

phù hợp với tỷ lệ bệnh nhân có loãng xương và thoái hóa khớp chiếm đa số trong nghiên cứu với tỷ lệ lần lượt là 49,5% và 57,2%.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ đau trên bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ là 54,1%.

- Tỷ lệ các mức độ đau trên bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ: 8,7% là mức độ đau nặng, 14,9% là mức độ đau trung bình và mức độ đau nhẹ là 30,5%.

Tình trạng đau trên bệnh nhân cao tuổi sa sút trí tuệ khá thường gặp và gây ra những tác động tiêu cực đến sức khỏe, tinh thần, chức năng sinh hoạt và chất lượng cuộc sống nhưng vì những hạn chế trong việc bày tỏ, thể hiện nỗi đau mà tình trạng này chưa được phát hiện sớm cũng như công nhận đúng mức, do đó cần chủ động tư vấn, tuyên truyền về vấn đề này một cách rộng rãi trong cộng đồng dân cư và hướng dẫn nhân viên y tế lẫn người chăm sóc sử dụng các thang điểm đánh giá đau phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Van Dalen-Kok AH, Achterberg WP, Rijkman WE, et al. Pain assessment in impaired cognition: observer agreement in a long-term care setting in patients with dementia. *Pain management*. Sep 2019;9(5):461-473
2. Kerckhove N, Bornier N, Mulliez A, et al. Prevalence of Chronic Pain Among People with Dementia: A Nationwide Study Using French Administrative Data. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the*

- American Association for Geriatric Psychiatry. Dec 2023;31(12):1149-1163.
3. Do KN, Le LTT, Dang SC, et al. An Assessment of Physical Activity and Risk Factors in People Living with Dementia: Findings from a Cross-Sectional Study in a Long-Term Care Facility in Vietnam. *Geriatrics*. 2024;9(3):57.
4. Vasiliki Orgeta, Martin Orrell FRCPsych, Barry Hounsoms, et al. Self- and Carer-Rated Pain in People With Dementia: Influences of Pain in Carers. *Journal of pain and symptom management*. June 2015;49(6):1042-1049.
5. Helvik AS, Bergh S, Kabukcuoglu K, et al. Prevalence and persistent prescription of analgesic drugs in persons admitted with dementia to a nursing home - A longitudinal study. *PloS one*. 2022;17(12):e0279909.
6. Boltz M, Resnick B, Kuzmik A, et al. Pain Incidence, Treatment, and Associated Symptoms in Hospitalized Persons with Dementia. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*. Apr 2021;22(2):158-163.
7. Bùi MT, Nguyễn TK, Văn CM. Tình hình sa sút trí tuệ và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi trên địa bàn huyện Mang Thít, tỉnh Vĩnh Long năm 2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 10/31 2023;(65):165-170. doi:10.58490/ctump.2023i65.1770
8. Atee M, Morris T, Macfarlane S, Cunningham C. Pain in Dementia: Prevalence and Association With Neuropsychiatric Behaviors. *Journal of pain and symptom management*. Jun 2021;61(6):1215-1226.
9. Wang H-K, Hung C-M, Lin S-H, et al. Increased risk of hip fractures in patients with dementia: a nationwide population-based study. *BMC Neurology*. 2014/09/12 2014;14(1):175. 2

HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG DINOPROSTONE TRÊN THAI QUÁ NGÀY DỰ SINH CÓ CHỈ SỐ BISHOP CẢI TIẾN <6 TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024

Lâm Thị Ngọc Thảo¹, Huỳnh Thanh Liêm²,
Lê Minh Triết², Nguyễn Thanh Thủy², Lâm Đức Tâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là biện pháp can thiệp trong sản khoa giúp thai phụ sinh thường, giảm tỉ lệ mổ lấy thai, được đánh giá qua chỉ số Bishop. Việc kết hợp siêu âm đo độ dài cổ tử cung (CTC) để tạo ra chỉ số Bishop cải tiến đã nâng cao

hiệu quả của KPCD. **Mục tiêu:** Khảo sát tính hiệu quả, an toàn của Dinoprostone đặt âm đạo làm chính muối CTC và đặc điểm lâm sàng của việc KPCD trên thai quá ngày dự sinh với điểm Bishop cải tiến <6 và không có chống chỉ định sinh ngã âm đạo. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 65 trường hợp thai quá ngày dự sinh có chỉ định KPCD bằng Dinoprostone tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ trong năm 2024 với đánh giá CTC bằng thang điểm Bishop cải tiến. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công của KPCD là 64,62%. Yếu tố liên quan đến thành công là chỉ số Bishop cải tiến trước KPCD (OR = 0,677, KTC 95% [0,464-0,986], p=0,042). Yếu tố ảnh hưởng đến khả năng sinh ngã âm đạo gồm tiền sử sản khoa, chỉ số Bishop sau KPCD và cân nặng sơ

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025

Ngày duyệt bài: 20.5.2025

sinh. Tác dụng ngoại ý gồm CTG nhóm II (9,2%), gò tử cung cường tính (30,7%), và 6,2% phải mổ lấy thai do không thể điều chỉnh. Không có băng huyết sau sinh, nhiễm trùng, bé vàng da hay suy hô hấp, phản ứng dị ứng thuốc nghiêm trọng khi đặt thuốc. **Kết luận:** Dinoprostone là phương pháp hiệu quả và an toàn để biến đổi thuận lợi CTC và giúp KPCD thành công. Chỉ số Bishop cải tiến giúp tiên lượng khả năng thành công KPCD. **Từ khóa:** Khởi phát chuyển dạ, Bishop cải tiến, Dinoprostone

SUMMARY

EFFECTIVENESS AND SAFETY OF DINOPROSTONE INDUCED LABOR IN POST-TERM PREGNANCY WITH IMPROVED BISHOP SCORE <6 AT CAN THO CITY OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

Background: Labor induction (LI) is a common obstetric intervention to assist the mother in delivering vaginally, reducing the cesarean section rate, with success typically measured by the Bishop score. Recently, combining ultrasound measurement of cervical length with the traditional Bishop score has improved the effectiveness of labor induction. **Objectives:** Survey on the effectiveness and safety of vaginally administered Dinoprostone for cervical ripening and the clinical characteristics of labor induction in post-term pregnancies with a modified Bishop score <6 and no contraindications for vaginal delivery. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis was conducted on 65 cases of post-term pregnancies indicated for labor induction with Dinoprostone at Can Tho City Obstetrics and Gynecology Hospital in 2024, with cervical assessment using the modified Bishop score. **Results:** The success rate of labor induction (LI) in post-term pregnancies with indicated LI was 64.62%. The factor related to successful IOL is the improved Bishop score before induction (OR = 0.677, 95% CI [0.464-0.986], $p = 0.042$). Factors influencing vaginal delivery include obstetric history, the Bishop score after IOL, and birth weight. Adverse effects include CTG category II (9.2%), hypertonic uterine contractions (30.7%), with 6.2% requiring cesarean delivery due to non-adjustable conditions. No cases of postpartum hemorrhage, infection, jaundice, or respiratory distress in the newborn were reported, and there were no severe allergic reactions or side effects from the drug insertion. **Conclusion:** Prostaglandin is an effective and safe method for favorable cervical ripening and promoting successful labor induction. The modified Bishop score helps predict the likelihood of successful labor induction. **Keywords:** Labor induction, modified Bishop score, Dinoprostone

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyển dạ là quá trình có cơ sở cơ tử cung (CCTC) làm CTC xóa mờ, sổ thai ra ngoài. KPCD là biện pháp can thiệp chủ động để kích thích CCTC trước khi chuyển dạ tự nhiên, đặc biệt ở thai quá ngày dự sinh. Chỉ định KPCD dựa trên các yếu tố từ mẹ, thai và phần phụ thai [1] nhưng hiệu quả KPCD phụ thuộc vào khả năng

sẵn có của CTC, được đánh giá qua Bishop, nhưng phương pháp này dựa trên thăm khám phá âm đạo, có tính chủ quan và khác biệt giữa bác sĩ. Để cải thiện độ chính xác, Bajpai đề xuất kết hợp chiều dài kênh CTC siêu âm ở chỉ số Bishop cổ điển, tạo ra chỉ số Bishop cải tiến [1], [9]. Mặc dù nghiên cứu cho thấy tiềm năng, chỉ số này chưa sử dụng rộng rãi tại Việt Nam.

Các phương pháp khởi phát chuyển dạ nhằm thúc đẩy sản xuất prostaglandin E2 (PGE2) gây chín muồi CTC [1]. Năm 2021 tại Nhật Bản, nghiên cứu của Itoh về hiệu quả KPCD bằng Dinoprostone cho thấy sự chín muồi CTC khi sử dụng thuốc có tỉ lệ cao hơn so với nhóm chứng [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Uyên Nhi (2023): chỉ số Bishop cải tiến có giá trị dự báo cao về khả năng khởi phát chuyển dạ thành công, với diện tích dưới đường cong đạt 0,819 [3]. Xuất phát từ đó, chúng tôi nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của khởi phát chuyển dạ bằng Dinoprostone, giá trị của chỉ số Bishop cải tiến được ứng dụng trong quản lý thai quá ngày dự sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả trường hợp thai quá ngày dự sinh có chỉ định KPCD tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2024

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu. Thai phụ ≥ 18 tuổi; Thai quá ngày dự sinh (dựa vào ngày kinh cuối với chu kỳ kinh nguyệt đều, nhớ rõ ngày kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu), đơn thai, ngôi đầu, chỉ số Bishop cải tiến trước KPCD <6 điểm. Không có chống chỉ định KPCD, không có biểu hiện nhiễm khuẩn. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Mặc bệnh lý nặng về tim mạch, thận, huyết học. Có sẹo mổ cũ trên cơ tử cung: mổ sinh, bóc nhân xơ, sẹo vá tử cung bị vỡ trong lần mang thai trước, sẹo xén góc tử cung do thai sùng; Dị dạng tử cung; Polyp CTC, Herpes, Condyloma, ung thư. Hoặc CTC từng bị tổn thương hoặc can thiệp trước đó: rách CTC cũ, đốt lạnh, đốt điện CTC, khoét chóp; Viêm nhiễm đường sinh dục cấp; Ngôi bất thường; Bất xứng đầu chậu; Nhau tiền đạo; Rối loạn tâm thần; Có tiền sử dị ứng prostaglandin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích

Cỡ mẫu: 65 ca thai quá ngày dự sinh có chỉ số Bishop cải tiến <6 điểm có chỉ định KPCD

Phương pháp chọn mẫu: Các trường hợp thai quá ngày dự sinh có chỉ số Bishop cải tiến

<6 điểm được KPCD bằng Dinoprostone tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ thỏa tiêu chuẩn chọn năm 2024.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả KPCD:

Thành công khi chỉ số Bishop CTC xóa $\geq 70\%$, mở $\geq 2\text{cm}$ hay có thành lập đầu ối hoặc có sự tiến triển của ngôi thai. Thất bại: sau đặt Dinoprostone 24 giờ mà chưa vào chuyển dạ thật sự hay có tác dụng ngoại ý hoặc biến chứng trầm trọng.

Nội dung nghiên cứu: tuổi, chỉ số khối cơ thể, chiều cao, cân nặng, tiền sử bệnh lý, sản khoa, dấu hiệu sinh tồn, yếu tố chuyển dạ (độ xóa, độ mở, mật độ, hướng và chiều dài CTC). Kết quả KPCD: tỉ lệ thành công và yếu tố liên quan: thời gian đặt, tuổi, tiền sử sản khoa và chỉ số Bishop cải tiến trước KPCD. Kết cục thai kỳ: phương pháp sinh, nguyên nhân mổ lấy thai và yếu tố liên quan tỉ lệ sinh ngã âm đạo thành công; Kết cục sơ sinh; Biến chứng và tác dụng phụ sau đặt thuốc.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Dữ liệu kiểm tra, nhập liệu, phân tích bằng SPSS 27 và trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm cho biến số không liên tục và trung bình, độ lệch chuẩn cho biến liên tục. Khảo sát tương quan giữa biến danh định dùng phép kiểm Chi bình phương, giữa biến danh định với biến liên tục dùng T- test. Hồ sơ y đức: 23.082.HV-ĐHYDCT.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu

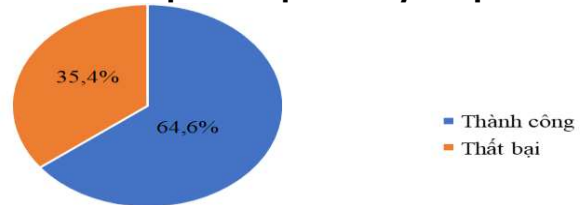
Bảng 1. Đặc điểm đối tượng trước KPCD

Đặc điểm	Tần suất (n=65)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	<35 tuổi	51
	≥ 35 tuổi	14
	Trung bình: $28,97 \pm 5,14$ (nhỏ nhất: 18 tuổi, lớn nhất: 39 tuổi)	
BMI trước sanh	Trung bình: $20,93 \text{ kg/m}^2 \pm 2,57$ (nhỏ nhất: 15,62, lớn nhất: 30,04)	
Chiều cao	Trung bình: $157,95 \text{ cm} \pm 4,50$ (thấp nhất: 147, cao nhất: 170)	
Cân nặng	Trung bình: $52,29 \text{ kg} \pm 7,09$ (nhẹ nhất: 35, nặng nhất: 75)	
Bệnh nội khoa	Không	57
	Có	8
Tiền sử sản khoa	Con so	48
	Con rạ	17
Mạch Nhiệt độ - Nhịp thở	Trung bình: 93 nhịp/phút (thấp nhất: 70; lớn nhất: 116) Bình thường 100%	
Độ mở CTC	Khép	16
	1cm	34
	2cm	15

Hướng CTC	Trước	2	3,1
	Trung gian	60	92,3
	Sau	3	4,6
Mật độ CTC	Chắc	51	78,5
	Trung bình	13	20,0
	Mềm	1	1,5
Chiều dài CTC	$\geq 2\text{cm}$	46	70,8
	<2 cm	19	29,2
Bishop cải tiến	0	10	15,4
	1	09	13,8
	2	21	32,3
	3	10	15,4
	4	09	13,8
	5	06	9,2
Cơ co tử cung	0 cơn	27	41,5
	1 cơn	38	58,5
Tim thai	Trung bình: 142 nhịp/phút $\pm 6,16$ (thấp nhất: 126, cao nhất: 156)		

Nhận xét: con so là 73,8%. Có 71,88% ca <35 tuổi. Chỉ số Bishop cải tiến trước KPCD 2 điểm chiếm 32,3%.

3.2. Kết quả khởi phát chuyển dạ



Biểu đồ 1: Kết quả khởi phát chuyển dạ

Nhận xét: Thành công của quá trình KPCD là 64,6%.

Bảng 2. Yếu tố liên quan đến kết quả KPCD thành công

Các yếu tố liên quan		Kết quả KPCD		p
		Thành công	Thất bại	
Tiền sử sản khoa	Con so	28(43,1%)	20(30,8%)	0,075
	Con rạ	14(21,5%)	3(4,6%)	
Thời gian KPCD	<6	9(13,8%)	8(12,3%)	0,241
	≥ 6	33(50,8%)	15(23,1%)	
	Trung bình: $10,58 \pm 6,7$ giờ (nhỏ nhất 2 giờ, lớn nhất 24 giờ)			
Tuổi thai phụ	<35 tuổi	30(46,2%)	21(32,3%)	0,049
	≥ 35 tuổi	12(18,5%)	2(3,1%)	
Chiều dài kênh CTC	CL ≤ 20 mm	16(24,6%)	3(4,6%)	0,034
	CL >20 mm	26(40,0%)	20(30,8%)	
Bishop cải tiến trước KPCD	≤ 3 điểm	29(44,6%)	21(32,3%)	0,042
	>3 điểm	13(20,0%)	2(3,1%)	

Nhận xét: yếu tố tuổi thai phụ, chiều dài kênh CTC và chỉ số Bishop cải tiến trước KPCD

có ảnh hưởng đến kết quả thành công KPCD ($p < 0,05$).

3.3. Kết cục thai kỳ sau KPCD

Bảng 3. Kết cục thai kỳ sau khởi phát chuyển dạ

Kết cục thai kỳ	Tần số (n=65)	Tỉ lệ (%)
Phương pháp sinh		
Sinh thường	33	50,8
Mổ lấy thai	32	49,2
Cản thiệp sau KPCD		
Không	61	93,8
Có		
Sinh thường Giục sinh	2	3,1
Mổ lấy thai sau giục sinh	2	3,1

Nhận xét: Tỉ lệ mổ lấy thai là 49,2%. Có 6,2% phải kết hợp giục sinh. Không có ca sinh giúp.

Bảng 4. Nguyên nhân mổ lấy thai

Nguyên nhân mổ lấy thai	Tần số (n=65)	Tỉ lệ (%)
Suy thai	14	21,5
CCTC cường tính	02	3,1
CTC không tiến triển	01	1,5
Giục sinh thất bại	04	6,2
Ngôi không lọt	06	9,2
Khác	05	7,7

Nhận xét: 21,5% ca suy thai; chuyển đình trệ do kiểu thể không thuận lợi là 15,3%, CTC không tiến triển và cơn co cường tính (3,1%).

Bảng 5. Yếu tố liên quan đến khả năng sinh đường âm đạo

Các yếu tố liên quan		Phương pháp sinh		OR (KTC 95%)	p
		Sinh thường	Mổ lấy thai		
Tiền sử sản khoa	Con so	19 (29,2%)	29 (44,6%)	0,140 (0,036-0,555)	0,002
	Con rạ	14 (21,5%)	3 (4,6%)		
Bishop sau KPCD	≤6 điểm	8 (12,3%)	21 (32,3%)	5,966 (2,026-17,564)	0,001
	>6 điểm	25 (35,8%)	11 (16,9%)		
Trọng lượng sơ sinh	<3500 gram	32 (49,2%)	23 (35,4%)	0,08 (0,009-0,675)	0,003
	≥ 3500 gram	1 (1,5%)	9 (13,8%)		

Nhận xét: Có sự khác biệt về Tiền sử sản khoa, trọng lượng sơ sinh và chỉ số Bishop sau KPCD ảnh hưởng đến sinh ngã âm đạo ($p < 0,05$)

3.4 Kết cục sơ sinh

Bảng 6. Kết cục sơ sinh

Đặc điểm	Tần số (n=65)	Tỉ lệ (%)
Cân nặng	<2500 gram	0
	2500 – 3499 gram	55
		84,6

	≥ 3500 gram	10	15,4
	Trung bình: 3179±287 gram, nặng nhất: 3900gram, nhẹ nhất:2580gram		
Cần hồi sức sơ sinh	Không	65	100
	Có	0	0
Cần chăm sóc sơ sinh	Không	63	96,9
	Có	2	3,1
Các lý do cần	Ồi vỡ lâu	0	0
	GBS dương tính	0	0
Gởi sơ sinh	Suy thai	2	100

Nhận xét: Cân nặng sơ sinh là 3179 ± 287 gram. Có 02 trường hợp gởi chăm sóc sơ sinh.

3.5. Biến chứng và tác dụng phụ

Bảng 7. Biến chứng trong khởi phát chuyển dạ

Biến chứng	Số lượng (n=65)	Tỉ lệ %
Không có	51	78,4
Có		
CCTC cường tính	04	6,2
Suy thai cấp	10	15,4

Nhận xét: 78,4% không có biến chứng. 21,6% có biến chứng là suy thai, CCTC cường tính.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ KPCD thành công và kết cục thai kỳ. Tỉ lệ KPCD thành công chúng tôi là 64,6%, thấp hơn so **Zainab Hananah Abang Abdullah** năm 2022 là 70,4%[7]. Tham khảo nghiên cứu có chỉ số Bishop cổ điển <6 điểm như Nguyễn Trọng Thuyết (2023) là 68,8%[4]; cao hơn nhưng có thể do đối tượng chọn có khác nhau.

Kết cục thai kỳ với tỉ lệ sinh thường 50,8% và 49,2% mổ lấy thai. Kết quả của Nguyễn Hoàng Uyên Nhi (2023) với tỉ lệ sinh thường là 78,6% và mổ lấy thai 21,4%[3].

Cân nặng lúc sinh trung bình là 3179 ± 287gram (thấp nhất là 2580gram và cao nhất là 3900gram). Tất cả trẻ sơ sinh có điểm Apgar tốt sau sinh. Những trường hợp vỡ ối xanh được theo dõi sát theo quy trình nhằm phát hiện dấu hiệu nhiễm trùng nhưng chúng tôi chưa ghi nhận các bất thường ở nhóm này. Đặc biệt, các trẻ sơ sinh được sinh mổ do suy thai, không có bé nào cần hồi sức hay hỗ trợ hô hấp. Ở nhóm có chỉ định mổ lấy thai, nguyên nhân phổ biến gồm chuyển dạ đình trệ, suy thai, gò cường tính, khởi phát chuyển dạ thất bại.

4.2. Tác dụng phụ và biến chứng. Có một số tác dụng phụ sau khi sử dụng Dinoprostone như buồn nôn, nôn, tiêu chảy... được ghi nhận. Các nghiên cứu ngoài ghi nhận tác dụng không mong muốn này là <1%. Tại Việt Nam, Nguyễn Bá Mỹ Ngọc (2013) với mẫu 100 người (tỉ lệ 1:1) ghi nhận có buồn nôn và nôn là 10%, sốt là 2%, tiêu chảy là 2%[2]; nhưng chúng tôi chưa

ghi nhận các tác dụng phụ, có thể do quá trình tư vấn và theo dõi kỹ nên nhận định của bác sĩ chưa thấy các tác dụng ngoại ý.

Quá trình KPCD bằng Dinoprostone có một số biến chứng nên theo dõi sát nhằm phát hiện sớm dấu hiệu bất thường. Các biến chứng gồm: kích thích tử cung quá mức dẫn đến cơn gò cường tính (1,8%- 22,3%), tim thai bất thường (8,2%- 16%), và sự thay đổi trong biểu đồ CTG (nhóm II chiếm 22,5%, nhóm III từ 0,7%- 1,2%). Kết quả có 14 trường hợp (21,5%) biến chứng tim thai bất thường nên việc theo dõi sát biến chứng sau sử dụng thuốc KPCD là yếu tố luôn được quan tâm và phát hiện ngay nên không có trường hợp nào khi sinh bị ngạt hay thiếu oxy nặng, điều này được thể hiện qua kết quả khí máu động mạch rốn. Tỷ lệ tim thai bất thường nằm trong khoảng giá trị trung bình so với nghiên cứu trước.

Tỷ lệ về cơn gò cường tính là 5- 18%[5],[10]. Kết quả có 04 trường hợp không thể điều chỉnh được và chỉ định mổ lấy thai. Tỷ lệ gò cường tính dẫn đến suy thai trên 320 bệnh nhân là 2,8%- 2,9%. Có sự khác biệt này là do cách xác định cơn co cường tính giữa nghiên cứu như chúng tôi định nghĩa cơn co tử cung cường tính theo hướng dẫn của ACOG 2017 và Viện Sức khỏe Quốc gia Anh, theo đó, cơn co cường tính có thể xảy ra cùng hoặc không cùng với biến đổi bất thường của tim thai khi theo dõi trên monitor sản khoa.

4.3. Liên quan đến thành công của khởi phát chuyển dạ. Kết quả thành công khi KPCD bằng Dinoprostone ở sản phụ <35 tuổi là 46,2%, trên 35 tuổi (18,5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$, điều này cho thấy tỷ lệ thành công và độ tuổi; tương tự, tiền sử sinh con cho thấy phụ nữ mang thai lần đầu có tỷ lệ thất bại và mổ lấy thai cao hơn. Chúng tôi có tỷ lệ mổ lấy thai ở con so cao hơn con ẻ, ($p < 0,01$).

Thời gian từ khi KPCD đến khi đạt pha tích cực có khác nhau, theo Bishop có thời gian là $14,2 \pm 5,7$ giờ [6]. Kết quả của chúng tôi là $10,58 \pm 6,7$ giờ. Chỉ số Bishop cải tiến liên quan chặt chẽ với kết quả KPCD thành công và sinh ngã âm đạo ($p < 0,05$) và phù hợp với Zainab[7].

Yếu tố của mẹ như tuổi, tiền sử sản khoa; thai nhi có ảnh hưởng đến KPCD, nhất là trọng lượng sơ sinh: cân nặng thai nhi cao có liên quan đến giảm tỷ lệ KPCD thành công và giảm tỷ lệ sinh ngã âm đạo.

V. KẾT LUẬN

5.1. Kết quả khởi phát chuyển dạ bằng Dinoprostone ở thai quá ngày dự sinh có chỉ số Bishop cải tiến. Tỷ lệ thành công trong

KPCD bằng Dinoprostone ở thai quá ngày dự sinh có chỉ số Bishop cải tiến <6 điểm là 64,6%. Tỷ lệ sinh ngã âm đạo 50,8%. Không gặp tác dụng ngoại ý khi đặt thuốc. Tỷ lệ gặp biến chứng khi khởi phát chuyển dạ bằng Dinoprostone có chỉ số Bishop cải tiến <6 điểm là 21,6%, trong đó suy thai cấp là 15,4% và cơn co tử cung cường tính là 6,2%.

Tình trạng mẹ ổn định: không nhiễm trùng và không băng huyết sau sinh.

Kết cục sơ sinh: cân nặng của trẻ sơ sinh là 3179 ± 287 gram. Tình trạng bé sau sinh ổn định: không có hồi sức hoặc nhiễm trùng sơ sinh.

5.2. Khả năng dự đoán khởi phát chuyển dạ thành công của chỉ số cổ tử cung trên siêu âm đường âm đạo và chỉ số Bishop cải tiến. Có sự khác biệt về giá trị dự đoán khả năng KPCD thành công và sinh ngã âm đạo dựa vào chiều dài kênh CTC và chỉ số Bishop cải tiến. Một số yếu tố tuổi mẹ, thời gian KPCD, tiền sử sản khoa và cân nặng sơ sinh có ảnh hưởng đến kết quả KPCD thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Phụ sản Đại học Y Dược Huế** (2022), "Các phương pháp khởi phát chuyển dạ", NXB Đại học Huế (Sân Phụ khoa tập 1), pp. 444-462.
2. **Vũ Văn Minh** (2012), 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 học.
3. **Nguyễn Hoàng Uyên Nhi** (2023), Nghiên cứu kết quả khởi phát chuyển dạ dựa vào chỉ số cổ tử cung trên siêu âm đường âm đạo ở thai đủ tháng, Luận văn tốt nghiệp, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. **Nguyễn Trọng Thuyết** (2023), Đánh giá hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng phương pháp đặt sonde Foley và Propress ở sản phụ có chỉ số Bishop <6 điểm, Luận văn tốt nghiệp, Trường Đại học Y Dược Huế.
5. **Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, Tăng Thường Bản**, (2021), "Hiệu quả của propress làm chín mủ cổ tử cung và khởi phát chuyển dạ trên thai đủ tháng trưởng thành tại bệnh viện Hùng Vương", Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh, 25(01), pp. 238-243.
6. **Ihab Serag Allam Gaser Mohamed El Bishry, Radwa Rasheedy,, Abdelrahman Mahmoud** (2019), "Accuracy of the Manipal Cervical Scoring System for predicting successful induction of labour", Journal of Obstetrics Gynaecology, 39(8), pp. 1057-1064.
7. **Kah Abang Chew Hananah Zainab Abdullah, V Teik Archives of Medical Scienceeelayudham, V Ramesh Yahaya, Amilia Afzan Zainab Jamil, MuhammadNur Mohd Abu, Azrai Ghani, Azurah Nor Abdul Ismail**, (2022), "Pre-induction cervical assessment using transvaginal ultrasound versus Bishop's cervical scoring as predictors of successful induction of labour in term pregnancies: A hospital-based comparative clinical trial", Azlin Mohamed PLoS One, 17(1), pp. e0262387.

8. Keisuke Ishii Hiroaki Itoh, Naoya Shigeta, Atsuo Itakura, Hiromi Hamada, Takeshi Nagamatsu, Tomohiko Ishida, Yasuaki Bungyoku, Ali Falahati, Miori Tomisaka (2021), "Efficacy and safety of controlled-release dinoprostone vaginal delivery system (PROPESS) in Japanese pregnant women requiring cervical ripening: results from a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled phase III study", Journal of Obstetrics Gynaecology Research, 47(1), pp. 216-225.
9. Rajesh Bhakta Neha Bajpai, Pratap Kumar, Lavanya Rai, Shripad Hebbar, (2015), "Manipal cervical scoring system by transvaginal ultrasound in predicting successful labour induction", Journal of clinical diagnostic research: JCDR, 9(5), pp. QC04.
10. Mehmet Kulhan Nur Gozde Kulhan (2019), "Labor induction in term nulliparous women with premature rupture of membranes: oxytocin versus dinoprostone", Archives of Medical Science, 15(4), pp. 896-901.

TỔNG QUAN VAI TRÒ CỦA PHƯƠNG PHÁP VẬN ĐỘNG KHỚP CỔ, KHỚP VAI TRONG XOA BÓP THEO Y HỌC CỔ TRUYỀN PHÒNG NGỪA VÀ HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ THOÁI HÓA ĐỐT SỐNG CỔ

Võ Trọng Tuấn¹, Phạm Lê An¹,
Nguyễn Thị Bay², Nguyễn Hữu Đức Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng quan các bằng chứng về vai trò của phương pháp vận động khớp cổ, khớp vai của xoa bóp y học cổ truyền trong điều trị bệnh lý thoái hóa đốt sống cổ. **Phương pháp:** Tổng quan luận điểm, tìm kiếm các bài báo khoa học được công bố trên cơ sở dữ liệu Google Scholar giai đoạn 2016 - 2025 có liên quan đến mục tiêu nghiên cứu, được thực hiện theo tiêu chuẩn PRISMA-ScR. **Kết quả:** Tổng cộng 111 nghiên cứu được tìm kiếm, 9 nghiên cứu đủ điều kiện đưa vào phân tích, 7 nghiên cứu là kỹ thuật vận động khớp, 1 nghiên cứu kéo giãn thủ công, 1 nghiên cứu phương pháp Maitland. Trong đó, 5 nghiên cứu cho thấy hiệu quả giảm đau, 6 nghiên cứu chứng minh hiệu quả cải thiện biên độ vận động khớp (ROM). **Kết luận:** Các phương pháp vận động khớp cổ, khớp vai của xoa bóp y học cổ truyền có hiệu quả trong hỗ trợ phòng ngừa bệnh lý THĐSC bằng cách tăng biên độ vận động và một phần tăng lưu lượng tuần hoàn. Đồng thời giúp người bị THĐSC giảm đau, cải thiện biên độ vận động và cải thiện chức năng sinh hoạt. **Từ khóa:** Thoái hóa đốt sống cổ; vận động khớp cổ và khớp vai.

SUMMARY

SCOPING REVIEW OF NECK AND SHOULDER JOINT MOVEMENT EXERCISE IN TRADITIONAL MEDICINE VIETNAMESE MASSAGE FOR PREVENTING AND TREATING OF CERVICAL SPONDYLOSIS

Objectives: Organize the evidence on the role of

cervical and shoulder joint mobilization techniques in traditional massage for treating cervical spondylosis (CS). **Method:** A scoping review was conducted following the PRISMA-ScR guidelines. Scientific articles published on Google Scholar in the period 2016 – 2025, related to the research objective were systematically searched and analyzed. **Results:** 111 studies were identified, 9 studies were included in the final review. Of these, 7 studies investigated joint mobilization techniques, 1 focused on manual stretching, and 1 examined the Maitland method. Regarding effectiveness, 5 studies reported pain relief, and 6 demonstrated improved joint range of motion (ROM). **Conclusion:** The studies revealed that joint mobilization through massage of traditional Vietnamese medicine helps prevent cervical spine pathology by enhancing the range of motion and partially increasing blood flow. Additionally, it assists individuals with cervical spine degeneration in alleviating pain, improving their range of motion, and enhancing daily function.

Keywords: cervical spondylosis, neck and shoulder joint movement techniques.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đốt sống cổ (ĐSC) là một trong những thành phần quan trọng và dễ bị tổn thương nhất của cơ thể con người, có khả năng vận động lớn, là khớp nhỏ nhất trong cột sống và hoạt động nhiều nhất, phạm vi chuyển động cũng lớn hơn nhiều so với đốt sống ngực và thắt lưng. Một trong những bệnh lý phổ biến nhất của ĐSC là thoái hóa đốt sống cổ (THĐSC), biểu hiện chủ yếu là đau và hạn chế biên độ vận động (ROM) ở vai và cổ. Tỷ lệ mắc bệnh toàn cầu hàng năm ước tính trên 30% dân số, được coi là mối đe dọa đối với sức khỏe cộng đồng. Bệnh không chỉ ở người cao tuổi, mà còn ở những nhóm trẻ tuổi, như sinh viên và nhân viên văn phòng [1]. Do đó, điều trị THĐSC cần được tối ưu hóa nhằm

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Bách khoa – Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Đức Minh

Email: nhdmh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025

Ngày duyệt bài: 20.5.2025