

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

Nguyễn Ngọc Huyền¹, Chung Cẩm Ngọc¹, Huỳnh Thanh Phong¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Băng huyết sau sinh (BHSS) là biến chứng sản khoa nguy hiểm, dẫn đầu nguyên nhân gây tử vong mẹ tại Việt Nam và trên toàn cầu. Việc đánh giá kết quả điều trị BHSS giúp tối ưu hóa phác đồ điều trị và cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ. **Mục tiêu:** Mô tả 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. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 36 sản phụ sinh ngã âm đạo hoặc mổ lấy thai bị BHSS tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 03/2024 đến tháng 03/2025. **Kết quả:** 100% sản phụ được điều trị thành công BHSS với thời gian trung bình là $83,61 \pm 54,24$ phút. Thời gian điều trị ở sản phụ sinh ngã âm đạo kéo dài hơn so với sản phụ mổ lấy thai ($140,00 \pm 91,65$ phút so với $78,48 \pm 48,66$ phút), tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ($p=0,059$). Số ngày nằm viện của nhóm sinh thường ($5,67 \pm 1,16$ ngày) dài hơn so với nhóm mổ lấy thai ($4,15 \pm 1,23$ ngày) với $p=0,048$. Phương pháp điều trị chủ yếu là nội khoa (94,4%), trong đó oxytocin được sử dụng phổ biến nhất. **Kết luận:** Tất cả các trường hợp BHSS trong nghiên cứu đều đạt kết quả điều trị tốt, hầu hết đều đáp ứng với điều trị nội khoa. Nhóm sản phụ sinh qua ngã âm đạo có BHSS có thời gian nằm viện kéo dài hơn so với nhóm mổ lấy thai. **Từ khóa:** Băng huyết sau sinh (BHSS), đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATION OF POSTPARTUM HEMORRHAGE TREATMENT OUTCOMES AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024-2025

Background: Postpartum hemorrhage (PPH) is a critical obstetric complication, leading cause of maternal mortality in Vietnam and globally. Evaluating treatment outcomes of PPH helps optimize treatment protocols and enhance maternal healthcare quality. **Objective:** To describe the clinical characteristics and to evaluate the outcomes of postpartum hemorrhage treatment at Can Tho Central General Hospital from 2024-2025. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study with analysis was conducted on

36 postpartum women experiencing PPH who delivered vaginally or via cesarean section at the Obstetrics Department, Can Tho Central General Hospital, from March 2024 to March 2025. **Results:** 100% of women were successfully treated for PPH with an average treatment time of 83.61 ± 54.24 minutes. Treatment duration for vaginal delivery was longer than for cesarean delivery (140.00 ± 91.65 minutes versus 78.48 ± 48.66 minutes), although this difference was not statistically significant ($p=0.059$). The number of hospitalization days for vaginal delivery (5.67 ± 1.16 days) was significantly longer than for cesarean delivery (4.15 ± 1.23 days), $p=0.048$. Medical treatment was primarily used (94.4%), with oxytocin being the most frequently utilized medication. **Conclusion:** All cases of postpartum hemorrhage in the study achieved favorable treatment outcomes, with the majority responding well to medical management. Patients who experienced postpartum hemorrhage following vaginal delivery had a longer hospital stay compared to those who underwent cesarean section.

Keywords: Postpartum hemorrhage (PPH), clinical characteristics, treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Băng huyết sau sinh (BHSS) là một trong những biến chứng sản khoa nguy hiểm nhất, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, BHSS chiếm khoảng 25% tổng số ca tử vong mẹ toàn cầu, đặc biệt phổ biến ở các nước đang phát triển. Tại Việt Nam, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản, tỷ lệ mắc và tử vong do BHSS vẫn còn ở mức đáng lo ngại, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, tính mạng của sản phụ và tạo gánh nặng cho gia đình, xã hội [1], [2].

Nguyên nhân chủ yếu của BHSS là do đờ tử cung, sang chấn đường sinh dục, sót nhau và rối loạn đông máu, trong đó đờ tử cung vẫn là nguyên nhân hàng đầu được ghi nhận tại các cơ sở y tế. Việc xử trí BHSS đòi hỏi phải phát hiện sớm, can thiệp kịp thời và áp dụng các phác đồ điều trị phù hợp, kết hợp giữa nội khoa và ngoại khoa nhằm kiểm soát chảy máu, bảo tồn tính mạng cũng như chức năng sinh sản cho sản phụ [3]. Tuy nhiên, thực tế cho thấy hiệu quả điều trị BHSS còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như trình độ chuyên môn, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, điều kiện trang thiết bị và đặc điểm dịch tễ học từng địa phương.

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Huyền

Email: nguyenhuyen008108@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2025

Ngày duyệt bài: 23.7.2025

Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ là một trong những cơ sở y tế tuyến cuối khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, tiếp nhận và điều trị nhiều trường hợp BHSS với mức độ nặng nhẹ khác nhau. Việc đánh giá kết quả điều trị BHSS tại bệnh viện không chỉ giúp nhận diện thực trạng, hiệu quả các phác đồ đang áp dụng mà còn là cơ sở khoa học để đề xuất các giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc sản khoa, giảm tỷ lệ mắc và tử vong do BHSS.

Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng huyết sau sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024-2025" nhằm cung cấp số liệu thực tiễn, góp phần hoàn thiện phác đồ điều trị và nâng cao hiệu quả kiểm soát BHSS tại khu vực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các sản phụ sinh ngã âm đạo hoặc mổ lấy thai tại khoa sản Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ ngày 01 tháng 03 năm 2024 đến 01 tháng 03 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Sản phụ sinh đường âm đạo có chảy máu sinh dục sau sinh $\geq 500\text{mL}$.

Sản phụ mổ lấy thai, có chảy máu sinh dục sau sinh $\geq 1000\text{mL}$.

Thai ≥ 28 tuần 00 ngày và còn sống

Sản phụ và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai chết lưu.

Thai dị tật bẩm sinh

Sản phụ có nhau bong non, rau tiền đạo.

Sản phụ có bệnh lý tim, phổi, gan, thận nặng.

Sản phụ có các bệnh lý về máu, rối loạn đông máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 36 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu bao gồm: tuổi (<35 , ≥ 35 tuổi, TB $\pm$ DLC), Số lần sinh (chưa sinh, 1 lần, ≥ 2 lần), phương pháp sinh lần trước (chưa sinh, sinh ngã âm đạo, mổ lấy thai), tiền sử BHSS (1 lần, >1 lần, không), tiền sử tiền sản giật, bệnh lý kèm theo (không, cường giáp, viêm gan B mạn, B-Thalassemia thể ẩn).

Đặc điểm lâm sàng được ghi nhận qua các

yếu tố: lượng máu mất ($500 - 1000\text{mL}$, >1000), nguyên nhân BHSS (đờ tử cung, bất thường về bong, sổ nhau, chấn thương đường sinh dục), thời điểm BHSS (phút), thời gian chuyển dạ hoạt động (giờ).

Phương pháp điều trị bằng huyết sau sinh gồm có phương pháp nội khoa bao gồm: xoa tử cung kèm thuốc tăng co, xoa tử cung phối hợp thuốc tăng co và cầm máu, xoa tử cung kèm thuốc tăng co, cầm máu và khâu tăng sinh môn, xoa tử cung kèm thuốc tăng co, cầm máu và khâu cổ tử cung. Các phương pháp điều trị ngoại khoa bao gồm: xoa tử cung kèm thuốc tăng co, cầm máu và cắt TC, xoa tử cung kèm thuốc tăng co, cầm máu và đặt sonde Foley.

Các thuốc đã điều trị bao gồm: oxytocin, ergometrine, duratocin, misoprostol, tranexamic acid. Thời gian điều trị bằng huyết sau sinh của sản phụ sinh ngã âm đạo và mổ lấy thai bao gồm: thời gian điều trị thành công (phút) và số ngày điều trị (ngày).

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng được thể hiện bằng trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu phân phối không chuẩn). Mọi liên quan giữa các biến định lượng xử lý bằng kiểm định Independent Samples T Test.

2.3. Vấn đề y đức. Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Võ Trường Toản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 03/2024 đến tháng 03/2025, có tổng cộng 36 sản phụ mắc bằng huyết sau sinh tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (N=36)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 35 tuổi	24	66,7
	≥ 35 tuổi	12	33,3
	TB $\pm$ DLC	29,75 $\pm$ 8,18	
Số lần sinh	Chưa sinh	13	36,1
	1 lần	13	36,1
	≥ 2 lần	10	27,8
Phương pháp sinh lần trước	Chưa sinh	12	33,3
	Sinh ngã âm đạo	22	61,1
	Mổ lấy thai	2	5,6
Tiền sử BHSS	1 lần	1	2,8
	> 1 lần	4	11,1
	Không	31	86,1

Tiền sử tiền sản giật	Có	1	2,8
	Không	35	97,2
Bệnh lý kèm theo	Không	33	91,7
	Cường giáp	1	2,8
	Viêm gan B mạn	1	2,8
	β -Thalassemia thể ẩn	1	2,8

Nhận xét: Trong số 36 bệnh nhân, đa số dưới 35 tuổi (66,7%) với độ tuổi trung bình là 29,75. Sản phụ sinh từ 2 lần trở lên chiếm 27,8%, với đa số sản phụ có lần sinh trước qua ngã âm đạo (61,1%), trong đó có đến 5/36 trường hợp có ít nhất một lần có tiền sử BHSS, có 1 trường hợp có tiền sử tiền sản giật và chưa ghi nhận trường hợp nào có bệnh lý trước sinh như tăng huyết áp, đái tháo đường, thiếu máu trước sinh và u xơ tử cung kèm theo. Tuy nhiên một số ít trường hợp có cường giáp, viêm gan B mạn và B-Thalassemia thể ẩn đều chiếm 2,8%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (N=36)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lượng máu mất	500-1000ml	35	97,2
	>1000	1	2,8
Nguyên nhân BHSS	Đờ tử cung	26	72,2
	Bất thường về bong, sổ nhau	2	5,6
	Chấn thương đường sinh dục	8	22,2
Thời điểm BHSS (phút)		15 (15 – 30)	
Thời gian chuyển dạ hoạt động (giờ)		3,83 $\pm$ 4,37	

Nhận xét: Đặc điểm lâm sàng nổi bật là lượng máu mất ở sản phụ có BHSS là từ 500 – 1000ml chiếm tỷ lệ 97,2%, đa số nguyên nhân là do đờ tử cung (72,2%). Thời điểm BHSS có trung vị là 15 (15 – 30) phút và thời gian chuyển dạ hoạt động trung bình là 3,83 $\pm$ 4,37 giờ.

Bảng 3. Phương pháp điều trị bằng huyết sau sinh (N=36)

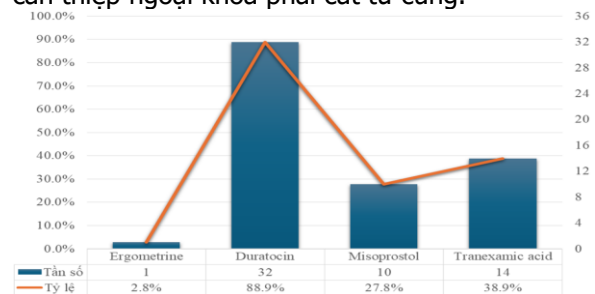
Bảng 4. Thời gian điều trị bằng huyết sau sinh (N=36)

Phương pháp sinh	Thời gian điều trị thành công (phút)	p	Số ngày điều trị (ngày)	p
Sinh ngã âm đạo (TB $\pm$ ĐLC)	140,00 $\pm$ 91,65	0,059	5,67 $\pm$ 1,16	0,048
Mổ lấy thai (TB $\pm$ ĐLC)	78,48 $\pm$ 48,66		4,15 $\pm$ 1,23	
Chung	83,61 $\pm$ 54,24		4,28 $\pm$ 1,28	

Nhận xét: 100% sản phụ được điều trị thành công BHSS với thời gian điều trị trung bình là 83,61 $\pm$ 54,24 phút, trong đó thời gian điều trị thành công trung bình là 140,00 $\pm$ 91,65 phút đối với sinh ngã âm đạo và 78,48 $\pm$ 48,66 phút đối với mổ lấy thai, tuy nhiên sự khác biệt không

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nội khoa	Xoa tử cung + Thuốc tăng co	8	22,2
	Xoa tử cung + Thuốc tăng co, cầm máu	9	25,0
	Xoa tử cung + Thuốc tăng co, cầm máu + Khâu tầng sinh môn	14	38,8
	Xoa tử cung + Thuốc tăng co, cầm máu + Khâu cổ tử cung	1	2,8
	Xoa tử cung + Thuốc tăng co, cầm máu + đặt sonde Foley	2	5,6
Ngoại khoa	Xoa tử cung + Thuốc tăng co, cầm máu + cắt tử cung	2	5,6

Nhận xét: Hầu hết sản phụ bằng huyết sau sinh được điều trị bằng nội khoa (94,4%) trong đó phương pháp xoa tử cung phối hợp thuốc tăng co, cầm máu và khâu tầng sinh môn chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,8%. Có 2 trường hợp cần can thiệp ngoại khoa phải cắt tử cung.



Biểu đồ 1. Các thuốc đã dùng điều trị bằng huyết sau sinh

Nhận xét: Ngoài 100% sản phụ có sử dụng oxytocin, trong đó phần lớn có điều trị duratocin (88,9%) và chỉ có 1 trường hợp có điều trị bằng ergometrine (2,8%).

Independent T test

có ý nghĩa thống kê với p = 0,059. Số ngày điều trị bằng huyết sau sinh trung bình là 4,28 $\pm$ 1,28 ngày, trong đó ở sản phụ mổ lấy thai có thời gian điều trị ngắn hơn so với sản phụ sinh ngã âm đạo trung bình lần lượt là 4,15 $\pm$ 1,23 ngày và 5,67 $\pm$ 1,16 ngày với p = 0,048.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 36 bệnh nhân chẩn đoán băng huyết sau sinh được điều trị nội trú tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 03 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025 cho thấy 100% sản phụ được điều trị thành công. Biểu hiện lâm sàng của BHSS thường tập trung vào lượng máu mất, với hầu hết trường hợp có lượng máu mất từ 500 – 1000ml (88,9%), trong đó nguyên nhân chính là do dờ tử cung gây ra (72,2%). Trong đó, hầu hết trường hợp sản phụ chỉ cần điều trị nội khoa (94,4%), với phương pháp xoa tử cung kết hợp với thuốc co tử cung, cầm máu, khâu tầng sinh môn đóng vai trò chủ đạo. Kết quả này khẳng định vai trò của phác đồ xử trí băng huyết sau sinh hiện hành tại tuyến bệnh viện đa khoa khu vực, góp phần củng cố bằng chứng về tính an toàn, hiệu quả và khả năng ứng dụng rộng rãi của các phác đồ điều trị BHSS hiện nay.

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu cho thấy đa số sản phụ dưới 35 tuổi (66,7%), với tuổi trung bình là 29,75. Tỷ lệ sản phụ sinh từ hai lần trở lên chiếm 27,8%, trong đó đa phần có tiền sử sinh qua ngã âm đạo (61,1%). Một số ít trường hợp có tiền sử băng huyết sau sinh (13,9%) hoặc mắc các bệnh lý kèm theo như cường giáp, viêm gan B mạn, B-Thalassemia thể ẩn, tuy nhiên tỷ lệ này rất thấp (mỗi loại chỉ chiếm 2,8%). Không ghi nhận trường hợp nào có tăng huyết áp, đái tháo đường, thiếu máu trước sinh hoặc u xơ tử cung. Những đặc điểm này phản ánh đúng thực trạng sản phụ tại khu vực đồng bằng sông Cửu Long, nơi phần lớn sản phụ còn trẻ, ít bệnh lý nền nặng và chủ yếu sinh thường, phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của nhóm bệnh băng huyết sau sinh tại Việt Nam hiện nay.

Về mặt lâm sàng, biểu hiện của băng huyết sau sinh ở nhóm đối tượng nghiên cứu chủ yếu là lượng máu mất, trong đó hầu hết các trường hợp có lượng máu mất từ 500–1000ml (97,2%), phản ánh mức độ xuất huyết trung bình đến nặng. Nguyên nhân thường gặp nhất là dờ tử cung (72,2%), phù hợp với đặc điểm lâm sàng băng huyết sau sinh tại Việt Nam hiện nay. Tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Kiều Anh (2024), kết quả cho thấy tỷ lệ băng huyết sau sinh được ghi nhận là 2,4%, trong đó dờ tử cung cũng là nguyên nhân chủ yếu gây băng huyết [4]. Điều này cho thấy dờ tử cung vẫn là nguyên nhân hàng đầu của băng huyết sau sinh tại các cơ sở y tế ở Việt Nam, phù hợp với các báo cáo trong nước và quốc tế [2], [4].

Về phương pháp điều trị băng huyết sau sinh, chúng tôi ghi nhận hầu hết sản phụ được điều trị bằng nội khoa, chủ yếu là phối hợp xoa tử cung, thuốc tăng co và cầm máu và khâu tầng sinh môn. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Võ Thị Mỹ Dung và Trương Quang Vinh (2022), khi hầu hết các trường hợp băng huyết sau sinh đều được điều trị nội khoa thành công (97,7%), tỷ lệ phải can thiệp phẫu thuật rất thấp (2,3%), chỉ có 0,8% trường hợp phải cắt tử cung toàn phần [5]. Có thể giải thích điều này là do phần lớn nguyên nhân băng huyết sau sinh là dờ tử cung, đáp ứng tốt với các biện pháp điều trị nội khoa như xoa tử cung, sử dụng thuốc tăng co và cầm máu. Ngoài ra, việc phát hiện và xử trí sớm giúp hạn chế tiến triển nặng, giảm nhu cầu can thiệp ngoại khoa. Qua đó cho thấy, điều trị nội khoa vẫn là phương pháp chủ đạo, hiệu quả trong kiểm soát băng huyết sau sinh tại các cơ sở y tế hiện nay, phù hợp với thực tiễn lâm sàng ở Việt Nam cũng như khuyến cáo quốc tế [2], [5]. Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận toàn bộ sản phụ đều được điều trị bằng oxytocin, phần lớn sử dụng duratocin, và rất ít trường hợp có điều trị bằng ergometrine. Kết quả này là phù hợp vì thực tế cho thấy, oxytocin vẫn là lựa chọn hàng đầu trong dự phòng và điều trị băng huyết sau sinh, trong khi carbetocin cũng được đánh giá cao về hiệu quả phòng ngừa xuất huyết phù hợp với khuyến cáo của WHO hiện nay [6], [7], [8]. Bên cạnh đó, tỷ lệ sử dụng ergometrine thấp có thể giải thích là do thuốc này thường gây nhiều tác dụng phụ không mong muốn như tăng huyết áp, buồn nôn, nôn, đặc biệt ở những sản phụ có bệnh lý tim mạch hoặc tăng huyết áp, nên chỉ định bị hạn chế [7]. Qua đó cho thấy xu hướng lựa chọn các thuốc có hiệu quả tương đương nhưng an toàn hơn cho người bệnh trong thực hành lâm sàng hiện nay.

Về thời gian điều trị, chúng tôi ghi nhận thời gian điều trị thành công bằng huyết sau sinh của các sản phụ trung bình là $83,61 \pm 54,24$ phút, với thời gian điều trị thành công ở sản phụ sinh ngã âm đạo có băng huyết sau sinh kéo dài hơn đáng kể so với sản phụ mổ lấy thai có băng huyết sau sinh với thời gian trung bình lần lượt là $140,00 \pm 91,65$ phút và $78,48 \pm 48,66$ phút, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Đáng chú ý, số ngày điều trị ở sản phụ sinh ngã âm đạo có băng huyết sau sinh cũng kéo dài hơn so với sản phụ mổ lấy thai có băng huyết sau sinh ($5,67 \pm 1,16$ ngày với $4,15 \pm 1,23$ ngày). Kết quả này tương đồng với số liệu của Võ Thị Mỹ Dung và Trương Quang Vinh (2023), kết quả cho thấy thời gian điều trị trung

bình các ca BHSS sinh ngả âm đạo là $5,8 \pm 1,24$ ngày (dao động 4–13 ngày) [5]. Trong đó, đa số sản phụ BHSS nằm viện dưới 5 ngày (86,3%), chỉ 1,5% phải điều trị trên 10 ngày [5]. Đặc biệt, những trường hợp kéo dài chủ yếu rơi vào các ca rất nặng hoặc có phẫu thuật can thiệp lớn. Như vậy, thời gian nằm viện của nhóm sinh ngả âm đạo bị BHSS có xu hướng kéo dài hơn bình thường, có thể giải thích là do ở sản phụ sinh thường, việc kiểm soát bằng huyết sau sinh thường gặp khó khăn hơn do các yếu tố như đỡ tử cung sau sinh kéo dài, khó phát hiện sớm và can thiệp kịp thời so với sinh mổ, nơi sản phụ được theo dõi sát và có thể xử trí ngay trong phẫu thuật [3], [7]. Qua đó có thể thấy, việc tăng cường dự phòng, phát hiện sớm và xử trí tích cực bằng huyết sau sinh, đặc biệt ở nhóm sinh ngả âm đạo, là rất quan trọng nhằm giảm thời gian điều trị và biến chứng cho sản phụ.

V. KẾT LUẬN

Đa số sản phụ bị băng huyết sau sinh có độ tuổi dưới 35, nguyên nhân chủ yếu là do đỡ tử cung. Tỷ lệ điều trị thành công là 100%, trong đó, phần lớn các trường hợp đáp ứng tốt với điều trị nội khoa, với xoa tử cung phối hợp thuốc tăng co, cầm máu và khâu tăng sinh môn là lựa chọn chủ đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Kiều Anh (2024), "Một số yếu tố của quá

- trình chuyển dạ ảnh hưởng đến trẻ sau khi sinh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nghệ An năm 2022", Tạp chí Y học Việt Nam, 540(1), trang 89–93. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v540i1.10239>.
2. Bienstock JL, Eke AC, Hueppchen NA (2021), "Postpartum Hemorrhage", N Engl J Med, 384(17), pp.1 635-1645. doi: 10.1056/NEJMra1513247.
3. Vogel JP, Nguyen PY, Ramson J, et al (2024), "Effectiveness of care bundles for prevention and treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review", Am J Obstet Gynecol, 231(1), pp.67-91. doi:10.1016/j.ajog.2024.01.012.
4. Trần Thị Kiều Anh (2024), "Một số yếu tố của quá trình chuyển dạ ảnh hưởng đến trẻ sau khi sinh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nghệ An năm 2022", Tạp chí Y học Việt Nam, 540(1), trang 89 – 93. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v540i1.10239>
5. Võ Thị Mỹ Dung, Trương Quang Vinh (2022), "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, 20(4), trang 50-55. <https://doi.org/10.46755/vjog.2022.4.1364>.
6. Sentilhes L, Merlot B, Madar H, Sztark F, Brun S, et al (2016), "Postpartum haemorrhage: prevention and treatment", Expert Rev Hematol, 9(11), pp. 1043-1061. doi:10.1080/17474086.2016.1245135.
7. Gallos ID, Williams HM, Price MJ, Merriel A, Gee H, Lissauer D, et al (2018), "Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis", Cochrane Database Syst Rev, 4(4), CD011689. doi: 10.1002/14651858.CD011689.pub2.
8. Chelmow D (2011), "Postpartum haemorrhage: prevention", BMJ Clin Evid, pp.1410. PMID: 21463537; PMCID: PMC3275142.

TỈ LỆ CÁC PHÂN NHÓM CHÓNG MẶT TƯ THỂ KÍCH PHÁT LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Đoàn Văn Anh Vũ¹, Huỳnh Đăng Lộc¹, Huỳnh Thị Như Ý¹,
Phan Xuân Uy Hùng¹, Hoàng Tiến Trọng Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm xác định tốt hơn tỷ lệ mắc các phân nhóm chống mặt tư thể kích phát lành tính (BPPV), chúng tôi đã tiến hành một nghiên cứu hồi cứu trên các bệnh nhân được chẩn đoán BPPV bằng hệ thống VNG. **Phương pháp:** Chúng tôi hồi cứu lại hồ sơ bệnh án của các người bệnh được chẩn đoán BPPV qua hệ thống VNG tại Khoa Thần kinh, Bệnh viện Quân y 175 từ 3/2022 đến tháng 12/2023. Tất cả người bệnh đều được đánh giá bằng hệ thống quan sát chuyển động nhãn cầu (VNG) với nghiệm pháp

Dix-Hallpike và nghiệm pháp Head Roll. Chẩn đoán phân nhóm BPPV được xác định theo tiêu chí do Ủy ban Phân loại Rối loạn Tiền đình của Hiệp hội Bárány đề xuất. **Kết quả:** Có 408 bệnh nhân được xác định chẩn đoán BPPV qua hệ thống VNG, với 71,07% là nữ, độ tuổi trung bình là $54,020 \pm 14,190$. BPPV ống bán khuyên sau chiếm 66,67 % số bệnh nhân. Hai phân nhóm còn lại BPPV ống bán khuyên ngang và ống bán khuyên trước lần lượt chiếm 28,43% và 4,9%. **Kết luận:** BPPV thường gặp nhất trong nhóm tuổi là 45-64 tuổi với nữ giới chiếm đa số. Trong các phân nhóm, BPPV liên quan đến ống bán khuyên sau là có tỉ lệ cao nhất, tiếp theo là ống bán khuyên ngang trong khi BPPV liên quan ống bán khuyên trước hiếm gặp hơn so với hai phân nhóm còn lại. Nghiệm pháp Head Roll bên cạnh nghiệm pháp Dix-Hallpike nên được thực hiện ở tất cả bệnh nhân nghi ngờ mắc BPPV.

Từ khóa: Chống mặt tư thể kích phát lành tính (BPPV), quan sát chuyển động nhãn cầu (VNG)

¹Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Văn Anh Vũ

Email: wayneanhvu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2025

Ngày duyệt bài: 21.7.2025