

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B CD20(+) BẰNG PHÁC ĐỒ R-CHOP TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU BẮC NINH

Nguyễn Danh Song*, Nguyễn Thị Thanh Huyền,
Hoàng Thị Trà My, Vũ Thị Hồng, Lê Thị Hương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của điều trị U lympho không Hodgkin tế bào B CD20(+) bằng phác đồ R-CHOP tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu, trên bệnh nhân được chẩn đoán xác định U lympho không Hodgkin tế bào B, CD 20(+), được điều trị bằng phác đồ RCHOP từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2025 tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh.

Kết quả: Nghiên cứu trên 36 bệnh nhân: tuổi trung bình là 61; hội chứng B gặp ở 33,3%. Hầu hết bệnh nhân vào viện vì nổi hạch chiếm 72,2%; trong đó có 77,8% bệnh nhân có ≥ 3 hạch; 5 bệnh nhân chỉ có duy nhất 1 hạch. Số bệnh nhân có tổn thương bulky là 3 bệnh nhân, chiếm 8,3%. Có 52,8% bệnh nhân giai đoạn I-II, 47,2% bệnh nhân giai đoạn III-IV. Các bệnh nhân có thể mô bệnh học chủ yếu là ULP tế bào B lớn lan tỏa, chiếm 69,4%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 66,7%, đáp ứng một phần là 11,1%. Độc tính trên huyết học hay gặp nhất, độc tính trên gan thận ít gặp, chủ yếu gặp độ I và độ II.

Kết luận: Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đặc trưng của u lympho không Hodgkin tế bào B, CD 20(+) hỗ trợ các bác sĩ trong quá trình chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời cho các bệnh nhân này. Phác đồ R-CHOP là phác đồ chuẩn giúp làm tăng tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cho bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B CD20(+).

Từ khóa: u lympho không hodgkin, CD20(+), RCHOP.

TREATMENT OUTCOMES OF CD20-POSITIVE B-CELL NON-HODGKIN LYMPHOMA WITH THE R-CHOP REGIMEN AT BAC NINH ONCOLOGY HOSPITAL

SUMMARY

Objective: To evaluation of treatment outcomes of CD20-positive B-cell non-Hodgkin lymphoma with the R-CHOP regimen at Bac Ninh Oncology Hospital.

¹Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Danh Song

Email: bssongbinh@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 31/7/2025

Ngày phản biện khoa học: 07/8/2025

Ngày chấp nhận đăng: 15/8/2025

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on patients with histologically confirmed CD20-positive B-cell non-Hodgkin lymphoma who received R-CHOP regimen from January 2022 to January 2025 at Bac Ninh Oncology Hospital.

Results: 36 patients were included. The mean age was 61 years; B symptoms were present in 33.3%. The most common presenting complaint was lymphadenopathy (72.2%), multiple lymph node involvement (≥ 3 regions) was seen in 77.8%, while 5 patients had a single lymph node. Bulky disease occurred in 8.3%. Early-stage disease (stage I–II) accounted for 52.8%, and stage III–IV for 30.6%. Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) was the predominant histological subtype (69.4%). The complete response (CR) rate was 66.7%, and partial response (PR) rate was 11.1%. Hematologic toxicities were the most common adverse events; hepatic and renal toxicities were uncommon and generally mild (grade I–II).

Conclusion: Typical clinical and paraclinical features of CD20-positive B-cell non-Hodgkin lymphoma can aid clinicians in early diagnosis and timely treatment. The R-CHOP regimen remains the standard of care and provides a high complete response rate in this patient population.

Keywords: non hodgkin lymphoma, CD20(+), RCHOP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho là bệnh lý tăng sinh ác tính của tổ chức lympho. Đây là bệnh lý huyết học ác tính thường gặp, bao gồm hai loại: u lympho Hodgkin và u lympho không Hodgkin. U lympho không Hodgkin thường gặp hơn, chiếm 80÷85% toàn bộ u lympho và còn lại là u lympho Hodgkin.

U lympho không Hodgkin là một trong những bệnh ung thư đáp ứng tốt với điều trị. Trong số các tấp mô bệnh học của U lympho không Hodgkin thì thể tiến triển nhanh chiếm phần lớn nhất là u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa đặc trưng bởi độ ác tính và tỷ lệ tái phát cao với thời gian sống thêm của bệnh nhân nếu không điều trị tính bằng tháng. Khoảng 50÷60% bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa đạt đáp ứng hoàn toàn và duy trì đáp ứng sau điều trị ban đầu. Trong khi đó các thể bệnh u lympho tiến triển chậm có tỷ lệ đạt đáp ứng hoàn toàn với phác đồ hóa trị ban đầu khoảng 40÷80%.

Về điều trị, phác đồ CHOP được xem là phác đồ chuẩn từ năm 1975, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT) cao 70% nhưng chỉ có 30% bệnh nhân sống kéo dài. Năm 1997, với sự ra đời của rituximab - một kháng thể đơn dòng kháng CD20 - sử dụng phối hợp với CHOP (phác đồ R-CHOP) được xem là tiêu chuẩn vàng trong

điều trị U lympho không Hodgkin tế bào B với CD20 dương tính, làm tăng thêm tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và cải thiện thời gian sống thêm toàn bộ (STTB) và sống thêm không biến cố (STKBC) so với CHOP đơn thuần. Trong nước, tính đến nay có rất nhiều nghiên cứu về U lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa CD20 dương tính điều trị bằng CHOP/R-CHOP [1], [2]. Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh đã áp dụng phác đồ này từ những năm 2019 cho bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào B có CD20 dương tính mang lại kết quả cao, tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phác đồ này, vì vậy tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Kết quả điều trị U lympho không Hodgkin tế bào B CD20(+) bằng phác đồ R-CHOP tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh” với mục tiêu sau:

Đánh giá đáp ứng điều trị và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ R-CHOP ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

36 bệnh nhân được chẩn đoán U lympho không Hodgkin tế bào B CD20 (+) tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh giai đoạn từ tháng 01/2022 đến tháng 01/2025.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán là U lympho không Hodgkin.
- Kết quả hóa mô miễn dịch chẩn đoán xác định là u lympho không Hodgkin tế bào B, CD 20 (+).
- Được điều trị phác đồ R-CHOP tối thiểu 03 chu kỳ.
- Từ đủ 18 tuổi trở lên, ECOG ≤ 2 .
- Các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, chức năng tim mạch đủ tiêu chuẩn điều trị hóa chất.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- ULAKH tái phát hoặc đã điều trị trước đó (hóa trị, xạ trị).
- Bệnh nhân mắc bệnh ung thư khác kèm theo.
- Bệnh biểu hiện ở thần kinh trung ương trước điều trị.
- Chống chỉ định điều trị hóa trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, hồi cứu.
- Mẫu nghiên cứu: Mẫu thuận tiện 36 bệnh nhân.

2.3. Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh.

2.4. Chỉ số, biến số nghiên cứu

*** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:**

- Tuổi: tuổi tính theo ngày dương lịch.
- Giới: chia thành 2 giới nam, nữ.
- Triệu chứng B: bao gồm 1 trong các triệu chứng: sốt >38 độ, gầy sút >10 % trọng lượng cơ thể trong 6 tháng, ra mồ hôi đêm.
- Vị trí tổn thương: Tại hạch/ngoài hạch; số lượng tổn thương.
- Kích thước tổn thương: $< 7,5$ cm, $\geq 7,5$ cm.

- Thở mô bệnh học theo WHO năm 2016.
- Phân giai đoạn: I-IV theo hệ thống Ann Arbor.

*** Đáp ứng điều trị:**

- Đáp ứng điều trị: Đánh giá đáp ứng sau 3 chu kỳ và lúc kết thúc điều trị theo tiêu chuẩn Lugano theo CT:

+ Đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT).

+ Đáp ứng một phần (ĐUMP).

+ Bệnh ổn định (BOĐ).

+ Bệnh tiến triển (BTT).

- Tác dụng phụ của hóa trị theo tiêu chuẩn của CTCAE 5.0 năm 2017:

+ Tác dụng phụ trong khi truyền: Sốt, ớn lạnh, tăng huyết áp.

+ Tác dụng phụ huyết học: Giảm bạch cầu, giảm hồng cầu, giảm tiểu cầu.

+ Tác dụng phụ ngoài huyết học: buồn nôn, nôn, gan, thận, thần kinh ngoại vi,...

+ Tác dụng phụ nhiễm trùng: Sốt giảm bạch cầu hạt, viêm phổi nặng.

2.5. Quy trình nghiên cứu

- Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án (thu tuyển hồi cứu).

- Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước và trong quá trình điều trị.

- Ghi nhận kết quả đáp ứng điều trị và độc tính của phác đồ

+ Điều trị hóa chất phác đồ RCHOP.

Rituximab 375 mg/m² TTM ngày 1.

Cyclophosphamide 750 mg/m² TTM ngày 1.

Doxorubicin 50 mg/m² TTM ngày 1.

Vincristine 1,4 mg/m² TM ngày 1 (Liều tối đa là 2 mg/ngày).

Prednisone 100 mg uống ngày 1 đến ngày 5.
Chu kỳ mỗi 3 tuần.

+ Đánh giá lại sau 3 và 6 chu kỳ hóa chất.

+ Độc tính hóa trị được đánh giá theo phân loại CTCAE.

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng

phần mềm SPSS 20.0. Mô tả trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, giá trị min, max.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, không có tính chất can thiệp, nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị bệnh. Số liệu trung thực khách quan.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 40	3	8,3
	41 - 60	15	41,7
	61 - 75	16	44,4
	> 75	2	5,6
Tuổi TB ± SD (min - max)		61±10,45	
Giới	Nam	23	63,9
	Nữ	13	36,1
Hội chứng B	Có	12	33,3
	Không	24	66,7
Chỉ số toàn trạng (ECOG)	0 - 1	35	97,2
	2	1	2,8
Triệu chứng đầu tiên	Nổi hạch ngoại vi	26	72,2
	Khác	10	27,8

Nhận xét:

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 61±10,45; Nhóm tuổi 41-75 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (81,6%). Chỉ có 2 bệnh nhân trên 75 tuổi, chiếm 5,6% trong số bệnh nhân nghiên cứu có 23 bệnh nhân nam và 13 bệnh nhân nữ. Tỷ lệ nam/nữ là ~1,77/1. Hội chứng B gặp ở 12 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ là 33,3%. Hầu hết các bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG là 0 và 1, chiếm 97,2%. Có 26 bệnh nhân vào viện vì nổi hạch (chiếm 72,2%). Có 10 bệnh nhân vào viện vì các lý do khác (sốt, nuốt vướng, đau bụng,...) chiếm 27,8%.

Bảng 2. Phân bố theo số lượng, vị trí tổn thương của bệnh nhân

Đặc điểm		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng tổn thương hạch	1 hạch	5	13,9
	2 hạch	3	8,3
	≥ 3 hạch	28	77,8
Có tổn thương ngoài hạch		19	52,7
Hạch ngoại vi	Cổ	23	63,9
	Nách	5	13,9
	Bẹn	10	27,8

Đặc điểm		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương ngoài hạch	Lách	4	11,1
	Dạ dày	6	16,7
	Đại tràng	4	11,1
	Phổi	6	16,7
	Vòm	2	5,6
	Phản mềm	1	2,8
	Xương	1	2,8

Nhận xét:

Có 19 bệnh nhân có tổn thương ngoài hạch (chiếm 52,7%). Bệnh nhân có tổn thương ≥ 3 hạch là 28 (chiếm 77,8%), có 5 bệnh nhân chỉ có duy nhất 1 hạch (chiếm 13,9%). Trong số 26 bệnh nhân vào viện vì nổi hạch, có 23 bệnh nhân nổi hạch cổ (63,9%). Vị trí ngoài hạch hay gặp là đường tiêu hóa, gan, phổi, xương... trong đó tổn thương ở phổi gặp ở 6 bệnh nhân (16,67%), lách gặp ở 4 bệnh nhân (chiếm 11,1%).

Bảng 3. Kích thước tổn thương của bệnh nhân nghiên cứu

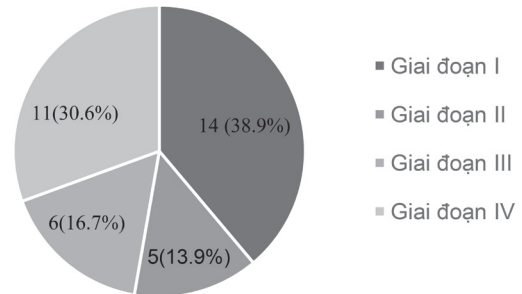
Kích thước tổn thương	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
< 7,5 cm	33	91,7
$\geq 7,5$ cm	3	8,3
Tổng	36	100

Nhận xét:

Số bệnh nhân có tổn thương bulky là 3 bệnh nhân, chiếm 8,3%.

Bảng 4. Tỷ lệ đáp ứng giữa kỳ và cuối kỳ

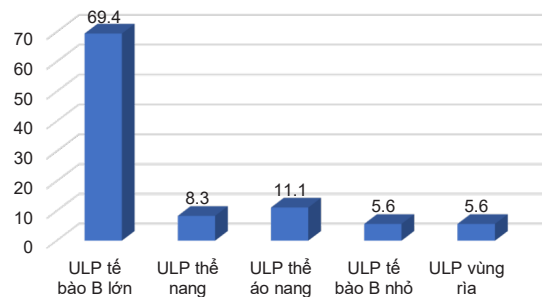
Đánh giá đáp ứng	Sau 3 chu kỳ		Sau 6 chu kỳ	
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	8	22,2	23	63,9
Đáp ứng một phần	24	66,7	5	13,9
Bệnh ổn định	0	0	3	8,3
Bệnh tiến triển	4	11,1	5	13,9
Tổng	36	100	36	100



Biểu đồ 1. Phân loại giai đoạn bệnh

Nhận xét:

Có 19 bệnh nhân ở giai đoạn I-II, chiếm 52,8%; trong đó, số bệnh nhân giai đoạn I hay gặp nhất là 14 bệnh nhân (38,9%). Giai đoạn IV có 11 bệnh nhân, chiếm 30,6%.



Biểu đồ 2. Phân loại mô bệnh học

Nhận xét:

Trong số 36 bệnh nhân nghiên cứu, có 25 bệnh nhân có thể mô bệnh học là u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa, chiếm 69,4%.

Nhận xét:

Sau 3 chu kỳ có 8 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn chiếm 22,2%, đáp ứng một phần là 66,7%. Có 4 bệnh nhân tiến triển (11,1%). Sau 6 chu kỳ, có 23 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (chiếm

63,9%), đáp ứng một phần là 5 bệnh nhân (chiếm 13,9%). Sau 6 chu kỳ, có 23 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (chiếm 63,9%), đáp ứng một phần là 5 bệnh nhân (chiếm 13,9%). Có 5 bệnh nhân tiến triển (13,9%).

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn		Độ 1 BN (%)	Độ 2 BN (%)	Độ 3 BN (%)	Độ 4 BN (%)
Thiếu máu		5 (13,9)	0	0	1 (2,8)
Hạ bạch cầu		5 (13,9)	1 (2,8)	1 (2,8)	1 (2,8)
Hạ tiểu cầu		0	0	0	0
Phản ứng trong truyền		9 (25)	0	0	0
Sinh hóa	Tăng men gan	9 (25)	1 (2,8)	1 (2,8)	3 (8,3)
	Tăng Creatinin	2 (5,6)	0	0	0
Độc tính khác	Buồn nôn, nôn	8 (22,2)	0	0	0
	Độc tính thần kinh ngoại vi	2 (5,6)	0	0	0
	Viêm phổi	2 (5,6)	0	0	0

Nhận xét:

Có 13 bệnh nhân có độc tính trên hệ tạo huyết (chiếm 36,1%), trong đó có 1 bệnh nhân thiếu máu độ 3 trở lên (chiếm 2,8%). Số bệnh nhân hạ bạch cầu độ 3 trở lên là 2 bệnh nhân (chiếm 5,6%). Không có bệnh nhân nào hạ tiểu cầu. Có 9 bệnh nhân phản ứng trong truyền (25%), hầu hết là gặp ở chu kỳ 1. Có 14 bệnh nhân tăng men gan (chiếm 38,9%), trong đó chủ yếu là tăng men gan độ 1-2, chỉ có 4 bệnh nhân tăng men gan độ 3 trở lên; 8 bệnh nhân có độc tính buồn nôn, nôn (chiếm 22,2%) nhưng hầu hết là nôn độ 1-2. Không có bệnh nhân nào nôn độ 3 trở lên. Có 2 bệnh nhân viêm phổi, hầu hết là độ 1,2 (chiếm 4,8%). Có 2 bệnh nhân gặp độc tính thần kinh ngoại vi, hầu hết là độc tính độ 1, chủ yếu là gặp ở những chu kỳ cuối (chiếm 5,6%).

4. BÀN LUẬN

* Tuổi

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $61 \pm 10,45$; trong đó thấp nhất là 26 tuổi và cao nhất là 78 tuổi. Nhóm tuổi 41-75 tuổi

chiếm tỷ lệ cao nhất (81,6%). Kết quả tuổi trung bình = 61 tuổi trong nghiên cứu chúng tôi lớn hơn so với các tác giả trong nước. Theo nghiên cứu của Bệnh viện K (2006): Tuổi trung bình 48,16 tuổi (khoảng 17-75 tuổi) [1]. Điều này có thể giải thích do khác biệt về cơ mẫu và tiêu chuẩn chọn bệnh nhân giữa hai nghiên cứu. Tương tự, theo nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Tú (2021): tuổi trung bình 55,9 tuổi [2].

* Hội chứng B

Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng B trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 33,3% (12/36 trường hợp). Triệu chứng B ở đây gồm một trong ba triệu chứng là sốt, sụt cân hay đổ mồ hôi đêm. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lưu Hùng Vũ (2022) nghiên cứu trên 48 bệnh nhân ULBLLT với CD20(+) điều trị bằng phác đồ R-CHOP: Tỷ lệ hội chứng B gặp ở 31,3% [3].

* Triệu chứng đầu tiên

Hạch ngoại vi lớn là triệu chứng đầu tiên thường gặp (72,2%). Các triệu chứng khác ít gặp hơn (27,8%) như: sốt, nuốt vướng do amygdal to hoặc đau bụng do hạch ổ bụng lớn chèn ép. Phù

hợp với y văn: hạch ngoại vi lớn là triệu chứng đầu tiên thường gặp, giúp người bệnh phát hiện bệnh [4].

*** Kích thước tổn thương:**

Bệnh nhân có kích thước tổn thương < 7,5 cm thường gặp nhất (91,7%), chỉ có 3 trường hợp có tổn thương bulky $\geq 7,5$ cm. Tổn thương $\geq 7,5$ cm được xem là tổn thương kích thước lớn theo tiêu chuẩn mới của các khuyến cáo điều trị hiện tại [7]. Trước đây, trong các nghiên cứu thường lấy tiêu chuẩn bệnh lý Bulky = kích thước tổn thương > 10 cm hoặc hạch trung thất > 1/3 đường kính ngang lớn nhất của lồng ngực/đường kính ngang lồng ngực ở D5-D6. Từ năm 2015 đến nay, khuyến cáo điều trị ULP tế bào B lớn lan tỏa của NCCN đã giảm tiêu chuẩn và lấy đường kính tổn thương > 7,5 cm được xem là bệnh lý tổn thương kích thước lớn [7]. Chính vì thế, kết quả nghiên cứu về kích thước tổn thương của các tác giả trước đây đều khác với chúng tôi. Theo Shi Y. và cộng sự (2019): Tỷ lệ hạch ≥ 10 cm là 9,2% và hạch < 10 cm là 90,8% [6].

*** Giai đoạn bệnh:**

GĐ I (38,9%), GĐ II (13,9%), GĐ III (16,7%), GĐ IV (30,5%). Như vậy, GĐ sớm I-II (52,8%) nhiều hơn GĐ III-IV (43,2%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Bệnh viện K (2006): GĐ I-II (75%), GĐ III-IV (25%) [1]; theo nghiên cứu của Shi Y. và cộng sự (2019): GĐ I-II (64,7%), GĐ III-IV (35,3%) [6].

*** Mô bệnh học:**

Theo phân loại của WHO, u lympho được chia thành 2 nhóm: U lympho độ ác tính thấp và u lympho độ ác tính cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu là thể tế bào B lớn lan tỏa (25 bệnh nhân chiếm 69,4%), chỉ có 11 bệnh nhân có thể mô bệnh học khác (chiếm 30,6%), trong đó 4 bệnh nhân là ULP thể áo nang, 3 bệnh nhân là ULP thể áo nang, 2 bệnh nhân là ULP dòng tế bào nhỏ và 2 bệnh nhân là ULP vùng rìa. Sự khác biệt này là do DLBCL chiếm phần lớn trong các thể mô bệnh học của u lympho không Hodgkin tế bào B.

*** Đáp ứng sau 3 chu kỳ:**

Tỷ lệ ĐUHT chung hay tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ĐUHT + ĐUMP) = 88,9%. Trong đó, tỷ lệ ĐUHT và ĐUMP sau 3 chu kỳ lần lượt là 22,2% và 66,7%. Kết quả tỷ lệ ĐUHT thấp, ĐUMP và đáp ứng toàn bộ cao có thể do trong nghiên cứu của tôi, các bệnh nhân được đánh giá đáp ứng bằng siêu âm hoặc CT scan, không sử dụng PET/CT. Vì vậy, có thể những tổn thương tuy còn hiện diện trên CT scan (đánh giá ĐUMP hay ĐUHT) nhưng trên PET/CT được đánh giá theo thang điểm Deauville 1 hoặc 2 điểm (tức ĐUHT). Đây cũng chính là hạn chế của đề tài.

*** Đáp ứng sau 6 chu kỳ:**

Tỷ lệ ĐUHT chung là 77,8%, trong đó, tỷ lệ ĐUHT và ĐUMP lần lượt là 63,9% và 13,9%. So sánh đáp ứng lúc kết thúc điều trị với đáp ứng sau 3 chu kỳ hóa trị: tỷ lệ ĐUHT tăng, ĐUMP giảm. Điều này cho thấy 36 bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi càng hóa trị gần hoặc đủ 6 chu kỳ thì tỷ lệ ĐUHT càng tăng, do những trường hợp đạt ĐUMP sẽ chuyển thành ĐUHT. Kết quả tỷ lệ ĐUHT 66,7% trong nghiên cứu của chúng tôi gần phù hợp với các tác giả nước ngoài với R-CHOP như nghiên cứu LNH-03-6B (ĐUHT 74%) [8]; nhưng thấp hơn so với các tác giả trong nước. Theo Nguyễn Quỳnh Tú (2021), sau 6 chu kỳ có 82,5% bệnh nhân đạt ĐUHT [2]. Lý giải về sự khác biệt này với các nghiên cứu trong nước: có thể do khác nhau về đối tượng nghiên cứu, trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả nhóm diễn tiến nhanh và diễn tiến chậm và cách đánh giá đáp ứng điều trị (siêu âm, CTscan hay PET/CT). Bên cạnh đó, không đủ 100% bệnh nhân hóa trị đủ 6 chu kỳ như ban đầu đã đặt ra (do bệnh nhân tử vong liên quan với điều trị, do độc tính, bệnh nhân bỏ điều trị hoặc bệnh tiến triển). Điều này có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng điều trị sau 6 chu kỳ, đây cũng là hạn chế của đề tài. Tuy nhiên, nếu loại bỏ số bệnh nhân này thì cỡ mẫu càng nhỏ hơn, khó có ý nghĩa về mặt thống kê.

*** Tác dụng không mong muốn:**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận qua 199 chu kỳ hóa chất, trong đó có 13 bệnh nhân có

độc tính trên hệ tạo huyết (36,1%). Độc tính trên huyết học là hay gặp nhất, chủ yếu là độ 1 và độ 2. Trong đó tỷ lệ hạ hồng cầu và bạch cầu độ 3 trở lên lần lượt là 2,8% và 5,6%. Không có bệnh nhân nào hạ tiểu cầu. Có 9 bệnh nhân phản ứng trong truyền (25%), hầu hết là gặp ở chu kỳ 1. Độc tính trên gan thận chủ yếu gặp độ 1 và độ 2, chỉ có 4 bệnh nhân có tăng men gan độ 3,4. Các độc tính khác như nôn, buồn nôn chủ yếu gặp độ 1,2 với tỷ lệ là 22,2%. Có 2 bệnh nhân có độc tính thần kinh ngoại vi, chủ yếu là độ 1,2 chiếm 5,6%, không có bệnh nhân nào phải ngừng truyền Vincristin do độc tính thần kinh ngoại vi. Có 2 bệnh nhân viêm phổi, chủ yếu là độ 1,2 chiếm 5,6%. Không có bệnh nhân nào tử vong liên quan đến độc tính.

5. KẾT LUẬN

- Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 61±10,45.
- Hầu hết các bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG là 0 và 1 chiếm 97,2%.
- Bệnh nhân hầu hết vào viện vì nổi hạch (chiếm 72,2%).
- Có 52,8% bệnh nhân ở giai đoạn I-II, 30,6% bệnh nhân giai đoạn IV.
- Các bệnh nhân có thể mô bệnh học chủ yếu là ULP tế bào B lớn lan tỏa, chiếm 69,4%.
- Sau 3 chu kỳ có 8 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn chiếm 22,2%, đáp ứng một phần là 66,7%. Có 4 bệnh nhân tiến triển (11,1%).
- Sau 6 chu kỳ, có 23 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (chiếm 63,9%), đáp ứng một phần là 5 bệnh nhân (chiếm 13,9%).
- Độc tính trên huyết học hay gặp nhất, độc tính trên gan thận ít gặp, chủ yếu gặp độ I và độ II.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt

- [1]. Bệnh viện K (2006), “Nghiên cứu tiên cứu nhằm đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bước đầu bệnh u lym

pho không Hodgkin thể lan tỏa tế bào B lớn bằng hóa chất phác đồ CHOP kết hợp với xạ trị”, *Tạp chí Y học Thực hành*.

- [2]. Nguyễn Quỳnh Tú và cộng sự, *Kết quả điều trị bệnh u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa CD20(+) bằng phác đồ R-CHOP tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 2021. 16: tr. 66-71.
- [3]. Lưu Hùng Vũ, *Nghiên cứu điều trị u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa với CD20(+) bằng phác đồ R-CHOP*. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2022.

Tài liệu Tiếng Anh

- [4]. J. O. Armitage (2007), “How I treat patients with diffuse large B-cell lymphoma”, *Blood*. 110(1), pp. 29-36.
- [5]. Vivek Kumar & et al (2018), “Recent advances in diffuse large B cell lymphoma”, *Hematology-Latest Research and Clinical Advances*.
- [6]. Y. Shi & et al (2019), “Clinical features and outcomes of diffuse large B-cell lymphoma based on nodal or extranodal primary sites of origin: Analysis of 1,085 WHO classified cases in a single institution in China”, *Chin J Cancer Res*. 31(1), pp. 152-161.
- [7]. Andrew D Zelenetz & et al (2023), “NCCN Guidelines® insights: B-cell lymphomas, version 6.2023: featured updates to the NCCN guidelines”, *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 21(11), pp. 118-1131.
- [8]. X. Zhang & et al (2015), “Use of subsequent PET/CT in diffuse large B-cell lymphoma patients in complete remission following primary therapy”, *Chin J Cancer*. 34(2), pp. 70-78.