

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
Ở BỆNH NHÂN THUYỀN TẮC PHỔI CẤP DO HUYẾT KHỐI
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2021-2022

Nguyễn Hoàng Hiệp*, Trần Diệu Hiền

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: drhiepc@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thuyên tắc phổi cấp là một cấp cứu nội khoa. Tử vong do thuyên tắc thường do chẩn đoán trễ và điều trị không kịp thời, chẩn đoán sớm là bước quyết định cho thành công của điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thuyên tắc phổi cấp do huyết khối tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu được tiến hành trên 58 bệnh nhân thuyên tắc phổi cấp do huyết khối tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm từ năm 2021 đến năm 2022. **Kết quả:** Tuổi bệnh nhân trung bình là 69 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1/2,1. Triệu chứng lâm sàng đa dạng. Triệu chứng thường gặp nhất là khó thở (81%), thở nhanh (58,6%). Kết quả siêu âm mạch máu chi dưới phần lớn là huyết khối đoạn gần (53,4%); dẫn thất phải là biểu hiện thường gặp trên siêu âm tim; chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi cho thấy thuyên tắc phổi phần lớn xảy ra trên động mạch phổi thùy (75,9%). **Kết luận:** Thuyên tắc phổi cấp không còn là bệnh hiếm gặp, triệu chứng lâm sàng thuyên tắc phổi cấp rất đa dạng. Thuyên tắc phổi phần lớn xảy ra trên động mạch phổi thùy.

Từ khóa: Thuyên tắc phổi cấp, huyết khối.

ABSTRACT

STUDY ON CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE PULMONARY EMBOLISM DUE TO THROMBUS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2021-2022

Nguyen Hoang Hiep*, Tran Dieu Hien

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Acute pulmonary embolism is an internal medical emergency. Mortality due to embolism is often due to delayed diagnosis and untimely treatment. Therefore, early diagnosis is the decisive step for successful treatment. **Objectives:** To determine the clinical and subclinical characteristics of an acute pulmonary embolism due to thrombosis at Can Tho Central General Hospital in 2021-2022. **Materials and methods:** A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 58 patients with acute pulmonary embolism due to thrombosis at Can Tho Central General Hospital from 2021 to 2022. **Results:** Average patient age is 69 years old, male/female ratio is 1/2.1. Clinical symptoms are diverse. The most common symptom was dyspnea (81%), and tachypnea (58.6%). The results of lower extremity vascular ultrasound are mostly proximal thrombosis (53.4%); Right ventricular dilatation is a common manifestation of echocardiography; Computed tomography of the pulmonary artery showed that pulmonary embolism mainly occurred in the lobar pulmonary artery (75.9%). **Conclusion:** Acute pulmonary embolism is no longer a rare disease. Clinical symptoms of acute pulmonary embolism are diverse. Pulmonary embolism mainly occurs in the lobar pulmonary artery.

Keywords: Acute pulmonary embolism, thrombus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc phổi cấp là một cấp cứu nội khoa. Tỷ lệ tử vong có thể lên tới 65% ở những bệnh nhân nguy cơ cao [4]. Các triệu chứng lâm sàng của thuyên tắc phổi thường không đặc hiệu, khoảng 94% bệnh nhân tử vong do thuyên tắc phổi không phải do điều trị không hiệu quả mà thường do chẩn đoán trễ và điều trị không kịp thời [5]. Thuyên tắc phổi là một trong 3 bệnh bị bỏ sót thường nhất trên các bệnh nhân được tử thiết trong khoảng thời gian 1997-2006 tại Thụy sĩ [6]. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân TTP cấp do huyết khối tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được chẩn đoán thuyên tắc phổi nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 2021 đến năm 2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán thuyên tắc phổi cấp theo hướng dẫn của Hội Tim mạch Châu Âu 2019 dựa trên kết hợp các đặc điểm lâm sàng, các thang điểm dự đoán lâm sàng (Wells, Geneva cải tiến), cận lâm sàng [7], lâm sàng: khó thở, đau ngực, tiền ngất hoặc ngất, ho ra máu, rối loạn huyết động, cận lâm sàng: D-dimer: > 500mg/l (ở bệnh nhân < 50 tuổi), > tuổi x 10mg/l (ở bệnh nhân ≥ 50 tuổi), chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi: huyết khối trong động mạch phổi.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Triệu chứng xuất hiện trên 14 ngày, bệnh nhân không thể chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi được do suy thận, dị ứng thuốc cản quang, tình trạng lâm sàng quá nặng không di chuyển được, thuyên tắc phổi không do huyết khối như khí, mỡ, nước ối...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:**

Công thức tính ước lượng cỡ mẫu

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: Số đối tượng nghiên cứu.

α : Xác suất sai lầm loại 1, chọn $\alpha=0,05$.

Z: Trị số từ phân phối chuẩn, với $\alpha=0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2}=1,96$.

d: Sai số cho phép $d=0,09$.

p: Tỷ lệ triệu chứng thở nhanh ở các trường hợp thuyên tắc phổi, chúng tôi chọn $p=0,86$ theo nghiên cứu của tác giả Bùi Hoàng Hải [1].

Thay vào công thức, số đối tượng nghiên cứu là $n=57$. Thực tế chúng tôi thu thập được 58 mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu gồm tuổi, giới.

Đặc điểm lâm sàng: Khó thở, đau ngực, ho ra máu, ngất, đau chi dưới 1 bên, phù chi dưới 1 bên, mạch nhanh, sốt, nhịp tim nhanh, SpO₂ < 90%, huyết áp tâm thu < 90mmHg, thang điểm Wells, thang điểm Geneva.

Đặc điểm cận lâm sàng: Điện tâm đồ 12 chuyển đạo, X-quang ngực thẳng, siêu âm mạch máu chi dưới, siêu âm tim, xét nghiệm D-dimer, troponin T_{hs}, NT-proBNP, siêu âm tim, chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Bộ câu hỏi phỏng vấn đối tượng, khám lâm sàng, đo đo điện tim 12 chuyển đạo, chụp X-quang ngực thẳng, siêu âm mạch máu chi dưới, siêu âm tim, xét nghiệm D-dimer, troponin T_{hs}, NT-proBNP, chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
< 65	20	34,5
≥ 65	38	65,5
Tuổi trung bình	69,31 ± 13,03	
Giới		
Nam	19	32,8
Nữ	39	67,2

Nhận xét: Tuổi trung bình ở bệnh nhân TTP là 69 tuổi, phần lớn gặp ở bệnh nhân ≥ 65 tuổi, tỷ lệ nữ cao hơn nam.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thuyên tắc phổi

Bảng 2. Các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khó thở	47	81
Đau ngực	31	53,4
Ho ra máu	1	1,7
Ngất	2	3,4
Đau chi dưới 1 bên	16	27,6
Phù chi dưới 1 bên	16	27,6

Nhận xét: Có tới 81% trường hợp TTP cấp có khó thở.

Bảng 3. Các triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thở nhanh > 20l/p	34	58,6
Sốt ≥ 38,5 ⁰ C	3	5,2
Nhịp tim nhanh > 100l/p	28	48,3
SpO ₂ < 90%	26	44,8
Huyết áp tâm thu < 90mmHg	5	8,6

Nhận xét: Thở nhanh là triệu chứng thực thể thường gặp nhất (58,6%).

Bảng 4. Các thang điểm

Thang điểm	Nguy cơ	Kết quả n (%)
Wells	Thấp (< 2)	10 (17,2)
	Trung bình (2-6)	39 (67,2)
	Cao (≥ 7)	9 (15,5)
Geneva	Thấp (≤ 3)	3 (5,2)
	Trung bình (4-10)	45 (77,6)
	Cao (≥ 11)	10 (17,2)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân thuyên tắc phổi có xác suất lâm sàng từ trung bình đến cao.

Bảng 5. Kết quả điện tâm đồ

Dấu hiệu	Tần suất n (%)
Bình thường	20 (34,5)
Nhịp nhanh xoang	24 (41,4)
Rung nhĩ	6 (10,3)
Sóng T đảo ngược từ V1 đến V4	9 (15,5)
Block nhánh phải	9 (15,5)
S1Q3T3	9 (15,5)

Nhận xét: Nhịp nhanh xoang là dấu hiệu thường gặp nhất trên điện tâm đồ (41,4%) còn dấu hiệu kinh điển trên điện tâm đồ là S1Q3T3 chỉ chiếm tỷ lệ thấp (15,5%).

Bảng 6. Kết quả X-quang ngực thẳng

Dấu hiệu	Tần suất n (%)
Bình thường	38 (65,5)
Dấu Hampton(đông đặc hình chữ V ngoại vi)	1 (1,7)
Tràn dịch màng phổi	9 (15,5)
Thâm nhiễm phổi	15 (25,9)

Nhận xét: Có tới 65% bệnh nhân TTP có X-quang ngực bình thường, các dấu hiệu đặc hiệu của thuyên tắc phổi trên X-quang thường ít gặp.

Bảng 7. Kết quả siêu âm mạch máu chi dưới

Dấu hiệu	Tần suất n (%)
Huyết khối đoạn gần	31 (53,4)
Huyết khối đoạn xa	5 (8,6)
Không huyết khối	22 (37,9)

Nhận xét: Huyết khối đoạn gần chiếm tỷ lệ cao trên siêu âm mạch máu chi dưới (53,4%).

Bảng 8. Kết quả siêu âm tim

Dấu hiệu	Tần suất n (%)
Dãn thất phải	26 (44,8)
Tỷ lệ thất phải/thất trái > 1	1 (1,7)
Vách liên thất dẹt	7 (12,1)
Dấu hiệu Mc Connell	13 (22,4)
Dấu hiệu TAPSE	10 (17,2)

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 49/2022

Dấu hiệu	Tần suất n (%)
Thấy huyết khối trong buồng thất phải	1 (1,7)

Nhận xét: Dấu hiệu thường gặp nhất trên siêu âm tim là dẫn thất phải.

Bảng 9. Kết quả chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi

Dấu hiệu	Tần suất n (%)
Huyết khối trong thân chung động mạch phổi	9 (15,5)
Huyết khối động mạch phổi phải	14 (24,1)
Huyết khối động mạch phổi trái	12 (20,7)
Huyết khối động mạch phổi thùy	44 (75,9)

Nhận xét: Huyết khối động mạch phổi thùy chiếm tỷ lệ cao 75,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 69, trong đó 65,5% bệnh nhân ≥ 65 tuổi, tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 1/2,1, tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Mai là 64 tuổi, tỷ lệ nam/nữ lần lượt là 1/2 [2] và Balahura và cộng sự là 62 tuổi [8]. Từ đó, chúng tôi thấy rằng nhóm bệnh nhân cao tuổi có nguy cơ mắc TTP cấp nhiều hơn.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong 58 bệnh nhân nhóm nghiên cứu, triệu chứng thường gặp là khó thở (81%) tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Mai (65,7%) và nghiên cứu ICOPER (82%) [9], qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy các bệnh nhân thuyên tắc phổi có xác suất lâm sàng ở mức trung bình và cao theo thang điểm Wells (67,2%, 15,5%), Geneva (56,1%, 40,3%) tương tự nghiên cứu Bùi Hoàng Hải Wells (56,1%, 31,5%), Geneva (77,6%, 10%) [1].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi ghi nhận biểu hiện điện tâm đồ thường gặp nhất là nhịp nhanh xoang (41,4%) tương tự nghiên cứu của Punukollu (38%) [10], còn dấu hiệu kinh điển S1Q3T3 chỉ gặp ở 15,5% bệnh nhân TTP, tuy nhiên đây là dấu hiệu quý giá giúp ích cho chẩn đoán TTP. Theo y văn dấu hiệu X-quang ngực thẳng của TTP cấp bao gồm dấu Watermark (cắt cụt mạch máu khu trú phân xa), dấu Hampton (đông đặc hình chữ V ngoại vi), dấu Fleischner (dẫn nhánh xuống động mạch phổi), tràn dịch màng phổi, thâm nhiễm phổi tuy không đặc hiệu nhưng X-quang ngực giúp loại trừ các nguyên nhân khác gây suy hô hấp như viêm phổi, tràn khí màng phổi... X-quang ngực bình thường trên bệnh nhân suy hô hấp nặng gợi ý nhiều đến TTP [11]. Trong 58 bệnh nhân TTP mà chúng tôi nghiên cứu có 65,5% có X-quang ngực bình thường. Siêu âm tim góp phần giúp chẩn đoán và tiên lượng mức độ nặng của TTP. Tuy nhiên khoảng 50% bệnh nhân thuyên tắc phổi có siêu âm tim bình thường [30], trong nghiên cứu của chúng tôi dấu hiệu siêu âm tim thường gặp nhất là dẫn thất phải là 44,8% tương tự nghiên cứu của Nguyễn Quang Đợi 37,8% [3], cao hơn nghiên cứu của Balahura (26,2%) [8]. Theo y văn, khoảng 70% bệnh nhân TTP có huyết khối tĩnh mạch sâu trên siêu âm Doppler tĩnh mạch chi dưới [13], đối với trường hợp nghi ngờ TTP siêu âm tĩnh mạch chi dưới phát hiện huyết khối tĩnh mạch sâu đoạn gần có giá trị tiên đoán TTP cao độ đặc hiệu là 96% độ nhạy là 41%, trong nghiên cứu của chúng tôi có 62,1% bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch sâu và huyết khối tĩnh mạch sâu đoạn gần chiếm 53,4%. Chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán hoặc loại trừ TTP cấp [14],

độ nhạy là 83%, độ đặc hiệu là 96% theo nghiên cứu PIOPED II, những bệnh nhân có xác suất lâm sàng trung bình hoặc cao độ nhạy khoảng 92-96% [15], Chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi có thể cho thấy TTP ở mức độ phân thùy. Trong nghiên cứu của chúng tôi TTP chủ yếu động mạch phổi thùy (75,9%) cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Mai (50%) [2].

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng của TTP cấp đa dạng, khó thở là triệu chứng thường gặp nhất, phần lớn bệnh nhân TTP cấp có xác suất lâm sàng từ trung bình đến cao, chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán TTP cấp, phần lớn TTP cấp thường gặp ở động mạch phổi thùy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Hoàng Hải (2013), “Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị tắc động mạch phổi cấp”, Luận án Tiến sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Tuyết Mai, Trần Thị Xuân Anh, Bùi Thế Dũng và cộng sự (2019), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thuyên tắc phổi do huyết khối tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh”, *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 23(2), tr.208-13.
3. Nguyễn Quang Đợi (2019), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ tắc động mạch phổi cấp ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Jaff MR, McMurtry MS, Archer SL, *et al.* (2011), “Management of massive and submassive pulmonary embolism, iliofemoral deep vein thrombosis, and chronic thromboembolic pulmonary hypertension: a scientific statement from the American Heart Association”, *Circulation*, 123(16), pp.1788-1830.
5. Lindblad B, Sternby NH, Bergqvist D, *et al.* (1991), “Incidence of venous thromboembolism verified by necropsy over 30 years”, *BMJ*, 302(6778), pp.709-711.
6. Thurnheer R, Hoess C, Doenecke C, *et al.* (2009), “Diagnostic performance in a primary referral hospital assessed by autopsy: evolution over a ten-year period”, *Eur J Intern Med*, 20(8), pp.784-787.
7. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, *et al.* (2020), “2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS)”, *Eur Heart J*, 41(4), pp.543-603.
8. Balahura AM, Guță A, Mihalcea V, Weiss E, *et al.* (2017), “Pulmonary thromboembolism in an emergency hospital: Are our patients different?”, *Rom J Intern Med*, 55(4), pp.237-244.
9. McHugh KB, Visani L, DeRosa M, *et al.* (2002), “Gender comparisons in pulmonary embolism (results from the International Cooperative Pulmonary Embolism Registry [ICOPER])”, *Am J Cardiol*, 89(5), pp.616-619.
10. Punukollu G, Gowda RM, Vasavada BC, *et al.* (2005), “Role of electrocardiography in identifying right ventricular dysfunction in acute pulmonary embolism”, *Am J Cardiol*, 96(3), pp.450-452.
11. Freiman DG, Colman RW, Hirsh J, *et al.* (1987), “Hemostasis and Thrombosis: Basic Principles and Clinical Practice”, 2nd ed, *Philadelphia: Lippincott*, pp.1123-1135.
12. Goldhaber SZ (2019), Pulmonary Embolism, *Braunwald's Heart Disease*, 11, pp.4260-4303.
13. Di Nisio M, van Es N, Büller HR (2016), “Deep vein thrombosis and pulmonary embolism”, *Lancet*, 388(10063), pp.3060-3073.

14. Albrecht MH, Bickford MW, Nance JW, *et al.* (2017), “State-of-the-Art Pulmonary CT Angiography for Acute Pulmonary Embolism”, *AJR Am J Roentgenol*, 208(3), pp.495-504.
15. Moore AJE, Wachsmann J, Chamarthy MR, *et al.* (2018), “Imaging of acute pulmonary embolism: an update”, *Cardiovasc Diagn Ther*, 8(3), pp.225-243.

(Ngày nhận bài: 22/4/2022 – Ngày duyệt đăng: 20/7/2022)
