

STATUS OF POSTPARTUM HEAMORRHAGE AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2022

Nguyen Thu Thuy*, Nguyen Duy Anh
Hanoi Obstetrics & Gynecology Hospital

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 02/11/2023 Revised: 05/3/2024 Published: 11/3/2024	Postpartum hemorrhage is one of the five obstetric complications and the leading cause of maternal death. This is a dangerous complication that can lead to serious consequences. If not promptly treated and resuscitated well, the pregnant woman will die very quickly. With the goal of determining the rate and some common causes of postpartum hemorrhage in pregnant women giving birth at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2022, we conducted research on a total of 101 research subjects. Using the cross-sectional descriptive method, we have obtained the following results: The rate of postpartum hemorrhage in 2022 at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital is 0.38%. The average age of the study subjects was 31.89 ± 6.04 years old. The group of pregnant women who gave birth ≥ 3 times accounted for 30.7%. The study group with a history of curettage, aspiration, and miscarriage accounted for 19.8%. The rate of postpartum hemorrhage in the cesarean section group was 60.4%. The time of detection of postpartum hemorrhage is in the first 2 hours after giving birth, accounting for 78.1%. The cause of postpartum hemorrhage is due to abnormal placenta placement, and the placenta accounts for the highest rate (77.2%). The rate of postpartum hemorrhage due to uterine atony is 21.8%, due to placenta previa is 60.4%.
KEYWORDS Postpartum haemorrhage Uterine atony Placenta previa Obstetrics Cesarean section	

THỰC TRẠNG CHẢY MÁU SAU ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2022

Nguyễn Thu Thủy*, Nguyễn Duy Ánh
Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 02/11/2023 Ngày hoàn thiện: 05/3/2024 Ngày đăng: 11/3/2024	Chảy máu sau đẻ là một trong 5 tai biến sản khoa, đứng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong mẹ. Đây là biến chứng nguy hiểm có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng, nếu không kịp thời xử trí và hồi sức tốt, sản phụ sẽ tử vong rất nhanh. Với mục tiêu xác định tỉ lệ và một số nguyên nhân thường gặp của chảy máu sau đẻ ở các sản phụ đến sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2022, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên tổng số 101 đối tượng nghiên cứu. Bằng phương pháp mô tả cắt ngang chúng tôi đã thu được kết quả: Tỉ lệ chảy máu sau đẻ năm 2022 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là 0,38%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $31,89 \pm 6,04$. Nhóm sản phụ đẻ ≥ 3 lần chiếm 30,7%, có tiền sử nạo, hút, sảy thai chiếm 19,8%. Tỉ lệ chảy máu sau đẻ trong nhóm mổ lấy thai chiếm 60,4%. Thời điểm phát hiện chảy máu sau đẻ trong 2 giờ đầu sau đẻ chiếm 78,1%. Nguyên nhân chảy máu sau đẻ do bất thường vị trí rau bám, rau sổ chiếm tỉ lệ cao nhất (77,2%). Tỉ lệ chảy máu sau đẻ do nguyên nhân đỡ tử cung chiếm 21,8%, do rau tiền đạo chiếm 64,4%.
TỪ KHÓA Chảy máu sau đẻ Đờ tử cung Rau tiền đạo Sân khoa Mổ lấy thai	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.9138>

* Corresponding author. Email: bacsynguyenthuthuy@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Chảy máu sau đẻ (CMSĐ) là một trong 5 tai biến sản khoa, đứng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong mẹ [1]. Đây là biến chứng thường gặp, không chỉ trong các cuộc đẻ khó mà còn gặp ngay cả trong những cuộc đẻ bình thường. CMSĐ rất nguy hiểm có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng, nếu không kịp thời xử trí và hồi sức tốt, sản phụ sẽ tử vong rất nhanh.

Theo báo cáo Điều tra đa quốc gia về sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh, tỉ lệ CMSĐ là 1,2% [2]. Chảy máu là nguyên nhân trực tiếp hàng đầu gây tử vong mẹ trên toàn thế giới, chiếm 27,1%. Hơn 2/3 số ca tử vong do chảy máu được phân loại là chảy máu sau đẻ. Một nghiên cứu tại Hoa Kỳ trong 5 năm, tỉ lệ CMSĐ đã tăng từ 2,9% (khoảng tin cậy 95% CI, 2,7% –3,1%) lên 3,2% (95% CI, 3,1% –3,3%) trong các ca đẻ [3]. Một nghiên cứu khác ở Thái Lan tại 14 bệnh viện cho thấy tỉ lệ CMSĐ khác nhau giữa các bệnh viện từ 1,4% đến 10,6% [4]. Tại Việt Nam, tử vong do chảy máu sau đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các nguyên nhân tử vong mẹ. Trong nghiên cứu của Trần Danh Cường và cộng sự, trong số các hồ sơ bà mẹ tử vong được thẩm định thì nguyên nhân CMSĐ chiếm nhiều nhất trong nhóm này là 50,5% [5]. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTU), từ tháng 07/2019 đến tháng 06/2020, tỷ lệ chảy máu sau đẻ đường âm đạo là 0,55% [6]. Theo Đặng Văn Hà, tỉ lệ CMSĐ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội (BVPSN) năm 2016 là 0,12%, giảm xuống 0,1% trong năm 2017, tỉ lệ chung trong 2 năm là 0,11% [7]. Tỷ lệ này thay đổi tùy từng nơi, từng thời kỳ.

Có nhiều nguyên nhân gây CMSĐ như dờ tử cung, sót rau, chấn thương đường sinh dục, vỡ tử cung, rau bong non... Theo Đào Thị Hồng Nhung, có 64,4% CMSĐ do “dờ tử cung” và chiếm 84% trong các nguyên nhân gây CMSĐ ở nhóm đẻ thường; CMSĐ do “rau tiền đạo” chiếm 24,1%; do “rau bong non” là 5,7%; 4,6% do “chấn thương đường sinh dục” [8]. CMSĐ là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ, vì vậy các nhà sản khoa phải hiểu được những nguyên nhân gây CMSĐ để có biện pháp phòng ngừa tích cực, chẩn đoán đúng và xử trí kịp thời tai biến CMSĐ nhằm giảm tỷ lệ tử vong mẹ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỉ lệ và một số nguyên nhân thường gặp của CMSĐ ở các sản phụ đến sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2022.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả các bệnh án chảy máu trong 24 giờ ngay sau đẻ (bao gồm đẻ đường âm đạo và mổ lấy thai (MLT)) được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong năm 2022.
- Các bệnh án có ghi số lượng máu mất sau sổ thai vượt quá 500 ml.
- Các bệnh án không ghi số lượng máu mất nhưng xét nghiệm máu sau đẻ, sau MLT có Hct giảm 10% so với trước, và/hoặc phải bồi phụ tuần hoàn bằng truyền dịch, truyền máu và/hoặc phải thắt động mạch tử cung, động mạch hạ vị, cắt tử cung cầm máu...

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ không đủ thông tin.
- Tuổi thai dưới 22 tuần.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả, cắt ngang.

2.4. Cơ mẫu

Toàn bộ. Chúng tôi lựa chọn tất cả các trường hợp CMSĐ có đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Xử lý số liệu: Dữ liệu được phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 23.0 với các test thống kê y học.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trước khi thực hiện.

3. Kết quả và bàn luận

3.1. Tỷ lệ CMSĐ năm 2022 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Trong số 26677 hồ sơ bệnh án đẻ trong năm 2022 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội thì có 101 sản phụ chảy máu sau đẻ thỏa mãn nghiên cứu, chiếm tỉ lệ 0,38%, trong đó có 0,23% chảy máu trong và sau mổ lấy thai và 0,15% chảy máu sau đẻ (Bảng 1).

Bảng 1. Tỷ lệ chảy máu sau đẻ năm 2022 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Giai đoạn 01/2022-12/2022	Tổng số đẻ chung	Số chảy máu sau đẻ		
		Trong và sau MLT	Sau đẻ	Tổng số
Số lượng	26677	61	40	101
Tỉ lệ %	100	0,23	0,15	0,38

Tỉ lệ chảy máu sau đẻ rất khác nhau theo các tác giả và địa điểm nghiên cứu (Bảng 2).

Bảng 2. So sánh tỉ lệ CMSĐ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội với các tác giả khác

Tác giả	Năm	Địa điểm	Tỉ lệ CMSĐ
Silje Pettersen [9]	2008-2017	Na Uy	2,7
Đặng Văn Hà [7]	2016-2017	BVPSHN	0,11
Biruk Assefa Kebede [1]	2018	Nam Ethiopia	16,6
Nguyễn Công Tuấn [6]	2019-2020	BVPSTU	0,55
Nguyễn Duy Ánh [10]	2019	BVPSHN	0,3
	2020	BVPSHN	0,26
Tedla Amanuel [11]	2020	Bang Sidama Ethiopia	9,4
Võ Thị Mỹ Dung [12]	2020-2021	Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận	2,02
Nguyễn Thu Thủy	2022	BVPSHN	0,38

Tỉ lệ CMSĐ của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh [10], cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Văn Hà [7]. Mặc dù tại cùng một địa điểm nghiên cứu nhưng qua các năm lại có sự thay đổi khác nhau và theo chiều hướng tỉ lệ CMSĐ tăng lên. Mặc dù bệnh viện chúng tôi luôn chú trọng việc nâng cao chất lượng đội ngũ y bác sĩ cũng như cơ sở vật chất nhưng Bệnh viện Phụ sản Hà Nội cũng là tuyến cuối của cả nước về chuyên ngành Sản phụ khoa nên số lượng bệnh nhân đều tăng lên hàng năm. Chúng tôi nhận thấy đây là một thách thức cần nghiên cứu và giải quyết tiếp. Ngoài ra, sự khác nhau về tỉ lệ CMSĐ giữa các nghiên cứu ở các địa phương khác nhau và sự khác nhau của các nghiên cứu ở ngay cùng địa phương, địa điểm nhưng khác về thời gian thực hiện có thể giải thích là do những tiêu chuẩn lựa chọn hồ sơ bệnh án, bệnh nhân nghiên cứu khác nhau. Có thể thấy các nghiên cứu hồi cứu chịu ảnh hưởng và sai số rất nhiều của sự ghi chép đầy đủ hay không của y bác sĩ khi tổng kết điều trị. Trong thực tế lâm sàng, nhiều tác giả cho rằng số lượng máu mất nhiều hơn nhiều so với số ghi trong hồ sơ bệnh án. Sự khác biệt này sẽ giảm đi đáng kể nếu ta tiến hành nghiên cứu tiền cứu và do cùng một nhóm tác giả thực hiện và đưa ra những tiêu chuẩn lựa chọn cụ thể, thống nhất và hồ sơ được lựa chọn tốt nhất là được thông qua bởi một nhóm các nhà lâm sàng.

Từ bảng 2 cho chúng ta thấy tỉ lệ CMSĐ của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của các tác giả ở Ethiopia [1], [11]. Có thể lí giải điều này là nghiên cứu được tiến hành tại một nước đang phát triển, các điều kiện để áp dụng khoa học kĩ thuật tiên bộ còn chưa đầy đủ, sự hạn hẹp về nguồn lực, về thuốc và cả sự nhận thức tầm quan trọng của việc chăm sóc quản lí thai nghén còn chưa được áp dụng rộng rãi, chính vì vậy dẫn tới tỉ lệ CMSĐ cao hơn hẳn.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong sản khoa, vấn đề tuổi của sản phụ là một yếu tố luôn được quan tâm để đánh giá và tiên lượng một cuộc đẻ, khi người mẹ nhiều tuổi có thể kéo theo nhiều yếu tố nguy cơ cao ảnh hưởng tới cuộc chuyển dạ, cuộc đẻ, sự co hồi tử cung sau đẻ... có thể gặp CMSĐ, thậm chí ảnh hưởng đến cả tính mạng của sản phụ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi 20-34 chiếm tỉ lệ chủ yếu là 66,3%. Đây là nhóm thuộc độ tuổi sinh đẻ thường gặp, nên tỉ lệ các cuộc chuyển dạ đẻ sẽ tăng lên, đồng thời kéo theo các nguy cơ

có thể dẫn tới CMSĐ, vì vậy tỉ lệ CMSĐ ở nhóm tuổi này tăng cao. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác như Nguyễn Công Tuấn [6], Võ Thị Mỹ Dung [12].

Bảng 3. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %
Tuổi	≤19	02
	20-34	67
	≥35	32
	Tuổi trung bình (Min – Max)	31,89 ± 6,04 (18-49)
Số lần đẻ	1	28
	2	42
	≥3	31
Số lần nạo, hút, sảy thai	0	81
	1	14
	≥2	06
	0	70
Số lần mổ liên quan đến tử cung	1	23
	≥2	8
	0	79
Trọng lượng thai khi đẻ	<2500 gam	11
	2500-3400 gam	75
	≥3500 gam	15

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 31,89 ± 6,04. Tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Võ Thị Mỹ Dung [12], khi trong nghiên cứu của tác giả thì tuổi trung bình là 26,7 ± 5,3 tuổi. Điều này có thể do địa điểm nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở thủ đô Hà Nội, nơi tập trung nhiều tầng lớp trí thức nên xu hướng mang thai ngày càng muộn với mong muốn phát triển bản thân sau đó mới tính tới chuyện mang thai.

Từ bảng 3 cho thấy số lần đẻ là 2 chiếm tỉ lệ nhiều nhất (41,6%). Nhóm sản phụ đã đẻ từ 3 lần trở lên đứng vị trí số 2, chiếm tỉ lệ cũng khá cao (30,7%). Đây là những trường hợp thai nghén có nguy cơ cao bởi sinh đẻ nhiều lần làm cho chất lượng cơ TC kém dẫn tới đờ TC gây chảy máu nhiều, đặc biệt trên những người mẹ có sẹo tại TC thì tỉ lệ gặp rau tiền đạo tăng lên. Trong nghiên cứu của Đặng Văn Hà, tỉ lệ CMSĐ gặp ở người con rạ nhiều hơn người con so gáp 3,9 lần [7]. Qua kết quả này, chúng tôi nhận thấy rằng cần phải chú ý và đề phòng những nguy cơ khi mang thai cũng như khi chuyển dạ, đặc biệt là nguy cơ chảy máu đối với những người đã đẻ nhiều lần, phát hiện sớm và đưa ra những chỉ định xử trí đúng đắn, kịp thời, đảm bảo an toàn cho người mẹ.

Khi thực hiện nạo, hút buồng tử cung nhiều lần sẽ gây ra các tổn thương ở nội mạc tử cung làm cho lớp nội mạc teo lại. Thậm chí khi nạo, hút, sảy thai nhiều thì dẫn tới làm giảm chất lượng của cơ tử cung, làm tăng nguy cơ CMSĐ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sản phụ CMSĐ gặp nhiều nhất ở phụ nữ không có tiền sử nạo hút, sảy thai (80,2%). Kết quả này cũng cho thấy việc tuyên truyền, vận động và sử dụng các biện pháp kế hoạch hóa gia đình tương đối hiệu quả tại địa điểm nghiên cứu của chúng tôi. Cần tiếp tục duy trì và đẩy mạnh hơn nữa, đặc biệt ở lứa tuổi vị thành niên, tránh những trường hợp có thai ngoài ý muốn, khi sinh đẻ lại bị CMSĐ, thậm chí cắt tử cung thì các em sẽ hết sức thiệt thòi vì không còn khả năng có con nữa.

Kết quả tại bảng 3 cũng cho thấy nhóm có tiền sử mổ liên quan đến tử cung chiếm 30,7%, trong đó có 23 trường hợp có 01 sẹo mổ tại TC chiếm 2,8% và 8 trường hợp có sẹo mổ tại tử cung từ 2 lần trở lên chiếm 7,9%. Tất cả các trường hợp này trong nghiên cứu của chúng tôi đều là sẹo mổ lấy thai (MLT). So với sinh thường, mổ lấy thai gây tổn thương tử cung nhiều hơn, hình thành sẹo tử cung không thuận lợi cho sự phát triển của rau thai, làm tăng khả năng đờ tử cung và các bệnh liên quan đến rau thai. Điều này cho thấy MLT là nguy cơ làm tăng tỉ lệ CMSĐ. Những trường hợp TC có sẹo cũ, đặc biệt là sẹo MLT thì nguy cơ rau tiền đạo, vỡ tử cung tăng cao đáng kể. Đây chính là yếu tố góp phần gia tăng tỉ lệ CMSĐ trên sản phụ có sẹo cũ tại tử cung.

Phân bố trọng lượng thai trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp ở nhóm 2500-3400 gam (74,3%). Trọng lượng thai đủ tháng của người Việt Nam bình thường là 2800-3200 gam. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi thai đủ tháng chiếm tỉ lệ đa số nên trọng lượng thai từ 2500-3400 gam chiếm tỉ lệ nhiều nhất cũng là phù hợp. Trọng lượng thai < 2500 gram chỉ chiếm 10,9%. Tỉ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của Đào Thị Hồng Nhung [8] khi trong nghiên cứu của tác giả nhóm trọng lượng thai này chiếm 20,7%, nhóm trọng lượng ≥ 3500 gam chiếm tỉ lệ 14,8%. CMSĐ liên quan đến trọng lượng thai chủ yếu gặp ở thai to, sau đẻ dờ tử cung hoặc các trường hợp thai nhỏ sổ nhanh gây rách phức tạp dẫn đến CMSĐ.

Tỉ lệ chảy máu sau đẻ trong nhóm MLT trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đa số, đạt 60,4% (Bảng 4).

Bảng 4. Cách thức đẻ của đối tượng nghiên cứu

Phương pháp đẻ		Số lượng	Tỉ lệ %
Đẻ đường âm đạo	Đẻ thường	40	39,6
	Forceps	0	0
Mổ lấy thai		61	60,4
Tổng số		101	100

Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của Đặng Văn Hà [7] tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trước đó khi trong nghiên cứu của tác giả tỉ lệ MLT có CMSĐ cao hơn so với đẻ thường có CMSĐ là 2,45 lần. Điều này có thể là trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều trường hợp chảy máu sau đẻ do các nguyên nhân như thai to, rau tiền đạo... Đây là những nguyên nhân bắt buộc sản phụ phải MLT.

Thời điểm phát hiện CMSĐ có ý nghĩa hết sức quan trọng. Nó liên quan đến tính mạng của sản phụ, thai nhi cũng như quá trình điều trị. Càng phát hiện được CMSĐ sớm tiên lượng sản phụ càng tốt, việc xử trí CMSĐ càng đơn giản và có hiệu quả. Ngược lại, CMSĐ phát hiện muộn thì sản phụ đã mất nhiều máu với số lượng lớn, tiên lượng sản phụ sẽ không tốt, gây ra những ảnh hưởng nghiêm trọng, thậm chí tử vong.

Bảng 5. Thời điểm phát hiện chảy máu sau đẻ

Thời điểm		Số lượng	Tỉ lệ %
Sau sổ rau	Trước sổ rau	12	11,9
	2 giờ đầu sau đẻ	79	78,1
	3 - 6 giờ đầu sau đẻ	05	5,0
	7 - 24 giờ sau đẻ	05	5,0
Tổng số		101	100

Theo kết quả tại bảng 5, thời điểm phát hiện chảy máu sau đẻ trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là 2 giờ đầu sau đẻ, chiếm 78,1%. Các nguyên nhân thường gặp ở thời điểm này chủ yếu là chảy máu trong MLT do dờ tử cung, rau tiền đạo. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của Đào Thị Hồng Nhung [8] khi tác giả cũng thấy rằng thời điểm phát hiện CMSĐ chủ yếu trong 2 giờ đầu sau đẻ, chiếm 82,7%.

3.3. Nguyên nhân chảy máu sau đẻ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân chảy máu sau đẻ được chia làm 3 nhóm nguyên nhân: do nguyên nhân tại đường sinh dục, do bất thường vị trí rau bám, rau sổ và do yếu tố khác.

Bảng 6. Phân bố nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ

Nguyên nhân	Số lượng (n=101)	Tỉ lệ %
Do nguyên nhân tại đường sinh dục	27	26,7
Do bất thường vị trí rau bám, rau sổ	78	77,2
Do yếu tố khác	20	19,8

Từ kết quả tại bảng 6 cho thấy, nhóm bất thường vị trí rau bám, rau sổ là nhóm nguyên nhân chiếm tỉ lệ cao nhất (77,2%), tiếp theo là nguyên nhân tại đường sinh dục (26,7%) và do các yếu tố

khác (u xơ tử cung...) chiếm tỉ lệ ít nhất (19,8%). Tỉ lệ này của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Đào Thị Hồng Nhung [8] khi trong nghiên cứu của tác giả đứng đầu là nguyên nhân do “đờ tử cung” chiếm tỷ lệ 64,4%, tiếp theo là nguyên nhân “rau tiền đạo” chiếm tỷ lệ 24,1%.

Chúng tôi chia thành các nhóm CMSĐ do nguyên nhân tại đường sinh dục như sau: đờ tử cung; rách, vỡ tử cung; rách, tụ máu âm hộ, âm đạo; tụ máu tại tử cung; và nhóm nguyên nhân khác (Bảng 7).

Bảng 7. Chảy máu sau đẻ do nguyên nhân tại đường sinh dục

Nguyên nhân	Số lượng (n=101)	Tỉ lệ %
Đờ tử cung	22	21,8
Rách, vỡ tử cung	02	2,0
Rách, tụ máu âm hộ, âm đạo	03	3,0
Tụ máu tại tử cung	01	1,0
Khác	02	2,0

Trong nhóm CMSĐ do nguyên nhân tại đường sinh dục thì đờ tử cung vẫn là nguyên nhân hàng đầu, chiếm 21,8%. Tỉ lệ này của chúng tôi thấp hơn so với Đặng Văn Hà [7] khi trong nghiên cứu của tác giả thì tỉ lệ CMSĐ do đờ tử cung là 23,1%. Điều này có thể do ngày nay có sự tiến bộ vượt bậc về các thuốc tăng co tử cung, các phương pháp hỗ trợ hiện đại tiên tiến làm cho cơ tử cung nhạy cảm, co tốt hơn và giảm nguy cơ chảy máu, vì vậy đã làm giảm đáng kể các trường hợp đờ TC không hồi phục. Ngoài ra, cùng với việc áp dụng xử trí tích cực giai đoạn 3 rút ngắn thời gian sổ rau cũng làm giảm đáng kể tỉ lệ chảy máu sau đẻ. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có 2 trường hợp CMSĐ do rách vỡ TC, chiếm 2,0%. Hai trường hợp này đều do phá thai khi tuổi thai 22, 23 tuần trên bệnh nhân có tiền sử MLT cũ tại tuyến dưới gây rách TC chảy máu nhiều, phải chuyển tới Bệnh viện Phụ sản Hà Nội xử trí tiếp. Những trường hợp phá thai to có thể do thai bệnh lý nhưng cũng có thể vì lí do nào đó mà hạn chế trong nghiên cứu hồi cứu chúng tôi không khai thác được. Tuy nhiên, vì lí do gì đi nữa thì phá thai to luôn tiềm ẩn nguy cơ tai biến rất lớn và có thể dẫn tới hậu quả nghiêm trọng là cắt tử cung và vĩnh viễn không bao giờ mang thai được nữa.

Theo kết quả tại bảng 8 cho thấy rau tiền đạo là nguy cơ hàng đầu của CMSĐ trong nhóm nguyên nhân bất thường vị trí rau bám, rau số, chiếm tỉ lệ 64,4%.

Bảng 8. Chảy máu sau đẻ do bất thường vị trí rau bám, rau số

Nguyên nhân	Số lượng (n=101)	Tỉ lệ %
Rau bong dờ dang	08	7,9
Rau tiền đạo	65	64,4
Rau bong non	01	1,0
Sốt rau	04	4,0

Trong các trường hợp rau tiền đạo, do vị trí của rau bám thấp ở đoạn dưới tử cung, nơi không có lớp cơ đan. Mặt khác niêm mạc ở đoạn dưới tử cung kém phát triển hơn thân và đáy tử cung nên các gai rau thường ăn sâu vào lớp cơ tử cung làm cản trở tắc mạch sinh lý. Các trường hợp rau tiền đạo hay bị ra máu trong quá trình mang thai nên thường thiếu máu sắt, do đó khi mất thêm máu trong quá trình mổ đẻ làm tình trạng bệnh nhân nặng hơn. Chính vì thế, cần quản lý thai nghén chặt chẽ cho các thai phụ để phát hiện những trường hợp rau tiền đạo để có hướng điều trị và dự phòng thấp nhất tai biến cho mẹ, đồng thời cũng đưa ra chỉ định mổ lấy thai đúng để giảm tỷ lệ rau tiền đạo.

Bảng 9. Chảy máu sau đẻ do yếu tố khác

Nguyên nhân	Số lượng (n=101)	Tỉ lệ %
U xơ tử cung	03	3,0
Bệnh lý khi mang thai	21	20,8

Trong nhóm nguyên nhân do yếu tố khác của chúng tôi có 20,8% nguyên nhân do bệnh lý khi mang thai và 3,0% nguyên nhân do u xơ tử cung (Bảng 9).

Các bệnh lý khi mang thai của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu đa số đều là các bệnh lý như tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, COVID19... Đây đều là bệnh lý đã được chứng minh là có liên quan đến CMSĐ. Các trường hợp có u xơ tử cung đều có phương pháp sinh là MLT và là các khối u đã được phát hiện trước đó. Những trường hợp này chủ yếu gặp ở những người mẹ ≥ 35 tuổi, có tiền sử có u xơ tử cung trước khi có thai. Ngày nay, việc chăm sóc sức khỏe tiền mang thai được nâng cao đáng kể, từ đó có thể phát hiện các trường hợp u xơ TC sớm và được điều trị trước khi mang thai để đảm bảo an toàn cho cả mẹ và thai khi có thai. Các trường hợp u xơ tử cung được điều trị bằng phương pháp hiện đại như nút mạch được áp dụng rộng rãi hơn, tăng hiệu quả điều trị u xơ tử cung.

4. Kết luận

Tỉ lệ chảy máu sau đẻ năm 2022 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là 0,38%. Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 20-34 chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 66,3%. Nhóm sản phụ đẻ ≥ 3 lần chiếm 30,7%. Tỉ lệ chảy máu sau đẻ trong nhóm MLT chiếm 60,4%. Thời điểm phát hiện chảy máu sau đẻ trong 2 giờ đầu sau đẻ chiếm 78,1%. Nguyên nhân CMSĐ do bất thường vị trí rau bám, rau sổ chiếm tỉ lệ cao nhất (77,2%). Tỉ lệ chảy máu sau đẻ do nguyên nhân dờ tử cung chiếm 21,8%, do rau tiền đạo chiếm 64,4%, do bệnh lý khi mang thai chiếm 20,8% và do u xơ tử cung chiếm 3,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] B. A. Kebede, R. A. Abdo, A. A. Anshebo, and B. M. Gebremariam, "Prevalence and predictors of primary postpartum hemorrhage: An implication for designing effective intervention at selected hospitals, Southern Ethiopia," *PLoS One*, vol. 14, 2019, Art. no. e0224579.
- [2] W. R. Sheldon *et al.*, "Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health," *Bjog*, vol. 121, no. Suppl 1, pp. 5-13, 2014.
- [3] S. C. Reale, S. R. Easter, X. Xu, B. T. Bateman, and M. K. Farber, "Trends in Postpartum Hemorrhage in the United States From 2010 to 2014," *Anesth Analg.*, vol. 130, pp. e119-e122, 2020.
- [4] P. Prapawichar, A. Ratinthorn, K. Utriyaprasit, and C. Viwatwongkasem, "Maternal and health service predictors of postpartum hemorrhage across 14 district, general and regional hospitals in Thailand," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 20, 2020, Art. no. 172.
- [5] D. C. Tran *et al.*, "Understanding maternal mortality and associated factors in 31 Northern provinces for 2019 – 2021," *Vietnamese Journal of obstetrics and gynecology*, vol. 20, pp. 16-20, 2022.
- [6] C. T. Nguyen Cong and T. T. H. Pham, "Study on management of postpartum hemorrhage through vagina at national hospital of obstetrics and gynecology," *Journal of community medicine*, vol. 60, pp. 150-155, 2020.
- [7] V. H. Dang, "Research on the rate and results of treatment of postpartum bleeding at Hanoi Obstetrics Hospital in 2016-2017," Graduate thesis in General Medicine, Hanoi National University, 2018.
- [8] T. H. N. Dao and T. V. Le, "Identified some causes of postpartum hemorrhage at Nam Dinh hospital for obstetrics and gynecology," *Vietnam Medical Journal*, vol. 515, pp. 157-160, 2022.
- [9] S. Pettersen, R. S. Falk, S. Vangen, and L. T. Nyfløt, "Exploring trends of severe postpartum haemorrhage: a hospital-based study," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 23, 2023, Art. no. 363, 2023.
- [10] D. A. Nguyen and D. Q. Nguyen, "Some factors related to bleeding after 24 hours after vaginal birth at Hanoi Obstetrics Hospital," *Vietnam Medical Journal*, vol. 509, pp. 262-266, 2021.
- [11] T. Amanuel, A. Dache, and A. Dona, "Postpartum Hemorrhage and its Associated Factors Among Women who Gave Birth at Yirgalem General Hospital, Sidama Regional State, Ethiopia," *Health Serv Res Manag Epidemiol*, vol. 8, 2021, Art. no. 23333928211062777.
- [12] T. M. D. Vo and Q. V. Truong, "Research on causes of postpartum hemorrhage and treatment results at Ninh Thuan Provincial General Hospital," *Vietnamese Journal of obstetrics and gynecology*, vol. 20, pp. 50-55, 2022.