

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ Ở SẢN PHỤ QUÁ NGÀY SINH BẰNG PROSTAGLANDIN E2 TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG NĂM 2019

**Thái Thị Huyền, Bùi Văn Hiếu*,
Nguyễn Thị Thuý***

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 91 sản phụ thai quá ngày sinh được chỉ định khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin E2 tại BVPSHP từ 01/01/2019 – 31/12/2019. Thời gian trung bình thành công mức độ 1 là $9,4 \pm 5,5$ giờ, mức độ 2 là $13,2 \pm 6,2$ giờ. Tỷ lệ sinh đường âm đạo là 84,6%, thời gian trung bình sinh con theo đường âm đạo là $14,7 \pm 8,0$ giờ. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thất bại phải mổ lấy thai là 15,4%. Nguyên nhân dẫn đến mổ lấy thai là do thai suy (42,8%), đầu không lọt (14,3%) và cổ tử cung không tiến triển (35,7%). Tỷ lệ sản phụ gặp phải biến chứng sau KPCD là 2,2%, trong đó chảy máu sau đẻ chiếm tỉ lệ 1,1% và đờ tử cung chiếm tỉ lệ 1,1%. Chỉ số Bishop thấp làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai lên, Bishop < 5 điểm sẽ làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai lên 35,7%. Nước ối xanh làm tăng tỷ lệ KPCD thất bại lên gấp 4,7 lần so với nước ối trong ($p < 0,05$). Các yếu tố: tuổi thai nhi, lượng nước ối không làm ảnh hưởng đến thời gian xuất hiện cơn co. Tỷ lệ sinh đường âm đạo là 84,6%. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thất bại phải mổ lấy thai là 15,4%. Bishop < 5 điểm sẽ làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai lên 35,7%. Nước ối xanh làm tăng tỷ lệ KPCD thất bại lên gấp 4,7 lần so với nước ối trong ($p < 0,05$).

Từ khóa: Khởi phát chuyển dạ, prostaglandin E2, thai quá ngày sinh.

SUMMARY

ASSESSING THE RESULTS OF LABOR INDUCTION WITH PROSTAGLANDIN E2 IN OVERDUE PREGNANCY AT HAI PHONG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

We conducted a cross section on 91 overdue pregnancy at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital in 01/01/2019 to 31/12/2019. The average time for success at level 1 was 9.4 ± 5.5 hours, and at level 2 was 13.2 ± 6.2 hours. The rate of vaginal delivery was 84.6%, the average time for vaginal delivery was 14.7 ± 8.0 hours. The rate of failed induction requiring cesarean section was 15.4%. The cause of cesarean section is fetal distress (42.8%), Cephalopelvic disproportion (CPD) (14.3%) and the cervix not dilating enough (35.7%). The rate of pregnant women having complications after induction of labor is 2.2%, of which postpartum bleeding accounts for 1.1% and uterine atony accounts for 1.1%. Low Bishop index increases cesarean section rate, Bishop <5 points will increase cesarean section rate to 35.7%. Green amniotic fluid increases the rate of failure labor induction by 4.7 times compared to clear amniotic fluid ($p < 0.05$). Factors: fetal age, amniotic fluid volume do not affect the timing onset of labor contractions. The rate of vaginal delivery was 84.6%. The rate of failed induction requiring cesarean section was 15.4%. Bishop <5 points will increase cesarean section rate to

**Trường Đại học Y dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Thái thị Huyền
Email: thaihuyenhp@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.2.2021
Ngày phản biện khoa học: 24.3.2021
Ngày duyệt bài: 25.3.2021

35.7%. Green amniotic fluid increases the rate of failure labor induction by 4.7 times compared to clear amniotic fluid ($p < 0.05$).

Keywords: Labor induction, prostaglandin E2, overdue pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai quá dự kiến sinh mà chưa có dấu hiệu chuyển dạ là mối lo hàng đầu của các sản phụ. Hiện tượng tắc mạch trong các gai rau làm giảm diện tích trao đổi chất giữa sản phụ và thai nhi, giảm cung cấp oxy và dinh dưỡng, dẫn đến hiện tượng thai nhi chết trong buồng tử cung. Thai quá ngày sinh còn gặp phải tình trạng nước ối giảm sút gây cạn nước ối, tăng nguy cơ thai bị ngạt trong buồng tử cung, từ đó tăng kết cục suy thai và mổ lấy thai. Khi ra đời sơ sinh già tháng hay gặp các bệnh đường hô hấp, điều nhiệt... nguy cơ tử vong cao.

Từ nhiều năm nay, việc sử dụng các Prostaglandin E2 để khởi phát chuyển dạ đã được nghiên cứu và ứng dụng trong lâm sàng. Tuy nhiên, chỉ có Prostaglandin E2 đã được ACOG, RCOG khuyến cáo giúp làm chín muồi cổ tử với các lợi ích: Cải thiện đáng kể chỉ số Bishop, tỷ lệ gây chuyển dạ thành công và sinh đường âm đạo là 83 - 97%, làm giảm tỉ lệ sinh mổ, an toàn cho mẹ và thai nhi. Một số nơi đã sử dụng Prostaglandin E2 để gây khởi phát chuyển dạ cho những trường hợp thai chết lưu, dị dạng... nhưng chưa có nghiên cứu nào sử dụng Prostaglandin E2 để khởi phát chuyển dạ cho thai quá dự kiến ngày sinh tại địa bàn Hải Phòng nói riêng và Việt Nam nói chung. Xuất phát từ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Đánh giá kết quả khởi phát chuyển dạ ở sản phụ quá ngày sinh bằng Prostaglandin E2 tại Bệnh Viện Phụ Sản Hải*

Phòng năm 2019” với các mục tiêu : Đánh giá kết quả khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin E2 và xác định một số yếu tố liên quan đến khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin E2 trên sản phụ quá ngày sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Thai quá dự kiến sinh, đơn thai, ngôi chỏm, thai sống.
- Chưa có dấu hiệu chuyển dạ
- Có chỉ định khởi phát chuyển dạ bằng đường âm đạo.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Sản phụ quá mẫn cảm, chống chỉ định với PG.
- Không có chỉ định khởi phát chuyển dạ bằng đường âm đạo
- Sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả hồi cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu

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

Công thức:

Trong đó: $\alpha = 0,05$. $Z = 1,96$. $\varepsilon = 0,1$.

$+ p = 0,81$ (Dr Himangi S. Warke - India: tỷ lệ thành công là 0,81).

Thay vào công thức ta được $n = 90,8$. (n làm tròn là 91).

Cỡ mẫu lý thuyết là 91 sản phụ quá dự kiến sinh.

Phương pháp xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học Trường Đại học Y dược Hải Phòng và Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

III. KẾT QUẢ

3.1. Phương pháp sinh

Đa số các sản phụ KPCD thành công, số sản phụ sinh con theo đường âm đạo chiếm tỷ lệ 84,6%

Bảng 3.1. Thời gian xuất hiện cơn co sau khi KPCD

Kết quả	Ngắn nhất	Dài nhất	$\bar{X} \pm SD$	p
Con so	1	29	$6,9 \pm 5,0$	<0,05
Con rạ	1	18	$6,4 \pm 4,4$	

Có sự khác biệt về thời gian xuất hiện cơn co giữa con rạ và con so

Bảng 3.2. Tỷ lệ thành công và thất bại sau khi KPCD

Kết quả	n	%
Thành công mức độ 1	88/91	96,7
Thành công mức độ 2	79/91	86,8
Thành công thực sự	77/91	84,6
Thất bại	14/91	15,4

Tỷ lệ KPCD thất bại là 15,4% chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 3.3. Thời gian trung bình từ khi đặt thuốc đến KPCD thành công

Kết quả	Thời gian (giờ)	Min	Max	$\bar{X} \pm SD$
Thành công mức 1		1	24	$9,4 \pm 5,5$
Thành công mức 2		1,75	29	$13,2 \pm 6,2$
Thành công thực sự		2,75	45	$14,7 \pm 8,0$

Thời gian trung bình từ khi đặt thuốc đến khi KPCD thành công là $14,7 \pm 8,0$ giờ.

- Thời gian trung bình để sản phụ sinh theo đường âm đạo là $14,7 \pm 8,0$ giờ, thời gian trung bình từ khi gây chuyển dạ đến khi phải mổ để lấy thai là $15 \pm 5,7$ giờ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Các yếu tố liên quan đến KPCD thành công

Bảng 3.4. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công theo số lần sinh

Số lần	Kết quả	Thành công		Thất bại		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Con rạ		22	100	0	0	22	100
Con so		55	79,7	14	20,3	69	100

100% sản phụ con rạ khởi phát thành công.

Bảng 3.5. Tỷ lệ KPCD thành công theo chỉ số Bishop trước khi dùng thuốc

Bảng 5.5: Tỷ lệ R-CD thành công theo chỉ số Bishop trước khi dùng thuốc						
Bishop	Kết quả	Thành công		Thất bại		OR
		n	%	n	%	
	≤ 6 điểm	36	46,7	12	85,7	0,15
	> 6 điểm	41	53,3	2	14,3	
	P	< 0,05				

Chỉ số Bishop có giá trị tiên lượng kết quả khởi phát chuyển dạ

Bảng 3.6. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công tính theo màu sắc nước ối

Bảng 3.17: Tỷ lệ phát hiện dị dạng bẩm sinh theo màu sắc nước ối					
Kết quả Màu sắc ối	Thành công		Thất bại		OR
	n	%	n	%	4,7
Trong	71	92,2	10	71,5	
Xanh	6	7,8	4	28,5	
p	< 0,05				

Màu sắc nước ối có ảnh hưởng tới tỷ lệ thành công của KPCD bằng PG E2. Nhóm sản phụ có nước ối trong có tỷ lệ thành công cao gấp 4,7 lần so với nhóm sản phụ có nước ối xanh.

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sản phụ sinh đường âm đạo chiếm tỷ lệ 84,6%, chỉ có 15,4% là mổ lấy thai. Tỷ lệ sản phụ sinh đường âm đạo chiếm tỷ lệ cao là do trước khi tiến hành khởi phát chuyển dạ chúng tôi đã tiến hành đánh giá kỹ càng các yếu tố để tiên lượng cuộc đẻ: sự tương thích giữa khung chậu của người mẹ và đầu thai nhi, chỉ số nước ối, trọng lượng thai nhi, chỉ số Bishop. Chỉ số Bishop trung bình trong nghiên cứu là $6,53 \pm 0,89$ điểm là chỉ số thuận lợi cho quá trình chuyển dạ, do đó đạt kết quả khởi phát chuyển dạ tốt. Theo tác giả Lê Quang Hòa [1] nghiên cứu trên 91 sản phụ có thai quá dự kiến sinh tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2011 tỷ lệ sinh đường âm đạo là 91,2%. Tác giả Vũ Văn Vinh [2] nghiên cứu trên 70 sản phụ bị thiếu ối tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2015 tỷ lệ sinh âm đạo chiếm 82,9%, sinh mổ chiếm 17,1%.

Tỷ lệ sản phụ phải mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,4%. Nguyên nhân của mổ lấy thai ở một số trường hợp là do CTC không tiến triển trong quá trình chuyển dạ, do sự bất cân xứng giữa đầu thai nhi và khung chậu, một số trường hợp rối loạn cơn co dẫn tới cơn co cường tính, một số trường hợp thai suy trong quá trình chuyển dạ. Do vậy khi chỉ định khởi phát

chuyển dạ cần cân nhắc kỹ các yếu tố rối loạn cơn co có phải do bất cân xứng giữa thai nhi và khung chậu.

Ở người sinh con so CTC và âm đạo chưa từng trải qua thử thách nên sự giãn nở sẽ kém hơn, đồng thời CTC sẽ phải xóa hết sau đó mới mở nên cũng là nguyên nhân khiến thời gian chuyển dạ kéo dài hơn. So sánh với các tác giả khác có sự khác biệt, tác giả Lê Quang Hòa [1] nghiên cứu trên 91 sản phụ có thai quá dự kiến sinh có 69,9% sản phụ sinh đường âm đạo trong khoảng thời gian từ 6 - 12 giờ, thời gian trung bình từ khi khởi phát chuyển dạ đến khi sinh là $8,12 \pm 3,65$ giờ. Tác giả Vũ Văn Vinh [2] nghiên cứu trên 70 sản phụ thiếu ối, số sản phụ có thời gian từ khi bắt đầu khởi phát chuyển dạ đến khi sinh mất từ 6 - 12 giờ chiếm đa số với tỷ lệ là 63,8%, nhóm sản phụ sinh mất >12 giờ lại chiếm số lượng ít với tỷ lệ là 13,8%.

V. KẾT LUẬN

Thời gian trung bình thành công mức độ 1 là $9,4 \pm 5,5$ giờ, mức độ 2 là $13,2 \pm 6,2$ giờ. Tỷ lệ sinh đường âm đạo là 84,6%, thời gian trung bình sinh con theo đường âm đạo là $14,7 \pm 8,0$ giờ. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thất bại phải mổ lấy thai là 15,4%, trong đó nguyên nhân dẫn đến mổ lấy thai là do thai suy (42,8%), đầu không lọt (14,3%) và cổ tử

cung không tiến triển (35,7%). Tỷ lệ sản phụ gặp phải biến chứng sau KPCD chiếm tỉ lệ thấp 2,2%.

Chỉ số Bishop thấp và nước ối xanh làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai lên. Các yếu tố: tuổi thai phụ, lượng nước ối không làm ảnh hưởng đến thời gian xuất hiện con co.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Quang Hòa (2011)**, Đánh giá kết quả gây chuyển dạ của Prostaglandin E2 cho thai quá ngày sinh tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 4/2011-7/2011, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Vũ Văn Vinh (2015)**, Nghiên cứu kết quả KPCD của Prostaglandin E2 trên những thai phụ thiếu ối tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2015.
3. **Himangi S. Warke (1999)**, “Prostaglandin E2 Gel in Ripening of Cervix in Induction of Labour”, 45(4): 105 – 109.
4. **Alexander J.M. et al (2001)**, “Prolonged pregnancy: induction of labor and cesarean births”, Obstet Gynecol, 97, 911 - 915.
5. **J. M. DeCoster, T.J. Fraser and J. D. Orr (2006)**, “Misoprostol compared with prostaglandin E2 for labour induction in women at term with intact membranes and unfavourable cervix”, 1366 – 1376.
6. **Veena Palinal (2009)**, “Safety of induction of labour with vaginal Prostaglandin E2 in grandmultipara”.
7. **Y. Yogev (2003)**, “Induction of labour with vaginal Prostaglandin E2