



MEDIC

www.medic.com.vn

CASE REPORT

SMALL INTESTINAL MALT LYMPHOMA (C88.4)

BS NGUYỄN PHƯỚC TOÀN

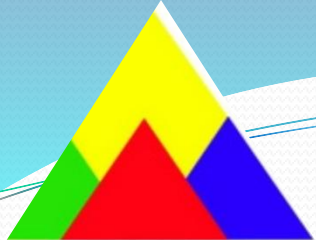
BS PHAN THỊ HƯỜNG

TRUNG TÂM Y KHOA MEDIC

08/10/2026

I. CA LÂM SÀNG

- ❖ BN nữ, SN 1980, CC 163cm, CN 63kg, BMI 23,71
- ❖ KSK 18/11/2023
- ❖ Không đau hạ vị, hố chậu phải, sốt (-), tiêu máu (-)
- ❖ Tiền căn: chưa nghi nhận bệnh lý

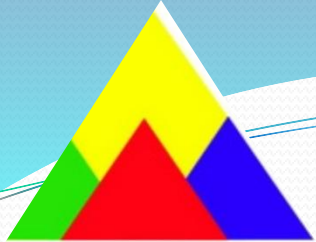


MEDIC

www.medic.com.vn



Ellipse / Manual X Delete



MEDIC

www.medic.com.vn

NEM MOUSSE LIEN A BS HUONG MEDIC 2023Nov18 11:36
Gen MB



Abd
C60
78%
165%
M
0.6
139

15

A 2.68cm

Home

Home/Set

Label...

Symbols...

X Word

Done

NEM MOUSSE LIEN A BS HUONG MEDIC 2023Nov18 11:36
Gen MB



Abd
C60
78%
165%
M
0.6
186

9.2

A 4.88cm

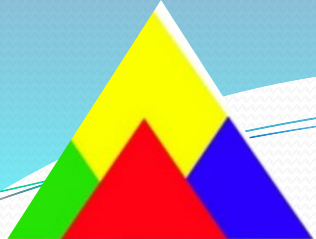
B 5.28cm

Ellipse

Manual

X Delete

Switch



MEDIC

www.medic.com.vn

NEM MOUSSE LIEN A BS HUONG MEDIC 2023Nov18 11:44 NEM MOUSSE LIEN A BS HUONG MEDIC 2023Nov18 11:44

Gen MB

Gen MB



A 13.6cm

18



A 2.55cm

11

Ellipse

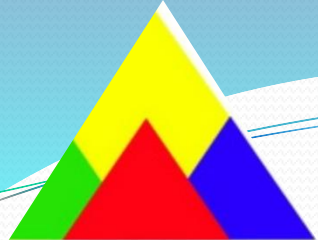
Manual

Delete

Ellipse

Manual

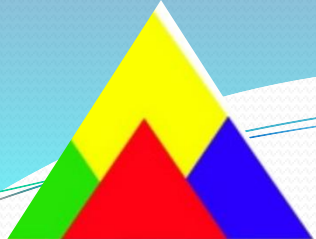
Delete



MEDIC

www.medic.com.vn

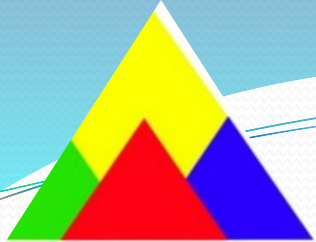




MEDIC

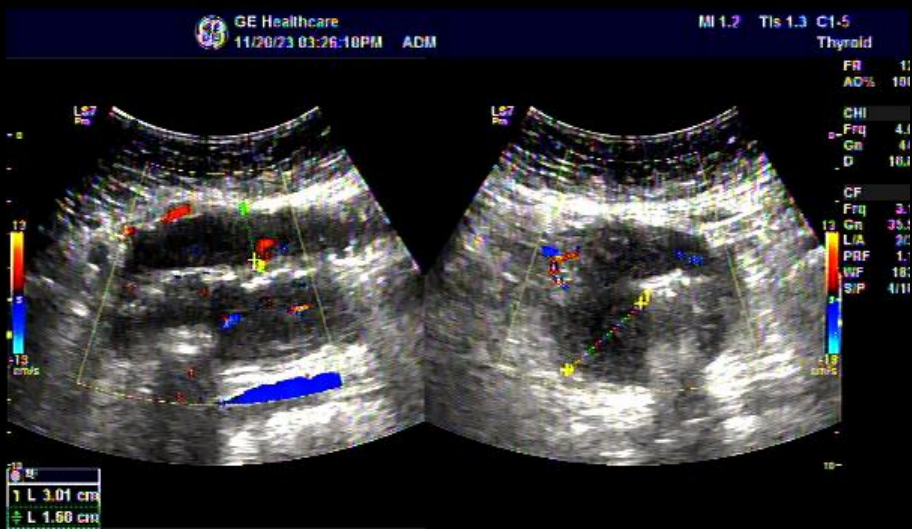
www.medic.com.vn





MEDIC

www.medic.com.vn



Thyroid

Worksheet Direct Rep.

R1 LI

Thyroid

Isthmus AP

Volume

11/20/23 03:27:20PM

198.208 (17.1-16.1 s)

Caliper 2

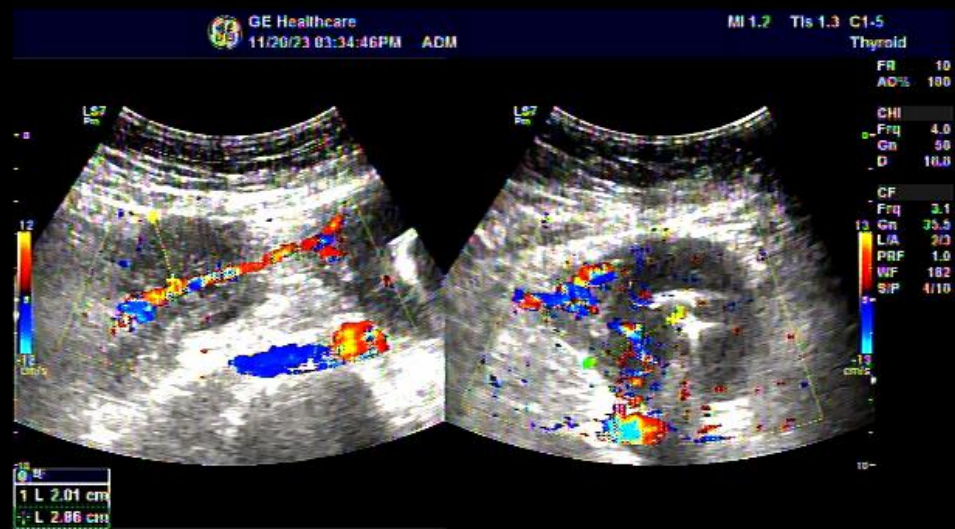
Caliper 1

Set Set

MI 1.1

0

Place the last point



Thyroid

Worksheet Direct Rep.

R1 LI

Thyroid

Isthmus AP

Volume

11/20/23 03:35:18PM

198.204 (22.5-23.1 s)

Caliper 2

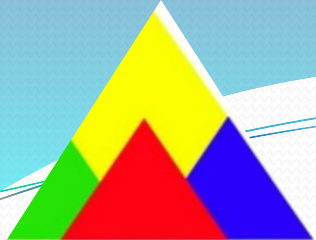
Caliper 1

Set Set

MI 1.1

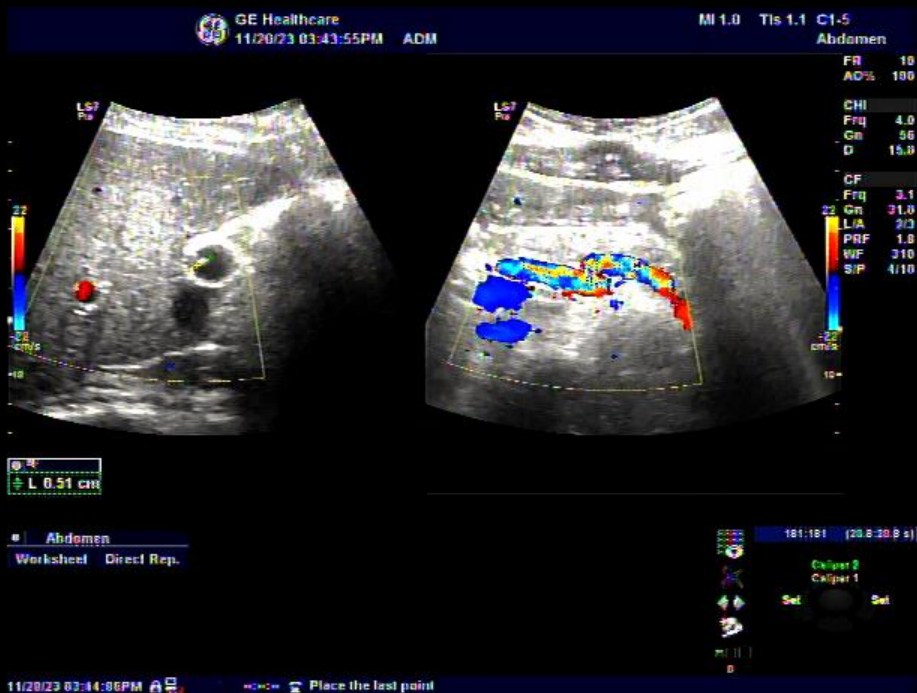
0

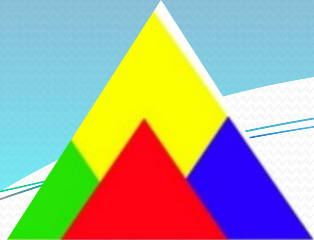
Place the last point



MEDIC

www.medic.com.vn





MEDIC

www.medic.com.vn

Chẩn đoán sơ bộ : KHÔNG ĐAU HỖ CHẬU PHẢI, KHÔNG SỐT, TIÊU MÁU (-).
BS chỉ định : KTSK ĐỊNH KỲ HÀNG NĂM - Mã NV: BV chỉ định :
20111886

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, echo dày nhẹ, cấu trúc đồng dạng, không sang thương khu trú.
- MẬT: Túi mật không sỏi, vách mỏng, có polyp d= 4,5mm. Đường mật trong gan không giãn. Ống mật chủ không sỏi, không giãn.
- TỤY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN (P): Không sỏi, không ứ nước. THẬN (T): Không sỏi, không ứ nước.
- HÀNG QUANG: Không sỏi, không u, vách mỏng.
- TỬ CUNG: Đồng dạng. Nội mạc không dày. BUỒNG TRÙNG (P)(T): Không u
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites: có ít dịch tự do hố chậu phải và túi cùng(+). Mạc treo có nhiều hạch echo kém, dấu sandwich sign(+).
- Không tràn dịch màng phổi.
- Hố chậu phải có hình ảnh vùng hơi trắng và một đoạn dài quai ruột non #15cm thành dày không đều echo kém, không đồng tâm, echo kém, không hẹp lòng d= 15-30mm, vòi (-), Doppler(+). Không thấy hình ảnh viêm mô xung quanh.



KẾT LUẬN:

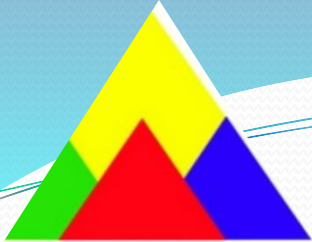
- DÀY VÁCH KHÔNG ĐỀU ECHO KÉM HỒI TRĂNG, MỘT ĐOẠN DÀI QUẠI RUỘT NON, NHIỀU HẠCH MẠC TREO NGHĨ LYMPHOMA. CĐPB: LAO HỒI TRĂNG RUỘT NON, GIST / CÓ ÍT DỊCH TỰ DO HỖ CHẬU PHẢI VÀ TỬ CÙNG.

- GAN NHIỄM MỠ NHẸ - POLYP TÚI MẬT.
MSCT BỤNG (CE).

Đề nghị:

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 18/11/2023 11:31
(Bác sĩ đã ký)

Bs. Phan Thị Hương



MEDIC

www.medic.com.vn

Đơn vị: CITY TNHH TM&SX NEM MOUSSE LIÊN Á

Nơi lấy mẫu: BS yêu cầu:

Loại mẫu: Máu/N.Tiểu Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐỒNG MÀU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
Nhóm máu (ABO + Rh) ² :	*		QTT177048
ABO Group	" B "		
Rh	(+)		
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU) ¹			
WBC	5.73	(4.0 - 10.5)10 ⁹ /L	QTHH019
% Neu	60.8	(40 - 74 %)	
% Lym	23.8	(19 - 38 %)	
% Mono	13.1	(3 - 9 %)	
% Eos	1.8	(0 - 7 %)	
% Baso	0.5	(0 - 1.5 %)	
# Neu	3.46	(1.7 - 7.0) 10 ⁹ /L	
# Lym	1.36	(1.0 - 4.0) 10 ⁹ /L	
# Mono	0.75	(0.1 - 1.0) 10 ⁹ /L	
# Eos	0.10	(0 - 0.5) 10 ⁹ /L	
# Baso	0.03	(0 - 0.2) 10 ⁹ /L	
RBC	5.03	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L	QTHH020
Hb	14.3	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	41.8	(35 - 52 %)	
MCV	83.1	(80 - 97 fL)	
MCH	28.4	(26 - 32 pg)	
MCHC	34.2	(31 - 36 g/dL)	
RDW	14.2	(11.0 - 15.7%)	
PLT	396	(150 - 400)10 ⁹ /L	QTHH021

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân

Mã QR phía trên chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.

Lấy mẫu tại nhà:

0707 032 052

THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ TRONG VÒNG:

> 70 Phút cho xét nghiệm thường qui (Sinh hóa, huyết học...)

> 100 Phút cho các xét nghiệm thường qui + miễn dịch

H: High - L: Low

1. Xét nghiệm đã được công nhận ISO 15189:2022

2. Xét nghiệm đã tham gia ngoại kiểm

3. (*) KQ đã kiểm tra lần 2 / (**) KQ bảo động

4. KQ chỉ có giá trị trên mẫu xét nghiệm hiện tại

Đơn vị: CITY TNHH TM&SX NEM MOUSSE LIÊN Á

Nơi lấy mẫu: BS yêu cầu:

Loại mẫu: Máu/N.Tiểu Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
MPV	8.5	(6.30 - 12.0 fL)	
II. VI SINH/NƯỚC TIỂU/PHÂN ĐÀM DỊCH - MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS			
URINARY ANALYSIS:	*		QTVS044
(Chemistry - Sinh Hóa Nước Tiểu)	*		
Glucose	NEG	(mmol/L)	
Bilirubin	NEG	(μmol/L)	
Ketone	NEG	(mmol/L)	
Spe-Gravity	1.015	(1.005-1.030)	
Blood	NEG	(Negative)	
pH	7.5	(4.6-8.0)	
Protein	NEG	(g/L)	
Urobilinogen	NEG	(μmol/L)	
Nitrite	NEG	(Negative)	
Leucocytes	NEG	(Negative)	
Color	Yellow		
Clarity	Clear		
III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
HbA1C (HPLC) ¹ :	*		QTSH012
HbA1c (IFCC)	32.24	(20 - 47.5 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	5.10	(4.0 - 6.50 %A1C)	
Glucose (mmol/L) (FPG) ¹	4.26	(4.10 - 5.90 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	76.68	(73.8 - 106 mg/dL)	
Ca	2.24	(2.1 - 2.8 mmol/L)	QTVS067

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân

Mã QR phía trên chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.

Lấy mẫu tại nhà:

0707 032 052

THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ TRONG VÒNG:

> 70 Phút cho xét nghiệm thường qui (Sinh hóa, huyết học...)

> 100 Phút cho các xét nghiệm thường qui + miễn dịch

H: High - L: Low

1. Xét nghiệm đã được công nhận ISO 15189:2022

2. Xét nghiệm đã tham gia ngoại kiểm

3. (*) KQ đã kiểm tra lần 2 / (**) KQ bảo động

4. KQ chỉ có giá trị trên mẫu xét nghiệm hiện tại

Đơn vị: CITY TNHH TM&SX NEM MOUSSE LIÊN Á

Nơi lấy mẫu: BS yêu cầu:

Loại mẫu: Máu/N.Tiểu Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Magnesium(Mg) ²	0.969	(0.53 - 1.11 mmol/L)	QTVS098
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum ²	0.513	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTVS027
eGFR (CKD-EPI)	119	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
TSH u.sensitive (3rd G) ¹	1.69	(0.32 - 5 μIU/ml)	QTVS009
Free T4 ²	1.10	(0.71 - 1.85 ng/dl)	QTVS036
T3 ²	1.27	(0.60 - 1.80 ng/mL)	QTVS087
Anti Hbc Total (IgG+IgM) ²	POS S/CO 7.15	(S/Co < 1, Index < 0.5)	QTVS020
Anti HCV (Định tính, qualitative) ¹	NEG S/CO 0.090	(S/Co < 1, Index < 1)	QTVS018
CYFRA 21-1	1.33	(< 3.3 ng/mL)	QTVS034
SCC (Abbott)	0.610	(0 - 3 ng/mL)	QTVS084
V. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST			
HP Test-IgG (Elisa)	POS 143.76 U/mL	(< 20 U/mL; GRAYZONE: 20 - 30)	
HP Test-IgM (Elisa)	POS 46.00 U/mL	(< 30 U/mL; GRAYZONE: 30 - 40)	
Sero Amibe (Elisa)	NEG 0.04 OD	(< 0.4 OD)	

Thời gian duyệt: 09:19:32 20/11/2023

Người duyệt: BS.Từ Thị Huệ Trang

Khuyến nghị lâm sàng:

Theo QĐ 5481/QĐ - BYT/2020

HbA1C: (< 5.7; Tiền Tiểu đường 5.7-6.4 ; Tiểu đường ≥ 6.5%)

Glucose đói: (< 100; Tiền Tiểu đường 100 - 125 ; Tiểu đường ≥ 125 mg/dL)

In lần 3: 09:20:07 20/11/2023

Trưởng khoa xét nghiệm

Trần

ThS. Bs. Nguyễn Bảo Toàn

* Đây là kết quả dạng số trả tự động từ hệ thống Medic. Bản giấy, khoa Xét nghiệm đã ký trả bệnh nhân

Mã QR phía trên chứa bệnh án của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.

Lấy mẫu tại nhà:

0707 032 052

THỜI GIAN TRẢ KẾT QUẢ TRONG VÒNG:

> 70 Phút cho xét nghiệm thường qui (Sinh hóa, huyết học...)

> 100 Phút cho các xét nghiệm thường qui + miễn dịch

H: High - L: Low

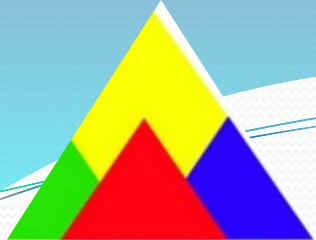
1. Xét nghiệm đã được công nhận ISO 15189:2022

2. Xét nghiệm đã tham gia ngoại kiểm

3. (*) KQ đã kiểm tra lần 2 / (**) KQ bảo động

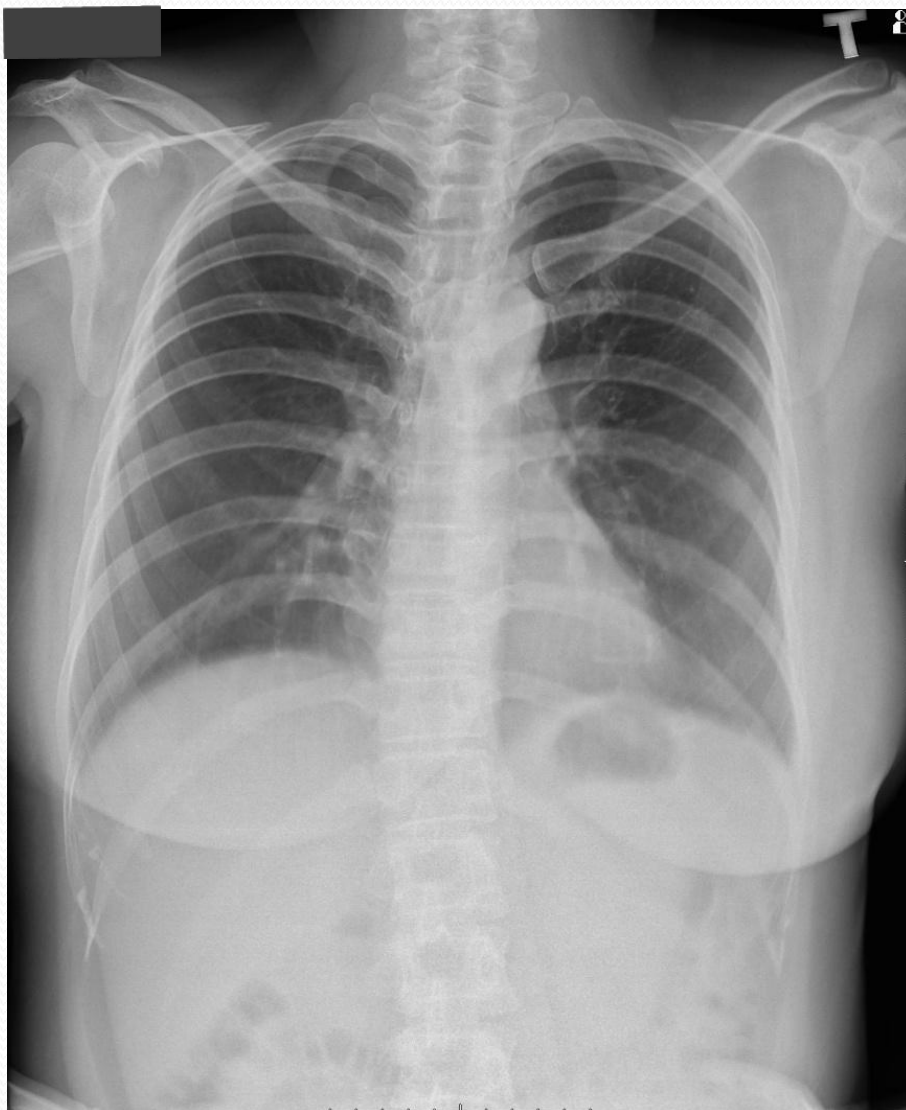
4. KQ chỉ có giá trị trên mẫu xét nghiệm hiện tại

Số trang: 3/3



MEDIC

www.medic.com.vn



BS chỉ định : CÔNG TY TNHH TM & SX NỆM MOUSSE LIÊN Á (NGOẠI) - 2023 - Mã

Ngày ĐK : 20/11/2023

Giờ ĐK : 01:54 PM KQ : 03:01 PM

Chẩn đoán sơ bộ : Kiểm tra sức khỏe

XQ Tim Phổi Thẳng [In Giấy]

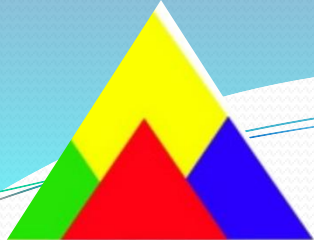
Thành ngực	: Không có ảnh bất thường
Màng phổi	: Không có ảnh bất thường
Trung thất	: Không có ảnh bất thường
Tim	: Không có ảnh bất thường
Động mạch chủ	: Không có ảnh bất thường
Huyết phế quản	: Không có ảnh bất thường
Phổi	: Không có ảnh bất thường
Cơ hoành	: Không có ảnh bất thường

Cảm nghĩ : **Không phát hiện bệnh lý trên phim XQ ngực (Normal chest film)**

Đề nghị :

Ngày 20 tháng 11 năm 2023
Bác sĩ X Quang

Bs. Nguyễn Văn Công

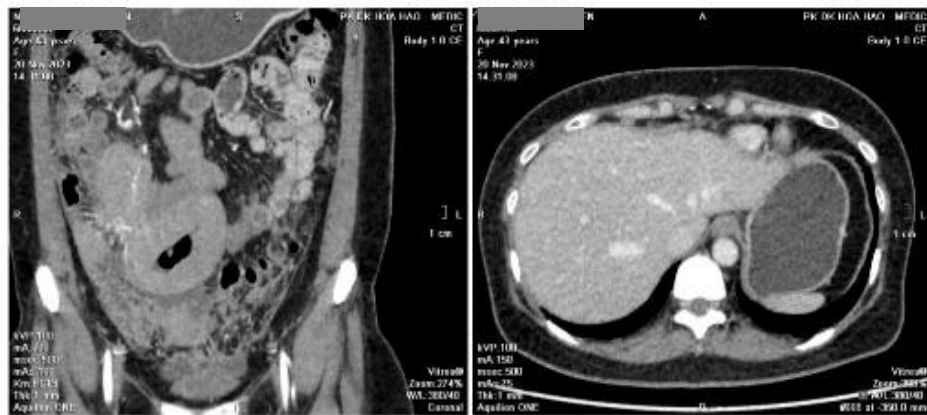


MEDIC

www.medic.com.vn

Gender: F

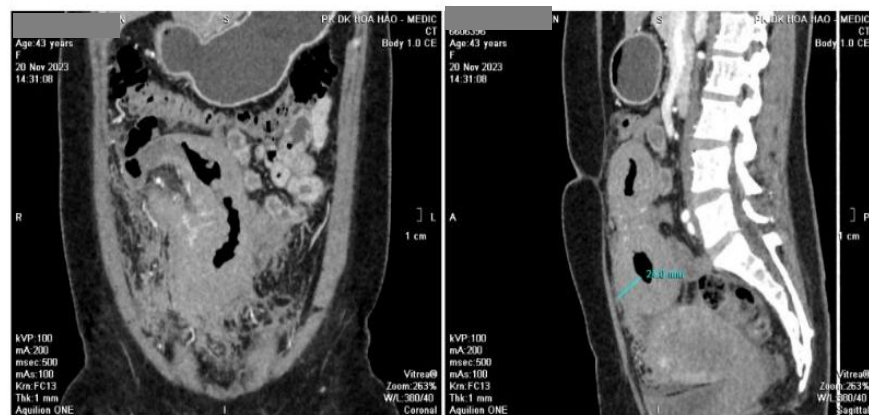
Report Date: 20 Nov 2023-02:58PM



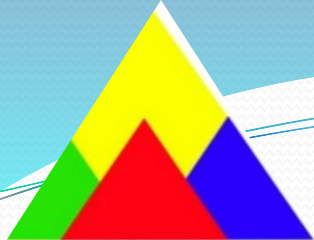
Enter the general comments here.

Gender: F

Report Date: 20 Nov 2023-02:58PM



Enter the general comments here.



MEDIC

www.medic.com.vn



Enter the general comments here.



6606396

MEDIC CT SCAN REPORT

STT : 231120189 Ngày ĐK : 20/11/2023 14:07
Bệnh nhân :
Địa chỉ :
BS chỉ định : BS. HUƠNG BV : MEDIC Khoa : PK
Chẩn đoán sơ bộ :
Vùng : CT VÙNG BỤNG Máy : MSCT 640_2 Tiêm chất tương phản
Kết quả : ** KỸ THUẬT:
Vùng bụng - chậu được khảo sát với các lát hình liên tục 2mm với máy MSCT Aquilion, không và có tiêm thuốc cản quang.

** KẾT QUẢ:

Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất. Không thấy focal bất thường trong nhu mô gan. Đường mật trong và ngoài gan không giãn. Túi mật không to, vách mỏng, không sỏi cản quang. Lách và tụy hình dạng kích thước bình thường, không sỏi cản quang, không ứ nước. Hai thận hình dạng kích thước bình thường, không sỏi cản quang, không ứ nước. Bàng quang hình dạng kích thước bình thường, vách mỏng. Phẩn phụ bình thường.

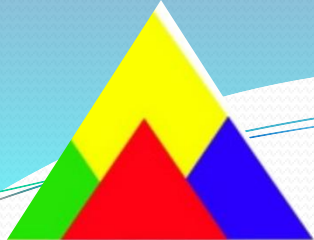
Thương tổn dây thành một số quai ruột non vùng hông chậu phải, dày khoảng 30mm. Thương tổn bất thường cản quang vừa phải và có xóa mờ mô mỡ xung quanh. Thương tổn gây rộng lòng ruột non. Phi đại hạch mạc treo 5-30mm. Các hạch bất thường cả quang và có sandwich sign (+)
Không thấy dịch tự do trong vùng khảo sát.

*** KẾT LUẬN:

U RUỘT NON + PHI ĐẠI HẠCH MẠC TREO NGHĨ LYMPHOMA

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 20/11/2023 15:02
(Bác sĩ đã ký)

Bs. CKII. Võ Nguyễn Thành Nhân



MEDIC

www.medic.com.vn

Nội soi sinh thiết, PET/CT: C88.4, GĐ IV



Sở Y Tế Tp Hồ Chí Minh

Bệnh Viện Truyền Máu Huyết Học

Khoa Huyết Học Người Lớn 1

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số l

GIẤY RA VIỆN

- Họ tên người
- Dân tộc : *Kir
- Thẻ BHYT số:
- Địa chỉ:
- Vào viện lúc : 08 giờ 24 phút , ngày 02 tháng 05 năm 2024
- Ra viện lúc : 07 giờ 56 phút , ngày 06 tháng 05 năm 2024
- Chẩn đoán **U lympho tế bào B ngoài hạch của các mô lympho chế nhậy; Viêm gan virus B mạn, không có đồng nhiễm viêm gan virus D (C88.4; B18.1)**
- Bác sĩ điều trị: ThS. BS Đinh Gia Khánh
- Phương pháp điều trị **PHÁC ĐỒ RCHOP ĐỢT VI**
- Ghi chú: **UÔNG THUỐC THEO TOA + TÁI KHÁM 15/05/2024 (PK SỐ 9)
HOẶC TK SỚM KHI BN CÓ SỐT, MỆT, XUẤT HUYẾT.**

Giới tính : Nữ

Số ngày nghỉ thêm: 7 ngày, từ ngày 07/05/2024 đến hết ngày 13/05/2024

Ngày 06 tháng 05 năm 2024

KT **TRƯỞNG KHOA ĐIỀU TRỊ**
(Ký, Họ tên)

(Signature)

BS CKII **Trình Thủy Dung**

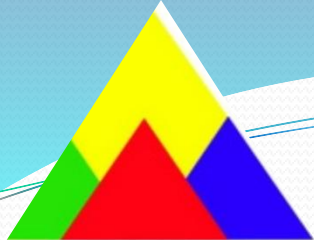
Ngày 06 tháng 05 năm 2024

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN

(Ký, Họ tên)



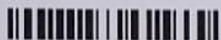
(Signature)
Trần Thị Thiên Kim



MEDIC

www.medic.com.vn

BỘ QUỐC PHÒNG
BỆNH VIỆN QUÂN Y 175
Quầy Tiếp Nhận VUB&YHHN



PHIẾU YÊU CẦU XÉT NGHIỆM NGOẠI TRÚ

Họ tên I

Đối tượng

Địa chỉ:

Chẩn đoán: LYMPHOMA VÙNG RÌA Ở RUỘT NON ĐÃ ĐIỀU TRỊ

số dt: 0908.324.585

STT	Nội dung	SL	Nhóm
A20.5 - Khoa Y học hạt nhân			
2	19.0222.0050 -- PET/CT[Chưa bao gồm thuốc cản quang]	1.00	Y HỌC HẠT NHÂN (A20.2) (ThuThuat)

Thời gian yêu cầu: 20/06/2024 7:56:15SA

Thời gian lấy mẫu:.....

Người lấy mẫu :

Thời gian nhận mẫu:.....

Vị trí lấy mẫu:

Người nhận mẫu :

Loại mẫu :

(Đề nghị bệnh nhân xác nhận tài chính trước khi xét nghiệm)

NV TN/Tổng Thi Dung

NV tạo :/Tổng Thi Dung

NV in :/Tổng Thi Dung

NVV:

6/20/2024

Ngày 20 tháng 06 năm 2024

Bác Sĩ

Cao Văn Khánh



Sở Y Tế Tp Hồ Chí Minh
Bệnh Viện Truyền Máu Huyết Học
Khoa Lâm Sàng Người Lớn 1

BHYT

ĐƠN THUỐC RA VIỆN

Họ tên:

Địa chỉ:

Chẩn Đoán: U lympho tế bào B ngoài hạch của các mô lympho chề nhầy - C88.4; Viêm gan virus B mạn, không có đồng nhiễm viêm gan virus D; B18.1;

Thuốc điều trị:

1 / Aciclovir (Aciclovir; 200mg) Viên

Số lượng: 14

Uống ngày 2 lần, lần 1 Viên

2 / Tenofovir (TDF) (Tefostad T300; 300mg) Viên

Số lượng: 7

Uống ngày 1 lần, lần 1 Viên

3 / Sulfamethoxazol + trimethoprim (COTRIMOXAZOL 400mg; 80mg) Viên

Số lượng: 6

Uống ngày 1 lần, lần 2 Viên (T2, T4, T6)

4 / Methyl prednisolon (Medrol 16mg) Viên

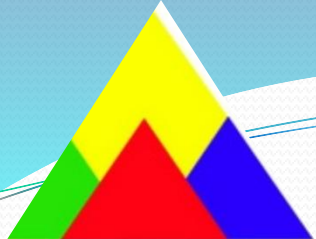
Số lượng: 10

Uống ngày 2 lần, lần 3 Viên SÁNG, 2V CHIỀU (2 NGÀY ĐẦU)

Lời dặn của Bác sĩ: TÁI KHÁM SỚM KHI BN CÓ SỐT, MỆT, XUẤT HUYẾT.

Ngày cấp toa 06 tháng 05 năm 2024

Bác sĩ cấp toa



MEDIC

www.medic.com.vn

CTY NEM LIEN A

BS TOAN

MEDIC

2024

CTY NEM LIEN A

BS TOAN

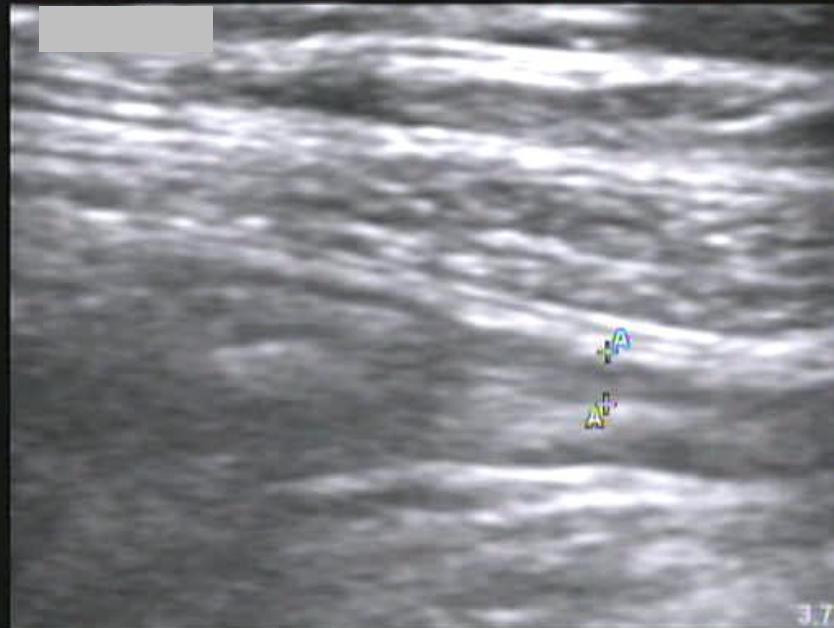
MEDIC

2024Nov05

12:25

Res MB

Res MB



A 0.21cm

192/200

List

Print

Delete

D

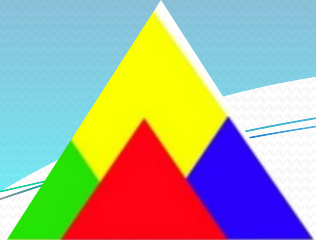
193/200

List

Print

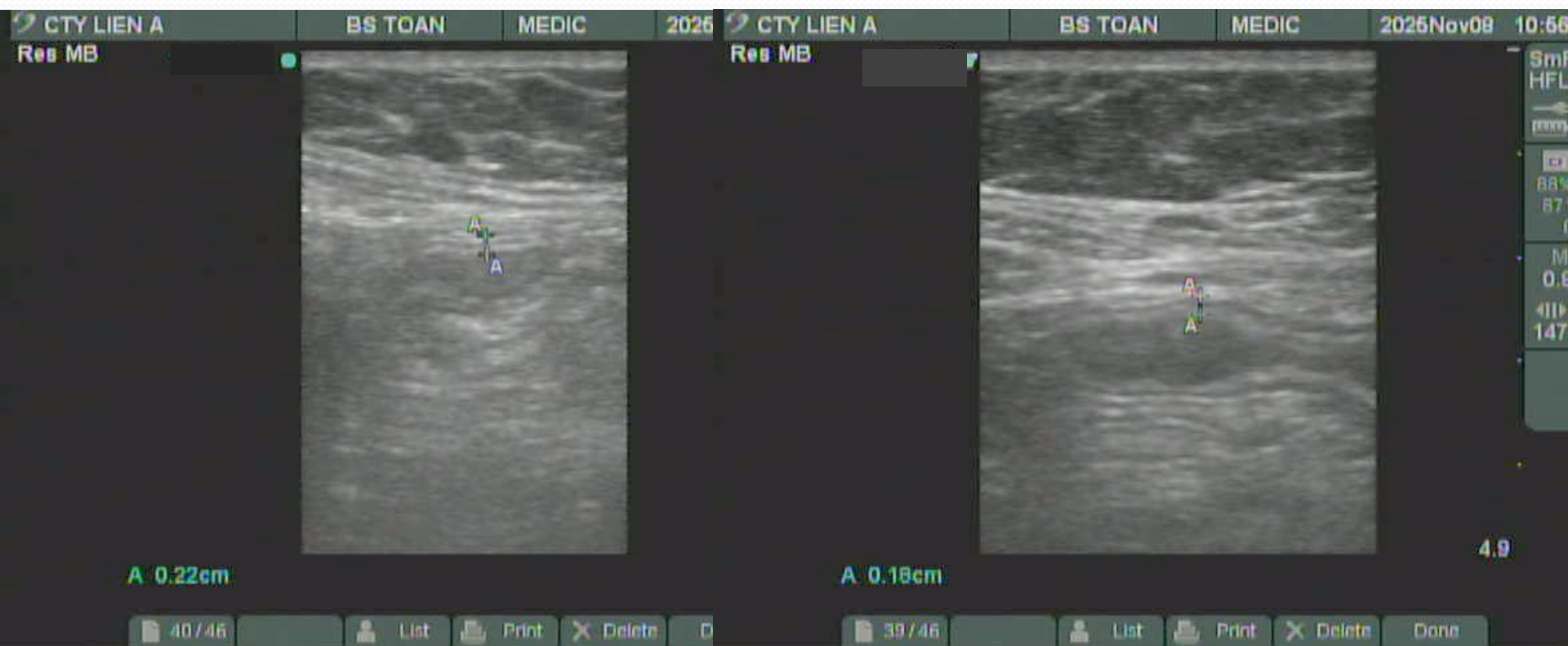
Delete

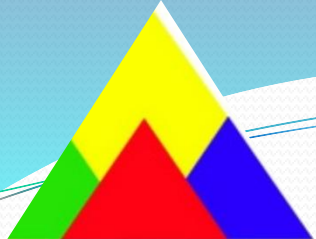
Done



MEDIC

www.medic.com.vn





MEDIC

www.medic.com.vn

CTY LIEN A

BS TOAN

MEDIC

2025

CTY LIEN A

BS TOAN

MEDIC

2025Nov08

10:51

Res MB

Gen MB



A 0.17cm



16

38/46

List

Print

Delete

Done

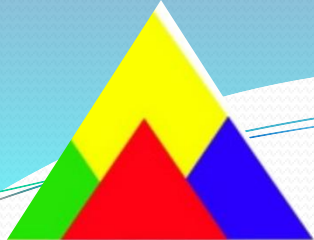
36/46

List

Print

Delete

Done



MEDIC

www.medic.com.vn

8 CK R-CHOP + 12 LIỀU DUY TRÌ RITUXIMAB

Chẩn đoán sơ bộ : KIẾM TRA/ C88.4, VG B MẠN.

BS chỉ định : - Mã NV: 20111886

BV chỉ định :

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, echo dày, giảm âm vùng sâu, cấu trúc đồng dạng, không sang thương khu trú.
- MẬT: Túi mật không sỏi, có polyp d= 3,4mm, vách mỏng. Đường mật trong gan không dẫn. Ống mật chủ không sỏi, không dẫn.
- TỤY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN (P): Không sỏi, không ứ nước. THẬN (T): Không sỏi, không ứ nước.
- HÀNG QUANG: Không sỏi, không ứ, vách mỏng.
- TỬ CUNG: Đồng dạng. Nội mạc không dày. BUỒNG TRÙNG (P)(T) : Không ứ
- Ống tiêu hóa: Không dẫn, không dày vách.
- Động mạch chủ bụng không phình. Ascites (-). Không hạch ổ bụng. Không tràn dịch màng phổi.



KẾT LUẬN:

GAN NHIỄM MÔ - POLYP TÚI MẬT.

Đề nghị:

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 08/11/2025 11:03

(Bác sĩ đã ký)

B

Bs. CKI. Nguyễn Phước Toàn

BTH
BỆNH VIỆN TRUYỀN MÀU HUYẾT HỌC
HỒ CHÍ MINH
ISO 9001:2015



BỆNH VIỆN TRUYỀN MÁU HUYẾT HỌC
1 Trần Hữu Nghiệp, Xã Tân Nhựt, Tp. Hồ Chí Minh
Điện thoại liên hệ: 02838345555
Phòng Khám 11
Mã đơn thuốc:

Đối tượng: Bảo hiểm 100% (QL02)



ĐƠN THUỐC

Họ tên

Họ tên

CMNC

Địa chỉ

Chẩn đoán chính: U lympho tế bào B ngoài hạch của các mô lympho chế nhậy(C88.4)

Chẩn đoán kèm theo: U lympho tế bào B ngoài hạch của các mô lympho chế nhậy(C88.4); Viêm gan virus B mạn, không có đồng nhiễm viêm gan virus D(B18.1)

Thuốc điều trị:

NHÀ THUỐC

1. Hydrocortison (Vinhphason) 100mg

1 ngày - Ngày 1 lần : Sáng: 1 Lọ;

Trước Rituximab 60 phút

KHO BHYT NGOẠI TRÚ

2. Rituximab (Mabthera) 1400mg/11,7ml

1 ngày - Ngày 1 lần : Sáng: 1 Lọ;

(5 phút)

3. COTRIMOXAZOLE 400/80; (Sulfamethoxazol + trimethoprim) 400mg + 80mg

12 ngày - Ngày 1 lần : Sáng: 2 Viên;

Thứ 2 - Thứ 4 - Thứ 6

4. Loratadin (Loratadine Savi 10;) 10mg

1 ngày - Ngày 1 lần : Sáng: 1 Viên;

Trước Rituximab 60 phút

5. Paracetamol (acetaminophen) (Tatanol) 500mg

1 ngày - Ngày 1 lần : Sáng: 1 Viên;

Trước Rituximab 60 phút

6. Aciclovir (Aciclovir) 200mg

30 ngày - Ngày 2 lần : Sáng: 1 Viên; Chiều: 1 Viên;

Tái khám ngày: 04/11/2026

Lời dặn: Tái khám Phòng khám số 11 (Buổi sáng)

Tái khám sớm ngay khi có bất kỳ triệu chứng bất thường như sốt, mệt, chóng mặt, chảy máu hoặc bất thường khác

Chỉ định cận lâm sàng:

Công Khám Bệnh Phòng 11: 1

Điện tim thường (DỊCH VU): 1

Chụp X-quang ngực thẳng (Kỹ thuật số 01 phim - Có định): 1

SIÊU ÂM DOPPLER MÁU TIM: 1

Siêu âm ổ bụng (siêu âm tổng quát): 1

Điện giải đồ 4 thông số (Na, Cl, K, Ca): 1

Định lượng CRP (DỊCH VU): 1

Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]: 1

Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]: 1

Định lượng Creatinin (máu): 1

TỔNG P.TÍCH TB MÁU BẢNG MÁY ĐEM LASER: 1

KỸ THUẬT TIÊM HÓA CHẤT DƯỚI DA (NGOẠI TRÚ): LÀN: 1

- Khám bệnh lại xin mang theo đơn này

☐ Số điện thoại liên hệ: 0908324585

☐ Vui lòng đến nhận thuốc trong ngày và trước khi tắt toán.

☐ Bệnh viện không nhận hoàn trả thuốc sau khi đã lãnh và rời khỏi bệnh viện.

TỔNG ĐẠI CẤP SỞ THỦ TỰ TIẾP NHẬN KHÁM BỆNH 19901057 (Thời gian hoạt động từ 07h30 đến 16h00 từ Thứ Hai đến Thứ Bảy (trừ ngày Lễ).

10:56 ngày 09 tháng 09 năm 2026

BÁC SĨ
TRUYỀN MÁU HUYẾT HỌC
KHỎA KHÁM BỆNH
CHỮ KÝ SỐ NGUYỄN
TH.S.BS. CKI. Đinh Gia Chánh
Ngày ký: 10:56:43 09/09/2026

09/09/2026

II. TỔNG QUAN

Tổng Quan Bệnh Học & Dịch Tế Học Lymphoma

Dịch Tế & Tần Suất

- Trẻ em: Lymphoma đứng thứ 3 trong các ung thư nhi khoa (sau bạch cầu cấp và u não), chiếm 10-15%.
- Tỷ lệ Nam/Nữ: 1.83:1 (Nam chiếm ưu thế rõ rệt).
- U lympho không Hodgkin (NHL) chiếm đa số (>90% ở trẻ em và ~85% ở người lớn).

Phân Bố Ngoài Hạch (Extranodal)

- Chiếm ~40% tổng số u lympho. Tỷ lệ ngoài hạch cao hơn hẳn ở NHL so với Hodgkin.
- Đường tiêu hóa (GI): Vị trí ngoài hạch thường gặp nhất (5-20% tổng số u lympho ngoài hạch).
- Thứ tự vị trí GI: Dạ dày (50-60%) > Ruột non (30%) > Đại trực tràng (6-12%) > Thực quản (<1%).

Thể Lâm Sàng Thường Gặp

- DLBCL (U lympho tế bào B lớn lan tỏa): Thể NHL phổ biến nhất ở người trưởng thành.
- Burkitt Lymphoma: Thể tiến triển rất nhanh, thời gian nhân đôi thể tích u chỉ 12-24 giờ.
- MALT Lymphoma: Thể tế bào B vùng rìa tiến triển chậm, liên quan chặt chẽ với viêm mạn tính.

Phân Loại Bệnh Lý Lymphoma (WHO)

LYMPHOMA

1. Hodgkin Lymphoma (HL) (~10-15%)

Classic HL (cHL) (CD30+, CD15+)

- Nodular Sclerosis
- Mixed Cellularity
- Lymphocyte Rich
- Lymphocyte Depleted

NLPBL / NLPHL (CD20+, CD30-)

- Tế bào L&H (Popcorn)
- Bản chất sinh học B-cell
- Tiến triển chậm
- Điều trị nhắm CD20

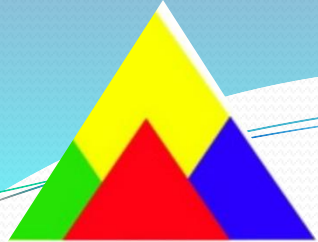
2. Non-Hodgkin Lymphoma (NHL) (~85-90%)

B-Cell Lymphoma (~85-90%)

1. Indolent (Chậm): **MZL/MALT**, FL
2. Aggressive (Nhanh): DLBCL, Mantle Cell (MCL)
3. Highly Aggressive (Rất nhanh): Burkitt, Lymphoblastic

T/NK-Cell (~10-15%)

- PTCL (Ngoại vi)
- EATL (Liên quan Celiac)
- Subcutaneous T-Cell
- Tiên lượng thường xấu hơn, hay gây biến chứng thủng ruột

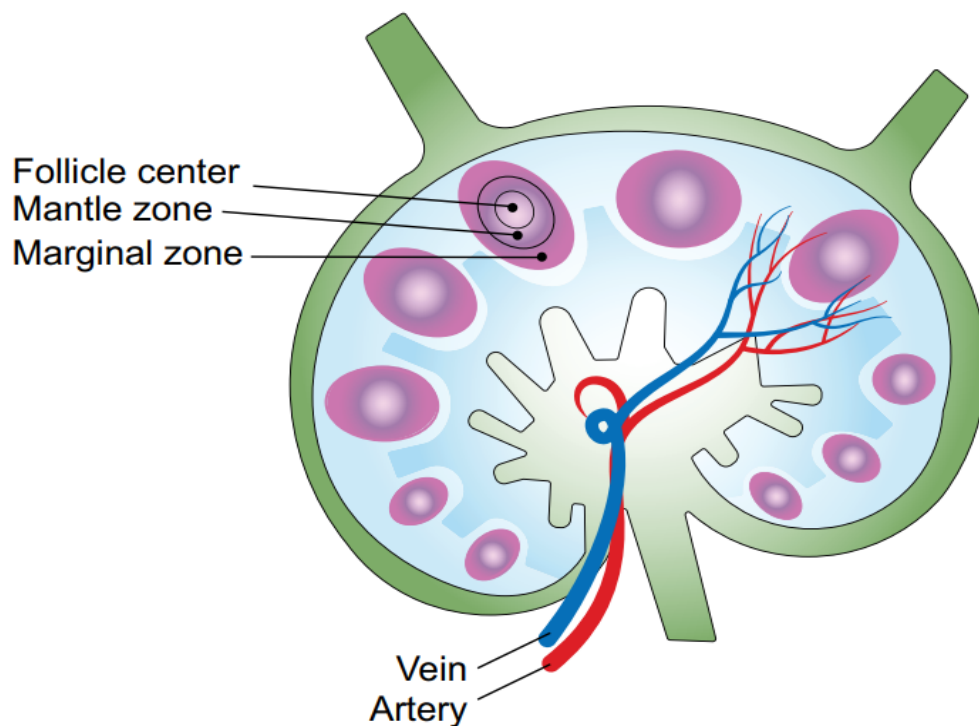


MEDIC

www.medic.com.vn

The lymph node

Nodal marginal zone lymphoma (NMZL) is found in the marginal zone area of the lymph node.



Thể Lâm Sàng MZL Theo NCCN

1. Extranodal MZL (MALT Lymphoma) | Chiếm ~60% tổng số ca MZL

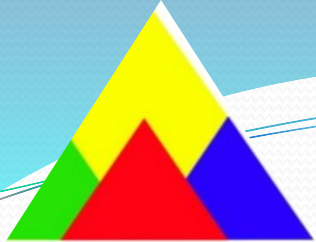
- Phát sinh tại mô lympho liên quan niêm mạc ngoài hạch (Mucosa-Associated Lymphoid Tissue).
- Vị trí hay gặp nhất: Dạ dày (Gastric MALT ~50%), **ruột non**, hốc mắt, phổi, tuyến nước bọt, da.
- Liên quan chặt chẽ với tình trạng nhiễm trùng vi khuẩn mạn tính hoặc bệnh lý tự miễn.

2. Nodal MZL (NMZL) | Chiếm ~30% tổng số ca MZL

- Tổn thương tiên phát khu trú tại hệ thống hạch bạch huyết (cổ, nách, bẹn, mạc treo).
- Không có bằng chứng tổn thương ngoài hạch hay lách tại thời điểm chẩn đoán ban đầu.
- Lâm sàng tương tự Follicular Lymphoma nhưng có dấu ấn sinh học và di truyền khác biệt.

3. Splenic MZL (SMZL) | Chiếm ~10% tổng số ca MZL

- Tổn thương nguyên phát tại lách, tủy xương và máu ngoại vi.
- Biểu hiện đặc trưng bằng lách to (splenomegaly) và giảm tế bào máu ngoại vi.
- Thường không có hạch ngoại vi to; có mối liên quan đặc hiệu với nhiễm virus Viêm gan C (HCV).



MEDIC

www.medic.com.vn

Phân Bố Subtypes Theo Vị Trí Giải Phẫu

Vị trí Giải phẫu	DLBCL (%)	MALT / MZL (%)	Thể ưu thế khác	Đặc điểm Lâm sàng
Dạ dày (Stomach)	45 – 50%	38 – 50%	Hiếm (< 5%)	Liên quan H. pylori (>90% MALT)
Tá tràng (Duodenum)	30 – 40%	15 – 20%	Follicular (FL) 15-20%	Nốt hạt mịn D2 tá tràng
Hỗng tràng (Jejunum)	40 – 50%	10 – 15%	EATL (T-cell) 10-15%	Liên quan bệnh Celiac, hoại tử
Hồi tràng (Ileum)	50 – 60%	15 – 20%	Mantle Cell / Burkitt	Giàu mảng Peyer, lồng ruột
Đại Trực Tràng	70 – 80%	Hiếm (< 5%)	MCL (MLP) 5-10%	Khối u Manh tràng/Trực tràng

Hình Thái Đặc Trưng Của Lymphoma Ruột Non

1. Dạng phình dẫn lòng (Pseudoaneurysmal)

Dày thành ruột kèm dẫn lòng ruột đặc trưng (>4 cm). Do tế bào u phá hủy đám rối thần kinh và lớp cơ, không gây xơ hóa.

2. Dạng Polyp / Nhú (Polypoid Form)

Khối u phát triển từ lớp dưới niêm mạc nhô vào lòng ruột, có thể đơn độc hoặc đa ổ, dễ gây biến chứng lồng ruột (intussusception).

3. Dạng Thâm Nhiễm (Infiltrative Form)

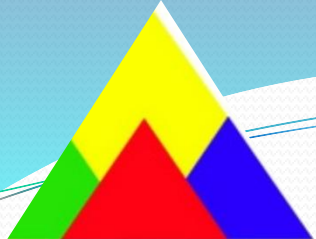
Dày thành ruột lan tỏa đồng tâm hoặc không đồng tâm, giảm nhu động ruột. Ngấm thuốc tương phản nhẹ đến vừa, có thể kéo dài trên một đoạn ruột dài.

4. Dạng Khối Mạc Treo (Exophytic / Mesenteric)

Khối u lớn phát triển ngoài thành ruột vào mạc treo, nguy cơ biến chứng loét, hoại tử, thủng, rò

5. Dạng Chít Hẹp (Stenosing Form - Hiếm)

Hiếm gặp ở lymphoma nguyên phát, thường liên quan đến Hodgkin Lymphoma. Gây hẹp lòng ruột nhưng dẫn đoạn trên không đáng kể.

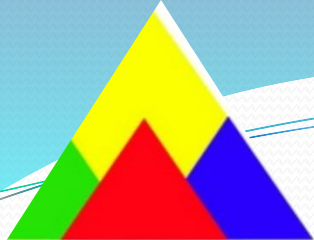


MEDIC

www.medic.com.vn

Chẩn Đoán Phân Biệt Lymphoma Ruột Non

Bệnh Lý	Vị Trí Ưu Thế	Hình Thái	Tắc Ruột	Đặc Điểm Hạch	GPB, HMMD, Vi Sinh
Lymphoma	Hồi tràng (60-65%)	Dày thành, phình dẫn lòng, tổn thương đoạn dài hoặc khối đơn độc	Rất hiếm	Lớn, đồng nhất, Sandwich sign, bảo tồn cấu trúc, hình dạng mạch máu	CD20 (+), CD3 (+)
Adenocarcinoma	Tá tràng/ Hồng tràng	Tổn thương đoạn ngắn, hình lõi táo	Thường gặp	Kích thước vừa, hoại tử	CK20 (+), CEA (+)
GIST	Hồng tràng/ Tá tràng	Phát triển Exophytic, hoại tử/ xuất huyết	Hiếm gặp	Rất hiếm di căn hạch	CD117 (+) DOG1 (+)
Bệnh Crohn	Hồi tràng xa	Dày thành phân đoạn (0,5 – 2cm)	Có (xơ hóa)	Hạch viêm nhỏ, thâm nhiễm mỡ mạc treo xung quanh	Viêm hạt
Lao Ruột	Góc Hồi-Manh tràng	Co kéo, dày thành không đều, rò	Có (chít hẹp)	Hoại tử, vôi hóa	AFB (+), PCR MTB (+)



MEDIC

www.medic.com.vn

ESMO ANNALS OF
ONCOLOGY DRIVING INNOVATION
IN ONCOLOGY

Download PDF Cite Share Set Alert Get Rights Reprints

Download Full Issue

>>
Show Outline

Staging and risk assessment

Initial work-up

Mandatory initial staging for all MZL subtypes should include:

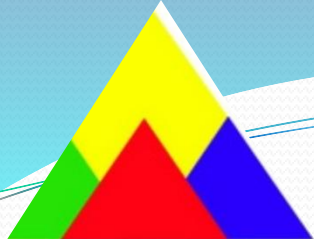
- history and physical examination, noting lymph node regions, eyes and ears, nose and throat, liver and spleen;
- full blood and differential counts, with flow cytometry of peripheral blood mandatory in NMZL and SMZL and optional in EMZL;
- biochemistry, including renal and liver function tests;
- protein electrophoresis;
- **lactate dehydrogenase (LDH) and β_2 microglobulin (β_2 M);**
- optional direct antiglobulin (Coombs) test in SMZL;
- serum and urine immunofixation;
- serology for hepatitis C virus (HCV) [if positive, including HCV-RNA polymerase chain reaction (PCR) test and virus genotyping];
- cryoglobulins and cryocrit if HCV-positive;
- hepatitis B virus (HBV) markers and human immunodeficiency virus (HIV) serology.

Bone marrow aspirate (with morphology and flow cytometry) and biopsy are mandatory in NMZL and SMZL and highly recommended in EMZL, particularly in non-gastric lymphoma and when only local treatment is planned.

Imaging should include complete chest and abdominal computed tomography (CT) scan [or magnetic resonance imaging (MRI)] and imaging of the orbits and salivary glands [IV, B].

Positron emission tomography (PET) scanning has generally been considered of little clinical utility; however, this is now being reconsidered as a result of the increased sensitivity of modern PET-CT equipment. It may be useful in cases when only localised treatment is planned. PET scanning should also be considered when clinical and/or laboratory data suggest transformation to high-grade histology and to guide decisions on which lymph node to target for biopsy [IV, B].

Endoscopic ultrasound (US) for gastric MZL can be used to define gastric wall infiltration and perigastric lymph node involvement.



MEDIC

www.medic.com.vn

Chẩn Đoán Xác Định MALT Ruột Non

1. Lâm Sàng & Nội Soi

Đau bụng mạn, kém hấp thu, sốt, đổ mồ hôi đêm, sụt cân, XHTH, lồng ruột; Nội soi thấy tổn thương dạng nốt loét, thâm nhiễm hoặc đa polyp.

2. Giải Phẫu Bệnh

Tế bào Centrocyte-like (CCL), tổn thương Biểu mô-Lympho (LELs).

3. Hóa Mô Miễn Dịch

CD20 (+), CD19 (+); CD5 (-), CD10 (-), Cyclin D1 (-); Ki-67 thấp (<20-30%).

4. Di Truyền & Gen

Chuyển đoạn t(11;18)(q21;q21) / API2-MALT1 (+) qua kỹ thuật FISH.

5. Hình Ảnh & Lugano

CTE/MRE: Dày thành, phình dẫn lòng, hạch to; PET-CT & Sinh thiết tủy xương phân giai đoạn Lugano I-IV.

Phân Giai Đoạn Lugano Ống Tiêu Hóa

GIAI ĐOẠN I

Tổn Thương Khu Trú

- Bệnh khu trú hoàn toàn ở ống tiêu hóa (đơn ổ hoặc đa ổ).
- I1: Giới hạn ở lớp niêm mạc hoặc dưới niêm mạc (mucosa/submucosa).
- I2: Xâm lấn sâu đến lớp cơ hoặc thanh mạc (muscularis propria/serosa).
- Chưa có di căn hạch mạc treo.

GIAI ĐOẠN II-1

Hạch Mạc Treo Vùng

- Tổn thương ống tiêu hóa kèm di căn hạch mạc treo vùng (regional lymph nodes).
- Hạch nằm trong vùng dẫn lưu lympho cạnh tổn thương nguyên phát.
- Hạch mạc treo phì đại dạng đám đồng nhất.
- Tiên lượng kiểm soát tại chỗ vẫn rất tốt.

GIAI ĐOẠN II-2 / IIE

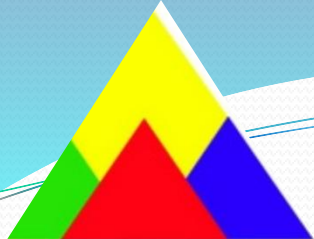
Hạch Xa/ Xâm Lấn Lân Cận

- II2: Di căn hạch mạc treo xa, hạch quanh động mạch chủ, hạch chậu, bẹn.
- IIE: Tế bào u thâm nhiễm trực tiếp xuyên thanh mạc sang cơ quan kề cận (tụy, gan, phúc mạc).
- Cần can thiệp điều trị toàn thân.

GIAI ĐOẠN IV

Bệnh Lan Tỏa Toàn Thân

- Bệnh tiến triển lan tỏa ngoài ống tiêu hóa.
- Thâm nhiễm tủy xương (bone marrow involvement).
- Di căn lan tỏa gan, lách, phổi, màng phổi/phúc mạc.
- Hạch phì đại tăng trên và dưới cơ hoành.

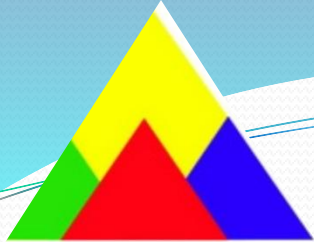


MEDIC

www.medic.com.vn

Đối Chiếu Hệ Thống Lugano Với Phân Loại Paris (TNM)

Giai Đoạn Lugano	Phân Loại Paris (TNM)	Đặc Điểm Mức Độ Xâm Lấn / Di Căn	Mô Tả Lâm Sàng
Giai đoạn I1	T1m / T1sm N0 M0	Khu trú niêm mạc (mucosa) hoặc dưới niêm mạc (submucosa)	Bệnh khu trú nông
Giai đoạn I2	T2 / T3 N0 M0	Xâm lấn đến lớp cơ (muscularis propria) hoặc xuyên thanh mạc (serosa)	Khu trú sâu thành ruột
Giai đoạn II1	T1-T3 N1 M0	Di căn hạch mạc treo vùng (regional lymph nodes)	Hạch vùng lân cận
Giai đoạn II2 / IIE	T1-T4 N2/N3 M0	II2: Di căn hạch mạc treo xa/quanh ĐMC; IIE: Xâm lấn trực tiếp cơ quan kế cận	Hạch xa/ Xâm lấn, dính
Giai đoạn IV	Bất kỳ T, N, M1	Thâm nhiễm tủy xương, di căn gan, lách, phổi hoặc hạch ngoài ổ bụng	Bệnh lan tỏa toàn thân



MEDIC

www.medic.com.vn

Điều Trị MZL: Cá Thể Hóa Từ Điều Trị Kháng Sinh Đến Liệu Pháp Miễn Dịch

Giai Đoạn Sớm MALT Dạ Dày (Stage I-II, *H. pylori* +)| Tiệt Trừ Kháng Sinh

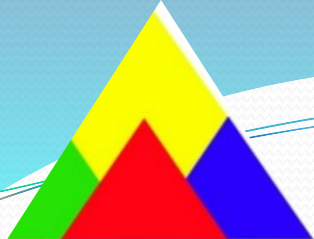
- Phác đồ kháng sinh tiệt trừ *H. pylori* (PPI + Amoxicillin + Clarithromycin/ Metronidazole) trong 10–14 ngày.
- Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (CR) đạt 75–80%; kiểm tra lại qua nội soi & sinh thiết sau 3–6 tháng.
- Nếu t(11;18)(+) hoặc *H. pylori* (-): Chuyển sang Xạ trị ISRT (Involved-Site Radiotherapy) hoặc Rituximab.

MZL Ngoài Hạch Kháng Trị Hoặc Nodal/ Splenic MZL| Liệu Pháp Kháng Thể Đơn Dòng

- Đơn trị liệu Rituximab (Anti-CD20): Phù hợp cho bệnh nhân lớn tuổi, thể trạng yếu hoặc đáp ứng chậm.
- Điều trị nhiễm HCV đối với Splenic MZL: Dùng thuốc kháng virus trực tiếp (DAAs) giúp thoái triển u lách.
- Theo dõi & Chờ đợi (Watch and Wait): Áp dụng cho bệnh nhân không triệu chứng, khối u nhỏ.

Giai Đoạn Tiến Triển/ Khối U Lớn| Hóa Miễn Dịch Phối Hợp & Trúng Đích

- Phác đồ phối hợp: Bendamustine + Rituximab (BR) là lựa chọn ưu tiên hàng đầu theo ESMO/NCCN.
- Các phác đồ thay thế: R-CHOP, R-CVP hoặc Lenalidomide + Rituximab (R2).
- Thuốc ức chế BTK (Ibrutinib, Zanubrutinib): Áp dụng cho các trường hợp tái phát/ kháng trị.



MEDIC

www.medic.com.vn

MZL Có Tiên Lượng Rất Tốt Nhưng Cần Theo Dõi Nguy Cơ Chuyển Dạng Ác Tính Cao

Tiên Lượng Lâm Sàng

Tỷ Lệ Sống Thêm Cao

- Tiên lượng chung rất thuận lợi nhờ bản chất tiến triển chậm.
- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm (5-year OS) đạt >85–90%.
- Nhiều bệnh nhân đạt thời gian sống không tiến triển (PFS) kéo dài hàng thập kỷ.

Nguy Cơ Chuyển Dạng

Chuyển Sang DLBCL (~3–5%)

- Tỷ lệ khoảng 3–5% ca MZL chuyển dạng sang Lymphoma tế bào B lớn lan tỏa (DLBCL).
- Dấu hiệu nghi ngờ: Khối u to nhanh đột ngột, LDH tăng vọt, sốt B kéo dài, SUV max trên PET/CT tăng cao.
- Khi chuyển dạng: Bắt buộc chuyển sang phác đồ hóa trị tấn công (R-CHOP).

Theo Dõi Định Kỳ

Quy Trình Quản Lý Dài Hạn

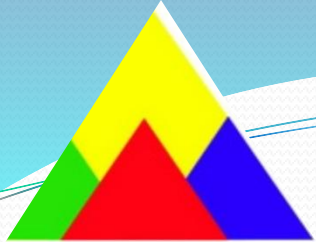
- Khám lâm sàng & xét nghiệm công thức máu, LDH mỗi 3–6 tháng trong 2 năm đầu.
- Nội soi lại sau 3–6 tháng đối với MALT dạ dày để xác định thoái triển mô u.
- Chụp CT / PET-CT định kỳ khi nghi ngờ tái phát hoặc có triệu chứng tiến triển mới.

III. KẾT LUẬN

- ❖ Lymphoma malt ruột non, đáp ứng hoàn toàn với phác đồ R- CHOP, hoàn tất liệu trình duy trì, thành ruột dày 3cm và hạch to có hình ảnh bình thường sau điều trị
- ❖ Tổn thương điển hình: Dày thành, mất cấu trúc lớp ống tiêu hóa, phình dẫn lòng ruột, hạch to, tạo khối và bảo tồn cấu trúc, hình dạng mạch máu xung quanh
- ❖ Bs siêu âm chú tâm khảo sát ống tiêu hóa, tăng khả năng phát hiện bệnh giai đoạn sớm hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

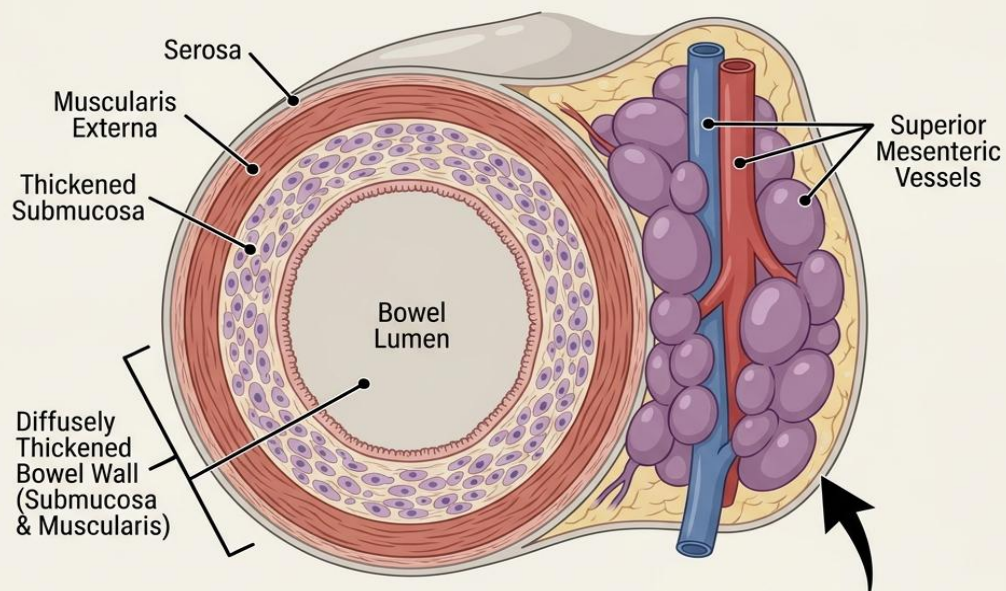
1. Eyre T, Cwynarski K, d'Amore F. Lymphomas: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 2025; 36, 1263-1284
2. Chong EA, Tomasulo EB, Barta SK. 2026 Update on the Management of Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *Am J Hematol*. 2026 Apr;101(4):832-863. doi: 10.1002/ajh.70229. Epub 2026 Feb 7. PMID: 41654318; PMCID: PMC12994129.
3. Mayo Clinic Staff. (2026, May 8). Extranodal marginal zone lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) - Symptoms and causes. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/malt-lymphoma/symptoms-causes/syc-20600491>
4. Zucca E, Arcaini L, Buske C. Marginal zone lymphomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 2020; 31, 17-29
5. Kim JE, Park SH, Shim YS, Yoon S. Typical and Atypical Imaging Features of Malignant Lymphoma in the Abdomen and Mimicking Diseases. *J Korean Soc Radiol*. 2023 Nov;84(6):1266-1289. doi: 10.3348/jksr.2023.0015. Epub 2023 Aug 9. PMID: 38107695; PMCID: PMC10721420.
6. Lee JS, Park SH, Choi SJ. Radiologic Review of Small Bowel Malignancies and Their Mimicking Lesions. *J Korean Soc Radiol*. 2023 Jan;84(1):110-126. doi: 10.3348/jksr.2021.0168. Epub 2022 Nov 15. PMID: 36818705; PMCID: PMC9935952.
7. Jasti R, Carucci LR. Small bowel neoplasms: a pictorial review. *RadioGraphics*. 2020;40(4):1020-1038. doi:10.1148/rg.2020200011
8. Hasaballah, M., Abdel-Malek, R., Zakaria, Z., Marie, M., & Naguib, M. (2018). Transabdominal ultrasonographic features in the diagnosis of gastrointestinal lymphoma. *Journal Of Gastrointestinal Oncology*, 9(6), 1190-1197. doi:10.21037/jgo.2018.09.02
9. Lo Re G, Federica V, Midiri F, Picone D, La Tona G, Galia M, Lo Casto A, Lagalla R, Midiri M. Radiological Features of Gastrointestinal Lymphoma. *Gastroenterol Res Pract*. 2016;2016:2498143. doi: 10.1155/2016/2498143. Epub 2015 Dec 24. Erratum in: *Gastroenterol Res Pract*. 2016;2016:9742102. doi: 10.1155/2016/9742102. PMID: 26819598; PMCID: PMC4706984.
10. Lee WK, Lau EW, Duddalwar VA, Stanley AJ, Ho YY. Abdominal manifestations of extranodal lymphoma: spectrum of imaging findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2008;191(1):198-206. doi:10.2214/AJR.07.3146



MEDIC

www.medic.com.vn

GASTROINTESTINAL LYMPHOMA: SMALL BOWEL CROSS-SECTION



**SANDWICH SIGN /
ENCASED
MESENTERIC VESSELS**

Enlarged Mesenteric
Lymph Nodes

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN!