

Bs CKII Trần Lâm - Khoa Nội TM

Đối tượng ngoài, người từ 65 tuổi trở lên thường được gọi là người cao tuổi. Tuổi cao có lẽ là yếu tố dự đoán bệnh nhồi máu cơ tim mạch (BTM) hiện đại. Sau tuổi 70, tỷ lệ mắc bệnh và tỷ vong tim mạch liên quan tuyến tính với tuổi tăng. Chẳng hạn, nhóm tuổi ≥ 80 có nguy cơ phát triển BTM cao gấp 10 lần so với nhóm tuổi < 50 . Trong hội chứng vành cấp, tỷ vong 30 ngày của nhóm bệnh nhân (BN) quá già cao gấp 10 lần so với nhóm BN < 65 tuổi. Còn trong đau thắt ngực mạn tính, theo N/C TIME (Trial of Invasive versus Medical therapy in Elderly patients with chronic angina), BN được điều trị nội khoa được nhận tăng gấp đôi nguy cơ biến chứng tim mạch so với BN được can thiệp tái thông mạch [1,11].

Can thiệp mạch vành qua da (PCI) là một chiến lược điều trị chọn lựa cho hội chứng vành cấp (HCVC) và bệnh động mạch vành (ĐMV) mạn có triệu chứng. Tuy nhiên, các nghiên cứu (N/C) cũng được cho thấy người cao tuổi thường ít có khả năng được tái tưới máu mạch vành, chủ yếu là do một số N/C trước đây cho "thời kỳ tiến triển" cho thấy tỷ lệ thành công thấp hơn và tăng tỷ lệ biến chứng ở quần thể BN này. Có lẽ đây là một nghịch lý của điều trị: "Lợi ích VÀ nguy cơ". Ngoài ra, BN cao tuổi bị HCVC thường có triệu chứng không điển hình, diễn tiến không được hiểu chính xác, nhiều bệnh đi kèm, thường có nhiều triệu chứng tìm cách chữa trị, và tỷ lệ tử vong cao; vì thế, hội chứng bệnh tái tưới máu mạch dù có nhiều khả năng được hiểu rõ. Tuổi tác là một trong nhiều lý do giải thích tại sao PCI hay bất kỳ chiến lược nào cho BN cao tuổi. Tuy nhiên, ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy PCI là một chiến lược điều trị đáng cân nhắc đối với BN cao tuổi [2,4,7,9,10,11].

I. Nguy cơ của can thiệp mạch vành qua da ở bệnh nhân cao tuổi

Tuổi cao liên quan với tiên lượng ngắn hạn và dài hạn xấu hơn, tỷ lệ biến chứng và tỷ vong nội viện sau PCI cao hơn so với BN trẻ, vì nhiều lý do khác nhau [2, 11]:

+ BN lớn tuổi thường yếu đuối và có tiền sử bệnh ĐMV lan tỏa. Nhiều N/C cho thấy tuổi cao là một yếu tố dự báo độc lập kết cục xấu sau PCI. Một N/C quan sát lớn ở New York đánh giá kết cục sau PCI ở 82.140 trường hợp. Hội nghiên cứu tỷ vong nội viện và biến chứng tim mạch (MACE) sau PCI cho thấy trình độ các nhóm tuổi < 60 , $60-80$ và > 80 . Kết quả, tỷ lệ tử vong nội viện và MACE cao nhất ở nhóm tuổi > 80 , lần lượt là 11.5% và 13.1% [1]. Một N/C sơ bộ khác ở Châu Âu bao gồm 47.407 BN bị bệnh ĐMV, trong đó có hơn 8000 BN > 75 tuổi được PCI cấp

c u ho c ch ng tr nh. N/C này k t lu n, BN ≥ 75 tu i có nguy c t vong n i vi n cao h n, và tu i là m t y u t nguy c đ c l p ngay c sau khi đi u ch nh nh ng đ c đi m c b n và m c đ tr m tr ng c a b nh ĐMV.

+ S hi n di n c a các b nh đi kèm quan tr ng nh suy th n, đái tháo đ ng, r i lo n lipid máu, tăng huy t áp, r i lo n ch c năng đa ph t ng, và b nh m ch máu lan t a (m ch vành, m ch não, m ch ngo i biên) làm tăng nguy c liên quan v i PCI.

+ Nhi u đ c đi m sinh lý có th nh h ng đ n k t c c sau PCI, bao g m các hi u ng kéo dài c a các y u t nguy c trên h th ng m ch máu đ n đ n ki u x v a đ ng m ch lan t a trong ĐMV và gi ng m ch máu khác, tăng đ c ng m ch máu theo tu i, đ n đ n tăng huy t áp tâm thu, phì đ i và gi m ch c năng th t trái, ch c năng tâm tr ng c tim b suy gi m theo tu i, và r i lo n ch c năng n i m c cũng ph bi n h n.

+ M t bi n ch ng n ng sau PCI là ch y máu (bao g m ch y máu n i s), và tu i tác là m t y u t đ báo đ c l p ch y máu quan tr ng sau PCI.

+ Tính kh thi c a k thu t PCI th c hi n BN l n tu i cũng là m t v n đ l n, đ c bi t do ĐMV vôi hóa n ng và gi i ph u m ch máu xo n v n làm cho vi c ti p c n m ch vành g p nhi u khó khăn.

B ng 1. T l m t s bi n ch ng quan tr ng BN cao tu i b b nh ĐMV đ c PCI [2]

TABLE II. Complication Rate after PCI in Elderly Patients

Trial Name	Study Eligibility	No. Pts.	No. Elderly Pts.	No. Pts. in PCI Arm or Early-Invasive Therapy	Procedural Complications
PAMI-I ¹⁰ (Subgroup Analysis)	STEMI	395	150	195	Recurrent ischemia, 19.2%; Stroke, 1.8%; Intracranial hemorrhage, 1%; Vascular repair, 2%
GUSTO-II B ¹²	STEMI	1,138	638	565	Recurrent ischemia, 5.5%; Stroke, 1.1%
DANAMI-2 ¹³	STEMI	1,572	NA	790	Recurrent ischemia, 1.6%; Stroke, 1.1%
PCAT ¹⁷ (Meta-analysis)	STEMI	2,725	1,457	1,348	Recurrent ischemia, 2.5%; Stroke, 0.2%; Intracranial hemorrhage, 0.07%
FRISC II ²⁰	NSTEMI/UA	2,457	1,281	1,170	Stroke, 0.2%; Major bleeding episodes, 1.6%; Thrombocytopenia, 0.1%
TACTICS-TIMI 18 ²⁷	NSTEMI/UA	2,220	962	1,114	Major bleeding, 9%; Stroke, 0.3%
ICTUS ²³	NSTEMI	1,200	529	604	Major bleeding including intracranial hemorrhage, 3.1%

DANAMI = Danish Multicenter Randomized Study on Fibrinolytic Therapy versus Acute Coronary Angioplasty in Acute Myocardial Infarction; FRISC = Fragmin and Fast Revascularization during Instability in Coronary Artery Disease; GUSTO = Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries in Acute Coronary Syndrome; ICTUS = Invasive versus Conservative Treatment in Unstable Coronary Syndromes; NA = not available; NSTEMI = non-ST-elevation myocardial infarction; PAMI = Primary Angioplasty in Myocardial Infarction; PCAT = Percutaneous Coronary Angioplasty Trial; PCI = percutaneous coronary intervention; Pts = patients; STEMI = ST-elevation myocardial infarction; TACTICS-TIMI = Treat Angina with Aggrastat and Determine Cost of Therapy with an Invasive or Conservative Strategy-Thrombolysis in Myocardial Infarction; UA = unstable angina

Trial Name	Trial Details	No. Patients	No. Elderly Patients	Outcome of Interest
PAMI-I ¹⁰	Fibrinolysis (tPA) versus PTCA	395	107 (≥65 yr)	Significant reduction in in-hospital death and death or MI in PTCA group
GUSTO-IIb ¹²	Fibrinolysis versus PTCA	1,138	232 (≥70 yr)	33% RRR in 30-d death, nonfatal MI, or nonfatal stroke in PTCA group
DANAMI-2 ¹³	Fibrinolysis versus transfer to hospital with PCI facility	1,572	Exact number unavailable, but subgroup analysis performed on patients aged >63 yr	Significant reduction in death, MI, or disabling stroke at 30-d follow-up in PCI group
PCAT ¹⁷ (Meta-analysis)	Fibrinolysis versus PTCA	2,725	1,457 (≥70 yr)	40% RRR in death or reinfarction at 6 mo in PTCA group

DANAMI = Danish Multicenter Randomized Study on Fibrinolytic Therapy versus Acute Coronary Angioplasty in Acute Myocardial Infarction; GUSTO = Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries in Acute Coronary Syndrome; MI = myocardial infarction; PAMI = Primary Angioplasty in Myocardial Infarction; PCAT = Percutaneous Coronary Angioplasty Trial; PCI = percutaneous coronary intervention; PTCA = percutaneous transluminal coronary angioplasty; RRR = relative risk reduction; STEMI = ST-elevation myocardial infarction; tPA = tissue plasminogen activator

*The inclusion criterion in each trial was ST-elevation myocardial infarction.

Abstract
Background: Myocardial infarction (MI) is a leading cause of death and disability in the United States. The American Heart Association (AHA) and the American College of Cardiology (ACC) recommend that patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) receive primary percutaneous coronary intervention (PPCI) as soon as possible. However, the optimal timing of PPCI is unclear. The aim of this study was to evaluate the effect of PPCI on the long-term outcome of patients with STEMI.