

dịch trong thực hành lâm sàng, cũng như khác biệt về công cụ chẩn đoán và tiêu chí đánh giá giữa các trung tâm.

Các tác dụng không mong muốn khác như giảm bạch cầu, thiếu máu, tăng men gan, phản ứng truyền và suy giáp xảy ra với tần suất thấp (1,9–5,6%) và đa số ở mức độ nhẹ, không ảnh hưởng nhiều đến quá trình điều trị. Việc không ghi nhận độc tính độ 4 cho thấy phác đồ có độ an toàn chấp nhận được và phù hợp với điều kiện triển khai tại các cơ sở điều trị ung bướu lớn trong nước.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ hóa xạ trị đồng thời có củng cố Durvalumab cho kết quả bước đầu tích cực ở bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIB không phẫu thuật được tại Bệnh viện K, với tỷ lệ đáp ứng một phần cao (64,8%) và STBKT trung vị đạt 18,7 tháng.

Đa số bệnh nhân duy trì được bệnh ổn định hoặc cải thiện một phần sau khi điều trị miễn dịch, cho thấy hiệu quả lâm sàng rõ rệt của liệu pháp củng cố Durvalumab.

Tác dụng không mong muốn phần lớn là nhẹ và kiểm soát được, với tỷ lệ tác dụng phụ nghiêm trọng thấp, cho thấy phác đồ có độ an toàn cao và phù hợp triển khai rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [Internet]. [cited 2024 Aug 4]. Available from: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21834>
2. **Ferlay J et al.** Tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN 2022 [Internet]. [cited 2024 Aug 4]. Available from: <https://nci.vn/tin-tuc/tinh-hinh-benh-ung-thu-tai-viet-nam-theo-globocan-2022-58>
3. **DeVita, Hellman and Rosenberg's Cancer Principles and Practice of Oncology**, 12th (2022).pdf.
4. **Park CK, Oh HJ, Kim YC, Kim YH, Ahn SJ, Jeong WG, et al.** Korean Real-World Data on Patients With Unresectable Stage III NSCLC Treated With Durvalumab After Chemoradiotherapy: PACIFIC-KR. *J Thorac Oncol*. 2023 Aug;18(8):1042–54.
5. **Faehling M, Schumann C, Christopoulos P, Hoffknecht P, Alt J, Horn M, et al.** Durvalumab after definitive chemoradiotherapy in locally advanced unresectable non-small cell lung cancer (NSCLC): Real-world data on survival and safety from the German expanded-access program (EAP). *Lung Cancer*. 2020 Dec;150:114–22.
6. **Antonia SJ, Villegas A, Daniel D, Vicente D, Murakami S, Hui R, et al.** Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2017 Nov 16;377(20):1919–29.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ R-CHOP U LYMPHO ÁC TÍNH KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B LỚN LAN TỎA TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Đặng Văn Huy^{1,2}, Lê Quốc Tuấn¹, Nguyễn Thị Thu Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị phác đồ R-CHOP u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 60 bệnh nhân u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa được điều trị phác đồ R-CHOP tại khoa Ung bướu, bệnh viện Đà Nẵng từ 01/2018 đến 04/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 3 chu kỳ là 38,3%, sau khi kết thúc điều trị là 76,7%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi cao hơn bệnh nhân trên 60 tuổi (79,5% so với 71,4%), giai đoạn khu trú (I-II) cao hơn giai đoạn tràn (III-IV) (78,6% so với 75%), IPI nguy cơ thấp và trung bình

(0-3 điểm) cao hơn IPI nguy cơ cao (4-5 điểm) (80,8% so với 50%) nhưng không có ý nghĩa thống kê. Độc tính lâm sàng hay gặp là rụng tóc (100%), buồn nôn (45%), loét miệng (28,3%), chủ yếu độ 1-2. Độc tính huyết học hay gặp là thiếu máu (78,3%), hạ bạch cầu hạt (70%, độ 3-4 31,7%). **Kết luận:** Phác đồ R-CHOP là phác đồ hiệu quả và an toàn với độc tính chấp nhận được. **Từ khóa:** R-CHOP, u lympho, tế bào B lớn lan tỏa.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF R-CHOP REGIMEN IN DIFFUSE LARGE B-CELL NON-HODGKIN LYMPHOMA AT DA NANG HOSPITAL

Objectives: To evaluate the initial results of R-CHOP regimen in diffuse large B-cell non-Hodgkin lymphoma. **Patients and Methods:** A retrospective combined with prospective descriptive study on 60 diffuse large B-cell lymphoma patients treated with R-CHOP regimen at the Department of Oncology, Da Nang Hospital, from January 2018 to April 2025. **Results:** The complete response rate after 3 cycles was 38.3%, and 76.7% after treatment completion.

¹Bệnh viện Đà Nẵng

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Huy

Email: huy021095@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

This rate was higher in patients under 60 years old compared to those over 60 years old (79.5% vs. 71.4%), in limited-stage (I-II) compared to advanced-stage (III-IV) (78.6% vs. 75%), and in patients with low- and intermediate-risk IPI (0-3 points) compared to those with high-risk IPI (4-5 points) (80.8% vs. 50%) but not statistically significant. Common clinical toxicities were alopecia (100%), nausea (45%), and oral mucositis (28.3%), mainly grade 1-2. Common hematological toxicities were anemia (78.3%) and neutropenia (70%, grade 3-4 31.7%). **Conclusion:** R-CHOP regimen is an effective and safe treatment with acceptable toxicity. **Keywords:** R-CHOP, lymphoma, diffuse large B-cell.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho ác tính không Hodgkin (ULATKH) là nhóm bệnh tăng sinh ác tính dòng tế bào lympho, bệnh phát sinh và phát triển chủ yếu ở các hạch bạch huyết và có thể lan tràn khắp cơ thể (da, xương, dạ dày, phổi,...).

U lympho tế bào B lớn lan tỏa (Diffuse large B-cell lymphoma – DLBCL) là típ hay gặp nhất trong ULATKH, chiếm tỷ lệ 30-40%.¹ DLBCL đáp ứng tốt với hóa trị và xạ trị, trong đó hóa trị là phương pháp chủ yếu. Từ những năm 1970, phác đồ CHOP đã trở thành phác đồ điều trị chuẩn với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT) 50% nhưng chỉ 30-40% bệnh nhân (BN) sống thêm kéo dài.² Việc kết hợp thuốc kháng thể đơn dòng kháng CD20 (Rituximab) với phác đồ CHOP đã làm thay đổi đáng kể tỷ lệ ĐUHT, tăng thời gian sống thêm cho người bệnh. Cụ thể, kết quả từ nghiên cứu GELA LNH-98.5 cho thấy tỷ lệ ĐUHT ở phác đồ R-CHOP là 76% và sau 10 năm theo dõi, trung vị sống thêm toàn bộ của nhóm điều trị R-CHOP là 8,4 năm so với 3,5 năm ở nhóm điều trị CHOP ($p < 0,0001$).³ Tại bệnh viện Đà Nẵng, phác đồ R-CHOP cũng đã được áp dụng thường quy tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách đầy đủ về kết quả và độc tính. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị phác đồ R-CHOP u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 60 BN DLBCL được điều trị bước đầu một phác đồ R-CHOP tại khoa Ung bướu, bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 1/2018 đến tháng 4/2025.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- BN mới được chẩn đoán DLBCL có CD20 (+) bằng mô bệnh học và nhuộm hóa mô miễn dịch.
- Được điều trị phác đồ R-CHOP ít nhất 3 chu kỳ.
- Chỉ số toàn trạng ECOG PS 0-3.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Có đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án.
- BN tuân thủ tái khám và theo dõi định kỳ sau khi kết thúc điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: - BN mắc u lympho nguyên phát tại thần kinh trung ương.

- Mắc các bệnh lý phối hợp nặng như suy tim LVEF<50%, suy gan, suy thận, viêm loét dạ dày tá tràng nặng, bệnh ung thư khác kèm theo...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, $n=60$.

Trình tự nghiên cứu: Lựa chọn BN thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

BN được điều trị phác đồ R-CHOP x 6 chu kỳ, mỗi chu kỳ 21 ngày:

Rituximab: 375mg/m² da, truyền tĩnh mạch ngày 1. Nếu chu kỳ 1 dung nạp với đường truyền, từ chu kỳ tiếp theo có thể dùng Rituximab dạng bút tiêm dưới da liều 1400mg/11,7ml.

Cyclophosphamide: 750mg/m² da, truyền tĩnh mạch ngày 1.

Doxorubicin: 50mg/m², truyền tĩnh mạch ngày 1.

Vincristine: 1,4mg/m² da (tối đa 2mg), truyền tĩnh mạch ngày 1.

Prednisolon: 100mg/ngày, ngày 1-5, uống buổi sáng sau ăn no.

Dự phòng hạ bạch cầu nguyên phát bằng Peg-filgrastim 6mg liều duy nhất hoặc Filgrastim 300µg 1 ống/ngày x 3-5 ngày, sau hóa trị 24 giờ trên đối tượng nguy cơ cao (>65 tuổi, thể trạng kém, bệnh lý nội khoa đi kèm, tiền sử hạ bạch cầu).

Ghi nhận các biến số nghiên cứu thông qua hồ sơ bệnh án hoặc thăm khám trực tiếp:

Đặc điểm lâm sàng.

Đặc điểm cận lâm sàng.

Giai đoạn bệnh.

Đánh giá tiên lượng theo chỉ số tiên lượng quốc tế IPI.

Số chu kỳ điều trị.

Đáp ứng điều trị sau 3 chu kỳ và sau khi kết thúc điều trị (dựa vào tiêu chuẩn Lugano 2014).

Bệnh nhân được đánh giá bằng chụp CT trước điều trị, sau 3 chu kỳ và sau khi kết thúc điều trị hoặc bất cứ thời điểm nào có dấu hiệu bệnh tiến triển. Một số bệnh nhân được chụp PET/CT thay thế cho CT trước điều trị và/hoặc sau khi kết thúc điều trị, lý do: PET/CT không sẵn có ở mọi thời điểm trong nghiên cứu.

Tác dụng không mong muốn (TDKM): lâm sàng, huyết học, gan thận.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		Số lượng (n=60)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình		53,5±14,2 (21-79)	
Giới	Nam	37	61,7
	Nữ	23	38,3
Tổn thương tại hạch	Hạch cổ	35	58,3
	Hạch ổ bụng	30	50
	Hạch trung thất	22	36,7
	Hạch bẹn	13	21,7
	Hạch nách	13	21,7
Tổn thương ngoài hạch	Vòng Waldeyer	17	28,3
	Lách	11	18,3
	Đường tiêu hóa	6	10
	Xương	6	10
	Phần mềm	5	8,3
	Gan	4	6,7
	Màng phổi	4	6,7
	Tụy	3	5
	Tủy xương	1	1,7
Giai đoạn bệnh	Khác	8	13,3
	I	5	8,3
	II	23	38,3
	III	19	31,7
Chỉ số tiên lượng quốc tế IPI	IV	13	21,7
	Nguy cơ thấp (0-1 điểm)	32	53,3
	Nguy cơ trung bình thấp (2 điểm)	13	21,7
	Nguy cơ trung bình cao (3 điểm)	7	11,7
	Nguy cơ cao (4-5 điểm)	8	13,3

Nhận xét: Tuổi trung bình của các BN nghiên cứu là 53,5 ± 14,2, thấp nhất là 21 tuổi và lớn nhất là 79 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1. Hạch cổ là tổn thương thường gặp nhất tại hạch (58,3%) và tổn thương ngoài hạch thường gặp nhất là vòng Waldeyer (28,3%). Giai đoạn lan tràn (III-IV) chiếm tỷ lệ cao hơn (53,4%). Nhóm nguy cơ thấp (0-1 điểm) và trung bình thấp (2 điểm) chiếm đa số (75%).

Bảng 3.2. Đáp ứng điều trị

Đáp ứng	Sau 3 chu kỳ (n=60)		Sau kết thúc điều trị (n=60)	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Hoàn toàn	23	38,3	46	76,7
Một phần	32	53,3	10	16,7
Bệnh ổn định	2	3,3	0	0
Bệnh tiến triển	3	5,0	4	6,7

Nhận xét: Sau 3 chu kỳ, có 91,7% đạt được

đáp ứng, trong đó tỷ lệ ĐƯHT là 38,3%, có 3 BN chuyển phác đồ điều trị do bệnh tiến triển. Sau kết thúc điều trị, tỷ lệ đáp ứng đạt 93,3%, tỷ lệ ĐƯHT là 76,7%, có thêm 1 BN bệnh tiến triển.

Bảng 3.3. Liên quan giữa tuổi, giai đoạn, IPI với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn

		Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn	p
Tuổi	≤60 tuổi	31/39 (79,5%)	p=0.532
	>60 tuổi	15/21 (71,4%)	
Giai đoạn bệnh	Khu trú (I-II)	22/28 (78,6%)	p=0.744
	Lan tràn (III-IV)	24/32 (75%)	
IPI	Nguy cơ thấp và trung bình (0-3 điểm)	42/52 (80,8%)	p=0.077
	Nguy cơ cao (4-5 điểm)	4/8 (50%)	

Nhận xét: Tỷ lệ ĐƯHT ở nhóm BN ≤60 tuổi là 79,5% cao hơn nhóm BN >60 tuổi là 71,4%. Giai đoạn lan tràn có tỷ lệ ĐƯHT thấp hơn so với giai đoạn khu trú (75% so với 78,6%). Nhóm nguy cơ thấp và trung bình có tỷ lệ ĐƯHT cao hơn so với nhóm nguy cơ cao (80,8% so với 50%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.4. TDKMM trên lâm sàng, huyết học, gan thận

TDKMM		Số BN (n=60)	Tỷ lệ %
Buồn nôn	Độ 1-2	24	40
	Độ 3-4	3	5
Nôn	Độ 1-2	9	15
	Độ 3-4	2	3,3
Rụng tóc	Độ 2	60	100
Tiêu chảy	Độ 1-2	7	11,7
	Độ 3-4	0	0
Loét miệng	Độ 1-2	17	28,3
	Độ 3-4	0	0
Phản ứng khi truyền Rituximab	Độ 1-2	6	10
	Độ 3-4	0	0
Thiếu máu	Độ 1-2	47	78,3
	Độ 3-4	0	0
Hạ bạch cầu hạt	Độ 1-2	23	38,3
	Độ 3-4	19	31,7
Hạ tiểu cầu	Độ 1-2	4	6,7
	Độ 3-4	0	0
Tăng AST	Độ 1-2	27	45
	Độ 3-4	0	0
Tăng ALT	Độ 1-2	30	50
	Độ 3-4	1	1,7
Tăng creatinine	Độ 1-4	0	0

Nhận xét: Độc tính lâm sàng thường gặp là rụng tóc (100%), buồn nôn (45%), loét miệng (28,3%), chủ yếu ở mức độ 1-2. Chỉ 3,3% BN có nôn mức độ 3-4. Phản ứng khi truyền Rituximab

độ 1-2 gặp ở 6 BN, tất cả ở xảy ra ở chu kỳ 1. Thiếu máu là độc tính huyết học phổ biến nhất (78,3%), phần lớn ở độ 1. Có 70% BN có hạ bạch cầu hạt, mức độ 3-4 chiếm 31,7%. Tăng men gan AST/ALT chủ yếu mức độ 1-2 chiếm 45% và 50%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $53,5 \pm 14,2$, thấp nhất là 21 tuổi và lớn nhất là 79 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1. Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh, có thể gặp ở nhiều lứa tuổi, phổ biến 45-55 tuổi và nam có tỷ lệ mắc bệnh nhiều hơn nữ. Tồn thương tại hạch phổ biến nhất là hạch cổ chiếm 58,3%, và vị trí tổn thương ngoài hạch hay gặp nhất là vòng Waldeyer chiếm 28,3%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lưu Hùng Vũ tiến hành trên 48 BN DLBCL điều trị phác đồ R-CHOP.⁴

Sau 3 chu kỳ, tỷ lệ ĐUHT là 38,3%, đáp ứng một phần (ĐUMP) là 53,3%, có 3 BN tiến triển chiếm 5%. Sau khi kết thúc điều trị (tối đa 6 chu kỳ), tỷ lệ ĐUHT tăng lên đến 76,7%, ĐUMP 16,7%, có thêm 1 BN tiến triển. Kết quả này hoàn toàn tương tự với kết quả từ nghiên cứu GELA LNH-98.5 về tỷ lệ ĐUHT là 76%. Nghiên cứu GELA có tỷ lệ BN không đạt đáp ứng (bệnh ổn định 1%, bệnh tiến triển 9%) cao hơn nghiên cứu của chúng tôi có thể vì tiến hành trên nhóm BN 60-80 tuổi (trung bình 69 tuổi), 63% BN ở giai đoạn IV, là những yếu tố tiên lượng xấu trong chỉ số tiên lượng quốc tế IPI.⁵ Các nghiên cứu khác ở trong nước cũng có kết quả ĐUHT tương tự: Lưu Hùng Vũ (70,8%), Đỗ Anh Tú (79,5%), Nguyễn Quỳnh Tú (82,5%).^{4,6,7} Điều này góp phần chứng minh được rằng kết hợp Rituximab với phác đồ CHOP giúp tăng đáng kể tỷ lệ ĐUHT so với CHOP đơn thuần (63% theo nghiên cứu GELA).

Tuổi và giai đoạn bệnh là những yếu tố tiên lượng quan trọng trong điều trị DLBCL. Có thể thấy rằng những bệnh nhân trẻ tuổi hơn sẽ có thể trạng tốt hơn, ít bệnh lý đi kèm nên có khả năng dung nạp với liệu điều trị tối đa, ít bị độc tính gây tri hoãn điều trị. Bên cạnh đó hệ miễn dịch tốt hơn ở bệnh nhân trẻ tuổi cũng góp phần làm tăng cường hiệu quả khi điều trị thuốc kháng thể đơn dòng Rituximab thông qua việc kích hoạt nhiều cơ chế miễn dịch giúp tiêu diệt tế bào ung thư có thụ thể CD20(+). Nghiên cứu của Phan Thị Phượng cho thấy tỷ lệ ĐUHT ở nhóm BN dưới 60 tuổi và trên 60 tuổi tương ứng là 87,88% và 70,59%.⁸ Nghiên cứu của Lưu Hùng Vũ, Nguyễn Quỳnh Tú cũng ghi nhận những BN dưới 60 tuổi có tỷ lệ ĐUHT cao hơn.^{4,7}

Kết quả từ nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ ĐUHT ở nhóm BN dưới 60 tuổi là 79,5% cao hơn nhóm BN trên 60 tuổi là 71,4%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Về liên quan giai đoạn bệnh với tỷ lệ đáp ứng, kết quả từ nhiều nghiên cứu trong nước cho thấy tỷ lệ ĐUHT ở giai đoạn lan tràn (III-IV) thấp hơn so với giai đoạn khu trú (I-II), nhưng vẫn đạt mức đáng kể.^{4,7,8} Tỷ lệ ĐUHT ở giai đoạn khu trú của chúng tôi là 78,6% và giai đoạn lan tràn là 75%. Điểm chung trong các nghiên cứu này là đều tiến hành trên cỡ mẫu nhỏ ($n \leq 60$), vì tỷ lệ ĐUHT với phác đồ R-CHOP đều ở mức cao nên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), vậy nên cần tiến hành trên cỡ mẫu lớn hơn.

IPI (International Prognostic Index) là chỉ số có ý nghĩa tiên lượng sống thêm ở BN DLBCL, nhóm BN được phân loại nguy cơ cao sẽ thời gian sống còn thấp hơn rõ rệt. Nghiên cứu của Lưu Hùng Vũ kết luận rằng tỷ lệ ĐUHT giảm khi nguy cơ theo IPI tăng dần.⁴ Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ ĐUHT ở nhóm BN nguy cơ cao (4-5 điểm) chỉ đạt 50%, thấp hơn so với nhóm BN nguy cơ thấp và trung bình (0-3 điểm) đạt 80,8%, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Độc tính lâm sàng thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là rụng tóc (100%). Buồn nôn và nôn là tác dụng phụ hay gặp với tỷ lệ tương ứng là 45% và 18,3%. Chúng tôi dự phòng nôn bằng các thuốc chống nôn mạnh như ức chế thụ thể 5-HT₃ (granisetron, palonosetron), dexamethasone và kháng tiết dạ dày nên tỷ lệ nôn độ 3-4 chỉ 3,3%. Loét miệng là TDKMM dễ bị bỏ qua trên lâm sàng, gây đau rát và ăn uống kém, ảnh hưởng thể trạng của BN trong quá trình hóa trị, nghiên cứu ghi nhận 28,3% BN có loét miệng, chủ yếu độ 1-2. Tiêu chảy độ 1-2 gặp ở 11,7% BN, không có trường hợp nào tiêu chảy mức độ nặng cần phải nhập viện điều trị. Có 6 BN (10%) gặp phản ứng khi truyền Rituximab, trong đó 3 BN độ 1 (mệt, nổi mẩn đỏ thoáng qua) và 3 BN độ 2 (2 BN sốt $> 39^\circ\text{C}$, 1 BN nổi mào đay), tất cả xảy ra ở chu kỳ 1 với Rituximab dạng truyền tĩnh mạch và hồi phục sau khi xử trí với methylprednisolone, diphenhydramine, paracetamol. Không có trường hợp nào dị ứng nặng hoặc sốc phản vệ.

Độc tính huyết học thường gặp nhất là thiếu máu (78,3%), nhưng hầu hết gặp ở mức độ 1 chiếm 63,3%. Không ghi nhận trường hợp nào thiếu máu nặng cần phải truyền máu trong quá trình hóa trị. Giảm bạch cầu hạt gặp ở 70%, trong đó độ 3-4 là 31,7%, các trường hợp này đều được kích bạch cầu Filgrastim và hồi phục

nhau sau đó. Mặc dù các BN đã được đánh giá nguy cơ và dự phòng hạ bạch cầu với trường hợp nguy cơ cao, tuy nhiên số BN hạ bạch cầu độ 3-4 vẫn chiếm tỷ lệ đáng kể, đây là điều cần đáng lưu ý khi điều trị phác đồ R-CHOP. Hạ tiểu cầu ít gặp với 6,7%, 1 BN hạ tiểu cầu 62 G/L được tạm ngưng điều trị và hồi phục sau 1 tuần. Tăng men gan AST/ALT độ 1-2 gặp với tỷ lệ 45% và 50%, hầu hết là tăng độ 1 (38,3% và 45%) và không cần phải trì hoãn hóa trị.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tiến hành trên 60 bệnh nhân u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa tại bệnh viện Đà Nẵng từ 1/2018 đến 4/2025 cho thấy: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 3 chu kỳ là 38,3%, sau khi kết thúc điều trị là 76,7%. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi cao hơn bệnh nhân trên 60 tuổi (79,5% so với 71,4%), giai đoạn khu trú (I-II) cao hơn giai đoạn tràn (III-IV) (78,6% so với 75%), IPI nguy cơ thấp và trung bình (0-3 điểm) cao hơn IPI nguy cơ cao (4-5 điểm) (80,8% so với 50%), nhưng các sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Độc tính lâm sàng hay gặp là rụng tóc (100%), buồn nôn (45%), loét miệng (28,3%), chủ yếu độ 1-2. Độc tính huyết học hay gặp là thiếu máu (78,3%), hạ bạch cầu hạt (70%, độ 3-4 31,7%), các độc tính này có thể kiểm soát được và hồi phục tốt sau đó. Kết luận R-CHOP là phác đồ hiệu quả và an toàn với độc tính chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Li S, Young KH, Medeiros LJ.** Diffuse large B-cell lymphoma. Pathology. 2018-01-01 2018; 50(1): 74-87. doi:10.1016/j.pathol.2017. 09.006
2. **Rovira J, Valera A, Colomo L, et al.** Prognosis of patients with diffuse large B cell lymphoma not reaching complete response or relapsing after frontline chemotherapy or immunochemotherapy. Annals of Hematology. 2015 2015;94(5):803-812. doi:10.1007/s00277-014-2271-1
3. **Coiffier B, Thieblemont C, Van Den Neste E, et al.** Long-term outcome of patients in the LNH-98.5 trial, the first randomized study comparing rituximab-CHOP to standard CHOP chemotherapy in DLBCL patients: a study by the Groupe d'Etudes des Lymphomes de l'Adulte. Blood. 2010-09-23 2010;116(12): 2040-2045. doi:10.1182/blood-2010-03-276246
4. **Lưu Hùng Vũ.** Nghiên cứu điều trị u lymphô ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa với CD20(+) bằng phác đồ R-CHOP. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2021.
5. **Coiffier B, Lepage E, Briere J, et al.** CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma. The New England Journal of Medicine. 2002-01-24 2002;346(4):235-242. doi:10.1056/NEJMoa011795
6. **Đỗ Anh Tú.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị u lympho ác tính không Hodgkin thể lan tỏa tế bào B lớn. Luận văn tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2012.
7. **Nguyễn Quỳnh Tú.** Kết quả điều trị phác đồ R-CHOP bệnh u lympho ác tính không Hodgkin tế bào lớn lan tỏa CD20 (+) tại bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2021.
8. **Phan Thị Phương.** Nghiên cứu kết quả điều trị một số dưới nhóm u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa bằng phác đồ R-CHOP tại bệnh viện Bạch Mai 2015-2017. Luận văn thạc sĩ y học. Đại Học Y Hà Nội; 2017.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN TRÊN NGƯỜI BỆNH THOÁI HOÁ KHỚP GỐI NẶNG TẠI KHOA Y HỌC THỂ THAO BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Thanh Hoàng Vũ¹, Trần Văn Dương¹, Võ Anh Quân¹, Tô Hoàng Linh¹, Nguyễn Võ Hồng Ân¹, Nguyễn Thị Thanh Vi¹

TÓM TẮT⁵

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần trên người bệnh thoái hoá khớp gối nặng tại khoa Y Học Thể Thao- Bệnh viện Nhân Dân 115. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả 34 hồ

¹Bệnh viện Nhân dân 115, TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hoàng Vũ

Email: Vunguyenmedical@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

sơ bệnh án của bệnh nhân đã được phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại khoa Y học thể thao, Bệnh viện Nhân Dân 115 trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** Sau phẫu thuật, điểm KS trung bình đạt $75,19 \pm 5,7$ và điểm KFS trung bình đạt $75,47 \pm 4,08$, đều tăng có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân đạt mức rất tốt theo thang điểm KS và KFS lần lượt là 66,7% và 72,2%; mức tốt lần lượt là 22,2% và 25%. **Kết luận:** Thay khớp gối toàn phần là phương pháp điều trị hiệu quả trên nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu.

Từ khóa: Thay khớp gối toàn phần, thoái hóa khớp gối nặng, phẫu thuật.