

- giảm oxy máu động mạch ở bệnh nhân được phẫu thuật bụng. Luận án Tiến sĩ Y học. 2014:Đại học Y Hà Nội.
5. **S. S Mogoanta, S Paitici, C. A Mogoanta.** Postoperative Follow-Up and Recovery after Abdominal Surgery. In: Zaghal A, Rifai AE, eds. Abdominal Surgery - A Brief Overview. IntechOpen; 2021.
  6. **Charlson M.E, Pompei P, Ales K.L, et al.** A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-383.
  7. **Luiz P.J., Rodrigo B.A., Maria C.V., et al.** Hemodynamic evaluation of elderly patients during laparoscopic cholecystectomy. Rev Col Bras Cir. 2018;45(2).
  8. **Paul S. Myles, Rinaldo Bellomo, Tomas Corcoran, et al.** Restrictive versus Liberal Fluid Therapy for Major Abdominal Surgery. N Engl J Med. 2018;378(24):2263-2274.
  9. **C. Salzwedel, J. Puig, A. Carstens, et al.** Perioperative goal-directed hemodynamic therapy based on radial arterial pulse pressure variation and continuous cardiac index trending reduces postoperative complications after major abdominal surgery: a multi-center, prospective, randomized study. Crit Care. 2013;17(R191).

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ THỂ NỘI ỔNG TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Hồng Quang\*, Nguyễn Văn Đức\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu trên 78 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống được phẫu thuật từ 1/2014 tới 10/2017 tại khoa Ngoại Vú - Bệnh viện K. **Kết quả:** Vị trí u thường gặp nhất là ¼ trên ngoài với 43,6%. U có kích thước ≤ 25mm chiếm 83,3%. Độ mô học trung gian chiếm 52,6%; tỷ lệ thụ thể estrogen dương tính là 55,1%. Tỷ lệ cắt toàn bộ tuyến vú và phẫu thuật bảo tồn lần lượt là 83,3% và 16,7%. Biến chứng gặp ở 10,2%. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị nội tiết là 55,1%, xạ trị bổ trợ là 15,4%. Chưa ghi nhận tái phát di căn. **Kết luận:** Điều trị ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống gồm phẫu thuật, xạ trị và nội tiết đem lại kết quả tốt, biến chứng phẫu thuật thấp, cần theo dõi lâu dài để đánh giá tái phát di căn.

**Từ khóa:** ung thư biểu mô tuyến vú, thể nội ống.

### SUMMARY

#### RESULTS OF TREATMENT DUCTAL CARCINOMA IN SITU OF BREAST CANCER AT K HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate results of treatment ductal carcinoma in situ of breast cancer at K hospital. **Patients and methods:** Retrospectivedescription of 78 patients with ductalcarcinoma in situ of breast cancer operatedat the Department of Breast Surgery - K Hospitalfrom January 2014 to October 2017. **Results:** The most common tumor location was the upper outer quadrant of the breast with 43.6%. Tumour size ≤25mm accounts for 83.3%. Intermediate-grade DCIS accounted for 52.6%; the percentage of estrogen receptor-positive was 55.1%.

\*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Quang  
Email: bslequang@gmail.com  
Ngày nhận bài: 15.3.2022  
Ngày phản biện khoa học: 29.4.2022  
Ngày duyệt bài: 12.5.2022

The mastectomy and breast-conservingsurgery rateswere 83.3% and 16.7%, respectively. Complications were found in 10.2%. The proportion of patients receiving endocrine therapy was 55.1%, and adjuvant radiation therapy was 15.4%. No recurrence and metastasis. **Conclusion:** Treatment of ductal carcinoma in situ of breast cancer including surgery, radiotherapy, and endocrine therapy provides good results, low surgical complications, and requires long-term follow-up to evaluate recurrence and metastasis.

**Keywords:** breast cancer, ductal carcinoma in situ.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nữ giới. Theo Globocan 2020, trên thế giới có tới hơn 2,2 triệu người mắc và hơn 600.000 người tử vong do ung thư vú. Tại Việt Nam cũng trong năm 2020 ghi nhận 21.555 trường hợp ung thư vú mới mắc và hơn 9.000 trường hợp tử vong [1].

Ung thư biểu mô tuyến vú có thể chia làm hai nhóm lớn là ung thư tại chỗ và ung thư xâm nhập. Nhóm ung thư biểu mô tại chỗ hay ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống (DCIS), được định nghĩa là những tổn thương tân sinh, không đồng nhất, giới hạn trong ống tuyến vú không phá vỡ màng đáy và xâm lấn mô đệm. Với sự gia tăng nhận thức về sàng lọc và phát hiện sớm ung thư của người dân cũng như sự phát triển về các phương tiện chẩn đoán, ung thư vú ngày càng được chẩn đoán sớm. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống chiếm 20-25% [2].

Điều trị ung thư nói chung và ung thư vú nói riêng là điều trị đa mô thức. Các phương pháp được sử dụng để điều trị ung thư vú thể nội ống là phẫu thuật, xạ trị, nội tiết trong đó phẫu thuật giữ vai trò quan trọng nhất. Kiến thức mới về điều

trị ung thư vú thể nội ống vẫn được cập nhật qua các nghiên cứu thử nghiệm lớn trên thế giới.

Tại Việt Nam tuy có nhiều nghiên cứu và chẩn đoán và điều trị ung thư vú nói chung, nhưng số lượng nghiên cứu sâu về ung thư vú thể nội ống còn hạn chế. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống tại bệnh viện K.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng.** 78 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống được phẫu thuật từ 1/2014 tới 10/2017 tại khoa Ngoại Vú-Bệnh viện K.

### \*Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nữ  
- Được điều trị phẫu thuật lần đầu tại Bệnh viện K

- Chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống trên giải phẫu bệnh

- Đầy đủ hồ sơ bệnh án

### \*Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh lý mạn tính nặng, có chống chỉ định phẫu thuật chung

- Mắc các bệnh lý ung thư khác.

- Đã phẫu thuật lấy u tại có sở y tế khác trước khi phẫu thuật tại bệnh viện K.

- Từ chối điều trị bổ trợ tiếp theo phác đồ sau phẫu thuật: nội tiết, xạ trị...

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

\*Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu, có theo dõi dọc

\*Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện gồm 78 bệnh nhân

\*Phương pháp thu thập thông tin: Theo mẫu bệnh án nghiên cứu đã thiết kế sẵn

### 2.3. Các bước tiến hành

- Các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

- Thu thập thông tin: nhân trắc học, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, thông tin về phương pháp phẫu thuật và hậu phẫu, điều trị sau phẫu thuật (xạ trị và nội tiết), thông tin về tái phát di căn sau điều trị. Các thông tin được thu thập qua bệnh án và liên lạc trực tiếp với bệnh nhân.

- Xử lý thông tin: trình bày các biến số định tính, định lượng, so sánh các biến.

**2.4. Xử lý số liệu.** Các số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS16.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### • Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

#### Bảng 1: Tuổi và kinh nguyệt

| Yếu tố      | N        | Tỷ lệ % |      |
|-------------|----------|---------|------|
| Tuổi        | ≤ 30     | 1       | 1,3  |
|             | 31-40    | 9       | 11,5 |
|             | 41-50    | 27      | 34,6 |
|             | 51-60    | 23      | 29,5 |
|             | >60      | 18      | 23,1 |
| Kinh nguyệt | Còn kinh | 31      | 39,7 |
|             | Mãn kinh | 47      | 60,3 |

**Nhận xét:** Tỷ lệ mắc cao nhất ở nhóm 41-50 tuổi với 34,6%, tiếp theo đến nhóm 51-60 tuổi với 29,5%. Nhóm trên 60 tuổi chiếm 23,1%. Bệnh nhân dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ nhỏ. Tỷ lệ bệnh nhân đã mãn kinh khi phát hiện ung thư vú chiếm 60,3%.

#### Bảng 2: Đặc điểm u vú

| Yếu tố       | N            | Tỷ lệ % |      |
|--------------|--------------|---------|------|
| Vị trí u     | ¼ trên ngoài | 34      | 43,6 |
|              | ¼ trên trong | 18      | 23,1 |
|              | ¼ dưới ngoài | 11      | 14,1 |
|              | ¼ dưới trong | 6       | 7,7  |
|              | Trung tâm    | 9       | 11,5 |
| Kích thước u | ≤ 10 mm      | 28      | 35,9 |
|              | 11-25mm      | 37      | 47,4 |
|              | >25mm        | 13      | 16,7 |

**Nhận xét:** Vị trí u thường gặp nhất là ¼ trên ngoài với 43,6%; ít gặp nhất là vị trí ¼ dưới trong với 7,7%. Đa số u có kích thước 11-25mm (47,4%).

#### Bảng 3: Mô bệnh học và hoá mô miễn dịch

| Yếu tố           | N             | Tỷ lệ % |      |
|------------------|---------------|---------|------|
| Độ mô học        | Độ thấp       | 8       | 10,3 |
|                  | Độ trung gian | 41      | 52,6 |
|                  | Độ cao        | 29      | 37,2 |
| Thu thể nội tiết | ER(-)         | 35      | 44,9 |
|                  | ER(+)         | 43      | 55,1 |
|                  | PR(-)         | 38      | 48,7 |
|                  | PR(+)         | 40      | 51,3 |

**Nhận xét:** Mô học độ trung gian chiếm 52,6%; độ cao chiếm 37,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có thụ thể estrogen dương tính là 55,1%; tỷ lệ thụ thể dương tính là 51,3%.

### • Phẫu thuật

#### Bảng 4: Phẫu thuật

| Loại phẫu thuật      | N  | Tỷ lệ % |
|----------------------|----|---------|
| Cắt toàn bộ tuyến vú | 65 | 83,3    |
| PT bảo tồn           | 13 | 16,7    |

**Nhận xét:** Tỷ lệ cắt toàn bộ tuyến vú chiếm đa số với 65 bệnh nhân (83,3%). Chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là 52,3 ± 9,3 phút; ngắn nhất là 35 phút, dài là 75 phút.

### • Hậu phẫu

#### Bảng 5: Biến chứng phẫu thuật

| Biến chứng | N | Tỷ lệ % |
|------------|---|---------|
|------------|---|---------|

|                  |    |      |
|------------------|----|------|
| Chảy máu         | 1  | 1,3  |
| Động dịch        | 7  | 8,9  |
| Không biến chứng | 70 | 89,8 |

**Nhận xét:** Tỷ lệ biến chứng là 10,2 % trong đó có 1 trường hợp chảy máu sau mổ (1,3%) và 7 trường hợp động dịch (8,9%).

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 9,1±1,6 ngày; ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 14 ngày. Thời gian rút dẫn lưu trung bình 5,6 ±1,0 ngày; ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất 8 ngày.

#### • Điều trị bổ trợ

##### **Bảng 6: Điều trị bổ trợ**

| Phương pháp điều trị |       | N  | Tỷ lệ % |
|----------------------|-------|----|---------|
| Xạ trị               | Có    | 12 | 15,4    |
|                      | Không | 66 | 84,6    |
| Nội tiết             | Có    | 43 | 55,1    |
|                      | Không | 35 | 44,9    |

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị nội tiết là 55,1%, được xạ trị bổ trợ là 15,4%.

• **Tái phát di căn.** Theo dõi đến tháng 1/2022, chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp ung thư nội ống tuyến vú nào tái phát và di căn. Thời gian theo dõi trung bình 62,3 ± 8,7 tháng; theo dõi dài nhất 96 tháng, ngắn nhất 50 tháng.

## IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lứa tuổi thường gặp ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống là trên 40 tuổi, đây cũng là lứa tuổi thường gặp của ung thư vú nói chung. Nhóm 41-50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 34,6%, bệnh nhân ít tuổi nhất là 25 và cao tuổi nhất là 78, tuổi trung bình là 53,6 ± 11,7. Nhóm 51-60 tuổi chiếm 29,5%; nhóm trên 60 tuổi cũng chiếm tỷ lệ khá cao 23,1%. Điều này phù hợp với một số nghiên cứu cho thấy ung thư vú thể nội ống chiếm tỷ lệ cao ở tuổi trên 50. Theo Christopher L.C thì tỷ lệ mắc bệnh gia tăng cao nhất ở nhóm từ 50 tuổi trở lên [3]. Do tuổi mắc bệnh khá cao, nên tỷ lệ mãn kinh trong nghiên cứu chiếm ưu thế với 60,3%.

Vị trí u hay gặp nhất là góc phần tư trên ngoài với 43,6%, các vị trí khác chiếm tỷ lệ thấp. Góc phần tư trên ngoài là khu vực chiếm tỷ lệ nhu mô vú lớn nhất, do đó tỷ lệ ung thư vú tại vị trí này cũng là cao nhất, kết quả này đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu [4]. Kích thước u ≤ 10mm chiếm 35,9%, 11-25mm chiếm 47,4%; u > 25mm chỉ chiếm 16,7%; kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Liang Cheng với tỷ lệ lần lượt là 43,5%; 41,4%; 15,1%. Các nghiên cứu cho thấy rằng với ung thư biểu mô nội ống có kích thước u > 25mm có tỷ lệ diện cắt dương tính cao hơn hẳn nhóm u ≤ 25mm khi phẫu thuật bảo tồn [5].

Về mô bệnh học, ung thư biểu mô nội ống độ trung gian chiếm đa số với 52,6%; độ cao chiếm 37,2%. Kết quả tương tự nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tiến khi thường gặp nhất là độ trung gian với 41,7%. Về hoá mô miễn dịch, thụ thể Estrogen dương tính trong 55,1%; thụ thể Progesteron dương tính 51,3%. Theo một số nghiên cứu cho thấy rằng khoảng 50-70% các trường hợp DCIS có thụ thể nội tiết ER hoặc PR dương tính. Sự bộc lộ của thụ thể xác định rằng người bệnh có đáp ứng và thu được lợi ích từ điều trị thuốc nội tiết. Điều trị nội tiết với nhóm ER(+) tuy không có lợi ích về sống thêm toàn bộ, nhưng làm giảm nguy cơ tái ung thư vú cùng bên và đối bên. Đối với nhóm ER(-), lợi ích của thuốc nội tiết là không rõ ràng [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả 43 bệnh nhân có ER(+) đều được điều trị nội tiết theo phác đồ.

Với DCIS, trong một thời gian dài trước cắt tuyến vú bộ là lựa chọn được ưa dùng do quan điểm tổn thương DCIS thường lan toả rộng theo đường ống tuyến. Nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng không có sự khác biệt về sống thêm giữa hai phương pháp cắt toàn bộ tuyến vú và bảo tồn tuyến vú, tuy tỷ lệ tái phát tại nhóm phẫu thuật bảo tồn có cao hơn nhưng lại ít gây biến chứng sau mổ hơn [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp không vi phạm các chống chỉ định và đảm bảo tính thẩm mỹ sau mổ sẽ được phẫu thuật bảo tồn tuyến vú, cụ thể có 13 trường hợp chiếm 16,7%. Đối với ung thư biểu mô tuyến vú xâm nhập, các trường hợp phẫu thuật bảo tồn bắt buộc có chỉ định xạ trị bổ trợ. Một câu hỏi từ lâu đã được các nhà lâm sàng đặt ra là DCIS là thể mô bệnh học có tiên lượng tốt, vậy có phải mọi trường hợp được phẫu thuật bảo tồn đều cần xạ trị bổ trợ? Các nhà nghiên cứu luôn mong muốn tìm ra nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ thấp đến mức không có lợi ích từ xạ trị. Kết quả cho thấy xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật bảo tồn không làm thay đổi sống thêm nhưng làm giảm nguy cơ tái phát tại chỗ tại vùng đến 50% so với không xạ trị [8]. Đối với nhóm DCIS độ thấp và trung gian, tỷ lệ tái phát tại chỗ thấp hơn hẳn nhóm DCIS độ cao, tuy nhiên cũng không thể phủ nhận vai trò của xạ trị trên các nhóm này. Một số nghiên cứu về gen và biomarker cũng được tiến hành nhưng chưa có một tiêu chuẩn cụ thể cho nhóm nguy cơ thấp không có lợi ích của xạ trị. Các trường hợp người bệnh cao tuổi, độ mô học thấp, u nhỏ, diện cắt rộng, thụ thể ER(+) được một số tổ chức khuyến cáo cân nhắc bỏ qua xạ trị bổ trợ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp bệnh nhân

65 tuổi, mô học độ thấp, u 15mm được phẫu thuật bảo tồn với diện cắt an toàn cũng được bỏ qua chỉ định xạ trị dựa theo những khuyến cáo trên.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 10,2%; trong đó có 1 bệnh nhân chảy máu đã được mở vết mổ cầm máu, 7 bệnh nhân đờng dịch được băng ép hoặc đặt lại dẫn lưu vết mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 9,1 ngày, thời gian rút dẫn lưu trung bình là 5,6 ngày.

Với thời gian theo dõi trung bình là 62,3 tháng sau điều trị chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp DCIS tái phát di căn nào. Bệnh nhân theo dõi ngắn nhất 50 tháng và dài nhất là 8 năm. Theo nghiên cứu của Viện ung thư Hoa Kỳ trên hơn 100.000 bệnh nhân DCIS được theo dõi 20 năm, tỷ lệ tử vong là 3,3% và tỷ lệ tái phát chỉ là 5,9% [9]. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cần được theo dõi dài hơn để đánh giá tái phát và di căn.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến vú thể nội ống chiếm 20-25% tổng số ung thư vú, ngày càng được phát hiện và điều trị sớm. Phẫu thuật bảo tồn kèm điều trị bổ trợ được chứng minh không thua kém hơn cắt toàn bộ tuyến vú về sống thêm, dần trở thành một lựa chọn phù hợp bên cạnh cắt toàn bộ tuyến vú. Xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật bảo tồn giúp giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, nhiều nghiên cứu được tích cực thực hiện để tìm ra nhóm nguy cơ thấp không cần xạ trị, để đảm bảo chất lượng sống tốt nhất cho bệnh nhân, nhưng chưa có tiêu chuẩn rõ ràng. Điều trị nội tiết với trường hợp ER(+) giúp giảm tỷ lệ tái phát tại vú cùng bên và đối bên. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điều trị trên bệnh nhân DCIS tại bệnh viện K đem lại kết quả tốt, biến chứng

thấp; theo dõi sau điều trị chưa phát hiện tái phát di căn và cần tiếp tục theo dõi lâu dài hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al. (2021).** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, **71(3)**, 209–249.
2. **Kerlikowske K. (2010).** Epidemiology of Ductal Carcinoma In Situ. *J Natl Cancer Inst Monogr*, **2010(41)**, 139–141.
3. **Li C.I., Daling J.R., and Malone K.E. (2005).** Age-specific incidence rates of in situ breast carcinomas by histologic type, 1980 to 2001. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, **14(4)**, 1008–1011.
4. **Rummel S., Hueman M.T., Costantino N., et al. (2015).** Tumour location within the breast: Does tumour site have prognostic ability?. *Ecancermedicallscience*, **9**, 552.
5. **Cheng L., Al-Kaisi N.K., Gordon N.H., et al. (1997).** Relationship between the size and margin status of ductal carcinoma in situ of the breast and residual disease. *J Natl Cancer Inst*, **89(18)**, 1356–1360.
6. **Adjuvant Tamoxifen Reduces Subsequent Breast Cancer in Women With Estrogen Receptor-Positive Ductal Carcinoma in Situ: A Study Based on NSABP Protocol B-24 | Journal of Clinical Oncology.** <<https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2010.34.0141>>, accessed: 03/20/2022.
7. **Vargas C., Kestin L., Go N., et al. (2005).** Factors associated with local recurrence and cause-specific survival in patients with ductal carcinoma in situ of the breast treated with breast-conserving therapy or mastectomy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, **63(5)**, 1514–1521.
8. **Wapnir I.L., Dignam J.J., Fisher B., et al. (2011).** Long-Term Outcomes of Invasive Ipsilateral Breast Tumor Recurrences After Lumpectomy in NSABP B-17 and B-24 Randomized Clinical Trials for DCIS. *J Natl Cancer Inst*, **103(6)**, 478–488.
9. **Narod S.A., Iqbal J., Giannakeas V., et al. (2015).** Breast Cancer Mortality After a Diagnosis of Ductal Carcinoma In Situ. *JAMA Oncol*, **1(7)**, 888–896.

## ĐÁNH GIÁ CHĂM SÓC SẢN PHỤ SAU SINH ĐƯỜNG ÂM ĐẠO Ở KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lưu Tuyết Minh\*, Hoàng Phương Anh\*, Hà Thị Bích\*

### TÓM TẮT

\*Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Tuyết Minh

Email: luutuyetminh1970@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 16.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2022

Ngày duyệt bài: 13.5.2022

Thời kỳ hậu sản được tính từ ngay sau đẻ cho đến hết 6 tuần sau đẻ, người mẹ phải đối mặt với rất nhiều nguy cơ có khả năng để lại những biến chứng lâu dài hoặc thậm chí tử vong. Do đó, việc phối hợp chăm sóc hậu sản sẽ giúp ích rất nhiều cho sản phụ và gia đình cũng như cho việc chăm sóc sức khỏe bà mẹ - trẻ sơ sinh của nhân viên ngành y tế. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 214 sản phụ sau sinh đường âm đạo tại khoa Sản bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả nghiên**