

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, TỶ LỆ TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI CẤP KÈM UNG THƯ

Nguyễn Văn Ánh¹, Nguyễn Tiến Đức² và Hoàng Bùi Hải^{1,3,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tỷ lệ tử vong sớm và một số yếu tố liên quan đến tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp kèm ung thư. Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu. Chẩn đoán xác định tắc động mạch phổi cấp khi có bằng chứng huyết khối trong động mạch phổi trên cắt lớp vi tính có thuốc cản quang. Nghiên cứu có 39 bệnh nhân được đưa vào mô tả. Trong đó, 24/39 bệnh nhân (61,5%) phát hiện ung thư trước khi được chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp, 15/39 bệnh nhân (38,5%) nhập viện với biểu hiện của tắc động mạch phổi cấp được tìm thấy ung thư trong cùng đợt điều trị. Tỷ lệ các loại ung thư gặp trong nghiên cứu là ung thư phổi 17/39 (43,6%), có 29/39 (74,3%) bệnh nhân đã có di căn xa. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp kèm ung thư sau 7 ngày điều trị là 4/39 (10,3%), và sau 30 ngày là 12/39 (30,8%). Điểm sPESI cao hơn ở nhóm bệnh nhân tử vong trong 30 ngày.

Từ khóa: tắc động mạch phổi cấp, ung thư, thuyên tắc phổi, nhồi máu phổi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch gồm tắc động mạch phổi và huyết khối tĩnh mạch sâu là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 2 ở bệnh nhân ung thư, tỷ lệ ước tính từ 10 - 15%.¹ Ở bệnh nhân ung thư có tắc động mạch phổi cấp thì tỷ lệ tử vong trong vòng 3 tháng lên tới 15,3%, đặc biệt ở bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp có rối loạn huyết động thì tỷ lệ này lên tới 58,3%; tỷ lệ tái phát trong 3 tháng là 7,9%, tỷ lệ chảy máu lớn là 10,5%; chi phí điều trị ung thư tăng 40% - 50%.²

Tắc động mạch phổi cấp ở bệnh nhân ung thư chưa được quan tâm nhiều, đặc biệt trong công tác chẩn đoán và quản lý. Theo Nguyễn Nhật Mai và Đỗ Minh Hiền, tỷ lệ bệnh nhân ung

thư có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới là khoảng 16%.^{3,4} Theo Hoàng Bùi Hải và cộng sự năm 2014, tỷ lệ bệnh nhân ung thư được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch là thấp với 26,9%, trong đó có 5,5% bệnh nhân được dùng chống đông.⁵ Nghiên cứu của Hikmat tại Ấn Độ với 36 bệnh nhân tắc động mạch phổi có ung thư cho thấy tắc động mạch phổi có biểu hiện đa dạng, triệu chứng khó thở là nổi bật (72,2%), 11% bệnh nhân xuất hiện với triệu chứng ngất/ ngừng tuần hoàn, và có 9/36 bệnh nhân tử vong trong vòng 2 tuần khi có chẩn đoán tắc động mạch phổi.⁶ Còn theo Hikmat nghiên cứu trên 34 bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp có ung thư cho thấy 77% bệnh nhân ung thư ở giai đoạn IV, 26% tử vong trong vòng 30 ngày từ khi có chẩn đoán tắc động mạch phổi.⁷ Tại Việt Nam, hiện nay chưa có nghiên cứu nào mô tả tắc động mạch phổi cấp ở bệnh nhân ung thư, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả các đặc

Tác giả liên hệ: Hoàng Bùi Hải

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: hoanqbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 08/08/2022

Ngày được chấp nhận: 31/08/2022

điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tỉ lệ tử vong sớm trong 30 ngày ở bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp kèm ung thư.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

39 bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp kèm theo ung thư được chẩn đoán, điều trị tại Khoa Cấp cứu - Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K cơ sở Tân Triều trong thời gian từ 1/2019 - 7/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân trên 16 tuổi.

Chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp theo hướng dẫn của Hội Tim mạch châu Âu năm 2019 (ESC 2019) với tiêu chuẩn chính là chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi có sự hiện diện bất thường của huyết khối trong động mạch phổi hoặc các nhánh của nó.⁸

Bệnh nhân được chẩn đoán khẳng định ung thư bằng mô bệnh học.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh án không đủ dữ liệu để tính điểm PESI, sPESI khi được chẩn đoán tắc động mạch phổi; tắc động mạch phổi do khối u xâm lấn; tắc động mạch phổi mạn tính.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Thu thập số liệu: dựa trên bệnh án lưu trữ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K cơ sở Tân Triều. Những trường hợp nặng xin về khi nằm viện (trong tình trạng dùng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp, cần hỗ trợ thông khí nhân tạo xâm nhập) được coi là tử vong. Trừ những trường hợp tử vong hoặc nặng xin về được xác nhận trong hồ sơ bệnh án, những trường hợp còn lại được đánh giá tình trạng sống còn trong vòng 30 ngày thông qua gọi

điện cho bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân.

Bệnh nhân được đánh giá điểm sPESI và PESI ngay từ khi được chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp. Cả hai thang điểm đều dùng để đánh giá kết cục của bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp trong vòng 30 ngày. Thang điểm PESI dựa vào 11 tiêu chí, và phân thành 5 mức độ với tỉ lệ tử vong tương ứng là: độ I (0,1 - 1,6%), độ II (1,7 - 3,5%), độ III (3,2 - 7,1%), độ IV (4,0 - 11,4%), độ V (10 - 24,5%). Trong khi đó, thang điểm sPESI đánh giá dựa trên 6 tiêu chí và phân thành hai mức độ nguy cơ: nguy cơ thấp (tỉ lệ tử vong là 1,1%), nguy cơ cao (tỉ lệ tử vong là 8,9%).^{9,10}

Xử lý số liệu

Bằng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng t-test để kiểm tra sự khác biệt giữa 2 giá trị trung bình của hai biến độc lập, sử dụng χ^2 (hoặc Fisher exact test) để kiểm tra sự khác nhau giữa các tỉ lệ. So sánh trung vị khi 2 dãy số phân bố không chuẩn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép của lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo khoa phòng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K cơ sở Tân Triều. Nghiên cứu không làm thay đổi phác đồ chẩn đoán hoặc điều trị của bệnh nhân. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 39 bệnh nhân với tuổi trung bình 62,26 tuổi, bệnh nhân tuổi thấp nhất là 29 tuổi, tuổi cao nhất là 87 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu (n = 39)

Đặc điểm	n	%
Giới tính		
Nam	23	59
Nữ	16	41
Tiền sử ung thư		
Đã được chẩn đoán ung thư	24	61,5
Chưa được chẩn đoán ung thư	15	38,5
Triệu chứng khởi phát		
Khó thở	34	87,2
Đau ngực kiểu màng phổi	18	46,2
Ho ra máu	11	28,2
Sưng/ đau một bên chi dưới	6	15,4
Ngất/ ngừng tuần hoàn	4	10,3

Có 15/39 bệnh nhân chưa được chẩn đoán ung thư trước đó và 10/15 bệnh nhân này sau đó được xác định ung thư ở các cơ quan khác nhau ngoài phổi. Các triệu chứng khởi phát

chính là khó thở (87,2%), có 10,3% bệnh nhân vào viện trong tình trạng ngất và ngừng tuần hoàn.

2. Đặc điểm ung thư của các bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm về bệnh lý ung thư của bệnh nhân nghiên cứu (n = 39)

	n	%
Cơ quan		
Phổi	17	43,6
Đại tràng	7	17,9
Lympho	5	12,8
Vú	1	2,6
Phụ khoa	2	5,2
Tuyến ức	2	5,2
Thận	1	2,6
Đường mật	1	2,6
Gan	1	2,6
Dạ dày	1	2,6
Mạch máu	1	2,6

	n	%
Giai đoạn		
Di căn xa	29	74,3
Chưa di căn xa	10	25,7

Ung thư phổi chiếm hầu hết các trường hợp (43,6%). Có tới 74,3% trường hợp khi phát hiện tắc động mạch phổi cấp đã có di căn xa.

3. Đặc điểm tắc động mạch phổi cấp của bệnh nhân nghiên cứu

Có 10/39 (25,6%) bệnh nhân thuộc nhóm tắc động mạch phổi cấp nguy cơ cao theo phân loại của ESC 2019 nhưng chỉ có 3 bệnh nhân được tiêu sợi huyết, trong đó có 1 trường hợp có biến chứng chảy máu nội sọ.⁸

Bảng 3. Đặc điểm tắc động mạch phổi cấp của bệnh nhân nghiên cứu

	n	%
Phân loại nguy cơ theo ESC 2019 (n = 39)		
Nguy cơ cao	10	25,6
Nguy cơ trung bình cao	8	20,5
Nguy cơ trung bình thấp	18	46,2
Nguy cơ thấp	3	7,7
Huyết khối hệ tĩnh mạch		
Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (n = 33)	12	36,4
Huyết khối hệ tĩnh mạch chủ trên (n = 39)	5	12,8
Huyết khối buồng thất phải (n = 39)	2	5,2
Huyết khối trên phim cắt lớp vi tính (n = 39)		
Huyết khối động mạch phổi chính	14	35,9
Huyết khối nhánh ngoại vi	34	87,2
Huyết khối cả nhánh chính và ngoại vi	9	23,1

Có 10/39 (25,6%) bệnh nhân được xếp vào nhóm nguy cơ cao theo phân loại của ESC 2019. Nhóm bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp nguy cơ trung bình thấp chiếm nhiều nhất 46,2%. Chủ yếu huyết khối ở nhánh ngoại vi động mạch phổi.

4. Tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp kèm ung thư

Từ lúc có chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp, tỷ lệ tử vong trong vòng 7 ngày là 10,3%. Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày đầu tiên là 30,8%.

Bảng 4. Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày theo phân tầng nguy cơ

		Tổng (n = 39)	Sống (n = 27)	Tử vong (n = 12)	p
Phân tầng nguy cơ	Cao (n, %)	10 (100)	2 (20)	8 (80)	0,001
	Trung bình cao (n, %)	8 (100)	8 (100)	0 (0)	
	Trung bình thấp (n, %)	18 (100)	14 (77,78)	4 (22,22)	
	Thấp (n, %)	3 (100)	3 (100)	0 (0)	

Trong nhóm bệnh nhân nguy cơ cao có 3/10 bệnh nhân được tiêu sợi huyết đường toàn thân, 1/10 được phẫu thuật lấy huyết khối; 80% trường hợp nguy cơ cao tử vong trong vòng 30

ngày.

Tỷ lệ tử vong ở nhóm tắc động mạch phổi nguy cơ cao kèm ung thư cao nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân theo kết cục 30 ngày

	Sống (n = 27)	Tử vong (n = 12)	p
Điểm sPESI	1,63 ± 0,21	2,5 ± 0,34	0,033**
Điểm PESI	125,7 ± 6,53	153,75 ± 16,35	0,062*
Ddimer	13916,1 ± 3078,78	20486,17 ± 7730,78	0,254**
Troponin T	86,23 ± 42,62	145,75 ± 81,84	0,330**
NTproBNP	3255,39 ± 1546,57	2124 ± 870,39	0,974**
EF	65,08 ± 1,59	67,50 ± 2,09	0,498*
ALĐMP	31,52 ± 1,98	35,90 ± 4,97	0,687**
ĐKTP	21,96 ± 0,80	19,90 ± 1,64	0,167**
Tp/Tt	0,538 ± 0,03	0,508 ± 0,04	0,452**
Di căn xa	20/27	9/12	0,951 ^a
Phẫu thuật	11/27	3/12	0,344 ^b
Hóa chất	8/27	5/12	0,462 ^a
Xạ trị	5/27	3/12	0,644 ^b
Nhánh ĐMP chính	7/27	7/12	0,052 ^a
Nhánh ĐMP ngoại vi	24/27	10/12	0,632 ^b
Nhánh ĐMP chính và ngoại vi	4/27	5/12	0,066 ^b

*t-test, **Mann-whitney test

^aχ², ^bFisher exact test

ALĐMP: áp lực động mạch phổi, ĐKTP: đường kính thất phải, Tp/Tt: tỷ lệ đường kính thất phải/ thất trái thì tâm trương; ĐMP: động mạch phổi

Điểm sPESI cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân tử vong trong vòng 30 ngày. Không thấy có sự khác biệt liên quan đến đặc điểm của ung thư: Di căn xa, điều trị phẫu thuật, hóa chất, xạ trị giữa 2 nhóm sống và tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ 1/2019 đến 7/2022, chúng tôi thu thập được 39 hồ sơ bệnh án tại hai bệnh viện là Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K, đây là hai bệnh viện lớn của khu vực phía bắc Việt Nam, đi đầu trong việc chẩn đoán, quản lý tắc động mạch phổi và ung thư. Con số này là rất nhỏ so với số lượng bệnh nhân ung thư mắc mới ở Việt Nam hằng năm (năm 2020: 182.563 ca mắc mới, 122.690 ca tử vong, theo số liệu của GLOBOCAN), trong khi đó theo nghiên cứu tại Hoa Kỳ thì tỉ lệ tắc động mạch phổi trên bệnh nhân ung thư là 3,5% và có xu hướng tăng theo năm.^{11,12} Điều đó cho thấy việc tầm soát bệnh lý thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ở bệnh nhân ung thư chưa được chú trọng.

15/39 bệnh nhân được chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp trước khi được xác định có ung thư trong cùng đợt điều trị. Biểu hiện của tắc động mạch phổi trên bệnh nhân ung thư đa dạng, trong đó khó thở là triệu chứng thường gặp nhất (87,2%), các triệu chứng này tương đồng với nghiên cứu về tắc động mạch phổi ở mọi đối tượng theo nghiên cứu của Hoàng Bùi Hải và Stein.^{13,14} Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 2), tỉ lệ ung thư phổi là 43,6%, tiếp đó là ung thư đại trực tràng 17,9%, u lympho 12,8%, các loại ung thư khác như ung thư dạ dày, đường mật, gan... chiếm tỉ lệ 2,6% - 5,2%. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Sawant thực hiện tại Ấn Độ trên 36 bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp (ung thư phụ khoa 19,4%, ung thư đầu cổ 13,9%, hệ tạo huyết 13,9%, ung thư đường tiêu hóa 11,1%, ung thư phổi chỉ chiếm 2,7%).⁶ Còn

theo nghiên cứu của Khorana thì tỉ lệ ung thư có tắc động mạch phổi cấp thường gặp là ung thư vú (34,6%), ung thư phổi (20%), u lympho (12,1%), ung thư đại trực tràng (11%), ung thư phụ khoa (9,6%).¹⁵ Kết quả này có thể là do ung thư phổi và đường tiêu hóa là bệnh lý ung thư đứng hàng thứ hai và thứ tư ở cả nam và nữ ở Việt Nam theo công bố của GLOBOCAN và bệnh nhân ung thư phổi luôn có chỉ định chụp cắt lớp vi tính lồng ngực nên tỉ lệ phát hiện ra tắc động mạch phổi nhiều hơn.¹¹

Theo Hoàng Bùi Hải thì tỉ lệ bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được dự phòng huyết khối là thấp 29,6%, trong đó chỉ có 5,5% dự phòng bằng thuốc chống đông.⁵ Điều này có thể giải thích cho tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 36,4%, cao hơn so với nghiên cứu của Hikmat là 17,6%.⁷

Tỉ lệ tử vong chung trong vòng 7 ngày là 10,3% và 30 ngày 30,8%. Tỉ lệ này lớn hơn so với nghiên cứu của Aiham lần lượt là 1,8%, 9,9%; trong khi tỉ lệ tử vong ở nhóm không có ung thư là 0,2%, 3,1%.¹⁶ Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 10 bệnh nhân tắc động mạch phổi nguy cơ cao, đây là những ứng cử viên nằm trong nhóm có chỉ định can thiệp huyết khối (tiêu sợi huyết đường toàn thân, hút huyết khối qua ống thông, phẫu thuật lấy huyết khối), nhưng chỉ có 3 trường hợp được tiêu sợi huyết đường toàn thân, 1 trường hợp được phẫu thuật lấy huyết, các trường hợp còn lại nằm trong nhóm chống chỉ định tuyệt đối/ tương đối với tiêu sợi huyết của ESC 2019: phẫu thuật lớn trong vòng 3 tuần, nhồi máu não mới trong vòng 6 tháng, xuất huyết não...⁸ Trong số 7 trường hợp nguy cơ cao không được điều trị can thiệp thì có đến 6 (85,7%) trường hợp tử vong trong vòng 30 ngày, các nguyên nhân tử vong chính là rối loạn huyết động, viêm phổi do thở máy, sốc nhiễm khuẩn, DIC... Không có bệnh nhân nào thuộc

nhóm nguy cơ thấp tử vong trong vòng 30 ngày.

Khi so sánh các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng giữa nhóm bệnh nhân sống và tử vong trong vòng 30 ngày, chỉ thấy có điểm sPESI cao hơn ở nhóm tử vong là có ý nghĩa thống kê, điều này có thể là do cỡ mẫu của nghiên cứu là nhỏ, trong tương lai nhóm tác giả sẽ tiếp tục thu thập số liệu để có một nghiên cứu toàn diện hơn về tắc động mạch phổi ở bệnh nhân ung thư.

V. KẾT LUẬN

Tắc động mạch phổi cấp biểu hiện đa dạng ở bệnh nhân ung thư. Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày còn cao. Điểm sPESI cao hơn ở nhóm tử vong trong vòng 30 ngày so với nhóm sống sót. Cần làm thêm nghiên cứu bệnh chứng để đánh giá các yếu tố tiên lượng nhằm cải thiện chất lượng quản lý bệnh nhân ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

1. Khorana AA, Francis CW, Culakova E, Kuderer NM, Lyman GH. Thromboembolism is a leading cause of death in cancer patients receiving outpatient chemotherapy. *J Thromb Haemost JTH*. 2007;5(3):632-634. doi: 10.1111/j.1538-7836.2007.02374.x.
2. Wendelboe AM, Raskob GE. Global burden of thrombosis. *Circ Res*. 2016;118(9):1340-1347. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.115.306841.
3. Nguyễn Nhật Mai, Hoàng Bùi Hải, Đinh Thị Thu Hương. Một số đặc điểm về ung thư ở những bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu được chẩn đoán và điều trị lần đầu. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2016;443(1):121-124.
4. Đỗ Minh Hiền, Phạm Cẩm Phương, Trịnh Lê Huy. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư mắc huyết khối tĩnh mạch sâu. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2019;482(1):223-227.
5. Do Giang Phuc, Nguyen Duy Anh, Hoang Bui Hai. Venous thromboembolism prophylaxis in at-risk inpatients with cancer in Hanoi Medical University Hospital, Vietnam. *Vietnam J Med Pharm*. 2014;VJPM 6(4):35.
6. Sawant SP, Banumathy S, Daddi A. Pulmonary embolism in cancer patients. *Indian J Cancer*. 2012;49(1):119-124. doi: 10.4103/0019-509X.98936.
7. Abdel-Razeq HN, Mansour AH, Ismael YM. Incidental pulmonary embolism in cancer patients: Clinical characteristics and outcome-a comprehensive cancer center experience. *Vasc Health Risk Manag*. 2011;7:153-158. doi: 10.2147/VHRM.S17947.
8. 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). *Eur Heart J*. 2020;41(4):543-603. doi: 10.1093/eurheartj/ehz405.
9. Jiménez D, Aujesky D, Moores L, et al. Simplification of the pulmonary embolism severity index for prognostication in patients with acute symptomatic pulmonary embolism. *Arch Intern Med*. 2010;170(15):1383-1389. doi: 10.1001/archinternmed.2010.199.
10. Aujesky D, Obrosky DS, Stone RA, et al. Derivation and validation of a prognostic model for pulmonary embolism. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;172(8):1041-1046. doi: 10.1164/rccm.200506-862OC.
11. WHO. *The Global Cancer Observatory*. International Agency for Research on Cancer. Accessed August 25, 2022. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-vietnam-fact-sheets.pdf>.
12. Stein PD, Beemath A, Meyers FA, Skaf E, Sanchez J, Olson RE. Incidence of venous thromboembolism in patients hospitalized with

cancer. *Am J Med.* 2006;119(1):60-68. doi: 10.1016/j.amjmed.2005.06.058.

13. Hoàng Bùi Hải. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị tắc động mạch phổi cấp. Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2013.

14. Stein PD, Matta F. Acute pulmonary embolism. *Curr Probl Cardiol.* 2010;35(7):314-376. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2010.03.002.

15. Khorana AA, Kuderer NM, Culakova E, Lyman GH, Francis CW. Development

and validation of a predictive model for chemotherapy-associated thrombosis. *Blood.* 2008;111(10):4902-4907. doi: 10.1182/blood-2007-10-116327.

16. Qdaisat A, Kamal M, Al-Breiki A, et al. Clinical characteristics, management, and outcome of incidental pulmonary embolism in cancer patients. *Blood Adv.* 2020;4(8):1606-1614. doi: 10.1182/bloodadvances.2020001501.

Summary

CLINICAL, PARACLINICAL, MORTALITY RATES IN ACUTE PULMONARY EMBOLISM PATIENTS WITH CANCER

The purpose of this study was to describe clinical, paraclinical characteristics, early mortality in patients of acute pulmonary embolism with cancer. This was a cross-sectional descriptive study of 39 patients. The diagnosis of acute pulmonary embolism was confirmed in the presence of thrombosis in pulmonary artery on contrast-enhanced computed tomography. Of 39 patients, 24 patients (61.5%) had pre-existing cancer before being diagnosed with acute pulmonary embolism, 15 patients (38.5%) were hospitalized with acute pulmonary embolism and cancer was discovered concomitantly. Lung cancer accounted for 43.6% (17/39), where 74.3% (29/39) patients had distant metastases. The mortality rate in patients with acute pulmonary embolism with cancer after 7 days of treatment was 4/39 (10.3%), and after 30 days was 12/39 (30.8%). The sPESI score was higher in the group of patients who passed away within 30 days.

Keywords: acute pulmonary embolism, cancer, pulmonary infarction.