

Đặc điểm		n	%
Thang điểm CAT	<10	11	20,8
	≥10	42	79,2
Thang điểm mMRC	0-1	7	13,2
	≥2	46	86,8
Phân nhóm ABE	A	6	11,3
	B	22	41,5
	E	25	47,2

Người bệnh BPTNMT nhóm E chiếm tỉ lệ cao nhất, 47,2%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có ĐTD

#### 3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

**Bảng 3.4. Triệu chứng lâm sàng của người bệnh nghiên cứu**

Triệu chứng	n	%
Sốt	19	35,8
Đau ngực	24	45,3
Tăng lượng đờm	48	90,6
Thay đổi màu sắc đờm	43	81,1
Khó thở tăng	45	85,9
Chảy mũi	9	16,9

**Bảng 3.6. Liên quan giữa đường máu và mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT**

Đặc điểm	Nhóm	Tổng		Nhẹ		Trung bình		Nặng		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Glucose ≥7,8 mmol/l		30	56,6	1	3,3	5	16,7	24	80,0	0,024
Glucose <7,8 mmol/l		23	43,4	5	21,7	5	21,7	13	56,6	
HbA1c ≥7%		28	52,8	2	8,0	9	36,0	14	56,0	0.06
HbA1c <7%		25	47,2	4	14,3	13	46,4	11	39,3	

Tỉ lệ đợt cấp mức độ nặng ở nhóm NB có tăng đường máu (ĐM) khi nhập viện là 80,0% cao hơn nhóm không có tăng đường máu khi nhập viện là 56,6%, có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

#### 3.2.2. Môi liên quan giữa đường máu với hỗ trợ thông khí hô hấp

**Bảng 3.7. Môi liên quan giữa đường máu với hỗ trợ thông khí hô hấp**

Đặc điểm	Nhóm	Không hỗ trợ hô hấp		Thở oxy gọng kính		Thở máy không xâm nhập		p
		n	%	n	%	n	%	
Glucose ≥7,8 mmol/l		13	43,3	14	46,7	3	10	0,83
Glucose <7,8 mmol/l		11	47,8	11	47,8	1	4,3	
Tổng		24	45,3	25	47,2	4	7,5	

Tỷ lệ người bệnh thở oxy gọng kính và thở máy không xâm nhập của nhóm ĐM cao khi vào viện không có sự khác biệt so với nhóm còn lại.

#### 3.2.3. Môi liên quan giữa đường máu với thời gian nằm viện

**Bảng 3.8. Môi liên quan giữa đường máu với thời gian nằm viện**

Đặc điểm	Nhóm	Thời gian nằm viện (ngày)	p
HbA1c ≥7%		11,36 ± 5,42	0,90
	HbA1c <7%	11,52 ± 4,53	
Glucose ≥7,8 mmol/l		11,50 ± 4,73	0,91
	Glucose <7,8 mmol/l	11,35 ± 5,21	

NB đợt cấp BPTNMT có ĐTD có thời gian điều trị nội trú trung bình là 11.43 ± 4,90 ngày.

Đau họng	14	26,4
Ran ẩm, ran nổ	31	58,5
Ran rít, ran ngáy	47	88,7
Tím môi, đầu chi	14	26,4

Các triệu chứng lâm sàng: khó thở tăng, tăng lượng đờm, thay đổi màu sắc đờm, có ran rít, ngáy, ran ẩm, nổ chiếm tỷ lệ cao nhất ở người bệnh nghiên cứu.

**Bảng 3.5. Mức độ nặng của đợt cấp theo tiêu chuẩn Anthonisen 1987**

Mức độ	n	%
Nhẹ	6	11,3
Trung bình	10	18,9
Nặng	37	69,8
Tổng	53	100

Đợt cấp mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất, 69,8%.

### 3.3. Liên quan giữa đường máu và mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT ở người bệnh NC

#### 3.3.1. Liên quan giữa đường máu và mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT ở NB NC

## IV. BÀN LUẬN

Theo các nghiên cứu trên thế giới và ở Việt Nam, tỷ lệ mắc BPTNMT ở nam luôn cao hơn nữ, điều này một phần chính do tỉ lệ hút thuốc của nam cao hơn nữ giới. Trong NC của chúng tôi, nam giới cũng chiếm chủ yếu, 42 BN (79,2%) so với nữ giới, 11 BN (20,8%). Tỷ lệ nữ trong NC của chúng tôi tương tự như NC của Abroug, nữ chiếm 18,9%<sup>6</sup>, NC của Phạm Văn An, nữ chiếm 12,7%, đồng thời phản ánh đặc trưng về giới trong BPTNMT tại Việt Nam: tần suất thấp hơn hẳn ở nữ 1,9% so với ở nam 7,1%<sup>4</sup>. BPTNMT chủ yếu gặp ở những người trên 40 tuổi<sup>1</sup>. Trong NC của chúng tôi, tuổi trung bình (TB) của NB là 72,43 ± 5,83 tuổi; tương tự Michele Porzio khi

thấy tuổi TB của người bệnh đợt cấp BPTNMT có ĐĐT là  $70 \pm 10$ , nghiên cứu của Vũ Bích Nga là 70,12 tuổi<sup>6</sup>. BPTNMT thường tồn tại cùng với các bệnh lý khác, ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh. Một số bệnh độc lập với BPTNMT, trong khi một số khác liên quan đến các yếu tố nguy cơ chung với BPTNMT hoặc bệnh này làm tăng nguy cơ xuất hiện bệnh kia. Trong NC của chúng tôi, bệnh đồng mắc chiếm tỷ lệ cao nhất là THA, 75,5%; tiếp đến bệnh tim thiếu máu cục bộ 24,5%. Kết quả này tương tự NC của Phạm Văn An khi thấy tỉ lệ THA ở nhóm đợt cấp BPTNMT có ĐĐT là 51,2%<sup>4</sup>; Phan Thanh Thủy thấy tỉ lệ THA là 28,8%<sup>4</sup>. Theo một số tác giả nước ngoài, THA cũng là bệnh đồng mắc phổ biến nhất ở người bệnh BPTNMT. NC của Rogliani P, tỷ lệ mắc THA của nhóm BPTNMT có ĐĐT cao gấp 4,58 lần so với nhóm không có ĐĐT<sup>6</sup>. Hút thuốc là được xem là yếu tố nguy cơ cao nhất của BPTNMT. NC của chúng tôi thấy tỉ lệ hút thuốc lá là 79,2%, trung bình  $21,13 \pm 9,81$  bao-năm, tương tự kết quả các NC của Nguyễn Thị Kim Oanh: tỉ lệ hút thuốc 82%;  $25,5 \pm 16,1$  bao-năm; Phạm Văn An: tỉ lệ hút thuốc 80,9%;  $24,39 \pm 16,43$  bao-năm<sup>4,6</sup>. Những kết quả này cho thấy, cần đẩy mạnh hơn nữa vai trò của các đơn vị quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong giáo dục sức khỏe người bệnh cai thuốc lá. Trong NC của chúng tôi, BPTNMT nhóm E chiếm tỷ lệ cao nhất, 47,1%, đồng thời, 86,8% người bệnh có mMRC  $\geq 2$  điểm và 79,2% người bệnh có CAT  $\geq 10$  điểm. Kết quả NC của chúng tôi không khác một số NC thực hiện ở BV Bạch Mai, BV Phổi Trung Ương, một phần do BV Thanh Nhân cũng là một trong các bệnh viện đa khoa hạng I của thành phố Hà Nội, nơi NB chủ yếu được chuyển từ các tuyến y tế cơ sở đến, tỉ lệ người bệnh mức độ bệnh nặng, nhiều bệnh đồng mắc cao.

**4.1. Đặc điểm lâm sàng của đợt cấp ở người bệnh BPTNMT có đái tháo đường.** Trong NC của chúng tôi, triệu chứng khó thở tăng chiếm 85,9 %, ho tăng, tăng số lượng đờm 90,6%, biến đổi màu sắc đờm 81,1%, sốt là 35,8%, đau ngực 45,3%. Theo NC của Phan Thị Hạnh, tỉ lệ khó thở tăng 98,3%, ho khạc đờm tăng 88,3%, đờm đục 85%, sốt 23,3% [4]. NC của Phạm Văn An thấy tỉ lệ khó thở tăng 97,9 %, biến đổi màu sắc đờm 89,8%, ho tăng số lượng đờm 97,5%, sốt là 29,2%, mệt mỏi là 61,9%<sup>4</sup>. Các NC trên cho thấy 3 TC đặc trưng cho đợt cấp đều chiếm tỉ lệ lớn trên 80%. Theo phân loại Anthonisen 1987 [1], NC của chúng tôi có đợt cấp BPTNMT nặng chiếm tỷ lệ cao nhất, 69,8%. Tỷ lệ này trong NC của Phan Thị Hạnh là 75%; NC của Phạm Văn An là 88,6% [4]. Giải thích

cho điều này chúng tôi cho rằng, các NC đều thực hiện ở BV lớn như Bệnh viện Phổi Trung Ương, Bệnh viện Bạch Mai, BV Thanh Nhân, là tuyến cuối về các bệnh lý hô hấp lên tỉ lệ đợt cấp nặng thường cao. Tuy nhiên, kết quả cũng cho thấy đặc điểm của người bệnh BPTNMT tại Việt Nam thường đến khám khi bệnh nặng, nhiều TC, rối loạn thông khí mức độ nặng. Về tầm nhìn cộng đồng, kết quả NC góp phần cho thấy muốn giảm được gánh nặng chi phí, giảm gánh nặng bệnh tật cần tập trung phát hiện bệnh từ giai đoạn sớm.

**4.2. Liên quan giữa đường máu và mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT ở người bệnh NC.** NC của chúng tôi thấy trên 50% NB có HbA1c  $\geq 7\%$  và đường máu khi vào viện  $> 7,8\text{mmol/l}$ . Nhóm tăng đường máu khi nhập viện có 80,0% NB đợt cấp mức độ nặng cao hơn có ý nghĩa nhóm không tăng đường máu, đợt cấp mức độ nặng là 56,6% ( $p < 0,05$ ). Sự khác biệt này là do tình trạng tăng nặng các TC ho, đờm, khó thở, sốt ở NB đợt cấp BPTNMT đồng thời cũng là yếu tố gây tăng đường máu ở người bệnh ĐĐT. Ngược lại, chính tình trạng tăng đường máu lại cũng là yếu tố tăng nặng của đợt cấp BPTNMT. Khi NB có đồng thời BPNTMT và ĐĐT thì người bệnh sẽ khám, quản lý đồng thời 2 bệnh mạn tính. BV Thanh Nhân là BV đa khoa, góp phần thuận lợi cho NB trong khám, chữa bệnh, trong công tác giáo dục sức khỏe. Trong NC của chúng tôi, 47,2% NB cần phải hỗ trợ oxy gọng kính, 7,5% NB thở máy không xâm nhập, trong đó, 10% NB có tăng đường máu khi nhập viện, cao hơn so với nhóm không tăng đường máu 4,3%. NC của Phạm Văn An tại BV Phổi Trung Ương thấy người bệnh BPTNMT có ĐĐT cần phải thở máy không xâm nhập là 20,9%, xâm nhập là 18,6%; ở nhóm NB có tăng đường máu, tỉ lệ cần thở máy cũng cao hơn so với nhóm không tăng đường máu. Kết quả này cho thấy hơn nữa vai trò của việc phát hiện sớm đợt cấp, xử trí và điều trị kịp thời. Thời gian nằm viện trung bình của NB trong NC của chúng tôi là  $11,43 \pm 4,90$  ngày. Không có sự khác biệt về số ngày điều trị ở 2 nhóm kiểm soát đường máu tốt và chưa tốt, cũng như giữa 2 nhóm tăng và không tăng đường máu khi vào viện. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với NC của Phạm Văn An khi thấy rằng ở nhóm có tăng đường máu số ngày điều trị trung bình là  $15,96 \pm 8,77$  ngày, nhóm không có tăng đường máu là  $13,51 \pm 12,79$  và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm<sup>4</sup>. Tương tự, NC của Parappil Ali thời gian nằm viện của nhóm có ĐĐT là 7,8 ngày và nhóm không có ĐĐT là 6,5 ngày, thời gian nằm viện TB của

nhóm có tăng đường máu là 7,4 ngày và nhóm không có tăng đường máu là 6,6 ngày, không có sự khác biệt. Rút ngắn thời gian điều trị nội trú nhằm giảm nguy cơ nhiễm trùng BV, giảm chi phí điều trị luôn là một trong các mục tiêu của bác sỹ lâm sàng.

## V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Qua NC trên 53 người bệnh đợt cấp BPTNMT có ĐTD tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 3 đến tháng 11 năm 2025, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: tuổi trung bình của người bệnh nghiên cứu là  $72,43 \pm 5,83$ , nam chiếm 79,2%; bệnh đồng mắc hay gặp nhất là tăng huyết áp (THA); 47,1% người bệnh nhóm E; 86,8% người bệnh có mMRC  $\geq 2$  điểm; 79,2% có CAT  $\geq 10$  điểm. 69,8% đợt cấp nặng theo phân loại Anthonisen, các triệu chứng thường gặp là khó thở tăng 85,9%, ho tăng, tăng số lượng đờm 90,6%, biến đổi màu sắc đờm 81,1%; 52,6% người bệnh có HbA1c  $\geq 7\%$  và 52,8% có đường máu khi vào viện  $>7,8$ mmol/l. Tỷ lệ người bệnh tăng đường máu khi nhập viện mắc đợt cấp nặng cao hơn nhóm không tăng đường máu, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). NC cho thấy vai trò tăng cường công

tác quản lý, giáo dục sức khỏe, điều trị người bệnh BPTNMT, quản lý bệnh đồng mắc, đặc biệt là ĐTD, nhằm phát hiện sớm các triệu chứng đợt cấp, thăm khám và điều trị kịp thời.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2023), Quyết định số 2767/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và ĐT bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính". Hà Nội ngày 04 tháng 7 năm 2023.
- Hội hô hấp Việt Nam** (2024), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- GOLD** (2024), Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, <http://www.goldcopd.org>.
- Nguyễn Thị Bích Ngọc, Phạm Văn An** (2024). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có đái tháo đường. Tạp chí Y học Việt Nam, 536 (1B), <https://doi.org/10.51298/vmj.v536i1B.8784>.
- Bộ Y tế** (2020), Quyết định số 5481/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2". Hà Nội ngày 30 tháng 12 năm 2020.
- McGarvey LP, John M, Anderson JA, Zvarich M, Wise RA** (2007). Ascertainment of cause-specific mortality in COPD: operations of the TORCH Clinical Endpoint Committee. Thorax 2007; 62 (5): 411-5.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC, BỆNH VIỆN THANH NHÂN GIAI ĐOẠN 2020-2025

Lê Văn Dẫn<sup>1</sup>, Nguyễn Tiến Lâm<sup>1</sup>, Ngô Thị Thảo<sup>1</sup>, Lê Thị Thắm<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân tắc động mạch phổi (TĐMP) tại Khoa Hồi sức tích cực (HSTC) Bệnh viện Thanh Nhân. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 30 bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán TĐMP cấp bằng MSCT và điều trị tại HSTC giai đoạn 01/2020-10/2025. Dữ liệu lâm sàng, xét nghiệm, hình ảnh, phân tầng nguy cơ, phương pháp điều trị và kết cục được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phân tích bằng SPSS 16.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $68,9 \pm 11,6$ ; nam giới chiếm 63,3%; 83,3% có  $\geq 1$  bệnh đồng mắc. Khó thở (83,3%) và đau ngực (63,3%) là triệu chứng chủ yếu; 23,3% nhập viện trong tình trạng sốc/tụt huyết áp. P/F trung bình  $220$

$\pm 80$ ; lactate  $2,8 \pm 1,2$  mmol/L; D-dimer tăng trong 90%. MSCT ghi nhận tắc thân chung/hai bên 46,7% và huyết khối tĩnh mạch sâu 36,7%. Giãn thất phải gặp ở 60%. Điều trị gồm kháng đông 63,3%, tiêu sợi huyết 26,7% và can thiệp catheter 10%. Tái thông hoàn toàn đạt 53,3%; tồn dư huyết khối 30%; tiến triển nặng/tái phát 16,7%; tử vong 16,7%. Chảy máu xảy ra ở 23,3%, trong đó chảy máu lớn 10%, chủ yếu ở nhóm tiêu sợi huyết. Nhóm nguy cơ cao có tỷ lệ tử vong 30%. **Kết luận:** Bệnh nhân TĐMP nhập HSTC thường lớn tuổi, nhiều bệnh nền và có gánh nặng huyết khối đáng kể. Kháng đông là điều trị chủ đạo; tiêu sợi huyết và can thiệp được áp dụng chọn lọc. Phân tầng nguy cơ ESC/ERS 2019 có giá trị trong tiên lượng và định hướng điều trị. **Từ khóa:** Tắc động mạch phổi; Hồi sức tích cực; Tiêu sợi huyết; MSCT.

### SUMMARY

**CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH PULMONARY EMBOLISM IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF THANH NHAN HOSPITAL DURING 2020-2025**

<sup>1</sup>Bệnh viện Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Dẫn  
Email: doctorkeryledan86@gmail.com  
Ngày nhận bài: 3.10.2025  
Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025  
Ngày duyệt bài: 5.12.2025

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate treatment outcomes of patients with acute pulmonary embolism (PE) admitted to the Intensive Care Unit (ICU) of Thanh Nhan Hospital. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 30 patients aged  $\geq 18$  years diagnosed with acute PE by multislice CT pulmonary angiography and treated in the ICU from January 2020 to October 2025. Clinical features, laboratory results, imaging findings, risk stratification, treatment modalities, and outcomes were extracted from medical records and analyzed using SPSS 16.0. **Results:** The mean age was  $68.9 \pm 11.6$  years; 63.3% were male; 83.3% had at least one comorbidity. Dyspnea (83.3%) and chest pain (63.3%) were the predominant symptoms, and 23.3% presented with shock or hypotension. The mean P/F ratio was  $220 \pm 80$ ; lactate  $2.8 \pm 1.2$  mmol/L; D-dimer was elevated in 90%. CT imaging showed central or bilateral emboli in 46.7% and deep vein thrombosis in 36.7%. Right ventricular dilatation was observed in 60%. Treatment included anticoagulation (63.3%), thrombolysis (26.7%), and catheter-based intervention (10%). Complete reperfusion was achieved in 53.3%, while residual thrombus and clinical deterioration or recurrence occurred in 30% and 16.7%, respectively. ICU mortality was 16.7%. Bleeding occurred in 23.3%, including 10% major bleeding, predominantly in thrombolysis-treated patients. High-risk patients per ESC/ERS stratification had a mortality rate of 30%. **Conclusion:** Acute PE patients admitted to the ICU were generally elderly with multiple comorbidities and substantial thrombus burden. Anticoagulation remained the mainstay therapy, whereas thrombolysis and catheter-based interventions were selectively applied. ESC/ERS 2019 risk stratification demonstrated clear prognostic value and supported therapeutic decision-making.

**Keywords:** Pulmonary embolism; Intensive care; Thrombolysis; MSCT.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch phổi cấp (TĐMP) là một cấp cứu tim mạch nguy hiểm với tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt ở bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực (HSTC). Tỷ lệ mắc mới toàn cầu khoảng 60–120 ca/100.000 dân/năm và là nguyên nhân tử vong tim mạch đứng thứ ba sau nhồi máu cơ tim và đột quỵ.[1] Chỉ khoảng 30% trường hợp được chẩn đoán trước khi tử vong.[2] Ở bệnh nhân HSTC, nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu và TĐMP gia tăng do bất động kéo dài, viêm hệ thống và rối loạn đông máu, dẫn đến tỷ lệ tử vong và biến chứng cao. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu cho thấy TĐMP vẫn là gánh nặng lớn, với tỷ lệ tử vong đáng kể ở cả nhóm nguy cơ cao và bệnh nhân hồi sức, trong khi công tác dự phòng và dữ liệu trong nước còn hạn chế. Hiện nay, điều trị TĐMP nặng vẫn còn nhiều thách thức do nguy cơ chảy máu khi dùng tiêu sợi huyết và hạn chế về kinh nghiệm can thiệp

qua catheter; ngoài ra, xu hướng sử dụng thuốc chống đông đường uống mới (DOAC) ngày càng được quan tâm. Tại Bệnh viện Thanh Nhàn, số ca TĐMP được phát hiện qua MSCT tăng lên rõ rệt từ năm 2019, nhưng chưa có nghiên cứu hệ thống nào đánh giá đặc điểm và kết quả điều trị tại khoa HSTC. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm (1) mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và (2) đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân TĐMP cấp tại khoa HSTC Bệnh viện Thanh Nhàn giai đoạn 2020–2025.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp (TĐMP) và điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực (HSTC) Bệnh viện Thanh Nhàn giai đoạn 01/2020–10/2025.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- $\geq 18$  tuổi.
- Chẩn đoán xác định TĐMP bằng MSCT động mạch phổi.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Chưa được xác định chẩn đoán bằng MSCT.
- Thiếu dữ liệu quan trọng (hình ảnh, xét nghiệm, kết quả điều trị).
- Tử vong hoặc điều trị trước khi nhập HSTC không đủ thông tin.
- TĐMP mạn hoặc tái phát.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: 01/2020 – 10/2025.
- Địa điểm: Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Thanh Nhàn.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

**2.3.2. Chọn mẫu.** Chọn mẫu toàn bộ gồm tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Tổng số: 30 bệnh nhân.

### 2.3.3. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, giới, triệu chứng, dấu hiệu sinh tồn, khí máu, D-dimer, lactate, troponin, NT-proBNP, hình ảnh MSCT, siêu âm tim, yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu.

- Điều trị: loại thuốc chống đông, tiêu sợi huyết, can thiệp, hỗ trợ hô hấp và huyết động.

- Kết quả: tử vong, chảy máu lớn, tái thông huyết khối, tiến triển nặng lên.

**2.4. Thu thập và xử lý số liệu.** Dữ liệu được trích từ hồ sơ bệnh án giấy và điện tử theo mẫu chuẩn. Số liệu được nhập và xử lý bằng SPSS 16.0. Các biến định tính trình bày dưới dạng tần suất – tỷ lệ (%); biến định lượng trình

bằng trung bình ± SD hoặc trung vị [IQR]. So sánh nhóm sử dụng  $\chi^2$ /Fisher hoặc t-test/Mann-Whitney; p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

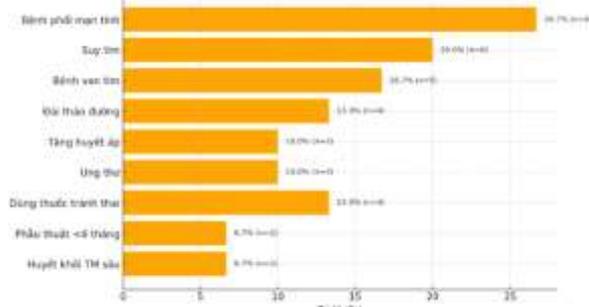
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=30)**

**Bảng 1. Đặc điểm dân số học và bệnh đồng mắc**

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (X ± SD)	68,9 ± 11,6
Nam giới	19 (63,3%)
Có ≥1 bệnh đồng mắc	25 (83,3%)

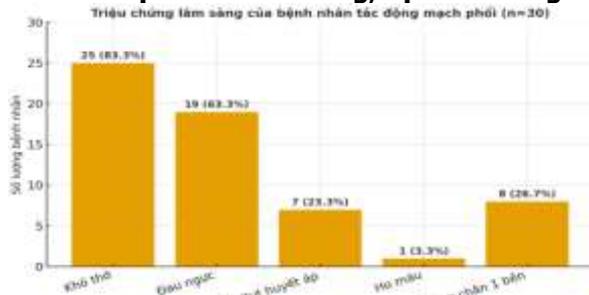
**Nhận xét:** Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là bệnh nhân lớn tuổi, nam giới chiếm đa số (63,3%). Tỷ lệ bệnh nhân có ≥1 bệnh đồng mắc rất cao (83,3%), phù hợp đặc điểm quần thể TĐMP tại HSTC với nhiều yếu tố nguy cơ và nguy cơ diễn tiến nặng.



**Biểu đồ 1. Tiên sử bệnh và một số yếu tố nguy cơ**

**Nhận xét:** Bệnh phổi mạn tính là yếu tố thường gặp nhất (26,7%), tiếp theo là suy tim và bệnh van tim. Các bệnh chuyển hóa và ung thư chiếm tỷ lệ trung bình 10–13,3%. Một số yếu tố nguy cơ khác như dùng thuốc tránh thai, phẫu thuật gần đây và DVT ghi nhận tỷ lệ thấp hơn.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**



**Biểu đồ 2. Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân tắc mạch phổi**

**Nhận xét:** Khó thở (83,3%) và đau ngực (63,3%) là các triệu chứng thường gặp nhất. Sốt hoặc tụt huyết áp xuất hiện ở 23,3%, cho thấy

một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân nhập viện trong tình trạng huyết động nặng. Các triệu chứng khác như sưng chân một bên (26,7%) và ho máu (3,3%) ít gặp hơn.

**Bảng 2. Đặc điểm về KMDM và các chỉ số đông máu**

Thông số	Trung bình ± SD
pCO2 (mmHg)	31 ± 5
P/F ratio	220 ± 80
Da-A O <sub>2</sub>	45 ± 12
Lactate (mmol/L)	2,8 ± 1,2
pH	7,47 ± 0,05
PT (%)	90 ± 15
aPTT (s)	35 ± 8
Fibrinogen (g/L)	3,5 ± 0,9
D – dimer (mg/L)	3.2 ± 1.5

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có kiềm hô hấp nhẹ (pH tăng, pCO<sub>2</sub> giảm) và giảm oxy máu (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> thấp, Da-A O<sub>2</sub> tăng). Lactate và D-dimer tăng cao phản ánh tình trạng giảm tưới máu mô và hoạt hóa đông máu, đặc trưng cho thuyên tắc động mạch phổi cấp.

**Bảng 3. So sánh đặc điểm khí máu và lactate theo tình trạng huyết động**

Thông số	Toàn nhóm (n=30)	Nhóm bất ổn huyết động (n=11)	Nhóm huyết động ổn định (n=19)	P
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (P/F ratio)	220±80	180±60	260±70	0,003
Lactate (mmol/L)	2,8±1,2	3,6±1,1	2,2±0,8	0,0019

**Nhận xét:** Bệnh nhân bất ổn huyết động có PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> thấp hơn (180 so với 260) và lactate cao hơn rõ rệt (3,6 so với 2,2 mmol/L), phản ánh giảm tưới máu mô và rối loạn trao đổi khí nặng hơn.

**Bảng 4. Đặc điểm về Chụp MSCT và siêu âm**

Đặc điểm	n (%)
Tắc thân chung	7 (23,3%)
Tắc hai bên	7 (23,3%)
Tắc nhánh trái/phải	16 (53,3%)
DVT chi dưới	11 (36,7%)
Giãn thất phải	18 (60,0%)
Huyết khối trong buồng tim	1 (3,3%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ tắc nhánh bên chiếm ưu thế, trong khi gần một nửa bệnh nhân có tắc thân chung hoặc hai bên, phản ánh gánh nặng huyết khối lớn. DVT chi dưới ghi nhận ở 36,7%. Giãn thất phải gặp nhiều (60%), cho thấy ảnh hưởng huyết động rõ rệt.

**Bảng 5. Dấu ấn sinh học (n=30)**

Dấu ấn	Tăng	Bình thường
--------	------	-------------