Nghiên cứu chỉ số tiên lượng sống m-LCPI trên bệnh nhân ung thư phổi không phải tế bào nhỏ nguyên phát

Hoàng Thị Mai Thanh[1], Hà Xuân Thuỳ Anh[1], Đặng Văn Khánh[1], Phan Minh Trí[1], Trần Thị Xinh Tươi[1], Lê Ngọc Quỳnh Hương[1], Nguyễn Thị Hương Mơ[1], Trần Nguyễn Hà Trang[1]*

(1) Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư phổi là loại ung thư thường gặp và có tỉ lệ tử vong cao. Việc xác định các yếu tố tiên lượng bệnh trên bệnh nhân ung thư phổi tại Việt Nam còn nhiều hạn chế và chưa thống nhất trong thực hành lâm sàng. Vì vậy, nhằm bước đầu tìm hiểu về chỉ số tiên lượng bệnh trên bệnh lý này, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm vào 2 mục tiêu: 1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ số m-LCPI trên bệnh nhân ung thư phổi không phải tế bào nhỏ nguyên phát. 2) Đánh giá mối liên quan giữa thời gian sống thêm toàn bộ với m-LCPI. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu trên 210 trường hợp được chẩn đoán ung thư phổi không phải tế bào nhỏ nguyên phát tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 2/2020 đến tháng 2/2023. **Kết quả:** Đa số các trường hợp vào viện ở giai đoạn muộn, từ giai đoạn IIIA trở lên (89%), phân loại thang điểm m-LCPI nhóm 3,4 chiếm đa số (80%). Thời gian sống thêm toàn bộ sau 3 năm là 20,0 ± 14 tháng, chiếm 38.6% và giảm dần 54,8 %, 40 %, 38,6% sau lần lượt 1 năm, 2 năm và 3 năm sau chẩn đoán. Phân tích hồi quy mô hình COX giữa m-LCPI và thời gian sống thêm toàn bộ có ý nghĩa thống kê với m-LCPI 4 (HR = 3,9, 95%CI = 1,57 - 9,69, p = 0,003), m-LCPI 3 (HR = 2,44, 95% CI 0,97 - 6,13, p = 0,058) có mức tương quan yếu. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 38.6% bệnh nhân còn sống sót sau 3 năm chẩn đoán. Trong đó chỉ số m-LCPI trong khả năng tiên lượng tốt thời gian sống thêm toàn bộ của bệnh nhân.

Từ khóa: *ung thư phổi không phải tế bào nhỏ, thời gian sống thêm toàn bộ, chỉ số tiên lượng m-LCPI.*

Study on prognostic index for survival m-LCPI in patients with primary non-small cell lung cancer

Hoang Thi Mai Thanh[1], Ha Xuan Thuy Anh[1], Dang Van Khanh[1], Phan Minh Tri[1], Tran Thi Xinh Tuoi[1], Le Ngoc Quynh Huong[1], Nguyen Thi Huong Mo[1], Tran Nguyen Ha Trang[1]*

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Lung cancer is a common cancer with a high mortality rate. The identification of prognostic factors in lung cancer patients in Vietnam is still limited and inconsistent in clinical practice. **Objectives:** To describe the clinical, paraclinical characteristics and m-LCPI index in patients with primary non-small cell lung cancer and evaluate the factors affecting overall survival in patients with primary non-small cell lung cancer. **Methods:** Prospective study of 210 cases of non-small cell lung cancer diagnosed with primary non-small cell lung cancer at the Oncology Department of Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital and Hue Central Hospital from February 2020 to February 2023. **Results:** The majority of hospitalizations were at late stages, from stage IIIA (89%), group 3 and 4 in m-LCPI grading scale constituted the majority (80%). Average overall survival at 3 years was 20.0 ± 14 months, and gradually decreased to 54.8%, 40%, and 38.6% after 1 year, 2 years and 3 years, respectively. Regression analysis of COX model between m-LCPI and OS showed statistical significance with m-LCPI 4 (HR = 3.9, 95%CI = 1.57 - 9.69, p = 0.003), while m-LCPI 3 (HR = 2.44, 95% CI 0.97 - 6.13), p = 0.058) had a weak correlation. **Conclusion:** Our study shows that 38.6% of patients were still alive after 3 years of diagnosis. m-LCPI index is a good predictor of the patients' overall survival.

Keywords: *non-small cell lung cancer, overall survival, prognostic index, mLCPI.*

Tác giả liên hệ: Hoàng Thị Mai Thanh, Email: htmthanh@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 16/10/2023; Ngày đồng ý đăng: 25/11/2023; Ngày xuất bản: 25/12/2023

DOI: 10.34071/jmp.2023.7.18

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những loại ung thư thường gặp nhất trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo thống kê của GLOBOCAN năm 2020, ung thư phổi là thể ung thư phổ biến đứng thứ 2 tại Việt Nam với tỉ lệ tử vong chiếm 19,4% [1]. Hầu hết bệnh nhân ung thư phổi thuộc loại không phải tế bào nhỏ (80%). Hiện nay, một số chỉ số tiên lượng cho bệnh nhân ung thư phổi không phải tế bào nhỏ thường được sử dụng như: giai đoạn bệnh theo TNM, kết quả mô bệnh học [2], các biomarker mới như đột biến EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) [3] hoặc ALK (Anaplastic lymphoma kinase) [4]. Tuy nhiên, các chỉ số tiên lượng còn chưa thống nhất và nghiên cứu về các chỉ số tiên lượng sống trên bệnh nhân ung thư phổi tại Việt Nam còn nhiều hạn chế do mất theo dõi bệnh nhân hoặc các thông số nghiên cứu còn thiếu hụt. Việc xác định các chỉ số tiên lượng sinh học gần đây rất được quan tâm trên thế giới như đột biến EGFR, ALK, ROS1 hay p53, tuy nhiên quy trình thực hiện khá mất thời gian, đắt tiền và chưa được sử dụng phổ biến tại Việt Nam.

Các chỉ số tiên lượng sống rất quan trọng trong quá trình đánh giá hiệu quả điều trị, phòng ngừa và kiểm soát tái phát đối với ung thư nói chung và ung thư phổi nói riêng. Ung thư phổi là bệnh lý phổ biến, có tỉ lệ tử vong cao, do đó việc tìm ra chỉ số tiên lượng sống hiệu quả, dễ thực hiện trên lâm sàng đóng vai trò quan trọng trong quá trình điều trị và tư vấn cho bệnh nhân. Nghiên cứu gần đây của Alexander, M và cộng sự (2017) đã giới thiệu chỉ số m-LCPI - Modified Lung Cancer Prognostic Index (đánh giá dựa trên tuổi, giới, giai đoạn bệnh, mô học, tình trạng hút thuốc, bệnh hô hấp kèm theo) có khả năng tiên lượng thời gian sống tốt hơn so với các chỉ số riêng lẻ như giai đoạn bệnh hay mô bệnh học… [5]. Chỉ số này thích hợp để sử dụng trên lâm sàng vì các thông số có thể khai thác dễ dàng trong quá trình thăm khám và điều trị bệnh. Xuất phát từ những lý do trên, nghiên cứu của chúng tôi mong muốn tìm ra các chỉ số tiên lượng mang tính thực tiễn, đơn giản dễ áp dụng trên bệnh nhân ung thư phổi tại một số bệnh viện lớn tại miền Trung Việt Nam, với hai mục tiêu sau:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ số m-LCPI trên bệnh nhân ung thư phổi không phải tế bào nhỏ nguyên phát.

2. Đánh giá mối liên quan giữa thời gian sống thêm toàn bộ với m-LCPI.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán xác định ung thư phổi không phải tế bào nhỏ bằng mô bệnh học.

2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Khoa Ung bướu Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế và Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 2/2020 đến tháng 2/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu

2.2.2. Chọn mẫu nghiên cứu

Với phương pháp chọn mẫu thuận tiện 210 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu đáp ứng đủ các tiêu chuẩn sau:

** Tiêu chuẩn lựa chọn:*

Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không phải tế bào nhỏ nguyên phát dựa trên xét nghiệm mô bệnh học với đầy đủ xét nghiệm cận lâm sàng: X-quang, cắt lớp vi tính ngực, mô bệnh học và đặc điểm lâm sàng: giai đoạn bệnh, đặc điểm mô bệnh học, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

** Tiêu chuẩn loại trừ:*

Loại trừ các típ ung thư phổi thứ phát, có kết hợp bệnh lý ung thư khác.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu và biến số

- Các đặc điểm chung như: tuổi, giới, tình trạng hút thuốc lá; đặc điểm cận lâm sàng: vị trí, kích thước khối u, đặc điểm mô bệnh học khối u; đặc điểm lâm sàng: triệu chứng, giai đoạn bệnh; và chỉ số m-LCPI được đánh giá dựa theo tuổi, giới, bệnh phổi kèm theo, giai đoạn bệnh, thể mô bệnh học NOS, tiền sử hút thuốc lá.

- Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) được đánh giá dựa theo việc theo dõi các bệnh nhân từ khi được chẩn đoán đến ngày tử vong hoặc kết thúc nghiên cứu vào tháng 2/2023. Thông tin tử vong có thể được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp gia đình, bệnh nhân hoặc gọi điện thoại.

2.4. Phương pháp xử lí số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm Rstudio và R3.4.; Phân tích mối liên quan bằng Test Chi-square; Phân tích sống còn bằng Kaplan-Meier; Phân tích mối liên quan sống còn bằng Test Log-rank; Phân tích mối nguy cơ bằng mô hình Cox.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Các đối tượng tham gia được giải thích rõ mục đích, nội dung của nghiên cứu. Các thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ được sử dụng phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng và thang điểm m-LCPI

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân UTP không phải tế bào nhỏ (n = 210)

Đặc điểm		Số lượng	Phần trăm (%)
Nhóm tuổi	< 29	2	1,0
	30 - 49	34	16,2
	50 - 69	142	67,6
	> 70	32	15,2
Tuổi (Trung bình)	60,0 ± 10,3		
Tuổi [Min; max]	61,5 [25,0;87,0]		
Hút thuốc	Có	102	48,6%
	Không	108	51,4%
Giới	Nam	122	58,1%
	Nữ	88	41,9%
Kích thước khối u	< 30 mm	64	30,5%
	30 - 50 mm	85	40,5%
	50 - 70 mm	32	15,2%
	> 70 mm	29	13,8%
Số lượng	1 khối	169	80,5%
	2 khối	16	7,6%
	> 2 khối	25	11,9%
Đặc điểm mô bệnh học theo WHO 2015	UTBM tuyến	158	75,2%
	UTBM tế bào vảy	20	9,5%
	UTBM tế bào lớn	7	3,3%
	NOS	25	11,9%
Giai đoạn	I	9	4,3%
	II	14	6,7%
	IIIA	23	11,0%
	IIIB	11	5,2%
	IV	153	72,9%
m-LCPI	1	17	8,1%
	2	25	11,9%
	3	79	37,6%
	4	89	42,4%

Nhận xét:

Kết quả cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 60,0 ± 10,3, tuổi nhỏ nhất phát hiện bệnh là 25 tuổi, tuổi lớn nhất là 87 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ lớn nhất là từ 50 - 69 tuổi (67,6%). Tỉ lệ bệnh nhân hút thuốc chiếm 48,6%. Nam giới hút thuốc nhiều hơn nữ giới (Nam/nữ: 122/88).

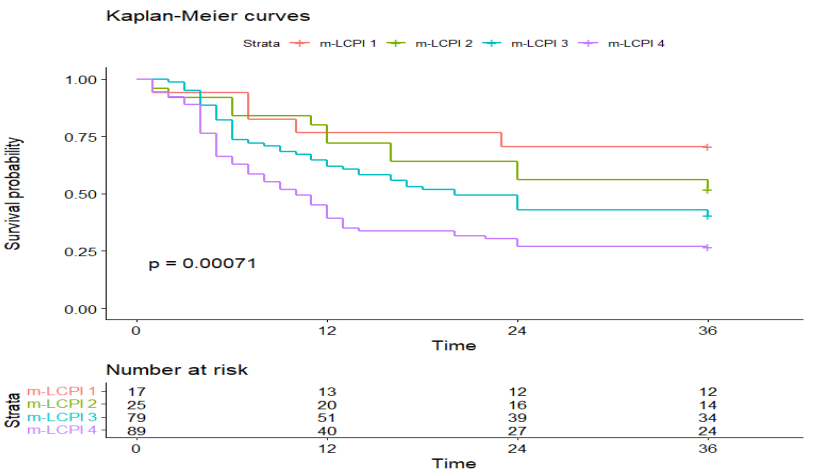
Về đặc điểm của khối u: kích thước chủ yếu là 30 - 50 mm (40,5%). Đa số các trường hợp có 1 khối u (80,5%). Đặc điểm mô bệnh học theo WHO 2015 thì các bệnh nhân có UTBM tuyến chiếm tỉ lệ cao nhất 150/210 (75,2%), UTBM tế bào lớn chiếm tỉ lệ thấp nhất 7/210 (3,3%). Bệnh nhân ở giai đoạn IV chiếm đa số (72,9%). Về chỉ số m-LCPI, bệnh nhân thuộc nhóm 4 có tỉ lệ cao nhất (42,4%), kế tiếp là nhóm 3 (37,6%), nhóm 2 (11,9%) và thấp nhất là nhóm 1 (8,1%).

3.2. Thời gian sống thêm toàn bộ và các yếu tố liên quan

Bảng 2. Thời gian sống thêm toàn bộ

Biến cố tử vong	Thời gian	Số lượng	Phần trăm (%)
Tử vong	≤ 1 năm	95	45,2%
	≤ 2 năm	31	14,8%
	≤ 3 năm	3	1,4%
Sống đến 36 tháng		81	38,6%
Tổng		**210**	**100%**
Trung bình thời gian sống thêm		20,0 ± 14,0 (tháng)	

Nhận xét: Tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng lần lượt là là 54,8%, 40%, 38,6%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 20,0 ± 14,0 tháng.



Biểu đồ 1. Liên quan giữa sống thêm toàn bộ với m-LCPI

Nhận xét: Đồ thị Kaplan-Meier cho thấy m-LCPI càng lớn thì thời gian sống thêm toàn bộ càng giảm (p=0,00071, test kiểm định Log rank)

Bảng 3. Phân tích hồi quy nguy cơ của chỉ số tiên lượng m-LCPI theo mô hình COX

Đặc điểm		Phân tích hồi quy đa biến-Cox [b]		
		HR	**95% CI**	**P-value[a]**
m-LCPI	I			
	II	1,72	0,61, 4,89	0,3
	III	2,44	0,97, 6,13	0,058
	IV	3,90	1,57, 9,69	0.003

Nhận xét: Phân tích hồi quy mô hình COX giữa m-LCPI và OS cho thấy có ý nghĩa thống kê với m-LCPI 4 (HR = 3,9, 95%CI = 1,57 - 9,69, p = 0,003), m-LCPI 3 (HR = 2,44, 95% CI 0,97 - 6,13, p = 0,058) có mức tương quan yếu.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ số m-LCPI trên bệnh nhân ung thư phổi không phải tế bào nhỏ nguyên phát

4.1.1. Đặc điểm lâm sàng:

4.1.1.1. Tuổi, hút thuốc lá, giới tính

Nghiên cứu về tuổi bệnh nhân của chúng tôi cho thấy nhóm 50 - 69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (67,6%), đứng hàng thứ hai là nhóm 30 - 49, tuổi chiếm tỉ lệ 16,2%. Nếu tính chung nhóm tuổi từ ≥ 50 tuổi là 82,8%. Tuổi trung bình khi phát hiện UTP là 60,0 ± 10,3 tuổi, con số này khá tương đồng với nghiên cứu của Phạm Nguyên Cường (2014) là 57,6 ± 8,6 [9], nghiên cứu của Nguyễn Quốc Phương và CS

(2016) là 62,7 ± 8,1 [10].

Tại nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam/nữ là 1,4/1. So sánh với một vài tác giả khác nữa thì tỉ lệ của chúng tôi có thấp hơn so với nghiên cứu của Phùng Thị Phương Anh (1999) với tỉ lệ nam/nữ là 3,4/1, của Hoàng Đình Chân (1996), tỉ lệ nam/nữ là 4,27/1, của Phạm Nguyên Cường (2014) tỉ lệ nam/nữ là 3,2/1 của Tô Kiều Dung và CS (2004) tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Trung ương trên 235 bệnh nhân UTP với tỉ lệ nam/nữ là 5,5/1 [11]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ung thư phổi có xu hướng xuất hiện ở nữ nhiều hơn so với các nghiên cứu trước đây. Các nghiên cứu này cho thấy rằng hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với ung thư phổi không tế bào nhỏ. Tỉ lệ hút thuốc lá ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có thể dao động từ khoảng 60% đến 90%, tùy thuộc vào định nghĩa và tiêu chuẩn đo lường được sử dụng trong các nghiên cứu khác nhau) [12]. Ở nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân hút thuốc lá chiếm tỉ lệ 48,6. Kết quả này cũng một phần lý giải vì sao tỉ lệ nam/nữ của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trước đó. Tỉ lệ ung thư không do thuốc lá gây ra tăng lên chứng tỏ rằng còn có những yếu tố nguy cơ khác có thể ảnh hưởng đến sự xuất hiện của ung thư phổi: di truyền, tiếp xúc chất độc hại, tuổi tác, chế độ ăn uống và tiền sử bệnh phổi.

4.1.1.2. Đặc điểm khối u

Có 69,5% các trường hợp u trên 30 mm, cụ thể từ 30 - 500 mm chiếm 40,5%, 50 - 70 mm chiếm 15,2% và > 70 mm chiếm 13,8%. Nghiên cứu của Ngô Thế Quân và cs. (2007) [13] cho thấy 93% trường hợp kích thước u lớn hơn 30 mm. Cung Văn Công (2015) [8] thấy số bệnh nhân có đường kính ngang lớn nhất u > 30 mm chiếm 90,1% và có mật độ đặc hoàn toàn 90,8%. Như vậy, hầu hết bệnh nhân đến với chúng tôi đều ở giai đoạn muộn khi u đã lớn, và tỉ lệ kích thước khối u của chúng tôi khá tương đồng với các tác giả trong nước.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, về số lượng khối u đa số các trường hợp có 1 khối u (80,5%), còn 2 khối u chỉ chiếm 7,6%, còn trường hợp > 2 khối u chiếm 11,9%. Con số này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Mão và cộng sự (2019) [7].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi phân loại theo WHO 2015, đa số các trường hợp được xếp từ giai đoạn IIIA trở lên (89,11%), trong đó bệnh nhân ở giai đoạn IV chiếm tỉ lệ cao nhất (72,9%), nghĩa là đa số đã có sự lan rộng đến các hạch bạch huyết khu vực hoặc di căn xa đến các cơ quan như não, gan, xương... Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của tác giả Eric Nadler và cộng sự (2021) khi cho thấy tỉ lệ bệnh nhân giai đoạn IV là cao nhất (64,2% trong tổng số 7746 bệnh nhân) [14]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy UTBM tuyến chiếm tỉ lệ rất cao (75,2%), trong khi UTBM tế bào vảy chỉ chiếm 9,5% và UTBM tế bào lớn chiếm 3,3%, thể NOS chiếm tỉ lệ 11,9%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Mão và cộng sự [7]. Các kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước rất khác nhau về tỉ lệ các típ mô bệnh học của ung thư phổi không phải tế bào nhỏ. Một nghiên cứu hồi cứu so sánh tỉ lệ phân loại mô bệnh học của tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý này trong năm 2007 và 2011, cho thấy kết quả: 41% UTBM tuyến, 13% UTBM tế bào vảy và 46% NOS vào năm 2007, so với 63%, 17%, 20% tương ứng vào năm 2011, giảm tuyệt đối 26% trong thể NOS [15]. Như vậy, dữ liệu của chúng tôi cũng tương đối phù hợp, tỉ lệ phân loại mô học cao hơn của ung thư phổi không phải tế bào nhỏ cũng liên quan đến việc cải thiện việc ra quyết định hóa trị và lựa chọn các tác nhân điều trị thích hợp cho bệnh nhân.

4.1.1.3. Chỉ số m-LCPI

Ở nghiên cứu chúng tôi, đa số bệnh nhân có m-LCPI ở nhóm 4 (42,4%), kế tiếp là nhóm 3 (37,6%), nhóm 2 (11,9%) và thấp nhất là nhóm 1 (8,1%). Kết quả này có sự khác biệt với tác giả Alexander (2017) khi nghiên cứu này có đại đa số các bệnh nhân là m-LCPI ở nhóm 1 và 2 (59,1%) [5]. Lý giải cho kết quả này là do hầu hết các bệnh nhân ở Việt Nam đều đến viện trong giai đoạn muộn, khả năng tầm soát ung thư phổi không phải tế bào nhỏ ở Việt Nam giai đoạn sớm còn hạn chế, và triệu chứng lâm sàng mơ hồ dẫn đến khi phát hiện bệnh hầu hết đã ở giai đoạn tiến triển. Chỉ số m-LCPI được đánh giá dựa trên các chỉ số lâm sàng đơn giản, dễ khai thác và theo dõi trong quá trình điều trị, nên có vai trò tiềm năng trong việc dự đoán và tiên lượng bệnh. Đây là ưu điểm của chỉ số này so với các chỉ số tiên lượng sinh học như EGFR hoặc ALK khi các xét nghiệm này chưa được làm rộng rãi trên các cơ sở y tế chúng tôi nghiên cứu.

4.2. Thời gian sống thêm toàn bộ

Qua thu thập thông tin bằng cách điện thoại trực tiếp, tới nhà phỏng vấn từng bệnh nhân, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng là 54,8%, 40%, 38,6%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 20,0 ± 14,0 tháng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước khi tỉ lệ bệnh nhân sống sót sau 3 năm còn khá thấp. Thời gian sống thêm không bệnh theo kết quả nghiên cứu của Phan Lê Thắng là

27,1 ± 3,9 tháng, cao hơn so với chúng tôi, điều này lí giải do đối tượng nghiên cứu của tác giả hầu hết ở giai đoạn sớm [16]. So sánh với các tác giả nước ngoài Theo Hatzakis K.D (2002), thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 8,4 tháng, Barlesi F (2004) là 9 tháng. Nghiên cứu của Uner A (1997) cho kết quả thời gian sống cao hơn: 18,3 tháng. Điều này cho thấy tiên lượng của bệnh nhân ung thư phổi không phải tế bào nhỏ vẫn còn rất xấu [17].

4.3. Liên quan giữa sống thêm toàn bộ và chỉ số m-LCPI

Đối với mối quan hệ giữa yếu tố tiên lượng m-LCPI và thời gian sống thêm toàn bộ, nghiên cứu của chúng tôi thấy phần lớn trường hợp có thời gian sống thêm toàn bộ dưới 1 năm có m-LCPI 3 và m-LCPI 4 (89,6%). Điều này cũng phù hợp với phân tích sống còn của Kaplan-Meier cho thấy chỉ số m-LCPI càng cao thì thời gian sống thêm toàn bộ càng thấp, và khi phân tích mối liên quan thì p = 0,00071. Khi phân tích hồi quy đa biến theo mô hình COX thì chúng tôi nhận thấy m-LCPI 4 có mức liên quan mạnh mẽ với thời gian sống thêm toàn bộ ((HR = 3,9, 95%CI =1,57 - 9,69, p = 0,003), m-LCPI 3 có mức liên quan yếu (HR = 2,44, 95% CI 0,97 - 6,13, p = 0,058). So sánh với một nghiên cứu mới đây của tác giả R. Shah và cs (2019) trên 48 872 bệnh nhân ung thư phổi so với LCPI 1, tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân (HR [95% CI]) đối với nhóm 2, 3 và 4 là 1,20 (1,15, 1,25), 1,55 (1,50, 1,61) và 2,09 (2,02, 2,17) [18]. Kết quả chúng tôi cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Alex và cộng sự (2017) khi so sánh tỉ lệ sống toàn bộ sau 2 năm, các bệnh nhân m-LCPI 4 thì tỉ lệ sống càng thấp [5]. Điều này chứng tỏ thang điểm m-LCPI càng cao thì tiên lượng sống càng xấu, và m-LCPI là một yếu tố tiên lượng quan trọng đối với bệnh nhân ung thư phổi không phải tế bào nhỏ nguyên phát. Hiện tại ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về m-LCPI nên chúng tôi chưa so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trong nước.

5. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 60,0 ± 10,3, tuổi nhỏ nhất phát hiện bệnh là 25 tuổi, tuổi lớn nhất là 87 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ lớn nhất là từ 50 - 69 tuổi (67,6%). Tỉ lệ bệnh nhân hút thuốc chiếm 102/210 bệnh nhân (48,6%), không hút thuốc có 108/210 bệnh nhân (51,4%). Nam giới có tỉ lệ mắc nhiều hơn so với nữ (Nam/nữ: 1,4/1)

- Khối u có kích thước chủ yếu là 30 - 50 mm (40,5%), < 30 mm (30,5%), 50 - 70 mm (15,2%) và kích thước > 70 mm chiếm tỉ lệ thấp nhất (13,8%). Đa số các trường hợp có 1 khối u (80,5%).

- Bệnh nhân có UTBM tuyến chiếm tỉ lệ cao nhất 150/210 (75,2%), UTBM tế bào lớn chiếm tỉ lệ thấp nhất 7/210 (3,3%). Trong nghiên cứu bệnh nhân ở giai đoạn IV chiếm đa số (72,9%).

- Về chỉ số m-LCPI, bệnh nhân thuộc nhóm 4 có tỉ lệ cao nhất (42,4%), kế tiếp là nhóm 3 (37,6%), nhóm 2 (11,9%) và thấp nhất là nhóm 1 (8,1%).

5.2. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và các yếu tố liên quan

- Tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng là 54,8%, 40%, 38,6%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 20,0 ± 14,0 tháng.

- Thang điểm m-LCPI có mối liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ sau 12 tháng (p = 0,00071)

- Phân tích hồi quy mô hình COX giữa m-LCPI và OS cho thấy có ý nghĩa thống kê với m-LCPI 4 (HR = 3,9, 95%CI = 1,57 - 9,69, p = 0,003), m-LCPI 3 (HR = 2,44, 95% CI 0,97 - 6,13, p = 0,058) có mức tương quan yếu.

6. KIẾN NGHỊ

Từ nghiên cứu trên, chúng tôi nhận thấy m-LCPI là chỉ số tiên lượng có thể được sử dụng rộng rãi. Các thông số của m-LCPI khá đơn giản, dễ thu thập giúp ích cho bác sĩ lâm sàng và các nghiên cứu dịch tễ được thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Organization. WH. Viet Nam. Source: Globocan 2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 18]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf 2020

2. Ettinger DS, Aisner DL, Wood DE, Akerley W, Bauman J, Chang JY, et al. NCCN Guidelines Insights: Non-Small Cell Lung Cancer, Version 5.2018. Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN. 2018;16(7):807-21.

3. Yao ZH, Liao WY, Ho CC, Chen KY, Shih JY, Chen JS, et al. Real-World Data on Prognostic Factors for Overall Survival in EGFR Mutation-Positive Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Patients Treated with First-Line Gefitinib. The oncologist. 2017;22(9):1075-83.

4. Kwak EL, Bang YJ, Camidge DR, Shaw AT, Solomon B, Maki RG, et al. Anaplastic lymphoma kinase inhibition in non-small-cell lung cancer. The New England journal of medicine. 2010;363(18):1693-703.

5. Alexander M, Wolfe R, Ball D, Conron M, Stirling RG, Solomon B, et al. Lung cancer prognostic index: a risk score to predict overall survival after the diagnosis of non-small-cell lung cancer. British journal of cancer.

2017;117(5):744-51.

6. Tạ Bá Thắng NVC. Đặc điểm lâm sàng, giai đoạn bệnh ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ. Tạp chí y học thực hành. 2012;804:110-3.

7. Nguyễn Văn Mão VQT. Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và phân loại mô bệnh học ung thư phổi. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. 2019;Tập 9:82.

8. Công CV. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy đầu thu ngực trong chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát ở người lớn. Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Nghiên cứu Khoa học Y dược lâm sàng 108. 2015.

9. Cường PN. Nghiên cứu phân loại mô bệnh học ung thư biểu mô phổi theo WHO 2004 và IASLC/ATS/ERS 2011 có sử dụng dấu ấn hóa mô miễn dịch. Luận Án Tiến sĩ Y học. 2014.

10. Nguyễn Quốc Phương BVL. Đặc điểm hình ảnh và vai trò của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và theo dõi điều trị hoá chất ung thư phổi không tế bào nhỏ. Tạp chí Điện quang Việt Nam. 2016;Số 23 - 03/2016:36 -40.

11. Tô Thị Kiều Dung PTPA, Phạm Lê Huy. Điều trị UTPQ bằng phẫu thuật tại BV Lao và Bệnh phổi TW trong 2 năm 2003 – 2004. Tạp chí y dược học TP HCM. 2004; Tập 8:233.

12. Molina JR, Yang P, Cassivi SD, Schild SE, Adjei AA. Non-small cell lung cancer: epidemiology, risk factors, treatment, and survivorship. Mayo Clinic proceedings. 2008;83(5):584-94.

13. Ngô Thế Quân PTTH, Nguyễn Chi Lăng. Phân loại mô bệnh học ung thơi phế quản theo phân loại của tổ chức y tế thế giới –1999. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2007;Tập 11, Phụ bản Số 3:47-53.

14. Nadler E, Arondekar B, Aguilar KM, Zhou J, Chang J, Zhang X, et al. Treatment patterns and clinical outcomes in patients with advanced non-small cell lung cancer initiating first-line treatment in the US community oncology setting: a real-world retrospective observational study. Journal of cancer research and clinical oncology. 2021;147(3):671-90.

15. Ho C, Tong KM, Ramsden K, Ionescu DN, Laskin J. Histologic classification of non-small-cell lung cancer over time: reducing the rates of not-otherwise-specified. Current oncology (Toronto, Ont). 2015;22(3):e164-70.

16. Thắng PL. Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn II, IIIa bằng phối hợp phẫu thuật triệt căn và hóa -xạ trị bổ trợ. Luận Án Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội. 2017.

17. Zhang ZH, Han YW, Liang H, Wang LM. Prognostic value of serum CYFRA21-1 and CEA for non-small-cell lung cancer. Cancer medicine. 2015;4(11):1633-8.

18. Shah R, John A, Alexander M. P1.01-80 Lung Cancer Prognostic Index Performance in US Real-World Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Patients. Journal of Thoracic Oncology. 2019;14(10).