

YẾU TỐ NGUY CƠ BĂNG HUYẾT SAU SANH

Bs. Phạm Thanh Hải

Tổ NCKH- P. KHTH – BV Từ Dũ

Tóm tắt

Đặt vấn đề: băng huyết sau sanh (BHSS) là tai biến thường gặp và là nguyên nhân gây tử vong mẹ nhiều nhất. Trước đây các nhà sản khoa thường dùng các yếu tố nguy cơ để tiên đoán các trường hợp BHSS, nhưng các thống kê gần đây thấy 70% các trường hợp BHSS xảy ra ở những sản phụ không có yếu tố nguy cơ đó là lý do chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định các yếu tố nguy cơ băng huyết sau sanh. **Thiết kế nghiên cứu:** bệnh chứng, chọn 69 trường hợp BHSS trong năm 2008 và chọn ngẫu nhiên 138 trường hợp không băng huyết làm nhóm đối chứng. **Kết quả:** những thai phụ được dùng oxytocin để tăng co trong chuyển dạ có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 4 lần so với thai phụ không tăng co. Những thai phụ được giúp sanh bằng VE có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 7,6 lần so với thai phụ sanh thường. Những thai phụ có cân nặng con từ 3501g – 4000g có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 9,4 lần so với thai phụ có cân nặng con 3000g – 3500g. Những thai phụ có cân nặng con > 4000g có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 9,7 lần so với thai phụ có cân nặng con 3000g – 3500g.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Băng huyết sau sanh (BHSS) là tai biến thường gặp nhất trong 5 tai biến sản khoa gây nguy hiểm ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe bà mẹ. Năm 2006, theo nghiên cứu của WHO^[6] về BHSS trên 50 nước trên thế giới cho thấy tỷ lệ BHSS thấp nhất tại Qatar (0,55%) và cao nhất tại Honduras (17,5%). Tại Việt Nam, trong những năm 1986 – 1990, tử vong do BHSS chiếm 27,5% tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ Sơ sinh. Tỷ lệ này giảm nhanh trong giai đoạn 1996 – 2001 còn 1,3% với tỷ lệ BHSS là 0,54% các thai phụ^[5]. Tại Bệnh viện Hùng Vương tỷ lệ BHSS là 1,5% thai phụ đến sanh^[1]. Tại bệnh viện Từ Dũ năm 2006, với việc áp dụng đo lượng máu mất sau sanh bằng túi đo máu xác định có 164 trường hợp BHSS trong số 44.675 thai phụ sinh chiếm tỷ lệ 0,38%^[2].

Tại Mỹ, tỷ lệ tử vong mẹ vào khoảng 7 – 10/100.000 trẻ sinh sống, trong đó có khoảng 8% tử vong do BHSS (Berg, 1996). Ở những nước công nghiệp, BHSS luôn ở trong 3 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ cùng với thuyên tắc ối và rối loạn huyết áp trong thai kỳ. Nghiên cứu WHO về tử vong mẹ tại Châu Phi^[14] đưa ra các nguyên nhân tử vong mẹ như

sau: vỡ tử cung (8%); rối loạn huyết áp (12%), sảy thai (13%); nhiễm trùng (15%); BHSS (25%). Tại một số nước khác tỷ lệ tử vong mẹ do BHSS chiếm tỷ lệ cao hơn¹⁶¹: Indonesia (43%); Philippines (53%) v Guatemala (53%). Duthie¹⁹¹ khảo sát các trường hợp tử vong mẹ tại Châu Á cho thấy tỷ lệ tử vong mẹ do BHSS tại Nhật Bản (1986 – 1990) là 39%; tại Hồng Kông (1961 – 1985) là 34%; tại Ấn Độ (1993 – 1998) là 27,65%; tại Indonesia (1995 – 1999) là 41%; tại Ả rập Saudi (1983 – 2002) là 43,75%; tại Sri Lanka là 20% và Bangladesh là 27,9%. Tỷ lệ này tại các nước phát triển thấp hơn¹⁷¹: Vương quốc Anh (16%); tại Mỹ giai đoạn 1987 – 1990 là 28,7%, giai đoạn 1991 – 1999 là 17%; tại Pháp là 13%. 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 toàn quốc được ước tính là 165/100.000 trường hợp sanh sống, trong đó BHSS chiếm tỉ lệ 31%.

Trước đây, các nhà lâm sàng thường dựa vào các yếu tố nguy cơ để tiên lượng khả năng chảy máu của sản phụ sau đẻ. Tuy nhiên, các báo cáo gần đây cho thấy các trường hợp băng huyết sau sanh thường xảy ra ở những sản phụ không có yếu tố nguy cơ¹⁴¹. Do đó chúng tôi quyết định tiến hành đề tài: “Khảo sát các yếu tố nguy cơ của băng huyết sau sanh” nhằm làm sáng tỏ vấn đề trên. Vì nguồn nhân lực có hạn, nên đề tài chỉ tiến hành khảo sát tại bệnh viện Từ Dũ trong năm 2008.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mục tiêu chính

Xác định các yếu tố nguy cơ (tuổi, tuổi thai, số con hiện có, đa thai, cân nặng thai, bệnh lý nội khoa, u xơ tử cung, nhau tiền đạo, nhau bong non, tiền căn BHSS, tiền căn mổ lấy thai, tăng co, sanh không đau, phương pháp sanh, thời gian chuyển dạ hoạt động) của băng huyết sau sanh ở những sản phụ sanh ngã âm đạo tại bệnh viện Từ Dũ trong năm 2008.

2. Mục tiêu phụ

Phân loại các nguyên nhân băng huyết sau sanh tại bệnh viện Từ Dũ trong năm 2008.

TỔNG QUAN Y VẤN

Các yếu tố nguy cơ trong thai kỳ¹⁷¹

1. Tuổi

- Tuổi càng lớn càng có nguy cơ BHSS. Phân tích đa trung tâm tại Nhật Bản thấy tuổi ≥ 35 là yếu tố nguy cơ chảy máu sau sanh với OR = 1,5 (1,2 – 1,9) và sau mổ với OR = 1,8 (1,2 – 2,7). Nghiên cứu tại Nigeria cũng cho kết quả tương tự.

2. Chủng tộc

- Nhiều nghiên cứu cho thấy người Châu Á có nguy cơ BHSS cao (OR = 1,73; 1,2 –

2,49). Tương tự như vậy đối với người Tây Ban Nha thì OR = 1,66 (1,02 – 2,69).

3. *Chỉ số khối cơ thể (BMI)*

- Béo phì gia tăng biến chứng chảy máu trong sanh và sau sanh. Khi BMI > 30 có nguy cơ băng huyết cao gấp 1,5 lần BMI 20 – 30 (1,2 – 1,8).

4. *Số lần sanh*

- Nghiên cứu tại Úc sau khi phân tích hồi qui đa biến nhận thấy có sự liên quan mật thiết giữa tình trạng sanh nhiều (> 5 lần) và tình trạng máu mất sau sanh > 500ml.

5. *Bệnh lý nội khoa*

- Tỷ lệ BHSS ở nhóm tiểu đường type II là 34% so với nhóm không tiểu đường là 6%. Một số bệnh lý có liên quan đến BHSS như: hội chứng Marfans, Ehlers-Danlos, bệnh Von WilleBrand, Hemophilia...

6. *Thai quá ngày*

- Thai quá 42 tuần tuổi có liên quan đến tình trạng BHSS với OR = 1,37 (1,28 – 1,46).

7. *Thai phì đại*

- Nhiều nghiên cứu trên thế giới chứng minh mối liên quan giữa thai phì đại và BHSS. Tại Anh thai > 4000g liên quan với OR = 2,01 (1,93 – 2,1). Tại Mỹ, thai 4000g – 4499g liên quan với OR = 1,69 (1,58 – 1,82); thai 4500g – 4999g liên quan với OR = 2,15 (1,86 – 2,48).

8. *Đa thai*

- Đa thai được chứng minh là yếu tố nguy cơ BHSS qua nhiều nghiên cứu với nguy cơ tăng từ 1,88 (Walker và cs) tới 4,46 (Stones và cs)[17].

9. *U xơ tử cung*

- Tại Nhật Bản, các tác giả đã chứng minh phụ nữ có u xơ tử cung là yếu tố nguy cơ của BHSS với OR = 1,9 (1,2-3,1) sau sanh thường và OR= 3,6 (2-6,3) sau sanh mổ.

10. *Chảy máu trong thai kỳ*

- Chảy máu trong thai kỳ cũng được phân tích kỹ với chi tiết

Nguy cơ BHSS của các nguyên nhân chảy máu trong thai kỳ

	OR	Khoảng tin cậy 95%
Nghiên cứu Stones		
Nhau bong non	12,6	7,61 – 20,9
Nhau tiền đạo chảy máu	13,1	7,47 – 23
Nhau tiền đạo không chảy máu	11,3	3,36 – 38,1

Nghiên cứu Ohkuchi

Nhau bám thấp	4,4	2,2 – 8,6
Nhau tiền đạo	6,3	4,0 – 9,9

11. Tiền căn bản thân

- Tiền căn sản khoa cũng liên quan chặt chẽ với BHSS: đã bị BHSS sẽ có nguy cơ tăng 2,2 lần và đặc biệt tiền căn mổ lấy thai thì OR = 3,1 (2,1 – 4,4).

Các yếu tố nguy cơ trong chuyển dạ^[17]

Yếu tố đặc hiệu sau phân tích đa biến: Chuyển dạ kéo dài, thuốc tăng co, MLT, sanh thủ thuật, rách và tổn thương TSM, Thời gian sổ nhau kéo dài, sót nhau

Yếu tố còn bàn cãi: Khởi phát chuyển dạ, Tăng thân nhiệt, nhiễm trùng ối, Gây tê tại chỗ-vùng, Trọng lượng trẻ sơ sinh, kỹ thuật mổ lấy thai. Nếu phân tích riêng từng yếu tố, chúng tôi ghi nhận:

1. Giục sanh

- Việc sử dụng Oxytocin tăng co trong chuyển dạ là một yếu tố nguy cơ gây BHSS với nguy cơ tăng OR từ 1,5 (1,2-1,7) theo Magann tới OR = 5,5 (1,26-24,07) theo Thư viện Cochrane tổng hợp.

2. Thời gian chuyển dạ

- Magann và cộng sự nếu chuyển dạ giai đoạn 1 ở người con so > 20 giờ, ở người con ờ > 14 giờ hay trong giai đoạn hoạt động con so CTC mở < 1,2 cm/giờ, con ờ < 1,4 cm/giờ có liên quan đến BHSS với OR 1,6 nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3. Giảm đau

- Nghiên cứu bệnh chứng tìm mối tương quan giữa giảm đau trong chuyển dạ và BHSS thấy rằng giảm đau trong chuyển dạ có tương quan với OR = 1,3 nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

4. Phương pháp sanh

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về BHSS trong sanh thường hay mổ lấy thai với RR = 0,8 (0,4 – 4,4). Sanh kèm hay hút là một yếu tố nguy cơ của BHSS với OR = 1,66 (1,06–2,6). Sanh kèm sau sanh hút thất bại càng tăng yếu tố nguy cơ với OR = 1,9 (1,1 – 3,2).

5. Nhiễm trùng ối

- Nhiều nghiên cứu chứng minh rằng nhiễm trùng ối là một trong những yếu tố nguy cơ gây BHSS với OR = 1,3 (1,1 – 1,7) sau sanh thường; và OR = 2,69 (1,44 – 5,03) sau sanh mổ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu bệnh chứng.

2. Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu

- Những thai phụ đến sanh tại Bệnh viện Từ Dũ.

Dân số nghiên cứu

- Những thai phụ đến sanh tại Bệnh viện Từ Dũ trong năm 2008.

Tiêu chuẩn chọn vào

- Tuổi thai > 28 tuần.
- Sinh ngã âm đạo.
- Nhóm nghiên cứu: có lượng máu đo được từ túi đo máu $\geq 500\text{ml}$ trong 24 giờ đầu sau sanh.
- Nhóm đối chứng: có lượng máu đo được từ túi đo máu $< 500\text{ml}$ trong 24 giờ đầu sau sanh.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Mổ lấy thai.

3. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức

$$N = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2P_2(1-P_2)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

- Với mức ý nghĩa $\alpha = 5\%$, lực của test $\beta = 80\%$, kiểm định hai phía.
- P2 là tỷ lệ tăng co trong nhóm không băng huyết, theo báo cáo tổng kết tại bệnh viện Từ Dũ năm 2008, P2 = 9,2%. OR do tăng co = 5,5.
- Thế vào công thức ta có N = 45 cho mỗi nhóm. Như vậy với yếu tố nguy cơ tăng co ít nhất cần 45 trường hợp BHSS.
- Do không có dữ kiện P2 cho các yếu tố nguy cơ khác do đó chúng tôi quyết định

chọn tất cả 69 trường hợp BHSS trong năm 2008 tại bệnh viện Từ Dũ vào nghiên cứu và với tỷ lệ 1 bệnh – 2 chứng.

4. Chọn mẫu

4.1 Chọn nhóm BHSS

- Được chọn khi số đo trong túi đo máu sau sanh $\geq 500\text{ml}$.
- Chọn tất cả 69 trường hợp BHSS trong năm 2008 tại bệnh viện Từ Dũ vào nghiên cứu.

4.2 Chọn nhóm chứng:

- Được chọn khi số đo trong túi đo máu sau sanh $< 500\text{ml}$.
- Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên đơn giản. Sử dụng bảng số ngẫu nhiên để tìm lục các số hồ sơ nhân viên nếu trùng với ca BHSS hay MLT thì loại bỏ.

5. Phương pháp thu thập số liệu.

- 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 số liệu thu thập các yếu tố cần thiết cho nghiên cứu. Biến số chiều cao do rất nhiều hồ sơ không ghi nhận do đó chúng tôi không khảo sát mối liên quan giữa chỉ số khối cơ thể và BHSS.

6. Định nghĩa biến số

6.1 Biến số độc lập

Tên biến	Loại biến số	Giá trị
Tuổi	Liên tục	
Tuổi thai	Liên tục	
Số con hiện có	Liên tục	
Tiền căn nạo thai	Nhị giá	1: có; 2: không
Số thai	Liên tục	
Cân nặng thai	Liên tục	Trong trường hợp song thai, cân nặng bằng tổng cân nặng 2 thai
Bệnh nội khoa	Nhị giá	1: có bệnh, 2: không có bệnh
U xơ tử cung	Nhị giá	Chẩn đoán dựa vào siêu âm trong hồ sơ lúc đi sanh: 1: có bệnh, 2: không có bệnh
Nhau tiền đạo	Nhị giá	Chẩn đoán dựa vào siêu âm trong hồ

		sơ lúc đi sanh:
		1: có bệnh, 2: không có bệnh
Nhau bong non	Nhị giá	Chẩn đoán dựa vào ghi nhận kiểm tra bánh nhau sau sanh:
		1: có bệnh, 2: không có bệnh
Tiền căn BHSS	Nhị giá	1: có , 2: không
Tiền căn mổ lấy thai	Nhị giá	1: có , 2: không
Tăng co	Nhị giá	1: có , 2: không
Gây tê ngoài màng cứng	Nhị giá	1: có , 2: không
Phương pháp sanh	Danh định	1: sanh thường , 2: VE, 3: Forcep
Thời gian chuyển dạ giai đoạn hoạt động	Nhị giá	Tính thời gian từ lúc CTC 4cm đến 10cm. Con số 1 giờ mở 1,2cm do đó 6cm cần 5 giờ 10 phút; nếu thời gian > 5 giờ 10 phút là kéo dài. Con số 1 giờ mở 1,5cm do đó 6cm cần 4 giờ; nếu thời gian > 4 giờ là kéo dài.
		1: bình thường, 2: kéo dài

6.2 Biến số phụ thuộc

Tên biến	Loại biến số	Giá trị
BHSS	Nhị giá	1: có , 2: không
Nguyên nhân BHSS	Danh định	Được ghi nhận dựa vào chẩn đoán của bác sĩ điều trị.

7. Phân tích thống kê

- Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 11.5
- Phân tích đơn biến: dùng phép kiểm χ^2 và hồi qui đơn biến để tính chỉ số chênh OR.
- Phân tích đa biến với phương pháp hồi qui Logistic với các biến liên quan ($p < 0,05$) khi khảo sát đơn biến.

8. Y đức

Nghiên cứu chỉ dựa vào số liệu ghi nhận trong hồ sơ bệnh án, kết quả nghiên cứu phục vụ cho công tác khoa học không can thiệp vào bệnh nhân.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát hồ sơ bệnh án 207 trường hợp, trong đó có 69 trường hợp BHSS và 138 trường hợp đối chứng chúng tôi có kết quả như sau:

1. Yếu tố nguy cơ trước khi có thai

Bảng 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo yếu tố nguy cơ trước khi có thai

Yếu tố	BHSS	Chứng	OR	P
Tuổi				
20 – 35 tuổi	64 (34,4%)	122 (65,6%)	Ref	
< 20 tuổi	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0,6	0,30
> 35 tuổi	4 (22,2%)	14 (77,8%)	0,6	0,68
Số con hiện có				
Con so	36 (30,0%)	84 (70,0%)	Ref	
1 – 2 con	32 (37,2%)	54 (62,8%)	3,8	1,00
> 2 con	1 (100%)	0	2,7	1,00
Tiền căn MLT	2 (100%)	0	3,0	0,11
U xơ tử cung	2 (100%)	0	3,0	0,11

Nhận xét: Không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi mẹ, số con hiện có, tiền căn mổ lấy thai và hiện có u xơ tử cung với băng huyết sau sanh.

2. Yếu tố nguy cơ khi có thai

Bảng 2: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo yếu tố nguy cơ khi có thai

Yếu tố	BHSS	Chứng	OR	P
Tuổi thai				
< 37 tuần	7 (30,4%)	16 (69,6%)	Ref	
37 – 40 tuần	56 (34,1%)	108 (65,9%)	0,8	0,73
40 – 42 tuần	6 (30,0%)	14 (70,0%)	1,1	0,96
Bệnh lý nội khoa	13 (48,1%)	14 (51,9%)	2,1	0,08
Song thai	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0,6	0,88
Nhau bám thấp	4 (100%)	0	3,1 (2,6 – 3,8)	0,01

Nhau bong non	1 (2,2%)	0	3,0	0,11
---------------	----------	---	-----	------

Nhận xét:

- Không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi thai, số lượng thai, bệnh lý nội khoa và nhau bong non với băng huyết sau sanh.
- Có 4 trường hợp nhau bám thấp trong nghiên cứu, tất cả đều có chẩn đoán BHSS, khi khảo sát thống kê ta thấy nhau bám thấp là yếu tố nguy cơ BHSS với OR = 3,1.

3. Yếu tố nguy cơ khi chuyển dạ

Bảng 3: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo yếu tố nguy cơ khi chuyển dạ

Yếu tố	BHSS	Chứng	OR	P
Tăng co	29 (59,2%)	20 (40,8%)	4,3 (2,2 – 8,4)	0,000
Chuyển dạ kéo dài	0 (0%)	0 (0%)		

Nhận xét:

- Không tìm thấy mối liên quan giữa chuyển dạ giai đoạn hoạt động kéo dài với băng huyết sau sanh.
- Những thai phụ được dùng oxytocin để tăng co trong chuyển dạ có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 4,3 lần so với thai phụ không tăng co.

4. Yếu tố nguy cơ khi sanh

Bảng 4: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo yếu tố nguy cơ khi sanh

Yếu tố	BHSS	Chứng	OR	P
Gây tê ngoài màng cứng	8 (26,7%)	22 (73,3%)	0,7	0,40
Tổn thương sinh dục	19 (45,2%)	23 (54,8%)	1,9	0,067
Phương pháp sanh				
Sanh thường	45 (26,0%)	128 (74,0)	Ref	
VE	14 (70,0%)	6 (30,0%)	7,1	0,001
Forceps	10 (71,4%)	4 (28,6%)	1,1	0,92
Cân nặng con				
3000 – 3500g	16 (19,0%)	68 (81,0%)	Ref	
< 3000g	8 (14,3%)	48 (85,7%)	1,1	0,91
3501 – 4000g	28 (66,7%)	14 (33,3%)	12,8 (4,1 – 39,3)	0,000
> 4000g	17 (68,0%)	8 (32,0%)	9,0 (3,3 – 24,6)	0,000

Nhận xét:

- Những thai phụ được giúp sanh bằng VE có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 7,1 lần so với thai phụ sanh thường.
- Những thai phụ có cân nặng con từ 3501g – 4000g có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 12,8 lần so với thai phụ có cân nặng con 3000g – 3500g.
- Những thai phụ có cân nặng con > 4000g có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 9,0 lần so với thai phụ có cân nặng con 3000g – 3500g.

5. Nguyên nhân băng huyết sau sanh**Bảng 5: Nguyên nhân băng huyết sau sanh**

Đặc điểm	N	%
Đờ tử cung	47	68,2
Chấn thương sinh dục	12	17,4
Rách cổ tử cung	3	25%
Rách sâu âm đạo	2	16,7%
Kết hợp	7	58,3%
Đờ TC + chấn thương	7	10,1
Đờ TC + RLĐM	3	4,3

Nhận xét:

- Đờ tử cung là nguyên nhân băng huyết sau sanh thường gặp nhất.

Bảng 6: Phân loại nguyên nhân BHSS theo phương pháp sanh

	Sanh thường	Sanh VE	Sanh Forceps
Đờ tử cung	34 (75,6%)	9 (64,3%)	4 (40%)
Chấn thương sinh dục	2 (4,4%)	5 (35,7%)	5 (50%)
Đờ TC + chấn thương	6 (13,3%)	0	1 (10%)
Đờ TC + RLĐM	3 (6,7%)	0	0

Nhận xét:

Sanh thủ thuật thường có BHSS do chấn thương sinh dục.

6. Phân tích hồi qui đa biến

Chúng ta nhận thấy có 4 yếu tố có liên quan với băng huyết sau sanh là nhau bám

thấp, sanh VE, con to và tăng co trong chuyển dạ. Do nhau bám thấp chỉ xuất hiện ở nhóm băng huyết, không xuất hiện ở nhóm đối chứng, khi hồi qui đa biến không thực hiện được các phép kiểm thống kê do đó chúng tôi không đưa vào hồi qui đa biến.

Yếu tố	OR thô	OR hiệu chỉnh	P
Tăng co			
Không	Ref	Ref	
Có	4,3	4,0 (1,7 – 9,3)	0,002
Phương pháp sanh			
Sanh thường	Ref	Ref	
VE	7,1	7,6 (2,3 – 25,3)	0,002
Forceps	1,1	2,6	0,19
Cân nặng con			
3000 – 3500g	Ref	Ref	
< 3000g	1,1	0,7	0,28
3501 – 4000g	12,8	9,4 (3,7 – 24,1)	0,000
> 4000g	9,0	9,7 (3,1 – 30,4)	0,000

Nhận xét: sau khi khảo sát cùng lúc 3 yếu tố với tình trạng băng huyết sau sanh, chúng ta nhận thấy

- Những thai phụ được dùng oxytocin để tăng co trong chuyển dạ có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 4 lần so với thai phụ không tăng co.
- Những thai phụ được giúp sanh bằng VE có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 7,6 lần so với thai phụ sanh thường.
- Những thai phụ có cân nặng con từ 3501g – 4000g có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 9,4 lần so với thai phụ có cân nặng con 3000g – 3500g.
- Những thai phụ có cân nặng con > 4000g có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 9,7 lần so với thai phụ có cân nặng con 3000g – 3500g.

BÀN LUẬN

1. Thiết kế nghiên cứu

Để tìm một yếu tố nguy cơ của một hiện tượng hay một bệnh lý, thiết kế nghiên cứu bệnh chứng là phù hợp. Mặc khác thiết kế nghiên cứu bệnh chứng là thiết kế đòi hỏi không tốn nhiều thời gian, dễ thực hiện tại bệnh viện mà không đòi hỏi kinh phí quá lớn.

Một sai số thường gặp trong nghiên cứu bệnh chứng là sự gây nhiễu của các yếu tố liên quan. Để hạn chế sai lầm này, chúng tôi tiến hành khảo sát hồi qui phân tích kết hợp nhiều biến số độc lập với một biến phụ thuộc duy nhất là có chẩn đoán BHSS sau sanh ngã âm đạo.

2. Hạn chế của đề tài

Cỡ mẫu nghiên cứu là cỡ mẫu phù hợp để khảo sát yếu tố nguy cơ tăng cao với BHSS do đó có thể không lý giải được các yếu tố nguy cơ khác vì cỡ mẫu còn nhỏ.

Các dữ liệu nghiên cứu được trích lục từ hồ sơ bệnh án do đó còn một số yếu tố nguy cơ không được khảo sát ví dụ như chỉ số khối cơ thể. Hơn nữa một số sang chấn đường sinh dục không quá nhiều thường sẽ không được thể hiện trong hồ sơ bệnh án.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1 Nguyên nhân BHSS

Theo y văn trên thế giới, chảy máu từ diện nhau bám là nguyên nhân gây băng huyết sau sanh nhiều nhất khoảng 70%, kế đến là chấn thương đường sinh dục khoảng 20%, các trường hợp sót nhau và rối loạn đông máu thường chiếm tỷ lệ thấp^[17]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với thực tiễn trên thế giới; trong số 69 trường hợp BHSS có 57 trường hợp do đờ tử riêng lẻ hay kết hợp với các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ 82,6%, chấn thương sinh dục chiếm tỷ lệ 27,5%.

3.2 Yếu tố nguy cơ trước và trong khi mang thai

Khác với y văn trên thế giới, nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố: tuổi mẹ, số con hiện có, u xơ tử cung và thai, số thai với tình trạng BHSS.

Yếu tố	Y văn ^[17]	Chúng tôi
Tuổi mẹ > 35 tuổi	OR = 1,5	OR = 0,6
Thai quá ngày	OR = 1,37	OR = 1,1
U xơ tử cung	OR = 1,9	OR = 3,0

Đa thai	OR = 4,46	OR = 0,6
---------	-----------	----------

Lý giải cho sự khác biệt này, có lẽ có hai nguyên nhân chính:

- 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 thai phụ (vì tỷ lệ u xơ tử cung và thai không lớn; đa số các trường hợp nhau bong non được mổ lấy thai và với chương trình chăm sóc sức khỏe sinh sản tốt nên tỷ lệ thai quá ngày cũng giảm).
- Có thể bỏ sót một số yếu tố do chúng tôi chỉ hỏi cứu trên hồ sơ bệnh án.

Có 4 trường hợp nhau bám thấp sanh ngã âm đạo trong nghiên cứu và tất cả 4 trường hợp này đều có chẩn đoán băng huyết sau sanh. Điều này phù hợp với thực tiễn vì khi nhau bám ở đoạn thấp của tử cung, khi đoạn dưới thành lập không có lớp cơ chéo do đó sau khi sổ nhau không có hiện tượng cầm máu do co thắt các thớ cơ chéo nên gây chảy máu. Khi khảo sát đơn biến chúng tôi thấy những thai phụ có nhau bám thấp có nguy cơ băng huyết cao gấp 3 lần so với những thai phụ bình thường, điều này cũng phù hợp với tác giả Ohkuchi (OR = 4,4). Tuy chúng tôi không kiểm chứng mối liên quan giữa nhau tiền đạo và băng huyết sau sanh trong hồi qui đa biến để kết luận yếu tố nguy cơ nhưng nhau bám thấp vẫn là chú ý rất quan trọng trong thực tiễn lâm sàng; cần phải kiểm tra sàng lọc và phát hiện sớm các trường hợp nhau bám thấp để theo dõi sát tình trạng máu mất sau sanh để có xử trí tích cực.

3.3 Yếu tố nguy cơ khi chuyển dạ

Oxytocin là một nội tiết tố gây tăng gò tử cung theo từng khoảng thời gian, do đó đây là thuốc gần như là duy nhất sử dụng để rút ngắn thời gian chuyển dạ. Trước thập niên 1980, các nhà sản khoa tăng co với oxytocin trên 50% các trường hợp đẻ, sau những năm 1990 tỷ lệ này giảm còn dưới 10%. Nhiều nghiên cứu trên thế giới chứng minh tăng co với oxytocin làm gia tăng sử dụng thuốc giảm đau trong chuyển dạ, tăng tỷ lệ thai suy, mổ lấy thai, vỡ tử cung và đặc biệt làm gia tăng nguy cơ gây BHSS nguyên phát^[22]. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi khảo sát đơn biến, những thai phụ được dùng oxytocin để tăng co trong chuyển dạ có nguy cơ băng sau sanh gấp 4,3 lần so với thai phụ không tăng co.

Để khảo sát tăng co là yếu tố nguy cơ gây BHSS hay chỉ là một yếu tố gây nhiễu, chúng tôi tiến hành khử nhiễu theo phương pháp hồi qui logistic. Kết quả hồi qui chứng minh tăng co vẫn là yếu tố nguy cơ của băng huyết sau sanh với OR = 4. Kết quả nghiên cứu của

chúng tôi thấy nguy cơ của tăng co cao hơn so với các nghiên cứu trên thế giới (OR = 1,4)^[12], điều này có lẽ tỷ lệ tăng co tại bệnh viện Từ Dũ khá cao 23,7%.

3.4 Yếu tố nguy cơ khi sanh

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh sanh thủ thuật là một trong những nguy cơ dẫn đến BHSS do tổn thương đường sinh dục người mẹ với OR = 2,3^[12]. Có hai loại thủ thuật được áp dụng nhiều đó là VE và Forceps. Sanh VE nhìn chung tổn thương sinh dục ít hơn nhưng vẫn có thể xảy ra nếu ta không đánh giá đúng quá trình thực hiện thủ thuật^[19]. Biến chứng thường gặp nhất của VE là rách đường sinh dục người mẹ; một nghiên cứu tại Mỹ thấy rằng rách tầng sinh môn độ III đến độ IV sau sanh VE chiếm 5 – 30% và đây là một trong những nguy cơ của BHSS. Biến chứng muộn của Forceps là tổn hại hệ thống cơ nâng đỡ sinh dục. Một cuộc khảo sát các phụ nữ sau sanh thủ thuật thấy tỷ lệ tổn thương cơ nâng đỡ sinh dục là 23% trong đó 80% là sau sanh Forceps. Biến chứng sớm của Forceps là tổn thương sinh dục và BHSS; một khảo sát tại Mỹ thấy sanh Forceps làm tăng nguy cơ rách TSM độ III – IV gấp 11 lần và nguy cơ BHSS tăng gấp 7 lần so với sanh thường. Nguy cơ của sanh Forceps là nhiều hơn so với sanh VE, một ý kiến cho rằng rách tầng sinh môn độ 4 có thể giảm từ 41% xuống còn 26% nếu ta giúp sanh VE thay vì giúp sanh bằng Forceps^[18]. Combs và cộng sự phân tích 9598 sanh ngã âm đạo thấy tỷ lệ BHSS là 3.9%, khi sanh thủ thuật (VE hay Forceps) có nguy cơ BHSS với OR = 1,66 (95% CI 1,06–2,60); nếu sanh Forceps sau thất bại VE nguy cơ tăng thêm OR = 1.9 (95% CI 1,1–3,2)^[17].

Trong nghiên cứu chúng tôi cho kết quả khác với nhiều thống kê trên thế giới khi sanh VE lại là nguy cơ của tổn thương sinh dục, trong khi Forceps lại không có liên quan.

Yếu tố	Có tổn thương	Không tổn thương	OR	P
Phương pháp sanh				
Sanh thường	21 (12,1%)	152 (87,9)	Ref	
VE	11 (55,0%)	9 (45,0%)	18,1	0,001
Forceps	10 (71,4%)	4 (28,6%)	2,1	0,33

Sau khi hồi qui đa biến, chúng tôi có kết quả sanh VE là nguy cơ của BHSS với OR = 7,9 lần so với sanh thường. Khác với các nghiên cứu khác trên thế giới, chúng tôi không tìm thấy mối tương quan giữa sanh Forceps và BHSS.

Lý giải cho hai hiện tượng trên, có lẽ do sanh Forceps là một kỹ thuật tương đối khó trong lĩnh vực sản phụ khoa, các bác sĩ thực hiện thủ thuật thường là những người có nhiều kinh nghiệm nên ít có sang chấn đường sinh dục ít gây BHSS. Còn sanh VE có thể được thực hiện ở các bác sĩ ít kinh nghiệm hơn nên tỷ lệ sang chấn cũng như BHSS có phần gia tăng.

Yếu tố tương quan mạnh với BHSS nhất trong khảo sát này là cân nặng con với kết quả hồi qui đa biến như sau:

- Những thai phụ có cân nặng con từ 3501g – 4000g có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 9,4 lần so với thai phụ có cân nặng con 3000g – 3500g.
- Những thai phụ có cân nặng con > 4000g có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 9,7 lần so với thai phụ có cân nặng con 3000g – 3500g.

So với các nghiên cứu khác trên thế giới mối tương quan trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn (OR trong khảo sát trên thế giới từ 1,7 đến 2,2)^{[12],[17]}; có thể lý giải hiện tượng này do các khảo sát trên thế giới chủ yếu tại các nước Âu Mỹ nơi mà phụ nữ có khung chậu có lẽ là rộng rãi hơn so với phụ nữ Việt Nam, hơn nữa qui định thể nào là con to tại Việt Nam và các nước Âu Mỹ rất khác nhau.

KẾT LUẬN

Qua khảo sát hồ sơ 69 trường hợp sanh ngã âm đạo BHSS và 138 trường hợp sanh ngã âm đạo không BHSS tại bệnh viện Từ Dũ năm 2008; chúng tôi có kết luận như sau:

- Không tìm thấy mối liên quan giữa băng huyết sau sanh với hầu hết các yếu tố nguy cơ như: tuổi mẹ, tuổi thai, số con hiện có, tiền căn mổ lấy thai, nhau bong non, song thai, bệnh lý nội khoa và chuyển dạ kéo dài.
- Những thai phụ được dùng oxytocin để tăng co trong chuyển dạ có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 4 lần so với thai phụ không tăng co.
- Những thai phụ được giúp sanh bằng VE có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 7,6 lần so với thai phụ sanh thường.
- Những thai phụ có cân nặng con từ 3501g – 4000g có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 9,4 lần so với thai phụ có cân nặng con 3000g – 3500g.
- Những thai phụ có cân nặng con > 4000g có nguy cơ băng huyết sau sanh gấp 9,7 lần so với thai phụ có cân nặng con 3000g – 3500g.

KIẾN NGHỊ

- Sử dụng oxytocin để tăng co trong chuyển dạ phải đúng chỉ định, không được lạm dụng.
- Duy trì oxytocin sau sỏ thai ít nhất 2 giờ để tử cung co hồi tốt.
- Sinh giúp phải đúng chỉ định, đủ điều kiện và phải được thực hiện bởi các nhà sản khoa đủ trình độ. Kiểm tra đường sinh dục thường qui sau mỗi lần sinh giúp.
- Đề phòng BHSS cho những trường hợp có ước lượng cân nặng thai > 3500g.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Trần Sơn Thạch, Tạ Thị Thanh Thủy & Nguyễn Vạn Thông. (2005). Mũi may B-Lynch cải tiến điều trị băng huyết sau sanh nặng do đờ tử cung. *Hội nghị Việt Pháp Châu Á Thái Bình Dương lần V*, Thạch.
- 2 Phòng Kế hoạch tổng hợp bệnh viện Từ Dũ. (2006). Báo cáo tổng kế hoạt động bệnh viện
- 3 Trần Văn Nhựt. (2007). So sánh hiệu quả cách sỏ nhau tích cực và sỏ nhau thường qui. *Hội nghị Việt Pháp Châu Á Thái Bình Dương lần VII*
- 4 Thanh, P. V. (2007). *Băng huyết sau sanh*. Paper presented at the Hội nghị Việt Pháp Châu Á Thái Bình Dương, Tp.HCM.

- 5 Nguyễn Đức Vy. (2002). Tình hình chảy máu sau đẻ tại viện bảo vệ Bà mẹ và trẻ sơ sinh trong 6 năm (1996 – 2001). *Tạp chí thông tin y học số 3 năm 2002*, 36-39.
- 6 A B Lanlonde, B A Daviss & A Acosta. (2006). Postpartum hemorrhage today: living in the shadow of the TajMahal. *A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing*, 2-10.
- 7 A Coker & R Oliver. (2006). Difinitions and classification,. *A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing* 11 – 16.
- 8 D Danso & W Reginald. (2006). Internal uterine tamponate. *A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing*, 263 – 267.
- 9 Duthie, S. (2006). Postpartum hemorrhage in Asian countries. In *A textbook of Postpartum hemorrhage* (pp. 453 - 461): Sapiens Publishing.
- 10 F Breathnach & M Geary. (2006). Standard medical therapy. *A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing* 256 – 262.
- 11 G A Dildy III. (2006). The pelvic pressure pack. *A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing*, 308 – 311.
- 12 Jonh R Smith & Barbara G Brennan. (2006). Postpartum Hemorrhage. *eMedicine speccialties\Medicine, Ob/Gyn, Psychiatry and surgery\Obstetric and Gynaecology*.
- 13 Lokugamage AV, Sullivan KR, Niculescu L & Tigere P. (2001). A randomised study comparing rectally administered misoprostol versus syntometrine combined with an oxytocin infusion for the cessation of primary postpartum hemorrhage. *Acta obstetrica gynecologica scandinavica*, 80(9), 835-839.
- 14 Luis Gomes Sambo. (2006). Maternal mortality in developing world and the special challenge in Africa. *A textbook of Postpartum hemorrhage, Sapiens Publishing*.
- 15 Lynch C, Coker A, Lawal AH, Abu J & Cowen MJ. (1997). The B-Lynch surgical technique for control of massive postpartum hemorrhage: An alternative to hyterectomy? Five caes reports. *Br J Obstet Gynaecol* (104), 372 – 375.
- 16 M B Bellad & Goudar, S. (2006). Misoprostol theory and practice. In *A textbook of Postpartum hemorrhage* (pp. 114 – 126): Sapiens Publishing
- 17 M J Cameron & Robson, S. (2006). Vital statistics: an overview. In *A textbook of Postpartum hemorrhage* (pp. 11 - 16): Sapiens Publishing.
- 18 Michael G Ross & Beall, M. H. (2008). Forceps Delivery. www.eMedicine-Specialties-Obstetrics and Gynecology-Labor and Delivery.
- 19 O'Grady, J. P. & Taugher, C. (2008). Vacuum Extraction. www.eMedicine-Specialties-Obstetrics and Gynecology-Labor and Delivery.

20 S Ferrazzani, L Guariglia & Dell'Aguila, C. (2006). The Balloon internal uterine tamponate as a diagnostic test. In *A textbook of Postpartum hemorrhage* (pp. 268 - 276): Sapiens Publishing.

21 Suresh Vedantham, Scott Goodwin & Bruce Melucas. (1997). Uterine artery embolization: an under used method of controlling pelvic hemorrhage. *American Journal of Obstetrics & Gynaecology (AJOG)*, 176(4), 938 - 948.

22 Szczepaniak & Jane. (1993). The induction and augmentation of labor. *Mothering* (67), 76.