Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 64, Special Issue 5 (2023) 151-158

COMMENTS OF FETAL HEART RATE CHART DURING THE LABOR AT THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, NGHE AN PEDIATRICS AND OBSTETRICS HOSPITAL

Tang Xuan Hai*, Tran Quang Hanh, Tran Minh Long

Nghe An Obstetrics and Children's Hospital - 19 Ton That Tung, Hung Dung, Vinh city, Nghe An, Vietnam

Received 20/02/2023
Revised 10/04/2023; Accepted 10/05/2023

ABSTRACT

Objectives: Describe normal and abnormal fetal heart rate charts in labor and the infant status of such cases.

Subjects-methods: Cross-sectional description 1035 women with a gestational age of 36 weeks or more in labor receive obstetric monitoring at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital.

Result: 212 cases had abnormal fetal heart rate charts, of which 19.8% of newborns had an Apgar index < 7 points. When the types of fetal heart rate decrease combined with the 0 fluctuations, the percentage of babies born with Apgar index < 7 points increased from 18.66 to 63.86 times. Cesarean section treatment had the highest rate of 63.48%. The percentage of infants with an Apgar index < 7 was lowest in the vaginal delivery group at 16.67% and the highest in the Forceps delivery group at 24.39%.

Conclusions: When evaluating a fetal heart rate chart, it is necessary to comprehensively evaluate many factors in combination to be able to diagnose fetal distress and have an appropriate treatment plan.

Keywords: Continuous fetal heart rate chart.

*Corressponding author
Email address: bstangxuanhai@gmail.com
Phone number: (+84) 912 379 583
https://doi.org/10.52163/yhc.v64i4.695

NHẬN XÉT BIỂU ĐỒ NHỊP TIM THAI TRONG CHUYỂN DẠ TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Tăng Xuân Hải*, Trần Quang Hanh, Trần Minh Long

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An - 19 Tôn Thất Tùng, Hưng Dũng, Thành phố Vinh, Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20 tháng 02 năm 2023
Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 04 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 10 tháng 05 năm 20233

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các biểu đồ nhịp tim thai bình thường và bất thường trong chuyển dạ và tình trạng trẻ sơ sinh của các trường hợp đó.

Đối tượng-Phương pháp: Mô tả 1035 sản phụ có tuổi thai từ 36 tuần trở lên, chuyển dạ đẻ và được theo dõi bằng máy Monitoring sản khoa tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 2/2021 đến tháng 6/2021.

Kết quả: Ghi nhận 212 trường hợp có biểu đồ tim thai liên lục bất thường, trong đó 19,8% trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar < 7 điểm. Khi các loại giảm nhịp TT kết hợp độ dao động 0 thì tỷ lệ trẻ đẻ ra có chỉ số Apgar < 7 điểm tăng lên từ 18,66 – 63,86 lần. Cách xử trí mổ đẻ có tỷ lệ cao nhất 63,48%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar < 7 thấp nhất ở nhóm đẻ thường 16,67% và cao nhất ở nhóm đẻ Forceps 24,39%.

Kết luận: Khi đánh giá một biểu đồ NTT phải đánh giá toàn diện nhiều yếu tố kết hợp (NTTCB, độ dao động, các nhịp chậm kèm theo…) để có thể chẩn đoán chính xác nhất tình trạng suy thai và có phương án xử trí phù hợp.

Từ khóa: Biểu đồ nhịp tim thai liên tục.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Monitoring sản khoa ghi lại đồng thời nhịp tim thai và hoạt động cơ tử cung (TC) nhằm phát hiện những trường hợp suy thai. Đường biểu diễn thu được gọi là CTG (cardiotocogram).

Việc nghiên cứu các dạng biểu đồ nhịp tim thai để xác định chẩn đoán suy thai là rất cần thiết để hạn chế các trường hợp mổ lấy thai không hợp lý. Nhiều tác giả nước ngoài như Sameshima (2004), William (2003), Freeman (2003)… đã đi sâu vào phân tích các dạng biểu đồ nhịp tim thai để xác định chẩn đoán suy thai. Tại Việt Nam chưa có những nghiên cứu đầy đủ về vấn đề này vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đưa ra nhận xét về biểu đồ tim thai, góp phần vào chẩn đoán thai suy và tránh các trường hợp phải mổ lấy thai không hợp lý.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ có tuổi thai từ 36 tuần trở lên, chuyển dạ đẻ tại Khoa Sản – BV Sản Nhi từ tháng 2 năm 2021 đến

*Tác giả liên hệ
Email: bstangxuanhai@gmail.com
Điện thoại: (+84) 912 379 583
https://doi.org/10.52163/yhc.v64i4.695

tháng 6 năm 2021, được theo dõi bằng máy Monitoring sản khoa chạy giấy với tốc độ 1cm/phút liên tục. Loại trừ thai có dị dạng hoặc bất thường bẩm sinh và những sản phụ dùng các thuốc ức chế hệ thần kinh trung ương trước khi ghi biểu đồ nhịp tim thai liên tục.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Các biến số nghiên cứu và tiêu chuẩn của các biến số nghiên cứu *(Theo tiêu chuẩn phân loại của tác giả Trần Danh Cường và Rozenberg* [1],[2])

Các biến số chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi; Nghề nghiệp; Địa chỉ; Số con.

Các biến số của thai và phần phụ của thai

Tình trạng sau sinh - chỉ số Apgar; Cân nặng; Giới tính; Tuổi thai; Tình trạng ối; Các bất thường về dây rốn.

Các biến số của biểu đồ nhịp tim thai liên tục (NTTLT)

Nhịp tim thai cơ bản (NTTCB):

Bình thường: 120 – 160 nhịp/phút

Nhịp tim thai cơ bản nhanh:

+ Nhịp tim thai cơ bản nhanh vừa: 160 - 180 nhịp/phút.

+ Nhịp tim thai cơ bản rất nhanh: trên 180 nhịp/phút .

Nhịp tim thai cơ bản chậm:

+ Nhịp tim thai cơ bản chậm vừa: 100 - 119 nhịp/phút.

+ Nhịp tim thai cơ bản chậm nặng: dưới 100 nhịp/phút.

Độ dao động của nhịp tim thai (NTT):

+ Độ dao động loại 0: khi độ dao động <5 nhịp/phút (nhịp phẳng).

+ Độ dao động bình thường ≥ 5 nhịp/phút

Các loại nhịp chậm:

+ Nhịp TT chậm sớm (DIP I): Xuất hiện cùng lúc với cơn co TC hay đỉnh cực đại của cơn co TC trùng với điểm xuống thấp nhất của NTT.

+ Nhịp TT chậm biến đổi (DIP biến đổi): Xuất hiện không có quy luật, có lúc trùng với cơn co TC, có lúc sau hoặc trước cơn co TC. Hình dạng và biên độ của các DIP không giống nhau.

+ Nhịp chậm kéo dài: Giảm trên 30 nhịp trong khoảng thời gian từ 2 phút đến 10 phút.

+ Nhịp TT chậm muộn (DIP II): Xuất hiện sau cơn co TC ít nhất 20 giây.

Các phương pháp xử trí

Điều trị nội khoa; Theo dõi đẻ đường âm đạo; Đẻ Forceps; Mổ lấy thai.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 5 tháng, chúng tôi đã nghiên cứu được 1035 trường hợp có biểu đồ NTTLT theo tiêu chuẩn chọn lựa.

3.1. Đặc điểm chung của sản phụ và thai nhi

Đa số sản phụ có tuổi từ 20 – 35 chiếm 78,16%. Trong đó sản phụ cao tuổi nhất là 43 tuổi và thấp nhất là 17 tuổi. Tuổi trung bình là 28,5 ± 4,6 tuổi. 96,68% sản phụ có từ 1 – 3 con. Số sản phụ có ≥ 4 con chỉ chiếm 3,32%.

Phần lớn tuổi thai từ 38 – 42 tuần (88,67%), không có trường hợp nào có tuổi thai ≥ 43 tuần. Trẻ sau sinh có chỉ số Apgar ≥ 7 điểm chiếm phần lớn 96,02%. Không có trường hợp nào tử vong sơ sinh.

3.2. Biểu hiện các bất thường trên biểu đồ theo dõi nhịp tim thai liên tục

Bảng 3.1. Tỉ lệ chung của các dạng biểu đồ nhịp tim thai liên tục

Các dạng biểu đồ		n	%
Biểu đồ bình thường		**823**	**79,52**
Biểu đồ bất thường (n=212)	NTTCB > 160 lần/ phút	12	1,16
	NTTCB <120 lần/ phút	3	0,29
	Nhịp phẳng đơn thuần	5	0,48
	DIP I*	43	4,15
	DIP II*	33	16,21
	DIP biến đổi*	67	3,19
	Nhịp chậm kéo dài	44	4,25

Trong 1035 biểu đồ NTTLT, nhóm nhịp tim thai bình thường chiếm nhiều nhất 79,5%. Trong nhóm nhịp tim thai bất thường, nhịp TT chậm biến đổi gặp nhiều nhất với 67 trường hợp (chiếm 32% trong nhóm bất thường). Nhịp TT chậm muộn chiếm tỷ lệ 16,2% trong nhóm bất thường. NTTCB chậm chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,56% trong nhóm bất thường

* Các trường hợp có DIP I, DIP II, DIP biến đổi đều xuất hiện khi làm test núm vú, khi có ối vỡ non, ối vỡ sớm, khi có truyền oxytocin đẻ chỉ huy hay khi dùng các thuốc làm mềm cổ tử cung như Atropin, Buscopan.... (là các thuốc ức chế phó giao cảm gây tăng nhịp TT).

Bảng 3.2. Tình trạng trẻ sơ sinh của các trường hợp có biểu đồ nhịp tim thai liên tục bất thường

Loại biểu đồ NTTLT bất thường	Số nghiên cứu	Apgar < 7		p
		n	%	
NTTCB < 120 nhịp/phút	3	1	33,3	**(-)**
NTTCB > 160 nhịp/phút	12	0	0	**(-)**
Độ dao động 0 đơn thuần	5	1	20	**< 0,001**
Nhịp TT chậm sớm	43	1	2,3	
Nhịp TT chậm muộn	33	18	54,54	
Nhịp TT chậm biến đổi	67	10	14,92	
Giảm nhịp kéo dài	44	11	25	
Tổng	212	42		

Tỷ lệ trẻ có chỉ số Apgar < 7 điểm của nhóm nhịp TT chậm muộn là cao nhất chiếm 54,54%, cao hơn so với các nhóm còn lại (p < 0,001).

NTTCB chậm có 01 trường hợp (NTTCB < 100) độ dao động độ 0 và có chỉ số Apgar <7; 02 trường hợp có dao động bình thường đều có chỉ số Apgar >7 điểm. NTTCB nhanh có 2 trường hợp dao động loại 0 và 10 trường hợp loại bình thường đều có chỉ số Apgar >7 điểm.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa độ dao động loại 0 kết hợp với các loại giảm nhịp tim thai và chỉ số Apgar sau sinh

Độ dao động độ 0 (nhịp phẳng)	Apgar (n=54)		OR	95%CI
	< 7 điểm	≥ 7 điểm		
Kết hợp với các loại giảm nhịp khác	30 (55,55%)	19 (35,19%)	5,23	1,65 - 687
Đơn thuần	1 (1,85%)	4 (7,40%)		

Độ dao động độ 0 kết hợp với 1 trong các loại giảm nhịp bất thường khác (DIP I, DIP II, DIP biến đổi và nhịp chậm kéo dài) thì tỷ lệ trẻ đẻ ra có chỉ số Apgar < 7 điểm tăng lên 5,23 lần.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa độ dao động loại 0 kết hợp với các loại giảm nhịp tim thai và chỉ số Apgar sau sinh

Bất thường	Độ dao động	Apgar		OR	95%CI
		<7	≥7		
DIP I (43)	Loại 0 (n=4)	1	3	23,50	(1,04 – 1399,71)
	Bình thường (n=39)	0	39		
DIP II (33)	Loại 0 (n=16)	12	4	18,66	(4,45 – 1647,46)
	Bình thường (n=17)	6	11		
DIP biến đổi (67)	Loại 0 (n=9)	8	1	63,86	(8,67 – 694,05)
	Bình thường (n=58)	2	56		
Nhịp chậm kéo dài (44)	Loại 0 (n=10)	9	1	50,50	(4,92 – 635,19)
	Bình thường (n=34)	2	32		

Nhịp TT chậm biến đổi kết hợp với độ dao động độ 0 thì tỷ lệ trẻ đẻ ra có chỉ số Apgar < 7 điểm tăng lên 63,86 lần, cao nhất trong các loại giảm nhịp tim thai.

3.3. Liên quan giữa dây rau, nước ối và các dạng biểu đồ nhịp tt liên tục bất thường

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa các loại giảm nhịp TT và dây rau bất thường

Các DIP	Dây rau bất thường*		Số nghiên cứu	p
	n	%		
DIP I	6	14,29	43	**0,03**
DIP II	5	15,66	33	
DIP biến đổi	18	27,44	67	
Nhịp chậm kéo dài	10	24,32	44	

** Dây rau bất thường gồm: dây rau ngắn, dây rau quấn cổ, quấn thân dây rau thắt nút, sa dây rau, dây rau bám màng.*

DIP biến đổi có tỷ lệ dây rau bất thường cao nhất (27,44%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.4. Yếu tố nước ối

Bảng 3.6. Liên quan giữa màu sắc nước ối và các loại DIP

Loại DIP	Ối trong		Ối xanh		p
	n	%	n	%	
DIP I	36	24,29	7	14,47	0,06
DIP II	22	14,73	11	34,21	**< 0,001**
DIP biến đổi	58	36,95	9	27,63	0,12
Nhịp chậm kéo dài	36	24,03	8	23,68	0,95

Nhóm DIP II có tỷ lệ ối xanh cao nhất, so sánh với tình trạng ối trong. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

3.5. Các phương pháp xử trí

Bảng 3.7. Các phương pháp xử trí

Xử trí	Tổng		Apgar <7		Apgar ≥7		p
	n	%	n	%	n	%	
Đẻ thường	36	17,18	6	16,67	30	83,33	0,26
Forceps	41	19,34	10	24,39	31	75,61	0,02
Mổ lấy thai	135	63,48	26	19,26	109	80,74	0,45
Tổng	212		42		170		

Tỷ lệ mổ lấy thai cao nhất chiếm 63,48%.

Tỷ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar <7 thấp nhất ở nhóm đẻ thường 16,67% và cao nhất ở nhóm đẻ Forceps 24,39%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 1035 trường hợp có biểu đồ nhịp tim thai liên tục trong chuyển dạ có 212 có biểu đồ tim thai liên lục bất thường.

Đa phần các sản phụ trong độ tuổi sinh đẻ từ 20 – 35 tuổi. Tuổi thai của các sản phụ chủ yếu là 38- 42 tuần. Không có trường hợp nào có tuổi thai trên 43 tuần. Điều này là do công tác khám thai ngày một mở rộng nên không có các trường hợp thai quá ngày sinh lâu như vậy.

Trong 212 trường hợp có biểu đồ nhịp TT liên tục bất thường, có 42 trẻ có chỉ số Apgar < 7 chiếm 19,81% (không có trẻ tử vong). Việc theo dõi monitor sản khoa đã trở nên thường quy nên phát hiện sớm các trường hợp có biểu đồ nhịp TT liên tục bất thường và xử trí sớm nên tỷ lệ trẻ đẻ ra có Apgar thấp giảm đi rõ rệt.

Đặc điểm về các dấu hiệu bất thường trên biểu đồ NTTLT

*** NTTCB nhanh:** Nghiên cứu này không có trường hợp nào trẻ có điểm số Apgar < 7 ở nhóm NTTCB nhanh và rất nhanh. Tỷ lệ này phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả là NTTCB nhanh ít có giá trị trong chẩn đoán suy thai [3],[4]. Nguyên nhân thường gặp của NTTCB tăng là mẹ bị sốt, NTTCB tăng tỷ lệ thuận với nhiệt độ của mẹ. Trong những trường hợp này cần đề phòng tình trạng nhiễm khuẩn ối có thể dẫn đến suy thai.

*** NTTCB chậm:** Có 1 trường hợp NTTCB < 100 nhịp có chỉ số Apgar <7 điểm. Kết quả này phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả cho rằng NTTCB chậm nặng có giá trị tiên lượng suy thai [3],[4],[5].

*** Nhịp TT cơ bản bất thường kết hợp với độ dao động bất thường:**

Các trường hợp NTTCB bất thường mà có độ dao động bình thường thì trẻ đẻ ra đều có chỉ số Apgar ≥7 điểm. NTTCB chậm kết hợp với độ dao động độ 0 tuy ít gặp nhưng lại biểu hiện tình trạng bệnh rất nặng và cần can thiệp ngay [6],[7]. Do đó nếu các trường hợp chỉ có bất thường NTTCB đơn thuần thì nên kết hợp với các yếu tố khác tránh việc chỉ định can thiệp sớm không cần thiết.

*** NTT dao động bất thường:** Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chia ra NTT dao động độ 0 và các trường hợp còn lại. Trong 42 trường hợp trẻ đẻ ra có chỉ số Apgar <7, có 31 trường hợp có độ dao động độ 0 chiếm tỷ lệ 73,8% trong đó chỉ có 2,4% trẻ ở nhóm độ dao động 0 đơn thuần. Sở dĩ tỷ lệ suy thai ở nhóm dao động độ 0 đơn thuần thấp như vậy là do bất kỳ nguyên nhân nào gây ức chế hệ thần kinh trung ương đều có thể dẫn đến giảm hoặc mất độ dao động của NTT, ví dụ như thai ngủ, các thuốc ức chế hệ thần kinh, các dị dạng bẩm sinh…

*** NTT có độ dao động giảm kết hợp với các dạng NTT bất thường khác (NTTCB nhanh, NTTCB chậm, các loại giảm nhịp…):**

Độ dao động bằng 0 kết hợp với các dạng giảm NTT bất thường khác thì tỷ lệ trẻ có chỉ số Apgar <7 điểm tăng lên 5,23 lần so với độ dao động độ 0 đơn thuần. Như vậy nếu trên biểu đồ NTTLT có độ dao động bằng 0 đơn thuần thì nên làm thêm 1 số biện pháp như đánh thức thai (lắc đầu thai nhi, cho sản phụ nằm nghiêng trái...).

*** NTT có các loại giảm nhịp:** Tỷ lệ trẻ có chỉ số Apgar <7 của NTT chậm sớm rất thấp chỉ 4,76% trong tổng 43 trường hợp nhịp TT chậm sớm, trong đó 1 trường hợp thai chậm tăng trưởng trong tử cung và 1 trường hợp thai >41 tuần; khi kết hợp với độ dao động độ 0 thì tỷ lệ suy thai tăng lên 23,5 lần.

NTT chậm biến đổi là dạng NTT bất thường hay gặp trong chuyển dạ. Trong nghiên cứu, tỷ lệ NTT chậm biến đổi cũng gặp với tỷ lệ cao nhất 31,6%. Tỷ lệ trẻ có chỉ số Apgar < 7 ở nhóm NTT chậm biến đổi chỉ chiếm 14,93% nhưng khi NTT chậm biến đổi kết hợp với độ dao động độ 0 thì nguy cơ suy thai cũng tăng lên 63,86 lần.

Trong số 44 trường hợp có biểu hiện giảm nhịp kéo dài chỉ có 11 trường hợp có chỉ số Apgar <7 điểm chiếm 25%. Tuy nhiên cũng giống như các dạng biểu đồ NTT liên tục khác, nếu kết hợp với độ dao động 0 thì tỷ lệ trẻ có chỉ số Apgar <7 tăng lên 50,5 lần (p <0,05). Kết quả này cũng phù hợp với nhận định của nhiều tác giả khác [5],[8].

NTT chậm muộn khi kết hợp với độ dao động độ 0 thì tỷ lệ trẻ có chỉ số Apgar <7 tăng lên 18,66 lần so với độ dao động bình thường. Nếu độ dao động bằng 0 kết hợp với nhịp TT chậm muộn thì nguy cơ suy thai tăng lên rất cao. Khi đó, bác sỹ nên định lượng pH máu da đầu thai để có chẩn đoán chắc chắn suy thai. Tại những cơ sở không có điều kiện định lượng pH máu da đầu thai thì trước những trường hợp này nên can thiệp lấy thai ra sớm [6],[7]. Còn đối với độ dao động bình thường có thể hồi phục bằng cách cho mẹ thở oxy và cải thiện tuần hoàn tử cung như cho sản phụ nằm nghiêng trái, dùng thuốc giảm cơn co tử cung [8].

Liên quan giữa dây rau, nước ối và các dạng biểu đồ NTT liên tục bất thường

*** Yếu tố nước ối**: Nước ối đặc phân su là một dấu hiệu của suy thai mới xảy ra và thường liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng Apgar <7. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy nhóm DIP II có tỷ lệ ối xanh cao hơn ối trong (p <0,001). Điều này cũng phù hợp với nhận xét của các tác giả khác như Trần Danh Cường, Rozenberg là DIP II là biểu hiện chắc chắn nhất của suy thai [1],[2].

*** Yếu tố dây rau:** Kết quả nghiên cứu thấy DIP biến đổi có tỷ lệ dây rau bất thường cao nhất 27,44% (p <0,05). Tỷ lệ này tương đương với kết quả của Thoulon (1998) và Ngô Thị Uyên (2004) và phù hợp với nhận xét của các tác giả như Rozenberg là sự chèn ép dây rốn là nguyên nhân chính dẫn đến sự xuất hiện NTT chậm biến đổi [2],[5],[6].

Thái độ xử trí đối với các trường hợp có biểu đồ NTTLT bất thường

Hậu quả của suy thai có thể rất nặng nề, do đó người thầy thuốc phải nhanh chóng xác định nguyên nhân và có hướng xử trí kịp thời nhằm hạn chế tối đa hậu quả do suy thai gây ra.

Điều trị suy thai là kết hợp giữa điều trị sản khoa và điều trị nội khoa. Trong nghiên cứu này, toàn bộ các sản phụ có biểu hiện bất thường trên biểu đồ NTTLT đều được cho nằm nghiêng trái và thở oxy, lắc đầu đánh thức thai nhi trong trường hợp nhịp TT dao động kém. Thái độ xử trí sản khoa tùy thuộc vào kết quả điều trị nội khoa. Nếu tình trạng suy thai không cải thiện cần lấy thai ra ngay, tùy điều kiện mà mổ lấy thai hoặc lấy thai bằng Forceps.

Tỷ lệ mổ đẻ trong 212 trường hợp có biểu đồ NTTLT bất thường là cao nhất chiếm 63,48%. Có 41 trường hợp đẻ Forceps trong đó 10 trường hợp Apgar < 7 điểm chiếm tỷ lệ 24,39%. Theo nghiên cứu của Đỗ Văn Tú [9], việc chỉ định đúng và các điều kiện của thủ thuật Forceps được tôn trọng cùng với việc phát hiện sớm tình trạng suy thai sẽ làm giảm nguy cơ ngạt sau đẻ.

Trong nhóm suy thai được điều trị bằng mổ lấy thai, có 26 trường hợp Apgar < 7 điểm chiếm tỷ lệ 19,8%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Trên lâm sàng những trường hợp điều trị nội khoa không kết quả, không thể theo dõi đẻ đường dưới được, nếu đủ điều kiện như CTC mở hết, đầu đã lọt thì nhanh chóng lấy thai ra bằng Forceps hoặc mổ lấy thai.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu có 212 trường hợp có biểu đồ tim thai liên lục bất thường, trong đó 19,8% trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar <7 điểm. Sự kết hợp các biểu hiện bất thường trên biểu đồ NTT liên tục làm tăng nguy cơ trẻ đẻ ra có chỉ số Apgar <7 điểm, các loại giảm nhịp TT kết hợp độ dao động 0 thì tỷ lệ trẻ đẻ ra có chỉ số Apgar <7 điểm tăng lên từ 18,66-63,86 lần. Tỷ lệ mổ đẻ đối với các trường hợp có biểu đồ NTT bất thường cao nhất 63,48%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Trần Danh Cường, "Thực hành sử dụng monitor trong sản khoa", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2005.2. P.Rozenberg, Le monitorage obstetrical, Mason, 1991.

[2] Freeman RK, Garite TJ, Nageotte MP, "Fetal Heart Rate Monitoring", Lippincott Williams & Wilkins, 3rd, pp.64-89, 2003.

[3] Cabaniss L, Fetal monitoring interpretation. J.B. Lippincott Company Philadelphia, 250, 2007.

[4] Thoulon JM, "Le monitorage au cours du travail: comment surveiller un accouchement 25 ans apris l'institution du monitorage", J Gynecol Obstet Biol Reprod Vol27: 577 – 583, 1998.

[5] Ngô Thị Uyên, "Giá trị của theo dõi Monitoring bất thường trong chẩn đoán suy thai", Luận văn thạc sĩ Y học, Trường ĐH Y Hà Nội, 2004.

[6] Sameshima, "Unselected low-risk pregnancies and the effect of continuous intrapatum fetal heart rate monitoring on umbilical blood gases and cerebralpalsy", American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol 190: 1, 2004.

[7] Althabel O, "Effects on fetal heart rate and fetal P02 of oxygen administration to the mother" Am J Obstet Gynecol 98:858.

[8] Đỗ Văn Tụ, "Nhận xét tình hình ca đỡ đẻ – giác hút tại khoa sản bệnh viện Bạch Mai 5 năm 1998-2002", Luận án tiến sĩ y học, 2003.