

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Surveillance, Epidemiology, and End Results Program.** SEER. Accessed August 3, 2023. <https://seer.cancer.gov/index.html>
2. **RECIST 1.1: comparison with RECIST 1.0** | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org. Accessed August 3, 2023. <https://radiopaedia.org/articles/recist-11-comparison-with-recist-10-2>
3. **ECOG Performance Status | SEER Training.** Accessed August 3, 2023. <https://training.seer.cancer.gov/followup/procedures/dataset/ecog.html>
4. **Nguyễn Thị Thoa** (2012), "Đánh giá kết quả phác đồ hóa chất paclitaxel, cisplatin trong điều trị ung thư cổ tử cung tái phát, di căn xa tại Bệnh viện K". Luận văn chuyên khoa cấp II Y học. Đại học Y Hà Nội.
5. **Moore DH, Blessing JA, McQuellon RP, et al.** Phase III study of cisplatin with or without paclitaxel in stage IVB, recurrent, or persistent squamous cell carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2004;22(15):3113-3119. doi:10.1200/JCO.2004.04.170
6. **Publication of the WHO Classification of Tumours, 5th Edition, Volume 4: Female Genital Tumours – IARC.** Accessed August 3, 2023. <https://www.iarc.who.int/news-events/publication-of-the-who-classification-of-tumours-5th-edition-volume-4-female-genital-tumours/>
7. **Lưu Văn Minh và cộng sự** (1997), Tổng kết 5043 trường hợp ung thư cổ tử cung điều trị tại TTUB- TPHCM trong 5 năm 1990-1994. Y học thành phố Hồ Chí Minh.
8. **Fagundes H, Perez CA, Grigsby PW, Lockett MA.** Distant metastases after irradiation alone in carcinoma of the uterine cervix. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1992;24(2):197-204. doi:10.1016/0360-3016(92)90671-4
9. **Đặng Thị Việt Bắc** (2006), "Nhân xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và một số yếu tố nguy cơ tái phát, di căn điều trị UTCTC giai đoạn I-II tại Bệnh viện K từ năm từ 2002 - 2005". Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
10. **Monk BJ, Sill MW, McMeekin DS, et al.** Phase III trial of four cisplatin-containing doublet combinations in stage IVB, recurrent, or persistent cervical carcinoma: A Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol.* 2009;27(28):4649-4655. doi:10.1200/JCO.2009.21.8909

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN THUYỀN TẮC PHỔI NGUY CƠ TRUNG BÌNH – CAO

Bùi Hữu Minh Khuê¹, Nguyễn Minh Kha^{1,2}, Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thuyên tắc phổi nguy cơ trung bình – cao chiếm tỉ lệ khá cao trong tổng số bệnh nhân thuyên tắc phổi nhập viện. Các bệnh nhân này cần được theo dõi sát sao vì có nhiều khả năng có các biến chứng liên quan tới thuyên tắc phổi và có thể cần lên thang công thức điều trị. Hiện dữ liệu tại Việt Nam mô tả về nhóm đối tượng này còn hạn chế. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân thuyên tắc phổi nguy cơ trung bình – cao nhập viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu, từ 01/01/2022 đến 30/05/2023, tại khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Chúng tôi thu nhận 75 trường hợp vào mẫu nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 62,28 ± 17,28 tuổi, nữ giới chiếm đa số (64%). Béo phì chiếm tỉ lệ cao (28%) và cũng là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Triệu chứng cơ năng chủ yếu là khó thở (84%) và mạch nhanh (74,66%) là triệu chứng thực thể được ghi nhận nhiều nhất. Điểm PESI trung bình là 105,76 ± 32,84 điểm. Hầu hết bệnh

nhân đều có tăng troponin và NT-proBNP. Nhịp nhanh xoang (68%) là bất thường điện tâm đồ thường gặp nhất. Tất cả bệnh nhân đều có suy thất phải với TAPSE trung bình là 14,19 ± 2,73 mm. Huyết khối động mạch phổi chủ yếu phân bố tại nhánh chính (64,67%), 85,33% bệnh nhân có huyết khối lan tỏa hai bên. Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới được ghi nhận ở 60% trường hợp. Gần 1/3 bệnh nhân có diễn tiến lâm sàng nặng hơn trong quá trình điều trị nội trú. **Kết luận:** Thuyên tắc phổi nguy cơ trung bình – cao chủ yếu gặp ở những bệnh nhân nữ, lớn tuổi. Béo phì có thể có liên quan với mức độ nặng của bệnh. Hầu hết trường hợp đều có đa dạng biểu hiện của suy thất phải trên các phương tiện cận lâm sàng. Một tỉ lệ khá cao các bệnh nhân có diễn tiến mất bù trong quá trình theo dõi. Việc hiểu rõ về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có thể giúp phân tầng nguy cơ chính xác hơn và có chiến lược điều trị phù hợp.

Từ khóa: thuyên tắc phổi, thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, suy thất phải

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF INTERMEDIATE – HIGH RISK PULMONARY EMBOLISM PATIENTS

Background: Intermediate – high risk pulmonary embolism accounts for a relatively high portion of all hospitalized patients with the diagnosis of pulmonary embolism. These patients have the potential for pulmonary embolism – related complications and may

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2023

Ngày duyệt bài: 23.8.2023

required scale up the treatment strategy, and then should be closely monitored. There are limited domestic data in Vietnam describing this target group recently. **Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of hospitalized intermediate – high risk pulmonary embolism patients. **Patients and methods:** A descriptive cross – sectional, retrospective and prospective study, from 01/01/2022 to 30/05/2023, at the Department of Cardiology, Cho Ray Hospital. **Results:** 75 cases was enrolled with an average age of $62,28 \pm 17,28$ years old, female accounted for the majority (64%). Obesity accounted for 28% and was also the most common risk factor. Dyspnea (84%) and tachycardia (74,66%) were the main symptom and sign. The mean PESI score was $105,76 \pm 32,84$ points. Most patients had elevated troponin and NT-proBNP. Sinus tachycardia (68%) was the most common ECG abnormality. All patients had right ventricular failure with a mean TAPSE of $14,19 \pm 2,73$ mm. Pulmonary artery thrombus was mainly distributed in the main branch (64,67%), 85,33% of patients had bilateral thrombosis. Deep vein thrombosis was observed in 60% of cases. Nearly one third of the patients had deteriorated clinical conditions during in-hospital stay. **Conclusion:** Intermediate – high risk pulmonary embolism mainly occurred in elderly, female patients. Obesity may be associated with disease severity. In most cases, there were various manifestations of right ventricular failure on the paraclinical features. A high percentage of patients developed decompensation during follow-up. A better understanding of clinical and paraclinical characteristics may be useful in better risk stratification and appropriate management.

Keywords: pulmonary embolism, venous thromboembolism, right heart failure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc phổi là một cấp cứu nội khoa tim mạch với các bệnh cảnh lâm sàng đa dạng đi kèm với tỉ lệ tử vong cao ở một số nhóm bệnh nhân. Riêng với nhóm thuyên tắc phổi nguy cơ trung bình – cao, người ta nhận thấy rằng các bệnh nhân này cần được theo dõi sát sao vì có nhiều khả năng có các biến chứng liên quan tới thuyên tắc phổi và có thể cần lên thang công thức điều trị. Việc suy thất phải trên hình ảnh học và/hoặc tăng nồng độ các dấu ấn sinh học của tổn thương tim là các yếu tố nguy cơ độc lập cho các kết cục xấu trên lâm sàng của bệnh nhân đặc biệt là tử vong, kể cả khi không kèm theo rối loạn huyết động¹. Những điều này cho thấy đây là nhóm đối tượng cần được quan tâm nhiều hơn.

Số liệu trên thế giới thống kê thuyên tắc phổi nguy cơ trung bình – cao chiếm khoảng 26% bệnh nhân thuyên tắc phổi nhập viện². Dữ liệu tại Việt Nam trên nhóm đối tượng này còn nhiều hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và

cận lâm sàng của các bệnh nhân thuyên tắc phổi nguy cơ trung bình – cao nhập viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu thực hiện tại khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy với giai đoạn hồi cứu từ 01/01/2022 đến 31/12/2023 và giai đoạn tiến cứu từ 01/01/2023 đến 30/05/2023. Tiêu chuẩn chọn mẫu bao gồm các bệnh nhân thỏa các điều kiện (1) ≥ 18 tuổi; (2) Khởi phát triệu chứng (đau ngực, khó thở, ngất, ho ra máu,...) ≤ 14 ngày, được chẩn đoán xác định thuyên tắc phổi bằng chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có cản quang hoặc cắt lớp vi tính động mạch phổi có cản quang thấy huyết khối trong lòng động mạch phổi; (3) Có điểm PESI thuộc nhóm III – V hoặc sPESI ≥ 1 và tăng nồng độ troponin I/troponin I hs hoặc BNP/NT-proBNP và suy thất phải trên siêu âm tim¹.

Định nghĩa và các biến số trong nghiên cứu. Các biến số về đặc điểm nhân trắc (tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể), đặc điểm lâm sàng (lý do nhập viện, yếu tố nguy cơ, triệu chứng lâm sàng, mạch, huyết áp, điểm PESI và sPESI, diễn tiến mất bù trên lâm sàng), đặc điểm cận lâm sàng (troponin I/ troponin I hs, BNP/NT-proBNP, D-Dimer, siêu âm tim, siêu âm mạch máu chi dưới, chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi).

Xử lý thống kê. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.0 trên hệ điều hành Windows 11. 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 bằng tứ phân 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 (χ^2) hoặc Fisher's exact. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

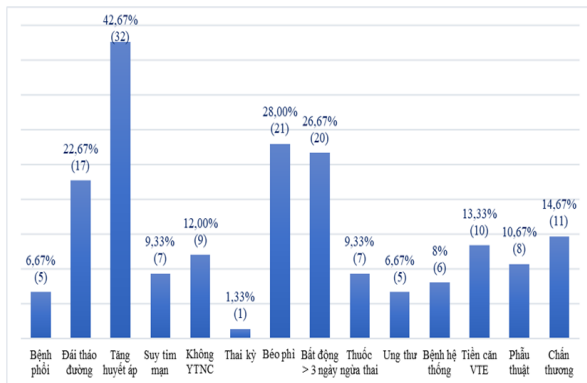
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu là 17 tháng, chúng tôi ghi nhận 75 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán thuyên tắc phổi nguy cơ trung bình – cao và được đưa vào nghiên cứu. Giới nữ chiếm đa số với tỉ lệ 64% (n=48), tỉ lệ nữ/nam là 1,77/1. Tuổi lúc nhập viện trung bình là $62,28 \pm 17,28$ tuổi với trường hợp trẻ nhất là 28 tuổi và lớn tuổi nhất là 92 tuổi. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung vị là 22,89 (20,81 – 26,17) kg/m², trong đó 28%

(n=21) bệnh nhân có BMI ≥ 25 kg/m².

Đặc điểm lâm sàng. Chúng tôi ghi nhận được có 69 trường hợp (92%) thuyên tắc phổi là lý do khiến bệnh nhân nhập viện và 6 trường hợp (8%) là những bệnh nhân nhập viện trong bệnh cảnh khác, được chẩn đoán thuyên tắc phổi do có các dấu hiệu gợi ý trong quá trình thăm khám, hoặc diễn tiến thuyên tắc phổi trong quá trình nằm viện. Có 9 bệnh nhân (12%) bị chẩn đoán ban đầu nhầm thành nhồi máu cơ tim không có ST chênh lên hoặc viêm phổi.

Các yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc ghi nhận được được mô tả trong Biểu đồ 1, trong đó có thể thấy yếu tố nguy cơ được ghi nhận hàng đầu trong nghiên cứu của chúng tôi là béo phì (28,00%, n=21) và bất động > 3 ngày (26,67%, n=20), ngoài ra có 9 bệnh nhân (12%) không ghi nhận được bất kỳ yếu tố nguy cơ nào. Tăng huyết áp và đái tháo đường type 2 là hai bệnh đồng mắc thường gặp nhất trong mẫu nghiên cứu với tỉ lệ lần lượt là 42,67% (n=32) và 22,67% (n=17).

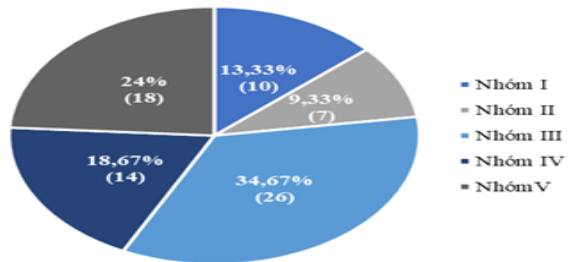


Biểu đồ 1. Yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc

Triệu chứng lâm sàng tương đối đa dạng (Bảng 1). Điểm PESI trung bình là 105,76 ± 32,84 điểm. Phần lớn bệnh nhân (77,33%, n=58) thuộc nhóm nguy cơ cao theo thang điểm PESI, và các bệnh nhân này cũng thỏa tiêu chí nguy cơ cao của thang điểm PESI rút gọn. Tuy nhiên, chúng tôi lưu ý thấy có một số ít trường hợp bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ I-II theo thang điểm PESI, tức là không thuộc nhóm nguy cơ cao, nhưng lại thỏa tiêu chí nguy cơ cao của thang điểm PESI rút gọn (10,67%, n=8). Gần 1/3 bệnh nhân (29,33%, n=22) có diễn tiến lâm sàng nặng hơn trong quá trình điều trị nội trú, 21 bệnh nhân trong số này đã được điều trị tiêu sợi huyết cứu vãn và 1 trường hợp có chống chỉ định tuyệt đối với tiêu sợi huyết toàn thân.

Bảng 1. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Yếu tố lâm sàng	Số quan sát (n)	Tỉ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng		
Khó thở	63	84,00
Đau ngực	26	34,67
Ngất	8	10,67
Ho ra máu	1	1,33
Sưng chân	16	21,33
Đau chân	1	1,33
Triệu chứng thực thể		
Mạch ≥100 lần/phút	56	74,66
Suy hô hấp	49	65,33
Phù chân	16	21,33



Biểu đồ 2. Thang điểm PESI

Đặc điểm cận lâm sàng. 100% (n=75) bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm men tim bao gồm troponin I hoặc troponin I hs. Xét nghiệm NT-proBNP – một chỉ dấu của suy thất phải – chỉ được chỉ định ở 68% (n=51) bệnh nhân. D-Dimer được chỉ định ở 38,67% (n=29) bệnh nhân.

Bảng 2. Đặc điểm xét nghiệm sinh hóa

Xét nghiệm	Số quan sát (n)	Giá trị
Troponin I (ng/mL)	10	0,36 (0,10–1,46)
Troponin I hs (pg/mL)	67	248,80 (62,40–571,00)
NT-proBNP (pmol/mL)	51	549,09 (245,90–963,27)
D-Dimer (ng/mL)	29	9825 (4891–20954)

Điện tâm đồ được thực hiện ở tất cả bệnh nhân tại thời điểm nhập viện. Nhịp nhanh xoang là bất thường thường gặp nhất với 68% (n=51) trường hợp. 8 bệnh nhân (10,37%) có điện tâm đồ lúc nhập viện không ghi nhận bất thường đáng kể nào.

Bảng 3. Đặc điểm điện tâm đồ

Đặc điểm	Số quan sát (n)	Giá trị
Nhịp nhanh xoang (%)	51	68,00
S1Q3T3 (%)	27	36,00
Block nhánh phải (%)	7	9,33
Sóng T âm ở V1-V4 (%)	33	44,59
Bình thường (%)	8	10,37

Siêu âm Doppler tim là cần thiết để khảo sát tình trạng suy thất phải cấp giúp phân tầng nguy cơ bệnh nhân thuyên tắc phổi. Mức độ suy thất phải được mô tả trong Bảng 4.

Bảng 4. Đặc điểm suy thất phải trên siêu âm Doppler tim

Thông số siêu âm	Giá trị
TAPSE (mm)	14,19 ± 2,73
PAPs (mmHg)	55 (45 – 65)
Dẫn thất phải (%)	100,00
Suy thất phải (%)	100,00

Trên chụp cắt lớp vi tính, chúng tôi nhận thấy đa số bệnh nhân có huyết khối động mạch phổi ở cả hai bên (85,33%, n=64), vị trí huyết khối chủ yếu ở nhánh chính (64,47%, n=74). Huyết khối buồng tim bao gồm nhĩ phải hoặc thất phải được ghi nhận ở 9,33% (n=7) bệnh nhân.

Bảng 5. Đặc điểm huyết khối trên chụp cắt lớp vi tính

Đặc điểm	Số quan sát (n)	Giá trị
Huyết khối 2 bên (%)	64	85,33
Huyết khối nhánh chính (%)	74	64,67
Huyết khối nhánh thùy (%)	41	54,67
Huyết khối nhánh phân thùy (%)	26	34,67
Huyết khối buồng tim (%)	7	9,33

50 bệnh nhân (66,67%) trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi được bác sĩ điều trị chỉ định siêu âm Doppler mạch máu hai chi dưới, qua đó phát hiện huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở 30 trường hợp (60%). Huyết khối toàn bộ là ở đoạn gần và phân bố chủ yếu ở một bên, chỉ có 5 trường hợp ghi nhận có huyết khối ở cả hai chân.

Bảng 6. Đặc điểm siêu âm Doppler mạch máu chi dưới

Đặc điểm	Số quan sát (n)	Giá trị
Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (%)	30	60,00
Huyết khối một bên (%)	25	83,33
Huyết khối hai bên (%)	5	16,67
Huyết khối đoạn gần (%)	30	100,00

IV. BÀN LUẬN

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là 62,28 ± 17,28 tuổi với giới nữ chiếm ưu thế với tỉ lệ 64%, tương đồng với nghiên cứu tại châu Âu và châu Mỹ với tuổi trung bình khoảng 63 tuổi^{2,3} và tỉ lệ nữ giới cao dao động 57,3 – 61,5%^{2,3}.

Một tỉ lệ nhỏ (12%) bệnh nhân bị chẩn đoán ban đầu nhầm thành nhồi máu cơ tim không ST chênh lên và viêm phổi. Các biểu hiện ban đầu của các bệnh nhân này tương đối không đặc hiệu nên đã dẫn đến sơ suất trong chẩn đoán. Tuy

nhiên, điều đáng lưu ý là có đến 4 bệnh nhân trong số này cần điều trị tiêu sợi huyết cứu vãn sau đó. Vì vậy, việc tiếp cận ban đầu phù hợp và đầy đủ để đưa ra chẩn đoán và xử trí kịp thời là hết sức quan trọng. Tổng quan của tác giả C.S.Kwok cho thấy tỉ lệ bỏ sót chẩn đoán thuyên tắc phổi nói chung lên đến 27,5% tại khoa cấp cứu và 53,6% tại khu điều trị nội trú⁴.

Số liệu tại Hoa Kỳ cho thấy độ lưu hành của béo phì ngày càng gia tăng trong dân số thuyên tắc phổi nhập viện, đi kèm với nhiều bệnh nội khoa đồng mắc và có mối liên quan với tình trạng lâm sàng nặng, cần phải hỗ trợ thông khí cơ học, tiêu sợi huyết⁵. Điều này lý giải cho tỉ lệ béo phì khá cao (28%, tỉ lệ này lên đến 45,33% nếu bao gồm cả những bệnh nhân thừa cân) trong dân số nghiên cứu của chúng tôi – vốn là nhóm bệnh nhân thuyên tắc phổi có tình trạng lâm sàng tương đối nặng.

Khó thở là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (84%), điều này tương đồng với các nghiên cứu trước đó trên dân số thuyên tắc phổi nguy cơ trung bình – cao². Về triệu chứng thực thể, mạch nhanh ≥100 lần/phút chiếm tỉ lệ 74,66% (tỉ lệ này là 50,67% với mạch ≥ 110 lần/phút). Thang điểm PESI sử dụng ngưỡng ≥ 110 lần/phút để định nghĩa mạch nhanh, tuy nhiên tác giả L.Hobohm cho rằng ngưỡng ≥ 100 lần/phút đã đủ để có liên quan tới gia tăng những kết cục xấu trong giai đoạn nội viện ở các bệnh nhân thuyên tắc phổi nguy cơ trung bình và thấp⁶.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm PESI trung bình là 105,76 ± 32,84 điểm với 77,33% bệnh nhân thỏa tiêu chí nguy cơ cao theo thang điểm PESI, trong đó chủ yếu thuộc nhóm III, điều này là tương tự với kết quả của tác giả M.Droppa³. Nghiên cứu của chúng tôi không đạt được tỉ lệ 100% PESI nhóm III trở lên do có một số lượng tương đối đáng kể bệnh nhân trẻ tuổi nên các bệnh nhân này khó đạt đến mức điểm 85 khi cộng điểm PESI mặc dù có kèm các tình trạng lâm sàng nặng khác như mạch rất nhanh hay suy hô hấp. Trong các trường hợp này, tiêu chí nguy cơ cao của thang điểm sPESI có thể được thỏa. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận có các trường hợp có tăng dấu ấn sinh học tim và suy thất phải trên siêu âm tim nhưng lại không thỏa tiêu chí nguy cơ cao của cả thang điểm PESI lẫn sPESI tại thời điểm nhập viện, các bệnh nhân này sau đó có diễn tiến lâm sàng nặng hơn thỏa được nguy cơ cao theo hai thang điểm trên.

Loại troponin tim được chỉ định cho các bệnh nhân là troponin I và troponin I hs với kết quả

trung vị lần lượt là 0,36 (0,10 – 1,46) ng/mL và 248,80 (62,40 – 571,00) pg/mL. Sở dĩ có sự không đồng nhất trong loại xét nghiệm troponin là do tính sẵn có của xét nghiệm troponin ở Bệnh viện Chợ Rẫy tại một số thời điểm. Tuy nhiên, dù là loại troponin nào thì việc tăng nồng độ của chúng trong máu cũng đều liên quan tới tăng tỉ lệ tử vong cũng như các kết cục xấu kể cả ở các bệnh nhân thuyên tắc phổi nguy cơ trung bình và thấp, đặc biệt là khi phổi hợp với nhiều phương tiện khác¹.

NT-proBNP trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 549,09 (245,90 – 963,27) pmol/mL. Việc NT-proBNP không được thực hiện ở tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu cũng một phần liên quan tới sự khả thi của xét nghiệm này ở Bệnh viện Chợ Rẫy tại một số thời điểm. Bên cạnh đó, vẫn có một tỉ lệ nhỏ các bệnh nhân chỉ được chỉ định troponin tim mà không được chỉ định NT-proBNP. Mức độ suy thất phải và mất bù huyết động trong thuyên tắc phổi cấp được phản ánh một phần thông qua nồng độ NT-proBNP¹ cho thấy sự cần thiết của cận lâm sàng này trong phân tầng nguy cơ và tiên lượng bệnh nhân.

Trong 29 bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm D-Dimer, kết quả ghi nhận trung vị là 9825 (4891 – 20954) ng/mL. D-Dimer tăng cao có liên quan với gánh nặng về huyết khối, thậm chí ngưỡng D-Dimer > 1180 ng/mL có thể giúp tiên đoán nguy cơ suy thất phải ở những bệnh nhân thuyên tắc phổi có huyết áp bình thường⁷. Vì vậy đây là xét nghiệm nên được chỉ định để tiên lượng cho các bệnh nhân thuyên tắc phổi.

S1Q3T3 – một dấu hiệu được cho là hiếm gặp – lại hiện diện trên điện tâm đồ trong nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ lên đến 36%. Nghiên cứu của tác giả L.Bobadilla cũng ghi nhận tỉ lệ S1Q3T3 trên điện tâm đồ là 28,6%² trong khi con số này chỉ là 11,4%⁸ trong dân số thuyên tắc phổi nói chung. Thực tế, S1Q3T3 là một trong các dấu hiệu trên điện tâm đồ phản ánh sự tăng gánh thất phải. Nghiên cứu của chúng tôi và tác giả L.Bobadilla đều thực hiện trên dân số thuyên tắc phổi nguy cơ trung bình – cao – tức là nhóm bệnh nhân có kèm suy thất phải – nên có thể dẫn tới làm tăng tỉ lệ xuất hiện S1Q3T3 trên điện tâm đồ.

Vị trí huyết khối động mạch phổi ghi nhận được chủ yếu phân bố tại nhánh chính động mạch phổi phải hoặc trái (64,67%) cũng như một tỉ lệ lớn (85,33%) bệnh nhân có huyết khối lan tỏa hai bên. Điều này phần nào giúp lý giải cho việc biểu hiện nặng trên lâm sàng của phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Thuyên tắc phổi nguy cơ trung bình – cao chủ yếu gặp ở những bệnh nhân nữ, lớn tuổi. Béo phì có thể có liên quan với mức độ nặng của bệnh. Hầu hết trường hợp đều có đa dạng biểu hiện của suy thất phải trên các phương tiện cận lâm sàng. Một tỉ lệ khá cao các bệnh nhân có diễn tiến mất bù trong quá trình theo dõi. Việc hiểu rõ về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có thể giúp phân tầng nguy cơ chính xác hơn và có chiến lược điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, et al.** 2019 ESC Guidelines 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 (ESC). *European Heart Journal*. 2019;41(4):543-603. doi:10.1093/eurheartj/ehz405
- Bobadilla L, Scatularo CE, Antonioli M, Lerech E, Cigalini IM, Zaidel EJ.** Impact of Reperfusion on Clinical Outcomes in Patients with Intermediate-High Risk Pulmonary Embolism. *Curr Probl Cardiol*. Oct 2022;47(10):101308. doi:10.1016/j.cpcardiol.2022.101308
- Droppa M, Zdanyte M, Henes JK, Gawaz M, Borst O, Rath D.** Continuous low-dose thrombolysis in patients with intermediate-high risk pulmonary embolism: A retrospective analysis. *Thromb Res*. Jun 2023;226:33-35. doi:10.1016/j.thromres.2023.04.006
- Kwok CS, Wong CW, Lovatt S, Myint PK, Loke YK.** Misdiagnosis of pulmonary embolism and missed pulmonary embolism: A systematic review of the literature. *Health Sciences Review*. 2022/06/01/ 2022;3:100022. doi:https://doi.org/10.1016/j.hsr.2022.100022
- Khan Z, Srour K, Khan MS, Ahmed TS, Siddiqui N, Assaly R.** THE IMPACT OF OBESITY ON MORTALITY AND DISEASE SEVERITY IN PATIENTS WITH PULMONARY EMBOLISM IN UNITES STATES: A 13-YEAR NATIONAL ANALYSIS. *CHEST*. 2018;154(4):1017A. doi:10.1016/j.chest.2018.08.919
- Hobohm L, Becattini C, Ebner M, et al.** Definition of tachycardia for risk stratification of pulmonary embolism. *Eur J Intern Med*. Dec 2020;82:76-82. doi:10.1016/j.ejim.2020.08.009
- Keller K, Beule J, Balzer JO, Dippold W.** D-Dimer and thrombus burden in acute pulmonary embolism. *Am J Emerg Med*. Sep 2018;36(9):1613-1618. doi:10.1016/j.ajem.2018.01.048
- Nguyễn Thị Tuyết M, Trần Thị Xuân A, Bùi Thế D, Trương Quang B.** ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THUYỀN TẮC PHỔI DO HUYẾT KHỐI TẠI BỆNH VIỆN ĐAI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2019;2(23)