

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ NLR, PLR VÀ MỘT SỐ CHỈ SỐ HÓA SINH MÁU
Ở BỆNH NHÂN U LYMPHO ÁC TÍNH KHÔNG HODGKIN
TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Thị Thu¹, Nguyễn Trọng Hà^{1*}
Nguyễn Văn Bằng¹, Tăng Xuân Hòa², Nguyễn Xuân Khải³

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định ngưỡng giá trị tối ưu của tỷ lệ số lượng tuyệt đối bạch cầu trung tính/bạch cầu lympho (Neutrophile to Lymphocyte Ratio - NLR), tỷ lệ giữa số lượng tiểu cầu/bạch cầu lympho (Platelet to Lymphocyte Ratio - PLR) trong tiên lượng, đáp ứng điều trị bệnh u lympho lành tính không Hodgkin (ULATKH) và mối liên quan với một số yếu tố lâm sàng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, tiền cứu và mô tả cắt ngang trên 31 bệnh nhân (BN) ULATKH điều trị tại Bộ môn - Trung tâm Nội dã chiến, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01 - 12/2022 và 31 người khỏe mạnh được khám, xét nghiệm tại phòng khám bệnh tương đồng về tuổi giới; xác định giá trị NLR, PLR và một số chỉ số sinh hóa máu. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 60, nam (67,74%), sút cân (29,03%), ra mồ hôi trộm (16,13%) là hai triệu chứng toàn thân thường gặp nhất; chỉ số toàn trạng PS (Performance Status) 0-2, chủ yếu PS 0-1 (90,32%). BN có hạch to (80,65%), có một nhóm hạch (45,16%). Hoá mô miễn dịch: CD20 (+) (91,30%). Ngưỡng giá trị tối ưu của chỉ số NLR, PLR trong tiên lượng bệnh là: 1,85 và 127,3; có mối liên quan với chỉ số toàn trạng và số nhóm hạch. **Kết luận:** BN ULATKH tuổi trung bình: 60, nam (67%), điểm toàn trạng chủ yếu PS 0-1; BN đa số có 1 nhóm hạch, triệu chứng toàn thân hay gặp (sút cân và ra mồ hôi trộm). Ngưỡng giá trị tối ưu của chỉ số NLR, PLR trong tiên lượng bệnh là: 1,85 và 127,3. NLR và PLR có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với một số triệu chứng toàn thân, chỉ số toàn trạng và số nhóm hạch.

Từ khóa: U lympho ác tính; NLR; PLR.

¹Bộ môn - Trung tâm Nội Dã chiến, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Hệ Đại học, Học viện Quân y

³Bộ môn - Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Trọng Hà (bshaa7103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 11/12/2023

Ngày được chấp nhận đăng: 10/01/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i2.579>

**STUDY ON NLR, PLR VALUES, AND BIOCHEMICAL INDICATORS
OF PATIENTS WITH NON-HODGKIN LYMPHOMA
AT MILITARY HOSPITAL 103**

Abstract

Objectives: To determine the optimal value threshold of NLR (Neutrophile to Lymphocyte Ratio), and PLR (Platelet to Lymphocyte Ratio) in prognosis and treatment response of malignant non-Hodgkin lymphoma and the relationship with some clinical factors. **Methods:** A retrospective, prospective, and cross-sectional descriptive study on 31 patients with malignant non-Hodgkin lymphoma, treated at Field Internal Medicine Center, Military Hospital 103, from January to December 2022 and 31 healthy people, examined and tested at the clinic, who were similar in age and gender; determine the values of NLR, PLR, and some blood biochemical indices. **Results:** The average age was 60 years old, males (67.74%). Weight loss (29.03%) and night sweats (16.13%) were the two most common systemic symptoms. Performance Status (PS) index 0-2, mainly PS 0-1 (90.32%). Patients had enlarged lymph nodes (80.65%) and had a single group of lymph nodes (45.16%). Immunohistochemistry: CD20 (+) (91.30%). The optimal value thresholds of NLR and PLR indexes in prognosis were 1.85 and 127.3, related to the PS index and the number of lymph node groups. **Conclusion:** Patients with malignant non-Hodgkin lymphoma had an average age of 60; males (67%), PS index score mainly PS 0-1; the majority of patients had one group of lymph nodes, common systemic symptoms (weight loss and night sweats). The optimal threshold values of the NLR and PLR index in prognosis were 1.85 and 127.3. NLR and PLR had a relationship, which was statistically significant for some systemic symptoms, PS index, and number of lymph node groups.

Keywords: Malignant lymphoma; NLR; PLR.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho ác tính (ULAT) là bệnh ác tính của tổ chức lympho, đang có chiều hướng gia tăng trong những năm gần đây. Theo Tổ chức Ung thư toàn cầu (GLOBOCAN) năm 2020: Trên thế giới có 544.352 người mắc mới ULAT (2,8% trong số các ung thư) và gần 259.793 người tử vong (2,6%). Tại Việt Nam, năm 2018 có hơn 3.500 trường hợp mới mắc (2,3% trong tổng số các ung thư), hơn 2.100 trường hợp tử vong, đứng thứ 14 trong các bệnh ung thư. Hiện nay, u lympho ác tính vẫn luôn là thách thức lớn, là vấn đề sức khỏe cần được quan tâm trên toàn thế giới và Việt Nam [1, 2, 3].

Điều trị ULAT là điều trị đa mô thức. Tuy nhiên, có những BN ULAT đã có di căn tại thời điểm chẩn đoán, không còn khả năng tiếp cận với điều trị tại chỗ, lựa chọn lúc này là điều trị toàn thân hoặc chăm sóc giảm nhẹ. Hiện nay, điều trị ULAT đã có những tiến bộ (điều trị đích, miễn dịch, ghép tế bào gốc...), cho thấy những lợi ích to lớn, nhưng có thể áp dụng chưa thật sự rộng rãi nhất là điều trị miễn dịch, ghép tế bào gốc (do có giá thành cao); vẫn chưa có biện pháp chữa khỏi hẳn bệnh ULAT, bệnh có thể tái phát trong khoảng thời gian từ 2 - 5 năm (khoảng 30 - 40%). Giai đoạn này, bệnh khó

điều trị hơn, tỷ lệ đáp ứng thấp, thời gian sống thêm ngắn [1, 4]. Do vậy, việc tìm những yếu tố tiên lượng, dự báo khả năng đáp ứng điều trị, để từ đó chọn lựa phương pháp điều trị phù hợp là cần thiết.

Trong các tế bào máu, bạch cầu lympho được biết đến với vai trò “kẻ chống lại khối u”, bạch cầu trung tính và tiểu cầu được cho là nguyên nhân thúc đẩy sự phát triển của khối u. Các nghiên cứu đã cho thấy vai trò của NLR, PLR trong tiên lượng ung thư nói chung, ULAT nói riêng; NLR, PLR có mối liên quan với OS, PFS và tỷ lệ đáp ứng điều trị; tuy nhiên, chưa có sự thống nhất về ngưỡng giá trị tối ưu của chỉ số NLR, PLR. Bệnh ULAT gồm: ULATKH và bệnh Hodgkin. Vì vậy, mục tiêu của nghiên cứu nhằm: *Xác định ngưỡng giá trị tối ưu của NLR, PLR trong tiên lượng, đáp ứng điều trị bệnh ULATKH và mối liên quan với một số yếu tố lâm sàng.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

31 BN chẩn đoán ULATKH và điều trị tại Bộ môn - Trung tâm Nội Dã chiến, Bệnh viện Quân y 103 và 31 người khỏe mạnh (nhóm chứng) từ tháng 01 - 12/2022.

** Tiêu chuẩn chọn nhóm bệnh:*

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN mới được chẩn đoán ULATKH, không mắc ung thư khác; tại thời điểm nghiên cứu: không mắc các bệnh viêm nhiễm cấp hoặc mạn tính; không mắc các bệnh: nhiễm độc, suy thận, xơ gan, bệnh lý cơ quan tạo máu, sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến tủy xương; không có chảy máu; không truyền máu và các chế phẩm máu (khối tiểu cầu, khối bạch cầu) trong vòng 30 ngày.

- Tiêu chuẩn loại trừ: ULAT có nhiễm HIV, có tình trạng viêm, kết hợp bệnh collagen, nhiễm trùng, các bệnh khác của hệ thống huyết học; BN không đầy đủ thông tin chỉ tiêu nghiên cứu, từ chối tham gia nghiên cứu.

** Tiêu chuẩn chọn nhóm chứng:*

Tiền sử khoẻ mạnh, đi khám sức khoẻ định kỳ kiểm tra, hiện tại không mắc các bệnh viêm nhiễm cấp và các bệnh lý có ảnh hưởng đến công thức máu ngoại vi.

2. Phương pháp nghiên cứu

** Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

** Các bước tiến hành:* BN ULAT

nằm trong tiêu chuẩn lựa chọn (thu nhập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu), gồm:

- Thu thập các thông tin: Tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng (hỏi, khám): chỉ số BMI, sút cân, chỉ số toàn trạng, triệu chứng thực thể, các bệnh lý kết hợp...

- Xét nghiệm cận lâm sàng: Công thức máu, sinh hóa máu, mô bệnh học, chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm khác.

- Tính giá trị NLR, PLR và tìm ngưỡng giá trị tối ưu.

** Xử lý số liệu:* Sử dụng phần mềm SPSS (26.0). Tính giá trị trung bình ($\bar{X} \pm SD$) hoặc tỷ lệ % và so sánh giữa các giá trị trung bình bằng sử dụng kiểm định t-test. Đường cong ROC để xác định giá trị ngưỡng tối ưu cho chỉ số NLR và PLR trước điều trị trong dự báo tiên lượng. So sánh giữa nhóm thấp và nhóm cao của các chỉ số NLR và PLR, sử dụng test χ^2 hoặc Fisher để tìm mối liên quan giữa các chỉ số này với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

CHÀO MỪNG 75 NĂM NGÀY TRUYỀN THỐNG HỌC VIỆN QUÂN Y

Bảng 1. Các chỉ tiêu cận lâm sàng và giá trị tham chiếu.

Chỉ tiêu	Đơn vị	Máy xét nghiệm	Giá trị tham chiếu (cách tính)
Số lượng bạch cầu	G/L		4 - 10
Neurophil%	%		42 - 73
Basophil%	%		0 - 2
Eosinophil%	%		0 - 8
Lymphocyt%	%		18 - 43
Monocyt%	%		8 - 12
Neurophil	G/L		1,6 - 7,5
Basophil	G/L		0,0 - 0,3
Eosinophil	G/L	Máy xét nghiệm huyết học 18 thông số DXH 600	0,0 - 0,8
Lymphocyt	G/L		0,9 - 3,4
Monocyt	G/L		0,0 - 1,2
Số lượng hồng cầu	T/L		4,2 - 5,9
Huyết sắc tố (HBG)	g/L		130 - 180
Hematocit (HCT)	l/l		0,42 - 0,52
Số lượng tiểu cầu (PLT)	G/L		150 - 400
NLR			Số lượng bạch cầu trung tính/bạch cầu lympho
PLR			Số lượng tiểu cầu/bạch cầu lympho
LDH	U/L	Máy xét nghiệm sinh hóa tự động Chemwell 2902	0 - 247
Beta2 globulin	mg/L		0,8 - 2,4

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu phục vụ công tác tiên lượng và điều trị bệnh, không can thiệp gì trên đối tượng nghiên cứu. Người tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, không phải chi trả bất kỳ khoản gì. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

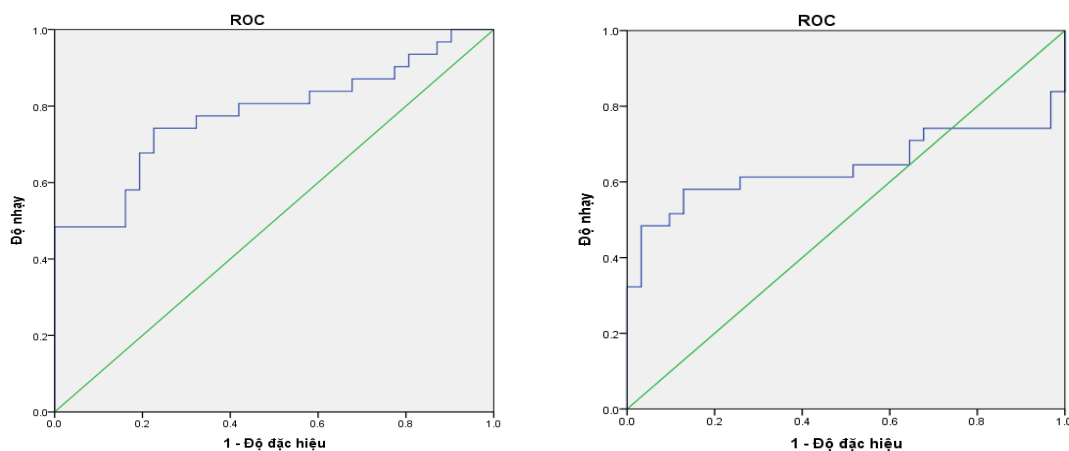
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm	Nhóm bệnh (n = 31)	Nhóm chứng (n = 31)
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Tuổi (năm)	60,81 ± 18,13	54,65 ± 15,35
BMI	21,1 ± 1,6	20,3 ± 2,2
Giới tính nam (%)	67,74%	32,26%
Chỉ số toàn trạng	0 (22,58%); 1 (67,74%); 2 (9,68%)	-
Sốt (%)	9,68%	-
Sút cân (%)	29,03%	-
Ra mồ hôi trộm (%)	16,13%	-
Hạch to (%)	80,65%	-
LDH	519,34 ± 670,11	-
Beta2 globulin	3,32 ± 1,77	-
CD20 dương tính (%)	91,30%	-
NLR	1,56 ± 0,42	2,89 ± 1,65
PLR	106 ± 22,78	151,92 ± 107,67

Giá trị NLR, PLR ở nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng. Nhóm bệnh: Chỉ số toàn trạng (PS 0-1: 90,32%), sút cân (29,03%), hạch to (80,65%), Beta2 globulin 3,32 ± 1,77), thụ cảm thể CD20 (+) (91,3%).

CHÀO MỪNG 75 NĂM NGÀY TRUYỀN THỐNG HỌC VIỆN QUÂN Y



Biểu đồ 1. Đường cong ROC cho NLR. **Biểu đồ 2.** Đường cong ROC cho PLR.

Diện tích dưới đường cong ROC đối với NLR là 0,778 (95%CI: 0,660 - 0,897) giá trị điểm cắt là 1,85 có độ nhạy là 74,2% và độ đặc hiệu là 77,4% với $p < 0,001$. Diện tích dưới đường cong ROC đối với PLR là 0,640 (95%CI: 0,487 - 0,793) giá trị điểm cắt là 127,3 có độ nhạy là 58,1% và độ đặc hiệu là 87,1% với $p = 0,048$.

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với chỉ số NLR, PLR.

Đặc điểm lâm sàng		NLR		p	PLR		p
		< 1,85 n (%)	≥ 1,85 n (%)		< 127,3 n (%)	≥ 127,3 n (%)	
Tuổi	≤ 60	2 (25)	9 (39,13)	0,513	3 (23,08)	8 (44,44)	0,186
	> 60	6 (75)	14 (60,87)		10 (76,92)	10 (55,56)	
Giới tính	Nam	5 (62,5)	16 (69,57)	0,724	10 (76,92)	11 (61,11)	0,369
	Nữ	3 (37,5)	7 (30,43)		3 (23,08)	7 (38,89)	
PS	0	1 (12,5)	6 (26,09)	0,002	2 (15,38)	5 (27,78)	0,014
	1	7 (87,5)	14 (60,87)		10 (76,92)	11 (61,11)	
	2	0 (0)	3 (13,04)		1 (7,69)	2 (11,11)	
Sút cân	Không	7 (87,5)	16 (69,57)	0,016	10 (76,92)	12 (66,67)	0,008
	Có	1 (12,5)	7 (30,43)		3 (23,08)	6 (33,33)	
Sốt	Không	8 (100)	20 (86,96)	0,069	13 (100)	15 (83,33)	0,016
	Có	0 (0)	3 (13,04)		0 (0)	3 (16,67)	
Ra mồ hôi trộm	Không	7 (87,5)	19 (82,61)	0,145	13 (100)	13 (72,22)	0,001
	Có	1 (12,5)	4 (17,39)		0 (0)	5 (27,78)	
Ngứa	Không	8 (100)	21 (91,3)	0,142	7 (87,5)	22 (95,65)	0,669
	Có	0 (0)	2 (8,7)		1 (12,5)	1 (4,35)	

Mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng với NLR, PLR: BN có giới tính nam có tỷ lệ 67,74% cao hơn có ý nghĩa so với BN nữ (32,26%) ($p = 0,001$). BN có PS 1 có tỷ lệ cao hơn (67,74%) có ý nghĩa ($p < 0,001$). BN có hội chứng hạch to có tỷ lệ cao hơn (80,65%) ($p < 0,001$). BN có triệu chứng: Sút cân, ra mồ hôi trộm liên quan với tiên lượng, có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$ và $p = 0,023$). Các đặc điểm lâm sàng: Tuổi, BMI, sốt và ngứa không liên quan với tiên lượng với $p > 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan nhóm hạch theo chỉ số NLR, PLR.

Nhóm hạch	NLR < 1,85 n (%)	NLR ≥ 1,85 n (%)	p	PLR < 127,3 n (%)	PLR ≥ 127,3 n (%)	p
Không	1 (12,5)	5 (21,74)		3 (23,08)	3 (16,67)	
Một nhóm hạch	5 (62,5)	9 (39,13)		6 (46,15)	8 (44,44)	
≥ Hai nhóm cùng phía cơ hoành	0 (0)	6 (26,09)	0,015	1 (7,70)	5 (27,78)	0,010
≥ Hai nhóm khác phía cơ hoành	2 (25)	3 (13,04)		3 (23,07)	2 (11,11)	

BN: NLR ≥ 1,85 có tỷ lệ có một nhóm hạch (39,13%) cao nhất có ý nghĩa so với BN NLR < 1,85 ($p = 0,015$). BN: PLR ≥ 127,3 có tỷ lệ một nhóm hạch (44,44%) cao nhất có ý nghĩa so với BN PLR < 127,3 với $p = 0,010$.

BÀN LUẬN

BN nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $60,81 \pm 18,13$ (19 - 83). Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ ≥ 70 tuổi (38,71%), tiếp đến là nhóm tuổi 60 - 69 (32,26%), BN ≥ 60 tuổi (70,97%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Tuyên (2021): 292 BN ULATKH cho thấy tuổi trung bình của

BN là $57,9 \pm 14,6$ (6 - 89). Tuổi trung bình: Nam ($58,4 \pm 15,3$), nữ ($57,3 \pm 13,7$) [5]. Nghiên cứu của chúng tôi đa số BN là nam (67,74%), nữ (32,26%), nam/nữ: 2/1. Theo Globocan (2018), tỷ lệ mắc ULAKH chung trên toàn thế giới cũng như ở mỗi vùng đều trội hơn ở nam giới: Trên toàn thế giới (nam/nữ: 1,27), Đông Nam Á (nam/nữ: 1,48), châu Âu (nam/nữ: 1,34) [2].

Triệu chứng nhóm B: Sốt, ra mồ hôi về đêm, sút cân > 10% trọng lượng cơ thể trong vòng 6 tháng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sút cân và ra mồ hôi trộm là 2 triệu chứng thường gặp nhất (29,03%, 16,13%). BN có triệu chứng nhóm B (35,48%), giai đoạn I (27,27%), giai đoạn II (45,45%), giai đoạn III (18,18%) và giai đoạn IV (9,09%). Triệu chứng ngứa ít gặp (6,45%) ($p = 0,161$); triệu chứng ngứa thường gặp ở Hodgkin nhiều hơn là ULATKH, kết quả phù hợp với nghiên cứu của Phạm Xuân Dũng (2012): Triệu chứng ngứa ít gặp và không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,2$) [6]. Trong đó, giai đoạn I không có trường hợp nào có hội chứng B, giai đoạn II và III (41,7%), giai đoạn IV (16,6%). Chưa thấy có liên quan giữa hội chứng B với giai đoạn bệnh và thời gian khởi phát bệnh; triệu chứng nhóm B: Yếu tố tiên lượng không tốt đối với kết quả điều trị của nhóm BN. BN có hạch: 25/31 (80,65%), BN có một nhóm hạch (45,16%), BN có \geq hai nhóm cùng phía cơ hoành (19,35%), \geq hai nhóm khác phía cơ hoành (16,14%). Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Lưu Hùng Vũ (2021) [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BN (PS 0-2), trong đó PS 1 chiếm chủ yếu (67,74%), chúng tôi thấy rằng BN có PS thấp có NLR, PLR cao hơn, có xuất hiện hội chứng B nhiều hơn. Điều này phù hợp

với nghiên cứu của Siqian Wang và cs (2018): 140/182 BN có PS < 2 chiếm 76,93% [8].

Nồng độ LDH huyết thanh cao hơn giá trị bình thường là 247 U/L, giá trị Beta2 globulin trung bình là $3,32 \pm 1,77$ cao hơn giá trị bình thường là < 2,4 mg/L. Theo Nguyễn Thanh Bình (2020): 19 BN có nồng độ LDH tăng trước điều trị, (47,5%), thời điểm tái phát: 16 BN có nồng độ LDH tăng trước điều trị, (40%) [9]. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Quế (2011): LDH máu tăng chiếm 21,8% (mẫu nghiên cứu ULATKH độ mô học thấp và cao) [10]; kết quả phù hợp với nghiên cứu của Shi Y và CS (2019): LDH máu tăng (45,2%) [11]. Nguyễn Thanh Bình (2020): 70% và 75% BN có tăng nồng độ beta2 globulin tại thời điểm chẩn đoán ban đầu và chẩn đoán tái phát. Johnson và CS [9]: 80% tăng beta2 globulin và trị số này có liên quan đến khối lượng tế bào.

Ngưỡng giá trị tối ưu của chỉ số NLR là 1,85 có độ nhạy là 74,2%, độ đặc hiệu là 77,4% ($p < 0,001$). BN có NLR cao cho thấy giai đoạn bệnh cao hơn, có hội chứng B và có PS thấp hơn đáng kể. NLR không liên quan đến các yếu tố lâm sàng (giới tính, tuổi, ngứa). Kết quả tương tự với nghiên cứu của Wang S và CS (2018): 132 BN ULAT tế bào B lan tỏa, ngưỡng giá trị tối ưu

NLR là 2,32; khi phân tích các yếu tố tiên lượng theo mô hình hồi quy Cox đa biến cho thấy: BN có NLR cao thì giai đoạn bệnh cao hơn ($p = 0,001$) thường xuyên hơn, với các triệu chứng B ($p = 0,005$) và có ECOG- PS thấp hơn đáng kể ($p = 0,048$), LDH cao hơn ($p = 0,006$), nhiều hơn các vị trí bệnh ngoài hạch ($p = 0,002$) và IPI cao hơn ($p = 0,001$) khi chẩn đoán. NLR không liên quan đáng kể đến các yếu tố lâm sàng (giới tính, tuổi, thâm nhiễm tủy xương và loại bệnh lý) [8].

Giá trị tối ưu PLR được xác định dựa trên đường cong ROC. Diện tích dưới đường cong ROC đối với PLR là 0,640 (95%CI: 0,487 - 0,793), giá trị điểm cắt là 127,3 có độ nhạy là 58,1%, độ đặc hiệu là 87,1% ($p = 0,048$). BN có PLR > 127,3: tỷ lệ các triệu chứng nhóm B cao hơn. Nghiên cứu của Wang S và CS (2018): giá trị PLR trong tiên lượng BN ULATKH tế bào B lớn lan tỏa, có thiết kế gần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi và kết quả cũng cho thấy PLR là 150 có khả năng tiên lượng, diện tích dưới đường cong ROC là 0,631 (95%CI: 0,524 - 0,737, $p = 0,021$), điểm cắt trong nghiên cứu này cũng như khả năng tiên lượng của PLR cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (điểm cắt 127,3; độ nhạy 58,1%, độ đặc hiệu 87,1%) ($p = 0,048$); sự khác biệt có thể là do đối tượng BN của 2 nghiên cứu

khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi nghiên cứu ở tất cả BN ULATKH và ở mọi giai đoạn, trong khi nghiên cứu của Wang S và CS (2018) chỉ nghiên cứu BN mắc bệnh ULATKH tế bào B lớn lan tỏa [8].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu BN ULATKH tại Bộ môn - Trung tâm Nội Dã chiến, Bệnh viện Quân y 103 (tuổi trung bình: 60, nam (67%), điểm toàn trạng chủ yếu PS 0-1; BN đa số có 1 nhóm hạch, triệu chứng toàn thân hay gặp (sút cân và ra mồ hôi trộm). Ngưỡng giá trị tối ưu của chỉ số NLR, PLR trong tiên lượng bệnh là: 1,85 và 127,3. NLR, PLR có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với một số triệu chứng toàn thân, chỉ số toàn trạng và số nhóm hạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hưng, Nguyễn Tuấn Tùng, Phạm Quang Vinh. Nghiên cứu kết quả ghép tế bào gốc tạo máu tự thân ở bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2021; 140(4):171-178.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021; 71(3):209-249.

3. Lê Huỳnh Đức, Nghiêm Thị Minh Châu. 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. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 519(2).
4. Phạm Văn Tuyên. Nghiên cứu phân loại u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B theo WHO 2008. Trường Đại học Y Hà Nội. 2021.
5. Phạm Xuân Dũng. Đánh giá kết quả điều trị lympho không Hodgkin ở người lớn. Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2012.
6. Lư Hùng Vũ. Nghiên cứu điều trị u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa với CD20(+) bằng phác đồ RCHOP. 2021.
7. Wang S, Ma Y, Sun L, et al. Prognostic significance of pretreatment neutrophil/lymphocyte ratio and platelet/lymphocyte ratio in patients with diffuse large B-cell lymphoma. *BioMed Research International*. 2018.
8. Nguyễn Thị Thanh Bình, Tống Xuân Thắng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u lympho không Hodgkin vùng đầu cổ. 2020.
9. Phạm Thị Quế. Đánh giá kết quả điều trị hóa chất phác đồ r-chop trong u lympho ác tính không Hodgkin tế bào B tại Bệnh viện K. *Luận văn thạc sĩ y học*. Đại học Y Hà Nội. 2012.
10. Shi Y, Han Y, Yang J, et al. Clinical features and outcomes of diffuse large B-cell lymphoma based on nodal or extranodal primary sites of origin: Analysis of 1,085 WHO classified cases in a single institution in China. *Chinese Journal of Cancer Research*. 2019; 31(1):152.