

là 2.95 ± 0.99 , hầu hết bệnh nhân đau nhẹ không cần sử dụng thuốc giảm đau. Thời gian nằm viện ngắn, trung bình 4.86 ± 1.06 ngày. Nhìn chung, hiện nay TOETVA đang là xu hướng phẫu thuật với vi ung thư tuyến giáp cả trên thế giới cũng như tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã bước đầu cho thấy tính an toàn và hiệu quả trong điều trị bệnh cũng như kết quả thẩm mỹ tối ưu của phẫu thuật nội soi qua tiền đình miệng đối với bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anuwong A.** Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach: a series of the first 60 human cases. *World J Surg.* 2016;40(3):491-497
2. **Russell JO, Sahli ZT, Shaear M, Razavi C, Ali K, Tufano RP.** Transoral thyroid and parathyroid surgery via the vestibular approach—a 2020

update. *Gland Surg* 2020;9(2):409-416. doi: 0.21037/gs.2020.03.05

3. **Le QV, Ngo DQ, Ngo QX.** Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA): A case report as new technique in thyroid surgery in Vietnam. *Int J Surg Case Rep.* 2018;50:60-63
4. **Ahn JH, Yi JW.** Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid carcinoma: outcomes and surgical completeness in 150 single-surgeon cases. *Surg Endosc.* 2020 Feb;34(2):861-867
5. **Mai Thế Vương.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật của bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện K. Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019
6. **Wang Y, Zhou S, Liu X, et al.** Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach vs conventional open thyroidectomy: Meta-analysis. *Head & Neck.* 2020; 1–9
7. **Nguyễn Xuân Hậu, Nguyễn Xuân Hiền, Lê Văn Quảng.** Phẫu thuật nội soi đường miệng cắt tuyến giáp vệt hạch trong vi ung thư tuyến giáp. *Tạp Chí Y Học Lâm Sàng - Số 67/2021*

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CHỈ SỐ NLR, PLR TRONG DỰ BÁO ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ VỚI PHÁC ĐỒ HÓA CHẤT CÓ PLATINUM

Lê Huỳnh Đức¹, Nguyễn Thanh Xuân², Nghiêm Thị Minh Châu¹, Nguyễn Đức Hạnh³, Phạm Ngọc Diệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định ngưỡng giá trị tối ưu của chỉ số NLR, PLR trước điều trị trong dự báo đáp ứng điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV với phác đồ hóa chất có Platinum và mối liên quan với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 53 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV được điều trị hóa chất bước 1 với phác đồ có Platinum tại Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện Quân y 103 và Khoa Ung bướu – Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 1/2019 – tháng 8/2022. **Kết quả:** ngưỡng giá trị để dự báo đáp ứng điều trị hóa chất của NLR trước điều trị là 3,75, của PLR trước điều trị là 194. Bệnh nhân có NLR, PLR cao có chỉ số toàn trạng cao hơn và đáp ứng điều trị hóa chất kém hơn so với NLR, PLR thấp ($p < 0,01$). Tỷ lệ nam giới, u

phổi phải ở nhóm $PLR \geq 194$ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm $PLR < 194$ lần lượt với $p = 0,019$; $p = 0,018$.

Kết luận: chỉ số NLR, PLR trước điều trị có khả năng dự báo đáp ứng điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV với phác đồ có chứa Platinum.

Từ khóa: chỉ số NLR, PLR, ung thư phổi

SUMMARY

STUDY ON THE VALUES OF NLR, PLR INDEX IN PREDICTING TREATMENT RESPONSE FOR PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER USING PLATINUM-BASED CHEMOTHERAPY

Objectives: Determining the optimal threshold value of pretreatment NLR and PLR index in predicting treatment response in stage IV NSCLC patients who received platinum-based chemotherapy and association with clinical and subclinical characteristics. **Subjects and methods:** A retrospective and prospective descriptive study on 53 stage IV NSCLC patients who received platinum-based chemotherapy regimens at the Oncology Center - Military Hospital 103 and the Oncology Department - National Lung Hospital from January 2019 to August 2022. **Results:**

¹Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Trung ương Huế

³Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huỳnh Đức

Email: dhdy13b1@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.9.2022

Ngày duyệt bài: 12.10.2022

the threshold value for predicting the chemical treatment response of pretreatment NLR was 3.75, and that pretreatment PLR was 194. Patients with high NLR, PLR had significantly higher PS and worse responses to the treatment than those with low NLR, PLR ($p < 0.01$). The proportion of men and right lung tumors in the PLR group ≥ 194 was significantly higher than in the PLR group < 194 respectively with $p = 0.019$; $p = 0.018$. **Conclusion:** Pretreatment NLR and PLR indexes can predict treatment outcomes in stage IV NSCLC patients who received platinum-based chemotherapy regimens.

Keywords: NLR and PLR index; lung cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thực hành lâm sàng ung thư phổi (UTP) được chia thành ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) và ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN), trong đó UTPKTBN là chủ yếu, chiếm khoảng 85% [1]. Tiên lượng UTP rất xấu, thời gian sống thêm toàn bộ cho tất cả các giai đoạn sau 5 năm chỉ khoảng 22,9%, có tới 55% bệnh nhân đã có di căn tại thời điểm chẩn đoán, tỉ lệ sống sót sau 5 năm chỉ còn khoảng 7% [2]. Đối với bệnh nhân UTP KTBN di căn, điều trị hóa chất giữ vai trò quan trọng, các phác đồ điều trị được xây dựng dựa trên hóa chất nhóm Platinum đã góp phần mang lại hiệu quả nhất định, tuy nhiên vẫn còn một tỉ lệ bệnh nhân không đáp ứng điều trị và có những tác dụng phụ không mong muốn. Vì vậy, việc tìm ra một công cụ có khả năng dự báo đáp ứng điều trị, từ đó lựa chọn phương thức điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân là cần thiết.

Một trong những yếu tố tiên lượng được quan tâm trong các nghiên cứu gần đây là mối quan hệ giữa viêm và ung thư. Viêm đóng vai trò quan trọng trong hình thành vi môi trường khối u – môi trường thuận lợi cho sự hình thành và phát triển của tế bào ung thư. Trong vi môi trường u, tế bào lympho có vai trò chống lại khối u, đã được ứng dụng nhiều trong điều trị miễn dịch. Tế bào bạch cầu trung tính và tiểu cầu được nhắc đến nhiều với vai trò thúc đẩy sự xâm lấn, phát triển di căn của khối u. Về mặt số học chỉ số NLR (số lượng bạch cầu trung tính/lympho), PLR (số lượng tiểu cầu/lympho) tăng cao thể hiện sự thăng thế của các yếu tố thúc đẩy u ở trong máu, phần nào phản ánh sự thay đổi tương tự bên trong vi môi trường u. Thực tế, các nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy vai trò tiềm năng của chỉ số NLR, PLR trong tiên lượng ung thư nói chung, ung thư phổi nói riêng. NLR, PLR có mối liên quan với OS, PFS và tỉ lệ đáp ứng điều trị. Tuy nhiên, chưa có sự thống nhất về ngưỡng giá

trị tối ưu của chỉ số NLR, PLR. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào thực hiện trên bệnh nhân UTP KTBN giai đoạn IV điều trị hóa chất phác đồ dựa trên Platinum. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *xác định ngưỡng giá trị tối ưu của chỉ số NLR, PLR trong dự báo đáp ứng điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV với phác đồ hóa chất có Platinum và mối liên quan với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Trên 53 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV, được điều trị nội trú tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Quân y 103 và khoa Ung bướu - Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 01/2019 đến tháng 8/2022

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

- Cỡ mẫu: toàn bộ

- Tiêu chuẩn chọn: bệnh nhân mới được chẩn đoán xác định UTPKTBN giai đoạn IV được điều trị hóa chất bước một với phác đồ có Platinum

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Mặc các ung thư khác

+ Bệnh nhân xạ trị phổi hợp ở vùng ngực

+ Tại thời điểm chẩn đoán có mắc các bệnh viêm nhiễm cấp hoặc mạn tính, các bệnh kèm theo có ảnh hưởng đến chức năng tủy xương (nhiễm độc, suy thận, xơ gan, bệnh lý cơ quan tạo máu). Bệnh nhân đang có chảy máu.

+ Dùng các thuốc thuốc kích thích tạo máu trong vòng 1 tháng trước khi xét nghiệm máu, hoặc các thuốc ảnh hưởng đến hệ miễn dịch 7 ngày trước khi lấy máu xét nghiệm hoặc truyền máu và các chế phẩm máu trong vòng 14 ngày trước khi xét nghiệm máu.

+ Bệnh nhân không đầy đủ thông tin nghiên cứu hoặc từ chối tham gia nghiên cứu

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu. Tuổi, giới, PS, vị trí u, giai đoạn bệnh, mô bệnh học, đột biến EGFR, ngưỡng giá trị tối ưu chỉ số NLR, PLR trong dự báo đáp ứng điều trị và mối liên quan với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

2.4. Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu

- Phân điểm toàn trạng theo ECOG

- Phân giai đoạn theo TNM lần thứ 8 của AJCC (2017)

- Đánh giá đáp ứng điều trị theo RECIST 1.1. Bệnh ổn định, đáp ứng một phần, đáp ứng hoàn

toàn được xếp vào nhóm có đáp ứng, bệnh tiến triển được xếp vào nhóm không đáp ứng với hóa chất.

2.5. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Số liệu thu thập trên bệnh án hồi cứu, thăm khám lâm sàng và trao đổi thông tin qua điện thoại.
- Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 26.0

- Các thuật toán sử dụng trong nghiên cứu: Phân tích đường cong ROC, xác định điểm Cut-off chỉ số NLR, PLR dựa trên giá trị chỉ số Youden index (sensitivity + specificity-1) lớn nhất, so sánh 2 số trung bình bằng kiểm định T-test, so sánh các tỉ lệ sử dụng test χ^2 hoặc Fisher.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. 3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị

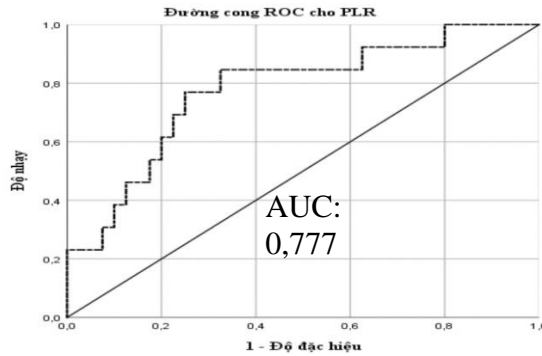
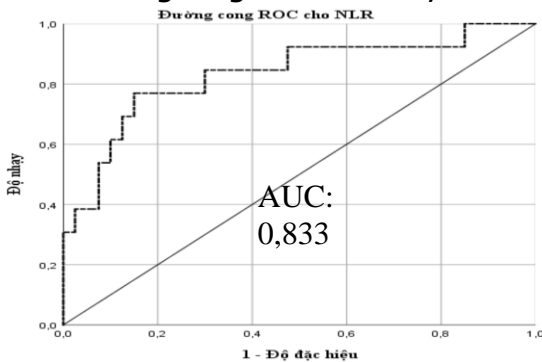
Đặc điểm	n (%)	Đặc điểm	n (%)
Tuổi: $\bar{x} \pm SD$	60 \pm 8,2 (35 – 75)	Giai đoạn hạch:	
≥ 60	49,1	N < 2	5,7
< 60	50,9	N2,3	94,3
Giới tính: Nam	84,9	Giai đoạn bệnh: IVA	26,4
Nữ	15,1	IVB	73,6
Hút thuốc:		Mô bệnh học: UTBM tuyến	83
Không	49,1	UTBM tế bào vảy	13,2
Có	50,9	UTBM tuyến – vảy	1,9
		UTBM tế bào lớn	1,9
PS: 0	5,7	Đột biến EGFR: Không	71,7
1	71,7	Có	7,5
2	24,6	Không rõ	20,8
Vị trí u: Phổi phải	49	Phác đồ điều trị: Bộ đôi Platinum	88,7
Phổi trái	51	Bộ đôi + Bebacizumab	11,3
Giai đoạn u:		Đáp ứng điều trị: Đáp ứng một phần	43,4
T1,2	18,9	Bệnh giữ nguyên	32,1
T3,4	81,1	Không đáp ứng	24,5

Nhận xét: - Tuổi trung bình là 60 \pm 8,2, đa số có tuổi \geq 50 (88,7%), tỉ lệ nam/nữ là 5,6. Bệnh nhân có PS 0 – 2, chủ yếu là PS 0 – 1 (77,4%).

- U có giai đoạn T3, 4 chiếm (81,1%), N2,3 (94,3%). Mô bệnh học UTBM tuyến chiếm chủ yếu (83%), 4 bệnh nhân có đột biến EGFR chiếm 9,5% (4/42) trong số bệnh nhân xét nghiệm

- 100% bệnh nhân điều trị hóa chất chứa Platinum, chủ yếu là phác đồ bộ đôi (88,7%). Tỉ lệ kiểm soát bệnh (có đáp ứng) là 75,5%, trong đó đáp ứng một phần chiếm chủ yếu 43,4%, không có đáp ứng hoàn toàn, tỉ lệ bệnh tiến triển là 24,5%

3.2. Đường cong ROC cho NLR, PLR



Hình 3. 1. Đường cong ROC cho NLR (bên trái), PLR (bên phải).

Nhận xét: - Diện tích dưới đường cong ROC đối với NLR là 0,833 (95%, KTC: 0,692 – 0,974), giá trị điểm cắt là 3,75 có độ nhạy là 76,9%, độ đặc hiệu là 85% với p < 0,001.

- Diện tích dưới đường cong ROC đối với PLR là 0,777 (95%, KTC: 0,630 – 0,924), giá trị điểm cắt là 194 có độ nhạy là 76,9%, độ đặc hiệu là 75% với p = 0,003.

3.3. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với chỉ số NLR, PLR

Bảng 3. 4. Mỗi liên quan của đặc điểm lâm sàng với chỉ số NLR, PLR

Đặc điểm		NLR < 3,75	NLR ≥ 3,75	p	PLR < 194	PLR ≥ 194	p
		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Tuổi	< 60	19 (51,4)	7 (43,8)	0,611	16 (48,5)	10 (50)	0,915
	≥ 60	18 (48,6)	9 (56,2)		17 (51,5)	10 (50)	
Giới	Nam	29 (78,4)	16 (100)	0,088	25 (75,8)	20 (100)	0,019
	Nữ	8 (21,6)	0 (0)		8 (24,2)	0 (0)	
Hút thuốc	Không	18 (48,6)	8 (50)	0,928	19 (57,6)	7 (35)	0,111
	Có	19 (51,4)	8 (50)		14 (42,4)	13 (65)	
PS	PS 0 - 1	35 (91,9)	6 (50)	< 0,001	30 (90,9)	11 (55)	0,005
	PS 2	2 (8,1)	10 (50)		3 (9,1)	9 (45)	

Nhận xét: - NLR ≥ 3,75 có tỉ lệ PS 2 (50%) cao hơn so với nhóm có NLR < 3,75 (8,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Không có mối liên quan giữa giới, tuổi, hút thuốc lá với NLR
- PLR ≥ 194 có tỉ lệ PS 2 (45%) cao hơn so với nhóm có PLR < 194 (9,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,005. Tỉ lệ nam ở nhóm ở nhóm PLR ≥ 194 là 100%, PLR < 194 là 75,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,019.

Bảng 3. 5. Mỗi liên quan của vị trí, giai đoạn, mô bệnh học và đột biến EGFR với chỉ số NLR, PLR

Đặc điểm		NLR < 3,75	NLR ≥ 3,75	p	PLR < 194	PLR ≥ 194	p
		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Vị trí	Phổi phải	17 (45,9)	9 (56,3)	0,491	12 (36,4)	13 (70)	0,018
	Phổi trái	20 (54,1)	7 (43,7)		21 (63,6)	7 (30)	
Giai đoạn T	T1,2	8 (21,6)	2 (12,5)	0,704	7 (21,2)	3 (15)	0,286
	T3,4	29 (78,4)	14 (87,5)		26 (78,8)	17 (85)	
Giai đoạn N	N < 3	16 (43,2)	11 (68,8)	0,088	15 (45,5)	12 (60)	0,305
	N3	21 (56,8)	59 (31,2)		18 (55,5)	8 (40)	
Giai đoạn TNM	IVA	28 (75,7)	11 (68,8)	0,736	25 (75,8)	14 (70)	0,645
	IVB	9 (24,3)	5 (31,2)		8 (24,2)	6 (30)	
Mô bệnh học	Không BM tuyến	6 (16,2)	3 (18,8)	1	6 (18,2)	3 (15)	1
	BM tuyến	31 (83,8)	13 (81,2)		27 (81,8)	17 (85)	
EGFR	Không	26 (70,3)	12 (75)	0,549	21 (63,6)	17 (85)	0,074
	Có	2 (5,4)	2 (12,5)		2 (6,1)	2 (10)	
	Không rõ	9 (24,3)	2 (12,5)		10 (30,3)	1 (5)	

Nhận xét: - Tỉ lệ u phổi phải ở nhóm PLR ≥ 194 là 70%, ở nhóm PLR < 194 là 36,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,018. Tỉ lệ u phổi phải ở nhóm NLR ≥ 3,75 cũng cao hơn so với NLR < 3,75, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- Không có mối liên quan giữa giai đoạn bệnh, mô bệnh học, tình trạng đột biến EGFR với chỉ số NLR, PLR

3.3. Mối liên quan giữa đáp ứng điều trị với chỉ số NLR, PLR

Bảng 3. 6. Mỗi liên quan giữa đáp ứng điều trị với chỉ số NLR, PLR

Chỉ số NLR, PLR		Số lượng	Không đáp ứng n (%)	Có đáp ứng n (%)	p
NLR	NLR < 3,75	37	3 (8,1)	34 (91,9)	< 0,001
	NLR ≥ 3,75	16	10 (62,5)	6 (37,5)	
PLR	PLR < 194	33	3 (9,1)	30 (90,9)	0,002
	PLR ≥ 194	20	10 (50)	10 (50)	
Tổng		53	13 (24,5)	40 (75,5)	

Nhận xét: Bệnh nhân có NLR ≥ 3,75, PLR ≥ 194 có tỉ lệ đáp ứng với điều trị kém hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có tỉ lệ NLR, PLR thấp hơn đều có p < 0,01.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 53 bệnh nhân UTPKTBN có độ tuổi trung bình là 60 ± 8,2. Bệnh nhân ít tuổi nhất là 35 - là trường hợp duy nhất < 40 tuổi, tỉ lệ bệnh nhân có tuổi ≥ 50 chiếm 88,7% (Bảng 3.1). Kết quả này tương đồng về

độ tuổi ung thư phổi ở các nghiên cứu trong và ngoài nước. Trong nghiên cứu Liu. H và cộng sự (2013) trên 210 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn được điều trị bước 1 bằng hóa chất chứa Platinum có độ tuổi trung bình là 61 [3]. Nghiên cứu của Liu. D và cộng sự (2018) là 60 [4]. Trong nghiên cứu của Berardi. R và cộng sự (2016) có độ tuổi trung bình là 68 cao hơn so với các nghiên cứu kể trên, điều này có thể do đối tượng của nghiên cứu này là các bệnh nhân ở châu Âu có tuổi thọ trung bình cao hơn, tỉ lệ nữ giới trong nghiên cứu cũng cao hơn chiếm 31%, trong khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 15,1%, có thể là do tỉ lệ hút thuốc ngày tăng cao ở phụ nữ phương Tây [5].

Về mô bệnh học, chủ yếu là UTBM tuyến chiếm 83%, tỉ lệ có đột biến EGFR là 9,5% (4/42 bệnh nhân xét nghiệm), tỉ lệ này tương đồng với Berardi. R và cộng sự (10%), theo thống kê đột biến EGFR thường gặp ở người châu Á hơn so với người châu Âu, tuy nhiên những bệnh nhân có đột biến EGFR đủ điều kiện điều trị TKIs được chúng tôi loại ra khỏi nghiên cứu làm cho tỉ lệ này bị kéo xuống thấp hơn so với thực tế.

Theo kết quả phân tích đường cong ROC cho NLR (hình 3.1), Diện tích dưới đường cong ROC đối với NLR là 0,833 (95%, KTC 0,692 – 0,974), giá trị điểm cắt là 3,75 có độ nhạy là 76,9%, độ đặc hiệu là 85% với $p < 0,001$. Trước điều trị chỉ số NLR cao dự báo đáp ứng kém với điều trị hóa chất, cụ thể: NLR $\geq 3,75$ có tỉ lệ đáp ứng là 37,5% kém hơn NLR $< 3,75$ (91,9%, $p < 0,001$) (bảng 3.4). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Rossana. B và cộng sự (2016), phân tích đường cong ROC, xác định được 3,7 là ngưỡng giá trị của NLR để phân biệt giữa bệnh nhân có OS tốt và xấu. Đối với đáp ứng với điều trị bước một, bệnh nhân có NLR $\geq 3,7$ cũng có tỉ lệ bệnh tiến triển cao hơn so với NLR $< 3,7$.

Trong nghiên cứu của Liu. D và cộng sự (2018) giá trị điểm cắt NLR là 3 có thấp hơn một chút, đây là một nghiên cứu có cỡ mẫu lớn với 934 bệnh nhân bao gồm cả UTPTBN và UTPKTBN ở mọi giai đoạn, một điểm khác biệt nữa là trong nghiên cứu này tác giả xếp nhóm không đáp ứng bao gồm bệnh tiến triển, bệnh ổn định và đáp ứng một phần, còn đáp ứng toàn bộ tương ứng với có đáp ứng. Theo đó, bệnh nhân có NLR < 3 trước điều trị có tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn (30,6%) cao hơn so với nhóm NLR ≥ 3 (17,1%, $p < 0,001$).

Về mối liên quan NLR với đặc điểm lâm sàng, trong nghiên cứu Liu. D cho thấy phụ nữ, không hút lá, ung thư biểu mô tuyến có tỉ lệ xuất hiện ở

nhóm NLR thấp < 3 nhiều hơn so với nhóm có NLR cao hơn. NLR ≥ 3 có liên quan tới đặc điểm khối u như giai đoạn muộn, đáp ứng kém với hóa trị (tất cả đều có $p < 0,01$). Theo bảng 3.2 và 3.3 trong nghiên cứu chúng tôi, bệnh nhân có NLR $\geq 3,75$ có tỉ lệ PS 2 là 50% cao hơn so với nhóm NLR thấp (8,1%, $p < 0,001$), ngoài ra không có mối liên quan nào khác. Tương tự, PLR ≥ 194 có tỉ lệ PS 2 là 45% cao hơn so với nhóm có PLR < 194 (9,1%, $p = 0,005$). Bên cạnh đó, tỉ lệ nam giới, u phổi phải ở nhóm PLR ≥ 194 cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có PLR < 194 lần lượt với $p = 0,019$ và $p = 0,018$, giá trị điểm cắt 194 mà chúng tôi tính được là dựa trên đường cong ROC cho PLR (hình 3.1). Theo đó, diện tích dưới đường cong của PLR là 0,777 (95% KTC: 0,630 – 0,924), tại điểm cắt có độ nhạy là 76,9%, độ đặc hiệu là 75% với $p = 0,003$. Trước điều trị chỉ số PLR cao dự báo đáp ứng kém với điều trị hóa chất, cụ thể: PLR ≥ 194 có tỉ lệ đáp ứng là 50% kém hơn PLR < 194 (90,9%, $p < 0,002$).

Nghiên cứu của Liu. H và cộng sự (2013) có thiết kế tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi và kết quả cũng cho thấy PLR có khả năng tiên lượng đáp ứng điều trị bước một với phác đồ hóa chất có chứa Platinum ở bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn muộn, theo nhóm nghiên cứu diện tích dưới đường cong ROC là 0,696 (95% KTC: 0,610 – 0,781) và 152,6 là ngưỡng giá trị của PLR để dự đoán đáp ứng điều trị, với độ nhạy 70,4% và độ đặc hiệu của 67,3%. Điểm cắt trong nghiên cứu này cũng như khả năng tiên lượng của PLR thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (Điểm cắt 194, độ nhạy 76,9% và độ đặc hiệu 75%). Sự khác biệt này có thể là do đối tượng bệnh nhân, cũng như phác đồ điều trị giữa 2 nghiên cứu có sự khác nhau: trong nghiên cứu của Liu. H và cộng sự bao gồm bệnh nhân giai đoạn III – IV, trong đó biểu mô tuyến chiếm 66,19%, phác đồ được sử dụng nhiều nhất là Docetaxel kết hợp Platinum (58,57%) và Gemcitabine kết hợp Platinum (23,81%) còn trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có giai đoạn IV, UTBM tuyến chiếm 83% và phác đồ có bộ đôi Paclitaxel + Carboplatin \pm Bevacizumab là phác đồ chính được sử dụng (94,3%).

Một điều trùng hợp là PLR ≥ 194 cũng là cho thấy tỉ lệ thời gian OS, DFS ngắn hơn đáng kể ở trong nghiên cứu của Unal. D và cộng sự đã công bố trên tạp chí Ung thư Châu Á Thái Bình Dương năm 2013, tuy nhiên nghiên cứu này lại phủ nhận vai trò của NLR, PLR trong dự báo đáp ứng điều trị. Chúng tôi cho rằng sự bất đồng này là dễ hiểu, bởi các bệnh nhân trong nghiên cứu

của nhóm tác giả có giai đoạn sớm hơn từ II – III và phương pháp điều trị là hóa xạ trị triệt căn còn trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân xạ trị phối hợp tại lồng ngực được loại ra khỏi nghiên cứu [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chưa có được số liệu PFS và OS trong các so sánh, tuy nhiên những kết quả thu được cũng khá tương đồng với những công bố kể trên.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 53 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV được điều trị hóa chất có Platinum, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Trước điều trị chỉ số NLR $\geq 3,75$, PLR ≥ 194 có tỉ lệ đáp ứng với điều trị hóa chất kém hơn
- Bệnh nhân có NLR $\geq 3,75$, PLR ≥ 194 có chỉ số toàn trạng cao hơn. Tỉ lệ nam giới, u phổi phải ở nhóm PLR ≥ 194 cao hơn có ý nghĩa so với nhóm PLR < 194 .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hàn Thị Thanh Bình (2018)** Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, IV bằng hóa trị phác đồ Cisplatin kết hợp với

Paclitaxel hoặc Etoposide, Luận án Tiến sĩ Ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. **The Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program of National Institutes of Health (2019)**, Cancer Stat Facts: Lung and Bronchus Cancer (2012-20218). <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/lungb.html>
3. **Liu. H., Wu. Y., Wang. Z., et al. (2013)** Pretreatment platelet-to-lymphocyte ratio (PLR) as a predictor of response to first-line platinum-based chemotherapy and prognosis for patients with non-small cell lung cancer. *Journal of thoracic disease.*, 5 (6): 783.
4. **Liu. D., Jin. J., Zhang. L., et al. (2018)** The neutrophil to lymphocyte ratio may predict benefit from chemotherapy in lung cancer. *Karger.*, 46 (4): 1595-1605.
5. **Berardi. R., Rinaldi. S., Santoni. M., et al. (2016)** Prognostic models to predict survival in patients with advanced non-small cell lung cancer treated with first-line chemo-or targeted therapy. *Oncotarget.*, 7(18): 26916.
6. **Unal. D., Erogu. C., Kurtul. N., et al. (2013)** Are neutrophil/lymphocyte and platelet/lymphocyte rates in patients with non-small cell lung cancer associated with treatment response and prognosis?. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.*, 14 (9): 5237-5242

TÁC ĐỘNG CỦA DỊCH COVID 19 ĐẾN SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ MỘT SỐ BỆNH VIỆN TẠI HÀ NỘI NĂM 2021

Nguyễn Thanh Thảo¹, Trần Hoàng Dương², Lê Thị Thanh Xuân¹,
Nguyễn Ngọc Anh¹, Phạm Thị Quân¹, Tạ Thị Kim Nhung¹,
Nguyễn Thị Quỳnh¹, Nguyễn Thị Thu Huyền³, Lương Mai Anh³

TÓM TẮT

Một nghiên cứu cắt ngang nhằm đánh giá tác động của đại dịch Covid 19 đối với sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế vào năm 2021. Nghiên cứu nhằm phân tích các yếu tố liên quan đến tác động của Covid-19 đối với sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế. Phỏng vấn trực tiếp được thực hiện để thu thập dữ liệu từ 470 đối tượng là nhân viên y tế tại các bệnh viện khác nhau trên địa bàn Hà Nội. Tác động của Thang đo sự kiện - Đã sửa đổi được sử dụng để phân tích tác động của đại dịch COVID 19 đến sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế trong thời gian nghiên cứu. Kết quả của

cuộc nghiên cứu cho thấy 9,8% đối tượng đang có vấn đề về tâm thần cần được quan tâm, trong khi 23,2% nhân viên y tế đang bị tâm thần lâu dài và 1,5% tổng số bệnh nhân được chẩn đoán là bị căng thẳng. Điểm trung bình của "Phản ứng thái quá" đối với Covid-19 là cao nhất ($12,5 \pm 9,1$), tiếp theo là "Lảng tránh" ($5,0 \pm 4,8$) và "Chênh vênh" ($4,1 \pm 4,1$). Nhân viên y tế là nữ tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân, nữ nhân viên y tế có trình độ học vấn thấp, tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân và các nhân viên khác và làm việc nhiều giờ, có nguy cơ bị các vấn đề tâm thần cao hơn những người khác. Tiêm phòng sẽ giúp giảm nguy cơ mắc các vấn đề tâm thần đó.

Từ khóa: Tác động đến sức khỏe tâm thần, nhân viên y tế, Covid 19, Hà Nội

SUMMARY

IMPACT OF COVID 19 TO MENTAL HEALTH OF HEALTH CARE WORKER IN SOME HOSPITALS IN HANOI IN 2021

A cross sectional study was applied to the impact of the Covid 19 pandemic on the mental health of medical staff in 2021. The study aims to analyze factors

¹Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Cục Quản lý môi trường Y tế.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Thảo

Email: nguyenthanhthao@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2022

Ngày duyệt bài: 10.10.2022