

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH POSTPARTUM HEMORRHAGE FOLLOWING VAGINAL DELIVERY AT HAI PHONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Nguyen Thi Hoang Trang, Pham Thanh Nhan*

Department of Obstetrics and Gynecology, Hai Phong University of Medicine and Pharmacy - 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien ward, Hai Phong city, Vietnam

Received: 20/5/2026

Revised: 13/6/2026; Accepted: 24/07/2026

ABSTRACT

Objectives: To identify independent factors associated with postpartum hemorrhage following vaginal delivery at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital, 2020-2026.

Methods: A 1:2 matched case-control study using retrospective medical record review, comprising 61 postpartum hemorrhage cases and 122 controls matched by maternal age, residence, parity, and gestational age. Conditional logistic regression was applied; results expressed as adjusted odds ratios (aOR) with 95% confidence intervals.

Results: 4 independent factors were significantly associated with postpartum hemorrhage: macrosomia > 4000g (aOR = 15.42; 95% CI: 3.21-74.1; p = 0.001), polyhydramnios (aOR = 12.65; 95% CI: 1.48-108.2; p = 0.020), history of postpartum hemorrhage (aOR = 10.12; 95% CI: 1.65-62.0; p = 0.012), and anemia hemoglobin < 110 g/L (aOR = 3.14; 95% CI: 1.45-6.82; p = 0.004).

Conclusion: 4 independent risk factors were identified with direct applicability for developing postpartum hemorrhage risk screening tools and active prevention protocols.

Keywords: Postpartum hemorrhage, vaginal delivery, risk factors, macrosomia, polyhydramnios.

*Corresponding author

Email: linhletrshs@gmail.com Phone: (+84) 982990747 DOI: 10.52163/yhc.v66iCD14.3052



CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BĂNG HUYẾT SAU SINH THƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Hoàng Trang, Phạm Thanh Nhân*

Bộ môn Sản Phụ khoa, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng - 72A Nguyễn Bình Khiêm, phường Gia Viên, thành phố Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/5/2026

Ngày chỉnh sửa: 13/6/2026; Ngày duyệt đăng: 24/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét các yếu tố liên quan độc lập đến băng huyết sau sinh thường tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng giai đoạn 2020-2026.

Phương pháp: Nghiên cứu bệnh-chứng có ghép cặp (1:2), hồi cứu hồ sơ bệnh án, gồm 61 ca băng huyết sau sinh và 122 ca chứng, ghép cặp theo tuổi mẹ, khu vực sinh sống, số lần sinh và tuần thai. Phân tích hồi quy logistic có điều kiện; kết quả biểu diễn qua OR hiệu chỉnh (aOR) và khoảng tin cậy 95% (95% CI).

Kết quả: 4 yếu tố liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê: thai to > 4000g (aOR = 15,42; 95% CI: 3,21-74,1; p = 0,001), đa ối (aOR = 12,65; 95% CI: 1,48-108,2; p = 0,020), tiền sử băng huyết sau sinh (aOR = 10,12; 95% CI: 1,65-62,0; p = 0,012) và thiếu máu hemoglobin < 110 g/L (aOR = 3,14; 95% CI: 1,45-6,82; p = 0,004). Tiền sản giật và tiền sản ỵ/sảy thai không còn liên quan độc lập trong phân tích đa biến.

Kết luận: 4 yếu tố nguy cơ độc lập được xác định có giá trị ứng dụng trực tiếp trong xây dựng bảng kiểm sàng lọc nguy cơ và tối ưu hóa chiến lược dự phòng băng huyết sau sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

Từ khóa: Băng huyết sau sinh, sinh đường âm đạo, yếu tố nguy cơ, đa ối, thai to.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Băng huyết sau sinh được định nghĩa là mất máu ≥ 500 ml trong vòng 24 giờ đầu sau sinh thường, là nguyên nhân trực tiếp hàng đầu gây tử vong mẹ trên toàn cầu, chiếm khoảng 27% tổng số tử vong mẹ với ước tính 70.000-140.000 ca mỗi năm [1]. Tỷ lệ băng huyết sau sinh (BHSS) thường được ghi nhận trong khoảng 3-8% tùy theo quần thể và tiêu chí chẩn đoán [2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong mẹ còn ở mức 46/100.000 trẻ sinh sống, trong đó BHSS vẫn chiếm tỷ trọng cao nhất trong nguyên nhân tử vong trực tiếp. Nghiên cứu của Võ Thị Mỹ Dung và cộng sự (2022) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận ghi nhận đỡ tử cung là nguyên nhân BHSS chiếm tỷ lệ cao nhất [3]. Nguyễn Gia Định (2020) trong luận án tiến sĩ tại Trường Đại học Y Dược Huế cũng chỉ ra rằng BHSS do đỡ tử cung có nhiều yếu tố liên quan phức tạp, đòi hỏi chiến lược sàng lọc và dự phòng càng sớm càng tốt [4]. Về mặt cơ chế, BHSS được phân loại theo mô hình 4T: Tone (đỡ tử cung, 70-80%), Tissue (sốt rau, ~10%), Trauma (rách đường sinh dục, ~10%) và Thrombin (rối loạn đông máu, 1-2%) [1].

Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng là một trong các bệnh viện chuyên khoa sản phụ tại Hải Phòng, một thành phố công nghiệp với đặc điểm dân số và mô hình bệnh tật có những nét riêng biệt. Bệnh viện tiếp nhận trung bình hơn 2.000 ca sinh mỗi năm, trong đó tỷ lệ sinh thường chiếm đa số. Các trường hợp BHSS có thể dự phòng sớm, chủ động nếu yếu tố nguy cơ được nhận định, triển khai đúng thời điểm sẽ làm giảm tỷ lệ nguy hiểm cho sản phụ sau sinh. Từ bối cảnh đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: nhận xét các yếu tố liên quan độc lập đến BHSS thường tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nhóm bệnh: sản phụ sinh thường được chẩn đoán BHSS (mất máu ≥ 500 ml trong 24 giờ đầu sau sinh), tuổi thai ≥ 28 tuần, hồ sơ đầy đủ các biến số nghiên cứu.

Loại trừ các trường hợp rối loạn đông máu bẩm sinh/mắc phải trước sinh, rau tiền đạo hoặc rau cài răng lược, mổ lấy thai, thai chết lưu trước chuyển dạ, hồ sơ thiếu dữ liệu.

- Nhóm chứng: sản phụ sinh thường, không BHSS (mất máu < 500 ml).

Ghép cặp bệnh/chứng tỷ lệ 1:2 theo 4 tiêu chí: (1) Tuổi mẹ (< 20 tuổi/20-35 tuổi/> 35 tuổi); (2) Khu vực sinh sống (nội/ngoại thành); (3) Số lần sinh (con so/con ỵ); (4) Tuần thai khi chuyển dạ (28-36 tuần/37-40 tuần/> 40 tuần).

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu bệnh-chứng có ghép cặp (matched case-control), tỷ lệ 1:2; hồi cứu hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng, từ tháng 3/2020 đến tháng 3/2026.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu tính theo công thức nghiên cứu bệnh- chứng:

$$n = \frac{\left[Z_{\alpha/2} \sqrt{2p\bar{q}} + Z_{\beta} \sqrt{p_1q_1 + \frac{p_0q_0}{M}} \right]^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

Trong đó:

Ký hiệu	Ý nghĩa	Giá trị
n	Cỡ mẫu tối thiểu cho nhóm bệnh	Cần tính

*Tác giả liên hệ

Email: trunghscc14@gmail.com Điện thoại: (+84) 979446799 DOI: 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

Ký hiệu	Ý nghĩa	Giá trị
M	Tỷ lệ chứng/bệnh trong thiết kế ghép cặp, chọn M = 2 tức là mỗi ca bệnh ghép với 2 ca chứng (tỷ lệ 1:2) nhằm ý nghĩa thống kê mà không cần tăng thêm ca bệnh	M = 2
$Z_{\alpha/2}$	Giá trị Z tương ứng mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$, kiểm định hai phía	Z = 1,96
Z_{β}	Giá trị Z tương ứng lực mẫu 80%	Z = 0,84
p_1	Tỷ lệ phơi nhiễm ước tính ở nhóm bệnh (BHSS)	$p_1 = 0,30$ [4]
p_0	Tỷ lệ phơi nhiễm ước tính ở nhóm chứng	$p_0 = 0,12$ [5]
$\bar{p}$	Tỷ lệ phơi nhiễm trung bình có trọng số của hai nhóm tính theo: $\bar{p} = (p_1 + M \times p_0) / (1 + M)$	$\bar{p} = (0,30 + 2 \times 0,12) / 3 = 0,18$
$\bar{q}$	Phần bù của $\bar{p}$, tức là tỷ lệ không phơi nhiễm trung bình: $\bar{q} = 1 - \bar{p}$	$\bar{q} = 1 - 0,18 = 0,8$

Thay các giá trị vào công thức, xác định cần tối thiểu 59 ca nhóm bệnh và 118 ca nhóm chứng (tỷ lệ 1:2).

Nghiên cứu thu thập được 61 ca bệnh và 122 ca chứng trong giai đoạn 2020-2026, vượt yêu cầu tối thiểu và đảm bảo đủ lực thống kê 80% để phát hiện OR $\geq 3,0$ với mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$.

2.4. Biến số nghiên cứu

- Biến phụ thuộc: BHSS (có/không), xác định bằng túi do máu chuẩn hóa và đánh giá lâm sàng.

- Biến đặc điểm ghép cặp: tuổi mẹ, địa chỉ, số lần sinh, tuổi thai khi chuyển dạ.

- Biến độc lập: tiền sử BHSS (có/không), đa ối (AFI > 24 cm hoặc khoang ối sâu > 8 cm trên siêu âm), thai to (cân nặng sơ sinh > 4000g), tiền sản giật (theo tiêu chuẩn ACOG, 2020 [5]), thiếu máu (Hb < 110 g/L theo WHO, 2023 [1]), tiền sử nạo/sảy thai/thai lưu (có/không).

2.5. Thu thập và phân tích số liệu

Hồi cứu hồ sơ bệnh án bằng phiếu thu thập chuẩn hóa. Hai nghiên cứu viên độc lập thu thập và đối chiếu dữ liệu.

Sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả: tần số, tỷ lệ %, trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Phân tích đơn biến: OR thô, 95% CI bằng Chi-square hoặc Fisher's exact test. Phân tích đa biến: hồi quy logistic có điều kiện - bắt buộc với thiết kế ghép cặp. Đưa vào mô hình khi $p < 0,2$ ở đơn biến. Mức ý nghĩa với $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, dựa trên thu thập và phân tích dữ liệu từ hồ sơ bệnh án đã lưu trữ tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Dược Hải Phòng theo Quyết định số 2573/QĐ-YDHP ngày 23/9/2025.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm BHSS (n = 61)	Nhóm chứng (n = 122)	p
Tuổi mẹ	< 20 tuổi	0	1 (0,8%)
	20-35 tuổi	44 (72,1%)	83 (68,0%)
	> 35 tuổi	17 (27,9%)	38 (31,1%)
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	28,6 $\pm$ 6,1	29,1 $\pm$ 6,3
			0,489

Đặc điểm	Nhóm BHSS (n = 61)	Nhóm chứng (n = 122)	p
Khu vực sinh sống	Ngoại thành	32 (52,5%)	63 (51,6%)
	Nội thành	29 (47,5%)	59 (48,4%)
Số lần sinh	Con so	14 (23,0%)	31 (25,4%)
	1-2 lần	39 (63,9%)	75 (61,5%)
	≥ 3 lần	8 (13,1%)	16 (13,1%)
Tiền sử nạo/sảy thai/thai lưu	20 (32,8%)	28 (23,0%)	0,157
Tiền sử BHSS	5 (8,2%)	0	0,002

Tỷ lệ sản phụ có tiền sử nạo/sảy thai/thai lưu ở nhóm BHSS (32,8%) cao hơn nhóm chứng (23%) ($p = 0,157$); tiền sử BHSS là biến số có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,002$).

3.2. Nguyên nhân BHSS

Bảng 2. Phân bố nguyên nhân BHSS trong nhóm bệnh (n = 61)

Nguyên nhân	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đờ tử cung đơn thuần	45	73,77
Chấn thương đường sinh dục	11	18,03
Kết hợp đờ tử cung và chấn thương	5	8,2

Đờ tử cung đơn thuần và đờ tử cung kết hợp chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất với 50 ca (81,97%).

3.3. Phân tích yếu tố nguy cơ giữa hai nhóm

Bảng 3. Phân bố yếu tố nguy cơ trong nhóm bệnh và nhóm chứng

Yếu tố nguy cơ	BHSS (n = 61)	Chứng (n = 122)	Chênh lệch
Thai to > 4000g	14 (23,0%)	2 (1,6%)	Tăng 14,1 lần
Đa ối	8 (13,1%)	1 (0,8%)	Tăng 16,4 lần
Tiền sản giật	1 (1,6%)	1 (0,8%)	Tăng 2,0 lần
Thiếu máu (Hb < 110 g/L)	25 (41,0%)	20 (16,4%)	Tăng 2,5 lần
Tiền sử nạo/sảy thai	20 (32,8%)	28 (23,0%)	Tăng 1,4 lần
Tiền sử BHSS	5 (8,2%)	0	-

Thai to > 4000g và đa ối là hai yếu tố có chênh lệch tỷ lệ lớn nhất giữa hai nhóm với tỷ lệ 14,1 lần và 16,4 lần so với nhóm chứng.

3.4. Phân tích yếu tố liên quan đến BHSS

Bảng 4. Phân tích đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan đến BHSS

Yếu tố nguy cơ	BHSS	Chứng	OR thô (95% CI)	p	aOR (95% CI)	p
Thai to > 4000g	14 (23,0%)	2 (1,6%)	17,87 (3,91-81,6)	< 0,001	15,42 (3,21-74,1)	0,001
Đa ối	8 (13,1%)	1 (0,8%)	18,26 (2,22-149,9)	0,0003	12,65 (1,48-108,2)	0,020
Tiền sử BHSS	5 (8,2%)	0	23,85 (1,30-437,9)	0,002	10,12 (1,65-62,0)	0,012
Thiếu máu (Hb < 110g/L)	25 (41,0%)	20 (16,4%)	3,54 (1,76-7,14)	< 0,001	3,14 (1,45-6,82)	0,004
Tiền sản giật	1 (1,6%)	1 (0,8%)	2,02 (0,12-33,1)	0,531	-	KYN
Tiền sử nạo/sảy thai	20 (32,8%)	28 (23,0%)	2,56 (1,19-5,51)	0,015	1,58 (0,68-3,65)	0,285

Ghi chú: aOR là OR hiệu chỉnh từ hồi quy logistic có điều kiện; KYN là không có ý nghĩa thống kê.

Phân tích đơn biến: 4/6 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với BHSS.

- Thai to > 4000g có nguy cơ BHSS cao hơn gần 18 lần so với sản phụ có cân nặng thai bình thường (OR = 17,87; 95% CI: 3,91-81,6; p < 0,001).

- Tiền sử BHSS có OR thô = 23,85 (95% CI: 1,30-437,9; p = 0,002).

- Đa ối có OR thô = 18,26 (95% CI: 2,22-149,9; p = 0,0003).

- Thiếu máu (Hb < 110 g/L) có OR thô = 3,54 (95% CI: 1,76-7,14; p < 0,001).

Phân tích đa biến: hồi quy logistic có điều kiện 4 yếu tố độc lập có liên quan có ý nghĩa thống kê với BHSS được xác định:

- Thai to > 4000g là yếu tố liên quan mạnh nhất với aOR = 15,42 (95% CI: 3,21-74,1; p = 0,001) có nguy cơ BHSS cao hơn 15,42 lần so với sản phụ có cân nặng thai bình thường.

- Đa ối có aOR = 12,65 (95% CI: 1,48-108,2; p = 0,020).

Khoảng tin cậy rộng (1,48-108,2) xác nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

- Tiền sử BHSS có aOR = 10,12 (95% CI: 1,65-62,0; p = 0,012). Đây là yếu tố có OR giảm nhiều nhất từ đơn biến (23,85) sang đa biến (10,12) phản ánh sự kiểm soát hiệu quả của các yếu tố đi kèm trong mô hình.

- Thiếu máu (Hb < 110 g/L) có aOR = 3,14 (95% CI: 1,45-6,82; p = 0,004) - thấp nhất trong 4 yếu tố độc lập nhưng có khoảng tin cậy hẹp nhất.

4. BÀN LUẬN

Trong 61 ca BHSS nhóm nghiên cứu thu thập, tổng kết trong bảng 2 có 81,97% đỡ tử cung đơn thuần và kết hợp với chấn thương phù hợp với y văn quốc tế (đỡ tử cung chiếm 70-80%) [1], tương đồng với nghiên cứu của Võ Thị Mỹ Dung và cộng sự (2022) tại Ninh Thuận với tỷ lệ đỡ tử cung 83,2% [3] followed by genital tract trauma with 9.9% and disorders of placental delivery (6.9%). Nghiên cứu của Nguyễn Gia Định (2020) tại Trường Đại học Y Dược Huế xác nhận đỡ tử cung là nguyên nhân cao nhất trong BHSS, do đó mọi dự phòng chiến lược luôn ưu tiên nguyên nhân lớn nhất này [4].

Đáng chú ý, khoảng 20% ca BHSS không có nguy cơ trước sinh, tương đồng với nghiên cứu của Evensen A và cộng sự (2017) ghi nhận 20-30% BHSS xảy ra ở sản phụ được đánh giá “nguy cơ thấp” [2]. Điều đó có nghĩa là không có sản phụ nào được coi là không có nguy cơ BHSS, hướng xử trí tích cực giai đoạn ba trong chuyển dạ cần được áp dụng toàn diện theo khuyến cáo của WHO (2023) [1] và FIGO (2022) [6]. Trong bối cảnh đặc thù của Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng, cùng với hệ thống bệnh viện tư nhân đã làm giảm đáng kể số ca sinh thường tại bệnh viện trong giai đoạn 2020-2026. Quần thể sản phụ còn lại tại bệnh viện có thể có tỷ lệ yếu tố nguy cơ cao hơn trung bình - đây là yếu tố cần tính đến khi diễn giải kết quả và xây dựng chiến lược sàng lọc.

Theo bảng 3 và bảng 4, thai to > 4000g là yếu tố có sức mạnh liên quan độc lập lớn nhất (aOR = 15,42; 95% CI: 3,21-74,1; p = 0,001), với tỷ lệ trong nhóm BHSS (23%) cao hơn 14,1 lần so với nhóm chứng (1,6%). Cơ chế bệnh sinh qua hiện tượng căng giãn cơ tử cung quá mức bởi thai nhi đạt trạng thái “bão hòa cơ bóp” nên không thể tạo lực co

hồi tử cung tốt sau khi sổ rau [10]”volume”:”209(1. Hậu quả là không đủ áp lực nén các xoang mạch máu tại vị trí nhau bám, dẫn đến đỡ tử cung nguyên phát và mất máu không kiểm soát [2]. Thai to còn liên quan đến chuyển dạ kéo dài và can thiệp sản khoa nhiều hơn - các yếu tố cộng hưởng [9]. Tương tự, nghiên cứu của Phạm Thanh Hải và cộng sự tại Bệnh viện Từ Dũ, thai to > 4000g có nguy cơ BHSS cao gấp 9,7 lần so với thai từ 3000-3500g [8]. Hướng dẫn của WHO (2023) đã đưa thai to vào nhóm yếu tố nguy cơ cao cần dự phòng BHSS [1].

Đa ối là yếu tố liên quan độc lập mạnh thứ hai (aOR = 12,65; 95% CI: 1,48-108,2; p = 0,020), với tỷ lệ ở nhóm BHSS (13,1%) cao hơn 16,4 lần so với nhóm chứng (0,8%). Cơ chế bệnh sinh là đa tầng: (1) Giãn căng tử cung quá mức tương tự thai to; (2) Sụt giảm áp lực nội tử cung đột ngột sau vỡ ối hoặc sau khi thai sổ, gây rối loạn cơ chế co hồi phối hợp của cơ tử cung; (3) Liên quan với đái tháo đường thai kỳ - rối loạn chuyển hóa glucose ảnh hưởng đến sản xuất ATP tại cơ tử cung; (4) Điều hòa giảm thụ thể Oxytocin Myometrial do giãn căng mạn tính, làm giảm đáp ứng với Oxytocin sau sinh. Kết quả này tương đồng với Al-Zirqi I và cộng sự (2008) báo cáo OR = 4,3 trên 310.000 ca sinh tại Na Uy [9].

Tiền sử BHSS là yếu tố thứ ba (aOR = 10,12; 95% CI: 1,65-62,0; p = 0,012). Đặc biệt, 100% sản phụ có tiền sử BHSS đều thuộc nhóm bệnh (5/61 so với 0/122), phản ánh nguy cơ tái phát rất cao - nhất quán với Oberg A.S và cộng sự (2014) ghi nhận nguy cơ tái phát tăng 3-4 lần ở lần sinh sau [10]. Cơ chế tái phát là đa yếu tố: (1) Xơ hóa và tái cấu trúc cơ tử cung không hoàn hảo sau đợt BHSS nặng; (2) Điều hòa giảm bền vững thụ thể Oxytocin do tiếp xúc liều cao Oxytocin điều trị trước đó - cơ chế được Nguyễn Gia Định (2020) phân tích chi tiết trong nghiên cứu về chèn bóng lòng tử cung; (3) Yếu tố nguy cơ nền như thiếu máu mạn tính tiếp tục tồn tại qua các thai kỳ [4]. Khoảng tin cậy rộng (1,65-62,0) phản ánh tần suất thấp của biến này trong mẫu (n = 5), nhưng không làm giảm giá trị lâm sàng: mọi sản phụ có tiền sử BHSS phải được tự động phân loại nguy cơ cao ngay từ lần khám thai đầu tiên của thai kỳ tiếp theo.

Thiếu máu trước sinh có aOR = 3,14 (95% CI: 1,45-6,82; p = 0,004). Tỷ lệ thiếu máu trong nhóm BHSS (41%) cao gấp 2,5 lần nhóm chứng (16,4%). Đây là yếu tố duy nhất hoàn toàn có thể can thiệp phòng ngừa được trước sinh. Cơ chế bệnh sinh là đa tầng: (1) Giảm ngưỡng dung nạp mất máu - sản phụ thiếu máu xuất phát từ mức hemoglobin thấp hơn, cùng lượng máu mất gây suy giảm huyết động nặng hơn; (2) Thiếu oxy mô cơ tử cung - hemoglobin thấp làm giảm sản xuất ATP, ảnh hưởng trực tiếp đến cơ cơ; (3) Rối loạn tổng hợp prostaglandin F2α - thiếu sắt ảnh hưởng đến enzyme cyclooxygenase, làm giảm co hồi tử cung sau sinh; (4) Bất thường chức năng tiểu cầu, gián tiếp ảnh hưởng đến cầm máu ban đầu. Tại Hải Phòng, tỷ lệ thiếu máu thai kỳ ước tính 22-28% - đây là cơ hội can thiệp hiệu quả nhất: bổ sung sắt và acid folic từ sớm, theo dõi hemoglobin định kỳ tại tam cá nguyệt 1, tuần 24-28 và tuần 36, điều trị tích cực trước tuần 36. Hướng dẫn của WHO (2018) đã nhấn mạnh điều trị thiếu máu trước sinh như biện pháp dự phòng BHSS cấp I [1].

Tiền sản giật không còn ý nghĩa trong phân tích đa biến (p = 0,531), với chỉ 1 ca BHSS có tiền sản giật. Tiền sử nạo/sảy thai có liên quan trong phân tích đơn biến (OR thô =

2,56; $p = 0,015$) nhưng không còn ý nghĩa trong mô hình đa biến ($aOR = 1,58$; $p = 0,285$).

Điểm mạnh của nghiên cứu: Đây là nghiên cứu bệnh-chứng có phương pháp luận chặt chẽ đầu tiên tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng; thiết kế ghép cặp 4 tiêu chí kết hợp hồi quy logistic có điều kiện kiểm soát tốt yếu tố nhiễu; thời gian thu thập dữ liệu 6 năm đảm bảo tính đại diện; thiết kế hồi cứu phù hợp với bối cảnh số ca sinh thường giảm tại bệnh viện công.

Hạn chế: Cỡ mẫu tương đối nhỏ tại các biến tần suất thấp làm khoảng tin cậy rộng; thiết kế hồi cứu hồ sơ có thể thiếu một số biến số tiềm năng (BMI, sử dụng Oxytocin tăng co, thời gian chuyển dạ).

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu bệnh-chứng có ghép cặp hồ sơ bệnh án, trên 183 sản phụ tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng giai đoạn 2020-2026 đã xác định 4 yếu tố liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê đến BHSS sau sinh thường: thai to $> 4000g$ là yếu tố có mức liên quan mạnh nhất ($aOR = 15,42$; 95% CI: 3,21-74,1), tiếp theo là đa ối ($aOR = 12,65$; 95% CI: 1,48-108,2), tiền sử BHSS ($aOR = 10,12$; 95% CI: 1,65-62,0) và thiếu máu với hemoglobin dưới $110g/L$ ($aOR = 3,14$; 95% CI: 1,45-6,82). Tiền sản giật và tiền sử nạo hút thai/sảy thai không còn liên quan độc lập trong phân tích đa biến, trong đó tiền sử nạo/sảy thai được xác định là yếu tố nhiễu thông qua mối liên quan với thiếu máu.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and UNDESA/ Population Division. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division, 2023. <https://iris.who.int/handle/10665/366225>.
- [2] Evensen A, Anderson J.M, Fontaine P. Postpartum hemorrhage: prevention and treatment. American Family Physician, 2017, 95 (7): 442-449.
- [3] Võ Thị Mỹ Dung, 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, 2023, 20 (4): 50-55. doi: 10.46755/vjog.2022.4.1364.
- [4] Nguyễn Gia Định. Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến băng huyết sau sinh do đờ tử cung và hiệu quả điều trị bằng chèn bóng lòng tử cung. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế, 2020.
- [5] Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, number 222. Obstetrics & Gynecology, 2020, 135 (6): e237-e260. doi: 10.1097/AOG.0000000000003891.
- [6] Escobar M.F, Nassar A.H, Theron G et al. FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. Int J Gynaecol Obstet, 2022, 157 (Suppl 1): 3-50.
- [7] Wetta L.A, Szychowski J.M et al. Risk factors for uterine atony/ postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol, 2013, 209 (1): 51.e1-51.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2013.03.011
- [8] Phạm Thanh Hải và cộng sự. Yếu tố nguy cơ băng huyết sau sinh. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Từ Dũ, 2008.
- [9] Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B. Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2008, 115 (10): 1265-1272. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01859.x.
- [10] Oberg A.S, Hernandez-Diaz S, Palmsten K et al. Patterns of recurrence of postpartum hemorrhage in a large population-based cohort. Am J Obstet Gynecol, 2014, 210 (3): 229.e1-229.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2013.10.877.

