

thời. Về chẩn đoán, cần lưu ý giảm thị lực, rối loạn sắc giác, RAPD, bất thường đĩa thị, khiếm khuyết thị trường, kết hợp hình ảnh chèn chúc đỉnh hốc mắt trên CLVT/MRI. Đặc biệt thận trọng ở bệnh nhân nam, lớn tuổi, hút thuốc, hoặc có đái tháo đường. Các trường hợp này nhấn mạnh vai trò thăm khám kỹ lưỡng kết hợp hình ảnh học hiện đại để nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Potvin ARGG, Pakdel F, Saeed P.** Dysthyroid Optic Neuropathy. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2023;39(6S):S65-S80.
2. **McKeag D, Lane C, Lazarus JH, et al.** Clinical features of dysthyroid optic neuropathy: a European Group on Graves' Orbitopathy (EUGOGO) survey. *Br J Ophthalmol.* 2007;91(4):455-458.
3. **Blandford AD, Zhang D, Chundury RV, Perry JD.** Dysthyroid optic neuropathy: update on pathogenesis, diagnosis, and management. *Expert Rev Ophthalmol.* 2017;12(2):111-121.
4. **Saeed P, Tavakoli Rad S, Bisschop PHLT.** Dysthyroid Optic Neuropathy. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2018;34(4S Suppl 1):S60-S67.
5. **Jeon C, Shin JH, Woo KI, Kim YD.** Clinical profile and visual outcomes after treatment in patients with dysthyroid optic neuropathy. *Korean J Ophthalmol KJO.* 2012;26(2):73-79.
6. **Bartalena L, Baldeschi L, Boboridis K, et al.** The 2016 European Thyroid Association/European Group on Graves' Orbitopathy Guidelines for the Management of Graves' Orbitopathy. *Eur Thyroid J.* 2016;5(1):9-26.
7. **Korkmaz S, Konuk O.** Surgical Treatment of Dysthyroid Optic Neuropathy: Long-Term Visual Outcomes with Comparison of 2-Wall versus 3-Wall Orbital Decompression. *Curr Eye Res.* 2016;41(2):159-164.
8. **Kazim M, Trokel S, Acaroglu G, Elliott A.** Reversal of dysthyroid optic neuropathy following orbital fat decompression. *Br J Ophthalmol.* 2000;84(6):600-605.

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ VIÊM PHẦN PHỤ ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI KHOA PHỤ SẢN – BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thành Khiêm^{1,2}, Đỗ Văn Hảo², Trần Minh Chiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị viêm phần phụ được phẫu thuật tại Khoa Phụ sản – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được tiến hành trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm phần phụ được phẫu thuật tại Khoa Phụ sản từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 3 năm 2025. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu ở độ tuổi từ 31 - 50 (87.1%), tuổi trung bình là 41.6 ± 6.5 tuổi. Tỷ lệ mổ mở (91.9%), mổ nội soi (8.1%). Chỉ định phẫu thuật viêm phần phụ cấp điều trị nội khoa không đáp ứng có tỷ lệ cao nhất (82.3%). Trong phẫu thuật, tổn thương hay gặp nhất là vòi tử cung ứ mủ (88.7%), dính tiểu khung (66.7%), vòi tử cung viêm dính (40.3%). Can thiệp trong phẫu thuật chủ yếu cắt 2 vòi tử cung (56.5%). Thời gian hậu phẫu trung bình 6.7 ± 1.0 ngày. Không có biến chứng sau phẫu thuật. **Kết luận:** Viêm phần phụ được điều trị chủ yếu là mổ mở, chỉ định phẫu thuật đa số là do điều trị nội khoa không đáp ứng. Không có bệnh nhân nào xảy ra biến chứng trong và sau phẫu thuật. **Từ khóa:** viêm phần phụ, phẫu thuật viêm phần phụ.

SUMMARY

DESCRIBE THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PELVIC INFLAMMATORY DISEASE AT THE OBSTETRICS AND GYNECOLOGY DEPARTMENT – HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Review the results of treatment for Pelvic Inflammatory Disease (PID) surgically treated at the Obstetrics and Gynecology Department - Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and research methods:** A retrospective description study of 62 PID patients surgically treated at the Obstetrics and Gynecology Department from September 2023 to March 2025. **Results:** Patients were predominantly aged 31-50 years (87.1%), the mean age of 41.6 ± 6.5 years. The rates were (91.9%) for open surgery and (8.1%) for laparoscopic surgery. Surgical indications for acute pelvic inflammatory disease unresponsive to medical treatment accounted for the highest proportion (82.3%). In surgery, the most common lesion was pus retention (88.7%), pelvic adhesions (66.7%), and inflammatory adhesions of the fallopian tube (40.3%). The intervention in the surgery mainly cutting 2 fallopian tubes (56.5%). The mean postoperative duration was 6.7 ± 1.0 days. No patients experienced complications during and after the surgery. **Conclusion:** PID is primarily open surgery, the majority of surgical indications being due to the ineffectiveness of medical treatment. No patients experienced complications during or after the surgery. **Keywords:** pelvic inflammatory disease, surgery for pelvic inflammatory disease

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Chiến

Email: chien1608@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.9.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phần phụ là tình trạng nhiễm trùng cấp tính hoặc mãn tính của các cơ quan sinh dục trên như tử cung, vòi tử cung và buồng trứng; thường là hậu quả của nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo và cổ tử cung. Viêm phần phụ nếu không được điều trị kịp thời và tích cực, sẽ để lại những tổn thương ở vòi tử cung, buồng trứng và các mô lân cận, dẫn tới hậu quả và biến chứng nghiêm trọng như đau tiểu khung (18%), tắc hai vòi tử cung dẫn đến vô sinh do vòi (20%), hay chửa ngoài tử cung (9%), ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản của người phụ nữ.¹

Xu hướng điều trị viêm phần phụ vẫn ưu tiên điều trị nội khoa phối hợp các liệu pháp kháng sinh. Thường dùng kháng sinh phối hợp, dựa trên kết quả kháng sinh đồ. Chỉ can thiệp ngoại khoa trong các trường hợp cấp cứu vì các biến chứng như vỡ khối áp xe vòi buồng trứng gây viêm phúc mạc, hoặc điều trị nội khoa không hiệu quả²

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là một bệnh viện đa khoa tuyến trung ương với nhiều chuyên khoa sâu. Chính sự đa dạng cơ cấu trong bệnh viện, có thể kéo theo một bệnh cảnh VPP phức tạp và khác biệt hơn so với các cơ sở chuyên khoa. Bệnh nhân thường đến khám với nhiều lý do và triệu chứng không điển hình do các vấn đề sức khỏe khác, đòi hỏi sự phối hợp chẩn đoán và điều trị của đa chuyên khoa. Tại khoa Phụ sản đại học Y Hà Nội, lượng bệnh nhân đến điều trị viêm phần phụ ngày càng tăng, đặc biệt là những bệnh nhân nặng có chỉ định phẫu thuật. Để nâng cao hiệu quả điều trị, việc tìm hiểu sâu hơn về bệnh lý và đánh giá lại kết quả điều trị phẫu thuật viêm phần phụ là hết sức cần thiết. Do đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này nhằm mục đích nhận xét kết quả điều trị viêm phần phụ được phẫu thuật tại Khoa Phụ sản – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh án của tất cả bệnh nhân chẩn đoán là viêm phần phụ được điều trị phẫu thuật tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 3 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án được chẩn đoán sau mổ là viêm phần phụ tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 3 năm 2025.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh án thiếu thông tin phục vụ nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.
Cỡ mẫu: Chọn mẫu không xác suất với 62 bệnh nhân.

2.3. Phương pháp thu thập xử lý số liệu. Tất cả bệnh án của bệnh nhân trong tiêu chuẩn nghiên cứu tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được thu thập dựa trên các biến số nghiên cứu đã được tạo trên bệnh án nghiên cứu. Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0

2.4. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu

(i). Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, (ii). Tiền sử sản phụ khoa, tiền sử phẫu thuật ổ bụng, (iii). Chẩn đoán, Điều trị.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu, chỉ sử dụng trên hồ sơ bệnh án. Nghiên cứu không can thiệp trực tiếp lên đối tượng nên không ảnh hưởng tới sức khỏe của bệnh nhân, không vi phạm đạo đức nghiên cứu. Các thông tin của người bệnh đều được mã hóa và giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và một số yếu tố nguy cơ viêm phần phụ

Tính chất	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<30	1
	31 – 40	28
	41 – 50	26
	>50	7
	X ± SD	41.6 ± 6.5
Địa chỉ	Nông thôn	36
	Thành thị	26
	Chưa sinh	1
Tiền sử sản khoa	1 con	2
	2 con	43
	≥3 con	16
Tiền sử viêm	Âm đạo – cổ tử cung	34
	Phần phụ	18
Tiền sử can thiệp phụ khoa	Nạo hút thai	16
	Đặt dụng cụ tử cung	27
Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	Mổ lấy thai	28
	Phẫu thuật phụ khoa	9
	Phẫu thuật ngoại khoa	4

Nhận xét: Tuổi trung bình của 62 đối tượng nghiên cứu là 41.6 ± 6.5 tuổi, trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 31 – 40 tuổi (45,2%) và chủ yếu tới từ nông thôn (58,1%). Tiền sử sản khoa: chưa có con nào (1,6%), sinh 1 con (3,2%), sinh 2 con (69,4%), sinh ≥ 3 con (25,8%). Tiền sử viêm âm đạo cổ tử cung

(54.8%), viêm phần phụ (29.0%). Đặt dụng cụ tử cung (43.5%), nạo hút thai (25.8%). Mổ lấy thai (45.2%), phẫu thuật phụ khoa (14.5%), phẫu thuật ngoại khoa (6.5%).

Bảng 2. Kháng sinh và thời gian điều trị trước phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kháng sinh trước phẫu thuật		
Một nhóm	2	3.2
Hai nhóm	37	59.7
Ba nhóm	23	37.1
Thời gian điều trị trước phẫu thuật		
<3 ngày	5	8.1
≥3 ngày	57	91.9
Tổng	62	100

Nhận xét: Tất cả 100% bệnh nhân được điều trị kháng sinh trước phẫu thuật. Nhóm điều trị ≥ 3 ngày (91.9%), nhóm điều trị <3 ngày (8.1%). Phối hợp hai nhóm kháng sinh chiếm (59.7%), ba nhóm kháng sinh chiếm (37.1%), một nhóm kháng sinh chiếm (3.2%).

Bảng 3. Chỉ định trước mổ và phương pháp phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chỉ định trước mổ		
VPP điều trị nội khoa không đáp ứng	51	82.3
Viêm phần phụ mãn tính	11	17.7
Phương pháp phẫu thuật		
Mổ mở	57	91.9
Mổ nội soi	5	8.1
Tổng	62	100

Nhận xét: Chẩn đoán trước mổ: viêm phần phụ điều trị nội khoa không đáp ứng (82.3%), viêm phần phụ mãn tính (17.7%). Tỷ lệ mổ mở (91.9%), tỷ lệ mổ nội soi (8.1%).

Bảng 4. Các tổn thương và can thiệp trong phẫu thuật

		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổn thương trong phẫu thuật			
Dính tiểu khung		42	67.7
VTC dính		25	40.3
VTC ứ mủ		55	88.7
VTC ứ nước		5	8.1
Can thiệp trong phẫu thuật			
Gỡ dính		55	88.7
Rửa ổ bụng		42	67.7
Dẫn lưu ổ bụng		33	53.2
Cắt	1 VTC	15	24.2
	2 VTC	35	56.5
	Phần phụ	12	19.3

Nhận xét: Tổn thương gặp nhiều nhất là vòi tử cung ứ mủ (88.7%). Dính tiểu khung (67.7%), vòi tử cung dính (40.3%), vòi tử cung

ứ nước (8.1%). Can thiệp gặp nhiều nhất là gỡ dính (88.7%) và rửa ổ bụng (67.7%), dẫn lưu ổ bụng sau mổ (53.2%). Cắt 2 vòi tử cung là chủ yếu (56.5%), cắt 1 vòi tử cung (24.2%), cắt phần phụ (19.3%).

Bảng 5. Thời gian hậu phẫu trung bình

Thời gian hậu phẫu (ngày)	$\bar{X}$	SD	Min	Max
Thời gian	6.7	1.0	5	9
Mổ mở	6.7	1.0	5	9
Mổ nội soi	6.6	1.14	5	8

Nhận xét: Thời gian hậu phẫu trung bình là 6.7 ± 1.0 ngày, nhanh nhất là 5 ngày, lâu nhất là 9 ngày.

Bảng 6. Dẫn lưu sau mổ, thời gian lưu và kháng sinh sau mổ

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dẫn lưu ổ bụng		
Có đặt	33	53.2
Không đặt	29	46.8
Lưu ≤3 ngày	25	75.8
Lưu >3 ngày	8	24.2
Kháng sinh sau mổ		
Hai nhóm	45	72.6
Ba nhóm	17	27.4
Tổng	62	100

Nhận xét: Bệnh nhân được đặt dẫn lưu (53.2%). Thời gian lưu chủ yếu ≤ 3 ngày (75.8%). Kháng sinh sau mổ chủ yếu phối hợp 2 nhóm (72.6%), phối hợp 3 nhóm (27.4%).

Tất cả các bệnh nhân không có biến chứng trong và sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Viêm phần phụ là tình trạng viêm nhiễm tăng dần lây lan từ đường sinh dục dưới lên vòi tử cung, buồng trứng hay hệ thống dây chằng quanh tử cung và vòi tử cung, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi hoạt động tình dục và sinh sản có nhiều yếu tố nguy cơ như quan hệ tình dục không an toàn, nạo hút thai, đặt dụng cụ tử cung,... Nghiên cứu này cho thấy độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 41 ± 6.5 , thấp nhất là 28 tuổi, cao nhất là 58 tuổi, nhóm tuổi từ 31 - 40 có tỷ lệ cao nhất là (45.2%). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu Nguyễn Văn Thương tuổi trung bình là 38.7 ± 8.4 , nhỏ nhất là 19 tuổi, cao nhất là 53 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là 31-40 chiếm (39.6%)³. Tỷ lệ bệnh nhân viêm phần phụ gặp nhiều ở nhóm bệnh nhân đã sinh con nhiều hơn nhóm chưa sinh con. Điều này do tình trạng sinh đẻ, sử dụng dụng cụ tử cung để tránh thai, tiền sử can thiệp buồng tử cung, tiền sử nạo hút thai. Nghiên cứu của chúng tôi, bệnh

nhân sinh 2 con là chủ yếu chiếm (69.4%), sinh ≥ 3 con (25.8%), chưa sinh con và sinh 1 con chiếm tỷ lệ lần lượt là (1.6%), (3.2%). Tiền sử viêm nhiễm gồm: viêm nhiễm âm đạo – cổ tử cung (54.8%), viêm phần phụ (29.0%). Nhóm có can thiệp ngoại khoa đặt dụng cụ tử cung (43.5%), phù hợp khuyến cáo CDC đây là một trong những nguyên nhân gây viêm tiểu khung⁴. Nhóm nạo hút thai (25.8%), ở Việt Nam tỷ lệ nạo phá thai cao, bởi kiến thức về an toàn chưa tốt, sự hiểu biết và sử dụng các biện pháp tránh thai còn chưa cao, dẫn đến tỷ lệ có thai ngoài ý muốn cao, hậu quả là phải can thiệp vào buồng tử cung. Đó là một trong những yếu tố gây viêm nhiễm sinh dục, trong đó có viêm phần phụ, viêm tiểu khung, dẫn tới vô sinh¹.

Phác đồ điều trị kháng sinh và thời gian điều trị trước mổ hiện nay chưa được thống nhất. Tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hà Nội 100% bệnh nhân được điều trị nội khoa trước mổ. Trong đó hay gặp nhóm điều trị ≥ 3 ngày chiếm (91.9%). Bệnh nhân thường được điều phối hợp 2 nhóm kháng sinh (59.7%), 3 nhóm kháng sinh (37.1%), nhóm điều trị 1 kháng sinh (3.2%) đây là những bệnh nhân đã được dùng kháng sinh trước vào viện để phẫu thuật. Bác sĩ lựa chọn kháng sinh phần lớn dựa vào kinh nghiệm lâm sàng và điều kiện thực tế tại bệnh viện. Tại khoa Phụ sản Bệnh viện Đại học Y Hà Nội sử dụng phác đồ phối hợp 2 loại kháng sinh: nhóm Cephalosporin + Metronidazole, đường tiêm truyền tĩnh mạch. Những trường hợp có kết quả Chlamydia dương tính thì thường sử dụng Doxycyclin hoặc Azithromycin (hoặc Clindamycin), đường uống hoặc tiêm, phù hợp với các khuyến cáo bởi CDC và các hướng dẫn quốc tế khác⁴.

Nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đến với chẩn đoán là viêm phần phụ trước mổ, trong đó viêm phần phụ điều trị nội khoa không đáp ứng (82.3%) và viêm phần phụ mãn tính (17.7%). Sự lựa chọn giữa phẫu thuật nội soi hay mổ mở phụ thuộc phần nhiều vào khả năng phẫu thuật viên, tình trạng lâm sàng bệnh nhân (khối áp xe vỡ, dính nhiều,...), và nguyện vọng có con của bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân mổ mở (91.9%), mổ nội soi (8.1%). Tổn thương hay gặp nhất là VTC ứ mủ (88.7%), dính tiểu khung (67.7%), VTC dính (40.3%), VTC ứ nước (8.1%). Tỷ lệ tổn thương cũng có sự khác nhau giữa các tác giả như Lê Kiều Trang dính tiểu khung (100%), VTC ứ mủ (58.5%), VTC viêm dính (40%), VTC ứ nước (20%)⁵. Vì vậy

việc can thiệp cũng khác nhau trong các nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi, can thiệp phẫu thuật chủ yếu là gỡ dính (88.7%), rửa ổ bụng (67.7%), dẫn lưu ổ bụng sau mổ (53.2%). Can thiệp hay gặp nhất trên VTC là cắt 2 VTC (56.5%), cắt 1 VTC (24.2%), cắt phần phụ (19.3%). Sau mổ có (53.3%) bệnh nhân được đặt dẫn lưu, (46.8%) không đặt dẫn lưu là những ca mổ thuận lợi, tổn thương ít, phẫu thuật viên lấy được hết tổ chức viêm. Thời gian dẫn lưu ≤ 3 ngày chiếm (75.8%), đặt dẫn lưu > 3 ngày chiếm (24.2%). Thời gian hậu phẫu trung bình là 6.7 ± 1.0 ngày, nhanh nhất là 5 ngày, lâu nhất là 9 ngày. Việc lựa chọn kháng sinh tốt nhất là dựa vào kháng sinh đồ, nhưng trong nghiên cứu không có trường hợp nào được làm kháng sinh đồ. Nên sử dụng kháng sinh sau mổ thường tiếp tục duy trì kháng sinh trước mổ, việc thay đổi kháng sinh phụ thuộc vào tình trạng ổ viêm lúc mổ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Kháng sinh sau mổ: phác đồ phối hợp 2 nhóm kháng sinh (72.6%), phối hợp 3 nhóm kháng sinh (27.4%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào xảy ra biến chứng trong và sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Viêm phần phụ được điều trị bằng phương pháp mổ mở (91,9%), mổ nội soi (8.1%). Tổn thương hay gặp nhất trong ổ bụng là vòi tử cung ứ mủ (88.7%), viêm dính tiểu khung (67.7%). Can thiệp trong phẫu thuật chủ yếu là cắt 2 vòi tử cung (56.5%). Thời gian hậu phẫu trung bình là 6.7 ± 1.0 ngày. Không có biến chứng trong và sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy phẫu thuật trong điều trị viêm phần phụ là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Bá Nha.** Hình thái lâm sàng của viêm nhiễm đường sinh dục. Nhà Xuất bản Y học. 2010.
2. **Simms I, Stephenson JM.** Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? Sex Transm Infect. 2000;76(2):80-87.
3. **Nguyễn Văn Thương.** Kết quả điều trị viêm phần phụ được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong 3 năm 2021-2023. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2024.
4. **Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention.** Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1-137.
5. **Lê Kiều Trang.** Nghiên cứu kết quả phẫu thuật viêm phần phụ tại khoa Phụ sản Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2020

SO SÁNH KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG PROPESS VÀ FOLEY BÓNG ĐÔI CẢI TIẾN Ở THAI PHỤ ≥ 37 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN NĂM 2025

Hồ Đăng Chung¹, Trần Xuân Cảnh¹, Trần Quang Hanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là chỉ định thường gặp khi cổ tử cung không thuận lợi, đòi hỏi lựa chọn phương pháp vừa hiệu quả vừa an toàn. Bằng chứng cho thấy bóng đôi và dinoprostone đều giúp tăng tỉ lệ sinh ngã âm đạo, nhưng khác biệt về hồ sơ an toàn và nhu cầu oxytocin còn gây tranh luận. Do đó, cần so sánh trực tiếp hai phương pháp trong bối cảnh thực hành tuyến tỉnh để định hướng lựa chọn tối ưu. **Mục tiêu:** So sánh hiệu quả và an toàn của Propress so với Foley bóng đôi cải tiến trong KPCD ở thai phụ đủ tháng có cổ tử cung không thuận lợi. **Phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, nhảu mở, tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ 3/2025–9/2025; n=150, phân tầng theo điểm Bishop, chia 2 nhóm 1:1 (Propress 75; Foley bóng đôi 75). Phân tích intention-to-treat. Tiêu chí chính: tỉ lệ sinh ngã âm đạo ≤ 48 giờ. **Kết quả:** Tỉ lệ sinh ngã âm đạo ≤ 48 giờ không khác biệt có ý nghĩa (Propress 62,7% vs Foley 72,0%; RR 1,24; KTC95%: 0,86–1,81; p=0,22). Nhóm Foley cần oxytocin nhiều hơn (76,0% vs 18,9%; RR 3,48; KTC95%: 2,28–5,30; p<0,001). Apgar 5 phút khác biệt nhỏ về lâm sàng; nhập NICU hiếm (0 vs 1). Cân nặng sơ sinh thấp hơn một chút ở nhóm Foley (2800 vs 3000 g; p=0,04). Biến chứng: Propress tăng ối vỡ sớm (38,7% vs 9,3%) và cơn co cường tính (18,7% vs 0%). Bất thường tim thai thấp hơn ở Foley (1,3% vs 12,0%). Ở phân tích tương tác, đã sinh ≥ 1 lần làm tăng mạnh khả năng sinh ngã âm đạo ở cả hai nhóm, nhưng hiệu ứng mạnh hơn với Foley (OR $\approx$ 287,6 so với 20,8; p tương tác=0,04). **Kết luận:** Hai phương pháp tương đương về tỉ lệ sinh ngã âm đạo ≤ 48 giờ. Foley bóng đôi cải tiến cần oxytocin hỗ trợ nhiều hơn nhưng có ít cơn co cường tính và ối vỡ sớm; các kết cục sơ sinh nhìn chung tương tự và khác biệt nhỏ về ý nghĩa lâm sàng.

Từ khóa: khởi phát chuyển dạ, Propress, Foley bóng đôi, Bishop, dinoprostone, tachysystole.

SUMMARY

COMPARATIVE OUTCOMES OF INDUCTION OF LABOR WITH PROPESS VERSUS A MODIFIED DOUBLE-BALLOON FOLEY IN WOMEN AT ≥ 37 WEEKS AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL, 2025

Background: Induction of labor (IOL) is

frequently indicated when the cervix is unfavorable and requires a method that balances effectiveness and safety. Evidence suggests both double-balloon catheters and dinoprostone are effective in increasing vaginal delivery rates, yet differences in safety profiles and oxytocin requirements remain debated. A head-to-head comparison in a provincial practice setting is therefore needed to guide optimal choice. **Objective:** To compare the effectiveness and safety of Propress versus a modified double-balloon Foley catheter for IOL in term women with an unfavorable cervix. **Methods:** Open-label randomized clinical trial at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital, March–September 2025; n=150, stratified by Bishop score and randomized 1:1 (Propress 75; double-balloon 75). Intention-to-treat analysis. Primary endpoint: vaginal delivery within ≤ 48 hours. **Results:** Vaginal delivery ≤ 48 hours did not differ significantly (Propress 62.7% vs double-balloon 72.0%; RR 1.24; 95% CI 0.86–1.81; p=0.22). Oxytocin augmentation was higher with the double-balloon (76.0% vs 18.9%; RR 3.48; 95% CI 2.28–5.30; p<0.001). Although the 5-minute Apgar differed statistically, medians were 10 (IQR 0) in both groups, indicating minimal clinical difference; NICU admission was rare (0 vs 1). Neonatal birthweight was slightly lower with the double-balloon (2800 vs 3000 g; p=0.04). Complications: Propress was associated with more premature rupture of membranes (38.7% vs 9.3%) and tachysystole (18.7% vs 0%). Fetal heart rate abnormalities were less frequent with the double-balloon (1.3% vs 12.0%). In interaction analyses, parity ≥ 1 strongly increased the probability of vaginal delivery in both groups, with a larger effect for the double-balloon (OR $\approx$ 287.6 vs 20.8; interaction p=0.04). **Conclusions:** The two methods were comparable for vaginal delivery within 48 hours. The modified double-balloon Foley required more oxytocin but was associated with fewer tachysystole events and premature rupture of membranes; neonatal outcomes were broadly similar with differences of limited clinical significance. **Keywords:** induction of labor; Propress; double-balloon Foley; Bishop score; dinoprostone, tachysystole.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là can thiệp thường gặp khi cổ tử cung không thuận lợi, thai quá ngày hoặc có chỉ định chấm dứt thai kỳ vì nguy cơ mẹ–thai. Lựa chọn phương pháp cần cân bằng giữa hiệu quả làm chín muồi cổ tử cung/đạt sinh đường âm đạo và an toàn, đồng thời phù hợp nguồn lực theo dõi tại tuyến tỉnh.

Hai phương pháp KPCD phổ biến hiện nay là Foley bóng đôi cải tiến (cơ học) và Propress –

¹Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Đăng Chung

Email: drchungump@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025