Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 319-321

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH MANTLE CELL LYMPHOMA AT THE HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION CENTER BACH MAI HOSPITAL DURING THE PERIOD 2023-2026

Le Thu Ha[1*], Tran Thi Kieu My[2], Nguyen Thi Oanh1, Dang Anh Phuong[1], Nguyen Tuan Tung[1]

[1]Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam
[2]National Institute of Hematology and Blood Transfusion - 5 Pham Van Bach, Cau Giay Ward, Hanoi City, Vietnam
[3]Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 28/05/2026
Revised: 15/07/2026; Accepted: 05/08/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with Mantle cell Lymphoma at the Hematology and Blood Transfusion Center, Bach Mai Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study combining retrospective and prospective designs was conducted on 25 patients diagnosed and treated between January 2023 and April 2026. Diagnosis adhered to the WHO 2022 classification for mantle cell lymphoma. Chemotherapy treatments followed protocols approved by the Ministry of Health under Decision No. 1832/QD-BYT dated July 1, 2022.

Results: The majority of patients were male (80%), predominantly over 60 years old, presenting with highly diverse symptoms, among which fever and abdominal pain were the most common. The most frequent comorbidities were hypertension, renal failure, and diabetes. The most common site of involvement was abdominal lymph nodes (72%), followed by mediastinal lymph nodes (64%). Anemia was present in 60% of patients, thrombocytopenia in 40%, while leukocytosis (>10 G/L) was observed in 36%. Elevated β2- microglobulin levels indicating intermediate-to-high risk were found in 88% of patients, and high Ki-67 positivity was noted in 36%. Intermediate-to-high lactate dehydrogenase (LDH) levels accounted for 36%. Upon admission, 100% of patients were diagnosed at stage III and IV, and Based on the MIPI-c score, 60% of patients were categorized as intermediate-high or high risk

Keywords: Lymphoma, Mantle cell, MCL.

*Corresponding author
Email: drhahmu@gmail.com **Phone**: (+84) 983361290 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6282

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO MANTLE TẠI TRUNG TÂM HUYẾT HỌC VÀ TRUYỀN MÁU BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2023 – 2026

Lê Thu Hà[1*], Trần Thị Kiều My[2,3], Nguyễn Thị Oanh[1], Đặng Anh Phương[1], Nguyễn Tuấn Tùng[1]

[1]*Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam*
[2]*Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương - 5 Phạm Văn Bạch, P. Cầu Giấy, Tp. Hà Nội, Việt Nam*
[3]*Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận: 28/05/2026
Ngày sửa: 15/07/2026; Ngày đăng: 05/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào Mantle tại Trung tâm Huyết học và Truyền máu Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu được thực hiện trên 25 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị trong giai đoạn từ T1/2023 – T4/2026 theo tiêu chuẩn chẩn đoán u lympho tế bào Mantle của WHO 2022 và được điều trị bằng hóa chất theo các phác đồ đã được Bộ Y tế phê duyệt tại Quyết định số 1832/QĐ-BYT ngày 01/07/2022.

Kết quả: Phần lớn bệnh nhân là nam giới chiếm tỷ lệ 80% với độ tuổi thường gặp là trên 60 tuổi, đến khám với những triệu chứng hết sức đa dạng trong đó sốt và đau bụng là hai triệu chứng thường gặp nhất. Bệnh lý kèm theo hay gặp nhất là tăng huyết áp, suy thận, đái tháo đường. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là hạch ổ bụng chiếm 72%, sau đó đến hạch trung thất chiếm 64%. Bệnh nhân có thiếu máu chiếm 60%, giảm tiểu cầu chiếm 40%, trong khi đó, bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng trên 10 G/l chiếm 36%. Chỉ số β2- microglobulin của bệnh nhân ở nhóm nguy cơ trung bình cao chiếm 88%, Ki67 dương tính cao gặp ở 36% bệnh nhân. Chỉ số LDH ở ngưỡng trung bình cao chiếm 36%. Có 100% số bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn III và IV khi nhập viện và 60% bệnh nhân được phân loại nguy cơ trung bình cao và nguy cơ cao theo điểm MIPIc.

Từ khóa: U lympho, Mantle.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho ác tính không Hodgkin (ULAKH) là một nhóm bệnh lý ác tính xuất phát từ tổ chức lympho có thể tại hạch hoặc ngoài hạch. Đây là một trong những bệnh lý khá phổ biến thuộc chuyên ngành Huyết học, có tỷ lệ mắc cao. Theo báo cáo của tổ chức nghiên cứu ung thư trên thế giới (GLOBOCAN) năm 2022 ở Việt Nam tỷ lệ mắc mới của ULAKH là 2.8/100000 dân, đứng hàng thứ 13 [1]. Trong đó u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B chiếm tỷ lệ khoảng 85-90%. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, tỷ lệ bệnh gia tăng theo tuổi, phân bố các thể bệnh khác nhau theo nhóm tuổi [2].

Việc phân loại mô bệnh học của ULAKH khá phức tạp. Xuyên suốt lịch sử đã có rất nhiều bảng phân loại được đưa ra, từ những bảng phân loại đơn giản dựa trên đặc điểm hình thái, kích thước tế bào đến những phân loại hết sức phức tạp đòi hỏi nhiều kĩ thuật hiện đại như hóa mô miễn dịch, di truyền tế bào, sinh học phân tử. Trong đó đặc biệt là các phân loại về ULAKH tế bào B nhỏ nói chung và ULAKH nhóm tế bào B type Mantle (Mantle Cell Lymphoma – MCL) nói riêng. Đây là các thể có kích thước tế bào u nhỏ hơn nhân của đại thực bào (hoặc tế bào nội mô mạch máu) mà trước khi phân loại của WHO ra đời chúng được xếp chung vào một nhóm với u lympho thể nang (Follicular Lymphoma - FL) và u lympho tế bào B nhỏ (Small Lymphocytic Lymphoma – SLL/CLL). Tuy nhiên thực tế lâm sàng đã cho thấy MCL diễn tiến nhanh và tiên lượng xấu hơn hẳn hai thể bệnh FL và SLL.

Với mục đích đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ULAKH thuộc nhóm tế bào Mantle giúp cung cấp thêm các dữ liệu phục vụ chẩn đoán và điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào Mantle tại Trung tâm Huyết học - Truyền máu, Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2023 – 2026.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân được chẩn đoán ULAKH tế bào Mantle được điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai trong giai đoạn 2023 – 2026

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

+ Bệnh nhân có độ tuổi: ≥ 16 tuổi

+ Có kết quả mô bệnh học tổn thương u thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán ULAKH tế bào Mantle theo WHO 2022.

+ Được đánh giá đầy đủ về lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng, mạn tính không kiểm soát được

+ Phụ nữ đang mang thai hoặc cho con bú.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được phê duyệt bởi Hội đồng đề cương của Trường Đai học Y Hà Nôi, và được thực hiện lấy số liệu từ tháng 8/2025 đến tháng 4/2026, thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang (hồi cứu kết hợp tiến cứu) thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu chuẩn. Cỡ mẫu gồm toàn bộ các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn lợi trừ trong giai đoạn từ tháng

*Tác giả liên hệ
Email: drhahmu@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 983361290 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6282

1/2023 đến tháng 4/2026 (tổng cộng 25 trường hợp).

Chúng tôi đánh giá từng yếu tố:

- Chỉ số, biến số về đặc điểm của nhóm nghiên cứu: Tuổi, giới, điểm toàn trạng, thời gian chẩn đoán bệnh.

- Các triệu chứng toàn thân: Sốt, gầy sút cân, ra mồ hôi ban đêm; Các triệu chứng thực thể: Vị trí tổn thương, kích thước hạch, xâm lấn cơ quan ngoài hạch.

- Các chỉ tiêu cận lâm sàng: Vị trí, kích thước tổn thương trên phim chụp, siêu âm, xâm lấn cơ quan gan, lách, tủy xương, tế bào máu ngoại vi, xét nghiệm LDH, beta-2 microglobulin. Giai đoạn bệnh, chỉ số tiên lượng. Đặc điểm mô bệnh học

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Các biến số định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (X±SD). Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm với một chữ số thập phân.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành khi được thông qua đề cương của trường Đại học Y Hà Nội quyết định số: 4831/QĐ-ĐHYHN, ngày 17 tháng 7 năm 2025 đã xem xét khía cạnh đạo đức, được phê duyệt hồi cứu bởi hội đồng đạo đức theo quyết định số 257/BM – HĐĐĐ ngày 23/05/2026 và được bệnh nhân tự nguyện tham gia. Các thông tin dữ liệu được thu thập trong nghiên cứu được mã hóa bằng mã lưu trữ của bệnh viện nhằm đảm bảo bí mật, quản lý, phân tích bằng phần mềm SPSS, không cung cấp dữ liệu gốc cho bên thứ ba khi chưa được sự đồng ý của bên cung cấp dữ liệu. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập số liệu từ tháng 1/2023 đến tháng 4/2026 có 25 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị U Lympho không Hodgkin tế bào Mantle tại Trung tâm Huyết học và Truyền máu – Bệnh viện Bạch Mai.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=25)

Đặc điểm		n	%
Giới	Nam	20	80
	Nữ	5	20
Nhóm tuổi	< 50	3	12
	50 – 59	7	28
	60 - 69	5	20
	≥70	10	40
Hội chứng B	Có	10	40
	Không	15	60
ECOG	0	4	16
	1	5	20
	2	13	52
	3	3	12
	4	0	0
Thời gian khởi phát bệnh	<1 tháng	7	28
	1– 3 tháng	13	52
	>3 tháng	5	20

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới chiếm phần lớn với 80%, độ tuổi mắc bệnh thường gặp nhất là độ tuổi từ 50 tuổi trở lên chiếm 88%, hội chứng B gặp ở 40% bệnh nhân. Điểm toàn trạng ECOG: phần lớn là nhóm bệnh nhân 2 điểm. Thời gian khởi phát cho đến khi phát hiện ra bệnh chủ yếu từ 1 – 3 tháng với 13 bệnh nhân.

Bảng 2. Triệu chứng khởi phát bệnh (N=25)

Triệu chứng khởi phát	n	%
Đau bụng	7	28
Mệt mỏi, gầy sút cân	4	16
Phát hiện hạch	4	16
Sốt	9	36
Xuất huyết tiêu hóa	1	4
Tổn thương ở mắt	1	4
Khác	3	12

Nhận xét: Các triệu chứng khởi phát của bệnh nhân chủ yếu là đau bụng và sốt chiếm 28% và 36%, tiếp đó là mệt mỏi, phát hiện hạch với 16%.

Bảng 3. Các bệnh lý kèm theo của nhóm đối tượng nghiên cứu (N=25)

Bệnh kèm theo	n	Bệnh kèm theo	n
Tăng huyết áp	8	Viêm phổi	6
Suy tim	4	Xuất huyết tiêu hóa	1
COPD	3	Lao tiềm ẩn	1
Xơ gan	1	Viêm màng não	1
Đái tháo đường	6	Viêm mô tế bào	1
Suy thận	7	Tai biến mạch máu não	1
Gout	2	Viêm gan B	3
Rung nhĩ	1	Khác	5

Nhận xét: Nhóm bệnh mạn tính kèm theo hay gặp nhất là tăng huyết áp, suy thận, suy tim và đái tháo đường. Bệnh lý cấp tính mắc kèm khi phát hiện bệnh hay gặp nhất là viêm phổi

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương (N=25)

Đặc điểm tổn thương		n	%
Vị trí tổn thương	Hạch cổ	11	44
	Hạch nách	8	32
	Hạch trung thất	16	64
	Hạch bụng	18	72
	Hạch bẹn	14	56
	Dạ dày	1	4
	Tụy, Xương, Phổi, Lách	4	16
Xâm lấn tủy xương	Có	16	64
	Không	9	36

Nhận xét: Hạch bụng là vị trí hạch thường gặp nhất với 72% tiếp đó là hạch trung thất với 64%. Tổn thương dạ dày biểu hiện ở 1 bệnh nhân chiếm 4%, Tổn thương ở Tụy xương, phổi, lách gặp ở 4 bệnh nhân chiếm 16% tổng số bệnh nhân

Bảng 5. Đặc điểm cận lâm sàng (N=25)

Đặc điểm		n	%
Huyết sắc tố	>120	10	40
	<120	15	60
Bạch Cầu (G/L)	< 6,7	13	52
	6,7 - 9,99	3	12
	10,0 - 14,99	4	16
	≥ 15,0	5	20
Tiểu cầu	<150	10	40
	150- 450	13	52
	>450	2	8
LDH (LDH/ULN)	< 0,67	6	24
	0,67 - 0,99	10	40
	1,00 - 1,49	4	16
	≥ 1,50	5	20
Ki67	≥ 30%	9	36
	<30%	16	64
β2- microglobulin (mg/L)	<2,5	3	12
	2,5 – 3,5	10	40
	>3,5	12	48

Nhận xét:

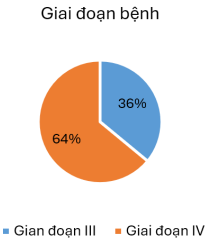
- Trong tổng phân tích tế bào máu: Bệnh nhân có thiếu máu chiếm 60%, giảm tiểu cầu chiếm 40%, trong khi đó, bệnh nhân có số lượng bạch cầu tăng trên 10 G/l chiếm 36%
- Với chỉ số β2- microglobulin, đa số bệnh nhân nằm ở nhóm nguy cơ trung bình cao khi kết quả > 2,5 chiếm 88%
- Trong số 25 bệnh nhân, Ki67 dương tính cao gặp ở 36% bệnh nhân
- Chỉ số LDH ở ngưỡng trung bình cao (LDH/ULN > 1) chiếm 36%

Bảng 6. Đặc điểm dấu ấn miễn dịch (N=25)

CD	n	Dương tính (n)	Âm tính (n)
Cyclin D1	23	16	7
CD20	25	25	0
BCL2	14	13	1
CD5	24	14	10
SOX11	16	16	0
CD3	19	0	19
CD10	16	1	15
CD23	16	1	15

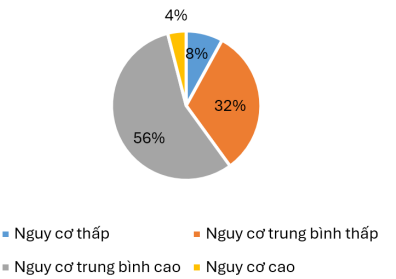
Nhận xét:

- Tỷ lệ dương tính với CD20 là 100%
- Tỷ lệ dương tính với SOX11 là 100% ở những bệnh nhân được nhuộm với dấu ấn này, đáng chú ý các bệnh nhân CyclinD1 âm tính sẽ được khẳng định chẩn đoán bằng SOX11 dương tính
- Tỷ lệ dương tính với CD3 là 0%, CD10 và CD23 ở mức thấp (6,25%), tỷ lệ dương tính với BCL2 đạt 92,9%



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn bệnh Ann Arbor (N=25)

Nhận xét: 64% bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn IV và 36% bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn III. Không có BN nào ở giai đoạn I và II.



Biểu đồ 2. Phân tầng nguy cơ theo thang điểm MIPIc (N=25)

Nhận xét: Phân lớn bệnh nhân nằm ở trong nhóm nguy cơ trung bình cao và nguy cơ cao chiếm 60% tổng số bệnh nhân, nhóm nguy cơ trung bình thấp chiếm 32%

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận sự ưu thế tuyệt đối của nam giới (80%), tương đồng với các báo cáo của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ và mạng lưới European MCL Network (70-80%)[3]. Độ tuổi trung bình tập trung từ 60-70, trong đó nhóm ≥ 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (40%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học MCL là bệnh lý của người cao tuổi, tương đương với các nghiên cứu của Hoster năm 2008 (60 tuổi) và Cheah năm 2016 (68 tuổi)[4],[5]. Độ tuổi cao kết hợp với nhiều bệnh nền gây thách thức lớn trong việc lựa chọn phác đồ hóa trị liều cao

Về chỉ số toàn trạng, phần lớn bệnh nhân có ECOG ≥ 2 (60%), phản ánh tính chất xâm lấn mạnh mẽ của bệnh tại thời điểm nhập viện. Chúng tôi nhận thấy 40% bệnh nhân xuất hiện hội chứng B; tương tự thể u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa, một thể bệnh tiến triển nhanh, cho thấy độ ác tính của MCL.

Kết quả dịch tễ của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Vũ Đức Bình (2025) tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương (nam giới 74,4%; tuổi trung bình 61,4)[6]. Tuy nhiên, tỷ lệ ECOG ≥ 2 trong nghiên cứu của chúng tôi (60%) cho thấy quần thể bệnh nhân tại Bệnh viện Bạch Mai nhập viện trong tình trạng suy giảm thể trạng nặng nề hơn.

Đa số bệnh nhân đến khám trong khoảng 1–3 tháng (52%), đặc biệt 28% khởi phát ngắn dưới 1 tháng. Tốc độ phát triển này nhanh hơn hẳn các thể u lympho tế bào B nhỏ độ ác tính thấp như FL hay CLL/SLL. Đặc tính lâm sàng cấp tính này giải thích lý do MCL thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn (III/IV) khi hạch đã lan tỏa hệ thống hoặc xâm lấn tủy xương

Triệu chứng nhập viện của bệnh nhân MCL rất đa dạng, phản ánh đặc tính xâm lấn mạnh. Lý do phổ biến nhất là Sốt (36%) và Mệt mỏi, gầy sút (16%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Đức Bình (2025) (33,3% có hội chứng B)[6] nhưng thấp hơn so với Yu Wang và cộng sự năm 2015(gần 50%[7].

Tỷ lệ bệnh mạn tính kèm theo khá cao như Tăng huyết

áp (32%), Suy thận (28%), Đái tháo đường (24%) và Suy tim (16%). Điều này gây khó khăn khi sử dụng các phác đồ chứa Doxorubicin hay Cytarabine liều cao vốn đòi hỏi chức năng tạng ổn định. Ngoài ra, tỷ lệ Viêm gan B (12%) và Viêm phổi (24%) tại thời điểm chẩn đoán yêu cầu việc dự phòng và điều trị song hành chặt chẽ khi sử dụng thuốc kháng CD20.

Một kết quả đáng lưu ý là tỷ lệ xâm lấn tủy xương chiếm tới 64%. Con số này tương đương với nghiên cứu của Vũ Đức Bình (71,8%) và phù hợp với y văn thế giới (60-90% theo Mayerhoefer. 2020)[6],[8]. Tỷ lệ này cao hơn hẳn so với DLBCL (10-20%), minh chứng cho đặc tính sinh học ưa thích môi trường tủy xương của tế bào Mantle, dẫn đến khả năng phát tán ra máu ngoại vi và khẳng định giai đoạn IV của bệnh. Sự đa dạng tổn thương tại các cơ quan khác như Tụy, Xương, Phổi, Lách (16%) một lần nữa khẳng định MCL là bệnh lý hệ thống ác tính

Nghiên cứu ghi nhận 60% bệnh nhân thiếu máu và 40% giảm tiểu cầu, tương xứng với tỷ lệ xâm lấn tủy xương cao (64%) gây ức chế tạo máu. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Đức Bình (2025) (thiếu máu chiếm 53,8%) và E. Matutes[6],[9]. Tỷ lệ tăng bạch cầu (>10 G/L) chiếm 36%, tạo ra thách thức trong chẩn đoán phân biệt với CLL/SLL và kéo theo điểm MIPI cao

Gánh nặng khối u còn thể hiện qua nồng độ LDH tăng (36%) và chỉ số β2- microglobulin cao >3,5 mg/L (48%), phản ánh tình trạng bệnh tiến triển mạnh. Đặc biệt, 36% bệnh nhân có chỉ số Ki-67 > 30%, là yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng nhất dự báo thời gian sống thêm ngắn, tỷ lệ đáp ứng với hóa chất kém hơn[10]

Kiểu hình miễn dịch đặc trưng CD20(+), CD5(+), CD23(-) và CD10(-) giúp phân biệt chính xác MCL với CLL/SLL hay u lympho nang. Sự bộc lộ quá mức của Cyclin D1 (69,6%) do chuyển đoạn t(11;14) và SOX11 (100%) là "chìa khóa" khẳng định chẩn đoán, kể cả các thể biến thể âm tính với Cyclin D1[11]. Tỷ lệ BCL2 dương tính rất cao (92,9%) kết hợp cùng Cyclin D1 tạo nên đặc tính ác tính kép: vừa thúc đẩy tăng sinh, vừa kháng lại quá trình chết tế bào theo chương trình.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều chẩn đoán ở giai đoạn muộn (III/IV), tương đồng với Vũ Đức Bình (97,4%) và cao hơn báo cáo của Hoster (80-90%)[6],[4]. Điều này minh chứng cho tính chất ác tính, tiến triển nhanh của bệnh, thường đã xâm lấn hệ thống khi có triệu chứng lâm sàng, cũng cho thấy các bệnh nhân MCL của Việt Nam thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn hơn.

Phân tầng theo MIPI-c, tỷ lệ nhóm nguy cơ trung bình cao và nguy cơ cao chiếm tới 60%, thấp hơn đáng kể so với tác giả Dương (89,5%) điều này có thể là do sự khác biệt về nhóm tuổi ở 2 cơ sở nghiên cứu. Nhóm bệnh nhân này thường đáp ứng kém với phác đồ RCHOP tiêu chuẩn, do đó cần cân nhắc ngay từ đầu các phương pháp điều trị khác như thuốc nhắm trúng đích (ức chế BTK) hoặc ghép tế bào gốc tự thân sớm để cải thiện thời gian sống thêm.

Mặc dù có những hạn chế về cỡ mẫu và thời gian theo dõi, nhưng nghiên cứu này đã cung cấp những dữ liệu thực tế quan trọng về thể bệnh u lympho không Hodgkin tế bào Mantle, làm cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai.

5. KẾT LUẬN

U lympho không Hodgkin tế bào Mantle chủ yếu gặp ở nam giới (80%), tuổi cao, thể trạng khi vào viện thường đã suy giảm (ECOG ≥ 2 chiếm 60%). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh đa dạng, thường xuyên xâm lấn ngoài hạch đặc biệt là đường tiêu hóa (28% đau bụng) và tủy xương (64%). 100% bệnh nhân ở giai đoạn III-IV. Phần lớn bệnh nhân (60%) nằm trong nhóm nguy cơ trung bình cao và nguy cơ cao theo thang điểm MIPI-c.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available

[2] Phạm Xuân Dũng. Đánh giá kết quả điều trị Lymphoma không Hodgkin ở người lớn. Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2012

[3] Vose, J. M. (2017). Mantle cell lymphoma: 2017 update on diagnosis, risk-stratification, and clinical management. American Journal of Hematology. doi/10.1002/ajh.24797

[4] Hoster E, Dreyling M, Klapper W, et al. A new prognostic index (MIPI) for patients with advanced-stage mantle cell lymphoma. Blood. 2008;111(2):558-565. doi:10.1182/blood-2007-06-095331

[5] Cheah CY, Seymour JF, Wang ML. Mantle Cell Lymphoma. J Clin Oncol. 2016;34(11):1256-1269. doi:10.1200/JCO.2015.63.5904

[6] Vũ Đức Bình, & Nguyễn Thùy Dương (2025). Thời gian sống thêm ở bệnh nhân u lympho tế bào áo điều trị tại viện huyết học – truyền máu trung ương giai đoạn 2021–2024. Tạp Chí Y học Việt Nam, 551(2). https://doi.org/10.51298/vmj.v551i2.14597

[7] Wang Y, Ma S. Risk Factors for Etiology and Prognosis of Mantle Cell Lymphoma. Expert Rev Hematol. 2014;7(2):233-243. doi:10.1586/17474086.2014.889561

[8] Mayerhoefer ME, Riedl CC, Kumar A, et al. [18F]FDG-PET/CT Radiomics for Prediction of Bone Marrow Involvement in Mantle Cell Lymphoma: A Retrospective Study in 97 Patients. Cancers. 2020;12(5):1138. doi:10.3390/cancers12051138

[9] Matutes E, et al. The leukemic presentation of mantle-cell lymphoma: disease features and prognostic factors in 58 patients. Br J Haematol. 2004;126(6):809-17. doi: 10.1111/j.1365-2141.2004.05153.x.

[10] Ki-67 predicts outcome in advanced-stage mantle cell lymphoma patients treated with anti-CD20 immunochemotherapy: results from randomized trials of the European MCL Network and the German Low Grade Lymphoma Study Group | Blood | American Society of Hematology. Accessed May 11, 2026. https://ashpublications.org/blood/article/111/4/2385/133213/Ki-67-predicts-outcome-in-advanced-stage-mantle?guestAccessKey=. DOI:10.1182/blood-2007-10-117010

[11] Mozos A, Royo C, Hartmann E, et al. SOX11 expression is highly specific for mantle cell lymphoma and identifies the cyclin D1-negative subtype. Haematologica. 2009;94(11):1555-1562. doi:10.3324/haematol.2009.010264