TREATMENT RESPONSE AND SENSORY PERIPHERAL NEUROPATHY OF FIRST-LINE VINCRISTINE-BASED CHEMOTHERAPY FOR DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA

Nguyen Thi Ngan[1], Nguyen Thi Thu Huong[2,3], Nguyen Van Huy[3]

[1]*Quang Tri Provincial General Hospital - 266 Hung Vuong, Nam Dong Ha Ward, Quang Tri Province, Vietnam*
[2]*Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam*
[3]*Vietnam National Cancer Hospital - 43 Quan Su, Cua Nam Ward, Hanoi City, Vietnam*

Received: 15/06/2026
Revised: 20/07/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the response rate and describe the characteristics of sensory peripheral neuropathy associated with the first-line treatment outcomes of Vincristine-containing chemotherapy regimens in patients with diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL).

Patients and Methods: A descriptive study was conducted on 127 patients treated with Vincristine-containing chemotherapy regimens at K Hospital from January 2024 to January 2026.

Results: Our study recorded 87 patients (68,5%) treated with the R-CHOP regimen and 40 patients treated with the R-mini-CHOP regimen. After 3 cycles of treatment, the complete response (CR) rate was 33.9% (43/127 patients), with 9 patients experiencing stable or progressive disease. Upon completion of treatment, the overall CR rate reached 84.8% (100/118 patients). The end-of-treatment CR rates for R-CHOP and R-miniCHOP were 86.7% and 80.0%, respectively, showing no statistically significant difference (p=0,103). The incidence of sensory peripheral neuropathy was 45.7%, with no grade 3-4 toxicities recorded. Symptoms predominantly manifested mid-treatment, and 70.7% of patients experienced symptom resolution within 3 months post-treatment.

Conclusion: First-line vincristine-based chemotherapy regimens such as R-CHOP and R-miniCHOP demonstrate high treatment response rates, with sensory peripheral neuropathy occurring in 45.7% of cases, predominantly limited to grades 1–2.

Keywords: Diffuse large B cell lymphoma; Vincristine; Sensory peripheral neuropathy.

*Corresponding author
Email: nguyenhuong.onc@gmail.com **Phone:** (+84) 983136982 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6614

KẾT QUẢ ĐÁP ỨNG VÀ ĐỘC TÍNH THẦN KINH NGOẠI BIÊN CẢM GIÁC TRÊN BỆNH NHÂN DLBCL ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT BẰNG PHÁC ĐỒ CÓ VINCRISTINE TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Ngân[1], Nguyễn Thị Thu Hường[2,3*], Nguyễn Văn Huy[3]

[1]Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Quảng Trị - 266 Hùng Vương, P. Nam Đông Hà, Tỉnh Quảng Trị, Việt Nam
[2]Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[3]Bệnh viện K - 43 Quán Sứ, P. Cửa Nam, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 15/06/2026
Ngày sửa: 20/07/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ đáp ứng và mô tả đặc điểm độc tính thần kinh ngoại biên cảm giác của phác đồ hóa chất có Vincristine bước một U lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 127 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ hóa chất có Vincristine tại Bệnh viện K từ tháng 1/2024 đến tháng 1/2026.

Kết quả: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 87 bệnh nhân (68,5%) điều trị với phác đồ R-CHOP và 40 bệnh nhân điều trị với R-miniCHOP. Sau 3 chu kỳ điều trị, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 33,9% (43/127 bệnh nhân) và có 9 bệnh nhân bệnh giữ nguyên + tiến triển. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau khi kết thúc điều trị là 84,8% (100/118 bệnh nhân). Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau chu trình điều trị của phác đồ R-CHOP là 86,7%, của phác đồ R-miniCHOP là 80,0%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p =0,103). Tỷ lệ độc tính thần kinh ngoại biên (TKNB) cảm giác là 45,7%, không ghi nhận độc tính độ 3-4 nào. Triệu chứng chủ yếu xuất hiện vào giữa chu trình điều trị và 70,7% trường hợp hồi phục triệu chứng dưới 3 tháng kể từ khi kết thúc điều trị.

Kết luận: Phác đồ hóa chất có Vincristine như R-CHOP và R-miniCHOP đem lại tỷ lệ đáp ứng điều trị cao và độc tính TKNB cảm giác là 45,7% chủ yếu là độ 1-2.

Từ khóa: U lympho tế bào B lớn lan tỏa; Vincristine; Độc tính thần kinh ngoại biên cảm giác.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho tế bào B lớn lan tỏa (Diffuse Large B-cell Lymphoma – DLBCL) là thể mô bệnh học thường gặp nhất của u lympho không Hodgkin (ULKH), chiếm khoảng 30–40% tổng số trường hợp. Đây là bệnh lý ác tính có đặc điểm tiến triển nhanh nhưng nhạy cảm với hóa trị, do đó nhiều bệnh nhân có thể đạt lui bệnh hoàn toàn và kéo dài thời gian sống nếu được điều trị phù hợp. Trong những năm gần đây, sự kết hợp Rituximab với phác đồ CHOP đã trở thành tiêu chuẩn điều trị bước một cho DLBCL, góp phần cải thiện đáng kể tỷ lệ đáp ứng và sống thêm cho người bệnh [1,2].

Vincristine là một thành phần quan trọng trong các phác đồ điều trị DLBCL như R-CHOP và R-miniCHOP nhờ tác dụng ức chế quá trình phân bào thông qua ảnh hưởng lên hệ thống vi ống của tế bào. Tuy nhiên, bên cạnh hiệu quả điều trị, Vincristine cũng là thuốc có nguy cơ gây độc tính thần kinh ngoại biên (TKNB) đáng kể, biểu hiện chủ yếu bằng tê bì, dị cảm, đau rát đầu chi hoặc yếu cơ, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và khả năng duy trì liều điều trị của bệnh nhân. Độc tính thần kinh ngoại biên do Vincristine là độc tính tích lũy liều, có thể xuất hiện ở nhiều mức độ khác nhau, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân cao tuổi, thể trạng kém hoặc có bệnh lý nền như đái tháo đường, nghiện rượu mạn tính đi kèm [3]. Trong một số trường hợp, biến chứng này dẫn đến phải giảm liều hoặc ngừng Vincristine, từ đó có thể ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị tổng thể [4]. Thực tế trên lâm sàng thường xuyên sử dụng phân độ CTCAE để đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh lý TKNB do hóa trị.

Tại Việt Nam, 2 phác đồ có Vincristine thường được sử dụng là R-CHOP và R-miniCHOP. Trong đó, R-CHOP vẫn là phác đồ điều trị bước một được sử dụng phổ biến nhất cho bệnh nhân DLBCL có thể trạng phù hợp, trong khi R-miniCHOP thường được lựa chọn cho nhóm bệnh nhân cao tuổi hoặc thể trạng hạn chế. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước chủ yếu tập trung đánh giá tỷ lệ đáp ứng và sống thêm, trong khi dữ liệu về độc tính thần kinh ngoại biên liên quan đến Vincristine trong thực hành lâm sàng còn hạn chế. Đặc biệt, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá đồng thời hiệu quả điều trị và đặc điểm độc tính thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân DLBCL điều trị bằng các phác đồ có Vincristine tại Việt Nam.

Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Kết quả đáp ứng và độc tính thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân DLBCL điều trị bằng phác đồ có Vincristine tại Bệnh viện K" với hai mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả đáp ứng điều trị của bệnh nhân DLBCL điều trị bước một bằng phác đồ có Vincristine.

2. Mô tả đặc điểm và tỷ lệ độc tính thần kinh ngoại biên ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 127 bệnh nhân được chẩn đoán u lympho tế bào B lớn lan tỏa và điều trị bước một bằng phác đồ hóa chất có Vincristine tại Bệnh viện K trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 01/2026.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Được chẩn đoán xác định DLBCL dựa trên mô bệnh học và hóa mô miễn dịch theo phân loại WHO 2016.

+ Được điều trị bước một bằng các phác đồ có Vincristine gồm R-CHOP (chu kỳ 21 ngày; liều Vincristine là 1,4mg/m2, tối đa 2mg) hoặc R-miniCHOP (chu kỳ 21 ngày, liều Vincristine là 1 mg).

+ Hoàn thành ít nhất 03 chu kỳ điều trị.

+ Có đầy đủ thông tin lâm sàng, cận lâm sàng.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

*Tác giả liên hệ
Email: nguyenhuong.onc@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 983136982 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6614

+ Bệnh nhân ULKH xâm lấn tủy xương, u tại thần kinh trung ương, tinh hoàn, vú được điều trị bằng methotrexate hoặc u sau phúc mạc, tại hệ tiêu hóa đã được phẫu thuật cắt u.

+ Bệnh nhân có HIV (+).

+ BN có tổn thương thần kinh ngoại biên trước điều trị mức độ ≥ 2 theo CTCAE.

+ Bệnh nhân mắc các bệnh lý thần kinh trung ương ảnh hưởng đến đánh giá độc tính TKNB.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, có theo dõi dọc

+ Hồi cứu: từ tháng 1/2024 đến tháng 1/2026.

- Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ từ tháng 1/2024 đến tháng 1/2026.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 05/2025 đến tháng 05/2026

- Thu thập thông tin dựa trên bệnh án lưu trữ kết hợp thăm khám đánh giá đáp ứng điều trị.

2.3. Nội dung và biến số nghiên cứu

- Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: tuổi, giới, lý do vào viện, chỉ số toàn trạng theo ECOG, hội chứng B, nồng độ LDH máu trước điều trị, phân loại nguồn gốc tế bào u theo thuật toán hóa mô miễn dịch Hans.

- Giai đoạn bệnh, tổn thương bulky (u/hạch > 7,5cm), phân nhóm nguy cơ theo NCCN-IPI.

- Kết quả điều trị: đánh giá đáp ứng sau 3 chu kỳ điều trị bằng CT scan toàn thân và sau chu trình điều trị bằng PET/CT theo tiêu chuẩn Lugano 2014.

- Đánh giá TDKMM theo CTCAE phiên bản 5.0 mỗi chu kỳ điều trị. Độc tính TKNB cảm giác được đánh giá dựa trên triệu chứng lâm sàng như: tê bì, dị cảm, đau rát đầu chi hoặc yếu cơ, các đặc điểm liên quan được ghi nhận bao gồm: thời điểm xuất hiện triệu chứng, mức độ độc tính, thời gian hồi phục triệu chứng sau điều trị. Bệnh nhân xuất hiện độc tính TKNB cảm giác độ 2 trở lên được ngừng điều trị Vincristine.

Bảng 1. Phân độ độc tính TKNB cảm giác theo CTCAE 5.0

Phân độ độc tính TKNB cảm giác theo CTCAE 5.0	Mô tả
Độ 1	Tê bì, dị cảm nhẹ
Độ 2	Triệu chứng vừa phải, có ảnh hưởng đến các hoạt động sinh hoạt hàng ngày mang tính công cụ
Độ 3	Triệu chứng nặng, hạn chế rõ rệt các hoạt động sinh hoạt cá nhân tự chăm sóc
Độ 4	Đe dọa tính mạng, cần can thiệp cấp cứu khẩn cấp

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Thu thập các số liệu dựa trên mẫu bệnh án nghiên cứu. Dữ liệu được lưu trữ và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Biến định tính được mô tả bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng có phân bố chuẩn được mô tả bằng: trung bình ± phân vị, biến có phân bố không chuẩn được mô tả bằng: trung vị ± tứ phân vị.

- Kiểm định so sánh:

+ Đối với biến định tính sử dụng test $\chi 2$ để so sánh các tỷ lệ, các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$. Trường hợp số lượng giá trị mong đợi nhỏ, sử dụng kiểm định Fisher' Exact.

+ T-student để so sánh trung bình ($p \leq 0,05$).

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đề cương thạc sĩ của Trường Đại học Y Hà Nội (số 610/QĐ-ĐHYHN ngày 02/03/2026). Thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 61,4 ± 15,5 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi và cao nhất là 88 tuổi. Trong đó nhóm tuổi 60 - 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 50,4%. Có 9 bệnh nhân > 80 tuổi. Tỷ lệ nam giới là 43,3% và nữ giới là 56,7%.

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm		n	%
Lý do vào viện	Sờ thấy hạch	57	44,9
	Sút cân	9	7,1
	Đau bụng	29	22,8
	Đau ngực, khó thở	8	6,3
	Nuốt đau, nuốt vướng, ngạt mũi	17	13,4
	Đau nhức phần mềm	7	5,5
Chỉ số toàn trạng	0	70	55,1
	1	42	33,1
	2	15	11,8
Số vùng tổn thương	≤ 4	84	66,1
	> 4	43	33,9
Hội chứng B	Không	79	62,2
	Có	48	37,8
Nồng độ LDH trước điều trị	Bình thường	89	70,1
	Tăng (> 248 U/L)	38	29,9
Phân nhóm dưới typ sinh học phân tử	Không tâm mầm	65	51,2
	Tâm mầm	62	48,8
Giai đoạn bệnh	I	13	10,2
	II	50	39,4
	III	28	22,1
	IV	36	28,3
Tổn thương bulky	Không	94	74,0
	Có	33	26,0
Phân nhóm nguy cơ theo NCCN-IPI	Thấp	26	20,4
	Trung bình-thấp	67	52,8
	Trung bình-cao	28	22,1
	Cao	6	4,7

Nhận xét: Lý do vào viện hay gặp nhất là sờ thấy hạch (44,9%), ngoài ra bệnh nhân có thể đi khám bởi đa dạng triệu chứng do u/hạch chèn ép như: đau bụng, đau ngực khó thở, nuốt đau, nuốt vướng, ngạt mũi hoặc đau nhức phần mềm. Đa số bệnh nhân có thể trạng tốt PS 0-1 (88,2%). Có 33,9% bệnh nhân biểu hiện nhiều hơn 4 vùng tổn thương và 37,8% có hội chứng B.

Phần lớn bệnh nhân có nồng độ LDH máu bình thường trước điều trị. Tỷ lệ phân nhóm dưới typ sinh học phân tử tương đương nhau.

Giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,4%. Khoảng ½ bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ trung bình-thấp.

Bảng 3. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng phân bố theo phác đồ điều trị

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng		Phác đồ điều trị	
		R-CHOP	R-miniCHOP
Số bệnh nhân		87 (68,5%)	40 (31,5%)
Tuổi trung bình		54,39 ± 13,39	76,75 ± 5,56
Chỉ số toàn trạng	0	57 (65,5%)	13 (32,5%)
	1	29 (33,3%)	13 (32,5%)
	2	1 (1,1%)	14 (35%)
Giai đoạn bệnh	I-II	48 (55,1%)	15 (37,5%)
	III-IV	39 (44,9%)	25 (62,5%)
Phân nhóm nguy cơ theo NCCN-IPI	Thấp	26 (29,9%)	0 (0%)
	Trung bình - Thấp	50 (57,5%)	17 (42,5%)
	Trung bình - Cao	11 (12,6%)	17(42,5%)
	Cao	0 (0%)	6 (15%)

Phác đồ R-CHOP được chỉ định nhiều hơn với 87 bệnh nhân (68,5%), tập trung ở nhóm đối tượng trẻ tuổi (trung bình là 54,39 ± 13,39 tuổi). Ngược lại, phác đồ R-miniCHOP gồm 40 bệnh nhân (31,5%) được chỉ định cho bệnh nhân cao tuổi với độ tuổi trung bình lớn hơn (76,75 ± 5,56 tuổi).

Bệnh nhân ở nhóm R-CHOP có toàn trạng tốt hơn (chỉ số PS 0-1 chiếm 98,8%) và tỷ lệ giai đoạn sớm (I-II) cao hơn (55,1%). Trong khi đó, nhóm R-miniCHOP có thể trạng yếu hơn (chỉ số PS 2 chiếm tới 35,0%) và đa số ở giai đoạn tiến triển III-IV (62,5%).

Nhóm điều trị với R-CHOP chủ yếu thuộc phân nhóm nguy cơ thấp và trung bình - thấp (87,4%), không có bệnh nhân nguy cơ cao. Ngược lại, nhóm R-miniCHOP có tỷ lệ nguy cơ trung bình - cao và cao chiếm đến 57,5%.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Tỷ lệ đáp ứng

Bảng 4 . Đáp ứng với điều trị

Đáp ứng		Phác đồ điều trị		Tổng
		R-CHOP	R-miniCHOP	
Sau 3 chu kỳ	Đáp ứng hoàn toàn	35 (40,2%)	8 (20%)	43 (33,9%)
	Đáp ứng một phần	47 (54,0%)	28 (70%)	75 (59,0%)
	Bệnh ổn định	2 (2,3%)	0	2 (1,6%)
	Tiến triển	3 (3,5%)	4 (10%)	7 (5,5%)
Sau chu trình điều trị	Đáp ứng hoàn toàn	72 (86,7%)	28 (80,0%)	100 (84,8%)
	Đáp ứng một phần	4 (4,8%)	1 (2,9%)	5 (4,2%)
	Bệnh ổn định	3 (3,8%)	0	3 (2,5%)
	Tiến triển	4 (4,8%)	6 (17,1%)	10 (8,5%)

- Sau 3 chu kỳ điều trị, tỷ lệ đáp ứng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 92,9%, trong đó có 33,9% đáp ứng hoàn toàn (ĐƯHT). Không có sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng sau 3 chu kỳ giữa 2 phác đồ R-CHOP và R-miniCHOP (p=0,461, kiểm định Fisher). Có 2 bệnh giữ nguyên và 7 bệnh tiến triển sau 3 chu kỳ.
- Sau chu trình điều trị, tỷ lệ đáp ứng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 89% (105/118 bệnh nhân), trong đó tỷ lệ ĐƯHT là 84,8%. Tỷ lệ đáp ứng của phác đồ R-CHOP cao hơn phác đồ R-miniCHOP nhưng không đạt được ý nghĩa thống kê (p= 0,103, kiểm định χ^2).

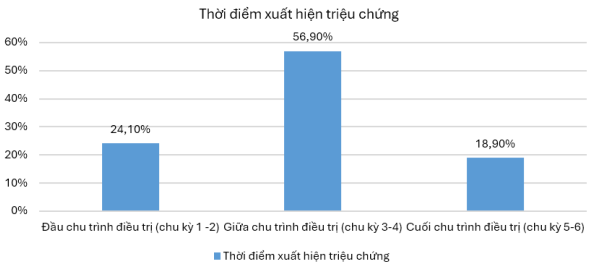
3.2.2. Độc tính thần kinh ngoại biên cảm giác

Bảng 5. Tỷ lệ độc tính TKNB cảm giác

Độc tính		Phác đồ		Tổng số	p
		R-CHOP	R-miniCHOP		
Độc tính TKNB cảm giác	Không	39 (44,8%)	30 (75%)	69 (54,3%)	p = 0,002
	Độ 1	38 (43,7%)	9 (22,5%)	47 (37%)	
	Độ 2	10 (11,5%)	1 (2,5%)	11 (8,7%)	

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 45,7% bệnh nhân có độc tính trên hệ thần kinh cảm giác với các biểu hiện tê bì, châm chích và cảm giác nóng rát ở đầu chi. Trong đó có 8,7% bệnh nhân có biểu hiện độc tính độ 2. Không có bệnh nhân nào xuất hiện độc tính TKNB cảm giác độ 3 – 4. Tỷ lệ độc tính TKNB cảm giác cao hơn có ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân điều trị bằng phác đồ R-CHOP so với phác đồ R-miniCHOP (p = 0,002, kiểm định χ2).

Thời điểm xuất hiện triệu chứng



Biểu đồ 1. Thời điểm xuất hiện triệu chứng TKNB cảm giác

- Có 56,9% bệnh nhân xuất hiện triệu chứng ở giữa chu trình điều trị (chu kỳ 3-4).
- Đa số bệnh nhân biểu hiện các triệu chứng rối loạn cảm giác ở hai tay hoặc tứ chi.

Bảng 6. Thời gian hồi phục triệu chứng TKNB cảm giác

Thời gian hồi phục triệu chứng	n	%
< 3 tháng	41	70,7
≥ 3 tháng	17	29,3

- Thời gian hồi phục triệu chứng rối loạn cảm giác sau khi kết thúc điều trị hóa chất trung bình là 2,4 ± 1,7 tháng.
- Có 29,3% bệnh nhân có thời gian hồi phục triệu chứng ≥ 3 tháng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình khi chẩn đoán DLBCL là 67. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 65-74.5 Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình là 61,40 ± 1,38 tuổi, thấp nhất là 19 tuổi và cao nhất là 88 tuổi. Trong đó nhóm tuổi 60 - 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 50,4%.

Tỷ lệ nam giới là 43,3% và nữ giới là 56,7%. Tỷ lệ nam/nữ là 0,76/1. Kết quả này khác với hầu hết các nghiên cứu khi kết quả cho thấy tỷ lệ mắc ở nam giới cao hơn như nghiên cứu của Đỗ Anh Tú (2012) [6] với tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1.

Lý do vào viện hay gặp nhất là sờ thấy hạch ngoại vi (44,9%). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Phạm Duy Mạnh (2021) với tỷ lệ này là 40%.7 Ngoài ra bệnh nhân có thể đi khám bởi các triệu chứng do u/hạch chèn ép như: đau bụng, đau ngực khó thở, nuốt đau, nuốt vướng, ngạt mũi hoặc đau nhức phần mềm. Điều này cho thấy biểu hiện của DLBCL có thể xuất hiện ở nhiều vị trí trong cơ thể gây đa dạng triệu chứng.

Nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân có thể trạng tốt PS 0-1. Có 33,9% bệnh nhân biểu hiện nhiều hơn 4 vùng tổn thương và 37,8% có hội chứng B. Phần lớn bệnh nhân

có nồng độ LDH máu bình thường trước điều trị. Tỷ lệ phân nhóm tâm mầm và không tâm mầm tương đương nhau. Các kết quả này tương tự như các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới.

Bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,4%. Tuy nhiên nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 50,4% bệnh nhân đến viện khi ở giai đoạn lan tràn (giai đoạn III-IV), điều này phản ánh tính chất lan tràn và tiến triển nhanh của bệnh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy xu hướng phân loại lâm sàng rất rõ ràng với phác đồ tiêu chuẩn R-CHOP được ưu tiên cho bệnh nhân trẻ tuổi, thể trạng tốt; trong khi phác đồ giảm liều R-miniCHOP là lựa chọn phù hợp cho nhóm bệnh nhân cao tuổi, thể trạng kém.

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Tỷ lệ đáp ứng

Sau 3 chu kỳ điều trị, tỷ lệ đáp ứng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 90%, trong đó có 33,9% ĐƯHT.

Sau chu trình điều trị, tỷ lệ đáp ứng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 89%, trong đó tỷ lệ ĐƯHT là 84,8%. Trong đó tỷ lệ ĐƯHT của phác đồ R-CHOP là 86,7% và phác đồ R-miniCHOP là 80%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu lớn như nghiên cứu GELA và nghiên cứu MinT với tỷ lệ ĐƯHT của phác đồ R-CHOP là 76% và 86% [1,2]. Nghiên cứu của Peyrade (2011) ghi nhận tỷ lệ đáp ứng của phác đồ R-miniCHOP là 73% trong khi tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (82,9%) [8].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đáp ứng ĐƯHT của phác đồ R-CHOP cao hơn phác đồ R-miniCHOP nhưng không đạt được ý nghĩa thống kê (p> 0,05). Như vậy có thể thấy các phác đồ có Vincristine như R-CHOP và R-miniCHOP là những phác đồ hiệu quả và có tỷ lệ đáp ứng cao kể cả trên nhóm bệnh nhân lớn tuổi.

4.2.2. Độc tính thần kinh ngoại biên cảm giác

Vincristine là hóa chất quan trọng trong phác đồ hóa chất điều trị bước một DLBCL. Vincristine là loại vinca alkaloid gây độc thần kinh nhất. Bệnh lý TKNB do Vincristine là bệnh lý thần kinh sợi trục do sự phá vỡ các vi ống trong sợi trục và sự can thiệp vào quá trình vận chuyển sợi trục. Tỷ lệ mắc bệnh được báo cáo thay đổi đáng kể. Nghiên cứu của Oerlemans S. (2014) ở nhóm bệnh nhân ULKH typ tế bào B lớn lan tỏa điều trị bằng phác đồ R-CHOP cho tỷ lệ độc tính TKNB cảm giác là 42% [9]. Trong nghiên cứu Peyrade (2011) nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân điều trị R-miniCHOP, tỷ lệ độc tính TKNB là 27% trong tỷ lệ độc tính từ độ 2 trở lên là 7% [8]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 45,7% bệnh nhân có độc tính trên hệ thần kinh cảm giác với các biểu hiện tê bì, châm chích và cảm giác nóng rát ở đầu chi. Trong đó có 8,7% bệnh nhân có biểu hiện độc tính độ 2. Không có bệnh nhân nào xuất hiện độc tính TKNB cảm giác độ 3 – 4. Tỷ lệ độc tính TKNB cảm giác cao hơn có ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân điều trị bằng phác đồ R-CHOP so với phác đồ R-miniCHOP (p = 0,002).

Hơn 1/2 bệnh nhân xuất hiện triệu chứng ở giữa chu trình điều trị (chu kỳ 3-4). Đa số bệnh nhân biểu hiện các triệu chứng rối loạn cảm giác ở hai tay hoặc tứ chi. Thời gian hồi phục triệu chứng rối loạn cảm giác sau khi kết thúc điều trị hóa chất trung bình là 2,4 ± 1,7 tháng. Có 29,3% bệnh nhân có thời gian hồi phục triệu chứng ≥ 3 tháng.

5. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế:

Thứ nhất, đây là nghiên cứu đơn trung tâm với cỡ mẫu còn tương đối hạn chế.

Thứ hai, thời gian theo dõi chưa dài nên chưa đánh giá được đầy đủ các chỉ số sống thêm như PFS và OS.

Thứ ba, nghiên cứu mang tính mô tả nên chưa phân tích sâu các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị và độc tính thần kinh ngoại biên. Ngoài ra, việc lựa chọn phác đồ R-CHOP hay R-miniCHOP dựa trên đánh giá lâm sàng thực tế có thể tạo ra sai lệch chọn mẫu giữa các nhóm điều trị. Việc loại người hoàn thành < 3 chu kỳ điều trị có thể làm tăng tỷ lệ đáp ứng. Những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để đánh giá đầy đủ hơn hiệu quả và độc tính của các phác đồ chứa Vincristine trong điều trị DLBCL.

6. KẾT LUẬN

Các phác đồ có Vincristine như R-CHOP và R-miniCHOP cho tỷ lệ đáp ứng điều trị cao trên bệnh nhân U lympho tế bào B lớn lan tỏa, với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao và độc tính không mong muốn chủ yếu độ 1-2.

Độc tính thần kinh ngoại biên cảm giác là tác dụng không mong muốn thường gặp, chủ yếu ở mức độ 1–2, xuất hiện nhiều vào giữa liệu trình điều trị và đa số hồi phục sau khi kết thúc hóa trị. Việc theo dõi và phát hiện sớm độc tính thần kinh ngoại biên có ý nghĩa quan trọng nhằm tối ưu hiệu quả điều trị và chất lượng sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Coiffier B, Lepage E, Brière J, Herbrecht R, Et. A. CHOP Chemotherapy plus Rituximab Compared with CHOP Alone in Elderly Patients with Diffuse Large-B-Cell Lymphoma. New England Journal of Medicine. Published online 2002. doi:10.1056/nejmoa011795

[2] Pfreundschuh M, Trümper L, Osterborg A, et al. 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. 2006;7(5):379-391. doi:10.1016/S1470-2045(06)70664-7

[3] Li T, Trinh T, Bosco A, Kiernan MC, Goldstein D, Park SB. Characterising vincristine-induced peripheral neuropathy in adults: symptom development and long-term persistent outcomes. Support Care Cancer. 2024;32(5):278. doi:10.1007/s00520-024-08484-5

[4] Morrison VA, Le-Rademacher J, Bobek O, Satele D, Leonard JP, Jatoi A. Association of age and performance status with adverse events in older adults with diffuse large B-cell lymphoma receiving frontline R-CHOP therapy: Alliance 151930, a secondary analysis of the phase III trial CALGB 50303. J Geriatr Oncol. 2025;16(2):102185. doi:10.1016/j.jgo.2025.102185

[5] Diffuse Large B-Cell Lymphoma - Cancer Stat Facts. SEER. Accessed May 7, 2026. https://seer.cancer.gov/statfacts/html/dlbcl.html

[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 án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2012.

[7] Phạm DM, Trịnh LH. KẾT QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ R-CHOP BỆNH U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B LỚN LAN TỎA. VMJ. 2021;505(2):2. doi:10.51298/vmj.v505i2.1105

[8] F P, F J, C T, et al. Attenuated immunochemotherapy regimen (R-miniCHOP) in elderly patients older than 80 years with diffuse large B-cell lymphoma: a multicentre, single-arm, phase 2 trial. The Lancet Oncology. 2011;12(5). doi:10.1016/S1470-2045(11)70069-9

[9] Oerlemans S, Issa DE, van den Broek EC, et al. Health-related quality of life and persistent symptoms in relation to (R-)CHOP14, (R-)CHOP21, and other therapies among patients with diffuse large B-cell lymphoma: results of the population-based PHAROS-registry. Ann Hematol. 2014;93(10):1705-1715. doi:10.1007/s00277-014-2099-8