

CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM RẤT CAO TUỔI ĐƯỢC CHỌN LỌC KỸ TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH BỆNH VIỆN E

Đàm Hải Sơn¹, Nguyễn Công Hựu^{1,2}, Phan Thảo Nguyên^{1,2*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu cơ tim ST chênh lên (STEMI) ở nhóm bệnh nhân rất cao tuổi (≥ 80 tuổi) là một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng do triệu chứng không điển hình, nhiều bệnh nền và nguy cơ tử vong cao. Dữ liệu về đặc điểm và kết quả can thiệp ở nhóm bệnh nhân này tại Việt Nam còn hạn chế.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 129 bệnh nhân ≥ 80 tuổi được chẩn đoán STEMI và chỉ định can thiệp động mạch vành qua da (PCI) tại Trung tâm Tim mạch – Bệnh viện E từ 01/2023 đến 07/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình là $84,86 \pm 3,2$. Nam giới chiếm 67,4%. Đa số bệnh nhân nhập viện với triệu chứng không điển hình hoặc không đau ngực (63,6%). Tỷ lệ nhập viện muộn sau 72 giờ chiếm 39%. Các bệnh nền phổ biến gồm tăng huyết áp (73%), đái tháo đường (62%) và bệnh hô hấp (54%). Tổn thương mạch vành thường phức tạp: 69% tổn thương đa nhánh, 43,4% tổn thương typ C. Dòng chảy TIMI 0 trước can thiệp gặp ở 49,6% và 55,8% cần hút huyết khối. Tỷ lệ can thiệp thành công và ổn định ra viện đạt 96,9%. Có 4 trường hợp (3,1%) tử vong/nặng xin về do các biến chứng tim mạch và suy đa tạng.

Kết luận: STEMI ở người rất cao tuổi thường có biểu hiện lâm sàng nghèo nàn và tổn thương giải phẫu phức tạp. Chiến lược can thiệp động mạch vành qua da cho thấy tính khả thi và an toàn cao, với tỷ lệ tử vong nội viện thấp ở nhóm bệnh nhân được chọn lọc kỹ lưỡng.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim ST chênh lên, bệnh nhân rất cao tuổi, can thiệp động mạch vành qua da, người già.

SAFETY AND EFFICACY OF PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN CAREFULLY SELECTED VERY ELDERLY PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AT THE CARDIOVASCULAR CENTER, E HOSPITAL

ABSTRACT

Background: ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) in very elderly patients (≥ 80 years) poses a significant challenge in clinical practice due to atypical symptoms, multiple comorbidities, and high mortality risk. Data regarding the characteristics and interventional outcomes of this population in Vietnam remain limited.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 129 patients aged ≥ 80 years diagnosed with STEMI who were indicated for percutaneous coronary intervention (PCI) at the Cardiovascular Center, E Hospital, from January 2023 to July 2025.

Results: The mean age was 84.86 ± 3.2 years. Males accounted for 67.4%. The majority of patients presented with atypical symptoms or absence of chest pain (63.6%). The rate of late

¹Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Dược, ĐHQG Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Phan Thảo Nguyên

Email: bsphanthaonguyen@gmail.com - Tel: 0912179386

Ngày gửi: 13/12/2025 Ngày sửa: 07/01/2026

Ngày chấp nhận: 15/01/2025

admission (>72 hours) was 39%. Common comorbidities included hypertension (73%), diabetes mellitus (62%), and respiratory diseases (54%). Coronary lesions were predominantly complex: 69% had multivessel disease, and 43.4% had type C lesions. Pre-procedural TIMI 0 flow was observed in 49.6% of cases, and thrombus aspiration was required in 55.8%. The rate of successful intervention and stable discharge reached 96.9%. There were 4 cases (3.1%) of mortality or discharge in critical condition due to cardiovascular complications and multiple organ failure.

Conclusion: STEMI in very elderly patients frequently presents with subtle clinical manifestations and complex anatomical lesions. The strategy of percutaneous coronary intervention demonstrates high feasibility and safety, with a low in-hospital mortality rate in carefully selected patients.

Keywords: ST-elevation myocardial infarction (STEMI), very elderly patients, percutaneous coronary intervention (PCI), the elderly.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng trên toàn cầu. Nhóm người “rất cao tuổi” (very elderly, ≥ 80 tuổi) dự kiến sẽ chiếm khoảng 20% dân số thế giới vào năm 2050¹. Sự gia tăng này đặt ra thách thức lớn cho hệ thống y tế, đặc biệt trong quản lý các bệnh lý tim mạch cấp tính.

Nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên (STEMI) ở người rất cao tuổi có tiên lượng xấu với tỷ lệ tử vong và biến chứng cao hơn đáng kể so với nhóm trẻ tuổi^{2,9}. Việc chẩn đoán thường bị trì hoãn do triệu chứng lâm sàng không điển hình (mệt mỏi, khó thở thay vì đau ngực)^{4,5}. Bên cạnh đó, các đặc điểm giải phẫu mạch vành phức tạp (vôi hóa, tổn thương đa nhánh) cùng nhiều bệnh nền đi kèm (suy thận, hô hấp) làm tăng rủi ro khi thực hiện can thiệp động mạch vành qua da (PCI)⁶.

Mặc dù các khuyến cáo hiện hành ủng hộ chiến lược tái tưới máu sớm, nhưng việc chỉ định can thiệp cho bệnh nhân ≥ 80 tuổi vẫn cần cân nhắc kỹ lưỡng giữa lợi ích và nguy cơ. Tại Việt Nam, các dữ liệu lâm sàng cụ thể về nhóm bệnh nhân đặc biệt này còn khiêm tốn. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, tổn thương mạch vành và đánh giá kết quả sớm của can thiệp động mạch vành ở bệnh nhân STEMI rất cao tuổi tại Bệnh viện E.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian và địa điểm: Từ tháng 01/2023 đến tháng 07/2025 tại Trung tâm Tim mạch – Bệnh viện E.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 80 tuổi được chẩn đoán xác định STEMI và được chỉ định chụp/can thiệp động mạch vành qua da (PCI).

- Tiêu chuẩn chọn lọc kỹ: Bệnh nhân nhập viện không kèm theo các tình trạng nặng sau:

+ Rối loạn về huyết động hoặc sốc tim: huyết áp tâm thu ≤ 90 mmHg kéo dài ≥ 30 phút hoặc cần sử dụng thuốc vận mạch/tăng co bóp để duy trì huyết áp tâm thu > 90 mmHg kèm theo ít nhất một dấu hiệu giảm tưới máu mô: thay đổi chi giác, chi lạnh ẩm, thiếu niệu (< 30 ml/giờ) hoặc lactate ≥ 2 mmol/L.

+ Rối loạn nhịp đe dọa tính mạng hoặc ngừng tim.

+ Biến chứng cơ học do nhồi máu cơ tim.

+ Suy tim cấp

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu; Tiền sử xuất huyết tiêu hóa hoặc tai biến mạch não trong vòng 3 tháng; Suy gan hoặc suy thận nặng (để loại trừ các yếu tố gây nhiễu nặng đến kết cục tử vong do bệnh nền).

2.4. Các biến số nghiên cứu:

Đặc điểm nhân khẩu học, yếu tố nguy cơ, bệnh lý kèm theo.

Đặc điểm lâm sàng, thời gian từ khi khởi

phát triệu chứng đến khi nhập viện.

Đặc điểm hình ảnh chụp mạch vành (vị trí, số nhánh, phân loại ACC/AHA, dòng chảy TIMI).

Kết quả can thiệp và biến cố nội viện (tử vong, biến chứng).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được dữ liệu của 129 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Bảng 1. Đặc điểm chung và bệnh lý kèm theo

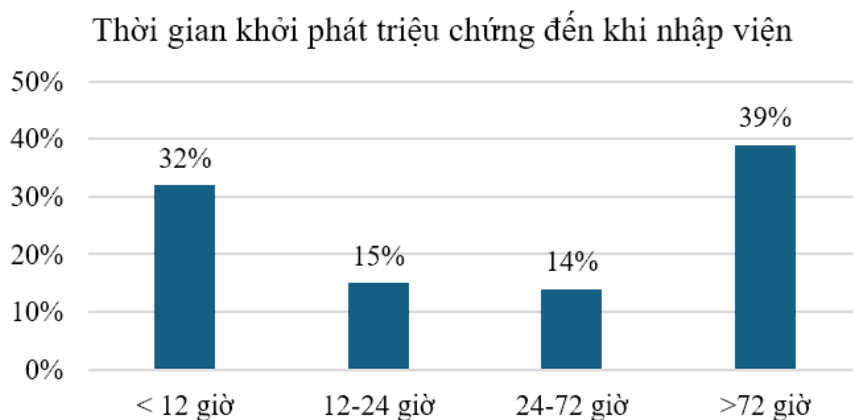
Đặc điểm	Số lượng (n=129)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (năm)	84,86 ± 3,2 (80 - 94)	
Giới tính (Nam)	87	67,4%
Bệnh kèm theo		
Tăng huyết áp	94	73,0%
Đái tháo đường	80	62,0%
Rối loạn lipid máu	55	43,0%
Bệnh lý hô hấp	70	54,0%
Tiền sử đặt Stent ĐMV	31	24,0%

Nhận xét: Bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi rất cao, nam giới chiếm đa số. Tỷ lệ bệnh nền cao, đặc biệt là bệnh lý hô hấp (54%) và tiền sử đã can thiệp mạch vành (24%).

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau ngực điển hình	47	36,4%
Đau ngực không điển hình	56	43,4%
Không đau ngực	26	20,2%

Nhận xét: Đa số bệnh nhân (63,6%) nhập viện với triệu chứng không điển hình hoặc không có đau ngực, gây khó khăn cho chẩn đoán sớm.



Biểu đồ 1. Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện muộn sau 3 ngày chiếm tới 39%, phản ánh sự chậm trễ đáng kể trong việc tiếp cận y tế ở người cao tuổi.

Bảng 3. Số lượng nhánh mạch vành tổn thương

Số nhánh tổn thương	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1 nhánh	40	31,0%
2 nhánh	49	38,0%
3 nhánh	40	31,0%

Bảng 4. Mức độ phức tạp tổn thương mạch vành thủ phạm (ACC/AHA)

Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Typ A	26	20,2%
Typ B	47	36,4%
Typ C	56	43,4%

Bảng 5. Vị trí mạch vành thủ phạm

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thân chung/Liên thất trước (LM-LAD)	62	48,0%
Mũ (LCx)	28	21,7%
Phải (RCA)	39	30,1%

Nhận xét: Tổn thương mạch vành ở người rất cao tuổi chủ yếu là tổn thương đa nhánh (69%) và tổn thương phức tạp mức độ Typ C (43,4%).

Bảng 6. Đặc điểm dòng chảy trước can thiệp và kỹ thuật hút huyết khối trong can thiệp

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
TIMI 0	64	49,6%
TIMI 1	47	36,4%
TIMI 2	18	14,0%
TIMI 3	0	0,0%
Kỹ thuật hút huyết khối	72	55,8%

Kết quả điều trị:

Tỷ lệ can thiệp thành công và ổn định ra viện: 96,9% (125 bệnh nhân).

Tử vong/Nặng xin về: 4 trường hợp (3,1%). Nguyên nhân chính: Sốc tim, rối loạn nhịp thất trở với điều trị và biến chứng cơ học (thủng tim).

ra rằng sự trì hoãn trước nhập viện là yếu tố tiên lượng độc lập làm tăng tỷ lệ tử vong và suy tim ở người già⁵. Việc bệnh nhân đến muộn không chỉ làm mất cơ hội cứu sống cơ tim tối ưu mà còn đặt bác sĩ trước thách thức xử lý các biến chứng cơ học và suy tim đã hình thành.

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng: nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân là $84,86 \pm 3,2$ tuổi, phù hợp với định nghĩa về nhóm dân số rất cao tuổi trong các y văn quốc tế. Một điểm đáng chú ý là tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế vượt trội (67,4%). Kết quả này có sự khác biệt nhất định so với các nghiên cứu phương Tây như của Madhavan hay Damluji, nơi tỷ lệ nữ giới thường cao hơn hoặc tương đương nam giới ở độ tuổi bát tuần^{2,9}. Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi yếu tố dịch tễ học tại Việt Nam, nơi tỷ lệ hút thuốc lá và lối sống ít vận động ở nam giới thể hệ trước rất phổ biến, đóng vai trò là yếu tố nguy cơ tích lũy dẫn đến khởi phát biến cố mạch vành cấp tính³. Về biểu hiện lâm sàng, nghiên cứu cho thấy 63,6% bệnh nhân nhập viện với triệu chứng không điển hình hoặc không đau ngực. Kết quả này hoàn toàn tương đồng với công bố mới đây của Vu L và cộng sự (2024), khẳng định rằng tuổi tác làm thay đổi ngưỡng cảm nhận đau và biểu hiện bệnh⁴. Hệ quả trực tiếp của tình trạng “nhồi máu cơ tim thầm lặng” này là sự chậm trễ trong nhập viện: 39% bệnh nhân đến viện sau 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng. Ouellet GM (2017) cũng đã chỉ

Đặc điểm tổn thương mạch vành Kết quả chụp mạch vành phản ánh rõ nét sự phức tạp của hệ mạch máu người già: 69% bệnh nhân có tổn thương đa nhánh và 43,4% có tổn thương mức độ nặng (Typ C theo ACC/AHA). Tỷ lệ dòng chảy TIMI 0 trước can thiệp cao (49,6%) cùng nhu cầu hút huyết khối lớn (55,8%) cho thấy gánh nặng huyết khối và mảng xơ vữa là rất lớn. Điều này thống nhất với nhận định của Oduncu (2013), cho rằng bệnh nhân cao tuổi thường có tổn thương mạch vành lan tỏa, vôi hóa và xoắn vặn, đòi hỏi kỹ thuật viên phải có kinh nghiệm và chiến lược can thiệp phù hợp⁶.

Hiệu quả can thiệp và đối chiếu tử vong Điểm sáng của nghiên cứu là tỷ lệ can thiệp thành công đạt 96,9% và tỷ lệ tử vong nội viện chỉ ở mức 3,1%. Khi so sánh với các dữ liệu sở bộ quốc tế, ví dụ như nghiên cứu của Phan DQ hay Madhavan (thường ghi nhận tỷ lệ tử vong từ 10-20% ở nhóm ≥ 80 tuổi)^{8,9}, kết quả của chúng tôi thấp hơn đáng kể. Chúng tôi cho rằng có hai nguyên nhân chính dẫn đến kết quả khả quan này. Thứ nhất, đó là tiêu chuẩn chọn mẫu. Chúng tôi đã loại trừ ngay từ đầu các bệnh nhân có suy thận nặng, xuất huyết tiêu hóa hoặc tình trạng quá nguy kịch không thể can thiệp. Đây là nhóm có nguy cơ tử vong cao nhất, do đó mẫu nghiên cứu đại diện cho nhóm người

cao tuổi “đủ điều kiện sức khỏe để can thiệp” (fit for PCI). Điều này phù hợp với quan điểm của Nishihira (2022) về việc cá thể hóa điều trị⁷. Thứ hai, nhóm bệnh nhân đến muộn (>72 giờ) chiếm tỷ lệ cao (39%) có thể là những người đã vượt qua giai đoạn nguy kịch nhất của rối loạn nhịp thất trong những giờ đầu (survival bias), nên khi nhập viện và được can thiệp, tiên lượng sống còn nội viện của họ ổn định hơn. Tuy nhiên, vẫn cần thận trọng khi phiên giải kết quả này. Mặc dù tỷ lệ tử vong thấp, nhưng các biến cố như suy tim và rối loạn nhịp vẫn hiện hữu. Nghiên cứu của Malakar (2019) nhấn mạnh rằng ở người cao tuổi, mục tiêu điều trị không chỉ là sống còn mà còn là chất lượng cuộc sống sau can thiệp¹⁰. Do đó, việc theo dõi dài hạn để đánh giá chức năng tim và các biến cố tái phát là vô cùng cần thiết. Tóm lại, kết quả nghiên cứu khẳng định tính khả thi và an toàn của can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu ở bệnh nhân rất cao tuổi tại Việt Nam, đặc biệt khi được thực hiện tại trung tâm chuyên sâu và trên nhóm bệnh nhân được chọn lọc kỹ lưỡng.

5. KẾT LUẬN

Nhồi máu cơ tim ST chênh lên ở bệnh nhân rất cao tuổi (≥ 80 tuổi) có đặc điểm lâm sàng không điển hình, thường nhập viện muộn và có tổn thương mạch vành phức tạp, đa nhánh. Mặc dù là đối tượng nguy cơ cao, can thiệp động mạch vành qua da vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn, với tỷ lệ tử vong nội viện thấp, đặc biệt khi được thực hiện trên nhóm bệnh nhân được chọn lọc kỹ và tại các trung tâm tim mạch có kinh nghiệm. Hạn chế: nghiên cứu chưa bao gồm nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên ở người rất cao tuổi (≥ 80 tuổi) thuộc nhóm nguy cơ cao và chưa đánh giá được kết cục trung hạn và dài hạn sau can thiệp động mạch vành qua da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Di Cesare M, Perel P, Taylor S, et al. The Heart of the World. *Glob Heart*. 2024;19(1):11.
2. Damlaji AA, Forman DE, Wang TY, et al. Management of Acute Coronary Syndrome in the Older Adult Population. *Circulation*. 2023;147(3).
3. Wen H, Niu X, Hu L, et al. Dietary copper intake and risk of myocardial infarction in US adults. *Front Cardiovasc Med*. 2022;9:942000.
4. Vu L, Pham HD, Thuong DH, et al. Myocardial Infarction in Very Elderly Patients. *J Am Coll Cardiol*. 2024;83(13):1008.
5. Ouellet GM, et al. Prehospital Delay in Older Adults with Acute Myocardial Infarction. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(11):2391-2396.
6. Oduncu V, et al. The prognostic value of serum albumin levels on admission in patients with acute STEMI. *Coron Artery Dis*. 2013;24(2):88-94.
7. Nishihira K, et al. Outcomes of Elderly Patients With Acute Myocardial Infarction and Heart Failure Who Undergo PCI. *Circ Rep*. 2022;4(10):474-481.
8. Phan DQ, et al. Revascularization Versus Medical Therapy in Patients Aged 80 Years and Older. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(11):2525-2533.
9. Madhavan MV, et al. Coronary Artery Disease in Patients ≥ 80 Years of Age. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(18):2015-2040.
10. Malakar AK, Choudhury D, Paul P, et al. A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *J Cell Physiol*. 2019;234(10):16812-16823.