

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

Nguyễn Thị Anh Phương *, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang**

TÓM TẮT

Khởi phát chuyển dạ (KPCD) ở thai đủ trưởng thành có nhiều lý do khác nhau nhưng có xu hướng ngày càng gia tăng trên toàn thế giới. Tại Việt Nam các biện pháp KPCD khi cổ tử cung chưa thuận lợi hiện nay chủ yếu là các biện pháp cơ học.

Mục tiêu: So sánh hiệu quả khởi phát chuyển dạ của hai phương pháp cơ học: thông bóng đôi cải tiến và bóng đơn đặt kênh cổ tử cung.

Phương pháp: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đôi chứng trên 250 thai phụ tại bệnh viện Hùng Vương từ 01/10/2014 đến 10/05/2015. Các thai phụ đơn thai, ngôi đầu, ôi còn nguyên vẹn và điểm số Bishop ≤ 4 có chỉ định KPCD được phân nhóm ngẫu nhiên vào 2 nhóm KPCD với thông bóng đôi cải tiến hay bóng đơn.

Kết quả: Tỷ lệ KPCD thành công của nhóm KPCD bằng thông bóng đôi cải tiến và bóng đơn lần lượt là 86,4% và 61,6%, RR = 1,4; KTC 95% [1,2 - 1,6], $p < 0,001$. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: (i) thời gian từ KPCD đến Bishop ≥ 7 , (ii) thời gian từ KPCD đến sinh, (iii) tỷ lệ sinh ngã âm đạo, (iv) các tác dụng ngoại ý trên mẹ và con.

Kết luận: Nghiên cứu ghi nhận thông bóng đôi Foley cải tiến cho hiệu quả KPCD cao hơn bóng đơn, an toàn cho thai phụ và thai nhi.

Từ khóa: Khởi phát chuyển dạ, bóng Foley, nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng.

ABSTRACT

COMPARATION OF THE EFFECTIVENESS OF INDUCTION LABOR WITH DOUBLE BALLOON FOLEY CATHETER VERSUS SINGLE BALLOON FOLEY CATHETER IN TERM GESTATION AT HUNG VUONG HOSPITAL

Nguyen Thi Anh Phuong, Huynh Nguyen Khanh Trang

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 20 - No 1 - 2016: 316 - 321

Induction of labor at term gestation has many different reasons but the trend has been growing up all over the world. Currently in Vietnam, the main methods of labor induction have focused in mechanical methods when the cervix is unfavorable (ripe).

Objective: To compare the efficacy of two mechanical devices for cervical ripening: modified double versus single balloon catheters.

Methods: This randomized controlled trial was conducted at Hung Vuong Hospital between October 2014 and May 2015. Pregnant women admitted for induction of labor with a live singleton gestation in cephalic presentation with intact membranes and a Bishop score of 4 or less were randomly assigned for cervical ripening by a single-balloon catheter or a modified double-balloon catheter. Outcomes included time from device insertion

* Khoa Sản bệnh, Bệnh viện Hùng Vương.

** Bộ môn Phụ Sản, khoa Y, ĐHYD Tp HCM, khoa Sản bệnh, bệnh viện Hùng Vương.

Tác giả liên lạc: PGS.TS. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang ĐT: 0903882015 Email: tranghknk08@gmail.com

to Bishop Score ≥ 7 , time from device insertion to delivery, rates of successful vaginal delivery and occurrence of adverse events.

Results: 250 women completed the study. Ripening success was comparable between the modified double and single balloon arms 86.4% versus 61.6%, RR 1.4; 95% CI 1.2 to 1.6, $p < 0,001$. There were no significant differences in maternal characteristics, balloon insertion to Bishop Score ≥ 7 , balloon insertion to delivery interval, cesarean section rate satisfaction or adverse outcomes.

Conclusions: Our findings suggest that the modified double balloon catheter results in higher ripening success rates, compared with the single balloon catheter, without compromising maternal or fetal safety.

Keywords: Induction labor, Foley catheter, randomized controlled trial.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp khởi phát chuyển dạ (KPCD) bằng thông bóng đơn được thực hiện từ năm 1967 bởi Embrey và Mollison⁽⁵⁾. Tại Việt Nam, KPCD với Foley bóng đơn đặt kênh cổ tử cung trên thai thiếu ối của Bùi Ngọc Phượng, Lê Hồng Cẩm (2010)⁽⁶⁾, Dương Thanh Hiền, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2014)⁽⁴⁾, ở thai trên 41 tuần của Nguyễn Thị Nhẹ (2014)⁽¹²⁾ hay với Foley bóng đơn đặt qua kênh cổ tử cung Nguyễn thị Hương (2013)⁽¹¹⁾, Mai Thị Mỹ Duyên, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2014)⁽⁸⁾ hay có kết hợp đặt bóng và truyền Oxytocin nhỏ giọt tĩnh mạch Lê Nguyễn Thy Thy, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2013)⁽⁷⁾ đều cho thấy hiệu quả và sự an toàn.

Năm 1991, Hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) đã tiến hành nghiên cứu khởi phát chuyển dạ bằng thông bóng đôi⁽¹⁾. Cũng từ năm 1991 đến hiện nay đã có rất nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của thông bóng đôi so với các phương pháp khởi phát chuyển dạ khác, kết quả cho thấy đây là một phương thức an toàn, hiệu quả, ít gây con gò cường tính. Tuy nhiên, ở Việt Nam việc áp dụng thông bóng đôi vào khởi phát chuyển dạ chưa thực hiện vì giá thành cao.

Trước khó khăn này, khoa Sản Bệnh viện Hùng Vương đã tiến hành cải tiến tạo ra thông bóng đôi cải tiến từ thông Foley 20F và 30F với quy trình đảm bảo vô trùng, kỹ thuật đặt thông đơn giản, mức độ khó chịu trên thai phụ ít, giá thành rẻ, hiệu quả cao. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mong muốn giúp bệnh viện Hùng Vương và các bệnh viện sản khoa

khác có thêm một phương pháp khởi phát chuyển dạ an toàn, hiệu quả.

Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu

So sánh hiệu quả KPCD của phương pháp thông Foley bóng đôi cải tiến so với thông Foley bóng đơn đặt kênh cổ tử cung (CTC) ở thai trưởng thành.

Xác định: thời gian trung bình từ lúc KPCD đến khi chỉ số Bishop ≥ 7 điểm, từ lúc KPCD đến lúc sinh, tỷ lệ sinh ngã âm đạo và sinh mổ ở cả hai phương pháp thông Foley bóng đôi cải tiến và thông Foley bóng đơn đặt kênh CTC.

Xác định tỷ lệ tác dụng ngoại ý trên thai phụ và thai nhi ở cả hai phương pháp thông Foley bóng đôi cải tiến và thông Foley bóng đơn đặt kênh CTC.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên mù đơn có đối chứng.

Đối tượng

Thai phụ với thai trưởng thành, chưa vào chuyển dạ, có chỉ định KPCD tại bệnh viện Hùng Vương từ 1/10/2014 đến 10/05/2015.

Tiêu chuẩn nhận bệnh

Tuổi thai ≥ 37 tuần, đơn thai, ngôi đầu. Chỉ số Bishop trước khi KPCD ≤ 4 . Biểu đồ tìm thai nhóm I (theo ACOG 2009). Thai phụ có chỉ định KPCD. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Mẹ

Có chuyển dạ. Có sẹo mổ cũ, dị dạng tử cung. Cổ tử cung polyp, Herpes, Condyloma, ung thư, rách cổ tử cung cũ, đốt lạnh, đốt điện cổ tử cung, khoét chóp. Viêm nhiễm đường sinh dục cấp. Các bệnh lý nội khoa không cho phép sinh ngã âm đạo.

Thai và phần phụ của thai

Ngôi bất thường, ối rỉ hoặc ối vỡ, nhau tiền đạo. Bất xứng đầu chậu (ước lượng cân thai ≥ 3800g trên siêu âm hoặc khung chậu hẹp).

Cỡ mẫu

$$n = \frac{\left(z_{\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{\Delta^2}$$

$\alpha = 0,05$, thì $z_{\alpha/2} = 1,96$; $\beta = 0,20$ hay $power = 0,80$, thì $z_{\beta} = 0,842$; $p_1 = 85\%$, $p_2 = 70\%$

Cỡ mẫu được ước tính dựa trên kết cục chính của nghiên cứu dẫn đường tại bệnh viện Hùng Vương 03/2014. Tính ra $n = 121$ trường hợp cho mỗi nhóm.

Tiến hành

Có 250 thai phụ được phân nhóm ngẫu nhiên vào hai nhóm. Nhóm can thiệp có 125 thai phụ KPCD bằng thông bóng đôi cải tiến, nhóm chứng có 125 thai phụ KPCD bằng thông bóng đơn dựa vào phương pháp phân bố ngẫu nhiên theo khối từ 2 - 8.

Nhóm bóng đơn, KPCD bằng thông Foley 20F bơm 60ml nước cất vào bóng ở kênh CTC. Nhóm bóng đôi, KPCD bằng thông bóng đôi cải tiến từ thông Foley 20F và 30F, bơm 60ml nước cất vào mỗi bóng, bóng trong sát lỗ trong CTC, bóng ngoài sát lỗ ngoài CTC.

Bảng 2. Tỷ lệ KPCD thành công của hai phương pháp thông bóng đôi cải tiến và bóng đơn

Phương pháp KPCD	Thành công n (%)	Thất bại n (%)	RR	KTC 95%	p
Bóng đôi	108(86,4)	17(13,6)	1,4	1,2-1,6	<0,00
Bóng đơn	77(61,6)	48(38,4)			

Mức độ đau của thai phụ được đánh giá bằng thang điểm đánh giá mức độ đau (Wong – Backer faces).

Thời gian lưu thông của cả hai nhóm là 12 giờ.

Tiêu chí đánh giá của quá trình:

Nếu trong vòng 12 giờ sau đặt thông, Bishop ≥ 7 điểm: KPCD thành công. Chuyển phòng sinh khi chuyển dạ giai đoạn hoạt động hoặc giục sinh bằng Oxytocin nếu con gò không đủ.

Nếu sau 12 giờ mà Bishop <7 điểm hoặc có các tác dụng ngoại ý trầm trọng: KPCD thất bại. Chuyển sang phương pháp KPCD khác: giục sinh bằng Oxytocin, hay đặt thông lần 2 hoặc mổ sinh.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu (n1= n2 =125)

Đặc điểm	Bóng đôi n 1 (%)	Bóng đơn N 2 (%)	p
Tuổi (năm)	28,7±5,4	29,2±5,9	0,51
BMI	26,5	26,9	0,29
Tiền thai			
Con so	79(63,2)	85(68)	0,42
Con rạ	46(36,8)	40(32)	
Tiền căn sinh non			
Có	2(1,6)	1(0,8)	0,5
Không	123(98,4)	124(99,2)	
Chỉ định KPCD			
THAtai kỳ, TSG	13(10,4)	11(8,8)	0,14
ĐTĐ thai kỳ	5(4,0)	15(12,0)	
Thai quá ngày	30(24,0)	33(26,4)	
Thai chậm tăng trưởng	23(18,4)	24(19,2)	
NST nghi ngờ	12(9,6)	12(9,6)	
Thiếu ối	30(24,8)	27(21,6)	
Khác	11(8,8)	3(2,4)	
Chiều dài kênh CTC (mm)	32,6	31,5	

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến hiệu quả KPCD

Yếu tố	Bóng đôi n(%)	Bóng đơn n(%)	p
Điểm số Bishop sau KPCD	7,8±1,4	6,5±1,7	<0,001
Thay đổi Bishop	5,9±1,6	4,3±1,8	<0,001
Thời gian KPCD đến Bishop≥7 điểm (giờ)	10,8±2,3	10,8±2,07	0,91
Thời gian từ KPCD đến sinh (giờ)	24,6±11,6	25,8±10,7	0,52
Sinh thường	61(48,8)	50(40,00)	0,36
Sinh hút	6(4,80)	11(8,80)	
Sinh kèm	3(2,40)	5(4,00)	
Sinh mổ	55(44,00)	59(47,00)	

Bảng 4. Tác dụng ngoại ý trên mẹ và con

Tác dụng ngoại ý	Bóng đôi n (%)	Bóng đơn n (%)	p
Biến chứng sau KPCD			
Vỡ ối	3(2,4)	9(7,2)	
Cơ gò cường tính	1(0,8)	2(1,6)	
BHSS	5(4,0)	3(2,4)	
Nhập khoa Nhi	18(14,4)	16(12,8)	0,71
Lý do nhập khoa Nhi			0,04
Vàng da	18(14,4)	12(9,6)	
Suy hô hấp	0	2(1,6)	
Khác	0	2(1,6)	

Biến chứng sau KPCD trên thai phụ của cả 2 phương pháp đều thấp và không nghiêm trọng. Không có trường hợp trẻ sơ sinh Apgar 1 phút < 7, phải hồi sức sơ sinh hay tử vong. Tỷ lệ chuyển vào khoa nhi ở 2 phương pháp là tương đương nhau, với lý do vàng da chiếm đa số.

Bảng 5: Mức độ đau do thai phụ đánh giá và mức độ khó do bác sĩ đánh giá khi thực hiện thủ thuật

Mức độ	Bóng đôi N (%)	Bóng đơn N (%)	p
Đau (thai phụ đánh giá)			0,22
Không (0 điểm)	10(8,0)	12(9,6)	
Ít (1 - 2 điểm)	54(43,2)	63(50,4)	
Trung bình(3 - 6 điểm)	59(47,2)	50(40,0)	
Nhiều (7 - 10 điểm)	2(1,6)	0	
Khó do BS đánh giá			0,16
Ít (0 - 1 điểm)	75(60,0)	87(69,6)	
Trung bình(2 - 3 điểm)	45(36,0)	35(28,0)	
Nhiều(4 - 5 điểm)	5(4,0)	3(2,4)	

BÀN LUẬN

Sự khác biệt về tuổi trung bình, BMI, tiền thai, tiền căn sinh non, chỉ định KPCD và chiều dài kênh CTC trước KPCD trong hai nhóm thông bóng đôi cải tiến và bóng đơn không có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy việc phân nhóm ngẫu nhiên trong nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng được thực

hiện tốt. Các đặc điểm của dịch tễ và sản khoa của nhóm can thiệp (bóng đôi cải tiến) và nhóm chứng (bóng đơn) tương đồng nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ KPCD thành công của nhóm KPCD bằng thông bóng đôi cải tiến và bóng đơn lần lượt là 86,4% và 61,6%, RR = 1,4; KTC 96% [1,2 - 1,6], p < 0,001. Cho thấy phương pháp KPCD bằng thông bóng đôi cải tiến có hiệu quả cao hơn bóng đơn. Trong y văn, thông bóng đôi làm chín muồi cổ tử cung có hiệu quả cao. Với giá cả hiện nay của thông bóng đôi từ công ty Cook, chúng ta khó lòng tiếp cận với phương pháp này. Việc cải tiến thông bóng đôi từ hai thông Foley 20F, 30F và các dụng cụ sẵn có đã giúp chúng tôi có thêm một phương pháp KPCD mới với chi phí thấp mà hiệu quả khởi phát chuyển dạ cao hơn phương pháp KPCD bằng thông bóng đơn. Chúng tôi mong muốn chuyển tải đến các cơ sở y tế một phương cách KPCD hiệu quả, không mắc tiền nhằm góp phần chăm sóc sức khỏe thai phụ ngày càng tốt hơn.

Ghi nhận điểm số Bishop tại thời điểm đánh giá kết quả của nhóm KPCD bằng thông bóng đôi cải tiến cao hơn nhóm 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 Bishop sau KPCD của thông bóng đôi cải tiến tăng $5,9 \pm 1,6$ điểm và thông bóng đơn tăng $4,3 \pm 1,8$ điểm, $p < 0,001 \rightarrow$ KPCD trên CTC không thuận lợi: thông bóng đôi cải tiến có hiệu quả làm sự chín muồi cổ tử cung tốt hơn bóng đơn.

Tuy nhiên, tác giả Salim năm 2010⁽¹³⁾, Birte Haugland năm 2011⁽⁶⁾ và chúng tôi đều có điểm tương đồng là sự khác biệt về thời gian từ KPCD đến lúc sinh ở cả hai phương pháp KPCD bằng thông bóng đôi và bóng đơn đều không có ý nghĩa về thống kê, $p > 0,05$.

Tỷ lệ mổ sinh ở nhóm KPCD bằng thông bóng đôi cải tiến và bóng đơn lần lượt là 44% và 47%, $p = 0,36$. Trong các nghiên cứu của Mei-Dan năm 2009⁽⁹⁾, Salim năm 2010⁽¹³⁾, Birte Haugland năm 2011⁽⁶⁾ và nghiên cứu của chúng tôi đều cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ mổ sinh của hai phương pháp KPCD đều không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$.

Trong nghiên cứu chúng tôi, không ghi nhận các biến chứng như nhau bong non, sa dây rốn nhiễm trùng ối, nhiễm trùng huyết, thay đổi ngôi thai, vỡ tử cung trong cả hai nhóm nghiên cứu. Tác dụng ngoại ý nghiêm trọng sau KPCD bằng phương pháp thông bóng đôi cải tiến và bóng đơn đặt kênh CTC trên thai phụ đều thấp.

Không có trường hợp nào trẻ sinh ra có Apgar 1 phút < 7 , phải hồi sức sơ sinh tích cực hay tử vong. Phần lớn các trường hợp nhập khoa nhi là do vàng da. Tác dụng ngoại ý nghiêm trọng sau KPCD bằng phương pháp thông bóng đôi cải tiến và bóng đơn đặt kênh CTC trên trẻ sơ sinh đều thấp.

Kết quả này tương đồng với các tác nghiên cứu của Atad năm 1997⁽²⁾, Mei-Dan năm 2009 và năm 2011^(9,10), Read Salim năm 2011⁽¹³⁾, Birte Haugland năm 2011⁽⁶⁾.

Đa số các thai phụ đánh giá mức độ đau khi KPCD bằng phương pháp thông bóng đôi cải tiến ở mức độ đau ít và trung bình. Sự khác biệt

về mức độ đau không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm thông bóng đôi cải tiến và bóng đơn. Phương pháp KPCD mới với hai bóng, thể tích mỗi bóng 60ml được các thai phụ chấp nhận.

Đa số các bác sĩ đánh giá mức độ khó khi thực hiện thủ thuật KPCD bằng phương pháp thông Foley bóng đôi cải tiến ở mức độ khó ít và trung bình. Sự khác biệt về mức độ khó không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm thông bóng đôi cải tiến và bóng đơn. Phương pháp KPCD cơ học mới với thông bóng đôi cải tiến, thể tích mỗi bóng 60ml được các bác sĩ thực hiện dễ dàng. Do đó, việc tập huấn và triển khai phương pháp KPCD mới này có thể dễ dàng thực hiện và áp dụng tại các bệnh viện chuyên khoa Sản.

Hạn chế

Đối với các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được đặt ống thông để KPCD, các thai phụ không thể biết được mình được KPCD bằng ống thông bóng đơn hay bóng đôi cải tiến. Do đó, khi đánh giá mức độ đau của thai phụ khi đặt thông để KPCD, cảm nhận của thai phụ không bị sai lệch.

Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mạnh khi thực hiện được mù đôi nhưng chúng tôi không thực hiện được điều này vì có sự khác biệt giữa hai loại thông Foley KPCD một bóng và hai bóng và do điều kiện quản lý hồ sơ của bệnh viện nên chúng tôi không thể làm mù khi đánh giá kết cục. Đây là hạn chế lớn nhất của đề tài, chúng tôi cố gắng khắc phục hạn chế này bằng cách người tham gia nghiên cứu không được trực tiếp tham gia vào quá trình chọn mẫu ngẫu nhiên, hai bác sĩ và bốn nữ hộ sinh đánh giá kết quả không được biết về mục tiêu nghiên cứu nhằm tăng tính khách quan khi đánh giá kết quả.

Kết cục KPCD thành công của hai phương pháp KPCD dựa vào chỉ số Bishop, một phương thức đánh giá có yếu tố chủ quan phụ thuộc vào sự cảm nhận của người khám lâm sàng. Tuy nhiên, chúng tôi đã tập huấn thống nhất cách đánh giá điểm số Bishop trước khi

bắt đầu tiến hành thu nhập số liệu để hạn chế sai lệch thông tin.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mù đơn có nhóm chứng so sánh hiệu quả khởi phát chuyển dạ của phương pháp thông Foley bóng đôi cải tiến và thông Foley bóng đơn đặt kênh cổ tử cung trên 250 thai phụ mang thai trưởng thành tại bệnh viện Hùng Vương từ 1/10/2014 đến 10/05/2015, chúng tôi rút ra các kết quả như sau:

- Tỷ lệ KPCD thành công ở nhóm KPCD bằng phương pháp thông Foley bóng đôi cải tiến so với thông Foley bóng đơn lần lượt là 86,4% và 61,6%, RR = 1,4; KTC 95% [1,2 - 1,6], $p < 0,001$.
- Thời gian trung bình ở phương pháp KPCD thông bóng đôi cải tiến và bóng đơn từ lúc KPCD đến khi chỉ số Bishop ≥ 7 điểm là $10,8 \pm 2,3$ giờ và $10,8 \pm 2,1$ giờ, $p > 0,05$. Thời gian trung bình từ lúc KPCD đến lúc sinh là $24,6 \pm 11,6$ giờ và $25,8 \pm 10,7$ giờ, $p > 0,05$. Điểm số Bishop trung bình sau KPCD là $7,8 \pm 1,4$ và $6,5 \pm 1,7$, $p < 0,05$. Thay đổi điểm Bishop sau KPCD là $5,9 \pm 1,6$ và $4,3 \pm 1,8$, $p < 0,001$. Tỷ lệ sinh mổ ở phương pháp KPCD thông bóng đôi cải tiến và bóng đơn là 44% và 47%, $p > 0,05$. Tỷ lệ mổ sinh vì KPCD thất bại ở phương pháp KPCD thông bóng đôi cải tiến và bóng đơn là 7,7% và 18,6%, $p > 0,05$.
- Tỷ lệ tác dụng ngoại ý trên mẹ và con ở phương pháp KPCD bằng thông Foley bóng đôi cải tiến thông Foley bóng đơn: BHSS (4% và 2,4%), suy hô hấp ở trẻ sơ sinh (0% và 1,6%).
- Mức độ đau của thai phụ ở mức độ ít và trung bình của hai nhóm KPCD đều chiếm 90,4%, $p > 0,05$. Mức độ khó của bác sĩ khi thực hiện thủ thuật ở mức độ ít và trung bình chiếm 96% và 97,6%, $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Atad J and et al (1991). "Nonpharmaceutical ripening of the unfavorable cervix and induction of labor by a novel double balloon device". *Obstet Gynecol*, 77(1), pp. 146-52.
2. Atad J and et al (1997). "Ripening and dilatation of the unfavourable cervix for induction of labour by a double balloon device: experience with 250 cases". *Br J Obstet Gynaecol*, 104(1), pp. 29-32.
3. Bùi Ngọc Phương, Lê Hồng Cẩm (2010). "Hiệu quả của ống thông Foley đặt kênh cổ tử cung trong khởi phát chuyển dạ ở thai ≥ 34 tuần thiếu ối". *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, tập 14 (1), tr. 232 - 236.
4. Dương Thanh Hiền, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2014). "Hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng thông Foley đặt kênh cổ tử cung ở thai kỳ trưởng thành thiếu ối tại bệnh viện đa khoa Bình Dương". *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, tập 19 (1), tr. 50 - 55.
5. Embrey MP and Mollison BG (1967). "The unfavourable cervix and induction of labour using a cervical balloon". *J Obstet Gynaecol Br Commonw*, 74(1), pp. 44-8.
6. Haugland B and et al (2011). "Induction of labor with single versus double balloon catheter a randomized controlled trial", pp. 49-54.
7. Lê Nguyễn Thy Thy, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2013). "Hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley và Oxytocin truyền tĩnh mạch ở thai trưởng thành thiếu ối". *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, tập 17 (1), tr. 55 - 60.
8. Mai Thị Mỹ Duyên, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2014). "Hiệu quả khởi phát chuyển dạ với thông Foley qua kênh cổ tử cung ở thai từ 37 tuần tại bệnh viện Đa khoa Tây Ninh". *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, tập 18 (1), tr. 157 - 162.
9. Mei-Dan E and et al (2012). "Comparison of two mechanical devices for cervical ripening: a prospective quasi-randomized trial". *J Matern Fetal Neonatal Med*, 25(6), pp. 723-7.
10. Mei-Dan E and et al (2014). "Making cervical ripening EASI: a prospective controlled comparison of single versus double balloon catheters". *J Matern Fetal Neonatal Med*, 27(17), pp. 1765-70.
11. Nguyễn Thị Hương (2013). *Hiệu quả khởi phát chuyển dạ thai đủ trưởng thành bằng thông Foley tại bệnh viện đa khoa Đồng Tháp*. Luận án chuyên khoa cấp 2 Sản Phụ Khoa, Đại học Y Dược TP HCM, tr. 42 - 58
12. Nguyễn Thị Nhẹ (2014). *Hiệu quả của khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley đặt kênh cổ tử cung ở thai ≥ 41 tuần tại bệnh viện đa khoa Cai Lậy*. Luận án chuyên khoa cấp 2 Sản phụ khoa, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, tr. 52 - 65.
13. Salim R and et al (2011). "Single-balloon compared with double-balloon catheters for induction of labor: a randomized controlled trial". *Obstet Gynecol*, 118(1), pp. 79-86.

Ngày nhận bài báo: 20/11/2015
 Ngày phản biện nhận xét bài báo: 24/11/2015
 Ngày bài báo được đăng: 20/01/2016