

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TRÊN VÀ DƯỚI 65 TUỔI

Nguyễn Văn Tân, Nguyễn Văn Trí**

TÓM TẮT

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $69,18 \pm 13,28$ (nhỏ nhất là 32, lớn nhất là 99); trong đó tuổi trung bình ở nam là $66,90 \pm 13,58$ (nhỏ nhất là 32, lớn nhất là 99); tuổi trung bình ở nữ là $74,04 \pm 11,20$ (nhỏ nhất là 32, lớn nhất là 97) ($p < 0,001$). Tỷ lệ nam/nữ ở 2 nhóm tuổi có sự khác biệt (nhóm <65 tuổi là 4,23, nhóm ≥ 65 tuổi là 1,6 với $p < 0,001$). Các yếu tố nguy cơ mạch vành giữa hai nhóm: tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm ≥ 65 tuổi cao hơn so với nhóm <65 tuổi (75,16% so với 52,87%, với $p < 0,001$), hút thuốc lá ở nhóm <65 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn ≥ 65 tuổi (42,21% so với 14,24%, $p < 0,001$), tỷ lệ bệnh nhân bị béo phì chiếm khá cao ở nhóm <65 tuổi so với nhóm ≥ 65 tuổi (22,93% so với 9,42%, với $p < 0,001$). Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện: số bệnh nhân <65 tuổi nhập viện ≤ 6 giờ chiếm 55,8%, cao hơn so với nhóm ≥ 65 tuổi chiếm 36,9%. Ngược lại, thời gian nhập viện > 6 giờ thì nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm <65 tuổi, 63,1% so với 44,2%, với $p < 0,001$. Đặc điểm cơn đau ngực: bệnh nhân <65 tuổi có biểu hiện cơn đau ngực điển hình hơn những bệnh nhân ≥ 65 tuổi (72,61% so với 36,13%, $p < 0,001$), còn tỷ lệ đau ngực không điển hình (20,38%) và không đau (7,01%) thì thấp hơn nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi, các tỷ lệ đau ngực không điển hình và không đau ở nhóm ≥ 65 tuổi lần lượt là 34,19% và 29,68%, $p < 0,001$. Những triệu chứng khác đi kèm bao gồm mệt chiếm tỷ lệ 84,48% ở nhóm ≥ 65 tuổi cao hơn 76,03% ở nhóm <65 tuổi ($p = 0,031$). Vã mồ hôi gặp nhiều ở nhóm <65 tuổi hơn (81,33% so với 72,53% ở nhóm ≥ 65 tuổi, với $p = 0,044$). Khó thở cũng thường gặp ở nhóm ≥ 65 tuổi hơn (76,04% so với 54,61% ở nhóm <65 tuổi, với $p < 0,001$). Về phân độ Killip lúc nhập viện thì nhóm <65 tuổi có Killip I chiếm đa số 75,33%, kể đến là Killip II 14%, Killip III và IV chiếm tỷ lệ ít hơn theo thứ tự là 8% và 2,67%; còn ở nhóm ≥ 65 tuổi Killip I chiếm 55,91%, kể đến là Killip II 26,52%, Killip III và IV là 12,19% và 5,38%,

tỷ lệ Killip II, III và IV cao hơn so với nhóm <65 tuổi với $p = 0,001$.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, nhồi máu cơ tim cấp, cao tuổi.

THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION ABOVE & BELOW 65 YEARS OLD

Nguyen Van Tan, Nguyen Van Tri

ABSTRACT

The mean age of the males was 66.90 ± 13.58 (the youngest was 32, the oldest was 99); the mean age of the females was 74.04 ± 11.20 (the youngest was 32, the oldest was 97) ($p < 0.001$). The male: female ratio in the 2 groups had a difference (in group <65 years old it was 4.23; in group ≥ 65 it was 1.6, $p < 0.001$). Cardiovascular risks between the 2 groups compared: high blood pressure in group ≥ 65 years old was higher than in group <65 years old (75.16% compared to 52.87%, $p < 0.001$), smoking rate in group <65 years old was higher than in group ≥ 65 years old (42.21% compared to 14.24%, $p < 0.001$), overweight rate in group <65 years old was much higher than in group ≥ 65 years old (22.93% compared to 9.42%, $p < 0.001$). The time from onset to hospitalization: <6 hours in group <65 years old of 55.8%, was higher than in group ≥ 65 years old of 36.9%. Conversely, the time from onset to hospitalization > 6 hours in group ≥ 65 years old was higher than in group <65 years old, 63.1% compared to 44.2%, $p < 0.001$. The chest pain

* Bộ Môn Lão khoa - Đại Học Y dược TP. Hồ Chí Minh
Người chịu trách nhiệm khoa học: ThS. BS. Nguyễn Văn Tân
Email: nguyenvtan10@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15/05/2013

Ngày Cho Phép Đăng: 13/06/2013

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng,
GS.TS. Bùi Đức Phú

characteristic: group <65 years old presenting with typical chest pain was higher than in group ≥ 65 years old (72.61% compared to 36.13%, $p < 0.001$); whereas those presenting atypical chest pain and painlessness in group <65 years old were 20.38% and 7.01%, respectively, and in group ≥ 65 years old 34.19% and 29.68%, respectively, $p < 0.001$. The concomitant symptoms, including tiredness, of 84.48% in group ≥ 65 years old was higher than in group <65 years old of 76.03% ($p = 0.031$). Sweating in group ≥ 65 years old was higher than in group <65 years old (81.33% compared to 72.53%, $p = 0.044$). Shortness of breath in group ≥ 65 years old was also higher than in group <65 years old (76.04% compared to 54.61%, $p < 0.001$). Killip levels at the time of hospitalization: group <65 years old had Killip I of 75.33%, Killip II of 14%, Killip III & IV of 8% and 2.67%, respectively; group ≥ 65 years old had Killip I of 55.91%, Killip II of 26.52%, Killip III & IV of 12.19% and 5.38%, respectively. The rate of Killip II, III and IV in group ≥ 65 years old was higher than in group <65 years old, $p = 0.001$.

Key words: *clinical characteristic, acute myocardial infarction, elderly.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim là nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện và tử vong ở người cao tuổi [1]. Vai trò của các yếu tố nguy cơ cổ điển ở người cao tuổi (≥ 65 tuổi) thì chưa được hiểu rõ do có ít và không đầy đủ các dữ liệu trong hầu hết các trường hợp và các biểu hiện nhồi máu cơ tim cấp (NMCT) nhìn chung là không điển hình ở người cao tuổi. Mặc dù khởi phát với cảm giác đè nặng hoặc đau thượng vị tương đối thường gặp ở người cao tuổi (NCT), nhưng những dạng biểu hiện khác như lú lẫn cấp tính, ngất, đau ngực không điển hình, suy tim sung huyết, nôn ói hoặc suy yếu cũng thường gặp. Vì các biểu hiện lâm sàng thay đổi nên việc chẩn đoán NMCT cấp thường dễ bị bỏ sót. Khi bị NMCT cấp, NCT thường có những biến chứng và tỷ lệ tử vong cao hơn người không cao tuổi [2].

Hiện nay, NMCT cấp đang có xu hướng gia tăng ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Tại thành phố Hồ Chí Minh, hiện chưa có

nghiên cứu nào đầy đủ về các đặc điểm lâm sàng NMCT cấp ở bệnh nhân trên và dưới 65 tuổi. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân NMCT cấp trên và dưới 65 tuổi nhằm xác định sự khác biệt trong các biểu hiện lâm sàng ở những đối tượng trên. Từ đó, có thể góp phần giúp chẩn đoán bệnh được kịp thời, chính xác và điều trị tốt hơn cho người bệnh.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Trong thời gian từ tháng 2 năm 2009 đến tháng 7 năm 2012 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 467 bệnh nhân NMCT cấp điều trị nội trú tại khoa Tim mạch Cấp cứu và Can thiệp- bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh. Các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được chia thành hai nhóm: nhóm ≥ 65 tuổi có 310 bệnh nhân (66,38%), nhóm <65 tuổi có 157 bệnh nhân (33,62%).

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế của nghiên cứu này là tiến cứu, mô tả và cắt ngang. Chẩn đoán NMCT cấp dựa vào 2 trong 3 tiêu chuẩn sau: 1) có sự tăng troponin tim hoặc CK-MB 2 lần ở mức giới hạn trên của giá trị bình thường hoặc 2) đau thắt ngực điển hình kéo dài hơn 30 phút hoặc 3) thay đổi ST-T trên điện tâm đồ, với sự xuất hiện sóng Q hoặc block nhánh trái mới xuất hiện. Các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán trên sẽ được đưa vào nghiên cứu. Các thông tin từ bệnh nhân qua hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng cẩn thận được ghi nhận và điền vào hồ sơ nghiên cứu đã được soạn sẵn. Ngoài việc ghi điện tâm đồ để giúp chẩn đoán, chúng tôi còn thực hiện một số xét nghiệm khác như công thức máu, đông máu, sinh hóa máu bao gồm đường huyết, lipid máu, điện giải đồ, men gan (SGOT, SGPT). Chúng tôi không đưa vào nghiên cứu những trường hợp là cơn đau thắt ngực ổn định hoặc không ổn định, những trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc những trường hợp tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện mà chưa có kết quả men tim.

Sung huyết phổi tại thời điểm nhập viện do suy tim trái được chúng tôi phân loại theo phân độ Killip

(Killip I-IV). Bệnh nhân được xem là có tăng huyết áp (THA) khi có tiền sử THA rõ bất kể có dùng thuốc hay không hoặc nếu thăm khám lâm sàng thấy huyết áp tâm thu/tâm trương $\geq 140/90$ mmHg. Đái tháo đường gồm hai giá trị là có đái tháo đường và không có đái tháo đường, tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường dựa theo phân loại của WHO 1998; rối loạn lipid máu được phân chia theo Hiệp Hội Châu Á Thái Bình Dương. Bệnh nhân được xem là có hút thuốc lá khi có hút ít nhất 1 gói/ngày trong 1 năm và có hút bất kỳ điều thuốc nào trong tháng qua, tính đến thời điểm nhập viện (theo thang đo Framingham).

Phương pháp xử lý và phân tích các số liệu: các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 17.0 for Window. Các biến liên tục trong nghiên cứu được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu số liệu có phân phối bình thường hoặc số trung vị (khoảng tứ vị) nếu có phân phối không bình thường và giá trị trung bình được so sánh bằng Student's *t-test*. Sử dụng phép kiểm chi bình phương để so sánh các biến số phân loại giữa các nhóm và tần

suất được trình bày bằng tỉ lệ phần trăm (%). Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi có 318 bệnh nhân nam (68,09%), 149 bệnh nhân nữ (31,91%), tỷ lệ nam/nữ 2,13. Tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $69,18 \pm 13,28$ (nhỏ nhất là 32, lớn nhất là 99); trong đó tuổi trung bình ở nam là $66,90 \pm 13,58$ (nhỏ nhất là 32, lớn nhất là 99); tuổi trung bình ở nữ là $74,04 \pm 11,20$ (nhỏ nhất là 32, lớn nhất là 97) ($p < 0,001$).

Khi phân chia theo nhóm tuổi thì tỷ lệ nam/nữ ở 2 nhóm tuổi có sự khác biệt (nhóm < 65 tuổi là 4,23, nhóm ≥ 65 tuổi là 1,6 với $p < 0,001$). Tỷ lệ đau ngực điển hình có sự khác biệt rõ giữa hai nhóm nghiên cứu, nhóm ≥ 65 tuổi có đau ngực điển hình là 36,13% thấp hơn rất nhiều so với nhóm < 65 tuổi là 72,61% ($p < 0,001$). Đặc điểm lâm sàng chung của hai nhóm nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng chung của hai nhóm nghiên cứu.

Đặc điểm	Nhóm < 65 tuổi n = 157		Nhóm ≥ 65 tuổi n = 310		Giá trị p
	n	%	n	%	
Giới tính					<0,001
Nam	127	80,90	191	61,60	
Nữ	30	19,10	119	38,40	
Tỷ lệ nam/nữ	4,23		1,6		
Đau ngực điển hình	114	72,61	112	36,13	<0,001
Nhịp tim					
≥ 100 chu kì/phút	31	19,75	84	27,10	0,082
≤ 60 chu kì/phút	25	15,92	25	8,06	0,009
Huyết áp tâm thu					
≥ 140 mmHg	36	23,23	96	31,58	0,062
≤ 90 mmHg	4	2,58	16	5,26	0,183
BMI trung bình	23,06 \pm 3,23		21,16 \pm 3,07		< 0,001

Các yếu tố nguy cơ mạch vành giữa hai nhóm: nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm ≥ 65 tuổi cao hơn so với nhóm < 65 tuổi (75,16% so với 52,87%, với $p < 0,001$). Hút thuốc lá ở nhóm < 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn ≥ 65 tuổi (42,21% so với 14,24%, $p < 0,001$). Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân bị béo phì ở nhóm < 65 tuổi cao hơn so với nhóm ≥ 65 tuổi (22,93% so với 9,42%, với $p < 0,001$) (bảng 2).

Bảng 2: So sánh các yếu tố nguy cơ mạch vành giữa hai nhóm nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ	Nhóm < 65 tuổi n = 157	Nhóm ≥ 65 tuổi n = 310	Giá trị p
Tăng huyết áp	83 (52,87%)	233 (75,16%)	$< 0,001$
Hút thuốc lá	65 (42,21%)	42 (14,24%)	$< 0,001$
Đái tháo đường	36 (23,84%)	89 (29,87%)	0,178
Rối loạn lipid máu	75 (50%)	120 (42,86%)	0,316
Béo phì (BMI ≥ 25)	36 (22,93%)	29 (9,42%)	$< 0,001$
Không có yếu tố nguy cơ	13 (8,28%)	33 (10,65%)	0,418

Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện: số bệnh nhân < 65 tuổi nhập viện ≤ 6 giờ chiếm 55,8%, cao hơn so với nhóm ≥ 65 tuổi chiếm 36,9%. Ngược lại, thời gian nhập viện > 6 giờ thì nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm < 65 tuổi, 63,1% so với 44,2%, với $p < 0,001$. Có 13 bệnh nhân (2,78%) không xác định được thời điểm khởi phát triệu chứng chính xác nên chúng tôi không đưa vào phân tích.

Đặc điểm cơn đau ngực: bệnh nhân < 65 tuổi có biểu hiện cơn đau ngực điển hình hơn những bệnh nhân ≥ 65 tuổi (72,61% so với 36,13%), còn tỷ lệ đau ngực không điển hình (20,38%) và không đau (7,01%) thì thấp hơn nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi (các tỷ lệ đau ngực không điển hình và không đau ở nhóm ≥ 65 tuổi lần lượt là 34,19% và 29,68%). Sự khác biệt giữa hai nhóm về triệu chứng đau ngực có ý nghĩa thống kê với $< 0,001$ (bảng 3).

Bảng 3: Đặc điểm đau ngực của hai nhóm nghiên cứu

Đau ngực	Nhóm < 65 tuổi n (%)	Nhóm ≥ 65 tuổi n (%)	Tổng số n (%)	Giá trị p
Điển hình	114 (72,61)	112 (36,13)	226 (48,39)	$< 0,001$
Không điển hình	32 (20,38)	106 (34,19)	138 (29,55)	
Không đau	11 (7,01)	92 (29,68)	103 (22,06)	
Tổng số	157 (100)	310 (100)	467 (100)	

Bảng 4 cho thấy ngoài triệu chứng đau ngực ra, những triệu chứng khác đi kèm bao gồm mệt chiếm tỷ lệ 84,48% ở nhóm ≥ 65 tuổi cao hơn 76,03% ở nhóm < 65 tuổi ($p = 0,031$). Vã mồ hôi gặp nhiều ở nhóm < 65 tuổi hơn (81,33% so với 72,53% ở nhóm ≥ 65 tuổi, với $p = 0,044$).

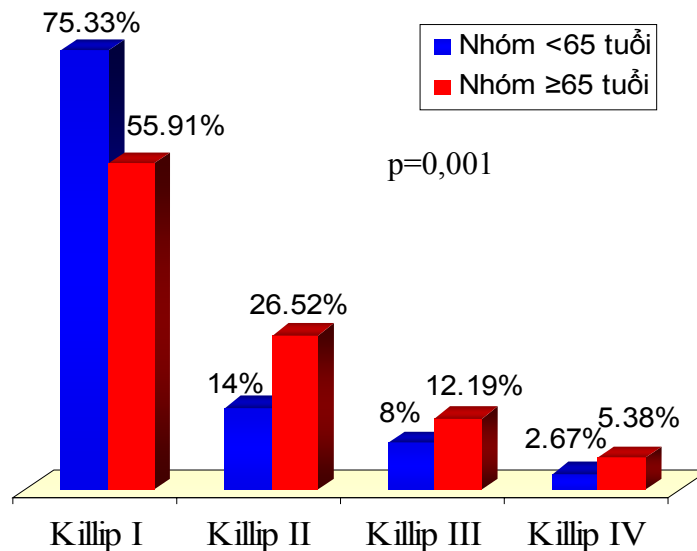
Bảng 4: Tần suất các triệu chứng khác ngoài cơn đau thắt ngực lúc nhập viện của hai nhóm nghiên cứu

Các triệu chứng	Nhóm < 65 tuổi n (%)	Nhóm ≥ 65 tuổi n (%)	Tổng số n (%)	Giá trị p
Mệt	111 (76,03)	245 (84,48)	356 (81,65)	0,031
Vã mồ hôi	122 (81,33)	198 (72,53)	320 (75,65)	0,044
Khó thở	77 (54,61)	219 (76,04)	296 (69)	<0,001
Buồn nôn/nôn ói	7 (5,51)	17 (7,33)	24 (6,69)	0,51
Choáng váng	16 (12,50)	45 (19,07)	61 (16,76)	0,109
Ngất	5 (3,94)	7 (3,04)	12 (3,36)	0,433*
Hồi hộp	6 (4,80)	18 (7,73)	24 (6,70)	0,291

* phép kiểm Fisher chính xác

Khó thở cũng thường gặp ở nhóm ≥65 tuổi hơn (76,04% so với 54,61% ở nhóm <65 tuổi, với p <0,001). Những triệu chứng khác như buồn nôn, nôn ói, choáng váng, ngất, hồi hộp cũng thấy ở hai nhóm nhưng với tỷ lệ thấp hơn và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Có 4 trường hợp có triệu chứng rối

loạn tri giác, trong đó 3 trường hợp ở nhóm ≥ 65 tuổi và 1 trường hợp ở nhóm < 65 tuổi. Có 2 trường hợp bị đau bụng chia đều cho cả hai nhóm tuổi. Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận thêm 4 trường hợp bị tiêu chảy, 1 trường hợp bị đột quy, các trường hợp này đều xảy ra ở nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi.



Biểu đồ 1: Phân độ Killip lúc nhập viện giữa hai nhóm nghiên cứu.

Về phân độ Killip lúc nhập viện thì nhóm <65 tuổi có Killip I chiếm đa số 75,33%, kể đến là Killip II 14%, Killip III và IV chiếm tỷ lệ ít hơn theo thứ tự là 8% và 2,67%; còn ở nhóm ≥65 tuổi Killip I chiếm 55,91%, kể đến là Killip II 26,52%, Killip III và IV là 12,19% và 5,38%, tỷ lệ Killip II, III và IV cao hơn so với nhóm <65 tuổi với $p=0,001$ (biểu đồ 1).

BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $69,18 \pm 13,28$ (nhỏ nhất là 32, lớn nhất là 99); trong đó tuổi trung bình ở nam là $66,90 \pm 13,58$ (nhỏ nhất là 32, lớn nhất là 99); tuổi trung bình ở nữ là $74,04 \pm 11,20$ (nhỏ nhất là 32, lớn nhất là 97). Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước khác như tác giả Nguyễn Thị Hoàng Thanh là $64 \pm 14,58$ [3], tác giả Hoàng Nghĩa Đài là $61,4 \pm 12,5$ [4] và tác giả Zahn R là $61,4 \pm 12,5$ [5]. Sự khác biệt này có thể do bệnh viện Thống Nhất đa số là cán bộ về hưu, nên tuổi trung bình cao hơn.

Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt rất rõ. Nhóm ≥ và <65 tuổi đều có tỷ lệ nam chiếm đa số. Tỷ lệ nam/nữ ở nhóm <65 tuổi là 4,23, nhóm ≥65 tuổi là 1,6 với $p < 0,001$. Kết quả này hơi cao hơn so với tác giả Holay MP [6]. Nghiên cứu của tác giả Holay MP có tỷ lệ nam/nữ là 1,37/1 ở nhóm cao tuổi và 3/1 ở nhóm bệnh nhân không cao tuổi. Tỷ lệ nam/nữ ở nhóm ≥65 tuổi thấp hơn nhóm <65 tuổi, điều này cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ bị NMCT cấp tăng theo tuổi hơn so với bệnh nhân nam nên tỷ lệ giới tính trở nên nhỏ hơn.

Trong các yếu tố nguy cơ được đánh giá thì tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường thấy nhất ở bệnh nhân ≥65 tuổi (75,16%) bị NMCT cấp hơn so với bệnh nhân <65 tuổi (52,87%), trong khi đó thì tỷ lệ hút thuốc lá ở nhóm ≥65 tuổi (14,24%) ít hơn so với nhóm <65 tuổi (42,21%). Kết quả này cũng gần giống với kết quả nghiên cứu của tác giả Roman C [7]. Tỷ lệ hút thuốc lá thấp ở người cao tuổi có thể là do người cao tuổi bỏ thuốc lá khi tuổi cao và ở nhóm cao tuổi thì số lượng nữ giới gia tăng, mà nữ giới thì

thường không hút thuốc lá. Điều này có thể cho thấy hút thuốc lá ít là yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch ở người cao tuổi [8]. Tỷ lệ béo phì ở nhóm ≥65 tuổi thấp hơn nhóm <65 tuổi, điều này có thể do người cao tuổi có chế độ dinh dưỡng không đủ về lượng và kém về chất, mặt khác người cao tuổi hay gặp cảm giác giảm thèm ăn, giảm nhạy cảm với đói, răng hư, các men trong dịch tiêu hóa giảm hoạt tính, khả năng hấp thu giảm.

Khi đánh giá thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về thời gian nhập viện. Bệnh nhân <65 tuổi nhập viện ≤6 giờ từ lúc khởi phát triệu chứng (55,8%) cao hơn so với nhóm ≥ 65 tuổi (36,9%). Ngược lại, thời gian nhập viện > 6 giờ thì nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm < 65 tuổi (63,1% so với 44,2%, với $p < 0,001$). Thời gian nhập viện trễ được xem là lý do chính ảnh hưởng đến điều trị tái tưới máu cho bệnh nhân. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Tresch DD và cộng sự [9].

Nhiều tác giả khác nhau trước đây đã nhấn mạnh các biến đổi trong biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân cao tuổi bị NMCT cấp [10], [11]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân cao tuổi bị NMCT cấp có biểu hiện cơn đau ngực thấp hơn so với những bệnh nhân không cao tuổi, mà thay vào đó là những triệu chứng không đặc hiệu khác hoặc là không có đau ngực. Bệnh nhân < 65 tuổi có tỷ lệ biểu hiện cơn đau ngực điển hình cao hơn những bệnh nhân ≥65 tuổi (72,61% so với 36,13%), còn tỷ lệ đau ngực không điển hình (20,38%) và không đau (7,01%) thì thấp hơn nhóm bệnh nhân ≥65 tuổi (các tỷ lệ đau ngực không điển hình và không đau ở nhóm ≥65 tuổi lần lượt là 34,19% và 29,68%). Tỷ lệ đau ngực không điển hình ở nhóm ≥65 tuổi trong nghiên cứu này tương tự với tác giả Woon VC [12]. Khó thở và những triệu chứng không đặc hiệu khác như mệt, choáng váng cũng thường thấy ở bệnh nhân cao tuổi hơn. Vã mồ hôi thì bệnh nhân không cao tuổi gặp nhiều hơn. Theo tác giả Nguyễn Thiện Thành [13], ở người cao tuổi chức năng về thần kinh có nhiều biến đổi, giảm

nhạy cảm với đau, mất cân bằng trong hoạt động thần kinh thực vật, nhiều người hay xảy ra tình trạng cường giao cảm nhưng không ít trường hợp bị cường phế vị. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 29,68% nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi khi nhập viện không có đau ngực, tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với nhóm bệnh nhân < 65 tuổi, chỉ có khoảng 7%. Tỷ lệ những triệu chứng không đặc hiệu cao ở bệnh nhân cao tuổi có thể do nhiều bệnh lý không phải tim có sẵn hoặc có thể do những bệnh nhân này đôi khi không thể mô tả những triệu chứng một cách chính xác hoặc không nhớ được những khó chịu của mình và có thể có sự gia tăng ngưỡng đau [14].

Tại thời điểm nhập viện, phân độ Killip thường được sử dụng để phân tầng nguy cơ tử vong dựa trên một nhóm các triệu chứng. Những bệnh nhân có phân độ Killip thấp thì ít nguy cơ tử vong trong 30 ngày đầu hơn so với những bệnh nhân có phân độ Killip cao hơn [15]. Dựa trên phân độ Killip lúc nhập viện, chúng tôi nhận thấy nhóm < 65 tuổi có Killip I chiếm đa số 75,33%, kể đến là Killip II 14%, Killip III và IV chiếm tỷ lệ ít hơn theo thứ tự là 8% và 2,67%; còn ở nhóm ≥ 65 tuổi Killip I chiếm 55,91%, kể đến là Killip II 26,52%, Killip III và IV là 12,19% và 5,38%; tỷ lệ Killip II, III và IV ở nhóm ≥ 65 tuổi cao hơn so với nhóm < 65 tuổi với $p = 0,001$. Tỷ lệ phân độ Killip nặng ($> \text{độ II}$) trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như của tác giả Anna Polewczyk [16].

KẾT LUẬN

Có sự khác biệt trong các biểu hiện lâm sàng của NMCT cấp ở những bệnh nhân ≥ 65 tuổi so với bệnh nhân < 65 tuổi. Những bệnh nhân ≥ 65 tuổi thường có đau ngực không điển hình, các triệu chứng không đặc hiệu như khó thở, mệt, không đau ngực cao hơn so với những bệnh nhân < 65 tuổi. Bệnh nhân ≥ 65 tuổi bị NMCT cấp thường nhập viện trễ hơn và có phân độ Killip nặng cao hơn so với bệnh nhân < 65 tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Desai MM, Zhang P (1999). Surveillance for morbidity and mortality among older adults. United States, 1995 - 96. *MMWR* (48): p. 7.
2. William B Applegate, Stanley Graves, et al (1984). Acute myocardial infarction in elderly patients. *Southern Med Journal* (77): p.1127-29.
3. Nguyễn Thị Hoàng Thanh, Nguyễn Thị Trúc (2003). Đặc điểm nhồi máu cơ tim cấp tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai. Kỷ yếu tóm tắt báo cáo khoa học. Hội nghị khoa học Tim mạch khu vực phía nam lần thứ VI, tr.195-203.
4. Hoàng Nghĩa Đài (2002). Các biến chứng của nhồi máu cơ tim cấp ở người lớn tuổi. Luận văn Thạc sĩ Y học- Đại học Y dược TP. HCM, tr. 27-51.
5. Ralf Zahn, et al (2000). Acute myocardial infarction occurring in versus out of the hospital: patient characteristics and clinical outcome. *J Am Coll Cardiol*. 35(7): pp. 1820-1826.
6. Holay MP, et al (2007). Clinical profile of acute myocardial infarction in elderly (prospective study). *JAPI* (55): pp. 188-192.
7. Roman Castello, Edurando Algeria, et al (1988). Effect of age on long-term prognosis of patients with myocardial infarction. *International J of Cardiology* (2): pp. 221-30.
8. Kannel WB (1976). Blood pressure and the development of cardio-vascular disease in the aged. *Cardiology in the old age*. Caird FI Dall JC, Kennedy RD. New York, Plenum press: p.164.
9. Tresch DD, Brady WJ, et al (1996). Comparison of elderly and younger patients with out of hospital chest pain. Clinical characteristics of AMI, therapy and outcomes. *Arch Intern Med* (156): pp. 1089-93.

10. Shi Wen Wang, Guo Chun Ren, Shu Fun, et al (1988). Acute myocardial infarction in elderly Chinese. Clinical analysis of 631 cases and comparison with 389 younger cases. *Apanese Heart Journal*: pp. 301-07.
11. Sydney C Smith, Elizabeth Gilpin, Staffan Annve, et al (1990). Outlook after acute myocardial infarction in the very elderly compared with that in patients aged 65 to 75 years. *JACC* (16): pp. 784-92.
12. Woon VC, Lim KH (2003). Acute MI in the elderly – the difference compared with the young. *Singapore Med J*; 44 (8): pp. 414-8.
13. Nguyễn Thiện Thành (2002). Những bệnh thường gặp ở người có tuổi. NXB Y học, tr. 171-195.
14. Yang XL, Williams JL, Pardaens J, Gest DE (1987). Acute myocardial infarction in very elderly. A Comparison with younger age group. *Acta Cardiologica*; XLII: pp. 59-68.
15. Rott D, Behar S, Gottlieb S, et al (1997). Usefulness of the Killip classification for early risk stratification of patients with acute myocardial infarction in the 1990s compared with those treated in the 1980s. Israeli Thrombolytic Survey Group and the Secondary Prevention Reinfarction Israeli Nifedipine Trial (SPRINT) Study Group. *Am J Cardiol* (80): pp. 859-6.
16. Anna Polewczyk, Marianna Janion, et al (2008). Myocardial infarction in the elderly: clinical and therapeutic differences. *Kardiol Pol* (66): pp. 166–172.