

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG PROPESS TRÊN SẢN PHỤ ỒI VỖ NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2024

Đinh Thị Thu Trang^{1,2}, Nguyễn Thu Hà^{1}*

Lương Hoàng Thành^{1,2}, Lê Văn Đạt^{1,2}

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả khởi phát chuyển dạ (KPCD) bằng Propess trên sản phụ (SP) ồi vỡ non (OVN). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 56 SP OVN tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 01 - 12/2024 đủ điều kiện sinh ngã âm đạo được KPCD bằng Propess. Đánh giá kết quả trước và sau KPCD thông qua chỉ số Bishop, tỷ lệ sinh đường âm đạo, sinh mổ và các biến chứng xảy ra. **Kết quả:** Chỉ số Bishop sau khi đặt thuốc tăng lên so với trước khi đặt thuốc trung bình là 4,09 điểm. Tỷ lệ KPCD thành công cổ tử cung (CTC) mở > 3cm là 62,5%. Tỷ lệ KPCD thành công sinh đường âm đạo là 51,79% tổng mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ SP sinh đường âm đạo trong vòng 12 giờ sau đặt Propess là 68,96%. Trong số 27/56 ca mổ lấy thai, chỉ định phẫu thuật vì CTC không tiến triển chiếm tỷ lệ cao nhất (66,67%). Đa số các trường hợp KPCD bằng Propess đặt âm đạo đều không có tai biến, biến chứng nghiêm trọng. **Kết luận:** Propess đặt âm đạo có hiệu quả trong việc làm chín muồi CTC và gây chuyển dạ với những trường hợp SP OVN. Do những tác dụng ngoài ý muốn có thể xảy ra, việc dùng Propess để KPCD phải tuân thủ quy trình thực hiện và theo dõi chặt chẽ.

Từ khóa: Chỉ số Bishop; Khởi phát chuyển dạ; Ối vỡ non; Propess.

EVALUATION OF RESULTS OF LABOR INDUCTION BY PROPESS IN PREGNANT WOMEN WITH PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AT HA NOI OBSTETRIC AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

Abstract

Objectives: To evaluate the outcomes of labor induction using Propess in pregnant women with premature rupture of membranes (PROM). **Methods:** A retrospective,

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thu Hà (nguyenthuha.ump@gmail.com)

Ngày nhận bài: 05/5/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 30/6/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i6.1330>

cross-sectional descriptive study was conducted on 56 pregnant women with PROM at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2024, eligible for vaginal delivery and underwent labor induction by Propess. Outcomes before and after labor induction were assessed through changes in the Bishop score, rates of vaginal delivery, cesarean delivery, and associated complications. **Results:** The Bishop score increased by an average of 4.09 points after Propess administration compared to baseline. The success rate of cervical ripening (defined as cervical dilation $> 3\text{cm}$) was 62.5%. Successful labor induction leading to vaginal delivery was achieved in 51.79% of the study population. Pregnant women who delivered vaginally within 12 hours of Propess insertion accounted for 68.96%. Among the 27/56 cesarean deliveries, the most common indication for surgery was failure of cervical progression, accounting for 66.67% of cases. Most pregnant women who underwent labor induction by Propess experienced no serious adverse events or complications. **Conclusion:** Propess is effective in cervical ripening and labor induction in cases of premature rupture of membranes. Due to the potential adverse effects, the use of Propess for labor induction must follow strict protocols and be closely monitored.

Keywords: Bishop score; Labor induction; Premature rupture of membranes; Propess.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ôi vỡ non là tình trạng màng ối vỡ khi chưa có chuyển dạ, khác với ối vỡ sớm là tình trạng ối vỡ trong quá trình chuyển dạ trước khi CTC mở hết. OVN là tình trạng thường gặp trong thai nghén và là một trong những nguyên nhân phổ biến gây ra tình trạng đẻ non, tăng tỷ lệ bệnh tật và tử vong sau sinh. OVN chiếm khoảng 8 - 10% tổng số ca mang thai, là nguyên nhân của 1/3 số ca đẻ non, thường gây ra nhiều biến chứng cho SP và thai nhi [1]. Thái độ xử trí ở những trường hợp OVN còn chưa thống nhất giữa các nhà lâm sàng, đặc biệt

thời điểm nào nên chấm dứt thai kỳ để mang lại hiệu quả tốt nhất cho cả mẹ và thai nhi. Trong một số trường hợp, OVN xuất hiện các biến chứng hoặc phương án tiếp tục theo dõi thai không đem lợi ích so với những nguy cơ và biến chứng có thể đem lại thì chuyển dạ chủ động thông qua KPCD là cần thiết để giảm thiểu các biến chứng xảy ra cho mẹ và thai nhi. Nhiều phương pháp gây chuyển dạ đã được nghiên cứu và áp dụng, trong đó, Dinoprostone dạng đặt âm đạo (Propess) với ưu điểm dễ thu hồi, thuốc đã cho thấy nhiều ưu thế hơn về hiệu quả làm mềm mở CTC và được

chỉ định tại nhiều bệnh viện lớn trên cả nước. Để đánh giá hiệu quả cũng như tính an toàn của Propess trong việc KPCD trên SP OVN có chỉ định chấm dứt thai kỳ và đủ điều kiện sinh ngã âm đạo, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu nhằm: *Đánh giá kết quả KPCD bằng Propess đặt âm đạo ở SP OVN tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2024.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 56 SP được chẩn đoán là OVN, có chỉ định chấm dứt thai kỳ, nhập Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 01 - 12/2024.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* SP OVN có tuổi thai ≥ 24 tuần; một thai, ngôi chỏm, thai sống; tiền lượng đẻ đường âm đạo; không có dấu hiệu suy thai (stress test âm tính); SP chưa có dấu hiệu chuyển dạ (Monitoring sản khoa không có cơn co tử cung và Bishop CTC < 6 điểm); SP có hồ sơ bệnh án ghi đầy đủ thông tin theo yêu cầu của nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:* SP đã có chuyển dạ; SP mắc các bệnh lý nội khoa, sản khoa có chỉ định mổ lấy thai như tim mạch, hô hấp, tiền sản giật nặng, rau tiền đạo, rau bong non, u tiền đạo...; SP có sẹo cũ ở tử cung như sẹo mổ bóc u xơ tử cung trước đó, hoặc mổ

tạo hình tử cung, sẹo mổ lấy thai lần trước; SP bị ung thư CTC; SP có bất tương xứng giữa thai nhi và khung chậu người mẹ; SP có tiền sử dị ứng Prostaglandin.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

* *Các bước tiến hành:* Nghiên cứu hồi cứu dựa trên thu thập các số liệu có sẵn tại hồ sơ bệnh án được lưu tại Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 01 đến hết tháng 12/2024. Nghiên cứu thu thập số liệu dựa vào mẫu phiếu thu thập, các mục tiêu và các biến số nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn đánh giá thành công, thất bại:*

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

- Thành công mức độ 1:

+ Thành công: CTC mở ≥ 3 cm.

+ Thất bại: Gây chuyển dạ thất bại, CTC không tiến triển (CTC không mở thêm trong ít nhất 2 giờ đối với con so và con rạ). Phải dùng can thiệp vì chuyển dạ diễn biến bất thường khi CTC mở < 3 cm.

- Thành công mức độ 2: Đẻ đường âm đạo.

+ Thành công: Đẻ đường âm đạo, con sống.

+ Thất bại: Mổ lấy thai.

- Tai biến:

+ Vỡ tử cung: Tình trạng tử cung bị xé rách hoàn toàn hoặc một phần.

+ Con co tử cung cường tính: Theo dõi thấy có > 5 cơn co trong 10 phút, kéo dài liên tục trong 30 phút.

+ Tăng trương lực cơ tử cung.

+ Suy thai: Theo dõi tim thai bằng Doppler hoặc máy Monitoring sản khoa thấy tần số tim thai thấp < 110 nhịp/phút hoặc cao > 180 nhịp/phút hoặc có DIP II (nhịp giảm muộn) hoặc DIP biến đổi (nhịp giảm biến đổi).

+ Chảy máu sau đẻ: Khi lượng máu mất $> 500\text{mL}$ với SP đẻ thường hoặc 1.000mL với SP đẻ mổ.

+ Biểu hiện nhiễm trùng: SP sốt $\geq 38^\circ\text{C}$, mạch nhanh, nước ối màu đục, mùi hôi; xét nghiệm máu thấy bạch cầu tăng cao $> 15 \text{ G/L}$ trong khi KPCD và trong chuyển dạ.

** Propess và quy trình đặt âm đạo:*

- Propess là dạng bào chế đặt âm đạo của Dinoprostone, phóng thích kiểm soát được sử dụng để làm chín muồi CTC. Propess được bào chế dưới dạng 1 miếng hydrogel (mỏng, dài, kích thước $30 \times 10 \times 0,8\text{mm}$) có 10mg Dinoprostone được phân tán đồng đều trong chất nền, tốc độ phóng thích hằng định khoảng $0,3 \text{ mg/giờ}$ trong vòng 24 giờ.

- Quy trình đặt Propess âm đạo:

+ SP nằm trên bàn theo tư thế sản khoa.

+ Dùng nước muối sinh lý để bôi trơn âm đạo.

+ Đưa thuốc vào âm đạo: Kẹp đầu chứa thuốc giữa ngón trỏ và ngón giữa, đặt sâu vào cùng đồ sau.

+ Chính vị trí: Xoay tay $1/4$ vòng theo chiều kim đồng hồ, đẩy đầu chứa thuốc lên cao ở cùng đồ sau, xoay đầu đặt chứa thuốc nằm ngang.

+ Rút tay sao cho đầu chứa thuốc vẫn nằm ngang ở cùng đồ sau, để dây thu hồi thuốc đủ dài để dễ rút.

- Quản lý và chăm sóc SP sau khi đặt thuốc vào âm đạo và trong thời gian lưu thuốc ở âm đạo:

+ SP sau khi đặt thuốc vào âm đạo sẽ nằm nghỉ 30 phút, sau đó sẽ theo dõi tim thai và cơn co tử cung 60 phút bằng Monitoring sản khoa.

+ Định kỳ 6 tiếng/lần thực hiện: Monitoring sản khoa 30 phút (theo dõi tim thai và cơn co tử cung). Nếu bất thường về cơn co tử cung hoặc tim thai phải xử trí ngay bằng mổ lấy thai hoặc đưa SP vào phòng sinh xử trí bằng các phác đồ phù hợp.

+ Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, tim thai, cơn co tử cung 2 giờ/lần.

+ Thăm âm đạo: Định kỳ 6 tiếng/lần hoặc khi SP đau nhiều, hoặc cơn co tử cung liên tục, hoặc âm đạo ra nước hoặc máu, hoặc tim thai bất thường.

+ Chuyển SP vào phòng đẻ để thăm khám, đánh giá và xử trí bằng các phác đồ phù hợp.

* *Xử lý số liệu:* Sử dụng phần mềm SPSS 26.0, sử dụng thống kê mô tả và phân tích liên quan. Sử dụng Paired-Sample T-test để so sánh đánh giá sự thay đổi giá trị biến trước và sau thực hiện nghiên cứu. Sử dụng Chi-Square test để phân tích mối tương quan giữa các biến.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo các nguyên tắc đạo đức nghiêm ngặt trong nghiên cứu y học, tuân thủ đầy đủ các quy định do Bệnh viện Phụ sản Hà Nội ban hành. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Phụ sản Hà Nội cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thay đổi chỉ số Bishop trước và sau KPCD.

Bishop CTC	$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	p
Trước KPCD	2,13 ± 1,40 (0 - 4)	
Sau KPCD	6,21 ± 2,93 (3 - 10)	< 0,01
Thay đổi trung bình của chỉ số Bishop	4,09 ± 2,79 (0 - 10)	

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 4,09 điểm. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 2. Tỷ lệ KPCD thành công.

Mức độ thành công	Chỉ tiêu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ 1	CTC ≥ 3cm	35	62,50
	CTC < 3cm	21	37,50
	Tổng	56	100
Mức độ 2	Sinh đường âm đạo	29	51,79
	Đẻ mổ	27	48,21
	Tổng	56	100

35 SP KPCD thành công mức độ 1 (làm mở CTC ≥ 3cm; 62,50%). 29 SP đẻ đường âm đạo (51,79%). Trong đó có 01 trường hợp cần hỗ trợ đẻ bằng Forceps. Số lượng SP đẻ mổ là 27 (48,21%).

Bảng 3. Thời gian từ lúc đặt thuốc đến khi KPCD thành công.

Chỉ tiêu nghiên cứu	$\bar{X} \pm SD$ (giờ)	Nhỏ nhất (giờ)	Lớn nhất (giờ)
Thành công mức 1	$8,86 \pm 6,31$	2,5	23
Thành công mức 2	$10,98 \pm 6,93$	4,2	29,92

Thời gian trung bình từ lúc KPCD đến khi đạt thành công mức 1 là $8,86 \pm 6,31$ giờ, với thời gian ngắn nhất là 2,5 giờ và trường hợp lâu nhất kéo dài 23 giờ.

Thời gian trung bình từ lúc KPCD đến khi đạt thành công mức 2 (sinh đường âm đạo) là $10,98 \pm 6,93$ giờ, với trường hợp ngắn nhất là 4,2 giờ và lâu nhất là 29,92 giờ.

Bảng 4. Tỷ lệ đẻ đường âm đạo trong vòng 24 giờ.

Thời gian (giờ)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 6	6	20,68
6 - 12	6 - 12	48,28
12 - 24	7	24,14
> 24	2	6,90
Tổng	29	100

Phần lớn các trường hợp sinh đường âm đạo đẻ trong vòng 24 giờ, trong đó các SP sinh trong thời gian từ 6 - 12 giờ chiếm đa số (48,28%). Chỉ có 02 ca là đẻ sau 24 giờ từ khi đặt thuốc.

Bảng 5. Lý do mổ lấy thai.

Lý do mổ lấy thai	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
CTC không tiến triển	18	66,67
Suy thai	7	25,93
Đầu không lọt	1	3,7
Cơ co cường tính	1	3,7
Tổng	27	100

Lý do mổ lấy thai phổ biến nhất là CTC không tiến triển (66,67%). Có 25,93% SP mổ lấy thai do suy thai. Chỉ có 01 ca mổ lấy thai do cơ co tử cung cường tính và 01 ca do đầu không lọt

Bảng 6. Tai biến, biến chứng.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cơn co tử cung cường tính	10	17,85
Suy thai	7	12,50
Sốt trong chuyển dạ	1	1,79
Vỡ tử cung	1	1,79
Không biến chứng	37	66,07

Đa số các trường hợp KPCD xuất hiện cơn co tử cung cường tính là 17,85%; suy thai là 12,50%. Trong nghiên cứu có 01 ca chảy máu sau đẻ (500mL) do rách đoạn dưới CTC khoảng 3cm và chảy máu diện rau bám. Ghi nhận 01 ca SP sốt 38 - 38,5°C trong chuyển dạ.

BÀN LUẬN

Điểm Bishop trước KPCD có giá trị trong tiên lượng khả năng thành công của KPCD. Điểm Bishop càng cao thì tỷ lệ KPCD thành công càng lớn. Kết quả điểm Bishop trước khi KPCD của chúng tôi tương tự với điểm Bishop trung bình trước KPCD là $2,13 \pm 1,53$ trong nghiên cứu của Nuria López-Jiménez.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự thay đổi rõ rệt về chỉ số Bishop trung bình trước và sau khi đặt thuốc, là cơ sở để khẳng định Propess là một trong những thuốc rất có hiệu quả trong việc làm thay đổi tình trạng CTC để cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi. Cụ thể, chỉ số Bishop tăng trung bình $4,09 \pm 2,79$ điểm. Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận sự cải thiện tương tự sau dùng thuốc như nghiên cứu của Thái Bằng

cho thấy điểm Bishop tăng từ 1,9 lên 8,6 [2]; Dương Mỹ Linh từ 2,9 lên 8,5 [3]. Những kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân có thể là do tác giả lựa chọn thời điểm đánh giá điểm Bishop khác nhau giữa các nghiên cứu, trong khi chúng tôi đánh giá tại thời điểm sau khi tháo thuốc. Điều này gợi ý thời điểm đánh giá sau KPCD có ảnh hưởng đến kết quả điểm Bishop, do đó cần được chuẩn hóa khi so sánh giữa các nghiên cứu.

Tỷ lệ KPCD thành công mức độ 1 trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 62,5%, thấp hơn so với nghiên cứu của Thái Bằng là 86,1% [2] và của Vũ Văn Vinh là 87,1% [4], nhưng cao hơn nghiên cứu của Phạm Chí Kông là 51,4% [5]. Tỷ lệ sinh đường âm đạo là 51,79%, tương đương nghiên cứu của

Thái Bằng là 62% [2] và của Cynthia Abraham là 58% [6]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do đặc điểm đối tượng, tiêu chí đánh giá, dạng biệt dược Dinoprostone (gel bơm so với hệ phân phối liều duy nhất), liều lượng và quy trình theo dõi và biện pháp xử trí khác nhau.

Thời gian từ đặt Propess đến khi CTC mở $\geq 3\text{cm}$ trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $8,86 \pm 6,31$ giờ, tương đương với kết quả nghiên cứu của Phạm Chí Kông là 9,8 giờ [5]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi ngắn hơn so với kết quả nghiên cứu của Flavie Sire là 11 giờ 58 phút [7] và Cynthia Abraham là 11 giờ [6]. Thời gian từ khi đặt Propess đến sinh đường âm đạo trung bình là $10,98 \pm 6,93$ giờ, thấp hơn kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Thùy Dương là $18,63 \pm 9,49$ giờ [8]. Nhìn chung, thời gian thành công trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn nhiều tác giả khác, có thể do sự khác biệt về biệt dược, đường dùng, liều lượng và quy trình theo dõi. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 01 trường hợp có thời gian từ lúc KPCD cho đến khi đẻ đường âm đạo là 29,92 giờ. Tuy nhiên, phần lớn thời gian này là giai đoạn tiền chuyển dạ, khi CTC chưa chín và còn chưa sẵn sàng cho chuyển dạ thực sự. Quá trình này là khoảng thời gian giải phóng chậm của thuốc trong việc làm mềm và làm chín

CTC. Thời điểm bắt đầu chuyển dạ thực sự là khi CTC đạt độ xóa mở phù hợp và có cơn co tử cung hiệu quả đến khi sinh chỉ kéo dài < 24 giờ. Đồng thời, trong quá trình theo dõi SP không có các biểu hiện bất thường như xuất huyết hay nhiễm trùng, do đó vẫn nằm trong giới hạn cho phép của phác đồ KPCD theo Hướng dẫn quốc gia của Bộ Y tế.

Lý do mổ lấy thai phổ biến nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là CTC không tiến triển (66,67%), tiếp theo là suy thai (25,93%), cơn co tử cung cường tính và đầu không lọt (3,7% mỗi nguyên nhân). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phạm Chí Kông với tỷ lệ CTC không tiến triển là 47,4%, suy thai là 36,8% và cơn co cường tính là 5,3% [5]; tác giả Thái Bằng báo cáo 53,3% mổ do CTC không tiến triển, 26,7% do suy thai [2]. Trong khi đó, nghiên cứu của Favie Sire ghi nhận suy thai là nguyên nhân chủ yếu (50%), còn CTC không tiến triển chiếm 32,15% [7]. Như vậy, lý do mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung phù hợp với các nghiên cứu về KPCD bằng Propess ở SP OVN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 17,86% SP có cơn co tử cung cường tính, 12,50% suy thai, 1,79% sốt trong chuyển dạ và 1,79% chảy máu sau sinh do vỡ tử cung. Tuy nhiên chỉ có 01 ca (1,79%) phải mổ lấy thai vì cơn co cường tính, do vậy chúng tôi cho rằng

biến chứng này có khả năng kiểm soát cao nếu được theo dõi sát và phát hiện kịp thời. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phạm Chí Kông với tỷ lệ cơn co tử cung cường tính là 17,9% và suy thai là 17,9% [5]; nghiên cứu của Favie Sire với 17,84% cơn co tử cung cường tính cường tính, sốt là 28,6% và lượng máu mất trung bình $454,64 \pm 189,63\text{mL}$ [7]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 01 trường hợp vỡ tử cung (rách phức tạp 3cm đoạn dưới tử cung) được phát hiện trong quá trình mổ lấy thai do suy thai. Thai phụ này không có tiền sử mổ lấy thai hay phẫu thuật tử cung trước đó (yếu tố nguy cơ điển hình thường liên quan đến biến chứng này), biến chứng này đã được đề cập trong một số nghiên cứu trước đó. Theo nghiên cứu của Wing và CS (2001), tỷ lệ vỡ tử cung ở những thai phụ không có sẹo tử cung được KPCD bằng Prostaglandin E2 (PGE2) là cực kỳ thấp ($< 0,1\%$) [9], tuy nhiên không phải không xảy ra. Qua đó, nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của theo dõi chặt chẽ trong quá trình KPCD bằng Propes, ngay cả ở những thai phụ không có yếu tố nguy cơ rõ ràng.

Tuy nhiên, nghiên cứu còn hạn chế về cỡ mẫu nên chưa có nhiều thông tin về các tai biến, biến chứng cho SP và trẻ sơ sinh. Cũng như các nghiên cứu KPCD khác, chúng tôi dựa vào sự thay đổi điểm Bishop mà bảng điểm này

lại mang tính chất chủ quan, kết quả có thể sai lệch, đây là điểm hạn chế của nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Chỉ số Bishop sau khi đặt thuốc tăng lên so với trước khi đặt thuốc trung bình là 4,09 điểm. Tỷ lệ KPCD thành công CTC mở $> 3\text{cm}$ là 62,5%. Tỷ lệ KPCD thành công sinh đường âm đạo là 51,79%, tỷ lệ mổ lấy thai là 48,21%. Tỷ lệ SP sinh đường âm đạo trong vòng 12 giờ sau đặt Propess là 68,96%. Trong số 27/56 ca mổ lấy thai, chỉ định phẫu thuật vì CTC không tiến triển chiếm tỷ lệ cao nhất (66,67%), suy thai chiếm 25,93%. Các tai biến được ghi nhận trong nghiên cứu là 17,86% SP có cơn co tử cung cường tính, 12,50% suy thai, 1,79% sốt trong chuyển dạ và 1,79% chảy máu sau sinh do vỡ tử cung. Propess đặt âm đạo có hiệu quả trong việc làm chín muồi CTC và gây chuyển dạ với những trường hợp SP OVN. Do những tác dụng ngoài ý muốn có thể xảy ra, việc dùng Propess để khởi phát truyền dạ phải tuân thủ quy trình thực hiện và theo dõi chặt chẽ.

Lời cảm ơn: Nhóm nghiên cứu chân thành cảm ơn Bộ môn Sản phụ khoa, Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội và Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội đã tạo điều kiện thu thập dữ liệu trong hồ sơ bệnh án.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BM Mercer. Preterm premature rupture of the membranes: Current approaches to evaluation and management. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 9/2005; 32(3):411-428. DOI: 10.1016/j.ogc.2005.03.003.
2. Thái Bằng. Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng Propess tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Nha Trang. *Tạp chí Phụ sản.* 2023; 21(4-5):75-81.
3. Dương Mỹ Linh. Kết quả khởi phát chuyển dạ bằng Dinoprostone trên thai phụ có chỉ định chấm dứt thai kỳ. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 8/2023; 529(1).
4. 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, Đại học Y Hà Nội.* 2012.
5. Phạm Chí Kông. Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng propess đặt âm đạo. *TC Phụ sản.* 2021;19(1):38-47
6. Cynthia Abraham, N Meirowitz, N Kohn. Labor induction for premature rupture of membranes using vaginal misoprostol versus dinoprostone vaginal insert. *Am J Perinatol.* 3/2014; 31(3):181-186.
7. Flavie Sire, L Ponthier, JL Eyraud, C Catalan, Y Aubard, P Coste Mazeau. Comparative study of dinoprostone and misoprostol for induction of labor in patients with premature rupture of membranes after 35 weeks. *Sci Rep.* 9/2022; 12(1):14996.
8. Ngô Thị Thùy Dương. Nghiên cứu hiệu quả gây chuyển dạ của Dinoprostone trên thai phụ đủ tháng tại khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương. *Luận văn Thạc sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.* 2020.
9. Wing DA, Rahall A, Jones MM, Goodwin TM, Paul RH. Misoprostol: An effective agent for cervical ripening and labor induction. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 184(2):139-146. DOI:10.1067/mob.2001.109417.