

trống giữa hộp sọ và não bởi vậy có thể giải thích được tại sao có nhiều bệnh nhân vào viện vẫn tỉnh táo (Glasgow từ 13 - 15 điểm) nhưng khi kiểm tra trên phim cắt lớp vi tính ta thấy có máu tụ dưới màng cứng.

**4.3. Kết quả điều trị.** Chúng tôi điều trị nội khoa cho đa số bệnh nhân (86,3%), chỉ có (13,7%) có chỉ định phẫu thuật. Tình trạng ra viện ổn định 90,7%; di chứng nhẹ 4,3%, di chứng trung bình 2,5%, di chứng nặng 1,9%. Tử vong 0,6%. Đàm Quang Hưng báo cáo 97 bệnh nhân, có 77 trường hợp (79,3%) điều trị nội khoa, kết quả tốt 81,8%, trung bình 13%, xấu 5,2%. Nhóm phẫu thuật tốt 85%, trung bình 10%, xấu 5% [1].

## V. KẾT LUẬN

Chấn thương sọ não người cao tuổi, nam giới

chiếm tỉ lệ cao. Bệnh mạn tính đi kèm gặp nhiều nhất là tiểu đường; Loại máu tụ thường gặp là dưới màng cứng cấp tính (47,2%), phẫu thuật chiếm (13,7%). Kết quả ra viện ổn định chiếm (90,7%). Tử vong (0,6%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đàm Quang Thịnh (2014)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị chấn thương sọ não cấp tính ở người cao tuổi", luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa 2, trường Đại học Y Hà Nội, năm 2014.
2. **Phạm Tỵ (2010)**, "Chấn thương sọ não không có chỉ định phẫu thuật ở người cao tuổi", tạp chí Y học Việt Nam, tháng 5, số 1/2010.
3. **Lara A Harvey, Jacqueline C.T. Close (2013)**. Traumatic brain injury in older adults: Characteristics, causes and consequences. Injury, Volume 44, Issue 2, 277.

## HIỆU QUẢ CỦA KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG ỐNG THÔNG FOLEY ĐẶT Ở KÊNH CỔ TỬ CUNG Ở THAI TRÊN 40 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Nguyễn Phương Trân<sup>1</sup>, Võ Minh Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Trang<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Trong các phương pháp khởi phát chuyển dạ, đặt ống thông Foley ở kênh cổ tử cung là một phương pháp đơn giản, chi phí thấp, được áp dụng phổ biến tại các bệnh viện lớn ở Việt Nam. Việc lựa chọn thời điểm chấm dứt thai kỳ phù hợp vừa cho hiệu quả thành công cao, vừa hạn chế được tử suất và bệnh suất cho mẹ và thai nhi ngày càng được quan tâm [7]. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ khởi phát chuyển dạ thành công của ống thông Foley đặt kênh cổ tử cung ở thai phụ trên 40 tuần chưa vào chuyển dạ tại Bệnh viện Từ Dũ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca tiến cứu trên 385 sản phụ tuổi thai trên 40 tuần chưa vào chuyển dạ tại Bệnh viện Từ Dũ từ tháng 11/2020 đến tháng 4/2021. **Kết quả:** Tỉ lệ khởi phát chuyển dạ thành công bằng ống thông Foley đặt ở kênh cổ tử cung là 83,11% [95%CI: 79,35-86,87]. Yếu tố thông Foley tự rút/ rút liên quan đến sự thành công của khởi phát chuyển dạ PR=0,51 [95%CI: 0,29-0,91]. Tỉ lệ sinh ngã âm đạo sau khởi phát chuyển dạ là 44,94% với các yếu tố liên quan là yếu tố tiền thai, yếu tố tiền căn mổ lấy thai và yếu tố kết quả khởi phát chuyển dạ. **Kết luận:** Tỉ lệ khởi phát chuyển thành công bằng ống thông Foley đặt ở kênh cổ tử cung là 83,11%. Đây là phương pháp khởi phát chuyển dạ cho hiệu

quả thành công cao, giúp tăng khả năng sinh ngã âm đạo và tỉ lệ biến chứng thấp, không nguy hiểm, có thể theo dõi và can thiệp kịp thời.

**Từ khóa:** Khởi phát chuyển dạ, Ống thông Foley, Thai trên 40 tuần.

### SUMMARY

#### EFFICIENCY OF TRANSCERVICAL FOLEY CATHETER WITHIN CERVICAL CANAL FOR INDUCTION OF LABOR ON WOMEN BEYOND 40 WEEKS GESTATION AT TU DU HOSPITAL

**Background:** Foley catheter as an induction agent has already been shown as a clinically effective, simple, and low-cost method, and widely used in Vietnam. The decision about the right time to indicate labor induction, which not only is effective but also reduces maternal and fetal mortality and morbidity rate, is increasingly concerned. **Objective:** To identify the labor induction success rate on women beyond 40 weeks gestation indicated transcervical Foley catheter at Tu Du Hospital. **Methods:** The study reported on series of 385 pregnant women beyond 40 gestational weeks before the spontaneous onset of labor, conducted between November 2020 and April 2021 at Tu Du Hospital. **Results:** The rate of labor induction success accounts for 83.11% [95%CI: 79.35-86.87]. The balloon self-fall/ deflated factor is associated with successful rate PR = 0.51 [95%CI: 0.29-0.91]. The vaginal delivery rate is 44.94% with 3 relative factors: nulliparous or multiparous factor, history of Cesarean delivery factor and efficiency of Foley labor induction factor. **Conclusions:** The rate of labor induction success accounts for 83.11%. This is a highly successful labor induction method, helping to increase

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Từ Dũ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhantuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2021

Ngày duyệt bài: 2.6.2021

the likelihood of vaginal delivery with insignificant rate of complications, which can be monitored and provided early interventions.

**Key words:** Labor induction, Transcervical Foley catheter, 40 weeks gestation.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, KPCD là một can thiệp lâm sàng rất thông dụng trong sản khoa. Bên cạnh những thai kỳ bình thường tự vào chuyển dạ tự nhiên còn có những trường hợp cần phải được can thiệp. Thai kỳ nguy cơ cao càng kéo dài thì sẽ càng tiềm ẩn nhiều nguy cơ hơn cho cả mẹ và con, do đó cần phải khởi phát chuyển dạ chấm dứt thai kỳ [8]. Trong các phương pháp KPCD, đặt ống thông Foley ở kênh cổ tử cung là một phương pháp đơn giản, chi phí thấp, được áp dụng phổ biến tại các bệnh viện lớn ở Việt Nam. Theo một nghiên cứu khác tiến hành trên hơn 6000 sản phụ khỏe mạnh mang thai lần đầu của Williams Grobman được công bố trên "The New English Journal of Medicin" vào năm 2018 đánh giá về hiệu quả của việc KPCD ở thai 39 đến 40 tuần, tuy tử suất và bệnh suất của thai nhi không có sự khác biệt với nhóm theo dõi chuyển dạ tự nhiên nhưng tỉ lệ MLT lại thấp hơn đáng kể [8]. Nghiên cứu của chúng tôi sẽ giúp trả lời cho câu hỏi nghiên cứu: "Tỉ lệ KPCD thành công đối với thai trên 40 tuần có chỉ định chấm dứt thai kỳ bằng ống thông Foley đặt ở kênh CTC là bao nhiêu?". Mục tiêu nghiên cứu

*Xác định tỉ lệ khởi phát chuyển dạ thành công của ống thông Foley đặt kênh cổ tử cung ở thai phụ trên 40 tuần.*

*Xác định yếu tố liên quan đến khởi phát chuyển dạ thành công của ống thông Foley.*

*Mô tả kết cục thai kỳ những trường hợp thai phụ trên 40 tuần đặt ống thông Foley.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu.** Mô tả loạt ca tiến cứu

**Dân số nghiên cứu.** Sản phụ thai trên 40 tuần, có chỉ định KPCD bằng ống thông Foley đặt ở kênh CTC.

**Tiêu chuẩn nhận vào:** Tất cả sản phụ  $\geq 18$  tuổi, thai trên 40 tuần được KPCD bằng ống Foley, tại Bệnh viện Từ Dũ, đủ điều kiện các tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Tuổi thai không đủ tin cậy, sản phụ không thể cung cấp thông tin đủ xác thực và không hợp tác, đã sử dụng một biện pháp KPCD khác trước đó và không thể đánh giá hiệu quả của phương pháp do không thể hoàn thành theo đúng qui trình của thủ thuật.

**Cỡ mẫu** Cỡ mẫu: 385. Chọn mẫu thuận tiện

**Biến số nghiên cứu.** Biến số chính trong nghiên cứu là kết quả khởi phát chuyển dạ, định nghĩa "Thành công" khi sản phụ đặt Foley 1 lần với điểm Bishop tăng  $\geq 3$  điểm trong 24 giờ [2,3].

**Phương pháp nhận bệnh và thu thập số liệu.** Từ tháng 11/2020 đến tháng 4/2021, chúng tôi tiến hành mời các sản phụ tuổi thai trên 40 tuần, KPCD bằng ống thông Foley tại Bệnh viện Từ Dũ tham gia nghiên cứu:

Bước 1: Sàng lọc đối tượng và mời đối tượng tham gia nghiên cứu: Các thai phụ trên 40 tuần có chỉ định KPCD bằng Foley đặt ở kênh CTC, sau khi đã trừ ra các trường hợp không phù hợp tiêu chuẩn chọn mẫu, chỉ những sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu mới bắt đầu tiến hành phỏng vấn.

Bước 2: Nghiên cứu dẫn đường: Theo dõi và ghi nhận kết quả 20 mẫu đầu tiên theo bộ câu hỏi nghiên cứu. 20 sản phụ thuộc nghiên cứu dẫn đường được đưa vào mẫu nghiên cứu.

Bước 3: Quan sát thăm khám và đặt ống thông Foley: Sản phụ làm thủ thuật tại phòng có trang bị máy siêu âm kiểm tra tại chỗ khi cần thiết. Kết quả KPCD sẽ được đánh giá vào thời điểm thông Foley tự rút/ rút. Theo dõi trong quá trình đặt nếu xuất hiện biến chứng có thể can thiệp kịp thời.

Bước 4: Ghi nhận kết quả: Sản phụ được theo dõi trong suốt quá trình đặt Foley và chuyển dạ theo qui trình.

Bước 5: Xử lý số liệu: Người nghiên cứu chỉ đóng vai trò quan sát và ghi nhận kết quả, sau đó thu thập số liệu, tiến hành nhập liệu bằng Excel, phân tích số liệu bằng STATA 14.0. Phân tích gồm 2 bước: bước 1 mô tả và phân tích đơn biến, bước 2 dùng mô hình hồi quy đa biến nhằm kiểm soát yếu tố gây nhiễu. Các phép kiểm được thực hiện với độ tin cậy 95%.

**Giấy phép Y đức.** Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP.HCM, số 776/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 27/10/2020 và chấp thuận của Bệnh viện Từ Dũ số 2661/QĐ-BVTD, ngày 17/11/2020.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu lấy dữ liệu từ 385 sản phụ tuổi thai trên 40 tuần, KPCD bằng Foley tại Bệnh viện Từ Dũ từ tháng 11/2020 đến tháng 4/2021.

**Bảng 1. Đặc điểm của sản phụ và thai kỳ**

Đặc điểm	Tần số (N= 385)	Tỉ lệ (%)
<b>Nhóm tuổi mẹ</b>		
< 35	314	81,6
$\geq 35$	71	18,4

<b>Tiền sử sinh non</b>		
Không	376	97,7
Có	9	2,3
<b>Tiền thai</b>		
Con so	238	61,8
Con rạ	147	38,2
<b>Tiền căn mổ lấy thai</b>		
Không	347	90,1
Có	38	9,9
<b>Tuổi thai</b>		
40 <sup>1/7</sup> tuần-40 <sup>6/7</sup> tuần	349	90,65
≥ 41 tuần	36	9,35
<b>Điểm Bishop trước KPCD</b>		
0 điểm	76	19,74
1 điểm	112	29,09
2 điểm	88	22,86
3 điểm	61	15,84
4 điểm	48	12,47
<b>Bề cao tử cung</b>		
< 30 cm	30	7,8
≥ 30 cm	355	92,2

Tuổi trung bình của nghiên cứu là 30,01 ± 4,69 tuổi, lớn nhất là 45 và thấp nhất là 19. Đa số sản phụ nằm trong nhóm tuổi < 35 (81,6%). Tỷ lệ sản phụ có tiền căn sinh non là 2,3%. Tỷ lệ sản phụ con so là 61,8%, cao hơn ở nhóm con rạ (38,2%). Tỷ lệ sản phụ không có tiền căn MLT là 90,1%, tỷ lệ thai phụ từng MLT là 9,9%. Tuổi thai trung bình là 40,4 ± 0,31 tuần, nhỏ nhất là 40<sup>1/7</sup> tuần và lớn nhất là 41<sup>6/7</sup> tuần. Trước KPCD, điểm số Bishop ghi nhận được đa số từ 0 – 3 điểm, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là Bishop 2

điểm (29,09%). Bề cao tử cung ghi nhận 355 trường hợp ≥ 30cm (92,2%). Ước lượng cân nặng thai nhi phần lớn < 3500gram, chiếm 63,4%.

**Bảng 2. Hiệu quả của phương pháp KPCD bằng Foley**

Đặc điểm	Tần số (N= 385)	Tỉ lệ (%)
<b>Kết quả KPCD</b>		
Thành công	320	83,11[95%CI: 79,35-86,87]
Thất bại	65	16,89[95%CI: 13,12-20,64]
<b>Điểm Bishop sau KPCD</b>		
< 6 điểm	174	45,19
≥ 6 điểm	211	54,81
Đặc điểm	Trung bình ± ĐLC	p*
Bishop trước KPCD	1,7 ± 1,3	
Bishop sau KPCD	5,3 ± 1,3	
Thay đổi Bishop trước và sau KPCD	3,5 ± 1,5 [95%CI: 3,3 – 3,6]	<b>0,000</b>

(\*) Kiểm định T-test bắt cặp

Sử dụng Bishop tăng 3 điểm là tiêu chuẩn thành công thì tỉ lệ KPCD thành công là 83,11% [95%CI: 79,35–86,87]. Đa số thai phụ có điểm số Bishop trước đặt là từ 0-1 điểm, tương đương 48,8%. Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận 12,5% trường hợp có điểm Bishop trước đặt > 3 điểm. Sau khi thực hiện KPCD, phần lớn thai phụ có điểm Bishop đạt từ 6 điểm trở lên (54,81%). Điểm Bishop sau KPCD tăng 3,5 ± 1,5 điểm [95%CI: 3,3–3,6], sự thay đổi có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3. So sánh đặc điểm giữa KPCD thành công và thất bại**

Đặc điểm	Thành công (N = 320)	Thất bại (N = 65)	PR*	95% CI	p*
<b>Tuổi mẹ:</b> < 35	266 (84,71%)	48 (15,29%)	1		
≥ 35	54 (76,06%)	17 (23,94%)	0,89	0,67 – 1,20	0,46
<b>Tiền thai:</b> Con so	189 (81,82%)	42 (18,18%)	1		
Con rạ	131 (85,06)	23 (14,94%)	1,03	0,83 – 1,29	0,73
<b>Tiền căn mổ lấy thai:</b> Không	293 (84,44%)	54 (15,56%)	1		
Có	27 (71,05%)	11 (28,95%)	0,84	0,56 – 1,24	0,37
<b>Thông Foley:</b> Tự rút	50 (13,97%)	308 (86,03%)	<b>1</b>		
Rút ống	15 (55,56%)	12 (44,44%)	<b>0,51</b>	<b>0,29 – 0,91</b>	<b>0,012</b>
<b>Điểm Bishop trước KPCD</b>					
0 – 1 điểm	151 (80,32%)	37 (19,68%)	1		
2 – 3 điểm	128 (85,91%)	21 (14,09%)	1,06	0,84 – 1,35	0,57
> 3 điểm	41 (85,42%)	7(14,58%)	1,06	0,75 – 1,5	0,72

(\*) Hồi quy poisson đơn biến

Trong các yếu tố trên, yếu tố ống thông Foley tự rút/ rút ống có liên quan đến hiệu quả KPCD thành công và mang ý nghĩa thống kê, thai phụ ở nhóm rút ống có khả năng KPCD thành công thấp hơn 49% so với nhóm thai phụ tự rút ống. Các yếu tố còn lại cũng cho thấy sự có sự khác biệt giữa các nhóm nhưng không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 4. Kết cục thai kỳ**

	Tần số	Tỉ lệ (%)	95% CI
<b>Kết cục thai kỳ</b>	<b>N = 385</b>		
Sinh ngã âm đạo	173	44,94	39,94 – 49,92
Mổ lấy thai	212	55,06	50,07 – 60,05
<b>KPCD thành công</b>	<b>N = 320</b>		
Sinh ngã âm đạo	165	51,56	42,93 – 53,94
Mổ lấy thai	155	48,44	46,05 – 57,06
<b>KPCD thất bại</b>	<b>N = 65</b>		
Sinh ngã âm đạo	8	12,31	4,1 – 20,51
Mổ lấy thai	57	87,69	79,48 – 95,89

Sau khi tiến hành đặt Foley KPCD, tỉ MLT là 212 trường hợp, chiếm tỉ lệ 55,06% [95%CI: 50,07 – 60,05] cao hơn so với nhóm SNAĐ (44,94%, 95%CI: 39,94 – 49,92). So sánh kết cục thai kỳ SNAĐ theo kết quả KPCD Foley thành công: số trường hợp SNAĐ trong nhóm KPCD thành công là 165 thai phụ, đạt 51,56% [95%CI: 42,93 – 53,94]. Trong nhóm KPCD thất bại, tỉ lệ SNAĐ thấp hơn rõ rệt, số ca SNAĐ ghi nhận là 8, tương đương với 12,31% [95%CI: 4,1 – 20,51].

**Bảng 5. So sánh đặc điểm giữa sinh ngã âm đạo thành công và thất bại**

Đặc điểm	Thành công (N = 173)	Thất bại (N = 212)	PR* [95%CI]	p*
<b>Tiền thai:</b> Con so	77 (33,33%)	154 (66,67%)	1	
Con rạ	96 (62,34%)	58 (37,66%)	1,94 [1,41-2,67]	0,000
<b>Tiền căn mổ lấy thai:</b> Không	166 (47,84%)	181 (52,16%)	1	
Có	7 (18,42%)	31 (81,58%)	0,36 [0,16-0,81]	0,013
<b>Bề cao tử cung:</b> < 30 cm	19 (63,33%)	11 (36,67%)	1	
≥ 30 cm	154 (43,38%)	201 (56,62%)	0,71 [0,44-1,16]	0,178
<b>Độ mở CTC trước KPCD:</b> < 1cm	55 (29,26%)	133 (70,74%)	1	
1 – 2 cm	118 (59,9%)	79 (40,1%)	1,36 [0,79-2,32]	0,256
<b>Độ xóa CTC trước KPCD:</b> 0 -30%	96 (36,5%)	167 (63,5%)	1	
40% - 50%	46 (62,16%)	28 (37,84%)	1,14 [0,72-1,80]	0,569
60% - 70%	31 (64,58%)	17 (35,42%)	1,22 [1,13-2,70]	0,545
<b>Điểm Bishop trước KPCD:</b> 0-1 điểm	61 (32,45%)	127 (67,55%)	1	
2 – 3 điểm	80 (53,59%)	69 (46,31%)	0,96 [0,56-1,67]	0,909
> 3 điểm	32 (66,67%)	16 (33,33%)	1,13 [0,51-2,50]	0,759
<b>Thông Foley:</b> Tự rút	170 (47,49%)	188 (52,51%)	1	
Rút ống	3 (11,11%)	24 (88,89%)	0,48 [0,14-1,57]	0,227
<b>Sử dụng Oxytocin:</b> Không	63 (38,41%)	101 (61,59%)	1	
Có	110 (50%)	110 (50%)	1,18 [0,86-1,61]	0,297
<b>Foley 2:</b> Không	168 (46,80%)	191 (53,20%)	1	
Có	5 (19,23%)	21 (80,77%)	2,42[0,56-10,44]	0,233
<b>Kết quả KPCD:</b> Không	168 (46,80%)	191 (53,20%)	<b>1</b>	
Có	5 (19,23%)	21 (80,77%)	4,79[1,51-15,16]	0,008

(\*) Hồi quy poisson đa biến

Có 4 yếu tố cho thấy có sự liên quan với khả năng SNAĐ trong hồi quy đơn biến nhưng không có ý nghĩa trong mô hình đa biến (yếu tố độ xóa-mở CTC và điểm Bishop trước KPCD, ống thông Foley tự rút/ rút). Ngoài ra, chúng tôi cũng đưa vào mô hình hồi quy đa biến 3 yếu tố có giá trị p < 0,2 là bề cao tử cung, sử dụng oxytocin và có chỉ định đặt Foley lần 2 để phân tích. Bên cạnh đó, chúng tôi thấy 3 biến yếu tố tiền thai, yếu tố tiền căn MLT và yếu tố kết quả KPCD là có liên quan đến khả năng SNAĐ.

Yếu tố tiền thai trong phân tích đa biến liên quan có ý nghĩa về mặt thống kê với khả năng SNAĐ (PR\*=1,94). Vậy khả năng SNAĐ ở những sản phụ con rạ cao hơn so với con so là 94%. Yếu tố có tiền căn MLT là một trong những yếu tố tiên lượng khả năng SNAĐ thất bại. Qua phân tích hồi quy đa biến, sự liên quan này có ý nghĩa về mặt thống kê (PR\*=0,36). Vậy khả năng SNAĐ ở những sản phụ có tiền căn MLT thấp hơn 64% so với nhóm không có tiền căn MLT. Yếu tố kết quả KPCD vẫn là yếu tố liên quan

ạnh với khả năng SNAĐ với  $p = 0,008$ ,  $PR^* = 4,79$ . Vậy thai phụ có kết quả KPCD thành công có khả năng SNAĐ cao gấp 4,79 lần thai phụ KPCD thất bại.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 385 sản phụ tuổi thai trên 40 tuần KPCD bằng Foley tại Bệnh viện Từ Dũ qua đó ghi nhận trong 385 sản phụ tham gia, có 36 thai phụ tuổi thai > 40 tuần (9,35%) và 349 thai phụ  $\geq 41$  tuần (90,65%). Tuổi trung bình của 385 thai phụ là  $30,01 \pm 4,69$  tuổi, trong đó chủ yếu là thai phụ dưới 35 tuổi (81,6%), nhỏ nhất là 19 và lớn nhất là 45. Kết quả quan sát này phù hợp với tuổi trung bình của thai phụ trong nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [2,4]. Tỷ lệ thai phụ sinh con so cao hơn tỷ lệ thai phụ sinh con ọ (lần lượt là 61,8% và 38,2%). Tỷ lệ con so, con ọ trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với tỷ lệ đưa ra trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh Phương [8]. Tại thời điểm đặt Foley, tuổi thai trung bình của thai phụ đạt  $40,4 \pm 0,31$  tuần, thấp nhất  $40^{1/7}$  tuần và lớn nhất  $41^{6/7}$  tuần, tương đồng với nghiên cứu của Ngô Minh Hưng [3] do cùng khảo sát trên sản phụ quá ngày dự sinh, nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc, Nguyễn Thị Anh Phương [4,5] với đối tượng là thai trên 37 tuần.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận điểm Bishop trước KPCD là  $1,7 \pm 1,3$  điểm. Sau rút/ rút ống thông Foley, điểm Bishop là  $5,3 \pm 1,3$  điểm, tăng thêm  $3,5 \pm 1,5$  điểm, mức tăng này có ý nghĩa thống kê. Áp dụng tiêu chuẩn xác KPCD thành công là Bishop tăng  $\geq 3$  điểm sau khi rút/ rút thông, số liệu cho phép suy diễn khả năng đáp ứng tốt của thai phụ Việt Nam đối với phương pháp. Cho tới hiện nay, tiêu chuẩn về thành công của KPCD vẫn chưa có được sự đồng thuận. Nghiên cứu của chúng tôi chọn tiêu chuẩn thành công là điểm Bishop tăng  $\geq 3$  điểm sau 24 giờ từ lúc đặt [2,3]. Tỷ lệ KPCD thành công của chúng tôi là 83,11%. Khi so sánh với các nghiên cứu áp dụng định nghĩa KPCD thành công tương tự, tỷ lệ của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của Nguyễn Thị Lâm Hà [2], nhưng cao hơn với kết quả được báo cáo bởi Nguyễn Bá Mỹ Ngọc, Lê Thị Hồng Vân [4,6]. Xét riêng tiền căn MLT, mặc dù tỷ lệ KPCD thành công là khá cao nhưng những sản phụ có tiền căn MLT có tỷ lệ thành công thấp hơn so với nhóm không có tiền căn (71,05%, 84,44%). Trong nhóm thai phụ thông Foley tự rút, có 308 trường hợp KPCD thành công (86,03%). Khả năng KPCD thành công ở nhóm thông Foley tự rút cao hơn 49% so

với nhóm có chỉ định rút ống, là cơ sở để đánh giá sự thành công của KPCD.

Trong tổng số 385 thai phụ tham gia nghiên cứu có tất cả 173 thai phụ SNAĐ (44,94%, 95%CI: 69–80,1). Tỷ lệ này thấp hơn so với hầu hết các nghiên cứu đi trước. Nghiên cứu của Lê Thị Hồng Vân [6] có tỷ lệ SNAĐ thấp (13,9%). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tiến hành tại cùng địa điểm với tác giả Lê Thị Hồng Vân, nhưng vào thời điểm tiến hành nghiên cứu, ở thai phụ có vết mổ cũ MLT có thể theo dõi chỉnh cơ gò bằng Oxytocin bơm tiêm điện. Tuy nhiên, nhóm thai phụ có tiền căn MLT không phải là đối tượng chính của nghiên cứu, chiếm tỷ lệ không cao, dẫn đến tỷ lệ SNAĐ của chúng tôi cao hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm thai phụ sinh con ọ có khả năng SNAĐ cao hơn nhóm thai phụ sinh con so. Có thể lý giải cho sự khác biệt này là do thai phụ sinh con ọ đã từng vượt qua yếu tố bất tương xứng khung chậu và thai. Trong nghiên cứu, sản phụ có vết mổ cũ MLT khả năng SNAĐ chỉ bằng 0,36 lần so với nhóm không MLT trước đó. KPCD thành công có ảnh hưởng rất lớn đến khả năng SNAĐ, cao hơn 4,79 lần so với thai phụ KPCD thất bại. Tuy việc KPCD thành công cũng góp phần nâng cao khả năng SNAĐ nhưng khi so sánh với các nghiên cứu khác, tỷ lệ SNAĐ mà chúng tôi đưa ra lại thấp hơn.

Hạn chế của đề tài: nghiên cứu mô tả loạt ca không phải là thiết kế mạnh để xác định yếu tố tiên lượng. Phương pháp lấy mẫu thuận tiện không thể loại bỏ hoàn toàn các nhược điểm của phương pháp chọn mẫu không xác suất. Hiện chưa có đồng thuận về tiêu chuẩn thành công của KPCD nên việc định nghĩa chỉ mang tính tương đối. Trong nghiên cứu có 26 trường hợp KPCD bằng Foley lần 2 nhưng chúng tôi chưa có đủ cơ sở và dữ liệu để phân tích những trường hợp trên. Ngoài ra, trên nhóm sản phụ có tiền căn MLT, tỷ lệ KPCD thành công thấp hơn so với nhóm không có yếu tố tiền căn nhưng cỡ mẫu trên nhóm đối tượng này chưa đủ lớn để có thể cho thấy yếu tố liên quan. Bên cạnh đó việc xác định vị trí bóng Foley sau đặt còn mang tính chủ quan, dựa vào kinh nghiệm. Rút Foley sớm là 1 trong những yếu tố thất bại, có thể do lỗi kỹ thuật.

#### V. KẾT LUẬN

Với nghiên cứu có cỡ mẫu 385 là tương đối lớn so với các nghiên cứu cùng đề tài được tiến hành gần đây, chúng tôi thấy rằng KPCD bằng Foley ở kênh CTC ở thai trên 40 tuần là một phương pháp KPCD có thể áp dụng rộng rãi, giúp gia tăng khả năng SNAĐ với tỷ lệ biến chứng

thấp. Tỷ lệ KPCD thành công ở nhóm có tiền căn MLT hoặc đặt Foley lần 2 có thể có sự khác biệt nhưng những nhóm đối tượng này không thuộc mục tiêu nghiên cứu đặt ra. Cần thêm những nghiên cứu khác với thiết kế, phương pháp lấy mẫu và cỡ mẫu phù hợp, bổ sung thêm các biến số như tiền căn MLT, KPCD bằng Foley lần 2; các yếu tố tương quan với KPCD thành công và khả năng SNAĐ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Lâm Hà (2015), "Hiệu quả của khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley đặt thông qua lỗ trong cổ tử cung ở thai đủ trưởng thành tại Bệnh viện Đa khoa Bà Rịa" Tạp chí Y học TPHCM, 20(1):322-327.
2. Ngô Minh Hưng (2019), "Hiệu quả khởi phát chuyển dạ với ống thông Foley đôi cải tiến trên thai kỳ quá ngày dự sinh có chỉ định chấm dứt thai kỳ tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định", Tạp chí Y học TPHCM, 23(2):121-126.
3. Nguyễn Bá Mỹ Ngọc (2013), "So sánh hiệu quả khởi phát chuyển dạ của Prostaglandin E2 và ống thông Foley ở thai 37 tuần thiếu ối", Tạp chí Y học TPHCM, 17(1):149-155.
4. Nguyễn Thị Anh Phương (2016), "So sánh hiệu quả khởi phát chuyển dạ của thông Foley bóng đôi cải tiến và bóng đơn đặt kênh cổ tử cung ở thai trưởng thành tại Bệnh viện Hùng Vương", Tạp chí Y học TPHCM, 20(1):316-321.
5. Lê Thị Hồng Vân (2014), "Hiệu quả ống thông Foley trong khởi phát chuyển dạ ở thai phụ có tiền căn mổ lấy thai", Luận văn Bác sĩ nội trú ĐHYD TPHCM
6. Gary Cunningham (2018), "Induction and Augmentation of Labor", Williams Obstetrics 25th, Chapter 26.
7. Gary Cunningham (2018), "Physiology of Labor", Williams Obstetrics 25th, Chapter 21
8. Grobman W. A (2018), "Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women", N Engl J Med, 379(6):513-523

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA VIÊN PHỐI HỢP LISINOPRIL VÀ AMLODIPIN TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP BẰNG MÁY ĐO VẬN TỐC SÓNG MẠCH VP PLUS 1000

Cao Trường Sinh\*, Hoàng Ngọc Linh\*

#### TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá hiệu quả điều trị tăng huyết áp của viên phối hợp lisinopril và amlodipin bằng máy đo vận tốc sóng mạch. **Đối tượng và phương pháp:** 40 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tuổi trung bình  $69,18 \pm 10,4$ . Tất cả bệnh nhân được đo huyết áp, vận tốc sóng mạch (baWPV), chỉ số ABI bằng máy đo vận tốc sóng mạch VP Plus 1000 trước khi vào điều trị. Sau đó tất cả bệnh nhân được dùng viên phối hợp Lisonorm (lisinopril 10 mg và amlodipin 5mg) trong 4 tuần. Sau 4 tuần bệnh nhân được đo lại lần 2 cũng bằng máy đo vận tốc sóng mạch VP Plus 1000. **Kết quả:** Sau 4 tuần huyết áp tay phải giảm:  $26,58 \pm 9,51\text{mmHg}$ ;  $8,6 \pm 4,47\text{mmHg}$ ; Huyết áp tay trái giảm:  $26,88 \pm 11,27/13,55 \pm 8,15\text{mmHg}$ ; Huyết áp chân phải giảm:  $23,75 \pm 11,78/10,75 \pm 6,64\text{mmHg}$ ; Huyết áp chân trái giảm:  $30,33 \pm 16,64/13,6 \pm 9,28\text{mmHg}$ ; Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu là 72,5% (29/40 bệnh nhân). Vận tốc sóng mạch (baPWV) bên phải giảm:  $593,65 \pm 416,59\text{ cm/s}$ ; baPWV bên trái giảm:  $585,4 \pm 447,19\text{ cm/s}$ . **Kết luận:** Viên phối hợp lisinopril 10mg và amlodipin 5 mg có hiệu quả hạ huyết áp cả tứ chi và vận tốc sóng mạch, giảm độ cứng thành mạch khi đo bằng máy đo vận tốc sóng mạch VP Plus.

#### SUMMARY

#### TO EVALUATE THE EFFECT OF LISINOPRIL AND AMLODIPIN COMBINATION PILL IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION BY METER THE PULSE WAVE VELOCITY VP PLUS 1000

**Aim:** To evaluate the antihypertensive effect of lisinopril and amlodipine combination pill by the meter of pulse wave velocity. **Objects and methods:** 40 patients with primary hypertension, mean age  $69.18 \pm 10.4$ . All patients were measured blood pressure, pulse wave velocity (baWPV), ankle brachial index by the meter of pulse wave velocity VP Plus 1000 before entering treatment. All patients were then given the Lisonorm combination pill (lisinopril 10 mg and amlodipine 5 mg) for 4 weeks. After 4 weeks, the patients was measured again with the same machine, the pulse wave velocity of VP Plus 1000. **Results:** After 4 weeks, right arm blood pressure decreased:  $26.58 \pm 9.51\text{ mmHg}$ ;  $8.6 \pm 4.47\text{ mmHg}$ ; Left arm blood pressure decreased:  $26.88 \pm 11.27/13.55 \pm 8.15\text{mmHg}$ ; Right ankle blood pressure decreased:  $23.75 \pm 11.78/10.75 \pm 6.64\text{mmHg}$ ; Left ankle blood pressure decreased:  $30.33 \pm 16.64/13.6 \pm 9.28\text{mmHg}$ ; The rate of patients with the target blood pressure was 72.5% (29/40 patients). Right baPWV decreased  $593,65 \pm 416,59\text{ cm/s}$ ; Left baPWV decreased  $585,4 \pm 447,19\text{ cm/s}$ . **Conclusion:** The combination tablet of lisinopril 10mg and amlodipine 5mg effectively lowers blood pressure in both extremities and pulse wave velocity, and reduces vessel wall stiffness when measured by meter the pulse wave velocity VP Plus 1000.

\*Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2021

Ngày duyệt bài: 3.6.2021