

7. **Amiodarone monitoring.** Accessed October 29, 2025. [https://www.derbyshiremedicinesmanagement.nhs.uk/assets/Clinical\\_Guidelines/Formulary\\_by\\_BNF\\_chapter\\_prescribing\\_guidelines/BNF\\_chapter\\_2/Amiodarone\\_monitoring.pdf](https://www.derbyshiremedicinesmanagement.nhs.uk/assets/Clinical_Guidelines/Formulary_by_BNF_chapter_prescribing_guidelines/BNF_chapter_2/Amiodarone_monitoring.pdf)
8. **Amiodarone-Position-Statement.** Accessed October 29, 2025. <https://primarycare.northeastlondon.icb.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/09/Amiodarone-Position-Statement.pdf>

9. **Amiodarone.** Accessed October 29, 2025. [https://www.derbyshiremedicinesmanagement.nhs.uk/assets/Clinical\\_Guidelines/Shared\\_Care\\_Guidelines/Amiodarone.pdf](https://www.derbyshiremedicinesmanagement.nhs.uk/assets/Clinical_Guidelines/Shared_Care_Guidelines/Amiodarone.pdf)

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH LYMPHOMA NGUYÊN PHÁT ỔNG TIÊU HÓA

Nghiêm Phương Thảo<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Thanh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Duy Khang<sup>2</sup>, Nguyễn Tín Trung<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** mô tả đặc điểm hình ảnh lymphoma nguyên phát ống tiêu hóa trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT). **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca trên tất cả các trường hợp (TH) lymphoma nguyên phát ống tiêu hóa được chẩn đoán xác định bằng kết quả mô bệnh học sau sinh thiết tại OTH qua nội soi tiêu hoá hoặc sau phẫu thuật tại bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Từ tháng 01/2019 đến tháng 09/2025, có 54 TH lymphoma nguyên phát OTH gồm 31 nam (chiếm 57,4%) và 23 nữ (chiếm 42,6%). Tuổi trung bình là 54,6±13,4 tuổi. Các đặc điểm tổn thương OTH trên CLVT: vị trí tổn thương thường gặp nhất là dạ dày (33 TH, chiếm 61,1%), hình thái tổn thương thường gặp nhất là dày thành lệch tâm (68,5%), chỉ có 6 TH (chiếm 11,1%) gây hẹp lòng. Đa số các TH bắt thuốc mạnh, đồng nhất (tỉ lệ lần lượt là 75,9% và 94,4%) kèm theo thâm nhiễm mỡ quanh (11,1%). Bề dày trung bình và chiều dài trung bình của u lần lượt là 23,7±12,0 mm và 79,0±31,2 mm. Có 53/54 TH có tổn thương hạch, kích thước trung bình của hạch là 18,6±11,7mm (5-56mm). Đa số các hạch bắt thuốc mạnh (75,5%) và đồng nhất (94,35%) và đặc điểm hạch lan toả chiếm ưu thế (94,3%). **Kết luận:** Các đặc điểm hình ảnh tổn thương trên CLVT giúp định hướng chẩn đoán lymphoma nguyên phát OTH và phân biệt với các nguyên nhân khác, từ đó giúp bác sĩ lâm sàng định hướng chẩn đoán sớm và quyết định phác đồ điều trị.

**Từ khóa:** Cắt lớp vi tính, lymphoma nguyên phát ống tiêu hoá.

### SUMMARY

#### COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING FEATURES OF PRIMARY GASTROINTESTINAL LYMPHOMA

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

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhân Dân 115

<sup>3</sup>Bệnh viện Ung Bướu

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Phương Thảo

Email: nghiempuongthao2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

**Objective:** To describe the imaging characteristics of primary gastrointestinal (GI) lymphoma on computed tomography (CT). **Methods:** A retrospective descriptive case series was conducted on all patients diagnosed with primary GI lymphoma confirmed by histopathological results from endoscopic biopsy or postoperative specimens at Ho Chi Minh City Oncology Hospital. **Results:** From January 2019 to September 2025, a total of 54 cases of primary GI lymphoma were identified, including 31 males (57.4%) and 23 females (42.6%), with a mean age of 54.6 ± 13.4 years. On CT, the most common site of involvement was the stomach (33 cases, 61.1%). The predominant morphological pattern was asymmetric wall thickening (68.5%), and only 6 cases (11.1%) showed luminal narrowing. Most lesions demonstrated strong (75.9%) and homogeneous (94.4%) enhancement, with perilesional fat infiltration observed in 11.1% of cases. The mean tumor wall thickness and length were 23.7 ± 12.0 mm and 79.0 ± 31.2 mm, respectively. Lymph node involvement was present in 53 of 54 cases, with a mean nodal diameter of 18.6 ± 11.7 mm (range: 5–56 mm). The majority of lymph nodes showed strong (75.5%) and homogeneous (94.35%) enhancement, predominantly with a diffuse distribution pattern (94.3%). **Conclusion:** CT imaging features play an important role in suggesting the diagnosis of primary GI lymphoma and distinguishing it from other etiologies, thereby assisting clinicians in early diagnosis and treatment planning. **Keywords:** Computed tomography, primary gastrointestinal lymphoma

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lymphoma là bệnh lý ác tính của tổ chức lympho, bao gồm lymphoma Hodgkin và lymphoma không Hodgkin. Năm 2020, Việt Nam ghi nhận thêm 3725 bệnh nhân lymphoma không Hodgkin, đứng thứ 13 trong tổng số các loại ung thư<sup>1,2</sup>. Ổng tiêu hoá (OTH) là nơi tiếp xúc thường xuyên với các yếu tố bên ngoài, mô lympho liên quan ồng tiêu hoá đóng vai trò chính trong phản ứng với các mầm bệnh và kháng nguyên khác thông qua phản ứng đặc hiệu của các tế bào lympho từ đó dễ gây ra các rối loạn

tăng sinh của mô bạch huyết<sup>3</sup>. Theo đó, ống tiêu hoá là vị trí thường gặp của lymphoma ngoài hạch với tỉ lệ 30-40% và chiếm 10-15% của lymphoma không Hodgkin<sup>4</sup>. Đây là nhóm bệnh lý có biểu hiện lâm sàng thường không đặc hiệu, số đặc điểm hình ảnh học của tổn thương đôi khi cũng không đặc hiệu, dễ gây chẩn đoán nhầm với các khối u tân sinh khác như ung thư biểu mô tuyến hay các bệnh lý viêm nhiễm như bệnh Crohn và lao ruột<sup>5</sup>... Lymphoma nguyên phát ống tiêu hoá và các bệnh lý này có phương pháp điều trị và tiên lượng rất khác nhau nên do đó cần nhận diện được các dấu hiệu hình ảnh đặc trưng để chẩn đoán sớm. Chẩn đoán kịp thời không chỉ quyết định phác đồ điều trị mà còn ảnh hưởng đáng kể đến tiên lượng của người bệnh, nâng tỷ lệ sống còn sau 5 năm đối với lymphoma không Hodgkin là 62-90%<sup>6</sup>. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh lymphoma nguyên phát ống tiêu hóa trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT), từ đó các giúp bác sĩ lâm sàng có thể chẩn đoán sớm và quyết định phác đồ điều trị thích hợp.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### \* Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- BN có kết quả mô bệnh học sau sinh thiết tại OTH qua nội soi tiêu hoá hoặc sau phẫu thuật là lymphoma OTH

- Được chụp CLVT có tiêm thuốc tương phản trước giai đoạn điều trị tại BV Ung Bướu

- Lymphoma nguyên phát OTH chẩn đoán được xác định dựa trên tiêu chuẩn Dawson<sup>7</sup>, bao gồm: không có hạch to ngoại vi ở thời điểm phát hiện bệnh, không có hạch lớn trung thất, công thức bạch cầu trong giới hạn bình thường, tổn thương nổi bật ở OTH có hoặc không có hạch vùng tương ứng, không có tổn thương gan hoặc lách.

#### \* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Lymphoma OTH tái phát

- Lympho hạch xâm lấn vào OTH

- Tiền căn có bệnh ung thư khác kèm theo

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

\* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

#### \* Kỹ thuật thu thập số liệu:

- Hình ảnh XQCLVT OTH được chụp trên máy CLVT 64 dãy đầu dò GE Optima 660 và GE Revolution Evo

- Kỹ thuật chụp CLVT bụng – chậu: Độ dày lát cắt 2,5mm, khoảng cách giữa hai lát cắt 2mm. Tải tạo 0,625mm. Filter: standard/smooth. Các thông số kỹ thuật: 120kV, 200-450mA. Quan sát cửa sổ mô mềm: W 50HU, WL 450 HU. Chụp thì không

tiêm thuốc và thì tiêm thuốc (60 giây). Thuốc tương phản Iopromide (Ultravist 300, Bayer Pharma, Đức) liều 1,5 ml/kg, tốc độ bơm 2 ml/s.

#### \* Các biến số nghiên cứu gồm:

- Biến số chung: tuổi, giới.

- Biến số đặc điểm tổn thương OTH trên CLVT: vị trí tổn thương, số lượng tổn thương, hình thái tổn thương, kích thước tổn thương, hẹp lòng OTH, kiểu hình bắt thuốc, mức độ bắt thuốc, thâm nhiễm mỡ xung quang, các biến chứng của u.

- Biến số đặc điểm hạch trên CLVT: kích thước hạch lớn nhất, phân bố hạch (hạch đơn lẻ, hạch lan toả, hạch kết chùm, bao bọc mạch máu) kiểu hình bắt thuốc, mức độ bắt thuốc.

### 2.3. Xử lý và phân tích số liệu

### 2.4. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu.

Nghiên cứu khảo sát dữ liệu từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp trên bệnh nhân, không thu thập thông tin tiết lộ danh tính cá nhân và mọi dữ liệu được bảo mật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.** Trong khoảng thời gian nghiên cứu 01/2019 đến tháng 09/2025, chúng tôi ghi nhận có 54 trường hợp lymphoma OTH thoả tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu với các đặc điểm sau: có 31 nam (chiếm 57,4%), 23 nữ (chiếm 42,6%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 54,6±13,4 tuổi (thấp nhất là 23 tuổi, cao nhất là 88 tuổi).

**3.2. Đặc điểm tổn thương ống tiêu hoá trên CLVT.** Vị trí tổn thương thường gặp nhất là dạ dày (33 TH, chiếm 61,1%), kế đến là đại tràng (15 TH, chiếm 27,8%) và ruột non (6 TH, chiếm 11,1%), không có TH nào ở thực quản hay trực tràng. Tổn thương có thể đa ổ (7,4%).

**Bảng 1. Đặc điểm tổn thương OTH trên CLVT**

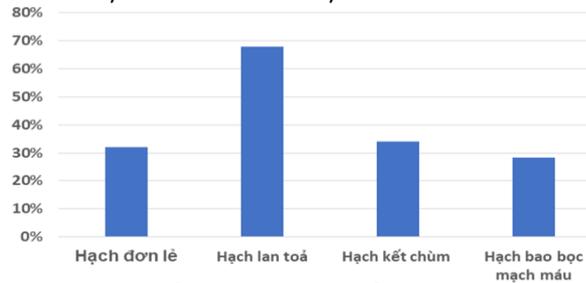
Đặc điểm		Tần số (N=54)	Tỉ lệ %
Hình thái tổn thương	Dạng polyp	0	0
	Dạng phát triển ra ngoài	4	7,4
	Dày thành đồng tâm	13	24,1
	Dày thành lệch tâm	37	68,5
<b>Gây hẹp lòng</b>		6	11,1
<b>Dày thành</b>		49	90,7
Tính chất bắt thuốc	Đồng nhất	51	94,4
	Không đồng nhất	3	5,6
Mức độ bắt thuốc	Mạnh	41	75,9
	Trung bình	9	16,7
	Kém	4	7,4
<b>Thâm nhiễm mỡ xung quanh</b>		6	11,1

**Bảng 2. Kích thước tổn thương**

	TB±ĐLC (mm)	Min (mm)	Max (mm)
Chiều dày	23,7±12,0	10	63
Chiều dài	79,0±31,2	20	146

Trong 54 TH lympho OTH, có 3TH có biến chứng, trong đó có 2TH biến chứng lồng ruột và 1 TH biến chứng tắc ruột và không ghi nhận biến chứng XHTH.

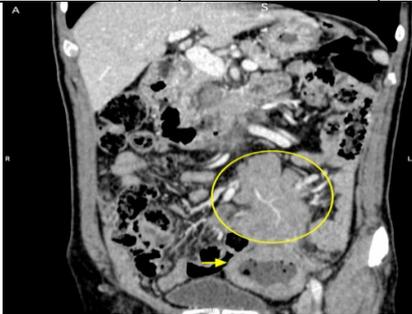
**3.3. Đặc điểm tổn thương hạch trên CLVT.** Có 53/54 TH có tổn thương hạch, kích thước TB của hạch là 18,6±11,7 (mm) , trung vị là 16mm, nhỏ nhất là 5mm, lớn nhất là 56mm.



**Biểu đồ 1. Đặc điểm hạch**

**Bảng 3. Đặc điểm bắt thuốc của hạch**

Đặc điểm bắt thuốc	Tần số (N=53)	Tỉ lệ (%)
<b>Tính chất bắt thuốc</b>		
Đồng nhất	50	94,3
Không đồng nhất	3	5,7
<b>Mức độ bắt thuốc</b>		
Mạnh	40	75,5
Trung bình	11	20,8
Kém	2	3,7



**Hình 1. Lymphoma ở đại tràng sigma**

Dày thành đồng tâm đại tràng sigma, bắt thuốc đồng nhất, dày # 10mm trên một đoạn dài # 64mm, không hẹp lòng, không thâm nhiễm mỡ xung quanh (mũi tên). Hạch phì đại, kích thước lớn nhất #34mm, phân bố lan toả, bao bọc các mạch máu mạc treo (vòng tròn).

**IV. BÀN LUẬN**

Về đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nam giới chiếm ưu thế nhẹ so với nữ giới, kết quả này

tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước<sup>8,9</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 54,6±13,4 tuổi, độ tuổi này phù hợp với tài liệu y văn, trong đó lymphoma OTH thường gặp ở độ tuổi khoảng 50-60 tuổi<sup>10</sup>.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phần lớn các trường hợp lymphoma OTH có một vị trí tổn thương tại thời điểm khảo sát, chiếm tỉ lệ là 92,6%. Kết quả này phù hợp với y văn, theo đó lymphoma OTH thường biểu hiện dưới dạng khối đơn độc, nhưng có thể thấy đa ổ trong 10-25% trường hợp<sup>6</sup>.

Về vị trí của tổn thương, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lymphoma thường gặp nhất ở dạ dày (chiếm 61,1%), kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới, tỉ lệ lymphoma OTH ở dạ dày dao động khoảng 65%. Mặc dù bình thường không có cấu trúc lympho trong dạ dày, nhưng nhiễm Helicobacter pylori mạn tính lại có liên quan đến sự hình thành các cấu trúc lympho trong lớp đệm niêm mạc, đây chính là nguồn gốc phát triển của quá trình tạo u lympho. Tình trạng kích thích kháng nguyên mạn tính hoặc viêm kéo dài ở ống tiêu hóa có thể dẫn đến sự tăng sinh đơn dòng tế bào lympho, thường gặp ở các vị trí điển hình như hồi tràng đoạn xa hoặc ở các vị trí không điển hình như dạ dày – thường là phản ứng với viêm dạ dày do Helicobacter pylori mạn tính.

Tỉ lệ lymphoma tại đại tràng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tại ruột non với tỉ lệ lần lượt là 27,8% và 11,1%. Kết quả này tương tự như kết quả của các tác giả Thanh Huyền (2022) và Trần Thắng (2023)<sup>9</sup>. Ngược lại, các nghiên cứu nước ngoài và tài liệu y văn lại ghi nhận tỉ lệ lymphoma ruột non thường cao hơn hoặc tương đương đại tràng, với tỉ lệ ước tính lần lượt là 20 – 30% và 10 - 20%. Đặc điểm này có thể được giải thích do đặc điểm giải phẫu và độ dài của ruột non, kỹ thuật nội soi hiện nay chưa thể khảo sát toàn bộ ruột non, dẫn đến các tổn thương tại vị trí này dễ bị bỏ sót. Ngoài ra, không ít trường hợp chỉ được phát hiện khi bệnh nhân đã có biến chứng và được xử trí tại cơ sở y tế tuyến dưới nên không được đưa vào dữ liệu nghiên cứu.

Hình thái tổn thương trên CLVT của các trường hợp lymphoma OTH trong nghiên cứu chúng tôi nhìn chung tương đồng với mô tả của y văn, trong đó đặc điểm phổ biến là biểu hiện dạng dày thành OTH, trong đó dạng dày thành lệch tâm chiếm tỷ lệ cao nhất 68,5%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Lam Tuyền (2022) cũng chỉ ra dạng dày thành lệch tâm

chiếm 85,5%. Một số tác giả khác cho kết quả ngược lại, dạng dày thành đồng tâm chiếm ưu thế. Các kết quả về kích thước khối u, tính chất bắt thuốc (bắt thuốc mạnh và đồng nhất), ít gây hẹp lòng OTH, thâm nhiễm mỡ xung quanh khối u trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu trước đây.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ biến chứng thấp (2TH lồng ruột và 1TH tắc ruột). Đặc điểm mô bệnh học của lymphoma có thể góp phần giải thích cho các ghi nhận trên. Lymphoma thường có tình trạng thâm nhiễm lan tỏa thành OTH đôi khi kèm theo giãn dạng phình mạch, thành OTH dày có thể trở thành điểm khởi đầu của lồng ruột. Ngược lại, do lymphoma thường phát triển theo hướng thâm nhiễm thay vì gây xơ hoá tắc nghẽn nên tình trạng tắc ruột trong lymphoma ít gặp hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước hạch trung bình là  $18,6 \pm 11,7$ mm, kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Lê Duy Mai Huyền. Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Kalekar (2018) báo cáo rằng các hạch có đường kính ngang từ 20-40mm chiếm ưu thế (47,3%). Điều này có thể lý giải bởi đặc điểm đối tượng nghiên cứu của tác giả bao gồm cả trẻ em, vì vậy tổn thương hạch có xu hướng phát triển nhanh, dính với nhau tạo nên hạch kết chùm nhiều, giới hạn giữa các hạch không rõ nên tác giả đo kích thước của cả khối hạch, dẫn đến kích thước hạch trung bình của tác giả lớn hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu hạch kết chùm được ghi nhận có giá trị gợi ý chẩn đoán lymphoma. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Cụ thể, tác giả Lê Duy Mai Huyền ghi nhận có 50% trường hợp lymphoma có hạch kết chùm và dấu hiệu này là một trong những dấu hiệu gợi ý lymphoma. Tác giả Kalekar (2018) cũng mô tả rằng trong các trường hợp lymphoma OTH, hầu hết các hạch đều kết dính lại thành khối. Cơ chế hình thành hai đặc điểm trên có thể giải thích bởi quá trình tiến triển bệnh lý như sau. Hạch vùng lân cận của tổn thương lymphoma OTH có thể bị xâm lấn. Ban đầu, các tế bào u thường khu trú ở vùng rìa mà không làm thay đổi cấu trúc của hạch. Sau đó, các tế bào u ở vùng rìa lan rộng ra khu vực giữa các nang bạch huyết, dẫn đến hình thành các mảng hạch lan rộng, kết nối với nhau thành chùm. Lúc này, các hạch lớn, kết thành khối bờ đa cung bao quanh các mạch máu, tạo nên hình ảnh "sandwich sign" CLVT. Dấu hiệu này có thể không hoàn toàn đặc hiệu cho lymphoma, vì cũng có thể gặp trong các bệnh lý

viêm mạn tính, lao hạch hoặc di căn... Tuy nhiên, các bệnh lý viêm thường không có xu hướng tạo thành các khối hạch lớn và kết chùm đủ để tạo thành dấu hiệu bao bọc mạch máu.

Phần lớn các hạch trong nhóm lymphoma bắt thuốc đồng nhất trên CLVT, chiếm tỷ lệ 94,3%. Kết quả này cũng tương tự với các báo cáo trong và ngoài nước. Tác giả Dong nhận định rằng hạch lymphoma có đặc điểm mô học tương tự như tổn thương lymphoma ở OTH, có mật độ tế bào dày đặc và giống nhau nên trên CLVT thường biểu hiện bắt thuốc đồng nhất.

## V. KẾT LUẬN

CLVT là phương tiện không xâm lấn giúp gợi ý chẩn đoán lymphoma nguyên phát OTH, từ đó giúp bác sĩ lâm sàng định hướng chẩn đoán sớm và đưa ra quyết định điều trị thích hợp, cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yildirim N, Turkeli M, Akdemir MN, Simsek M, Tekin SB.** Evaluation of 22 primary gastrointestinal lymphoma patients. *The Eurasian journal of medicine.* 2019;51(1):53.
2. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians.* 2021;71(3):209-249.
3. **Celli R, Jain D.** Lymphoproliferative Disorders of the Small and Large Intestine. *Atlas of Intestinal Pathology: Volume 1: Neoplastic Diseases of the Intestines.* Springer; 2019:111-129.
4. **Bautista-Quach MA, Ake CD, Chen M, Wang J.** Gastrointestinal lymphomas: Morphology, immunophenotype and molecular features. *Journal of gastrointestinal oncology.* 2012;3(3): 209.
5. **Leite NP, Kased N, Hanna RF, et al.** Cross-sectional imaging of extranodal involvement in abdominopelvic lymphoproliferative malignancies. *Radiographics.* 2007;27(6):1613-1634.
6. **Gollub MJ.** Imaging of gastrointestinal lymphoma. *Radiologic Clinics of North America.* 2008;46(2):287-312.
7. **Dawson I, Cornes J, Morson B.** Primary malignant lymphoid tumours of the intestinal tract. Report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis. *Journal of British Surgery.* 1961;49(213):80-89.
8. **Ding D, Pei W, Chen W, Zuo Y, Ren S.** Analysis of clinical characteristics, diagnosis, treatment and prognosis of 46 patients with primary gastrointestinal non-Hodgkin lymphoma. *Molecular and clinical Oncology.* 2014;2(2):259-264.
9. **Trần Thắng và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u lympho không Hodgkin nguyên phát đường tiêu hóa. *Tạp chí y học Việt Nam.* 2023;525(2)
10. **Chang ST, Menias CO.** Imaging of primary gastrointestinal lymphoma. *Elsevier;* 2013:558-565.