

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI CHỈ SỐ BẠCH CẦU TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI NGUYÊN PHÁT

LÊ VĂN GIAO, LÊ XUÂN SÁNH
Khoa Ung bướu, Bệnh viện 71 TW

TÓM TẮT

Ung thư phổi đang trở thành vấn đề sức khỏe mang tính toàn cầu với tỉ lệ mắc và tử vong cao ở cả hai giới, sống sót 5 năm còn phụ thuộc nhiều vào mức độ chẩn đoán sớm hay muộn, vì vậy nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Sự thay đổi chỉ số bạch cầu trên bệnh nhân ung thư phổi. Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu có nhóm chứng. 140 bệnh nhân UTP và 40 bệnh nhân viêm phổi là nhóm chứng, tại khoa Ung bướu Bệnh viện 71 Trung ương thời gian tháng 7/2017 đến 10/2020.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm ung thư phổi $57,53 \pm 14,42$, nhóm chứng $58,82 \pm 13,74$ tuổi. Nhóm tuổi cao nhất 60-75 tuổi là 33,6%, nhóm chứng 35,0%. Tỷ lệ nam/nữ nhóm ung thư phổi 55,7%, 44,3%. Số lượng bạch cầu (giga/lít) nhóm ung thư phổi $12,07 \pm 4,53$ cao hơn nhóm chứng $8,52 \pm 4,16$ G/L, $p < 0,05$. Bạch cầu trung tính nhóm ung thư phổi $9,27 \pm 4,78$ cao hơn nhóm chứng $5,56 \pm 4,49$. Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai IV và ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn có số lượng bạch cầu cao nhất là $15,44 \pm 1,99$, $15,56 \pm 1,42$ G/L, số lượng bạch cầu thấp nhất ở giai đoạn I-II $5,4 \pm 3,5$. Tỷ lệ Procalcitonin của cả hai nhóm: Ung thư phổi và nhóm chứng không có khác biệt lẫn lượt; Procalcitonin $< 0,05$ ng/ml là $0,05 \pm 0,09$ và $0,00$ ng/ml. $0,05 < \text{Procalcitonin} < 2$ ng/ml $0,81 \pm 0,97$, $0,88 \pm 0,84$ ng/ml nhưng có sự khác biệt về Procalcitonin > 10 ng/ml nhóm chứng cao hơn nhóm ung thư phổi $13,13 \pm 2,49$, $12,05 \pm 1,64$ ng/ml $p > 0,05$.

Kết luận: Cùng với sự phát triển của khoa học phân tử ngày nay đã có nhiều bằng chứng chứng minh chỉ số bạch cầu là yếu tố trung gian quan trọng trong tiến triển u bởi vì chúng gây ra những bất ổn về di truyền, thúc đẩy tăng sinh u,

kích thích tăng sinh mạch và tác động đến khả năng xâm lấn của tế bào ung thư, tổng hợp chất gây viêm. Thời gian sống sót 5 năm phụ thuộc với một số yếu tố như: Tuổi, chỉ số bạch cầu, Procalcitonin, vì vậy phát hiện bệnh sớm là yếu tố then chốt trong điều trị.

Từ khóa: Sự thay đổi chỉ số bạch cầu trên bệnh nhân ung thư phổi.

SUMMARY

Lung cancer is becoming a global health issue with high morbidity and mortality rates in both genders, and the five-year survival is highly dependent on early or late diagnosis. Therefore, the objective of this research is to change the leukemia index in lung cancer patients. The methodology has been using in this study is describing with a control group. 140 lung cancer patients and 40 patients with pneumonia were the control group, at the Oncology Department of 71 Central Hospital from July of 2017 to October of 2020.

Results: The mean age of the lung cancer group is 57.53 ± 14.42 , in the control group is 58.82 ± 13.74 . The highest age group from 60-75 years old in the lung cancer group and control group is 33.6% and 35.0%. The rate of male/female lung cancer is 55.7%, 44.3%. The number of leukocytes (giga/liter) in the lung cancer group was 12.07 ± 4.53 higher than the control group 8.52 ± 4.16 G/L, $p < 0,05$. Neutrophils of lung cancer group 9.27 ± 4.78 were higher than that of the control group 5.56 ± 4.49 . In stage IV of non-small cell lung cancer and the diffuse stage of small cell lung cancer had the highest white blood cell count of 15.44 ± 1.99 , 15.56 ± 1.42 G/L, the lowest number of leukocytes at stage I-II is 5.4 ± 3.5 . Procalcitonin rates of both groups: lung cancer and control group did not differ in turn; Procalcitonin < 0.05 ng/ml is 0.05 ± 0.09 and 0.00 ng/ml. $0.05 < \text{Procalcitonin} < 2$ ng/ml 0.81 ± 0.97 , 0.88 ± 0.84 but the difference in Procalcitonin > 10 ng/ml in the control group was higher than in the lung cancer group 13.13 ± 2.49 , 12.05 ± 1.64 ng/ml $p > 0.05$. Conclusion:

Chịu trách nhiệm: Lê Văn Giao
Email: levangiaobv71tw@gmail.com
Ngày nhận: 06/10/2020
Ngày phản biện: 02/11/2020
Ngày duyệt bài: 13/11/2020

With the development of molecular science today, there is lots of evidence proving that the white blood cell index plays a significant mediator in tumor progression because they cause genetic instability, promote tumor proliferation, stimulate angiogenesis, and affect the invasive ability of cancer cells, synthesize inflammatory substances. Five-year survival depends on several factors such as age, white blood cell index, Procalcitonin, so early detection is an essential factor in treatment.

Keywords: Alteration of white blood cell index in lung cancer patients.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) đang trở thành vấn đề sức khỏe mang tính toàn cầu với tỉ lệ mắc và tử vong cao ở cả hai giới. Theo thống kê của GLOBOCAL năm 2018 [1] ước tính có khoảng 1,8 triệu trường hợp tử vong do UTP chiếm 18,4% tổng số trường hợp tử vong do ung thư. Việt Nam, năm 2012 trên 19.000 trường hợp tử vong do UTP, chiếm tổng số 20,6%. Tỷ lệ tử vong nam giới 37.2/100.000 dân, nữ giới 10,9/100.000 dân. Đến năm 2018 tử vong do UTP 20.710 trường hợp (chiếm 19.14%) tổng số trường hợp tử vong do ung thư (đứng hàng thứ 2 sau ung thư gan). Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán điều trị UTP, nhưng tiên lượng UTP vẫn còn là vấn đề khó khăn, tỷ lệ sống sót sau 5 năm thấp, chỉ khoảng 15% [1].

Trên toàn cầu trong đó có Việt Nam hiện nay, chiến lược mới trong điều trị ung thư tập trung sử dụng yếu tố tiên lượng phù hợp, phân loại nguy cơ thích hợp cho bệnh nhân ung thư và tiếp theo là thiết kế điều trị sớm “pháp lệnh điều trị”. Tình trạng viêm và đáp ứng viêm ngày càng được quan tâm, do có liên quan chặt chẽ với UTP. Trong đó, viêm đóng vai trò quan trọng trong tạo vi môi trường u, thúc đẩy tăng sinh và tăng trưởng khối u, xâm lấn tế bào u, tăng sinh mạch, tăng tốc di căn, liên quan thời gian sống

sốt của bệnh nhân. Vì vậy, dấu ấn viêm trở thành tiên lượng trong UTP. Xác định các dấu ấn viêm, đáp ứng miễn dịch dễ thực hiện, được sử dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng như: Procalcitonin được nghiên cứu ứng dụng trong chẩn đoán nhiễm khuẩn UTP, số lượng bạch cầu, lymphô, mônô, bạch cầu trung tính. Để góp phần thực hành lâm sàng, thông tin vai trò của các chỉ số tế bào máu ngoại vi đến tiến triển bệnh UTP. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Nghiên cứu sự thay đổi chỉ số bạch cầu trên bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 180 bệnh nhân, 140 bệnh nhân UTP và 40 bệnh nhân viêm phổi là nhóm chứng, tại khoa ung bướu bệnh viện 71TW thời gian tháng 7/2017-10/2020

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả tiến cứu, có nhóm chứng.
- Giải phẫu bệnh, mô phổi được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học.
- Mới điều trị lần đầu.
- Không dùng thuốc ảnh hưởng đến tế bào máu.
- Huyết học:
 - + Số lượng bạch cầu toàn bộ (G/L). Bình thường 4-12G/L, SLBC<4G/L giảm bạch cầu, SLBC>12G/L tăng bạch cầu;
 - + Số lượng bạch cầu trung tính: bình thường 1,6-8,9G/L. Tăng khi >8,9G/L;
 - + Số lượng lymphô: Bình thường 0,8-5,9G/L. Giảm khi <0,8G/L, Tăng khi >5,9G/L;
 - + Số lượng mônô: Bình thường 0,1-0,6G/L. Tăng khi >0,6G/L.
- Định lượng Procalcitonin.
- So sánh các tỷ lệ: sử dụng test χ^2 các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p<0,05$.
- Các số liệu thu thập được mã hóa, xử lý SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Nhóm		Ung thư phổi n=140	Viêm phổi (nhóm chứng) n=40	p
Chỉ số				
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$	57,53 \pm 14,42	58,82 \pm 13,74	0,613
Nhóm tuổi	<45	29 (20,7%)	6 (15,0%)	0,748
	45-59	47 (33,6%)	14 (35,0%)	
	60-75	47 (33,6%)	13 (32,5%)	
	>75	17 (12,1%)	7 (17,5%)	
Giới	Nam	78 (55,7%)	27 (67,5%)	0,182
	Nữ	62 (44,3%)	13 (32,5%)	
	Tỷ lệ nam/nữ	1,26	2,08	

Bảng 2. Đặc điểm chỉ số bạch cầu bệnh nhân Ung thư phổi và Viêm phổi (nhóm chứng)

SLBC	Nhóm	Ung thư phổi n=140		Viêm phổi (nhóm chứng) n=40		p
		n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
SLBC (G/L)		140	12,07 ± 4,53	40	8,52 ± 4,16	0,000
BCTT (G/L)		140	9,27 ± 4,78	40	5,56 ± 4,49	0,000
Lymphô (G/L)		140	4,48 ± 2,55	40	3,38 ± 2,47	0,017
Mônô (G/L)		140	3,84 ± 5,81	40	1,81 ± 4,39	0,019

Bảng 3. Đặc điểm chỉ số bạch cầu giai đoạn bệnh UTPKTBN và UTP TBN

Mô bệnh học		UTPKTBN			UTP TBN	
Giai đoạn bệnh		GD I-II n=9	GD III n=50	GD IV n=68	GD khu trú n=4	GD lan tràn n=9
SLBC (G/L)	$\bar{X} \pm SD$	5,4 ± 3,5	7,85 ± 2,37	15,44 ± 1,99	14,50 ± 1,29	15,56 ± 1,42
	p	0,000			0,232	
Mô bệnh học		UTPKTBN			UTP TBN	
SLBC (G/L)	n	$\bar{X} \pm SD$			n	$\bar{X} \pm SD$
	127	11,74 ± 4,62			13	15,23 ± 1,42
					p	
					0,000	

Bảng 4. Nồng độ Procalcitonin ung thư phổi và Viêm phổi (nhóm chứng)

Procalcitonin	Nhóm	Ung thư phổi n=140		Viêm phổi (nhóm chứng) n=40		P
		n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
PCT <0,05 ng/ml		30	0,05 ± 0,09	1	0,00	
PCT 0,05 < PCT <2 ng/ml		65	0,81 ± 0,97	14	0,88 ± 0,84	0,799
PCT 2 < PCT <10 ng/ml		28	4,38 ± 2,15	13	5,47 ± 2,21	0,144
PCT > 10 ng/ml		17	12,05 ± 1,64	12	13,13 ± 2,49	0,170

BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm về tuổi và giới

Hầu hết các nghiên cứu về bệnh ung thư, tuổi luôn là yếu tố quan trọng được nhắc đến, nó phản ánh quá trình tích lũy thời gian tiếp xúc với các tác nhân gây ung thư, vậy nghiên cứu này chỉ ra tuổi trung bình 57,53 ± 14,42, phần lớn bệnh nhân nhóm tuổi từ 45-75, trong đó nhóm tuổi từ 45-75 tuổi tỷ lệ 33,6%, nhóm tuổi >75 tỷ lệ thấp nhất 12,1%. Tuổi thấp nhất 24, tuổi lớn nhất 86 tuổi. Kết quả này cũng phù hợp một số nghiên cứu về UTP. Theo Le Van Giao [2] tuổi trung bình 56 tuổi, ≥ 65 tuổi 14,3%. Vũ Hữu Khiêm [3] tuổi trung bình bệnh nhân UTPKTBN là 57 tuổi, tuổi trên 50 gặp 83,3%. Fei X [6] nghiên cứu trên 205 bệnh nhân UTPKTBN, tuổi trung bình 58,8 ± 10,3 nhóm tuổi trên 50 gặp 81,6%. Về nam 55,7% nhiều hơn nữ 44,3% với tỷ lệ nam/nữ là 1,26. Theo Le Van Giao [2] nam 71,4%, nữ 28,6%. Fei X [6] nam 58,8, nữ 41,2%. Tuy nhiên tỉ lệ này không mang tính dịch tễ cao vì chỉ được nghiên cứu nhóm mẫu bệnh không lớn.

2. Thay đổi số lượng, thành phần bạch cầu

- Thay đổi số lượng bạch cầu

Do nhu cầu cơ thể thiếu oxy, nhiễm khuẩn, hoặc do các tác nhân gây giảm một hay nhiều thành phần tế bào máu ngoại vi, thông qua các yếu tố phát triển sẽ kích thích tăng sinh tế bào máu. Các yếu tố phát triển bao gồm toàn bộ các protein kích thích phát triển tế bào máu, chúng được sản xuất từ lymphô, mônô, đại thực bào, tế bào nội mạch, nguyên bào xơ và các tế bào khác. Các chất kích thích phát triển, kiểm soát quá trình tăng sinh và biệt hoá của tế bào gốc thành tế bào chín, ảnh hưởng đến chức năng của tế bào chín như chức năng bạch cầu trong nhiễm khuẩn, cần thiết cho sự phát triển của tế bào gốc vận năng và tế bào đa năng dòng tủy và lymphô.

Nghiên cứu này cho thấy số lượng BC trung bình của nhóm UTP là 12,07 ± 4,53 cao hơn nhiều SLBC trung bình của nhóm chứng là 8,52 ± 4,16 G/L. Kết quả Fei X [6] nghiên cứu trên

205 bệnh nhân UTPKTBN số lượng BC nhóm bệnh là 6,18 so với nhóm tham chiếu là 5,12% với $p > 0,05$. Inagaki N [5] thấy số lượng BC trung bình ở nhóm UTP là $8,56 \pm 4,19$ ở nhóm tham chiếu là $6,48 \pm 1,97$ với $p < 0,0001$. Le Van Giao [2] SLBC trong UTP 56,0%.

Tăng số lượng BC là triệu chứng thường gặp trong UTP hoặc là tại thời điểm chẩn đoán nó có thể do một hoặc nhiều yếu tố như nhiễm trùng, ung thư di căn tùy xương, hoặc điều trị bằng phác đồ có sử dụng corticosteroid. Tuy nhiên, UTP thường có biểu hiện tăng số lượng BC mà không liên quan đến những yếu tố trên. Đó là tăng BC do khối u (tumor related leukocytosis), nguyên nhân chính là do sản xuất các cytokine kích thích sinh máu mất kiểm soát từ tế bào u. Đến nay, đã có trên 40 cytokin kích thích sinh máu khác nhau được tổng hợp từ tế bào UTP hoặc dòng tế bào u khác đã được xác định. Theo XuF, XuP [7] trên 571 bệnh nhân UTPKTBN cho thấy tăng số lượng BC do u không những là yếu tố tiên lượng xấu từ rất sớm mà có thể giúp phân biệt giữa tổn thương lành tính và tổn thương ác tính, tỷ lệ tăng số lượng BC là 9,90%, $p < 0,001$.

- Thay đổi về số lượng bạch cầu trung tính.

Xét nghiệm tế bào máu được làm thường qui. Vì nó là xét nghiệm rất có giá trị trong tiên lượng ở bệnh nhân UTP, BCTT là tế bào có đời sống ngắn bởi vì nó có chức năng thực bào. Tuy nhiên, những BCTT có liên quan đến khối u, có nguồn gốc từ BCTT ngoại vi đã được coi là yếu tố trung gian quan trọng trong tiến triển u bởi vì chúng gây ra những bất ổn về di truyền, thúc đẩy tăng sinh u, kích thích tăng sinh mạch, tác động đến khả năng xâm lấn của tế bào ung thư và tổng hợp chất gây viêm.

Nghiên cứu cho thấy BCTT trung bình của nhóm UTP là $9,27 \pm 4,78$ cao hơn BCTT trung bình của nhóm chứng là $5,56 \pm 4,49$ G/L. Số lượng BCTT trung bình của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của: Xu F [7] thấy số lượng BCTT trung vị của nhóm bệnh là 3,74 (0,790-16,050) so với nhóm tham chiếu 3,259 (1,381-6,127) với $p=0,002$. Fei X [6] nghiên cứu 205 bệnh nhân UTPKTBN số lượng BC nhóm bệnh 7,19 so với nhóm tham chiếu 2,81%.

- Thay đổi về số lượng lymphô

Lymphô là một thành phần rất quan trọng của hệ thống miễn dịch qua trung gian tế bào, đáp ứng viêm ở bệnh nhân ung thư. Số lượng lymphô có liên quan chặt chẽ với khả năng miễn dịch của cơ thể bởi vậy khi số lượng lymphô thấp cho thấy hệ thống miễn dịch của cơ thể có thể đã bị ức chế, nó có khả năng phá hủy các tế bào ác

tính còn sót lại ở vi môi trường di căn. Ngày nay, trong y văn đều ghi nhận lymphô thâm nhiễm u có liên quan với kết quả lâm sàng tốt hơn ở bệnh nhân ung thư.

Qua nghiên cứu cho thấy lymphô ở nhóm UTP là $4,48 \pm 2,55$ cao hơn so với lymphô ở nhóm chứng là $3,38 \pm 2,47$ G/L $p < 0,05$. Theo Xu F [7] nghiên cứu 171 bệnh nhân UTP và 105 người làm nhóm tham chiếu thấy số lượng lymphô trung vị của nhóm bệnh là 1,802 thấp hơn so với số lượng lymphô trung vị ở nhóm tham chiếu là 1,989 với $p = 0,027$. Qua nghiên cứu của chúng tôi số lượng BC cao hơn với số tác giả vì nhóm chứng là viêm phổi và UTP phổi giai đoạn muộn.

- Thay đổi về số lượng mônô

Số lượng mônô thường tăng, từ đó góp phần làm tăng số lượng BC chung ở bệnh nhân UTP. Đại thực bào liên quan đến u, chúng có nguồn gốc từ các nguyên bào mônô cũng tham gia vào vai trò chính trong vi môi trường viêm của tiến triển u. Song song với BCTT liên quan đến u, các mônô có liên quan đến u có thể kích thích tăng trưởng tế bào u, thúc đẩy tăng sinh mạch, xâm lấn tế bào u và di căn bởi chúng sinh ra yếu tố tăng sinh mạch và yếu tố tăng trưởng cũng như các enzym tiêu protein.

Vậy nghiên cứu này cho thấy số lượng mônô trung bình của nhóm UTP là $3,84 \pm 5,81$ cao hơn số lượng mônô trung bình của nhóm chứng là $1,81 \pm 4,39$ G/L $p < 0,05$. Nghiên cứu này cao hơn một số tác giả, Xu F [7] nghiên cứu trên 171 bệnh nhân UTP và 105 người nhóm tham chiếu số lượng mônô trung bình là 0,46%. Rokicka E.W [5] thấy số lượng mônô trung bình là $0,41 \pm 0,15$.

3. Thay đổi về số lượng bạch cầu theo mô bệnh học, giai đoạn bệnh

Số lượng BC và thành phần BC, BCTT, lymphô, mônô có vai trò quan trọng nó phản ánh đáp ứng viêm và tình trạng miễn dịch của cơ thể. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy, viêm có liên quan chặt chẽ với sự hình thành và phát triển của ung thư. Viêm có thể thúc đẩy tăng trưởng khối u, xâm lấn, tăng sinh mạch và di căn khối u. Vì vậy, dấu ấn viêm có thể là những chỉ số quan trọng trong UTP.

Nghiên cứu chỉ ra rằng số lượng BC ở nhóm UTPKTBN giai đoạn II-III thấp hơn so với nhóm UTP TBN giai đoạn khu trú là $5,4 \pm 3,5$, $14,50 \pm 1,29$ G/L. Số lượng BC giai đoạn lan tràn cao nhất là $15,56 \pm 1,42$, giai đoạn IV $15,44 \pm 1,99$. Số lượng BC UTPKTBN thấp hơn nhiều so với số lượng BC UTP TBN là $11,74 \pm 4,62$, $15,23 \pm 1,42$ G/L. Tuy nhiên, chúng tôi thấy có sự khác biệt

về số lượng BC giữa các giai đoạn, tỷ lệ tăng số lượng BC cao nhất là ở giai đoạn lan tràn, thấp ở giai đoạn I-II. Nghiên cứu Xu F [7] giai đoạn I là 106,8, giai đoạn II là 110,3, giai đoạn III là 136,1, giai đoạn IV là 139,9 tăng cao so với nhóm chứng 103,2, $p < 0,0001$. Điều đó chứng tỏ số lượng BC tăng cao ở giai đoạn lan tràn của UTP TBN và cũng là nhóm UTP có độ ác tính cao. Tăng số lượng BC chủ yếu ở giai đoạn muộn và tăng số lượng BC thường là một yếu tố tiên lượng xấu. Tăng số lượng BC trong ung thư có thể do tế bào u tăng tổng hợp cytokine kích thích sinh máu như G-CSF. Những phân tử này được tiết ra từ tế bào u, kích thích cơ thể gây tăng bạch cầu.

4. Thay đổi về chỉ số Procalcitonin ở bệnh nhân ung thư phổi và chòm chứng.

Trên lâm sàng nhiễm khuẩn hô hấp là nguyên nhân chính gây ra hội chứng đáp ứng viêm hệ thống, Định lượng Procalcitonin được quan tâm nhiều trong chẩn đoán, theo dõi, điều trị. Nghiên cứu này chỉ ra $PCT < 0,05\text{ng/ml}$ trong hai nhóm không có sự khác biệt là $0,05 \pm 0,09, 0,00\text{ ng/ml}$ nhưng có sự khác biệt $PCT > 10\text{ ng/ml}$: Nhóm chứng $13,13 \pm 2,49\text{ng/ml}$ là những bệnh nhân viêm phổi dạng khối, tổn thương nhiều khối viêm trong hai phổi và nhóm UTP $12,05 \pm 1,64\text{ ng/ml}$ $p > 0,05$ thì gặp trong những bệnh nhân UTP phổi giai đoạn IV, giai đoạn lan tràn, những bệnh nhân này viêm phổi thể bất tắc phế quản vì do khối U và hạch chèn ép vào phế quản. Theo Pupelis [4] thấy $PCT > 10\text{ ng/ml}$ ở nhóm UTP $8,56 \pm 4,19$ ở nhóm tham chiếu là $6,48 \pm 1,97$ với $p < 0,0001$, $PCT < 0,05\text{ ng/ml}$ ở nhóm UTP là $2,16 \pm 1,19$ nhóm tham chiếu $1,19 \pm 1,11\text{ng/ml}$.

Tuy nhiên cần phải đặc biệt chú ý trong việc áp dụng Procalcitonin trong định hướng điều trị nhiễm khuẩn. Đã có báo cáo về trường hợp dương tính giả nếu chỉ chẩn đoán dựa trên nồng độ procalcitonin. Hiện nay cũng chưa có bằng chứng rõ ràng về lợi ích của việc lên thang kháng sinh chỉ dựa trên nồng độ procalcitonin, việc tìm hiểu xây dựng hệ thống tối ưu trong việc triển khai áp dụng Procalcitonin trong điều trị nhiễm khuẩn ở các bệnh viện để mang lại lợi ích kinh tế và hiệu quả điều trị.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu mô tả tiến cứu, có nhóm chứng gồm: 140 bệnh nhân UTP và 40 bệnh nhân viêm phổi là nhóm chứng, nghiên cứu sự thay đổi chỉ số bạch cầu trên bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát, chúng tôi rút ra các kết luận: Tuổi trung bình của UTP là $57,53 \pm 4,42$, tỷ lệ nam/nữ 1,26. Số lượng BC nhóm UTP $12,07 \pm$

$4,53$, cao hơn nhóm chứng $8,5 \pm 4,16\text{ G/L}$. Số lượng BC nhóm UTP TBN giai đoạn lan tràn $15,56 \pm 1,42$ cao hơn giai đoạn khu trú $14,50 \pm 1,29$. Số lượng BC nhóm UTPKTBN giai đoạn IV $15,44 \pm 1,99$ cao hơn giai đoạn I-II $5,4 \pm 3,5\text{ G/L}$. Procalcitonin $2 < PCT < 10\text{ ng/ml}$ nhóm chứng $13,13 \pm 2,49$ cao hơn nhóm UTP là $12,05 \pm 1,64\text{ ng/ml}$.

Vai trò của BC liên quan đến khối u là rất quan trọng. chúng có 2 chức năng đối lập nhau đó là chống tạo khối u và tiền tạo khối u. Chính chức năng tiền tạo khối u dẫn đến tăng trưởng khối u và ức chế miễn dịch và khi làm giảm BCTT có thể ức chế tăng trưởng khối u. BCTT có thể tạo thúc đẩy cho kết dính tế bào u trong xoang gan và thúc đẩy di căn thông qua phản ứng giữa tế bào ung thư với tế bào Mac-1. Nồng độ Procalcitonin có mối tương quan với yếu tố bạch cầu ở nhóm viêm phổi. Góp phần nâng cao hiệu quả theo dõi và điều trị kháng sinh cho bệnh nhân viêm phổi nói chung và bệnh nhân UTP nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Ferlay, (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 68(6), 394-424.
2. Le Van Giao, Le Xuan Sanh (2017) Concurrent Chemoradiotherapy For Small Cell Lung Cancer In Thanh Hoa General Hospital. International Conference Surgery Access In Tropical Areas And Updates In Oncology, November 8-10, 2017 Haiphong, Vietnam.
3. Vũ Hữu Khiêm (2017). Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phác đồ hóa xạ trị với kỹ thuật PET/CT mô phỏng, *Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội*.
4. Pupelis G., Drozdova N., (2014). Serum procalcitonin is a sensitive marker for septic shock and mortality in secondary peritonitis. *Anaesthesiol Intensive Ther*, 46(4), 262-273.
5. Inagaki N, Kibata K, (2014). Prognostic impact of the mean platelet volume/platelet count ratio in terms of survival in advanced non-small cell lung cancer. *Lung Cancer*, 83(1), 97-101.
6. Fei X, Wang H, (2017). Clinical and Prognostic Significance of Lupus Anticoagulant Measurement in Patients With Lung Cancer. *Technol Cancer Res Treat*, 1006-1013.
7. Xu F, Xu P, Cui (2018). Neutrophil-to-lymphocyte and platelet-to-lymphocyte ratios may aid in identifying patients with non-small cell lung cancer and predicting Tumor-Node-Metastasis stages. *Oncol Lett*, 16(1), 483-490.