

- trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Tất Định, Bùi Quang Huy, Cao Tiến Đức và CS (2017).** Đặc điểm điện não đồ ở bệnh nhân nghiện rượu mạn tính. Tạp chí y dược học Quân sự, số 8, tr 87-91.
 4. **Nguyễn Hữu Thắng, Bùi Quang Huy, Nguyễn Sinh Phúc (2017).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ảo giác hoang tưởng ở bệnh nhân loạn thần do rượu. Tạp chí điện tử, số 2, tr 16-19.
 5. **Đặng Thị Xuân, Đỗ Ngọc Sơn (2021).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hội chứng cai rượu nặng điều trị tại trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí y học Việt Nam, số 1, tr 168-172.
 6. **American Psychiatry Association (2013).** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed). Arlington: American Psychiatric Publishing. pp. 490-503.
 7. **Narasimha V.L, Patley R, Shukla L et al (2019).** Phenomenology and Course of Alcoholic Hallucinos. J Dual Diagn, 15(3), pp. 172-176.
 8. **Wildenberg E, Wiers R.W, Dessers J et al (2007).** A functional polymorphism of the mu-opioid receptor gene (OPRM1) influences cue-induced craving for alcohol in male heavy drinkers. Alcohol Clin Exp Res, 31(1), pp. 1-10.

XÁC ĐỊNH MỘT SỐ NGUYÊN NHÂN GÂY CHẢY MÁU SAU ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH

Đào Thị Hồng Nhung*, Lê Thị Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ (CMSĐ) tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định (BVPSND). **Đối tượng nghiên cứu:** tất cả các sản phụ được chẩn đoán CMSĐ, có điều trị truyền máu tại BVPSND từ 01/01/2020 đến 30/06/2021, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. **Kết quả:** Trong 87 bệnh án CMSĐ có truyền máu tại BVPSND từ 01/01/2020 đến hết 30/06/2021, có 64,4% CMSĐ do "đờ tử cung" và chiếm 84% trong các nguyên nhân gây CMSĐ ở nhóm đẻ thường; CMSĐ do "rau tiền đạo" chiếm 24,1%; do "rau bong non" là 5,7%; 4,6% do "chấn thương đường sinh dục" và "rau cài răng lược" chiếm tỷ lệ nhỏ nhất là 1,1%. Thời điểm phát hiện CMSĐ chủ yếu trong 2h đầu sau đẻ, chiếm 82,7%. **Kết luận:** "Đờ tử cung" vẫn là nguyên nhân chủ yếu gây CMSĐ ở những sản phụ CMSĐ có truyền máu tại BVPSND, có tỷ lệ cao hơn trong các nguyên nhân gây CMSĐ ở nhóm đẻ thường. CMSĐ được phát hiện sớm, chủ yếu trong 2 giờ đầu sau đẻ.

Từ khóa: Chảy máu sau đẻ, nguyên nhân, bệnh viện Phụ Sản Nam Định

SUMMARY

IDENTIFIED SOME CAUSES OF POSTPARTUM HEMORRHAGE AT NAM DINH HOSPITAL FOR OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: To determine some causes of postpartum hemorrhage (PPH) at Nam Dinh Hospital for Obstetrics and Gynecology. **Subjects:** All pregnant women diagnosed PPH, receiving blood transfusion treatment at Nam Dinh Hospital for Obstetrics and Gynecology from January 1, 2020 to June 30, 2021, meeting the selection criteria. **Results:** In 87 cases of

PPH with blood transfusion at Nam Dinh Hospital for Obstetrics and Gynecology from January 1, 2020 to the end of June 30, 2021, 64.4% of PPH due to "uterine atony" and accounted for 84% of the causes of PPH in the vaginal delivery group; "placenta previa" accounted for 24.1%; "placental abruption" is 5.7%; 4.6% due to "genital tract trauma" and "placenta accreta" accounted for the smallest rate of 1.1%. The time to detect PPH is mainly in the first 2 hours after giving birth, accounting for 82.7%. **Conclusion:** "Uterine atony" is still the main cause of PPH in women with PPH who received blood transfusion at Nam Dinh Hospital for Obstetrics and Gynecology, with a higher rate of causes of PPH in the vaginal delivery group. PPH is detected early, mainly in the first 2 hours postpartum.

Keywords: Postpartum hemorrhage (PPH), causes, Nam Dinh hospital for Obstetrics and Gynecology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau đẻ (CMSĐ) là một trong 5 tai biến sản khoa nặng nề, chẳng những trong các cuộc đẻ khó, đẻ mổ mà còn gặp ngay cả trong những cuộc đẻ bình thường. Đó là biến chứng nguy hiểm nếu không kịp thời xử trí và hồi sức tốt, thai phụ có thể tử vong rất nhanh. Khi đã bị chảy máu, dù may mắn thoát chết nhưng nếu hồi sức không tốt, không bù lại đủ số lượng máu mất thì trong thời kỳ hậu sản, các bộ phận như gan, thận dễ bị tổn thương, khó hồi phục gây ra nhiễm khuẩn hậu sản và có khi chết vì nhiễm khuẩn nhiễm độc nặng[1]. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ tử vong mẹ do CMSĐ chiếm 10,5% trong số các trường hợp tử vong mẹ do các biến chứng sản khoa[2]. Tại Việt Nam, tử vong do chảy máu sau đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các nguyên nhân tử vong mẹ [3]. Nếu phát hiện sớm các nguyên nhân gây CMSĐ và có biện pháp xử trí chính xác, kịp thời sẽ hạ thấp được tỷ lệ tử vong

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Hồng Nhung

Email: daonhung89tb@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022

mẹ do CMSĐ. Xuất phát từ vấn đề nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: xác định một số nguyên nhân gây CMSĐ, được tiến hành tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện: tất cả các bệnh án của các trường hợp được chẩn đoán là: chảy máu sau đẻ (đường âm đạo và mổ lấy thai) tại BVPSND, có truyền máu từ 01/01/2020 đến 30/06/2021 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi thai từ 22 tuần trở lên đẻ đường âm đạo hoặc mổ đẻ tại BVPSND.
- Bệnh án được chẩn đoán là chảy máu sau đẻ và được truyền máu.
- Hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ các thông tin cần thiết.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân chảy máu sau đẻ tại các bệnh viện khác chuyển đến.
- Thai chết lưu.
- Bệnh nhân có truyền máu vì các bệnh lý nội khoa hay các nguyên nhân khác mà không có tình trạng chảy máu sau đẻ: các bệnh về rối loạn đông máu (xuất huyết giảm tiểu cầu, Hemophilie, rối loạn sinh tủy, suy tủy), viêm gan cấp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng kỹ thuật chọn mẫu không xác suất: lấy toàn bộ các đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ

2.2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ 01/01/2020 đến 30/06/2021 tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định.

2.2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Phiếu thu thập số liệu xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu, biến số nghiên cứu.
- Thu thập số liệu dựa trên ghi chép hồ sơ bệnh án vào phiếu thu thập thông tin.

2.2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu.

- Chọn hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

- Thu thập số liệu.

- Xử lý số liệu, đưa ra kết quả nghiên cứu.

2.2.6. Phương pháp xử lý số liệu.

Số liệu thu thập sẽ được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 16.0.

2.2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Đây là nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp trên bệnh nhân, chỉ sử dụng hồ sơ bệnh án được

lưu trữ trong kho hồ sơ bệnh viện.

- Thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

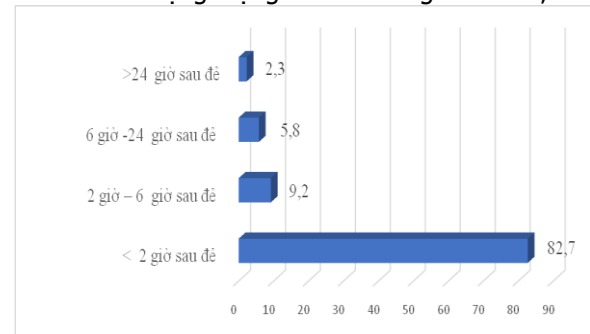
Từ 01/01/2020 đến 30/06/2021 có tất cả 87 sản phụ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố trọng lượng thai

Trọng lượng thai (gram)	N	%
< 2500	18	20,7
2500 -2999	22	25,3
3000-3499	31	35,6
3500 – 3999	12	13,8
≥ 4000	4	4,6
Tổng số	87	100
Min – max	500-4900	

Nhận xét: Trọng lượng thai từ 3000 – 3499 gram chiếm tỷ lệ cao nhất 35,6%; chiếm tỷ lệ nhỏ nhất là trọng lượng thai ≥4000 gram với 4,6%.



Biểu đồ 3.1. Phân bố thời điểm phát hiện chảy máu

Nhận xét: Thời điểm phát hiện CMSĐ trong 2 giờ đầu chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 82,7%.

CMSĐ muộn có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 2,3% trong đó muộn nhất là sau 24 giờ.

3.2. Nguyên nhân chảy máu sau đẻ

Bảng 2. Phân bố nguyên nhân trong CMSĐ

Nguyên nhân	Tổng số	
	n	%
Đờ tử cung	56	64,4
Rau tiền đạo	21	24,1
Rau bong non	5	5,7
Rau cài răng lược	1	1,2
Chấn thương đường sinh dục	4	4,6
Tổng	87	100

Nhận xét: Với 87 trường hợp CMSĐ có truyền máu, có 5 nguyên nhân gây CMSĐ, trong đó "đờ tử cung" chiếm tỷ lệ cao nhất 64,4%; "rau tiền đạo" chiếm 24,1%; tiếp đến là "rau bong non" 5,7%; "chấn thương đường sinh dục" 4,6%; chiếm tỷ lệ nhỏ nhất "rau cài răng lược" 1,2%.

Bảng 3. Phân bố nguyên nhân CMSĐ và phương pháp đẻ

Nguyên nhân	Đẻ thường		Đẻ mổ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Đờ tử cung	21	84	35	56,4	56	64,4
Rau tiền đạo	0	0	21	33,9	21	23
Rau bong non	0	0	5	8,1	5	5,7
Rau cài răng lược	0	0	1	1,6	1	2,3
Chấn thương đường sinh dục	4	16	0	0	4	4,6
Tổng	25	100	62	100	87	100

Nhận xét: Nguyên nhân “đờ tử cung” gây chảy máu sau đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất trong cả nhóm đẻ thường và đẻ mổ. Với đẻ thường, “đờ tử cung” chiếm 84%; đẻ mổ “đờ tử cung” chiếm 56,4%. Không có trường hợp “rau bong non” và “rau cài răng lược” nào ở nhóm đẻ thường trong nghiên cứu này.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Phân bố trọng lượng thai: Bảng 3.1 cho thấy trọng lượng thai 3000-3499 gram có tỷ lệ cao nhất, trọng lượng thai < 2500 gram chỉ chiếm 20,7% có thể do mốc tuổi thai từ 22 tuần trở lên và các trường hợp này thường bất thường về rau hoặc bệnh lý của mẹ phải đình chỉ thai như: rau tiền đạo, rau bong non, rau cài răng lược.

Nhóm thai nhi trọng lượng ≥ 4000 gram chiếm tỷ lệ thấp nhất là 4,6%. Những trường hợp này có sự chuẩn bị tốt trước khi đẻ: lựa chọn biện pháp sinh an toàn hơn (đẻ mổ), và ngay sau khi đẻ đã dùng thuốc tăng co tử cung tốt để dự phòng CMSĐ nên hạn chế tai biến này.

Thời điểm phát hiện CMSĐ: Thời điểm phát hiện chảy máu có ý nghĩa vô cùng quan trọng, liên quan đến hiệu quả của các biện pháp xử trí. Càng phát hiện được CMSĐ sớm, tiên lượng bệnh nhân càng tốt, việc xử trí càng đơn giản và có hiệu quả. Ngược lại, nếu phát hiện muộn CMSĐ khi bệnh nhân đã mất máu với số lượng lớn thì tiên lượng bệnh nhân sẽ không tốt, nặng có thể dẫn tới rối loạn đông máu hoặc sốc không hồi phục, để lại di chứng nặng nề sau này nếu giữ được tính mạng.

Trong nghiên cứu, thời điểm phát hiện CMSĐ chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 2 giờ đầu sau đẻ, chiếm 82,7%. Các trường hợp phát hiện sớm trong 24 giờ đầu sau sổ thai là 85 trường hợp, chiếm 97,7%. CMSĐ muộn (trên 24 giờ sau sổ thai và đến hết thời kỳ hậu sản) chiếm 2,3%, gồm có: sót rau sau đẻ thai non tháng, viêm niêm mạc tử cung sau mổ lấy thai, tụ máu đường sinh dục dưới.

Tỷ lệ CMSĐ muộn của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Chân Hà [4] tỷ lệ CMSĐ muộn là 20,7%, Phạm Thị Hải [5] tỷ lệ

này là 19,4% nhưng tương đương với nghiên cứu của Phạm Thị Xuân Minh [6] là 0,9%. Có lẽ một phần do công tác chăm sóc, theo dõi bệnh nhân sau đẻ được chú trọng hơn cũng giúp phát hiện sớm tình trạng CMSĐ.

4.2. Nguyên nhân của CMSĐ. Bảng 3.2 cho thấy có 5 nguyên nhân gây CMSĐ, bao gồm: đờ tử cung, rau tiền đạo, rau bong non, rau cài răng lược, chấn thương đường sinh dục. Đứng đầu là nguyên nhân do “đờ tử cung” chiếm tỷ lệ 64,4%, tiếp theo là nguyên nhân “rau tiền đạo” chiếm tỷ lệ 24,1%, nguyên nhân ít gặp nhất là “rau cài răng lược” 1,2%.

4.2.1. Đờ tử cung: vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây CMSĐ. Theo tác giả Nguyễn Đức Vy [3] nghiên cứu tình hình CMSĐ từ 2011 đến 2016 có 134 trường hợp CMSĐ do đờ tử cung trong số 400 trường hợp CMSĐ, chiếm 33,5%. Theo Phạm Thị Xuân Minh [6] tỷ lệ này là 31,6% và Phạm Thị Hải [5] là 27,8%. Tỷ lệ CMSĐ do “đờ tử cung” trong nghiên cứu này là 64,4% cao hơn các tác giả trên. Điều này có thể giải thích do chúng tôi ít làm những ca sản bệnh: rau cài răng lược, các bệnh lý về rau ở thai non tháng. Do vậy, các nguyên nhân gây CMSĐ trong nghiên cứu của chúng tôi ít hơn các nghiên cứu khác, làm tỷ lệ nguyên nhân “đờ tử cung” cao hơn.

Tỷ lệ “đờ tử cung” có thể giảm khi triển khai thực hiện rộng rãi các khuyến cáo của WHO về xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ, cùng với nhiều loại thuốc dự phòng và điều trị đờ tử cung có tác dụng tốt như: Duratocin, Oxytocin, Ergometrin, Misoprostol. Tuy vậy đờ tử cung vẫn là nguyên nhân hay gặp nhất ở nhóm bệnh nhân đẻ thường, do ở nhóm này ít có nguy cơ về rau như rau tiền đạo, rau cài răng lược hơn những trường hợp đẻ mổ. Ở bảng 3.3, tỷ lệ “đờ tử cung” trong đẻ thường là 84%; trong khi đẻ mổ là 56,4%.

Theo Pernoll [7] ngoài các yếu tố nguy cơ gây đờ tử cung như đẻ nhiều lần, đẻ thai to còn có một số yếu tố khác như: chuyển dạ kéo dài, sử dụng các thuốc giãn cơ, tăng huyết áp, lạm dụng oxytocin, nhiễm khuẩn ối, sản phụ bị suy dinh dưỡng...

4.2.2. Nguyên nhân CMSĐ do rau. Rau cài răng lược: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ CMSĐ do "rau cài răng lược" ít gặp nhất với 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,2%. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều khi so sánh với các nghiên cứu của Trần Chân Hà [4] là 9,2%, Phạm Thị Xuân Minh [6] là 6,6%. Do chúng tôi phát hiện những trường hợp có bệnh lý này trong quá trình mang thai hay trước đẻ nhờ siêu âm Doppler đã chủ động chuyển tuyến trên.

Rau tiền đạo: Chiếm 24,1% các nguyên nhân gây CMSĐ. Cũng giống như "rau cài răng lược", tỷ lệ "rau tiền đạo" cũng tăng lên cùng với sự gia tăng của tỷ lệ mổ lấy thai. Theo Phạm Thị Xuân Minh [6] nguyên nhân CMSĐ do rau tiền đạo chiếm 14,2%, Phạm Thị Hải [5] tỷ lệ này là 12%.

Qua đó ta thấy tỷ lệ CMSĐ do rau tiền đạo của chúng tôi là cao nhất, có lẽ do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các trường hợp CMSĐ có truyền máu và tỷ lệ mổ lấy thai tăng lên so với trước đây.

Trong các trường hợp rau tiền đạo, do vị trí của rau bám thấp ở đoạn dưới tử cung, nơi không có lớp cơ đan. Mặt khác niêm mạc ở đoạn dưới tử cung kém phát triển hơn thân và đáy tử cung nên các gai rau thường ăn sâu vào lớp cơ tử cung làm cản trở tắc mạch sinh lý. Các trường hợp rau tiền đạo hay bị ra máu trong quá trình mang thai nên thường thiếu máu sẵn do đó khi mất thêm máu trong quá trình mổ đẻ làm tình trạng bệnh nhân nặng hơn. Chính vì thế, cần quản lý thai nghén chặt chẽ cho các thai phụ để phát hiện những trường hợp nguy cơ như rau tiền đạo, rau cài răng lược để có hướng điều trị và dự phòng thấp nhất tại biển cho mẹ, đồng thời cũng đưa ra chỉ định mổ lấy thai đúng để giảm tỷ lệ rau tiền đạo.

Rau bong non: Có 5 trường hợp "rau bong non" chiếm tỷ lệ 5,7% các nguyên nhân gây CMSĐ. Tỷ lệ này tương đương trong nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Xuân Minh [6] 3,6%, theo Phạm Thị Hải [5] là 3,1%. Các trường hợp này đều được chẩn đoán trước mổ và tiến hành mổ lấy thai cấp cứu. Chúng tôi không gặp trường hợp nào rau bong non trong đẻ thường, có lẽ những trường hợp đó là rau bong non thể ẩn

hoặc thể nhẹ không có chỉ định truyền máu nên không được lấy trong nghiên cứu này. Rau bong non thường xảy ra ở bệnh nhân tiền sản giật. Trong nghiên cứu có 2 trường hợp tiền sản giật chiếm 40% trong số trường hợp CMSĐ do rau bong non.

4.2.3. Nguyên nhân "chấn thương đường sinh dục". Trong nghiên cứu này, nguyên nhân "chấn thương đường sinh dục" chỉ có 4 trường hợp chiếm 4,6%. Và toàn bộ các trường hợp này là đẻ thường (bảng 3), gồm: rách cổ tử cung – âm đạo – tầng sinh môn, tụ máu tầng sinh môn. Theo Trần Chân Hà [4] tỷ lệ này là 11,6%, Hứa Thanh Sơn [8] là 10,2%. Có sự khác biệt này do trong các nghiên cứu của các tác giả trên chấn thương đường sinh dục còn bao gồm tổn thương đoạn dưới tử cung trong mổ lấy thai; trong phạm vi nghiên cứu của chúng tôi không có những trường hợp như trên nên có thể làm tỷ lệ nguyên nhân "chấn thương đường sinh dục" thấp hơn.

V. KẾT LUẬN

"Đờ tử cung" vẫn là nguyên nhân chủ yếu gây CMSĐ ở những sản phụ CMSĐ có truyền máu tại BVPSNĐ, có tỷ lệ cao hơn trong các nguyên nhân gây CMSĐ ở nhóm đẻ thường. CMSĐ được phát hiện sớm, chủ yếu trong 2 giờ đầu sau đẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ môn phụ sản trường đại học Y Hà Nội (2000)**, Bài giảng sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học, 57-153.
- A. Evensen, J. M. Anderson và P. Fontaine**, "Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment", Am Fam Physician, 2017;95(7), tr. 442-449
- Nguyễn Đức Vy (2002)**, Tình hình chảy máu sau đẻ tại Viện BVBMSTSS trong 6 năm (1996 - 2001). Tạp chí thông tin Y dược, 36-39.
- Trần Chân Hà (2001)**, Nghiên cứu tình hình chảy máu sau đẻ tại Viện BVBMSTSS trong 5 năm (1999-2000), Luận văn thạc sĩ Y học.
- Phạm Thị Hải (2004-2007)**, Nghiên cứu chảy máu sau đẻ tại bệnh viện phụ sản trung ương, Luận văn thạc sĩ y học trường ĐHYHN.
- Phạm Thị Xuân Minh (2004)**, Tình hình chảy máu sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1999-2004, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II.
- Pernoll ML (1991)**, Current obstetric & gynecologic: Diagnosis & treatment 7th edition, Appleton & langue, California, 27, 568-576.
- Bùi Sương, Hứa Thanh Sơn, Lưu Quốc Khải (2000)**, "Xử trí tích cực giai đoạn 3 cuộc chuyển dạ tại BV PSHN 1994 - 1999". Luận văn thạc sĩ y học trường ĐHYHN.