

DOI: 10.58490/ctjump.2026i99.4696

KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG ống THÔNG FOLEY VÀ DINOPROSTONE Ở THAI PHỤ THIỂU ỎI

Dương Mỹ Linh^{1*}, Đồng Phạm Hải², Đỗ Thị Minh Nguyệt³, Bùi Quang Nghĩa¹

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đồng Nai 2

3. Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ

*Email: dmlinh@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 09/3/2026

Ngày phản biện: 21/6/2026

Ngày duyệt đăng: 25/6/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu ỏi là một trong những trường hợp gây ra những kết cục bất lợi cho thai nhi, khởi phát chuyển dạ để chấm dứt thai kỳ giúp giảm tỷ lệ mổ lấy thai ở thai phụ thiếu ỏi. **Mục tiêu nghiên cứu:** So sánh kết quả khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley và dinoprostone ở thai phụ thiếu ỏi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 114 thai phụ tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai năm 2025-2026. Thai phụ được chẩn đoán thiếu ỏi, chấm dứt thai kỳ bằng đặt ống thông foley và đặt Dinoprostone, đánh giá kết quả khởi phát chuyển dạ thành công dựa vào độ mở cổ tử cung, chỉ số Bishop. **Kết quả:** Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công của nhóm đặt foley là 84,2%; nhóm đặt dinoprostone là 89,5%; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ thành công khác nhau ở các thai phụ có chỉ số ỏi khác nhau nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Độ mở cổ tử cung và chỉ số Bishop sau khởi phát chuyển dạ giữa 2 phương pháp không khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nhưng nhóm dinoprostone có Bishop trung bình sau khởi phát cao hơn và thời gian khởi phát thành công trung bình ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đặt sonde foley, với $p < 0,05$. **Kết luận:** Khởi phát chuyển dạ ở thai phụ thiếu ỏi có tỷ lệ thành công cao và dinoprostone là lựa chọn đầu tiên cho việc chấm dứt thai kỳ ở thai phụ thiếu ỏi.

Từ khóa: Thiếu ỏi, khởi phát chuyển dạ, ống thông foley, dinoprostone.

ABSTRACT

LABOR INDUCTION WITH FOLEY CATHETER VERSUS DINOPROSTONE IN PREGNANT WOMEN WITH OLIGOHYDRAMNIOS

Dyong My Linh^{1*}, Dong Pham Hai², Do Thi Minh Nguyet³, Bui Quang Nghia¹

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Dong Nai 2 Hospital

3. Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital

Background: Oligohydramnios is associated with adverse perinatal outcomes. Induction of labor to terminate pregnancy may reduce the cesarean section rate in women with oligohydramnios. **Objective:** To compare the outcomes of labor induction using a Foley catheter and dinoprostone in pregnant women with oligohydramnios. **Materials and methods:** A randomized controlled trials study was conducted on 114 pregnant women diagnosed with oligohydramnios at Dong Nai General Hospital between 2025 and 2026. Participants underwent labor induction using either a Foley catheter or dinoprostone. The success of labor induction was assessed based on cervical dilation and the Bishop score. Relevant clinical outcomes were compared between the two groups. **Results:** The success rate of labor induction was 84.2% in the foley catheter group and 89.5% in the dinoprostone group, with no statistically significant difference between the two groups ($p > 0.05$).

*The success rate varied among women with different amniotic fluid indices; however, the difference was not statistically significant ($p > 0.05$). Cervical dilation and Bishop scores after induction were comparable between the two methods ($p > 0.05$). Nevertheless, the mean Bishop score after induction was higher and the mean time to successful induction was significantly shorter in the dinoprostone group compared with the foley catheter group ($p < 0.05$). **Conclusion:** Labor induction in pregnant women with oligohydramnios shows a high success rate. Dinoprostone may be considered a preferred first-line option for labor induction in this population.*

Keywords: Oligohydramnios, labor induction, Foley catheter, dinoprostone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu ối là thai kỳ nguy cơ cao thường gặp trong sản khoa. Thiếu ối là khi lượng nước ối giảm so với lượng nước ối bình thường tính theo tuổi thai và ở dưới bách phân vị thứ 5 [1]. Thiếu ối là một trong những trường hợp gây ra những kết cục bất lợi cho thai nhi như tình trạng chèn ép rốn, gây suy thai, thậm chí tử vong thai trước khi thai được sinh ra [2].

Khởi phát chuyển dạ là một thủ thuật được áp dụng phổ biến trong thực hành lâm sàng sản khoa. Mục đích của khởi phát chuyển dạ là để chấm dứt thai kỳ ở những trường hợp mà việc kéo dài thai kỳ sẽ gây ra nhiều nguy cơ cho cả thai phụ và thai nhi. Có nhiều phương pháp gây khởi phát chuyển dạ đã được nghiên cứu và áp dụng trên lâm sàng chia thành 2 nhóm phương pháp cơ học như ống thông một bóng, ống thông hai bóng cải tiến, hoặc dùng bóng Cook và phương pháp hóa học như truyền oxytocin, misoprostol (prostaglandin E1), dinoprostone (prostaglandin E2). Tuy nhiên, mỗi phương pháp có những ưu nhược điểm riêng và tỷ lệ thành công nhất định. Trong đó, đặt ống thông foley và dinoprostone được ưu tiên lựa chọn do tỷ lệ thành công cao, tai biến biến chứng thấp [3]. Hiện nay, có rất nhiều báo cáo về tỷ lệ thành công cũng như kết quả bất lợi khi khởi phát chuyển dạ bằng phương pháp cơ học hoặc hóa học, tuy nhiên, rất ít thông tin so sánh hiệu quả gây chín muồi cổ tử cung giữa các phương pháp gây chuyển dạ ở thai phụ có chỉ định khởi phát chuyển dạ, đặc biệt là thiếu ối. Chính vì thế, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: So sánh kết quả khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley và dinoprostone ở thai phụ thiếu ối tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai năm 2025-2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ mang thai có chẩn đoán thiếu ối tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Thai phụ mang thai ≥ 34 tuần được chẩn đoán thiếu ối; đơn thai, ngôi đầu, còn sống; khung chậu bình thường trên lâm sàng; chỉ số Bishop trước khởi phát chuyển dạ ≤ 7 điểm; biểu đồ nhịp tim thai nhóm I (ACOG, 2009) và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Chống chỉ định khởi phát chuyển dạ như: tử cung có sẹo mổ cũ, dị dạng tử cung, tổn thương tại cổ tử cung, bất xứng đầu chậu, viêm nhiễm đường sinh dục cấp, nhau tiền đạo, dị ứng với dinoprostone.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, mù đơn.

Cỡ mẫu được xác định theo công thức: ước lượng 2 tỷ lệ trong quần thể nghiên cứu:

$$n_1 = n_2 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}}\sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)})^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

Trong đó: $p = \frac{p_1+p_2}{2}$

p_1 : tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công bằng ống thông Foley theo Nguyễn Hữu Thời (2023) là 77,3% [5].

p_2 : tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công bằng dinoprostone đặt âm đạo theo To Nhu Thi Ngo Nguyen (2023) là 57,5% [10].

Thực tế chọn được 114 thai phụ, trong đó 57 thai phụ cho mỗi nhóm.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, bắt cặp theo tiền thai với tỷ lệ 1:1 tất cả những thai phụ vào viện được chẩn đoán thiếu ối thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian từ 05/2025 đến 02/2026.

- **Nội dung nghiên cứu:** Thai phụ nhập viện được chẩn đoán xác định thiếu ối dựa vào chỉ số ối AFI (Amniotic fluid index) ≤ 5 cm và /hoặc xoang ối lớn nhất ≤ 2 cm; tiến hành hỏi bệnh, khám lâm sàng, đánh giá tình trạng sức khỏe thai nhi thông qua đo monitoring sản khoa, khám đánh giá chỉ số Bishop (độ mở, độ xóa, mật độ và hướng cổ tử cung, độ lọt của ngôi thai), tiến hành khởi phát chuyển dạ bằng foley hoặc đặt dinoprostone bằng cách bóc thăm ngẫu nhiên ở thai phụ đầu tiên. Sau đó, bắt cặp thai phụ tiếp theo có cùng tiền thai với thai phụ trước đó bằng phương pháp ngược lại. Nếu thai phụ không cùng tiền thai thì sẽ tiến hành bóc thăm chọn ngẫu nhiên phương pháp khởi phát chuyển dạ. Cách tiến hành tuân tự như vậy cho đến khi đủ số mẫu nghiên cứu. Sau 24 giờ khởi phát sẽ đánh giá sự xuất hiện cơn co tử cung, tần số, tính chất cũng như độ xóa mờ, mật độ, vị trí cổ tử cung, độ lọt để tính chỉ số Bishop, đánh giá tình trạng sức khỏe thai phụ và thai nhi để có thể xử trí kịp thời những bất thường nếu có xảy ra. Kết quả thành công khi: Bishop tăng ≥ 3 điểm sau khi rút ống thông foley hoặc thuốc hay khi ống thông foley hoặc thuốc tự rút hoặc sau 24 giờ cổ tử cung mở ≥ 3 cm hoặc ≥ 2 cơn co tử cung/ 10 phút. Thất bại khi: Bishop tăng < 3 điểm sau khi rút ống thông Foley hoặc thuốc hoặc khi có biến chứng trong thời gian đặt ống thông Foley hoặc thuốc trong 24 giờ như: nhau bong non, cơn co cường tính, dọa vỡ hay vỡ tử cung, suy thai.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Các tham số sử dụng trong nghiên cứu: tỷ lệ phần trăm (%), kiểm định sự khác biệt: X^2 Test, Student - Test, Fisher Exact Test, $p < 0,05$ là xem như có ý nghĩa thống kê.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Thai phụ được giải thích mục đích, đồng ý tham gia nghiên cứu và được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ với phiếu chấp thuận số: 25.365.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30 tháng 6 năm 2025.

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 chung		Foley (n=57,%)	Dinoprostone (n=57,%)	Tổng (n=114,%)	P
Tuổi thai phụ	< 35 tuổi	44 (77,2)	44 (77,2)	88(100)	> 0,9
	≥ 35 tuổi	13 (22,8)	13 (22,8)	26 (100)	
	$\bar{x} \pm SD$	29,6 \pm 6,2	30,1 \pm 6,3	29,9 \pm 6,2	
Tuổi thai	37 - < 39 tuần	2 (3,5)	5 (8,8)	7(100)	0,2
	≥ 39 tuần	55 (96,5)	52 (91,2)	107(100)	

Đặc điểm chung		Foley (n=57,%)	Dinoprostone (n=57,%)	Tổng (n=114,%)	P
Tiền thai	Con so	25 (43,9)	25 (43,9)	50 (100)	> 0,9
	Con rạ	32 (56,1)	32 (56,1)	64 (100)	

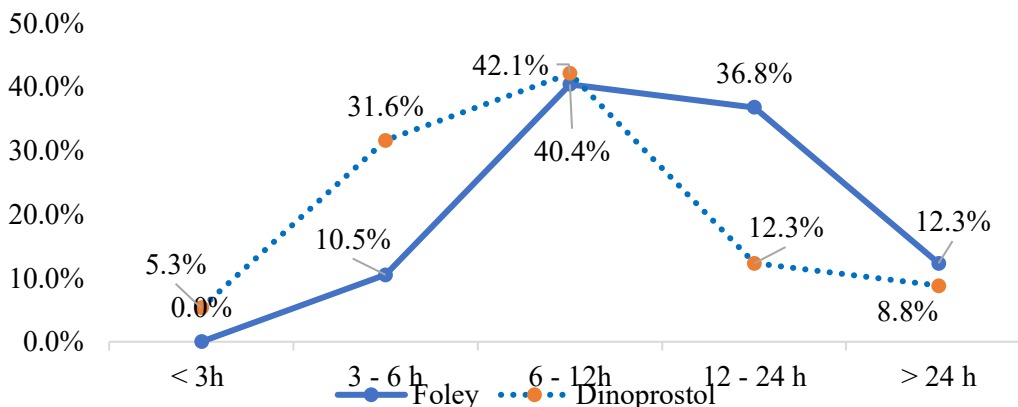
Nhận xét: Nhóm tuổi trung bình của thai phụ là $29,9 \pm 6,2$ tuổi. Tuổi thai tập trung ở nhóm ≥ 39 tuần. Các đặc điểm chung có sự tương đồng giữa 2 nhóm khởi phát chuyển dạ với $p > 0,05$.

3.2. Kết quả khởi phát chuyển dạ bằng ống thông foley và dinoprostone

Bảng 2. Kết quả khởi phát chuyển dạ

Phương pháp KPCD	Kết quả KPCD (n, %)		Tổng (n, %)	P
	Thành công	Thất bại		
Foley	48 (84,2)	9 (15,8)	57 (100)	0,4
Dinoprostone	51 (89,5)	6 (10,5)	57 (100)	
Tổng	99 (86,8)	15 (13,2)	114 (100)	

Nhận xét: Tỷ lệ KPCD thành công của nhóm đặt foley là 84,2%; nhóm đặt dinoprostone là 89,5%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công theo thời gian ($p = 0,02$)

Nhận xét: Nhóm đặt dinoprostone có tỷ lệ thành công tập trung nhiều trong khoảng từ 6 - 12 giờ. Còn nhóm đặt foley thành công tập trung nhiều trong khoảng từ 12 - 24 giờ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Kết quả khởi phát chuyển dạ theo chỉ số ối

Chỉ số ối (cm)	Foley (n=57,%)		Dinoprotol (n=57,%)		Tổng (n=114,%)		P
	Thành công	Thất bại	Thành công	Thất bại	Thành công	Thất bại	
2	9 (81,8)	2 (18,2)	6 (75,0)	2 (25,0)	15 (78,9)	4 (21,1)	0,4
3	6 (85,7)	1 (14,3)	13 (86,7)	2 (13,3)	20 (83,3)	4 (16,7)	0,2
4	13 (81,3)	3 (18,8)	16 (94,1)	1 (5,9)	30 (90,9)	3 (9,1)	0,3
5	20 (87,0)	3 (13,0)	16 (94,7)	1 (5,9)	34 (89,5)	4 (10,5)	0,4
Tổng	48 (84,2)	9 (15,8)	51 (89,5)	6 (10,5)	99 (86,8)	15 (13,2)	0,2

Nhận xét: Tỷ lệ thành công khác nhau ở các thai phụ có chỉ số ối khác nhau. Thành công cao khi chỉ số ối càng tiến về 5cm. Tỷ lệ thành công cao ở nhóm dinoprostone $> 94\%$ so với nhóm foley (81,3% và 87%) ở các chỉ số ối lần lượt là 4cm và 5cm nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tương tự, sự khác biệt cũng không có ý nghĩa

thống kê về tỷ lệ thành công theo từng giá trị của chỉ số ối lần lượt là 2cm, 3cm ở 2 nhóm KPCD với $p > 0,05$.

Bảng 4. Đặc điểm cổ tử cung và Bishop sau KPCD

Đặc điểm		Foley (n= 57,%)	dinoprostone (n=57,%)	Tổng (n=114,%)	p, OR KTC 95%
CTC	< 3 cm	16 (59,3)	11 (40,7)	27 (100)	0,3
	≥ 3 cm	41 (47,1)	46 (52,9)	87 (100)	
Bishop	< 6 điểm	11 (64,7)	6 (35,3)	17 (100)	0,2
	≥ 6 điểm	46 (47,4)	51 (52,6)	97 (100)	
	Trung bình	6,3 ± 1,2	7,1 ± 1,5	6,7 ± 1,4	< 0,01* 1,6 (1,2 -3,1)
Thời gian KPCD thành công trung bình		11,9 ± 6,1	9,6 ± 5,9	10,8 ± 6,1	0,03* 2,4 (1,1-4,6)

*: Kiểm định Student-test - T test

Nhận xét: Độ mở CTC và chỉ số Bishop sau KPCD giữa 2 phương pháp không khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nhưng Bishop trung bình sau KPCD và thời gian KPCD thành công trung bình có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 phương pháp với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Có sự tương đồng giữa nhóm tuổi thai phụ, tiền thai và tuổi thai trong nghiên cứu giữa hai nhóm khởi phát chuyển dạ bằng foley và dinoprostone với $p > 0,05$. Tuổi trung bình của thai phụ là $29,9 \pm 6,2$ tuổi, tập trung vào lứa tuổi sinh sản chung của phụ nữ Việt Nam. Tuổi tthai chủ yếu ≥ 39 tuần (93,9%) phù hợp với tuổi thai theo khuyến cáo có thể chấm dứt thai kỳ vẫn đảm bảo chức năng sống tốt cho trẻ sơ sinh khi ra đời [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Nguyễn Hữu Thời (2023) tuổi thai phụ trung bình ở nhóm đặt foley là $28,35 \pm 6,28$ tuổi; nhóm đặt dinoprostone là $28,07 \pm 6,79$ tuổi; tuổi thai tập trung ở nhóm 37 – 40 tuần 58,6%; mang thai lần đầu ở nhóm foley là 48%; nhóm đặt dinoprostone là 54,7% [5]. Tương tự, Dương Thị Khao Ry (2024) tuổi thai phụ trung bình ở nhóm đặt dinoprostone là $28,50 \pm 5,98$ tuổi; tuổi thai chủ yếu ở nhóm ≥ 39 tuần chiếm 54,7% [6]. Theo Eyal Krispin (2025) cũng báo cáo tuổi trung bình của thai phụ tương đồng với chúng tôi: nhóm dinoprostone là $30,12 \pm 5,18$; nhóm foley $30,32 \pm 5,57$ tuổi [7].

4.2 So sánh kết quả khởi phát chuyển dạ bằng ống thông foley và dinoprostone

Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công của chúng tôi khá cao: nhóm đặt foley là 84,1%; nhóm đặt dinoprostone là 89,5%. Nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ giữa 2 phương pháp khởi phát chuyển dạ trên đối tượng thiếu ối. Tuy nhiên, thời gian để đánh giá thành công thì nhóm đặt dinoprostone ngắn hơn nhóm đặt foley với $p < 0,05$ (Biểu đồ 1 và bảng 3). Tỷ lệ thành công sau KPCD ở nhóm dinoprostone tập trung chủ yếu trong vòng 12 giờ KPCD và thời gian trung bình đánh giá thành công ngắn hơn rõ rệt so với nhóm foley. Kết quả này phù hợp với Dương Mỹ Linh (2023) báo cáo tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công bằng dinoprostone là 89,2%; thời gian khởi phát chuyển dạ thành công trung bình bằng dinoprostone là $11,91 \pm 6,19$ giờ; trong đó, Bishop tăng ≥ 3 điểm là $11,23 \pm 6,15$ giờ; CTC mở ≥ 3 cm là $12,46 \pm 6,45$ giờ [8]. Trong khi đó, Katja Vince (2022) báo cáo thai phụ được KPCD bằng dinoprostone đặt âm đạo so với nhóm được đặt dinoprostone ở kênh

CTC có khoảng thời gian KPCD ngắn hơn ($p < 0,001$), tỷ lệ KPCD thành công cao hơn (95,9% so với 86,5%, $p=0,02$) [9]. Điều đó, cho thấy, mỗi phương pháp KPCD có tỷ lệ thành công nhất định trên từng đối tượng khác nhau cũng như cách dùng thuốc khác nhau. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự Nguyễn Hữu Thời (2023) báo cáo tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công ở nhóm foley (77,3%) thấp hơn nhóm dinoprostone (85,3%) nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [5].

Tiêu chuẩn đánh giá thành công khác nhau sẽ cho kết quả thành công khác nhau như To Nhu Thi Ngo Nguyen (2023) báo cáo tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công bằng dinoprostone ở thai phụ thiếu ối là 57,5% [10]. Tỷ lệ thành công của tác giả thấp là do tiêu chuẩn đánh giá KPCD thành công khi Bishop ≥ 7 điểm, trong khi tiêu chuẩn thành công của chúng tôi là Bishop tăng ≥ 3 điểm. Do đó mà tỷ lệ thành công của tác giả thấp hơn rõ rệt so với của chúng tôi. Kết quả về thời gian KPCD thành công tập trung của nhóm dinoprostone chủ yếu trong khoảng thời gian 6 – 12 h phù hợp với Dương Thị Khao Ry (2024) cũng báo cáo tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công ở thai phụ đặt dinoproto là 88,6%; tập trung nhiều ở khoảng thời gian từ 12- 24 giờ (92,8%) và chỉ số Bishop cải thiện ≥ 6 điểm sau KPCD chiếm 91,4% [6]. Eyal Krispin (2025) 510 phụ nữ thiếu ối được đưa vào nghiên cứu, 89% thai phụ KPCD bằng dinoprostone và 11% bằng đặt ống thông foley. Tỷ lệ thành công của quá trình làm chín cổ tử cung cao hơn đáng kể ở nhóm dinoprostone (89,4% so với 76,79%, $p = 0,006$), cũng như tỷ lệ sinh ngã âm đạo (77,53 so với 48,21%, $p < 0,01$). Thời gian trung bình gây chín muồi cổ tử cung ở nhóm dinoprostone là 17 giờ; nhóm foley là 14,5 giờ [7].

Tỷ lệ thành công mặc dù có khác nhau ở các thai phụ có chỉ số ối khác nhau và tỷ lệ thành công cao khi chỉ số ối càng tiến về 5cm. Nhưng sự khác biệt về tỷ lệ thành công giữa các phương pháp KPCD không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều đó cho thấy, lượng nước ối đơn thuần là chỉ định để chấm dứt thai kỳ, không có vai trò trong việc lựa chọn phương pháp chấm dứt cũng như hiệu quả thành công. Hiệu quả thành công phụ thuộc vào chỉ số Bishop gồm các yếu tố về độ mở, độ xóa, mật độ, hướng của cổ tử cung và độ lọt của ngôi thai. Theo Hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ -ACOG- khuyến cáo, khi chỉ số Bishop ≤ 6 điểm được coi là cổ tử cung không thuận lợi thì khả năng sinh đường âm đạo sau khởi phát chuyển dạ thành công khó. Tiêu chuẩn đánh giá thành công của các nghiên cứu khác nhau nhưng đều cùng đánh giá khả năng cải thiện điểm Bishop sau khởi phát của phương pháp đặt ống thông Foley hay dinoprostone âm đạo [11]. Nếu CTC mở < 3 cm và chỉ số Bishop tăng thêm < 3 điểm ngay sau khi rút bóng được xem như KPCD thất bại [4].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ KPCD thành công của nhóm đặt foley là 84,2%; nhóm đặt dinoprostone là 89,5%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên, thời gian khởi phát chuyển dạ thành công trung bình và tỷ lệ thành công tập trung chủ yếu vào 12 giờ đầu là ở nhóm dùng dinoprostone.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản – Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế. Thiếu ối, Các phương pháp khởi phát chuyển dạ. Giáo trình Sản Phụ khoa dành cho Sau đại học. Nhà xuất bản Đại học Huế. 2022. 218-231, 444-461.
2. Venturini .P, Contu .G, Mazza .V. Induction of labor in women with olicohydramnios. *The journal of Maternal Fetal and Neonatal Medicine*. 2025. 17(2), 129-132. doi: 10.1080/14767050400029566.

3. Ragusa, A. *et al.* What will be the future of dinoprostone in labor induction?. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2022. DOI: 10.1002/ijgo.14086.
 4. Gary Cunningham. Maternal anatomy and physiology, Labor, Delivery, The newborn. 2022. 50 – 226, 1012 – 1272, 1273 – 1511.
 5. Nguyễn Hữu Thời và cộng sự. Kết quả khởi phát chuyển dạ bằng sonde foley và dinoprostone ở thai ≥ 37 tuần tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2022- 2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023. Số 65. 212-218. DOI: 10.58490/ctump.2023i65.1485.
 6. Dương Thị Khao Ry. So sánh kết quả khởi phát chuyển dạ bằng dinoprostone và oxytocin trên thai ≥ 37 tuần tại bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2022 – 2024. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2024.
 7. Eyal Krispin, Tal Netser, Avital Wertheimer *et al.* Induction of labor methods in isolated term oligohydramnios. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2025. 299. 765-771. <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05080-5>.
 8. Dương Mỹ Linh và cộng sự. Kết quả khởi phát chuyển dạ bằng dinoprostone trên thai phụ có chỉ định chấm dứt thai kỳ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023. 528 (1). 334-338. <https://doi.org/10.51298/vmj.v529i1.6309>.
 9. Katja Vince, Ratko Matijevic. Comparison of intracervical and intravaginal prostaglandin E2 for induction of labor in term pregnancies with unfavorable cervix: Randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022. 270. 100-104. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2022.01.004.
 10. Tô Nhu Thi Ngô Nguyễn, *et al.* Using dinoprostone slow release vaginal insert for cervical ripening in term-pregnancy with oligohydramnios. *J Obstet Gynaecol*. 2023. 49(7). 1750-1761. DOI: 10.1111/jog.15665.
 11. McLaughlin Javine and Lawrence D Devoe. Current Status of Prostaglandins for Cervical Ripening. *The Journal of reproductivemedicine*. 2017. 62 (5-6). 221-228.
-