

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU RẢI RÁC TRONG LÒNG MẠCH

Nguyễn Chí Thành✉, Nguyễn Quang Tùng

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả kết quả điều trị bệnh nhân rối loạn đông máu rải rác trong lòng mạch tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2016 - 2019. Phương pháp nghiên cứu là can thiệp lâm sàng không đối chứng. Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian nằm viện trung bình là 14,89 ngày. Tỷ lệ truyền khối hồng cầu cao nhất (47,06%), truyền khối tiểu cầu (26,49%), tiếp theo là huyết tương tươi đông lạnh (20,59%). Đa số bệnh nhân được sử dụng thuốc chống đông, chiếm 71,43%. Điều trị rối loạn đông máu rải rác trong lòng mạch có hiệu quả với điểm trung bình giảm từ 5,1 xuống còn 4,2, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong đó số lượng tiểu cầu trung bình và tỷ lệ PT% tăng rõ rệt, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời rối loạn đông máu rải rác trong lòng mạch, phối hợp chặt chẽ điều trị bệnh nền, truyền chế phẩm máu và sử dụng thuốc chống đông hợp lý để nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Đông máu rải rác trong lòng mạch, truyền chế phẩm máu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đông máu rải rác trong lòng mạch là một hội chứng rối loạn đông máu khá phổ biến và rất nghiêm trọng trong lâm sàng, đặc trưng bởi hiện tượng hoạt hóa quá mức hệ thống đông cầm máu, làm tăng tiêu thụ tiểu cầu và các yếu tố đông máu, dẫn đến hình thành và lắng đọng fibrin ở những mạch máu nhỏ và vừa. Hậu quả chủ yếu của DIC là xuất huyết và gây huyết khối vi mạch ở nhiều cơ quan dẫn tới suy đa phủ tạng.^{1,2} DIC là một hội chứng thứ phát mắc phải trên nền nhiều bệnh nặng như sốc, nhiễm khuẩn, suy hô hấp, bệnh ác tính, tổn thương não, viêm tụy cấp hay rấn cắn.^{3,4} Trong nghiên cứu của Balwinger Singh, có khoảng 20% bệnh nhân nhập viện tại đơn vị cấp cứu có DIC (26,2% năm 2004 và 18,6% năm 2010).⁵

Chẩn đoán và điều trị sớm DIC có vai trò quan trọng cải thiện tiên lượng của bệnh nhân.

Trong đó, mấu chốt của điều trị DIC là quản lý tối ưu bệnh nền và loại bỏ bệnh nguyên. Điều trị DIC đang còn nhiều bàn cãi và chưa thống nhất, bao gồm liệu pháp chống đông và sử dụng các chất chống tiêu sợi huyết để nhằm ức chế quá trình tiêu sợi huyết.^{1,2,6}

Nhằm cung cấp các bằng chứng để giúp các bác sĩ lâm sàng điều trị kịp thời và đầy đủ DIC, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị đông máu rải rác trong lòng mạch tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2016 - 2019” được thực hiện nhằm mô tả kết quả điều trị bệnh nhân DIC tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

35 bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2016 - 2019 được chẩn đoán DIC theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội Đông máu và Tắc Mạch Quốc Tế (ISTH) năm 2009 như sau:

- Có bệnh chính gây hoạt hóa đông máu.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Chí Thành

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: Dr.chithanhnguyen@gmail.com

Ngày nhận: 20/09/2021

Ngày được chấp nhận: 21/10/2021

- Kết quả xét nghiệm (score): chẩn đoán DIC nếu tổng điểm ≥ 5 .

Bảng 1. Thang điểm chẩn đoán theo Hiệp hội Đông máu và Tắc mạch Quốc tế năm 2009

Điểm	0	1	2
Số lượng tiểu cầu	> 100 G/l	< 100 G/L	< 50 G/l
PT kéo dài	< 3 giây hoặc > 70%	> 3 giây, < 6 giây hoặc $\geq 40\%$ và $\leq 70\%$	> 6 giây hoặc < 40%
Fibrinogen	> 1 g/l	< 1 g/l	
D-dimer so với giới hạn cao	< 2 lần	2 - 10 lần (2 điểm)	> 10 lần (3 điểm)

Tính điểm:

- ≥ 5 điểm: chẩn đoán xác định DIC, lập lại việc tính điểm hàng ngày.

- < 5 điểm: gợi ý (nhưng không khẳng định) về chẩn đoán DIC rõ rệt, lập lại việc tính điểm trong 1-2 ngày tiếp.^{7,8}

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

Chọn mẫu và cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu $n = 35$.

Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu

Lập hồ sơ bệnh án mô tả kỹ diễn biến trước và sau điều trị các triệu chứng xuất huyết, suy đa tạng và đánh giá theo thang điểm SOFA, phương pháp điều trị, lượng chế phẩm máu truyền và loại thuốc chống đông sử dụng.

Thu thập kết quả các xét nghiệm: Tổng phân tích tế bào máu, định lượng Fibrinogen, PT, TT, APTT, định lượng D-dimer... trong và sau điều trị.

3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

4. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin khai thác trong bệnh án hoàn toàn giữ bí mật và được sự đồng ý của Ban lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân của nghiên cứu là 35, trong đó có 21 nam (60%) và 14 nữ (40%). Tuổi trung bình là 70,4, lớn nhất là 101 tuổi, nhỏ nhất là 23 tuổi. Thời gian nằm viện trung bình là 14,89 ngày, nhiều nhất là 58 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực là cao nhất chiếm 68,6% (24 bệnh nhân), tiếp đến là khoa Nội tổng hợp chiếm 22,9% (8 bệnh nhân). Điểm SOFA trung bình là 6,43, thấp nhất là 1 điểm, cao nhất là 13 điểm. Trong đó có 4 (11,43%) bệnh nhân có điểm SOFA ≥ 12 (có suy đa tạng). Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh nền là nhiễm khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất với 85,7%, tiếp theo là ung thư chiếm 25,71%. Đặc biệt trong 35 bệnh nhân nghiên cứu, có 13 (37,14%) bệnh nhân có 2 bệnh nền phối hợp gây ra hội chứng DIC.

2. Tình hình điều trị DIC

Thời gian nằm viện

Trong 35 bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán và nghi ngờ DIC theo thang điểm ISTH 2009 và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, thời gian nằm viện trung bình là 14,89 ngày.

Số ngày nằm viện trung bình tăng dần theo điểm DIC của ISTH 2009 và đạt cao nhất ở nhóm DIC 7 điểm là 30,5 ngày, tiếp theo là

nhóm DIC 6 điểm với thời gian trung bình là 19,17 ngày.

Đặc điểm điều trị bằng truyền chế phẩm máu

Trong 35 bệnh nhân nghiên cứu, có 16 (47,06%) bệnh nhân được truyền khối hồng cầu, chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo đó là khối tiểu cầu có 9 (25,71%) bệnh nhân và Huyết tương tươi đông lạnh có 7 (20%) bệnh nhân được truyền.

Đặc điểm truyền khối tiểu cầu

Bảng 2. Thể tích trung bình khối tiểu cầu được truyền theo thang điểm

Điểm	Thể tích (ml)	Ít nhất (ml)	Nhiều nhất (ml)	Số lượng
5 điểm	728,33 ± 379,23	250	1120	6
6 điểm	875 ± 883,88	250	1500	2
7 điểm	450	450	450	1
Tổng	730 ± 450	250	1500	9

Có 9 bệnh nhân được truyền khối tiểu cầu, chiếm 25,71% số bệnh nhân. Trong đó sự khác biệt thể tích khối tiểu cầu được truyền giữa các

Đặc điểm truyền khối hồng cầu

Trong tổng số 35 bệnh nhân nghiên cứu, có 16 bệnh nhân (45,71%) được truyền khối hồng cầu. Điểm DIC càng cao thì thể tích trung bình khối hồng cầu truyền càng lớn, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thể tích trung bình khối hồng cầu truyền nhiều nhất là 3500ml ở nhóm DIC 7 điểm, tiếp theo ở các nhóm DIC 6 điểm, 5 điểm và 4 điểm lần lượt là 1500ml, 1000ml, 375ml.

nhóm bệnh nhân theo điểm DIC là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3. Đặc điểm truyền huyết tương tươi đông lạnh, huyết tương đông lạnh và tủa lạnh

Bảng 3. Đặc điểm truyền huyết tương tươi đông lạnh, huyết tương đông lạnh và tủa lạnh

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ BN (%)	Thể tích trung bình (ml)	Thể tích ít nhất	Thể tích nhiều nhất
Huyết tương tươi đông lạnh	7	20	757	400	1600
Huyết tương đông lạnh	3	8,57	700	200	1500
Tủa lạnh	1	2,86	200		

Trong số 35 bệnh nhân được điều trị, có 7 bệnh nhân được truyền huyết tương tươi đông lạnh, chiếm 20%, chỉ có 1 bệnh nhân được truyền tủa lạnh.

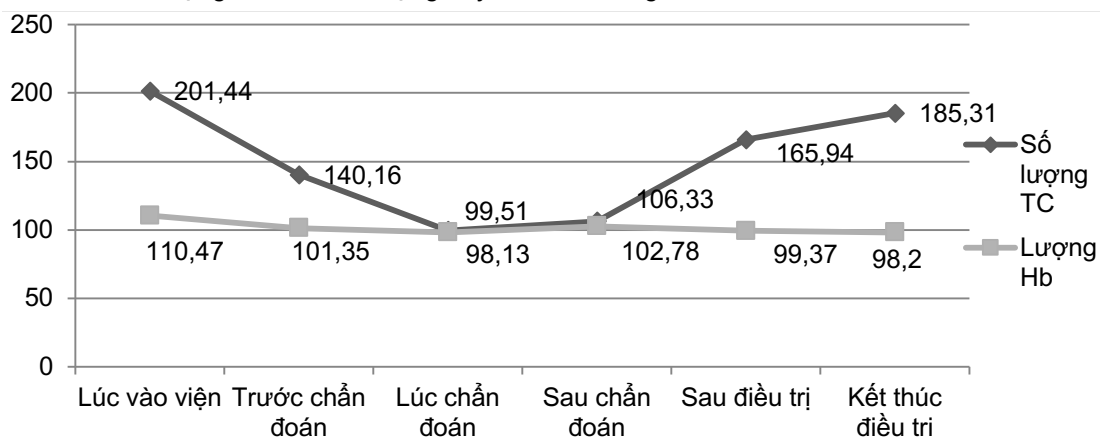
Đặc điểm điều trị thuốc chống đông Lovenox

Trong 35 bệnh nhân nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, có 25 bệnh nhân (71,43%) được sử dụng thuốc chống đông, trong đó tất cả là Heparin trọng lượng phân tử thấp (Lovenox). Thời gian sử dụng Lovenox trung bình là 5,76 ngày.

3. Kết quả điều trị

Diễn biến các chỉ số xét nghiệm trong quá trình điều trị

Diễn biến số lượng tiểu cầu và lượng huyết sắc tố trung bình

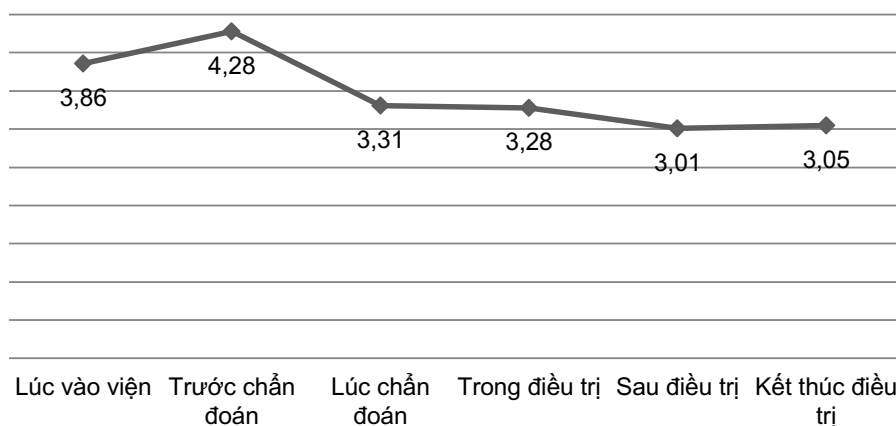


Biểu đồ 1. Sự thay đổi số lượng tiểu cầu và lượng hemoglobin trung bình

Số lượng tiểu cầu thấp nhất tại thời điểm lúc chẩn đoán (98,13 G/l), có sự tăng lên rõ rệt trong và sau điều trị, trong khi lượng hemoglobin

không có thay đổi rõ rệt trong quá trình điều trị, dao động khoảng 100 g/l.

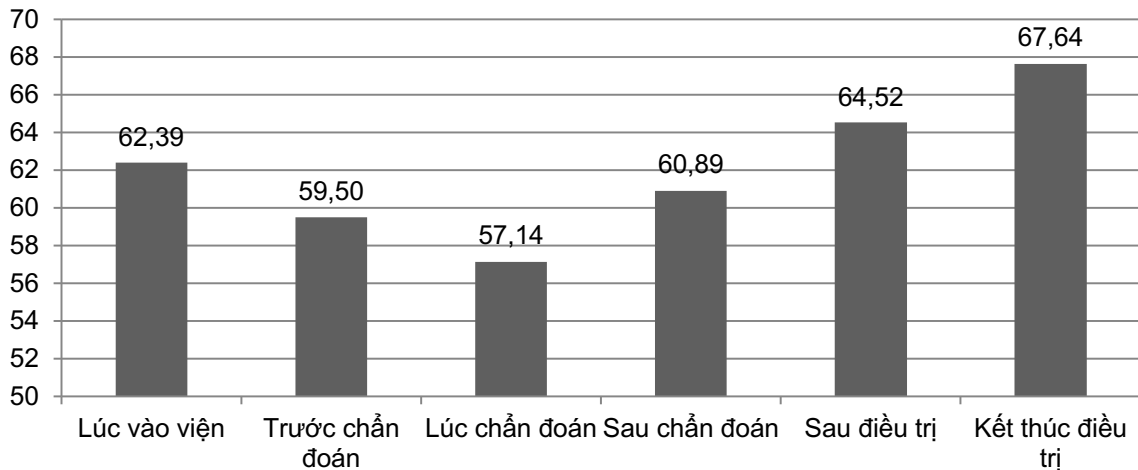
Diễn biến lượng fibrinogen trung bình



Biểu đồ 2. Sự thay đổi lượng fibrinogen trung bình trong điều trị

Lượng fibrinogen trung bình giảm rõ rệt từ khi vào viện đến lúc phát hiện DIC nhưng sau đó chỉ giảm nhẹ đến khi kết thúc điều trị và vẫn

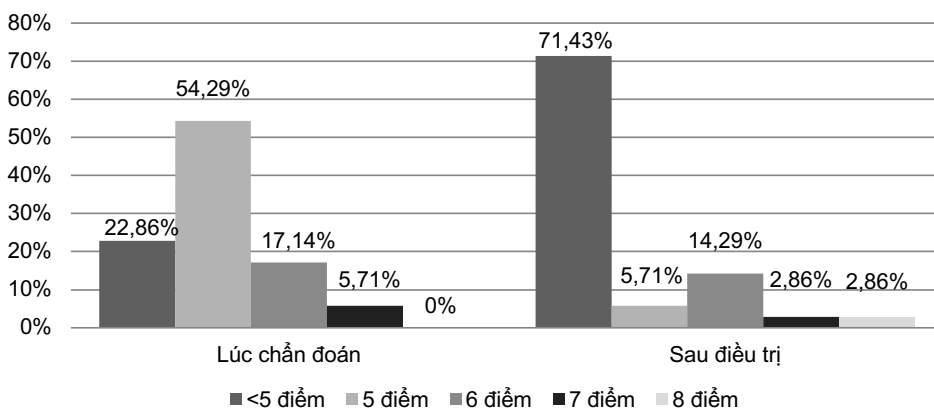
trong giới hạn bình thường, thấp nhất tại thời điểm kết thúc điều trị (3,05 g/l).

Diễn biến tỷ lệ thời gian prothrombin trung bình**Biểu đồ 3. Sự thay đổi tỷ lệ thời gian PT trung bình trong điều trị**

Tỷ lệ thời gian prothrombin trung bình thấp nhất lúc chẩn đoán (57,14%) và tăng dần trong quá trình điều trị. Kết thúc điều trị đạt cao nhất (67,64%).

Diễn biến lượng D-dimer trung bình

Lượng D-dimer trung bình dao động trong quá trình điều trị, đạt cao nhất lúc kết thúc điều trị là 15798 ng/ml. Lượng D-dimer lúc vào viện, lúc chẩn đoán và sau điều trị lần lượt là 13165 ng/ml, 15033 ng/ml và 14370 ng/ml.

Sự thay đổi điểm DIC trước và sau điều trị**Biểu đồ 4. Sự thay đổi điểm DIC trước và sau điều trị**

Điểm DIC trung bình lúc chẩn đoán là 5,1 điểm. Điểm DIC sau điều trị là 4,2. Trong 35 bệnh nhân được điều trị DIC, có 6 bệnh nhân có điểm DIC tăng, 9 bệnh nhân không thay đổi, 20 giảm (58,82%).

IV. BÀN LUẬN.

Qua nghiên cứu 35 bệnh nhân được chẩn

đoán DIC và nghi ngờ DIC tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy, DIC gặp ở mọi lứa tuổi, trung bình là 70,4. Kết quả này cao hơn một số nghiên cứu của Bạch Quốc Khánh năm 2009 và nghiên cứu của Vũ Thị Duyên năm 2016. DIC gặp ở cả hai giới với tỷ lệ mắc cao hơn ở nam (65,5%), tương tự kết quả của Vũ Thị Duyên năm 2016 tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1.^{9,10}

Thời gian nằm viện trung bình là 14,89 ngày, đa số bệnh nhân nằm tại khoa Cấp cứu và hồi sức tích cực do DIC là một hội chứng thứ phát trên nền nhiều bệnh nặng khác nhau, thời gian nằm viện của bệnh nhân cũng thay đổi do đáp ứng điều trị của bệnh nền. Trong đó có 11,43% bệnh nhân có điểm SOFA ≥ 12 , có hội chứng suy đa tạng.

Thời gian điều trị trung bình của bệnh nhân là 14,89 ngày. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, số ngày nằm viện trung bình tăng dần theo điểm DIC của ISTH 2009 và đạt cao nhất ở nhóm DIC 7 điểm là 30,5 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhìn chung, những bệnh nhân có điểm DIC cao là những bệnh nhân nặng với bệnh nền phức tạp, điều trị khó khăn nên thời gian nằm viện thường dài hơn.

Trong số 35 bệnh nhân được điều trị, có 16 (47,06%) bệnh nhân được truyền khối hồng cầu, chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là khối tiểu cầu có 9 (26,47%) bệnh nhân và huyết tương tươi đông lạnh có 7 (20,59%) bệnh nhân được truyền. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Balwinder Singh (2013), có khoảng 85% bệnh nhân được truyền chế phẩm máu, nhiều nhất là tiểu cầu và huyết tương tươi đông lạnh, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.⁵ Do trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân có bệnh nền là nhiễm khuẩn, biểu hiện tình trạng tăng đông và tỷ lệ xuất huyết cũng thấp nên nhu cầu truyền các chế phẩm máu thấp hơn.

Trong đó, thể tích khối hồng cầu truyền trung bình là 1172ml. Điểm DIC càng cao thì thể tích trung bình khối hồng cầu truyền càng lớn, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đặc điểm truyền khối tiểu cầu: Có 9 bệnh nhân được truyền khối tiểu cầu, chiếm 25,71% số bệnh nhân, truyền nhiều nhất là 1500ml. Sự khác biệt thể tích khối tiểu cầu được truyền giữa các nhóm bệnh nhân theo điểm DIC là không có ý nghĩa thống kê với

$p > 0,05$. Đặc điểm truyền FFP, huyết tương đông lạnh và tủa lạnh: Trong số 35 bệnh nhân được điều trị, có 7 bệnh nhân được truyền huyết tương tươi đông lạnh, chiếm 20%, chỉ có 1 bệnh nhân được truyền tủa lạnh. Trong DIC, rối loạn đông máu thường do tiêu thụ quá mức các yếu tố đông máu, hay gặp là thiếu hụt các yếu tố đông máu của con đường ngoại sinh, dẫn đến tỷ lệ PT kéo dài rất hay gặp. Truyền huyết tương tươi đông lạnh có ý nghĩa quan trọng bù lại đủ nhất các yếu tố đông máu bị tiêu thụ, có hiệu quả điều chỉnh các rối loạn đông máu trở về bình thường, do đó hay được chỉ định hơn cả.

Đa số bệnh nhân được sử dụng thuốc chống đông, chiếm 71,43%, trong đó có 68% bệnh nhân dùng liều 1 bơm 4000 μg / ngày. Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc chống đông tương tự với kết quả nghiên cứu của Balwinder Singh (2013) với 55% bệnh nhân được sử dụng thuốc chống đông Heparin.⁵ Như vậy hầu hết các bệnh nhân không có biểu hiện xuất huyết trên lâm sàng được sử dụng thuốc chống đông. Trong quá trình điều trị bằng thuốc chống đông cần theo dõi thường xuyên lâm sàng và xét nghiệm của bệnh nhân để điều chỉnh liều cho phù hợp. Thời gian sử dụng Lovenox trung bình là 5,76 ngày.

Số lượng tiểu cầu trung bình thấp nhất tại thời điểm lúc chẩn đoán (98,13 G/l), có sự tăng lên rõ rệt trong và sau điều trị, và đạt giá trị trung bình cao nhất lúc kết thúc điều trị. Kết quả này cho thấy số lượng tiểu cầu là xét nghiệm có thay đổi sớm và rõ ràng trong quá trình điều trị. Trong khi lượng Hb không có thay đổi rõ rệt trong quá trình điều trị, dao động khoảng 100 g/l. Tiểu cầu giảm do tiêu thụ quá nhiều vào quá trình hình thành cục đông lan tỏa tại nội mạch trong khi tủy xương sản xuất không đáp ứng được nhu cầu tiêu thụ ấy. Lượng fibrinogen trung bình giảm rõ rệt từ khi

vào viện đến lúc phát hiện DIC nhưng sau đó chỉ giảm nhẹ đến khi kết thúc điều trị và vẫn trong giới hạn bình thường, thấp nhất tại thời điểm kết thúc điều trị (3,05 g/l). Trong DIC, nhất là DIC mạn do nhiễm khuẩn hoặc ung thư, lượng fibrinogen thường không giảm và ít nhạy trong chẩn đoán. Tương tự như số lượng tiểu cầu, tỷ lệ PT trung bình thấp nhất lúc chẩn đoán (57,14%) và tăng dần trong quá trình điều trị. Kết thúc điều trị đạt cao nhất (67,64%). Như vậy PT là xét nghiệm khá nhạy trong chẩn đoán DIC, và cũng có giá trị để theo dõi điều trị. Không giống như kết quả điều trị của Bạch Quốc Khánh (2009) với lượng D-dimer giảm sớm và nhanh chóng, trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng D-dimer trung bình dao động nhẹ trong quá trình điều trị, đạt cao nhất lúc kết thúc điều trị (15798 ng/ml).⁹

Trong tổng số 35 bệnh nhân nghiên cứu, có 6 bệnh nhân có điểm DIC tăng, 8 BN không thay đổi, 20 bệnh nhân giảm (58,82%). Điểm DIC trung bình lúc chẩn đoán là 5,1 cao hơn điểm điểm DIC sau điều trị là 4,2, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, qua các kết quả điều trị trên, chúng tôi nhận thấy phác đồ điều trị của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội có hiệu quả trong điều trị DIC. Trong đó, điều trị DIC chỉ có thể có hiệu quả khi kết hợp điều trị bệnh chính. Tuy nhiên vẫn còn 41,2% bệnh nhân có tình trạng DIC không cải thiện, trong đó có 6 bệnh nhân nặng lên. Nguyên nhân có thể do nhiều bệnh nhân tuổi cao, có nhiều bệnh nền phối hợp và diễn biến phức tạp, nặng nề nên điều trị bệnh nền gặp nhiều khó khăn.

Do chưa có tiêu chuẩn cụ thể mà dựa vào biểu hiện lâm sàng, kết quả xét nghiệm để bác sĩ tự quyết định về chỉ định truyền chế phẩm máu cũng như chỉ định thuốc chống đông, nên hạn chế phần nào việc phân tích kết quả nghiên cứu cũng như rút kinh nghiệm cho việc xây dựng các phác đồ điều trị DIC.

V. KẾT LUẬN

Qua các kết quả trên, chúng tôi nhận thấy, các bệnh nhân DIC được điều trị bệnh chính phối hợp với truyền chế phẩm máu và sử dụng thuốc chống đông. Trong đó tỷ lệ truyền khối hồng cầu cao nhất (47,06%), truyền khối tiểu cầu (26,49%), tiếp theo là huyết tương tươi đông lạnh. Điều trị DIC có hiệu quả với điểm DIC trung bình giảm đáng kể từ 5,1 xuống còn 4,2. Trong đó số lượng tiểu cầu trung bình và tỷ lệ PT% tăng rõ rệt.

Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời DIC, phối hợp điều trị bệnh nền, truyền chế phẩm máu và sử dụng thuốc chống đông hợp lý để nâng cao hiệu quả điều trị DIC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Anh Trí. Đông máu ứng dụng: Đông máu rải rác trong lòng mạch. 2008; *Đông máu ứng dụng trong lâm sàng*, Hà Nội, 138.
2. Đỗ Trung Phần, Bùi Thị Mai An, Nguyễn Thị Minh An. *Hội chứng mất sợi huyết- đông máu rải rác trong lòng mạch*. 2014; Bài giảng Huyết học- Truyền máu sau đại học. NXB Y học, Hà Nội, 255-261.
3. Phạm Quang Vinh N.H.T. *Rối loạn đông máu mắc phải*. 2019; Bài giảng sau đại học Huyết học - Truyền máu tập 1. Nhà xuất bản y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 397-411.
4. Trần Văn Bé. Đông máu nội mạch lan tỏa và đông máu tiêu thụ. 1998; NXB Y học, Hồ Chí Minh, 266-268.
5. Singh B., Hanson A.C., Alhurani R. và cộng sự. Trends in the incidence and outcomes of disseminated intravascular coagulation in critically ill patients (2004 - 2010): a population-based study. 2013; *Chest*, 143(5), 1235 - 1242.
6. Hideo Wada T.M. Diagnosis and treatment of disseminated intravascular coagulation (DIC) according to four DIC guidelines. 2014; *Journal*

of Intensive Care.

7. H Shi, F Qiao, H Yang, Q Chen, Y Wang. Comparison between ISTH criteria and two Japanese criteria for diagnosis of disseminated intravascular coagulation in obstetric patients. 2013; *The Official journal of the International Society for Laboratory Hematology*, 35-38.

8. Hideo Wada E.C.G. Comparison of Diagnostic Criteria for Disseminated Intravascular Coagulation (DIC): Diagnostic Criteria of the International Society of Thrombosis and

Hemostasis (ISTH) and of the Japanese Ministry of Health and Welfare for Overt DIC. 2013; *American Journal of Hematology*, 27-33.

9. Bạch Quốc Khánh. Kết quả chẩn đoán và điều trị đông máu rải rác trong lòng mạch (DIC) tại viện Huyết học- Truyền Máu Trung Ương. 2009; *Tạp chí Y học Việt Nam*, 355, 50-55.

10. Vũ Thị Duyên. Nghiên cứu một số đặc điểm xét nghiệm trong chẩn đoán Lơ xê mi cấp tại bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2014 - 2016. 2016; *Luận văn tốt nghiệp cử nhân y khoa*, 32 - 37.

Summary

THE TREATMENT RESULT OF DISSEMINATED INTRAVASCULAR COAGULATION

The objective of this study is to evaluate the treatment of patient with disseminated intravascular coagulation (DIC) at Hanoi Medical University Hospital from 2016 - 2019. The study method is cross-sectional descriptive. Study result show that the proportion of red blood cell transfusions is highest (47.06%), followed by platelet concentrations (26.49%), and frozen fresh plasma (FFP) (20.59%). Almost all patients are treated with anticoagulant therapy (71,43%). DIC treatment is effective with mean of DIC score decreases from 5.1 to 4.2, statistically significant with $p < 0.05$. Means of platelet count and PT% ratio increase dramatically, statistically significant with $p < 0.05$. In conclusion, it is necessary to timely diagnose and treat DIC, closely combine with underlying disorders treatment, blood products transfusion and anticoagulant therapy in the suitable way to improve the effectiveness of DIC treatment.

Keywords: Disseminated intravascular coagulation, blood transfusion, Ha Noi medical university.