

HIỆU QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG ỐNG THÔNG FOLEY Ở THAI ≤ 34 TUẦN CÓ CHỈ ĐỊNH ĐÌNH CHỈ THAI NGHÉN

Lê Thiện Thái, Nguyễn Thị Như Hà, Phó Thị Quỳnh Châu
Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Tóm tắt

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định hiệu quả và tính an toàn của ống thông Foley bơm 80 ml nước muối sinh lý đặt ở CTC trong KPCD ở thai ≤ 34 tuần có chỉ định đình chỉ thai nghén. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng. Tất cả những thai phụ vào Khoa để đẻ gây chuyển dạ để có tuổi thai ≤ 34 tuần có chỉ định đình chỉ thai nghén. **Kết quả:** Từ 05/2013 – 02/2014 tại Khoa đẻ, BV PSTW có 48 thai phụ thỏa mãn tiêu chuẩn chọn. KPCD thành công 36/48 ca chiếm tỷ lệ 75%. Biến chứng: Có 1 trường hợp nhiễm trùng (2%). Không có biến chứng vỡ tử cung, sa dây rốn. **Kết luận:** Khởi phát chuyển dạ (KPCD) bằng ống thông Foley đặt CTC cho hiệu quả cao và có biến chứng không đáng kể. Tuy nhiên, cần có những nghiên cứu rộng và chặt chẽ hơn trong tương lai. **Từ khóa:** Khởi phát chuyển dạ, ống thông Foley, thai ≤ 34 tuần, CTC không thuận lợi.

Abstract

EFFECTIVENESS OF TRANSCERVICAL FOLEY

CATHETER INDUCTION OF LABOR PREGNANT ≤ 34 WEEKS THAT GESTATIONAL INDICATED SUSPEND

Objective: The purpose of this study was to determine the effectiveness and safety of transcervical Foley catheter balloon inflated with 80ml sterile saline for induction of labor pregnant ≤ 34 weeks that gestational indicated suspend. **Study methodology:** We carried out a non-controlled clinical trial. Total 48 pregnant women were enrolled for induction of labor pregnant ≤ 34 weeks that gestational indicated suspend. **Result:** From May 2013 – Feb 2014, in Obstetric Dept: 48 pregnant women had selection criteria. The rate of successful labor induction was 36/48 cover 75%. Complications: one case of infection (2%). No complication of vaginal bleeding umbilical cord, prolapsed and placental abruption. **Conclusion:** Induction of labor by transcervical Foley catheter balloon inflated 80ml sterile saline in pregnancy ≤ 34 weeks that gestational indicated suspend for high efficiency and negligible complication. However, there should be a wider and deeper research in future. **Keywords:** Induction of labor, Foley balloon catheter, Unfavorable cervix.

1. Đặt vấn đề

Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là can thiệp nhằm tạo ra cơn co tử cung trước khi bắt đầu chuyển dạ tự nhiên gây xóa mờ cổ tử cung và sổ thai. Hiện nay, có rất nhiều phương pháp KPCD. Sự thành công, an toàn, sự hài lòng của bệnh nhân và tính kinh tế của mỗi phương pháp là những yếu tố được xem xét để tìm ra một kỹ thuật KPCD lý tưởng. Đối với những thai phụ có cổ tử cung (CTC) không thuận, KPCD bằng ống thông Foley được lựa chọn để thực hiện. Phương pháp KPCD bằng ống thông Foley được thực hiện đầu tiên bởi Embrey và Mollison năm 1967[1], đến nay trên thế giới có rất nhiều công trình nghiên cứu đã minh chứng KPCD bằng ống thông Foley là một phương pháp dễ sử dụng, rẻ tiền, hiệu quả cao, ít biến chứng và không ảnh hưởng đến toàn thân thai phụ. Nhiều nước trên thế giới đã sử dụng biện pháp này làm phương pháp thường quy để KPCD. Tại Việt Nam, ở

Miền Bắc vẫn chưa áp dụng rộng rãi hay có công trình nghiên cứu về hiệu quả cũng như an toàn của phương pháp KPCD bằng ống thông Foley.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu phương pháp đặt ống thông Foley ở thai ≤ 34 tuần có chỉ định đình chỉ thai nghén tại Khoa đẻ - Bệnh viện PSTW với mục tiêu: “Xác định hiệu quả và tính an toàn của ống thông Foley đặt cổ tử cung trong khởi phát chuyển dạ đối với thai ≤ 34 tuần có chỉ định đình chỉ thai nghén”.

2. Phương pháp - đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng ở 48 trường hợp thai phụ có chỉ định đình chỉ thai nghén từ tháng 5/2013 đến tháng 2/2014 tại Khoa Đẻ - BV PSTW.

Tất cả các trường hợp đều được khởi phát chuyển dạ ống thông Foley 16 F bơm 80 ml nước muối sinh lý.

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn: Thai phụ có tuổi thai ≤ 34 tuần: đơn thai, ối vỡ non, thiếu ối, hết ối, vết mổ cũ. Thai phụ đã gây chuyển dạ bằng misoproston hoặc truyền Oxytocin hoặc đặt túi nước mà không có kết quả.

Tiêu chuẩn loại trừ: Khối u tiền đạo, bệnh lý nội khoa nặng, rau tiền đạo, dị ứng Latex.

2.2 Tiêu chuẩn đánh giá

KPCD thành công: Gây được chuyển dạ, CTC mở ≥ 3 cm, Bishop ≥ 8 điểm sau khi rút ống thông Foley sau 12 giờ đặt.

KPCD thất bại: Không gây được chuyển dạ sau khi rút ống thông sau 12h đặt, cổ tử cung không tiến triển < 3 cm, Bishop không thay đổi hoặc phải ngừng theo dõi vì diễn biến bất thường như: Suy thai, ra máu âm đạo hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng.

Bảng chỉ số Bishop

Các yếu tố đánh giá	Điểm			
	0	1	2	3
Độ mở cổ tử cung(cm)	Đóng	1-2	3-4	≥ 5
Độ xoá cổ tử cung(%)	0-30	40-50	60-70	≥ 80
Độ lọt của ngôi	-3	-2	-1; 0	+1; +2
Mật độ cổ tử cung	Cứng	Vừa	Mềm	-
Vị trí cổ tử cung	Sau	Giữa	Trước	-

2.3 Quá trình thực hiện:

Thai phụ có tuổi thai ≤ 34 tuần có chỉ định đình chỉ thai nghén. Khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng, nếu không có dấu CD sẽ được đánh giá chỉ số Bishop, tư vấn và giải thích, thai phụ chấp nhận phương pháp gây chuyển dạ.

Ống thông Foley được đặt vào CTC và bơm 80 ml nước muối sinh lý. Theo dõi sát thai phụ, sau 30 phút sẽ gắn monitoring theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu

		N	%
Tuổi mẹ (tuổi)	20 - 25	12	25
	26 - 30	16	33,3
	31 - 35	15	31,2
	≥ 35	5	10,5
	Tổng	48	100
Tuổi thai (tuần)	22 - 28	18	37,5
	29 - 32	22	45,8
	33 - 34	8	16,7
	Tổng	48	100
Số lần sinh	Con so	18	37,5
	Con rạ	30	62,5
	Tổng	48	100

Các thai phụ trong nhóm nghiên cứu đều tập trung ở lứa tuổi sinh đẻ. Nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất từ 26 – 35 tuổi chiếm đa số 64,5%. Tuổi thai nhi từ 29 – 32 tuần chiếm tỷ lệ cao 45,8%. Con so 18 trường hợp, con rạ có 30 trường hợp.

3.2 Hiệu quả của KPCD

Bảng 2. Thay đổi điểm số Bishop sau 12 giờ đặt ống thông Foley:

Chỉ số Bishop	Trước đặt ống thông						Sau đặt ống thông 12 giờ					
	Con so		Con rạ		Tổng		Con so		Con rạ		Tổng	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1	2	11,1	1	3,3	3	47,9						
2	11	61,1	12	40	23	45,8						
3	5	27,8	17	56,7	22	47,9	1	5,6			1	2,1
4-8							5	27,8	6	20	11	22,9
>8							12	66,6	24	80	36	75,0
Tổng	18		30		48	100	18		30		48	100

Sự thay đổi rõ rệt về chỉ số Bishop trước và sau khi đặt ống thông Foley là cơ sở để khẳng định phương pháp đặt ống thông Foley gây chuyển dạ là một trong những phương pháp rất có hiệu quả trong việc làm thay đổi tình trạng CTC để cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi.

Bảng 3. KPCD thành công

KPCD thành công	N = 36/48	%	OR, 95%CI
Con so	12/18	66,7	1
Con rạ	24/30	80	2,00 (0,44- 9,20)
Tổng cộng	36	75	

Tỷ lệ thành công chung của nhóm nghiên cứu là 75%, và tỷ lệ KHCD thành công của người con rạ cao gấp 2,00 lần so với người con so.

Bảng 4. Phân bố giữa mô lấy thai và đẻ đường âm đạo

Đặc điểm	Đẻ đường âm đạo	Mô lấy thai	Tổng	OR, 95%CI
Con rạ	24 (70,6%)	6 (43%)	30	3,2 (0,74- 14,29)
Con so	10 (29,4%)	8 (57%)	18	1
Tổng	34 (70,8%)	14 (29,2%)	48	

Tỷ lệ sản phụ con rạ đẻ đường âm đạo cao gấp 3,2 lần sản phụ con so. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với 95% CI là 0,74-14,29.

3.3 Biến chứng sau đặt ống thông Foley

Trong tất cả các sản phụ được sử dụng phương pháp đặt ống thông Foley để gây chuyển dạ, chỉ có 1 trường hợp biểu hiện nhiễm trùng. Không có trường hợp vỡ tử cung, sa dây rốn.

4. Bàn luận

Mục đích chính của KPCD là cuộc chuyển dạ thành công và đẻ đường âm đạo nhanh chóng nhưng phải an toàn. Có nhiều phương pháp khởi phát chuyển dạ khi CTC không thuận lợi, trong đó phương pháp đặt ống thông Foley ở CTC đã được

nhiều tác giả nghiên cứu cho kết quả thành công cao, an toàn, ít tai biến [2][3][4][5].

Đối tượng trong NC chúng tôi phần lớn có CTC không thuận lợi. Sau 12 giờ KPCD, độ dẫn mở CTC của NC chúng tôi có thay đổi, phản ánh rõ nét đặc trưng của cơ chế phương pháp KPCD là trực tiếp dẫn mở CTC. Kết quả CTC ≥ 3 cm chiếm cao nhất (75%), nhóm thai phụ con so và thai phụ con rạ có kết quả tương tự. Nghiên cứu chúng tôi chọn tiêu chuẩn KPCD thành công: cổ tử cung mở ≥ 3 cm, Bishop ≥ 8 . Theo tiêu chuẩn này tỷ lệ KPCD thành công trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 36/48 trường hợp chiếm 75%. So với NC của Levy R là 52,4%[6], NC chúng tôi kết quả KPCD thành công có hơi cao hơn. Tuy nhiên so với NC của Jindal Promila năm 2007, KPCD thành công (78%)[7], NC chúng tôi có kết quả thấp hơn. Giải thích sự khác biệt này là do khởi điểm ban đầu điểm Bishop trước KPCD khác nhau ở các NC.

Thời gian từ khi khởi phát chuyển dạ đến sinh ở nhóm đặt ống thông Foley là 23 giờ. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Cromi và cs là 24,4 giờ[8], nghiên cứu của Levy R đã tổng kết 13 nghiên cứu với đặt catheter qua cổ tử cung gây khởi phát chuyển dạ đã kết luận rằng nó làm cải thiện nhanh chỉ số Bishop và rút ngắn thời gian chuyển dạ [6].

So sánh giữa hai nhóm thai phụ con so và con rạ, NC ghi nhận được nhóm thai phụ con rạ có tỷ lệ KPCD thành công cao hơn (66,7% - 80%). Để đường âm đạo an toàn cho mẹ và thai nhi, là yếu tố kết cục tốt của phương pháp KPCD. Nghiên cứu chúng tôi cho kết quả để đường âm đạo tổng cộng trong nhóm NC đạt được là: 34/48 (70,8%), nhóm thai phụ con rạ có tỷ lệ để đường âm đạo cao hơn so với nhóm thai phụ con so. Nhưng sự khác biệt 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

5. Kết luận

Sử dụng PP KPCD bằng ống thông Foley NC chúng tôi ghi nhận được kết quả KPCD thành công khả quan (75%) và biến chứng chỉ 1 trường hợp nhiễm trùng (2%). Tuy nhiên trong tương lai nên có nhiều NC với cỡ mẫu lớn và nên thực hiện thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng để khẳng định vai trò của đặt ống thông Foley ở cổ tử cung cho những trường hợp cần khởi phát chuyển dạ mà CTC không thuận lợi.

6. Kiến nghị

Đây là phương pháp hiệu quả, đơn giản, dễ thực hiện, an toàn nên cần áp dụng nghiên cứu thêm tại Khoa đẻ - BV PSTW.

Tài liệu tham khảo

1. Embrey MP, Mollison BG. The unfavorable cervix and induction of labor using a cervical balloon. J Obstet Gynaecol Br Common. 1967; 74: 44-45.
2. Adeniji OA, Oladokun A, Olayemi O, Adeniji OI, Odukogbe AA, Ogunbode O, et al. Pre-induction cervical ripening: transcervical foley catheter versus intravaginal misoprostol. Links Export Central Citation, Journal of obstetrics and gynaecology. 2005; 25 (2): 134-139.
3. Bujold E, Blackwell SC, Gauthier RJ. Cervical ripening with transcervical foley catheter and the risk of uterine rupture. Department of Obstetrics and Gynecology. 2004; 103: 18 – 23.
4. Embrey MP, Mollison BG. The unfavorable cervix and induction of labor using a cervical balloon. J Obstet Gynaecol Br Common. 1967; 74: 44-45.
5. Pettker CM, Pocock SB, Smok DP, Lee SM, Devine PC.

Transcervical Foley catheter with and without oxytocin for cervical ripening: a randomized controlled trial. Links Export Central Citation. Obstetrics and gynecology. 2008; 111(6):1320-1326.

6. Levy R, Kanengiser B, Furman B, Ben Arie A, Brown D, Hagay ZJ.. A randomized trial comparing a 30mL and an 80mL Foley catheter balloon for preinduction cervical ripening. Links Export Central Citation. American journal of obstetrics and gynecology. 2004; 191 (5): 1632-1636.
7. Jindal Promila, Gill Bhupinder Kaur, Tirath Bala. A comparison of vaginal misoprostol versus Foley's catheter with oxtocin for induction of labor, Department of Obstetrics and Gynecology. 2007; 57(1): 42 - 47.
8. Cromi, A., Ghezzi, F., Tomera, S., Uccella, S., Lischetti, B. & Bolis, P. F. Cervical ripening with the Foley catheter. Int J Gynaecol Obstet. 2007; 97(2), 105-109.