

V. KẾT LUẬN

Tổn thương bề mặt nhãn cầu ở bệnh nhân VKDT gồm: khô mắt, viêm loét GM hình liềm vùng rìa và thủng GM. Trong đó hay gặp nhất là khô mắt với biểu hiện khô mắt do giảm chế tiết, nếu nặng có thể gây biến chứng loét nhuyển, thủng giác mạc. Tổn thương mắt không tương xứng với mức độ nặng và tình trạng cấp tính của bệnh khớp, tuy nhiên có mối liên quan chặt chẽ với thời gian mắc bệnh.

Sử dụng thuốc toàn thân phối hợp mang lại kết quả điều trị tốt hơn và là yếu tố làm hạn chế biến chứng tổn thương bề mặt nhãn cầu nặng ở bệnh nhân VKDT.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần nghiên cứu rộng hơn với thời gian dài hơn để có thể bao quát hết các tổn thương BMNC và đánh giá kết quả cũng như yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Với tỉ lệ khô mắt đạt 100% ở nhóm BN, nghiên cứu đặt ra khuyến nghị nên kiểm tra mắt cho toàn bộ BN VKDT, phân tích từng nhóm ở mức độ di chứng khớp, nhóm xét nghiệm RF và anti CCP, nhóm được dùng các thuốc điều trị khác nhau.

Cần có sự phối hợp giữa chuyên khoa mắt và chuyên khoa xương khớp nhằm mục đích kiểm soát yếu tố toàn thân để đem lại kết quả điều trị tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Paul Pandian V, Srinivasan R. Ocular manifestations of rheumatoid arthritis and their correlation with anti-cyclic citrullinated peptide

antibodies. OPTH. Published online February 2015;393. doi:10.2147/OPHTH.S77210

2. Zlatanović G, Veselinović D, Cekić S, Živković M, Đorđević- Jocić J, Zlatanović M. Ocular manifestation of rheumatoid arthritis- different forms and frequency. Bosn J of Basic Med Sci. 2010;10(4):323-327. doi:10.17305/bjbm.2010.2680
3. Prete M, Racanelli V, Digiglio L, Vacca A, Dammacco F, Perosa F. Extra-articular manifestations of rheumatoid arthritis: An update. Autoimmunity Reviews. 2011;11(2):123-131. doi:10.1016/j.autrev.2011.09.001
4. Punjabi OS, Adyanthaya RS, Mhatre AD, Jehangir RP. Rheumatoid Arthritis Is a Risk Factor for Dry Eye in the Indian Population. Ophthalmic Epidemiology. 2006;13(6):379-384. doi:10.1080/09286580600745969
5. Nguyễn Thị Ngọc Lan. Viêm khớp dạng thấp. Published online 2012.
6. Eldaly ZH, Saad SA, Hammam N. Ocular surface involvement in patients with rheumatoid arthritis: Relation with disease activity and duration. The Egyptian Rheumatologist. 2020;42(1):5-9. doi:10.1016/j.ejr.2019.05.004
7. Ma W, Wang G, Li X, et al. Study of Factors Influencing Dry Eye in Rheumatoid Arthritis. Journal of Ophthalmology. 2020;2020:1-8. doi:10.1155/2020/5768679
8. Abd-Allah NM, Hassan AA, Omar G, et al. Dry eye in rheumatoid arthritis: relation to disease activity. Immunological Medicine. 2020;43(2):92-97. doi:10.1080/25785826.2020.1729597
9. Lê Thị Dương NVH. Đặc điểm tổn thương mắt ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Tạp chí Y học Việt Nam. September 2021:158-161.
10. McGavin DD, Williamson J, Forrester JV, et al. Episcleritis and scleritis. A study of their clinical manifestations and association with rheumatoid arthritis. British Journal of Ophthalmology. 1976;60(3):192-226. doi:10.1136/bjo.60.3.192

KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG ĐẶT BÓNG ĐÔI SONDÉ FOLEY CẢI TIẾN KẾT HỢP VỚI OXYTOCIN Ở THAI PHỤ CỔ TỬ CUNG KHÔNG THUẬN LỢI TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đặng Thùy Trang¹, Phạm Huy Hiền Hào^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: “Nhận xét kết quả khởi phát chuyển dạ bằng bóng đôi sonde Foley cải tiến kết hợp với

truyền oxytocin ở thai phụ đủ tháng cổ tử cung không thuận lợi tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2024”. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 136 thai phụ tuổi thai > 37 tuần tại Khoa Sản Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Cổ tử cung chín muồi sau đặt bóng là 90,4%, tỷ lệ đẻ thường là 76,5%; 100% đẻ thường hoặc mổ đẻ trong vòng 24 giờ; thời gian trung bình đặt bóng đến khi tụt/tháo bóng: 6,2±3,1 giờ; thời gian truyền Oxytocin đến khi đẻ/mổ: 3,8± 1,9 giờ; đa số các thai phụ không gặp tai biến, biến chứng chiếm 81,6%, tỷ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar phút thứ 1 ≥ 7 điểm chiếm 97,8%. **Kết luận:**

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Huy Hiền Hào

Email: phienhao@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

Sử dụng bóng đôi sonde Foley cài tiến kết hợp truyền oxytocin gây chuyển dạ trên thai phụ đủ tháng cổ tử cung không thuận lợi mang lại hiệu quả cao chín muồi cổ tử cung, dễ thường đường âm đạo, thời gian chuyển dạ ngắn đồng thời an toàn cho mẹ và thai nhi.

Từ khóa: Bóng đôi sonde Foley cài tiến, truyền oxytocin, khởi phát chuyển dạ.

SUMMARY

LABOR INDUCTION USING MODIFIED DOUBLE-BALLOON FOLEY CATHETER COMBINED WITH OXYTOCIN IN PREGNANT WOMEN WITH AN UNFAVORABLE CERVIX AT THANH NHAN HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of labor induction using modified double-balloon catheter Foley combined with oxytocin in full-term pregnant women with an unfavorable cervix at Thanh Nhan Hospital in 2024. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 136 pregnant women with gestational age over 37 weeks at the Obstetrics Department of Thanh Nhan Hospital from January 2024 to December 2024. **Results:** The rate of cervical ripening after balloon placement was 90.4%, and the vaginal delivery rate was 76.5%. All participants delivered (either vaginally or by cesarean section) within 24 hours. The average time from balloon insertion to spontaneous expulsion/removal was 6.2 ± 3.1 hours. The average time from oxytocin administration to delivery or cesarean section was 3.8 ± 1.9 hours. Most participants experienced no complications, with 81.6% reporting no adverse events. The percentage of newborns with a 1-minute Apgar score ≥ 7 was 97.8%. **Conclusion:** The use of modified double-balloon Foley catheter combined with oxytocin for labor induction in full-term pregnant women with an unfavorable cervix is highly effective in achieving cervical ripening and vaginal delivery, shortens labor duration, and is safe for both mothers and newborns.

Keywords: Modified double-balloon Foley catheter, oxytocin administration, induction of labor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khởi phát chuyển dạ (KPCD) hay gây chuyển dạ là một thủ thuật sản khoa phổ biến và khoảng một phần tư số bệnh nhân mang thai trải qua thủ thuật này [1]. Mặc dù tập thể dục và kích thích núm vú có thể làm tăng khả năng chuyển dạ tự nhiên, nhưng biện pháp giao hợp có thể không hiệu quả. Châm cứu đã được sử dụng để khởi phát chuyển dạ; tuy nhiên, nó không được chứng minh là làm tăng tỷ lệ sinh thường. Có bằng chứng mạnh mẽ rằng việc tách màng ối có thể làm tăng khả năng chuyển dạ tự nhiên trong vòng 48 giờ. Chuẩn bị hoặc làm chín cổ tử cung (CTC) thường là cần thiết trước khi KPCD [1]. Một số bằng chứng cho thấy việc sử dụng các phương pháp tiếp cận không dùng thuốc như thuốc xông thơm thảo và bóng làm

chín cổ tử cung làm giảm thời gian chuyển dạ. Tác dụng của chọc ối đối với quá trình chuyển dạ vẫn chưa chắc chắn. Can thiệp được lý bằng oxytocin hoặc prostaglandin có hiệu quả trong việc làm chín cổ tử cung và khởi phát chuyển dạ. Kết hợp đặt bóng với misoprostol, dinoprostone, oxytocin là một phương pháp phổ biến và đã được chứng minh là làm giảm thời gian chuyển dạ [2]. Bóng đôi Cook phát minh bởi tác giả Atad tại Mỹ năm 1991 đã đem lại tỷ lệ thành công cao [1]. Tuy nhiên giá thành của thiết bị bóng đôi Cook đắt so với điều kiện kinh tế chung của người dân, qua đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "*Nhận xét kết quả khởi phát chuyển dạ bằng bóng đôi sonde Foley cài tiến kết hợp với truyền oxytocin ở thai phụ đủ tháng cổ tử cung không thuận lợi tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2024*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các trường hợp thai đủ tháng với tuổi thai ≥ 37 tuần (tính theo kinh cuối cùng nếu kinh nguyệt đều hoặc theo siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ).

Tiêu chuẩn lựa chọn. Một thai sống, ngôi chỏm, màng ối còn nguyên vẹn, chưa có dấu hiệu chuyển dạ, chỉ số Bishop < 6 điểm, không có nhiễm khuẩn toàn thân.

Tiêu chuẩn loại trừ. Các trường hợp chống chỉ định đẻ đường âm đạo (rau tiền đạo, u tiền đạo, thai to, đa thai, ngôi bất thường, sẹo mổ cũ ở tử cung,...).

Thiết kế nghiên cứu và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả từ tháng 1/2024 đến 12/2024.

Cỡ mẫu. Chọn mẫu thuận tiện tất cả những thai phụ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Tổng số đối tượng nghiên cứu là 136 thai phụ.

Tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chín muồi cổ tử cung sau đặt bóng thành công: có 1 trong các tiêu chuẩn sau: cổ tử cung > 3 cm; chỉ số Bishop tăng > 2 điểm, Chỉ số Bishop > 6 .

- Tiêu chuẩn KPCD thành công: > 3 cơn co trong vòng 10 phút.

Quy trình tiến hành

- Đối tượng nghiên cứu được đánh giá sức khỏe thai bằng monitoring sản khoa, siêu âm thai, đo độ dài cổ tử cung, thăm khám xác định Bishop, kí thỏa thuận đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiến hành tạo bóng đôi sonde Foley cài tiến bằng ngón tay giữa của găng phẫu thuật số 7 buộc với chỉ lạnh vô khuẩn cách đỉnh của bóng Foley số 24 là 1cm.

- Tất cả bệnh nhân đều được đặt ở tư thế

phụ khoa, bóng được đưa vào bằng kẹp vòng qua lỗ cổ tử cung và vào khoang ngoài màng ối. Phần tử cung của bóng được bơm căng bằng 40 mL dung dịch muối và kéo trở lại mức lỗ cổ tử cung bên trong và phần âm đạo của bóng được bơm căng bằng 20 mL dung dịch muối. Vị trí của bóng được kiểm tra. Sau khi xác định đúng vị trí, cả hai bóng được bơm căng bằng tối đa 80 mL.

- Sau khi bóng ra ngoài, bắt đầu tiêm với 5 đơn vị oxytocin trong 500 mL dung dịch muối 0,9% hoặc glucosa 5% với tốc độ 1 -2 mU/phút được điều chỉnh bằng bơm tiêm truyền. Tốc độ tiêm truyền tăng thêm 1- 2 mU/phút sau mỗi 15 - 40 phút, cho đến khi đạt được ba cơn co tử cung mạnh trong thời gian 10 phút. Liều tối đa được không quá 40 mU/phút.

- Tất cả các trường hợp đều được theo dõi nhịp tim thai nhi và các cơn co tử cung, chỉ số Bishop cũng như các theo dõi thường qui khác cho đến khi sinh.

Thu thập và xử lý số liệu: Các số liệu được thu thập theo một biểu mẫu thống nhất. Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thu nhận được 136 thai phụ tuổi thai >37 tuần được đặt bóng đôi sonde Foley cải tiến thành công.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi sản phụ	<20	3	2,2
	20-34	119	87,5
	≥35	14	10,3
Số lần sinh	Lần 1	76	55,9
	Lần 2	40	29,4
	Lần 3 trở lên	20	14,7
Chỉ số BMI (kg/m ²)	<25	81	59,6
	25-29,9	43	31,6
	≥30	12	8,8
Tuổi thai	38 tuần	6	4,4
	39 tuần	18	13,2
	40 tuần	96	70,6
	41 tuần	16	11,8
Bishop ban đầu	2 điểm	1	0,7
	3 điểm	44	32,4
	4 điểm	80	58,8
	5 điểm	11	8,1
Độ dài CTC	>30 mm	43	31,6
	≤30 mm	93	68,4

Sản phụ đa số nằm trong độ tuổi từ 20 – 34 tuổi (chiếm 87,5%), chủ yếu là đẻ lần đầu (55,9%). Phần lớn tuổi thai lúc KPCD ở 40 tuần (chiếm 70,6%). Điểm Bishop ban đầu là 4 điểm

(chiếm 58,8%).

Bảng 2. Kết quả KPCD bằng bóng đôi sonde Foley cải tiến kết hợp truyền oxytocin

Yếu tố		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kết quả chín muồi CTC bằng bóng đôi sonde Foley cải tiến	Thành công	123	90,4
	Thất bại	13	9,6
KPCD sau truyền oxytocin	Thành công	136	100,0
Cách đẻ	Đẻ thường	104	76,5
	Mổ lấy thai	32	23,5
Nguyên nhân mổ lấy thai	CTC không tiến triển	14	43,7
	Đầu không lọt	3	9,3
	Suy thai	3	9,3
	Khác	12	38,7

90,4% sản phụ có kết quả chín muồi CTC thành công bằng bóng đôi sonde Foley cải tiến. 100% sản phụ KPCD thành công sau truyền oxytocin. 76,5% sản phụ đẻ thường. 43,7% sản phụ đẻ mổ do CTC không tiến triển, 9,3% do suy thai, 9,3% do đầu không lọt, còn lại là các nguyên nhân khác.

Bảng 3. Sự thay đổi chỉ số Bishop trước và sau khi đặt bóng đôi sonde Foley cải tiến

Chỉ số Bishop (điểm)	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max	p
Trước đặt bóng	3,7±0,6	2-5	< 0,001
Sau đặt bóng	6,9±0,7	4-8	

Chỉ số Bishop trung bình thay đổi rõ rệt trước và sau đặt bóng (3,7±0,6 so với 6,9±0,7), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p <0,001).

Bảng 4. Chỉ định tháo bóng đôi sonde Foley cải tiến trong nghiên cứu

Chỉ định tháo bóng	n	Tỷ lệ (%)
Bóng tự tụt	118	86,8
Hết thời gian (12 giờ)	18	13,2
Tổng	136	100,0

86,8% bóng tự tụt. Sau khi tụt hoặc tháo bóng không trường hợp nào có cơn co tử cung: 100% (136/136). Không có trường hợp nào vỡ ối khi tụt hoặc tháo bóng: 100% (136/136).

Bảng 5. Thời gian đặt bóng đôi sonde Foley cải tiến và truyền oxytocin

Thời gian (giờ)	$\bar{X} \pm SD$	Min-Max
Đặt bóng đến khi tụt/tháo bóng	6,2±3,1	2-12
Truyền Oxytocin đến khi đẻ/mổ	3,8±1,9	1-10

Thời gian đặt bóng đến khi tụt/tháo bóng trung bình là 6,2±3,1 tiếng. Thời gian truyền Oxytocin đến khi đẻ/mổ trung bình 3,8±1,9 tiếng.

Bảng 6. Tai biến, biến chứng của mẹ và sơ sinh

Yếu tố		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sản phụ	Không tai biến	111	81,6
	Chảy máu sau đẻ	22	16,3
	Rách TSM phức tạp	1	0,7
	CCTC cường tính	0	0
	Biến đổi ngôi thai	1	0,7
Thai nhi	Nhiễm khuẩn sau đẻ	1	0,7
	Apgar phút 1 <7	3	2,2
Apgar phút 1 ≥7		133	97,8

81,6% sản phụ không gặp tai biến, biến chứng nào. Chỉ số Apgar phút 1 của thai ≥7 chiếm 97,8%.

Bảng 7. Các yếu tố liên quan đến kết quả làm chín muồi CTC bằng bóng đôi sonde Foley cải tiến

Yếu tố		Thành công	Thất bại	p
Chỉ số Bishop ban đầu	2 điểm	1	0	0,035
	3 điểm	35	9	
	4 điểm	76	4	
	5 điểm	11	0	
Độ dài CTC	>30 mm	32	11	<0,005
	≤30 mm	91	2	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số Bishop ban đầu và kết quả chín muồi CTC ($p = 0,035$). CTC ngắn hơn (≤ 30 mm) có tỷ lệ thành công cao hơn rõ rệt (91/93 ca = 97,8%). CTC dài hơn (> 30 mm) có tỷ lệ thất bại cao hơn (11/43 ca = 25,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$).

IV. BÀN LUẬN

Oxytocin được biết đến là hormone khởi động các cơn co thắt tử cung. Tuy nhiên, theo nghiên cứu gần đây, tác dụng của oxytocin đối với quá trình chuyển dạ không chỉ giới hạn ở việc khởi động các cơn co thắt tử cung mà còn có hiệu quả trong việc làm chín CTC. Cơ chế được đề xuất của oxytocin đối với quá trình làm chín CTC là tiết NO và prostaglandin (PG) tại chỗ (đặc biệt là PG F2a) thông qua hoạt động của thụ thể oxytocin nằm ở màng ối và màng rụng rau thai. Tương tự như vậy, bóng làm chín CTC bắt đầu tiết oxytocin, NO và PG (đặc biệt là PG F2a) thông qua phản xạ Ferguson. Cơ chế được đề xuất làm chín CTC của bóng trong quá trình KPCD rõ ràng là cơ học, nhưng điều thú vị là, quá trình chín CTC cũng đạt được về mặt được lý thông qua phản xạ Ferguson. Đây là phản xạ thần kinh nội tiết, các dây thần kinh cảm giác từ âm đạo và CTC (dây thần kinh Franken Hauser), các đường dẫn cảm giác thực thể đi lên trong

tủy sống (cột trước bên) và một phần qua thân não và bó não trước giữa cuối cùng đến các nhân tế bào lớn vùng dưới đồi, gây phản xạ cho nhân quanh não thất và nhân trên thị tiết oxytocin; Sự tiết oxytocin là hậu quả của phản xạ thần kinh nội tiết này được tạo ra bởi kích thích xúc giác của đường sinh sản. Mặc dù cả hai quy trình đều được thực hiện theo những cách khác nhau, cả oxytocin và bóng làm chín CTC đều có cơ chế tương tự về mặt tác động phân tử [2].

Kết quả chín muồi CTC thành công là 90,4%. So sánh với các nghiên cứu về bóng Foley cải tiến khác, tỷ lệ thành công của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Thái (2021) là 81,2% [3], tác giả Nguyễn Hữu Thường (2021) là 91,3% [4].

Tỷ lệ thai phụ đẻ thường trong nghiên cứu của chúng tôi là 76,5%, gấp 3 lần tỷ lệ thai phụ phải mổ lấy thai 23,5%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Thái (2021) có tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 87,2% [3], cao hơn của Nguyễn Hữu Thường (2021) tỷ lệ này là 52,8% [4], có sự khác biệt này có thể do tác giả chỉ thực hiện KPCD bằng sonde Foley ở đối tượng thai quá ngày sinh. Như vậy phương pháp đặt bóng cải tiến cho thấy hiệu quả thành công cao giúp các thai phụ có cơ hội đẻ thường, giảm tỷ lệ mổ lấy thai đang có xu hướng gia tăng hiện nay.

Về tình hình mổ lấy thai, nguyên nhân hay gặp nhất là CTC không tiến triển chiếm 43,7%. Nguyên nhân đầu không lọt và suy thai đều chiếm 9,3%, còn nguyên nhân khác chiếm 38,7%. Tác giả Nguyễn Hữu Thường cũng có tỷ lệ mổ lấy thai vì chuyển dạ ngưng tiến triển chiếm cao nhất (55,2%), suy thai chiếm 22,3% [4]. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Thái lại cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai vì đầu không lọt cao nhất, chiếm 44,4%; sau đó là CTC không tiến triển chiếm 33,3%, suy thai chỉ chiếm 13,1% [3].

Có sản phụ 16,3% chảy máu sau đẻ, tuy nhiên những trường hợp này đều được phát hiện sớm, được sử dụng thuốc co hồi tử cung và đáp ứng tốt mà không phải can thiệp thêm. Không có trường hợp nào cơn co tử cung cường tính. Đối với sơ sinh: chỉ có 2,2% tỷ lệ trẻ có chỉ số Apgar <7 điểm, đó là 3 trường hợp suy thai, trẻ bị ngạt sau sinh và đã ổn định sau khi được hồi sức kịp thời. Nguyên nhân có thể do truyền oxytocin theo phác đồ liều thấp. Trên thực hành lâm sàng, hai chiến lược liều lượng oxytocin hay được sử dụng là phác đồ liều thấp và phác đồ liều cao. Phác đồ liều thấp bắt đầu từ 0,5 đến 2 mU mỗi phút và tăng thêm 1 đến 2 mU mỗi phút

sau mỗi 15 đến 40 phút, và phác đồ liều cao bắt đầu từ 6 mU mỗi phút và tăng thêm 3 đến 6 mU mỗi phút sau mỗi 15 đến 40 phút. Mặc dù phác đồ liều cao có tỷ lệ tim co bóp nhanh cao hơn, nhưng phác đồ liều thấp có thể có tỷ lệ xuất huyết sau sinh cao hơn. Không có sự khác biệt giữa phác đồ liều cao và liều thấp về thời gian sinh, tỷ lệ sinh can thiệp thủ thuật và tỷ lệ sinh mổ. Oxytocin làm tăng giải phóng canxi để co cơ tử cung, mặc dù truyền oxytocin có thể làm giảm độ nhạy cảm của thụ thể oxytocin sau khi sinh làm tăng nguy cơ chảy máu sau đẻ. Oxytocin có thể gây ra nhịp tim nhanh, tăng co bóp tử cung tương tự như prostaglandin, nhưng các triệu chứng giảm nhanh sau khi giảm liều [1].

Phân tích các yếu tố liên quan đến tỷ lệ chín muồi CTC đôi bằng bóng cải tiến chúng tôi ghi nhận nhóm chỉ số Bishop trước khi đặt bóng càng cao thì khả năng thành công càng cao. Tác giả Nguyễn Văn Thái (2021) ghi nhận nhóm Bishop từ 3-5 điểm có thành công cao hơn 15,7 lần so với nhóm Bishop từ 0-2 điểm ($p < 0,005$) [3].

Kết quả cho thấy những thai phụ có chiều dài CTC ≤ 30 mm thì tỷ lệ chín muồi CTC thành công cao hơn những thai phụ có chiều dài CTC > 30 mm: 97,8% so với 74,4% ($p < 0,005$); Nghiên cứu Tác giả Nguyễn Văn Thái và cộng sự (2021) nghiên cứu hiệu quả chín muồi CTC bằng bóng đôi cải tiến Foley tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cũng ghi nhận kết quả ở nhóm thai phụ có chiều dài CTC ngắn ≤ 28 mm thì khả năng thành công cao hơn 4,4 lần so với nhóm thai phụ có chiều dài CTC > 28 mm với $p < 0,005$ [3].

100% (136/136) sản phụ đẻ/mổ đẻ trong vòng 24 giờ; Đặt bóng đến khi tụt/tháo bóng: $6,2 \pm 3,1$ giờ; Truyền Oxytocin đến khi đẻ/mổ: $3,8 \pm 1,9$ giờ. Gây chuyển dạ chỉ bằng oxytocin dẫn đến tỷ lệ sinh đường âm đạo trong vòng 24 giờ thấp hơn so với việc làm chín CTC ban đầu bằng bóng hoặc prostaglandin sau đó là oxytocin [1]. Chúng tôi truyền oxytocin ngay sau khi bóng tụt ra ngoài; Việc sử dụng oxytocin ngay sau khi tháo bóng đôi sonde Foley để làm chín CTC so với việc trì hoãn khoảng cách 12 giờ đã rút ngắn thời gian từ khi đưa bóng vào tử cung đến khi bắt đầu chuyển dạ tích cực và đến khoảng cách sinh mà không làm tăng kết quả bất lợi cho mẹ hoặc trẻ sơ sinh [5]. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng có thể rút ngắn thời gian từ KPCD đến khi đẻ bằng giảm thời gian đặt bóng đôi sonde Foley xuống 6 giờ hoặc bơm bóng trong tử cung 120ml bóng trong âm đạo 40ml [6, 7].

Không trường hợp bóng đôi sonde Foley cải tiến nào bơm thể tích 80 ml bị vỡ; thể tích nổ trung bình cho mỗi kích thích ống thông Foley

là: 66 mL cho 12Fr, 93 mL cho 14Fr, 115 mL cho 18Fr, 123 mL cho 20Fr, 168 mL cho 22Fr, 245 mL cho 26Fr và 227 mL cho 28Fr [8]. Bóng đôi sonde Foley 24 cải tiến căng giãn tối đa giữa 2 bóng là 1,5 đến 2 cm; còn bóng Cook và Fushan lên tới 5 cm.

KPCD bằng bóng đôi sonde Foley đối với thai > 37 tuần ở châu Âu có chỉ định rộng, có thể tiến hành ngoại trú hoặc nội trú đối với thai phụ: Tuổi của mẹ ≥ 40 tuổi; Mang thai do hỗ trợ sinh sản; Ứ mật sản khoa với axit mật $< 60 \mu\text{mol/L}$; Cân nặng ước tính của thai nhi $>$ bách phân vị thứ 97; Đái tháo đường thai kỳ không dùng insulin; Thai phụ yêu cầu khởi phát chuyển dạ. Phải gây chuyển dạ trong bệnh viện: Giảm cử động của thai nhi; Một lần mổ lấy thai trước đó; Đa thai; Quá ngày dự sinh; Cân nặng ước tính của thai nhi $<$ bách phân vị thứ 3; Doppler thai nhi bất thường; Thiếu ối (khoảng ối sâu nhất $< 2\text{cm}$); Thai nghén gây cao huyết áp đơn thuần/tiền sản giật; Đái tháo đường thai kỳ đang dùng insulin; Đái tháo đường típ 1 hoặc típ 2; BMI > 40 ; Số lần sinh ≥ 4 ; Bệnh nhân đang điều trị heparin trọng lượng phân tử thấp trong thời kỳ mang thai; Tiền sử sản khoa nặng nề; Ứ mật sản khoa với axit mật $\geq 60 \mu\text{mol/L}$. Chống chỉ định cũng rất chi tiết: Ngôi thai không phải ngôi đầu; Màng ối vỡ; Rau tiền đạo; Monitoring sản khoa bất thường; Thai phụ cần can sinh ngay; Đầu thai nhi không vào khung xương chậu; Chảy máu âm đạo trong hai tuần qua; Đa ối (khoảng ối sâu nhất $> 8\text{cm}$); Hơn 1 lần mổ lấy thai trước đó; Thai chết trong tử cung [9].

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu thu được, chúng tôi nhận thấy việc sử dụng bóng đôi sonde Foley cải tiến kết hợp truyền oxytocin gây chuyển dạ trên thai phụ đủ tháng CTC không thuận lợi mang lại hiệu quả cao chín muồi cổ tử cung, gây chuyển dạ đẻ đường dưới, thời gian chuyển dạ ngắn đồng thời an toàn cho mẹ và thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wheeler V, Hoffman A, Bybel M.** Cervical Ripening and Induction of Labor. Am Fam Physician. 2022 Feb 1;105(2):177-186. Erratum in: Am Fam Physician. 2022 Aug;106(2):121. PMID: 35166491.
2. **Tülek F, Gemici A, Söylemez F.** Double balloon catheters: A promising tool for induction of labor in multiparous women with unfavorable cervixes. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2019 Dec;20(4):231-235. doi:10.4274/jtgga.galenos.2018.2018.0084.
3. **Nguyễn Văn Thái** (2021). Đánh giá hiệu quả khởi phát chuyển dạ của sonde Foley 2 bóng cải tiến trên thai quá ngày sinh tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Journal of 108 - Clinical

- Medicine and Pharmacy.
4. **Nguyễn Hữu Thường** (2021). Đánh giá kết quả khởi phát chuyển dạ ở thai quá ngày sinh tại Bệnh Viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2020-2021. *ctump*, (40), 82-89.
5. **Sánchez-Romero J, Ruiz-Boluda I, Juan-Pérez A, Pérez-Buendía J, Motos-Garrido M, Blanco-Carnero JE, Nieto-Díaz A.** Interval between balloon removal and oxytocin administration in cervical ripening with double-balloon in singleton pregnancies: An observational study. *Int J Gynaecol Obstet.* 2024 May;165(2): 778-785. doi: 10.1002/ijgo.15267. Epub 2023 Nov 27. PMID: 38009593.
6. **Strößner L, Heimann Y, Schleußner E, Kolterer A.** Induction of Labour with a Double Balloon Catheter - Comparison of Effectiveness of Six Versus Twelve Hours Insertion Time: a Prospective Case Control Study. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2023 Nov 30;83(12):1500-1507. doi: 10.1055/a-2177-0290. PMID: 38046528; PMCID: PMC10689105
7. **Wen, C., Liu, X., Wang, Y. et al.** Conventional versus modified application of COOK Cervical Ripening Balloon for induction of labor at term: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 22, 739 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05035-w>
8. **Gilbert C, Linsenmeyer TA.** The burst catheter balloon: A comparison of fragmentation rates and overinflation burst volumes in Foley catheters with special considerations in SCI. *J Spinal Cord Med.* 2023 Jul;46(4): 540-545. doi: 10.1080/10790268.2022.2028375. Epub 2022 Feb 2. PMID: 35108173; PMCID: 13
9. **Roseanna Metcalfe.** (2024). Induction of Labour using a Double Balloon Catheter. Clinical guidelines.

NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI CỦA MỘT SỐ CHỈ SỐ HUYẾT ĐỘNG ĐO BẰNG PHƯƠNG PHÁP PICCO TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN NGOẠI KHOA TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Bùi Đức Thành¹, Trần Quốc Việt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự biến đổi của một số chỉ số huyết động đo bằng phương pháp PICCO trong điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn ngoại khoa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, so sánh trước sau, tiến hành trên 39 bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn điều trị tại Hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01/2023–12/2024. **Kết quả:** Trong tổng số 39 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn ngoại khoa, tỷ lệ tử vong là 35,9%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới và nguồn nhiễm nguyên phát giữa nhóm tử vong và nhóm sống ($p > 0,05$). Nồng độ CRP, creatinin, PCT, điểm APACHE II và SOFA ở nhóm tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống ($p < 0,05$). Sau bù dịch, các chỉ số MAP và CI đều tăng có ý nghĩa thống kê qua cả ba lần bù dịch ($p < 0,01$ đến $p < 0,001$). EVLWI chỉ tăng có ý nghĩa sau bù dịch lần thứ nhất ($p < 0,05$), không có sự khác biệt đáng kể sau lần thứ hai và ba ($p > 0,05$). **Kết luận:** Nồng độ CRP, creatinin, PCT, điểm APACHE II và SOFA có mối liên quan với tình trạng tử vong ở bệnh nhân. Bù dịch cải thiện rõ các chỉ số huyết động MAP và CI qua từng giai đoạn hồi sức. **Từ khóa:** Sốc nhiễm khuẩn, phương pháp PICCO, ngoại khoa.

SUMMARY

A STUDY ON THE CHANGES IN

¹Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanbhd175@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

HEMODYNAMIC PARAMETERS MEASURED BY PICCO IN THE MANAGEMENT OF SURGICAL SEPTIC SHOCK PATIENTS AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To evaluate the changes in selected hemodynamic parameters measured by the PiCCO system in the management of patients with surgical septic shock. **Subjects and Methods:** This was a descriptive cross-sectional study with longitudinal follow-up and pre-post comparison, conducted on 39 patients diagnosed with septic shock treated at the Department of Surgical Intensive Care, 175 Military Hospital, from January 2023 to December 2024. **Results:** Among the 39 patients with surgical septic shock, the mortality rate was 35.9%. There were no statistically significant differences in age, sex, or primary source of infection between the mortality and survival groups ($p > 0.05$). However, CRP, creatinine, and PCT levels, as well as APACHE II and SOFA scores, were significantly higher in the mortality group compared to the survival group ($p < 0.05$). Following fluid resuscitation, both mean arterial pressure (MAP) and cardiac index (CI) showed statistically significant increases after each of the three resuscitation phases ($p < 0.01$ to $p < 0.001$). The extravascular lung water index (EVLWI) increased significantly only after the first fluid resuscitation ($p < 0.05$) and showed no significant changes after the second and third interventions ($p > 0.05$). **Conclusion:** CRP, creatinine, PCT levels, along with APACHE II and SOFA scores, were associated with mortality in surgical septic shock patients. Fluid resuscitation led to significant improvements in key hemodynamic parameters, particularly MAP and CI, across the resuscitation phases. **Keywords:** Septic shock, PiCCO method, surgery.