Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 373-377

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES OF CD20-POSITIVE DIFFUSE LARGE B-CELL NON-HODGKIN LYMPHOMA USING THE R-CHOP REGIMEN

Vo Van Kha*, Tran Kien Binh

Can Tho Oncology Hospital - 4 Chau Van Liem, Ninh Kieu Ward, Can Tho City, Vietnam

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

ABSTRACT

Objective: To evaluate treatment outcomes in patients with non-Hodgkin lymphoma treated with the R-CHOP regimen at Can Tho Oncology Hospital.

Subjects and Methods: A descriptive study, combining prospective and retrospective approaches, was conducted among 50 patients with non-Hodgkin lymphoma treated with the R-CHOP regimen at Can Tho Oncology Hospital between March 2021 and June 2025. Evaluation parameters included treatment response following chemotherapy, overall survival, chemotherapy-induced toxicity, and prognostic factors for survival.

Results: After the final chemotherapy cycle, the complete response (CR) rate was 58%, the partial response (PR) rate was 42%, and no cases of disease progression were recorded. The median overall survival was 33 months. Common toxicities observed during treatment included anemia, leukopenia, and elevated liver enzymes. Prognostic factor analysis indicated that disease stage, LDH levels, and the International Prognostic Index (IPI) were associated with patient survival.

Conclusion: The R-CHOP regimen yields high response rates and relatively favorable survival times in patients with non-Hodgkin lymphoma, with toxicities generally remaining within acceptable limits. Disease stage, LDH levels, and the IPI are significant prognostic factors for survival.

Keywords: Non-Hodgkin lymphoma; diffuse large B-cell lymphoma; CD20-positive; R-CHOP chemotherapy.

*Corresponding author
Email: binhfrederik@gmail.com **Phone**: (+84) 934139698 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6294

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U LYMPHOM KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B LỚN LAN TỎA CD20 (+) BẰNG PHÁC ĐỒ R-CHOP

Võ Văn Kha*, Trần Kiến Bình

Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ - 4 Châu Văn Liêm, P. Ninh Kiều, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ở người bệnh u lymphom không Hodgkin được điều trị bằng phác đồ R-CHOP tại Bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả, kết hợp tiến cứu và hồi cứu, được thực hiện trên 50 người bệnh u lymphom không Hodgkin được điều trị bằng phác đồ R-CHOP tại Bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ từ tháng 03/2021 đến tháng 06/2025. Các chỉ tiêu đánh giá gồm đáp ứng điều trị sau hóa trị, thời gian sống thêm toàn bộ, độc tính của hóa trị và các yếu tố tiên lượng sống còn.

Kết quả: Sau hóa trị đợt cuối tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (CR) là 58%, đáp ứng một phần (PR) là 42%, không ghi nhận trường hợp bệnh tiến triển. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 33 tháng. Các độc tính thường gặp trong quá trình điều trị gồm thiếu máu, giảm bạch cầu và tăng men gan. Phân tích các yếu tố tiên lượng cho thấy giai đoạn bệnh, nồng độ LDH và chỉ số tiên lượng quốc tế (IPI) có liên quan đến sống còn của người bệnh.

Kết luận: Phác đồ R-CHOP cho tỷ lệ đáp ứng cao và thời gian sống thêm tương đối thuận lợi ở người bệnh u lymphom không Hodgkin, với các độc tính chủ yếu ở mức có thể chấp nhận được. Giai đoạn bệnh, nồng độ LDH và chỉ số IPI là những yếu tố tiên lượng quan trọng đối với sống còn.

Từ khóa: U lymphom không Hodgkin, tế bào B lớn lan tỏa, CD20 dương tính, hóa trị R-CHOP.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ghi nhận số liệu GLOBOCAN của Tổ chức Nghiên cứu Ung thư Toàn cầu, năm 2022 trên thế giới có 553.389 ca mới mắc, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 5,6/100.000 dân, bệnh đứng hàng thứ 10 về tỷ lệ mắc và đứng hàng thứ 11 về tỷ lệ tử vong (250.679, 2,4/100.000) trong các loại ung thư ở cả hai giới [1]. Tại Việt Nam, xuất độ chuẩn theo tuổi của nam là 6,3/100.000 dân, đứng hàng thứ 7, của nữ là 3,7/100.000 dân, đứng hàng thứ 9, bệnh có tỉ lệ mắc cao ở các nhóm tuổi 35-40 và 50-55 [2]. Hiện nay, điều trị phối hợp CHOP với Rituximab là phác đồ chuẩn được khuyến cáo điều trị cho loại tế bào B có thụ thể CD20 dương tính. Theo nghiên cứu LNH-98.5 tỷ lệ sống không tiến triển bệnh sau 10 năm điều trị RCHOP là 36,5%, so với 20% khi điều trị bằng CHOP, và tỷ lệ sống còn 10 năm là 43,5% so với 27,6% [3]. Ở Việt Nam, tại một số bệnh viện chuyên khoa Ung Bướu, phác đồ R-CHOP được áp dụng ghi nhận hiệu quả tốt [4], [5]. Tuy nhiên, vấn đề độc tính của hóa trị cũng cần quan tâm đúng mức, nhất là những bệnh nhân lớn tuổi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ R-CHOP ở người bệnh U lymphom Không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa CD20 (+) và xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của phác đồ R-CHOP ở người bệnh U lymphom Không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa CD20 (+).

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ.
- Từ tháng 03/2021 đến tháng 06/2025 (thời gian đóng nghiên cứu là 30/06/2025).

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu:* Người bệnh được chẩn đoán xác định u lymphom không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa có CD20 dương tính, được hóa trị phác đồ R-CHOP. Người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- *Tiêu chuẩn loại trừ*: Người bệnh có ung thư thứ hai hoặc có suy gan, suy thận, suy tim, suy tủy hoặc phụ nữ mang thai. Người bệnh chưa kiểm soát được tình trạng nhiễm viêm gan B, C. Người bệnh có chống chỉ định hóa trị, không tuân thủ điều trị.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện: Chọn tất cả người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong suốt thời gian tiến hành thu thập số liệu. (Tổng số người bệnh ghi nhận được trong thời gian nghiên cứu là 50 trường hợp)

2.5. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.
- Kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu.
- Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả hóa trị.

2.6. Công cụ thu thập số liệu

- Hồ sơ bệnh án.
- Phỏng vấn.
- Khám lâm sàng.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Phần mềm SPSS 20.0.

Các thuật toán thống kê:

- Mô tả: Trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất.
- So sánh các tỉ lệ: Sử dụng test χ^2, các so sánh có ý nghĩa thống kê khi giá trị p của kiểm định < 0,05 với độ tin cậy 95%. Trong trường hợp giá trị mong đợi nhỏ hơn 5 thì

*Tác giả liên hệ
Email: binhfrederik@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 934139698 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6294

sử dụng test χ^2 với hiệu chỉnh của Fisher's.

- Giá trị sống thêm được phân tích bằng phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan – Meier.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu này được tiến hành dựa trên cơ sở tôn trọng các vấn đề về đạo đức y học, không làm ảnh hưởng đến sức khỏe, tinh thần của người bệnh và đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học của Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ cho phép tiến hành.

- Tất cả người bệnh trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Các người bệnh đều được tư vấn kĩ và quyết định là do người bệnh có đồng ý điều trị hay không và có quyền rút khỏi nghiên cứu khi không muốn tham gia.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

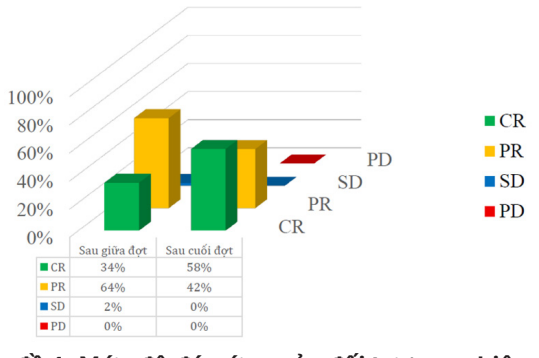
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 60	19	38
	≥ 60	31	62
	Tổng	50	100
	Trung bình (Nhỏ nhất – Lớn nhất)	55,96 ± 10,85 (28 – 76)	
Giới tính	Nam	28	56%
	Nữ	22	44%
	Tổng	50	100
	Tỉ lệ nam/nữ	1,27	
Triệu chứng khởi phát	Hạch ngoại vi to	30	60
	Đau bụng	11	22
	Nuốt vướng	7	14
	Đau tinh hoàn	1	2
	Ho	1	2
	Tổng	50	100
Vị trí tổn thương	Tại hạch	21	42
	Ngoài hạch	7	14
	Cả tại hạch và ngoài hạch	22	44
	Tổng	50	100
Số vị trí tổn thương ngoài hạch	0	21	42
	1	25	50
	2	4	8
	Tổng	50	100
Phân bố tổn thương ngoài hạch	Gan	5/29	17,24%
	Vòng Waldeyer	10/29	34,48%
	Đường tiêu hóa	4/29	13,79%
	Tầng sinh môn	1/29	3,45%
	Tinh hoàn	1/29	3,45%
	Phổi	1/29	3,45%
	Lách	8/29	27,59%
Phân bố tổn thương ngoài hạch	Tuyến nước bọt	3/29	10,34%
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn I	8	16
	Giai đoạn II	11	22
	Giai đoạn III	23	46
	Giai đoạn IV	8	16
	Tổng	50	100
Chỉ số IPI	Nguy cơ thấp	27	54
	Nguy cơ trung bình – thấp	18	36
	Nguy cơ trung bình – cao	5	10
	Nguy cơ cao	0	0
	Tổng	50	100

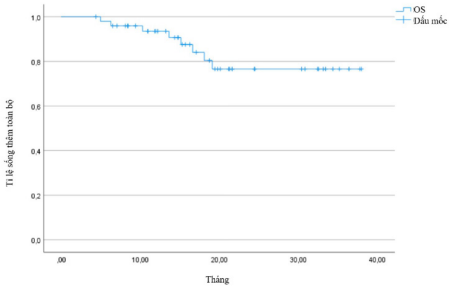
Nhóm ≥60 tuổi chiếm 62%. Nam giới cao hơn nữ giới. Hạch ngoại vi to là triệu chứng khởi phát thường gặp nhất. Có 42% có tổn thương tại hạch, 14% có tổn thương ngoài hạch và 44% có tổn thương vừa tại hạch, vừa ngoài hạch. Chỉ tổn thương tại hạch chiếm 42%. Vòng Waldeyer là tổn thương ngoài hạch thường gặp nhất. Giai đoạn III chiếm 46%. Hơn 50% thuộc nhóm nguy cơ thấp.

3.2. Kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Mức độ đáp ứng của đối tượng nghiên cứu

Sau hóa trị giữa đợt có 34% đối tượng đáp ứng hoàn toàn (CR), 64% đáp ứng một phần (PR) và 2% bệnh ổn định (SD). Sau hóa trị cuối đợt có 58% đối tượng đạt CR và 42% PR. Không ghi nhận trường hợp nào bệnh tiến triển (PD) sau hóa trị giữa đợt và cuối đợt.



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ

Với thời gian theo dõi trung vị 17,45 (5,06 – 38,85) tháng thì OS trung bình là 33,05 ± 1,72, ngắn nhất 29,68 tháng, dài nhất 36,41 tháng. OS tích lũy tại các thời điểm 1 năm, 2 năm và 3 năm lần lượt là 91,4%, 85,5%, và 81,9%.

Bảng 2. Độc tính của hóa trị

Độc tính	Không	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4	Tổng
Thiếu máu	62%	22%	14%	2%	0	100%
Giảm bạch cầu	66%	8%	14%	6%	6%	100%
Giảm tiểu cầu	0	0	0	0	0	100%
Nôn ói	45%	40%	15%	0	0	100%
Tiêu chảy	80%	12%	8%	0	0	100%
Đau dạ dày	90%	10%	0	0	0	100%
Tim mạch	100%	0	0	0	0	100%
Phản ứng do Rituximab	100%	0	0	0	0	100%
Tăng men gan	56%	32%	8%	4%	0	100%
Suy thận	96%	2%	2%	0	0	100%

Độc tính trên hệ tạo huyết từ độ 3 trở lên bao gồm 2% trường hợp thiếu máu, 6% trường hợp giảm bạch cầu độ 3 và 6% độ 4. Các độc tính ngoài hệ tạo huyết chủ yếu xảy ra ở độ 1 và độ 2, chỉ có 4% tăng men gan độ 3.

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị

Bảng 3. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị

	CR n (%)	Không CR n (%)	Tổng n (%)
Giai đoạn bệnh			
Giữa đợt hóa trị			
I-II	11 (57,9)	8 (42,1)	19 (100)
III-IV	6 (19,4)	25 (80,6)	31 (100)
Tổng	17 (34)	33 (66)	50 (100)
p	0,005		
Cuối đợt hóa trị			
I-II	14 (73,7)	5 (26,3)	19 (100)
III-IV	15 (48,4)	16 (51,6)	31 (100)
Tổng	29 (58)	21 (42)	50 (100)
p	0,079		
Chỉ số Tiên lượng Quốc tế (IPI)			
Giữa đợt hóa trị			
Nguy cơ thấp	15 (55,6)	12 (44,4)	27 (100)
Nguy cơ trung bình – thấp	2 (11,1)	16 (88,9)	18 (100)
Nguy cơ trung bình – cao	0 (0)	5 (100)	5 (100)
Tổng	17 (34)	33 (66)	50 (100)
p	0,002		
Cuối đợt hóa trị			
Nguy cơ thấp	19 70,4)	8 (29,6)	27 (100)
Nguy cơ trung bình – thấp	8 (44,4)	10 (55,6)	18 (100)
Nguy cơ trung bình – cao	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (100)
Tổng	29 (58)	21 (42)	50 (100)
p	0,178		

Giai đoạn bệnh và chỉ số IPI là các yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của tác giả Cổ Đăng Khương ghi nhận nhóm người bệnh < 60 tuổi chiếm 60,4% và ≥ 60 tuổi chiếm 39,6%, đỉnh tuổi mắc bệnh là 50 – 59 (tỉ lệ 31,3%), độ tuổi trung bình là 56 [5]. Kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cũng cho thấy nam giới mắc bệnh nhiều hơn so với nữ giới. Theo tác giả Vũ Thanh Huyền và cộng sự ghi nhận tỉ lệ nam và nữ lần lượt là 56,3% và 43,7% [4]. Nghiên cứu của tác giả Cổ Đăng Khương cho thấy tỉ lệ người bệnh đến khám vì hạch ngoại vi to chiếm 47,9%. Ngoài ra, tác giả cũng ghi nhận các triệu chứng khởi phát khác như đau bụng (22,9%) do u hoặc hạch trong ổ bụng chèn ép; nuốt vướng (16,7%) do u amiđan to, u ở lưỡi, hầu họng gây khó nuốt; 8,3% nghẹt mũi, khó thở do u hốc mũi, vòm hầu chèn ép; chỉ có 4,2% triệu chứng đầu tiên là sốt, đau nhức chi, sau đó mới xuất hiện các tổn thương trên cơ thể [5]. Theo y văn, hạch ngoại vi to là triệu chứng khởi phát thường gặp nhất, làm cho người bệnh phát hiện và đến khám. Hạch trong bệnh lý u lymphom thường có hình cầu, chắc, căng như cao su, không đau và thường có hạch toàn thân nếu đến ở giai đoạn muộn, có thể có triệu chứng B. Khi có biểu hiện này chứng tỏ mức độ bệnh không còn khu trú tại chỗ nữa, vì vậy tiên lượng bệnh cũng trở nên xấu hơn. Một số nghiên cứu của tác giả nước ngoài cũng ghi nhận số người bệnh không có triệu chứng B chiếm tỉ lệ cao hơn. Chẳng hạn, theo tác giả Coiffier B., tỉ lệ này là 36% [3].

Coiffier B. ghi nhận có 78% tổn thương ngoài hạch, 26% trường hợp có từ 2 vị trí tổn thương ngoài hạch [3]. Tác giả Shi Y. và cộng sự nghiên cứu thấy hạch lymphô chiếm 64,8%, sau đó là vòng Waldeyer 19,7%, tuyến ức 12,8% và lách 2,7%. Vị trí nguyên phát ngoài hạch thường gặp nhất là dạ dày chiếm 22,4% và ruột non chiếm 16% [6]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Mão, tỉ lệ tổn thương tại hạch chiếm 51,7% [7]. ULAKH thường xuất phát từ mô lymphô tại hạch rồi lan rộng tới những vị trí khác. Tuy nhiên, do mô lymphô có ở khắp các vị trí của cơ thể nên ngoài tổn thương tại hạch bạch huyết, bệnh có thể phát sinh, phát triển từ hệ thống ngoài hạch. Bên cạnh đó, số vị trí tổn thương ngoài hạch cũng là một trong những yếu tố góp phần tiên lượng bệnh, đặc biệt số tổn thương ngoài hạch ≥ 2 có liên quan mức độ lan tràn bệnh, ảnh hưởng đến điều trị và tiên lượng xấu của bệnh.

Tác giả Cổ Đăng Khương nghiên cứu thấy giai đoạn I-II có 83,3% đạt CR, 12,5% đạt PR; giai đoạn III-IV có 62,5% đạt CR, 37,5% đạt PR. Sau kết thúc hóa trị, tỉ lệ đáp ứng chung là 97,9%, trong đó CR, PR và SD chiếm tỉ lệ là 72,9%, 25% và 2,1%, tương ứng [5]. Nghiên cứu của Phạm Duy Mạnh trên 35 trường hợp ghi nhận tỉ lệ này là 82,9% [8]. Trong nghiên cứu GELA của Coiffier B. và cộng sự trên 202 người bệnh mắc ULAKH tế bào B lớn lan tỏa ghi nhận tỉ lệ đáp ứng toàn bộ ở nhánh hóa trị phác đồ R-CHOP là 76%, trong khi chỉ có 63% ở nhánh hóa trị CHOP đơn thuần không phối hợp với Rituximab [3]. Nghiên cứu MinT của Pfreundschuh M. và cộng sự trên 404 trường hợp mắc ULAKH tế bào B lớn lan tỏa, tỉ lệ tương ứng lần lượt là 93% so với 79% [9]. Như vậy, sự ra đời của Rituximab đã cách mạng hóa chiến lược điều trị ULAKH, làm tăng một cách đáng kể tỉ lệ CR cũng như đáp ứng toàn bộ. Mặc dù tỉ lệ đáp ứng có sự khác nhau giữa các nghiên cứu, điều này có thể do yếu tố tiên lượng không thuận lợi dẫn đến khác biệt về hiệu quả điều trị.

Cổ Đăng Khương nghiên cứu thấy OS 2 năm chiếm 91,7% với thời gian theo dõi trung bình là 16,9 ± 6,72 tháng. Tác giả cũng ghi nhận giảm bạch cầu độ 1, 2, 3, 4 lần lượt là

2,1%, 2,1%, 8,3% và 4,2%; độc tính gây thiếu máu mức độ 1 là 31,3%, độ 2 là 14,6%, không có độ 3 và độ 4; không có giảm tiểu cầu trong quá trình điều trị. Bên cạnh đó, tác giả cũng ghi nhận độc tính gây tăng men gan độ 1 là 20,8%, độ 2 là 2,1%, chưa ghi nhận độc tính độ 3-4; đồng thời cũng chưa ghi nhận độc tính trên thận và tim mạch. Tỷ lệ rụng tóc trong nghiên cứu này là 100% và các độc tính còn lại chủ yếu ở mức độ nhẹ [5]. Hóa trị là một phương pháp điều trị ung thư mang tính chất toàn thân, bên cạnh hiệu quả điều trị được trông đợi là ức chế sự tăng trưởng của tế bào ung thư thì các thuốc điều trị ung thư đều gây ra những tác dụng phụ. Mức độ độc tính liên quan đến cách sử dụng, liều lượng sử dụng, liều tích lũy, và thể trạng. Đây cũng chính là những khó khăn lớn trong điều trị ung thư. Vì vậy cần lựa chọn, cân nhắc kỹ trước khi quyết định điều trị.

Nghiên cứu của Cổ Đăng Khương ghi nhận tỉ lệ CR ở giai đoạn I, II, III và IV lần lượt là 100%, 87,5%, 81,8% và 46,2%, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p = 0,024. Nghiên cứu này phân chia người bệnh là ba nhóm IPI là nguy cơ thấp, nguy cơ trung bình và nguy cơ cao với tỉ lệ CR lần lượt là 90,9%, 84% và 50% (p = 0,015). Nhóm đối tượng có < 2 vị trí tổn thương ngoài hạch đạt tỉ lệ CR cao hơn so với nhóm còn lại, 84,2% so với 50% với p = 0,036. Nhóm có chỉ số PS 0-1 đạt CR là 90% so với chỉ 55,6% ở nhóm PS 2-3, p = 0,007 đạt ý nghĩa thống kê [5]. Yu J. và cộng sự nghiên cứu trên 107 người bệnh ULAKH tế bào B lớn lan tỏa được điều trị bằng phác đồ R-CHOP cho thấy sau thời gian theo dõi trung vị 65,9 tháng, nhánh đạt CR có sống còn tốt hơn vượt trội cho với nhánh đạt PR [10].

5. KẾT LUẬN

Phác đồ hóa trị R-CHOP cho thấy tỉ lệ đáp ứng cao, thời gian sống còn kéo dài và tỉ lệ độc tính chấp nhận được khi điều trị cho người bệnh u lymphom không Hodgkin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bray F., Laversanne M., Sung H. và cộng sự. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 74(3), 229–263. doi: 10.3322/caac.21834.

[2] Bộ Y tế (2020), Quyết định số 1514/QĐ-BYT ngày 01 tháng 04 năm 2020 về việc Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu.

[3] Coiffier B., Thieblemont C., Van Den Neste E. và cộng sự. (2010). 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, 116(12), 2040–2045. doi: 10.1182/blood-2010-03-276246

[4] Vũ Thanh Huyền, Nguyễn Thị Thu Hường, và Đỗ Huyền Nga (2022). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng u lympho không hodgkin biểu hiện đường tiêu hóa. Tạp chí Y học Việt Nam, 519(1). doi: 10.51298/vmj.v519i1.3523

[5] Cổ Đăng Khương, Võ Văn Kha, và Lê Thanh Vũ (2023). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị lymphôm không hodgkin tế bào B bằng phác đồ R-CHOP tại Bệnh viện ung bướu thành phố Cần Thơ năm 2021 – 2023. Tạp chí Y dược học Cần Thơ, (61), 399–406. doi: 10.58490/ctump.2023i61.664

[6] Shi Y., Han Y., Yang J. và cộng sự. (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), 152–161. doi: 10.21147/j.issn.1000-9604.2019.01.10.

[7] Nguyễn Văn Mão (2016). Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học ở bệnh nhân u lymphô ác tnh Hodgkin và không Hodgkin. Tạp chí Y Dược học, 6(3), 59–65. doi: 10.34071/jmp.2016.3.9

[8] Phạm Duy Mạnh và Trịnh Lê Huy (2021). Kết quả hóa trị phác đồ R-CHOP bệnh u lympho không hodgkin tế bào B lớn lan tỏa. Tạp chí Y học Việt Nam, 505(2). doi: 10.51298/vmj.v505i2.1105

[9] Pfreundschuh M., Trümper L., Osterborg A. và cộng sự. (2006). CHOP-like chemotherapy plus rituximab versus CHOP-like chemotherapy alone in young patients with good-prognosis diffuse large-B-cell lymphoma: a randomised controlled trial by the MabThera International Trial (MInT) Group. Lancet Oncol, 7(5), 379–391. doi: 10.1016/S1470-2045(06)70664-7.

[10] Yu J., Jung S.U., Choi J.H. và cộng sự. (2024). Clinical Outcomes in Patients With DLBCL Treated With R-CHOP According to Radiotherapy and Interim PET Response. Cancer Diagn Progn, 4(2), 172–181. doi: 10.21873/cdp.10304