

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, **71**(3), 209–249.
2. Rana N., Ju A.W., Bazylewicz M., et al. (2013). Yttrium-90 Radioembolization in Patients with Hepatocellular Carcinoma Who have Previously Received Sorafenib. *Front Oncol*, **3**, 323.
3. Braat A.J.A.T., Huijbregts J.E., Molenaar I.Q., et al. (2014). Hepatic Radioembolization as a Bridge to Liver Surgery. *Front Oncol*, **4**.
4. Salem R., Lewandowski R.J., Mulcahy M.F., et al. (2010). Radioembolization for hepatocellular carcinoma using Yttrium-90 microspheres: a comprehensive report of long-term outcomes. *Gastroenterology*, **138**(1), 52–64.
5. Sangro B., Carpanese L., Cianni R., et al. (2011). Survival After Yttrium-90 Resin Microsphere Radioembolization of Hepatocellular Carcinoma Across Barcelona Clinic Liver Cancer Stages: A European Evaluation. *Hepatology* (Baltimore, Md), **54**, 868–78.
6. Trương Thị Thanh (2016) Đánh giá hiệu quả bước đầu trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp nút mạch sử dụng hạt vi cầu phóng xạ Yttrium-90. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại Học Y Hà Nội
7. Keppke A.L., Salem R., Reddy D., et al. (2007). Imaging of Hepatocellular Carcinoma After Treatment with Yttrium-90 Microspheres. *American Journal of Roentgenology*, **188**(3), 768–775.

NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI NỒNG ĐỘ NT-PROBNP HUYẾT TƯƠNG VÀ ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHỊP TIM TIM Ở BỆNH NHÂN SUY TIM DO BỆNH TIM THIỂU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH

Đoàn Thịnh Trường^{1,2}, Nguyễn Oanh Oanh², Nguyễn Quang Toàn³

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: gồm 136 bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính có suy tim tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 10 năm 2016 đến tháng 1 năm 2021. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đáp ứng đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán và loại trừ. Bệnh nhân nghiên cứu đều được định lượng NT-proBNP khi nhập viện và sau đợt điều trị. Sử dụng thuật toán thống kê y học để xác định sự biến đổi nồng độ NT-proBNP theo các đặc điểm suy tim và đặc điểm rối loạn nhịp tim. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân > 75 tuổi có mức NT-proBNP trung bình cao nhất $3468,975 \pm 7876,498$ pg/ml. Nhóm < 50 tuổi có giá trị thấp nhất $519,139 \pm 160,953$ pg/ml. Sự khác biệt là có ý nghĩa với $p=0,017$. NT-proBNP đều có biến đổi, nhóm có tuổi càng cao thì giá trị càng tăng. Nồng độ NT-proBNP ở nhóm có chức năng tâm thu thất trái giảm thấy cao hơn so với nhóm có chức năng tâm thu thất trái bình thường hoặc giảm nhẹ. Số lượng ngoại tâm thu thất trước và sau điều trị cũng có sự thay đổi đáng ghi nhận, sau điều trị số lượng ngoại tâm thu thất giảm đi đáng kể sự khác biệt là có ý nghĩa $p<0,001$. **Kết luận:** Nồng độ NT-proBNP có liên quan tới tuổi và mức độ suy tim theo NYHA, và mối liên quan nghịch giữa nồng độ NT-proBNP với chức năng tâm thu thất trái. Rối loạn nhịp tim đặc biệt là ngoại tâm thu thất

là hay gặp nhất ở bệnh nhân suy tim có bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính.

Từ khóa: NT-proBNP, suy tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính

SUMMARY

RESEARCH ON VARIOUS PLASMA NT-PROBNP AND-CHARACTERISTICS ARRHYTHMIAS OF THE HEART FAILURE IN STABLE ISCHEMIC HEART DISEASE

Objectives: To various plasma NT-proBNP and characteristics arrhythmia of the heart failure in stable ischemic heart disease. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 136 chronic heart failure were diagnosed as stable ischemic heart disease at Military Hospital 103 and Hanoi Heart Hospital from October 2016 to January 2021. Participants were eligible for inclusion and exclusion criteria. NT-proBNP was taken at the admission and after treatment. Medical statistical algorithm was used to determine the correlation between symptoms of heart failure, ventricular arrhythmia and plasma NT-proBNP. **Results:** The group over 75 years old had the highest mean NT-proBNP level $3468,975 \pm 7876,498$ pg/ml. The group under 50 years old had the lowest value $519,139 \pm 160,953$ pg/ml. The difference was significant with $p = 0.017$. NT-proBNP all had changes, the older the group, the higher the value. NT-proBNP concentrations in the group with decreased left ventricular ejection function were found to be higher than those in the group with normal or slightly decreased left ventricular systolic function. The number of ventricular ectopic units also had a remarkable change before and after treatment, the number of ventricular extrasystole significantly decreased after the treatment, the difference was significant $p < 0.001$. **Conclusion:** NT-proBNP are

¹Bệnh viện Đa khoa huyện Hoài Đức

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

³Bệnh viện trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thịnh Trường

Email: bsdoanthinhtruong@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2021

Ngày duyệt bài: 7.5.2021

related to age and severity according to NYHA, and inverse association between NT-proBNP and left ventricular ejection function. Cardiac arrhythmias, especially premature ventricular complexes are most common in heart failure patients with chronic ischemic heart disease.

Keywords: NT-proBNP; Heart failure; Stable ischemic heart disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính hay hội chứng mạch vành mạn tính [1], suy vành, thiếu năng vành là những cụm từ khác nhau để chỉ tình trạng một hoặc nhiều nhánh động mạch vành bị hẹp hay tắc, hậu quả của bệnh làm giảm lượng máu cung cấp cho cơ tim do đó bệnh nhân xuất hiện các cơn đau thắt ngực. Năm 2016, theo báo cáo của WHO, ước tính Việt Nam có 31% trường hợp tử vong là do bệnh tim mạch, trong đó hơn nửa là do bệnh lý động mạch vành [2].

Trong thời gian gần đây đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán suy tim, trong đó có việc tìm ra peptide bài niệu (Natriuretic peptide). Năm 2002, đoạn tận của peptide bài niệu nhóm B (Amino terminal pro-B type natriuretic peptide: NT – proBNP) cũng được dùng trong chẩn đoán và tiên lượng suy tim, dự báo loạn nhịp nhanh thất, rung nhĩ [3].

Việc phát hiện các rối loạn nhịp tim bằng Holter điện tim sẽ giúp các bác sỹ lâm sàng có thái độ điều trị và dự phòng tốt hơn cho bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính để tránh các biến chứng đặc biệt là đột tử do rối loạn nhịp phức tạp. Với mong muốn đóng góp thêm những bằng chứng khoa học về hiệu quả của xét nghiệm NT-proBNP và Holter điện tim trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu sự biến đổi nồng độ NT-proBNP huyết tương và đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy tim do bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính" với mục tiêu: *Tìm hiểu sự biến đổi nồng độ NT-proBNP huyết tương và đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân suy tim do bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính trước và sau điều trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

2.1.1. Đối tượng. Gồm 136 bệnh nhân tại Khoa Nội Tim Mạch Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Tim Hà Nội được chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính có suy tim.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

*Bệnh nhân được chẩn đoán có bệnh tim

thiếu máu cục bộ khi: Được chẩn đoán hoặc có tiền sử nhồi máu cơ tim cấp; bệnh nhân được xác định có tổn thương ý nghĩa (hẹp ít nhất 50% một trong các nhánh động mạch vành lớn) bằng chụp mạch vành tại thời điểm nghiên cứu hoặc trước đó kèm theo có/không can thiệp tái thông ĐMV, mổ bắc cầu nối chủ vành; có cơn đau thắt ngực ổn định hoặc cơn đau thắt ngực không ổn định.

*Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim theo ESC 2016 [5].

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có bệnh thận mạn, có rối loạn nhịp nghiêm trọng, bệnh màng ngoài tim, viêm cơ tim, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng hoặc bệnh nhân có bệnh mạn tính nặng khác hoặc bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.3. Phương pháp chọn mẫu. Mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả các bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn đối tượng và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu. Tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng (huyết áp, mạch, nhịp thở, phù, mức độ suy tim theo NYHA, giai đoạn suy tim,...), cận lâm sàng (nồng độ NT-ProBNP huyết tương, EF, Dd,...).

2.5. Xử lý số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 21.0

Mức ý nghĩa thống kê là 95% với $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu về sự biến đổi NT-proBNP huyết tương và đặc điểm rối loạn nhịp tim ở 136 bệnh nhân suy tim có bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, chúng tôi thu được các kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	n (%) hoặc (X ± SD)(n = 136)
Giới nữ	34(25,0)
Tuổi trung bình	70,0 ± 10,483
Tăng huyết áp	105(77,2)
Hút thuốc lá	25(18,4)
Đau ngực	118(86,8)
Phù chân	19(3,7)
Rale ở phổi	25(18,4)
Gan to, gan tĩnh mạch cổ	5(3,7)
Huyết áp tâm thu trung bình (mmHg)	88,49 ± 25,212
Tần số tim khi nhập viện (ck/p)	135,10 ± 25,568
EF (%)	54,689 ± 17,839

Nhận xét: Tỷ lệ nam: nữ = 3:1. Tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (77,2%). Tuổi trung bình

là 70,0 ± 10,483.

Bảng 2. Sự biến đổi NT-ProBNP huyết tương trước – sau điều trị

Chỉ số	Trước điều trị (n = 136)	Sau điều trị (n = 136)	P
	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
NT-proBNP trung bình	2540,846 ± 5486,735	1162,268 ± 2085,617	<0,001
NT-proBNP trung vị	687,005	492,995	

Nồng độ NT-proBNP sau điều trị giảm một cách đáng kể so với trước điều trị 2540,846 ± 5486,735 pg/ml so với 1162,268 ± 2085,617 pg/ml, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 3. Liên quan NT-ProBNP huyết tương với tuổi

Nhóm tuổi	NT-proBNP trước điều trị (n = 136)
	($\bar{X} \pm SD$)
< 50	519,139 ± 160,953
50 - 75	2153,732 ± 3836,970
>75	3468,975 ± 7876,498
p	0,017

Trước điều trị, nhóm bệnh nhân > 75 tuổi có mức NT-proBNP trung bình cao nhất 3468,975 ± 7876,498 pg/ml. Nhóm < 50 tuổi có giá trị thấp nhất 519,139 ± 160,953 pg/ml. Sự khác biệt là có ý nghĩa với p=0,017.

Bảng 4. Liên quan giữa NT-proBNP với NYHA

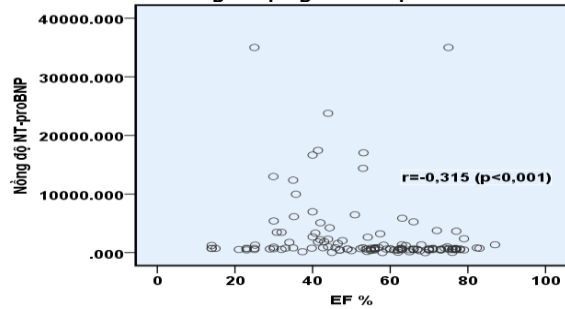
Phân độ NYHA	NT-proBNP trước điều trị (n = 136)
	($\bar{X} \pm SD$)
NYHA I	1235,36 ± 4118,46
NYHA II	4552,371 ± 8280,329
NYHA III	4167,684 ± 5811,875
NYHA IV	2453,262 ± 2820,500
p	0,02

Mức độ NT-proBNP trung bình theo các mức độ NYHA có sự khác biệt đáng kể. NT-proBNP tăng lên theo các mức độ NYHA, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê p<0,05.

Bảng 5. Liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với mức chức năng tâm thu thất trái

Phân nhóm EF	NT-proBNP trước điều trị (n = 136)
	($\bar{X} \pm SD$)
< 40%	3713,944 ± 7107,321
40% - 49%	4394,129 ± 6394,469
50% - 55%	476,535 ± 6290,579
≥ 55%	1330,638 ± 4043,560
p	0,033

Nồng độ NT-proBNP ở nhóm có chức năng tâm thu thất trái giảm thấy cao hơn so với nhóm có EF bình thường hoặc giảm nhẹ.



Biểu đồ 1. Tương quan nồng độ NT-proBNP với chức năng tâm thu thất trái

Có mối tương quan nghịch mức độ trung bình giữa nồng độ NT-proBNP với chức năng tâm thu thất trái với r=-0,315 (p<0,001)

Bảng 6. Đặc điểm chung về Holter nhịp tim 24 giờ

Đặc điểm Holter 24H	Trước điều trị (n = 136)	Sau điều trị (n = 136)	P
	($\bar{X} \pm SD$) hoặc n(%)	($\bar{X} \pm SD$) hoặc n(%)	
Cơ nhanh thất	5(3,7)	3(2,2)	0,361
Số lượng ngoại tâm thu thất	1277,54 ± 4510,611	600,76 ± 1472,204	<0,001
Cơ nhịp nhanh kịch phát trên thất	5(3,7)	5(3,7)	0,625
Ngoại tâm thu nhĩ	64(47,1)	50(36,8)	0,055
Rung nhĩ	19(14,0)	18(13,2)	0,896

Số lượng ngoại tâm thu thất trước và sau điều trị cũng có sự thay đổi đáng ghi nhận, sau điều trị số lượng ngoại tâm thu thất giảm đi đáng kể sự khác biệt là có ý nghĩa p<0,001.

Bảng 7. Đặc điểm về rối loạn nhịp ngoại tâm thu thất trên holter nhịp tim 24 giờ

Đặc điểm Holter 24H	Trước điều trị (n=136)	Sau điều trị (n=136)	P
	n(%)	n(%)	
Ngoại tâm thu thất Lown 0	68(50,0)	69(50,7)	0,027
Ngoại tâm thu thất Lown I	34(25,0)	50(36,8)	
Ngoại tâm thu thất Lown II	9(6,6)	6(4,4)	
Ngoại tâm thu thất Lown III	7(5,1)	2(1,5)	
Ngoại tâm thu thất Lown IV	18(13,2)	9(6,6)	

Ngoại tâm thu thất Low n V	0(0,0)	0(0,0)	
----------------------------	--------	--------	--

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $70,0 \pm 10,483$ tuổi. Khi phân ra các nhóm tuổi, nhóm tuổi 50-75 (chiếm 64,0%) có tỷ lệ cao nhất, và có 4 bệnh nhân thuộc nhóm tuổi dưới 50. Nam giới có nguy cơ mắc bệnh tim thiếu máu cục bộ, đột quỵ và các bệnh tim mạch khác cao hơn so với nữ giới [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam giới là 75,0%. Nghiên cứu của Hendricks S. và cộng sự, trên 3738 bệnh nhân với bệnh mạch vành thì có 71% là nam giới [5].

Chức năng tâm thu thất trái là chỉ số quan trọng trong siêu âm tim để đánh giá khả năng co bóp của thất trái. Chức năng tâm thu thất trái trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu này là $54,689 \pm 17,839$, nhóm bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái dưới 40% chiếm tỉ lệ 20,6%. Nồng độ NT-proBNP trước điều trị là $2540,846 \pm 5486,735$ pg/ml. Nồng độ NT-proBNP trung bình sau điều trị là $1162,268 \pm 2085,617$ pg/ml, sự khác biệt là có ý nghĩa $p < 0,001$. Theo tác giả Sokhanvar S. và cộng sự [6], nghiên cứu trên 150 bệnh nhân suy tim tâm thu cho thấy giá trị giá trị NT-pro BNP trung bình là $4472,0 \pm 6554,6$ pg/ml.

Nhóm bệnh nhân tuổi trên 75 có mức độ NT-proBNP trung bình $3468,975 \pm 7876,498$ pg/ml là cao nhất. Cho thấy tuổi càng cao NT-proBNP càng tăng. Sự khác biệt là có ý nghĩa với $p = 0,017$. Theo tác giả Zhaohua Geng [7] và cộng sự, tổng hợp các nghiên cứu trên 27.715 bệnh nhân suy tim cho thấy tuổi cao, giới, có liên quan với nồng độ NT-proBNP. NT-proBNP tăng rõ với nhóm bệnh nhân ≥ 70 tuổi so với nhóm < 70 tuổi, và liên quan tới nguy cơ tử vong của hai nhóm (gấp 5,1 lần và 3,4 lần). Januzzi khi tiến hành nghiên cứu PRIDE để xác định điểm cắt dừng trong chẩn đoán xác định suy tim cấp mất bù tại khoa cấp cứu, cũng phân tầng xét nghiệm NT-proBNP theo tuổi. Tác giả đưa ra các nhóm tuổi dưới 50, từ 50-75 và trên 75 với các điểm cắt tương ứng là 450, 900 và 1800 pg/ml [8].

Nồng độ NT-proBNP có liên quan với các giai đoạn suy tim theo NYHA, suy tim càng nặng nồng độ NT-proBNP càng tăng. Theo Tạ Mạnh Cường, nghiên cứu trên 106 bệnh nhân suy tim mạn tính mức nồng độ NT-proBNP trung bình theo các độ NYHA I, II, III, IV lần lượt là $54,6 \pm 05,9$ pg/ml; $302,7 \pm 360,1$ pg/ml; $443,8 \pm 489,0$ pg/ml; $1034,5 \pm 793,6$ pg/ml, sự khác biệt

là có ý nghĩa $p < 0,001$ [9]. Theo tác giả Sokhanvar S. và cộng sự [6], nghiên cứu trên 150 bệnh nhân suy tim tâm thu cho thấy giá trị giá trị NT-pro BNP trung bình các mức độ như sau NYHA I là $2100,3 \pm 2967,5$; NYHA II là $4099,4 \pm 4233,3$; NYHA III là $6263,9 \pm 8071,6$ và NYHA IV là $6340,5 \pm 10180,0$, kết quả trên cũng cho thấy mối liên quan NYHA với NT-proBNP, NYHA càng cao NT-proBNP càng tăng $p = 0,0001$.

Trước điều trị có 3,7% bệnh nhân xuất hiện cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất và 47,1% bệnh nhân có ngoại tâm thu nhĩ, 14,0% bệnh nhân có rung nhĩ. Nhưng sau điều trị tỉ lệ này lần lượt là: 3,7% ; 36,8% và 13,2%, cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Rung nhĩ là một yếu tố tiên lượng cũng như là một thách thức rất lớn trong việc điều trị ở bệnh nhân suy tim. Khi phân tích mức độ nặng của ngoại tâm thu theo phân độ Low n, kết quả nghiên cứu cho thấy sau điều trị Low n III, IV với tỉ lệ lần lượt là 1,5 và 6,6% giảm đi có ý nghĩa so với trước điều trị là 5,1 và 13,2%, sự khác biệt là có ý nghĩa với $p < 0,05$. Điều này cho thấy kết quả của điều trị được cải thiện trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Trần Minh Trí, nghiên cứu 43 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cũ bằng holter 24 giờ để tìm hiểu rối loạn nhịp tim và thiếu máu cơ tim cục bộ cho kết quả như sau: ngoại tâm thu trên thất là 79,1%; rung nhĩ là 25,6%; ngoại tâm thu thất là 62,8%; block nhĩ thất là 4,7%, ngoại tâm thu thất phức tạp là 37,2%.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ NT-proBNP có liên quan tới tuổi và mức độ suy tim, tuổi càng cao và mức độ suy tim theo NYHA càng nhiều thì NT-proBNP càng tăng. Và có mối liên quan nghịch giữa nồng độ NT-proBNP với chức năng tâm thu thất trái ở bệnh nhân suy tim có bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Loạn nhịp ngoại tâm thu thất là thường gặp nhất, số lượng ngoại tâm thu thất sau điều trị giảm có ý nghĩa so với khi nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Knuuti J., Wijins W., Saraste A., et al. (2019). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 00: 1-71
2. Phạm Mạnh Hùng và cộng sự. (2019). Lâm sàng tim mạch học. Nhà xuất bản Y học.
3. Sadanandan S., Cannon CP., Chekuri K., et al. (2004). Association of elevated B-type natriuretic peptide levels with angiographic finding

- among patients with unstable angina and non-ST segment elevation myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol.*, 44(3): 564-568.
4. **Viên Hoàng Long và cộng sự. (2013).** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên bệnh nhân BMV mang YTNC tồn dư tại Khoa Khám - BV Bạch Mai. *Tạp chí Tim Mạch Học*, số 63:28-32
 5. **Hendricks S., Dykun I., Balcer B., et al. (2020).** Higher BNP/NT-proBNP levels stratify prognosis in patients with coronary artery disease but without heart failure. *European Heart Journal.*, 41 (Supp 2): ehaa946.1335.
 6. **Sokhanvar S., Shekhi M., Mazlomzadeh S., et al. (2011).** The Relationship between Serum NT-Pro-BNP Levels and Prognosis in Patients with Systolic Heart Failure. *Cardiovasc Thorac Res.*, 3(2): 57-61.
 7. **Zhaohua Geng., Lan Huang., Mingbao Song., et al. (2017).** N-terminal pro-brain natriuretic peptide and cardiovascular or all-cause mortality in the general population: A meta-analysis. *Sci Rep.*, 30 (7): 41504.
 8. **Januzzi J.L., Camargo C.A., Anwaruddin S., et al. (2005).** The N-terminal pro-BNP investigation of dyspnea in the emergency department (PRIDE) study. *Am J Cardiol.*, 95(8): 948-954.
 9. **Tạ Mạnh Cường và cộng sự. (2010).** Nghiên cứu nồng độ Pro-B type Natriuretic peptide (Pro - BNP) của bệnh nhân suy tim mạn tính. *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2: 36-42.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG LIỆU PHÁP MIỄN DỊCH TỰ THÂN TẾ BÀO DIỆT TỰ (NK)

Lê Văn Toàn*, Nguyễn Thị Thúy Mậu*, Vũ Văn Quý*,
Nguyễn Quý Linh*, Trần Khánh Chi*, Trịnh Lê Huy*,
Trần Văn Khánh*, Tạ Thành Văn*, Trần Huy Thịnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) của nhóm bệnh nhân (BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) được điều trị bằng liệu pháp miễn dịch tự thân tế bào diệt tự nhiên (NK). **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** 5 BN UTPKTBN giai đoạn III-IV được điều trị bằng liệu pháp miễn dịch tự thân NK. Sử dụng thang điểm EORTC QLQ-C30 để so sánh CLCS của BN tại hai thời điểm trước và sau liệu trình điều trị (06 lần truyền). **Kết quả:** Sau 01 liệu trình điều trị gồm 06 lần truyền, nhóm bệnh nhân điều trị bằng liệu pháp tế bào miễn dịch tự thân NK cho thấy có sự cải thiện đáng kể về chức năng thể chất (điểm số 92 – 93,33), chức năng nhận thức (86,67 – 93,33), chức năng xã hội (83,33 – 90), triệu chứng mệt mỏi (17,78 – 8,88), triệu chứng đau (4,16 – 0), khó thở (26,66 – 6,66), mất cảm giác ngon miệng (6,66 – 0), tiêu chảy (20 – 0), tài chính (33,33 – 20) và sức khỏe tổng quát (70 – 78,33). **Kết luận:** nhóm BN được điều trị bằng liệu pháp miễn dịch tự thân NK có sự cải thiện ở hầu hết các chỉ tiêu đánh giá về chức năng, triệu chứng bệnh và chất lượng cuộc sống tổng thể tại thời điểm kết thúc trị liệu so với thời điểm trước trị liệu

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, Chất lượng cuộc sống, Liệu pháp tế bào miễn dịch tự thân, tế bào diệt tự nhiên NK.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Thịnh

Email: tranhuythinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2021

Ngày duyệt bài: 7.5.2021

SUMMARY

EVALUATING THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER TREATED BY AUTOLOGOUS NATURAL KILLER CELL THERAPY

Objectives: to evaluate the quality of life in patients with non – small cell lung cancer (NSCLC) treated by Autologous natural killer cell therapy (NK). **Patients and methods:** 05 patients with NSCLC stage III – IV were treated by Autologous natural killer cell therapy. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Questionnaire (QLQ) – C30 were use to investigate changes of patient's quality of life at two points before and after treatment (06 infusions). **Results:** After 01 treatment course including 06 infusions, the group of patients treated with NK autologous cell therapy showed a significant improvement in physical function varied from 92 to 93,33; Cognitive functioning (86,67 – 93,33), Social functioning (83,33 – 90), symptoms of fatigue (17,78 – 8,88), pain (4,16 – 0), dyspnea (26,66 – 6,66), Appetite loss (6,66 – 0), diarrhea (20 – 0), financial difficulty (33,33 – 20), Global health status (70 – 78,33). **Conclusion:** The group of patients treated by Autologous natural killer cell therapy had an improvement in most indicators of function, disease symptoms, and global health status at the end of therapy compared to the time before treatment.

Keywords: non – small cell lung cancer, quality of life, autologous cellular immunotherapy, Natural kill cells.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư thường