

ASSOCIATION BETWEEN SIC AND DIC SCORES IN SEPTIC SHOCK PATIENTS

Phan Vu Anh Minh, Pham Thi Tuoi,

Doan Xuan An, Nguyen Thanh Tri, Nguyen Di Linh, Bui Thi Diem Kieu, Tran Thuy Anh*

University Medical Center in Ho Chi Minh City - 217 Hong Bang, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 12/03/2026

Revised: 24/03/2026; Accepted: 20/04/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the relationship between the SIC score and DIC score in patients with septic shock at University Medical Center Ho Chi Minh City.

Methods: A prospective follow-up study was conducted on 47 newly diagnosed septic shock patients admitted to the Intensive Care Unit between June 2023 and June 2024.

Results: The mean age was 69.77 ± 14.54 years, with a male-to-female ratio of 0.8/1. Patients aged ≥ 60 years had a significantly higher prevalence of comorbidities compared to younger patients. The prevalence of patients with SIC was 65.96%, and with DIC was 29.79%. Overt DIC occurred only in patients who met the SIC criteria, with a statistically significant association ($p = 0.001$). Thrombocytopenia, decreased fibrinogen, elevated D-dimer, and fibrin monomer were strongly associated with overt DIC, whereas INR had limited value.

Conclusion: The SIC score enables early recognition of sepsis-induced coagulopathy and predicts progression to overt DIC, supporting timely risk stratification and clinical management.

Keywords: Septic shock, septic induced coagulopathy, disseminated intravascular coagulation.

*Corresponding author

Email: tranthuyanh94umc@gmail.com Phone: (+84) 366731373 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD4.4857

MỐI LIÊN QUAN GIỮA THANG ĐIỂM SIC VÀ DIC Ở NGƯỜI BỆNH SỐC NHIỄM KHUẨN

Phan Vũ Anh Minh, Phạm Thị Tươi,

Đoàn Xuân An, Nguyễn Thành Trị, Nguyễn Di Linh, Bùi Thị Diễm Kiều, Trần Thùy Anh*

Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 12/03/2026

Ngày sửa: 24/03/2026; Ngày đăng: 20/04/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa thang điểm SIC và DIC ở người bệnh sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp: Nghiên cứu theo dõi tiến cứu, 47 người bệnh mới chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn nhập Khoa Hồi sức tích cực từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình là $69,77 \pm 14,54$, tỉ lệ nam/nữ là 0,8/1. Người bệnh ≥ 60 tuổi có tỉ lệ mắc bệnh nền cao hơn đáng kể so với nhóm còn lại. Tỷ lệ người bệnh mắc SIC là 65,96% và DIC là 29,79%. DIC toàn phát chỉ xuất hiện ở người bệnh đủ điểm SIC, mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Giảm tiểu cầu, giảm fibrinogen, tăng D-dimer và fibrin monomer liên quan chặt chẽ với DIC toàn phát, trong khi INR ít liên quan.

Kết luận: SIC có giá trị phát hiện sớm rối loạn đông máu và dự báo tiến triển DIC, hỗ trợ hiệu quả cho phân tầng nguy cơ và theo dõi lâm sàng.

Từ khóa: Sốc nhiễm khuẩn, rối loạn đông máu do nhiễm khuẩn, đông máu nội mạch lan tỏa.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc nhiễm khuẩn là một trong những tình trạng cấp cứu nặng nề nhất, đặc trưng bởi nhiễm khuẩn kèm rối loạn tuần hoàn, chuyển hóa và có tỷ lệ tử vong cao. Trong sốc nhiễm khuẩn, rối loạn đông máu là biến chứng thường gặp, có thể tiến triển thành đông máu nội mạch lan tỏa (DIC), làm gia tăng nguy cơ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện và chi phí điều trị.

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán DIC của Hiệp hội Huyết khối và Cầm máu Quốc tế (ISTH), người bệnh thường chỉ được phát hiện khi đã có biểu hiện huyết khối hoặc xuất huyết rõ rệt ở giai đoạn muộn, làm hạn chế hiệu quả can thiệp [1]. Nhằm khắc phục hạn chế này, năm 2017, ISTH đã đề xuất thang điểm rối loạn đông máu do nhiễm khuẩn (SIC), với 3 thành tố đơn giản: số lượng tiểu cầu, INR và thang điểm đánh giá suy đa cơ quan (SOFA) [4]. Tiêu chuẩn này phù hợp với định nghĩa Sepsis-3 và đã được chứng minh có khả năng phát hiện sớm rối loạn đông máu. Hiệu quả của thang điểm SIC đã được chấp nhận bởi ISTH, kết quả cho thấy hầu hết người bệnh được chẩn đoán DIC toàn phát theo tiêu chuẩn ISTH cũng đồng thời đạt tiêu chuẩn SIC; và trong mọi trường hợp, SIC xuất hiện trước DIC toàn phát. Theo Iba T và cộng sự (2019), khoảng 30-50% người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn SIC, sau đó tiến triển thành DIC toàn phát theo tiêu chuẩn ISTH [6]. Các nghiên cứu tại Nhật Bản và châu Âu cũng khẳng định SIC không chỉ có giá trị tiên lượng mà còn là bước trung gian trên lộ trình tiến triển thành DIC [2]. Tại Việt Nam, các dữ liệu nghiên cứu về thang điểm SIC và mối liên quan với DIC còn hạn chế, trong khi thực tế lâm sàng ghi nhận nhiều người bệnh sốc nhiễm khuẩn diễn biến nặng do phát hiện rối loạn đông máu muộn.

Từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mối liên quan giữa thang điểm SIC và DIC ở người bệnh sốc nhiễm khuẩn nhằm: (1) Đánh giá tỷ lệ SIC và DIC ở người bệnh sốc nhiễm khuẩn; (2) Xác định mối liên quan giữa thang điểm SIC và DIC; (3) Phân tích giá trị của các chỉ số

đông máu trong chẩn đoán DIC.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu theo dõi tiến cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên người bệnh mới được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo Sepsis-3 (2016).

- Tiêu chuẩn nhận vào: người bệnh ≥ 18 tuổi mới được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo Sepsis-3 (2016).

- Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh hoặc thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; người bệnh sốc nhiễm khuẩn kéo dài hơn 24 giờ (tính từ thời điểm dùng thuốc vận mạch); người bệnh được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn lần 2, đang có thai, có tiền căn rối loạn đông máu, đang dùng thuốc kháng đông hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu, ung thư tiến triển, xơ gan, suy gan.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ 47 ca đủ điều kiện theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Biến định tính: giới, bệnh nền, vị trí nhiễm khuẩn, DIC toàn phát (≥ 5 điểm theo ISTH), DIC tiềm ẩn/không DIC (< 5 điểm theo ISTH), thay thế thận liên tục (CRRT).

- Biến định lượng: tuổi, bạch cầu, tiểu cầu, nồng độ Hb, INR, điểm SOFA, nồng độ fibrinogen, nồng độ D-dimer, nồng độ fibrin monomer, điểm SIC, điểm DIC.

*Tác giả liên hệ

Email: tranthuyanh94umc@gmail.com Điện thoại: (+84) 366731373 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD4.4857

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán DIC theo ISTH

Xét nghiệm	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Số lượng tiểu cầu (G/L)	> 100	50-100	< 50	
D-dimer/FDP	Bình thường		Tăng trung bình	Tăng nhiều
Fibrinogen (g/L)	≥ 1	< 1		
PT (giây)	< 3	3-6	> 6	
Hay INR (ratio)	≤ 1,3	1,3-1,7	> 1,7	

Tổng điểm ≥ 5: chẩn đoán DIC toàn phát; tổng điểm < 5: nghi ngờ DIC, cần tái đánh giá.

Bảng 2. Thang điểm SIC theo ISTH

Xét nghiệm	0 điểm	1 điểm	2 điểm
INR (ratio)	≤ 1,2	1,2-1,4	> 1,4
Số lượng tiểu cầu (G/L)	> 150	100-150	< 100
Tổng điểm SOFA	0	1	≥ 2

Tổng điểm ≥ 4: kết luận SIC; tổng điểm < 4: không hiện diện SIC.

2.6. Quy trình thu thập số liệu

Tại Khoa Hồi sức tích cực, chọn tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu; sau khi được giải thích và ký cam kết đồng thuận, tiến hành thu thập dữ liệu từ bệnh án điện tử và lưu trữ vào Excel. Tại thời điểm chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn (T0), đánh dấu “FM” (fibrin monomer) trên ống đông máu sẵn có và gửi đến Khoa Xét nghiệm theo quy định, thực hiện thêm xét nghiệm fibrin monomer, sau đó ghi nhận kết quả. Đánh giá DIC theo thang điểm ISTH: nếu điểm ≥ 5 ghi nhận DIC toàn phát và ngưng theo dõi; nếu < 5 điểm là DIC tiềm ẩn/không DIC, tái đánh giá sau 24-48 giờ theo hướng dẫn của ISTH và phân nhóm theo kết quả cuối cùng, lập lại quy trình đến khi đủ cỡ mẫu.

Xét nghiệm fibrin monomer được thực hiện trên máy Star-max, dựa trên sự thay đổi độ đục của dung dịch huyền phù vi hạt đo bằng quang học. Giá trị fibrin monomer máu bình thường < 6 mg/L. IQC ở 2 mức nồng độ: bình thường và bệnh lý, EQA thực hiện so sánh liên phòng định kỳ.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14. Thống kê mô tả bao gồm tần số, tỷ lệ cho biến định tính và giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng. Sử dụng phép kiểm Chi-square và Fisher cho so sánh tỷ lệ, t-test cho tính trung bình. Sự khác biệt giữa các so sánh được coi là có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua và chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh theo Quyết định số 1564/QĐ-BVĐHYD. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích khoa học và không phục vụ mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 47 người bệnh có đặc điểm như sau:

Tỷ lệ nam/nữ là 0,8/1; tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 69,77 ± 14,54; vị trí nhiễm khuẩn thường gặp nhất là tiêu hóa (38,3%), kế tiếp hô hấp (19,15%) và tiết niệu (14,89%).

Bảng 3. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và tỷ lệ mắc bệnh nền

Bệnh nền	Không	Có	Tổng	p
< 60 tuổi	4 (36,36%)	7 (63,64%)	11 (100%)	0,004
≥ 60 tuổi	4 (11,11%)	32 (88,89%)	36 (100%)	
Tổng	8 (17,02%)	39 (82,98%)	47 (100%)	

Người bệnh ≥ 60 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh nền cao hơn đáng kể so với nhóm còn lại.

3.2. Tỷ lệ rối loạn đông máu của người bệnh sốc nhiễm khuẩn

Bảng 4. Tỷ lệ người bệnh có SIC và DIC tại thời điểm chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn

Đặc điểm	DIC toàn phát	DIC tiềm ẩn/không DIC	Tổng	p
SIC (≥ 4 điểm)	14 (45,16%)	17 (54,84%)	31 (100%)	0,001
Không SIC (< 4 điểm)	0	16 (100%)	16 (100%)	
Tổng	14 (29,79%)	33 (70,21%)	47 (100%)	

Tỷ lệ SIC chiếm 65,96%; tỷ lệ DIC toàn phát chiếm 29,79%. DIC toàn phát chỉ xuất hiện ở người bệnh đủ điểm SIC, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,001).

Bảng 5. Tỷ lệ người bệnh có SIC và DIC sau chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn 24 giờ đến trước 48 giờ

Đặc điểm	DIC toàn phát	DIC tiềm ẩn/không DIC	Chung	p
SIC (≥ 4 điểm)	2 (12,5%)	14 (87,5%)	16 (100%)	0,2
Không SIC (< 4 điểm)	0	12 (100%)	12 (100%)	
Tổng	2 (7,14%)	26 (92,86%)	28 (100%)	

Trong 28/47 trường hợp được theo dõi tiếp, có 2/28 ca (7,14%) tiến triển thành DIC toàn phát, trong khi 26/28 ca (92,86%) vẫn ở giai đoạn tiềm ẩn/không DIC. Ở nhóm người bệnh có SIC ≥ 4 điểm, một số tiến triển thành DIC toàn phát (12,5%), trong khi nhóm SIC < 4 điểm không ghi nhận trường hợp nào, nhưng sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,2).

3.3. Giá trị của các chỉ số đông máu trong chẩn đoán DIC

Bảng 6. Đặc điểm các chỉ số liên quan sốc nhiễm khuẩn với tình trạng DIC

Đặc điểm	DIC toàn phát	DIC tiềm ẩn/không DIC	Chung	p
Hb < 100 (g/L)	7 (53,85%)	6 (46,15%)	13 (100%)	0,026
SOFA ≥ 5 điểm	14 (33,33%)	28 (66,67%)	42 (100%)	0,123

Đặc điểm	DIC toàn phát	DIC tiềm ẩn/không DIC	Chung	p
Có CRRT	9 (47,37%)	10 (52,63%)	19 (100%)	0,03
Thuốc vận mạch ≥ 2 loại	2 (66,67%)	1 (33,33%)	3 (100%)	0,149

Kết quả cho thấy thiếu máu (Hb < 100 g/L) và chỉ định CRRT có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với DIC toàn phát. Trong khi đó, điểm SOFA ≥ 5 và sử dụng ≥ 2 loại thuốc vận mạch chưa ghi nhận sự khác biệt rõ rệt.

Bảng 7. Đặc điểm các chỉ số đông máu với tình trạng DIC

Đặc điểm	DIC toàn phát	DIC tiềm ẩn/không DIC	Chung	p
Giảm tiểu cầu < 100 G/L	11 (91,67%)	1 (8,33%)	12 (100%)	0,000
INR > 1,3	10 (32,26%)	21 (67,74%)	31 (100%)	0,606
Fibrinogen < 2 (mg/L)	3 (100%)	0	3 (100%)	0,006
D-dimer > 4000 (ng/mL)	14 (56,0%)	11 (44,0%)	25 (100%)	0,000
Fibrin monomer > 6 (mg/L)	13 (41,94%)	18 (58,06%)	31 (100%)	0,011

Giảm tiểu cầu, fibrinogen giảm, D-dimer và fibrin monomer tăng đều khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm DIC toàn phát và nhóm còn lại (p < 0,05).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của người bệnh sốc nhiễm khuẩn khá cao (69,77 \pm 14,54 tuổi), phản ánh nhóm đối tượng có nhiều yếu tố nguy cơ kèm theo. Tỷ lệ người bệnh ≥ 60 tuổi chiếm ưu thế so với nhóm dưới 60 tuổi (88,89% so với 63,64%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,004). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Loan và cộng sự, trong đó tuổi trung bình của người bệnh là 69,9 \pm 17,1 [8]. Điều này cho thấy tuổi cao đi kèm với gánh nặng bệnh lý nền, góp phần làm tăng tính dễ tổn thương trước nhiễm khuẩn nặng. Về vị trí nhiễm khuẩn, hệ tiêu hóa là nguồn nhiễm thường gặp nhất (38,3%), tiếp theo là hô hấp và tiết niệu. Đặc điểm này nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc kiểm soát ô nhiễm và quản lý bệnh nền trong cải thiện tiên lượng cho người bệnh sốc nhiễm khuẩn.

4.2. Đánh giá tỷ lệ SIC và DIC ở người bệnh sốc nhiễm khuẩn và mối liên quan giữa thang điểm này

Theo chúng tôi ghi nhận, tại thời điểm chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn có 31/47 người bệnh (65,96%) đạt tiêu chuẩn SIC, 14/47 ca (29,79%) tiến triển thành DIC toàn phát, trong khi nhóm không đạt SIC hoàn toàn không ghi nhận ca DIC nào (p = 0,001). Tương tự, nghiên cứu tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2024 cũng ghi nhận tỷ lệ SIC và DIC theo ISTH lần lượt là 49,1% và 23,6% [8], qua đó củng cố giá trị của thang điểm SIC trong phát hiện sớm rối loạn đông máu và dự báo nguy cơ DIC. Tỷ lệ SIC trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu quốc tế, có thể liên quan đến đặc điểm dân số gồm người bệnh sốc nhiễm khuẩn, tuổi trung bình cao và nhiều bệnh nền.

Sau 24-48 giờ, trong 16/28 người bệnh đạt SIC, chỉ có 2 trường hợp (12,5%) tiến triển thành DIC toàn phát, trong khi nhóm không SIC không ghi nhận ca nào; sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Kết quả này có thể do cỡ mẫu còn hạn chế và thời gian theo dõi ngắn, chưa đủ phản ánh đầy đủ tiến triển động của rối loạn đông máu. Tuy nhiên, xu hướng DIC xuất hiện nhiều hơn ở nhóm SIC vẫn ủng hộ vai trò cảnh báo sớm của thang điểm này, phù hợp với các nghiên cứu quốc tế khi SIC thường xuất hiện trước và chỉ một tỉ lệ tiến triển thành DIC toàn phát.

Về ý nghĩa lâm sàng, thang điểm SIC nên được áp dụng ở người bệnh nhiễm khuẩn huyết hoặc sốc nhiễm khuẩn có dấu hiệu rối loạn đông máu ban đầu nhằm nhận diện sớm nguy cơ DIC. Khi điểm SIC đạt ngưỡng hoặc có xu hướng tăng theo thời gian, cần theo dõi sát các chỉ số đông máu và diễn tiến lâm sàng. Ở giai đoạn tiền DIC, chưa có chỉ định can thiệp dự phòng thường quy bằng chế phẩm máu hoặc thuốc chống đông; kiểm soát nguyên nhân nền và đánh giá động học đông máu vẫn là chủ yếu.

4.3. Giá trị của các chỉ số đông máu trong chẩn đoán DIC

Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ Hb < 100 g/L có liên quan rõ rệt đến tình trạng DIC toàn phát, với tỉ lệ mắc DIC cao hơn có ý nghĩa thống kê (p = 0,026). Việc giảm Hb có thể phản ánh cả tình trạng xuất huyết do rối loạn đông máu và tình trạng bệnh nặng kèm theo. Ngược lại, điểm SOFA ≥ 5 và nhu cầu CRRT lại gặp nhiều hơn ở nhóm DIC tiềm ẩn/không DIC, mặc dù khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Điều này có thể do DIC toàn phát thường đi kèm rối loạn huyết học rõ rệt, trong khi nhóm tiềm ẩn lại có biểu hiện suy tạng nổi bật hơn. Ngoài ra, cỡ mẫu nhỏ cũng có thể ảnh hưởng đến sự khác biệt giữa hai nhóm. So với nghiên cứu của Iba T và cộng sự (2019) [4] có sự khác biệt, kết quả này gợi ý rằng diễn tiến DIC có thể không đồng nhất và chịu ảnh hưởng bởi cả tình trạng huyết học và mức độ suy đa cơ quan.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy các chỉ số đông máu có sự khác biệt rõ rệt giữa nhóm DIC toàn phát và nhóm DIC tiềm ẩn/không DIC. Giảm tiểu cầu < 100 G/L có liên quan chặt chẽ với DIC toàn phát, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cao (p = 0,000), khẳng định vai trò của tiểu cầu trong cơ chế tiêu thụ đông máu. Tương tự, fibrinogen < 2 mg/L và D-dimer > 4000 ng/mL cũng liên quan có ý nghĩa đến DIC toàn phát (p < 0,01), phù hợp với mô hình tiêu thụ yếu tố đông máu kinh điển, đồng thời nhất quán với nhận định của các nghiên cứu trên thế giới [5]. Trong khi đó, fibrin monomer > 6 mg/L có xu hướng cao hơn ở nhóm DIC tiềm ẩn/không DIC nhưng sự khác biệt chưa thật sự rõ rệt, gợi ý fibrin monomer có thể được coi là dấu ấn dự báo huyết khối sắp xảy ra. Do fibrin monomer là sản phẩm trung gian của quá trình hình thành fibrin trước khi được ổn định và thoái giáng, sự gia tăng của chỉ số này có thể xuất hiện sớm hơn các thay đổi toàn diện đặc trưng của DIC toàn phát. Việc fibrin monomer cao hơn ở nhóm DIC tiềm ẩn/không DIC có thể phản ánh tình trạng hoạt hóa đông máu sớm với tăng tạo thrombin và hình thành fibrin ban đầu, trong khi các cơ chế bù trừ và tiêu sợi huyết vẫn còn duy trì tương đối. Vì vậy, kết quả này gợi ý vai trò tiềm năng của fibrin monomer như một dấu ấn dự báo giai đoạn tiền DIC. Tỷ lệ INR > 1,3 không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (p > 0,05), cho thấy thông số này kém nhạy trong phát hiện sớm DIC. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Gando S và cộng sự (2016) [3], trong đó INR được ghi nhận có giá trị hạn chế ở giai đoạn sớm do chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố ngoài DIC, như bệnh gan làm giảm tổng hợp các yếu tố đông máu phụ thuộc vitamin K, thiếu vitamin K, sử dụng thuốc kháng đông đường uống, pha loãng do truyền dịch hoặc rối loạn đông máu trong nhiễm khuẩn huyết chưa tiến triển thành DIC rõ rệt. Ở giai đoạn sớm của DIC, cơ chế bù trừ có thể duy trì PT/INR trong giới hạn bình thường, làm giảm độ nhạy của chỉ số này. Nhìn chung, các kết quả trên nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phối hợp nhiều xét nghiệm đông máu và áp dụng hệ thống điểm số ISTH trong nhận diện DIC, thay vì dựa vào một chỉ số đơn lẻ.

5. KẾT LUẬN

Tại thời điểm chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn, 65,96% người bệnh đạt tiêu chuẩn SIC và 29,79% tiến triển thành DIC toàn phát theo tiêu chuẩn ISTH. Tất cả các trường hợp DIC toàn phát đều có điểm SIC ≥ 4 , cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa SIC và nguy cơ tiến triển DIC. Trong chẩn đoán sớm rối loạn đông máu, các chỉ số như tiểu cầu, fibrinogen, D-dimer và fibrin monomer có giá trị cao, trong khi INR có giá trị hạn chế. Thang điểm SIC nên được áp dụng thường quy trong theo dõi người bệnh sốc nhiễm khuẩn nhằm phát hiện sớm rối loạn đông máu và dự báo nguy cơ tiến triển DIC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Adelborg K, Larsen J.B, Hvas A.M. Disseminated intravascular coagulation: epidemiology, biomarkers, and management. *Br J Haematol*, 2021, 192 (5): 803-818.
- [2] Curtiaud A, Iba T, Angles-Cano E et al. Biomarkers of sepsis-induced coagulopathy: diagnostic insights and potential therapeutic implications. *Ann Intensive Care*, 2025, 15 (1): 12.
- [3] Gando S, Levi M, Toh C.H. Disseminated intravascular coagulation. *Nat Rev Dis Primers*, 2016, 2: 16037.
- [4] Iba T, Di Nisio M, Levy J.H et al. New criteria for sepsis-induced coagulopathy (SIC) following the revised sepsis definition: a retrospective analysis of a nationwide survey. *BMJ Open*, 2017, 7 (9): e017046.
- [5] Iba T, Helms J, Connors J.M et al. The pathophysiology, diagnosis, and management of sepsis-associated disseminated intravascular coagulation. *J Intensive Care*, 2023, 11 (1): 24.
- [6] Iba T, Levy J.H, Raj A et al. Advance in the management of sepsis-induced coagulopathy and disseminated intravascular coagulation. *J Clin Med*, 2019, 8 (5): 728.
- [7] Kiya G.T, Abebe G, Mekonnen Z et al. A comparison of disseminated intravascular coagulation scoring systems and their performance to predict mortality in sepsis patients: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2025, 20 (1): e0315797.
- [8] Nguyễn Thị Thanh Loan, Nguyễn Đức Công, Nguyễn Quang Đăng. Khảo sát rối loạn đông máu ở người bệnh nhiễm khuẩn huyết theo thang điểm SIC. *Tạp chí Sức khỏe và Lão hóa*, 2025, 1 (2): 107-112. doi: 10.63947/bvtn.v1i2.15