

8. Bofill-Soler N, Guillen-Sola A, Marco E, Nieto-Cadalso S, Barrera MC, Pera-Cegarra O, et al. Is EAT-10 useful to assess swallowing during the chemo-radiotherapy phase in patients

with head and neck cancer? A pilot study. *Annals of Otolaryngology, Rhinology Laryngology* 2021; 130(7):689-98.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN THUYỀN TẮC PHỔI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ THUỐC TIÊU SỢI HUYẾT TẠI VIỆN TIM MẠCH BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Thị Ngát¹, Tạ Mỹ Linh², Tạ Mạnh Long³,
Tạ Mạnh Lân⁴, Nguyễn Thị Liên Hương¹, Tạ Mạnh Cường³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) TTP cấp và tìm hiểu tác động của chúng đến kết quả điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết alteplase. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu hồ sơ bệnh án của 52 BN TTP cấp từ tháng 10/2019 đến tháng 4/2025 được điều trị thuốc tiêu sợi huyết alteplase tại Viện tim mạch Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** 17 BN nam và 35 BN nữ (67%), tuổi trung bình 61 ± 18 , tất cả đều có điểm sPESI ≥ 1 điểm (38% BN 2 điểm, 15% BN 3 điểm). 28 BN nguy cơ cao (53,9%), 24 BN nguy cơ trung bình-cao. 37 BN (71,2%) tiến triển tốt và xuất viện, 15 BN (28,8%) tiến triển nặng (tử vong, xin về không tiếp tục điều trị). Triệu chứng lâm sàng: khó thở (94%), đau ngực (75%), tần số tim > 100 lần/phút (73%), thở nhanh > 20 lần/phút (46%), SpO₂ $< 90\%$ (46%), huyết áp tâm thu < 90 mmHg (31%). 100% BN phải hỗ trợ hô hấp khi vào viện (65,4% thở oxy qua sonde mũi, 32,7% phải thở máy xâm nhập, 1,9% thở máy không xâm nhập). Trên điện tâm đồ, 58% BN có hình ảnh S1Q3T3, 50% sóng T đảo ngược ở các chuyển đạo trước tim. Trên siêu âm tim, 33% BN có chỉ số thất phải/thất trái > 1 và 15% phát hiện huyết khối trong buồng tim phải. 94% BN có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, 100% BN có nồng độ hs troponin T $> 0,1$ ng/mL và NT-ProBNP > 500 pg/mL. Những BN tiến triển nặng thường là những BN TTP nguy cơ cao (87%), suy hô hấp nặng khi nhập viện (SpO₂ $< 90\%$), phải thông khí nhân tạo xâm nhập (93%), tỷ số thất phải/thất trái > 1 (87%). **Kết luận:** Bệnh nhân TTP cấp được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết đều có nguy cơ cao và nguy cơ trung bình cao. Bệnh nhân tiến triển nặng thường suy hô hấp nặng, phải thông khí nhân tạo xâm nhập, trên siêu âm tim thường tăng gánh thất phải nặng. **Từ khóa:** thuyên tắc phổi cấp, alteplase, tiêu sợi huyết.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PULMONARY EMBOLISM PATIENTS TREATED WITH THROMBOLYTIC DRUGS AT THE CARDIOVASCULAR INSTITUTE, BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To study of clinical and paraclinical characteristics of patients with pulmonary embolism (PE) and their impact on the results of treatment with the thrombolytic drug alteplase. **Subjects and methods:** Study the medical records of 52 pts with acute PE from October 2019 to April 2025 treated with alteplase thrombolytic drug at the Cardiovascular Institute, Bach Mai Hospital. **Results:** 17 male and 35 female pts (67%) with an average age of 61 ± 18 years, all had an sPESI score ≥ 1 point (38% of pts had 2 points, 15% of pts had 3 points). 28 pts were at high risk (53.9%), 24 pts were at medium-high risk. 37 pts (71.2%) had good progress and were discharged, 15 pts (28.8%) had severe progress (died, untreatable due to severity). The most common clinical symptoms were dyspnea (94%), chest pain (75%), tachycardia > 100 beats/minute (73%), rapid breathing > 20 /minute (46%), SpO₂ $< 90\%$ (46%), systolic blood pressure < 90 mmHg (31%). 100% of pts required respiratory support upon admission (65.4% received oxygen via nasal cannula, 32.7% required invasive mechanical ventilation, 1.9% required non-invasive mechanical ventilation). On electrocardiogram, 58% of pts had S1Q3T3 pattern, 50% had inverted T waves in the precordial leads. On echocardiogram, 33% of pts had right ventricular/left ventricular ratio > 1 and 15% had thrombus detected in the right heart chamber. 94% of pts had deep vein thrombosis of the lower extremities. 100% of pts had hs troponin T > 0.1 ng/mL and NT-ProBNP > 500 pg/mL. Patients with severe progression were often high-risk PE pts (87%), severe respiratory failure on admission (SpO₂ $< 90\%$), requiring invasive mechanical ventilation (93%), and the right ventricle/left ventricle ratio > 1 (87%). **Conclusion:** Patients with acute PE treated with thrombolytics were both high-risk and intermediate-high risk. Patients with severe progression were often severe respiratory failure, requiring invasive mechanical ventilation, and had severe right ventricular hypertrophy on echocardiography. **Keywords:** acute pulmonary embolism, alteplase, thrombolytics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc phổi (TTP) là sự tắc nghẽn cấp

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

²Medicine Optimisation Department, Devon Partnership NHS Trust, Exeter, United Kingdom

³Viện Tim Mạch Bệnh viện Bạch Mai

⁴Trung tâm đánh giá tương đương sinh học Viện Kiểm nghiệm thuốc Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Mạnh Cường

Email: tamanhcuong@cardionet.vn

Ngày nhận bài: 18.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025

tính động mạch phổi mà nguyên nhân chủ yếu do cục máu đông di chuyển từ tĩnh mạch sâu chi dưới. Hiện nay TTP là một biến cố khá thường gặp trong thực hành lâm sàng, và có nguy cơ gây tử vong cao cho bệnh nhân (BN) nếu TTP xảy ra trên diện rộng. Mặc dù có những tiến bộ trong điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết và thuốc chống đông nhưng do bệnh cảnh lâm sàng đa dạng và không đặc hiệu nên TTP cấp hiện nay vẫn là một trong những thách thức mạnh mẽ trong thực hành lâm sàng.

Viện tim mạch Bệnh viện Bạch Mai là nơi thường xuyên phải xử trí cấp cứu những BN TTP với tiên lượng nặng nên việc đánh giá BN ban đầu cần kịp thời và chính xác để từ đó đưa ra phương thức điều trị thích hợp cũng như tiên lượng bệnh. Liệu lượng sử dụng thuốc tiêu sợi huyết cũng rất cần được cá thể hóa trong điều trị. Vì vậy, bước đầu chúng tôi tiến hành tổng kết, phân tích đặc điểm của những BN TTP được dùng thuốc tiêu sợi huyết alteplase từ năm 2019 đến nay nhằm mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN TTP cấp được dùng thuốc tiêu sợi huyết alteplase tại Viện tim mạch Bệnh viện Bạch Mai.

2. Bước đầu tìm hiểu ảnh hưởng của một số thông số lâm sàng và cận lâm sàng đến kết quả điều trị TTP cấp với thuốc tiêu sợi huyết alteplase ở những BN nói trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là hồ sơ bệnh án của những BN TTP đã được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết rtPA (alteplase) tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/09/2019 đến 01/4/2025. Chúng tôi không sử dụng hồ sơ bệnh án của những BN mà: 1/ dùng thuốc alteplase nhưng không phải do TTP, 2/ hồ sơ bệnh án thiếu những thông tin quan trọng, ảnh hưởng đến kết quả của đề tài nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu, tổng kết hồ sơ bệnh án kết hợp với tiến cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, lấy toàn bộ bệnh án trong thời gian tiến hành nghiên cứu đạt tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Phương pháp thu thập số liệu: Từ phần mềm quản lý BN của Bệnh viện tại Viện tim mạch, lấy mã bệnh và mã thuốc ghép vào ta sẽ được BN TTP được chỉ định alteplase, thu thập thông tin từ bệnh án.

- **Xử lý số liệu:** Thống kê mô tả. 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 (min; max). Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.3. Nội dung nghiên cứu

2.3.1. Các chỉ tiêu nghiên cứu của mục tiêu 1

- Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:
 - + Tuổi, giới tính, cân nặng của BN nghiên cứu, bệnh lý mắc kèm, các yếu tố nguy cơ TTP.
 - + Triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng cơ bản.

2.3.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu của mục tiêu 2. Phân nhóm BN tiến triển tốt, được ra viện và nhóm BN tiến triển không tốt (nặng lên, gia đình xin về hoặc tử vong tại viện). Phân tích sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng để rút ra kết luận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng từ tháng 01/09/2019 đến 01/4/2025 chúng tôi đã lựa chọn được 52 hồ sơ bệnh án của những BN TTP cấp được điều trị bằng thuốc alteplase tại Viện Tim Mạch Bệnh viện Bạch Mai, trong đó có 17 nam và 35 nữ, tuổi trung vị là 66 tuổi (trẻ nhất 19 tuổi; cao tuổi nhất 89 tuổi). Tất cả BN khi nhập viện có điểm sPESI ≥ 1 . Bảng 1, 2, 3, 4 trình bày tóm tắt một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh đồng mắc và phân bố tình trạng BN khi nhập viện.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và tình trạng bệnh nhân khi nhập viện

Những dấu hiệu, triệu chứng lâm sàng cơ bản	Số bệnh nhân/ trung bình/ trung vị/ độ lệch/ min, max	Tỷ lệ (%)
Giới tính (n, %)		
- Nam	17	32,7
- Nữ	35	67,3
Tuổi ([năm], tv, (min, max))	66 (19; 89)	
Cân nặng [kg], tb $\pm$ đl	59 $\pm$ 14,6	
Đặc điểm lâm sàng (n, %)		
- Khó thở	49	94,2
- Đau ngực	39	75,0
- Ngất	9	17,3
- Phù chân	16	30,7
- Đau chân	6	11,5
- Tần số thở >20 l/phút	24	46,2
- Tần số tim >100 l/phút	38	73,1
- SpO ₂ <90%	24	46,2
- Huyết áp tâm thu <90mmHg	16	30,7

Mức độ hỗ trợ hô hấp (n, %)		
- Thở oxy qua sonde mũi	34	65,4
- Thông khí không xâm nhập	1	1,9
- Thông khí xâm nhập	17	32,7
Điểm sPESI (n, %)		
- sPESI < 1 điểm	0	0
- sPESI ≥ 1 điểm	52	100,0
• 1 điểm	24	46,2
• 2 điểm	20	38,5
• ≥ 3 điểm	8	15,4

tb, đl: trung bình, độ lệch; tv: trung vị

Bảng 2. Các thông số cận lâm sàng cơ bản

Thông số	n=52	Tỷ lệ %
Điện tâm đồ		
- Block nhánh phải hoàn toàn hoặc không hoàn toàn	7	13,5
- Sóng T đảo ngược ở chuyển đạo trước tim	26	50,0
- Hình ảnh S1Q3T3	30	57,7
- Nhịp nhanh xoang	28	53,8
Siêu âm tim qua thành ngực		
- Giãn thất phải	10	19,2
- Tỷ số thất phải/thất trái > 1	17	32,7
- Huyết khối phát hiện trong buồng tim phải	8	15,4
Siêu âm mạch chi dưới		
- Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới	49	94,2
Sinh hóa		
- N-terminal-pro-BNP > 500 pg/mL	52	100,0
- Troponin T hs > 0,1 ng/mL	52	100,0

Bảng 3. Một số thông số về huyết học**Bảng 5. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân thuyên tắc phổi nguy cơ cao và nguy cơ trung bình - cao**

Thông số	Nguy cơ cao n=28	Nguy cơ TB – cao n=24	Giá trị p
Nam	10	7	0,60
Nữ	18	17	0,60
Tuổi (năm), tv (min; max)	65,5 (19; 88)	67 (33; 89)	0,40
Cân nặng (kg), tv (min; max)	58,4± 10,8	59,7±18,3	0,75
Tổng số ngày điều trị, tv (min; max)	7 (1;64)	8,5 (1; 24)	0,30
HATT (mm Hg), tv (min; max)	100 (60; 150)	110 (80; 130)	0,04
HATC (mm Hg), tv (min; max)	60 (40; 88)	70 (50; 90)	0,20
Tần số thở (nhịp thở/phút), tv (min; max)	30 (20; 40)	28 (20; 32)	0,08
Tần số tim (lần/phút), tv (min; max)	113,5 (70; 180)	101 (77; 134)	0,04
SpO2, tv (min; max)	92,5 (80; 99)	95,5 (80; 100)	0,048
Tiền sử HKTMS chi dưới, n (%)	2 (7,1)	2 (8,3)	0,90
Tiền sử TTP, n(%)	1 (3,6)	1 (4,2)	0,90
Bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn, n, (%)	4 (14,3)	3 (12,5)	0,90
Đái tháo đường, n, (%)	7 (25,0)	8 (33,3)	0,50
Tăng huyết áp, n, (%)	9 (32,1)	7 (29,2)	0,80
Ung thư, n, (%)	4 (14,3)	1 (4,2)	0,40
Hb, g/L, tb ± đl	123± 20	130 ± 17	0,17

và khí máu động mạch

Huyết học	Giá trị
- Hb (g/L), tb, đl	126 ± 18,8
- Hct (L/L), tb, đl	0,39 ± 0,06
- Tiểu cầu (G/L), tv (min; max)	181,5 (58; 711)
- Bạch cầu (G/L), tv (min; max)	12,5 (5,4; 31,1)
Khí máu động mạch	
- SpO2 (%), tv (min; max)	95 (80; 100)
- PaO2(mmHg), tv (min; max)	78,2 (14; 274)
- PaCO2 (mmHg), tv (min; max)	30,5 (7,37; 78)

Bảng 4. Bệnh đồng mắc và những nguy cơ thuyên tắc phổi ở bệnh nhân nghiên cứu

	n	Tỷ lệ %
Bệnh đồng mắc		
- Ung thư	5	9,6
- Bệnh tim phổi mạn tính	7	13,5
- Tiền sử mắc thuyên tắc huyết khối	4	7,7
- Tiền sử đã có TTP	2	3,8
- Đái tháo đường	15	28,8
- Tăng huyết áp	16	30,8
Nguy cơ nhồi máu phổi		
- Chấn thương lớn	1	1,9
- Mới trải qua phẫu thuật	4	7,7
- Bất động	1	1,9
- Sử dụng thuốc tránh thai	2	3,8
- Có thai	1	1,9

28 BN TTP nguy cơ cao (53,8%), 24 BN ở mức nguy cơ trung bình cao. Ở nhóm nguy cơ cao, BN khi vào viện có HATT thấp hơn và tần số tim nhanh hơn, SpO2 thấp hơn một cách có ý nghĩa ($p<0,05$) so với nhóm nguy cơ trung bình cao. Các thông số khác như tuổi, giới, bệnh đồng mắc không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa những BN này (bảng 5).

Trong tổng số 52 có 37 BN tiến triển tốt và xuất viện, 15 BN tiến triển nặng (14 BN diễn biến nặng lên, gia đình xin về, 1 BN tử vong). Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN khi nhập viện được trình bày theo bảng 6.

Bảng 6. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân tiến triển tốt và tiến triển nặng

Những thông số lâm sàng và cận lâm sàng cơ bản	Tiến triển tốt n=37	Tiến triển nặng n=15	Giá trị p
Giới tính			
- Nam, n (%)	9 (24)	8 (53)	0,047
- Nữ n (%)	28 (76)	7 (47)	
- Tuổi [năm], tv, (min,max)	66 (25; 89)	65 (19; 88)	0,94
- Cân nặng (kg), tv, (min,max)	56 (36; 120)	60,5 (48; 80)	0,34
- Tổng số ngày điều trị, tv, (min,max)	9 (1; 24)	4 (1; 64)	0,01
Phải hỗ trợ hô hấp n(%)			
- Thở oxy qua sonde mũi	33 (89,2)	1 (6,7)	0,001
- Không xâm nhập	1 (2,7)	0 (0)	0,90
- Xâm nhập	3 (8,1)	14 (93,3)	0,001
- Thuyên tắc phổi nguy cơ cao	15 (40,5)	13 (86,7)	0,003
Các dấu hiệu suy thất phải			
Sinh hóa			
- N-terminal-pro-BNP pg/mL, tv, (min,max)	7688 (59,8; 82760)	5278 (88,8; 21180)	0,71
- Troponin T ng/mL, tv, (min,max)	91,55 (19,23; 2603,40)	115,9 (25,38; 1086,00)	0,58
Siêu âm tim qua thành ngực			
- Giảm thất phải, n (%)	7 (18,9)	3 (20,0)	0,90
- Tỷ số thất phải/thất trái > 1, n (%)	4 (10,8)	13 (86,7)	0,001
- SpO ₂ (%), tv, (min,max)	95 (80; 100)	92 (80; 98)	0,04

tv: trung vị

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về tuổi và giới bệnh nhân. Trong 52 hồ sơ bệnh án của những BN TTP cấp được điều trị bằng thuốc alteplase, có 17 nam và 35 nữ, trung vị tuổi 66 (từ 19 - 89 tuổi). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu của các tác giả trong nước đã công bố.

Một điểm đáng lưu ý là nữ giới gặp nhiều hơn nam, Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN nữ chiếm 67,3%, Kết quả cũng phù hợp với một số nghiên cứu đã công bố [1; 2; 4; 5].

4.2. Về triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng. Triệu chứng TTP thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là khó thở (94,2%), đau ngực (75,0%) và tần số tim nhanh trên 100 lần/phút (73,1%), Theo phân tích tổng hợp Ata (n=5252) khó thở chiếm 57%, đau ngực 33%, ngất 6,5%. Trong 2 nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu đa trung tâm bao gồm khoảng 20,000 BN ngất [2]. Chúng tôi ghi nhận dấu hiệu ngất ở 17,3% số BN khi nhập viện. 1/3 số BN (30,7%) có biểu hiện suy giảm huyết động (HATT < 90 mmHg).

Một dấu hiệu đáng lưu ý là SpO₂ < 90% xảy ra ở gần 1/2 số BN (46,2%). 100% người bệnh cần hỗ trợ hô hấp khi nhập viện ở các mức độ khác nhau, trong đó 65,4% phải thở oxy qua sonde mũi hoặc gọng kính, mặt nạ và 32,7%

phải thông khí xâm nhập thở máy, số còn lại phải thông khí nhân tạo không xâm nhập.

Chính vì thế, những BN trong nghiên cứu đều ở mức độ nguy cơ trung bình cao và cao với điểm sPESI ≥ 1, trong đó có 38,5% BN sPESI = 2 điểm và 15,4% BN ≥ 3 điểm. 28 BN phân tầng mức nguy cơ cao (53,9%).

4.3. Về cận lâm sàng. Hình ảnh S1Q3T3 và nhịp nhanh xoang trên điện tâm đồ chiếm ưu thế (57,7% và 53,8%). Tỷ lệ nhịp nhanh xoang cũng tương đồng với 02 nghiên cứu của các tác giả trong nước là 62% và 57%, trong khi đó dấu S1Q3T3 thấp hơn lần lượt là 12,5% và 11,4%. Block nhánh phải) chiếm tỷ lệ 13%. Tác giả Duncan Thomson hồi cứu 189 BN có TTP thấy nhịp nhanh xoang (28%), S1Q3T3 (3,7%). Dấu hiệu tăng gánh TP có độ nhạy thấp (11%), nhưng có độ đặc hiệu cao (97%) [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đường kính TP/ TT > 1 trên siêu âm tim chiếm 32,7%, đặc biệt là có tới 15,4% có hình ảnh huyết khối trong buồng tim phải. Đây là những dấu hiệu hết sức có giá trị để hướng tới chẩn đoán TTP với độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao. Theo một số tác giả, có thể dựa vào siêu âm tim và nghi ngờ TTP khi tỷ lệ đường kính TP/ TT > 1 với độ nhạy 55%, độ đặc hiệu 86% [3].

4.4. Về liên quan giữa triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng và kết quả điều trị thuốc tiêu sợi huyết. Trong tổng số 52 BN TTP được điều trị bằng alteplase, 37 BN tiến triển tốt và xuất viện, 15 BN tiến triển nặng (14 BN diễn biến nặng lên, gia đình xin về, 1 BN tử vong) chiếm 28,5%. Bệnh nhân ở nhóm tiến triển nặng có mức độ suy hô hấp cũng như phải thở máy xâm nhập, TP giãn, tỷ lệ TP/TT > 1 trên siêu âm chiếm tỷ lệ cao hơn và BN nguy cơ cao nhiều hơn có ý nghĩa so với nhóm tiến triển tốt ($p = 0,003$).

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Mai cho biết tỷ lệ BN tử vong có điều trị tiêu sợi huyết khoảng 40%. Một số nghiên cứu cho biết trong 21.390 BN TTP điều trị thuốc tiêu sợi huyết có tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân là 8,4%. Năm 2018 trong 1428 BN tỷ lệ tử vong sau 30 ngày, nữ 5% và nam là 2,8%. Một nghiên cứu theo dõi 368 BN TTP cho biết tỷ lệ tử vong trong viện 8,4% [5].

Hầu hết các tác giả đều thống nhất tỷ lệ tử vong sớm trong bệnh viện của BN TTP nguy cơ cao dao động từ 25% đến 65%, TTP nguy cơ trung bình – cao từ 5%-15%, TTP nguy cơ thấp thường dưới 1% [1; 2]. Bệnh nhân của chúng tôi có nguy cơ cao chiếm tỷ lệ lớn khiến nhiều BN tiến triển nặng, mặc dù đã được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết và thuốc chống đông tích cực theo các khuyến cáo hiện hành.

V. KẾT LUẬN

1. Tuổi trung bình của BN từ 60 trở lên, nữ nhiều hơn nam. Các triệu chứng và dấu hiệu thường gặp là khó thở, đau ngực, tần số tim nhanh. 53,8% BN là thuyên tắc phổi nguy cơ cao, còn lại là nguy cơ trung bình cao. 100% BN

đều phải hỗ trợ hô hấp thở oxy và thở máy. Hầu hết BN đều có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và có bệnh nền là những bệnh có liên quan đến thuyên tắc phổi.

2. 71,2% BN tiến triển tốt và ra viện, số còn lại tiến triển không thuận lợi, nặng lên trong quá trình điều trị. Những BN tiến triển nặng thường là những BN thuyên tắc phổi nguy cơ cao (86,7%), suy hô hấp nặng khi nhập viện ($SpO_2 < 90\%$), phải thông khí nhân tạo xâm nhập (93,3%), thất phải giãn to hơn thất trái với tỷ số thất phải/thất trái > 1 (86,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Konstantinides S.V., Meyer G., Becattin C. et al.:** 2019 ESC Guideline for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS), The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology. Eur Heart J, 2020; 41: 543 – 603.
2. **Ata F., Ibrahim W. H., Choudry H. et al.:** Optimal management, prevalence, and clinical behavior of saddle pulmonary embolism: A systematic review and meta-analysis. Thromb Res, 2022; 217, 86-95.
3. **Thomson D., Kourounis G. et al.:** ECG in suspected pulmonary embolism. Postgrad Med J, 2019; 95 (1119), 12-17.
4. **Nguyễn Văn Tân và cộng sự:** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân cao tuổi thuyên tắc phổi tại Bệnh viện Thống Nhất. Tạp chí Y học TP, Hồ Chí Minh, 2018; phụ bản tập 22, số 1: 224 – 230.
5. **Nguyễn Thị Tuyết Mai và cộng sự:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thuyên tắc phổi do huyết khối tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học TP, Hồ Chí Minh, 2019; Phụ bản tập 23, số 2: 208 – 213.

SỰ CẦN THIẾT CAN THIỆP CHÍNH NHA SỚM TRÊN TRẺ CÓ TƯƠNG QUAN RĂNG 6 DẠNG ĐỐI ĐỈNH Ở BỘ RĂNG HỖN HỢP

Trần Thị Bích Vân¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Tương quan răng cối lớn thứ nhất dạng đối đỉnh (hạng II 50% theo Angle) là một hình thái phổ biến và được xem là bình thường ở giai đoạn bộ răng hỗn hợp. Tuy nhiên, dạng này có thể diễn tiến thành tương quan bất thường ở bộ răng vĩnh viễn nếu

không được theo dõi và can thiệp sớm. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá sự thay đổi tương quan dạng này từ bộ răng hỗn hợp đến bộ răng vĩnh viễn. **Mục tiêu:** Đánh giá diễn tiến hình thái khớp cắn ở nhóm có tương quan R6 dạng đối đỉnh từ bộ răng hỗn hợp đến bộ răng vĩnh viễn. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu dọc hồi cứu trên 112 phần hàm có tương quan R6 đối đỉnh ở giai đoạn hỗn hợp sớm. Tương quan R6 được đánh giá tại hai thời điểm: T2 (bộ răng hỗn hợp) và T3 (bộ răng vĩnh viễn). Tương quan R6 được phân loại theo tiêu chí của Angle, trong đó ở T2 chỉ có dạng đối đỉnh mới được chọn vào nghiên cứu. Ở T3, tương quan R6 được phân loại thành 3 dạng: hạng I, hạng II và hạng III.

¹Đại Học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bích Vân

Email: ttbvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025