

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI CẤP Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI

Tô Hoàng Dương^{1,3}, Nguyễn Thế Anh¹, Đỗ Giang Phúc^{2,3}
và Hoàng Bùi Hải^{2,3,✉}

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Mục tiêu của nghiên cứu là bước đầu đánh giá kết quả, tính an toàn phác đồ của Hội Tim mạch Việt Nam năm 2022 trong điều trị tắc động mạch phổi cấp ở người cao tuổi. Mô tả tiến cứu so sánh kết quả trước và sau điều trị. Nghiên cứu thu thập được 50 bệnh nhân, tuổi trung bình là 71,5 ± 6,07; nam 52%. Nguy cơ tử vong cao 14% và 86% nguy cơ trung bình và thấp. Điều trị bằng tiêu sợi huyết ở 16%, bằng chống đông đơn thuần ở 84%. Triệu chứng lâm sàng cải thiện sau điều trị, khó thở: 29,7%; nhịp tim nhanh: 12,8% và đau ngực: 8,2%; chỉ số nặng: 12,7 ± 6,7 xuống 5,2 ± 1,3; áp lực động mạch phổi: 45,3 ± 12,7 xuống 32,7 ± 9,3mmHg và tỷ lệ tử vong tại bệnh viện 6%, cộng dồn là 10% sau 1 tháng, xuất huyết tiêu hoá 2%, xuất huyết dưới da, tiểu máu 4%. Nghiên cứu cho thấy kết quả điều trị tắc động mạch phổi cấp ở người cao tuổi tử vong chung sau 1 tháng là 10%, cải thiện triệu chứng tốt, không gặp các biến chứng nặng hoặc nguy kịch.

Từ khóa: Tắc động mạch phổi cấp, người cao tuổi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch phổi là một dạng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch cùng với huyết khối tĩnh mạch sâu là một bệnh lý tim mạch thường gặp đứng thứ ba sau nhồi máu cơ tim và đột quỵ não. Tỷ lệ mắc mới hằng năm từ 39 – 115 trên 100.000 dân; và tỷ lệ tử vong do tắc động mạch phổi từ 2 – 8%.¹

Ở người bệnh cao tuổi (> 60 tuổi), có nhiều yếu tố nguy cơ tắc động mạch phổi cấp như: bất động, phẫu thuật chi dưới, ung thư, suy tim... Mặt khác, sự già hoá dân số và tăng tuổi thọ khiến tỷ lệ người cao tuổi trên thế giới và Việt Nam tăng nhanh trong thời gian qua. Do đó, các bệnh lý trong đó có tắc động mạch phổi ở người cao tuổi ngày càng cần được quan tâm.^{1,2}

Điều trị tắc động mạch phổi cấp nói chung và trên đối tượng bệnh nhân cao tuổi nói riêng đã được thường xuyên cập nhật trong các phác đồ gần đây như của: hội Tim mạch châu Âu (ESC) năm 2014, và cập nhật mới năm 2019; sau đó Hội tim mạch Việt nam đã đưa ra phác đồ năm 2016 và cập nhật mới năm 2022. Điểm chính là vai trò của các thuốc chống đông đường uống không phải kháng vitamin K (NOACs) và vai trò của việc sử dụng thuốc tiêu sợi huyết liều thấp (0,6 mg/kg truyền tĩnh mạch trong 15 – 20 phút).³⁻⁵

Việc nghiên cứu đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ điều trị tắc động mạch phổi cấp của Hội Tim mạch Việt Nam năm 2022 trên đối tượng người bệnh cao tuổi là cần thiết. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Bước đầu đánh giá kết quả điều trị tắc động mạch phổi cấp ở bệnh nhân cao tuổi”, nhằm mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ của Hội Tim mạch Việt Nam năm 2022

Tác giả liên hệ: Hoàng Bùi Hải

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 20/09/2024

Ngày được chấp nhận: 21/11/2024

trong điều trị tắc động mạch phổi cấp ở bệnh nhân cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân trên 60 tuổi.
- Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định tắc động mạch phổi bằng chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi bởi bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh.⁴
- Diễn biến bệnh từ lúc có triệu chứng đến lúc được chẩn đoán trong vòng 02 tuần.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân không đến khám lại và được đánh giá đầy đủ sau 01 tháng ra viện.
- Bệnh nhân, hoặc người nhà bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả tiến cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ 01/01/2023 đến 31/12/2023.
- Địa điểm: Bệnh viện Đại học Y Hà Nội; Bệnh viện Hữu Nghị.

Cỡ mẫu nghiên cứu

- Cỡ mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ mẫu, dữ liệu được thu thập theo trình tự thời gian.

Phương pháp thu thập số liệu

- Đây là nghiên cứu tiến cứu, các bệnh nhân được lập danh sách, các thông tin nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Bệnh nhân nghi ngờ tắc động mạch phổi cấp trên lâm sàng được chụp MsCT động mạch phổi. Kết quả được đọc bởi bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, hoặc bệnh viện Hữu Nghị.

- Bệnh nhân được chẩn đoán là tắc động mạch phổi cấp khi trên MsCT có huyết khối ở bất cứ nhánh nào của động mạch.

- Tính chỉ số nặng: Chỉ số nặng = $\Sigma (n.d)/40 \times 100$

Trong đó:

+ n = số nhánh phân đoạn phát sinh ở xa (tối thiểu, 1; tối đa, 20).

+ d = mức độ tắc nghẽn (tối thiểu, 0; tối đa, 2).

+ Cây động mạch của mỗi phổi được phân thành 10 động mạch phân đoạn (ba đến thùy trên, hai đến thùy giữa và thùy lưới, và năm đến thùy dưới).

+ Giá trị của n dao động từ tối thiểu là 1 (tắc nghẽn một đoạn) đến tối đa là 20 (tắc nghẽn cả động mạch phổi phải và trái). Các giá trị của d được ấn định để cung cấp thông tin về tưới máu ở xa vị trí thuyên tắc.

+ Chỉ số cản trở CT tối đa là $(20 \text{ đoạn} \times 2)$ và tổng tích $\Sigma (n \times d)$ chia cho 40 rồi nhân với 100 theo công thức $\{[\Sigma (n \times d) / 40] \times 100\}$.

Bước 2: Đánh giá siêu âm tim và các chỉ số tim: Troponin T và Pro BNP

Bước 3: Phân loại tắc động mạch phổi cấp theo Hội tim mạch châu Âu khuyến cáo năm 2019. Sử dụng các thông số sau đây:¹

| Tình trạng huyết động | Nguy cơ tử vong sớm | Sốc hoặc tụt huyết áp | PESI III-IV hoặc sPESI ≥ 1 | Dấu hiệu rối loạn chức năng thất phải trên lâm sàng và hình ảnh học | Dấu ấn sinh học tim |
|-----------------------|---------------------|-----------------------|---------------------------------|---|-----------------------------|
| Rối loạn | Cao | + | + | + | + |
| Không rối loạn | Trung bình | Cao | - | + | Cả 2 yếu tố đều dương tính |
| | | Thấp | - | + | 1 trong 2 yếu tố dương tính |
| | Thấp | - | - | Âm tính | |

Bước 4: Điều trị (Phác đồ của hội Tim mạch Việt Nam năm 2022).

a. Điều trị đặc hiệu:

1. Phác đồ điều trị tắc động mạch phổi cấp nguy cơ tử vong trung bình và thấp:

- Bệnh nhân có mức lọc cầu thận ≥ 30 ml/p: Enoxaparin 1 mg/kg/12h tiêm dưới da; sau đó chuyển Rivaroxaban đường uống 15 mg/12h x 21 ngày, sau đó duy trì, 20 mg/24h.

- Bệnh nhân có mức lọc cầu thận < 30 ml/p: Heparin bolus 80UI/kg tĩnh mạch, duy trì 18 UI/kg/h, mục tiêu đạt APPT bệnh/ chứng 1,5 – 2,3; kết hợp gói thuốc kháng vitamin K, mục tiêu đạt INR đạt 2 – 3.

- Xét dùng thuốc tiêu sợi huyết cứu vãn khi bệnh nhân có xu hướng không ổn định

2. Phác đồ điều trị tắc động mạch phổi cấp nguy cơ tử vong cao:

- Heparin bolus 80UI/kg tĩnh mạch, duy trì 18 UI/kg/h; dùng Heparin trước và dùng lại sau khi dùng thuốc tiêu sợi huyết 30 phút, mục tiêu đạt APPT bệnh/ chứng 1,5 – 2,3.

- Tiêu sợi huyết bằng Actylise liều 0,6 mg/kg truyền tĩnh mạch trong vòng 15 phút

- Sau đó, khi bệnh nhân ổn định.

+ Bệnh nhân có mức lọc cầu thận ≥ 30 ml/p: Rivaroxaban đường uống 15 mg/12h x 21 ngày, sau đó duy trì, 20 mg/24h.

+ Bệnh nhân có mức lọc cầu thận < 30 ml/p: gói thuốc kháng vitamin K, mục tiêu đạt

INR 2 – 3.

b. Điều trị hỗ trợ về hô hấp: thở oxy hoặc thở máy; về tuần hoàn: truyền dịch, thuốc trợ tim, thuốc vận mạch.

Theo dõi và xử trí các biến chứng

- Bệnh nhân được theo dõi tình trạng lâm sàng hằng ngày trong quá trình nằm viện và hẹn khám lại sau một tháng hoặc khi có bất thường, được đánh giá lại siêu âm tim và chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi sau một tháng.

- Xử trí các biến chứng:

+ Theo dõi tình trạng phản vệ do dùng thuốc, xử trí theo phác đồ của Bộ Y tế năm 2017: Solumedrol 80mg tiêm tĩnh mạch, Dimedrol 10mg tiêm bắp, Adrenalin khi có tình trạng sốc.

+ Nếu bệnh nhân có tình trạng phù phổi cấp khi dùng thuốc tiêu sợi huyết: xử trí thở oxy kính hoặc oxy mask, đặt nội khí quản thở máy khi có tình trạng suy hô hấp, tiêm thuốc lợi tiểu Furosemid 40 mg/ lần đường tĩnh mạch, sau đó theo dõi đáp ứng lâm sàng.

+ Theo dõi tình trạng chảy máu trên lâm sàng hằng ngày trong quá trình nằm viện và khi khám lại bệnh nhân. Với các chảy máu nhỏ như xuất huyết dưới da, niêm mạc, chưa cần điều trị, tiếp tục theo dõi. Với các chảy máu lớn: chảy máu gây tử vong hoặc xuất huyết ở các cơ quan quan trọng như nội sọ, chảy máu tạng hoặc chảy máu gây giảm hemoglobin trên 20 g/l hoặc thiếu máu dẫn đến phải truyền lớn hơn 2 đơn vị máu. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi

tính số não, ổ bụng, xét nghiệm máu để chẩn đoán xác định, xử trí: dùng thuốc chống đông và chỉ định truyền khối hồng cầu, chế phẩm Cryo, hội chẩn chuyên khoa ngoại và huyết học.

+ Bệnh nhân được xét nghiệm tế bào máu ngoại vi mỗi 2 – 3 ngày, theo dõi tình trạng giảm tiểu cầu do dùng heparin. Dùng thuốc chống đông khi số lượng tiểu cầu dưới 100.000 tế bào/mm³.

Các biến nghiên cứu chính

- Các thông tin chung: tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ: bất động, ung thư, bệnh tim mạch, hô hấp mạn tính...

- Các triệu chứng lâm sàng: khó thở, thở nhanh, đau ngực, ho ra máu, ngất, nhịp tim nhanh, tụt huyết áp.

- Các dấu hiệu cận lâm sàng: xét nghiệm Troponin T, pro BNP, điện tim, siêu âm tim, siêu âm tĩnh mạch chi dưới, phim chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi.

- Phân tầng nguy cơ tử vong: tổng hợp các yếu tố (tình trạng tụt huyết áp, điểm PEPSI, dấu hiệu suy tim phải trên siêu âm tim hoặc phim chụp cắt lớp vi tính, troponin T).

- Phương pháp điều trị: tiêu sợi huyết, chống đông, hỗ trợ hô hấp, thuốc trợ tim, vận mạch.

- Đánh giá tình trạng lâm sàng: khó thở, đau ngực, nhịp tim, ho ra máu... sau 10 ngày điều trị

hoặc khi bệnh nhân ra viện. Hẹn tái khám sau khi ra viện 01 tháng hoặc khi có bất thường. Chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi và siêu âm tim sau điều trị 01 tháng.

- Ghi nhận các biến chứng: phản vệ, phù phổi, giảm tiểu cầu trong quá trình nằm viện. Biến chứng chảy máu trong khi nằm viện và trong 01 tháng sau khi ra viện.

Xử lý số liệu

Bằng phần mềm nghiên cứu y học SPSS 20.0. Các thuật toán thống kê được áp dụng:

- Tính tỷ lệ phần trăm (%) với các biến định tính.

- Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn.

- So sánh kết quả trước và sau điều trị bằng test ghép cặp.

3. Đạo đức nghiên cứu

- Thông qua hội đồng đạo đức nghiên cứu Y sinh học – Trường Đại học Y Hà Nội: 632/GCN-HĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 26 tháng 4 năm 2023.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu đã thu thập được 50 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu; kết quả như sau:

1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

| Đặc điểm | n = 50 |
|---------------------------------------|-----------------------|
| Tuổi (trung bình, min - max) | 76,5 ± 6,07 (61 - 89) |
| Giới | |
| Nam (n, %) | 26 (52) |
| Nữ (n, %) | 24 (48) |
| Yếu tố nguy cơ TĐMP cấp (n, %) | |
| Bệnh tim mạch mạn tính | 27 (54) |

| Đặc điểm | n = 50 |
|---|---------|
| Bệnh phổi mạn tính | 15 (30) |
| Ung thư | 9 (18) |
| Phẫu thuật hoặc bất động trong vòng 01 tháng | 12 (24) |
| Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới | 5 (10) |
| Vị trí động mạch phổi tắc trên MSCT (n, %) | |
| Thân chung và thùy phổi | 37 (74) |
| Dưới thùy phổi | 13 (26) |
| Phân loại nguy cơ tử vong do TĐMP cấp | |
| Nguy cơ cao | 7 (14) |
| Nguy cơ trung bình | 31 (62) |
| Nguy cơ thấp | 12 (24) |

Tuổi trung bình cao, nam giới nhiều hơn nữ, các yếu tố nguy cơ thường gặp là: bệnh tim mạch mạn tính, bệnh phổi mạn tính và phẫu thuật hoặc bất động trong vòng 01 tháng. Vị trí

tắc động mạch phổi trên MsCT chủ yếu là thân chung và thùy phổi. Nguy cơ trung bình chiếm đa số 63%, nguy cơ cao chiếm 14%.

2. Các biện pháp điều trị

Bảng 2. Các phương pháp điều trị

| Biện pháp điều trị | n = 50 |
|---------------------------------|---------|
| Điều trị đặc hiệu (n, %) | |
| Tiêu sợi huyết + heparin | 8 (16) |
| Heparin + rivaroxaban | 30 (60) |
| Rivaroxaban đơn thuần | 12 (24) |
| Điều trị khác | |
| Thở máy | 9 (18) |
| Dobutamin và các vận mạch khác | 14 (28) |

Điều trị đặc hiệu: chống đông đường tiêm sau đó chuyển đường uống chiếm chủ yếu với 60%, tiêu sợi huyết gặp ở 16% các trường hợp. Các điều trị hồi sức hỗ trợ gồm: 18% phải thở

máy; và 28% phải dùng thuốc trợ tim và các vận mạch khác

3. Kết quả điều trị

Bảng 3. Cải thiện triệu chứng lâm sàng

| Lâm sàng | Lúc vào viện | Khi ra viện hoặc sau 10 ngày điều trị | Ghi chú |
|----------------|----------------|---------------------------------------|---|
| Khó thở | 45/50 (90%) | 14/47 (29,7%) | 03 BN có khó thở lúc vào viện tử vong trước khi đánh giá |
| Nhịp tim nhanh | 28/50 (56%) | 6/47 (12,8%) | 03 BN có khó thở lúc vào viện tử vong trước khi đánh giá |
| Đau ngực | 21/50 (42%) | 4/49 (8,2%) | 01 BN có đau ngực lúc vào viện tử vong trước khi đánh giá |

Các triệu chứng lâm sàng cải thiện sau điều trị.

Bảng 4. Thay đổi chỉ số nặng và áp lực động mạch phổi của BN sau điều trị

| Cận lâm sàng | Lúc vào viện (n = 50) | Sau điều trị 1 tháng (n = 37) | p |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------|
| Chỉ số nặng trên MsCT ĐMP | 12,7 ± 6,7 | 5,2 ± 1,3 | < 0,05 |
| ALĐMP (mmHg) | 43,3 ± 12,7 | 32,7 ± 9,3 | < 0,05 |

Chỉ số nặng trên MsCt ĐMP và áp lực động mạch phổi sau 01 tháng điều trị giảm có ý nghĩa thống kê.

- Tỷ lệ tử vong: tại bệnh viện là 3/50 (6%) và sau 01 tháng là 5/50 (10%).

Bảng 5. Một số biến chứng

| Một số biến chứng (n, %) | (n = 50) |
|--------------------------|----------|
| Xuất huyết dưới da | 2 (4) |
| Tiểu máu | 2 (4) |
| Xuất huyết tiêu hoá | 1 (2) |
| Khác | 0 (0) |

Các biến chứng thường gặp là xuất huyết dưới da, tiểu máu, xuất huyết tiêu hoá: tỷ lệ từ 2 – 4%; không ghi nhận các biến chứng khác như dị ứng, hay sốc phản vệ.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 71,5 ± 6,07, với tỷ lệ nam / nữ là tương đương (52% và 48%) khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tuổi của nhóm nữ cao hơn nhóm nam,

nhưng không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Văn Tân cũng trên đối tượng người cao tuổi có tuổi trung bình cao hơn, với tuổi trung bình là 77,5 ± 6 tuổi.⁶ Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả của tác giả Phí Thị Xuyên: tuổi trung bình 72,7 ± 8,56 tuổi; tuy nhiên, tỷ lệ nam giới thì cao hơn (54% so với 47,4%).⁷

Bệnh lý nền và các yếu tố nguy cơ là vấn đề rất quan trọng trong chẩn đoán và điều trị

tắc động mạch phổi. Trong nghiên cứu này, nổi bật là có từ 30 – 54% bệnh nhân có các bệnh lý tim mạch hoặc bệnh phổi mãn tính kèm theo; có 24% trường hợp có tiền sử phẫu thuật hoặc bất động trong vòng 01 tháng. Tỷ lệ tiền sử ung thư cũng chiếm 18%, và tiền sử huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới chiếm 10%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Phí Thị Xuyên, tỷ lệ mắc các bệnh tim mạch cũng chiếm 36,8%, bệnh phổi mạn là 10,5% thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi.⁷ Với kết quả của tác giả Đỗ Giang Phúc (2022) nghiên cứu đa trung tâm về triệu chứng lâm sàng tắc động mạch phổi cấp, tỷ lệ suy tim là 2,5%; tỷ lệ bệnh phổi mạn là 3,8%.⁸ Điều này có thể lý giải là do quần thể nghiên cứu của chúng tôi trên đối tượng người cao tuổi có nhiều bệnh lý nền, trong đó có các bệnh về tim mạch và hô hấp.

Về vị trí tắc động mạch phổi trên phim cắt lớp vi tính: 74% trường hợp bệnh nhân tắc ở thân chung và thùy phổi; có 26 % tắc ở vị trí dưới phân thùy động mạch phổi. Nghiên cứu của Phí Thị Xuyên chỉ ra có 92,1% trường hợp tắc thân chung và thùy phổi, cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.⁷ Nghiên cứu của Hoàng Bùi Hải có tỷ lệ tắc vị trí thân trung và thùy phổi và 72,9% và dưới phân thùy là 27,1% tương tự nghiên cứu của chúng tôi.⁹

Phân tầng nguy cơ tử vong căn cứ vào các biểu hiện tiền sử bệnh, tuổi, tình trạng huyết động, và các dấu hiệu rối loạn chức năng thất phải trên siêu âm, cắt lớp vi tính và các chỉ dấu sinh học tim theo khuyến cáo của Hội Tim mạch châu Âu.¹ Việc phân loại không chỉ giúp tiên lượng tử vong cho bệnh nhân; mặt khác còn giúp định hướng điều trị cho bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 14% bệnh nhân có huyết động không ổn định, tức là thuộc nhóm nguy cơ cao; 62% thuộc nhóm nguy cơ trung, và có 24% thuộc nhóm nguy cơ tử vong thấp. So sánh với kết

quả nghiên cứu của Phí Thị Xuyên: nhóm nguy cơ cao là 18,4%, nguy cơ trung bình là 63,2%, nguy cơ thấp chiếm 18,4%; chúng tôi nhận thấy sự tương đồng nhóm nguy cơ trung bình, tuy nhiên nhóm nguy cơ tử vong cao của chúng tôi thấp hơn (14% so với 18,4%).⁷ Nghiên cứu của tác giả Đỗ Giang Phúc trên 159 bệnh nhân tắc động mạch phổi cũng chỉ ra tỷ lệ bệnh nhân có sốc tắc nghẽn với mức độ cao hơn, chiếm 28,9%.⁸ Nghiên cứu của Hoàng Bùi Hải, nguy cơ cao chiếm 18,8%, nguy cơ trung bình 20,8% và nguy cơ thấp là 60,4%.⁹ Điều này có thể là do quần thể bệnh nhân được lựa chọn khác nhau, hoặc bệnh nhân được đưa tới viện chậm trễ, khi đã rơi vào tình trạng sốc tắc nghẽn do suy tim phải cấp.

Về mặt phương pháp điều trị: điều trị đặc hiệu bao gồm chống đông là căn bản, có thể dùng đường uống đơn thuần với các bệnh nhân có nguy cơ thấp, hoặc phối hợp đường tiêm sau đó chuyển uống với các đối tượng nguy cơ trung bình. Tiêu sợi huyết là phương pháp điều trị tái thông động mạch phổi cho nhóm đối tượng nguy cơ cao và nhóm đối tượng nguy cơ trung bình cao nhưng có dấu hiệu suy giảm về hô hấp hoặc huyết động sau đó. Ngoài ra, các phương pháp hồi sức như thở máy và dùng thuốc trợ tim hoặc vận mạch là cần thiết để hỗ trợ suy hô hấp và tuần hoàn: trong nghiên cứu của chúng tôi có 18% bệnh nhân phải thở máy và 28% bệnh nhân phải dùng thuốc trợ tim hoặc vận mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi: 16% trường hợp điều trị tiêu sợi huyết, 24% điều trị chống đông đơn thuần còn lại là điều trị chuyển đổi chống đông từ đường tiêm sang đường uống. Nghiên cứu của Hoàng Bùi Hải có 2,1% bệnh nhân điều trị thuốc tiêu sợi huyết, chống đông đường tiêm đơn thuần chiếm 91,7%; có sự khác biệt này là do có một số bệnh nhân trong nghiên cứu này có tụt huyết áp trước khi chẩn đoán, tuy nhiên sau khi chẩn đoán tắc động mạch phổi

bệnh nhân lại cải thiện huyết áp nên được điều trị chống đông đơn thuần.⁹ Nghiên cứu của Phí Thị Xuyên: tiêu sợi huyết chiếm 36,8%; chống đông đường uống đơn thuần là 13,2% còn lại là dạng chống đông chuyển tiếp; trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân nguy cơ cao cao hơn của chúng tôi nên phương pháp tiêu sợi huyết chiếm tỷ lệ cao hơn.⁷

Về kết quả điều trị: Các triệu chứng lâm sàng như: khó thở, nhịp tim nhanh và đau ngực giảm rõ rệt sau điều trị; với tỷ lệ triệu chứng sau điều trị lần lượt là: 29,7%; 12,8% và 8,2%. Chỉ số nặng trên MSCT động mạch phổi sau 01 tháng điều trị cũng giảm từ $31,75 \pm 16,75$ xuống $13 \pm 3,25$; tương tự áp lực động mạch phổi trung bình cũng cải thiện từ $43,3 \pm 12,7$ mmHg xuống $32,7 \pm 9,3$ mmHg có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Hoàng Bùi Hải cũng có chiều hướng giảm tương tự: sau 10 ngày điều trị, 70,3% bệnh nhân hết khó thở, tỷ lệ này ở bệnh nhân đau ngực là 77,3%; tuy nhiên mức độ chỉ số nặng trên MsCT động mạch phổi cao hơn của chúng tôi: $32,2 \pm 16,94$ trước điều trị, giảm xuống $16,6 \pm 16,48$ sau điều trị; áp lực động mạch phổi thì tương tự: từ $45,3 \pm 15,39$ giảm xuống $33,27 \pm 8,80$ mmHg.⁹ Nghiên cứu của Phí Thị Xuyên: số lượng bệnh nhân khó thở giảm từ 84,2% xuống 28,9%; đau ngực giảm từ 42,1% xuống 7,9%; chỉ số nặng trên MsCT lúc vào viện là $38,8 \pm 20,45$ giảm xuống $13,8 \pm 12,08$ sau 01 tháng điều trị; tương tự áp lực động mạch phổi cũng giảm từ $42,4 \pm 13,50$ xuống $32,4 \pm 6,98$ mmHg sau 01 tháng.⁷

Kết cục chung, tỷ lệ tại bệnh viện là 3/50 (6%) và sau 01 tháng là 5/50 (10%). Có 03 trường hợp tử vong tại bệnh viện, trong đó có 01 trường hợp tử vong do viêm phổi nặng, tắc động mạch phổi chỉ là yếu tố đi kèm. Sau 01 tháng có thêm 02 bệnh nhân tử vong, tuy nhiên, chuẩn đoán tử vong cũng là viêm phổi nặng, và suy kiệt, di chứng tai biến cũ. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của Phí Thị Xuyên cao hơn nhiều so với

chúng tôi: 31,6 % tại bệnh viện và 34,2% sau 01 tháng;⁷ tuy nhiên lại tương đồng với kết quả công bố gần đây của Đỗ Giang Phúc: tử vong nội viện là 5,4% và sau 01 tháng là 11,6%.⁸

Các biến chứng thường gặp là xuất huyết dưới da, tiểu máu, xuất huyết tiêu hoá: tỷ lệ từ 2 – 4%; Các bệnh nhân xuất huyết chỉ cần dừng thuốc chống đông từ 3 – 5 ngày, sau đó tái điều trị, mà không cần truyền máu, 01 trường hợp xuất huyết tiêu hoá được điều trị bằng thuốc ức chế bơm proton sau 3 ngày thì ổn định. Nghiên cứu của Hoàng Bùi Hải cũng chỉ ra một số biến chứng liên quan đến chống đông bao gồm: 1/48 bệnh nhân chiếm 2% có biến chứng hạ tiểu cầu ở ngày thứ 7, và 1/48 chiếm 2% bệnh nhân có nghi ngờ xuất huyết não khi đang điều trị Heparin đột ngột xuất hiện hôn mê, liệt nửa người.⁹ Nghiên cứu của Phí Thị Xuyên cũng chỉ ra: Trong quá trình điều trị, chúng tôi thấy có 10,5% bệnh nhân có biến chứng chảy máu, trong đó có 5,3% bệnh nhân có biến chứng xuất huyết tiêu hóa.⁷

Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận các biến chứng khác như dị ứng, hay sốc phản vệ hoặc xuất huyết lớn như xuất huyết nội sọ, hoặc xuất huyết mà phải truyền máu.

V. KẾT LUẬN

Điều trị theo phác đồ của Hội Tim mạch Việt Nam năm 2022 bước đầu cho thấy có hiệu quả trong việc cải thiện triệu chứng lâm sàng và độ nặng trên MsCT động mạch phổi, cũng như giảm được áp lực động mạch phổi. Theo dõi dọc trong 01 tháng đầu, cho thấy tỷ lệ tử vong chung là 10%, không gặp các biến chứng nặng hoặc nguy kịch.

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. Frederick A A J, H. Brownell W, Robert J G et al. A Population-Based Perspective of the Hospital Incidence and Case-Fatality Rates of Deep Vein Thrombosis and Pulmonary Embolism. The Worcester DVT Study. *Arch Intern Med*. 1991; 151(5). 933-938.

3. Goldhaber S Z, Visani L, De Rosa M. Acute pulmonary embolism: clinical outcomes in the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry (ICOPER). *Lancet*. 1999; 353 (9162). 1386-1389.

4. 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

5. Châu Ngọc Hoa, Đinh Thị Thu Hương 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*. 2022

6. 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; 22 (1): 224 – 230

7. Phí Thị Xuyên, Hoàng Bùi Hải. Đánh giá kết quả điều trị tắc động mạch phổi cấp ở bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2018; 470, 9 (2): 116-120.

8. 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.

9. Hoàng Bùi Hải, Đỗ Doãn Lợi, Nguyễn Đạt Anh. Bước đầu nghiên cứu hiệu quả áp dụng hướng dẫn mới của Hội Tim mạch Châu Âu trong điều trị tắc động mạch phổi cấp. *Tạp chí Y học thực hành*. 2011;12, 90-95.

Summary

OUTCOME OF TREATMENT OF ACUTE PULMONARY EMBOLISM IN ELDERLY PATIENTS

The purpose of the study was to evaluate the results and safety of the Vietnam Heart Association's 2022 guideline in the treatment of acute pulmonary embolism in elderly patients. This study described a prospective comparison of results before and after treatment. A total of 50 patients were included in the study, with a mean age of 71.5 ± 6.07 years old where 52% were male. The high risk of death was 14%, while 86% had medium and low risk. Treatment included thrombolysis in 16% of cases and anticoagulation alone in 84%. Clinical symptoms improved after treatment: shortness of breath occurred in 29.7%, tachycardia in 12.8%, and chest pain in 8.2%. The severity index decreased from 12.7 ± 6.7 to 5.2 ± 1.3 ; pulmonary artery pressure decreased from 45.3 ± 12.7 to 32.7 ± 9.3 mmHg. The hospital mortality rate was 6%, with a cumulative rate of 10% after 1 month. Gastrointestinal bleeding occurred in 2%, and hemorrhage under the skin and hematuria were observed in 4%. The study showed that the overall mortality rate for acute pulmonary embolism in elderly patients after 1 month was 10%, with significant symptom improvement and no severe or critical complication.

Keywords: Acute pulmonary embolism, elderly people.