

GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN CỦA TIỂU CẦU, CYTOKERATIN-19 FRAGMENT TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI NGUYÊN PHÁT

Lê Văn Giao¹, Thiều Đình Hưng¹, Lê Duy Hưng¹, Đặng Thùy Linh²

¹Khoa Ung Bướu, Bệnh viện 71 Trung Ương, Thanh Hóa, Việt Nam

²Bộ môn toán tin, Trường Đại Học Y Hà Nội, Việt Nam

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nồng độ của tiểu cầu, CYFRA 21-1 trên bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát tại thời điểm chẩn đoán.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang tại thời điểm chẩn đoán ban đầu của 140 bệnh nhân ung thư phổi so với 40 bệnh nhân viêm phổi về nồng độ sinh học CYFRA 21-1, tiểu cầu máu ngoại vi, tại khoa ung bướu bệnh viện 71 Trung ương thời gian tháng 7/2018 đến 12/2022.

Kết quả: Biến đổi nồng độ của giá trị trung bình tiểu cầu nhóm ung thư phổi thấp hơn nhóm viêm phổi là $299,80 \pm 113,61$ G/L so với $365,51 \pm 116,43$ G/L $p < 0,05$. Biến đổi CYFRA 21 - 1 nhóm ung thư phổi cao hơn nhóm viêm phổi là $16,62 \pm 10,10$ ng/ml so với $2,43 \pm 2,44$ ng/ml $p < 0,01$. Theo giải phẫu bệnh, giá trị trung bình lượng tiểu cầu nhóm ung thư phổi tế bào nhỏ cao hơn nhóm ung thư phổi không tế bào nhỏ là $377,85 \pm 108,78$ G/L so với $245,00 \pm 124,19$ G/L $p < 0,01$. Giá trị trung bình CYFRA 21 - 1 nhóm ung thư phổi tế bào nhỏ thấp hơn ung thư phổi không tế bào nhỏ là $11,74 \pm 4,62$ ng/ml so với $15,23 \pm 1,42$ ng/ml khi $p < 0,01$. Giá trị trung bình theo kính thước khối u. Số lượng tiểu cầu nhóm ≤ 7 cm thấp hơn nhóm > 7 cm là $304,45 \pm 118,15$ G/L so với $432,04 \pm 68,58$ G/L $p < 0,01$. Biến đổi sinh học của lượng CYFRA 21 - 1 nhóm ≤ 7 cm thấp hơn nhóm > 7 cm là $21,85 \pm 9,00$ ng/ml so với $10,93 \pm 7,97$ ng/ml $p < 0,01$.

Kết luận: Nghiên cứu này chỉ ra rằng khác biệt về giá trị trung bình: Tiểu cầu, CYFRA 21 - 1. Tỷ lệ tăng tiểu cầu, CYFRA 21 - 1 gặp nhiều ở nhóm bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn.

Từ khóa: Tiểu cầu, CYFRA 21-1 ung thư phổi nguyên phát.

ABSTRACT

DIAGNOSTIC VALUE OF PLATELETS, CYTOKERATIN-19 FRAGMENTS IN PATIENTS WITH PRIMARY LUNG CANCER

Le Van Giao¹, Thieu Dinh Hung¹, Le Duy Hung¹, Dang Thuy Linh²

Objective: To determine the concentration of platelets, CYFRA 21 - 1 in patients with primary lung cancer at the time of diagnosis.

Method: The prospective study describes the cross-section at the time of initial diagnosis of 140 lung cancer patients compared to 40 patients with CYFRA 21 - 1 biotransformation pneumonia, peripheral blood platelets, at 71 Central Hospital Oncology Department from July 2018 to December 2022.

Results: Biological modification of the mean platelet value of the lung cancer group was lower than that of the pneumonia group at 299.80 ± 113.61 G/L compared to 365.51 ± 116.43 G/L $p < 0.05$. CYFRA 21 - 1 modification of the lung cancer group was higher than pneumonia group of 16.62 ± 10.10 ng/ml compared to 2.43 ± 2.44 ng/ml $p < 0.01$. The mean small cell lung cancer platelet count was higher than that of non - small lung cancer, which was 377.85 ± 108.78 G/L compared to 245.00 ± 124.19 G/L $p < 0.01$. The mean CYFRA 21 - 1 small cell lung cancer was lower than that of non - small cell lung cancer, which was 11.74 ± 4.62 ng/ml compared to 15.23 ± 1.42 ng/ml when $p < 0.01$. The mean in

Ngày nhận bài: 01/7/2024. Ngày chỉnh sửa: 05/8/2024. Chấp thuận đăng: 03/9/2024

Tác giả liên hệ: Lê Văn Giao. Email: levangiaobv71tw@gmail.com. ĐT: 0917783660

Giá trị chẩn đoán của tiêu cầu, Cytokeratin-19 fragment...

tumor size group platelet count $\leq 7\text{cm}$ was lower than group $> 7\text{cm}$, which was $304.45 \pm 118.15 \text{ G/L}$ compared to $432.04 \pm 68.58 \text{ G/L}$ $p < 0.01$. The biotransformation of CYFRA 21-1 group $\leq 7\text{cm}$ was lower than group $> 7\text{cm}$, which was $21.85 \pm 9.00 \text{ ng/ml}$ compared to $10.93 \pm 7.97 \text{ ng/ml}$ $p < 0.01$.

Conclusion: This study indicates that biotransformation differs in mean values: Platelets, CYFRA 21 - 1. The incidence of thrombocytosis, CYFRA 21 - 1 is more common in patients with advanced lung cancer.

Keywords: Platelet, CYFRA 21 - 1 primary lung cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều thập kỷ, ung thư phổi (UTP) luôn giữ vững vị trí là những bệnh UT có tỷ lệ mắc, tử vong cao, trên toàn cầu ở cả hai giới. Theo GLOBOCAN năm 2020, trên toàn thế giới có khoảng 2,206 triệu trường hợp ung thư phổi mới mắc và 1,796 triệu người tử vong, chiếm 18% tổng số trường hợp tử vong do ung thư. Tại Việt Nam, các kết quả ghi nhận ung thư quần thể bước đầu cũng cho thấy ung thư phổi nguyên phát có tỷ lệ mới mắc cao ở cả hai giới, ước tính mỗi năm có hơn 20.000 bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát mới xuất hiện trên phạm vi cả nước [1]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị nhưng tỷ lệ sống sót sau 5 năm thấp, chỉ khoảng 15%.

Các khối u ác tính, về huyết học đại diện cho một tập hợp các rối loạn ác tính của máu và hệ bạch huyết được đặc trưng bởi sự tiến triển nhanh chóng. Những thay đổi di truyền về sinh học dẫn đến sự tăng sinh vô tính của tế bào gốc. Thay đổi sinh học trong đường truyền tín hiệu làm gián đoạn khả năng tự đổi mới của các tế bào tạo máu, cùng với sự tăng sinh và biệt hóa của chúng, thành các dòng khác. Do tính không đồng nhất cao của các phân nhóm ung thư trong huyết học, việc đánh giá các dấu ấn sinh học chẩn đoán và tiên lượng mới cần thiết để cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân. Biến đổi sinh học, dấu ấn chẩn đoán và tiên lượng đầy hứa hẹn cho người bệnh. Trong đó, con đường biến đổi sinh học được phát hiện có liên quan đến sự khởi phát, tăng sinh mạch, tăng tốc di căn, tiến triển, xâm lấn, sống sót, dự báo trong điều trị UTP. Để giúp lựa chọn phác đồ điều trị tối ưu và dự đoán tiên lượng cho người bệnh UTP. Vì lẽ đó, để góp phần thực hành lâm sàng, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu nghiên cứu sự biến đổi nồng độ của tiêu cầu, CYFRA21-1 ở bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

180 bệnh nhân gồm: 140 bệnh nhân ung thư phổi

và 40 bệnh nhân viêm phổi, tại khoa ung bướu bệnh viện 71 TW thời gian tháng 7/2018 - 12/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Mới điều trị lần đầu, chưa được điều trị ung thư; Chức năng gan, thận bình thường; Từ 16 tuổi trở lên; Tự nguyện tham gia vào nghiên cứu; Không dùng thuốc ảnh hưởng đến tế bào máu; Sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của CT, lấy mẫu mô làm mô bệnh học; Chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư phổi và viêm phổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu cắt ngang, có nhóm chứng.

Tiêu chuẩn đánh giá: Phân loại TNM [2] Ấn bản lần thứ 8: Giai đoạn I (gồm IA1-IA2-IA3, IB), giai đoạn II (gồm IIA, IIB), giai đoạn III (gồm IIIA, IIIB, IIIC), giai đoạn IV (IVA, IVB). Xét nghiệm: Lấy máu bệnh nhân tại khoa ung bướu, thực hiện tại khoa Sinh Hóa huyết học bệnh viện 71 TW, máy phân tích tự động cùng với Hóa chất của hãng Sysmex trong vòng 1 giờ sau khi lấy máu. Số lượng tiêu cầu [3]: Bình thường 150 - 400 G/L, giảm tiểu cầu khi số lượng tiêu cầu $< 150\text{G/L}$ và tăng tiểu cầu khi số lượng tiêu cầu $> 400\text{G/L}$. Định lượng nồng độ Cyfra 21 - 1 theo phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang trên hệ thống máy miễn dịch tự động. Giá trị tham chiếu của Cyfra 21 - 1 là $< 3,3 \text{ ng/ml}$.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

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.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này tiến hành ở đối tượng là bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị thường quy tại khoa Ung bướu Bệnh viện 71 TW. Các thông tin trong nghiên cứu được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

Thực hiện nghiên cứu khi được sự đồng ý của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân, không yêu cầu bệnh nhân chi phí, chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe, không nhằm mục đích nào khác.

Giá trị chẩn đoán của tiểu cầu, Cytokeratin-19 fragment...

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Số lượng trung bình tiểu cầu, CYFRA 21 - 1 theo nhóm bệnh

Số lượng TC, CYFRA 21-1	Nhóm		Viêm phổi (n=40)		p
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Số lượng TC (G/L)	140	365,51 $\pm$ 116,43	40	299,80 $\pm$ 113,61	0,002
CYFRA 21 - 1 (ng/ml)	140	16,62 $\pm$ 10,10	40	2,43 $\pm$ 2,44	0,000

Số lượng trung bình tiểu cầu viêm phổi thấp hơn UTP là 299,80 $\pm$ 113,61 so với 365,51 $\pm$ 116,43. Số lượng trung bình CYFRA 21 - 1 UTP cao hơn nhóm viêm phổi là 16,62 $\pm$ 10,10 so với 2,43 $\pm$ 2,44.

Bảng 2: Số lượng trung bình tiểu cầu, CYFRA 21 - 1 theo giải phẫu bệnh

Số lượng TC, CYFRA 21-1	Giải phẫu bệnh		UTPKTBN		p
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Số lượng TC (G/L)	127	245,00 $\pm$ 124,19	13	377,85 $\pm$ 108,78	0,000
CYFRA 21 - 1 (ng/ml)	127	15,23 $\pm$ 1,42	13	11,74 $\pm$ 4,62	0,000

Số lượng trung bình nhóm UTP - TBN cao hơn nhóm UTPKTBN là 377,85 $\pm$ 108,78 so với 245,00 $\pm$ 124,19. Số lượng trung bình CYFRA 21 - 1 trung bình nhóm UTPKTBN cao hơn nhóm UTP - TBN.

Bảng 3: Số lượng trung bình tiểu cầu, CYFRA 21 - 1 theo mô bệnh học

Theo mô bệnh học		UTPKTBN			UTP - TBN	
		Giai đoạn I-II (n=9)	Giai đoạn III (n=50)	Giai đoạn IV (n=68)	Giai đoạn khu trú (n=4)	Giai đoạn lan tràn (n=9)
Số lượng TC (G/L)	$\bar{X} \pm SD$	316,81 $\pm$ 112,74	437,00 $\pm$ 40,29	450,22 $\pm$ 40,29	232,44 $\pm$ 123,30	273,25 $\pm$ 140,07
	p	0,000			0,607	

Theo mô bệnh học	Tế bào vảy (n=59)	Tế bào nhỏ (n=13)	Tế bào tuyến (n=65)	Tế bào lớn (n=3)	p
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
CYFRA 21-1 (ng/ml)	22,15 $\pm$ 15,20	21,07 $\pm$ 7,40	30,00 $\pm$ 18,19	10,86 $\pm$ 7,20	0,000

Số lượng trung bình tiểu cầu ở giai đoạn I - II thấp hơn giai đoạn IV giai đoạn lan tràn. Số lượng trung bình CYFRA 21 - 1 tế bào lớn cao hơn tế bào tuyến là 30,00 $\pm$ 18,19 so với 10,86 $\pm$ 7,20.

Bảng 4: Số lượng trung bình tiểu cầu, CYFRA 21 - 1 theo kính thước khối u

Số lượng TC, CYFRA 21-1	Nhóm		p
	Nhóm ≤ 7 cm (n=67)	Nhóm > 7 cm (n=73)	
Số lượng TC (G/L)	304,45 $\pm$ 118,15	432,04 $\pm$ 68,58	0,000
CYFRA 21-1 (ng/ml)	10,93 $\pm$ 7,97	21,85 $\pm$ 9,00	0,000

Số lượng trung bình nhóm ≤ 7 cm thấp hơn nhóm > 7 cm là 304,45 $\pm$ 118,15 so với 432,04 $\pm$ 68,58 p < 0,01. Số lượng trung bình CYFRA 21 - 1 nhóm ≤ 7 cm thấp hơn nhóm > 7 cm là 10,93 $\pm$ 7,97 với 21,85 $\pm$ 9,00.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nồng độ và giá trị chẩn đoán tiểu cầu, CYFRA 21 - 1 theo nhóm bệnh

Một phần hoạt tính kết tập tiểu cầu có thể được bài tiết từ các tế bào UT, chúng có vai trò thúc đẩy ngưng tập tiểu cầu và kết dính tiểu cầu lên bề mặt tế bào UT, từ đó giải phóng yếu tố tăng trưởng từ tiểu cầu, chúng có vai trò thúc đẩy tăng trưởng khối u. Số lượng tiểu cầu và hoạt hóa tiểu cầu có liên quan với tình trạng di căn xa của tế bào u. Tiểu cầu hoạt hóa có thể gắn với fibrin tạo thành phức hợp tế bào u-fibrin-TCIPA (tumour cell induced platelet aggregation-ngưng tập tiểu cầu do tế bào u). Dưới điều kiện hoạt hóa và ngưng tập, tiểu cầu đóng vai trò là rào cản sinh lý xung quanh tế bào u để bảo vệ cho tế bào u khỏi bị phá hủy trong hệ tuần hoàn [4].

Qua nghiên cứu này cũng cho thấy rằng biến đổi của tiểu cầu nhóm UTP là $365,51 \pm 116,43$ G/L cao hơn nhiều số lượng tiểu cầu trung bình của nhóm viêm phổi là $299,80 \pm 113,61$ G/L $p < 0,01$. Kết quả nghiên cứu này tương tự số tác giả như: Wang W J (2013) thấy số lượng tiểu cầu trung bình của nhóm UTP là 272 ± 87 G/L nhóm tham chiếu là 217 ± 55 G/L, với $p < 0,01$ [7]. Ujjan I.D và CS (2009) số lượng tiểu cầu của nhóm UT là 394 ± 170 G/L so với nhóm chứng là 216 ± 73 G/L với $p < 0,001$ [4,5].

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy biến đổi nồng độ của CYFRA 21 - 1 là $16,62 \pm 10,10$ ng/ml cao hơn khoảng 8 lần so với nhóm viêm phổi $2,43 \pm 2,44$ ng/ml với $p < 0,05$. Theo giá trị chúng tôi cũng nhận thấy tỷ lệ tăng nồng độ CYFRA 21 - 1 ở nhóm UTP cao hơn nhóm viêm phổi rõ rệt. Các nghiên cứu cũng đều cho kết quả khác biệt rõ rệt giữa nhóm UTP và nhóm bệnh phổi khác: Nghiên cứu của Nguyễn Thu Hiền cho thấy nồng độ trung bình của CYFRA 21 - 1 là $25,1 \pm 3,9$ ng/ml cao hơn khoảng 8 lần so với nhóm chứng $3,0 \pm 0,4$ ng/ml với $p < 0,05$ [6]. Nghiên cứu Wang W J (2013) ở 150 bệnh nhân UTP và 100 bệnh phổi lành tính kết quả CYFRA 21 - 1 trong nhóm UTP tăng cao có ý nghĩa $45,56 \pm 21,68$ ng/ml và $23,55 \pm 13,86$ ng/ml so với $3,35 \pm 1,46$ ng/ml và $5,13 \pm 3,14$ ng/ml [7].

4.2. Nồng độ và giá trị chẩn đoán tiểu cầu, CYFRA 21 - 1 theo giải phẫu bệnh

Tiểu cầu là nguồn cung cấp các yếu tố phát triển mạch máu phục vụ cho khối u mới di căn với hệ thống mạch máu mới. Liệu pháp chống UT và

chống di căn dựa trên nguyên lý phản ứng của tiểu cầu với tế bào u phù hợp trên lâm sàng. Trong thí nghiệm cũng như trên lâm sàng, phản ứng giữa tế bào u với tiểu cầu, tăng sinh và di căn tế bào UT, nó dường như là một mục tiêu hợp lý cho việc tìm kiếm điều trị đích chống UT và chống di căn. Các bằng chứng lâm sàng về vai trò bảo vệ của aspirin chống lại nguy cơ UT đại tràng đã được xác lập từ cuối những năm 1980, các nghiên cứu cũng chỉ ra việc sử dụng aspirin lâu dài làm giảm được nguy cơ UT đại tràng. Tăng trưởng và di căn u phụ thuộc vào việc tạo ra mạch máu mới. Những mạch máu này không những chỉ cần cho duy trì, nuôi dưỡng tế bào u phát triển mà còn cho phép phát tán các protease và các cytokin với mục đích xâm lấn ra ngoài mạch nhiều hơn [4].

Nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy nồng độ biến đổi số lượng trung bình của tiểu cầu nhóm UTP - TBN là $377,85 \pm 108,78$ G/L cao hơn nhiều số lượng tiểu cầu trung bình của nhóm UTPKTBN là $245,00 \pm 124,19$ G/L với $p < 0,01$. Theo giá trị chúng tôi cũng nhận thấy các tác giả: Nghiên cứu Wang W J (2013) ở 150 bệnh nhân UTP nguyên phát cho thấy tỷ lệ tăng tiểu cầu ở nhóm UTP - TBN là 32,7% cao hơn ở nhóm UTPKTBN là 6,6% [4,7]

Cyfra 21 - 1 là Cytokeratin-19 Fragment hòa tan trong nước. Giá trị tham chiếu trong huyết thanh $< 3,3$ ng/ml. Các nghiên cứu về giải phẫu bệnh bệnh học cho thấy Cyfra 21 - 1 tăng cao trong UTP. Nồng độ Cyfra 21 - 1 tăng cao nhất trong UTP, chủ yếu UTPKTBN. Khi so sánh với các dấu ấn UT khác, một số tác giả cho rằng Cyfra 21 - 1 là dấu ấn UT nhạy nhất trong UTP, với nồng độ cao nhất trong UTP dạng biểu bì. Cyfra 21 - 1 có giá trị trong chẩn đoán, tiên lượng. Vì vậy nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng Cyfra 21 - 1 tăng trong UTPKTBN so với UTP - TBN là $15,23 \pm 1,42$ ng/ml và $11,74 \pm 4,62$ ng/ml $p < 0,01$.

Khi đối chiếu kết quả chúng tôi nhận thấy cũng tương tự nghiên cứu Wang W J (2013) ở 150 bệnh nhân UTP kết quả CYFRA 21 - 1 trong nhóm UTPKTBN tăng cao hơn UTP - TBN $35,56 \pm 21,67$ ng/ml so với $24,55 \pm 13,83$ ng/ml [7].

4.3. Nồng độ và giá trị chẩn đoán tiểu cầu, CYFRA 21 - 1 theo mô bệnh học và giai đoạn bệnh

Nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giai đoạn với biến đổi lượng tiểu cầu trong UTP. Biến đổi sinh

học lượng tiểu cầu theo giai đoạn bệnh cho ta thấy, trung bình ở giai đoạn IV cao hơn giai đoạn I - II là $450,22 \pm 40,29$ G/L so với $316,81 \pm 112,74$ G/L $p < 0,05$. Ở giai đoạn lần tràn lượng tiểu cầu cao hơn giai đoạn khu trú $273,25 \pm 140,07$ G/L so với $232,44 \pm 123,30$ G/L $p > 0,05$. Kaseda K (2019) nghiên cứu trên 237 bệnh nhân UTP thấy, giai đoạn II - III tiểu cầu là $204,45 \pm 128,15$ G/L Ở giai đoạn muộn tiểu cầu là $332,04 \pm 78,58$ G/L $p = 0,023$ [8]. Holgersson G (2012) nghiên cứu trên 1146 bệnh nhân UTP cho thấy nhóm bệnh nhân thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm bệnh nhân có tăng số lượng TC là 12,7 tháng ngắn hơn so với nhóm không tăng số lượng TC là 79,7 tháng với $p < 0,001$ [4,9]

Trong UTP hai type mô bệnh chính thường gặp nhất là UT biểu mô tế bào tuyến và UT biểu mô tế bào vảy. Khi đối chiếu kết quả chất chỉ điểm u với hai type mô bệnh chúng tôi nhận thấy nồng độ trung bình của CYFRA 21 - 1 tăng cao ở type tế bào lớn $10,86 \pm 7,20$ ng/ml so với UTP biểu mô tế bào tuyến $30,00 \pm 18,19$ ng/ml, UT biểu mô tế bào tuyến, giá trị trung bình tăng hơn UTP biểu mô TBN là $22,15 \pm 15,20$ ng/ml so với $21,07 \pm 7,40$ ng/ml $p < 0,05$. Theo Nguyễn Thu Hiền, nồng độ trung bình CYFRA 21 - 1 tăng cao ở type UT biểu mô tế bào vảy $34,5 \pm 6,6$ ng/ml so với UTP biểu mô tế bào vảy $16,1 \pm 4,6$ ng/ml $p < 0,05$ [6]. Molina R (2005) nồng độ trung bình CYFRA 21 - 1 ở type UTP biểu mô tế bào vảy là $15,5 \pm 21,8$ ng/ml, UT biểu mô tế bào vảy tuyến là $8,6 \pm 12,6$ ng/ml [10].

4.4. Nồng độ và giá trị chẩn đoán tiểu cầu, CYFRA 21 - 1 theo kính thước khối u

Tiểu cầu tạo ra chất có tác dụng bảo vệ tế bào u khỏi sự tác động của cơ chế miễn dịch, tăng đề kháng với chết theo chương trình của tế bào u. Tăng tiểu cầu tạo điều kiện cho xâm lấn tế bào và di căn, che chắn các tế bào u khỏi sự giám sát miễn dịch của cơ thể, tăng kết dính tế bào u lên bề mặt thành mạch máu. Chúng tôi thường gặp tiểu cầu tăng ở nhóm BN có kính thước $u > 7$ cm cũng khá cao, biến đổi sinh học tiểu cầu tăng mạnh trong giai đoạn này, điều đó cho thấy bệnh nhân được phát hiện bệnh thường đã ở giai đoạn muộn việc điều trị càng trở nên khó khăn hơn. Vì vậy sự khác biệt về biến đổi sinh học giữa 2 nhóm có kính thước khối $u > 7$ cm là $432,04 \pm 68,58$ G/L và ≤ 7 cm là $304,45 \pm 118,15$ G/L với $p < 0,01$.

Kết quả này cũng phù hợp như kết quả của Kaseda K (2017) nghiên cứu trên 237 bệnh nhân UTP thấy biến đổi tiểu cầu có khác biệt giữa nhóm có kính thước khối $u \leq 3$ cm và > 3 cm là $332,04 \pm 78,58$ G/L so với $204,45 \pm 128,15$ G/L $p = 0,023$ [4,8]. Holgersson G (2012) nghiên cứu trên 1146 bệnh nhân UTP cho thấy nhóm bệnh nhân có kính thước khối $u > 7$ cm số lượng tiểu cầu > 350 G/L có thời gian sống trung vị là 11,2 tháng và tỷ lệ sống thêm sau 5 năm là 2,1% so với nhóm bệnh nhân có kính thước khối $u \leq 7$ cm số lượng tiểu cầu từ 150 - 350 G/L có thời gian sống trung vị là 14,9 tháng và tỷ lệ sống thêm sau 5 năm là 9,5% với $p < 0,01$ [4,9].

Trong quá trình phân tích số liệu để tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ CYFRA 21 - 1 với kính thước khối u chúng tôi nhận thấy nhóm có kính thước $u \leq 7$ cm và nhóm có kính thước $u > 7$ cm có tỷ lệ khác biệt về nồng độ biến đổi sinh học trung bình khác biệt là $21,85 \pm 9,00$ ng/ml so với $10,93 \pm 7,97$ ng/ml với $p < 0,01$. Kết quả này cũng tương tự Nguyễn Thu Huyền nồng độ trung bình của CYFRA 21 - 1 tăng cao hơn ở nhóm $u > 7$ cm bệnh nhân có di căn xa M1: $36,8 \pm 7,4$ ng/ml so với $u \leq 7$ cm nhóm chưa di căn xa M0: $15,9 \pm 3,1$ ng/ml với $p < 0,05$ [6]. Như vậy CYFRA 21 - 1 là một chất chỉ điểm u có giá trị không những trong hỗ trợ chẩn đoán mà còn trong theo dõi điều trị và tiên lượng bệnh UTP.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ và giá trị chẩn đoán có khác biệt về số lượng trung bình của Tiểu cầu, CYFRA 21 - 1 ở nhóm bệnh nhân ung thư phổi và viêm phổi. Tỷ lệ tăng tiểu cầu, CYFRA 21 - 1 gặp nhiều ở nhóm bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. CA Cancer J Clin. 2020;70(1):7-30.
2. Van Schil PE, Rami-Porta R, Asamura H. The 8(th) TNM edition for lung cancer: a critical analysis. Ann Transl Med. 2018;6(5):87.
3. Đỗ Trung Phấn. Một số chỉ số huyết học người Việt Nam

Giá trị chẩn đoán của tiêu cầu, Cytokeratin-19 fragment...

- binh thường giai đoạn 1995-2000. Bài giảng Huyết học-Truyền máu Sau đại học, Nhà Xuất bản Y học, Hà Nội, 2014.
4. Giannakeas V, Joanne K, Matthew CT, Laura R, Jennifer DB, Lorraine L. Analysis of Platelet Count and New Cancer Diagnosis Over a 10-Year Period. JAMA Netw Open. 2022;5(1):e2141633.
 5. Ikram DU, Nisar AK, Muzaffar AS, Imran AS, Rashid AM, Narinder M. Evaluation of Coagulation Abnormalities in Lung Cancer Patients. Journal of the Liaquat University of Medical and Health Sciences. 2009;8:118-120.
 6. Nguyễn Thị Hiền. Nồng độ CYFRA 21-1 và CEA huyết tương ở bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Luận án thạc sĩ Y học trường Đại học Y Dược Thái Nguyên. 2015.
 7. Jing-Wen W, Zhen T, Wei G, Li-Hua S. Clinical Observations on the Association Between Diagnosis of Lung Cancer and Serum Tumor Markers in Combination. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2013;14(7):4369-4371.
 8. Kaseda K, Keisuke A, Akio K, Yukihiro OK. Prognostic significance of preoperative plasma D-dimer level in patients with surgically resected clinical stage I non-small cell lung cancer: a retrospective cohort study. J Cardiothorac Surg. 2017;12(1):102.
 9. Holgersson G, Martin S, Even H, Stefan B, Roger H, Simon E, et al. Swedish lung cancer radiation study group: the prognostic value of anaemia, thrombocytosis and leukocytosis at time of diagnosis in patients with non-small cell lung cancer. Med Oncol, 2012;29(5):3176-82.
 10. Molina R, Xavier F, Nuria V, Julian A, Jose MD, Antonio MB. Pro-gastrin-releasing peptide (proGRP) in patients with benign and malignant diseases: comparison with CEA, SCC, CYFRA 21-1 and NSE in patients with lung cancer. Anticancer Res. 2005;25(3A):1773-8.