

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA CHỈ SỐ NLR, PLR TRONG ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG VỚI HÓA XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ VÂY THỰC QUẢN

Đặng Quang Vinh¹✉, Nghiêm Thị Minh Châu¹, Phạm Thị Hoan¹, Nguyễn Châu Phong¹, Nguyễn Thị Như An¹

¹Khoa Hóa trị - Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị ung thư thực quản là điều trị đa mô thức. Lựa chọn trình tự các phương pháp điều trị dựa trên nhiều căn cứ, trong đó việc tiên lượng bệnh nhân có hoặc không có khả năng đáp ứng một phương pháp điều trị nào đó để từ đó lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp là rất quan trọng. Do vậy, việc tìm ra một số yếu tố dễ xác định, ít xâm lấn, rẻ tiền, tiến hành nhanh... có khả năng tiên lượng là một thực tế trong lâm sàng. Chỉ số neutrophil trên lymphocyte (chỉ số NLR) và tiểu cầu trên lymphocyte (chỉ số PLR) có thể đáp ứng được những yêu cầu trên. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu xác định vai trò của chỉ số NLR, PLR trong đánh giá đáp ứng với hóa xạ trị đồng thời ở nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 42 bệnh nhân ung thư thực quản biểu mô vảy được hóa xạ trị đồng thời với phác đồ Paclitaxel - carboplatin chu kì hàng tuần tại Bệnh viện Quân y 103 từ 1/2019 đến 3/2022.

Kết quả: Ngưỡng giá trị tối ưu của NLR, PLR để phân biệt đáp ứng và không đáp ứng ở nhóm nghiên cứu lần lượt là: NLR = 4,37 và PLR = 240. Những bệnh nhân có chỉ số NLR cao > 4,37 có PS cao hơn, giai đoạn T lớn hơn và đáp ứng điều trị kém hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân có NLR thấp ≤ 4,37 với p lần lượt là 0,0001; 0,006; < 0,0001. Những bệnh nhân có chỉ số PLR cao > 240 có PS kém hơn và đáp ứng điều trị kém hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân có PLR thấp ≤ 240 với p lần lượt là 0,01; < 0,0001.

Kết luận: Chỉ số NLR, PLR trước điều trị có thể tiên lượng đáp ứng với hóa xạ trị ở bệnh nhân ung thư thực quản.

Từ khóa: Chỉ số NLR, PLR; ung thư thực quản.

ABSTRACT

RESEARCH ON THE VALUE OF NLR, PLR INDEX IN ASSESSMENT OF RESPONSIBILITY TO CONCURRENT CHEMORADIATION THERAPY IN ESOPHAGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA PATIENTS

Dang Quang Vinh¹✉, Nghiem Thi Minh Chau¹, Pham Thi Hoan¹, Nguyen Chau Phong¹, Nguyen Thi Nhu An¹

Background: Treatment of esophageal cancer is multimodal. Choosing the sequence of treatment methods is based on many factors, in which the prognosis whether patients have the response to a specific treatment method or not, from which to choose the appropriate treatment method is very essential. Therefore, finding

Ngày nhận bài:

12/6/2022

Chấp thuận đăng:

22/7/2022

Tác giả liên hệ:

Đặng Quang Vinh

Email:

quangvinhquy@gmail.com

SĐT: 0374708306

several factors that are easy to identify, less invasive, cheap, and quickly carried out... with predict ability is a reality in clinical practice. The neutrophil - to - lymphocyte index (NLR index) and platelet - to - lymphocyte index (PLR index) may meet the above requirements. Hence, we do research to determine the role of NLR and PLR indexes in assessing the response to concurrent chemoradiation therapy in esophageal squamous cell carcinoma patients.

Methods: A retrospective descriptive study on 42 squamous cell esophageal cancer patients receiving concurrent chemoradiation therapy with a weekly paclitaxel - carboplatin regimen at 103 Military Hospital from January 2019 to March 2022.

Results: The optimal threshold values of NLR and PLR to distinguish response and non - response in the study group are NLR = 4,37 and PLR = 240. Patients with high NLR index > 4,37 have higher PS, larger T stage, and worse treatment response significantly compared with the group of patients with low NLR \leq 4,37 with $p = 0,0001$; 0,006 and < 0,0001, respectively. Patients with high PLR index > 240 had higher PS and worse treatment response significantly than those with low PLR \leq 240 with $p = 0,01$ and < 0,0001, respectively.

Conclusion: Pretreatment NLR and PLR index can predict response to concurrent chemoradiation therapy in esophageal cancer patients.

Keywords: NLR, PLR index; esophageal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản là ung thư phổ biến thứ bảy và là nguyên nhân tử vong thứ sáu trong các loại ung thư trên toàn thế giới [1]. Mặc dù đã có những tiến bộ trong phương pháp chẩn đoán, điều trị nhưng tiên lượng chung của bệnh nhân ung thư thực quản rất xấu, tỷ lệ bệnh nhân ung thư thực quản sống thêm 5 năm toàn bộ chỉ đạt khoảng 10% và tỉ lệ sống sau 5 năm ở bệnh nhân phẫu thuật cắt u thực quản chỉ từ 15 - 40% [2]. Điều trị ung thư thực quản là điều trị đa mô thức. Lựa chọn trình tự các phương pháp điều trị dựa trên nhiều căn cứ, trong đó việc tiên lượng bệnh nhân có hoặc không có khả năng đáp ứng một phương pháp điều trị nào đó để từ đó lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp là rất quan trọng. Do vậy, việc tìm ra một số yếu tố dễ xác định, ít xâm lấn, rẻ tiền, tiến hành nhanh... có khả năng tiên lượng là một thực tế trong lâm sàng. Chỉ số neutrophil trên lymphocyte (chỉ số NLR) và tiểu cầu trên lymphocyte (chỉ số PLR) có thể đáp ứng được những yêu cầu trên.

Nhiều nghiên cứu 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 [3]. Trong những năm gần đây, đã có rất nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng đáp ứng viêm hệ thống thể hiện qua tỷ lệ neutrophil trên lymphocyte (chỉ số NLR), tỷ lệ tiểu cầu trên lymphocyte (chỉ số PLR) có ý nghĩa tiên

lượng đáp ứng điều trị cũng như thời gian sống thêm toàn bộ của nhiều loại ung thư khác nhau như ung thư vú, ung thư phổi, ung thư đại trực tràng, ung thư thực quản... [4 - 6]. Các chỉ số này dễ dàng tính được bằng xét nghiệm máu thường quy mà tất cả bệnh nhân được chỉ định trước khi điều trị. Tuy nhiên, tại Việt Nam vấn đề này còn chưa được nghiên cứu. Vì vậy, đề tài được tiến hành với mục tiêu: Xác định vai trò của của chỉ số NLR, PLR trong đánh giá đáp ứng với hóa xạ trị đồng thời ở nhóm bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

42 bệnh nhân chẩn đoán xác định ung thư biểu mô vảy thực quản bằng mô bệnh học, không phân biệt tuổi, giới; được điều trị hóa xạ trị đồng thời với phác đồ Paclitaxel - carboplatin chu kì hàng tuần tại Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 1/2019 đến tháng 3/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu với cỡ mẫu toàn bộ

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân lần đầu được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản bằng mô bệnh học không phân biệt tuổi, giới; điều trị nội trú tại Trung tâm Ung Bướu Bệnh viện Quân Y 103.

Nghiên cứu giá trị của chỉ số NLR, PLR trong đánh giá đáp ứng với hóa xạ trị...

Tiêu chuẩn loại trừ: Mắc các bệnh lý viêm mạn tính kèm theo; Đang có các bệnh lý viêm cấp tính hoặc mới được điều trị khỏi trong 7 ngày; Đang chảy máu; Dùng các thuốc kích thích tạo đông trong vòng 30 ngày trước khi xét nghiệm; Bệnh nhân truyền máu và các chế phẩm máu trước khi xét nghiệm trong vòng 7 ngày; Bệnh nhân dùng thuốc có ảnh hưởng đến chức năng tạo máu của tủy xương trong vòng 30 ngày trước thời điểm xét nghiệm; Bệnh nhân mắc các bệnh nội tiết, bệnh máu bẩm sinh di truyền; Bệnh nhân mắc đồng thời các bệnh ung thư khác; Bệnh nhân không đầy đủ thông tin chỉ tiêu nghiên cứu.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi; Giới; PS; Triệu chứng

ơ năng (nuốt nghẹn, đau sau xương ức, gầy sút cân); Vị trí u; Giai đoạn bệnh; Tỷ số NLR, PLR trước điều trị; Đáp ứng điều trị.

Tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

- Giai đoạn bệnh theo TNM lần 8 của AJCC 2017.

- Đánh giá đáp ứng điều trị: sau kết thúc hoá xạ trị 4 tuần đánh giá lại tổn thương. Chia làm 2 nhóm: nhóm có đáp ứng và nhóm không đáp ứng. Đánh giá đáp ứng điều trị theo RECIST 1.1. Bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn hoặc đáp ứng một phần sẽ được xếp vào nhóm có đáp ứng với hóa xạ trị. Trường hợp bệnh giữ nguyên hoặc tiến triển sẽ xếp vào nhóm không đáp ứng với hóa xạ trị.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

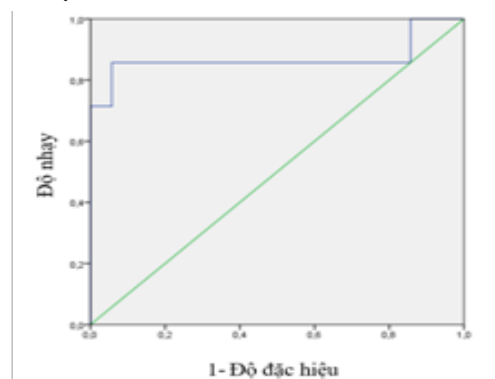
Đặc điểm		n (42)	%
Nhóm tuổi	< 50	5	11,9%
	50 - < 60	24	57,1%
	60 - < 70	9	21,4%
	≥ 70	4	9,6%
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$)	Trung bình	56,45 ± 9,13	
Giới	Nam	42	100%
Yếu tố nguy cơ	Hút thuốc lá	5	11,9%
	Uống rượu	8	19,0%
	Hút thuốc lá + uống rượu	25	59,5%
	Không	4	9,6%
PS	0	26	61,9%
	1	12	28,6%
	2	4	9,5%
Kích thước u	≤ 5cm	23	54,8%
	> 5 cm	19	45,2%
Vị trí u	1/3 trên	4	9,5%
	1/3 giữa	17	40,5%
	1/3 dưới	21	50%
Giai đoạn T	T2	8	19%
	T3	32	76,2%
	T4	2	4,8%

Bệnh viện Trung ương Huế

Đặc điểm		n (42)	%
Giai đoạn N	N0	5	11,9%
	N1	17	40,5%
	N2	19	45,2%
	N3	1	2,4%
Giai đoạn	II	7	16,7%
	III	34	81%
	IVa	1	2,3%
Đáp ứng điều trị	Có	35	83,3%
	Không	7	16,6%

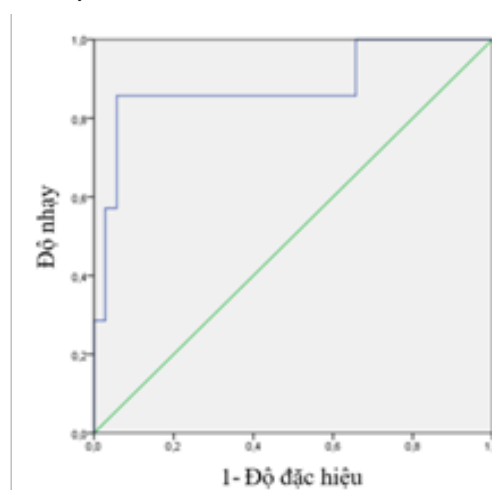
Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $56,45 \pm 9,13$ (tuổi). 100% bệnh nhân nghiên cứu giới tính nam. 90,5% số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có PS 0 hoặc 1.78,5% bệnh nhân có uống rượu; 71,4% bệnh nhân sử dụng thuốc lá. Khối u chủ yếu ở 1/3 giữa, dưới (chiếm 90,5%); giai đoạn III (81%). Tỷ lệ đáp ứng điều trị là 83,3%.

Xác định điểm cắt của chỉ số NLR trước điều trị:



Hình 1: Phân tích đường cong ROC cho NLR
Với điểm cắt NLR là 4,37 (95% CI: 0,647 - 1) thì diện tích dưới đường cong AUC = 0,869 (86,9%), $p = 0,002$.

Xác định điểm cắt của chỉ số PLR trước điều trị:



Hình 2: Phân tích đường cong ROC cho PLR
Với điểm cắt PLR là 240 (95% CI: 0,71-1) thì diện tích dưới đường cong AUC = 0,882 (88,2%), $p = 0,02$.

Bảng 2: Mối liên quan giữa tỷ lệ NLR, PLR với tuổi, vị trí u và điểm PS

Giá trị		NLR (n, %)		p	PLR (n, %)		p
		≤ 4,37	> 4,37		≤ 240	> 240	
Tuổi	≤ 60	25 59,5%	4 9,5%	0,192	24 57,1%	5 11,9%	0,478
	> 60	9 21,4%	4 9,5%		10 23,8%	3 7,1%	

Nghiên cứu giá trị của chỉ số NLR, PLR trong đánh giá đáp ứng với hóa xạ trị...

Giá trị		NLR (n, %)		p	PLR (n, %)		p
		≤ 4,37	> 4,37		≤ 240	> 240	
Vị trí u	1/3 trên	3 7,1%	1 2,4%	0,611	4 9,5%	0	0,251
	1/3 giữa	15 35,7%	2 4,8%		15 35,7%	2 4,8%	
	1/3 dưới	16 38,1%	5 11,9%		15 35,7%	6 14,3%	
PS	0	24 57,1%	2 4,8%	0,0001	23 54,8%	3 7,1%	0,01
	1	10 23,8%	2 4,8%		10 23,8%	2 4,8%	
	2	0	4 9,5%		1 2,4%	3 7,1%	

Nhóm bệnh nhân có NLR > 4,37 trước điều trị có điểm toàn trạng PS cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có NLR ≤ 4,37 với p < 0,0001. Nhóm bệnh nhân có PLR > 240 trước điều trị có điểm toàn trạng PS cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có PLR ≤ 240 (p = 0,01).

Bảng 3: Mối liên quan giữa tỷ lệ NLR, PLR với giai đoạn (TNM)

Giá trị		NLR (n, %)		p	PLR (n, %)		p
		≤ 4,37	> 4,37		≤ 240	> 240	
Giai đoạn T	T2	8 19%	0	0,006	8 19%	0	0,214
	T3	26 61,9%	6 14,3%		24 57,1%	8 19,0%	
	T4	0	2 4,8%		2 4,8%	0	
Giai đoạn N	N0	4 9,5%	1 2,4%	0,688	4 9,5%	1 2,4%	0,253
	N1	15 35,7%	2 4,8%		16 38,1%	1 2,4%	
	N2	14 33,3%	5 11,9%		13 31%	6 14,3%	
	N3	1 2,4%	0		1 2,4%	0	
Giai đoạn TNM	II	6 14,3%	1 2,4%	0,111	6 14,3%	1 2,4%	0,823
	III	28 66,7%	6 14,3%		27 64,3%	7 16,7%	
	IVa	0	1 2,4%		1 2,4%	0	

Nhóm bệnh nhân có NLR > 4,37 trước điều trị giai đoạn T cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có NLR ≤ 4,37 với p = 0,006. Ở ngưỡng PLR > 240 trước điều trị không có sự khác biệt về giai đoạn giữa 2 nhóm.

Bảng 4: Phân tích các yếu tố lâm sàng liên quan đến đáp ứng điều trị

Giá trị		Đáp ứng điều trị		p
		Có	Không	
Tuổi	≤ 60	25 59,5%	4 9,5%	0,372
	> 60	10 23,8%	3 7,1%	
Vị trí u	1/3 trên	4 9,5%	0	0,113
	1/3 giữa	16 38,1%	1 2,4%	
	1/3 dưới	15 35,7%	6 14,3%	
PS	0	25 59,5%	2 4,8%	< 0,0001
	1	10 23,8%	2 4,8%	
	2	0	4 9,5%	
Giai đoạn T	T2	8 19%	0	0,192
	T3	26 61,9%	6 14,3%	
	T4	1 2,4%	1 2,4%	
Giai đoạn N	N0	4 9,5%	1 2,4%	0,401
	N1	16 38,1%	1 2,4%	
	N2	14 35,7%	5 9,5%	
	N3	1 2,4%	0	
Giai đoạn TNM	II	6 14,3%	1 2,4%	0,077
	III	29 69%	5 11,9%	
	IVa	0	1 2,4%	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đáp ứng điều trị theo chỉ số PS với $p < 0,0001$

Bảng 5: Chỉ số NLR và PLR liên quan đến đáp ứng điều trị

Giá trị		Đáp ứng điều trị		p
		Có	Không	
NLR	≤ 4,37	33 78,6%	1 2,4%	< 0,0001
	> 4,37	2 4,8%	6 14,3%	
PLR	≤ 240	33 76,8%	1 2,4%	< 0,0001
	> 240	2 4,8%	6 14,3%	

Nhóm có NLR ≤ 4,37 có tỷ lệ đáp ứng điều trị cao hơn nhóm có NLR > 4,37, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,0001.

Nhóm có PLR ≤ 240 có tỷ lệ đáp ứng điều trị cao hơn nhóm có PLR > 240, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,0001.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm đối tượng nghiên cứu nhận thấy: Theo kết quả của bảng 2, tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 56,45 ± 9,13, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà với tuổi trung bình là 55 ± 8 [7]. 100% đối tượng nghiên cứu là nam. Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có thể trạng tốt (PS 0,1 chiếm 90,5%), đủ điều kiện để điều trị hóa xạ trị đồng thời.

Đặc điểm khối u và giai đoạn u của nhóm nghiên cứu: kích thước u ≤ 5cm chiếm 54,8%; khối u chủ yếu ở 1/3 giữa và dưới (với 40,5% và 50% tương ứng) phù hợp với nghiên cứu của Yusuke Ishibashi năm 2018 với 39% số bệnh nhân nghiên cứu có u ở vị trí 1/3 giữa và 46% ở 1/3 dưới. Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu ở giai đoạn T3 (76,2%), hạch N1, N2 (40,5% và 45,2%); giai đoạn III (81%). Các đặc điểm này cao hơn so với nghiên cứu của Yusuke Ishibashi với số bệnh nhân giai đoạn T3 chỉ chiếm 50%; số bệnh nhân có hạch N0 là chủ yếu (42%), số bệnh nhân hạch N1, N2 là 30% và 20% tương ứng; giai đoạn III chiếm nhiều nhất nhưng chỉ là 40% [8]. Điều này có thể giải thích do các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu phát hiện bệnh muộn hơn so với nhóm bệnh nhân được nghiên cứu tại Nhật Bản.

100% bệnh nhân nghiên cứu được hóa xạ trị đồng thời với hóa chất là Paclitaxel và carboplatin chu kỳ hàng tuần. Trong đó 73,8% bệnh nhân được xạ trị liều 41,4 Gy với 5 chu kỳ hóa chất; 26,2% bệnh nhân được xạ trị với liều 50,4 Gy với 6 chu kỳ hóa

chất. Theo kết quả phân tích đường cong ROC cho NLR ở hình 1, nhận thấy diện tích dưới đường cong ROC đối với NLR là 0,869 (95% CI: 647 - 1; p < 0,002), giá trị điểm cắt là 4,37 để phân biệt đáp ứng và không đáp ứng điều trị. Điều này phù hợp với kết quả của một phân tích gộp gồm 23 nghiên cứu về giá trị điểm cắt của NLR trong tiên lượng bệnh nhân ung thư thực quản. Kết quả của phân tích gộp này khá dao động: thay đổi từ 1,6 đến 5; trong đó 13 nghiên cứu có giá trị điểm cắt ≥ 3 và 10 nghiên cứu có giá trị điểm cắt NLR < 3.

Theo kết quả phân tích đường cong ROC cho PLR ở hình 2, nhận thấy diện tích dưới đường cong ROC đối với PLR là 0,882 (95% CI: 0,71 - 1; p = 0,02), giá trị điểm cắt là 240. Giá trị này nằm trong ngưỡng của một phân tích gộp về giá trị điểm cắt của chỉ số PLR trong tiên lượng bệnh nhân ung thư thực quản, thay đổi từ 103 đến 244 [9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các giá trị điểm cắt NLR, PLR của nhóm bệnh nhân nghiên cứu thuộc nhóm cao so với các nghiên cứu khác.

Sun, Y. và Zhang, L. (2018) phân tích gộp 23 nghiên cứu, các nghiên cứu này tiến hành trên bệnh nhân ung thư thực quản ở tất cả các giai đoạn, do vậy các tác giả đưa ra giới hạn ngưỡng cho NLR và PLR khá dao động [9]. Nghiên cứu của chúng tôi, với số lượng chưa nhiều, nhưng giá trị điểm cắt là 4,37 cho NLR và 240 cho PLR vẫn nằm trong giới hạn mà các tác giả đã công bố. Chúng tôi cho rằng vẫn cần nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân nhiều

Bệnh viện Trung ương Huế

hơn và ở mọi giai đoạn để đưa ra được giá trị điểm cắt tối ưu cho chỉ số NLR, PLR ở bệnh nhân ung thư thực quản là người Việt Nam.

Kết quả tại bảng 3 cho thấy: những bệnh nhân có NLR cao > 4,37 có giai đoạn T muộn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có NLR ≤ 4,37 với $p = 0,0006$. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Yusuke Ishibashi cho thấy giá trị NLR cao hơn điểm cắt có giai đoạn T cao hơn có ý nghĩa với nhóm có giá trị NLR thấp (với $p < 0,006$) [8]. Ngoài ra, nhóm có NLR > 4,37 và PLR cao > 240 có chỉ số PS kém hơn có ý nghĩa so với nhóm có NLR ≤ 4,37 và PLR thấp ≤ 240 với p lần lượt là 0,0001 và 0,01. Từ số liệu ở bảng 3 ta cũng nhận thấy rằng không có sự khác biệt giữa nhóm có NLR, PLR cao và thấp về tuổi, vị trí u, giai đoạn N, giai đoạn bệnh.

Phân tích kết quả nghiên cứu tại bảng 4, 5 về các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị cho thấy: nhóm có PS cao, chỉ số NLR cao > 4,37 và PLR cao > 240 có đáp ứng với điều trị kém hơn có ý nghĩa so với nhóm có PS thấp, NLR ≤ 4,37 và PLR ≤ 240 với $p < 0,0001$. Ngoài ra không thấy sự khác biệt đáp ứng điều trị ở các nhóm có tuổi, vị trí u và giai đoạn bệnh. Điều này còn chưa phù hợp với nghiên cứu của Shan Zhu cho thấy chỉ số NLR, giai đoạn T, giai đoạn M và giai đoạn bệnh có liên quan có ý nghĩa với độ nhạy với hóa xạ trị [10]. Có lẽ bởi vì số bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn nên chưa thấy được mối liên quan của giai đoạn T, giai đoạn bệnh với đáp ứng điều trị. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới. Theo nghiên cứu của Zhiwei Zheng, Cui Yang, Chun cai năm 2021 cho kết quả: chỉ số NLR, PLR cao liên quan có ý nghĩa với tỷ lệ đáp ứng điều trị và thời gian sống bệnh không tiến triển. Phân tích đa biến xác định NLR là yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân ung thư thực quản mô được [11].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hồi cứu 42 bệnh nhân nam giới được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản có tuổi trung bình $56,45 \pm 9,13$; đủ điều kiện hoàn thành liệu trình hóa xạ trị đồng thời với phác đồ Paclitaxel - carboplatin chu kỳ hàng tuần tại Bệnh viện Quân Y 103 từ 1/2019 đến 3/2022 chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Ngưỡng giá trị tối ưu của NLR, PLR để phân biệt đáp ứng và không đáp ứng ở nhóm đối tượng nghiên cứu lần lượt là: NLR = 4,37 và PLR = 240. Những bệnh nhân có chỉ số NLR cao > 4,37 có PS cao hơn, giai đoạn T lớn hơn và đáp

ứng điều trị kém hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân có NLR thấp ≤ 4,37 với p lần lượt là 0,0001; 0,006; < 0,0001. Những bệnh nhân có chỉ số PLR cao > 240 có PS kém hơn và đáp ứng điều trị kém hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân có PLR thấp ≤ 240 với p lần lượt là 0,01; < 0,0001.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249.
2. Huang FL, Yu SJ. Esophageal cancer: Risk factors, genetic association, and treatment. *Asian J Surg.* 2018;41:210-215.
3. Vincent Y, DeVita TSL, Steven A. Rosenberg Devita, Hellman, and Rosenberg's Cancer principles and Practise of Oncology. 11 ed. 2019: Walters Kluwer. 4361.
4. Ethier JL, Desautels D, Templeton A, Shah PS, Amir E. Prognostic role of neutrophil-to-lymphocyte ratio in breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res.* 2017;19:2.
5. Tong YS, Tan J, Zhou XL, Song YQ, Song YJ. Systemic immune-inflammation index predicting chemoradiation resistance and poor outcome in patients with stage III non-small cell lung cancer. *J Transl Med.* 2017;15:221.
6. Chen JH, Zhai ET, Yuan YJ, Wu KM, Xu JB, Peng JJ, et al. Systemic immune-inflammation index for predicting prognosis of colorectal cancer. *World J Gastroenterol.* 2017;23:6261-6272.
7. Hà NT. Kết quả hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu ung thư thực quản 1/3 giữa-dưới giai đoạn II, III tại bệnh viện TWQĐ 108. Luận văn thạc sỹ y học. 2021.
8. Ishibashi Y, Tsujimoto H, Hiraki S, Kumano I, Yaguchi Y, Horiguchi H, et al. Prognostic Value of Preoperative Systemic Immunoinflammatory Measures in Patients with Esophageal Cancer. *Ann Surg Oncol.* 2018;25:3288-3299.
9. Sun Y, Zhang L. The clinical use of pretreatment NLR, PLR, and LMR in patients with esophageal squamous cell carcinoma: evidence from a meta-analysis. *Cancer Manag Res.* 2018;10:6167-6179.
10. Zhu S, Miao CW, Wang ZT, Peng L, Li B. Sensitivity value of hematological markers in patients receiving chemoradiotherapy for esophageal squamous cell carcinoma. *Oncotargets Ther.* 2016;9:6187-6193.
11. Zheng Z, Yang C, Cai C, Zhu H. The Preoperative Neutrophil Lymphocyte Ratio and Platelet Lymphocyte Ratio Predicts Disease-Free Survival in Resectable Esophageal Squamous Cell Carcinoma. *Cancer Manag Res.* 2021;13:7511-7516.