

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA SẢN PHỤ ĐƯỢC  
CHẨN ĐOÁN RAU BONG NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH  
GIAI ĐOẠN TỪ 2019 - 2023**

*Nguyễn Trung Kiên<sup>1\*</sup>, Nguyễn Đức Thiêm<sup>2</sup>, Đinh Văn Hoàn<sup>1</sup>  
Bùi Thị Thanh Tuyền<sup>1</sup>, Đào Nguyên Hùng<sup>3</sup>*

**Tóm tắt**

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ được chẩn đoán rau bong non (RBN) tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình (BVPSTB). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả thông qua một cuộc điều tra cắt ngang trên 112 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán xác định là RBN và được điều trị tại BVPSTB từ ngày 01/01/2019 - 31/12/2023 thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu. **Kết quả:** RBN/tổng số đẻ là 0,1%. RBN/tiền sản giật (TSG) là 9,16%. Triệu chứng cơ năng gồm đau bụng tăng liên tục (50%), ra máu âm đạo (37,5%). Khám lâm sàng cho kết quả thiếu máu (19,6%), choáng (7,1%), tăng trương lực cơ tử cung (45,5%), co cứng (14,3%), nước ối màu hồng lẫn máu (58%), ối xanh (9,8%), suy thai (9,8%), mất tim thai (8,0%). Hb từ 90 - 110 g/L chiếm 17,8%, Hb < 90 g/L chiếm 4,5%. Fibrinogen < 1 g/L chiếm 4,5%, từ 1 - 2 g/L chiếm 2,7%, giảm tiểu cầu, giảm fibriogen là 8,9%. 110 bệnh nhân (65,5%) được siêu âm phát hiện khối máu tụ sau rau. **Kết luận:** Tỷ lệ RBN là 0,1%. Triệu chứng cơ năng thường gặp là đau bụng (50%), ra máu âm đạo (37,5%). Triệu chứng thực thể thường gặp là tăng trương lực cơ tử cung (45,5%), tử cung co cứng (14,3%), thay đổi màu sắc ối (67,8%); siêu âm phát hiện khối máu tụ sau rau (65,5%).

**Từ khóa:** Rau bong non; Đặc điểm lâm sàng; Đặc điểm cận lâm sàng.

---

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Thái Bình

<sup>3</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

\*Tác giả liên hệ: Nguyễn Trung Kiên (trungkiendhytb@gmail.com)

Ngày nhận bài: 15/8/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 10/9/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50si4.1555>

**CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF  
PREGNANT WOMEN DIAGNOSED WITH PLACENTAL ABRUPTION  
AT THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL  
FROM 2019 - 2023**

**Abstract**

**Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of pregnant women diagnosed with placental abruption at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** A retrospective, descriptive study was conducted through a cross-sectional review of 112 medical records of patients with a confirmed diagnosis of placental abruption who were treated at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1<sup>st</sup> 2019 to December 31<sup>th</sup> 2023, meeting the study inclusion criteria. **Results:** The incidence of placental abruption among all deliveries was 0.1%, and among preeclamptic cases was 9.16%. The most common clinical symptoms were continuous abdominal pain (50%) and vaginal bleeding (37.5%). On physical examination, anemia was observed in 19.6% of cases, shock in 7.1%, uterine hypertonicity in 45.5%, a rigid uterus in 14.3%, blood-stained amniotic fluid in 58%, meconium-stained amniotic fluid in 9.8%, fetal distress in 9.8%, and intrauterine fetal demise in 8.0%. Hemoglobin levels ranged from 90 - 110 g/L in 17.8% and < 90 g/L in 4.5% of cases. Fibrinogen levels were < 1 g/L in 4.5% and 1 - 2 g/L in 2.7%, while thrombocytopenia and hypofibrinogenemia were found in 8.9%. Ultrasound detected retroplacental hematoma in 110 patients (65.5%). **Conclusion:** The incidence of placental abruption was 0.1%. The most common symptoms were abdominal pain (50%) and vaginal bleeding (37.5%). Frequent physical findings included uterine hypertonicity (45.5%), a rigid uterus (14.3%), and abnormal amniotic fluid coloration (67.8%). Retroplacental hematoma was detected by ultrasound in 65.5% of cases.

**Keywords:** Placental abruption; Clinical characteristics; Paraclinical characteristics.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau bong non là một trong những biến chứng sản khoa nghiêm trọng, xảy ra khi bánh rau bong sớm ra khỏi thành tử cung trước khi thai và rau được sổ ra ngoài [1]. Đây là nguyên nhân quan trọng gây tử vong cho mẹ và thai nhi, đồng thời để lại nhiều hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe sinh sản [2]. Tỷ lệ mắc RBN thay đổi theo từng quốc gia và từng cơ sở y tế, dao động từ 0,6 - 1,2% tổng số thai kỳ, nhưng thường có xu hướng tăng trong những năm gần đây do sự gia tăng của các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp thai kỳ, TSG, sản phụ lớn tuổi, hút thuốc lá, hoặc chấn thương [3].

Trên lâm sàng, RBN biểu hiện đa dạng, từ đau bụng, ra máu âm đạo, đến tình trạng choáng mất máu hoặc giảm tiểu cầu, giảm fibrinogen. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng kết hợp với cận lâm sàng như siêu âm, công thức máu, các xét nghiệm đông máu. Tuy nhiên, trong thực tế, không ít trường hợp khó khăn trong chẩn đoán sớm, đặc biệt với thể ẩn, dẫn đến chậm trễ trong xử trí.

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về RBN, nhưng dữ liệu cụ thể tại Thái Bình còn hạn chế. Trong khi đó, BVPSTB là cơ sở chuyên khoa tuyến tỉnh tiếp nhận số lượng lớn sản phụ, bao

gồm nhiều ca bệnh nặng và phức tạp. Việc phân tích, mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ RBN tại bệnh viện sẽ giúp cung cấp bằng chứng khoa học cho công tác chẩn đoán, tiên lượng và xử trí bệnh lý này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ được chẩn đoán RBN tại BVPSTB giai đoạn 2019 - 2023.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 112 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán xác định RBN và được điều trị tại BVPSTB từ ngày 01/01/2019 - 31/12/2023.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán xác định là RBN và được điều trị tại BVPSTB; có đủ các thông tin cần thiết trong hồ sơ bệnh án.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh án có chẩn đoán lúc vào viện là RBN nhưng sau đó không kết thúc thai kỳ tại BVPSTB. Không đủ các thông tin cần thiết trong hồ sơ bệnh án.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

\* *Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu:* Lấy mẫu toàn bộ các hồ sơ bệnh án của

bệnh nhân được chẩn đoán xác định RBN và được điều trị tại BVPSTB từ ngày 01/01/2019 - 31/12/2023. Trong 5 năm nghiên cứu đã chọn được 112 hồ sơ đủ theo tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

*\* Biến số, chỉ số và tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu:* Tỷ lệ RBN/tổng số đẻ; tỷ lệ RBN/TSG. Triệu chứng toàn thân, cơ năng, thực thể, cận lâm sàng.

*\* Tiêu chuẩn chẩn đoán trong nghiên cứu:*

Thể lâm sàng của RBN [4]:

- Thể ản: Không có dấu hiệu lâm sàng rõ rệt, cuộc chuyển dạ bình thường, sơ sinh khỏe mạnh. Chẩn đoán được xác định khi siêu âm hoặc sau khi mổ rau thấy khối máu tụ sau rau.

- Thể nhẹ: Triệu chứng không đầy đủ, có thể có TSG, cơn co tử cung hơi cường tính, nhịp tim thai bình thường hoặc nhanh (160 - 170 lần/phút). Chẩn đoán được xác định khi siêu âm hoặc sau khi mổ rau thấy khối máu tụ sau rau.

- Thể trung bình: Thường có TSG, có thể choáng nhẹ hoặc vừa; sản phụ đau vừa, tử cung tăng trương lực; ra máu âm đạo lượng vừa, đen, loãng, không đông; suy thai; chẩn đoán phân biệt với rau tiền đạo, thai chết, dọa vỡ hoặc vỡ tử cung.

- Thể nặng: Có đủ các triệu chứng nặng, diễn hình: TSG nặng hoặc trung bình; choáng nặng; chảy máu âm đạo

hiều hoặc ít, không tương xứng với mức độ mất máu; tử cung to lên nhanh, co cứng như gỗ; tim thai mất; rối loạn đông máu, có thể có dấu hiệu chảy máu do rối loạn đông máu ở các tạng khác ngoài tử cung như phổi, dạ dày, thận, ruột,...

Chẩn đoán thiếu máu [5]: Thiếu máu nhẹ ( $90 \leq \text{Hb} < 110 \text{ g/L}$ ); thiếu máu vừa ( $70 \leq \text{Hb} < 90 \text{ g/L}$ ); thiếu máu nặng ( $\text{Hb} < 70 \text{ g/L}$ ).

Chẩn đoán TSG [6]:

- Tăng huyết áp: Huyết áp tâm thu  $\geq 140 \text{ mmHg}$  và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90 \text{ mmHg}$ , đo 2 lần cách ít nhất 4 giờ, xuất hiện sau 20 tuần thai kỳ hoặc trong thời kỳ hậu sản.

- Protein niệu:  $\geq 300 \text{ mg/24 giờ}$ , hoặc tỷ số protein/creatinine niệu  $\geq 0,3 \text{ mg/dL}$  ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên, hoặc  $\geq 2 (+)$  với que thử nước tiểu.

*\* Xử lý số liệu:* Số liệu nghiên cứu được phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0, thống kê mô tả, so sánh tỷ lệ bằng  $\chi^2$ ,  $p < 0,05$ .

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua theo Quyết định số 448/QĐ-YDTB ngày 01/3/2024 của Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Số liệu nghiên cứu được BVPSTB cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột về lợi ích trong nghiên cứu.

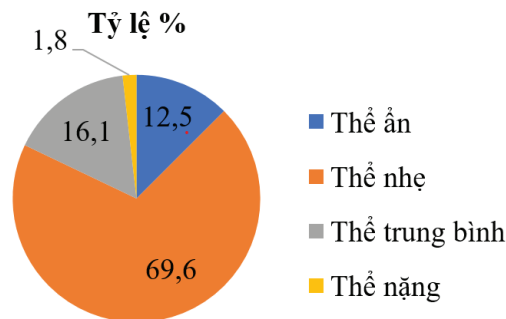
## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Tỷ lệ rau bong non

**Bảng 1.** Tỷ lệ RBN theo từng năm trên tổng số đẻ và tổng số TSG.

| Năm  | Tổng số đẻ | Tổng số TSG | Tổng số RBN | Tỷ lệ RBN/<br>Tổng số đẻ (%) | Tỷ lệ RBN/<br>TSG (%) |
|------|------------|-------------|-------------|------------------------------|-----------------------|
| 2019 | 24.218     | 284         | 28          | 0,12                         | 9,86                  |
| 2020 | 23.792     | 302         | 30          | 0,13                         | 9,93                  |
| 2021 | 19.293     | 235         | 18          | 0,09                         | 7,66                  |
| 2022 | 17.010     | 167         | 8           | 0,05                         | 4,79                  |
| 2023 | 22.887     | 235         | 28          | 0,12                         | 11,91                 |
| Tổng | 107.200    | 1.223       | 112         | 0,10                         | 9,16                  |

Tỷ lệ RBN/ tổng số đẻ là 0,1%. Tỷ lệ RBN/TSG là 9,16%.



**Biểu đồ 1.** Phân bố thể bệnh của đối tượng nghiên cứu.

Trong 112 sản phụ RBN có 12,5% là thể ần, 69,6% là thể nhẹ, 16,1% là thể trung bình và 1,8% là thể nặng.

### 2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

**Bảng 2.** Triệu chứng toàn thân, cơ năng của đối tượng nghiên cứu.

| Triệu chứng |           | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |      |
|-------------|-----------|--------------|-----------|------|
| Toàn thân   | Thiếu máu | Có           | 22        | 19,6 |
|             |           | Không        | 90        | 80,4 |
|             | Choáng    | Có           | 8         | 7,1  |
|             |           | Không        | 104       | 92,9 |

## CHÀO MỪNG KỶ NIỆM 75 NĂM NGÀY TRUYỀN THỐNG BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

|          | Triệu chứng             | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------|-------------------------|--------------|-----------|
| Cơ năng* | Ra máu loăng không đông | 42           | 37,5      |
|          | Đau bụng tăng, liên tục | 56           | 50,0      |
|          | Ra máu + đau bụng       | 46           | 41,1      |
|          | Không có triệu chứng    | 4            | 3,6       |

(\* Một bệnh nhân có thể có nhiều triệu chứng một lúc)

Tỷ lệ sản phụ bị thiếu máu chiếm 19,6%, 7,1% có choáng. Có 50% bị đau bụng tăng và liên tục, 37,5% ra máu loăng không đông, 41,1% có cả hai triệu chứng ra máu loăng và đau bụng.

**Bảng 3.** Triệu chứng thực thể của đối tượng nghiên cứu.

|                   | Triệu chứng thực thể   | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|------------------------|--------------|-----------|
| Con co tử cung    | Bình thường            | 56           | 50,0      |
|                   | Mau                    | 5            | 4,5       |
|                   | Mạnh                   | 21           | 18,7      |
|                   | Mau + mạnh             | 30           | 26,8      |
| Trương lực cơ bản | Bình thường            | 45           | 40,2      |
|                   | Tăng trương lực        | 51           | 45,5      |
|                   | Co cứng                | 16           | 14,3      |
| Nước ối           | Trong                  | 36           | 32,2      |
|                   | Xanh                   | 11           | 9,8       |
|                   | Hồng hoặc lẫn máu      | 65           | 58,0      |
| Nhịp tim thai     | Bình thường            | 98           | 87,5      |
|                   | Nhịp chậm              | 5            | 4,5       |
|                   | Mất tim thai           | 9            | 8,0       |
| TSG               | Không có               | 98           | 87,5      |
|                   | Không có dấu hiệu nặng | 9            | 8,0       |
|                   | Nặng                   | 5            | 4,5       |

Sản phụ có con co tử cung mau chiếm 4,5%, 18,7% mạnh và 26,8% mau + mạnh. Có 45,5% có tăng trương lực cơ tử cung, 14,3% co cứng. Nước ối hồng hoặc lẫn máu chiếm 58%, 9,8% có nước ối xanh. Có 4,5% xuất hiện nhịp chậm và 8,0% mất tim thai; 8,0% mắc TSG không có dấu hiệu nặng và 4,5% mắc TSG nặng.

**Bảng 4.** Các chỉ số xét nghiệm máu.

| Chỉ số xét nghiệm máu                         |                 | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------------------------|-----------------|--------------|-----------|
| Số lượng hồng cầu<br>(triệu/mm <sup>3</sup> ) | < 2             | 0            | 0         |
|                                               | 2 - 3           | 3            | 2,7       |
|                                               | > 3             | 109          | 97,3      |
| Fibrinogen<br>(g/L)                           | < 1             | 5            | 4,5       |
|                                               | Giảm: 1 - 2     | 3            | 2,7       |
|                                               | Bình thường > 2 | 104          | 92,8      |
| Huyết sắc tố<br>(g/L)                         | < 70            | 1            | 0,9       |
|                                               | 70 ≤ Hb < 90    | 4            | 3,6       |
|                                               | 90 ≤ Hb < 110   | 20           | 17,8      |
|                                               | ≥ 110           | 87           | 77,6      |
| Số lượng tiểu cầu<br>(G/L)                    | ≤ 100           | 4            | 3,6       |
|                                               | > 100           | 108          | 96,4      |

Số lượng hồng cầu 2 - 3 T/L chiếm 2,7%; 4,5% có chỉ số fibrinogen < 1; 0,9% có Hb < 70 g/L; 3,6% từ 70 ≤ Hb < 90 g/L.

**Bảng 5.** Kết quả siêu âm (n = 110).

| Kết quả siêu âm     |       | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|-------|--------------|-----------|
| Khối máu tụ sau rau | Có    | 72           | 65,5      |
|                     | Không | 38           | 34,5      |
| Nhịp tim thai       | (+)   | 101          | 91,8      |
|                     | (-)   | 9            | 8,2       |

Có 110 sản phụ được siêu âm trước mổ/đẻ, trong đó phát hiện 65,5% có khối máu tụ sau rau; 8,2% không có nhịp tim thai.

**Bảng 6.** Mối liên quan giữa thể lâm sàng RBN với chức năng gan, thận.

| Chức năng<br>gan, thận |       | Thể lâm sàng, n(%) |           |                |          | p        |
|------------------------|-------|--------------------|-----------|----------------|----------|----------|
|                        |       | Thể ẩn             | Thể nhẹ   | Thể trung bình | Thể nặng |          |
| SGOT<br>(UI/L)         | < 70  | 14 (12,5)          | 78 (69,6) | 18 (16,1)      | 0 (0)    | < 0,0001 |
|                        | ≥ 70  | 0 (0)              | 0 (0)     | 0 (0)          | 2 (1,8)  |          |
| SGPT<br>(U/L)          | < 70  | 14 (12,5)          | 78 (69,6) | 18 (16,1)      | 0 (0)    | < 0,0001 |
|                        | ≥ 70  | 0 (0)              | 0 (0)     | 0 (0)          | 2 (1,8)  |          |
| Ure<br>(mmol/L)        | ≤ 6,6 | 14 (12,5)          | 77 (68,8) | 15 (13,4)      | 1 (0,9)  | 0,004    |
|                        | > 6,6 | 0 (0)              | 1 (0,9)   | 3 (2,7)        | 1 (0,9)  |          |
| Creatinine<br>(μmol/L) | ≤ 106 | 14 (12,5)          | 78 (69,6) | 18 (16,1)      | 1 (0,9)  | 0,018    |
|                        | > 106 | 0 (0)              | 0 (0)     | 0 (0)          | 1 (0,9)  |          |

Có 1,8% ca bệnh ở thể nặng tăng đồng thời cả hai chỉ số SGOT ≥ 70 U/L và SGPT ≥ 70 U/L. Ure huyết cao ở thể nặng chiếm 0,9%, thể trung bình chiếm 2,7%, thể nhẹ chiếm 0,9%. 0,9% sản phụ ở thể nặng có creatinine tăng (129,0 μmol/L) trước đẻ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 7.** Mối liên quan giữa các thể RBN và tình trạng thai.

| Tình trạng thai | Thể lâm sàng, n (%) |                 |           | p        |
|-----------------|---------------------|-----------------|-----------|----------|
|                 | Thể ẩn/nhẹ          | Trung bình/nặng | Tổng      |          |
| Bình thường     | 88 (95,6)           | 4 (20)          | 92 (82,2) | < 0,0001 |
| Suy thai        | 2 (2,2)             | 9 (45)          | 11 (9,8)  |          |
| Thai chết       | 2 (2,2)             | 7 (35)          | 09 (8,0)  |          |

Tình trạng thai khi khám lâm sàng trước đẻ/mổ lấy thai ở các thể RBN thấy rằng có 9,8% suy thai và 8,0% thai bị chết.

## BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu tại bảng 1 cho thấy tỷ lệ RBN trên tổng số sản phụ đến đẻ tại BVPSTB trong 5 năm là 0,10%, Tỷ lệ RBN trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả Đặng Thị Minh Nguyệt là 0,16% [7], Ngô Văn Quỳnh là 0,16% [8]. Trong 112 sản phụ RBN có 12,5% là thể ản, 69,6% thể nhẹ, 16,1% thể trung bình và 1,8% là thể nặng (*Biểu đồ 1*). So sánh với kết quả nghiên cứu của Hà Cẩm Thương (2014) thì thể ản là 33,5%, thể nhẹ là 40,5%, thể trung bình là 17,5% và thể nặng là 8,9% [9].

Tỷ lệ sản phụ RBN khi vào viện bị thiếu máu là 19,6%, choáng là 7,1% (*Bảng 2*), kết quả cho thấy triệu chứng của RBN có thể không tương đồng với mức độ thể bệnh. Vì vậy, cần theo dõi chặt chẽ để ngăn ngừa nguy cơ tử vong thai nhi và các nguy cơ nặng cho sản phụ. Trong nghiên cứu, có tới 50% sản phụ bị đau bụng tăng và liên tục, 37,5% ra máu loãng không đông, 41,1% sản phụ RBN có cả hai triệu chứng ra máu âm đạo và đau bụng. Triệu chứng cơ năng ở các sản phụ trong nghiên cứu đều thấp hơn nghiên cứu của Đặng Thị Minh Nguyệt [7] khi ra máu âm đạo là 59,8%, đau bụng là 28,6%, vừa ra máu vừa đau bụng là 16,7%; ở nghiên cứu của Tikkanen M có 50% đau bụng

cấp tính, lên tới 70% có chảy máu âm đạo [3].

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3 cho thấy cơn co tử cung mau là 18,7%, mau + mạnh chiếm 26,8%. Trương lực cơ tử cung tăng chiếm 45,5%, co cứng chiếm 14,3%. Ở thể trung bình, đa số trường hợp sản phụ bị tăng trương lực cơ tử cung (72,2%) và 27,8% tử cung bị co cứng. Ở thể nặng có 100% bị co cứng cơ tử cung. Khác biệt về trương lực cơ tử cung và đặc điểm cơn co tử cung giữa các thể RBN có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Triệu chứng nước ối lẫn máu chiếm 58,0%, ối xanh chiếm 9,8%. Ở thể trung bình có 55,6% ca bệnh có nước ối hồng lẫn máu, 33,3% ca bệnh có nước ối xanh hoặc vàng. Ở thể nặng có 100% các ca bệnh có nước ối hồng lẫn máu. Khác biệt về nước ối giữa các thể lâm sàng RBN có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Có 4,5% xuất hiện nhịp chậm và 8,0% mất tim thai; 8,0% mắc TSG không có dấu hiệu nặng và 4,5% mắc TSG nặng. Nghiên cứu của Đặng Thị Minh Nguyệt cho thấy ối lẫn máu chiếm 41,7%, ối xanh chiếm tỷ lệ cao hơn (47,9%) [7].

Số lượng hồng cầu 2 - 3 T/L chiếm 2,7% và  $\geq 3$  T/L chiếm 97,3%. Hb  $< 70$  g/L là 0,9%, từ  $70 \leq \text{Hb} < 90$  g/L là 3,6% và  $90 \leq \text{Hb} < 110$  g/L là 17,8% (*Bảng 4*). So sánh với kết quả của các tác giả khác cho thấy tỷ lệ sản phụ bị mất máu nặng

so với những năm trước ở trong nước giảm rõ rệt. Đánh giá số lượng tiểu cầu đủ điều kiện phẫu thuật cho thấy 96,4% sản phụ có lượng tiểu cầu đạt  $> 100$  G/L, có 3,6% có lượng tiểu cầu thấp. Theo tác giả Page N và CS thì fibrinogen  $< 2$  g/L là tiêu chuẩn để đánh giá tình trạng giảm tiểu cầu và giảm fibrinogen trong RBN, có giá trị dự báo dương tính 100% đối với xuất huyết nặng [10]. Nghiên cứu cho thấy 4,5% có chỉ số fibrinogen  $< 1$  g/L; 2,7% có fibrinogen từ 1 - 2 g/L. Kết quả thấp hơn so với nghiên cứu của Hà Cẩm Thương (2015) với số lượng tiểu cầu  $\leq 100$  G/L chiếm 7%, fibrinogen  $< 1$  g/L chiếm 1,2%, từ 1 - 2 g/L chiếm 5,1% [9]; Ngô Văn Quỳnh (2007) với fibrinogen  $< 1$  g/L chiếm 4,1%, từ 1 - 2 g/L chiếm 34,7% [8].

Có 110 sản phụ được siêu âm trước mổ (Bảng 5), trong đó 65,5% phát hiện ra khối máu tụ; 8,2% không có nhịp tim thai. Siêu âm phát hiện được 100% ca bệnh RBN thể nặng, 87,5% thể trung bình. Siêu âm không phát hiện được khối máu tụ ở 100% thể ẩn và ở 70,5% thể nhẹ. Khác biệt về kết quả siêu âm khối máu tụ sau rạch giữa các thể có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Trong nghiên cứu có 2 trường hợp không siêu âm và đều là thể trung bình, được chẩn đoán là thai 35 tuần RBN, suy thai/seo

mổ cũ lần 2 và thai 37 tuần, suy thai, RBN/TSG; có triệu chứng RBN rõ, nghe tim thai chậm, rời rạc; sản phụ được chỉ định mổ lấy thai cấp cứu.

Về chức năng gan (Bảng 6), có 1,8% trên tổng số RBN ở thể nặng trong nghiên cứu, tăng đồng thời hai chỉ số men gan SGOT  $\geq 70$  U/L và SGPT  $\geq 70$  U/L. Trong 3 tháng cuối của thai kỳ, nếu có TSG kèm theo tăng men gan, tiểu cầu giảm là một trong những dấu hiệu của hội chứng HELLP (biến chứng của TSG) có nguy cơ gây giảm tiểu cầu, giảm fibrinogen, RBN. Về chức năng thận, chỉ có 1 sản phụ ở thể nặng trong nghiên cứu có creatinine tăng, có giá trị bằng 129,0  $\mu\text{mol/L}$  trước đẻ sau đó về 120,0  $\mu\text{mol/L}$  sau đẻ. Có 4,5% sản phụ có mức ure huyết cao  $> 6,6$  mmol/L, trong nghiên cứu không gặp trường hợp suy thận.

Tình trạng thai trước đẻ/mổ lấy thai (Bảng 7) cho thấy có 82,2% thai ổn định; 9,8% suy thai và 8,0% thai chết. Khác biệt về tình trạng thai trước đẻ/mổ lấy thai giữa các thể có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Tình trạng suy thai, mất tim thai chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Đặng Thị Minh Nguyệt cho thấy suy thai chiếm 54,2%, mất tim thai chiếm 18,2% [7]; theo tác giả Hà Cẩm Thương thì suy thai là 55,7%, mất tim thai là 12% [9].

## KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ RBN/tổng số đẻ là 0,10%; tỷ lệ RBN/TSG là 9,16%. Đặc điểm lâm sàng gồm đau bụng (50%) và ra máu âm đạo (37,5%), cơn co tử cung bất thường (50%), tăng trương lực cơ tử cung (45,5%), co cứng (14,3%). Đặc điểm cận lâm sàng gồm nước ối lẫn máu (58,0%), ối xanh (9,8%), siêu âm phát hiện RBN (65,5%), 9,8% suy thai, 8,0% thai chết, giảm tiểu cầu và giảm fibrinogen là 8,9%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brandt JS and Ananth CV. placental abruption at near-term and term gestations: Pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *Am J Obstet Gynecol*. 2023; 228(5 Suppl):1313.
2. Brăila AD, Gluhovschi A, Neacșu A, et al. Placental abruption: Etiopathogenic aspects, diagnostic and therapeutic implications. *Romanian J Morphol Embryol Rev Roum Morphol Embryol*. 2018; 59(1):187-195.
3. Tikkanen M. Placental abruption: Epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011; 90(2):140-149.
4. Bộ Y tế. Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015 của Bộ Y tế ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa”. 2015.
5. WHO. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. 2011. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-MNM-11.1>.
6. Bộ Y tế. Quyết định số 1154/QĐ-BYT ngày 04 tháng 5 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn sàng lọc, chẩn đoán và xử trí tăng huyết áp ở phụ nữ mang thai, tiền sản giật và sản giật. 2024.
7. Đặng Thị Minh Nguyệt. Nhận xét về biến chứng rau bong non tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2011. *Tạp chí Y học Thực hành*. 2012; số 9/2012:(840).
8. Ngô Văn Quỳnh. Tình hình rau bong non điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội. 2004.
9. Hà Cẩm Thương. Nghiên cứu về chẩn đoán và kết quả điều trị rau bong non tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. *Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II*, Trường Đại học Y Hà Nội. 2015.
10. Page N, Roloff K, Modi AP, et al. Management of placental abruption following blunt abdominal trauma. *Cureus*. 2020 Sep 9;12(9):e10337.