

ĐIỀU TRỊ LYMPHÔM HODGKIN NGƯỜI LỚN

Nguyễn Trần Anh Thu¹, Phan Minh Châu¹,
Nguyễn Thị Trang Dung¹, Lê Thụy Phương Hồng¹,
Luu Hùng Vũ¹, Nguyễn Hồng Hải¹, Phạm Xuân Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm về dịch tễ học, chẩn đoán và điều trị của Lymphôm Hodgkin (LH) ở người lớn.

Phương pháp: Hồi cứu 65 trường hợp LH ở người lớn được điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu Tp HCM từ 1/1/2006 đến 31/12/2007.

Kết quả: Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, tỉ lệ nam/nữ = 1,7/1. Tuổi trung bình là 44 tuổi. 69,2% bệnh nhân có triệu chứng B. Biểu hiện trên lâm sàng thường gặp nhất là hạch cổ (89,2%). Đa số bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn I - II (67,7%). Típ mô học hỗn hợp tế bào chiếm tỉ lệ cao nhất (46,2%). Hóa trị là phương pháp điều trị chủ yếu với phác đồ đầu tiên là ABVD (96,8%). Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ cao (97,9%). Xạ trị thường được phối hợp sau hóa trị ở bệnh nhân giai đoạn sớm (41%). Xác suất sống còn toàn bộ 3 năm là 70,5% và không bệnh 3 năm là 67,8%. Bệnh nhân > 55 tuổi, KPS ≤ 80 là yếu tố tiên lượng xấu.

Kết luận: Lymphôm Hodgkin ở người lớn đáp ứng tốt với hóa trị và xạ trị.

Từ khóa: Lymphôm Hodgkin, hóa trị, xạ trị.

ABSTRACT

THE RESULT OF TREATMENT FOR ADULT HODGKIN LYMPHOMA

Nguyen Tran Anh Thu¹, Phan Minh Chau¹,
Nguyen Thi Trang Dung¹, Le Thuy Phuong Hong¹,
Luu Hung Vu¹, Nguyen Hong Hai¹, Pham Xuan Dung¹

Objective: To study some characteristics of epidemiology, diagnosis and treatment of adult Hodgkin's Lymphoma (HL).

Methods: We conducted retrospective study 65 cases of adult HL who were treated at Oncology Hospital HoChiMinh city from January 2006 to December 2007.

Results: Males were more affected than females, the male:female ratio was 1,7:1. The median age of diagnosis is 44 years. 69,2% of all cases studied have B symptoms. Clinical presentation: cervical lymphadenopathy is the most frequent sign (89.2%). The majority of patients with clinical stage I - II has been defined at diagnosis (67.7%). Mixed cellularity HD rate was highest in histologic types (46.2%). The treatment of HL were mainly chemotherapy with firstly ABVD (96,8%) with high response rate (97.9%). Radiotherapy was a

1. Bệnh viện Ung Bướu Tp HCM

- Ngày nhận bài (received): 19/5/2013; Ngày phản biện (revised): 25/7/2013;
- Ngày đăng bài (accepted): 26/8/2013
- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp: BSCKII. Nguyễn Thị Hồng Hạnh
- Người phản hồi (corresponding author): Nguyễn Trần Anh Thu
- Email: ocbien82@gmail.com. ĐT 0909099227

secondary treatment modality and was often used after chemotherapy in early stage patients (41%). 3-years overall survival rate and 3-years disease-free survival rate was 70,5% and was 67,8%. Patients > 55 ys, KPS ≤ 80 are unfavorable prognostic factors.

Conclusion : Adult HL have well response with chemotherapy and radiotherapy.

Key words: Hodgkin's Lymphoma, chemotherapy, radiotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lymphôm Hodgkin (hay còn gọi là bệnh Hodgkin - BH) là loại bệnh lý ác tính hiếm gặp của hệ lymphô-võng, chiếm ít hơn 25% toàn bộ lymphôm và dưới 1% toàn bộ bệnh lý ác tính không tính ung thư da [8]. Xuất độ hằng năm của BH theo UICC là 2-4/100.000 dân [4]. Theo ghi nhận ung thư quần thể tại TPHCM năm 2006, xuất độ chuẩn của BH tính chung cho cả hai giới là 0,15/100.000 dân [5]. Đây là loại bệnh mà nam giới có xuất độ cao hơn nữ giới. Tuổi thường gặp ở 2 đỉnh cao: người trẻ từ 20 – 35 tuổi và sau 50 tuổi [4]. Về điều trị, bệnh đáp ứng tốt với hóa và xạ trị. Thời gian sống không bệnh kéo dài nếu BN phát hiện sớm bệnh và điều trị đúng, đầy đủ. Theo ASCO, ở vào cuối thế kỷ XX hơn 90% bệnh nhân giai đoạn sớm I-II được chữa khỏi bằng phương thức điều trị mới [11]. Mục tiêu nghiên cứu: khảo sát một

số đặc điểm về dịch tễ học, chẩn đoán và điều trị của Lymphôm Hodgkin (LH) ở người lớn.

II. ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tổng số 65 trường hợp bệnh nhân LH ≥ 15 tuổi được chẩn đoán và điều trị tại khoa Nội 2 bệnh viện Ung Bướu trong 2 năm từ 1/1/2006 đến 31/12 /2007.

2.2. Phương pháp: Hồi cứu hồ sơ bệnh án và thống kê mô tả. Xử lý bằng thống kê SPSS 11.5

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Dịch tễ học: Tỷ lệ LH/Lymphôm chung: 6,2 %; Giới: Nam gặp nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam: nữ = 1,7: 1; Tuổi: Tuổi trung bình là 44 tuổi, tuổi trung vị là 38 tuổi. Chiếm tỷ lệ cao là 15-35 tuổi (46,2%) và > 55 tuổi (32,3%).

3.2. Lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân LH người lớn

Đặc điểm lâm sàng	n	%
Triệu chứng đầu tiên		
Hạch cổ	52	80
Hạch nách + hạch bẹn	13	20
KPS		
90-100	51	78,5
≤ 80	14	21,5
Triệu chứng B		
Có	45	69,2
Không	20	30,8
Bệnh cảnh lâm sàng		
Hạch cổ	58	89,2
Hạch nách	15	23,1
Hạch bẹn	12	18,5
Vòng Waldeyer	2	3,1
Ngoài hạch	12	18,5

3.3. Cận lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân LH

Đặc điểm cận lâm sàng	n	%
XQ ngực thẳng		
Hạch trung thất	16	24,7
Tràn dịch màng phổi	2	3,1
Bình thường	47	72,2
Siêu âm bụng		
Hạch ổ bụng	17	26,2
Thâm nhiễm lách	04	6,2
Thâm nhiễm gan	03	4,6
Tủy đồ		
Blast < 25%	03	4,6
Bình thường	62	95,4
Soi tai mũi họng		
Có tổn thương	04	6,6
Bình thường	57	93,4
Giải phẫu bệnh		
Típ I (ưu thế lymphô bào)	11	12,3
Típ II (xơ cục)	10	32,3
Típ III (hỗn hợp tế bào)	39	46,2
Típ IV (khíếm khuyết lymphô bào)	13	9,2

3.4. Chẩn đoán – Xếp giai đoạn

Chẩn đoán chủ yếu qua sinh thiết hạch ngoại vi (93,8%)

Bảng 3: Xếp giai đoạn (theo Ann Arbor) của LH người lớn

Giai đoạn	n	%
Giai đoạn I	11	16,9
IA	03	4,6
IB	08	12,3
Giai đoạn II	33	50,8
IIA	14	21,6
IIB	19	29,2
Giai đoạn III	19	29,2
IIIA	02	3,1
IIIB	17	26,1
Giai đoạn IV	02	3,1
IVA	01	1,55
IVB	01	1,55
Tổng số	65	100%

3.5. Điều trị

Số bệnh nhân có điều trị: Trong số 65 trường hợp, chỉ có 47 trường hợp điều trị đầy đủ (72,3%), điều trị dở dang 14 trường hợp (21,5%), 4 trường hợp bỏ điều trị (6,2%).

Phẫu thuật: Phẫu thuật chủ yếu là sinh thiết hạch ngoại biên: 62 trường hợp (95,4%). Có 3 trường hợp được mổ bụng thám sát (4,6%).

Xạ trị: Có 28/61 bệnh nhân Lymphôm Hodgkin có chỉ định xạ trị chiếm 45,9%.

Bảng 4: Chỉ định xạ trị ở bệnh nhân BH

Xạ trị	n	%
Phối hợp với hóa giai đoạn sớm	25	41
Xạ vị trí hạch còn sót giai đoạn trễ	02	3,3
Bệnh lý Bulky	01	1,6
Tổng	28	45,9

Liều xạ trung bình: 36 – 40Gy (89,3%)

Hóa trị: Trong số 47 trường hợp điều trị đầy đủ thì 100% bệnh nhân được hóa trị.

Phác đồ thường sử dụng nhất là ABVD (96,8%). 3,2% còn lại là COPP, MOPP.

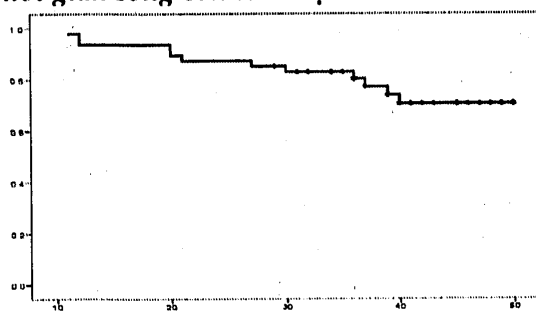
Bảng 5: Tỷ lệ đáp ứng của 47 bệnh nhân điều trị đầy đủ

Đáp ứng	n	%
Đáp ứng hoàn toàn	36	76,6
Đáp ứng một phần	10	21,3
Bệnh tiến triển	01	2,1

Độc tính hóa trị không đáng kể, đa số là độ 0 – 1, chỉ có 8,6% bệnh nhân giảm bạch cầu hạt độ 4.

Khảo sát thời gian sống còn: Thời gian theo dõi bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn nhất là 11 tháng và lâu nhất là 50 tháng. Thời gian theo dõi trung bình là 37 tháng, có 12 bệnh nhân tử vong cho đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Thời gian sống còn toàn bộ

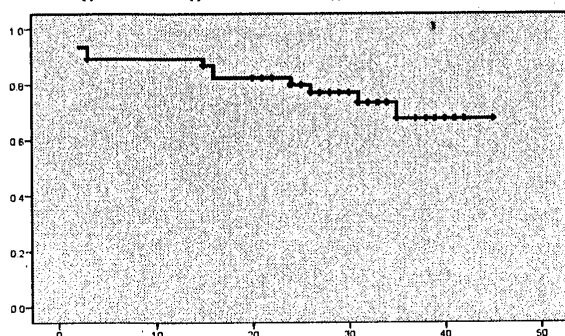


Thời gian sống còn toàn bộ

Biểu đồ 1: Thời gian sống còn toàn bộ

Thời gian sống còn toàn bộ trung bình là $43 \pm 1,7$ tháng. Xác suất sống còn toàn bộ 3 năm là 70,5%.

Thời gian sống còn không bệnh



Thời gian sống còn không bệnh

Biểu đồ 2: Thời gian sống còn không bệnh

Thời gian sống còn không bệnh trung bình là 36 ± 2 tháng. Xác suất sống còn không bệnh 3 năm là 67,8%.

Bảng 6: Khảo sát các yếu tố liên quan đến sống còn

Yếu tố	Phân nhóm	SCTB 3 năm (%)	p
Tuổi	15 – 35 tuổi	90,2	0,0001
	36 – 55 tuổi	100	
	> 55 tuổi	58,8	
KPS	90 – 100	88,7	0,003
	≤ 80	44,4	
Giới	Nam	81,5	0,1
	Nữ	78,5	
Giai đoạn	I – II	83,3	0,02
	III – IV	73,3	
Típ mô học	Típ 1	100	0,2
	Típ 2	85,1	
	Típ 3	72,1	
	Típ 4	75	

Tuổi > 55, KPS ≤ 80 là những yếu tố tiên lượng xấu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Dịch tễ

Tỷ lệ BH/Lymphôm chung: Trong 2 năm (2006 – 2007), chúng tôi ghi nhận được tỷ lệ LH/ lymphôm chung điều trị tại BVUB TPHCM là 6,2%. Tỷ lệ này khá thấp so với tác giả Stein H. 30% (Đức) [18] và tác giả Longo D. L. 11% (Mỹ) [16].

Phân bố theo giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi: Nam (63%)/ Nữ (37%) = 1,7/1. Tỷ lệ này cũng tương tự với các nghiên cứu khác tại Việt Nam và trên thế giới.

Phân bố theo tuổi: Tuổi trung bình là 44 tuổi, tuổi trung vị là 38 tuổi. Biên độ tuổi mắc bệnh khá rộng, dao động từ 18 đến 82 tuổi, tập trung chủ yếu ở 2 đỉnh tuổi là 15 đến 35 và trên 55. Xu hướng phân bố theo tuổi này cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Dessain S.K. và Friedberg J.W (đỉnh 15-34 và trên 50) [8], [12]. Như vậy, bệnh có thể gặp ở mọi tuổi nhưng nhiều ở người trẻ và lớn tuổi.

4.2. Lâm sàng

Triệu chứng phát hiện đầu tiên: Triệu chứng đầu tiên mà bệnh nhân phát hiện là có hạch phì đại, trong đó hạch cổ chiếm 80%, kết quả

này phù hợp với y văn. Theo N.T.Mai, triệu chứng hạch ngoại vi lớn gặp hầu hết ở bệnh nhân Lymphôm Hodgkin (97%) [3]. Theo tác giả N.H.Hải, triệu chứng đầu tiên thường gặp là hạch cổ (86,6%) [2].

Triệu chứng cơ năng: Triệu chứng toàn thân (triệu chứng B) bao gồm sốt, đổ mồ hôi đêm, sụt cân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 69,2% bệnh nhân có triệu chứng B lúc nhập viện, cao hơn tác giả N.H.Hải (37,3%) và tác giả L.H.Vũ (56,9%) [2], [4].

Triệu chứng thực thể: Theo nghiên cứu của chúng tôi, hạch cổ trên đòn là vị trí thường gặp nhất ở bệnh nhân BH, chiếm 89,2%. Điều này phù hợp y văn là bệnh Hodgkin thường khởi phát từ vị trí hạch cổ, diễn tiến theo kiểu tiếp cận và trục hướng tâm [13]. Kết quả chúng tôi cũng tương tự với tác giả Gupta R.K. (60 – 70%) và tác giả Cherikh W. S (75%) [11], [13]. Như vậy, trong nhiều nghiên cứu ở các vùng khác nhau về địa lý và điều kiện kinh tế, triệu chứng hạch cổ vẫn là triệu chứng nổi bật ở bệnh nhân Lymphôm Hodgkin. Các tổn thương ngoài hạch ít gặp hơn (18,5%). Điều này cũng phù hợp với y văn là khác với lymphôm không Hodgkin, tổn thương ngoài hạch thường ít gặp ở bệnh nhân Hodgkin, < 10% [12].

4.3. Cận lâm sàng

Tủy đồ: Tỷ lệ xâm lấn tủy xương là 4,6%. Tỷ lệ này thấp hơn tác giả L.H.Vũ (9,4%) và Friedberg J.M (5%) [4], [12] nhưng cao hơn tác giả N.H.Hải

(1,6%) và tác giả Gupta RK. (1 – 4%) [2], [13]. Theo y văn, khác với Lymphôm không Hodgkin, tỷ lệ xâm lấn tủy xương trong Lymphôm Hodgkin rất thấp, < 5% [12].

X quang ngực thẳng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 18 trường hợp phát hiện bất thường trên X quang ngực thẳng (27,8%), trong đó có 16 trường hợp phát hiện hạch trung thất, chiếm 24,7% (nhưng chỉ có 4 trường hợp là bulky hạch trung thất), và 2 trường hợp tràn dịch màng phổi (3,1%). Qua đó, kết quả phát hiện hạch trung thất của chúng tôi thấp hơn y văn (50 – 60%) nhưng cao hơn tác giả N.H.Hải (16,7%) [2], [12].

Siêu âm bụng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, phát hiện được 26,2% bệnh nhân có hạch ổ bụng, 6,2% thâm nhiễm lách và thâm nhiễm gan chiếm 4,6%. Tỷ lệ này lần lượt là 23,1%, 12,4% và 3% trong nghiên cứu của N.H.Hải [2]. Theo Selby A. tỷ lệ tổn thương trong ổ bụng là lách chiếm tỷ lệ cao nhất (30%), sau đó là hạch cạnh động mạch chủ bụng (25 – 35%), hạch chậu (10 – 15%), gan (5 – 15%) [15]. Kết quả mà Selby thu được là qua mổ bụng thám sát, nên cao hơn kết quả của chúng tôi thu được qua siêu âm. Điều này có thể giải thích là do trong bệnh Hodgkin, sang thương thâm nhiễm lách thường < 1cm, mà kích thước < 1cm thì khó phát hiện qua siêu âm. Do đó, chúng ta nên tiến hành chụp CT scan bụng cho tất cả bệnh nhân Lymphôm Hodgkin để khảo sát kỹ hơn các sang thương trong ổ bụng.

Giải phẫu bệnh

Bảng 7: Tỷ lệ BH phân bố theo tip mô học trong một số nghiên cứu

Tác giả	Típ 1	Típ 2	Típ 3	Típ 4
N.H.Hải [2]	10,4	31,3	35,8	11,9
N.T.Mai [3]	8,7	6,5	80,4	4,3
Stein H. [18]	5	70	20	5
Alexander S.V [5]	4	62	27	1
Nghiên cứu này	12,3	32,3	46,2	9,2

Trong nghiên cứu của chúng tôi, loại giải phẫu bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là loại hỗn hợp tế bào (típ 3: 46,2%), kế đến là loại xơ nốt (típ 2: 32,3%). Trong các nghiên cứu ở Việt Nam, cả phía Bắc lẫn

phía Nam đều ghi nhận nhóm mô học típ 3 chiếm ưu thế, khác biệt với nghiên cứu của tác giả nước ngoài (ưu thế típ 2).

4.4. Chẩn đoán – Xếp giai đoạn

Xếp giai đoạn: Kết quả của chúng tôi ghi nhận, đa số bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn sớm (giai đoạn I và II chiếm 67,7%), có ý nghĩa tiên lượng tốt cho điều trị.

Bảng 8: Tỷ lệ bệnh Hodgkin phân bố theo giai đoạn ở một số nghiên cứu

TÁC GIẢ	GD I	GD II	GD III	GD IV
N.T.Mai [3]	4,3%	76,1%	15,2%	4,3%
Stein R.S [19]	20%	40%	30%	10%
Krasin M.J [15]	18%	44,6%	18%	19,4%
Nghiên cứu này	16,9%	50,8%	29,2%	3,1%

Qua bảng phân tích trên, chúng ta thấy rằng các nghiên cứu trong và ngoài nước đều ghi nhận giai đoạn II chiếm tỷ lệ nhiều nhất, mặc dù trị số của tỷ lệ này khá chênh lệch giữa các nghiên cứu (từ 40% - 76,1%).

4.5. Điều trị

Phẫu trị: Phẫu thuật chủ yếu là sinh thiết hạch (95,4%) để có giải phẫu bệnh, trong đó chủ yếu là sinh thiết hạch cổ (80%). Điều này có thể giải thích là do hạch cổ là vị trí thường gặp nhất ở bệnh nhân Lymphôm Hodgkin.

Xạ trị: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 46,4% bệnh nhân xạ trị. Trong đó, phối hợp với hóa trị giai đoạn sớm là chỉ định thường gặp nhất, chiếm 89,3%. Xạ trị vị trí hạch còn sót giai đoạn trễ chỉ có 2 trường hợp, và 1 trường hợp Bulky. Không có trường hợp nào xạ trị đơn thuần. Xạ trị đơn thuần chỉ dành cho những giai đoạn sớm IA – IIA không có yếu tố bất lợi. Xu hướng hiện nay là hóa trị 2 – 4 chu kỳ và phối hợp với xạ trị vào vùng hạch bị tổn thương (30 – 35 Gy) để hạn chế độc tính [9]. Các giai đoạn III – IV hay có triệu chứng B thì hóa trị đủ 6 – 8 chu kỳ, không cần xạ trị bổ túc vì không đem lại lợi ích cho bệnh nhân mà còn làm tăng độc tính. Liệu xạ 36 – 40Gy, với liệu này bệnh nhân dung nạp được, các biến chứng xạ trị như xạ da, khô tuyến nước bọt thường nhẹ, có thể phục hồi được.

Hóa trị: Trong khảo sát này, tỷ lệ lựa chọn phác đồ ABVD là phác đồ điều trị chiếm hầu hết các trường hợp (96,8%). Chỉ có 1 trường hợp được điều trị phác đồ đầu tiên là MOPP và 1 trường hợp dùng COPP, chiếm tỷ lệ 3,2%. Trong nghiên cứu của tác

giả N.H.Hải và tác giả N.T.Mai, phác đồ ABVD cũng là phác đồ được lựa chọn nhiều nhất [2], [3]. Đối với bệnh nhân BH giai đoạn sớm, Wolf J. và cộng sự đã tiến hành so sánh hiệu quả điều trị giữa 4 chu kỳ ABVD với 4 chu kỳ BEACOPP trên 1047 BN (1998 – 2003), kết quả cho thấy không có sự khác biệt về sống còn toàn bộ 2 năm giữa 2 nhóm (ABVD 97% so với BEACOPP 98%) [21].

Đáp ứng: Kết quả của chúng tôi ghi nhận: 76,6% bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn sau hóa trị, 21,3% bệnh nhân có đáp ứng một phần và tỷ lệ bệnh tiến triển chỉ có 2,1%. Anderson J.R. và cộng sự cũng ghi nhận tỷ lệ đạt CR của ABVD là 81% [9]. So với nghiên cứu của N.H.Hải, tỷ lệ đạt CR là 71% [2]. Như vậy, phác đồ ABVD cho hiệu quả đáp ứng tốt trên bệnh nhân LH.

Khảo sát thời gian sống còn toàn bộ và không bệnh: Chúng tôi ghi nhận được thời gian sống còn toàn bộ trung bình là $43 \pm 1,7$ tháng. Xác suất sống còn toàn bộ 3 năm là 70,5%. Thời gian sống còn không bệnh trung bình là 36 ± 2 tháng. Xác suất sống còn không bệnh 3 năm là 67,8%.

Bảng 9: Xác suất sống còn toàn bộ và không bệnh của một số nghiên cứu

Tác giả	Sống còn	
	TB (%)	KB(%)
N. H.Hải [2]	88	79
Anderson H. [11]	74	64
Milan [6]	93	95
Vancouver [14]	97	98
GHSG [20]	98	96
Nghiên cứu này	70,5	67,8

Qua bảng phân tích trên, chúng ta thấy rằng tuy có sự khác nhau về kết quả sống còn giữa các nghiên cứu, nhưng nhìn chung xác suất sống còn toàn bộ và không bệnh của bệnh nhân khá cao, > 60%. Bệnh nhân LH giai đoạn sớm có xác suất sống còn toàn bộ và không bệnh cao hơn nhóm giai đoạn tiến xa.

Sống còn toàn bộ theo một số yếu tố tiên lượng

Thời gian sống còn toàn bộ theo nhóm tuổi: Kết quả của chúng tôi ghi nhận được xác suất sống còn toàn bộ 3 năm của nhóm bệnh nhân 36 – 55 tuổi là 100%, cao hơn nhóm bệnh nhân 15 – 35 tuổi (90,2%) và nhóm bệnh nhân > 55 tuổi (58,8%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0001$). Như vậy, cũng như y văn, khảo sát này cho thấy bệnh nhân trên 55 tuổi có tiên lượng sống còn thấp.

Thời gian sống còn toàn bộ theo chỉ số thể trạng KPS: Khảo sát của chúng tôi ghi nhận chỉ số thể

trạng càng cao thì bệnh càng có tiên lượng tốt, thời gian sống còn càng dài. Với xác suất sống còn toàn bộ 3 năm ở nhóm bệnh nhân có KPS 90 – 100 là 88,7%, cao hơn hẳn nhóm bệnh nhân có KPS < 90 là 44,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p = 0,003$. Điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu trên 4754 bệnh nhân tại Đức của tác giả Josting A [13].

V. KẾT LUẬN

Lymphôm Hodgkin là bệnh lý đáp ứng tốt với điều trị. Hóa trị là phương pháp điều trị chủ yếu ở tất cả các giai đoạn. Ở bệnh nhân giai đoạn sớm, hóa trị phối hợp với xạ trị cho kết quả đáp ứng tốt. Cần có thêm những nghiên cứu khác ở bệnh nhân tiên lượng xấu để cải thiện kết quả điều trị Lymphôm Hodgkin ngày một tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Có 21 tài liệu tham khảo, nếu có nhu cầu xin đọc giả liên hệ với tác giả