

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI BỊ TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI CẤP

Tô Hoàng Dương^{1,4}, Nguyễn Thế Anh⁴ và Hoàng Bùi Hải^{1,2,3,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - cơ sở Hoàng Mai

⁴Bệnh viện Hữu Nghị

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân cao tuổi bị tắc động mạch phổi cấp và phân tích một số yếu tố liên quan tử vong trên đối tượng này. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi 3 tháng sau chẩn đoán. Có 87 bệnh nhân, tuổi trung bình $72,6 \pm 8,96$; nam 56,3%. Trong đó, 6,9% được điều trị tiêu sợi huyết, còn lại là chống đông đơn thuần. Tỷ lệ tử vong chung 11,5%, trong đó 3,4% tử vong do tắc động mạch phổi cấp. Một số yếu tố liên quan đến tử vong là giảm $PaO_2 < 80\text{mmHg}$ trên khí máu động mạch ($OR = 16,583$, 95%CI: 1,388 - 198,1) và tình trạng huyết động rối loạn lúc vào viện ($OR = 288,7$; 95%CI: 7,02 - 11871,7). Có 45% bệnh nhân nguy cơ trung bình - thấp, 6,9% số ca được tiêu sợi huyết. Tỷ lệ tử vong chung sau 3 tháng là 11,5%, trong đó 3,4% tử vong có liên quan trực tiếp đến tắc động mạch phổi cấp; giảm PaO_2 trên khí máu động mạch và rối loạn huyết động là hai yếu tố nguy cơ có liên quan rõ rệt đến tử vong trong vòng 3 tháng.

Từ khoá: Tắc động mạch phổi cấp, người cao tuổi, yếu tố tiên lượng tử vong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc động mạch phổi cấp là một bệnh lý tim mạch thường gặp đứng thứ ba sau nhồi máu cơ tim và đột quy não. Tỷ lệ mắc mới hàng năm từ 39 - 115 trên 100.000 dân và theo các nghiên cứu khác nhau, tỷ lệ tử vong do tắc động mạch phổi cấp từ 2 - 8%.^{1,2}

Tắc động mạch phổi cấp ở người cao tuổi không những là khó chẩn đoán hơn các bệnh nhân trẻ tuổi mà còn ghi nhận có tỉ lệ tử vong cao hơn. Trong nghiên cứu của Castelli và cộng sự trên 582 bệnh nhân tắc động mạch cấp đã ghi nhận tỉ lệ tử vong cao gấp 10 lần ở nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi so với các bệnh nhân ít tuổi hơn.^{2,3} Các giả thiết được đưa ra để lí giải

tình trạng này là tuổi càng cao thì càng bệnh lý nền đi kèm, thời gian nằm viện dài hơn, khả năng vận động kém hơn và thể trạng tổng thể kém hơn. Việc tìm ra các yếu tố giúp tiên lượng tử vong ở đối tượng này là rất cần thiết. Các thang điểm lâm sàng như sPESI, Hestia và một số chỉ dấu sinh học như Troponin, NT-proBNP được kì vọng giúp tiên lượng tử vong nhưng chưa đủ dữ liệu nghiên cứu.¹⁻⁴ Tại Việt Nam, nghiên cứu của Phạm Thị Phương Nhi và cộng sự trên đối tượng tắc động mạch phổi nói chung cũng ghi nhận Chỉ số bệnh kèm Charlson và tình trạng sốc 24 giờ đầu chẩn đoán là các yếu tố tiên lượng độc lập cho tử vong 3 tháng.⁵ Các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Trí và cộng sự, Nguyễn Văn Tân và cộng sự trên đối tượng người Việt Nam cũng ghi nhận độ tuổi trung bình rất cao, lần lượt là 71 ± 15 và $75,5 \pm 6,07$ tuổi nhưng cũng chưa đánh giá được các yếu tố tiên lượng tử vong trên đối tượng bệnh nhân

Tác giả liên hệ: Hoàng Bùi Hải

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 16/06/2025

Ngày được chấp nhận: 18/08/2025

này.^{6,7} Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân cao tuổi bị tắc động mạch phổi cấp và phân tích một số yếu tố liên quan tử vong trên đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân ≥ 60 tuổi.
- Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định tắc động mạch phổi cấp: Triệu chứng lâm sàng đau ngực và/hoặc khó thở và/hoặc tụt huyết áp và/hoặc suy hô hấp và/hoặc ho ra máu và/hoặc ngất; được đánh giá nguy cơ tắc động mạch phổi cấp bằng các thang điểm lâm sàng Wells và/hoặc Geneva, kết hợp D-Dimer.
- Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi có thuốc cản quang thấy hình ảnh khuyết thuốc cản quang trong lòng động mạch phổi.
- Diễn biến bệnh từ lúc có triệu chứng đến lúc được chẩn đoán trong vòng 14 ngày.

- Bệnh nhân và/ hoặc người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân không đến khám lại và được đánh giá đầy đủ sau 3 tháng ra viện.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ 01/01/2023 đến 31/12/2024.
- Địa điểm: Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Hữu Nghị.

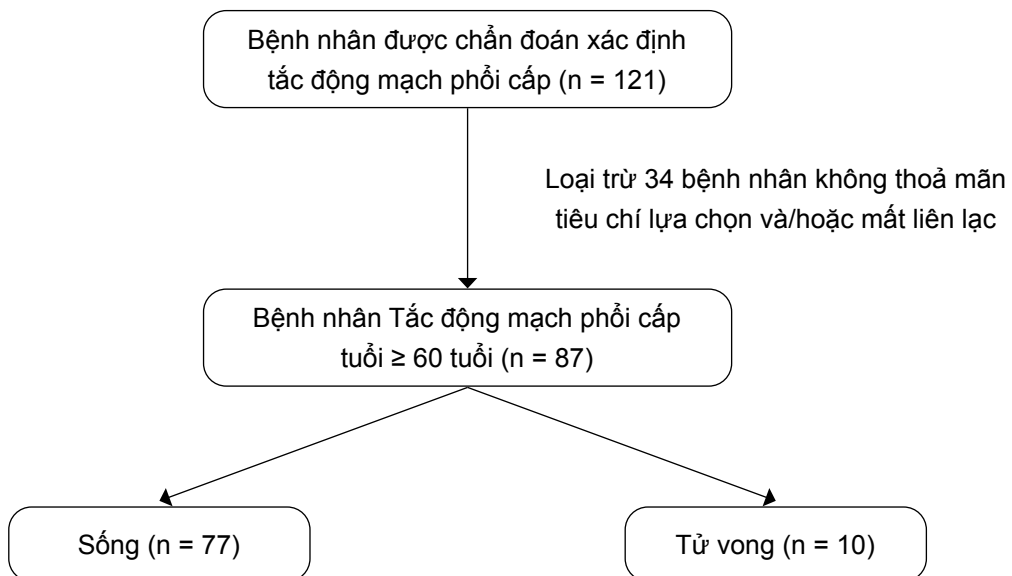
Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu toàn bộ. Tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu

Các bệnh nhân lựa chọn và loại trừ theo tiêu chuẩn, các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được lập danh sách, các thông tin nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Thu thập số liệu tiến cứu



Sơ đồ 1. Sơ đồ nghiên cứu

Các biến nghiên cứu chính

- Các thông tin chung: tuổi, giới, kết quả điều trị: tử vong hay sống sót. Tử vong do nguyên nhân chính là tắc động mạch phổi cấp, hay do bệnh lý mắc kèm nặng gây tử vong.

Tử vong 3 tháng liên quan tắc động mạch phổi cấp (PE-related mortality): Các trường hợp tử vong trong vòng 90 ngày kể từ thời điểm chẩn đoán mà nguyên nhân được xác định là do hậu quả trực tiếp của thuyên tắc phổi như suy thất phải cấp, sốc tắc nghẽn hoặc tái phát tắc động mạch phổi gây tử vong.

Tử vong 3 tháng do mọi nguyên nhân (All-cause mortality): Bao gồm tất cả các trường hợp tắc động mạch phổi tử vong trong vòng 90 ngày kể từ thời điểm chẩn đoán, không phân biệt nguyên nhân trực tiếp. .

- Các chỉ số lâm sàng, tiền sử để đánh giá điểm sPESI, tiền sử huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới.

- Các chỉ số cận lâm sàng: pH, PaO₂, PaCO₂, CRP, Troponin, NT-proBNP, D-dimer, số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu.

- Tiêu chuẩn rối loạn huyết động của bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp khi có một trong các dấu hiệu sau:

1) Tụt huyết áp: Huyết áp tâm thu thấp hơn 90 mmHg hoặc giảm \geq 40mmHg so với huyết áp nền.

2) Biểu hiện giảm tưới máu toàn thân: rối loạn ý thức (lẫn lộn hoặc vật vã kích thích), vã mồ hôi, đầu chi lạnh, thiếu niệu hoặc vô niệu, lactat máu $>$ 2 mmol/L.

- Các xét nghiệm được đánh giá bất thường khi: nồng độ CRPs \geq 5 mg/ml, số lượng tiểu cầu giảm thấp hơn 150 G/L hoặc tăng cao hơn 450 G/L; số lượng bạch cầu giảm thấp hơn 4G/L hoặc tăng cao hơn 10 G/L; PaO₂ thấp khi có giá trị $<$ 80mmHg, NT-proBNP \geq 1800 pg/

mL; Troponin T \geq 14 ng/L.

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 bằng tỷ lệ phần trăm, trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu phân bố chuẩn hoặc trung vị và tứ phân vị nếu biến phân bố không chuẩn

- Phân tích hồi quy Logistic đơn biến và đa biến tính ra tỷ suất chênh OR (odds ratio) cho mỗi liên quan giữa các yếu tố tiên lượng (nồng độ CRPs, số lượng tiểu cầu, bạch cầu, PaO₂, NT-proBNP, Troponin T, rối loạn huyết động, thang điểm Hestia và sPESI) và biến đầu ra là biến nhị phân (tử vong 3 tháng do mọi nguyên nhân hay không). - Các biến tiên lượng được đưa về dạng nhị phân nếu là biến liên tục, phương pháp nhập số liệu: đưa các biến độc lập vào hồi quy cùng một lúc. Trình bày chỉ số OR, 95% khoảng tin cậy (95%CI), chỉ số p của từng yếu tố tiên lượng.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu quan sát mô tả, không can thiệp vào quá trình chẩn đoán và điều trị của bệnh nhân. Mọi thông tin về bệnh nhân được đảm bảo bí mật, phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học.

Đề cương được thông qua Hội đồng đạo đức nghiên cứu Y sinh học - Đại học Y Hà Nội: số 632/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 26 tháng 4 năm 2023.

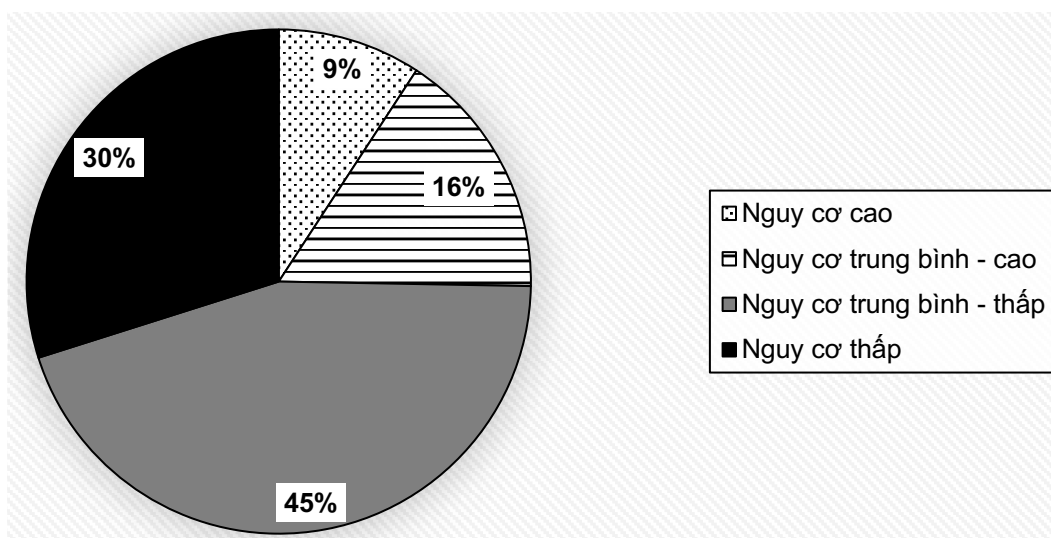
III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu đã thu thập được 87 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, số bệnh nhân tử vong là 10 trường hợp chiếm tỷ lệ 11,5%.

1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng trong nghiên cứu

Đặc điểm	n = 87
Tuổi	72,6 ± 8,96
Giới	
Nam (n,%)	49 (56,3)
Nữ (n,%)	38 (43,7)
Một số đặc điểm lâm sàng	
Khó thở	(n, %)
- Không	16 (18,4%)
- Có	71 (81,6%)
Đau ngực	
- Không	61 (70,1%)
- Có	26 (29,9%)
Ho ra máu	
- Không	79 (90,8%)
- Có	8 (9,2%)
Ngất	
- Không	80 (92,0%)
- Có	7 (8,0%)
Một số đặc điểm cận lâm sàng	
pH	7,4 ± 0,03
PaCO ₂	38,68 ± 2,82
PaO ₂	80,7 ± 8,18
D-dimer (mg/dl)	4214 (IQR: 1785 - 9567)
Troponin (ng/L)	63 (IQR: 33 - 108)
NT-proBNP (pg/mL)	1411 (IQR: 507 - 8190)
Bạch cầu (G/L)	8,2 ± 3,90
Tiểu cầu (G/L)	322,9 ± 83,80
Nồng độ protein C phản ứng siêu nhạy CRPhs (mg/L)	7,7 ± 5,82
Huyết khối tĩnh mạch sâu phát hiện qua siêu âm Doppler	5 (5,7)
Thang điểm sPESI (n,%)	
- Cao	56 (64,3)
- Thấp	31 (35,7)



Biểu đồ 1. Phân tầng nguy cơ theo hiệp hội tim mạch Châu Âu 2019

Bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm nguy cơ trung bình - thấp (45%) và nhóm nguy cơ thấp (30%).

2. Phương pháp điều trị và tỷ lệ tử vong

Bảng 2. Các phương pháp điều trị và tỷ lệ tử vong

Đặc điểm	n = 87
Phương pháp điều trị (n, %)	
Tiêu sợi huyết kết hợp thuốc chống đông	6 (6,9)
Chống đông đơn thuần	81 (93,1)
Tử vong do mọi nguyên nhân (n, %)	
Liên quan trực tiếp đến tắc động mạch phổi cấp	3 (3,4)
Do các nguyên nhân khác (sốc nhiễm khuẩn, ung thư)	7 (8,1)

Tiêu sợi huyết chiếm tỷ lệ 6,9% tổng số bệnh nhân được điều trị và tỷ lệ tử vong chung là 11,5% trong đó liên quan trực tiếp đến tắc động mạch phổi cấp là 3,4%.

3. Các yếu tố liên quan đến tử vong

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan tử vong 3 tháng do mọi nguyên nhân

Yếu tố	Beta	OR	95%CI	p
Nồng độ CRPhs ≥ 5 mg/ml	2,462	11,732	0,962 - 126,8	0,053
Tiểu cầu < 150 G/L hoặc > 450 G/L	1,663	5,274	0,150 - 185,9	0,360
Bạch cầu < 4 G/L hoặc > 10 G/L	-2,895	0,055	0,001 - 3,934	0,183

Yếu tố	Beta	OR	95%CI	p
PaO ₂ < 80 mmHg	3,141	16,583	1,388 - 198,1	0,020
NT-proBNP ≥ 1800 pg/mL	-0,732	0,578	0,091 - 3,663	0,564
Troponin T ≥ 14 ng/L	-1,758	0,172	0,008 - 3,614	0,257
Rối loạn huyết động	5,665	288,7	7,02 - 11871,7	0,003
Thang điểm Hestia ≥ 1	0,189	0,54	0,14 - 2,03	0,127
Thang điểm sPESI ≥ 1	1,748	5,74	0,69 - 47,67	0,105

Các yếu tố liên quan đến tử vong có ý nghĩa thống kê bao gồm bệnh nhân có rối loạn huyết động và giảm PaO₂ < 80mmHg trên khí máu động mạch.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 72,6 ± 8,96 tuổi, trong đó nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ 56,3%. Tuổi trung bình trong nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Tân cũng trên đối tượng người cao tuổi trong nước là 75,5 ± 6,07 tuổi,⁷ hay trong nghiên cứu của G. Karadeniz tuổi trung bình là 76 (65 - 90) tuổi, tuy nhiên, ngưỡng tuổi của bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu này cao hơn (từ 65 tuổi trở lên).⁸ Bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm nguy cơ trung bình - thấp (45%) và nhóm nguy cơ thấp (30%). Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm ít nguy cơ tử vong do tắc động mạch phổi, có thể được lí giải bởi tình trạng bệnh nhân cần nhập viện thường liên quan đến bệnh nền của bệnh nhân.

Tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân là 11,5%, trong đó 3,4 % là tử vong liên quan trực tiếp đến bệnh lý tắc động mạch phổi cấp; các nguyên nhân do bệnh lý nặng kèm theo chiếm 8,1%. Kết quả của chúng tôi tương tự của Đỗ Giang Phúc, với tỷ lệ tử vong 30 ngày do mọi nguyên nhân là 11,6%, trong đó do tắc động mạch phổi cấp chiếm 3,4%.⁹ Tuy nhiên, tỷ lệ tử

vong của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Phạm Thị Phương Nhi khi theo dõi bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp sau 03 tháng, tỷ lệ tử vong chung là 20,2%, tuy nhiên, cũng chỉ có 5,1% trường hợp tử vong do tắc động mạch phổi cấp, còn lại là do các bệnh lý nặng kèm theo như sốc nhiễm khuẩn hoặc bệnh lý ung thư.⁵

Qua phân tích, chúng tôi ghi nhận 2 yếu tố có ý nghĩa thống kê liên quan đến tử vong là: (1) giảm PaO₂ < 80mmHg trên khí máu động mạch với OR = 16,583, 95%CI: 1,388 - 198,1 và (2) tình trạng huyết động rối loạn lúc vào viện với OR = 288,7; 95%CI: 7,02 - 11871,7. Nguyên nhân của tình trạng này có thể được lí giải do đây là hai yếu tố thể hiện mức độ nặng của bệnh, một yếu tố hô hấp và một yếu tố huyết động, thể hiện sự tương tác tim phổi của bệnh lý tắc động mạch phổi cấp. Kết quả này cũng có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Nhi, chỉ ra hai yếu tố liên quan đến tử vong có ý nghĩa thống kê là: điểm Charlson (OR = 1,522; 95%CI: 1,167 - 1,984) và sốc (OR = 10,960; 95%CI: 1,504 - 79,853).⁵ Các yếu tố khác như sự bất thường của bạch cầu, tiểu cầu, proBNP, troponin T hay các thang điểm lâm sàng chưa cho thấy sự liên quan đến tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu, có thể do các yếu tố bệnh nền của bệnh nhân gây ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm dẫn đến dù xét nghiệm bất thường nhưng không phản

ánh mức độ nặng của bệnh. Tuy nhiên việc tìm ra các yếu tố xét nghiệm đơn giản chi phí thấp vẫn sẽ mang lại ý nghĩa trong thực hành lâm sàng. Nghiên cứu của G. Karadeniz đã chỉ ra một số chỉ số liên quan tử vong có ý nghĩa thống kê là: Nồng độ CRPhs (OR = 1,133; 95%CI: 1,041 - 1,234); sPESI (OR = 3,919; 95%CI: 1,613 - 9,476) và số lượng bạch cầu (OR = 2,591; 95%CI:1,015 - 6,617).⁸ Nghiên cứu của Büyüksirin và cộng sự cũng chỉ ra nồng độ CRPhs cao liên quan đến gia tăng nguy cơ tử vong của bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp, đặc biệt khi đi kèm tràn dịch màng phổi.⁹ Khi kết hợp xét nghiệm với các thang điểm lâm sàng cũng là một hướng đi tiềm năng như trong nghiên cứu của Trần Văn Cường và cộng sự khi đánh giá đồng thời sPESI và CRP-hs trên nhóm đối tượng tắc động mạch phổi có độ đặc hiệu 93.3% nhưng giá trị tiên lượng tử vong chỉ đạt 57,15%. Đây là điểm hạn chế trong các nghiên cứu của Việt Nam với cỡ mẫu hạn chế do bệnh hiếm, làm tại ít trung tâm, không đủ lực để phân tích hồi quy đa biến để tìm ra các yếu tố tiên lượng độc lập. Vì vậy, cần những phân tích registry với cỡ mẫu lớn, đa trung tâm trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phân loại thuộc nhóm tắc động mạch phổi cấp nguy cơ trung bình - thấp (45%) và nguy cơ thấp (30%) theo phân tầng nguy cơ ban đầu. Liệu pháp tiêu sợi huyết được chỉ định ở 6,9% số ca. Tỷ lệ tử vong chung sau 3 tháng là 11,5%, trong đó 3,4% tử vong có liên quan trực tiếp đến tắc động mạch phổi cấp. Nghiên cứu cho thấy ở bệnh nhân cao tuổi bị tắc động mạch phổi cấp, tình trạng rối loạn huyết động tại thời điểm vào viện và giảm PaO₂ < 80mmHg trên khí máu động mạch là hai yếu tố nguy cơ có liên quan rõ rệt đến tử vong trong vòng 3 tháng theo dõi.

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. Tagalakis V, Patenaude V, Kahn SR, Suissa S. Incidence of and mortality from venous thromboembolism in a real-world population: the Q-VTE Study Cohort. *Am J Med*. 2013; 126: 832.e13-21.
3. Castelli R, Bergamaschini L, Sallis P, Pantaleo G, Porro F. The Impact of an Aging Population on the Diagnosis of Pulmonary Embolism: Comparison of Young and Elderly Patients. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*. 2009; 15(1): 65-72 doi: 10.1177/1076029607308860.
4. Alotaibi GS, Wu C, Senthilselvan A, McMurtry MS. Secular Trends in Incidence and Mortality of Acute Venous Thromboembolism: The AB-VTE Population-Based Study. *Am J Med*. 2016; 129: 879.e19-25.
5. Phạm Thị Phương Nhi, Đỗ Giang Phúc và Hoàng Bùi Hải. 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. *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*. 2024, 181(8), 79-88.
6. Nguyễn Văn Trí, Nguyễn Thị Phương Lan. Khảo sát huyết khối tĩnh mạch sâu trên bệnh nhân nhiễm trùng cấp. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2010, Tập 14, phụ bản số 1: 91-95
7. 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

8. Karadeniz G, Çil E. What are the mortality markers in elderly patients with acute pulmonary embolism?. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2023; 27(1): 159-165. doi:10.26355/eurrev_202301_30867.

9. Đỗ Giang Phúc, Lê Thị Quỳnh Trang và 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.

10. Büyüksirin M, Anar C, Polat G, Karadeniz G. Can the Level of CRP in Acute Pulmonary Embolism Determine Early Mortality? *Turk Thorac J*. 2021 Jan; 22(1): 4-10. doi: 10.5152.

11. Trần Văn Cường, Nguyễn Duy Linh, Phan Nguyễn Đại Nghĩa, và Hoàng Bùi Hải. Kết hợp thang điểm sPESI và CRPhs trong tiên lượng tử vong 30 ngày trên bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2022, 519 (1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v519i1.3509>.

Summary

CLINICAL-PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND PROGNOSTIC FACTORS FOR MORTALITY IN ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE PULMONARY EMBOLISM

This study aimed to describe the clinical and paraclinical features of elderly patients with acute pulmonary embolism (PE) and to identify prognostic factors associated with mortality. It was a prospective observational study with a 3-month follow-up period following diagnosis. A total of 87 patients were enrolled, with a mean age of 72.6 ± 8.96 years old; 56.3% were male. Thrombolytic therapy was administered to 6.9% of patients, while the remainder received single anticoagulation administration. The overall 3-month mortality rate was 11.5%, with PE-related deaths accounting for 3.4%. Binary logistic analysis revealed that $\text{PaO}_2 < 80\text{mmHg}$ on arterial blood gas (OR = 16.583, 95%CI: 1.388 - 198.1) and hemodynamic instability at admission (OR = 288.732.5; 95%CI: 7.02 - 11871.72.97 - 356.15)) were significantly associated with mortality. Notably, 45% of patients were categorized as having intermediate-low risk at diagnosis. Hemodynamic instability and reduced PaO_2 remained strong predictors of mortality during the follow-up period.

Keywords: Acute pulmonary embolism, elderly, prognostic factors, mortality.