

THỜI GIAN SỐNG THÊM CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ HER2-DƯƠNG TÍNH TÁI PHÁT, DI CĂN HÓA TRỊ BƯỚC 1 PHÁC ĐỒ DOCETAXEL KẾT HỢP TRASTUZUMAB

Lê Thanh Đức¹, Bùi Thành Lập²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) của bệnh nhân ung thư vú HER2-dương tính tái phát, di căn hóa trị bước 1 phác đồ docetaxel kết hợp trastuzumab. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 56 bệnh nhân ung thư vú HER2-dương tính giai đoạn tái phát, di căn được hóa trị bước 1 phác đồ docetaxel kết hợp trastuzumab từ tháng 01/2015 tới tháng 10/2022 tại Bệnh viện K. **Kết quả:** Tuổi trung bình ở thời điểm tái phát, di căn là 53,1±14,3 tuổi. Trung vị PFS của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 13,0 tháng. Tỷ lệ PFS tại thời điểm 6 tháng và 12 tháng lần lượt là: 80,4% và 51,8%. Bệnh nhân không di căn tạng có trung vị PFS cao hơn so với nhóm di căn tạng (14,0 tháng so với 8,0 tháng; p=0,011). Chưa phát hiện mối tương quan giữa PFS với các yếu tố như toàn trạng bệnh nhân ECOG, thể mô bệnh học, tình trạng thụ thể nội tiết, phác đồ đã điều trị hỗ trợ trước đó (có taxane so với không có taxane; có trastuzumab so với không có trastuzumab). **Kết luận:** Sự phối hợp docetaxel và trastuzumab đem lại hiệu quả tốt giúp kéo dài PFS trong điều trị bước 1 ung thư vú HER2-dương tính tái phát di căn.

Từ khóa: Docetaxel, ung thư vú tái phát di căn, trastuzumab.

SUMMARY

SURVIVAL TIME OF DOCETAXEL PLUS TRASTUZUMAB AS THE FIRST-LINE IN PATIENTS WITH RECURRENT OR METASTATIC HER2-POSITIVE BREAST CANCER

Objectives: Evaluation of progression-free survival time of patients with docetaxel plus trastuzumab as the first-line in patients with recurrent or metastatic HER2-positive breast cancer. **Patients and methods:** A retrospective and prospective descriptive study on 56 patients diagnosed with HER2-positive metastatic or recurrent breast cancer at K Hospital from January 2015 to October 2022. **Result:** The mean age was 53.1±14.3 years. Median progression-free survival was 13 months. Progression-free survival at 6 months and 12 months were 80.4% and 51.8%, respectively. Patients without visceral metastasis had a higher median PFS than the visceral metastasis patients (14.0 months vs 8.0 months;

p=0.011). No correlation was found between PFS and factors such as ECOG, histopathology, endocrine receptor status, and adjuvant chemotherapy (taxane versus no taxane; trastuzumab versus no trastuzumab). **Conclusion:** Docetaxel plus trastuzumab as the first-line is effective in high progression-free survival for patients with recurrent or metastatic of HER2-positive breast cancer.

Keywords: Docetaxel, recurrent or metastatic breast cancer, trastuzumab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư vú (UTV) chiếm 1/4 số trường hợp ung thư mới mắc và chiếm 1/6 tổng số các ca tử vong do ung thư ở nữ giới. Đây cũng là loại ung thư có tỷ lệ mắc nhiều nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở phụ nữ trên toàn thế giới [1]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ vượt bậc về phát hiện sớm và điều trị nhưng việc điều trị UTV tái phát di căn còn gặp nhiều khó khăn đặc biệt đối với các nước đang phát triển như Việt Nam. Sự lựa chọn phương pháp điều trị được cân nhắc dựa trên cơ sở tính chất phát triển nhanh hay chậm của bệnh, vị trí di căn, đặc tính sinh học của khối u, thể trạng bệnh nhân và điều kiện kinh tế của mỗi bệnh nhân. Phác đồ hóa chất dựa trên anthracycline được sử dụng trong điều trị UTV tái phát di căn, nhưng vì độc tính trên tim với liều tích lũy trong giới hạn cho phép nên sẽ hạn chế trong các bệnh nhân đã điều trị với các thuốc này trước đó. Các thuốc nhóm taxane (docetaxel, paclitaxel) đã được chứng minh là có kết quả tốt đối với UTV.

Đối với bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn có bộc lộ quá mức thụ thể yếu tố phát triển biểu mô 2 (HER2), phác đồ hóa chất kết hợp với trastuzumab là một trong những lựa chọn ưu tiên giúp kéo dài thời gian sống thêm và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân [2-4]. Phác đồ docetaxel và trastuzumab đã được áp dụng trên toàn thế giới trong điều trị UTV tái phát di căn cho thấy tỷ lệ đáp ứng từ 44-73% và giúp kéo dài thời gian sống thêm của bệnh nhân [2-4]. Thử nghiệm M77001 nghiên cứu trên 188 bệnh nhân ung thư vú di căn điều trị với trastuzumab kết hợp với docetaxel so sánh với việc các bệnh nhân chỉ sử dụng đơn trị bằng docetaxel. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân

¹Bệnh viện K

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: ducthanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023

điều trị kết hợp có tỷ lệ đáp ứng toàn bộ cao hơn (61% so với 34%; $p=0.0002$). Sau 24 tháng theo dõi, những bệnh nhân được điều trị phác đồ kết hợp có thời gian sống thêm toàn bộ (OS) cao hơn (31,2 tháng so với 22,7 tháng; $p=0,0062$) cũng như thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (10,6 tháng so với 5,7 tháng; $p=0,009$) [5]. Tại Việt Nam, phác đồ docetaxel kết hợp trastuzumab đang được áp dụng điều trị cho bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "*Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển của bệnh nhân ung thư vú HER2-dương tính tái phát, di căn hóa trị bước 1 phác đồ docetaxel kết hợp trastuzumab*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 56 bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định là ung thư vú HER2-dương tính giai đoạn tái phát, di căn được hóa trị bước 1 phác đồ docetaxel kết hợp trastuzumab từ tháng 01/2015 tới tháng 10/2022 tại Bệnh viện K.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú bằng xét nghiệm mô bệnh học.
- Có bộc lộ quá mức HER2 được xác định khi IHC (+++) hoặc FISH (+) hoặc Dual-ISH (+).
- Đã được điều trị triệt căn cho giai đoạn tại chỗ, tại vùng bằng các phương pháp phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, theo chỉ định hoặc ung thư vú giai đoạn IV chưa điều trị hóa chất, không có chỉ định điều trị tại chỗ tại vùng.
- Bệnh nhân tái phát tại chỗ tại vùng không có chỉ định hoặc từ chối điều trị bằng các phương pháp điều trị tại chỗ tại vùng.
- Chẩn đoán tái phát, di căn bằng hình ảnh học hoặc mô bệnh học, tế bào học.
- Được điều trị hóa chất bước 1 phác đồ docetaxel kết hợp trastuzumab cho bệnh tái phát di căn ít nhất 3 chu kỳ.
- Chỉ số toàn trạng ECOG ≤ 2 .
- Chức năng tim mạch, gan, thận, tủy xương trong giới hạn cho phép điều trị hóa chất.
- Có hồ sơ ghi nhận thông tin đầy đủ về chẩn đoán và điều trị trước đó.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân di căn não.
- Bệnh nhân có bệnh lý tim mạch gồm: cơn đau thắt ngực không ổn định, rối loạn nhịp cần điều trị thuốc, rối loạn dẫn truyền nhĩ thất, bệnh lý van tim nặng, phì đại thất trái trên siêu âm

doppler tim, tăng huyết áp kiểm soát kém, tràn dịch màng ngoài tim đáng kể, tiền sử nhồi máu cơ tim hoặc bệnh cơ tim.

- Bệnh nhân có ung thư thứ hai.
- Bệnh nhân có các bệnh lý cấp tính tiên lượng tử vong gần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và chọn mẫu

Cỡ mẫu thuận tiện. Thu thập các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được điều trị tại Bệnh viện K từ tháng 01/2015 tới tháng 10/2022.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu.

Thu thập thông tin về quá trình điều trị theo mẫu bệnh án nghiên cứu:

- *Các thuốc sử dụng trong nghiên cứu:*

Docetaxel kết hợp trastuzumab chu kỳ 21 ngày. Chu kỳ đầu tiên: trastuzumab 8mg/kg được truyền tĩnh mạch trong 90 phút, sau đó docetaxel 80mg/m² được truyền tĩnh mạch trong 90 phút. Các chu kỳ tiếp theo: trastuzumab 6mg/kg.

- *Kết quả điều trị:* Sau mỗi 3 chu kỳ điều trị hoặc nếu lâm sàng có chỉ định (ngghi ngờ bệnh tiến triển) bệnh nhân được đánh giá theo RECIST 1.1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là khoảng thời gian tính từ thời điểm bắt đầu điều trị bằng phác đồ docetaxel và trastuzumab cho đến khi phát hiện bệnh tiến triển bằng khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng hoặc tính đến thời điểm dừng nghiên cứu.

2.3. Xử lý số liệu. Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán thống kê sử dụng trong nghiên cứu: Mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn, khoảng tin cậy 95%, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. PFS: được tính theo phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan–Meier.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đây là nghiên cứu không can thiệp vào quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh nhân, không làm sai lệch hồ sơ bệnh án. Kết quả nghiên cứu nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị và tiên lượng. Mọi thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập thông tin được 56 bệnh nhân điều trị trong khoảng thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 10/2022 đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $53,1 \pm 14,3$ tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất

trong nghiên cứu là nhóm từ 50-59 tuổi chiếm 32,1%. Có 14 bệnh nhân chẩn đoán ở giai đoạn IV ngay từ đầu, chiếm 25,0%.

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
ECOG		
0-1	45	80,4
2	11	19,6
Mô bệnh học		
UTBM xâm nhập, NST	46	80,3
UTBM tiểu thùy XN	5	11,5
UTBM thể nhầy	32	4,9
Loại khác*	3	3,3
Tình trạng nội tiết		
ER (+) và/hoặc PR (+)	36	64,3
ER (-) và PR (-)	20	35,7
Phác đồ đã điều trị giai đoạn hỗ trợ trước đó		
Có trastuzumab	17	40,5**
Không trastuzumab	25	59,5**
Có taxane	34	81,0**
Không taxane	8	19,0**
Vị trí tái phát di căn		
Tái phát tại chỗ tại vùng	16	28,6
Phổi	15	26,7
Gan	25	44,6
Xương	21	37,5
Hạch nách, thượng đòn đối bên	5	8,9
Hạch trung thất, ổ bụng	16	28,6
Di căn tạng		
Không di căn tạng	22	39,3
Có di căn tạng	34	60,7

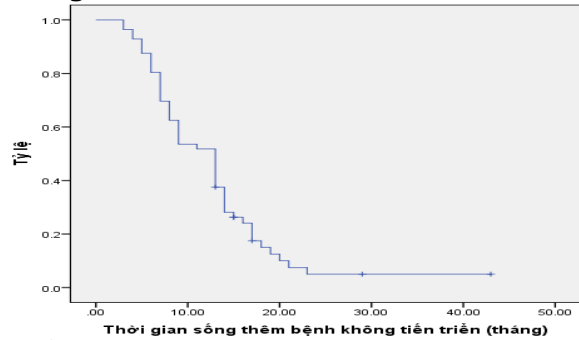
Bảng 2. Mối liên quan giữa PFS với các yếu tố liên quan

	Trung vị (tháng)	Khoảng tin cậy 95% (tháng)	6 tháng (%)	12 tháng (%)	p
ECOG					
0-1	13,0	10,6 - 15,4	86,7	51,1	0,799
2	13,0	6,0 - 20,0	81,8	54,5	
Mô bệnh học					
UTBM xâm nhập NST	13,0	10,3 - 15,7	80,4	54,3	0,413
Loại khác	7,0	3,1 - 10,9	80,0	40,0	
Tình trạng nội tiết					
ER (+) và/hoặc PR (+)	11,0	6,8 - 15,2	83,3	50,0	0,202
ER (-) và PR (-)	13,0	10,0 - 15,5	75,0	55,0	
Di căn tạng					
Có di căn tạng	8,0	6,7 - 9,3	88,2	76,5	0,011
Không di căn tạng	14,0	12,0 - 16,0	81,8	45,5	
Phác đồ đã điều trị hỗ trợ trước đó					
Có trastuzumab	9,0	5,0 - 13,0	70,6	47,1	0,605
Không trastuzumab	9,0	6,6 - 11,4	72,0	40,0	
Phác đồ đã điều trị hỗ trợ trước đó					
Có taxane	9,0	7,6 - 10,4	82,4	41,2	0,936
Không có taxane	8,0	0,0 - 19,1	62,5	50,0	

Chú thích: *1 UTBM thể tủy, 1 UTBM thể nhầy, 1 bệnh nhân thể dị sản.** Trong 42 bệnh nhân được điều trị hóa trị hỗ trợ.

Nhận xét: Các vị trí di căn thường gặp trong nghiên cứu lần lượt là gan, xương chiếm tỷ lệ 44,6% và 37,5%. Tỷ lệ bệnh nhân di căn tạng (gan hoặc phổi) là 60,7%. Trong 42 bệnh nhân tái phát sau điều trị, có 17 bệnh nhân được điều trị trastuzumab phối hợp với hóa chất trước đó, chiếm 40,5%. (Bảng 1).

3.2. Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Nhận xét: Trung vị PFS của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 13,0 tháng, trong đó ngắn nhất là 3 tháng, dài nhất là 43 tháng. Tỷ lệ PFS tại thời điểm 6 tháng và 12 tháng lần lượt là: 80,4% và 51,8%.

3.3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và một số yếu tố liên quan

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy trung vị PFS của bệnh nhân không di căn tạng cao hơn so với nhóm di căn tạng (14,0 tháng so với 8,0 tháng), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,011$. Các yếu tố toàn trạng bệnh nhân ECOG, thể mô bệnh học, tình trạng thụ thể nội tiết, phác đồ đã điều trị trước đó (có taxane so với không có taxane; có trastuzumab so với không có trastuzumab) không ảnh hưởng đến trung vị PFS.

IV. BÀN LUẬN

Trung vị PFS của nhóm bệnh nhân nghiên

Bảng 3. Các nghiên cứu pha II và pha III trong điều trị bước 1 ung thư vú HER2-dương tính tái phát di căn bằng trastuzumab

Tác giả	Phác đồ hóa chất	Số BN	Tỷ lệ đáp ứng (%)	PFS (tháng)	OS (tháng)
Slamon và cs [8]	Paclitaxel	96	17	3,0	18,4
	Paclitaxel + trastuzumab	92	41	6,9	22,1
Marty và cs [5]	Docetaxel	92	34	6,1	22,7
	Docetaxel + trastuzumab	94	61	11,7	31,2
Perez và cs [9]	Paclitaxel mỗi 3 tuần + carboplatin + trastuzumab	43	68	9,9	27,0
	Paclitaxel hàng tuần + carboplatin + trastuzumab	48	81	13,8	38,0
Robert và cs [6]	Paclitaxel + trastuzumab	94	36	7,1	32,2
	Paclitaxel + trastuzumab + carboplatin	92	52	10,7	35,7
Valero và cs [7]	Docetaxel + trastuzumab	131	72,7	11,1	37,1
	Docetaxel + carboplatin + trastuzumab	132	72,5	10,4	37,0
Chúng tôi	Docetaxel + trastuzumab	56	-	13,0	-

Trong ung thư vú có một số yếu tố giúp tiên lượng cũng như đánh giá thời gian sống thêm cũng như khả năng đáp ứng của bệnh nhân như chỉ số toàn trạng, mô bệnh học, độ mô học, tình trạng thụ thể nội tiết, tình trạng di căn tạng, các điều trị trước đó... Trung vị PFS của nhóm UTBM xâm nhập NST và nhóm UTMB loại khác lần lượt là 13,0 tháng và 7,0 tháng, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,413$ ($p > 0,05$). Trong số các bệnh nhân ung thư vú di căn có bộc lộ quá mức HER2, khoảng 50% bệnh nhân cũng có thụ thể nội tiết dương tính. Các thử nghiệm lâm sàng cho thấy tình trạng thụ thể nội tiết không ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị của trastuzumab kể cả khi có hoặc không kết hợp với hóa chất [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung vị PFS của nhóm bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính và âm tính lần lượt là 11,0 tháng và 13,0 tháng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,202$ ($p > 0,05$). Trung vị PFS của nhóm di căn tạng và không di căn tạng lần lượt là 8,0 tháng và 14,0 tháng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,011$. Khi tiến hành đánh giá mối liên quan giữa PFS và các hóa chất đã điều trị hỗ trợ trước đó, chúng tôi nhận thấy: không có sự khác biệt

giữa trung vị PFS giữa các nhóm bệnh nhân đã điều trị taxane hay trastuzumab trước đó, với $p>0,05$. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu cho thấy đối với các bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn trước đó đã điều trị trastuzumab ở giai đoạn hỗ trợ hoặc giai đoạn di căn, việc tiếp tục điều trị trastuzumab phối hợp với các hoá chất khác vẫn có lợi ích. Trong thử nghiệm H0649g, một phần mở rộng của thử nghiệm H0648g, tại thời điểm bệnh tiến triển, bệnh nhân được tiếp tục điều trị với trastuzumab có hoặc không kết hợp với hóa chất, kết quả cho thấy tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 11%, thời gian đáp ứng trung bình 6,7 tháng. Nghiên cứu của von Minckwitz và cộng sự (2009) cho thấy việc tiếp tục điều trị trastuzumab kết hợp hóa chất trên các bệnh nhân UTV di căn đã thất bại với điều trị trastuzumab trước đó có mang lại lợi ích về đáp ứng và sống thêm so với nhóm chỉ điều trị hoá chất đơn thuần.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành trên số lượng bệnh nhân nhỏ so với các nghiên cứu trên nên tính đại diện không cao. Các nguyên nhân khác dẫn tới sự khác biệt này cần có các nghiên cứu lớn hơn thực hiện trên quần thể người Việt Nam để đánh giá cụ thể hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 56 bệnh nhân ung thư vú HER2-dương tính tái phát di căn điều trị bước 1 hóa chất docetaxel kết hợp trastuzumab, chúng tôi ghi nhận thời gian trung vị PFS là 13 tháng. Bệnh nhân không di căn tạng có trung vị PFS cao hơn so với nhóm di căn tạng (14,0 tháng so với 8,0 tháng; $p=0,011$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 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.
- Sato N, Sano M, Tabei T, et al:** Combination docetaxel and trastuzumab treatment for patients with HER-2-overexpressing metastatic breast cancer: a multicenter, Phase-II study. *Breast Cancer* 13, 166–171 (2006).
- Raab G, Brugger W, Harbeck N, et al:** Multicenter randomized Phase II study of docetaxel (Doc) given q3w vs. q1w plus trastuzumab (Tra) as first line therapy for HER2 overexpressing adjuvant anthracycline pretreated metastatic breast cancer (MBC). *Breast Cancer Res. Treat.* 76, S114 (2002)
- Tedesco KL, Thor AD, Johnson DH, et al:** Docetaxel combined with trastuzumab is an active regimen in HER-2 3+ overexpressing and fluorescent in situ hybridization-positive metastatic breast cancer: a multi-institutional Phase II trial. *J. Clin. Oncol.* 22, 1071–1077 (2004).
- Marty M, Cognetti F, Maraninchi D, et al.** Randomized phase II trial of the efficacy and safety of trastuzumab combined with docetaxel in patients with human epidermal growth factor receptor 2-positive metastatic breast cancer administered as first-line treatment: the M77001 study group. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2005;23(19):4265-4274.
- Robert N, Leyland-Jones B, Asmar L, et al.** Randomized phase III study of trastuzumab, paclitaxel, and carboplatin compared with trastuzumab and paclitaxel in women with HER-2-overexpressing metastatic breast cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2006;24(18):2786-2792.
- Valero V, Forbes J, Pegram MD, et al.** Multicenter phase III randomized trial comparing docetaxel and trastuzumab with docetaxel, carboplatin, and trastuzumab as first-line chemotherapy for patients with HER2-gene-amplified metastatic breast cancer (BCIRG 007 study): two highly active therapeutic regimens. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2011; 29(2):149-156.
- Slamon DJ, Leyland-Jones B, Shak S, et al:** Use of chemotherapy plus a monoclonal antibody against HER2 for metastatic breast cancer that overexpresses HER2. *N Engl J Med* 344:783-792, 2001.
- Perez EA, Suman VJ, Rowland KM, et al:** Two concurrent phase II trials of paclitaxel/carboplatin/ trastuzumab (weekly or every-3-week schedule) as first-line therapy in women with HER2-overexpressing metastatic breast cancer: NCCTG study 983252. *Clin Breast Cancer* 6:425-432, 2005
- Brufsky A, Lembersky B, Schiffman K, Lieberman G, Paton VE.** Hormone receptor status does not affect the clinical benefit of trastuzumab therapy for patients with metastatic breast cancer. *Clin Breast Cancer.* 2005;6(3):247-252.

VIÊM TỤY CẤP NẶNG DO TĂNG TRIGLYCERIDE ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP VỚI LỌC MÁU HẤP PHỤ - BÁO CÁO CA BỆNH

Nguyễn Đình Thuyên¹, Lê Thị Thương¹, Nguyễn Thị Kiều Trinh¹,
Phạm Thị Phương Loan¹, Nguyễn Thị Nga¹, Đỗ Quốc Phong¹,
Vũ Hải Vinh¹, Nguyễn Gia Bình²

TÓM TẮT

Viêm tụy cấp (VTC) là bệnh lý cấp cứu nội khoa nặng thường thấy ở khoa cấp cứu. Nó thường liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ rối loạn chức năng đa cơ quan. Viêm tụy cấp làm tăng đáng kể tỷ lệ tử vong, do tính chất cấp tính của tình trạng viêm quá mức này nhanh chóng trở nên trầm trọng hơn khi điều trị

không hiệu quả. Viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu có xu hướng ngày càng tăng hơn so với những nguyên nhân khác. Tỷ lệ biến chứng suy đa tạng và SIRS kéo dài tăng theo nồng độ triglyceride máu ở bệnh nhân viêm tụy cấp. Nồng độ triglyceride máu > 1000 mg/dL (11.2 mmol/L) nên được cân nhắc là nguyên nhân của viêm tụy cấp. Có nhiều phương pháp để loại bỏ triglyceride: lọc kép, lọc hấp phụ, tách bỏ huyết tương, thay huyết tương. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng bệnh nhân nam 32 tuổi được chẩn đoán viêm tụy cấp mức độ nặng do tăng triglyceride kèm biến chứng suy đa tạng (tổn thương thận cấp, suy hô hấp), nhiễm toan ceton được điều trị thành công bằng kỹ thuật lọc máu hấp phụ màng lọc resin với quả lọc HA330.

Từ khóa: viêm tụy cấp, tăng triglyceride, lọc máu hấp phụ

¹Bệnh viện E²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Thuyên

Email: drthuyenbve@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023