

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA CHỈ SỐ SỐC THEO TUỔI TRONG PHÂN TẦNG NGUY CƠ TỬ VONG TRÊN BỆNH NHÂN THUYỀN TẮC PHỔI CẤP HUYẾT ĐỘNG ỔN ĐỊNH

Đặng Lê Kim Quyên¹, Nguyễn Lâm Vĩnh Phúc², Vũ Mạnh Nhân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thuyên tắc phổi cấp (TTP) là bệnh thường gặp trên thế giới và tỉ lệ tử vong còn cao. Thể giới với xu hướng phát triển can thiệp tích cực trên bệnh nhân huyết động ổn định nên chỉ số sốc theo tuổi (Age Shock Index – ASI), với độ nhạy cao để đánh giá sốc giai đoạn sớm, có thể góp phần phân tầng nguy cơ bệnh nhân TTP cấp huyết động ổn định.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định diện tích dưới đường cong (Area Under the ROC curve – AUC), điểm cắt tối ưu cho ASI tiên lượng tử vong trên bệnh nhân TTP cấp huyết động ổn định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu mô tả có phân tích trên 147 bệnh nhân TTP cấp huyết động ổn định. **Kết quả:** Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 63,09±1,50 tuổi, tỉ lệ nữ giới gấp 1,94 lần nam giới. Tỉ lệ tử vong trong TTP huyết động ổn định là 12,9%. Yếu tố nguy cơ tử vong với tần số tim (OR=1,03; KTC 95%: 1,00 – 1,06; p=0,042), chỉ số sốc (OR=8,88; KTC 95%: 1,00 – 78,68; p=0,049), chỉ số sốc theo tuổi (OR=1,03; KTC 95%: 1,01 – 1,06; p=0,007). Chỉ số sốc theo tuổi có giá trị tiên lượng nguy cơ tử vong khá với AUC = 0,731 (KTC 95%: 0,624 – 0,839, p=0,001), điểm cắt tối ưu là 72,0, độ nhạy là 63,2%, độ đặc hiệu là 79,7%, giá trị tiên đoán dương (Positive Predictive Value – PPV) là 31,6%, giá trị tiên đoán âm (Negative Predictive Value – NPV) là 93,6%. **Kết luận:** ASI với giá trị tiên lượng tử vong nội viện khá cũng với tính đơn giản, dễ ứng dụng trên lâm sàng sẽ hỗ trợ thêm vào công cụ phân tầng nguy cơ của Hội Tim mạch Châu Âu (European Society of Cardiology – ESC) cũng như giảm bớt khó khăn lâm sàng của thang điểm PESI và sPESI gặp phải hiện tại.

Từ khóa: thuyên tắc phổi, chỉ số sốc, chỉ số sốc theo tuổi.

SUMMARY

PREDICTIVE VALUE OF AGE SHOCK INDEX IN MORTALITY RISK STRATIFICATION IN HEMODYNAMICALLY STABLE PATIENTS WITH ACUTE PULMONARY EMBOLISM

Background: Acute pulmonary embolism (PE) is a common disease in the world and the mortality rate is still high. The world has a growing trend of active intervention in hemodynamically stable patients, so age shock index (ASI), with high sensitivity to the

early stage of shock, can contribute to risk stratification in hemodynamically stable patients with PE. **Objective:** Determine AUC, the optimal cut-off point for ASI to predict mortality in hemodynamically stable patients with PE. **Patients and methods:** A retrospective cross-sectional study with analysis of 147 hemodynamically stable PE patients. **Results:** The average age of the study population is 63.09±1.50 years old with female ratio 1.94 times higher than male. The mortality rate in hemodynamically stable patients with PE is 12.9%. Mortality risk factors are heart rate (OR=1.03; 95%CI: 1.00 – 1.06; p=0.042), shock index (OR=8.88; 95%CI: 1.00 – 78.68; p=0.049), and ASI (OR=1.03; 95%CI: 1.01 – 1.06; p=0.007). ASI model is a good prediction tool for predicting short-term mortality risk with AUC = 0.731 (95%CI: 0.624 – 0.839, p=0.001), the optimal cut-off point is 72.0, sensitivity is 63.2%, specificity is 79.7%, PPV is 31.6%, and NPV is 93.6%. **Conclusion:** ASI, is a good prediction tool for predicting short-term mortality risk, with its simplicity, and ease of clinical application will support to the ESC risk stratification tool and reduce the application gap of PESI and sPESI.

Keywords: pulmonary embolism, shock index, age shock index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc phổi (TTP) là một bệnh thường gặp trên thế giới với tỉ lệ mắc mới hàng năm dao động từ 39-115 trên 100.000 dân.¹ TTP có tỉ lệ tử vong còn cao ở mức 11,9%.⁴ Thử nghiệm PEITHO-3 mở đường cho xu hướng can thiệp tích cực bằng tiêu sợi huyết liều thấp và cân nhắc can thiệp hút huyết khối động mạch phổi trên bệnh nhân TTP nguy cơ trung bình-cao.⁶ Một chỉ số trên lâm sàng để nhanh chóng xác định sốc giai đoạn sớm ở bệnh nhân TTP có thể có giá trị, cho phép xem xét kịp thời các lựa chọn phương pháp tái tưới máu khác nhau trước khi rơi vào vòng xoắn bệnh lý TTP. Chỉ số sốc theo tuổi (Age shock index – ASI) có độ nhạy cao hơn chỉ số sốc (Shock index – SI) để đánh giá sốc giai đoạn sớm, là một chỉ số dễ tiếp cận trên lâm sàng.⁴ Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Giá trị tiên lượng của chỉ số sốc theo tuổi trong phân tầng nguy cơ tử vong trên bệnh nhân thuyên tắc phổi cấp huyết động ổn định”. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định diện tích dưới đường cong, điểm cắt tối ưu cho ASI giúp tiên lượng tử vong trên bệnh nhân thuyên tắc phổi cấp huyết động ổn định.

¹Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á

²Bệnh viện Đa khoa Nam Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Mạnh Nhân

Email: vumanhnhan7@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 11.4.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán xác định TTP cấp do huyết khối.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân trên 18 tuổi nhập khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2017 đến 31/12/2019. Bệnh nhân được thu nhận vào nghiên cứu hồi cứu dựa trên mã ICD 10 theo hướng dẫn của Bộ Y tế: I26 (tắc mạch phổi), I26.0 (thuyên tắc phổi có tâm phế cấp), I26.9 (thuyên tắc phổi không có tâm phế cấp). Hồ sơ bệnh án được đánh giá lại đạt tiêu chuẩn chẩn đoán xác định TTP theo hướng dẫn của Hội Tim mạch Việt Nam năm 2022¹ dựa trên kết quả chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ thiếu dữ liệu: điện tâm đồ, troponin I, siêu âm tim
- Bệnh nhân có huyết động không ổn định tại thời điểm nhập viện:¹
 - + Cần hồi sinh tim phổi
 - + Huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm huyết áp tâm thu ≥ 40 mmHg trong ≥ 15 phút hoặc cần dùng vận mạch để duy trì huyết áp ≥ 90 mmHg

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả có phân tích

Quy trình nghiên cứu: Hồ sơ được hồi cứu theo mã ICD 10 theo hướng dẫn của Bộ Y tế: I26 (tắc mạch phổi), I26.0 (thuyên tắc phổi có tâm phế cấp), I26.9 (thuyên tắc phổi không có tâm phế cấp). Tất cả hồ sơ bệnh án được lựa chọn theo trình tự thời gian đánh giá lại đạt tiêu chuẩn chẩn đoán xác định TTP theo hướng dẫn của Hội Tim mạch Việt Nam năm 2022 dựa trên kết quả chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi, cũng như không có tiêu chuẩn loại trừ.

Hồi cứu hồ sơ, thu thập số liệu:

- Tuổi, giới, huyết áp tâm thu, tiền căn bệnh lý tại thời điểm nhập viện Bệnh viện Chợ Rẫy.
- Điện tâm đồ để xác định tần số tim đo tại thời điểm nhập viện Bệnh viện Chợ Rẫy, cùng thời điểm đo huyết áp tâm thu.
- Xét nghiệm troponin I trong vòng 12 giờ sau nhập viện, siêu âm tim qua thành ngực trong vòng 48 giờ sau nhập viện.
- Biến cố tử vong nội viện.

Phân tích, đánh giá, so sánh số liệu thu thập được.

Phương pháp thu thập số liệu: Bảng thu thập số liệu dựa trên kết quả thăm khám, tiền căn bệnh lý và xét nghiệm từ hồ sơ bệnh án.

Xử lý số liệu: Biến định danh bao gồm: giới tính, tiền căn suy tim, tiền căn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), tiền căn ung thư, giãn thất phải trên siêu âm tim, huyết khối buồng thất phải, vách liên thất di động nghịch thường, tăng áp động mạch phổi tâm thu, biến cố tử vong.

Biến liên tục bao gồm: tuổi, tần số tim, huyết áp tâm thu, chỉ số sốc, chỉ số sốc theo tuổi, chỉ số PESI, troponin I, TAPSE trên siêu âm tim.

– Chỉ số sốc (SI) = Tần số tim/Huyết áp tâm thu (mmHg)

– Chỉ số sốc theo tuổi (ASI) = Tần số tim/Huyết áp tâm thu (mmHg) x Tuổi (năm)

Nhập số liệu bằng phần mềm EpiData 3.3 và xử lý bằng phần mềm R Studio 3.6.0. Các biến liên tục phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, nếu các phân phối không chuẩn được mô tả trung vị (tứ phân vị 25th – 75th). Các biến danh định được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %. So sánh sự khác biệt về trung bình giữa các nhóm dùng phép kiểm t-test nếu biến số phân phối chuẩn, dùng Mann – Whitney U test cho biến số phân phối không chuẩn. So sánh sự khác biệt về tần số các biến danh định bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher's exact. Phương pháp hồi quy logistic đơn biến, đa biến được sử dụng để phân tích các yếu tố tiên lượng đối với biến cố tử vong. Đường cong ROC để đánh giá năng lực chẩn đoán của một phép thử. Chỉ số Youden để tìm điểm cắt tối ưu. Khác biệt được xem có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu. Từ 2017 đến 2019, nghiên cứu hồi cứu thu được 147 bệnh nhân TTP cấp có huyết động ổn định thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu $63,09 \pm 1,50$ tuổi. Nam giới chiếm 34,0%, tỉ lệ nữ giới thuyên tắc phổi trong nghiên cứu gấp 1,94 lần nam giới. Trong 147 bệnh nhân thuyên tắc phổi huyết động ổn định có 19 bệnh nhân gặp biến cố tử vong nội viện, chiếm tỉ lệ 12,9%.

3.2. Các yếu tố nguy cơ tử vong trên bệnh nhân thuyên tắc phổi cấp huyết động ổn định

Bảng 1. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa nhóm sống và nhóm tử vong trên bệnh nhân TTP cấp huyết động ổn định

Đặc điểm lâm sàng	Nhóm sống (n=128)	Nhóm tử vong (n=19)	p
Tuổi (năm) TV(TPV)	63,5 (48,0 – 78,5)	71,0 (67,5 – 76,0)	0,130 ^(b)
Nam giới n(%)	45 (35,2%)	5 (26,3%)	0,448 ^(a)

Tần số tim (lần/phút) (TV(TPV))	100,5 (91,0 – 111,5)	112,0 (97,5 – 128,5)	0,047 ^(b)
Huyết áp tâm thu (mmHg) TV(TPV)	110,0 (100,0 – 125,0)	100,0 (95,0 – 120,0)	0,394 ^(b)
Suy tim mạn n(%)	13 (10,2%)	2 (10,5%)	0,960 ^(a)
COPD n(%)	6 (4,7%)	0 (0%)	0,335 ^(a)
Ung thư n(%)	18 (14,1%)	1 (5,3%)	0,286 ^(a)
Chỉ số PESI (TV(TPV))	91,0 (71,0 – 111,5)	117,0 (88,5 – 122,5)	0,037 ^(b)
SI (TV(TPV))	0,90 (0,77 – 1,07)	1,08 (0,97 – 1,13)	0,019 ^(b)
ASI (TV(TPV))	55,8 (40,8 – 70,7)	73,0 (61,3 – 81,4)	0,001 ^(b)

^(a)Phép kiểm Chi bình phương, ^(b)Phép kiểm Mann-Whitney U

Nhận xét: Tần số tim, chỉ số PESI, chỉ số sốc, chỉ số sốc theo tuổi trong nhóm tử vong cao hơn nhóm sống, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. So sánh đặc điểm cận lâm sàng giữa nhóm sống và nhóm tử vong trên bệnh nhân TTP cấp huyết động ổn định

Đặc điểm cận lâm sàng	Nhóm sống (n=128)	Nhóm tử vong (n=19)	p
Troponin I (ng/mL) (TV(TPV))	0,21 (0,04 – 0,54)	0,54 (0,11 – 1,60)	0,935 ^(b)
Siêu âm tim thất phải			
– Giãn thất phải n(%)	67 (52,3%)	12 (63,2%)	0,378 ^(a)
– TAPSE (mm) (TV(TPV))	15,0 (10,0 – 19,0)	15,0 (9,5 – 20,0)	1 ^(b)
– Huyết khối buồng thất phải n(%)	8 (6,3%)	0 (0%)	0,262 ^(a)
– Vách liên thất di động nghịch thường n(%)	7 (5,5%)	2 (10,5%)	0,391 ^(a)
– Tăng áp động mạch phổi tâm thu n(%)	84 (65,6%)	14 (73,7%)	0,487 ^(a)

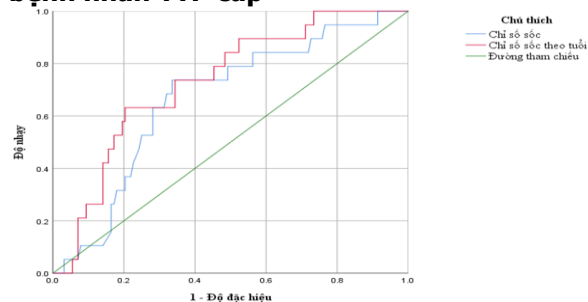
^(a)Phép kiểm Chi bình phương, ^(b)Phép kiểm Mann-Whitney U

Nhận xét: Đặc điểm cận lâm sàng về troponin I và siêu âm tim thất phải giữa nhóm tử vong và nhóm sống khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic đơn biến, đa biến các yếu tố nguy cơ tử vong trên bệnh nhân TTP huyết động ổn định

Yếu tố nguy cơ	Logistic đơn biến			Logistic đa biến		
	OR	KTC 95%	p	OR	KTC 95%	p
Tần số tim	1,03	1,00 – 1,06	0,042	0,987	0,950 – 1,025	0,491
Chỉ số sốc	8,88	1,00 – 78,68	0,049	1,35	0,039 – 46,50	0,869
Chỉ số sốc theo tuổi	1,03	1,01 – 1,06	0,007	0,972	0,942 – 1,00	0,076
PESI	1,02	1,00 – 1,04	0,054			

3.3. Giá trị tiên lượng của chỉ số sốc theo tuổi với biến cố tử vong nội viện trên bệnh nhân TTP cấp



Biểu đồ 1. Diện tích dưới đường cong của chỉ số sốc và chỉ số sốc theo tuổi trong tiên lượng biến cố tử vong nội viện trên bệnh nhân TTP cấp

Bảng 4. Điểm cắt của chỉ số sốc và chỉ số sốc theo tuổi trong tiên lượng biến cố tử vong nội viện trên bệnh nhân TTP cấp

	Chỉ số sốc	Chỉ số sốc theo tuổi
--	------------	----------------------

AUC (KTC 95%)	0,667 (0,546-0,787)	0,731 (0,624-0,839)
p	0,019	0,001
Điểm cắt	1,02	72,0
Độ nhạy	73,7%	63,2%
Độ đặc hiệu	66,4%	79,7%
Giá trị tiên đoán dương	24,5%	31,6%
Giá trị tiên đoán âm	94,5%	93,6%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung dân số nghiên cứu. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 63,09±1,50 tuổi. Nghiên cứu có tỉ lệ nữ giới gấp 1,94 lần nam giới. Nữ giới là đối tượng nguy cơ TTP cao hơn nam do sử dụng liệu pháp thay thế hormone và làm những công việc có tính chất tĩnh tại như thợ may, nhân viên văn phòng,... Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ tử vong trong TTP huyết động ổn định là 12,9%, tương đồng với kết quả 11,5% trong nghiên cứu của tác giả Kemal Gokcek và cs⁴.

4.2. Các yếu tố nguy cơ tử vong trên bệnh nhân thuyên tắc phổi cấp huyết động ổn định.

Về những đặc điểm lâm sàng, nghiên cứu ghi nhận tần số tim, chỉ số PESI, chỉ số sốc và chỉ số sốc theo tuổi trong nhóm tử vong cao hơn nhóm sống, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tác giả Kemal Gokcek và cs⁴ báo cáo nhóm tử vong cao hơn nhóm sống về tuổi (trung vị 71 so với 65), tần số tim (trung vị 108 so với 88 lần/phút), tỉ lệ bệnh mạch vành (17,7% so với 10,2%), tỉ lệ suy tim (16,1% so với 5,6%), chỉ số PESI (trung vị 157 so với 110), chỉ số sốc (trung vị 0,84 so với 0,61), chỉ số sốc theo tuổi (trung vị 62,4 so với 45,6). Thang điểm PESI sử dụng ngưỡng tần số tim ≥ 110 lần/phút để định nghĩa tăng tần số tim, tuy nhiên theo tác giả Lukas Hobohm và cs³ cho rằng ngưỡng ≥ 100 lần/phút đã đủ để có liên quan tới gia tăng biến cố nặng trên bệnh nhân TTP huyết động ổn định. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tăng chỉ số sốc lên 1 đơn vị làm tăng nguy cơ tử vong lên 8,88 lần, tăng chỉ số sốc theo tuổi lên 1 đơn vị tăng nguy cơ tử vong lên 1,03 lần, tăng tần số tim lên 1 nhịp tăng nguy cơ tử vong lên 1,03 lần. Tác giả Kemal Gokcek và cs⁴ báo cáo chỉ số sốc $>0,82$ tăng nguy cơ tử vong lên 1,64 lần, chỉ số sốc theo tuổi >54 tăng nguy cơ tử vong lên 3,12 lần.

Về xét nghiệm troponin I, nhóm tử vong cao có trung vị là 0,54 (0,11 – 1,60) ng/mL cao hơn nhóm sống có trung vị là 0,21 (0,04 – 0,54) ng/mL, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tăng troponin tim là biểu hiện của tình trạng hoại tử cơ tim, liên quan tới tăng tỉ lệ tử vong đối với cả bệnh nhân TTP nguy cơ trung bình và thấp.⁵ Về siêu âm tim, nhóm tử vong cao hơn nhóm sống về tỉ lệ giãn thất phải (63,2% so với 52,3%), vách liên thất di động nghịch thường (10,5% so với 5,5%) và tăng áp động mạch phổi tâm thu (73,7% so với 65,6%). Dấu hiệu giãn thất phải và đặc biệt tăng áp động mạch phổi là dấu hiệu sớm của khởi đầu vòng xoắn bệnh lý trong TTP.¹

4.3. Giá trị tiên lượng của chỉ số sốc theo tuổi với biến cố tử vong nội viện trên bệnh nhân TTP cấp. Điều trị TTP cấp đang phát triển theo hướng can thiệp sớm với tiêu sợi huyết liều thấp và cân nhắc can thiệp hút huyết khối động mạch phổi trên bệnh nhân TTP nguy cơ trung bình-cao.⁶ Trong đó, yếu tố huyết động được quan tâm nhất do là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong ngắn hạn trong TTP. SI được nghiên cứu bởi nhiều tác giả và chứng minh giá trị chẩn đoán sốc giai đoạn sớm trong bệnh lý tim mạch cấp tính bao gồm suy tim và hội chứng vành cấp.⁷ Trong một nghiên cứu đoàn hệ hồi

cứu trên 1864 bệnh nhân, tác giả Yu và cs⁸ phát hiện ra rằng ASI có sức mạnh dự đoán tốt hơn SI và MSI đối với tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả chứng minh chỉ số sốc tiên lượng nguy cơ tử vong trong TTP huyết động ổn định ở mức trung bình AUC = 0,667 (KTC95%: 0,546 – 0,787, $p=0,019$). Điểm cắt tối ưu của chỉ số sốc là 1,02 với độ nhạy là 73,7%, độ đặc hiệu là 66,4%, giá trị tiên đoán dương (PPV) là 24,5%, giá trị tiên đoán âm (NPV) là 94,5%. Trong nghiên cứu, chỉ số sốc theo tuổi có giá trị tiên lượng nguy cơ tử vong khá với AUC = 0,731 (KTC 95%: 0,624 – 0,839, $p=0,001$), điểm cắt tối ưu là 72,0, độ nhạy là 63,2%, độ đặc hiệu là 79,7%, PPV là 31,6%, NPV là 93,6%. Tác giả Kemal Gokcek và cs⁴ báo cáo ASI có giá trị tiên đoán tốt nhất với AUC = 0,90, tốt hơn SI với AUC = 0,72. Điểm cắt tối ưu của ASI là 54 với độ nhạy 76%, độ đặc hiệu 82%, NPV = 95%, PPV = 18%. AUC của ASI trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn và điểm cắt ASI cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Kemal Gokcek và cs⁴ do sự khác nhau về đặc điểm các yếu tố cấu thành lên ASI trên chủng tộc người châu Âu so với châu Á. Cụ thể, tuổi trung vị của hai nghiên cứu tương đương nhau nhưng nghiên cứu của Kemal có tần số tim trung vị thấp hơn và huyết áp tâm thu trung vị cao hơn. Sự khác biệt của các yếu tố cấu thành ASI của hai nghiên cứu dẫn đến khác biệt về giá trị ASI trung vị trong nhóm tử vong và nhóm sống, qua đó tạo nên khác biệt về khả năng tiên lượng tử vong giữa hai dân số nghiên cứu.

Từ kết quả của các nghiên cứu trên, ASI với giá trị tiên lượng tử vong nội viện khá cùng với tính đơn giản, dễ ứng dụng trên lâm sàng đóng góp thêm vào công cụ phân tầng nguy cơ. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của tác giả Bùi Hữu Minh Khuê² ghi nhận được những khó khăn khi sử dụng thang điểm PESI và sPESI trên lâm sàng. Thang điểm PESI khó thỏa tiêu chí nguy cơ cao đối với bệnh nhân trẻ tuổi nhưng lại thỏa tiêu chí nguy cơ cao của thang điểm sPESI. Khó khăn với các trường hợp tăng dấu ấn sinh học tim và siêu âm tim có rối loạn chức năng thất phải nhưng lại không thỏa tiêu chí nguy cơ cao của cả thang điểm PESI lẫn sPESI và sau đó diễn tiến nặng. Chỉ số ASI sẽ giúp giảm bớt khoảng trống khó khăn ứng dụng của thang điểm PESI và sPESI gặp phải hiện tại.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số sốc theo tuổi có giá trị tiên lượng nguy cơ tử vong khá (AUC = 0,731, KTC 95% 0,624 – 0,839, $p=0,001$) với điểm cắt tối ưu là

72,0 (độ nhảy 63,2%, độ đặc hiệu 79,7%). ASI là một chỉ số mức tiên lượng khá, để ứng dụng trong thực hành lâm sàng, có thể xem xét sử dụng hỗ trợ các thang phân tầng nguy cơ TTP hiện hành. Từ đó, bệnh nhân TTP cấp huyết động ổn định được phân tầng nguy cơ tử vong cao sớm hơn và nhận được hiệu quả từ chiến lược can thiệp sớm bằng tiêu sợi huyết liều thấp và cân nhắc can thiệp hút huyết khối động mạch phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Châu Ngọc Hoa và cs**, Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, Hội Tim mạch học Việt Nam, 2022, tr. 1-92.
2. **Bùi Hữu Minh Khuê**, Đặc điểm điều trị tiêu sợi huyết và kết cục nội viện ở bệnh nhân thuyên tắc phổi nguy cơ trung bình – cao, Luận văn Thạc sĩ Y học - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 2023, tr. 1-86.
3. **Hobohm L., et al**, Definition of tachycardia for risk stratification of pulmonary embolism, Eur J Intern Med, 2020, 82, pp. 76-82.
4. **Kemal Gokcek, et al**, In-hospital mortality of acute pulmonary embolism: Predictive value of shock index, modified shock index, and age shock index scores, Med Clin (Barc), 2022, 158(8), pp. 351-355.
5. **Ozsu S, et al**, Classification of high-risk with cardiac troponin and shock index in normotensive patients with pulmonary embolism, J Thromb Thrombolysis, 2018, 43 (2), pp. 179-183
6. **Sanchez O., et al**, Reduced-Dose Intravenous Thrombolysis for Acute Intermediate-High-risk Pulmonary Embolism: Rationale and Design of the Pulmonary Embolism International Thrombolysis (PEITHO)-3 trial, Thromb Haemost, 2022, 122 (5), pp. 857-866.
7. **Valiente Fernandez M, et al**, Shock Index and Physiological Stress Index for reestratifying patients with intermediate-high risk pulmonary embolism, Med Intensiva (Engl Ed), 2024, 48 (6), pp. 309-316.
8. **Yu T., et al**, Age Shock Index is Superior to Shock Index and Modified Shock Index for Predicting Long-Term Prognosis in Acute Myocardial Infarction, Shock, 2017, 48 (5), pp. 545-550.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CƠN NHƯỢC CƠ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhược cơ là một bệnh lý tự miễn ảnh hưởng lên synap thần kinh cơ, đặc trưng bởi tình trạng yếu và mỏi cơ. Bệnh có đặc điểm lâm sàng và diễn tiến rất khác nhau ở các bệnh nhân, có những bệnh nhân diễn tiến sớm, nặng, tái phát vào cơn nhược cơ nhiều lần. Ở Việt Nam cũng chưa có nhiều nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến cơn nhược cơ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhược cơ và xác định một số yếu tố liên quan đến cơn nhược cơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 54 bệnh nhân nhược cơ từ tháng 2/2023 đến tháng 12/2024 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** Hoàn cảnh khởi phát thường gặp là nhiễm trùng (44,4%), triệu chứng thường gặp là sụp mí (94,4%), nhìn đôi (64,8%), yếu chi (51,8%), tính chất yếu cơ thay đổi trong ngày và yếu khi vận động thường gặp nhất (83,3%), tỷ lệ cơn nhược cơ là 13%. U tuyến ức, tiền sử có cơn nhược cơ, mức độ vừa và nặng tại thời điểm chẩn đoán là các yếu tố liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ cơn nhược cơ, sự khác biệt có ý

Trương Dương Hưng¹, Lê Văn Minh¹,
Phạm Văn Phương², Phạm Kiều Anh Thơ¹

nghĩa thống kê. **Kết luận:** Bệnh nhược cơ có biểu hiện lâm sàng đa dạng và không đồng nhất. U tuyến ức, tiền sử cơn nhược cơ, mức độ vừa và nặng lúc chẩn đoán có liên quan đến sự xuất hiện của cơn nhược cơ. **Từ khóa:** Bệnh nhược cơ, cơn nhược cơ

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SOME RELATED FACTORS OF MYASTHENIC CRISIS

Background: Myasthenia Gravis is one of autoimmune diseases that effects to neuromuscular junction, typically manifests in muscular weakness. This disease has the different clinical characteristics and progression in each patient, some have early and severe progression with the relapse to myasthenic crisis. In Vietnam, there've not been recent studies about risk factors associated with myasthenic crisis. **Objectives:** To describe the clinical characteristics of myasthenia gravis and identify some factors associated with myasthenic crisis. **Materials and methods:** The study was conducted on 52 myasthenic patients from February 2023 to December 2024 at Can Tho Central General Hospital. Results: The most common trigger was infection (44,4%), common symptoms were ptosis (94,4%), diplopia (64,8%), limb weakness (51,8%), the fluctuation of muscle weakness in the day and after exercise were common (83,3%), the rate of myasthenic crisis was 13%. Thymoma, history of myasthenic crisis, moderate and severe severity at diagnosis were factors associated with increasing myasthenic crisis,

¹Trường Đại Học Y dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Kiều Anh Thơ

Email: pkatho@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 10.4.2025