

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

dinoprostone (dược lý). Bóng đôi tạo áp lực cơ học tại cổ tử cung, kích thích giải phóng prostaglandin nội sinh; ưu điểm là dễ triển khai, chi phí thấp, có thể giảm nguy cơ cơn co cường tính nhưng thường cần oxytocin hỗ trợ. Propess giải phóng PGE₂ kiểm soát, giúp làm mềm cổ tử cung và khởi phát cơn co; yêu cầu theo dõi sát cơn co và tim thai. Nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy hai phương pháp tương đương về tỉ lệ sinh ngã âm đạo, song khác biệt về nhu cầu oxytocin và hồ sơ an toàn, kết quả còn dị biệt theo quần thể và điều kiện thực hành [1-8].

Tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, cả hai kỹ thuật đã được áp dụng thường quy nhưng thiếu dữ liệu so sánh trực tiếp trong bối cảnh địa phương. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "So sánh kết quả KPCD bằng Propess và Foley bóng đôi cải tiến ở thai phụ ≥37 tuần" nhằm (1) so sánh tỉ lệ sinh ngã âm đạo trong 48 giờ; (2) so sánh các kết cục chuyển dạ; và (3) so sánh biến chứng giữa hai phương pháp, qua đó cung cấp bằng chứng thực hành để tối ưu hóa lựa chọn KPCD tại tuyến tỉnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế & địa điểm – thời gian: RCT, nhãn mở, tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An; thời gian nghiên cứu 01-10/2025, lấy mẫu 03-09/2025

Tiêu chí chọn mẫu: thai sống ≥37 tuần, đơn thai ngôi đầu, màng ối còn, Bishop ≤5, chưa chuyển dạ, CTG nhóm I, đồng ý tham gia. Loại

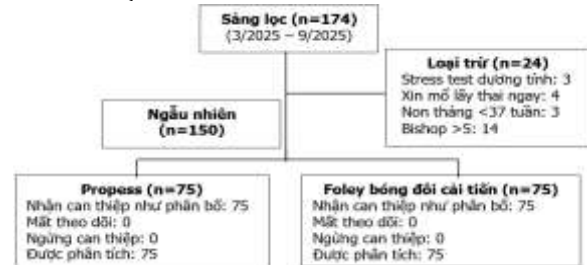
trừ: chống chỉ định sinh đường âm đạo, đã KPCD bằng phương pháp khác, viêm đường sinh dục cấp, bệnh nội khoa nặng, dị ứng PGE₂/oxytocin/cao su...

Cỡ mẫu & ngẫu nhiên: Mẫu tính theo so sánh 2 tỉ lệ; cỡ mẫu thực tế n=150 (mỗi nhóm 75). Ngẫu nhiên phân tầng (theo Bishop) bằng block hoán vị cỡ 2 trong từng tầng.

Phân tích số liệu: Theo intention-to-treat; lưu đồ CONSORT cho thấy không mất dấu.

Tiêu chí đánh giá: Chính: tỉ lệ sinh ngã âm đạo ≤48 giờ. Phụ: dùng oxytocin, giảm đau, chỉ số Apgar, nhập NICU, cân nặng sơ sinh, biến chứng (ối vỡ sớm, cơn co cường tính, sốt, tim thai bất thường...).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 1. Lưu đồ CONSORT – tuyển chọn, phân nhóm và phân tích mẫu (n=150), 2025

Ghi chú: Nghiên cứu RCT, phân tầng theo Bishop; theo dõi đầy đủ, không mất dấu; phân tích theo intention-to-treat với 75 ca mỗi nhóm.

Bảng 1. So sánh đặc điểm nền

Đặc điểm	Propess (n=75)	Foley bóng đôi cải tiến (n=75)	p
Tuổi mẹ	29,3 ± 5,8	29,4 ± 5,1	0,89
BMI (kg/m²)	24,9 (IQR 4,0)	24,4 (IQR 3,9)	0,70
Tuổi thai (tuần)	39,2 (IQR 1,6)	39,1 (IQR 2,0)	0,13
Bishop trước KPCD	2 (IQR 2)	2 (IQR 2)	0,86
Chỉ định KPCD			
Thai quá ngày	14 (18,7%)	10 (13,3%)	0,11
IUGR/SGA	23 (30,7%)	33 (44,0%)	
Bệnh nội khoa	28 (37,3%)	17 (22,7%)	
Khác	10 (13,3%)	15 (20,0%)	
Cân nặng thai ước tính (EFW), g	3106 (655)	2952 (946)	0,04
Phân bố số lần sinh			
Con so, %	57,3	66,7	0,03
≥2 con, %	33,3	16,0	

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, chúng tôi sàng lọc 174 trường hợp, trong đó loại trừ 24 trường hợp. 150 thai phụ đủ tiêu chuẩn được ngẫu nhiên 1:1 vào hai nhóm: Propess (n=75) và Foley bóng đôi cải tiến (n=75). Tất cả đều nhận can thiệp như phân bổ; không mất theo dõi, không rút lui sau ngẫu nhiên. Phân tích theo

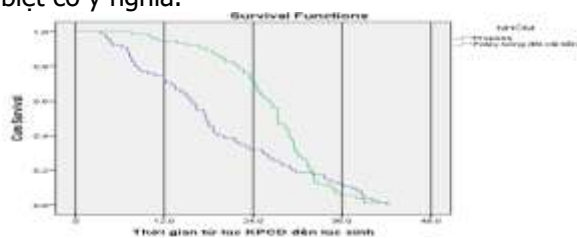
intention-to-treat với 75/nhóm; không có trường hợp bị loại sau ngẫu nhiên.

Hai nhóm nhìn chung cân bằng về đa số đặc điểm; lưu ý EFW cao hơn ở Propess và phân bố số lần sinh khác nhau (Propess nhiều ≥2 con hơn; Foley nhiều con so hơn).

Bảng 2. So sánh kết cục và biến chứng

Đặc điểm	Propess (n=75)	Foley bóng đôi cải tiến (n=75)	RR (KTC95%)	p
Sinh ngã âm đạo ≤48 giờ, %	62,7	72,0	1,24 (0,86–1,81)	0,22
Cần oxytocin hỗ trợ, %	18,9	76,0	3,48 (2,28–5,30)	<0,001
Apgar 5 phút; Trung vị (IQR)	10 (0)	10 (0)	—	<0,001*
Nhập NICU, ca	0	1	—	—
Cân nặng sơ sinh, g; Trung vị (IQR)	3000 (600)	2800 (600)	—	0,04
Ồi vỡ sớm, %	37,8	9,3	—	<0,001
Cơ co cứng tính, %	18,7	0	—	<0,001
Bất thường tim thai, %	12,0	1,3	—	0,02
Sốt trong chuyển dạ, %	5,3	1,3	—	0,37
Thay đổi ngôi thai, %	0	2,7	—	0,49

Tỉ lệ sinh ngã âm đạo trong vòng 48 giờ không khác biệt có ý nghĩa giữa hai phương pháp: RR = 1,24; KTC95% 0,86–1,81; p = 0,22 (Propess 62,7% so với bóng đôi cải tiến 72,0%). Thời gian từ khởi phát đến sinh ở nhóm Propess ngắn hơn rõ rệt; trung vị ≈ 17,7 giờ (IQR 15,75–19,65) so với Foley bóng đôi cải tiến ≈ 27,3 giờ (IQR 25,79–28,81) → khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0,025. Foley bóng đôi cải tiến cần oxytocin nhiều hơn đáng kể, RR = 3,48; KTC95% 2,28–5,30; p < 0,001. Giảm đau sản khoa tương đương giữa hai nhóm (52,9% so với 64,0%; p = 0,223). Cơ co tử cung cường tính thấp hơn rõ rệt ở Foley bóng đôi cải tiến (RR ≈ 0,17; KTC95% 0,06–0,54). Tỉ lệ vỡ ối sớm ở Foley bóng đôi cải tiến thấp rõ rệt (9,3% so với 38,7% ở Propess; RR=0,32; KTC95%: 0,17–0,65; p<0,001). Tần suất bất thường tim thai thấp hơn ở Foley bóng đôi cải tiến (1,3% so với 12,0%; RR≈0,19; p=0,02. Sốt trong chuyển dạ, nhiễm trùng ối, thay đổi ngôi/sa dây rốn không khác biệt có ý nghĩa giữa hai phương pháp. Kết cục sơ sinh (Apgar, nhập NICU, cân nặng) không khác biệt có ý nghĩa.

**Hình 2. Biểu đồ Kaplan-Meier thời gian từ KPCD đến sinh giữa 2 nhóm**

Chú thích: Sự kiện: sinh (bao gồm cả sinh thường và sinh mổ), không kiểm định. p (Log-rank) = 0,025. Median (CI95%): Propess 17,70 (15,75–19,65) so với Foley 27,30 (25,79–28,81)

Thời gian từ khởi phát chuyển dạ đến sinh khác biệt có ý nghĩa giữa hai phương pháp. Trung vị thời gian ở Propess là 17,70 giờ (CI95% 15,75–19,65), trong khi ở Foley bóng đôi cải tiến là

27,30 giờ (CI95% 25,79–28,81). Kiểm định Log-rank: $\chi^2=5,027$; p=0,025. Đường Kaplan-Meier của nhóm Foley bóng đôi cải tiến nằm cao hơn, cho thấy thời gian tới sinh dài hơn so với Propess.

Bảng 3. Phân tích tương tác theo số lần sinh

Biến có tương tác			
Yếu tố	OR Propess	OR Foley	p_tương tác
Số lần sinh ≥1 lần	20,83	287,58	0,04
Không phải thai quá ngày	3,88	33,13	0,08
Bishop trước KPCD ≥3	1,68	2,50	0,64
Biến không có tương tác			
Yếu tố	OR chung	KTC 95%	p
Tuổi mẹ ≥35	0,57	0,17–1,95	0,37
BMI ≥25	0,75	0,32–1,77	0,51
Tuổi thai ≥39 tuần	1,15	0,45–2,91	0,78
EFW ≥3200 g	0,31	0,11–0,86	0,03

Sản phụ đã sinh làm tăng mạnh khả năng sinh ngã âm đạo, nhưng mức tăng ở Foley lớn hơn (OR≈287,6) so với Propess (OR≈20,8), khác biệt có ý nghĩa giữa hai phương pháp (p_tương tác=0,04)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy hai phương pháp khởi phát chuyển dạ —Propess (dinoprostone-PGE₂) và Foley bóng đôi cải tiến—tương đương về tỉ lệ sinh ngã âm đạo trong 48 giờ, trong khi bóng đôi cần oxytocin hỗ trợ nhiều hơn nhưng lại ít cơn co cường tính và ít ối vỡ sớm hơn; các kết cục sơ sinh nhìn chung tương tự, khác biệt nhỏ về ý nghĩa lâm sàng. Kết quả này nhất quán với tổng quan hệ thống và phân tích gộp gần đây: nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả đạt sinh đường âm đạo của hai phương pháp nhìn chung tương đương, nhưng hồ sơ an toàn và nhu cầu can thiệp (đặc biệt là oxytocin) khác nhau theo đặc tính cơ chế của mỗi phương pháp [1–3,6,8].

So sánh với y văn: Ở mức hệ thống, hai

phân tích gộp đều không chứng minh ưu thế tuyệt đối về hiệu quả: Elhusein 2023 (10 RCT; n=2.493) cho RR 24h=1,08 (95%CI 0,77–1,52) và RR mổ=1,03 (0,90–1,18); bóng đôi dùng oxytocin nhiều hơn (RR 1,77; 1,41–2,32), còn PGE₂ tăng nguy cơ tăng co/tachysystole và pH<7 [1]. Liu 2019 (5 RCT; n=603) cũng không khác biệt tỉ lệ sinh ngã âm đạo trong 24h (RR 1,21; 0,93–1,59) hay mổ (RR 0,99; 0,77–1,27); PGE₂ vẫn gắn với tachysystole và toan máu cao hơn, bóng đôi cần oxytocin nhiều hơn [6].

Ở nghiên cứu quan sát/ RCT đơn lẻ, bức tranh “tốc độ sớm” hơi phân hóa nhưng kết cục tổng thể vẫn tương đương. Yan 2022 (hồi cứu, n=381) cho tỉ lệ sinh ngã âm đạo ≤48h cao hơn với PGE₂ (90,11% vs 75,38%; p=0,0002), thời gian trung bình dài hơn (10,74h vs 6,21h), bóng đôi cần oxytocin (80,9% vs 17,0%) và nhiễm trùng ối cao hơn (12 vs 0) [2]. Diguisto 2021 – MAGPOP (RCT đa trung tâm, n=1.220, ≥41 tuần) cho thời gian đến sinh ngắn hơn với PGE₂ (23h vs 32h) nhưng không khác tỉ lệ sinh ngã âm đạo/mổ lấy thai vì tim thai bất thường; bóng đôi ít cần giảm đau [5]. Ở con so, Shiyu Li 2025 (n=1.682) cho tỉ lệ sinh ngã âm đạo tổng thể tương đương (73,74% vs 77,73%), tỉ lệ sinh ngã âm đạo trong 24h cao hơn PGE₂ (55,45% vs 38,43%), oxytocin thấp hơn PGE₂ (52,79% vs 94,9%), nhưng mổ vì tim thai không đảm bảo cao hơn (56,86% vs 37,81%); nhiễm trùng ối cao hơn ở bóng đôi [4]. Ở thiếu ối, Wenyan Wang 2014 (RCT, n=126) không khác tỉ lệ sinh ngã âm đạo 24h/mổ, nhưng PGE₂ tăng tachysystole (16,9% vs 4,5%), tim thai bất thường (15,3% vs 1,5%), pH<7,1 (25% vs 6%); bóng đôi cần oxytocin/ bấm ối nhiều hơn [7]. Cromi 2012 (RCT, n=210) ghi tỉ lệ sinh ngã âm đạo ≤24h cao hơn với bóng đôi (68,6% vs 49,5%; OR 2,22), mổ tương đương, bóng đôi dùng oxytocin/giảm đau nhiều hơn, còn PGE₂ tăng cường tính (9,7% vs 0; có 2 mổ cấp cứu) [8]. Ở đa sản, Lu Yuan 2023 (n=202) cho tỉ lệ sinh ngã âm đạo tổng thể/24h tương đương, PGE₂ vào pha hoạt động sớm hơn (753,2±766,8 vs 992,3±430,9 phút), bóng đôi cần oxytocin/ bấm ối nhiều hơn; PGE₂ tăng cường tính kèm tim thai bất thường/ sốt/ phân su; chỉ số sơ sinh tương tự [3].

Tổng hợp lại, bằng chứng hiện có nhất quán với kết quả của chúng tôi: hiệu quả đạt sinh thường nhìn chung tương đương, Foley bóng đôi cải tiến “đánh đổi” tăng nhu cầu oxytocin để có nguy cơ co cường tính thấp hơn, còn PGE₂ có thể “nhanh” hơn ở một số bối cảnh (quá ngày, con so) nhưng không luôn chuyển thành ưu thế

tổng thể. Vì vậy, cá thể hóa lựa chọn dựa trên Bishop, số lần sinh, chỉ định KPCD và năng lực theo dõi là hướng đi hợp lý.

Giải thích cơ chế: Sự khác biệt quan sát được phản ánh cơ chế sinh học: Propress là tác nhân được lý làm mềm cổ tử cung và kích hoạt co bóp qua PGE₂, vì vậy gắn với nguy cơ tachysystole và vỡ ối cao hơn; ngược lại, bóng đôi là kích thích cơ học liên tục thúc đẩy prostaglandin nội sinh nhưng cần oxytocin ngoại sinh để củng cố cơn co hiệu lực khi vào chuyển dạ hoạt động [2,6,8]. Do đó, lựa chọn phương pháp nên cân nhắc giữa nhu cầu rút ngắn thời gian đến sinh (thuận lợi cho PGE₂ khi có giám sát CTG chặt chẽ) và hồ sơ an toàn co bóp (thuận lợi cho bóng đôi, nhất là khi nguồn lực theo dõi hạn chế).

Ý nghĩa lâm sàng tại tuyến tỉnh: Với điều kiện thực hành tại bệnh viện tuyến tỉnh—nơi nhân lực, máy theo dõi CTG liên tục và chi phí là yếu tố quan trọng—Foley bóng đôi cải tiến có thể là lựa chọn thực dụng và an toàn nhờ giảm tachysystole và ít ối vỡ sớm, dù chấp nhận tăng nhu cầu oxytocin và thời gian theo dõi. Ngược lại, khi đảm bảo theo dõi sát và kỳ vọng thời gian đến sinh ngắn hơn (nhất là ở con so), Propress có thể phù hợp. Phát hiện về tương tác với số lần sinh giúp cá thể hóa: ở đa sản, khả năng thành công rất cao với cả hai phương pháp và đặc biệt nổi trội với bóng đôi [3,4].

Điểm mạnh và hạn chế: Điểm mạnh của nghiên cứu gồm: (i) RCT, phân tầng Bishop, phân tích intention-to-treat, không mất dấu; (ii) triển khai trong thực hành thường quy, tăng giá trị ngoại suy cho bối cảnh tương tự. Hạn chế gồm: (i) nhãn mở, có thể ảnh hưởng quyết định can thiệp (oxytocin/giảm đau); (ii) cỡ mẫu đủ cho tiêu chí chính nhưng hạn chế để phát hiện khác biệt ở biến an toàn hiếm; (iii) chênh lệch nền nhỏ (EFW và phân bố số lần sinh)—dù đã xử lý bằng phân tầng và phân tích tương tác, vẫn có thể tồn tại nhiễu dư. Ngoài ra, nghiên cứu thực hiện tại một trung tâm nên cần thận trọng khi ngoại suy sang quần thể có đặc điểm khác biệt.

Hàm ý thực hành và nghiên cứu tiếp theo: Trên cơ sở hiệu quả tương đương và hồ sơ an toàn khác nhau, chúng tôi đề xuất tiếp cận hai bậc: (1) Bóng đôi là lựa chọn mặc định khi nguồn lực theo dõi hạn chế hoặc có nguy cơ cơn co cường tính; (2) Propress cho ca chọn lọc khi có giám sát liên tục và cần tối ưu thời gian. Các nghiên cứu tiếp theo nên: (i) đa trung tâm, cỡ mẫu lớn, đánh giá thời gian đến sinh, mổ lấy thai vì suy thai, thỏa mãn sản phụ, và chi phí—hiệu quả; (ii) phân tích theo nhóm con so vs đa sản, chỉ định

KPCD (quá ngày, thiếu ối, TSG), và mức Bishop; (iii) chuẩn hóa tiêu chí tachysystole và quy trình dùng oxytocin để giảm dị biệt giữa cơ sở.

Tóm lại, kết quả của chúng tôi củng cố bằng chứng rằng Propess và Foley bóng đôi cải tiến là hai lựa chọn hiệu quả tương đương cho KPCD ở thai đủ tháng với khác biệt có ý nghĩa lâm sàng về an toàn và nhu cầu oxytocin. Cá thể hóa theo tiền sản và nguồn lực là chìa khóa để tối ưu hóa lựa chọn phương pháp trong bối cảnh bệnh viện tuyến tính, phù hợp với xu hướng y văn hiện hành [1–8].

V. KẾT LUẬN

Hai phương pháp tương đương về tỉ lệ sinh ngã âm đạo ≤ 48 giờ. Foley bóng đôi cải tiến đòi hỏi oxytocin bổ trợ nhiều hơn nhưng giảm cơn co cường tính, tim thai bất thường và ối vỡ sớm; các kết cục sơ sinh tương đồng, khác biệt nhỏ về ý nghĩa lâm sàng. Đa sản là yếu tố dự báo thành công mạnh, đặc biệt khi dùng bóng đôi.

VI. KIẾN NGHỊ THỰC HÀNH

Ưu tiên Foley bóng đôi cải tiến cho thai phụ ≥ 37 tuần, Bishop ≤ 5 , màng ối còn—nhất là khi thiếu CTG/nhân lực; Propess dùng chọn lọc khi cần rút ngắn thời gian và có theo dõi sát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elhusein AM, Fadlalmola HA, Ebrahim RA, et al. Double-balloon catheter vs dinoprostone (PGE-

- 2) insert for labour induction: A meta-analysis of 2493 pregnancies. Afr J Reprod Health. 2023; 27(4): 84-95. doi:10.29063/ajrh2023/ v27i4.10.
2. Yan J, Yin B, Lv H. Comparing the effectiveness and safety of dinoprostone vaginal insert and double-balloon catheter Front Med (Lausanne). 2022;9:976983. doi:10.3389/fmed.2022.976983
3. Yuan L, Peng J, Yang L, Zhao Y. Efficacy and safety of double balloon catheter and dinoprostone for labor induction in multipara at term. Arch Gynecol Obstet. 2024;309(2):533-540. doi:10.1007/s00404-022-06891-9.
4. Li S, He H, Zheng W, Liu J, Chen C. Comparison of outcomes of induction with Propess vs double-balloon in term nulliparas. J Obstet Gynaecol Res. 2025;51(1):e16107. doi:10.1111/jog.16107.
5. Diguisto C, Le Gouge A, Arthuis C, et al. Double-balloon vs vaginal dinoprostone in prolonged pregnancies (MAGPOP RCT). PLoS Med. 2021;18(2):e1003448. doi:10.1371/journal.pmed.1003448.
6. Liu YR, Pu CX, Wang XY, Wang XY. Double-balloon catheter versus dinoprostone insert: meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2019;299(1): 7-12. doi:10.1007/s00404-018-4929-8.
7. Wang W, Zheng J, Fu J, et al. Safer method of induction in oligohydramnios: double-balloon vs dinoprostone insert. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014;27(17): 1805-8. doi:10.3109/14767058.2014.880880.
8. Cromi A, Ghezzi F, Uccella S, et al. Preinduction cervical ripening: dinoprostone vaginal insert vs double-balloon catheter (RCT). Am J Obstet Gynecol. 2012;207(2):125.e1-7. doi:10.1016/j.ajog.2012.05.020.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU PHẪU THUẬT ĐẶT VAN AHMED QUA ĐƯỜNG HẦM CÙNG MẠC KHÔNG SỬ DỤNG MẢNH GHÉP RỜI ĐIỀU TRỊ BỆNH GLÔCÔM

Nguyễn Thị Uyên Duyên¹, Đoàn Kim Thành²,
Kim Bảo Giang³, Trang Thanh Nghiệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phẫu thuật cải tiến đặt van Ahmed qua đường hầm cùng mạc không sử dụng mảnh ghép rời nhằm giảm nguy cơ lộ ống van qua kết mạc. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu mô tả hàng loạt ca so sánh trước và sau phẫu thuật trên

những bệnh nhân đã được phẫu thuật đặt van Ahmed qua đường hầm cùng mạc không sử dụng mảnh ghép rời. Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi ít nhất 6 tháng. Các thông số kết quả chính bao gồm nhãn áp, tình trạng lộ ống dẫn lưu và các biến chứng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tổng cộng 20 mắt từ 20 bệnh nhân đã được phân tích. Tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là $60,9 \pm 15,0$ tuổi (dao động: 34 – 84 tuổi). Các loại glaucoma được ghi nhận, bao gồm glôcôm tân mạch (50%), glôcôm giả trúc bao, glôcôm góc mở nguyên phát, glôcôm thứ phát sau cắt dịch kính, glôcôm thứ phát do corticoid và glôcôm thứ phát do chấn thương. Thị lực trung bình trước phẫu thuật là $1,29 \pm 0,81$ logMAR. Nhãn áp trung bình giảm có ý nghĩa thống kê từ $32,44 \pm 11,07$ mmHg (dao động: 21,8 – 52 mmHg) trước phẫu thuật xuống còn $14,03 \pm 7,28$ mmHg (dao động: 4,9 – 20,6 mmHg; $p <$

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Uyên Duyên

Email: uyenduyenpy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025