

thương [6].

## V. KẾT LUẬN

Vi thể lỗ vào vết thương tại mép lỗ vào, toàn bộ vết thương đều có đứt rách tổ chức da. Đạn vận tốc thấp hơn gây tổn thương bong tróc biểu bì da và máu tụ nhiều hơn. Tại vùng chấn động trực tiếp và chấn động phân tử, các loại đạn có vận tốc và năng lượng tổn thương lớn hơn gây ra nhiều tổn thương hơn.

Vi thể lỗ ra vết thương, toàn bộ lỗ ra vết thương đều có tổn thương đứt rách tổ chức da. Đạn có vận tốc cao và đầu tròn hơn gây ra tổn thương máu tụ và xuất huyết nhiều hơn. Vùng chấn động trực tiếp tại lỗ ra chủ yếu có tổn thương xuất huyết. Vùng chấn động phân tử, các tổn thương sung huyết chiếm chủ yếu.

Vi thể ống vết thương, tất cả các vết thương đều có tổn thương đứt rách tổ chức và xuất huyết. Vùng chấn động trực tiếp, tổn thương chủ yếu là xuất huyết. Vùng chấn động phân tử, tổn

thương chủ yếu là sung huyết.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Học viện Quân y** (2019), Ngoại khoa dã chiến, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân.
2. **Yubin Chen, Yingyun Miao, Chuan Xu, et al.** (2010). Wound ballistics of the pig mandibular angle: A preliminary finite element analysis and experimental study. *Journal of Biomechanics*, 43: 1131–1137.
3. **A. Isan Uzar, Mehmet Dakak, Köksal Öner, et al.** (2003). Comparison of soft tissue and bone injuries caused by handgun or rifle bullets: an experimental study. *Acta Orthop Traumatol Turc* 37(3): 261-267.
4. **Reinhard B. Dettmeyer** (2018), *Forensic Histopathology Fundamentals and Perspectives Second Edition*, Springer International Publishing AG.
5. **Reinhard B. Dettmeyer** (2011), *Forensic Histopathology Fundamentals and Perspectives*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
6. **Leigh Hlavaty, Leonardo Roquero, Jeffery Amley, et al.** (2019). Discordance of Gross and Histologic Findings in Estimating the Range of Fire of Gunshot Wounds. *J Forensic Sci*, 64(5): 1399-1411.

# NGHIÊN CỨU XỬ TRÍ CHẢY MÁU TRONG 24 GIỜ ĐẦU SAU ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN TRONG 5 NĂM

Trần Văn Dũng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm của sản phụ chảy máu trong 24 giờ đầu sau đẻ và nhận xét phương pháp xử trí chảy máu sau đẻ của các sản phụ trên tại bệnh viện Thanh Nhàn trong 5 năm. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 75 trường hợp chảy máu trong 24 giờ đầu sau đẻ. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ chảy máu sau đẻ là 0,57%; Có mối liên quan mật thiết giữa nguy cơ chảy máu sau đẻ với độ tuổi và số lần sinh với  $p < 0,05$ ; phương pháp xử trí chảy máu sau đẻ phụ thuộc vào phương pháp đẻ và nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ. **Từ khóa:** sinh đẻ, chảy máu sau sinh, kiểm soát

## SUMMARY

### RESEARCH FOR BLEEDING CONTROL IN THE FIRST 24 HOURS AFTER GIVING BIRTH AT THANH NHAN HOSPITAL FOR 5 YEARS

The purpose of this study was to describe the characteristics of pregnant women with bleeding in the first 24 hours after giving birth and to evaluate the methods of control postpartum bleeding of these

women at Thanh Nhan hospital for 5 years. We conducted a cross-sectional descriptive study on 75 bleeding cases in the first 24 hours postpartum. Research results show that: postpartum bleeding rate is 0.57%; There is a close relationship between the risk of postpartum bleeding with age and number of births with  $p < 0.05$ ; Treatment of postpartum bleeding depends on the method of delivery and the cause of postpartum bleeding. **Keywords:** childbirth, postpartum bleeding, control

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu sau đẻ (CMSĐ) bao gồm tất cả các trường hợp chảy máu sau khi số thai lượng máu chảy ra vượt quá 500ml khi sinh đường âm đạo và hơn 1000ml khi mổ lấy thai hoặc có ảnh hưởng xấu đến toàn trạng của sản phụ<sup>1</sup>. Chảy máu sau đẻ được xếp hàng đầu trong 5 tai biến sản khoa thường gặp, là nguyên nhân gây di chứng và tử vong mẹ hay gặp nhất trong sản khoa<sup>2</sup>. Nguyên nhân gây nên CMSĐ đã được biết từ rất lâu như đỡ tử cung, sót rau, chấn thương đường sinh dục, vỡ tử cung, rau bong non, rau cài răng lược,... Nếu phát hiện sớm được các nguyên nhân gây CMSĐ và có biện pháp xử trí chính xác, kịp thời thì sẽ hạ thấp được tỷ lệ tử vong mẹ do CMSĐ. Trên thực tế CMSĐ vẫn luôn là một đề tài mang tính cấp thiết trong Sản

<sup>1</sup>Trường Đại học Y tế Công Cộng  
Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Dũng  
Email: dungtran.bvtn@gmail.com  
Ngày nhận bài: 7.6.2023  
Ngày phản biện khoa học: 21.7.2023  
Ngày duyệt bài: 11.8.2023

khoa, ngay cả với các nước có nền Y học phát triển. Nhằm đánh giá tình trạng, nguyên nhân và xử trí chảy máu sau đẻ tại khoa sản của bệnh viện Thanh Nhàn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Nghiên cứu về xử trí chảy máu trong 24 giờ đầu sau đẻ tại Bệnh viện Thanh Nhàn trong 5 năm với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm của sản phụ chảy máu trong 24 giờ đầu sau đẻ và nhận xét phương pháp xử trí chảy máu sau đẻ của các sản phụ trên tại bệnh viện Thanh Nhàn trong 5 năm".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** lựa chọn tất cả sản phụ có hồ sơ đẻ tại Bệnh viện Thanh Nhàn trong thời gian từ 01/01/2016 đến 31/12/2020 thỏa mãn một trong những điều kiện sau:

- Các trường hợp đẻ thường có lượng máu mất ước lượng được ghi chép trên 500ml.
- Các trường hợp mổ đẻ có lượng máu mất ước lượng được ghi chép trên 1000ml.
- Các trường hợp có chỉ số hematocrit giảm trên 10% so với xét nghiệm trước đẻ. Hoặc lượng máu mất làm ảnh hưởng đến toàn trạng của bệnh nhân phải tiến hành các biện pháp hồi sức, bù khối lượng tuần hoàn<sup>13</sup>.
- Các trường hợp có thủ thuật, phẫu thuật để cầm máu như: kiểm soát tử cung vì chảy máu, đặt bóng chèn lòng tử cung cầm máu, khâu mũi B-Lynch, cắt tử cung, thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị, khâu mũi B-

Lynch, mổ xử trí khối máu tụ

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp CMSĐ mà sản phụ mắc bệnh về máu.

Các trường hợp bệnh án không ghi chép đầy đủ thông tin.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 03/2020 đến tháng 08/2021.

**Địa điểm nghiên cứu:** Bv Thanh Nhàn.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Số liệu được thu thập từ các bệnh án đủ tiêu chuẩn của nghiên cứu trong thời gian 01/01/2016 đến 31/12/2020. Chúng tôi thu thập được 75 trường hợp chảy máu sau đẻ.

Công cụ thu thập số liệu: Xây dựng mẫu bệnh án nghiên cứu phù hợp với mục tiêu nghiên cứu. Số liệu thu được từ những bệnh án đủ tiêu chuẩn tại kho hồ sơ bệnh án của phòng Kế hoạch Tổng hợp của Bệnh viện Thanh Nhàn.

**Xử lý số liệu:** Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.

**Đạo đức nghiên cứu:** Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.19. Mối tương quan giữa nhóm tuổi và tỷ lệ chảy máu sau đẻ**

Số lần đẻ	Tổng số đẻ	Không CMSĐ	CMSĐ	OR (95%CI)	p	Tỉ lệ CMSĐ (%)
< 20	367	364	3	1,74 (0,35-5,41)	0,35	0,82
20-34	11247	11194	53	1	-	0,47
> 34	1620	1601	19	2,50 (1,40-4,32)	0,0004	1,17

**Nhận xét:** Tuổi sản phụ CMSĐ thấp nhất là 17 tuổi và cao nhất là 41 tuổi.

So với nhóm sản phụ trong độ tuổi sinh sản từ 20-34 tuổi

+ Nhóm sản phụ có tuổi < 20 có nguy cơ CMSĐ gấp 1,74 lần.

+ Nhóm sản phụ có tuổi > 34 có nguy cơ CMSĐ gấp từ 2,49 lần (có ý nghĩa thống kê)

**Bảng 3.2. Mối tương quan giữa số lần đẻ với chảy máu sau đẻ (N=75)**

Số lần đẻ	Tổng số đẻ	Không CMSĐ	CMSĐ	OR (95%CI)	p	Tỉ lệ CMSĐ (%)
Lần 1	4630	4611	19	1		0,41
Lần 2	6341	6307	34	1,31 (0,72-2,43)	0,35	0,54
≥ 3 lần	2263	2241	22	2,38 (1,23-4,66)	0,004	0,98

**Nhận xét:** So với nhóm sinh đẻ lần đầu:

+ Nhóm sinh đẻ lần 2 có nguy cơ CMSĐ gấp 1,31 lần.

+ Nhóm sinh đẻ từ 3 lần trở lên có nguy cơ CMSĐ gấp 2,38 lần (có ý nghĩa thống kê)

**Bảng 3.3. Thời điểm phát hiện CMSĐ**

Thời điểm phát hiện CMSĐ	Số CMSĐ	Tỷ lệ %
Trước sổ rau	9	12
Ngay sau sổ rau	30	40
Trong 2 giờ đầu sau đẻ	27	36

Từ 2 đến 6 giờ sau đẻ	6	8
Từ 6 đến 24 giờ sau đẻ	3	4
<b>Tổng số</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Thời điểm xuất hiện CMSĐ thường gặp nhất là ngay sau sổ rau đến 2 giờ đầu sau đẻ chiếm 76%. Thời điểm xuất hiện CMSĐ ít gặp nhất là 6-24 giờ đầu sau đẻ

**Bảng 3.4. Xử trí CMSĐ trong đẻ thường (N=35)**

Nguyên nhân		Xử trí		Khâu đường âm đạo và/hoặc lấy khối máu tụ		Đặt bóng chèn buồng tử cung	
		n	Thành công	n	Thành công	n	Thành công
<b>Đờ tử cung đơn thuần</b>		8	8 (100%)	-	-	-	-
<b>Chấn thương đường sinh dục</b>	Rách độ 2	-	-	1	1 (100%)	-	-
	Rách độ 3	-	-	3	3 (100%)	-	-
	Khối máu tụ TSM	-	-	4	4 (100%)	-	-
<b>Phối hợp</b>	Rách TSM độ 2 + đờ tử cung	2	0	2	2 (100%)	-	-
	Rách TSM độ 3 + đờ tử cung	12	0	12	10 (83,33%)	2	2 (100%)
<b>Sốt rau</b>		5	5 (100%)	-	-	-	-

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu này có 35 trường hợp chảy máu sau đẻ thường được xử trí theo các mức độ khác nhau tùy theo nguyên nhân:

+ Đờ tử cung đơn thuần có 8 trường hợp xử trí thành công 100% bằng kiểm soát tử cung và thuốc tăng co cơ tử cung.

+ Với chấn thương đường sinh dục: 3 trường hợp (rách độ 2, độ 3) và 4 trường hợp khối máu tụ được xử trí thành công bằng các thủ thuật khâu đường âm đạo.

+ Với nguyên nhân phối hợp (rách độ 2, độ 3 phối hợp đờ tử cung) có 14 trường hợp được xử trí kiểm soát tử cung, khâu đường âm đạo và thuốc tăng co cơ tử cung: 12 trường hợp thành công, 2 trường hợp chuyển đặt bóng chèn buồng tử cung.

+ Với nguyên nhân do sót rau: có 5 trường hợp được xử trí thành công bằng kiểm soát tử cung lấy rau sót và thuốc tăng co cơ tử cung.

**Bảng 3.5. Xử trí CMSĐ trong mổ đẻ**

Nguyên nhân		Xử trí		Khâu diện chảy máu		Thắt động mạch tử cung		Cắt tử cung	
		n	Thành công	n	Thành công	n	Thành công	n	Thành công
<b>Đờ tử cung</b>		25	6 (24,00%)	-	-	19	18 (94,73%)	1	1 (100%)
<b>Do rau</b>	Rau tiền đạo	8	0	5	1 (20%)	7	7 (100%)	-	-
	Rau bong non	3	0	-	-	3	2 (66,67%)	1	1 (100%)
	Rau cài răng lược	-	-	-	-	-	-	1	1 (100%)
<b>Rách phức tạp đoạn dưới tử cung</b>		1	0	1	0	1	1 (100%)	-	-
<b>Khối máu tụ TSM*</b>		-	-	-	-	-	-	-	-

**Nhận xét:** - CMSĐ do đờ tử cung có 25 trường hợp điều trị thành công:

+ 06 trường hợp bằng thuốc tăng co cơ tử cung và xoa bóp tử cung.

+ 18 trường hợp bằng thắt động mạch tử cung thắt động mạch tử cung.

+ 01 trường hợp bằng cắt tử cung.

- Trong 08 trường hợp rau tiền đạo

+ 05 trường hợp được khâu cầm máu diện rau bám, 1 trường hợp thành công và 4 trường hợp thất bại chuyển thắt động mạch tử cung.

+ 03 trường hợp còn lại được xử trí bằng thắt động mạch tử cung.

- Có 03 trường hợp rau bong non sau khi lấy thai đều được kiểm soát tử cung, dùng thuốc

tăng co cơ tử cung và thắt động mạch tử cung.

+ 02 trường hợp không chế được chảy máu chiếm 66,67%.

+ 01 trường hợp còn lại phải chuyển cắt tử cung bán phần chiếm 33,33%.

- Có 1 trường hợp rau cài răng lược phẫu thuật viên chủ động cắt tử cung hoàn toàn.

- Chỉ có 1 trường hợp rách phức tạp đoạn dưới trong mổ đẻ gây chảy máu sau đẻ, được khâu phục hồi vết rách và thắt động mạch tử cung.

- Có 2 trường hợp sản phụ được theo dõi đẻ đường âm đạo trong quá trình theo dõi trước khi cổ tử cung mở hết phát hiện khối máu tụ ở âm đạo, được mổ lấy thai kết hợp lấy khối máu tụ, khâu cầm máu qua đường âm đạo.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 75 trường hợp được chẩn đoán CMSĐ ở các mức độ khác nhau trên 13234 hồ sơ sinh tại Bệnh viện Thanh Nhàn trong 5 năm từ năm 2016 đến năm 2020. Tỷ lệ sản phụ bị CMSĐ tại bệnh viện Thanh Nhàn trong 5 năm là 0,57% thấp hơn tỷ lệ CMSĐ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2016 là 0,69%<sup>3</sup>.

Về độ tuổi sản phụ, nhóm tuổi < 20 có nguy cơ CMSĐ tăng gấp khoảng 1,74 lần, điều này có thể lý giải do cơ quan sinh sản của người phụ nữ chưa thực sự trưởng thành để có thể thực hiện tốt chức năng mang thai và sinh đẻ, vì vậy nguy cơ xảy ra các tai biến đương nhiên sẽ cao hơn. Nhóm tuổi > 34 cũng có nguy cơ CMSĐ tăng gấp 2,49 lần và tăng dần theo tuổi. Có thể giải thích do cơ quan sinh dục cũng già hóa theo độ tuổi, ngoài ra còn liên quan đến tiền sử sản khoa như số lần đẻ, tiền sử nạo hút hay phẫu thuật tại tử cung là yếu tố ảnh hưởng đến sự co hồi tử cung, nguy cơ bất thường về rau... do vậy làm tăng tỷ lệ CMSĐ. Nhiều khuyến cáo của tổ chức y tế thế giới đều chỉ ra rằng sinh đẻ ở tuổi cao có rất nhiều nguy cơ biến chứng cho mẹ và trẻ sơ sinh mà CMSĐ là thường hay gặp ở những phụ nữ đẻ nhiều lần, sức khỏe kém, điều kiện chăm sóc không tốt<sup>4</sup>. Ở sản phụ sinh con lần 2 nguy cơ này tăng gấp 1,31 lần, và ở sản phụ sinh con từ lần 3 trở lên nguy cơ này tăng gấp 2,38 lần. Rouse JD và cộng sự cũng thấy rằng ở những sản phụ đẻ nhiều lần nguy cơ đỡ tử cung cao gấp 2,4 lần so với những sản phụ đẻ lần đầu<sup>5</sup>, đây cũng là nguyên nhân phổ biến nhất gây CMSĐ.

Đối với CMSĐ thời điểm phát hiện chảy máu có ý nghĩa vô cùng quan trọng. Liên quan mật thiết đến cách can thiệp, mức độ can thiệp, và tiên lượng bệnh nhân<sup>6</sup>. Phát hiện CMSĐ càng sớm việc xử trí càng dễ dàng và có hiệu quả, giảm tối thiểu các can thiệp trên bệnh nhân. Ngược lại, nếu phát hiện CMSĐ muộn, việc điều trị rất khó khăn thậm chí tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề sau này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp CMSĐ đa phần phát hiện rất sớm ngay sau sổ rau đến 2 giờ đầu sau đẻ chiếm đến 76%. Nguyên nhân chủ yếu trong nghiên cứu này là đỡ tử cung, vì vậy việc theo dõi khối an toàn và phát hiện sớm CMSĐ ngay trong 2 giờ đầu có ý nghĩa vô cùng quan trọng.

Phương pháp xử trí sau đẻ giữa hai nhóm dễ thường và dễ mổ theo các nguyên nhân đã được trình bày cụ thể trong bảng 3.3 và 3.4 bên trên. Chảy máu sau đẻ gây rất nhiều hậu quả cho bà mẹ. CMSĐ là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trên toàn thế giới, bên cạnh đó nếu giữ được tính mạng nhiều trường hợp bị cắt tử cung làm mất khả năng sinh sản lần sau, hoặc mất máu nặng làm suy các tạng gây hậu quả nặng nề cho cuộc sống sau đó. Trong xử trí chảy máu sau đẻ không có phác đồ cụ thể nào, tùy thuộc từng nguyên nhân, điều kiện từng cơ sở y tế khác nhau mà có cách xử trí khác nhau. Tuy nhiên nguyên tắc cơ bản trong xử trí các trường hợp chảy máu sau đẻ là vừa hồi sức nội khoa: bù khối lượng tuần hoàn, hỗ trợ hô hấp, giảm đau tốt đồng thời tìm nguyên nhân và xử trí theo nguyên nhân để hạn chế số lượng máu mất.

#### V. KẾT LUẬN

CMSĐ là một trong những cấp cứu sản khoa, tùy vào tình huống lâm sàng cụ thể đưa ra phương pháp xử trí nhanh chóng, phù hợp nhằm giảm thiểu các hậu quả cho sản phụ. Qua đây chúng tôi có một số kiến nghị để làm giảm tỷ lệ chảy máu sau đẻ như sau: Tuyên truyền cho cộng đồng về sức khỏe sinh sản, nên sinh con trong độ tuổi từ 20-35 tuổi. Hạn chế đẻ nhiều lần. Thực hiện theo dõi sát sản phụ trong 24 giờ đầu sau đẻ, đặc biệt trong 6 giờ đầu sau đẻ, nhằm phát hiện sớm chảy máu sau đẻ để từ đó đưa ra các can thiệp kịp thời, hiệu quả.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Likis F E, Sathe N A, Morgans A K, et al (2015), Introduction, Management of Postpartum Hemorrhage.
2. Bộ môn phụ sản trường đại học Y Hà Nội (2000), Bài giảng sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học, 57-153.
3. Nguyễn Thị Hiền (2016), Nghiên cứu nguyên nhân và thái độ xử trí chảy máu sau đẻ tại bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
4. Trường đại học y Hà Nội (2012), Sản phụ khoa - bài giảng cho học viên sau đại học, Nhà xuất bản y học.
5. Rouse D J, Leindecker S, Landon M, et al (2005), The MFMU cesarean – an Registry: uterine atony after primary cesarean delivery. Int J Obstet Gynecol, 193, 1056-1060.
6. Prendiville W, O'Connell M (2006), Active management of the third stage of labour. A text book of postpartum hemorrhage. B-Lynch C, Keith LG, Lalonde AB, eds. Sapiens publishing. 98 – 106.