Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng tử vong 90 ngày ở bệnh nhân ung thư mắc thuyên tắc phổi cấp

Clinical and paraclinical characteristics and 90-day mortality predictors in cancer patients with acute pulmonary embolism

Nguyễn Thị Tuyết Mai[1], Bùi Thế Dũng[1]*, Trần Đăng Khương[1] và Trương Quang Bình[2]

[1]Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, [2]Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến tử vong 90 ngày ở bệnh nhân ung thư mắc thuyên tắc phổi cấp (TTP cấp). *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên 71 bệnh nhân ung thư được chẩn đoán TTP cấp tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 2/2020 đến tháng 4/2023. Phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng để đánh giá mối liên quan với tử vong sau 90 ngày. *Kết quả:* Tuổi trung bình 65,0 ± 12,6; nữ chiếm 56,3%. Khó thở là triệu chứng phổ biến nhất (66,2%), 32,4% trường hợp được phát hiện tình cờ. Tỷ lệ tử vong 90 ngày là 46,4%. Nhóm tử vong có nhịp tim trung bình cao hơn (p=0,041) và huyết áp tâm thu thấp hơn (p=0,092). Troponin dương tính và NT-proBNP tăng lần lượt là 53,6% và 60,7%. Ung thư phổi là loại phổ biến nhất (25,3%). Điểm PESI > 106 có liên quan độc lập với tăng nguy cơ tử vong (OR = 3,38; KTC 95%: 1,05-10,83; p=0,04). *Kết luận:* Điểm PESI > 106 có liên quan độc lập với tăng nguy cơ tử vong 90 ngày ở bệnh nhân ung thư có TTP cấp, nhấn mạnh giá trị của thang điểm này trong phân tầng nguy cơ ban đầu và định hướng điều trị.

Từ khóa: Thuyên tắc phổi cấp, ung thư, PESI, tiên lượng, tử vong 90 ngày.

Summary

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and identify independent predictors of 90-day mortality in cancer patients with acute pulmonary embolism (APE). *Subject and method:* A retrospective descriptive study was conducted on 71 cancer patients diagnosed with APE at the University Medical Center Ho Chi Minh City from February 2020 to April 2023. Multivariable logistic regression analysis was used to determine associations with 90-day mortality. *Result:* The mean age was 65.0 ± 12.6 years; 56.3% were female. Dyspnea was the most common symptom (66.2%), while 32.4% of cases were incidentally diagnosed. The 90-day mortality rate was 46.4%. The mortality group had a higher heart rate (p=0.041) and lower systolic blood pressure (p=0.092). Positive troponin and elevated NT-proBNP were observed in 53.6% and 60.7% of patients tested, respectively. Lung cancer was the most frequent malignancy (25.3%). A PESI score > 106 was independently associated with mortality (OR = 3.38; 95% CI: 1.05-10.83; p=0.04). *Conclusion:* A PESI score > 106 is an independent predictor of 90-day mortality in cancer patients with APE, highlighting the utility of this scoring system in early risk stratification and clinical decision-making.

Keywords: Acute pulmonary embolism, cancer, PESI, prognosis, 90-day mortality.

Ngày nhận bài: 16/6/2025, ngày chấp nhận đăng: 29/7/2025

** Tác giả liên hệ: dung.bt@umc.edu.vn - Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc phổi (TTP) cấp là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ ba trong các bệnh lý tim mạch cấp tính và là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu ở bệnh nhân ung thư [1]. Ở nhóm bệnh nhân ung thư có TTP cấp, tỷ lệ tử vong trong vòng 3 tháng có thể lên đến 15,3%, và đặc biệt ở các trường hợp có rối loạn huyết động thì tỷ lệ này tăng đến 58,3%. Ngoài ra, tỷ lệ tái phát trong 3 tháng là 7,9%, tỷ lệ chảy máu lớn là 10,5%, và chi phí điều trị ung thư tăng từ 40% đến 50% [2]. Theo một số nghiên cứu tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân ung thư có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới vào khoảng 16% [3-5]. Nghiên cứu của Hikmat tại Ấn Độ trên 36 bệnh nhân TTP có ung thư cho thấy biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, khó thở là triệu chứng nổi bật (72,2%), có 11% bệnh nhân xuất hiện với triệu chứng ngất hoặc ngưng tuần hoàn, và 9/36 bệnh nhân tử vong trong vòng hai tuần sau khi được chẩn đoán [6]. Nghiên cứu của tác giả Abdel-Razeq trên 34 bệnh nhân ung thư có TTP cấp cho thấy 77% bệnh nhân đang ở giai đoạn IV, và 26% tử vong trong vòng 30 ngày [7].

Tỷ lệ tử vong sau 90 ngày ở bệnh nhân ung thư mắc TTP cao hơn đáng kể so với dân số không ung thư. Theo nghiên cứu COPE (2024) của Becattini, tỷ lệ tử vong sau 30 ngày ở nhóm bệnh nhân ung thư là 13,8%, so với 2,6% ở nhóm không ung thư [8]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Văn Ánh ghi nhận tỷ lệ tử vong 30 ngày là 30,8% trên 39 bệnh nhân [5]. Việc chẩn đoán TTP ở bệnh nhân ung thư gặp nhiều khó khăn do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, trong khi nguy cơ chống chỉ định thuốc tiêu sợi huyết lại cao hơn nhóm không ung thư. Hiện nay, Hướng dẫn của Hội Tim mạch châu Âu (ESC) năm 2019 (ESC 2019) khuyến cáo áp dụng phân tầng nguy cơ theo ESC và các thang điểm tiên lượng như PESI hoặc sPESI để hỗ trợ định hướng xử trí lâm sàng [9].

Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM đã chính thức triển khai quy trình phản ứng nhanh thuyên tắc phổi (Pulmonary Embolism Response Team - PERT), với sự phối hợp đa chuyên khoa nhằm đánh giá nhanh mức độ nguy kịch và tối ưu hóa cá thể hóa điều trị. Việc điều trị tuân thủ hướng dẫn ESC 2019, tuy nhiên các can thiệp như tiêu sợi huyết được áp dụng thận trọng tùy từng trường hợp, do đặc điểm bệnh nền ung thư phức tạp. Kháng đông là nền tảng chính trong điều trị, với cân nhắc đặc biệt đến nguy cơ chảy máu và tiên lượng sống còn.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên sâu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ tử vong sau 90 ngày ở bệnh nhân ung thư có TTP cấp còn rất hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả các đặc điểm nêu trên, đồng thời xác định một số yếu tố liên quan đến tử vong, qua đó góp phần cải thiện tiên lượng và định hướng điều trị cho nhóm bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên 71 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có chẩn đoán thuyên tắc phổi cấp kèm ung thư, điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM từ tháng 2 năm 2020 đến tháng 4 năm 2023. Chẩn đoán TTP cấp được xác định theo hướng dẫn của ESC 2019, với tiêu chí chính là hình ảnh huyết khối trên CT động mạch phổi. Các trường hợp được xác nhận ung thư qua mô bệnh học.

Tiêu chuẩn loại trừ:

TTP do khối u xâm lấn;

TTP mạn tính.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Thu thập dữ liệu từ hồ sơ bệnh án lưu trữ tại bệnh viện. Các BN tử vong nội viện: Ghi nhận tất cả các trường hợp tử vong bất kể nguyên nhân là gì trong khi nằm viện hoặc tình trạng nặng xin về. 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 này được xác nhận lại thông qua số điện thoại người nhà ghi trong bệnh án. Các trường hợp nặng xin về được xác định tử vong nếu có sử dụng vận mạch và/hoặc thở máy xâm nhập tại thời điểm ra viện. Toàn bộ BN còn sống sau thời gian nhập viện sẽ được tái khám theo dõi tại phòng khám tim mạch, Bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh hoặc gọi điện thoại

trực tiếp nếu BN không tái khám được để xác định tình trạng sống còn, tái nhập viện và tử vong do mọi nguyên nhân trong vòng 3 tháng sau chẩn đoán TTP.

Phân tầng nguy cơ được thực hiện ngay khi chẩn đoán TTP cấp, sử dụng thang điểm PESI (11 tiêu chí, 5 mức độ nguy cơ, tỷ lệ tử vong từ 0,1% đến 24,5%) và hướng dẫn ESC 2019 [9]:

Nguy cơ cao: Có sốc hoặc tụt huyết áp (HA tâm thu < 90mmHg hoặc giảm ≥ 40mmHg kéo dài > 15 phút, loại trừ các nguyên nhân khác).

Nguy cơ không cao: Không có sốc/tụt huyết áp. Dựa vào PESI để phân nhóm nguy cơ trung bình hoặc thấp.

2.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Sử dụng t-test cho biến liên tục có phân bố chuẩn;

Mann-Whitney U test cho biến liên tục không chuẩn;

Chi-square hoặc Fisher exact test cho biến định tính.

Giá trị p<0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi lãnh đạo bệnh viện và các khoa liên quan. Không can thiệp vào quá trình điều trị bệnh nhân. Mọi thông tin cá nhân được bảo mật tuyệt đối và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Nghiên cứu bao gồm 71 bệnh nhân, tuổi trung bình là 65,0 ± 12,6 tuổi, trong đó nhỏ nhất là 34 tuổi và lớn nhất là 90 tuổi. Nữ giới chiếm 56,3%. Khó thở là triệu chứng thường gặp nhất (66,2%), có 9,8% bệnh nhân vào viện trong tình trạng ngất và tụt huyết áp, trong khi có đến 32,4% trường hợp được phát hiện tình cờ qua chẩn đoán hình ảnh.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính		
- Nam	31	43,7
- Nữ	40	56,3
Triệu chứng khởi phát		
- Khó thở	47	66,2
- Ho ra máu	5	7,0
- Đau ngực kiểu màng phổi	4	5,6
- Đau ngực sau xương ức	5	7,0
- Sưng, đau một bên chân	9	12,7
- Ngất	3	4,2
- Tụt HA/đang dùng vận mạch	4	5,6
- Phát hiện tình cờ	23	32,4

3.2. Đặc điểm bệnh lý ung thư

Ung thư phổi là loại phổ biến nhất (25,3%), tiếp theo là đại tràng (15,4%) và phụ khoa (12,6%). Phần lớn bệnh nhân (70,4%) đã có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán TTP.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý ung thư

Cơ quan ung thư	Số lượng	Tỷ lệ %
Phổi	18	25,3
Đại tràng	11	15,4
Phụ khoa	9	12,6
Đường mật	7	9,8
Gan	7	9,8
Dạ dày	4	5,6
Lympho	3	4,2
Carcinoma không rõ nguồn	3	4,2
Vú	2	2,8
Tuyến giáp	2	2,8
Bàng quang	2	2,8
Tuyến ức	1	1,4
U màng não	1	1,4
Bạch cầu cấp dòng tủy	1	1,4

3.3. Đặc điểm thuyên tắc phổi cấp

Trong số 71 bệnh nhân, có 4 bệnh nhân (5,6%) thuộc nhóm nguy cơ cao theo phân tầng ESC 2019, trong đó chỉ 2 bệnh nhân được điều trị tiêu sợi huyết. Nhóm nguy cơ trung bình - thấp chiếm tỷ lệ cao nhất (60,6%). Huyết khối động mạch phổi thùy là vị trí phổ biến nhất (71,8%). Có 38% bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới đoạn gần.

Bảng 3. Đặc điểm thuyên tắc phổi cấp của bệnh nhân nghiên cứu

Biến số	Số lượng	Tỷ lệ %
Phân loại nguy cơ theo ESC 2019		
- Nguy cơ cao	4	5,6
- Trung bình - cao	20	28,2
- Trung bình - thấp	43	60,6
- Nguy cơ thấp	4	5,6
Siêu âm tĩnh mạch chi dưới		
- Huyết khối gần	27	38,0
- Huyết khối xa	8	11,3
CTPA		
- Huyết khối ĐMP 2 bên	36	50,7
- Huyết khối ĐMP 1 bên	33	46,5
- Huyết khối ĐMP trung tâm	1	1,4
- Huyết khối ĐMP thùy	51	71,8
- ĐMP trung tâm và thùy	19	26,8

CTPA: Chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi

3.4. Tỷ lệ tử vong và phân tích liên quan

Có 33 bệnh nhân tử vong. Trong đó, tỷ lệ tử vong nội viện là 9,8%, trong khi tử vong sau xuất viện trong vòng 3 tháng là 36,6%, nâng tổng tỷ lệ tử vong 90 ngày lên 46,4%. Tỷ lệ tái nhập viện là 12,7%.

Trong nhóm bệnh nhân TTP nguy cơ cao có 2/4 bệnh nhân được tiêu sợi huyết đường toàn thân đều còn sống, 1 bệnh nhân tử vong do TTP, 1 bệnh nhân tử vong do ung thư tiến triển, có ¼ bệnh nhân được đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới; 70% trường hợp TTP cấp nguy cơ trung bình - cao tử vong trong vòng 90 ngày. Nguyên nhân tử vong do ung thư tiến triển 8 trường hợp, nhiễm trùng 5 trường hợp, xuất huyết 1 trường hợp. Tỷ lệ tử vong ở nhóm TTP phổi nguy cơ trung bình - cao kèm ung thư cao nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 4).

Bảng 4. Tỷ lệ tử vong theo phân tầng nguy cơ ESC

Phân tầng nguy cơ	Tổng (n = 71)	Còn sống (n = 38)	Tử vong (n = 33)	p
Nguy cơ cao (n, %)	4	2 (50)	2 (50)	0,0006
Trung bình - cao (n, %)	20	6 (30)	14 (70)	
Trung bình - thấp (n, %)	43	26 (60,4)	17 (39,5)	
Nguy cơ thấp (n, %)	4	4 (100)	0 (0)	

Phân tích mối liên hệ giữa điểm PESI và kết cục sống còn cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các phân nhóm (p=0,003). Không có trường hợp tử vong nào ở nhóm PESI ≤ 85 điểm. Tỷ lệ tử vong tăng dần ở các nhóm điểm cao hơn, đáng chú ý nhất là nhóm PESI > 125 với tỷ lệ tử vong 54,6% (Bảng 5).

Bảng 5. Tỷ lệ tử vong theo phân tầng nguy cơ PESI

Nhóm theo điểm PESI	Còn sống (n = 38)	Tử vong (n = 33)	p
I (≤ 65)	0 (0%)	0 (0%)	0,003
II (66-85)	6 (15,8%)	0 (0%)	
III (86-105)	16 (42,1%)	8 (24,2%)	
IV (106-125)	9 (23,7%)	7 (21,2%)	
V (> 125)	7 (18,4%)	18 (54,6%)	

Nguyên nhân tử vong nội viện chủ yếu là nhiễm trùng (4,2%), trong đó 2 trường hợp sốc nhiễm trùng do viêm phổi đa kháng, 1 trường hợp do nhiễm trùng từ viêm mô tế bào bàn chân trái, trong khi nguyên nhân tử vong sau xuất viện 3 tháng là ung thư tiến triển (22,5%), tiếp đến là nhiễm trùng (11,3%) trong đó 2 trường hợp viêm phổi đa kháng, 1 trường hợp viêm phúc mạc do thủng túi thừa đại tràng chậu hông, 1 trường hợp do nhiễm trùng niệu do *E. coli*, 3 trường hợp nhiễm trùng từ đường tiêu hóa: Viêm đại tràng, hậu môn nhân tạo, 1 trường hợp nhiễm khuẩn huyết do apxe gan, lưu ý tử vong do TTP là tử vong nội viện (Bảng 6).

Bảng 6. Nguyên nhân tử vong

Nguyên nhân	Nội viện	Sau xuất viện
Thuyên tắc phổi	1	0
Nhiễm trùng	3	8
Xuất huyết tiêu hoá	1	1
Ung thư tiến triển	1	16

Tràn khí/tràn máu màng phổi	1	0
Không rõ nguyên nhân	0	1

So sánh giữa hai nhóm cho thấy nhịp tim trung bình ở nhóm tử vong cao hơn nhóm còn sống (109,5 ± 20,9 so với 100,2 ± 16,6 lần/phút, p=0,041). Tỷ lệ huyết khối động mạch phổi hai bên trên CTPA thấp hơn ở nhóm tử vong so với nhóm sống (13/33 so với 24/38, p=0,046). Các biến số khác như nhiệt độ, huyết áp, tần số thở, khí máu động mạch, D-dimer, hs-Troponin T, NT-proBNP và vị trí huyết khối khác trên CTPA không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (p>0,05) (Bảng 7).

Bảng 7. Đặc điểm liên quan đến tử vong 90 ngày

Biến số	Còn sống (n = 38)	Tử vong (n = 33)	p
Mạch (lần/phút)	100,2 ± 16,6	109,5 ± 20,9	0,041
Nhiệt độ (°C)	36,9 ± 0,6	36,9 ± 0,6	0,744
HA tâm thu (mmHg)	126,5 ± 23,9	117,4 ± 20,8	0,092
HA tâm trương (mmHg)	75,9 ± 15,6	72,7 ± 13,4	0,349
Tần số thở (/phút)	23,2 ± 17,4	21,6 ± 3,9	0,608
PaO_2 (mmHg)	78,9 ± 45,6	88,0 ± 49,3	0,263
D-dimer (ng/ml)	16559,8 ± 24403,3	17399,8 ± 27640,1	0,909
hs-Troponin T (ng/ml)	103,8 ± 41,6	70,6 ± 33,6	0,522
NT-proBNP (ng/ml)	1763,0 ± 4324,3	2516,4 ± 4920,6	0,521
Huyết khối ĐMP hai bên	24/38	13/33	0,046

*Sử dụng Chi-square test cho các biến phân loại, t-test cho các biến liên tục (có phân bố chuẩn) và Mann-Whitney U Test cho các biến liên tục có phân bố không chuẩn (D-dimer, hs-Troponin T và NT-proBNP). Giá trị p<0,05 (độ tin cậy 95%) thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Khi phân tích đa biến, PESI > 106 là yếu tố duy nhất có liên quan độc lập với tử vong 90 ngày (OR = 3,38, 95% CI: 1,05-10,83; p=0,04). SpO_2 < 90% có xu hướng liên quan đến tăng nguy cơ tử vong nhưng chưa đạt ngưỡng ý nghĩa (p=0,06). Tuổi, giới, loại ung thư (ống tiêu hóa bao gồm dạ dày và đại tràng, gan - mật - tụy bao gồm gan, đường mật và tụy) và phân tầng nguy cơ theo ESC không liên quan có ý nghĩa thống kê trong mô hình này (Bảng 8).

Bảng 8. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến tử vong 90 ngày

Biến	OR	CI 95% thấp	CI 95% cao	p-value
Tuổi	1,02	0,98	1,07	0,35
Nữ giới	0,45	0,15	1,33	0,15
SpO_2 < 90%	3,87	0,91	16,46	0,07
ESC nguy cơ TB-Cao/Cao	0,40	0,04	3,84	0,42
PESI > 106	3,38	1,05	10,83	0,04*
Ung thư phổi	0,37	0,10	1,39	0,14
Ung thư ống tiêu hóa	1,88	0,42	8,46	0,40
Ung thư gan - mật - tụy	1,94	0,44	8,56	0,37

* p<0,05, có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 71 bệnh nhân ung thư có TTP cấp cho thấy độ tuổi trung bình là 65,0 ± 12,6, phần lớn là nữ (56,3%). Khó thở là triệu chứng phổ biến nhất (66,2%), trong khi tỷ lệ phát hiện tình cờ chiếm đến 32,4%, cho thấy thuyên tắc phổi có thể diễn tiến âm thầm ở nhóm bệnh nhân ung thư. Tỷ lệ mắc ung thư phổi là cao nhất (25,3%) và có đến 70,4% đã di căn xa tại thời điểm phát hiện TTP.

Các đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu của Cherry Au và cộng sự (2020), khi so sánh bệnh nhân ung thư và không ung thư bị TTP, nhóm ung thư thường ít biểu hiện đau ngực hay ngất hơn, nhưng không khác biệt về tỷ lệ TTP hai bên hay nhập ICU [10]. Nghiên cứu trong nước của Nguyễn Văn Ánh và cộng sự (2022) cũng ghi nhận tỷ lệ khó thở cao (72,2%) [5]. Zuin và cộng sự cũng xác định TTP là biến chứng gây tử vong đứng thứ hai sau chính ung thư ở bệnh nhân dưới 65 tuổi [11].

Về loại ung thư, kết quả của chúng tôi khác biệt với nghiên cứu của Sawant tại Ấn Độ, nơi ung thư phụ khoa, đầu cổ và hệ tạo huyết chiếm ưu thế [6]. Nghiên cứu của Khorana cho thấy ung thư vú là phổ biến nhất trong nhóm có TTP (34,6%), tiếp theo là phổi (20%) và u lympho (12,1%) [12]. Khác biệt này có thể do tỷ lệ cao ung thư phổi và tiêu hóa ở Việt Nam theo GLOBOCAN [5], và việc chụp CT ngực trong chẩn đoán ung thư phổi giúp tăng tỷ lệ phát hiện TTP.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 2 bệnh nhân (2,8%) được điều trị tiêu sợi huyết, vì có các chống chỉ định ở nhóm ung thư, tương tự các nghiên cứu trước đó. Tỷ lệ tử vong nội viện của chúng tôi là 9,8%, tương tự kết quả của Shalaby et al. với tỷ lệ 11,8% ở nhóm ung thư (so với 6,6% ở nhóm không ung thư) [13]. Tỷ lệ tử vong 90 ngày là 46,4%, cao hơn nhiều so với nghiên cứu COPE (13,8%) [8] hay của Mai và cộng sự [14]. Điều này có thể được giải thích do hơn 70% bệnh nhân trong nghiên cứu đã có di căn xa. Nguyên nhân tử vong chủ yếu là do ung thư tiến triển và nhiễm trùng, trong khi chỉ 1 trường hợp tử vong do TTP không được điều trị can thiệp do chống chỉ định tiêu sợi huyết. Tỷ lệ tử vong cao trong nhóm PESI > 125 (54,6%) và không có trường hợp tử vong nào ở PESI ≤ 85 cho thấy tính giá trị của thang điểm này trong tiên lượng, tương đồng với báo cáo của Zuin và cộng sự [11].

Một phát hiện đáng chú ý khác là 32,4% trường hợp TTP được phát hiện tình cờ, điều này gợi ý vai trò quan trọng của các khảo sát hình ảnh định kỳ trong nhóm ung thư. Aiham Qdaisa và cộng sự cũng ghi nhận thuyên tắc huyết khối ngẫu nhiên liên quan đến giảm sống còn rõ rệt (HR 1,65; 95% CI: 1,21-2,25, p=0,001) [15].

Nhịp tim nhanh có mối liên quan thống kê với tử vong (p=0,041), củng cố vai trò của yếu tố này trong thang điểm PESI. Ngược lại, tỷ lệ phát hiện huyết khối ĐMP hai bên thấp hơn ở nhóm tử vong (p=0,046) là một phát hiện bất ngờ và cần được kiểm chứng thêm qua các nghiên cứu lớn hơn.

Sauk hi điều chỉnh các yếu tố gây nhiễu, điểm PESI > 106 có liên quan độc lập với tăng nguy cơ tử vong 90 ngày (OR = 3,38; p=0,04), phù hợp với các bằng chứng trước đây về giá trị tiên lượng của thang điểm PESI trong bệnh cảnh thuyên tắc phổi cấp có kèm ung thư [17].

Các yếu tố SpO_2 < 90% (OR = 3,87; p=0,07) và ung thư phổi (OR = 0,37; p=0,14) có xu hướng liên quan đến nguy cơ tử vong nhưng chưa đạt mức ý nghĩa thống kê. Trong đó, ung thư phổi cho thấy một xu hướng giảm nguy cơ tử vong so với các loại ung thư khác, điều này trái ngược với một số nghiên cứu trước đó [15], có thể do đặc điểm phát hiện sớm và xử trí tích cực ở nhóm bệnh nhân này tại trung tâm nghiên cứu. Ngược lại, ung thư ống tiêu hóa và ung thư gan mật tụy không cho thấy mối liên hệ rõ ràng với nguy cơ tử vong trong mô hình này, dù có hệ số OR > 1. Điều này có thể phản ánh cỡ mẫu nhỏ hoặc mức độ tiến triển bệnh không đồng đều giữa các nhóm.

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần được cân nhắc khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu, do đó có thể tồn tại sai số trong quá trình thu thập dữ liệu từ hồ sơ bệnh án. Thứ hai, cỡ mẫu tương đối nhỏ (71 bệnh nhân) và được thực

hiện tại một trung tâm đơn lẻ, điều này có thể hạn chế khả năng khái quát kết quả cho toàn bộ dân số bệnh nhân ung thư có TTP cấp. Thứ ba, một số bệnh nhân được đánh giá sống còn thông qua gọi điện thoại, điều này có thể dẫn đến thiếu hụt dữ liệu chính xác về nguyên nhân tử vong.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ung thư mắc thuyên tắc phổi cấp có tiên lượng xấu với tỷ lệ tử vong trong 90 ngày cao đến 46,4%. Trong số các yếu tố tiên lượng, PESI > 106 điểm là yếu tố nguy cơ dự đoán tăng nguy cơ tử vong (OR = 3,38; p = 0,04). Các chỉ số cận lâm sàng như troponin, NT-proBNP tăng, và nhịp tim cao hơn ở nhóm tử vong cũng gợi ý giá trị tiên lượng. Kết quả này khẳng định vai trò của PESI trong đánh giá ban đầu và phân tầng nguy cơ ở nhóm bệnh nhân đặc biệt này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khorana AA, Francis CW, Culakova E, Kuderer NM, Lyman GH (2007) *Thromboembolism is a leading cause of death in cancer patients receiving outpatient chemotherapy.* J Thromb Haemost 5(3): 632-634.
2. Wendelboe AM, Raskob GE (2016) *Global burden of thrombosis.* Circ Res 118(9): 1340-1347.
3. Nguyễn Nhật Mai, Hoàng Bùi Hải, Đinh Thị Thu Hương (2016) *Một số đặc điểm về ung thư ở những bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu được chẩn đoán và điều trị lần đầu*. Tạp chí Y học Việt Nam 443(1), tr. 121-124.
4. Đỗ Minh Hiền, Phạm Cẩm Phương, Trịnh Lê Huy (2019) *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư mắc huyết khối tĩnh mạch sâu.* Tạp chí Y học Việt Nam 482(1), tr. 223-226.
5. Nguyễn Văn Ánh, Nguyễn Tiến Đức, Hoàng Bùi Hải (2022) *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân tắc động mạch phổi cấp kèm ung thư*. Tạp chí Nghiên cứu Y học 160(12V1), tr. 61-68.
6. Sawant SP, Banumathy S, Daddi A (2012) *Pulmonary embolism in cancer patients Indian.* J Cancer 49(1): 119-124.
7. Abdel-Razeq HN, Mansour AH, Ismael YM (2011) *Incidental pulmonary embolism in cancer patients: Clinical characteristics and outcome - a comprehensive cancer center experience.* Vasc Health Risk Manag 7: 153-158.
8. Becattini C, Cimini LA, Bassanel G et al (2024) *Acute pulmonary embolism and cancer: Findings from the COPE study.* Clin Res Cardiol 113: 288-300.
9. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C et al (2020) *2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism.* Eur Heart J 41(4): 543-603.
10. Au C, Gupta E, Khaing P et al (2020) *Clinical presentations and outcomes in pulmonary embolism patients with cancer.* J Thromb Thrombolysis.
11. Zuin M, Nohria A, Henkin S et al (2025) *Pulmonary embolism-related mortality in patients with cancer.* JAMA Netw Open 8(2): 2460315.
12. Khorana AA, Kuderer NM, Culakova E, Lyman GH, Francis CW (2008) *Development and validation of a predictive model for chemotherapy-associated thrombosis.* Blood 111(10): 4902-4907.
13. Shalaby K, Kahn A, Silver ES, Kim MJ et al (2022) *Outcomes of acute pulmonary embolism in hospitalized patients with cancer*. BMC Pulm Med 22(1): 11.
14. Mai AS, Matetić A, Elgendy IY et al (2023) *The association between cancer diagnosis, care, and outcomes in 1 million patients hospitalized for acute pulmonary embolism.* Int J Cardiol 371: 354-362.
15. Qdaisa A, Kamal M, Al-Breiki A et al (2020) *Clinical characteristics, management, and outcome of incidental pulmonary embolism in cancer patients.* Blood Adv 4(8): 1606-1614.