

cơ của bệnh nhồi máu não. Tạp chí Y học thực hành, 5 (870), 62-65.

5. **Nguyễn Thành Công (2019)**. Nghiên cứu nồng độ copeptin huyết thanh trong tiên lượng bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn cấp, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y - Dược Huế.
6. **Nguyễn Thị Thu Hiền, Cao Thị Dung và cộng sự (2020)**. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và xác định tỷ lệ hoạt động độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thang điểm Barthel của người bệnh tai biến mạch máu não tại khoa Thần kinh và khoa Nội Cán bộ Lão khoa - Bệnh viện Đa khoa tỉnh

Thái Bình năm 2019. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 3 (4), 77-84.

7. **Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc (2021)**. Đánh giá hiệu quả điều trị phục hồi chức năng vận động của bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não bằng điện châm kết hợp phương pháp tập Bobath. Tạp chí Y học Việt Nam, 499 (1&2), 5-10.
8. **Trần Minh Hiếu (2017)**. Nghiên cứu độc tính và tác dụng phục hồi chức năng vận động nhồi máu não trên lều sau giai đoạn cấp bằng viên nang Hoạt huyết an não, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SINH THIẾT CƠ TIM CHẨN ĐOÁN THẢI GHÉP SAU GHÉP TIM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Kim Dân¹, Nguyễn Hữu Ước^{1,2}, Phạm Tiến Quân^{1,2}, Nguyễn Tùng Sơn^{1,2}, Dương Ngọc Thắng¹, Nguyễn Sỹ Lánh^{1,2}, Phùng Duy Hồng Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thông báo và nhận xét kết quả bước đầu sử dụng phương pháp sinh thiết cơ tim trong theo dõi và chẩn đoán thải ghép trên bệnh nhân sau ghép tim đồng loài tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, hồi cứu bệnh nhân đã được tiến hành sinh thiết cơ tim trong tổng số 39 trường hợp ghép tim tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** 03 bệnh nhân gồm 2 nam, 1 nữ, tuổi trung bình 43 tuổi. Chỉ định sinh thiết cơ tim trong cả 03 trường hợp là người bệnh sau ghép tim có biểu hiện lâm sàng của thải ghép. Giải phẫu bệnh sau sinh thiết của 3 bệnh nhân cho thấy có thải ghép ở các mức độ khác nhau trên nhuộm soi tiêu bản và hoá mô miễn dịch. Các bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị Steroid liều cao theo phác đồ điều trị thải ghép dựa trên phân độ thải ghép của tổ chức ghép tim phổi thế giới – ISHLT 2004: cải thiện triệu chứng lâm sàng, cải thiện huyết động, ngừng các thuốc trợ tim, lợi tiểu tĩnh mạch và xuất viện sau 4 tuần điều trị. Không có biến chứng nghiêm trọng ghi nhận sau sinh thiết, 1 bệnh nhân phát hiện rò mạch vành sau sinh thiết 6 tháng khi chụp mạch vành kiểm tra định kỳ nhưng không có biểu hiện lâm sàng và không cần can thiệp. **Kết luận:** Bước đầu ứng dụng sinh thiết cơ tim trong chẩn đoán thải ghép tim tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giúp chẩn đoán xác định mức độ thải ghép, định hướng điều trị cho các ca thải ghép sau phẫu thuật ghép tim.

Từ khóa: Sinh thiết cơ tim, thải ghép tim, ghép tim.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Duy Hồng Sơn

Email: hongsony81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.12.2021

Ngày phản biên khoa học: 19.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF ENDOMYOCARDIAL BIOPSY FOR DIAGNOSIS OF REJECTION AFTER HEART TRANSPLANT AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Purpose: Report and evaluate the initial results of endomyocardial biopsy - EMB for diagnosis of heart transplant rejection at Viet Duc university hospital. **Patients and method:** This is retrospective, descriptive study of patients, who underwent endomyocardial biopsy in total of 39 heart transplant cases at Cardiovascular and Thoracic center, Viet Duc university hospital. **Results:** There were three patients, two of them were male. Average age was 43 years. Endomyocardial biopsy was indicated for patients, who had signs and symptoms of cardiac rejection. Pathological results of biopsy showed manifestations of rejection at different levels in all cases. The patients were responded to high-dose Steroid therapy according to the rejection regimen based on the rejection classification of the International Society for Heart and Lung Transplantation - ISHLT 2004: clinical symptom improvement, hemodynamic improvement, discontinuation inotropic medications, intravenous diuretics and discharge after 4 weeks of treatment. There were no serious complications after the biopsy, 1 patient was discovered a coronary fistula 6 months after the biopsy during routine check-up coronary angiography but no obvious clinical manifestations and intervention. **Conclusion:** The usage of endomyocardial biopsy in the diagnosis of cardiac rejection at Viet Duc University Hospital was helped to confirm the diagnosis and contributing to the effective treatment of post-transplant rejection.

Key words: Endomyocardial biopsy, heart transplant rejection, heart transplantation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với các tiến bộ về gây mê hồi sức, phẫu

thuật cũng như xu hướng hiển tạng sau chết não ở Việt Nam, số lượng bệnh nhân (BN) được ghép tim dự kiến sẽ tăng dần theo thời gian. Thải ghép cấp là biến chứng khá thường gặp sau ghép tim, đặc biệt là trong vòng 3-6 tháng đầu sau ghép [1], [2], [3].

Hầu hết gặp các trường hợp là thải ghép tế bào, thải ghép thể dịch ít phổ biến hơn nhưng nặng và nguy cơ tử vong cao hơn. Do đó việc theo dõi BN sau ghép, nhất là phát hiện sớm hiện tượng thải ghép ở cả mức độ tế bào và thể dịch có vai trò vô cùng quan trọng cho quá trình điều trị sau ghép [2].

Trên thế giới, đến năm 2001 đã có 2 chiến lược theo dõi BN sau ghép tim được đề xuất và chấp nhận [2]:

1. Kết hợp cả siêu âm tim và sinh thiết cơ tim (Endomyocardial Biopsy - EMB): EMB được thực hiện một cách hệ thống theo kế hoạch và khi có nghi ngờ thải ghép trên siêu âm tim.

2. Theo dõi sau ghép bằng các phương pháp không xâm lấn, chủ yếu bằng siêu âm tim, EMB chỉ được chỉ định khi có nghi ngờ thải ghép.

EMB ngoài việc được chỉ định trong chẩn đoán xác định các bệnh lý cơ tim như viêm cơ tim, u cơ tim... thì hiện được khuyến cáo mạnh là phương pháp chính giúp chẩn đoán xác định thải ghép cấp. Thủ thuật an toàn, dễ thực hiện, tỉ lệ tai biến thấp vào khoảng 0,71 - 3% theo nghiên cứu từ các trung tâm lớn trên thế giới [4]. Đây cũng là tiêu chuẩn vàng khẳng định tình trạng thải ghép dựa trên các bất thường xuất hiện trên mẫu bệnh phẩm, hơn nữa còn giúp xác định mức độ nghiêm trọng của tình trạng thải ghép, từ đó quyết định thái độ điều trị.

Tại Việt Nam, EMB hiện chưa được thực hiện rộng rãi, ngay cả những nơi đã triển khai ghép tim do chưa có kinh nghiệm và thiếu trang thiết bị (kìm sinh thiết) do đó đến nay chưa có báo cáo nào liên quan đến sinh thiết cơ tim cho bệnh nhân sau phẫu thuật ghép tim. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là bệnh viện ngoại khoa hạng đặc biệt đã tiến hành ghép đa tạng, ghép tim một cách thường quy với số lượng ghép tim hiện nay lớn nhất cả nước. Chúng tôi đã triển khai thực hiện sinh thiết cơ tim trên một số bệnh nhân để theo dõi và điều trị sau ghép tim. Nghiên cứu này nhằm thông báo các kết quả bước đầu thực hiện sinh thiết cơ tim chẩn đoán thải ghép sau ghép tim tại Trung tâm Tim mạch và lồng ngực, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

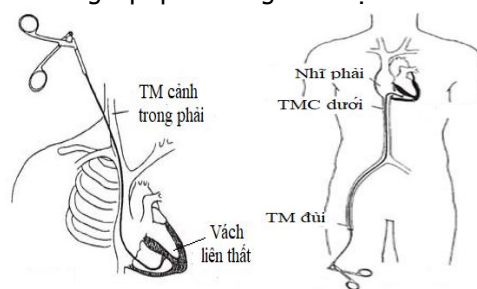
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: mô tả, hồi cứu

với cỡ mẫu thuận tiện.

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân sau ghép tim tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức được sinh thiết cơ tim chẩn đoán thải ghép.

Mô tả kỹ thuật sinh thiết cơ tim – EMB: Sinh thiết tim được thực hiện dưới màn huỳnh quang tăng sáng, sử dụng dụng cụ kìm sinh thiết mềm. Hai đường vào có thể sử dụng là qua tĩnh mạch cảnh trong và qua tĩnh mạch đùi phải (trong trường hợp hẹp tĩnh mạch chủ trên). Tại trung tâm Tim mạch và Lồng ngực, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức chúng tôi thực hiện sinh thiết cơ tim sau ghép qua đường tĩnh mạch cảnh trong.

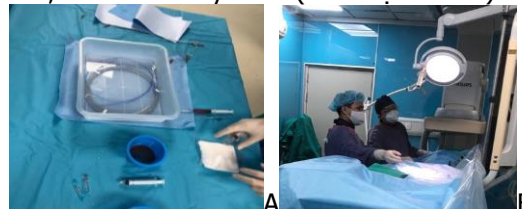


Hình 1. Các đường tiếp cận sinh thiết cơ tim [5]

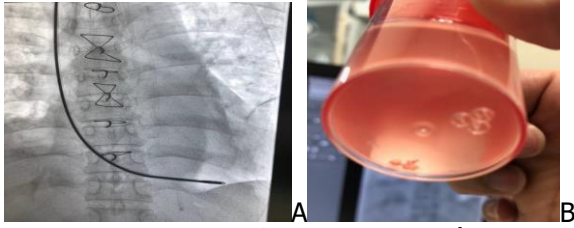
A. Sinh thiết cơ tim qua đường tĩnh mạch cảnh trong phải; B. Sinh thiết cơ tim qua đường tĩnh mạch đùi phải

Quy trình sinh thiết cơ tim:

- Bệnh nhân được lắp monitoring theo dõi điện tim, mạch, huyết áp, thở oxy.
- Tư thế: nằm ngửa, mặt quay sang bên trái, kê một gối nhỏ dưới vai.
- Sát khuẩn toàn bộ vùng cổ, trái toan vô khuẩn.
- Gây tê tại chỗ, chọc tĩnh mạch cảnh trong dưới hướng dẫn của siêu âm.
- Rạch da khoảng 0,5cm, đặt sheath cỡ 9F vào tĩnh mạch bằng kỹ thuật Seldinger.
- Dưới màn huỳnh quang tăng sáng, đưa dụng cụ sinh thiết cơ tim qua sheath, dụng cụ lần lượt đi qua miệng nối tĩnh mạch chủ trên, van ba lá, vào thất phải.
- Vị trí bấm sinh thiết là vách liên thất ở phía mồm tim, mỗi lần lấy một mẫu kích thước khoảng 0,5cm, chia đôi và lấy 2 lần (thu được 4 mẫu).



Hình 2: Quy trình chuẩn bị dụng cụ (A) và tiến hành can thiệp sinh thiết cơ tim (B)



Hình 3: A - Lấy tổ chức cơ tim bằng kim chuyên dụng, B- Bảo quản mẫu bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh (Bn số 3).

- Bệnh phẩm được bảo quản trong dung dịch đẳng trương và gửi đến khoa giải phẫu bệnh để nhuộm soi vi thể và làm các xét nghiệm hoá mô miễn dịch.

- Mức độ thải ghép được phân loại theo bảng phân loại thải ghép tế bào cấp (phân loại của Hội ghép tim phổi quốc tế - ISHLT 2004) [6]

Bảng 1: Phân loại thải ghép tế bào cấp theo ISHLT 2004 [6]

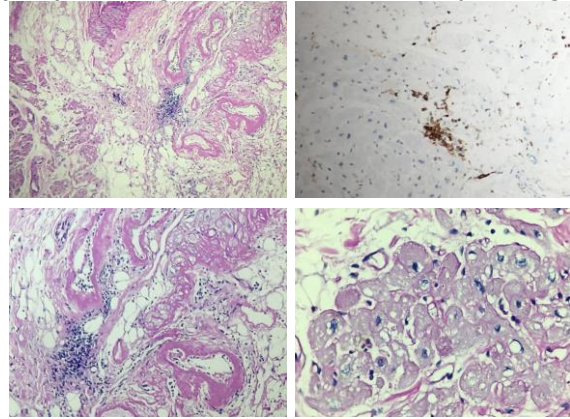
Thải ghép cấp*: Đặc trưng bởi sự thâm nhiễm của các tế bào đơn nhân vào khoảng kẽ và mạch máu ngoại vi.	
Mức độ 0: Không có dấu hiệu thải ghép	Mức độ 2: Mức độ vừa
Mức độ 1: Mức độ nhẹ	Mức độ 3: Mức độ nặng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 3 bệnh nhân được sinh thiết sau ghép tim, tuổi trung bình 43, với chẩn đoán ban đầu suy tim cấp, theo dõi do thải ghép tim sau phẫu thuật tim. Bệnh nhân 01 là nam giới 21 tuổi, tiền sử suy tim giai đoạn cuối do bệnh cơ tim giãn, bệnh nhân được phẫu thuật ghép tim đồng loài năm 2012, sau ghép chức năng tim và tình trạng chung ổn định. Trước vào viện 1 tuần bệnh nhân xuất hiện mệt mỏi, khó thở khi gắng sức, phù 2 chân, tăng cân nhanh, bệnh nhân thông báo tình trạng của bản thân và được liên hệ vào viện để theo dõi điều trị. Bệnh nhân số 2, nam 57 tuổi, tiền sử Gút mạn tính, đái tháo đường Typ II, ghép tim đồng loài tháng 6/ 2019. Trước vào viện 3 ngày bệnh nhân biểu hiện đau tức ngực trái, xuất hiện nhiều cơn mạch nhanh tần số 160 – 170 chu kỳ/ phút, phù nhiều 2 chân, tăng cân. Bệnh nhân thông báo tình trạng cho bác sĩ phụ trách theo dõi và được yêu cầu nhập viện. Bệnh nhân số 3, nữ 51 tuổi, tiền sử phẫu thuật ghép tim đồng loài, suy tim giai đoạn cuối do bệnh cơ tim hạn chế. Bệnh nhân trước đó vào viện nhiều đợt vì xuất huyết tiêu hoá do viêm loét dạ dày, đại tràng chảy máu. Đợt này bệnh nhân phải

nhập viện ngay vì biểu hiện mệt mỏi nhiều khó thở khi gắng sức, ăn uống kém, nôn nhiều, phù 2 chân. Cả 3 bệnh nhân nhập viện đều với những dấu hiệu nghi ngờ thải ghép trên lâm sàng, tất cả được làm ngay các thăm dò không xâm lấn (chụp X-Quang, ghi điện tim, siêu âm tim kiểm tra). Kết quả cho thấy biểu hiện điện thế thấp trên điện tim, tràn dịch màng phổi phải (bệnh nhân số 3), rối loạn vận động các thành tim (bệnh nhân số 2) và giảm nặng chức năng co bóp của tim – EF (bệnh nhân số 1).

Cả 3 bệnh nhân được nhập khoa hồi sức tim mạch để theo dõi và điều trị hồi sức tích cực tình trạng suy tim cấp ngay sau khi nhập viện và chỉ định sinh thiết cơ tim. Tất cả được sinh thiết qua đường tĩnh mạch cảnh trong bên phải, dưới hướng dẫn của màng huỳnh quang tăng sáng (DSA), sử dụng kim sinh thiết cơ tim chuyên dụng.



Hình 3.3: Các tổn thương thải ghép thể dịch mạn tính phát hiện trên tiêu bản sinh thiết. (Bn số 3)

Kết quả sinh thiết chỉ ra có tình trạng thải ghép trên nhuộm soi tiêu bản và hoá mô miễn dịch, phù hợp với các biểu hiện trên lâm sàng ở các mức độ và bệnh cảnh khác nhau. Các bệnh nhân được điều trị Steroid liều cao theo phác đồ điều trị thải ghép khuyến cáo, kết hợp với điều trị suy tim cấp bằng thuốc trợ tim (Dobutamin, milrinone), hạ nhịp tim (cordazon, magnes) và lợi tiểu furosemide. Không có bệnh nhân nào phải can thiệp hỗ trợ cơ học (bóng thổi xung nội động mạch chủ, ECMO, lọc máu liên tục). Kết quả điều trị cho thấy: huyết động và tình trạng lâm sàng 3 trường hợp đều được cải thiện sau 3-4 ngày điều trị, ngừng thuốc trợ tim sau 1 tuần và ra viện sau 3-4 tuần điều trị. Bệnh nhân số 1 lâm sàng đỡ khó thở, giảm liều thuốc trợ tim, siêu âm tim cho thấy EF cải thiện hơn. Bệnh nhân số 2 đỡ loạn nhịp nhanh, về lại nhịp đều xoang, lâm sàng bệnh nhân đỡ khó thở, tiểu tốt, đỡ phù (riêng

bệnh nhân này được làm lại sinh thiết lần thứ 2 sau 4 tuần để đánh giá hiệu quả điều trị, kết quả cho thấy không còn tình trạng thải ghép trên mô bệnh học). Bệnh nhân số 3 đỡ phù chân, đỡ mệt, dịch màng phổi phải giảm hơn, bệnh nhân ăn uống tốt hơn, ngừng dobutamin ở ngày thứ 4 sau nhập viện.

IV. BÀN LUẬN

Tại các trung tâm phẫu thuật ghép tim lớn trên thế giới, bệnh nhân sau ghép tim được chỉ định EMB theo lịch định kỳ. Lý do là nguy cơ thải ghép cao nhất trong năm đầu đặc biệt là trong 1-2 tháng đầu sau ghép, sau đó giảm dần theo thời gian, có trên 60% số bệnh nhân sau ghép tim trải qua ít nhất một đợt thải ghép trong năm đầu, 5% trong số này có các dấu hiệu rối loạn huyết động nghiêm trọng [3].

Bảng 2: Kế hoạch sinh thiết tim sau ghép (Columbia Presbyterian Hospital) [7]

Thời gian sau ghép	Tần suất sinh thiết tim
1 tháng	Hàng tuần
2 tháng	Mỗi 2 tuần
3 - 6 tháng	Mỗi tháng
7 - 12 tháng	Mỗi 2 tháng
12 - 18 tháng	Mỗi 3 tháng
≥ 19 tháng	Mỗi 6 – 12 tháng

Trên thế giới, EMB được chỉ định thường quy tại các trung tâm phẫu thuật ghép tim. Saraiva và cộng sự [4] đã thống kê trên 175 BN sau ghép tim, thực hiện 2217 lần EMB với số mảnh sinh thiết là 4972 mảnh trong vòng 7 năm từ 2003 đến 2010 tại Bồ Đào Nha. Lịch trình trên cũng khác nhau ở một số trung tâm trong trường hợp cần phải giảm hoặc ngưng steroid nhất là với những đối tượng nguy cơ cao mắc tác dụng phụ nghiêm trọng của steroid (xuất huyết tiêu hoá, đái tháo đường khó kiểm soát...), hoặc để theo dõi những thay đổi về mô bệnh học trong việc tinh chỉnh các phác đồ thuốc ức chế miễn dịch. Kết quả EMB lúc này có giá trị quyết định ngưng steroid hay không và duy trì phác đồ ức chế miễn dịch hiện tại đã phù hợp hay chưa. Ngoài ra, EMB còn được tiến hành từ một đến hai tuần sau một đợt điều trị thải ghép để đánh giá hiệu quả điều trị đó, tình trạng thải ghép sau điều trị [8]. Tuy vậy, hiện nay nhiều trung tâm chỉ thực hiện EMB thường quy sau ghép trong năm đầu, sau đó chỉ làm khi nghi ngờ thải ghép. Bởi lợi ích của việc theo dõi thường quy bằng sinh thiết ở những bệnh nhân ổn định về mặt lâm sàng trong thời gian dài (ví dụ, hơn một đến hai năm sau ghép) còn đang tranh cãi. Một nghiên cứu với cỡ

mẫu lớn theo dõi bệnh nhân sau ghép tim cho thấy không có lợi ích nào từ việc sinh thiết tim thường quy sau 5 năm sau ghép tim [8].

Mặc dù EMB được coi là tiêu chuẩn vàng để đánh giá thải ghép, tuy nhiên đây lại là thủ thuật xâm lấn và có nguy cơ biến chứng. Vì vậy, tại một số trung tâm, sinh thiết sau ghép chỉ được tiến hành khi có các dấu hiệu gợi ý thải ghép bao gồm: các dấu hiệu lâm sàng (mệt, khó thở, thờ nhanh nông; sốt; tụt huyết áp; tăng cân, phù vì ứ nước, tiểu ít). Và các dấu hiệu cận lâm sàng (dựa vào bằng chứng điện thế thấp hoặc loạn nhịp mới trên điện tim hay giảm chức năng tim, hở van, tràn dịch màng tim trên siêu âm tim). Tại trung tâm chúng tôi, EMB chưa được tiến hành một cách thường quy, các trường hợp kể trên đều được chỉ định khi biểu hiện thải ghép trên lâm sàng và các phương pháp không xâm lấn thể hiện khá rõ ràng. EMB khi đó có mục đích quan trọng là để chẩn đoán xác định giai đoạn thải ghép để có chiến lược điều trị hợp lý.

Về biến chứng, 3 trường hợp sinh thiết tại trung tâm chúng tôi đều được theo dõi điện tim, chụp XQ ngực và siêu âm tim kiểm tra sau khi làm thủ thuật, kết quả không có trường hợp nào phát hiện rối loạn nhịp mới, tràn dịch màng phổi, màng tim, hở van ba lá hay các biến chứng nguy hiểm khác, có 1 bệnh nhân chụp mạch vành kiểm tra sau sinh thiết 6 tháng phát hiện rò vành (bệnh nhân số 2- bệnh nhân này được sinh thiết cơ tim 2 lần).

Theo Saraiva và cộng sự [4] tỷ lệ các biến chứng do EMB như bảng sau:

Bảng 3: Tỷ lệ các biến chứng sau sinh thiết cơ tim theo Saraiva và cộng sự [4]

Biến chứng	n	%
Tử vong	0	0
VT tim	1	0.05
Tràn khí màng phổi	0	0
Tràn máu màng phổi	0	0
Tắc mạch do HK	0	0
Rối loạn nhịp		
Nhịp nhanh trên thất	2	0.09
Nhịp nhanh thất	0	0
Rối loạn dẫn truyền		
Block toàn bộ	1	0.05
Block nhĩ thất cấp 2	2	0.09
Giả phình mạch	1	0.05
Phản ứng phế vị	1	0.05
Rò ĐM vành	5	2.8
Hở van ba lá	2	1.1

Holzmann và cộng sự hồi cứu 1919 bệnh nhân trải qua 2505 lần EMB và tiến cứu 496 bệnh nhân trải qua 543 thủ thuật EMB cho thấy

không có trường hợp tử vong và không có biến chứng cần phải phẫu thuật tim cấp cứu. Các biến chứng chính như chèn ép tim cần chọc dò màng ngoài tim hoặc block nhĩ thất hoàn toàn cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn là rất hiếm (tổng số 0,12% trong nghiên cứu hồi cứu và không xảy ra trong nghiên cứu tiến cứu). Các biến chứng nhỏ như tràn dịch màng ngoài tim, bất thường dẫn truyền, hoặc loạn nhịp tim xuất hiện ở 0,20% trong nghiên cứu hồi cứu và 5,5% trong nghiên cứu tiến cứu [9].

V. KẾT LUẬN

Sinh thiết cơ tim là một thủ thuật đặc biệt quan trọng và cần thiết trong theo dõi điều trị bệnh nhân sau phẫu thuật ghép tim nhằm mục đích định hướng theo dõi điều trị sau ghép, phát hiện và chẩn đoán sớm thải ghép. Với bệnh nhân nghi ngờ thải ghép tim trên lâm sàng và thăm dò không xâm lấn, cần chỉ định EMB sớm bởi kết quả giải phẫu bệnh khi đó quyết định phác đồ điều trị chính xác mang lại lợi ích điều trị, kịp thời cứu chữa người bệnh. Do đó cần đẩy mạnh phát triển hơn nữa EMB, sớm đưa EMB thành một thủ thuật thường quy tại các trung tâm phẫu thuật tim có triển khai ghép tim trong cả nước.

Tuy vậy, sinh thiết cơ tim là một can thiệp chuyên sâu có nguy cơ xảy ra các tai biến nghiêm trọng do đó cần được thực hiện tại các trung tâm phẫu thuật tim lớn, nhiều kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. San Luis-Miranda R., Lázaro-Castillo J.L., Munayer-Calderón J. và cộng sự. (2007).

Biopsia endomiocárdica: Revisión y experiencia de 176 procedimientos. Archivos de cardiología de México, 77(3), 200–208.

2. Chevalier P. Biopsie endomyocardique et transplantation cardiaque. 3.
3. Lund LH, Khush KK, Cherikh WS. và cộng sự. (2017). The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Thirty-fourth Adult Heart Transplantation Report-2017; Focus Theme: Allograft ischemic time. J Heart Lung Transplant. 2017 Oct;36(10):1037-1046.
4. Saraiva F., Matos V., Gonçalves L. và cộng sự. (2011). Complications of endomyocardial biopsy in heart transplant patients: a retrospective study of 2117 consecutive procedures. Transplant Proc, 43(5), 1908–1912.
5. Cardiac Monitoring/Biopsy. <<https://stanfordhealthcare.org/medical-treatments/h/heart-transplant/what-to-expect/cardiac-biopsy-monitoring.html>>, accessed: 13/02/2022.
6. Billingham M. và Kobashigawa J.A. (2005). The Revised ISHLT Heart Biopsy Grading Scale. The Journal of Heart and Lung Transplantation, 24(11), 1709.
7. Edwards N.M., Chen J.M., và Mazzeo P.A., btv. (2012), Cardiac Transplantation: The Columbia University Medical Center/New York-Presbyterian Hospital Manual, Humana.
8. Stehlik J, Starling RC, Movsesian MA, Fang JC. và cộng sự.(2006). Utility of long-term surveillance endomyocardial biopsy: a multi-institutional analysis. J Heart Lung Transplant. 2006;25(12):1402.
9. Holzmann M, Nicko A, Kühl U, Noutsias M và cộng sự. (2008). Complication rate of right ventricular endomyocardial biopsy via the femoral approach: a retrospective and prospective study analyzing 3048 diagnostic procedures over an 11-year period. Circulation. 2008;118(17):1722.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV BẰNG NAVELBIN METRONOMIC TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trịnh Lê Huy^{1,2}, Trần Đình Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ Navelbin Metronomic điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IV. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi

cứu trên 30 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV được điều trị bằng phác đồ Navelbin Metronomic tại Khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2014 đến 11/2020. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 67, tỷ lệ nam/nữ là 6:1. Có 5 bệnh nhân (16,7%) được điều trị bước 1, 25 bệnh nhân (83,3%) được điều trị bước 2. Tỷ lệ đáp ứng đạt 36,7%, chỉ số toàn trạng là yếu tố tiên lượng khả năng đáp ứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 8 tháng với điều trị bước 1 và 6 tháng với điều trị bước 2 ($p > 0,05$). Các tác dụng không muốn gặp với tỷ lệ thấp, chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1/2), tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là thiếu máu với tỷ lệ 30%, không có

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: trinhlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022