

# CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS, TREATMENT, AND CARE OF PREGNANT WOMEN WITH FETAL DISTRESS DURING LABOR AT THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

Nguyen Thi Phuong<sup>1</sup>, Tran Thi Thu Huong<sup>2</sup>, Nguyen Quang Bac<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon, Tran Lam ward, Hung Yen province, Vietnam

<sup>2</sup>Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital - 530A Ly Bon, Tran Hung Dao ward, Hung Yen province, Vietnam

<sup>3</sup>National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 1 Trieu Quoc Dat, Cua Nam ward, Hanoi, Vietnam

Received: 12/02/2026

Revised: 22/02/2026; Accepted: 21/04/2026

## ABSTRACT

**Objective:** This study describes the clinical and paraclinical characteristics, management, and care of pregnant women with fetal distress during labor at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital in 2024.

**Research method:** This prospective, cross-sectional descriptive study design surveyed 143 pregnant women diagnosed with fetal distress during labor at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital regarding clinical and paraclinical characteristics, obstetric management methods, and follow-up care for women with acute fetal distress during labor.

**Results:** The average age of the mothers was 27.5 (88.1% under 35 years old), mainly primiparous women (67.8%). Meconium-contaminated amniotic fluid was the most typical symptom (87.4%). Premature rupture of membranes accounted for 62.9%; abnormal amniotic fluid volume accounted for 15.4%; 12.6% had rapid contractions; 14.0% had umbilical cord entanglement, and 3.5% had cerebrovascular index < 1; 21.7% of cases had abnormal fetal heart rate, with bradycardia being predominant (12.6%). Abnormal DIP and flat rhythms accounted for 7.7%. Cesarean section was the primary management method (90.2%); vaginal delivery and forceps delivery accounted for a low percentage (9.8%). 100% of pregnant women received comprehensive emergency care (oxygen therapy, fetal heart rate/contraction monitoring, psychological support, and preparation for neonatal resuscitation), were positioned on their left side (86.7%), and received glucose infusion (22.4%).

**Conclusion:** The most common signs for early diagnosis of fetal distress during labor are meconium-stained amniotic fluid and abnormal fetal heart rate on the monitoring. A combination of comprehensive intensive care and timely obstetric management is necessary to ensure a safe obstetric outcome.

**Keywords:** Clinical and paraclinical characteristics, treatment, and care of acute fetal distress.

---

\*Corresponding author

Email: drbacbpstw@gmail.com Phone: (+84) 904177911 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4895

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ VÀ CHĂM SÓC SẢN PHỤ SUY THAI TRONG CHUYỂN DẠ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH NĂM 2024

Nguyễn Thị Phượng<sup>1</sup>, Trần Thị Thu Hương<sup>2</sup>, Nguyễn Quảng Bắc<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình - 373 Lý Bôn, phường Trần Lãm, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình - 530A, Lý Bôn, phường Trần Hưng Đạo, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

<sup>3</sup>Bệnh viện Phụ Sản Trung ương - 1 Triệu Quốc Đạt, phường Cửa Nam, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12/02/2026

Ngày chỉnh sửa: 22/02/2026; Ngày duyệt đăng: 21/04/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, xử trí và chăm sóc sản phụ suy thai trong chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình năm 2024.

**Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu qua khảo sát 143 sản phụ được chẩn đoán suy thai trong chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp xử trí sản khoa và theo dõi chăm sóc sản phụ suy thai cấp trong chuyển dạ.

**Kết quả:** Tuổi trung bình của sản phụ là 27,5 (88,1% dưới 35 tuổi), chủ yếu là sản phụ sinh con so (67,8%). Nước ối nhiễm phân su là triệu chứng điển hình nhất (87,4%). Tỷ lệ ối vỡ sớm chiếm 62,9%; bất thường lượng ối chiếm 15,4%; 12,6% có cơn co mau mạnh; 14% dây rốn quấn cổ và 3,5% có chỉ số não-rốn < 1; 21,7% trường hợp nhịp tim thai bất thường, trong đó nhịp chậm chiếm ưu thế (12,6%). Các dạng DIP bất thường và nhịp phẳng chiếm 7,7%. Về xử trí thì mổ lấy thai là phương pháp xử trí chính (90,2%); sinh đường âm đạo và Forceps chiếm tỷ lệ thấp (9,8%). 100% sản phụ được thực hiện chăm sóc toàn diện khẩn cấp (thở oxy, theo dõi tim thai/cơn co, hỗ trợ tinh thần và chuẩn bị sẵn sàng hồi sức sơ sinh), nằm nghiêng trái (86,7%) và truyền glucose (22,4%).

**Kết luận:** Dấu hiệu hay gặp nhất để chẩn đoán sớm suy thai trong chuyển dạ là nước ối nhiễm phân su và bất thường nhịp tim thai trên monitoring, cần kết hợp chăm sóc tích cực toàn diện và xử trí sản khoa kịp thời để đảm bảo kết quả sản khoa an toàn.

**Từ khóa:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, xử trí, chăm sóc, suy thai trong chuyển dạ.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thai là một tình trạng đe dọa trực tiếp đến tính mạng cũng như sự phát triển tâm thần, vận động của trẻ sau này [1]. Trong đó, suy thai cấp tính trong chuyển dạ là một cấp cứu sản khoa nghiêm trọng, chiếm khoảng 30-35% tổng số ca tử vong chu sinh trên toàn thế giới [2]. Hiện nay, nhờ sự phát triển của các phương tiện thăm dò hiện đại như monitoring sản khoa, siêu âm Doppler và các kỹ thuật cận lâm sàng tiên tiến, việc phát hiện suy thai và xử trí kịp thời hơn. Tuy nhiên, thách thức đặt ra là phải nhanh chóng xác định các đặc điểm bệnh lý, kết hợp giữa hồi sức nội khoa và can thiệp sản khoa kịp thời nhằm đảm bảo chỉ số Apgar tối ưu cho trẻ khi chào đời [3].

Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình với vai trò là cơ sở chuyên khoa đầu ngành của tỉnh, mỗi năm tiếp nhận và xử trí số lượng lớn sản phụ chuyển dạ, trong đó có nhiều trường hợp suy thai phức tạp. Việc đánh giá lại thực trạng lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp xử trí và chăm sóc là

vô cùng cần thiết để nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc và chất lượng bệnh viện. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, xử trí và chăm sóc sản phụ suy thai trong chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình năm 2024.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

143 sản phụ được chẩn đoán là suy thai trong chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ tháng 1-12 năm 2024.

\*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi thai từ 37 tuần 1 ngày trở lên (theo dự kiến sinh 3 tháng đầu trên siêu âm hoặc ngày chuyển phôi).
- Chuyển dạ tự nhiên.
- Đờn thai, ngôi xuôi.

\*Tác giả liên hệ

Email: drbacbvpstw@gmail.com Điện thoại: (+84) 904177911 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4895

- Được chẩn đoán suy thai trong chuyển dạ theo Hướng dẫn Bộ Y tế (2015) [1]:

- + Nước ối có màu xanh (khi vỡ ối hoặc bấm ối).
- + Nghe nhịp tim thai (bằng ống gỗ) thay đổi trên 160 lần/phút hay dưới 120 lần/phút.
- + Theo dõi liên tục nhịp tim thai bằng máy monitoring sản khoa thấy xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn (DIP II) hoặc nhịp tim thai biến đổi hoặc nhịp tim thai dao động ít (dưới 5 nhịp).
- + Siêu âm: xác định thiếu ối khi chỉ số ối dưới 5 cm, thể tích nước ối nhỏ hơn 500 ml khi thai được 32-36 tuần hay không có độ sâu 2-3 cm.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

\* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Rau tiền đạo, sẹo mổ cũ, rau bong non, tiền sản giật...
- Đa thai, ngôi ngược, thai có dị dạng hoặc bất thường bẩm sinh.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Đẻ - Cấp cứu, Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ tháng 1-12 năm 2024.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

- Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1 - p)}{d_2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; p = 0,103 (tỷ lệ suy thai trên tổng số sản phụ chuyển dạ theo nghiên cứu của Bệnh viện Từ Dũ) [4]; d là độ chính xác tuyệt đối mong muốn, chọn d = 0,05; Z score tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn, lấy  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ .

Qua tính toán cỡ mẫu tối thiểu là 143 sản phụ được chẩn đoán suy thai trong chuyển dạ.

- Chúng tôi thực hiện phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn những sản phụ được chẩn đoán suy thai trong chuyển dạ, thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu đến khi đủ mẫu nghiên cứu.

**2.5. Các biến số nghiên cứu**

Các biến số nghiên cứu bao gồm: đặc điểm chung của sản phụ (tuổi, số lần sinh con, mắc bệnh kèm theo), đặc điểm cơ co tử cung, đặc điểm ối, tim thai, dây rốn, biện pháp xử trí sản khoa, biện pháp chăm sóc sản phụ suy thai trong chuyển dạ.

**2.6. Xử lý số liệu**

Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án xây dựng trước. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu**

Đề tài nghiên cứu được thực hiện khi thông qua Hội đồng Khoa học của Trường Đại học Y Dược Thái Bình (Quyết định số 449/QĐ-YTB) và Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình. Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích

cụ thể về mục đích và nội dung nghiên cứu; các thông tin của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Tuổi trung bình của sản phụ trong nghiên cứu là 27,5 tuổi, trẻ nhất là 17 tuổi và lớn nhất 42 tuổi. Phần lớn sản phụ trong nhóm dưới 35 tuổi (88,1%), còn lại là nhóm từ 35 tuổi trở lên (11,9%). Đây là lần sinh con đầu tiên chiếm nhiều nhất với 67,8%, tiếp đến là lần sinh thứ 2 và từ lần 3 trở lên không chênh lệch nhiều với tỷ lệ lần lượt là 15,4% và 16,8%. Các bệnh lý của mẹ thấy nhiều nhất là thiếu máu (9,8%), đái tháo đường, u xơ tử cung và u nang buồng trứng (1,4%). Các bệnh lý COVID-19, trầm cảm đều chiếm 0,7%.

**Bảng 1. Đặc điểm cơ co tử cung, tình trạng ối của sản phụ (n = 143)**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cơ co tử cung	Bình thường	124	86,7
	Mau, mạnh	19	13,3
Tình trạng ối lẫn phân su	Có	125	87,4
	Không	18	12,6
Chỉ số ối	Thiếu ối	12	8,4
	Bình thường	121	84,6
	Đa ối	10	7,0
Tình trạng vỡ ối	Ối vỡ sớm	90	62,9
	Vỡ đúng thời điểm	4	2,8
	Bấm ối	49	34,3

Tại thời điểm được chẩn đoán suy thai có 12,6% thuộc cơ co mau mạnh, 87,4% là nước ối có phân su. Trên siêu âm thấy thiếu ối và đa ối lần lượt là 8,4% và 7%. Sản phụ có ối vỡ sớm là 62,9%, bấm ối là 34,3% và ối vỡ đúng thời điểm là 2,8%.

**Bảng 2. Đặc điểm về tim thai của sản phụ (n = 143)**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhịp tim thai	< 120 lần/phút	22	15,4
	120-160 lần/phút	118	82,5
	> 160 lần/phút	3	2,1
Tình trạng tim thai trên monitoring	Không có biến đổi	112	78,3
	Nhịp phẳng	4	2,8
	DIP I	4	2,8
	DIP II	1	0,7
	DIP biến đổi	2	1,4
	Nhịp tim thai nhanh	2	1,4
	Nhịp tim thai chậm	18	12,6

Phân loại nhịp tim thai thấy 15,4% có nhịp tim thai dưới 120 lần/phút và 2,1% có nhịp tim thai trên 160 lần/phút. Quan sát trên monitoring về biến đổi tim thai thấy 78,3% trường hợp thai có nhịp tim không biến đổi và 21,7% trường hợp nhịp tim thai biến đổi, trong đó: DIP I và nhịp phẳng đều là 2,8%, DIP biến đổi và nhịp tim thai nhanh đều chiếm 1,4%, DIP II chiếm 0,7% và nhiều nhất là nhịp tim thai chậm (12,6%).



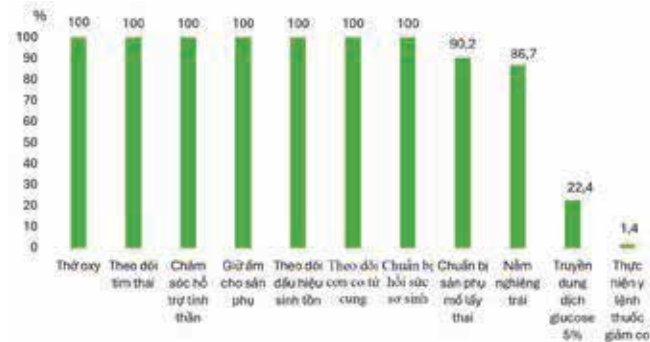
Biểu đồ 1 Đặc điểm dây rốn (n = 143)

Tỷ lệ dây rốn quấn cổ chiếm nhiều nhất (14%), tiếp đến là dây rốn thắt nút, dây rốn bám màng, vận xoắn và dây rốn ngắn đều chiếm 0,7%. Bên cạnh đó có 3,5% thai có chỉ số não-rốn < 1.

Bảng 3. Các biện pháp xử trí sản khoa (n = 143)

Biện pháp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đẻ thường	12	8,4
Mổ lấy thai	129	90,2
Forceps	2	1,4

Trong 143 sản phụ suy thai thì chủ yếu được xử trí là mổ lấy thai (90,2%), có 8,4% đẻ thường và 1,4% dùng Forceps.



Biểu đồ 2. Các hỗ trợ chăm sóc sản phụ suy thai trong chuyển dạ (n = 143)

Chăm sóc sản phụ suy thai cấp trong chuyển dạ, 100% sản phụ được cho thở oxy, theo dõi tim thai, chăm sóc hỗ trợ tinh thần, giữ ấm, theo dõi dấu hiệu sinh tồn, theo dõi cơ co tử cung và chuẩn bị hồi sức sơ sinh. Có 90,2% cần chuẩn bị sản phụ để tiến hành mổ lấy thai; 86,7% cho nằm nghiêng trái; 22,4% sản phụ được thực hiện y lệnh truyền glucose và 1,4% sản phụ được thực hiện y lệnh dùng thuốc giảm co.

#### 4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của sản phụ trong nghiên cứu là 27,5 tuổi và phần lớn sản phụ dưới 35 tuổi (88,1%). Tỷ lệ sản phụ sinh con đầu lòng chiếm đa số

(67,8%), tương đồng với các báo cáo của Đỗ Thị Hằng Nga (72,5%) [3], Cấn Bá Quát và cộng sự (59,7%) [5]. Đáng chú ý, tỷ lệ sinh con từ lần thứ 3 trở lên trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,8%, cao hơn so với một số tác giả nghiên cứu cùng lĩnh vực. Việc sinh con nhiều lần tiềm ẩn nhiều nguy cơ sản khoa nghiêm trọng như vỡ tử cung, băng huyết sau sinh, cũng như các kết cục bất lợi cho thai nhi như suy thai, đẻ non và suy dinh dưỡng. Về tuổi thai, chúng tôi ghi nhận thai 40 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (42,0%), phù hợp với kết quả của Trương Thị Linh Giang (43,3%) [6] và Đỗ Thị Hằng Nga (74,6%) [3].

Đa số sản phụ tại thời điểm chẩn đoán suy thai có cơ co tử cung bình thường (87,4%), trong khi nhóm có cơ co mau mạnh chiếm 12,6%. Tỷ lệ này có sự tương đồng với ghi nhận của Đỗ Thị Hằng Nga [3] về mối liên quan giữa cơ co tử cung và tình trạng suy thai, đây là yếu tố nguy cơ đặc biệt quan trọng làm tăng nguy cơ suy thai lên rất cao (lần lượt gấp 16,9 lần và 18,8 lần) so với nhóm có cơ co bình thường ( $p < 0,05$ ).

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 87,4% trường hợp suy thai có nước ối lẫn phân su, tương đồng với Trương Thị Linh Giang (76,9%) [6]. Theo Đỗ Thị Hằng Nga, 100% sản phụ có ối phân su thuộc nhóm suy thai [3]. Phân su trong nước ối là một chỉ báo lâm sàng quan trọng phản ánh tình trạng thiếu oxy của thai nhi. Ngoài ra, tỷ lệ thiếu ối trong nghiên cứu là 8,4% đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng. Đỗ Thị Hằng Nga ghi nhận nhóm có chỉ số ối < 40 mm có nguy cơ suy thai cao gấp 2,28 lần so với nhóm  $\geq 40$  mm [3]. Tỷ lệ ối vỡ sớm trong nghiên cứu chiếm 62,9%. Theo Đỗ Thị Hằng Nga, ối vỡ sớm, vỡ non làm tăng nguy cơ suy thai 1,97 lần [3]. Khi ối vỡ sớm, sự sụt giảm lượng nước ối đột ngột có thể gây chèn ép dây rốn, nhiễm khuẩn và rối loạn tuần hoàn rau thai, dẫn đến suy thai cấp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn sản phụ có nhịp tim thai trong giới hạn bình thường (82,5%), tuy nhiên nhịp chậm (< 120 lần/phút) chiếm tỷ lệ đáng kể (15,4%) và nhịp nhanh (> 160 lần/phút) là 2,1%. Về các biến đổi trên monitoring sản khoa, nghiên cứu ghi nhận 21,7% trường hợp có nhịp tim thai bất thường, trong đó nhịp chậm đơn độc là biểu hiện phổ biến nhất (12,6%), tiếp theo là các dấu hiệu cảnh báo nghiêm trọng khác như DIP I, nhịp phẳng (đều chiếm 2,8%), DIP biến đổi (1,4%) và DIP II (0,7%). Phân tích về tiêu chuẩn chẩn đoán, nghiên cứu chỉ ra chẩn đoán phần lớn dựa vào vào tính chất nước ối (78,3%), dựa trên monitoring chiếm 12,6%, kết hợp cả ối xanh và monitoring chiếm 9,1%. Điều này phản ánh trong thực hành lâm sàng tại cơ sở nghiên cứu, sự thay đổi màu sắc nước ối vẫn là dấu hiệu chỉ báo chính yếu để chẩn đoán suy thai. Tuy nhiên, việc kết hợp chặt chẽ giữa quan sát tính chất dịch ối và phân tích các dạng biến đổi nhịp tim thai trên monitoring là cực kỳ quan trọng để tăng độ nhạy trong việc phát hiện sớm và xử trí kịp thời tình trạng suy thai, tránh bỏ sót các trường hợp nhịp tim thai bất thường nhưng nước ối vẫn trong.

Trong các phương pháp xử trí sản khoa thì mổ lấy thai là phương pháp xử trí chủ yếu (90,2%), tiếp theo là đẻ thường (8,4%) và Forceps (1,4%). Tỷ lệ mổ lấy thai cao trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Trương Thị Linh

Giang (94,2%) [6], nhưng cao hơn so với Đỗ Thị Hằng Nga (62,7%) [3]. So với nghiên cứu của Michaeli J và cộng sự (59,3%) [7], tỷ lệ can thiệp phẫu thuật tại Việt Nam có xu hướng cao hơn rõ rệt. Sự gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai do suy thai có thể giải thích bởi các yếu tố nhờ sự phổ biến của monitoring sản khoa giúp phát hiện sớm các dấu hiệu đe dọa thai nhi, xu hướng lựa chọn phẫu thuật thay vì Forceps để giảm thiểu sang chấn, biến chứng cho cả mẹ và con; ngoài ra còn do nhu cầu từ phía gia đình và sản phụ.

Về vấn đề chăm sóc, nghiên cứu ghi nhận 100% sản phụ suy thai được xử trí khẩn cấp thông qua quy trình chăm sóc toàn diện: thở oxy, theo dõi tim thai/cơn co, hỗ trợ tinh thần và chuẩn bị sẵn sàng hồi sức sơ sinh. Các biện pháp hỗ trợ tuần hoàn tử cung - rau được thực hiện tích cực với 86,7% sản phụ nằm nghiêng trái, 22,4% truyền glucose và 1,4% sử dụng thuốc giảm co. Nằm nghiêng trái và thở oxy là hai biện pháp đơn giản, an toàn và hiệu quả nhất để cải thiện lưu lượng máu đến hồ huyết, tăng độ bão hòa oxy trong máu thai nhi [8-9]. Tỷ lệ thực hiện tại nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với báo cáo của Đỗ Thị Hằng Nga (100%) [3]. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ sử dụng thuốc giảm co thấp (1,4%), thấp hơn hẳn so với Đỗ Thị Hằng Nga (58,0%) [3]. Sự khác biệt này do đối tượng nghiên cứu của Michaeli J và cộng sự có tỷ lệ cơn co tử cung mau mạnh và chèn ép dây rốn cao hơn. Như vậy, có thể thấy việc kết hợp toàn diện xử trí và chăm sóc sản phụ suy thai trong chuyển dạ để tối ưu hóa tình trạng thai nhi; và ổn định tình trạng sản phụ được thực hiện nhanh chóng các biện pháp này tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình đã tạo tiền đề quan trọng cho kết cục sản khoa an toàn.

## 5. KẾT LUẬN

Sản phụ suy thai trong chuyển dạ nước ối nhiễm phân su là dấu hiệu phổ biến nhất (87,4%). Tỷ lệ ối vỡ sớm cao (62,9%), bất thường lượng ối chiếm 15,4%; 12,6% trường hợp có cơn co mau mạnh tại thời điểm chẩn đoán; 21,7% có biến đổi nhịp tim thai. Mổ lấy thai là chỉ định xử trí sản khoa chủ yếu (90,2%); 100% sản phụ suy thai được xử trí khẩn cấp thông qua quy trình chăm sóc toàn diện: thở oxy, theo dõi tim thai/cơn co, hỗ trợ tinh thần và chuẩn bị sẵn sàng hồi sức sơ sinh.

## 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế. Suy thai trong tử cung. Trong: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, 2015: 93-96.
- [2] Moshiro R, Mdoe P, Perlman J.M. A global view of neonatal asphyxia and resuscitation. *Frontiers in Pediatrics*, 2019, 7: 489. doi: 10.3389/fped.2019.00489.
- [3] Đỗ Thị Hằng Nga. Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và các biện pháp xử trí suy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2018-2019. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019.
- [4] Trần Ngọc Hải, Nguyễn Hữu Thịnh, Đặng Minh Đức và cộng sự. Suy thai cấp. Báo cáo khoa học tại Bệnh viện Từ Dũ, thành phố Hồ Chí Minh, 2017.
- [5] Cấn Bá Quát, Hoàng Thị Ngọc Trâm, Trương Văn Vũ và cộng sự. Nghiên cứu xử trí thiếu ối ở tuổi thai đủ tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023, 247 (1B): 197-200. doi: 10.51298/vmj. v527i1B.5772
- [6] Trương Thị Linh Giang. Nghiên cứu đặc điểm và thái độ xử trí suy thai cấp tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế. *Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế*, 2018, 8 (5): 20. doi: 10.34071/jmp.2018.5.3
- [7] Michaeli J, Srebnik N, Zilberstein Z et al. Intrapartum fetal monitoring and perinatal risk factors of neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy. *Arch Gynecol Obstet*, 2021, 303: 409-417. doi: 10.1007/s00404-020-05757-2.
- [8] Clark A.R, Fontinha H, Thompson J et al. Maternal cardiovascular responses to position change in pregnancy. *Biology (Basel)*, 2023, 12 (9): 1268. doi: 10.3390/biology12091268.
- [9] Couper S, Clark A, Thompson J.M.D et al. The effects of maternal position, in late gestation pregnancy, on placental blood flow and oxygenation: an MRI study. *J Physiol*, 2021, 599 (6): 1901-1915. doi: 10.1113/JP280569.