

hiệu chỉnh các yếu tố nguy cơ tim mạch truyền thống. Kết quả này gợi ý rằng định lượng hs-CRP có thể là một công cụ hỗ trợ hữu ích trong phân tầng nguy cơ giải phẫu, giúp định hướng chiến lược chẩn đoán và điều trị sớm, đặc biệt tại các cơ sở hạn chế về phương tiện can thiệp xâm lấn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang Y, Li Q, Bi L, Wang B, Lv T, Zhang P. Global trends in the burden of ischemic heart disease based on the global burden of disease study 2021: the role of metabolic risk factors. BMC Public Health. Jan 24 2025;25(1):310. doi:10.1186/s12889-025-21588-9
2. Zhang L, Tong Z, Han R, et al. Global, Regional, and National Burdens of Ischemic Heart Disease Attributable to Smoking From 1990 to 2019. J Am Heart Assoc. Feb 7 2023;12(3):e028193. doi:10.1161/jaha.122.028193
3. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. Oct 12 2023;44(38):3720–3826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191
4. Sukhija R, Fahdi I, Garza L, et al. Inflammatory markers, angiographic severity of coronary artery disease, and patient outcome. Am J Cardiol. Apr 1 2007;99(7):879–84. doi:10.1016/j.amjcard.2006.11.032
5. Arroyo-Espliguero R, Avanzas P, Cosin-Sales J, Aldama G, Pizzi C, Kaski JC. C-reactive protein elevation and disease activity in patients with coronary artery disease. Eur Heart J. Mar 2004;25(5):401–8. doi:10.1016/j.ehj.2003.12.017
6. Waldeyer C, Brunner FJ, Braetz J, et al. Adherence to Mediterranean diet, high-sensitive C-reactive protein, and severity of coronary artery disease: Contemporary data from the INTERCATH cohort. Atherosclerosis. Aug 2018;275:256–261. doi:10.1016/j.atherosclerosis.2018.06.877
7. Lương Thị Kim Liên, Trần Thành Vinh, Lê Ngọc Hùng, Phan Thị Danh. Nồng độ C-reactive protein siêu nhạy ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2010 14(2):676.
8. Trần Quốc Bảo. Nghiên cứu nồng độ hs-Troponin T và hs-CRP trong đánh giá tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế. 2023;89
9. Burke AP, Tracy RP, Kolodgie F, et al. Elevated C-reactive protein values and atherosclerosis in sudden coronary death: association with different pathologies. Circulation. Apr 30 2002;105(17):2019–23. doi:10.1161/01.cir.0000015507.29953.38
10. Tanaka A, Shimada K, Sano T, et al. Multiple plaque rupture and C-reactive protein in acute myocardial infarction. J Am Coll Cardiol. May 17 2005;45(10):1594–9. doi:10.1016/j.jacc.2005.01.053

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TỈ SỐ TIỂU CẦU – LYMPHO BÀO VỚI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Nguyễn Thị Ngọc Quỳnh¹, Trần Kim Trang¹, Trần Thanh Tuấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tim mạch tại Việt Nam. Dù các thang điểm tiên lượng và chất chỉ điểm sinh học đã hỗ trợ đáng kể trong điều trị, biến cố nội viện vẫn còn phổ biến, đặc biệt tại tuyến cơ sở. Cần những công cụ tiên lượng đơn giản, dễ áp dụng hơn. **Mục tiêu:** Khảo sát mối liên quan giữa tỉ số tiểu cầu – lympho bào (PLR) với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở bệnh nhân NMCT cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu phân tích trên 112 bệnh nhân NMCT cấp điều trị tại Khoa Tim mạch Can thiệp, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM (01/2023–01/2025). Phân nhóm theo PLR >153 và ≤153. **Kết quả:** Nhóm PLR cao có tần số tim cao hơn (91,5 so với 83,7 lần/phút), huyết áp thấp hơn, tỉ lệ STEMI cao hơn (76,1% so với 35,6%), Killip ≥ II cao

hơn (47,8% so với 13,3%) và điểm GRACE nguy cơ cao nhiều hơn (44,8% so với 20%). Về cận lâm sàng, nhóm PLR cao có Troponin T hs, NT-proBNP, glucose, creatinine cao hơn và eGFR thấp hơn. Nhóm PLR cao có tỉ lệ chỉ định một số thuốc cao hơn như Spironolacton (73,1% so với 26,7%), Dobutamin (32,8% so với 8,9%) và Noradrenalin (26,9% so với 8,9%). **Kết luận:** PLR cao liên quan với đặc điểm lâm sàng nặng hơn và cần điều trị tích cực hơn ở bệnh nhân NMCT cấp. PLR có thể là chỉ số tiên lượng đơn giản hữu ích trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** PLR, tiểu cầu – lympho bào, nhồi máu cơ tim cấp.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN PLATELET-TO-LYMPHOCYTE RATIO AND CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Background: Acute myocardial infarction (AMI) is a leading cause of cardiovascular mortality in Viet Nam. Although prognostic scoring systems and cardiac biomarkers have contributed substantially to improving outcomes, in-hospital adverse events

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Tuấn

Email: thanhantuanphd@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 24.11.2025

remain common, especially in primary and lower-level healthcare settings. Therefore, simpler and more practical prognostic tools are needed. **Objective:** To investigate the association between the platelet-to-lymphocyte ratio (PLR) and clinical, paraclinical characteristics, as well as treatment strategies, in patients with AMI. **Methods:** This was a retrospective analytical study on 112 patients with AMI admitted to the Interventional Cardiology Department, University Medical Center Ho Chi Minh City, from January 2023 to January 2025. Patients were stratified into two groups according to PLR values (>153 vs. ≤153). **Results:** Compared with the low-PLR group, patients with high PLR had higher heart rates (91.5 vs. 83.7 bpm), lower blood pressures, a higher proportion of STEMI (76.1% vs. 35.6%), more Killip class ≥ II (47.8% vs. 13.3%), and more GRACE high-risk scores (44.8% vs. 20%). High-PLR patients also showed higher levels of high-sensitivity troponin T, NT-proBNP, glucose, and creatinine, and lower eGFR. They more frequently received spironolactone (73.1% vs. 26.7%), dobutamine (32.8% vs. 8.9%), and noradrenaline (26.9% vs. 8.9%). **Conclusion:** High PLR is associated with more severe clinical presentation and increased need for intensive supportive therapy among patients with AMI. PLR may serve as a simple and practical prognostic marker in routine clinical practice. **Keywords:** PLR, platelet-to-lymphocyte ratio, acute myocardial infarction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là một trong những bệnh lý tim mạch nghiêm trọng nhất, với tỷ lệ mắc và tử vong cao, tạo gánh nặng lớn cho hệ thống y tế toàn cầu^{1,2}. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh tim thiếu máu cục bộ — trong đó có NMCT cấp — là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới³. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc NMCT cấp có xu hướng gia tăng, đặc biệt ở người trẻ tuổi và ở các khu vực đô thị hóa nhanh. Tiên lượng người bệnh NMCT cấp thường xấu và thường dè dặt hơn ở các cơ sở y tế tuyến dưới do hạn chế về nguồn lực, trang thiết bị và khả năng tiếp cận các can thiệp tái tưới máu. Ngoài ra, NMCT cấp còn làm giảm chất lượng cuộc sống và làm tăng chi phí y tế⁴. Điều này khiến NMCT cấp không chỉ là vấn đề lâm sàng cấp cứu, mà còn là một thách thức lớn đối với toàn bộ hệ thống chăm sóc sức khỏe và kinh tế – xã hội.

Trong thực hành lâm sàng, việc tiên lượng sớm nguy cơ biến cố ở bệnh nhân NMCT cấp đóng vai trò cực kỳ quan trọng⁴. Phân tầng nguy cơ chính xác ngay từ đầu giúp bác sĩ quyết định chiến lược điều trị thích hợp, ưu tiên sử dụng nguồn lực, chỉ định can thiệp tái tưới máu khẩn cấp, bố trí theo dõi tích cực, đồng thời tư vấn tiên lượng cho người bệnh và thân nhân⁴. Các công cụ tiên lượng kinh điển đã chứng minh giá trị trong NMCT cấp nhưng đòi hỏi nhiều thông số lâm sàng – cận lâm sàng, xét nghiệm chuyên

sâu, hoặc tính toán phức tạp, làm hạn chế khả năng ứng dụng rộng rãi, đặc biệt tại tuyến y tế cơ sở hoặc trong những tình huống cần quyết định nhanh⁴. Vì vậy, nhu cầu về một chỉ số đơn giản, thuận tiện, chi phí thấp, sẵn có từ xét nghiệm thường quy nhưng vẫn có giá trị tiên lượng đáng tin cậy đang trở nên cấp thiết hơn bao giờ hết.

Trong bối cảnh đó, tỉ số tiểu cầu – lympho bào (platelet-to-lymphocyte ratio, PLR) nổi lên như một chỉ số tiềm năng⁵⁻⁷. PLR là thông số tính toán từ công thức máu thường quy, phản ánh đồng thời tình trạng hoạt hóa tiểu cầu (liên quan quá trình hình thành huyết khối) và suy giảm miễn dịch qua trung gian lympho bào (liên quan phản ứng viêm hệ thống và stress sinh lý). Nhiều nghiên cứu quốc tế gần đây đã chứng minh PLR cao có liên quan với tỷ lệ tử vong, biến cố tim mạch nội viện và dài hạn cao hơn ở bệnh nhân hội chứng vành cấp, trong đó có NMCT cấp⁷⁻¹⁰. Tuy nhiên, tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu về PLR ở bệnh nhân NMCT cấp còn rất hạn chế, gần như chưa có dữ liệu về mối liên quan giữa PLR với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị — trong khi đây là những yếu tố phản ánh trực tiếp mức độ nặng của bệnh.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm trả lời câu hỏi nghiên cứu: "*Tỉ số tiểu cầu – lympho bào có liên quan như thế nào với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp?*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được thiết kế theo kiểu mô tả cắt ngang hồi cứu có phân tích tử hồ sơ bệnh án điện tử của bệnh nhân (BN) NMCT cấp điều trị tại Khoa Tim mạch Can thiệp, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh — từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2025.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào: BN ≥ 18 tuổi; Được chẩn đoán NMCT cấp (bao gồm STEMI và NSTEMI) theo Định nghĩa toàn cầu lần thứ 4 về nhồi máu cơ tim (2018); Có đầy đủ dữ liệu lâm sàng, xét nghiệm và kết cục trong quá trình nằm viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có một trong các đặc điểm sau sẽ bị loại khỏi nghiên cứu: Bệnh máu ác tính (lymphoma, bạch cầu cấp, suy tủy, v.v.); Đang hóa trị hoặc xạ trị; Suy gan hoặc bệnh thận mạn giai đoạn cuối; Tai biến mạch máu não hoặc xuất huyết tiêu hóa trong vòng 3 tháng gần đây; Chống chỉ định sử dụng các thuốc kháng kết tập tiểu cầu (aspirin, clopidogrel, ticagrelor, prasugrel).

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu. Cỡ mẫu được tính

theo công thức so sánh 2 tỉ lệ ở nhóm có PLR cao và thấp, AUC ước lượng từ nghiên cứu Hongling Wang (2023): 0,71. Tính ra số mẫu tối thiểu là 112 bệnh nhân, được chia thành 2 nhóm.

2.4. Biến số nghiên cứu

Biến số lâm sàng: Đặc điểm nhân khẩu: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI); Dấu hiệu sinh tồn lúc nhập viện: tần số tim, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương; Bệnh đồng mắc: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tai biến mạch máu não, bệnh mạch vành mạn; Đặc điểm NMCT: loại NMCT (STEMI/NSTEMI), thời gian từ khởi phát đến nhập viện, phân độ Killip.

Biến số cận lâm sàng: Xét nghiệm sinh hóa: glucose, creatinine, eGFR, troponin T hs, NT-proBNP, bilan lipid máu (cholesterol, triglyceride, HDL-C, LDL-C), điện giải đồ (Na, K); Phân suất tổng máu qua siêu âm tim; Tỉ số tiểu cầu/lympho bào (PLR) = số lượng tiểu cầu / số lượng lympho bào.

Biến số điều trị: Thuốc điều trị: aspirin, clopidogrel/ticagrelor, kháng đông heparin, statin cường độ cao, chẹn beta, ức chế men chuyển/ức chế thụ thể, SGLT2i, spironolacton, thuốc vận mạch (dobutamin, noradrenalin, adrenalin).

2.5. Thu thập và xử lý số liệu. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử, nhập vào biểu mẫu Excel chuẩn hóa. Phân nhóm theo giá trị PLR với điểm cắt tối ưu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 27.0, với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ và khoảng tin cậy 95%.

2.6. Phân tích thống kê

Biến định lượng: trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn (ĐLC) nếu phân bố chuẩn, hoặc trung vị (IQR) nếu không chuẩn; so sánh giữa hai nhóm bằng kiểm định t-student hoặc Mann-Whitney. Biến định tính: trình bày dưới dạng tần suất (n, %), so sánh bằng kiểm định Chi bình phương hoặc Fisher exact test khi tần suất thấp. Phân tích ROC được thực hiện để xác định điểm cắt tối ưu của PLR.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh theo Quyết định số 2192/ĐHYD-HĐĐĐ. Toàn bộ dữ liệu được mã hóa, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và không tiết lộ danh tính người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có tổng cộng 112 bệnh nhân NMCT cấp được đưa vào phân tích, trong đó 67 BN có PLR cao và 45 BN có PLR thấp. Có 67 bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên, 29 bệnh nhân có phân độ Killip III,IV.

Mối liên quan giữa PLR và đặc điểm lâm sàng. Nhóm PLR cao có tần số tim cao hơn, huyết áp thấp hơn, tỷ lệ STEMI cao hơn rõ rệt (76,1% so với 35,6%), và phân độ Killip nặng hơn (Killip \geq II: 47,8% so với 13,3%, $p < 0,001$). Tỷ lệ BN thuộc nhóm nguy cơ cao theo thang điểm GRACE cũng cao hơn đáng kể ở nhóm PLR cao (44,8% so với 20%, $p = 0,005$). Bảng 1. So sánh các đặc điểm lâm sàng ở nhóm có PLR cao và PLR thấp.

Bảng 1. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm PLR

Đặc điểm	PLR \leq 153 (n=45)	PLR $>$ 153 (n=67)	p
Tuổi (TB \pm ĐLC)	65,7 \pm 12,3	69,6 \pm 13,6	0,574
Tần số tim (lần/phút)	83,7 \pm 17,6	91,5 \pm 22,0	0,056
HA tâm thu (mmHg)	135,0 \pm 29,6	122,6 \pm 23,5	0,147
Tăng huyết áp (n,%)	38(84,4%)	55(92,1%)	0,745
Đái tháo đường (n,%)	11(24,4%)	30(44,8%)	0,029
Bệnh thận mạn	7(15,6%)	19(28,4%)	0,116
STEMI (%)	35,6	76,1	$<0,001$
Killip I (%)	86,7	52,2	$<0,001$
GRACE nguy cơ cao (%)	20,0	44,8	0,005

Mối liên quan giữa PLR và đặc điểm cận lâm sàng. Nhóm PLR cao có troponin T hs, NT-proBNP, glucose, creatinine cao hơn đáng kể, đồng thời eGFR thấp hơn so với nhóm PLR thấp. Bảng 2 so sánh các đặc điểm cận lâm sàng giữa nhóm PLR cao và PLR thấp.

Bảng 2. So sánh đặc điểm cận lâm sàng giữa hai nhóm PLR

Đặc điểm	PLR \leq 152,91 (n=45)	PLR $>$ 152,91 (n=67)	p
Troponin T hs (ng/mL, IQR)	239 [107-2223]	1012 [235-3090]	0,04
NT-proBNP (pg/mL, TB \pm ĐLC)	1791 \pm 2725	5431 \pm 7095	$<0,001$
Glucose (mg/dL, IQR)	112 [93-151]	171 [124-258]	0,01
Creatinine (mg/dL)	0,99 \pm 0,23	1,14 \pm 0,34	0,006
eGFR (mL/phút/1,73m ²)	75,1 \pm 16,9	66,4 \pm 23,9	0,02
Natri máu (mmol/L)	139 \pm 4,2	137,7 \pm 3,9	0,731
Kali máu (mmol/L)	3,68 \pm 0,39	3,92 \pm 0,45	0,586
Phân suất tổng máu thất trái (%)	54 \pm 13	44 \pm 16	0,128

Mối liên quan giữa PLR và điều trị. Nhóm PLR cao được sử dụng nhiều hơn các thuốc hỗ trợ tuần hoàn và kháng aldosterone, bao gồm: Spironolacton, Dobutamin, Noradrenalin.

Bảng 4. So sánh điều trị giữa hai nhóm PLR

Thuốc/biện pháp	PLR ≤152,91 (n=45)	PLR >152,91 (n=67)	p
Aspirin (n,%)	45 (100%)	66 (98,5%)	0,41
Ticagrelor/Clopidogrel (n,%)	45 (100%)	66 (98,5%)	0,41
Kháng đông heparin (n,%)	43 (95,6%)	65 (97%)	1
Statin cường độ cao	45 (100%)	67 (100%)	-
Chen Beta (n,%)	24 (53,3%)	33 (49,3%)	0,672
ACEi/ARB (n,%)	43 (95,6%)	59 (88,1%)	0,173
SGLT2i (n,%)	22 (48,9%)	45 (67,2%)	0,053
Spironolacton (n,%)	12 (26,7%)	49 (73,1%)	< 0,001
Dobutamin (n, %)	4 (8,9%)	22 (32,8%)	0,003
Adrenalin (n, %)	1 (2,2%)	5 (7,5%)	0,399
Noradrenalin (n,%)	4 (8,9%)	18 (26,9%)	0,019

IV. BÀN LUẬN

PLR cao liên quan với tình trạng lâm sàng nặng hơn ở bệnh nhân NMCT cấp. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân NMCT cấp có PLR cao có đặc điểm lâm sàng nặng hơn đáng kể: tần số tim nhanh hơn, huyết áp thấp hơn, tỷ lệ STEMI cao hơn. Phân độ Killip ≥ II nhiều hơn và phân tầng GRACE nguy cơ cao cũng cao hơn. Điều này gợi ý rằng PLR có thể phản ánh mức độ nặng của tình trạng huyết động và mức độ tổn thương cơ tim ngay từ thời điểm nhập viện. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu quốc tế cho thấy nhóm có PLR cao hơn có tỷ lệ biến cố tim mạch nội viện, đặc biệt là choáng tim và tử vong, cao hơn đáng kể, đồng thời có tỷ lệ STEMI và Killip ≥ II cao hơn⁸⁻¹⁰.

PLR cao phản ánh tình trạng viêm – huyết khối, liên quan tổn thương cơ tim rộng và rối loạn chức năng cơ quan. Ở nhóm PLR cao, chúng tôi ghi nhận troponin T hs, NT-proBNP, glucose, creatinine tăng cao và eGFR giảm, cho thấy tổn thương cơ tim lan rộng hơn, kèm rối loạn chuyển hóa – chức năng thận nặng hơn. Về mặt sinh lý bệnh, PLR là chỉ số gián tiếp phản ánh cả tình trạng hoạt hóa tiểu cầu (liên quan quá trình hình thành huyết khối trong màng xơ vữa vỡ) và giảm số lượng lympho bào (liên quan tình trạng stress và viêm hệ thống mạn tính). Điều này lý giải vì sao PLR cao thường đi kèm phản ứng viêm mạnh, tổn thương cơ tim nhiều

và diễn tiến lâm sàng nặng⁵⁻⁷. Kết quả của chúng tôi phù hợp khi ghi nhận nhóm PLR cao có NT-proBNP cao gấp ba lần, đồng thời tỷ lệ suy bơm và choáng tim cũng cao hơn rõ rệt.

PLR cao liên quan nhu cầu điều trị hỗ trợ tích cực hơn. Chúng tôi ghi nhận nhóm PLR cao cần sử dụng nhiều hơn các thuốc hỗ trợ tuần hoàn như dobutamin, noradrenalin và thuốc kháng aldosterone. Điều này gợi ý rằng PLR không chỉ liên quan đến mức độ nặng của tổn thương cơ tim, mà còn ảnh hưởng đến chiến lược điều trị và gánh nặng nguồn lực y tế.

Đến thời điểm hiện tại, hầu như chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam công bố dữ liệu về mối liên quan giữa PLR với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở NMCT cấp. Nghiên cứu của chúng tôi là dữ liệu đầu tiên tại Việt Nam chứng minh vai trò tiên lượng của PLR ở bệnh nhân NMCT cấp. Điều này đặc biệt có ý nghĩa trong bối cảnh thực hành lâm sàng tuyến cơ sở, nơi thường không có sẵn các xét nghiệm chuyên sâu, vì PLR có thể tính nhanh, đơn giản từ công thức máu thường quy, góp phần phân tầng nguy cơ sớm và tối ưu hóa phân bổ nguồn lực điều trị.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: Thiết kế hồi cứu đơn trung tâm với cỡ mẫu còn nhỏ, có thể ảnh hưởng đến khả năng khái quát kết quả. Không thu thập được các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, tình trạng kiểm soát các bệnh đồng mắc. Thời điểm khởi phát NMCT có thể không chính xác do một số trường hợp không có triệu chứng điển hình hoặc phụ thuộc vào lời khai của bệnh nhân/thân nhân. Chưa phân tích biến cố dài hạn sau xuất viện, do đó chỉ phản ánh giá trị tiên lượng ngắn hạn (nội viện).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên bệnh nhân NMCT cấp tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh cho thấy đã cho thấy vai trò tiên lượng của PLR. Nhóm có PLR cao có đặc điểm lâm sàng nặng hơn đáng kể: tần số tim nhanh hơn, huyết áp thấp hơn, tỷ lệ STEMI cao hơn, phân độ Killip ≥ II và điểm GRACE nguy cơ cao nhiều hơn. Nhóm PLR cao cũng có mức độ tổn thương cơ tim và rối loạn chức năng cơ quan nhiều hơn với troponin T hs, NT-proBNP, glucose, creatinine tăng và eGFR giảm. Như vậy, PLR là một chỉ số đơn giản, dễ áp dụng, chi phí thấp nhưng có thể hữu ích trong phân tầng nguy cơ sớm đặc biệt tại các cơ sở y tế tuyến cơ sở, nơi thiếu các xét nghiệm và công cụ tiên lượng phức tạp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang Y, Li Q, Bi L, Wang B, Lv T, Zhang P. Global trends in the burden of ischemic heart

- disease based on the global burden of disease study 2021: the role of metabolic risk factors. BMC Public Health. Jan 24 2025;25(1):310. doi:10.1186/s12889-025-21588-9
- Zhang L, Tong Z, Han R, et al.** Global, Regional, and National Burdens of Ischemic Heart Disease Attributable to Smoking From 1990 to 2019. J Am Heart Assoc. Feb 7 2023;12(3):e028193. doi:10.1161/jaha.122.028193
 - Şahin B, İlgün G.** Risk factors of deaths related to cardiovascular diseases in World Health Organization (WHO) member countries. Health Soc Care Community. Jan 2022;30(1):73–80. doi:10.1111/hsc.13156
 - Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al.** 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. Oct 12 2023; 44(38): 3720–3826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191
 - Chen Y, Chen S, Han Y, Xu Q, Zheng M, Zhao X.** A combined index constructed based on NLR and PLR is associated with in-hospital mortality risk in patients with acute myocardial infarction. Am J Transl Res. 2023;15(6):4118–4128.
 - Liu J, Ao W, Zhou J, Luo P, Wang Q, Xiang D.** The correlation between PLR-NLR and prognosis in acute myocardial infarction. Am J Transl Res. 2021;13(5):4892–4899.
 - Wang H, Li L, Ma Y.** Platelet-to-lymphocyte ratio a potential prognosticator in acute myocardial infarction: A prospective longitudinal study. Clin Cardiol. Jun 2023;46(6):632–638. doi:10.1002/clc.24002
 - Temiz A, Gazi E, Güngör Ö, et al.** Platelet/lymphocyte ratio and risk of in-hospital mortality in patients with ST-elevated myocardial infarction. Med Sci Monit. Apr 22 2014;20:660–5. doi:10.12659/msm.890152
 - Willim HA, Harianto JC, Cipta H.** Platelet-to-Lymphocyte Ratio at Admission as a Predictor of In-Hospital and Long-Term Outcomes in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cardiol Res. Apr 2021;12(2):109–116. doi:10.14740/cr1219
 - Zhou D, Fan Y, Wan Z, et al.** Platelet-to-Lymphocyte Ratio Improves the Predictive Power of GRACE Risk Score for Long-Term Cardiovascular Events in Patients with Acute Coronary Syndrome. Cardiology. 2016;134(1):39–46. doi:10.1159/000442939

RỐI LOẠN ĐIỆN GIẢI Ở BỆNH NHÂN MẮC BỆNH THẬN MẠN CHƯA ĐIỀU TRỊ THAY THỂ

Dương Thị Quỳnh¹, Lê Thị Phương¹, Hoàng Anh Trung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng rối loạn điện giải (Natri, Kali, Clo) ở bệnh nhân bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế tại Trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 200 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3 đến 5 chưa điều trị thay thế tại Trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2024 đến tháng 03/2025. **Kết quả:** Trong 200 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 56,54 ± 15,636. Nhóm tuổi trên 60 chiếm chủ yếu với tỷ lệ 50,5% (n= 101), tỷ lệ bệnh nhân nam là 54%, bệnh nhân nữ là 46%. Triệu chứng tăng huyết áp, thiếu máu, mệt mỏi chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 91%, 63% và 27%. Có 10% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu gặp hạ natri máu, trong đó tỷ lệ hạ natri máu ở bệnh thận mạn giai đoạn 3 là 3,5%, ở giai đoạn 4 là 3,0% và ở giai đoạn 5 là 3,5%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hạ natri máu giữa 3 nhóm suy thận với p = 0,965, không gặp tăng natri máu ở đối tượng nghiên cứu. Tăng kali máu gặp ở 21

% bệnh nhân, tỷ lệ tăng kali máu ở nhóm bệnh thận mạn giai đoạn 5 là 11%, giai đoạn 4 là 8% và giai đoạn 3 là 2%. Giảm kali máu gặp ở 9,5 % bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hạ kali máu, tăng kali máu ở 3 nhóm bệnh thận mạn với p = 0,001. Giảm clo máu chiếm tỷ lệ 1% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, tăng clo máu chiếm tỷ lệ 5%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy rối loạn kali máu gặp cả trường hợp tăng và giảm kali máu, trong đó tăng kali máu chiếm tỷ lệ cao hơn là 21%, giảm kali máu chiếm tỷ lệ là 9,5%. Giảm natri máu gặp ở 10% bệnh nhân, và không gặp bệnh nhân nào tăng natri máu. Các rối loạn điện giải đều có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm như, rối loạn nhịp tim, rung thất, rối loạn ý thức, co giật, ngừng tim. Vì vậy cần phát hiện sớm và điều chỉnh các rối loạn điện giải máu ở các bệnh nhân bệnh thận mạn để giảm tỷ lệ tử vong. **Từ khóa:** rối loạn điện giải, bệnh thận mạn.

SUMMARY

ELECTROLYTE DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE WITHOUT RENAL REPLACEMENT THERAPY

Objective: Assessment of Electrolyte disorders (Sodium, Potassium, Chloride) in Patients with Chronic Kidney Disease without renal replacement therapy at the Nephrology and Dialysis Center, Bach Mai Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 200 patients with stage 3 to 5 chronic kidney disease who had not yet undergone renal replacement therapy at the Nephrology and Dialysis

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Phương

Email: le_phuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025