

TỶ LỆ THUYỀN TẮC PHỔI Ở BỆNH NHÂN SAU MỔ CÓ YẾU TỐ NGUY CƠ THUYỀN TẮC PHỔI CAO THEO THANG ĐIỂM WELLS TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Huỳnh Thanh Long*, Nguyễn Mạnh Khiêm*, Phạm Hồng Nam*,
Lê Chí Thiện*, Đặng Trần Ngọc Thanh**, Lê Trọng Thiên**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tỷ lệ thuyên tắc động mạch phổi (TTĐMP), hay thuyên tắc phổi (TTP) sau mổ, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao (≥ 7 điểm) theo thang điểm Wells 3 cấp độ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu các trường hợp (TH) đã được phẫu thuật tại các khoa Ngoại và khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2021 có nguy cơ TTP cao (≥ 7 điểm) theo thang điểm Wells 3 cấp độ (ESC 2019). Xác định tỷ lệ TTP trên các bệnh nhân sau mổ thuộc nhóm nguy cơ cao và các yếu tố nguy cơ bệnh TTP trên các bệnh nhân này. **Kết quả:** Trong 53 TH đã phẫu thuật có nguy cơ TTP cao (≥ 7 điểm) theo thang điểm Wells 3 cấp độ (ESC 2019) có 27 trường hợp TTP (chiếm 46,3%). Có 25 nam (47,2%), 28 nữ (52,8%), tuổi trung bình $56,79 \pm 13,08$. Triệu chứng nổi bật là khó thở (88,7%), thở nhanh (92,6%), đau ngực (55,6%). Thời gian chẩn đoán TTP trung bình $11,48 \pm 2,92$ ngày. Thời gian nằm viện bất động sau mổ trung bình $18,89 \pm 3,06$ ngày. Có mối liên quan giữa tiền căn tăng huyết áp ($p < 0,05$), mổ cấp cứu ($p < 0,05$), tình trạng nhiễm trùng ($p < 0,05$), nằm bất động ≥ 5 ngày sau mổ ($p < 0,05$), nhóm điểm Wells ≥ 9 điểm ($p < 0,05$) và bệnh TTP. **Kết luận:** TTP trên các bệnh nhân sau mổ thuộc nhóm nguy cơ cao (≥ 7 điểm) theo thang điểm Wells 3 cấp độ (ESC 2019) có liên quan đến tình trạng bất động sau mổ ≥ 5 ngày, tiền căn tăng huyết áp và tình trạng nhiễm trùng hậu phẫu.

Từ khóa: Thuyên tắc động mạch phổi, thuyên tắc phổi, thang điểm Wells, yếu tố nguy cơ cao.

SUMMARY

THE RATE OF PNEUMONIC EMBOLISM IN POSTOPERATIVE PATIENTS WITH HIGH-RISK FACTORS FOR PULMONARY EMBOLISM ACCORDING TO WELLS SCORE AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Purpose: Studying the proportion of pulmonary embolism (PE) in postoperative hospital stay, especially in the group of patients in the high-risk group (≥ 7 points) according to the Wells 3-level scale. **Subjects and methods:** The retrospective descriptive study of cases who had surgery at the

Department of Surgery and Intensive Care Unit of Nguyen Tri Phuong Hospital from June 2019 to June 2021 with high risks of PE (≥ 7 points) according to the Wells 3-level scale (ESC 2019). Determine the rate of PE in postoperative patients in the high-risk group and the risk factors for PE in these patients. **Results:** In 53 surgical patients with high risks of PE (≥ 7 points) according to the Wells 3-level scale (ESC 2019), there were 27 cases of pulmonary embolism (46.3%). There were 25 males (47.2%), 28 females (52.8%), the average age was 56.79 ± 13.08 . Prominent symptoms are dyspnea (88.7%), tachypnea (92.6%), chest pain (55.6%). The average time to diagnose PE was 11.48 ± 2.92 days. The average postoperative stay was 18.89 ± 3.06 days. There was a relationship between a history of hypertension ($p < 0.05$), emergency surgery ($p < 0.05$), postoperative infection status ($p < 0.05$), lying motionless above 5 days after surgery ($p < 0.05$), Wells score ≥ 9 points ($p < 0.05$) and the PE. **Conclusion:** PE in high-risk postoperative patients (≥ 7 points) according to the Wells 3-level scale (ESC 2019) is associated with postoperative immobility above 5 days, history of hypertension, and postoperative infection status

Keywords: Pulmonary embolism, Wells score, high-risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc động mạch phổi, hay thuyên tắc phổi (TTP) (Pulmonary embolism – PE) là tình trạng tắc động mạch phổi hoặc một trong các nhánh của nó do các cục máu đông từ các tĩnh mạch di chuyển đến. Theo Hiệp hội Tim mạch Châu Âu (ESC), TTP là 1 trong 3 nguyên nhân tử vong tim mạch hàng đầu, sau nhồi máu cơ tim và đột quy, đồng thời là biến chứng sau mổ gặp trên những bệnh nhân có thời gian nằm viện hậu phẫu dài ngày. Nguy cơ bị huyết khối sau phẫu thuật vẫn có thể xảy ra 12 tuần sau phẫu thuật, kể cả ở những thủ thuật nhỏ ít xâm lấn [1]. Mỗi ngày bệnh viện Nguyễn Tri Phương thực hiện các ca phẫu thuật lớn nhỏ cho khoảng trên 80 trường hợp (TH). Các bệnh nhân sau mổ đại phẫu thường có thời gian hậu phẫu dài ngày, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân mổ cấp cứu hoặc bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh lý nền nội khoa kèm theo, có nguy cơ bị TTP.

Chẩn đoán TTP dễ nhầm với các bệnh khác, lâm sàng thường bị bỏ qua. Thang điểm Wells trong chẩn đoán TTP tương đối dễ dàng áp dụng trên lâm sàng, độ đặc hiệu khá cao 90% [2]

*Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

**Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Long

Email: bs.huynhlong1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/2/2022

Ngày phản biện khoa học: 5/3/2022

Ngày duyệt bài: 21/3/2022

nhưng chưa đủ để chẩn đoán xác định TTP mà cần kết hợp chụp CT động mạch phổi. Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm phát hiện sớm và dự phòng TTP cho các bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao có TTP sau mổ theo thang điểm Wells tại các khoa Ngoại và khoa Hồi sức tích cực, đồng thời nâng cao chất lượng điều trị và an toàn cho người bệnh. Mục tiêu nghiên cứu:

- Xác định tỷ lệ TTP trên các bệnh nhân sau mổ thuộc nhóm nguy cơ cao (≥ 7 điểm) theo thang điểm Wells 3 cấp độ (ESC 2019).

- Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh TTP trên các bệnh nhân sau mổ thuộc nhóm nguy cơ cao (≥ 7 điểm) theo thang điểm Wells 3 cấp độ (ESC 2019).

- Xác định mối liên quan các yếu tố nguy cơ bệnh TTP trên các bệnh nhân sau mổ thuộc nhóm nguy cơ cao (≥ 7 điểm) theo thang điểm Wells 3 cấp độ (ESC 2019).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Nghiên cứu mô tả hồi cứu các trường hợp (TH) đã được phẫu thuật tại các khoa Ngoại và khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2021 có nguy cơ TTP cao (≥ 7 điểm) theo thang điểm Wells 3 cấp độ (ESC 2019).

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân > 15 tuổi
- Bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao TTP (≥ 7 điểm) theo thang điểm Wells 3 cấp độ (ESC 2019).
- Có chụp CT động mạch phổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang điều trị bệnh TTP hoặc đang điều trị bệnh lý tắc mạch tại thời điểm được chỉ định phẫu thuật.

2.2. Phương pháp tiến hành: Hồi cứu qua hồ sơ cũ và lập bệnh án nghiên cứu ghi nhận biến số:

- Phân tầng nguy cơ theo thang điểm Wells và ghi nhận các yếu tố nguy cơ: giới tính, tiền căn tăng huyết áp, tiền căn ung thư hoạt động, tiền căn TTP hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu, mổ cấp cứu, loại phẫu thuật, nhóm điểm Wells, kết quả D-Dimer, mạch ≥ 100 lần/phút, triệu chứng ho ra máu, thời gian nằm viện bất động.

- Lâm sàng: Dấu hiệu sinh tồn tại thời điểm chẩn đoán TTP, khó thở, đau ngực kiểu màng phổi, đau ngực sau xương ức, ho, ho ra máu, đau và phù một bên chân trong bệnh cảnh huyết khối tĩnh mạch sâu.

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Bệnh nhân TTP (n = 27)	Tỷ lệ (%)	Bệnh nhân nguy cơ TTP cao (n = 53)	Tỷ lệ (%)
Khó thở	24	88,9	46	86,8

- Cận lâm sàng: quang ngực, chụp CT động mạch phổi có cản quang (CTPA), siêu âm tĩnh mạch chi dưới (CUS), xét nghiệm D-dimer.

Thang điểm Wells	Phiên bản gốc
Tiền căn thuyên tắc phổi hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu	1.5
Nhịp tim ≥ 100 /p	1.5
Phẫu thuật hay bất động trong 4 tuần	1.5
Ho ra máu	1
Ung thư hoạt động	1
Dấu hiệu DVT	3
Ít khả năng bệnh khác hơn so với PE	3

2.3. Vấn đề y đức. Đề tài nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức theo giấy chứng nhận số 1282/NTP-CĐT ngày 24/09/2021 của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 53 TH đã phẫu thuật tại các khoa Ngoại và khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2021 và có nguy cơ TTP cao (≥ 7 điểm) theo thang điểm Wells 3 cấp độ (ESC 2019), có 27 trường hợp TTP (chiếm 46,3%).

Khi nghiên cứu trên các bệnh nhân, chúng tôi có những nhận xét và kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n = 53)

Giới tính: có 25 nam (47,2%), 28 nữ (52,8%)
Tuổi: nhỏ nhất 33 tuổi, lớn nhất 88 tuổi, trung bình $56,79 \pm 13,08$ tuổi

Thể trạng: bình thường 13 (24,5%), thừa cân/ béo phì 40 (75,5%)

Tiền căn: ung thư đang hoạt động 17/53 TH (32,1%), tăng huyết áp 38/53 TH (71,7%), bệnh tim mạch khác 42/53 TH (79,2%), không có trường hợp nào ghi nhận tiền căn huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc TTP.

Thời điểm mổ: chương trình: 37 TH (69,8%), cấp cứu 16 TH (30,2%)

Loại phẫu thuật: nhóm phẫu thuật tiêu hóa chiếm 52,8% (28/53), phẫu thuật chỉnh hình chiếm 20,8% (11/53), phẫu thuật thần kinh chiếm 24,5% (13/53), phẫu thuật lồng ngực chiếm 1,9% (1/53).

3.2. Đặc điểm lâm sàng chẩn đoán thuyên tắc phổi

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

Thở nhanh	25	92,6	49	92,5
Đau ngực	15	55,6	34	64,2
Ho ra máu	5	18,5	18	34,0
Ran ẩm	6	22,2	17	31,1
Đau / Phù chân	13	48,1	17	32,1
Mạch \geq 100 lần/phút	21	77,8	40	75,5
Nhiễm trùng	18	66,7	22	41,5
Tử vong	2	7,4	5	9,4

Nhận xét: Triệu chứng nổi bật trong nhóm bệnh nhân TTP là khó thở (88,7%), thở nhanh (92,6%), đau ngực (55,6%)

• Dấu hiệu sinh tồn

Mạch trung bình của các bệnh nhân có nguy cơ TTP cao: $102,5 \pm 16,1$ lần/phút.

Mạch trung bình của các bệnh nhân TTP: $114,2 \pm 12,1$ lần/phút.

Các bệnh nhân đều được bác sĩ chuyên khoa Nội/ Nội tim mạch/ Hồi sức khám và 100% các trường hợp đều được chẩn đoán khả năng cao TTP.

3.2.2. Kết quả thang điểm Wells

Bảng 2. Kết quả thang điểm Wells

Điểm Wells	Bệnh nhân TTP (n = 27)	Tỷ lệ (%)	Bệnh nhân nguy cơ TTP cao (n = 53)	Tỷ lệ (%)
7,0	6	22	24	45,3
7,5	0	0	1	1,9
8,0	4	14,8	4	7,5
9,0	14	51,9	21	39,6
10,0	3	11,1	3	5,7
Tổng cộng	27	100	53	100

Nhận xét: Nhóm điểm Wells từ 7-8 điểm chiếm 54,7% (29/53 TH), nhóm từ 9 điểm trở lên chiếm 45,3% (24/53 TH).

3.2.3. D-Dimer

Bảng 3: Kết quả D-Dimer

D-Dimer	Bệnh nhân TTP (n = 27)	Tỷ lệ (%)	Bệnh nhân nguy cơ TTP cao (n = 53)	Tỷ lệ (%)
Tăng \geq 2 lần	3	11,1	22	41,5
Tăng \geq 10 lần	24	88,9	31	58,5
Tổng cộng	27	100	53	100

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp có D-Dimer tăng \geq 10 lần (88,9%)

3.2.4. MSCT động mạch phổi

Bảng 4: Kết quả MSCT ngực

	Số bệnh nhân (n = 27)	Tỷ lệ (%)
Huyết khối ở 1 phân thùy/ đoạn gần	17	66,1
Huyết khối ở nhiều phân thùy	10	33,9
Tổng cộng	27	100

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp có huyết khối ở 1 phân thùy/ đoạn gần (66,1%)

Siêu âm mạch máu chi dưới

Bảng 5: Siêu âm mạch máu chi dưới

	Số bệnh nhân (n = 19)	Tỷ lệ (%)
Huyết khối tĩnh mạch sâu	13	68,4
Không huyết khối	6	31,6
Tổng cộng	19	100

Nhận xét: Huyết khối tĩnh mạch sâu chiếm 68,4%.

3.3. Chẩn đoán xác định thuyên tắc phổi. Có 27 trường hợp được chẩn đoán xác định TTP (chiếm 46,3%).

Thời điểm chẩn đoán xác định TTP sau mổ: sớm nhất 5 ngày, trễ nhất 16 ngày, trung bình $11,48 \pm 2,92$ ngày.

Thời gian nằm viện bất động sau mổ của các bệnh nhân TTP: thấp nhất 11 ngày, cao nhất 25 ngày, trung bình $18,89 \pm 3,06$ ngày.

3.4. Các yếu tố liên quan thuyên tắc phổi trên các bệnh nhân sau mổ thuộc nhóm nguy cơ cao (\geq 7 điểm) theo thang điểm Wells 3 cấp độ (ESC 2019)

• Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và bệnh thuyên tắc phổi

Bảng 6. Mối liên quan giữa phẫu thuật cấp cứu và thuyên tắc phổi (n = 53)

n = 53	Thuyên tắc phổi		Tổng cộng	P	
	Có	Không			
Phẫu thuật cấp cứu	Có	13 (24,5%)	3 (5,7%)	16 (30,2%)	p = 0,004 (OR = 7,1)
	Không	14 (26,4%)	23 (43,4%)	37 (69,8%)	
Tổng cộng		27 (50,9%)	26 (49,1%)	53 (100%)	

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phẫu thuật cấp cứu và bệnh TTP (p < 0,05)

Bảng 7. Mối liên quan giữa tiền căn tăng huyết áp và thuyên tắc phổi (n = 53)

n = 53	Thuyên tắc phổi		Tổng cộng	P	
	Có	Không			
Tăng huyết áp	Có	23 (43,4%)	15 (28,3%)	38 (71,7%)	p = 0,026 (OR = 4,2)
	Không	4 (7,5%)	11 (20,8%)	15 (28,3%)	
Tổng cộng		27 (50,9%)	26 (49,1%)	53 (100%)	

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa có tiền căn THA và bệnh TTP (p < 0,05)

Bảng 8. Mối liên quan giữa nhóm điểm Wells và thuyên tắc phổi (n = 53)

n = 53	Thuyên tắc phổi		Tổng cộng	P	
	Có	Không			
Nhóm điểm Wells	7-8 điểm	10 (18,9%)	19 (35,8%)	29 (54,7%)	p = 0,008 (OR = 0,2)
	≥ 9 điểm	17 (32,0%)	7 (13,3%)	24 (45,3%)	
Tổng cộng		27 (50,9%)	26 (49,1%)	53 (100%)	

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm điểm Wells ≥ 9 và bệnh TTP (p < 0,05)

Bảng 9. Mối liên quan giữa nằm bất động sau mổ và thuyên tắc phổi (n = 53)

n = 53	Thuyên tắc phổi		Tổng cộng	P	
	Có	Không			
Nằm bất động sau mổ	≥ 5 ngày	18 (33,9%)	6 (11,4%)	24 (45,3%)	p = 0,007 (OR = 6,7)
	< 5 ngày	9 (17,0%)	20 (37,7%)	29 (54,7%)	
Tổng cộng		27 (50,9%)	26 (49,1%)	53 (100%)	

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nằm bất động ≥ 5 ngày và bệnh TTP (p < 0,05)

• Các yếu tố khác. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TTP và giới tính (p = 0,88), tiền căn ung thư đang hoạt động (p = 0,073), mạch ≥ 100 lần/phút (p = 0,38), triệu chứng ho ra máu (p = 0,16). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các loại phẫu thuật đến TTP (p = 0,989)

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có tuổi nhỏ nhất 33 tuổi, lớn nhất 88 tuổi, tuổi trung bình $56,79 \pm 13,08$ thấp hơn nghiên cứu khác. Tuổi càng cao, nguy cơ càng cao [2], [7]. Bệnh nhân trên 80 tuổi bị TTP gấp 8 lần bệnh nhân dưới 50 tuổi [7]. Vì số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi còn ít nên không thấy được liên quan giữa tuổi tác với tỷ lệ TTP. Tuy nhiên yếu tố tuổi tác không phải yếu tố liên quan mạnh đến TTP (OR < 2) [8].

Giới tính. TTP trong nghiên cứu chúng tôi có 25 nam chiếm 47,2% và 28 nữ chiếm 52,8%. So sánh với một số nghiên cứu khác trong nước như của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Mai là 33% nam, 67% nữ [3]; tác giả Huỳnh Văn Bình là 65% nam,

35% nữ [1]. Nghiên cứu chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa giới tính và bệnh TTP. Có thể thấy được tần suất mắc TTP trên các bệnh nhân sau mổ rất thay đổi và không phụ thuộc vào giới tính.

Tiền căn. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tiền căn ung thư đang hoạt động 17/53 TH (32,1%), tăng huyết áp 38/53 TH (71,7%), bệnh tim mạch khác 42/53 TH (79,2%). Kết quả thống kê cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ TTP giữa có tiền căn tăng huyết áp và không có tăng huyết áp (p = 0,026 < 0,05).

Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào ghi nhận tiền căn huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc TTP Đồng thời, trong mẫu nghiên cứu không có TH nào có mắc bệnh lí tăng đông hoặc đang dùng hormon thay thế.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Trong 27 bệnh nhân chẩn đoán xác định TTP trong nhóm nghiên cứu, triệu chứng nổi bật như khó thở (88,7%), thở nhanh (92,6%), đau ngực (55,6%) với tỷ lệ gần tương tự với các nghiên cứu của các tác giả Miniati, của tác giả Huỳnh Văn Bình [1], [8]. Trong khi đó, triệu chứng đau và phù 1 bên chân tỏ ra thường gặp hơn chiếm 48,1% so với 15,62% trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tân [4]

Bảng 11. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Chúng tôi (n = 27)	N.V. Tân và cs. (n = 32) [4]	H.V. Bình (n = 17) [1]	Miniati và cs. (n = 202) [8]
Khó thở	24 (88,9%)	28 (87,5%)	-	158 (78%)
Thở nhanh	25 (92,6%)	-	17 (100%)	-
Đau ngực	15 (55,6%)	15 (46,88%)	-	89 (44%)
Ho ra máu	5 (18,5%)	1 (3,13%)	-	19 (9%)
Ran ẩm	6 (22,2%)	-	-	-
Đau / Phù chân 1 bên	17 (63,0%)	5 (15,62%)	-	35 (17%)
Mạch > 100 lần/phút	21 (77,8%)	20 (62,5%)	9 (53%)	48 (24%)
Tử vong	2 (7,4%)	-	8 (47%)	

Trong 53 TH thuộc nghiên cứu có 17 ca (chiếm 32,1%) khám lâm sàng có triệu chứng đau hoặc sưng nề một bên chân và cả 17 TH này đều được siêu âm doppler động mạch chi dưới cùng với 2 ca khác có nghi ngờ có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới sau phẫu thuật chỉnh hình do có kết quả D-Dimer tăng > 10 lần giá trị bình thường. Kết quả siêu âm doppler động mạch chi dưới cho thấy có 68,4% (13/19 TH) có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. Tất cả 13 TH phát hiện huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới qua siêu âm siêu âm doppler động mạch chi dưới này đều được chẩn đoán xác định TTP. Điều này hoàn toàn phù hợp với y văn vì TTP và huyết khối tĩnh mạch sâu là 2 biểu hiện lâm sàng của bệnh lý thuyên tắc huyết khối. Trong phần lớn trường hợp TTP là hậu quả của huyết khối tĩnh mạch sâu. Khoảng 50% bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu khi MSCT động mạch phổi sẽ phát hiện TTP thường là không triệu chứng lâm sàng [7].

Có 77,8% bệnh nhân trong nghiên cứu có mạch nhanh > 100 lần/phút. Kết quả này cao hơn so với các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước [5], [8].

4.3. Đánh giá khả năng mắc bệnh lâm sàng theo thang điểm Wells. Đánh giá khả năng mắc bệnh lâm sàng TTP ở từng bệnh nhân dựa vào sự phối hợp các biểu hiện lâm sàng vô cùng quan trọng trong chọn lựa chiến lược chẩn đoán phù hợp và diễn giải các kết quả xét nghiệm. Có nhiều bảng điểm dự đoán khả năng mắc bệnh lâm sàng, trong đó thông dụng là bảng điểm của Wells. Theo Wells, quyết định lâm sàng của người bác sĩ rất quan trọng, được cộng thêm 3 điểm làm tăng khả năng nghi ngờ TTP trên lâm sàng. Bảng điểm của Wells để nhớ, tuy nhiên điều quan trọng là trước các triệu chứng đa dạng của bệnh nhân, các nhà lâm sàng có nghĩ tới TTP hay không thì mới áp dụng các bảng dự đoán khả năng lâm sàng này [7].

Tất cả 53 bệnh nhân trong nghiên cứu đều được thăm khám hoặc hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa Nội/ Nội tim mạch/ Hồi sức của

bệnh viện Nguyễn Tri Phương và xác định thuộc nhóm có nguy cơ TTP cao (≥ 7 điểm) theo thang điểm Wells 3 cấp độ (ESC 2019) và đề nghị chụp MSCT động mạch phổi. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu một lần nữa khẳng định giá trị ứng dụng của thang điểm Wells chẩn đoán TTP trên lâm sàng khi nhận xét thấy nhóm điểm Wells ≥ 9 điểm có khả năng TTP cao hơn nhóm 7-8 điểm ($p = 0,008 < 0,05$).

4.4. Đặc điểm cận lâm sàng

D-Dimer. D-Dimer tăng khi có hiện diện của cục máu đông vì kích thích hệ thống đông máu tiêu sợi huyết. Ngoài TTP, nó còn tăng trong 1 số trường hợp như mới phẫu thuật, chấn thương, ung thư, viêm nhiễm, hoại tử, thai kỳ... D-Dimer có độ nhạy > 95% nhưng độ đặc hiệu thấp khoảng 40% [1]. Giá trị chính của xét nghiệm D-Dimer là kết quả âm tính dùng để loại trừ TTP và việc diễn giải kết quả này còn phụ thuộc và độ nhạy của xét nghiệm và khả năng lâm sàng. Tuy nhiên việc vận dụng D-Dimer trên lâm sàng vẫn còn bị ngộ nhận. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp đều tăng D-Dimer, trong đó 24/27 TH được chẩn đoán xác định TTP (88,9%) và 31/53 TH thuộc nhóm có nguy cơ TTP cao (58,5%) có kết quả D-Dimer tăng > 10 lần giá trị bình thường.

MSCT động mạch phổi. Theo y văn thì MSCT động mạch phổi có độ nhạy khoảng 70% và đặc hiệu là 90% trong chẩn đoán TTP [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 27 TH (chiếm 46,3%) chẩn đoán xác định TTP sau khi có kết quả MSCT, trong đó 17/27 TH (chiếm 66,1%) có huyết khối ở 1 phân thùy/ đoạn gần, 10/27 TH (chiếm 33,9%) có huyết khối ở nhiều phân thùy. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Thượng Vũ, 12/19 TH (63,2%) có huyết khối ở 1 phân thùy/ đoạn gần, 7/19 TH (chiếm 36,1%) có huyết khối ở nhiều phân thùy [6].

4.5. Hoàn cảnh chẩn đoán thuyên tắc phổi

Loại phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 11/53 trường hợp phẫu thuật chỉnh hình chiếm 20,8%. Nguy cơ thuyên tắc huyết

khối thường liên quan mạnh đến phẫu thuật chỉnh hình (Odds ratio > 10) hơn là trong phẫu thuật tổng quát, cao nhất là trong 2 tuần đầu tiên sau phẫu thuật theo y văn^[7]. Tuy vậy, do cỡ mẫu nhỏ nên nghiên cứu chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa các loại phẫu thuật và TTP ($p = 0,989$).

Trong nghiên cứu có 37 TH (chiếm 69,8%) mổ chương trình, còn lại mổ cấp cứu có 16 TH (chiếm 30,2%). Kết quả nghiên cứu nhận thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phẫu thuật cấp cứu và bệnh TTP ($p = 0,004 < 0,05$). Điều này có thể lý giải do tính chất mổ cấp cứu nên vấn đề điều trị dự phòng huyết khối trước mổ của các bệnh nhân chưa được chuẩn bị đầy đủ như các ca mổ chương trình, đồng thời những ca mổ cấp cứu trong nghiên cứu thường là những bệnh nhân nặng với nguy cơ cao. Do hạn chế của nghiên cứu nên vấn đề điều trị dự phòng huyết khối trước và sau mổ cần được nghiên cứu mở rộng thêm trong các nghiên cứu sau này để nâng cao chất lượng điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân.

Thời điểm chẩn đoán. Thời điểm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định TTP sớm nhất là ngày thứ 5 sau mổ, trễ nhất là ngày thứ 16, trung bình $11,48 \pm 2,92$ ngày. Kết quả này không chênh lệch nhiều so với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Văn Bình khi nghiên cứu 17 TH có TTP tại khoa Hồi sức Ngoại năm 2016, thời gian xảy ra TTP từ ngày 6 – 32, trung vị là ngày thứ 11 (7 – 18), trung bình 17 ± 7 ngày ở nhóm có dự phòng TTP) và 9 ± 4 ngày ở nhóm không dự phòng TTP^[1]. Thời gian xảy ra TTP ở bệnh nhân chấn thương hoặc liên quan phẫu thuật có khoảng rất rộng, khó dự đoán.

Thời gian nằm viện bất động sau mổ. Thời gian nằm viện bất động sau mổ của các bệnh nhân TTP thuộc nhóm nghiên cứu trung bình $18,89 \pm 3,06$ ngày, thấp nhất 11 ngày, cao nhất 25 ngày. Nguyên nhân nằm bất động lâu do hậu phẫu xuất huyết não, chấn thương sọ não, sốc nhiễm trùng, đa chấn thương, cắt dạ dày hoặc đại tràng do ung thư trên bệnh nhân lớn tuổi, thay khớp háng... Nghiên cứu chúng tôi cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nằm bất động ≥ 5 ngày và bệnh TTP ($p = 0,007 < 0,05$).

4.5. Các yếu tố nguy cơ. Theo Hội Tim mạch châu Âu (ESC), kiến thức về các yếu tố nguy cơ của thuyên tắc huyết khối là cần thiết trong đánh giá khả năng TTP, nguy cơ tăng theo số yếu tố nguy cơ hiện diện cũng như mức độ

liên quan các yếu tố nguy cơ.

Như đã phân tích ở trên, qua mẫu nghiên cứu trên 53 bệnh nhân có có nguy cơ TTP cao, chúng tôi nhận thấy ở nhóm bệnh nhân có tiền căn tăng huyết áp ($p < 0,05$), có mổ cấp cứu ($p < 0,05$), nằm bất động ≥ 5 ngày sau mổ ($p < 0,05$), nhóm điểm Wells ≥ 9 điểm ($p < 0,05$) có tỷ lệ TTP cao hơn.

Do hạn chế mẫu nghiên cứu nhỏ nên chưa chứng minh được có mối liên quan với yếu tố nguy cơ như tuổi, phẫu thuật chỉnh hình và ung thư.

V. KẾT LUẬN

- TTP không còn là bệnh quá hiếm ở bệnh viện đa khoa. Tỷ lệ TTP trên các bệnh nhân sau mổ thuộc nhóm nguy cơ cao (≥ 7 điểm) theo thang điểm Wells 3 cấp độ (ESC 2019) là 46,3%.

- Triệu chứng lâm sàng nổi bật là khó thở, thở nhanh, đau ngực.

- Các bệnh nhân sau mổ thuộc nhóm nguy cơ cao (≥ 7 điểm) có các yếu tố như nằm bất động ≥ 5 ngày sau mổ, tiền căn tăng huyết áp, mổ cấp cứu có tỷ lệ TTP cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Văn Bình, Đinh Hữu Hào, Đinh Nam Hải (2016).** "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thuyên tắc phổi tại Hồi sức Ngoại, bệnh viện Nhân Dân Gia Định". Y học TP. Hồ Chí Minh, 20 (6): 183-190.
2. **Lê Thị Thu Hương, Nguyễn Ngọc Thụy (2009).** "Báo cáo loạt ca lâm sàng thuyên tắc phổi do huyết khối được chẩn đoán tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định". Y học TP. Hồ Chí Minh, 13 (6):103 - 111.
3. **Nguyễn Thị Tuyết Mai, Trần Thị Xuân Anh, Bùi Thế Dũng và cs. (2019).** "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". Y học TP. Hồ Chí Minh, 23 (2): 208-213.
4. **Nguyễn Văn Tân (2018).** "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân cao tuổi thuyên tắc phổi tại bệnh viện Thống Nhất". Y học TP. Hồ Chí Minh, 22 (1): 224-230.
5. **Lê Thượng Vũ, Đặng Văn Phước (2006).** "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng 22 trường hợp thuyên tắc phổi chẩn đoán tại bệnh viện Chợ Rẫy". Y học TP. Hồ Chí Minh, 10 (1): 32-38.
6. **Lê Thượng Vũ (2012).** "Giá trị của các thang dự đoán xác suất mắc tiền test trong chẩn đoán thuyên tắc phổi". Y học TP. Hồ Chí Minh, 16 (1):71 - 77.
7. **Konstantinides S. et al (2019).** "2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS)". Eur Heart J, 41, 543-603
8. **Miniati M, Prediletto R, Formichi B, Marini C, et al (1999).** "Accuracy of clinical assessment in the diagnosis of pulmonary embolism". Am J Respir Crit Care Med, 159:864–871.