

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ TỶ LỆ TỬ VONG CỦA BỆNH NHÂN TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI CẤP: MỘT NGHIÊN CỨU ĐA TRUNG TÂM TẠI VIỆT NAM

Đỗ Giang Phúc¹, Lê Thị Quỳnh Trang², Hoàng Bùi Hải^{1,2,✉}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Tắc động mạch phổi cấp là một cấp cứu thường gặp, có tỷ lệ tử vong và tàn phế cao, song nếu thầy thuốc không nghĩ đến thì không chẩn đoán được. Mục tiêu của nghiên cứu này là xác định tỷ lệ tử vong sau 1 tháng được theo dõi và mô tả các triệu chứng lâm sàng của tắc động mạch phổi cấp. Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu. Tắc động mạch phổi cấp được xác định khi biểu hiện triệu chứng lâm sàng đầu tiên trong vòng 14 ngày và có huyết khối trong động mạch phổi trên phim chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi. Nghiên cứu đã thu thập được 159 bệnh nhân, với độ tuổi trung bình là $58,6 \pm 18$, nữ giới chiếm 54,1%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất của tắc động mạch phổi cấp là khó thở (85,5%), đau ngực (chiếm 59,1%), 46/159 (28,9%) có sốt. Sau 1 tháng theo dõi, tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân là 11,6%, do tắc động mạch phổi cấp là 3,4%.

Từ khóa: Tắc động mạch phổi cấp, Thuyên tắc phổi, Nhồi máu phổi, Việt Nam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch phổi là một dạng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch thường gặp và là nguyên nhân gây tử vong nội viện ở nhóm bệnh nhân nội khoa cao thứ ba chỉ sau nhồi máu cơ tim và đột quy não.^{1,2,3} Bất chấp việc được điều trị chống đông thì tỉ lệ tử vong ghi nhận vẫn từ 2 - 8%.^{1,3} Tắc động mạch phổi cấp là nguyên nhân gây ra 300 000 trường hợp tử vong ở Hoa Kỳ mỗi năm. Ở châu Âu, năm 2004 có hơn 370 000 trường hợp tử vong có liên quan đến tắc động mạch phổi cấp.^{2,4} Không những vậy, tắc động mạch phổi cấp còn là nguyên nhân gây ra suy tim hoặc hội chứng hậu huyết khối, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống.¹ Tuy nhiên, dựa vào các nghiên cứu gần đây, xu hướng ghi nhận ở Châu Âu, Châu Á và Bắc Mỹ thì số lượng bệnh nhân được phát hiện tắc động mạch phổi cấp tăng lên nhưng tỉ lệ

tử vong nói chung lại giảm đi.⁵ Các thang điểm tiên lượng như PESI (Pulmonary Embolism Severity Index) hay sPESI (simplified-PESI hay PESI cải tiến) được xây dựng để dự báo tỷ lệ tử vong trong 30 ngày. Đây là một yếu tố quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh nhân. Tuy vậy, chưa có nghiên cứu nào công bố về tỷ lệ tử vong liên quan đến tắc động mạch phổi trong vòng 30 ngày được công bố ở Việt Nam.⁶

Mặt khác, biểu hiện lâm sàng của tắc động mạch phổi cấp rất đa dạng và thường không đặc hiệu làm cho việc chẩn đoán trở nên khó khăn. Việc đánh giá và phải nghĩ đến để chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp ở các bệnh nhân nghi ngờ để có thể được chẩn đoán và điều trị nhanh chóng nhằm giảm tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong.^{1,3}

Trong những năm gần đây, tắc động mạch phổi cấp đã được quan tâm, nghiên cứu, chú trọng trong chẩn đoán và điều trị. Một số nghiên cứu đã được báo cáo ở Việt Nam, tuy nhiên cỡ mẫu còn nhỏ.^{7,8,9} Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ tử vong sau

Tác giả liên hệ: Hoàng Bùi Hải

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: hoanqbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 29/06/2022

Ngày được chấp nhận: 27/07/2022

một tháng theo dõi và mô tả các triệu chứng lâm sàng của tắc động mạch phổi cấp một cách có hệ thống trên đối tượng người Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Bệnh nhân vào viện có triệu chứng của tắc động mạch phổi cấp: Đau ngực và/hoặc khó thở và/hoặc tụt huyết áp và/hoặc ngất và/hoặc ho ra máu. Các triệu chứng này xuất hiện trong vòng 2 tuần đến khi được chẩn đoán xác định tắc động mạch phổi cấp.

- Chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp dựa theo hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch của Hội Tim mạch học Việt Nam.¹⁰ Khẳng định tắc động mạch phổi cấp bằng cắt lớp vi tính động mạch phổi với sự hiện diện bất thường của huyết khối trong động mạch phổi hoặc các nhánh của nó. Kết quả được đọc bởi các bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm.

Tiêu chuẩn loại trừ

Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin nghiên cứu (lâm sàng, cận lâm sàng) hoặc thất lạc hồ sơ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/6/2013 đến 01/12/2020.
- Bệnh viện Bạch Mai từ 1/02/2015 đến 01/3/2019.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Lấy mẫu toàn bộ, dữ liệu được thu thập theo trình tự thời gian.

Phương pháp thu thập số liệu

Đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu, danh sách các bệnh nhân với mã số bệnh án từ các nghiên cứu tiền cứu đã làm từ năm 2013.

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án theo mục tiêu nghiên cứu với bộ câu hỏi.

Đánh giá tình trạng sống còn của bệnh nhân

- Các trường hợp tử vong tại bệnh viện bao gồm: Bệnh nhân tử vong tại viện ghi nhận từ bệnh án hoặc tình trạng nặng, sốc, gia đình hoặc người đại diện của bệnh nhân ký hồ sơ xin dừng điều trị và đưa bệnh nhân về nhà. Các trường hợp xin về được xác nhận lại thông qua số điện thoại người nhà ghi trong bệnh án.

- Với các bệnh nhân đã ra viện, nghiên cứu viên liên hệ qua điện thoại cho bệnh nhân hoặc cho người thân của bệnh nhân theo số liên lạc được ghi trong bệnh án. Trường hợp tử vong xác nhận rõ ngày tử vong của bệnh nhân.

Các biến nghiên cứu chính

- Tiêu chuẩn tắc động mạch phổi cấp:¹⁰ triệu chứng lâm sàng nghi ngờ và cắt lớp vi tính động mạch phổi có hiện diện huyết khối ở động mạch phổi và/hoặc các nhánh của nó.

- Tử vong nội viện được ghi nhận khi bệnh nhân tử vong trong khi nằm viện hoặc tình trạng nặng xin về.

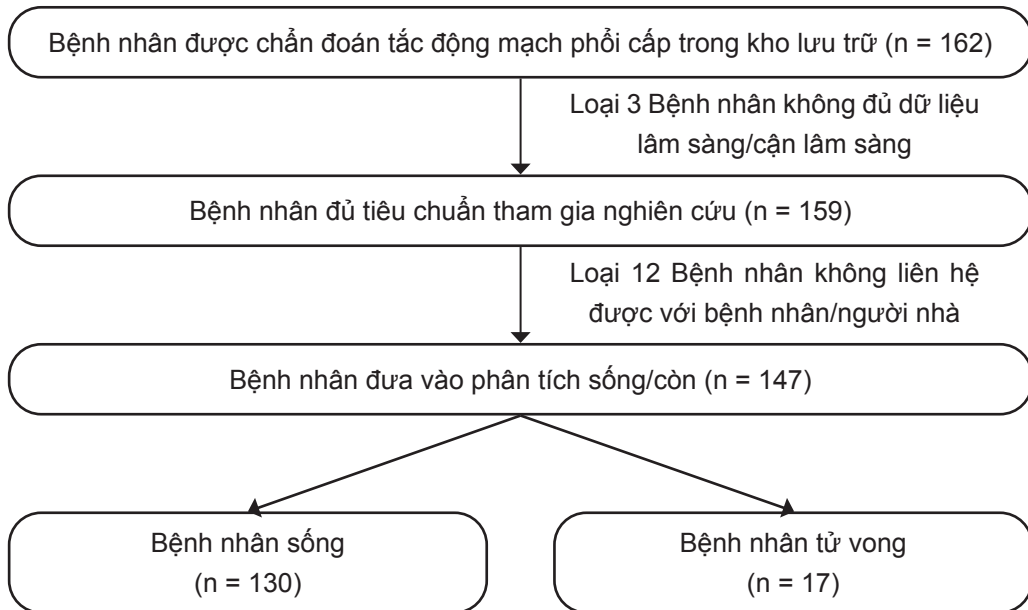
- Tử vong trong 30 ngày do tắc động mạch phổi cấp là khi bệnh nhân bị tử vong với diễn biến lâm sàng phù hợp với biểu hiện của tắc động mạch phổi cấp trong vòng 30 ngày từ lúc biểu hiện bệnh mà nguyên nhân khác ít khả năng hơn.

- Tử vong do mọi nguyên nhân 30 ngày là những bệnh nhân tử vong mà không có biểu hiện nghi ngờ tắc động mạch phổi cấp hoặc tắc động mạch phổi là nguyên nhân phối hợp: Ví dụ: Sốc nhiễm khuẩn, sốc mất máu.

- Tụt huyết áp: Khi huyết áp tối đa < 90 mmHg hoặc sụt ≥ 40 mmHg so với huyết áp nền, kéo dài trên 15 phút.

- Sốc tắc nghẽn: Khi lâm sàng có sốc do nguyên nhân tắc động mạch phổi cấp.

Sơ đồ nghiên cứu:



3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu hồi cứu, không tác động đến quy trình điều trị; mọi thông tin về bệnh nhân được đảm bảo bí mật; vì mục tiêu nghiên cứu khoa học.

4. Xử lý số liệu

Bằng phần mềm nghiên cứu y học. Kết quả

được biểu diễn với tỷ lệ phần trăm, trung bình \pm độ lệch chuẩn. Kiểm định trung bình bằng T-test. Kiểm định 2 tỷ lệ bằng kiểm định Khi bình phương nếu giá trị mong đợi trong các ô ≥ 5 , kiểm định Fisher's Exact test nếu giá trị mong đợi trong các ô < 5 . Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu đã thu thập được 159 bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu, trong đó có 17 bệnh nhân tử vong trong vòng 30 ngày. Có 60/159

chiếm tỷ lệ 37,7% được chẩn đoán tại bệnh viện Bạch Mai, 99/159 chiếm tỷ lệ 62,2% được chẩn đoán tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

1. Đặc điểm chung và tiền sử của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Giới	Chung	Nữ	Nam	p
	n = 159 (%)	86 (54,1%)	73 (45,9%)	
Tuổi	58,6 \pm 18,78 (max: 97; min: 18)	61,6 \pm 17,94	55,1 \pm 19,26	p = 0,028*

*T-test

Số lượng bệnh nhân nam và nữ trong nghiên cứu là tương đương nhau ($p > 0,05$) nhưng độ tuổi trung bình của nữ giới là cao hơn của nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

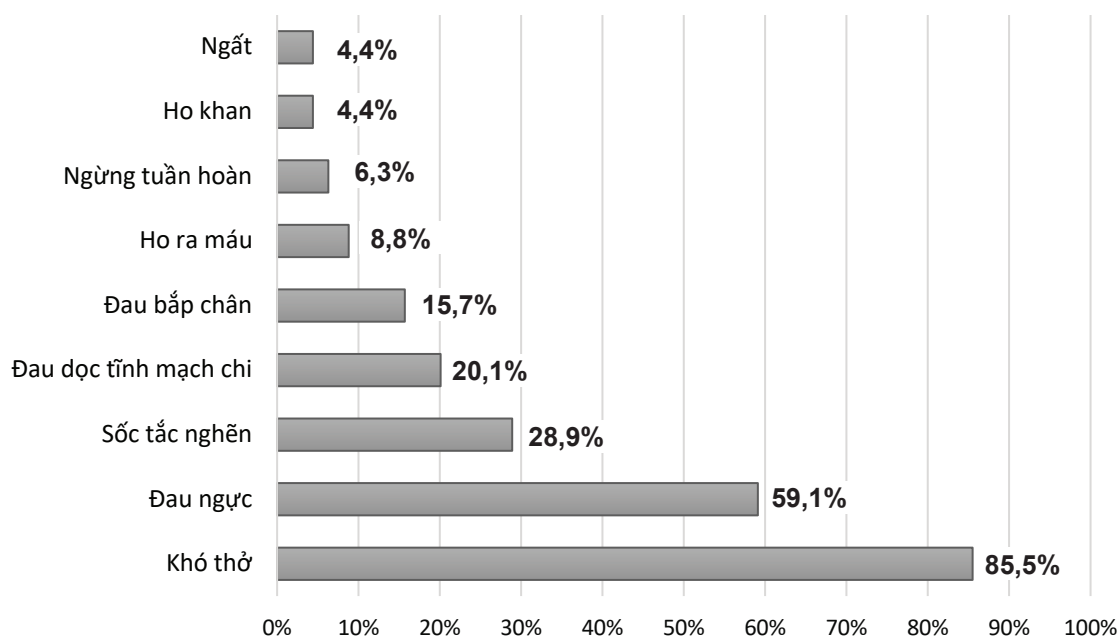
Bảng 2. Tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu (n = 159)

Tiền sử	n(%)	Tiền sử	n(%)
Không	51 (32,1%)	Bệnh phổi mạn tính	6 (3,8%)
Phẫu thuật	38 (23,9%)	Đột quỵ	5 (3,1%)
Tăng huyết áp	32 (20,1%)	Suy tim	4 (2,5%)
Chấn thương	24 (15,1%)	Hội chứng thận hư	4 (2,5%)
Ung thư	21 (13,2%)	Rối loạn lipid máu	3 (1,9%)
Đái tháo đường	13 (8,2%)	Lao phổi	2 (1,3%)
Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch	13 (8,2%)	Dùng thuốc tránh thai	2 (1,3%)
Tắc động mạch phổi	9 (5,7%)	Có thai	1 (0,1%)
Thoái hoá khớp	8 (5,0%)	Khác	10 (6,3%)

Có 51/159 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 32,1 % không có tiền sử bệnh từ trước. Trong số bệnh nhân có tiền sử bệnh thì nhiều nhất là phẫu

thuật, tăng huyết áp, chấn thương và ung thư (> 10%). Có 9/159 chiếm tỷ lệ 5,7% bị tắc động mạch phổi tái phát.

2. Triệu chứng lâm sàng của tắc động mạch phổi cấp

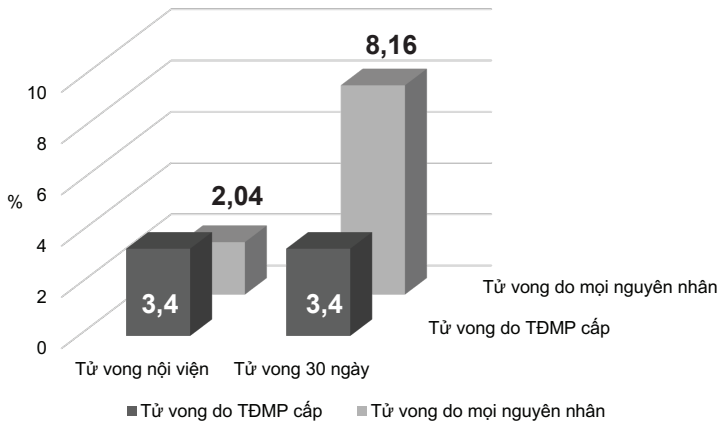
**Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng tắc động mạch phổi cấp (n = 159)**

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là khó thở (85,5%) và đau ngực (59,1%). Có 46/159 (28,9%) có sốt.

3. Tỷ lệ tử vong nội viện và tử vong 30 ngày của tắc động mạch phổi cấp

Tỷ lệ tử vong nội viện là 5,4% (8/147).

Tỷ lệ tử vong 30 ngày nói chung là 11,6% (17/147).



TĐMP: Tắc động mạch phổi

Biểu đồ 2. Tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân và tử vong do tắc động mạch phổi cấp tại thời điểm xuất viện và thời điểm 30 ngày

Có 5/147 (chiếm 3,4%) tử vong do tắc động mạch phổi cấp. Tất cả các bệnh nhân này đều thuộc nhóm tử vong nội viện.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 159 bệnh nhân trong vòng bảy năm tại hai bệnh viện Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, đây cũng là những trung tâm đi đầu tại các tỉnh phía bắc Việt Nam trong việc chẩn đoán và điều trị tắc động mạch phổi cấp một cách có hệ thống. Qua đó một mặt chúng tôi muốn đưa ra tỉ

lệ tử vong chung của các đối tượng nghiên cứu với cỡ mẫu đủ lớn, mặt khác tổng kết lại các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở đối tượng người Việt Nam mắc tắc động mạch phổi cấp.

Về các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và so sánh với một số nghiên cứu khác được minh họa ở bảng sau:

Bảng 3. So sánh đặc điểm đối tượng nghiên cứu, triệu chứng và kết cục điều trị của tắc động mạch phổi cấp với một số nghiên cứu khác

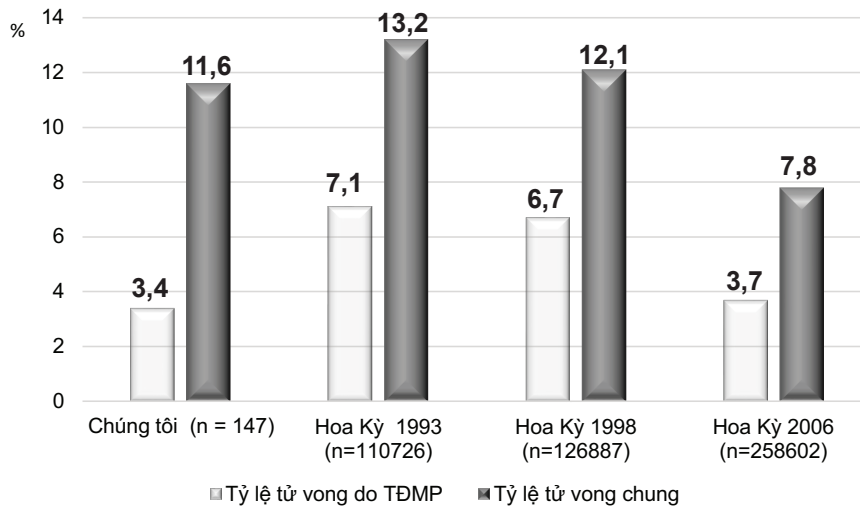
	PIOPED ¹¹ (n = 133)	Nguyễn Thị Tuyết Mai và cs ⁷ (n = 70)	Nguyễn Văn Tân và cs ⁸ (n = 32)	Huỳnh Văn Ân và cs ⁹ (n = 28)	Chúng tôi (n = 159)
Địa điểm nghiên cứu	Đa trung tâm	Bệnh viện Y Dược TP HCM	Bệnh viện Thống Nhất	Bệnh viện Nhân Dân Gia Định	Đa trung tâm
Tuổi (TB ± độ lệch)	54 ± 17	64 ± 2	77,5 ± 6	62,8 ± 17	58,6 ± 18
Tỷ lệ nữ giới	51%	47%	N/A	50%	54,1%

	PIOPED ¹¹ (n = 133)	Nguyễn Thị Tuyệt Mai và cs ⁷ (n = 70)	Nguyễn Văn Tân và cs ⁸ (n = 32)	Huỳnh Văn Ân và cs ⁹ (n = 28)	Chúng tôi (n = 159)
Địa điểm nghiên cứu	Đa trung tâm	Bệnh viện Y Dược TP HCM	Bệnh viện Thống Nhất	Bệnh viện Nhân Dân Gia Định	Đa trung tâm
Triệu chứng lâm sàng					
Khó thở	73%	65,7%	87,50%	71,4%	85,5%
Đau ngực	66%	18,6%	46,88%	7,1%	59,1%
Ho	37%	12,9%	N/A	N/A	4,4%
Sốc	8%	10,0%	6,25%	42,9%	28,9%
Đau bắp chân	44%	34,3%	15,62%	N/A	15,7%
Ho máu	13%	7,1%	3,13%	14,3%	8,8%
Kết cục điều trị					
Tỷ lệ tử vong nội viện	N/A	14,3 %	N/A	17,9 %	5,4%
Tỷ lệ tử vong do TĐMP	N/A	4,3%	N/A	N/A	3,4%

(*) N/A = Not Available; TĐMP: Tắc động mạch phổi

Nội dung bảng 3 cho thấy về độ tuổi hầu hết các nghiên cứu của Việt Nam là cao hơn so với nghiên cứu PIOPED, đây là nghiên cứu kinh điển về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp trên thế giới. Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình cao hơn nghiên cứu PIOPED nhưng không có ý nghĩa về mặt thống kê ($p > 0,05$).¹¹ Có 2 lí do cho sự khác biệt này: Thứ nhất, các nghiên cứu còn lại ở Việt Nam có cỡ mẫu nhỏ, chỉ làm tại 1 trung tâm, đặc biệt là các bệnh viện có đối tượng bệnh nhân chủ yếu là người cao tuổi. Thứ hai, nghiên cứu tìm hiểu để chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp ở Việt Nam còn nhiều hạn chế. Đến những năm 2006 chúng ta mới có nhiều phương tiện, đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính đa dãy động mạch phổi để chẩn đoán xác định mặt bệnh này. Kể cả khi bệnh nhân có

điều kiện tiếp cận phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiệu quả này thì cũng rất khó cho các bác sĩ nếu không nghĩ đến tắc động mạch phổi cấp. Điểm đáng lưu ý nữa là các triệu chứng của tắc động mạch phổi cấp rất đa dạng, không có dấu hiệu lâm sàng nào là đặc trưng trong trường hợp này. Các triệu chứng lâm sàng như khó thở, đau ngực có tỷ lệ xuất hiện khá cao nhưng lại gặp rất nhiều mặt bệnh khác như hội chứng vành cấp, viêm phổi, tràn khí màng phổi... Ngay cả ở những nhóm đối tượng khác nhau (trong từng nghiên cứu - bảng 3.) thì từng triệu chứng cũng có tỷ lệ khác nhau. Chính vì vậy, một điểm chúng tôi xin nhấn mạnh đó là việc chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp phải được đặt vào bối cảnh của từng bệnh nhân, luôn đặt ra khả năng mắc bệnh này thì mới có thể chẩn đoán được.



TĐMP: Tắc động mạch phổi

Biểu đồ 3. So sánh tỷ lệ tử vong do tắc động mạch phổi cấp và tỷ lệ tử vong chung với một số nghiên cứu khác tại Hoa Kỳ qua các năm⁵

Tỷ lệ tử vong chung do mọi nguyên nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận là 11,6%, tương đương với kết quả nghiên cứu tại Hoa Kỳ năm 1993 và 1998, nhưng tỷ lệ tử vong do tắc động mạch phổi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn 3,4% so với 6,7 - 7,1%. Đến năm 2006 thì tại Hoa Kỳ số lượng bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp tăng gấp đôi nhưng tỉ lệ tử vong giảm xuống (3,7%). Đây cũng là xu hướng chung của Châu Âu, Bắc Mỹ và một số nước Châu Á.^{1,5} Nguyên nhân của hiện tượng này có thể do sự phát triển của khoa học công nghệ trong lĩnh vực y tế, cả trong chẩn đoán (ví dụ: chụp cắt lớp đa dãy động mạch phổi được giới thiệu vào năm năm 1998) và trong điều trị, đặc biệt với sự phát triển của các thuốc tiêu sợi huyết, dụng cụ can thiệp lấy huyết khối và hoàn thiện của kĩ thuật tim phổi nhân tạo.⁵

Khi so sánh với kết quả của các nghiên cứu khác trong nước thì tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu khác còn nhỏ, và đối tượng trong các nghiên cứu còn lại chủ

yếu trên đối tượng người cao tuổi, nhiều bệnh nền nội khoa, hồi sức tích cực.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5/147 (3,4%) bệnh nhân tử vong trực tiếp do tắc động mạch phổi cấp và tất cả đều tử vong trong thời gian nằm viện. Trong khi đó có 8,16% bệnh nhân tử vong do mọi nguyên nhân khác khi tính ở thời điểm 30 ngày, tỷ lệ này lớn hơn tử vong do tắc động mạch phổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,019$. Nguyên nhân có thể do các nguyên nhân: Một là, tắc động mạch phổi gây sốc tắc nghẽn, nếu không tái thông mạch phổi kịp thời thì sẽ dẫn tới sốc trở, suy đa tạng, ngừng tuần hoàn. Một khi ngừng tuần hoàn xảy ra thì tỷ lệ tử vong rất cao, có thể lên tới 95%.^{12,13} Việc dùng thuốc tiêu sợi huyết có thể tái lập được huyết động nhưng di chứng thần kinh hoặc suy đa tạng sau ngừng tuần hoàn rất khó vấn hồi.¹² Hai là tắc động mạch phổi cấp trên nền bệnh lý nặng như ung thư, nhiễm khuẩn nặng hoặc bệnh nhân suy kiệt sẽ làm nặng thêm tình trạng mất bù, giống như giọt nước tràn ly, đẩy bệnh nhân đến tử vong nhanh chóng. Ở chiều ngược lại, khi tình trạng rối loạn huyết động của tắc

động mạch phổi được kiểm soát thì các vấn đề khác thuộc bệnh lý nền sẽ đẩy bệnh nhân đến tử vong, hay gặp là do ung thư giai đoạn muộn (13,2% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi mắc ung thư kèm theo).

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng của tắc động mạch phổi cấp phong phú, thường gặp nhất là khó thở, đau ngực, sốt. Tỷ lệ tử vong do tắc động mạch phổi cấp sau 30 ngày theo dõi do mọi nguyên nhân là 10,7%, trong đó chỉ có 3,14% bệnh nhân tử vong do tắc động mạch phổi cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Konstantinides S.V., Meyer G., Becattinin 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. *European Heart Journal*. 2020; 41: 543 – 603.
2. Goldhaber S.Z., Elliott G. Acute Pulmonary Embolism: Part I – Epidemiology, Pathophysiology, and Diagnosis. *Circulation*. 2003; 108: 2726 - 2729.
3. Tapson V.F. Acute Pulmonary Embolism. *N Engl J Med*. 2008; 358: 1037 - 52.
4. Pollack C.V., Schreiber D., Goldhaber S.Z., et al. Clinical Characteristics, Management, and Outcome of Patients Diagnosed With Acute Pulmonary Embolism in the Emergency Department. Initial Report of EMPEROR (Multicenter Emergency Medicine Pulmonary Embolism in the Real World Registry). *Journal of the American College of Cardiology*. 2011; 57(6): 701 – 706.
5. Wiener R.S., Schwartz L.M., Woloshin S. Time Trends in Pulmonary Embolism in the United States. *Arch Intern Med*. 2011; 171(9): 831 - 837.
6. Hoàng Bùi Hải, Đỗ Doãn Lợi, Nguyễn Đạt Anh. So sánh mô hình PESI kinh điển và mô hình PESI giản lược để tiên lượng tử vong trong tháng đầu tiên do tắc động mạch phổi cấp. *Tạp chí Nghiên cứu y học*. 2014; Phụ trương 91 (5): 42- 5.
7. Nguyễn Thị Tuyết Mai, Trần Thị Xuân Anh, Bùi Thế Dũng, Trương Quang Bình. 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.
8. Nguyễn Văn Tân, Nguyễn Đức Thành, Nguyễn Ngọc Phương Dung. 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.
9. Huỳnh Văn Ân. Thuyên tắc phổi và huyết khối tĩnh mạch sâu: những biểu hiện khác nhau của thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2013; Tập 17, số 6: 122 - 128.
10. Nguyễn Văn Trí, Đinh Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Hiền và cộng sự. Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Hội Tim mạch học Việt Nam. 2016.
11. Stein P.D., Terrin M.L., Hales C.A., et al. Clinical, Laboratory, Roentgenographic, and Electrocardiographic Findings in Patients with Acute Pulmonary Embolism and No Pre-Existing Cardiac or Pulmonary Disease. *Chest*. 1991; 100: 598 - 603.
12. Hoàng Bùi Hải, Đỗ Giang Phúc, Lê Duy Lạc, Bùi Nghĩa Thịnh. Bước đầu điều trị bằng Alteplase liều thấp cho bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp có ngừng tuần hoàn. *Tạp chí*

Nghiên cứu Y học. 12-2020. Số 134 (10) 1 – 8.

13. Hai H.B., Phuc D.G., Lac L.D., et al. Safety, Efficacy of an Accelerated Regimen of Low Dose Recombinant Tissue-type

Plasminogen Activator for Reperfusion Therapy of Acute Pulmonary Embolism. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis* 2021. Volume 27: 1-5. DOI: 10.1177/10760296211037920.

Summary

CLINICAL SYMPTOMS AND MORTALITY IN PATIENTS WITH ACUTE PULMONARY EMBOLISM: A MULTICENTER STUDY IN VIETNAM

Acute pulmonary embolism is a common emergency with a high mortality and disability rate, if the diagnosis was not made promptly. The objective of this study was to determine the one month mortality rate and describe the clinical symptoms of acute pulmonary embolism. This was a retrospective descriptive study. Acute pulmonary embolism was defined as the first clinical presentation within 14 days and the presence of thrombus in the pulmonary artery on computed tomography pulmonary angiography. The study has collected 159 patients, with an average age of 58.6 ± 18 , 54.1% female. The most common clinical symptoms of acute pulmonary embolism were shortness of breath (85.5%), chest pain (59.1%), especially 46/159 (28.9%) with shock. After 1 month of follow-up, all-cause mortality was 11.6 %, and acute pulmonary embolism was 3.4%.

Keywords: Acute pulmonary embolism, Pulmonary infarction, clinical symptoms, Vietnam.