

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC CO HỒI TỬ CUNG TRONG DỰ PHÒNG BĂNG HUYẾT SAU SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐỒNG NAI - 2

Phạm Mạnh Toàn^{1,2}, Trương Hữu Phương¹, Nguyễn Hương Thảo^{1*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Băng huyết sau sinh (BHSS) là biến chứng gây tử vong hàng đầu ở sản phụ. Tình trạng này có thể dự phòng bằng thuốc co hồi tử cung.

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm sử dụng thuốc dự phòng BHSS và các yếu tố liên quan đến lượng máu mất sau sinh.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên hồ sơ bệnh án (HSBA) của sản phụ được chỉ định thuốc co hồi tử cung dự phòng BHSS tại Khoa Sản, Bệnh viện Đồng Nai-2 (01/01/2025-31/03/2025). Dữ liệu thu thập gồm đặc điểm sản phụ và sử dụng thuốc. Hồi quy logistic đa biến được dùng để khảo sát các yếu tố liên quan đến lượng máu mất sau sinh, với mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Kết quả: Có 415 HSBA được khảo sát (tuổi trung vị 30 (26-33)). Sản phụ có tiền sử bất thường khi sinh chiếm 16,5%. Tỷ lệ sử dụng oxytocin, ergometrin, carbetocin và misoprostol lần lượt là 100%; 44,1%; 35,7% và 8,4%. Gần một nửa (47,7%) được sử dụng phối hợp 2 thuốc. Lượng máu mất sau sinh trung vị là 200 (150-200) ml. Tỷ lệ sản phụ gặp biến chứng sau sinh là 4,8%, chủ yếu là tử cung co hồi kém, chậm (3,1%). Sinh mổ và tiền sử bất thường khi sinh liên quan đến tăng nguy cơ mất máu ≥ 200 ml sau sinh ($p < 0,001$).

Kết luận: Oxytocin là thuốc dự phòng BHSS phổ biến nhất. Sản phụ sinh mổ hoặc có tiền sử bất thường khi sinh cần được theo dõi tích cực hơn.

Từ khóa: băng huyết sau sinh, dự phòng, thuốc co hồi tử cung.

SUMMARY

INVESTIGATION ON UTEROTONIC USE IN POSTPARTUM HEMORRHAGE PROPHYLAXIS AT DONG NAI - 2 HOSPITAL

Background: Postpartum hemorrhage (PPH) is a leading cause of maternal mortality. This condition can be prevented by using uterotonic agents.

Objectives: To describe the patterns of prophylactic uterotonic use, and to identify factors associated with volume of blood loss after delivery.

Materials and methods: Descriptive cross-sectional study was conducted on medical records of parturients receiving uterotonic(s) for PPH prophylaxis at the Obstetrics Department, Dong Nai-2 Hospital (January 1st, 2025 - March 31st, 2025). Data collected included patients' characteristics and patterns of uterotonic use. Multivariate logistic

regression was used to identify factors associated with postpartum blood loss volume, with statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: There were 415 medical records included (median age 30 (26-33) years). Parturients having abnormal obstetric history were 16.5%. Oxytocin, ergometrine, carbetocin, and misoprostol were indicated in 100%, 44.1%, 35.7%, and 8.4% parturients, respectively. Nearly half (47.7%) received a combination of two uterotonics. The median estimated blood loss volume was 200 (150-200) ml. Postpartum complications occurred in 4.8% of cases, mostly poor uterine contractions (3.1%). Cesarean delivery and abnormal obstetric history were associated with increased blood loss volume ≥ 200 ml ($p < 0.001$).

Conclusions: Oxytocin was predominantly indicated for PPH prophylaxis. Closer monitoring is needed in parturients with cesarean delivery or abnormal labor history.

Keywords: postpartum hemorrhage, prophylaxis, uterotonic agents.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Băng huyết sau sinh (BHSS) là một trong những tai biến sản khoa phổ biến và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở sản phụ [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization - WHO), BHSS xảy ra ở khoảng 2% sản phụ và gây ra gần ¼ số ca tử vong ở mẹ trên toàn cầu, nhất là các nước có thu nhập thấp [1]. Ở một số khu vực như Mỹ Latin hoặc châu Á, tỷ lệ BHSS có thể lên đến 9,2-10,8% [2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ này chiếm khoảng 2,8% [3].

Nguyên nhân của BHSS thường liên quan đến tình trạng dãn tử cung [1]. Bên cạnh đó, chấn thương đường sinh dục, nguy hiểm nhất là vỡ tử cung, bất thường về bong và sổ nhau, có thể gây ra BHSS [1]. Ngoài ra, tiền sử sinh nhiều lần và đa thai làm tăng nguy cơ BHSS [1]. Tình trạng BHSS có thể được dự phòng bằng xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ, bao gồm sử dụng thuốc co hồi tử cung [1]. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của Bộ Y tế (2016) và WHO (2012) đều khuyến cáo oxytocin là lựa chọn đầu tay để dự phòng BHSS, nhờ tác dụng nhanh và an toàn [1] [4]. Ngoài ra, các lựa chọn khác bao gồm ergometrin, misoprostol, carbetocin [1].

Khoa Sản, Bệnh viện Đồng Nai-2 tiếp nhận hơn 200 sản phụ/tháng. Việc dự phòng BHSS tại bệnh viện được tiến hành theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2016) và Phác đồ điều trị Sản-Phụ khoa của Bệnh viện Từ Dũ (2019). Tuy nhiên, việc khảo sát sử dụng thuốc dự phòng BHSS tại cơ sở chưa được thực hiện. Nhằm mang lại cái nhìn toàn diện về sử dụng thuốc dự phòng BHSS, chúng tôi tiến hành nghiên

¹Trường Dược, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh Viện Đa Khoa Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hương Thảo

Email: thao.nh@ump.edu.vn

Mã bài: N472

Ngày nhận bài: 28/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 26/3/2026

Ngày duyệt bài: 28/4/2026

cứu “Khảo sát tình hình sử dụng thuốc co hồi tử cung trong dự phòng băng huyết sau sinh tại Bệnh viện Đồng Nai - 2” nhằm mục tiêu (1) khảo sát đặc điểm sử dụng thuốc dự phòng BHSS và (2) xác định các yếu tố liên quan đến lượng máu mất sau sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Hồ sơ bệnh án (HSBA) của sản phụ được chỉ định các thuốc co hồi tử cung để dự phòng BHSS tại Khoa Sản, Bệnh viện Đồng Nai - 2 từ 01/01/2025 đến 31/03/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Sản phụ sinh thường hoặc sinh mổ
Thai sống với tuổi thai từ 28-42 tuần

Tiêu chuẩn loại trừ:

Chẩn đoán BHSS tại cơ sở y tế khác trước khi chuyển đến

Có bệnh lý: rối loạn đông máu, nhiễm trùng huyết, bệnh bạch cầu hoặc rối loạn sinh tủy
Tiền sử dị ứng với thuốc co hồi tử cung

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chúng tôi thu thập toàn bộ HSBA thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm của sản phụ: tuổi, số lần sinh, cách sinh, bệnh kèm, tiền sử bất thường khi sinh.

Đặc điểm của trẻ khi sinh: tuổi thai, giới tính, trọng lượng khi sinh.

Đặc điểm sử dụng thuốc dự phòng BHSS: tên thuốc, liều dùng, đường dùng, phối hợp thuốc.

Lượng máu mất và biến chứng sau sinh.

Yếu tố liên quan đến lượng máu mất sau sinh: tuổi sản phụ, cách sinh, trọng lượng thai, bệnh kèm, tiền sử bất thường khi sinh, phối hợp thuốc dự phòng BHSS.

2.2.4. Xử lý và trình bày số liệu

Dữ liệu được lưu trữ bằng phần mềm Microsoft Excel 2022. Các phép kiểm thống kê được tiến hành trên phần mềm SPSS 26.0. Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) (không phải phân phối chuẩn). Các biến định danh được trình bày dưới dạng tần số (tỷ lệ %). Hồi quy logistic đa biến được dùng để khảo sát các yếu tố liên quan đến lượng máu mất sau sinh, với mức ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược

Thành phố Hồ Chí Minh theo giấy chấp thuận số 841/DHYD-HĐĐĐ, ngày 18/02/2025.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của sản phụ và trẻ khi sinh

Tổng cộng 415 HSBA thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Đa số sản phụ có độ tuổi 25-34 (70,7%). Khoảng một nửa sinh thường (53,5%) và phần lớn sinh con đầu lòng (45,3%). Tỷ lệ sản phụ có tiền sử bất thường khi sinh là 16,5%, trong đó tiền sử sảy/nạo/hút thai là 8,2%. Hơn ¼ sản phụ có bệnh kèm (27,2%), phổ biến nhất là thiếu máu (50,4%). Đặc điểm của sản phụ được trình bày ở Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm của sản phụ (N=415)

Đặc điểm của sản phụ		Tần số	Tỷ lệ %
	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	30,0 (26,0-33,0)	
Nhóm tuổi	<20	5	1,2
	20-24	55	13,3
	25-29	143	34,5
	30-34	150	36,2
	≥ 35	62	14,8
Số lần sinh	Lần 1	188	45,3
	Lần 2	157	37,8
	Lần 3	62	14,8
	Lần 4	8	2,1
Cách sinh	Sinh thường	222	53,5
	Sinh mổ	193	46,5
Tiền sử bất thường khi sinh của sản phụ	Sảy/nạo/hút thai	34	8,2
	Bất thường nhau thai	16	3,9
	Tử cung co hồi kém	11	2,7
	Băng huyết sau sinh	7	1,7
	Không có	347	83,5
Bệnh kèm	Có	113	27,2
	Không	302	72,8
Loại bệnh kèm (N=113)	Thiếu máu	57	50,4
	Đái tháo đường	21	18,6
	Tăng huyết áp	16	14,2
	Viêm gan B	11	9,7
	Suy giáp	8	7,1

Tuổi thai trung vị là 38,5 (38,0-39,0) tuần tuổi, đa phần là 37-<39 tuần tuổi (52,1%), nữ chiếm 54,2%. Đặc điểm của trẻ khi sinh được trình bày cụ thể ở Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm của trẻ khi sinh (N=415)

		Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi thai (tuần)	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	38,5 (38,0-39,0)	
	<37	28	6,7
	37-< 39	216	52,1
	≥39	171	41,2
Giới tính	Nam	190	45,8
	Nữ	225	54,2
Trọng lượng khi sinh (gram)	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	3100 (2900-3400)	
	<3500	343	82,7
	≥3500	72	17,3

3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc dự phòng băng huyết sau sinh

Oxytocin được chỉ định nhiều nhất để dự phòng BHSS (100%), tiếp đến là ergometrin (44,1%) và carbetocin (35,7%). Liều oxytocin sử dụng chủ yếu là 20 IU (99,0%). Khoảng một nửa sản phụ được phối hợp 2 thuốc dự phòng BHSS (47,7%). Đặc điểm của các thuốc dự phòng BHSS được trình bày ở Bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm sử dụng thuốc dự phòng băng huyết sau sinh (N=415)

Tên thuốc (đường dùng)	Liều dùng	Tần số	Tỷ lệ%
Oxytocin (truyền tĩnh mạch)	20 IU	411	99,0
	40 IU	4	1,0
Ergometrin (tiêm tĩnh mạch)	0,2 mg	183	44,1
Carbetocin (tiêm tĩnh mạch)	100 µg	148	35,7
Misoprostol (uống)	200 µg	35	8,4
Đặc điểm phối hợp thuốc			
Dùng 1 thuốc		136	32,8
Phối hợp 2 thuốc		198	47,7
Phối hợp 3 thuốc		75	18,1
Phối hợp 4 thuốc		6	1,4

Đa số sản phụ có lượng máu mất sau sinh ≤200 ml (79,8%). Tỷ lệ sản phụ có biến chứng sau sinh là 4,8%, trong đó tử cung co hồi kém, chậm chiếm tỷ lệ 3,1%. Đặc điểm về lượng máu mất và biến chứng sau sinh được trình bày ở Bảng 4.

Bảng 4. Lượng máu mất sau sinh và biến chứng sau sinh (N=415)

Lượng máu mất sau sinh (ml)	Tần số	Tỷ lệ %
≤100	29	7,0
100<-200	302	72,8
200<-300	81	19,5
300<-400	3	0,7
Biến chứng sau sinh		
Tử cung co hồi kém, chậm	13	3,1
Đờ tử cung	7	1,7
Không có biến chứng	395	95,2

3.3. Các yếu tố liên quan đến lượng máu mất sau sinh

Mô hình hồi quy logistic đa biến được sử dụng để khảo sát các yếu tố liên quan đến lượng máu mất sau sinh (Bảng 5):

Biến phụ thuộc: lượng máu mất sau sinh (<200 ml/≥200 ml).

Biến độc lập: tuổi sản phụ (<35/≥35), cách sinh (sinh thường/sinh mổ), trọng lượng thai (<3500 gram/≥3500 gram), bệnh kèm (không/có), phối hợp thuốc (1 thuốc/≥2 thuốc), tiền sử bất thường khi sinh (không/có).

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến lượng máu mất sau sinh

Yếu tố khảo sát	OR	95% CI	p
Tuổi sản phụ (<35/≥35)	1,396	0,642-3,036	0,401
Cách sinh (sinh thường/sinh mổ)	14,904	6,388-34,773	<0,001
Trọng lượng thai (<3500 gram/≥3500 gram)	1,816	0,914-3,610	0,089
Bệnh kèm (không/có)	0,937	0,484-1,814	0,848
Tiền sử bất thường khi sinh (không/có)	7,023	3,442-14,333	<0,001
Phối hợp thuốc (1 thuốc/≥2 thuốc)	0,787	0,422-1,470	0,453

OR: tỷ số chênh (odds ratio); 95% CI: khoảng tin cậy 95% (95% confidence interval)

Các yếu tố liên quan đến lượng máu mất ≥200 ml sau sinh bao gồm sinh mổ (OR=14,904; 95% CI 6,388-34,773; p<0,001) và tiền sử bất thường khi sinh (OR=7,023; 95% CI 3,442-14,333; p<0,001) của sản phụ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của sản phụ và trẻ khi sinh

Tuổi trung vị của 415 sản phụ là 30,0 (26,0-33,0), tương tự nghiên cứu của Võ Thị Mỹ Dung (2021) với tuổi trung bình của sản phụ là $26,7 \pm 5,3$ [5]. Tỷ lệ sản phụ ≥ 35 tuổi là 14,8%. Tuổi sản phụ càng cao, nguy cơ BHSS càng tăng [6]. Điều này có thể được giải thích bởi sự giảm đàn hồi của đường sinh và giảm khả năng co bóp tử cung ở sản phụ khi tuổi cao hơn [6]. Tỷ lệ sản phụ sinh con lần đầu và lần 2 lần lượt là 45,3% và 37,8%. Đặc điểm này tương đồng với kết quả nghiên cứu Nguyễn Bích Huệ (2021) với các tỷ lệ 51,2% và 34,4% [7].

Khoảng $\frac{1}{2}$ sản phụ sinh mổ (46,5%). Sinh mổ liên quan đến tăng nguy cơ BHSS so với sinh thường [8]. Chúng tôi ghi nhận 68 sản phụ (16,4%) có tiền sử bất thường khi sinh, phổ biến nhất là tiền sử sảy/nạo/hút thai (8,2%), tiếp đến là bất thường nhau thai (3,9%) và tử cung co hồi kém (2,7%). Kết quả này tương đồng với ghi nhận của Nguyễn Bích Huệ (2021), tỷ lệ sản phụ có tiền sử sảy/nạo/hút thai và tử cung co hồi kém lần lượt là 9,8% và 1,1% [7]. Tỷ lệ sản phụ có bệnh kèm chiếm 27,2%. Trong đó, phổ biến nhất là thiếu máu (50,4%), tiếp đến là đái tháo đường (18,6%) và tăng huyết áp (14,2%). Một số bệnh kèm như thiếu máu, đái tháo đường, tiền sản giật có thể làm tăng nguy cơ BHSS [8].

Tuổi thai trung vị là 38,5 (38,0-39,0) tuần, chủ yếu từ 37-39 tuần (67,0%), tương tự kết quả của Nguyễn Bích Huệ với tuổi thai chủ yếu từ 37-38 tuần (56,3%) [7]. Cân nặng trung vị của trẻ khi sinh là 3100 (2900-3400) gram. Trong đó, tỷ lệ trẻ được đánh giá là thai to (≥ 3500 gram) chiếm 17,3%. Đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Bích Huệ (2021), cân nặng trẻ khi sinh trung bình là $3117,67 \pm 352,494$ gram và 21,4% trẻ có cân nặng ≥ 3500 gram [7]. Việc sinh con to liên quan đến tử cung bị giãn nhiều hơn trong thai kỳ, ảnh hưởng đến khả năng co hồi tử cung sau sinh, gây đờ tử cung và tăng nguy cơ BHSS [9].

4.2. Đặc điểm sử dụng thuốc dự phòng băng huyết sau sinh

Thuốc co hồi tử cung được chỉ định nhiều nhất là oxytocin (100%), tiếp đến là ergometrin (44,1%), carbetocin (35,7%) và misoprostol (8,4%). Điều này tương đồng với kết quả của Nguyễn Bích Huệ (2021), tỷ lệ sản phụ sử dụng oxytocin, ergometrin, carbetocin và misoprostol lần lượt là 100%; 31,2%; 17,8% và 5,4% [7]. Theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của Bộ Y tế (2016), oxytocin là lựa chọn đầu tay trong dự phòng BHSS, nếu tử cung không co đủ, có thể tiêm tĩnh mạch ergometrin hoặc ngâm dưới lưỡi misoprostol [4]. Trong trường hợp tăng nguy cơ BHSS, carbetocin

được dùng để kiểm soát tử cung [4]. Như vậy, việc sử dụng các thuốc co hồi tử cung trong nghiên cứu phù hợp với khuyến cáo của Bộ Y tế.

Liều oxytocin sử dụng phổ biến là 20 IU (99,0%). Theo Phác đồ điều trị Sản-Phụ khoa (2018) của Bệnh viện Từ Dũ, oxytocin 20 IU được sử dụng để dự phòng BHSS và có thể tăng lên 80 IU [10]. Liều ergometrin, carbetocin và misoprostol được ghi nhận lần lượt là 0,2 mg; 100 μ g và 200 μ g, phù hợp với Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản của Bộ Y tế (2016) [4].

Đa số sản phụ được chỉ định phối hợp 2 thuốc dự phòng BHSS (47,7%). Các sản phụ được sử dụng 3 hoặc 4 thuốc trong dự phòng BHSS chiếm tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 18,1% và 1,4%. Phối hợp 3-4 thuốc chủ yếu áp dụng cho những sản phụ có yếu tố nguy cơ như tử cung co hồi kém, đờ tử cung, chấn thương đường sinh dục, bất thường bong nhau, sổ nhau để đạt được hiệu quả dự phòng BHSS.

Lượng máu mất sau sinh trung vị của sản phụ là 200,0 (150,0-200,0) ml. Đa phần sản phụ có lượng máu mất ≤ 300 ml (99,3%), tương tự nghiên cứu của Nguyễn Bích Huệ (2021) với 92,9% sản phụ có lượng máu mất < 300 ml [7]. Tỷ lệ sản phụ gặp biến chứng sau sinh là 4,8%, bao gồm tử cung co hồi kém, chậm (3,1%) và đờ tử cung (1,7%), cao hơn kết quả của Nguyễn Bích Huệ (2021) với tỷ lệ gặp biến chứng sau sinh là 2,1% (gồm 1,1% tử cung co hồi kém, chậm; 0,7% sót nhau và 0,3% đờ tử cung) [7]. Điều này có thể giải thích do đặc điểm sản phụ tại các bệnh viện nghiên cứu khác nhau [7].

4.3. Các yếu tố liên quan đến lượng máu mất sau sinh

Chúng tôi ghi nhận sản phụ sinh mổ (OR=14,904; 95% CI 6,388-34,773; $p < 0,001$) liên quan đến tăng nguy cơ mất máu sau sinh ≥ 200 ml. Theo Pubu (2021), sản phụ sinh mổ có nguy cơ BHSS cao hơn (OR=6,69; 95% CI 4,30-10,40; $p < 0,001$) so với sinh thường [6]. Sinh mổ là một phẫu thuật xâm lấn, gây tổn thương và có thể gây ra các rối loạn đông máu. Ngoài ra, thời gian thực hiện phẫu thuật mổ lấy thai ảnh hưởng đáng kể đến lượng máu mất [6].

Sản phụ có tiền sử bất thường khi sinh (OR=7,023; 95% CI 3,442-14,333; $p < 0,001$) có nguy cơ mất máu sau sinh ≥ 200 ml nhiều hơn. Nghiên cứu của Yunas cho thấy sản phụ với tiền sử BHSS có nguy cơ mất máu cao gấp 3 lần so với sản phụ bình thường (OR=3,17; 95% CI 2,42-4,16) [8].

Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, trọng lượng thai, bệnh kèm và việc phối hợp thuốc tới lượng máu mất sau sinh trên sản phụ. Tuy nhiên, kết quả của Pubu (2021) cho thấy tuổi mẹ ≥ 35 có nguy cơ BHSS cao hơn (OR=1,96; 95% CI 1,18-3,27; $p < 0,05$) so với sản phụ < 35 tuổi [6]. Bên cạnh đó, Attali (2021)

ghi nhận trọng lượng thai tăng mỗi 200 gram thì nguy cơ BHSS tăng 29,0% ($p=0,043$) [9]. Ngoài ra, Yunas (2025) chỉ ra thiếu máu có liên quan chặt chẽ với BHSS [8].

V. KẾT LUẬN

Oxytocin là thuốc dự phòng BHSS được sử dụng phổ biến nhất. Sản phụ sinh mổ hoặc có tiền sử bất thường khi sinh liên quan đến nguy cơ mất máu sau sinh nhiều hơn. Do đó, các sản phụ này cần được theo dõi tích cực trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee.** WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage. Geneva: World Health Organization Copyright © 2012, World Health Organization.; 2012.
2. **Oyelese Y, Ananth CV.** Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. Clin Obstet Gynecol. 2010;53(1):147-56. doi: 10.1097/GRF.0b013e3181cc406d. PubMed PMID: 20142652.
3. **Lý Thị Hương, Hồ Trần Tuấn Hùng, Nguyễn Vũ Quốc Huy.** Nghiên cứu giá trị tiên lượng bằng huyết sau sinh sớm dựa vào mô hình kết hợp ở phụ nữ mang thai sinh đường âm đạo. Tạp chí Phụ sản. 2024;22:33-44. doi: doi: 10.46755/vjog.2024.1.1679.
4. **Bộ Y tế.** Chảy máu sau đẻ. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Hà Nội: Bộ Y tế; 2016.
5. **Võ Thị Mỹ Dung, Trương Quang Vinh.** Nghiên cứu các nguyên nhân băng huyết sau sinh và kết quả điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Ninh Thuận. Tạp chí Phụ sản. 2022;20:50-5.
6. **Pubu ZM, Bianba ZM, Yang G, CyRen LM, Pubu DJ, Suo Lang KZ, et al.** Factors Affecting the Risk of Postpartum Hemorrhage in Pregnant Women in Tibet Health Facilities. Med Sci Monit. 2021;27:e928568. Epub 20210213. doi: 10.12659/msm.928568. PubMed PMID: 33579890; PubMed Central PMCID: PMC7887994.
7. **Nguyễn Bích Huệ, Nguyễn Thị Hương, Trịnh Thị Huyền, Đinh Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Kim Tiên, Lê Đức Thọ.** Kết quả xử trí tích cực giai đoạn III của chuyển dạ trong dự phòng băng huyết sau sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;540:73-7.
8. **Yunas I, Islam MA, Sindhu KN, Devall AJ, Podeseck M, Alam SS, et al.** Causes of and risk factors for postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2025;405(10488):1468-80. Epub 20250403. doi: 10.1016/s0140-6736(25)00448-9. PubMed PMID: 40188841.
9. **Attali I, Deneux-Tharaux C, Madar H, Loussert L, Le Ray C, Korb D.** Characterization of the association between birth weight and severe postpartum hemorrhage in women with delivery at term. Am J Obstet Gynecol. 2025;233(4):319.e1-.e15. Epub 20250310. doi: 10.1016/j.ajog.2025.03.010. PubMed PMID: 40073918.
10. **Bệnh viện Từ Dũ.** Băng huyết sau sinh. Phác đồ điều trị Sản - Phụ khoa 2018.

LIÊN QUAN GIỮA ĐIỂM VÔI HÓA ĐỘNG MẠCH VÀNH, MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH VÀ HẸP ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÊN CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH Ở BỆNH NHÂN NGHI NGỜ HỘI CHỨNG VÀNH MẠN

Hoàng Văn¹, Nguyễn Sinh Huy², Nguyễn Xuân Tuấn^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mối liên quan giữa điểm vôi hóa động mạch vành, một số yếu tố nguy cơ tim mạch và mức độ hẹp động mạch vành trên chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân hội chứng vành mạn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành nghiên cứu trên 148 bệnh nhân nghi ngờ hội chứng vành mạn được chụp cắt lớp vi tính động mạch vành.

Kết quả: Điểm vôi hóa động mạch vành trong nghiên cứu là 45 [7–175], giao động từ 0 đến 1364 điểm. Có 20,3%

bệnh nhân hẹp có ý nghĩa động mạch vành. Tổng số yếu tố nguy cơ và điểm vôi hóa động mạch vành có liên quan độc lập với hẹp có ý nghĩa động mạch vành. Điểm vôi hóa có giá trị tốt trong dự đoán hẹp có ý nghĩa động mạch vành với AUC = 0,807.

Từ khóa: Hội chứng vành mạn, cắt lớp vi tính, động mạch vành, điểm vôi hóa, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN CORONARY ARTERY CALCIUM SCORE, SELECTED CARDIOVASCULAR RISK FACTORS, AND THE SEVERITY OF CORONARY ARTERY STENOSIS ON COMPUTED TOMOGRAPHY IN PATIENTS WITH SUSPECTED CHRONIC CORONARY SYNDROME

Objective: To investigate the association between coronary artery calcium score, several cardiovascular risk factors, and the severity of coronary artery stenosis on computed tomography in patients with chronic coronary syndrome.

¹ Khoa Tim mạch Can thiệp, Bệnh viện Tim Hà Nội

² Bệnh viện Đại học Nam Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn

Email: hoangvan.cardiologist@gmail.com

Mã bài: N383

Ngày nhận bài: 17/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 16/3/2026

Ngày duyệt bài: 17/4/2026