

Báo cáo ca lâm sàng: suy hô hấp cấp do thuyên tắc phổi cấp tính điều trị bằng tiêu sợi huyết thành công

Nguyễn Thị Hoàng Anh^{1,2}, Nguyễn Hồng Trường^{1,2}, Nguyễn Bích Trâm¹, Bành Như Thanh Trúc¹, Lý Thị Huỳnh Nhung¹

¹Khoa Hồi sức Tích cực Chống độc, Bệnh viện Lãn Bình Thăng Thành phố Hồ Chí Minh

²Bộ Môn Cấp cứu – Hồi sức – Chống độc, Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Thuyên tắc phổi cấp tính là một trong những nguyên nhân gây tử vong đột ngột ở bệnh nhân tim mạch. Tiêu sợi huyết là phương pháp được lựa chọn hàng đầu với bệnh nhân suy hô hấp cấp do thuyên tắc phổi cấp tính có rối loạn huyết động.

Chúng tôi trình bày báo cáo một ca lâm sàng, mô tả quá trình chẩn đoán, điều trị bệnh nhân thuyên tắc phổi cấp tính bằng thuốc tiêu sợi huyết. Diễn tiến lâm sàng cho thấy sự cải thiện huyết động dần dần sau khi được dùng thuốc tiêu sợi huyết. Sau đó, bệnh nhân được chuyển sang điều trị bằng thuốc kháng đông và tiếp tục theo dõi tại khoa Nội tim mạch sau 4 ngày điều trị tại khoa Hồi sức Tích cực Chống độc và xuất viện sau 7 ngày.

Đánh giá và khởi động thuốc tiêu sợi huyết sớm cho thấy tiềm năng trong việc phục hồi huyết động nhanh chóng ở bệnh nhân suy hô hấp cấp do thuyên tắc phổi cấp tính.

Từ khoá: Thuyên tắc phổi cấp tính, thuốc tiêu sợi huyết, suy tim cấp

Abstract

Successful Thrombolytic Treatment of Acute Respiratory Failure Due to Acute Pulmonary Embolism - A Case Report

Pulmonary embolism is one of the leading causes of sudden death in cardiovascular patients. Thrombolysis is the preferred treatment for patients with acute respiratory failure due to pulmonary embolism and hemodynamic instability.

We present a case report detailing the diagnosis process, treatment, and clinical course of a patient with acute pulmonary embolism who received fibrinolytics. The patient demonstrated gradual hemodynamic improvement after receiving fibrinolytic therapy. Subsequently, the patient was transitioned to anticoagulant therapy and continued follow-up in the Cardiology Department after 4 days in Intensive Care Unit and discharged after 7 days.

Early evaluation and initiation of thrombolytic therapy may facilitate rapid hemodynamic recovery in patients with acute respiratory failure due to acute pulmonary embolism.

Keywords: Acute pulmonary embolism, fibrinolytics, acute heart failure

Ngày nhận bài:

30/07/2025

Ngày phản biện:

23/09/2025

Ngày đăng bài:

20/01/2026

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Thị Hoàng Anh

Email: nguyenthohoanganh@pnt.edu.vn

ĐT: 0908879284

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc phổi cấp tính (Acute Pulmonary Embolism) là một tình trạng cấp tính nguy hiểm, đặc trưng bởi sự tắc nghẽn do huyết khối một phần hoặc toàn bộ động mạch phổi hoặc các nhánh của nó, gây ra rối loạn trao đổi khí và suy tim phải cấp [6], [7]. Tỷ lệ mắc dao động từ 39 đến 115 trường hợp trên 100.000 dân hàng năm [5]. Suy tim phải do quá tải áp lực cấp tính là nguyên nhân chính gây tử vong trong các trường hợp thuyên tắc phổi cấp tính nặng [1], [6]. Nếu thuyên tắc phổi cấp tính không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, tỷ lệ tử vong cao tới 30% và chiếm 5%-10% số ca tử vong nội trú tại bệnh viện ở Mỹ [4].

Trong bối cảnh huyết động không ổn định do thuyên tắc phổi cấp tính, việc tái thông mạch máu phổi nhanh chóng là cực kỳ quan trọng để khôi phục tưới máu phổi, giảm tải cho tâm thất phải và cải thiện tình trạng sức. Tiêu sợi huyết (Fibrinolysis) đường toàn thân là một phương pháp điều trị mạnh mẽ, có khả năng làm tan huyết khối nhanh chóng, từ đó cải thiện các chỉ số huyết động và giảm áp lực động mạch phổi [7]. Mặc dù tiêu sợi huyết đã được chứng minh là cải thiện kết cục huyết động và tỷ lệ tử vong ngắn hạn ở những bệnh nhân có nguy cơ cao, việc sử dụng nó vẫn đi kèm với nguy cơ chảy máu nghiêm trọng, đặc biệt là chảy máu nội sọ [1].

Sự cân bằng giữa lợi ích cứu sống và biến chứng chảy máu là thách thức lớn trong quyết định lâm sàng sử dụng tiêu sợi huyết. Việc lựa

chọn bệnh nhân phù hợp, thời điểm can thiệp, và liều lượng tối ưu vẫn là những vấn đề cần được nghiên cứu và thảo luận chuyên sâu.

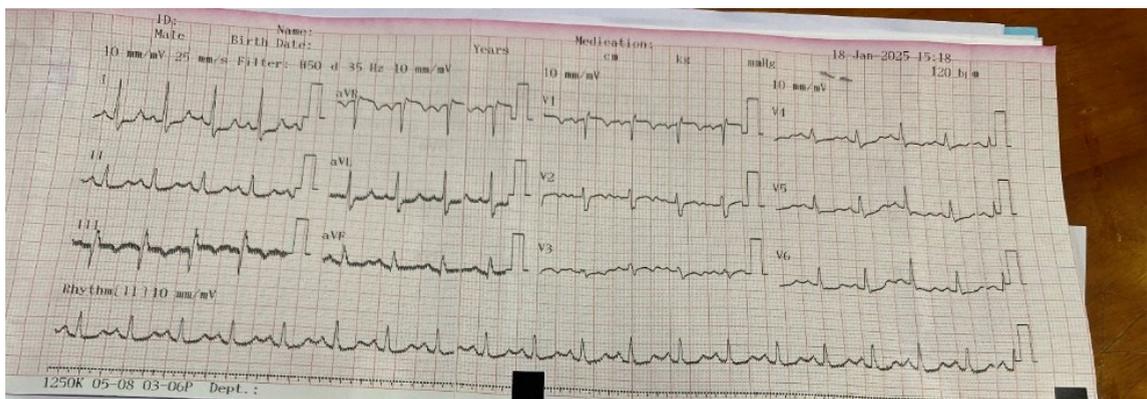
Trong bối cảnh đó, chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng về điều trị thuyên tắc phổi cấp tính bằng tiêu sợi huyết, nhằm minh họa hiệu quả và những cân nhắc lâm sàng liên quan.

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 81 tuổi nhập viện vì khó thở ngày 1. Sáng ngày nhập viện, bệnh nhân khó thở, nghỉ ngơi thì giảm sau 1 – 2 giờ. Chiều cùng ngày nhập viện, bệnh nhân đi vệ sinh thì thấy khó thở nhiều hơn nên đến khám Bệnh viện Lãn Bình Thăng. Tiền căn: tăng huyết áp, dẫn tĩnh mạch chi dưới, phẫu thuật kết hợp xương gãy hở đầu dưới xương quay phải cách 10 ngày (08/01/2025). Thuốc đang dùng: Melomax, Tatanol, Esomeprazole 20 mg, Augmentin (10/01 – 17/01/2025).

Tại khoa cấp cứu: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, mạch 120 lần/phút, huyết áp 85/60 mmHg, nhịp thở 26 lần/phút, nhiệt độ 37 độ C, SpO₂ 83% (khí trời), cân nặng 55 kg, chiều cao 158 cm, BMI 22,03 kg/m². Bệnh nhân được thở oxy qua mask venturi 40% 10 lít/phút, truyền dịch Natri chloride 0,9% 500 ml O₂ chai truyền tĩnh mạch 100 giọt/phút. Sau 2 giờ truyền dịch, bệnh nhân giảm mệt, mạch 120 lần/phút, huyết áp 124/84 mmHg (huyết áp trung bình 96 mmHg), nhịp thở 30 lần/phút, SpO₂ 100% (FiO₂ 40%).

Kết quả điện tâm đồ:



Hình 1. ECG cho thấy dấu hiệu S1Q3T3

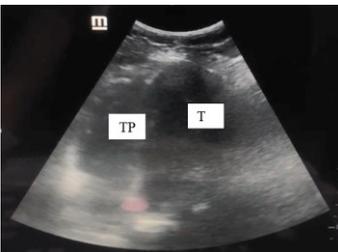
Kết quả Xquang ngực:



Hình 2. Chụp Xquang ngực cho thấy cung động mạch chủ vôi hoá – Không tổn thương phế trường



Hình 3. Siêu âm tim cạnh ức trực ngắm cho thấy thất P (TP) dẫn lớn, D shape, dấu McConnell vùng mỏm



Hình 4. Siêu âm tim mặt cắt 4 buồng thất P dẫn lớn. T: thất trái, TP: thất phải

Siêu âm IVC căng khoảng 20 mm, dao động theo nhịp thở trên 50%.

Xét nghiệm máu:

Bảng 1. Thông số xét nghiệm máu ban đầu

Chỉ số	Nhập viện 18.1
Oxy hoá P/F	105/0,4 = 262
Lactat (mmol/l)	4,15
Troponin (pg/ml)	330
ProBNP (pg/ml)	688,1
D – dimer (ng/ml)	28426
Creatinin (umol/l)	151

Kết quả CT ngực có cản quang cho thấy: Hình ảnh khuyết thuốc bán phần thân động mạch phổi: Khuyết thuốc gần hoàn toàn động mạch phổi phải và các nhánh thùy trên, thùy giữa, thùy dưới. Khuyết thuốc bán phần động

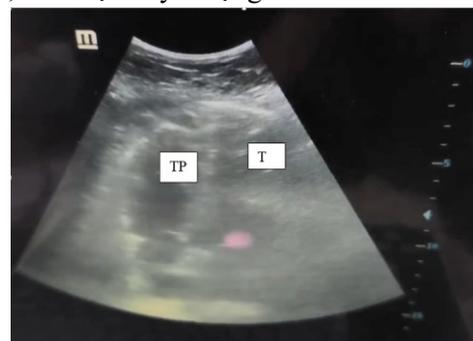
mạch phổi trái và các nhánh thùy trên, thùy dưới. Tổn thương mờ hình chêm, đáy rộng ở ngoại vi vùng S1 phổi phải. Tổn thương kính mờ vùng đáy phổi hai bên.



Hình 5. Kết quả CT ngực có cản quang: Hình ảnh khuyết thuốc bán phần thân động mạch phổi.

Kết quả lâm sàng và cận lâm sàng cho thấy bệnh nhân có tình trạng suy hô hấp cấp giảm oxy máu nặng, sốc tắc nghẽn do thuyên tắc phổi cấp tính gây ảnh hưởng huyết động (Geneva 8, Well 6). Tiên lượng tử vong 30 ngày theo độ nặng PESI 141 điểm là 10 – 24,5%. Bệnh nhân được khởi động dùng tiêu sợi huyết Alteplase 100 mg qua đường tĩnh mạch trong 2 giờ.

Trong quá trình dùng thuốc tiêu sợi huyết, bệnh nhân được theo dõi diễn tiến huyết khối bằng siêu âm POCUS tại giường. Hình ảnh siêu âm tại giường trong quá trình dùng thuốc tiêu sợi huyết cho thấy thất phải giảm dần áp lực, thất trái co bóp khá dần. Bệnh nhân bớt khó thở, cải thiện huyết động.



Hình 6. Siêu âm tim cho thấy thất P giảm áp lực. T: thất trái, TP: thất phải

Sau tiêu sợi huyết 2 giờ, bệnh nhân tỉnh, giảm công hô hấp, tần số thở giảm. Bệnh nhân vẫn duy trì thở HFNC dòng 60 lít/phút, FiO₂ giảm từ 60% xuống 33%. Về tưới máu, chi ấm đầu ngón tay, mạch quay rõ, CRT < 2 giây, mạch 120 lần/phút (nhịp xoang đều), huyết áp 140/70 mmHg, nước tiểu vàng trong.

Bảng 2: So sánh các chỉ số xét nghiệm máu theo thời gian

Chỉ số	Nhập viện ngày 18.1	Sau tiêu sợi huyết ngày 19.1	Khi chuyển khoa Nội tim mạch ngày 21.1
Oxy hoá P/F	105/0,4 = 262	121/0,33 = 366,6	
Lactat (mmol/l)	4,15	0,91	1,36
Troponin (pg/ml)	330	460 → 2200 → 2490	309
ProBNP (pg/ml)	688,1		
D – dimer (ng/ml)	28426		
Creatinin (umol/l)	151	111	96.97 bình thường

Bệnh nhân được tiếp tục điều trị kháng đông Heparin truyền tĩnh mạch (điều chỉnh theo chức năng đông máu) và chuyển khoa nội tim mạch sau 4 ngày nhập khoa Hồi sức Tích cực Chống độc và xuất viện sau 7 ngày.

3. BÀN LUẬN

Thuyên tắc phổi cấp tính thường gặp trên đối tượng bệnh nhân có tình trạng tăng đông, tổn thương mạch máu và bất động, úr trệ tuần hoàn - tam giác Virchow [2]. Ở bệnh nhân này, có các yếu tố nguy cơ trên: bệnh nhân có tiền căn bệnh lý mạch máu, phẫu thuật kết hợp xương 10 ngày trước đó kèm bất động. Tỷ lệ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau gãy xương chi trên khoảng 1,3%; sau gãy xương xương trụ và/hoặc xương quay đoạn giữa và/hoặc đoạn xa khoảng 0,95% [3]. Theo hướng dẫn lâm sàng của Hội Hô hấp Châu Âu 2019, tỉ lệ thuyên tắc phổi trên bệnh nhân có phẫu thuật chi trên khá thấp là dưới 3% [1].



Hình 7. Kết quả Xquang gãy di lệch đầu dưới xương quay (P). Nghi gãy mỏm trâm trụ (P). Trật khớp quay - cổ tay (P) đã kết hợp xương

Bệnh nhân nhập viện với triệu chứng ban đầu là khó thở đột ngột, kèm theo đau ngực kiểu màng phổi và tình trạng huyết động không ổn định (huyết áp tụt, mạch nhanh, SpO₂ giảm).

Quá trình **chẩn đoán** nhanh chóng được thực hiện với sự kết hợp của các phương tiện chẩn đoán:

- **Điện tâm đồ (ECG) và D-dimer:** Dấu hiệu ECG có thể gợi ý thuyên tắc phổi cấp tính bao gồm hình ảnh S1Q3T3 [1]. Mặc dù các dấu hiệu này không đặc hiệu, nhưng trong bối cảnh lâm sàng nghi ngờ thuyên tắc phổi cấp tính, chúng góp phần củng cố nhận định ban đầu. Ở bệnh nhân này là dấu hiệu S1Q3T3 trên điện tâm đồ kèm D-Dimer tăng.

- **Siêu âm tim có trọng điểm POCUS:** Siêu âm tim đóng vai trò quan trọng trong việc

đánh giá chức năng thất phải. Các dấu hiệu như giãn thất phải, áp lực động mạch phổi tăng cao, hoặc dấu hiệu McConnell là những gợi ý mạnh mẽ cho tình trạng quá tải thất phải cấp tính do thuyên tắc phổi cấp, đặc biệt khi huyết động không ổn định [1]. Siêu âm cũng giúp loại trừ các nguyên nhân khác của sốc. Ở trường hợp này, siêu âm tim cho thấy các dấu hiệu của tăng áp lực tim phải như dấu D shape, dấu hiệu McConnell, IVC căng, không thay đổi theo hô hấp.

- **Chụp cắt lớp vi tính động mạch phổi (CTPA):** CTPA được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định thuyên tắc phổi cấp tính, cho phép hình dung trực tiếp huyết khối trong lòng động mạch phổi và các nhánh của nó, đồng thời đánh giá mức độ tắc nghẽn [1]. Kết

quả CTPA trên bệnh nhân xác nhận huyết khối lớn tắc nghẽn đáng kể, củng cố chẩn đoán và phân loại bệnh nhân vào nhóm nguy cơ cao.

Dựa trên tình trạng lâm sàng nguy kịch (suy hô hấp cấp, huyết động không ổn định) và bằng chứng chẩn đoán hình ảnh xác định thuyên tắc phổi cấp tính nguy cơ cao, không có chống chỉ định tiêu sợi huyết, quyết định can thiệp điều trị bằng tiêu sợi huyết toàn thân đã được đưa ra kịp thời. Hội Hô hấp Châu Âu khuyến cáo tiêu sợi huyết là lựa chọn hàng đầu cho thuyên tắc phổi cấp tính nguy cơ cao nhằm mục đích tái thông mạch máu phổi nhanh chóng, giảm tải thất phải và cải thiện tỷ lệ sống sót [1].

Ngay sau khi tiêm thuốc tiêu sợi huyết, bệnh nhân đã cho thấy sự cải thiện huyết động. Quá trình theo dõi ghi nhận:

- **Mức độ giảm tải thất phải:** Kích thước thất phải giảm dần theo thời gian, vận động thành thất phải cải thiện.

- **Diễn biến huyết khối:** Mặc dù không trực tiếp nhìn thấy huyết khối bằng siêu âm tim, nhưng sự cải thiện các thông số huyết động và chức năng thất phải gián tiếp cho thấy hiệu quả của tiêu sợi huyết thành công.

Sự cải thiện lâm sàng về huyết động của bệnh nhân, được ủng hộ bằng các dấu hiệu trên siêu âm tại giường có trọng điểm liên tục, đã khẳng định tính hiệu quả của tiêu sợi huyết khi được sử dụng đúng chỉ định và kịp thời. Sau khi đạt được sự ổn định, bệnh nhân được chuyển sang điều trị bằng thuốc kháng đông để ngăn ngừa tái phát huyết khối.

Tóm lại, trường hợp lâm sàng này không chỉ minh họa sự thành công của liệu pháp tiêu sợi huyết trong thuyên tắc phổi cấp tính có nguy cơ cao, mà còn nhấn mạnh quy trình toàn diện từ nhận diện triệu chứng ban đầu, chẩn đoán nhanh chóng với sự kết hợp của ECG, xét nghiệm tưới máu mô như lactat, siêu âm tại giường có trọng điểm, CT ngực có cản quang và đặc biệt là theo dõi diễn tiến liên tục bằng siêu âm tại giường để đánh giá hiệu quả điều trị. Đây là những yếu tố then chốt góp phần vào kết cục khả quan cho bệnh nhân.

4. KẾT LUẬN

Tóm lại, tỉ lệ thuyên tắc phổi cấp tính sau phẫu thuật chi trên dù hiếm vẫn có thể xảy ra.

Cần đánh giá nhanh tình trạng huyết động trên lâm sàng với siêu âm có trọng điểm tại giường để tầm soát nguyên nhân này trên nhóm dân số có nguy cơ. Điều trị tiêu sợi huyết sớm giúp phục hồi huyết động nhanh chóng, cải thiện tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). *Eur Heart J*. 2020;41(4):543-603. doi:10.1093/eurheartj/ehz405
2. Kushner A, West WP, Khan Suheb MZ. Virchow Triad. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2025 Jan. Updated June 7, 2024. Accessed August 10, 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539697/>
3. Nayar SK, Kuwabara AM, Flores JM, Osgood GM, LaPorte DM, Shafiq B. Venous thromboembolism in upper extremity fractures. *J Hand Surg Asian Pac Vol.* 2018;23(3):320-329. doi:10.1142/S2424835518500303.
4. Schleyer AM, Schreuder AB, Jarman KM, Logerfo JP, Goss JR. Adherence to guideline-directed venous thromboembolism prophylaxis among medical and surgical inpatients at 33 academic medical centers in the United States. *Am J Med Qual*. 2011;26(3) :174-180. doi:10.1177/1062860610382289.
5. Wendelboe AM, Raskob GE. Global burden of thrombosis: epidemiologic aspects. *Circ Res*. 2016;118(9):1340-1347. doi:10.1161/CIRCRESAHA.115.306841.
6. Victor F. Tapson. Acute pulmonary embolism. *N Engl J Med*. 2008;358(10): 1037-1052. doi:10.1056/NEJMra072753.
7. Vyas V, Sankari A, Goyal A. Acute pulmonary embolism. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2025 Jan. Updated December 11, 2024. Accessed August 11, 2025. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560551/>