

7. Botoncea M, Stanculeanu DL, Cursaru A, Anghel RM. LigaSure versus conventional surgery in axillary dissection for breast cancer: a prospective randomized study. *Chirurgia (Bucur)*. 2019;114(2):192–8.
8. Antonio M, Gómez R, Tresserra F, Fusté F, Izquierdo M, Grases PJ. Axillary dissection in breast cancer surgery: harmonic scalpel versus electrocautery. *Eur J Surg Oncol*. 2007;33(3):339–43.
9. Macario A, Dexter F, Vitez TS, Hunter TD, Escobar A. Meta-analysis of studies comparing LigaSure vessel sealing system with standard surgical techniques. *Arch Surg*. 2008;143(3):279–86.
10. Manouras A, Markogiannakis H, Genetzakis M, Lagoudianakis E, Papadima A, Kafiri G, et al. Modified radical mastectomy with axillary dissection using the LigaSure vessel sealing system. *Arch Surg*. 2008;143(6):575–80.

GIÁ TRỊ DỰ ĐOÁN TÁI NHẬP VIỆN VÀ TỬ VONG CỦA TỈ SỐ BẠCH CẦU ĐA NHÂN TRUNG TÍNH/BẠCH CẦU LYMPHO Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Phan Thanh Toàn¹, Phan Thái Hảo¹, Trương Thị Mỹ Kiều²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ tái nhập viện và tử vong trong 90 ngày, cũng như giá trị dự đoán của tỉ số bạch cầu đa nhân trung tính/bạch cầu lympho (NLR) trong tiên lượng các biến cố này ở bệnh nhân hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu và tiền cứu được thực hiện trên 307 bệnh nhân hội chứng vành cấp (HCVC) nhập viện tại Khoa Tim mạch Can thiệp, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 08/2024 đến tháng 03/2025. Các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng và NLR tại thời điểm nhập viện được thu thập. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS, sử dụng phân tích ROC và hồi quy logistic để xác định giá trị tiên lượng của NLR. **Kết quả:** Tỷ lệ biến cố bất lợi trong 90 ngày là 14%, trong đó tử vong chiếm 2,9% và tái nhập viện 11,1%. Giá trị NLR trung bình là $4,8 \pm 2,7$; nhóm có biến cố có NLR cao hơn rõ rệt so với nhóm không biến cố ($p < 0,05$). Phân tích ROC xác định ngưỡng NLR 2,855 có độ nhạy 88,4%, độ đặc hiệu 29,9%, diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,538 (KTC 95%: 0,452–0,624; $p = 0,426$). Hồi quy logistic đa biến cho thấy NLR $\geq 2,855$ làm tăng nguy cơ tử vong hoặc tái nhập viện gấp 3,07 lần (KTC 95%: 1,14–8,25; $p = 0,025$), độc lập với các yếu tố khác như tuổi hay bệnh nền. Ngoài ra, Killip lớn hơn I và phân suất tổng máu thất trái (EF) $\leq 40\%$ cũng được xác định là yếu tố tiên lượng xấu. Kết quả khẳng định NLR cao phản ánh phản ứng viêm mạnh và tiên lượng xấu hơn ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. **Kết luận:** NLR khi nhập viện là yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến tử vong và tái nhập viện trong 90 ngày ở bệnh nhân HCVC, giúp nhận diện nhóm nguy cơ cao có khả năng tái nhập viện và tử vong trong vòng 90 ngày. **Từ khóa:** Hội chứng vành cấp,

NLR, Tử vong 90 ngày, Tái nhập viện, Yếu tố tiên lượng, Phản ứng viêm, bệnh mạch vành.

SUMMARY

THE PREDICTIVE VALUE OF THE NEUTROPHIL-TO-LYMPHOCYTE RATIO FOR READMISSION AND MORTALITY IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: This study aimed to determine the 90-day readmission and mortality rates, as well as to evaluate the predictive value of the neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) for these outcomes in patients with acute coronary syndrome at Cho Ray Hospital. **Subjects and Methods:** A combined retrospective and prospective cohort study was conducted on 307 patients with acute coronary syndrome admitted to the Interventional Cardiology Department of Cho Ray Hospital from August 2024 to March 2025. Clinical and laboratory data, including the neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) at admission, were collected. Data were analyzed using SPSS software, with ROC curve analysis and logistic regression applied to determine the prognostic value of NLR. **Results:** The 90-day adverse event rate was 14%, including 2.9% mortality and 11.1% hospital readmission. The mean neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) was 4.8 ± 2.7 ; patients who experienced adverse events had significantly higher NLR values compared to those without events ($p < 0.05$). Receiver operating characteristic (ROC) analysis identified an optimal NLR cutoff of 2.855, with a sensitivity of 88.4%, specificity of 29.9%, and an area under the curve (AUC) of 0.538 (95% CI: 0.452–0.624; $p = 0.426$). Multivariate logistic regression showed that NLR ≥ 2.855 increased the risk of death or readmission by 3.07 times (95% CI: 1.14–8.25; $p = 0.025$), independent of age or comorbidities. In addition, Killip class $> I$ and left ventricular ejection fraction (EF) $\leq 40\%$ were also identified as predictors of poor outcomes. These findings confirm that elevated NLR reflects an enhanced inflammatory response and is associated with worse prognosis in patients with acute coronary

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thanh Toàn

Email: pthanhtoan123@gmail.com.

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

syndrome (ACS). **Conclusion:** Admission NLR is an independent prognostic factor associated with 90-day mortality and readmission in ACS patients, allowing early identification of high-risk individuals who may experience adverse short-term outcomes.

Keywords: Acute coronary syndrome; Neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR); 90-day mortality; Readmission; Prognostic factor; Inflammation; Coronary artery disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch vẫn là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới, với khoảng 620 triệu người đang sống chung với bệnh và hơn 20 triệu ca tử vong mỗi năm. Trong đó, HCVC chiếm gần một nửa số ca tử vong tim mạch, bao gồm nhồi máu cơ tim cấp và đau thắt ngực không ổn định.

Phản ứng viêm đóng vai trò trung tâm trong cơ chế sinh bệnh của xơ vữa động mạch và biến cố mạch vành cấp. Tỷ số bạch cầu đa nhân trung tính/bạch cầu lymphô (Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio -NLR) là chỉ dấu viêm đơn giản, dễ thực hiện, phản ánh sự mất cân bằng miễn dịch. Nhiều nghiên cứu quốc tế chứng minh NLR cao liên quan đến tổn thương mạch vành nặng, tang biến cố tim mạch và tử vong ở bệnh nhân HCVC. Tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu về NLR còn hạn chế và chưa làm rõ vai trò tiên lượng của chỉ số này. Vì vậy, đề tài được thực hiện nhằm đánh giá giá trị dự đoán tái nhập viện và tử vong trong 90 ngày của NLR ở bệnh nhân HCVC tại Bệnh viện Chợ Rẫy, góp phần xác định vai trò lâm sàng của NLR trong tiên lượng bệnh nhân tim mạch cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu và tiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu thu nhận 307 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán HCVC (nhồi máu cơ tim ST chênh lên, không ST chênh lên, hoặc đau thắt ngực không ổn định) và được chụp ĐMV tại Khoa Tim Mạch Can Thiệp – Bệnh viện Chợ Rẫy, TP. Hồ Chí Minh, trong thời gian từ tháng 8/2024 đến tháng 3/2025. Các bệnh nhân có bệnh hệ thống hoặc đang sử dụng thuốc ảnh hưởng đến số lượng bạch cầu, bệnh ác tính, tự miễn, lao, nhiễm trùng cấp, xơ gan, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, hoặc đã sử dụng thuốc tiêu sợi huyết trong vòng 72 giờ trước đó bị loại trừ. Tất cả bệnh nhân đều đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Các thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử bệnh và các yếu tố nguy cơ tim mạch, đặc điểm lâm sàng và các kết quả cận lâm sàng: công thức máu, LDL, HDL, Cholesterol toàn phần, Triglycerid,

Troponin Ihs, siêu âm tim, kết quả chụp mạch vành được thu thập trong thời gian nằm viện. Kết cục chính bao gồm tử vong, tái nhập viện trong vòng 90 ngày được và mối liên quan với NLR. Cuối cùng, dữ liệu được sử dụng để xác định diện tích dưới đường cong ROC, điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và âm của NLR trong tiên lượng kết cục của bệnh nhân HCVC.

Xử lý số liệu: Dữ liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0 và Microsoft Excel 2023. Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn hoặc trung vị (IQR) nếu không chuẩn; các biến phân loại được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa các nhóm sử dụng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test cho biến định tính; t-test, ANOVA cho biến định lượng phân phối chuẩn; Mann-Whitney U test hoặc Kruskal-Wallis test cho biến không chuẩn, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Y đức: Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch phê duyệt theo quyết định số 1123/TĐHYKPNT-HĐĐĐ ngày 15/08/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu.

Nghiên cứu gồm các bệnh nhân HCVC có tuổi trung bình $63,2 \pm 11,3$, trong đó nam giới chiếm 75,2%. Các yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp gồm tăng huyết áp (76,2%), rối loạn lipid máu (93,5%), đái tháo đường (24,1%) và hút thuốc lá (36,5%). Nhồi máu cơ tim ST chênh lên (NMCTSTCL) chiếm 49,9%, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên (NMCTKSTCL) 37,8% và đau thắt ngực không ổn định (ĐTNKÔĐ) 14,3%. Phân suất tống máu thất trái (EF) trung bình là $49,6 \pm 9,3\%$. Giá trị troponin I-hs trung vị là 4621 ng/L (IQR: 549,6–16.781,6). Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính trung bình (Neu) $8,4 \pm 3,5$ G/L, lymphô trung bình (Lym) $1,9 \pm 0,7$, NLR trung bình $4,8 \pm 2,7$. Đặc điểm mạch vành ghi nhận 69,1% bệnh nhân có tổn thương ≥ 2 nhánh, và 57% có dòng chảy TIMI < 3 . Trong điều trị nội khoa, các thuốc được sử dụng phổ biến gồm ức chế men chuyển/ ức chế thụ thể angiotensin/ức chế thụ thể angiotensin-neprilysin (ACEI/ARB/ARNI) (75,6%), chẹn beta (53,1%), SGLT2i (33,9%), spironolactone (17,9%) và chẹn kênh canxi (2,3%).

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu và kết cục sau 90 ngày của nhóm nghiên cứu (N=307)

Biến số	Biến khảo sát	Giá trị
---------	---------------	---------

Đặc điểm dân số	Tuổi (Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	63,2 $\pm$ 11,3
	Nam giới (%)	75,2
	Tăng huyết áp (%)	76,2
	Đái tháo đường (%)	24,1
	Rối loạn lipid máu (%)	93,5
	Hút thuốc lá (%)	36,5
Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	NMCTSTCL (%)	49,9
	NMCTKSTCL (%)	37,8
	ĐTNKỒĐ (%)	14,3
	EF (Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	49,6 $\pm$ 9,3
	Troponin I-hs (ng/L), trung vị (IQR)	4621 (16.781,6-549,6)
	Số lượng NEU (G/L), TB $\pm$ ĐLC	8,4 $\pm$ 3,5
Đặc điểm mạch vành	Số lượng LYM (G/L), TB $\pm$ ĐLC	1,9 $\pm$ 0,7
	NLR, TB $\pm$ ĐLC	4,8 $\pm$ 2,7
Điều trị nội khoa	Tổn thương ≥ 2 nhánh (%)	69,1
	Dòng chảy TIMI < 3 (%)	57
Kết cục sau 90 ngày	ACEI/ARB/ARNI (%)	75,6
	Chẹn beta (%)	53,1
	SGLT2 (%)	33,9
	Spironolactone (%)	17,9
	Chẹn kênh canxi (%)	2,3
Kết cục sau 90 ngày	Có biến cố bất lợi (%)	14,0
	Tử vong (%)	2,9
	Tái nhập viện (%)	11,1

Ghi chú: Dữ liệu được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, trung vị (khoảng tứ phân vị), hoặc n (%).

3.2. Tỷ lệ tái nhập viện và tử vong trong vòng 90 ngày ở bệnh nhân HCVC

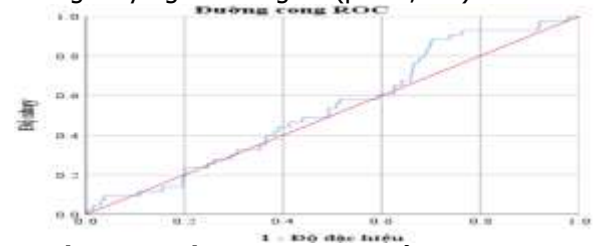
Bảng 2. Tỷ lệ tử vong và tái nhập viện sau 90 ngày

Biến khảo sát	Kết quả (N=307)
Có biến cố 90 ngày	43 (14,0%)
Tử vong	9 (2,9%)
Tái nhập viện	34 (11,1%)

Kết quả ghi nhận có tổng cộng 43 bệnh nhân (chiếm 14,0%) gặp phải biến cố. Trong đó, tỷ lệ tử vong là 2,9% (9 trường hợp), và tỷ lệ tái nhập viện là 11,1% (34 trường hợp).

3.3. Xác định diện tích dưới đường cong, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của NLR thời điểm nhập viện trong dự đoán tái nhập viện và tử vong trong vòng 90 ngày ở bệnh nhân HCVC. Phân tích ROC cho thấy điểm cắt tối ưu của NLR là 2,855, độ nhạy 88,4%, độ đặc hiệu 29,9% trong dự đoán tái nhập viện và tử vong sau 90 ngày ở bệnh nhân HCVC. Giá trị tiên đoán dương chỉ 17%, trong khi giá trị tiên đoán âm khá cao (94%). Diện tích dưới đường cong

0,538 (KTC 95%: 0,452 – 0,624), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,426$).



Hình 1. Đường cong ROC của NLR trong tiên lượng tái nhập viện và tử vong trong 90 ngày ở bệnh nhân hội chứng vành cấp

3.4. Xác định giá trị dự đoán độc lập của NLR trong tiên lượng tái nhập viện và tử vong ở bệnh nhân HCVC

Bảng 3. Hồi quy logistic đơn biến các yếu tố liên quan đến tái nhập viện và tử vong

Biến số	OR	KTC	p
NLR $\geq 2,855$	3,24	1,23-8,55	0,017
Tuổi ≥ 60	1,77	0,85-3,67	0,123
BMI bất thường/bình thường	0,79	0,41-1,51	0,487
Tăng huyết áp	1,03	0,48-2,21	0,931
Đái tháo đường	0,94	0,44-2,02	0,888
Rối loạn lipid máu	0,62	0,2-1,98	0,428
NMCTSTCL/ĐTNKỒĐ	4,72	1,07-20,72	0,04
NMCTKSTCL/ĐTNKỒĐ	2,88	0,62-13,23	0,174
Killip >1	6,97	2,13-22,75	0,001
EF	2,29	1,14-4,61	0,02
Troponin Ihs tăng	1,09	0,31-3,84	0,89
Bệnh >1 nhánh mạch vành	1,35	0,65-2,82	0,413
TIMI <3	2,15	1,05-4,37	0,034

Kết quả phân tích hồi quy logistic đơn biến ghi nhận: Chỉ số NLR $\geq 2,855$ có liên quan có ý nghĩa thống kê với biến cố, OR = 3,24 (KTC 95%: 1,23 – 8,55; $p = 0,017$). Yếu tố Killip > I có mối liên quan chặt chẽ nhất với nguy cơ biến cố, OR = 6,97 (KTC 95%: 2,13 – 22,75; $p = 0,001$). Ngoài ra, nhóm NMCTSTCL so với đau thắt ngực không ổn định cũng có liên quan có ý nghĩa thống kê, OR = 4,72 (KTC 95%: 1,07 – 20,72; $p = 0,040$). Chỉ số EF $\leq 40\%$ có liên quan với OR = 2,29 (KTC 95%: 1,14 – 4,61; $p = 0,020$). Dòng chảy TIMI < 3 cũng cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với biến cố, OR = 2,15 (KTC 95%: 1,05 – 4,37; $p = 0,034$). Trong khi đó, các yếu tố như tuổi ≥ 60 , tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, BMI bất thường, bệnh mạch vành nhiều nhánh và troponin Ihs tăng không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với biến cố ($p > 0,05$).

Bảng 4. Hồi quy logistic đa biến các yếu tố

tổ liên quan đến tái nhập viện và tử vong

Biến khảo sát	OR	KTC	p
NLR $\geq 2,855$	3,07	1,14-8,25	0,025
Tuổi ≥ 60	2,07	0,97-4,41	0,059
Killip $> I$	5,93	1,76-19,9	0,004

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy: Chỉ số NLR $\geq 2,855$ có liên quan đến

nguy cơ xảy ra biến cố cao hơn, với OR = 3,07 (KTC 95%: 1,14 – 8,25; p = 0,025). Yếu tố Killip $> I$ có liên quan đến biến cố, OR = 5,93 (KTC 95%: 1,76 – 19,9; p = 0,004). Trong khi đó, tuổi ≥ 60 có OR = 2,07 (KTC 95%: 0,97 – 4,41) nhưng không có ý nghĩa thống kê (p = 0,059).

Bảng 5. Đặc điểm EF, Troponin Ihs, TIMI, tái nhập viện và tử vong 2 nhóm NLR

Biến khảo sát	NLR $\geq 2,855$	NLR $< 2,855$	p
EF	≤ 40 (n=65)	58 (89,2%)	0,001
	> 40 (n=242)	165 (68,2%)	
Troponin Ths	Tăng (n=284)	215 (75,7%)	$< 0,001$
	Không tăng (n=23)	8 (34,8%)	
Dòng chảy TIMI	Bình thường (n=132)	75 (56,8%)	$< 0,001$
	Giảm (n=175)	148 (84,6%)	
Tái nhập viện và tử vong	Có (n=43)	38 (88,4%)	0,013
	Không (n=185)	185 (70,1%)	
Tái nhập viện	Có (n=34)	30 (88,2%)	0,031
	Không (n=273)	193 (70,7%)	

Kiểm định Chi bình phương: Bệnh nhân có EF $\leq 40\%$ có tỷ lệ NLR $\geq 2,855$ cao hơn đáng kể so với nhóm EF $> 40\%$ (89,2% so với 68,2%; p = 0,001). Nhóm tăng troponin I-hs cũng có tỷ lệ NLR cao hơn rõ rệt so với nhóm không tăng (75,7% so với 34,8%; p < 0,001). NLR $\geq 2,855$ gặp nhiều hơn ở nhóm có dòng chảy TIMI giảm so với nhóm TIMI bình thường (84,6% so với 56,8%; p < 0,001). Tỷ lệ NLR $\geq 2,855$ cao hơn ở nhóm có tái nhập viện và tử vong (88,4% so với 70,1%; p = 0,013), tái nhập viện (88,2% với 70,7%; p=0,031).

IV. BÀN LUẬN

Sau 90 ngày theo dõi, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ biến cố bất lợi 14%, trong đó tử vong chiếm 2,9% và tái nhập viện 11,1%. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả của Wang và cộng sự (2023), báo cáo tỷ lệ biến cố dao động từ 10–18% trong 3 tháng đầu¹. Điều này phản ánh rằng dù điều trị HCVC đã có nhiều tiến bộ, tiên lượng ngắn hạn vẫn còn hạn chế, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân có phản ứng viêm mạnh hoặc rối loạn huyết động.

Kết quả phân tích ROC cho thấy điểm cắt NLR tối ưu là 2,855, với độ nhạy cao (88,4%) nhưng độ đặc hiệu thấp (29,9%), AUC đạt 0,538 (p = 0,426). Mặc dù ý nghĩa thống kê chưa rõ ràng, với giá trị tiên đoán âm cao (94%), NLR thấp có thể giúp loại trừ sớm nguy cơ biến cố tim mạch.

Khi phân tích hồi quy logistic, NLR $\geq 2,855$ làm tăng nguy cơ biến cố gấp 3,07 lần (p = 0,025) ngay cả sau khi hiệu chỉnh đa biến, khẳng định vai trò độc lập của NLR trong tiên lượng.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Horne và cộng sự (2020) chứng minh tăng NLR là yếu tố tiên lượng bất lợi ở bệnh nhân HCVC². Về cơ chế, NLR phản ánh sự mất cân bằng giữa phản ứng viêm (Neutrophil) và đáp ứng miễn dịch (lymphô). Khi NLR tăng, quá trình viêm nội mô và stress oxy hóa được thúc đẩy, làm nặng thêm tổn thương cơ tim và rối loạn huyết động³. Trong nghiên cứu này, NLR cao còn liên quan có ý nghĩa với Troponin Ihs tăng, EF giảm và dòng chảy TIMI < 3 , chứng minh mối liên hệ chặt chẽ giữa phản ứng viêm và mức độ tổn thương cơ tim. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Kaya (2019) và Li (2021), cho thấy NLR tăng liên quan đến dòng chảy TIMI chậm và tử vong cao hơn sau nhồi máu cơ tim^{4–5}.

Ngoài ra, Killip $> I$ (OR = 5,93; p = 0,004) và EF $\leq 40\%$ (OR = 2,29; p = 0,02) cũng là yếu tố tiên lượng xấu, phù hợp với nghiên cứu của O'Gara và cộng sự (2022) về mối liên hệ giữa suy tim cấp, giảm EF và tăng tử vong sau HCVC⁶. Với ưu điểm rẻ tiền, dễ đo và sẵn có trong xét nghiệm thường quy, NLR là công cụ hữu ích giúp bác sĩ lâm sàng phân tầng nguy cơ sớm và quản lý hiệu quả hơn bệnh nhân HCVC.

Tuy nhiên nghiên cứu có một số hạn chế: Đây là nghiên cứu đơn trung tâm tại Bệnh viện Chợ Rẫy, thời gian ngắn nên khả năng khái quát hóa hạn chế. Mẫu bệnh chủ yếu ở tuyến cuối, tỷ lệ yếu tố nguy cơ cao có thể khác với quần thể chung. Đo lường NLR một lần khi nhập viện, không thu thập động học hay giá trị đỉnh (48–96h). Dữ liệu trước đây cho thấy NLR sau can thiệp hoặc đỉnh có giá trị tiên lượng mạnh hơn.

V. KẾT LUẬN

• Tỷ lệ biến cố sau 90 ngày: Có 43 bệnh nhân (14,0%) gặp biến cố bất lợi, bao gồm 9 trường hợp tử vong (2,9%) và 34 trường hợp tái nhập viện (11,1%).

• Giá trị tiên lượng của NLR: Phân tích ROC xác định điểm cắt NLR = 2,855 có độ nhạy 88,4%, độ đặc hiệu 29,9%, giá trị tiên đoán âm 94% và AUC = 0,538 trong tiên lượng biến cố 90 ngày.

• Trong phân tích hồi quy đa biến, NLR $\geq$ 2,855 là yếu tố tiên lượng độc lập với nguy cơ tái nhập viện hoặc tử vong (OR = 3,07; KTC 95%: 1,14–8,25; $p = 0,025$). Ngoài ra, Killip > I (OR = 5,93; $p = 0,004$) và EF $\leq$ 40% ($p = 0,02$) cũng liên quan có ý nghĩa thống kê với biến cố bất lợi. Bệnh nhân có NLR $\geq$ 2,855 thường có EF thấp, dòng chảy TIMI kém và troponin tăng, cho thấy mối liên hệ giữa phản ứng viêm, hoại tử cơ tim và tưới máu mạch vành suy giảm.

Nghiên cứu này khẳng định vai trò độc lập của NLR trong tiên lượng ở bệnh nhân HCVC, giúp nhận diện nhóm nguy cơ cao có khả năng tái nhập viện hoặc tử vong trong 90 ngày. Việc tích hợp xét nghiệm NLR vào quy trình đánh giá và theo dõi bệnh nhân HCVC có thể góp phần

phân tầng nguy cơ sớm, tối ưu hóa điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang X, Zhang J, Li Y, et al. Prognostic value of inflammatory markers in acute coronary syndrome: A 3-month follow-up study. *Front Cardiovasc Med.* 2023;10:112345.
2. Horne BD, Anderson JL, John JM, et al. Association of the neutrophil-to-lymphocyte ratio with mortality risk in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol.* 2020;125(4):534–540.
3. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2023;44(36):3212–3336.
4. Kaya A, Yilmaz S, Isik T, et al. Association between neutrophil-to-lymphocyte ratio and slow coronary flow in patients with acute coronary syndrome. *Angiology.* 2019;70(7):645–651.
5. Li H, Wang J, Wu Q, et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio and long-term outcomes in patients with acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *Cardiovasc Diagn Ther.* 2021;11(5):1127–1136.
6. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. The management of ST-elevation myocardial infarction: A scientific statement. *Circulation.* 2022;145(9):e560–e616.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN BỘ CÔNG AN

Cao Thị Huyền Trang¹, Đào Thị Hương Giang¹
Phan Thị Hồng Giang², Phạm Thị Ánh Tuyết¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu được tiến hành nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân loãng xương tại khoa nội IV, bệnh viện Y học cổ truyền Bộ công an. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, trên 202 bệnh nhân, theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thời gian từ 3/2023 đến tháng 3/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 69,41 $\pm$ 8,80, tỷ lệ nữ/nam là 16/1, tuổi mãn kinh trung bình là 48,28 $\pm$ 2,22. Lâm sàng: 2,97% tiền sử gãy xương, 61,88% ít vận động thể lực, 75,25% thoái hoá khớp, 48,52% tăng huyết áp. 81,68% đau cột sống thắt lưng, 31,19% đau cột sống cổ, 14,85% giảm chiều cao $\geq$ 4cm. Cận lâm sàng: hình ảnh Xquang (56,04%

lún xẹp đốt sống, 30,77% giảm mật độ xương); Đo BMD: Giá trị trung bình chỉ số T-score tại cột sống thắt lưng là -2,84 $\pm$ 0,98 SD và tại cổ xương đùi là -1,61 $\pm$ 1,09 SD, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Từ khóa:** Loãng xương, y học hiện đại, y học cổ truyền, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF OSTEOPOROSIS PATIENTS AT THE TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Objective: This study aimed to investigate the clinical and paraclinical characteristics of osteoporosis patients treated in Department of Internal Medicine IV, Traditional Medicine Hospital, Ministry of Public Security. **Subjects and methods:** This prospective, descriptive, cross-sectional study included 202 patients recruited by convenience sampling from March 2023 to March 2024. **Results:** The mean age of participants was 69.41 $\pm$ 8.80 years, with a female-to-male ratio of 16:1, the mean menopausal age at

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Y học Cổ truyền Bộ Công An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ánh Tuyết

Email: drtuyetyhct@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025