

MANAGEMENT OUTCOMES OF PLACENTAL ABRUPTION AT THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL DURING 2019–2023

Nguyen Trung Kien¹, Bui Thi Thanh Tuyen¹, Nguyen Duc Thiem², Pham Thi Thuy Duong¹, Nguyen Duc Huynh³

¹Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - No. 373, Ly Bon Street, Tran Lam Ward, Hung Yen Province, Vietnam

²Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital - No. 530A, Ly Bon Street, Tran Hung Dao Ward, Hung Yen Province, Vietnam

³People's Committee of Hung Yen Province - No. 10 Chua Chuong Street, Pho Hien Ward, Hung Yen Province, Vietnam

Received: 02/03/2026

Revised: 16/04/2026; Accepted: 04/06/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the treatment outcomes of placental abruption at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital during the period 2019–2023.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 112 pregnant women diagnosed with placental abruption and managed at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2019 to December 2023. The variables assessed included clinical classification, management methods, and maternal and neonatal outcomes.

Results: The incidence of placental abruption accounted for 0.1% of total deliveries. The cesarean section rate was 90%, while vaginal delivery accounted for 10%. The rate of coagulopathy was 8.9%, and hysterectomy was performed in 1.8% of cases; no maternal deaths were recorded. Regarding neonatal outcomes, 72.3% were normal, 17.0% experienced birth asphyxia, 8.0% were stillbirths, and 2.7% resulted in neonatal death. The mean length of hospital stay was 6.96 ± 4.85 days.

Conclusions: Placental abruption is a severe obstetric emergency. Although the maternal mortality rate was low at the hospital, neonatal outcomes remain a significant challenge.

Keywords: Placental abruption; management; maternal and neonatal outcomes; Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital.

*Corresponding author

Email: trungkiendhytb@gmail.com **Phone:** (+84) 989281982 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD6.530



KẾT QUẢ XỬ TRÍ RAU BONG NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH GIAI ĐOẠN 2019 - 2023

Nguyễn Trung Kiên¹, Bùi Thị Thanh Tuyền¹, Nguyễn Đức Thiêm², Phạm Thị Thùy Dương¹, Nguyễn Đức Huỳnh³

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình - Số 373, Lý Bôn, phường Trần Lãm, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

²Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình - Số 530A, đường Lý Bôn, phường Trần Hưng Đạo, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

³Ủy ban nhân dân tỉnh Hưng Yên - Số 10 Đường Chùa Chuông, phường Phố Hiến, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 02/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 16/04/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị rau bong non tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình giai đoạn 2019 - 2023.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 112 sản phụ được chẩn đoán rau bong non và xử trí tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ 01/2019 đến 12/2023. Các đặc điểm được khảo sát gồm: chẩn đoán thể bệnh lâm sàng, phương pháp xử trí và kết cục mẹ - con.

Kết quả: Tỷ lệ rau bong non trung bình 0,1% tổng số các ca đẻ. Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 90%, đẻ thường 10%. Tỷ lệ rối loạn đông máu 8,9%, cắt tử cung 1,8%, không có tử vong mẹ. Trẻ sơ sinh bình thường chiếm 72,3%, ngạt sau sinh 17,0%, thai chết lưu 8,0%, tử vong sơ sinh 2,7%. Thời gian nằm viện trung bình $6,96 \pm 4,85$ ngày.

Kết luận: Rau bong non là cấp cứu sản khoa nguy hiểm, tại bệnh viện tỷ lệ tử vong mẹ thấp và kết quả sơ sinh còn nhiều thách thức.

Từ khóa: Rau bong non, xử trí, kết cục mẹ con, Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau bong non (RBN) là một biến chứng sản khoa nghiêm trọng, xảy ra khi bánh rau bong sớm khỏi thành tử cung trước khi thai nhi được sổ ra, gây ảnh hưởng nặng nề đến cả mẹ và thai. Tỷ lệ mắc RBN dao động từ 0,4 - 1% trong tổng số thai kỳ, nhưng lại chiếm tỷ lệ cao trong các nguyên nhân tử vong mẹ và thai nhi ở nhiều quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Mặc dù y học đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, hồi sức và can thiệp sản khoa, song RBN vẫn luôn là một thách thức lớn đối với bác sĩ lâm sàng do diễn biến nhanh, khó dự đoán và dễ dẫn đến các biến chứng nặng như rối loạn đông máu (RLDM), suy thận cấp, hoặc tử vong chu sinh.

Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình là cơ sở chuyên khoa tuyến cuối về Sản Phụ khoa tại Thái Bình, tiếp nhận số lượng lớn ca bệnh cấp cứu sản khoa hằng năm. Trong những năm gần đây, sự thay đổi trong mô hình quản lý thai nghén, nâng cao năng lực cấp cứu sản khoa và cải thiện điều kiện hồi sức tích cực đã góp phần giảm tỷ lệ tai biến sản khoa nói chung, tuy nhiên RBN vẫn là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ - con.

Việc nghiên cứu "Kết quả xử trí rau bong non tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình giai đoạn 2019 - 2023" có ý nghĩa khoa học và thực tiễn sâu sắc. Một mặt, nghiên cứu cung cấp bức tranh toàn cảnh về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trong bối cảnh thực hành sản khoa hiện nay tại địa phương. Mặt khác, kết quả nghiên cứu là cơ sở khoa học giúp đánh giá hiệu quả quy trình xử trí cấp cứu sản khoa, rút ra bài học kinh nghiệm, từ đó đề xuất các giải pháp can thiệp nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và giảm tỷ lệ tử vong mẹ - con do rau bong non trong thời gian tới.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 112 sản phụ chẩn đoán xác định RBN và được điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ 01/01/2019 đến 31/12/2023.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả.

2.3. Các biến số, chỉ số và tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu:

- Tổng số đẻ, tỷ lệ RBN/tổng số đẻ.

- Chẩn đoán RBN và phân loại thể bệnh của RBN: dựa trên lâm sàng, siêu âm, khám kiểm tra bánh rau sau đẻ, xác nhận trong mổ lấy thai (MLT) [1]:

+ Thể ẩn: Không có dấu hiệu lâm sàng rõ rệt, cuộc chuyển dạ bình thường, sơ sinh khỏe mạnh. Chẩn đoán được khi siêu âm hoặc sau khi sổ rau thấy khối máu tụ sau rau.

+ Thể nhẹ: Triệu chứng không đầy đủ, có thể có TSG, cơn co tử cung hơi cường tính, nhịp tim thai bình thường hoặc nhanh 160 - 170 lần/phút. Chẩn đoán được khi siêu âm hoặc sau khi sổ rau thấy khối máu tụ sau rau.

+ Thể trung bình: Thường có TSG. Có thể choáng nhẹ hoặc vừa; Sản phụ đau vừa, tử cung tăng trương lực; Ra máu âm đạo lượng vừa, đen, loãng, không đông; Suy thai; Chẩn đoán phân biệt với: RTĐ, thai chết, dọa vỡ hoặc vỡ tử cung.

+ Thể nặng: Có đủ các triệu chứng nặng, điển hình: TSG nặng hoặc trung bình; Choáng nặng; Chảy máu âm đạo nhiều hoặc ít, không tương xứng với mức độ mất máu; Tử cung to lên nhanh, co cứng như gỗ; Mất tim thai; Rối loạn đông máu: có thể có dấu hiệu chảy máu do RLDM ở các tạng khác ngoài tử cung như phổi, dạ dày, thận, ruột,...

*Tác giả liên hệ

Email: trungkiendhytb@gmail.com Điện thoại: (+84) 989281982 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.530

- Phương pháp xử trí: đẻ thường, MLT, tổn thương cơ tử cung, truyền máu, cầm máu, cắt tử cung.

- Kết cục: tình trạng mẹ, trẻ sơ sinh, thời gian nằm viện.

2.4. Xử lý số liệu:

Dữ liệu được xử lý bằng SPSS 20.0, sử dụng thống kê mô tả, tỷ lệ phần trăm (%), giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng kiểm định Student's T để so sánh sự khác biệt về giá trị trung bình của hai nhóm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được cho phép thực hiện bởi Hội đồng thông qua thuyết minh đề cương đề tài theo Quyết định số 448/QĐ-YDTB ngày 01/3/2024 của Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Các số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình cho phép sử dụng và công bố. Cam kết không có xung đột về lợi ích trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ rau bong non và phân bố thể bệnh

Bảng 1. Tỷ lệ RBN theo từng năm trên tổng số đẻ

Năm	Tổng số đẻ	RBN	Tỷ lệ RBN/ Tổng số đẻ (%)
2019	24.218	28	0,12
2020	23.792	30	0,13
2021	19.293	18	0,09
2022	17.010	8	0,05
2023	22.887	28	0,12
Tổng	107.200	112	0,10

Nhận xét: Trong 5 năm (từ 2019 - 2023), nhóm nghiên cứu thu thập 112 sản phụ RBN, tỷ lệ trung bình 0,1% trên tổng số ca đẻ.

Bảng 2. Phân bố thể bệnh rau bong non

Phân bố thể bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thể ẩn	14	12,5
Thể nhẹ	78	69,6
Thể trung bình	18	16,1
Thể nặng	2	1,8
Tổng	112	100

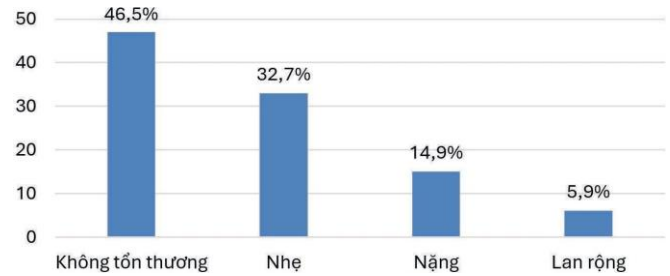
Nhận xét: Trong 112 sản phụ được chẩn đoán RBN thì có 12,5% thể ẩn, 69,6% thể nhẹ, 16,1% thể trung bình và 1,8% thể nặng.

3.2. Xử trí rau bong non

Bảng 3. Liên quan các thể rau bong non và phương pháp xử trí

Thế lâm sàng	Ẩn/nặng	Trung bình/nặng	Tổng	p
Cách đẻ	n (%)	n (%)	n (%)	
Đẻ đường âm đạo	11 (12,0)	0 (0)	11 (10,0)	0,208
Mổ lấy thai	81 (88,0)	20 (100)	101 (90,0)	
Tổng	92	20	112	

Nhận xét: Có tới 90% các sản phụ bị RBN được chỉ định MLT, chỉ 10% các sản phụ chỉ định đẻ đường âm đạo. Tuy nhiên, sự khác biệt theo nhóm thể bệnh và phương pháp đẻ là xu hướng nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 1. Tổn thương tại tử cung ở sản phụ mổ lấy thai (n = 101)

Nhận xét: Trong 101 trường hợp MLT: 46,5% sản phụ không có tổn thương tại tử cung, 32,7% tổn thương nhẹ, 14,9% tổn thương nặng và 5,9% tổn thương ở cả tử cung lan rộng.

Bảng 4. Phương pháp cầm máu sau đẻ theo thể lâm sàng

Thế lâm sàng	Ẩn	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Tổng
Phương pháp	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Chỉ có tiêm tăng co	14 (100)	74 (94,8)	12 (66,7)	0 (0)	100 (89,2)
Thắt ĐMTC	0 (0)	2 (2,6)	3 (16,7)	0 (0)	5 (4,5)
Khâu mũi B-lynch	0 (0)	1 (1,3)	0 (0)	0 (0)	1 (0,9)
Thắt ĐMTC + Khâu mũi B-lynch	0 (0)	1 (1,3)	2 (11,1)	1 (50)	4 (3,6)
Phải cắt tử cung	0 (0)	0 (0)	1 (5,5)	1 (50)	2 (1,8)
p	< 0,0001				

Nhận xét: Tỷ lệ sản phụ được chỉ định tiêm tăng co vào cơ tử cung để cầm máu sau đẻ là 89,2%, 4,5% thắt động mạch tử cung (ĐMTC), 3,6% khâu mũi B-lynch kèm thắt ĐMTC, 0,9% khâu mũi B-lynch, 1,8% phải cắt tử cung. Sự khác biệt về phương pháp cầm máu sau đẻ với các thể lâm sàng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$.

Bảng 5. Liên quan các thể RBN với biến chứng RLĐM và truyền máu sau đẻ (n = 112)

Thế bệnh	Ẩn	Nhẹ	Trung bình	Nặng	p
Đặc điểm	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Rối loạn đông máu	Không	14 (100)	78 (100)	10 (55,5)	< 0,001
	Có	0	0	8 (44,5)	
Truyền máu sau đẻ	Không	14 (100)	73 (93,6)	9 (50)	< 0,001
	Có	0 (0)	5 (6,4)	9 (50)	
Tổng	14	78	18	2	

Nhận xét: Có 8,9% sản phụ bị RLĐM, trong đó có 8 sản phụ có RLĐM trước mổ, sau mổ có thêm 2 sản phụ bị RLĐM;

100% thể nặng phải truyền máu, thể trung bình 50%, thể nhẹ 6,4%. Sự khác biệt về tình trạng RLDM, chỉ định truyền máu sau đẻ giữa các thể RBN có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 6. Liên quan các thể RBN và số ngày nằm viện của đối tượng nghiên cứu

Số ngày nằm viện \ Thể bệnh	Ẩn	Nhẹ	Trung bình	Nặng	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
< 5 ngày	2 (14,3)	5 (6,4)	0 (0)	1 (50)	0,024
5 - 10 ngày	11 (78,6)	67 (85,9)	18 (100)	0 (0)	
> 10 ngày	1 (7,1)	6 (7,7)	0 (0)	1 (50)	
Tổng	14 (100)	78 (100)	18 (100)	2 (100)	
± SD	6,96 ± 4,85				

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của đối tượng nghiên cứu là $6,96 \pm 4,85$ ngày.

Sự khác biệt về số ngày nằm viện với các thể RBN có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Kết quả trẻ sơ sinh sau đẻ

Bảng 7. Kết quả trẻ sơ sinh sau đẻ

Tình trạng trẻ sơ sinh sau đẻ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	81	72,3
Ngạt sau sinh	19	17,0
Thai chết lưu	09	8,0
Tử vong sau sinh	03	2,7
Tổng	112	100

Nhận xét: 72,3% trẻ sơ sinh sau đẻ bình thường; 17,0% bị ngạt sau sinh, 8,0% thai chết lưu và 2,7% tử vong sau sinh.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu tại bảng 1 cho thấy tỷ lệ RBN được ghi nhận trong thời gian nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình là 0,1%, tương đương với nghiên cứu của Hà Cẩm Thương năm 2015 [2] là 0,09% và Brandt JS. và cộng sự [3] năm 2023 từ 0,6 - 1,2% tổng số ca mang thai, với gần một nửa số trường hợp bong nhau thai xảy ra ở thai đủ tháng. Với 112 sản phụ được chẩn đoán RBN: có 14 RBN thể ẩn chiếm 12,5%; 78 RBN thể nhẹ chiếm 69,6%; có 18 RBN thể trung bình chiếm 16,1% và 02 RBN thể nặng chiếm 1,8% (Bảng 2). Trong đó 14 trường hợp thể ẩn đều được chẩn đoán hồi cứu sau đẻ hoặc sau mổ bằng phát hiện thấy khối máu tụ sau rau. So sánh với nghiên cứu của các tác giả trước đó, nghiên cứu của Kiều Tiến Quyết (2017) [4] tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội tỷ lệ này lần lượt là thể ẩn 3,3%, thể nhẹ 46,7%, thể trung bình 26,7%, thể nặng 23,3%; Nghiên cứu của Hà Cẩm Thương (2015) [2] tỷ lệ này lần lượt là thể ẩn 33,5%, thể nhẹ 40,5%, thể trung bình 17,5%, thể nặng 8,9%. Từ tỷ lệ trên cho thấy, ở nghiên cứu hiện tại số lượng ca ở thể nhẹ chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều. Số ca RBN thể trung bình chiếm tỷ lệ thấp hơn, nhất là số lượng ca thể nặng chiếm tỷ lệ rất thấp, chỉ chiếm 2/112 ca. Điều này được giải thích do quản lý thai nghén chặt chẽ, RBN được phát hiện sớm, theo dõi và xử trí nhanh chóng.

Tỷ lệ MLT trong nghiên cứu cao (90%) phản ánh xu hướng xử trí chủ động, nhằm giảm nguy cơ suy thai và mất máu. Tất cả trường hợp RBN thể trung bình/nặng đều được MLT, ở thể ẩn/nhẹ chỉ 12% sản phụ đẻ đường âm đạo và có tới 88% các sản phụ được chỉ định MLT. Sự khác biệt về thể bệnh và phương pháp đẻ là xu hướng nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (bảng 3). Theo nghiên cứu của Hà Cẩm Thương [2] có 100% sản phụ RBN đều được MLT. Đặng Thị Minh Nguyệt [5] (2010) có tỷ lệ MLT là 98,4%, 1,6% đẻ thường. Tỷ lệ MLT trong RBN cao thường khi MLT giúp cuộc đẻ kết thúc nhanh, hạn chế tổn thương thêm cho mẹ và cho thai, đồng thời đánh giá được tổn thương tại tử cung, từ đó có những can thiệp kịp thời sẽ làm giảm biến chứng của RBN. Ở nghiên cứu, các trường hợp RBN thể ẩn được chẩn đoán nhờ khám hồi cứu bánh rau sau đẻ và các trường hợp RBN thể nhẹ có khối máu tụ trên siêu âm kích thước nhỏ, triệu chứng lâm sàng bình thường, tiên lượng chuyển dạ thuận lợi được theo dõi sinh thường và do tỷ lệ RBN thể nhẹ cao chiếm 69,6% do đó tỷ lệ đẻ thường ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các tác giả khác.

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy khi quan sát tổn thương tại tử cung ở 101 sản phụ RBN được chỉ định MLT, kết quả cho thấy: Sản phụ không có tổn thương cơ tử cung chiếm 46,5%, tổn thương nhẹ là 32,7%, tổn thương nặng 14,9% và có 5,9% sản phụ bị tổn thương ở cơ tử cung lan rộng. Khác biệt về các tổn thương tại tử cung giữa các thể bệnh RBN có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Ở thể ẩn/nhẹ: có 91,3% các sản phụ không có tổn thương cơ tử cung hoặc chỉ tổn thương nhẹ, chỉ 8,7% tổn thương cơ tử cung nặng hoặc tổn thương lan rộng. Ở thể trung bình/nặng: 70% các sản phụ có tổn thương cơ tử cung nặng hoặc tổn thương lan rộng, trong đó 2 sản phụ ở thể nặng có Hội chứng Couvelaire.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 4 cho thấy 100% sản phụ RBN được chỉ định một trong các phương pháp cầm máu để dự phòng và điều trị chảy máu sau đẻ. Các sản phụ chỉ sử dụng thuốc tăng co để cầm máu được chỉ định nhiều nhất (89,2%), trong những năm gần đây có nhiều loại thuốc tăng co mới có tác dụng nhanh, mạnh, kéo dài như là PGE2 (Alsoben), Duratocin (đồng vận với tác dụng của oxytocin nhưng tác dụng mạnh và kéo dài hơn)..., giúp cho việc điều trị đỡ tử cung mang lại hiệu quả rất cao. Có 05 trường hợp thắt ĐMTC cầm máu chiếm 4,5% ở thể trung bình. Có 1 trường hợp phải khâu mũi B-lynch cầm máu chiếm 0,9%. Có 04 trường hợp thắt ĐMTC cầm máu nhưng không hiệu quả do tử cung co kém phải kết hợp khâu mũi B-lynch. 02 sản phụ phải cắt tử cung cầm máu chiếm 1,8%; 01 sản phụ 37 tuần thai lưu RBN/TSG/Hội chứng HELLP có RLDM, khi MLT thấy có phong huyết tử cung rau, tử cung đồ liệt nên chỉ định cắt tử cung cầm máu; 01 sản phụ thai 35 tuần thai lưu chuyển dạ lần 3 RBN, khi MLT đánh giá tử cung tổn thương tím lan rộng nhiều, đồ liệt niêm tăng co không hiệu quả nên sản phụ được chỉ định cắt tử cung cầm máu. Có 01 trường hợp khác ở thể nặng, thai 30 tuần 5 ngày con so/RBN/TSG/Hội chứng HELLP, trong phẫu thuật đánh giá có phong huyết tử cung, có suy thai trước MLT và chết ngay sau mổ; với trường hợp này kịp phẫu thuật quyết định thắt ĐMTC và khâu mũi B-lynch để cầm máu cho sản phụ; sản phụ được theo dõi chặt chẽ và chuyển Bệnh viện Bạch Mai 4 giờ sau mổ. So sánh với các tác giả khác tỷ lệ cắt tử cung ở bệnh nhân RBN, theo Đặng Thị Minh Nguyệt [5] (2010) là 2,6%, Ngô Văn Quỳnh [6]

(2003) là 14,3%, Hà Cẩm Thương [2] (2015) là 2/158 ca chiếm 1,2%. Như vậy, tỷ lệ cắt tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi gần tương đương với nghiên cứu của Hà Cẩm Thương và có giảm so với các nghiên cứu trước đây. Điều này giải thích do hiện nay RBN được chẩn đoán sớm giảm được các tổn thương nặng trên tử cung, xử trí nhanh, bên cạnh đó có nhiều nhóm thuốc tăng co mới nên giảm được nguy cơ phải cắt tử cung.

Trong nghiên cứu có 10 trường hợp RLĐM ở thể trung bình và nặng, chiếm tỷ lệ là 8,9%, gồm: trước mổ 8 trường hợp và sau mổ thêm 2 trường hợp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng so với tác giả Phạm Thị Vân Anh [7] (2020) là 9,2%. Trong 10 trường hợp RLĐM: 9 trường hợp cần truyền máu, 1 trường hợp đánh giá; số lượng hồng cầu và huyết sắc tố sau mổ ổn định; tiểu cầu > 150 G/l, TC co hồi tốt chỉ cần dùng thuốc giảm co đã có tác dụng cầm máu hiệu quả và trong quá trình theo dõi hậu phẫu sau mổ bệnh nhân diễn biến tốt nên không có chỉ định truyền máu trong và sau phẫu thuật.

Có 14,3% sản phụ phải truyền máu trong đó: các sản phụ phải truyền 1 đơn vị máu là 2,7%, truyền 2 đơn vị máu là 7,1% và phải truyền > 2 đơn vị máu là 4,5%. Tất cả các sản phụ bị RBN thể nặng có thiếu máu cần phải truyền máu. Ở thể trung bình có 50% sản phụ cần truyền máu, thể nhẹ có 6,4% sản phụ cần truyền máu. Khác biệt về tình trạng truyền máu giữa các thể RBN là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Tỷ lệ này thấp hơn trong những năm gần đây do phát hiện chẩn đoán sớm RBN và kiểm soát chảy máu sau sinh tốt. Những điều này làm cải thiện rõ số lượng máu cần truyền bổ sung sau đẻ. Tỷ lệ này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác như Kiều Tiến Quyết [4] (2017) có tỷ lệ truyền máu 16,6%, Đinh Tiến Đức (2015) [8] cũng cho tỷ lệ tương tự là 16,2% và thấp hơn nhiều nghiên cứu của Ngô Văn Quỳnh [6] (2004) là 44,2%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi gần 3 lần.

Theo kết quả nghiên cứu tại bảng 6: thời gian nằm viện trung bình của sản phụ là $6,96 \pm 4,85$ ngày. Trong đó thời gian nằm viện từ 5 - 10 ngày ở thể ẩn là 78,6%, thể nhẹ 85,9%, thể trung bình là 100%, thể nặng là 50%. Sự khác biệt về thời gian nằm viện với các thể bệnh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hiện nay, do hồi sức trước và sau mổ tốt nên khả năng hồi phục của các sản phụ tốt. Kết quả khẳng định vai trò quan trọng của phát hiện sớm, xử trí phẫu thuật kịp thời và hồi sức tích cực trong hạn chế biến chứng. Điều này cũng giúp cho sản phụ tiết kiệm được thời gian, kinh phí nằm viện cũng như giúp giải phóng số sản phụ nằm viện. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Hà Cẩm Thương [2] (2015), với thời gian điều trị trung bình là 7 ngày, thấp nhất là 2 ngày, dài nhất là 37 ngày.

Nghiên cứu không có trường hợp tử vong mẹ trong vòng 5 năm, điều này cho thấy công tác cấp cứu sản khoa, hồi sức và phối hợp đa chuyên khoa đã được cải thiện đáng kể. Kết quả nghiên cứu tại bảng 7 về tình trạng sơ sinh cho thấy, tỷ lệ thai chết lưu (8,0%) và tử vong sơ sinh 2,7% gặp chủ yếu ở các thể trung bình và thể nặng, nguyên nhân có thể do sản phụ đến viện muộn hoặc không được chẩn đoán kịp thời ở tuyến dưới. So với 1 số tác giả như Ananth CV. [9] 14,3% trẻ sơ sinh suy thai, tỷ lệ thai chết lưu là 5,3%, theo Minna Tikkanen [10] tỷ lệ tử vong chu sinh có thể lên tới 60%, nhưng ở các nước phát triển tỷ lệ khoảng

9 - 12%. Nghiên cứu có những hạn chế nhất định vì đây là một nghiên cứu hồi cứu mô tả dựa trên hồ sơ bệnh án tại một bệnh viện tuyến tỉnh, số ca thể nặng rất ít, chưa có phân tích đa biến và đánh giá được các mối liên quan. Qua đó cho thấy kết quả sơ sinh còn nhiều thách thức, cần cải thiện về công tác chuyên môn chăm sóc sơ sinh tại bệnh viện để cải thiện tốt tình trạng trẻ sau sinh.

5. KẾT LUẬN

Rau bong non chiếm tỷ lệ 0,1% các ca đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình. Phân loại thể bệnh: thể ẩn 12,5%, thể nhẹ 69,6%, trung bình 16,1% và thể nặng 1,8%. Về phương pháp xử trí chủ yếu là mổ lấy thai (90%), đẻ đường âm đạo 10%. Nghiên cứu ghi nhận có 8,9% sản phụ bị rối loạn đông máu, chỉ định truyền máu sau đẻ là 14,3%. Tại bệnh viện, tỷ lệ tử vong mẹ thấp nhưng kết quả sơ sinh còn nhiều thách thức khi tỷ lệ thai chết lưu là 8,0%, tử vong sơ sinh 2,7%.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế (2015). Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015 của Bộ Y tế ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa", tr. 43-46.
- [2] Hà Cẩm Thương (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và xử trí rau bong non tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 423(1), 57-63.
- [3] Brandt JS, Ananth CV. Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. Am J Obstet Gynecol. 2023 May;228(5S):S1313-S1329. doi: 10.1016/j.ajog.2022.06.059.
- [4] Kiều Tiến Quyết (2017). Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí rau bong non. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [5] Đặng Thị Minh Nguyệt, Nguyễn Thị Minh Huệ (2012). Nhận xét về chẩn đoán rau bong non tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Tạp chí Phụ Sản, 10(2), 73-79.
- [6] Ngô Văn Quỳnh (2004). Tình hình rau bong non điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong mười năm 1/1/1994 - 31/12/2003. Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [7] Phạm Thị Vân Anh (2020). Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ rau bong non. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [8] Đinh Tiến Đức (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí rau bong non tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [9] Tikkanen M, Nuutila M, Hillesmaa V, et al (2006). Clinical presentation and risk factors of placental abruption. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(6):700-5. doi: 10.1080/00016340500449915. PMID: 16752262.
- [10] Ananth CV, Berkowitz GS, Savitz DA, Lapinski RH. Placental abruption and adverse perinatal outcomes. JAMA. 1999 Nov 3;282(17):1646-51. doi: 10.1001/jama.282.17.1646. PMID: 10553791.