HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA PROPESS TRONG KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ Ở SẢN PHỤ CON SO ĐỦ THÁNG TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ SẢN NHI HẢI PHÒNG

Nguyễn Hữu Trung[1]*, Trần Thị Việt Phương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng dinoprostone phóng thích có kiểm soát (Propess) và nhận xét một số tác dụng không mong muốn, tai biến ở sản phụ con so đủ tháng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 153 sản phụ con so có tuổi thai từ 37 tuần, đơn thai sống, ngôi chỏm, chưa chuyển dạ và chỉ số Bishop ≤5 điểm, có chỉ định chấm dứt thai kỳ đường âm đạo tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025.

Kết quả: Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ đạt giai đoạn 1 là 84,3%, đạt pha tích cực 77,8% và sinh đường âm đạo 74,5%. Tỷ lệ thành công tăng theo chỉ số Bishop ban đầu: 46,4% ở Bishop 2 điểm, 84,8% ở 3 điểm, 96,6% ở 4 điểm và 100% ở 5 điểm. Thời gian trung bình từ đặt Propess đến xuất hiện chuyển dạ là 8,05 ± 4,38 giờ và từ đặt thuốc đến sinh đường âm đạo là 15,0 ± 6,87 giờ. Tỷ lệ mổ lấy thai là 25,5%. Sốt sau đặt thuốc gặp ở 5,9%, cơn co tử cung cường tính 3,3% và chảy máu sau sinh được ghi nhận ở 14,4%. Không ghi nhận vỡ tử cung hoặc ngạt sơ sinh; 100% trẻ có điểm Apgar >7.

Kết luận: Dinoprostone phóng thích có kiểm soát bằng Propess cho hiệu quả khởi phát chuyển dạ và tỷ lệ sinh đường âm đạo tương đối cao ở sản phụ con so đủ tháng có cổ tử cung chưa thuận lợi. Chỉ số Bishop ban đầu có liên quan với khả năng khởi phát chuyển dạ thành công. Cần theo dõi sát tình trạng mẹ, cơn co tử cung và tim thai trong quá trình sử dụng.

Từ khóa: khởi phát chuyển dạ; Propess; dinoprostone; prostaglandin E2; Bishop; con so.

EFFICACY AND SAFETY OF PROPESS FOR LABOR INDUCTION IN TERM NULLIPAROUS WOMEN AT HAI PHONG INTERNATIONAL OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To evaluate the efficacy of controlled-release dinoprostone vaginal insert (Propess) for labor induction and to describe maternal and neonatal adverse outcomes in term nulliparous women.

Methods: A prospective descriptive study was conducted among 153 term nulliparous women with a live singleton fetus in cephalic presentation, no established labor, and a Bishop score ≤5 who had an indication for delivery at Hai Phong International Obstetrics and Pediatrics Hospital between June 2024 and June 2025.

Results: Labor induction was successful at the first-stage criterion in 84.3% of women, 77.8% reached the active phase, and 74.5% achieved vaginal delivery. The success rate increased with the baseline Bishop score, from 46.4% for a score of 2 to 84.8%, 96.6%, and 100% for scores of 3, 4, and 5. The mean interval from Propess insertion to labor onset was 8.05 ± 4.38 hours, and the mean interval from insertion to vaginal delivery was 15.0 ± 6.87 hours. Cesarean delivery occurred in 25.5%. Fever occurred in 5.9%, uterine hyperstimulation in 3.3%, and postpartum bleeding in 14.4%. No uterine rupture or neonatal asphyxia was recorded, and all neonates had an Apgar score >7.

Conclusion: Controlled-release vaginal dinoprostone was effective in inducing labor in selected term nulliparous women with an unfavorable cervix. A higher baseline Bishop score was associated with a greater likelihood of successful induction. Close maternal and fetal surveillance remains necessary during treatment.

Keywords: labor induction; dinoprostone; Propess; Bishop score; nulliparous women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khởi phát chuyển dạ là một can thiệp thường gặp trong thực hành sản khoa, được thực hiện khi việc chấm dứt thai kỳ được đánh giá có lợi hơn so với tiếp tục theo dõi thai nghén. Thành

1. Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng
*Tác giả liên hệ: Nguyễn Hữu Trung
Email: trungthehoa@gmail.com
Ngày nhận bài: 18/8/2026
Ngày phản biện: 14/10/2026
Ngày duyệt bài: 24/10/2026

công của khởi phát chuyển dạ phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó tình trạng cổ tử cung trước khởi phát có vai trò quan trọng. Ở những sản phụ có cổ tử cung chưa thuận lợi, việc làm chín muồi cổ tử cung trước hoặc trong quá trình khởi phát chuyển dạ có thể góp phần cải thiện khả năng sinh đường âm đạo.

Prostaglandin E2 (PGE2), hay dinoprostone, có tác dụng lên quá trình chín muồi cổ tử cung và hoạt động co bóp của tử cung. Propess là hệ thống dinoprostone đặt âm đạo phóng thích có kiểm soát, chứa 10 mg dinoprostone và có khả năng phóng thích thuốc từ từ trong khoảng thời gian tối đa 24 giờ. Ưu điểm của dạng thuốc này là có thể thu hồi nhanh khi sản phụ bước vào chuyển dạ hoặc xuất hiện cơn co tử cung quá mức hay bất thường tình trạng thai.

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã ghi nhận hiệu quả của PGE2 trong làm chín muồi cổ tử cung và khởi phát chuyển dạ [1], [2], [3], [4]. Tại Việt Nam, Propess đã được triển khai ở một số cơ sở sản khoa, tuy nhiên dữ liệu tại Hải Phòng còn hạn chế.

Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng đã ứng dụng Propess trong khởi phát chuyển dạ ở các thai kỳ có chỉ định chấm dứt thai nghén nhưng cổ tử cung chưa thuận lợi. Việc đánh giá kết quả thực tế tại bệnh viện có ý nghĩa trong hoàn thiện quy trình sử dụng và lựa chọn đối tượng phù hợp.

Nghiên cứu được thực hiện nhằm hai mục tiêu:

1. Đánh giá hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng Propess ở sản phụ con so đủ tháng tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng.

2. Nhận xét một số tác dụng không mong muốn và tai biến của Propess trong khởi phát chuyển dạ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 153 sản phụ con so đủ tháng được khởi phát chuyển dạ bằng Propess tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng trong thời gian từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Sản phụ có tuổi thai ≥37 tuần 0/7 ngày.
- Đơn thai sống, ngôi chỏm.
- Có chỉ định chấm dứt thai kỳ qua đường âm đạo.
- Chưa chuyển dạ và có chỉ số bishop ≤5 điểm;
- Không có biểu hiện suy thai hoặc nhiễm khuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Tuổi thai được xác định dựa trên ngày đầu kỳ kinh cuối hoặc siêu âm quý I.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh lý mẹ nặng: tim mạch, huyết áp…
- Tử cung có sẹo mổ cũ hoặc dị dạng tử cung, khối u tiền đạo, rau tiền đạo.
- Thai dị dạng.
- Bất tương xứng đầu–chậu.
- Tiền sử dị ứng với prostaglandin được loại khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang, tiến cứu

Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ, chọn toàn bộ sản phụ thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Tổng số 153 sản phụ đáp ứng tiêu chuẩn được đưa vào phân tích.

2.3. Quy trình khởi phát chuyển dạ

Trước khởi phát chuyển dạ, sản phụ được thăm khám toàn thân, đánh giá khung chậu, tình trạng cổ tử cung và chỉ số Bishop; thực hiện các xét nghiệm cần thiết, siêu âm Doppler và theo dõi tim thai bằng cardiotocography (CTG).

Sau tư vấn, một hệ thống Propess chứa 10 mg dinoprostone được đặt vào túi cùng sau âm đạo.

Sản phụ được theo dõi lâm sàng và CTG định kỳ mỗi 6 giờ hoặc ngay khi xuất hiện đau bụng, ra dịch âm đạo hay các dấu hiệu bất thường. Propess được rút ra khi sản phụ bước vào chuyển dạ, xuất hiện bất thường tim thai, cơn co tử cung cường tính hoặc khi đủ 24 giờ kể từ thời điểm đặt.

Oxytocin có thể được sử dụng sau đó khi cần tăng cường cơn co tử cung theo đánh giá lâm sàng.

2.4. Tiêu chuẩn đánh giá

Thời điểm đánh giá hiệu quả tối đa là 24 giờ sau đặt thuốc. Cổ tử cung được coi là chín muồi khi Bishop ≥6 điểm.

Khởi phát chuyển dạ được đánh giá theo các mức [5]:

Mức độ 1: đạt chuyển dạ, cổ tử cung mở trên 3 cm.

Mức độ 2: đạt pha tích cực của chuyển dạ.

Mức độ 3 – thành công thực sự: sinh được qua đường âm đạo.

Khởi phát chuyển dạ được xem là thất bại khi không gây được chuyển dạ trong vòng 24 giờ hoặc phải dừng quá trình khởi phát do diễn biến bất thường của mẹ hoặc thai trước khi đạt tiêu chuẩn thành công.Các kết cục khác gồm thời gian từ đặt thuốc đến chuyển dạ, thời gian đến sinh đường âm đạo, phương pháp sinh, nguyên nhân mổ lấy thai, tác dụng phụ, cơn co tử cung cường tính, chảy máu sau sinh và tình trạng trẻ sơ sinh.

2.5. Xử lý số liệu

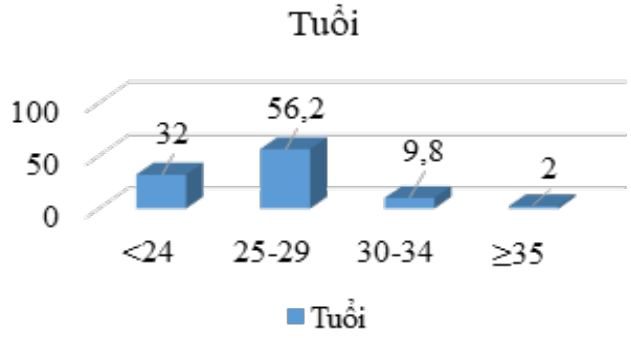
Số liệu được làm sạch, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định lượng được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn; biến định tính bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Sử dụng test Khi bình phương (Chi - squared) để so sánh tỷ lệ phần trăm giữa các biến số định tính, sử dụng Fisher's Exact Test khi tần số kỳ vọng < 5. Mức độ liên quan được ước lượng bằng nguy cơ tương đối (RR) và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%). Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được các đơn vị chức năng và Ban Giám đốc Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng cho phép. Sản phụ được tư vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin của đối tượng nghiên cứu được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứuCó 153 sản phụ được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 26 ± 2,5 tuổi, thấp nhất 18 và cao nhất 36 tuổi, nhóm 25–29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (56,2%).



Biểu đồ 1. Phân bố về tuổi

Bảng 1. Tuổi thai

Tuổi thai	n	Tỷ lệ
37-38 tuần	12	7,9
38-39 tuần	2	1,3
39-40 tuần	2	1,3
>40 tuần	137	89,5
X ± SD	40 ± 2,01	

Phần lớn thai kỳ có tuổi thai trên 40 tuần (89,5%). Tuổi thai trung bình là khoảng 40 tuần 2 ngày.

Bảng 2. Chỉ số Bishop trước khi khởi phát chuyển dạ

Chỉ số Bishop	n	%
2	28	18,3
3	46	30
4	59	38,6
5	20	13,1
X ± SD	3,46 ± 0,95	

Chỉ số Bishop trước khi gây chuyển dạ trong nghiên cứu thấp nhất là 2 điểm, cao nhất là 5 điểm. Tỷ lệ gặp cao nhất là 4 điểm (36,8%). Chỉ số Bishop trung bình trước khi gây chuyển dạ là 3,46 ± 0,95 điểm.

3.2. Hiệu quả khởi phát chuyển dạ

Bảng 3. Kết quả khởi phát chuyển dạ bằng Propess

Kết quả theo các mức	n/153	%
Đạt chuyển dạ giai đoạn 1	129	84,3
Đạt giai đoạn tích cực	119	77,8
Sinh đường âm đạo	114	74,5
Khởi phát thất bại	24	15,7

Tỷ lệ sản phụ đạt được chuyển dạ sau khởi phát là 84,3%; 77,8% đạt pha tích cực và 74,5% cuối cùng sinh đường âm đạo.

Bảng 4. Liên quan giữa Bishop ban đầu và khởi phát chuyển dạ thành công

Bishop	Thành công, n	Thất bại, n	Tỷ lệ thành công (%)
2 điểm	13	15	46,4
3 điểm	39	7	84,8
4 điểm	57	2	96,6
5 điểm	20	0	100
Tổng	**129**	**24**	**84,3**

Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công tăng rõ rệt khi Bishop trước đặt Propess tăng, trong đó Bishop = 5 tỷ lệ thành công là 100%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa Bishop ban đầu và kết quả khởi phát chuyển dạ

Bishop	Thành công n (%)	Thất bại n (%)	RR (KTC 95%)	p
= 2 điểm	13 (46,4)	15 (53,6)	1	
> 2 điểm	116 (92,8)	9 (7,2)	2,00 (1,34–2,98)	<0,001

Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công ở nhóm sản phụ có chỉ số Bishop ban đầu >2 điểm là 92,8%, cao hơn rõ rệt so với 46,4% ở nhóm Bishop =2 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

3.3. Thời gian chuyển dạ

Thời gian trung bình từ khi đặt Propess đến khi xuất hiện chuyển dạ là 8,05 ± 4,38 giờ, dao động từ 1 đến 24 giờ.

Thời gian từ khi chuyển dạ đến khi sinh đường âm đạo trung bình là 7,65 ± 4,38 giờ.

Thời gian trung bình từ đặt Propess đến sinh đường âm đạo là 15,0 ± 6,87 giờ, dao động từ 5 đến 32 giờ.

Trong 114 sản phụ sinh đường âm đạo, 41,2% sinh trong khoảng dưới 6 giờ, 48,3% trong khoảng 6 – 12 giờ và 10,5% sau 12 giờ, như vậy 89,5% số trường hợp sinh đường âm đạo nằm trong hai nhóm thời gian dưới 12 giờ tính từ thời điểm bắt đầu chuyển dạ.

3.4. Phương pháp sinh và nguyên nhân mổ lấy thai

Bảng 6. Nguyên nhân mổ lấy thai

Nguyên nhân	n	% trong số ca mổ
Khởi phát chuyển dạ thất bại	19	48,8
Suy thai	5	12,8
Sản phụ xin mổ	10	25,6
Đầu không lọt	5	12,8
Tổng	39	100

Khởi phát chuyển dạ thất bại là nguyên nhân thường gặp nhất dẫn đến mổ lấy thai, chiếm gần một nửa số trường hợp mổ.

3.5. Tác dụng không mong muốn và kết cục sơ sinh

Sốt được ghi nhận ở 9/153 sản phụ, tương ứng 5,9%. Không ghi nhận nôn, rét run hoặc tiêu chảy.

Cơn co tử cung cường tính xuất hiện ở 5 trường hợp (3,3%). Chảy máu sau sinh được ghi nhận ở 22 trường hợp (14,4%); lượng máu mất trung bình ở nhóm này khoảng 550 mL và có một trường hợp cần truyền máu.

Không ghi nhận trường hợp vỡ tử cung hoặc ngạt sơ sinh. Tất cả 153 trẻ sơ sinh có điểm Apgar >7.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của sản phụ trong nghiên cứu là 26,0 ± 2,5 tuổi, thấp hơn so với 29,4 ± 4,4 tuổi trong nghiên cứu của tác giả Thái Bằng [1] và 28,97 ± 4,79 tuổi trong nghiên cứu của tác giả Phan Thị Loan [4]. Sự khác biệt này cho thấy quần thể nghiên cứu tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng trẻ hơn hai nhóm đối chiếu, đồng thời nghiên cứu hiện tại được giới hạn hoàn toàn ở sản phụ con so.

Tại bảng 1 cho thấy đặc điểm nổi bật là 89,5% thai kỳ có tuổi thai >40 tuần. Tỷ lệ này cao hơn rõ rệt so với 45,6% thai ≥40 tuần trong nghiên cứu của Thái Bằng [1]. Tuổi thai càng lớn, khả năng đáp ứng với yếu tố gây chuyển dạ và chín muồi của cổ tử cung càng cao và do đó thành công của khởi phát chuyển dạ sẽ càng cao [10]. Hiệp hội Sản phụ khoa Hoàng gia Anh (RCOG) khuyến cáo khởi phát chuyển dạ so với chờ đợi chuyển dạ tự nhiên khi thai đến ngày dự sinh giúp giảm tỷ lệ mổ lấy thai, tử vong chu sinh và thai lưu [2].

Tại bảng 3, nghiên cứu ghi nhận 84,3% sản phụ đạt tiêu chuẩn khởi phát chuyển dạ thành công và 74,5% sinh được qua đường âm đạo. Kết quả cho thấy Propess có khả năng hỗ trợ làm chín muồi cổ tử cung và khởi phát chuyển dạ ở một tỷ lệ đáng kể sản phụ con so có cổ tử cung ban đầu chưa thuận lợi.

Tỷ lệ khởi phát thành công trong nghiên cứu của chúng tôi (84,3%) thấp hơn so với các tác giả khác, 88,6% trong nghiên cứu của tác giả Thái Bằng [1], Huỳnh Nguyễn Khánh Trang tỷ lệ thành công là 88,8% [6]; tỷ lệ sinh đường âm đạo (74,5%) cũng thấp hơn 87,6% của Daykan và cộng sự ở nhóm sử dụng dinoprostone phóng thích chậm [7]. Sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm đối tượng, chỉ định khởi phát, tình trạng cổ tử cung ban đầu cũng như định nghĩa tiêu chí thành công.

Chỉ số Bishop trung bình trước khởi phát chuyển dạ trong nghiên cứu là 3,46 ± 0,95 điểm, phản ánh tình trạng cổ tử cung chưa thuận lợi. Bảng 4 cho thấy mối liên quan rõ giữa Bishop ban đầu và khả năng khởi phát chuyển dạ thành công. Với Bishop 2 điểm, tỷ lệ thành công chỉ đạt 46,4%; tỷ lệ này tăng lên 84,8% khi Bishop 3 điểm, 96,6% ở Bishop 4 điểm và 100% ở Bishop 5 điểm. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công ở nhóm sản phụ có chỉ số Bishop ban đầu >2 điểm là 92,8%, cao hơn rõ rệt so với 46,4% ở nhóm Bishop =2 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001). Khả năng khởi phát chuyển dạ thành công ở nhóm Bishop >2 điểm cao gấp khoảng 2 lần so với nhóm Bishop =2 điểm (RR=2,00; KTC 95%: 1,34-2,98). Các tác giả đều cho rằng Bishop càng cao thì tỷ lệ thành công cao hơn, nhưng một số tác giả cho thấy giữa các nhóm chưa có khác biệt về thống kê [1], [3], [6], [9]. Kết quả này cho thấy Bishop trước khởi phát có thể là một yếu tố hữu ích trong tiên lượng khả năng đáp ứng với Propess. Tuy nhiên, Bishop thấp không nên được xem như một tiêu chí đơn độc để quyết định phương pháp sinh. Quyết định lâm sàng cần kết hợp chỉ định chấm dứt thai kỳ, tình trạng mẹ, thai, diễn biến sau khởi phát và các yếu tố sản khoa khác.

Thời gian trung bình từ đặt Propess đến chuyển dạ là 8,05 ± 4,38 giờ, trong khi thời gian từ đặt thuốc đến sinh đường âm đạo trung bình là 15,0 ± 6,87 giờ, kết quả này có ý nghĩa thực hành vì giúp bác sĩ có thêm cơ sở tư vấn cho sản phụ và gia đình về thời gian dự kiến của quá trình khởi phát. Trong số những trường hợp sinh đường âm đạo, 89,5% cuộc sinh trong 12 giờ kể từ khi bắt đầu chuyển dạ. Các nghiên cứu đều ghi nhận thời gian sinh khác nhau. Tác giả Thái Bằng ghi nhận 53% số ca sinh đường âm đạo diễn ra trong 12 giờ sau đặt Propess (tính từ khi đặt thuốc, khác mốc tính từ khi chuyển dạ của nghiên cứu này)

[1]. Nguyễn Mạnh Trí ghi nhận tỷ lệ sinh đường âm đạo trước 12 giờ là 92% [11], Lê Quang Hòa là 86,7% [8]. Dựa vào các kết quả nghiên cứu trên, có thể tiên lượng được mốc thời gian trong quá trình khởi phát chuyển dạ từ đó đánh giá những tiến triển của cuộc chuyển dạ và có những sự điều chỉnh phù hợp.

Tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu là 25,5%. Trong số 39 trường hợp mổ lấy thai, khởi phát chuyển dạ thất bại chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,8%; tiếp theo là sản phụ xin mổ 25,6%, suy thai 12,8% và đầu không lọt 12,8%. Tỷ lệ này nằm giữa tỷ lệ 38,0% của tác giả Thái Bằng và 10,67% của Phan Thị Loan [1], [4]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu: nghiên cứu của chúng tôi về sản phụ con so và 89,5% thai >40 tuần, trong khi hai nghiên cứu trên có quần thể nguy cơ và số lần sinh đa dạng hơn. Ngoài ra, việc so sánh trực tiếp cần thận trọng do sự khác nhau về định nghĩa thất bại khởi phát và chỉ định mổ lấy thai tại từng cơ sở. Đáng chú ý, 10 trong 39 ca mổ lấy thai xuất phát từ yêu cầu của sản phụ. Yếu tố này không phản ánh trực tiếp thất bại về mặt dược lý của Propess và có thể làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai chung của nghiên cứu.

Tác dụng phụ toàn thân thường gặp nhất là sốt, xuất hiện ở 5,9% trường hợp. Không có sản phụ phải ngừng nghiên cứu do tác dụng phụ này. Cơn co tử cung cường tính được ghi nhận ở 3,3%. Tỷ lệ này thấp hơn một số số liệu được trình bày trong các nghiên cứu trước như Cunningham 5,6%, Lê Quang Hòa 5,9% và Huỳnh Nguyễn Khánh Trang 13,1% [6], [8], [10]. Khả năng thu hồi hệ thống Propess khi xuất hiện bất thường là một đặc điểm thuận lợi trong quá trình theo dõi.

Chảy máu sau sinh được ghi nhận ở 14,4% sản phụ, cao hơn các nghiên cứu được sử dụng để đối chiếu trong đề tài [1], [5], [7]. Tuy nhiên, để xác định mức độ tương đồng với các nghiên cứu đối chiếu, cần làm rõ tiêu chuẩn chẩn đoán và phương pháp đo lượng máu mất đã được áp dụng. Do chưa đủ dữ liệu để xác định nguyên nhân của tỷ lệ ghi nhận tương đối cao, chúng tôi không quy kết kết quả này trực tiếp cho việc sử dụng Propess. Việc chuẩn hóa tiêu chuẩn chẩn đoán, phương pháp đo lượng máu mất và ghi nhận riêng các nguyên nhân chảy máu là cần thiết để tăng khả năng so sánh giữa các nghiên cứu.

Không có trường hợp vỡ tử cung hoặc ngạt sơ sinh. Toàn bộ trẻ sơ sinh trong nghiên cứu có điểm Apgar >7, cho thấy kết cục sơ sinh sớm nhìn chung thuận lợi ở nhóm đối tượng được lựa chọn và theo dõi.

V. KẾT LUẬN

Ở 153 sản phụ con so đủ tháng có cổ tử cung chưa thuận lợi được khởi phát chuyển dạ bằng Propess tại Bệnh viện Quốc tế Sản Nhi Hải Phòng:

Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công đạt 84,3%, tỷ lệ đạt pha tích cực 77,8% và tỷ lệ sinh đường âm đạo 74,5%. Thời gian trung bình từ đặt thuốc đến chuyển dạ là 8,05 ± 4,38 giờ và từ đặt thuốc đến sinh đường âm đạo là 15,0 ± 6,87 giờ. Trong số sản phụ sinh đường âm đạo, 89,5% sinh trong vòng 12 giờ kể từ khi bắt đầu chuyển dạ. Tỷ lệ mổ lấy thai là 25,5%.

Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công gia tăng theo chỉ số Bishop trước khi khởi phát, sản phụ có chỉ số Bishop 2 điểm thì tỷ lệ thành công là 46,4%, 3 điểm là 84,8%, 4 điểm là 96,6% và 5 điểm tỷ lệ khởi phát thành công là 100%.

Sốt gặp ở 5,9%, cơn co tử cung cường tính 3,3% và chảy máu sau sinh 14,4%. Không ghi nhận vỡ tử cung hoặc ngạt sơ sinh và 100% trẻ có điểm Apgar >7.

Propess có thể là một lựa chọn hiệu quả trong khởi phát chuyển dạ ở sản phụ con so đủ tháng được lựa chọn phù hợp. Việc đánh giá Bishop trước khởi phát và theo dõi chặt chẽ tình trạng mẹ, cơn co tử cung và tim thai trong quá trình sử dụng có vai trò quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thái Bằng, Đinh Thanh Hà, Cao Xuân Thành và cộng sự.** 2023. Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng Propess tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Nha Trang. Tạp chí Phụ sản. 21(4–5): 75–81.

2. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.** 2001. Induction of labour. Evidence-based clinical guideline. London: RCOG Clinical Support Unit.

3. **Lyrenas S, Clason I, Uimsten U.** 2001. In vivo controlled release of PGE2 from a vaginal insert during induction of labour. BJOG. 108(2): 169–178.

4. **Phan Thị Loan, Nguyễn Thị Dung, Trần Quang Hạnh và cộng sự.** 2025. Đánh giá hiệu quả của phương pháp khởi phát chuyển dạ bằng Propess trên bệnh nhân có thai kỳ nguy cơ cao tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2024. Vietnam Journal of Community Medicine. 66(Special Issue 6): 119–123.

5. **National Institute for Health and Care Excellence.** 2021. Inducing labour. NICE guideline NG207. London: NICE.

6. **Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, Tăng Thường Bản.** 2021. Hiệu quả của Propess làm chín muồi cổ tử cung và khởi phát chuyển dạ trên thai đủ trưởng thành tại Bệnh viện Hùng Vương. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 25(1): 238–243.

7. **Daykan Y.** 2018. Prediction of the efficacy of dinoprostone slow release vaginal insert (Propess) for cervical ripening: a prospective cohort study. J Obstet Gynaecol Res. 44(9): 1739–1746.

8. **Lê Quang Hòa.** 2011. Đánh giá kết quả gây chuyển dạ của prostaglandin E2 cho thai quá ngày sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 4/2011–7/2011. Luận văn thạc sĩ y học. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội.

9. **Dương Mỹ Linh, Vũ Quốc Nhân, Bùi Quang Nghĩa và cộng sự.** 2023. Kết quả khởi phát chuyển dạ bằng dinoprostone trên thai phụ có chỉ định chấm dứt thai kỳ. Tạp chí Y học Việt Nam. 529(1): 334–338.

10. **Cunningham FG.** 2014. Induction and augmentation of labor. In: Cunningham FG et al. Williams Obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill. p. 523–531.

11. **Nguyễn Mạnh Trí, Trần Ngọc Đính.** 2014. Tổng kết 1211 trường hợp khởi phát chuyển dạ của Cerviprime đối nhiều chỉ định khác nhau tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 6/2010 – 12/2011. Tạp chí Phụ Sản. 12(04): 50–2.