

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHÁC ĐỒ BENDAMUSTINE VÀ RITUXIMAB TRONG ĐIỀU TRỊ U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B THỂ DIỄN TIẾN CHẬM TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU ĐÀ NẴNG

**Đoàn Quốc Bảo*, Phạm Ngọc Văn Chương,
Võ Thị Thu Yên, Nguyễn Phạm Thanh Nhân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng và đánh giá đáp ứng và một số tác dụng phụ không mong muốn của phác đồ Bendamustin và Rituximab trong điều trị U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm được hóa trị với phác đồ Bendamustine và Rituximab tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ tháng 01/2018-9/2024.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm trên 60 tuổi chiếm 51,6%. Tuổi trung bình là $61 \pm 10,05$. Tỷ lệ nam/nữ là 1,75/1. ECOG từ 0-1 chiếm 87,1%. Bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho chiếm tỷ lệ cao nhất 38,7%, tiếp theo là U lympho không Hodgkin thể nang 25,8%. Tỷ lệ bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm ở giai đoạn IV chiếm 67,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng chỉ số LDH trong máu chiếm 41,9%. Hầu hết bệnh nhân ở các thể bệnh đều ở giai đoạn III và IV. Tỷ lệ đáp ứng là 87,1%, trong đó đáp ứng hoàn toàn 77,4%. Tỷ lệ đáp ứng đáp ứng hoàn toàn của phác đồ hóa trị BR cho nhóm bệnh nhân ở bước 1 (82,4%) cao hơn so với nhóm bệnh nhân hóa trị BR ở bước 2 trở đi (71,4%). Các tác dụng phụ trong nghiên cứu thì nhẹ. Thời gian sống còn toàn bộ của bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng sau 3 tháng là 77,8% và sau 12 tháng là 73,7%.

Kết luận: Phác đồ Bendamustine và Rituximab cho ULKH tế bào B thể diễn tiến chậm là một phác đồ ít độc tính, thuốc hóa trị phổ biến, có thể áp dụng dễ dàng.

Từ khóa: U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm; phác đồ Bendamustin và Rituximab

Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng

*Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Quốc Bảo

Email: quocbao137@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày duyệt bài: 30/10/2025

EFFICACY OF BENDAMUSTINE-RITUXIMAB COMBINATION THERAPY IN THE TREATMENT OF INDOLENT B-CELL NON-HODGKIN LYMPHOMA AT DANANG ONCOLOGY HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of indolent B-cell non-Hodgkin's lymphoma (NHL) at Da Nang Oncology Hospital and to evaluate the treatment response and some adverse effects of the Bendamustine and Rituximab (BR) regimen in managing indolent B-cell NHL at this hospital.

Methods: The study included all patients diagnosed with indolent B-cell NHL who received chemotherapy with the BR regimen at Da Nang Oncology Hospital from January 2018 to September 2024.

Results: The proportion of patients over 60 years old was 51.6%, with a mean age of 61 ± 10.05 years. The male-to-female ratio was 1.75:1. ECOG performance status 0–1 was observed in 87.1% of patients. The most common subtypes were small lymphocytic lymphoma/chronic lymphocytic leukemia (38.7%) and follicular lymphoma (25.8%). Stage IV disease accounted for 67.7% of cases. Elevated serum LDH levels were found in 41.9% of patients. Most patients across all subtypes were in stages III and IV. The overall response rate (ORR) was 87.1%, with a complete response (CR) rate of 77.4%. The CR rate for patients receiving BR as first-line therapy was 82.4%, higher than that of patients receiving BR in second-line or later (71.4%). Side effects were mild throughout the study. The overall survival (OS) rate at 3 months was 77.8%, and at 12 months was 73.7%.

Conclusions: The Bendamustine and Rituximab regimen is an effective, low-toxicity, and commonly used chemotherapy protocol that is easily applicable for the treatment of indolent B-cell NHL.

Keywords: Indolent B-cell non-Hodgkin's lymphoma; Bendamustine and Rituximab regimen.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho là bệnh lý ác tính dòng lympho thường gặp nhất và là một trong mười ung thư có tần suất mắc cao trên thế giới. Nhóm bệnh lý này được phân loại thành u lympho Hodgkin và u lympho không Hodgkin. Trong đó U lympho không Hodgkin thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 80-85% và hầu hết u lympho không Hodgkin là bệnh lý của tế bào B (> 80%) [1], [2].

U lympho không Hodgkin diễn tiến chậm chiếm khoảng 35-40% trong u lympho ác tính không Hodgkin. Các thể dưới nhóm thường gặp gồm: U lympho không Hodgkin thể nang,

U lympho không Hodgkin thể áo nang, U lympho không Hodgkin vùng rìa ngoài hạch, tại hạch, tại lách... U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/ Bạch cầu mạn dòng lympho, U lympho lympho tương bào [1], [2], [3].

Điều trị U lympho không Hodgkin thể diễn tiến chậm bao gồm có thể theo dõi định kỳ hoặc điều trị khi bệnh gây ra các triệu chứng lâm sàng hoặc xét nghiệm cần phải điều trị.

Sự kết hợp Bendamustine và Rituximab cho thấy tác dụng điều trị tốt ở bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể tiến triển chậm [7]. Vài nghiên cứu cho thấy phác đồ Bendamustine

kết hợp với Rituximab ở nhóm U lympho không Hodgkin thể diễn tiến chậm cho hiệu quả tốt hơn so với dùng phác đồ RCHOP và các độc tính về mặt huyết học cũng thấp hơn so với phác đồ RCHOP [6], [7], [8].

Những ưu điểm này cho chúng ta thêm sự lựa chọn trong việc điều trị cho bệnh nhân.

Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

2. Đánh giá đáp ứng và một số tác dụng phụ không mong muốn của phác đồ Bendamustine và Rituximab trong điều trị U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm được hóa trị với phác đồ Bendamustine và Rituximab tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng từ tháng 01/2018 đến tháng 9/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu mô tả loạt ca.

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán u lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm dựa trên các tiêu chuẩn về lâm sàng và giải phẫu bệnh, bao gồm: U lympho không Hodgkin thể nang, U lympho không Hodgkin thể áo nang, U lympho không Hodgkin vùng rìa ngoài hạch, tại hạch, tại lách, U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho, U lympho lympho tương bào.

- Bệnh nhân được hóa trị với phác đồ Bendamustine và Rituximab (bao gồm cả bước đầu và cả những bước sau) và đã kết thúc điều trị.

Liều thông thường: Rituximab 375 mg/m² (ngày 1) và Bendamustine 90-120 mg/m² (ngày 1, 2). Lặp lại mỗi 28 ngày. Thông thường là 6 chu kỳ.

Có sử dụng thuốc kháng virus dự phòng tái hoạt hóa siêu vi B (bệnh nhân có HBsAg (+) hoặc antiHBc(+)).

- Loại trừ những bệnh nhân không tuân thủ phác đồ, bệnh nhân bỏ dở điều trị.

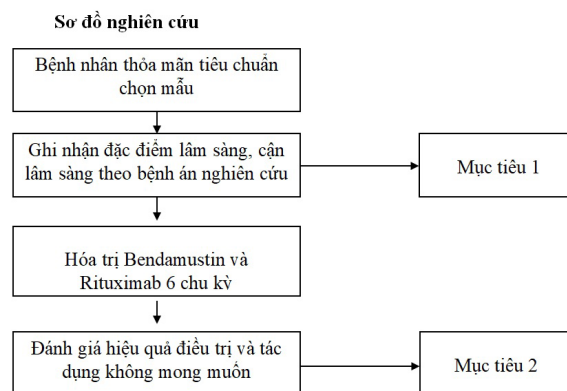
2.2.3. Các biến số nghiên cứu

- Biến Nhị giá: Giới.
- Biến định lượng: Tuổi, các chỉ số huyết học, sinh hóa.
- Biến khác: Chẩn đoán bệnh (theo hệ thống phân mã ICD10 và WHO 2018); Chẩn đoán giai đoạn (theo Ann Arbor dựa trên CT, MRI hoặc PET/CT); Đánh giá kết quả điều trị (theo Cheson), phân độ độc tính hóa trị (theo WHO)

2.2.4. Phương pháp tiến hành

Ghi nhận hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

Sơ đồ nghiên cứu.



2.2.5. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng các thuật toán thống kê y học thông thường để phân tích và so sánh các dữ liệu thu thập được, chương trình SPSS 22.0.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được sự cho phép của lãnh đạo Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng, lãnh đạo khoa Nội 3. Các thông tin về bệnh nhân được cam kết giữ bí mật tuyệt đối.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả số bệnh nhân nghiên cứu là 31 trường hợp cho thấy:

3.1. Phân bố bệnh theo tuổi - giới

Lứa tuổi bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm trên 60 tuổi chiếm 51,6%. Tuổi trung bình là $61 \pm 10,05$, tỷ lệ nam/nữ là 1,38/1.

3.2. Phân bố bệnh theo theo thang điểm đánh giá thể trạng

Tỷ lệ bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm có chỉ số thể trạng ECOG từ 0-1 chiếm 87,1%.

3.3. Phân bố theo thể giải phẫu bệnh

Bảng 1: Đặc điểm thể lâm sàng của bệnh nhân

Thể bệnh lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho	12	38,7
U lympho không Hodgkin thể áo nang	7	22,6

Thể bệnh lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
U lympho không Hodgkin thể nang	8	25,8
U lympho không Hodgkin vùng rìa ngoài hạch, tại hạch, tại lách	4	12,9
Tổng	31	100,0

Nhận xét:

Bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho chiếm tỷ lệ cao nhất 38,7%, tiếp theo là U lympho không Hodgkin thể nang 25,8%.

3.4. Đặc điểm giai đoạn bệnh

Bảng 2: Đặc điểm giai đoạn bệnh của bệnh nhân

Giai đoạn bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
I	0	0
II	2	6,5
III	8	25,8
IV	21	67,7
Tổng	31	100,0

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm ở giai đoạn IV chiếm 67,7%.

3.5. Đặc điểm chỉ số LDH

Bảng 3: Đặc điểm chỉ số LDH của bệnh nhân

Chỉ số LDH	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	18	58,1
Tăng	13	41,9
Tổng	31	100,0

Nhận xét:

Tỷ lệ bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế

bào B thể diễn tiến chậm có tăng chỉ số LDH trong máu chiếm 41,9%.

3.6. Đặc điểm thể bệnh tương ứng các giai đoạn bệnh của bệnh nhân

Bảng 4: Đặc điểm thể bệnh tương ứng các giai đoạn bệnh của bệnh nhân

Thể bệnh	Giai đoạn bệnh (n)				Tổng
	I	II	III	IV	
U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho	0	0	2	10	12
U lympho không Hodgkin thể áo nang	0	0	3	4	7
U lympho không Hodgkin thể nang	0	2	2	4	8
U lympho không Hodgkin vùng rìa ngoài hạch, tại hạch, tại lách	0	0	1	3	4
Tổng	0	2	8	21	31

Nhận xét:

Hầu hết ở các thể bệnh là giai đoạn III và IV. Bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho giai đoạn IV có số lượng nhiều nhất với 10 bệnh nhân.

3.7. Kết quả điều trị chung

Bảng 5: Kết quả đáp ứng điều trị của bệnh nhân

Kết quả điều trị	BN (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	24	77,4
Đáp ứng một phần	3	9,7
Không đáp ứng	0	0,0
Tiến triển	4	12,9
Tổng	31	100,0

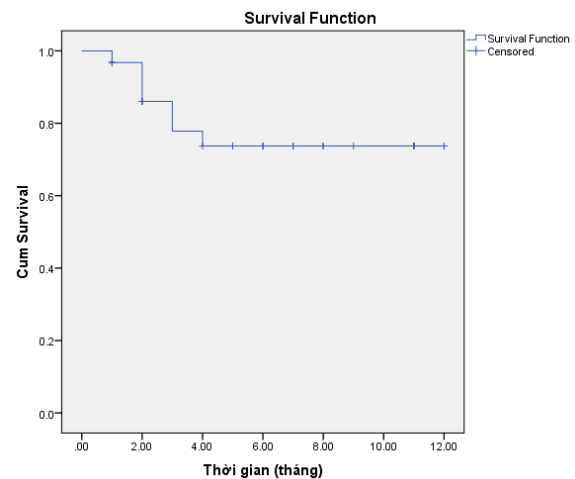
Nhận xét:

Kết quả điều trị chung cho nhóm bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm với tỷ lệ đáp ứng là 87,1%, trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm tỷ lệ 77,4%.

3.9. Kết quả điều trị theo tuổi

Đặc điểm	Số BN	Đáp ứng hoàn toàn	Không đáp ứng	Tiến triển	p
≤ 60 tuổi	15	12	0	3	0,137
> 60 tuổi	16	12	3	1	

3.8. Kaplan-Meier thời gian sống còn toàn bộ



Biểu đồ 1: Thời gian sống còn toàn bộ

Nhận xét:

Tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 3 tháng là 77,8%, sau 12 tháng là 73,7%.

Nhận xét:

Trong nhóm ≤ 60 tuổi, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 80%. Ở nhóm > 60 tuổi tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn

là 75%. Không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa hai nhóm tuổi.

3.10. Kết quả điều trị theo từng thể bệnh của bệnh nhân

Bảng 6: Kết quả đáp ứng theo từng thể bệnh của bệnh nhân

Thể bệnh	Kết quả điều trị			Tổng	p
	Đáp ứng hoàn toàn	Đáp ứng một phần	Bệnh tiến triển		
U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho	9	2	1	12	0,24
U lympho không Hodgkin thể áo nang	6	1	0	7	
U lympho không Hodgkin thể nang	6	0	2	8	
U lympho không Hodgkin vùng rìa ngoài hạch, tại hạch, tại lách	3	0	1	4	
Tổng	24	3	4	31	

Nhận xét:

Nhóm U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho có số lượng bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn cao nhất với 9 bệnh nhân. Nhóm U lympho không Hodgkin thể nang có số lượng bệnh nhân tiến triển cao nhất, 2 bệnh nhân.

3.11. Phân bố tỷ lệ đáp ứng của phác đồ BR

Bảng 7: Kết quả đáp ứng của phác đồ BR của bệnh nhân

Đặc điểm	Phác đồ hóa trị				p
	Bước 1		Bước 2 trở đi		
	n	%	n	%	
Đáp ứng hoàn toàn	14	82,4	10	71,4	0,435
Không đáp ứng	2	11,8	1	7,1	
Tiến triển	1	5,8	3	21,4	
Tổng	17	54,8	14	45,2	

Nhận xét:

Tỷ lệ đáp ứng đáp ứng hoàn toàn của phác đồ hóa trị BR cho nhóm bệnh nhân ở bước 1 (82,4%) cao hơn so với nhóm bệnh nhân hóa trị BR ở bước 2 trở đi (71,4%).

Tỷ lệ tiến triển của phác đồ hóa trị BR cho nhóm bệnh nhân ở bước 1 (5,8%) thấp hơn so với nhóm bệnh nhân hóa trị BR ở bước 2 trở đi (21,4%).

3.12. Tác dụng không mong muốn về huyết học

3.12.1. Giảm bạch cầu hạt - Thiếu máu - Giảm tiểu cầu

Trong tổng số 31 bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm, tình trạng giảm bạch cầu hạt độ 3,4 chiếm 38,7%. Trong đó giảm bạch cầu hạt độ 4 chiếm 16,1%; Có 6,5% tình trạng thiếu máu mức độ 3. Không có trường hợp thiếu máu mức độ 4; Có 9,7% tình trạng giảm tiểu cầu mức độ 3 và mức độ 4.

3.12.2. Tác dụng không mong muốn khác

Bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tăng nhẹ và không tăng men gan khi hóa trị. Có 16,1% tăng men gan mức độ 1. Và không có bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm có tổn thương chức năng thận.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Qua nghiên cứu trên 31 bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm ở bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng trong thời gian nghiên cứu, độ tuổi bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 51,6%, tỉ lệ nam/nữ là 1.38/1. Chỉ số thể trạng ECOG từ 0-1 chiếm 87,1%. Thể giải phẫu bệnh U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho chiếm tỷ lệ cao nhất 38,7%, tiếp theo là U lympho không Hodgkin thể nang 25,8%, tiếp theo là thể áo nang 22,6%.

Hầu hết bệnh nhân ở giai đoạn III và IV chiếm tỷ lệ 93,5%, trong đó giai đoạn IV là 67,7%. Có 41,9% bệnh nhân tăng chỉ số LDH.

Hầu hết các thể bệnh đều ở giai đoạn III và IV. Không có thể bệnh nào được phát hiện ở giai đoạn I. Nhóm bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho phát hiện ở giai đoạn IV số lượng nhiều nhất là 10 bệnh nhân. U lympho không Hodgkin thể nang và áo nang đều có số lượng bệnh nhân phát hiện ở giai đoạn IV là 4 bệnh nhân.

4.2. Kết quả điều trị

Ở Việt Nam, Bendamustine mới được đưa vào điều trị khoảng 5 năm trở lại đây và đặc biệt tại Đà Nẵng Bendamustine mới được chỉ định cho bệnh lý U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm trong khoảng 3 năm trở lại, do đó có rất ít nghiên cứu được tiến hành để đánh giá đáp ứng điều trị của U lympho không Hodgkin

thể diễn tiến chậm bằng phác đồ Bendamustine và Rituximab.

Kết quả điều trị chung cho nhóm bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm của chúng tôi với tỷ lệ đáp ứng là 87,1%, đáp ứng hoàn toàn chiếm 77,4%. Nghiên cứu của Wang H. và các cộng sự cho thấy đáp ứng hoàn toàn 83,3%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [7]. Ngược lại nghiên cứu của Zhang Y. và các cộng sự năm 2022 cho thấy tỷ lệ đáp ứng 79,5%, trong đó đáp ứng hoàn toàn là 37%. Các tỷ lệ này đều thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [8].

Có thể có nhiều nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt trong tỷ lệ đáp ứng giữa các nghiên cứu, bao gồm sự đa dạng trong mẫu bệnh nhân, cách thức thực hiện nghiên cứu, và các yếu tố khác như độ tuổi, tiến triển của bệnh, và hệ thống chăm sóc y tế.

4.3. Kết quả điều trị theo một số yếu tố

Nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu. Nhóm ≤ 60 tuổi tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 80%. Ở nhóm > 60 tuổi tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 75%. Không có sự khác biệt đáng kể về kết quả điều trị giữa hai nhóm tuổi.

Bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho có số lượng bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn cao nhất với 9 bệnh nhân. Nhóm bệnh nhân U lympho không Hodgkin thể nang có số bệnh nhân tiến triển cao nhất với 2 bệnh nhân. Do mỗi thực thể bệnh phương thức điều trị khác nhau và đáp ứng với phác đồ BR khác nhau (U lympho không Hodgkin tế bào nhỏ/Bạch cầu mạn dòng lympho 9/12, U lympho không Hodgkin thể áo nang 6/7, U lympho không Hodgkin thể nang 6/8, U lympho không Hodgkin vùng rìa ngoài hạch, tại hạch, tại lách 3/4). Như vậy U lympho không Hodgkin thể áo nang có lẽ đáp ứng tốt nhất với phác đồ BR.

Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của phác đồ hóa trị BR ở bước 1 là 82,4% cao hơn so với nhóm hóa

trị BR ở bước 2 trở đi 71,4%. Điều này cho thấy nếu phác đồ BR được chỉ định sớm ngay bước đầu thì sẽ làm tăng khả năng điều trị lui bệnh cho bệnh nhân. Nghiên cứu của Rouslan K. và cộng sự năm 2021 cũng cho thấy, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cho nhóm bệnh nhân điều trị bước đầu là 77,6%.

Tỷ lệ bệnh tiến triển của phác đồ hóa trị BR cho nhóm bệnh nhân ở bước 1 (5,8%) thấp hơn so với nhóm bệnh nhân hóa trị BR ở bước 2 trở đi (21,4%).

4.4. Tác dụng không mong muốn

Trong tổng số 31 bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm, tình trạng giảm bạch cầu hạt độ 3,4 chiếm 38,7%, trong đó giảm bạch cầu hạt độ 4 chiếm 16,1%. Nghiên cứu của Wang H. và các cộng sự, tỷ lệ giảm bạch cầu độ 3 và 4 là 27,8, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [7]. Và nghiên cứu của Zhang Y. Và cộng sự với tỷ lệ giảm bạch cầu độ 3 và 4 chỉ có 6,8% [8].

Bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm hầu hết có thiếu máu nhẹ. Có 6,5% tình trạng thiếu máu mức độ 3. Không có trường hợp thiếu máu mức độ 4. Kết quả của chúng tôi có tương đồng với nghiên cứu của Wang H.. và các cộng sự cũng cho thấy thiếu máu độ 3 là 5,6% [7].

Có 9,7% tình trạng giảm tiểu cầu mức độ 3 và mức độ 4. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Wang H. và các cộng sự với giảm tiểu cầu độ 3, độ 4 chiếm 4,2%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B thể diễn tiến chậm tăng nhẹ và không tăng men gan khi hóa trị. Có 16,1% (5 trường hợp) tăng men gan mức độ 1. So sánh với nghiên cứu của Wang H. và các cộng sự thì chỉ có 1 trường hợp tăng men gan độ 3 [7].

Không có bệnh nhân U lympho không Hodgkin

tế bào B thể diễn tiến chậm nào được phát hiện có tổn thương chức năng thận sau quá trình hóa trị. Thực tế cũng cho thấy, trong nghiên cứu của Wang H, và các cộng sự đều không có thay đổi mức lọc cầu thận sau khi hoá trị [7]. Và trong nghiên cứu của Zhang Y. và các cộng sự cũng ghi nhận không có bệnh nhân độc tính trên thận do phác đồ gây ra [8].

5. KẾT LUẬN

Phác đồ Bendamustine và Rituximab ở những bệnh nhân u lympho không Hodgkin thể diễn tiến chậm không thể xét nghiệm đột biến gen, hóa trị với phác đồ BR có thể là một lựa chọn cho bệnh nhân với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn khá và tác dụng phụ nhẹ, tuy nhiên cần theo dõi thêm sống còn về lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Bộ Y tế (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu, Hà Nội.
- [2]. Bộ Y tế (2022), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học, Hà Nội.
- [3]. Andrew D. et al (2020), “NCCN Clinical practice guidelines in Oncology-B-Cell lymphomas”, pp12-65.
- [4]. Bogeljić Patekar et al (2018), “Bendamustine: an old drug in the new era for patients with non-hodgkin lymphomas and chronic lymphocytic leukemia”, Acta Clinica Croatica, 57.3, pp542-553.
- [5]. Brugger et al (2013), “Bendamustine in indolent non-Hodgkin’s lymphoma: a practice guide for patient management”, The Oncologist, 18.8, 954-964.

- [6]. Rummel et al (2013). “Bendamustine plus rituximab versus CHOP plus rituximab as first-line treatment for patients with indolent and mantle-cell lymphomas: an open-label, multicentre, randomised, phase 3 non-inferiority trial”, *The Lancet*, 381.9873, 1203-1210.
- [7]. Wang H. et al (2023), “Efficacy and safety of bendamustine-rituximab combination therapy for newly diagnosed indolent B-cell non-Hodgkin’s lymphoma and elderly mantle cell lymphoma: a multi-center prospective phase II clinical trial in China”, *Zhonghua xue ye xue za zhi= Zhonghua Xueyexue Zazhi* 44.7, 550-554.
- [8]. Zhang Yujie et al (2022), “Clinical Efficacy of Bendamustine Plus Rituximab (BR) for B-cell Relevant Indolent Non-Hodgkin’s Lymphoma and Role of $\beta 2$ -MG in Predicting the Efficacy of BR Regimen: A Real-World Retrospective Study in China”, *Comput Math Methods Med.* Jan 20:2022:1080879