

## KHẢO SÁT CÁC BIẾN CHỨNG CỦA HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP Ở BỆNH NHÂN TRÊN 65 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Hồ Thượng Dũng\*, Nguyễn Thị An\*\*

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Người có tuổi là nhóm dân số phát triển nhanh nhất của các nước phát triển và đang tăng lên ở các nước đang phát triển. Tỷ lệ bệnh mạch vành (BMV) tăng lên theo tuổi. Mặc khác, y văn ghi nhận triệu chứng và dấu hiệu của hội chứng mạch vành cấp (HCVC) ở người lớn tuổi thường không điển hình và bệnh cảnh diễn biến nặng nề hơn. Tại bệnh viện Thống Nhất, số người cao tuổi chiếm tỷ lệ khá cao.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát các biến chứng trong thời gian nằm viện của HCVC ở bệnh nhân > 65 tuổi điều trị tại bệnh viện Thống Nhất.

**Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu, cắt ngang mô tả.

**Đối tượng:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị HCVC tại bệnh viện Thống Nhất trong thời gian 2005- 2007, gồm 338 bệnh nhân (214 bệnh nhân > 65 tuổi, 124 bệnh nhân ≤ 65 tuổi)

**Kết quả:** Tuổi trung bình là  $68,21 \pm 11,21$ . Nam > nữ với tỷ lệ nữ/nam tăng theo tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn nhịp tim ở nhóm > 65 tuổi cao hơn nhóm ≤ 65 tuổi (61,2%; 48,4%;  $p = 0,02$ ). Tỷ lệ rung nhĩ ở nhóm > 65 tuổi cao hơn nhóm ≤ 65 tuổi (11,21%; 0,81%;  $p < 0,001$ ). Tỷ lệ block AV ở nhóm ≤ 65 tuổi cao hơn. Các rối loạn nhịp khác không khác nhau giữa hai nhóm tuổi. Tỷ lệ choáng tim (Killip IV) ở nhóm > 65 tuổi chiếm tỷ lệ 16,8%, nhóm ≤ 65 tuổi chiếm 8,9% ( $p = 0,04$ ). Ngược lại, Killip I thì gặp ở nhóm ≤ 65 tuổi là 79,8% nhiều hơn nhóm > 65 tuổi là 59,3% ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ biến chứng cơ học xảy ra không khác nhau giữa hai nhóm tuổi, chiếm tỷ lệ 1,2% ở người > 65 tuổi và 0,9% ở người ≤ 65 tuổi.

**Kết luận:** Bệnh nhân HCVC > 65 tuổi có các biến chứng nặng nề hơn nhóm ≤ 65 tuổi. Biến chứng rối loạn nhịp tim cao hơn với nổi bật là rung nhĩ. Biến chứng suy bơm với phân độ Killip IV cao hơn ở nhóm bệnh nhân > 65 tuổi. Biến chứng cơ học chưa thấy sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi.

**Từ khóa:** Hội chứng mạch vành cấp; Biến chứng cơ học; Rối loạn nhịp tim; Suy bơm; Bệnh nhân trên 65 tuổi.

### SUMMARY

#### COMPLICATIONS OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN PATIENTS OVER 65 YEARS OLD AT THONG NHAT HOSPITAL

Ho Thuong Dung, Nguyen Thi An

\* Y Hoc TP. Ho Chi Minh \* Vol. 16 - Supplement of No 1 - 2012: 328 - 333

**Background:** At Thong Nhat hospital, there is a high proportion of elderly patients. Acute coronary syndrome (ACS) of old patients had clinical sub-clinical characteristics and poorer prognosis.

**Objectives:** We examined and assessed the early complications of acute coronary syndrome (ACS) in elderly patients over 65 years old in comparison with those below 65 years old at Thong Nhat hospital Ho Chi Minh city.

**Study Methods:** Retrospective cross-sectional descriptive study.

\* Bệnh viện Thống Nhất TPHCM \*\* Bệnh viện Tỉnh Bà Rịa- Vũng Tàu

Tác giả liên lạc: TS. BS. Hồ Thượng Dũng ĐT: 0908136361 Email: dunghothuong@yahoo.com

**Patients:** All of the patients who were diagnosed and treated as ACS at Thong Nhat hospital Ho Chi Minh city from 1/2005 to 12/2006, including 338 patients.

**Results:** In elderly patient over 65 years old, there are higher rate of arrhythmia (61.2% vs 48.4%,  $p= 0.02$ ). Atrial fibrillation rate were higher in patients over 65 years old (11.21%; 0.81%;  $p < 0.001$ ) but AV block were higher in patients less than 65 years old. Cardiogenic shock (Killip IV) rate were higher in > patients over 65 years old. Mechanical complications were not different from each other.

**Conclusions:** Elderly patients over 65 years old had more complications including arrhythmia and cardiogenic shock (Killip IV). Mechanical complications were not different from each other.

**Key words:** Acute coronary syndrome (ACS); Complication; Arrhythmia; Cardiogenic shock; Mechanical complication; Elderly patients over 65 years old

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành rất thường gặp và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước phát triển, đặc biệt là dạng cấp tính- Hội chứng mạch vành cấp (HCVC). Hiện nay bệnh đang có xu hướng gia tăng ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Hội chứng mạch vành cấp trên bệnh nhân lớn tuổi có bệnh cảnh lâm sàng riêng biệt và tiên lượng xấu hơn. Các biến chứng đa dạng (Loạn nhịp, Suy bơm, các biến chứng cơ học...) xảy ra sớm và góp phần gây ra tử suất cao nếu không phát hiện và xử lý kịp thời. Bệnh viện Thống Nhất có số lượng bệnh nhân cao tuổi chiếm tỷ lệ khá cao. Việc tìm hiểu các đặc điểm và tỷ lệ biến chứng của HCVC trên bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi bị HCVC tại Bệnh Viện Thống Nhất trong thời gian 2005-2007 cần thiết cho chẩn đoán và điều trị, đó là mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi.

## ĐỐI TƯỢNG- PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

### Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị HCVC tại Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh từ 01/ 2005 đến 12/ 2006, được chia thành 2 nhóm:

Nhóm I: các bệnh nhân  $\leq 65$  tuổi

Nhóm II: các bệnh nhân  $> 65$  tuổi

Ước lượng cỡ mẫu: Ước lượng cỡ mẫu theo công thức:  $n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P(1-P)}{d^2}$

$\alpha$ : xác suất sai lầm loại 1 (0,05)  $\Rightarrow Z_{1-1/2} = 1,96$

P: trị số mong muốn của tỷ lệ. Chọn P = 0,5 để có cỡ mẫu lớn nhất

d: sai số cho phép. Chọn d = 0,08. n = 151

### Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân tử vong sớm trong những giờ đầu chưa ghi nhận được những thông tin về lâm sàng và cận lâm sàng thì chúng tôi loại trừ.

### Thu thập dữ kiện

Những dữ kiện có liên quan từ hồ sơ bệnh án của đối tượng nghiên cứu theo mẫu thu thập số liệu soạn sẵn.

Phương pháp xử lý và phân tích các số liệu

Các số liệu được nhập bằng phần mềm Epi Data, và xử lý bằng phần mềm STATA 10.0.

So sánh 2 trung bình của biến định lượng chúng tôi sử dụng phép kiểm T-test hoặc phi tham số: Mann-Whitney (Wilcoxon rank-sum test). Đối với các biến định tính chúng tôi dùng phép kiểm chi bình phương. Để kiểm định mối liên quan giữa biến định lượng với biến định tính chúng tôi dùng phép kiểm Chi – Square và hồi qui Logistic.

### Tiêu chuẩn chẩn đoán

#### Chẩn đoán hội chứng vành cấp

Bao gồm: ĐTNKÔĐ, NMCT không ST chênh lên, NMCT có ST chênh lên, theo tiêu chuẩn chẩn đoán của AHA/ACC (2007), dựa vào

3 nhóm triệu chứng: (1) Con ĐTN; (2) Động học thay đổi ECG; (3) Động học men tim.

Tuổi là biến định lượng và liên tục, giới là biến định tính gồm hai giá trị là nam và nữ.

Tăng huyết áp gồm hai giá trị là có tăng huyết áp và không tăng huyết áp, đồng thời cũng là biến định lượng với trị số huyết áp trung bình, các giai đoạn của tăng huyết áp được phân loại theo tiêu chuẩn của JNC VII 2003.

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 tiêu chuẩn phân loại NCEP- ATP III.

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).

Tiền sử gia đình có người bệnh mạch vành sớm khi nam < 55 tuổi, nữ < 65 tuổi.

Rối loạn nhịp tim được ghi nhận qua đo ECG hằng ngày và khi có diễn biến. Trong thời gian nằm CCU có sự hỗ trợ của hệ thống monitoring trung tâm có khả năng lưu trữ diễn biến ECG trong 48 giờ và được bác sỹ phân tích và ghi nhận vào hồ sơ mỗi buổi sáng.

Suy tim được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Việt Nam, hiệu chỉnh từ Hội Tim mạch châu Âu, với phân độ suy tim cấp sử dụng phân độ Killip.

Các dữ liệu trong nghiên cứu được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. So sánh trung bình (biến số định lượng) giữa các nhóm bằng phép kiểm T- test và so sánh 2 tỷ lệ (biến số định tính) bằng chi bình phương, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## KẾT QUẢ

### Đặc điểm bệnh nhân

#### Phân bố tuổi

214 bệnh nhân > 65 tuổi (63,3%), 124 bệnh nhân ≤ 65 tuổi (36,7%).

Tuổi trung bình:  $68,21 \pm 11,21$ . Tuổi nhỏ nhất: 28, lớn nhất: 94.

**Bảng 1: Phân bố tuổi và giới**

Nhóm tuổi	Nữ	Nam	Tổng số
> 65 tuổi	62 (29,0%)	152 (71,0%)	214 (63,3%)
≤ 65 tuổi	21 (16,9%)	103 (83,1%)	124 (36,7%)
Tổng	83 (24,6%)	255 (75,4%)	338 (100,0%)

#### Phân bố giới tính

Tỷ lệ chung nam/nữ # 3

Tỷ lệ nam/nữ # 2,45 ở nhóm tuổi > 65

Tỷ lệ nam/nữ # 4,9 ở nhóm tuổi ≤ 65

Tỷ lệ nam/nữ của 2 nhóm tuổi khác biệt có ý nghĩa ( $p < 0,05$ )

#### Tuổi

Tuổi trung bình của các bệnh nhân HCVC là  $68,21 \pm 11,21$ , tuổi nhỏ nhất là 28, tuổi lớn nhất là 94, lứa tuổi > 65 chiếm tỷ lệ 63,3%. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trong và ngoài nước đã được công bố trước đây. Tác giả Nguyễn Thị Hoàng Thanh là  $64,00 \pm 14,58$ , của tác giả Đỗ Kim Bảng là  $62,64 \pm 10,62$ , Hoàng Nghĩa Đài:  $61,29 \pm 6,77$  và của tác giả Zahn R. và cộng sự là  $61,4 \pm 12,5^{(10,18)}$ . Điều này có thể do đặc điểm bệnh nhân của bệnh viện Thống nhất Tp HCM có nhiều cán bộ trung cao với tuổi đời cao, người dân thì ít hơn.

#### Giới

Trong nghiên cứu chúng tôi, nam giới mắc bệnh mạch vành nhiều hơn nữ giới. Kết quả này phù hợp với đặc điểm của các bệnh nhân bệnh ĐMV trong các nghiên cứu trước đây: Phan Xuân Tước, Nguyễn Hữu Tùng, Nguyễn Thị Hoàng Thanh cũng đều ghi nhận bệnh ĐMV

xảy ra ở nam giới nhiều hơn nữ giới, điều này cũng phù hợp với y văn thế giới<sup>(18,15,23)</sup>.

Tỷ lệ nam/nữ # 3/1, nếu xét riêng từng nhóm tuổi thì tỷ lệ nam/nữ # 2,45 (nhóm > 65 tuổi) và nam/nữ # 4,9 (nhóm ≤ 65 tuổi): nhận thấy tỷ lệ mắc bệnh mạch vành ở nữ ngày càng tăng theo tuổi, điều này có thể lý giải thêm là estrogen là yếu tố bảo vệ tim mạch ở nữ, điều này cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu khác.

**Thể lâm sàng của hội chứng vành cấp**

**Bảng 2:** Phân bố các thể lâm sàng của HCVC theo nhóm tuổi

Thể bệnh	> 65 tuổi	≤ 65 tuổi	Tổng
ĐTN KOĐ	44 (20,6%)	20 (16,1%)	64 (18,9%)
NMCT có STCL	121 (56,5%)	80 (64,5%)	201 (59,5%)
NMCT không STCL	49 (22,9%)	24 (19,4%)	73 (21,6%)

Tỷ lệ các thể lâm sàng của HCVC không khác nhau ở hai nhóm tuổi.

Bệnh cảnh lâm sàng của HCVC tuy số liệu có khác nhau giữa các trung tâm nhưng nhìn chung tỷ lệ NMCT có ST chênh lên cao hơn dạng không ST chênh lên. Ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, dạng NMCTST không chênh lên có xu hướng tăng hơn. Điều này cũng phù hợp theo y văn với tổn thương nền động mạch vành ở người lớn tuổi thường lan tỏa và trầm trọng hơn do tình trạng bệnh xơ vữa động mạch diễn ra trên thời gian dài hơn<sup>(9,24,6)</sup>.

**Biến chứng**

**Biến chứng Rối loạn nhịp tim**

**Bảng 3:** Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn nhịp tim phân bố theo nhóm tuổi

RL nhịp tim	> 65 tuổi	≤ 65 tuổi	P
Có	131 (61,2%)	60 (48,4%)	0,02
Không	83 (38,8%)	64 (51,6%)	

Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn nhịp tim ở nhóm > 65 tuổi cao hơn nhóm ≤ 65 tuổi (p = 0,02).

**Bảng 4:** Tỷ lệ loạn nhịp tim của bệnh nhân HCVC ở nhóm nghiên cứu

Loại loạn nhịp tim	> 65 tuổi		≤ 65 tuổi		P
	Số bn	%	Số bn	%	
Nhanh xoang	10	4,67	9	7,26	> 0,05

Loại loạn nhịp tim	> 65 tuổi		≤ 65 tuổi		P
	Số bn	%	Số bn	%	
Chậm xoang	11	5,14	7	5,65	> 0,05
Rung nhĩ	24	11,21	1	0,81	< 0,001
Ngoại tâm thu thất nguy hiểm	4	1,87	3	2,42	> 0,05
Nhanh thất	1	0,47	1	0,81	> 0,05
Loạn nhịp thất phức tạp	1	0,47	0	0,00	> 0,05
Rung thất	16	7,48	4	3,23	> 0,05
Block AV I	8	3,74	0	0,00	0,03
Block AV II	2	0,93	7	5,65	< 0,001
Block AV III	8	3,74	7	5,65	> 0,05
Block nhánh trái	4	1,87	1	0,81	> 0,05
Block nhánh phải	12	5,61	4	3,23	> 0,05

Rối loạn nhịp tim là biến chứng thường gặp nhất trong HCVC. Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận biến chứng rối loạn nhịp của nhóm > 65 tuổi cao hơn nhóm ≤ 65 tuổi có ý nghĩa (61,21%, 48,39%, p = 0,02). Số liệu này tương đồng với các nghiên cứu trước đây: Hoàng Nghĩa Đài ghi nhận tỷ lệ rối loạn nhịp của nhóm > 60 tuổi là 49,5%, Trần Minh Trí ghi nhận 67,8%, Phan Xuân Tước và Nguyễn Mạnh Phan ghi nhận 47,7%, Braunwald 72-96%<sup>(10,26,25,23,6)</sup>.

Hầu hết các loại loạn nhịp đều xuất hiện trong HCVC. Trong nghiên cứu chúng tôi rung nhĩ và block AV có sự khác nhau giữa 2 nhóm tuổi. Tỷ lệ rung nhĩ ở nhóm > 65 tuổi cao hơn nhóm ≤ 65 tuổi (11,21%; 0,81%; p < 0,001). Tỷ lệ block AV ở nhóm ≤ 65 tuổi cao hơn. Các rối loạn nhịp khác không khác nhau giữa hai nhóm tuổi.

Tác giả Lê Thị Thanh Thái ghi nhận rung nhĩ chung ở bệnh nhân NMCT là 9,5%, tác giả Hoàng Nghĩa Đài 3,8% ở bệnh nhân > 60 tuổi, tác giả Nguyễn Hữu Tùng là 21,7% ở nhóm có tuổi và 7,6% ở nhóm trẻ tuổi<sup>(10,15)</sup>.

Theo Goldberg RJ, Secley D, Becker RC, Sprint Study Group tỷ lệ rung nhĩ ở NMCT nói chung khoảng 10-16% và tỷ lệ này tăng theo tuổi, khoảng 16% ở lứa tuổi ≥ 70.

Ở người có tuổi có sự thay đổi trong hệ thống dẫn truyền, kết quả từ sự chết tế bào theo chương trình và sự lắng đọng collagen, tế bào mỡ. Mỡ sẽ tích tụ xung quanh nút xoang nhĩ sẽ tạo ra sự phân ly một phần hoặc

hàn toàn từ nút xoang tới cơ nhĩ. Mặc khác cũng có sự giảm số lượng của tế bào tạo nhịp trong nút xoang nhĩ từ tuổi 60. Vào tuổi 75, số lượng tế bào ít hơn 10% so với những người trẻ hơn. Sự vôi hóa của của nút nhĩ thất và nhánh phải, nhánh trái cũng xuất hiện ở người có tuổi. Thêm vào đó là sự giãn nở các buồng tim theo tuổi. Đó là lý do làm cho tỷ lệ rung nhĩ ở người có tuổi cao hơn người trẻ.

Theo Hold H. Lew AS, Heltai M, rung nhĩ thường xảy ra ở bệnh nhân NMCT rộng, nhồi máu vùng trước và liên quan đến suy tim, điều này phù hợp với nhóm bệnh nhân có tuổi trong nghiên cứu chúng tôi.

Trong nghiên cứu này, block AV I ở nhóm > 65 tuổi là 3,74%, nhóm trẻ tuổi là 0,00%. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đây. Tác giả Trần Minh Trí ghi nhận là 3,4%, tác giả Hoàng Nghĩa Đài là 4,4%, tác giả Nguyễn Hữu Tùng là 7,8%. Braunwald thì tỷ lệ này là 10%. Theo Nguyễn Thiện Thành bản thân quá trình tích tuổi bình thường có những biến đổi quan trọng ở tim, ở hệ dẫn truyền, ở tuần hoàn vành là tiền đề dẫn đến rối loạn nhịp cao hơn ở người có tuổi<sup>(10,25,15)</sup>.

Chúng tôi ghi nhận block AV II và block AV III ở nhóm > 65 tuổi là 0,93%- 3,74%, nhóm ≤ 65 tuổi là 5,65%- 5,65%. Tỷ lệ này không tương đồng với ghi nhận của các tác giả khác: Nguyễn Hữu Tùng ghi nhận là 7,8%-11,3% ở nhóm có tuổi và 7,7%-1,9% ở nhóm trẻ tuổi, tác giả Hoàng Nghĩa Đài ghi nhận 3,8% ở người > 60 tuổi<sup>(10,15)</sup>. Braunwald là 10% với block AV II và 5% đối với block AV III<sup>(6)</sup>. Điều này có lẽ vị trí vùng nhồi máu cơ tim có ảnh hưởng đến kiểu rối loạn nhịp tim, và nhồi máu cơ tim vùng sau-dưới hay gây biến chứng block AV. Trong nghiên cứu chúng tôi nhóm ≤ 65 tuổi có NMCT vùng sau- dưới chiếm tỷ lệ cao 52,5%. Khu hồi sức tim mạch (CCU) chúng tôi có hệ thống theo dõi monitoring ECG liên tục 24 giờ và có lưu trữ dữ liệu trong 48 giờ và qui định các bác sỹ sau khi phân tích diễn biến ECG ngày trước đều phải ghi lại trong hồ sơ. Mặc dù vậy nhưng do

là nghiên cứu hồi cứu, không loại trừ khả năng một số tình huống rối loạn nhịp tim nhẹ không được các bác sỹ ghi vào hồ sơ.

**Biến chứng suy bơm**

**Bảng 5:** Tỷ lệ suy bơm tim của bệnh nhân HCVC phân bố theo nhóm tuổi

Độ Killip	> 65 tuổi	≤ 65 tuổi	P
Killip I	127 (59,3%)	99 (79,8%)	< 0,001
Killip II	39 (18,2%)	11 (8,9%)	0,02
Killip III	12 (5,6%)	3 (2,4%)	0,1
Killip IV	36 (16,8%)	11 (8,9%)	0,04

Theo kết quả khảo sát thì tỷ lệ choáng tim (Killip IV) ở nhóm > 65 tuổi chiếm tỷ lệ 16,8%, nhóm ≤ 65 tuổi chiếm 8,9%, sự khác biệt này có ý nghĩa. Ngược lại, Killip I thì gặp ở nhóm ≤ 65 tuổi là 79,8% nhiều hơn nhóm > 65 tuổi là 59,3%. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đây: Hoàng Nghĩa Đài ghi nhận tỷ lệ choáng tim là 18,9% với bệnh nhân > 60 tuổi; Nguyễn Hữu Tùng 14,9% ở nhóm > 65 tuổi và 1,9% ở nhóm ≤ 65 tuổi. Braunwald ghi nhận nguy cơ sốc tim trong HCVC tăng 3-4 lần ở bệnh nhân > 85 tuổi so với nhóm < 65 tuổi<sup>(10,15)</sup>.

Từ số liệu của thử nghiệm GUSTO I trên 41.021 bệnh nhân với NMCT có STCL được điều trị bằng thuốc tiêu huyết khối (Streptokinase hoặc rTPA), Hasdai và cs đã xác định 4 yếu tố dự báo choáng tim quan trọng nhất là: tuổi, huyết áp tâm thu, tần số tim và độ killip<sup>(28)</sup>. Hasdai và cs còn dùng số liệu của thử nghiệm PURSUIT là một thử nghiệm đánh giá hiệu quả của thuốc chẹn thụ thể GP IIb/IIIa eptifibatide trên bệnh nhân HCVC không có STCL để lập mô hình dự báo biến chứng choáng tim. Theo mô hình này các yếu tố dự báo choáng tim trong HCVC không STCL bao gồm: có NMCT lúc vào nghiên cứu hay không; có đau thắt ngực hay không; có ST chênh xuống hay không; ran ở phổi, huyết áp, tần số tim, tuổi và chiều cao<sup>(3)</sup>. Như vậy tuổi là yếu tố được dùng để dự báo choáng tim trong cả NMCT có STCL và HCVC không STCL. Điều này cho thấy rằng người có tuổi cần được theo dõi và điều trị tích cực để giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong trong bệnh cảnh HCVC.

**Biến chứng cơ học**

**Bảng 6:** Tỷ lệ các biến chứng cơ học các bệnh nhân NMCT trong nghiên cứu phân bố theo tuổi

Biến chứng	> 65 tuổi	≤ 65 tuổi
Vỡ, thủng thành tim	1 (0,6%)	1 (0,9%)
Đứt, rách dây chằng- cơ trụ	1 (0,6%)	0 (0,0%)

Trong nghiên cứu chúng tôi có 3 bệnh nhân bị biến chứng cơ học (2 bị thủng thành tim và 1 bị hở van 2 lá cấp do đứt cơ trụ). Tỷ lệ biến chứng cơ học xảy ra không khác nhau giữa hai nhóm tuổi, chiếm tỷ lệ 1,2% ở người > 65 tuổi và 0,9% ở người ≤ 65 tuổi. Tỷ lệ này cũng phù hợp theo y văn. Tuy nhiên để nghiên cứu về biến chứng cơ học ở bệnh nhân HCVC thì cỡ mẫu nghiên cứu này là còn nhỏ chưa đủ để kết luận, cần phải tiếp tục nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn nhiều.

**KẾT LUẬN**

Bệnh nhân HCVC > 65 tuổi có các biến chứng nặng nề hơn nhóm ≤ 65 tuổi. Biến chứng rối loạn nhịp tim cao hơn với nổi bật là rung nhĩ. Biến chứng suy bơm với phân độ Killip IV cao hơn ở nhóm bệnh nhân > 65 tuổi. Biến chứng cơ học chưa thấy sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi. Cần theo dõi, phát hiện sớm để xử lý các biến chứng của HCVC, đặc biệt là ở bệnh nhân lớn tuổi.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Alexander WR, Pratt CM, Ryan TJ, Poberts R (2004), "ST Segment - Elevation Myocardial Infarction: Clinical presentation, Diagnostic evaluation, and Medical Management", *Hurst's The Heart*, 11<sup>th</sup> edition, McGraw Hill, New York, pp. 1277 - 1349.
- Antman E, Braunwald E (2005), "ST - Elevation Myocardial Infarction: Pathology, Pathophysiology, and Clinical Features", *Heart Disease - A text book of cardiovascular medicine*, 7<sup>th</sup> edition, pp.1141 - 1166.
- Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, et al (2007), "Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. The Task Force for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology", *Eur Heart J* 2007, doi: 10.1093/eurheartj/ehm161
- Bùi Việt Hà, Đinh Thị Nga (1996), "Nhồi máu cơ tim cấp trong 5 năm (1991 - 1995) tại Bệnh viện Đa Khoa Hải Phòng", *Y Học thực hành*, tr. 37 - 40.

- Burke AP, Virmani R (2008), "Pathology of Myocardial Ischemia, Infarction, Reperfusion, and Sudden Death", *Hurst's the Heart*, 12<sup>th</sup>, pp. 1321-1338.
- Cannon CP, Braunwald E (2005), " Unstable Angina and Non-ST Elevation Myocardial Infarction", *Heart Disease*, Anne Lenehan, pp. 1243-1267.
- Đặng Quang Nghĩa (2005), *Nhận xét một số đặc điểm về bệnh nhồi máu cơ tim cấp ở người rối loạn chuyển hóa Lipid*, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại Học Y Dược Tp. HCM, tr. 35-65.
- Đặng Văn Phước (2006), Khuyến cáo của hội Tim mạch học Việt Nam về chuẩn đoán, điều trị nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên", *Khuyến cáo về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa giai đoạn 2006 - 2010*, Nxb Y Học, Tp.HCM, tr. 143 - 181.
- Hồ Thượng Dũng và cs (2006), " Kết quả chụp và can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân trên 75 tuổi tại bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh", *Kỷ yếu báo cáo khoa học- Hội nghị khoa học Tim Mạch toàn quốc lần thứ 11*, tr. 98.
- 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.
- Kim MC, Kini AS, Fuster V (2008), "Definitions of Acute Coronary Syndromes", *Hurst's the Heart*, 12<sup>th</sup>, pp. 1311-1320.
- Lê Thanh Liêm, Lê Hồng Hà, Lê Thị Thanh Thái, và cs. (1990), *Một số nhận xét về nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong hai năm 1988- 1989*, Toàn văn hội nghị khoa học lần I của chương trình tim mạch Việt Nam, tr. 43 - 53.
- Lemos JA, O'Rourke RA (2008), " Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction", *Hurst's the Heart*, 12<sup>th</sup>, pp. 1351-1372.
- Ngô Xuân Sinh (1998), " Các yếu tố nguy cơ cao gây tử vong trong nhồi máu cơ tim cấp tại bệnh viện Hữu Nghị", *Tạp chí Y học*, (9), tr. 9-15.
- Nguyễn Hữu Tùng (2004), *Nhận xét một số đặc điểm về bệnh nhồi máu cơ tim cấp ở người có tuổi*, Luận văn thạc sỹ Y Học- Đại Học Y Dược Tp. HCM, tr. 26-45.
- Nguyễn Huy Dung (2004), "Quy trình chẩn đoán hội chứng vành cấp", *Tim mạch học - Bài giảng hệ nội khoa*, Nhà xuất bản Y Học Hà Nội, tr. 45-49.
- Nguyễn Thị Dung và cs (2002), "Nhồi máu cơ tim cấp tại bệnh viện Việt- Tiệp Hải Phòng từ 01/01/1997 đến 30/12/2000", *Kỷ yếu toàn văn các báo cáo khoa học tham dự Đại hội tim mạch Quốc gia lần thứ IX*, tr. 248 - 252.
- Nguyễn Thị Hoàng Thanh, Nguyễn Thị Trúc (2003), *Đặc điểm nhồi máu cơ tim tại bệnh viện Đa khoa Đống 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.
- Nguyễn Thị Kim Chung, Mai Quốc Thông (2004), *Tình hình nhồi máu cơ tim tại bệnh viện Đà Nẵng*, *Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học - Đại hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam lần thứ X*, tr. 188 - 193.
- Nguyễn Văn Phòng (1997), "Tổng kết các rối loạn nhịp trong nhồi máu cơ tim cấp tại Khoa Tim mạch Bệnh viện Trung Vương từ 1/1993 đến 1/1997", *Tài liệu khoa học kỹ thuật Bệnh viện Trung Vương*, tr. 16 - 20.
- Nguyễn Văn Tân, Lê Đức Sỹ, Hồ Thượng Dũng (2008), " Kết quả chụp động mạch vành qua da ở bệnh nhân lớn tuổi tại bệnh viện Thống Nhất TP. HCM từ tháng 3/2006 đến 7/2007", *Thời sự tim mạch học* (119), tr. 26-33.
- Phạm Nguyễn Vinh, Đỗ Thị Kim Chi, Phạm Thu Linh (2006), "Hội chứng động mạch vành cấp không ST chênh lên: cơn đau

- thất ngực không ổn định và nhồi máu cơ tim không ST chênh lên", *Bệnh học tim mạch*, Nxb Y Học., Tp.HCM, tập II, tr. 99-110.
23. Phan Xuân Tước (1997), *Khảo sát những biến chứng của nhồi máu cơ tim giai đoạn cấp tính*, Luận văn thạc sĩ Y Học – Đại Học Y Dược Tp.HCM, tr. 26 – 49.
  24. Thạch Nguyễn (2007), "Nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên", *Một số vấn đề cấp nhật trong chuẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch*, tr. 31 – 77.
  25. Trần Minh Trí (2001), *Khảo sát các yếu tố tiên lượng nặng nhồi máu cơ tim cấp tại bệnh viện Nguyễn Trãi*, Luận văn thạc sĩ Y Học, Đại Học Y Dược Tp. HCM, tr. 29-60.
  26. Võ Quảng, Nguyễn Mạnh Phan (1998), *Sơ bộ nhận xét về bệnh nhồi máu cơ tim cấp và bán cấp trong 10 năm từ 1986 – 1996 tại Bệnh viện Thống Nhất TP.HCM*, Kỷ yếu 1998, tr. 272 – 274.
  27. Vũ Đình Hải, Hà Bá Miến (1996), *Đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim*, Nxb Y Học Hà Nội, tr. 7-16.
  28. Yang EH, Gersh BJ, O'Rourke RA (2008), " ST-Segment Elevation Myocardial Infarction", *Hurst's the Heart*, 12<sup>th</sup>, pp. 1375-1401.
-