

## ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Phạm Thị Cẩm Hưng<sup>1</sup>, Lê Văn Thêm<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Đa số người bệnh có độ tuổi từ 40-59 (39,8%), Giới tính nam (65,7%), nguyên nhân gây bệnh là bệnh cầu thận; Tất cả bệnh nhân có nồng độ Ure, Creatinin tăng, nồng độ trung bình lần lượt là:  $27.95 \pm 1.12$ ,  $860.5 \pm 29.8$ ; Đa số bệnh nhân có kết quả xét nghiệm tăng với nồng độ acid uric (82,41%) và nồng độ PTH (79,63%); Đa số bệnh nhân có kết quả xét nghiệm bình thường với nồng độ Fe (62,03%), Ferritin (50%),  $Na^+$  (97,22%),  $K^+$  (90,74%), Phospho (51,85); Đa số bệnh nhân có kết quả xét nghiệm giảm với nồng độ Calci (69,45%); Đa số bệnh nhân có protein niệu (82,35%), albumin niệu chiếm (57,65%), hồng cầu niệu (55,29%) và không có bạch cầu niệu (75,29%). **Kết luận:** Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối thường có tình trạng tăng nồng độ ure, creatinin, acid uric và hormone tuyến cận giáp (PTH), giảm nồng độ calci máu, đồng thời có tỷ lệ cao xuất hiện protein niệu, albumin niệu và hồng cầu niệu.

### SUMMARY

#### LABORATORY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH END-STAGE CHRONIC KIDNEY DISEASE AT THE 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

**Objective:** To describe the laboratory characteristics of patients with end-stage chronic kidney disease undergoing treatment at the 108 Military Central Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted. **Results:** The majority of patients were aged 40–59 years (39.8%), predominantly male (65.7%), with glomerular diseases identified as the primary cause. All patients exhibited elevated levels of serum urea (mean  $\pm$  SD:  $27.95 \pm 1.12$  mmol/L) and creatinine ( $860.5 \pm 29.8$   $\mu$ mol/L). Elevated serum uric acid and parathyroid hormone (PTH) levels were observed in 82.41% and 79.63% of patients, respectively. The majority of patients had normal laboratory values for serum iron (62.03%), ferritin (50%), sodium (97.22%), potassium (90.74%), and phosphate (51.85%). Decreased serum calcium was found in 69.45% of patients. Urinalysis revealed proteinuria in 82.35%, albuminuria in 57.65%, hematuria in 55.29%, and absence of leukocyturia in 75.29% of patients. **Conclusion:** Patients with end-

stage chronic kidney disease commonly presented elevated serum urea, creatinine, uric acid, and PTH, decreased calcium levels, and significant rates of proteinuria, albuminuria, and hematuria.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) là những bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận, kéo dài trên 3 tháng và ảnh hưởng lên sức khỏe người bệnh [1]. Bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) là BTM giai đoạn 5. Đây là giai đoạn nặng nhất của BTM với mức lọc cầu thận (MLCT)  $<15\text{mL/ph}/1,73\text{m}^2$ , biểu hiện bằng hội chứng urê máu cao và tình trạng này sẽ gây tử vong nếu không được điều trị thay thế thận [1].

Hiện nay, BTM đang là một vấn đề sức khỏe có tính toàn cầu. Năm 2017, tỷ lệ hiện mắc BTM trên toàn cầu là 9.1%, tức là khoảng 700 triệu trường hợp. Kể từ năm 1990, tỷ lệ mắc BTM đã tăng 29.3% và tỷ lệ tử vong do BTM tăng 41.5% khiến BTM trở thành nguyên nhân tử vong thứ 12 trên toàn cầu trong năm 2017, tăng từ thứ 17 năm 1990 [2]. Trên thế giới hiện đang có 1,5 triệu người bệnh thận mạn giai đoạn cuối được điều trị thay thế thận. Cứ mỗi người bệnh thận mạn giai đoạn cuối đến điều trị thay thế thận, tương ứng với ngoài cộng đồng có khoảng 100 người đang bị bệnh thận mạn ở những giai đoạn khác nhau [3].

Bệnh thận mạn giai đoạn cuối ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống và đe dọa tính mạng của bệnh nhân (BN) bởi các biến chứng nghiêm trọng về hô hấp, tim mạch, tiêu hóa, thần kinh... Ngoài những đau đớn, mệt mỏi do bệnh tật gây ra hàng ngày, người bệnh còn phải đối diện với nguy cơ tử vong bất cứ lúc nào... Trung bình cứ 3 lần/ tuần BN phải chạy thận nhân tạo chu kỳ để duy trì sự sống [3].

Đã có một số đề tài nghiên cứu về bệnh thận mạn, để đóng góp thêm những hiểu biết về bệnh thận mạn chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

#### **Tiêu chuẩn chuẩn đoán**

\* Chuẩn đoán xác định: Dựa vào sự suy giảm

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Cẩm Hưng

Email: phamcamhungal@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

MLCT <15 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup> [1].

\* Chẩn đoán tính chất mạn tính dựa vào một số biểu hiện sau:

- Có tiền sử bệnh thận cũ.
- Thiếu máu.
- Siêu âm: thấy giảm kích thước thận, mất phân biệt tủy vỏ.

**2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu:**

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2023 - 5/2024

- Địa điểm: Khoa Nội thận và Lọc máu - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

**2.3. Phương pháp nghiên cứu**

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Toàn bộ người bệnh thoái hóa cột sống thắt lưng đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu đều được chọn.

**2.3.3. Phân tích và xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 20.0

**2.3.4. Kỹ thuật thu thập thông tin**

- Các đặc điểm chung được phỏng vấn trực tiếp người bệnh
- Các kết quả cận lâm sàng được thu thập trên bệnh án của người bệnh

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	<40	26	24,1
	40-59	43	39,8
	≥60	39	36,1
Giới tính	Nam	71	65,7
	Nữ	37	34,3
Nguyên nhân gây bệnh	Bệnh cầu thận	76	70,4
	Bệnh ống thận mô kẽ	9	8,3
	Bệnh mạch máu thận	16	14,8
	Bệnh thận nang và bệnh thận bẩm sinh	4	3,7
	Nguyên nhân khác	3	2,8
<b>Tổng</b>		<b>108</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số người bệnh có độ tuổi từ 40-59 (39,8%), Giới tính nam (65,7%), nguyên nhân gây bệnh là bệnh cầu thận

**Bảng 3.2. Kết quả xét nghiệm Hóa sinh máu**

Chi số	Nồng độ			Trung bình
	Bình thường	Tăng	Giảm	
Ure (mmol/l)	0	108 (100%)	0	27,95 ±1,12

Creatinin (µmol/l)	0 (100%)	108 (82.41%)	0 (7.41%)	860,5 ±29,8
Acid uric	11 (10.18%)	89 (82.41%)	8 (7.41%)	458 ±015.87
Fe	67 (62.03%)	34 (31.48%)	7 (6.49%)	12 ±0,74
Ferintine	54 (50%)	21 (19.44%)	33 (30.56%)	475 ±53.21
Na <sup>+</sup>	105 (97.22%)	1 (0.01%)	2 (2,77%)	133 ±0,31
K <sup>+</sup>	98 (90.74%)	4 (0.04%)	6 (9.22%)	4,4 ±0,08
Calci	21 (19.44%)	12 (11.11%)	75 (69.45%)	1.98 ±0.028
Phospho	56 (51.85%)	24 (22.22%)	28 (25.93%)	1,65 ±0,05
PTH	18 (16.67%)	86 (79.63%)	4 (3.7%)	370 ±32.57

**Nhận xét:** - Tất cả bệnh nhân có nồng độ Ure, Creatinin tăng, nồng độ trung bình lần lượt là: 27.95±1.12, 860.5±29.8

- Đa số bệnh nhân có kết quả xét nghiệm tăng với nồng độ acid uric (82,41%) và tăng nồng độ PTH (79,63%)

- Đa số bệnh nhân có kết quả xét nghiệm bình thường với nồng độ Fe (62,03%), Ferintine (50%), Na<sup>+</sup> (97,22%), K<sup>+</sup> (90,74%), Phospho (51,85)

- Đa số bệnh nhân có kết quả xét nghiệm giảm với nồng độ Calci (69.45%)

**Bảng 3.3. Kết quả xét nghiệm nước tiểu (n=85)**

Chi số	Có		Không	
	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Protein niệu	70	82.35	15	17.65
Albumin niệu	59	57.65	36	42.35
Hồng cầu niệu	47	55.29	41	48.21
Bạch cầu niệu	21	24.71	64	75.29

**Nhận xét:** Theo bảng 3.3 có 85 trong số 108 bệnh nhân lấy mẫu nước tiểu do có 23 bệnh nhân vô niệu. Đa số bệnh nhân có protein niệu (82.35%), albumin niệu chiếm (57.65%), hồng cầu niệu (55.29%) và không có bạch cầu niệu (75,29%).

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu**

Về giới tính: Phân nhóm đối tượng nghiên cứu theo giới, chúng tôi thấy tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (65.7%/ 34.3%). Nhận định này cũng khá tương tự trong các nghiên cứu của Nguyễn Sanh Tùng tỉ lệ nam/nữ là (67%/33%), hay của Charmaine E. Lock (67,77%/32,23%) [4,5]. Sự khác biệt về tỷ lệ giới này có thể từ đặc điểm

phân bố nguyên nhân suy thận hai giới, nữ chiếm chủ yếu trong nhóm bệnh liên quan đến bệnh hệ thống, hay quá trình diễn biến đến giai đoạn cuối của các nguyên nhân suy thận cũng khác nhau. Riêng tại Việt Nam, đặc biệt các vùng nông thôn, có thể sự tiếp cận điều trị của bệnh nhân cũng có sự khác biệt giữa hai giới do giới hạn về quan niệm cũng như vai trò nam/nữ trong gia đình.

Về độ tuổi: Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 51.5. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu các nước phát triển, như Charmaine E. Lock [4], độ tuổi trung bình là 57,93±17,5.

Về nguyên nhân suy thận: Trong nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân suy thận chủ yếu vẫn là bệnh cầu thận, chiếm đến 70,4%, sau đó là các nguyên nhân khác bệnh mạch máu thận 14,8%, bệnh ống thận mô kẽ 8,3%. Kết quả này hoàn toàn tương tự như những nghiên cứu của các tác giả khác được tiến hành tại Việt Nam như của Nguyễn Sanh Tùng [5]

**4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu.** Về nồng độ Ure, Creatinin trung bình của nhóm nghiên cứu lần lượt là: 27.95± 1.12, 860.5 ± 29.8. Tuy nhiên Ure máu cao không phản ánh chính xác chức năng thận suy (Ure máu tăng còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như cận nặng, ăn uống, ở bệnh nhân suy thận cấp có mất nước, nhiễm khuẩn, xuất huyết ...). Nồng độ Creatin phản ánh chức năng thận chính xác hơn vì creatin – sản phẩm chuyển hóa cuối cùng của protein được lọc qua cầu thận ra khỏi nước tiểu, không bị tái hấp thu, ít bị bài tiết thêm vào ống thận, không phụ thuộc vào chế độ ăn. Nhưng tốt nhất là định lượng creatinin và ure máu song song, vừa phân biệt suy thận chức năng hay thực tổn, vừa tiên lượng được quá trình bệnh lý.

Về tình trạng acid uric: Kết quả nghiên cứu cho thấy trong tổng số 108 bệnh nhân nghiên cứu, có 89 bệnh nhân có tăng acid uric (82.41%), acid uric máu bình thường chỉ có 11 bệnh nhân (10.18%), có 8 bệnh nhân acid uric thấp dưới mức bình thường (7.41%). Như vậy có thể thấy ở giai đoạn bệnh càng nặng thì nồng độ acid uric máu càng tăng. Điều này cũng phù hợp với lý thuyết là tổng lượng acid uric trong cơ thể là kết quả của tổng lượng sản xuất và bài tiết. Bình thường 2/3 đến 3/4 lượng urat bài tiết thải qua thận, hầu hết còn lại thải trừ qua đường ruột [6][7]. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến bài xuất acid uric ra nước tiểu. Đó là chức năng lọc của cầu thận, thể tích dịch ngoại bào, nồng độ cao acid uric trong huyết tương và một số thuốc

ảnh hưởng đến acid uric máu [8].

Theo kết quả nghiên cứu mà chúng tôi cho thấy hầu hết nồng độ Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup> trong giới hạn bình thường chiếm tỉ lệ 97.22% và 90.74%. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Sơn khi nghiên cứu trên 78 bệnh nhân suy thận mạn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang năm 2009 thu được tỷ lệ tăng Kali là 62,8% và hạ Natri là 48,7%. Từ đó cho thấy sự rối loạn điện giải là dấu hiệu thường gặp và xảy ra chủ yếu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối, điều này phù hợp với đặc điểm của bệnh khi những rối loạn tăng Kali và hạ Natri thường chỉ xảy ra ở giai đoạn cuối của suy thận mạn [9].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi nồng độ PTH tăng cao (79.63%). Nồng độ trung bình là 370± 32.57 cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Duy Cường. Như vậy bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối chức năng thận càng giảm thì nồng độ PTH càng cao.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ protein niệu của bệnh nhân chiếm tỷ lệ 82.35%. Tổn thương thận càng nặng sẽ dẫn tới thoát protein niệu càng nhiều. Các xét nghiệm định lượng protein niệu 24h phản ánh chính xác tốc độ mất protein qua cầu thận. Khi tình trạng suy thận kéo dài, chức năng thận suy nhiều, mất khả năng bảo tồn albumin sẽ xuất hiện trong nước tiểu. Trong nghiên cứu, tỉ lệ albumin niệu ở bệnh nhân BTMGĐC là 57.65%.

## V. KẾT LUẬN

- Đa số người bệnh có độ tuổi từ 40-59 (39,8%), Giới tính nam (65,7%), nguyên nhân gây bệnh là bệnh cầu thận
- Tất cả bệnh nhân có nồng độ Ure, Creatinin tăng, nồng độ trung bình lần lượt là: 27.95±1.12, 860.5±29.8
- Đa số bệnh nhân có kết quả xét nghiệm tăng với nồng độ acid uric (82,41%) và nồng độ PTH (79,63%)
- Đa số bệnh nhân có kết quả xét nghiệm bình thường với nồng độ Fe (62,03%), Ferintine (50%), Na<sup>+</sup> (97,22%), K<sup>+</sup> (90,74%), Phospho (51,85)
- Đa số bệnh nhân có kết quả xét nghiệm giảm với nồng độ Calci (69,45%)
- Đa số bệnh nhân có protein niệu (82,35%), albumin niệu chiếm (57,65%), hồng cầu niệu (55,29%) và không có bạch cầu niệu (75,29%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **KDIGO guidelines** 2012, "The clinical practice guidelines for evaluation and management of Chronic kidney disease", *Kidney International* (2012), 3,1-150.
2. **Paul Cockwell & Lori - Ann Fisher** (2020).

- "The global burden of chronic kidney disease", *The Lancet*, 395 (10225), p.662-664
3. **Nguyễn Thị Xuyên** (2015), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận-tiết niệu", Bộ Y tế, tr. 129-138.
  4. **Charmaine E. Lok** (2006), "Risk Equation Determining Unsuccessful Cannulation Events and Failure to Maturation in Arteriovenous Fistulas", (*REDUCE FTM I*). *J Am Soc Nephro*. 17: 3204-3212.
  5. **Nguyễn Sanh Tùng** (2009), "Kích thích miêng nổi và lưu lượng trở về trong nổi thông động tĩnh mạch ở cổ tay để thay thân nhân tạo chu kỳ", *Y học thực hành*, số 12, trang 25-29.
  6. **Ngô Quý Châu và cộng sự** (2018), *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
  7. **Nguyễn Trường Sơn** (2019), "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã", Bộ Y tế, tr. 2
  8. **Hradec J., Vitovec J., Spinar J.** (2013), "Summary of the ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Prepared by the Czech Society of Cardiology", *Coretvasa*, 55 (2013), pp. 25-40.
  9. **Nguyễn Thị Kim Tiên** (2018), "Quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp do bộ trưởng bộ y tế ban hành", Bộ Y tế, tr. 11.

## SO SÁNH TỶ LỆ KẾT CỤC NỘI VIỆN VÀ CÁC YẾU TỐ DỰ ĐOÁN Ở BỆNH NHÂN NAM VÀ NỮ MẮC HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Phan Thái Hảo<sup>1</sup>, Nguyễn Hoàng Hải<sup>2</sup>, Nguyễn Huỳnh Nhân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phụ nữ với các đặc điểm về sinh lý và giải phẫu của mình, đang ngày càng phải đối mặt với nguy cơ mắc bệnh lí tim mạch. So với nam, phụ nữ mắc hội chứng vành cấp thường có nhiều bệnh kèm theo, triệu chứng ít điển hình và thường nhập viện muộn hơn. Hiện nay, vẫn còn rất ít đề tài so sánh các đặc điểm triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ở nam và nữ mắc hội chứng vành cấp tìm những yếu tố liên quan và yếu tố dự báo nào ảnh hưởng đến kết cục nội viện và sự khác biệt giữa hai giới. **Mục tiêu:** So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết cục nội viện và các yếu tố dự đoán kết cục nội viện giữa bệnh nhân nam và nữ mắc hội chứng vành cấp. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ, hồi cứu và tiến cứu thực hiện trên 213 bệnh nhân mắc hội chứng vành cấp nhập viện và điều trị tại Khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện nhân dân Gia Định từ tháng 03/2025 – 09/2025. **Kết quả:** tuổi trung bình là 63,14 ± 12,3, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 65,7%. Rối loạn lipid máu và tăng huyết áp là bệnh nền phổ biến nhất. Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi vào viện ở nam giới là 9 giờ sớm hơn nữ giới (17 giờ). Clopidogrel là lựa chọn chiếm ưu thế ở nữ 82,2%, ở nam sử dụng Ticagrelor (53,6%), Clopidogrel (55,7%). Biến cố tim mạch nội viện xảy ra ở 23% bệnh nhân, tỷ lệ tử vong, suy tim cấp và choáng tim ở nữ đều cao hơn. Phân tích đa biến yếu tố dự đoán kết cục nội viện ở nam giới ghi nhận 3 yếu tố: huyết áp tâm thu, chỉ số phân suất tống máu, sử dụng lợi tiểu quai, nữ giới có các yếu tố là tiền sử đái tháo đường, tần số tim khi nhập viện. **Kết luận:** Nữ giới nhận được chiến lược xâm lấn

ít tích cực hơn, tỉ lệ được chụp và can thiệp tái thông mạch vành thấp hơn. Yếu tố dự báo kết cục nội viện ở nam giới cho thấy sự cần thiết quản lý mức độ nặng của triệu chứng lâm sàng, còn ở nữ giới, các yếu tố bệnh nền như đái tháo đường có vai trò quyết định.

**Từ khóa:** hội chứng vành cấp, kết cục nội viện, nam và nữ.

### SUMMARY

#### SEX-BASED DIFFERENCES IN IN-HOSPITAL OUTCOMES AND PREDICTORS AMONG PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

**Background:** Women's distinct physiological and anatomical features are linked to a rising burden of cardiovascular disease. Compared with men, women with acute coronary syndromes more often have multiple comorbidities, present with atypical symptoms, and tend to arrive later to hospital. Evidence directly comparing clinical and subclinical characteristics by sex, identifying associated factors, and determining sex-specific predictors of in-hospital outcomes remains limited. **Objectives:** To compare clinical and subclinical features, in-hospital outcomes, and predictors of in-hospital outcomes between men and women with acute coronary syndrome (ACS). **Methods:** We conducted a prospective and retrospective cohort study of 213 ACS patients admitted to and treated in the Interventional Cardiology Department of Gia Dinh People's Hospital from March to September 2025 who met inclusion and exclusion criteria. **Results:** Mean age was 63.14 ± 12.3 years; 65.7% were men. Dyslipidemia and hypertension were the most common comorbidities. Time from symptom onset to admission was shorter in men (9 hours) than in women (17 hours). Clopidogrel predominated in women (82.2%), while in men ticagrelor (53.6%) was used at a rate similar to clopidogrel (55.7%). Major adverse cardiovascular events occurred in 23% of patients. Mortality, acute heart failure, and cardiogenic shock were all higher in women. In multivariable analysis, predictors of in-

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thái Hảo

Email: haopt@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025