

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN SẢN NHI BẮC NINH SỐ 1

THÂN THỊ THẮNG

**KẾT QUẢ XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT SAU SINH
ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI BẮC NINH
SỐ 1 NĂM 2025**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh - 2026

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN SẢN NHI BẮC NINH SỐ 1

**KẾT QUẢ XỬ TRÍ BĂNG HUYẾT SAU SINH
ĐƯỜNG ÂM ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI BẮC NINH
SỐ 1 NĂM 2025**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện : BS. Thân Thị Thắng

Cộng sự : Nguyễn Thị Thanh Thủy

Bắc Ninh - 2026

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BHSS :	Băng huyết sau sinh
MLT :	Mổ lấy thai
TC :	Tử cung
TCBP :	Tử cung bán phần
TCTP :	Tử cung toàn phần
PT :	Phẫu thuật

MỤC LỤC

DANH MỤC BẢNG.....	6
DANH MỤC HÌNH	7
ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Định nghĩa băng huyết sau sinh	3
1.2. Một số đặc điểm giải phẫu, sinh lý liên quan đến băng huyết sau sinh.....	4
1.2.1. Giải phẫu sinh lý cơ tử cung	4
1.2.2. Giải phẫu, sinh lý bánh rau.....	4
1.2.3. Sinh lý thời kỳ sổ rau	5
1.2.4. Những bất thường trong thời kỳ sổ rau	5
1.3. Các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ băng huyết sau sinh	7
1.3.1. Đờ tử cung sau đẻ.....	7
1.3.2. Do rau thai	8
1.4. Triệu chứng băng huyết sau sinh.....	10
1.4.1. Triệu chứng lâm sàng	10
1.4.2. Các dấu hiệu cận lâm sàng của băng huyết sau sinh.....	10
1.5. Các hậu quả của băng huyết sau sinh.....	11
1.5.1. Tử vong mẹ	11
1.5.2. Hội chứng Sheehan	11
1.5.3. Các hậu quả khác.....	11
1.6. Các phương pháp xử trí băng huyết sau sinh	11
1.6.1. Xử trí đờ tử cung	12
1.6.2. Xử trí các nguyên nhân BHSS do rau	13
1.6.3. Xử trí BHSS do chấn thương đường sinh dục	14
1.6.4. Xử trí BHSS do rối loạn đông máu.....	14
1.7. Phác đồ xử trí băng huyết sau sinh	18
1.8. Một số nghiên cứu về băng huyết sau sinh	19

1.8.1. Một số nghiên cứu trên thế giới	19
1.8.2. Một số nghiên cứu trong nước	19
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	21
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	21
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn	21
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ	21
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	21
2.2.1. Địa điểm nghiên cứu	21
2.2.2. Thời gian nghiên cứu	21
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	21
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....	21
2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu	21
2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin	21
2.4. Các biến số nghiên cứu	22
2.5. Phác đồ xử trí BHSS tại bệnh viện	23
2.5. Hạn chế sai số trong nghiên cứu	24
2.6. Phương pháp xử lý số liệu.....	24
2.7. Đạo đức trong nghiên cứu.....	24
2.8. Sơ đồ nghiên cứu.....	26
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	27
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.....	27
3.2. Các chỉ định xử trí BHSS.....	32
DỰ KIẾN KẾT LUẬN	36
KHUYẾN NGHỊ.....	37
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1. Đặc điểm độ tuổi của đối tượng nghiên cứu.....	27
Bảng 3.2. Số lần đẻ của đối tượng nghiên cứu	27
Bảng 3.3. Tuổi thai khi đẻ của đối tượng nghiên cứu.....	27
Bảng 3.4. Tiền sử nạo, hút, sảy thai của đối tượng nghiên cứu.....	28
Bảng 3.5. Trọng lượng thai của đối tượng nghiên cứu	28
Bảng 3.6. Tiền sử mắc các bệnh kèm theo của đối tượng nghiên cứu	28
Bảng 3.7. Một số yếu tố nguy cơ của BHSS.....	29
Bảng 3.8. Số lượng thai trong lần sinh này của đối tượng nghiên cứu.....	29
Bảng 3.9. Phương pháp thụ thai trong lần sinh này của đối tượng nghiên cứu	29
Bảng 3.11. Thời gian chuyển dạ đẻ của đối tượng nghiên cứu	30
Bảng 3.12. Biện pháp can thiệp trong chuyển dạ.	30
Bảng 3.13. Các thuốc đã dùng điều trị băng huyết sau sinh.....	31
Bảng 3.14. Các biện pháp can thiệp ngoại khoa cầm máu trước đó của đối tượng nghiên cứu.....	31
Bảng 3.15. Số BHSS và chỉ định cắt tử cung do BHSS	31
Bảng 3.16. Các chỉ định xử trí BHSS	32
Bảng 3.17. Thời gian chỉ định xử trí do BHSS.....	32
Bảng 3.18. Tai biến và biến chứng sau xử trí	32
Bảng 3.19. Lượng máu cần bù sau xử trí BHSS.....	33
Bảng 3.21. Ngày điều trị sau phẫu thuật xử trí BHSS	34
Bảng 3.22. Kết quả điều trị sau xử trí BHSS	34

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Túi đông máu chảy sau đẻ.....	4
Hình 1.2. Mạch máu cơ quan sinh dục nữ	7
Hình 1.3. Mũi khâu Hayman	16
Hình 1.4. Mũi khâu B-Lynch	17

ĐẶT VẤN ĐỀ

Băng huyết sau sinh (BHSS) là một trong những biến chứng sản khoa nguy hiểm nhất, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, BHSS chiếm khoảng 25% tổng số ca tử vong mẹ toàn cầu, đặc biệt phổ biến ở các nước đang phát triển. Tại Việt Nam, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản, tỷ lệ mắc và tử vong do BHSS vẫn còn ở mức đáng lo ngại, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, tính mạng của sản phụ và tạo gánh nặng cho gia đình, xã hội [1], [2].

Nguyên nhân chủ yếu của BHSS là do đờ tử cung, sang chấn đường sinh dục, sót nhau và rối loạn đông máu, trong đó đờ tử cung vẫn là nguyên nhân hàng đầu được ghi nhận tại các cơ sở y tế. Việc xử trí BHSS đòi hỏi phải phát hiện sớm, can thiệp kịp thời và áp dụng các phác đồ điều trị phù hợp, kết hợp giữa nội khoa và ngoại khoa nhằm kiểm soát chảy máu, bảo tồn tính mạng cũng như chức năng sinh sản cho sản phụ [3]. Tuy nhiên, thực tế cho thấy hiệu quả điều trị BHSS còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như trình độ chuyên môn, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, điều kiện trang thiết bị và đặc điểm dịch tễ học từng địa phương.

Nhìn chung, có thể tóm tắt tất cả các can thiệp bảo tồn trong băng huyết sau sinh thành 4 loại thủ thuật: chèn bóng, các mũi khâu ép, làm thuyên tắc động mạch và cột thứ tự các mạch máu vùng chậu. Trong số các thủ thuật này, chèn bóng lòng tử cung có ưu điểm là đơn giản và an toàn, có thể thực hiện dễ dàng bởi cả các bác sỹ được huấn luyện tối thiểu và/hoặc ít kinh nghiệm. Hội Sản Phụ khoa Mỹ (ACOG) gợi ý rằng, chèn bóng tử cung có thể hiệu quả trong việc làm giảm chảy máu do đờ tử cung [2]. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Liên đoàn Sản Phụ khoa Thế giới (FIGO), 2012, gợi ý nghiên cứu hiệu quả của chèn bóng lòng tử cung trong BHSS từ 2012-2017 [3], [20]

Tại bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1 là bệnh viện tuyến cuối của tỉnh mỗi năm có 12.000-15.000 ca sinh. Tỷ lệ ca BHSS còn cao, việc đánh giá kết quả điều trị BHSS không chỉ giúp nhận diện thực trạng, hiệu quả phác đồ đang áp dụng còn

là cơ sở khoa học để đề xuất các giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc sản khoa, giảm tỷ lệ tử vong do BHSS góp phần nâng cao hiệu quả kiểm soát BHSS.

Xuất phát từ tình hình thực tiễn đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu ***“Kết quả xử trí băng huyết sau sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1 năm 2026”*** với mục tiêu

Nhận xét kết quả xử trí băng huyết sau sinh đường âm đạo tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1 năm 2025-2026

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Định nghĩa băng huyết sau sinh

Theo WHO, BHSS được chẩn đoán xác định khi lượng máu mất trên 500ml hoặc choáng do mất máu xảy ra ngay sau đẻ và thường xảy ra trong 24h đầu [3,4]. Nguyên nhân thường gặp của băng huyết sau sinh bao gồm: bệnh lý trong thời kỳ sở thai (đờ tử cung, sốt rau sau đẻ, lộn tử cung, rau cài răng lược...), tổn thương đường sinh dục (vỡ tử cung, rách CTC, rách âm đạo, rách tầng sinh môn), bệnh lý rối loạn đông máu (hiếm gặp) [3,5,6].

Ước lượng máu mất được tổng ra ngoài thường chỉ được một nửa lượng máu mất thực sự. Máu trộn lẫn với nước ối và đôi khi với nước tiểu, thấm trong gạc, ga trải giường, trên sàn nhà. Một định nghĩa khác của BHSS là lượng máu mất trên 15% thể tích máu toàn phần được ước tính.

Sự quan trọng của lượng máu mất thay đổi theo mức huyết sắc tố của mỗi bệnh nhân. Sản phụ với mức huyết sắc tố bình thường sẽ chịu đựng được việc mất một lượng máu có thể gây tử vong cho sản phụ thiếu máu. Ngay cả những sản phụ có sức khỏe bình thường, không thiếu máu vẫn có thể mất máu rất nhiều. Chảy máu có thể xảy ra sau đẻ vài giờ và có thể không được phát hiện cho đến khi sản phụ đột ngột bị choáng.

Đánh giá nguy cơ trong giai đoạn tiền sản không dự đoán đúng được sản phụ nào sẽ bị BHSS. Xử trí tích cực trong giai đoạn 3 của cuộc chuyển dạ cần phải được thực hiện trên tất cả các sản phụ trong chuyển dạ để làm giảm tỷ lệ BHSS do đờ tử cung. Tất cả các sản phụ sau sinh đều phải được theo dõi kỹ để đề phòng BHSS. Để đánh giá được mức độ nguy hiểm của BHSS thì không chỉ căn cứ vào lượng máu mất nhiều hay ít mà còn căn cứ vào thể trạng thai phụ.



Hình 1.1. Túi đông máu chảy sau đẻ

1.2. Một số đặc điểm giải phẫu, sinh lý liên quan đến băng huyết sau sinh

1.2.1. Giải phẫu sinh lý cơ tử cung

Tử cung là một cơ quan rỗng, thành dày của nó chủ yếu do lớp cơ tạo nên.

Tử cung gồm 3 lớp tính từ trong ra ngoài đó là niêm mạc, cơ tử cung, phúc mạc.

Cơ tử cung có vai trò quan trọng tham gia vào việc cầm máu sau đẻ.

Cơ tử cung có 3 lớp: lớp ngoài là cơ dọc, lớp giữa là lớp cơ đan, đây là lớp dày nhất chỉ có ở thân tử cung, đan chéo bao quanh các mạch máu ở tử cung [8]. Sau khi sổ rau lớp cơ này co lại chèn vào các mạch máu làm cho máu tự cầm. Khi cơ tử cung giảm hoặc mất trương lực (đờ tử cung) thì sẽ gây ra BHSS. Lớp trong là lớp cơ vòng, ở đoạn dưới tử cung chỉ có cơ vòng và cơ dọc, không có lớp cơ đan cho nên rau tiền đạo cũng là một nguyên nhân gây BHSS. Theo Pernoll [9] thì đờ tử cung là nguyên nhân thường gặp nhất của BHSS chiếm 50% các trường hợp.

1.2.2. Giải phẫu, sinh lý bánh rau

Bánh rau hình tròn, đường kính trung bình từ 16 - 20 cm, dày 2,5 - 3 cm ở trung tâm mỏng dần đến bờ bánh rau. Thai đủ tháng, trọng lượng bánh rau khoảng 500gr (1/6 trọng lượng thai), thường bám ở mặt trước hoặc mặt sau của tử cung .

Bánh rau gồm 3 phần là do sự kết hợp của ngoại sản mạc (phần ngoại sản mạc tử cung - rau) và trung sản mạc (vùng trung sản mạc phát triển tại vị trí của ngoại sản mạc tử cung - rau).

- *Ngoại sản mạc*: chính là niêm mạc tử cung ở vùng rau bám. Trong trường hợp lớp này bị tổn thương (viêm niêm mạc tử cung do nạo thai nhiều lần, tử cung có sẹo mô cũ,...), gai rau sẽ bám trực tiếp vào lớp cơ tử cung gây nên rau cài răng lược, đó là một trong những nguyên nhân của BHSS.

- *Trung sản mạc*: có các gai rau phát triển trong hồ huyết. Có 2 loại gai rau là gai rau bám và gai rau dinh dưỡng. Gai rau dinh dưỡng bơi lơ lửng trong hồ huyết đảm nhiệm chức năng trao đổi dinh dưỡng giữa mẹ và thai, gai rau bám thì bám vào nóc hồ huyết để kết nối rau và tử cung.

- *Nội sản mạc*: là phần màng quay về phía buồng ối, có cuống rốn bám vào, trong cuống rốn có động mạch và tĩnh mạch rốn. Đây là màng mỏng không thấm nước, có vai trò bảo vệ thai nhi và tham gia vào cơ chế sinh nước ối.

1.2.3. Sinh lý thời kỳ sổ rau

Sổ rau là giai đoạn thứ 3 của cuộc đẻ, sau giai đoạn xoá mở cổ tử cung và giai đoạn sổ thai. Đó là giai đoạn quan trọng nhất của một cuộc đẻ thường. Nếu sau đẻ thai và mẹ bình thường thì tiên lượng người mẹ hoàn toàn phụ thuộc vào sự sổ rau, biến chứng thường xảy ra vào thời kỳ sổ rau.

Về mặt sinh lý, sổ rau chia làm 3 giai đoạn:

- *Thì bong rau*: Sau khi sổ thai, tử cung co nhỏ lại, vì thế diện bám của rau cũng co nhỏ lại theo. Nhưng bánh rau không có tính chất đàn hồi như cơ tử cung nên bánh rau sẽ nhăn nhúm lại, dầy lên và bị bong ra. Từ nơi rau bong sẽ tạo thành khối máu tụ sau rau. Khối máu tụ này to dần làm bong rau nhiều hơn cho tới khi rau bong hoàn toàn khỏi niêm mạc tử cung.

- *Thì sổ rau*: Dưới ảnh hưởng của cơn co tử cung, rau đã bong sẽ được tổng xuống đoạn dưới, xuống âm đạo và sổ ra ngoài âm hộ.

- *Thì cầm máu*: Sau khi rau bong, lớp cơ đan ở thân tử cung sẽ co thắt lại, chèn vào mạch máu làm cầm máu. Sau đó sẽ hình thành các cục máu đông bịt kín đầu các mạch máu lại [5,6].

1.2.4. Những bất thường trong thời kỳ sổ rau

BHSS sẽ xảy ra nếu có những rối loạn ở các thì của giai đoạn sổ rau:

- *Rối loạn ở thì bong rau*: do cơn co tử cung yếu làm rau không bong hoàn toàn

hoặc do rau bám quá chặt vào lớp cơ tử cung do tổn thương niêm mạc tử cung, do u xơ tử cung hoặc dị dạng tử cung.

- *Rối loạn ở thì sổ rau*: do cơ co tử cung yếu hoặc tử cung co bóp quá chặt, làm rau bị kẹt lại trong buồng tử cung, không sổ ra ngoài được.

- *Rối loạn ở thì cầm máu*: do cơ co tử cung yếu làm các sợi cơ đan không bóp chặt được vào các mạch máu, cũng có thể do rối loạn đông máu không tạo thành cục máu đông để bịt kín đầu các mạch máu.

- *Tử cung co hồi không tốt* có thể do còn sót rau hoặc rau kẹt trong buồng tử cung hoặc do chất lượng cơ tử cung kém (đa thai, đa ối, thai to, u xơ tử cung, đẻ nhiều lần...) hoặc do ảnh hưởng của các loại thuốc mê, thuốc giãn cơ dùng trong chuyển dạ.

1.2.5. Cấu tạo âm đạo và mạch máu âm đạo

1.2.5.1. Cấu tạo

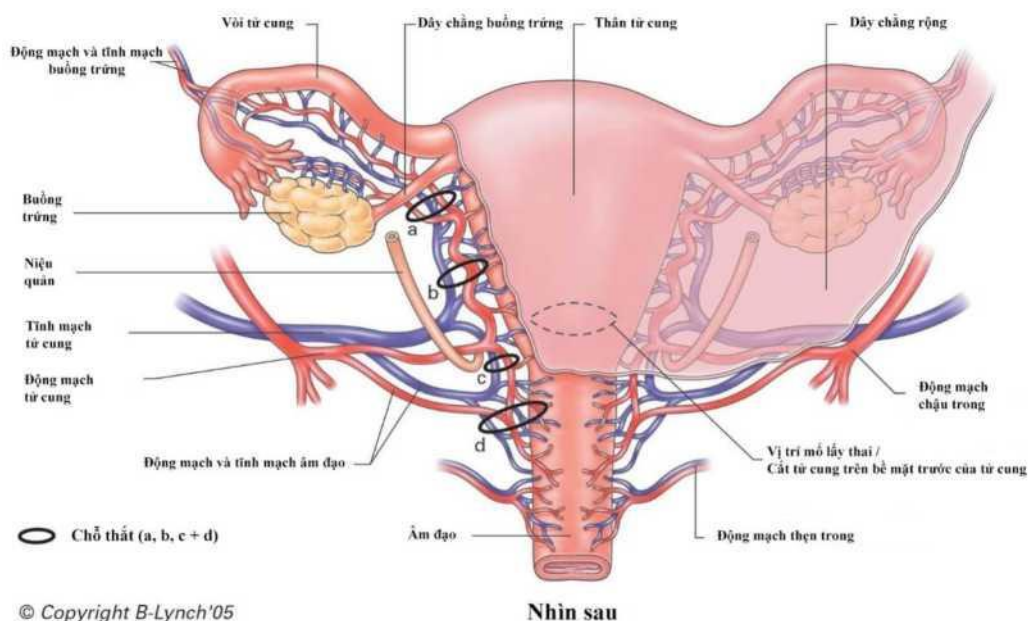
Đi từ ngoài vào trong Âm Đạo gồm 3 lớp [10]:

- Lớp cơ trơn có thớ dọc ở nông và thớ vòng ở sâu.
- Lớp niêm mạc Âm Đạo trước và sau đội lên thành cột trước và cột sau, vị trí lệch nhau.

1.2.5.2. Mạch máu

Động mạch nuôi dưỡng âm đạo được tách từ 3 nguồn:

- Động mạch CTC-ÂĐ, tách từ ĐMTC, cấp máu cho 1/3 trên Âm Đạo.
- Động mạch Âm Đạo, tách ra từ động mạch hạ vị (hoặc ở động mạch tử cung, hoặc ở động mạch trực tràng dưới, cấp máu cho 2/3 dưới Âm Đạo).
- Động mạch trực tràng dưới [10].



Hình 1.2. Mạch máu cơ quan sinh dục nữ [11]

1.3. Các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ băng huyết sau sinh

1.3.1. Đờ tử cung sau đẻ

Đờ tử cung (ĐTC) là dấu hiệu tử cung không co chặt lại thành khối an toàn sau đẻ để thực hiện tắc mạch sinh lý, do đó gây chảy máu [6].

Đờ tử cung là nguyên nhân thường gặp nhất gây nên BHSS, đờ tử cung bao gồm: đờ tử cung nguyên phát và đờ tử cung thứ phát [5,6].

Các yếu tố có thể dẫn đến đờ tử cung:

- Sản phụ suy nhược, suy dinh dưỡng, thiếu máu nặng, tăng huyết áp, tiền sản giật...

- Nhược cơ tử cung do chuyển dạ kéo dài

- Tử cung mất trương lực sau đẻ quá nhanh

- Chất lượng cơ tử cung kém do sinh nhiều lần, tử cung có sẹo mổ, u xơ tử cung, tử cung dị dạng.

- Tử cung bị quá căng: đa thai, đa ối, thai to

- Chuyển dạ kéo dài, dùng oxytocin quá lâu để gây chuyển dạ

- Chuyển dạ quá nhanh do cơn co tử cung cường tính

- Nhiễm trùng ối, dùng các thuốc giãn cơ gây mê sâu

- Giảm tưới máu đến tử cung: do hạ huyết áp, tăng huyết áp trong thai kì [5,6].

1.3.2. Do rau thai

1.3.2.1. Sốt rau

Rau sốt nhiều hay ít trong tử cung đều gây chảy máu. Sốt rau làm cho tử cung không co chặt được. Chảy máu là dấu hiệu sớm của sốt rau, ngay sau khi sổ rau do các xoang tĩnh mạch ở nơi rau bám không đóng lại được. Vì vậy cần kiểm soát tử cung ngay khi có sốt rau.

Nguyên nhân:

- Do tiền sử nạo, hút, sảy thai nhiều lần
- Do đẻ nhiều lần và đã có lần bị sốt rau viêm niêm mạc tử cung
- Sau đẻ non, đẻ thai lưu, do sẹo mổ cũ

Theo nghiên cứu của Nguyễn Đức Vy tỷ lệ BHSS do sốt rau là 9,5% [12], vì vậy phải phát hiện sớm sốt rau sau đẻ bằng cách kiểm tra bánh rau thấy thiếu. Chú ý đến múi rau phụ khi thấy mạch máu trên màng rau.

1.3.2.2. Rau cài răng lược

Đây là bệnh lý hiếm gặp của rau (tỷ lệ 1/2000 người đẻ) [6].

Rau cài răng lược là trường hợp rau bám trực tiếp vào cơ TC và đôi khi xuyên sâu vào lớp cơ TC, giữa các gai rau và lớp cơ TC, giống như các răng của một chiếc lược.

Phân loại theo số lượng gai rau bám vào cơ tử cung:

- Rau cài răng lược toàn phần: là toàn bộ bánh rau bám vào cơ tử cung, do đó không thể bóc được và gây chảy máu.
- Rau cài răng lược bán phần: là chỉ có một số múi rau bám vào cơ tử cung, do đó bánh rau có thể bong một phần lớn và gây BHSS. Lượng máu chảy tùy thuộc vào mức độ bong rau và tình trạng co của lớp cơ tử cung [5].

1.3.2.3. Rau tiền đạo

Rau tiền đạo là bánh rau bám ở đoạn dưới và cổ tử cung, nó chặn phía trước cản trở đường ra của thai nhi khi chuyển dạ đẻ [6].

Rau tiền đạo là một trong những bệnh lý của bánh rau về vị trí bám. Nó gây chảy máu trong ba tháng cuối của thời kỳ thai nghén, trong chuyển dạ và sau đẻ. Rau tiền đạo là một cấp cứu trong sản khoa.

1.3.2.4. Rau bám chặt, rau cầm tù

Rau bám chặt là rau khó bong do lớp xốp kém phát triển nhưng vẫn có thể bóc được toàn bộ bánh rau bằng tay.

Rau cầm tù là rau đã bong nhưng không sổ tự nhiên được vì mắc kẹt ở một sừng của tử cung do một vòng cơ thắt của lớp cơ đan chéo. Đặc biệt hay gặp bánh rau bị cầm tù trong trường hợp tử cung dị dạng hoặc tử cung hai sừng. Tuy vậy chỉ cần cho tay vào buồng tử cung gỡ ra là có thể lấy bánh rau ra hoàn toàn.

Rau bám chặt, rau cầm tù làm kéo dài giai đoạn sổ rau và cản trở co hồi tử cung nên gây BHSS [13, 14].

1.3.2.5. Chấn thương đường sinh dục

Rách đường sinh dục là nguyên nhân chảy máu từ chỗ rách và xảy ra ngay sau khi sổ thai. Nếu không xử trí kịp thời sẽ làm mất máu nặng, gây đờ tử cung và rối loạn đông máu [6].

Các trường hợp chấn thương đường sinh dục có thể xảy ra [5]:

- Vỡ tử cung trong chuyển dạ: vỡ tự nhiên hoặc vỡ do can thiệp các thủ thuật sản khoa (nội xoay thai, lấy đầu hậu trong đỡ đẻ ngôi ngược, đẻ thủ thuật forceps, giác hút và đẩy bụng trong giai đoạn rặn sổ..

- Rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn: do mẹ lớn tuổi, có sẹo cũ ở tầng sinh môn, thai to, thai sổ kiểu chằm cùng, sổ đầu hậu ngôi ngược, đẻ hỗ trợ bằng forceps.

- Rách cổ tử cung: tất cả các trường hợp chảy máu ngay sau đẻ, phải kiểm tra cổ tử cung, tần suất có thể gặp 11% ở con so, 4% ở con dạ. Rách thường ở hai vị trí 3-9 giờ, có thể kéo dài đến vòm âm đạo, đôi khi rách cổ tử cung lên đến đoạn dưới. Rách cổ tử cung có thể gặp khi sổ thai mà cổ tử cung chưa mở hết, sinh thủ thuật, đẻ nhanh, cổ tử cung xơ chai.

- Rách các mạch máu nằm dưới biểu mô âm hộ, âm đạo sẽ gây nên khối máu tụ, chảy máu bị che lấp và có thể trở nên rất nguy hiểm vì nó có thể tiến triển trong vài giờ mà không nhận ra, có khi xuất hiện choáng mới phát hiện [15].

1.3.2.6. Rối loạn đông máu

Chảy máu do bệnh lý rối loạn đông máu thường nặng, có thể gặp trong các

bệnh lý sản khoa như rong bong non, thai chết trong tử cung, nhiễm trùng tử cung, tắc mạch nước ối, hoặc một số bệnh lý nội khoa khác như viêm gan siêu vi cấp, xuất huyết giảm tiểu cầu... [5].

Các bệnh về rối loạn đông máu gây nên BHSS có thể xuất hiện sau đẻ vài ngày.

1.4. Triệu chứng băng huyết sau sinh

1.4.1. Triệu chứng lâm sàng

Chảy máu: Chảy máu âm đạo ngay sau khi sổ thai và sổ rau là triệu chứng phổ biến nhất, ra máu có thể ồ ạt, máu đỏ tươi hoặc lẫn máu cục, có trường hợp máu ứ đọng lại trong buồng TC rồi được tổng ra ngoài từng đợt theo các cơn co bóp TC [6]. Đặc biệt là tình trạng rỉ rả liên tục có thể làm mất một lượng máu lớn vì lượng máu chảy ra không nhiều nên không được quan tâm đúng mức cho đến khi giảm thể tích máu đáng kể mới phát hiện được. Hơn nữa, với lượng máu tổng ra ngoài đem cân, thường chỉ vào khoảng 50% lượng máu mất thực sự. Ngoài ra tử cung cũng có thể chứa đựng khoảng 1000ml máu trong buồng tử cung. Do đó một trường hợp BHSS nên ấn đáy tử cung để xem có nhiều máu đọng trong buồng tử cung hay không.

Tử cung giãn to, mật độ mềm, cao trên rốn, không thành lập cầu an toàn, mặc dù rau đã sổ. Mật độ tử cung nhão, khi cho tay vào buồng tử cung không thấy tử cung co bóp lấp tay mà mềm nhẽo như ở trong cái túi, trong tử cung hoàn toàn máu cục và máu loãng. Nếu máu ra nhiều sản phụ xanh nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ, khát nước, chân tay lạnh, vã mồ hôi [6].

Các biểu hiện toàn thân của BHSS phụ thuộc vào lượng máu mất. Trong các dấu hiệu toàn thân thì dấu hiệu mạch nhanh là dấu hiệu xuất hiện sớm và đáng tin cậy.

1.4.2. Các dấu hiệu cận lâm sàng của băng huyết sau sinh

Các xét nghiệm cần làm khi BHSS là: hemoglobin, hematocrit, số lượng hồng cầu, số lượng tiểu cầu, fibrinogene, prothrombine, nhóm máu.

Tuy nhiên, BHSS là một biến chứng cấp tính nên việc xử lý không cho phép chờ đợi kết quả xét nghiệm mà phải tùy thuộc vào các dấu hiệu lâm sàng. Việc xử trí kịp thời và chính xác sẽ làm giảm thiểu đáng kể nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

1.5. Các hậu quả của băng huyết sau sinh

1.5.1. Tử vong mẹ

BHSS là tai biến sản khoa gây tử vong hàng đầu là ở các nước đang phát triển. Tại Mỹ, tỷ lệ tử vong mẹ vào khoảng từ 7-10/10000 trẻ sinh sống, trong đó có khoảng 8% do BHSS. Ở những nước phát triển, BHSS luôn là một trong ba nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ cùng với thuyên tắc ối và rối loạn huyết áp trong thai kỳ.

Tại Việt Nam tử vong mẹ do BHSS chiếm 41,67% trong tổng số các trường hợp tử vong mẹ [16].

1.5.2. Hội chứng Sheehan

BHSS nặng có thể dẫn đến hoại tử một phần hoặc toàn bộ thùy trước tuyến yên gây suy tuyến yên biểu hiện bằng: vô kinh, rụng lông, rụng tóc, suy tuyến giáp, suy tuyến thượng thận, mất sữa [3], [5].

1.5.3. Các hậu quả khác

Mất máu quá nhiều sau đẻ có thể gây những hậu quả nghiêm trọng khác như suy thận, rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn hậu sản.

Ngoài ra, sự truyền máu trong điều trị BHSS còn có lây truyền các bệnh qua đường máu như: viêm gan B, HIV...

1.6. Các phương pháp xử trí băng huyết sau sinh

Vấn đề quan trọng là tìm ra nguyên nhân gây BHSS. Trên thực tế lâm sàng phải chẩn đoán xác định nguyên nhân gây BHSS song song với các biện pháp cấp cứu để hồi sức sản phụ và cầm máu, có hướng xử trí đúng và kịp thời.

Mục tiêu của xử trí BHSS là bảo đảm cầm máu và hồi sức cho sản phụ, bù lại thể tích máu đã mất.

• Các xử trí ban đầu:

- Đánh giá nhanh tình trạng chung của sản phụ bao gồm các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.

- Nếu nghi ngờ có shock ngay lập tức điều trị chống shock. Cho dù sản phụ chưa có dấu hiệu của shock nhưng chúng ta vẫn phải nghĩ tới khi đánh giá diễn biến của sản phụ vì tình trạng sản phụ có thể sẽ xấu đi rất nhanh.

- Xoa bóp tử cung để tổng máu loãng và máu cục ra. Máu cục bị giữ lại trong buồng tử cung sẽ làm cho cơn co tử cung kém hiệu quả. Thiết lập đường truyền tĩnh mạch, thông tiểu.

- Đặt 2 đường truyền:

+ Một đường truyền ngoại vi: truyền máu tươi hoặc dịch cao phân tử.

+ Một đường truyền trung ương: đánh giá khối lượng tuần hoàn qua áp lực tĩnh mạch trung tâm.

- Thở Oxy hỗ trợ, nằm tư thế Trendelenberg.

• **Các xử trí tiếp theo:** Tùy thuộc vào rau đã sổ hay chưa.

- Nếu rau chưa sổ: Làm nghiệm pháp bong rau. Nếu rau đã bong thì tiến hành đỡ rau. Nhưng thường gặp là rau chưa bong hoặc bong không hoàn toàn, khi đó ta phải bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung khi đã hồi sức nâng thể trạng sản phụ lên, rồi kiểm tra đường sinh dục.

- Bóc rau còn chần đoán xác định rau cài răng lược toàn phần thì phải tiến hành mổ cắt tử cung bán phần ngay. Nếu là rau cài răng lược bán phần thì tùy theo số lượng múi rau bị bám chặt nhiều hay ít mà phẫu thuật cắt tử cung bán phần hoặc bóc bằng tay.

- Nếu rau đã sổ thì nguyên nhân gây chảy máu thường do đờ tử cung, chấn thương đường sinh dục, sót rau hoặc do rối loạn đông máu.

- Chẩn đoán sót rau phải quan sát và kiểm tra cẩn thận bánh rau. Nếu thấy thiếu hoặc nghi ngờ sót rau hay có bánh rau phụ thì phải kiểm tra tử cung bằng tay.

Tùy theo từng nguyên nhân mà có các hướng xử trí tiếp theo dưới đây:

1.6.1. Xử trí đờ tử cung

Phải xử trí khẩn trương và tiến hành song song giữa cầm máu và hồi sức.

- Dùng mọi biện pháp cơ học để cầm máu: xoa tử cung qua thành bụng, chẹn động mạch chủ bụng, ép tử cung bằng hai tay.

- Thông tiểu để làm rộng bàng quang

- Làm sạch lòng tử cung: lấy hết rau sót, lấy hết máu cục

- Tiêm 5-10 đơn vị Oxytocin tiêm bắp hoặc tiêm vào cơ tử cung, nếu tử cung vẫn không co thì tiêm bắp Ergometrin 0,2 mg (cũng có thể truyền tĩnh mạch để có

tác dụng nhanh hơn).

- Truyền nhỏ giọt tĩnh mạch 5-10 đơn vị Oxytocin pha dung dịch Glucoza 5%
- Truyền dịch chống choáng

Prostaglandin: Prostaglandin bắt đầu được sử dụng điều trị đờ tử cung từ năm 1980. Carboprost 0,25mg tiêm bắp mỗi 15-90 phút, tối đa 8 liều.

Prostaglandin E₂ 20mg, Misoprostol 1000^μg (5 viên loại 200 Lig) đặt trực tràng cũng rất hiệu quả trong việc điều trị đờ tử cung.

Sau khi đã xoa bóp liên tục tử cung, đã tiêm thuốc co bóp tử cung, nhưng máu vẫn chảy và mỗi khi ngừng xoa bóp tử cung lại nhào ra, thì phải nghĩ tới đờ tử cung không hồi phục, tiến hành cắt tử cung bán phần ngay lập tức hoặc thắt động mạch tử cung nếu ở phụ nữ trẻ.

1.6.2. Xử trí các nguyên nhân BHSS do rau

1.6.2.1. Sốt rau

Phải kiểm soát tử cung ngay khi kiểm tra thấy sốt rau hoặc khi chảy máu rỉ rả sau sổ rau hay tử cung không có khối an toàn. Khi kiểm soát tử cung phải lấy hết rau và màng rau sót, toàn bộ máu cục và máu loãng trong buồng tử cung [5].

- Tiêm Oxytocin 5-10 đơn vị vào cơ tử cung và Ergometrin 0,2 mg vào bắp thịt.
- Hồi sức, truyền máu khi có dấu hiệu thiếu máu cấp.

1.6.2.2. Rau không bong, rau cài răng lược

- Nếu chảy máu trong thời kì sổ rau hoặc trên một giờ rau không bong thì thái độ đầu tiên là bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung.

- Nếu bóc rau không được do rau bám xuyên vào cơ tử cung, phải mổ cắt tử cung bán phần, truyền dịch, truyền máu trong và sau mổ.

- Trường hợp rau tiền đạo bị cài răng lược phải cắt tử cung bán phần thấp hoặc cắt tử cung toàn bộ để cầm máu.

- Nếu rau cài răng lược, tùy trường hợp số múi rau bám nhiều hay ít mà bóc rau bằng tay hay cần mổ cắt tử cung bán phần ngay.

- Nếu rau cài răng lược ở người con sơ không chảy máu thì có thể điều trị bảo tồn bằng cách để nguyên bánh rau và tiêm Methotrexate [17].

1.6.2.3. Rau tiền đạo

Nguyên tắc xử trí trong rau tiền đạo là cầm máu cứu mẹ là chính, nếu cứu được con thì càng tốt [6].

- Rau tiền đạo thường chảy máu đoạn dưới do các gai rau ăn sâu vào lớp cơ tử cung.

- Xử trí chảy máu đoạn dưới trong rau tiền đạo: thuốc co hồi tử cung, chèn gạc ấm và khâu cầm máu, thắt động mạch tử cung, cắt tử cung cầm máu khi các phương pháp trên không có kết quả.

1.6.3. Xử trí BHSS do chấn thương đường sinh dục

- Xử trí theo nguyên tắc tiến hành song song cầm máu và hồi sức.

- Khâu lại tầng sinh môn nếu rách độ 1, 2.

- Nếu rách tầng sinh môn độ 3, rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, vẫn tiếp tục chảy máu, hoặc máu tụ phải chuyển tuyến trên hoặc mời tuyến trên xuống xử trí. Khi chuyển tuyến phải cầm máu tạm thời bằng cặp mạch nơi chảy máu hoặc chèn chặt trong âm đạo.

- Cho kháng sinh

1.6.4. Xử trí BHSS do rối loạn đông máu

- Bổ sung các yếu tố thiếu: truyền máu tươi, plasma tươi, cung cấp các yếu tố đông máu. Fibrinogen cô đặc được chỉ định trong trường hợp giảm fibrinogen nặng.

- Heparin ít sử dụng trong chảy máu sản khoa.

- Sau khi điều chỉnh các yếu tố đông máu và ngừng chảy máu, nên dự phòng tắc mạch do huyết khối bằng Canxiparin trong 21 ngày.

- Phẫu thuật cắt tử cung bán phần kèm buộc động mạch hạ vị trong 1 số trường hợp có chỉ định.

1.6.5. Các thủ thuật, phẫu thuật xử trí chảy máu nặng sau đẻ

1.6.5.1. Chèn lòng tử cung

Chèn lòng tử cung sẽ gây tăng áp lực trong buồng tử cung do đó sẽ giảm được lượng máu chảy. Có hai phương pháp chèn ép lòng tử cung.

Phương pháp 1: sử dụng các Balloon đặt vào buồng tử cung được bơm căng thì nó sẽ gia tăng áp lực trong lòng tử cung.

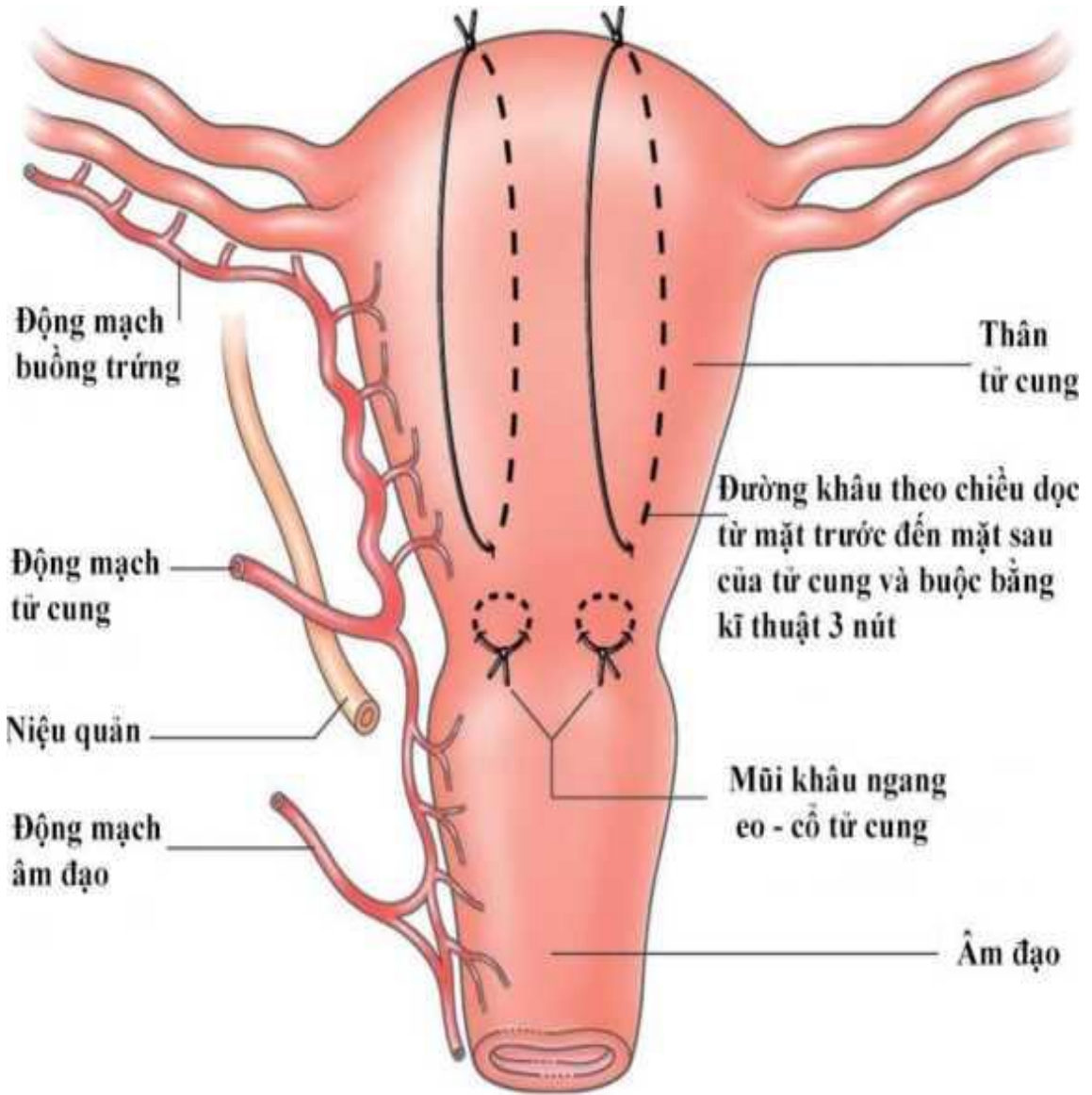
Phương pháp 2: Dùng những túi có nhiều gạc cuộn lại ép chặt vào buồng tử cung tạo áp lực lên các hồ huyết hay các bề mặt chảy máu trong lòng tử cung.

1.6.5.2. Nút mạch tử cung chọn lọc

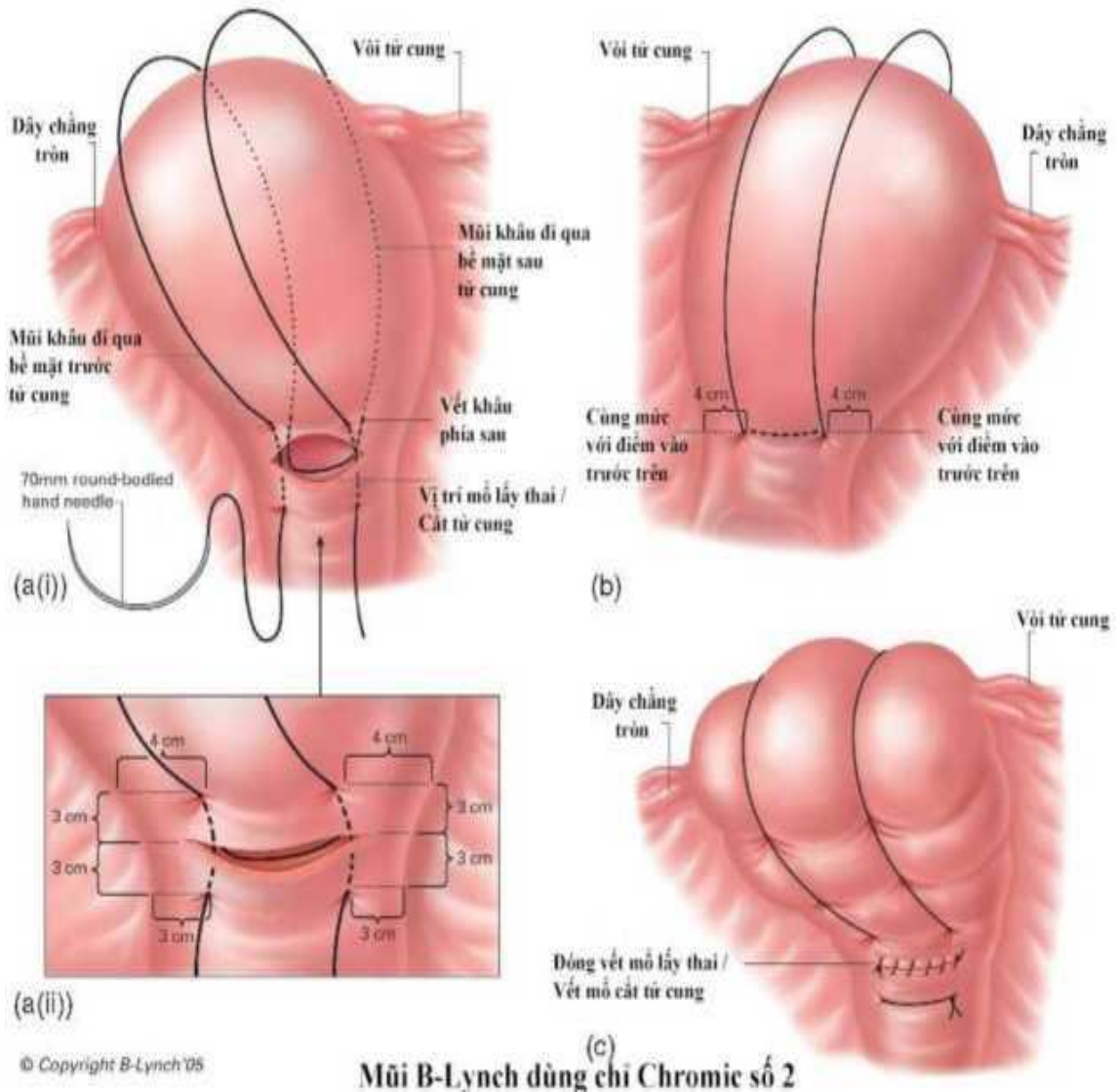
Nút mạch TC chọn lọc trong điều trị BHSS đã được Abgrabbe [18] mô tả từ cách đây 30 năm khi các phương pháp phẫu thuật khác không kiểm soát được sự chảy máu, tỷ lệ thành công 97%, khi mà nút mạch thành công thì không chỉ sản phụ được cứu sống mà còn giữ lại được tử cung.

1.6.5.3. Khâu mũi B-lynch

Đây là mũi khâu đơn giản và đặc biệt hữu ích khi không chỉ cầm máu tốt mà còn bảo tồn chức năng sinh sản cho người phụ nữ. Khả năng cầm máu có thể đánh giá ngay sau khi tiến hành thủ thuật. Tuy nhiên nó có khuyết điểm là phải rạch một đường ngang ngay đoạn dưới, chỉ dùng phải đủ dài, mũi khâu phức tạp, thứ tự mũi khâu nhiều hơn. Vì vậy có phương pháp cải tiến của Hayman (2002) bao gồm 2 mũi khâu ngang đoạn dưới thân tử cung và hai mũi khâu dọc cột quanh thân tử cung để ngăn máu từ động mạch tử cung và động mạch thắt lưng buồng trứng [5,19,20].



Hình 1.3. Mũi khâu Hayman [19]



Hình 1. 4. Mũi khâu B-Lynch [20]

1.6.5.4. Thắt động mạch tử cung

Động mạch tử cung cung cấp đến 90% lượng máu đến tử cung, phần còn lại là từ mạch máu của buồng trứng, cổ tử cung và âm đạo. Vị trí thắt được đề nghị thấp hơn 2cm so với đường mổ ngang trên tử cung, sẽ có một phần cơ tử cung được buộc lại nhưng bắt buộc động mạch tử cung và tĩnh mạch tử cung phải được thắt hoàn toàn. O'leary (1995) nghiên cứu trên 265 trường hợp có BHSS và thấy rằng 95% các trường hợp băng huyết được kiểm soát sau khi thắt động mạch tử cung [21].

1.6.5.5. Thất động mạch hạ vị

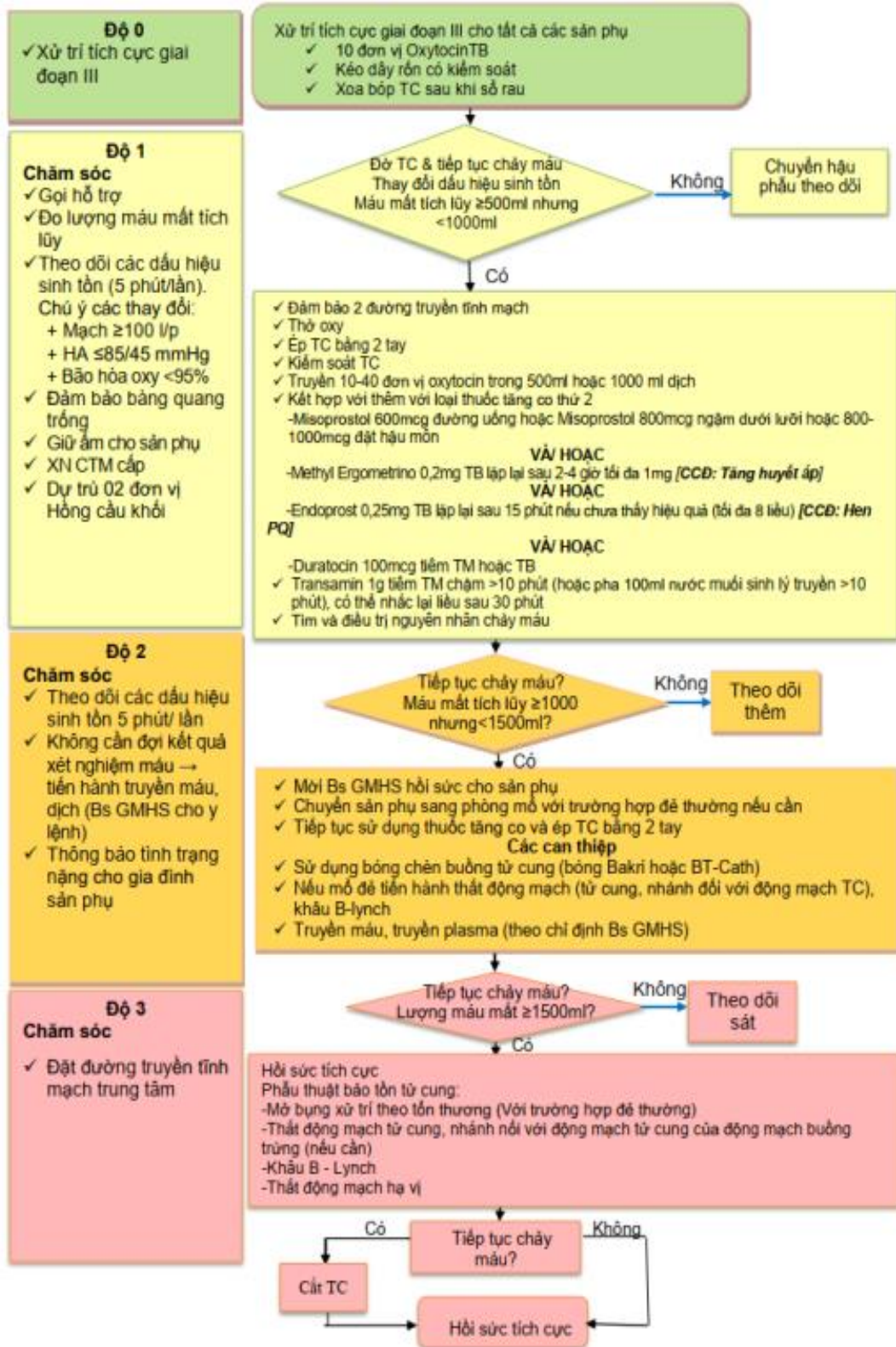
Ngoài thất động mạch tử cung để điều trị BHSS và bảo tồn tử cung cho những trường hợp sản phụ đẻ lần đầu thì phương pháp thất động mạch hạ vị ngày nay đã được sử dụng một cách hữu ích, có thể phối hợp với thất động mạch tử cung để điều trị BHSS mà bảo tồn tử cung hoặc có thể phối hợp với cắt tử cung để xử trí những trường hợp BHSS nặng.

Thất động mạch hạ vị có thể được sử dụng để cầm máu trong các trường hợp chảy máu tại đường sinh dục vì nó làm giảm áp lực tuần hoàn tại vùng chậu. Thất động mạch hạ vị có nguy cơ cao tổn thương các cơ quan lân cận nhất là các mạch máu lớn, khó thực hiện hơn thất động mạch tử cung [21].

1.6.5.6. Cắt tử cung cầm máu

Cắt tử cung là phương pháp xử lý triệt để BHSS tử tử cung, cổ tử cung và cùng đồ âm đạo. Cắt tử cung toàn phần vẫn được ưa chuộng hơn cắt tử cung bán phần mặc dù cắt tử cung bán phần nhanh hơn. Cắt tử cung bán phần không cầm máu được trong những trường hợp chảy máu từ đoạn dưới, cổ tử cung hay cùng đồ âm đạo.

1.7. Phác đồ xử trí băng huyết sau sinh



1.8. Một số nghiên cứu về băng huyết sau sinh

1.8.1. Một số nghiên cứu trên thế giới

- Theo Combs-C.A. và cộng sự (1991) nghiên cứu 9598 trường hợp đẻ thường có 374 trường hợp BHSS (chiếm 3,9%) tác giả nhận thấy các yếu tố nguy cơ của BHSS sau đẻ là giai đoạn 3 kéo dài, tiền sản giật, tiền sử, song thai, rách phần mềm, đầu không lọt, đẻ Forceps hoặc giác hút [24].

- Theo Pernoll-M.L (1991) đờ tử cung là nguyên nhân thường gặp nhất của BHSS chiếm 50% các trường hợp tỷ lệ sót rau, sót màng rau chiếm 5-10% các trường hợp BHSS, tỷ lệ rau cài răng lược gặp từ 1/2000-1/7000 ca đẻ [9].

- Theo Sam Onoge, Florence Mirembe, Julius Wandabwa và cộng sự (2016) nghiên cứu trên 1188 trường hợp băng huyết sau sinh tại Uganda năm 2013-2014 tỷ lệ này là 9,0% [1].

- Theo Lill Trine Nyflot cùng cộng sự (2017) nghiên cứu trên 43.105 sản phụ tại Na Uy từ năm 2008-2011 cho thấy có 1064 trường hợp sản phụ băng huyết sau sinh nặng mất trên 1500ml chiếm 2,5%, nguyên nhân chủ yếu gặp là đờ tử cung chiếm 60,4%, nguyên nhân do rau chiếm 36% [25].

- Theo Paul I. Ramler, Thomas van den Akker, Dacia D. C. A. Henriquez, và cộng sự (2017), nghiên cứu trên 327 sản phụ cần truyền máu nặng sau băng huyết sau sinh tại Hà Lan từ 2004-2006 cho thấy mỗi sản phụ mất trung bình 3000ml máu, nguyên nhân chủ yếu là do đờ tử cung, có 83 sản phụ phải cắt tử cung cầm máu, 227 sản phụ (69%) phải vào đơn vị ICU chăm sóc đặc biệt, 3 sản phụ tử vong chiếm 0,9% [26].

1.8.2. Một số nghiên cứu trong nước

- Năm 1985 Phó Đức Nhuận [22] thực hiện đề tài “Tình hình băng huyết sau sinh trong năm năm 1980-1984 tại viện BVBM TSS” cho kết quả: tỷ lệ sản phụ có BHSS là 0,45%, trong đó BHSS do đờ tử cung chiếm 42%, rau tiền đạo 20%.

- Theo Nguyễn Đức Vy (2002) trong “Tình hình băng huyết sau sinh tại BVBM TSS trong 6 năm (1996-2001)” tỷ lệ BHSS cao nhất trong 5 tai biến sản khoa, chiếm 67,4%, tỷ lệ tử vong mẹ là 66,8% trong năm tai biến sản khoa, so với

tổng số sản phụ đẻ là 0,011% [12].

- Phạm Văn Chung (2009) với “Nghiên cứu tình hình băng huyết sau sinh tại bệnh viện PSTW trong 2 giai đoạn 1998-1999 và 2008-2009” cho kết quả: tỷ lệ sản phụ có BHSS ở giai đoạn 1 là 0,81% và 0,60% ở giai đoạn 2; nguyên nhân chủ yếu là đờ tử cung 36,5%, rau tiền đạo 32,5%, chấn thương đường sinh dục 6,9%. Điều trị nội là phương pháp được lựa chọn và ưu tiên hàng đầu trong điều trị đờ tử cung sau đẻ thường, đạt tỷ lệ thành công giai đoạn 1 là 90%, giai đoạn 2 đạt 100%. Cắt TC cầm máu trong điều trị BHSS do rau tiền đạo là 10,6%, trong đó giai đoạn 1 là 21,2% giảm xuống 6,2% giai đoạn 2 [2].

- Nguyễn Thị Dung (2015) nghiên cứu trên 93 sản phụ có băng huyết sau sinh tại BVPSHN trong năm 2014 thu được kết quả: tỷ lệ BHSS ở sản phụ là 0,22%, sản phụ chủ yếu ở độ tuổi 25-34 tuổi, nguyên nhân chủ yếu gây BHSS là đờ tử cung 35,9%, chấn thương đường sinh dục 13,0%, rau tiền đạo 12,0%; có 18 trường hợp xử trí thành công bằng phương pháp nội khoa và thủ thuật chiếm 19,5%, trong 74 trường hợp phải phẫu thuật, có 32 trường hợp bảo tồn tử cung thành công chiếm 34,8%, 42 trường hợp phải cắt tử cung chiếm 45,7% [23].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sản phụ sinh đường âm đạo có BHSS tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1 năm 2025- 2026 trong thời gian nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Sản phụ được chẩn đoán băng huyết sau sinh đường âm đạo tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1 từ tháng 01/7/2025 đến 30/6/2026
- Tuổi thai ≥ 22 tuần sinh tại Bệnh viện Sản- Nhi Bắc Ninh số 1
- Bệnh án ghi chép đầy đủ thông tin

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những trường hợp BHSS từ nơi khác chuyển đến.
- Các bệnh máu đã được biết từ trước
- Hồ sơ bệnh án không ghi chép rõ ràng, đầy đủ thông tin

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh số 1

2.2.2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu từ 01/7/2025 đến 30/6/2026

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện có chủ đích. Dự kiến cỡ mẫu 50-60 bệnh nhân.

Chọn tất cả các sản phụ BHSS thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3.3. Phương pháp thu thập thông tin

- Thu thập thông tin theo mẫu định sẵn dựa vào bệnh án và điền vào phiếu thu thập số liệu.

2.4. Các biến số nghiên cứu

Mỗi bệnh án đủ tiêu chuẩn lựa chọn được thu thập các thông tin sau:

- Tuổi: ≤ 19 , 20-34, ≥ 35 .
- Số lần đẻ: 1 lần, 2 lần, ≥ 3 lần (tính cả lần đẻ này).
- Tuổi thai khi đẻ: ...tuần.
- Tiền sử nạo, hút, sảy thai: không, 1 lần, ≥ 2 lần.
- Tiền sử mắc các bệnh kèm theo: Tiểu đường thai kì, U xơ tử cung, bệnh về máu, tiền sản giật.
- Nguy cơ băng huyết sau sinh những lần sinh trước.
- Chỉ số huyết động trước băng huyết
- Số lượng thai trong lần sinh này: thai đơn, thai đôi
- Phương pháp thụ thai: tự nhiên, IUI, IVF
- Trọng lượng thai: $< 2500\text{gam}$, 2500-3400gam, $\geq 3500\text{gam}$.
- Nguyên nhân BHSS: đờ TC, rau tiền đạo, rau cài răng lược, rau bong non, rách, vỡ TC, yếu tố khác
- Thời gian chuyển dạ
- Biện pháp can thiệp trong chuyển dạ
- Phương pháp xử trí BHSS
- + KSTC + thuốc tăng co TC
- + Thủ thuật
- + Bóc rau nhân tạo + KSTC + thuốc tăng co TC
- + Khâu rách TSM - ÂĐ - CTC
- + Lấy máu tụ ÂĐ
- + Chèn mét ÂĐ, BTC
- Thời điểm PT cắt TC: thời gian: ngày (giờ nếu thời gian ≤ 24 giờ).
- Phương pháp xử trí: cắt TCBP, cắt TCTP, thắt động mạch hạ vị.
- Chỉ số huyết động trước băng huyết

- Tai biến sau xử trí: tổn thương đường tiết niệu, tổn thương đường tiêu hóa, chảy máu sau mổ cắt TC, nhiễm khuẩn.

2.5. Phác đồ xử trí BHSS tại bệnh viện

Bước 1: Nhận diện & hồi sức ban đầu

- Tiêu chuẩn chẩn đoán: Máu mất ≥ 500 mL/24h (Định lượng khách quan bằng túi đo/cân gạc).

- Xử trí

+ Kêu gọi hỗ trợ (Sản khoa, Gây mê hồi sức, Huyết học).

+ Thiết lập 2 đường truyền tĩnh mạch ngoại vi.

+ Truyền bù dịch: Dung dịch tinh thể đẳng trương.

+ Rà soát nguyên nhân theo 4T: (Đờ tử cung) - (Chấn thương sinh dục) - (Sốt nhau) - (Rối loạn đông máu).

Chuyển bước nếu chảy máu tiếp diễn hoặc xác định đờ tử cung

Bước 2: can thiệp nội khoa

- Mục tiêu: Kích thích trương lực cơ tử cung & bảo vệ cục máu đông.

- Can thiệp:

+ Oxytocin (Tiêm bắp hoặc Truyền tĩnh mạch).

+ Cầm máu: Axit Tranexamic (TXA) 1g tĩnh mạch chậm (Có thể lặp lại liều 2 sau 30 phút).

+ Phối hợp (nếu cần): Misoprostol / Ergometrine / Carbetocin (Tuân thủ chống chỉ định về huyết áp).

Chuyển bước nếu đáp ứng nội khoa kém

Bước 3: can thiệp cơ học & thủ thuật bảo tồn

- Mục tiêu: Kiểm soát chảy máu thực thể và tạo áp lực cơ học.

- Hành động can thiệp:

+ Massage và chèn ép tử cung bằng hai tay.

+ Bóc nhau nhân tạo /Kiểm soát buồng tử cung (loại trừ nguyên nhân sót rau).

+ Bộc lộ và khâu phục hồi rách cổ tử cung/âm đạo (loại trừ nguyên nhân chấn thương).

+ Chèn bóng lòng tử cung (UBT) để ép mao mạch niêm mạc (Chỉ định khi cơ sở có sẵn phòng mổ cấp cứu).

Chuyển bước ngay lập tức nếu huyết động không ổn định hoặc các biện pháp trên thất bại

Bước 4: can thiệp ngoại khoa & hồi sức huyết động tích cực

- Mục tiêu: Cứu sống bệnh nhân, kiểm soát rối loạn đông máu nội mạch rải rác (DIC).

- Can thiệp:

+ Kích hoạt Phác đồ truyền máu khối lượng lớn

+ Ngoại khoa bảo tồn: Khâu chèn ép tử cung (B-Lynch), thắt động mạch tử cung/hạ vị.

+ Can thiệp nội mạch: Thuyên tắc mạch (Nếu huyết động cho phép).

+ Biện pháp cuối cùng: Cắt tử cung (Bán phần hoặc toàn phần).

2.5. Hạn chế sai số trong nghiên cứu

Một số biện pháp sau được sử dụng nhằm hạn chế các sai số trong quá trình nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn các bệnh án của các sản phụ vào nghiên cứu được tuân thủ rất chặt chẽ theo tiêu chuẩn đã được đề ra.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

- Xử lý và phân tích số liệu được thực hiện trên chương trình SPSS 20.0,

- Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng các bảng, biểu đồ, tỉ lệ %.

- Kiểm định giả thiết bằng các thuật toán thống kê y học.

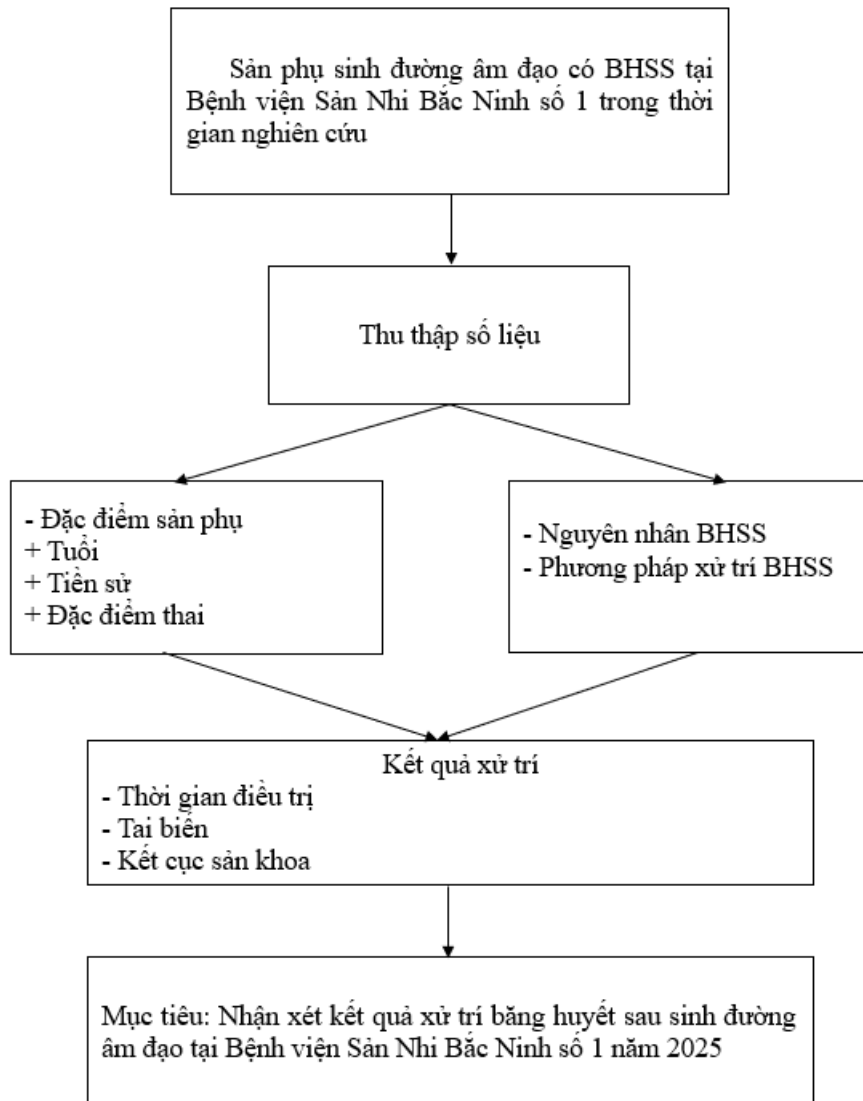
2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu chỉ được thực hiện sau khi được sự đồng ý của hội đồng bảo vệ đề cương nghiên cứu của sở y tế Tỉnh Bắc Ninh.

- Các thông tin chung cá nhân, tiền sử sản phụ khoa, các yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

- Các thông tin thu thập chỉ sử dụng cho nghiên cứu, không sử dụng cho bất kỳ mục đích khác.

2.8. Sơ đồ nghiên cứu



Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
≤ 19		
20-34		
≥ 35		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.2. Số lần đẻ của đối tượng nghiên cứu

Số lần đẻ	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
1		
2		
≥ 3		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.3. Tuổi thai khi đẻ của đối tượng nghiên cứu

Tuổi thai (tuần)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
22-36		
37-41		
> 41		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.4. Tiền sử nạo, hút, sảy thai của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
không		
1-2 lần		
> 3 lần		
Tổng		

Nhận xét:**Bảng 3.5. Trọng lượng thai của đối tượng nghiên cứu**

Trọng lượng thai(gam)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
<2500		
2500-3500		
>3500		
Tổng		

Nhận xét:**Bảng 3.6. Tiền sử mắc các bệnh kèm theo của đối tượng nghiên cứu**

Tiền sử mắc các bệnh	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đái tháo đường		
Thiếu máu		
U xơ tử cung		
Khác		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.7. Một số yếu tố nguy cơ của BHSS

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tiền sử BHSS		
Thai to		
Thiếu máu trước sinh		
Tiền sản giật		
Đa thai		
Tổng		

Nhận xét:**Bảng 3.8. Số lượng thai trong lần sinh này của đối tượng nghiên cứu**

Số lượng thai	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Thai đơn		
Thai đôi		
Tổng		

Nhận xét:**Bảng 3.9. Phương pháp thụ thai trong lần sinh này của đối tượng nghiên cứu**

Phương pháp thụ thai	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tự nhiên		
IUI		
IVF		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.10. Chỉ số huyết động trước khi băng huyết

Chỉ số huyết động	Trung bình ± SD	Min-Max
HC (x10 ¹² /l)		
Hb (g/dl)		
HCT (%)		
MCV (fl)		
MCH (pg)		
MCHC (g/dl)		
PLT(G/l)		
PT %		
APTT (s)		

Nhận xét:**Bảng 3.11. Thời gian chuyển dạ đẻ của đối tượng nghiên cứu**

Thời gian (giờ)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
<6		
6-12		
12-24		
>24		
Tổng		

Nhận xét:**Bảng 3.12. Biện pháp can thiệp trong chuyển dạ.**

Biện pháp	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Truyền oxytocin		
Chuyển dạ tự nhiên		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.13. Các thuốc đã dùng điều trị băng huyết sau sinh

Thuốc điều trị	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Oxytocin		
Misoprostol		
Tranexamic acid		
Khác		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.14. Các biện pháp can thiệp ngoại khoa cầm máu của đối tượng nghiên cứu

Can thiệp cầm máu	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Thắt động mạch tử cung		
Khâu mũi Blynh		
Thắt động mạch hạ vị		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.15. Số BHSS và chỉ định cắt tử cung do BHSS

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
BHSS		
Cắt tử cung do BHSS		
Tổng		

Nhận xét

3.2. Các chỉ định xử trí BHSS

Bảng 3.16. Các chỉ định xử trí BHSS

Chỉ định	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đờ TC		
Rau tiền đạo		
Rau cải răng lược		
Rau bong non		
Rách, vỡ TC		
U xơ tử cung		
Rối loạn đông máu		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.17. Thời gian chỉ định xử trí do BHSS

Thời gian(giờ)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Ngay trong đẽ		
Sau đẽ 1-2 giờ		
Sau đẽ > 2 giờ		

Nhận xét:

Bảng 3.18. Tai biến và biến chứng sau xử trí

Chỉ định	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tổn thương tạng lân cận		
Chảy máu		
Nhiễm khuẩn		
Không có tai biến		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.19. Lượng máu cần bù xử trí BHSS

Lượng máu mất(ml)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
1000		
1000-3000		
>3000		
Tổng		

Nhận xét:**Bảng 3.20. Chỉ số huyết động sau khi băng huyết**

Chỉ số huyết động	Trung bình \pm SD	Min-Max
HC ($\times 10^{12}/l$)		
Hb (g/dl)		
HCT (%)		
MCV (fl)		
MCH (pg)		
MCHC (g/dl)		
PLT(G/l)		
PT %		
APTT (s)		

Nhận xét:

Bảng 3.21. Ngày điều trị sau xử trí BHSS

Số ngày	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
5-7 ngày		
7-10 ngày		
>10 ngày		
Tổng		

Nhận xét:**Bảng 3.22. Kết quả điều trị sau xử trí BHSS**

Kết quả	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Khỏi		
Chuyên tuyến		
Tử vong		
Tổng		

Nhận xét:

Chương 4. DỰ KIẾN BÀN LUẬN
(Theo kết quả nghiên cứu)

DỰ KIẾN KẾT LUẬN
(Theo mục tiêu nghiên cứu

KHUYẾN NGHỊ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Awan N, Bennett M. J và Walters W. A (2011), "Emergency peripartum hysterectomy: a 10-year review at the Royal Hospital for Women, Sydney", *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 51(3), tr. 210-5.
2. Combs C.A, Murphy E.L và Laros R.K (1991), "Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth", *Obstet Gynecol*, 77, tr. 69-76.
3. Andersen H.F và Hopkins M.P (1993), "Postpartum Hemorrhage", tr. 2(80).
4. Audra P và các cộng sự. (1985), "Les hémorragies graves de la délivrance", *Rev Fr Gynecol Obstet*, 80, no7, tr. 515-518
5. Bộ môn Phụ sản Trường Đại học Y Hà Nội (1978), *Sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học.
6. Bộ môn Phụ sản Trường Đại học Y Hà Nội (2000), "Bài giảng Sản phụ khoa", Nhà xuất bản Y học.
7. Cohen R.W và Olivennes F (1995), "Hémorragie grave du post partum", *La revue du praticien - Paris*, tr. 2257-59.
8. Đỗ Trọng Hiếu (1979), "Chỉ định cắt tử cung trong cấp cứu sản khoa", số 6, quí 2.
9. Đỗ Xuân Hợp (1977), "Giải phẫu bộ phận sinh dục nữ", *Giải phẫu bụng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 435 - 442.
10. Harold Ellis (2001), "Các cơ quan sinh dục nữ", *Giải phẫu học lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học tr. 167 - 173.
11. Nguyễn Dư Dậu (2005), *Nhận xét thai phụ bị viêm gan chuyển dạ đẻ tại BV PSTU trong 10 năm 1996-2005*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
12. Nguyễn Đức Hình (1998), "Tình hình mổ cắt tử cung trong mổ lấy thai tại Bệnh viện BV BMTSS từ 11/1997 - 10/1998", *Nội san Sản phụ khoa*, 3, tr. 64.
13. Nguyễn Đức Vy (2002), "Tình hình băng huyết sau sinh tại Viện BV BMTSS trong 6 năm (1996-2001)", *Tạp chí Thông tin Y dược*, tr. 36-39.
14. Nguyễn Minh Tú (2005), *Tình hình vỡ tử cung được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 10 năm 1995-2004*, Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

15. Nguyễn Thị Ngọc Khanh (1999), "Nhận xét và điều trị rau bong non tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 1992-1996", *Tạp chí Thông tin Y dược*, tr. 145.

16. Phạm Thị Xuân Minh (2004), *Tình hình băng huyết sau sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1999-2004*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

17. Phan Thị Ánh Tuyết (2005), *Nhận xét các chỉ định cắt tử cung trong và sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 6/2000- 6/2005*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

18. Trần Chân Hà (2001), *Nghiên cứu tình hình băng huyết sau sinh tại Viện BVBM TSS trong 5 năm (1996 - 2000)*, Luận văn Thạc sỹ Y học Trường Đại Học Y Hà Nội.

19. Hayman RG, Arulkumaran S, Steer PJ (2002). *Uterine compression sutures: surgical management of post partum hemorrhage*. *Obstet Gynecol*; 99:502-6.

20. B-Lynch C, Coker A, Lawal AH et al (1997). *The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage:an alternative to hysterectomy? Five cases reported*. *Br J Obstet Gynaecol* 104:372-5.

21. Phạm Thị Hải (2015). *Băng huyết sau sinh*, Nhà Xuất bản Y Học, Hà Nội

22. Phó Đức Nhuận (1985), "*Tình hình chảy máu sau đẻ trong 5 năm 1980-1984 tại viện BVBM TSS*". Công trình nghiên cứu khoa học viện BVBM TSS, tr 1-10.

23. Nguyễn Thị Dung (2015). *Nghiên cứu một số nguyên nhân và kết quả xử trí chảy máu sau đẻ tại BVPSHN trong năm 2014*. Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.

PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU

1. Họ và tên:..... Năm sinh:

Mã BA:

Ngày vào viện: / /

Ngày ra viện: / /

Địa chỉ:

2. Tiền sử sảy thai, nạo hút thai

3. Số lần đẻ: 1 lần; 2 lần; ≥ 3 lần.

4. Tuổi thai: (tuần)

5. Trọng lượng thai:

1. < 2500gam

2. 2500-3400gam

3. ≥ 3500 gam

6. Tiền sử mắc các bệnh kèm theo

1. U xơ tử cung;

2. Đái tháo đường;

3. Thiếu máu mãn tính;

4. Bệnh khác

7. Các yếu tố nguy cơ BHSS

1. Tiền sử băng huyết lần sinh trước

2. Thai to;

3. Thiếu máu trước sinh;

4. Tiền sản giật; 5. Đa thai

8. Số lượng thai:

1. Thai đơn

2. Đa thai

9. Phương pháp thụ thai

1. thai tự nhiên; 2. IUI;

3. IVF

10. Chỉ số huyết động trước BHSS

11. Thời gian chuyển dạ

1. <6h;

2. 6-12h;

3. 12-24h;

>24h

12. Biện pháp can thiệp trong chuyển dạ

1. Chuyển dạ tự nhiên;

2. Truyền Oxytocin

13. Các thuốc đã dùng xử trí BHSS

14. Biện pháp can thiệp ngoại khoa cầm máu

1. Thất ĐM tử cung
2. Thất động mạch hạ vị
3. Khâu mũi Blynch

15. Số ca băng huyết sau sinh và chỉ định cắt tử cung do BHSS

1. BHSS; 2. Chỉ định cắt tử cung do BHSS

16. Các chỉ định xử trí BHSS

1. Đờ tử cung ;
2. Rau tiền đạo
3. Rau cài răng lược;
4. Rau bong non
5. Vỡ tử cung;
6. Rối loạn đông máu
7. Yếu tố khác (ghi rõ):.....

17. Thời gian chỉ định xử trí BHSS: 1. Trong đẻ ; 2.Sau đẻ: 1-2h..... ; >2h.....

18. Tai biến và biến chứng trong và sau xử trí BHSS

1. Tổn thương các tạng lân cận
2. Chảy máu
3. Nhiễm khuẩn
4. Không có tai biến, biến chứng

19. Lượng máu mất cần bù sau xử trí BHSS

1. <1000ml;
2. 1000-3000ml;
3. >3000ml

20. Chỉ số huyết động thay đổi sau băng huyết

21. Ngày điều trị sau xử trí:

22. Kết quả điều trị sau xử trí:

1. Diễn biến nặng chuyển tuyến
2. Khỏi bệnh
3. Tử vong

Ngày..... tháng..... năm 2026