

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT CỤC LÂM SÀNG NỘI VIỆN BỆNH NHÂN ≥ 70 TUỔI NHỒI MÁU CƠ TIM ST CHÊNH LÊN CÓ CAN THIỆP MẠCH VÀNH TIỀN PHÁT

Phạm Nguyễn Phi Khanh¹, Ngô Võ Ngọc Hương¹, Thương Thanh Phương¹, Phạm Đức Đạt¹,
Nguyễn Thanh Hiền²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu cơ tim (NMCT) ST chênh lên là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trong các bệnh lý tim mạch. Dữ liệu trên người ≥ 70 tuổi NMCT ST chênh lên được can thiệp mạch vành tiên phát ở nước ta còn thiếu.

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm và kết cục lâm sàng nội viện ở người ≥ 70 tuổi NMCT ST chênh lên được can thiệp mạch vành tiên phát.

Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hàng loạt ca, lấy mẫu tiền cứu tại khoa Tim mạch can thiệp, bệnh viện Nhân dân 115 từ 01/01/2018 đến 30/09/2018.

Kết quả: Nghiên cứu có 288 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn tham gia, và tỷ lệ bệnh nhân ≥ 70 tuổi là 16,6%. Không ghi nhận khác biệt về đặc điểm tổn thương mạch vành giữa hai nhóm tuổi. So với nhóm < 70 tuổi, nhóm ≥ 70 tuổi có tỉ lệ dùng thuốc ức chế beta (77,1% so với 88,8%, $P=0,001$), ức chế men chuyển/ chẹn thụ thể (89,6% so với 98,3%, $P=0,001$) thấp hơn; tỉ lệ biến cố chảy máu (10,4% so với 2,1%, $P=0,004$), sốc tim (12,5% so với 4,6%, $P=0,032$), và nhanh thất/rung thất (6,3% so với 1,3%, $P=0,027$) cao hơn. Tử vong nội viện không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (6,3% so với 1,7%, $P=0,06$).

Kết luận: Bệnh nhân ≥ 70 tuổi NMCT ST chênh lên can thiệp mạch vành tiên phát trong thời gian nằm viện thường gặp biến cố chảy máu, sốc tim, và nhanh thất/ rung thất sau NMCT hơn so với các bệnh nhân < 70 tuổi.

Từ khóa: nhồi máu cơ tim ST chênh lên, can thiệp mạch vành tiên phát, người cao tuổi

ABSTRACT

THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND IN-HOSPITAL OUTCOMES OF PATIENTS AGED ≥ 70 UNDERGOING PRIMARY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION FOR ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

Pham Nguyen Phi Khanh, Ngo Vo Ngoc Huong, Thuong Thanh Phuog, Pham Duc Dat,
Nguyen Thanh Hien * Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 27 - No. 1 - 2024: 12 - 18

Background: ST elevation myocardial infarction (STEMI) is one of the leading causes of mortality and morbidity among cardiovascular diseases. The data on patients aged ≥ 70 with STEMI performing primary percutaneous coronary intervention (PPCI) is limited.

Objectives: To evaluate the clinical characteristics and in-hospital outcomes of patients aged ≥ 70 who presented with STEMI and underwent PPCI.

Method: This was a prospective single-center case series. The patients diagnosed with STEMI who performed PPCI were included.

Results: Between January and September 2018, a total of 288 consecutive all-comers with STEMI and underwent PPCI were included. Of 288 admitted patients, 48 (16.6%) patients were ≥ 70 years old. There was an identical severity of coronary artery disease between the two groups. Compared with younger patients,

¹Bệnh viện Nhân dân 115

²Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: BS. Phạm Nguyễn Phi Khanh ĐT: 0933038168 Email: drphikhanh@gmail.com

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 27(1):12-18. DOI: [10.32895/hcjm.m.2024.01.03](https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.01.03)

individuals aged ≥ 70 were less likely to be treated with beta-blockers (77.1% vs. 88.8%, $P=0.001$) or ACEIs/ARBs (89.6% vs. 98.3%, $P=0.001$); and at increased risk of bleeding (10.4% vs. 2.1%, $P=0.004$), cardiogenic shock (12.5% vs. 4.6%, $P=0.032$), and ventricular tachycardia/fibrillation (6.3% vs. 1.3%, $P=0.027$). In-hospital mortality was not significantly different between the two groups.

Conclusion: *Individuals aged ≥ 70 following PPCI for STEMI were more likely to have in-hospital bleeding events, cardiogenic shock, and ventricular tachycardia/fibrillation.*

Keywords: *ST elevation myocardial infarction (STEMI), primary percutaneous coronary intervention (PPCI), elderly*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) ST chênh lên là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trong các bệnh lý tim mạch. Nhờ những tiến bộ về thuốc và can thiệp mạch vành tiên phát, tỉ lệ tử vong nội viện hiện nay khoảng 3%⁽¹⁾. Dân số đang già hóa nhanh chóng và tuổi cao là yếu tố tiên lượng cho các biến cố bất lợi sau NMCT. Các bệnh nhân cao tuổi hơn thường biểu hiện các triệu chứng không điển hình, thường không biểu hiện triệu chứng đau thắt ngực mà thay vào đó là khó thở, giảm gắng sức⁽²⁾. Nhóm bệnh nhân này thường có tổn thương mạch vành phức tạp và nguy cơ biến chứng sau NMCT cao hơn so với các bệnh nhân trẻ tuổi hơn⁽³⁾. Các nghiên cứu trước đây cho thấy nhóm bệnh nhân cao tuổi hơn ít được điều trị chuẩn theo khuyến cáo và tỉ lệ tử vong cao hơn so với nhóm trẻ tuổi hơn⁽⁴⁾. Dữ liệu nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân này trong bệnh cảnh NMCT ST chênh lên có can thiệp mạch vành tiên phát ở nước ta còn thiếu. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, tổn thương mạch vành và các biến cố tim mạch nội viện ở người ≥ 70 tuổi NMCT ST chênh lên có can thiệp mạch vành tiên phát.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân NMCT ST chênh lên có can thiệp mạch vành tiên phát tại bệnh viện Nhân dân 115 trong thời gian từ 01/01/2018 đến 30/09/2018.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hàng loạt ca, lấy mẫu tiến cứu.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện tất cả các bệnh nhân NMCT ST chênh lên có can thiệp mạch vành tiên phát trong thời gian nghiên cứu. Loại trừ bệnh nhân đã được dùng thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch trước đó.

Phương pháp thực hiện

Ghi nhận các thông số về tuổi, giới, yếu tố nguy cơ tim mạch chính, tình trạng lâm sàng lúc nhập viện (nhịp tim, huyết áp, Killip), sinh hoá (chỉ số huyết học, đường huyết, creatinin (độ lọc cầu thận theo Cockcroft-Gault), troponin I cao nhất, LDL-C, triglyceride), kết quả giải phẫu mạch vành (máy DSA Siemens) và can thiệp mạch vành.

Kết quả giải phẫu mạch vành trình bày tổn thương hẹp ở mấy nhánh và vị trí của tổn thương. Tổn thương mạch vành hẹp nặng là $\geq 70\%$ động mạch liên thất trước, động mạch mũ, động mạch vành phải hoặc $\geq 50\%$ thân chung. Mức độ nặng của tổn thương mạch vành được tính theo điểm Gensini. Điểm Gensini = $\sum$ (điểm theo mức độ hẹp $\times$ hệ số theo vị trí hẹp tương ứng)⁽⁵⁾. Tổn thương mạch vành càng lan rộng và càng nặng thì điểm Gensini càng cao. Bệnh nhiều nhánh được định nghĩa là có hẹp $\geq 70\%$ từ hai nhánh động mạch vành chính có đường kính mạch máu 2,5 mm trở lên.

Trong thời gian nằm viện, nghiên cứu viên chỉ quan sát điều trị (thuốc, stent, thời gian nằm viện) và kết cục lâm sàng từ hồ sơ bệnh án, không tác động đến quá trình điều trị của bác sĩ lâm sàng, bao gồm:

- Tử vong do mọi nguyên nhân.

- Biến chứng sau NMCT: gồm Killip II-III-IV, ngưng tuần hoàn hô hấp, loạn nhịp nặng (blocs nhĩ thất cao độ, nhanh thất, rung thất hay xoắn đỉnh), biến chứng cơ học (thủng thành tim, thủng vách liên thất, đứt cơ nhú), huyết khối buồng tim.

- Biến cố chảy máu: được định nghĩa theo nghiên cứu TIMI, bao gồm⁽⁶⁾:

Chảy máu nội sọ;

Chảy máu thấy được trên lâm sàng gây giảm hemoglobin ≥ 3 g/dL;

Không ghi nhận chảy máu trên lâm sàng nhưng giảm hemoglobin ≥ 4 g/dL;

Bất kỳ chảy máu thấy được trên lâm sàng cần phải can thiệp thuốc (bao gồm cả việc phải ngưng thuốc gây chảy máu như kháng đông, chống kết tập tiểu cầu) hoặc truyền chế phẩm máu (hồng cầu lắng, huyết tương tươi đông lạnh) hoặc can thiệp thủ thuật/ phẫu thuật (ví dụ nội soi hay mổ cầm máu).

Theo Pháp lệnh người cao tuổi do Ủy Ban Thường Vụ Quốc Hội năm 2000 và Luật người cao tuổi năm 2009, công dân từ 60 tuổi trở lên là người cao tuổi. Các nước phát triển trên thế giới hiện nay đều thống nhất tuổi 65 trở lên là người cao tuổi. Nhờ sự phát triển chăm sóc y tế và điều kiện sống, tuổi thọ con người được kéo dài. Hội Lão Khoa Nhật Bản đã đề xuất định nghĩa mới về người cao tuổi là từ 75 tuổi trở lên để phù hợp với tình hình thực tế của xã hội⁽⁷⁾. Thực tế tại Việt Nam hiện nay, người từ 60 đến dưới 70 vẫn tham gia lao động và hoạt động xã hội tích cực, do đó trong nghiên cứu chúng tôi chọn mốc 70 tuổi để phân định giữa bệnh nhân cao tuổi và nhóm tuổi còn lại. Nghiên cứu Miyagi AMI của Nhật Bản cũng chọn mốc 70 tuổi⁽⁸⁾.

Phương pháp phân tích số liệu

Nhập liệu bằng Excel 2010. Xử lý số liệu bằng SPSS.

Biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %. Biến định lượng phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, biến phân

phối không chuẩn được mô tả trung vị (tứ phân vị 25th – 75th).

So sánh số trung bình giữa 2 nhóm, dùng kiểm định t student (nếu biến số phân phối chuẩn), kiểm định Mann-Whitney U (nếu biến số phân phối không chuẩn). So sánh sự khác biệt về tần số các biến định tính bằng phép kiểm Chi bình phương (χ^2).

Ngưỡng có ý nghĩa thống kê $P < 0,05$.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng Y đức và khoa học Bệnh viện Nhân dân 115 theo quyết định số 1685/QĐ-BVND115 ngày 09/10/2018.

KẾT QUẢ

Nghiên cứu có 288 bệnh nhân, được chia thành nhóm ≥ 70 tuổi (16,6%) và < 70 tuổi.

Đặc điểm lâm sàng, sinh hoá và tổn thương mạch vành

Dân số nghiên cứu có tuổi trung bình là 58,1, nữ chiếm 21,2%. Chỉ có yếu tố tăng huyết áp thường gặp hơn ở các bệnh nhân ≥ 70 tuổi, các yếu tố nguy cơ tim mạch còn lại không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Lúc nhập viện, nhóm ≥ 70 tuổi có tỉ lệ phân độ Killip II-III-IV cao hơn (43,8% so với 15,4%, $p = 0,0001$). Về sinh hoá máu, bệnh nhân cao tuổi có độ lọc cầu thận và hemoglobin thấp hơn. Về giải phẫu mạch vành, phân bố và độ nặng của tổn thương mạch vành qua điểm Gensini là tương đồng giữa 2 nhóm (Bảng 1).

Đặc điểm về điều trị

Về điều trị nội khoa, nhóm ≥ 70 tuổi được sử dụng thuốc ức chế men chuyển/chẹn thụ thể angiotensin II và chẹn beta ít hơn, ngược lại tỉ lệ dùng lợi tiểu cao hơn so với nhóm < 70 tuổi. Về đặc điểm can thiệp mạch vành tiên phát, không có sự khác biệt về tỉ lệ dùng stent phủ thuốc cũng như đặc điểm stent sử dụng, bao gồm chiều dài và đường kính stent giữa hai nhóm tuổi (Bảng 2).

Đặc điểm về biến chứng sau NMCT và kết cục lâm sàng trong thời gian nằm viện

Nhóm ≥ 70 tuổi có tỉ lệ biến chứng sau NMCT và biến cố chảy máu cao hơn so với

nhóm còn lại. Đồng thời, bệnh nhân ≥ 70 tuổi có số ngày nằm viện nhiều hơn. Dù vậy, tỷ lệ tử vong nội viện không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (Bảng 3).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, sinh hoá và tổn thương mạch vành

	Dân số chung (N=288)	Nhóm ≥ 70 tuổi (n=48)	Nhóm < 70 tuổi (n=240)	p
Tuổi	58 $\pm$ 11	75 $\pm$ 5	55 $\pm$ 9	0,001
Tăng huyết áp, n (%)	177 (61,5%)	43 (89,6%)	134 (55,8%)	0,001
Đái tháo đường, n (%)	46 (15,9%)	7 (14,6%)	39 (16,3%)	0,78
Rối loạn lipid máu, n (%)	57 (19,8%)	9 (18,8%)	48 (20%)	0,84
Huyết áp tâm thu (mmHg)	116 $\pm$ 21	115 $\pm$ 21	117 $\pm$ 22	0,52
Huyết áp tâm trương (mmHg)	72 $\pm$ 13	70 $\pm$ 12	73 $\pm$ 13	0,14
Killip $\geq$ II	58 (20,1%)	21 (43,8%)	37 (15,4%)	0,0001
Bạch cầu (K/uL)	12,4 $\pm$ 3,8	12 $\pm$ 3	12,5 $\pm$ 4	0,34
Neu (K/uL)	9,1 $\pm$ 3,7	8,9 $\pm$ 3,1	9,2 $\pm$ 3,8	0,64
Lym (K/uL)	2,2 $\pm$ 1,3	2 $\pm$ 1,1	2,3 $\pm$ 1,3	0,16
Hemoglobin (g/dL)	13,7 $\pm$ 1,8	12,5 $\pm$ 1,5	14 $\pm$ 1,8	0,001
Tiểu cầu (K/uL)	271 $\pm$ 73	260 $\pm$ 88	274 $\pm$ 70	0,21
Troponin I (pg/mL)	26768 (5841 - 50000)	25585 (5043 - 49785)	29969 (5997 - 50000)	0,46
Glucose (mg/dL)	135 $\pm$ 63	132 $\pm$ 59	136 $\pm$ 64	0,73
LDL-C (mmol/L)	3 $\pm$ 0,8	2,9 $\pm$ 0,9	3,1 $\pm$ 0,9	0,09
Triglyceride (mmol/L)	1,9 $\pm$ 1,4	2 $\pm$ 1,5	2 $\pm$ 1,4	0,9
Độ lọc cầu thận (mL/phút/1,73m ²)	73,9 $\pm$ 20	65 $\pm$ 18	75 $\pm$ 20	0,002
Bệnh nhiều nhánh, n (%)	176 (61,1)	31 (64,6%)	145 (60,4%)	0,63
Thân chung, n (%)	5 (1,7%)	1 (2,1%)	4 (1,7%)	> 0,05
Nhánh liên thất trước, n (%)	224 (77,8%)	40 (83,3%)	184 (76,7%)	
Nhánh mũ, n (%)	118 (3,8%)	20 (41,7%)	98 (40,8%)	
Nhánh vành phải, n (%)	199 (69%)	34 (70,8%)	165 (68,8%)	
Gensini (điểm)	32 (15 - 48)	32 (19 - 51)	32 (14 - 48)	0,28

Bảng 2. Đặc điểm điều trị.

	Dân số chung (N=288)	Nhóm ≥ 70 tuổi (n=48)	Nhóm < 70 tuổi (n=240)	P
Chống kết tập tiểu cầu kép n (%)	281 (97,6%)	45 (93,8%)	236 (98,3%)	0,06
Ức chế men chuyển/ Chẹn thụ thể angiotension II, n (%)	279 (96,9%)	43 (89,6%)	236 (98,3%)	0,001
Chẹn beta, n (%)	250 (86,8%)	37 (77,1%)	213 (88,8%)	0,03
Statin, n (%)	281 (97,6%)	45 (93,8%)	236 (98,3%)	0,06
Lợi tiểu, n (%)	58 (20,1%)	19 (39,6%)	39 (16,3%)	0,0001
Nitrat, n (%)	29 (10,1%)	6 (12,5%)	23 (9,6%)	0,54
Stent phủ thuốc, n (%)	259 (89,9%)	46 (95,8%)	213 (88,8%)	0,14
Chiều dài stent (mm)	28 (18 - 33)	28 (16 - 35)	28 (17 - 33)	0,13
Đường kính stent (mm)	3 (2,75 - 3,5)	3 (2,5 - 3,5)	3 (2,25 - 3,5)	0,12

Bảng 3. Biến chứng sau NMCT và kết cục lâm sàng trong thời gian nằm viện

	Dân số chung (N=288)	Nhóm ≥ 70 tuổi (n=48)	Nhóm < 70 tuổi (n=240)	p
Thời gian nằm viện (ngày)	8 (6 - 12)	9 (8 - 13)	8 (6 - 12)	0,02
Biến chứng sau NMCT	67 (23,2%)	18 (37,5%)	49 (20,4%)	0,01
Ngưng tuần hoàn hô hấp cứu sống	6 (2,1%)	2 (4,2%)	4 (1,7%)	0,26

	Dân số chung (N=288)	Nhóm ≥ 70 tuổi (n=48)	Nhóm < 70 tuổi (n=240)	p
Sốc tim	17 (5,9%)	6 (12,5%)	11 (4,6%)	0,032
Nhanh thất/ rung thất	6 (2,1%)	3 (6,3%)	3 (1,3%)	0,027
Block nhĩ thất cao độ	13 (4,5%)	2 (4,2%)	11 (4,6%)	0,89
Huyết khối buồng tim	3 (1%)	1 (2,1%)	2 (0,8%)	0,43
Tử vong nội viện	7 (2,4%)	3 (6,3%)	4 (1,7%)	0,06
Chảy máu	10 (3,5%)	5 (10,4%)	5 (2,1%)	0,004

BÀN LUẬN

Nghiên cứu có 288 bệnh nhân tham gia, trong đó ≥ 70 tuổi chiếm 16,6%. Nhóm ≥ 70 tuổi có tỉ lệ tăng huyết áp cao hơn và Killip từ II trở lên cao hơn nhóm < 70 tuổi. Không ghi nhận sự khác biệt về đặc điểm tổn thương mạch vành giữa hai nhóm tuổi. So với nhóm < 70 tuổi, nhóm ≥ 70 tuổi có tỉ lệ dùng thuốc ức chế beta (77,1% so với 88,8%, $P=0,001$), ức chế men chuyển/ chẹn thụ thể (89,6% so với 98,3%, $P=0,001$) thấp hơn; và tỉ lệ biến cố chảy máu (10,4% so với 2,1%, $P=0,004$), sốc tim (12,5% so với 4,6%, $P=0,032$), nhanh thất/rung thất (6,3% so với 1,3%, $P=0,027$) cao hơn. Tử vong nội viện không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (6,3% so với 1,7%, $P=0,06$).

Đặc điểm lâm sàng, sinh hoá và tổn thương mạch vành

Bệnh nhân ≥ 70 tuổi chiếm 16,6% và tương đồng với nghiên cứu VIGOUR tổng hợp các thử nghiệm lâm sàng về NMCT cấp trên thế giới, trong đó có 13,7% bệnh nhân ≥ 75 tuổi⁽⁹⁾. Phân độ Killip hiện là công cụ lâm sàng hữu ích để đánh giá suy tim trong NMCT với mức II-III-IV là yếu tố tiên lượng tử vong. Nghiên cứu cho thấy nhóm ≥ 70 tuổi có tỉ lệ Killip $\geq II$ cao hơn nhóm còn lại.

Bệnh nhân ≥ 70 tuổi có chỉ số hemoglobin thấp hơn và có nguy cơ làm tăng biến cố tim mạch⁽¹⁰⁾. Kết cục lâm sàng xấu ở bệnh nhân NMCT cấp có hemoglobin thấp có lẽ do giảm cung cấp oxy đến mô. Đồng thời, nhóm ≥ 70 tuổi còn có độ lọc cầu thận thấp hơn. Bệnh thận mạn đồng mắc làm tăng nguy cơ thiếu máu cơ tim tái phát sau NMCT cũng như các biến chứng liên quan điều trị. Đây cũng là nhóm dễ có nguy cơ bị bệnh thận do thuốc cản quang và biến cố chảy máu hơn.

Chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về mức độ nặng và phân bố mạch vành tổn thương cũng như mức độ theo điểm Gensini giữa 2 nhóm tuổi. Trong khi đó, nghiên cứu Nhật Bản và Hàn Quốc báo cáo bệnh nhân cao tuổi có tỉ lệ bệnh nhiều nhánh cao hơn⁽⁸⁾. Đồng thời, bệnh nhân cao tuổi hơn trong các báo cáo trên thế giới thường có tổn thương mạch vành phức tạp hơn, làm tăng nguy cơ gây biến chứng khi can thiệp và giảm tỉ lệ thành công của thủ thuật. Batchelor WB so sánh đặc điểm mạch vành của 7472 bệnh nhân ≥ 80 tuổi với 102236 bệnh nhân < 80 tuổi hơn cho thấy người cao tuổi hơn thường gặp các tổn thương thân chung và đoạn gần động mạch liên thất trước⁽¹¹⁾.

Đặc điểm về điều trị

Nghiên cứu này ghi nhận bệnh nhân NMCT ≥ 70 tuổi được dùng các thuốc điều trị với thuốc ức chế men chuyển/chẹn thụ thể angiotensin II, thuốc chẹn beta thấp hơn so với nhóm < 70 tuổi. Nhiều thử nghiệm lâm sàng đã khẳng định lợi ích của ức chế beta trong giảm tử vong và biến cố mạch vành tái phát là tương đương thậm chí còn lợi ích này càng lớn hơn ở bệnh nhân cao tuổi hơn. Dù vậy, nghiên cứu số bộ KAMIR có tỷ lệ người cao tuổi hơn được dùng ức chế beta với tỉ lệ thấp hơn nhóm còn lại⁽⁶⁾. Điều này có thể là do nhóm cao tuổi thường có biểu hiện suy tim trên lâm sàng, Killip $\geq II$ nhiều cũng như tâm lý e ngại của BS trước các tác dụng phụ tiềm ẩn. Lý giải về việc dùng ức chế men chuyển/chẹn thụ thể angiotensin II cũng thấp hơn ở nhóm bệnh nhân ≥ 70 tuổi có thể vì chức năng thận suy giảm.

Đặc điểm về biến chứng sau NMCT và kết cục lâm sàng trong thời gian nằm viện

Chúng tôi ghi nhận biến chứng sau NMCT, cụ thể là tỉ lệ sốc tim và nhanh thất/ rung thất cao hơn ở nhóm ≥ 70 tuổi. Đây là các biến cố tiên

lượng nặng, làm tăng nguy cơ tử vong 1 năm đầu sau NMCT gấp 5 lần. Do các đặc tính của người cao tuổi, kết cục sau can thiệp mạch vành tiên phát thường xấu hơn so với dân số chung. Thật vậy, dù các nghiên cứu cho thấy tiên lượng sau can thiệp mạch vành trong ngắn và dài hạn ở bệnh nhân cao tuổi đã được cải thiện hơn trong thời gian gần đây, tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân nội viện, tử vong 30 ngày, dễ bị các biến chứng do thủ thuật can thiệp gây ra làm ảnh hưởng đến kết cục lâm sàng⁽¹²⁾. Tỉ lệ biến cố tim mạch trong nhóm này cao có thể do quá trình lão hóa làm giảm độ đàn hồi mạch máu, rối loạn chức năng tim mạch, tăng nguy cơ sốc tim và suy tim sau NMCT. Kể đến, người cao tuổi thường có bệnh đồng mắc, như bệnh mạch máu ngoại biên làm tăng khả năng biến chứng trên mạch máu khi thông tim hay bệnh thận mạn làm tăng tổn thương thận do chất cản quang.

Về tử vong nội viện, nhóm ≥ 70 tuổi bị NMCT trong nghiên cứu chúng tôi có xu hướng cao hơn so với nhóm trẻ hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu nhỏ. Trong một phân tích từ nghiên cứu số bộ Miyagi AMI về xu hướng tử vong nội viện do nhồi máu cơ tim theo nhóm tuổi trong vòng 30 năm qua tại Nhật Bản cho thấy rằng nhóm bệnh nhân NMCT > 70 tuổi luôn có tỉ lệ tử vong nội viện cao hơn nhóm < 70 tuổi trong suốt thời gian nghiên cứu, bất kể giới nam hay nữ⁽¹²⁾. Trong phân tích từ thử nghiệm lâm sàng APEX-AMI trên 5745 bệnh nhân NMCT được can thiệp mạch vành tiên phát, chia thành 3 nhóm tuổi dưới 65 tuổi ($n = 3410$), 65-74 tuổi ($n = 1358$), và từ 75 tuổi trở lên ($n = 977$), có tỉ lệ tử vong ngắn hạn lần lượt là 2,3%, 4,8%, và 13,1%. Qua phân tích đa biến, cho thấy tuổi cao là một yếu tố tăng gấp đôi nguy cơ tử vong ngắn hạn ($OR\ 2,04, P < 0,01$)⁽¹³⁾. Các bằng chứng này cho thấy được sự nhất quán về nhóm bệnh nhân cao tuổi hơn NMCT dù được can thiệp mạch vành và điều trị nội khoa tối ưu, nguy cơ tử vong vẫn cao hơn so với nhóm bệnh nhân trẻ tuổi hơn.

Thời gian nằm viện của bệnh nhân là 8 ngày. Bệnh nhân cao tuổi NMCT được can thiệp mạch

vành tiên phát có xu hướng nằm dài ngày hơn. Tác giả Jieli Tong cũng ghi nhận tương tự⁽¹⁴⁾. Lý do là bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh lý nội khoa phức tạp phối hợp, dễ bị các biến chứng sau NMCT.

Hạn chế

Cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, lấy mẫu thuận tiện, đơn trung tâm, chỉ theo dõi trong thời gian nằm viện. Ngoài ra, hiện nay acid uric là một chỉ số tiên lượng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim, tuy nhiên thời điểm nghiên cứu chúng tôi không có điều kiện khảo sát được acid uric nên giới hạn trong việc diễn giải kết quả nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Bệnh nhân ≥ 70 tuổi NMCT ST chênh lên can thiệp mạch vành tiên phát trong thời gian nằm viện thường gặp biến cố chảy máu, sốc tim, và nhanh thất/ rung thất sau NMCT hơn so với các bệnh nhân < 70 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Nguyễn Vinh, Nguyễn Lâm Việt, Trương Quang Bình (2011). Nghiên Cứu Quan Sát Điều Trị Bệnh Nhân Nhập Viện Do Hội Chứng Động Mạch Vành Cấp (MEDI- ACS study). *Tim Mạch Học Việt Nam*, 58:12-15.
2. Rogers WJ, Bowlby LJ, Chandra NC, et al (1994). Treatment of myocardial infarction in the United States (1990 to 1993). Observations from the National Registry of Myocardial Infarction. *Circulation*, 90(4):2103-14.
3. Ergelen M, Uyarel H, Gorgulu S, et al (2010). Comparison of outcomes in young versus nonyoung patients with ST elevation myocardial infarction treated by primary angioplasty. *Coron Artery Dis*, 21(2):72-7. doi:10.1097/MCA.0b013e328334a0f6.
4. Zaman MJ, Stirling S, Shepstone L, et al (2014). The association between older age and receipt of care and outcomes in patients with acute coronary syndromes: a cohort study of the Myocardial Ischaemia National Audit Project (MINAP). *Eur Heart J*, 35(23):1551-8. doi:10.1093/eurheartj/ehu039.
5. Gensini GG (1983). A more meaningful scoring system for determining the severity of coronary heart disease. *Am J Cardiol*, 51(3):606. doi:10.1016/s0002-9149(83)80105-2.
6. Mehran R, Rao SV, Bhatt DL, et al (2011). Standardized bleeding definitions for cardiovascular clinical trials: a consensus report from the Bleeding Academic Research Consortium. *Circulation*, 123(23):2736-47. doi:10.1161/circulationaha.110.009449.
7. Ouchi Y, Rakugi H, Arai H, et al (2017). Redefining the elderly as aged 75 years and older: Proposal from the Joint Committee of Japan Gerontological Society and the Japan Geriatrics Society. *Geriatr Gerontol Int*, 17(7):1045-1047. doi:10.1111/ggi.13118.
8. Yamanaka F, Jeong MH, Saito S, et al (2013). Comparison of clinical outcomes between octogenarians and non-octogenarians with acute myocardial infarction in the drug-eluting stent era:

- analysis of the Korean Acute Myocardial Infarction Registry. *J Cardiol*, 62(4):210-6. doi:10.1016/j.jcc.2013.04.003.
9. Alexander KP, Newby LK, Cannon CP, et al (2007). Acute coronary care in the elderly, part I: Non-ST-segment-elevation acute coronary syndromes: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation*, 115(19):2549-69. doi:10.1161/circulationaha.107.182615.
 10. Feng QZ, Zhao YS, Li YF (2011). Effect of haemoglobin concentration on the clinical outcomes in patients with acute myocardial infarction and the factors related to haemoglobin. *BMC Res Notes*, doi:10.1186/1756-0500-4-142.
 11. Batchelor WB, Anstrom KJ, Muhlbauer LH, et al (2000). Contemporary outcome trends in the elderly undergoing percutaneous coronary interventions: results in 7,472 octogenarians. National Cardiovascular Network Collaboration. *J Am Coll Cardiol*, 36(3):723-30. doi:10.1016/s0735-1097(00)00777-4.
 12. Cui Y, Hao K, Takahashi J, et al (2017). Age-Specific Trends in the Incidence and In-Hospital Mortality of Acute Myocardial Infarction Over 30 Years in Japan - Report From the Miyagi AMI Registry Study. *Circ J*, 81(4):520-528. doi:10.1253/circj.CJ-16-0799.
 13. Gharacholou SM, Lopes RD, Alexander KP, et al (2011). Age and outcomes in ST-segment elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention: findings from the APEX-AMI trial. *Arch Intern Med*, 171(6):559-67. doi:10.1001/archinternmed.2011.36.
 14. Tong J, Xiang WW, Ang AS, et al (2016). Clinical outcomes of elderly South-East Asian patients in primary percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction. *J Geriatr Cardiol*, 13(10):830-835. doi:10.11909/j.issn.1671-5411.2016.10.001.

Ngày nhận bài:	28/03/2024
Ngày chấp nhận đăng bài:	22/04/2024
Ngày đăng bài:	24/04/2024