

**ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

NGUYỄN GIA ĐỊNH

**NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN
BĂNG HUYẾT SAU SINH DO ĐỜ TỬ CUNG VÀ
HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG CHÈN BÓNG
LÒNG TỬ CUNG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HUẾ - 2020

**ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC**

NGUYỄN GIA ĐỊNH

**NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN
BĂNG HUYẾT SAU SINH DO ĐỜ TỬ CUNG VÀ
HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG CHÈN BÓNG
LÒNG TỬ CUNG**

NGÀNH : SẢN PHỤ KHOA

MÃ SỐ : 9 72 01 05

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

**Người hướng dẫn khoa học
GS.TS. CAO NGỌC THÀNH**

HUẾ - 2020

Lời Cảm Ơn

Trân trọng cảm ơn:

- Ban Giám đốc, Ban Đào tạo Đại học Huế
- Ban Giám hiệu, Phòng Đào tạo sau Đại học, Bộ môn Phụ Sản của Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.
- Thư viện Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin chân thành cảm ơn:

- GS.TS. Cao Ngọc Thành, là người thầy đã tận tình hướng dẫn, giúp đỡ, động viên tôi trong quá trình học tập và thực hiện đề tài.
- GS.TS. Nguyễn Vũ Quốc Huy, PGS.TS. Trương Quang Vinh, PGS.TS. Lê Minh Tâm, PGS.TS. Lê Lam Hương, TS. Võ Văn Đức, TS. Nguyễn Thị Kim Anh cùng quý thầy, cô của Bộ môn Phụ Sản Trường Đại học Y Dược Huế đã tạo điều kiện và tận tình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và thực hiện đề tài.
- Xin trân trọng cảm ơn TS. Trần Đình Vinh, TS. Phạm Chí Kông, Bệnh viện Sản Nhi Đà Nẵng đã nhiệt tình giúp đỡ tôi trong thực hiện đề tài.

Xin chân thành cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện tỉnh Kon Tum, đặc biệt là bác sỹ CK.II Võ Văn Thanh, đã nhiệt tình động viên, giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập.

Xin chân thành cảm ơn Phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện tỉnh Kon Tum đã giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình thực hiện đề tài.

Xin chân thành cảm ơn các bác sỹ và nhân viên khoa Phụ Sản bệnh viện tỉnh Kon Tum, đặc biệt là bác sỹ CK.I Võ Thị Ngọc Thu, đã hỗ trợ nhiều ý kiến cho tôi trong quá trình thực hiện đề tài.

Xin trân trọng cảm ơn PGS.TS Nguyễn Hoàng Lan, ThS. Hoàng Đình Tuyên, Viện Nghiên cứu Sức khỏe Cộng đồng, Trường Đại học Y Dược Huế, và ThS. Phạm Minh, Bệnh viện tỉnh Kon Tum, đã giúp đỡ tôi xử lý số liệu trong nghiên cứu này.

Xin cảm ơn các bệnh nhân và gia đình bệnh nhân đã cùng hợp tác với tôi trong quá trình thực hiện đề tài.

Cuối cùng, tôi xin dành tất cả tình thương yêu đến ba mẹ, vợ con, và người thân trong gia đình, những người đã hết lòng vì tôi trong cuộc sống và học tập.

Huế, tháng 6 năm 2020
NGUYỄN GIA ĐỊNH

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các số liệu, kết quả nghiên cứu trong luận án là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ công trình nào.

Tác giả luận án

Nguyễn Gia Định

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Tình hình băng huyết sau sinh trên thế giới và tại việt nam	3
1.2. Định nghĩa băng huyết sau sinh	4
1.3. Phân loại băng huyết sau sinh	4
1.4. Nguyên nhân băng huyết sau sinh	5
1.5. Các yếu tố nguy cơ băng huyết sau sinh	7
1.6. Bảng kiểm các giai đoạn băng huyết sau sinh.....	10
1.7. Điều trị nội khoa băng huyết sau sinh	10
1.8. Điều trị băng huyết sau sinh bằng chèn bóng lòng tử cung	12
1.9. Nguyên lý cơ bản của bóng chèn	12
1.10. Các loại bóng chèn	15
1.11. Phương pháp thực hiện chèn bóng	19
1.12. Chỉ định, chống chỉ định chèn bóng.....	21
1.13. Những xem xét về mặt thực hành chèn bóng.....	21
1.14. Các kết quả nghiên cứu chèn bóng lòng tử cung ở trong nước và trên thế giới .	27
1.15. Điều trị băng huyết sau sinh bằng phẫu thuật bảo tồn	31
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	33
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	33
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	33
2.3. Phương pháp xử lý số liệu	46
2.4. Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.....	46
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	48
3.1. Đặc điểm chung.....	48
3.2. Các yếu tố nguy cơ	50
3.3. Hiệu quả điều nội khoa.....	53
3.4. Hiệu quả điều trị bằng chèn bóng lòng tử cung	58

CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN.....	67
4.1. Đặc điểm chung.....	67
4.2. Các yếu tố nguy cơ.....	68
4.3. Hiệu quả điều trị nội khoa	80
4.4. Hiệu quả điều trị bằng chèn bóng lòng tử cung	88
KẾT LUẬN	109
KIẾN NGHỊ.....	110
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ	
CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists Hội Sản Phụ khoa Mỹ
BHSS	: Băng huyết sau sinh
BMI	: Body mass index Chỉ số khối cơ thể
CLS	: Cận lâm sàng
CMQCC	: California Maternal Quality Care Collaborative Tổ chức chăm sóc chất lượng bà mẹ California
cs.	: cộng sự
DIC	: Disseminated Intravascular Coagulation Đông máu nội mạch rải rác
FIGO	: International Federation of Gynaecology and Obstetrics Liên đoàn Sản Phụ khoa Quốc tế
HA	: Huyết áp
HELLP	: Hemolysis (H), Elevated liver enzymes (EL), low platelets (LP) Hội chứng tan máu, tăng men gan, giảm tiểu cầu
ICU	: Intensive care unit Đơn vị chăm sóc tích cực
KTC	: Khoảng tin cậy
NICE	: UK National Institute for Health and Care Excellence Viện Chăm sóc Y tế Quốc gia (Vương quốc Anh)
SI	: Shock Index Chỉ số sốc
SP	: Sản phụ
TXA	: Tranexamic acid
WHO	: World Health Organization Tổ chức Y tế Thế giới

DANH MỤC CÁC BẢNG

	<i>Trang</i>
Bảng 1.1. Phân loại băng huyết sau sinh theo dấu hiệu và triệu chứng	5
Bảng 1.2. Nguy cơ trước sinh đã biết	9
Bảng 1.3. Nguy cơ trong lúc sinh/nguy cơ sau sinh	9
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi	48
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp.....	48
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nơi cư trú.....	49
Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo dân tộc.....	49
Bảng 3.5. Phương pháp sinh	50
Bảng 3.6. Số yếu tố nguy cơ ở nhóm bệnh nhân băng huyết sau sinh do đờ tử cung (n = 100)	50
Bảng 3.7. Đặc điểm trước sinh của đối tượng nghiên cứu (n = 200)	51
Bảng 3.8. Đặc điểm trong chuyển dạ/sau sinh của đối tượng nghiên cứu (n=200)...	52
Bảng 3.9. Mô hình hồi quy logistic đa biến các yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê đến BHSS	53
Bảng 3.10. Hiệu quả của các thuốc co hồi tử cung (n = 100).....	53
Bảng 3.11. Số yếu tố nguy cơ trong các trường hợp điều trị nội thất bại (n=32)..	54
Bảng 3.12. Xác định thời điểm băng huyết sau sinh trong các trường hợp điều trị nội thất bại (n = 32)	54
Bảng 3.13. Xác định thời điểm băng huyết sau sinh trong các trường hợp điều trị nội thành công (n = 68)	55
Bảng 3.14. Thời gian điều trị nội và xoa đáy tử cung trong các trường hợp điều trị nội thất bại (n = 32)	55
Bảng 3.15. Thời gian điều trị nội và xoa đáy tử cung trong các trường hợp điều trị nội thành công (n = 68)	56
Bảng 3.16. Lượng máu mất tổng cộng bao gồm lượng máu mất sau sinh trong các trường hợp điều trị nội thất bại (n = 32).....	56
Bảng 3.17. Lượng máu mất tổng cộng bao gồm lượng máu mất sau sinh trong các trường hợp điều trị nội thành công (n = 68).....	56

Bảng 3.18.	Chỉ số sốc trong các trường hợp điều trị nội thất bại (n = 32)	57
Bảng 3.19.	Chỉ số sốc trong các trường hợp điều trị nội thành công (n = 68)	57
Bảng 3.20.	Đặc điểm bệnh nhân chèn bóng do băng huyết sau sinh (n = 32).....	59
Bảng 3.21.	Kết quả chèn bóng ở bệnh nhân băng huyết sau sinh (n = 32)	59
Bảng 3.22.	Các biến cố không mong muốn ở 32 ca chèn bóng từ khi sinh đến khi ra viện (n = 32)	60
Bảng 3.23.	Đặc điểm bệnh nhân chèn bóng thành công và thất bại (n=32).....	60
Bảng 3.24.	Tỷ lệ thành công với bóng chèn lòng tử cung (n = 32).....	61
Bảng 3.25.	Thời gian làm thủ thuật chèn bóng (n = 29).....	61
Bảng 3.26.	Lượng máu mất thêm trong khi làm thủ thuật (n = 29).....	62
Bảng 3.27.	Lượng máu truyền trước, trong và sau thủ thuật (n = 29).....	62
Bảng 3.28.	Thể tích dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung (n = 29)	63
Bảng 3.29.	Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung (n = 29)	63
Bảng 3.30.	Kết quả chèn bóng bao cao su trong băng huyết sau sinh (n = 29).....	64
Bảng 3.31.	Sử dụng kháng sinh sau thủ thuật.....	64
Bảng 3.32.	Sử dụng giảm đau sau thủ thuật (n = 29)	65
Bảng 3.33.	Thời gian nằm viện sau thủ thuật (n = 29)	65
Bảng 3.34.	Kinh nguyệt có trở lại sau khi chèn bóng bao cao su (n = 19).....	66
Bảng 3.35.	Có thai và sinh con trở lại sau khi chèn bóng bao cao su (n = 19)	66
Bảng 4.1.	Tác giả, loại bóng sử dụng và tỷ lệ thành công.....	89
Bảng 4.2.	Tác giả, loại bóng sử dụng và thể tích dịch bơm	101
Bảng 4.3.	Tác giả, loại bóng sử dụng và thời gian lưu bóng.....	102

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Trang

Biểu đồ 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong các trường hợp điều trị nội thất bại (n=32)	58
---	----

DANH MỤC CÁC HÌNH

	<i>Trang</i>
Hình 1.1. Xoa đáy tử cung qua thành bụng	10
Hình 1.2. Bóng Sengstaken- Blakemore	17
Hình 1.3. Bóng Rüsch	17
Hình 1.4. Bóng Bakri.....	17
Hình 1.5. Bóng chèn bằng ống thông Foley	18
Hình 1.6. Ống thông có bao cao su	19
Hình 1.7. Phương pháp chèn liên quan với test chèn ép trong xử trí băng huyết sau sinh.	20
Hình 1.8. Bóng chèn bao cao su với ống thông Foley	22
Hình 1.9. Bóng tụt vào trong âm đạo	23
Hình 1.10. Phương pháp “chèn bóng và kẹp cổ tử cung”	24
Hình 1.11. Bộ chèn bóng bao cao su (ESM-UBT kit)	29
Hình 1.12. Bóng chèn bao cao su ở nơi nguồn lực thấp.....	30
Hình 1.13. Thất thứ tự các mạch máu tử cung	31
Hình 1.14. Mũi khâu Hayman chèn ép tử cung.....	32
Hình 1.15. Mũi khâu Cho nhiều hình vuông chèn ép tử cung	32
Hình 2.1. Dụng cụ chèn bóng bằng ống thông Nelaton lắp bao cao su	40
Hình 2.2. Ống thông Nelaton lắp bao cao su.....	40
Hình 2.3. Bóng chèn Nelaton lắp bao cao su đã bơm 500mL NaCl	40
Hình 2.4. Túi đo máu (tắm trải dưới mông)	40
Hình 2.5. Sơ đồ các bước nghiên cứu	47

ĐẶT VẤN ĐỀ

Băng huyết sau sinh là biến chứng đe dọa tính mạng khi sinh. Băng huyết sau sinh có thể xảy ra sau sinh đường âm đạo hoặc sinh mổ, là nguyên nhân chính của bệnh tật và tử vong mẹ ở các nước đang phát triển và các nước phát triển. Nguyên nhân thường gặp nhất của băng huyết sau sinh là đờ tử cung; chiếm đến 75% - 90% các nguyên nhân băng huyết sau sinh, do cơ tử cung không co thắt tốt sau khi sổ nhau [52], [94].

Việc xác định các yếu tố liên quan đến băng huyết sau sinh do đờ tử cung có tầm quan trọng cực điểm để cho phép thực hiện các biện pháp tối ưu và dự phòng. Sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác của băng huyết sau sinh như sót nhau, máu cục, vỡ tử cung, tổn thương đường sinh dục, tử cung lộn lộn, rối loạn đông máu, phải nhanh chóng kịp thời xử trí đờ tử cung và phải bắt đầu dự phòng chảy máu, sốc giảm thể tích, rối loạn đông máu do pha loãng, thiếu oxy tổ chức và toan máu. Nếu không phát hiện và điều trị kịp thời, sản phụ sẽ bị mất máu nhiều đưa đến truy tim mạch, choáng nặng có thể dẫn đến tử vong. Băng huyết sau sinh nặng có thể dẫn đến các biến chứng muộn như suy thận cấp, hội chứng Sheehan. Băng huyết sau sinh còn là một yếu tố thuận lợi cho nhiễm trùng hậu sản [13].

Việc xử trí băng huyết sau sinh do đờ tử cung có thể được chia làm các can thiệp không phẫu thuật và phẫu thuật. Trong băng huyết sau sinh không đáp ứng với các can thiệp nội khoa và can thiệp bảo tồn, các biện pháp xâm lấn có thể bao gồm việc làm thuyên tắc mạch bằng X-quang can thiệp, các mũi khâu ép tử cung, thắt thứ tự các mạch máu tử cung, cuối cùng là cắt tử cung. Tuy nhiên, những biện pháp này có tính xâm lấn cao, đòi hỏi nhiều nguồn lực, chuyên gia, đi kèm với tỷ lệ bệnh tật đáng kể.

Hiện nay, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về chèn bóng lòng tử cung với các loại bóng khác nhau. Mặc dù còn đang tranh cãi, chèn bóng lòng tử cung đã được gợi ý là một lựa chọn điều trị hiệu quả, ít xâm lấn để kiểm soát chảy máu tử cung trong khi vẫn bảo tồn khả năng sinh đẻ cho người mẹ. Có nhiều loại bóng, bao gồm các bóng chuyên dụng như bóng Bakri, các bóng không chuyên dụng như bóng

Sengstaken-Blakemore, bóng Rüsch, bóng Foley và bóng bao cao su (condom) kết hợp với ống thông [53],[58],[62]. Một trong những gợi ý nghiên cứu của Liên đoàn Sản Phụ khoa Quốc tế và Nhóm Nghiên cứu Băng huyết sau sinh của Tổ chức Y tế Thế giới - từ 2012 đến 2017 là: Hiệu quả của chèn bóng lòng tử cung trong điều trị băng huyết sau sinh [63], [116]. Hội Sản Phụ khoa Mỹ cũng đề nghị xem xét chèn bóng lòng tử cung hoặc các mũi khâu ép đối với băng huyết sau sinh do đờ tử cung không đáp ứng với điều trị nội khoa [37], [38].

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về chèn lòng tử cung bằng bóng Foley tại bệnh viện Từ Dũ và bệnh viện Sản Nhi Phú Yên [12], [18].

Các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam về chèn bóng đã cho thấy, bóng chèn chuyên dụng hoặc không chuyên dụng đều có hiệu quả tương tự trong điều trị băng huyết sau sinh khó kiểm soát, với tỷ lệ thành công từ 88% đến 100% [41], [79]. Bóng chuyên dụng như Bakri [70] có giá từ 125 đến 350 USD; bóng bao cao su (ESM-UBT) [45], [101] được nghiên cứu áp dụng ở châu Phi và Nepal có giá khoảng 5 USD. Tỉnh Kon Tum là một tỉnh miền núi, nguồn lực thấp, trong điều kiện như vậy, chúng tôi dự kiến nghiên cứu chèn lòng tử cung bằng bóng bao cao su kết hợp với ống thông Nelaton vì giá thành rẻ khoảng 1 đến 2 USD, dễ có sẵn ở các tuyến. Phương pháp này, nếu thành công, có thể giúp xử trí nhanh băng huyết sau sinh do đờ tử cung không đáp ứng với điều trị nội khoa và xoa đáy tử cung, giúp an toàn trong chuyển viện từ xã, huyện lên tuyến trên. Vì những lý do trên, chúng tôi đã chọn nghiên cứu đề tài ***“Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến băng huyết sau sinh do đờ tử cung và hiệu quả điều trị bằng chèn bóng lòng tử cung”*** với hai mục tiêu:

1. Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến băng huyết sau sinh do đờ tử cung.
2. Đánh giá hiệu quả điều trị đờ tử cung không hồi phục bằng chèn bóng lòng tử cung tự tạo bằng bao cao su.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. TÌNH HÌNH BĂNG HUYẾT SAU SINH TRÊN THẾ GIỚI VÀ TẠI VIỆT NAM

1.1.1. Thế giới

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), khoảng 90% các trường hợp tử vong mẹ xảy ra ở các nước nghèo, trong đó, hơn 30% của những tử vong này là do BHSS [18], tỷ lệ BHSS thấp nhất tại Qatar (0,55%) và cao nhất tại Honduras (17,5%). Băng huyết sau sinh là nguyên nhân hàng đầu làm tăng tỷ lệ tử vong mẹ: Châu Phi (25%); Indonesia (43%); Philippines (53%); Guatemala (53%). Tại các nước phát triển có tỷ lệ thấp hơn: Vương quốc Anh (16%); tại Mỹ giai đoạn 1987 - 1990 là 28,7%, giai đoạn 1991 - 1999 là 17%; tại Pháp là 13%) [22].

Theo Liên đoàn Sản Phụ khoa Quốc tế (FIGO), khoảng 30% (ở một số nước, trên 50%) tử vong mẹ trên toàn thế giới là do chảy máu, phần lớn trong giai đoạn sau sinh. Hầu hết các tử vong mẹ là do BHSS, xảy ra ở các nước có thu nhập thấp ở các bối cảnh (bệnh viện và tại cộng đồng) mà ở đó không có người đỡ đẻ hoặc người đỡ đẻ thiếu các kỹ năng cần thiết hoặc thiếu trang bị cần thiết trong việc dự phòng và xử trí BHSS và sốc [63].

Đờ tử cung là nguyên nhân chính của BHSS, chiếm khoảng 75% - 90% [52], [102], [106].

1.1.2. Tại Việt Nam

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Bộ Y tế năm 2002 tại các tỉnh đại diện cho 7 vùng kinh tế nước ta, thì tử vong mẹ chung cho cả toàn quốc được ước tính là 165/100.000 trường hợp sinh sống, trong đó BHSS chiếm tỷ lệ 31% các trường hợp tử vong. Tại miền núi, tỷ lệ này còn cao hơn (411/100.000) [14].

Tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh: từ năm 1986 đến 1990, tỷ lệ tử vong do BHSS chiếm 27,5% các trường hợp tử vong mẹ. Theo Nguyễn Đức Vy, tỷ lệ BHSS chiếm 67,4% của 5 tai biến sản khoa (trong 6 năm từ 1996 đến 2001). Tỷ lệ này thay đổi tùy từng nơi, từng thời kỳ [16].

Tỷ lệ BHSS thay đổi phụ thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán, trong y văn trung bình 1- 5% [32].

Tại Bệnh viện Từ Dũ, tỷ lệ BHSS là 0,22% đến 0,58%, trong đó BHSS không do tổn thương đường sinh dục thường gặp nhất là đờ tử cung chiếm 55% [12].

Tại Bệnh viện Hùng Vương, tỷ lệ BHSS hàng năm là 1,5% [20].

Tại Bệnh viện Đà Nẵng, tỷ lệ BHSS trong 5 năm từ 2005 – 2010 là 0,32%. Trong đó, đờ tử cung chiếm 89,6% [33].

1.2. ĐỊNH NGHĨA BĂNG HUYẾT SAU SINH

Thuật ngữ “băng huyết sau sinh” được áp dụng cho những thai kỳ có tuổi thai > 20 tuần [50].

Theo Tổ chức Y tế Thế giới 2018, BHSS được định nghĩa là lượng máu mất ≥ 500 mL trong vòng 24 giờ sau sinh [118].

Theo Liên đoàn Sản Phụ khoa Quốc tế, BHSS được định nghĩa là lượng máu mất ≥ 500 mL sau sinh đường âm đạo hoặc ≥ 1000 mL sau sinh mổ. Vì các mục đích lâm sàng, bất kỳ lượng máu mất nào có tiềm năng gây mất ổn định huyết động phải được xem là BHSS [63].

Theo Hội Sản Phụ khoa Mỹ, 2017, BHSS được định nghĩa là lượng máu mất ≥ 1000 mL hoặc mất máu đi kèm với các dấu hiệu hoặc triệu chứng hạ thể tích máu trong vòng 24 giờ sau sinh [36].

Gần đây, BHSS được định nghĩa là các trường hợp có Hematocrit giảm >10% so với trước sinh [21], [37]; hoặc cần phải truyền máu [19], [52].

Theo giáo trình sản khoa, Đại học Y Dược Huế, BHSS là chảy máu với số lượng từ 500 mL trở lên, máu chảy từ bộ phận sinh dục trong vòng 24 giờ tính từ sau khi sổ thai và có ảnh hưởng đến toàn trạng sản phụ [30].

1.3. PHÂN LOẠI BĂNG HUYẾT SAU SINH

1.3.1. Phân loại có tính quy ước

BHSS sớm hoặc BHSS nguyên phát: Sự chảy máu trong vòng 24 giờ đầu sau sinh đường âm đạo.

BHSS muộn hoặc BHSS thứ phát: Sự chảy máu xảy ra về sau (sau 24 giờ), nhưng trong vòng 12 tuần sau sinh [21], [52].

1.3.2. Phân loại theo tốc độ nhanh của mất máu

Sự chảy máu nặng được phân loại là mất > 150 mL/phút (trong vòng 20 phút, gây mất hơn 50% thể tích máu) hoặc mất máu đột ngột > 1.500 – 2.000 mL (đờ tử cung; mất 25 – 35% thể tích máu) [52].

1.3.3. Phân loại BHSS theo dấu hiệu và triệu chứng

Bất kỳ sự chảy máu nào dẫn đến hoặc có thể dẫn đến sự không ổn định về huyết động, nếu không được điều trị, đều được xem là BHSS (Bảng 1.1) [52].

Bảng 1.1. Phân loại băng huyết sau sinh theo dấu hiệu và triệu chứng

Lượng máu mất mL %		Huyết áp (mmHg)	Dấu hiệu và triệu chứng
500-1000	10-15	Bình thường	Hồi hộp, chóng mặt, nhịp tim nhanh
1000-1500	15-25	Giảm nhẹ	Yếu mệt, vã mồ hôi, nhịp tim nhanh
1500-2000	25-35	70-80	Vật vã, xanh tái, thiếu niệu
2000-3000	35-45	50-70	Trụy mạch, thiếu không khí, vô niệu

1.4. NGUYÊN NHÂN BĂNG HUYẾT SAU SINH

1.4.1. Nguyên nhân BHSS:

Băng huyết sau sinh là sự rối loạn của một hoặc nhiều hơn của bốn nguyên nhân: đờ tử cung; sót nhau-nhau không bong; tổn thương đường sinh dục; rối loạn đông máu [73], [88].

BHSS do đờ tử cung chiếm khoảng 75 – 90% của BHSS sớm [33], [84], [102].

BHSS do tổn thương chiếm khoảng 20% của BHSS sớm.

BHSS do rối loạn đông máu chiếm khoảng 3% của BHSS sớm [82].

BHSS có thể có ≥ 1 nguyên nhân [40].

BHSS muộn (thứ phát) ít gặp hơn BHSS sớm (nguyên phát), chiếm 1 – 3% các ca sinh [56].

Các nguyên nhân của BHSS sớm (nguyên phát)

Đờ tử cung

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

- Các thuốc làm giãn tử cung: nifedipine, magnesium, beta-mimetics, indomethacin, nitric oxide donors

- Chuyển dạ (CD) nhanh hoặc chuyển dạ kéo dài
- Các thuốc co hồi tử cung để gây chuyển dạ
- Nhiễm khuẩn ối
- Gây mê bằng Halogen
- U xơ tử cung [52], [115].

Bất thường về bong nhau và sổ nhau

- Vật gây trở ngại đối với sự co thắt/co hồi tử cung: nhiều u xơ, sót nhau
- Bất thường bánh nhau: nhau cài răng lược, thùy nhau phụ
- Tiền căn phẫu thuật ở tử cung: bóc nhân xơ, đường mổ lấy thai cổ điển (mổ dọc thân) hoặc đường mổ đoạn dưới

- Chuyển dạ đình trệ (không tiến triển)
- Giai đoạn ba của chuyển dạ bị kéo dài
- Sự kéo quá mạnh vào dây rốn [52], [115].

Tổn thương đường sinh dục

- Tổn thương âm hộ-âm đạo
- Cắt tầng sinh môn/rách tầng sinh môn
- Thai quá to
- Sinh quá nhanh [52], [115].

Rối loạn đông máu

- Mắc phải trong thai kỳ: giảm tiêu cầu của hội chứng HELLP, Đông máu nội mạch rải rác (sản giật, thai chết lưu trong tử cung, nhiễm khuẩn huyết, nhau bong non, tắc mạch ối), tăng huyết áp trong thai kỳ, tình trạng nhiễm khuẩn huyết (sepsis).

- Di truyền: bệnh Von Willebrand.
- Liệu pháp chống đông: thay van tim, những bệnh nhân nằm nghỉ tuyệt đối [52], [115].

Các nguyên nhân của BHSS muộn (thứ phát)

- Nhiễm trùng tử cung
- Sốt các mảnh nhau
- Sự co hồi bất thường của vị trí nhau bám [52], [115].

1.4.2. Không có các yếu tố liên quan

Trong nghiên cứu hồi cứu của Trần Đình Vinh, sản phụ BHSS không có yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ khá cao 34% [33].

Theo Unterscheider và cs., đờ tử cung xảy ra không dự đoán được ở những phụ nữ không có các yếu tố nguy cơ báo trước [115].

1.5. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ BĂNG HUYẾT SAU SINH

1.5.1. Các yếu tố nguy cơ trước sinh:

1. Tuổi: tuổi mẹ tăng là yếu tố nguy cơ độc lập với BHSS. Tuổi ≥ 35 có nguy cơ BHSS cao với OR = 1,5 (95% KTC 1,2 - 1,9) [46]; tuổi >40 (không-phải con rạ) có OR = 1,4 [69].

2. Chỉ số khối cơ thể (BMI): béo phì có tỷ lệ cao biến chứng chảy máu trong khi sinh và sau sinh. BMI >30 có nguy cơ BHSS cao với OR = 1,5 (95% KTC 1,2 - 1,8) khi so với BMI 20 - 30 [46]; BMI >35 có nguy cơ BHSS cao với OR = 2 [69].

3. Số lần sinh: các nghiên cứu gần đây chưa tìm thấy mối liên quan giữa đẻ nhiều với BHSS [111]. Tuy nhiên, Ohkuchi [46] lại tìm thấy sản phụ con so đi kèm với mất máu quá mức lúc sinh đường âm đạo (OR = 1,6; 95% KTC 1,4 - 1,9).

4. Thai to: các nghiên cứu cho thấy thai to đi kèm với BHSS. Tại Anh, thai $>4000g$ liên quan đến OR = 2,01 (95% KTC 1,93 - 2,1). Tại Mỹ, thai 4000 - 4499g liên quan đến OR = 1,69 (95% KTC 1,58 - 1,82) [46]. Tổng quan BHSS của Phạm Việt Thanh [22] cho thấy thai to $>4500g$ có OR = 2,05.

5. Đa thai: nhiều nghiên cứu cho thấy đa thai là yếu tố nguy cơ BHSS. Theo Hamamy [69], thai kỳ đa thai là yếu tố nguy cơ BHSS với OR = 5. Nhiều nghiên cứu ước tính RR của BHSS đi kèm với thai kỳ đa thai là 3,0 - 4,5 [46]. Tổng quan BHSS của Phạm Việt Thanh [22] cho thấy đa thai có OR = 2,4.

6. U xơ tử cung: một nghiên cứu tại Nhật Bản [46] đã cho thấy u xơ tử cung là yếu tố nguy cơ BHSS với OR = 1,9 (95% KTC 1,2 - 3,1) sau sinh đường âm đạo. Theo Unterscheider [115] u xơ tử cung là yếu tố nguy cơ BHSS với OR = 2.

7. Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ: Theo Hamamy [69], tiền sản giật/tăng huyết áp thai kỳ là nguy cơ trước sinh gây BHSS với OR = 4.

8. Thiếu máu trước sinh: thiếu máu trước sinh từ trung bình đến nặng là yếu tố nguy cơ gây BHSS với OR = 2,14 [98]; thiếu máu trước sinh (Hb $<9g/dL$) là

yếu tố nguy cơ BHSS với $OR = 2$ [69].

9. Chảy máu trước sinh

- Nhau bong non có nguy cơ BHSS với $OR = 12,6$ theo Stones [46] đến $OR = 13$ theo Hamamy [69].

- Nhau tiền đạo có nguy cơ BHSS với $OR = 12$ theo Hamamy [69] đến $OR = 13,7$ theo Stones [46].

- Nhau tiền đạo đi kèm với BHSS có $OR = 4,4$ (95% KTC 2,2 - 8,6) sau sinh đường âm đạo theo Ohkuchi [46].

10. Tiền sử băng huyết sau sinh: tiền sử BHSS đi kèm với nguy cơ BHSS lần sinh tiếp theo với $OR = 2,2$ (95% KTC 1,7 - 2,9) [46] đến $OR = 3$ [69].

1.5.2. Các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ và sau sinh:

1. Phát khởi chuyển dạ: phát khởi chuyển dạ là yếu tố nguy cơ gây BHSS có $OR = 2$ [69]; việc sử dụng Oxytocin tăng go trong chuyển dạ là một yếu tố nguy cơ gây BHSS với nguy cơ tăng OR từ 1,5 (95% KTC 1,2 - 1,7) theo Magann tới $OR = 5,5$ (95% KTC 1,26 - 24,07) theo tổng quan Cochrane [46]. Tổng quan BHSS của Phạm Việt Thanh [22] cho thấy giục sinh >18 giờ có $OR = 2,23$.

2. Thời gian chuyển dạ:

- Chuyển dạ kéo dài >12 giờ là yếu tố nguy cơ với $OR = 2$ [69].

- Giai đoạn 1: kéo dài khi pha tiềm thời > 20 giờ ở sản phụ con so và > 14 giờ ở sản phụ con rạ và/hoặc pha tích cực < 1,2cm/giờ ở sản phụ con so và < 1,5cm/giờ ở sản phụ con rạ. Giai đoạn 1 kéo dài đi kèm với nguy cơ BHSS, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($OR = 1,6$; 95% KTC 1 - 1,6) [46].

- Giai đoạn 2: theo Janni, độ dài của giai đoạn 2 là yếu tố dự đoán độc lập của BHSS ($RR = 2,3$; 95% KTC 1,6 - 3,3). Theo Magann, giai đoạn 2 kéo dài đi kèm với nguy cơ BHSS có $OR = 1,6$ (95% KTC 1,1 - 2,1) [46].

- Giai đoạn 3: chứng cứ vững chắc cho thấy, mặc dù có việc áp dụng xử trí tích cực, giai đoạn 3 chuyển dạ kéo dài làm tăng nguy cơ BHSS. Tần suất BHSS tăng cùng với tăng độ dài giai đoạn 3, đạt đến đỉnh ở 40 phút. Một nghiên cứu Hà Lan ở 3.464 sản phụ con so gợi ý rằng, giai đoạn 3 kéo dài ≥ 30 phút đi kèm với mất máu $\geq 500\text{mL}$ ($OR = 2,61$; 95% KTC 1,83 - 3,72) và $\geq 1000\text{mL}$ ($OR = 4,90$; 95% KTC 2,89 - 8,32) [46].

3. Phương pháp sinh: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về BHSS trong sinh thường hay sinh mổ với $RR = 0,8$ (95% KTC 0,4 - 4,4). Sinh hỗ trợ forceps hoặc giác hút là một yếu tố nguy cơ của BHSS với $OR = 1,66$ (95% KTC 1,06 - 2,6). Việc sử dụng forceps sau khi giác hút thất bại càng làm tăng yếu tố nguy cơ BHSS với $OR = 1,9$ (95% KTC 1,1 - 3,2) hoặc $RR = 1,6$ (95% KTC 1,3 - 2,0) [46]. Theo Hamamy [69] sinh hỗ trợ thủ thuật là nguy cơ gây BHSS với $OR = 2$.

4. Nhiễm khuẩn ối: nhiều nghiên cứu cho thấy, nhiễm khuẩn ối là một yếu tố nguy cơ BHSS với $OR = 1,3$ (95% KTC 1,1 - 1,7) sau sinh đường âm đạo [22], [46].

5. Cắt tầng sinh môn: theo Bais, cắt tầng sinh môn đi kèm với nguy cơ BHSS với $OR = 2,18$ (95% KTC 1,68 - 2,81) [46]. Cắt tầng sinh môn một bên đi kèm với nguy cơ BHSS với $OR = 4,67$ (95% KTC 2,59 - 8,43) theo Combs [46] đến $OR = 5$ theo Hamamy [69]. Một thử nghiệm ngẫu nhiên-có nhóm chứng gần đây gợi ý rằng, cắt tầng sinh môn khi các vết rách tầng sinh môn dường như sắp xảy ra thì không có sự khác biệt về tỷ lệ BHSS [46].

Các yếu tố nguy cơ BHSS được Hamamy [69], tóm tắt như sau:

Bảng 1.2. Nguy cơ trước sinh đã biết

Nguy cơ lớn	OR	Nguy cơ đáng kể	OR
Nhau bong non nghi ngờ hoặc đã chứng minh	13	Tiền sử băng huyết sau sinh	3
Nhau tiền đạo đã biết	12	Chủng tộc châu Á	2
Thai kỳ đa thai	5	Béo phì (BMI >35)	2
Tiền sản giât/tăng huyết áp thai kỳ	4	Thiếu máu (Hb < 9g/dL)	2

Bảng 1.3. Nguy cơ trong lúc sinh/nguy cơ sau sinh

Nguy cơ lớn	OR	Nguy cơ đáng kể	OR
Mổ lấy thai cấp cứu	4	Sinh hỗ trợ thủ thuật	2
Mổ lấy thai chọn lọc	2	Chuyển dạ kéo dài (>12 giờ)	2
Phát khởi chuyển dạ	2	Thai lớn (>4,5kg)	2
Nhau không bong	5	Mẹ sốt trong chuyển dạ	2
Cắt tầng sinh môn đường giữa bên	5	Tuổi >40 (không-phải con rạ)	1,4



Hình 1.1. Xoa đáy tử cung qua thành bụng

(Nguồn: FIGO) [62]

1.6. BẢNG KIỂM CÁC GIAI ĐOẠN BĂNG HUYẾT SAU SINH

Theo Hội Sản Phụ khoa Mỹ 2015 [38], cần có bảng kiểm các giai đoạn BHSS và phương hướng hành động theo từng giai đoạn.

Giai đoạn 1. Lượng máu mất >500 mL đường âm đạo hoặc >1000 mL sinh mổ có dấu hiệu sinh tồn bình thường và xét nghiệm cận lâm sàng (CLS) bình thường: Xác định nguyên nhân và điều trị; chuẩn bị phòng mổ nếu có chỉ định lâm sàng (nhằm tối ưu hóa việc khám/nhìn bằng mắt).

Giai đoạn 2. Máu tiếp tục chảy, ước tính lượng máu mất đến 1500 mL hoặc đã sử dụng >2 thuốc co hồi tử cung có dấu hiệu sinh tồn bình thường và xét nghiệm cận lâm sàng (CLS) bình thường: Điều trị với mục tiêu cầm máu.

Giai đoạn 3. Máu tiếp tục chảy, ước tính lượng máu mất > 1500 mL hoặc đã sử dụng >2 đơn vị hồng cầu khối hoặc bệnh nhân có nguy cơ chảy máu ầm/rối loạn đông máu hoặc mọi bệnh nhân có dấu hiệu sinh tồn bất thường/xét nghiệm CLS bất thường/thiếu niệu: Cố gắng cầm máu, các can thiệp dựa vào nguyên nhân.

Giai đoạn 4. Truy tìm mạch (chảy máu nhiều, sốc giảm thể tích nặng hoặc tắc mạch ối): Can thiệp phẫu thuật ngay để cầm máu (cắt tử cung).

1.7. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA BĂNG HUYẾT SAU SINH

Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.

Thiết lập ít nhất 2 đường truyền tĩnh mạch, catheter 18G cho dịch chảy với tốc độ nhanh.

Đánh giá tình trạng mất máu và thể trạng chung của sản phụ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) [1], [9], [15], [21].

Nếu nghi ngờ có choáng hoặc bắt đầu có choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng [21], [34].

Thông tiểu và theo dõi lượng nước tiểu.

Kiểm soát tử cung lấy hết nhau sót và máu cục.

Xoa đáy tử cung (Hình 1.1).

Dùng thuốc co hồi tử cung: cùng lúc hay tuần tự .

+ Oxytocin 5 đơn vị 4 ống pha 500mL dịch tinh thể, hoặc 10 - 40 đơn vị pha 500- 1000mL truyền tĩnh mạch liên tục, tối đa 80 đơn vị [21].

+ Methyl-ergometrine (maleate) 0,2mg 1ống tiêm bắp hay tiêm vào cơ tử cung (không bao giờ tiêm tĩnh mạch), mỗi 2 - 4 giờ, tối đa 5 liều, không sử dụng: tiền căn cao huyết áp, tiền sản giật, bệnh tim mạch, hội chứng Raynaud [21].

+ Carbetocin (Duratocin) 100mcg 1ống TMC, chỉ một liều duy nhất (khuyến cáo sử dụng dự phòng trong những trường hợp nguy cơ cao BHSS) [1], [21].

+ Prostaglandin E₁ (Misoprostol) viên 200mcg: 600mcg uống, hoặc 800mcg ngâm dưới lưỡi, hoặc 800 - 1000mcg đặt trực tràng 1 lần duy nhất, có thể dùng cho người cao huyết áp hay hen suyễn. Theo dõi nhiệt độ sản phụ vì có thể sốt $\geq 40^{\circ}\text{C}$ và lạnh run. Sử dụng phối hợp với thuốc gò tử cung đường tiêm, không sử dụng như thuốc gò duy nhất để điều trị BHSS [9], [21], [118].

+ Tranexamic acid (TXA) 1g (100 mg/mL): Theo Hội Sản Phụ khoa Mỹ, 2017 và Tổ chức Y Tế Thế giới 2017, sử dụng Tranexamic acid trong mọi trường hợp BHSS, bất kể việc chảy máu này là do tổn thương đường sinh dục hay do các nguyên nhân khác. Thời điểm sử dụng: Sử dụng TXA trong vòng 3 giờ sau sinh và càng sớm càng tốt sau khi bị BHSS. Không sử dụng TXA sau sinh quá 3 giờ, trừ phi sử dụng liều thứ hai vì chảy máu lại trong vòng 24 giờ sau khi hoàn tất liều đầu tiên. Liều dùng: Liều 1 g/10mL (100 mg/mL) tiêm mạch với tốc độ 1mL/phút (tức là: tiêm trong 10 phút). Liều thứ hai 1 g tiêm mạch nếu chảy máu tiếp tục sau 30 phút hoặc nếu chảy máu lại trong vòng 24 giờ sau khi tiêm liều đầu tiên [37], [117]. Nghiên cứu cho thấy TXA làm giảm tỷ lệ tử vong do BHSS khi cho trong vòng 3

giờ sau sinh [37]. Trì hoãn điều trị TXA dường như làm giảm lợi ích. Lợi ích dường như giảm khoảng 10% mỗi 15 phút trì hoãn, không thấy có lợi ích sau 3 giờ [117]. Phải tiêm chậm TXA trong 10 phút, vì tiêm nhanh có nguy cơ làm giảm huyết áp thoáng qua. Không dùng TXA ở phụ nữ có chống chỉ định rõ ràng với liệu pháp chống tiêu sợi huyết, kể cả với TXA (ví dụ, biến cố huyết khối thuyên tắc trong thai kỳ, tiền căn bệnh rối loạn đông máu, cục máu đông trong mạch máu, hoặc dị ứng với TXA) [117].

1.8. ĐIỀU TRỊ BẰNG HUYẾT SAU SINH BẰNG CHÈN BÓNG LÒNG TỬ CUNG

Sau khi đã xử trí nội khoa (bao gồm việc hồi phục giảm thể tích máu) và xoa đáy tử cung; sau khi đã loại trừ các nguyên nhân không phải do tử cung, nếu chảy máu tiếp tục, có thể xem xét các phương pháp xử trí khác như:

- Chèn bóng lòng tử cung,
- Thắt thứ tự các mạch máu tử cung,
- Các mũi khâu ép tử cung, hoặc
- Cắt tử cung.

Việc sử dụng các phương pháp này tùy thuộc vào số con, nguyện vọng có con của sản phụ, và kinh nghiệm của bác sỹ sản đối với mỗi phương pháp [57]. Một lựa chọn là phương pháp chèn bóng lòng tử cung [57], [68]. Hội Sản Phụ khoa Mỹ 2015 [38] đã đưa chèn bóng vào phác đồ điều trị BHSS.

1.9. NGUYÊN LÝ CƠ BẢN CỦA BÓNG CHÈN

1.9.1. Nguồn gốc của chèn ép lòng tử cung.

Nguồn gốc của chữ chèn ép (tamponade) dường như đến từ một chữ Pháp cổ đối với tampon, mang hàm ý của một nút chặt (plug), hoặc một cái bịt lại (stopper) được đặt vào trong một vết thương mở hoặc một khoang của cơ thể để làm ngừng dòng máu chảy. Trong bối cảnh BHSS, việc chèn ép ám chỉ đến việc nút chặt tử cung với vài dạng dụng cụ để làm ngừng dòng máu. Thông thường, nó ở dạng gói gạc (gauze pack) hoặc một ống thông có bóng (balloon catheter) [58].

Trong thực hành, thuật ngữ “tamponade” thường được sử dụng để giải thích hiệu quả của bóng [68].

1.9.2. Các nguyên lý cơ bản chung.

Sau khi can thiệp nội khoa để làm ngừng hoặc làm giảm BHSS bị thất bại, người ta phải xem xét việc thực hiện chèn bóng lòng tử cung.

Chèn bóng lòng tử cung phải được thực hiện ở phòng mổ với sự hiện diện của các nhân viên gây mê và điều dưỡng, cũng như ủng hộ, khuyến khích việc truyền máu.

Người phụ nữ được đặt ở tư thế Sản phụ khoa, đặt một thông tiêu giữ lại.

Thực hiện thăm khám dưới gây mê để loại trừ các vết rách, sót nhau và các cục máu đông. Chỉ lúc ấy mới nỗ lực làm các thủ thuật chèn ép.

Khuyến dùng các thuốc co hồi tử cung và các thuốc cầm máu như liệu pháp bổ sung và có thể cho cùng lúc [58].

1.9.3. Cơ chế tác dụng của bóng chèn

Cơ chế chính xác của tác dụng chèn bóng lòng tử cung vẫn chưa rõ. Hiện nay, có một số giả thuyết sau:

- Tạo một áp lực bên trong tử cung lớn hơn áp lực động mạch hệ thống [62].
- Tạo áp lực thủy tĩnh trực tiếp xung quanh các động mạch tử cung [50].
- Cả hai cơ chế trên [70].

1.9.3.1. *Tạo một áp lực bên trong tử cung lớn hơn áp lực động mạch hệ thống*

Nguyên tắc hoạt động về mặt lý thuyết của bóng chèn là “sự chèn ép cơ học tạm thời và đều đặn vững chắc” ở bề mặt chảy máu của vị trí nhau bám, có thể được tiến hành trong lúc chờ đợi các cơ chế cầm máu tự nhiên của máu đạt hiệu quả. Bóng, được làm căng phồng từ bên trong buồng tử cung nhằm trải dài/giãn căng theo vách cơ tử cung, có thể tạo ra một áp lực bên trong tử cung lớn hơn áp lực động mạch hệ thống, dẫn đến việc ngừng dòng máu chảy bên trong tử cung [62].

Mục tiêu chủ yếu của các can thiệp sử dụng trong xử trí BHSS là để gây ra go tử cung và sự giảm tương xứng với thể tích lòng tử cung. Trái lại, chèn lòng tử cung lại liên quan đến một cách tiếp cận khác về cơ bản, đó là, làm giãn tử cung tạm thời. Bóng làm bằng cao su, latex hoặc silicone được đưa vào lòng tử cung và được bơm dần dần với nước muối sinh lý. Test chèn ép này được xem là “dương tính” nếu máu ngừng chảy [66].

1.9.3.2. Tạo áp lực thủy tĩnh trực tiếp xung quanh các động mạch tử cung

Một cơ chế tác dụng lựa chọn khác đã được đề nghị, liên quan đến hiệu quả áp lực thủy tĩnh của bóng chèn lên các động mạch tử cung [50], [62].

Trong báo cáo trường hợp của Cho và cs. [50], sau khi chèn bóng trong xử trí BHSS nặng, trong khi khẳng định vị trí bóng chèn Sengstaken-Blakemore trên siêu âm, vị trí bóng trên siêu âm lại không nằm đúng vị trí theo việc sử dụng quy ước của chèn bóng lòng tử cung, gợi lên khả năng cơ chế tác động khác của bóng chèn: không phải là chèn lòng tử cung mà là ép thủy tĩnh trực tiếp xung quanh các động mạch tử cung, một cơ chế tương tự như làm thuyên tắc động mạch tử cung cơ học hoặc thắt động mạch tử cung cơ học. Nếu giả thuyết này đúng, giả thuyết này không chỉ giải thích, làm sáng tỏ cách thức bóng chèn hoạt động như thế nào mà còn thách thức suy nghĩ hiện tại về việc nên xử trí hiệu quả BHSS ra sao. Cần có thêm những nghiên cứu để làm vững chắc cho giả thuyết này. Cho và cs. tin rằng việc khẳng định vị trí của bóng chèn trên siêu âm phải là một phần không thể thiếu của chèn bóng lòng tử cung ở phụ nữ bị BHSS nặng.

Người ta biết rõ rằng, trong thai kỳ, 90% máu cung cấp cho tử cung qua các động mạch tử cung [50], [105]. Trong BHSS không đáp ứng với điều trị nội khoa, các động mạch tử cung mất đi khả năng co khít lại do cơ chế chưa rõ. Cho và cs. [50] tin rằng, trường hợp báo cáo này gợi lên khả năng rằng, chèn bóng lòng tử cung gây ra sự chèn ép trực tiếp các mạch máu tử cung thay vì chèn ép trong bản thân lòng tử cung. Cho và cs. đề nghị rằng, chèn bóng lòng tử cung là tương tự như việc thắt động mạch tử cung mà không cần phẫu thuật (non-surgical uterine artery ligation), hoặc làm thuyên tắc động mạch tử cung mà không cần can thiệp (non-interventional uterine artery embolization).

Hạn chế của trường hợp này đó là Cho và cs. đã không xác minh khách quan một sự giảm tưới máu của động mạch tử cung sau khi chèn bóng Sengstaken-Blakemore. Có thể làm điều này bằng cách đánh giá các đo đạc Doppler động mạch tử cung trước và sau khi chèn bóng. Điều này có thể là một trọng tâm của các nghiên cứu trong tương lai, mặc dù khó làm điều này trong bối cảnh cấp cứu, trong bối cảnh này tình trạng người mẹ nguy kịch và thời gian là điều sống còn [50].

1.9.3.3. Cả hai cơ chế trên

Theo Jennifer 2015 [71], việc giảm chảy máu tử cung có thể xảy ra do giảm áp lực tưới máu của động mạch tử cung, do áp lực của bóng chèn trực tiếp lên diện nhau bám, hoặc cả hai.

Theo Georgiou [68], hiện nay, người ta đề nghị các cơ chế qua đó bóng được cho là tạo được hiệu quả chèn (“tamponade” effect). Cơ chế đầu tiên của bóng chèn tác động bằng cách tạo áp lực từ phía trong ra phía ngoài “mà áp lực này lớn hơn áp lực động mạch hệ thống” để ngăn ngừa chảy máu tiếp tục đã bị thách thức. Các nghiên cứu về áp lực trong lòng tử cung không gợi ý rằng, điều này là cần thiết, và các cơ chế tác dụng lựa chọn khác đã được đề nghị. Những cơ chế này bao gồm: hiệu quả áp lực thủy tĩnh trên các động mạch tử cung; tiếp xúc với nội mạc; nén ép mạch máu qua việc làm giãn căng cơ tử cung và hoạt động cơ tử cung phát xuất từ việc giãn căng cơ tử cung.

Gần đây, việc giãn cổ tử cung dẫn đến hoạt động cơ tử cung được chứng minh bởi phép đo điện cơ (electromyography). Điều này có thể giúp giải thích cho tính hiệu quả của bóng làm chín muồi cổ tử cung thể tích thấp được đặt ở đoạn dưới tử cung/kênh cổ tử cung. Tương tự, làm tắc nghẽn dòng chảy ra ngoài của tử cung bằng cách kẹp cổ tử cung khi không có bóng, có thể cho phép thu gom máu/cục máu đông bên trong tử cung. Điều này cũng có thể góp phần vào các cơ chế tác dụng được gợi ý ở trên liên quan đến việc làm giãn căng đoạn dưới tử cung hoặc cổ tử cung [68].

1.10. CÁC LOẠI BÓNG CHÈN

Trong việc thiết kế bóng, các loại bóng khác nhau về hình dạng, thể tích bóng và việc dẫn lưu buồng tử cung [65].

Hình dạng bóng

Hình dạng của các bóng không chỉ khác nhau về chi tiết kỹ thuật mà còn về việc chúng được làm đầy bởi dịch. Ngoài ra, đối với những bóng có kênh dẫn lưu, mức độ mà bề mặt xa của bóng tiếp xúc với đáy tử cung sẽ phụ thuộc vào chiều dài của đầu dẫn lưu [65].

Thể tích bóng

Theo Pei Shan Lim [100], trích dẫn của Georgiou, các loại bóng có thể tích

bơm phòng khác nhau. Bóng Rüsch có thể tích lớn nhất 1500 mL dịch, bóng Bakri có thể tích 500 ml, bóng Sengstaken-Blakemore có thể tích 300mL. Bóng Foley có thể tích nhỏ nhất 80mL và người ta đã mô tả việc sử dụng nhiều ống thông Foley. Bóng ống thông có bao cao su có thể cung cấp thể tích 300mL [100]. Tuy nhiên, Sayeba và cs. [58],[108] đã sử dụng thể tích 250 – 500 mL NaCl đẳng trương tùy theo sự cần thiết, đã thành công tất cả 23/23 trường hợp trong các loạt nghiên cứu đầu tiên với bóng bao cao su. Tort và cs. [114] khuyến cáo không bơm quá 1000mL đối với bóng bao cao su chèn lòng tử cung. Thể tích bóng BT-Cath là 500mL, bóng Ebb là 750mL [71].

Dẫn lưu buồng tử cung

Bóng Bakri là bóng được thiết kế đặc biệt để chèn tử cung trong BHSS nặng. Nó được trang bị một kênh dẫn lưu lớn cho phép dẫn lưu máu từ buồng tử cung.

Bóng Sengstaken-Blakemore và bóng Foley đều có kênh dẫn lưu, các kênh dẫn lưu này có kích thước nhỏ, vì vậy có khả năng bị tắc nghẽn bởi các cục máu đông vì sự dẫn lưu của các bóng này chủ yếu là bởi trọng lực.

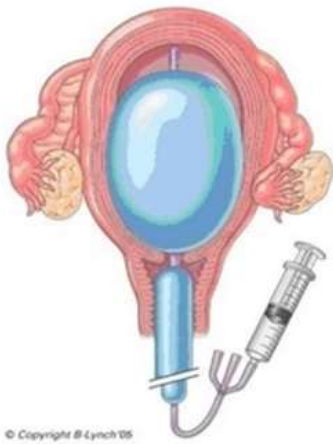
Bóng Rüsch và bóng ống thông có bao cao su không có kênh dẫn lưu, vì vậy dẫn đến việc khó dẫn lưu máu từ buồng tử cung [65], [100].

1.10.1. Ống thông Sengstaken-Blakemore.

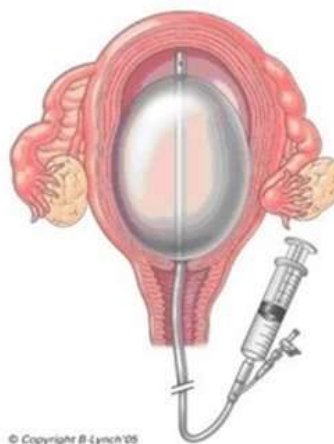
Ống thông thực quản Sengstaken-Blakemore được thiết kế đầu tiên để điều trị chảy máu do vỡ tĩnh mạch trướng trực quản. Nó là một ống thông-có ba đường với các cấu thành bóng dạ dày và bóng thực quản (Hình 1.2). Bóng có thể được bơm căng phòng đến các thể tích lớn hơn 500 mL. Đã có nhiều báo cáo về việc sử dụng nó thành công trong việc làm ngừng BHSS nặng. Trước khi đặt ống, người ta cắt đứt đầu xa của ống vượt quá bóng dạ dày để làm giảm nhỏ nhất nguy cơ thủng tử cung [58], [65].

1.10.2. Bóng Rüsch.

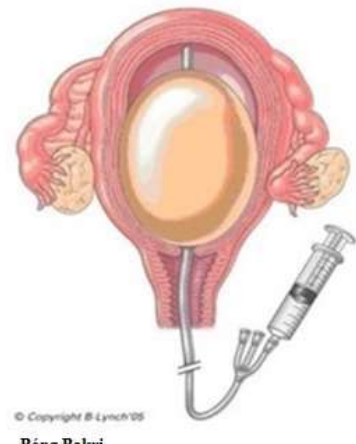
Bóng niệu khoa thủy tĩnh Rüsch (Rüsch Hydrostatic Urological Balloon) là một ống thông Foley-có hai đường, cũng có thể sử dụng cho BHSS. Bóng Rüsch có dung tích lớn hơn 500 mL (Hình1.3) [58], [65].



Hình 1.2. Bóng
Sengstaken- Blakemore



Hình 1.3. Bóng
Rüsch



Hình 1.4. Bóng
Bakri.

(Nguồn: *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage*) [58]

1.10.3. Bóng Bakri

Ống thông có bóng chèn Bakri được đưa ra thị trường là một ống thông 100% Silicone (không có latex) có hai đường được thiết kế có mục đích, nhằm cung cấp việc kiểm soát tạm thời hoặc làm giảm chảy máu sau sinh khi việc xử trí bảo tồn tử cung được biện hộ (Hình 1.4). Nhược điểm chủ yếu là bóng Bakri có lẽ khó có thể cung cấp ở các nơi nguồn lực thấp vì giá thành cao [58], [65].

1.10.4. Ống thông Foley.

Ống thông Foley với dung tích bóng 30 mL là dễ có sẵn và có thể dự trữ thường quy ở phòng sinh. Sử dụng một ống thông Foley 24F, đưa đỉnh vào trong buồng tử cung và làm căng phòng với 60 – 80 mL NaCl (Hình 1.5). Người ta có thể đặt vào thêm các ống thông Foley, nếu cần thiết, cho đến khi sự chảy máu ngừng lại. Do tính hấp dẫn, dễ và giá rẻ của phương pháp này, người ta đã tăng sự quan tâm xem xét việc sử dụng ống thông Foley cho việc chèn tử cung. Thứ nhất, dung tích của buồng tử cung ngay sau khi sinh, đặc biệt nếu đủ tháng, là quá rộng cho việc chèn hiệu quả đạt được với một bóng được làm căng phòng và nguy cơ của một bóng rơi ra khỏi tử cung bị tăng lên. Thứ hai, việc chảy máu đáng kể có thể xảy ra ở phía trên bóng Foley, vì nó không thể làm đầy toàn bộ buồng tử cung. Thậm chí với việc sử dụng nhiều ống thông Foley cũng không thể bảo đảm một hiệu quả chèn ép hoàn toàn trên toàn bộ bề mặt tử cung [58], [65].

Theo Cunningham, 2018 [57], do ống thông Foley 24F đến 30F có bóng 30mL dễ bị vỡ khi bơm phồng với 60 - 80mL, do đó có thể sử dụng ống thông Foley 34F có bóng 60mL.



Hình 1.5. Bóng chèn bằng ống thông Foley

(Nguồn: Trần Thị Lợi, Sản Khoa) [14]

1.10.5. Ống thông có bao cao su

Phương pháp này, từ Bangladesh, 2003, còn gọi là “Phương pháp kiểm soát bằng huyết sau sinh của Sayeba”, sử dụng một ống cao su vô trùng số 16 lắp vừa khớp với một bao cao su (condom) như là một dụng cụ bóng chèn. Ống thông vô trùng được đặt vào trong bao cao su và được cột ở gần miệng bao cao su cách đầu ống thông 3 – 4cm với một sợi chỉ silk và đầu ngoài của ống thông được nối với một bộ dây truyền dịch NaCl. Trong sự mô tả ban đầu, sau khi đặt vào trong tử cung, bao cao su được bơm phồng với 250 – 500 mL NaCl đẳng trương tùy theo sự cần thiết và đầu ngoài của ống thông được gấp xếp lại và cột với sợi chỉ sau khi máu đã ngừng chảy (Hình 1.6). Người ta quan sát máu chảy âm đạo và ngừng làm đầy thêm khi máu đã ngừng chảy. Nhằm giữ cho bóng ở vị trí ban đầu, người ta chèn gạc khoang âm đạo với gạc cuộn tròn và các miếng băng vệ sinh. Sự thành công được đánh giá bởi lượng máu mất qua đường âm đạo [58], [108].



Hình 1.6. Ống thông có bao cao su

(Nguồn: *Postpartum Hemorrhage-Guidelines for Immediate Action*) [42]

1.11. PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN CHÈN BÓNG

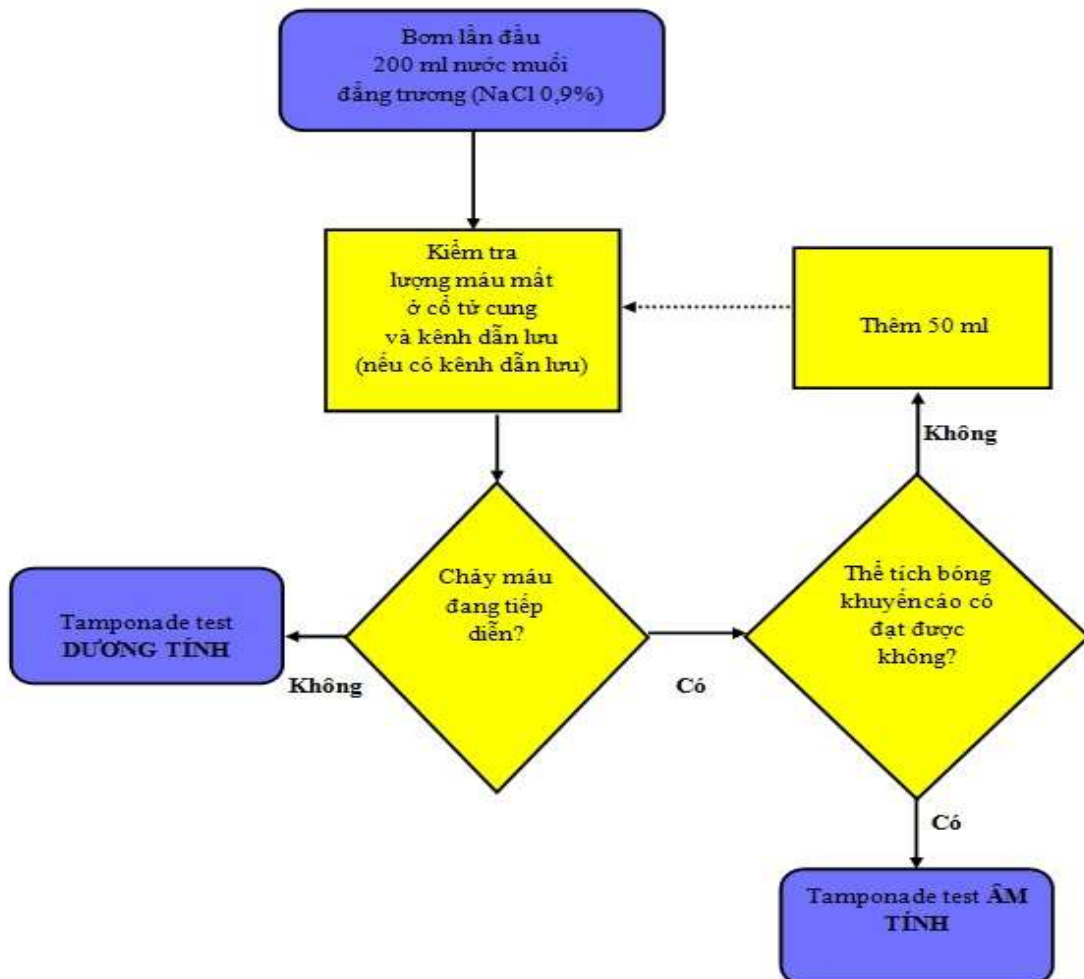
1.11.1. Test chèn ép

Test chèn ép (Tamponade test) được Condous và cs., (Hoa Kỳ) tháng 4/2003 mô tả đầu tiên, được đề nghị như một chỉ số tiên lượng để xem liệu có cần phải mở bụng hay không ở những bệnh nhân bị BHSS không đáp ứng với điều trị nội khoa [53], [58].

Trong sự mô tả ban đầu, đặt một ống thông thực quản Sengstaken-Blakemore vào trong buồng tử cung qua cổ tử cung, dùng siêu âm hướng dẫn, khi có thể, và làm đầy với nước muối sinh lý ấm cho đến khi bóng đã được làm căng phồng này có thể sờ được qua thành bụng được bao quanh bởi tử cung đã co thắt tốt và có thể nhìn thấy được ở phần dưới thấp của kênh cổ tử cung. Kiểm tra vị trí của ống thông Sengstaken-Blakemore bằng cách kéo nhẹ để bảo đảm rằng nó đã được cố định chắc chắn tại chỗ trong phạm vi lòng tử cung. Nếu quan sát thấy không có chảy máu hoặc chỉ có chảy máu tối thiểu qua đường cổ tử cung hoặc chỉ có chảy máu tối thiểu qua lòng ống dạ dày của ống thông thực quản Sengstaken-Blakemore, người ta đánh giá kết quả “Test chèn ép” là dương tính (thành công) [61]. Nếu trong trường hợp Test này dương tính, test chèn ép không chỉ làm ngừng tạm thời sự mất máu và bảo tồn được tử cung, mà còn cung cấp cơ hội để đảo ngược và điều chỉnh bất kỳ bệnh rối loạn đông máu do tiêu thụ [53], [62]. Ngược lại, nếu tiếp tục có sự chảy máu đáng kể qua đường cổ tử cung hoặc qua lòng ống dạ dày của ống thông này, Test chèn ép được cho là âm tính (thất bại) và phải tiến hành việc mở bụng. Trong nghiên cứu của Condous, 14/16 phụ nữ (87%) bị BHSS không đáp ứng với điều trị nội khoa đã có test chèn ép dương tính [53], [58].

1.11.2. Phương pháp chèn liên quan đến test chèn ép

Phương pháp chèn là hệ phương pháp qua đó test chèn ép được áp dụng. Test chèn ép dựa trên dự hậu lâm sàng. Nó liên quan đến việc làm đầy bóng ngay từ đầu với 200mL nước muối đẳng trương và sau đó đánh giá lượng máu mất từ xung quanh cổ tử cung cũng như từ kênh dẫn lưu của bóng (tùy theo loại bóng chuyên dụng có kênh dẫn lưu như bóng Bakri, hoặc bóng không chuyên dụng không có kênh dẫn lưu như bóng ống thông có bao cao su). Nếu vẫn tiếp tục chảy máu, bơm thêm 50 mL nước muối đẳng trương vào bóng và đánh giá lại lượng máu mất. Tiếp tục chu kỳ này cho đến khi máu giảm rõ rệt hoặc ngừng chảy. Nếu đã bơm 500 mL nước muối đẳng trương (là dung tích khuyến cáo của bóng Bakri) mà máu vẫn còn chảy nhiều, test chèn ép được xem là âm tính (Hình 1.7) [67].



Hình 1.7. Phương pháp chèn liên quan với test chèn ép trong xử trí băng huyết sau sinh.

(Nguồn: *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage*) [67]

1.12. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH CHÈN BÓNG

1.12.1. Chỉ định

1. Sử dụng bóng chèn lòng tử cung sau sinh đường âm đạo và BHSS do đờ tử cung không đáp ứng với các thuốc co hồi tử cung như Oxytocin, Ergometrine, Misoprostol và prostaglandin F_{2α} đã thất bại, trước khi làm các thủ thuật X-quang can thiệp hoặc các can thiệp ngoại khoa, như mũi khâu ép tử cung, hoặc thắt các động mạch vùng chậu, hoặc khi đang xem xét cắt tử cung [65], [68], [91], [100].

2. Chèn bóng cũng có thể được sử dụng trong khi mổ lấy thai hoặc sau khi mổ lấy thai và ở người phụ nữ có tiền sử mổ lấy thai sinh đường âm đạo bị BHSS, sau khi đã loại trừ vỡ tử cung [91], [100].

3. Chèn bóng có thể sử dụng riêng biệt để xử trí BHSS hoặc kết hợp với các biện pháp khác (ví dụ, phẫu thuật hoặc truyền tắc mạch chọn lọc dưới X-quang can thiệp) [81].

Các chỉ định mới: [68]

4. Đặt dự phòng BHSS trong trường hợp nhau tiền đạo.

5. Dự phòng lộn lòng tử cung cấp-tái phát.

6. Khi không có nguồn máu tại chỗ và làm dễ dàng cho việc vận chuyển bệnh nhân đến tuyến trên.

7. Khi có DIC do mất máu quá mức.

8. Trong quá trình test chèn ép âm tính (During a negative tamponade test) [68], chèn bóng có thể làm giảm chảy máu trong khi huy động các nguồn lực điều trị khác, như khi chuyển bệnh nhân đến phòng mổ hoặc phòng X-quang can thiệp [71], [81], hoặc hỗ trợ hồi sức đối với những nguyên nhân BHSS không do đờ tử cung [68].

1.12.2. Chống chỉ định

- Nhiễm trùng tử cung.

- Những người bị dị ứng với các sản phẩm cao su hoặc latex [65].

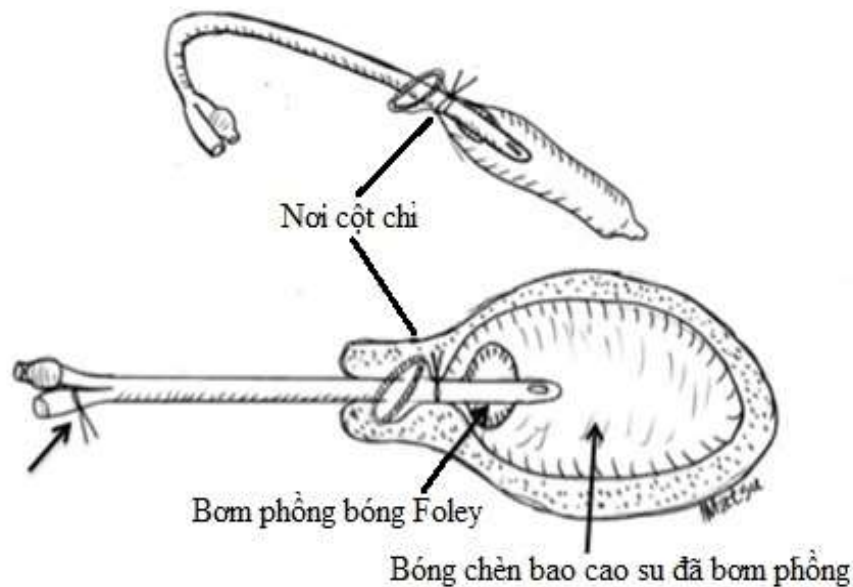
1.13. NHỮNG XEM XÉT VỀ MẶT THỰC HÀNH CHÈN BÓNG

1.13.1. Đặt dụng cụ bóng

Đặt đường âm đạo: Bóng Rüsch và bóng Bakri đã được mô tả là đặt đường âm đạo bằng cách sử dụng kẹp hình tim để giữ cổ tử cung và đặt bóng với một kim kẹp

gạc. Cách khác, bóng được “đặt bằng tay theo cách tương tự như một ống thông áp lực trong tử cung”. Có thể sử dụng siêu âm để khẳng định việc đặt chính xác [65], [71].

Theo Matsubara [90], khi đặt ống thông có bao cao su vào buồng tử cung, cần lưu ý chỗ cột chỉ phải nằm bên trong (phía trên) lỗ trong cổ tử cung để tránh tụt bóng khi bơm phồng bao cao su. Trường hợp sử dụng ống thông Foley có bao cao su, bên cạnh việc lưu ý chỗ cột chỉ này, có thể bơm phồng phần bóng của ống thông Foley (nằm phía trong lòng của bao cao su) để tránh tụt bóng (Hình 1.8).



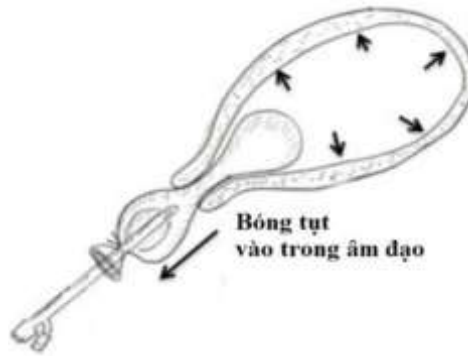
Hình 1.8. Bóng chèn bao cao su với ống thông Foley

(Nguồn: Available hemostatic measures for postpartum hemorrhage in rural settings”) [90]

1.13.2. Sử dụng gạc âm đạo

Một số tác giả [38], [71] gợi ý sử dụng gạc tẩm povidone iodine hoặc tẩm dung dịch kháng sinh để tránh tụt bóng. Matsubara [90] mô tả bóng chèn bao cao su với ống thông Foley tụt vào trong âm đạo (Hình 1.9).

Nếu gạc âm đạo được sử dụng, lúc đó cần chứng minh là test chèn ép “dương tính” trước khi chèn gạc âm đạo. Ngoài ra, có mối nguy hiểm là gói gạc sẽ che giấu, không cho thấy bất kỳ sự chảy máu tiếp tục nào, dẫn đến việc chẩn đoán chèn bóng không hiệu quả bị chậm trễ [65].



Hình 1.9. Bóng tụt vào trong âm đạo

(Nguồn: *An effective addition of uterine balloon tamponade (condom-balloon) in rural settings*) [90]

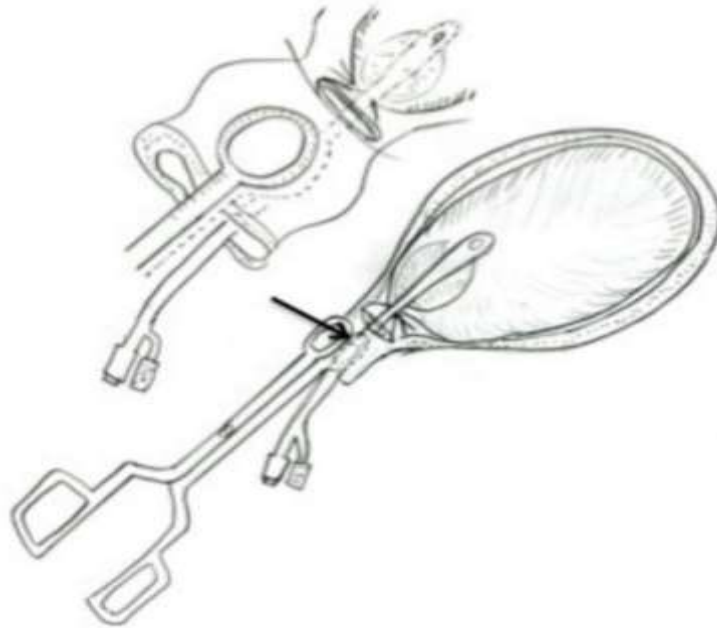
1.13.3. Sử dụng kết hợp chèn bóng và kẹp cổ tử cung

Trong việc chèn bóng, một hạn chế của bóng chèn là tụt bóng vào trong âm đạo: việc chảy máu nặng, một khi đã ngừng bởi chèn bóng, có thể tái phát nếu tụt bóng. Trong một nghiên cứu ở Kenya, có khoảng 10% bóng bị tụt. Nếu tụt bóng xảy ra trong khi chuyển viện, sẽ nguy hiểm cho tính mạng bệnh nhân. Matsubara và cs., 2016 [90], đã triển khai sự kết hợp của hai phương pháp, “chèn bóng và kẹp cổ tử cung”, có thể ngăn ngừa sự tụt bóng, đạt được cầm máu. Mặc dù nhóm của Matsubara thường sử dụng bóng Bakri tại bệnh viện tuyến ba, kỹ thuật này có lợi ích tương tự để ngăn ngừa sự tụt bóng bao cao su ở bối cảnh nông thôn.

Theo Matsubara [90], sau khi chèn bóng, phải kẹp cả hai mép cổ tử cung bằng kẹp hình tim, đóng kín lỗ cổ tử cung. Thông thường, vào lúc đưa bóng vào buồng tử cung, có thể kẹp mép trước bằng kẹp; thêm chút nỗ lực để làm cho phương pháp “kẹp cổ tử cung” (“holding the cervix” method) dễ dàng, thậm chí ở người ít kinh nghiệm. Mọi loại kẹp có lực nắm yếu, có sẵn ở các cơ sở y tế nông thôn đều có thể được sử dụng. Điều này ngăn ngừa sự tụt bóng. Thông thường, Matsubara và cs. sử dụng siêu âm để kiểm tra rằng không có chảy máu trong tử cung hoặc trong phúc mạc. Trường hợp không có theo dõi siêu âm, nếu chảy máu nhiều trong tử cung xảy ra sau khi kẹp đóng kín cổ tử cung, máu thường thoát ra cổ tử cung vào trong âm đạo, báo động cho nhân viên y tế do chảy máu trong tử cung không kiểm soát được. Nhóm của Matsubara không có những tình huống vỡ tử

cung, mặc dù vỡ tử cung là một tác dụng không mong muốn tiềm năng của kỹ thuật này. Kẹp hình tim thường được lấy ra sau 12 - 24 giờ nhưng có thể sớm hơn hoặc muộn hơn sau khi bệnh nhân đã được chuyển đến tuyến được trang bị phù hợp. Điều này có hiệu quả như một phương pháp cầm máu, đặc biệt trong khi chờ đợi và trong khi chuyển viện.

Cũng theo Matsubara [90], Nhật Bản được xếp loại và được xem là một nước giàu nguồn lực; tuy nhiên, Nhật Bản có nhiều vùng nông thôn xa xôi mà ở đó không có đầy đủ các nguồn lực y tế. Chẳng hạn, Nhật Bản có trên 400 hải đảo, các hải đảo này bị cô lập hoàn toàn trong điều kiện thời tiết xấu: là tình huống mà có lẽ bất chấp rằng liệu đây là quốc gia giàu nguồn lực hay nghèo nguồn lực. Các bóng bao cao su có lẽ là món quà lợi ích trong bối cảnh này, và phương pháp “chèn bóng và kẹp cổ tử cung” có thể làm tăng hiệu quả cầm máu (Hình 1.10).



Hình 1.10. Phương pháp “chèn bóng và kẹp cổ tử cung”

(Nguồn: *An effective addition of uterine balloon tamponade (condom-balloon) in rural settings*) [90]

Ghi chú: Mặt trước và mặt sau mép cổ tử cung được kẹp bởi kẹp hình tim (mũi tên), ngăn ngừa sự tụt bóng; hình phía trên là sơ đồ phóng đại, minh họa cả hai mép cổ tử cung đều được kẹp bởi kẹp hình tim

1.13.4. Sử dụng Oxytocin truyền hoặc Carbetocin sau thủ thuật

Khuyến cáo việc sử dụng đồng thời các thuốc co hồi tử cung như Oxytocin hoặc Carbetocin trong khi lưu bóng để duy trì hiệu quả chèn ép [100].

1.13.5. Sử dụng kháng sinh sau thủ thuật

Mục tiêu chính là giảm nguy cơ nhiễm trùng ngược dòng trong khi đặt bóng [65].

Trong các nghiên cứu đã được xác định, kháng sinh được sử dụng thường là Cephalosporine. Khoảng thời gian có thể là dự phòng (liều duy nhất), liên tục trong 24 - 48 giờ hoặc được khuyến cáo trong khoảng thời gian lưu bóng [65].

1.13.6. Sử dụng giảm đau sau thủ thuật

Việc đặt bóng ngay từ đầu sau khi sinh đường âm đạo có thể không đòi hỏi thuốc tê-mê, tuy nhiên “giảm đau” (pethidine) có thể được dùng [65].

Không có sự đề cập cụ thể về giảm đau sau khi đặt bóng. Tử cung đã căng gây ra sự khó chịu có thể được làm dịu đi bằng cách làm giảm nhẹ thể tích bóng đã được bơm đầy. Tuy nhiên, phải đạt được sự cân bằng giữa hiệu quả chèn và yêu cầu về giảm đau [65].

1.13.7. Tốc độ làm xẹp bóng và ấn định thời điểm lấy bóng

Phần lớn y văn đã lấy bóng ra trong vòng 6 - 24 giờ [45].

Khuyến nên làm xẹp bóng dần dần để làm giảm nguy cơ tiềm tàng của sự chảy máu thêm [45], [58].

Người ta cũng gợi ý rằng, việc ấn định thời gian lấy bóng ra có liên quan đến khả năng của nhân viên có kinh nghiệm, do đó nên lấy bóng ban ngày để đề phòng trường hợp có sự chảy máu tiếp tục [91].

1.13.8. Hiệu quả lâm sàng: test chèn ép

Ưu điểm của “test chèn ép” đó là: nó là thể tích độc lập và đạt được điểm cuối là không còn chảy máu thêm nữa về mặt lâm sàng [65].

1.13.9. Thất bại và biến chứng

- Sự tắc nghẽn do u xơ tử cung.
- Mất khả năng đặt bóng do sự hiện diện của mũi khâu B-Lynch.
- Việc bơm đầy không hiệu quả đòi hỏi phải có hai bóng (với bóng Foley).
- Hư hại bóng do thiếu thận trọng trong khi chuẩn bị ống Sengstaken-Blakemore trong lúc cắt đi phần đầu của ống.

- Sự thủng bóng đã được đặt trước đó trong tử cung do thiếu thận trọng trong khi tiêm thuốc PGF2 α trong cơ tử cung.

- Thủng tử cung.

- Tắc mạch do khí (air embolism) đặc biệt nếu sử dụng không khí để bơm phòng bóng. Vì nguy cơ này, người ta không khuyến cáo việc bơm phòng bóng bằng không khí [65].

1.13.10. Chăm sóc sau khi chèn lòng tử cung thành công.

- Tất cả các bệnh nhân cần được theo dõi ở phòng hồi sức (ICU) [58].

- Theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn, kể cả chỉ số sốc (shock index-SI). Chỉ số sốc = Nhịp tim/Huyết áp tâm thu, bình thường SI = 0,7 - 0,9; SI >0,9 (≥ 1) cần can thiệp khẩn cấp [35], [94].

- Theo dõi lượng dịch vào/dịch ra, chiều cao đáy tử cung và lượng máu mất qua âm đạo [58].

- Theo dõi bằng siêu âm: có ích để đánh giá sự phát triển máu và máu cục trong lòng tử cung hoặc tụ bóng vào âm đạo (qua cổ tử cung đã giãn nở sau sinh đường âm đạo) [50], [71], [112].

- Truyền Oxytocin tĩnh mạch liên tục hoặc sử dụng Carbetocin là cần thiết để giữ cho tử cung được co thắt trong hơn 12 – 24 giờ [23], [65].

- Nên cho kháng sinh phổ rộng dự phòng [45], [62].

- Thời gian trung bình lấy đi các bóng chèn thay đổi từ 6 – 48 giờ [58]. Theo Hội Sản Phụ khoa Mỹ 2015, thời gian lưu bóng chèn tối đa là 24 giờ [38].

1.13.11. Bảo tồn khả năng sinh sản

Trong nghiên cứu của Ferrazzani và cs., 2012 [62], trong số 31 phụ nữ được chèn bóng Rüsch thành công, có hai mươi lăm (25/31) phụ nữ là có thể theo dõi được; 18 người không muốn có thêm con, 3 người đã có thai đủ tháng mà không có sự cố gì, 2 người bị sảy thai tự nhiên, 1 người bị thai ở vòi tử cung và 1 người bị vô sinh.

Trong nghiên cứu của Alouini, 2015 [40], trong số 55 phụ nữ được chèn bóng Bakri do BHSS nặng, có 9 phụ nữ đã có thai kỳ mới, và 3 phụ nữ đã sinh các em bé khỏe mạnh.

1.14. CÁC KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CHÈN BÓNG LÒNG TỬ CUNG Ở TRONG NƯỚC VÀ TRÊN THỂ GIỚI

1.14.1. Kết quả nghiên cứu chèn bóng ở trong nước

Tại bệnh viện Từ Dũ, từ tháng 7/2007 đến tháng 5/2008, các tác giả Trần Thị Lợi, Nguyễn Thị Minh Tuyết [12] đã nghiên cứu sử dụng ống thông Foley làm bóng chèn lòng tử cung, đã thực hiện 56 trường hợp, so với các nghiên cứu khác sử dụng ống thông Sengstaken-Blakemore, bóng Rüsch, tỷ lệ thành công phù hợp. Đa số các trường hợp cầm máu rõ trong vòng 15 phút sau khi đặt bóng chèn lòng tử cung. Qua nghiên cứu 56 trường hợp bóng chèn lòng tử cung điều trị BHSS, các tác giả rút ra một số kết luận sau:

- + Tỷ lệ thành công của phương pháp bóng chèn lòng tử cung trong xử trí BHSS không do tổn thương đường sinh dục là 96,43% (54/56 trường hợp).

- + Không có trường hợp nào gặp tai biến trong quá trình nghiên cứu.

Có hai trường hợp thất bại: Một được xử trí mở bụng, thắt động mạch tử cung thành công và bảo tồn tử cung; một được mở bụng thắt động mạch tử cung và động mạch hạ vị không hiệu quả, phải cắt tử cung [12].

Tại Bệnh viện Sản Nhi Phú Yên, Hồ Xuân Tam và cs. [18] đã nghiên cứu áp dụng bóng chèn lòng tử cung bằng ống thông Foley trong dự phòng và điều trị BHSS. Phương pháp: Hồi cứu 44 thai phụ được đặt bóng chèn để cầm máu sau sinh từ tháng 01/2013 đến tháng 09/2013 tại Phòng Sinh, bệnh viện Sản Nhi Phú Yên. Kết quả: 44 thai phụ tuổi trung bình là 30 tuổi. Trong đó, 40 trường hợp (90%) sinh đường âm đạo và 4 trường hợp (10%) sau mổ lấy thai. Đờ tử cung là nguyên nhân thường gặp (29 trường hợp). Bóng chèn được dùng dự phòng băng huyết cho 11 thai phụ có nguy cơ cao dự kiến sẽ dẫn đến BHSS. Bóng Foley được dùng trong 44 trường hợp, tỷ lệ thành công trên lâm sàng là 95,4% (42/44), 2 bệnh nhân trong nghiên cứu này buộc phải cắt tử cung để cầm máu. Kết luận: Bóng chèn lòng tử cung bằng ống thông Foley là một phương tiện hiệu quả và an toàn trong việc kiểm soát BHSS nặng với tỷ lệ thành công gần 95%.

1.14.2. Kết quả nghiên cứu chèn bóng trên thế giới

Condous và cs. [53], [58] (Hoa Kỳ), tháng 4/2003 sử dụng ống thông Sengstaken-Blakemore điều trị BHSS. Trong nghiên cứu của Condous, 14/16 phụ nữ (87%) bị BHSS không đáp ứng với điều trị nội khoa đã có test chèn ép dương tính.

Seror và cs. [110], (Pháp), 2005, sử dụng ống thông Sengstaken-Blakemore điều trị BHSS, báo cáo rằng, trong loạt nghiên cứu 17 ca, việc chèn bóng đã ngăn ngừa được phẫu thuật ở 88% các bệnh nhân.

Ferrazzani và cs. [62], (Italy), từ tháng 1/2002 - tháng 6/2010, sử dụng bóng Rüsch điều trị BHSS trong 39 trường hợp, trong đó có 10 sinh đường âm đạo và 29 sinh mổ (trong số này có 15 được mổ chương trình) tỷ lệ thành công là 31/39 (80%) trường hợp có tuổi thai từ 21 - 42 tuần, trong đó tỷ lệ thành công 9/10 (90%) sau sinh đường âm đạo và 22/29 (75%) sau mổ lấy thai.

Gao và cs. [64] nghiên cứu 109 bệnh nhân từ 13 bệnh viện tại Quảng Đông (Trung Quốc) từ 4/2013 - 10/2013, bị BHSS không đáp ứng với điều trị nội khoa sau sinh đường âm đạo hoặc sinh mổ, sử dụng bóng Bakri đặt đường âm đạo hoặc đường bụng tùy theo kiểu sinh. Kết quả: chèn bóng đường âm đạo 38 ca, cầm máu ở 36 ca, tỷ lệ thành công là 95% (36/38).

Brown và cs. [44], nghiên cứu quan sát tiến cứu có can thiệp từ 1/2013 - 5/2015. Những người tham gia phù hợp được chẩn đoán BHSS (lượng máu mất >500mL sau sinh đường âm đạo hoặc >1000mL sau sinh mổ, và/hoặc có các thay đổi huyết động gợi ý mất máu quá mức) không đáp ứng với điều trị chuẩn và được điều trị bằng chèn bóng Bakri. Trong số 55 phụ nữ bị đờ tử cung, bóng Bakri kiểm soát thành công BHSS 52/55 (95%).

Sayeba và cs. [108], (Bangladesh), 2003, sử dụng bóng bao cao su điều trị BHSS, tỷ lệ thành công là 23/23 (100%).

Shagufta và cs. [111], (Ấn Độ), 2010, sử dụng bóng bao cao su điều trị BHSS, tỷ lệ thành công là 96,2%.

Lohano và cs. [87], (Pakistan), từ tháng 1 đến tháng 7/2012, sử dụng bóng bao cao su điều trị BHSS sớm, tỷ lệ thành công là 126/139 (90,4%). Trong số 139 phụ nữ này, có lứa tuổi từ 18 - 35, số con từ 1 - 6 và tuổi thai 31- 41 tuần.

Kandeel và cs. [79], (Ai Cập), 2016, sử dụng bóng bao cao su điều trị BHSS do đờ tử cung, tỷ lệ thành công là 28/28 (100%) sau sinh đường âm đạo và sau mổ lấy thai.

Tindell và cs. [113], (Hoa Kỳ), 2012, trong tổng quan hệ thống về chèn bóng lòng tử cung điều trị BHSS ở nơi nguồn lực thấp, gồm 13 nghiên cứu, 241 phụ nữ, các nghiên cứu sử dụng các loại bóng khác nhau, bao gồm ống thông có bao cao su, ống thông Foley và bóng Sengstaken-Blakemore. Trong các nghiên cứu này, chủ yếu được dẫn dắt ở bệnh viện tuyến ba hơn là các cơ sở y tế tuyến thấp hơn, chèn bóng lòng tử cung đã điều trị BHSS thành công ở 234 trong số 241 (97%) phụ nữ.

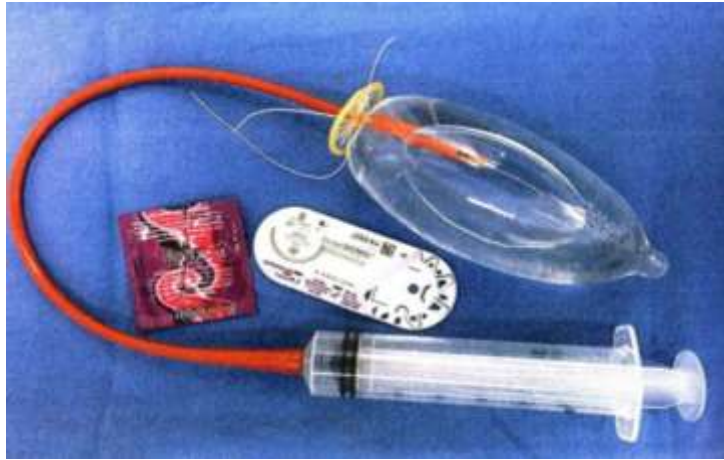
Burke và cs. [45], (Hoa Kỳ), 2015, nghiên cứu áp dụng bộ dụng cụ chèn bóng lòng tử cung bao cao su (ESM-UBT kit) (Hình 1.11), được sử dụng trong bối cảnh phác đồ quốc gia về BHSS đã được thiết lập, ở các nước nguồn lực thấp (Kenya, Sierra Leone, Senegal và Nepal). Kết quả: 201 ESM-UBT đã được chèn vì BHSS khó kiểm soát sau sinh đường âm đạo không đáp ứng với mọi can thiệp khác. Sống sót do mọi nguyên nhân là 95% (190/201).



Hình 1.11. Bộ chèn bóng bao cao su (ESM-UBT kit) gồm: thông tiểu số 24, các bao cao su, sợi chỉ cotton, van có khóa-luer một chiều, bảng kiểm minh họa và thẻ thu thập dữ liệu.

Nguồn: Division of Global Health and Human Rights, Department of Emergency Medicine, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA [45].

Julianna và cs. [75], 2016, cũng đã mô tả việc sử dụng bóng chèn bao cao su ở nơi nguồn lực thấp (Hình 1.12).



Hình 1.12. Bóng chèn bao cao su ở nơi nguồn lực thấp

Bóng chèn bao cao su với một bao cao su được cột quanh một ống thông cao su màu đỏ bằng chỉ vicryl-0, một bơm tiêm 60 mL, và dung dịch NaCl. Bóng có tổng dung tích là 180 mL. Có thể kẹp đuôi ống hoặc gấp đuôi ống lại và cột chặt.

(Nguồn: Obstetrics & Gynecology in Low - Resource Settings) [75]

Darwish và cs. [59], (Ai Cập), 2018, trong một nghiên cứu có đối chứng-ngẫu nhiên (RCT), so sánh bóng Bakri với ống thông Foley có bóng bao cao su để điều trị BHSS sau sinh đường âm đạo, bao gồm 66 phụ nữ. Kết quả: cả hai phương thức điều trị đều kiểm soát thành công BHSS sớm mà không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [30/33 (91,0%) và 28/33 (84,84%), $p = 0,199$; lần lượt]. Tuy nhiên, bóng Bakri cần thời gian ngắn hơn để cầm máu tử cung (9,09 phút so với 11,76 phút; với $p = 0,042$; lần lượt). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về các biến chứng của mẹ sau sinh, các dấu hiệu sinh tồn, lượng nước tiểu, nồng độ hemoglobin và hematocrite từ trước đến sau khi đặt bóng chèn. Các tác giả kết luận: ống thông Foley có bao cao su có hiệu quả tương đương với bóng Bakri trong việc xử trí BHSS sớm sau sinh đường âm đạo nhưng cần một thời gian dài hơn đáng kể để làm ngừng chảy máu.

Từ các kinh nghiệm lâm sàng này, có thể tuyên bố rằng việc sử dụng sớm ống thông có bóng có thể làm giảm tổng lượng máu mất do BHSS và bất kỳ kiểu bóng nào có thể bơm phồng với dung tích làm đầy cao cũng đều có thể được sử dụng cho cùng mục đích này [62], thậm chí bằng ống thông kết hợp với găng tay cao su vô khuẩn [63].

1.15. ĐIỀU TRỊ BĂNG HUYẾT SAU SINH BẰNG PHẪU THUẬT BẢO TỒN

Trường hợp BHSS sau sinh đường âm đạo hoặc sinh mổ không đáp ứng với điều trị nội khoa và xoa đáy tử cung, phẫu thuật bảo tồn tử cung bao gồm: thực hiện thắt thứ tự các mạch máu tử cung-buồng trứng và/hoặc các mũi khâu ép tử cung, thắt động mạch hạ vị [42], [99], [106].

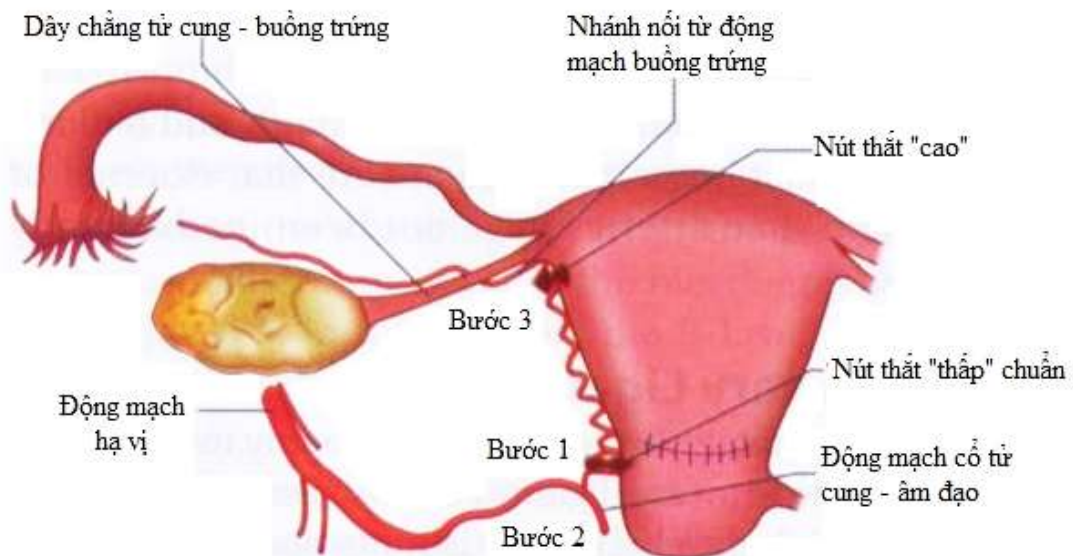
1.15.1. Thắt thứ tự các mạch máu tử cung:

Thực hiện kỹ thuật thứ tự bậc thang theo 3 bước: (Hình 1.13) [44], [60], [106].

Bước 1: Thắt động mạch tử cung một bên hoặc hai bên (kỹ thuật O'Leary) [42], [106].

Bước 2: Thắt nhánh đi xuống động mạch tử cung (động mạch cổ tử cung-âm đạo) một bên hoặc hai bên [42], [106].

Bước 3: Thắt nhánh nối từ động mạch buồng trứng một bên hoặc hai bên (ngay dưới dây chằng tử cung – buồng trứng) [42], [106].



Hình 1.13. Thắt thứ tự các mạch máu tử cung

(Nguồn: *Tips & Tricks in Operative Obstetrics & Gynecology. Second Edition*) [106]

1.15.2. Các mũi khâu ép tử cung: bao gồm mũi khâu B-Lynch, mũi khâu Hayman, mũi khâu Cho.

Mũi khâu B-Lynch: Thường áp dụng khi đang mổ để ngang đoạn dưới tử cung mà băng huyết do đờ tử cung [14], [42].

Mũi khâu Hayman: Có các đặc điểm lâm sàng sau:

Không mổ ngang đoạn dưới tử cung hoặc mở tử cung.

Buồng tử cung không được thám sát dưới tầm nhìn trực tiếp.

Khả năng áp dụng nhanh hơn [49].

Đơn giản hơn và đạt hiệu quả tương tự so với mũi khâu B-Lynch [99].

Cần cột chặt mũi khâu ở đáy tử cung về phía giữa so với vị trí cắm của vòi tử cung để vòi tử cung không bị tổn thương (Hình 1.14) [99].

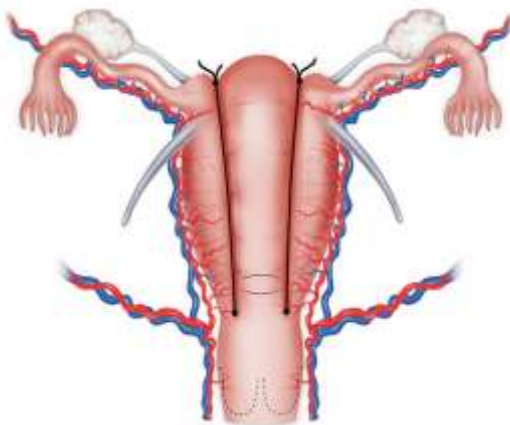
Mũi khâu Cho nhiều hình vuông: Có các đặc điểm lâm sàng sau:

Áp dụng nhiều mũi khâu hình vuông, có thể mất thời gian.

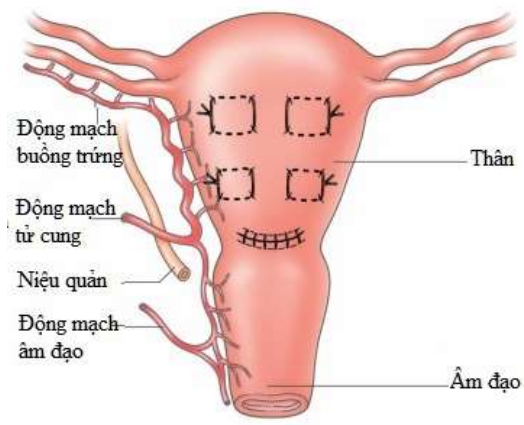
Dẫn lưu buồng tử cung bị giới hạn - nguy cơ bục mũ tử cung.

Sự co thắt nhịp nhàng của tử cung không dễ dàng và sự co hồi tử cung bị cản trở.

Tạo các chỗ dính trong buồng tử cung (Hình 1.15) [42].



Hình 1.14. Mũi khâu Hayman chèn ép tử cung [42]



Hình 1.15. Mũi khâu Cho nhiều hình vuông chèn ép tử cung [42]

(Nguồn: *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage, 2nd Edition*)

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu mục tiêu 1

Tất cả các sản phụ có đủ tiêu chuẩn BHSS sớm do đỡ tử cung sau sinh đường âm đạo từ tháng 01/2012 đến 02/2016, được xác định các yếu tố liên quan đến BHSS do đỡ tử cung.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu mục tiêu 2

Những sản phụ không đáp ứng với điều trị nội khoa và xoa đáy tử cung được xử trí chèn bóng lòng tử cung tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Tỉnh Kon Tum từ tháng 01/2012 đến 02/2016.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu mục tiêu 1

Thiết kế nghiên cứu mục tiêu 1 là thiết kế nghiên cứu bệnh chứng.

2.2.1.1. Tiêu chuẩn chọn vào mục tiêu 1: Băng huyết sau sinh do đỡ tử cung.

- Nhóm bệnh:

+ Tuổi thai từ 28 tuần đến 41 tuần

+ Sinh đường âm đạo.

+ Có lượng máu đo được từ túi đo máu $\geq 500\text{mL}$ trong 24 giờ đầu sau sinh và có huyết động không ổn định ($M \geq 110$ lần/phút hoặc $HA \leq 85/45$ mmHg).

+ Được điều trị nội khoa với các thuốc co hồi tử cung (Oxytocin, Ergometrine, Misoprostol) $\pm$ Tranexamic acid.

+ Làm sạch lòng tử cung.

+ Xác định và điều trị rách cổ tử cung hoặc tầng sinh môn.

+ Được xoa đáy tử cung liên tục 2 giờ.

- Nhóm đối chứng: có lượng máu đo được từ túi đo máu $< 500\text{mL}$ trong 24 giờ đầu sau sinh và có huyết động ổn định. Chọn nhóm chứng có sự tương đồng về độ tuổi, nghề nghiệp, nơi cư trú, dân tộc so với nhóm bệnh.

2.2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ (mục tiêu 1)

- Tiền sử mô lấy thai.
- Chuyển dạ kéo dài giai đoạn một pha tiềm thời (Ia): vì khó xác định chính xác thời điểm bắt đầu chuyển dạ, cũng như khó phân biệt chuyển dạ thật và chuyển dạ giả.
- Giai đoạn ba của chuyển dạ (sổ nhau) kéo dài > 30 phút: mọi SP sau sổ thai ở bệnh viện chúng tôi đều được xử trí tích cực giai đoạn ba chuyển dạ, nếu thất bại sẽ được lấy nhau bằng tay.
- Hội chứng HELLP: Hội chứng này được xếp vào Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ nhưng đồng thời cũng là bệnh lý Rối loạn đông máu mắc phải (tan máu, tăng men gan, giảm tiểu cầu).
- Băng huyết sau sinh không do đờ tử cung: Sốt nhau-nhau không bong, nhau cài răng lược, tổn thương đường sinh dục nặng, tử cung lộn lộn, rối loạn đông máu.
- Băng huyết sau sinh thứ phát.
- Sản phụ bị bệnh tim mạch.

2.2.1.3. Cỡ mẫu cho nghiên cứu bệnh chứng: được tính theo công thức sau:

$$n = \left(\frac{r+1}{r} \right) \frac{(\bar{p})(1-\bar{p})(Z_{\beta} + Z_{\alpha/2})^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

- n là cỡ mẫu cho cả nhóm bệnh và nhóm chứng;
- r là số lần cỡ mẫu của nhóm chứng gấp cỡ mẫu của nhóm bệnh. Trong nghiên cứu này tỷ lệ cỡ mẫu nhóm bệnh bằng nhóm chứng nên r = 1;
- p_1 là tỷ lệ phơi nhiễm của nhóm bệnh, trong nghiên cứu này là tỷ lệ BHSS do đờ tử cung có phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ, nghiên cứu của Carlos Montufar-Rueda và cộng sự tại Honduras năm 2013 cho kết quả là 36,2% [47].
- p_2 là tỷ lệ phơi nhiễm của nhóm chứng, trong nghiên cứu này là tỷ lệ nhóm không BHSS có phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ, nghiên cứu của Carlos Montufar-Rueda và cộng sự tại Honduras năm 2013 cho kết quả là 63,8% [47].

$$\bar{p} \text{ là tỷ lệ phơi nhiễm trung bình } \bar{p} = \frac{p_1 + p_2}{2} = 0,5$$

$$\text{- Chọn } \alpha = 0,05; \beta = 0,10, \text{ ta có } (Z_{\beta} + Z_{\alpha/2})^2 = 10,51$$

Thay vào công thức tính, ta có cỡ mẫu tối thiểu là $n_1 = n_2 = 68,98$ (làm tròn 69) cặp bệnh - chứng. Thực tế thu thập được 100 cặp bệnh - chứng.

2.2.1.4. Chọn mẫu (mục tiêu 1):

- Chọn nhóm băng huyết sau sinh

+ Được chọn khi số đo trong túi đo máu sau sinh là ≥ 500 mL và có rối loạn huyết động.

+ Chọn tất cả 100 trường hợp BHSS sớm do chờ tử cung từ tháng 1 năm 2012 đến tháng 2 năm 2016 tại bệnh viện tỉnh Kon Tum.

- Chọn nhóm chứng (mục tiêu 1):

+ Được chọn khi số đo trong túi đo máu sau sinh là < 500 mL và không có rối loạn huyết động.

+ Chọn mẫu nhóm chứng theo phương pháp ngẫu nhiên đơn giản, theo tỷ lệ 1 bệnh - 1 chứng. Sử dụng bảng số ngẫu nhiên để lựa chọn hồ sơ sản phụ, nếu trùng hợp với ca BHSS hoặc mổ lấy thai thì loại bỏ.

2.2.1.5. Phương pháp thu thập số liệu (mục tiêu 1)

- Nghiên cứu được tiến hành dựa trên hồi cứu các số liệu trong hồ sơ bệnh án về các yếu tố nguy cơ.

- Dùng phiếu thu thập các yếu tố cần thiết cho nghiên cứu.

2.2.1.6. Phương tiện nghiên cứu (mục tiêu 1)

- Bệnh án nghiên cứu in sẵn. Lịch tính tuổi thai, bảng tính tuổi thai.

- Ống nghe, máy đo huyết áp đồng hồ ALK2 được sản xuất tại Nhật Bản với tiêu chuẩn:

+ Băng vải phải rộng trên 40% chiều dài cánh tay của sản phụ (rộng khoảng 12 cm).

+ Chiều dài của băng vải chứa hơi ít nhất phải lớn hơn một vòng chu vi của chi cần đo.

- Thước dây có chia vạch centimet.

- Cân trẻ sơ sinh bằng cân INFANT SCALE với độ chính xác 5 gram.

- Cân bàn cho sản phụ có thước đo chiều cao.

- Túi đo lượng máu có chia độ (tắm trải dưới mông) (hình 2.4).

2.2.1.7. Các chỉ tiêu nghiên cứu và đánh giá mục tiêu 1

Đặc điểm chung

- Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi: Chúng tôi chia làm 3 nhóm tuổi:

+ Dưới 20 + 20 đến 35 + Trên 35 tuổi.

- Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp: gồm 04 nhóm:

+ Công nhân-viên chức + Buôn bán + Nông + Nội trợ.

- Phân bố bệnh nhân theo nơi cư trú:

+ Thành phố + Nông thôn /Miền núi

- Phân bố bệnh nhân theo dân tộc :

+ Kinh + Thiều số

- Phương pháp sinh (cách sinh).

+ Sinh thường + Sinh hỗ trợ thủ thuật

Các yếu tố nguy cơ

- Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến BHSS do đẻ tử cung. Chúng tôi nghiên cứu 16 yếu tố nguy cơ.

Biến số	Khái niệm-Chỉ số	Phân loại biến	Phương pháp và công cụ xác định
Đa ối	AFI >24	Định danh	Lâm sàng, cận LS
Đa thai	Từ 2 thai trở lên	Định danh	Lâm sàng, cận LS
Thai to >3500g	>3500g sau sinh	Định danh	Lâm sàng, cận LS
CD* quá nhanh	Thời gian từ khi bắt đầu các cơn go đến khi kết thúc giai đoạn 2 (sổ thai) < 3 giờ	Định danh	Lâm sàng, cận LS
Phát khởi CD/Tăng go trong CD	Khi có bầm ối + truyền Oxytocin hoặc có đặt bóng Foley + truyền Oxytocin; hoặc có thúc đẩy chuyển dạ bằng truyền Oxytocin.	Định danh	Lâm sàng, cận LS
CD kéo dài	Chuyển dạ kéo dài: - Chuyển dạ giai đoạn I pha hoạt động kéo		Lâm sàng

	dài (thời gian cổ tử cung mở từ 4cm đến 10cm, còn gọi là giai đoạn 1b). + Con so: cổ tử cung mở <1,2cm/giờ, nghĩa là, thời gian từ khi cổ tử cung mở 4cm đến khi mở hết 10cm kéo dài >5 giờ 10 phút. + Con rạ: cổ tử cung mở <1,5cm/giờ, nghĩa là, thời gian từ khi cổ tử cung mở 4cm đến khi mở hết 10cm kéo dài >4 giờ. - Chuyển dạ giai đoạn 2 (sổ thai) kéo dài: + Con so >2 giờ sản phụ chưa sinh. + Con rạ >1 giờ sản phụ chưa sinh.		
Sinh hỗ trợ thủ thuật	Có sử dụng Forceps, giác hút	Định danh	Lâm sàng
Thiếu máu trước sinh	Hb <11g/dL trước sinh	Định tính	Lâm sàng, cận LS
Rối loạn tăng HA	Bao gồm tăng huyết áp mạn, tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật, sản giật. -Tăng HA mạn: là tình trạng tăng HA trước khi có thai hoặc bắt đầu trước tuần 20 của thai kỳ, hoặc vẫn tồn tại sau 6 tuần hậu sản. -Tăng HA thai kỳ: là tình trạng tăng HA sau tuần thứ 20, hoặc trong 24 giờ đầu sau đẻ, không có protein niệu, không có các dấu hiệu nặng của tiền sản giật và HA trở lại bình thường trong thời kỳ hậu sản, thông thường trong vòng 10 ngày. -Tiền sản giật: là tình trạng tăng HA sau 20 tuần tuổi thai cộng với hoặc là protein niệu hoặc là sự phát triển của các dấu hiệu tổn thương cơ quan đích được gọi là “các dấu hiệu nặng” -Sản giật: là tình trạng có cơn co giật (lâm sàng có biểu hiện giống như cơn động kinh	Định danh	Lâm sàng, cận LS

	lớn) không giải thích được bởi các nguyên nhân gây rối loạn thần kinh trên một sản phụ có tiền sản giật.		
Tiền sử BHSS	BHSS lần trước	Định danh	Phỏng vấn
Chảy máu trước sinh	Nhau tiền đạo, nhau bong non	Định danh	Lâm sàng, cận LS
Nhiễm khuẩn ối	Bệnh nhân có sốt, mạch nhanh, tử cung căng đau, dịch xuất tiết cổ tử cung có mủ thường là dấu hiệu muộn; bạch cầu mẹ tăng $>16.000\text{mm}^3$, bạch cầu đa nhân trung tính $>85\%$, CRP $>20\text{mg/L}$.	Định danh	Lâm sàng, cận LS
U xơ tử cung	U xơ cơ tử cung	Định danh	Lâm sàng, cận LS
Đa sản	Số lần sinh trên 4 (≥ 5)	Định danh	Phỏng vấn
Tuổi > 35	Dựa vào năm sinh	Định danh	Phỏng vấn, Thẻ CMND
Béo phì	$\text{BMI} \geq 30$	Định danh	Lâm sàng, Kg/m^2

*CD: chuyển dạ

2.2.1.8. Hiệu quả điều trị nội khoa mục tiêu 1

- Hiệu quả của các thuốc co hồi tử cung.
- Đặc điểm các trường hợp điều trị nội thất bại.
- + Số yếu tố nguy cơ (theo 16 yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu).
- + Thời điểm BHSS.
- + Thời gian điều trị nội và xoa đáy tử cung.
- + Lượng máu mất tổng cộng bao gồm lượng máu mất sau sinh.
- + Chỉ số sốc trong các trường hợp điều trị nội thất bại.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu mục tiêu 2

- Phương pháp thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng.

2.2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh mục tiêu 2 :

Tính cỡ mẫu và chọn mẫu:

Gồm những bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa và xoa đáy tử cung, được chèn bóng. Được chọn vào nghiên cứu mục tiêu 2.

2.2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ mục tiêu 2:

- Trường hợp không đưa được bóng vào buồng tử cung.
- Trường hợp bị tụt bóng.

2.2.2.3. Phương tiện nghiên cứu mục tiêu 2

- Đồng hồ bấm giờ (tại phòng mổ).
- Trang bị dụng cụ để thực hiện chèn bóng lòng tử cung:
 - + Một khay đựng dụng cụ
 - + Một cốc inox hoặc bồn hạt đậu
 - + Một van âm đạo
 - + Một kéo cắt chỉ
 - + Hai kẹp hình tim, một kẹp (pince)
 - + Một ống thông Nelaton số 16
 - + Hai bao cao su (condom)
 - + Một sợi chỉ silk 2-0
 - + Một bơm tiêm 50 mL (hoặc 20 mL)
 - + Một kim tiêm 18G x 1 1/2"
 - + Một bộ dây truyền dịch
 - + Một chai nước muối sinh lý vô trùng, loại 500 mL Natri Clorua 0,9%, loại chai làm bằng nhựa dẻo hoặc chai dạng túi nhựa dẻo (Hình 2.1, 2.2, 2.3).



Hình 2.1. Dụng cụ chèn bóng bằng ống thông Nelaton lấp bao cao su



Hình 2.2. Ống thông Nelaton
lấp bao cao su



Hình 2.3. Bóng chèn Nelaton lấp bao
cao su đã bơm 500mL NaCl



Hình 2.4. Túi đo máu (tấm trải dưới mông)

2.2.2.4. Phương pháp tiến hành mục tiêu 2

Khi vào viện

- Ghi nhận phân hành chính.
- Lý do vào viện.
- Thăm khám chung.
- Đánh giá tình trạng lâm sàng (trước khi bị BHSS).

Khi chuyển dạ và sinh

- Sau khi sỏ thai và nước ối đã ra hết, tiến hành lấy nhau tích cực giai đoạn ba chuyển dạ. Nếu thất bại thì lấy nhau bằng tay.

- Tính lượng máu mất bằng đặt túi đo máu dưới mông sản phụ (Hình 2.4). Đặt túi tại bàn sinh từ 2 đến 6 giờ tùy tình huống. Trường hợp sản phụ đã về phòng hậu sản, nếu có diễn biến sẽ đưa lại phòng sinh có bàn sinh để đặt lại túi đo máu.

- Đánh giá tình trạng lâm sàng: Mạch, Huyết áp.

- Nếu sản phụ thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu (có chẩn đoán BHSS) tiến hành: Ghi nhận thời gian chẩn đoán BHSS (thời gian tính từ sau khi sỏ thai đến lúc chẩn đoán BHSS), lượng máu mất khi chẩn đoán BHSS, ghi nhận có sự thay đổi tổng trạng, sinh hiệu trên lâm sàng.

- Đặt thông tiểu.

- Điều trị nội khoa tích cực theo phác đồ: bao gồm sử dụng các thuốc co hồi tử cung như Oxytocin, Ergometrine, Misoprostol $\pm$ Tranexamic acid. Theo phác đồ của bệnh viện chúng tôi, mỗi bệnh nhân sau sỏ thai được xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ với một liều tiêm bắp dự phòng với Oxytocin (10 đơn vị). Nếu chảy máu tiếp tục, sử dụng Ergometrine (0,2 mg) tiêm bắp sau khi sinh đường âm đạo ở những phụ nữ có huyết áp bình thường (không cao huyết áp), tối đa 5 liều và Misoprostol bốn viên (Cytotec, viên 200 μ g) đặt trực tràng, tổng liều 800 mcg. Nếu vẫn tiếp tục chảy máu, Oxytocin được chỉ định với liều 10 - 40 đơn vị trong 1000 mL dung dịch Glucose 5%, tối đa 80 đơn vị. Nếu vẫn tiếp tục chảy máu, có thể sử dụng thêm Tranexamic acid 1g (100mg/mL) tiêm tĩnh mạch chậm trong vòng 3 giờ sau sinh, không dùng TXA sau sinh quá 3 giờ; kết hợp với bù dịch, truyền máu.

- Các biện pháp sản khoa khác bao gồm: xoa đáy tử cung trong 2 giờ đầu, mỗi 15 phút xoa 1 lần kéo dài trong 2 phút để kích thích tử cung co thắt, bảo đảm tử cung không trở nên giãn, mềm nhão sau khi ngừng xoa đáy tử cung, soát buồng tử cung để loại trừ sót các mảnh nhau và máu cục, đánh giá tìm sự hiện diện của các vết rách âm đạo/cổ tử cung, khi có vết rách sẽ tiến hành khâu.

- Làm lại xét nghiệm đông máu tại giường để loại trừ rối loạn đông máu là nguyên nhân bổ sung của chảy máu: Công thức máu, thời gian Prothrombin (PT), thời gian Thromboplastin hoạt hóa từng phần (aPTT), đếm tiểu cầu, fibrinogen.

- Xác định các yếu tố liên quan đến BHSS do đờ tử cung.

Khi xử trí chèn bóng

- Sau khi đã xử trí nội khoa (bao gồm việc hồi phục giảm thể tích máu) và xoa đáy tử cung; sau khi đã loại trừ các nguyên nhân không phải đờ tử cung, nếu vẫn tiếp tục chảy máu: tiến hành hội chẩn chèn bóng.

- Để đảm bảo chất lượng của nghiên cứu, nhóm nghiên cứu đã tổ chức 2 buổi tập huấn: 1 buổi học về quy trình chèn bóng và lấy bóng, 1 buổi học về cách thu thập dữ liệu. Sau buổi học có tiến hành giám sát; có các bác sỹ sản và điều dưỡng-hộ sinh là những người tham gia đặt bóng. Trong quá trình nghiên cứu sẽ tiến hành đào tạo và đào tạo lại.

- Ghi nhận các yếu tố: thành công hoặc nguyên nhân chưa thành công, xử trí tiếp theo.

- Nếu chèn bóng lòng tử cung thất bại: Tiến hành mở bụng (bảo tồn tử cung) hoặc cắt tử cung (bán phần, toàn phần).

Quy trình chèn bóng (test chèn ép)

Mô tả kỹ thuật:

- Bệnh nhân nằm tư thế sản phụ khoa.
- Làm rỗng bàng quang bằng đặt thông tiểu Foley giữ lại và dẫn lưu liên tục.
- Ống thông Nelaton số 16 vô khuẩn được luồn vào bên trong 2 bao cao su (dùng cả hai bao lồng vào nhau để phòng rách thủng, tăng cường sức mạnh của bóng), cột lại cách đầu ống thông Nelaton 3- 4cm, gần với miệng bao cao su, với một sợi chỉ silk 2.0, cột hai nút chỉ như trong phương pháp làm Kovak.

- Đặt van âm đạo, bộc lộ cổ tử cung bằng kẹp hình tim.
- Dùng kẹp hình tim thứ nhất kẹp mép trên cổ tử cung, kéo nhẹ xuống.
- Dùng kẹp hình tim thứ hai kẹp ống thông, đưa ống thông có bao cao su vào buồng tử cung, đầu ống thông đung đáy tử cung. Bảo đảm rằng, toàn bộ bóng được luồn qua ống cổ tử cung và lỗ trong cổ tử cung. Lưu ý: chỗ cột chỉ ở gần miệng bao cao su phải nằm hoàn toàn trong lỗ trong cổ tử cung (tránh tụt bóng).
- Gắn đuôi ống thông Nelaton vào bộ dây truyền dịch gắn với chai NaCl 0,9% (chai NaCl 0,9% làm bằng nhựa dẻo).
- Cho chảy nước muối sinh lý vào ống thông. Đầu tiên, người phụ bóp chai dịch cho chảy nhanh 200 mL, sau đó tăng mỗi lần 50 ml, lượng nước từ 200 - 400 mL, tối đa 500 mL cho đến khi “test chèn ép” dương tính (theo sơ đồ Hình 1.7).
- Gập lại ống thông và cột lại bằng chỉ silk 2.0 nhằm làm cho dịch nước muối không thể thoát ra, và quan sát lượng máu ra từ lòng tử cung.
- Theo dõi thêm 15 phút tại phòng mổ.
- Chèn gạc âm đạo tẩm povidone iodine tránh tụt bóng.
- Cố định (dán) ống thông Nelaton vào đùi bệnh nhân.
- Bóng chèn cao su được lưu từ 6 đến 48 giờ tùy thuộc mức độ nặng của mất máu.
- Truyền Oxytocin trong và sau chèn bóng để hỗ trợ tăng co, kết hợp với tiêm bắp Oxytocin.
- Cho kháng sinh phòng nhiễm khuẩn.
- Bơm tiêm 50 mL (hoặc 20 mL) và kim 18G: chỉ sử dụng để rút dịch NaCl, xong tháo kim và bơm trực tiếp dung dịch NaCl vào ống thông Nelaton trong trường hợp bộ dây truyền dịch bị hỏng, hoặc để bơm thử khi nghi ngờ bị hẹp hoặc tắc ống do cột chỉ quá chặt.
- Sau thủ thuật, có thể đặt một túi đo máu để theo dõi.

Tiêu chuẩn đáp ứng điều trị chèn bóng

- Thành công: máu ngừng chảy, các dấu hiệu sinh tồn ổn định cho đến khi tháo bóng chèn và bệnh nhân xuất viện.
- Thất bại: được định nghĩa là phải chuyển sang can thiệp ngoại khoa khác như mở bụng (bảo tồn tử cung), hoặc cắt tử cung.

Kỹ thuật tháo bóng chèn.

- Khi đã có chỉ định tháo bóng chèn (tháo trong giờ hành chính), sẽ giải thích cho bệnh nhân, sau đó tiến hành cắt chỉ ở chỗ gấp ống thông, dùng một bộ dây truyền dịch vô trùng, gắn dây truyền dịch nối vào ống thông Nelaton, đầu kia của dây truyền dịch nối vào túi dẫn lưu, vặn điều chỉnh tốc độ dịch chảy ra (số giọt/phút) nhằm làm giảm dần dần dung tích của bóng chèn. Việc làm giảm dần dần này sẽ làm giảm được nguy cơ tiềm tàng chảy máu thêm hoặc chảy máu tái phát.

2.2.2.5. Các quy định trong nghiên cứu mục tiêu 2

- ***Chỉ số sốc (shock index-SI):*** chỉ số sốc =nhịp tim/HA tâm thu. Các thông số được đo tại thời điểm SI cao nhất của những ca BHSS được điều trị thành công, hoặc điều trị nội thất bại (trước khi chèn bóng) được chọn vào để phân tích.

- ***Cách tính thời gian:*** Việc tính thời gian được nhân viên phòng mổ thực hiện bằng đồng hồ bấm giờ ở phòng mổ.

+ Thời gian làm thủ thuật đặt bóng chèn: Được tính từ khi bắt đầu đặt van âm đạo cho đến khi gấp và cột ống thông Nelaton xong, dựa vào đồng hồ bấm giờ ở phòng mổ.

+ Thời gian lưu bóng chèn: Được tính từ khi chấm dứt thời gian làm thủ thuật (đặt bóng chèn), tức là khi gấp và cột ống thông Nelaton xong, cho đến khi hoàn tất việc rút bóng chèn.

- ***Lượng máu mất thêm trong khi làm thủ thuật:*** Được ước tính qua túi đo máu.

- ***Đánh giá các tai biến và biến chứng.***

- ***Nhiễm trùng sau thủ thuật:*** dựa vào lâm sàng, công thức máu, nhuộm Gram dịch âm đạo-cổ tử cung. Chẩn đoán nhiễm trùng sau thủ thuật trong nghiên cứu sẽ dựa trên: sự đánh giá lâm sàng của bác sỹ chăm sóc sau thủ thuật trên tổng trạng bệnh nhân, các triệu chứng sốt, kết quả xét nghiệm nhuộm Gram của chất dịch âm đạo –cổ tử cung và tình trạng tăng bạch cầu.

+Nhiễm trùng nhẹ: nhiễm trùng tầng sinh môn.

+Nhiễm trùng nặng: viêm nội mạc.

- Sử dụng kháng sinh sau thủ thuật:

+Chúng tôi sử dụng các kháng sinh Amoxicillin uống, hoặc Cephalosporine thế hệ 2 uống nhằm mục đích dự phòng nhiễm khuẩn.

+Trường hợp nghi ngờ nguy cơ cao nhiễm khuẩn sẽ hội chẩn sử dụng Cephalosporine thế hệ 3 tiêm tĩnh mạch, hoặc phối hợp Amoxicillin kết hợp Gentamycine, hoặc Cephalosporine thế hệ 3 kết hợp Gentamycine hoặc Metronidazole tiêm truyền tĩnh mạch.

- Sử dụng giảm đau sau thủ thuật: chúng tôi chỉ sử dụng Paracetamol uống/tiêm truyền hoặc Diclofenac ống 75 mg tiêm bắp trong trường hợp bệnh nhân van đau.

- Thời gian nằm viện sau thủ thuật: Được tính từ khi chấm dứt thời gian làm thủ thuật (đặt bóng chèn) cho đến khi bệnh nhân xuất viện.

2.2.2.6. Phương pháp thu thập số liệu mục tiêu 2

- Thu thập số liệu theo mẫu nghiên cứu (phụ lục 1: Bệnh án nghiên cứu).

- Thu thập số liệu bệnh nhân có kinh lại và/hoặc có thai lại (phụ lục 3: Phiếu khảo sát hiệu quả dài hạn của phương pháp chèn bóng): chúng tôi đi cùng nhân viên Trạm Y tế đến tận nhà bệnh nhân để phát phiếu khảo sát và phỏng vấn. Số phụ nữ có kinh lại hoặc có thai lại được theo dõi dài hạn ít nhất 4 năm sau khi đặt bóng.

2.2.2.7. Hiệu quả điều trị mục tiêu 2

- Tỷ lệ thành công với bóng chèn lòng tử cung.

- Thời gian làm thủ thuật chèn bóng (các trường hợp thành công).

- Lượng máu mất thêm trong khi làm thủ thuật (các trường hợp thành công).

- Lượng máu truyền trước, trong và sau khi làm thủ thuật (các trường hợp thành công).

- Thở tích dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung (các trường hợp thành công).

- Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung (các trường hợp thành công).

- Sử dụng Oxytocin truyền tĩnh mạch sau thủ thuật, kết hợp tiêm bắp (các trường hợp thành công).

- Sử dụng kháng sinh sau thủ thuật (các trường hợp thành công).

- Sử dụng giảm đau sau thủ thuật (các trường hợp thành công).

- Thời gian nằm viện sau thủ thuật (các trường hợp thành công).
- Các đặc điểm liên quan đến thành công và thất bại.
- Số phụ nữ có kinh nguyệt lại và/hoặc có thai lại.

2.3. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học.

- Nhập số liệu và vẽ biểu đồ bằng phần mềm Microsoft Excel 2007, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Thống kê mô tả: Sử dụng tần số và tỷ lệ phần trăm cho biến số định tính, trung bình và độ lệch chuẩn cho biến số định lượng.

- Thống kê phân tích:

Biến số định tính: Sử dụng kiểm định Khi bình phương để so sánh các tỷ lệ, dùng kiểm định Fisher Exact trong trường hợp vi phạm giả định của kiểm định Khi bình phương.

Biến số định lượng: So sánh trung bình bằng kiểm định t đối với các biến có phân phối chuẩn. Đối với các biến không phân phối chuẩn, so sánh dựa vào phương pháp phi tham số bằng kiểm định Mann–Whitney.

Phân tích các yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê đến băng huyết sau sinh: sử dụng giá trị OR và khoảng tin cậy 95% của OR đối với bảng 2x2 trong phân tích đơn biến và mô hình hồi quy logistic trong phân tích đa biến.

Mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ được chọn để xác định kết quả phép phân tích có ý nghĩa thống kê.

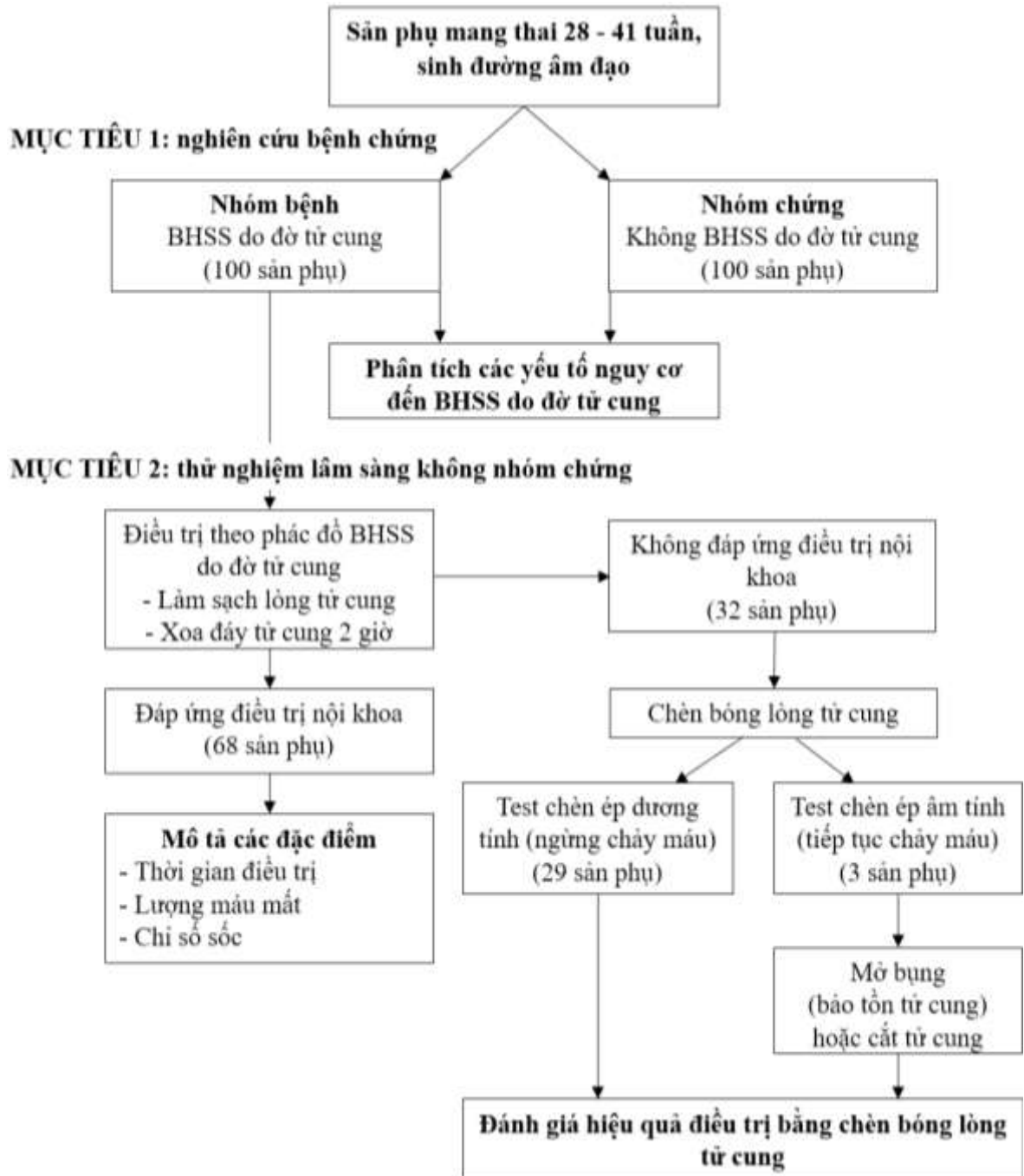
2.4. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU Y SINH HỌC

Việc nghiên cứu được sự cho phép của:

Hội đồng thông qua đề cương nghiên cứu của trường Đại học Y Dược Huế.

Hội đồng Khoa học - Công nghệ và Hội đồng Y đức của bệnh viện Tỉnh Kon Tum.

Các số liệu được thu thập đầy đủ, trung thực, chính xác, được giữ bí mật tuyệt đối và chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.



Hình 2.5. Sơ đồ các bước nghiên cứu

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 01/2012 đến tháng 02 /2016, nghiên cứu đã thu nhận 100 trường hợp BHSS sớm do đẻ tử cung sau sinh đường âm đạo. Trong số đó, có 32 trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa và xoa đáy tử cung được thực hiện chèn bóng lòng tử cung. Trong tổng số 14.365 sản phụ sinh đường âm đạo không bị BHSS, chúng tôi đã chọn ra 100 sản phụ nhóm chứng.

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nhóm bệnh (n=100)		Nhóm chứng (n=100)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
< 20	12	12,0	13	13,0	0,611
20 - 35	77	77,0	80	80,0	
> 35	11	11,0	7	7,0	

Bảng 3.1 cho thấy, ở cả hai nhóm:

- Nhóm tuổi 20 - 35 chiếm tỷ lệ cao nhất, Nhóm tuổi trên 35 chiếm tỷ lệ thấp nhất.

- Không có sự khác biệt về phân bố nhóm tuổi ở nhóm bệnh và nhóm chứng, với $p > 0,05$.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nhóm bệnh (n=100)		Nhóm chứng (n=100)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Công nhân-viên chức	27	27,0	25	25,0	0,281*
Buôn bán	6	6,0	1	1,0	
Nông	65	65,0	72	72,0	
Nội trợ	2	2,0	2	2,0	

*Kiểm định Fisher Exact

Bảng 3.2 cho thấy, ở cả hai nhóm:

- Làm nông chiếm tỷ lệ cao nhất.
- Nội trợ chiếm tỷ lệ thấp nhất.
- Không có sự khác biệt về phân bố nghề nghiệp ở nhóm bệnh và nhóm chứng, với $p > 0,05$.

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nơi cư trú

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo nơi cư trú

Khu vực sinh sống	Nhóm bệnh (n=100)		Nhóm chứng (n=100)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Thành phố	57	57,0	56	56,0	0,887
Nông thôn /Miền núi	43	43,0	44	44,0	

Bảng 3.3 cho thấy, ở cả hai nhóm:

- Số bệnh nhân ở thành phố chiếm tỷ lệ cao nhất.
- Số bệnh nhân ở nông thôn chiếm tỷ lệ thấp nhất.
- Không có sự khác biệt về phân bố nơi cư trú ở nhóm bệnh và nhóm chứng, với $p > 0,05$.

3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo dân tộc

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo dân tộc

Dân tộc	Nhóm bệnh (n=100)		Nhóm chứng (n=100)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Kinh	70	70,0	76	76,0	0,339
Thiểu số	30	30,0	24	24,0	

Bảng 3.4 cho thấy:

- Dân tộc kinh chiếm tỷ lệ cao nhất.
- Dân tộc thiểu số chiếm tỷ lệ thấp nhất.
- Không có sự khác biệt về phân bố dân tộc ở nhóm bệnh và nhóm chứng, với $p > 0,05$.

3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo phương pháp sinh

Bảng 3.5. Phương pháp sinh

Cách sinh	Nhóm bệnh (n=100)		Nhóm chứng (n=100)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Sinh thường	97	97,0	100	100,0	0,246*
Sinh hỗ trợ thủ thuật	3	3,0	0	0,0	

**Kiểm định Fisher Exact*

Bảng 3.5 cho thấy:

- Sinh thường chiếm tỷ lệ cao nhất.
- Sinh hỗ trợ thủ thuật ở nhóm bệnh là 3 trường hợp, không có trường hợp sinh hỗ trợ thủ thuật ở nhóm chứng.
- Không có sự khác biệt về phân bố bệnh nhân theo phương pháp sinh ở nhóm bệnh và nhóm chứng, với $p > 0,05$.

3.2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

3.2.1. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.6. Số yếu tố nguy cơ ở nhóm bệnh nhân băng huyết sau sinh do đờ tử cung (n = 100)

Số yếu tố nguy cơ *	n	Tỷ lệ %
0	15	15,0
1	32	32,0
2	28	28,0
3	21	21,0
4	2	2,0
5	2	2,0
Tổng	100	100,0

**Số yếu tố nguy cơ theo phương pháp nghiên cứu*

- Có 15,0% bệnh nhân băng huyết sau sinh do đờ tử cung không có các yếu tố nguy cơ (trong số 16 yếu tố nguy cơ theo phương pháp nghiên cứu).
- Số bệnh nhân có 1 yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ 32,0%.
- Bệnh nhân có từ 4 đến 5 yếu tố nguy cơ chỉ chiếm 4%.

Bảng 3.7. Đặc điểm trước sinh của đối tượng nghiên cứu (n = 200)

Các chỉ số		Nhóm bệnh (n = 100)		Nhóm chứng (n =100)		OR	95% KTC		Giá trị p
		n	%	n	%				
Đa ối	Có	1	1,0	0	0,0	-	-	-	-
	Không	99	99,0	100	100,0				
Chảy máu trước sinh	Có	1	1,0	0	0,0	-	-	-	-
	Không	99	99,0	100	100,0				
Tiền sử BHSS	Có	2	2,0	0	0,0	-	-	-	-
	Không	98	98,0	100	100,0				
U xơ tử cung	Có	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
	Không	100	100,0	100	100,0				
Đa thai	Có	2	2,0	1	1,0	2,02	0,18	22,65	1,000*
	Không	98	98,0	99	99,0				
Thai to	Có	20	20,0	5	5,0	4,75	1,71	13,23	0,001
	Không	80	80,0	95	95,0				
Thiếu máu	Có	29	29,0	2	2,0	20,01	4,62	86,62	< 0,001
	Không	71	71,0	98	98,0				
Số lần sinh ≥ 5	Có	5	5,0	0	0,0	-	-	-	-
	Không	95	95,0	100	100,0				
Tuổi > 35	Có	11	11,0	7	7,0	1,64	0,61	4,42	0,323
	Không	89	89,0	93	93,0				
Rối loạn tăng HA	Có	6	6,0	5	5,0	1,21	0,36	4,11	0,756
	Không	94	94,0	95	95,0				
BMI ≥ 30	Có	4	4,0	1	1,0	4,13	0,45	37,57	0,369*
	Không	96	96,0	99	99,0				

*Kiểm định Fisher Exact

- Trong 200 đối tượng tham gia nghiên cứu, thiếu máu chiếm tỷ lệ 15,5%, tiếp theo là thai to chiếm tỷ lệ 12,5%, tuổi trên 35 có tỷ lệ 9,0%, rối loạn tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 5,5%, số lần sinh từ 5 trở lên và BMI từ 30 trở lên cùng có tỷ lệ 2,5%.

- Các đặc điểm khác như đa ối, chảy máu trước sinh, tiền sử BHSS, đa thai có từ 1 đến 3 đối tượng trong tổng số, chiếm tỷ lệ 0,5 – 1,5%.

- Không có trường hợp được chẩn đoán u xơ tử cung trong mẫu nghiên cứu.

Bảng 3.8. Đặc điểm trong chuyển dạ/sau sinh của đối tượng nghiên cứu (n=200)

Các chỉ số		Nhóm bệnh (n = 100)		Nhóm chứng (n =100)		OR	95% KTC		Giá trị p
		n	%	n	%				
Chuyển dạ nhanh	Có	1	1,0	0	0,0	-	-	-	-
	Không	99	99,0	100	100,0				
Nhiễm khuẩn ối	Có	1	1,0	0	0,0	-	-	-	-
	Không	99	99,0	100	100,0				
Tăng go	Có	60	60,0	47	47,0	1,69	0,96	2,96	0,065
	Không	40	40,0	53	53,0				
Chuyển dạ kéo dài	Có	1	1,0	2	2,0	0,50	0,04	5,55	1,000*
	Không	99	99,0	98	98,0				
Sinh hỗ trợ thủ thuật	Có	3	3,0	0	0,0	-	-	-	-
	Không	97	97,0	100	100,0				

*Kiểm định Fisher Exact

Bảng 3.8 cho thấy:

- Trong 200 đối tượng tham gia nghiên cứu, tăng go chiếm tỷ lệ 53,5%, tiếp đến là chuyển dạ kéo dài và sinh hỗ trợ thủ thuật, mỗi yếu tố chiếm tỷ lệ 1,5%.

- Các yếu tố chuyển dạ nhanh, nhiễm khuẩn ối, mỗi yếu tố chiếm tỷ lệ 0,5%.

Bảng 3.9. Mô hình hồi quy logistic đa biến các yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê đến BHSS

Các chỉ số		OR	95% KTC	<i>p</i>
Thai to	Có	5,50	1,92 - 15,77	0,002
	Không	1		
Thiếu máu	Có	21,83	5,00 - 95,27	<0,001
	Không	1		

Bảng 3.9 cho thấy các yếu tố nguy cơ đến BHSS do đỡ tử cung:

- Yếu tố nguy cơ thai to gây BHSS do đỡ tử cung có OR = 5,50 (95% KTC: 1,92 - 15,77); $p < 0,05$.
- Yếu tố nguy cơ thiếu máu trước sinh gây BHSS do đỡ tử cung có OR = 21,83 (95% KTC: 5,00 - 95,27); $p < 0,05$.

3.3. HIỆU QUẢ ĐIỀU NỘI KHOA

3.3.1. Hiệu quả của các thuốc co hồi tử cung ở 100 bệnh nhân được điều trị nội và xoa đáy tử cung

Bảng 3.10. Hiệu quả của các thuốc co hồi tử cung (n = 100)

Hiệu quả	n	Tỷ lệ %
Đáp ứng	68	68,0
Không đáp ứng	32	32,0
Tổng	100	100,0

Bảng 3.10 cho thấy:

- Đáp ứng với các thuốc co hồi tử cung 68/100 chiếm tỷ lệ 68%.
- Không đáp ứng với các thuốc co hồi tử cung 32/100 chiếm tỷ lệ 32%.

Bảng 3.11. Số yếu tố nguy cơ trong các trường hợp điều trị nội thất bại (n=32)

Số yếu tố nguy cơ *	n	Tỷ lệ %
0	2	6,3
1	16	50,0
2	9	28,1
3	4	12,5
4	1	3,1
Tổng	32	100,0

**Số yếu tố nguy cơ theo phương pháp nghiên cứu*

Bảng 3.11 cho thấy

- Có 16 trường hợp có 1 yếu tố nguy cơ, chiếm 1/2 tổng số trường hợp điều trị nội thất bại.

- Có 1 trường hợp có 4 yếu tố nguy cơ, chiếm tỷ lệ 3,1%.

Bảng 3.12. Xác định thời điểm băng huyết sau sinh trong các trường hợp điều trị nội thất bại (n = 32)

Thời điểm băng huyết sau sinh (giờ)	n	Tỷ lệ %
1	25	78,1
2	3	9,4
3	1	3,1
4	2	6,3
≥5	1	3,1
Tổng	32	100,0

Bảng 3.12 cho thấy:

- Đa số các trường hợp là BHSS giờ thứ 1, chiếm tỷ lệ 78,1%

- Có 1 trường hợp BHSS giờ thứ 5, chiếm tỷ lệ 3,1%.

Bảng 3.13. Xác định thời điểm băng huyết sau sinh trong các trường hợp điều trị nội thành công (n = 68)

Thời điểm băng huyết sau sinh (giờ)	n	Tỷ lệ %
1	53	77,9
2	7	10,3
3	2	2,9
4	4	5,9
≥5	2	2,9
Tổng	68	100,0

Bảng 3.13 cho thấy:

- Đa số các trường hợp là BHSS giờ thứ 1, chiếm tỷ lệ 77,9%
- Có 2 trường hợp BHSS giờ thứ 5, chiếm tỷ lệ 2,9%.

Bảng 3.14. Thời gian điều trị nội và xoa đáy tử cung trong các trường hợp điều trị nội thất bại (n = 32)

Thời gian điều trị nội (phút)	n	Tỷ lệ %
15- < 20	13	40,6
20 - 30	13	40,6
> 30	6	18,8
Tổng	32	100,0

Bảng 3.14 cho thấy:

- Thời gian điều trị nội và xoa đáy tử cung trung bình là: $41,56 \pm 54,96$ phút.
- Thời gian 15 - 30 phút chiếm 26 trường hợp, chiếm tỷ lệ 81,2%.
- Thời gian >30 phút chiếm 6 trường hợp, chiếm tỷ lệ 18,8%

Bảng 3.15. Thời gian điều trị nội và xoa đáy tử cung trong các trường hợp điều trị nội thành công (n = 68)

Thời gian điều trị nội (phút)	n	Tỷ lệ %
15- < 20	3	4,4
20 - 30	14	20,6
> 30	51	75,0
Tổng	68	100,0

Bảng 3.15 cho thấy:

- Thời gian 15 - 30 phút có 17 trường hợp, chiếm 1/4 trong tổng số.
- Thời gian >30 phút có 51 trường hợp, chiếm 3/4 trong tổng số.

Bảng 3.16. Lượng máu mất tổng cộng bao gồm lượng máu mất sau sinh trong các trường hợp điều trị nội thất bại (n = 32)

Lượng máu mất tổng cộng (mL)	n	Tỷ lệ %
1000 - 1500	28	87,5
>1500	4	12,5
Tổng	32	100,0

Bảng 3.16 cho thấy:

- Lượng máu mất 1000 - 1500mL chiếm 28 trường hợp (87,5%).
- Lượng máu mất >1500mL chiếm 4 trường hợp (12,5%).

Bảng 3.17. Lượng máu mất tổng cộng bao gồm lượng máu mất sau sinh trong các trường hợp điều trị nội thành công (n = 68)

Lượng máu mất tổng cộng (mL)	n	Tỷ lệ %
<1000	66	97,1
1000 - 1500	2	2,9
>1500	0	0,0
Tổng	68	100,0

Bảng 3.17 cho thấy:

- Lượng máu mất < 1000mL có 66 trường hợp (97,1%).
- Lượng máu mất 1000 - 1500mL chỉ chiếm tỷ lệ 2,9%.
- Không có trường hợp lượng máu mất >1500mL.

Bảng 3.18. Chỉ số sốc trong các trường hợp điều trị nội thất bại (n = 32)

Chỉ số sốc	n	Tỷ lệ %
1,3 - 1,4	11	34,4
1,5 - 1,6	18	56,3
1,7 - 1,8	1	3,1
>1,8	2	6,3
Tổng	32	100,0

Bảng 3.18 cho thấy:

- Chỉ số sốc (SI) trong các trường hợp điều trị nội thất bại trung bình là: $1,53 \pm 0,17$.
- Chỉ số sốc 1,3 - 1,6 chiếm 29 trường hợp, chiếm tỷ lệ 90,6%.
- Chỉ số sốc >1,8 chiếm 2 trường hợp (6,3%).

Bảng 3.19. Chỉ số sốc trong các trường hợp điều trị nội thành công (n = 68)

Chỉ số sốc	n	Tỷ lệ %
0,7 - 0,9	12	17,6
1 - 1,2	33	48,5
1,3 - 1,5	20	29,4
>1,5	3	4,4
Tổng	68	100,0

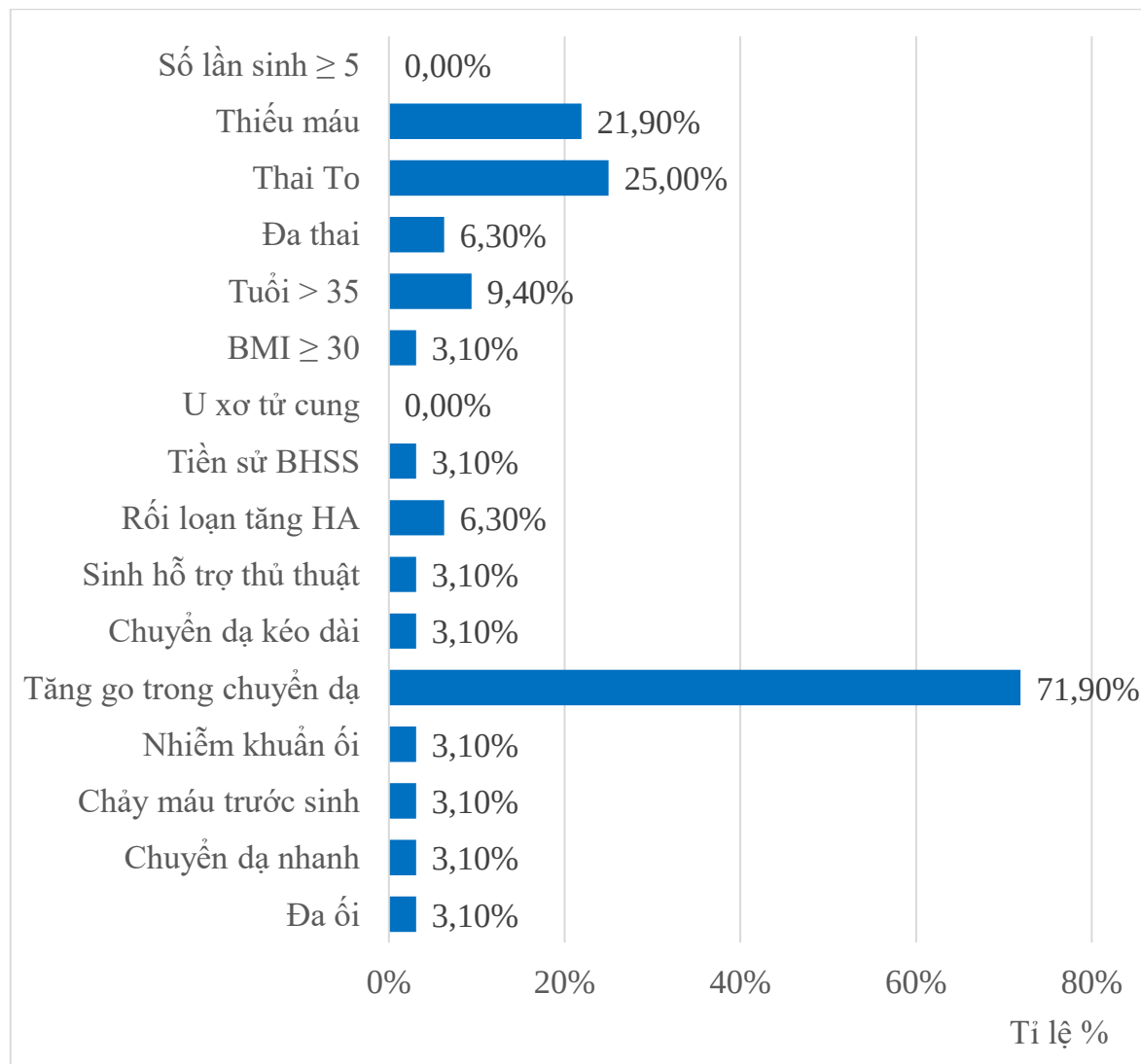
Bảng 3.19 cho thấy:

- Chỉ số sốc 1 - 1,2 có 33 trường hợp, chiếm tỷ lệ 48,5%.
- Chỉ số sốc >1,5 có 3 trường hợp với tỷ lệ là 4,4%.

3.4. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG CHÈN BÓNG LÒNG TỬ CUNG

3.4.1. Đặc điểm của 32 trường hợp điều trị nội thất bại

3.4.1.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 32 trường hợp điều trị nội thất bại



Biểu đồ 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong các trường hợp điều trị nội thất bại (n=32)

Biểu đồ 3.1 cho thấy:

- Tăng go trong chuyển dạ chiếm tỷ lệ cao nhất 71,9%.
- Thai to chiếm tỷ lệ 25,0%.
- Thiếu máu chiếm tỷ lệ 21,9%.
- Không có trường hợp ghi nhận số lần sinh ≥ 5 và u xơ tử cung trong mẫu nghiên cứu.

Bảng 3.20. Đặc điểm bệnh nhân chèn bóng do băng huyết sau sinh (n = 32)

Các tiêu chí	Trung bình/Tỷ lệ %	Khoảng tin cậy 95%
Tuổi bà mẹ (năm)	25,50	[23,38 – 27,62]
Đơn thai	n = 30 (93,8%)	[84,9 – 100]
Song thai	n = 2 (6,3%)	[0 – 15,1]
Cách sinh		
Sinh thường	n = 31 (96,8%)	
Sinh hỗ trợ thủ thuật	n = 1 (1,0%)	

Bảng 3.20 cho thấy

- Tuổi bệnh nhân chèn bóng do BHSS có trung bình là 25,50 tuổi (95% KTC: 23,38 – 27,62).

- Có 6,3% đối tượng mang song thai, có 1 trường hợp sinh hỗ trợ thủ thuật.

Bảng 3.21. Kết quả chèn bóng ở bệnh nhân băng huyết sau sinh (n = 32)

Các tiêu chí	Trung bình/tỷ lệ %	Khoảng tin cậy 95%
Thể tích dịch bơm vào bóng chèn (mL)	259,38	[240,81 – 277,94]
Trung bình thời gian lưu bóng (giờ)	13,5	[11,03 – 15,97]
Lượng máu mất tổng cộng (mL)	1178,13	[1082,74 – 1273,51]

Bảng 3.21 cho thấy

- Trung bình thể tích dịch bơm vào bóng chèn là 259,38 mL.

- Trung bình thời gian lưu bóng chèn là 13,5 giờ.

- Trung bình lượng máu mất tổng cộng là 1178,13 mL.

Bảng 3.22. Các biến cố không mong muốn ở 32 ca chèn bóng từ khi sinh đến khi ra viện (n = 32)

Biến cố không mong muốn	n	%
Cắt tử cung	3	9,4
Nhiễm trùng tầng sinh môn	1	3,1
Tổng	32	

Bảng 3.22 cho thấy

- Có 3 ca cắt tử cung, chiếm tỷ lệ 9,4%.
- Có 1 ca nhiễm trùng tầng sinh môn, chiếm tỷ lệ 3,1%.

Bảng 3.23. Đặc điểm bệnh nhân chèn bóng thành công và thất bại (n=32)

Các chỉ số	Thành công (n=29)	Thất bại (n=3)	p*
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Tuổi	25,38 $\pm$ 5,70	26,67 $\pm$ 9,02	0,855
BHSS giờ thứ (giờ)	1,45 $\pm$ 1,06	1,67 $\pm$ 1,15	0,760
Số yếu tố nguy cơ	1,41 $\pm$ 0,78	3,00 $\pm$ 1,00	0,017
Thời gian điều trị nội và xoa đáy tử cung (phút)	38,62 $\pm$ 50,99	70,00 $\pm$ 95,26	0,808
Lượng máu mất tổng cộng** (mL)	1186,21 $\pm$ 277,07	1100,00 $\pm$ 0,00	0,808
Chỉ số sốc	1,53 $\pm$ 0,18	1,54 $\pm$ 0,07	0,624
Thể tích dịch bơm (mL)	250,00 $\pm$ 42,26	350,00 $\pm$ 50,00	0,006
Lượng máu mất thêm trong thủ thuật (mL)	45,17 $\pm$ 9,11	200,00 $\pm$ 86,60	<0,001

*Kiểm định Mann-Whitney

**Lượng máu mất tổng cộng bao gồm lượng máu mất sau sinh qua túi đo máu.

Bảng 3.24 cho thấy: Các đặc điểm liên quan đến thành công và thất bại trong chèn bóng lòng tử cung là:

+ Trung bình số yếu tố nguy cơ ở nhóm chèn bóng lòng tử cung thành công là 1,41 $\pm$ 0,78 thấp hơn nhóm chèn bóng thất bại (3,00 $\pm$ 1,00) với $p < 0,05$.

+ Trung bình thể tích dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung ở nhóm chèn bóng lòng tử cung thành công là $250 \pm 42,26$ mL thấp hơn nhóm chèn bóng thất bại ($350,00 \pm 50,00$ mL) với $p < 0,05$.

+ Lượng máu mất thêm trong thủ thuật ở nhóm chèn bóng lòng tử cung thành công là $45,17 \pm 9,11$ mL thấp hơn nhóm chèn bóng thất bại ($200,00 \pm 86,60$ mL) với $p < 0,05$.

3.4.2. Tỷ lệ thành công với bóng chèn lòng tử cung

Bảng 3.24. Tỷ lệ thành công với bóng chèn lòng tử cung (n = 32)

	n	Tỷ lệ %
Thành công	29	90,6
Không thành công	3	9,4
Tổng	32	100,0

Bảng 3.24 cho thấy:

- Tỷ lệ thành công là 29/32 (90,6%) trường hợp.
- Tỷ lệ thất bại: 3/32 (9,4%) trường hợp.

3.4.3. Thời gian làm thủ thuật chèn bóng (29 ca chèn thành công)

Bảng 3.25. Thời gian làm thủ thuật chèn bóng (n = 29)

Thời gian chèn (phút)	n	Tỷ lệ %
10	12	41,4
12	3	10,3
15	14	48,3
Tổng	29	100,0

Bảng 3.25 cho thấy:

- Thời gian làm thủ thuật chèn bóng trung bình là $12,62 \pm 2,41$ phút (từ 10 - 15 phút).
- Có 12 ca làm trong 10 phút.

3.4.4. Lượng máu mất thêm trong thủ thuật (29 ca chèn thành công)

Bảng 3.26. Lượng máu mất thêm trong khi làm thủ thuật (n = 29)

Lượng máu mất thêm (mL)	n	Tỷ lệ %
< 50	11	37,9
≥ 50	18	62,1
Tổng	29	100,0

Bảng 3.26 cho thấy:

- Lượng máu mất thêm trong khi làm thủ thuật trung bình là: $45,17 \pm 9,11$ mL, trong đó lượng máu mất thêm từ 50 mL trở lên chiếm tỷ lệ 62,1%.

3.4.5. Lượng máu truyền trước, trong và sau thủ thuật (29 ca thành công)

Bảng 3.27. Lượng máu truyền trước, trong và sau thủ thuật (n = 29)

Lượng máu truyền (mL)	n	Tỷ lệ %
250	3	10,3
500	6	20,7
750	4	13,8
1000	3	10,3
1250	1	3,5
1500	1	3,5
1750	1	3,5
Không truyền máu	10	34,4
Tổng	29	100,00

Bảng 3.27 cho thấy:

- Có 19/29 bệnh nhân được truyền máu với lượng máu truyền trước, trong và sau thủ thuật trung bình là: $750,00 \pm 416,67$ mL.

- Lượng máu truyền nhiều nhất là 1.750 mL.

- Có 10 trường hợp không truyền máu.

3.4.6. Thể tích dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung (29 ca thành công)

Bảng 3.28. Thể tích dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung (n = 29)

Thể tích (mL)	n	Tỷ lệ %
200	9	31,0
250	12	41,4
300	7	24,1
350	1	3,5
Tổng	29	100,0

Bảng 3.28 cho thấy: Thể tích dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung trung bình là: $250 \pm 42,25\text{mL}$.

- Thể tích ít nhất là 200 mL, có 9 bệnh nhân (31,0%).
- Thể tích nhiều nhất là 350 mL, có 1 bệnh nhân (3,5%).

3.4.7. Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung (29 ca chèn thành công)

Bảng 3.29. Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung (n = 29)

Thời gian (giờ)	n	Tỷ lệ %
< 6	0	0
6 - 10	9	31,0
11 - 15	7	24,1
16 - 24	12	41,4
> 24	1	3,5
Tổng	29	100,00

Bảng 3.29 cho thấy: thời gian lưu bóng chèn trung bình là $14,65 \pm 6,09$ giờ.

- Có 28 trường hợp lưu bóng chèn từ 6 giờ - 24 giờ, chiếm tỷ lệ 96,5%.
- Có 1 trường hợp lưu bóng chèn > 24 giờ, chiếm tỷ lệ 3,5%.

3.4.8. Kết quả chèn bóng trong băng huyết sau sinh (29 ca chèn thành công)

Bảng 3.30. Kết quả chèn bóng bao cao su trong băng huyết sau sinh (n = 29)

Kết quả chèn bóng trong BHSS	Trung bình	Khoảng tin cậy 95%
Thời gian chèn (phút)	12,62	11,70 – 13,54
Thể tích dịch bơm vào bóng chèn (mL)	250	233,93 – 266,07
Thời gian lưu bóng (giờ)	14,66	12,34 – 16,97
Lượng máu mất trung bình (mL)	1186,21	1080,82 – 1291,60
Lượng máu truyền trước, trong và sau thủ thuật (mL)* (n=19)	750	549,17 – 950,83

**Có 10 trường hợp không truyền máu.*

Bảng 3.30 cho thấy:

- Trung bình thời gian chèn (thời gian làm thủ thuật) là 12,62 phút.
- Trung bình thể tích dịch bơm vào bóng chèn là 250 mL.
- Trung bình thời gian lưu bóng là 14,66 giờ.
- Trung bình lượng máu mất là 1186,21 mL.
- Có 19/29 đối tượng nghiên cứu được truyền máu với trung bình là 750 mL.

3.4.9. Sử dụng kháng sinh sau thủ thuật (29 ca chèn thành công)

Bảng 3.31. Sử dụng kháng sinh sau thủ thuật

Kháng sinh	n	Tỷ lệ %
Amoxicillin	20	69,0
Amoxicillin + Gentamycine	1	3,3
Cephalosporine thế hệ 2	4	14,0
Cephalosporine thế hệ 3	3	10,4
Cephalosporine thế hệ 3 + Gentamycine	1	3,3
Tổng	29	100,0

Bảng 3.31 cho thấy:

- Kháng sinh sử dụng nhiều nhất là Amoxicillin uống.
- Kháng sinh sử dụng nhiều thứ hai là Cephalosporin thế hệ 2 uống.

3.4.10. Sử dụng giảm đau sau thủ thuật (29 ca chèn thành công)**Bảng 3.32.** Sử dụng giảm đau sau thủ thuật (n = 29)

Loại thuốc	Liều lượng	Cách dùng	Thời gian	n	Tỷ lệ %
Diclofenac ống 75 mg	1 ống 75 mg	Tiêm bắp	1 ngày	3	10,4
Paracetamol lọ 1 g	1 g	Truyền tĩnh mạch	2 ngày	1	3,3
Diclofenac ống 75 mg + Paracetamol lọ 1 g	Diclofenac 75 mg + Para lọ 1g	Tiêm bắp Truyền tĩnh mạch	1 ngày	3	10,4
Paracetamol lọ 1 g + Paracetamol viên 500mg	Para lọ 1g + Para viên 500 x 2	Truyền tĩnh mạch + Uống	Ngày 1 + Ngày 2	1	3,3
Paracetamol viên 500 mg	2 g/ngày	Uống	2 -3 ngày	2	7,0
Không sử dụng	--	--	--	19	65,5
Tổng				29	100,0

Bảng 3.32 cho thấy:

- Số trường hợp không sử dụng thuốc giảm đau chiếm 19/29 (65,50%) trường hợp.

3.4.11. Thời gian nằm viện sau thủ thuật (29 ca chèn thành công)**Bảng 3.33.** Thời gian nằm viện sau thủ thuật (n = 29)

Thời gian nằm viện (ngày)	n	Tỷ lệ %
2 - 5	19	65,4
6 - 10	9	31,2
> 10	1	3,4
Tổng	29	100,0

Bảng 3.33 cho thấy: Thời gian nằm viện trung bình: $5,17 \pm 2,48$ ngày.

- Thời gian nằm viện từ 2 - 5 ngày chiếm tỷ lệ 19/29 (65,4%) trường hợp.

- Thời gian nằm viện > 10 ngày chiếm tỷ lệ 1/29 (3,4%).

3.4.12. Bảo tồn khả năng sinh sản

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số 29 phụ nữ được chèn bóng bao cao su thành công, có 19 phụ nữ là có thể theo dõi được.

Bảng 3.34. Kinh nguyệt có trở lại sau khi chèn bóng bao cao su (n = 19)

Kinh nguyệt	n	Tỷ lệ %
Có kinh lại	18	94,7
Không có kinh lại	1	5,3
Tổng	19	100,0

Bảng 3.34 cho thấy, trong số 19 phụ nữ được theo dõi:

- 18 phụ nữ có kinh nguyệt trở lại với tỷ lệ 94,7%.
- 1 phụ nữ không có kinh trở lại.

Bảng 3.35. Có thai và sinh con trở lại sau khi chèn bóng bao cao su (n = 19)

Có thai và sinh con	n	Tỷ lệ %
Có thai và sinh con bình thường	8	42,1
Không muốn có con	11	57,9
Tổng	19	100,0

Bảng 3.35 cho thấy, trong số 19 phụ nữ được theo dõi:

- 8 phụ nữ có thai lại, đã sinh con bình thường (42,1%).
- 11 phụ nữ không muốn sinh thêm con.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 100 trường hợp BHSS sớm do đờ tử cung sau sinh đường âm đạo, trong đó có 32 trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa và xoa đáy tử cung được chèn bóng lòng tử cung tại khoa Sản, bệnh viện tỉnh Kon Tum từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 02 năm 2016, chúng tôi có một số bàn luận như sau:

4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Kết quả nghiên cứu theo bảng 3.1 cho thấy:

Nhóm tuổi 20 - 35 tuổi có tỷ lệ cao nhất. Đây là nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất bị BHSS do đờ tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi.

Nhóm tuổi trên 35 tuổi có tỷ lệ thấp nhất. Theo Cameron và cs. [46], tuổi > 35 là một yếu tố liên quan đến BHSS do đờ tử cung.

Theo nghiên cứu của Trần Đình Vinh nhóm tuổi 35 - trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ BHSS chung là 21,4% [33].

4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

Kết quả nghiên cứu theo bảng 3.2 cho thấy: tỷ lệ làm nông chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là công nhân-viên chức. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BHSS do đờ tử cung của đối tượng làm nông chiếm tỷ lệ cao nhất có lẽ do số lượng đối tượng này chiếm đông đảo trong xã hội, đặc biệt ở địa bàn tỉnh Kon Tum là một tỉnh chuyên về nông nghiệp.

4.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nơi cư trú

Kết quả nghiên cứu theo bảng 3.3 cho thấy: tỷ lệ BHSS do đờ tử cung ở vùng thành phố chiếm tỷ lệ cao nhất, số bệnh nhân vùng nông thôn chiếm tỷ lệ thấp nhất. Số bệnh nhân ở vùng thành thị có tỷ lệ BHSS do đờ tử cung cao nhất có lẽ do đa số bệnh nhân vào sinh ở bệnh viện tỉnh tuy nơi cư trú là thành phố nhưng nghề nghiệp là làm nông.

4.1.4. Phân bố bệnh nhân theo dân tộc

Kết quả nghiên cứu theo bảng 3.4 cho thấy: người kinh chiếm tỷ lệ cao nhất.

Những bệnh nhân sinh đẻ tại bệnh viện tỉnh Kon Tum (là nơi nghiên cứu) chiếm đa số là người kinh. Vì vậy, không có gì ngạc nhiên khi số liệu người kinh trong nghiên cứu này là cao. Có thể do trong nghiên cứu này số liệu còn khiêm tốn, và có thể do người dân tộc thiểu số mặc dù có thể Bảo hiểm Y tế, do tập quán sinh gần nhà hoặc vẫn còn ngại đường xa xa xôi, không vào sinh đẻ tại bệnh viện tỉnh.

4.1.5. Phương pháp sinh

Bảng 3.5 cho thấy, ở nhóm bệnh, sinh thường chiếm tỷ lệ cao nhất 97%, chỉ có 3 trường hợp sinh hỗ trợ thủ thuật bằng Giác hút chiếm 3% trong nghiên cứu này.

Ở nhóm chứng, không có trường hợp sinh hỗ trợ thủ thuật.

Hiện nay, việc sử dụng Forceps, Giác hút giúp sinh ngày càng trở nên ít hơn, có lẽ phần nào là do nguyện vọng của bệnh nhân và người nhà, cộng với áp lực tâm lý của người thầy thuốc do sợ các tai biến hoặc biến chứng có thể xảy ra.

4.2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

4.2.1. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa nhóm bệnh và nhóm chứng

Các yếu tố nguy cơ được khảo sát (theo 16 yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu) đối với bệnh nhân băng huyết sau sinh do chờ tử cung. Trong đó, có 15,0% bệnh nhân băng huyết sau sinh do chờ tử cung không có các yếu tố nguy cơ. Số bệnh nhân có 1 yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ 32,0%. Bệnh nhân có từ 4 đến 5 yếu tố nguy cơ chỉ chiếm 4%, kết quả này được mô tả ở Bảng 3.6.

Bảng 3.7 cho thấy thiếu máu chiếm tỷ lệ 29,0% ở nhóm bệnh và 2,0% ở nhóm chứng, tiếp theo là thai to chiếm tỷ lệ 20,0% ở nhóm bệnh và 5,0% ở nhóm chứng.

Trong nghiên cứu này, không có trường hợp được chẩn đoán u xơ tử cung, có thể do mẫu nghiên cứu không đủ lớn để khảo sát hết được các yếu tố nguy cơ trong khi mang thai của sản phụ (vì tỷ lệ u xơ tử cung và thai không lớn).

Bảng 3.8 cho thấy tăng go trong chuyển dạ chiếm tỷ lệ cao nhất (60,0% ở nhóm bệnh và 47,0% ở nhóm chứng). Trong nghiên cứu của Ononge và cs. [98] về tỷ lệ mới mắc và các yếu tố nguy cơ BHSS ở Uganda, 2016, phát khởi chuyển dạ/chuyển dạ được kích thích với Oxytocin không gây BHSS.

Bảng 3.9 cho thấy qua phân tích hồi quy đa biến, các yếu tố sau đây là nguy

cơ của BHSS do đờ tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi ($p < 0,05$): thai to và thiếu máu trước sinh.

4.2.2. Đa ối

Bảng 3.7 cho thấy đa ối chiếm 1/100 (1%) trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Đa ối mãn chiếm 95% các trường hợp đa ối, thường xảy ra vào 3 tháng cuối thai kỳ, lượng ối phát triển không nhiều, tiến triển từ từ, ít gây ảnh hưởng đến tổng trạng của mẹ. Tuy nhiên, do tử cung giãn căng quá mức, phải theo dõi phát hiện đờ tử cung gây BHSS [26].

Theo ý kiến của chúng tôi, khi phát hiện đa ối trong chuyển dạ, cần tia ối sớm, xử trí tích cực giai đoạn ba chuyển dạ, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch Oxytocin và tiêm bắp Ergometrine sau khi kiểm tra nhau chắc chắn không bị thiếu để đề phòng đờ tử cung, có thể dùng prostaglandin E1 (Misoprostol, Cytotec) đặt trực tràng sau khi sổ nhau để đề phòng đờ tử cung.

4.2.3. Đa thai

Bảng 3.7 cho thấy đa thai chiếm 2/100 (2%) trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Theo Hamamy [69], yếu tố nguy cơ đa thai gây đờ tử cung có OR = 5.

Trong tổng quan về BHSS của Phạm Việt Thanh [22], nguyên nhân gây đờ tử cung (các yếu tố nguyên nhân gây đờ tử cung) có đa thai (OR = 2,4).

Lượng máu mất khi sinh song thai khoảng 1.000mL (Pritchard, 1965) [14].

Trong đa thai, cuộc chuyển dạ thường kéo dài vì con co tử cung thừa yếu. Sau khi đẻ xong thai thứ hai có một thời gian nghỉ ngơi sinh lý ngắn nữa, nhau sẽ sổ ra cùng một lúc, hoặc hai bánh nhau sẽ sổ ra liên tiếp nhau. Do tử cung bị căng giãn quá mức, cơ tử cung yếu nên dễ bị đờ tử cung sau sinh, do đó phải truyền nhỏ giọt tĩnh mạch Oxytocin và tiêm bắp Ergometrine sau khi kiểm tra nhau chắc chắn không bị thiếu để đề phòng đờ tử cung. Hiện nay, việc sử dụng prostaglandin E1 để đề phòng chảy máu do đờ tử cung tỏ ra rất có hiệu quả. Có thể dùng Cytotec (prostaglandin E1) đặt trực tràng sau khi sổ nhau để đề phòng đờ tử cung [28].

4.2.4. Chuyển dạ sinh quá nhanh

Bảng 3.8 cho thấy chuyển dạ quá nhanh chiếm 1/100 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Theo Cunningham và cs. [55], chuyển dạ và sinh quá nhanh (precipitous labor and delivery) là chuyển dạ sinh cực nhanh. Nguyên nhân có thể do sự đề kháng thấp một cách bất thường của các phần mềm đường sinh dục dưới, do các cơn go tử cung và thành bụng co mạnh bất thường, hoặc hiếm hơn do không có cảm giác đau và như vậy sản phụ không nhận biết được sự chuyển dạ mãnh liệt.

Chuyển dạ sinh quá nhanh là chuyển dạ sinh em bé < 3 giờ (Hughes, 1972). Mahon và cs. (1994) mô tả 99 thai kỳ đã sinh trong vòng 3 giờ kể từ khi bắt đầu chuyển dạ. Chuyển dạ ngắn (short labor) được định nghĩa là tốc độ mở cổ tử cung là $\geq 5\text{cm/giờ}$ ở SP con so và 10cm/giờ ở SP con rạ. Thường gặp những chuyển dạ ngắn như vậy ở SP con rạ điển hình có những cơn go có khoảng cách < 2 phút và đi kèm với nhau bong non, phân su, BHSS, nghiện cocaine và chỉ số Apgar thấp [55].

Chuyển dạ sinh quá nhanh thường đi kèm với đờ tử cung. Tử cung mà co thắt mạnh mẽ bất thường trước khi sinh có nhiều khả năng bị giảm trương lực tử cung sau khi sinh [13], [55].

Ngoài ra, chuyển dạ sinh quá nhanh có thể gây xuất huyết nội sọ cho trẻ sơ sinh nếu phần mềm chưa giãn nở tốt và em bé có thể rơi xuống sàn nhà [55].

Theo Cunningham [55], những cơn go tử cung tự phát mạnh bất thường này dường như không được cải thiện đến mức độ rõ rệt bởi thuốc giảm đau. Việc dùng các thuốc giãn cơ tử cung như Magnesium sulfate chưa được chứng minh trong những tình huống này. Việc dùng thuốc mê toàn thân với các thuốc làm suy yếu cơn go tử cung, như Isoflurane thường bị cường điệu quá mức. Điều chắc chắn là phải ngừng ngay thuốc co hồi tử cung.

Như vậy, đối với chuyển dạ sinh quá nhanh, cần phải ngừng các thuốc co hồi tử cung, đề phòng BHSS và các tình huống đã nêu ở trên.

4.2.5. Phát khởi chuyển dạ/Tăng go trong chuyển dạ

Bảng 3.8 cho thấy phát khởi chuyển dạ/tăng go trong chuyển dạ chiếm 60/100 (60%) trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Phát khởi chuyển dạ được định nghĩa là khi có bấm ối + truyền Oxytocin hoặc đặt bóng Foley vào kênh cổ tử cung + truyền Oxytocin; tăng go trong chuyển dạ được định nghĩa là có thúc đẩy chuyển dạ bằng truyền Oxytocin [29].

Trong nghiên cứu hồi cứu của Trần Đình Vinh [33], sử dụng tăng go và phát khởi chuyển dạ chiếm 82,9% các trường hợp BHSS chung.

Theo Hamamy [69], phát khởi chuyển dạ là yếu tố nguy cơ BHSS với OR = 2.

Theo Nyflot và cs. [95], trong các nghiên cứu trước đây, Oxytocin được sử dụng rộng rãi để thúc đẩy chuyển dạ và đi kèm với BHSS. Oxytocin có thể bảo vệ bằng cách rút ngắn thời gian chuyển dạ, qua đó làm giảm nguy cơ BHSS nặng. Tuy nhiên, Oxytocin có thể làm tăng nguy cơ BHSS sau sử dụng kéo dài do làm giảm nhạy cảm các oxytocin receptor của tử cung, dẫn đến mất chức năng co thắt và đờ tử cung. Khởi phát chuyển dạ cũng đã cho thấy là có đi kèm với BHSS trong các nghiên cứu trước đây. Người ta đã ghi nhận việc tăng tỷ lệ khởi phát chuyển dạ và việc khởi phát chuyển dạ thường được thực hiện theo yêu cầu và vì vậy không có bất kỳ chỉ định y khoa đúng đắn nào. Việc giảm nguy cơ BHSS có thể đạt được bằng cách thay đổi các phác đồ điều trị dựa trên chứng cứ liên quan đến cả khởi phát chuyển dạ và kích thích chuyển dạ.

Trong nghiên cứu thuần tập tiến cứu của Ononge và cs. [98] về tỷ lệ mới mắc và các yếu tố nguy cơ BHSS ở Uganda, 2016, phát khởi chuyển dạ/thúc đẩy chuyển dạ với Oxytocin không gây BHSS.

Theo Claire và cs. [51], các phụ nữ được truyền Oxytocin ≥ 7 giờ có tăng 1,8 lần nguy cơ BHSS khi so sánh với những phụ nữ không được truyền Oxytocin. Cũng theo các tác giả này, thời gian thúc đẩy chuyển dạ với Oxytocin ngắn hoặc thời gian truyền với tốc độ truyền Oxytocin thấp có thể làm tăng sức mạnh của các cơn go hoặc tần số các cơn go và có tiềm năng rút ngắn thời gian chuyển dạ mà không gây giảm nhạy cảm với oxytocin receptor.

Theo Kaelin và cs. [77], việc gia tăng tỷ lệ mới mắc BHSS ở Thụy Sĩ trong hai thập kỷ qua được quy một phần là do cách tiếp cận rộng rãi hơn về việc chấp nhận những thời gian chuyển dạ dài hơn và hậu quả sau đó là tăng đờ tử cung.

Theo ý kiến của chúng tôi, nếu sử dụng tăng cơ một cách hợp lý và trong thời gian ngắn, chẳng hạn trong trường hợp giai đoạn 2 (sổ thai) mà cơn go yếu, sẽ ít có khả năng gây BHSS do đờ tử cung do Oxytocin.

4.2.6. Chuyển dạ kéo dài

Bảng 3.8 cho thấy chuyển dạ kéo dài chiếm 1/100 (1%) trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong tổng quan về BHSS của Phạm Việt Thanh [22], nguyên nhân gây đờ tử cung (các yếu tố nguyên nhân gây đờ tử cung) có chuyển dạ kéo dài (OR = 4,0).

Theo Hamamy [69], chuyển dạ kéo dài >12 giờ là yếu tố nguy cơ BHSS với OR = 2.

Giai đoạn 1 kéo dài đi kèm với nguy cơ BHSS, tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (OR = 1,6; 95% KTC 1 - 1,6) [46].

Theo Nyflot [95], trong khi các nghiên cứu trước đây đang trái ngược nhau về mối liên quan giữa chuyển dạ giai đoạn 1 kéo dài với BHSS, nhiều nghiên cứu đã báo cáo tăng nguy cơ BHSS với chuyển dạ giai đoạn 2 kéo dài. Tuy nhiên, điều hợp lý là thừa nhận rằng, tổng thời gian của chuyển dạ hoạt động, và không chỉ là giai đoạn hai, tác động lên nguy cơ BHSS nặng. Một cuộc chuyển dạ kéo dài, kể cả giai đoạn 1 kéo dài, có thể làm tăng nguy cơ BHSS bằng cách gây ra đờ tử cung ở giai đoạn ba (sau khi sổ em bé). Đờ tử cung xảy ra khi cơ tử cung bị giãn thất bại trong việc co khít các mạch máu tử cung. Những cơn go đều đặn sau nhiều giờ chuyển dạ sẽ làm kiệt sức cơ tử cung và qua đó làm giảm sự co thắt theo thời gian, gây rối loạn chức năng tử cung.

Những nguyên nhân gây rối loạn chức năng tử cung trước khi bắt đầu chuyển dạ, như u xơ tử cung, tử cung quá căng, tử cung có sẹo mổ, và nhiễm khuẩn, có thể dẫn đến việc trì hoãn tất cả các giai đoạn chuyển dạ và vì vậy gây BHSS [96].

Chuyển dạ kéo dài được định nghĩa là thời gian chuyển dạ kéo dài >24 giờ ở SP con so và >16 giờ ở SP con rạ [8], [10], [25]. Theo quan điểm trước đây, chuyển dạ giai đoạn 1 pha tiềm thời kéo dài khi thời gian chuyển dạ ở con so >20 giờ và con rạ >14 giờ. Tuy nhiên hiện nay, chẩn đoán này (chuyển dạ giai đoạn 1 pha tiềm thời kéo dài) không còn phổ biến và được cho là một chẩn đoán khó chính xác, bởi

vì rất khó để xác định chính xác thời điểm bắt đầu chuyển dạ, cũng như khó phân biệt chuyển dạ thật và chuyển dạ giả [17].

Đối với chuyển dạ giai đoạn 1 pha hoạt động (còn gọi là giai đoạn Ib): theo Friedman 1955, pha hoạt động bắt đầu khi cổ tử cung mở 4cm. Tuy nhiên, theo Hội Sản Phụ khoa Mỹ 2014, trong thực hành sản khoa ngày nay đã ghi nhận được rằng, thời gian chuyển dạ bình thường dài hơn so với trước đây. Thời gian để cổ tử cung mở từ 4cm lên 5cm có thể kéo dài hơn 6 giờ cả người sinh con so và con rạ, và thời gian để cổ tử cung mở từ 5cm lên 6cm có thể kéo dài hơn 3 giờ. Như vậy, thời gian để cổ tử cung mở từ 4cm lên 6cm có thể kéo dài hơn 9 giờ [17].

Từ quan điểm của Hội Sản Phụ khoa Mỹ 2014 về chuyển dạ giai đoạn 1 pha hoạt động [17], chúng tôi cho rằng, trong tương lai gần, cần thống nhất từ lúc cổ tử cung mở 6 cm và từ mốc thời gian này, là chuyển dạ giai đoạn 1 pha hoạt động. Như vậy, sẽ tính là thời gian chuyển dạ giai đoạn 1 pha hoạt động (Ib) kéo dài với SP con so nếu cổ tử cung mở $<1,2\text{cm/giờ}$, với SP con rạ nếu cổ tử cung mở $<1,5\text{cm/giờ}$. Điều này sẽ giúp tránh được tâm lý nóng vội (có thể dẫn đến tăng tỷ lệ mổ lấy thai với chẩn đoán chuyển dạ không tiến triển) vì thời gian chuyển dạ kéo dài (nếu tính theo nghiên cứu trước đây của Friedman 1955) [17], cũng như tránh được can thiệp tăng co quá sớm khi cổ tử cung mới mở được có 4 - 5cm (vẫn còn được xem là giai đoạn 1 pha tiềm thời theo Hội Sản Phụ khoa Mỹ 2014). Việc tránh sử dụng tăng co quá sớm và kéo dài sẽ giúp tránh được BHSS do đỡ tử cung do Oxytocin.

Giai đoạn 2 kéo dài, theo Jani là yếu tố dự đoán độc lập của BHSS ($RR = 2,3$; 95% KTC 1,6 - 3,3); theo Magann, giai đoạn 2 kéo dài đi kèm với nguy cơ BHSS với $OR = 1,6$ [46].

Trong một nghiên cứu bệnh-chứng hồi cứu (gồm 159 trường hợp BHSS và 318 trường hợp thuộc nhóm chứng), Claire và cs. [51] nhận thấy rằng, những phụ nữ sinh con so có giai đoạn 2 chuyển dạ kéo dài ≥ 3 giờ có tăng tỷ lệ BHSS gấp 2 lần khi so với những phụ nữ sinh con so có giai đoạn 2 chuyển dạ < 2 giờ.

Theo ý kiến của chúng tôi, khi cần can thiệp để phòng ngừa đỡ tử cung do chuyển dạ kéo dài, nên tính là chuyển dạ kéo dài khi: chuyển dạ giai đoạn 1 pha hoạt động kéo dài khi cổ tử cung đã mở được 6 cm mà tốc độ mở cổ tử cung $<1,2\text{cm/giờ}$ ở

SP con so, $<1,5\text{cm/giờ}$ ở SP con rạ. Chuyển dạ giai đoạn 2 (sổ thai) kéo dài khi thời gian >2 giờ ở SP con so, >1 giờ ở SP con rạ không có gây tê ngoài màng cứng. Chuyển dạ giai đoạn 3 (sổ nhau) kéo dài khi thời gian >30 phút, trong trường hợp không có xử trí tích cực giai đoạn 3 và tiêu chuẩn này chỉ còn áp dụng trong sổ nhau tự nhiên.

4.2.7. Sinh hỗ trợ thủ thuật

Bảng 3.8 cho thấy sinh hỗ trợ thủ thuật chiếm 3/100 (3%) trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu này có 3 trường hợp sinh hỗ trợ thủ thuật là sử dụng giác hút.

Sinh hỗ trợ thủ thuật là yếu tố nguy cơ BHSS với nguy cơ tăng OR từ 1,6 theo Cameron [46] đến $\text{OR} = 2$ theo Hamamy [69].

Mục đích của sinh hỗ trợ thủ thuật bằng giác hút là giảm sức rặn cho người mẹ [7].

Giác hút không thể thay thế được cho mổ lấy thai cũng như cho forceps. Tuyệt đối không phải vì giác hút dễ làm mà ta lạm dụng, dễ gây nhiều tai biến cho mẹ và con [4].

Theo John Richard [72], có thể tóm tắt các chỉ định sinh hỗ trợ thủ thuật bao gồm: (1) Giai đoạn 2 chuyển dạ (sổ thai) kéo dài; (2) Nghi ngờ có suy thai; (3) Rút ngắn giai đoạn 2 chuyển dạ vì lợi ích người mẹ.

Theo Richa Saxena [107], trong quá trình sinh hỗ trợ thủ thuật bằng giác hút, việc tham gia rặn của SP là cần thiết, một trong những nhược điểm của giác hút đó là không thể sử dụng giác hút trong trường hợp mẹ kiệt sức không thể rặn xuống nữa. Giúp sinh giác hút phải được thực hiện bởi bác sỹ sản khoa có kinh nghiệm và phải từ bỏ (ngừng) ngay nếu không tiến hành trôi chảy, thời gian quá 20 phút đã trôi qua, hoặc bị bật nắp quá 3 lần, hoặc 3 lần kéo liên tục mà không tiến triển hoặc sổ thai. Bác sỹ sản khoa phải xem giác hút là một thử nghiệm. Đó là diễn tiến đi xuống của đầu thai cùng với mỗi lần kéo. Nếu không có chứng cứ rõ ràng về việc đi xuống của đầu thai, phải xem xét cách sinh khác. Khi so sánh với forceps, giúp sinh giác hút được xem là ít gây tổn thương cho người mẹ. Ngoài ra, có thể hạn chế tối đa các biến chứng cho thai, nếu thầy thuốc tôn trọng các chống chỉ định của việc sử dụng giác hút.

4.2.8. Rối loạn tăng huyết áp

Bảng 3.7 cho thấy rối loạn tăng huyết áp chiếm 6/100 (6%) trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ nhìn chung được chia làm 4 nhóm chính: tăng huyết áp thai nghén; tiền sản giật-sản giật trong đó hội chứng HELLP được xem là một hình thái nặng của tiền sản giật và được xem như nhóm tiền sản giật nặng; tăng huyết áp mạn tính; tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn tính [24], [87], [97].

Tăng HA trong thai kỳ làm giảm tưới máu đến tử cung, là yếu tố có thể dẫn đến đờ tử cung [13], [14]. Cần lưu ý rằng, ở những người cao huyết áp trong thai kỳ, dù đã bị mất nhiều máu thì huyết áp có thể vẫn còn ở mức độ bình thường [13]; cần theo dõi và can thiệp khi HA giảm $>15\%$ so với trước sinh [76], [83].

Tiền sản giật, sản giật là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai, là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong cho mẹ và thai [2].

Theo Hamamy [69], tiền sản giật/tăng huyết áp thai kỳ là yếu tố nguy cơ BHSS có OR = 4.

Trong nghiên cứu hồi cứu của Trần Đình Vinh [33], tiền sản giật chiếm 20% các trường hợp BHSS chung.

Theo ý kiến của chúng tôi, rối loạn tăng HA trong thai kỳ là một bệnh lý tim mạch phức tạp trong sản khoa, do đó, cần hội chẩn với chuyên gia nội tim mạch để có hướng điều trị đúng đắn. Trong trường hợp có sử dụng các thuốc giãn cơ tử cung thuộc nhóm chẹn kênh calcium như Magnesium sulfate, Nifedipine, Nicardipine.v.v., cần chuẩn bị sẵn một ống Calcium gluconate để đề phòng BHSS [81].

4.2.9. Tiền sử băng huyết sau sinh

Bảng 3.7 cho thấy tiền sử BHSS chiếm 2/100 (2%) trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong tổng quan BHSS của Phạm Việt Thanh [22], có yếu tố tiền sử BHSS (OR = 2,2).

Theo Hamamy [69], tiền sử BHSS là yếu tố nguy cơ đáng kể với OR = 3.

Theo Unterscheider và cs. [115], sản phụ có tiền sử BHSS có tăng nguy cơ BHSS gấp 2 - 4 lần so với những sản phụ không có tiền sử BHSS.

Trong nghiên cứu bệnh-chứng năm 2017 của Nyflot và cs. [95] về các yếu tố nguy cơ BHSS nặng, tác giả kết luận rằng, những phụ nữ có tiền sử BHSS nặng (được định nghĩa là mất ≥ 1.500 mL máu hoặc cần phải truyền máu), có nguy cơ cao

nhất bị BHSS nặng. Tiền sử BHSS nặng phải được gộp vào yếu tố nguy cơ để triển khai và công nhận tính hợp lý của các mô hình dự phòng BHSS.

4.2.10. Chảy máu trước sinh

Bảng 3.7 cho thấy chảy máu trước sinh chiếm 1/100 (1%) trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Nhau tiền đạo (nhau bám bất thường) được xếp vào nhóm chảy máu từ vị trí nhau bám. Trong khi nhau bong non được xếp vào nhóm rối loạn đông máu [13].

Nhau bong non có nguy cơ lớn BHSS với OR = 12,6 theo Stones [46] đến OR = 13 theo Hamamy [69].

Nhau tiền đạo có nguy cơ lớn BHSS với OR = 12 theo Hamamy [69] đến OR = 13,7 theo Stones [46].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 1 trường hợp (ca thứ 86) có chảy máu trước sinh do nhau bong non thể nhẹ. Trường hợp này sau bấm ối, nước ối có màu đỏ; cổ tử cung thuận lợi, sinh đường âm đạo và bị BHSS.

4.2.11. Nhiễm khuẩn ối

Bảng 3.8 cho thấy nhiễm khuẩn ối chiếm 1/100 (1%) trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu hồi cứu của Trần Đình Vinh, nhiễm khuẩn ối chiếm tỷ lệ 12,9% các trường hợp BHSS chung [33].

Nhiều nghiên cứu báo cáo rằng, nhiễm khuẩn ối là một yếu tố nguy cơ BHSS với OR = 1,3 sau sinh đường âm đạo và OR = 2,69 sau sinh mổ [46].

Theo Larry Shields [85], nói chung, các thuốc co hồi tử cung kém hiệu quả trong bối cảnh nhiễm khuẩn ối.

4.2.12. U xơ tử cung

Bảng 3.7 cho thấy u xơ tử cung chiếm 0 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi, có lẽ do cỡ mẫu nghiên cứu không đủ lớn để khảo sát hết được các yếu tố nguy cơ trước và trong khi mang thai của sản phụ (vì tỷ lệ u xơ và thai không lớn).

U xơ tử cung được xếp vào chất lượng tử cung kém. Chất lượng tử cung kém: do sinh nhiều lần, tử cung có sẹo cũ, u xơ tử cung, tử cung dị dạng..., dẫn đến đờ tử cung [14].

Theo Unterscheider và cs. [115], sản phụ có u xơ tử cung có tăng nguy cơ BHSS gấp 2 lần so với những sản phụ không có u xơ.

4.2.13. Tuổi trên 35

Bảng 3.7 cho thấy mẹ lớn tuổi (tuổi > 35) chiếm 11/100 (11%) trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Theo Ohkuchi, tuổi ≥ 35 có nguy cơ cao BHSS với OR = 1,5; theo Tsu, tuổi ≥ 35 có RR được điều chỉnh là 3 [46].

Thực tế, trong nghiên cứu của chúng tôi, những sản phụ trên 35 tuổi (có 11 sản phụ > 35 tuổi) đều có kèm 1 hoặc nhiều hơn yếu tố liên quan đến BHSS do đờ tử cung như thiếu máu, đa thai,... Như vậy, có thể có nhiều yếu tố kết hợp gây đờ tử cung ở sản phụ > 35 tuổi.

4.2.14. BMI ≥ 30 (béo phì)

Bảng 3.7 cho thấy sản phụ béo phì chiếm 4/100 (4%) trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Một người trưởng thành có BMI ≥ 30 kg/m² được xem là béo phì [74].

Theo Hamamy [69], yếu tố nguy cơ BHSS là béo phì (BMI > 35) với OR = 2.

Nghiên cứu ở Anh cho thấy BMI > 30 có nguy cơ cao BHSS, OR = 1,5 [46].

Theo Hội Sản Phụ khoa Mỹ, 2015 [38], khi SP vào phòng sinh có BMI > 40 là có yếu tố nguy cơ trung bình liên quan đến BHSS.

4.2.15. Số lần sinh trên 4

Bảng 3.7 cho thấy số lần sinh trên 4 chiếm 5/100 (5%) trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Theo tổng quan BHSS của Phạm Việt Thanh [22], số lần sinh > 5 lần là yếu tố nguy cơ BHSS. Tuy nhiên, theo Unterscheider [115], sinh nhiều lần, cho đến nay vốn đã được tin là yếu tố nguy cơ đáng kể của đờ tử cung thì trong những nghiên cứu gần đây lại không gợi lên một sự liên quan nào với đờ tử cung.

4.2.16. Thai to

Bảng 3.7 cho thấy thai to chiếm 20 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 3.9 cho thấy, qua phân tích hồi quy logistic đa biến, yếu tố nguy cơ thai to gây đờ tử cung có OR = 5,50 (95% KTC 1,92 - 15,77); $p < 0,05$.

Tại Anh, thai >4000g có nguy cơ BHSS liên quan đến $OR = 2,01$; tại Mỹ, thai 4000 - 4499g liên quan đến $OR = 1,69$ [46].

Trong nghiên cứu hồi cứu của Trần Đình Vinh [33], trọng lượng con >3500g chiếm 60,7% các trường hợp BHSS chung.

Cần lưu ý rằng, người Việt Nam thai to được quy định là >3.500g; ở Châu Âu, thai to được định nghĩa là >4.000g [3].

Trong trường hợp biết chắc chắn là thai to, ta nên mổ lấy thai. Ngược lại, nếu thai to không rõ, thái độ xử trí sẽ tế nhị hơn. Nên thực hiện nghiệm pháp sinh đường âm đạo một cách thận trọng và ngắn ngủi hơn [5].

Ngoài ra, mặc dù sau khi làm nghiệm pháp lọt thành công, ngôi chỏm có thể lọt xuống được, nhưng vì thai to cho nên phải can thiệp lấy thai ra bằng cách cắt nới tầng sinh môn, giác hút, forceps và còn có nguy cơ kẹt vai. Trong trường hợp thấy rõ ràng khung chậu bình thường có sự bất tương xứng rõ rệt vì thai to, thì nên có chỉ định phẫu thuật mổ lấy thai, có khi không cần sử dụng nghiệm pháp lọt ngôi chỏm [3], [5].

Theo ý kiến của chúng tôi, đối với thai to > 3500g, cần xem xét đồng thời hai yếu tố là trọng lượng thai và khung chậu mẹ xem có bất cân xứng hay không trong từng trường hợp cụ thể để có hướng xử trí.

4.2.17. Thiếu máu trước sinh

Bảng 3.7 cho thấy thiếu máu trước sinh chiếm 29/100 (29%) trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 3.9 cho thấy, qua phân tích hồi quy logistic đa biến, yếu tố nguy cơ thiếu máu gây đờ tử cung có $OR = 21,83$ (95% KTC 5,00 - 95,27); $p < 0,05$.

Theo Hamamy [69], thiếu máu trước sinh ($Hb < 9g/dL$) là yếu tố nguy cơ BHSS với $OR = 2$.

Theo Ononge và cs. [98], yếu tố nguy cơ BHSS do thiếu máu từ trung bình đến nặng có $OR = 2,14$ với $p = 0,04$.

Theo Karoshi và cs. [79], người phụ nữ có thể bị BHSS, được định nghĩa là có ảnh hưởng nguy hại đến các dấu hiệu sinh tồn, nếu lượng $Hb < 7g/dL$ trước sinh và sau đó chỉ mất có 200 ml.

Các nghiên cứu trước đây [78] đã cho thấy rằng, thiếu máu nặng có thể làm

suy yếu cơ thất cơ tử cung do suy yếu việc chuyển tải hemoglobin và oxygen gây rối loạn chức năng các enzyme mô và tế bào.

Trong một nghiên cứu quan sát của Kaima [78] về mối liên quan giữa BHSS và mức Hb lúc sinh, đã cho thấy rằng thiếu máu càng nặng thì lượng máu mất càng lớn và dự hậu càng xấu. Nghiên cứu gồm mọi phụ nữ sinh một con, tuổi thai ≥ 38 tuần (dựa trên siêu âm 3 tháng đầu và/hoặc kỳ kinh cuối), được sinh mổ và có thiếu máu trung bình hoặc nặng. Thiếu máu được định nghĩa theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới: nhẹ (Hb 10-10,9 g/dL), trung bình (Hb 7-9,9 g/dL), và nặng (Hb < 7). Sau khi đã loại trừ khỏi nghiên cứu những phụ nữ có các yếu tố nguy cơ đẻ tử cung [chẳng hạn, tử cung quá căng, sinh con ≥ 5 , tiền sử BHSS, khuynh hướng chảy máu, .v.v.], có 53 phụ nữ đáp ứng các tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Kaima, BHSS do đẻ tử cung nặng trong khi mổ lấy thai cần phải cắt tử cung cấp cứu xảy ra ở 39,6% (32/53) các phụ nữ bị thiếu máu nặng (Hb ≤ 7 g/dL).

Theo Biguzzi và cs. [43], trong một nghiên cứu thuần tập về các yếu tố nguy cơ BHSS ở 6.011 phụ nữ Italy, năm 2011, các tác giả tìm thấy rằng, mức Hb thấp trước sinh là một yếu tố nguy cơ BHSS mới, có tiềm năng có thể sửa đổi.

Như vậy, việc điều trị thiếu máu trước sinh, nâng lượng Hb ≥ 11 g/dL có thể phòng ngừa và cải thiện BHSS.

4.2.18. Không có yếu tố nguy cơ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 15/100 (15%) bệnh nhân trong nhóm bệnh (BHSS) không có các yếu tố nguy cơ (Bảng 3.6).

Theo Charles R. B. Beckmann [49], BHSS không phải là một chẩn đoán, đúng hơn là một dấu hiệu quan trọng có tính sống còn, thường xảy ra mà không có báo trước và không có các yếu tố nguy cơ. Theo ACOG 2017 [36], một số nguyên nhân đã được biết rõ như chuyển dạ kéo dài, nhiễm khuẩn ối đi kèm với BHSS. Tuy nhiên, nhiều phụ nữ không có các yếu tố nguy cơ này vẫn có thể bị BHSS. Các tổ chức quốc gia và tiểu bang gợi ý rằng, phải đánh giá nguy cơ của người mẹ trước sinh và tại thời điểm nhập viện và phải sửa đổi liên tục khi các yếu tố nguy cơ phát triển trong khi chuyển dạ hoặc ở giai đoạn sau khi sinh.

Nghiên cứu hồi cứu của Trần Đình Vinh [33] cho thấy sản phụ BHSS không có yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ khá cao 34%. Do vậy, chăm sóc bệnh nhân toàn diện, theo dõi sát, xử trí tích cực giai đoạn 3 là những yếu tố góp phần giảm tỷ lệ BHSS.

Theo Unterscheider và cs. [115], đờ tử cung có thể xảy ra ở những phụ nữ không có các yếu tố nguy cơ báo trước, do đó, ở mỗi khoa sản cần có sẵn các phác đồ xử trí BHSS do đờ tử cung.

4.3. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA

Mặc dù không nằm trong mục tiêu nghiên cứu, tuy nhiên, điều trị nội khoa và xoa đáy tử cung đóng vai trò quan trọng trong việc chỉ định chèn bóng lòng tử cung hoặc các thủ thuật ngoại khoa khác.

4.3.1. Hiệu quả của các thuốc co hồi tử cung ở 100 bệnh nhân được điều trị nội và xoa đáy tử cung

Bảng 3.10 cho thấy tỷ lệ đáp ứng với các thuốc co hồi tử cung chiếm tỷ lệ 68% trường hợp. Tỷ lệ không đáp ứng với điều trị nội khoa là 32% trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu này, một vấn đề cần đặt ra là tỷ lệ không đáp ứng với điều trị nội khoa là 32% có cao quá và có chấp nhận được hay không?

Theo Trần Thị Lợi, Nguyễn Thị Minh Tuyết [12], tại bệnh viện Từ Dũ, trong 100% các trường hợp BHSS được điều trị nội khoa ban đầu bằng Oxytocin và Misoprostol 1000 μ g, gần 22% cần can thiệp điều trị ngoại khoa sau đó.

Trong nghiên cứu hồi cứu của Trần Đình Vinh [33], tại bệnh viện Đà Nẵng, cho thấy điều trị nội khoa (bao gồm sử dụng thuốc tăng co: Oxytocin, Ergometrine, Misoprostol, bù dịch, truyền máu) chiếm 62,8%; can thiệp phẫu thuật (thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị, cắt tử cung bán phần thấp) chiếm 37,2%. Như vậy hơn 1/3 cần can thiệp ngoại khoa những trường hợp đờ tử cung không hồi phục.

Trong nghiên cứu của Kandeel và cs. [79], Ai Cập, (2016), trong số 151 trường hợp BHSS sau sinh đường âm đạo và sinh mổ, có 57 (37,7%) trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa và xoa đáy tử cung.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BHSS không đáp ứng với điều trị nội và xoa đáy tử cung khá cao, có thể có nguyên nhân là do tiêu chuẩn chọn nhóm

bệnh BHSS. Tiêu chuẩn chọn bệnh trong nghiên cứu này bao gồm lượng chảy máu ≥ 500 mL và có rối loạn huyết động. Nếu chọn nhóm bệnh theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới [118], chỉ có lượng máu mất ≥ 500 mL trong vòng 24 giờ sau sinh (không có rối loạn huyết động) thì tỷ lệ đáp ứng điều trị có thể cao hơn nhiều.

Theo Driessen và cs.[60], chậm trễ trong việc bắt đầu xử trí BHSS như soát buồng tử cung bằng tay, truyền Oxytocin, gọi giúp đỡ sẽ đi kèm với tăng nguy cơ BHSS nặng.

4.3.2. Số yếu tố nguy cơ

Trong phần này, chúng tôi nghiên cứu số yếu tố nguy cơ theo phương pháp nghiên cứu (gồm 16 yếu tố nguy cơ ở mục 2.2.); không phải từ kết quả phân tích dữ liệu 100 ca trong nghiên cứu mục tiêu 1.

Bảng 3.11 cho thấy: Trong số 32 trường hợp thất bại với điều trị nội khoa, có 16 trường hợp có 1 yếu tố nguy cơ, 9 trường hợp có 2 yếu tố nguy cơ, 4 trường hợp có 3 yếu tố nguy cơ và 1 trường hợp có 4 yếu tố nguy cơ. Điều này cho thấy rằng, cần cảnh giác với những trường hợp có yếu tố nguy cơ BHSS. Trong số 2 trường hợp còn lại không có yếu tố nguy cơ. Theo ý kiến của chúng tôi, để tránh thất bại, cần lưu ý các yếu tố nguy cơ gây BHSS, đặc biệt là các nguy cơ trước sinh, trong chuyển dạ và sau sinh đã biết/đã được thiết lập [46], [69].

4.3.3. Thời điểm băng huyết sau sinh:

Bảng 3.12 cho thấy: Trong số 32 trường hợp thất bại với điều trị nội khoa, có 25 trường hợp được chẩn đoán là BHSS giờ thứ 1, những trường hợp còn lại (7) xảy ra từ giờ 2 đến ≥ 5 .

Bảng 3.13 cho thấy: Trong số 68 trường hợp thành công với điều trị nội khoa, có 53 trường hợp được chẩn đoán là BHSS giờ thứ 1, những trường hợp còn lại (15) xảy ra từ giờ 2 đến ≥ 5 .

Xuất huyết đột ngột hoặc xuất huyết rỉ rả kéo dài đều là cấp cứu sản khoa. Phải can thiệp tích cực [15]. Điều này nói lên tầm quan trọng của việc thực hiện bảng kiểm theo dõi sau sinh. Cần theo dõi sau sinh 6 giờ, đặc biệt là 2 giờ đầu sau sinh [21]. Việc phát hiện BHSS chậm có thể dẫn đến thất bại trong điều trị nội và xoa đáy tử cung.

4.3.4. Thời gian điều trị nội và xoa đáy tử cung:

Bảng 3.14 cho thấy: Trong số 32 trường hợp thất bại với điều trị nội khoa, thời gian điều trị nội và xoa đáy tử cung trung bình là $41,56 \pm 54,96$ phút.

Thời gian điều trị nội 15 phút - 30 phút chiếm 26 trường hợp; thời gian điều trị nội >30 phút chiếm 6 trường hợp trong đó có một trường hợp điều trị lâu nhất là 255 phút (ca thứ 16 trong số 32 ca).

Bảng 3.15 cho thấy: Trong số 68 trường hợp thành công với điều trị nội khoa, thời gian điều trị nội và xoa đáy tử cung > 30 phút có 51 ca, chiếm 3/4 trong tổng số các ca thành công.

Theo Sản Phụ khoa-Sách đào tạo bác sỹ đa khoa [11], trên lâm sàng có 2 mức độ đờ tử cung. Đờ tử cung còn hồi phục: cơ tử cung bị giảm trương lực nên tử cung go hồi kém, đặc biệt ở vùng nhau bám; nhưng cơ tử cung còn đáp ứng với kích thích cơ học và thuốc. Đờ tử cung không hồi phục: cơ tử cung không còn đáp ứng với các kích thích trên.

Khi có chẩn đoán đờ tử cung, phải xử trí tích cực, tiến hành song song cầm máu và hồi sức. Kiểm soát tử cung, sử dụng thuốc co hồi tử cung, truyền dịch bồi phụ khối lượng tuần hoàn, truyền máu. Xoa đáy tử cung. Đặt thông tiểu giúp tử cung go tốt đồng thời theo dõi lượng nước tiểu [21], [30]. Có thể sử dụng Tranexamic acid trong vòng 3 giờ sau sinh [37], [117].

Tuy nhiên, nếu sau khi xoa đáy tử cung, sử dụng các thuốc nhưng máu tiếp tục chảy và mỗi khi ngừng xoa lại nhão, phải nghĩ đến đờ tử cung không hồi phục, lập tức chỉ định các bước can thiệp tiếp theo [30].

Theo ý kiến của chúng tôi, do đáp ứng của Oxytocin với tiêm bắp xảy ra trong vòng 3 - 7 phút, đáp ứng lâm sàng kéo dài 1 - 3 giờ, thời gian bán hủy huyết tương của Oxytocin là 1 - 6 phút [85], [118], và đáp ứng lâm sàng nhanh sau truyền tĩnh mạch [85]. Đáp ứng của Ergometrine với tiêm bắp có tác dụng bắt đầu trong vòng 2 - 5 phút [85], [118], kéo dài 45 phút (mặc dù các cơn go theo nhịp có thể tồn tại đến 3 giờ), thời gian bán hủy là 30 - 120 phút [118]. Prostaglandin E1 (Misoprostol, Cytotec), được hấp thu 9 - 15 phút sau khi ngậm dưới lưỡi, uống, đặt âm đạo hoặc trực tràng; đường uống và ngậm dưới lưỡi có ưu điểm là khởi đầu tác dụng nhanh,

trong khi đặt âm đạo hoặc trực tràng dẫn đến hoạt động kéo dài và hoạt tính sinh học lớn hơn [118]. Tuy nhiên, theo Mavrides, bất kể đường cho thuốc (ngậm dưới lưỡi, uống, đặt âm đạo, đặt trực tràng), Misoprostol cần 1,0 - 2,5 giờ để làm tăng trương lực tử cung và được khuyến cáo ngậm dưới lưỡi, đặc biệt đối với bệnh nhân tỉnh táo, còn ý thức [91]. Tranexamic acid 1 g (100 mg/mL) tiêm tĩnh mạch chậm, tốc độ 1 mL/phút, được Hội Sản Phụ khoa Mỹ 2017 và Tổ chức Y tế Thế giới 2017 khuyến cáo sử dụng cho mọi trường hợp BHSS, bất kể nguyên nhân là do tổn thương đường sinh dục hoặc do các nguyên nhân khác; sử dụng TXA trong vòng 3 giờ sau sinh và càng sớm càng tốt sau khi bị BHSS [36], [37], [117]. Tại bệnh viện của chúng tôi, hiện tại không có Carbetocin (Duratocin) và prostaglandin F2 α (Carboprost).

Theo Karoshi [80], nếu điều trị nội khoa sử dụng ba đến bốn thuốc co hồi tử cung mà vẫn không có tác dụng trong vòng một giờ, không có lý do hợp lý nào để cho rằng, các thuốc này sẽ có tác dụng trong giờ tiếp theo.

Cũng theo Karoshi [80], thời gian dường như làm tăng sự phức tạp của bất kỳ trường hợp BHSS nào, bởi vì chảy máu tiếp tục, mà không có sự kiểm soát thích hợp và đầy đủ kịp thời, bao giờ cũng dẫn đến rối loạn đông máu.

Theo ý kiến của chúng tôi, do chưa có chứng cứ cho thấy trình tự dùng thuốc nào là tốt hơn; điểm quan trọng không phải là trình tự dùng thuốc mà là phương pháp nhanh nhất để tử cung co hồi và nhanh chóng đánh giá hiệu quả. Nếu không hiệu quả, phải can thiệp nhanh chóng.

Từ những quan điểm trên, phù hợp với kết quả nghiên cứu, chúng tôi cho rằng: trong vòng một giờ, phải xác định việc điều trị bằng các thuốc co hồi tử cung $\pm$ Tranexamic acid có hiệu quả điều trị đỡ tử cung hay không. Nếu đáp ứng, sẽ tiếp tục điều trị tích cực; nếu không, cần can thiệp xâm lấn nhanh chóng, đặc biệt trong trường hợp BHSS có tốc độ mất máu nhanh hoặc nhanh chóng dẫn đến mất ổn định về huyết động mà cơ sở/bệnh viện có nguồn lực thấp, không có nhiều máu dự trữ hoặc không có máu.

4.3.5. Lượng máu mất tổng cộng bao gồm lượng máu mất sau sinh trong thời gian điều trị nội:

Bảng 3.16 cho thấy: Trong số 32 trường hợp thất bại với điều trị nội khoa, lượng máu mất tổng cộng bao gồm lượng máu mất sau sinh trong thời gian điều trị

nội trung bình là $1178,13 \pm 264,56$ mL. Lượng máu mất từ 1000 mL đến >1500 mL là 32 trường hợp.

Bảng 3.17 cho thấy: Trong số 68 trường hợp thành công với điều trị nội khoa, lượng máu mất tổng cộng bao gồm lượng máu mất sau sinh trong thời gian điều trị nội <1000 mL có 66 trường hợp (97,1%).

Điều này nói lên tầm quan trọng của việc đánh giá lượng máu mất cùng với thời gian điều trị nội khoa và xoa đáy tử cung. Phù hợp với quan điểm của ACOG, 2017 [37], Coker [52], và Karoshi [80], chúng tôi cho rằng, nếu lượng máu mất từ ≥ 1000 - 1500 mL, cần can thiệp xâm lấn nhanh chóng, tránh khả năng xuất hiện rối loạn đông máu do mất máu nhiều [37], [80], đặc biệt ở nơi có nguồn lực thấp, không có nhiều máu dự trữ hoặc không có máu.

4.3.6. Chỉ số sốc (SI)

Bảng 3.18 cho thấy chỉ số sốc trong các trường hợp điều trị nội thất bại (ở 32 ca trước khi chèn bóng) trung bình là $1,53 \pm 0,17$.

Chỉ số sốc 1,3 - 1,6 chiếm 29 trường hợp. Chỉ số sốc 1,7 đến >1,8 chiếm 3 trường hợp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, do tiêu chuẩn chọn bệnh có lượng máu mất là ≥ 500 mL và có rối loạn huyết động (mạch ≥ 110 lần/phút, hoặc HA $\leq 85/45$ mmHg). Do đó, ngay từ đầu, chỉ số sốc ở những SP này có thể đã sắp xếp từ 1,2 trở lên (chẳng hạn, SI = nhịp tim /HA tâm thu = $110/90 = 1,2$).

Bảng 3.19 cho thấy, trong số 68 ca thành công với điều trị nội, có 45 ca có chỉ số sốc từ 0,7 - 1,2.

Chỉ số sốc từ 0,7 - 0,9 thường gặp ở những ca băng huyết sau sinh có nhịp tim nhanh ≥ 110 lần/phút nhưng huyết áp tối đa chưa tụt, đặc biệt ở những ca có rối loạn tăng huyết áp.

Theo Abigail Le Bas [35], chỉ số sốc, còn gọi là chỉ số sốc sản khoa (obstetric shock index - OSI) trung bình là 0,7 - 0,9. Chỉ số sốc >1 dường như là một công cụ hữu ích trong ước tính lượng máu mất trong những trường hợp BHSS nặng và trong việc dự báo nhu cầu truyền máu hoặc sản phẩm máu.

Theo Nathan và cs. [94], chỉ số sốc, được so sánh một cách thuận lợi với các dấu hiệu sinh tồn thông thường trong dự báo nhập ICU và các dự hậu khác trong

BHSS, sau khi điều chỉnh các yếu tố gây nhiễu; SI <0,9 cho thấy an toàn, trong khi SI $\geq 1,7$ cho thấy nhu cầu chăm sóc khẩn trương. Ở nơi nguồn lực thấp, thông số đơn giản này có thể cải thiện các dự hậu. Theo Nathan, ngưỡng $\geq 0,9$ này cao hơn giới hạn bình thường phía trên của dân số-không có thai, phản ánh những thay đổi huyết động của giai đoạn thai kỳ và sau sinh.

Theo Hội Sản Phụ khoa Mỹ 2017 [37], ở phụ nữ sau sinh, các dấu hiệu và triệu chứng của mất máu đáng kể sẽ không xuất hiện cho đến khi lượng máu mất lớn đã xảy ra.

Theo ý kiến của chúng tôi, chỉ số sốc SI ≥ 1 sẽ gợi ý điều trị nội khẩn trương (và xoa đáy tử cung) và dự báo nhu cầu truyền máu. Theo Coker và cs. [52], lượng máu mất từ 500 - 1000mL (mất 10 - 15%) có nhịp tim nhanh và HA bình thường; lượng máu mất từ 1000 - 1500mL (mất 15 - 25%) có nhịp tim nhanh và HA giảm nhẹ; lượng máu mất từ 1500 - 2000mL (mất 25 - 35%) có nhịp tim nhanh và HA 70 - 80mmHg [52]; theo Hội Sản Phụ khoa Mỹ 2017 [37], mất khoảng ≥ 1500 mL (25%) có mạch nhanh và HA giảm. Do đó, SI (nhịp tim/HA tâm thu) có liên quan rõ rệt đến lượng máu mất; SI đặc biệt hữu ích ở nơi có nguồn lực thấp [35], [94].

4.3.7. Xác định thời điểm chèn bóng

Theo ý kiến của chúng tôi, chèn bóng lòng tử cung cần theo đúng các chỉ định (xem mục 1.12). Tuy nhiên, để tránh chèn bóng quá sớm (lạm dụng chèn bóng) cũng như chèn bóng quá muộn (chảy máu nhiều gây rối loạn đông máu, tăng tỷ lệ thất bại), cần lưu ý các yếu tố sau: (1) thời gian điều trị nội và xoa đáy tử cung; (2) lượng máu mất tổng cộng bao gồm lượng máu mất sau sinh trong thời gian điều trị nội; (3) theo dõi các dấu hiệu sinh tồn kể cả chỉ số sốc; (4) các yếu tố nguy cơ đã biết/đã được thiết lập. Trong đó, thời gian điều trị nội (và xoa đáy tử cung) và lượng máu mất bao gồm lượng máu mất sau sinh trong thời gian điều trị nội có tầm quan trọng quyết định. Chỉ số sốc, như đã đề cập ở trên, là một công cụ hữu ích, đặc biệt ở nơi nguồn lực thấp. Đối với các yếu tố nguy cơ, cần cảnh giác với một số yếu tố nguy cơ đã biết [46], [69], đặc biệt là các yếu tố nguy cơ lớn theo Hamamy [69]; tuy nhiên, trong thực tế đã có những trường hợp BHSS xảy ra mà không có các yếu tố nguy cơ [33], [115].

Chúng tôi cho rằng, để có quyết định chèn bóng kịp thời và tránh lạm dụng chèn bóng, cần có mô hình dự báo chèn bóng lòng tử cung trong BHSS do chờ tử

cung. Tuy nhiên, để có mô hình dự báo, cần có nghiên cứu thuần tập tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn.

Theo Burke và cs. [45], 2015, (Hoa Kỳ), trong báo cáo loạt trường hợp tiến cứu đa trung tâm ở Kenya, Sierra Leone, Senegal và Nepal, bao gồm 307 cơ sở y tế trong 29 tháng, từ 1 tháng 9 năm 2012 đến 1 tháng 2 năm 2015; bộ dụng cụ chèn bóng lòng tử cung bao cao su (ESM-UBT kit) được sử dụng trong bối cảnh phác đồ quốc gia về BHSS đã được thiết lập. Kết quả: 201 ESM-UBT đã được chèn vì BHSS khó kiểm soát sau sinh đường âm đạo không đáp ứng với mọi can thiệp khác. Trong đó, 38% (71/188) các phụ nữ đã bị mất tri giác hoặc lú lẫn tại thời điểm chèn bóng. Sốt do mọi nguyên nhân là 95% (190/201). Tuy nhiên, 98% (160/163) các phụ nữ đã sống sót với BHSS khó kiểm soát nếu việc sinh đẻ diễn ra tại một cơ sở y tế sẵn sàng hành động ESM-UBT (gọi là ESM-UBT online facility). Một (1/151) biến chứng có tiềm năng đi kèm với UBT (viêm nội mạc sau sinh) được xác định và hai UBT được đặt ứng biến (đôi phó) ở hai phụ nữ bị vỡ tử cung. Trong số 11 ca tử vong trong loạt báo cáo 201 ca bệnh này, mỗi ca trong số 11 ca này đã đi kèm với một hoặc nhiều nguyên nhân sau: không sinh đẻ tại cơ sở y tế được trang bị và huấn luyện, chậm phát hiện các tình trạng cấp cứu, hoặc chậm trễ trong việc chuẩn bị chăm sóc bệnh nhân.

Cũng theo Burke và cs. [45], nhằm giúp bảo đảm cho việc vận dụng gói chèn bóng bao cao su được an toàn, hiệu quả và chuẩn hóa, một chương trình giáo dục-huấn luyện cho học viên-trong 3 giờ, góp việc xử trí BHSS theo chứng cứ tốt nhất cùng với hướng dẫn chi tiết về bộ chèn bóng bao cao su được triển khai, thí điểm và nâng cao chất lượng. Điều này đạt được nhờ sự cộng tác mật thiết với Bộ Y tế Kenya, Sierra Leone, và các tổ chức khác (PATH, UNICEF, NGO...). Chương trình giáo dục huấn luyện ESM-UBT được hợp nhất vào các chuẩn hiện nay của Tổ chức Y tế Thế giới và Liên đoàn Sản Phụ khoa Quốc tế trong xử trí BHSS, kể cả chèn bóng lòng tử cung. Các học viên được hướng dẫn sử dụng bóng bao cao su trong bối cảnh phác đồ quốc gia về BHSS đã được thiết lập, đầu tiên bao gồm xử trí tích cực giai đoạn ba của chuyển dạ: xoa đáy tử cung, làm rộng bàng quang, cho con bú (nếu khả thi), xác định và điều trị rách cổ tử cung hoặc tăng sinh môn, cho oxytocin

dự phòng và/hoặc misoprostol (hoặc các thuốc co hồi tử cung khác, nếu có sẵn), và soát tử cung lấy nhau và máu cục. Tất cả các can thiệp này, cùng với việc lặp lại các liều thuốc co hồi tử cung và các biện pháp hồi sức khác, cần được thực hiện trước khi đặt bóng chèn. Cần chèn bóng lòng tử cung nếu các can thiệp này thất bại và chảy máu tiếp tục không kiểm soát được (nghĩa là, chèn bóng lòng tử cung là dụng cụ cứu sống tính mạng). Nhân viên y tế được hướng dẫn lưu bóng chèn 6 - 24 giờ sau khi đặt bóng. Khuyến cáo dùng một kháng sinh dự phòng phổ rộng. Sau khi người mẹ ổn định, phác đồ lấy bóng là làm xẹp bóng từ từ cùng với theo dõi đồng thời xem có chảy máu tái phát hay không [45].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi cho rằng, quyết định thời điểm chèn bóng có thể dựa trên các yếu tố sau: (1) thời gian điều trị nội và xoa đáy tử cung là trong vòng 60 phút (nếu không đáp ứng điều trị nội); (2) lượng máu mất ước tính là $\geq 1000 - 1500$ mL (qua túi đo máu); (3) chỉ số sốc (SI) là $\geq 1,3$ (có thể kết hợp với các dấu hiệu sinh tồn).

Chúng tôi cũng cho rằng, số lượng máu mất mà ta ước lượng trực quan (bằng mắt) thông thường chỉ bằng một nửa ($1/2$) lượng máu mất thực sự [14]. Do đó, ở nơi nguồn lực thấp (thiếu nhân lực, không có máu truyền, không có túi đo máu), cần phát hiện và khẳng định sớm các trường hợp cần chèn bóng; có thể áp dụng chèn bóng một cách năng động, sớm hơn theo hướng “điều trị-dự phòng”. Chẳng hạn, sử dụng chỉ số sốc (SI) là ≥ 1 (tương đương với lượng máu mất ước tính là ≥ 1000 mL); Abigail Le Bas [35] khuyến cáo SI > 1 có ích trong ước tính lượng máu mất trong những ca BHSS nặng và trong dự báo nhu cầu truyền máu hoặc sản phẩm máu. Ở nơi nguồn lực thấp, việc áp dụng chèn bóng năng động và sớm có lẽ cũng phù hợp với một số chỉ định mới trong chèn bóng [68] như: chèn bóng khi không có nguồn máu tại chỗ và làm dễ dàng cho việc vận chuyển bệnh nhân lên tuyến trên; khi có DIC do mất máu quá nhiều; làm giảm chảy máu trong khi huy động các nguồn lực điều trị khác, hoặc hỗ trợ hồi sức đối với những nguyên nhân BHSS không do đờ tử cung.

4.4. HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG CHÈN BÓNG LÒNG TỬ CUNG

4.4.1. Đặc điểm của 32 trường hợp điều trị nội thất bại

Biểu đồ 3.1 cho thấy một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong các trường hợp điều trị nội thất bại ($n=32$). Trong đó, tăng go trong chuyển dạ chiếm tỷ lệ cao nhất 71,9%, tiếp theo là thai to chiếm tỷ lệ 25,0%, thiếu máu chiếm tỷ lệ 21,9%. Theo ý kiến của chúng tôi, điều này có thể lý giải như sau: tăng go trong chuyển dạ, mặc dù chiếm tỷ lệ cao nhưng đã không ảnh hưởng đến thất bại trong điều trị nội BHSS nếu được sử dụng hợp lý và trong thời gian ngắn, được cho thấy ở kết quả mục tiêu 1. Riêng thai to và thiếu máu đã cho thấy là đặc điểm của các trường hợp thất bại với điều trị nội khoa và xoa đáy tử cung.

Bảng 3.20 cho thấy, trong số 32 ca chèn bóng, có 2 ca (6,3%) là đối tượng song thai và có 1 trường hợp sinh hỗ trợ thủ thuật (giác hút).

Bảng 3.21 cho thấy, ở 32 ca chèn bóng, trung bình thể tích dịch bơm vào bóng chèn là 259,38 mL; trung bình thời gian lưu bóng chèn là 13,5 giờ; trung bình lượng máu mất tổng cộng là 1178,13 mL; có 68,8% bệnh nhân được truyền máu.

Bảng 3.22 cho thấy, trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3/32 (9,4%) ca cắt tử cung, so với Trần Thị Lợi (bóng Foley) là 1/56 (1,7%) ca [12], so với Hồ Xuân Tam (bóng Foley) là 2/44 (4,5%) ca [18]. Trong nghiên cứu của Ramanathan và cs. [100], (bóng bao cao su ESM-UBT) có 2/201 (1%) ca phải cắt tử cung. Ramanathan và cs. cho rằng, dường như cả 2 ca này đều không liên quan đến việc đặt bóng chèn ESM-UBT. Thực tế, tỷ lệ cắt tử cung (1%) do BHSS khó kiểm soát trong dân số 201 phụ nữ là thấp khi so sánh với tỷ lệ mong đợi cắt tử cung do BHSS khó kiểm soát là 3,8 - 35%. Các tác giả này cũng cho rằng, chèn bóng bao cao su ESM-UBT có khả năng phòng ngừa cắt tử cung.

Bảng 3.23 cho thấy, trong nghiên cứu của chúng tôi, có các đặc điểm liên quan đến thành công và thất bại trong chèn bóng lòng tử cung. Tuy nhiên, do cỡ mẫu quá nhỏ (29 ca thành công, 3 ca thất bại), do đó bảng 3.23 chỉ có tính gợi ý hoặc tham khảo chứ không thể so sánh hoặc kết luận được các đặc điểm này.

4.4.2. Tỷ lệ thành công với bóng chèn lòng tử cung

Bảng 3.24 cho thấy, tỷ lệ thành công với bóng chèn trong nghiên cứu của

chúng tôi là 29/32 ca (90,62%), phù hợp với các nghiên cứu khác. So với:

Bảng 4.1. Tác giả, loại bóng sử dụng và tỷ lệ thành công

Số thứ tự	Tác giả	Loại bóng	Tỷ lệ thành công
1	Trần Thị Lợi và cs. [12]	Foley	54/56 (96,43%)
2	Seror và cs. [110]	Sengstaken-Blakemore	88%
3	Doumouchtsis và cs. [61]	Sengstaken-Blakemore	22/27 (81%)
4	Ferrazzani và cs. [62]	Rüsch	9/10 (90%) sau sinh đường âm đạo
5	Gao và cs. [64]	Bakri	36/38 (95%) sau sinh đường âm đạo
6	Alouini [41]	Bakri	55/61 (88%) sau sinh đường âm đạo và sinh mổ
7	Cekmez và cs. [48]	Bakri	7/10 (70%) sau sinh đường âm đạo và sinh mổ
8	Sayeba và cs. [108]	Bao cao su	23/23 (100%)
9	Shagufta và cs. [111]	Bao cao su	96,2%
10	Rathore và cs. [103]	Bao cao su	94%
11	Lohano và cs. [87]	Bao cao su	126/139 (90,4%)
12	Maya và cs. [92]	Bao cao su	3/3 ca
13	Nahar và cs. [93]	Bao cao su	52/53 (98,11%)
14	Kadeel và cs. [79]	Bao cao su	28/28 (100%) sau sinh đường âm đạo và sinh mổ
15	Burke và cs. [45]	Bao cao su ESM-UBT	190/201 (95%)

Cần lưu ý rằng, trong nghiên cứu này của chúng tôi, nếu chỉ tính những ca chèn bóng bao cao su lòng tử cung đối với những ca đơn thai (không tính 2 ca song thai), thì tỷ lệ thành công là 29/30 (96,6%).

Theo Revert và cs. [104], [105], chèn bóng lòng tử cung trong thực hành lâm sàng thường quy làm giảm rõ rệt các thủ thuật xâm lấn để điều trị BHSS ở những SP sinh đường âm đạo. Chèn bóng trước khi có rối loạn đông máu sẽ làm tăng tỷ lệ thành công.

Theo Alouini [39], [40], bước đầu tiên để xử trí BHSS nặng nên là chèn bóng Bakri, vì nó là kỹ thuật ít xâm lấn, có tỷ lệ thành công cao và bảo tồn tử cung. Hội Sản Phụ khoa Mỹ 2015 [38] đã đưa bóng chèn Bakri vào phác đồ điều trị BHSS.

Theo Herrick và cs. [70], từ 2012, Tổ chức Y tế Thế giới đã khuyến cáo “*sử dụng chèn bóng lòng tử cung điều trị đờ tử cung khi các thuốc co hồi tử cung không có sẵn hoặc không hiệu quả*”. Các loạt báo cáo trường hợp và các tổng quan hệ thống đã xuất bản cho thấy rằng, các dụng cụ bóng chèn lòng tử cung là an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ thành công 85 - 95% điều trị BHSS không đáp ứng với điều trị nội khoa. Tuy nhiên, bóng chèn lòng tử cung vẫn chưa được sử dụng rộng rãi và chưa có sẵn ở các nước có thu nhập từ thấp đến trung bình, chủ yếu là do các dụng cụ thương mại đắt tiền đến mức không thể mua được, lên xuống từ 125 đến 350 USD/lần sử dụng. Các nỗ lực gần đây nhằm triển khai các bóng chèn lòng tử cung giá thành thấp, có thể có giá thành khoảng 10% giá hiện tại, sẽ cung cấp các cơ hội để tiếp cận rộng rãi với các điều trị cứu sống tính mạng.

Burke và cs., (Hoa Kỳ), 2015, [45] đã thiết kế, triển khai, vận dụng và nâng cao chất lượng một bộ chèn bóng lòng tử cung bao cao su giá cực rẻ (<5USD), (ultra-low-cost condom uterine balloon tamponade kit), gọi là Every Second Matters for Mothers and Babies™ - UBT (ESM-UBT). Bộ chèn bóng bao cao su gồm: thông tiểu số 24, các bao cao su, sợi chỉ cotton, van có khóa-luer một chiều, bảng kiểm minh họa, và thẻ thu thập dữ liệu. ESM-UBT được Tổ chức Y tế Thế giới và các tổ chức khác công nhận là một phương pháp có thể làm giảm bớt chảy máu người mẹ, tuy nhiên, người ta đồng ý rằng còn thiếu các dữ liệu mạnh mẽ.

Theo Georgiou, 2014 [68], tại nhiều đơn vị sản khoa, kỹ thuật chèn bóng lòng tử cung đang trở nên nhanh chóng được chấp nhận như một phương pháp điều trị hàng thứ hai sau khi các thuốc co hồi tử cung hàng đầu (first line uterotonics) như oxytocin, ergometrine, misoprostol và prostaglandin F2 α đã thất bại. Cả hai loại bóng, bóng chuyên dụng cho tử cung và bóng-không chuyên dụng cho tử cung dường như đều được chọn để đưa vào những phương pháp điều trị hàng thứ hai, (chẳng hạn, thuyên tắc động mạch tử cung hoặc các mũi khâu ép). Tuy nhiên, hệ thống phân cấp/thứ bậc tương đối của việc sử dụng bóng chèn trong các phương pháp điều trị hàng thứ hai chưa được thiết lập.

Theo Matsubara, 2016 [90], trong một tổng quan hệ thống đã cho thấy rằng, trong số các loại bóng chèn, bóng chèn bao cao su được sử dụng trong 80% các trường hợp ở các nước nguồn lực thấp, có tỷ lệ cảm máu đạt được 96% các trường hợp.

Theo Cunningham 2018 [57], có thể sử dụng ống thông Foley 34F với bóng 60mL, bóng Sengstaken-Blakemore, bóng Rüsch, bóng Ebb, bóng bao cao su và bóng Bakri.

Cũng theo Cunningham, 2018 [57], trong các nghiên cứu tiền cứu, khoảng 150 phụ nữ đã được xử trí BHSS với các loại bóng chèn lòng tử cung (Grönvall, 2013; Kaya, 2016; Vintejoux, 2015). Có lẽ một phần tư (1/4) của các ca này có nguyên nhân là dò tử cung. Đối với mọi nguyên nhân, tỷ lệ thành công được ghi nhận là khoảng 85%.

Theo Sebastien và cs. [109], trong một tổng quan hệ thống và phân tích gộp, năm 2020, với 91 nghiên cứu bao gồm 4729 phụ nữ, nói chung, dường như các bóng chèn bao cao su có tỷ lệ thành công cao hơn bóng Bakri trong xử trí BHSS. Theo tác giả, có hai cách giải thích. Cách giải thích thứ nhất: ở các nơi nguồn lực thấp, những người đỡ đẻ có khuynh hướng sử dụng bóng chèn bao cao su sớm hơn, vì chèn bóng lòng tử cung có thể là lựa chọn duy nhất có sẵn. Ở các nơi nguồn lực cao, ở đó không có các nghiên cứu về chèn bóng bao cao su, có nguồn nhân lực nhiều hơn và nhiều lựa chọn điều trị, tuy nhiên BHSS có thể phức tạp hơn hoặc nặng hơn khi một dụng cụ bóng chèn được đưa vào sử dụng. Có chứng cứ mạnh mẽ gợi ý rằng, thời gian kéo dài từ khi bắt đầu chảy máu cho đến khi đặt bóng dẫn đến các dự hậu xấu hơn. Cách giải thích thứ hai: những phụ nữ ở các nước có thu nhập cao có thể được đặt bóng chèn như một biện pháp tạm thời trước khi làm thuyên tắc mạch hoặc trước khi làm các biện pháp khác. Những trường hợp này được xem là thất bại điều trị trong tổng quan hệ thống này. Bất kể bối cảnh, các tỷ lệ thành công của chèn bóng lòng tử cung là >80%. Điều đáng lưu ý là, các tỷ lệ thành công của bóng Bakri và bóng bao cao su là tương tự nhau ở các nước có thu nhập thấp và trung bình (86,4% so với 90,4%). Điều này gợi ý rằng, chèn lòng tử cung bằng bóng bao cao su ít nhất cũng thành công như bóng Bakri và các tỷ lệ thành công có thể tùy thuộc vào bối cảnh (nguồn lực) hơn là vào dụng cụ bóng chèn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bộ chèn bóng bao cao su gồm: ống thông Nelaton số 16, các bao cao su, sợi chỉ silk 2-0, chai dịch NaCl 0,9% bằng nhựa dẻo và bộ dây truyền dịch, có giá tổng cộng khoảng 1 - 2 USD. Việc áp dụng bóng chèn lòng tử cung tự tạo bằng bao cao su tại các địa phương thiếu nguồn lực và trang thiết bị có thể giúp người dân nơi đây. Điều này có ý nghĩa trong bối cảnh nguồn lực thấp vì dễ có sẵn, tiết kiệm được chi phí nhưng có hiệu quả tương đương và có thể áp dụng ở mọi nơi.

Theo ý kiến của chúng tôi, trong BHSS do đờ tử cung không đáp ứng với điều trị nội khoa và xoa đáy tử cung, ở những nơi nguồn lực cao có thể sử dụng bóng chuyên dụng như bóng Bakri; ở những nơi nguồn lực thấp có thể sử dụng bóng không chuyên dụng như bóng bao cao su.

4.4.3. Tỷ lệ thất bại với chèn bóng lòng tử cung

Bảng 3.24 cho thấy, tỷ lệ thất bại trong nghiên cứu của chúng tôi là 3/32 ca (9,37%). Cả 3 trường hợp thất bại đều chuyển mổ cắt tử cung. Không có biến chứng và tử vong.

Ở ba trường hợp thất bại (ca 2, ca 17, ca 26), theo thứ tự, số yếu tố nguy cơ là 3, 2, 4; thể tích dịch bơm (mL) là 350, 300, 400; lượng máu mất thêm trong thủ thuật (mL) là 150, 300, 150; lần lượt.

Chúng tôi cho rằng, ở SP càng có nhiều yếu tố nguy cơ BHSS, càng cần phải cảnh giác hơn.

Đối với thể tích dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung, mặc dù định nghĩa test chèn ép dương tính đó là: thể tích độc lập và đạt được cầm máu; tuy nhiên, theo ý kiến của chúng tôi, ở SP bị BHSS, thể tích dịch bơm vào bóng chèn càng nhiều thì khả năng thất bại càng cao.

Trong nghiên cứu này, lượng máu mất thêm trong thủ thuật ở nhóm chèn bóng lòng tử cung thành công là khoảng 50 mL ($45,17 \pm 9,11$ mL); trong khi ở nhóm chèn bóng thất bại là 150 - 300 mL ($200,00 \pm 86,60$ mL). Theo ý kiến của chúng tôi, trong chèn bóng bao cao su, nếu lượng máu mất trong thủ thuật ≥ 150 mL, mặc dù test chèn ép dương tính lúc đầu, sau khi theo dõi 15 phút thường quy tại phòng mổ, cần theo dõi sát sao SP để xử trí kịp thời nếu chảy máu tái phát.

Nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp song thai, có tổng cân nặng thai lần lượt là 5.400g và 5.700g và đều thất bại với việc đặt bóng chèn, có thể do thể tích lòng tử cung quá lớn? Điều này gợi ý đối với BHSS ở song thai có tổng cân nặng $\geq 4.000\text{g}$, ngay từ đầu cần cân nhắc thực hiện mở bụng để bảo tồn tử cung (thực hiện các mũi khâu ép và/hoặc thắt các mạch máu tử cung), thay vì chèn bóng lòng tử cung? Vì chèn bóng mà sau đó vẫn phải chuyển mổ thì vừa mất công mà còn nguy hiểm vì xử trí muộn.

Nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp có tiền sử BHSS và phát hiện BHSS muộn (giờ thứ 3) do chảy máu rỉ rả kéo dài. Điều này cho thấy rằng, tiền sử BHSS là yếu tố nguy cơ BHSS đáng kể; xử trí tích cực giai đoạn 3, theo dõi sát hậu sản 6 giờ, đặc biệt trong 2 giờ đầu theo bảng kiểm là những yếu tố giúp làm giảm nguy cơ cũng như phát hiện sớm BHSS.

Đặc điểm của 3 trường hợp thất bại:

Trường hợp 1: Sản phụ 18 tuổi, Con lần 1, song thai (tổng cân nặng của 2 thai là 5.400g; thai 1: 2.900g, thai 2: 2.500g), thiếu máu trước sinh (Hb 7,7g/dL), rối loạn tăng huyết áp. Băng huyết sau sinh xảy ra ngay sau khi sổ bánh nhau chung do đờ tử cung, xoa đáy tử cung và điều trị nội tích cực không hiệu quả, tốc độ mất máu nhanh, chỉ số sốc là 1,6. Được thực hiện chèn bóng. Thắt dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung là 350 mL, lượng máu mất thêm trong khi làm thủ thuật là 150 mL, chèn bóng 4 giờ, lúc đầu cầm máu sau đó chảy lại nhiều, buộc phải cắt tử cung. Lượng máu truyền tổng cộng là 2.250 mL. Nguyên nhân băng huyết có thể do bóng chèn không chèn được hết các vị trí chảy máu trong lòng tử cung, hoặc không tạo được hiệu quả áp lực thủy tĩnh trên các động mạch tử cung, hoặc cả hai.

Về nguyên tắc, sau khi chèn bóng lòng tử cung thất bại, chúng tôi sẽ mở bụng để thực hiện thắt động mạch tử cung từng bước hoặc thực hiện mũi khâu Hayman (đơn giản, nhanh hơn và có kết quả tương đương so với mũi khâu B-Lynch) [42], [98], hoặc phối hợp cả hai, nếu cần thiết [115]. Việc thực hiện thắt động mạch tử cung từng bước kết hợp với mũi khâu Hayman còn gọi là mũi khâu B-Lynch cải biên theo phương pháp của Bệnh viện Hùng Vương [20], thực chất là

sự kết hợp của hai phương pháp: thắt động mạch tử cung từng bước hai bên và khâu ép buồng tử cung bằng hai mũi khâu dọc.

Tuy nhiên, trên sản phụ 18 tuổi, con so, song thai, thiếu máu này, sau khi mổ bụng, thấy tử cung go kềm, mạch và huyết áp dao động. Do đó, chúng tôi đã quyết định tiến hành cắt tử cung ngay nhằm ngăn ngừa rối loạn đông máu và cứu sống tính mạng bệnh nhân. Trong bối cảnh này, tình trạng sản phụ nguy kịch và thời gian là điều sống còn. Ngoài ra, việc quyết định phương án điều trị còn tùy thuộc vào khả năng huy động máu dự trữ của ngân hàng máu của bệnh viện tại thời điểm khẩn trương này.

Trường hợp 2: Sản phụ 26 tuổi, con lần 2, song thai (tổng cân nặng của 2 thai là 5.700g: thai 1: 2.900g, thai 2: 2.800g), có tăng go. Băng huyết sau sinh xảy ra ngay sau khi sổ bánh nhau chung do đỡ tử cung, xoa đáy tử cung và điều trị nội tích cực không hiệu quả, tốc độ mất máu nhanh, chỉ số sốc là 1,5. Được chèn bóng. Thắt dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung là 300mL, lượng máu mất thêm trong khi làm thủ thuật là 300 mL, chèn bóng 1 giờ, lúc đầu cầm máu sau đó chảy lại nhiều, được chuyển phòng mổ, tiến hành thắt động mạch tử cung không thành công, tử cung go kềm, mạch và huyết áp dao động, buộc phải cắt tử cung. Lượng máu truyền tổng cộng là 1.250 mL. Nguyên nhân băng huyết có thể do bóng chèn không chèn được hết các vị trí chảy máu trong lòng tử cung và/hoặc không tạo được hiệu quả áp lực thủy tĩnh trên các động mạch tử cung.

Trường hợp 3: Sản phụ 36 tuổi, con lần 2 (PARA 1031; có 2 lần hút điều hòa kinh nguyệt, 1 lần sảy), tiền sử BHSS, có tăng go trong chuyển dạ, thai to (cân nặng thai 3.700g). Các xét nghiệm đông máu trong giới hạn bình thường. Được điều trị ngay từ đầu sau khi sinh vì tiền sử BHSS và có chảy máu tốc độ chậm, rỉ rả. BHSS giờ thứ 3, đã điều trị nội 180 phút, chỉ số sốc là 1,5. Được thực hiện chèn bóng. Thắt dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung là 400 mL, lượng máu mất thêm trong khi làm thủ thuật là 150 mL, chèn bóng 2 giờ, lúc đầu ngừng chảy máu, sau đó chảy lại nhiều và choáng, được hội chẩn chuyển mổ cắt tử cung ngay. Lượng máu truyền tổng cộng là 2.000 mL. Nguyên nhân băng huyết được nghĩ là do bóng chèn không chèn được hết các vị trí chảy máu trong lòng tử cung và/hoặc không tạo được hiệu quả áp lực thủy tĩnh trên các động mạch tử cung do tử cung go kềm, trên cơ địa

bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như mẹ lớn tuổi, tiền sử BHSS, thai to, và tăng go trong chuyển dạ.

Ở 3 bệnh nhân này, mặc dù test chèn ép dương tính lúc đầu, được theo dõi 15 phút và được chèn gạc âm đạo cẩn thận tránh tụt bóng, tuy nhiên, do bóng bao cao su không có kênh dẫn lưu, vẫn có mối nguy hiểm là gói gạc sẽ che dấu không cho thấy bất kỳ sự chảy máu tiếp tục nào, dẫn đến việc chẩn đoán chèn bóng không hiệu quả bị chậm trễ. Do đó, cần theo dõi sát bệnh nhân về lâm sàng và siêu âm.

Thời gian từ khi có chẩn đoán BHSS, xoa ép đáy tử cung và điều trị nội khoa tích cực cho đến khi thực hiện can thiệp rất quan trọng. Theo Trần Thị Lợi, Nguyễn Thị Minh Tuyết [12], *“khi có chẩn đoán BHSS, sẽ xoa đáy tử cung qua thành bụng bằng hai tay kết hợp các thuốc điều trị nội khoa. Nếu sau các bước trên máu vẫn tiếp tục chảy ra âm đạo, sẽ thực hiện bóng chèn lòng tử cung”*.

Trong nghiên cứu của Trần Thị Lợi, Nguyễn Thị Minh Tuyết [12] về chèn lòng tử cung bằng bóng Foley, có 2 trường hợp thất bại. Một trường hợp được xử trí thắt động mạch tử cung thành công và bảo tồn tử cung; một trường hợp được thắt động mạch tử cung, động mạch hạ vị không thành công, phải cắt tử cung.

Theo John R. Smith [73], việc thắt động mạch chậu trong (hạ vị) có thể hiệu quả để làm giảm chảy máu từ mọi nguồn trong phạm vi đường sinh dục bằng cách làm giảm áp lực mạch ở tuần hoàn mạch chậu. Một nghiên cứu cho thấy rằng, áp lực mạch giảm 77% nếu thắt một bên và giảm 85% nếu thắt hai bên. Thực hiện thắt động mạch chậu trong thì khó hơn nhiều, đi kèm nhiều hơn với việc tổn thương các cấu trúc lân cận và ít khả năng thành công hơn so với việc thắt động mạch tử cung. Một nghiên cứu báo cáo rằng, tỷ lệ thành công là 42%. Ở những bệnh nhân được thắt động mạch chậu trong, thường thì đã thất bại với thắt động mạch tử cung trước đó rồi. Những điều kiện tiên quyết cho kỹ thuật thắt động mạch chậu trong bao gồm: tình trạng bệnh nhân ổn định, phẫu thuật viên đã có kinh nghiệm về kỹ thuật này và bệnh nhân có nguyện vọng duy trì khả năng sinh đẻ [73].

Theo Paily và cs. [99], từ khi mũi khâu ép trở nên phổ thông, việc sử dụng thắt động mạch chậu trong (hạ vị) đối với BHSS do đờ tử cung đã thay đổi. Hiện nay, các tác giả này sử dụng nó chủ yếu trong BHSS do chấn thương và rách đường

sinh dục dưới. Việc thắt động mạch chậu trong giúp kiểm soát chảy máu ở những vị trí như vậy và làm cho việc khâu có thể dễ hơn.

Đối với BHSS do đỡ tử cung, vẫn còn tranh cãi về việc nên thực hiện trước tiên thắt tử cung hay thực hiện trước tiên các mũi khâu ép. Theo Paily [99], nên thực hiện thắt mạch máu tử cung và buồng trứng trước tiên, sau đó thực hiện mũi khâu ép, nếu cần thiết.

Việc xử trí BHSS cần nhanh chóng để tránh mất máu nhiều, dẫn đến rối loạn đông máu khó điều trị. Để tránh thất bại trong điều trị BHSS kể cả trong chèn bóng lòng tử cung, chúng tôi cho rằng, cần có bảng kiểm các giai đoạn BHSS theo Hội Sản Phụ khoa Mỹ 2015 [38].

Trong nghiên cứu của Kandeel và cs. [79], (Ai Cập), 57/151 (37,7%) trường hợp BHSS sau sinh đường âm đạo và sinh mổ không đáp ứng với các thuốc co hồi tử cung và xoa ép đáy tử cung, được thực hiện chèn bóng bao cao su. Các tác giả đã loại khỏi nghiên cứu 7 trường hợp bao gồm: 2 ca không đưa được bóng vào buồng tử cung, 2 ca không làm bơm phòng/làm đầy được, 3 ca bị tụt bóng.

Các tác giả không nói rõ tại sao 2 ca không đưa được bóng vào buồng tử cung.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các ca đều đưa được bóng vào buồng tử cung và không có ca nào bị tụt bóng.

Theo ý kiến của chúng tôi, phù hợp với quan điểm của Julianna [75], để tránh thất bại trong việc bơm phòng/làm đầy, có thể sử dụng hai hoặc ba bóng bao cao su cùng nhau để tăng cường sức mạnh của bóng, tránh rách vỡ bóng. Trước khi luồn bóng vào buồng tử cung, người làm thủ thuật có thể bơm phòng/làm đầy khoảng 15 - 25 mL, sau đó đưa đầu ống thông lên theo chiều thẳng đứng, thủ thuật này có thể giúp phát hiện rách vỡ bóng hoặc dịch chảy lù do cột chỉ không chặt.

Theo ý kiến của chúng tôi, để tránh tụt bóng trong chèn bóng bao cao su, cần lưu ý các điểm sau: (1) Chỗ cột chỉ phải nằm bên trong (phía trên) lỗ trong cổ tử cung, (2) Chèn gạc âm đạo cẩn thận tránh tụt bóng.

Theo ý kiến của chúng tôi, nếu chỗ cột chỉ nằm bên ngoài (phía dưới) lỗ trong cổ tử cung, có tiềm năng thất bại do bóng đặt không đúng cách, vì bệnh nhân đang nằm tư thế sản khoa, lượng dịch có thể dồn xuống theo trọng lực hoặc theo nguyên tắc bình thông nhau.

Đối với bóng bao cao su, sau khi test chèn ép dương tính, Tort và cs. [114] đề nghị sử dụng kẹp hình tim kẹp vòm âm đạo (cổ tử cung) trước tiên để tránh tụt bóng, tiếp theo là kẹp và cột ống thông, sau đó mới chèn gạc âm đạo. Theo ý kiến của chúng tôi, sau khi test chèn ép dương tính, có thể sử dụng các ngón tay giữ ống thông để tiếp tục duy trì vị trí tại chỗ của bóng, đồng thời người phụ sẽ kẹp và cột ống thông, sau đó chèn gạc âm đạo cẩn thận tránh tụt bóng. Sự kết hợp cả hai phương pháp “chèn bóng và kẹp cổ tử cung” của Matsubara [90] có lẽ chỉ cần thiết ở bối cảnh nông thôn trong khi chờ đợi hỗ trợ và trong khi chuyển viện.

Theo Shintaro và cs. [112], đối với bóng không chuyên dụng (không có kênh dẫn lưu): (1) cần cho các thuốc co hồi tử cung và theo dõi hàng loạt các dấu hiệu sinh tồn, kể cả chỉ số sốc; (2) siêu âm khẳng định thường xuyên và cẩn thận khả năng máu bị mắc kẹt ở sừng tử cung (uterine corpus) sau chèn bóng. Thầy thuốc sản khoa cần nhớ rằng, chèn bóng là lựa chọn có ích để cầm máu nhưng đồng thời cũng là test đánh giá xem có cần điều trị thêm nữa hay không.

Theo Ferrazzani và cs. [62], chèn bóng lòng tử cung là kỹ thuật có thể thực hiện dễ dàng và có thể làm ngừng chảy máu khoảng 80% của các phụ nữ (90% sau sinh đường âm đạo và 75% sau sinh mổ). Khi chèn bóng thất bại, việc chảy máu phải được điều trị với các biện pháp bảo tồn thêm nữa trước khi tiến hành cắt tử cung.

Theo ý kiến của chúng tôi, do bóng chèn bao cao su không có kênh dẫn lưu từ buồng tử cung như các bóng chuyên dụng, vd, bóng Bakri-có kênh dẫn lưu [66], kênh dẫn lưu cho phép đánh giá thời gian thật của việc chảy máu đang tiếp tục phía trên mức của đầu bóng và có thể phòng ngừa việc điều trị chậm trễ. Do đó, sau khi chèn bóng bao cao su cần theo dõi sát bệnh nhân về tổng trạng, các dấu hiệu sinh tồn, kể cả chỉ số sốc (shock index-SI = nhịp tim/huyết áp tâm thu, bình thường SI = 0,7 - 0,9; nếu SI >0,9 (≥ 1) cần can thiệp nhanh [35], [94], theo dõi lượng dịch vào/dịch ra, chiều cao đáy tử cung và lượng máu mất qua âm đạo [55], cần theo dõi thêm bằng siêu âm để phát hiện kịp thời các trường hợp chảy máu ẩn trong buồng tử cung và trong phúc mạc [49], [112].

4.4.4. Thời gian làm thủ thuật chèn bóng (ở 29 ca thành công)

Thời gian làm thủ thuật chèn bóng cũng chính là thời gian để làm ngừng chảy máu (nghĩa là, thời gian để có test chèn ép dương tính).

Bảng 3.25 cho thấy, thời gian làm thủ thuật trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $12,62 \pm 2,41$ phút (từ 10 - 15 phút).

So với Trần Thị Lợi, Nguyễn Thị Minh Tuyết (bóng Foley) là $14,50 \pm 2,06$ phút (10 - 17 phút) [12].

So với Hồ Xuân Tam (bóng Foley) là 15 - 20 phút [18].

So với Rathore và cs. (bóng bao cao su) là 6,2 phút [103].

Manaktala và cs., xử trí đờ tử cung 2 trường hợp, (bóng bao cao su), 1 ca trong 12 phút, 1 ca trong 4 phút [113].

Theo Matsubara [89], thời gian đặt bóng khoảng dưới 5 phút đối với bóng bao cao su ở những bác sỹ có kinh nghiệm.

Theo Jennifer và cs. [71], thời gian đặt bóng < 5 - 8 phút với bóng Bakri.

Jennifer và cs. [71] khuyến cáo chia sẻ lý thuyết về chèn bóng lòng tử cung, xem video và thực hành trong tập luyện hoặc qua mô phỏng để huấn luyện cho nhân viên y tế. Ngay cả khi việc chèn bóng rớt cuộc không thành công trong việc kiểm soát hoàn toàn chảy máu, chèn bóng có thể làm giảm chảy máu trong khi huy động các nguồn lực điều trị khác, như khi chuyển bệnh nhân đến phòng mổ hoặc phòng X-quang can thiệp.

Theo Cunningham, 2018 [57], việc chèn bóng cần hai hoặc ba người. Người thứ nhất làm siêu âm qua thành bụng trong quá trình làm thủ thuật; người thứ hai đưa bóng đã làm xẹp vào buồng tử cung và làm ổn định bóng; người thứ ba chú tâm đến dịch nhằm bơm phòng/làm đầy bóng, bơm nhanh ít nhất 150ml, sau đó làm đầy dần dần trong vài phút đến tổng số là 300 - 500 ml để làm ngừng chảy máu.

Trong nghiên cứu này, một vấn đề đặt ra là thời gian làm thủ thật chèn bóng từ 10 - 15 phút có lâu quá không?

Theo ý kiến của chúng tôi, thời gian đặt bóng phụ thuộc vào kỹ năng của người thực hiện kỹ thuật, việc thông báo trước cho phòng mổ và chuẩn bị dụng cụ tại khoa sản/phòng mổ. Việc sử dụng chai dịch NaCl làm bằng nhựa dẻo, đặc biệt là túi dịch làm bằng nhựa dẻo (Hình 1.6), sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho thực hiện test chèn ép. Bằng cách bóp túi dịch hoặc chai dịch cho chảy nhanh, quy trình chèn ép sẽ được thực hiện nhanh chóng trong vòng vài phút, có thể ≤ 5 phút. Điều này sẽ đóng vai trò quan trọng trong việc xác định test chèn ép dương tính hoặc âm tính

trong thời gian ngắn (bơm theo theo sơ đồ ở Hình 1.7).

Chúng tôi cũng cho rằng, nếu sử dụng bóng bao cao su kết hợp với những loại ống thông có kích cỡ lớn hơn, chẳng hạn số 20, 22, 24..., thời gian làm đầy/bơm phòng sẽ nhanh hơn. Tuy nhiên, những loại ống thông này không dễ tìm/không có sẵn. Cũng có thể sử dụng ống thông Foley với bóng bao cao su, tuy nhiên, ống thông Foley đắt tiền hơn ống thông Nelaton.

Theo ý kiến của chúng tôi, trong trường hợp tuyến y tế cơ sở không có sẵn chai dịch/túi dịch NaCl bằng nhựa dẻo hoặc không có bộ dây truyền dịch, có thể sử dụng bơm tiêm 20 mL, 50 mL, 60 mL hoặc thậm chí là ống bơm nuôi ăn bệnh nhân để bơm trực tiếp dung dịch NaCl vào ống thông Nelaton (Hình 1.11, Hình 1.12) [75], bơm theo sơ đồ ở Hình 1.7.

4.4.5. Lượng máu mất thêm trong khi làm thủ thuật (ở 29 ca thành công)

Bảng 3.26 cho thấy, trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu mất thêm trong khi làm thủ thuật trung bình là $45,17 \pm 9,11$ mL, trong đó lượng máu mất thêm từ 50 mL trở lên chiếm tỷ lệ 62,1%.

Theo ý kiến của chúng tôi, thời gian làm thủ thuật càng ngắn thì lượng máu mất thêm càng ít. Do đó, bằng cách chia sẻ lý thuyết về chèn bóng, xem video, thực hành trong tập luyện hoặc qua mô phỏng cho nhân viên y tế; cộng với việc chuẩn bị dụng cụ và thông báo trước cho phòng mổ sẽ giúp rút ngắn thời gian làm thủ thuật, qua đó sẽ làm giảm lượng máu mất thêm trong khi làm thủ thuật.

Trong nghiên cứu chèn bóng Foley của Trần Thị Lợi, Nguyễn Thị Minh Tuyết [12] có tính lượng máu mất thêm sau khi chẩn đoán thành công là từ 10 - 50 mL. Lượng máu chảy ra từ ống dẫn lưu là máu chảy trong buồng tử cung ngoài khoảng đặt bóng (bao gồm cả lượng máu còn ứ lại trong buồng tử cung trước khi đặt bóng). Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, do bóng bao cao su không có kênh dẫn lưu như bóng Foley, chúng tôi không tính lượng máu mất thêm sau khi chèn bóng thành công.

4.4.6. Lượng máu truyền trước, trong và sau khi làm thủ thuật (ở 29 ca thành công)

Bảng 3.27 cho thấy, trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu truyền trước, trong và sau thủ thuật trung bình là $750,00 \pm 416,67$ mL.

Lượng máu truyền lớn nhất là 1750 mL và 10 trường hợp không truyền máu.

Trong 29 trường hợp chèn bóng thành công trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10 trường hợp không truyền máu. Những trường hợp này, sau khi test chèn ép dương tính, tình trạng bệnh nhân được cải thiện nhanh, mạch, huyết áp ổn định. Ngoài ra, có thể có nguyên nhân ngân hàng máu không có nhóm máu tương hợp với bệnh nhân tại thời điểm đó.

Theo Juliana [75], trích dẫn Georgiou 2009 *“việc chèn ép lòng tử cung, bao gồm bóng Bakri, các bóng Foley, hoặc gạc đã cho thấy tỷ lệ thành công > 90% và có thể tránh được việc xử trí thêm như truyền máu hoặc cắt tử cung - đặc biệt có tính sống còn ở những nơi không có truyền máu hoặc cắt tử cung”*.

Danso và cs. [58] khuyên dùng các thuốc co hồi tử cung, các thuốc cầm máu như liệu pháp bổ sung cho chèn bóng, cũng như khuyến khích việc truyền máu.

Theo ý kiến của chúng tôi, đối với BHSS không đáp ứng với điều trị nội khoa và xoa ép đáy tử cung, bên cạnh việc chèn bóng, cần xem xét việc truyền máu. Theo Hội Sản Phụ khoa Mỹ 2017 [37], các dấu hiệu và triệu chứng của mất máu đáng kể không xuất hiện ở phụ nữ sau sinh cho đến khi lượng máu mất lớn đã xảy ra. Vì lý do này, nếu một bệnh nhân có mạch nhanh và huyết áp hạ, nhân viên y tế phải nghi ngờ là có mất máu đáng kể, thường tiêu biểu cho việc mất 25% tổng thể tích máu của bệnh nhân (hoặc khoảng ≥ 1.500 mL). *“Ở những phụ nữ đang chảy máu tương đương với lượng máu mất ≥ 1.500 mL hoặc những phụ nữ có các dấu hiệu sinh tồn bất thường (mạch nhanh hoặc huyết áp hạ), phải chuẩn bị thực hiện truyền máu ngay. Do lượng máu mất lớn như vậy sẽ bao gồm việc cạn kiệt các yếu tố đông máu, thường thì những bệnh nhân này sẽ phát triển bệnh rối loạn đông máu do tiêu thụ, thường được gọi là đông máu nội mạch rải rác (DIC), và bệnh nhân sẽ cần phải truyền tiểu cầu và các yếu tố đông máu cộng với hồng cầu khối”*.

Trong tổng quan hệ thống của Tindell và cs. [113], ở 18 trường hợp BHSS, các phụ nữ này được báo cáo là bị sốc rõ rệt trước khi được xử trí bằng chèn bóng lòng tử cung. Tất cả 18 phụ nữ đều đã sống sót sau khi chèn bóng và hồi sức. Việc hồi sức bao gồm truyền máu toàn phần, hồng cầu khối và huyết tương tươi đông lạnh.

4.4.7. Thể tích dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung (ở 29 ca thành công)

Bảng 3.28 cho thấy, thể tích dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là: $250 \pm 42,25$ mL. Thể tích ít nhất là 200 mL và thể tích lớn nhất là 350 mL. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác. So với:

Bảng 4.2. Tác giả, loại bóng sử dụng và thể tích dịch bơm

STT	Tác giả	Loại bóng	Thể tích dịch bơm (mL)
1	Trần Thị Lợi và cs. [12]	Foley	130 - 200
2	Hồ Xuân Tam và cs. [18]	Foley	80 - 250 (trung bình 100)
3	Ferrazzani và cs. [62]	Rüsch	318 ± 163
4	Alouini [40]	Bakri	350 (204 - 450)
5	Nahar và cs. [93]	Bao cao su	250 - 300
6	Sayeba và cs. [108]	Bao cao su	336
7	Shagufta và cs. [111]	Bao cao su	342,8
8	Rathore và cs. [103]	Bao cao su	409

Theo ý kiến của chúng tôi, đối với bóng bao cao su, trong trường hợp đã bơm đến 500mL NaCl 0,9% mà máu vẫn còn chảy nhiều qua cổ tử cung, test chèn ép được xem là âm tính.

Theo Tort và cs. [114], đối với bóng bao cao su, có thể bơm đến ≤ 1.000 mL NaCl 0,9%. Trong trường hợp thất bại (tiếp tục chảy máu 15 phút sau khi hoàn tất chèn bóng lòng tử cung), chuyển phòng mổ, tháo bóng chèn và tiến hành phẫu thuật. Tuy nhiên, theo ý kiến của chúng tôi, đối với bóng bao cao su, việc bơm đến tối đa 1.000mL có nguy cơ tiềm năng vỡ tử cung, có lẽ chỉ nên thực hiện trong những trường hợp rất đặc biệt, chẳng hạn như ở vùng nông thôn, miền núi, hải đảo bị cô lập hoàn toàn trong điều kiện thời tiết xấu và không có lựa chọn nào khác.

Chúng tôi cho rằng, nếu như giả thuyết về cơ chế tác dụng của chèn bóng lòng tử cung chính là cơ chế chèn ép trực tiếp các động mạch tử cung [50] và/hoặc làm giãn căng đoạn dưới tử cung dẫn đến hoạt động cơ tử cung [68], điều này sẽ lý giải cho những thể tích nhỏ đã có hiệu quả trong các nghiên cứu của Trần Thị Lợi, Nguyễn Thị Minh Tuyết, của Hồ Xuân Tam cũng như của một số tác giả khác. Điều

này cũng phù hợp với định nghĩa của test chèn ép, đó là thể tích độc lập và đạt được hiệu quả là làm ngừng chảy máu.

Ngoài ra, nếu giả thuyết về cơ chế chèn trực tiếp các động mạch tử cung và/hoặc làm giãn căng đoạn dưới tử cung dẫn đến hoạt động cơ tử cung được khẳng định, việc sử dụng các thể tích lớn (quan điểm bơm đầy quá mức) sẽ không còn là mối quan tâm. Điều này có lẽ cũng tránh được nguy cơ vỡ tử cung về mặt lý thuyết.

Theo Jennifer 2015 [71], cơ chế chèn bóng lòng tử cung vẫn còn chưa rõ, tử cung giảm chảy máu có thể xảy ra do chèn trực tiếp lên diện nhau bám, do giảm áp lực tưới máu của động mạch tử cung, hoặc cả hai.

Theo ý kiến của chúng tôi, cơ chế tác dụng của “kỹ thuật kẹp cổ tử cung” bằng kẹp tròn của Matsubara [89] có phần tương tự cơ chế chèn bóng lòng tử cung của Jennifer [71]. Có khả năng, kỹ thuật kẹp cổ tử cung của Matsubara liên quan đến cơ chế chèn ép trực tiếp lên diện chảy máu (diện nhau bám) từ trong ra ngoài [62], hoặc chèn ép trực tiếp các động mạch tử cung [50], hoặc cả hai [68], [71] bằng chính máu trong lòng tử cung. Cũng có thể giải thích theo Georgiou [68] như sau: do cổ tử cung bị bít kín bằng kẹp, máu tích lũy trong tử cung đến một thể tích nhất định (như test chèn ép), làm giãn căng cơ tử cung và đoạn dưới tử cung, điều này dẫn đến hoạt động cơ tử cung làm nén ép mạch máu và làm cầm máu.

4.4.8. Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung (ở 29 ca thành công)

Bảng 3.29 cho thấy, thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là: $14,65 \pm 6,09$ giờ. So với :

Bảng 4.3. Tác giả, loại bóng sử dụng và thời gian lưu bóng

Số thứ tự	Tác giả	Loại bóng	Lưu bóng (giờ)
1	Trần Thị Lợi và cs. [12]	Foley	6 - 8
2	Hồ Xuân Tam và cs. [18]	Foley	6 - 7
3	Ferrazzani và cs. [62]	Rüsch	$21,3 \pm 10$
4	Alouini [40]	Bakri	7
5	Nahar và cs. [93]	Bao cao su	24 - 48
6	Rathore và cs. [103]	Bao cao su	27,5 (8 - 48)

Các yếu tố như thời gian ban ngày/ban đêm của việc đặt bóng ngay từ đầu có thể ảnh hưởng đến tổng thời gian lưu bóng. Khuyến rút bóng chèn trong giờ hành chính, tránh ngày thứ bảy, chủ nhật và ngày lễ. Việc lấy bóng ra trong giờ hành chính ban ngày có mục đích đề phòng tình huống chảy máu trở lại; thời gian ban ngày là lúc có nhiều nguồn lực, đặc biệt là có sự hỗ trợ của bác sỹ có kinh nghiệm.

Theo Cunningham 2018 [57], nên lấy bóng sau khoảng 12 giờ.

Thời gian lưu bóng chèn tối đa là 24 giờ (Hội Sản Phụ khoa Mỹ, 2015) [38].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 ca (ca thứ 32) được rút bóng chèn ở giờ thứ 27. Trường hợp này lưu bóng chèn >24 giờ là do điều kiện nhân lực, các bác sỹ có kinh nghiệm không có mặt trong thời gian trước khi rút bóng chèn.

Theo ý kiến của chúng tôi, nếu có thể, nên rút bóng chèn càng sớm càng tốt sau 6 - 8 giờ, là thời gian mà cơ chế cầm máu của tử cung tại diện nhau bám đã có hiệu quả, phát huy tác dụng. Thời gian này cũng phù hợp với y văn gần đây.

4.4.9. Kết quả chèn bóng trong băng huyết sau sinh (ở 29 ca thành công)

Bảng 3.30 cho thấy trung bình thời gian chèn bóng là 12,62 phút với 95% khoảng tin cậy (KTC): 11,70 – 13,54 phút. Dịch bơm vào bóng chèn có thể tích trung bình là 250 mL (95%KTC: 233,93 – 266,07). Trung bình thời gian lưu bóng chèn là 14,66 giờ với 95%KTC: 12,34 – 16,97. Lượng máu mất có giá trị trung bình là 1186,21 mL (95%KTC: 1080,82 – 1291,60).

Có 19/29 đối tượng nghiên cứu được truyền máu với trung bình là 750 ml.

Trong số 29 ca thành công, mặc dù có 10 ca không truyền máu, tuy nhiên, chúng tôi cho rằng, nếu lượng Hb thấp, cần truyền máu bổ sung, tránh tiềm năng chảy máu tái phát, đặc biệt khi rút bóng chèn.

Trong nghiên cứu của Rathore và cs. về chèn bóng bao cao su [103], lượng máu mất trung bình là 1330 mL.

Trong nghiên cứu của Alouini và cs. [40], gồm 61 bệnh nhân được chèn bóng Bakri, lượng máu mất trung bình là 1600 mL (1200 - 2250mL).

Trong tổng quan hệ thống của Tindell và cs. [113], lượng máu mất ước tính thay đổi rộng rãi ở 13 báo cáo - từ 550 đến 5000mL. Lượng máu mất ước tính cao nhất được xử trí chèn bóng lòng tử cung thành công là 5000mL.

4.4.10. Tỷ lệ tai biến (29 ca thành công)

Không có trường hợp nào gặp tai biến trong quá trình nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của Ramanathan và cs., [101] về chèn bóng bao cao su (ESM-UBT) tại 92 cơ sở y tế ở Kenya và Sierra Leone, từ tháng 9 năm 2012 đến tháng 12 năm 2015, là một phần của nghiên cứu đa quốc gia. Trong số 201 ca được chèn bóng do BHSS khó kiểm soát, có 189 (94%) sống sót. Không có ca vỡ/thủng tử cung hoặc dị ứng/phản vệ với cao su hoặc latex.

4.4.11. Tỷ lệ nhiễm khuẩn (29 ca thành công)

Không có trường hợp nhiễm trùng nặng do chèn bóng trong quá trình nghiên cứu. Tuy nhiên, có 1 trường hợp (ca thứ 24) nhiễm trùng vết khâu tầng sinh môn sau khi rút bóng chèn được 7 ngày, bệnh nhân được điều trị ổn định. Do đó, cần lưu ý vấn đề vệ sinh và chăm sóc tại chỗ nếu có vết khâu tầng sinh môn.

Trong nghiên cứu của Ramanathan và cs., [101], không có ca nào bị nhiễm trùng nặng (viêm nội mạc) hoặc nhiễm trùng nhẹ (nhiễm trùng tại vết khâu tầng sinh môn) trong thời gian nằm viện.

4.4.12. Sử dụng Oxytocin truyền tĩnh mạch sau thủ thuật (29 ca thành công)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi bệnh nhân được tiến hành chèn bóng cũng là lúc bệnh nhân đang được truyền Oxytocin tĩnh mạch để xử trí BHSS theo phác đồ. Sau khi chèn bóng, tùy tình huống cụ thể mà chúng tôi tiếp tục truyền Oxytocin tĩnh mạch hoặc tiêm bắp Oxytocin.

Theo Pei Shan Lim [100], nên sử dụng các thuốc go tử cung như Oxytocin hoặc Carbetocin trong thời gian lưu bóng để duy trì hiệu quả chèn ép.

Theo Georgiou, nếu Oxytocin được cho liên tục trong khoảng thời gian đặt bóng, điều này có thể thay đổi từ 12 đến 72 giờ. Trong những trường hợp dùng Oxytocin kéo dài như vậy, không thấy có sự đề cập về việc theo dõi nồng độ Natri huyết tương [65]. Khả năng hạ natri máu thứ phát gây ra do phản ứng chéo của Oxytocin với các thụ thể hormone kháng bài niệu [65], [86] và hậu quả là bỏ sót việc cần phải hạn chế dịch. Điều này có thể bị làm cho tồi tệ hơn vì những phụ nữ này thường chịu tải bởi dịch (máu hoặc các sản phẩm máu hoặc dung dịch muối) trong nỗ lực nhằm hồi sức cho họ [65].

Theo Georgiou, nên truyền Oxytocin liên tục để giữ cho tử cung go trong hơn 12 - 24 giờ [65].

Carbetocin, một đồng phân tổng hợp của Oxytocin, có thời gian bán hủy gấp 4 - 10 lần so với oxytocin [6], [23], [54]. Sau khi tiêm tĩnh mạch một liều duy nhất Carbetocin ở phụ nữ không có thai, đã không có những thay đổi đáng kể về các trị số Natri, Kali và Clo từ các mức trước khi cho thuốc, khi được đo ở giờ thứ 6, 24 và 72 [65]. Carbetocin có hiệu quả tương tự như truyền Oxytocin tĩnh mạch liên tục trong 16 giờ để phòng ngừa cơn tử cung trong mổ lấy thai hoặc sau sinh [6], [23]. Vì vậy, đây có thể là một thuốc được ưa thích khi có sự hiện diện của một bóng chèn trong tử cung để kéo dài sự co thắt tử cung [100].

Theo ý kiến của chúng tôi, sau chèn bóng, nên truyền Oxytocin liên tục để giữ cho tử cung go trong 6 đến 12 giờ. Thời gian truyền dịch và Oxytocin không nên quá lâu để tránh biến chứng quá tải dịch cũng như khả năng hạ Natri máu thứ phát như đã đề cập ở trên. Tuy nhiên, để đảm bảo tử cung go tốt, trong trường hợp tháo bóng chèn và ngừng Oxytocin truyền tĩnh mạch trước 12 giờ, cần nghiên cứu sử dụng thêm Oxytocin tiêm bắp, hoặc sử dụng Carbetocin.

4.4.13. Sử dụng kháng sinh sau thủ thuật (ở 29 ca thành công)

Bảng 3.31 cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi, loại kháng sinh sử dụng nhiều nhất là Amoxicillin uống, tiếp đến là Cephalosporin thế hệ 2 uống, và Cephalosporine thế hệ 3 tiêm tĩnh mạch.

Trong các nghiên cứu đã được xác định, kháng sinh được sử dụng thường là Cephalosporine [65].

Theo Ferrazzani và cs. [62], trong mọi trường hợp, cho kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch trong ít nhất 24 giờ.

4.4.14. Sử dụng giảm đau sau thủ thuật (ở 29 ca thành công)

Bảng 3.32 cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi, có 19 ca không sử dụng giảm đau sau chèn bóng.

Bệnh nhân được cho Paracetamol uống trong trường hợp đau tức nhẹ, với liều 2 g/ngày x 1 - 2 ngày.

Đối với những bệnh nhân than phiền về cảm giác đau, chúng tôi sử dụng

Diclofenac lọ 75 mg tiêm bắp hoặc Paracetamol lọ 1 gam, truyền tĩnh mạch x 1 - 2 ngày; có thể phối hợp cả hai nếu cần thiết.

Georgiou [65] khuyên có thể làm dịu đau và khó chịu do tử cung căng bằng cách làm giảm nhẹ (tháo bớt) thể tích bóng đã được bơm đầy. Tuy nhiên, xuất phát từ việc lo ngại chảy máu tái phát, trong thực tế chúng tôi cho rằng điều này ít khả thi.

4.4.15. Thời gian nằm viện sau thủ thuật (ở 29 ca thành công)

Bảng 3.33 cho thấy, trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là $5,17 \pm 2,48$; thời gian nằm viện từ 2 - 5 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 19/29 (65,4%) trường hợp; thời gian nằm viện từ 6 - 10 ngày chiếm 31,2% trường hợp.

Có 1 trường hợp nằm viện 14 ngày do nhiễm khuẩn tầng sinh môn.

Có hai bệnh nhân đã ra viện vào ngày thứ hai trong tình trạng sinh hiệu ổn định.

Theo Danso [58], mọi bệnh nhân sau chèn bóng cần được điều trị tại phòng hồi sức (ICU) và theo dõi sát. Tuy nhiên, thực tế tại bệnh viện tỉnh chúng tôi, một số bệnh nhân, đặc biệt là người đồng bào địa phương, do tập quán và hoàn cảnh gia đình, mặc dù được khuyên nằm lại thêm nhưng khi bệnh nhân cảm thấy ổn định, bệnh nhân và người nhà vẫn quyết định xin ra viện.

4.4.16. Bảo tồn khả năng sinh sản

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số 29 phụ nữ được chèn bóng bao cao su thành công, có 19 phụ nữ là có thể theo dõi được.

Bảng 3.34 cho thấy, trong số 19 phụ nữ được theo dõi dài hạn, 18/19 phụ nữ đã có kinh lại bình thường; một (1) không có kinh lại sau chèn bóng (phụ nữ này được chèn bóng thành công lúc 38 tuổi, hiện có 4 con).

Trong nghiên cứu, chúng tôi không ghi nhận được các yếu tố có thể ảnh hưởng đến việc có kinh lại như cho bú, rối loạn phóng noãn, dùng thuốc nội tiết tránh thai...

Bảng 3.35 cho thấy có 8 phụ nữ đã có thai lại và sinh con bình thường.

CÁC HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Sản Bệnh viện tỉnh Kon Tum. Thiết kế nghiên cứu mục tiêu 1 là nghiên cứu bệnh- chứng. Đề tài rộng có nhiều yếu tố gây nhiễu khi phân tích các yếu tố nguy cơ đến BHSS. Để hạn chế sai lầm này, chúng tôi tiến hành khảo sát hồi quy phân tích kết hợp nhiều biến số độc lập với một biến phụ

thuộc duy nhất là có chẩn đoán BHSS sau sinh đường âm đạo. Nghiên cứu được thực hiện trong khuôn khổ ở một bệnh viện tỉnh miền núi nên còn nhiều hạn chế. Cỡ mẫu nghiên cứu vẫn còn tương đối ít, do đó có thể không lý giải được các yếu tố nguy cơ khác. Vì số liệu nghiên cứu còn ít nên trong nghiên cứu này, kết luận 1 chỉ mới tìm ra được hai yếu tố liên quan là thiếu máu trong thời kỳ mang thai và thai to, còn các yếu tố khác chưa được đề cập tới như chuyển dạ kéo dài, đa thai... Trong quá trình chọn nhóm bệnh và nhóm chứng, chúng tôi lưu ý đến yếu tố chuyên môn lâm sàng mà chưa lưu ý đến yếu tố tương đồng về nhân khẩu học và kinh tế học. Để giảm thiểu sai lệch lựa chọn, chúng tôi đã chọn tất cả các trường hợp băng huyết sau sinh và băng huyết sau sinh nặng/không đáp ứng với điều trị nội khoa và một mẫu nhóm chứng ngẫu nhiên từ cùng một quần thể nguồn trong cùng một khoảng thời gian như các trường hợp nhóm bệnh. Mất máu, nhất là trong những trường hợp phát hiện muộn được ước tính trực quan và mất máu có thể đã được đánh giá thấp. Tuy nhiên, chúng tôi đã có thêm dữ liệu trong hồ sơ bệnh án để đánh giá mức độ nặng của chảy máu do cần truyền máu. Trong nghiên cứu cần bổ sung nghiên cứu yếu tố thiếu máu trước sinh theo 3 mức độ: nhẹ, trung bình, nặng. Trong nghiên cứu này, chỉ chọn nhóm BHSS sớm do đờ tử cung sau sinh đường âm đạo, loại trừ nhóm BHSS sau mổ lấy thai. Chúng tôi dựa trên kết quả về việc sinh đẻ tại Khoa Sản Bệnh viện tỉnh Kon Tum và kết quả của chúng tôi có thể không nhất thiết có thể khái quát đối với các quần thể sinh đẻ khác ở những nơi có nguồn lực tốt.

Trong nghiên cứu mục tiêu 2, để đánh giá hiệu quả một can thiệp, thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng (RCT) được xem là chuẩn mực và có giá trị nhất hiện nay. Vấn đề y đức có thể được giải quyết bằng cách có cả hai nhóm can thiệp, ví dụ sử dụng bóng chèn lòng tử cung tự tạo bằng bao cao su so với bóng chèn lòng tử cung bằng ống thông Foley (hoặc bóng Bakri). Vấn đề chính ở đây là tính không khả thi của kiểu thiết kế này do số lượng không đủ để có thể tiến hành một RCT. Do đó, trong nghiên cứu mục tiêu 2, thiết kế nghiên cứu là thiết kế can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. Chúng tôi chỉ mô tả lại kết quả chứ không có nhóm chứng để so sánh nên tính thuyết phục còn hạn chế. Ngoài ra, cũng có một số hạn chế nhất định, vì bóng bao cao su là bóng không chuyên dụng, không có kênh dẫn lưu, được thực hiện lần đầu tại bệnh viện của chúng tôi, cơ chế chính xác của tác dụng chèn

bóng lòng tử cung vẫn chưa rõ, lưu bóng chèn khá lâu quá 6 - 8 giờ là thời gian mà cơ chế cầm máu của tử cung tại diện nhau bám đã có hiệu quả, phát huy tác dụng; thời gian lưu bóng chèn tối đa nên là 24 giờ. Thời gian lưu bóng chèn lâu có tiềm năng gây nguy cơ nhiễm khuẩn. Cần cho kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch trong ít nhất 24 giờ. Trong nghiên cứu chưa làm rõ thời gian sử dụng Oxytocin truyền tĩnh mạch sau chèn bóng; chưa sử dụng siêu âm để khẳng định vị trí của bóng chèn cũng như theo dõi cẩn thận và thường xuyên bằng siêu âm để kiểm tra rằng không có chảy máu trong buồng tử cung hoặc trong phúc mạc. Ngoài ra, mẫu nghiên cứu được thu nhận trong thời gian dài, 4 năm (từ 01/2012 - 02/2016), cần lưu ý vai trò của “learning curve” (“đường cong học tập”), đó là, việc đào tạo và đào tạo lại kỹ năng đặt bóng/lấy bóng, có giám sát. Cuối cùng, ảnh hưởng của thiết kế hồi cứu, cỡ mẫu nhỏ, nhiều người tham gia trong can thiệp đặt bóng/lấy bóng...cũng có những ảnh hưởng nhất định lên kết quả tìm thấy.

Ý NGHĨA KHOA HỌC VÀ THỰC TIỄN CỦA LUẬN ÁN

Tại Việt Nam, băng huyết sau sinh (BHSS) do đờ tử cung là một biến chứng đe dọa tính mạng, chiếm 75 - 90% các nguyên nhân BHSS. Nghiên cứu xác định các yếu tố nguy cơ BHSS do đờ tử cung sẽ giúp có các biện pháp dự phòng. Nghiên cứu hiệu quả điều trị BHSS không đáp ứng với điều trị nội khoa và xoa đáy tử cung bằng chèn bóng bao cao su lòng tử cung sẽ giúp xử trí nhanh BHSS, giúp an toàn trong chuyển viện từ thôn bản, xã, huyện lên tuyến trên.

ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

Hiện nay tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về hiệu quả điều trị đờ tử cung khó kiểm soát bằng chèn bóng bao cao su kết hợp ống thông Nelaton. Kết quả nghiên cứu cho thấy, bộ chèn bóng bao cao su gồm: ống thông Nelaton số 16, các bao cao su, sợi chỉ silk 2-0, chai dịch NaCl 0,9% bằng nhựa dẻo và bộ dây truyền dịch, có giá tổng cộng khoảng 1 - 2 USD. Điều này có ý nghĩa trong bối cảnh nguồn lực thấp vì dễ có sẵn, tiết kiệm được chi phí nhưng có hiệu quả tương đương và có thể áp dụng ở mọi nơi. Phương pháp này có giá trị đặc biệt ở những vùng nông thôn xa xôi, miền núi hoặc hải đảo ở đó không có đầy đủ các nguồn lực y tế và/hoặc bị cô lập hoàn toàn trong điều kiện thời tiết xấu.

KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu ở sản phụ băng huyết sau sinh sớm do đờ tử cung sinh đường âm đạo tại khoa Sản bệnh viện Tỉnh Kon Tum, chúng tôi có một số kết luận như sau:

1. Các yếu tố liên quan đến băng huyết sau sinh do đờ tử cung

Các yếu tố nguy cơ gây băng huyết sau sinh do đờ tử cung là:

- Thai to gây băng huyết sau sinh do đờ tử cung có OR = 5,50 (95% KTC 1,92 - 15,77); $p < 0,05$.

- Thiếu máu trước sinh gây băng huyết sau sinh do đờ tử cung có OR = 21,83 (95% KTC 5,00 - 95,27); $p < 0,05$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 15% trường hợp không có yếu tố nguy cơ băng huyết sau sinh.

2. Hiệu quả điều trị chèn bóng lòng tử cung

Qua nghiên cứu 32 trường hợp chèn bóng lòng tử cung bằng bao cao su kết hợp ống thông Nelaton điều trị băng huyết sau sinh sớm do đờ tử cung sinh đường âm đạo không đáp ứng với điều trị nội khoa và xoa ép đáy tử cung, chúng tôi có một số kết luận như sau:

- Tỷ lệ thành công của phương pháp chèn bóng lòng tử cung là 90,6% (29/32 trường hợp).

- Ở 29 trường hợp thành công:

+ Trung bình thời gian chèn là 12,62 phút (từ 10 - 15 phút).

+ Trung bình thể tích dịch bơm vào bóng chèn lòng tử cung là 250 mL.

+ Thời gian lưu bóng chèn lòng tử cung là 14,66 giờ.

+ Lượng máu mất trung bình là 1186,21 mL.

+ Có 19/29 bệnh nhân được truyền máu, với lượng máu truyền trung bình là 750 mL.

Trong số 19 trường hợp được theo dõi dài hạn sau chèn bóng thành công, có 18 phụ nữ có kinh lại bình thường, 8 phụ nữ có thai lại và đã sinh con bình thường.

KIẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi xin kiến nghị một số điểm như sau:

1. Tìm kiếm, xác định các yếu tố liên quan đến băng huyết sau sinh do dờ tử cung cho mọi sản phụ đến khám và chuyên dạ ở khoa sản các bệnh viện. Đặc biệt là các yếu tố: thiếu máu, thai to.
2. Nên có bảng kiểm các giai đoạn băng huyết sau sinh và phác đồ điều trị băng huyết sau sinh cập nhật thường xuyên ở khoa sản các bệnh viện.
3. Cần có nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn để đánh giá toàn diện hiệu quả của phương pháp chèn bóng lòng tử cung.
4. Phổ biến, huấn luyện và áp dụng phương pháp chèn bóng lòng tử cung sau khi đã được sự chấp thuận của Bộ Y tế.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN

1. Nguyễn Gia Định, Touneh Nai Nhật, Lê Vĩnh Lạc, Võ Thị Ngọc Thu, Nguyễn Duy Khánh (2013), “Tình hình băng huyết sau sinh tại khoa Phụ Sản Bệnh viện tỉnh Kon Tum năm 2012”, *Tạp chí Y Học Thực Hành*, số (897+898), 396-401.
2. Nguyễn Gia Định, Cao Ngọc Thành (2018), “Nghiên cứu hiệu quả điều trị băng huyết sau sinh do đờ tử cung bằng chèn bóng lòng tử cung”, *Tạp chí Y Dược học*, Trường đại học Y Dược Huế, Tập 8 (06), 12-2018, 178-183.
3. Nguyễn Gia Định, Cao Ngọc Thành (2020), “Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ đến băng huyết sau sinh do đờ tử cung”, *Tạp chí Y Học Việt Nam*, Tập 492, Tháng 7 - Số 1 & 2/2020, 216-221.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y Tế (2018), “Chảy máu sau đẻ”, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa*; tr. 97 - 99.
2. Bộ Y Tế (2018), “Tiền sản giật và sản giật”, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa*; tr. 33 - 38.
3. Trần Ngọc Can (2005), “Đẻ khó do thai to”, *Sản Phụ Khoa* (chủ biên: Dương Thị Cương), Nxb. Y Học, Hà Nội; tr. 175-177.
4. Nguyễn Hữu Cốc (2016), “Giác hút sản khoa”, *Bài giảng Sản Phụ Khoa Tập 2*, Nxb. Y Học, Hà Nội, tr.100- 105.
5. Lê Thị Kiều Dung (2011), “Đẻ khó do thai to”, *Sản Phụ Khoa, tập 1* (chủ biên: Lê Văn Điển, Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Trần Thị Lợi), Nxb. Y Học, chi nhánh TP. Hồ Chí Minh; tr. 251.
6. Nguyễn Hằng Giang, Nguyễn Xuân Vũ (2017), “Dự phòng và xử trí ngoại khoa trong băng huyết sau sinh”, *Thực hành lâm sàng Sản Phụ khoa. Tập 1* (Chủ biên: Bùi Thị Phương Nga), Nxb. Y Học; Tr. 85-99.
7. Nguyễn Thị Thanh Hà (2011), “Giác hút sản khoa”, *Sản Phụ Khoa, tập 1* (chủ biên: Lê Văn Điển, Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Trần Thị Lợi), Nxb. Y Học, chi nhánh TP. Hồ Chí Minh; tr. 441-448.
8. Vương Tiến Hòa (2013), “Sinh lý chuyển dạ-Theo dõi và xử trí một cuộc đẻ thường”, *Sản khoa và Sơ sinh* (Sách chuyên đề), Nxb. Y Học, Hà Nội; tr. 60-61.
9. Phạm Thị Hoa Hồng (2016), “Chảy máu trong thời kỳ sổ rau”, *Sản Phụ khoa Tập 1* (Chủ biên Dương Thị Cương), Nxb. Y Học, Hà Nội; tr. 129-137.
10. Nguyễn Việt Hùng (2016), “Sinh lý chuyển dạ”, *Bài giảng Sản phụ khoa Tập 1* (Chủ biên Dương Thị Cương), Nxb. Y Học, Hà Nội; tr. 81 – 92.
11. Phạm Văn Linh, Cao Ngọc Thành (2006), “Chảy máu sau sinh ”, *Sản Phụ Khoa – Sách đào tạo bác sĩ đa khoa*, Nxb. Y Học, Hà Nội, tr. 302-313.
12. Trần Thị Lợi, Nguyễn Thị Minh Tuyết (2009), “Hiệu quả của bóng chèn lòng tử cung điều trị băng huyết sau sanh”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh. Vol . 13 - Supplement of No 1 - 2009*: 32 - 38.

13. Trần Thị Lợi (2011), “Băng huyết sau sinh”, *Sản Phụ Khoa Tập 1*, (Chủ biên: Lê Văn Điền, Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Trần Thị Lợi), Nxb. Y Học, Chi nhánh TP. Hồ Chí Minh; tr. 359- 369.
14. Trần Thị Lợi (2014), “Băng huyết sau sanh”, *Sản khoa* (Chủ biên Nguyễn Duy Tài), Nxb. Y Học, chi nhánh TP. Hồ Chí Minh; tr. 95-105.
15. Trần Thị Phương Mai, Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Bạch Cẩm An, Phạm Huy Hiền Hào (2003), “Xuất huyết âm đạo sau sinh”, *Xử trí biến chứng trong khi mang thai và sinh đẻ (sách hướng dẫn cho nữ hộ sinh và bác sỹ)*, Nxb. Y Học; tr. 148-160.
16. Đặng Thị Minh Nguyệt (2010), *Chảy máu sau đẻ và các thuốc tăng co tử cung*, Nxb Y Học, Hà Nội; tr. 7-8.
17. Nguyễn Thị Nhật Phượng, Vũ Nhật Linh (2017), “Chuyển dạ kéo dài”, *Thực hành lâm sàng Sản Phụ khoa.Tập 1* (Chủ biên: Bùi Thị Phương Nga), Nxb. Y Học; Tr. 76-84.
18. Hồ Xuân Tam, Trịnh Thị Hoài Xuân, Nguyễn Ngọc Hoàng Mai (2014), Nghiên cứu áp dụng bóng chèn lòng tử cung trong dự phòng và điều trị băng huyết sau sinh tại bệnh viện Sản Nhi Phú Yên năm 2013, *Tạp chí Phụ Sản* -12 (1), 50-53, 2014.
19. Nguyễn Duy Tài (2014), “Băng huyết sau sinh”, *Sổ tay Sản Phụ khoa* (tác giả: Errol R. Norwitz, John O. Schorge. Ấn bản tiếng Việt, Biên dịch: Nguyễn Duy Tài), Nxb. Y Học; tr. 145.
20. Trần Sơn Thạch, Tạ Thị Thanh Thủy & Nguyễn Vạn Thông (2005), “Mũi may B-Lynch cải tiến trong điều trị băng huyết sau sanh trầm trọng: Kinh nghiệm 27 trường hợp tại Bệnh viện Hùng Vương”, *Chương trình huấn luyện và bồi dưỡng chuyên môn. Chuyên đề “Làm mẹ an toàn”*; tr. 199-207.
21. Lê Quang Thanh (2019), “Băng huyết sau sinh”, *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa*. Nxb. Thanh Niên, TP. Hồ Chí Minh; tr. 51-55.
22. Phạm Việt Thanh (2007),”Tổng quan về băng huyết sau sinh”, *Tạp chí Phụ Sản Tháng 7/2007; Số Đặc Biệt; 03-04*. Tr. 14-22.

23. Cao Ngọc Thành, Nguyễn Vũ Quốc Huy, Lê Minh Tâm, Trần Mạnh Linh (2012), “Vai trò Carbetocin trong điều trị dự phòng băng huyết sau sinh”, *Tạp chí Phụ Sản*- 10 (3), 7-15, 2012, tr. 7-15.
24. Cao Ngọc Thành, Nguyễn Vũ Quốc Huy và cs. (2017), “Định nghĩa và phân loại tiền sản giật”, “Chương 2”, *Sàng lọc và điều trị dự phòng bệnh lý tiền sản giật-sản giật*, Nxb. Đại học Huế, tr. 14 - 31.
25. Nguyễn Thị Ngọc Thoa (2011), “Sinh lý chuyển dạ”, *Sản Phụ Khoa, tập 1* (Chủ biên: Lê Văn Điển, Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Trần Thị Lợi), Nxb. Y Học, chi nhánh TP. Hồ Chí Minh; tr. 118-119.
26. Khúc Minh Thúy (2011), “Đa ối”, *Sản Phụ Khoa, tập 1* (Chủ biên: Lê Văn Điển, Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Trần Thị Lợi), Nxb. Y Học, chi nhánh TP. Hồ Chí Minh; tr. 308.
27. Nguyễn Viết Tiến (2016), “Đa ối”, *Bài giảng Sản Phụ Khoa Tập 2*, (Chủ biên: Nguyễn Đức Vy), Nxb. Y Học, Hà Nội; tr. 69 - 75.
28. Nguyễn Viết Tiến (2016), “Đa thai”, *Bài giảng Sản Phụ Khoa Tập 2*, (Chủ biên: Nguyễn Đức Vy), Nxb. Y Học, Hà Nội; tr. 79.
29. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2011), “Khởi phát chuyển dạ”, *Thực hành Sản Phụ khoa* (Chủ biên: Trần Thị Lợi, Nguyễn Duy Tài), Nxb. Y Học chi nhánh TP.HCM; tr. 74 – 85.
30. Trương Quang Vinh (2016), “Chảy máu sau sinh”, *Giáo trình Sản khoa*, Nxb. Y Học, Hà Nội; tr. 313-323.
31. Trương Quang Vinh (2016), “Thiếu máu thiếu sắt trong thai kỳ”, *Giáo trình Sản khoa*, Nxb. Y Học, Hà Nội; tr. 398-399.
32. Trương Quang Vinh, Văn Thị Kim Huệ, Trần Thế Bình, Võ Xuân Phúc (2010), “Điều trị băng huyết sau sinh”, *Tạp chí Phụ Sản*, Tập 08, Số 1/2010; tr. 17-25.
33. Trần Đình Vinh (2010), “Tình hình băng huyết sau sinh tại Khoa phụ sản Bệnh viện Đà Nẵng 2005-2010”, *Tạp chí Phụ Sản*, Tập 08, số 2 – 3/2010, tr. 67-71.
34. Nguyễn Đức Vy (2016), “Choáng sản khoa”, *Bài giảng Sản Phụ Khoa Tập 2*, Nxb. Y Học, Hà Nội, tr.131- 136.

Tiếng Anh

35. Abigail Le Bas, Edwin Chandrachan, Anthony Addel, Sabaratnam Arulkumaran, (2014), “Use of the “obstetric shock index” as an adjunct in identifying significant blood loss in patients with massive postpartum hemorrhage”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Volume 124, Issue 3, March 2014, Pages 253-255.
36. ACOG (2017), “Postpartum Hemorrhage”, *ACOG Practice Bulletin: Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists*. Number 183, October 2017.
37. ACOG (2017), “ACOG Updates Recommendations on Postpartum Hemorrhage” - *Obstet Gynecol*. 2017;130:923-925. *Medscape* - Sep 25, 2017.
38. ACOG, 2015, “Maternal Safety Bundle for Obstetric Hemorrhage”, *Safe Motherhood Initiative; Revised November 2015*.
39. Alouini S. (2014), “Bakri balloon tamponade as first step to manage severe postpartum haemorrhage”, *Ir J Med Sci* (2014) 183:693.
40. Alouini S. (2015), “Bakri balloon tamponade for severe postpartum haemorrhage: efficiency and fertility outcomes”, *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015 Feb;44(2):171-5. doi: 10. 1016/j.jgyn.2014.05.010.
41. Arulkumaran Sabaratnam, Mahantesh Karoshi, L. G. Keith, A.B Lalonde & C. B-Lynch (2012), “Postpartum Hemorrhage - Guidelines for Immediate Action”. Editor-in-Chief: Professor Sir Sabaratnam Arulkumaran, *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage (An Essential Clinical Reference for Effective Management)*, 2nd Edition.
42. B-Lynch and H. Shah (2012), “Conservative Surgical Management”, *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage (An Essential Clinical Reference for Effective Management)*, 2nd Edition, eds. Sabaratnam Arulkumaran, Mahantesh Karoshi, L. G. Keith, A.B Lalonde & C. B-Lynch. Sapiens Publishing, United Kingdom; pp. 433 - 440.

43. Biguzzi et al. (2012), “Risk factors for postpartum hemorrhage in a cohort of 6011 Italian women”, *Thromb Res.* 2012 Apr;129(4):e1-7. doi: 10.1016/j.thromres.2011.09.010. Epub 2011 Oct20]
44. Brown H, Okeyo S, Wilkinson J, Schmitt J. (2016), “The Bakri tamponade balloon as an adjunct treatment for refractory postpartum hemorrhage”, *Int J Gynaecol Obstet.* 2016 Dec;135(3):276-280. doi: 10.1016/ijgo.2016.06.021. Epub 2016
45. Burke TF et al. (2015), “A postpartum haemorrhage package with condom uterine balloon tamponade: a prospective multi-center case series in Kenya, Sierra Leone, Senegal, and Nepal”. *BJOG* 2015; DOI: 10.1111/1471-0528.13545.
46. Cameron M. J. (2012), “Definitions, Vital Statistics and Risk Factors: An Overview”, *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage (An Essential Clinical Reference for Effective Management)*, 2nd Edition, eds. Sabaratnam Arulkumaran, Mahantesh Karoshi, L. G. Keith, A.B Lalonde & C. B-Lynch. Sapiens Publishing, United Kingdom; pp. 133 – 146.
47. Carlos Montufar- Rueda et al. (2013), “Clinical Study Severe Postpartum Hemorrhage from Uterine Atony: A Multicentric Study”, *Hindawi Publishing Corporation, Journal of Pregnancy*, Volume 2013, Article ID 525914, 6 pages, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/525914>.
48. Cekmez Y, Ozkaya E, Ocal FD, Küçüközkan T. (2015), “Experience with different techniques for the management of postpartum hemorrhage due to uterine atony: compression sutures, artery ligation and Bakri balloon”, *Ir J Med Sci.* 2015 Jun;184(2):399-402. doi: 10.1007/s11845-014-1130. Epub 2014 May 15.
49. Charles R. B. Beckmann et al. (2014), “Postpartum Hemorrhage”, *Obstetrics and Gynecology*, Seventh Edition, Lippincott Williams & Wilkins, pp. 137- 143.
50. Cho Y, Rizvi C, Uppal T, Condous G. (2008), “Case Report: Ultrasonographic visualization of balloon placement for uterine tamponade in massive primary

postpartum hemorrhage”, *ULTRASOUND in Obstetrics & Gynecology*, Volume 32, Issue 5. October 2008; pages 711-713.

51. Claire et al. (2017), “Postpartum Hemorrhage Following Vaginal Delivery: Risk Factors and Maternal Outcomes”, *J. Perinatol.* 2017 Mar; 37(3): 243-248.
52. Coker A. & Oliver R. (2012), “Definitions and Classification”, *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage (An Essential Clinical Reference for Effective Management)*, 2nd Edition, eds. Sabaratnam Arulkumaran, Mahantesh Karoshi, L. G. Keith, A.B Lalonde & C. B-Lynch. Sapiens Publishing, United Kingdom; pp. 129 – 132.
53. Condous G.S, Arulkumaran S, Symonds I, Chapman R, Sinha A, Razvi K. T (2003), “The tamponade test in the management of massive postpartum hemorrhage”, *Obstet Gynecol* 2003; 101: 767-72.
54. Cordovani D., Carvalho J. C. A., Boucher M., and Farine D. (2012), “Carbetocin for the Prevention of Postpartum Hemorrhage”, *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage*, 2nd, eds. Sabaratnam Arulkumaran, Mahantesh Karoshi, L. G. Keith, A.B Lalonde & C. B-Lynch, Sapiens Publishing, United Kingdom, pp. 361-368.
55. Cunningham F. Gary *et al.* (2014), “Abnormal labor”, *Williams Obstetrics*, McGraw-Hill, 24th edition, Vol. 1; pp. 455-463.
56. Cunningham F. Gary *et al.* (2014), “Obstetrical hemorrhage”, *Williams Obstetrics*, McGraw-Hill, 24th edition, Vol. 2; pp. 780-828.
57. Cunningham F. Gary *et al.* (2018), “Obstetrical hemorrhage”, *Williams Obstetrics*, McGraw-Hill, 25th edition, Chap 41; pp. 1837-1843.
58. Danso D. & P. W. Reginald, (2012), “Internal Uterine Tamponade”, *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage*, 2nd Edition, eds. Sabaratnam Arulkumaran, Mahantesh Karoshi, L.G. Keith, A.B. Lalonde & C. B-Lynch, Sapiens Publishing, United Kingdom, pp. 377- 380.
59. Darwish AM *et al.* (2018). “Bakri balloon versus condom condom-loaded Foley’s catheter for treatment of atonic postpartum hemorrhage secondary to

- vaginal delivery: a randomized controlled trial". *J. Matern Fetal Neonatal Med.* 2018 Mar;31(6):747-753. doi:10.1080/14767058.2017.1297407.
60. Driessen M. *et al.* (2011), "Postpartum hemorrhage resulting from uterine atony after vaginal delivery: factors associated with severity". *Obstet Gynecol.* 2011 Jan;117(1):21-31. doi: 10.1097/AOG.0B0I3e318202c845.
 61. Doumouchsis SK, Papageorgiou AT, Vernier C, Arulkumaran S. (2008), "Management of postpartum hemorrhage by uterine balloon tamponade: prospective evaluation of effectiveness", *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(8):849-55. doi: 10.1080/00016340802179822.
 62. Ferrazzani S., Perrelli A., Piscicelli C., De Carolis S. (2012), "Balloon Internal Uterine Tamponade: Experience with 39 Patients from a Single Institution". *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage*, 2nd Edition, eds. Sabaratnam Arulkumaran, Mahantesh Karoshi, L.G. Keith, A.B. Lalonde & C. B-Lynch, Sapiens Publishing, United Kingdom, pp. 381-386.
 63. FIGO (2012), "FIGO GUIDELINES Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings", *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 117 (2012) 108-118.
 64. Gao Y *et al.* (2014), "Efficacy and safety of intrauterine Bakri balloon tamponade in the treatment of postpartum hemorrhage: a multicenter analysis of 109 cases". *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2014 Sep;49;(9):670-5.
 65. Georgiou C. (2009), "Balloon tamponade in the management of postpartum haemorrhage: a review", *BJOG*, 2009 May;116(6):748-57.
 66. Georgiou C. (2012), "Intraluminal Pressure Readings whilst Achieving a Positive "Tamponade Test" in the Management of Postpartum Hemorrhage", *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage* 2nd, eds. Sabaratnam Arulkumaran, Mahantesh Karoshi, L.G. Keith, A.B. Lalonde & C. B-Lynch, Sapiens Publishing, United Kingdom, pp, 369-376.
 67. Georgiou C. (2012), "Using the Uterine-Specific Bakri Balloon in the Management of Postpartum Hemorrhage: Case Series and Conceptual/ Practical Guidelines", *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage*, 2nd

- Edition, eds.SabaratnamArulkumaran, Mahantesh Karoshi, L.G. Keith, A.B. Lalonde & C. B-Lynch, Sapiens Publishing, United Kingdom, pp. 387-396.
68. Georgiou C. (2014), “A review of current practice in using Balloon Tamponade Technology in the management of postpartum haemorrhage”, *Hypertension Research in Pregnancy*, 2014 Volume 2 Issue 1 Pages 1-10.
 69. Hamamy E. El, B-Lynch C. (2012), “Learning to Treat Postpartum Hemorrhage: a Spectrum of Modern Teaching/Learning Modalities”, *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage*, 2nd Edition, eds.SabaratnamArulkumaran, Mahantesh Karoshi, L.G. Keith, A.B. Lalonde & C. B-Lynch, Sapiens Publishing, United Kingdom, pp. 514-515.
 70. Herrick T, Mvundura M, Burke TF, Abu-Haydar E., (2017), “A low-cost uterine balloon tamponade for management of postpartum hemorrhage: modeling the potential impact on maternal mortality and morbidity in sub-Saharan Africa”, *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Nov 13;17(1):374. doi: 10.1186/s12884-017-1564-5.
 71. Jennifer McNulty, Elliott Main. (2015), “Uterine tamponade for obstetric hemorrhage: internal balloon and external compression stitches”. eds. Lyndon A, Lagrew D, Shields L, Main E, Cape V. *Improving Health Care Response to Obstetric Hemorrhage*; Published by the California Maternal Quality Care Collaborative, 3/17/15; pp. 115-120.
 72. John Richard (2011), “Operative Delivery”, *Obstetrics Case-Based Review*, eds. Marie H. Beall, Michael G. Ross, Lippincott Williams & Wilkins; pp. 219.
 73. John R. Smith (2017), “Postpartum Hemorrhage”. In: <http://emedicine.medscape.com/article/275038-overview> , truy cập ngày 28/6/2017.
 74. Jordan H. Perlow (2011), “Obesity in the Obstetric Intensive Care Patient”, *Obstetric Intensive Care Manual*, 3rd Edition, eds. Michael R. Foley, Thomas H. Strong, JR. & Thomas J. Garite, McGraw-Hill; pp. 61- 72.
 75. Julianna S. Dunn (2016), “Ob-Gyn Surgery and Blood Supply in Resource-Poor Areas”, *Obstetrics and Gynecology in Low - Resource Settings*; Edited by Nawal M. Nour, Havard University Press, London, England; pp. 296-297.

76. Julie Arafeh, Kimberly Greory, Elliott Main, Audrey Lyndon. (2017), "Definition, early recognition and rapid response using triggers". eds. Lyndon A, Lagrew D, Shields L, Main E, Cape V. *Improving Health Care Response to Obstetric Hemorrhage* ; Published by the California Maternal Quality Care Collaborative, 3/17/15; pp. 70-75.
77. Kaelin Ageten A. et al. (2017), «Temporal trends of postpartum haemorrhage in Switzerland: a 22-year retrospective population- based cohort study». *Swiss Med Wkly*.2017 Nov 29;147:w14551. DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2017.14551>
78. Kaima A. Fras (2015), « Postpartum hemorrhage is related to the hemoglobin levels at labor: Observational study», *Alexandria Journal of Medicine* (2015) 51, 333- 337.
79. Kandeel M, Sanad Z, Ellakwa H, El Halaby A, Rezk M, Saif L, (2016), "Management of postpartum hemorrhage with intrauterine balloon tamponade using a condom catheter in an Egyptian setting", *Int J Gynaecol Obstet*. 2016 Dec;135(3):272-275.
80. Karoshi M., Palacios-Jaraquemada J.M., & Keith L. G. (2012), "Managing the Ten Most Common Life- Threatening Scenarios Associated with Postpartum Hemorrhage", *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage 2nd*, eds. Sabaratnam Arulkumaran, Mahantesh Karoshi, L.G. Keith, A.B. Lalonde & C. B-Lynch, Sapiens Publishing, United Kingdom, pp. 3-18.
81. Karrie Francois (2011), "Postpartum Hemorrhage", *Obstetric Intensive Care Manual*, 3rd Edition, eds. Michael R. Foley, Thomas H. Strong, JR. & Thomas J. Garite, McGraw-Hill, pp. 27 – 37.
82. Khan R. U., El-Refacey H., (2012), "Pathophysiology of postpartum hemorrhage and third stage of labor", *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage*, 2nd Edition, eds. Sabaratnam Arulkumaran, Mahantesh Karoshi, L.G. Keith, A.B. Lalonde & C. B-Lynch, Sapiens Publishing, United Kingdom; pp. 94-100.
83. Kim Gregory et al. (2010), "Definition, Early Recognition And Rapid Reponse Using Triggers", *Improving Health Care Response to Obstetric*

Hemorrhage; Published by the California Maternal Quality Care Collaborative, July 2010, pp. 3-5.

- 84.** Lalonde A. B., Liljestrand J., Rushwan H. and Okong P. (2012), “Postpartum hemorrhage today: Living in the shadow of the Taj Mahal”, *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage*, 2nd Edition, eds. Sabaratnam Arulkumaran, Mahantesh Karoshi, L.G. Keith, A.B. Lalonde & C. B-Lynch, Sapiens Publishing, United Kingdom; pp. 64-69.
- 85.** Larry Shields (2010), “Uterotonic Agents Fact Sheet”, *Improving Health Care Response to Obstetric Hemorrhage*; Published by the California Maternal Quality Care Collaborative, July 2010, pp. 74- 75.
- 86.** Lisa Vaquez, Marquis Jessie (2011), “Chronic Hypertension and Pregnancy”, *Lippincott’s Obstetrics Case-Based Review*, eds. Marrie H., Michael G. Ross. Wolters Kluwer; Lippincott Williams & Wilkins, pp. 23-27.]
- 87.** Lohano R, Haq G, Kazi S, Sheikh S, (2016), “Intrauterine balloon tamponade for the control of postpartum haemorrhage”, *J Pak Med Assoc.* 2016 Jan;66(1):22-6.
- 88.** Maame Yaa A B Yiadom (2018), “Postpartum Hemorrhage in Emergency Medicine, <http://emedicine.medscape.com/article/796785-overview> , truy cập ngày 09/1/2018.
- 89.** Matsubara S. (2012), “Available hemostatic measures for postpartum hemorrhage in rural settings”, *Rural and Remote Health* 12: 2248. (Online) 2012. Available: <http://www.rrh.org.au>.
- 90.** Matsubara S. (2016), “An effective addition of uterine balloon tamponade (condom-balloon) in rural settings”, *Rural and Remote Health* 2016; **16**: 3903. Available: www.rrh.org.au/journal/article/3903
- 91.** Mavrides E, Allard S, Chandrachan E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2016), “Prevention and management of postpartum haemorrhage”, *BJOG* 2016;124:e106-e149.

92. Maya ET, Buntugu KA, Aki L, Srofenyoh EK, (2015), "Condom tamponade in the Management of Primary Postpartum Haemorrhage: A Report of three cases in Ghana", *Afr J Reprod Health*. 2015 Sep;19(3):151-7.
93. Nahar N, Yusuf N, Ashraf F, (2009), "Role of intra uterine balloon catheter in controlling massive PPH: Experience in Rajshahi Medical College Hospital", *The ORION Medical Journal* 2009 Sep;32 (3):682-683.
94. Nathan HLet al. (2015), "Shock index: an effective predictor of outcome in postpartum hemorrhage?", 2015-BJOG: *An International Journal of Obstetrics & Gynecology*. Volume 122, Issue 2, January 2015, Pages 268-275.
95. Nyflot et al. (2017), "Risk factors for severe postpartum hemorrhage a case-control study". *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:17
96. Nyflot LT, Stray-Pedersen B, Forsen L, Vangen S (2017), "Duration of labor and the risk of severe postpartum hemorrhage: A case-control study". *PloS ONE* 12(4): e017506. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175306>
97. Olson-Chen, Seligman (2016), "Hypertensive Emergencies in Pregnancy", *Obstetric and Gynecologic Emergencies*, eds. Susan E. Dantoni, Peter J. Papadakos, Richard W. Carlson. Clinics Review Articles. Jan 2016; pp. 29-41.
98. Ononge et al. (2016), "Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda". *Reproductive Health* (2016) 13:38
99. Paily V. P. (2012), "Initial Interventions to Combat Hemorrhage during Cesarean Section and Internal Iliac Artery Ligation". *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage*, 2nd Edition, eds. Sabaratnam Arulkumaran, Mahantesh Karoshi, L.G. Keith, A.B. Lalonde & C. B-Lynch, Sapiens Publishing, United Kingdom; pp. 448 - 457.
100. Pei Shan Lim (2012), "Uterine Atony: Management Strategies", *Blood Transfusion in Clinical Practice*, Dr. Puneet Kochhar (Ed.), Published online 16, March, 2012, pp. 97-128.
101. Ramanathan et al. (2018), "Safety of a condom uterine balloon tamponade (ESM-UBT) device for uncontrolled primary postpartum hemorrhage among facilities in Kenya and Sierra Leone". *BMC Pregnancy and Childbirth* (2018) 18:168 <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1808-z>.

102. Rani PR, Begum J. (2017), "Recent Advances in the Management of Major Postpartum Haemorrhage - A Review". *J Clin Diagn Res.* 2017 Feb;11(2):QE01-QE05. doi: 10.7860/JCDR/2017/22659.9463.
103. Rathore AM. et al. (2012), "Uterine tamponade using condom catheter balloon in the management of non-traumatic postpartum hemorrhage", *J. Obste. Gynaecol. Res. Vol. 38, No. 9: 1162-1167, September 2012.*
104. Revert M, Cottenet J, Raynal P, Cibot E, Quantin C, Rozenberg P (2017), "Intrauterine balloon tamponade for management of severe postpartum haemorrhage in a perinatal network: a prospective cohort study", *BJOG.* 2017 Jul;124 (8):1255-1262. doi: 10.1111/1471-0528. 14382. Epub 2016 Oct 25.
105. Revert M, Rozenberg P, Cottenet J, Quantin C. (2018), "Intrauterine Balloon Tamponade for Severe Postpartum Hemorrhage", *Obstetrics & Gynecology.* 131(1):143-149, JAN 2018.
106. Richa Saxena (2015), "Surgical Interventions for Control of Postpartum Hemorrhage". *Tips & Tricks in Operative Obstetrics & Gynecology, Second edition.* Jaypee Brothers Medical Publishers, Ch.13; pp.151-160.
107. Richa Saxena (2015), "Vacuum Delivery". *Tips & Tricks in Operative Obstetrics & Gynecology, Second edition.* Jaypee Brothers Medical Publishers, Ch.8; pp.95 -105.
108. Sayeba A, M Rashida Begum, Zakia K, et al., (2003), "Use of condom to control massive postpartum hemorrhage", *MedGenMed Ob/Gyn & Women's Health* 2003;13:23-27.
109. Sebastien Suarez *et al.* (2020), "Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis". *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* Volume 222, Issue 4, pages 293e1 - 293e52.
110. Seror J, Allouche C, Elhaik S. (2005), "Use of Sengskan-Blakemore tube in massive postpartum hemorrhage: a series of 17 cases", *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005 Jul;84(7):660-4.

111. Shagufta Yasmeen Rather, Afshan Qadir, Shagufta Parveen, Farhat Jabeen (2010), "Use of Condom to Control Intractable PPH", *JK SCIENCE*, Vol. 12 No.3- September 2010.
112. Shintaro Makino, Jun Takeda, Chihiro Hirai, Atsuo Itakura, Satoru Takeda, (2015), "Uterine balloon tamponade as a test to assess further treatment". 2015 Nordic Federation of Obstetrics and Gynecology, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* **94** (2015) 556.
113. Tindell K et al. (2012), "Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum haemorrhage in resource-poor settings: a systematic review". *BJOG* 2012;DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03454.x.
114. Tort J, Hounkpatin B, Popowski T, Traore M, Bodin C, et al. (2013), "A Randomised Controlled Trial to Test the Effectiveness of Balloon Tamponade with Condom Catheter in Severe Postpartum Hemorrhage Management: A Feasibility Study in Benin". *J Women's Health Care* 2:135.
115. Unterscheider J., Breathnach F. & Geary M. (2012), "Standard medical therapy for Postpartum Hemorrhage", *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage*, 2nd Edition, eds. Sabaratnam Arulkumaran, Mahantesh Karoshi, L.G. Keith, A.B. Lalonde & C. B-Lynch, Sapiens Publishing, United Kingdom; pp. 355-359.
116. World Health Organization (2012), *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*.
117. World Health Organization (2017), "Updated WHO recommendation on Tranexamic Acid for the Treatment of postpartum haemorrhage". Geneva, Switzerland: WHO; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. WHO/RHR/17.21
118. World Health Organization (2018), "WHO recommendations: uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage". Geneva: World Health Organization; 2018. License: CCBY-NC-SA 3.0 IGO.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Bệnh viện tỉnh Kon Tum

Số vào viện.....

Khoa Phụ Sản

Số lưu trữ.....

Số thứ tự BA nghiên cứu.....

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

I. PHẦN HÀNH CHÍNH

- Họ và tên.....Tuổi.....Dân tộc.....
- Nghề nghiệp
- Địa chỉ..... Điện thoại
- Ngày vào viện.....Lý do vào viện
- Ngày làm thủ thuật chèn bóng
- Ngày ra viện.....

II. PHẦN KHÁM BỆNH

1. Tiền sử bệnh:

- Tiền sử gia đình
- Tiền sử Nội khoa.....
- Tiền sử Ngoại khoa.....
- Tiền sử bệnh dị ứng, thói quen ăn uống, thuốc lá, rượu
- Tiền sử Sản khoa (PARA.....)
- Tiền sử Phụ khoa (ngày bắt đầu có kinh, chu kỳ, tính chất, đau bụng và các bệnh phụ khoa đã mắc.....)

2. Bệnh sử (Quá trình bệnh lý).....

3. Khám Toàn thân:

- + Chiều cao.....(cm), Cân nặng.....(kg), BMI (Chỉ số khối cơ thể)
- + M.....lần/phút, HA...../.....mmHg, Nhiệt độ.....⁰C, Nhịp thở.....lần/phút

4. Khám bộ phận:

- + Bướu giáp.....
- + Tim mạch..... + Hô hấp
- + Tiêu hóa..... + Thận tiết niệu.....
- + Thần kinh..... + Cơ xương khớp.....

5. Khám Chuyên khoa

5.1. Khám ngoài:

- Bụng có sẹo phẫu thuật cũ: ☐
- Hình dạng tử cung..... Tư thế
- Chiều cao tử cung.....cm, Vòng bụng.....cm.
- Tim thai.....lần/phút.
- Cơn co tử cung
- Vú.....

5.2. Khám trong:

- Chỉ số Bishop.....Điểm.
- Âm hộ..... Âm đạo..... Tầng sinh môn.....
- Cổ tử cung..... Phần phụ.....
- Tình trạng ối: 1. *Ổi phồng* ☐ 2. *Ổi dẹt* ☐ 3. *Ổi quả lê* ☐
- Ổi vỡ lúc.....giờ.....phút, ngày...../...../201 -Ổi vỡ: 1. *Tự nhiên* ☐ 2. *Bấm ối* ☐
- Màu sắc nước ối..... -Nước ối nhiều hay ít
- Ngôi.....Thế.....Kiểu thế.....
- Độ lọt: 1. *Cao* ☐ 2. *Chúc* ☐ 3. *Chật* ☐ 4. *Lọt* ☐
- Đường kính nhô hạ vệ.....

5. Cận lâm sàng:

- Đường huyết, Urê máu, Creatinine, Protein/máu
- CTM
- Hb trước chuyển dạ.....
- Fibrinogen
- Thời gian Prothrombin (PT, TQ, INR
- Thời gian Thromboplastin hoạt hóa từng phần (aPTT
- Thời gian Thrombin (TT
- Siêu âm: mô tả trọng lượng thai, nước ối
- Các xét nghiệm khác

III. YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BHSS DO ĐỜ TỬ CUNG (16 YẾU TỐ)

- Đa ối: ☐
- Đa thai: ☐
- Thai to (> 3.500g): ☐
- Chuyển dạ quá nhanh (< 3 giờ): ☐
- Phát khởi chuyển dạ/Tăng go trong chuyển dạ: ☐

- Chuyển dạ kéo dài (giai đoạn Ib kéo dài/ giai đoạn 2 kéo dài): ☐
- Sinh hỗ trợ thủ thuật (giúp sinh Giác hút, Forceps): ☐
- Thiếu máu trước sinh (Hb < 11g/dL): ☐
- Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ: ☐
- Tiền sử BHSS: ☐
- Chảy máu trước sinh (nhau bong non, nhau tiền đạo): ☐
- Nhiễm khuẩn ối: ☐
- U xơ tử cung: ☐
- Số lần sinh trên 4 (≥ 5) lần: ☐
- Tuổi trên 35: ☐
- Béo phì (BMI ≥ 30): ☐
- Không có yếu tố liên quan: ☐

IV. HIỆU QUẢ CỦA CÁC THUỐC CO HÒI TỬ CUNG

V. YẾU TỐ NGUY CƠ TỪ PHÂN TÍCH DỮ LIỆU (TRONG NGHIÊN CỨU)

VI. XÁC ĐỊNH THỜI ĐIỂM BHSS (GIỜ)

VII. THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ NỘI VÀ XOA ĐÁY TỬ CUNG

VIII. LƯỢNG MÁU MẤT TỔNG CỘNG (BAO GỒM LƯỢNG MÁU MẤT SAU SINH TRONG THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ NỘI)

IX. CHỈ SỐ SỐC

X. QUÁ TRÌNH LÀM THỦ THUẬT CHÈN BÓNG:

10.1. Phương pháp vô cảm:

Tên.....Mê nội khí quản

10.2. Phương pháp thủ thuật (đường âm đạo):

- Các khó khăn và biến chứng xảy ra trong quá trình làm thủ thuật, cách khắc phục.....

XI. DIỄN BIẾN TRONG VÀ SAU THỦ THUẬT:

11.1. Bảng theo dõi:

Ngày	1	2	3	4	5	6	7
T ⁰							
M - HA							
Tiểu, Trung, Đại tiện							
Vận động (ngồi dậy, đi lại)							

NCS. NGUYỄN GIA ĐÌNH

PHỤ LỤC 2

SỞ Y TẾ TỈNH KON TUM
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

GIẤY CAM ĐOAN CHẤP NHẬN THỦ THUẬT CHÈN BÓNG VÀ GÂY MÊ HỒI SỨC

Bệnh nhân:.....Số nhập viện:.....

Chúng tôi đứng tên dưới đây làm bản cam kết như sau:

Bệnh nhân:.....Năm sinh:..... (Nam) (Nữ)

Địa chỉ: Số CMND:.....

Và/hoặc **Thân nhân bệnh nhân (Người viết hộ nếu bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân không biết chữ)**

Họ tên:Năm sinh:..... (Nam) (Nữ)

Địa chỉ: Số CMND:.....

Quan hệ:..... của bệnh nhân.

Sau khi nghe bác sĩ..... là.....cho biết tình trạng của bệnh nhân:

những nguy hiểm của bệnh nếu không thực hiện thủ thuật chèn bóng, gây mê hồi sức và những rủi ro có thể xảy ra do bệnh lý, do tiến hành thủ thuật chèn bóng, gây mê hồi sức; tôi tự nguyện cam đoan:

- 1. Đồng ý xin làm thủ thuật chèn bóng, gây mê hồi sức và để giấy này làm bằng.*
- 2. Không đồng ý làm thủ thuật chèn bóng, gây mê hồi sức và để giấy này làm bằng.*
(Câu 1 và câu 2 do bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân hoặc người viết hộ tự viết)

NGƯỜI VIẾT HỘ
(Ký và ghi rõ họ tên)

Kon Tum, ngày tháng năm 201....
THÂN NHÂN BỆNH NHÂN
(Ký và ghi rõ họ tên)

BỆNH NHÂN
(Ký và ghi rõ họ tên)

.....

.....

.....

PHỤ LỤC 3

PHIẾU KHẢO SÁT (HIỆU QUẢ DÀI HẠN CỦA PHƯƠNG PHÁP CHÈN BÓNG)

Kính gửi Bà:

Địa chỉ:

Được biết bà đã được điều trị bằng huyết sau sinh thành công bằng phương pháp chèn bóng tại khoa Sản, bệnh viện tỉnh Kon Tum vào tháng..... năm 201.....

Để phục vụ cho công tác nghiên cứu, thống kê hiệu quả dài hạn của phương pháp chèn bóng, chúng tôi xin bà vui lòng trả lời cho ba câu hỏi sau:

1. Từ thời gian đó cho đến nay, Bà đã:

- Có Kinh nguyệt lại bình thường: ☐
- Không có Kinh nguyệt bình thường: ☐

2. Từ thời gian đó cho đến nay, Bà đã:

- Có thai lại và sinh con: ☐
- Không có thai lại: ☐

3. Có Kinh nguyệt lại bình thường nhưng không muốn có thai: ☐

Xin trân trọng cảm ơn sự hợp tác của Bà.

Kon Tum, ngày..... tháng..... năm 20....

Người được phỏng vấn

Người nghiên cứu

(Ký tên và ghi rõ họ tên)

NCS. Nguyễn Gia Định

Bệnh viện tỉnh Kon Tum

Xác nhận của Trung tâm Y tế huyện

(hoặc Trạm xá Y tế)

Ghi chú: tên tuổi của bệnh nhân được giữ kín, được viết tắt và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

PHỤ LỤC 4



SỞ Y TẾ TỈNH KON TUM

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BIÊN BẢN CHẤP NHẬN CỦA HỘI ĐỒNG ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU Y SINH HỌC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KON TUM

Kon Tum, Ngày 01 tháng 02 năm 2013

Hôm nay, tại Hội trường giao ban của Bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum, sau khi đánh giá hồ sơ nghiên cứu của đề cương luận án “Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến băng huyết sau sinh do đờ tử cung và hiệu quả điều trị bằng chèn bóng lòng tử cung” của BSKII. Nguyễn Gia Định, dựa theo điều 2 của Quyết định số 111/QĐ-BYT ngày 11 tháng 01 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cấp cơ sở: “Nghiên cứu y sinh học với đối tượng nghiên cứu là con người bao gồm các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng thuốc (tân dược, dược liệu, thuốc y học cổ truyền, vắc xin và các chế phẩm sinh học khác dùng để phòng và điều trị bệnh, nghiên cứu sinh khả dụng và đánh giá tương đương sinh học), trang thiết bị y tế; các nghiên cứu về phương pháp điều trị, chẩn đoán, các mẫu sinh học, các điều tra dịch tễ học, xã hội học và tâm lý học được tiến hành với đối tượng nghiên cứu là con người”, Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của bệnh viện đa khoa tỉnh Kon Tum đã xem xét các nội dung sau:

1. Nguy cơ và lợi ích cho đối tượng tham gia nghiên cứu;
2. Các nguy cơ là tối thiểu và hợp lý so với những lợi ích dự kiến có được;
3. Bảo vệ, chăm sóc cho đối tượng tham gia nghiên cứu;
4. Sự chấp thuận tình nguyện tham gia nghiên cứu của đối tượng;
5. Tính công bằng trong việc chọn đối tượng tham gia nghiên cứu;
6. Tính toàn vẹn của đối tượng số liệu được thu thập;
7. Tôn trọng tính riêng tư và bảo vệ bí mật cho đối tượng tham gia nghiên cứu;

8. Các điều kiện bảo vệ đối với những đối tượng dễ bị tổn thương;
9. Thiết kế khoa học của đề cương nghiên cứu;
10. Mô hình tổ chức triển khai và tính khả thi của nghiên cứu.

Hội đồng kết luận:

1. Đề cương nghiên cứu của BS CKII. Nguyễn Gia Định là phù hợp về khía cạnh đạo đức và khoa học trong nghiên cứu y sinh học và có tính khả thi.
2. BSCKII. Nguyễn Gia Định có trách nhiệm tuân thủ nghiêm túc các nội dung nghiên cứu trong đề cương nghiên cứu.
3. Hội đồng có trách nhiệm theo dõi, kiểm tra, giám sát các nghiên cứu trong việc tuân thủ đề cương và các quy định về đạo đức trong nghiên cứu; đánh giá việc ghi nhận, báo cáo, xử lý các biến cố bất lợi xảy ra trong quá trình nghiên cứu.
4. Hội đồng có quyền hạn quyết định dừng nghiên cứu đối với đề tài có các dấu hiệu không tuân thủ thực hành nghiên cứu lâm sàng tốt, vi phạm đề cương hoặc phát hiện thấy có nguy cơ.
5. Hội đồng chấp thuận hồ sơ nghiên cứu của đề cương luận án “Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến băng huyết sau sinh do dờ tử cung và hiệu quả điều trị băng chèn bóng lòng tử cung” của BSCKII. Nguyễn Gia Định.

T.M. Hội Đồng

Phó chủ tịch Hội đồng



BSCKII. Phạm Bá Đà

PHỤ LỤC 5

DANH SÁCH 100 BỆNH NHÂN BẰNG HUYẾT SAU SINH DO ĐỜ TỬ
CUNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TỈNH KON TUM
Từ 01/2012 - 02/2016

TT	Họ và tên	Tuổi	Địa chỉ	Số vv	Ngày vv
1	Trần Thị Ngọc L.	24	Ngọc Hồi -Kon Tum	894/12	17/1/2012
2	Đinh Thị N.	25	Quang Trung - KT	922/12	18/1/2012
3	Nguyễn Thị Ch.	34	DakHà - KT	930/12	18/1/2012
4	Y Hi.	40	DakHà - KT	1128/12	22/1/2012
5	Đỗ Thị H.	26	DakBlà - KT	2301/12	12/2/2012
6	Hồ Thị Kim D.	29	Vinh Quang - KT	2305/12	13/2/2012
7	Nguyễn T. Hương Ng.	19	ChuHreng - KT	2445/12	15/2/2012
8	Bùi T. Kim T.	24	Lê Lợi - KT	2452/12	15/2/2012
9	Nguyễn T. Tuyết L.	18	Kon Rẫy - KT	2962/12	24/2/2012
10	Bùi Thị H.	20	DakHà - KT	3126/12	25/2/2012
11	Trần Thị Tr.	23	DakHà - KT	3956/12	08/3/2012
12	Hoàng Thị Th.	28	Quang Trung - KT	4022/12	09/3/2012
13	Y Bu.	36	Đoàn Kết - KT	4054/12	09/3/2012
14	Dương Thị Th.	24	Duy Tân - KT	4162/12	12/3/2012
15	Phạm Thị S.	23	Ya Chim - KT	4899/12	23/3/2012
16	Lò Thị T.	27	Trường Chinh	4947/12	24/3/2012
17	Hồ Thị T.	33	Thống Nhất - KT	4984/12	24/3/2012
18	NguyễnThị Kim L.	28	Quang Trung - KT	5445/12	31/3/2012
19	Cao Thị L.	31	Ngô Mây - KT	5922/12	08/4/2012
20	Nguyễn Thị D.	29	Duy Tân - KT	6404/12	16/4/2012
21	Y Lo.	25	Ya Chim - KT	6415/12	16/4/2012
22	Y Ri.	18	DakHà - KT	6536/12	18/4/2012
23	Võ Thị D.	22	Ya Chim - KT	6575/12	18/4/2012
24	Lê Thị Th.	16	DakHà - KT	6754/12	22/4/2012
25	Trần Thị V.	33	Ngọc Hồi - KT	6764/12	22/4/2012

26	Đào Thị	L.	23	CuKuin - ĐakLak	6778/12	22/4/2012
27	Nguyễn T. Thu	Th.	28	Quang Trung - KT	7210/12	29/4/2012
28	Bùi Thị	M.	32	Trường Chinh - KT	7725/12	07/5/2012
29	Hồ T. Ngọc	Uy.	33	Hòa Bình - KT	8183/12	14/5/2012
30	Nguyễn T. Thanh	Th.	31	Nguyễn Trãi - KT	8248/12	16/5/2012
31	Thái Thị	M.	39	Duy Tân - KT	8402/12	18/5/2012
32	Lê Thị	Đ.	29	Thống Nhất - KT	8909/12	25/5/2012
33	Y	K.	16	Ngọc Hồi - KT	9043/12	27/5/2012
34	Y	Ng.	22	DakGlei - KT	9081/12	27/5/2012
35	Trần Thị	Th.	28	DakHà - KT	9152/12	28/5/2012
36	Hồ T. Mỹ	L.	18	Duy Tân - KT	9256/12	30/5/2012
37	Văn Thị Thư	Th.	18	Quyết Thắng - KT	9285/12	30/5/2012
38	Phan Quốc Thị	N.	21	Kroong - KT	10642/12	19/6/2012
39	Y	Tr.	26	DakHà - KT	11994/12	07/7/2012
40	Huỳnh Thị	Nh.	29	Sa Thầy - KT	15176/12	24/8/2012
41	Phạm T. Mai	H.	22	DakHà - KT	15251/12	25/8/2012
42	Mai T. Hồng	Th.	26	Trần Hưng Đạo - KT	15351/12	27/8/2012
43	Y	Ph.	26	DakHà - KT	15985/12	05/9/2012
44	Nguyễn Thị	M.	24	Ngọc Hồi - KT	17045/12	20/9/2012
45	Nguyễn T. Ánh	K.	21	Thống Nhất - KT	17476/12	25/9/2012
46	Y	Th.	33	DakGlei - KT	17573/12	25/9/2012
47	Nguyễn T. Quỳnh	Nh.	25	Vinh Quang - KT	17874/12	30/9/2012
48	Y	L.	40	Ngọc Bay - KT	17884/12	30/9/2012
49	Trần T. Vân	A.	29	DakBlà - KT	18755/12	11/10/2012
50	Nguyễn Thị	H.	24	Duy Tân - KT	18803/12	12/10/2012
51	Y	Râ.	18	DakRơVa - KT	19233/12	17/10/2012
52	Hoàng Thị	X.	37	Duy Tân - KT	19283/12	18/10/2012
53	Đặng T. Diễm	S.	31	Trần Hưng Đạo - KT	19293/12	18/10/2012
54	Y	By.	34	Ya Chim - KT	19381/12	19/10/2012
55	Nguyễn T. Ngọc	Th.	32	DakCấm - KT	19501/12	21/10/2012
56	Y	Ha.	24	DakHà - KT	19586/12	22/10/2012
57	Nguyễn Thị	H.	18	DakBlà - KT	19590/12	22/10/2012
58	Trần T. Bích	Th.	32	LêLợi - KT	19644/12	23/10/2012

59	Y	Ph.	30	DakBlà - KT	19925/12	27/10/2012
60	Vũ Thị	Ch.	36	Nguyễn Trãi - KT	19950/12	28/10/2012
61	Kim Thị Minh	H.	38	Duy Tân - KT	19967/12	28/10/2012
62	Y	N.	40	Ngọc Bay - KT	19982/12	29/10/2012
63	Phạm Thị	Đ.	36	ChưPah - Gia Lai	20196/12	01/11/2012
64	Lê Thị	H.	30	DakHà - KT	20226/12	01/11/2012
65	Trần Thị	H.	30	Ngọc Hồi - KT	20460/12	05/11/2012
66	Lê T. Mỹ	Nh.	21	Sa Thầy - KT	21826/12	23/11/2012
67	Nguyễn Thị	Hư.	27	DakTô - KT	22141/12	28/11/2012
68	Y	Gi.	26	DakGlei - KT	23004/12	10/12/2012
69	Hoàng Thị	H.	27	DakHà - KT	23198/12	13/12/2012
70	Y	Kh.	33	Sa Thầy - KT	23637/12	18/12/2012
71	Y	Th.	16	Vinh Quang - KT	24312/12	27/12/2012
72	Y Lê	N.	33	KonRẫy - KT	1232/13	20/1/2013
73	Phan Thị	Ng.	22	Sa Thầy -KT	1537/13	24/1/2013
74	Y	R.	19	Vinh Quang - KT	4019/13	10/3/2013
75	Lê Thị	Nh.	31	Thắng Lợi - KT	4724/13	21/3/2013
76	Nguyễn Hoàng	Th.	27	Quyết Thắng - KT	5260/13	30/3/2013
77	Y	Vi.	28	DakHà - KT	5426/13	01/4/2013
78	Huỳnh Trang Linh	D.	23	Vinh Quang - KT	7812/13	10/5/2013
79	Nguyễn Thị Thanh	Th.	24	Sa Thầy - KT	8447/13	18/5/2013
80	Trần Thị	Th.	25	DakHà - KT	8701/13	21/5/2013
81	Nguyễn Thị Thanh	X.	24	Sa Thầy - KT	9251/13	29/5/2013
82	Phạm Thị	S.	20	Sa Thầy - KT	11131/13	26/6/2013
83	Y	L.	18	DakHà - KT	18644/13	09/10/2013
84	Trần Thị Thu	H.	24	Vinh Quang - KT	158/14	03/1/2014
85	Nguyễn Đình Mỹ	H.	25	Quyết Thắng - KT	2505/14	10/2/2014
86	Y	Vi.	27	DakHà - KT	2757/14	14/2/2014
87	Nguyễn Thị	Ng.	24	Quang Trung - KT	9310/14	21/5/2014
88	Nguyễn Thị Hoàng	Y.	39	Hòa Bình - KT	13203/14	19/7/2014
89	Nguyễn Hà	X.	25	Thắng Lợi- KT	15645/14	22/8/2014
90	Y	Ng.	21	Trường Chinh -KT	16581/14	05/9/2014
91	Nguyễn Thị	Th.	34	KonRẫy - KT	16819/14	09/9/2014

92	Trịnh Thị Thu	H.	36	Quang Trung -KT	3288/15	25/2/2015
93	Đặng Thu	H.	25	Duy Tân - KT	5225/15	26/3/2015
94	Y	Kư.	21	Thống Nhất - KT	5227/15	26/3/2015
95	Nguyễn Thị	H.	24	DakHà - KT	5254/15	26/3/2015
96	Y	X.	29	Tu Mơ Rông - KT	10566/15	09/6/2015
97	Nguyễn Đặng Thu	Ph.	28	Nguyễn Trãi - KT	11192/15	18/6/2015
98	Y	Q.	23	DakHà - KT	696/16	10/1/2016
99	Y	L.	31	Sa Thầy - KT	2105/16	01/2/2016
100	Trần Thị Ý	Nh.	20	DakTô - KT	3358/16	21/2/2016

DANH SÁCH 100 BỆNH NHÂN NHÓM CHỨNG ĐIỀU TRỊ
TẠI BỆNH VIỆN TỈNH KON TUM
Từ 01/2012 - 02/2016

TT	Họ và tên		Tuổi	Địa chỉ	Số vv	Ngày vv
1.	Đoàn Thị Bích	H.	23	X.Vinh Quang-KT	07/12/S	1/1/2012
2.	Y	Ph.	18	X.Vinh Quang-KT	534/12/S	8/1/2012
3.	Đặng Thị Anh	M.	22	P.Lê Lợi-KT	924/12/S	20/1/2012
4.	Vũ Thị	L.	28	X.Đoàn Kết-KT	1620/12/S	31/1/2012
5.	Nguyễn Thị Ngọc	L.	37	H.DakHà-KT	2460/12/S	14/2/2012
6.	Nguyễn Thị	Th.	19	H.KonRẫy-KT	3637/12/S	3/3/2012
7.	Huỳnh Thị	C.	37	H.Sa Thầy-KT	4692/12/S	20/3/2012
8.	Trần Thị	Ch.	27	X.DakBlà-KT	5503/12/S	1/4/2012
9.	Nguyễn Thị	Th.	24	P.Quang Trung-KT	6657/12/S	20/4/2012
10.	Dương Thị Hải	Ng.	26	H.DakHà-KT	7637/12/S	7/5/2012
11.	Phạm Thị	L.	28	P.Quang Trung-KT	9965/12/S	9/6/2012
12.	Y	Ca.	19	X.Ngọc Bay-KT	10947/12/S	24/6/2012
13.	Y	Pr.	18	X.Vinh Quang-KT	12335/12/S	13/7/2012
14.	Y	Hnh.	26	P.Thống Nhất-KT	13390/12/S	28/7/2012
15.	Y	Ro.	36	H.DakHà-KT	16687/12/S	15/9/2012
16.	Y	To.	17	H.Sa Thầy-KT	17127/12/S	21/9/2012

17.	Đặng Thị	B.	37	H.DakHà-KT	19616/12/S	23/10/2012
18.	Y	Sơ.	36	H.DakGlei-KT	20709/12/S	7/11/2012
19.	Lê Thị Yến	H.	23	H.DakHà-KT	21852/12/S	24/11/2012
20.	Trần Thị Kiều	O.	20	P.Nguyễn Trãi-KT	22941/12/S	10/12/2012
21.	Hà Thị	H.	21	H.KonRẫy-KT	23924/12/S	22/12/2012
22.	Võ Thị	Nh.	28	X.DakCấm-KT	2523/12/YC	16/2/2012
23.	Nguyễn Thị Ngọc	H.	28	H.DakGlei-KT	7042/12/YC	26/4/2012
24.	Tạ Yến	Nh.	22	P.Quang Trung-KT	10726/12/YC	20/6/2012
25.	Trần Thị	A.	25	P.Trường Chinh-KT	12832/12/YC	20/7/2012
26.	Đoàn Thị	M.	30	H.KonRẫy-KT	16077/12/YC	6/9/2012
27.	Võ Thị	C.	32	P.Thắng Lợi-KT	18114/12/YC	3/10/2012
28.	Đinh Thị	Th.	23	H.KonRẫy-KT	20167/12/YC	31/10/2012
29.	Đặng Thị Thanh	H.	35	H.DakGlei-KT	23574/12/YC	18/12/2012
30.	Lý Thị Bích	Ng.	36	P.Trần H.Đạo-KT	1460/13/S	22/1/2013
31.	Phan Thị Kim	Ph.	24	X.DakCấm-KT	2378/13/S	8/2/2013
32.	Đặng Thị	Ph.	20	P.Thắng Lợi-KT	3216/13/S	24/2/2013
33.	Phan Thị Hồng	T.	22	P.Quang Trung-KT	4635/13/S	20/3/2013
34.	Y	Hu.	20	H.DakHà-KT	5715/13/S	6/4/2013
35.	Đoàn Thị	L.	24	P.Lê Lợi-KT	6739/13/S	23/4/2013
36.	Trần Thị	T.	22	P.Trường Chinh,KT	7854/13/S	10/5/2013
37.	Y	Gi.	18	X.YaChim-KT	9418/13/S	1/6/2013
38.	Y	Ta.	29	H.KonRẫy-KT	10858/13/S	13/7/2013
39.	Y	Đe.	20	H.DakHà-KT	12384/13/S	13/7/2013
40.	Trần Thị Thu	Th.	29	P.Thắng Lợi-KT	13513/13/S	30/7/2013
41.	Bùi Thị Thúy	V.	23	P.Nguyễn Trãi-KT	14974/13/S	20/8/2013
42.	Y	Du.	19	X.Ngọc Bay-KT	16301/13/S	9/9/2013
43.	Mai Thị	Đ.	24	H.Ngọc Hồi-KT	17845/13/S	28/9/2013
44.	Đinh Thị Kim	L.	30	H.DakTô-KT	18849/13/S	12/10/2013
45.	Y	Ha.	18	H.KonRẫy-KT	20017/13/S	28/10/2013
46.	Đỗ Thị	Th.	27	H.KonRẫy-KT	20858/13/S	9/11/2013
47.	Y	Đa.	18	X.Ngọc Bay-KT	22054/13/S	26/11/2013
48.	Đào Thị	Ng.	27	H.DakHà-KT	23294/13/S	15/12/2013
49.	Võ Thị Kiều	L.	23	H.DakGlei-KT	1122/13/YC	17/1/2013

50.	Phạm Thị	L.	31	H.Sa Thầy-KT	5953/13/YC	10/4/2013
51.	Nguyễn Thị	S.	26	H.KonRẫy-KT	11154/13/YC	27/6/2013
52.	Nguyễn Thị Kim	Kh.	32	H.DakTô-KT	16323/13/YC	9/9/2013
53.	Nguyễn Thị	N.	29	H.DakHà-KT	20755/13/YC	7/11/2013
54.	Võ Thị Thanh	Nh.	26	P.Duy Tân-KT	10/14/S	1/1/2014
55.	Mai Thị	S.	24	H.DakHà-KT	955/14/S	15/1/2014
56.	Y	Gi.	26	X.ChuHreng-KT	2222/14/S	7/2/2014
57.	Y	Ph.	22	P.Trường Chinh-KT	3511/14/S	25/2/2014
58.	Nguyễn Thị Bích	Th.	35	P.Lê Lợi-KT	5160/14/S	21/3/2014
59.	Vi Thị	L.	20	H.Sa Thầy-KT	6490/14/S	9/4/2014
60	Võ Thị Thanh	Th.	28	H.DakTô-KT	8022/14/S	2/5/2014
61	Y	Jo.	24	X.Ngọc Bay-KT	9492/14/S	23/5/2014
62.	Phan Thị	L.	28	P.Quang Trung-KT	10785/14/S	12/6/2014
63.	Lê Thị Ngọc	A.	28	P.Quang Trung-KT	12218/14/S	3/7/2014
64.	Lê Thị Thu	Th.	20	H.DakTô-KT	13395/14/S	22/7/2014
65.	Nguyễn Thị	L.	33	H.DakGlei-KT	14344/14/S	5/8/2014
66.	Y	MLê.	34	X.Hòa Bình-KT	16073/14/S	28/8/2014
67.	Y	Tr.	25	P.Trường Chinh-KT	17405/14/S	17/9/2014
68.	Nguyễn Thị	V.	24	X.DakCấm-KT	18622/14/S	3/10/2014
69.	Lê Thị	H.	27	H.DakHà-KT	20791/14/S	4/11/2014
70.	An Thị Kiều	O.	25	P.Thắng Lợi,KT	21659/14/S	17/11/2014
71.	Nguyễn Thị	Th.	17	H.DakHà-KT	23009/14/S	8/12/2014
72.	Đỗ Thị	Ch.	31	P.Quang Trung,KT	24380/14/S	29/12/2014
73.	Trần Thu	Ph.	26	P.Quyet Thắng-KT	3336/14/YC	24/2/2014
74.	Trương Thị	H.	20	H.DakHà-KT	8361/14/YC	7/5/2014
75.	Phạm Thị Thu	H.	30	X.DakCấm-KT	12945/14/YC	15/7/2014
76.	Lê Thị Minh	Th.	32	P.Quang Trung-KT	17553/14/YC	18/9/2014
77.	Nguyễn Thị Thảo	H.	26	P.Quyet Thắng-KT	21945/14/YC	21/11/2014
78.	Y	Mo.	38	H.DakHà-KT	255/15/S	6/1/2015
79.	Đinh Thị Ngọc	L.	20	H.Sa Thầy-KT	1398/15/S	25/1/2015
80.	Lê Thị Hoàng	G.	28	P.Quang Trung-KT	2531/15/S	11/2/2015
81.	Nguyễn Thị Thúy	L.	27	X.Đoàn Kết-KT	3589/15/S	2/3/2015
82.	Phan Thị Ngọc	A.	27	H.DakHà-KT	6748/15/S	16/4/2015

83.	Nguyễn Thị Thu	H.	31	P.Thắng Lợi-KT	8228/15/S	8/5/2015
84.	Trần Thị	D.	27	P.Quang Trung-KT	9411/15/S	25/5/2015
85.	Trần Thị	Đ.	25	Thủ Đức-Tp.HCM	10754/15/S	12/6/2015
86.	Vy Thị Hồng	Ngh.	19	H.Sa Thầy-KT	11749/15/S	27/6/2015
87.	Lê Thị	Ng.	28	X.DakCấm-KT	13094/15/S	16/7/2015
88.	Lê Thị	H.	28	P.Duy Tân-KT	14742/15/S	9/8/2015
89.	Y	Th.	19	H.KonRẫy-KT	16265/15/S	30/8/2015
90.	Nguyễn Thị Kim	H.	22	P.Trường Chinh-KT	17393/15/S	13/9/2015
91.	Nguyễn Thị Kim	A.	26	P.Ngô Mây-KT	20187/15/S	18/10/2015
92.	Y	Blu.	25	X.ChưHreng-KT	21228/15/S	31/10/2015
93.	Nguyễn Thị Thanh	T.	29	H.DakHà-KT	22284/15/S	15/11/2015
94.	Y	Ri.	17	X.Đoàn Kết-KT	23732/15/S	4/12/2015
95.	Nguyễn Thị	Th.	33	X.DakCấm-KT	24679/15/S	22/12/2015
96.	Nguyễn Thị Mỹ	Ph.	22	P.Quang Trung-KT	1049/15/YC	19/1/2015
97.	Trần Thị Ngọc	V.	25	H.DakTô-KT	5705/15/YC	2/4/2015
98.	Nguyễn Thị Dinh	D.	22	H.DakHà-KT	21509/15/YC	4/11/2015
99.	Y	Ti.	20	P.Quang Trung-KT	1179/16/S	17/1/2016
100	Nguyễn Thị	H.	33	H.DakGlei-KT	2385/16/S	6/2/2016

**DANH SÁCH 32 BỆNH NHÂN BẰNG HUYẾT SAU SINH DO ĐÒ TỬ CUNG
ĐƯỢC CHÈN BÓNG TẠI BỆNH VIỆN TỈNH KON TUM
Từ 01/2012 - 02/2016**

TT	Họ và tên	Tuổi	Địa chỉ	Số vv	Ngày vv
1	Lò Thị T.	27	Trường Chinh - KT	4947/12	24/3/2012
2	Y R.	18	DakHà - KT	6536/12	18/4/2012
3	Nguyễn Thị Thu Th.	28	Quang Trung - KT	7210/12	29/4/2012
4	Y K.	16	Ngọc Hồi - KT	9043/12	27/5/2012
5	Y Ng.	22	DakGlei - KT	9081/12	27/5/2012
6	Hồ Thị Mỹ L.	18	Duy Tân - KT	9256/12	30/5/2012
7	Phan Quốc Thi N.	21	Kroong - KT	10642/12	19/6/2012
8	Y Th.	33	DakGlei - KT	17573/12	25/9/2012
9	Nguyễn Thị H.	24	Duy Tân - KT	18803/12	12/10/2012
10	Y Ra.	18	DakRơVa - KT	19233/12	17/10/2012
11	Hoàng Thị X.	37	Duy Tân - KT	19283/12	18/10/2012
12	Y H.	24	DakHà - KT	19586/12	22/10/2012
13	Trần Thị Bích Th.	32	Lê Lợi - KT	19644/12	23/10/2012
14	Kim Thị Minh H.	38	Duy Tân - KT	19967/12	28/10/2012
15	Trần Thị H.	30	Ngọc Hồi - KT	20460/12	5/11/2012
16	Nguyễn Thị H.	27	DakTô - KT	22141/12	28/11/2012
17	Y G.	26	DakHà - KT	23004/12	10/12/2012
18	Y R.	19	Vinh Quang - KT	4019/13	10/3/2013
19	Lê Thị Nh.	31	Thắng Lợi - KT	4724/13	21/3/2013
20	Trần Thị Th.	25	DakHà - KT	8701/13	21/5/2013
21	Nguyễn Thị Thanh X.	24	Sa Thầy - KT	9251/13	29/5/2013
22	Phạm Thị S.	20	Sa Thầy - KT	1431/13	26/6/2013
23	Y L.	18	DakHà - KT	18644/13	9/10/2013
24	Nguyễn Đình Mỹ H.	25	Quyết Thắng - KT	2505/14	10/2/2014
25	Nguyễn Thị Ng.	24	Quang Trung - KT	9310/14	21/5/2014
26	Trịnh Thị Thu H.	36	Trần Hưng Đạo-KT	3288/15	25/2/2015
27	Nguyễn Thị H.	24	DakHà - KT	5254/15	26/3/2015
28	Y X.	29	Tu Mơ Rông - KT	10566/15	9/6/2015
29	Nguyễn Đăng Thu Ph.	28	Nguyễn Trãi - KT	11192/15	18/6/2015
30	Y Q.	23	DakHà - KT	696/16	10/1/2016
31	Y L.	31	Sa Thầy - KT	2105/16	01/2/2016
32	Trần Thị Ý Nh.	20	DakTô - KT	3358/16	21/2/2016

Kon Tum, ngày 16 tháng 3 năm 2016

Xác nhận của đơn vị nơi nghiên cứu


GIÁM ĐỐC
Võ Văn Thanh

PHỤ LỤC 6

DANH SÁCH 19 BỆNH NHÂN BẰNG HUYẾT SAU SINH DO ĐỜ TỬ CUNG ĐƯỢC THEO DÕI DÀI HẠN SAU CHÈN BÓNG

TT	Họ và tên	Tuổi	Địa chỉ	Số vv	Ngày vv
1	Lò Thị T.	27	Trường Chinh - KT	4947/12	24/3/2012
2	Nguyễn Thị Thu Th.	28	Quang Trung - KT	7210/12	29/4/2012
3	Hồ Thị Mỹ L.	18	Duy Tân - KT	9256/12	30/5/2012
4	Phan Quốc Thị N.	21	Kroong - KT	10642/12	19/6/2012
5	Nguyễn Thị H.	24	Duy Tân - KT	18803/12	12/10/2012
6	Y Ra.	18	DakRơVa - KT	19233/12	17/10/2012
7	Hoàng Thị X.	37	Duy Tân - KT	19283/12	18/10/2012
8	Y H.	24	DakHà - KT	19586/12	22/10/2012
9	Trần Thị Bích Th.	32	Lê Lợi - KT	19644/12	23/10/2012
10	Kim Thị Minh H.	38	Duy Tân - KT	19967/12	28/10/2012
11	Y R.	19	Vinh Quang - KT	4019/13	10/3/2013
12	Lê Thị Nh.	31	Thắng Lợi - KT	4724/13	21/3/2013
13	Trần Thị Th.	25	DakHà - KT	8701/13	21/5/2013
14	Y L.	18	DakHà - KT	18644/13	9/10/2013
15	Nguyễn Đình Mỹ H.	25	Quyết Thắng - KT	2505/14	10/2/2014
16	Nguyễn Thị Ng.	24	Quang Trung - KT	9310/14	21/5/2014
17	Nguyễn Thị H.	24	DakHà - KT	5254/15	26/3/2015
18	Nguyễn Đặng Thu Ph.	28	Nguyễn Trãi - KT	11192/15	18/6/2015
19	Y Q.	23	DakHà - KT	696/16	10/1/2016

PHỤ LỤC 7

**DANH SÁCH 14 BỆNH NHÂN BẰNG HUYẾT SAU SINH DO ĐỜ TỬ CUNG
ĐƯỢC THEO DÕI DÀI HẠN SAU CHÈN BÓNG TẠI THÀNH PHỐ
KON TUM, TỈNH KON TUM
(Đến 05/2020)**

TT	Họ và tên		Tuổi	Địa chỉ	Số vv	Ngày vv
1	Lò Thị	T.	27	Trưởng Chinh - KT	4947/12	24/3/2012
2	Nguyễn Thị Thu	Th.	28	Quang Trung - KT	7210/12	29/4/2012
3	Hồ Thị Mỹ	L.	18	Duy Tân - KT	9256/12	30/5/2012
4	Phan Quốc Thị	N.	21	Kroong - KT	10642/12	19/6/2012
5	Nguyễn Thị	H.	24	Duy Tân - KT	18803/12	12/10/2012
6	Y	Ra.	18	DakRoVa - KT	19233/12	17/10/2012
7	Hoàng Thị	X.	37	Duy Tân - KT	19283/12	18/10/2012
8	Trần Thị Bích	Th.	32	Lê Lợi - KT	19644/12	23/10/2012
9	Kim Thị Minh	H.	38	Duy Tân - KT	19967/12	28/10/2012
10	Y	R.	19	Vinh Quang - KT	4019/13	10/3/2013
11	Lê Thị	Nh.	31	Thắng Lợi - KT	4724/13	21/3/2013
12	Nguyễn Đình Mỹ	H.	25	Quyết Thắng - KT	2505/14	10/2/2014
13	Nguyễn Thị	Ng.	24	Quang Trung - KT	9310/14	21/5/2014
14	Nguyễn Đặng Thu	Ph.	28	Nguyễn Trãi - KT	11192/15	18/6/2015

Xác nhận của Trung tâm y tế Thành phố Kon Tum

Kon Tum, ngày 07... tháng...5.... năm 2020



PHÓ GIÁM ĐỐC
Bùi Trọng Cường

PHỤ LỤC 8

**DANH SÁCH 5 BỆNH NHÂN BĂNG HUYẾT SAU SINH DO ĐỜ TỬ CUNG
ĐƯỢC THEO DÕI DÀI HẠN SAU CHÈN BÓNG TẠI HUYỆN ĐAKHÀ,
TỈNH KON TUM
(Đến 05/2020)**

TT	Họ và tên		Tuổi	Địa chỉ	Số vv	Ngày vv
1	Y	H.	24	DakHà - KT	19586/12	22/10/2012
2	Trần Thị	Th.	25	DakHà - KT	8701/13	21/5/2013
3	Y	L.	18	DakHà - KT	18644/13	9/10/2013
4	Nguyễn Thị	H.	24	DakHà - KT	5254/15	26/3/2015
5	Y	Q.	23	DakHà - KT	696/16	10/1/2016

Xác nhận của Trung tâm y tế huyện DakHà

Kon Tum, ngày 02... tháng 5... năm 2020



GIÁM ĐỐC

BS: Nguyễn Thanh Hòa