

## Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng Propess tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Nha Trang

Thái Bằng<sup>1\*</sup>, Đinh Thanh Hà<sup>1</sup>, Cao Xuân Thành<sup>1</sup>, Bùi Đức Hoàn, Nguyễn Như Thu Trúc<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Nha Trang

doi: 10.46755/vjog.2023.4-5.1629

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Thái Bằng, email: v.bangt@vinmec.com  
Nhận bài (received): 27/9/2023 - Chấp nhận đăng (accepted): 15/11/2023.

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng Propess đặt âm đạo ở thai kỳ trưởng thành.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang gồm 79 thai kỳ trưởng thành, có chỉ định khởi phát chuyển dạ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Nha Trang từ tháng 5/2022 đến tháng 8/2023 với đánh giá cổ tử cung bằng thang điểm Bishop. Thai kì trưởng thành có chỉ định khởi phát chuyển dạ khi điểm Bishop  $\leq 5$  điểm và không có chống chỉ định sinh đường âm đạo.

**Kết quả:** Tuổi thai trung bình ở nhóm thai phụ khởi phát chuyển dạ là  $39,7 \pm 1,1$  tuần với tỉ lệ thai kỳ con so chiếm 77,2%. Chỉ định khởi phát chuyển dạ do thai quá ngày dự sinh chiếm tỷ lệ cao nhất với 38%. Chỉ số Bishop trong 24 giờ đặt thuốc tăng lên so với trước khi đặt thuốc là 6,7 điểm. Tỉ lệ khởi phát chuyển dạ thành công ở thai kỳ trưởng thành có chỉ định khởi phát chuyển dạ là 88,6%. Khởi phát chuyển dạ đến pha tích cực là 86,1%. Tỉ lệ khởi phát chuyển dạ thành công sinh đường âm đạo là 62% tổng mẫu nghiên cứu. Tỉ lệ sản phụ sinh đường âm đạo trong vòng 12 giờ sau đặt Propess là 53,0%. Trong số 30/79 ca mổ lấy thai, chỉ định phẫu thuật vì cổ tử cung không tiến triển chiếm tỉ lệ cao nhất là 53,3%. Đa số các trường hợp khởi phát chuyển dạ bằng Propess đặt âm đạo đều không có tác dụng phụ nghiêm trọng và tai biến.

**Kết luận:** Khởi phát chuyển dạ bằng Propess đặt âm đạo là một phương pháp khởi phát chuyển dạ bằng thuốc an toàn và hiệu quả cao, ít tai biến.

**Từ khóa:** chỉ số Bishop, khởi phát chuyển dạ, Propess.

## Research on the effectiveness of labor induction with Propess at Vinmec Nha Trang International Hospital

Thái Bằng<sup>1\*</sup>, Đinh Thanh Hà<sup>1</sup>, Cao Xuân Thành<sup>1</sup>, Bùi Đức Hoàn<sup>1</sup>, Nguyễn Như Thu Trúc<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Vinmec Nha Trang International Hospital

### Abstract

**Objectives:** Evaluating the effectiveness of labor induction using vaginal Propess in adult pregnancy.

**Materials and Methods:** Cross-sectional study including 79 adult pregnancies, with indications for induction of labor at Vinmec Nha Trang International General Hospital from May 2022 to August 2023 with cervical assessment using the Bishop score. In an adult pregnancy, induction of labor is indicated when the Bishop score is  $\leq 5$  points and there are no contraindications to vaginal birth.

**Results:** The average gestational age in the group of women with induction of labor was  $39.7 \pm 1.1$  weeks with the rate of nulliparous pregnancies accounting for 77.2%. Indications for labor induction due to pregnancy exceeding the due date account for the highest rate at 38%. The Bishop index within 24 hours of drug administration increased by 6.7 points compared to before drug administration. The rate of successful induction of labor in adult pregnancies with indications for induction of labor is 88.6%. Induction of labor to the active phase was 86.1%. The rate of successful labor induction and vaginal birth was 62% of the total study sample. The rate of women giving birth vaginally within 12 hours after Propess insertion is 53.0%. Among 30/79 cesarean sections, the indication for surgery because the cervix did not progress accounted for the highest rate of 53.3%. Most cases of labor induction using vaginal Propess do not have serious side effects or complications.

**Conclusion:** Induction of labor using vaginal Propess is a safe and highly effective method of initiating labor with medication, with few complications.

**Keyword:** Bishop index, labor induction, Propess.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là sự kích thích gây ra cơn co tử cung trước khi xuất hiện chuyển dạ tự nhiên, đó là một thủ thuật được áp dụng phổ biến trong thực hành lâm sàng sản khoa [1]. Theo Tổ chức Y tế thế giới và Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật, tỷ lệ khởi phát chuyển dạ đã tăng lên kể từ năm 1990 và chiếm 25% của tất cả phụ nữ mang thai ở các nước phát triển [2]. Trong một thập kỷ vừa qua, tỷ lệ khởi phát chuyển dạ trên thai kỳ đủ tháng tăng gấp đôi từ khoảng 9% lên 23% tại Hoa Kỳ [3] và từ 10% đến 20,4% tại Trung Quốc [4]. Mục tiêu của khởi phát chuyển dạ là làm chín muồi cổ tử cung, thúc đẩy cơn co tử cung và đạt được thành công sinh đường âm đạo. Khi cổ tử cung chưa chín muồi, khởi phát chuyển dạ sẽ có tỷ lệ thất bại cao, chủ yếu do cổ tử cung không tiến triển, chuyển dạ kéo dài gây dễ gây suy thai, tăng tỉ lệ mổ lấy thai, tăng nguy cơ biến chứng khác trên mẹ và thai. Có nhiều phương pháp khởi phát chuyển dạ khác nhau, chia thành 2 nhóm: thuốc (prostaglandin E1, E2, oxytocin...) và cơ học (lóc ối, thông Foley, bóng đôi, bóng đôi cả tiến...), mục đích là kích thích cơn co và làm chín muồi cổ tử cung. Tuy nhiên mỗi phương pháp đều tiềm ẩn những nguy cơ rủi ro khác nhau có hại cho kết cục mẹ và thai, như cơn co tử cung cường tính, vỡ tử cung, nhiễm trùng...[5]. Vì thế, việc tìm ra phương pháp khởi phát chuyển dạ tối ưu vẫn hết sức cần thiết.

Prostaglandin E2 (PGE2), còn được gọi là dinoprostone, là loại prostaglandin duy nhất được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ phê duyệt để làm chín muồi cổ tử cung khi khởi phát chuyển dạ [6]. Hiện nay, dinoprostol đã được chứng minh là chất làm chín muồi cổ tử cung an toàn và hiệu quả cho khởi phát chuyển dạ, do đó đã được sử dụng rộng rãi trong các cơ sở y tế tại nhiều quốc gia [7]. Nó cho phép phóng thích chậm PGE2 ngoại sinh để thúc đẩy sự xóa mở cổ tử cung, từ đó tạo điều kiện thuận lợi cho việc tổng hợp và giải phóng PGE2 nội sinh. Propess là dạng bào chế đặt âm đạo có phóng thích kiểm soát (0.3mg/giờ; 10mg dự trữ) của dinoprostone, được sử dụng để làm chín muồi cổ tử cung. Thiết kế độc đáo của băng thu hồi làm cho Propess có thể rút ra khỏi âm đạo khi bắt đầu chuyển dạ thực sự hoặc ngay xảy ra bất kỳ phản ứng bất lợi nào. Prostaglandin tham gia vào cả quá trình chín muồi cổ tử cung và cơn co bóp tử cung, do đó nâng cao khả năng thành công tỷ lệ sinh đường âm đạo. Propess đặt âm đạo cũng đã được chứng minh là có hiệu quả trong việc khởi phát chuyển dạ ở thai đủ tháng với cổ tử cung không thuận lợi [8]. PGE2 cải thiện quá trình chín muồi cổ tử cung và giảm truyền oxytocin đường tĩnh mạch cũng như hạn chế tổng xuất phân su vào nước ối khi so với nhóm dùng giả dược/không điều trị, hơn nữa tỉ lệ sinh đường âm đạo trong vòng 24 giờ ở nhóm dùng Propess cao hơn đáng kể so với nhóm dùng giả dược [7]. Đối chiếu với nhóm bệnh nhân dùng oxytocin đường tĩnh mạch, bệnh nhân

dùng Propess đặt âm đạo cho thấy tỷ lệ sinh đường âm đạo cao hơn [9]. Tính đến thời điểm hiện tại, đã có nhiều bệnh viện lớn trên cả nước như Bệnh viện Trường ĐH Y dược Huế, Bệnh viện Từ Dũ, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ... tiên phong triển khai Propess trong khởi phát chuyển dạ.

Bệnh viện ĐKQT Vinmec Nha Trang trong những năm gần đây cũng đã áp dụng phương pháp khởi phát chuyển dạ bằng Prostaglandin E2 (Propess) đặt âm đạo cho các trường hợp thai kỳ có nguy cơ cao như tiền sản giật, thai quá ngày dự sinh, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, thiếu ối, đa ối có chỉ định chấm dứt thai kỳ. Nhằm đánh giá hiệu quả, tính an toàn cũng như khả năng làm gia tăng các trường hợp được sinh đường âm đạo của phương pháp khởi phát chuyển dạ này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: đánh giá hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng Propess đặt âm đạo ở thai kỳ trưởng thành.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ mang thai trưởng thành có chỉ định chấm dứt thai kỳ tại Bệnh viện ĐKQT Vinmec Nha Trang từ tháng 5/2022 đến tháng 8/2023.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tuổi thai  $\geq 37$  tuần 0/7 ngày, dựa theo ngày đầu kỳ kinh cuối cùng hoặc dựa theo kết quả siêu âm tính tuổi thai trong quý 1 của thai kỳ.

Đơn thai sống, ngôi chỏm.

Có chỉ định chấm dứt thai kỳ qua đường âm đạo như: thiếu ối, đa ối, đái tháo đường thai kỳ, thai quá ngày dự sinh, tiền sản giật nhẹ, thai chậm tăng trưởng độ I, Non-stress test nghi ngờ, ối vỡ non

Chưa có chuyển dạ, chỉ số Bishop  $\leq 5$  điểm.

Không có biểu hiện nhiễm khuẩn: sốt, nước ối có mùi hôi, bạch cầu đa nhân trung tính tăng, CRP tăng.

Không có biểu hiện của tình trạng suy thai, không có sa dây rốn.

Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Đã có chuyển dạ

Bệnh lý mẹ kèm theo nặng (tiền sản giật nặng, sản giật, bệnh lý tim mạch nặng, suy thận...).

Tử cung có sẹo mổ cũ, tử cung dị dạng, khối u tiền đạo

Bất tương xứng đầu chậu

Thai dị dạng, rau tiền đạo

Có tiền sử dị ứng Prostaglandin.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

#### 2.1.4. Cỡ mẫu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ. Tất cả sản phụ được khởi phát chuyển dạ bằng Propess trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn được tham gia vào nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Có 79 sản phụ tham gia vào nghiên cứu

### 2.1.5. Các bước tiến hành

#### Bước 1: Chọn bệnh nhân và tiến hành đặt thuốc

- Hỏi, khám bệnh toàn thân, khung chậu, cổ tử cung, Bishop, chỉ định khởi phát chuyển dạ chấm dứt thai kỳ
- Làm các xét nghiệm cận lâm sàng, SA Doppler màu, CTG
- Tư vấn, đặt Propess 10 mg vào túi cùng sau âm đạo
- Theo dõi CTG mỗi 6h hoặc đau bụng, ra dịch âm đạo.
- Rút thuốc ra sau 24 h hoặc khi vào chuyển dạ, suy thai, cơn co cường tính

#### Bước 2: Đánh giá sau điều trị

Đánh giá các yếu tố chuyển dạ, sự biến đổi chỉ số Bishop và kết quả khởi phát chuyển dạ.

Đánh giá thời gian từ lúc đặt thuốc đến khi sinh đường âm đạo.

Đánh giá kết cục thai kỳ: tỉ lệ sinh âm đạo/mổ lấy thai sau khởi phát chuyển dạ.

Đánh giá các tác dụng phụ của thuốc trên mẹ và thai nhi.

#### 2.2.4. Tiêu chuẩn đánh giá thành công, thất bại

Thời điểm đánh giá: tối đa 24 giờ sau đặt thuốc.

- *Chín mười cổ tử cung*: Chỉ số Bishop  $\geq 6$  điểm.

- *Khởi phát chuyển dạ thành công*:

Chuyển dạ thực sự khi thỏa mãn các điều kiện sau:

+ Xuất hiện cơn co tử cung hữu hiệu: ít nhất từ 2 - 3 cơn co trong thời gian 10 phút, mỗi cơn co kéo dài ít nhất trong thời gian 20 giây, cường độ cơn co lớn hơn 25 mmHg và sản phụ có cảm giác đau bụng.

+ Cổ tử cung xóa > 70%, mở  $\geq 2$ cm.

+ Có thành lập đầu ối.

+ Có sự tiến triển của ngôi thai.

Trên cơ sở đó, tiêu chuẩn thành công được chia làm 3 mức độ:

Mức độ 1: chuyển dạ thành công pha tiềm tàng (cổ tử cung mở < 4 cm).

Mức độ 2: chuyển dạ thành công pha tích cực (cổ tử cung mở 4 - 10 cm).

Mức độ 3: sinh đường âm đạo.

Khởi phát chuyển dạ thất bại:

+ Không khởi phát được chuyển dạ trong vòng 24 giờ đặt thuốc

+ Phải dùng theo dõi vì các diễn biến bất thường của mẹ và thai nhi như là: dọa vỡ tử cung, bệnh nhân không hợp tác, ối vỡ sớm, thai suy... mà chưa gây được chuyển dạ.

Tai biến:

+ Cơn co tử cung cường tính

+ Vỡ tử cung

+ Suy thai cấp

+ Ngạt sơ sinh

+ Băng huyết sau sinh

Xử lý số liệu bằng phần mềm MS Excel 2010, SPSS 20. Sử dụng Paired – Sample T Test để so sánh sự thay

đổi giá trị biến trước và sau thực hiện nghiên cứu. Sử dụng test Chi - Square để phân tích mối tương quan giữa các biến.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

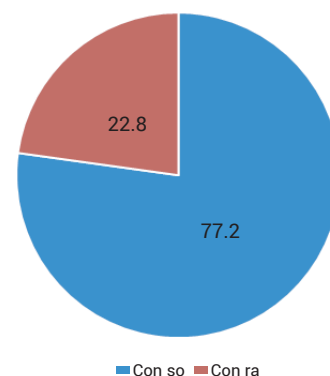
### 3.1. Tuổi mẹ

**Bảng 1.** Phân bố theo tuổi mẹ

Tuổi	N	%
< 20	1	1,3
20 - 29	43	54,4
30 - 39	35	44,3
Tổng	79	100
X $\pm$ SD (tuổi)	29,4 $\pm$ 4,4	

Nhóm tuổi 20 - 29 chiếm tỉ lệ cao nhất (54,4%). Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 29,4  $\pm$  4,4 tuổi.

### 3.2. Số lần sinh



**Biểu đồ 1.** Phân bố theo số lần sinh

Tỉ lệ con so là 77,2%, cao hơn tỉ lệ con rạ là 22,8%.

### 3.3. Tuổi thai

**Bảng 2.** Phân bố theo tuổi thai

Tuổi thai (tuần)	N	%
37 - < 40	43	54,4
$\geq 40$	36	45,6
Tổng	79	100
X $\pm$ SD (tuần)	39,7 $\pm$ 1,1	

Tuổi thai từ 37 đến dưới 40 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất với 54,4%. Tuổi thai  $\geq 40$  chiếm tỉ lệ thấp hơn là 45,6%.

### 3.4. Chỉ định khởi phát chuyển dạ

**Bảng 3.** Phân bố theo chỉ định khởi phát chuyển dạ

Chỉ định KPCD	N	%
Thai quá ngày dự sinh	30	38
Tiền sản giật không có dấu hiệu nặng	4	5
Đái tháo đường	1	1,3

Thai chậm tăng trưởng	13	16,5
Ối vỡ non	5	6,3
Đa ối	3	3,8
Thiếu ối	16	20,3
NST nghi ngờ	7	8,8
Tổng	79	100

Chỉ định khởi phát chuyển dạ do thai quá ngày dự sinh chiếm tỷ lệ cao nhất với 38%.

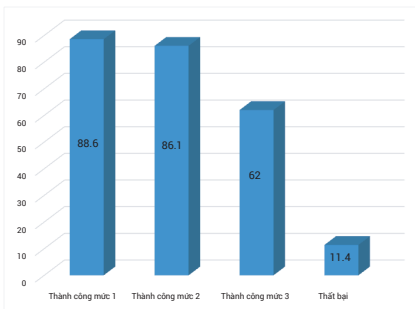
### 3.5. Thay đổi chỉ số Bishop trước và sau khởi phát chuyển dạ

**Bảng 4.** Thay đổi chỉ số Bishop trước và sau khởi phát chuyển dạ

Chỉ số Bishop	X ± SD (điểm)	P
Trước khởi phát chuyển dạ	1,9 ± 1,6	
Sau khởi phát chuyển dạ	8,6 ± 2,6	< 0,001
Thay đổi trung bình của chỉ số Bishop	6,7	

Chỉ số Bishop trước và sau khi đặt thuốc có sự thay đổi đáng kể. Trung bình, chỉ số Bishop trong 24 giờ đặt thuốc tăng lên so với trước khi đặt thuốc là 6,7 điểm. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$

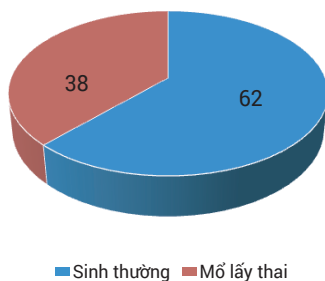
### 3.6. Kết quả khởi phát chuyển dạ



**Biểu đồ 2.** Kết quả khởi phát chuyển dạ

Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thất bại là 11,4%. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công là 88,6%. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công sinh đường âm đạo là 62% tổng mẫu nghiên cứu.

### 3.7. Phân bố cách thức sinh



**Biểu đồ 3.** Cách thức sinh của sản phụ

Trong nghiên cứu có 49 ca sinh thường đường âm đạo, chiếm 62% tổng số ca khởi phát chuyển dạ bằng Propess. Tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 38% với 30 ca.

### 3.8. Tỷ lệ sinh đường âm đạo tính theo thời gian

**Bảng 5.** Tỷ lệ sinh đường âm đạo tính theo thời gian

Thời gian (giờ)	N	%
< 6	3	6
6 - 12	23	47
> 12	23	47
Tổng	49	100

Trong số 49 ca sinh thường đường âm đạo, có 6% sản phụ sinh trước 6 giờ, 47% sản phụ sinh trong thời gian từ 6 - 12 giờ và 47% sản phụ sinh sau 12 giờ.

### 3.9. Nguyên nhân mổ lấy thai

**Bảng 6.** Nguyên nhân mổ lấy thai

Nguyên nhân	N	%
Cơ co tử cung cường tính	2	6,7
Cổ tử cung không tiến triển	16	53,3
Ngôi không lọt	4	13,3
Thai suy	8	26,7
Tổng	30	100

Trong số 30 ca mổ lấy thai, chỉ định phẫu thuật vì cổ tử cung không tiến triển chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,3%. Chỉ định phẫu thuật vì cơ co tử cung cường tính chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6,7%.

### 3.10. Các bất thường về cơ co tử cung

**Bảng 7.** Các bất thường về cơ co tử cung

Đặc điểm cơ co tử cung	N	%
Cơ co không đồng bộ	5	6,3
Cơ co bình thường	72	91,2
Cơ co cường tính	2	2,5
Tổng	79	100

Các ca có cơ co tử cung trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất với 91,2%. Tỷ lệ cơ co không đồng bộ và cơ co cường tính lần lượt là 6,3% và 2,5%.

### 3.11. Chỉ số APGAR sau sinh

**Bảng 8.** Chỉ số APGAR

Chỉ số APGAR (điểm)	N	%
≤ 7	1	1,3
> 7	78	98,7
Tổng	79	100

98,7% trẻ sơ sinh ra đời có chỉ số APGAR trên 7 điểm.

### 3.12. Các tác dụng phụ trên sản phụ

**Bảng 9.** Các tác dụng phụ của Propess

Tác dụng phụ	N	%
Sốt	3	3,8
Không có	76	96,2
Tổng	79	100

Tỷ lệ sản phụ xuất hiện sốt sau khi đặt Propess là 3,8%, ngoài ra không gặp các tác dụng phụ khác.

### 3.13. Các tai biến khi dùng Propess

**Bảng 10.** Các tai biến khi dùng Propess

Tai biến	N	%
Cơ co cứng tính	2	2,5
Thai suy	7	8,9
Không có	70	88,6
Tổng	79	100

Cơ co tử cung cường tính ghi nhận được ở 2 ca, chiếm tỷ lệ 2,5%. Có 7 ca thai suy chiếm tỷ lệ 8,9%. Không ghi nhận trường hợp nào có tai biến nặng nguy hiểm.

## 4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi là  $29,4 \pm 4,4$ . Tuổi nhỏ nhất là 18 và tuổi lớn nhất là 38, nhóm tuổi 20 - 29 chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,4%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Phạm Chí Kong là  $27,6 \pm 4,8$  tuổi [10] và tác giả Nguyễn Quỳnh Trang tuổi thai trung bình là  $27,6 \pm 4,8$  tuổi [11]. Độ tuổi 20-29 chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu, thuộc vào lứa tuổi trưởng thành và sinh sản. Số trường hợp con so chiếm đa số 77,2%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc (80%) [17] và Vũ Văn Tâm 97% [12]. Tuổi thai trung bình là  $39,7 \pm 1,1$  tuần, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Trang là  $40,7 \pm 0,7$  tuần [11]. Trong đó, tuổi thai  $\geq 40$  tuần chiếm tỷ lệ 45,6%. 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 [13].

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số chỉ định khởi phát chuyển dạ là thai quá ngày dự sinh (38%), thiếu ối chiếm có 20,3%, thai chậm tăng trưởng chỉ có 16,5%. Kandemir Omer và cs (2015) đánh giá hiệu quả của KPCD bằng PGE2 tại Thổ Nhĩ Kỳ trong 4 năm trên 2090 sản phụ đơn thai, > 37 tuần, Bishop < 4. Kết quả có 1172 trường hợp con so, 918 trường hợp con rạ. Tỷ lệ thai quá ngày 67,2%; thiếu ối 11,8%; thai chậm tăng trưởng 9,7%; tiền sản giật 6,8% và ối vỡ non 4,4% [14].

Tình trạng cổ tử cung là yếu tố quan trọng nhất để khởi phát chuyển dạ. Khi cổ tử cung chưa chín muồi, cuộc chuyển dạ thường kéo dài, gây nhiều biến cố và làm tăng tỷ lệ can thiệp. Khi chuyển dạ thực sự, cổ tử cung có những thay đổi được coi là chín muồi, thuận

lợi cho quá trình chuyển dạ. Chỉ số Bishop là yếu tố khách quan để đánh giá tình trạng cổ tử cung khi khởi phát chuyển dạ và theo dõi mức độ tiến triển của quá trình chuyển dạ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số Bishop trung bình trước và sau đặt thuốc có sự thay đổi rõ rệt. Chỉ số Bishop trước khi KPCD là  $1,9 \pm 1,6$ , chỉ số Bishop sau khi KPCD là  $8,6 \pm 2,6$ . Đó là cơ sở để khẳng định Propess là một trong những thuốc rất có hiệu quả trong việc làm thay đổi tình trạng cổ tử cung để cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi. Một số nghiên cứu của tác giả khác cũng ghi nhận sự thay đổi chỉ số Bishop rõ trước và sau dùng thuốc. Theo nghiên cứu của Phạm Chí Kong, chỉ số Bishop đã tăng từ  $2,7 \pm 1,3$  trước KPCD lên  $8,6 \pm 4,2$  sau KPCD [10]. Còn trong nghiên cứu của Dương Mỹ Linh, chỉ số này đã tăng từ  $2,9 \pm 0,9$  trước KPCD lên  $8,5 \pm 2,5$  sau KPCD [15].

Tỷ lệ KPCD thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 88,6%, trong đó thành công mức độ 2 có 68 ca, chiếm tỷ lệ 86,1%; thành công mức độ 3 (sinh đường âm đạo) có 49 ca, chiếm tỷ lệ 62%. Tỷ lệ KPCD thành công này cao hơn nghiên cứu của Vũ Văn Vinh (2012) nghiên cứu KPCD bằng PGE2 trên 70 thai phụ thiếu ối tại BV Phụ sản Hà Nội thì tỷ lệ thành công 87,1% [16] và của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc có tỷ lệ thành công là 80% [17]. Nhưng thấp hơn nghiên cứu Lê Quang Hòa là 91,2% [18]. Tỷ lệ thất bại của chúng tôi là 11,3% gồm có 9 trường hợp: trong đó có 5 trường hợp không đáp ứng với Propess, không gây chín muồi cổ tử cung và không tạo nên cơn co tử cung; 4 trường hợp còn lại xuất hiện tình trạng co tử cung cường tính kèm thai suy, đã được rút thuốc và giảm go nhưng không hiệu quả.

Tỷ lệ sinh thường đường âm đạo trong nghiên cứu của chúng tôi là 62%, thấp hơn của tác giả Vũ Văn Tâm là 77,78% [12] và Vũ Văn Vinh là 82,9% [16]. Tuy nhiên, tỷ lệ này lại cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của các tác giả Phạm Chí Kong là 51,3% [10], Nguyễn Quỳnh Trang là 59,5% [11] và Đỗ Thị Minh Nguyệt là 37,9% [19]. Không có trường hợp nào sinh giúp.

Trong số 79 trường hợp nghiên cứu, có 49 trường hợp sinh thường đường âm đạo, trong đó có 6% sản phụ sinh trước 6 giờ, 47% sản phụ sinh trong thời gian từ 6 - 12 giờ và 47% sản phụ sinh sau 12 giờ. Như vậy tỷ lệ sinh thường đường âm đạo trước 12 giờ trong nghiên cứu của chúng tôi là 53%. So sánh với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác, Nguyễn Mạnh Trí ghi nhận tỷ lệ sinh thường âm đạo trước 12 giờ là 92% [20], Lê Quang Hòa là 86,7% [18]. Dựa vào các kết quả nghiên cứu trên, có thể tiên lượng được mốc thời gian trong quá trình khởi phát chuyển dạ từ đó đánh giá những tiến triển của cuộc chuyển dạ và có những sự điều chỉnh phù hợp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 30/79 trường hợp phải chỉ định mổ lấy thai. Trong đó, chiếm tỷ lệ cao nhất là do cổ tử cung không tiến triển với tỷ lệ là 53,3%. Có thể đối với những sản phụ đáp ứng tốt với Propess

thì gây được chuyển dạ thành công thực sự, những sản phụ đáp ứng kém hoặc không đáp ứng với Propess không làm cố tử cung tiến triển thêm được. Chỉ định mổ vì thai suy chiếm 26,7% trong các nguyên nhân mổ lấy thai. Đối tượng nghiên cứu phần lớn là những trường hợp thai quá ngày dự sinh, vì thế chức năng bánh rau giảm, hiện tượng tắc mạch trong gai rau tăng, làm giảm diện tích trao đổi chất dinh dưỡng của gai rau, làm thiếu oxy nên khi có chuyển dạ thì tỷ lệ suy thai trong tử cung sẽ cao hơn.

Tác dụng chính của Propess đặt âm đạo là gây nên chín muồi cổ tử cung và tạo nên cơn co tử cung. Trong 79 trường hợp nghiên cứu của chúng tôi, đa số các ca có cơn co tử cung trong giới hạn bình thường, chiếm tỉ lệ 91,2%, cơn co cường tính chiếm khoảng 17,9%. So sánh với các nghiên cứu khác, theo Nguyễn Mạnh Trí (2014) tỉ lệ cơn co tử cung cường tính chiếm 0,8% [20], theo Vũ Văn Vinh (2012) 4,3% [16], khá tương đồng so với nghiên cứu của chúng tôi.

Có 78/79 trường hợp trẻ sơ sinh của các sản phụ được sử dụng Propess đặt âm đạo để khởi phát chuyển dạ có chỉ số Apgar  $\geq 7$  điểm tại thời điểm 1 phút và 5 phút, chiếm tỉ lệ 98,7%. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu khác, như Zhao (2016) với tỉ lệ trẻ sơ sinh có Apgar  $\geq 7$  chiếm 99,6% [21], Huỳnh Nguyễn Khánh Trang với tỉ lệ 98,1% [22].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tác dụng phụ sau khi đặt Propess âm đạo để KPCD là sốt chiếm 3,8% và không gặp các tác dụng phụ ngoại ý khác. Tác dụng phụ này nhìn chung không quá trầm trọng và có thể chấp nhận, không có trường hợp nào bỏ nghiên cứu vì tác dụng phụ của thuốc. So sánh với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác không có nhiều sự khác biệt: Lê Quang Hòa là 3,3% [18], Đỗ Thị Minh Nguyệt là 6,7% [19], Phạm Chí Kong là 5,1% [10]. Về tai biến, trong nghiên cứu, đa số không có tai biến. Cơn co tử cung cường tính ghi nhận được 2/79 ca, tỉ lệ 2,5%. Có 7 ca thai suy với 8,9%. Không ghi nhận tai biến nặng nguy hiểm khác như vỡ tử cung, thai ngạt, băng huyết sau sinh. Điều này đã cho thấy tính an toàn của Propess khi khởi phát chuyển dạ.

## 5. KẾT LUẬN

Khởi phát chuyển dạ bằng Propess đặt âm đạo là một phương pháp khởi phát chuyển dạ bằng thuốc an toàn và hiệu quả cao, ít tai biến. Do đó, chúng tôi muốn khuyến cáo áp dụng phương pháp này cho các sản phụ có chỉ định chấm dứt thai kỳ có thêm sự lựa chọn để hạn chế tỉ lệ mổ lấy thai, giảm nguy cơ biến chứng bất lợi trên mẹ và thai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ, et al. Births: final data for 2013. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National

- Center for Health Statistics, National Vital Statistics System. Nat Vital Statist Rep. 2015;64(1):1–65.
2. WHO WHO recommendations for induction of Labour. Vol. 1. Geneva, Switzerland: WHO; 2011. p. 19–19.
3. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: final data for 2008. Natl Vital Stat Rep Centers Dis Contr Prev Natl Center Health Stat Natl Vital Stat Syst. 2010;59(1):3–71.
4. Vogel JP, Souza JP, Gulmezoglu AM. Patterns and outcomes of induction of labour in Africa and Asia: a secondary analysis of the WHO global survey on maternal and neonatal health. PLoS One. 2013; 8(6):e65612.
5. Aghideh FK, Mullin PM, Ingles S, et al. A comparison of obstetrical outcomes with labor induction agents used at term. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014;27(6):592–596.
6. Church S, Van Meter A, Whitfield R. Dinoprostone compared with misoprostol for cervical ripening for induction of labor at term. J Midwif Womens Health. 2009;54(5):405–411.
7. Thomas J, Fairclough A, Kavanagh J, et al. Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(6):CD003101. doi: 10.1002/14651858.CD003101. pub3
8. Zeng X, Zhang Y, Tian Q, et al. Efficiency of dinoprostone insert for cervical ripening and induction of labor in women of full-term pregnancy compared with dinoprostone gel: a meta-analysis. Drug Discov Ther. 2015;9(3):165–172.
9. Chen W, Zhou Y, Pu X, et al. Evaluation of Propess outcomes for cervical ripening and induction of labour in full-term pregnancy. J Obstet Gynaecol. 2014;34(3):255–258.
10. Phạm Chí Kong, Bùi Thị Viễn Phương. Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng Propess đặt âm đạo. Tạp chí Phụ sản. 2021;19(01):38-47.
11. Nguyễn Quỳnh Trang. Đánh giá hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng Propess tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. 2021; Đại học Y Hà Nội: 58.
12. Vũ Văn Tâm. Khởi phát chuyển dạ: Cập nhật phương pháp sử dụng Prostaglandin E2 tại Bệnh viện Hải Phòng. Hội nghị Sản phụ khoa toàn quốc mở rộng. 2019.
13. F. Gary Cunningham (2014), "Induction and Augmentation of labor". Williams Obstetrics 24th edition 2014, The McGraw-ill, pp 523-531.
14. Kandemir\* Omer, Dede Hulya, Yalvac Serdar, Aldemir Oya, Yirci Bulent, Yerebasma Neslihan and Esin Sertac, "The Effect of Parity on Labor Induction with Prostaglandin E2 Analogue (Dinoprostone): An Evaluation of 2090 Cases", Journal of pregnancy and Child Health. 2015; 2(2): 35-40.
15. Dương Mỹ Linh. Kết quả khởi phát chuyển dạ bằng

Dinoprostone trên thai phụ có chỉ định chấm dứt thai kì.  
Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;529(08):334-338.

16. Vũ Văn Vinh. Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ của Prostaglandin E2 trên những thai phụ thiếu ối tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội. Luận văn Thạc sĩ Y khoa. 2012; Đại học Y Hà Nội:79

17. Nguyễn Bá Mỹ Ngọc. So sánh hiệu quả khởi phát chuyển dạ của prostaglandin E2 và ống thông Foley ở thai  $\geq 37$  tuần thiếu ối. Luận án Chuyên Khoa cấp II. 2014; Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh:82

18. Lê Quang Hòa, Đặng Đức Nhu, Nguyễn Thị Thơm. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả khởi phát của dạ của Prostaglandin E2 đối với thai quá dự kiến sinh. Tạp chí Phụ Sản. 2014;12(04):47-9.

19. Đỗ Thị Minh Nguyệt. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả khởi phát chuyển dạ bằng dinoprostone ở sản phụ có chỉ định chấm dứt thai kỳ tại bệnh viện phụ sản thành phố cần thơ năm 2019. Hội nghị khoa học công nghệ. 2020; 48-56.

20. Nguyễn Mạnh Trí, Trần Ngọc Đính. Tổng kết 1211 trường hợp khởi phát chuyển dạ của Cerviprime đối nhiều chỉ định khác nhau tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 6/2010 – 12/2011. Tạp chí Phụ Sản. 2014;12(04):50-2

21. Zhao L, Lin Y, Jiang TT, Wang L, Li M, Wang Y, et al. Vaginal delivery among women who underwent labor induction with vaginal dinoprostone (PGE2) insert: a retrospective study of 1656 women in China. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2019;32(10):1721-7

22. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, Tăng Thường Bản. Hiệu quả của propess làm chín muồi cổ tử cung và khởi phát chuyển dạ trên thai đủ trưởng thành tại bệnh viện Hùng vương. Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh. 2021;25(01):238-243