

ngưỡng cắt, và quần thể, điều này cản trở phân tích gộp toàn diện và buộc phải tổng hợp tường thuật. Hầu hết các nghiên cứu đều là quan sát, chỉ xác định mối liên hệ, không phải quan hệ nhân quả. Việc giới hạn các bài báo tiếng Anh và loại trừ các tóm tắt hội nghị cũng có thể dẫn đến thiên vị xuất bản.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này khẳng định troponin là một dấu ấn sinh học quan trọng trong toàn bộ quá trình quản lý rung nhĩ. Nó hoạt động như một hệ thống cảnh báo sớm ở giai đoạn tiền lâm sàng, với nồng độ tăng nhẹ dự báo nguy cơ khởi phát AF, có thể bằng cách phản ánh tổn thương tâm nhĩ cận lâm sàng. Một khi AF đã xuất hiện, troponin chuyển vai trò thành một công cụ tiên lượng mạnh mẽ, giúp nhận diện những bệnh nhân có nguy cơ cao nhất về tử vong và các biến cố tim mạch nghiêm trọng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bugnicourt JM, Rogez V, Guillaumont MP, Rogez JC, Canaple S, Godefroy O. 2010. Troponin levels help predict new-onset atrial fibrillation in ischaemic stroke patients: a retrospective study. *Eur Neurol* 63(1):24-8.
2. Janus SE, Hajjari J, Al-Kindi S. 2020. High-sensitivity troponin and the risk of atrial fibrillation in chronic kidney disease: Results from the

- Chronic Renal Insufficiency Cohort Study. *Heart Rhythm* 17(2):190-194.
3. Kaura A, Arnold AD, Panoulas V, Glampson B, Davies J, Mulla A, Woods K, Omigie J, Shah AD, Channon KM et al. 2020. Prognostic significance of troponin level in 3121 patients presenting with atrial fibrillation (The NIHR Health Informatics Collaborative TROP-AF study). *J Am Heart Assoc* 9(7):e013684.
  4. Kim BS, Kwon CH, Chang H, Kim SH, Kim HJ, Hwang HK, Chung SM. 2020. Usefulness of High-Sensitivity Troponin I to Predict Outcome in Patients With Newly Detected Atrial Fibrillation. *Am J Cardiol* 125(5):744-750.
  5. Krittayaphong R, Kaolawanich Y, Phrommintikul A, Guruparan M, Nambaschandran K, Bahuleyan CG, Namboodiri N, Lip GYH. 2025. The burden of atrial fibrillation and unmet needs of its management in Southeast Asia and South Asia. *Lancet Reg Health Southeast Asia* 34:100549.
  6. Linz D, Gawalko M, Betz K, Hendriks JM, Lip GYH, Vinter N, Guo Y, Johnsen S. 2024. Atrial fibrillation: epidemiology, screening and digital health. *Lancet Reg Health Eur* 37:100786.
  7. Netala VR, Hou T, Wang Y, Zhang Z, Teertam SK. 2025. Cardiovascular Biomarkers: Tools for Precision Diagnosis and Prognosis. *Int J Mol Sci* 26(7).
  8. Zehir R, Tekkesin AI, Haykir N, Velibey Y, Borklu EB, Gumusdag A. 2016. Peak troponin I level predicts new-onset atrial fibrillation in patients with myocardial infarction. *Clin Invest Med* 39(6):E213-E219.

## KẾT QUẢ DỰ PHÒNG BĂNG HUYẾT SAU SINH Ở CÁC SẢN PHỤ NGUY CƠ CAO SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Hoàng Trang<sup>1</sup>, Trần Khắc Quang<sup>1</sup>,  
Trần Hải Yến<sup>2</sup>, Bùi Văn Hiếu<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả hiệu quả dự phòng băng huyết sau sinh ở các sản phụ nguy cơ cao sinh tại Khoa Sản phụ khoa Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 9/2023 đến tháng 9/2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 260 sản phụ có nguy cơ băng huyết sau sinh được dự phòng tại Khoa Phụ Sản – Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 9/2023 đến tháng 9/2024. **Kết quả:** Sản phụ có nguy cơ băng huyết sau sinh 100% được dự phòng băng huyết sau sinh tại Khoa Sản Phụ khoa Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. Tỷ lệ băng huyết sau

sinh ở nhóm sản phụ có nguy cơ sinh tại Khoa Sản Phụ khoa Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng là 3.1% . Lượng máu mất < 500ml chiếm đa số (90.8%) ở sản phụ nguy cơ được dự phòng băng huyết sau sinh, Không có sản phụ nào phải truyền máu. Trong các yếu tố nguy cơ đã được điều trị dự phòng thì ở nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao và sinh con nhiều lần làm tăng nguy cơ BHSS lần lượt là 5.833 và 8.735 với  $p < 0,05$ . Có mối liên quan giữa lượng tụt giảm Hb với tình trạng thiếu máu trước sinh và biện pháp dự phòng sinh non. Với phương trình hồi quy tuyến tính:  $Y = 2.249X_1 - 0.191X_2 + \epsilon$ , trong đó  $X_1$  là Tình trạng thiếu máu trước sinh,  $X_2$  là Sử dụng  $\geq 2$  biện pháp dự phòng. **Kết luận:** Tỷ lệ băng huyết sau sinh ở nhóm sản phụ có nguy cơ sinh tại Khoa Sản Phụ khoa Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng là 3.1%. Việc dự phòng băng huyết sau sinh ở sản phụ có yếu tố nguy cơ làm giảm lượng máu mất trong sinh và giảm ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ đến số lượng máu mất trong sinh. **Từ khóa:** băng huyết sau sinh, sản phụ nguy cơ cao, dự phòng, hiệu quả.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup>Bệnh viện Trường Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoàng Trang

Email: nthtrang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

**SUMMARY****RESULTS OF PREVENTION OF POSTPARTUM HEMORRHAGE IN HIGH-RISK WOMEN GIVING BIRTH AT HAI PHONG MEDICINE UNIVERSITY HOSPITAL**

**Objective:** Describe the effectiveness of postpartum hemorrhage prevention in high-risk pregnant women giving birth at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hai Phong Medicine University Hospital from September 2023 to September 2024. **Research subjects and methods:** Descriptive cross-sectional study of 260 pregnant women at risk of postpartum hemorrhage receiving prevention at the Department of Obstetrics and Gynecology - Hai Phong Medicine University Hospital from September 2023 to September 2024. **Results:** 100% of high-risk pregnant women were given postpartum hemorrhage prevention at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hai Phong Medicine University Hospital. The rate of postpartum hemorrhage in the group of pregnant women at risk for postpartum hemorrhage giving birth at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hai Phong Medicine University Hospital was 3.1%. The blood volume loss below 500ml accounted for the majority (90.8%) of pregnant women at risk of postpartum hemorrhage who received postpartum hemorrhage prevention. No mother required a blood transfusion. Among the risk factors that have been treated for prevention, the group of patients with high risk for postpartum hemorrhage and multiple births increased the rate of postpartum hemorrhage by 5.833 and 8.735, respectively, with  $p < 0.05$ . There was a relationship between the decrease in Hb and the volume of anemia before birth and the measures preventing preterm birth. With the linear regression equation:  $Y = 2.249X_1 - 0.191X_2 + \varepsilon$ , in which  $X_1$  was the volume of anemia before birth,  $X_2$  was the use of 2 or more preventive measures. **Conclusion:** The rate of postpartum hemorrhage in the group of high-risk pregnant women giving birth at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hai Phong Medicine University Hospital was 3.1%. Prevention of postpartum hemorrhage in pregnant women at risk reduces the blood volume loss during birth and reduces the impact of risk factors on the amount of blood loss during birth.

**Keywords:** postpartum hemorrhage, risk factors, prevention, treatment outcome.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Băng huyết sau sinh (PPH) là một trong những tai biến sản khoa phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho sản phụ trên toàn thế giới. Theo báo cáo của Trung tâm kiểm soát và phòng bệnh Hoa Kỳ, PPH xảy ra ở khoảng 3-5% phụ nữ sau sinh [1], là nguyên nhân gây ra 27% số ca tử vong ở bà mẹ trên toàn thế giới và 11,2% số ca tử vong ở bà mẹ tại Hoa Kỳ [2]. Băng huyết sau sinh có thể do các nguyên nhân như đờ tử cung, sót rau, chấn

thường đường sinh dục, rối loạn đông máu... trong đó, đờ tử cung được ghi nhận là nguyên nhân phổ biến nhất, gây ra 70-80% các trường hợp băng huyết sau sinh. Vì vậy, việc dự phòng băng huyết sau sinh đã và đang là vấn đề vô cùng quan trọng. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ, Hiệp hội Sản phụ khoa Việt Nam khuyến nghị sử dụng thuốc tăng co tử cung và xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ làm giảm đáng kể tỷ lệ băng huyết sau sinh. Mặc dù có thể tiên lượng được trước nguy cơ chảy máu nhưng có tới 90 trường hợp xảy ra trên sản phụ không có yếu tố nguy cơ nào. Để phòng ngừa chảy máu sau đẻ, Hiệp hội nữ hộ sinh quốc tế (ICM) và (FIGO) khuyến cáo xử trí tích cực giai đoạn ba cuộc chuyển dạ và sử dụng kết hợp thêm một loại thuốc tăng co sẽ làm giảm tỷ lệ băng huyết sau sinh và lượng máu mất [3]. Khoa Sản phụ khoa Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng đã triển khai và ứng dụng rộng rãi dự phòng băng huyết sau sinh ở các đối tượng nguy cơ, nhằm đánh giá kết quả dự phòng và một số yếu tố liên quan chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "*Mô tả kết quả dự phòng băng huyết sau sinh ở sản phụ nguy cơ cao sinh tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Đại Học Y Hải Phòng*".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các sản phụ sinh tại Khoa Sản Phụ khoa – Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ tháng 9/2023 đến tháng 9/2024 có nguy cơ băng huyết sau sinh

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn**

- Sản phụ có tuổi thai từ 37 tuần có chỉ định kết thúc thai kỳ.
- Có nguy cơ băng huyết sau sinh gồm ít nhất một trong nguy cơ trong tiêu chuẩn nguy cơ băng huyết của Bộ Y Tế Việt Nam.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Sản phụ đang mất máu cấp tính (Rau tiền đạo ra máu, rau bong non, vỡ tử cung...)
- Sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Sản phụ có yếu tố nguy cơ nhưng sinh cơ sở y tế khác chuyển đến
- Không đánh giá được lượng máu mất trong sinh
- Không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu, thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả lấy mẫu tiến cứu.
- Thời gian: từ tháng 9/2023 đến tháng 9/2024.
- Địa điểm: Khoa Sản Phụ – Bệnh viện Đại

học Y Hải Phòng.

**2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu**

Bước 1: Thăm khám các sản phụ có chỉ định kết thúc thai kỳ do chuyển dạ hoặc do nguyên nhân khác, xác định sản phụ có nguy cơ băng huyết sau sinh không.

Bước 2: Giải thích cho các sản phụ có nguy cơ băng huyết sau sinh về lợi ích của việc dự phòng, nếu sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu cho ký phiếu đồng thuận

Bước 3: Ngay sau khi sinh xử trí tích cực giai đoạn 3, và sử dụng thêm một trong các thuốc tăng co khác hoặc thêm đường dùng và liều lượng oxytocin

Bước 4: Đánh giá lượng máu mất trong khi sinh

Bước 5: Đánh giá tình trạng sản phụ sau sinh 3 ngày và xét nghiệm lại công thức máu

Bước 6: Thu thập thông tin hoàn thành phiếu nghiên cứu, Đánh giá và phân tích số liệu

**2.4. Phương pháp xử lý số liệu.** Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

**2.5. Định nghĩa biến số nghiên cứu**

- Nguy cơ băng huyết sau sinh theo tiêu chuẩn Bộ Y Tế Việt Nam

Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
- Tiền sử mổ lấy thai, mổ tử cung hoặc mổ bụng nhiều lần	- Rối loạn đông máu
- Tiền sử băng huyết sau sinh	- Rau tiền đạo, bám thấp
- Đa thai	- Rau bong non
- Số lần đẻ con nhiều lần (≥3)	- Rau cài răng lược
- UXTC to	- Chảy máu tiền triển
- Thai to (> 3500g)	
- Béo phì (BMI >40kg/m <sup>2</sup> )	
- Đa ối	
- Thiếu máu trước sinh	

- Tiêu chuẩn thiếu máu lâm sàng, cận lâm sàng theo hướng dẫn bộ y tế

- Cách đo lượng máu mất: Đo lượng máu mất sau đẻ thường bằng túi đo máu sau sinh, lượng máu mất sau mổ đẻ được tính bằng túi đong máu.

Phương pháp dự phòng bằng hoá học:

- Các phương pháp dự phòng băng huyết sau sinh bằng thuốc

+ 01 biện pháp: Oxytocin pha truyền tĩnh mạch

+ 02 biện pháp: Oxytocin pha truyền tĩnh mạch + Esgometrin

+ 03 biện pháp: Oxytocin truyền tĩnh mạch + Esgometrin + Đồng vận Oxytocin

+ >03 biện pháp: Oxytocin truyền tĩnh mạch + Esgometrin + Đồng vận Oxytocin + Phostagladin (tiêm bắp, đặt đầu môn)

**2.6. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Trường Đại học Y dược Hải Phòng chấp

thuận về đạo đức (206/QĐ – ĐH YDHP ngày 21/10/2023) và được Hội đồng khoa học Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng chấp thuận triển khai.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong tổng số 260 sản phụ thuộc nhóm nguy cơ, có 8 sản phụ băng huyết sau sinh. Không ghi nhận trường hợp nào phải truyền máu do băng huyết sau sinh.

**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số thai phụ	Tỷ lệ (%)
<b>Tuổi mẹ (năm)</b>		
<18	0	0
18-34	198	76.2
≥35	62	23.8
<b>Tiền sử băng huyết</b>		
1 lần	0	0
>1 lần	0	0
Không	260	100
<b>Số lần sinh</b>		
Chưa sinh	41	15.8
Đã sinh 1 lần	49	18.8
Đã sinh 2 lần	154	59.2
Đã sinh 3 lần	12	4.6
Sinh ≥4 lần	4	1.5
<b>Phương pháp sinh</b>		
Sinh thường	111	42.7
Mổ lấy thai	149	57.3
<b>Cân nặng thai lúc sinh (gram)</b>		
<3000	48	18.1
3000-<3500	121	45.7
3500-4000	88	33.2
>4000	8	3
<b>Lượng nước ối</b>		
Thiếu ối	2	0.8
Bình thường	253	95.5
Đa ối	5	1.8

**Nhận xét:**

- Đa số nhóm tuổi mẹ từ 18-34 chiếm 76.2%. Có 62 sản phụ ≥ 35 tuổi chiếm 23.8%.

- Đa số sản phụ mang thai lần hai chiếm 59.2%, có 12 sản phụ mang thai lần 3 chiếm 4.6% và 4 sản phụ mang thai lần 4 trở lên chiếm 1.5%.

**Bảng 2. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ**

	Số yếu tố nguy cơ	Số sản phụ	Tỷ lệ
<b>Nguy cơ cao</b>	1 yếu tố	8	3.1%
	2 yếu tố	0	0%
	≥3 yếu tố	0	0%
<b>Nguy cơ trung bình</b>	1 yếu tố	199	76.5%
	2 yếu tố	50	19.2%
	≥3 yếu tố	4	1.5%

**Nhận xét:** Nhóm sản phụ có yếu tố nguy cơ cao có 8 trường hợp chiếm 3.1%. Không có sản

phụ nào có từ 2 yếu tố nguy cơ cao trở lên.

**3.2. Kết quả dự phòng**

**Bảng 3. Tỷ lệ biện pháp dự phòng bằng huyết sau sinh ở nhóm nguy cơ**

	Nguy cơ cao n(%)	Nguy cơ TB n(%)	Tổng n(%)
Dự phòng 1 biện pháp	6(9.8)	29(14.6)	35(13.5)
Dự phòng 2 biện pháp	23(37.7)	91(45.7)	114(43.8)
Dự phòng ≥3 biện pháp	32(52.5)	79(39.7)	111(42.7)
Tổng	61(100)	199(100)	260(100)

**Nhận xét:** 100% được dự phòng bằng huyết sau sinh. Trong đó nhóm dự phòng bằng 1 biện pháp chiếm 13.5%, nhóm dự phòng bằng 2 biện pháp chiếm 43.8% và nhóm dự phòng bằng ≥3 biện pháp chiếm 42.7%.

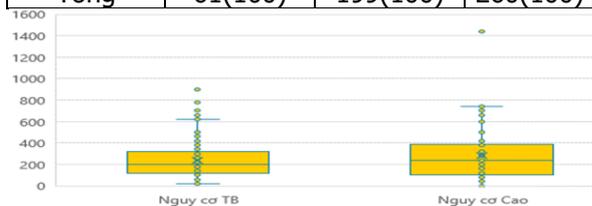
**Bảng 4. Tỷ lệ bằng huyết ở các nhóm nguy cơ**

Bằng huyết sau sinh	Yếu tố nguy cơ cao n(%)	Yếu tố nguy cơ TB n(%)	Tổng n(%)
Có	3(4.9)	5(2.5)	8(3.1)
Không	58(95.1)	194(97.5)	252(96.9)
Tổng	61(100)	199(100)	260(100)

**Nhận xét:** Tỷ lệ BHSS là 3.1%

**Bảng 5. Số lượng máu mất ở các nhóm nguy cơ**

Lượng máu mất (ml)	Nguy cơ cao n(%)	Nguy cơ TB n(%)	Tổng n(%)
<500	52(85.2)	184(92.5)	236(90.8)
500-<1000	8(13.1)	15(7.5)	23(8.8)
≥1000	1(1.7)	0(0)	1(0.4)
Tổng	61(100)	199(100)	260(100)



**Biểu đồ 1. Phân bố lượng máu mất theo nhóm nguy cơ**

**Nhận xét:** Trong 260 sản phụ có yếu tố nguy cơ đến sinh tại Khoa Sản Phụ khoa Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, sản phụ có lượng máu mất < 500 ml là 236 ca chiếm đa số 90.8%, sản phụ có lượng máu mất ≥ 1000ml có 1 ca chiếm 0.4%

**Bảng 6. Lượng sụt giảm Hb trong đẻ**

Lượng Hb giảm trong đẻ	Nguy cơ cao	Nguy cơ TB	Tổng	Tỷ lệ
<10 g/l	24	93	117	45%
10-20 g/l	22	75	97	37.3%
20-30 g/l	9	21	30	11.5%

30-40 g/l	5	9	14	5.4%
>40 g/l	1	1	2	0.8%
Tổng	61	199	260	100%
Trung bình	13.95(g/l)	12.02(g/l)		

**Nhận xét:** Trong 260 sản phụ có yếu tố nguy cơ được dự phòng bằng huyết sau sinh tại Khoa Sản Phụ Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng, nhóm Hb giảm >40g/ chiếm 0.8%, lượng Hb giảm <10g/l gồm 117 trường hợp chiếm 45% cao nhất, nhóm Hb giảm 10-20g/l gồm 97 trường hợp chiếm 37.3%

**3.3. Yếu tố liên quan giữa các nhóm nguy cơ và bằng huyết sau sinh**

**Bảng 7. Môi liên quan của một số yếu tố với bằng huyết sau sinh**

Yếu tố liên quan	β	OR (CI 95%)	P
Nguy cơ cao (1 YTNC cao hoặc ≥2 YTNC TB)	1.764	5.833 (1.005-33.846)	0.049
Sinh con nhiều lần (≥3 lần)	2.167	8.735 (1.314-58.077)	0.025
Đa thai	-17.7	0	0.998
Thai to (≥3500g)	0.698	2.009 (0.418-9.650)	0.384
Đa ối	-18.8	0	0.998
Thiếu máu trước sinh (Hb <110)	-18.3	0	0.998
Biện pháp dự phòng (≥2 biện pháp)	-16.1	0	0.999

**Nhận xét:** Ở bệnh nhân có YTNC cao hoặc trên 2 nguy cơ trung bình và sinh con nhiều lần làm tăng nguy cơ BHSS lần lượt là 5.833 và 8.735 lần. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê

**Bảng 8. Các yếu tố liên quan đến sự sụt giảm Hb**

Yếu tố liên quan	B (CI 95%)	P
Sinh con nhiều lần (≥3 lần)	0.119 (1.314-58.077)	0.069
Đa thai	-0.574 (-10.088-5.533)	0.566
Thai to (≥3500g)	0.828 (-1.501-3.676)	0.409
Đa ối	-3.358 (-21.059 - (-5.488))	0.1
Thiếu máu trước sinh (Hb <110)	2.249 (0.443-6.688)	0.025
Biện pháp dự phòng (≥2 biện pháp)	-0.191 (-8.249 - (-1.86))	0.002

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữ lượng sụt giảm Hb với tình trạng thiếu máu trước sinh và biện pháp dự phòng sinh non. Với phương trình hồi quy tuyến tính:  $Y = 2.249X_1 - 0.191X_2 + \epsilon$ , trong đó  $X_1$  là Tình trạng thiếu máu trước sinh,  $X_2$  là Sử dụng ≥ 2 biện pháp dự phòng.

Từ phương trình trên cho thấy, mỗi sản phụ có thiếu máu trước sinh sẽ sụt giảm Hb 2.249

g/l, và với sản phụ được dự phòng ít nhất 2 biện pháp sẽ tránh sụt giảm Hb 0.191 g/l. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê

#### IV. BÀN LUẬN

Năm 2018 theo thống kê y tế của Bộ Y tế, băng huyết sau sinh có số trường hợp mắc và tử vong cao nhất trong các tai biến sản khoa. Vì vậy, dự phòng băng huyết sau sinh sớm là một trong những phương pháp để giảm thiểu nguy cơ tử vong mẹ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong tổng số 260 sản phụ có yếu tố nguy cơ cao, có 8 sản phụ băng huyết sau sinh chiếm 3.1%. Tỷ lệ này phù hợp với tỷ lệ băng huyết sau sinh được ước tính thay đổi từ 1 – 10% trong tổng số các trường hợp sinh và thống kê tại châu Á với tỷ lệ 1,9 đến 8,0%. Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO) mỗi năm có tới hơn 14 triệu phụ nữ trên thế giới bị băng huyết sau sinh, ở Việt Nam tỷ lệ băng huyết sau sinh ở sản phụ sinh đường âm đạo là 2,02% tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận năm 2020-2021 [5]

Bảng 9 cho thấy qua phân tích hồi quy đa biến, các yếu tố sản phụ thuộc nhóm nguy cơ cao, sản phụ sinh con nhiều lần ( $\geq 3$  lần) là nguy cơ của BHSS do đỡ tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi (có ý nghĩa thống kê). Theo tổng quan BHSS của Phạm Việt Thanh [6], số lần sinh  $> 5$  lần là yếu tố nguy cơ BHSS. Tuy nhiên, theo Unterscheider, sinh nhiều lần, cho đến nay vẫn đã được tin là yếu tố nguy cơ đáng kể của đỡ tử cung thì trong những nghiên cứu gần đây lại không gợi lên một sự liên quan nào với đỡ tử cung [7].

Tại nghiên cứu của chúng tôi, một số yếu tố đa thai, đa ối, thai to liên quan đến BHSS là không có ý nghĩa thống kê. Có sự khác biệt với một số nghiên cứu. Trong nghiên cứu hồi cứu của Trần Đình Vinh [8], trong lượng con  $> 3500g$  chiếm 60,7% các trường hợp BHSS chung. Cần lưu ý rằng, người Việt Nam thai to được quy định là  $> 3.500g$ ; ở Châu Âu, thai to được định nghĩa là  $> 4.000g$ . Đa ối mãn chiếm 95% các trường hợp đa ối, thường xảy ra vào 3 tháng cuối thai kỳ, lượng ối phát triển không nhiều, tiến triển từ từ, ít gây ảnh hưởng đến tổng trạng của mẹ. Tuy nhiên, do tử cung giãn căng quá mức, phải theo dõi phát hiện đỡ tử cung gây BHSS. Trong tổng quan về BHSS của Phạm Việt Thanh [6], nguyên nhân gây đỡ tử cung (các yếu tố nguyên nhân gây đỡ tử cung) có đa thai (OR = 2,4).

Trong số các yếu tố nguy cơ, thiếu máu trước sinh làm gia tăng sự sụt giảm Hb và sử

dụng biện pháp dự phòng giúp tránh sụt giảm Hb chu sinh, theo phương trình hồi quy tuyến tính:  $Y = 2.249X_1 - 0.191X_2 + \varepsilon$ , trong đó  $X_1$  là Tình trạng thiếu máu trước sinh,  $X_2$  là Sử dụng  $\geq 2$  biện pháp dự phòng. Theo Ononge và cộng sự, yếu tố nguy cơ BHSS do thiếu máu từ trung bình đến nặng có OR = 2,14 với  $p = 0,04$  [9].

Việc dự phòng băng huyết sau sinh bằng 1 hay nhiều phương pháp không khác biệt và không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của mình, các nhà khoa học đã tiến hành một cuộc thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên (RCT) với quy mô lớn (29.645 phụ nữ sinh thường) đến từ 23 bệnh viện ở các quốc gia: Argentina, Ai Cập, Ấn Độ, Kenya, Nigeria, Singapore, Nam Phi, Thái Lan, Uganda và Vương quốc Anh. Mỗi phụ nữ được tiêm ngẫu nhiên một liều carbetocin hoặc oxytocin ngay sau khi sinh con. Nghiên cứu cho thấy, cả hai loại thuốc đều có hiệu quả như nhau trong việc ngăn ngừa băng huyết sau khi sinh [10].

#### V. KẾT LUẬN

Tất cả phụ nữ có yếu tố nguy cơ đến sinh tại Khoa Sản Phụ khoa Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng đều được dự phòng băng huyết sau sinh

Việc dự phòng băng huyết sau sinh ở sản phụ có yếu tố nguy cơ đem lại hiệu quả cao về dự phòng băng huyết sau sinh tại Khoa Sản phụ khoa Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Evensen A, Anderson JM, Fontaine P** (2017), "Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment", American family physician. 95(7), p.^pp. 442-449.
2. **International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)** (2018), "PPH leading to unnecessary deaths". p.^pp.
3. **Số: 6734 /QĐ-BYT ngày 15/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế:** Quyết định về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn Chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau mổ lấy thai
4. **Evensen, A., Anderson, J. M., & Fontaine, P.** (2017, April 1). Postpartum hemorrhage: prevention and treatment. AAFP. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0401/p442.html>
5. **Võ Thị Mỹ Dung**, Nghiên cứu các nguyên nhân băng huyết sau sinh và kết quả điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận, Tạp chí Sản Phụ khoa
6. **Phạm Việt Thanh** (2007), "Tổng quan về băng huyết sau sinh", Tạp chí Phụ Sản Tháng 7/2007; Số Đặc Biệt; 03-04. Tr. 14-22.
7. **Unterscheider J., Breathnach F. & Geary M.** (2012), "Standard medical therapy for Postpartum Hemorrhage", A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage, 2 nd Edition, eds. Sabaratnam Arulkumaran, Mahantesh Karoshi, L.G. Keith, A.B. Lalonde & C. B-Lynch, Sapiens Publishing, United Kingdom; pp. 355-359.

8. **Trần Đình Vinh** (2010), "Tình hình băng huyết sau sinh tại Khoa phụ sản Bệnh viện Đà Nẵng 2005-2010", Tạp chí Phụ Sản, Tập 08, số 2 – 3/2010, tr. 67-71.
9. **Ononge et al.** (2016), "Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda". *Reproductive Health* (2016) 13:38
10. **Nguyễn Minh Đức**, "Đột phá mới trong điều trị xuất huyết hậu sản", Tạp chí Khoa học & Công nghệ Việt Nam, số 12, năm 2018.

## VAI TRÒ CỦA XẠ TRỊ VMAT-DIBH TRONG QUẢN LÝ ĐA CHUYÊN KHOA UNG THƯ THỰC QUẢN: KẾT QUẢ 8 NĂM TẠI BỆNH VIỆN ĐKQT VINMEC TIMES CITY

Đoàn Trung Hiệp<sup>1</sup>, Dương Văn Nghĩa<sup>1</sup>, Lê Đức Anh<sup>1</sup>,  
Trần Bá Bách<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Long<sup>1</sup>, Hà Ngọc Sơn<sup>1</sup>,  
Bồ Thị Minh Châu<sup>1</sup>, Phạm Thị Quỳnh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Huyền<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đáp ứng, độc tính và sống thêm của kỹ thuật xạ trị điều biến liều thể tích cung tròn và nhện thở thì hít vào sâu (VMAT-DIBH) trong xạ trị ung thư thực quản (UTTQ) tại bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu – theo dõi dọc trên 57 người bệnh (NB) UTTQ, 37 NB điều trị tiên phẫu và 20 NB điều trị triệt căn được xạ trị với kỹ thuật VMAT-DIBH trong giai đoạn 2017-2025. Các đặc điểm được thống kê và phân tích bao gồm: đặc điểm nhóm NB, đặc điểm điều trị, tuân thủ, dung nạp-độc tính, đáp ứng điều trị và kết quả sống thêm, phân tích các yếu tố ảnh hưởng. **Kết quả:** Tuổi trung bình 63,2, 100% nam giới, ung thư biểu mô tế bào vảy 96,5%, 76,8% ở giai đoạn tiến triển (III 48,2%; IVa 28,6%). 96,5% NB hoàn tất kế hoạch. Nhóm tiên phẫu, 86,4% được phẫu thuật, diện cắt R0 đạt 96,9% và 43,8% NB đạt đáp ứng hoàn toàn (pCR). Tỷ lệ độc tính độ  $\geq 3$  là 56,1% (chủ yếu độc tính huyết học, viêm thực quản độ 3: 25,3%); tỷ lệ độc tính độ 4 là 14%, tất cả là giảm lympho bào. Tất cả độc tính muộn đều ở độ nhẹ (1-2). Sau trung vị theo dõi 17,0 tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS), sống thêm không tiến triển (PFS) và sống thêm không tiến triển tại chỗ-tại vùng (LRPFS) 3 năm của toàn bộ quần thể lần lượt là 61,3%, 44,8%, và 54,0%. Phân tích yếu tố tiên lượng: ở nhóm triệt căn, đáp ứng hoàn toàn trên hình ảnh dự báo PFS thuận lợi ( $p=0,029$ ); ở nhóm tiên phẫu, chiều dài u <5 cm dự đoán tỷ lệ pCR cao hơn ( $p=0,033$ ). **Kết luận:** Xạ trị sử dụng kỹ thuật VMAT-DIBH trên NB UTTQ giai đoạn tiến triển tại chỗ-tại vùng cho kết quả đáp ứng tốt, với tỷ lệ độc tính liên quan điều trị ở mức chấp nhận được. Các kết quả về sống thêm sẽ cần số mẫu NB lớn và thời gian theo dõi dài hơn để có thể phân tích. **Từ khóa:** Ung thư thực quản, xạ trị, nhện thở thì hít vào sâu (DIBH), xạ trị điều biến thể tích cung tròn (VMAT).

### SUMMARY

#### EIGHT-YEAR OUTCOMES OF VMAT-DIBH RADIATION THERAPY IN THE MULTIDISCIPLINARY MANAGEMENT OF ESOPHAGEAL CANCER AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL HOSPITAL

**Objective:** To evaluate treatment response, survival outcomes, and toxicity of volumetric modulated arc therapy with deep inspiration breath-hold (VMAT-DIBH) in the radiotherapy of esophageal cancer at Vinmec Times City International Hospital. **Methods:** A prospective study of 57 patients diagnosed with esophageal cancer and treated with VMAT-DIBH between 2017 and 2025. Analyzed parameters included patient characteristics, treatment features, compliance, tolerance/toxicity, treatment response, survival outcomes, and prognostic factors. **Results:** The mean age was 63.2 years; all were male. Squamous cell carcinoma accounted for 96.5%, and 76.8% had locally advanced disease (stage III: 48.2%; stage IVa: 28.6%). 37 patients received preoperative chemoradiotherapy and 20 underwent definitive treatment; 96.5% completed the treatment plan. In the preoperative group, 86.4% underwent radical surgery, with an R0 resection rate of 96.9%, and 43.8% achieved pathologic complete response (pCR). Grade  $\geq 3$  treatment-related toxicities occurred in 56.1% of patients; grade 3 esophagitis was the most common severe non-hematologic toxicity (25.3%); grade 4 toxicities were observed in 14%, all hematologic. All late toxicities were mild (grade 1–2). After a median follow-up of 17.0 months, the 3-year overall survival (OS), progression-free survival (PFS), and locoregional progression-free survival (LRPFS) rates were 61.3%, 44.8%, and 54.0%, respectively. Prognostic analysis showed that in the definitive group, radiologic complete response predicted favorable PFS ( $p=0.029$ ); in the preoperative group, tumor length <5 cm was associated with a higher pCR rate ( $p=0.033$ ). **Conclusion:** VMAT-DIBH radiotherapy for locally advanced esophageal cancer demonstrated favorable treatment response with an acceptable toxicity profile. Larger cohorts and longer follow-up are required to further assess survival outcomes.

<sup>1</sup>Bệnh viện Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Trung Hiệp

Email: ro.dthiep2009@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025