

500mcg; 01 KM không thuộc DM BHYT thanh toán: Vincosyn plus.

Lý do chủ yếu là do thay đổi về thông tư về danh mục thuốc BHYT chi trả từ khi có thông tư 40/2014/TT-BYT sau đó là thông tư 30/2018/TT-BYT dẫn tới các thuốc đã được thanh toán trước đây nay không còn được tiếp tục thanh toán, gây khó khăn cho việc triển khai kỹ thuật thủy châm tại bệnh viện và hoạt động chăm sóc người bệnh.

VI. KIẾN NGHỊ

Đối với 08 thuốc dùng cho kỹ thuật thủy châm, tiếp tục đề nghị BHYT thanh toán 100% cho 04 thuốc gồm: Cerebrolysin 1ml, Cerebrolysin 5ml, Methycobal 500mcg, Vincosyn plus. Để tăng số lượng và tỷ lệ thuốc thủy châm được BHXH thanh toán, Bệnh viện cần xây dựng phác đồ thuốc thủy châm để điều trị các mặt bệnh chủ yếu trong mô hình bệnh tật của bệnh viện và trình cấp thẩm quyền phê duyệt. Bệnh viện cần phối hợp với các Vụ, Cục đề nghị BHYT

thanh toán 100% các thuốc thủy châm theo phác đồ điều trị của Bệnh viện và của ngành YHCT đã được phê duyệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2014), Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành chăm cứu, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 34.
2. **Bộ Y tế** (2020), Quyết định số 5013/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại".
3. **Bộ Y tế** (2018), Thông tư 30/2018/TT-BYT ngày 30/10/2018 của Bộ y tế về danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Vân** (2018), Phân tích danh mục thuốc tại Bệnh viện y học cổ truyền Trung ương năm 2018, Luận văn thạc sĩ dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội.
5. **Nguyễn Tài Thu** (2013), Tân châm, Nhà xuất bản thể giới, tr 205-230.

HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ VỚI PROSTAGLANDIN E2 TRÊN THAI QUÁ NGÀY DỰ SINH TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Nguyễn Hữu Trung¹, Lê Thị Mỹ Hạnh², Phạm Hùng Cường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tạo ra sự chuyển dạ trước khi bắt đầu có chuyển dạ tự nhiên ở một thai kỳ sống, được gọi là khởi phát chuyển dạ (KPCD), bằng cách tạo ra sự xoá mở cổ tử cung. Với sự tiến bộ của y học, có nhiều phương pháp KPCD đã được áp dụng. Các phương pháp này được chia thành hai nhóm chính: cơ học và thuốc. Phương pháp cơ học gồm: tách ối, nong cổ tử cung (CTC) bằng Laminaria, Kovac's, thông Foley đơn và thông Foley đôi. Phương pháp dùng thuốc gồm: Oxytocin, Prostaglandin E₁ (Misoprostol), Prostaglandin E₂ (Dinoprostone). Trong nghiên cứu này của chúng tôi tập trung trên nhóm nghiên cứu KPCD với Prostaglandin E₂ (Dinoprostone). **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ KPCD thành công của Dinoprostone ở thai quá ngày dự sinh tại bệnh viện Nhân dân Gia Định. **Phương pháp:** Nghiên cứu hàng loạt ca được thực hiện từ tháng 4 năm 2021 đến tháng 9 năm 2021, chúng tôi đã thu nhận được 46 thai phụ ≥ 40 tuần vô kinh được KPCD bằng Dinoprostone tại bệnh

viện Nhân dân Gia Định. Kết quả thành công KPCD được định nghĩa là Bishop ≥ 7 trong thời gian 24 giờ sau KPCD bằng Dinoprostone. Bên cạnh, chúng tôi tiến hành phân tích các biến chứng chu sinh, tác dụng phụ của thuốc. **Kết quả:** Tỉ lệ thành công của KPCD bằng Dinoprostone dạng đặt âm đạo trên thai quá ngày dự sinh đạt 89,13% KTC 95% (80,14– 98,12). Tỉ lệ sinh ngã âm đạo là 65,2% KTC 95% (51,5 - 78,9), tỉ lệ mổ lấy thai là 34,8% KTC 95% (21,1 – 48,5). Tác dụng ngoại ý được ghi nhận trong nghiên cứu bao gồm: cơn gò cường tính (17,39%), biến đổi tim thai CTG nhóm II (8,69%), buồn nôn (4,34%), tiêu chảy (4,34%), vỡ ối (2,17%), băng huyết sau sinh (4,34%), Apgar 5 phút < 7 (4,34%). **Kết luận:** Dinoprostone dạng đặt âm đạo được xem như một lựa chọn KPCD có tính hiệu quả và an toàn cho mẹ và thai nhi đối với những trường hợp thai quá ngày dự sinh. Do những tác dụng ngoại ý có thể xảy ra, việc dùng Dinoprostone dạng đặt âm đạo để KPCD phải tuân thủ qui trình thực hiện và theo dõi chặt chẽ.

Từ khoá: Dinoprostone; khởi phát chuyển dạ

SUMMARY

EFFICIENCY AND SAFETY OF INDUCED LABOR BY PROSTAGLANDIN E2 IN OVERDUE PREGNANCY IN GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL

Background: An initiating labor before spontaneous onset of labor in a viable pregnancy,

¹Đại học Y dược TPHCM

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Trung

Email: drtrung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

called as induction of labor (IOL), artificially initiates the process of effacement of the cervix, dilatation of the cervix. With advancements in medicine, various methods of labor induction have been implemented. These methods are categorized into two main groups: mechanical and pharmacological. Mechanical methods include: amniotomy, cervical dilation using Laminaria, Kovac's dilator, single-balloon Foley catheter, and double-balloon Foley catheter. Pharmacological methods include: Oxytocin, Prostaglandin E₁ (Misoprostol), and Prostaglandin E₂ (Dinoprostone). In this study, we focus on labor induction using Prostaglandin E₂ (Dinoprostone). **Objective:** To determine the success rate of IOL using Dinoprostone in women beyond the 40 weeks of pregnancy at Gia Dinh People's Hospital. Method: A retrospective case series was conducted between April 2021 and September 2021, enrolling 46 women beyond the 40 weeks of single pregnancy who underwent Dinoprostone slow-released vaginal insert-induced labor at Gia Dinh People's Hospital. The primary outcome was defined as the Bishop score ≥ 7 within 24 hours induction with Dinoprostone vaginal insert. The secondary outcome analyzed perinatal complications, adverse effects. **Result:** Among 46 women who underwent Dinoprostone slow-released vaginal insert-induced labor, the success rate of IOL using Dinoprostone was 89.13% (CI 84.67-93.58). The rate of vaginal delivery was higher than cesarean delivery (65.21% CI 51.5-78.9 vs 34.78% CI 21.1 - 48.5). We assigned some side effects: nausea (4.34%), diarrhea (4.34%) and some perinatal complications: fetal distress (8.69%), uterine hyperstimulation (17.39%), rupture membrane (2.17%), hemorrhage postpartum (4.34%), apgar at 5 minutes < 7 (4.34%). **Conclusion:** Dinoprostone slow-released vaginal insert is a good choice for women beyond the 40th week of single pregnancy. Because of some perinatal complications, we need comply the process.

Keywords: Dinoprostone; induction of labor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khởi phát chuyển dạ (KPCD) là một can thiệp lâm sàng thường gặp trong sản khoa. Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2011, khảo sát 300.000 trường hợp sinh ở 373 cơ sở chăm sóc sức khỏe ở 24 nước, tỉ lệ KPCD là 9,6%⁽¹⁾. Với sự tiến bộ của y học, có nhiều phương pháp KPCD đã được áp dụng, được chia thành hai nhóm chính: cơ học và thuốc. Phương pháp cơ học gồm: tách ối, nong cổ tử cung (CTC) bằng Laminaria, Kovac's, thông Foley đơn và thông Foley đôi. Phương pháp dùng thuốc: Oxytocin, Prostaglandin E₁ (Misoprostol), Prostaglandin E₂ (Dinoprostone)^{(2),(3),(4)}.

Prostaglandins (PGs) trong KPCD đã được áp dụng nhiều trên thế giới và Việt Nam. Prostaglandin E₂ (Dinoprostone) có tỉ lệ thành công 83% - 96%. Từ tháng 02/2012 Bộ Y tế không cho phép sử dụng Prostaglandin E₁

(Misoprostol) trong KPCD trên thai sống, trưởng thành⁽⁴⁾. Dinoprostone là giải pháp hiệu quả và an toàn hơn.

Từ năm 2013 đến 2019: tại bệnh viện Nhân dân Gia Định (BVNDGD), thai phụ từ 40 tuần chưa chuyển dạ, sẽ được nhập viện và KPCD bằng lóc ối trong 3 ngày, chuyển phòng sanh giục sinh chấm dứt thai kì lúc thai 40 tuần 3 ngày. Từ năm 2019, KPCD bằng thông Foley bóng đôi được bổ sung vào phác đồ. Tuy nhiên, nhiều trường hợp, Foley đưa vào khó khăn, gây cảm giác khó chịu, vướng víu kèm các biến chứng có thể xảy ra: ngôi bất thường, ối vỡ, sa dây rốn,...⁽⁵⁾.

Nhằm áp dụng thêm một phương pháp KPCD để thai phụ mang thai quá ngày dự sinh có nhiều lựa chọn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Hiệu quả, an toàn của KPCD với Dinoprostone trên thai quá ngày dự sinh tại bệnh viện Nhân dân Gia Định", với câu hỏi nghiên cứu Dinoprostone có hiệu quả như thế nào trong KPCD ở thai quá ngày dự sinh? **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. *Xác định tỉ lệ KPCD thành công của Dinoprostone ở thai quá ngày dự sinh tại BVNDGD.*

2. *Xác định tỉ lệ các tác dụng không mong muốn và các biến chứng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu báo cáo loạt ca tiền cứu.

Dân số nghiên cứu. Thai phụ mang đơn thai sống, ≥ 40 tuần, chưa chuyển dạ có chỉ định chấm dứt thai kỳ, nhập viện tại khoa sản, bệnh viện Nhân dân Gia Định.

Tiêu chuẩn nhận vào:

- Thai phụ > 18 tuổi, tuổi thai ≥ 40 tuần (theo kinh cuối với chu kỳ kinh nguyệt đều hoặc dựa vào siêu âm 3 tháng đầu), đơn thai, ngôi đầu.

- Khung chậu bình thường trên lâm sàng, điểm số Bishop ≤ 4 .

- Nonstress test có đáp ứng. Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không nhớ chính xác ngày kinh cuối và không có siêu âm 3 tháng đầu. Đã có chuyển dạ. Có bệnh lý nội khoa kèm theo: bệnh lý tim, tiểu đường, cường giáp, nhiễm trùng...

- Có sẹo mổ cũ trên tử cung: mổ sinh, bóc nhân xơ tử cung, sẹo vá tử cung bị vỡ trong lần mang thai trước, sẹo xén góc tử cung, dị dạng tử cung.

- Herpes sinh dục đang tiến triển. Ung thư CTC, CTC đã từng bị tổn thương hoặc can thiệp trước đó: đốt lạnh, đốt điện, khoét chóp.

- Ngồi bất thường, nhau tiền đạo hoặc xuất huyết âm đạo không rõ nguyên nhân trong quá trình mang thai, bất xứng đầu chậu.

- Có chống chỉ định sử dụng Dinoprostone:

- Thai phụ đang dùng các thuốc giục sinh khác.
- Nghi ngờ hoặc có dấu hiệu suy thai.
- Thai phụ có số lần sinh con > 3 (sinh đủ tháng).

• Thai phụ quá mẫn với Dinoprostone hoặc bất kỳ thành phần tá dược nào.

Cỡ mẫu. Từ tháng 4/2021 đến 9/2021, có 46 trường hợp thai phụ thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Quy trình chọn mẫu. Các thai phụ nhập khoa sản BVNDGD có tuổi thai ≥ 40 tuần được dán nhãn nhận diện. Khám lâm sàng và cận lâm sàng thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tiêu chuẩn KPCD thành công: Nếu trong 24 giờ sau đặt Dinoprostone, Bishop ≥ 7 điểm.

Tiêu chuẩn KPCD thất bại: Nếu sau khi đặt Dinoprostone 24 giờ Bishop < 7 điểm. Có tác dụng ngoại ý hoặc biến chứng trầm trọng.

Phương pháp nhận bệnh và thu thập số liệu. Thực hiện tuần tự các bước sau:

Các thai phụ nhập khoa sản bệnh viện Nhân dân Gia Định có tuổi thai ≥ 40 tuần sẽ được dán nhãn nhận diện thai quá ngày dự sinh.

Khám lâm sàng và cận lâm sàng để chọn thai phụ thỏa điều kiện chọn mẫu:

- Hỏi tiền căn bệnh lý nội khoa (tim mạch, đái tháo đường...), ngoại khoa, sản khoa.

- Xác định chính xác tuổi thai: theo kinh cuối nếu thai phụ nhớ chính xác và chu kỳ kinh đều 28 – 30 ngày hoặc theo siêu âm 3 tháng đầu.

- Xác định ngôi thai, ước lượng cân nặng thai.

- Khám tổng quát nhằm phát hiện các bệnh lý phối hợp.

- Khám sản khoa xác định ngôi thai, tim thai, cơn gò tử cung, bề cao tử cung.

- Đặt mỏ vịt xác định các sang thương ở CTC: polype, chồi sùi, viêm nhiễm cấp, thử Nitrazine test nếu nghi ngờ ối vỡ.

- Khám âm đạo đánh giá điểm số Bishop, tình trạng CTC, ngôi thai, khung chậu.

- Tiến hành ghi NST để đánh giá sức khỏe thai nhi.

- Kiểm tra chỉ định và chống chỉ định.

Số liệu được thu thập dựa vào bảng thu thập số liệu của nghiên cứu.

Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS

Giấy phép y đức. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này khi đã được Bộ môn Sản phụ khoa trường đại học Y dược TP.HCM thông qua và ban giám đốc Bệnh viện Nhân dân Gia Định đồng ý.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 4/2021 đến 9/2021, chúng tôi đã tiến hành đánh giá hiệu quả và an toàn của KPCD bằng Dinoprostone dạng đặt âm đạo (Propess) ở thai quá ngày dự sinh tại bệnh viện Nhân dân Gia Định. Với thiết kế nghiên cứu báo cáo loạt ca tiến cứu, chúng tôi thu nhận được 46 mẫu thỏa điều kiện và chấp nhận vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tổng số (n=46)	Tỉ lệ (%)
Tuổi mẹ	< 35 tuổi	34	73,91
	≥ 35 tuổi	12	26,09
Số lần sinh	Con so	24	52,17
	Con rạ	22	47,83
Địa chỉ	TP HCM	28	60,87
	Tỉnh khác	18	39,13

Nhận xét: Tuổi trung bình của thai phụ là $29,24 \pm 6,19$ tuổi, trong đó nhóm <35 tuổi chiếm 73,91%. Nhóm thai phụ sinh con so chiếm 52,17%. Đa số cư trú tại TPHCM chiếm 60,87%.

Bảng 2. Tỉ lệ KPCD thành công

Kết quả	Tổng số	Tỉ lệ (%)	KTC 95%
Thành công	41	89,13	80,14 – 98,12
Thất bại	5	10,87	10,33 – 11,41

Nhận xét: Tỉ lệ KPCD thành công là 89,13%.

Bảng 3. Đánh giá yếu tố liên quan đến khả năng KPCD thành công

Yếu tố liên quan	KPCD		Phân tích đơn biến		
	Thành công	Thất bại	OR	KTC 95%	p*
Tuổi mẹ					
< 35	29 (90,6)	3 (9,4)	1,61	0,24 – 10,89	0,62
≥ 35	12 (85,7)	2 (14,3)	1		
Số lần sinh					
Con so	20 (83,3)	4 (16,7)	0,24	0,02 – 2,31	0,18
Con rạ	21 (95,5)	1 (4,5)	1		
Bishop trước KPCD					
0-2	11 (73,3)	4 (26,7)	0,09	0,01 – 0,91	0,02
3-4	30 (96,8)	1 (3,2)	1		

Cân nặng con lúc sinh					
< 3500g	32 (91,4)	3 (8,6)	2,37	0,34 -16,42	0,37
≥ 3500g	9 (81,8)	2 (18,2)	1		

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận nhóm có Bishop trước KPCD 0-2 điểm làm giảm tỉ lệ thành công so với nhóm Bishop trước KPCD 3-4 điểm, OR=0,09, KTC 95% [0,01-0,91], sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Chúng tôi chưa ghi nhận mối liên hệ giữa tuổi mẹ, số lần sinh và cân nặng con lúc sinh với tỉ lệ KPCD thành công ($p>0,05$).

Bảng 4. Thời gian theo dõi cuộc chuyển dạ

Thời gian theo dõi cuộc chuyển dạ	Thời gian trung bình (giờ)
Từ KPCD đến Bishop ≥7 (n=41)	7,67 ± 2,55
Từ KPCD đến lúc sinh ngã âm đạo (n=35)	12,45 ± 3,49

Thời gian từ khi KPCD đến khi Bishop ≥ 7 trung bình là 7,67 ± 2,55 giờ, thời gian từ khi KPCD đến khi sinh ngã âm đạo trung bình là 12,45 ± 3,49 giờ.

Bảng 5. Phương thức sinh sau khởi phát chuyển dạ với Dinoprostone

Phương thức sinh	Tổng (n)	Tỉ lệ (%)
Sinh ngã âm đạo	30	65,21
Sinh mổ	16	34,78

Nhận xét: Tỉ lệ sinh ngã âm đạo chiếm 65,21%, tỉ lệ sinh mổ chiếm 34,78%.

Bảng 6. Chỉ định sinh mổ

Chỉ định sinh mổ	Tổng số (n=16)	Tỉ lệ (%)
KPCD thất bại	5	31,25
Suy thai tại phòng sanh	4	25
Giục sinh thất bại	1	6,25
Thai trình ngưng tiến triển	6	37,5

Nhận xét: Chỉ định sinh mổ chiếm tỉ lệ cao nhất là thai trình ngưng tiến triển chiếm 37,5%.

Bảng 7. Các yếu tố không mong muốn trong khởi phát chuyển dạ

Tác dụng ngoại ý	Tổng số (n)	Tỉ lệ (%)
Buồn nôn	2	4,35
Tiêu chảy	2	4,35
Vỡ ối	1	2,17
Cơn gò cường tính	8	17,39
Biến đổi CTG nhóm II	4	8,69

Nhận xét: Tác dụng ngoại ý nhiều nhất là cơn gò cường tính (chiếm 17,39%), biến đổi tim thai CTG nhóm II (chiếm 8,69%). Chúng tôi không ghi nhận có biến đổi CTG nhóm III, nhau bong non, vỡ tử cung.

IV. BÀN LUẬN

Điểm Bishop trước KPCD có giá trị trong việc tiên lượng khả năng thành công của KPCD. Điểm

Bishop càng cao thì kết quả KPCD thành công càng cao. Chúng tôi chỉ nhận những trường hợp có điểm Bishop trước khi KPCD ≤ 4. Kết quả của chúng tôi tương tự điểm số Bishop trung bình trước KPCD là 2,7 ± 1,3 trong nghiên cứu tác giả Phạm Chí công⁽⁶⁾.

Điểm Bishop sau KPCD trung bình của chúng tôi cao hơn của tác giả Tăng Thường Bản (7,5 ± 1,8 điểm) và gần tương đương với kết quả của tác giả Phạm Chí Kông^{(9), (8)}. Điều này có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả Phạm Chí Kông là thai phụ mang thai quá ngày dự sinh tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi, còn của tác giả Tăng Thường Bản là thai phụ có tuổi thai trên 37 tuần^{(6), (7)}.

Tình trạng CTC là yếu tố quan trọng nhất để KPCD. Chỉ số Bishop là yếu tố khách quan để đánh giá tình trạng CTC khi KPCD và theo dõi mức độ tiến triển của quá trình chuyển dạ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự thay đổi rõ rệt chỉ số Bishop trung bình trước và sau đặt thuốc là cơ sở để khẳng định Dinoprostone là một trong những thuốc rất hiệu quả trong việc làm thay đổi tình trạng CTC để cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi.

Tỉ lệ KPCD thành công của chúng tôi gần tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Việt Tiến (82,0%) và tác giả Vũ Văn Vinh (87,1%) đồng thời chứng tỏ Dinoprostone có tỉ lệ thành công khá cao trong KPCD⁽⁸⁾.

Có thể thấy rằng thời gian trung bình từ lúc bắt đầu đặt thuốc để gây chuyển dạ đến lúc sinh ngã âm đạo dài hơn so với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác. Nguyên nhân cho sự khác biệt này: sự khác nhau về biệt dược sử dụng, liều lượng, đường dùng, quy trình theo dõi và biện pháp xử trí trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

So sánh với tỉ lệ sinh mổ của tác giả Phạm Chí Công và Nguyễn Phụng Trân lần lượt là 45% và 55,06%, tỉ lệ sinh mổ của chúng tôi thấp hơn chứng tỏ KPCD bằng Dinoprostone ở thai quá ngày dự sinh giảm tỉ lệ sinh mổ⁽⁶⁾.

Hầu hết không ghi nhận tác dụng ngoại ý. Cơn gò cường tính chiếm tỉ lệ cao nhất 17,39%, biến đổi CTG nhóm II với 8,69%, không ghi nhận tai biến nặng nguy hiểm.

Điểm mới của nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả KPCD bằng Dinoprostone dạng đặt âm đạo (Propess) ở thai quá ngày dự sinh lần đầu tiên được thực hiện tại bệnh viện Nhân dân Gia Định. Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy tỉ lệ

thành công của phương pháp KPCD bằng Dinoprostone là 89,13%, kết quả cũng tương tự với nghiên cứu của các tác giả trên thế giới. Tỷ lệ thành công khá cao, là căn cứ để các bác sĩ tại bệnh viện Nhân dân Gia Định cân nhắc tư vấn thai phụ lựa chọn phương thức KPCD ở những trường hợp thai quá ngày dự sinh.

Hạn chế của nghiên cứu: cũng như các nghiên cứu về đánh giá hiệu quả của KPCD trong nước và trên thế giới, hầu hết đều dựa vào sự thay đổi bằng điểm Bishop, mà đánh điểm Bishop thì mang tính chủ quan, kết quả có thể sai lệch, đây là điểm hạn chế của đề tài. Cỡ mẫu chưa đủ lớn nên sẽ có giá trị và độ tin cậy chưa cao cho tất cả các mục tiêu, cần thêm thời gian, kinh phí và nguồn lực để khắc phục.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ thành công của KPCD bằng Dinoprostone dạng đặt âm đạo trên thai quá ngày dự sinh đạt 89,13% KTC 95% (80,14– 98,12).

2. Tỷ lệ sinh ngả âm đạo là 65,2% KTC 95% (51,5-78,9), tỷ lệ sinh mổ là 34,8% KTC 95% (21,1 – 48,5).

3. Tác dụng ngoại ý được ghi nhận trong nghiên cứu bao gồm: cơn gò cường tính

(17,39%), biến đổi tim thai CTG nhóm II (8,69%), buồn nôn (4,34%), tiêu chảy (4,34%), vỡ ối (2,17%), băng huyết sau sinh (4,34%), Apgar 5 phút < 7 (4,34%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO, (2011), WHO recommendations for Induction of labour, pp. 36.
2. ACOG, (2009), "ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor", Obstet Gynecol, 114 (2 Pt 1), pp. 386-397.
3. Bộ môn Phụ Sản Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh, (2010), Khởi phát chuyển dạ, Nhà xuất bản y học TP. Hồ Chí Minh, tr. 74-85.
4. Bộ Y tế, (2016), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, tr.234
5. Ngô Minh Hưng (2018), Hiệu quả khởi phát chuyển dạ với thông Foley đôi cải tiến trên thai quá ngày dự sinh có chỉ định chấm dứt thai kỳ tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, tr. 50.
6. Phạm Chí Công (2021), "Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng propress đặt âm đạo", Tạp chí Phụ sản, tr. 38-47.
7. Tăng Thường Bàn, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, (2021), Hiệu quả của propress làm chín mủ cổ tử cung và khởi phát chuyển dạ trên thai đủ tháng thành tại bệnh viện hưng vương, Tạp chí y học TP HCM, tr. 238-243.
8. Nguyễn Việt Tiến, (2011), Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng propress đặt âm đạo, tr. 50.

TIỀN LƯỢNG TỬ VONG DO TIM MẠCH CỦA THANG ĐIỂM GRACE TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP KÈM ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Nguyễn Nhật Tài²

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhồi máu cơ tim cấp là bệnh lý nguy hiểm, gây tàn tật và tử vong cao. Hiện nay nhồi máu cơ tim cấp và các biến chứng liên quan vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Có nhiều thang điểm ra đời nhằm mục đích tiên lượng cho nhồi máu cơ tim cấp. Thang điểm GRACE được hội Tim Châu Âu khuyến cáo trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Riêng trên nhóm bệnh nhân đái tháo đường mắc nhồi máu cơ tim cấp, tổn thương mạch vành thường phức tạp cộng với các biến chứng liên quan có thể ảnh hưởng đến kết cục cuối cùng. **Mục tiêu:** Đánh giá tiên lượng tử vong do tim mạch của thang điểm GRACE ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường type 2. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiên

cứu, theo dõi dọc, khảo sát nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường. **Kết quả:** Từ 11/2022 đến 06/2023 thu nhận được 232 bệnh nhân với tuổi trung bình là $66,17 \pm 10,05$ và nữ giới chiếm 50,86%. Điểm GRACE trung bình là $122,53 \pm 28,25$. Tỷ lệ tử vong nội viện là 6,47% ($n = 15$). Tỷ lệ tử vong 90 ngày là 13,36% ($n = 29$). Khi đưa vào phân tích đa biến, triệu chứng đau ngực là yếu tố tiên lượng độc lập tử vong 90 ngày. **Kết luận:** Trên dân số nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường type 2 được nghiên cứu, tỷ lệ tử vong lúc 90 ngày cao hơn gấp đôi so với tỷ lệ tử vong nội viện. Phân tích đa biến cho thấy triệu chứng đau ngực là yếu tố tiên lượng độc lập.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim cấp, thang điểm GRACE, tiên lượng tử vong.

SUMMARY

PROGNOSTIC IMPACT OF THE GRACE SCORE ON CARDIOVASCULAR DEATH IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND DIABETES

Introduction: Acute myocardial infarction (AMI) is a perilous condition, contributing significantly to disability and mortality rates globally. Despite various scoring systems developed to predict AMI, it remains

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương Hải

Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024