

phải khâu da thì 2 và không ảnh hưởng đến kết quả cuộc mổ.

Nhiều tác giả quan tâm đến vấn đề sỏi sỏi, theo Hoàng Mạnh An (2013) [10] tỷ lệ sỏi sỏi dao động từ 10 – 40%. Theo nghiên cứu của chúng tôi thể hiện có 46% trường hợp còn sỏi sỏi, 54% trường hợp lấy hết sỏi. Nguyên nhân dẫn đến tình trạng sỏi sỏi cao như vậy là do bệnh nhân có nhiều sỏi nhỏ, những trường hợp sỏi sỏi thường ở bệnh nhân có > 5 viên sỏi chiếm 37,2%. Trong phẫu thuật sỏi thận đặc biệt là sỏi lớn phức tạp kết hợp với nhiều sỏi nhỏ là phẫu thuật khó khăn. Sỏi thận phức tạp thường đi kèm nhiều viên nhỏ trong các đài thận, các viên nhỏ này dễ bỏ sót trong phẫu thuật, nhất là khi nhu mô thận dày, cổ đài hẹp, phẫu thuật có chảy máu nhiều. Chúng tôi đã giải quyết tắc nghẽn, lấy sạch sỏi ở mức tối đa cho phép mà không ảnh hưởng đến chức năng thận. Việc thực hiện phẫu thuật lấy sạch sỏi hoàn toàn ở các bệnh nhân này không đem lại lợi ích, ngược lại kéo dài thời gian phẫu thuật, tăng tỷ lệ biến chứng cũng như tổn thương thận không cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mở vẫn giữ những vai trò không thể thay thế trong những trường hợp sỏi thận phức tạp, gánh nặng sỏi quá lớn, thất bại hoặc có biến chứng khi điều trị với những phương pháp điều trị ít xâm hại. Những ưu điểm của phẫu thuật mở lấy sỏi: tỷ lệ sạch sỏi cao, số lần phải thực hiện phẫu thuật ít, chi phí điều trị thấp, khả thi ở những trung tâm không đủ trang bị các phương pháp ít xâm hại. Ngoài ra, đây còn là giải pháp trong những điều trị những trường hợp có biến chứng do những can thiệp ít

xâm hại. Đánh giá đặc điểm của sỏi và những vấn đề đường tiết niệu liên quan đến điều trị sỏi đường tiết niệu, đặc điểm của bệnh nhân rất quan trọng trong việc lên kế hoạch điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yu Liu, Yuntian Chen, Banghua Liao et al.** (2018), "Epidemiology of urolithiasis in Asia", Asian journal of urology, 5(4), pp. 205-214.
2. **Ngô Gia Hy** (1989), Niệu học, Nhà xuất bản Y học, tr.11-24.
3. **Assimos, D. G et al.** (1989), "The role of open stone surgery since extracorporeal shock wave lithotripsy", Journal of Urol. 142(2 Pt 1), pp. 263-7.
4. **Trần Văn Sáng, Vũ Hồng Thịnh và Đỗ Anh Toàn** (2003), "Phẫu thuật sỏi san hô tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 7, tr. 62-65.
5. **Pearle M.S., Antonelli J.A., Lotan Y.** (2020), "Urinary Lithiasis", Campbell's Urology, 12th, Saunders, Philadelphia, p. 9252-9406.
6. **Trương Văn Cẩn** (2021), "Nghiên cứu điều trị sỏi thận bằng phương pháp phẫu thuật lấy sỏi thận qua da trên bệnh nhân đã mổ mở lấy sỏi", Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y dược Huế, Huế.
7. **Kale S.S., Ghole V.S., Pawar N.J. et al.** (2014), "Inter-annual variability of urolithiasis epidemic from semi-arid part of Deccan Volcanic Province, India: climatic and hydrogeochemical perspectives", International Journal of Environmental Health Research, 24(3), p. 278–289.
8. **Phan Đăng Chí** (2004), "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật sỏi bể thận tại Bệnh viện Việt Nam – Thụy điển (Uông bí-Quảng Ninh)", Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
9. **Trần Văn Hinh** (2001), "Nghiên cứu phẫu thuật lấy sỏi thận bằng đường mổ bể thận - nhu mô mặt sau", Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện quân Y, Hà Nội.
10. **Hoàng Mạnh An** (2013), "Tỷ lệ sỏi sỏi trong phẫu thuật sỏi thận và các kỹ thuật hỗ trợ để hạn chế sỏi sỏi", Các phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, tr. 202-214.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG KẾT CỤC NỘI VIỆN CỦA TỈ SỐ THỂ TÍCH TIỂU CẦU TRUNG BÌNH/SỐ LƯỢNG TIỂU CẦU Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Phan Thái Hảo¹, Nguyễn Bùi Hoàng Phong¹, Nguyễn Hoàng Hải²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiểu cầu là một yếu tố liên quan đến sang thương xơ vữa động mạch, sự mất ổn định của mảng xơ vữa và tạo huyết khối, có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ mắc các biến cố tim mạch, đặc biệt là hội

chứng vành cấp. Thể tích tiểu cầu lớn hơn thì sự chuyển hoá và tổng hợp enzyme cũng nhiều hơn, tạo cục máu đông nhiều hơn nên ảnh hưởng nhiều đến điều trị thuốc kháng tiểu cầu và kết cục nội viện của bệnh nhân. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ biến cố nội viện và giá trị tiên lượng của tỉ số thể tích tiểu cầu trung bình trên số lượng tiểu cầu (MPV/PC) ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu thực hiện trên 183 bệnh nhân NMCT cấp tại khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 03/2025 đến tháng 09/2025. Bệnh nhân được làm xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu, ghi nhận các đặc điểm nhân trắc học, yếu tố nguy cơ tim mạch, các kết cục

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thái Hảo

Email: haopt@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025

nội viện. Các phân tích thống kê bao gồm kiểm định Chi bình phương, kiểm định t 2 mẫu độc lập, Mann-Whitney, hồi quy logistic đơn biến, đa biến. **Kết quả:** Tỷ lệ biến cố nội viện ở bệnh nhân NMCT cấp trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,9%, trong đó nhiều nhất là suy tim cấp. Diện tích dưới đường cong ROC của tỷ số MPV/PC là 0,738, điểm cắt tối ưu của MPV/PC là 0,032, độ nhạy 74,2%, độ đặc hiệu 67,8%, giá trị tiên đoán dương 31,9% và giá trị tiên đoán âm 92,8%. Tỷ số MPV/PC, LVEF và HATT lúc nhập viện là những yếu tố tiên lượng độc lập cho biến cố kết cục nội viện. **Kết luận:** Tỷ lệ biến cố nội viện ở bệnh nhân NMCT cấp trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,9%. Các yếu tố có giá trị tiên lượng biến cố kết cục nội viện: tuổi, đái tháo đường, LVEF, HATT lúc nhập viện, Creatinin máu, số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu, MPV, MPV/PC. Tỷ số MPV/PC, LVEF và HATT lúc nhập viện là những yếu tố tiên lượng độc lập cho biến cố kết cục nội viện.

Từ khóa: tiểu cầu; MPV/PC; nhồi máu cơ tim cấp

SUMMARY

THE VALUE OF MEAN PLATELET VOLUME – PLATELET COUNT RATIO IN PREDICTING IN-HOSPITAL OUTCOMES OF MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

Background: Platelet is a factor implicated in the pathogenesis of atherosclerotic plaque rupture and subsequent thrombosis, which significantly compromises plaque stability. This mechanism is closely associated with acute cardiovascular events, notably acute myocardial infarction (AMI). An increased in platelet volume is often correlated with increased synthesis of enzymatic factors, thereby promoting coagulopathy. These changes critically influence the efficacy of antiplatelet therapies and ultimately determine patient inpatient outcomes.

Objective: This study aimed to determine the incidence of inpatient adverse cardiovascular events and to evaluate the prognostic utility of the mean platelet volume to platelet count ratio (MPV/PC) in patients diagnosed with acute myocardial infarction (AMI). **Methods:** A prospective study was conducted involving 183 patients who underwent percutaneous coronary intervention at the Interventional Cardiology Department of Nhân Dân Gia Định Hospital between March 2025 and September 2025. Comprehensive patients data, including anthropometric characteristics, hematological parameters (complete blood count, biochemical profile), clinical characteristics, and inpatient outcomes, were recorded. Statistical analysis employed Chi-square test, independent samples t-test, Mann-Whitney U test, univariate and multivariate logistic regression, and Receiver Operating Characteristic (ROC) curve analysis. **Results:** The observed incidence of inpatient adverse events among patients was 16,9%, with acute heart failure being the most prevalent complication. The area under the curve for the MPV/PC ratio was 0,738. The derived optimal cutoff value was 0,032, yielding a sensitivity of 74,2%, a specificity of 67,8%, a positive predictive value of 31,9%, and a highly valuable negative predictive value of 92,8%. Multivariate analysis indicated that the ratio, left ventricular ejection fraction, and systolic

blood pressure on admission were independent prognostic factors for inpatient adverse events.

Conclusions: The overall rate of inpatient adverse events in the studied population was 16,9%. Factors significantly associated with these events included: age, history of diabetes mellitus, LVEF, SBP on admission, creatinine levels, white blood cell count, platelet count, MPV and MPV/PC ratio. Crucially, the MPV/PC ratio, LVEF, and SBP upon hospital admission were confirmed as robust independent prognostic markers for predicting inpatient adverse outcomes.

Keywords: Platelet; MPV/PC; Myocardial infarction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim thiếu máu cục bộ mà đặc biệt là nhồi máu cơ tim cấp là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở nhiều nước trong đó có Việt Nam.¹ Theo thống kê của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ, năm 2021, tại các nước phát triển như Châu Âu, tử vong do bệnh tim mạch có nguyên nhân là bệnh tim thiếu máu cục bộ chiếm hơn 50%, hơn gấp 2 lần so với đột quỵ và có xu hướng ngày càng tăng.² Mặc dù các tiến bộ trong can thiệp tái tưới máu đã cải thiện đáng kể kết quả ban đầu, tỷ lệ biến chứng nội viện nghiêm trọng vẫn còn cao.³ Vì vậy, cần có những chỉ dấu sinh học giúp theo dõi và dự báo nguy cơ tim mạch trong tương lai.

Tiểu cầu là một yếu tố liên quan đến sang thương xơ vữa động mạch, mất ổn định của mảng xơ vữa và tạo huyết khối.⁴ Khi mảng xơ vữa động mạch vành bị nứt vỡ, tiểu cầu được hoạt hoá, nhiều enzyme, thụ thể được biểu lộ và cuối cùng tạo cục huyết khối trong lòng mạch. Thể tích tiểu cầu lớn hơn thì sự chuyển hoá và tổng hợp enzyme cũng nhiều hơn, chứa nhiều tiền chất đông máu và các yếu tố tham gia vào quá trình xơ vữa mạch máu hơn, tạo cục máu đông nhiều hơn nên ảnh hưởng nhiều đến điều trị thuốc kháng tiểu cầu và kết cục của bệnh nhân. Do đó, thể tích tiểu cầu trung bình (MPV) là yếu tố dự hậu cho nhiều bệnh lý tim mạch như rung nhĩ, đột quỵ, bệnh động mạch vành.

Trên thế giới có nhiều công trình nghiên cứu chứng tỏ thể tích tiểu cầu trung bình tăng và tỷ số thể tích tiểu cầu trung bình trên số lượng tiểu cầu tăng có ý nghĩa dự hậu bệnh. Các nghiên cứu trên phần lớn thực hiện tại các nước Âu- Mỹ, tại châu Á chỉ ghi nhận một vài nghiên cứu được thực hiện tại Trung Quốc, Ấn Độ.^{5,6} Tuy nhiên tại Việt Nam vẫn chưa có nhiều nghiên cứu khảo sát giá trị của tỷ số này. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm xác định giá trị tiên lượng của tỷ số MPV/PC ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, từ đó cung cấp thêm các bằng chứng có giá trị trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 03/2025 đến tháng 09/2025

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi NMCT cấp được chẩn đoán theo "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp của Bộ Y tế Việt Nam" năm 2019 trong thời gian nghiên cứu từ tháng 03/2025 đến tháng 09/2025.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân có các bệnh lý ảnh hưởng đến số lượng tiểu cầu và MPV như các bệnh lý gan mạn, thận mạn, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh lý ung thư đã được chẩn đoán, bệnh nhân có truyền máu dưới 6 tháng, bệnh nhân mang thai

Thu thập dữ liệu: Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, nhân trắc học, yếu tố nguy cơ tim mạch, các chỉ số cận lâm sàng bao gồm tổng phân tích tế bào máu, triglyceride, LDL-c, HDL-c, cholesterol toàn phần, đường huyết lúc nhập viện, creatinin máu, HbA1c, NT-proBNP, siêu âm tim, kết quả chụp mạch vành. Các biến cố kết cục nội viện bao gồm tử vong do mọi nguyên nhân, suy tim cấp, rối loạn nhịp nguy hiểm và đột quỵ não cấp

Phân tích thống kê: Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS. So sánh giữa các nhóm sử dụng kiểm định Chi bình phương, kiểm định t 2 mẫu độc lập, kiểm định Mann-Whitney, hồi quy logistic đơn biến, đa biến. $P < 0,05$ được xem là

có ý nghĩa thống kê

Y đức: Đề tài đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch chấp thuận theo giấy chứng nhận số 1154/TĐHYKPNT-HĐĐĐ ngày 11/10/2024

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng ghi nhận 183 bệnh nhân đưa vào phân tích.

Bảng 1. Đặc điểm dân số theo biến cố nội viện

Biến	Không biến cố nội viện	Có biến cố nội viện	P
Tuổi, TB $\pm$ ĐLC (năm)	61,8 $\pm$ 11,5	66 $\pm$ 12,2	0,069 ^b
Nam, n(%)	69,7%	74,2%	0,62 ^a
BMI, TB $\pm$ ĐLC (kg/m ²)	23,6 $\pm$ 4,4	23,1 $\pm$ 2,7	0,536 ^b
Hút thuốc lá, n(%)	26,3%	25,8%	0,953 ^a
Tăng huyết áp, n(%)	63,8%	74,2%	0,268 ^a
Đái tháo đường, n(%)	27,6%	54,8%	0,003 ^a
Rối loạn lipid máu, n(%)	75,7%	67,7%	0,358 ^a

Chú thích: ^a: kiểm định Chi bình phương, ^b: kiểm định t 2 mẫu độc lập,

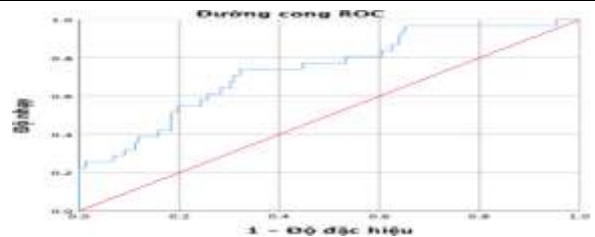
Nhận xét: Nhìn chung, nhóm có biến cố nội viện có các chỉ số cao hơn ở nhóm không biến cố nội viện, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, trừ yếu tố tiền căn đái tháo đường ($p = 0,003$)

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng theo biến cố nội viện

Biến	Không biến cố nội viện	Có biến cố nội viện	p
Mạch, (lần/ phút)	76 (70-86,8)	80 (62-90)	0,475 ^a
HATT lúc nhập viện, (mmHg)	120 (120-140)	120 (100-139)	0,019 ^a
Hồng cầu, (T/L)	4,7 (4,3-5,1)	4,3 (4,0-5,0)	0,020 ^a
Hemoglobin, (g/L)	140 (129-148)	133 (120-151)	0,437 ^a
Bạch cầu, (K/uL)	10,9 (9,0-13,1)	12,5 (9,0-15,4)	0,365 ^a
Số lượng tiểu cầu, (Giga/L)	267,5 (228,3-311,0)	230,0 (191,0-278,0)	$p < 0,001^a$
MPV/PC	0,028 (0,024-0,034)	0,036 (0,030-0,044)	$p < 0,001^a$
Glucose, (mmol/L)	6,7 (5,5-8,4)	7,6 (6,1-11,2)	0,017 ^a
Troponin I-hs, (ng/L)	35988,5 (5968,5-90444,3)	47087,5 (7967,3-73752,0)	0,874 ^a
Creatinin, (umol/L)	91,5 (75,8-103,5)	112,0 (96,0-131,4)	$p < 0,001^b$
LVEF, (%)	51,4 $\pm$ 10,5	43,2 $\pm$ 14	0,003 ^a

Chú thích: ^a: kiểm định Mann-Whitney U, ^b: kiểm định t 2 mẫu độc lập,

Nhận xét: trừ LVEF có phân phối chuẩn, các biến còn lại không có phân phối chuẩn. Có sự khác biệt giữa nhóm có và không có biến cố khi xét các biến HATT lúc nhập viện, hồng cầu, số lượng tiểu cầu, MPV/PC, glucose, creatinin và LVEF



Hình 1. Giá trị tiên lượng biến cố nội viện

của tỉ số MPV/PC

Nhận xét: Với điểm cắt 0,032, khả năng tiên lượng biến cố nội viện ở mức khá tốt với AUC là 0,738, độ nhạy 74,2%, độ đặc hiệu 67,8%

Bảng 3. Phân bố các biến cố nội viện ở nhóm có tăng và không tăng tỷ số MPV/PC

Biến cố	MPV/PC <0,032	MPV/PC ≥0,032	p
Biến cố nội viện	9	22	p<0,001*

Bảng 4. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến

Biến số	Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến	
	OR (KTC)	p	OR (KTC)	p
Tuổi	1,032 (0,997-1,067)	0,071	1,022 (0,979-1,067)	0,321
Đái tháo đường	3,180 (1,441-7,019)	0,004	1,842 (0,693-4,894)	0,221
LVEF	0,938 (0,905-0,973)	0,001	0,947 (0,904-0,993)	0,024*
HATT lúc nhập viện	0,968 (0,945-0,991)	0,006	0,967 (0,939-0,995)	0,023*
Nhịp tim	1,014 (0,993-1,035)	0,196	0,994 (0,969-1,021)	0,670
Creatinin máu	1,026 (1,011-1,041)	0,001	1,013 (0,998-1,029)	0,098
Số lượng bạch cầu	1,086 (0,986-1,197)	0,093	1,100 (0,974-1,241)	0,125
MPV/PC>0,032	5,138 (2,203-11,984)	p<0,001	7,505 (2,612-21,563)	p<0,001*
Giới tính	0,802 (0,334-1,924)	0,62		
Tăng huyết áp	1,630 (0,683-3,890)	0,271		
Rối loạn lipid máu	0,676 (0,292-1,564)	0,36		
Hemoglobin	0,986 (0,964-1,010)	0,253		

Chú thích: *: có ý nghĩa thống kê

Nhận xét: Sau khi phân tích hồi quy đơn biến, chọn những giá trị có p<0,2 để phân tích đa biến. Kết quả ghi nhận MPV/PC, HATT lúc nhập viện và LVEF là các yếu tố tiên lượng độc lập các biến cố nội viện ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 183 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp nhập viện, chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình là 62,4 ± 11,7 tuổi với nam giới chiếm ưu thế (tỉ lệ nam:nữ là 2,38:1). Điều này cho thấy độ tuổi thường gặp của nhồi máu cơ tim cấp là >60 tuổi. Về đặc điểm các yếu tố nguy cơ tim mạch, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu thường gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 65,6% và 74,3%. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Zhisong Wang.⁷ Điều này cho thấy ngày nay các bệnh lí tim mạch chuyển hoá ngày càng nhiều, góp phần vào yếu tố nguy cơ bệnh lí mạch vành.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ biến cố nội viện là 31 trường hợp, chiếm 16,9%. Trong đó suy tim cấp chiếm 19 trường hợp, rối loạn nhịp nguy hiểm có 9 trường hợp, tử vong nội viện 4 trường hợp và 2 trường hợp đột quỵ não cấp. Một phần là do sự phát triển của y học đương thời, các xét nghiệm và máy móc hiện đại giúp chẩn đoán và can thiệp điều trị tốt hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ số MPV/PC có giá trị trung vị là 0,030 (0,025-

Tử vong	2	2	0,642**
Suy tim cấp	4	15	p<0,001*
Rối loạn nhịp nguy hiểm	3	6	0,092**
Đột quỵ cấp	1	1	1**

Nhận xét: Sự khác biệt giữa số biến cố nội viện và số ca suy tim cấp giữa hai nhóm trên và dưới điểm cắt có ý nghĩa thống kê

0,035). Điểm cắt tối ưu, độ nhạy, độ đặc hiệu, diện tích dưới đường cong ROC lần lượt là 0,032; 74%; 67,8%; 0,738. Nghiên cứu của tác giả Chunyang Tian (2018)⁸ cũng cho thấy khả năng tiên lượng tốt các biến cố tim mạch chính với diện tích dưới đường cong AUC = 0,764, độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 81,3% và 66,2%.

Sau khi phân tích hồi quy đa biến, những yếu tố có khả năng tiên lượng độc lập kết cục nội viện ở bệnh nhân NMCT cấp bao gồm tình trạng viêm (thể hiện bằng tỉ số MPV/PC với OR=7,5), tình trạng huyết động (thể hiện bằng HATT lúc nhập viện với OR=0,023) và chức năng cơ tim (thể hiện bằng LVEF với OR=0,024).

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Đầu tiên, nghiên cứu của chúng tôi chỉ được thực hiện tại một trung tâm duy nhất, không thể đại diện cho dân số nhồi máu cơ tim cấp ở Việt Nam. Thứ hai, nghiên cứu của chúng tôi chỉ khảo sát thời gian ngắn trong lúc nằm viện và thời gian nghiên cứu ngắn nên không theo dõi tiên lượng lâu dài cho bệnh nhân. Thứ ba, nghiên cứu của chúng tôi chỉ khảo sát một số biến cố tim mạch (tử vong, suy tim sung huyết, rối loạn nhịp nguy hiểm, đột quỵ não), tuy nhiên còn nhiều biến chứng khác như nhồi máu cơ tim tái phát, biến chứng cơ học không được khảo sát. Nghiên cứu đã phác họa một phần hình ảnh NMCT ở Việt Nam, cung cấp thêm một số dữ liệu về tình hình đặc điểm dân số và mở ra hướng

theo dõi bằng cách kết hợp thêm một dấu ấn sinh học rẻ, sẵn có để ứng dụng theo dõi điều trị bệnh nhân trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ biến cố nội viện là 16,9% ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Với điểm cắt 0,032 của tỉ số MPV/PC cho khả năng tiên đoán biến cố nội viện với mức khá tốt là 0,738. Qua hồi qui đa biến, MPV/PC chứng minh được khả năng tiên lượng độc lập biến cố nội viện ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Tuy nhiên còn cần nhiều nghiên cứu thêm để khảo sát tính ứng dụng của tỷ số này trong thực hành lâm sàng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** The top 10 causes of death. Accessed Oct 15, 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. **Martin SS, Aday AW, Almarazg ZI, et al.** 2024 Heart Disease and Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association. *Circulation*. Feb 20 2024; 149(8): e347-e913. doi:10.1161/CIR.0000000000001209
3. **Lemesle G, Cayla G, Gallet de Saint-Aurin R, et al.** Abstract 11958: Incidence and Predictors of In-Hospital Complications After Myocardial Infarction in Contemporary Clinical Practice: Findings From the FRENCHIE Myocardial

- Infarction Cohort. *Circulation*. 2023; 148 (Suppl_1): A11958-A11958. doi:doi:10.1161/circ.148.suppl_1.11958
4. **Choi DH, Kang SH, Song H.** Mean platelet volume: a potential biomarker of the risk and prognosis of heart disease. *Korean J Intern Med*. Nov 2016;31(6): 1009-1017. doi:10.3904/kjim.2016.078
5. **Khode V, Sindhur J, Kanbur D, Ruikar K, Nallulwar S.** Mean platelet volume and other platelet volume indices in patients with stable coronary artery disease and acute myocardial infarction: A case control study. *J Cardiovasc Dis Res*. Oct 2012;3(4): 272-5. doi:10.4103/0975-3583.102694
6. **Yu T, Dong Y, Sun Z, Sun Z.** Comparison of prognostic significance of mean platelet volume/platelet count with GRACE for long-term prognosis in patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention. *Int J Cardiol*. Feb 1 2017; 228:335-340. doi:10.1016/j.ijcard.2016.11.082
7. **Wang Z, Wang J, Cao D, Han L.** Correlation of neutrophil-to-lymphocyte ratio with the prognosis of non-ST-segment elevation in patients with acute coronary syndrome undergoing selective percutaneous coronary intervention. *J Int Med Res*. Oct 2020;48(10):300060520959510. doi:10.1177/0300060520959510
8. **Tian C, Song J, He D, Wu J, Sun Z, Sun Z.** Predictive Value of Mean Platelet Volume/Platelet Count for Prognosis in Acute Myocardial Infarction. *Int Heart J*. Mar 30 2018;59(2):286-292. doi:10.1536/ihj.17-212

NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Ở NGƯỜI BỆNH MỔ THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 NĂM 2025

Phạm Thị Cẩm Hưng¹, Trần Thị Hiền¹, Nguyễn Thành Lợi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phục hồi chức năng người bệnh thay khớp gối toàn phần tại khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 43 người bệnh sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Người bệnh tham gia thực hiện can thiệp phục hồi chức năng và đánh giá kết quả. **Kết quả và kết luận:** Có sự cải thiện kết quả phục hồi chức năng về mức độ sưng nề đùi và sưng nề tại khớp, lực cơ gấp duỗi khớp gối, tầm vận động gấp duỗi khớp gối cải thiện theo thời gian với $p < 0,05$. Về đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm KS, trước khi điều trị 79,07% người bệnh ở mức

kém, sau 28 ngày có 2,33% người bệnh đạt mức rất tốt, 90,7% đạt mức tốt, còn 6,98% đạt mức trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Từ khóa: khớp gối, điểm KS, phục hồi chức năng

SUMMARY

REVIEW OF FUNCTIONAL REHABILITATION RESULTS IN PATIENTS WHO HAD TOTAL KNEE REPLACEMENT SURGERY AT 108 MILITARY HOSPITAL IN 2025

Objective: To evaluate the results of rehabilitation of patients with total knee replacement at the Rehabilitation Department of the 108 Central Military Hospital in 2025. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 43 patients after total knee replacement surgery at the Rehabilitation Department of the 108 Central Military Hospital. Patients participated in rehabilitation interventions and evaluated the results. **Results and conclusions:** There was an improvement in the level of thigh swelling and swelling at the joint, knee flexion and extension muscle strength, and knee flexion and extension range of motion improved over time with p

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Cẩm Hưng

Email: phamcamhungal@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025