

KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI PHỤ CÓ BIỂU ĐỒ TIM THAI NHÓM II TRONG CHUYỂN DẠ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN CẦN THƠ

Dương Mỹ Linh^{1*}, Vũ Thị Hồng Nhung¹,
Nguyễn Hữu Dự², Bùi Quang Nghĩa¹

TÓM TẮT:

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá kết cục thai kỳ ở những thai phụ có biểu đồ tim thai nhóm II trong chuyển dạ tại bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 300 thai phụ đủ tháng có kết quả CTG nhóm II trong chuyển dạ từ tháng 6/2023 đến tháng 2/2025 được theo dõi đến kết cục thai kỳ.

Kết quả: khoảng 74,7-80% thai phụ được hồi sức thai, tỷ lệ mổ lấy thai ở những thai phụ có CTG nhóm II trong chuyển dạ là 79,7%; sinh thường là 20% và sinh giúp là 0,33%, trong đó tỷ lệ mổ lấy thai vì suy thai là 80,8%. Kết cục trẻ sau sinh có Apgar 1 phút < 7 điểm là 5% và Apgar 5 phút < 7 điểm là 1,3%; 17,5% pH máu cuống rốn < 7,2.

Kết luận: tỷ lệ mổ lấy thai rất cao ở những thai phụ có biểu đồ tim thai nhóm II. Trẻ sơ sinh hầu hết tốt, hiếm gặp kết cục bất lợi.

Từ khóa: CTG nhóm II, nhịp tim thai bất thường, suy thai

PREGNANCY OUTCOMES IN WOMEN WITH GROUP II CARDIOTOCOGRAPHY DURING LABOR AT CAN THO GYNECOLOGY AND OBSTETRICS HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: evaluate pregnancy outcomes in pregnant women with fetal heart rate group II during labor at Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital.

Method: cross-sectional descriptive study of 300 full-term pregnant women with CTG group II results during labor from June 2023 to February 2025, followed up to pregnancy outcomes.

Results: about 74,7-80% of pregnant women received fetal resuscitation, the rate of cesarean section in pregnant women with CTG group II during labor was 79,7%; the rate of normal delivery was 20% and assisted delivery was 0,33%, of which the

rate of cesarean section due to fetal distress was 80,8%. The outcome of newborns with Apgar 1 minute < 7 points was 5% and Apgar 5 minutes < 7 points was 1,3%; 17,5% cord blood pH < 7,2.

Conclusion: the rate of cesarean section was very high in pregnant women with group II fetal heart rate chart. Most newborns were good, adverse outcomes were rare.

Keywords: cardiotocography, abnormal fetal heart rate, fetal distress.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biểu đồ tim thai cơ gò (Cardiotocography – CTG) là một trong các công cụ phổ biến, không xâm lấn được sử dụng để theo dõi sức khỏe thai nhi trong chuyển dạ, có độ nhạy cao và độ đặc hiệu thấp nên dẫn đến tăng tỷ lệ chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai cấp cứu không cần thiết. Trong 3 nhóm CTG được phân loại theo ACOG 2009, CTG nhóm II không dự đoán được tình trạng thẳng bằng kiểm toán bất thường của thai nhi cũng như không khẳng định được tình trạng bình thường tại thời điểm khảo sát [1]. Tuy nhiên, CTG nhóm II lại là nhóm thường gặp nhất trên lâm sàng tại Bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ.

Suy thai cấp trong chuyển dạ là một trong những nguyên nhân quan trọng gây tử vong chu sinh và hậu quả mà nó để lại cũng hết sức nghiêm trọng. Suy thai có thể dẫn đến bại não và chậm phát triển trí tuệ ở trẻ em, theo nghiên cứu của Nelson KB (1996), có khoảng 8-15% các trường hợp bại não ở trẻ em do suy thai cấp tính trong chuyển dạ gây nên [2].

Hiểu rõ giá trị của biểu đồ tim thai đặc biệt là CTG nhóm II, để đạt được mức cân bằng tốt nhất giữa dự hậu sơ sinh tốt và giảm tối đa những can thiệp phẫu thuật không cần thiết. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: đánh giá kết cục thai kỳ của những thai phụ có biểu đồ tim thai nhóm II trong chuyển dạ tại bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ có chuyển dạ nhập viện theo dõi sinh tại bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ

*Tác giả liên hệ: Dương Mỹ Linh

Email: dmlinh@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 16/4/2025

Ngày phản biện: 12/5/2025

Ngày duyệt bài: 13/5/2025

có biểu đồ tim thai thuộc nhóm II theo tiêu chuẩn ACOG 2009:

- Nhịp nhanh hoặc nhịp chậm đơn thuần.
- Dao động nội tại tối thiểu.
- Dao động nội tại tối thiểu kèm nhịp giảm lặp lại.
- Mất dao động nội tại không kèm nhịp giảm lặp lại.
- Dao động nội tại quá nhiều.
- Không có nhịp tăng sau cử động thai.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: đơn thai, thai sống, tuổi thai ≥ 37 tuần, có chuyển dạ thật sự.

Tiêu chuẩn loại trừ: thai có dị tật bẩm sinh; thai phụ có biến chứng nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: 300 thai phụ đủ tháng có biểu đồ tim thai nhóm II trong chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ từ 06/2023 đến 02/2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ - xã hội của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tổng (n=300)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≥ 35 tuổi	40	13,3
	< 35 tuổi	260	86,7
	Tuổi trung bình	$28,4 \pm 5,3$	
Địa chỉ	Cần Thơ	115	38,3
	Tỉnh thành khác	185	61,7
Nghề nghiệp	Công nhân	43	14,3
	Nội trợ	105	35,0
	Làm nông	9	3,0
	Công nhân viên	84	28,0
	Buôn bán	37	12,3
	Khác	22	7,3
BMI trước mang thai	Thiếu cân	49	16,3
	Bình thường	219	73,0
	Thừa cân	28	9,3
	Béo phì	4	1,3

Nhận xét: Nhóm tuổi < 35 tuổi chiếm đa số (86,7%). Phần đông các thai phụ đến từ các tỉnh thành khác ngoài thành Phố Cần Thơ (61,7%). Đa số là nội trợ và công nhân viên (35% và 28%). Hầu hết, BMI trước mang thai của thai phụ bình thường chiếm 73%.

Bảng 2. Tiền căn sản khoa và bệnh lý nội khoa của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n=300)	Tỷ lệ (%)
Tiền thai		
Con so	212	70,7
Con rạ	88	29,3

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Nội dung nghiên cứu:

Thai phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, ghi nhận kết quả cận lâm sàng và kết quả biểu đồ tim thai cơn gò thuộc nhóm II theo ACOG, ghi nhận các bước xử trí hồi sức tim thai, dấu hiệu chuyển dạ, đánh giá giai đoạn chuyển dạ, kết cục thai kỳ về phía mẹ bao gồm phương pháp sinh, lý do mổ lấy thai (nếu có) và tình trạng sức khỏe thai dựa vào chỉ số Apgar 1 phút, 5 phút, chỉ số pH máu cuống rốn ngay sau khi bé được sinh ra, tình trạng sức khỏe của trẻ đến khi xuất viện.

Xử lý và phân tích số liệu: dữ liệu thu thập được bằng phiếu thu thập sẽ được kiểm tra và phân tích thống kê bằng chương trình SPSS 26.0.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 23.085. HV/PCT-HĐĐĐ cấp ngày 20 tháng 3 năm 2023.

Đặc điểm	Tổng (n=300)	Tỷ lệ (%)
Vết mổ cũ		
Có	16	5,3
Không	284	94,7
Nhóm bệnh lý nội khoa		
Không có bệnh lý	251	83,7
Có 1 bệnh lý	46	15,3
Có 2 bệnh lý trở lên	3	1,0

Nhận xét: số con so nhiều hơn con rạ (70,7% so với 29,3%) và chỉ 5,3% có vết mổ cũ. Nhóm thai phụ không có bệnh lý nội khoa chiếm đa số 83,7%.

3.2. Kết cục thai kỳ ở những thai phụ có biểu đồ tim thai cơ sở thuộc nhóm II

Bảng 3. Phương pháp sinh

Phương pháp sinh	Tần số (n=300)	Tỷ lệ (%)
Sinh thường	60	20
Sinh giúp	1	0,33
Mổ lấy thai	239	79,7
Suy thai	193	80,8
Chuyển dạ ngưng tiến triển	27	11,3
Nhau bong non	1	0,4
Khác	18	7,5

Nhận xét: tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 79,7%, sinh thường chiếm 20 % và chỉ 1 trường hợp sinh giúp bằng forcep (1%). Lý do mổ lấy thai nhiều nhất là suy thai chiếm 80,8%.

Bảng 4. Xử trí nội khoa trên các thai phụ có CTG nhóm II lần đầu trong nghiên cứu

Hướng xử trí	Tổng (n=300)	Tỷ lệ (%)
Nằm nghiêng trái		
Có	232	77,3
Không	68	23,7
Thở oxy 6 lít/phút		
Có	224	74,7
Không	76	25,3
Truyền dịch		
Có	240	80
Không	60	20

Nhận xét: hồi sức tim thai cơ bản thường quy là nằm nghiêng trái, thở oxy 6 lít/phút, truyền dịch đẳng trương ghi nhận kết quả lần lượt là 77,3%; 25%; 80%.

Bảng 5. Tình trạng sức khỏe thai sau sinh trong nghiên cứu

Tình trạng bé sau sinh	Tổng (n=300)	Tỷ lệ (%)
Tốt	279	93
NICU	20	6,7
Tử vong	1	0,3
Apgar 1 phút	Tổng (n=300)	Tỷ lệ (%)
< 4 điểm	0	0
4 – 7 điểm	15	5
≥ 7 điểm	285	95
Apgar 5 phút	Tổng (n=300)	Tỷ lệ (%)

Tình trạng bé sau sinh	Tổng (n=300)	Tỷ lệ (%)
< 4 điểm	0	0
4 – 7 điểm	4	1,3
≥ 7 điểm	296	98,7
pH máu cuống rốn	Tổng (n=40)	Tỷ lệ (%)
< 7,2	7	17,5
≥ 7,2	33	83,5
	7,276 ± 0,107	

Nhận xét: tình trạng trẻ sau sinh có kết cục tốt được chiếm 93%, có 1 trường hợp bé tử vong sau sinh. Kết cục trẻ sau sinh có Apgar 1 phút < 7 điểm chiếm tỷ lệ 5% và Apgar 5 phút < 7 điểm chiếm tỷ lệ 1,3%. Giá trị pH máu cuống rốn trung bình ngay sau sinh trong 40 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là 7,276 ± 0,107. Tỷ lệ pH máu cuống rốn < 7,2 chiếm 17,5%.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 6/2023 đến tháng 2/2025, chúng tôi ghi nhận 300 trường hợp có CTG nhóm II trong chuyển dạ phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu, trong đó độ tuổi trung bình của thai phụ là 28,4 ± 5,3 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 45 tuổi. Nhóm tuổi < 35 tuổi chiếm đa số 86,7%, chủ yếu là nội trợ chiếm 35% và sống ở các tỉnh thành khác ngoài thành phố Cần Thơ. Kết quả này phù hợp với tình hình địa lý tại nơi nghiên cứu. Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ là bệnh viện chuyên khoa Sản hạng 1 và có vị trí địa lý nằm trung tâm khu vực Đồng bằng sông Cửu Long. Tuy nhiên kết quả lại cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trương Thị Linh Giang (2018) tại khoa Sản của bệnh viện Trung Ương Huế là 26,44 ± 4,9 tuổi [3]. Giải thích cho sự khác biệt này có thể vì nghiên cứu của tác giả được thực hiện cách nghiên cứu của chúng tôi 7 năm, điều kiện kinh tế và chất lượng của cuộc sống thay đổi khiến nhiều thai phụ có dự định sinh con muộn hơn.

Bất thường biểu đồ tim thai trong chuyển dạ gặp ở con so là chủ yếu chiếm tỷ lệ 70,7% tương đồng với tỷ lệ của tác giả Nguyễn Thị Cẩm Nhung (2023) 64,4% [4], tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả J Perinatol. (2020) 55,1% [5], sự chênh lệch này là do tác giả thực hiện nghiên cứu trên các đối tượng có nhịp tim thai bất thường bao gồm cả nhóm II và nhóm III trong khi chúng tôi tập trung nghiên cứu đối tượng có tim thai bất thường thuộc CTG nhóm II. Tỷ lệ theo dõi tim thai bất thường ở các thai phụ có vết mổ cũ trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp 53%; trong đó có 6 ca mổ cấp cứu vì nhịp tim thai bất thường đơn thuần và 1 ca mổ vì có nhịp tim thai bất thường kèm theo đau vết mổ cũ.

Nhóm thai phụ không có bệnh lý nền nội khoa trước khi mang thai trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 83,7%, chỉ 15,3% có 1 bệnh lý và 1% có từ 2 bệnh lý kèm theo. Qua đây ta có thể thấy biểu

đồ tim thai nhóm II có thể gặp ở những thai kỳ bình thường và thai kỳ có nguy cơ bệnh nền nội khoa với tần suất tương đương nhau.

Tỷ lệ mổ lấy thai trên thai phụ có xuất hiện biểu đồ tim thai nhóm II trong quá trình theo dõi chuyển dạ là 77,67%, tỷ lệ sinh thường và sinh giúp bằng forceps chiếm lần lượt 20% và 0,33%. Tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu chúng tôi tương đồng so với nghiên cứu ở nước ngoài của Banu (73,9%) [6] và cao hơn nghiên cứu của Lê Quang Thành Công tại khoa Sản bệnh viện Đại học Y Dược Huế (69,4%) [7]. Tuy nhiên, tỷ lệ kết cục xấu của trẻ sau sinh trong nghiên cứu của chúng tôi theo Apgar 5 phút < 7 điểm là 1,3% thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Thành Công (22,4%) [7]. Mặc dù tỷ lệ mổ lấy thai so với các nghiên cứu trong nước của chúng tôi cao hơn nhưng tỷ lệ trẻ có kết cục xấu sau sinh lại thấp hơn nhiều.

Khi có xuất hiện CTG nhóm II lần đầu tiên trong chuyển dạ, chúng tôi thực hiện hồi sức tim thai theo lưu đồ bệnh viện mục đích cải thiện tuần hoàn của các hồ huyết bánh nhau, hồi phục cân bằng nội mô của thai, tăng độ bão hòa oxy trong máu thai nhi. Nghiên cứu ghi nhận nằm nghiêng trái, thở oxy 6 lít/phút, truyền dịch là các biện pháp chủ yếu lần lượt các tỷ lệ là 77,3%; 74,7%; 80%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trương Thị Linh Giang (24,5%; 36,5%; 77,4%) [3]. Chứng tỏ, nhân viên y tế của bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ đã có hướng xử trí tích cực với các trường hợp có biểu đồ tim thai nhóm II trong chuyển dạ. Tỷ lệ hồi phục sau hồi sức tim thai thành CTG nhóm I hoàn toàn đến lúc kết thúc thai kỳ trong nghiên cứu của chúng tôi là 33,7% và tỷ lệ sinh thường trên những đối tượng này là 45,5%, còn lại sinh mổ với các lý do khác ngoại trừ suy thai. Xử trí nội khoa bằng những biện pháp cơ bản, dễ dàng góp phần giảm tỷ lệ mổ lấy thai không đáng có.

Tình trạng bé có kết cục tốt, được da kề da với mẹ ngay sau sinh chiếm tỷ lệ 93%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Quang Thành Công (77,6%) [7]. Chỉ định mổ lấy thai rộng rãi ở những thai phụ có biểu đồ nhịp tim thai bất thường tại bệnh viện chúng tôi thực hiện nghiên cứu góp phần tăng tỷ lệ dự hậu trẻ sau sinh có kết cục tốt hơn. Tỷ lệ nhập NICU là 6,7%, thấp hơn so với nghiên cứu của Dharna ở Ấn Độ năm 2017, nghiên cứu này ghi nhận 31,61% nhập NICU có nhịp tim thai bất thường [8]. Lý giải cho sự chênh lệch này là vì họ nghiên cứu trên tất cả các đối tượng có nhịp tim thai bất thường, trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên đối tượng tim thai nghi ngờ ghi nhận được dựa theo phân loại CTG nhóm II theo ACOG [1].

Chỉ số Apgar sau sinh ở những thai phụ có CTG trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm Apgar 1 phút < 7 điểm và Apgar 5 phút < 7 điểm chiếm tỷ lệ lần lượt là 5% và 1,3 %. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu ở trong nước của tác giả Nguyễn Công Trình, tỷ lệ Apgar 1 phút < 7 điểm ghi nhận trên nhóm thai phụ có CTG nhóm II là 4,1% [9]. Một nghiên cứu khác trong nước của tác giả Nguyễn Thị Cẩm Nhung ghi nhận tỷ lệ Apgar 1 phút và 5 phút < 7 điểm (10 % và 1,9%) [4] cao hơn so với kết quả của chúng tôi. Bệnh viện chưa thực hiện lấy khí máu động mạch rốn thường quy ở tất cả các trẻ ngay sau sinh và có một số trường hợp đúng chỉ định làm xét nghiệm nhưng máu đông nhanh nên trong số 300 đối tượng nghiên cứu có CTG nhóm II lần đầu trong chuyển dạ, chỉ có 40 mẫu nghiên cứu được lấy khí máu, giá trị pH máu động mạch rốn trung bình ghi nhận là $7,276 \pm 0,107$. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Yilmaz cùng cộng sự (2022) là $7,34 \pm 0,056$ [10]. Có sự khác biệt này là do nghiên cứu của tác giả này tập trung phân tích nhóm trẻ sơ sinh đủ tháng không có bất kỳ suy thai nào trước đó. Còn nghiên cứu của chúng tôi tập trung trên nhóm đối tượng có biểu đồ tim thai nhóm II là nhóm chưa có bằng chứng suy thai rõ ràng. pH < 7,2 trong nghiên cứu là 17,5%. Đối với 4 ca có chỉ số Apgar 5 phút < 7 điểm sau sinh, 1 ca tử vong ngay sau sinh, 1 ca máu đông không đủ điều kiện lấy khí máu, 2 ca còn lại có 1 ca có kết quả pH < 7,2. Theo nghiên cứu của tác giả Yilmaz (2022) có chỉ ra rằng điểm Apgar 5 phút là 7 hoặc cao hơn có thể không đủ để xác minh tình trạng sức khỏe của trẻ sau sinh, chỉ dựa vào điểm Apgar có thể tạo ra nguy cơ bỏ sót một số trẻ sơ sinh bị nhiễm toan chuyển hóa nhẹ, cần cân nhắc đến sự cần thiết của phân tích khí động mạch rốn thường quy trong các nghiên cứu triển vọng ngay cả khi không có dấu hiệu suy thai và điểm Apgar ≥ 7 điểm [10].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sinh thường chiếm 20%; mổ lấy thai 77,67%, mổ lấy thai vì suy thai chiếm 80,8%; tỷ lệ kết cục xấu ở trẻ sau sinh (Apgar 5 phút < 7 điểm) là 1,3%. pH máu cuống rốn < 7,2 chiếm 17,5%. Hồi sức tim thai bằng các biện pháp nằm nghiêng trái, thở oxy, truyền dịch được áp dụng tích cực góp phần giảm tỷ lệ mổ lấy thai ở những thai phụ có dấu hiệu tim thai bất thường chưa rõ ràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Obstetricians, A.C.o. and Gynecologists, ACOG Practice Bulletin No. 106:** Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obstet Gynecol*, 2009. 114: p. 192-202.
2. **Nelson, K.B., et al.,** Uncertain value of electronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy. *New England Journal of Medicine*, 1996. 334(10): p. 613-619.
3. **Giang, T.T.L.,** 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): p. 20-25.
4. **Nhung, N.T.C., et al.,** Biểu đồ tim thai loại II trong chuyển dạ: kết cục thai kỳ và mô hình dự đoán trẻ ngạt. *Tạp chí Phụ sản*, 2023. 21(2): p. 78-83.
5. **Polnaszek, B., et al.,** Marked variability in intrapartum electronic fetal heart rate patterns: association with neonatal morbidity and abnormal arterial cord gas. *J Perinatol*, 2020. 40(1): p. 56-62.
6. **Banu, S.,** Relationship between abnormal cardiotocography and fetal outcome. *Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2015. 10(2): p. 36-39.
7. **Công, L.Q.T., et al.,** Nghiên cứu kết quả kết thúc thai kỳ đơn thai đủ tháng dựa trên hệ thống phân loại mẫu tim thai 5 nhóm. *Tạp chí Phụ sản*, 2024. 22(3): p. 31-37.
8. **Desai, D.S., N. Maitra, and P. Patel,** Fetal heart rate patterns in patients with thick meconium staining of amniotic fluid and its association with perinatal outcome. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 2017. 6(3): p. 1030-1036.
9. **Trình, N.C.,** Nghiên cứu về suy thai cấp tính trong chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. *Luận văn Thạc sĩ y học*, 2012.
10. **Yilmaz, A., et al.,** The correlation of cord arterial blood gas analysis results and Apgar scores in term infants without fetal distress. *Turkish Archives of Pediatrics*, 2022. 57(5): p. 538.