

HIỆU QUẢ CỦA PROPESS LÀM CHÍN MÙI CỔ TỬ CUNG VÀ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ TRÊN THAI ĐỦ TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Huỳnh Nguyễn Khánh Trang¹, Tăng Thường Bản²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khởi phát chuyển dạ hiện vẫn là vấn đề được quan tâm trên thế giới và tại Việt Nam. Tỷ lệ chung ghi nhận là 9,6% trên thế giới.

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm khảo sát tính hiệu quả và an toàn của PropeSS đặt âm đạo để làm chín muồi cổ tử cung và khởi phát chuyển dạ (KPCD) ở thai kỳ trưởng thành. Thai kỳ trưởng thành có chỉ định KPCD có điểm Bishop ≤ 4 và không có chống chỉ định sinh ngã âm đạo.

Đối tượng - Phương pháp: Nghiên cứu dọc tiền cứu 160 thai kỳ trưởng thành, có chỉ định KPCD tại Bệnh viện Hùng Vương từ tháng 11/2019 đến tháng 11/2020 với đánh giá cổ tử cung bằng thang điểm Bishop.

Kết quả: Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công ở thai đủ trưởng thành có chỉ định KPCD 88,8%, KTC 95% [0,84 - 0,93]. Các yếu tố liên quan đến KPCD thành công là số lần sinh, OR = 6,12, KTC 95% [1,21-30,83], $p=0,028$ và chiều dài cổ tử cung, OR = 0,18, 95% CI [0,06-0,57], $p = 0,004$. Tác dụng ngoại ý đến mẹ và con: CTG nhóm II 20%, gò tử cung cường tính 13,1%, vỡ ối 9,4%, băng huyết sau sinh 2,5%, vàng da 1,3% và nhiễm trùng sơ sinh 0,6%, không có suy hô hấp.

Kết luận: PropeSS là phương pháp hiệu quả và an toàn để biến đổi thuận lợi cổ tử cung và giúp KPCD thành công.

Từ khóa: khởi phát chuyển dạ, chỉ số Bishop cổ tử cung

ABSTRACT

EVALUATION OF PROPESS OUTCOMES FOR CERVICAL RIPENING AND INDUCTION OF LABOUR IN TERM PREGNANCY AT HUNG VUONG HOSPITAL

Huynh Nguyen Khanh Trang, Tang Thuong Ban

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No. 1 - 2021: 238 - 243

Background: Induction of labor is still an issue of concern worldwide and in Vietnam. The overall rate recorded is 9.6% worldwide.

Objectives: This study was to investigate the efficiency and safety of vaginal PropeSS as a methodology for cervical ripening and labour induction in term pregnant patients. Women at term with a Bishop's score of ≤ 4 and without any contraindications, to vaginal delivery.

Methods: A prospective longitudinal study on 160 term pregnancies, with indications for induction of labor at Hung Vuong Hospital from 11/2019 to November 2020 with cervical assessment by Bishop's score.

Results: The rate of successful induction of labor of vaginal PropeSS in term pregnancy with indication of termination of pregnancy reached 88.8%, 95% CI [0.84 - 0.93]. Factors associated with a successful induction of labor are number of births, OR = 6.12, 95% CI [1.21-30.83], $p = 0.028$ and length of the cervical, OR = 0.18, 95% CI [0.06-0.57], $p = 0.004$. Adverse effects on mother and child: CTG group II fetal heart change was 20%, uterine hyperstimulation accounted for 13.1%, followed by rupture of amniotic sac 9.4%, postpartum haemorrhage 2.5

¹Bộ môn Sản Phụ khoa, ĐHY Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Hùng Vương

Tác giả liên lạc: PGS.TS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang ĐT: 0903882015

Email: tranghnhk08@gmail.com

%, jaundice 1.3% and neonatal infection 0.6%, no respiratory failure.

Conclusion: Propess is an effective and safe approach to promote cervical ripening and be successfully used in induction of labour.

Keywords: induction of labor, Bishop' score

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cuộc chuyển dạ thuận lợi và sinh qua ngã âm đạo là mong muốn của hầu hết thai phụ. Các thầy thuốc đều hiểu được lợi ích của việc sinh ngã âm đạo, cũng như nguy cơ của việc mổ lấy thai (MLT) đối với sức khỏe và tương lai sản khoa của người phụ nữ. Nhưng trong thực tế tỷ lệ MLT trên thế giới ngày càng tăng. Đây đang trở thành vấn đề sức khỏe toàn cầu. Tổ chức y tế thế giới khuyến cáo tỷ lệ MLT không nên vượt quá 15% ở các quốc gia và vùng lãnh thổ. Hiện nay, tỷ lệ MLT ở các nước trên thế giới đang tăng đều đặn qua từng năm. Ghi nhận ở Bắc Mỹ khoảng 25%, Trung Mỹ khoảng 30%, hơn 30% ở các nước châu Âu và lên đến 40% ở các nước châu Mỹ Latinh⁽¹⁾. Việt Nam, tỷ lệ MLT tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương, vào những năm 60 là 9%, đến năm 2005 con số này tăng lên gần 40%⁽²⁾. Phần lớn những trường hợp thai phụ phải chấm dứt thai kỳ bằng cách mổ lấy thai khi cổ tử cung chưa thuận lợi để sinh ngã âm đạo. KPCD giúp thai phụ có thêm cơ hội sinh ngã âm đạo.

Theo Tổ chức Y tế thế giới năm 2011, khảo sát trên 300.000 trường hợp sinh ở 373 cơ sở chăm sóc sức khỏe ở 24 quốc gia, tỷ lệ khởi phát chuyển dạ (KPCD) là 9,6%⁽³⁾.

Có rất nhiều phương pháp KPCD, bằng thuốc hay cơ học. Mỗi loại đều có ưu và nhược điểm riêng. Mục đích của KPCD là làm chín muồi cổ tử cung và gây ra cơn gò tử cung giúp cổ tử cung xóa, mở. Thuốc gồm: Oxytocin, Prostaglandin E1 (PGE1) và Prostaglandin E2 (PGE2). Prostaglandin E2 là tác nhân hiệu quả với hiệu quả KPCD thành công 83% - 96%⁽⁴⁾. Theo Tổ chức Y tế thế giới năm 2011, Prostaglandin E1 với liều thấp (25µg đặt âm đạo mỗi 6 giờ) được khuyến cáo sử dụng để KPCD⁽³⁾. Với các ưu điểm hiệu quả thành công cao, tiện lợi trong sử dụng, giá thành rẻ, Misoprostol đã

từng là phương pháp KPCD tại bệnh viện Hùng Vương. Tuy nhiên, từ tháng 2/2012 Bộ Y Tế đã không cho phép sử dụng Misoprostol trong KPCD trên thai sống, trưởng thành do lo ngại những biến chứng do không quản lý cơn gò khi dùng thuốc. Hiện tại, tại Việt Nam đã có sản phẩm Propess (Dinoprostone) dùng để KPCD, là một loại PGE2 đặt ở cùng đồ sau có thể thu hồi để KPCD, với hàm lượng 10mg, phóng thích prostaglandin E2 ổn định 0,3mg/giờ, thời gian bán hủy 1-3 phút, đã được Bộ y tế cho phép sử dụng tại Việt Nam từ 29/07/2016 theo hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, 4128/QĐ-BYT, 29/07/2016. PGE2 (Dinoprostone, biệt dược Propess, Cerviprime): gây chuyển dạ thuận lợi và an toàn hơn. Chỉ định với những trường hợp có thể sinh được đường âm đạo, không có sẹo mổ cũ⁽⁵⁾.

PGE2 (Propess) so với giả dược hay oxytocin thì làm tăng tỷ lệ sinh trong vòng 24 giờ⁽⁶⁾. Bên cạnh đó, PE2 so với PE1 ít gây cơn gò cường tính và thay đổi nhịp tim nên được đánh giá là an toàn hơn cho mẹ và thai.

Với câu hỏi nghiên cứu: “Hiệu quả của Propess trong KPCD trên thai trưởng thành như thế nào và có yếu tố gì ảnh hưởng khi thực hiện?” Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu:

1 Xác định tỷ lệ KPCD thành công bằng Propess ở thai trưởng thành (≥37 tuần).

2 Tìm các yếu tố liên quan tỷ lệ KPCD thành công.

3 Mô tả tác dụng ngoại ý trên thai phụ và thai nhi ở phương pháp KPCD bằng Propess.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ mang thai trưởng thành (≥37 tuần), chưa vào chuyển dạ với Bishop CTC ≤4 điểm có chỉ định khởi phát chuyển dạ (KPCD) tại khoa

Sản bệnh viện Hùng Vương từ tháng 11/2019 đến tháng 12/2020, thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tiêu chuẩn chọn vào

Thai phụ >18 tuổi; Tuổi thai ≥ 37 tuần (dựa vào ngày kinh cuối với chu kỳ kinh nguyệt đều, nhớ rõ ngày kinh cuối hoặc dựa vào siêu âm 3 tháng đầu); Đơn thai; Ngôi đầu; Khung chậu bình thường trên lâm sàng; Chỉ số Bishop trước khi KPCD ≤ 4 ; Biểu đồ tim thai nhóm I (theo ACOG 2009); Thai phụ có chỉ định KPCD. Đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi đã được thông tin đầy đủ và hiểu rõ về nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra

Đã có chuyển dạ: CTC ≥ 2 cm, xóa >50%, gò tử cung 3 con/10 phút; Có sẹo mổ cũ trên cơ tử cung: mổ sinh, bóc nhân xơ, sẹo và tử cung bị vỡ trong lần mang thai trước, sẹo xén góc tử cung do thai sùng; Dị dạng tử cung; Cổ tử cung polyp, Herpes, Condyloma, ung thư. Hoặc CTC đã từng bị tổn thương hoặc can thiệp trước đó: rách cổ tử cung cũ, đốt lạnh, đốt điện cổ tử cung, khoét chóp; Viêm nhiễm đường sinh dục cấp; Ngôi bất thường; Bất xứng đầu chậu; Nhau tiền đạo.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu dọc tiến cứu.

Cỡ mẫu

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

Trong đó:

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Trị số tới hạn ở KTC 95% ($Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$ với $\alpha = 0,05$).

Cỡ mẫu được ước tính dựa trên kết cục chính của nghiên cứu dẫn đường tại khoa Sản bệnh viện Hùng Vương, có 28 trường hợp thai trưởng thành có chỉ định KPCD bằng PROPESS. Trong đó: có 25 trường hợp KPCD thành công (Bishop ≥ 7 điểm) chiếm tỷ lệ 89%, 3 ca thất bại. Nghiên cứu dự kiến đạt tỷ lệ thành

công 89%, do vậy $p=0,89$. Tính $n = 150$. Nghiên cứu (NC) thu nhận 160 đối tượng.

Phương pháp chọn mẫu

Lấy mẫu toàn bộ.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả KPCD

Thành công: chỉ số Bishop cổ tử cung (CTC) đạt ≥ 7 điểm.

Thất bại: sau đặt Propess 24 giờ mà Bishop < 7 điểm xem như KPCD thất bại. Có tác dụng ngoại ý hoặc biến chứng trầm trọng (suy thai, nhau bong non, rối loạn con gò tử cung không điều chỉnh được bằng thuốc giảm co, vỡ tử cung, ra huyết âm đạo lượng nhiều). Những trường hợp này nếu xảy ra chưa đến thời gian đánh giá hiệu quả xem như KPCD thất bại. Xử trí các tác dụng ngoại ý: Rút Propess, tư vấn cho sản phụ và người thân, với suy thai hoặc vỡ tử cung hoặc nhau bong non sẽ mổ sinh cấp cứu theo phác đồ của bệnh viện.

Phòng ngừa các tác dụng không mong muốn: cung cấp thông tin những biến chứng có thể xảy ra khi sử dụng phương pháp này như: đau tức, chảy máu AĐ, sốt, vỡ ối, suy thai, rối loạn con gò TC, vỡ TC, nhau bong non, sa dây rốn. Vô khuẩn khi đặt Propess.

Quy định ngừng tham gia nghiên cứu: Thai phụ không đồng ý tiếp tục tham gia sẽ rút Propess. Tư vấn phương pháp can thiệp phù hợp.

Xử lý dữ liệu

Dữ liệu được kiểm tra, mã hóa, nhập liệu và quản lý bằng Excel và phân tích bằng SPSS 20. Trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm cho biến số không liên tục và trung bình, độ lệch chuẩn cho biến số liên tục. Khảo sát tương quan giữa các biến danh định dùng phép kiểm Chi bình phương, giữa biến danh định với biến liên tục dùng T- test.

Y đức

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 631/ĐHYD-HĐĐĐ,

ngày 15/11/2019.

KẾT QUẢ

Tuổi thai phụ trung bình 28,4. Phần lớn thai phụ ở độ tuổi <35 tuổi (85%). Đa phần là con so (65,6%). Số thai phụ sống ở các tỉnh khác nhiều hơn TP. HCM (66,3% so với 33,8%). Tuổi thai trung bình là $38,9 \pm 1,2$ tuần. Trọng lượng sơ sinh trung bình $3006 \pm 35,5$ gram, trong đó nhỏ nhất 1870 gram và lớn nhất 4055 gram (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n=160)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ		
Trung bình: $28,4 \pm 5,2$		
< 35 tuổi	136	85
≥ 35 tuổi	24	15
Số lần sinh:		
Con so	105	65,6
Con rạ	55	34,4
Địa chỉ		
TP HCM	54	33,8
Tỉnh khác	106	66,3
Tuổi thai (tuần)	Trung bình: $38,9 \pm 1,2$	
37 tuần đến 37 tuần 6 ngày	41	25,6
38 tuần đến 38 tuần 6 ngày	21	13,1
39 tuần đến 39 tuần 6 ngày	62	38,8
40 tuần đến 40 tuần 6 ngày	33	20,6
41 tuần đến 41 tuần 6 ngày	3	1,9
≥42 tuần	0	0
Chỉ định KPCD		
TSG - THA	11	6,9
ĐTĐ	52	32,5
Thai quá ngày dự sanh	15	9,4
IUGR	41	25,6
NST nghi ngờ	17	10,6
Thiếu ối	13	8,1
Khác	11	6,9
Phân bố điểm số Bishop CTC		
Con so với 105 trường hợp, điểm trung bình $2,7 \pm 1,1$		
0	4	3,8
1	12	11,4
2	27	25,7
3	35	33,4
4	27	25,7
Con so với 55 trường hợp, điểm trung bình $2,8 \pm 0,9$		
0	0	0
1	2	3,7
2	21	38,2
3	19	34,5
4	13	23,6

Bảng 2: Tỷ lệ KPCD thành công

Kết quả	Tổng số	Tỷ lệ (%)	KTC 95%
Thành công	142	88,8	0,84 – 0,93
Thất bại	18	11,2	0,07 – 0,16
Tổng	160	100	

Tỷ lệ KPCD thành công đạt 88,8% [KTC 95% 0,84 – 0,93] (Bảng 2).

Bảng 3: Các yếu tố liên quan đến khả năng KPCD thành công trong phân tích hồi quy logistic đa biến

Các yếu tố liên quan	OR (KTC 95%)	P
Bishop trước KPCD	2,34 (0,71-7,8)	0,164
Số lần sinh	6,12 (1,21-30,84)	0,028
Chiều dài kênh CTC	0,18 (0,06-0,57)	0,004
BMI	0,71 (0,38-1,34)	0,291
CTC đóng	0,59 (0,37-0,74)	0,599

Sau khi phân tích đa biến, chỉ còn yếu tố số lần sinh và chiều dài kênh CTC liên quan đến khả năng KPCD thành công, $p < 0,05$ (Bảng 3).

Bảng 4: Biến chuyển ngoại ý trong quá trình KPCD

Kết cục sau sinh (Mẹ)	Tổng số	Tỷ lệ (%)
Vỡ ối	15	9,4
Nhiễm trùng	1	0,6
Thay đổi ngôi thai	1	0,6
Con gò cường tính	21	13,1
Biến đổi tim thai CTG nhóm II	32	20
BHSS	4	2,5
Apgar 1 phút < 7	3	1,9
Nhập khoa nhi	3	1,9
Vàng da	2	1,3
Nhiễm trùng sơ sinh	1	0,6

Biến chứng sau KPCD thấp, đáng chú ý là biến đổi tim thai CTG nhóm II là 20%, con gò TC cường tính chiếm 13,1%, tiếp theo là vỡ ối 9,4%, BHSS là 2,5%, những biến chứng còn lại không đáng kể. Không có trường hợp nào vỡ tử cung. Không có trường hợp nào trẻ sinh ra có Apgar 1 phút <7, phải hồi sức sơ sinh hay tử vong. Tỷ lệ nhập khoa nhi là 1,9%, trong đó vàng da chiếm 1,3% và nhiễm trùng sơ sinh chiếm 0,6% (Bảng 4).

BÀN LUẬN

Chỉ số Bishop trước KPCD có giá trị trong việc tiên lượng khả năng thành công hay thất bại của KPCD. Điểm Bishop càng cao thì kết quả KPCD thành công càng cao và ngược lại. Nghiên cứu này chỉ nhận những trường hợp có điểm

Bishop trước KPCD là ≤ 4 điểm. Bishop trung bình trước KPCD là $2,7 \pm 0,1$. Phần lớn các trường hợp có Bishop trước KPCD ở nhóm con số là 3 điểm (33,4%), con số là 2 điểm (38,2%).

Tỷ lệ KPCD thành công trong NC chúng tôi đạt 88,8% KTC 95% [0,84 – 0,93]. Điểm Bishop tại thời điểm đánh giá là $7,5 \pm 1,8$ điểm. Kết quả này tương tự tác giả Chen W ($7,2 \pm 1,8$ điểm)⁽⁷⁾. Cho đến nay, chưa có một tiêu chuẩn thống nhất để đánh giá hiệu quả KPCD. Hai yếu tố ảnh hưởng đến diễn tiến cuộc chuyển dạ là con gò TC và sự xóa mờ CTC. Phần lớn các NC trên thế giới chọn sự thay đổi điểm Bishop làm tiêu chuẩn đánh giá thành công. Có tác giả chọn Bishop sau KPCD ≥ 7 điểm, hoặc Bishop tăng ≥ 3 điểm so với lúc đầu là thành công. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu chuẩn chọn vào là Bishop ≤ 4 điểm, tiêu chuẩn KPCD thành công là Bishop ≥ 7 điểm, lấy thuốc ra khi chuyển dạ hoặc sau 24 giờ, hoặc con gò cường tính.

Kết quả này thì tương tự với tác giả Marconi AM (86%)⁽⁸⁾ và Daykan Y (82,8%)⁽⁹⁾ và cao hơn tác giả Frank R (73,2%)⁽¹⁰⁾, Chen W (60,3%)⁽⁷⁾, Hirsch L (2017)⁽¹¹⁾. Chúng tôi thiết nghĩ, sự khác biệt là do đối tượng NC và phương pháp NC khác nhau. NC của tác giả Frank R (73,2%)⁽¹⁰⁾ chỉ đánh giá Bishop sau đặt 12 giờ khác với chúng tôi là 24 giờ. Tác giả Marconi AM (86%)⁽⁸⁾ chọn đầu vào là Bishop ≤ 7 điểm, lấy thuốc ra sau đặt 12 giờ. Tác giả W Chen (60,3%)⁽⁷⁾ sử dụng tiêu chuẩn chọn vào Bishop ≤ 6 điểm, tiêu chuẩn thành công là Bishop thay đổi ≥ 3 điểm, chuyển dạ phải xảy ra sau 12 giờ đặt thuốc. NC của Hirsch L (2017)⁽¹¹⁾ có điểm khác với NC chúng tôi là Bishop ban đầu ≤ 7 điểm và định nghĩa KPCD thất bại: Bishop < 7 điểm sau 24 giờ đặt thuốc hay mổ sinh vì thai trình ngưng tiến (CTC ≤ 5 cm). Daykan Y (82,8%)⁽⁹⁾ thì chọn đầu vào là Bishop < 6 điểm, tiêu chuẩn lấy thuốc ra: sau khi đặt 24 giờ hoặc chuyển dạ hoặc Bishop $\geq$ điểm.

Daykan Y (2018) cho biết những yếu tố dự đoán khả năng KPCD thành công là: số lần sinh ($p=0,001$), tuổi thai nhỏ hơn lúc sinh so với

những ca mổ lấy thai ($p < 0,05$)⁽⁹⁾. Hirsch L (2017) kết luận rằng những yếu tố tiên lượng khả năng thành công của KPCD là: số lần sinh, độ mờ CTC lúc ban đầu và tuổi thai⁽¹¹⁾. NC của chúng tôi, sau khi phân tích đa biến, chỉ còn yếu tố số lần sinh và chiều dài kênh CTC liên quan đến khả năng KPCD thành công, $p < 0,05$.

Tác dụng ngoại ý khi KPCD thấp, đáng chú ý là biến đổi tim thai CTG nhóm II là 20%, con gò tử cung cường tính chiếm 13,1%, tiếp theo là vỡ ối 9,4%, băng huyết sau sinh (BHSS) là 2,5%, những biến chứng còn lại không đáng kể. Không có trường hợp nào vỡ tử cung, nhau bong non, sa dây rốn. Tác dụng ngoại ý nghiêm trọng sau KPCD bằng Propess trên thai phụ thì thấp. Trong NC chúng tôi có 21/160 trường hợp rối loạn con co tử cung, chiếm 13,1%. Kết quả này thì tương tự tác giả Maggi C (12%)⁽¹²⁾, Bayoglu TY (11,2%)⁽¹³⁾, nhưng cao hơn của tác giả D'Aniello G (3%)⁽¹⁴⁾, Chen W (1,8%)⁽⁷⁾. Chúng tôi ghi nhận những trường hợp rối loạn con co này đều ở dạng con co nhiều (≥ 6 con/10 phút) nhưng cường độ chỉ ở mức 60-80 mmHg, không có trường hợp con co cường độ mạnh 100 mmHg, kéo dài > 2 phút. Những thai phụ này được rút thuốc ra, theo dõi chặt chẽ bằng Monitor và thông thường sau khoảng 30-60 phút sau, con co sẽ giảm vì thời gian bán hủy 1-3 phút. Chỉ có 1 ca là phải sử dụng thuốc giảm co. Phần lớn các trường hợp đều đi vào chuyển dạ hoạt động sau đó, không gây khó chịu đáng kể cho thai phụ. Tất cả các trường hợp này đều được kiểm soát tốt, không gây ảnh hưởng xấu đến kết cục của mẹ và thai. Không có trường hợp nào vỡ tử cung, tử vong. Biến đổi tim CTG nhóm II thai khi đặt Propess là 32/160 trường hợp, chiếm 20%, không có ca nào ở nhóm CTG III. Kết quả chúng tôi thì cao hơn tác giả Chen W (8,2%)⁽⁷⁾. BHSS là 4/160 trường hợp, chiếm 2,5%, những ca này đều không phải truyền máu. Kết quả chúng tôi thì thấp hơn tác giả Maggi C (21%)⁽¹²⁾, Jozwiak M (6%)⁽¹⁵⁾, nhưng cao hơn tác giả Bayoglu TY (0,8%)⁽¹³⁾. Những tác dụng phụ khác như nhiễm trùng 1 ca, 0,6%. Tác dụng ngoại trên

trẻ sơ sinh trong NC: về chỉ số Apgar 1 phút <5 và Apgar 5 phút <7 đều thấp hơn các tác giả D'Aniello G (2003)⁽¹⁴⁾, Marconi AM (2008)⁽⁸⁾, Jozwiak M (2013)⁽¹⁵⁾, Daykan Y (2018)⁽⁹⁾, Maggi C (2019)⁽¹²⁾. Chỉ số Apgar là một thang đo phổ biến và quan trọng kết cục của thai nhi sau sinh. Trẻ có chỉ số Apgar 5 phút sau sinh ≥ 7 điểm xem như bình thường. Trong nghiên cứu chúng tôi, không có trường hợp nào trẻ sinh ra có Apgar 1 phút <5, Apgar 5 phút <7, phải hồi sức sơ sinh tích cực hay tử vong. Phần lớn các trường hợp nhập khoa nhi là do vàng da. Qua đó, nhận thấy Propess là một phương pháp KPCD được dung nạp tốt.

Hạn chế

Đề tài thực hiện trên 1 nhóm nên các giá trị kết quả chưa thực sự khách quan. Tuy nhiên với kết quả thu được có thể giúp các nghiên cứu có nhóm chứng hoặc so sánh với các phương pháp khác trong tương lai được thuận lợi hơn.

KẾT LUẬN

Qua NC dọc tiến cứu đánh giá hiệu quả KPCD bằng dinoprostone dạng đặt âm đạo (Propess) ở 160 trường hợp thai trưởng thành tại bệnh viện Hùng Vương Thành phố Hồ Chí Minh, rút ra các kết luận như sau:

1. Tỷ lệ KPCD thành công của dinoprostone dạng đặt âm đạo trên thai trưởng thành có chỉ định chấm dứt thai kỳ đạt 88,8%, KTC 95% [0,84-0,93].

2. Các yếu tố liên quan đến khả năng KPCD thành công là số lần sinh, OR=6,12, KTC 95% [1,21-30,83], $p=0,028$ và chiều dài kênh CTC, OR=0,18, KTC 95% [0,06-0,57], $p=0,004$.

3. Tỷ lệ tác dụng ngoại ý trên mẹ và con: biến đổi tim thai CTG nhóm II là 20%, cơn gò TC cường tính chiếm 13,1%, tiếp theo là vỡ ối 9,4%, BHSS là 2,5%, vàng da phải nhập nhi 1,3% và nhiễm trùng sơ sinh trẻ sơ sinh 0,6%, không có suy hô hấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferreira EC, Pacagnella RC, Costa ML, Cecatti JG (2015). The Robson ten-group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*, 129(3):236-239.
2. Vũ Thị Nhung (2014). Lợi ích và nguy cơ của mổ lấy thai. Hội Y Học TP. HCM.
3. Organization WHO (2011). WHO recommendations for induction of labour. URL: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241501156/en/.
4. WHO (2011). WHO recommendation on use of low doses of vaginal prostaglandins for induction of labour. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156_eng.pdf?sequence=1.
5. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Quyết định số: 4128/QĐ/BYT.
6. ACOG (2009). ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. *Obstet Gynecol*, 114(2 Pt 1):386-397.
7. Chen W, Zhou Y, Pu X, Xiao C (2014). Evaluation of Propess outcomes for cervical ripening and induction of labour in full-term pregnancy. *J Obstet Gynaecol*, 34(3):255-258.
8. Marconi AM, Bozzetti P, Morabito A, Pardi G (2008). Comparing two dinoprostone agents for cervical ripening and induction of labor: a randomized trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 138(2):135-140.
9. Daykan Y, Biron-Shental T, Navve D, et al (2018). Prediction of the efficacy of dinoprostone slow release vaginal insert (Propess) for cervical ripening: A prospective cohort study. *J Obstet Gynaecol Res*, 44(9):1739-1746.
10. Witter FR, Rocco LE, Johnson TR (1992). A randomized trial of prostaglandin E2 in a controlled-release vaginal pessary for cervical ripening at term. *Am J Obstet Gynecol*, 166(3): 830-834.
11. Hiersch L, Borovich A, Gabbay-Benziv R, et al (2017). Can we predict successful cervical ripening with prostaglandin E2 vaginal inserts? *Arch Gynecol Obstet*, 295(2):343-349.
12. Maggi C, Mazzoni G, Gerosa V, Fratelli N, et al (2019). Labor induction with misoprostol vaginal insert compared with dinoprostone vaginal insert. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 98(10):1268-1273.
13. Bayoglu TY, Mete Ural U, Kerimoglu, et al (2015). Is induction of labour by Propess(R) safe? A comparison of midwife-led versus obstetrician-led labour management. *J Obstet Gynaecol*, 35(4):346-349.
14. D'Aniello G, Bocchi C, Florio P, et al (2003). Cervical ripening and induction of labor by prostaglandin E2: a comparison between intracervical gel and vaginal pessary. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 14(3):158-162.
15. Jozwiak M, Oude Rengerink K, Eikelder T, et al (2013). Foley catheter or prostaglandin E2 inserts for induction of labour at term: an open-label randomized controlled trial (PROBAAT-P trial) and systematic review of literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 170(1):137-145.

Ngày nhận bài báo:

10/11/2020

Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo:

06/02/2021

Ngày bài báo được đăng:

10/03/2021