

thay đổi bệnh lý ở cấu trúc thận thông qua nhiều con đường viêm khác nhau. Những yếu tố này làm trầm trọng thêm tình trạng xơ hóa cầu thận, xơ hóa mô kẽ thận, tổn thương ống thận và tăng bài tiết albumin niệu. Bạch cầu trung tính là chỉ số viêm truyền thống và là thành phần quan trọng của miễn dịch bẩm sinh. Ở giai đoạn đầu của bệnh đái tháo đường, stress tế bào thận do tăng đường huyết kéo dài sẽ kích hoạt đáp ứng miễn dịch bẩm sinh và huy động bạch cầu đến thận, từ đó gây tổn thương thận và thúc đẩy tiến triển bệnh thận đái tháo đường. Khi bệnh thận đái tháo đường tiến triển, tình trạng thiếu máu thận làm trầm trọng thêm rối loạn chức năng nội mô và thúc đẩy sự xâm nhập của bạch cầu trung tính vào thận, đẩy nhanh quá trình tổn thương thận. Tiểu cầu ở bệnh nhân đái tháo đường có xu hướng hoạt hóa quá mức có thể gây tổn thương thận bằng cách thúc đẩy phản ứng viêm và trung gian gây tổn thương nội mô [10]. Do đó, PLR có mối liên hệ chặt chẽ với bệnh thận đái tháo đường, như một chỉ dấu phản ánh tình trạng viêm.

V. KẾT LUẬN

Tỷ số NLR và PLR ở nhóm bệnh là 3,1 (2,40 – 4,21) và 154,84 (119,66 – 201,92) cao hơn nhóm chứng là 1,86 (1,45 – 2,24) và 122,38 (96,62 – 149,0), với $p < 0,001$. Có 43% bệnh nhân tăng chỉ số NLR, 11% bệnh nhân chỉ tăng chỉ số PLR và 8% bệnh nhân tăng đồng thời cả hai chỉ số. PCT là yếu tố độc lập liên quan đến tăng NLR, đái tháo đường là yếu tố độc lập liên quan đến tăng PLR và CRP là yếu tố độc lập liên quan đến tăng cả hai chỉ số NLR và PLR.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Annual Data Report.** USRDS, <<https://usrd-adr.niddk.nih.gov/>>, accessed: 06/06/2025.
2. **Tang S.C.W., Yu X., Chen H.C., et al.** (2020). Dialysis Care and Dialysis Funding in Asia. *Am J Kidney Dis*, 75(5), 772–781.
3. **Kalantar-Zadeh K., Ikizler T.A., Block G., et al.** (2003). Malnutrition-inflammation complex syndrome in dialysis patients: causes and consequences. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*, 42(5), 864–881.
4. **Zhang J., Lu X., Wang S., et al.** (2021). High Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio and Platelet-to-Lymphocyte Ratio Are Associated with Poor Survival in Patients with Hemodialysis. *BioMed Res Int*, 2021(1), 9958081.
5. **Zhang Y., Zhang A., Wei L., et al** (2023). A high platelet-to-lymphocyte ratio predicts all-cause mortality and cardiovascular mortality in maintenance hemodialysis patients. *Ren Fail*, 45(2), 2258228.
6. **Carrero J.J. and Stenvinkel P.** (2010). Inflammation in end-stage renal disease--what have we learned in 10 years. *Semin Dial*, 23(5), 498–509.
7. **Turkmen K., Erdur F.M., Ozcebek F., et al** (2013). Platelet-to-lymphocyte ratio better predicts inflammation than neutrophil-to-lymphocyte ratio in end-stage renal disease patients.
8. **Trịnh Văn Tài** (2021), Nghiên cứu chỉ số Neutrophil/Lymphocyte và Platelet/Lymphocyte máu ngoại vi ở bệnh nhân bệnh thận mạn có chỉ định ghép thận, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Quân Y.
9. **Yasemin K., Mehmet Y., et al** (2019). Platelet Lymphocyte Ratio is Associated With Carotid Atherosclerosis in Hemodialysis Patients.
10. **Li L., Shen Q., and Rao S.** (2022). Association of Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio and Platelet-to-Lymphocyte Ratio with Diabetic Kidney Disease in Chinese Patients with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Ther Clin Risk Manag*, 18, 1157–1166.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA EBV-DNA VÀ UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG

Phạm Huy Tàn¹, Dương Thế Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa nồng độ EBV-DNA huyết tương với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giai đoạn bệnh ở người bệnh ung thư vòm mũi họng. **Đối tượng:** 119 người bệnh được chẩn đoán và điều trị UTMH tại Bệnh viện K và Trung tâm Gen Protein - Trường Đại học Y Hà Nội từ năm

2013 đến 2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, sử dụng xét nghiệm định lượng nồng độ EBV-DNA huyết tương bằng kỹ thuật realtime PCR trước và sau điều trị, kết hợp phân tích các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. **Kết quả:** Trước điều trị, 74,0% người bệnh có nồng độ EBV-DNA ≥ 300 copies/mL, giảm còn 16,8% sau điều trị ($p < 0,01$). Nồng độ EBV-DNA có mối liên quan có ý nghĩa với kích thước hạch cổ, giai đoạn TNM và tiên lượng đáp ứng điều trị. Người bệnh ở giai đoạn III-IV có nguy cơ duy trì nồng độ EBV-DNA cao hơn đáng kể so với giai đoạn I-II. **Kết luận:** Nồng độ EBV-DNA huyết tương là một dấu ấn sinh học quan trọng trong sàng lọc, chẩn đoán và theo dõi điều trị UTMH. Kết quả nghiên cứu cung cấp cơ sở khoa học nhằm cải thiện hiệu quả phát hiện sớm và điều trị UTMH trong thực hành lâm sàng.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Huy Tàn

Email: phamhuytan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.6.2025

Ngày duyệt bài: 30.7.2025

Từ khóa: EBV-DNA, ung thư vòm mũi họng, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN EBV-DNA AND NASOPHARYNGEAL CARCINOMA

Objectives: Evaluate the correlation between plasma EBV-DNA levels and clinical, paraclinical characteristics, as well as disease stages in patients with nasopharyngeal carcinoma. **Subjects:** 119 patients diagnosed and treated for nasopharyngeal carcinoma at K Hospital and the Center for Genomics and Proteomics of Hanoi Medical University from 2013 to 2016. **Methods:** A cross-sectional study utilizing quantitative measurement of plasma EBV-DNA levels through realtime PCR before and after treatment, combined with an analysis of clinical and paraclinical characteristics. **Results:** Before treatment, 74.0% of patients had EBV-DNA levels ≥ 300 copies/mL, which decreased to 16.8% after treatment ($p < 0.01$). EBV-DNA levels were significantly associated with cervical lymph node size, TNM staging, and treatment response prognosis. Patients in stages III-IV had a significantly higher likelihood of maintaining elevated EBV-DNA levels compared to those in stages I-II. **Conclusion:** Plasma EBV-DNA levels are an important biomarker for screening, diagnosing, and monitoring treatment for nasopharyngeal carcinoma. The study results provide a scientific basis for improving early detection and treatment effectiveness for nasopharyngeal carcinoma in clinical practice.

Keywords: EBV-DNA, nasopharyngeal carcinoma, clinical characteristics, paraclinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là một bệnh lý phổ biến tại vùng đầu cổ với tỷ lệ tử vong cao, là một trong những thách thức lớn đối với y tế toàn cầu.¹ Theo GLOBOCAN 2024, tỷ lệ mắc UTVMH cao, đặc biệt tại Đông Nam Á và Đông Á như Trung Quốc, Việt Nam, Malaysia, Philippines... với 6 - 25 trường hợp trên 100.000 dân mỗi năm, nơi các yếu tố nguy cơ như di truyền, môi trường và thói quen sống có vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh lý này.² Ở Việt Nam, UTVMH thường xếp trong nhóm mười loại ung thư phổ biến nhất, với tỷ lệ mắc cao hơn ở các tỉnh phía Bắc.²

Virus Epstein-Barr (EBV) được coi là yếu tố nguy cơ sinh học chính của UTVMH, với sự hiện diện của DNA EBV trong mô ung thư được xác định là dấu ấn sinh học quan trọng trong việc phát hiện và theo dõi bệnh.³ Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng nồng độ EBV-DNA huyết tương có tương quan chặt chẽ với tiến trình bệnh, khả năng di căn và hiệu quả điều trị.^{3,4}

Tuy nhiên, các triệu chứng lâm sàng của UTVMH trong giai đoạn sớm thường không điển hình và dễ bị nhầm lẫn với các bệnh lý thông

thường như viêm xoang hay viêm tai giữa.⁴ Do đó, việc chẩn đoán bệnh thường bị trì hoãn, dẫn đến bệnh được phát hiện ở giai đoạn muộn, làm tăng nguy cơ tử vong và giảm hiệu quả điều trị.⁴

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát mối liên quan giữa nồng độ EBV-DNA với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của UTVMH, từ đó góp phần cải thiện công tác chẩn đoán sớm và điều trị bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 119 người bệnh được chẩn đoán và điều trị UTVMH tại bệnh viện K và trung tâm Gen Protein Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, thỏa mãn các tiêu chuẩn:

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có chẩn đoán xác định dựa vào tiêu chuẩn vàng của chẩn đoán mô bệnh học là UTVMH.
- Có chẩn đoán tổn thương vòm và lan tràn rộng khối u trên phim chụp CT scan hoặc MRI vòm mũi họng theo quy chuẩn.
- Có chẩn đoán lâm sàng qua nội soi vòm mũi họng, sinh thiết vòm dưới nội soi, thăm khám hạch cổ, thần kinh sọ và toàn thân.
- Định lượng nồng độ EBV-DNA huyết tương trước và sau điều trị 1 tuần.
- Được phân loại giai đoạn bệnh theo TNM - AJCC 2010.
- Điều trị đầy đủ theo phác đồ của Bệnh viện K trong giai đoạn 2013 - 2016.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh có chẩn đoán đồng thời một loại ung thư khác hoặc mắc bệnh lý phối hợp nặng (suy gan, suy thận, suy tim giai đoạn cuối, bệnh lý thần kinh nặng).
- Không có chẩn đoán xác định UTVMH dựa trên mô bệnh học hoặc hình ảnh học (CT scan, MRI).
- Hồ sơ y tế không đầy đủ để đánh giá hoặc theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

❖ **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang

❖ **Cỡ mẫu:** Để tính cỡ mẫu nghiên cứu, chúng tôi sử dụng công thức tính cỡ mẫu áp dụng cho việc ước tính tỷ lệ trong quần thể.

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{p(1-p)}{\delta^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu

α : là mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$ (tương ứng với độ tin cậy 95%)

$Z_{(1-\alpha/2)}$: tra giá trị từ bảng, tương ứng với giá trị của α như trên được kết quả $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

p: là tỷ lệ người bệnh có nồng độ EBV-DNA dương tính trong điều trị (p= 0,5).

δ: là độ lệch tuyệt đối yêu cầu là ± 10%.

Áp dụng công thức trên thu được kết quả:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{p(1-p)}{\delta^2} = 1.96^2 \times \frac{0.5 \times 0.5}{0.1^2} = 97$$

Ước tính tỷ lệ bỏ cuộc sau 2 năm: 10% => số lượng đối tượng nghiên cứu cần khảo sát n ≥ 100 người bệnh.

❖ Chỉ tiêu nghiên cứu

- Định lượng nồng độ EBV-DNA trước, sau điều trị và mối liên quan với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

+ Xét nghiệm nồng độ EBV-DNA huyết tương bằng kỹ thuật realtime PCR hai lần trước và sau điều trị bằng máy Realtime – PCR thế hệ Realplex4.

+ Mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng: triệu chứng cơ năng, triệu chứng liệt dây thần kinh sọ não.

+ Mối liên quan với một số đặc điểm cận lâm sàng: đặc điểm hạch cổ trên siêu âm, đặc điểm mô bệnh học, giai đoạn bệnh theo TNMs.

- Đánh giá nồng độ EBV-DNA huyết tương:

+ Ngưỡng phát hiện là ≥ 300 copies/ml, tương đương với 6 copies/phản ứng.

+ Nồng độ dưới ngưỡng đo được là các giá trị < 300 copies/ml. Các mẫu này được xác định là không tìm thấy EBV-DNA trong huyết tương

(Target Not Detected).

+ Nồng độ trên ngưỡng đo được ≥ 300 copies/ml, các kết quả được ghi nhận bằng nồng độ cụ thể.

+ Thời điểm xét nghiệm định lượng EBV-DNA sau điều trị: 1 tuần sau khi kết thúc điều trị

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm nghiên cứu Gen - Protein Trường Đại Học Y Hà Nội, các cơ sở hóa và xạ trị của Bệnh viện K Trung ương, Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, từ tháng 9 năm 2013 đến tháng 12 năm 2016.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu.

Số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học, được mã hóa và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý bằng phần mềm Stata 12.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Quy trình nghiên cứu được thiết kế và triển khai một cách khoa học, minh bạch, khách quan, đảm bảo tính chính xác và khả năng kiểm chứng. Kết quả nghiên cứu được công bố trung thực, đầy đủ. Thông tin cá nhân và tình trạng bệnh tật của người tham gia nghiên cứu được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và không tiết lộ ra bên ngoài.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. So sánh nồng độ EBV-DNA huyết tương trước và sau điều trị

Nồng độ EBV-DNA huyết tương	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	%	n	%	
≥ 300 copies/ml	88	74	20	16,8	p<0,01
< 300 copies/ml	31	26	99	83,2	
Tổng	119	100	119	100	
Trung bình (copies/ml)	143084,1± 298768,2		51580± 80806,0		
Trung vị	34000		16250		

Nhận xét: Trước điều trị có 74,0% người bệnh có nồng độ EBV-DNA huyết tương ≥ 300 copies/ml, sau điều trị giảm xuống còn 16,8%, nồng độ EBV-DNA huyết tương trung bình trước điều trị là 143084,1 ± 298768,2 copies/ml, sau điều trị giảm xuống còn 51580 ± 80806,0 copies/ml. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,01) giữa nồng độ EBV-DNA huyết tương trước và sau điều trị.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa nồng độ EBV-DNA huyết tương với triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Nồng độ EBV-DNA huyết tương trước điều trị			Nồng độ EBV-DNA huyết tương sau điều trị		
	< 300 copies/ml	≥ 300 copies/ml	p	< 300 copies/ml	≥ 300 copies/ml	p
	Ngạt mũi	29,0%		23,9%	0,569	
Chảy mũi	19,4%	15,9%	0,659	17,2%	15,0%	0,556
U tai	61,3%	53,4%	0,448	58,6%	40,0%	0,127
Khít khạc máu	41,9%	20,5%	0,019	28,3%	15,0%	0,217
Đau đầu	67,7%	52,3%	0,135	54,6%	65,0%	0,390

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05) giữa tỷ lệ xuất hiện triệu chứng cơ

năng khít khạc máu trong nhóm người bệnh có nồng độ EBV-DNA huyết tương ≥ 300 copies/ml

và < 300 copies/ml trước điều trị. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa tỷ lệ xuất hiện triệu chứng cơ năng trong nhóm người

bệnh có nồng độ EBV-DNA huyết tương ≥ 300 copies/ml và < 300 copies/ml sau điều trị.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa nồng độ EBV-DNA huyết tương với triệu chứng liệt dây thần kinh sọ não

Triệu chứng	Nồng độ EBV-DNA huyết tương trước điều trị			Nồng độ EBV-DNA huyết tương sau điều trị		
	< 300 copies/ml	≥ 300 copies/ml	p	< 300 copies/ml	≥ 300 copies/ml	p
Lác (Dây III, IV,VI)	0%	1,1%	0,739	1,0%	0%	0,832
Nhìn đôi (Dây II,III,IV,VI)	3,2%	3,5%	0,718	3,1%	5,0%	0,529
Sụp mí (Dây III)	0%	1,1%	0,739	0%	5,0%	0,168
Giảm thị lực (Dây II)	6,5%	5,7%	0,587	6,1%	5,0%	0,666
Tê mắt (Dây V,VII,VIII)	0%	4,6%	0,294	3,0%	5,0%	0,526
Lồi mắt (Dây III,IV,V1,VI)	0%	1,1%	0,739	1,0%	0%	0,832

Nhận xét: Trước điều trị, tỷ lệ triệu chứng liệt dây thần kinh sọ não cao hơn ở nhóm nồng độ EBV-DNA ≥ 300 copies/ml nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau điều trị, sự khác biệt giữa hai nhóm cũng không đáng kể ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa nồng độ EBV-DNA huyết tương với nhóm hạch cổ (n=89)

Nồng độ EBV-DNA huyết tương	Nhóm hạch cổ			p
	Nhóm 1 (n=7)	Nhóm 2 (n=85)	Nhóm 3-4-5 (n=31)	
Trước điều trị	< 300 copies/ml	4	40	0,371
	≥ 300 copies/ml	3	45	
Sau điều trị	< 300 copies/ml	5	55	0,014
	≥ 300 copies/ml	2	30	

Nhận xét: Test Fisher's exact cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa nồng độ EBV-DNA sau điều trị và vị trí nhóm hạch, với nhóm hạch 2 có nồng độ EBV-DNA khá cao. Trước điều trị, không có mối liên quan ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) giữa nồng độ EBV-DNA và vị trí nhóm hạch.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa nồng độ EBV-DNA huyết tương với số lượng hạch cổ

Số hạch cổ	Trước điều trị		Sau điều trị	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Không có	1	-	1	-
1-2 hạch	9,33 (2,90-30,07)	0,000	3,96 (0,80-19,54)	0,068
3-4 hạch	3,96 (0,86-18,23)	0,056	4,95 (0,66-36,93)	0,083
≥ 5 hạch	4,16 (0,70-24,82)	0,090	8,25 (1,00-70,77)	0,021

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa nồng độ EBV-DNA huyết tương cả trước và sau điều trị với số lượng hạch của người bệnh. Trước điều trị, những người bệnh có 1-2 hạch cổ có nồng độ EBV-DNA huyết tương

≥ 300 copies/ml cao gấp 9,33 lần những người bệnh không có hạch cổ. Sau điều trị, những người bệnh có từ 5 hạch cổ có nồng độ EBV-DNA huyết tương ≥ 300 copies/ml cao gấp 8,25 lần những người bệnh không có hạch cổ.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa nồng độ EBV-DNA huyết tương với đặc điểm mô bệnh học

Nồng độ EBV-DNA huyết tương	Mô bệnh học		p	
	Type I + Type II (n=6)	Type III (n=113)		
Trước điều trị	< 300 copies/ml	0 (0%)	31 (27,4%)	0,16
	≥ 300 copies/ml	6 (100%)	82 (72,6%)	
Sau điều trị	< 300 copies/ml	5 (83,3)	94 (83,2%)	0,74
	≥ 300 copies/ml	1 (16,7%)	19 (16,8%)	

Nhận xét: Trước điều trị, tỷ lệ người bệnh có nồng độ EBV-DNA ≥ 300 copies/ml ở nhóm mô bệnh học type I + II là 100%, cao hơn so với 72,6% ở nhóm type III. Sau điều trị, tỷ lệ người bệnh có nồng độ EBV-DNA ≥ 300

copies/ml ở nhóm type I + II là 16,7%, gần như tương đương với 16,8% ở nhóm type III. Không có sự liên quan giữa nồng độ EBV-DNA huyết tương cả trước và sau điều trị với đặc điểm mô bệnh học với $p > 0,05$.

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa nồng độ EBV-DNA huyết tương với các giai đoạn bệnh UTMH

Nồng độ EBV-DNA huyết tương		Giai đoạn TNMs		OR (95%CI)	p
		Giai đoạn I-II	Giai đoạn III-IV		
Trước điều trị	< 300 copies/ml	17	14	1	-
	≥ 300 copies/ml	30	58	2,35 (1,00-5,50)	0,043
	Nồng độ trung bình	51920 ± 95904	190238 ± 353473	-	0,17
Sau điều trị	< 300 copies/ml	46	53	1	-
	≥ 300 copies/ml	1	19	16,49 (1,88-114,43)	0,001
	Nồng độ trung bình	3700	54100 ± 82209	-	0,26

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa nồng độ EBV-DNA huyết tương với các giai đoạn của bệnh UTMH. Trước điều trị những bệnh nhân UTMH giai đoạn III-IV có nồng độ EBV-DNA huyết tương ≥ 300 copies/ml, cao hơn 2,35 lần so với những bệnh nhân giai đoạn I-II và sau điều trị cao hơn 16,49 lần so với những bệnh nhân giai đoạn I-II. Nồng độ trung bình của các giai đoạn có sự khác nhau và giảm rõ rệt sau điều trị và có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhóm có nồng độ EBV-DNA ≥ 300 copies/ml trước điều trị chiếm 74,0%, với nồng độ trung bình là 143.084 copies/ml. Tỷ lệ này giảm còn 16,8% sau điều trị, với nồng độ trung bình là 51.580 copies/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Chen (2015) tại Trung Quốc, trong đó 77,0% người bệnh có nồng độ EBV-DNA ≥ 300 copies/ml trước điều trị, giảm xuống 14,7% sau điều trị.⁵ Nồng độ EBV-DNA trước và sau điều trị đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh. Theo Nakanishi, trước điều trị, nồng độ cao là yếu tố tiên lượng xấu, làm giảm khả năng đáp ứng điều trị và tỷ lệ sống thêm. Ngược lại, nồng độ thấp là yếu tố tiên lượng tốt.⁶

Bảng 3.2 cho thấy triệu chứng cơ năng "khịt khạc máu" có mối liên quan ý nghĩa thống kê với nồng độ EBV-DNA huyết tương trước điều trị ($p < 0,05$), trong khi các triệu chứng khác như ngạt mũi, ù tai, đau đầu không có sự khác biệt rõ rệt. Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ triệu chứng liệt dây thần kinh sọ não như lác mắt, nhìn đôi, giảm thị lực cao hơn ở nhóm nồng độ EBV-DNA ≥ 300 copies/mL trước điều trị, nhưng không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Sau điều trị, sự khác biệt ở cả hai bảng đều giảm và không còn ý nghĩa, phản ánh hiệu quả của điều trị trong giảm triệu chứng và kiểm soát bệnh. Kết quả này cho thấy nồng độ EBV-DNA huyết tương có thể phản ánh mức độ tiến triển bệnh nhưng chưa đủ mạnh để tiên đoán các triệu chứng cụ thể.

Phân tích cho thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa nồng độ EBV-DNA và kích thước hạch cổ

trước và sau điều trị ($p < 0,05$). Người bệnh có hạch cổ nhóm 2 thường có nồng độ EBV-DNA cao hơn sau điều trị. Theo Zhao (2015), nồng độ EBV-DNA tăng dần theo giai đoạn N của người bệnh, từ N0 đến N3 và số lượng hạch cổ cũng liên quan đến nồng độ EBV-DNA.⁷ Người bệnh có 1-2 hạch cổ có nguy cơ cao gấp 9,33 lần về nồng độ EBV-DNA ≥ 300 copies/ml trước điều trị so với người bệnh không có hạch, và cao gấp 8,25 lần sau điều trị nếu có ≥ 5 hạch cổ. Những kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây tại Đông Nam Á và phía Nam Trung Quốc.³

Bảng 3.6 cho thấy mối liên quan giữa nồng độ EBV-DNA huyết tương và đặc điểm mô bệnh học, với nhóm type I + II có 100% người bệnh nồng độ EBV-DNA ≥ 300 copies/ml trước điều trị, so với 72,6% ở type III. Sau điều trị, cả hai nhóm đạt tỷ lệ tương tự ($\sim 83\%$) ở mức EBV-DNA < 300 copies/ml, chứng minh hiệu quả của phác đồ điều trị. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Zhao (2015), cho thấy type III, mặc dù không biệt hóa, lại có đáp ứng miễn dịch và điều trị tốt hơn.⁷ Điều này có thể do đặc điểm sinh học của type III nhạy cảm hơn với xạ trị và hóa trị. Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh nhóm type I + II vẫn duy trì nồng độ EBV-DNA cao sau điều trị (16,7%), nhấn mạnh sự cần thiết theo dõi sát sao và cá nhân hóa điều trị. Những kết quả này củng cố vai trò của EBV-DNA như một dấu ấn sinh học quan trọng trong tiên lượng và quản lý điều trị UTMH.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan giữa nồng độ EBV-DNA huyết tương và giai đoạn bệnh theo phân loại TNM. Người bệnh ở giai đoạn III-IV có nồng độ EBV-DNA ≥ 300 copies/ml trước điều trị cao hơn 2,35 lần và sau điều trị cao hơn 16,49 lần so với nhóm giai đoạn I-II ($p = 0,001$). Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra rằng nồng độ EBV-DNA tăng theo giai đoạn TNM.⁸ Trong nghiên cứu này, nồng độ trung bình ở nhóm giai đoạn I-II là 51.920 copies/mL, thấp hơn so với nhóm III-IV là 190.238 copies/mL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Nồng độ EBV-DNA huyết tương như một dấu ấn sinh học quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng và theo dõi điều trị UTMH. Kết quả đã chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa giữa nồng độ EBV-DNA và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng như kích thước hạch cổ và giai đoạn TNM, nồng độ EBV-DNA cũng có sự giảm đáng kể sau điều trị, phản ánh hiệu quả điều trị. Những phát hiện này góp phần nâng cao hiểu biết và cải thiện chiến lược điều trị, hỗ trợ phát hiện sớm và theo dõi UTMH hiệu quả hơn trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics, 2024. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024;74(1):12-49. doi:10.3322/caac.21820
2. GLOBOCAN. Global Cancer Observatory: Cancer Today. International Agency for Research on Cancer. Retrieved December 29, 2024, from <https://gco.iarc.fr/today/home>.
3. Dee EC, Eala MA, Feliciano EJG, et al. Nasopharynx Cancer in Southeast Asia: An Analysis of 2022 Incidence and Mortality. International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics. 2024;120(2):e746-e747. doi:10.1016/j.ijrobp.2024.07.1640
4. Hsu CL, Chang YS, Li HP. Molecular Diagnosis of Nasopharyngeal Carcinoma: Past and Future. Biomedical Journal. Published online May 23, 2024;100748. doi:10.1016/j.bj.2024.100748
5. Chen M, Yin L, Wu J, et al. Impact of plasma Epstein-Barr virus-DNA and tumor volume on prognosis of locally advanced nasopharyngeal carcinoma. Biomed Res Int. 2015;2015:617949. doi:10.1155/2015/617949
6. Nakanishi Y, Wakisaka N, Kondo S, et al. Progression of understanding for the role of Epstein-Barr virus and management of nasopharyngeal carcinoma. Cancer Metastasis Rev. 2017;36(3):435-447. doi:10.1007/s10555-017-9693-x
7. Zhao FP, Liu X, Chen XM, et al. Levels of plasma Epstein-Barr virus DNA prior and subsequent to treatment predicts the prognosis of nasopharyngeal carcinoma. Oncol Lett. 2015;10(5):2888-2894. doi:10.3892/ol.2015.3628
8. Zhang L, Tang LQ, Chen QY, et al. Plasma Epstein-Barr viral DNA complements TNM classification of nasopharyngeal carcinoma in the era of intensity-modulated radiotherapy. Oncotarget. 2016;7(5):6221-6230. doi:10.18632/oncotarget.6754

NHẬN XÉT MỘT SỐ XÉT NGHIỆM CẬN LÂM SÀNG (GGT, GOT, GPT, BILIRUBIN, ALBUMIN, PROTEIN) Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN DO RƯỢU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

Bùi Thị Minh Phượng¹, Trần Xuân Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm phân tích các chỉ số cận lâm sàng của bệnh nhân xơ gan do rượu và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến các chỉ số này. **Phương pháp:** Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, chúng tôi thu thập dữ liệu từ các bệnh nhân xơ gan do rượu, tiến hành các xét nghiệm bao gồm GGT, GOT, GPT, bilirubin, albumin, và protein, đồng thời ghi nhận các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Kết quả cho thấy sự thay đổi rõ rệt của các chỉ số cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan do rượu so với người bình thường. Yếu tố thời gian sử dụng rượu, tuổi tác, và các biến chứng kèm theo có tác động đáng kể đến các chỉ số này. **Kết luận:** Xơ gan do rượu có ảnh hưởng lớn đến các xét nghiệm cận lâm sàng, đặc biệt là các chỉ số men gan và bilirubin. Việc đánh giá các chỉ số này góp phần quan trọng trong chẩn đoán và điều trị.

Từ khóa: Xơ gan, rượu, GGT, GOT, GPT, bilirubin, albumin.

SUMMARY

COMMENTARY ON SOME CLINICAL LABORATORY TESTS (GGT, GOT, GPT, BILIRUBIN, ALBUMIN, PROTEIN) IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC CIRRHOSIS AND SOME INFLUENCING FACTORS

Objective: The study aims to analyze the clinical laboratory indices of patients with alcohol-related cirrhosis and investigate the factors influencing these indices. **Method:** A cross-sectional descriptive research design was used. Data were collected from patients with alcohol-related cirrhosis, and tests including GGT, GOT, GPT, bilirubin, albumin, and protein were conducted, while relevant factors were also recorded. **Results:** The results showed significant changes in the clinical laboratory indices of patients with alcohol-related cirrhosis compared to healthy individuals. Factors such as the duration of alcohol consumption, age, and associated complications had a significant impact on these indices. **Conclusion:** Alcohol-related cirrhosis has a major impact on clinical laboratory tests, particularly liver enzymes and bilirubin levels. Evaluating these indices plays an important role in diagnosis and treatment.

Keywords: Cirrhosis, alcohol, GGT, GOT, GPT, bilirubin, albumin.

¹Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Minh Phượng

Email: minhphuongybt@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 30.7.2025