

GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM HESTIA VÀ SPESI TRONG TIÊN LƯỢNG TỬ VONG 30 NGÀY Ở BỆNH NHÂN TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI CẤP

Lê Thị Quỳnh Trang¹, Bùi Thị Hương Thảo¹

Đỗ Giang Phúc² và Hoàng Bùi Hải^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm đánh giá giá trị tiên lượng tử vong 30 ngày của thang điểm Hestia so với thang điểm sPESI ở bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp tại Việt Nam. Đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu. Nghiên cứu đã thu thập được 147 bệnh nhân, trong đó 17 bệnh nhân (11,6%) tử vong trong vòng 30 ngày do mọi nguyên nhân. Hai phương pháp sPESI và Hestia cùng phân loại 23,8% bệnh nhân vào nhóm nguy cơ thấp. Đối với tiên lượng chung, sPESI có độ nhạy và giá trị tiên lượng âm tính lần lượt là: 94,12% và 97,14%; Hestia có độ nhạy và giá trị tiên lượng âm tính là 83,35% và 91,43%. Giá trị tiên lượng tử vong 30 ngày do mọi nguyên nhân ở bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp của mô hình sPESI là tốt hơn so với mô hình Hestia.

Từ khóa: tắc động mạch phổi cấp, thuyên tắc phổi cấp, tỷ lệ tử vong, Hestia, sPESI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch phổi được định nghĩa là sự tắc nghẽn của động mạch phổi bởi một dị vật tuần hoàn, thường là huyết khối, khí, tổ chức u hoặc mỡ, trong đó nguyên nhân thường gặp nhất là do huyết khối. Huyết khối này thường xuất hiện ở tĩnh mạch sâu chi dưới và di chuyển theo dòng tuần hoàn về tim phải và gây tắc động mạch phổi. Tắc động mạch phổi và huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới chính là hai biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất của bệnh lý huyết khối tĩnh mạch. Tỷ lệ mắc bệnh là 0,75 - 2,69 trên 1000 người hàng năm.¹ Tỷ lệ mắc bệnh tăng theo độ tuổi, đạt 2 - 7/1000 người trên 70 tuổi một năm.^{2,3} Trong bối cảnh già hóa dân số, điều này làm tăng gánh nặng bệnh tật ở tất cả các quốc gia.

Điều trị cấp cứu đóng vai trò quan trọng và

hiện nay chủ yếu dựa trên các phương pháp phân tầng nguy cơ tử vong. Năm 2019, Hội Tim mạch Châu Âu đưa ra mô hình phân loại dựa trên tình trạng huyết động, điểm PESI hoặc sPESI, bằng chứng suy thất phải trên cắt lớp vi tính động mạch phổi hoặc siêu âm tim và xét nghiệm các dấu ấn sinh học. Bệnh nhân có nguy cơ cao hoặc trung bình nên được nhập viện. Ngược lại, những bệnh nhân có nguy cơ rất thấp có thể được điều trị tại nhà.⁴ Thang điểm PESI và dạng đơn giản của nó là sPESI đóng một vai trò rất quan trọng trong phân loại bệnh nhân ban đầu. Nhiều nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam đã chứng minh cả hai có vai trò như nhau trong tiên lượng bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp.⁵

Mặt khác, việc phân tầng nguy cơ giúp bác sĩ tiên lượng bệnh và đưa ra các quyết định xử trí hoặc điều trị tốt hơn. Năm 2011, tiêu chuẩn Hestia bao gồm 11 tiêu chí đã được ban hành để lựa chọn những bệnh nhân có thể điều trị tại nhà. Theo Zondag, cả điểm sPESI và Hestia đều có thể loại trừ hơn 50% bệnh nhân điều trị

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

ngoại viện có cùng nguy cơ tử vong sớm thấp. Tuy nhiên, Hestia hoàn thiện hơn và có thể loại trừ một tỷ lệ bệnh nhân nguy cơ cao bởi sPESI mà không có trường hợp tử vong.⁶

Tại Việt Nam, việc sử dụng thang điểm Hestia để phân loại và tiên lượng bệnh nhân tắc động mạch phổi chưa phổ biến và cũng chưa có nghiên cứu nào liên quan đến thang điểm này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá giá trị tiên lượng tử vong trong vòng 30 ngày của thang điểm Hestia so với thang điểm sPESI trên đối tượng người bệnh tắc động mạch phổi cấp tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân trên 18 tuổi. 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 quốc gia Việt Nam.⁷ 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

Bệnh án không có đủ thông tin cần thiết để đánh giá theo thang điểm sPESI và Hestia.

Bệnh nhân không xác định được tình trạng tử vong trong thời gian theo dõi và các hồ sơ thiếu thông tin để tính thang điểm sPESI và Hestia.

2. Phương pháp

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

Thời gian và địa điểm: tại Bệnh viện Bạch Mai từ ngày 01/02/2015 đến 01/03/2019 và tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ ngày 01/6/2013

đến 01/12/2020.

Cỡ mẫu nghiên cứu: lấy mẫu toàn bộ, thu thập theo trình tự thời gian.

Phương pháp thu thập số liệu: danh sách các bệnh nhân với mã số bệnh án từ các nghiên cứu tiến cứu đã làm từ năm 2013. Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án theo mục tiêu nghiên cứu với bệnh án nghiên cứu.

Các biến nghiên cứu chính

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.

- Thời điểm đánh giá sống còn là 30 ngày tính từ thời điểm bệnh nhân nhập viện.

Tử vong do tắc động mạch phổi cấp: là tử vong do sốc tắc nghẽn động mạch phổi trong khi các nguyên nhân khác ít khả năng.

Tử vong do mọi nguyên nhân: là tử vong do bất kể nguyên nhân nào ở bệnh nhân đang điều trị tắc động mạch phổi cấp.

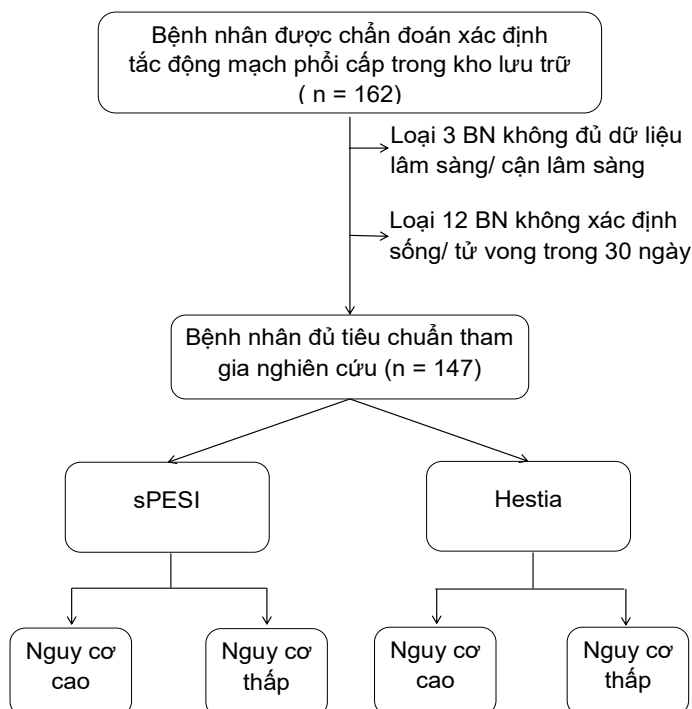
Điểm tiên lượng theo hai thang điểm sPESI và Hestia được trình bày sau đây:

Mô hình sPESI: Tuổi > 80 (1 điểm); Ung thư (1 điểm); Suy tim mạn (1 điểm); Bệnh phổi mạn tính (1 điểm); Mạch \geq 110 lần/phút (1 điểm); HA tâm thu < 100mmHg (1 điểm); Bảo hòa oxy < 90% (1 điểm); Phân loại nguy cơ tử vong: Thấp: 0 điểm; Cao: \geq 1 điểm.

Mô hình Hestia: 1) Bệnh nhân có huyết động không ổn? (*) (Có: 1 điểm, Không: 0 điểm); 2) Bệnh nhân có cần tiêu sợi huyết hoặc lấy huyết

khó? (Có: 1 điểm, Không: 0 điểm); 3) Chảy máu đang hoạt động hoặc có nguy cơ chảy máu cao? (**)(Có: 1 điểm, Không: 0 điểm); 4) Cần cung cấp oxy trên 24 giờ để duy trì độ bão hòa oxy > 90%? (Có: 1 điểm, Không: 0 điểm); 5) Tác động mạch phổi có được chẩn đoán trong suốt thời gian điều trị thuốc chống đông? (Có: 1 điểm, Không: 0 điểm); 6) Đau dữ dội cần thuốc giảm đau đường tĩnh mạch > 24 giờ? (Có: 1 điểm, Không: 0 điểm); 7) Có lí do y khoa hoặc xã hội cần điều trị tại viện > 24 giờ (nhiễm khuẩn, bệnh ác tính, không có hệ thống hỗ trợ)? (Có: 1 điểm, Không: 0 điểm); 8) Bệnh nhân có độ thanh thải creatinine < 30 mL/ phút? (***) (Có: 1 điểm, Không: 0 điểm); 9) Bệnh nhân có suy gan nặng? (****) (Có: 1 điểm, Không: 0 điểm); 10) Bệnh nhân có thai? (Có: 1 điểm, Không: 0 điểm); 11) Có tiền sử giảm tiểu cầu do heparin? (Có: 1 điểm, Không: 0 điểm).

Sơ đồ nghiên cứu



Nguy cơ thấp: 0 điểm; Nguy cơ cao: ≥ 1 điểm.

*Bao gồm tiêu chí sau, tùy theo nhà nghiên cứu: huyết áp tâm thu < 100mmHg với nhịp tim > 100 lần/phút; tình trạng cần điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực.

**Chảy máu dạ dày ruột trong vòng 14 ngày, tai biến mạch máu não mới trong vòng 4 tuần, phẫu thuật trong vòng 2 tuần, rối loạn chảy máu hoặc giảm tiểu cầu (số lượng < 75 x 10⁹/L), tăng huyết áp không kiểm soát được (Huyết áp tối đa > 180mmHg hoặc huyết áp tâm trương > 110mmHg).

***Tính độ thanh thải creatinine theo công thức Cockcroft-Gault:

$CrCl = [(140 - \text{tuổi}) \times \text{cân nặng} \times (0,85 \text{ nếu là nữ})] / (72 \times Cr \text{ huyết thanh})$

****Đánh giá của bác sĩ.

Xử lý số liệu

Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án và xử lý số liệu bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20. Để so sánh khả năng tiên lượng tử vong sớm của sPESI và Hestia, chúng tôi sử dụng độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán âm tính, đường cong ROC và diện tích dưới đường cong (AUC), chỉ số Kappa đánh giá mức độ tương đồng giữa hai phương pháp phân loại theo sPESI và Hestia.

3. Đạo đức nghiên cứu

Một nghiên cứu quan sát, lấy số liệu hồi cứu bệnh án từ danh sách bệnh nhân nghiên cứu của một nghiên cứu tiền cứu khác, nghiên cứu không làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị của

bệnh nhân. Thông tin bệnh nhân được bảo mật và được sử dụng duy nhất cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ**1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Trong thời gian nghiên cứu tại 2 bệnh viện, có 162 bệnh nhân nhập viện vì tắc động mạch phổi cấp. Trong đó, có 147 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chí của nghiên cứu. Tuổi trung bình là $58,4 \pm 19$ (cao nhất là 97 thấp nhất là 18), tỷ lệ nam/nữ = 0,81. Có 17 bệnh nhân (11,6%) tử vong trong vòng 30 ngày do mọi nguyên nhân.

2. Giá trị của mô hình sPESI và Hestia trong tiên lượng tử vong**Bảng 1. Kết quả tiên lượng tử vong 30 ngày đầu tiên của mô hình sPESI và Hestia**

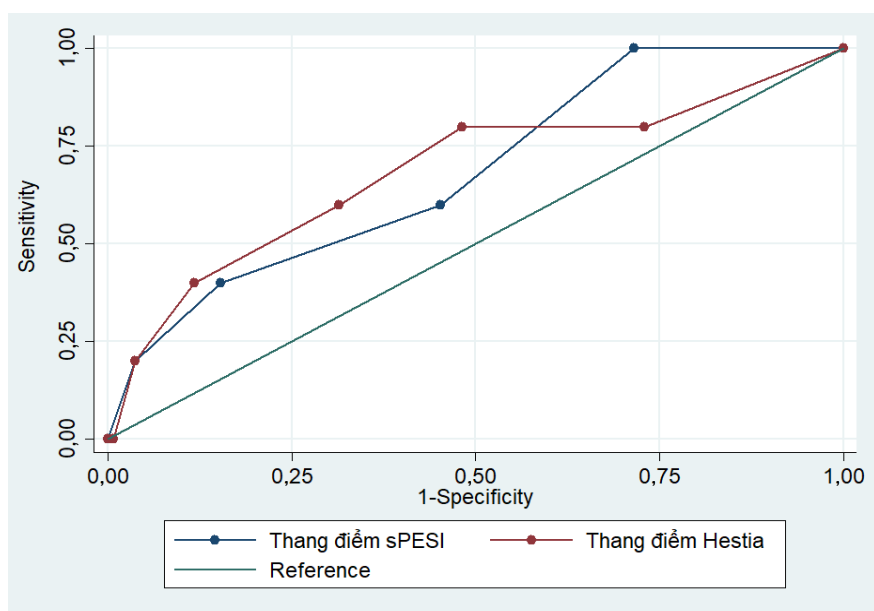
n = 147	Phân tầng nguy cơ n (%)		Tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân n (%)	Giá trị tiên lượng tiên lượng tử vong
	Cao	Thấp		
sPESI	Cao	112 (76,2%)	16 (14,3%)	Độ nhạy 94,12% Độ đặc hiệu 26,15% NPV 97,14% PPV 14,29% AUC 0,654
	Thấp	35 (23,8%)	1 (2,8%)	
Hestia	Cao	112 (76,2%)	14 (12,5%)	Độ nhạy 82,35% Độ đặc hiệu 24,62% NPV 91,43% PPV 12,5% AUC 0,576
	Thấp	35 (23,8%)	3 (7,9%)	

NPV: Giá trị chẩn đoán âm tính, PPV: Giá trị chẩn đoán âm tính

Hai mô hình sPESI và Hestia có tỉ lệ bệnh nhân ở nhóm nguy cơ cao và nguy cơ thấp tương tự nhau. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chuẩn đoán âm tính, diện tích dưới đường cong ROC của mô hình sPESI đều cao hơn mô hình Hestia.

2. So sánh giá trị tiên lượng của hai mô hình

Mô hình sPESI có tỉ lệ bệnh nhân tử vong trong nhóm nguy cơ cao là cao hơn ở mô hình Hestia trong cả 3 nhóm tuổi < 80, ung thư và sau mổ. 2/3 bệnh nhân tử vong ở nhóm nguy cơ thấp theo mô hình Hestia mắc ung thư.



Biểu đồ 1. Đường cong ROC của 2 thang điểm sPESI và Hestia trong tiên lượng tử vong 30 ngày ở bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp

Bảng 2. So sánh tỉ lệ tử vong dưới nhóm khi sử dụng mô hình sPESI và Hestia

Dưới nhóm		Mô hình sPESI		Mô hình Hestia	
		Nguy cơ thấp n (%)	Nguy cơ cao n (%)	Nguy cơ thấp n (%)	Nguy cơ cao n (%)
Tuổi < 80 (n = 124)	Sống	37 (29,8)	74 (59,7)	30 (24,2)	81 (65,3)
	Tử vong	1 (0,8)	12 (9,7)	3 (2,4)	10 (8,1)
Ung thư (n = 20)	Sống	1 (5,0)	14 (70,0)	1 (5,0)	14 (70)
	Tử vong	0 (0)	5 (25,0)	2 (10)	3 (15)
Sau mổ (n = 36)	Sống	9 (25,0)	24 (66,7)	2 (5,6)	31 (86,1)
	Tử vong	0 (0)	3 (8,3)	0 (0)	3 (8,3)

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 58,2 ± 19,04, cao hơn so với nghiên cứu PIOPED II là 57 ± 17, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ nữ trong nhóm nghiên cứu là 55%, cao hơn so với nghiên cứu PIOD II là 51%.⁸ Mô hình sPESI và Hestia đã phân loại một số lượng tương đương bệnh nhân vào hai nhóm nguy cơ mặc

dù Hestia đã chọn thêm 6/41 bệnh nhân trên 80 tuổi hoặc mắc bệnh ung thư (thuộc nguy cơ cao theo sPESI) vào nhóm nguy cơ thấp. Theo nghiên cứu của Zondag và cộng sự, Hestia có thể lựa chọn được nhiều bệnh nhân vào nhóm nguy cơ thấp hơn so với sPESI mà không làm tăng tỷ lệ tử vong.⁶ Nghiên cứu của Hoàng Bùi Hải và cộng sự trên 74 bệnh nhân cho kết quả

sPESI nguy cơ thấp chiếm 18,9%, không có bệnh nhân nào trong nhóm này bị tử vong.⁹

Điều này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn và số lượng bệnh nhân thuộc một trong hai tiêu chí trên còn ít.

Bảng 3. So sánh giá trị tiên lượng tử vong do mọi nguyên nhân của hai thang điểm

Nghiên cứu		Độ nhạy	Giá trị dự đoán âm tính	AUC
Zondag, et al ⁶ n = 468	sPESI	91%	100%	0,756
	Hestia	82%	99%	0,679
Vanni, et al ¹⁰ n = 547	sPESI	96,8%	99,3%	N/A
	Hestia	62,5%	98,7%	N/A
Quezada, et al ¹¹ n = 488	sPESI	96,8%	99,3%	N/A
	Hestia	90,3%	97,7%	N/A
Trần Sơn Hải và cs ¹² n = 162	sPESI	93%	96%	0,769
Chúng tôi n = 147	sPESI	94,12%	97,14%	0,654
	Hestia	83,35%	91,43%	0,576

(*) N/A = Not Available

NPV: Giá trị chẩn đoán âm tính, PPV: Giá trị chẩn đoán âm tính

Tỷ lệ tử vong ở nhóm nguy cơ thấp của Hestia cao hơn so với sPESI (7,9% so với 2,8%). Về giá trị tiên lượng tử vong trong 30 ngày thì mô hình sPESI tốt hơn mô hình Hestia về cả độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính, diện tích dưới đường cong ROC trong khi thang điểm sPESI ít chỉ số đánh giá hơn so với thang điểm Hestia (7 so với 11 chỉ số). Mặc dù vậy, cả 2 mô hình đều có diện tích dưới đường cong ROC dưới 0,7. Cho nên việc phát triển mô hình có giá trị tiên lượng tốt hơn vẫn cần được quan tâm. Chúng tôi cũng phân tích dưới nhóm ở các bệnh nhân có tuổi dưới 80, ung thư hoặc sau phẫu thuật thì mô hình sPESI đều tốt hơn so với mô hình Hestia. Chúng tôi lựa chọn bệnh nhân dưới 80 tuổi là vì trong mô hình sPESI tuổi trên 80 đã được xếp vào nhóm nguy cơ cao. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu

khác trên thế giới được trình bày trong bảng 3. Trong thực tế khuyến cáo hiện nay của Hiệp hội Tim mạch châu Âu vẫn khuyến nghị sử dụng mô hình sPESI để phân tầng nguy cơ cho bệnh nhân tắc động mạch phổi, trong khi mô hình Hestia được khuyến nghị dùng để tiên lượng khả năng điều trị ngoại trú cho bệnh nhân.⁴ Có thể là do các chỉ số của mô hình sPESI liên quan nhiều hơn đến tình trạng lâm sàng nặng của bệnh nhân trong các chỉ số của mô hình Hestia toàn diện hơn đến khả năng điều trị tại nhà. Điểm khác biệt lớn nhất giữa 2 thang điểm là chỉ số tiền sử hoặc mắc bệnh ung thư có trong thang điểm sPESI trong khi thang điểm Hestia lại không có. Điều này dẫn đến việc các bệnh nhân ung thư điều trị ngoại trú nhưng không điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2/3 bệnh nhân tử vong ở nhóm nguy cơ thấp theo mô hình Hestia mắc bệnh ung thư. Do đó,

cần tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn với tỉ lệ cụ thể tắc động mạch phổi tái phát, chảy máu hoặc các biến chứng khác ở nhóm nguy cơ thấp - nguy cơ cao; nhóm điều trị nội trú - ngoại trú. Đây cũng là hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Giá trị tiên lượng tử vong 30 ngày do mọi nguyên nhân ở bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp của mô hình sPESI là tốt hơn so với mô hình Hestia.

Lời cảm ơn

Xin chân thành cảm ơn các đồng nghiệp tại Khoa Cấp cứu - Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội; Trung tâm cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai và Phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện để chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Essien EO, Rali P, Mathai SC. Pulmonary Embolism. *Med Clin North Am*. 2019;103(3):549-564. doi: 10.1016/j.mcna.2018.12.013.
2. Haley MP. Overview of venous thromboembolism. *Am J Manag Care*. 2017; 23:S376 - S382.
3. Goldhaber SZ, Visani L, De Rosa M. Acute pulmonary embolism: Clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry (ICOPER). *Lancet Lond Engl*. 1999;353(9162):1386-1389. doi: 10.1016/s0140-6736(98)07534-5.
4. Stavros V K, Guy M, Cecilia B, Héctor B, Geert-Jan G, Veli-Pekka H, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). *European Heart Journal*. 2020

Jan 21;41(4):543-603. doi: 10.1093/eurheartj/ehz405.

5. Giordano NJ, Jansson PS, Young MN, Hagan KA, Kabrhel C. Epidemiology, pathophysiology, stratification, and natural history of pulmonary embolism. *Tech Vasc Interv Radiol*. 2017;20(3):135-140. doi: 10.1053/j.tvir.2017.07.002.

6. Zondag W, den Exter PL, Crobach MJT, et al. Comparison of two methods for selection of out of hospital treatment in patients with acute pulmonary embolism. *Thromb Haemost*. 2013;109(01):47-52. doi: 10.1160/TH12-07-0466.

7. Nguyễn Văn Trí, Đinh Thị Thu Hương, Nguyễn Thanh Hiền, và cs. Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam; 2016.

8. Stein PD, Beemath A, Matta F, et al. Clinical characteristics of patients with acute pulmonary embolism: Data from PIONEER II. *Am J Med*. 2007;120(10):871-879. doi: 10.1016/j.amjmed.2007.03.024.

9. 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.

10. Vanni S, Becattini C, Nazerian P, et al. Early discharge of patients with pulmonary embolism in daily clinical practice: A prospective observational study comparing clinical gestalt and clinical rules. *Thromb Res*. 2018;167:37-43. doi: 10.1016/j.thromres.2018.05.008.

11. Quezada CA, Bikdeli B, Villén T, et al. Accuracy and interobserver reliability of the simplified pulmonary embolism severity index versus the hestia criteria for patients with pulmonary embolism. *Acad Emerg Med*.

2019;26(4):394-401. doi: 10.1111/acem.13561.
12. eTrần Sơn Hải, Hoàng Bùi Hải, Phạm
Mạnh Hùng. Vai trò độc lập của thang điểm PESI

giảm lược trong tiên lượng tử vong 30 ngày ở
bệnh nhân Tắc động mạch phổi cấp. *Tạp chí
Tim mạch học Việt Nam*. 2019;số 90:tr.134-40.

Summary

VALUE OF HESTIA AND sPESI SCORES IN PROGNOSIS OF 30-DAY MORTALITY IN PATIENTS WITH ACUTE PULMONARY EMBOLISM

The objective of this study was to compare the prognostic value of within 30-day mortality of Hestia and sPESI scores in patients with acute pulmonary embolism in Vietnam. This was a retrospective descriptive study of 147 patients. During the follow-up period, the overall 30-day mortality rate was 11.6% and the PE-related mortality rate was 3.4%. The two methods sPESI and Hestia together classified 23.8% of patients into the low-risk group with a mortality rate of 0% in this group. The negative predictive value (NPV) and sensitivity for all-cause mortality were 97.14% and 94.12% respectively by sPESI. These values for Hestia were 91.43% and 83.35%, respectively. For PE-related mortality, the two methods share the same sensitivity and negative predictive value of 100%. The predictive value of 30-day all-cause mortality in patients with acute pulmonary embolism of the sPESI model is better than that of the Hestia model.

Keywords: acute pulmonary embolism, mortality, Hestia model, sPESI model.