

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ Ở THAI QUÁ NGÀY DỰ SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG NĂM 2020- 2021

Nguyễn Hữu Thường^{1*}, Quan Kim Phụng², Nguyễn Thị Thu², Lâm Đức Tâm²

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: bsthuongkg@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khởi phát chuyển dạ cho thai quá ngày dự sinh giúp giảm nguy cơ suy thai, thai chết lưu, tử vong chu sinh. Có nhiều phương pháp chuyển dạ từ nong cơ học đến dùng thuốc với tỉ lệ thành công từ 40-90% nhưng chi phí cao hoặc có tác dụng không mong muốn. **Mục tiêu nghiên cứu:** mô tả đặc điểm và đánh giá kết quả khởi phát chuyển dạ ở thai quá ngày dự sinh tại bệnh viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả sản phụ có tuổi thai từ 40 tuần 1 ngày trở lên đến nhập viện điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang từ tháng 04/2020 đến 06/2021. **Kết quả:** Trong 161 sản phụ có khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley: Sinh thường 44,72%. Thời gian từ lúc khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley đến rút bóng là $7,39 \pm 4,4$ giờ. Thời gian đặt bóng <6 giờ chiếm 47,83%, từ 6-12 giờ chiếm 40,37%. Đa số bé có Apgar tốt: 1 phút ≥ 7 điểm: 99,38%, và Apgar 5 phút >8 điểm là 99,38%. Cân nặng của trẻ là 3224 ± 249 g. Đờ tử cung sau sinh là 4,35%, rách tầng sinh môn phức tạp là 3,37%, chảy máu 2,48%, nhiễm trùng hậu sản 1,86%. **Kết luận:** Khởi phát chuyển dạ ở thai quá ngày dự sinh là đạt hiệu quả và an toàn cao.

Từ khóa: Thai quá ngày dự sinh, thông Foley, khởi phát chuyển dạ.

ABSTRACT

EVALUATION THE RESULTS AFTER INDUCTION OF LABOR IN LATE TERM PREGNANCY AT KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2020-2021

Nguyen Huu Thuong^{1*}, Quan Kim Phung², Nguyen Thi Thu², Lam Duc Tam²

1. Kien Giang General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Induction of labor for fetuses beyond the due date reduces the risks such as fetal distress, stillbirth, and perinatal death. Currently, there are many methods of labor from mechanical dilatation to medication with a success rate of 40-90% but with high cost or unwanted effects. **Objective:** describe the characteristics and evaluate the results of labor induction in fetuses beyond the due date at the Hospital. **Materials and methods:** All cases with a gestational age of 40 weeks 1 day or more to the hospital for treatment at the Department of Obstetrics and Gynecology Kien Giang of General Hospital from April 2020 to June 2021. **Results:** In 161 cases of induction of labor by Foley catheter, there was a normal delivery rate of 44.72%. The average time from the moment of by Foley catheter to the time of withdrawal of the Foley ball was on average: 7.39 ± 4.4 hours. The time to place the ball <6 hours accounted for 47.83%, the time to place the ball from 6-12 hours accounted for 40.37%. After withdrawing Foley ball. Most children had good Apgar: 1 minute ≥ 7 points: 99.38%; Apgar 5 minutes >8 points accounted for 99.38%. The average birth weight of children in the study was 3224 ± 249 g. The rate of pregnant women with uterine atony accounts for 4.35%; perineal tear 3.37%, bleeding 2.48%, postpartum infection 1.86%. **Conclusion:** Induction of labor in fetuses beyond the due date is effective and safe.

Keywords: Pregnancy past due date, Foley catheterization, induction of labor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai quá ngày dự sinh là vấn đề thời sự trong sản khoa, là thai kỳ nguy cơ cao cho cả mẹ và thai nhi [9], [5]. Các nghiên cứu ghi nhận sự gia tăng nguy cơ bệnh tật và tử vong chu sinh ở thai quá ngày dự sinh. Đối với thai, tình trạng thiếu oxy làm tăng tỷ lệ suy thai, thai hít phân su, nên tăng tỷ lệ tử vong chu sinh: bắt đầu tăng từ tuần thứ 41-42, sẽ tăng gấp 2 lần so với tuần 40 và sẽ tăng lên 6 lần tuần 43. Nguy cơ lớn nhất đối với mẹ là biến chứng gây ra từ sinh khó do thai to, từ đó làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai, sinh có can thiệp thủ thuật, sinh khó do bất tương xứng đầu chậu, sinh khó do vai, rách cổ tử cung, chảy máu sau sinh, nhiễm trùng hậu sản. Đối với thai quá ngày dự sinh, việc theo dõi chờ chuyển dạ sinh tự nhiên hay là khởi phát chuyển dạ hoặc phải mổ lấy thai chủ động vẫn đang còn nhiều tranh cãi, chưa có sự thống nhất [2]. Trong đó, có nhiều trường hợp được nhập viện sinh với thai quá ngày dự sinh nhưng chưa được đánh giá đúng, do đó, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và có một thái độ xử trí phù hợp đối với thai quá ngày dự sinh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Đánh giá kết quả khởi phát chuyển dạ ở thai quá ngày dự sinh tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang năm 2020- 2021. Với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng ở thai quá ngày dự sinh có khởi phát chuyển dạ bằng thông Foley nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang.
2. Đánh giá kết quả khởi phát chuyển dạ ở thai quá ngày dự sinh nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả sản phụ có tuổi thai từ 40 tuần 1 ngày trở lên tính theo ngày đầu của kỳ kinh cuối hoặc ngày dự sinh của siêu âm ba tháng đầu thai kỳ đến nhập viện điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang từ tháng 4/2020 đến 06/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tuổi thai từ 40 tuần 1 ngày trở lên tính theo ngày đầu của kỳ kinh cuối hoặc ngày dự sinh của siêu âm ba tháng đầu thai kỳ trong thời gian nghiên cứu. Mang đơn thai và thai sống. Khung chậu bình thường trên lâm sàng. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thai phụ có các bệnh lý sau: Bệnh lý tim mạch, đái tháo đường (type I, II và đái tháo đường thai nghén), bệnh thận, thiếu máu, tăng huyết áp. Trong thai kỳ: Thai phụ mang thai đa thai, đa ối, thai dị dạng, nhau tiền đạo chảy máu, tiền sản giật, sản giật, ối vỡ non, ối vỡ sớm, ngôi thai bất thường hoặc vết mổ lấy thai kèm yếu tố bất thường. Trường hợp có thực hiện thụ tinh nhân tạo hoặc thụ tinh trong ống nghiệm, có vết mổ cũ trên tử cung.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Nội dung nghiên cứu:** Tuổi, tuổi thai, dân tộc, trình độ học vấn, tiền thai, bệnh lý trong thai kỳ, chiều cao tử cung, vòng bụng, sự tăng cân, các xét nghiệm máu như hemoglobin, hồng cầu, chỉ số siêu âm thai, thực hiện qui trình đặt sonde Foley, lý do khởi phát chuyển dạ, thời gian chuyển dạ, chỉ số Bishop kết quả khởi phát chuyển dạ, phương pháp sinh, tình trạng bé, tai biến, biến chứng trong thời gian theo dõi chuyển dạ và sinh ở mẹ và thai nhi.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả các thai phụ có thai quá ngày dự sinh được nhập viện và sinh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, tiêu chuẩn loại trừ từ tháng 04/2020 đến 06/2021.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu nhập, xử lý bằng Stata10.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Chỉ định khởi phát chuyển dạ

Bảng 1. Chỉ định khởi phát chuyển dạ

Chỉ định khởi phát chuyển dạ	Số trường hợp (n=161)	Tỷ lệ (%)
Thai quá ngày dự sinh	143	88,8
Vô ối- thiếu ối	17	10,56
Thai quá ngày kèm cường giáp đang điều trị	1	0,62

Nhận xét: Lý do đề khởi phát chuyển dạ là do thai quá ngày dự sinh.

3.2. Sự thay đổi chỉ số Bishop trước khi đặt sonde và khi sinh

Bảng 2. Sự thay đổi chỉ số Bishop trước khi đặt sonde và khi sinh

Trước khi sinh Trước đặt sonde	< 5 điểm (n,%)	5 - < 7 điểm (n,%)	≥ 7 điểm (n,%)	Tổng	p
< 5 điểm	11(7,64)	113(78,47)	20(13,89)	144	Pearson chi 2(4) = 43,21; P = 0,000
5 - < 7 điểm	2(12,5)	1(6,25)	13(81,25)	16	
≥ 7 điểm	0(0)	1(100)	0(0)	1	
Tổng	13	155	33	161	

Nhận xét: Chỉ số Bishop thay đổi trước và sau đặt sonde Foley, khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$: thay đổi từ Bishop từ <5 điểm đến >5 điểm chiếm tỷ lệ cao.

3.3. Phương thức chấm dứt thai kỳ

Bảng 3. Phương pháp sinh

Phương pháp sinh	Số trường hợp (n=161)	Tỷ lệ (%)
Sinh thường	72	44,72
Sinh giúp	13	8,07
Mổ lấy thai	76	47,2

Nhận xét: Sinh thường chiếm 44,72% và sinh mổ chiếm 47,2%.

Bảng 4. Nguyên nhân của mổ lấy thai

Lý do mổ lấy thai	Số trường hợp (n=76)	Tỷ lệ (%)
Chuyển dạ ngưng tiến triển	42	55,26
Suy thai	17	22,37
Khởi phát chuyển dạ thất bại	14	18,42
Sa dây rốn	1	1,32
Nhau bong non	2	2,63

Nhận xét: Sinh mổ là 47,2%; với lý do là chuyển dạ ngưng tiến triển và suy thai tỷ lệ cao nhất. Lý do khởi phát chuyển dạ thất bại là 18,42% trường hợp.

3.4. Kết cục trẻ sơ sinh

Bảng 5. Kết cục trẻ sơ sinh

Kết cục trẻ sơ sinh		Số trường hợp (n=161)	Tỷ lệ (%)
Apgar 1 phút	<7 điểm	1	0,62
	≥ 7 điểm	160	99,38
Ngạt cần hồi sức		0	0
Trọng lượng trẻ sơ sinh	<3000 gram	37	22,98
	3000-<3500gram	90	55,9
	≥ 3500gram	34	21,12

Nhận xét: Trọng lượng trẻ ở nhóm 3000-3500gram; chủ yếu Apgar tốt.

3.5. Các tai biến trong và sau sinh

Bảng 6. Các tai biến trong và sau sinh

Tai biến	Số trường hợp (n=161)	Tỷ lệ (%)
Đờ tử cung	7	4,35
Rách tầng sinh môn phức tạp	6	3,73
Chảy máu	4	2,48
Nhiễm trùng hậu sản	3	1,86
Vỡ tử cung	0	0
Tổng cộng	20	2,5

Nhận xét: Có 20 trường hợp có tai biến - biến chứng trong thời gian chuyển dạ và sinh chiếm 2,5% trong số 161 ca sinh; trong đó, 7 ca đờ tử cung (4,35%); rách tầng sinh môn phức tạp (3,73%) và chảy máu (2,48%); còn lại là nhiễm trùng; không có ca nào vỡ tử cung trong thời gian nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ định khởi phát chuyển dạ

Lý do khởi phát chuyển dạ được ghi nhận là thai quá ngày dự sinh chiếm tỷ lệ 88,82%; vô ối - thiếu ối là 10,56%; có 0,62% là thai quá ngày kèm cường giáp đang điều trị. Kết quả ghi nhận chỉ định khởi phát chuyển dạ phù hợp với yêu cầu của Bộ Y tế và nguyện vọng theo dõi sinh của sản phụ. Tham khảo nghiên cứu Mai Thị Mỹ Duyên, chỉ định khởi phát chuyển dạ bao gồm: Thai quá ngày (54,4%), thiếu ối (38,2%) và khác (10,5%) [2]. Kết quả nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lâm Hà, chỉ định khởi phát chuyển dạ ở thai quá ngày chiếm 53,3%, thiếu ối chiếm 34,6%, tiền sản giật 4,2% và thai chậm tăng trưởng chiếm 7,9% [3]. Như vậy, chỉ định khởi phát chuyển dạ của chúng tôi có khác so với các nghiên cứu này.

4.2. Sự thay đổi chỉ số Bishop trước khi đặt sonde và khi sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy chỉ số Bishop trung bình khi khởi phát chuyển dạ là $4,05 \pm 0,63$ điểm (nhỏ nhất là 2 điểm, lớn nhất là 7 điểm); trong đó, tập trung nhiều nhất là có chỉ số Bishop dưới 5 điểm, chiếm 89,44%; từ 5 đến 7 điểm là 9,94%. Chỉ số Bishop trung bình sau khởi phát chuyển dạ là $6,08 \pm 1,07$ điểm (nhỏ nhất là 2 điểm, lớn nhất là 9 điểm); trong đó, tập trung nhiều nhất là nhóm có chỉ số Bishop từ 5 đến 7 điểm là 71,43%. Chỉ số Bishop có sự thay đổi trước và sau khi đặt sonde Foley để khởi phát chuyển dạ sinh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$. Sự thay đổi chỉ số Bishop từ dưới 5 điểm đến trên 5 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong đó, nhóm dưới 5 điểm có sự thay đổi từ 5 đến

7 điểm, 78,47% và 13,89% trường hợp trên 7 điểm. Nhóm từ 5 đến 7 điểm trước khi đặt sonde có Bishop tăng lên 7 điểm chiếm 81,25%. Khởi phát chuyển dạ bằng sonde Foley có cải thiện chỉ số Bishop rõ rệt và phù hợp với các nghiên cứu khác, cụ thể:

Theo Trần Đình Vĩnh, điểm Bishop trước khi khởi phát chuyển dạ của nhóm thành công trung bình là $2,741 \pm 0,45$ và nhóm khởi phát chuyển dạ thất bại là $2,5 \pm 0,5$ [8]. Điểm Bishop sau khi khởi phát chuyển dạ thất bại là 3 điểm và nhóm thành công $6,5 \pm 1,5$ điểm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Điểm Bishop tăng trung bình sau khởi phát chuyển dạ là $3,5 \pm 1,8$, và thay đổi này có ý nghĩa thống kê. Không có mối liên quan giữa tình trạng rơi/ rút thông và hiệu quả khởi phát chuyển dạ thành công hay thất bại với $p > 0,05$. Tương tự, tham khảo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hà Ngọc Uyên, chỉ số Bishop trước khi khởi phát chuyển dạ là $2,44 \pm 0,9$ và sau khi khởi phát chuyển dạ là $7,02 \pm 1,63$ [7]. Trong nhóm 2 bóng cải tiến là $2,27 \pm 0,98$ cao hơn ở nhóm 1 bóng là $2,6 \pm 0,79$. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Ở giai đoạn sau khởi phát chuyển dạ chỉ số Bishop ở cả hai nhóm đều có sự thay đổi, chỉ số Bishop trung bình ở nhóm 2 bóng cải tiến là $7,19 \pm 1,19$ cao hơn ở nhóm 1 bóng là $6,21 \pm 1,86$ (với $p < 0,05$). Nghiên cứu của Hồ Thái Phong, điểm số Bishop trung bình trước khởi phát chuyển dạ là 1,8 (± 1) điểm, sau khởi phát chuyển dạ là 5,7 ($\pm 1,8$) điểm và điểm số Bishop tăng trung bình là 3,9 điểm với $p < 0,001$ [1]. Theo Nguyễn Thị Anh Phương, ghi nhận điểm số Bishop tại thời điểm đánh giá kết quả của nhóm khởi phát chuyển dạ bằng thông bóng đôi cải tiến cao hơn ống thông bóng đơn ($7,8 \pm 1,4$ điểm so với $6,5 \pm 1,7$ điểm), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Thay đổi điểm số chỉ số Bishop sau khởi phát chuyển dạ của thông bóng đôi cải tiến tăng $5,9 \pm 1,6$ điểm và thông bóng đơn tăng $4,3 \pm 1,8$ điểm, $p < 0,001$ [6]. Như vậy, các nghiên cứu đều ghi nhận có sự cải thiện rõ rệt các chỉ số Bishop trước và sau khi khởi phát chuyển dạ bằng sonde Foley. Qua đó, chúng tôi nhận thấy việc khởi phát chuyển dạ bằng sonde Foley là thành công cao trong quá trình chuyển dạ giúp cho các bác sĩ có hướng theo dõi chuyển dạ và sinh ngã âm đạo nhằm hạn chế tỷ lệ mổ lấy thai.

4.3. Phương thức chấm dứt thai kỳ

Kết quả ghi nhận trong 161 trường hợp được khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley: có tỷ lệ sinh ngã âm đạo là 52,8%, có 76 trường hợp mổ lấy thai, chiếm tỷ lệ là 47,2%. Qua đó cho thấy, trong quá trình theo dõi khởi phát chuyển dạ, chúng tôi ghi nhận có 14 sản phụ khởi phát không thành công trong tổng số 161 sản phụ có khởi phát chuyển dạ chiếm 8,69%; số trường hợp khởi phát thành công là 91,31%, đây là tỷ lệ khá cao cho thấy sự thành công của phương pháp khởi phát chuyển dạ bằng sonde Foley sẽ giúp giảm tỷ lệ sinh mổ như theo yêu cầu của Bộ Y tế. Việc theo dõi sinh ngã âm đạo hay mổ lấy thai phụ thuộc vào quá trình chuyển dạ; các trường hợp này đã khởi phát thành công chiếm tỷ lệ rất cao để theo dõi tiếp cuộc chuyển dạ sinh ngã âm đạo. Tham khảo nghiên cứu khác như Trần Đình Vĩnh năm 2019, ghi nhận tỷ lệ sinh mổ là 60,3% và sinh thường chiếm 39,7% [8]. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Như Bích, có 63,5% sản phụ được chỉ định mổ sau khi khởi phát chuyển dạ, 36,5% sinh thường [1]. Các kết quả này cao hơn kết quả của nghiên cứu của chúng tôi; lý giải vấn đề này có thể do chúng tôi thực hiện khởi phát chuyển dạ bằng Foley; ngược lại nghiên cứu của Phạm Thị Như Bích là nghiên cứu khởi phát chuyển dạ bằng kỹ thuật bóc ối (tách ối) - là kỹ thuật gây chuyển dạ bằng quá trình tách màng ối ra lớp màng đệm và phóng thích prostaglandin nội sinh.

Theo nghiên cứu của Mai Thị Mỹ Duyên năm 2014, tỷ lệ sinh thường lên đến 62,9%, sinh giúp là 1,9% và sinh mổ chiếm 35,2% [2] và so nghiên cứu của Cromi A [9] năm 2012

tỷ lệ thành công sinh ngã âm đạo là 76,2%; kết quả sinh ngã âm đạo cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, có thể do tác giả sử dụng ống thông 2 bóng, quá trình khởi phát tương đối tốt hơn nên tỷ lệ sinh ngã âm đạo cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tương tự, kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Hoàng Thế Hiệp (2016) tỷ lệ sinh ngã âm đạo là 52,6% [4] nhưng lại thấp hơn tỷ lệ sinh, nghiên cứu của Nguyễn Thị Lâm Hà nghiên cứu trên 240 sản phụ tham gia có 179 sản phụ sinh ngã âm đạo thành công chiếm 74,6% (KTC 95%: 69%-80,1%) [3]. Tỷ lệ sản phụ được chỉ định mổ lấy thai đạt 25,4% (61 trường hợp, đã trừ 2 trường hợp khởi phát chuyển dạ thất bại như sinh thường) dù rằng các phương pháp sử dụng cho khởi phát chuyển dạ ở các nghiên cứu giống nhau; tuy nhiên, nghiên cứu cho rằng kết quả khởi phát chuyển dạ thành công có khả năng sinh ngã âm đạo thành công cao gấp 13,24 lần so với thai phụ khởi phát chuyển dạ thất bại, với $p < 0,001$.

Về tình hình mổ lấy thai: Có 76 trường hợp mổ lấy thai với đa số được chỉ định vì chuyển dạ ngưng tiến triển: 42/76 (55,26%), thai suy 17/76 (22,37%), khởi phát chuyển dạ thất bại: 14/76 (18,42%) và những nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ 3,95%. Theo Hoàng Thế Hiệp, mổ lấy thai vì suy thai chiếm tỷ lệ cao nhất (30,5%), khởi phát chuyển dạ thất bại chiếm 24,4%, thai to chiếm 17,1%, chuyển dạ đình trệ chiếm 14,6% [4]. Như vậy, chỉ định mổ lấy thai các nghiên cứu tương tự nhau; chủ yếu là suy thai, chuyển dạ ngưng tiến triển và khởi phát thất bại bằng phương pháp đặt sonde Foley. Qua các nghiên cứu ghi nhận phương pháp khởi phát chuyển dạ bằng sonde Foley giúp theo dõi chuyển dạ sinh có kết quả cao trong quá trình theo dõi sinh ngã âm đạo, hạn chế tỷ lệ mổ lấy thai.

4.4. Kết cục trẻ sơ sinh

Đánh giá kết quả xử trí sản khoa thông qua phương pháp sinh, chúng tôi quan tâm đến tình trạng sức khỏe thai nhi. Kết quả cho thấy, đa số trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar tốt: Apgar 1 phút ≥ 7 điểm: 99,38%, có 1 trường hợp Apgar 1 phút < 7 điểm (6 điểm) là 0,62% và Apgar 5 phút > 8 điểm chiếm 99,38%, 01 trường hợp 7 điểm là 0,62%. Qua kết quả ghi nhận trường hợp trẻ sơ sinh được khởi phát chuyển dạ bằng sonde Foley là an toàn và sức khỏe trẻ tốt, chúng tôi không có trường hợp trẻ sơ sinh nào phải hồi sức và tử vong, tham khảo nghiên cứu của Hoàng Thế Hiệp cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh bị ngạt ở phút thứ nhất sau sinh là 8,7%, tỷ lệ ngạt ở nhóm tuổi thai từ trên 40 đến dưới 41 tuần là 3,1%, nhóm tuổi thai từ 41 tuần tuổi trở lên là 12,0% [4]. Kết quả có cao hơn nghiên cứu chúng tôi, điều này có thể là phương pháp này được áp dụng tại bệnh viện chúng tôi thời gian gần đây, nên sản phụ được theo dõi cẩn thận và đánh giá có bất thường cho trẻ là có chỉ định mổ lấy thai nên tình trạng sức khỏe trẻ còn tốt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận cân nặng trung bình của trẻ là 3224 ± 249 gram, trẻ nhẹ cân nhất 2500gram, trẻ nặng nhất 3900gram. Nhóm trẻ có cân nặng lúc sinh 3000- <3500gram chiếm đa số (55,9%), trẻ có cân nặng > 3500 gram chiếm 21,12%. Các trường hợp sinh có cân nặng là trọng lượng phù hợp trọng lượng trung bình của các trẻ sinh đủ tháng, chiếm trên 50%; nhưng vẫn có nhiều trẻ sơ sinh có cân nặng trên 3500gram (21,12%) đây là trọng lượng trẻ mà ở cơ địa của phụ nữ Việt Nam được xem là thai to so với khung chậu phụ nữ nên trường hợp thai to được theo dõi cẩn thận trong quá trình theo dõi chuyển dạ sinh, chú ý đến các biến chứng do thai to mang lại như băng huyết sau sinh, rách tầng sinh môn hoặc kẹt vai khi sinh. Khi tham khảo nghiên cứu khác chúng tôi nhận thấy trọng lượng sơ sinh trung bình của nghiên cứu tương đương: Cromi A [9] (3296 ± 556 gram), Khaldoun [11] (3345 ± 661 gram). Trong nghiên cứu của Grange J, trọng lượng trẻ sơ sinh lúc sinh trung bình là 2191 ± 253 gram [10]. Như vậy kết quả trọng lượng dao động là khoảng 3000 gram.

4.5. Các tai biến trong và sau sinh

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận các trường hợp khởi phát chuyển dạ bằng sonde Foley thông qua kết quả xử trí cho mẹ và trẻ sơ sinh, chúng tôi đánh giá về tai biến - biến chứng trong thời gian theo dõi sinh và sau sinh như chuyển dạ kéo dài, khởi phát chuyển dạ không thành công hoặc băng huyết sau sinh. Kết quả cho thấy, tỷ lệ thai phụ có đờ tử cung chiếm 7/161 trường hợp (4,35%), rách tầng sinh môn phức tạp là 3,37%, chảy máu có 4/161 trường hợp (2,48%), nhiễm trùng hậu sản là 3/161 trường hợp (1,86%). Tham khảo nghiên cứu của Mai Thị Mỹ Duyên, những tác dụng ngoài ý muốn bao gồm ra huyết khi đặt thông có 5/105 trường hợp (4,7%), nhiễm trùng 1/105 (0,9%), thay đổi ngôi thai 1/105 (0,9%), vỡ ối 9/105 (8,5%), đau có 38/105 (51,4%) [2]. Theo Hồ Thái Phong, kết quả nghiên cứu không có các biến chứng như sa dây rốn, nhau bong non, nhiễm trùng, vỡ tử cung [5]. Theo nghiên cứu của Cromi và cộng sự (2007) trên 602 trường hợp đặt sonde Foley gây chín muối CTC có 03 trường hợp viêm màng ối (0,5%), 6 trường hợp viêm nội mạc sau sinh (1%), 4 trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng sơ sinh (0,7%) nhưng tất cả những trường hợp này cấy máu đều âm tính [9].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ bằng đặt sonde Foley thành công cao, an toàn cho sản phụ và thai nhi. Tỷ lệ sinh thường là 44,72%. Thời gian từ lúc khởi phát chuyển dạ bằng thông Foley đến khi rút bóng Foley là $7,39 \pm 4,4$ giờ. Thời gian đặt bóng <6 giờ chiếm 47,83%, thời gian đặt bóng từ 6-12 giờ chiếm 40,37%. Đa số bé có Apgar tốt: Apgar 1 phút ≥ 7 điểm: 99,38%, có 1 trường hợp Apgar 1 phút <7 điểm, chiếm tỷ lệ 0,62% và Apgar 5 phút >8 điểm là 99,38%. Cân nặng trung bình của trẻ là 3224 gram. Tỷ lệ thai phụ có đờ tử cung là 4,35%; rách tầng sinh môn phức tạp 3,73%, chảy máu 2,48%, nhiễm trùng hậu sản 1,86%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thị Như Bích, Trần Mạnh Linh (2020), Giá trị chỉ số Bishop trong tiên lượng khởi phát chuyển dạ bằng phương pháp lóc ối, *Tạp chí Phụ Sản*, 18(2), tr.15-22.
2. Mai Thị Mỹ Duyên (2019), Hiệu quả khởi phát chuyển dạ của ống thông Foley đặt qua kênh cổ tử cung ở thai trưởng thành tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 18(1), tr.157-162.
3. Nguyễn Thị Lâm Hà, Võ Minh Tuấn (2016), Hiệu quả khởi phát chuyển dạ của ống thông Foley đặt qua kênh cổ tử cung ở thai trưởng thành tại Bệnh viện Đa khoa Bà Rịa, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 20(1), tr.322-327.
4. Hoàng Thế Hiệp (2016), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí thai quá ngày sinh dự đoán, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
5. Hồ Thái Phong, Phan Việt Thanh (2015), Hiệu quả khởi phát chuyển dạ của thông Foley đặt lỗ trong cổ tử cung ở thai quá ngày tại Bệnh viện Đa khoa An Giang, *Tạp chí Phụ sản*, 13(2), tr.20-23.
6. Nguyễn Thị Anh Phương, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2016), So sánh hiệu quả khởi phát chuyển dạ của thông Foley bóng đôi cải tiến và bóng đơn đặt kênh cổ tử cung ở thai trưởng thành tại Bệnh viện Hùng Vương, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 20(1), tr.316-321.
7. Nguyễn Hà Ngọc Uyên và cộng sự (2018), Đánh giá hiệu quả của thông Foley 2 bóng cải tiến trong khởi phát chuyển dạ ở thai quá ngày dự sinh, Luận án chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
8. Trần Đình Vĩnh và cộng sự (2019), Hiệu quả khởi phát chuyển dạ của ống thông Foley đặt qua kênh cổ tử cung ở thai ≥ 37 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng, *Tạp chí Phụ sản*,

16(04), tr.50-55.

9. Cromi A *et al.* (2007), Cervical ripening with the Foley catheter, *Int J Gynaecol Ostet*, 97(2): pp.105-9.
10. Grange J *et al.* (2017), Comparaison sonde à double ballonnet-dinoprostone pour la maturation cervicale chez les femmes obèses à terme, *Gynecologie Obstetric Fertilite and Senologie*, 83, pp.1-7.
11. Khaldoun, Khamaised, *et al.* (2012), Prostaglandin E2 versus Foley catheter balloon for induction of labor at term: a randomized controlled study. *Journal of the Royal medical services*, 19 (4), pp.37-42.

(Ngày nhận bài: 02/7/2021 – Ngày duyệt đăng: 7/8/2021)
