

# NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP THUYỀN TẮC PHỔI CÓ RỐI LOẠN HUYẾT ĐỘNG ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG BẰNG TIÊU SỢI HUYẾT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Việt Hậu<sup>1</sup>, Nguyễn Khánh Dương<sup>1</sup>, Nguyễn Quan Như Hảo<sup>1</sup>,  
Trương Thị Thúy Trinh<sup>1</sup>, Nguyễn Quốc Huy<sup>1</sup>,  
Nguyễn Minh Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Vinh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Thuyên tắc phổi (TTP) là một bệnh lý cấp cứu nội khoa, đe dọa tính mạng và có nguy cơ tử vong cao nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời. Các triệu chứng lâm sàng của TTP thường không đặc hiệu, một số trường hợp có thể không triệu chứng và được phát hiện tình cờ khi tầm soát các bệnh lý khác. Lựa chọn điều trị TTP bao gồm thuốc tiêu sợi huyết, thuốc kháng đông, đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới,... Hiện nay, thuốc tiêu sợi huyết đã được chứng minh có hiệu quả trong điều trị TTP, do đó đây là một lựa chọn ngày càng được sử dụng trên lâm sàng. Chúng tôi trình bày một trường hợp nhập viện với triệu chứng khó thở và nặng ngực khởi phát khoảng 1 tuần và được chẩn đoán TTP cấp có rối loạn huyết động phải sử dụng thuốc vận mạch. NB được chỉ định thuốc tiêu sợi huyết, ngay sau khi kết thúc truyền thuốc, huyết động cải thiện không còn phụ thuộc thuốc vận mạch. Kết quả CT scan động mạch phổi kiểm tra sau đó ghi nhận giảm đáng kể kích thước huyết khối và NB được xuất viện với tình trạng ổn định sau 11 ngày điều trị.

**Từ khóa:** Thuyên tắc phổi, tiêu sợi huyết

## SUMMARY

### CASE REPORT: SUCCESSFUL THROMBOLYSIS IN A PATIENT WITH ACUTE LIFE – THREATENING PULMONARY EMBOLISM AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER IN HO CHI MINH CITY

Pulmonary embolism (PE) is a potentially life-threatening condition requiring urgent management to decrease mortality. PE typically has a poor prognosis with a high mortality rate despite advances in diagnosis and therapy. The clinical signs and symptoms of PE are non-specific and in some cases, PE may be asymptomatic or discovered incidentally during diagnostic workup for another disease. Treatment options for pulmonary embolism include anticoagulation therapy, thrombolytic therapy, or insertion of an inferior vena cava filter when anticoagulation is contraindicated. The long-term benefits of thrombolytic therapy have made it an increasingly popular option in many institutions. In this report, we present a case of PE presenting with

dyspnea and chest pain for one week. The patient was successfully managed with a full dosage of the systemic thrombolytic drug and discharged after 11 days with no complications.

**Keywords:** pulmonary embolism, thrombolysis

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc phổi (TTP) là tình trạng tắc nghẽn cấp tính tại động mạch phổi và/ hoặc các nhánh của nó với nguyên nhân có thể từ huyết khối, hiếm hơn là do khí, mỡ hoặc thuyên tắc ôi.<sup>1</sup> Trong đó, TTP do huyết khối là nguyên nhân thường gặp, xảy ra khi một phần của huyết khối bong tróc và trôi vào trong dòng máu cho đến khi bị tắc nghẽn lại tại động mạch phổi.<sup>3</sup>

Trong 900.000 trường hợp huyết khối tĩnh mạch (HKTM) hằng năm ở Hoa Kỳ, người ta ước tính hơn 250.000 trường hợp được chẩn đoán TTP.<sup>5</sup> Trong số các trường hợp tử vong do TTP, 34% trường hợp xảy ra đột ngột hoặc chỉ trong vòng vài giờ sau khi xuất hiện triệu chứng và 59% trường hợp chỉ được chẩn đoán TTP sau khi tử vong. Ở Châu Âu, tỷ lệ TTP hằng năm dao động từ 39 – 115/ 100.000 người.<sup>6</sup>

Chẩn đoán TTP vẫn còn là thách thức đối với các bác sĩ lâm sàng.<sup>7</sup> Triệu chứng TTP thường đa dạng và không đặc hiệu. Trong hầu hết các trường hợp, NB có triệu chứng khó thở, đau ngực, ngất, ho ra máu, thậm chí nhập viện với tình trạng sốc, rối loạn huyết động, ngưng hô hấp tuần hoàn,... Đôi khi TTP không có triệu chứng, được phát hiện một cách tình cờ. Khám thực thể có thể ghi nhận tần số tim tăng, tiếng tim T2 mạnh, oxy máu giảm, tĩnh mạch cổ nổi và sưng nề chi dưới nếu kèm theo huyết khối tĩnh mạch sâu. TTP cấp nguy cơ cao khi NB có rối loạn huyết động với một trong 3 biểu hiện sau: (1) ngưng tuần hoàn, (2) sốc tắc nghẽn với huyết áp tâm thu (HATT) < 90mmHg hoặc cần sử dụng thuốc vận mạch để HATT ≥ 90mmHg mặc dù áp lực ổ đày thắt bình thường đồng thời có giảm tưới máu cơ quan đích, (3) HATT < 90mmHg hoặc giảm ≥ 40mmHg so với bình thường kéo dài hơn 15 phút mà không do rối loạn nhịp mới xuất hiện, sốc giảm thể tích hoặc sốc nhiễm khuẩn.<sup>7</sup> Ngày nay, việc áp dụng các

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hậu

Email: hau.nv@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 30.10.2023

Ngày duyệt bài: 15.11.2023

thang điểm Wells, thang điểm Geneva, thang điểm PESI hoặc sPESI, định lượng nồng độ D-dimer,... giúp các bác sĩ sàng lọc bước đầu và phân tầng nguy cơ TTP.

Chúng tôi trình bày trường hợp TTP cấp nguy cơ cao đã được điều trị tái tưới máu thành công bằng thuốc tiêu sợi huyết tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

**II. BỆNH ÁN**

**2.1. Hành chính.** Người bệnh nữ, 58 tuổi, nhập viện vì khó thở vào ngày 11/8/2023 và xuất viện vào ngày 22/8/2023.

**2.2. Bệnh sử.** Cách nhập viện khoảng 1 tháng, căng chân phải của NB sưng đau, điều trị tại cơ sở y tế địa phương được chẩn đoán HKTM khoeo chân phải, điều trị thuốc dabigatran 150 mg 1 viên uống 2 lần/ngày. Cách nhập viện 1 tuần, NB xuất hiện triệu chứng khó thở, nặng ngực tăng dần, nhập bệnh viện địa phương trong tình trạng suy hô hấp, tụt huyết áp, được chẩn đoán theo dõi TTP nguy cơ cao, chưa loại trừ hội chứng vành cấp. NB được xử trí thở oxy qua cannula, bù dịch, sử dụng thuốc vận mạch và kháng đông enoxaparine, sau đó được chuyển đến Bệnh Viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh để tiếp tục điều trị.

**2.3. Tiền sử.** Tăng huyết áp, bệnh tim thiếu máu cục bộ, đái tháo đường típ 2.

Thuốc NB sử dụng hàng ngày trước đợt nhập viện này bao gồm: insulin, irbesartan, bisoprolol, atorvastatin, dabigatran, omeprazole, Daflon (hesperidin + diosmin).

**2.4. Khám lâm sàng.** Tình trạng lâm sàng khi nhập khoa Cấp cứu: người bệnh tỉnh, tiếp xúc được vẫn còn triệu chứng khó thở và nặng ngực, ghi nhận tần số tim 116 lần/phút, huyết áp 80/60 mmHg (đang duy trì vận mạch noradrenaline), nhịp thở 24 lần/phút, SpO<sub>2</sub> 95% (cannula 3 lít/phút), thở co kéo nhẹ, phổi không ran và bụng mềm.

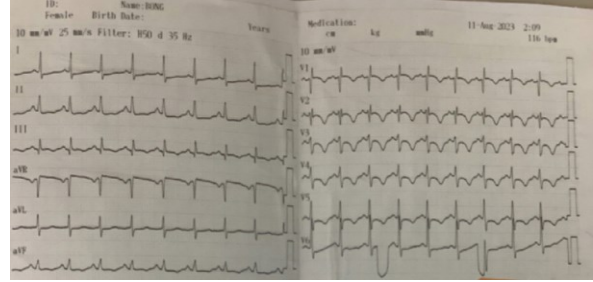
**2.5. Kết quả cận lâm sàng**

**Bảng 1. Kết quả cận lâm sàng**

Xét nghiệm	Giá trị của người bệnh
Khí máu động mạch: pH/pCO <sub>2</sub> /pO <sub>2</sub> /HCO <sub>3</sub> /Lactate	7,393/22,4/95,1/13,4/3,24
WBC-NEU %	17,38 x 10 <sup>9</sup> /L-76 %
HGB	135 g/L
PLT	234 x 10 <sup>9</sup> /L
PT-INR-APTT	14,4 giây-1,06-27,6 giây
CK-MB	27 U/L
Troponin T hs	Lần 1: 325 ng/L Lần 2 (sau lần đầu 1 giờ): 272 ng/L

NT Pro-BNP	17095 ng/L
Creatinine-eGFR (CKD-EPI)	1,96 mg/dL-53 mL/phút
Natri/Kali/Clo/Calci toàn phần	142/3,99/113/2,17 mmol/L
ASAT/ ALAT	266/ 278 U/L
HbsAg, HCV Ab	Âm tính
TSH - FT4	0,62 mUI/L-15,06 pmol/L

- **Điện tâm đồ:** nhịp nhanh xoang, S1Q3T3, T âm ở V1-V4, QR ở V1 (hình 1)

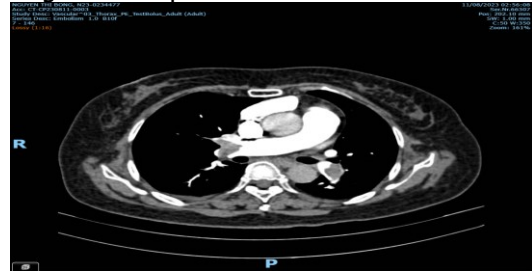


**Hình 1. Điện tâm đồ (ngày 11/08/2023) ghi nhận nhịp nhanh xoang, S1Q3T3, T âm ở V1-V4, QR ở V1**

- **CT Scan động mạch phổi**

o Hình ảnh thuyên tắc phổi: tắc gần hoàn toàn động mạch (ĐM) phổi phải, các nhánh ĐM thùy và tắc không hoàn toàn các nhánh ĐM phân thùy; tắc gần hoàn toàn ĐM phổi trái thùy dưới, tắc không hoàn toàn nhánh ĐM phân thùy A1-2, A3, A4, A5, A9, A10, Quanadli khoảng 87,5%.

o Dấu hiệu suy thất phải: RV/LV ≥ 1, vách liên thất lõm sang trái, không thấy trào ngược thuốc cản quang vào tĩnh mạch chủ dưới, đường kính thân ĐM phổi 28 mm, đường kính ĐM chủ lên 28 mm, đường kính ĐM phổi phải 23 mm, đường kính ĐM phổi trái 22 mm.



**Hình 2. CT Scan động mạch phổi (ngày 11/08/2023) ghi nhận huyết khối động mạch phổi 2 bên (mũi tên vàng)**

- **Siêu âm Doppler mạch máu chi dưới (ngày 11/08/2023):** Huyết khối hoàn toàn tĩnh mạch đùi phải đoạn 1/3 dưới, khả năng huyết khối cấp hoặc bán cấp.

- **Siêu âm Doppler tim tại giường (ngày 11/08/2023):** Thất phải lớn, vách liên thất dẹt và bị đẩy lệch sang trái, có cử động nghịch

thường, PAPs 55 mmHg. Thất trái cơ bóp tốt, không tràn dịch màng ngoài tim.

**2.6. Chẩn đoán.** Sốc tắc nghẽn, thuyên tắc phổi nguy cơ cao, huyết khối 1/3 dưới tĩnh mạch đùi phải.

### 2.7. Diễn tiến và xử trí

- Tại khoa Cấp cứu, người bệnh được thở oxy cannula 3 lít/phút, sử dụng thuốc vận mạch để ổn định huyết động, được chỉ định dùng tiêu sợi huyết alteplase 50mg/lọ, 2 lọ bơm tiêm tự động trong 2 giờ. Ngay sau khi kết thúc truyền alteplase, NB có huyết động cải thiện, giảm dần liều và ngưng vận mạch. Tiếp theo, NB được truyền duy trì heparin liên tục, chỉnh liều heparin theo kết quả aPTT mỗi 4 giờ. Sau 2 ngày, kết quả CT Scan động mạch phổi ghi nhận giảm kích thước huyết khối trong các nhánh động mạch phổi và các dấu hiệu suy thất phải cải thiện (RV/LV <1, vách liên thất phẳng, có hình ảnh trào ngược thuốc cản quang vào tĩnh mạch chủ dưới và tĩnh mạch trên gan). Người bệnh xuất viện với tình trạng ổn định sau 11 ngày điều trị.

- Chẩn đoán xuất viện: Sốc tắc nghẽn do thuyên tắc phổi cấp nguy cơ cao đã điều trị thuốc tiêu sợi huyết, huyết khối 1/3 dưới tĩnh mạch đùi phải, tăng huyết áp độ 2, đái tháo đường típ 2. Người bệnh được duy trì thuốc kháng đông dabigatran 150 mg liều 1 viên uống 2 lần/ ngày, tái khám tại phòng khám tim mạch sau đó một tuần ghi nhận tình trạng ổn định và tiếp tục thuốc ngoại trú.

## IV. BÀN LUẬN

Sốc là bệnh cảnh hay gặp tại khoa Cấp cứu, diễn tiến nhanh, có nguy cơ cao dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện và chẩn đoán sớm. Có 4 cơ chế sốc chính: sốc giảm thể tích, sốc tim, sốc giãn mạch và sốc tắc nghẽn; trong đó, TTP là một nguyên nhân chính gây ra tình trạng sốc tắc nghẽn. Do vậy, cần phải nhanh chóng phân loại và tìm nguyên nhân gây sốc để xử trí kịp thời cho người bệnh.

Tùy theo mức độ tắc nghẽn sẽ quyết định triệu chứng lâm sàng của NB. TTP nặng có thể làm ảnh hưởng đến tuần hoàn, sự oxy hoá máu và suy thất phải. Các yếu tố nguy cơ của TTP bao gồm: tuổi cao, tiền căn TTP và HKTMs trước đó, bệnh lý ác tính, bất động lâu ngày, sử dụng thuốc ngừa thai đường uống, các yếu tố di truyền (yếu tố V Leiden, hội chứng tăng đông mắc phải),... Khoảng 30% các trường hợp TTP không xác định được nguyên nhân. Tắc nghẽn hơn 50% của hệ thống động mạch phổi được xem là thuyên tắc phổi lớn (massive pulmonary embolism), NB thường có bệnh cảnh đau ngực,

khó thở, ngất, ho ra máu và tụt huyết áp.<sup>1</sup> NB của chúng tôi được xác định TTP lớn nguy cơ cao vì có triệu chứng của TTP kèm theo rối loạn huyết động cần sử dụng thuốc vận mạch, đồng thời trên hình ảnh CT scan động mạch phổi có ghi nhận chỉ số Quanadli khoảng 87,5%.

- Siêu âm doppler mạch máu chi dưới mặc dù không thể giúp chẩn đoán hay loại trừ TTP nhưng vẫn có vai trò quan trọng trong kế hoạch điều trị NB có nghi ngờ TTP hay phòng ngừa TTP. Các nghiên cứu gần đây cho thấy khoảng 50% NB có HKTMs sâu không có triệu chứng điển hình (đỏ, sưng, nóng) và khoảng 40% NB có HKTMs sâu có TTP không triệu chứng. Siêu âm doppler mạch máu có độ nhạy từ 89% đến 96% và độ đặc hiệu 94% đến 99% trong chẩn đoán HKTMs sâu và khoảng 70% NB chẩn đoán TTP được phát hiện HKTMs sâu trên siêu âm. Theo nghiên cứu của Douketis JD và cộng sự, nguy cơ TTP dẫn đến tử vong chiếm tỷ lệ 0,4% trên những NB có HKTMs sâu được điều trị heparin 5-10 ngày và sau đó duy trì thuốc kháng đông đường uống.<sup>8</sup> Mặc dù NB của chúng tôi đang tuân thủ sử dụng thuốc kháng đông để điều trị HKTMs sâu (huyết khối hoàn toàn tĩnh mạch đùi đoạn 1/3 dưới trên siêu âm) nhưng khi xuất hiện triệu chứng nghi ngờ TTP thì chúng tôi đã nghĩ ngay đến bệnh lý này và tiến hành chẩn đoán xác định kịp thời.

- Hai phương tiện hình ảnh học chính hiện nay để chẩn đoán TTP là CT scan động mạch phổi và xạ hình thông khí / tưới máu (V/Q scan). CT scan động mạch phổi đã được chứng minh có độ nhạy cao hơn V/Q scan trong chẩn đoán TTP và trong những năm gần đây, CT scan động mạch phổi được xem như là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán TTP. Hiện nay, tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, chúng tôi cũng không sử dụng V/Q scan mà sử dụng CT scan động mạch phổi trong xác định chẩn đoán trên NB nghi ngờ TTP.

Siêu âm tim (SAT) là phương tiện hữu ích để phân biệt suy tim với TTP và đồng thời giúp đánh giá chức năng thất phải trên NB được chẩn đoán TTP. SAT có thể ghi nhận huyết khối trong nhĩ phải và thất phải và là một phương tiện có thể thực hiện nhanh chóng tại giường bệnh, đặc biệt trong trường hợp cơ sở y tế không có đủ phương tiện hoặc tình trạng của NB không đảm bảo để có thể chụp CT scan. NB của chúng tôi đã được thực hiện SAT tại giường ngay tại thời điểm tiếp nhận tại Cấp cứu với kết quả ghi nhận: thất phải lớn, vách liên thất dẹt và bị đẩy lệch sang trái đồng thời có cử động nghịch thường, PAPs 55

mmHg, trong khi đó thất trái co bóp tốt và kích thước bình thường. Điều này chứng tỏ có sự tăng gánh thất phải và tăng áp lực bất thường của động mạch phổi.

Thuốc tiêu sợi huyết trong TTP có thể được sử dụng đường toàn thân hoặc tại chỗ qua catheter trực tiếp vào động mạch phổi. Chỉ định tiêu sợi huyết được trình bày trong Bảng 2. Thuốc tiêu sợi huyết có thể làm giảm áp lực động mạch phổi và làm tăng nồng độ oxy máu động mạch.<sup>9</sup> Những NB có rối loạn huyết động, suy chức năng thất phải và không có nguy cơ chảy máu nặng được chỉ định sử dụng thuốc tiêu sợi huyết cấp cứu.<sup>1</sup> Hiệu quả của việc sử dụng

thuốc tiêu sợi huyết sẽ cao nhất trong 48 giờ đầu tiên kể từ khi xuất hiện triệu chứng.<sup>10</sup> Tử suất sẽ lên đến 30% ở những NB nguy cơ cao nên việc sử dụng thuốc sớm là tối quan trọng. Ngay khi chẩn đoán NB có TTP, chúng tôi đã tiến hành điều trị ngay alteplase cho NB tại khoa Cấp cứu. Ngay cả trong trường hợp ngừng tuần hoàn có xác suất lâm sàng cao do TTP cấp, có thể chỉ định thuốc tiêu sợi huyết trong khi tiến hành hồi sinh tim phổi nếu NB không có chống chỉ định.<sup>7</sup> Vì các tác dụng không mong muốn, đặc biệt là xuất huyết nội sọ, nhà lâm sàng phải đánh giá kỹ NB trước khi khởi động liệu pháp tiêu sợi huyết.<sup>1</sup>

**Bảng 2. Chỉ định tiêu sợi huyết trong điều trị thuyên tắc phổi<sup>2</sup>**

Chỉ định tuyệt đối	Chỉ định tương đối
TTP nguy cơ cao (massive)	TTP nguy cơ trung bình (submassive) có kèm: - Tụt oxy máu nặng - Suy chức năng thất phải nặng/nặng hơn - Những NB TTP có tình trạng diễn tiến xấu hơn (như tăng dấu ấn sinh học tại tim, tần số tim tăng dần,...) - Huyết khối tự do trong lòng nhĩ phải hoặc thất phải - Gánh nặng huyết khối lan rộng

Chống chỉ định của tiêu sợi huyết trong điều trị thuyên tắc phổi được trình bày theo Bảng 3

**Bảng 3. Chống chỉ định của thuốc tiêu sợi huyết trong điều trị thuyên tắc phổi<sup>2</sup>**

Chống chỉ định tuyệt đối	Chống chỉ định tương đối
- Tiền sử xuất huyết não - Đột quỵ thiếu máu não trong 6 tháng qua - U thần kinh trung ương - Chấn thương nặng, phẫu thuật hoặc chấn thương đầu trong 3 tuần qua - Bệnh lý dễ chảy máu - Chảy máu tiến triển	- Thiếu máu não thoáng qua trong 6 tháng gần đây - Đang dùng kháng đông đường uống - Mang thai hoặc tuần đầu tiên hậu sản - Vị trí thủ thuật không đè ép được - Hồi sức sau chấn thương - Tăng huyết áp kháng trị (huyết áp tâm thu > 180 mmHg) - Bệnh gan tiến triển - Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng - Loét dạ dày tiến triển

NB của chúng tôi đã diễn tiến đến sốc (HA tụt và giảm tưới máu mô), theo phân độ của ESC 2019 thuộc nhóm nguy cơ cao nên có chỉ định tái tưới máu. Alteplase đường toàn thân là thuốc tiêu sợi huyết được FDA thông qua để điều trị TTP có rối loạn huyết động, TTP lớn (nguy cơ cao). Tất cả các thuốc kháng đông phải được ngừng trước khi khởi đầu alteplase. Liều alteplase được khuyến cáo là 100mg truyền tĩnh mạch qua bơm tiêm tự động trong vòng 2 giờ. NB của chúng tôi được đánh giá có đáp ứng tốt với alteplase bởi NB có thể giảm dần liều và ngừng hoàn toàn thuốc vận mạch ngay khi truyền xong alteplase. Trong quá trình theo dõi sau đó tại khoa Tim mạch, chúng tôi ghi nhận huyết động của NB luôn ổn định, không cần sử dụng lại thuốc vận mạch và được xuất viện sau 11 ngày điều trị.

Kháng đông được sử dụng trong điều trị TTP nếu không có chống chỉ định và NB cần phải được cân nhắc giữa lợi ích - nguy cơ biến chứng (xuất huyết, tương tác với các thuốc khác). Thời gian sử dụng kháng đông phụ thuộc vào các yếu tố nguy cơ, bệnh lý nền và khả năng tái phát của TTP.

Trong trường hợp kháng đông bị chống chỉ định, hoặc NB bị TTP tái phát mặc dù đã dùng thuốc kháng đông phù hợp, có thể xem xét đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới. Lưới lọc là một dụng cụ để ngăn cản huyết khối đến tuần hoàn phổi nhưng không có tác dụng ngăn ngừa sự hình thành huyết khối. NB của chúng tôi sau khi sử dụng alteplase được tiếp tục chỉ định heparin và sau đó là thuốc kháng đông đường uống trong liệu trình điều trị ngoại trú lâu dài.

**V. KẾT LUẬN**

Thuyên tắc phổi (TTP) là một bệnh lý ngày

càng phổ biến, có tỉ lệ tử vong cao. Đánh giá lâm sàng toàn diện và thời gian là yếu tố quan trọng trong tiếp cận NB nghi ngờ TTP. Hình ảnh học chính xác đóng vai trò rất quan trọng bởi vì kết quả âm tính giả hay dương tính giả đều có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng. Trong những trường hợp nặng như NB của chúng tôi, việc chẩn đoán nhanh chóng, chính xác và sử dụng thuốc tiêu sợi huyết kịp thời góp phần cải thiện kết cục điều trị cho NB.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sagar Adhikari et al.(2022)**, "Successful thrombolysis with low dose thrombolytic agent in a patient with acute life – threatening massive pulmonary thromboembolism: A case report". *Annals of Medicine and Surgery*, 82:104742.
2. **Stavros V.Konstantinides, Guy Meyer, Cecilia Becattini et al.(2019)**, "2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS)". *European Heart Journal*, 41, pp.543 – 603.
3. **Essien EO, Rali P, Mathai SC (2019)**, "Pulmonary Embolism". *Med Clin North Am*;103(3):549-64. Epub 2019/04/09. doi: 10.1016/j.mcna.2018.12.013.
4. **Di Nisio M, van Es N, Büller HR (2016)**, "Deep vein thrombosis and pulmonary embolism". *Lancet*, 388(10063):3060-73. Epub 2016/07/05. doi: 10.1016/s0140-6736(16)30514-1.
5. **Frank Peacock W, Coleman CI, Diercks DB, Francis S, Kabrhel C, et al Keay C (2018)**, "Emergency department discharge of pulmonary embolus patients". *Acad Emerg Med*, 25, 995 - 1003.
6. **Wendelboe AM, Raskob GE (2016)**, "Global burden of thrombosis: epidemiologic aspects". *Circ Res*, 118 (1340 - 7).
7. **Châu Ngọc Hoa, Đinh Thị Thu Hương (2022)**, "Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch". *Hội Tim mạch học Việt Nam*.
8. **Hajouli S.** Massive Fatal Pulmonary Embolism While on Therapeutic Heparin Drip. *J Investig Med High Impact Case Rep.* 2020; 8:2324709620914787.
9. **Duffett L, Castellucci LA, Forgie MA (2020)**, "Pulmonary embolism: update on management and controversies". *BMJ.* 2020;370:m2177.
10. **Meneveau N, Séronde MF, Blonde MC, Legale P, Didier-Petit K, Briand F, et al (2006)**, "Management of unsuccessful thrombolysis in acute massive pulmonary embolism". *Chest.* 129(4):1043-50.

## TUẦN THỬ ĐIỀU TRỊ THUỐC CỦA NGƯỜI BỆNH PARKINSON ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2021 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Doãn Thị Huyền<sup>1,2</sup>, Đồng Thị Hằng<sup>2</sup>, Ngô Thị Lộc<sup>2</sup>,  
Lê Thị Thúy Hằng<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Thắng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tuần thử điều trị thuốc (TTĐTT) của người bệnh (NB) Parkinson điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai và phân tích một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích thực hiện trên 160 NB Parkinson điều trị ngoại trú tại phòng khám chuyên khoa Thần Kinh bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2021 đến 31/12/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ TTĐTT tốt đạt 65% trong đó quên uống thuốc, uống thêm thực phẩm chức năng (TPCN) chiếm tỷ lệ lần lượt là: 65% và 20%. Tỷ lệ bỏ bớt thuốc chiếm 20% và bỏ điều trị chiếm 33,1%. Lý do chính của TTĐTT không tốt là: nhiều loại thuốc; để dành thuốc phòng khi

không có; đi xa không mang theo thuốc; uống không đúng giờ, quên lượt uống thuốc, không có người nhắc, sợ uống kéo dài gây độc hại; không có khả năng chi trả. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với TTĐTT bao gồm: số lượng thuốc < 3 loại (OR=2,4), khả năng tự sinh hoạt (OR=3,1), mức độ bệnh/điểm vận động theo thang điểm MDS-Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS) từ bình thường đến nhẹ (OR=3,4) và có bảo hiểm y tế-BHYT (OR=2,5). Các yếu tố giới tính, tuổi, thời gian mắc bệnh, số lần sử dụng thuốc không liên quan có ý nghĩa thống kê đến TTĐTT của NB. **Kết luận:** Tỷ lệ TTĐTT tốt của NB Parkinson chưa cao (65%), trong đó 65% quên thuốc, 33,1% bỏ điều trị, 20% bỏ bớt thuốc và 20% uống thêm thực phẩm chức năng (TPCN). Số loại thuốc uống, có khả năng tự sinh hoạt được, mức độ bệnh/điểm vận động theo thang điểm MDS-UPDRS và có BHYT là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến TTĐTT. Cần tăng cường hướng dẫn, tư vấn cho NB và áp dụng các biện pháp can thiệp để tăng cường sự tuân thủ như: nhắc uống thuốc, hỗ trợ xã hội, hỗ trợ BHYT.

**Từ khóa:** Người bệnh Parkinson; tuần thử điều trị thuốc; một số yếu tố liên quan.

<sup>1</sup>Đại học Thăng Long

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Doãn Thị Huyền

Email: doanthihuyen25@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023