

Đánh giá kết quả can thiệp động mạch vành qua da thì đầu ở bệnh nhân cao tuổi bị nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên

evaluation of primary percutaneous coronary intervention outcomes 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: Đánh giá kết quả của can thiệp động mạch vành (CTĐMV) qua da thì đầu ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi bị NMCT cấp có ST chênh lên trong 30 ngày và 6 tháng sau can thiệp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 104 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. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công thủ thuật đạt cao (99,0%), thành công lâm sàng là 93,3%, dòng chảy TIMI 3 sau can thiệp đạt 99,0%. ST chênh trung bình giảm đáng kể từ $2,82 \pm 1,39\text{mm}$ xuống $0,99 \pm 1,08\text{mm}$ ($p < 0,001$). Trong thời gian nằm viện, 89,4% bệnh nhân không có biến cố, tử vong và đột quỵ não đều chiếm 1,0%. Sau 30 ngày, tỷ lệ biến cố tim mạch gộp là 10,6% với tử vong 6,7%, tái nhồi máu 1,0% và đột quỵ não 2,9%. Sau 6 tháng, biến cố tim mạch gộp tăng lên 18,3%, trong đó tử vong 11,5%, tái nhồi máu 2,9% và đột quỵ não 3,8%. Kết quả siêu âm tim cho thấy tỷ lệ EF $\geq 50\%$ tăng từ 66,3% lên 90,3%; rối loạn vận động vùng giảm từ 80,8% còn 40,2% ($p < 0,001$). **Kết luận:** CTĐMV qua da thì đầu ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi bị NMCT cấp có ST chênh lên đạt kết quả cao và biến cố tim mạch chính thấp sau can thiệp 1 tháng, 6 tháng.

Từ khóa: Can thiệp động mạch vành thì đầu, nhồi máu cơ tim, ST chênh lên, ≥ 75 tuổi.

Summary

Objective: To evaluate the outcomes of primary percutaneous coronary intervention (PCI) in patients aged ≥ 75 years with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) within 30 days and 6 months post-intervention. **Subject and method:** This was a prospective observational study conducted on 104 patients aged ≥ 75 years diagnosed with STEMI and indicated for primary PCI at the Vietnam National Heart Institute - Bach Mai Hospital, Hanoi Heart Hospital, and Huu Nghi Hospital from 2018 to 2021. **Result:** The procedural success rate was high (99.0%), and clinical success was achieved in 93.3% of cases. TIMI 3 flow was restored in 99.0% of patients post-PCI. The average ST-segment elevation significantly decreased from $2.82 \pm 1.39\text{mm}$ to $0.99 \pm 1.08\text{mm}$ ($p < 0.001$). During hospitalization, 89.4% of patients experienced no complications; both in-hospital mortality and stroke rates were 1.0%. At 30 days, the composite major

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

adverse cardiac event (MACE) rate was 10.6%, including 6.7% mortality, 1.0% reinfarction, and 2.9% stroke. At 6 months, the MACE rate increased to 18.3%, including 11.5% mortality, 2.9% reinfarction, and 3.8% stroke. Echocardiography showed that the proportion of patients with EF $\geq$ 50% increased from 66.3% to 90.3%; regional wall motion abnormalities decreased from 80.8% to 40.2% ($p < 0.001$). **Conclusion:** Primary PCI in elderly patients ($\geq$ 75 years old) with STEMI demonstrates high procedural success and favorable short- and mid-term outcomes.

Keywords: Primary PCI, myocardial infarction, elderly, ST-elevation, intervention outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

NMCT cấp có ST chênh lên ở nhóm tuổi $\geq$ 60 tuổi, đặc biệt ở người bệnh $\geq$ 75 tuổi có đặc điểm thường có nhiều bệnh đồng mắc, tổn thương động mạch phức tạp và khả năng hồi phục kém hơn, có tỷ lệ tai biến, biến chứng cao hơn nên có nhu cầu điều trị can thiệp hiệu quả và cải thiện chất lượng sống cao hơn so với các lứa tuổi khác.

Điều trị NMCT cấp có ST chênh lên với mục tiêu tái thông đoạn động mạch vành bị tắc/hẹp nhằm tái tưới máu cho vùng cơ tim bị thiếu máu càng sớm càng tốt, qua đó sẽ giảm các biến chứng và tử vong do bệnh gây nên¹. Điều trị gồm các phương pháp: Nội khoa, can thiệp động mạch vành qua da (PCI) và phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành. PCI thì đầu là biện pháp điều trị xuất hiện trong vài thập kỉ trở lại đây và được cho là biện pháp có tỷ lệ thành công cao; kết quả điều trị sớm và lâu dài tốt². Thực tế, có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả PCI thì đầu ở bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên như: Thời gian từ khi xuất hiện NMCT đến khi vào viện, kỹ thuật và kinh nghiệm của người làm can thiệp... và có cả yếu tố tuổi, bệnh đồng mắc của bệnh nhân².

Đối với bệnh nhân cao tuổi, động mạch vành thường có tổn thương vôi hóa, xoắn vặn, gấp góc, tổn thương lỗ xuất phát, tổn thương động mạch vành nhiều nhánh và tổn thương thân chung mạch vành trái nhiều hơn. Các đặc điểm tổn thương này rất phức tạp, làm giảm tỷ lệ thành công của can thiệp động mạch vành qua da. Bên cạnh đó, những bệnh nhân cao tuổi khi bị NMCT cấp có ST chênh lên thường nhập viện muộn do triệu chứng không điển hình, có nhiều bệnh lý nền kèm theo, có nguy cơ tử vong và biến chứng sau nhồi máu cơ tim cao hơn³. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả

của can thiệp động mạch vành qua da thì đầu ở bệnh nhân $\geq$ 75 tuổi bị NMCT cấp có ST chênh lên trong 30 ngày và 6 tháng sau can thiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân $\geq$ 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 $\geq$ 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 can thiệp, tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Toàn bộ.

Chọn mẫu: Thuận tiện.

Chọn toàn bộ 104 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

Kỹ thuật can thiệp động mạch vành qua da thực hiện theo Quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành Tim mạch của Bộ Y tế.

Chỉ số nghiên cứu

Kết quả can thiệp động mạch vành qua da thì đầu.

Sự thay đổi mức độ dòng chảy theo thang điểm TIMI sau can thiệp động mạch vành qua da thì đầu.

Sự thay đổi điện tâm đồ trước - sau can thiệp.

Đặc điểm biến cố trong thời gian nằm viện.

Đặc điểm biến cố tim mạch trong 30 ngày sau can thiệp.

Đặc điểm biến cố tim mạch sau 6 tháng can thiệp.

Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

Đánh giá dòng chảy trong ĐMV theo thang điểm TIMI:

TIMI 0 (không tưới máu): Không có dòng chảy phía sau chỗ tắc.

TIMI 1 (có thấm qua nhưng không tưới máu): Chất cản quang đi qua chỗ tắc nhưng không làm cản quang phần ĐMV phía sau chỗ tắc.

TIMI 2 (tưới máu một phần): Chất cản quang đi qua chỗ tắc và làm cản quang phần động mạch phía xa. Nhưng tốc độ dòng cản quang hay tốc độ thải thuốc cản quang ở giường động mạch phía xa (hay cả hai) chậm hơn ĐMV bên đối diện.

TIMI 3 (tưới máu đầy đủ): Tốc độ dòng cản quang chảy vào phần xa của chỗ tắc và tốc độ thải thuốc cản quang tương tự như ĐMV bên đối diện.

Kết quả can thiệp động mạch vành

Thành công về thủ thuật: Khi có thành công dựa trên hình ảnh chụp mạch (đường kính lòng mạch còn hẹp < 20,0%, không có bóc tách thành động mạch, dòng chảy trong động mạch thủ phạm trở lại bình thường) và không có biến cố tim mạch chính.

Thành công lâm sàng: Thành công dựa trên hình ảnh chụp mạch, thành công thủ thuật và giảm triệu chứng thiếu máu cục bộ cơ tim

Biến chứng trong CTĐMV: Các biến chứng có thể xảy ra gồm: Dị ứng thuốc cản quang, NMCT, phải bắc cầu nối chủ vành, tử vong, vỡ mạch vành, tràn máu ngoài phúc mạc, tách thành mạch, huyết khối, tắc đoạn xa, rơi stent, thủng thành tim, không có dòng chảy...

Phân tích số liệu

Số liệu được nhập và 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. Kết quả can thiệp động mạch vành qua da thì đầu (n = 104)

Kết quả	Có		Không	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Thành công thủ thuật	103	99,0	1	1,0
Thành công lâm sàng	97	93,3	7	6,7
Tai biến liên quan đến thủ thuật	4	3,8	100	96,2
Dị ứng thuốc cản quang	2	1,9	102	98,1
Vỡ mạch vành	1	1,0	103	99,0
Phản vệ do thuốc cản quang	1	1,0	103	99,0

Tỷ lệ bệnh nhân PCI thì đầu có kết quả can thiệp thành công về thủ thuật là 99,0% và thành công về lâm sàng là 93,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có tai biến trong quá trình can thiệp là dị ứng thuốc cản quang 1,9%; vỡ mạch vành và phản vệ do thuốc cản quang đều chiếm 1,0%.

Bảng 2. Sự thay đổi mức độ dòng chảy theo thang điểm TIMI sau can thiệp động mạch vành qua da thì đầu

Chỉ số \ Thời điểm	Trước CT		Sau CT		p
	(n = 104)	Tỷ lệ %	(n = 104)	Tỷ lệ %	
TIMI 0	84	80,8	0	0,0	<0,001
TIMI 1	15	14,4	0	0,0	
TIMI 2	5	4,8	1	1,0	
TIMI 3	0	0,0	103	99,0	

Sau can thiệp, mức độ dòng chảy TIMI 2 là 1,0% và TIMI 3 là 99,0%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. Sự thay đổi điện tâm đồ trước - sau can thiệp

Đặc điểm \ Thời điểm		Trước CT		Sau CT		p
		(n = 104)	Tỷ lệ %	(n = 104)	Tỷ lệ %	
Nhịp	Ngoại tâm thu thất	4	3,8	1	1,0	0,187
	Ngoại tâm thu nhĩ	3	2,9	2	1,9	0,638
	Nhịp xoang	94	90,4	95	91,3	0,822
	Rung nhĩ	9	8,7	9	8,7	1,000
Block	Có	10	9,6	7	6,7	0,445
	Nhánh phải	5	4,8	2	1,9	0,245
	Nhánh trái	1	1,0	1	1,0	1,000
	AV cấp I	0	0,0	2	1,9	-
	AV cấp II	2	1,9	2	1,9	1,000
	AV cấp III	2	1,9	0	0,0	-
ST chênh lên trung bình (TB $\pm$ ĐLC) (mm)		2,82 $\pm$ 1,39		0,99 $\pm$ 1,08		<0,001

Sau can thiệp, các rối loạn nhịp như ngoại tâm thu thất, ngoại tâm thu nhĩ và block có giảm nhẹ; sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Chỉ số ST chênh lên trung bình giảm từ 2,82 $\pm$ 1,39mm xuống còn 0,99 $\pm$ 1,08mm; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4. Đặc điểm biến cố trong thời gian nằm viện

Biến cố		Số lượng (n = 104)	Tỷ lệ %
Không có biến cố		93	89,4
Có biến cố		11	10,6
Biến cố tim mạch chính	Tử vong	1	1,0
	Tái nhồi máu cơ tim	0	0,0
	Đột quỵ não	1	1,0
Biến cố khác	Xuất huyết	3	2,9
	Phân độ XH theo BARC mức 3a	3	2,9
	Bệnh thận do thuốc cản quang	6	5,8

Trong thời gian nằm viện có 1 bệnh nhân tử vong (1,0%) và 1 bệnh nhân đột quỵ não (1,0%). Tỷ lệ biến cố xuất huyết là 2,9%; và bệnh thận do thuốc cản quang 5,8%.

Bảng 5. Đặc điểm biến cố tim mạch trong 30 ngày sau can thiệp

Biến cố tim mạch	Số lượng (n = 104)	Tỷ lệ %
Không có biến cố	93	89,4
Biến cố tim mạch chính	11	10,6
Tử vong	7	6,7
Tái nhồi máu cơ tim	1	1,0
Đột quỵ não	3	2,9

Sau 30 ngày can thiệp, có 7 bệnh nhân tử vong (6,7%); tỷ lệ bệnh nhân tái NMCT là 1,0% và đột quỵ não là 2,9%. Tỷ lệ biến cố tim mạch gộp là 10,6%.

Bảng 6. Sự thay đổi kết quả siêu âm tim sau can thiệp 6 tháng

Chỉ số		Thời điểm	Sau PCI		6 tháng		p
		(n = 104)	Tỷ lệ %	(n = 92*)	Tỷ lệ %		
Rối loạn vận động vùng	Có	84	80,8	37	40,2	<0,001	
	Không	20	19,2	55	59,8		
Van tim	Hở 2 lá (2/4)	17	16,3	4	4,3	0,001	
	Không hở/tổn thương 2 lá	87	83,7	88	95,7		
EF (Simpson)	EF ≥ 50%	69	66,3	83	90,3	<0,001	
	EF 41-49,9%	15	14,4	6	5,8		
	EF ≤ 40,0%	20	19,3	3	2,9		
	TB±ĐLC	54,93 ± 13,52		57,38 ± 6,88			

* Có 12 bệnh nhân tử vong từ sau PCI đến thời điểm 6 tháng

* Có 12 bệnh nhân tử vong từ sau PCI đến thời điểm 6 tháng

Sau can thiệp 6 tháng, tỷ lệ bệnh nhân không có tổn thương van tim qua siêu âm tăng lên 95,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân không giảm phân suất tổng máu thất trái tăng lên 90,3% ($p < 0,05$). Có sự cải thiện rõ rệt về rối loạn vận động vùng sau 6 tháng so với ngay sau can thiệp PCI (McNemar test, $p < 0,001$).

Bảng 7. Đặc điểm biến cố tim mạch sau 6 tháng can thiệp

Biến cố tim mạch	Số lượng (n = 104)	Tỷ lệ %
Không có biến cố	85	81,7
Biến cố tim mạch chính	19	18,3
Tử vong	12	11,5
Tái nhồi máu cơ tim	3	2,9
Đột quỵ não	4	3,8

Sau 6 tháng can thiệp, tổng số có 12 bệnh nhân tử vong (11,5%); tỷ lệ bệnh nhân tái NMCT là 2,9%; đột quỵ não 3,8%. Tỷ lệ biến cố tim mạch gộp là 18,3%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu thấy tỷ lệ bệnh nhân PCI thì đầu có kết quả can thiệp thành công về thủ thuật là 99,0%; thành công về lâm sàng là 93,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có tai biến liên quan đến thủ thuật là 3,8% (4 bệnh nhân), cụ thể là dị ứng 1,9%; vỡ mạch vành và phản vệ do thuốc cản quang đều chiếm 1,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Vũ Quang Ngọc (2021) cho tỷ lệ thành công về mặt thủ thuật là 99,1%⁴.

So sánh kết quả dòng chảy TIMI (Bảng 2) và điện tâm đồ (Bảng 3) trước sau can thiệp thấy: Sau can thiệp, các rối loạn nhịp như ngoại tâm thu thất, ngoại tâm thu nhĩ và block có giảm nhẹ; sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Chỉ số ST chênh lên trung bình giảm từ $2,82 \pm 1,39$ mm xuống còn $0,99 \pm 1,08$ mm; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau can thiệp, mức độ dòng chảy TIMI 2 là 1,0% và TIMI 3 là 99,0%; sự thay đổi trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này chứng tỏ hiệu quả của PCI thì đầu ở bệnh nhân STEMI trong nghiên cứu của chúng tôi. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Huy Lợi và cộng sự (2023) thấy tỉ lệ biến đổi ST trở về bình thường là 45,0% (tái tưới máu thành công); ST còn chênh lên là 39,0% (tái tưới máu thành công một phần) và 16,0% không thay đổi⁵. Như vậy, PCI thì đầu trên bệnh nhân STEMI ≥ 75 tuổi có kết quả tốt do đã giảm biến đổi ST. Đoạn ST giảm chênh lên trên điện tâm đồ so với trước khi can thiệp là một dấu hiệu nhạy để đánh giá tái tưới máu sớm, bởi vì đoạn ST giảm chênh lên liên quan chặt chẽ với sự giảm thiếu máu cơ tim hơn là sự tái thông của ĐMV thủ phạm trên chập mạch.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả sau can thiệp 6 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn vận động vùng chiếm 80,8%; hở van 2 lá chiếm 16,3%; EF $> 50\%$ chiếm 66,3%. Khi siêu âm tim, nếu phân suất tống máu thấp dưới 50%, có thể là dấu hiệu cảnh báo chức năng bơm máu của tim suy giảm, tim không còn khả năng bơm máu đủ với nhu cầu của cơ thể. Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm EF trong nghiên cứu này của chúng tôi chiếm 33,7% (Bảng 6).

Về biến cố tim mạch trong thời gian nằm viện (Bảng 4): Trong thời gian nằm viện có 1 bệnh nhân

tử vong (1,0%); tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết là 2,9% (3 bệnh nhân, và đều xuất huyết theo BARC mức 3a); loạn nhịp thất là 8,7% và bệnh thận do thuốc cản quang 5,8%. Tỷ lệ biến cố tim mạch gộp là 19,2% (20 bệnh nhân). Rối loạn nhịp nặng thường xuất hiện vào thời điểm bắt đầu tái tưới máu và thường gặp là nhịp nhanh thất, rung thất hoặc rối loạn nhịp chậm. Với rối loạn nhịp chậm nặng cần đặt tạo nhịp tạm thời. Rung thất hoặc nhịp nhanh thất cần phải sốc điện chuyển nhịp cấp cứu sau đó duy trì bằng lidocain truyền tĩnh mạch. Kết quả này của chúng tôi tốt hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Huy Lợi và cộng sự (CS) (2023) thấy có 17 bệnh nhân (10,9%) tử vong hoặc nặng xin về trong thời gian điều trị⁵.

Sau can thiệp động mạch vành qua da (PCI), biến cố tim mạch sớm trong vòng 30 ngày ở nhóm bệnh nhân ≥ 75 tuổi là tương đối thấp, với 89,4% không có biến cố, và chỉ 6,7% tử vong. Tuy nhiên, tỷ lệ biến cố tim mạch tích lũy sau 6 tháng tăng lên 18,3%, trong đó tử vong chiếm 11,5%. Con số này phản ánh nguy cơ cao hơn ở nhóm người già so với nhóm dân số trẻ hơn, vốn chỉ ghi nhận tỷ lệ tử vong sau 6 tháng khoảng 4-6% trong các nghiên cứu đa trung tâm⁶. Một phân tích từ cơ sở dữ liệu SWEDEHEART cho thấy tỷ lệ tử vong sau 6 tháng ở bệnh nhân STEMI ≥ 80 tuổi là 12,3%, tương đương với nghiên cứu của chúng tôi⁷. Các yếu tố góp phần vào tỷ lệ biến cố cao hơn bao gồm chức năng tim suy giảm, tổn thương đa nhánh, và sự hiện diện đồng thời của các bệnh lý mạn tính như suy thận và đái tháo đường⁸. Mặc dù tỷ lệ tử vong tương đối cao, nhưng kết quả cũng cho thấy hiệu quả tương đối rõ rệt của PCI ở nhóm bệnh nhân này, với 81,7% không gặp biến cố sau 6 tháng và tỷ lệ tái nhồi máu cơ tim hoặc đột quỵ khá thấp (2,9% và 3,8%). Kết quả này phù hợp với khuyến cáo ESC 2017, trong đó PCI nên được cân nhắc ở bệnh nhân cao tuổi nếu tiên lượng sống tốt và không có chống chỉ định nặng⁹.

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 tỷ lệ thành công thủ thuật đạt cao (99,0%), thành công lâm sàng là 93,3%, dòng chảy TIMI 3 sau can thiệp đạt 99,0%. ST chênh trung bình giảm đáng kể từ $2,82 \pm 1,39\text{mm}$ xuống $0,99 \pm 1,08\text{mm}$ ($p < 0,001$). Trong thời gian nằm viện, 89,4% bệnh nhân không có biến cố, tử vong và đột quỵ não đều chiếm 1,0%. Sau 30 ngày, tỷ lệ biến cố tim mạch gộp là 10,6% với tử vong 6,7%, tái nhồi máu 1,0% và đột quỵ não 2,9%. Sau 6 tháng, biến cố tim mạch gộp tăng lên 18,3%, trong đó tử vong 11,5%, tái nhồi máu 2,9% và đột quỵ não 3,8%. Kết quả siêu âm tim cho thấy tỷ lệ EF $\geq 50\%$ tăng từ 66,3% lên 90,3%; rối loạn vận động vùng giảm từ 80,8% còn 40,2% ($p < 0,001$). Những kết quả này cho thấy PCI thì đầu vẫn đạt hiệu quả cao và cần được khuyến cáo để can thiệp cho bệnh nhân ở nhóm lứa tuổi này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lâm Việt (2003) *Thực hành bệnh tim mạch*. Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Quang Tuấn (2011) *Can thiệp động mạch vành qua da trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp: Phương pháp, kết quả nghiên cứu, hiệu quả và tiên lượng*, Hà Nội. Nhà xuất bản Y học.
3. Võ Thành Nhân (2014), *Bệnh động mạch vành ở người cao tuổi*, Thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học.
4. Vũ Quang Ngọc (2021) *Đánh giá kết quả can thiệp động mạch vành không thủ phạm có hướng dẫn của phân số dự trữ vành (FFR) ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên*. Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. 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.
6. Dai X, Busby-Whitehead J, Alexander KP (2016) *Acute coronary syndrome in the older adults*. Journal of geriatric cardiology: JGC 13(2): 101.
7. Szummer K, Lundman P, Jacobson SH et al (2009) *Influence of renal function on the effects of early revascularization in non-ST-elevation myocardial infarction: data from the Swedish Web-System for Enhancement and Development of Evidence-Based Care in Heart Disease Evaluated According to Recommended Therapies (SWEDEHEART)*. Circulation 120(10): 851-858.
8. Alexander KP, Newby LK, Armstrong PW et al (2007) *Acute coronary care in the elderly, part II: ST-segment-elevation myocardial infarction: 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): 2570-2589.
9. 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.