

Sinh viên cần sắp xếp thời gian học tập phù hợp, tự chăm sóc bản thân đặc biệt là chế độ ăn uống, tập luyện nghỉ ngơi hợp lý. Bên cạnh đó nên dành thời gian tham gia câu lạc bộ, các hoạt động xã hội để phát triển kỹ năng mềm, tìm được những người bạn để tâm sự, chia sẻ các vấn đề trong cuộc sống. Từ đó nâng cao năng lực, chất lượng học tập góp phần quan trọng nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hà Thị Hạnh**, Đặc điểm nhân cách và trầm cảm ở sinh viên năm 2 hệ bác sỹ trường Đại học Y Hà Nội năm học 2016-2017 - Hà Nội Medical University Library, 2017.
- American Psychiatric Association**. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American

Psychiatric Publishing.

- Moutinho ILD, Maddalena N de CP, Roland RK, et al.** Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. Rev Assoc Medica Bras 1992. 2017;63(1):21-28.
- Trần Thơ Nhi, Nguyễn Hoàng Nguyên**. Trầm cảm, lo âu và stress ở sinh viên trường Đại học Y Hà Nội và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Y học thực hành 2020;6(1138):52-58.
- Trần Thị Nga, Nguyễn Thị Thu Hoài**. Trầm cảm, lo âu, stress của sinh viên năm cuối hệ bác sỹ đa khoa trường Đại học Y Hà Nội năm 2021 và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển. Tập 06, Số 06-2022
- Nguyễn Thị Bích Tuyên, Nguyễn Thanh Trúc, Lê Kim Phụng**. Reality of stress, anxiety and depression among final - year pharmacy students in Dongnai. UED J Soc Sci Humanit Educ. 2020;10(2):32-37. doi:10.47393/jshe.v10i4.904

GIÁ TRỊ CỦA CHỈ SỐ BẠCH CẦU TRUNG TÍNH/BẠCH CẦU LYMPHO Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Trần Thành Vinh¹, Nguyễn Bảo Trân¹,
Lê Thượng Vũ², Lê Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Chỉ số NLR (số lượng bạch cầu trung tính/số lượng bạch cầu lympho) dựa trên kết quả xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi trước điều trị có thể là một chỉ số tiềm năng trong theo dõi và tiên lượng cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ. **Mục tiêu:** Giá trị của chỉ số bạch cầu trung tính/bạch cầu lympho (NLR) trước điều trị với thời gian sống không tiến triển bệnh ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ. **Đối tượng:** 169 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ, ở tất cả các giai đoạn bệnh được điều trị tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2022 đến tháng 09/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, có theo dõi dọc. **Kết quả:** Bệnh nhân ở nhóm có chỉ số $NLR \geq 2,71$ trước điều trị có thời gian sống không tiến triển bệnh thấp hơn so với nhóm bệnh nhân ở nhóm $NLR < 2,71$: 9,1 tháng so với 10,3 tháng ($p < 0,001$). Trong phân tích đơn biến và đa biến, chỉ số NLR là yếu tố tiên lượng độc lập cho thời gian sống không tiến triển bệnh ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ ($p = 0,001$). **Kết luận:** Chỉ số NLR trước điều trị là một chỉ số tiềm năng trong theo dõi điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ. **Từ khóa:** Ung thư phổi không tế

bào nhỏ, chỉ số số lượng bạch cầu trung tính/số lượng bạch cầu lympho, tiên lượng, thời gian sống không tiến triển bệnh.

SUMMARY

THE VALUE OF THE NEUTROPHIL TO LYMPHOCYTE RATIO IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS

Introduction: The neutrophil to lymphocyte ratio based on complete blood cell count results pretreatment can be a potential biomarker to support clinicians in the prognosis of patients with non-small cell lung cancer. **Objectives:** Prognostic role of pretreatment neutrophil to lymphocyte ratio in patients with non-small cell lung cancer. **Methods:** A descriptive cross-sectional study with longitudinal follow-up on 169 patients confirmed non-small cell lung cancer at all stages and treated at the Oncology Center at Cho Ray Hospital from October 2022 to September 2023. **Results:** Patients in the group with $NLR \geq 2.71$ had a lower progression-free survival time than patients in the $NLR < 2.71$ group: 9.1 months versus 10.3 months ($p < 0.001$). In multivariate analyses, the neutrophil to lymphocyte ratio was an independent prognostic factor for progression-free survival in non-small cell lung cancer patients. **Conclusions:** NLR pretreatment as a potential biomarker for follow-up and prognostic in patients with non-small cell lung cancer. **Keywords:** non-small cell lung cancer, NSCLC, NLR (neutrophil to lymphocyte ratio), prognostic, progression-free survival (PFS).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu trong

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thành Vinh

Email: thanhvinhtran2002@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

các loại ung thư với 1,8 triệu ca tử vong trên toàn thế giới.¹ Trong ung thư phổi, ung thư phổi không tế bào nhỏ chiếm khoảng 85%. Tỷ lệ sống thêm sau 5 năm sau khi mắc ung thư phổi ở Việt Nam chỉ có 14,8%.² Hầu hết các trường hợp bệnh nhân UTPKTBN được phát hiện bệnh khi đã ở giai đoạn muộn và di căn xa. Các nghiên cứu cho thấy sự hiện diện của các tế bào miễn dịch viêm như bạch cầu trung tính, bạch cầu lympho, bạch cầu mono và tiểu cầu như một môi trường thuận lợi giúp cho tế bào ung thư phát triển, xâm lấn và di căn.³ Chỉ số miễn dịch viêm như chỉ số NLR (số lượng bạch cầu trung tính/ bạch cầu lympho) dựa trên xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, là những chỉ số đơn giản, sử dụng rộng rãi với chi phí thấp và ít nguy cơ cho bệnh nhân. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm cung cấp thêm thông tin cho các bác sĩ lâm sàng về giá trị của chỉ số NLR ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 169 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ, ở tất cả các giai đoạn bệnh điều trị tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2022 đến tháng 09/2023.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, có theo dõi dọc.

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán là ung thư phổi không tế bào nhỏ dựa trên kết quả giải phẫu bệnh, chưa được điều trị tại các cơ sở khám chữa bệnh khác.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh ung thư khác kèm theo, nhiễm trùng cấp tính, bệnh lý huyết học, bỏ điều trị, không có đầy đủ thông tin lâm sàng và cận lâm sàng.

Các bước tiến hành nghiên cứu. Được sự đồng thuận tham gia nghiên cứu của bệnh nhân, tiến hành khai thác các thông tin lâm sàng qua phỏng vấn, ghi nhận thông tin cận lâm sàng dựa trên hồ sơ bệnh án, theo dõi quá trình điều trị của bệnh nhân theo lịch tái khám, ghi nhận thời gian sống thêm không tiến triển bệnh từ ngày tham gia nghiên cứu tới thời điểm ghi nhận có tiến triển hoặc tử vong hoặc ngày kết thúc nghiên cứu.

Chỉ số miễn dịch viêm NLR trước điều trị được tính bằng số lượng tuyệt đối của bạch cầu trung tính/số lượng bạch cầu lympho.

Xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 14.0. Thống kê mô tả các đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Xác định điểm cut-off tối ưu

của chỉ số NLR với đường cong ROC. Khảo sát mối liên quan giữa chỉ số NLR với đặc điểm lâm sàng bằng phép kiểm Chi bình phương χ^2 hoặc Fisher. Tính thời gian sống không tiến triển bệnh theo phương pháp Kaplan-Meier. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống không tiến triển bệnh sử dụng kiểm định Log-rank và mô hình hồi quy Cox để tìm ra các giá trị tiên đoán độc lập với khoảng tin cậy 95%.

Đạo đức trong nghiên cứu: Bài báo là một phần của nghiên cứu khoa học đã được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh 733/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 12/10/2022.

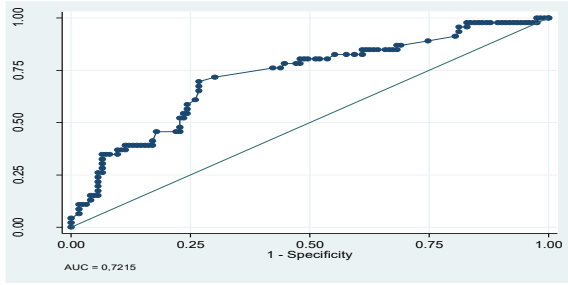
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=169)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Trung vị 60 (54 – 69)	
Nhóm tuổi	≤ 60 tuổi	88, 52,1
	> 60 tuổi	81, 47,9
Giới	Nam	100, 59,2
	Nữ	69, 40,8
BMI	< 18,5	20, 11,8
	18,5 – 22,9	103, 60,9
	≥ 23	46, 27,2
ECOG	0 - 1	159, 94,1
	≥ 2	10, 5,9
Hút thuốc lá	Không	88, 52,1
	Có	58, 34,3
	Đã từng	23, 13,6
Mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến	140, 82,9
	Ung thư biểu mô tế bào gai	22, 13,0
	Khác	7, 3,5
Giai đoạn bệnh	I	2, 1,2
	II	15, 8,9
	III	35, 20,7
	IV	117, 69,2
Di căn	Không	52, 30,7
	Có	117, 69,3
Điều trị	Hóa trị	95, 56,2
	Trúng đích	63, 37,3
	Miễn dịch	11, 6,5

3.2. Giá trị của chỉ số miễn dịch viêm NLR
3.2.1. Điểm cut-off của chỉ số miễn dịch viêm NLR trước điều trị theo thời gian sống không tiến triển bệnh



Biểu đồ 1. Điểm cut-off của chỉ số NLR trước điều trị

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong ROC là 0,721 (KTC 95%: 0,633 – 0,810). Giá trị cut-off tối ưu của chỉ số NLR là 2,71; tương ứng với độ nhạy 87,10% và độ đặc hiệu 72,46% ($p < 0,05$).

3.2.2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu với chỉ số NLR

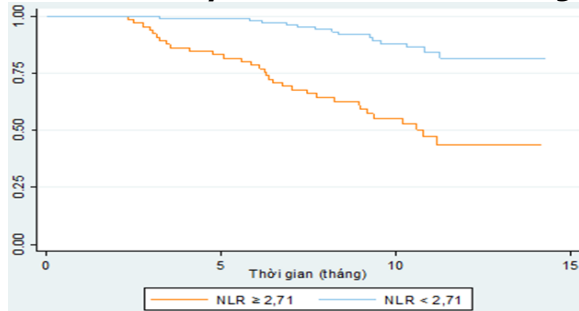
Bảng 4. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu theo NLR thấp (<2,71) và NLR cao (≥2,71)

Đặc điểm	n=169	NLR		p-value
		<2,71 n (%)	≥2,71 n (%)	
Nhóm tuổi: ≤ 60 tuổi	88	50 (56,8)	38 (43,2)	0,189 ^a
> 60 tuổi	81	54 (66,7)	27 (33,3)	
Giới tính: Nam	100	60 (60,0)	40 (40,0)	0,621 ^a
Nữ	69	44 (63,8)	25 (36,2)	
BMI: < 18,5	20	10 (50,0)	10 (50,0)	0,493 ^a
18,5 - 22,9	103	66 (64,1)	37 (35,9)	
≥ 23	46	28 (60,9)	18 (42,1)	
Hút thuốc lá: Không	88	56 (63,6)	32 (36,4)	0,410 ^a
Có	58	32 (55,2)	26 (44,8)	
Đã từng	23	16 (69,6)	7 (30,4)	
ECOG: 0 - 1	159	99 (62,3)	60 (37,7)	0,439 ^a
≥ 2	10	5 (50,0)	5 (50,0)	
Mô bệnh học				0,463 ^b
Ung thư biểu mô tuyến	140	89 (63,6)	51 (36,4)	
Ung thư biểu mô tế bào gai Khác	22 7	11 (50,0) 4 (57,1)	11 (50,0) 3 (42,9)	
Giai đoạn bệnh: Giai đoạn I-II	17	14 (82,4)	3 (17,6)	0,063 ^a
Giai đoạn III-IV	152	90 (59,2)	62 (40,8)	
Di căn: Không	48	33 (68,8)	15 (31,2)	0,225 ^a
Có	121	71 (58,7)	50 (41,3)	
Điều trị: Hóa trị	95	53 (55,8)	42 (44,2)	0,204 ^a
Trứng đích	63	44 (69,8)	19 (30,2)	
Miễn dịch	11	7 (63,6)	4 (36,4)	

^a Chi bình phương, ^b Fisher chính xác

Nhận xét: Không có sự khác biệt về những đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu giữa 2 nhóm NLR thấp và NLR cao.

3.2.3. Giá trị của chỉ số NLR theo thời gian sống không tiến triển bệnh



Biểu đồ 2. Giá trị của chỉ số NLR theo thời gian sống không tiến triển bệnh

Nhận xét: Bệnh nhân ở nhóm có chỉ số NLR ≥ 2,71 có thời gian sống không tiến triển bệnh thấp hơn so với nhóm bệnh nhân ở nhóm NLR < 2,71 (9,1 tháng so với 10,3 tháng). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.4. Phân tích đơn biến các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống không tiến triển bệnh

Bảng 3. Phân tích đơn biến các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống không tiến triển bệnh

Đặc điểm	PFS Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Phân tích đơn biến	
		HR (KTC 95%)	p-value ^c
Nhóm tuổi: ≤ 60 tuổi	10,3 (8,1– 11,7)	1,00 (0,97 – 1,03)	0,967
> 60 tuổi	9,4 (8,4 – 10,8)		

Giới tính:	Nữ	10,0 (8,4 – 11,4)	1,76 (0,92 – 3,34)	0,086
	Nam	9,9 (8,2 – 11,1)		
BMI:	< 18,5	9,8 (6,4 – 10,5)	0,76 (0,47 – 1,23)	0,272
	18,5 - 22,9	10,0 (7,9 – 11,5)		
	≥ 23	10,0 (8,9 – 11,4)		
Hút thuốc lá:	Không	10,0 (8,4 – 11,2)	1,25 (0,84 – 1,86)	0,266
	Có	10,2 (7,9 – 11,5)		
	Đã từng	8,9 (8,2 – 10,5)		
ECOG:	0 - 1	9,9 (8,4 – 11,2)	0,74 (0,18 – 3,05)	0,676
	≥ 2	10,0 (7,9 – 12,4)		
Mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến	10,0 (8,4 – 11,2)	1,58 (1,04 – 2,38)	0,031
	Ung thư biểu mô tế bào gai	9,4 (5,5 – 11,2)		
	Khác	10,8 (9,3 – 11,6)		
Giai đoạn bệnh:	Giai đoạn I-II	10,7 (9,2 – 11,7)	2,85 (0,69 – 11,74)	0,148
	Giai đoạn III-IV	9,9 (8,0 – 11,2)		
Di căn:	Không	9,5 (8,5 – 11,4)	1,00 (0,52 – 1,89)	0,992
	Có	10,0 (8,2 – 11,2)		
Phương pháp điều trị:	Hóa trị	9,4 (7,9 – 11,2)	0,64 (0,38 – 1,09)	0,104
	Trúng đích	10,3 (8,7 – 11,6)		
	Miễn dịch	10,3 (8,4 – 10,8)		
NLR:	< 2,71	10,3 (8,9 – 11,6)	4,81 (2,56 – 9,03)	<0,001
	≥ 2,71	9,1 (6,3 – 10,8)		

^c Hồi quy Cox

Nhận xét: Trong phân tích đơn biến, thì đặc điểm mô bệnh học và chỉ số NLR có ý nghĩa với thời gian sống không tiến triển bệnh.

3.2.5. Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống không tiến triển bệnh

Bảng 4. Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống không tiến triển bệnh

Đặc điểm	PFS Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Phân tích đa biến	
		HR (KTC 95%)	p-value
Nhóm tuổi:	≤ 60 tuổi	1,07 (0,58 – 1,98)	0,820
	> 60 tuổi		
Giới tính:	Nữ	1,42 (0,57 – 3,53)	0,447
	Nam		
BMI:	< 18,5	0,71 (0,43 – 1,18)	0,187
	18,5 - 22,9		
	≥ 23		
Hút thuốc lá:	Không	0,88 (0,47 – 1,62)	0,671
	Có		
	Đã từng		
ECOG:	< 2	0,68 (0,15 – 3,11)	0,622
	≥ 2		
Mô bệnh học:	Biểu mô tuyến	1,72 (0,99 – 2,97)	0,054
	Biểu mô vảy		
	Khác		
Giai đoạn bệnh:	Giai đoạn I-II	2,05 (0,44 – 9,65)	0,362
	Giai đoạn III-IV		
Di căn:	Không	1,35 (0,56 – 3,23)	0,505
	Có		
Phương pháp điều trị:	Hóa trị	0,74 (0,42 – 1,31)	0,305
	Trúng đích		
	Miễn dịch		
NLR:	< 2,71	3,56 (1,73 – 7,35)	0,001
	≥ 2,71		

Nhận xét: Trong phân tích đa biến, chỉ có chỉ số NLR có giá trị tiên lượng độc lập với thời gian sống không tiến triển bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Các tế bào miễn dịch bẩm sinh như đại thực

bào, bạch cầu trung tính, tế bào mast, tế bào diệt tự nhiên và các tế bào miễn dịch thích nghi như lympho T và B đã được chứng minh rằng sự hiện diện của chúng tạo thành một môi trường vi mô thuận lợi cho việc thúc đẩy tăng sinh và tồn tại của tế bào ung thư, giúp khối u xâm lấn và di căn.⁴ Những tế bào miễn dịch viêm này tiếp xúc với nhau trực tiếp hoặc sản xuất các cytokine, chemokin và hoạt động theo cơ chế tự tiết và cận tiết để kiểm soát và định hình sự phát triển của khối u.⁴ Như bạch cầu trung tính liên kết với khối u (TANs – Tumor associated neutrophils) giúp khối u phát triển theo nhiều cách như giải phóng các loại oxy phản ứng gây phá hủy DNA, gây đột biến gen trên tế bào khối u. Hay tạo ra các tín hiệu như chemokine nhằm thu hút các bạch cầu trung tính đến vị trí viêm làm khối u phát triển hơn; giải phóng yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu kích thích hình thành mạch và hỗ trợ tế bào ung thư xâm lấn; tiết ra các cytokine gây ra tình trạng viêm mãn tính ức chế tế bào T, tạo ra trạng thái ức chế miễn dịch.⁵

Giá trị tiên lượng của chỉ số miễn dịch viêm NLR dựa trên số lượng của các thành phần bạch cầu trong xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, đã được nhiều nghiên cứu công bố là có liên quan đến tiên lượng xấu ở bệnh nhân ung thư phổi.⁶ Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trên 169 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ ở tất cả các giai đoạn bệnh và phương pháp điều trị. Đối với chỉ số NLR, chúng tôi đã xác định điểm cut-off tối ưu với thời gian sống không tiến triển bệnh là 2,71. Sau đó chia thành hai nhóm: nhóm có chỉ số NLR ở mức cao $NLR \geq 2,71$ là 65 bệnh nhân và nhóm có chỉ số NLR ở mức thấp $NLR < 2,71$ là 104 bệnh nhân. Tuy nhiên khi khảo sát mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng như tuổi, giới, BMI, hút thuốc lá, ECOG, phân loại mô bệnh học, giai đoạn bệnh, di căn và phương pháp điều trị của đối tượng nghiên cứu với chỉ số miễn dịch viêm NLR ở mức cao và mức thấp thì không thấy có sự khác biệt ($p > 0,05$) (Bảng 2).

Trong phân tích đơn biến các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống không tiến triển bệnh, kết quả cho thấy đặc điểm mô bệnh học và chỉ số miễn dịch viêm NLR là những yếu tố có ý nghĩa ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (Bảng 3). Trung vị thời gian sống không tiến triển bệnh ở những bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến là 10,0 (KTC 95%: 8,4 – 11,2) tháng, còn ở những bệnh nhân có ung thư biểu mô vảy 9,4 (KTC 95%: 5,5 – 11,2) tháng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($HR=1,58$; KTC 95%: 1,04 – 2,38) ($p=0,031$). Kết quả phân tích của chúng tôi cũng

cho thấy mức NLR cao giúp dự đoán bệnh tiến triển xấu trên lâm sàng cho bệnh nhân (Biểu đồ 2). Trung vị thời gian PFS ở bệnh nhân có $NLR \geq 2,71$ ($n=65$) trước điều trị khoảng 9,1 (8,9 – 11,6) tháng; với phân tích đơn biến cho $HR=4,81$ (KTC 95%: 2,56 – 9,03) ($p < 0,001$) và phân tích đa biến cho $HR=3,56$ (KTC 95%: 1,73 – 7,35) ($p=0,001$). Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Phan Thanh Thăng⁷ trên những bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được điều trị với TKI, cụ thể thời gian PFS trung bình ở nhóm bệnh nhân có $NLR \geq 2,96$ trước điều trị chỉ khoảng 7,7 (6,0 – 8,1) tháng, ngắn hơn nhóm $NLR < 2,96$ với thời gian PFS là 11,1 (9,5 – 13,9) tháng; $HR=1,535$ (KTC 95%: 1,064 – 2,212) ($p=0,022$). Hay báo cáo của tác giả Liu J⁸ trên các bệnh nhân được điều trị với nivolumab cũng ghi nhận trung vị thời gian PFS ở nhóm bệnh nhân có $NLR \leq 3,07$ trước điều trị là 6,7 (2,7 - NA) tháng, dài hơn nhóm có $NLR > 3,07$ có thời gian PFS là 3,9 (1,4 – 5,6) tháng; $HR=0,46$ (KTC 95%: 0,22 – 0,99) ($p=0,048$).

Dù có kết quả khá tương đồng với các nghiên cứu đã kể trên, củng cố thêm bằng chứng về chỉ số NLR nhưng nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên tổng thể bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ ở tất cả các giai đoạn bệnh và tất cả các phương pháp điều trị chứ không đánh giá riêng lẻ như các nghiên cứu khác. Thêm vào đó nghiên cứu thực hiện đơn trung tâm nên cần có những nghiên cứu đa trung tâm để xác nhận giá trị tiên đoán của chỉ số miễn dịch viêm NLR một cách chắc chắn hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ số miễn dịch viêm NLR tăng cao trước điều trị là một yếu tố tiên lượng độc lập với thời gian sống không tiến triển bệnh. Củng cố thêm giá trị tiềm năng của chỉ số NLR trong theo dõi và tiên lượng ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209-249. 10.3322/caac.21660.
2. **Tran HTT, Nguyen S, Nguyen KK, et al.** Lung Cancer in Vietnam. *J Thorac Oncol.* 2021; 16(9):1443-1448. 10.1016/j.jtho.2021.06.002.
3. **Powell DR and Huttenlocher A.** Neutrophils in the Tumor Microenvironment. *Trends Immunol.* 2016; 37(1):41-52. 10.1016/j.it.2015.11.008.
4. **Grivennikov SI, Greten FR and Karin M.** Immunity, inflammation, and cancer. *Cell.* 2010;

- 140(6):883-99. 10.1016/j.cell.2010.01.025.
5. **Uribe-Querol E and Rosales C.** Neutrophils in Cancer: Two Sides of the Same Coin. *J Immunol Res.* 2015; 2015:983698. 10.1155/2015/983698.
 6. **Yuan C, Li N, Mao X, Liu Z, Ou W and Wang SY.** Elevated pretreatment neutrophil/white blood cell ratio and monocyte/lymphocyte ratio predict poor survival in patients with curatively resected non-small cell lung cancer: Results from a large cohort. *Thorac Cancer.* 2017; 8(4):350-358. 10.1111/1759-7714.12454.
 7. **Phan TT, Ho TT, Nguyen HT, Nguyen HT, Tran TB and Nguyen ST.** The prognostic impact of neutrophil to lymphocyte ratio in advanced non-small cell lung cancer patients treated with EGFR TKI. *Int J Gen Med.* 2018; 11:423-430. 10.2147/IJGM.S174605.
 8. **Liu J, Li S, Zhang S, et al.** Systemic immune-inflammation index, neutrophil-to-lymphocyte ratio, platelet-to-lymphocyte ratio can predict clinical outcomes in patients with metastatic non-small-cell lung cancer treated with nivolumab. *J Clin Lab Anal.* 2019; 33(8):e22964. 10.1002/jcla.22964.

ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP THEO PHÂN GIAI ĐOẠN SCAI SHOCK TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN TIM MẠCH AN GIANG

Lê Thị Kiều Duyên¹, Nguyễn Duy Thanh¹, Bùi Thế Dũng²

TÓM TẮT

Cơ sở nghiên cứu: Phân loại suy tim cấp (AHF) theo 5 giai đoạn mới gần đây được đề xuất bởi Hiệp hội Chụp và Can thiệp Tim mạch (SCAI) với mục đích phân tầng nguy cơ tử vong. **Mục tiêu:** Áp dụng phân loại những bệnh nhân suy tim cấp trong 24h đầu nhập viện và theo dõi kết quả điều trị ngắn hạn 30 ngày theo phân giai đoạn SCAI SHOCK. **Đối tượng:** Tất cả các bệnh nhân >18 tuổi tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim cấp theo ESC 2021 hoặc được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp, đồng ý tham gia nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả, lấy mẫu thuận tiện, thu thập số liệu theo mẫu. **Kết quả:** Trong 150 bệnh nhân thỏa tiêu chí nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân phân vào SCAI SHOCK từ A đến E lần lượt là 8.7%, 43.3%, 25.3%, 10.7%, 12%. Sau 30 ngày theo dõi tỉ lệ sống sót chung là 58%, tỉ lệ sống sót theo từng giai đoạn SCAI là SCAI A 92.3%, SCAI B 89.2%, SCAI C 44.7%, SCAI D 0%, SCAI E 0%. **Kết luận:** Giai đoạn SCAI B chiếm tỉ lệ cao nhất tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, Bệnh viện Tim Mạch An Giang. Trong khoảng thời gian 30 ngày theo dõi, tỉ lệ sống sót chung của nhóm nghiên cứu là khoảng 1/2 số ca, trong đó tỉ lệ sống sót cao nhất ở giai đoạn SCAI A, B và thấp nhất ở giai đoạn D, E. Phân giai đoạn SCAI trong 24 giờ đầu càng cao, tỉ lệ sống sót càng thấp. **Từ khóa:** Chỉ số tim, hồi sinh tim phổi, tim phổi nhân tạo.

SUMMARY

ASSESSMENT OF SCAI SHOCK STAGE IN PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE

¹Bệnh viện Tim Mạch An Giang

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng

Email: dung.bt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024

ADMITTED TO INTENSIVE CARE AND TOXICOLOGY UNIT AT AN GIANG CARDIOLOGY HOSPITAL

Background: A new 5-stage classification of acute heart failure (AHF) was recently introduced by the Society for Cardiovascular Imaging and Interventions (SCAI) with the purpose of stratifying the mortality risk of cardiogenic shock. **Objective:** To implement shock severity assessment for patients with AHF within the first 24 hours of hospitalization and monitor short-term treatment outcomes over 30 days based on the SCAI SHOCK stages. **Population:** All patients over 18 years old who were admitted to Intensive Care and Toxicology Unit and met the diagnostic criteria for AHF as established by ESC 2021 or were diagnosed with acute myocardial infarction and had consented to participate in the study. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study. A convenience sampling technique and a structured questionnaire was used to collect the data. **Results:** Among 150 patients meeting the study criteria, the proportion of patients classified into SCAI SHOCK stage from A to E was 8.7%, 43.3%, 25.3%, 10.7%, and 12%, respectively. After a 30-day follow-up, the overall survival rate was 58%, with survival rates for each stage as follows: SCAI A 92.3%, SCAI B 89.2%, SCAI C 44.7%, SCAI D 0%, and SCAI E 0%. **Conclusion:** The SCAI B stage had the highest prevalence in Intensive Care and Toxicology Unit at An Giang Cardiology Hospital. During the 30-day follow-up period, the overall survival rate of the study group was approximately half of the cases. The highest survival rate was observed in stages A and B, while the lowest was in stages D and E. The higher SCAI SHOCK stage was in the first 24 hours, the lower survival rates were as consequences.

Keywords: Cardiac index, cardiopulmonary resuscitation, extracorporeal membrane oxygenation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc tim (Cardiogenic shock - CS) là dạng