trí<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của tiêm Bevacizumab dưới kết mạc trên bệnh nhân mộng thịt tái phát trong việc ngăn ngừa tiến triển của mộng, giảm triệu chứng cơ năng. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca tiến cứu gồm 10 mắt của 10 bệnh nhân được chẩn đoán mộng tái phát. Mỗi mắt được tiêm 3 liều Bevacizumab 2,5mg/0,1ml cách nhau 2 tuần, theo dõi và đánh giá sự thay đổi kích thước và mạch máu mộng trong 3 tháng sau tiêm mũi đầu tiên. Thu thập các đặc điểm dịch tễ bằng bảng câu hỏi, đo thị lực bằng bảng Snellen, đo nhãn áp bằng nhãn áp kế trước và sau tiêm thuốc. Các thông số về sự thay đổi kích thước và mạch máu mộng được phân tích bằng phần mềm ImageJ, chụp bằng đèn sinh hiển vi tích hợp máy ảnh. **Kết quả:** Kích thước và mạch máu mộng giảm dần sau các đợt tiêm thuốc và giảm đáng kể sau 3 tháng. Diện tích đầu mộng giảm từ  $5,85 \pm 2,85 \text{ mm}^2$  xuống  $2,95 \pm 2,03 \text{ mm}^2$  (giảm  $63,55 \pm 24,50\%$ ,  $p=0,005$ ), chiều dài đầu mộng xâm lấn giác mạc giảm từ  $1,84 \pm 0,50 \text{ mm}$  xuống  $0,96 \pm 0,56 \text{ mm}$  (giảm  $43,16 \pm 25,51\%$ ,  $p=0,005$ ), mật độ mạch máu mộng giảm từ  $19,99 \pm 5,10\%$  xuống  $5,99 \pm 2,55\%$  (giảm  $70,02 \pm 11,17\%$ ,  $p=0,005$ ), đường kính mạch máu

mộng giảm từ  $7,36 \pm 0,79 \text{ pixel}$  xuống  $5,37 \pm 0,99 \text{ pixel}$  (giảm  $27,31 \pm 8,26\%$ ,  $p=0,005$ ). Tác dụng không mong muốn bao gồm là xuất huyết kết mạc (10%) và đau tại chỗ (10%). Ngoài ra không ghi nhận biến chứng toàn thân. **Kết luận:** Các kết quả ngắn hạn cho thấy tiêm Bevacizumab là phương pháp hiệu quả và an toàn trong việc ngăn ngừa tiến triển của mộng tái phát. **Từ khóa:** Mộng tái phát, Bevacizumab, tiêm dưới kết mạc.

### SUMMARY

#### PRELIMINARY EVALUATION OF SUBCONJUNCTIVAL BEVACIZUMAB IN RECURRENT PTERYGIUM

**Purpose:** The aim of this study was to evaluate the efficacy and safety of subconjunctival Bevacizumab injections in patients with recurrent pterygia for preventing pterygium progression and reducing subjective symptoms. **Methods:** A prospective case series included 10 eyes of 10 patients with recurrent pterygia. Each eye received 3 doses of subconjunctival Bevacizumab (2,5mg/0,1ml) at two-week intervals. All patients were followed up for 3 months after the first injection to evaluate changes in pterygium size and vascular. Epidemiological characteristics were collected using a structured questionnaire. Visual acuity was assessed with a Snellen chart, and intraocular pressure was measured by tonometry before and after treatment. Pterygium size and vascular changes were analyzed using ImageJ software based on images captured with a slit-lamp biomicroscope integrated with a digital camera. **Results:** Pterygium size and vascularity progressively decreased after each injection and significantly

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Cẩm Thanh

Email: bstranthicamthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025