

# TREATMENT OUTCOMES OF POSTPARTUM HEMORRHAGE DUE TO UTERINE ATONY FOLLOWING VAGINAL DELIVERY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY FROM JUNE 2024 TO JUNE 2025

Tran Trung Kien<sup>1</sup>, Vu Van Du<sup>2</sup>, Nong Minh Hoang<sup>2</sup>, Le Thi Ngoc Huong<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ha Nam General Hospital - No. 158 Truong Chinh Street, Phu Ly Ward, Ninh Binh Province, Vietnam

<sup>2</sup>National Hospital of Obstetrics and Gynecology - No. 1 Trieu Quoc Dat Street, Cua Nam Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 25/11/2025

Revised: 25/12/2025; Accepted: 28/03/2026

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the treatment outcomes of postpartum hemorrhage due to uterine atony following vaginal delivery at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from June 2024 to June 2025.

**Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 59 cases of postpartum hemorrhage following vaginal delivery that were managed at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology during the study period.

**Results:** The age group 25–29 years accounted for the highest proportion, followed by the 30–34 age group. The most common risk factors were precipitous labor, macrosomia, and a considerable proportion of cases with unidentified risk factors. Medical management was applied in most cases and achieved complete success; interventional procedures were partially successful, and all unsuccessful cases were subsequently managed surgically, leading to a 100% overall hemorrhage control rate. Most patients required blood transfusion, with a moderate average volume administered. The average post-hemorrhage treatment duration was short, with the majority recovering within three days, and no complications were recorded.

**Conclusion:** Stepwise management of postpartum hemorrhage due to uterine atony following clinical protocols proved to be highly effective and safe. Early intervention and adherence to standardized procedures played a pivotal role in successful hemorrhage control and minimizing complications. Conservative treatment approaches remain central in obstetric clinical practice.

**Keywords:** postpartum hemorrhage, uterine atony.

---

\*Corresponding author

**Email:** trantrungkien09111983@gmail.com **Phone:** (+84) 905.882.882 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4705**



# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU SAU ĐẸ ĐƯỜNG ÂM ĐẠO DO ĐỜ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TỪ THÁNG 6/2024 ĐẾN THÁNG 6/2025

Trần Trung Kiên<sup>1</sup>, Vũ Văn Du<sup>2</sup>, Nông Minh Hoàng<sup>2</sup>, Lê Thị Ngọc Hương<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Hà Nam - Số 158 đường Trường Chinh, phường Phủ Lý, tỉnh Ninh Bình, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương - Số 1 Triệu Quốc Đạt, phường Cửa Nam, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 25/12/2025; Ngày duyệt đăng: 28/03/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kết quả điều trị chảy máu sau đẻ đường âm đạo do đờ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu với 59 trường hợp CMSĐ đường âm đạo được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025.

**Kết quả:** nhóm tuổi 25–29 chiếm tỷ lệ cao nhất (39,0%), tiếp theo là nhóm 30–34 tuổi (28,8%). Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là chuyển dạ nhanh (49,2%), thai to (28,8%) và 28,8% không xác định được rõ yếu tố nguy cơ. Điều trị nội khoa được áp dụng cho 51 trường hợp và đạt hiệu quả 100%; nhóm điều trị thủ thuật thành công 75,0% và các trường hợp thất bại đều được phẫu thuật xử trí thành công, đưa tỷ lệ kiểm soát chảy máu chung đạt 100%. Có 83,1% sản phụ phải truyền máu, với lượng máu truyền trung bình  $813,3 \pm 483,2$  ml. Thời gian điều trị sau chảy máu trung bình là  $2,1 \pm 1,1$  ngày; 94,9% sản phụ hồi phục trong  $\leq 3$  ngày và không ghi nhận biến chứng nào trong nghiên cứu.

**Kết luận:** Xử trí chảy máu sau đẻ do đờ tử cung theo phác đồ tuần tự mang lại hiệu quả cao và an toàn. Việc can thiệp sớm, đúng quy trình giúp kiểm soát tốt chảy máu và hạn chế biến chứng. Phương pháp điều trị bảo tồn vẫn giữ vai trò chủ đạo trong thực hành lâm sàng sản khoa.

**Từ khóa:** Chảy máu sau đẻ, đờ tử cung.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau đẻ (CMSĐ) được xem là một trong những tai biến sản khoa nghiêm trọng nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ. Tình trạng này có thể xảy ra sau khi sinh ngã âm đạo hoặc sau phẫu thuật lấy thai, và hiện vẫn là một trong những nguyên nhân chính góp phần làm gia tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong mẹ. Trong số các nguyên nhân gây CMSĐ, đờ tử cung (ĐTC) là nguyên nhân thường gặp nhất, chiếm khoảng 75–90% tổng số trường hợp. Hiện tượng này xảy ra khi cơ TC mất khả năng co hồi hiệu quả sau giai đoạn sổ rau, dẫn đến chảy máu ồ ạt không kiểm soát được [1].

Việc xử trí CMSĐ do ĐTC được chia thành hai nhóm chính: các biện pháp không phẫu thuật và các can thiệp phẫu thuật. Trong những trường hợp CMSĐ không đáp ứng với điều trị nội khoa, cần tiến hành các biện pháp xâm lấn hơn như nút mạch, kỹ thuật B-Lynch, thắt động mạch TC, thắt động mạch hạ vị, và trong tình huống cuối cùng khi các phương pháp trên thất bại, phẫu thuật cắt TC có thể được chỉ định để cứu sống người bệnh.

Do tính chất cấp cứu và mức độ nguy hiểm của CMSĐ, việc cung cấp đầy đủ thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như cung cấp bức tranh tổng quát các kết quả

điều trị CMSĐ đường Âm Đạo do ĐTC là hết sức cấp bách. Chính vì những thực tiễn khoa học nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: “Mô tả kết quả điều trị chảy máu sau đẻ đường âm đạo do đờ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025”.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** mô tả tiến cứu.

**2.1.1. Địa điểm và thời gian**

- Địa điểm: Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

- Thời gian thu thập số liệu của các sản phụ từ tháng 06/2024 đến 06/2025. Thời gian viết báo cáo đến tháng 10/2025.

**2.1.2. Đối tượng nghiên cứu**

Các sản phụ CMSĐ đường âm đạo do nguyên nhân ĐTC được xử trí tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTW) từ tháng 06/2024 đến 06/2025.

**2.1.3. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Thai sống, tuổi thai từ 22 tuần.

- Đẻ đường âm đạo.

\*Tác giả liên hệ

Email: trantrungkien09111983@gmail.com Điện thoại: (+84) 905.882.882 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4705>

- Ra máu nhiều hoặc rỉ rả liên tục sau sổ thai: đo lượng máu mất  $\geq 500$  ml. Thời điểm đo tính từ sau sổ thai và nước ối được thoát hết đến 02 giờ đầu sau đẻ.

- TC giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn.

#### 2.1.4. Tiêu chuẩn loại trừ

- Nguyên nhân tổn thương sinh dục: các vết rách âm hộ, ÂĐ, cổ TC, tụ máu, vỡ TC.

- Nguyên nhân do rau thai: sót rau, rau không bong, rau cài răng lược, rau tiền đạo, rau bong non

- Nguyên nhân lộn TC.

- Các sản phụ có bệnh lý nội khoa hay các nguyên nhân khác: các bệnh lý về rối loạn đông máu (xuất huyết giảm tiểu cầu, hemophile, rối loạn sinh tủy, suy tủy), viêm gan cấp.

### 2.2. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Sử dụng cỡ mẫu thuận tiện theo thời gian tức là lựa chọn tất cả các bệnh nhân vào viện trong thời gian tháng 06/2024 đến tháng 06/2025 và đủ các tiêu chuẩn lựa chọn.

Trên thực tế, chúng tôi đã thu thập được thông tin của 59 bệnh nhân đủ điều kiện tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

### 2.3. Biến số nghiên cứu

Bao gồm các biến số về kết quả điều trị chảy máu sau đẻ đường âm đạo do đờ tử cung: các phương pháp xử trí, truyền máu, các phương pháp bồi phụ tuần hoàn, số ngày điều trị sau chảy máu, biến chứng.

### 2.4. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Sau khi sổ thai và nước ối được thoát hết, tiến hành thay băng vô khuẩn và đặt túi đo máu dưới màng sản phụ để đo trực tiếp lượng máu mất trong giai đoạn sổ rau và 02 giờ đầu sau đẻ. Thể tích máu mất (ml) được xác định theo lượng máu thu được trong túi đo. Ngoài ra, lượng máu mất hậu sản được tính toán bổ sung bằng phương pháp cân bím, dựa trên nguyên tắc trọng lượng riêng của máu là 1.060 g/ml.

Tất cả các sản phụ được theo dõi đẻ tại BVPSTW đều được theo dõi và ghi nhận theo đúng quy trình chuyên môn. Nhân viên y tế tham gia nghiên cứu đã được tập huấn đầy đủ và thực hiện theo quy định thống nhất nhằm đảm bảo tính chính xác và độ tin cậy của số liệu.

### 2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng được nhập liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 11.0. Sử dụng phép tính toán thống kê y học. Những biến định lượng được tính trung bình, độ lệch và chỉ mô tả đơn thuần, không có phân tích liên quan.

### 2.6. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu sử dụng các thông tin trên bệnh án, không can thiệp đến bệnh nhân. Mọi thông tin nghiên cứu đều được mã hóa, đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu được tiến hành khi được thông qua bởi Hội đồng chấm Đề cương BSKII Trường Đại học Y Hà Nội và sự cho phép nghiên cứu của ban Giám đốc BVPSTW) theo quyết định số 1251/CN-PSTW.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
19 - 24 tuổi	11	18,6
25 - 29 tuổi	23	39,0
30 - 34 tuổi	17	28,8
35 - 39 tuổi	2	3,4
$\geq 40$ tuổi	6	10,2
Tổng số	59	100
$\bar{X} \pm SD$ (GTNN - GTLN)	$29,3 \pm 5,8$ (19 - 43)	

#### Nhận xét:

Nhóm tuổi 25 – 29 chiếm tỷ lệ lớn nhất với 39,0%. Tiếp đến là nhóm tuổi từ 30 – 34 (28,8%) và nhóm 19 – 24 tuổi (18,6%). Nhóm từ trên 40 tuổi và nhóm 35 – 39 tuổi chiếm tỷ lệ thấp hơn, tương ứng lần lượt là 10,2% và 3,4%.

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ gây ĐTC (n=59)

Yếu tố nguy cơ gây ĐTC		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phối hợp yếu tố nguy cơ	Một yếu tố nguy cơ	30	50,9
	Phối hợp nhiều yếu tố	12	20,3
	Không rõ yếu tố nguy cơ	17	28,8
	Tổng số	59	100
Yếu tố nguy cơ cụ thể	Thai to	17	28,8
	Chuyển dạ nhanh	29	49,2
	Chuyển dạ kéo dài	2	3,4
	Rau bám chặt	3	5,1
	U xơ TC	1	1,7
	Đẻ Forceps	1	1,7
	Đa ối	1	1,7
	Không rõ yếu tố nguy cơ	17	28,8

#### Nhận xét:

Trong 59 trường hợp ĐTC, một yếu tố nguy cơ đơn lẻ chiếm tỷ lệ cao nhất với 30 trường hợp (50,9%), trong khi phối hợp nhiều yếu tố nguy cơ ghi nhận 12 trường hợp (20,3%). Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là chuyển dạ nhanh (29 trường hợp, 49,2%); thai to (17 trường hợp, 28,8%), và chuyển dạ kéo dài (2 trường hợp, 5,1%). Các yếu tố nguy cơ khác chiếm tỷ lệ thấp (1,7%–5,1%), và có 17 trường hợp (28,8%) không rõ yếu tố nguy cơ.

### 3.2. Kết quả điều trị chảy máu sau đẻ đường âm đạo do đờ tử cung

Bảng 3. Phương pháp xử trí CMSĐ do ĐTC

PP xử trí	Số lượng (n)	Thành công (n)	Thất bại (n)	Tỷ lệ thành công (%)
Điều trị nội	51	51	0	100

PP xử trí	Số lượng (n)	Thành công (n)	Thất bại (n)	Tỷ lệ thành công (%)
Điều trị thủ thuật	8	6	2	75,0
Phẫu thuật	2	2	0	100
Chung		59		100

#### Nhận xét

Trong 59 trường hợp CMSĐ do ĐTC, điều trị nội khoa gồm được áp dụng cho 51 trường hợp và đều thành công (100%).

Điều trị thủ thuật được thực hiện ở 8 trường hợp, trong đó có 6 trường hợp thành công (75,0%) và 2 trường hợp thất bại. Hai trường hợp này được chuyển Phẫu thuật (thắt động mạch TC/cắt TC) và đều thành công. Tỷ lệ thành công cuối cùng là 100%.

**Bảng 4. Tỷ lệ truyền máu điều trị CMSĐ**

Truyền máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không truyền máu	10	16,9
Có truyền máu	49	83,1
Tổng số	59	100

#### Nhận xét:

Tỷ lệ sản phụ CMSĐ đường ÂĐ phải truyền máu là 83,1%.

**Bảng 5. Bồi phụ khối hồng cầu và các chế phẩm của máu**

Phương pháp bồi phụ tuần hoàn	$\bar{X} \pm SD$	GTNN - GTLN
Truyền hồng cầu (n=49) (ml)	813,3 $\pm$ 483,2	350 – 3.150
Truyền NaCl (n=35) (ml)	571,4 $\pm$ 275,0	500 – 2.000
Truyền Gelafuldin (n=24) (ml)	604,2 $\pm$ 294,1	500 – 1.500
Truyền R-Lactat (n=22) (ml)	636,4 $\pm$ 275,2	500 – 1.500
Truyền Volulyte (n=15) (ml)	500	500
Truyền Glucose (n=37) (ml)	573,0 $\pm$ 262,1	100 – 1.500

#### Nhận xét

Trong các phương pháp bồi phụ tuần hoàn, truyền HC được thực hiện nhiều nhất với trung bình 813,3  $\pm$  483,2 ml (350 – 3.150 ml) ở 49 trường hợp.

Truyền NaCl ghi nhận ở 35 trường hợp với lượng trung bình 571,4  $\pm$  275,0 ml (500 – 2.000 ml) và truyền Glucose ở 37 trường hợp với 573,0  $\pm$  262,1 ml (100 – 1.500 ml). Ngoài ra, các dung dịch khác được truyền bao gồm Gelafuldin (604,2  $\pm$  294,1 ml), R-Lactat (636,4  $\pm$  275,2 ml) và Volulyte (500 ml).

**Bảng 6. Phân bố số ngày điều trị sau chảy máu**

Số ngày điều trị sau chảy máu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
$\leq 3$ ngày	56	94,9
4 – 7 ngày	3	4,1
> 7 ngày	0	0
Tổng số	59	100
$\bar{X} \pm SD$ (GTNN – GTLN)	2,1 $\pm$ 1,1 (1 – 6)	

#### Nhận xét

Trung bình thời gian điều trị sau chảy máu là 2,1  $\pm$  1,1 ngày (ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 6 ngày). Phần lớn thời gian điều trị là từ dưới 3 ngày, chiếm tỷ lệ 94,9%. Có 3 Trường hợp từ 4 – 7 ngày (4,1%).

Một số biến chứng: Nghiên cứu không ghi nhận biến chứng (0%).

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi: tuổi càng cao thường đi kèm với tăng tiền sử sản khoa (mổ lấy thai cũ, can thiệp TC, nạo hút thai...), làm chất lượng cơ TC giảm, dễ dẫn đến ĐTC sau sinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi hay gặp nhất bị CMSĐ là 25–29 tuổi chiếm 39,0%, tiếp theo là nhóm 30–34 tuổi chiếm 28,8%; nhóm  $\geq 35$  tuổi chiếm 13,6%. Tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi và lớn nhất là 43 tuổi. Kết quả này phù hợp với độ tuổi sinh sản chủ yếu hiện nay là từ 20–35 tuổi. Nhóm  $\geq 35$  tuổi tuy chiếm tỷ lệ thấp hơn nhưng được ghi nhận có nguy cơ cao do giảm dự trữ cơ TC, sẹo mổ cũ và rối loạn đông máu tiềm ẩn.

So sánh với nghiên cứu tại BVPS Thái Bình của Phạm Thị Xuân [2] (2020), nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 20–24 tuổi chiếm 35,1%, tiếp theo là nhóm 25–29 tuổi chiếm 27%; tuổi dao động 18–44 tuổi. Như vậy, cả hai cao nhất rơi vào giai đoạn trẻ, là độ tuổi sinh sản thuận lợi và chiếm đa số dân số mang thai, tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân  $\geq 35$  tuổi cao hơn đôi chút, phản ánh xu hướng sinh con muộn tại các đô thị lớn.

### 4.2. Các yếu tố nguy cơ gây ĐTC

Nghiên cứu này lựa chọn các trường hợp sản phụ CMSĐ có nguyên nhân do ĐTC. Tác giả Bonnar [3] (2000) ghi nhận ĐTC chiếm tới 70–90% các trường hợp CMSĐ. Tương tự Edhi và Aslam [4] (2013) cũng nhấn mạnh vai trò trung tâm của ĐTC trong sinh bệnh học của băng huyết sau sinh [4]. Đây đều cơ TC bị kéo căng và hoạt động quá mức, dẫn đến giảm khả năng co hồi bình thường sau sinh, từ đó dễ gây ĐTC và mất máu nhiều.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy yếu tố nguy cơ gây ĐTC thường gặp nhất là chuyển dạ nhanh (49,2%), thai to (28,8%). Các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp (1,7%–5,1%), và có 28,8% không rõ yếu tố nguy cơ.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu trong nước. Đoàn Duy Mạnh [5] (2010) ghi nhận ĐTC chiếm gần một nửa số ca băng huyết sau sinh. Trong khi đó, nghiên cứu gần hơn của Phạm Thị Xuân [2] (2020) ghi nhận tỷ lệ ĐTC giảm xuống khoảng 27%, trong khi tỷ lệ chấn thương đường sinh dục và sót rau có xu hướng tăng. Sự thay đổi này có thể phản ánh hiệu quả của thực hành quản lý tích cực giai đoạn III chuyển dạ và sử dụng uterotonics như oxytocin, duratocin, ergometrin và misoprostol ngày càng rộng rãi. Tác giả Cameron [6] (2006) (tổng quan về CMSĐ), cho rằng cải thiện dự phòng bằng uterotonics giúp giảm đáng kể tỷ lệ ĐTC trong cơ cấu nguyên nhân CMSĐ.

Bên cạnh những yếu tố kinh điển kể trên, các nghiên cứu gần đây cũng mở rộng thêm một số cơ chế bệnh sinh

quan trọng góp phần gây ĐTC. TC phải co bóp kéo dài trong chuyển dạ nên giảm khả năng co hồi (tỷ lệ nguyên nhân do chuyển dạ kéo dài trong nghiên cứu là 20,3%). Khi TC duy trì cơn co kéo dài trong nhiều giờ, lượng ion canxi nội bào cần thiết cho co bóp giảm dần, dẫn đến giảm sức co bóp sau sổ thai. Cơ chế này được nhấn mạnh bởi Cunningham [7].

Tình trạng thiếu máu thai kỳ hoặc rối loạn đông máu tiềm ẩn cũng có thể góp phần làm trầm trọng mức độ chảy máu trong ĐTC vì giảm dự trữ oxy mô và khả năng phục hồi co bóp. Trường hợp sản phụ mang gen  $\beta$ -Thalassemia trong nghiên cứu của chúng tôi là ví dụ điển hình, cho thấy những rối loạn huyết học bẩm sinh có thể làm bệnh cảnh chảy máu sau sinh phức tạp hơn dù không phải là nguyên nhân khởi phát ĐTC.

Ngoài ra, u xơ TC, đặc biệt là u xơ dưới niêm mạc hoặc trong cơ, cũng được minh chứng làm giảm đồng bộ co bóp cơ TC sau sinh. Nghiên cứu của nhiều tác giả trong nước tại các bệnh viện sản lớn ghi nhận bệnh nhân có u xơ TC cần được xếp vào nhóm nguy cơ cao bằng huyết sau sinh và theo dõi tích cực giai đoạn sau sổ thai. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp do nguyên nhân u xơ TC.

Việc triển khai đồng bộ các biện pháp dự phòng, bao gồm quản lý tích cực giai đoạn III chuyển dạ, dùng uterotonics đúng phác đồ, đánh giá khối an toàn sau sổ rau và định lượng máu mất, giúp hạn chế đáng kể tỷ lệ ĐTC tiến triển nặng. Chính bởi vậy, việc sàng lọc các yếu tố nguyên nhân, nguy cơ, kết hợp theo dõi sát sau đẻ và thực hiện xử trí sớm theo quy trình đã được chuẩn hóa vẫn là chiến lược trọng tâm nhằm giảm biến chứng và cải thiện tiên lượng cho sản phụ. Cần nhấn mạnh rằng ĐTC thường không do một yếu tố đơn lẻ mà do sự phối hợp nhiều yếu tố. Vì vậy, tiếp cận đa chiều, đánh giá yếu tố nguy cơ trước sinh – trong chuyển dạ – sau sinh là biện pháp hiệu quả giúp can thiệp kịp thời và giảm biến chứng.

### 4.3. Kết quả điều trị chảy máu sau đẻ đường âm đạo do đờ tử cung

#### 4.3.1. Phương pháp xử trí

Theo các tác giả Alonso-Burgos [8] (2024), Bienstock [9] (2021), CMSĐ là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trong sản khoa. Bởi vậy, tại mỗi cơ sở y tế, cần xây dựng kế hoạch cụ thể trong việc tiên lượng, phát hiện sớm và xử trí kịp thời CMSĐ cho từng sản phụ. Để đạt được hiệu quả, ngoài việc vận dụng linh hoạt các phác đồ, các đơn vị cần bảo đảm đội ngũ bác sĩ và hộ sinh có trình độ chuyên môn vững, cùng với trang thiết bị, dụng cụ, thuốc, máu và dịch truyền đầy đủ.

Nguyên tắc xử trí CMSĐ phải được tiến hành khẩn trương và đồng thời giữa cầm máu và hồi sức. Các bước bao gồm: kiểm soát TC (lấy hết rau sót, máu cục, chèn ép và xoa bóp), sử dụng thuốc co hồi TC như Oxytocin, Ergometrin, hồi sức chống choáng và xử trí các nguyên nhân khác như chấn thương đường sinh dục.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các biện pháp xử trí CMSĐ chủ yếu theo hướng bảo tồn và thực hiện tuân thủ theo quy trình, phù hợp với phác đồ thực hành lâm sàng hiện nay. Kết quả nghiên cứu cho thấy điều trị nội khoa

được áp dụng cho 51 trường hợp và đều thành công. Phân tích cụ thể 51 trường hợp này, nhóm sản phụ được xử trí bằng kiểm soát TC kết hợp thuốc tăng co đạt hiệu quả cao, với 22 trường hợp được kiểm soát hoàn toàn chảy máu; khi kết hợp thêm xoa đáy TC, tất cả 29 trường hợp còn lại cũng kiểm soát được chảy máu, khẳng định hiệu quả của các biện pháp cơ bản này khi được áp dụng sớm và đúng nguyên tắc. Đáng chú ý, nhóm bệnh nhân được đặt bóng chèn buồng TC đạt tỉ lệ kiểm soát thành công 75,0%, cho thấy biện pháp bảo tồn hiệu quả trước khi chỉ định phẫu thuật can thiệp.

Kết quả trên tương đồng với các nghiên cứu trong nước. Theo Vũ Thị Hồng Chính [10] (2024), trong nghiên cứu trên 78 sản phụ bị CMSĐ do ĐTC, có 76 trường hợp (97,4%) được điều trị nội khoa thành công. Hai trường hợp còn lại được can thiệp bằng thủ thuật chèn bóng buồng TC, và đều đạt hiệu quả cầm máu hoàn toàn (100%), cho thấy tính an toàn và hiệu quả cao của các biện pháp điều trị bảo tồn trong xử trí CMSĐ do ĐTC.

Kết quả này cho thấy, việc áp dụng hướng dẫn xử trí tích cực giai đoạn 3 của cuộc chuyển dạ theo quy định của Bộ Y tế đã giúp phát hiện sớm các trường hợp CMSĐ và xử trí kịp thời hơn, góp phần giảm tỷ lệ biến chứng nặng. Ngoài ra, việc sử dụng các thuốc tăng co thể hệ mới với hiệu lực mạnh và thời gian tác dụng kéo dài hơn cũng đóng vai trò quan trọng trong dự phòng và điều trị hiệu quả tình trạng ĐTC, qua đó nâng cao chất lượng chăm sóc và an toàn cho sản phụ.

Tỉ lệ kiểm soát thành công cao ở nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hiệu quả của việc phát hiện và can thiệp sớm, tuân thủ quy trình xử trí và chuẩn bị đầy đủ phương tiện, thuốc men tại cơ sở điều trị.

#### 4.3.2. Bàn luận về hai trường hợp điều trị nội khoa thất bại chuyển phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm sản phụ cần phối hợp nhiều biện pháp xử trí gồm kiểm soát TC – thuốc tăng co – xoa đáy TC – đặt bóng chèn buồng TC chiếm 8 trường hợp, trong đó 6 trường hợp kiểm soát thành công (75,0%) và 2 trường hợp thất bại (25,0%) phải chuyển phẫu thuật. Trong hai sản phụ này, 01 trường hợp được tiến hành thắt động mạch TC; trường hợp còn lại đang thắt mạch nhưng chảy máu vẫn ồ ạt, bệnh nhân sốc nên phẫu thuật viên đã chuyển ngay sang cắt TC. Cả hai trường hợp này đều được xử trí thành công, góp phần đảm bảo tỷ lệ thành công chung của xử trí CMSĐ đạt 100%. Điều này cho thấy chảy máu vẫn tiếp tục sau khi đã áp dụng đầy đủ các biện pháp nội khoa và thủ thuật cơ bản, việc chuyển sang phẫu thuật kịp thời là cần thiết nhằm bảo toàn tính mạng người bệnh.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình của Phạm Thị Xuân [2] (2020), trong đó 3/10 trường hợp ĐTC cần can thiệp ngoại khoa sau thất bại nội khoa, và đều thành công khi được tiến hành khâu B-Lynch, thắt động mạch TC hoặc cắt TC. Như vậy, cả hai nghiên cứu đều khẳng định vai trò của phẫu thuật là “cứu cánh” cuối cùng. Việc tỷ lệ phải phẫu thuật thấp cho thấy can thiệp sớm, đúng phác đồ và đầy đủ theo bậc thang xử trí có thể kiểm soát phần lớn trường hợp chảy máu do ĐTC.

Nhìn chung, thực hành hiện nay: xử trí nội khoa và thủ thuật bảo tồn luôn là bước đầu tay. Điều này phản ánh hiệu quả trong phân tầng can thiệp và nhấn mạnh tầm quan trọng của phát hiện sớm, điều trị sớm cũng như chuyển tuyến can thiệp đúng thời điểm để tối ưu kết quả điều trị.

#### 4.3.3. Tỷ lệ truyền máu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sản phụ CMSĐ cần truyền máu là 83,1%, cho thấy phần lớn các trường hợp nhập viện với tình trạng mất máu đáng kể và cần hồi sức tích cực nhằm duy trì huyết động và ngăn ngừa sốc mất máu. Tỷ lệ truyền máu này cũng tương đồng so với NC của tác giả Vũ Thị Hồng Chính [10] (2024) tại BVĐKQT Vinmec Times City với 93,8%. Tỷ lệ truyền máu cao phản ánh đặc điểm quần thể nghiên cứu, trong đó đa số trường hợp là ĐTC với diễn biến chảy máu nhanh, đòi hỏi bổ sung thể tích tuần hoàn kịp thời.

Các hướng dẫn hiện hành của Bộ Y tế cũng như các khuyến cáo thực hành quốc tế, đều nhấn mạnh tầm quan trọng của truyền máu sớm khi có dấu hiệu mất máu nhiều hoặc suy tuần hoàn nhằm giảm nguy cơ tử vong và biến chứng huyết động. Vì vậy, việc tỷ lệ truyền máu cao trong nghiên cứu của chúng tôi là hoàn toàn phù hợp với thực hành lâm sàng hiện nay đối với nhóm bệnh nặng tại tuyến chuyên khoa đầu ngành.

Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy chiến lược truyền máu chủ động và kịp thời kiểm soát CMSĐ, góp phần cải thiện tình trạng huyết động. Mặc dù tỷ lệ truyền máu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu tại tuyến tỉnh, sự khác biệt này phản ánh đúng đặc thù bệnh nhân tuyến cuối, nơi tiếp nhận nhiều trường hợp nặng, diễn biến nhanh và nguy cơ biến chứng cao.

#### 4.4. Bàn luận về biến chứng

NC không có bệnh nhân gặp biến chứng. Kết quả này cho thấy hiệu quả của việc phát hiện sớm, xử trí kịp thời, hồi sức đúng phác đồ và theo dõi sát tại cơ sở nghiên cứu, góp phần ngăn ngừa tiến triển nặng và biến chứng muộn sau chảy máu.

So với nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình, tác giả Phạm Thị Xuân [2] ghi nhận một số biến chứng nhẹ và tỷ lệ cắt TC 1–2% trong các trường hợp băng huyết nặng, kết quả trong NC cho thấy tỷ lệ an toàn cao hơn rõ rệt. Nghiên cứu của Nathan HL[1] và cộng sự (2015) cho thấy biến chứng nặng chiếm khoảng 3–5% trường hợp CMSĐ, nhấn mạnh rằng kết quả nghiên cứu của chúng tôi nằm trong nhóm có kết quả điều trị thuận lợi.

Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trên có thể được lý giải bởi đặc điểm nhóm bệnh, thời điểm tiếp cận y tế sớm, tuân thủ phác đồ xử trí, và năng

lực hồi sức sản khoa tại cơ sở nghiên cứu, từ đó hạn chế tối đa nguy cơ biến chứng sau chảy máu.

## 5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy xử trí chảy máu sau đẻ đường âm đạo do đờ tử cung đạt hiệu quả cao, với tất cả các trường hợp được kiểm soát thành công khi áp dụng tuân thủ các biện pháp nội khoa, thủ thuật và phẫu thuật. Tỷ lệ sản phụ phải truyền máu chiếm 83,1%, nhưng không ghi nhận trường hợp biến chứng trong thời gian nằm viện, phản ánh năng lực hồi sức sản khoa và xử trí kịp thời tại cơ sở nghiên cứu. Thời gian điều trị sau chảy máu ngắn (trung bình 2,1 ± 1,1 ngày), thể hiện hiệu quả của phát hiện sớm, xử trí đúng phác đồ và chuẩn bị đầy đủ phương tiện điều trị.

## 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nathan, H.L., et al., Shock index: an effective predictor of outcome in postpartum haemorrhage? *Bjog*, 2015. 122(2): p. 268-75.
- [2] Phạm Thị Xuân, Nghiên cứu về nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí chảy máu sau đẻ đường âm đạo tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình. 2020, Trường Đại học Y Dược Thái Bình: Thái Bình.
- [3] Bonnar, J., Massive obstetric haemorrhage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2000. 14(1): p. 1-18.
- [4] Edhi, M.M., et al., Post partum hemorrhage: causes and management. *BMC research notes*, 2013. 6(1): p. 236.
- [5] Đoàn Duy Mạnh, Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và phương pháp xử trí băng huyết sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình trong 2 năm 2008-2009. 2010, Trường Đại học Y Dược Thái Bình: Thái Bình.
- [6] Cameron, C.A., et al., Trends in postpartum haemorrhage. *Australian and New Zealand journal of public health*, 2006. 30(2): p. 151-156.
- [7] Cunningham F Gary et al, Obstetrical hemorrhage. Vol. 24. 2014: Williams Obstetrics, McGraw-Hill. 780-828.
- [8] Alonso-Burgos, A., et al., Primary and secondary postpartum haemorrhage: a review for a rationale endovascular approach. *CVIR Endovasc*, 2024. 7(1): p. 17.
- [9] Bienstock, J.L., A.C. Eke, and N.A. Hueppchen, Postpartum hemorrhage. *New England Journal of Medicine*, 2021. 384(17): p. 1635-1645.
- [10] Vũ Thị Hồng Chính, Thực trạng chảy máu sau đẻ đường âm đạo và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City. 2024, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II: Hà Nội.