

Ngoài ra lực vai còn giúp duy trì kết quả điều trị lâu hơn, giảm khả năng tái phát bệnh.

4. Thay đổi về chức năng sinh hoạt hàng ngày

Sau điều trị, cả hai nhóm đều cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày. Những khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày của BN thường do đau, tầm vận động bị hạn chế và cơ bị teo do bất động lâu. Khi các yếu tố này được cải thiện qua điều trị thì việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng tốt hơn.

5. Hiệu quả điều trị chung

Sau 30 ngày điều trị, nhóm NC đạt hiệu quả tốt chiếm 47,67%, khá đạt 50%, trung bình đạt 3,33%, nhóm Chứng đạt hiệu quả tốt chiếm 30%, khá chiếm 66,67%, trung bình chiếm 3,33%. Không có trường hợp nào đạt kết quả kém. Hiệu quả điều trị giữa hai nhóm không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Hiệu quả điều trị chung là tác dụng cộng gộp của phương pháp cấy chỉ và vận động trị liệu. Đối với VQKV thể đơn thuần, nếu không điều trị bệnh có khả năng tự phục hồi. Tuy nhiên, mức độ và thời gian tự phục hồi ở mỗi BN lại khác nhau, tùy thuộc mức độ tổn thương, các bệnh kèm theo, dinh dưỡng, thể lực, điều kiện công việc, hoạt động hàng ngày... Do vậy, nếu không điều trị, thời gian bệnh tự phục hồi sẽ kéo dài hơn, bệnh dễ tái phát hơn, ảnh hưởng đến khả năng lao động, chất lượng cuộc sống hàng ngày của người bệnh và việc điều trị sau đó sẽ khó khăn hơn. Vận động trị liệu là phương pháp không kém phần quan trọng, nói cách khác là không thể thiếu trong điều trị bệnh khớp nhằm mục đích phục hồi vận động khớp và khả năng lao động của người bệnh, hạn chế tình trạng tàn phế và bế tắc trong cuộc sống. Cả hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu và nhóm chứng, chúng tôi

đều dùng phác đồ nền là vận động trị liệu. Từ đó có thể thấy, phương pháp cấy chỉ và phương pháp điện châm có hiệu quả điều trị tương đương nhau trong điều trị VQKV thể đơn thuần. Đây sẽ là cơ sở để các bác sỹ điều trị có thể lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp cho từng bệnh nhân.

6. Trong suốt quá trình điều trị, nhóm nghiên cứu không có bệnh nhân nào xuất hiện tác dụng không mong muốn.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi rút ra kết luận sau: Phương pháp Cấy chỉ kết hợp vận động trị liệu có hiệu quả tốt trong điều trị VQKV thể đơn thuần và không có tác dụng không mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wolf J.M. và Green A. (2002). Influence of comorbidity on self-assessment instrument scores of patients with idiopathic adhesive capsulitis. J Bone Joint Surg Am, 84(7), 1167 - 1173.
2. Huang C., Xie L., Lin Y. và cộng sự (2019). Effectiveness and safety of fire needle on periarthritis of shoulder: Protocol for a systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore), 98(20), e15673.
3. Nguyễn Thị Ngọc Lan (2012). Bệnh lý phần mềm quanh khớp. Bệnh học cơ xương khớp nội khoa. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr.163 - 176.
4. Lê Thuý Oanh (2010). Cấy chỉ (chôn chỉ catgut vào huyết châm cứu). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.43.
5. Constant C.R., Murley A.H. (1987). A clinical method of functional assessment of the shoulder. Clin Orthop Relat Res, (214), 160 - 164.
6. Khoa Y học Cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội (2013). Châm cứu và các phương pháp không dùng thuốc. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.192 - 203.

KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYÊN DẠ BẰNG PROPESS Ở THAI ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

NGUYỄN THỊ THU HỒNG¹, TẶNG VĂN DŨNG²,
ĐẶNG THỊ MINH NGUYỆT², ĐỖ XUÂN VINH¹
¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội
²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả khởi phát chuyên dạ (KPCD) bằng propeess đặt âm đạo ở thai đủ tháng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu 137 sản phụ có tuổi thai từ 38 đến

Chịu trách nhiệm: Tặng Văn Dũng
Email: dz.161012@gmail.com
Ngày nhận: 24/8/2021
Ngày phản biện: 23/9/2021
Ngày duyệt bài: 11/10/2021

42 tuần tại Khoa sản bệnh A4 và Khoa đẻ thường A2, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 07/2020 đến tháng 05/2021 được chỉ định KPCD bằng propess.

Kết quả: Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công mức 1 (CTC 3 cm, CCTC tần số 2-3) là 86,9%, trong đó có 69,3% đẻ đường âm đạo. Có 13,1% thất bại vì CCTC cường tính hoặc suy thai. Nhóm sản phụ có chỉ số Bishop từ 4 - 6 có khả năng KPCD thành công gấp 3 lần so với nhóm sản phụ có chỉ số Bishop ≤ 3 (95%CI = 0,99 - 9,07). Nhóm sản phụ đẻ con rạ có khả năng KPCD thành công gấp 4,21 lần so với nhóm đẻ con so (95%CI = 0,92 - 19,18). Nhóm sản phụ đẻ con rạ, sử dụng thuốc làm mềm CTC, sử dụng thuốc giảm co, làm giảm đau trong đẻ sau khi KPCD có tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao hơn.

Kết luận: Propess đặt âm đạo có hiệu quả cao trong việc gây chín muồi cổ tử cung và khởi phát chuyển dạ ở thai đủ tháng. Đa số các trường hợp không có tác dụng phụ nghiêm trọng và tai biến.

Từ khóa: Khởi phát chuyển dạ, chín muồi cổ tử cung, dinoprostone...

SUMMARY

EVALUATION OF PROPESS OUTCOMES FOR INDUCTION OF LABOUR IN TERM PREGNANCY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Study Objectives: This study was to investigate the efficiency of vaginal Propess as a methodology for cervical ripening and labour induction in term pregnant patients.

Subjects and methods: A prospective study on 137 term pregnancies (38 - 42 weeks of gestation), with indications for induction of labor at Department of delivery (A2) and Department of pathological obstetrics (A4) from 7/2020 to 5/2021.

Result: The rate of successful induction of labor of vaginal Propess in term pregnancy with indication of termination of pregnancy reached 86,9%, the rate of vaginal delivery was 69,3%. Factors associated with a successful induction of labor are Bishop score, OR = 3,95%CI[0,99-9,07], and number of births, OR = 4,21, 95%CI[0,92-19,18]. The groups of patients with previous delivery, combining with smooth muscle relaxant drugs, pain relief in labour have a higher rate of vaginal delivery.

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

The majority of cases do not have serious side effects and complications.

Keywords: Induction of labour, cervical ripening, dinoprostone...

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là một trong những thủ thuật phổ biến trong sản khoa hiện đại, với tỷ lệ chiếm khoảng 20% của tất cả chuyển dạ đẻ^[1]. Mục đích khởi phát chuyển dạ là để có được cơn co tử cung, làm cổ tử cung (CTC) được xóa mờ - đây là vấn đề thách thức các nhà sản khoa trên thế giới cũng như trong nước. Đã có nhiều nghiên cứu phương pháp làm mềm, mở cổ tử cung bằng cơ học, hóa học... Một trong những phương pháp có hiệu quả cao là sử dụng các dẫn chất Prostaglandin^[2]. Prostaglandin E2 (dinoprostone) bắt đầu được nghiên cứu sử dụng để làm chín muồi cổ tử cung và gây chuyển dạ từ đầu thập kỷ 70 của thế kỷ trước^[3]. Prostaglandin E2 (PGE2) làm chín muồi CTC thông qua cơ chế làm giãn các mạch máu nhỏ ở CTC; tăng sự thoái biến các sợi collagen; tăng hyaluronic acid, làm thay đổi chất nền CTC. So với misoprostol, dinoprostone sử dụng an toàn hơn, ít gây nên cơn co cường tính và suy thai^[4], vì vậy dinoprostone được FDA cho phép sử dụng trong khởi phát chuyển dạ. Ở Việt Nam, trước đây có sử dụng dinoprostone dạng gel bơm vào ống CTC (Cerviprime) để khởi phát chuyển dạ, đã thu được kết quả tương đối khả quan^[5], tuy nhiên thuốc này đã bị ngừng cung cấp từ năm 2014. Hiện nay, một sản phẩm PGE2 mới với tên gọi Propess được đưa vào sử dụng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Khoa Sản Bệnh viện Bạch Mai, và gần đây là Bệnh viện Phụ sản Hà Nội để khởi phát chuyển dạ. Đây là một hệ phân phối thuốc đặt âm đạo phóng thích PGE2 có kiểm soát. Để có cơ sở khẳng định tính hiệu quả của loại PGE2 này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu nhận xét kết quả khởi phát chuyển dạ bằng propess ở thai đủ tháng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

137 sản phụ có tuổi thai từ 38 đến 42 tuần tại Khoa sản bệnh A4 và Khoa đẻ thường A2, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 07 năm 2020 đến tháng 05 năm 2021.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

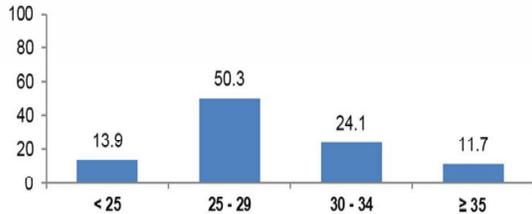
- Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, so sánh sự khác biệt bằng test χ^2 .

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ về quá trình nghiên cứu, tự nguyện tham gia và được đảm bảo bí mật thông tin. Kết quả nghiên cứu nhằm đưa ra kiến nghị để phục vụ bệnh nhân, nâng cao chất lượng điều trị.

KẾT QUẢ

1. Tuổi của sản phụ



Biểu đồ 1. Tuổi của sản phụ

Nhận xét:

- Nhóm tuổi 25 - 29 chiếm tỷ lệ cao nhất 50,3%, sau đó là nhóm 30 - 34 chiếm 24,1%.
- Sản phụ trẻ nhất 17 tuổi, cao nhất là 44 tuổi
- Tuổi trung bình đối tượng trong nghiên cứu là 28,63 ± 4,55.

2. Hiệu quả khởi phát chuyển dạ của Propress

Bảng 1. Tỷ lệ KPCD thành công

Kết quả KPCD	Phương pháp dễ		Phương pháp khác	
	n	%	n	%
Thành công mức 1	119	86,9	Đề đường âm đạo	95 69,3
			Mổ lấy thai	24 17,5
Thất bại	18	13,1	Mổ lấy thai	15 10,9
			Chuyển phương pháp khác	3 2,3
Tổng số	137	100	Tổng số	137 100

Nhận xét:

- Tỷ lệ KPCD thành công mức 1 (CTC 3cm, CCTC tần số 2-3) là 86,9%, trong đó có 69,3% đề đường âm đạo.
- Có 13,1% thất bại vì CCTC cường tính hoặc suy thai.

3. Mối liên quan giữa một số yếu tố với khả năng KPCD thành công mức 1

Bảng 2. Mối liên quan giữa một số yếu tố với khả năng KPCD thành công mức 1

Yếu tố	Thất bại (n=18)		Thành công (n=119)		OR (95% CI)	p
	n	%	n	%		
BMI						
BMI < 25	5	8,8	52	91,2	0,50 (0,17-1,48)	0,208
BMI ≥ 25	13	16,3	67	83,7		

Tuổi thai						
38 - 40	9	17,3	43	82,7	2,37 (0,88 - 6,39)	0,243
41 - 42	9	10,6	76	89,4		
Bishop						
≤ 3	6	26,1	17	73,9	3 (0,99-9,07)	0,042
4 - 6	12	10,5	102	89,5		
Số lần đẻ						
Con so	16	17,0	78	83,0	4,21 (0,92-19,18)	0,047
Con rạ	2	4,7	41	95,3		

Nhận xét:

- Nhóm sản phụ có chỉ số Bishop từ 4 - 6 có khả năng KPCD thành công gấp 3 lần so với nhóm sản phụ có chỉ số Bishop ≤ 3 (95%CI = 0,99 - 9,07).

- Nhóm sản phụ đẻ con rạ có khả năng KPCD thành công gấp 4,21 lần so với nhóm đẻ con so (95%CI = 0,92 - 19,18).

- Không tìm thấy mối liên quan giữa BMI, tuổi thai với khả năng KPCD thành công.

4. Mối liên quan giữa một số yếu tố với phương pháp đẻ

Bảng 3. Mối liên quan giữa một số yếu tố với phương pháp đẻ

Yếu tố	Đề đường âm đạo (n = 95)		Mổ lấy thai (n = 39)		OR (95% CI)	p
	n	%	n	%		
Tuổi thai						
38 - 40	40	76,9	12	23,1	1,84 (0,74-3,62)	0,223
41 - 42	55	67,1	27	32,9		
Số lần đẻ						
Con so	58	63,0	34	37,0	4,34 (1,56-12,09)	0,005
Con rạ	37	88,1	5	11,9		
Tình trạng ối						
Còn ối	84	70,6	35	29,4	0,87 (0,26-2,93)	0,826
Ôi vỡ	11	73,3	4	26,7		
Phối hợp thuốc mềm CTC						
Không	40	60,6	26	39,4	2,75 (1,26-6,00)	0,011
Có	55	80,9	13	19,1		
Papaverin						
Không	69	66,3	35	33,7	3,29 (1,07-10,19)	0,035
Có	26	86,7	4	13,3		
Truyền oxytocin						
Không	89	71,2	36	28,6	1,24 (0,29-5,21)	0,773
Có	6	66,7	3	33,3		
Giảm đau trong đẻ						
Không	25	52,1	23	47,9	4,03 (1,84-8,82)	0,001
Có	70	81,4	16	18,6		

Nhận xét:

- Nhóm sản phụ đẻ con rạ có tỷ lệ đề đường âm đạo gấp 4,34 lần so với nhóm đẻ con so (95%CI=1,56 - 12,09).

- Nhóm sản phụ sử dụng thuốc mềm CTC có tỷ lệ đề đường âm đạo gấp 2,75 lần so với nhóm không dùng (95%CI=1,26 - 6,00).

- Nhóm sản phụ sử dụng papaverin trong đẻ

có tỷ lệ đẻ đường âm đạo gấp 3,29 lần so với nhóm không dùng (95%CI=1,07 - 10,19).

- Nhóm sản phụ sử dụng giảm đau trong đẻ có tỷ lệ đẻ đường âm đạo gấp 4,03 lần so với nhóm không dùng (95%CI=1,84 - 8,82).

- Không tìm thấy mối liên quan giữa tuổi thai, tình trạng ối, truyền oxytocin với phương pháp đẻ.

5. Xử lý tai biến

Bảng 4. Xử lý tai biến

Tai biến	Hb (g/l)		Xử trí	Kết quả
	Trước đẻ	Sau đẻ		
Vỡ tử cung dưới phúc mạc	117	110	Khâu phục hồi cơ tử cung Không truyền máu	Ổn định
Chảy máu sau đẻ (Case 1)	123	83	Kiểm soát tử cung, thuốc tăng co tử cung Truyền 02 đơn vị khối hồng cầu	Ổn định
Chảy máu sau đẻ (Case 2)	128	100	Bơm bóng không kết quả, chuyển mổ thất động mạch tử cung, khâu mũi B-Lynch Truyền 03 đơn vị khối hồng cầu và 2 đơn vị Plasma	Ổn định

Nhận xét: Có 03 trường hợp xảy ra tai biến trong và sau đẻ, chiếm 2,2%.

BÀN LUẬN

Độ tuổi của các sản phụ trong nghiên cứu này tỷ lệ cao nhất ở nhóm 25-29 tuổi chiếm 50,3%, trung bình là 28,63 ± 4,55. Trong đó, sản phụ ít tuổi nhất là 17 tuổi và cao tuổi nhất là 44 tuổi. Theo nhiều nghiên cứu, khi gây chuyển dạ cho những sản phụ sinh con so thì tuổi sản phụ có ảnh hưởng rất lớn đến kết quả chín muồi CTC cũng như tình trạng trẻ sơ sinh sau đẻ. Nếu tuổi mẹ ≥ 35 thì tỷ lệ tử vong chu sinh 0,8%; và tuổi mẹ ≥ 40 thì tỷ lệ tử vong chu sinh 1%^[6]. Nhìn chung tuổi của sản phụ trong các nghiên cứu đều < 35 tuổi, là độ tuổi lý tưởng để sinh đẻ.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công mức 1 (CTC 3 cm, CCTC tần số 2-3) là 86,9%, trong đó có 69,3% đẻ đường âm đạo. Có 13,1% trường hợp thất bại, chủ yếu vì CCTC cường tính hoặc suy thai. Nghiên cứu gây chuyển dạ trên 137 thai phụ bằng Propess, chúng tôi nhận thấy những sản phụ có chỉ số bishop từ 4-6 có khả năng KPCD thành công gấp 3 lần so với nhóm sản phụ có chỉ số Bishop ≤3 (95%CI 0,99 - 9,07). Những sản phụ đẻ con rạ có khả năng KPCD thành công gấp 4,21 lần so với nhóm đẻ con so (95%CI 0,92-19,18). Tuy nhiên,

chưa tìm thấy mối liên quan giữa BMI, tuổi thai, tình trạng ối... với khả năng KPCD thành công. Khi gây chuyển dạ, số lần đẻ trước đó của sản phụ có ảnh hưởng rất lớn đến khả năng đẻ đường âm đạo thành công. Theo nhiều nghiên cứu, khi gây chuyển dạ ở sản phụ sinh con rạ, tỷ lệ thành công cao hơn, tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao hơn và thời gian cuộc chuyển dạ ngắn hơn so với những người sinh con so. Có sự khác biệt này là do CTC ở người sinh con rạ đã từng trải qua biến đổi cấu trúc nên dễ dàng thích nghi với những tác nhân dùng làm chín muồi CTC khi gây chuyển dạ hơn so với những sản phụ sinh con so CTC chưa biến đổi cấu trúc lần nào.

Điểm Bishop được tính dựa vào 5 yếu tố: sự đóng mở CTC, độ xóa CTC, mật độ CTC, tư thế CTC và độ lọt của ngôi so với khớp vệ, với thang điểm cho mỗi yếu tố từ 0 đến 3 điểm. Tổng điểm Bishop thấp nhất là 0 và cao nhất là 13 điểm. Đánh giá điểm Bishop là một tiêu chuẩn chính để lựa chọn sản phụ vào nghiên cứu, đồng thời cũng tiên lượng kết quả thành công khi gây chuyển dạ. Theo nhiều nghiên cứu thì điểm Bishop càng thấp thì càng khó khăn cho việc làm chín muồi CTC. Theo G. Ducarme (2013) nghiên cứu các yếu tố tiên lượng sự thất bại khi gây chuyển dạ bằng Propess ở 325 sản phụ thai quá ngày sinh, có 248/325 (76,3%) CTC chín muồi trong 24 giờ (là CTC mở ≥ 4 cm kèm theo CCTC xuất hiện đều đặn) và 77/325 (23,7%) không gây được chuyển dạ trong 24 giờ. Tác giả đã tìm ra một số yếu tố tiên lượng thất bại cho việc gây chuyển dạ trong 24 giờ là: sản phụ đẻ con so (p = 0,005); tuổi thai ≤ 41 tuần 4 ngày (p = 0,003); tiền sử nong CTC và nạo CTC (p = 0,0005). Tác giả cũng nhận thấy tỷ lệ thất bại cao khi gây chuyển dạ trong 24 giờ ở các sản phụ mang thai lần đầu, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê (p = 0,06). G. Ducarme thấy điểm Bishop cao hơn ở nhóm gây chuyển dạ thành công trong 24 giờ so với nhóm thất bại (3,6 so với 1,9; p = 0,001). Trong 5 yếu tố để tính điểm Bishop thì tình trạng CTC cứng và CTC đóng đều tiên lượng cho việc gây chuyển dạ thất bại trong 24 giờ (đều có p < 0,0001). Ngược lại 3 yếu tố: vị trí CTC, độ dài CTC, và độ cao của ngôi thai đều không có sự khác biệt giữa nhóm gây chuyển dạ thành công ≤ 24 giờ và nhóm thất bại. Tác giả cũng ghi nhận trọng lượng thai >4000 gr cũng là yếu tố dẫn đến thất bại cho quá trình gây chuyển dạ trong 24 giờ. Đồng thời tác giả cũng nhận thấy phần lớn thai nhi có giới tính nam ở nhóm chuyển dạ thành công <24 giờ, điều này cũng

được ghi nhận trong y văn^[7]. Theo Y. Daykan (2018), nghiên cứu hiệu quả gây chuyển dạ của Propess ở 169 sản phụ, thấy 2 yếu tố làm tăng tỷ lệ chín muồi CTC là: BMI thấp (25,5 + 4,9 so với 28,4 + 5,5; $p = 0,017$); BN đẻ con rạ ($p = 0,001$). BMI trong khoảng 30 - 34,9 làm tăng nguy cơ thất bại khi gây chuyển dạ ($p < 0,001$). Các yếu tố khác như tuổi mẹ, tuổi thai và số lần mang thai không ảnh hưởng đến tỷ lệ chín muồi CTC, mặc dù tác giả cũng nhận thấy số lần mang thai có sự khác nhau ở nhóm KPCD thành công và nhóm thất bại nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,054$); cũng như việc KPCD ở những sản phụ nhiều tuổi có xu hướng thất bại cao hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,086$). Tác giả ghi nhận những trường hợp có tiền sử gây chuyển dạ thành công ở lần sinh trước không có mối liên quan đến sự thành công khi KPCD lần này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có nhiều sản phụ sau khi tháo bỏ Propess không cần sử dụng thêm oxytocin truyền tĩnh mạch, do quá trình chuyển dạ diễn ra thuận lợi với CCTC đều đặn phù hợp với giai đoạn của chuyển dạ. Truyền oxytocin tĩnh mạch hỗ trợ gây chuyển dạ tiếp có 6/95 ở nhóm đẻ đường âm đạo trong đó có 05 sản phụ đẻ con so. Thời gian truyền oxytocin trung bình $3,98 \pm 2,93$ giờ, thời gian ngắn nhất 0,5 giờ, thời gian dài nhất 9,88 giờ. Tỷ lệ có phối hợp truyền oxytocin đẻ đường âm đạo thành công so với mổ lấy thai có cao hơn nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Những sản phụ sử dụng thuốc mềm CTC có tỷ lệ đẻ đường âm đạo gấp 2,75 lần so với nhóm không dùng (95%CI = 1,26 – 6,00). Những sản phụ sử dụng giảm đau trong đẻ có tỷ lệ đẻ đường âm đạo gấp 4,03 lần so với nhóm không giảm đau. Thuốc dùng để giảm đau ngoài màng cứng làm giãn cơ do đó làm cơ ở cổ tử cung giãn ra và mở nhanh hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ giảm đau trong đẻ chiếm 81,4% số sản phụ đẻ đường âm đạo. Tỷ lệ phối hợp các thuốc làm mềm CTC chiếm 57,9% trong số sản phụ đẻ đường âm đạo (con so 63,8%; con rạ 48,6%).

Trong quá trình theo dõi chuyển dạ cho 137 sản phụ bằng Propess, 97,8% trường hợp không có tai biến. Có 03 sản phụ chiếm 2,2% gặp phải các tai biến trong và ngay sau đẻ gồm 02 ca chảy máu sau đẻ, 01 ca vỡ tử cung dưới phúc mạc. Cụ thể, 01 trường hợp vỡ tử cung chảy máu sau đẻ được kiểm soát tử cung, dùng thuốc co tử cung và truyền 01 khối hồng cầu. Trường hợp vỡ tử cung chảy máu sau đẻ thứ

hai, chúng tôi đã kịp thời phát hiện và tích cực xử trí bằng phối hợp các biện pháp như kiểm soát tử cung, dùng thuốc co hồi tử cung, đặt bóng chèn buồng tử cung không kết quả buộc chúng tôi phải chuyển mổ, khâu thắt động mạch tử cung, khâu mũi B Lynch. Sau đó sản phụ ổn định, truyền 1050ml hồng cầu khối và 700ml plasma tươi... Trường hợp thứ ba sản phụ được theo dõi sát, tim thai ổn định, cơn co tử cung bình thường, CTC 5cm kéo dài >2 giờ được chỉ định mổ lấy thai. Khi mổ phát hiện vỡ tử cung dưới phúc mạc mặt trước tử cung. Bệnh nhân được mổ lấy thai, khâu phục hồi cơ tử cung, kháng sinh điều trị hậu phẫu. Bệnh nhân ổn định, không phải truyền máu, trẻ sơ sinh Apgar tốt.

KẾT LUẬN

Propess đặt âm đạo có hiệu quả cao trong việc gây chín muồi cổ tử cung và khởi phát chuyển dạ ở thai đủ tháng. Tỷ lệ gặp tác dụng không mong muốn và tai biến nghiêm trọng của Propess rất thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **RCOG** (2001). Induction of labour, In Evidence-based Clinical Guideline, London: RCOG Clinical Support Unit.
2. **Trần Ngọc Can** (1978), Đẻ khó do cơn co tử cung, Sản Phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, 165 - 168.
3. **Ashim C., et al** (1996). The physiopharmacology of labour, The management of labour, Orient Longman, 1 - 22.
4. **Krithika K.S., et al** (2008). Prospective randomised controlled trial to compare safety and efficacy with intracervical Cerviprime for induction of labour with unfavourable cervix, J Obstet Gynecol, Vol. 28(3), 294 - 297.
5. **Dương Hồng Chương** (2011). Nghiên cứu tác dụng gây chuyển dạ của Cerviprime trên thai phụ đủ tháng tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
6. **Phạm Thị Minh Đức** (2000). Sinh lý sinh sản nữ, Sinh lý học - Tập II- Nhà xuất bản Y học, 160 - 161.
7. **Ducarme, G., Chesnoy, V., & Petit, L.** (2013). Factors predicting unsuccessful labor induction with dinoprostone in post-term pregnancy with unfavorable cervix. Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction, 44(1), 28-33.
8. **Daykan. Y., Biron - Shental, T., Navve, D., Miller, N., Bustan, M., & Sukenik-Halevy, R.** (2018). Prediction of the efficacy of dinoprostone slow release vaginal insert (Propess) for cervical ripening: A prospective cohort study. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 44(9), 1739 - 1746.