

OUTCOMES OF MANAGEMENT OF FETAL DISTRESS DURING LABOR AND SOME RELATED FACTORS AT THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

Nguyen Thi Phuong¹, Tran Thi Thu Huong², Nguyen Quang Bac^{3*}

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

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

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

Received: 12/02/2026

Revised: 18/3/2026; Accepted: 24/02/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the results of managing fetal distress during labor at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital in 2024 and identify some factors associated with the recorded results.

Methods: A descriptive study was conducted through a prospective cross-sectional survey of the results of managing fetal distress during labor in 143 pregnant women diagnosed with fetal distress during labor at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital in 2024. Information was collected on maternal results, fetal results, 1-minute and 5-minute Apgar scores after birth, and some factors associated with the 1-minute Apgar score of the infant.

Results: 100% of pregnant women had their babies delivered within 60 minutes of diagnosis, and 100% of mothers and babies were stable upon discharge. The obstetric complication rate was low (4.2%), including postpartum infection (2.1%) and postpartum hemorrhage (1.4%). 100% of the pregnancies were singletons, with an average weight of 3223.8 ± 306.0 grams. 93% of cases had an Apgar score of 8 at 1 minute; 99.3% had an Apgar score of 8 at 5 minutes. Factors associated with an increased risk of a low Apgar score at the first minute (< 8 points) included: frequent and strong uterine contractions ($p < 0.05$); abnormal fetal heart rate ($p < 0.001$); maternal obstetric complications ($p < 0.005$); and fetal bradycardia (< 120 beats/minute) ($p < 0.001$).

Conclusion: The management of fetal distress at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital was highly effective, with 100% of cases receiving timely intervention within 60 minutes of detection, resulting in optimized Apgar scores and ensuring safety for both mother and child. Close monitoring of factors related to neonatal asphyxia (Apgar score < 8) plays a crucial role in predicting and improving the treatment outcomes of fetal distress in labor.

Keywords: Fetal distress in labor, Apgar score, treatment outcomes.

*Corresponding author

Email: drbacbvpstw@gmail.com Phone: (+84) 904177911 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4952



KẾT QUẢ XỬ TRÍ SUY THAI TRONG CHUYỂN DẠ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH NĂM 2024

Nguyễn Thị Phương¹, Trần Thị Thu Hương², Nguyễn Quảng Bắc^{3*}

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

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

³Bệnh 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: 18/3/2026; Ngày duyệt đăng: 24/02/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả xử trí suy thai trong chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình năm 2024 và xác định một số yếu tố liên quan với kết quả ghi nhận được.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả thông qua một cuộc điều tra cắt ngang tiến cứu qua khảo sát kết quả xử trí suy thai trong chuyển dạ của 143 sản phụ được chẩn đoán là suy thai trong chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình năm 2024, thu thập các thông tin về kết quả phía mẹ, kết quả về trẻ, điểm Apgar sau sinh và một số yếu tố liên quan với điểm Apgar của trẻ.

Kết quả: 100% sản phụ được lấy thai trong vòng 60 phút sau chẩn đoán, 100% mẹ và con ổn định khi ra viện. Tỷ lệ tai biến sản khoa thấp (4,2%) gồm nhiễm khuẩn hậu sản (2,1%) và băng huyết (1,4%). 100% thai đơn, cân nặng trung bình 3223,8 ± 306,0 gam. Chỉ số Apgar ≥ 8 điểm phút thứ nhất chiếm 93%; phút thứ 5 đạt 99,3%. Các yếu tố liên quan đến làm tăng nguy cơ chỉ số Apgar phút thứ nhất thấp (< 8 điểm) bao gồm: cơn co tử cung mau mạnh ($p < 0,05$); nhịp tim thai bất thường ($p < 0,001$), sản phụ có tai biến sản khoa ($p < 0,005$), nhịp tim thai chậm dưới 120 lần/phút ($p < 0,001$).

Kết luận: Xử trí suy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình đạt hiệu quả cao. Việc giám sát chặt chẽ các yếu tố liên quan đến tình trạng ngạt sơ sinh đóng vai trò tiên quyết trong tiên lượng và nâng cao hiệu quả xử trí suy thai trong chuyển dạ.

Từ khóa: Suy thai trong chuyển dạ, chỉ số Apgar, kết quả xử trí.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thai cấp trong chuyển dạ là hậu quả của sự rối loạn trao đổi khí giữa mẹ và con trong lúc chuyển dạ dẫn đến thai bị thiếu oxy, đe dọa trực tiếp đến sinh mạng và sự phát triển thần kinh của trẻ sau này [1]. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong chu sinh, chiếm tỷ lệ từ 30-35% trên toàn thế giới [2]. Sự tiến bộ của các phương tiện thăm dò như monitoring sản khoa và siêu âm Doppler đã giúp chẩn đoán sớm suy thai ngay từ giai đoạn bù trừ. Thách thức lâm sàng hiện nay không chỉ dừng lại ở việc phát hiện kịp thời mà còn nằm ở chiến lược xử trí phối hợp giữa hồi sức nội khoa và can thiệp sản khoa đúng thời điểm nhằm đảm bảo chỉ số Apgar tối ưu [3]. Tuy nhiên, kết quả xử trí này chịu ảnh hưởng phức tạp bởi nhiều yếu tố liên quan từ phía mẹ, thai nhi và phần phụ của thai.

Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình là cơ sở chuyên khoa đầu ngành của tỉnh, nơi tiếp nhận và xử trí số lượng lớn các ca sinh khó và suy thai cấp. Việc đánh giá lại kết quả xử trí và xác định các yếu tố liên quan là nhiệm vụ quan trọng giúp tối ưu hóa quy trình quản lý, giảm thiểu tai biến và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho sản phụ và thai nhi. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả kết quả xử trí suy thai trong chuyển

dạ và xác định một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình năm 2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu khảo sát 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.

- Chuyển dạ tự nhiên.

- Đơn thai, ngôi xuôi.

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

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Rau tiền đạo, sẹo mổ cũ, rau bong non, tiền sản giật...

*Tác giả liên hệ

Email: drbacbvptw@gmail.com Điện thoại: (+84) 904177911 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4952

- 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:

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

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 $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

Thay các giá trị vào công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 143 sản phụ.

- 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

Nghiên cứu thu thập các biến số kết quả thời gian sản phụ được xử trí sản khoa kể từ khi phát hiện suy thai, tình trạng ra viện của sản phụ và trẻ, tai biến, biến chứng của sản phụ, các đặc điểm của trẻ (giới tính, cân nặng sơ sinh, chỉ số Apgar phút thứ nhất và phút thứ 5), các đặc điểm liên quan đến chỉ số Apgar (tuổi của mẹ, đặc điểm ối, đặc điểm về tim thai, bất thường nhau thai, giai đoạn chuyển dạ được chẩn đoán suy thai).

2.6. Xử lý số liệu

Nghiên cứu thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu được xây dựng trước. Số liệu được xử lý 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. Sử dụng test Chi bình phương hoặc Fisher để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm để tìm hiểu mối liên quan giữa điểm Apgar phút thứ nhất sau sinh của trẻ với các đặc điểm trong nghiên cứu. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

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, không nhằm mục đích khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Về phía mẹ, ghi nhận 100% sản phụ suy thai trong chuyển dạ đều được xử trí lấy thai trong vòng 60 phút kể từ khi có chẩn đoán xác định; và 100% sản phụ và trẻ ổn định ra viện.

Bảng 1. Các biến chứng của sản phụ suy thai trong chuyển dạ (n = 143)

Biến chứng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có tai biến, biến chứng	Băng huyết	2	1,4
	Nhiễm khuẩn hậu sản	3	2,1
	Nhiễm trùng vết mổ	1	0,7
Không tai biến, biến chứng		137	95,8

Có 4,2% sản phụ suy thai có tai biến và biến chứng, còn lại 95,8% không có tai biến, biến chứng. Tai biến của sản phụ bao gồm 1,4% băng huyết, 2,1% nhiễm khuẩn hậu sản và 0,7% nhiễm trùng vết mổ.

Bảng 2. Đặc điểm giới tính, trọng lượng sơ sinh của trẻ (n = 143)

Đặc điểm trẻ		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính của trẻ	Nam	84	58,7
	Nữ	59	41,3
Cân nặng	≤ 2500 gam	8	5,6
	> 2500-3500 gam	114	79,7
	> 3500 gam	21	14,7
	$\bar{X} \pm SD$ (gam)	3223,8 ± 306,0	
	Min-max (gam)	2400-4200	

Trong 143 sản phụ thì 100% là thai đơn, giới tính của trẻ có tỷ lệ trẻ nam (58,7%) nhiều hơn trẻ gái (41,3%). Cân nặng của trẻ khi sinh trung bình là 3223,8 ± 306,0 gam. Nhóm trẻ có cân nặng trên 2500-3500 gam chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 79,7%.

Bảng 3. Tình trạng trẻ sơ sinh theo chỉ số Apgar (n = 143)

Chỉ số Apgar		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phút thứ nhất	≤ 3 điểm	1	0,7
	4-7 điểm	9	6,3
	≥ 8 điểm	133	93,0
Phút thứ 5	≤ 3 điểm	0	0
	4-7 điểm	1	0,7
	≥ 8 điểm	142	99,3

Chỉ số Apgar phút thứ nhất của trẻ sau sinh thấy 0,7% trẻ có Apgar ≤ 3 điểm, 6,3% trẻ có Apgar 4-7 điểm, còn lại là trẻ có Apgar từ 8 điểm trở lên (93%). Chỉ số Apgar phút thứ 5 của trẻ sau sinh thấy 0,7% trẻ có Apgar từ 4-7 điểm, còn lại Apgar đều từ 8 điểm trở lên (99,3%).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan với chỉ số Apgar phút thứ nhất của sơ sinh

Đặc điểm		Chỉ số Apgar				OR (95% CI)	p
		< 8 điểm		≥ 8 điểm			
		n	%	n	%		
Tuổi sản phụ	< 35 tuổi (n = 126)	9	7,1	117	92,9	1,23 (0,15-10,37)	> 0,05
	≥ 35 tuổi (n = 17)	1	5,9	16	94,1		
Ối lẫn phân su	Không (n = 18)	2	11,1	16	88,9	1,82 (0,17-10,31)	> 0,05
	Có (n = 125)	8	6,4	117	93,6		
Chỉ số ối	Thiếu ối/đa ối (n = 22)	2	9,1	20	90,9	1,41 (0,28-7,14)	> 0,05
	Bình thường (n = 121)	8	6,6	113	93,4		
Thời điểm vỡ ối	Ối vỡ sớm (n = 90)	5	5,5	85	94,5	0,56 (0,12-2,59)	> 0,05
	Đúng thời điểm/bấm ối (n = 53)	5	9,4	48	90,6		
Cơ co tử cung	Mau mạnh (n = 19)	4	21,1	15	78,9	5,24 (1,33-20,73)	< 0,05
	Bình thường (n = 124)	6	4,8	118	95,2		
Nhịp tim thai	< 120 lần/phút (n = 22)	6	27,3	16	72,7	Tham chiếu	
	120-160 lần/phút (n = 118)	3	2,5	115	97,5	14,37 (3,27-63,23)	< 0,001
	> 160 lần/phút (n = 3)	1	33,3	2	66,7	0,75 (0,06-9,87)	> 0,05
Biến đổi tim thai trên monitoring sản khoa	Có (n = 31)	8	25,8	23	74,2	19,13 (1,33-96,03)	< 0,001
	Không (n = 112)	2	1,8	110	98,2		
Bất thường dây rốn	Có (n = 22)	3	13,6	19	86,4	2,57 (0,61-10,82)	> 0,05
	Không (n = 121)	7	5,8	114	94,2		
Giai đoạn chuyển dạ được chẩn đoán suy thai	Ia (n = 114)	7	6,1	107	93,9	0,57 (0,14-2,34)	> 0,05
	Ib (n = 29)	3	10,3	26	89,6		
Tai biến, biến chứng của mẹ	Có (n = 6)	3	50,0	3	50,0	18,57 (3,16-109,22)	< 0,005
	Không (n = 137)	7	5,1	130	94,9		

Trong nhóm sản phụ có cơ co tử cung mau mạnh thì có nguy cơ trẻ có điểm Apgar phút thứ nhất sau sinh dưới 8 điểm cao hơn 5,24 lần ở nhóm có cơ co tử cung bình thường ($p < 0,05$).

Tỷ lệ trẻ có chỉ số Apgar trên ≥ 8 điểm ở nhóm có nhịp tim thai 120-160 chu kỳ/phút cao gấp 14,37 lần nhóm có nhịp tim thai dưới 120 chu kỳ/phút ($p < 0,001$).

Trong nhóm thai có nhịp tim thai bất thường trên monitoring, tỷ lệ trẻ có điểm Apgar phút thứ nhất sau sinh dưới 8 điểm (25,8%) cao hơn ở nhóm không có bất thường (1,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, OR = 19,13, 95% CI: 1,33-96,03.

Trong nhóm sản phụ có tai biến thì nguy cơ trẻ có điểm Apgar phút thứ nhất sau sinh dưới 8 điểm cao hơn 18,6 lần ở nhóm không có tai biến với $p < 0,005$.

4. BÀN LUẬN

Kết quả về phía mẹ ghi nhận 100% sản phụ suy thai trong chuyển dạ đều được xử trí lấy thai trong vòng 60 phút kể từ khi có chẩn đoán xác định và 100% sản phụ ổn định ra viện. Ngoài ra, kết quả ghi nhận 7/143 trường hợp tai biến và biến chứng chiếm 4,9%, trong đó tai biến là 2/143 sản phụ đều là băng huyết do dờ tử cung. Sau khi được cấp cứu xử trí bằng các biện pháp tăng co, cầm máu tử

cung không thành công, sản phụ được phẫu thuật cắt tử cung bán phần, sản phụ sau đó đã được điều trị ổn định và xuất viện. Còn lại có 4/143 sản phụ bị tai biến, trong đó 1/143 sản phụ nhiễm trùng vết mổ và 3/143 sản phụ nhiễm khuẩn hậu sản. Mặc dù có tai biến, biến chứng nhưng tất cả các sản phụ đều được điều trị ổn định và xuất viện.

Kết quả về phía thai, chúng tôi ghi nhận trong 143 sản phụ thì 100% là thai đơn với tỷ lệ trẻ nam (58,7%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Đỗ Thị Hằng Nga (66,9% trẻ nam) [5], Michaeli J và cộng sự (53,7% trẻ nam) [6]. Sự chênh lệch này không quá lớn và chủ yếu phản ánh đặc điểm phân bố giới tính chung trong quần thể dân số hiện nay hơn là một yếu tố nguy cơ sinh học đặc hiệu dẫn đến suy thai. Về cân nặng thì cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh là 3223,8 gam, trong đó nhóm cân nặng 2500-3500 gam chiếm đa số (79,9%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (83,6%) [7] và Đỗ Thị Hằng Nga (76,8%) [5]. Mặc dù nhóm trẻ nhẹ cân chỉ chiếm tỷ lệ thấp (5,6%), nhưng đây là nhóm nguy cơ cao. Theo Đỗ Thị Hằng Nga, trẻ nhẹ cân có nguy cơ suy thai cao gấp 6,46 lần (95% CI: 1,89-24,24) so với nhóm cân nặng bình thường [5]. Trẻ sơ sinh nặng dưới 2500 gam thường là sơ sinh nhỏ hơn tuổi thai hoặc suy dinh dưỡng nên nguy cơ suy thai trong chuyển dạ cao hơn so với các thai khác. Đây cũng chính là một trong những yếu tố nguy cơ gây suy thai trong khi mang thai và chuyển dạ.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận kết cục sơ sinh khả quan với 93% trẻ có Apgar phút thứ nhất ≥ 8 điểm và tăng lên 99,3% ở phút thứ 5. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Đỗ Thị Hằng Nga với 90,8% đạt Apgar 9 điểm ở phút thứ nhất [5] và Trương Thị Linh Giang có 99,5% đạt Apgar ≥ 7 điểm ở phút thứ 5 [7]. Bên cạnh đó, trong 4 trường hợp Apgar dưới 8 điểm đều cần hồi sức sau sinh, có 2 trường hợp Forceps đều là đỡ tử cung hoàn toàn, sản phụ không thể rặn sổ thai và nhịp tim thai đều chậm 60 lần/phút. 2 trường hợp là mổ lấy thai nhưng nhịp tim thai đã biến động trên monitoring với 1 trường hợp DIP nhịp phẳng, 1 trường hợp nhịp tim thai chậm 60 lần/phút. Như vậy, nguyên nhân chính không xuất phát từ kỹ thuật can thiệp mổ lấy thai hay Forceps mà do tình trạng suy thai nặng từ trước.

Khi tìm hiểu về các yếu tố liên quan đến chỉ số Apgar phút thứ nhất sau sinh của trẻ, chúng tôi ghi nhận được kết quả có mối tương quan chặt chẽ giữa biến động lâm sàng trong chuyển dạ và tình trạng ngạt sơ sinh (Apgar < 8 điểm). Nhóm sản phụ có cơn co mau mạnh làm tăng nguy cơ trẻ có điểm Apgar thấp cao gấp 5,24 lần so với nhóm có cơn co bình thường ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với các lý thuyết về sinh lý bệnh sản khoa, khi cơn co cường tính gây gián đoạn tuần hoàn hồ huyết kéo dài, dẫn đến thiếu oxy thai nhi cấp tính. Chúng tôi ghi nhận sự khác biệt rất rõ rệt ở nhóm nhịp

chậm. Trẻ có nhịp tim thai cơ bản bình thường (120-160 lần/phút) đạt điểm Apgar tốt (≥ 8 điểm) cao gấp 14,37 lần so với nhóm nhịp chậm ($p < 0,05$). Đặc biệt, sự hiện diện của các bất thường trên monitoring như DIP II, nhịp phẳng... làm tăng nguy cơ ngạt lên 19,13 lần (OR = 19,13; 95% CI: 1,33-96,03). Kết quả này phản ánh tính chính xác của monitoring trong chẩn đoán suy thai cấp, phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Thị Hằng Nga [5]. Bên cạnh đó, yếu tố nước ối phân su là dấu hiệu phổ biến, nhưng trong nghiên cứu này không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm Apgar khi so sánh với các yếu tố trực tiếp như biến đổi nhịp tim thai. Điều này cho thấy ối phân su là dấu hiệu cảnh báo nguy cơ hơn là một chỉ số dự báo trực tiếp mức độ ngạt ngay sau sinh. Dù có nhiều tranh luận về tính chủ quan, chỉ số Apgar vẫn được khẳng định là công cụ sàng lọc nhanh, hiệu quả nhất ngay tại phòng sinh [8-9]. Theo Siddiqui A và cộng sự, điểm Apgar có sự khác biệt giữa các quốc gia do thói quen đánh giá tại địa phương [10]. Tuy nhiên, tại Việt Nam, kết quả của chúng tôi khá đồng nhất với các bệnh viện chuyên khoa tuyến đầu như Bệnh viện Phụ Sản Trung ương [5], cho thấy quy trình đánh giá trẻ sơ sinh đã có sự chuẩn hóa nhất định. Như vậy, mặc dù có biến đổi trên monitoring và màu sắc ối nhưng nhờ xử trí kịp thời nên sau sinh tình trạng của trẻ tốt với tỷ lệ cao. Và sản phụ trong quá trình chuyển dạ được theo dõi sát, đồng thời những trường hợp tiên lượng không dễ được đường âm đạo đều được chỉ định mổ lấy thai sớm để giảm nguy cơ cho thai nhi và mẹ.

5. KẾT LUẬN

Xử trí suy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình đạt hiệu quả cao với 100% trường hợp được can thiệp kịp thời trong 60 phút, 100% mẹ ổn định khi xuất viện. Tỷ lệ tai biến sản khoa thấp (4,2%) và chỉ số Apgar ≥ 8 điểm phút thứ nhất chiếm 93%, phút thứ 5 đạt 99,3%. Các yếu tố liên quan đến chỉ số Apgar thấp bao gồm: cơn co tử cung mau mạnh, nhịp tim thai bất thường trên monitoring, sản phụ có tai biến sản khoa, nhịp chậm dưới 120 lần/phút.

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] Pashte S.V, Choudhari S.S. Diagnosis and management of fetal distress: a review based on modern concept and ancient ayurvedic granthas. *European Journal of Biomedical and Pharmaceutical Sciences*, 2016, 3 (1): 560-562.
- [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] 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.
- [6] 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.
- [7] 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
- [8] Kostrom, Jacyna N et al. Factors affecting the differentiation of the Apgar score and the biochemical correlation of fetal well-being - a prospective observational clinical study. Dev Period Med, 2018, 22 (3): 238-246. doi: 10.34763/devperiodmed.20182203.238246.
- [9] Pathak V, Sahu D.S. Relation between immediate postpartum APGAR score with umbilical cord blood pH and fetal distress. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 2019, 8 (12): 4690-4694. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20195185.
- [10] Siddiqui A, Cuttini M, Wood R et al. Can the Apgar score be used for international comparisons of newborn health? Paediatr Perinat Epidemiol, 2017, 31 (4): 338-345. doi: 10.1111/ppe.12368.