

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

SUMMARY**RESULT EVALUATION ON INITIATE TREATMENT USING THE RESIN-DIRECTED HEMOPERFUSION AMONG PATIENT WITH HYPERTRIGLYCERIDEMIA-INDUCED ACUTE PANCREATITIS - A CASE REPORT**

Pancreatitis is a common medical emergency in critical care. This is usually associated with the raise of multiple organ dysfunction. Pancreatitis causes a significant increase in mortality rate as a result of the acuteness of excessive inflammation reaction when the treatment is ineffective. There is a growing tendency of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis compared with other causes. The rate of multiple organ dysfunction and prolonged SIRS complication increase whenever the blood triglyceride level increases in patients with pancreatitis. Blood triglyceride level > 1000 mg/dL (11.2 mmol/L) is considered to be the cause of pancreatitis. There is various method to eliminate triglyceride: coupled plasma filtration, hemoperfusion, plasmapheresis, and plasma exchange. We report a clinical case of a 32-year-old male patient diagnosed severe hypertriglyceridemia-induced pancreatitis with multiple organ dysfunction complication (acute kidney injury, respiratory distress), and ketoacidosis, who have been successful treatment with hemoperfusion resin adsorbent and HA330.

Keywords: acute pancreatitis, hypertriglyceremia, hemoperfusion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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 phản ứng viêm quá mức này nhanh chóng dẫn đến tình trạng nặng cho bệnh nhân khi điều trị không hiệu quả. Một số nguyên nhân chính dẫn đến viêm tụy cấp bao gồm rối loạn bài tiết mật, uống quá nhiều rượu, ăn một lượng lớn thức ăn trong thời gian ngắn và tăng lipid máu. Trong những năm gần đây, chất lượng cuộc sống nâng cao đã dẫn đến những thay đổi trong thói quen ăn uống ở Việt Nam, điều này tương quan với tỷ lệ mắc bệnh rối loạn lipid máu ngày càng tăng. Do tỷ lệ tăng lipid máu cao hơn dẫn đến tỷ lệ mắc viêm tụy cấp do tăng lipid máu ngày càng tăng¹.

Hầu hết các trường hợp VTC là thể nhẹ, thường hồi phục hoàn toàn không có biến chứng, tỷ lệ tử vong của nhóm này là dưới 1%. Tuy nhiên, khoảng 10 – 20% các trường hợp VTC diễn tiến nặng và tỷ lệ tử vong trong nhóm này có thể đến 25 – 30%. Nguyên nhân hàng đầu gây VTC là sỏi mật (40 – 70%) và rượu (25 – 35%). Tăng triglyceride (TG) máu là nguyên nhân phổ biến thứ ba của VTC với tỷ lệ từ 1 –

7%. Tăng triglyceride máu nên được coi là nguyên nhân cơ bản của VTC khi mức triglyceride máu lớn hơn 1.000 mg/dL. Một số nghiên cứu cho thấy VTC do tăng triglyceride thường diễn tiến nặng và đưa đến nhiều biến chứng. Khi bệnh nhân có VTC do tăng triglyceride máu, ưu tiên xử trí sớm bằng cách điều trị VTC và đưa nồng độ triglyceride huyết thanh xuống thấp hơn 500 mg/dL².

Về cơ chế bệnh sinh trong VTC, các chất trung gian viêm chiếm vai trò trung tâm. Khi tổ chức tụy hoại tử do bất cứ nguyên nhân nào, tổ chức tổn thương sẽ giải phóng các chất trung gian viêm vào trong máu trong đó có nhiều cytokine như IL-1, IL-6, IL-8, TNF α , các chất này lại tiếp tục gây ra và làm tăng thêm các phản ứng viêm không chỉ tại tổ chức tụy mà còn cả các cơ quan khác như tim mạch, phổi, thận, gan. Trong VTC nặng, các cytokine sẽ được tạo ra rất nhanh và nhiều trong 1 tuần đầu tiên từ khi khởi phát bệnh tạo ra "cơn bão cytokine"³. Trong những năm gần đây, một số phương pháp lọc máu với mục đích loại bỏ các chất trung gian viêm, điều hòa miễn dịch đã được chứng minh hiệu quả trong hỗ trợ điều trị bệnh nhân VTC nặng⁴. Việc điều trị làm giảm triglyceride là biện pháp loại bỏ nguyên nhân và mang lại hiệu quả cao ở bệnh nhân VTC do tăng triglyceride máu. Có nhiều phương pháp để loại bỏ triglyceride: Lọc kép, lọc hấp phụ, tách bỏ huyết tương, thay huyết tương. Chúng tôi sử dụng phương pháp lọc máu hấp phụ, phương pháp này máu đi qua quả lọc có cấu tạo đặc biệt cho phép giữ lại triglyceride, các nội độc tố và các chất trung gian gây viêm, giảm nồng độ các chất làm tổn thương cơ thể. Vì vậy, chúng tôi báo cáo trường hợp một bệnh nhân được điều trị thành công VTC nặng do tăng triglyceride kết hợp với lọc máu hấp phụ bằng quả lọc resin (quả lọc HA330)⁵.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân nam, 32 tuổi, chưa phát hiện bệnh lý mạn tính. Bệnh nhân vào khoa cấp cứu Bệnh viện E ngày 11/03/2023 trong tình trạng đau bụng liên tục vùng thượng vị, kích thích, khó thở nhiều, bí đại tiện. Khám lâm sàng phát hiện bụng chướng nhẹ, ấn đau vùng thượng vị, không phản ứng thành bụng, mạch 120 lần/phút; huyết áp 150/100mmHg; nhịp thở 30 lần/phút; nhiệt độ 37°C; SpO₂ 92% (bệnh nhân đang thở oxy mask túi 10 lít/phút). Các kết quả xét nghiệm được chỉ định: Amylase: 71 U/L, Lipase: 192 IU/L, Triglyceride: 58,66 mmol/L, Cholesterol 18,79 mmol/L, Glucose: 6,5 mmol/L,

HbA1C: 5,2; Ceton máu: 15mg/dL, Lactate: 2,9 mmol/L, pH: 7,25, PCO₂: 40mmHg, PO₂: 77mmHg, HCO₃⁻: 17mmol/L, Hemoglobin: 152g/L, HCT: 49%, Creatinin: 130 mmol/L, Na⁺: 137 mmol/L, K⁺: 3,2 mmol/L, Cl⁻: 99 mmol/L, LDH: 378U/L, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng cho thấy hình ảnh viêm tụy cấp thể phù nề kèm tụ dịch cấp tính xung quanh, Balthazar D, CTSI 4 điểm.

Bệnh nhân được chẩn đoán VTC mức độ nặng do tăng triglyceride biến chứng suy đa tạng – Nhiễm toan ceton. Bệnh nhân được điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, hỗ trợ hô hấp bằng thở oxy dòng cao (HFNC) Flow 40 lít/phút, FiO₂ 40%. Bệnh nhân được chỉ định cho nhịn ăn sau khi nhập viện, giảm tiết dịch tiêu hóa, điều trị chống sốc, ức chế bài tiết tuyến tụy, điều trị kháng sinh. Thuốc hạ lipid máu không được dùng trong giai đoạn đầu. Sau các phương pháp điều trị được mô tả, lọc hấp phụ với màng lọc resin với quả lọc HA330 đã được thực hiện: bệnh nhân được lọc hấp phụ, mỗi lần kéo dài 4 giờ, mỗi lần cách nhau 24 giờ. Ống thông được luân

qua tĩnh mạch đùi và nối với máy chạy thận nhân tạo Jafron. Một thiết bị hấp phụ plasma nhựa macroporous loại HA330 đã được sử dụng làm bộ lọc. Heparin không phân đoạn được sử dụng để ngăn ngừa đông máu. Nếu mức TG là trên 11,3 mmol/L, tiến hành lọc hấp phụ được thực hiện hai lần liên tiếp. Tình trạng bệnh nhân được theo dõi liên tục trong khoa hồi sức tích cực. Các dấu hiệu sinh tồn được theo dõi bao gồm huyết áp, nhịp tim, nhịp thở, nồng độ khí trong máu và độ bão hòa oxy động mạch (PaO₂); các thông số huyết động được theo dõi bao gồm áp lực động mạch, áp lực động mạch trung bình và áp lực tĩnh mạch trung tâm. Áp lực trong ổ bụng cũng được đo 4 lần mỗi ngày. TG huyết thanh và cholesterol toàn phần được đo trước và sau khi điều trị. Amylase nước tiểu, chức năng gan và thận, công thức máu, nồng độ chất điện giải, prothrombin và bằng chứng về bất kỳ phản ứng bất lợi nào đều được kiểm tra hàng ngày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chỉ số theo dõi		Lần 1 (15/3/2023)	Lần 2 (16/3/2023)	Lần 3 (17/3/2023)
Lâm sàng		- Tỉnh, tiếp xúc được. Hết kích thích - Đờ khó thở. Giảm đau bụng, hết nôn - Mạch 120 lần/phút, huyết áp 120/70mmHg, SpO ₂ 96%/oxy canula 5 lít/phút - Tim đều, nhanh - Phổi thông khí giảm bên trái - Bụng mềm, chướng nhẹ, đau thượng vị, không có phản ứng thành bụng	- Tỉnh, tiếp xúc tốt Giảm khó thở Giảm đau bụng (VAS 3/10) - Tim đều; Phổi trong - Bụng mềm, chướng nhẹ, đau nhẹ thượng vị	- Tỉnh, tiếp xúc tốt, không khó thở - Mạch: 76 lần/phút, Huyết áp: 130/80mmHg - Tim đều; Phổi trong - Bụng mềm, không đau bụng
TG (mmol/L)	Trước	58,66	23,46	15,95
	Sau	23,46	15,95	2,67
	% giảm	40%	68%	16,7%

Nhận xét: - Sự thay đổi nồng độ lipid sau khi điều trị lọc máu hấp phụ: Triglycerid và cholesterol đã giảm đáng kể. Mức triglyceride giảm 40% sau lần lọc hấp phụ 1, giảm 68 % sau lần 2 và 16,7% sau lần 3.

- Tình trạng lâm sàng: khi nồng độ triglyceride giảm sau lọc hấp phụ, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân cải thiện nhiều.

- Chỉ số xét nghiệm ở thời điểm sau lọc hấp phụ lần 3: glucose máu 4,88 mmol/L, cholesterol 5,18; triglyceride 2,67 mmol/L, pH máu 7,36.

- Thời gian nằm viện: 16 ngày.

Khi tình trạng VTC ổn định, tình trạng toan kiềm trở về bình thường, glucose máu được kiểm soát và hết tình trạng toan ceton máu, bệnh nhân được xuất viện sau 16 ngày điều trị. Chúng

tôi sử dụng nhóm thuốc fibrate kết hợp với chế độ ăn hạn chế chất béo và tinh bột, chế độ tập luyện hằng ngày để điều trị rối loạn lipid máu sau ra viện.

IV. BÀN LUẬN

Như chúng ta đã biết, viêm tụy cấp là một trong những bệnh lý đường tiêu hóa thường gặp nhất ở khoa cấp cứu của các bệnh viện, bệnh nhân thường nhập viện với bệnh cảnh đau bụng cấp tính, diễn tiến từ nhẹ đến nặng và có thể đe dọa tính mạng của người bệnh. Viêm tụy cấp nặng có tỷ lệ tử vong cao do suy đa tạng liên quan đến tình trạng viêm do nhiều yếu tố gây ra. Khi bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp nặng do tăng triglyceride, ngoài các điều trị nội

khoa cơ bản thì cần điều trị thay huyết tương bằng albumin 5% hoặc huyết tương tươi đông lạnh. Việc thay huyết tương bằng albumin 5% hay huyết tương tươi đông lạnh thì cần một khối lượng rất lớn và chờ huyết tương rã đông, trong khi đó tình trạng bệnh nhân là khẩn cấp cần phải giảm nhanh nồng độ triglyceride máu. Việc chậm trễ thay huyết tương có thể làm tăng nguy cơ tử vong ở những bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. Thay huyết tương tỏ ra có hiệu quả trong việc giảm nhanh mức triglyceride, tuy nhiên, việc điều trị không phải lúc nào cũng sẵn có. Mặt khác, thay huyết tương bằng albumin 5% hay huyết tương tươi đông lạnh làm tăng nguy cơ dị ứng với albumin hoặc các thành phần của huyết tương và nguy cơ nhiễm chéo (viêm gan B, C, HIV) khi sử dụng huyết tương tươi đông lạnh. Chúng tôi chọn điều trị viêm tụy cấp do tăng triglyceride bằng sử dụng quả lọc HA330 tại thời điểm này là vì bệnh nhân đang trong bệnh cảnh cấp tính, diễn biến nặng cần hạ triglyceride khẩn cấp^{5,6}.

Phương pháp điều trị bằng lọc máu hấp phụ có thể loại bỏ hiệu quả các chất trung gian gây viêm. Ngoài ra, liệu pháp hấp phụ có thể hấp phụ các chất trung gian gây viêm như TNF- α , IL-1, IL-6, IL-8 và kích hoạt yếu tố prothrombin để giảm phản ứng viêm⁷. Do đó, lọc máu hấp phụ có thể làm giảm phản ứng viêm, giảm các biến chứng và giảm tỷ lệ tử vong³. Bệnh nhân của chúng tôi được lọc máu hấp phụ 3 lần bằng màng lọc resin với quả lọc HA330. Khi lọc máu hấp phụ lần đầu tiên được 4 giờ, triệu chứng lâm sàng cải thiện rõ rệt, bệnh nhân tỉnh dần, tiếp xúc được, giảm khó thở, hết kích thích, bứt rứt, hết nôn, nồng độ triglyceride giảm 40%. Bệnh nhân tiếp tục được lọc máu hấp phụ lần 2 và 3 bằng màng lọc resin với quả lọc HA330, tình trạng lâm sàng ổn định, các chỉ số xét nghiệm máu cải thiện hơn, giảm toan máu. Bệnh nhân được xuất viện sau 16 ngày điều trị, sau khi toàn trạng ổn định. Sau khi điều trị thành công ca viêm tụy cấp này, chúng tôi thấy rằng, lọc máu hấp phụ màng lọc resin bằng quả lọc HA330 không những hấp phụ được các chất trung gian gây viêm mà còn làm giảm nhanh nồng độ triglyceride máu trong những trường hợp cấp cứu, ngoài ra, chúng tôi cũng không phát hiện bất cứ phản ứng có hại nào đến bệnh nhân như phương pháp thay huyết tương hoặc albumin 5%.

Chỉ dựa trên 1 ca lâm sàng này, chúng tôi không thể đưa ra bất kỳ kết luận nào về các cơ chế hoạt động chính xác của viêm tụy cấp có tăng triglyceride. Có một số cơ chế thường được chấp nhận. Có ý kiến cho rằng nồng độ lipid tăng

cao làm tăng độ đặc của máu, cản trở vi tuần hoàn tụy và dẫn đến viêm tụy cấp tăng lipid máu (Hyperlipidemic acute pancreatitis – HLAP). Độ nhớt của máu có thể kích hoạt tiểu cầu, tiểu cầu sẽ giải phóng chất làm co mạch mạnh thromboxane A2 (TX-A2). Tỷ lệ TX-A2 với prostaglandin ức chế tiểu cầu PGI2 sẽ bị phá vỡ, có thể góp phần làm trầm trọng thêm tình trạng viêm tụy. Một lời giải thích khác có thể là các hạt lipid huyết thanh có thể tập hợp lại và những phức hợp này di chuyển đến tuyến tụy làm tắc nghẽn các mạch máu cung cấp cho tuyến tụy. Ngoài ra bên trong tuyến tụy, nồng độ axit béo tự do cao này sẽ lấn át khả năng liên kết của albumin, gây độc cho mô và gây hủy hoại các tế bào tuyến tụy và các mạch nhỏ, cuối cùng gây ra viêm tụy cấp. Quá trình lâm sàng của HLAP khác với viêm tụy cấp do các nguyên nhân không liên quan đến lipid. Nó liên quan chặt chẽ với suy chức năng sớm của các cơ quan khác, phù tụy giai đoạn cuối và hình thành nang giả tụy. Phương pháp lọc máu hấp phụ đã thành công làm giảm nồng độ lipid mà không có biến chứng và giúp bệnh nhân giảm các triệu chứng trong giai đoạn cấp tính của bệnh. Do đó, phương pháp này là chìa khóa để điều trị hiệu quả là giảm nồng độ TG và do đó giảm viêm toàn thân một cách nhanh chóng. Các liệu pháp có thể được sử dụng để loại bỏ TG dư thừa khỏi máu, bao gồm lọc huyết tương, lọc màng kép, lọc lipid đông lạnh và hấp thụ miễn dịch. Nhưng việc áp dụng các liệu pháp này bị hạn chế do chi phí cao, nguồn huyết tương hạn chế và thiếu kiểm soát chất lượng các sản phẩm máu⁸. Quá trình lọc máu không chỉ cho phép bình thường hóa các yếu tố gây viêm tuần hoàn mà còn cho phép hấp thụ TG và loại bỏ chylomicron khỏi tuần hoàn⁴. Báo cáo của chúng tôi đã xác nhận rằng lọc máu là một cách hiệu quả để điều trị HLAP. Nó có thể ức chế hiệu quả các phản ứng viêm trong giai đoạn đầu của HLAP nặng (trong vòng 72 giờ sau khi khởi phát). Các sợi rỗng polysulfone của quả lọc được sử dụng trong nghiên cứu này có khả năng bị chặn bởi TG, làm suy yếu việc loại bỏ thêm các phân tử có kích thước trung bình khỏi lưu thông. Vấn đề này đã được khắc phục bằng cách thay đổi thiết bị lọc nhiều lần trong quá trình điều trị. Quá trình lọc đầu tiên phục vụ chủ yếu cho mục đích hấp thụ lipid và các bước lọc thứ cấp làm tăng việc loại bỏ các cytokine. Có nghiên cứu khác hỗ trợ những phát hiện của chúng tôi. Họ phát hiện ra rằng TG, TC và LDL trong máu đã giảm đáng kể sau khi lọc hấp phụ với màng lọc resin và mức giảm TG là nhiều

nhất, điều này cho thấy rằng lọc máu hấp phụ có thể loại bỏ lipid khỏi tuần hoàn một cách hiệu quả⁷. Sau khi điều trị, bệnh nhân đã không còn triệu chứng đau bụng. Bà ngày sau khi lọc máu, tình trạng chung của bệnh nhân đã được cải thiện, với mức TG giảm xuống 2,67 mmol/L.

Hạn chế trong báo cáo của chúng tôi là không đánh giá được các chất trung gian gây viêm như TNF- α , IL-1, IL-6, IL-8. Tuy nhiên, việc rút ngắn thời gian của các triệu chứng, giảm biến chứng là điều quan trọng để đánh giá đáp ứng điều trị ở bệnh nhân này. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã chứng minh hiệu quả của lọc máu hấp phụ trong điều trị VTC nặng do tăng triglyceride máu. Tuy nhiên còn cần nhiều nghiên cứu hơn nữa để có thể đưa lọc máu hấp phụ áp dụng vào điều trị VTC, đặc biệt trong trường hợp cấp cứu.

V. KẾT LUẬN

Sự kết hợp giữa điều trị nội khoa và lọc máu hấp phụ có thể có tác dụng tốt hơn trong việc loại bỏ triglyceride và chất trung gian gây viêm cũng như cải thiện các triệu chứng lâm sàng trong điều trị VTC nặng do tăng triglyceride. Sự kết hợp giữa điều trị nội khoa tích cực và lọc máu hấp phụ cung cấp một phương pháp mới cho điều trị VTC nặng do tăng triglyceride hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lee DW, Cho CM.** Predicting Severity of Acute Pancreatitis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. 2022; 58(6).

2. **Berglund L, Brunzell JD, Goldberg AC, et al.** Evaluation and Treatment of Hypertriglyceridemia: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2012;97(9):2969-2989.
3. **Li Z, Wang G, Zhen G, Zhang Y, Liu J, Liu S.** Effects of hemodialysis combined with hemoperfusion on severe acute pancreatitis. *The Turkish journal of gastroenterology: the official journal of Turkish Society of Gastroenterology*. 2018; 29(2):198-202.
4. **Gubensek J, Buturović-Ponikvar J, Marn-Pernat A, et al.** Treatment of hyperlipidemic acute pancreatitis with plasma exchange: a single-center experience. *Therapeutic apheresis and dialysis: official peer-reviewed journal of the International Society for Apheresis, the Japanese Society for Apheresis, the Japanese Society for Dialysis Therapy*. 2009;13(4):314-317.
5. **Oland GL, Hines OJ.** New guidelines for the treatment of severe acute pancreatitis. *Hepatobiliary surgery and nutrition*. 2022; 11(6):913-916.
6. **Li MQ, Shi ZX, Xu JY, et al.** Hemodiafiltration combined with resin-mediated absorption as a therapy for hyperlipidemic acute pancreatitis. *Cell biochemistry and biophysics*. 2014;69(3):699-702.
7. **Wang YT, Fu JJ, Li XL, Li YR, Li CF, Zhou CY.** Effects of hemodialysis and hemoperfusion on inflammatory factors and nuclear transcription factors in peripheral blood cell of multiple organ dysfunction syndrome. *European review for medical and pharmacological sciences*. 2016;20(4):745-750.
8. **Lowenfels AB, Maisonneuve P, Sullivan T.** The changing character of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, and prognosis. *Current gastroenterology reports*. 2009;11(2):97-103.

THỰC TRẠNG SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI NĂM 2021

Trần Văn Thiện¹, Đào Văn Tùng², Đặng Cẩm Tú³, Lương Trung Thành¹, Mạc Đăng Tuấn⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng sức khỏe tâm thần của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đại học Quốc gia Hà Nội năm 2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 171 đối tượng từ tháng 05/2021 đến 05/2022. **Kết quả nghiên cứu:** 29,8% có biểu hiện stress, 56,7% có biểu hiện lo âu và 49,1% có biểu hiện trầm cảm. Trong số nhân viên có biểu hiện rối loạn sức khỏe tâm thần chủ yếu ở mức độ nhẹ và trung bình. **Kết luận:** Tỷ lệ nhân viên y tế tại Bệnh viện Đại học Quốc gia Hà Nội có biểu hiện rối loạn sức khỏe tâm thần khá cao nên cần có những biện pháp hỗ trợ kịp thời để tăng hiệu quả công việc. **Từ khóa:** Bệnh viện Đại học Quốc gia Hà Nội, nhân viên y tế, sức khỏe tâm thần, DASS 21

¹Bệnh viện Đại học Quốc gia Hà Nội

²Trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng

³Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam

⁴Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Thiện

Email: hospitalvnpt@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023

SUMMARY

THE PREVALENCE OF MENTAL HEALTH AMONG HEALTHCARE WORKERS AT