

V. KẾT LUẬN

Chấn thương tai ngoài gặp chủ yếu ở nam giới trẻ tuổi, nguyên nhân thường do tai nạn sinh hoạt. Hình thái tổn thương chủ yếu là tổn thương vành tai mức độ nhẹ đến trung bình, thường khu trú ở 1/3 trên vành tai; tổn thương ống tai ngoài chủ yếu ở đoạn sụn. Việc người bệnh đến viện sớm tạo điều kiện thuận lợi cho chẩn đoán và xử trí kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alice Szymanski & Geiger, Z. Anatomy, Head and Neck, Ear. [Updated 2023 Jul 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470359/> (2023).
2. Mummidivarapu, P., Ajjada, B., Bandaru, R. & Vecham, C. Ear injuries in tertiary care centre,

Government General Hospital Kakinada: a comprehensive review. *International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery* **9**, 516-519, doi:10.18203/issn.2454-5929.ijohns20231477 (2023).

3. Trần Đức Long, Nguyễn Tư Thế & Phước, V. L. Đánh giá kết quả điều trị chấn thương tai ngoài tại bệnh viện trung ương huế và bệnh viện trường đại học y dược huế. *Tạp chí Y Dược học- Trường Đại học Y Huế* **7**, 81-87 (2017).
4. Nitsch, A. et al. Prevalence of cauliflower ear in high level judoka. *Scientific reports* **13**, 17351, doi:10.1038/s41598-023-42635-8 (2023).
5. Panneerselvam, E. et al. External auditory canal injuries in maxillofacial trauma - Proposal of a symptom-based treatment algorithm with a report of twelve cases. *National journal of maxillofacial surgery* **14**, 392-398, doi:10.4103/njms.njms_188_22 (2023).

TÁC DỤNG LÀM MỀM, MỞ CỔ TỬ CUNG CỦA BÓNG COOK CẢI TIẾN TRONG GÂY CHUYỂN DẠ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NAM ĐỊNH

Lê Thị Thanh Vân¹, Nguyễn Bích Hồng², Nguyễn Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và một số yếu tố liên quan đến hiệu quả làm chín muối cổ tử cung (CTC) của bóng Cook cải tiến.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên các sản phụ có chỉ định khởi phát chuyển dạ bằng bóng Cook cải tiến tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định trong khoảng thời gian từ ngày 01/01/2026 đến 31/03/2026.

Kết quả: Có 42 sản phụ được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 26,81±5,43 tuổi. Con số chiếm tỷ lệ chủ yếu 61,9%. Có 85,7% số trường hợp tuổi thai từ 40-41 tuần. Tất cả các trường hợp đều tăng chỉ số Bishop sau khi gây chuyển dạ, thay đổi 4 điểm có tỷ lệ nhiều nhất, chiếm 28,6%. Có 34 trường hợp gây chín muối cổ tử cung thành công, chiếm 81% tổng số trường hợp; tỷ lệ thất

bại là 19%. Có mối liên quan giữa kết quả khởi phát chuyển dạ với độ mở CTC, chỉ số Bishop trước đặt bóng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (do p > 0,05).

Kết luận: Tất cả những sản phụ đặt bóng Cook cải tiến khởi phát chuyển dạ đều tăng điểm của chỉ số Bishop và hiệu quả làm chín muối CTC của bóng Cook cải tiến đạt tỷ lệ thành công cao (81%).

Từ khóa: Gây chuyển dạ, bóng Cook cải tiến, khởi phát chuyển dạ.

SUMMARY

THE SOFTENING AND CERVICAL-DILATING EFFECT OF THE MODIFIED COOK BALL IN INDUCING LABOR AT NAM DINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To assess the effectiveness of cervical ripening and several aspects associated with its effectiveness using the modified Cook balloon.

Subjects and methods: Between January 1, 2026, and March 31, 2026, a prospective descriptive study was undertaken at Nam Dinh Obstetrics and Gynecology Hospital on pregnant women who had been indicated for labor induction with the modified Cook balloon.

¹ Bệnh viện Quốc tế Mặt Trời

² Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Vân

Email: thanhvanle8791@gmail.com

Mã bài: N617

Ngày nhận bài: 4.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2026

Ngày duyệt bài: 6.4.2026

Results: 42 pregnant women participated in the study. The study respondents had an average age of 26.81 ± 5.43 years. The vast majority (61.9%) were first-time mothers. 85.7% of cases had a gestational age between 40 and 41 weeks. All patients demonstrated an increase in Bishop score after labor induction, with a 4-point change being the most common, accounting for 28.6%. There were 34 cases of effective cervical ripening, accounting for 81% of the total; the failure rate was 19%. Before balloon deployment, there was a link between labor induction results, cervical dilatation, and Bishop score. The difference was not significant ($p > 0.05$).

Conclusion: All pregnant women who received labor induction with the modified Cook balloon had an increase in Bishop score, and cervical ripening with the modified Cook balloon was highly effective (81% success rate).

Keywords: Labor induction, modified Cook balloon, labor induction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây chuyển dạ (GCD) là một can thiệp sản khoa thiết yếu nhằm chủ động kết thúc thai kỳ khi lợi ích của việc chấm dứt thai nghén vượt trội hơn so với việc duy trì. Tuy nhiên, hiệu quả của GCD phụ thuộc lớn vào tình trạng cổ tử cung (CTC). Ước tính khoảng 25% trường hợp GCD thất bại dẫn đến mổ lấy thai do CTC không thuận lợi (chỉ số Bishop <6) [1]. Để tối ưu hóa tỷ lệ sinh đường âm đạo, việc thực hiện các phương pháp làm chín muồi CTC trước khi khởi phát chuyển dạ là yêu cầu bắt buộc [2]. Trong các kỹ thuật làm chín muồi (mềm, mở) CTC, phương pháp cơ học được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo nhờ hiệu quả tương đương phương pháp hóa học nhưng có độ an toàn cao hơn, đặc biệt là giảm thiểu các biến chứng như cơn co tử cung cường tính, suy thai hoặc vỡ tử cung [3]. Ống thông hai bóng (bóng Cook, Atad) là một bước tiến quan trọng trong nhóm phương pháp cơ học, hoạt động qua cơ chế gây áp lực trực tiếp lên lỗ trong và lỗ ngoài CTC, đồng thời kích thích giải phóng Prostaglandin nội sinh [4]. Tại Việt Nam, để khắc phục rào cản kinh tế, giải pháp sử dụng bóng Cook cải tiến (từ sonde Foley 3 nhánh số 24) đã ra đời, cho hiệu quả lâm sàng tương đương bóng Cook tiêu chuẩn. Năm 2025, kỹ thuật này được chuyển giao từ Bệnh viện Phụ sản Trung ương cho Bệnh viện Phụ sản Nam Định. Nhằm đánh giá hiệu quả làm chín muồi CTC của bóng Cook cải tiến, ứng dụng thực tiễn tại địa phương, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu tác dụng làm mềm, mở cổ tử cung của bóng**

Cook cải tiến trong gây chuyển dạ tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên các sản phụ có chỉ định khởi phát chuyển dạ (KPCD) bằng bóng Cook cải tiến tại Bệnh viện Phụ sản Nam Định trong khoảng thời gian từ ngày 01/01/2026 đến 31/03/2026.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Sản phụ được đưa vào nhóm nghiên cứu khi thỏa mãn đầy đủ các tiêu chí sau:

- Thai đơn, ngôi đầu, màng ối còn nguyên vẹn.
- Chỉ số Bishop cổ tử cung (CTC) ≤ 3 điểm.
- Monitoring sản khoa: Nhịp tim thai cơ bản bình thường

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đa thai, ngôi bất thường (ngôi mông, ngôi ngang), rau tiền đạo, u tiền đạo.
- Có sẹo mổ cũ trên tử cung (mổ lấy thai, bóc nhân xơ).
- Ối vỡ non hoặc ối vỡ sớm.
- Monitoring ghi nhận nhịp tim thai bất thường hoặc nghi ngờ suy thai cấp.
- Các bệnh lý tim mạch, hô hấp mãn tính, tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật nặng hoặc các rối loạn đông máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

• **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

• **Cỡ mẫu:** Lấy mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ sản phụ đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.2.1. Quy trình can thiệp

Sử dụng hệ thống bóng đôi cải tiến được chế tạo từ sonde Foley 3 nhánh số 24. Quy trình đặt bóng được thực hiện bởi bác sĩ sản khoa theo các bước chuẩn hóa:

- Sản phụ nằm tư thế phụ khoa, sát khuẩn đường sinh dục và bộc lộ CTC bằng mỏ vịt.
- Đưa đầu sonde Foley vào ống CTC cho đến khi cả hai bóng vượt qua lỗ trong CTC.
- Bơm 80 ml nước muối sinh lý vào quả bóng thứ nhất (nằm trong buồng tử cung), sau đó kéo nhẹ dây dẫn để bóng tỳ sát vào lỗ trong CTC.
- Xác định vị trí quả bóng thứ hai nằm ngoài lỗ ngoài CTC (trong âm đạo) và bơm 80 ml nước muối sinh lý.
- Kiểm tra sự ổn định của hệ thống bóng đôi và cố định dây dẫn vào mặt trong đùi sản phụ. Theo dõi sát tình trạng lâm sàng, cơn co tử cung và tim thai qua Monitoring.

- Sau 12 giờ lưu bóng (hoặc khi bóng tự thoát), tiến hành rút bóng và đánh giá lại chỉ số Bishop. Nếu chưa vào giai đoạn chuyển dạ thực sự, tiếp tục hỗ trợ bằng truyền Oxytocin tĩnh mạch theo phác đồ bệnh viện.

2.2.2. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả

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

2.3. Biến số nghiên cứu

- *Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:* tuổi sản phụ, số lần sinh, Bishop ban đầu, chiều dài CTC

- *Kết quả gây chuyển dạ của bóng Cook cải tiến:* thay đổi chỉ số Bishop, độ mở CTC

2.4. Thu thập và xử lý số liệu

• Thông tin được thu thập theo bộ câu hỏi và biểu mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

• Dữ liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

• Sản phụ, người nhà sản phụ tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu

• Mọi thông tin về bệnh và thai phụ được hoàn toàn giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/01/2026 đến 31/03/2023, có 42 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Kết quả nghiên cứu thể hiện trong các bảng và biểu đồ như sau:

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

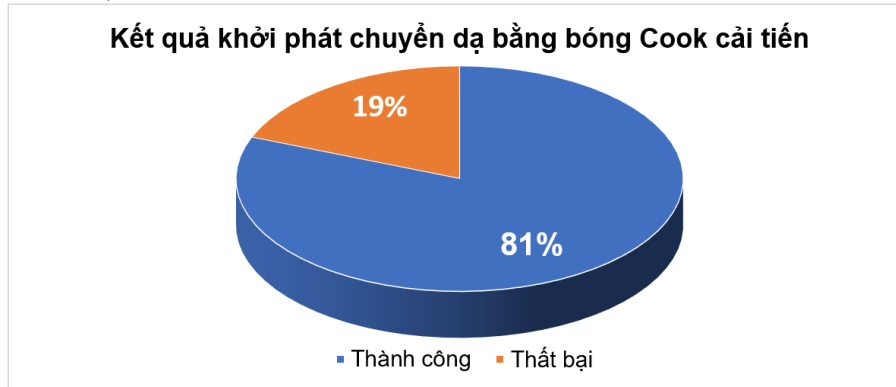
Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu		Số lượng (n=42)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	Nhỏ hơn 20 tuổi	4	9,5
	Từ 20 đến 34 tuổi	34	81,0
	≥35 tuổi	4	9,5
Tuổi trung bình Min-Max		26,81±5,43 18 tuổi-42 tuổi	
Con lần thứ mấy	Con so	26	61,9
	Con rạ	16	38,1
Tuổi thai	Từ 37 đến 39 tuần	6	14,3
	≥40 tuần	36	85,7
Tuổi thai trung bình Min-Max		40,17±0,76 38 tuần-41 tuần	

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 26,81±5,43 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi, lớn nhất là 42 tuổi; trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ chủ yếu là từ 20 đến 34 tuổi, chiếm 81%. Trong 42 trường hợp nghiên cứu, con so chiếm 61,9%; con từ lần 2 trở lên chiếm 38,1%. Tuổi thai của đối tượng nghiên cứu từ 40 tuần đến 41 tuần chiếm 85,7% tổng số trường hợp.

Bảng 3.2. Kết quả thay đổi độ mở CTC, chỉ số Bishop sau khi khởi phát chuyển dạ của bóng Cook cải tiến

Sự thay đổi		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ mở cổ tử cung	Không thay đổi	4	9,5
	1 cm	3	7,1
	2 cm	8	19,1
	3 cm	7	16,7
	4 cm	14	33,3
	5 cm	6	14,3
Chỉ số Bishop	Không thay đổi	0	0
	1 điểm	5	11,9
	2 điểm	9	21,5
	3 điểm	8	19,0
	4 điểm	12	28,6
	5 điểm	8	19,0
Tổng		42	100

Nhận xét: Sự thay đổi độ mở cổ tử cung trước-sau khi gây chuyển dạ thay đổi từ 0 đến 5 cm; trong đó, tỷ lệ thay đổi 4 cm chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3%, không thay đổi chiếm 9,1% tổng số trường hợp. Tất cả các trường hợp đều tăng chỉ số Bishop sau khi gây chuyển dạ, thay đổi 4 điểm có tỷ lệ nhiều nhất, chiếm 28,6%.



Hình 1. Kết quả khởi phát chuyển dạ của bóng Cook cải tiến

Nhận xét: Có 34 trường hợp khởi phát chuyển dạ thành công, chiếm 81%; có 8 trường hợp thất bại chiếm tỷ lệ 19%.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa độ mở CTC trước đặt bóng đến hiệu quả khởi phát chuyển dạ của bóng Cook cải tiến

		Kết quả khởi phát chuyển dạ		Tổng	p
		Thất bại	Thành công		
Độ mở CTC trước đặt	CTC đóng	6 (75%)	24 (70,6%)	30 (71,4%)	0,804 >0,05
	CTC mở ≥ 1 cm	2 (25%)	10 (29,4%)	12 (28,6%)	
Tổng		8 (100%)	34 (100%)	42 (100%)	

Nhận xét: Trong số những trường hợp khởi phát chuyển dạ thất bại, có 75% số trường hợp CTC đóng. Những trường hợp thành công, tỷ lệ số trường hợp CTC đóng kín là 70,6%; mở ≥ 1 cm là 29,4%. Có mối liên quan giữa kết quả khởi phát chuyển dạ với độ mở CTC trước đặt bóng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (do $p=0,804 > 0,05$).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa chỉ số Bishop trước đặt bóng đến hiệu quả khởi phát chuyển dạ của bóng Cook cải tiến

		Kết quả khởi phát chuyển dạ		Tổng	p
		Thất bại	Thành công		
Chỉ số Bishop trước đặt	≤ 3 điểm	4 (50%)	15 (44,1%)	19 (45,2%)	0,771 >0,05
	Từ 4 đến 5 điểm	4 (50%)	17 (50%)	21 (50%)	
	>5 điểm	0 (0%)	2 (5,9%)	2 (4,8%)	
Tổng		8 (100%)	34 (100%)	42 (100%)	

Nhận xét: Trong số những trường hợp khởi phát chuyển dạ thất bại, không có trường hợp nào chỉ số Bishop trước đặt >5 điểm. Những trường hợp thành công, tỷ lệ số trường hợp chỉ số Bishop trước đặt ≤ 3 điểm là 44,1%; từ 4 đến 5 điểm là 50%. Có mối liên quan giữa kết quả khởi phát chuyển dạ với chỉ số Bishop trước đặt bóng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (do $p=0,771 > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $26,81 \pm 5,43$ tuổi; trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ chủ yếu là từ 20 đến 34 tuổi, chiếm 81% (bảng 3.1). Như vậy, hầu hết sản phụ đang độ tuổi sinh đẻ. Giá trị tuổi trung bình này thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Mei - Dan (2012) thì tuổi trung bình của sản phụ là $29,27 \pm 5,2$ tuổi [5], trong nghiên cứu của Cromi (2012) về sử dụng bóng Foley làm chín muồi CTC cho thấy tuổi trung bình của sản phụ là $31,8 \pm 4,6$ tuổi [6]. Sự khác biệt về tuổi sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác có thể do tuổi kết hôn, sinh đẻ của phụ nữ là khác nhau giữa các khu vực trên thế giới.

Về số lần đẻ trước đó của sản phụ, kết quả ở bảng 3.1 cho thấy, con so chiếm 61,9%; con từ lần 2 trở lên chiếm 38,1%. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu của Sven Kehl và cộng sự (2016) tỷ lệ sản phụ sinh con so là 65,8% [7]. Số lần đẻ trước đó của sản phụ có ảnh hưởng rất lớn đến khả năng đẻ đường âm đạo thành công trong GCD. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy những sản phụ sinh con đẻ khi GCD có khả năng đạt tỷ lệ đẻ đường âm đạo thành công cao hơn, thời gian cuộc chuyển dạ ngắn hơn những người sinh con so. Có sự khác biệt này theo nhiều nghiên cứu là do những người sinh con đẻ CTC đã trải qua một lần biến đổi cấu trúc nên dễ dàng thích nghi với những tác nhân sử dụng làm chín muồi CTC khi GCD hơn so với những sản phụ sinh con so CTC chưa biến đổi cấu trúc lần nào.[7]

Gây chuyển dạ được tiến hành khi lợi ích của việc ngừng thai nghén lớn hơn những rủi ro có thể gặp ở thai nhi và người mẹ nếu tiếp tục thai kỳ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thai của đối tượng nghiên cứu từ 40 tuần đến 41 tuần chiếm 85,7% tổng số trường hợp. Tuổi thai trung bình là $40,17 \pm 0,76$ (bảng 3.1). So sánh tuổi thai được lựa chọn vào nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác chúng tôi nhận thấy kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác giả nước ngoài khi sử dụng bóng Cook: Atad và cộng sự (1996) sử dụng bóng Cook cho tuổi thai là $40,0 \pm 1,6$ tuần [4], Antonella Cromi và cộng sự (2012) chọn tuổi thai là 40,4 tuần (34 tuần - 42 tuần). [6]

Kết quả khởi phát chuyển dạ của bóng Cook cải tiến

Yếu tố quan trọng nhất trong gây chuyển dạ là sự giãn nở cổ tử cung. CTC trước khi gây chuyển dạ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi hầu hết là CTC đóng, chiếm tỷ lệ cao nhất (30/42 tổng số trường hợp) (bảng 3.4). Sau 12 giờ gây chuyển dạ bằng đặt bóng Cook, đồ giãn nở CTC trong nghiên cứu của chúng tôi có sự thay đổi rõ rệt từ 0 đến 5 cm; trong đó, tỷ lệ thay đổi 4 cm chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3% (bảng 3.2). Cơ chế là cơ học, nhưng quá trình chín muồi CTC cũng đạt được về mặt dược 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), 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 [4]. Điểm Bishop CTC trước khi tiến hành nghiên cứu theo đúng tiêu chuẩn lựa chọn là ≤ 5 điểm - đây cũng là mốc điểm thể hiện CTC không thuận lợi theo định nghĩa của tác giả Bishop [8]. Theo nhiều nghiên cứu thì với những trường hợp có điểm Bishop CTC < 6 điểm thì phải làm chín muồi CTC trước sau đó GCD tiếp thì mới thu được kết quả đẻ đường âm đạo cao, còn với những trường hợp Bishop CTC ≥ 6 điểm thì không cần làm chín muồi CTC mà sử dụng các phương pháp GCD ngay [5]. Tất cả các trường hợp đều tăng chỉ số Bishop sau khi gây chuyển dạ, thay đổi 4 điểm có tỷ lệ nhiều nhất, chiếm 28,6%. (bảng 3.2) Tác dụng làm tăng điểm số Bishop CTC của bóng Cook sau tháo bóng đã được nhiều nghiên cứu ghi nhận. Trong nghiên cứu của Mei - Dan và cộng sự so sánh hiệu quả của bóng Foley với bóng Cook cũng cho thấy bóng Cook tăng điểm Bishop cao hơn bóng Foley ở cả con đẻ cũng như con so[5]

Kết quả chín muồi CTC thành công là 81%. (biểu đồ 3.1) So sánh với các nghiên cứu về bóng chèn khởi phát chuyển dạ khác, tỷ lệ thành công của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Thái (2021) là 81,2% [9]; nhưng hiệu quả bóng Cook cải tiến gây chuyển dạ hiệu quả cao, tỷ lệ trên 90% [10]. Có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế, đánh giá kết quả trong giai đoạn đầu (chín muồi cổ tử cung); nên chưa đem lại kết quả chính xác về hiệu quả của phương pháp này.

Một số yếu tố liên quan đến hiệu quả khởi phát chuyển dạ của bóng Cook cải tiến

Phân tích một số yếu tố liên quan đến hiệu quả chín muồi CTC bằng bóng Cook cải tiến chúng tôi ghi nhận nhóm chỉ số Bishop trước khi đặt bóng càng cao thì khả năng thành công càng cao. Những trường hợp thành công, tỷ lệ số trường hợp chỉ số Bishop trước đặt ≤ 3 điểm là 44,1%; từ 4 đến 5 điểm là 50%. (bảng 3.4) Tác giả Nguyễn Văn Thái (2021) nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng sonde Foley 2 bóng, ghi nhận nhóm Bishop từ 3-5 điểm có thành công cao hơn 15,7 lần so với nhóm Bishop từ 0-2 điểm ($p < 0,005$) [9]. Còn về yếu tố độ mở CTC trước đặt bóng, bảng 3.3 chỉ ra những trường hợp khởi phát chuyển dạ thành công, tỷ lệ số trường hợp CTC đóng kín là 70,6%; mở ≥ 1 cm là 29,4% nên dường như độ mở CTC trước đặt không ảnh hưởng tới hiệu quả khởi phát chuyển dạ của bóng Cook cải tiến. Tuy nhiên, số liệu còn hạn chế nên cần những nghiên cứu trong quần thể lớn hơn để giả thiết trên được chứng minh.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng phương pháp đặt bóng Cook cải tiến làm chín muồi cổ tử cung chúng tôi thu được kết quả tỷ lệ thành công cao (81%) và không có trường hợp biến chứng nào được ghi nhận. Tuy nhiên để khẳng định vai trò của đặt bóng Cook cải tiến vào ống CTC cho những trường hợp cần gây chuyển dạ mà cổ tử cung không thuận lợi thì cần nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và nên thực hiện nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tolcher MC, Holbert MR, Weaver AL, et al (2015). "Predicting cesarean delivery after induction of labor among nulliparous women at term." *Obstet Gynecol*, 126, 1059 - 68
2. Vrouwenraets Francis PJM, Frans JME Roumen, Cary JG Dehing, et al (2005). "Bishop score and risk of cesarean delivery after induction of labor in nulliparous women". *Obstetrics & Gynecology*, 105(4), 690- 697
3. Løkkegaard E, M Lundstrøm, MM Kjær, et al (2015). "Prospective multi-centre randomised trial comparing induction of labour with a double-balloon catheter versus dinoprostone". *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(8), 797-802.
4. Atad Jack, Jacob Bornstein, Ilan Calderon, et al (1991). "Nonpharmaceutical ripening of the unfavorable cervix and induction of labor by a novel double balloon device". *Obstetrics and gynecology*, 77(1), 146-152.
5. Mei-Dan Elad, Asnat Walfisch, Sivan Suarez-Easton, et al (2012). "Comparison of two mechanical devices for cervical ripening: a prospective quasi-randomized trial". *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(6), 723-727.
6. Cromi Antonella, Fabio Ghezzi, Stefano Uccella, et al (2012). "A randomized trial of preinduction cervical ripening: dinoprostone vaginal insert versus double-balloon catheter". *American journal of obstetrics and gynecology*, 207(2), 125. e1-125. e7.
7. Kehl Sven, Christel Weiss, Ulf Dammer, et al (2016). "Double-balloon catheter and sequential oral misoprostol versus oral misoprostol alone for induction of labour at term: a retrospective cohort study". *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 204, 78-82.
8. Bishop Edward H (1964). "Pelvic scoring for elective induction". *Obstetrics & Gynecology*, 24(2), 266-268.
9. Thái N. V., Dũng T. H., Hà N. T., & Hương T. T. (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*, 16(7). <https://doi.org/10.52389/ydls.v16i7.906>
10. Lam, Đ. T. P. (2013). Nhận xét hiệu quả gây chuyển dạ bằng đặt bóng cook cải tiến vào ống cổ tử cung. *Tạp chí Phụ sản*, 11(3), 45-47.