

TÌNH HÌNH, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU SAU SINH ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VĨNH LONG

Trần Mỹ Dung^{1*}, Hồ Thị Thu Hằng², Lưu Thị Thanh Đào³

1. Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long

2. Sở Y tế Vĩnh Long

3. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: dungtranmy76@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chảy máu sau sinh hiện nay vẫn còn là một trong những tai biến sản khoa đứng hàng đầu gây tử vong mẹ trên thế giới và Việt Nam. Mặc dù các điều kiện cơ sở y tế ngày càng được nâng cao, chất lượng về máy móc và trình độ của đội ngũ cán bộ y tế đã tiến bộ vượt bậc so với nhiều thập niên trước, nhưng chảy máu sau sinh vẫn còn là một tai biến đáng sợ đối với các bác sĩ sản khoa. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ chảy máu sau sinh và tỷ lệ các nguyên nhân chảy máu sau sinh; Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chảy máu sau sinh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 86 sản phụ đến sinh đường âm đạo có chảy máu sau sinh tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long từ tháng 02/2019 đến tháng 06/2020. **Kết quả:** Tỷ lệ chảy máu sau sinh là 7,1%. Trong đó, chảy máu sau sinh do dờ tử cung chiếm tỷ lệ 82,6%, do chấn thương đường sinh dục 15,1% và do sót nhau 2,3%. Phần lớn xảy ra ở phụ nữ trong độ tuổi 20 – 35 tuổi, chiếm 73,3%. Mạch trung bình 85,7 l/p, huyết áp tối đa trung bình 107,1 mmHg, tối thiểu trung bình 63,8 mmHg. Tuổi thai trung bình $38,1 \pm 4,25$, nhỏ nhất 36 tuần, lớn nhất 41 tuần, chiếm tỷ lệ cao nhất 73,3% từ 38- 40 tuần, 93% mất máu ở mức độ trung bình nhẹ, chủ yếu sinh thường 96,5% và được phát hiện trước 2 giờ đến 98,8%. Có sự thay đổi số lượng hồng cầu, chỉ số hemoglobin, hematorit ở các sản phụ có chảy máu sau sinh. Các trường hợp chảy máu sau sinh có tỷ lệ điều trị nội thành công chiếm đa số 96,5%, chỉ có 3,5% phải chuyển phẫu thuật cắt tử cung. **Kết luận:** Đa số các sản phụ chảy máu sau sinh được phát hiện sớm và điều trị nội thành công

Từ khóa: Chảy máu sau sinh, kết quả điều trị.

ABSTRACT

THE SITUATION, CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF POSTPARTUM HEMORRHAGE FOLLOWING VAGINAL DELIVERY AT VINH LONG GENERAL HOSPITAL

Tran My Dung^{1*}, Ho Thi Thu Hang², Luu Thi Thanh Dao³

1. Vinh Long General Hospital

2. Vinh Long Department of Health

3. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Postpartum hemorrhage (PPH) is one of the leading causes of morbidity and mortality in Vietnam and all over the world. Despite the remarkable improvement of medical staff qualifications and medical facilities, PPH is still the most dangerous obstetric complication for obstetricians. **Objectives:** Describe the incidence and causes of PPH; To survey the clinical, subclinical characteristics and evaluate the results of postpartum hemorrhage treatment. **Materials and methods:** 86 pregnant women with vaginal deliveries at Vinh Long General Hospital or transferred from other hospitals to Vinh Long General Hospital from February 2019 to June 2020. **Results:** The incidence of PPH was 7.1%. The percentage of PPH due to uterine atony was 82.6%,

vaginal injury was 15.1% and retained placenta was 2.3%. Major occurred in women aged 20-35 years, accounting for 73.3%. Mean pulse rate was 85.7 per minute, mean systolic blood pressure was 107.1mmHg, mean diastolic blood pressure was 63.8mmHg. The average gestational age was 38.1 ± 4.25 , from 36 weeks to 41 weeks, gestational age from 38-40 weeks accounted for 73.3%. 93% of PPH was moderate blood loss, 96.5% after vaginal delivery and 98.8% of PPH was detected within 2 hours after. There was a change in blood count as erythrocytes, hemoglobin and hematocrit in PPH. Results of PPH treatment: The percentage of successful treatment was 96.5% and only 3.5% had to do hysterectomy. **Conclusion:** Most of PPH was detected soon and treated successfully.

Keywords: Postpartum hemorrhage, treatment results

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau sinh hiện nay vẫn còn là một trong những tai biến sản khoa đứng hàng đầu gây tử vong mẹ trên thế giới và Việt Nam. Mặc dù các điều kiện cơ sở y tế ngày càng được nâng cao, chất lượng về máy móc và trình độ của đội ngũ cán bộ y tế đã tiến bộ vượt bậc so với nhiều thập niên trước, nhưng chảy máu sau sinh vẫn còn là một tai biến đáng sợ đối với các bác sĩ sản khoa [2], chiếm tỷ lệ từ 3% đến 15% số ca sinh tùy từng vùng và từng nước khác nhau và là nguyên nhân chính gây tử vong mẹ sau sinh [11], [10]. Tại Việt Nam, đây cũng là nguyên nhân hàng đầu gây ra tử vong mẹ, tử vong mẹ do năm tai biến sản khoa chung toàn quốc ước tính là 57/100.000 trường hợp sinh sống, trong đó tử vong mẹ do chảy máu sau sinh chiếm tỉ lệ 75,4% tử vong mẹ [3].

Có nhiều nguyên nhân có thể gây nên chảy máu sau sinh như: đờ tử cung, sót nhau, chấn thương đường sinh dục, vỡ TC, nhau bong non, nhau cài răng lược, nhau tiền đạo,... Nếu phát hiện sớm các nguyên nhân gây chảy máu sau sinh và có biện pháp xử trí chính xác, kịp thời thì sẽ hạ thấp được những hậu quả nặng nề do mất máu gây ra và tỷ lệ tử vong mẹ sẽ giảm [1], [13].

Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu tình hình, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị chảy máu sau sinh ở sản phụ sinh đường âm đạo tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long” với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ chảy máu sau sinh và tỷ lệ các nguyên nhân chảy máu sau sinh tại Khoa sản bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Long năm 2019 -2020.
2. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chảy máu sau sinh .
3. Đánh giá kết quả điều trị chảy máu sau sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả sản phụ đến sinh đường âm đạo tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long từ tháng 02/2019 đến tháng 06/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu:

Sản phụ có tuổi thai ≥ 36 tuần, đơn thai hoặc đa thai sinh đường âm đạo sinh thường hay sinh giúp tại viện hay từ nơi khác chuyển đến có chảy máu sau sinh (lượng máu mất ≥ 300 ml/24 giờ), đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Sản phụ có vết mổ có lượng máu mất ≥ 300 ml, chảy máu sau sinh do thai lưu, nhau bong non, nhau tiền đạo, bệnh lý về rối loạn đông cầm máu, thời gian phát hiện CMSS > 24 giờ, bệnh lý tim, phổi, thận, gan nặng, bệnh lý tiền sản giật hay đái tháo đường, u xơ tử cung lúc mang thai và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.

Cỡ mẫu: $n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{d^2}$. Trong đó: $p = 0,084$, là tỷ lệ CMSS tính theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Nóp [5] năm 2011 tại BVĐK khu vực Tháp Mười, $d = 0,02$ là sai số cho phép; $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ (độ lệch rút gọn ứng với sai lầm $\alpha = 0,05$); $n = 738$. Thực tế mẫu: 1204 sản phụ.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện sản phụ có CMSS thỏa mãn tiêu chuẩn trên trong thời gian nghiên cứu

Nội dung nghiên cứu:

CMSS: lượng máu chảy ra ≥ 300 ml sau sỏ thai, lượng máu mất có 3 giá trị: 300- <500ml, 500- < 1000ml, ≥ 1000 ml. Đánh giá lượng máu mất: sau sỏ thai thay băng vô khuẩn, túi đựng máu, khay mới, đo lượng máu chảy ra từ âm đạo thấm vào băng, bông, gạc khô và khô, máu loãng và máu cục được hứng vào túi có chia vạch. Máu loãng tính theo vạch, máu cục được cân qui đổi theo công thức ($V = m/d$: V: thể tích máu (ml), m: khối lượng (g), d: tỷ trọng của máu: 1,051), sau sinh sản phụ được lót băng vệ sinh (Caryn) trong 2 giờ đầu, sau đó đóng băng vệ sinh đến 6 giờ và 24 giờ cân và trừ đi khối lượng ban đầu sẽ tính ra lượng máu mất.

Nguyên nhân CMSS: đờ tử cung, tổn thương đường sinh dục, sót nhau.

Điều trị thành công: tử cung co hồi tốt, sản dịch sẫm màu, không có máu đỏ tươi, đỏ cục ra âm đạo, thất bại: phẫu thuật cắt tử cung, khối: ổn, xuất viện

Phương pháp pháp thu thập số liệu và xử lý số liệu: Xử lý số liệu: số liệu được nhập và xử lý theo phần mềm thống kê SPSS 20 được mô tả bằng tần số, tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ chảy máu sau sinh:

Đặc điểm chung: Đối tượng chủ yếu thuộc nhóm tuổi 20 đến 35 tuổi chiếm 73,3%, có trình độ văn hóa trung học cơ sở với tỷ lệ là 73,9%. Theo nghề nghiệp tập trung chủ yếu nội trợ, công nhân chiếm là 63,8%.

Bảng 1. Tỷ lệ chảy máu sau sinh

Chảy máu sau sinh	Tần số (n=1204)	Tỷ lệ
Có	86	7,1
Không	1118	92,9
Tổng	1204	100

Nhận xét: 1118/1204 sản phụ sau sinh có lượng máu mất < 300ml chiếm 99,7%. 86/1204 sản phụ có chảy máu sau sinh chiếm tỷ lệ 7,1%.

Bảng 2. Tỷ lệ chảy máu sau sinh theo nguyên nhân

Nguyên nhân	Tần số(n=86)	Tỷ lệ(%)
Đờ tử cung	75	82,6
Tổn thương đường sinh dục	13	15,1
Sót nhau	2	2,3
Tổng	86	100

Nhận xét: Sản phụ chảy máu sau sinh do đờ tử cung chiếm đa số 82,6%.Kể đến là do tổn thương đường sinh dục chiếm 15,1% .Sốt nhau chiếm 2,3% các trường hợp có chảy máu sau sinh.

2..Đặc điểm lâm sàng , cận lâm sàng của sản phụ có chảy máu sau sinh và

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của chảy máu sau sinh

Đặc điểm		Tần số(n=86)	Tỷ lệ(%)
Mạch (l/p) thấp nhất 76, cao nhất 150.Trung bình: 85,7 ± 12,3			
Huyết áp(mmHg) tối đa thấp nhất 40, cao nhất 130.Trung bình: 107,1 ± 14,4			
Huyết áp(mmHg) tối thiểu thấp nhất 0, cao nhất 80.Trung bình: 63,8 ± 10			
Tuổi thai(tuần)	< 38	17	19,8
	38 - 40	63	73,3
	> 40	6	7
Trung bình: 38,1 ± 4,25 nhỏ nhất 36 tuần, lớn nhất 41 tuần			
Lượng máu mất	300- < 500	57	66,3
	500 - < 1000	23	26,7
	≥1000	6	7
Trung bình: 544 ± 364 nhỏ nhất 300, lớn nhất 2200ml			
Thời điểm phát hiện	≤ 2 giờ	85	98,8
	> 2 giờ	1	1,2
Cách sinh	Sinh thường	83	96,5
	Sinh giúp	3	3,5

Nhận xét: Mạch trung bình 85,7 l/p, huyết áp tối đa trung bình là 107,1mmHg, tối thiểu trung bình là 63,8mmHg.Tuổi thai trung bình : 38,1 ± 4,25(36 - 41 tuần) trên 38-40 tuần chiếm đa số 73,3%.Lượng máu mất trung bình 544 ± 364(300 - 2200ml),trong đó nhẹ chiếm đa số 73,3%, trung bình, chiếm 26,7% và nặng chiếm 7%.98,8% sản phụ được phát hiện trong vòng 2 giờ sau sinh, sau 2 giờ 1,2%.Sinh thường chiếm 96,5%.Sinh thủ thuật chiếm 3,5%.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của sản phụ CMSS

Giá trị		Tần số(n=86)	Tỷ lệ(%)
Hồng cầu(triệu/ mm ³)	2,5-3,8	22	25,6
	>3,8	64	74,4
	Trung bình: 3,3 ± 0,6 (2,0 - 5,0 triệu/ mm ³)		
Hemoglobin(g/dl)	<8	1	1,2
	8-<11	26	30,2
	≥11	59	68,6
	Trung bình: 10 ± 1,2 (7,0 – 13g/dl)		
Hematocrit(%)	20-36	4	52,3
	> 36	41	47,7
	Trung bình: 31,2 ± 4,8 (22 - 44%)		

Nhận xét: Số lượng hồng cầu trung bình 3,3± 0,6(2- 5 triệu/ mm³), đa số > 3,8 chiếm 74,4% Huyết sắc tố trung bình 10 ± 1,2(7- 13g/dl) , chủ yếu > 11g/dl chiếm

68,6%.Hematocrit trung bình $31,2 \pm 4,8$ (22 - 44%), 52,3% từ 20 – 36 % sản phụ chảy máu sau sinh.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị chảy máu sau sinh:

Bảng 5. Kết quả điều trị chảy máu sau sinh

Kết quả		Tần số (n=86)	Tỷ lệ (%)
Điều trị nội	Thành công	83	96,5
	Thất bại	3	3,5
Khỏi		86	100

Nhận xét: 83/86 trường hợp chảy máu sau sinh điều trị nội thành công, chiếm 96,5%. Có 3 trường hợp phải chuyển phẫu thuật chiếm 3,5%. Tất cả các trường hợp chảy máu sau sinh được điều trị khỏi xuất viện chiếm 100%.

Bảng 6. Kết quả điều trị theo nguyên nhân chảy máu sau sinh

Kết quả điều trị nguyên nhân	Kết quả điều trị				Tổng	
	Thành công		Thất bại			
	Tần số(n)	Tỷ lệ(%)	Tần số(n)	Tỷ lệ(%)	Tần số(n)	Tỷ lệ(%)
Đờ tử cung	68	79,1	3	3,5	71	82,6
Tổn thương sinh dục	13	15,1	0	0	13	15,1
Sốt nhau	2	2,3	0	0	2	2,3
Tổng	83	100	3	3,5	86	100

Nhận xét: 68/71 do đờ tử cung điều trị nội thành công, chiếm 79,1%. Số sản phụ phải phẫu thuật chiếm 3,5% (3/71) trường hợp chảy máu sau sinh. Tất cả các trường hợp chảy máu sau sinh do tổn thương đường sinh dục và sốt nhau được điều trị thành công, chiếm tỷ lệ 15,1% và 2,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ chảy máu sau sinh.

Tỷ lệ chảy máu sau sinh trong nghiên cứu là 7.1%, trong đó tuổi 20 đến 35 tuổi chiếm 73,3%, có trình độ văn hóa trung học cơ sở là 73,9% và tập trung chủ yếu nội trợ, công nhân chiếm là 63,8%. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Nóp ở những sản phụ sinh thường năm 2011 tại bệnh viện đa khoa khu vực Tháp Mười thì có 45 trường hợp chảy máu sau sinh chiếm 8,4% [5] và của tác giả Cao Xuân Thanh năm 2014 tại bệnh viện Phụ Sản Tiền Giang thì có 30 trường hợp chảy máu sau sinh chiếm 8,2% [8]. Tỷ lệ này gần với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có thể do tỉnh Đồng Tháp, Tiền Giang, Vĩnh Long cùng nằm trong vùng Đồng bằng Sông Cửu Long có nhiều đặc điểm tương đồng nhau như văn hóa, lối sống, nghề nghiệp...

Xét về nguyên nhân chảy máu theo kết quả của các nghiên cứu của một số tác giả đờ tử cung là nguyên nhân hàng đầu gây chảy máu sau sinh [10], [15] và nghiên cứu của chúng tôi thì đờ tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất 82,6% cũng tương đồng với nghiên cứu tại BV Sản Nhi Phú Yên 83%. Tổn thương sinh dục là nguyên nhân chảy máu từ chỗ rách và xảy ra ngay sau khi sổ thai. Nếu không xử trí kịp thời sẽ làm mất máu nặng, gây đờ tử cung và rối loạn đông máu. Cổ tử cung và âm đạo có thể rách ngay trong các trường hợp sinh

thường, sinh khó. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân chấn thương đường sinh dục có tỷ lệ là 15,1% đứng thứ 2 trong nguyên nhân CMSS phù hợp với tác giả Cao Xuân Thanh [8] là 13,5%. Sốt nhau và sốt màng nhau sau sinh thực ra nếu làm đúng quy trình sổ nhau thì phát hiện không khó khăn. Nhưng nếu để sót nhau hoặc sót màng thì nguy cơ chảy máu sau sinh là rất cao và tỷ lệ chảy máu sau sinh sót nhau là 2,3%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Mạch trung bình 85,7 l/p, huyết áp tối đa trung bình là 107,1mmHg, tối thiểu trung bình là 63,8mmHg. Các dấu hiệu mạch và huyết áp có sự thay đổi khi có kèm theo sự thay đổi huyết động như mất máu hoặc mất nước....Nghiên cứu của chúng tôi liên quan đến chảy máu sau sinh, khi mất máu cấp cơ thể sẽ đáp ứng lại bằng cách: đầu tiên có sự thay đổi về tần số mạch, tần số mạch tăng lên, sau đó huyết áp có sự biến đổi, lúc đầu có thể tăng nhẹ sau đó huyết áp hạ và nguyên nhân chảy máu không được xử trí, máu tiếp tục mất nhiều hơn nữa huyết áp giảm mạnh, tụt và kẹp, khi xuất hiện tình trạng choáng mạch và huyết áp không đo được.

Tuổi thai $38,1 \pm 4,25$ (36 - 41 tuần), từ 38- 40 tuần chiếm đa số 73,3%, trên 40 tuần chiếm 7%. Điều này hoàn toàn phù hợp với hướng xử trí hiện nay là không nên duy trì thai kỳ đối với các trường hợp thai đã quá ngày sinh do nguy cơ cao cho cả mẹ và con, phù hợp với La Thị Hồng Phong tuổi thai từ 38- 40 tuần chiếm đa số 71,2% [7].

Lượng máu mất sau sinh là một trong những yếu tố quan trọng để đánh giá cuộc sinh, có thể dự đoán và phát hiện được tình trạng chảy máu sau sinh, lượng máu mất từ 300- <1000ml theo nghiên cứu của chúng tôi là 93%. Theo La Hồng Phong thì lượng máu mất từ 500- < 1000ml là 88,1% [7] cũng tương đồng với chúng tôi. Việc đánh giá chính xác lượng máu mất có ý nghĩa rất quan trọng trong việc phát hiện, chẩn đoán sớm và kịp thời xử trí.

Thời điểm phát hiện : đối với chảy máu sau sinh việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời, tích cực thường kết quả rất tốt, ít khi có trường hợp nặng phải can thiệp truyền máu hoặc phẫu thuật. Thời điểm phát hiện chảy máu sớm sau sinh đóng vai trò quan trọng trong dự phòng và điều trị chảy máu sau sinh cũng như góp phần hạn chế hậu quả của chảy máu sau sinh. Theo thống kê của chúng tôi có 85 trường hợp phát hiện ≤ 2 giờ chiếm 98,8%, > 2 giờ chiếm 1,2%. Phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Chung cho thấy chảy máu sau sinh được phát hiện sớm trước 2 giờ chiếm tỉ lệ cao nhất với tỉ lệ 89,1% [4].

Cách sinh: Nhiều nghiên cứu báo cáo rằng, sinh thủ thuật làm tăng nguy cơ chảy máu sau sinh [5], [13] do tổn thương đường sinh dục. Có 2 loại thủ thuật được áp dụng nhiều, đó là sinh giác hút và sinh kiềm. Sinh giác hút nhìn chung ít gây tổn thương sinh dục hơn sinh kiềm nhưng vẫn xảy ra nếu ta không làm đúng chỉ định, không đủ điều kiện thì tai biến sẽ xảy ra trong quá trình thực hiện thủ thuật. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Thọ Ôn [6], Phạm Văn Chung [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi các chỉ số HC, Hb, Hct đều giảm sau chảy máu sau sinh. Đây là các chỉ số vừa để đánh giá tình trạng mất máu, biến chứng CMSS, vừa là chỉ số theo dõi, tiền lượng điều trị. Nó cũng giúp xác định phương pháp điều trị và số lượng máu cần phải truyền

4.3. Kết quả điều trị của sản phụ có chảy máu sau sinh:

Chảy máu sau sinh là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ. Việc phát hiện kịp thời, xử trí đúng góp phần giảm tỉ lệ tử vong mẹ. Trong chảy máu sau sinh không có phác đồ cụ thể nào, tùy thuộc từng nguyên nhân, điều kiện từng cơ sở y tế khác nhau mà có cách xử trí khác nhau. Tuy nhiên nguyên tắc cơ bản trong xử trí các trường hợp chảy máu sau sinh là đồng thời vừa hồi sức tích cực, bù khối lượng tuần hoàn, hỗ trợ hô hấp, giảm đau tốt khi làm thủ thuật, với tìm nguyên nhân xử trí theo nguyên nhân để cầm máu nhanh nhất, hạn chế số lượng máu mất. Thời gian xác định đúng nguyên nhân gây chảy máu sau sinh có giá trị rất quan trọng cho kết quả điều trị. Trong 86 trường hợp chảy máu sau sinh trong nghiên cứu của chúng tôi đều được điều trị ổn, không có trường hợp nào tử vong. Trong tổng số 71 ca đỡ tử cung chảy máu có 68 ca chiếm tỷ lệ 79,1% thành công khi điều trị nội khoa mà không cần phẫu thuật. Phù hợp với Đỗ Văn Tú [9] là 81,4%. Tất cả các trường hợp do nguyên nhân tổn thương đường sinh dục, sót nhau đều điều trị thành công. Các nghiên cứu của thế giới và Việt Nam vẫn chỉ ra rằng chảy máu sau sinh vẫn đang là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ, nhất là các nước đang phát triển [2]. Vì vậy, công tác dự phòng, phát hiện và xử trí sớm chảy máu sau sinh là hết sức cần thiết và tuyệt đối không được chủ quan.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ chảy máu sau sinh là 7,1%. Trong đó, chảy máu sau sinh do đỡ tử cung chiếm tỷ lệ 82,6%, do chấn thương đường sinh dục 15,1% và do sót nhau 2,3%. Phần lớn xảy ra ở phụ nữ trong độ tuổi 20 – 35 tuổi, chiếm 73,3%.

Mạch trung bình 85,7 l/p, huyết áp tối đa trung bình 107,1mmHg, tối thiểu trung bình 63,8mmHg. Tuổi thai trung bình $38,1 \pm 4,25$, nhỏ nhất 36 tuần, lớn nhất 41 tuần, chiếm tỷ lệ cao nhất 73,3% từ 38- 40 tuần, 93% mất máu ở mức độ trung bình nhẹ, chủ yếu sinh thường 96,5% và được phát hiện trước 2 giờ đến 98,8%.

Có sự thay đổi số lượng hồng cầu, chỉ số hemoglobin, hematorit ở các sản phụ có chảy máu sau sinh.

Các trường hợp chảy máu sau sinh có tỷ lệ điều trị nội thành công chiếm đa số 96,5%, chỉ có 3,5% phải chuyển phẫu thuật cắt tử cung là do nguyên nhân đỡ tử cung còn các nguyên nhân khác tất cả điều trị nội đều thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), *Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí cấp cứu tai biến sản khoa*.
2. Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*.
3. Bộ Y tế (2016), *Niên giám thống kê y tế Health Statistics Yearbook*, Hà Nội.
4. Phạm Văn Chung (2010), Nghiên cứu tình hình chảy máu sớm sau đẻ tại bệnh viện phụ sản Trung ương trong 2 giai đoạn 1998-1999 và 2008- 2009, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Thị Nóp (2011), Tỷ lệ BHSS và các yếu tố liên quan ở sản phụ sinh ngã âm đạo tại bệnh viện Đa khoa Khu vực Tháp Mười, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y dược Thành Phố.
6. Bùi Thọ Ôn (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí chảy máu sau đẻ tại bệnh viện Đắc Lắc, Luận văn chuyên khoa II, Đại học y dược Hà Nội.
7. La Thị Hồng Phong (2018), Nghiên cứu các nguyên nhân BHSS và kết quả điều trị tại bệnh viện Sản- Nhi Phú Yên, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y dược Hà Nội, Hà Nội.

8. Cao Xuân Thanh (2014), Tỷ lệ BHSS và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Phụ Sản Tiền Giang, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y dược Cần Thơ.
 9. Đỗ Văn Tú (2017), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và xử trí chảy máu sau đẻ tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y dược Hà Nội.
 10. Ariela L. Marshall (2017), "The impact of postpartum hemorrhage on hospital length of stay and inpatient mortality: a National Inpatient Sample-based analysis", *Am J Obstet Gynecol*, 217 (3), pp. 344-350.
 11. Brian T. Bateman, Mitchell F. Berman, Riley LE, *et al.* (2010), "The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries", *Anesth Analg*, 110 (5), pp. 1368-1373.
 12. Clara Calvert, Sara L. Thomas, Ronsmans C, *et al.* (2012), " Identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis", *PLoS One* 7(7), pp. 411-414.
 13. Sam Ononge, Florence Mirembe, Julius Wandabwa *et al* (2016), "Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda", *Reproductive Health*, 13 (38).
 14. Weeks A (2015), "The prevention and treatment of postpartum haemorrhage: what do we know, and where do we go to next?", *BJOG*, 122, pp. 202-212.
 15. Yinka Oyelese, Cande V. Ananth (2010), "Postpartum hemorrhage: Epidemiology, Risk Factors, and Causes", *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 53 (1), pp. 147-156
-
- (Ngày nhận bài: 24/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 18/09/2020)