

## Nghiên cứu các nguyên nhân băng huyết sau sinh và kết quả điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận

Võ Thị Mỹ Dung<sup>1</sup>, Trương Quang Vinh<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận

<sup>2</sup> Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

doi: 10.46755/vjog.2022.4.1364

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Trương Quang Vinh, email: vinhbms@yahoo.com.vn.

Nhận bài (received): 25/05/2022 - Chấp nhận đăng (accepted): 15/02/2023.

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** 1. Nghiên cứu tỷ lệ và nguyên nhân băng huyết sau sinh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận. 2. Đánh giá kết quả xử trí băng huyết sau sinh.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 131 sản phụ được chẩn đoán băng huyết sau sinh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 6 năm 2021.

**Kết quả:** Tỷ lệ băng huyết sau sinh ở sản phụ sinh đường âm đạo là 2,02%. Nguyên nhân hay gặp nhất gây BHSS là đờ tử cung với 83,2%, tiếp theo là chấn thương đường sinh dục với 9,9% và rối loạn bong sổ rau (6,9%). Kết quả điều trị: Hầu hết các trường hợp BHSS đều được điều trị nội khoa thành công, chiếm 97,7%; có 2,3% trường hợp cần phẫu thuật, trong đó phẫu thuật cắt tử cung toàn phần chỉ chiếm 0,8%, tương đương 01 trường hợp. Trong nhóm BHSS do đờ tử cung (n=109): điều trị nội khoa cho tỷ lệ thành công là 89%, đặt bóng chèn cho tỷ lệ thành công 80%, có 01 ca phải cắt tử cung toàn phần, chiếm 0,9%. Tỷ lệ nằm viện dưới 5 ngày là 86,3%, nằm viện trên 10 ngày chiếm 1,5%. Tất cả sản phụ BHSS đều được điều trị khỏi.

**Kết luận:** Nguyên nhân thường gặp nhất của BHSS là đờ tử cung. Hầu hết các trường hợp được điều trị nội khoa thành công, tỷ lệ cần can thiệp phẫu thuật thấp.

**Từ khóa:** băng huyết sau sinh, đờ tử cung, sản khoa, Ninh Thuận.

## Postpartum hemorrhage at Ninh Thuan General Hospital: causes and treatment results

Vo Thi My Dung<sup>1</sup>, Truong Quang Vinh<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup> Ninh Thuan General Hospital

<sup>2</sup> University of Medicine and Pharmacy, Hue University

### Abstract

**Objectives:** 1. To study the rate and causes of postpartum hemorrhage at Ninh Thuan General Hospital. 2. To evaluate treatment results of postpartum hemorrhage.

**Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study on 131 women diagnosed with postpartum haemorrhage at Ninh Thuan General Hospital from June 2020 to June 2021.

**Results:** The rate of postpartum haemorrhage in women giving birth vaginally was 2.02%. The most common cause of postpartum haemorrhage was uterine atony with 83.2%, followed by genital tract trauma with 9.9% and disorders of placental delivery (6.9%). Treatment results: Most cases of postpartum haemorrhage were successfully treated medically, accounting for 97.7%; 2.3% of cases needed surgery with the rate of total hysterectomy was only 0.8% (equivalent to 01 case). In the group of postpartum haemorrhage due to uterine atony (n=109): medical treatment had a success rate of 89%, insertion of a balloon catheter gave a success rate of 80%, there was 01 case with total hysterectomy, accounting for 0.9%. The rates of patients having hospital stay less than 5 days was 86.3% and more than 10 days was 1.5%. All cases with postpartum postpartum were cured.

**Conclusion:** The most common cause of postpartum postpartum is uterine atony. Most cases can be treated successfully with internal medicine. There is a few patients require surgical interventions.

**Key words:** Postpartum haemorrhage, uterine atony, obstetrics, Ninh Thuan.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Băng huyết sau sinh (BHSS) là một cấp cứu sản khoa và là nguyên nhân hàng đầu gây nên bệnh tật và tử vong mẹ trên thế giới, đặc biệt là ở các nước thu nhập trung bình-thấp. Phát hiện, xử trí sớm và đúng BHSS đóng vai trò vô cùng quan trọng trong giảm thiểu biến chứng và tử vong cho sản phụ. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá về nguyên nhân và kết quả điều trị BHSS tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận, qua đó nâng cao chất lượng điều trị và sức khoẻ người dân.

### 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

#### Đối tượng nghiên cứu:

Sản phụ được chẩn đoán băng huyết sau sinh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận từ tháng 6 năm 2020 đến tháng 6 năm 2021.

#### Tiêu chuẩn chọn:

Sản phụ sinh đường âm đạo; có chảy máu sinh dục

sau sinh trên 500ml trong thời gian 24 giờ đầu sau sinh hoặc từ 24 giờ cho đến 6 tuần sau sinh hoặc chảy máu kèm theo tình trạng tiền choáng, choáng.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** các trường hợp chuyển từ bệnh viện khác đến hoặc các trường hợp thai chết lưu.

**Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

#### Các bước tiến hành:

*Bước 1.* Khám toàn diện: Tiền sử, sinh hiệu huyết động, thời điểm chẩn đoán BHSS, yếu tố nguy cơ, xác định vị trí máu chảy, kiểm tra bánh nhau...

*Bước 2.* Xác định nguyên nhân BHSS

*Bước 3.* Đánh giá kết quả cận lâm sàng: Xét nghiệm hồng cầu, huyết sắc tố, thể tích huyết cầu, nhóm máu, chức năng đông máu.

*Bước 4.* Xử trí băng huyết sau sinh Hồi sức song song nội khoa và sản khoa và xử trí theo nguyên nhân

*Bước 5.* Đo lượng máu mất

*Bước 6.* Thu thập thông tin hoàn thành phiếu nghiên cứu

*Bước 7.* Đánh giá kết quả và phân tích số liệu.

### 3. KẾT QUẢ

Từ 06/2020 đến 06/2021 có 131 sản phụ được chẩn đoán băng huyết sau sinh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận thỏa các tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu với kết quả như sau:

Tuổi trung bình là 26,7 ± 5,3 tuổi, trong đó nhóm 25 - 29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 44,3%; nhóm < 20 tuổi và ≥ 35 có tỷ lệ tương đương (8,6%). Sản phụ ở nông thôn, miền núi chiếm 73,5% cao hơn thành thị (26,4%).

Tỷ lệ băng huyết sau sinh là 2,02%.

**Bảng 1.** Các nguyên nhân BHSS

Nguyên nhân		Số lượng	Tỷ lệ %
Đờ tử cung		109	83,2
Chấn thương đường sinh dục	Rách âm đạo -CTC- TSM	10	7,6
	Khối máu tụ	3	2,3
Do nhau	Sốt nhau	9	6,9

Đờ tử cung là nguyên nhân BHSS chiếm tỷ lệ cao nhất. Tất các sản phụ đều BHSS sớm (100,0%), với BHSS phát hiện trước 2h sau sinh chiếm tỷ lệ đa số, với 94,7%.

**Bảng 2.** Thay đổi các chỉ số huyết động trước và sau khi băng huyết

Các chỉ số	Số lượng (n)	Trước khi BH	Sau khi BH	Giá trị p
Mạch (lần/phút)	131	80,24 ± 1,3	98,7 ± 3,5	> 0,05
HATt (mmHg)	131	117,9 ± 11,6	101,5 ± 10,5	< 0,001
HATr (mmHg)	131	75,7 ± 11,2	61,2 ± 7,5	< 0,001

Tần số mạch trước và sau khi băng huyết không thay đổi có ý nghĩa (p > 0,05), tuy nhiên huyết áp sau băng huyết thấp hơn có ý nghĩa so với huyết áp trước đó (p < 0,001).

Lượng máu mất trung bình là 630,5 ± 278,7ml (500-3000ml) trong đó nhóm mất máu < 1000 ml chiếm đa số (93,9%).

**Bảng 3.** Thay đổi các chỉ số cận lâm sàng trước và sau khi băng huyết

Các chỉ số	Trước khi BH	Sau khi BH	Giá trị p
Hồng cầu (T/l)	4,4 ± 0,45	3,7 ± 0,52	> 0,05
Hb (g/l)	11,7 ± 1,6	9,8 ± 1,8	< 0,001

Hct (%)	37,8 ± 4,47	31,3 ± 5,4	<0,001
PLT	239,2 ± 54,65	221,1 ± 50,3	<0,001
PT	12,9 ± 1,3	36,5 ± 37,7	>0,05
APTT	32,6 ± 2,7	56,8 ± 41,6	>0,05

Chỉ số Hb, Hct, PLT sau băng huyết thấp hơn có ý nghĩa (p < 0,001);

**Bảng 4.** Một số yếu tố nguy cơ của BHSS

Tiền sử sản khoa (n=131)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử băng huyết sau sinh	9	6,9
Thai to	42	32,1
Thiếu máu trước sinh	36	27,5
Tiền sản giật (TSG)	11	8,4
Đa thai	7	5,3
Tổng số thai phụ	131	

Thai to là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất của BHSS.

Trọng lượng TB sau sinh là 3430,5 ± 382,48g. Nhóm >3000 -3500g chiếm tỷ lệ cao nhất (53,4%);

Tuổi thai TB là 39,32 ± 0,96 tuần (36 tuần - 41 tuần). Trong đó nhóm già tháng chiếm 8,21%, thiếu tháng chiếm 10,7%

**Phương pháp và kết quả điều trị BHSS:**

Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị nội khoa thành công là 97,7%; có 3 trường hợp phải phẫu thuật trong đó phẫu thuật buộc động mạch TC- BT và may B-lynch 2 trường hợp, 1 trường hợp thất bại phải cắt tử cung toàn phần; không ghi nhận tử vong do BHSS. Thuốc dùng trong cấp cứu BHSS: 84,3% sản phụ sử dụng Oxytocin; 83,2% dùng Misoprotol; 71,9% dùng Ergotamin và thấp nhất chỉ 39,7% sử dụng Duratocin. Có 9,2% được truyền máu với lượng máu trung bình là: 991,7 ± 1232,7 mL. Trường hợp truyền máu nhiều nhất lên đến 3300ml.

Xử trí theo nguyên nhân: Đối với BHSS do đờ tử cung, điều trị nội 97 trường hợp và tỷ lệ thành công chiếm 89%; đặt bóng chèn 10 trường hợp, tỷ lệ thành công là 76,9%; Có 1 ca phải chuyển cắt tử cung toàn phần. Các trường hợp BHSS do CTĐSD hay do sót nhau đều được xử trí thành công bằng cách may vết rách hay nạo buồng tử cung. Thời gian nằm viện trung bình là 5,8 ± 1,24 ngày (4-13 ngày) trong đó nhóm 3-5 ngày chiếm đến 86,3%.

**4. BÀN LUẬN**

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu khác trong và ngoài nước và phù hợp với độ tuổi sinh sản [1]. Nhóm sản phụ > 35 chiếm 6,9% là một trong những yếu tố nguy cơ của BHSS. Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng tuổi sản phụ càng cao thì nguy cơ BHSS cũng tăng theo vì liên quan đến số lần đẻ, số lần nạo hút thai, tiền sử sản khoa BHSS, tiền sản giật là những yếu tố ảnh hưởng đến sự co

hồi tử cung, nguy cơ đờ tử cung, đẻ khó [2].

Tỷ lệ BHSS trong các nghiên cứu rất khác nhau tùy theo đặc điểm đối tượng nghiên cứu và thời gian. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Anh Tuấn năm 2020 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội cho tỷ lệ 2,1% tương đương trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy vậy, theo Nguyễn Đắc Ngọc năm 2008 tại Bệnh Viện Trường Đại học Y - Dược Huế, tỷ lệ BHSS là 0,57%, thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ của chúng tôi [3]. Trong những năm qua chúng tôi luôn cố gắng giảm tỷ lệ BHSS bằng việc áp dụng những biện pháp dự phòng BHSS như thực hiện khuyến cáo của WHO về xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ. Chúng tôi cũng áp dụng những thủ thuật phác đồ điều trị mới trong xử trí BHSS. Nhưng hiện nay, tuổi mẹ đang ngày càng tăng cùng với những tiền sử sản khoa phức tạp cũng góp phần làm gia tăng tỷ lệ BHSS theo từng năm.

Về nguyên nhân BHSS, các nghiên cứu đều ghi nhận các nguyên nhân thường gặp là đờ tử cung, chấn thương đường sinh dục hay rối loạn bong, sổ nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đờ tử cung với tỷ lệ 83,2% là nhóm nguyên nhân hay gặp nhất, kết quả này tương tự nghiên cứu của La Thị Hồng Phong năm 2018 tại Bệnh viện tỉnh Phú Yên [4] và phân tích hồi cứu dữ liệu quốc gia Hoa Kỳ của Marshall AL và cộng sự năm 2012-2013 [1]. Tuy vậy, nghiên cứu của Nguyễn Đắc Ngọc năm 2008 và Nguyễn Anh Tuấn cho tỷ lệ BHSS do đờ tử cung chỉ ở mức trên 30% [3, 5]. Sự khác biệt về kết quả này một phần do thời điểm nghiên cứu được thực hiện cách xa nhau hơn một thập kỷ y tế chưa phát triển như hiện nay, kinh tế còn khó khăn ý thức của người dân trong chăm sóc sức khỏe sinh sản cũng chưa cao nên các nguyên nhân sẽ chiếm tỷ lệ cao vì vậy làm giảm tỷ lệ đờ tử cung xuống. Theo WHO, hiện nay nguyên nhân hàng đầu gây BHSS là đờ tử cung [6]. Bên cạnh đó, trong một nghiên cứu của Knight và cộng sự nghiên cứu tại Mỹ từ 1994-2006 nhận

thấy, số trường hợp băng huyết sau sinh ngày càng tăng, nguyên nhân BHSS do đờ tử cung cũng ngày càng tăng, BHSS không do đờ tử cung ngày càng giảm [7].

Trong nhóm nguyên nhân do chấn thương đường sinh dục, hay gặp nhất là rách âm đạo - CTC - TSM, đứng thứ hai là khối máu tụ âm đạo và không có ca nào vỡ tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi rách âm đạo - CTC - TSM là nguyên nhân sau đờ tử cung gây BHSS. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn cho thấy đây là nguyên nhân đứng thứ 2 trong các nguyên nhân gây BHSS [5] và nghiên cứu của Huỳnh Thị Bích Ngọc nguyên nhân này chiếm 7,5% [8]. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền (2016) tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương tỷ lệ là 16,1% [9] hay Nguyễn Duy Ánh (2021) [10]. Nguyên nhân có thể được giải thích một phần bởi rách âm đạo CTC-TSM có nguy cơ xảy ra cao hơn ở nhóm đẻ bằng thủ thuật, đặc biệt là Forceps có thể gây rách phức tạp bởi chỉ định đẻ thủ thuật thường trong thai suy, TSG, chuyển dạ kéo dài trong những trường hợp này đường dinh dục vốn đã tổn thương sẽ dễ bị rách khi can thiệp thủ thuật. Tuy nhiên hiện nay tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận ít thực hiện sinh thủ thuật vì vậy góp phần làm giảm tỷ lệ của nguyên nhân gây BHSS này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có ca nào vỡ tử cung tương tự với nghiên cứu của La Thị Hồng Phong tại bệnh viện Sản Nhi Phú Yên [4]. Một số nghiên cứu ở bệnh viện tuyến Trung Ương như bệnh viện Phụ Sản Hà Nội theo Nguyễn Anh Tuấn tỷ lệ này là 4,2% [5]. Do ở bệnh viện tuyến Trung ương các ca nặng của các tuyến chuyển về nên tỷ lệ vỡ tử cung cũng cao hơn. Sốt nhau là nguyên nhân đứng hàng thứ 3 gây BHSS với tỷ lệ 6,9% và duy nhất trong nhóm do nguyên nhân bong và sổ nhau được ghi nhận, cũng tương tự theo Nguyễn Anh Tuấn với tỷ lệ là 2,2% [5]. Trần Chân Hà cũng xếp sốt nhau đứng thứ 3 với tỷ lệ 9,2% [11]. Sốt nhau có thể gặp sau đẻ thường, đẻ non, cũng có thể sau đẻ mổ. BHSS do sốt nhau hoàn toàn có thể phòng ngừa được nếu việc kiểm tra bánh nhau sau khi sổ được kiểm tra cẩn thận. Sốt nhau là nguyên nhân duy nhất được ghi nhận trong nhóm này được giải thích bởi sự phát triển vượt bậc của y học các ca bất thường nhau đều được chẩn đoán trước sinh trong quá trình mang thai nhờ siêu âm và được chỉ định sinh mổ chủ động. vậy nên giảm hẳn tỷ lệ BHSS do nguyên nhân này.

Tóm lại, các nhóm nguyên nhân gây BHSS hầu như là như nhau ở các nghiên cứu dù có sự thay đổi ít nhiều về tỷ lệ của các nguyên nhân tùy thuộc vào thời gian, địa điểm cũng như các yếu tố khách quan khác. Vì vậy cần nhiều nghiên cứu sâu hơn về BHSS với qui mô lớn nhằm đưa ra các khuyến cáo cũng như phác đồ điều trị ngày càng hiệu quả. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 131 trường hợp đều thuộc nhóm BHSS sớm, không có trường hợp nào BHSS muộn, tương tự nghiên cứu của La Thị Hồng Phong BHSS sớm cũng chiếm

tỷ lệ gần như tuyệt đối 96,6% [4]. Băng huyết sau sinh muộn được phát hiện sau 24 giờ sau sinh và thường do nguyên nhân nhiễm trùng. Hiện nay công tác phòng chống nhiễm khuẩn được giám sát chặt chẽ việc thực hiện tốt trong qui trình giúp hạn chế tình trạng nhiễm trùng sau sinh.

**Đặc điểm lâm sàng:** tương tự các nghiên cứu khác trong và ngoài nước, các thông số về huyết động học trước cao hơn sau băng huyết và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ), điều này phù hợp với sinh lý bệnh và lâm sàng của bệnh nhân. Mạch là một trong những chỉ số vô cùng nhạy thể hiện tình trạng suy tuần hoàn, mạch nhanh huyết áp có xu hướng giảm là một dấu hiệu cảnh báo cấp cứu của nhà sản khoa.

**Đặc điểm cận lâm sàng:** Các chỉ số Hb, Hct, PLT sau băng huyết thấp hơn có ý nghĩa ( $p < 0,001$ ) điều này cũng tương tự nghiên cứu của Huỳnh Thị Bích Ngọc [8]. Các chỉ số huyết học kết hợp với lâm sàng giúp đánh giá tình trạng thiếu máu, thiếu hụt khối lượng tuần hoàn để có biện pháp bù máu kịp thời và chính xác. Hct  $< 30\%$  là một trong những yếu tố nguy cơ cao của BHSS theo ACOG 2017 [12].

**Phương pháp điều trị:** Theo kết quả nghiên cứu của La Thị Hồng Phong cắt tử cung toàn phần chiếm 3,4% cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi [4]. Bởi chúng tôi nghiên cứu ở sản phụ sinh đường âm đạo làm giảm tỷ lệ cắt tử cung. Theo Kayem trong một nghiên cứu tại Pháp tỷ lệ cắt tử cung là 1,1% [13]. Theo Nguyễn Đắc Ngọc tỷ lệ phải mổ cắt tử cung lên đến 21,9% [3]. Tỷ lệ xử trí nội khoa và thủ thuật bảo tồn thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, trong khi tỷ lệ cắt tử cung cao hơn rất nhiều; điều này có thể giải thích bằng việc tại bệnh viện chúng tôi thì tình hình bệnh tật có xu hướng nhẹ và ít phức tạp hơn Bệnh viện Đại học Y - Dược Huế nơi tiếp nhận điều trị cho những ca khó và phức tạp của khu vực. Theo Nguyễn Anh Tuấn tỷ lệ điều trị nội là 32,1% vì trong nghiên cứu này tỷ lệ đờ tử cung là nguyên nhân mà điều trị nội khoa có hiệu quả chủ yếu chỉ chiếm 37,9% vì vậy làm tỷ lệ này cũng thấp theo [5]. Tác giả Huỳnh Thị Ngọc Bích nghiên cứu BHSS tại thành phố Đà Nẵng, điều trị bảo tồn tử cung chiếm 76,1% bao gồm điều trị nội khoa chiếm tỷ lệ 25,4%, cắt tử cung 23,9% [8]. So sánh nhận thấy tỷ lệ điều trị nội chúng tôi cao hơn và hơn nữa tỷ lệ cắt tử cung thấp hơn rất nhiều. Do đó, tỷ lệ cắt tử cung có thể phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó mô hình bệnh tật tại mỗi cơ sở y tế đóng vai trò quan trọng, bên cạnh đó, việc triển khai các kỹ thuật cao và trình độ bác sĩ cũng ảnh hưởng đến tỷ lệ này.

Về lượng máu truyền trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của La Thị Hồng Phong (2018) với truyền 2 đơn vị máu là cao nhất chiếm: 30,5% [4]. Nghiên cứu của Tindell cho thấy 18 trường hợp BHSS nặng với sốc đều đã sống sót sau hồi sức bao gồm truyền máu toàn phần, hồng cầu khối và huyết tương tươi đông lạnh [14]. Đối với BHSS không đáp ứng với điều trị nội khoa

cần xem xét việc truyền máu. Theo ACOG (2017) các triệu chứng của mất máu không xuất hiện ở sản phụ sau sinh cho đến khi đã mất lượng máu lớn. Do lượng máu mất lớn như vậy sẽ bao gồm việc cạn kiệt các yếu tố đông máu gây bệnh rối loạn đông máu do tiêu thụ, gọi là đông máu nội mạch rải rác, cần truyền đồng thời cả tiểu cầu và yếu tố đông máu.

#### **Điều trị theo nguyên nhân:**

**Xử trí BHSS do đờ tử cung:** Tất cả BHSS do đờ tử cung đều được nội khoa, xoa ép tử cung bằng hai tay, sử dụng các thuốc tăng co phối hợp nhằm kiểm soát tử cung với tỷ lệ bảo tồn thành công là 84,3% cao hơn kết quả của Nguyễn Đắc Ngọc với tỷ lệ bảo tồn thành công là 68% [20]. Điều này có thể được giải thích bởi đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tất cả đều sinh bằng đường âm đạo, bên cạnh đó BHSS hầu hết đều được chẩn đoán và xử trí trước 2h sau sinh và toàn bộ trong vòng 6 giờ sau sinh vậy nên làm tăng tỷ lệ điều trị nội thành công. Phương pháp chèn bóng chèn được dùng 8 năm nay tại bệnh viện chúng tôi bằng sonde foley 30. Tỷ lệ thành công là 80% còn lại phải phối hợp điều trị phẫu thuật. Theo Nguyễn Gia Định tỷ lệ đặt bóng chèn trong điều trị BHSS do đờ tử cung là 90,6% [2]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Như Hà tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, đánh giá kết quả chèn bóng bằng sonde Foley 30 trường hợp BHSS do đờ tử cung tỷ lệ thành công là 93,33% [15]. Trên thế giới, một nghiên cứu trên 4729 sản phụ cho thấy tỷ lệ thành công của phương pháp này là 85,9%, cao nhất ở nhóm đờ tử cung 87,1% [16]. Theo Seror J tỷ lệ thành công bằng dùng bóng tử cung Sengstaken-Blakemore điều trị BHSS là 71%. Các tỷ lệ này cao hơn hoặc gần tương đương so với nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên so với các nghiên cứu trong nước thì tỷ lệ thành công của chúng tôi vẫn thấp hơn đáng kể. Một phần do số ca đặt bóng của nghiên cứu này thấp nên không đủ để thể hiện chính xác hiệu quả điều trị.

Phương pháp thắt động mạch tử cung bằng trứng được thực hiện trong 6 ca và thành công 66,7%. Tỷ lệ này cao hơn Nguyễn Thị Dung với 53,3%. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định hiệu quả của phương pháp thắt động mạch tử cung. Hiệu quả của thắt động mạch tử cung còn phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân nếu mất máu quá nhiều khi cơ tử cung quá nhão thì buộc động mạch tử cung không hiệu quả. Nó còn bị ảnh hưởng bởi kỹ thuật thắt động mạch tử cung của phẫu thuật viên nếu thắt quá cao hoặc quá thấp đều sẽ ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Phương pháp khâu mũi B-lynch có 2 trường hợp, thành công 50%. Từ đó đến nay có rất nhiều tác giả cải tiến phương pháp này làm tăng hiệu quả thành công của phương pháp này. Tuy nhiên kỹ thuật này cần được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm nhằm đạt được hiệu quả tối đa. Phương pháp cắt tử cung do đờ tử cung chiếm 0,9% thấp hơn so với Nguyễn Đắc Ngọc [3]. Cắt tử cung không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe mà còn tác động đến tâm lý của sản phụ vậy nên đây là lựa

chọn sống còn cần cân nhắc kỹ lưỡng dựa trên nhiều yếu tố.

**Kết quả điều trị:** hầu hết sản phụ đều được xuất viện sau thời gian hậu sản thông thường 3 - 5 ngày 113 ca trong 131 ca. Điều này cho thấy sự cố gắng của chúng tôi trong nguồn lực hiện có nhằm nâng cao hiệu quả điều trị. Bởi ngoài tỷ lệ bệnh nhân tử vong do BHSS lệ ngày nằm điều trị BHSS cũng là một chỉ số đánh giá bác sĩ lâm sàng và các trung tâm sức khỏe. Do đó để giảm tử vong và giảm số ngày điều trị cần kiểm soát tốt BHSS ngay khi quản lý thai nghén cũng như trong chăm sóc quản lý sức khỏe cộng đồng [1]. Trong hầu hết các nghiên cứu trong nước trong khoảng thập niên trở lại đây tại nhiều trung tâm trong cả nước từ bắc trung nam thì tỷ lệ thành công của điều trị bằng huyết sau sinh là tuyệt đối. Dù với những khó khăn hiện có chúng ta không thể phủ nhận sự cố gắng trong những năm vừa qua của hệ thống y tế nói chung và sản khoa nói riêng trong mục tiêu chăm sóc sức khỏe toàn dân.

## **5. KẾT LUẬN**

Nguyên nhân thường gặp nhất của BHSS là đờ tử cung. Hầu hết các trường hợp được điều trị nội khoa thành công, tỷ lệ cần can thiệp phẫu thuật thấp.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Marshall AL, Durani U, Bartley A, Hagen CE, Ashrani A, Rose C, et al. The impact of postpartum hemorrhage on hospital length of stay and inpatient mortality: a National Inpatient Sample-based analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2017;217(3):344. e1- e6.
2. Định NG. Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến băng huyết sau sinh do đờ tử cung và hiệu quả điều trị bằng chèn bóng lòng tử cung: Đại học Y Dược Huế; 2020.
3. Ngọc ND. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các yếu tố nguy cơ và kết quả xử trí chảy máu sớm sau sinh tại bệnh viện Đại học Y Dược Huế: Đại học Y Dược Huế.; 2008.
4. Phong LTH. Nghiên cứu các nguyên nhân băng huyết sau sinh và kết quả điều trị tại bệnh viện Sản – Nhi Phú Yên: Trường Đại học Y Huế.; 2018.
5. NGUYỄN ANH T. THỰC TRẠNG CHẢY MÁU SAU ĐẺ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI: TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI; 2020.
6. Organization WH. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage: World Health Organization; 2012.
7. Knight M, Callaghan WM, Berg C, Alexander S, Bouvier-Colle M-H, Ford JB, et al. Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. *BMC pregnancy and childbirth*. 2009;9(1):1-10.
8. Ngọc HTB. Nghiên cứu các nguyên nhân băng huyết

sau sinh và kết quả điều trị tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng, : Trường đại học Y Huế. ; 2014.

9. Nguyễn Thị Hiền, Nguyễn Quảng Bắc. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm chảy máu sau sinh tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2016;2:144-7.

10. Ánh ND, Quỳnh ND. Một số yếu tố liên quan đến chảy máu 24 giờ sau đẻ đường âm đạo tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;509(2).

11. Hà TC. Tình hình chảy máu sau sinh trong 5 năm (1996 - 2000) tại viện BVBM TSS: Trường Đại học Y Hà Nội; 2001.

12. Colucci G, Helsing K, Biasiutti FD, Raio L, Schmid P, Tsakiris DA, et al. Standardized management protocol in severe postpartum hemorrhage: a single-center study. Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis. 2018;24(6):884-93.

13. Kayem G, Dupont C, Bouvier-Colle M, Rudigoz R, Deneux-Tharaux C. Invasive therapies for primary postpartum haemorrhage: a population-based study in France. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2016;123(4):598-605.

14. Tindell K, Garfinkel R, Abu-Haydar E, Ahn R, Burke T, Conn K, et al. Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum haemorrhage in resource-poor settings: a systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2013;120(1):5-14.

15. Hà NTN. Đánh giá hiệu quả của phương pháp đặt sonde foley chèn buồng tử cung trong điều trị chảy máu sau đẻ: trường đại học y Hà Nội; 2020.

16. Suarez S, Conde-Agudelo A, Borovac-Pinheiro A, Suarez-Rebling D, Eckardt M, Theron G, et al. Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. American journal of obstetrics and gynecology. 2020;222(4):293. e1-. e52.