

yếu tố nền như tuổi, giới tính, phân loại ASA, loại phẫu thuật, cũng như liều lượng thuốc mê và giãn cơ sử dụng giữa hai nhóm là tương đương, loại trừ các yếu tố gây nhiễu. Những kết quả này khẳng định rằng nefopam là một biện pháp dự phòng run sau gây mê hiệu quả và an toàn trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Cơ chế chống run của nefopam liên quan đến tác động lên các dẫn truyền thần kinh monoamin. Nefopam là thuốc giảm đau trung ương không gây mê, ức chế tái hấp thu serotonin, noradrenalin và dopamin tại synap.³ Việc tăng hoạt tính các monoamin này có thể hạ thấp ngưỡng run và thúc đẩy trạng thái hạ thân nhiệt, từ đó làm giảm phản ứng run cơ sau gây mê. Những nghiên cứu trước đây cũng cho thấy các monoamin đóng vai trò điều hòa thân nhiệt, với cơ chế chung là tạo thuận lợi cho hạ thân nhiệt và ức chế phản xạ run. Nhờ vậy, nefopam có hiệu quả chống run mà không gây ức chế hô hấp hay an thần mạnh như các thuốc nhóm opioid.

Các kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế trước đó. Trong một phân tích tổng hợp lớn do Lv Meng và cộng sự thực hiện trên 11 thử nghiệm ngẫu nhiên, nefopam làm giảm đáng kể nguy cơ run sau mổ với tỷ số nguy cơ tương đối (RR) là 0,08 (95% CI: 0,05–0,13) so với giả dược, cho thấy hiệu quả phòng ngừa mạnh mẽ của thuốc.⁶ Gần đây hơn, Dinges et al. (2023) thực hiện một phân tích tổng hợp mạng từ 32 thử nghiệm, trong đó nefopam được xếp vào nhóm thuốc có hiệu quả cao nhất trong kiểm soát run, ngang hàng với meperidin và clonidin, nhưng với ít tác dụng phụ hơn.⁷ Nghiên cứu ngẫu nhiên mù đôi của Mahajan và cộng sự⁸ cho thấy nefopam vượt trội hơn nalbuphine trong điều trị run sau mổ ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt túi mật. Thời gian hết run nhanh hơn và tỷ lệ đáp ứng cao hơn ở nhóm nefopam, trong khi các tác dụng phụ như đau tại chỗ tiêm, buồn nôn và ngửa xuất hiện nhiều hơn ở nhóm nalbuphine. Như vậy, dữ liệu lâm sàng cho thấy nefopam có hiệu lực cao trong dự phòng run sau mổ nội soi ổ bụng gây mê toàn thân. Việc sử dụng nefopam giúp cải thiện sự thoải mái sau mổ và đẩy nhanh quá trình hồi phục, khi vừa giảm run vừa tránh được những tác dụng phụ thường gặp của các thuốc chống run truyền thống.

Run sau phẫu thuật không chỉ gây khó chịu mà còn có thể dẫn đến các rối loạn sinh lý nghiêm trọng, đặc biệt trên những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch nền. Theo biểu đồ 1 trong nghiên cứu, nhóm chứng (không dùng nefopam) có nhịp tim và huyết áp tâm thu tăng cao rõ rệt sau rút nội khí quản, đặc biệt trong 10–30 phút

đầu. Sự tăng nhịp tim và huyết áp này có ý nghĩa thống kê so với nhóm nefopam ($p < 0,001$) và trùng với giai đoạn xuất hiện run nhiều nhất. Điều này phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh khi run làm tăng tiêu thụ oxy, kích hoạt hệ giao cảm, dẫn đến tăng nhịp tim và huyết áp. Tăng hoạt tính giao cảm do run gây hậu quả đặc biệt nghiêm trọng ở các bệnh nhân có bệnh lý tim mạch như bệnh mạch vành, tăng huyết áp, hoặc suy tim. Sự tăng nhanh nhịp tim và huyết áp sau mổ có thể làm mất cân bằng cung-cầu oxy cơ tim, gây thiếu máu cục bộ cơ tim, rối loạn nhịp, thậm chí dẫn đến biến cố tim mạch cấp. Do đó, việc dự phòng hiệu quả run sau mổ bằng nefopam không chỉ giúp cải thiện sự thoải mái của bệnh nhân mà còn góp phần giảm thiểu nguy cơ huyết động bất ổn ở giai đoạn hồi tỉnh.

Đáng chú ý, trong nghiên cứu của chúng tôi, nefopam không làm tăng đáng kể tỷ lệ buồn nôn/nôn sau mổ (16,1% so với 12,1%; $p = 0,529$), phù hợp với nhiều tài liệu khẳng định rằng tác dụng phụ thường gặp nhất của nefopam là nhẹ, thoáng qua và không nghiêm trọng. Một số nghiên cứu ghi nhận tăng nhẹ nhịp tim hoặc hồi hộp ở liều cao, tuy nhiên các biến cố này không xuất hiện trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này cho thấy nefopam có thể được sử dụng an toàn trong phẫu thuật nội soi ổ bụng với liều lượng chuẩn và theo dõi chặt chẽ.

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế. Cỡ mẫu tuy đủ để phát hiện khác biệt về tỷ lệ run nhưng vẫn tương đối nhỏ, hạn chế khả năng tổng quát hóa kết quả. Chúng tôi cũng chưa so sánh trực tiếp nefopam với các thuốc chống run khác như meperidine hoặc clonidine trong cùng một thiết kế, và thời gian theo dõi chỉ giới hạn trong giai đoạn hồi tỉnh sớm. Các nghiên cứu lớn hơn, đa trung tâm, với thời gian theo dõi kéo dài sẽ cần thiết để củng cố kết luận.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nefopam làm giảm rõ rệt tỷ lệ, mức độ và thời gian run sau gây mê, đồng thời ít tác dụng phụ không mong muốn. Đây là lựa chọn hợp lý trong phác đồ kiểm soát run sau mổ, đặc biệt ở bệnh nhân có nguy cơ cao về tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lopez MB. (2018). Postanaesthetic shivering - from pathophysiology to prevention. *Rom J Anaesth Intensive Care*, 25(1):73-81. doi: 10.21454/rjaic.7518.251.xum.
2. Luggya TS, Kabuye RN, Mijumbi C, Tindimwebwa JB, Kintu A. (2016). Prevalence, associated factors and treatment of post spinal shivering in a Sub-Saharan tertiary hospital: a

- prospective observational study. BMC Anesthesiol, 16(1):100. doi: 10.1186/s12871-016-0268-0.
3. **Alfonsi P, Adam F, Passard A, Guignard B, Sessler DI, Chauvin M.** (2004). Nefopam, a nonsedative benzoxazocine analgesic, selectively reduces the shivering threshold in unanesthetized subjects. *Anesthesiology*, 100(1):37-43. doi: 10.1097/00000542-200401000-00010.
 4. **Kang P, Park SK, Yoo S, Hur M, Kim WH, Kim JT, et al.** (2019). Comparative effectiveness of pharmacologic interventions to prevent shivering after surgery: a network meta-analysis. *Minerva Anesthesiol*, 85(1):60-70. doi: 10.23736/s0375-9393.18.12813-6.
 5. **Crossley AW, Mahajan RP.** (1994). The intensity of postoperative shivering is unrelated to axillary temperature. *Anaesthesia*, 49(3):205-7. doi: 10.1111/j.1365-2044.1994.tb03422.x.
 6. **Lv M, Wang X, Qu W, Liu M, Wang Y.** (2015). Nefopam for the prevention of perioperative shivering: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Anesthesiol*, 15:87. doi: 10.1186/s12871-015-0068-y.
 7. **Dinges HC, Al-Dahna T, Rücker G, Wulf H, Eberhart L, Wiesmann T, et al.** (2023). Pharmacologic interventions for the therapy of postanesthetic shivering in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Minerva Anesthesiol*, 89(10):923-35. doi: 10.23736/s0375-9393.23.17410-4.
 8. **Nahila Mahajan RA, Anshuman Mahesh Chander, Raj Rishi Sharma.** (2023). Effects of Nalbuphine and Nefopam in the Management of Postoperative Shivering after Laparoscopic Cholecystectomy under General Anaesthesia: A Randomised Double-blind Study. 17(6):UC11-UC4. doi: 10.7860/jcdr/2023/64038.18034.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG ĐIỀU TRỊ CỦA CHỈ SỐ NLR, PLR TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Hồ Thị Thanh Dung¹, Phạm Khánh Hưng¹, Hà Văn Tri¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá giá trị tiên lượng điều trị của chỉ số NLR, PLR trong bệnh ung thư gan với phương pháp TACE tại Bệnh viện quân y 103. **Đối tượng nghiên cứu:** gồm 70 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan giai đoạn trung gian điều trị với phương pháp TACE từ 4/2024 đến 12/2024 tại Bệnh viện quân y 103. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, hồi cứu, thu thập các chỉ số đánh giá kết quả điều trị và chỉ số NLR, PLR trên bệnh án. **Kết quả:** điểm cắt của NLR, PLR để phân biệt đáp ứng và không đáp ứng điều trị là NLR = 2,285 và PLR = 116,67. Nhóm bệnh nhân có NLR $\geq 2,285$ có đáp ứng điều trị kém hơn nhóm bệnh nhân có NLR $< 2,285$ ($p < 0,0001$). Nhóm bệnh nhân có PLR $\geq 116,67$ có đáp ứng điều trị kém hơn nhóm bệnh nhân có PLR $< 116,67$ ($p < 0,0001$). Ngoài ra NLR, PLR liên quan đến 1 số yếu tố có giá trị tiên lượng khác như PS, AFP, số lượng u, kích thước khối u. **Kết luận:** chỉ số NLR, PLR có thể tiên lượng điều trị ung thư biểu mô tế bào gan khi điều trị bằng phương pháp TACE.

Từ khóa: NLR, PLR; ung thư gan.

SUMMARY

THE TREATMENT PROGNOSIS OF NLR AND PLR INDEXES IN HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objective: Assessing the treatment prognosis of NLR, PLR indexes in hepatocellular carcinoma patients.

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Thị Thanh Dung

Email: thanhdung180695@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025

Ngày duyệt bài: 29.8.2025

Subjects: Studying on 70 intermediate stages hepatocellular carcinoma undergoing Transarterial Chemoembolization (TACE) at Military Hospital 103 from April 2024 to December 2024. **Methods:** A retrospective descriptive, collecting the treatment output indexes and NLR, PLR indexes on the medical records. **Results:** The optimal threshold values of NLR and PLR to distinguish response and non-response in the study group are NLR = 2,285 and PLR = 116,67. Patients with NLR $\geq 2,285$ have worse treatment response significantly compared with the group of patients with NLR $< 2,285$ ($p < 0,0001$). Patients with PLR $\geq 116,67$ have worse treatment response significantly compared with the group of patients with PLR $< 116,67$ with $p < 0,0001$. Additionally, NLR, PLR indexes are related to a number of prognostic factors, such as PS, AFP, number of tumor, tumor size. **Conclusion:** Pretreatment NLR and PLR index can predict response to TACE therapy in hepatocellular carcinoma patients.

Keywords: NLR, PLR; hepatocellular carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (hepatocellular carcinoma - HCC) là ung thư có tỷ lệ mắc mới cao tại Việt Nam và là nguyên nhân gây tử vong phổ biến trong số các nguyên nhân gây tử vong nội viện. Theo GLOBOCAN 2020, HCC được ghi nhận là ung thư đứng thứ 7 về số ca mắc mới và đứng thứ 3 về tỉ lệ tử vong. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị, tiên lượng điều trị của ung thư gan không có nhiều khả quan, tỉ lệ sống thêm 5 năm đối với mọi giai đoạn của ung thư gan chỉ đạt 21,5% theo thống kê SEER [1]. Đây là 1 thách thức lớn và là vấn đề sức khỏe đáng quan

tâm trên thế giới và tại Việt Nam. Điều trị HCC tuân theo những nguyên tắc chung của điều trị ung thư và có thể áp dụng nhiều phương pháp như phẫu thuật, can thiệp động mạch (TACE, DEB-TACE), can thiệp khối u tại chỗ... Mỗi phương pháp điều trị có chỉ định riêng. Tuy nhiên, cho đến nay xác định được một chỉ số có khả năng tiên lượng điều trị của bệnh nhân có vai trò quan trọng trong lâm sàng ung thư gan. Những năm gần đây, các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam đã xác định viêm đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh ung thư và được coi là một trong mười dấu hiệu của ung thư [2]. Những chỉ số phản ánh vai trò của quá trình viêm trong ung thư như tỉ số bạch cầu trung tính trên lympho (NLR); tỉ số tế bào lympho trên tế bào đơn nhân (LMR), tỉ số tiểu cầu trên lympho (PLR),... Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng chỉ số NLR và PLR có ý nghĩa tiên lượng điều trị trong nhiều loại ung thư như ung thư vú, phổi, đại trực tràng, thực quản... [3-4]. Tuy nhiên, giá trị tiên lượng của các chỉ số này trong bệnh ung thư gan thì vẫn chưa được nghiên cứu chi tiết tại Việt Nam. Vì vậy, đề tài được tiến hành với mục tiêu: *Đánh giá giá trị tiên lượng điều trị của chỉ số NLR, PLR trong bệnh ung thư gan với phương pháp TACE tại Bệnh viện Quân y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu là 70 bệnh nhân được chẩn đoán HCC giai đoạn trung gian theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y Tế, được điều trị lần đầu với phương pháp TACE.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân lần đầu được chẩn đoán xác định là HCC giai đoạn trung gian; được điều trị bằng phương pháp TACE; không mắc các ung thư khác kèm theo; không mắc các bệnh viêm khác kèm theo; không mắc các bệnh kèm theo gồm nhiễm độc, suy thận, bệnh cơ quan tạo máu; không sử dụng các thuốc và chế phẩm tác động đến tủy xương; không rối loạn đông máu và/hoặc chảy máu; không truyền máu và các chế phẩm máu trong vòng 30 ngày trước điều trị.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** không đủ dữ liệu nghiên cứu trong bệnh án; từ chối tham gia nghiên cứu; được phẫu thuật hoặc ghép gan sau điều trị TACE.

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: các bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện quân y 103. Thời gian nghiên cứu từ 4/2024 đến 12/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi

cứ trên bệnh án.

- Cỡ mẫu: toàn bộ

- Chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi; giới; PS; BMI; AFP; điểm Child- pugh; số lượng khối u; kích thước u lớn nhất; mức độ lan tỏa của u; giá trị NLR, PLR trước điều trị; kết quả điều trị.

- Phương pháp điều trị: là phương pháp TACE. Phương pháp TACE (Transarterial Chemoembolization) là phương pháp can thiệp động mạch, trong đó bệnh nhân được can thiệp động mạch bằng 1 catheter, đưa hóa chất làm tắc nghẽn động mạch khối u tại chỗ, làm cho khối u không có mạch máu nuôi dưỡng và bị hoại tử.

- Tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

+ Chẩn đoán xác định và giai đoạn bệnh ung thư gan theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế.

+ Đánh giá đáp ứng điều trị: theo tiêu chuẩn mRECIST. Bệnh nhân được xếp 2 nhóm: đáp ứng và không đáp ứng. Trong nhóm đáp ứng điều trị, bệnh nhân được phân loại thành đáp ứng hoàn toàn, một phần, hoặc giữ nguyên bệnh.

2.3. Xử lý số liệu: số liệu được trình bày dưới dạng số n và tỷ lệ %. Các thông tin được mã hoá và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ mọi quy định về vấn đề đạo đức trong nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n (70)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 40	2,85
	40 - 49	10
	50 - 59	10
	60 - 69	42,85
	70 - 79	28,57
	≥ 80	5,73
Tuổi (X±SD)	Trung bình	64,57 ± 10,96
Giới	Nam	81,84
	Nữ	18,16
BMI	<18,5	14,3
	18,5-25	71,42
	>25	14,28
PS	0	4,28
	1	84,28
	2	11,42
AFP (ng/mL)	<20	15,7
	20-400	71,42
	≥ 400	12,88
Điểm Child-pugh	A	70
	B	30
	C	0

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $64,57 \pm 10,96$ (tuổi). Có 81,84% bệnh nhân là nam. Chỉ số PS là 1 chiếm tỉ lệ 84,28%. Chỉ số BMI trung bình có tỉ lệ 71,42%. Đa số bệnh nhân có AFP từ 20-400 ng/ml (71,42%). Child-pugh A là chủ yếu, chiếm 70%.

Bảng 2. Đặc điểm khối u và giá trị chỉ số NLR, PLR

Đặc điểm		n (70)	Tỉ lệ (%)
Mức độ lan tỏa khối u	1 thủy	42	60
	2 thủy	28	40
Kích thước lớn nhất khối u (cm)	$\leq 3,0$	11	15,71
	3,1 – 6,0	45	64,28
	$> 6,0$	14	20,01
Số lượng khối u	1-3	44	62,85
	4-6	26	37,15
	> 7	0	0
NLR trước điều trị	Trung vị	2,188	
	$\bar{X} \pm SD$	$2,60 \pm 1,10$	
PLR trước điều trị	Trung vị	82,87	
	$\bar{X} \pm SD$	$111,14 \pm 64,60$	

Nhận xét: Số lượng khối u chủ yếu là 1-3 u (62,28%), kích thước khối u lớn nhất là < 6 cm (79,99%), khối u nằm trong 1 thủy chiếm 60%. Chỉ số NLR trung bình trước điều trị là $2,60 \pm 1,10$; PLR trung bình trước điều trị là $111,14 \pm 64,60$.

Bảng 3. Kết quả điều trị bằng phương pháp TACE

Kết quả điều trị	n (70)	Tỉ lệ (%)
Có đáp ứng	60	82,75
Không đáp ứng	10	14,28

Nhận xét: Tỉ lệ đáp ứng điều trị là 82,75%.

3.2. Giá trị tiên lượng điều trị của chỉ số NLR, PLR

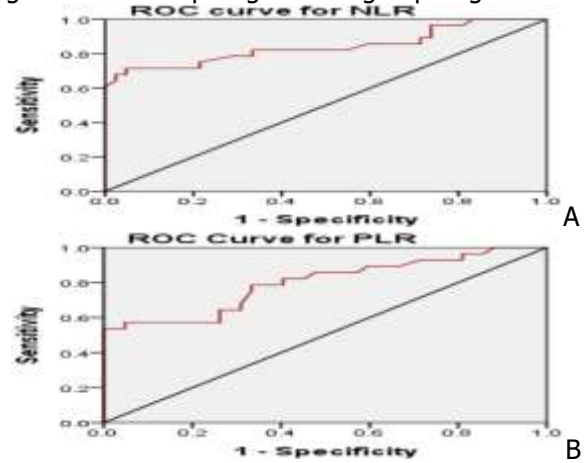
Bảng 4. Giá trị NLR, PLR giữa 2 nhóm bệnh nhân đáp ứng và không đáp ứng điều trị

Chỉ số	Không đáp ứng (n=10)	Có đáp ứng (n= 60)	p
NLR trước điều trị ($\bar{X} \pm SD$)	$4,621 \pm 1,053$ (3,46 – 6,67)	$2,269 \pm 0,676$ (1,62 – 6,18)	0,015
PLR trước điều trị ($\bar{X} \pm SD$)	$224,874 \pm 80,57$ (134 – 374,16)	$92,245 \pm 36,88$ (72 – 274,75)	0,045

Bảng 6. Mối liên quan giữa NLR, PLR với một số yếu tố khác

Một số yếu tố khác		NLR $< 2,285$	NLR $\geq 2,285$	p	PLR $< 116,47$	PLR $\geq 116,47$	p
		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Tuổi	< 60	10 (17,3)	6 (50)	0,107	13 (21,3)	3 (33,3)	0,233
	≥ 60	48 (82,7)	6 (50)		48 (78,7)	6 (66,7)	
Giới	Nam	50 (86,2)	7 (58,33)	0,129	51 (83,6)	6 (66,7)	0,624
	Nữ	8 (13,8)	5 (41,67)		10 (16,4)	3 (33,3)	
PS	< 1	55 (94,8)	7 (58,3)	$< 0,01$	59 (96,7)	4 (44,45)	0,005
	2	3 (5,2)	5 (41,7)		3 (3,3)	5 (55,55)	
AFP	≥ 400	2 (3,45)	7 (58,3)	$< 0,01$	3 (4,9)	6 (66,7)	$< 0,05$

Nhận xét: Giá trị NLR, PLR có sự khác biệt giữa 2 nhóm đáp ứng và không đáp ứng.



Biểu đồ 1. Đường cong ROC cho các chỉ số tiên lượng điều trị

A: chỉ số NLR (AUC = 0,841); B: chỉ số PLR (AUC = 0,797)

Nhận xét: diện tích dưới đường cong ROC đối với NLR là 0,841 (95%, KTC: 0,733 - 0,948) giá trị điểm cắt là 2,285, độ nhạy 71,4 %, độ đặc hiệu 88,1 %, $p < 0,001$ (biểu đồ A); diện tích dưới đường cong ROC đối với PLR là 0,797 (95%, KTC: 0,686 - 0,909), giá trị điểm cắt 116,47, độ nhạy 73%, độ đặc hiệu 96%, $p < 0,001$ (biểu đồ B).

Bảng 5. Giá trị tiên lượng của chỉ số NLR, PLR tại các điểm cắt

Giá trị		Đáp ứng điều trị		p
		Có (60) n, %	Không (10) n, %	
NLR	<2,285(58)	57(98,27)	1(1,73)	<0,0001
	≥2,285(12)	3(25)	9(75)	
PLR	<116,47(61)	58(95,08)	3(4,92)	<0,0001
	≥116,47(9)	2 (22,22)	7(77,78)	

Nhận xét: - Với NLR $\geq 2,285$ có tỷ lệ bệnh không đáp ứng là 75% cao hơn có ý nghĩa so với nhóm NLR $< 2,285$ (1,73%).

- Với PLR $\geq 116,47$ có tỷ lệ bệnh không đáp ứng là 77,78% cao hơn có ý nghĩa so với nhóm PLR $< 116,47$ (4,92%)

	20 - 400	46 (79,3)	4 (33,3)		49 (80,3)	1 (11,1)	
	20	10 (17,25)	1 (8,4)		9(14,8)	2 (22,2)	
Số lượng u	1-3	43 (74,1)	1 (8,4)	<0,05	42 (68,8)	2 (22,22)	0,03
	4-6	15 (25,9)	11 (91,6)		19 (31,15)	7 (77,78)	
Kích thước u	1-3	10 (17,24)	1 (8,3)	<0,05	10 (16,4)	1 (11,11)	0,01
	3-6	40 (68,96)	5 (41,6)		43 (70,5)	2 (22,22)	
	> 6	8 (13,8)	6 (50,1)		8 (13,1)	6 (66,67)	

Nhận xét: Chỉ số NLR $\geq 2,285$ và PLR $\geq 116,47$ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các đặc điểm: PS kém, điểm AFP cao, số lượng u nhiều, kích thước u lớn.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy: độ tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $64,57 \pm 10,96$; đa số bệnh nhân là nam, chiếm 81,42% (bảng 1). Kết quả này có sự tương đồng với các nghiên cứu về HCC ở các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Heping Zhao và CS (2019), nghiên cứu trên 1180 bệnh nhân HCC $63,03 \pm 9,11$; tỷ lệ nam là 81,33% [5]. Đa số bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt với PS 1 chiếm đa số (84,28%), và BMI trung bình (71,42%) đủ điều kiện TACE.

Các đặc điểm về khối u: tỉ lệ bệnh nhân có số lượng khối u là 1-3, 4-6, 7 lần lượt là 62,85, 37,15, 0(%). Bệnh nhân có kích thước u lớn nhất 3-6 cm chiếm 64,28%, > 6 cm chiếm 20,01% và < 3 cm là 15,71%. Khối u nằm trong 1 thùy là 60%, 2 thùy là 40%. Trong nghiên cứu của Hee Ho Chu và CS (2021): bệnh nhân có 1-3 u (45,2%), tỉ lệ bệnh nhân có ≥ 4 khối u là 55,8% [6] khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể liên quan đến việc các bệnh nhân trong nghiên cứu của Hee Ho Chu được phát hiện muộn hơn. Theo Hee Ho Chu (2021), bệnh nhân có kích thước khối u lớn nhất ≤ 5 cm và > 5 cm là 45,5% và 54,5% [6]. Sự khác biệt này do tiêu chí phân nhóm kích thước tổn thương. Trong nghiên cứu của Hee Ho Chu (2021) tỉ lệ bệnh nhân có khối u nằm trong 1 thùy là 59,9%, tỉ lệ lan tỏa 2 thùy là 40,1 %, kết quả này là tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi [6].

Kết quả phân tích đường cong ROC với chỉ số NLR cho thấy: diện tích dưới đường cong ROC đối với NLR là 0,841 (95%, KTC: 0,733 – 0,948); điểm cắt phân biệt đáp ứng với không đáp ứng điều trị là 2,285. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Chengguo Wang và cộng sự (2020) tiến hành trên 380 bệnh nhân HCC giai đoạn trung gian được điều trị bước một bằng phương pháp TACE, thấy ngưỡng giá trị tối ưu của chỉ số NLR là 2,4 [7]. Theo Chengguo Wang, NLR $\geq 2,4$ là ngưỡng giá trị của NLR để phân biệt giữa bệnh nhân có đáp ứng điều trị tốt và

xấu. Đối với đáp ứng với điều trị bước một, nhóm bệnh nhân có NLR $\geq 2,4$ cũng có tỉ lệ bệnh tiến triển cao hơn so với nhóm có NLR < 2,4, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$ [7]. Trong nghiên cứu của Hee Ho Chu và cộng sự (2021), giá trị điểm cắt NLR là 3 có cao hơn một chút, đây là một nghiên cứu có cỡ mẫu lớn với 938 bệnh nhân HCC. Theo đó bệnh nhân có NLR < 3 có tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 30,6% cao hơn so với nhóm NLR ≥ 3 (17,1%, $p = 0,007$) [6].

Kết quả phân tích đường cong ROC cho PLR: diện tích dưới đường cong là 0,797 (95%, KTC: 0,686– 0,909), giá trị điểm cắt tìm được là 116,67. Giá trị này của chúng tôi khác so với một số giá trị PLR tìm được trong một số nghiên cứu khác về HCC trên thế giới. Trong phân tích gộp của Roberto Micnici và CS (2022), các tác giả đưa ra giới hạn ngưỡng cho PLR khá dao động từ 72-150 [8]. Điều này có thể giải thích bởi sự khác nhau trong đối tượng bệnh nhân nghiên cứu.

Kết quả tại bảng 6 cho thấy NLR $\geq 2,285$ được xác định là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với toàn trạng kém, AFP cao và khả năng đáp ứng điều trị thấp ($p < 0,05$). Tuổi, giới không có mối liên quan với chỉ số NLR. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu Hee Ho Chu và CS (2021), nhóm NLR cao hơn điểm cắt có kích thước khối u, số lượng khối u, mức độ lan tỏa của khối u, chỉ số AFP cao hơn có ý nghĩa so với nhóm NLR thấp hơn điểm cắt với tất cả giá trị $p < 0,05$. Tuổi, giới, tình trạng viêm gan, child-pugh không có liên quan đến chỉ số NLR, trong nghiên cứu không thấy đề cập đến chỉ số toàn trạng PS [6].

Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của chúng tôi xác định PLR cao $\geq 116,67$ là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố PS kém, chỉ số AFP cao, số lượng u lớn, kích thước khối u lớn nhất lớn và đáp ứng điều trị kém hơn ($p < 0,05$); không có sự liên quan giữa PLR với các đặc điểm về tuổi, giới tính. Trong nghiên cứu của Tian và CS (2016), cũng không có mối liên quan nào giữa tuổi, giới tính, BMI và đáp ứng điều trị. Bên cạnh đáp ứng điều trị, giai đoạn bệnh cũng có liên quan đến giai đoạn T của khối u. Cụ thể, tỷ lệ T3-T4 ở nhóm PLR $\geq 96,13$ là