

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân cao tuổi bị nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên được can thiệp động mạch vành qua da thì đầu

Clinical and paraclinical characteristics in elderly patients with ST-elevation myocardial infarction

Đặng Văn Minh^{1*},
Vũ Điện Biên²,
Nguyễn Ngọc Quang³,
Đỗ Văn Chiến² và Bùi Long⁴

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Bạch Mai

⁴Bệnh viện Hữu Nghị

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 104 bệnh nhân ≥ 75 tuổi, được chẩn đoán là nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp có ST chênh lên, có chỉ định can thiệp động mạch vành qua da thì đầu tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Tim Hà Nội, Bệnh viện Hữu Nghị từ 2018-2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $81,2 \pm 4,8$, nhóm 75-79 tuổi chiếm nhiều nhất (40,4%) và nam giới chiếm 64,4%. Tăng huyết áp (90,4%), rối loạn lipid (68,3%) và đái tháo đường (36,5%) là các yếu tố nguy cơ phổ biến. Về lâm sàng, đa số bệnh nhân có khó thở (89,4%) và mệt (93,3%), Killip III-IV chiếm 13,4%. Cận lâm sàng ghi nhận trung vị CK-MB 98,9U/L, troponin T 2738,5ng/mL và NT-proBNP 1073,5ng/dL. Điện tim chủ yếu là nhịp xoang (90,4%), ST chênh trung bình 2,82mm; nhồi máu vùng sau dưới (39,4%) và trước vách (38,5%) chiếm tỷ lệ cao. Tổn thương 1 nhánh động mạch vành gặp nhiều nhất (70,2%), với vị trí chủ yếu ở động mạch liên thất trước (50,0%). **Kết luận:** Bệnh nhân ≥ 75 tuổi nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có đặc điểm lâm sàng đa dạng, nhịp xoang chiếm chủ yếu và tổn thương nhiều nhất gặp ở động mạch liên thất trước.

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, động mạch vành, nhồi máu cơ tim, ST chênh lên.

Summary

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients aged ≥ 75 years with ST-elevation myocardial infarction (STEMI). **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 104 patients aged ≥ 75 years diagnosed with STEMI and indicated for percutaneous coronary intervention (PCI) at Vietnam National Heart Institute - Bach Mai Hospital, Hanoi Heart Hospital, and Huu Nghi Hospital during the period from 2018 to 2021. **Result:** The average age was 81.2 ± 4.8 years, with the 75-79 age group accounting for the highest proportion (40.4%) and males comprising 64.4%. The most common risk factors were hypertension (90.4%), dyslipidemia (68.3%), and diabetes mellitus (36.5%). Clinically, the majority of patients presented with dyspnea (89.4%) and fatigue (93.3%), with Killip class III-IV accounting for 13.4%. Paraclinical findings showed median CK-MB of 98.9U/L,

Ngày nhận bài: 20/08/2025, ngày chấp nhận đăng: 29/08/2025

* Tác giả liên hệ: dangminhtmt@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

troponin T of 2738.5ng/mL, and NT-proBNP of 1073.5ng/dl. Electrocardiogram findings indicated predominantly sinus rhythm (90.4%) with a mean ST-segment elevation of 2.82mm. The most common infarction sites were inferior (39.4%) and anteroseptal (38.5%). Single-vessel coronary artery lesions were most frequent (70.2%), with the left anterior descending artery being the most commonly affected site (50.0%). *Conclusion:* Elderly patients (≥ 75 years) with STEMI exhibit diverse clinical characteristics, with predominant sinus rhythm and frequent left anterior descending artery involvement on coronary angiography.

Keywords: Clinical features, paraclinical findings, coronary artery disease, myocardial infarction, ST-elevation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên (STEMI) là một tình trạng cấp cứu tim mạch nguy hiểm, chiếm tỷ lệ tử vong cao nếu không được điều trị kịp thời. Dù các tiến bộ trong can thiệp mạch vành và điều trị nội khoa đã cải thiện rõ rệt tiên lượng, nhóm bệnh nhân cao tuổi - đặc biệt là ≥ 75 tuổi vẫn có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao hơn rõ rệt so với người trẻ tuổi hơn¹. Người ≥ 75 tuổi thường có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn và các tình trạng lão hóa tim mạch, làm cho quá trình biểu hiện bệnh lý và đáp ứng điều trị khác biệt đáng kể. Ngoài ra, triệu chứng lâm sàng ở người cao tuổi thường không điển hình (như khó thở, mệt, lú lẫn thay vì đau ngực), dẫn đến việc chẩn đoán chậm trễ và can thiệp muộn. Một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tử vong nội viện ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi bị STEMI có thể lên tới 15-20%, cao hơn gấp 2-3 lần so với nhóm dưới 65 tuổi². Tuy nhiên, hiện vẫn còn ít nghiên cứu tại Việt Nam tập trung mô tả cụ thể đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân ≥ 75 tuổi bị STEMI. Việc hiểu rõ các đặc điểm này là cơ sở quan trọng giúp cá thể hóa điều trị, hạn chế biến chứng và cải thiện tiên lượng ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao nhất. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi nhồi bị máu cơ tim cấp có ST chênh lên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân ≥ 75 tuổi, được chẩn đoán là NMCT cấp có ST chênh lên, có chỉ định CTĐMV qua da thì

đầu tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Tim Hà Nội, Bệnh viện Hữu Nghị từ 2018-2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân ≥ 75 tuổi, được chẩn đoán là NMCT cấp có ST chênh lên có chỉ định CTĐMV qua da thì đầu từ 2018-2021 tại các địa điểm nghiên cứu. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Chẩn đoán NMCT cấp có ST chênh lên dựa theo đồng thuận toàn cầu về NMCT lần thứ 4 năm 2018. Chỉ định CTĐMV qua da thì đầu dựa vào Hướng dẫn của ESC năm 2017, Hội Tim mạch học Việt Nam, Bộ Y tế năm 2019.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có chống chỉ định với các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu; mới bị tai biến mạch máu não/xuất huyết tiêu hóa trong vòng 3 tháng; suy thận hoặc suy gan nặng...; ung thư giai đoạn cuối...

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 6/2018-12/2021 tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Tim Hà Nội và Bệnh viện Hữu Nghị.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Toàn bộ.

Chọn mẫu: Thuận tiện.

Chọn toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian tiến hành nghiên cứu tại các địa điểm nghiên cứu. Tổng số có 104 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Chỉ số nghiên cứu

Phân bố đặc điểm chung và tiền sử của bệnh nhân nghiên cứu.

Phân bố đặc điểm lâm sàng (đau ngực trái, khó thở, mệt, nhịp tim, huyết áp, ran phổi, nguy cơ xuất huyết và phân độ Killip của bệnh nhân nghiên cứu.

Tỷ lệ đặc điểm cận lâm sàng cơ bản của bệnh nhân nghiên cứu.

Tỷ lệ tính chất tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên được CTĐMV qua da.

Độ Killip: Phân độ Killip là một bảng phân loại để dự đoán nguy cơ tử vong của bệnh nhân NMCT

dựa trên các đặc điểm lâm sàng, tiên lượng NMCT cấp.

Phân tích số liệu: Số liệu được nhập liệu và được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108; được sự chấp thuận của Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Tim Hà Nội, Bệnh viện Hữu Nghị.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung và tiền sử của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số		n	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	75-79	42	40,4
	80-84	39	37,5
	≥ 85	23	22,1
	TB $\pm$ ĐLC	81,22 $\pm$ 4,79	
Giới tính	Nam	67	64,4
	Nữ	37	35,6
Yếu tố nguy cơ	Hút thuốc lá	9	8,7
	Uống rượu	4	3,8
	Tăng huyết áp	94	90,4
	Đái tháo đường	38	36,5
	Rối loạn chuyển hóa lipid	71	68,3
Tiền sử	Tiền sử NMCT	3	2,9
	Tiền sử tai biến mạch máu não	1	1,0
	Tiền sử can thiệp ĐMV	17	16,3
	Tiền sử bắc cầu nối chủ vành	1	1,0
Tổng		104	100,0

Tuổi trung bình là 81,22 $\pm$ 4,79, nhóm tuổi 75-79 chiếm chủ yếu với 40,4%; nam giới là 64,4%. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp là 90,4%; đái tháo đường 36,5% và rối loạn lipid là 68,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử can thiệp ĐMV 16,3%; tiền sử NMCT 2,9% và tiền sử đột quỵ não 1,0%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, nguy cơ xuất huyết và phân độ Killip của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số		n	Tỷ lệ %
Đau ngực	Đau điển hình	59	56,7
	Đau không điển hình	39	37,5
	Không đau	6	5,8
Khó thở (Theo NYHA)		93	89,4

Chỉ số		n	Tỷ lệ %
Mệt		97	93,3
Phân độ Killip	Killip I	53	51,0
	Killip II	37	35,6
	Killip III	12	11,5
	Killip IV	2	1,9
Nguy cơ xuất huyết cao theo ARC-HRC	Có	39	37,5
	Không	65	62,5
Tổng		104	100,0

Tỷ lệ bệnh nhân đau ngực điển hình là 56,7%, khó thở là 89,4% và mệt là 93,3%. Tỷ lệ có nguy cơ xuất huyết cao theo ARC-HBR chiếm 37,5%; phân độ Killip độ III là 11,5% và độ IV là 1,9%.

Bảng 3. Đặc điểm xét nghiệm sinh hóa máu cơ bản của bệnh nhân nghiên cứu (n = 104)

Chỉ số CLS chung	Chỉ số	Giá trị		
		TB ± ĐLC	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Ure (mmol/l)		7,55 ± 3,66	2,95	30,0
Creatinin (μmol/l)		113,83 ± 61,01	52,0	421,0
eGFR		61,22 ± 21,27	10,04	128,13
Glucose (mmol/l)		9,95 ± 5,60	3,70	38,39
Cholesterol (mmol/l)		5,01 ± 0,94	3,16	6,63
Triglycerid (mmol/l)		2,18 ± 0,90	0,45	5,67
HDL-C (mmol/l)		1,06 ± 0,25	0,14	2,01
LDL-C (mmol/l)		3,15 ± 0,76	1,60	5,48
SGOT (U/L)		69,24 ± 93,65	13,0	756,0
SGPT (U/L)		33,57 ± 39,80	9,0	360,0
Chỉ số men tim		Trung vị	Tứ phân vị	
CK-MB (U/L)		98,85	39,00; 246,30	
Troponin T (ng/ml)		2738,50	1933,57; 4512,18	
NT-proBNP (ng/dl)		1073,45	415,25; 3457,75	

Nồng độ creatinin trung bình $113,83 \pm 61,01 \mu\text{mol/l}$; glucose trung bình $9,95 \pm 5,60 \text{mmol/l}$; HDL-C trung bình $1,06 \pm 0,25 \text{mmol/l}$; nồng độ K^+ trung bình $3,86 \pm 0,39 \text{mmol/l}$. Trung vị nồng độ CK-MB là 98,85U/L; troponin T là 2738,50ng/ml và NT-proBNP là 1073,45ng/dl.

Bảng 4. Đặc điểm kết quả điện tim ở bệnh nhân nghiên cứu (n = 104)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Nhịp	Nhanh thất	0	0,0
	Ngoại tâm thu thất	4	3,8
	Ngoại tâm thu nhĩ	3	2,9
	Nhịp xoang	94	90,4
	Khác (rung nhĩ)	9	8,7
Block	Có	10	9,6

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
	Không	94	90,4
Vùng nhồi máu	Sau dưới	41	39,4
	Trước bên	11	10,6
	Trước vách	40	38,5
	Trước rộng	12	11,5
ST chênh lên trung bình (TB ± ĐLC) (mm)		2,82 ± 1,39 (Nhỏ nhất: 1,5; Lớn nhất: 8,0)	

Tỷ lệ bệnh nhân có nhịp xoang là 90,4%, rung nhĩ là 8,7%. Block nhĩ thất là 9,6%. Nhồi máu vùng sau dưới là 39,4%, trước vách là 38,5%.

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên được can thiệp động mạch vành qua da (n = 104)

Chỉ số		n	Tỷ lệ %
Số nhánh động mạch vành	1 nhánh	73	70,2
	≥2 nhánh	31	29,8
Vị trí ĐMV tổn thương	Thân chung	0	0,0
	Động mạch liên thất trước	52	50,0
	Động mạch mũ	11	10,6
	ĐMV phải	41	39,4
TIMI trước can thiệp	TIMI 0	84	80,8
	TIMI 1	15	14,4
	TIMI 2	5	4,8
	TIMI 3	0	0,0

Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương 1 nhánh động mạch vành chiếm đa số với 70,2%, trong khi tổn thương từ 2 nhánh trở lên chỉ chiếm 29,8%. Vị trí tổn thương gặp nhiều nhất ở động mạch liên thất trước 50,0%; tiếp theo là ĐMV phải 39,4%; tổn thương động mạch mũ 10,6%. Tỷ lệ dòng chảy TIMI 0 là 80,8%; TIMI 1 là 14,4% và TIMI 2 là 4,8%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu Bảng 1 cho thấy: Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên là 81,22 ± 4,79 (tuổi). Thực tế, bệnh nhân càng cao tuổi thì tỷ lệ tử vong và biến chứng do các bệnh ĐMV (trong đó có NMCT) càng cao. Tỷ lệ bệnh nhân nam là 64,4%, cao hơn nữ (35,6%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tuổi cao hơn với một số nghiên cứu khác, nhưng tương đồng về tỷ lệ giới tính khi nam giới chiếm chủ yếu trong số bệnh nhân mắc STEMI. Nghiên cứu của Ngô

Đức Kỳ và cộng sự (2021) thấy: Tuổi trung bình 71,67 ± 13,13 tuổi; nam giới có tỷ lệ 72,6% và nữ giới là 27,4%⁴.

Về yếu tố nguy cơ, kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân có THA là 90,4%; đái tháo đường 36,5%, rối loạn lipid là 68,3%, hút thuốc 8,7%. So sánh với nghiên cứu của Hồ Thượng Dũng và cộng sự (2011) trên 426 bệnh nhân được chụp, PCI tại Bệnh viện Thống Nhất thấy tỷ lệ các yếu tố nguy cơ bệnh ĐMV: Tăng huyết áp là 62,3%, đái tháo đường 24,4%, rối loạn lipid máu 52,8%, hút thuốc 38,7%⁵. Nguyễn Văn Tín và cộng sự (2022), tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm ≥ 65 tuổi cao hơn so với nhóm < 65 tuổi (92% so với 72,2%, với p=0,014), tỷ lệ bệnh nhân béo phì chiếm khá cao ở nhóm < 65 tuổi so với nhóm ≥ 65 tuổi (22,2% so với 6,0%, với p=0,026)⁶. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng giống các nghiên cứu trước với yếu tố nguy cơ chủ yếu là tăng huyết

áp, đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa lipid máu. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc từng yếu tố nguy cơ tim mạch của chúng tôi chiếm cao hơn hẳn so với nghiên cứu trước, điều này được giải thích do bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân ≥ 75 tuổi, do đó các tỷ lệ bệnh kèm theo và yếu tố nguy cơ sẽ cao hơn hẳn là hoàn toàn phù hợp với thực tế.

Về triệu chứng lâm sàng, kết quả ở Bảng 2 cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân đau ngực điển hình là 56,7%, đau ngực không điển hình là 37,5% và không đau ngực là 5,8%. Tỷ lệ bệnh nhân có khó thở là 89,4% và mệt là 93,3%. Đối với bệnh nhân STEMI, đau ngực là triệu chứng thường gặp nhất với các tính chất sau: Đau sau xương ức hoặc đau ngực trái; đau kiểu đè nặng, siết chặt, bóp nghẹt; đau lan lên cổ, hàm dưới, vai trái hoặc bờ trụ tay trái. Một số trường hợp lan xuống thượng vị nhưng không bao giờ vượt quá rốn. Thời gian đau thường kéo dài > 30 phút. Đây là triệu chứng đau ngực điển hình và có giá trị trong chẩn đoán NMCT cấp. Ngoài ra, bệnh nhân có thể có các triệu chứng kèm theo như: Khó thở, vã mồ hôi. Nếu bệnh nhân đau ngực điển hình sau xương ức, kéo dài > 30 phút, kèm vã mồ hôi sẽ gợi ý rất nhiều đến NMCT. Một số bệnh nhân không biểu hiện đau ngực mà có những triệu chứng không đặc hiệu: Cảm giác mệt mỏi, hồi hộp, khó thở, đau thượng vị, buồn nôn, nôn, rối loạn tri giác... Ngô Đức Kỳ và cộng sự (2021) nghiên cứu trên 106 bệnh nhân STEMI được PCI thì đầu cho kết quả: Triệu chứng đau ngực là 100,0%, trong đó 78,3% là đau ngực điển hình⁷. Nguyễn Văn Tín và cộng sự (2022) đánh giá sự khác biệt về lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân NMCT cấp trên và dưới 65 tuổi cho kết quả: Bệnh nhân < 65 tuổi có biểu hiện cơn đau ngực điển hình (91,7%) cao hơn những bệnh nhân ≥ 65 tuổi (80,0%), $p=0,027$ ⁶. Nghiên cứu của Nguyễn Huy Lợi và cộng sự (2023) cho tỷ lệ đau ngực điển hình là 82,7%, đau ngực không điển hình 16,7% và không đau ngực 0,6%⁸. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trước khi thấy phần lớn bệnh nhân có triệu chứng đau ngực điển hình chiếm tỷ lệ cao. Tuy nhiên, tỷ lệ đau ngực điển hình của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trước. Điều này được

giải thích là do bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân lớn tuổi, nên các triệu chứng có thể sẽ không điển hình như những bệnh nhân khác, hoặc thậm chí bị nhầm lẫn là đau vùng thượng vị (đau dạ dày)... Vấn đề này có thể sẽ ảnh hưởng đến việc phát hiện và chẩn đoán sớm NMCT cấp, qua đó ảnh hưởng đến kết quả PCI và gia tăng tỷ lệ biến cố trên bệnh nhân. Thực tế lâm sàng có những bệnh nhân lớn tuổi, đái tháo đường có thể không biểu hiện đau ngực mà xuất hiện triệu chứng rối loạn tri giác hoặc dấu hiệu sinh tồn xấu đi khi bị NMCT cấp.

Kết quả nghiên cứu Bảng 2 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có phân độ Killip I 51,0%; Killip II 35,6%; Killip III 11,5% và Killip IV là 1,9%. Kết quả này cho thấy, phân độ Killip nặng (độ III và IV là 13,4%) cao hơn nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ và cộng sự (2021). Nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ và cộng sự trên 106 bệnh nhân STEMI được PCI thì đầu cho kết quả: Phân độ Killip của bệnh nhân chủ yếu ở nhóm Killip I và II với tỷ lệ lần lượt là 67,0% và 23,6%; phân độ Killip III và IV là 9,4%⁷. Lý giải sự khác biệt này theo chúng tôi là do đặc điểm mẫu nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi cao hơn nên phân độ Killip sẽ nặng hơn. Điều này sẽ liên quan đến các biến cố xuất hiện ở bệnh nhân sau PCI điều trị NMCT cấp

Trung vị nồng độ CK-MB là 98,85U/L; troponin T là 2738,50ng/ml và NT-proBNP là 1073,45ng/dl. CK-MB là một loại men tim nhưng không đặc hiệu cho tim. CK-MB tăng 4-8 giờ sau nhồi máu, trở về bình thường sau 48-72 giờ. Trong giai đoạn cấp, để chẩn đoán xác định nhồi máu, chỉ cần thử troponin. Theo y văn, áp lực và thể tích thất trái đóng vai trò quan trọng đến nồng độ NT-proBNP trong huyết thanh. Thiếu máu cơ tim dẫn đến rối loạn chức năng tâm thu và hoặc chức năng tâm trương thất trái cũng như tình trạng dẫn và tái đồng bộ thất sau NMCT dẫn đến tăng đường kính và áp lực cuối tâm trương thất trái được xem là các tác nhân gây gia tăng phóng thích NT-proBNP trong huyết thanh. Ở bệnh nhân NMCT cấp thành trước, NT-proBNP huyết thanh tăng cao hơn so với NMCT cấp thành dưới và có dạng 2 pha (biphasic pattern) với nồng độ đỉnh tại thời điểm 14-48 giờ và 121-192 giờ sau nhồi máu.

Kết quả điện tâm đồ của bệnh nhân trước khi tiến hành PCI thì đầu cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân có ngoại tâm thu thất 3,8%, ngoại tâm thu nhĩ 2,9%, nhịp xoang 90,4%, rung nhĩ là 8,7%, block nhĩ thất là 9,6%. Thực tế, ở bệnh nhân STEMI thì rối loạn nhịp thường gặp là rung nhĩ và các rối loạn nhịp thất. Thử nghiệm GUSTO-3 trên 13.858 bệnh nhân sau NMCT thấy tần suất xuất hiện rung nhĩ khi nằm viện: 6,54%⁹. STEMI là một dạng của NMCT cấp với các triệu chứng đặc trưng của thiếu máu cục bộ kèm với đoạn ST chênh lên trên điện tâm đồ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy: ST chênh lên trung bình là $2,82 \pm 1,39$ mm (Nhỏ nhất: 1,5mm; lớn nhất: 8,0mm). Với mức độ chênh rõ ràng như vậy là gợi ý rất rõ cho việc cần phải chỉ định xử trí tích cực sớm để giảm các biến cố tim mạch có thể xảy ra.

Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương 1 nhánh động mạch vành chiếm đa số với 70,2%, trong khi tổn thương từ 2 nhánh trở lên chỉ chiếm 29,8% (Bảng 5). Vị trí tổn thương gặp nhiều nhất ở động mạch liên thất trước 50,0%; tiếp theo là ĐMV phải 39,4%; tổn thương động mạch mũ 10,6%; vị trí nhồi máu vùng sau dưới là 39,4%; trước vách là 38,5%. So sánh với nghiên cứu của Nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ và cộng sự (2021) trên 106 bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên được CTĐMV qua da thì đầu cho kết quả: Tổn thương thường gặp nhất trên điện tâm đồ là NMCT vùng sau dưới với 49,1%; vùng trước vách 22,6% và trước rộng 25,5%⁴. Nghiên cứu của chúng tôi đồng nhất với nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ và cộng sự cho thấy vùng nhồi máu chủ yếu là ở vùng sau dưới chiếm tỷ lệ cao nhất.

Tỷ lệ dòng chảy TIMI 0 là 49,0%, TIMI 1 là 37,5% và TIMI 2 là 13,5%. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tân và cộng sự (2021) về tổn thương ĐMV ở bệnh nhân STEMI thành sau cho kết quả: Tỷ lệ STEMI thành sau là 20,5%. Nhánh LCx có vị trí tổn thương thường gặp là đoạn giữa 48%, tổn thương tip C 56,0%, dòng chảy TIMI 0 là 44%. Vị trí tổn thương thường gặp trên nhánh RCA là đoạn gần 47,4%, tip C 63,2%, dòng chảy TIMI 0 là 36,8%¹⁰. Đây là sự khác biệt về đặc điểm đối tượng, mẫu nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 104 bệnh nhân STEMI ≥ 75 tuổi tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Tim Hà Nội, Bệnh viện Hữu Nghị từ 2018-2021 chúng tôi nhận thấy tuổi trung bình là $81,2 \pm 4,8$, nhóm 75-79 tuổi chiếm nhiều nhất (40,4%) và nam giới chiếm 64,4%. Tăng huyết áp (90,4%), rối loạn chuyển hóa lipid máu (68,3%) và đái tháo đường (36,5%) là các yếu tố nguy cơ phổ biến. Về lâm sàng, đa số bệnh nhân có khó thở (89,4%) và mệt (93,3%), Killip III-IV chiếm 13,4%. Cận lâm sàng ghi nhận trung vị CK-MB 98,9U/L, troponin T 2738,5ng/mL và NT-proBNP 1073,5ng/dL. Điện tim chủ yếu là nhịp xoang (90,4%), ST chênh trung bình 2,82mm; nhồi máu vùng sau dưới (39,4%) và trước vách (38,5%) chiếm tỷ lệ cao. Tổn thương 1 nhánh động mạch vành gặp nhiều nhất (70,2%), với vị trí chủ yếu ở động mạch liên thất trước (50,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ibanez B, James S, Agewall S et al (2018) 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal* 39(2): 119-177.
2. Malkin CJ, Prakash R, Chew DP (2012) *The impact of increased age on outcome from a strategy of early invasive management and revascularisation in patients with acute coronary syndromes: retrospective analysis study from the ACACIA registry*. *BMJ open* 2(1): 000540.
3. Ribeiro ASF, Zeroles BE, López-Espuela F et al (2023) *Cardiac System during the aging process*. *Aging Dis* 14(4): 1105-1122.
4. Ngô Đức Kỳ, Nguyễn Huy Lợi, Trần Thị Anh Thơ và cộng sự (2021) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có can thiệp mạch vành qua da thì đầu ở Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An*. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 503(2), tr. 243-246.

5. Hồ Thượng Dũng (2011) *Đặc điểm chụp mạch vành và kết quả can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân trên 75 tuổi tại bệnh viện Thống Nhất*. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 15 (Phụ bản của số 1), tr. 141-147.
6. Nguyễn Văn Tín, Trịnh Thị Huyền Tranh, Nguyễn Thế Hiển và cộng sự (2022) *Đánh giá sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp trên và dưới 65 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long năm 2021-2022*. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ 2022(5), tr. 94-102.
7. Ngô Đức Kỳ, Nguyễn Huy Lợi, Trần Thị Anh Thơ và cộng sự (2021) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có can thiệp mạch vành qua da thì đầu ở Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An*. Tạp chí Y học Việt Nam 503(2), tr. 243-246.
8. Nguyễn Huy Lợi, Phạm Mạnh Hùng, Dương Đình Chính (2023) *Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An*. Tạp chí Nghiên cứu Y học 162(1), tr. 237-246.
9. Wong CK, White HD, Wilcox RG (2000) *New atrial fibrillation after acute myocardial infarction independently predicts death: The GUSTO-III experience*. Am Heart J 140(6): 878- 885.
10. Nguyễn Văn Tân, Châu Văn Vinh, Lê Thị Kim Phượng và cộng sự (2021) *Đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau*. Tạp chí Y học Việt Nam, 501(4), tr. 13-17.