

HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA VIỆT – PHÁP

BÁO CÁO TỔNG KẾT MỘT NĂM ỨNG DỤNG ỐNG THÔNG
HAI BÓNG CẢI TIẾN BVPSTW LÀM MỀM MỎ CỔ TỬ CUNG
GÂY CHUYỂN DẠ: THÀNH CÔNG, ƯU ĐIỂM, NHƯỢC ĐIỂM
CỦA PHƯƠNG PHÁP

TS. Lê Thiện Thái

Ths. Đoàn Thị Phương Lam

NHS. Phó Thị Quỳnh Châu

ĐẶT VẤN ĐỀ

- Làm mềm mở cổ tử cung (CTC) nhân tạo trong gây chuyển dạ có CTC không thuận lợi sẽ làm tăng tỷ lệ đẻ đường âm đạo thành công khi gây chuyển dạ
- Bishop xác định tình trạng CTC bằng thang điểm: nếu chỉ số Bishop < 6 điểm thì phải sử dụng thuốc hoặc tác nhân cơ học làm mềm, mở CTC trước khi gây chuyển dạ
- Bóng đặt kênh CTC làm mềm mở CTC là 1 trong những phương pháp cơ học được sử dụng lần đầu năm 1967, lúc đầu là 1 bóng (ống thông Foley) sau đó là hai bóng(ống thông Atad hoặc bóng Cook)

ĐẶT VẤN ĐỀ

- Từ năm 2014 do không có thuốc làm mềm mở CTC gây chuyển dạ cho sản phụ có CTC không thuận lợi, bệnh viện PSTW đã sáng chế ra ống thông hai bóng cải tiến giống bóng của tác giả Atad làm mềm, mở CTC thu được hiệu quả thành công cao.
- Qua thời gian áp dụng thực tế, chúng tôi thấy phương pháp cải tiến này có tính ứng dụng cao, rẻ tiền, tránh được nhiều cuộc mổ đẻ cho sản phụ. mà hầu như không có tai biến gì. Do đó chúng tôi tiến hành tổng kết lại qua nghiên cứu này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Đẻ bệnh viện PSTW từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2015 ở những sản phụ có chỉ định gây chuyển dạ đẻ đường âm đạo thỏa mãn những tiêu chuẩn sau:
 - + Một thai sống, ngôi chỏm.
 - + Tuổi thai ≥ 37 tuần.
 - + Thăm khám âm đạo, CTC: màng ối còn nguyên vẹn, chỉ số Bishop CTC < 6 điểm.
 - + Không có nhiễm khuẩn toàn thân, không viêm âm đạo.
- Loại khỏi nghiên cứu những sản phụ không có đủ những tiêu chuẩn trên hoặc không có chỉ định đẻ đường âm đạo

TIẾN HÀNH NGHIÊN CỨU

Thực hiện đặt bóng :

- Sát khuẩn âm đạo, CTC.
- Sản phụ được đặt ống thông hai bóng cải tiến vào ống CTC cho tới phía trong lỗ trong CTC, sau đó bơm căng bóng tử cung bằng 80 ml nước muối rồi kéo ngược bóng ra phía ngoài áp sát lỗ trong CTC rồi bơm bóng âm đạo – CTC bằng 80 ml nước muối.
- Bóng được tháo ra khi nó tự tụt hoặc sau 12 giờ đặt bóng
- Kiểm tra lại âm đạo, chỉ số bishop CTC ngay khi tháo bóng .
- Oxytocin được chỉ định truyền với liều lượng theo phác đồ ở những sản phụ không có đủ cơn co tử cung.



TIẾN HÀNH NGHIÊN CỨU

Theo dõi các chỉ số nghiên cứu sau:

- Tỷ lệ thành công của phương pháp (CTC \geq 3cm sau khi tháo bóng hoặc bóng tụt)
- Tỷ lệ đẻ đường âm đạo, tỷ lệ mổ đẻ ?
- Thay đổi chỉ số Bishop CTC trước đặt bóng và sau tháo bóng.
- Sử dụng oxytocin hỗ trợ, sử dụng giảm đau trong đẻ ?
- Những tai biến với sản phụ và thai nhi: nhiễm khuẩn, màng ối vỡ trong khi đặt bóng, chảy máu âm đạo CTC, rách CTC, vỡ tử cung, trẻ sơ sinh bị nhiễm khuẩn, bị suy hô hấp ...

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

ĐẶC ĐIỂM SẢN PHỤ		N	%
Tuổi sản phụ	< 35 tuổi	94	78
	> 35 tuổi	26	22
Số lần sinh	Con so	95	79,16
	Con rạ	25	20,84
Tuổi thai	36 tuần 1/7 ngày – 37 tuần 0/7 ngày	8	6,7
	38 tuần - 40 tuần 0/7 ngày	27	22,5
	>= 41 tuần	85	70,8
Chỉ định gây chuyển dạ	Thai quá ngày sinh	85	70,8
	Cao HA, tiền sản giật	7	5,8
	Đái đường thai nghén, ĐTĐ typ 2	6	5
	Thiếu ối	12	10
	Thai chậm phát triển trong tử cung	8	6,6
	Khác	2	1,8

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 2: Kết quả làm mềm mở CTC của nghiên cứu

Kết quả sau khi tháo bóng (bóng tụt)	N	%
Thành công (CTC mở ≥ 3 cm)	108	90
Thất bại (CTC < 3 cm)	12	10
Tổng số	120	100

- Mei – Dan và Cs: thành công đạt 99 %
- Jack Atad và CS: thành công đạt 94 %
- Antonella Cromi và CS: thành công đạt 91,4 %

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3: Sự thay đổi chỉ số Bishop CTC trước và sau khi đặt bóng

Số lần sinh	Con so	Con rạ
Chỉ số Bishop CTC (điểm)		
Trước đặt bóng	2 (0 - 5)	3 (0 - 5)
Sau tháo bóng	7 (5 - 10)	7 (5 - 10)
Thay đổi chỉ số Bishop	5 (5 - 10)	5 (5 - 10)

- Jack Atad: trước đặt thấp nhất 2, cao nhất là 6 điểm. Sau tháo bóng: $10,3 \pm 3,3$
- Cromi và cs: sự thay đổi chỉ số Bishop CTC trước và sau đặt là 3 điểm
- CE Pennel và cs: Bishop thay đổi sau đặt bóng từ 3-4 điểm

Bảng 4. Kết quả về cuộc chuyển dạ

Kết quả cuộc gây chuyển dạ và đặc điểm cuộc đẻ của sản phụ trong nghiên cứu		N	Tỷ lệ %
Cách sinh ở nhóm đặt bóng thành công (CTC mở \geq 3 cm)	Đẻ thường	81/108	75
	Đẻ thủ thuật	7/108	7
	Mổ đẻ	20/108	18
Cách sinh ở nhóm đặt bóng không thành công (CTC < 3cm, được truyền oxytocin gây chuyển dạ tiếp)	Đẻ thường	4/12	33,3
	Đẻ thủ thuật	2/12	16,7
	Mổ đẻ	6/12	50
Kết quả cuộc chuyển dạ trong vòng 24 giờ	Đẻ đường âm đạo (đẻ thường + thủ thuật)	94/120	78,3
	Mổ đẻ	26/120	21,7
Sử dụng oxytocin truyền tĩnh mạch kèm		112/120	93,3
Sử dụng giảm đau (gây tê ngoài màng cứng) trong chuyển dạ		98/120	81,6
Thời gian trung bình từ khi đặt đến khi tháo bóng (giờ, phút)		9,7 \pm 3,4	
Thời gian từ khi đặt bóng đến khi đẻ đường âm đạo (giờ, phút)		18,8 \pm 5,4	

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 5. Kết quả về sơ sinh và sản phụ sau đẻ

Đặc điểm		
Sơ sinh	Cân nặng lúc sinh (g)	3260 ± 580
	Sơ sinh P > 4000g (n)	5 (4,2 %)
	Sơ sinh có Apgar 5 phút < 7 điểm	1
Sản phụ	Chảy máu sau đẻ	0
	Rách CTC, AD	1
	Nhiễm trùng trong chuyển dạ	0
	Nhiễm trùng sau đẻ	1
	Vỡ tử cung, nứt tử cung	0
	CCTC cường tính	0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 6. So sánh hiệu quả của ống thông hai bóng cải tiến với ống thông hai bóng nguyên bản

Tác giả	Năm nghiên cứu	Thiết bị bóng sử dụng	Kết quả làm mềm mở CTC (%)	Kết quả đở đường AD (%)
Jack Atad	1997	Bóng Cook	94	86,7
Eled Mei – Dan	2011	Bóng Cook	99	80
Antonella- Cromi	2012	Bóng Cook	91,4	68,8
Lê Thiện Thái Đoàn T Phương Lam	2015	Bóng cải tiến giống Cook	90	78,3

KẾT LUẬN

- Sử dụng ống thông hai bóng cải tiến làm mềm mở CTC gây chuyển dạ cho hiệu quả thành công cao đạt 90 % và tỷ lệ đẻ đường âm đạo trong 24 giờ đạt 78,3 % và hầu như không gây tai biến cho sản phụ và thai nhi.
- Trong điều kiện kinh tế, các thuốc, kỹ thuật khác chưa có đủ thì đây được coi là phương pháp tốt nhất giúp cho sản phụ có cơ hội đẻ đường âm đạo ở những cơ sở sản khoa có khả năng phẫu thuật

KIẾN NGHỊ

- Tiếp tục theo dõi, đánh giá phương pháp trong quá trình thực hiện đặt bóng gây chuyển dạ
- Nên phổ biến quy trình, kỹ thuật tạo bóng và đặt bóng cho những cơ sở sản khoa có khả năng phẫu thuật để giúp cho sản phụ phải đình chỉ thai nghén đường dưới có cơ hội đẻ đường âm đạo.



**XIN CẢM ƠN SỰ LẮNG NGHE CỦA QUÝ
THẦY CÔ!**