

MANAGEMENT OUTCOMES OF POSTPARTUM HEMORRHAGE FOLLOWING VAGINAL DELIVERY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL, 2023–2024

Mai Trong Hung^{1,2}, Dinh Viet Anh^{1,2}

¹VNU University of Medicine and Pharmacy - 144 Xuan Thuy, Dich Vong Hau, Cau Giay, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital - 929 La Thanh, Ngoc Khanh, Ba Dinh, Hanoi, Vietnam

Received: 23/12/2025

Revised: 08/01/2026; Accepted: 24/02/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate of the outcomes of postpartum hemorrhage management at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2023–2024.

Material and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 237 cases diagnosed with and treated for postpartum hemorrhage following vaginal delivery within 24 hours at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2023 to December 2024.

Results: The mean age of the study population was 27.55 ± 4.66 years, with the majority aged 19–34 years (90.0%). Most women who delivered vaginally were diagnosed with postpartum hemorrhage after placental delivery (90.7%), with uterine atony being the most common cause (73%). The main management modalities included uterotonic agents (90.3%), uterine exploration (88.2%), and repair of perineal lacerations (64.6%). Ringer's lactate was the most frequently used intravenous fluid (95.4%), and most patients did not require blood product transfusion. The management success rate was 96.2%, with a mean postpartum follow-up duration of 3 days.

Conclusion: Postpartum hemorrhage predominantly occurred in younger women and was most commonly detected after placental delivery, with uterine atony being the leading cause. Management mainly involved medical therapy and simple interventions, resulting in a high success rate, and most patients did not require blood product transfusion. The mean postpartum follow-up duration was approximately 3 day.

Keywords: Postpartum hemorrhage following vaginal delivery; postpartum hemorrhage; management of postpartum hemorrhage.

*Corresponding author

Email: bsvietanh112@gmail.com Phone: (+84) 986038853 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4445>

MÔ TẢ KẾT QUẢ XỬ TRÍ CHẢY MÁU SAU ĐẸ ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2023 – 2024

Mai Trọng Hưng^{1,2}, Đinh Việt Anh^{1,2}

¹Đại học Y dược - Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, Dịch Vọng Hậu, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam
²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội - 929 La Thanh, Ngọc Khánh, Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 23/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 08/01/2026; Ngày duyệt đăng: 24/02/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả xử trí chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong 2 năm 2023 và 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 237 trường hợp được chẩn đoán và điều trị chảy máu sau đẻ đường âm đạo trong vòng 24 giờ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $27,55 \pm 4,66$ tuổi, chủ yếu thuộc nhóm 19–34 tuổi (90,0%). Hầu hết sản phụ sinh thường đường âm đạo được phát hiện chảy máu sau sổ rau (90,7%), trong đó đỡ tử cung là nguyên nhân thường gặp nhất (73%). Các biện pháp xử trí chủ yếu gồm dùng thuốc co hồi tử cung (90,3%), kiểm soát tử cung (88,2%) và khâu vết rách tầng sinh môn (64,6%). Ringer lactate là dịch truyền được sử dụng nhiều nhất (95,4%) và đa số không cần truyền chế phẩm máu. Tỷ lệ xử trí thành công đạt 96,2%, với thời gian theo dõi hậu sản trung bình 3 ngày.

Kết luận: Chảy máu sau đẻ chủ yếu xảy ra ở nhóm sản phụ trẻ và thường được phát hiện sau sổ rau với nguyên nhân phổ biến nhất là đỡ tử cung. Việc xử trí chủ yếu bằng các biện pháp nội khoa và can thiệp đơn giản cho tỷ lệ thành công cao, đa số không cần truyền chế phẩm máu. Thời gian theo dõi hậu sản trung bình khoảng 3 ngày.

Từ khóa: Chảy máu sau đẻ đường âm đạo, chảy máu sau đẻ, xử trí chảy máu sau đẻ

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau đẻ (CMSĐ) là một biến chứng trầm trọng, một trong 5 tai biến chính của sản khoa, và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở các sản phụ [1]. CMSĐ có nhiều biến chứng bao gồm tử vong, đông máu nội mạc rải rác, suy thận cấp, hội chứng suy hô hấp, hội chứng Sheehan, thiếu máu, mệt mỏi, trầm cảm [2]. Chính vì thế, CMSĐ là vấn đề luôn được quan tâm trong chuyên ngành sản phụ khoa và cần có nhiều biện pháp giúp nâng cao quản lý và phòng ngừa biến chứng này. Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội đã có một số nghiên cứu về vấn đề này, tuy nhiên đa số nghiên cứu chung cả về chảy máu sau đẻ đường âm đạo và sau đẻ mổ, rất ít nghiên cứu đánh giá riêng về tình trạng chảy máu sau đẻ ở các sản phụ sau đẻ đường âm đạo. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi đã thực hiện đề tài với mục tiêu: Mô tả kết quả xử trí chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong 2 năm 2023 và 2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang với số liệu hồi cứu trên 237 bệnh án điện tử của các sản phụ có ghi nhận chảy máu sau đẻ đường

âm đạo trong vòng 24 giờ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong 2 năm 2023 và 2024 với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi thai từ 28 tuần trở lên.
- Sau đẻ đường âm đạo.
- Lượng máu mất sau sổ thai ≥ 500 ml dựa vào lượng máu trong bao đong máu sau sổ thai và cân khối lượng bím trong theo dõi hậu sản.
- Thời gian xuất hiện chảy máu trong vòng 24 giờ đầu sau đẻ.
- Bệnh án ghi chép đầy đủ thông tin.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ bệnh án không ghi chép rõ ràng, đầy đủ thông tin.
 - Bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu sau đẻ ở viện khác, được chuyển đến Bệnh viện Phụ sản Hà Nội để điều trị tiếp.
- Phương pháp chọn mẫu là mẫu toàn bộ và thực tế, chúng tôi đã lựa chọn được 237 trường hợp chảy máu sau đẻ đường âm đạo thỏa mãn các tiêu chuẩn của nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: bsvietanh112@gmail.com Điện thoại: (+84) 986038853 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4445>

2.2. Nội dung nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành thống kê về các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi thai, phương pháp sinh đường âm đạo, thời điểm chảy máu), nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ (đờ tử cung, do chấn thương đường sinh dục, do rau, nguyên nhân khác) – trong đó 1 sản phụ có thể bao gồm nhiều nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ, tổng lượng máu mất, lượng dịch truyền và chế phẩm máu, các phương pháp xử trí chảy máu sau đẻ và kết quả xử trí chảy máu sau đẻ...

Chúng tôi quy ước các trường hợp xử trí chảy máu sau đẻ thất bại là khi các bước điều trị cầm máu bước 1 không thu được hiệu quả, sản phụ còn chảy máu và phải chuyển sang các can thiệp thủ thuật khác.

2.3. Phương pháp quản lý và phân tích số liệu

Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án vào bệnh án nghiên cứu. Các dữ liệu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2019 và SPSS 20 để tiến hành xử lý, phân tích. Phương pháp thống kê trong nghiên cứu là thống kê mô tả với các chỉ số gồm tần suất, tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	n=237	%
Tuổi, năm Tuổi trung bình (TB±SD)(Min-Max)	27,55 ± 4,66 (18 - 41)	
≤ 18 tuổi	2	0,9
19 – 34 tuổi	206	90,0
≥ 35 tuổi	21	9,2
Phương pháp sinh đường âm đạo		
Đẻ thường	235	99,2
Đẻ forcep	2	0,8
Thời điểm chảy máu sau đẻ		
Trước sổ rau	11	4,6
Sau sổ rau	215	90,7
2 giờ đầu sau đẻ	5	2,1
> 2 – 6 giờ sau đẻ	5	2,1
> 6 – 12 giờ sau đẻ	1	0,4
> 12 giờ	0	0
Tuổi, năm Tuổi trung bình (TB±SD)(Min-Max)	27,55 ± 4,66 (18 - 41)	
≤ 18 tuổi	2	0,9
19 – 34 tuổi	206	90,0
≥ 35 tuổi	21	9,2
Phương pháp sinh đường âm đạo		
Đẻ thường	235	99,2
Đẻ forcep	2	0,8
Thời điểm chảy máu sau đẻ		
Trước sổ rau	11	4,6
Sau sổ rau	215	90,7
2 giờ đầu sau đẻ	5	2,1
> 2 – 6 giờ sau đẻ	5	2,1
> 6 – 12 giờ sau đẻ	1	0,4
> 12 giờ	0	0
Tuổi, năm Tuổi trung bình (TB±SD)(Min-Max)	27,55 ± 4,66 (18 - 41)	

Đặc điểm chung	n=237	%
≤ 18 tuổi	2	0,9
19 – 34 tuổi	206	90,0
≥ 35 tuổi	21	9,2
Phương pháp sinh đường âm đạo		
Đẻ thường	235	99,2
Đẻ forcep	2	0,8
Thời điểm chảy máu sau đẻ		
Trước sổ rau	11	4,6
Sau sổ rau	215	90,7
2 giờ đầu sau đẻ	5	2,1
> 2 – 6 giờ sau đẻ	5	2,1
> 6 – 12 giờ sau đẻ	1	0,4
> 12 giờ	0	0
Tuổi, năm Tuổi trung bình (TB±SD)(Min-Max)	27,55 ± 4,66 (18 - 41)	
≤ 18 tuổi	2	0,9
19 – 34 tuổi	206	90,0
≥ 35 tuổi	21	9,2
Phương pháp sinh đường âm đạo		
Đẻ thường	235	99,2
Đẻ forcep	2	0,8
Thời điểm chảy máu sau đẻ		
Trước sổ rau	11	4,6
Sau sổ rau	215	90,7
2 giờ đầu sau đẻ	5	2,1
> 2 – 6 giờ sau đẻ	5	2,1
> 6 – 12 giờ sau đẻ	1	0,4
> 12 giờ	0	0

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 27,55 tuổi, chủ yếu thuộc nhóm 19 – 34 tuổi (90%). Phần lớn sản phụ là đẻ thường, không cần hỗ trợ (99,2%). Có đến 90,7% trường hợp phát hiện chảy máu sau sổ rau.

Bảng 3.2. Nguyên nhân chảy máu sau đẻ

Nguyên nhân	n = 237	%	
Đờ tử cung	173	73	
Chấn thương đường sinh dục	Rách Âm Đ – TSM - CTC	141	59,5
	Rách phức tạp	16	6,8
	Khối máu tụ TSM	10	4,2

Nguyên nhân		n = 237	%
Do rau	Sốt rau	11	4,6
	Rau cải răng luộc	0	0
	Rau bím chặt, rau cầm tù	17	7,2
	Rau bong non	0	0
Khác		17	7,2

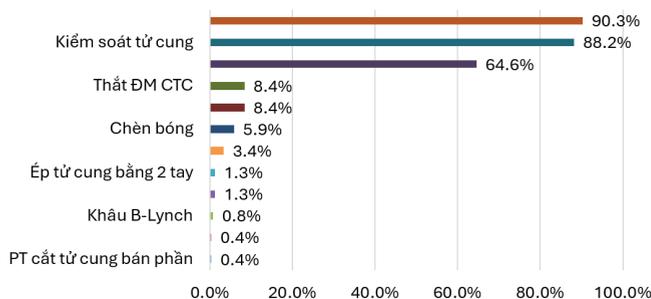
Nhận xét: Chảy máu sau đẻ có thể xảy ra do đồng thời nhiều nguyên nhân. Trong đó, đờ tử cung là nguyên nhân chảy máu sau đẻ phổ biến nhất (73% trong tổng số ca), các nguyên nhân do rau chiếm tỷ lệ thấp (11,8% trong tổng số ca).

Bảng 3.3. Số lượng máu mất và lượng dịch truyền trong xử trí chảy máu sau đẻ

Đặc điểm	n = 237	%
Tổng lượng máu mất ≤ 1000ml	198	83,5
1000 - < 1500ml	26	11,0
1500 - < 2000ml	8	3,4
≥ 2000ml	5	2,1
Lượng máu mất TB ± SD (Min – Max)	870,04 ± 338,54 (500 – 2800)	
Loại dịch truyền		
Voluven	80	33,8
Glucose 5%	179	75,5
Ringer lactate	226	95,4
Loại chế phẩm máu được truyền		
Không	151	63,7
Khối hồng cầu	86	36,3
Khối tiểu cầu	3	1,3
Plasma tươi	13	5,5
Tủa 8	5	2,1
Tổng lượng máu mất ≤ 1000ml	198	83,5
1000 - < 1500ml	26	11,0
1500 - < 2000ml	8	3,4
≥ 2000ml	5	2,1
Lượng máu mất TB ± SD (Min – Max)	870,04 ± 338,54 (500 – 2800)	
Loại dịch truyền		
Voluven	80	33,8
Glucose 5%	179	75,5
Ringer lactate	226	95,4
Loại chế phẩm máu được truyền		
Không	151	63,7
Khối hồng cầu	86	36,3
Khối tiểu cầu	3	1,3
Plasma tươi	13	5,5
Tủa 8	5	2,1
Tổng lượng máu mất ≤ 1000ml	198	83,5
1000 - < 1500ml	26	11,0
1500 - < 2000ml	8	3,4
≥ 2000ml	5	2,1
Lượng máu mất TB ± SD (Min – Max)	870,04 ± 338,54 (500 – 2800)	
Loại dịch truyền		
Voluven	80	33,8
Glucose 5%	179	75,5
Ringer lactate	226	95,4

Đặc điểm	n = 237	%
Loại chế phẩm máu được truyền		
Không	151	63,7
Khối hồng cầu	86	36,3
Khối tiểu cầu	3	1,3
Plasma tươi	13	5,5
Tủa 8	5	2,1

Nhận xét: Phần lớn sản phụ mất máu ≤ 1000ml, chiếm 83,5% và trung bình là 870ml. Ringer lactate là dung dịch phổ biến nhất được dùng để bồi phụ thể tích tuần hoàn khi mất máu (95,4%). Đa số sản phụ là không cần truyền chế phẩm máu (63,7%).



Biểu đồ 1. Các phương pháp xử trí chảy máu sau đẻ đường âm đạo

Nhận xét: Sử dụng thuốc co hồi tử cung là phương pháp xử trí chảy máu sau đẻ đường âm đạo phổ biến, chiếm đến 90,3%. Các phương pháp khác như chèn bóng, khâu B-lynch, cắt tử cung bán phần...chiếm tỷ lệ thấp < 5%.

Bảng 3.4. Kết quả xử trí chảy máu sau đẻ

Đặc điểm	n = 237	%
Kết quả		
Thành công	228	96,2
Không kết quả chuyển PP điều trị khác	9	3,8
Thời gian hậu sản (ngày)		
≤ 2 ngày	82	34,6
3 – 6 ngày	150	63,3
≥ 7 ngày	5	2,1
(TB ± SD) (Min – Max)	3,00 ± 1,24 (1 – 12)	

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp chảy máu sau đẻ đường âm đạo được xử trí thành công ngay từ bước đầu (96,2%). Thời gian theo dõi hậu sản trung bình là 3 ngày và phổ biến nhất là từ 3 – 6 ngày (63,3%).

4. BÀN LUẬN

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả xử trí chảy máu sau đẻ đường âm đạo dựa vào hồ sơ bệnh án của 237 sản phụ thỏa mãn các điều kiện của nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023 và 2024. Tuổi trung bình của sản phụ được chẩn đoán và điều trị chảy máu sau đẻ trong 2 năm 2023 và 2024 là 27,55 tuổi. Nhóm tuổi phổ biến nhất là từ 19 – 34 tuổi, chiếm tỷ lệ đa số, lên tới 90%. Kết quả này là tương đồng với tác giả Xiaoyi Ding (2023) với tuổi sản phụ trung bình là 31,3 ± 4,7 tuổi hay tác giả Getachew Muluye tại Ethiopia (2019) là 29,77 ± 6,96 tuổi [3, 4]. Điều này có thể được giải thích do đây là nhóm tuổi sinh sản phổ biến ở hầu hết phụ nữ tại đa số các quốc

gia. Vì thế, tỷ lệ mắc các bệnh lý sản khoa nói chung và tình trạng chảy máu sau đẻ nói riêng thường sẽ cao hơn so với các nhóm tuổi còn lại.

Đa số sản phụ trong nghiên cứu này là đẻ đường âm đạo tự nhiên (99,2%) và chỉ có 2/237 trường hợp (0,8%) là đẻ đường âm đạo có sự hỗ trợ của forcep do mẹ rặn yếu với nguyên nhân chảy máu bao gồm đỡ tử cung và rách tầng sinh môn. Kết quả này của chúng tôi là phù hợp với xu hướng lựa chọn phương pháp sinh đường âm đạo tại Việt Nam với đa số trường hợp đẻ tự nhiên, chỉ có những trường hợp mẹ rặn yếu, kiệt sức, mắc bệnh lý toàn thân cần hạn chế gắng sức, suy thai hoặc chuyển dạ giai đoạn II kéo dài... mới cần sự hỗ trợ của dụng cụ [5]. Sinh bằng forcep được chứng minh là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ chảy máu sau đẻ, nhất là những trường hợp chảy máu nặng. Theo nghiên cứu của Fangyuan Zheng và cộng sự năm 2023 cho thấy tỷ lệ chảy máu sau đẻ ở sản phụ sinh bằng forcep cao gấp 1,8 lần so với sinh thường (9,4% so với 5,2%) [6].

Bảng 3.1 đã thể hiện được thời điểm phát hiện chảy máu sau đẻ. Theo đó, phần lớn các sản phụ xuất hiện chảy máu sau đẻ sớm, ngay sau khi sổ rau, chiếm đến 90,7%. Kết quả này là khá tương đồng với tác giả Nguyễn Duy Ánh, Ngô Đức Tùng và Đào Thị Hồng Nhung khi phần lớn các trường hợp được phát hiện trong 2 giờ đầu sau đẻ với các tỷ lệ lần lượt là 95,7%; 71,3% và 82,7% [7-9]. Phần lớn sản phụ của chúng tôi chảy máu ngay sau sổ rau có nguyên nhân là đỡ tử cung và chấn thương đường sinh dục. Các trường hợp phát hiện chảy máu sau đẻ muộn thường liên quan đến đỡ tử cung thứ phát, tụ máu tầng sinh môn hoặc tổn thương đoạn dưới... Đây đều là những nguyên nhân ít gặp và thường dễ bị bỏ sót, vì vậy quá trình theo dõi hậu sản cần phải được thực hiện nghiêm túc và đầy đủ để tránh chậm trễ trong việc xử trí chảy máu sau đẻ.

Bảng 3.2 cho thấy, phần lớn sản phụ chảy máu sau đẻ cho nguyên nhân là đỡ tử cung (chiếm 73%), thứ hai là chấn thương đường sinh dục (63,7%) và 11,8% có nguyên nhân do bánh rau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là tương đồng với nhiều nghiên cứu lớn trên thế giới với đa số nguyên nhân chảy máu sau đẻ là do đỡ tử cung với tỷ lệ từ 65 – 80% [9, 10]. Đỡ tử cung là nguyên nhân phổ biến nhất do nó trực tiếp liên quan đến quá trình sinh lý cầm máu. Sau khi sổ nhau, cầm máu chủ yếu dựa vào sự co hồi mạnh của cơ tử cung để nén các xoang tĩnh mạch tại vị trí bám nhau; do đó, bất kỳ tình trạng nào làm tử cung không co tốt đều dẫn đến mất máu nhanh và nặng [11].

Trong nhóm nguyên nhân chấn thương đường sinh dục, phần lớn các trường hợp là do rách âm đạo, tầng sinh môn hoặc cổ tử cung được phát hiện sau sổ rau với lượng máu mất chủ yếu < 1000ml và thường được xử trí bằng biện pháp khâu cầm máu. Bên cạnh đó, nguyên nhân do rau gặp chủ yếu do sót rau (4,6%) và rau bám chặt hoặc cầm tù (7,2%) nhưng những trường hợp này đều đã được phát hiện và xử trí sớm tại giai đoạn III của chuyển dạ nên tình trạng chảy máu là không quá nghiêm trọng. Các trường hợp chiếm tỷ lệ nhỏ nhưng có thể dẫn đến chảy máu nghiêm trọng bao gồm tổn thương đoạn dưới, vỡ tử cung cũng được chúng tôi phát hiện trước 6 giờ và kịp thời xử trí tích cực với các biện pháp chèn bóng, thắt động mạch tử cung, truyền dịch và chế phẩm máu...

Chúng tôi phân chia tình trạng chảy máu sau sinh thành 4 nhóm tương đương với mức độ chảy máu nhẹ, vừa, nặng và rất nặng. Theo đó, phần lớn các sản phụ là mất máu ≤ 1000ml (chiếm 83,5%), 11% mất máu từ 1000 – 1500ml và tỷ lệ sản phụ mất máu nặng là rất thấp với 3,4% mất từ 1500 – 2000ml và 2,1% mất máu ≥ 2000ml. Kết quả của chúng tôi cho thấy lượng máu mất là nhiều hơn với tác giả Nguyễn Ngọc Huyền với đa số mất máu < 1000ml (97,2%) hay Võ Thị Mỹ Dung khi 93,9% mất máu < 1000ml và lượng máu mất trung bình là 630,5 ± 278,7ml [12, 13]. Điều này có thể được giải thích do sự đánh giá lượng máu mất còn chưa thống nhất, chủ yếu dựa vào ước lượng bằng mắt thường của bác sĩ lâm sàng. Do đó, chúng tôi đề xuất nên có biện pháp đánh giá lượng máu mất sau đẻ đường âm đạo như bao đóng máu để chẩn đoán chính xác tình trạng chảy máu, tránh bỏ sót cũng như hạn chế các trường hợp điều trị quá mức cần thiết.

Tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội khi xử trí chảy máu sau đẻ trong giai đoạn 2023 – 2024, có đến 95,4% sản phụ được bồi phụ dung dịch Ringer lactate, 75,5% được truyền glucose 5% và 33,8% truyền dung dịch Voluven. Tỷ lệ truyền dịch bồi phụ tuần hoàn cho các sản phụ trong đề án là phù hợp với các hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới và Bộ Y tế với dung dịch ưu tiên nhằm bồi phụ tuần hoàn là dịch tinh thể (Ringer lactat hoặc NaCl 0,9%), trường hợp mất máu nặng có thể bổ sung thêm từ 1 – 1,5 lít dung dịch keo [2, 5].

Về các loại tỷ lệ chế phẩm máu cần truyền của nhóm sản phụ trong nghiên cứu cho thấy, phần lớn các trường hợp là không cần truyền chế phẩm máu (63,7%). Trong 86 sản phụ có truyền chế phẩm máu, 100% được truyền khối hồng cầu, tỷ lệ cần truyền khối tiểu cầu, plasma tươi và tủa 8 chiếm tỷ lệ nhỏ (<5,5%). Đặc điểm này phù hợp với khuyến cáo của WHO và Bộ Y tế với việc truyền chế phẩm máu cần ưu tiên chức năng vận chuyển oxy với khối hồng cầu là lựa chọn ưu tiên hàng đầu, nhất là đối với các trường hợp mất máu > 1000ml, chỉ số Hb thấp và xuất hiện các dấu hiệu thiếu máu mô [2, 5]. Về chỉ định truyền các chế phẩm máu khác, WHO khuyến cáo: Truyền plasma tươi với các trường hợp được chẩn đoán có rối loạn đông máu, các trường hợp chảy máu nặng có nguy cơ xuất hiện đông máu rải rác trong lòng mạch (DIC) hoặc có thời gian đông máu kéo dài với INR >1.5 hoặc aPTT kéo dài [2]. Truyền khối tiểu cầu khi xét nghiệm thể hiện tình trạng giảm < 75G/L hoặc có dấu hiệu DIC [2]. Đặc biệt, dung dịch tủa 8 thường được dùng chủ yếu khi fibrinogen giảm thấp < 2g/l với vai trò thay thế plasma tươi liều cao [2]. Tuy nhiên, khi sử dụng kết hợp nhiều loại chế phẩm máu và dịch truyền cần hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa gây mê hồi sức để tính toán loại chế phẩm và thể tích dịch truyền phù hợp với tình bệnh nhân nhằm hạn chế tình trạng quá tải dịch truyền.

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy, có đến 90,3% sản phụ được sử dụng thuốc co hồi tử cung, 88,2% kiểm soát tử cung và 64,6% được khâu cầm máu vết rách tầng sinh môn, Các phương pháp điều trị này là tương ứng với tỷ lệ nguyên nhân chảy máu sau đẻ (chủ yếu là đỡ tử cung) và phác đồ xử trí tích cực giai đoạn III với việc sử dụng thuốc co hồi tử cung vừa để dự phòng và điều trị chảy máu sau đẻ [2]. Trong đó, 100% sản phụ chẩn đoán đỡ tử cung đều được xử trí bằng thuốc co hồi tử cung và kiểm soát tử cung nhằm tăng co cơ, lấy hết máu cục và rau ra khỏi buồng tử cung.

Phương pháp thắt động mạch tử cung được sử dụng cho 3,4% các trường hợp trong đó chủ yếu là các sản phụ chẩn đoán đờ tử cung không hồi phục sau khi đã áp dụng các biện pháp cơ học và thuốc tăng co. Trong đó, có 01 trường hợp đờ tử cung sau chuyển dạ sinh con lần 1- thai 40 tuần với thời gian chuyển dạ quá nhanh (3,5 tiếng) với lượng máu mất lớn (2600ml) sau khi thắt động mạch tử cung không hiệu quả đã phải chuyển sang khâu B – Lynch để cầm máu. Đây cũng là trường hợp cần truyền bồi phụ nhiều thể tích dịch và chế phẩm máu nhất trong đề án này của chúng tôi với 3850ml khối hồng cầu, 1800ml khối tiểu cầu, 250ml khối plasma tươi và 200 ml tua 8. Tuy nhiên, sau khâu B-Lynch cầm máu kèm bồi phụ tuần hoàn, tình trạng chảy máu của sản phụ đã được kiểm soát và giữ lại tử cung cho những lần sinh sản tiếp theo. Sau 7 ngày theo dõi hậu sản tại bệnh viện, sản phụ ổn định và đã được ra viện. Do đó, việc theo dõi sát quá trình chuyển dạ, phát hiện nguyên nhân chảy máu sau đẻ và đánh giá lượng máu mất là rất quan trọng trong việc quyết định phương pháp xử trí phù hợp.

Về kết quả xử trí, chúng tôi quy ước các trường hợp điều trị chảy máu sau đẻ thất bại là khi các bước xử lý cầm máu bước 1 không thu được hiệu quả, sản phụ còn chảy máu và phải chuyển sang các can thiệp thủ thuật. Theo đó, tỷ lệ thành công trong điều trị bước đầu là khoảng 96,2% và tỷ lệ thất bại là 3,8%. Theo khuyến cáo của WHO, việc áp dụng các biện pháp xử trí tích cực giai đoạn III đúng cách bao gồm thuốc tăng co cơ tử cung, kiểm soát tử cung, xoa đáy tử cung... có thể kiểm soát khoảng 85 – 95% các trường hợp chảy máu sau đẻ [2]. Các trường hợp thất bại phải chuyển sang phương pháp điều trị khác trong nghiên cứu bao gồm các ca vỡ tử cung, u xơ tử cung dưới niêm mạc và một số ít ca đờ tử cung ở sản phụ sinh con nhiều lần. Đây là các trường hợp có nguy cơ cao chảy máu nhưng không phổ biến khiến việc chẩn đoán và xử trí gặp nhiều khó khăn. Thời gian trung bình khi theo dõi hậu sản ở các trường hợp chảy máu sau đẻ là $3,00 \pm 1,24$ ngày với 01 trường hợp nằm viện dài nhất là 12 ngày. Phần lớn các sản phụ nằm viện trong khoảng từ 3 – 6 ngày, chiếm 63,3%. Kết quả của chúng tôi là tương đồng với tác giả Nguyễn Duy Ánh khi có đến 68,4% sản phụ theo dõi hậu sản từ 4 – 7 ngày và cao hơn đáng kể với tác giả Ngô Đức Tùng với tỷ lệ nằm viện từ 4 – 7 ngày là 58,8% [7, 14]. Cả nghiên cứu của chúng tôi, Nguyễn Duy Ánh và Ngô Đức Tùng đều thực hiện ở Bệnh viện Phụ sản Hà Nội với các thời điểm khác nhau, điều này chứng tỏ khả năng chăm sóc hậu sản tại Bệnh viện chúng tôi có thể đã được cải thiện.

5. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $27,55 \pm 4,66$ tuổi, chủ yếu trong nhóm 19 - 34 (90,0%). Đa số sản phụ được theo dõi đẻ tự nhiên qua đường âm đạo (99,2%) và được phát hiện chảy máu sau sổ rau (90,7%). Đờ tử cung là nguyên nhân phổ biến nhất trong các trường hợp chảy máu sau đẻ (73%). Xử trí chảy máu sau đẻ có nhiều phương pháp khác nhau, trong đó dùng thuốc co hồi tử cung, kiểm soát tử cung và khâu vết rách TSM là phổ biến nhất, lần lượt là 90,3%; 88,2% và 64,6%. Trong bồi phụ tuần hoàn, Ringer lactate là dung dịch được dùng hàng đầu (95,4%) và phần lớn sản phụ không cần truyền chế

phẩm máu. Tỷ lệ thành công của xử trí chảy máu sau đẻ là 96,2% với thời gian theo dõi hậu sản trung bình là 3 ngày.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Duy Ánh, Chảy máu sau đẻ, Giáo trình Sản Phụ khoa, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội, 2016; tr. 176–183.
- [2] WHO, WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, 2012
- [3] Ding Xiaoyi và các cộng sự, Postpartum hemorrhage incidence and risk factors: Evidence from a multicenter study in Zhejiang Province, China, PLoS One, 2025; 20(5), tr. e0323190.
- [4] Muluye Getachew và các cộng sự, Risk factors of primary postpartum hemorrhage among postnatal mothers in the public hospital of southern Tigray, Ethiopia, 2019: A case-control study, Frontiers in Global Women's Health, 2023; 4, tr. 1039749.
- [5] Bộ Y Tế, Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Nhà xuất bản Y học, 2016
- [6] Zheng Fangyuan và các cộng sự, Incidence of postpartum hemorrhage based on the improved combined method in evaluating blood loss: A retrospective cohort study, PLoS one, 2023; 18(7), tr. e0289271.
- [7] Ngô Đức Tùng, Nghiên cứu tình hình chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2021, Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, Hà Nội, 2022.
- [8] Nguyễn Duy Ánh và Nguyễn Đình Quỳnh, 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).
- [9] Đào Thị Hồng Nhung và Lê Thị Vân, Xác định một số nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Nam Định, Tạp chí Y học Việt Nam, 2022; 515(1).
- [10] Alonso-Burgos Alberto và các cộng sự, Primary and secondary postpartum haemorrhage: a review for a rationale endovascular approach, CVIR endovascular, 2024; 7(1), tr. 17.
- [11] F. Gary Cunningham và các cộng sự, Williams Obstetrics 25th edition, 2018; Chapter 19: Ectopic pregnancy, McGraw-Hill Education.
- [12] Võ Thị Mỹ Dung và Trương Quang Vinh, Nghiên cứu các nguyên nhân băng huyết sau sinh và kết quả điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận, Tạp chí Phụ sản, 2022; 20(4), tr. 50-55.
- [13] Nguyễn Ngọc Huyền, Chung Cẩm Ngọc và Huỳnh Thanh Phong, Đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị băng huyết sau sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2024-2025, Tạp chí Y học Việt Nam, 2025; 552(3).
- [14] Nguyễn Duy Ánh và Nguyễn Đình Quỳnh, KẾT QUẢ XỬ TRÍ CÁC TRƯỜNG HỢP CHẢY MÁU 24 GIỜ SAU ĐẸ ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI, Tạp chí Y học Việt Nam, 2022; 511(2).