

HIỆU QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ CỦA THÔNG FOLEY ĐẶT LỖ TRONG CỔ TỬ CUNG Ở THAI QUÁ NGÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN GIANG

Hồ Thái Phong, Phạm Việt Thanh

Tóm tắt

Đặt vấn đề và mục tiêu: Thai quá ngày được định nghĩa khi tuổi thai trên 42 tuần, với tỷ lệ mới mắc là 10% (thai trên 41 tuần) và 7% (thai trên 42 tuần). Có sự gia tăng bệnh suất và tử suất sơ sinh khi tuổi thai trên 41 tuần. Nên nhiều nghiên cứu thống nhất rằng khởi phát chuyển dạ (KPCD) ở thai từ 41 tuần là cần thiết. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu loạt ca tiến cứu trên 70 thai phụ mang thai quá ngày, có chỉ định KPCD từ tháng 09 năm 2012 đến tháng 05 năm 2013 tại Khoa Sản Bệnh viện đa khoa An Giang. Tất cả thai phụ được đặt ống thông Foley số 16 qua lỗ trong cổ tử cung, bơm 60ml nước muối sinh lý. **Kết quả:** Tỷ lệ KPCD thành công theo định nghĩa là 80% (KTC 95% 71,6% – 89,4%). Nhóm sản phụ dưới 35 tuổi có tỷ lệ thành công cao hơn nhóm trên 35 tuổi với RR = 1,9 (KTC 95% 0,99 – 3,67). Tỷ lệ sinh đường âm đạo là 64,3%. Tỷ lệ sử dụng kết hợp với oxytocin là 68,6%. Không có biến chứng nghiêm trọng, chỉ cảm giác khó chịu chiếm tỷ lệ 21,4%. **Kết luận:** Khởi phát chuyển dạ bằng thông Foley đặt lỗ trong cổ tử cung an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai.

Abstract

EFFECTIVE INDUCTION OF LABOR USING FOLEY TRANSCERVICAL IN POSTTERM PREGNANCY

Background and objectives: The postterm pregnancy is defined as one that persists for 42 weeks or more from the onset of the last menstrual period with incidence 7% and 10% for 41 weeks. The perinatal mortality rate increased as pregnancy exceeded 41 weeks so induction of labor in 41 weeks pregnancy is necessary. **Methods:** Prospective case series report study of 70 postterm pregnancy, indicated induction of labor from 09/2012 to 05/2013 in Department of Obstetrics, An Giang General Hospital. All of pregnancies are inserted Foley catheter (16Fr) transcervical with balloon 60ml normal saline. **Result:** The rate of successful induction of labor is 80% with CI 95% (71.6 – 89.4), group of woman below 35 years is significantly higher rate with RR=1.9 (CI 95% 0.99-3.67). Vaginal birth rate is 64.3%. Rate of augmentation with oxytocin is 68.6%. No maternal and neonatal infections is reported, the rate of woman felt uncomfortable is 21.4%. **Conclusions:** Transcervical Foley catheter is an effective and safe agent for cervical ripening. However, it should be more sample research in the future.

1. Đặt vấn đề

Có sự gia tăng bệnh suất và tử suất sơ sinh khi tuổi thai trên 41 tuần. Nên nhiều nghiên cứu thống nhất rằng khởi phát chuyển dạ ở thai từ 41 tuần là cần thiết [6], [7]. Với sự tiến bộ của y học, có nhiều phương pháp khởi phát chuyển dạ đã được áp dụng. Các phương pháp này được chia thành hai nhóm chính là: phương pháp cơ học và phương pháp dùng thuốc. Các phương pháp cơ học bao gồm tách ối, nong cổ tử cung bằng laminaria, đặt Kovac's, đặt thông Foley, đặt thông Foley kết hợp truyền nước muối sinh lý ngoài buồng ối. Các phương pháp dùng thuốc bao gồm truyền oxytocin, prostaglandin E1 (misoprostol), prostaglandin E2 (denoprostone).

Tại Việt Nam đã có một số công trình nghiên cứu đánh giá hiệu quả khởi phát chuyển dạ của đặt ống

thông Foley ở kênh cổ tử cung với đối tượng nghiên cứu là thai kỳ thiếu ối hoặc thai dị tật bẩm sinh. Bên cạnh đó, tại Khoa sản Bệnh viện Đa khoa An Giang năm 2011 có 9.928 trường hợp sinh, trong đó có khoảng 1.000 trường hợp thai quá ngày. Các trường hợp thai quá ngày này được khởi phát chuyển dạ chủ yếu bằng phương pháp tách ối và truyền oxytocin nên tỷ lệ thất bại cao dẫn đến hậu quả tăng tỷ lệ phẫu thuật lấy thai.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Hiệu quả khởi phát chuyển dạ của thông Foley đặt lỗ trong cổ tử cung ở thai quá ngày tại Bệnh viện đa khoa An Giang" với mục tiêu nghiên cứu chính là xác định tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công của đặt thông Foley qua lỗ trong cổ tử cung ở thai quá ngày.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Hiệu quả khởi phát chuyển dạ của thông Foley đặt lỗ trong

cổ tử cung ở thai quá ngày tại Bệnh viện đa khoa An Giang" với mục tiêu nghiên cứu chính là xác định tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công của đặt thông Foley qua lỗ trong cổ tử cung ở thai quá ngày.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca tiến cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Dân số mục tiêu: Sản phụ mang thai sống trên hoặc bằng 41 tuần chưa chuyển dạ.

- Dân số nghiên cứu: Sản phụ mang thai sống trên hoặc bằng 41 tuần chưa chuyển dạ nhập viện tại Khoa sản Bệnh viện đa khoa An Giang từ tháng 09/2012 đến tháng 05/2013.

- Dân số chọn mẫu: Sản phụ mang thai sống trên hoặc bằng 41 tuần chưa chuyển dạ nhập viện tại Khoa sản Bệnh viện đa khoa An Giang từ tháng 09/2012 đến tháng 05/2013 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

• Với $\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95%. Ta có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. Theo nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc[6], tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công sau đặt thông Foley là 76%, $p = 0,76$.

• Chọn sai số cho phép là 10%, $d = 0,1$ Thế vào công thức ta có $n = 70$.

Vậy cỡ mẫu nghiên cứu là 70.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ. Chọn tuần tự kế tiếp theo thời gian nhập viện, đồng ý tham gia nghiên cứu, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ cho đến khi đủ số mẫu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi thai ≥ 41 tuần, Đơn thai, ngôi đầu, Điểm số Bishop < 5 , Nonstresstest có đáp ứng, Có chỉ định sinh ngã âm đạo, Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không nhớ chính xác ngày kinh cuối và không có siêu âm trước 12 tuần. Có bệnh lý nội khoa kèm theo: TSG nặng, bệnh lý tim, tiểu đường, basedow, nhiễm trùng... Có chống chỉ định khởi phát chuyển dạ: sẹo mổ cũ trên tử cung, BXĐC, ngôi bất thường, Herpes sinh dục đang tiến triển, bất thường bánh nhau-dây rốn; Thiếu ối AFI < 5 ; Đã khởi phát chuyển dạ thất bại bằng phương pháp khác.

2.5. Tiêu chuẩn đánh giá

Khởi phát chuyển dạ thành công[1],[9],[14] Khi

điểm số Bishop tăng ≥ 3 điểm sau khi rút hoặc rút thông Foley.

Khởi phát chuyển dạ thất bại: Điểm số Bishop tăng < 3 điểm sau khi rút hoặc rút thông Foley; Hoặc khi có các biến chứng trong thời gian đặt thông Foley: cơn gò cường tính, ối vỡ, nhau bong non, sa dây rốn, thay đổi biểu đồ tim thai phải phẫu thuật lấy thai, vỡ tử cung.

2.6. Xử lý số liệu: Rút số liệu từ phiếu thu thập số liệu, mã hóa số liệu. Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến số liên tục được trình bày bằng số trung bình, độ lệch chuẩn. Các biến số phân loại được trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm. Khảo sát mối liên quan của các biến phân loại dùng kiểm định Chi bình phương, biến liên tục giữa hai nhóm dùng kiểm định T – test. Đối với biến không có phân phối chuẩn dùng kiểm định phi tham số.

3. Kết quả

Trong thời gian từ tháng 09 năm 2012 đến tháng 05 năm 2013 tại Khoa sản Bệnh viện đa khoa An Giang, chúng tôi tiến hành trên 70 sản phụ thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu và đồng ý tham gia. Trong quá trình nghiên cứu không có trường hợp nào phải ngưng vì tác dụng không mong muốn, biến chứng trầm trọng hay do sản phụ không đồng ý tiếp tục nghiên cứu.

3.1. Tỷ lệ thành công

Bảng 1. Tỷ lệ KPCD thành công

| Kết quả KPCD | Tổng (n = 70) | Tỷ lệ (%) |
|--------------|---------------|-----------|
| Thành công | 56 | 80 |
| Thất bại | 14 | 20 |

Trong tổng số 70 trường hợp được KPCD thì tỷ lệ thành công theo định nghĩa là 80% (KTC 95% 71,6% - 89,4%)[3].

3.2. Thay đổi điểm số Bishop trước và sau khởi phát chuyển dạ

Bảng 2. Thay đổi trung bình điểm Bishop trước và sau KPCD

| Bishop | Trước KPCD | Sau KPCD | Thay đổi | p* |
|---------------|---------------|-----------------|----------|-----------|
| TB(\pm SD) | 1,8(\pm 1) | 5,7(\pm 1,8) | 3,9 | $< 0,001$ |

(*): Kiểm định T test mẫu bắt cặp.

Điểm số Bishop trung bình trước KPCD là 1,8(\pm 1) điểm và điểm số Bishop trung bình sau KPCD là 5,7(\pm 1,8) điểm. Chênh lệch điểm số Bishop của trước và sau KPCD là 3,9 điểm, khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.3. Biến chứng và tác dụng không mong muốn

Trong nghiên cứu không có các biến chứng như: sa dây rốn, nhiễm trùng ối, nhiễm trùng hậu sản, ối vỡ, nhau bong non, vỡ tử cung. Sản phụ có cảm giác

Bảng 3. Đánh giá biến chứng và tác dụng không mong muốn

| Biến chứng | Tổng (n = 70) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|---------------|-----------|
| Sa dây rốn | 0 | 0 |
| Nhiễm trùng ối | 0 | 0 |
| Nhiễm trùng hậu sản | 0 | 0 |
| Ối vỡ | 0 | 0 |
| Nhau bong non | 0 | 0 |
| Vỡ tử cung | 0 | 0 |
| Cảm giác khó chịu | 15 | 21,4 |
| Apgar 1 phút < 7 | 3 | 4,3 |
| Apgar 5 phút < 7 | 0 | 0 |

khó chịu chiếm tỷ lệ 21,4%. Tỷ lệ Apgar sau 1 phút dưới 7 chiếm tỷ lệ 4,3%. Không có trường hợp nào Apgar sau 5 phút dưới 7.

4. Bàn luận

4.1. Hạn chế của đề tài

Thiết kế nghiên cứu này theo loạt ca nên chỉ có thể khảo sát được tỷ lệ thành công của KPCD, mục tiêu chính của nghiên cứu. Cỡ mẫu chưa đủ lớn để đánh giá mối liên quan giữa các biến số. Vì thế nghiên cứu chúng tôi không thể phát hiện các biến chứng có thể xảy ra với tỷ lệ thấp như: nhau bong non, vỡ tử cung, nhiễm trùng ối...

Hiện tại chưa có đồng thuận về tiêu chuẩn thành công và thất bại của KPCD nên việc định nghĩa tiêu chuẩn này chỉ mang tính chất tương đối, tỷ lệ thành công sẽ thay đổi nếu định nghĩa thay đổi. Bên cạnh đó, đánh giá điểm số Bishop là yếu tố chủ quan, mặc dù chúng tôi đã cố gắng hạn chế nhưng sai lệch vẫn có thể xảy ra và ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

4.2. Tỷ lệ thành công

Như đã trình bày ở phần hạn chế của đề tài về tiêu chuẩn thành công và thất bại của KPCD nên tỷ lệ này sẽ thay đổi tùy theo định nghĩa KPCD thành công.

Bảng 4. Tỷ lệ KPCD thành công của các nghiên cứu

| Tên tác giả | Tỷ lệ thành công (%) | Tiêu chuẩn thành công | Cơ mẫu |
|-----------------------|----------------------|------------------------|--------|
| Nguyễn Bá Mỹ Ngọc [1] | 76 | Bishop tăng ≥ 3 | 50 |
| Bùi Ngọc Phượng [2] | 71 | Bishop tăng ≥ 3 | 68 |
| Cromi [5] | 26,6 | Vào chuyển dạ tích cực | 602 |
| Levy [10] | 76 | Mở CTC ≥ 3 cm | 230 |
| Nghiên cứu này | 80 | Bishop tăng ≥ 3 | 70 |

Theo bảng 3.3, tỷ lệ thành công trong nghiên cứu này là 80%, KTC 95% 71,6% - 89,4%. Kết quả chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bá Mỹ Ngọc [1] là 76% với cùng tiêu chuẩn thành công. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đương với nghiên cứu của Levy và cs [10] (2004) là 76% với tiêu chuẩn thành công là mở CTC ≥ 3 cm sau rút thông Foley.

So với nghiên cứu của Bùi Ngọc Phượng [2], tỷ lệ thành công trong nghiên cứu này cao hơn (80% và

71%). Có thể do thể tích bóng Foley trong nghiên cứu của Bùi Ngọc Phượng là 30ml thấp hơn nghiên cứu này là 60ml và đối tượng nghiên cứu cũng có tuổi thai trung bình thấp hơn nghiên cứu này (39($\pm 1,5$) tuần và 41,1($\pm 0,3$) tuần).

So với nghiên cứu của Cromi và cs [5] (2007) có tỷ lệ thành công rất thấp 26,6%. Lý do tác giả chọn tiêu chuẩn thành công là sản phụ vào chuyển dạ thật sự và không phải sử dụng thêm bất kỳ phương pháp nào khác (oxytocin, prostaglandin...).

So với các nghiên cứu có vị trí bóng Foley đặt ở kênh CTC như nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc và Bùi Ngọc Phượng thì nghiên cứu của chúng tôi với vị trí bóng Foley đặt ở lỗ trong CTC có tỷ lệ thành công tương đương hoặc cao hơn.

4.3. Thay đổi điểm Bishop trung bình sau KPCD

Theo bảng 2, điểm số Bishop trung bình trước KPCD của nhóm nghiên cứu là 1,8(± 1) điểm, sau KPCD là 5,7($\pm 1,8$) điểm và điểm số Bishop tăng trung bình 3,9 điểm với $p < 0,001$.

Bảng 5. Thay đổi điểm số Bishop trung bình sau KPCD

| Tác giả | Điểm Bishop trước KPCD (TB \pm SD) | Điểm Bishop sau KPCD (TB \pm SD) | Thay đổi điểm Bishop |
|-----------------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| Nguyễn Bá Mỹ Ngọc [1] | 2,1($\pm 0,3$) | 6($\pm 0,5$) | 3,9($\pm 0,6$) |
| Bùi Ngọc Phượng [2] | 3,7 | 6,8 | 3,1 |
| Owolabi [11] | | | 4($\pm 0,2$) |
| Patro-Malysza [12] | 3,3($\pm 1,2$) | 6,9($\pm 1,7$) | 3,6($\pm 1,6$) |
| Nghiên cứu này | 1,8(± 1) | 5,7($\pm 1,8$) | 3,9 |

Thay đổi Bishop trong nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc [1] nhưng cao hơn nghiên cứu của Bùi Ngọc Phượng [2] (4 và 3,1 điểm). Sự chênh lệch này có thể do nghiên cứu của Bùi Ngọc Phượng bơm bóng Foley với thể tích 30ml và chúng tôi bơm 60ml.

So với nghiên cứu của Owolabi và cs [11] (2005) trên 60 trường hợp đặt thông Foley tại Nigeria thì thay đổi Bishop là 4($\pm 0,2$) điểm tương đương với nghiên cứu này. Theo nghiên cứu của Patro-Malysza và cs [12] (2010) trên 327 trường hợp làm chín muồi CTC bằng đặt ống thông ở kênh CTC thì thay đổi Bishop trung bình là 3,56 ($\pm 1,6$) điểm, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu này.

4.4. Tác dụng không mong muốn và biến chứng

Theo bảng 3, kết quả nghiên cứu không có các biến chứng: sa dây rốn, nhiễm trùng ối, nhiễm trùng hậu sản, ối vỡ, nhau bong non, vỡ tử cung. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc [1].

Theo nghiên cứu của Cromi và cs [2] (2007) trên 602 trường hợp đặt thông Foley gây chín muồi CTC có 3 trường hợp viêm màng ối (0,5%), 6 trường hợp viêm nội mạc tử cung sau sinh (1%), 4 trường hợp nghi ngờ nhiễm

trùng sơ sinh (0,7%) nhưng tất cả các trường hợp này cấy máu đều âm tính. Tác giả kết luận đặt thông Foley gây chín muồi CTC trước KPCD thì an toàn, nguy cơ nhiễm trùng cho mẹ và trẻ sơ sinh không đáng kể.

Theo nghiên cứu của Bujold và cs[4] (2004) trên 2.479 sản phụ có vết mổ lấy thai ở thai kỳ trước được chia thành 3 nhóm: 1.807 trường hợp chuyển dạ tự nhiên (nhóm chứng), 417 trường hợp được KPCD bằng tia ối có hoặc không sử dụng oxytocin và 255 trường hợp đặt thông Foley qua lỗ trong CTC. Kết quả tỷ lệ vỡ tử cung giữa 3 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê (tỷ lệ lần lượt là 1,1%; 1,2% và 1,6% với $p = 0,81$), nguy cơ vỡ tử cung ở nhóm đặt ống thông Foley so với chuyển dạ tự nhiên là $OR = 0,47$ (KTC 95% 0,06 – 3,59). Tác giả kết luận đặt thông Foley gây KPCD không tăng nguy cơ vỡ tử cung.

Tỷ lệ Apgar 1 phút < 7 điểm trong nhóm nghiên cứu có 3 trường hợp (4,3%), trong đó 1 trường hợp Apgar = 5 điểm, 2 trường hợp Apgar = 6 và cả 3 trường hợp đều sinh ngã âm đạo nhưng không có trường hợp nào có Apgar 5 phút < 7 điểm. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc[6] có 1 trường hợp Apgar 5 phút < 7 điểm (2%). Đánh giá điểm số Apgar mang tính chủ quan nên có thể có sự khác biệt giữa những người cho điểm và giữa các nghiên cứu. Các trường hợp Apgar 1 phút < 7 điểm trong nghiên cứu này đều sinh ngã âm đạo nên có lẽ không liên quan đến đặt ống thông Foley mà do các yếu tố khác trong quá trình chuyển dạ tích cực.

Tỷ lệ sản phụ than phiền khó chịu trong thời gian đặt ống thông Foley là 21,4%, không có trường hợp nào phải yêu cầu rút ống thông vì khó chịu. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Ngọc[1] (21,4% và 30%).

Theo nghiên cứu của Henry và cs[8] (2013) trên 48 trường hợp đặt ống thông Foley tỷ lệ khó chịu nhiều là 26%, tỷ lệ khó chịu nhưng có thể chấp nhận được là 95% và tỷ lệ sẽ chọn lại phương pháp này ở lần sau chỉ 65%.

Theo nghiên cứu của Pennell và cs[13] (2009) trên 330 sản phụ mang thai con so đủ trưởng thành có CTC

không thuận lợi được chia ngẫu nhiên thành 3 nhóm: đặt ống thông Foley 16F, đặt ống thông 2 bóng và PGE2 dạng gel. Kết quả tỷ lệ than đau (thang điểm đau ≥ 4) của nhóm đặt thông Foley thấp nhất so với nhóm đặt ống thông 2 bóng và PGE2 (lần lượt 36%, 55% và 63% với $p < 0,001$).

Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ khó chịu thấp hơn các nghiên cứu khác có thể do đối tượng của nghiên cứu này đa số ở vùng nông thôn, họ cố gắng chấp nhận mà không có than phiền. Vì vậy khi tiến hành phương pháp đặt thông Foley phải chú ý tư vấn cho sản phụ tác dụng không mong muốn này và kỹ thuật đặt phải nhẹ nhàng để tránh khó chịu cho sản phụ.

Đánh giá sự khó chịu trong nghiên cứu này chỉ dựa vào cảm nhận chủ quan của sản phụ nên độ tin cậy không cao. Đây là khuyết điểm trong thiết kế nghiên cứu của chúng tôi. Các nghiên cứu trong tương lai nên đánh giá sự khó chịu của sản phụ theo thang điểm đau (từ 1 – 10 điểm) để có mức độ tin cậy cao hơn và để có cơ sở để so sánh giữa các nghiên cứu.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu mô tả 70 trường hợp nhằm đánh giá hiệu quả của ống thông Foley đặt lỗ trong CTC gây KPCD ở thai quá ngày, chúng tôi đã ghi nhận tỷ lệ thành công với tiêu chuẩn Bishop tăng từ 3 điểm trở lên là 80%, KTC 95% [71,6 - 89,4]. Không có biến chứng liên quan đến đặt ống thông Foley, tỷ lệ thai phụ khó chịu khi đặt là 21,4%. Kết cuộc thai kỳ sau khi KPCD với tỷ lệ sinh ngã âm đạo là 64,3%, tỷ lệ phải sử dụng thêm oxytocin sau KPCD là 68,6%. Thời gian trung bình từ KPCD đến lúc sinh đường âm đạo là 18,8 giờ. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm KPCD thành công và thất bại (17,7 giờ và 24 giờ). Thời gian trung bình sử dụng oxytocin trong trường hợp sinh ngã âm đạo là 5,4 giờ. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm KPCD thành công và thất bại (4,2 giờ và 10,5 giờ).

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Bá Mỹ Ngọc (2012) "So sánh hiệu quả khởi phát chuyển dạ của prostaglandin E2 và ống thông ở thai > 37 tuần thiếu ối". Luận án chuyên khoa II, ĐHY Dược TP Hồ Chí Minh.
2. Phương Bùi Ngọc (2009) "Hiệu quả của ống thông foley đặt kênh cổ tử cung trong khởi phát chuyển dạ ở thai > 34 tuần thiếu ối". Luận án chuyên khoa II, ĐHY Dược TP Hồ Chí Minh. pp. 72.
3. Tuấn Nguyễn Văn (2011). Khoảng tin cậy 95% cho một tỷ lệ. Available from: http://statistics.vn/index.php?option=com_content&view=article&id=37:khoa-ng-tin-cay-cho-mot-ti-le&catid=59&Itemid=0
4. Bujold E., Blackwell S. C., Gauthier R. J. (2004) "Cervical ripening with transcervical foley catheter and the risk of uterine rupture". *Obstet Gynecol.* 103(1): pp. 18-23.
5. Cromi A., Ghezzi F., Tomera S., et al. (2007) "Cervical ripening with the Foley catheter". *Int J Gynaecol Obstet.* 97(2): pp. 105-109.
6. Delaney M., Roggensack A., Leduc D. C., et al. (2008) "Guidelines for the management of pregnancy at 41+0 to 42+0 weeks". *J Obstet Gynaecol Can.* 30(9): pp. 800 - 823.
7. Gülmezoğlu A Metin, Caroline A (2012) "Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term". *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group* pp. CD004945.
8. Henry A., Madan A., Reid R., et al. (2013) "Outpatient Foley catheter versus inpatient prostaglandin E2 gel for induction of labour: a randomised trial". *BMC Pregnancy Childbirth.* 13: pp. 25.
9. Johnson D. P., Davis N. R., Brown A. J. (2003) "Risk of cesarean delivery after induction at term in nulliparous women with an unfavorable cervix". *Am J Obstet Gynecol.* 188(6): pp. 1565-1569.
10. Levy R., Kanengiser B., Furman B., et al. (2004) "A randomized trial comparing a 30-mL and an 80-mL Foley catheter balloon for preinduction cervical ripening". *Am J Obstet Gynecol.* 191(5): pp. 1632-1636.
11. Owolabi A., Kuti O., Ogunlola I. O (2005) "Randomised trial of intravaginal misoprostol and intracervical Foley catheter for cervical ripening and induction of labour". *J Obstet Gynaecol.* 25(6): pp. 565-568.
12. Patro-Malysza J., Marciniak B., Leszczynska-Gorzela B., et al. (2010) "Effectiveness of intracervical catheter as a labor preinduction method". *Ginekolog Pol.* 81(1): pp. 31-36.
13. Pennell C. E., Henderson J. J., O'Neill M. J., et al. (2009) "Induction of labour in nulliparous women with an unfavorable cervix: a randomised controlled trial comparing double and single balloon catheters and PGE2 gel". *BJOG.* 116(11): pp. 1443-1452.
14. Xenakis E. M., Piper J. M., Conway D. L., et al. (1997) "Induction of labor in the nineties: conquering the unfavorable cervix". *Obstet Gynecol.* 90(2): pp. 235-239.