

**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**

*Nguyễn Văn Tín<sup>1</sup>, Trịnh Thị Huyền Trinh<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Hiển<sup>1</sup>, Lê Thị Cẩm Tiên<sup>1</sup>,  
Nguyễn Quốc Huy<sup>1</sup>, Trần Thái Ngọc<sup>2</sup>, Bùi Trần Hoàng Huy<sup>3</sup>, Phạm Thị Ngọc Nga<sup>1\*</sup>*

*1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*2. Trường Đại học Sư phạm Thể dục Thể thao thành phố Hồ Chí Minh*

*3. Trường Đại học Trà Vinh*

*\*Email: ptnnga@ctump.edu.vn*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Biểu hiện nhồi máu cơ tim cấp ở bệnh nhân cao tuổi ( $\geq 65$  tuổi) thường không điển hình, nên việc chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp thường dễ bị bỏ sót. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp trên và dưới 65 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tổng số 86 bệnh nhân đang điều trị nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $66,55 \pm 11,01$ . Bệnh nhân nam chiếm ưu thế ở cả 2 nhóm tuổi. Số ngày nằm viện của nhóm  $\geq 65$  tuổi là  $9,46 \pm 5,16$ , cao hơn nhóm  $< 65$  tuổi là  $8,25 \pm 5,34$ . Đặc điểm cơn đau ngực: bệnh nhân  $< 65$  tuổi có biểu hiện cơn đau ngực điển hình hơn những bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi ( $p=0,027$ ).

Vã mờ hô hấp gặp nhiều ở nhóm < 65 tuổi hơn ( $p=0,015$ ). Các yếu tố nguy cơ mạch vành giữa hai nhóm: tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm  $\geq 65$  tuổi cao hơn so với nhóm < 65 tuổi (92% so với 72,2%, với  $p=0,014$ ), tỷ lệ bệnh nhân bị béo phì chiếm khá cao ở nhóm < 65 tuổi so với nhóm  $\geq 65$  tuổi (22,2% so với 6%, với  $p=0,026$ ). Về đặc điểm cận lâm sàng: điện tâm đồ ghi nhận ở nhóm bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi chiếm ưu thế là không ST chênh lên 68% ( $p=0,015$ ). Tỷ lệ bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái giảm ở nhóm bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi luôn cao hơn nhóm bệnh nhân < 65 tuổi ( $p=0,046$ ). **Kết luận:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tổng số 86 bệnh nhân, kết quả ghi nhận có sự khác biệt trong đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng nhồi máu cơ tim cấp ở 2 nhóm bệnh nhân trên và dưới 65 tuổi.

**Từ khóa:** nhồi máu cơ tim cấp, cao tuổi, yếu tố nguy cơ tim mạch.

## **ABSTRACT**

### **EVALUATE THE DIFFERENCE IN CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION OVER AND UNDER 65 YEARS OLD AT HOAN MY CUU LONG GENERAL HOSPITAL IN 2021 - 2022**

**Nguyen Van Tin<sup>1</sup>, Trinh Thi Huyen Tranh<sup>1</sup>, Nguyen The Hien<sup>1</sup>, Le Thi Cam Tien<sup>1</sup>, Nguyen Quoc Huy<sup>1</sup>, Tran Thai Ngoc<sup>2</sup>, Bui Tran Hoang Huy<sup>3</sup>, Pham Thi Ngoc Nga<sup>1\*</sup>**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Ho Chi Minh City University of Physical Education and Sports

3. Tra Vinh University

**Background:** The presentation of acute myocardial infarction (MI) in elderly patients ( $\geq 65$  years) is generally atypical, and the acute diagnosis is often missed. **Objective:** Determine the difference in clinical and subclinical characteristics in patients with acute myocardial infarction over and under 65 years old. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on a total of 86 patients being treated for acute myocardial infarction at Hoan My Cuu Long General Hospital. **Results:** Mean age was  $66.55 \pm 11.01$ . Male patients predominate in both age groups. The median length of stay in the hospital of the group  $\geq 65$  years old was  $9.46 \pm 5.16$ , higher than the group < 65 years old was  $8.25 \pm 5.34$ . Characteristics of chest pain: patients < 65 years old had more typical chest pain than patients  $\geq 65$  years old ( $p=0.027$ ). Sweating was more common in the group < 65 years old ( $p=0.015$ ). Coronary artery disease risk factors between the two groups: prevalence of hypertension in the group  $\geq 65$  years old were higher than the group < 65 years old (92% vs 72.2%, with  $p=0.014$ ), the proportion of patients with obesity accounted for quite high in the group < 65 years old compared with the group  $\geq 65$  years old (22.2% compared with 6%, with  $p=0.026$ ). In terms of clinical characteristics: the electrocardiogram recorded in the group of patients  $\geq 65$  years old predominately no ST elevation at 68% ( $p=0.015$ ). The proportion of patients with reduced left ventricular ejection fraction in the group of patients  $\geq 65$  years old was always higher than the group of patients < 65 years old ( $p=0.046$ ). **Conclusions:** In a cross-sectional descriptive study on a total of 86 patients, the results noted that there were differences in clinical and laboratory characteristics of acute myocardial infarction in 2 groups of patients over and under 65 years of age.

**Keywords:** Acute myocardial infarction, elderly, cardiovascular risk factors.

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hiện nay, tỷ lệ người cao tuổi (NCT) có xu hướng ngày càng gia tăng. Theo thống kê năm 1989, tỷ lệ NCT ở Việt Nam chiếm 7,2% dân số, năm 2003 là 8,65%, năm 2007 là 9,5%, năm 2009 là 9,9%. Theo dự báo của Ủy ban Quốc gia Người cao tuổi thì tỷ lệ này có thể đạt 16,8% vào năm 2029 [1], [2].

Bệnh tim là nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện và tử vong ở người cao tuổi. Hơn

nữa, các biểu hiện nhồi máu cơ tim cấp (NMCT) ở người cao tuổi nhìn chung là không điển hình. 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.

Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “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” nhằm xác định sự khác biệt trong biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng ở những đối tượng trên. Từ đó, góp phần chẩn đoán, điều trị kịp thời tốt hơn cho người bệnh.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Tất cả bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đang điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long từ tháng 04 năm 2021 đến tháng 4 năm 2022.

- **Tiêu chuẩn chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp (gồm nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên và nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên) theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Hoa Kỳ năm 2014.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Tính theo công thức:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Với  $Z = 1,96$ ,  $d = 0,1$ ,  $p = 0,779$  là tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đau ngực điển hình theo nghiên cứu của Phạm Hồng Phương [3], cỡ mẫu tối thiểu  $n = 67$  bệnh nhân. Thực tế có  $n = 86$  bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu**

+ Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Giới tính, nhịp tim, huyết áp tâm thu (HATT), số ngày nằm viện, BMI trung bình.

+ Đặc điểm lâm sàng: Đau ngực; khó thở; hồi hộp, đánh trống ngực; vã mồ hôi; buồn nôn, nôn ói; ngất; ran ẩm đáy phổi; tĩnh mạch cổ nổi; suy tim. Yếu tố nguy cơ: Hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, béo phì.

Đặc điểm cận lâm sàng: Điện tâm đồ, siêu âm tim, Troponin I.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Số liệu được nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập bằng phiếu thu thập thông tin. Kết quả được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Một số đặc điểm giữa 2 đối tượng nghiên cứu**

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm < 65 tuổi n (%)	Nhóm ≥ 65 tuổi n (%)	Tổng n (%)	p
Giới tính	Nam	23 (63,9)	28 (56,9)	51 (59,3)	0,463
	Nữ	13 (35,1)	22 (44,0)	35 (40,7)	
	Tỉ lệ nam/nữ	1,77/1	1,27/1	1,46/1	-
Nhịp tim	≥ 100 lần/phút	5 (13,9)	13 (26,0)	18 (20,9)	0,391
	≤ 60 lần/phút	3 (8,3)	44 (8,0)	7 (8,1)	
HATT	≥ 140 mmHg	12 (33,3)	19 (38,0)	31 (36,0)	0,402
	≤ 90 mmHg	0 (0)	2 (4,0)	2 (2,3)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 66,55±11,01, trong đó nam chiếm ưu thế với 59,3%. Nhịp tim và huyết áp tâm thu ở nhóm ≥ 65 tuổi đều có sự rối loạn cao hơn nhóm < 65 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 2. Số ngày nằm viện và BMI trung bình

Đặc điểm	Nhóm < 65 tuổi TB±ĐLC	Nhóm ≥ 65 tuổi TB±ĐLC	Tổng n (%)	p
Số ngày nằm viện	8,25±5,34	9,46±5,16	5,24±8,95	0,294
BMI trung bình	23,71±2,82	21,87±2,49	22,63±2,77	0,002

Nhận xét: Số ngày nằm viện và BMI trung bình của nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi đều cao hơn nhóm bệnh nhân < 65 tuổi, tuy nhiên chỉ có sự khác biệt về BMI trung bình có ý nghĩa thống kê với p=0,002.

**3.2. Sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng giữa 2 nhóm đối tượng nghiên cứu**

- Sự khác biệt về triệu chứng cơ năng giữa 2 nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Sự khác biệt về triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	Nhóm < 65 tuổi n (%)	Nhóm ≥ 65 tuổi n (%)	Tổng n (%)	p
Đau ngực điển hình	45 (91,7)	28 (80,0)	73 (84,9)	0,027
Đau ngực không điển hình	3 (8,3)	8 (16,0)	11 (12,8)	
Không đau ngực	0 (0,0)	2 (4,0)	2 (2,3)	
Khó thở	30 (83,3)	42 (84,0)	72 (83,7)	0,934
Hồi hộp, đánh trống ngực	14 (38,9)	20 (40,8)	34 (40,0)	0,858
Vã mồ hôi	24 (66,7)	20 (40,0)	44 (51,2)	0,015
Buồn nôn, nôn ói	13 (36,1)	23 (44,0)	35 (40,7)	0,101
Ngất	1 (2,8)	4 (8,0)	5 (5,8)	0,394

Nhận xét: Bệnh nhân < 65 tuổi có biểu hiện cơn đau ngực điển hình và vã mồ hôi nhiều hơn những bệnh nhân ≥ 65 tuổi. Triệu chứng khó thở; hồi hộp, đánh trống ngực; ngất ở nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi đều cao hơn nhóm bệnh nhân < 65 tuổi. Sự khác biệt giữa hai nhóm về triệu chứng đau ngực và vã mồ hôi có ý nghĩa thống kê với p = 0,027 và p = 0,015.

- Sự khác biệt về triệu chứng thực thể giữa hai nhóm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 4. Sự khác biệt về triệu chứng thực thể**

Triệu chứng thực thể	Nhóm < 65 tuổi n (%)	Nhóm ≥ 65 tuổi n (%)	Tổng n (%)	p
Ran ẩm đáy phổi	3 (8,3)	5 (10,0)	8 (9,3)	1
Tĩnh mạch cổ nổi	1 (2,8)	2 (4,0)	3 (3,5)	1
Suy tim	9 (25,0)	19 (38,0)	28 (32,6)	0,204

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi có dấu hiệu ran ẩm đáy phổi, tĩnh mạch cổ nổi, suy tim đều cao hơn nhóm bệnh nhân < 65 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

- Sự khác biệt về các yếu tố nguy cơ tim mạch giữa 2 nhóm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 5. Sự khác biệt về các yếu tố nguy cơ tim mạch**

Yếu tố nguy cơ	Nhóm < 65 tuổi n (%)	Nhóm ≥ 65 tuổi n (%)	Tổng n (%)	p
Hút thuốc lá	21 (58,3)	23 (46,0)	44 (51,2)	0,259
Tăng huyết áp	26 (72,2)	46 (92,0)	72 (83,7)	0,014
Đái tháo đường	13 (36,1)	17 (34,0)	30 (34,9)	0,839
Rối loạn lipid máu	29 (80,6)	40 (80,0)	69 (80,2)	0,949
Béo phì	8 (22,2)	3 (6,0)	11 (12,8)	0,026

Nhận xét: Tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm ≥ 65 tuổi cao hơn so với nhóm < 65 tuổi, tỷ lệ béo phì ở nhóm < 65 tuổi cao hơn so với nhóm ≥ 65 tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường, rối loạn lipid máu ở nhóm < 65 tuổi cao hơn so với nhóm ≥ 65 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**3.3. Sự khác biệt về đặc điểm cận lâm sàng giữa 2 nhóm đối tượng nghiên cứu**

- Sự khác biệt về đặc điểm điện tâm đồ và siêu âm tim

**Bảng 6. Sự khác biệt về đặc điểm điện tâm đồ và siêu âm tim**

Đặc điểm		Nhóm < 65 tuổi n (%)	Nhóm ≥ 65 tuổi n (%)	Tổng n (%)	p
Điện tâm đồ	ST chênh lên	21 (58,3)	16 (32,0)	37 (43,0)	0,015
	Không ST chênh lên	15 (41,7)	34 (68,0)	49 (57,0)	
Phân suất tổng máu	<40%	3 (8,3)	5 (10,0)	8 (9,3)	0,046
	40 – 50%	1 (2,8)	10 (20,0)	11 (12,8)	
	>50%	32 (88,9)	35 (70,0)	67 (77,9)	
Rối loạn vận động vùng	Có	10 (27,8)	17 (34,0)	27 (31,4)	0,540
	Không	26 (72,2)	33 (66,0)	59 (68,6)	

Nhận xét: Điện tâm đồ của nhóm bệnh nhân < 65 tuổi chủ yếu thuộc dạng ST chênh lên cao hơn so với nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi với  $p=0,015$ . Tỷ lệ bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái giảm và rối loạn vận động vùng ở nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi luôn cao hơn nhóm bệnh nhân < 65 tuổi, tuy nhiên chỉ có sự khác biệt về phân suất tổng máu thất trái có ý nghĩa thống kê với  $p=0,046$ .

- Sự khác biệt về nồng độ Troponin I

**Bảng 7. Sự khác biệt về nồng độ Troponin I**

Sinh hóa máu	Nhóm < 65 tuổi TB±ĐLC	Nhóm ≥ 65 tuổi TB±ĐLC	p
NMCT ST chênh lên	4768,98±6613,52	21242,13±29190,15	0,014
NMCT không ST chênh lên	4983,10±7179,26	1732,30±3754,95	0,060

Nhận xét: Troponin I ở nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi có NMCT cấp ST chênh lên cao hơn so với nhóm < 65 tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,014.

#### **IV. BÀN LUẬN**

##### **4.1. Một số đặc điểm giữa 2 đối tượng nghiên cứu**

Qua nghiên cứu 86 bệnh nhân NMCT cấp tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long, chúng tôi ghi nhận: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 66,55±11,01 (nhỏ nhất là 42, lớn nhất là 93). Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Phương là 66,3 ± 11,57 [3].

Về giới tính, nhóm ≥ 65 và < 65 tuổi đều có tỷ lệ nam chiếm đa số. Tỷ lệ nam/nữ ở nhóm <65 tuổi là 1,77/1, nhóm ≥ 65 tuổi là 1,27/1. Kết quả của chúng tôi khá thấp so với nghiên cứu của Holay MP. Theo kết quả 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 [6]. 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.

Nhịp tim và HATT lúc nhập viện ở nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi đều cao hơn nhóm bệnh nhân < 65 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Nguyên nhân sự khác biệt trên có thể do ngẫu nhiên hoặc do cỡ mẫu chưa đủ lớn để tìm ra sự khác biệt thật sự.

Số ngày nằm viện của nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi (9,46±5,16), cao hơn so với nhóm bệnh nhân < 65 tuổi (8,25 ± 5,34). BMI trung bình của nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi cao so với nhóm bệnh nhân < 65 tuổi, tuy nhiên chỉ có sự khác biệt về BMI trung bình có ý nghĩa thống kê với p=0,002.

##### **4.2. Sự khác biệt đặc điểm lâm sàng giữa 2 nhóm đối tượng nghiên cứu**

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 [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 (91,7% so với 80,0%), biểu hiện cơn đau ngực không điển hình với 16,0% và không đau ngực chiếm 4% nằm ở nhóm bệnh nhân ≥ 65 tuổi. Tỷ lệ đau ngực không điển hình ở nhóm ≥ 65 tuổi trong nghiên cứu này tương tự với tác giả Woon VC [13]. Khó thở và những triệu chứng không đặc hiệu khác như hồi hộp, đánh trống ngực; buồn nôn, nôn, ngất 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 [4], ở người cao tuổi thì 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. 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.

Nhóm bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi có dấu hiệu ran ẩm đáy phổi, tĩnh mạch cổ nổi, suy tim đều cao hơn nhóm bệnh nhân  $< 65$  tuổi, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Trong các yếu tố nguy cơ được đánh giá thì tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường thấy nhất ở bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi (92%) bị NMCT cấp hơn so với bệnh nhân  $< 65$  tuổi (72,2%), trong khi đó thì tỷ lệ hút thuốc lá ở nhóm  $\geq 65$  tuổi (58,3%) lớn hơn nhóm  $< 65$  tuổi (46,0%). Kết quả này cũng gần giống với kết quả nghiên cứu của tác giả Roman C [12]. 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 [7]. Tỷ lệ béo phì ở nhóm  $\geq 65$  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. Ngoài ra, ở nhóm bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi tỉ lệ rối loạn lipid máu và đái tháo đường cũng cao hơn nhóm bệnh nhân  $< 65$  tuổi.

### **4.3. Sự khác biệt về đặc điểm cận lâm sàng giữa 2 nhóm nghiên cứu**

Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên trên điện tâm đồ lúc nhập viện của mẫu nghiên cứu chung là 43,0%, còn lại 57,0% bệnh nhân NMCT cấp không ST chênh lên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với tác giả Trương Hoàng Anh Thư [5]. Theo tác giả Trương Hoàng Anh Thư thì tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên chiếm 87,8% và NMCT cấp không ST chênh lên chỉ chiếm 12,2%. Điện tâm đồ của nhóm bệnh nhân  $< 65$  tuổi có đoạn ST chênh lên chiếm tỷ lệ 58,3% cao hơn so với nhóm  $\geq 65$  tuổi (32,0%) và ngược lại với đặc điểm không ST chênh lên trên điện tâm đồ, nhóm bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi chiếm 68% cao hơn so với nhóm  $< 65$  tuổi (41,7%), với  $p = 0,015$ . Tỷ lệ NMCT không ST chênh lên trong nhóm  $< 65$  tuổi là 41,7%, cao hơn so với tác giả Richard GB [9] (36,4%). Tuy nhiên, cũng theo tác giả này thì tỷ lệ NMCT cấp không ST chênh lên ở nhóm cao tuổi là 38,3%, thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi (68%).

Siêu âm tim là xét nghiệm không xâm lấn có giá trị trong đánh giá chức năng thất trái, tình trạng các van tim, và các biến chứng sau NMCT cấp. Tỷ lệ bệnh nhân có phân suất tống máu thất trái giảm phân bố theo từng mức độ ở nhóm  $\geq 65$  tuổi luôn cao hơn so với nhóm  $< 65$  tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với  $p=0,046$ . Phân suất tống máu thất trái thấp được biết như là yếu tố tiên lượng tử vong nội viện cho bệnh nhân NMCT cấp.

Về rối loạn vận động vùng trên siêu âm tim, chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân  $< 65$  tuổi có tỷ lệ rối loạn vận động vùng thấp hơn so với nhóm  $\geq 65$  tuổi (27,8% so với 34%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Trong hội chứng vành cấp, các bất thường vận động vùng có thể hữu ích hơn là chức năng toàn bộ bởi vì có hiện tượng tăng động bù trừ của những vùng cơ tim không bị ảnh hưởng dẫn đến ước tính không chính xác vùng cơ tim bị tổn thương. Bất thường vận động vùng thường là hậu quả của bệnh động mạch vành và mỗi vùng thất trái có thể chịu sự chi phối của một trong ba nhánh động mạch vành chính nên khi nhánh động mạch vành bị tắc nghẽn thì vùng cơ tim chịu sự chi phối tương ứng sẽ bị ảnh hưởng. Khi một động mạch vành bị tắc thì sẽ có tuần hoàn bàng hệ từ nhánh động mạch vành khác đến chi phối, nhưng điều này bị giảm ở NCT. Theo tác giả Kurotobi T và cộng sự [8] thì tần suất của tuần hoàn bàng hệ giảm theo tuổi theo thứ tự từ 47,9%, 45,8%, 43,4% và 34% ở bệnh nhân  $< 50$  tuổi, 50-59 tuổi, 60-69 tuổi và  $\geq 70$  tuổi

( $p < 0,001$ ). Tuổi cao có liên quan đến giảm tuần hoàn bàng hệ tới nhánh ĐMV thủ phạm gây NMCT cấp. Bất thường này có thể góp phần dẫn đến tiên lượng kém cho bệnh nhân cao tuổi bị NMCT cấp.

Troponin tim được xem như là chất đánh dấu chuyên biệt nhất cho tình trạng tổn thương cơ tim và cho thấy có giá trị nhất trong chẩn đoán NMCT cấp. Giá trị chẩn đoán của troponin tim cũng đã được chứng minh từ năm 1992 và troponin cũng đã được chứng minh là có giá trị về mặt tiên lượng các biến cố tim mạch như tử vong hoặc NMCT. Troponin I ở nhóm bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi có NMCT cấp ST chênh lên cao hơn so với nhóm  $< 65$  tuổi. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,05$ . Ở người cao tuổi động mạch vành thường dẫn và ngoằn ngoèo, cùng với phì đại thất trái tăng theo tuổi. Ngoài ra, cùng với quá trình xơ vữa thành mạch tiến triển nên các tế bào cơ tim luôn ở trong tình trạng cung nhỏ hơn cầu, do đó khi bị nhồi máu thì chúng dễ bị hoại tử sớm và lan rộng. Điều này có thể giải thích cho nghiên cứu của chúng tôi với kết quả các men tim ở NCT thường tăng cao hơn so với những bệnh nhân không cao tuổi. Tuy nhiên, dù là NCT hay không cao tuổi, thì sự tăng men tim cũng được đánh giá như nhau trong chiến lược điều trị. Sự gia tăng troponin tim có vai trò trong tiên lượng bệnh nhân NMCT cấp đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu.

## **V. KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu 86 bệnh nhân NMCT cấp chúng tôi ghi nhận về lâm sàng: Có sự khác biệt trong các biểu hiện lâm sàng của NMCT cấp ở những bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi so với bệnh nhân  $< 65$  tuổi. Những bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi thường có đau ngực không điển hình, các triệu chứng không đặc hiệu hoặc không đau ngực cao hơn so với những bệnh nhân  $< 65$  tuổi. Về cận lâm sàng, điện tâm đồ ở nhóm bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi chủ yếu là NMCT cấp không ST chênh lên, siêu âm tim có phân suất tống máu thất trái giảm nhiều hơn. Trong NMCT cấp có ST chênh lên, troponin I tăng nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Thế Huệ (2008), Chất lượng dân số cao tuổi ở nước ta hiện nay, *Tạp chí nghiên cứu - Trao đổi*, 19, tr.163.
2. Dương Huy Lương (2005), *Nghiên cứu chất lượng cuộc sống người cao tuổi và thử nghiệm giải pháp can thiệp ở huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương*, Luận án tiến sĩ, Học viện Quân Y, Hà Nội.
3. Phạm Hồng Phương (2019), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Tỉnh Nghệ An, *Tạp chí KH - CN Nghệ An*, Số 8/2019, tr.14-18.
4. Nguyễn Thiện Thành (2002). *Những bệnh thường gặp ở người có tuổi*. NXB Y học, tr.171-195.
5. Trương Hoàng Anh Thư (2006), *Khảo sát tình hình theo dõi và điều trị bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ năm 2003-2005*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Chuyên ngành Nội khoa- Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
6. Holay MP, Janbandhu A, Javahirani A, Pandharipande MS, Suryawanshi SD (2027), Clinical profile of acute myocardial infarction in elderly (prospective study). *J Assoc Physicians India*; 55:188-92.
7. 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.
8. Kurotobi T, Sato H, Kinjo K, et al. (2004), Reduced collateral circulation to the infarct-related artery in elderly patients with acute myocardial infarction, *J Am Coll Cardiol*, 44, pp.28-34.
9. Ralf Zahn, Rudolf Schiele, Karlheinz Seidl and 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.



10. 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.
11. 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. *Japanese Heart Journal*: pp.301-07.
12. William B Applegate, Stanley Graves, *et al.* (1984). Acute myocardial infarction in elderly patients. *Southern Med Journal* (77): p.1127-29.
13. Woon VC, Lim KH (2003). Acute MI in the elderly – the difference compared with the young. *Singapore Med J*; 44 (8): pp.414-8.

(Ngày nhận bài: 08/11/2022 - Ngày duyệt đăng: 10/12/2022)

---