

Nghiên cứu gốc

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ D-DIMER TRONG CHẨN ĐOÁN HUYẾT KHỐI TÍNH MẠCH SÂU Ở BỆNH NHÂN LỚN TUỔI CÓ YẾU TỐ NGUY CƠ TRUNG BÌNH CAO THEO THANG ĐIỂM WELL'S

Nguyễn Quang Đăng^{1,*}

1. Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: BS. CKII. Nguyễn Quang Đăng ✉ dangnguyenquang1971@gmail.com

TÓM TẮT: Việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời cho những bệnh nhân HKTMS rất quan trọng nhằm giảm biến chứng tử vong cũng như những hậu quả sau huyết khối để lại. Việc tầm soát HKTMS ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ là rất cần thiết. Từ tháng 6/ 2015 đến tháng 6/ 2016, 184 bệnh nhân nằm viện lớn tuổi (≥ 60 tuổi), tại Bệnh viện Thống Nhất, có yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) trung bình hoặc cao theo thang điểm Well's được định lượng D-dimer. Nếu kết quả xét nghiệm D-dimer > 500 ng/ml thì tiến hành siêu âm doppler mạch máu 2 chi dưới hoặc có thể CT Scan hay MRI để xác định huyết khối tĩnh mạch sâu. Nếu kết quả âm tính (không có huyết khối) thì siêu âm lại lần 2 sau 7-10 ngày. Tuổi trung bình là $74 \pm 10,14$ tuổi. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là bệnh nội khoa nặng nằm hồi sức tích cực thời gian bất động > 3 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 57,6%, kế đến là nhóm bệnh nhân ung thư đang hoạt động và bị tai biến yếu liệt chân chiếm tỉ lệ lần lượt là 20,7% và 18,5%, thấp nhất là nhóm bệnh nhân hậu phẫu lớn chiếm tỉ lệ 3,3%. Nguy cơ trung bình chiếm tỉ lệ cao 96,2% còn nguy cơ cao 3,8%. Nồng độ D-dimer trung bình ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ HKTMS trung bình – cao theo thang điểm Well's của nghiên cứu chúng tôi là $1828,99 \pm 1426$ ng/ml. Tỉ lệ HKTMS ở siêu âm lần 1 là 25,2%, siêu âm lần 2 là 8,0%, chung cả hai lần là 30,4%. giá trị nồng độ trung bình D-dimer ở nhóm bệnh nhân không có HKTMS là 1466,27 ng/ml, ở nhóm bệnh nhân có HKTMS là 2864,93 ng/ml, nồng độ trung bình D-dimer ở nhóm có HKTMS và nhóm không có HKTMS có sự khác biệt ($p < 0,001$). Độ nhạy và độ đặc hiệu của D-dimer theo siêu âm Doppler 2 lần là 80,4% và 40,8%. Giá trị tiên đoán dương là 23,3%. Giá trị tiên đoán âm là 94,4%. Nồng độ D-dimer khác nhau ở các mức thang điểm Well's ($p = 0,001$). Việc thực hiện xét nghiệm D-dimer âm tính cho phép loại trừ HKTMS ở bệnh nhân lớn tuổi (≥ 60 tuổi) có yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) trung bình hoặc cao theo thang điểm Well's.

Từ khóa: huyết khối tĩnh mạch sâu, D-Dimer, Wells Score

EVALUATE THE ROLE OF D-DIMER IN THE DEEP VENOUS THROMBOSIS DIAGNOSIS IN THE ELDERLY PATIENT WITH HIGH – AVERAGE RISK IN WELLS SCORE

Nguyen Quang Dang

ABSTRACT: Early diagnosis and in-time treatment for the patients with deep venous thrombosis (DVT) is very important because they make mortality rate and post thrombosis outcome decreased. Screening DVT in risk patients is very necessary. From 06/2015 to 06/2016, 184 elderly inpatients (≥ 60 age), in Thong Nhat hospital, with high – average deep venous thrombosis risk in Wells score, are quantified D-Dimer. If D-Dimer concentration > 500 ng/ml, Doppler ultrasound lower limbs, CT scan, MRI were performed to determine deep venous thrombosis. If thrombosis wasn't found, ultrasound was done once again after the first time 7-10 days. Average age is $74 \pm 10,14$. Most of patients in this study had severe medical illness, in the intensive care unit and in immobility stage > 3 days, occupied the highest ratio 57,6%; then patients with active cancer and paralysis stroke patient held the ratio in turn 20,7% and 18,5%; post operation patients gained the lowest ratio 3,3%. The patients with average risk occupied the ratio 96,2%, the patients with high risk got 3,8%. The average D-Dimer concentration in the patients with average – high deep venous thrombosis risk in Wells score in our study is $1828,99 \pm 1426$ ng/ml. The ratio of the patients performed ultrasound at the first time is 25,2%, at the second time is 8,0%, both of them are 30,4%. Average D-dimer concentration in the patients without deep venous thrombosis is 1466,27 ng/ml, in the patients with deep venous thrombosis is 2864,93 ng/ml; average D-dimer concentration in the patients without deep venous thrombosis and with thrombosis are different statistically ($p < 0,001$). The sensitivity and specificity of D-Dimer to two times ultrasound is 80,4% and 40,8%. The positive predictive value is 23,3%. The negative predictive value is 94,4%. D-Dimer concentrations are different in levels in Wells score ($p=0,001$). The negative D-Dimer test helps us eliminate the deep venous thrombosis diagnosis in the elderly patients (≥ 60 years) with average – high deep venous thrombosis risk in Wells score.

Keywords: deep venous thrombosis, D-Dimer, Wells score, negative predictive value, positive predictive value.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu là một biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân nằm viện với sự hình thành huyết khối, thường là ở tĩnh mạch sâu của chi dưới. Huyết khối ở chi dưới có thể theo máu đến phổi gây tắc động mạch phổi gọi là thuyên tắc phổi, là một bệnh lý nặng nề, có thể dẫn đến tử vong đột ngột. 80% huyết khối tĩnh mạch sâu không có triệu chứng cho đến khi xảy ra biến chứng nặng nề là thuyên tắc phổi [1]. Nếu bệnh nhân không gặp biến chứng thuyên tắc phổi thì sẽ có đến 20-50% sau này bị hội chứng hậu huyết khối với biểu hiện loét, đau nhức và giới hạn vận động chi dưới [4].

Huyết khối tĩnh mạch sâu ít gặp ở lứa tuổi dưới 40 nhưng gặp nhiều ở những người trên 60 tuổi. Bệnh có thể xảy ra ở các tĩnh mạch sâu khắp cơ thể, nhưng thường thấy ở bắp chân và bắp đùi, do máu đông đóng thành khối gây tắc nghẽn hoàn toàn hoặc một phần mạch máu. Khoảng 10% trường hợp bị bệnh có thể gây nghẽn mạch phổi và tử vong.

Tại Việt Nam tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu không hiếm gặp, một kết quả nghiên cứu cho thấy có 22% bệnh nhân được phát hiện có huyết khối tĩnh mạch sâu bằng siêu âm Doppler dù họ không có triệu chứng gì của bệnh [3]. Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch hay gặp ở bệnh nhân có nguy cơ bị nhồi máu cơ tim cấp, nhũn não, suy hô hấp cấp tính và nặng, nhiễm trùng cấp bệnh nhân lớn tuổi, có thai hay sau sinh. Vì vậy việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời cho những bệnh nhân HKTMS rất quan trọng nhằm giảm biến chứng tử vong cũng như những hậu quả sau huyết khối để lại. Ngày nay với kỹ thuật chẩn đoán được phát triển mạnh mẽ như siêu âm Doppler mạch máu, CT Scan, MRI...giúp chẩn đoán HKTMS nhanh chóng. Việc tầm soát HKTMS ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ là rất cần thiết chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài: "Đánh giá vai trò D-dimer trong chẩn đoán Huyết khối tĩnh mạch sâu ở bệnh nhân lớn tuổi có yếu tố nguy cơ trung bình- cao theo thang điểm Well".

Mục tiêu nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân có nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu thang thang điểm Well

Xác định nồng độ D-dimer ở bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch sâu

Xác định độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương, giá trị dự báo âm của D-dimer so với ngưỡng 500 ng/ml

Xác định mối tương quan của D-dimer với mức độ yếu tố nguy cơ trung bình, cao theo thang điểm Well's

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân nằm viện lớn tuổi (³ 60 tuổi), không phân biệt giới tính, có yếu tố nguy cơ HKTMS trung bình hoặc cao theo thang điểm Well's.

Thời gian lấy mẫu từ tháng 5/2015 – tháng 6/2016

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân nội trú có yếu tố nguy cơ HKTMS theo thang điểm Well's trung bình (1 – 2 điểm) hoặc cao (≥ 3 điểm), thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh [2].

Bảng 1. Điểm số Well's

Điểm số Wells	Điểm số
Yếu tố nguy cơ	
Ung thư đang hoạt động (đang điều trị hoặc trong vòng 6 tháng trước hoặc điều trị tạm thời)	+ 1
Liệt, yếu cơ hoặc gần đây phải bất động chi dưới	+ 1
Gần đây nằm liệt giường hơn 3 ngày hoặc đại phẫu trong vòng 4 tuần trước	+ 1
Dấu hiệu lâm sàng	
Đau khu trú dọc theo đường đi của hệ tĩnh mạch sâu	+ 1
Sưng toàn bộ chi dưới	+ 1
Bắp chân sưng hơn 3 cm so với bên không có triệu chứng (đo dưới lồi củ chày 10 cm)	+ 1
Phù ấn lõm ở chân có triệu chứng	+ 1
Nổi tĩnh mạch ngoại biên (không giãn)	+ 1

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có tiền sử bị huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc thuyên tắc phổi trước đây
- Đang hay định sử dụng các biện

pháp dự phòng HKTMS bằng thuốc như heparin không phân đoạn, heparin có trọng lượng phân tử thấp hay kháng đông đường uống

- Đang sử dụng heparin không phân đoạn, heparin trọng lượng phân tử thấp hay kháng đông đường uống để điều trị bệnh nội khoa không phải HKTMS trên 48 giờ
- Bệnh nhân không thực hiện xét nghiệm D-dimer
- Bệnh nhân không siêu âm doppler mạch máu chi dưới hoặc CT scan nếu test D-dimer dương tính

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu - mô tả cắt ngang

2.4. Phương pháp xử lý phân tích số liệu

Phương tiện nghiên cứu

Phiếu thu thập thông tin bệnh nhân

Máy xét nghiệm định lượng D-dimer Sta-Compact của hãng Stago

Ống nghiệm chống đông Citrat 3.8%.

Thuốc thử D-dimer : STA Liatest D-DI lọ 1 ml của hãng Stago Pháp sản xuất

Bơm tiêm lấy máu tĩnh mạch bệnh nhân xét nghiệm D-dimer

Máy siêu âm mạch máu Doppler

Các bước tiến hành

Các bệnh nhân nhập viện nội trú tại các khoa lâm sàng bệnh viện Thống Nhất thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu được giải thích và bệnh nhân đồng ý ký vào " Phiếu thông tin nghiên cứu và giấy chấp thuận nghiên cứu" được tiến hành nghiên cứu theo các bước sau:

Thu thập số liệu

Thu thập tất cả các dữ liệu theo phiếu thu thập số liệu nghiên cứu

Khám lâm sàng chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

Ghi nhận tên, tuổi, giới, chẩn đoán bệnh, tiền căn, ngày nhập viện, mã hồ sơ, ghi nhận yếu tố nguy cơ và dấu hiệu lâm sàng phân loại theo thang điểm Well's

Lấy mẫu máu tĩnh mạch 2ml cho vào ống nghiệm chống đông Citrat 3.8%, tiến

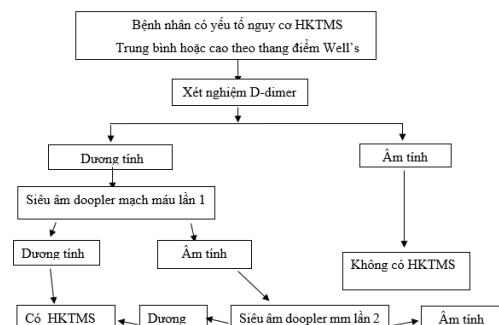
hành xét nghiệm định lượng D-dimer trên máy đông máu tự động Sta-compact thuốc thử LIATEST D-DI của hãng Stago.

Nếu kết quả xét nghiệm D-dimer > 500 ng/ml thì tiến hành siêu âm doppler mạch máu 2 chi dưới hoặc có thể CT Scan hay MRI.

Nếu kết quả siêu âm dương tính (có huyết khối) chẩn đoán HKTMS

Nếu kết quả âm tính (không có huyết khối) thì siêu âm lại lần 2 sau 7-10 ngày

Sơ đồ 1. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu



Xử lý và phân tích số liệu

Các dữ kiện và số liệu thu thập được kiểm tra tính đầy đủ và phù hợp, nhập vào máy tính. Dùng phần mềm SPSS 16.0 để xử lý các dữ kiện và số liệu thu thập.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân lớn tuổi có yếu tố nguy cơ trung bình – cao huyết khối tĩnh mạch sâu theo thang điểm Well's

Tổng số trường hợp nghiên cứu: 184 bệnh nhân

Bảng 2. Phân bố nhóm tuổi và giới tính

Tuổi bệnh nhân	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)	Giới tính	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
60 – 69	75	40,8	Nam	97	52,7
70 – 79	43	23,4			
80 – 89	57	31,0	Nữ	87	47,3
90 – 99	9	4,9			

Bảng 3. Phân bố theo bệnh lý

Chẩn đoán bệnh lý	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Ung thư đang hoạt động	38	20.7
Bệnh nội khoa nằm bất động > 3 ngày	106	57.6
Tai biến yếu liệt	34	18.5
Hậu phẫu sau mổ khớp háng	6	3.3

Bảng 4. Phân bố theo số điểm Well’s và nguy cơ huyết khối theo thang điểm Well’s

Số điểm Well’s	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)	NCHK	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
1	149	81.0	Trung bình	177	96,2
2	28	15.2			
3	5	2.7	Cao	7	3,8
4	2	1.1			

*NCHK: Nguy cơ huyết khối theo điểm Well’s

3.2. Nồng độ D-dimer ở bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 5. Nồng độ D-dimer ở bệnh nhân nghiên cứu

D-dimer (ng/ml)	Nồng độ (ng/ml)
Trung bình	1828.99
Độ lệch chuẩn (SD)	1426
Số quan sát (n)	184
Trung vị	1750

Bảng 6. Nồng độ D-dimer theo giới và tuổi ở bệnh nhân nghiên cứu

Giới / Tuổi	D-dimer (ng/ml)			
	(X ± SD)	n	p	Trung vị
Nữ	1996,41 ± 1443,98	87	0,13	2070 (150 – 5510)
Nam	1678,84 ± 1400,14	97		1560 (160 – 6550)
60 – 69	1375,37 ± 1239,96	75	0,001	810 (160 – 5510)
70 – 79	1966,19 ± 1546,13	43		1790 (250 – 6550)
80 – 89	2141,33 ± 1332,44	57		2140 (150 -6550)
90 - 99	2975,56 ± 1764,44	9		1750 (990 – 6400)

3.3. Tỉ lệ phát hiện HKTMS theo siêu âm Doppler mạch máu lần 1 và lần 2

Bảng 7. Tỉ lệ phát hiện HKTMS theo siêu âm Doppler mạch máu lần 1 và lần 2

Siêu âm Doppler mạch máu	Số bệnh nhân HK-TMS	Tỉ lệ % HK-TMS
Lần 1	38	25,2 %
Lần 2	8	8.0 %
Chung 2 lần	46	30,4 %

Bảng 8. Giá trị trung vị của D-dimer

	Không HKTMS	Có HK-TMS	p
N	138	46	< 0,001
D-dimer (ng/ml)	1466,27	2864,93	
Trung vị	910	2640	

Bảng 9. Độ nhạy và độ đặc hiệu của D-dimer theo siêu âm Doppler

	Siêu âm lần 1	Siêu âm lần 2	Cả 2 lần
Độ nhạy	84,1%	62,5%	80,4%
Độ đặc hiệu	53,4%	58,1%	40,8%
Giá trị tiên đoán dương	32%	8,4%	23,3%
Giá trị tiên đoán âm	92,8%	96,1%	94,4%

Bảng 10. Tương quan nồng độ D-dimer theo thang điểm Well's

Thang đi Well's	1	2	3	4
N	148	30	4	2
D-dimer ng/ml (X ± SD)	1664,32 ± 1311,06	2254,83 ± 1681,27	3295,0 ± 749,78	4695,99 ± 1152,58
D-dimer ng/ml (Trung vị)	1610	2135	3160	4695
P = 0,001				

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 184 bệnh nhân ³ 60 tuổi, có yếu tố nguy cơ trung bình hoặc cao theo thang điểm Well's chúng tôi nhận thấy rằng:

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 74 ± 10,14 tuổi, tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau

Đặc điểm lâm sàng thường gặp bệnh nhân nội khoa nặng nằm bất động > 3 ngày, có điểm số Well's ³ 1 điểm (96,2%)

Trong chẩn đoán HKTMS, mức 500 ng/ml được cho là ngưỡng chẩn đoán. Ngưỡng chẩn đoán phụ thuộc vào nhiều yếu tố, nhưng mức 500 ng/ml được khuyến cáo sử dụng cho hầu hết phương pháp xét nghiệm D-dimer trong chẩn đoán HKTMS[3].

Tỉ lệ HKTMS được chẩn đoán trên siêu âm Doppler

Chúng tôi khảo sát 184 bệnh nhân nằm viện có yếu tố nguy cơ HKTMS trung bình hoặc cao theo thang điểm Well's. Chúng tôi tiến hành siêu âm Doppler mạch máu 2 chi dưới ở những bệnh nhân có ngưỡng D-dimer ≥ 500 ng/ml, trong đó 151 bệnh nhân siêu âm lần 1 có HKTMS là 38 trường hợp, 113 bệnh nhân siêu âm lần 1 âm tính. Sau 7 – 10 ngày tiến hành siêu âm lần 2 có 14 bệnh nhân không thực hiện được, thì có 8 bệnh nhân có HKTMS. Tỷ lệ HKTMS ở lần siêu âm thứ nhất là 25,2%, lần thứ 2 là 8%, theo công thức Kaplan Bayer [1 – (1

– p1) x (1 – p2)], tỉ lệ chung bị HKTMS của nghiên cứu chúng tôi là 30,4%, kết quả này tương tự nghiên cứu của Đặng Vạn Phước, Nguyễn Văn Trí và cs [3] tỉ lệ chung HKTMS trên siêu âm là 28%.

Nồng độ D-dimer trên nhóm bệnh nhân có và không có HKTMS: trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ D-dimer trung bình ở nhóm bệnh nhân không có HKTMS là 1466,27 ng/ml và ở nhóm bệnh nhân có HKTMS là 2864,93 ng/ml. Nồng độ D-dimer của nhóm có HKTMS cao hơn có ý nghĩa thống kê (p < 0,001)

Nồng độ D-dimer trung bình trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Đặng Vạn Phước, Nguyễn Văn Trí và cs, nghiên cứu của Medenox [102], sự khác biệt này có thể do nghiên cứu này thực hiện trên bệnh nhân nội khoa cấp cứu ở người trưởng thành, còn nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên bệnh nhân lớn tuổi ≥ 60 vì vậy nồng độ D-dimer trung bình cao hơn. Tuy nhiên, tương tự nghiên cứu của chúng tôi, các nghiên cứu này cũng phát hiện nồng độ D-dimer trung bình ở nhóm bệnh nhân có HKTMS cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có HKTMS.

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương, giá trị chẩn đoán âm của D-dimer theo siêu âm Doppler

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nếu xem siêu âm màu Doppler là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán HKTMS thì với mức ngưỡng D-dimer 500 ng/ml, độ nhạy

Bảng 11. Giá trị trung bình D-dimer ở nhóm có huyết khối và không có huyết khối

D-dimer trung bình (ng/ml)				
Nghiên cứu	N	Không có huyết khối	Có huyết khối	p
Chúng tôi	184	1466,27 (n = 138)	2864,93 (n = 46)	< 0,001
Đặng Vạn Phước, Nguyễn Văn Trí và cs	304	589 (n = 223)	816 (n =81)	< 0,001
Medenox	224	1170	2250	< 0,001

trong chẩn đoán là 80,4%, độ đặc hiệu 40,8%, giá trị tiên đoán dương 23,3%, giá trị tiên đoán âm là 94,4%. Hiện nay, ứng dụng xét nghiệm D-dimer chủ yếu để loại trừ HKTMS khi xét nghiệm này âm tính. Với độ nhạy là 80,4% và độ đặc hiệu 94,45%, kết quả của chúng tôi phù hợp với ý kiến về vai trò của D-dimer trong loại trừ chẩn đoán HKTMS.

Theo Bernardi và cộng sự [5], nếu bệnh nhân có nguy cơ HKTMS cần được chỉ định siêu âm chẩn đoán, nếu siêu âm phát hiện có huyết khối thì có chỉ định dùng kháng đông, nếu siêu âm không phát hiện huyết khối, nên chỉ định D-dimer, nếu D-dimer âm tính, khả năng HKTMS rất thấp (0,4%) nên chỉ cần theo dõi là đủ, nếu siêu âm âm tính mà D-dimer dương tính, cần siêu âm lặp lại. Nếu siêu âm lần thứ hai phát hiện huyết khối thì điều trị kháng đông, nếu siêu âm âm tính thì cần tiếp tục theo dõi.

Còn theo khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch của hội Tim mạch Việt Nam Nếu bệnh nhân nghi ngờ có nguy cơ HKTMS sâu chi dưới thì đánh giá xác suất trên lâm sàng. Nếu nguy cơ thấp thì làm D-dimer trước để loại trừ HKTMS nếu D-dimer âm tính. Nếu nguy cơ trung bình hoặc cao nên siêu âm trước, nếu siêu âm có huyết khối thì điều trị kháng đông, nếu siêu âm không có huyết khối thì xét nghiệm D-dimer. Nếu D-dimer âm tính loại trừ HKTMS, nếu D-dimer dương tính thì làm lại siêu âm sau 3 – 7 ngày [3].

Cách làm như vậy giúp giảm bớt bệnh nhân phải duy chuyển đến phòng siêu âm lần thứ hai. Những bệnh nhân nhập viện có nguy cơ HKTMS đa số bệnh nhân nặng di chuyển khó khăn, hạn chế số lần di chuyển sẽ giúp thầy thuốc dễ dàng hơn trong việc chẩn đoán HKTMS ở nhóm bệnh nhân này.

Nồng độ D-dimer khác nhau ở các mức thang điểm Well's, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$. Ở bệnh nhân có điểm Well's càng cao thì giá trị D-dimer càng cao, khả năng bị HKTMS càng lớn.

5. KẾT LUẬN

Nên áp dụng thang điểm Well's trên lâm sàng để sàng lọc HKTMS. Việc thực hiện xét nghiệm D-dimer âm tính cho phép loại trừ HKTMS. Những trường hợp D-dimer dương tính tiến hành siêu âm màu doppler mạch máu hoặc CT Scan để

chẩn đoán HKTMS nhằm phát hiện HKTMS càng sớm càng tốt để điều trị kháng đông cho bệnh nhân, giảm thiểu tỉ lệ tử vong và di chứng hậu huyết khối.

Nồng độ D-dimer ở bệnh nhân càng lớn tuổi thì càng cao do ảnh hưởng nhiều yếu tố khác như bệnh lý nặng, lớn tuổi, nằm bất động lâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Văn Bình. Bệnh lý huyết học lâm sàng và điều trị. Nhà xuất bản Y học 2016, 44-45.
- [2] Trần Văn Bé. Thực hành Huyết học và truyền máu. Nhà xuất bản y học 2003, 109-111.
- [3] Đặng Vạn Phước (2010), "Huyết khối tĩnh mạch sâu: chẩn đoán bằng siêu âm Duplex trên bệnh nhân nội khoa cấp nhập viện", Tạp chí Tim Mạch học (56), pp. 24-36.
- [4] Đặng Vạn Phước & Nguyễn Văn Trí (2010). Tổng quan về huyết khối tĩnh mạch sâu chưa có triệu chứng trên bệnh nhân nội khoa cấp tính. Tim mạch học tập 4, 17-22.
- [5] Anderson FA Jr, Spencer FA. Risk factors for venous thromboembolism. Circulation 2003;107(23 Suppl 1):19-16.
- [6] Agnelli G, Buller HR, Cohen A, Curto M, Gallus AS, Johnson M, et al. Oral apixaban for the treatment of acute venous thromboembolism. N Engl J Med. 2013;369:799–808.