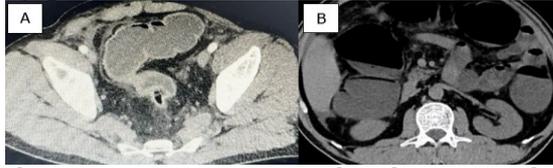
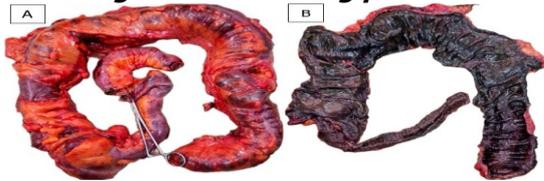


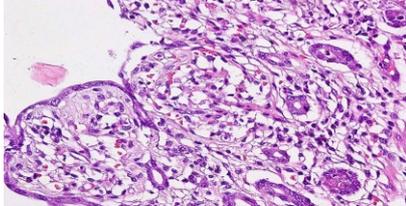
nghiêm trọng như bực xì miệng nổi hoặc hẹp miệng nổi.



Hình 1: A: sang thương đích là u dạng vòng nằm ở trực tràng cao. B: hình ảnh khung đại tràng giãn toàn bộ với niêm mạc đại tràng bắt thuốc tương phản kém



Hình 2: A: đại tràng hoại tử đến lớp thanh mạc, chưa có chỗ thủng. B: niêm mạc đại tràng và đoạn cuối hồi tràng hoại tử đen



Hình 3: Hình ảnh mô bệnh học của đại

tràng với niêm mạc viêm cấp và hoại tử

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hurwitz A and Khaffif R A. Acute necrotizing colitis proximal to obstructing neoplasms of the colon. Surg Gynecol Obstet. 1960;111:749-52.
2. Glotzer D J, Roth S I and Welch C E. Colonic ulceration proximal to obstructing carcinoma. Surgery. 1964;56:950-6.
3. Anchrow M I, Clark J F and Benjamin H G. Ischemic colitis proximal to obstructing carcinoma of the colon: report of a case. Disease Colon Rectum. 1971;14(1):38-42.
4. Harada T, et al. Acute gangrenous colitis proximal to obstructive cancer of the sigmoid colon. Japanese Journal Surgery. 1975;5(1):39-47.
5. Glotzer D J and Gpihl B G. Experimental obstructive colitis. Archives of Surgery. 1966; 92(1):1-8.
6. Tsai M H, Yang Y C and Leu F J. Obstructive colitis proximal to partially obstructive colonic carcinoma: a case report and review of the literature. International Journal Colorectal Disease, 2004;19(3):268-72.
7. Chang H K, et al. Obstructive colitis proximal to obstructive colorectal carcinoma. Asian Journal Surgery, 2009;32(1):26-32.
8. Toner M, Condell D and O'Briain D S. Obstructive colitis. Ulceroinflammatory lesions occurring proximal to colonic obstruction. American Journal Surgical Pathology. 1990;14(8):719-28.
9. Arai J, Suzuki N and Hayakawa Y. Severe obstructive colitis treated with repeated colonoscopic decompression. DEN Open. 2023;4(1):e233.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NHIỄM UREAPLASMA Ở MẸ GIAI ĐOẠN THAI KỲ VÀ BỆNH LÝ TRẺ SƠ SINH

Mai Kiều Anh¹, Đào Thị Ngoan¹, Nguyễn Thúy Hà¹, Ngô Văn Dần¹, Hoàng Quỳnh Lan¹, Dương Thị Dung¹, Đàm Thị Quỳnh¹, Hoàng Thị Ngọc Khuyên¹, Đặng Thu Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa việc nhiễm Ureaplasma trong giai đoạn thai kỳ của mẹ tới bệnh lý trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City trong 2 năm, từ 1/2023 đến 12/2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là 146 phụ nữ có thai có kết quả xét nghiệm Ureaplasma dương tính và 154 phụ nữ có thai có kết quả Ureaplasma âm tính và trẻ sơ sinh của họ tại Bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City từ 01.01.2023 đến 31.12.2024. **Kết quả:** Nhiễm

Ureaplasma spp chủ yếu liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu của mẹ ($p < 0.05$). Việc điều trị Azithromycin ở những phụ nữ nhiễm Ureaplasma có liên quan tỉ lệ thuận có ý nghĩa thống kê với nhiễm khuẩn sơ sinh sớm ($p < 0.05$). U.parvum liên quan đối với hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh có ý nghĩa thống kê so với U.urealyticum ($p=0.02$). **Kết luận:** Nhiễm Ureaplasma ở phụ nữ mang thai có thể liên quan đến một số biến chứng trong thai kỳ và quá trình chuyển dạ, đặc biệt là nhiễm khuẩn tiết niệu ở mẹ cũng như nhiễm khuẩn sơ sinh sớm. U. parvum có thể đóng vai trò độc lực quan trọng hơn so với U. urealyticum trong nguyên nhân gây hội chứng suy hô hấp của trẻ sơ sinh. **Từ khóa:** Ureaplasma spp, nhiễm khuẩn tiết niệu ở phụ nữ mang thai, nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh, suy hô hấp ở trẻ sơ sinh

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
 Chịu trách nhiệm chính: Mai Kiều Anh
 Email: maikieuanh76@gmail.com
 Ngày nhận bài: 7.10.2025
 Ngày phản biện khoa học: 25.11.2025
 Ngày duyệt bài: 9.12.2025

SUMMARY

THE CORRELATION BETWEEN MATERNAL UREAPLASMA INFECTION AND EARLY

NEONATE INFECTIONS

Objective: To investigate the association between maternal *Ureaplasma* infection during pregnancy and neonatal morbidity at Vinmec Times City International Hospital over a two-year period, from January 2023 to December 2024. **Subjects and Methods:** The study included 146 pregnant women who tested positive for *Ureaplasma* and 154 pregnant women who tested negative, along with their newborns, at Vinmec Times City International Hospital between January 1, 2023, and December 31, 2024. **Results:** *Ureaplasma* spp. infection was found to be associated with maternal urinary tract infections ($p < 0.05$). Treatment with Azithromycin in women infected with *Ureaplasma* was statistically significantly correlated with a higher rate of neonatal infections ($p < 0.05$). *U. parvum* was found to have a greater impact than *U. urealyticum* on the incidence of neonatal respiratory distress syndrome ($p = 0.02$). **Conclusion:** *Ureaplasma* infection during pregnancy may be associated with maternal urinary tract infection as well as early-onset neonatal infection. *U. parvum* may play a more important pathogenic role than *U. urealyticum* in the development of neonatal respiratory distress syndrome. **Keywords:** *Ureaplasma* spp., maternal urinary tract infection, neonatal infection, neonatal respiratory distress syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm *Ureaplasma parvum* và *Ureaplasma urealyticum* là tình trạng khá phổ biến ở phụ nữ khỏe mạnh, với tỉ lệ phát hiện dao động từ 40 - 80% [1,2]. Các vi khuẩn này chủ yếu cư trú trên bề mặt niêm mạc đường sinh dục - tiết niệu của người trưởng thành và đường hô hấp của trẻ sơ sinh. *Ureaplasma* thường được phát hiện trong nước ối của các trường hợp chuyển dạ sinh non tự nhiên, ối vỡ non, ối vỡ sớm khi đủ tháng, sảy thai, thai lưu và trẻ sơ sinh nhẹ cân. Vi khuẩn có thể lây truyền qua đường tình dục và theo chiều dọc từ mẹ sang con, thông qua đường lân cận trong tử cung hoặc trong quá trình sinh nở.

Tình trạng nhiễm *Ureaplasma* có thể kích hoạt phản ứng miễn dịch, làm tăng sản xuất các chất trung gian gây viêm như cytokine và prostaglandin – các yếu tố liên quan đến nguy cơ sảy thai, sinh non và ối vỡ non trước chuyển dạ [3,4]. Một số nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa *Ureaplasma* và các bệnh lý như viêm âm đạo, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm ối- màng ối, viêm đài bể thận, viêm nội mạc tử cung sau sinh, suy hô hấp sơ sinh và sinh non. Tuy nhiên, vẫn tồn tại các nghiên cứu trái ngược, cho rằng *Ureaplasma* chỉ đóng vai trò là vi khuẩn cộng sinh, không có liên quan rõ ràng đến các biến chứng sản khoa hoặc hậu sản.

Tại Việt Nam, hiện còn ít dữ liệu nghiên cứu về ảnh hưởng của nhiễm *Ureaplasma* ở phụ nữ mang thai đến diễn biến trong thai kỳ như sảy

thai, dọa sinh non, sinh non, nhiễm trùng ối và các biến cố xảy ra trong chuyển dạ. Bên cạnh đó, biểu hiện lâm sàng và mức độ nặng của các biến chứng ở trẻ sơ sinh có mẹ nhiễm *Ureaplasma* vẫn chưa được tìm hiểu nhiều. Do đó, việc nghiên cứu sâu hơn về vai trò và diễn biến lâm sàng của nhiễm *Ureaplasma* trong thai kỳ cũng như ở trẻ sơ sinh là cần thiết nhằm định hướng chiến lược chẩn đoán, theo dõi và điều trị thích hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả phụ nữ có thai có kết quả xét nghiệm *Ureaplasma* và mang thai được làm xét nghiệm tại Bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City 01.01.2023 đến hết tháng 12 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn nhóm bệnh: Phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh có mẹ xét nghiệm PCR dịch âm đạo trong quá trình mang thai *Ureaplasma* dương tính (*U. parvum* hoặc *U. urealyticum*).

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh án không đầy đủ thông tin. Trẻ sơ sinh chuyển viện trong thời gian điều trị.

2.5. Tiêu chuẩn lựa chọn nhóm chứng: Tất cả phụ nữ có thai theo dõi và sinh tại Bệnh viện Vinmec Times City trong thời gian trên có kết quả xét nghiệm dịch âm đạo trong quá trình mang thai *Ureaplasma* âm tính.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập sẽ được mã hóa theo mẫu, nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 14.0. Sử dụng các test thống kê, kiểm định với mức khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ các nguyên tắc đạo đức theo Tuyên bố Helsinki 2013 và được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức của Bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City (số 15/2025/QĐ-KH/VMTC). Thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo mật theo quy định và chỉ thu thập sau khi có văn bản đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu theo tình trạng nhiễm *Ureaplasma* trong thai kỳ của mẹ (n=300)

	<i>Ureaplasma</i> dương tính	<i>Ureaplasma</i> âm tính	p
Số sản phụ	146	154	$p > 0.05$
Tuổi trung bình	32.19 (20-48, 31.3-33)	32.44 (23-45, 31.7-33.1)	$p > 0.05$

Số lần mang thai	1.84 (1-5, 1.69-2)	1.77 (1-4, 1.63-1.91)	p>0.05
Tuổi thai	37.8	p > 0.05	p>0.05
Cân nặng	2989	3035	p>0.05
Trẻ sống	141	153	p>0.05*

**Fisher's exact, Chi-quare*

Trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình của phụ nữ mang thai là 32 tuổi. Tuổi thai trung bình ở cả hai nhóm là 38 tuần, với cân nặng sơ sinh dao động từ 2.9 đến 3.0 kg, nằm trong ngưỡng tiêu chuẩn của trẻ sơ sinh khỏe mạnh.

Trong nhóm sản phụ nhiễm Ureaplasma, Ureaplasma parvum chiếm tỉ lệ cao hơn rõ rệt với 69.2%, trong khi Ureaplasma urealyticum chiếm 30.1%. Tỉ lệ đồng nhiễm với các tác nhân lây truyền qua đường tình dục khác bao gồm: Chlamydia trachomatis (7%), Mycoplasma spp. (8.9%) và Trichomonas vaginalis (2.1%). Đa số sản phụ được sàng lọc trong quý II của thai kỳ, chiếm 71.2%. Đáng chú ý, tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm Ureaplasma được điều trị bằng Azithromycin là rất cao, đạt 84.2%. Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận tỉ lệ đồng nhiễm với liên cầu nhóm B (Streptococcus agalactiae - GBS) ở mức 21%.

Trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình của phụ nữ mang thai là 32 tuổi. Tuổi thai trung bình ở cả hai nhóm là 38 tuần, với cân nặng sơ sinh dao động từ 2.9 đến 3.0 kg, nằm trong ngưỡng tiêu chuẩn của trẻ sơ sinh khỏe mạnh.

Trong nhóm sản phụ nhiễm Ureaplasma, Ureaplasma parvum chiếm tỉ lệ cao hơn rõ rệt với 69.2%, trong khi Ureaplasma urealyticum chiếm 30.1%. Tỉ lệ đồng nhiễm với các tác nhân lây truyền qua đường tình dục khác bao gồm: Chlamydia trachomatis (7%), Mycoplasma spp. (8.9%) và Trichomonas vaginalis (2.1%). Đa số sản phụ được sàng lọc trong quý II của thai kỳ, chiếm 71.2%. Đáng chú ý, tỉ lệ phụ nữ mang thai nhiễm Ureaplasma được điều trị bằng Azithromycin là rất cao, đạt 84.2%. Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận tỉ lệ đồng nhiễm với liên cầu nhóm B (Streptococcus agalactiae - GBS) ở mức 21%.

Tương tự, nhiễm Ureaplasma cũng không liên quan đến nguy cơ gia tăng các biến chứng trong quá trình chuyển dạ, bao gồm nhiễm khuẩn và viêm ối - màng ối ở sản phụ.

Bảng 2. Tìm hiểu mối liên quan giữa nhiễm Ureaplasma ở mẹ đối với trẻ sơ sinh

	Ureaplasma dương tính (n=146)	Ureaplasma âm tính (n=154)	p
Đẻ non	19	16	p>0.05
Suy hô hấp	22	16	p>0.05

Nhiễm khuẩn sơ sinh	27	14	p=0.01
---------------------	----	----	--------

**Fisher's exact, Chi-quare*

Nghiên cứu cho thấy nhiễm Ureaplasma ở sản phụ có mối liên quan tỉ lệ thuận và có ý nghĩa thống kê với tình trạng nhiễm khuẩn sớm ở trẻ sơ sinh (p < 0.05). Tuy nhiên, không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm Ureaplasma với hội chứng suy hô hấp sơ sinh cũng như tỉ lệ trẻ sinh non (p > 0.05).

Bảng 3. Tìm hiểu mối liên quan giữa việc điều trị nhiễm Ureaplasma đối với mẹ và trẻ sơ sinh sau sinh

	Điều trị Azithromycin (n=123)	Không điều trị Azithromycin (n=23)	P
Đọa sảy	9	0	p>0.05*
Sảy thai/thai lưu	2	3	p=0.03*
Đẻ non	31	2	p>0.05
Nhiễm khuẩn tiết niệu	10	2	p>0.05
Mẹ sốt	6	3	p>0.05*
Rỉ ối	10	2	p>0.05*
Kháng sinh tĩnh mạch	8	3	p>0.05*
Öi vỡ sớm	19	1	p>0.05*

**Fisher's exact, Chi-quare*

Việc điều trị bằng Azithromycin cho sản phụ trong thai kỳ cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỉ lệ sảy thai hoặc thai lưu trong quý I và quý II của thai kỳ (p < 0.05). Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ sinh non, hội chứng suy hô hấp hay nhiễm khuẩn sơ sinh sớm giữa nhóm sản phụ nhiễm Ureaplasma được điều trị và không được điều trị trong thời kỳ mang thai (p > 0.05).

Bảng 4. So sánh mối liên quan giữa nhiễm U.parvum và U.Urealyticum nguy cơ trong quá trình chuyển dạ và trẻ sơ sinh

	U.parvum (n=101)	U.urealyticum (n=44)	p
Mẹ sốt	4	5	p>0.05*
Rỉ ối	9	3	p>0.05
KS tiêm tĩnh mạch	7	4	p>0.05
Öi vỡ sớm	16	4	p>0.05
Đẻ non	13	3	p>0.05
Suy hô hấp	13	9	p=0.02

Nhiễm khuẩn sơ sinh	18	9	p>0.05
---------------------	----	---	--------

**Fisher's exact, Chi-square*

Nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhiễm *U. parvum* và *U. urealyticum* trong nguy cơ nhiễm khuẩn khi sinh ở mẹ cũng như nguy cơ sinh non hay nhiễm khuẩn sơ sinh sớm ở trẻ sơ sinh ($p > 0.05$). Tuy nhiên, một phát hiện đáng chú ý là trong quá trình mang thai mẹ nhiễm *U. parvum* ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê tới hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh ($p < 0.05\%$), so với *U. urealyticum*.

IV. BÀN LUẬN

Ureaplasma là vi khuẩn thường được phát hiện ở phụ nữ mang thai, và điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi khi có hơn một nửa số sản phụ có kết quả dương tính, phù hợp với các nghiên cứu trước đó [5]. Kể từ năm 2000, *U. parvum* đã được công nhận là một loài độc lập với *U. urealyticum*, trong đó *U. parvum* được báo cáo là phổ biến hơn và có thể có ảnh hưởng lớn hơn trong thai kỳ [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy *U. parvum* chiếm tỉ lệ cao nhất (69.2%) trong các trường hợp nhiễm *Ureaplasma*. Việc phân lập riêng biệt *U. parvum* với tần suất cao hơn và mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng nhiễm khuẩn, sốt khi sinh và ối vỡ sớm ở sản phụ gợi ý khả năng độc lực cao hơn so với *U. urealyticum*.

Ngoài ra, nhiễm *Ureaplasma* trong thai kỳ có liên quan có ý nghĩa thống kê với nhiễm trùng đường tiết niệu ở sản phụ ($p < 0.05$), phù hợp với kết quả của Walter E. Stamm và Katherine, những người đã xác định vai trò của *Ureaplasma* trong nhiễm khuẩn tiết niệu ở phụ nữ [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa nhiễm *Ureaplasma* và sảy thai hoặc thai lưu trong quý I và II. Tuy nhiên, do sảy thai/thai lưu có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau, phát hiện này cần được nghiên cứu sâu hơn. Dù vậy, kết quả vẫn cho thấy sự cần thiết của việc tầm soát và điều trị sớm *Ureaplasma* trong thai kỳ, đặc biệt khi có dấu hiệu viêm âm đạo.

Một phát hiện đáng chú ý khác là nhiễm *Ureaplasma* spp. có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng nhiễm khuẩn sơ sinh sớm ($p < 0.05$). Tuy nhiên, không ghi nhận được mối liên hệ rõ ràng giữa nhiễm *Ureaplasma* và sinh non, khi vi khuẩn này được tìm thấy ở cả các trường hợp sinh non (19 ca) và ở một nửa số sản phụ sinh đủ tháng không mang *Ureaplasma*. Phát hiện này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây, cho thấy *Ureaplasma* có thể tồn tại

ngay cả trong những trường hợp thai kỳ bình thường, không biến chứng [8].

Đáng lưu ý, việc điều trị hay không điều trị nhiễm *Ureaplasma* trong thai kỳ không có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến tỉ lệ sinh non, suy hô hấp hoặc nhiễm khuẩn sơ sinh trong nghiên cứu này. Mặc dù cỡ mẫu còn hạn chế, các kết quả thu được vẫn có giá trị thực tiễn trong lâm sàng, góp phần định hướng chẩn đoán và điều trị thích hợp.

Hiện vẫn còn tranh cãi về vai trò chính xác của *Ureaplasma* trong các bệnh lý như viêm màng ối, sinh non, suy hô hấp và nhiễm khuẩn sơ sinh, mặc dù một số nghiên cứu cho thấy mối liên hệ rõ ràng giữa sự hiện diện của vi khuẩn này và các biến chứng nói trên. Nghiên cứu của chúng tôi góp phần bổ sung bằng chứng về tác động tiềm năng của *Ureaplasma*, đặc biệt là *U. parvum*, đối với sức khỏe thai phụ và trẻ sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm *Ureaplasma* ở phụ nữ mang thai có thể liên quan đến một số biến chứng trong thai kỳ và quá trình chuyển dạ, đặc biệt là nhiễm trùng tiết niệu, sảy thai/thai lưu cũng như trẻ sơ sinh ngay sau sinh gồm nhiễm khuẩn sơ sinh. Ngoài ra, Trong nguyên nhân gây hội chứng suy hô hấp của trẻ sơ sinh thì nghiên cứu cho thấy, *U. parvum* có thể đóng vai trò độc lực quan trọng hơn so với *U. urealyticum*. Tuy nhiên, không ghi nhận mối liên quan rõ ràng giữa nhiễm *Ureaplasma* với sinh non hay suy hô hấp sơ sinh. Do đó, cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế đa trung tâm để làm rõ vai trò của *Ureaplasma*, thời điểm nhiễm cũng như hiệu quả và an toàn của các phác đồ điều trị trong thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Maxwell NC, Davies PL, Kotecha S. Antenatal infection and inflammation: what is new? *Curr Opin Infect Dis.* 2006;19(3):253 - 4
2. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, et al. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet.* 2008; 371: 75 - 84.
3. Rittenschober-Böhm J, Waldhoer T, Schulz SM, et al. Vaginal *Ureaplasma parvum* serovars and spontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2019; June; 220(6):594.e1 - 594.e9.
4. Kacerovský M, Boudys L. Preterm premature rupture of membranes and *Ureaplasma urealyticum*. *Ceska Gynekol.* 2008; 73(3): 154 - 159.
5. Daiva Bartkeviciene, Gina Opolskiene, Agne Bartkeviciute. The impact of *Ureaplasma* infections on pregnancy complications. *Libyan J Med.* 2020 Aug 28; 15(1):1812821.
6. Donders GG, Van Calsteren C, Bellen G, et al. Association between abnormal vaginal flora and cervical length as risk factors for preterm

- birth. Ultrasound Obstet Gynecol. 2010.
7. **Stamm WE, Running K, Hale J, Holmes KK ex Transm Dis.** Etiologic role of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum in women with the acute urethral syndrome. 1983;10(4 Suppl):318]
8. **Steel JH, Malatos S, Kennea N, et al.** Bacteria and inflammatory cells in fetal membranes do not always cause preterm labor. *Pediatr Res.* 2005; 57: 404 - 411.

ĐẶC ĐIỂM LƯỢNG MÁU MÁT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở SẢN PHỤ SINH THƯỜNG NGẢ ÂM ĐẠO TẠI TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC THANH PHÚ NĂM 2025

Bùi Xuân Tươi¹, Lê Thị Minh Nguyệt¹, Nguyễn Thị Diễm¹,
Huỳnh Lê Tấn Phúc¹, Hồ Thị Bích Liên¹, Lâm Đức Tâm²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Băng huyết sau sinh (BHSS) là một trong năm tai biến sản khoa nguy hiểm và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trên thế giới, đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chăm sóc sản khoa, tỷ lệ chảy máu sau sinh vẫn còn đáng kể và gây ra biến chứng nặng trong 24 giờ đầu sau sinh. **Với mục tiêu** là mô tả đặc điểm lượng máu mất và một số yếu tố liên quan ở sản phụ sinh thường ngả âm đạo tại Trung tâm Y tế khu vực Thanh Phú năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 80 sản phụ sinh thường ngả âm đạo và theo dõi trong vòng 24 giờ sau sinh tại Trung tâm Y tế khu vực Thanh Phú từ tháng 3 đến tháng 10 năm 2025. Dữ liệu được thu thập qua phỏng vấn đặc điểm chung, quá trình chuyển dạ sinh, đánh giá cuộc sinh đường âm đạo và theo dõi lượng máu mất trong vòng 24 giờ và phân tích bằng phần mềm thống kê. **Kết quả:** Đa số sản phụ dưới 35 tuổi, làm nghề nông, sinh đủ tháng, tỷ lệ thừa cân chiếm 26,3%. Nguyên nhân chảy máu chủ yếu là chảy máu sinh lý sau sổ nhau (81,3%), tiếp đến là đờ tử cung (16,3%). Lượng máu mất trung bình tương đối thấp, yếu tố nguy cơ bao gồm sinh con nhiều lần, thai to, thiếu máu trước sinh và tăng huyết áp thai kỳ. **Kết luận:** Nghiên cứu cung cấp thông tin thực tế về lượng máu mất và một số yếu tố nguy cơ liên quan đến chảy máu sau sinh tại tuyến cơ sở, góp phần nâng cao hiệu quả nhận diện, phòng ngừa và xử trí kịp thời, giảm biến chứng và tử vong mẹ. **Từ khóa:** băng huyết sau sinh, lượng máu mất, yếu tố nguy cơ, sinh thường.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF BLOOD LOSS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG WOMEN UNDERGOING NORMAL VAGINAL DELIVERY AT THANH PHU REGIONAL

¹Trung tâm Y tế Khu vực Thanh Phú, tỉnh Vĩnh Long

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

MEDICAL CENTER IN 2025

Introduction: Postpartum hemorrhage (PPH) is one of the five most dangerous obstetric complications and remains a leading cause of maternal mortality worldwide, particularly in low- and middle-income countries. Despite considerable advances in obstetric care, the incidence of postpartum bleeding remains substantial and continues to cause severe complications within the first 24 hours after delivery. **Objective:** To investigate the characteristics of blood loss and associated factors among women undergoing normal vaginal delivery at Thanh Phu Regional Medical Center in 2025. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 80 women who delivered vaginally and were monitored during the first 24 hours postpartum at Thanh Phu Regional Medical Center from March to October 2025. Data were collected through interviews and medical records, and analyzed using statistical software. **Results:** Most participants were younger than 35 years, worked in agriculture, and delivered at term; overweight status accounted for 26.3%. The primary causes of postpartum bleeding were physiological bleeding after placental expulsion (81.3%), followed by uterine atony (16.3%). The mean blood loss was relatively low. Risk factors for increased blood loss included multiparity, macrosomia, antenatal anemia, and hypertensive disorders of pregnancy. **Conclusion:** This study provides practical evidence on the extent of blood loss and associated risk factors for PPH at the primary healthcare level. The findings support improved early recognition, prevention, and timely management to reduce maternal complications and mortality. **Keywords:** postpartum hemorrhage, blood loss, risk factors, vaginal delivery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Băng huyết sau sinh (BHSS) là một trong năm tai biến sản khoa nguy hiểm, đồng thời là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trên thế giới, đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển[1]. Hiện nay, những tiến bộ trong chăm sóc sản khoa giúp giảm đáng kể các biến chứng nguy hiểm cho thai phụ, tuy nhiên, tỷ lệ chảy máu sau sinh thường vẫn còn đáng kể và gây ra những biến chứng nặng trong 24 giờ