

TỶ LỆ TỬ VONG 3 THÁNG CỦA BỆNH NHÂN TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI CẤP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phạm Thị Phương Nhi¹, Đỗ Giang Phúc² và Hoàng Bùi Hải^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu đánh giá tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp sau 3 tháng từ chẩn đoán và các yếu tố liên quan. Hồi cứu 174 hồ sơ bệnh nhân có mã ICD là tắc động mạch phổi cấp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2019 đến 5/2024. Nghiên cứu thu thập được 114 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $61,3 \pm 17,4$. Tỷ lệ tử vong tại viện là 7,1%; tỷ lệ tử vong sau 3 tháng là 20,2%, trong đó 5,1% liên quan trực tiếp đến tắc động mạch phổi. Chỉ số bệnh kèm Charlson trung bình của nhóm tử vong ($7,3 \pm 3,6$) cao hơn nhóm sống ($3,5 \pm 2,7$) (95% CI: 2,33 - 5,23). Số trong 24 giờ đầu có nguy cơ tử vong trong 3 tháng cao hơn nhóm không số (95% CI: 1,26 - 11,02). Nghiên cứu kết luận tỷ lệ tử vong sau 3 tháng do mọi nguyên nhân là 20,2%, trong đó 5,1% liên quan đến tắc động mạch phổi. Chỉ số bệnh kèm Charlson và tình trạng số 24 giờ đầu là các yếu tố tiên lượng độc lập cho tử vong 3 tháng.

Từ khóa: Tắc động mạch phổi cấp, thuyên tắc phổi, kết quả điều trị 3 tháng, tử vong 3 tháng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch phổi là một trong những bệnh lí thuyên tắc - huyết khối gây tử vong hàng đầu và để lại những di chứng về mặt chức năng và tâm lý dài hạn cho người bệnh. Tần suất mắc bệnh thay đổi: tại Mỹ, khoảng 23/100.000 dân năm 2003 tăng lên 65/100.000 dân năm 2012.¹ Tử vong do tắc động mạch phổi cấp có xu hướng giảm theo thời gian, mặc dù vậy, vẫn có khoảng 30% bệnh nhân tử vong trong năm đầu sau chẩn đoán.² Cho đến thập kỷ gần đây nhất, các nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng hầu hết vẫn tập trung vào quản lý giai đoạn cấp nội viện nhằm cứu sống bệnh nhân, hạn chế tử vong ngắn hạn (tại viện hay trong vòng 30 ngày đầu sau chẩn đoán).³

Trên thế giới, bước đầu đã có công bố từ các công trình nghiên cứu lớn về quản lý dài

hạn bệnh nhân tắc động mạch phổi. Sau khi sống sót ra viện, bệnh nhân được điều trị kéo dài với thuốc chống đông đường uống ít nhất 3 tháng và phải đối diện với các vấn đề liên quan chảy máu do thuốc chống đông, thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch tái phát, mắc mới các bệnh lí tim mạch, hay hạn chế chức năng kéo dài.⁴ Trong đó, người bệnh có sự thay đổi liên quan suy giảm chức năng thất phải tiềm tàng, rối loạn huyết động tại tuần hoàn phổi, rối loạn trao đổi khí tại phổi mà biểu hiện là triệu chứng kém dung nạp với vận động gắng sức, khó thở kéo dài, hạn chế chức năng thường ngày và suy giảm chất lượng sống.⁴

Tại Việt Nam, một số chỉ số theo dõi ngắn – trung hạn sau đợt tắc động mạch phổi cấp đã được nghiên cứu và báo cáo: tỷ lệ tử vong tại thời điểm 1 tháng là 11,6%, 18,4% bệnh nhân có giãn thất phải và 10% bệnh nhân có chỉ số đường kính thất phải/ thất trái > 1 sau 3 tháng điều trị chống đông.^{5,6} Tuy nhiên, chưa có công bố nào liên quan tử vong và kết cục lâm sàng tại thời điểm 3 tháng sau chẩn đoán tắc động

Tác giả liên hệ: Hoàng Bùi Hải

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: hoanqbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 22/07/2024

Ngày được chấp nhận: 20/08/2024

mạch phổi cấp. Vì vậy nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xác định tỷ lệ tử vong tại thời điểm 3 tháng sau chẩn đoán và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tử vong 3 tháng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh án điều trị tại khoa Cấp cứu và hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 2019 đến 2024 đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau đây:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi ≥ 18 .
- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định TĐMP dựa vào triệu chứng lâm sàng nghi ngờ và hình ảnh cắt lớp vi tính động mạch phổi, điều trị tại bệnh viện theo phác đồ của Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam.^{7,8}

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân bỏ điều trị.
- Mất liên lạc với bệnh nhân hoặc người nhà.
- Không đủ dữ liệu cần thiết.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian hồi cứu số liệu: 01/2019 - 05/2024.

- Địa điểm: Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Cỡ mẫu nghiên cứu

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

Phương pháp thu thập số liệu

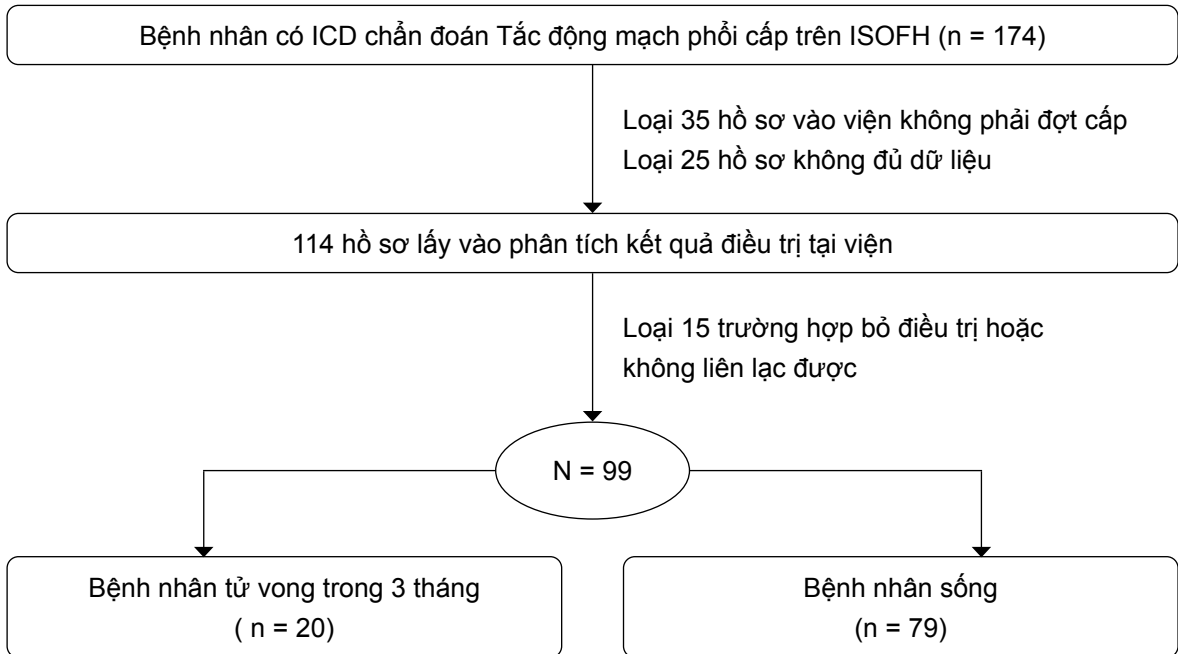
Danh sách bệnh nhân được chọn lọc từ hệ thống bệnh án điện tử theo mã ICD: I26, I26.0, I26.9. Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án theo mục tiêu nghiên cứu và bộ câu hỏi.

Đánh giá tình trạng sống còn và các kết quả điều trị sau 3 tháng của bệnh nhân:

- Các ca bệnh nặng xin về được xác nhận lại qua điện thoại cho người nhà, ghi nhận rõ thời điểm tử vong.

- Các bệnh nhân ổn định ra viện hoặc chuyển viện: nghiên cứu viên liên lạc với người nhà hoặc bệnh nhân qua số điện thoại được cung cấp trong bệnh án điện tử. Xác nhận thời điểm tử vong trong vòng 3 tháng (nếu có) hoặc phỏng vấn một số thông tin theo thiết kế bộ câu hỏi.

- Với các ca bệnh được xác nhận có tái khám sau 3 tháng điều trị: kết quả tái khám được tìm lại trên hệ thống bệnh án điện tử của bệnh viện hoặc nhờ người nhà cung cấp bằng hình ảnh gửi qua tin nhắn cho nghiên cứu viên.



Sơ đồ 1. Sơ đồ nghiên cứu

Các biến nghiên cứu chính

Chẩn đoán tắc tắc động mạch phổi cấp: Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ ≤ 14 ngày và cắt lớp vi tính động mạch phổi (ĐMP) có hiện diện huyết khối ở ĐMP hoặc một trong các nhánh của nó.⁷

Khó thở: Khi tần số thở ≥ 25 lần/phút và/ hoặc $\text{SaO}_2 < 92\%$.

Tử vong 3 tháng liên quan TĐMP cấp là: Bệnh nhân tử vong với diễn biến lâm sàng phù hợp với biểu hiện của tắc động mạch phổi cấp trong vòng 90 ngày kể từ thời điểm chẩn đoán mà nguyên nhân khác ít khả năng hơn.

Tử vong 3 tháng do mọi nguyên nhân: Tử vong trong vòng 90 ngày kể từ thời điểm chẩn đoán mà không có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ do tắc động mạch phổi nguy cơ cao hoặc tắc động mạch phổi là nguyên nhân phối hợp, ví dụ: sốc nhiễm khuẩn, sốc mất máu, liên quan bệnh nền.

Tái nhập viện: Trong vòng 3 tháng sau chẩn đoán bệnh nhân phải đến viện vì có triệu chứng

bất thường hoặc nặng hơn các triệu chứng đã có và được nhập viện điều trị.

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, bao gồm TĐMP và/ hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới tái phát: trong vòng 3 tháng sau chẩn đoán bệnh nhân nhập viện trở lại và được chẩn đoán mới TĐMP và/ hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD).

Huyết khối ĐMP tồn dư trên phim chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi (CTPA): Thời điểm 3 tháng sau chẩn đoán bệnh nhân được chụp CTPA và xác định hình ảnh huyết khối ĐMP từ lần chẩn đoán 3 tháng trước còn tồn dư trên phim mà không có sự hiện diện huyết khối mới.

Suy chức năng thất phải trên siêu âm tim: Siêu âm tim tại thời điểm 3 tháng sau chẩn đoán và có bằng chứng của suy thất phải, bao gồm: giãn thất phải trên mặt cắt cạnh ức trực dài hoặc tỉ lệ đường kính thất phải/thất trái > 1 trên mặt cắt 4 buồng từ mỏm, vách liên thất dẹt trên mặt cắt cạnh ức trực ngắn, dấu hiệu 60/60 (thời gian tổng máu phổi AcT $< 60\text{ms}$ và chênh

áp qua van 3 lá thời kỳ tâm thu đạt đỉnh tăng < 60ms, TAPSE < 16mm trên M-mode, giảm tốc độ tổng máu qua vòng van 3 lá đỉnh tâm thu (S') < 9,5 cm/s.³

Tăng áp ĐMP trên siêu âm tim: Siêu âm tim tại thời điểm 3 tháng sau chẩn đoán và có bằng chứng của tăng áp ĐMP, bao gồm: tỉ lệ đường kính thất phải/thất trái > 1, vách liên thất dẹt, tĩnh mạch chủ dưới giãn và ít dao động theo hô hấp, RVOT AT < 105ms, RVFA giảm < 35%, TAPSE < 18mm, S' < 9,5 cm/s, tốc độ trào ngược qua van ba lá đỉnh (peak TRV) > 2,8m/s, TAPSE/sPAP < 0,55, tràn dịch màng ngoài tim.⁹

Các chẩn đoán mới của bệnh lí tim mạch: bệnh nhân tái khám hoặc nhập viện trở lại trong vòng 3 tháng sau chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp và được chẩn đoán mới các bệnh lí như bệnh động mạch vành, nhồi máu não hoặc cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua, bệnh động mạch ngoại biên và bệnh động mạch chủ.

Xử lý số liệu

Bằng phần mềm thống kê y học. Kết quả được biểu diễn bằng tỷ lệ phần trăm, trung bình ± độ lệch chuẩn, trung vị nếu biến phân bố không chuẩn. Kiểm định tỷ lệ 2 nhóm bằng test

Chi bình phương hoặc Fisher Exact's Test nếu $\geq 20\%$ giá trị mong đợi trong các ô < 5. Kiểm định 2 trung bình bằng Independent sample T-test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Phân tích hồi quy logistic đơn biến, đa biến Binary Logistic để xác định yếu tố tiên lượng tử vong độc lập.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu hồi cứu, số liệu được thu thập dựa trên bệnh án điện tử và qua phỏng vấn sau 3 tháng điều trị, không làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị. Mọi thông tin về bệnh nhân được đảm bảo bí mật, phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thu thập được 114 bệnh nhân được chẩn đoán xác định TĐMP cấp với 99 ca thu thập được thông tin qua phỏng vấn và hồ sơ tái khám. Tử vong trong vòng 3 tháng được xác định trên 20/99 trường hợp. Còn lại 79 bệnh nhân sống đến 3 tháng, thu thập được 47/79 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ để đưa vào phân tích kết quả điều trị sau 3 tháng.

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 114)

Đặc điểm		Trung bình ± SD	Min - Max
Tuổi		61,3 ± 17,4	18 - 92
Điểm Charlson		4,3 ± 3,2	0 - 15
Điểm PESI		109,1 ± 49,4	26 - 255
Điểm sPESI		1,5 ± 1,2	0 - 4
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	57	50,0
	Nữ	57	50,0

Đặc điểm	Trung bình \pm SD	Min - Max	
Bệnh kèm suy tim	17	14,9	
Bệnh kèm ung thư	39	34,2	
Bệnh kèm bệnh phổi mạn	9	7,9	
Bất động (< 1 tháng gần đây)	23	20,2	
Sau mổ (< 1 tháng gần đây)	28	24,6	
Chấn thương	12	10,5	
Phân mức độ nặng tắc ĐMP	Nguy cơ cao	21	18,4
	Nguy cơ TB - cao	19	16,7
	Nguy cơ TB - thấp	46	40,4
	Nguy cơ thấp	28	24,6
Thay đổi tri giác	14	12,3	
Sốc	24	21,1	
Khó thở (T0*)	70	61,4	
Đau ngực (T0*)	49	43,0	
Phù 1 chân (T0*)	25	21,9	
Thở máy xâm nhập (T0*)	17	14,9	
Giãn, suy thất phải (T0*) (n = 112)	35	30,7	
HKTMSCD kèm theo (n = 106)	47	41,2	
Điều trị tiêu sợi huyết	15	13,2	
Lấy huyết khối qua thông tim	1	0,9	

*T0: 24h đầu thời điểm chẩn đoán; HKTMSCD: Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới; PESI: Pulmonary embolism severity index, chỉ số nặng tắc động mạch phổi; sPESI: simplified Pulmonary embolism severity index, chỉ số nặng tắc động mạch phổi rút gọn; ĐMP: động mạch phổi.

Tuổi trung bình $61,3 \pm 17,4$, tỷ lệ nam nữ tương đương, tắc động mạch phổi nguy cơ trung bình thấp chiếm đa số (40,4%), 30% bệnh nhân giãn, suy thất phải thời điểm chẩn đoán, 13,2% bệnh nhân được điều trị tiêu sợi huyết.

2. Kết quả điều trị tại thời điểm 3 tháng sau chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp

Bảng 2. Một số kết quả điều trị tại thời điểm 3 tháng sau chẩn đoán tắc động mạch phổi cấp

Biến số		n	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tử vong	Tại viện		7	7,1
	Trong vòng 3 tháng			
	Do mọi nguyên nhân	99 ^a	20	20,2
	Liên quan tắc ĐMP		5	5,1
	Sốc nhiễm khuẩn – suy đa tạng		2	2,0
	Không rõ nguyên nhân		13	13,1
Tái nhập viện	Do mọi nguyên nhân		13	16,5
	Do các bệnh lí tim mạch		1	1,3
	Do bệnh nền ung thư	79 ^b	7	8,9
	Tai biến chảy máu liên quan thuốc chống đông		3	3,8
	Nguyên nhân khác		4	5,1
TĐMP tái phát		1	3,4	
Huyết khối ĐMP tồn tại kéo dài trên phim chụp CTPA	29 ^c	10	34,4	
Suy chức năng thất phải trên siêu âm tim		4	9,5	
Tăng áp động mạch phổi trên siêu âm tim	42 ^d	14	33,3	

Ghi chú:

a) Số bệnh nhân đủ dữ liệu nghiên cứu cần thiết; b) Số bệnh nhân sống; c) Số bệnh nhân được chụp phim cắt lớp vi tính động mạch phổi tại đúng thời điểm tái khám 3 tháng; d) số bệnh nhân được siêu âm Doppler tại đúng thời điểm tái khám 3 tháng.

Tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân tại viện

là 7,1%, tại thời điểm 3 tháng sau đợt cấp tắc động mạch phổi là 20,2%, trong đó tử vong liên quan tắc động mạch phổi cấp là 5,1%. 7/29 bệnh nhân còn tồn tại huyết khối trên phim chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi sau 3 tháng. 1/3 bệnh nhân có tăng áp động mạch phổi trên siêu âm tim sau 3 tháng.

3. Phân tích yếu tố liên quan tử vong 3 tháng**Bảng 3. Một số yếu tố liên quan tử vong 3 tháng**

Đặc điểm	Tử vong (n = 20)	Sống (n = 79)	p	OR (CI95%)*
Tuổi (TB ± SD)	66,4 ± 16,1	60,3 ± 17,3	0,152	1,023 (-0,289 - 14,257)*
Điểm Charlson (TB ± SD)	7,3 ± 3,6	3,5 ± 2,7	0,000	1,463 (2,333 - 5,229)*

Đặc điểm	Tử vong (n = 20)	Sống (n = 79)	p	OR (CI95%)
Điểm PESI (TB ± SD)	139,8 ± 42,2	102,0 ± 45,8	0,003	1,017 (15,374 - 60,226)*
Điểm sPESI (TB ± SD)	2,15 ± 0,93	1,39 ± 1,19	0,001	1,747 (0,255 - 1,261)*
Bệnh kèm suy tim (n,%)	5 (33,3)	10 (66,7)	0,177	
Bệnh kèm ung thư (n,%)	12 (36,4)	21 (63,6)	0,007	4,14 (1,487 - 11,540)*
Bệnh kèm bệnh phổi mạn (n,%)	1 (12,5)	7 (87,5)	1,000	
Tình trạng bất động (n,%)	8 (36,4)	14 (63,6)	0,067	
Sau mổ (n,%)	4 (18,2)	18 (81,8)	1,000	
Thay đổi tri giác (n,%)	5 (41,7)	7 (58,3)	0,062	
Sốc (n, %)	8 (40,0)	12 (60,0)	0,025	3,72 (1,26 - 11,02)*
Khó thở (T0#) (n, %)	18 (30,0)	42 (70,0)	0,001	7,929 (1,72 - 36,48)*
Thở máy xâm nhập (T0#) (n,%)	6 (40,0)	9 (60,0)	0,073	
Giãn, suy thất phải (T0#) (n,%)	6 (19,4)	25 (80,6)	1,000	
HKTMSCD kèm theo (n,%)	8 (17,4)	38 (82,6)	0,592	

*Hồi quy đơn biến, #T0: 24h đầu thời điểm chẩn đoán

Chỉ số bệnh kèm Charlson, điểm PESI, điểm sPESI, bệnh kèm ung thư, sốc, triệu chứng khó thở thời điểm chẩn đoán là các yếu tố liên quan tử vong 3 tháng.

Bảng 4. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố có liên quan với tử vong 90 ngày

Yếu tố	OR	CI95%	p
Điểm Charlson	1,522	1,167 - 1,984	0,002
Điểm PESI	0,993	0,970 - 1,107	0,586
Điểm sPESI	0,613	0,243 - 1,545	0,299
Bệnh kèm ung thư	2,718	0,621 - 11,886	0,184
Khó thở (T0*)	4,181	0,641 - 27,284	0,135
Sốc (T0*)	10,960	1,504 - 79,853	0,018

*T0: 24h đầu thời điểm chẩn đoán

IV. BÀN LUẬN

Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam tiến hành các đánh giá bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp sau 3 tháng. Với 114 hồ sơ chẩn đoán xác định TĐMP cấp lần đầu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong hơn 5 năm, nghiên cứu loại 15 trường hợp không liên lạc được để xác nhận tình trạng sống còn, do đó tỷ lệ tử vong 3 tháng được tính trên tổng 99 trường hợp.

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $61,3 \pm 17,4$, trong đó tuổi trung bình nhóm tử vong cao hơn nhóm sống ($66,4 \pm 16,1$ so với $60,3 \pm 17,3$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê; tỷ lệ nam/nữ là 1/1.

Tử vong tại viện chiếm 7,1%, tỷ lệ tử vong 3 tháng do mọi nguyên nhân chiếm 20,2%, trong đó tử vong liên quan TĐMP cấp chiếm 5,1%. So sánh với một số tác giả khác trên thế giới, tử vong 3 tháng do mọi nguyên nhân cao hơn theo kết quả nghiên cứu của Paul L denExter (2014):¹⁰ 6,5 - 10,7%; nhưng tương đồng với kết quả của Marisa Peris năm 2021: 22,0%.¹¹ Tỷ lệ tử vong do tắc động mạch phổi chỉ chiếm 1,7% theo Marisa Peris.¹¹

Chỉ số bệnh kèm Charlson (CCI), bao gồm các thành tố liên quan tuổi, các bệnh mạn tính, bệnh mô liên kết, bệnh ác tính, suy giảm miễn dịch, là thang điểm dùng để ước tính tỷ lệ sống sót 10 năm ở người có nhiều bệnh kèm. Trong quần thể bệnh nhân tắc động mạch phổi, CCI đã được chứng minh là yếu tố tiên lượng tử vong độc lập: cứ tăng 1 điểm, tử vong 90 ngày tăng 1,28 lần (95%CI: 1,151 - 1,429, $p < 0,001$) đối với các bệnh nhân cao tuổi tắc động mạch phổi cấp có huyết động ổn định.¹² Trong nghiên cứu của chúng tôi, CCI trung bình nhóm tử vong cao hơn nhóm sống ($7,3 \pm 3,6$ so với $3,5 \pm 2,7$), nguy cơ tử vong tăng 1,46 lần với 1 điểm tăng CCI (95%CI: 2,33 - 5,23, $p < 0,001$).

Thang điểm PESI và PESI đơn giản hóa (sPESI) đã được chứng minh là công cụ có giá trị tiên đoán tử vong sớm (30 ngày).⁸ Trong nghiên cứu này, chúng tôi tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của điểm PESI và sPESI trung bình giữa 2 nhóm tử vong và sống. Tuy nhiên, khi đưa vào mô hình phân tích hồi quy đa biến, PESI và sPESI không chứng minh được giá trị tiên lượng độc lập cho tử vong 3 tháng.

Tụt huyết áp cần sử dụng vận mạch rõ ràng đã được chứng minh là yếu tố tiên lượng tử vong độc lập để có thể trở thành yếu tố quyết định trong phân tầng nguy cơ tử vong sớm do tắc động mạch phổi bởi Hội Tim mạch châu Âu (ESC) 2019.⁸ Đối với tử vong 3 tháng, theo Wicki J, huyết áp tâm thu $< 100\text{mmHg}$ có liên quan với kết cục bất lợi thời điểm 3 tháng, trong đó có tử vong.¹³ Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có sốc có nguy cơ tử vong trong 3 tháng cao hơn 3,7 lần so với không sốc (95%CI: 3,722 (1,257-11,018)) và là yếu tố tiên lượng tử vong 3 tháng độc lập.

Một số yếu tố nguy cơ tử vong khác như bệnh kèm ung thư, bệnh kèm tim mạch hoặc bệnh phổi mạn, thở máy xâm nhập, HKTMSCD đi kèm đã được chứng minh bởi nhiều nghiên cứu lớn trên thế giới.^{10,13-15} Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra mối liên quan của các yếu tố: bệnh kèm ung thư và khó thở với tử vong thời điểm 3 tháng, tuy nhiên không tìm thấy mối liên quan đối với các yếu tố như bệnh kèm suy tim, bệnh phổi mạn, thở máy xâm nhập, giãn và/hoặc suy thất phải hay có HKTMSCD đi kèm.

Như vậy, qua phân tích 99 trường hợp tắc động mạch phổi cấp, chúng tôi tìm thấy các yếu tố tiên lượng độc lập cho tử vong 3 tháng bao gồm chỉ số bệnh kèm Charlson và tụt huyết áp cần điều trị vận mạch 24h đầu thời điểm chẩn đoán.

Đây là một nghiên cứu hồi cứu, do đó hạn chế lớn nhất của nghiên cứu này là thiếu dữ liệu và sai số nhớ lại. Các trường hợp không xác nhận được tình trạng sống còn do mất liên lạc có thể làm ảnh hưởng tỷ lệ tử vong 90 ngày thực tế. Nhiều trường hợp không được đánh giá hình ảnh học khi tái khám. Chúng tôi đề xuất thực hiện các nghiên cứu tiến cứu trong tương lai với chương trình quản lý bệnh nhân ngoại trú một cách có chiến lược và toàn diện để đánh giá đúng tình trạng bệnh nhân, từ đó phát triển các điều chỉnh về điều trị và chỉ số theo dõi trung - dài hạn sau ra viện.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, với tỷ lệ tử vong 3 tháng do mọi nguyên nhân chiếm 20,2%, trong đó liên quan tắc động mạch phổi cấp là 5,1%. Chỉ số bệnh kèm Charlson và tình trạng sốc 24h đầu chẩn đoán là các yếu tố tiên lượng độc lập cho tử vong 3 tháng trên bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Smith SB, Geske JB, Kathuria P, et al. Analysis of National Trends in Admissions for Pulmonary Embolism. *Chest*. 2016; 150(1): 35-45. doi:10.1016/j.chest.2016.02.638.
2. Næss IA, Christiansen SC, Romundstad P, Cannegieter SC, Rosendaal FR, Hammerstrøm J. Incidence and mortality of venous thrombosis: a population-based study. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2007; 5(4): 692-699. doi:10.1111/j.1538-7836.2007.02450.x.
3. 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 Respir J*. 2019; 54(3): 1901647. doi:10.1183/13993003.01647-2019.

4. Klok FA, Ageno W, Ay C, et al. Optimal follow-up after acute pulmonary embolism: a position paper of the European Society of Cardiology Working Group on Pulmonary Circulation and Right Ventricular Function, in collaboration with the European Society of Cardiology Working Group on Atherosclerosis and Vascular Biology, endorsed by the European Respiratory Society. *Eur Heart J*. 2022; 43(3): 183-189. doi:10.1093/eurheartj/ehab816.

5. Đỗ Giang Phúc Lê Thị Quỳnh Trang, Hoàng Bùi Hải. 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. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022; 156(8): 111-119. doi:https://doi.org/10.52852/tcncyh.v156i8.1006.

6. Ngô Thị Nhàn, Lê Văn Cường, Nguyễn Ngọc Quang, Hoàng Bùi Hải. Đánh giá thay đổi trên siêu âm Doppler tim sau 3 tháng điều trị ở bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 12-2020. Số 134 (10): 16 - 21.

7. Nguyễn Văn Trí, Đinh Thị Thu Hương, Nguyễn Văn Hiền. Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch của Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam. Nhà xuất bản Y học. 2016.

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). *European Heart Journal*. 2020;41(4):543-603. doi:10.1093/eurheartj/ehz405

9. Humbert M, Kovacs G, Hoeper MM, et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. *Eur Respir J*. 2023; 61(1): 2200879. doi:10.1183/13993003.00879-2022

10. den Exter PL, van der Hulle T, Lankeit M, Huisman MV, Klok FA. Long-term clinical course of acute pulmonary embolism. *Blood Rev.* 2013; 27(4): 185-192. doi:10.1016/j.blre.2013.06.003.
11. Peris M, López-Nuñez JJ, Maestre A, et al. Clinical characteristics and 3-month outcomes in cancer patients with incidental versus clinically suspected and confirmed pulmonary embolism. *Eur Respir J.* 2021; 58(1): 2002723. doi:10.1183/13993003.02723-2020.
12. Polo Friz H, Corno V, Orenti A, et al. Comorbidity assessment as predictor of short and long-term mortality in elderly patients with hemodynamically stable acute pulmonary embolism. *J Thromb Thrombolysis.* 2017; 44(3): 316-323. doi:10.1007/s11239-017-1540-y.
13. Wicki J, Perrier A, Perneger TV, Bounameaux H, Junod AF. Predicting adverse outcome in patients with acute pulmonary embolism: a risk score. *Thromb Haemost.* 2000; 84(4): 548-552.
14. Klok FA, Zondag W, van Kralingen KW, et al. Patient outcomes after acute pulmonary embolism. A pooled survival analysis of different adverse events. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010; 181(5): 501-506. doi:10.1164/rccm.200907-1141OC.
15. Zeng W, Xu B, Wang X, et al. Identification of Prognostic Factors for Recurrence and Mortality in Patients With Acute Pulmonary Embolism. *The Heart Surgery Forum.* 2022; 25: E812-E821. doi:10.1532/hsf.4971.

Summary

MORTALITY RATE OF PATIENTS WITH ACUTE PULMONARY EMBOLISM AND RELATED FACTORS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

This study evaluated the three-month mortality rate and associated factors in patients with acute pulmonary embolism (PE) from the time of diagnosis. A retrospective review was conducted on 174 patient records with ICD codes for acute PE at Hanoi Medical University Hospital from January 2019 to May 2024. Data were collected from 114 patients with an average age of 61.3 ± 17.4 years. The in-hospital mortality rate was 7.1%, while the three-month mortality rate was 20.2%, of which 5.1% were directly related to PE. The mean Charlson Comorbidity Index in the deceased group (7.3 ± 3.6) was higher than in the surviving group (3.5 ± 2.7) (95% CI: 2.33 - 5.23). Patients with shock within the first 24 hours had higher risk of three-month mortality compared to those without shock (95% CI: 1.26 - 11.02). The study concluded that the three-month all-cause mortality rate was 20.2%, with 5.1% directly related to PE. The Charlson Comorbidity Index and the presence of shock within the first 24 hours were independent prognostic factors for three-month mortality.

Keywords: Acute pulmonary embolism, pulmonary embolism, three-month treatment outcome, three-month mortality.