

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ ĐỂ CHẤM DỨT THAI KỲ BẰNG ống THÔNG FOLEY TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2016-2018

Nguyễn Thị Kim Quyên*, Võ Đông Hải

Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

*Email: nguyenthikimquyenbk35@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khởi phát chuyển dạ (KPCD) khi cổ tử cung chưa thuận lợi là nhiệm vụ quan trọng của bác sĩ sản khoa. KPCD bằng ống thông Foley đặt ở lỗ trong CTC là phương pháp cơ học dễ thực hiện, can thiệp tối thiểu, ít tác dụng phụ và biến chứng, ngày càng được quan tâm và ứng dụng rộng rãi. **Mục tiêu nghiên cứu:** khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả khởi phát chuyển dạ để chấm dứt thai kỳ bằng ống thông Foley tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 104 thai phụ nhập viện có chỉ định khởi phát chuyển dạ khi cổ tử cung chưa thuận lợi (Bishop ≤ 4) từ tháng 10/2016 đến tháng 3/2018. **Kết quả:** Thai phụ sinh con so chiếm 62,5%, Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu là $40,2 \pm 0,7$, trong đó nhóm KPCD vì thai quá ngày chiếm 80,8%, nhóm thiếu ối chiếm 13,4%, nhóm tiền sản giật chiếm 5,8%. Bishop trung bình trước KPCD là 3,26 điểm, sau KPCD là 8,3 điểm. Tỷ lệ KPCD thành công là 87,5%. Có 37,4% trường hợp được tăng co sau KPCD, 47,1% trường hợp sinh thường. **Kết luận:** Khởi phát chuyển dạ để chấm dứt thai kỳ bằng ống thông Foley có kết quả khá tốt và có thể ứng dụng rộng rãi.

Từ khóa: khởi phát chuyển dạ, Bishop, thông Foley

ABSTRACT

THE CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND RESULTS OF INDUCTION OF LABOUR BY FOLEY CATHETER BALLOON IN CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Nguyen Thi Kim Quyen, Vo Dong Hai

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Management of pregnancies in which the cervix is unfavorable is an important task for obstetricians, induction of labour by Foley Balloon is an easy-to-implement, minimally invasive and complicating method. **Objectives:** to describe the clinical, paraclinical features and results of induction of labour by Foley Catheter Balloon in Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital. **Materials and method:** cross-sectional study involving 104 patients that were admitted for induction of labour with unfavourable cervix, that is, a Bishop score ≤ 4 between October 2016 and March 2018. **Results:** 64.4 percents of the patients were primigravidae while the remaining were multiparous. The average gestational age was 40.2 ± 0.7 weeks. The indication for induction of labour was hypertensive disease in pregnancy in 5.8% of patients, post-term pregnancy in 81.7% of patients, oligohydramnios in 7.7% of cases and the other for 4.8% of case. The average Bishop score before insertion was 3.26 and average score after catheter expulsion was 8.3. Spontaneous labour followed balloon expulsion in 87.1% of patients, and in 37.4% patients oxytocin was required for labour induction and/or augmentation of weak contractions. Vaginal delivery was achieved in 47.1% of the women while there was recourse to caesarean section. There was no serious complication. **Conclusion:** labour by Foley Catheter Balloon is a good complicating method.

Keywords: Labor induction, Bishop score, Foley catheter

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khởi phát chuyển dạ là sự kích thích gây ra cơn gò tử cung (TC) trước khi chuyển dạ tự nhiên bắt đầu [1], Tại Hoa Kỳ, tỉ lệ KPCD đã tăng từ 9,5% trong năm 1991 đến 22.5% trong năm 2006. Tại bệnh viện Từ Dũ, mỗi năm có 4204 – 7060 trường hợp cần KPCD [8].

Sử dụng ống thông Foley trong khởi phát chuyển dạ có giá thành thấp, tính sẵn có, dễ thực hiện, ít tác dụng không mong muốn và biến chứng là một phương pháp được ứng dụng rộng rãi.

Phương pháp khởi phát chuyển dạ bằng đặt thông Foley được áp dụng cho các trường hợp có chỉ định tại khoa Sản Bệnh của Bệnh Viện trong nhiều năm qua. Nhằm đánh giá hiệu quả, tính an toàn cũng như khả năng làm gia tăng các trường hợp được sinh ngã âm đạo của phương pháp khởi phát chuyển dạ này, chúng tôi muốn thực hiện đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả khởi phát chuyển dạ để chấm dứt thai kỳ bằng ống thông Foley tại bệnh viện phụ sản Thành Phố Cần Thơ năm 2016-2018” với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ có chỉ định khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley tại bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ năm 2016-2018.

2. Đánh giá kết quả khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley và kết cục thai kỳ của thai phụ tại bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ năm 2016-2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả những thai phụ nhập viện tại khoa Sản Bệnh, bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ có chỉ định khởi phát chuyển dạ bằng thông Foley và không có chống chỉ định sinh ngã âm đạo.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Có chỉ định chấm dứt thai kỳ, có khả năng sinh ngã âm đạo (khung chậu bình thường trên lâm sàng, không bệnh lý nội ngoại khoa), tuổi thai: ≥ 37 tuần, chỉ số Bishop ≤ 4 điểm, đơn thai, ngôi đầu, biểu đồ tim thai nhóm 1 (theo ACOG 2009), siêu âm Doppler động mạch rốn, động mạch não giữa trong giới hạn bình thường, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Thai phụ: Sẹo mổ trên thân tử cung (mổ lấy thai, bóc nhân xơ, thai ngoài tử cung đoạn kẽ...), viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính, đã áp dụng một biện pháp khởi phát chuyển dạ trước đó, tình trạng CTC: polyp, ung thư, Herpes, Condyloma.

Thai và phần phụ của thai: Ngôi bất thường, ước lượng cân nặng thai nhi >4000 gram, nhau tiền đạo, ối rỉ, ối vỡ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: theo công thức $n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$

Với $p = 0,814$ (tỉ lệ thành công theo Huỳnh Quốc Hiếu [2]), $d = 0,08$ là sai số cho phép

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$: trị số từ phân phối chuẩn (1,96).

Từ đó ta tính được $n = 90,8$

Vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 91 mẫu. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi đã chọn được 104 trường hợp.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu gồm tuổi, địa dư, nghề nghiệp, tiền thai, tiền căn sản phụ khoa, tuổi thai, các tình trạng sức khỏe nội ngoại khoa của sản phụ; lý do KPCD (thai quá

ngày, thiếu ối, tiền sản giật), chỉ số Bishop trước và sau KPCD, siêu âm thai, ghi nhận tim thai qua monitor và kết quả CTG theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ; Tỷ lệ thành công, các yếu tố liên quan, cách sinh, tình trạng bé sau sinh...

Tiêu chuẩn KPCD thành công: Bishop sau 12 giờ đặt thông (hoặc rút thông) ≥ 7 .

Tiêu chuẩn KPCD thất bại: Bishop sau 12 giờ đặt thông (hoặc rút thông) < 7 hoặc khi có biến chứng phải dừng nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Thai phụ nhập viện có chỉ định KPCD được khám, ghi nhận dấu hiệu lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng. Nếu đủ điều kiện sẽ đặt thông Foley và theo dõi để ghi nhận kết quả khởi phát, các biến chứng và kết cục thai kì (cách sinh, tình trạng mẹ và bé sau sinh).

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập, xử lý theo phần mềm SPSS 20.0 ghi nhận bằng tỷ lệ, số trung bình, mối liên quan với $p < 0,05$ khi có ý nghĩa thống kê. Các biến số nghiên cứu được ghi nhận qua bộ câu hỏi có tham khảo một số câu hỏi chuẩn, thử và điều chỉnh bộ câu hỏi nhiều lần cho phù hợp với hoàn cảnh thực tế của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ có chỉ định KPCD

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ
Tuổi	≤ 18	1	1
	19-34	96	92,3
	≥ 35	7	6,7
Số lần mang thai	Lần đầu	65	62,5
	Lần 2	32	30,8
	Lần 3	7	6,7
Tuổi thai	37-41	20	19,2
	≥ 41	84	80,8
Chỉ định KPCD	Thai quá ngày	84	80,8
	Thiếu ối	14	13,4
	Tiền sản giật	6	5,8

Đa số thai phụ trong đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 19-34 tuổi chiếm 96 trường hợp (92%). Thai phụ sinh con so chiếm tỷ lệ 62,5%. Tuổi thai từ ≥ 41 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 80,8%, chỉ định KPCD vì thai quá ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 80,8%.

3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Phân bố nhịp tim thai của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm tim thai		Tần số	Tỷ lệ
Nhịp TTCB (nhịp/phút)	110-140	86	82,7
	141-160	18	17,3
Dao động NT (nhịp/phút)	5-10	83	79,8
	10-25	21	20,2
Chỉ số ối	≤ 5	14	13,5
	6-7	25	24
	≥ 8	65	62,5

Nhịp tim thai cơ bản 110-140 lần chiếm 82,7% (86/104 trường hợp), nhịp tim thai 140-160 lần chiếm 17,3% (18 trường hợp).

Dao động nội tại 5-10 nhịp/phút chiếm 79,8% (83/104 trường hợp), có 21/104 trường hợp dao động nội tại 10-25 nhịp/phút chiếm 20,2%.

Chỉ số ối <5 có 14 trường hợp chiếm 13,5%, đa số trường hợp có chỉ số ối ≥ 8 (62,5%).

3.2. Kết quả khởi phát chuyển dạ

Tỉ lệ thành công của KPCD là 87,5%. Thời gian từ khi bắt đầu khởi phát chuyển dạ đến khi thành công trung bình là $8,89 \pm 3$. Thời gian từ lúc khởi phát chuyển dạ đến khi sinh của nhóm KPCD thành công trung bình là 14,2 giờ.

Bảng 3. Thay đổi Bishop trước và sau chuyển dạ

Đặc điểm	KPCD thành công	KPCD thất bại	P
Độ mở CTC	$2,6 \pm 0,6$	$2,1 \pm 0,6$	0,002
Độ xóa CTC	$0,7 \pm 0,1$	$0,6 \pm 0,1$	0,043
Mật độ CTC	$2,8 \pm 0,4$	$2,4 \pm 0,7$	0,012
Hướng CTC	$2,8 \pm 0,4$	$2,4 \pm 0,5$	0,007
Độ lọt ngôi thai	$2,2 \pm 0,4$	$2 \pm 0,4$	0,05
Điểm Bishop	Trước KPCD $3,26 \pm 0,5$	Sau KPCD $8,3 \pm 1,7$	
Thay đổi Bishop	$5,03 \pm 1,8$ KTC 95%[4,6-5,3]		<0,001

– Bishop trung bình trước KPCD: $3,26 \pm 0,5$, Bishop trung bình sau KPCD $8,3 \pm 1,7$ chênh lệch điểm số Bishop trước – sau KPCD là $5,03 \pm 1,8$, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, KTC 95%[4,6-5,3]. Sau khởi phát chuyển dạ, có 3 yếu tố Bishop thay đổi có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm KPCD thành công và thất bại là độ mở CTC ($p = 0,002$), mật độ CTC ($p = 0,012$), và hướng CTC ($p = 0,007$).

3.3. Kết cục thai kỳ

Bảng 4. Kết cục thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cách sinh	KPCD thành công		KPCD thất bại	
	Tần số	Tỉ lệ	Tần số	Tỉ lệ
Sinh thường	47	51,6	2	15,4
Sinh mổ	44	48,4	11	84,6

Trong nhóm KPCD thành công có 47 trường hợp sinh thường chiếm 51,6% và 44 trường hợp sinh mổ chiếm 48,4%.

Trong nhóm KPCD thất bại là 13 trường hợp thì có 2 trường hợp sinh thường chiếm 15,4%, còn 11 trường hợp sinh mổ chiếm 84,6%.

Sự khác biệt về cách sinh với KPCD thành công hay thất bại có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 11,223$, $p = 0,001$). KPCD thành công làm giảm nguy cơ mổ lấy thai 5,8 lần (OR=5,8).

Bảng 5. Đặc điểm sử dụng oxytocin của đối tượng nghiên cứu

Sử dụng oxytocin	Sinh thường		Sinh mổ	
	Tần số	Tỉ lệ	Tần số	Tỉ lệ
Có	24	10	0	0
Không	23	34	2	11

Có 37,4% trường hợp có sử dụng oxytocin tăng co sau KPCD, trong đó sinh thường 24 trường hợp và sinh mổ là 10 trường hợp. Sự khác biệt tỉ lệ giữa sinh thường và sinh mổ trong 2 nhóm có và không tăng co bằng oxytocin có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

4.1.1. Đặc điểm lâm sàng

Số trường hợp con so chiếm 62,5%. Tỷ lệ con so của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Huỳnh Quốc Hiếu và Nguyễn Bá Mỹ Ngọc và tương tự như kết quả của Nguyễn Thị Hồng Ôn và của Hồ Thái Phong [2], [4], [5], [6]

Khi so sánh kết quả KPCD giữa 2 nhóm con so và con rạ, chúng tôi không thấy có sự khác biệt. Tuy nhiên theo Khan và CS, nguy cơ KPCD thất bại ở người con so cao gấp 4,6 lần so với người sinh con rạ [10] Theo Ekele và cs, khi đánh giá hiệu quả KPCD của thông Foley giữa nhóm sinh con so và con rạ, khả năng KPCD thành công ở nhóm con rạ cao hơn ở nhóm con so [9].

Tuổi trung bình của thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi là $25,1 \pm 4,6$. Tuổi nhỏ nhất là 18 và tuổi lớn nhất là 39, nhóm tuổi 19-34 chiếm tỷ lệ cao nhất là 92%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Huỳnh Quốc Hiếu là $27,1 \pm 5,6$ tuổi [2]. Sự khác nhau về tuổi trung bình giữa các nghiên cứu trong và ngoài nước có thể do độ tuổi hôn nhân, lứa tuổi sinh con.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số chỉ định khởi phát chuyển dạ là thai quá ngày (80,8%), thiếu ối chiếm có 13,4 %, tiền sản giật chỉ có 5,8 %. Theo Huỳnh Quốc Hiếu thì KPCD vì thai quá ngày cũng chiếm đa số nhưng thấp hơn chúng tôi (53%), thai quá ngày chiếm 44%, tiền sản giật 3% [2]. Nghiên cứu của Sujata: thai quá ngày 38%, thai chậm tăng trưởng 8%, tiền sản giật 10%, sản giật 8% [11]. Đa số các nghiên cứu trên đều có tỷ lệ thai quá ngày khá cao, trong khi đó thiếu ối và đặc biệt là tiền sản giật thường thấp, có lẽ vì lý do bệnh lý tiền sản giật có nhiều diễn biến bất thường không đáp ứng điều kiện để KPCD. Tuy nhiên nghiên cứu của Ekele thì KPCD vì tiền sản giật là 34%, tăng huyết áp thai kỳ là 42%, thai chậm tăng trưởng 20% [9].

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các thai phụ có tuổi thai ≥ 37 tuần có chỉ định KPCD bao gồm: thiếu ối, thai quá ngày, tiền sản giật. Theo kết quả nghiên cứu tuổi thai của chúng tôi là $40,6 \pm 0,9$ tuần, tương đương với nghiên cứu của Huỳnh Quốc Hiếu là $40,3 \pm 1,05$ tuần [2]. Trong đó tuổi thai ≥ 41 tuần chiếm tỷ lệ 80,8%. Tuổi thai là một yếu tố ảnh hưởng tới thành công của KPCD. Tuổi thai càng lớn, khả năng đáp ứng với yếu tố gây chuyển dạ và chín muồi của cổ tử cung càng cao và do đó thành công của KPCD sẽ càng cao.

4.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Tỷ lệ thai phụ có tim thai cơ bản 110-140 nhịp/phút chiếm 82,7% nhiều hơn nhóm thai phụ có nhịp tim thai cơ bản (140-160) nhịp/phút (17,3%). Dao động nội tại của tim thai từ 5-10 nhịp/phút cao hơn nhóm có biên độ dao động 10-25 nhịp/phút (79,8% so với 20,2%). Kết quả này cũng phù hợp vì tuổi thai chúng tôi chọn là ≥ 37 tuần, thai càng phát triển thì trương lực đối giao cảm ngày càng trở nên vượt trội nên tim thai căn bản tương đối thấp [1].

Chỉ số ối < 5 chiếm 13,5%. Theo tác giả Venturini, thiếu ối không làm ảnh hưởng đến kết quả KPCD [12].

4.2. Kết quả khởi phát chuyển dạ

Theo tiêu chuẩn thành công điểm Bishop ≥ 7 điểm sau 12 giờ đặt thông Foley, tỷ lệ thành công chung của chúng tôi là 87,5%. Nghiên cứu của Huỳnh Quốc Hiếu có quy trình và tiêu chuẩn thành công tương tự như của chúng tôi và có tỷ lệ thành công tương tự như của chúng tôi là 81,4% [2]. Tỷ lệ thành công trong KPCD bằng thông Foley 60ml đặt lỏng trong CTC của Nguyễn Thị Hồng Ôn trên thai thiếu ối trưởng thành là 78,9% [5].

Nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc và Bùi Ngọc Phượng đặt thông tại kênh CTC có tỷ lệ thành công lần lượt là 76% và 66% [4], [7]. Các kết quả này thấp hơn so với

các nghiên cứu đặt thông qua lỗ trong CTC như của chúng tôi. Bên cạnh tiêu chuẩn đánh giá thành công khác nhau, sự khác nhau về tỉ lệ thành công này có phải do vị trí đặt bóng thông hay không. Chúng tôi đã tìm trong y văn nhưng chưa thấy nghiên cứu nào trả lời cho vấn đề này.

Thời gian từ lúc KPCD đến khi có chuyển dạ trong nghiên cứu của chúng tôi là $8,89 \pm 3$ ngắn hơn đa số các nghiên cứu, và dài hơn của tác giả Nguyễn Bá Mỹ Ngọc, điều này có thể do nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bá Mỹ Ngọc có vị trí đặt thông là ở kênh cổ tử cung làm nóng cổ tử cung nhanh và nhiều hơn, nhanh đạt đến KPCD thành công và do vậy rút ngắn thời gian từ khi KPCD đến khi chuyển dạ. Tuy nhiên tác giả Huỳnh Quốc Hiếu có quy trình nghiên cứu tương tự như chúng tôi thì thời gian từ KPCD đến khi CD lại dài hơn nghiên cứu của chúng tôi [2],[4]

Điểm trung bình Bishop trước KPCD của các trường hợp là $3,26 \pm 0,5$, điểm trung bình Bishop sau KPCD là $8,3 \pm 1,7$, thay đổi điểm Bishop trước và sau KPCD là $5,1 \pm 1,7$. Sự thay đổi điểm Bishop trước và sau chuyển dạ như vậy có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Mức thay đổi điểm Bishop trước và sau KPCD của chúng tôi tương đương với tác giả Huỳnh Quốc Hiếu nhưng cao hơn các nghiên cứu khác [2].

4.3. Kết cục thai kỳ

Tỉ lệ sinh thường trong nghiên cứu của chúng tôi là 51,6%. Khi so sánh tỉ lệ sinh thường và sinh mổ trong 2 nhóm KPCD thành công và thất bại chúng tôi thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,01$), kết quả này cũng phù hợp với Nguyễn Thị Hồng Ôn [5], KPCD thành công làm giảm nguy cơ mổ lấy thai 5,8 lần.

Sự khác biệt phương pháp sinh giữa nhóm có và không sử dụng oxytocin tăng co sau KPCD thành công có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ dùng oxytocin sau KPCD giữa các nghiên cứu tuy khác nhau nhưng đều cho thấy rằng phóng thích prostaglandin nội sinh ($F2\alpha$) ở phương pháp KPCD bằng cơ học không đủ mạnh như phương pháp dược học, vì vậy sau KPCD thành công nên tăng co bằng oxytocin nếu cơn gò không đủ để thúc đẩy chuyển dạ.

V. KẾT LUẬN

Đa số thai phụ trong nghiên cứu có độ tuổi từ 19-34 chiếm 92%. Con số chiếm tỉ lệ 62,5%. Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu là $40,2 \pm 0,7$, trong đó nhóm KPCD vì thai quá ngày chiếm 80,8%. Bishop trung bình trước KPCD là 3,26 điểm, sau KPCD là 8,3 điểm, Bishop và các yếu tố Bishop cổ tử cung đều có sự thay đổi trước và sau KPCD. Nhịp tim thai cơ bản 110-140 chiếm tỉ lệ cao nhất 82,7.

Tỉ lệ KPCD thành công là 87,5% . Thời gian từ lúc KPCD đến khi CD trung bình là $8,89 \pm 3$ giờ, thời gian từ lúc KPCD đến khi sinh trung bình là $14,2 \pm 3,8$ giờ. KPCD thành công làm giảm nguy cơ mổ lấy thai 5,8 lần. Có 37,4% trường hợp sử dụng oxytocin tăng co sau KPCD làm tăng khả năng sinh ngã âm đạo có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh (2013), “Khởi phát chuyển dạ”, Thực Hành Sản Phụ Khoa, Nhà Xuất Bản Y Học, Tp. Hồ Chí Minh, tr.74-84.
2. Huỳnh Quốc Hiếu (2013), Hiệu quả khởi phát chuyển dạ của ống thông Foley đặt qua lỗ trong cổ tử cung ở thai ≥ 37 tuần tại bệnh viện Đa Khoa Quảng Nam, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học, Đại học y dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

3. Dương Thanh Hiền (2014), Hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley đặt kênh cổ tử cung ở thai kỳ trưởng thành thiếu ối tại bệnh viện Đa Khoa Bình Dương, luận án chuyên khoa cấp II, trường đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. Nguyễn Bá Mỹ Ngọc (2012), So sánh hiệu quả khởi phát chuyển dạ của prostaglandin E2 và ống thông Foley ở thai ≥ 37 tuần thiếu ối, luận án chuyên khoa cấp II, đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
5. Nguyễn Thị Hồng Ôn (2016), Hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley đặt qua lỗ trong cổ tử cung ở thai đủ tháng trưởng thành thiếu ối tại bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ, luận văn thạc sĩ sản phụ khoa, đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. Hồ Thái Phong và cộng sự (2011). "So sánh hiệu quả của tách màng ối và đặt thông Foley qua cổ tử cung trong khởi phát chuyển dạ ở thai quá ngày", Kỷ yếu Hội nghị Khoa học bệnh viện An Giang, số tháng 10/2011.
7. Bùi Ngọc Phượng (2009), Hiệu quả khởi của ống thông Foley đặt kênh cổ tử cung trong khởi phát chuyển dạ ở thai ≥ 34 tuần thiếu ối, luận án chuyên khoa cấp II, đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
8. Huỳnh Thị Thu Thủy (2007). "Sinh mổ Thực trạng và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Từ Dũ". Truy cập từ: <http://www.tudu.com.vn/vn/nhan-vien-y-te/san-khoa/sinh-mo-thuc-trang-va-cac-yeu-to-lien-quan/>.
9. Ekele, B. A. & Isah, A. Y. (2002), "Cervical ripening: how long can the Foley catheter safely remain in the cervical canal?", Afr J Reprod Health, 6(3), 98-102.
10. Khan B.N. (2014), "Factor associated with failed induction of labor in a secondary hospital", Journal of Pakistan medical association JPMA, pp. 62-66.
11. Sujata, Iqbal B, Das V, Agarwal A, Singh R (2012), "Evaluation of non-pharmacological method-transcervical foley catheter to intravaginal misoprostol and Prostaglandin E2 gel for preinduction cervical ripening", Biomedical Research, 23 (2), pp 247-252.
12. Venturini P, Contu G, Mazza V (2015), "Induction of labor in women with oligohydramnios", The journal of Maternal Fetal and Neonatal Medicine , 17(2), pp. 129-132.

(Ngày nhận bài: 07/8/2018- Ngày duyệt đăng: 20/9/2018)
