

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG THÔNG FOLEY ĐẶT KÊNH CỔ TỬ CUNG VÀ KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI QUÁ NGÀY DỰ SINH

Dương Mỹ Linh¹, Trần Thị Thanh Trúc², Bùi Quang Nghĩa¹, Nguyễn Thị Kim Quyên¹

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Long

*Email: dbmlinh@yahoo.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khởi phát chuyển dạ ở thai quá ngày dự sinh là cần thiết. Có nhiều phương pháp khởi phát chuyển dạ đã được áp dụng. Mỗi phương pháp đều có những ưu điểm và khuyết điểm khác nhau. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả khởi phát chuyển dạ bằng thông Foley đặt kênh cổ tử cung so với tách ối và kết cục thai kỳ ở thai quá ngày dự sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Thai phụ mang thai sống >40 tuần tuổi, đơn thai, ngôi đầu, điểm số Bishop < 5, Nonstresstest có đáp ứng, thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** bề cao tử cung <32 cm chiếm 76,3%; chỉ số ối 8 - 19 cm cao nhất 86,2%; Tim thai cơ bản chủ yếu 120 - 140 nhịp/phút (52,6%). Tỷ lệ thành công của đặt thông Foley 82,9% và tách ối 65,8%; p = 0,025. Thời gian từ khởi phát chuyển dạ đến sinh thường của nhóm đặt Foley: 13,01 ± 8,1 giờ, nhóm tách ối: 19,79 ± 9,9 giờ, p = 0,001. **Kết luận:** khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley đặt kênh cổ tử cung ở thai quá ngày dự sinh kết quả thành công cao hơn tách ối. Không có biến chứng.

Từ khóa: Cổ tử cung không thuận lợi, ống Foley, kênh cổ tử cung, khởi phát chuyển dạ.

ABSTRACT

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PROLONGED PREGNANCY, RESULT OF FOLEY TRANSCERVICAL CATHETER FOR LABOR INDUCTION AND OUTCOME

Dương Mỹ Linh¹, Trần Thị Thanh Trúc², Bùi Quang Nghĩa¹, Nguyễn Thị Kim Quyên¹

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Vinh Long General Hospital

Background: Labor induction in prolonged pregnancy is necessary. There were many methods to labor induction that were applied. Each method has its advantages and disadvantages. **Objectives:** Describe clinical characteristics, subclinical, resulting induction Foley catheter placed in the cervical canal than amniotic separation methods and pregnancy outcomes in pregnant than the planned date of birth is labor induction. **Materials and methods:** The study randomized clinical trials are warranted. Pregnant women living > 40 weeks of age, single pregnancy, cephalic, Bishop scores <5, Non-stresstest have met. Pregnant women agreed to participate in the study. **Results:** uterine height <32 cm was 76.3%; amniotic fluid index from 8 to 19 cm was highest (86.2%); The basic fetal heart was mainly 120 - 140 beats / minute (52.6%). The success rate of the method was put through Foley 82.9% and the method for separating membranes was 65.8%, p = 0.025. The time from induction to delivery of the group usually was 13.01 ± 8.1 Foley set hours, the group was 19.79 ± 9.9 cups of amniotic hours, p = 0.001. **Conclusion:** The induction of labor with a Foley catheter placed cervical canal induction of labor at term pregnancy projected result being higher success amniotic working methods. No complications.

Keywords: The cervix is not favorable, Foley catheter, cervical canal, induction of labor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai quá ngày dự sanh là những thai kỳ kéo dài hơn 287 ngày tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối, thường gặp trong thực hành sản khoa với tỷ lệ là 10% (thai trên 41 tuần) và 7% (thai trên 42 tuần). Nhiều nghiên cứu thống nhất rằng khởi phát chuyển dạ ở thai hơn 40 tuần là cần thiết. Có nhiều phương pháp khởi phát chuyển dạ (KPCD) đã được áp dụng. Các phương pháp này được chia thành hai nhóm chính là: phương pháp cơ học và dược học. Đến nay trên thế giới và Việt Nam có rất nhiều công trình nghiên cứu đã chứng minh phương pháp khởi phát chuyển dạ bằng thông Foley là một phương pháp dễ sử dụng, rẻ tiền, hiệu quả cao, ít biến chứng và không ảnh hưởng toàn thân [1- 4], [8]. Tại khoa sản BVĐK tỉnh Vĩnh Long trong những năm qua đã khởi phát chuyển dạ các trường hợp thai quá ngày bằng phương pháp tách ối nhưng hiệu quả khởi phát chuyển dạ thấp. Với mong muốn chứng minh một phương pháp khởi phát chuyển dạ khác có hiệu quả hơn phương pháp tách ối, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả khởi phát chuyển dạ bằng thông Foley đặt kênh cổ tử cung so với phương pháp tách ối ở thai quá ngày dự sinh

2. Đánh giá kết cục thai kỳ ở thai quá ngày dự sinh được khởi phát chuyển dạ tại khoa sản bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Long năm 2015 - 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: tất cả thai phụ mang thai sống > 40 tuần tuổi trở lên tính từ ngày đầu của chu kỳ kinh cuối (chu kỳ 28 ngày) hoặc tính theo dự sinh trên siêu âm trong 3 tháng đầu, chưa chuyển dạ vào nhập viện tại Khoa Sản Bệnh Viện Đa Khoa tỉnh Vĩnh Long từ tháng 06 năm 2015 đến tháng 06 năm 2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: đơn thai, ngôi đầu. Điểm số Bishop < 5. Nonstresstest có đáp ứng. Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: thai phụ có bệnh lý nội khoa kèm theo: tiền sản giật nặng, bệnh lý tim, tiểu đường, basedow, nhiễm trùng... Có chống chỉ định KPCD: sẹo mổ cũ trên tử cung, bất xứng đầu chậu, Herpes sinh dục đang tiến triển, bất thường bánh nhau, dây rốn. Thiếu ối AFI ≤ 5 , hay đã khởi phát chuyển dạ thất bại bằng phương pháp khác.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

Cỡ mẫu: chúng tôi đã thu thập được 152 thai phụ. Trong đó: 76 thai phụ ở nhóm khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley đặt ở kênh cổ tử cung bơm 60ml nước muối sinh lý và 76 thai phụ cho nhóm khởi phát chuyển dạ bằng phương pháp tách ối.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các trường hợp thai phụ vào viện thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

Nội dung nghiên cứu: chúng tôi tiến hành hỏi bệnh, ghi nhận các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, khám lâm sàng, ghi nhận kết quả cận lâm sàng, kết quả khởi phát chuyển dạ đánh giá sau 12 giờ (đặt foley), 2 ngày (tách ối): thành công (Bishop đạt ≥ 5 điểm), thất bại (Bishop đạt < 5 điểm), kết quả chuyển dạ cũng như các biến chứng và tác dụng không mong muốn của 2 phương pháp.

Phương pháp xử lý số liệu: phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Đặt Foley (n=76)		Tách ối (n=76)		Chung (n=152)	
		Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Tuổi mẹ	< 34	63	82,9	68	89,5	131	86,2
	≥ 35	13	17,1	8	10,5	21	13,8
	Trung bình	28,7 ± 5,8		27,3 ± 5,9		28,05 ± 5,85	
Nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 41 tuổi							
Tuổi thai (Tuần)	> 40 - 41	66	86,8	65	85,5	131	86,2
	> 41	10	13,2	11	14,5	21	13,8
	Trung bình	40,13 ± 0,34		40,14 ± 0,36		40,14 ± 0,35	
Nhỏ nhất: 40,1 tuần - Lớn nhất: 42 tuần							
Tiền thai	Con so	44	57,9	48	63,2	92	60,5
	Con rạ	32	42,1	28	36,8	60	39,5

Tuổi thai phụ trung bình 28,05 ± 5,85, nhóm < 34 tuổi chiếm đa số 86,2%. Tuổi thai trung bình 40,14 ± 0,35 tuần. Thai phụ có tiền thai con so 60,5%, con rạ là 39,5%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thai quá ngày dự sinh

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		Đặt Foley (n=76)		Tách ối (n=76)		Chung (n=152)	
		Tần số	%	Tần số	%	Tần số	%
Bề cao tử cung (cm)	< 32	56	73,7	60	78,9	116	76,3
	≥ 32	20	26,3	16	21,1	36	23,7
Chỉ số ối (cm)	6 - 7	7	9,2	9	11,8	16	10,5
	8 - 19	65	85,5	66	86,8	131	86,2
	≥ 20	4	5,3	1	1,4	5	3,3
Tim thai cơ bản (nhịp/phút)	120-140	45	59,2	35	46,1	80	52,6
	140-160	31	40,8	41	53,9	72	47,4
Biên độ dao động (nhịp/phút)	5-10	42	55,3	36	47,4	78	51,3
	10 - 25	34	44,7	40	52,6	74	48,7

Bề cao tử cung <32 cm chiếm 76,3%. Chỉ số ối 8 -19 cm cao nhất 86,2%; chỉ số ối ≥ 20 cm chiếm 3,3%. Tim thai cơ bản 120-140 nhịp/phút chiếm 52,6%. Biên độ dao động 5-10 nhịp/phút 51,3%.

3.3. Kết quả khởi phát chuyển dạ

Bảng 3. Kết quả khởi phát chuyển dạ

Kết quả khởi phát chuyển dạ (KPCD)	Đặt Foley		Tách ối		p
	n = 76	%	n = 76	%	
Thành công	63	82,9	50	65,8	0,025
Thất bại	13	17,1	26	34,2	
Điểm số Bishop (điểm)					
Trước KPCD	1,45 ± 1,05		1,43 ± 1,16		0,94
Sau KPCD	6,42 ± 1,81		5,72 ± 1,79		0,018

Kết quả khởi phát chuyển dạ ở nhóm đặt Foley thành công 82,9% cao hơn so với nhóm tách ối 65,8%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,05. Điểm số bishop sau KPCD ở nhóm đặt Foley: 6,42 ± 1,81 điểm, nhóm tách ối: 5,72 ± 1,79 điểm.

3.4. Kết cục thai kỳ

Bảng 4. Kết cục thai kỳ

Đặc điểm		Đặt Foley		Tách ối		Chung		p
		n=76	%	n=76	%	n=152	%	
Phương pháp sinh	Sinh thường	40	52,6	37	48,7	77	50,7	0,63
	Mổ lấy thai	36	47,4	39	51,3	75	49,3	
Thời gian KPCD đến sinh thường (giờ)		n=40	%	n=37	%	n=77	%	< 0,001
	< 12	24	60,0	5	13,5	29	37,6	
	12 - < 24	11	27,5	21	56,5	32	41,6	
	≥ 24	5	12,5	11	29,5	16	20,8	
Trung bình		13,01 ± 8,1		19,79 ± 9,9				0,001

Nhóm đặt Foley sinh thường 52,6% so với nhóm tách ối 48,7%. Nhóm đặt Foley có tỷ lệ mổ lấy thai thấp hơn nhóm tách ối nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Thời gian trung bình từ KPCD đến sinh thường nhóm đặt Foley là $13,01 \pm 8,1$ giờ, nhóm tách ối là $19,79 \pm 9,9$ giờ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Phân bố kết cục thai kỳ theo kết quả khởi phát chuyển dạ

Kết cục thai kỳ	Thành công		Thất bại		Tổng		p
	n=113	%	n=39	%	n=152	%	
Sinh thường	73	64,6	4	10,3	77	50,7	< 0,001
Mổ lấy thai	40	35,4	35	89,7	75	49,3	

Nhóm KPCD thành công: có 64,6% sinh ngã âm đạo, 35,4% mổ lấy thai. Nhóm KPCD thất bại: có 10,3% sanh thường và 89,7% mổ lấy thai.

Trong quá trình nghiên cứu không có các biến chứng xảy ra cho mẹ và 100% thai nhi khỏe mạnh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $28,05 \pm 5,85$, nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 41 tuổi. Kết quả này phù hợp với độ tuổi sinh sản ở Việt Nam. Khi phân tích đặc điểm tuổi thai phụ chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về nhóm tuổi và tuổi trung bình giữa 2 nhóm nghiên cứu với $p > 0,05$. Như vậy tuổi và nhóm tuổi không là yếu tố làm thay đổi kết quả của 2 phương pháp khởi phát chuyển dạ nghiên cứu. Tương tự nghiên cứu của Antonio cũng báo cáo tuổi thai phụ trung bình 25, tuổi nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 44 tuổi [4]. Tổng số thai phụ trong 2 phương pháp khởi phát chuyển dạ thì tỷ lệ con so cao hơn con ả ở cả 2 nhóm (Con so: Foley 57,9% và tách ối 63,2%. Con ả: Foley 42,1% và tách ối 36,8%), Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Hồ Thái Phong [2] con so 54,3% và con ả 45,7%. Nguyễn Bá Mỹ Ngọc con so tập trung chủ yếu 80%, con ả 20% [1].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đa số thai phụ trong 2 nhóm nghiên cứu có bề cao tử cung $< 32\text{cm}$ (nhóm Foley 73,7%, nhóm tách ối 78,9%), tỷ lệ thai phụ có bề cao tử cung $\geq 32\text{cm}$ của 2 nhóm lần lượt là 26,3% và 21,1%. Sự phân bố bề cao tử cung ở 2 nhóm nghiên cứu không khác biệt nhau nhiều, nên không ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Tỷ lệ thai phụ có nhịp tim thai cơ bản

từ 120-140 nhịp/phút chiếm 52,6%. Biên độ dao động nội tại từ 5-10 nhịp chiếm 51,3%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với cơ sở sinh lý của thai quá ngày, thai càng phát triển thì trương lực đối giao cảm càng trở nên vượt trội làm tim thai căn bản hạ thấp dần [3].

4.3. Kết quả khởi phát chuyển dạ

Kết quả chính của nghiên cứu là KPCD thành công dựa vào tiêu chuẩn điểm Bishop tăng ≥ 5 điểm sau KPCD. Cả 2 nhóm nghiên cứu chúng tôi đều có điểm Bishop sau KPCD > 5 điểm, trong đó nhóm đặt Foley thay đổi nhiều hơn so với nhóm tách ối ($6,42 \pm 1,81$ điểm so với $5,72 \pm 1,79$ điểm), có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Qua kết quả này chúng tôi thấy rằng sử dụng thông Foley hay tách ối để KPCD trên một thai kỳ có CTC không thuận lợi đều có hiệu quả làm chín mùi CTC, đặc biệt là sự thay đổi điểm Bishop sau KPCD đã chứng minh rằng thông Foley có hiệu quả làm chín mùi cổ tử cung tốt hơn so với tách ối và có tính khả thi trong ứng dụng lâm sàng. Tương tự, Antonio cũng ghi nhận sự thay đổi rõ rệt điểm số Bishop khi KPCD [4].

KPCD thành công của phương pháp đặt thông Foley là 82,9% và phương pháp tách ối là 65,8%. Chúng tôi ghi nhận khi đặt Foley để KPCD thì tỷ lệ thành công tăng lên 17% so với phương pháp tách ối, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tương đương với Hồ Thái Phong với KPCD bằng Foley thể tích bơm bóng 60ml tỷ lệ thành công là 80%. Theo nghiên cứu của Levy trên 230 trường hợp đặt thông Foley bơm 30ml và 80ml. Kết quả độ mở CTC ≥ 3 cm sau KPCD của nhóm bơm 30ml thấp hơn nhóm bơm 80ml (52,4% và 76%). Có thể nhận thấy rằng tỷ lệ mở CTC ≥ 3 cm tỷ lệ thuận với thể tích bóng ống thông Foley [7].

4.4. Kết cục thai kỳ

Tỷ lệ sinh thường khi KPCD bằng đặt thông Foley là 52,6%, cao hơn so tách ối (48,7%). Tuy rằng sự chênh lệch này không nhiều, nhưng chúng tôi nhận thấy nên áp dụng phương pháp khởi KPCD bằng đặt thông Foley sẽ làm giảm được tỷ lệ thai phụ mổ lấy thai, tránh cho thai phụ những tai biến và biến chứng trong mổ và sau mổ, giảm chi phí điều trị và thời gian nằm viện hơn so với phương pháp khởi phát chuyển dạ bằng tách ối. Nghiên cứu của Cromi và cộng sự kết quả tỷ lệ sinh thường 76,2%, kết quả này cao hơn nghiên cứu chúng tôi vì nghiên cứu này sử dụng ống thông 2 bóng đặt ở kênh cổ tử cung khởi phát chuyển dạ [5]. Tương tự, Antonio (2019) báo cáo tỷ lệ sinh thường khi khởi phát chuyển dạ bằng thông Foley với thể tích bóng 60ml là 76,1% [4]. Theo Lauren (2019) trong 1 phân tích gộp cũng báo cáo tỷ lệ sinh thường khá cao 72,2% ở những thai phụ được KPCD bằng Foley với thể tích bóng 60ml [6].

Thời gian từ khi KPCD cho đến khi sinh thường của phương pháp đặt Foley là 13,01 giờ ngắn hơn phương pháp tách ối 19,79 giờ. Tương Tự, Antonio cũng báo cáo thời gian từ khi KPCD bằng Foley đến khi sinh là 16,8 giờ, ngắn nhất 15,2 giờ, lâu nhất 17,9 giờ [4]. Theo Samantha cũng báo cáo tỷ lệ sinh thường khi KPCD bằng Foley 1 bóng với thể tích 60ml là 65,3%; đồng thời thời gian từ khi khởi phát đến khi sinh là 18,8 giờ [8]. Điều này đã chứng minh hiệu quả KPCD bằng thông Foley hơn hẳn phương pháp tách ối, giúp tránh được tình trạng mệt mỏi lo lắng cho mẹ, suy thai, nhiễm trùng, đờ tử cung, băng huyết sau sanh...có thể xảy ra trong cuộc chuyển dạ kéo dài.

Trong quá trình nghiên cứu không có các biến chứng xảy ra cho mẹ và 100% thai nhi khỏe mạnh khi xuất viện.

V. KẾT LUẬN

Tuổi thai trung bình $40,14 \pm 0,35$ tuần, bề cao tử cung < 32 cm chiếm 76,3%; chỉ số ối 8 -19 cm cao nhất 86,2%; tim thai cơ bản 120 - 140 nhịp/phút chiếm 52,6%, biên độ dao động 5-10 nhịp/phút 51,3%. Khởi phát chuyển dạ bằng Foley ở thai quá ngày có tỷ lệ thành công cao 82,9%, tỷ lệ sinh thường 52,6%, thời gian từ khi KPCD đến khi sinh ngắn hơn tách ối và không gây ra các tai biến biến chứng trong quá trình khởi phát chuyển dạ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Mỹ Ngọc (2012), *So sánh hiệu quả khởi phát chuyển dạ của prostaglandin E2 và ống thông ở thai > 37 tuần thiếu ối*, Luận án chuyên khoa II, ĐHY Dược TP Hồ Chí Minh.
2. Hồ Thái Phong và cộng sự (2011), “So sánh hiệu quả của tách màng ối và đặt thông Foley qua cổ tử cung trong thời gian khởi phát chuyển dạ thai quá ngày”, *Kỷ yếu hội nghị khoa học bệnh viện An Giang số tháng 10 năm 2011*.
3. ACOG Practice Bulletin No.107 (2009), “Induction of Labor”, *Obstet Gynecol*, pp.114-386.
4. Antonio F. Saad, Josephine Villarreal, Joe Eid, Nicholas Spencer, Viviana Ellis, Gary D. Hankins, George R. Saade (2019), A randomized controlled trial of Dilapan-S vs Foley balloon for preinduction cervical ripening (DILAFOL trial), *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 220, Issue 3, pp. 275.e1-275.e9.
5. Cromi A, Ghezzi F, Agosti M, et al. (2011), "Is transcervical Foley catheter actually slower than prostaglandins in ripening the cervix? A randomized study", *Am J Obstet Gynecol*, 204(4), pp. 338
6. Lauren T. Gallagher, Benjamin Gardner, Mahbubur Rahman, Corina Schoen, Katherine A. Connolly, Gary D. Hankins, George R. Saade, Antonio F. Saad (2019), “Cervical Ripening Using Foley Balloon with or without Oxytocin: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Amer J Perinatol*, 36(04), pp. 406-421.
7. Levy R, Kanengiser B, Furman B, et al. (2004), "A randomized trial comparing a 30-mL and an 80-mL Foley catheter balloon for preinduction cervical ripening", *Am J Obstet Gynecol*, 191(5), pp. 1632-1636. *Gynaecol Obstet*, 121(2), pp. 186-189.
8. Samantha X. de los Reyes, Jeanne S. Sheffield, Ahizechukwu C. Eke (2019), “Single versus Double-Balloon Transcervical Catheter for Labor Induction: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Amer J Perinatol*, 36(08), pp. 790-797.

(Ngày nhận bài: 25/12/2020 - Ngày duyệt đăng: 20/6/2020)
