

- 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

đầu sau sinh[2]. Chính vì vậy, việc nhận diện các đặc điểm về lượng máu mất, một số yếu tố nguy cơ và áp dụng các biện pháp can thiệp, phòng ngừa đóng vai trò quyết định trong việc giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong mẹ. Bên cạnh đó, tại các cơ sở y tế tuyến dưới như Trung tâm Y tế khu vực Thạnh Phú, nơi được xem là còn hạn chế về nguồn nhân lực chuyên sâu về sản phụ khoa và các trang thiết bị, việc thu thập và xây dựng nguồn dữ liệu thực tế từ nghiên cứu có ý nghĩa đặc biệt quan trọng trong việc xây dựng quy trình theo dõi và xử trí chảy máu sau sinh thường một cách chuẩn hóa, qua đó hỗ trợ tối ưu, giảm thiểu biến chứng và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản cho thai phụ tại địa phương. Nghiên cứu thực hiện với mô tả đặc điểm lượng máu mất và một số yếu tố liên quan ở sản phụ sinh thường ngã âm đạo tại Trung tâm Y tế khu vực Thạnh Phú năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả sản phụ được sinh thường đường âm đạo và theo dõi sau sinh trong 24 giờ tại Trung tâm Y tế khu vực Thạnh Phú, tỉnh Vĩnh Long từ tháng 3/2025 đến tháng 10/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu: - Sản phụ được sinh thường đường sinh ngã âm đạo và được theo dõi trong vòng 24 giờ đầu sau sinh.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: - Sản phụ có chảy máu sau sinh có sốc giảm thể tích, chảy máu sau sinh có chỉ định can thiệp phẫu thuật.

- Sản phụ có tiền sử mắc các bệnh lý rối loạn đông máu, bệnh lý về máu được chẩn đoán.

- Sản phụ chảy máu do các bệnh lý sản khoa khác như tiền sản giật, sản giật, hội chứng HELLP, vỡ tử cung, các thương tổn của bệnh lý bánh nhau như nhau bong non, nhau không bong, nhau cài răng lược.

- Sản phụ sinh tại các cơ sở y tế khác hoặc sinh ngoại viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện cho tất cả các trường hợp sinh thường theo đường âm đạo trong thời gian nghiên cứu tại Trung tâm.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ tất cả sản phụ sinh thường đường âm đạo và được theo dõi có chảy máu sau khi sổ thai đến sau 24 giờ sau sinh trong năm 2025 tại Trung tâm Y tế khu vực Thạnh Phú thoả đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu, tiêu chuẩn loại trừ, và đồng ý

tham gia nghiên cứu.

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu: Quy trình nghiên cứu được tiến hành bằng cách lựa chọn và phân nhóm đối tượng dựa trên đặc điểm dịch tễ, sản phụ khoa, nội khoa và chỉ số BMI thông qua phỏng vấn kết hợp với hồ sơ bệnh án. Các thông tin lâm sàng như tuổi thai, tiền thai, thời gian chuyển dạ, lượng máu mất sau sinh, nguyên nhân chảy máu và cân nặng trẻ sơ sinh được ghi nhận đầy đủ trong quá trình theo dõi sinh, sinh đường âm đạo và sau sinh trong 24 giờ. Song song đó, các chỉ số cận lâm sàng gồm công thức máu, hemoglobin và hematocrit trước sinh cũng được thu thập và đánh giá. Dữ liệu được thu thập thống nhất bằng bảng câu hỏi chuẩn hóa, phỏng vấn trực tiếp và khai thác hồ sơ bệnh án. Cuối cùng, toàn bộ số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê nhằm xác định mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và lượng máu mất sau sinh.

2.2.4. Xử lý số liệu: Sau khi thu thập, toàn bộ dữ liệu được kiểm tra và nhập vào máy tính bằng Excel trước khi phân tích bằng phần mềm Stata 14. Các biến định tính được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ, trong khi các biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, hoặc trung vị và khoảng giá trị khi phân phối bị lệch. Các kiểm định thống kê được lựa chọn tùy theo đặc tính của biến độc lập, gồm kiểm định Student, ANOVA, Mann-Whitney hoặc Kruskal-Wallis. Khi có yếu tố gây nhiễu, tỷ lệ chênh lệch chỉnh được sử dụng để đánh giá mối liên quan, với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Bộ câu hỏi được chuẩn hóa và thử nghiệm nhiều lần nhằm giảm sai số trong thu thập và phân tích dữ liệu.

2.2.5. Y đức: Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ đạo đức y khoa khi tất cả sản phụ đều được tư vấn đầy đủ về mục đích nghiên cứu và chỉ tham gia sau khi đồng ý tự nguyện. Các thông tin cá nhân và kết quả cận lâm sàng được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục tiêu nghiên cứu. Quy trình khám và chỉ định cận lâm sàng vẫn tuân theo tiêu chuẩn chuyên môn, không làm phát sinh nguy cơ cho người tham gia. Kết quả nghiên cứu được báo cáo trung thực và công khai theo đúng quy định. Nghiên cứu trên hồ sơ bệnh án chỉ được tiến hành sau khi được sự chấp thuận của Hội đồng và Trung tâm Y tế khu vực Thạnh Phú.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=80)

Đặc điểm	Nhóm	Số lượng	Tỷ lệ
----------	------	----------	-------

		(n)	(%)
Tuổi sản phụ	Dưới 35 tuổi	59	73,8
	Từ 35 tuổi trở lên	21	26,3
Nghề nghiệp	Cán bộ viên chức	2	2,5
	Nông dân	52	65,0
	Công nhân	7	8,8
	Khác	19	23,8
Tuổi thai	Dưới 37 tuần	2	2,5
	Từ 37 tuần trở lên	78	97,5
Thừa cân (BMI ≥23)	Không	59	73,8
	Có	21	26,3
Vết mổ lấy thai cũ	Không	79	98,8
	Có	1	1,3
	Tổng	80	100%

Nhận xét: Trong 80 sản phụ được đưa vào nghiên cứu, nhóm tuổi < 35 tuổi chiếm đa số (73,8%), nhóm ≥35 tuổi chiếm 26,3%. Điều này cho thấy trường hợp sinh thường tập trung ở lứa tuổi sinh sản điển hình, nhóm tuổi ≥35-đây là nhóm được xem có nguy cơ cao hơn về biến chứng sản khoa, trong đó có chảy máu sau sinh. Về nghề nghiệp, 65% sản phụ là nông dân, phản ánh đặc điểm khu vực dân cư chủ yếu là lao động phổ thông; nhóm cán bộ viên chức và công nhân là 2,5% và 8,8%, nhóm nghề khác chiếm 23,8%. Về tuổi thai, đa số các trường hợp là đủ tháng (≥37 tuần, 97,5%), là các ca sinh thường đủ tháng, ít trường hợp sinh non (2,5%). Tỷ lệ thừa cân (BMI ≥23) chiếm 26,3%, tương đối phù hợp với xu hướng gia tăng thừa cân ở phụ nữ mang thai hiện nay. Nhóm có vết mổ lấy thai cũ chiếm tỷ lệ rất thấp (1,3%).

Bảng 2: Đặc điểm tiền sử của đối tượng nghiên cứu (n=80)

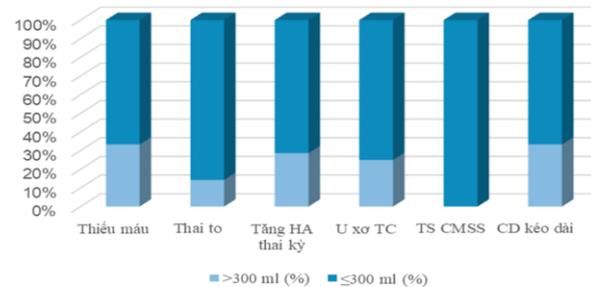
Đặc điểm tiền sử	Nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử chảy máu sau sinh	Không	78	97,5
	Có	2	2,5
Tiền sử sinh con to (>3500 g)	Không	74	92,5
	Có	6	7,5
Tiền sử u xơ tử cung	Không	72	90,0
	Có	8	10,0
Tiền sử thiếu máu trước sinh	Không	68	85,0
	Có	12	15,0
Tiền sử tăng huyết áp thai kỳ	Không	73	91,3
	Có	7	8,8

Nhận xét: Đa số sản phụ không có tiền sử bệnh lý sản khoa đáng kể, tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ nhỏ mang yếu tố nguy cơ như thiếu máu, u xơ cơ tử cung, sinh con to hoặc tăng huyết áp thai kỳ, cần được theo dõi kỹ hơn trong quá trình chuyển dạ và sau sinh.

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân chảy máu sau sinh thường

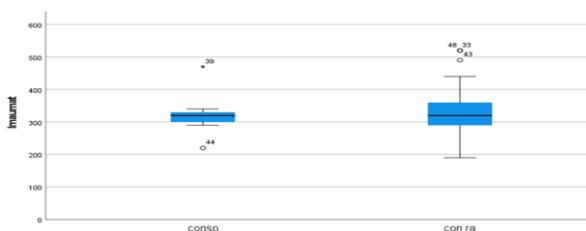
Đặc điểm	Nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nguyên nhân chảy máu sau sinh	Đờ tử cung	13	16,3
	Chấn thương đường sinh dục	2	2,5
	Chảy máu sinh lý sau sổ nhau	65	81,3
Tiền thai	Con so	7	8,8
	Con ọ	73	91,3
Chuyển dạ kéo dài	Không	77	96,3
	Có	3	3,8
Trọng lượng sơ sinh	Dưới 3500 g	73	91,3
	Từ 3500g trở lên	7	8,8
Thiếu máu trước sinh	Không	67	83,8
	Có	13	16,3

Nhận xét: Trong 80 sản phụ, nguyên nhân chảy máu sau sinh chủ yếu là chảy máu sinh lý sau sổ nhau, chiếm 81,3%, có 16,3% là đờ tử cung và chấn thương đường sinh dục là 2,5%. Đa số sản phụ là con ọ (91,3%), nhóm chiếm ưu thế rõ rệt so với con so (8,8%). Phần lớn các ca không có chuyển dạ kéo dài (96,3%). Về trọng lượng sơ sinh, 91,3% trẻ nặng dưới 3500g và 8,8% là thai to (≥3500 g). Có 16,3% sản phụ thiếu máu trước sinh, 83,8% có tình trạng huyết sắc tố bình thường. Các kết quả này cho thấy rối loạn cơ hồi tử cung là nguyên nhân chính gây chảy máu sau sinh thường, trong đó yếu tố như con ọ, thai to, thiếu máu trước sinh và chuyển dạ kéo dài có thể góp phần làm tăng nguy cơ mất máu.



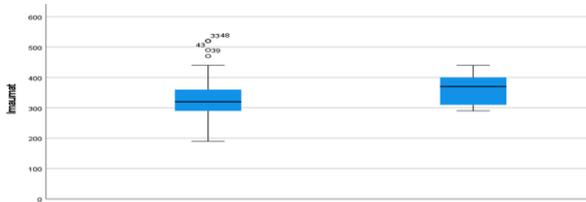
Biểu đồ 1: Phân bố lượng máu mất sau sinh thường giữa các nhóm yếu tố nguy cơ

Nhận xét: Hầu hết yếu tố nguy cơ đều có tỷ lệ mất máu >300 ml chiếm ưu thế nên phần lớn sản phụ có bệnh lý đi kèm có mất máu trên 300 ml, phản ánh tình trạng chảy máu sau sinh khá phổ biến. Biểu đồ có tỷ lệ mất máu sau sinh thường >300 ml tăng rõ ở nhóm có yếu tố nguy cơ nổi bật là sinh thai to (85,7%), bị u xơ cơ tử cung (75%), tăng huyết áp thai kỳ (71,4%) và tiền sử chảy máu sau sinh ở thai kỳ trước (100%). Những yếu tố này cần được theo dõi sát và dự phòng tích cực trong cuộc sinh, đặc biệt ở tuyến cơ sở.



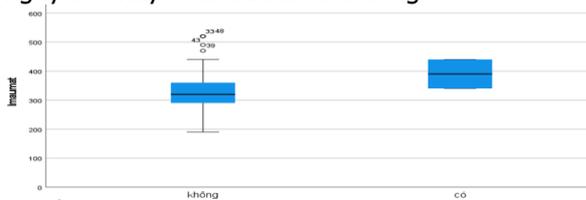
Biểu đồ 2: Phân bố lượng máu mất (ml) theo tiền thai (con so và con rạ)

Nhận xét: Biểu đồ cho thấy trung vị lượng máu mất ở hai nhóm tương đương, song nhóm con rạ có độ phân tán cao hơn và xuất hiện nhiều trường hợp mất máu lớn hơn 450 ml. Kết quả này gợi ý rằng nhóm con rạ có xu hướng mất máu nhiều hơn, phù hợp với giả thuyết về giảm trương lực cơ tử cung ở những sản phụ sinh nhiều lần.



Biểu đồ 3: Phân bố lượng máu mất (ml) theo tiền sử tăng huyết áp trong thai kỳ (có và không)

Nhận xét: Biểu đồ cho thấy trung vị lượng máu mất ở nhóm có tăng huyết áp cao hơn nhóm không tăng huyết áp (370 ml so với 320 ml). Mặc dù sự chênh lệch chưa lớn, xu hướng này cho thấy tăng huyết áp thai kỳ có thể ảnh hưởng đến quá trình co hồi tử cung và tăng nguy cơ chảy máu sau sinh thường.



Biểu đồ 4: Phân bố lượng máu mất (ml) và tiền sử chảy máu sau sinh (có và không)

Nhận xét: Sản phụ có tiền sử chảy máu sau sinh có xu hướng mất máu cao hơn rõ rệt trong lần sinh hiện tại. Trung vị lượng máu mất ở nhóm này đạt khoảng 400 ml, trong khi nhóm không có tiền sử chỉ khoảng 320 ml. Kết quả này phản ánh đặc điểm tái diễn của hiện tượng đờ tử cung hoặc bất thường đông máu ở một số sản phụ. Điều này phù hợp với các báo cáo lâm sàng cho thấy tiền sử chảy máu sau sinh là yếu tố nguy cơ tiên lượng mạnh cho chảy máu tái phát, đòi hỏi theo dõi chặt chẽ và chuẩn bị dự phòng trong các cuộc sinh sau.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân. Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là sản phụ dưới 35 tuổi, làm nghề nông, thai đủ tháng, phần lớn không thừa cân béo phì, và tỉ lệ tiền sử bệnh lý sản khoa cũng thấp. Kết quả này cho thấy đa phần trường hợp sinh thường thuộc nhóm tuổi sinh sản điển hình; nhóm ≥ 35 tuổi chiếm tỷ lệ thấp hơn, nhưng được đánh giá có nguy cơ biến chứng sản khoa cao hơn, bao gồm chảy máu sau sinh. Đáng chú ý, tỷ lệ thiếu máu trước sinh, tiền sử u xơ tử cung, tiền sử sinh con to hay tăng huyết áp thai kỳ đều ở mức thấp, song vẫn cần chú ý theo dõi sát các trường hợp này vì có nguy cơ gặp biến chứng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu tương tự của tác giả Michael S Kramer khẳng định rằng đặc điểm dịch tễ học như tuổi mẹ, nghề nghiệp, chỉ số BMI, tiền sử mắc bệnh nội khoa là yếu tố nền tảng liên quan nguy cơ chảy máu sau sinh[3]. Đặc biệt, các nghiên cứu gần đây tại Châu Á và khu vực Đông Nam Á cho thấy thiếu máu thai kỳ (Hb $< 11\text{g/dl}$) là yếu tố nguy cơ mạnh cho chảy máu sau sinh, thậm chí tác động mạnh hơn so với béo phì ở sản phụ và góp phần làm tăng tỷ lệ chảy máu, cũng như kéo dài thời gian phục hồi sau sinh. Về nghề nghiệp, nhóm phụ nữ làm lao động phổ thông, nông dân thường có nguy cơ thiếu máu cao hơn, góp phần tăng nguy cơ bệnh lý sản khoa. Tóm lại, các đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với mô hình dịch tễ học sinh sản tại nông thôn Việt Nam và tương đồng với bệnh nhân ở các quốc gia Châu Á, nhưng nhấn mạnh tầm quan trọng của sàng lọc nguy cơ (thiếu máu, tiền sử sản khoa, tuổi mẹ, thừa cân) trong chiến lược phòng ngừa chảy máu sau sinh.

4.2. Tỷ lệ, nguyên nhân, lượng máu mất trung bình và các yếu tố nguy cơ của chảy máu sau sinh. Nghiên cứu lớn từ Australia cho thấy lượng máu mất trung bình ở các ca BHSS nặng là 6000 ml (tương ứng với các trường hợp cần can thiệp tích cực)[4]. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu lâm sàng ghi nhận lượng máu mất khoảng 250-400 ml đối với sinh thường không có biến chứng, gần sát với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Riêng về yếu tố nguy cơ, các nghiên cứu gần đây của tác giả Emma Barth và Chen-Ning Liu xác nhận: Tuổi mẹ > 35 , sản phụ thừa cân/béo phì (đặc biệt BMI $\geq 23\text{ kg/m}^2$ ở châu Á), tiền sử sinh con to, thiếu máu thai kỳ, tăng huyết áp thai kỳ, tiền sử chảy máu sau sinh, tiền sử mổ lấy thai hoặc u xơ tử cung đều làm tăng rõ rệt

nguy cơ chảy máu sau sinh. Kéo dài thời gian chuyển dạ, đa thai, sinh bằng thủ thuật lấy thai hoặc sinh mổ, tiền sử mổ lấy thai hoặc bất thường nhau thai là các yếu tố nguy cơ nổi bật được xác nhận ở nhiều nghiên cứu quốc tế, đặc biệt các trường hợp có lượng máu mất ≥ 1500 ml. Thiếu máu trước sinh là yếu tố nguy cơ mạnh cả về mức độ xuất hiện BHSS lẫn tính chất nghiêm trọng, cần quan tâm trong chiến lược phòng ngừa [5],[6]. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi với lượng máu mất trung bình thấp và nguyên nhân chủ yếu là đờ tử cung cho thấy quy trình sàng lọc, quản lý, chủ động phòng ngừa BHSS tại cơ sở thực hiện khá hiệu quả, phù hợp xu hướng kiểm soát BHSS lâm sàng hiện đại. Tuy nhiên, vẫn cần tăng cường nhận diện các yếu tố nguy cơ như thiếu máu và béo phì, cũng như nâng cao năng lực chẩn đoán và xử trí nhanh các trường hợp có nguy cơ cao.

4.3. So sánh lượng máu mất với các nghiên cứu trong nước và quốc tế. Theo nghiên cứu tổng hợp từ 18 công trình cho đo lường lượng máu mất sau sinh ở các trung tâm sản phụ khoa trên toàn thế giới của tác giả NL Sloan cho thấy lượng máu mất trung bình sau sinh trong khoảng từ 149 ml đến 548 ml [7], với mức trung bình phổ biến khoảng 500 ml ở những sản phụ được quản lý với thuốc co hồi tử cung. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi với mức độ trung bình máu mất nằm trong phạm vi 150-500 ml nhưng có sự đa dạng tùy từng cá thể và điều kiện lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi nên được bổ sung một yếu tố quan trọng bằng việc xem xét kỹ các yếu tố nguy cơ làm tăng lượng máu mất sau sinh thường, trong khi các nghiên cứu tổng hợp quốc tế cho thấy giá trị trung bình chung quanh mức 500 ml. Nghiên cứu của Blum một thử nghiệm ngẫu nhiên, mù đôi, đa trung tâm tại 5 bệnh viện ở Burkina Faso, Ai Cập, Thổ Nhĩ Kỳ và Việt Nam tập trung vào nhóm sản phụ bằng huyết nặng với trung vị máu mất khoảng 700 ml tại thời điểm điều trị [8], cao hơn nhiều so với mức mất máu trung bình khoảng 300-400 ml trong nghiên cứu của chúng tôi trên nhóm sinh thường nói chung. Sự khác biệt này phù hợp với bối cảnh nghiên cứu khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Độ tuổi trung bình là $30,58 \pm 5,83$, 73,7% sản phụ từ 20 đến 34 tuổi từ 35 tuổi trở lên là 26,3%. Nghề nghiệp là nông dân (65%). Có tiền căn chảy máu sau sinh 2,5%, sẹo mổ cũ tử cung 1,3%, u xơ cơ tử cung

10% và sinh con to 7,5%. Thiếu máu chiếm 15%, tăng huyết áp 8,8%, thừa cân béo phì 26,3%. Nguyên nhân chảy máu sau sinh chủ yếu là chảy máu sinh lý sau sổ nhau (81,3%), đờ tử cung 16,2%, chấn thương đường sinh dục 2,5%. Có 16,2% thiếu máu trước sinh là. Lượng máu mất trung bình của sản phụ sinh đường âm đạo là $330,5 \pm 66,7$ ml (dao động 190 đến 520 ml), thấp hơn ngưỡng định nghĩa chảy máu sau sinh của WHO (≥ 500 ml).

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lượng máu mất và tuổi thai ($p < 0,05$). Các yếu tố khác như tuổi mẹ, nghề nghiệp, thiếu máu, thai to, chuyển dạ kéo dài chưa có mối liên quan có ý nghĩa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Wei J, Yi Y, Li X, Xu Y, Fan L, Huang H.** Global, regional, and national burden of maternal hemorrhage: a systematic analysis from the global burden of disease 2021 and projections to 2030. *BMC Pregnancy Childbirth* 2025;25:1164. <https://doi.org/10.1186/S12884-025-08353-X>.
- Snelgrove JW.** Postpartum Haemorrhage in the Developing World A Review of Clinical Management Strategies. *McGill Journal of Medicine: MJM* 2009;12:61. <https://doi.org/10.26443/mjm.v12i2.279>.
- Kramer MS, Dahhou M, Vallerand D, Liston R, Joseph KS.** Risk Factors for Postpartum Hemorrhage: Can We Explain the Recent Temporal Increase? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2011;33:810-9. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34984-2](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34984-2).
- Wang MJ, Oyelese Y.** Postpartum Hemorrhage. *Maternal-Fetal Medicine* 2024;7:38. <https://doi.org/10.1097/FM9.0000000000000261>.
- Barth E, Klapdor R, Brodowski L, Hillemanns P, von Kaisenberg C, Düttemeyer V.** Postpartum hemorrhage: risk factors for severe blood loss, surgical intervention and peripartum hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet* 2025; 312:167. <https://doi.org/10.1007/S00404-025-07969-W>.
- Liu C ning, Yu F bing, Xu Y zhe, Li J sheng, Guan Z hong, Sun M na, Liu C an, He F, Chen D jin.** Prevalence and risk factors of severe postpartum hemorrhage: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21. <https://doi.org/10.1186/S12884-021-03818-1>.
- Sloan N, Durocher J, Aldrich T, Blum J, Winikoff B.** What measured blood loss tells us about postpartum bleeding: a systematic review. *Bjog* 2010;117:788. <https://doi.org/10.1111/J.1471-0528.2010.02567.X>.
- Blum J, Winikoff B, Raghavan S, Dabash R, Ramadan MC, Dilbaz B, Dao B, Durocher J, Yalvac S, Diop A, Dzuba IG, Thi N, Ngoc N.** Articles Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin: a double-blind, randomised, non-inferiority trial 2010. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61923-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61923-1).