

KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG ỐNG THÔNG FOLEY VÀ DINOPROSTONE Ở THAI PHỤ QUÁ NGÀY DỰ SINH

Dương Mỹ Linh^{1,✉}, Nguyễn Thị Kim Chi²,

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đồng Nai 2

Thai quá ngày có thể gây tử vong đột ngột cho thai nhi mà khó có thể dự đoán trước. Nghiên cứu nhằm so sánh kết quả khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley và dinoprostone ở 102 thai phụ quá ngày dự sinh. Đánh giá kết quả thành công dựa vào độ mở cổ tử cung, chỉ số Bishop. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công của nhóm đặt foley là 82,4%; đặt dinoprostone là 86,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nhóm đặt dinoprostone có tỷ lệ thành công cao trong 12 giờ đầu so với đặt foley (33,4% so 29,4%). Thời gian tính từ khởi phát chuyển dạ đến thành công trung bình ở nhóm dinoprostone thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đặt foley với $p < 0,05$ với OR= 2,8; khoảng tin cậy 95%: 1,3 - 5,4. Chỉ số Bishop cũng như tác dụng ngoại ý không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Dinoprostol là sự lựa chọn hàng đầu để khởi phát chuyển dạ ở thai quá ngày dự sinh do có thời gian trung bình đánh giá thành công ngắn và ít tác dụng ngoại ý.

Từ khóa: Thai quá ngày dự sinh, khởi phát chuyển dạ, ống thông foley, dinoprostone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khởi phát chuyển dạ là phương pháp tạo ra cuộc chuyển dạ giống như sinh lý với mục đích kết thúc thai kỳ bằng phương pháp sinh ngã âm đạo thường trong vòng 24 giờ đầu. Ngày nay, khởi phát chuyển dạ ngày càng được áp dụng nhiều với mục đích kết thúc những thai kỳ có nguy cơ cao bằng phương pháp sinh ngã âm đạo để làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai và các biến chứng của nó. Có nhiều phương pháp khởi phát chuyển dạ đã được đề xuất và thực hiện. Về cơ bản, phương pháp khởi phát chuyển dạ được chia làm 2 nhóm: (1) nhóm cơ học như: tách ối, dùng ống thông Foley; (2) nhóm dùng thuốc như dinoprostone và misoprostol.^{1,2} Mỗi phương pháp đều có ưu và khuyết điểm, khởi phát chuyển dạ bằng ống thông foley có ưu điểm là chi phí thấp, phương tiện dễ tìm và ít

các biến chứng liên quan đến cơ cơ tử cung (cơ cơ tử cung cường tính), tuy nhiên việc đặt ống thông foley có thể làm cho người thai phụ cảm thấy khó chịu và theo một vài nghiên cứu thì hiệu quả không bằng dùng thuốc.³

Thai quá ngày là 1 trong những bất thường trong thai kỳ, thai quá ngày có thể gây tử vong đột ngột cho thai nhi mà khó có thể dự đoán trước. Tỷ lệ tử vong chu sinh khi thai > 41 tuần tăng gấp đôi so với thai đủ tháng và tăng gấp ≥ 6 lần khi thai 43 tuần. Suy tuần hoàn nhau – thai, hít phân su và nhiễm trùng thai nhi làm tăng tỷ lệ tử vong chu sinh.⁴ Vì thế trong những trường hợp này cần chấm dứt thai kỳ, nếu không có chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối như vết mổ lấy thai cũ, ngôi bất thường, nhau tiền đạo trung tâm, thì nên được khởi phát chuyển dạ để chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp sinh đường âm đạo. Khởi phát chuyển dạ ở thai ≥ 39 tuần làm giảm đáng kể tỷ lệ mổ lấy thai so với chờ đợi chuyển dạ tự nhiên (18,6% so với 22,2%).⁵ Chính vì thế, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: So sánh kết quả khởi phát chuyển dạ

Tác giả liên hệ: Dương Mỹ Linh

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: dmlinh@ctump.edu.vn

Ngày nhận: 09/03/2026

Ngày được chấp nhận: 27/03/2026

bằng ống thông Foley và dinoprostone ở thai phụ quá ngày dự sinh tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai và Bệnh viện Đồng Nai-2 năm 2025 - 2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1 Đối tượng

Tất cả thai phụ mang thai quá ngày dự sinh chưa chuyển dạ nhập viện điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai và Đồng Nai 2.

Tiêu chuẩn lựa chọn: thai phụ mang thai > 40 tuần; đơn thai, ngôi đầu, còn sống; khung chậu bình thường trên lâm sàng; chỉ số Bishop trước khởi phát chuyển dạ ≤ 7 điểm; biểu đồ nhịp tim thai nhóm I (ACOG, 2009) và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: chống chỉ định khởi phát chuyển dạ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, mù đơn.

Cỡ mẫu: được xác định theo công thức: ước lượng 2 tỷ lệ trong quần thể nghiên cứu:

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)})^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

Trong đó:

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

p_1, p_2 lần lượt là tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công bằng Foley và dinoprostone ở thai phụ quá ngày dự sinh. Thực tế, chọn được 102 thai phụ, trong đó 51 thai phụ cho mỗi nhóm.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, bắt cặp theo tiền thai với tỷ lệ 1:1 tất cả những thai phụ vào viện được chẩn đoán thai quá ngày dự sinh thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian từ 05/2025 đến 02/2026.

Nội dung nghiên cứu: thai phụ nhập viện được chẩn đoán thai quá ngày dự sinh dựa theo siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ hoặc ngày đầu

kỳ kinh cuối với chu kỳ kinh đều 28 ngày; tiến hành hỏi bệnh, khám lâm sàng, đánh giá tình trạng sức khỏe thai nhi thông qua đo monitoring sản khoa, khám đánh giá chỉ số Bishop (độ mở, độ xóa, mật độ và hướng cổ tử cung, độ lọt của ngôi thai), tiến hành khởi phát chuyển dạ (KPCD) bằng đặt ống thông foley hoặc đặt dinoprostone bằng cách bốc thăm ngẫu nhiên ở thai phụ đầu tiên. Đến thai phụ thứ 2 nếu tiền thai tương ứng với thai phụ thứ nhất thì sẽ chọn phương pháp khởi phát chuyển dạ còn lại. Nếu không cùng tiền thai với thai phụ thứ nhất thì sẽ tiến hành bốc thăm ngẫu nhiên chọn 1 trong 2 phương pháp khởi phát chuyển dạ là đặt ống thông foley hay đặt dinoprostone. Tiếp tục chọn phương pháp khởi phát chuyển dạ như trên cho đến khi đủ mẫu nghiên cứu. Sau 24 giờ khởi phát sẽ đánh giá sự xuất hiện cơn co tử cung, tần số, tính chất cũng như độ xóa mở, mật độ, vị trí cổ tử cung, độ lọt để tính chỉ số Bishop, đánh giá tình trạng sức khỏe thai phụ và thai nhi để có thể xử trí kịp thời những bất thường nếu có xảy ra. Kết quả thành công khi: Bishop tăng ≥ 3 điểm sau khi rút ống thông foley hoặc thuốc hay khi ống thông foley tự rút hoặc sau 24 giờ cổ tử cung (CTC) mở ≥ 3 cm hoặc ≥ 2 cơn co tử cung/ 10 phút. Thất bại khi: Bishop tăng < 3 điểm sau khi rút ống thông foley hoặc thuốc hoặc khi có biến chứng trong thời gian đặt ống thông foley hoặc thuốc trong 24 giờ như: nhau bong non, cơn co cường tính, dọa vỡ hay vỡ tử cung, suy thai. Đồng thời, ghi nhận một số tác dụng ngoại ý trong quá trình khởi phát chuyển dạ.

Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được thu thập, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Các tham số sử dụng trong nghiên cứu: tỷ lệ phần trăm (%), kiểm định sự khác biệt: X^2 Test, Student - Test, Fisher Exact Test, $p < 0,05$ là xem như có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Thai phụ được giải thích mục đích, đồng ý

tham gia nghiên cứu và được sự chấp thuận của hội đồng y sinh trường Đại học Y Dược Cần Thơ số: 25.365.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30 tháng 6 năm 2025, và sự chấp nhận của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai số:

36 / CN-HĐĐĐ ngày 12 tháng 7 năm 2025.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Foley (n = 51, %)	Dinoprostone (n = 51, %)	Tổng (n = 102, %)	P
Tuổi thai phụ	< 35 tuổi	35 (68,6)	37 (72,5)	72 (100)	0,7
	≥ 35 tuổi	16 (31,4)	15 (27,5)	30 (100)	
	$\bar{x} \pm SD$	31,43 ± 6,1	30,43 ± 6,0	30,93 ± 6,1	
Tuổi thai	> 40 – 41 tuần	49 (96,1)	50 (98,0)	99 (100)	0,6
	> 41 tuần	2 (3,9)	1 (2,0)	3 (100)	
Tiền thai	Con so	23 (45,1)	23 (45,1)	46 (100)	0,9
	Con ọ	28 (54,9)	28 (54,9)	56 (100)	

Nhóm tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 30,93 ± 6,1 tuổi. Tuổi thai > 40 – 41 tuần chiếm chủ yếu. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi thai phụ, tuổi thai và

tiền thai ở hai nhóm nghiên cứu.

2. Kết quả khởi phát chuyển dạ bằng ống thông foley và dinoprostone

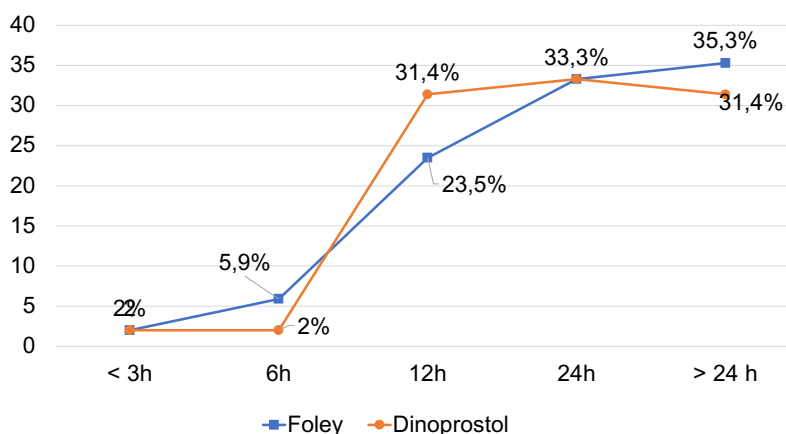
Bảng 2. Kết quả khởi phát chuyển dạ

Phương pháp KPCD	Kết quả KPCD (n, %)		Tổng	p, OR (KTC 95%)
	Thành công	Thất bại		
Foley	42 (82,4)	9 (17,6)	51 (100)	p = 0,5 OR = 1,3 (0,5 – 3,2)
Dinoprostone	44 (86,3)	7 (13,7)	51 (100)	
Tổng	86 (84,3)	16 (15,7)	102 (100)	

Tỷ lệ KPCD thành công của nhóm đặt foley là 82,4%; dinoprostone là 86,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Tỷ lệ thành công ở nhóm đặt dinoprostone tập

trung nhiều trong khoảng từ 6 - 12 giờ (33,4%). Trong khi nhóm đặt foley chỉ chiếm 29,4% (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công theo thời gian

Bảng 3. Đặc điểm cổ tử cung (CTC) và Bishop sau khởi phát chuyển dạ

Đặc điểm		Foley (n = 51, %)	Dinoprostone (n = 51, %)	Tổng (n = 102, %)	p, OR KTC 95%
Thay đổi mật độ CTC	Có	9 (40,9)	13 (59,1)	22 (100)	0,3
	Không	41 (53,9)	35 (46,1)	76 (100)	
Thay đổi vị trí CTC	Có	11 (73,3)	4 (26,7)	15 (100)	1,6 (1,1 - 2,3)
	Không	40 (46,0)	47 (54,0)	87 (100)	
Bishop	< 6 điểm	12 (23,5)	7 (13,7)	19 (100)	0,2
	≥ 6 điểm	39 (76,5)	44 (86,3)	83 (100)	
Thời gian KPCD thành công trung bình		17,1 ± 7,0	14,3 ± 6,3	15,7 ± 6,8	0,04 2,8 (1,3 - 5,4)

Vị trí CTC thay đổi sau KPCD ở nhóm đặt foley cao gấp 1,6 lần so với nhóm đặt dinoprostone. Thay đổi mật độ và chỉ số Bishop

không khác biệt giữa hai nhóm. Nhưng thời gian KPCD trung bình ở nhóm đặt dinoprostone ngắn hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Tác dụng ngoại ý khi khởi phát chuyển dạ

Tác dụng ngoại ý	Foley	Dinoprostone	Tổng	p
Buồn nôn/ nôn	1 (1,9)	3 (5,9)	4 (3,9)	0,3
Phản ứng quá mẫn	0	0	0	0
Cơ co cứng tính	0	2 (3,9)	2 (2,0)	0,2
Vỡ/ dọa vỡ tử cung	0	0	0	0
Suy thai	1 (1,9)	0	1 (1,0)	0,3

Tác dụng ngoại ý không đáng kể, chủ yếu là buồn nôn, cơ co cứng tính và suy thai và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm khởi phát chuyển dạ với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $30,93 \pm 6,1$ tuổi; chủ yếu < 35 tuổi. Hầu hết là tuổi thai $> 40 - 41$ tuần. Mang thai lần đầu chiếm 54,9%. Đặc điểm chung giữa 2 nhóm KPCD tương đồng nhau và cũng phù hợp với kết quả của một số tác giả như: Nguyễn Hữu Trung (2025) tuổi trung bình của thai phụ là $29,24 \pm 6,19$ tuổi, nhóm tuổi < 35 chiếm 73,91%; mang thai con so chiếm chủ yếu 52,17%.⁶ Còn Nguyễn Hữu Thời (2023) tuổi thai phụ trung bình ở nhóm đặt foley là $28,35 \pm 6,28$ tuổi; nhóm đặt dinoprostone là $28,07 \pm 6,79$ tuổi; tuổi thai tập trung ở nhóm 37 - 40 tuần 58,6%; mang thai lần đầu ở nhóm foley là 48%; nhóm đặt dinoprostone là 54,7%.⁷ Nguyễn Phương Trân (2021) tuổi < 35 chiếm chủ yếu 81,6%; con so 61,8%; tuổi thai $> 40 - 41$ tuần chủ yếu 90,1%.⁸

KPCD ở thai quá ngày dự sinh có tỷ lệ thành công khá cao (82,4 % ở nhóm đặt foley; 86,3% ở nhóm dinoprostone) và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với $p > 0,05$. Tuy nhiên, nhóm đặt dinoprostone có tỷ lệ thành công cao trong 12 giờ đầu so với đặt foley (33,4% so với 29,4%). Ngoài ra, thời gian KPCD trung bình ở nhóm dinoprostone thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đặt foley với $p < 0,05$ với OR = 2,8; khoảng tin cậy 95%: 1,3 - 5,4. Mặc dù, chỉ số Bishop cũng như tác dụng ngoại ý cũng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm KPCD. Nhưng đây cũng là cơ sở cho các nhà lâm sàng đưa ra quyết định lựa chọn phương pháp KPCD phù hợp trên đối tượng thai quá ngày dự sinh. Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với Nguyễn Phương Trân (2021) báo cáo tỷ lệ thành công của đặt foley KPCD trên thai quá ngày dự sinh là 83,11%; điểm Bishop \geq

6 điểm sau KPCD chiếm 54,81%; Bishop trung bình trước và sau KPCD lần lượt là $1,7 \pm 1,3$ điểm; $5,3 \pm 1,3$ điểm. Tác giả ghi nhận sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tác giả cho rằng yếu tố ống thông foley tự rút hoặc rút liên quan đến sự thành công của khởi phát chuyển dạ với OR=0,51 (khoảng tin cậy 95%: 0,29 - 0,91).⁸ Tương tự, Nguyễn Hữu Thường (2021) cũng báo cáo thời gian khởi phát chuyển dạ thành công bằng ống thông foley trên thai quá ngày dự sinh là $7,39 \pm 4,4$ giờ. Thời gian đặt ống thông < 6 giờ chiếm 47,83%; từ 6 - 12 giờ chiếm 40,37%.⁹ Theo Nguyễn Văn Thái (2021) với tiêu chuẩn thành công KPCD là chỉ số Bishop ≥ 7 điểm, tỷ lệ KPCD thành công bằng ống thông foley là 82,6%, chỉ số Bishop tăng trung bình 4,2 điểm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. CTC mở 3 - 4 cm sau KPCD chiếm 76,8%; CTC > 4 cm 5,8%.³ Dương Mỹ Linh (2023) báo cáo tỷ lệ khởi phát chuyển dạ bằng dinoprostone là 89,2%; thời gian khởi phát chuyển dạ thành công trung bình bằng dinoprostone là $11,91 \pm 6,19$ giờ; trong đó, Bishop tăng ≥ 3 điểm là $11,23 \pm 6,15$ giờ; CTC mở ≥ 3 cm là $12,46 \pm 6,45$ giờ.¹⁰

Mặt khác, Nguyễn Hữu Trung (2025) cũng báo cáo tỷ lệ thành công khi KPCD bằng dinoprostone ở thai quá ngày dự sinh 89,13% (KTC 95%: 80,14 - 98,12); thời gian từ KPCD đến khi Bishop ≥ 7 điểm trung bình là $7,67 \pm 2,55$ giờ.⁶ Nguyễn Hữu Thời (2023) cũng báo cáo tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công ở thai phụ đặt dinoprostone là 85,3%; đặt foley là 77,3% với $p > 0,05$. Chỉ số Bishop trung bình ở nhóm đặt foley là $5,48 \pm 1,84$ điểm; đặt dinoprostone là $6,27 \pm 1,66$ điểm; sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$. Độ mở CTC sau KPCD không khác biệt với $p > 0,05$ giữa 2 nhóm KPCD. Tương tự, mật độ CTC cũng như vị trí CTC cũng không có sự khác biệt giữa trước và sau khởi phát ở 2 phương pháp khởi phát chuyển dạ.⁷ Dương Mỹ Linh (2024) báo cáo

tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công ở thai phụ đặt dinoprocol là 88,6%; tập trung nhiều ở khoảng thời gian từ 12- 24 giờ (92,8%). Bishop cải thiện ≥ 6 điểm sau KPCD chiếm 91,4%; mật độ CTC có sự thay đổi sau KPCD là 47,1%; vị trí CTC thay đổi chiếm 31,4%.¹¹

Tình trạng CTC là yếu tố quan trọng nhất để KPCD. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự thay đổi rõ rệt ở CTC cũng như chỉ số Bishop ≥ 6 điểm 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. Việc dinoprostone được phóng thích từ dụng cụ đặt âm đạo với lượng ổn định và có thể dự đoán được trong vòng 24 giờ có nghĩa rằng với một liều duy nhất là đủ để đạt được mức độ chín muồi CTC ở hầu hết các thai phụ.¹²

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tác dụng ngoại ý khi KPCD rất ít và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm KPCD. Phù hợp với Nguyễn Hữu Trung (2025) ghi nhận tác dụng ngoại ý không đáng kể và không nguy hiểm như buồn nôn chiếm 4,35%; tiêu chảy 4,35%; cơn co tử cung cường tính 17,39%; biến đổi CTG nhóm II 8,69%.⁶ Tương tự, Wang L. (2020) đánh giá độ chín muồi CTC trên 473 thai kỳ quá ngày ghi nhận tỷ lệ mổ lấy thai sau đặt dinoprostone là 33,7% ($p = 0,649$), băng huyết sau sinh chiếm 5,43% ($p = 0,291$), và không ghi nhận trường hợp nào sa dây rốn.¹³ Nguyễn Văn Thái (2021) không ghi nhận tai biến, biến chứng gì khi KPCD bằng foley ngoại trừ sốt 4,3%.³ Theo Nguyễn Hữu Thời (2023) trong nghiên cứu trên các đối tượng có chỉ định khởi phát chuyển dạ ghi nhận cảm giác khó chịu khi đặt foley 14,7% khác biệt so với đặt dinoprostone là 0% với $p < 0,01$; trong khi cơn co cường tính và tim thai bất thường gặp nhiều ở thai phụ đặt dinoprocol so với đặt foley và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.⁷ Như vậy, tác dụng ngoại ý khác nhau ở các nghiên cứu tùy vào đối tượng

thai phụ khác nhau cũng như tình trạng bệnh lý trong thai kỳ khác nhau. Nhưng nhìn chung tác dụng ngoại ý không đáng kể và không nghiêm trọng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công khá cao ở thai quá ngày dự sinh (82,4% ở nhóm đặt foley là 82,4 %; 86,3% ở nhóm đặt dinoprostone). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Thời gian khởi phát chuyển dạ trung bình ở nhóm dinoprostone thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đặt foley với $p < 0,05$. Tác dụng ngoại ý không đáng kể và không khác biệt giữa 2 nhóm. Do đó, khuyến khích sử dụng dinoprostone khởi phát chuyển dạ những trường hợp thai phụ quá ngày dự sinh do tỷ lệ thành công cao, kết quả ghi nhận sớm và rất ít tác dụng ngoại ý.

Cam kết không xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Từ Dũ. Khởi phát chuyển dạ. *Phác đồ điều trị sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Thanh niên. 2019:148-152.
2. Bộ môn Sản, Trường Đại học Y - Dược Đại học Huế. *Thai già tháng, Các phương pháp khởi phát chuyển dạ*. Giáo trình Sản phụ khoa Đào tạo Sau đại học. Nhà xuất bản Đại học Huế. 2022;1:218-231,444-462.
3. Nguyễn Văn Thái, Trịnh Hùng Dũng, Nguyễn Thanh Hà. Đánh giá hiệu quả khởi phát chuyển dạ của sonde Foley 2 bóng cải tiến trên thai quá ngày sinh tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Journal of Clinical Medicine and Pharmacy*. 2021;16(7). <https://doi.org/10.52389/ydls.v16i7.906>
4. Bộ Y tế. Thai quá ngày dự sinh. *Hướng dẫn chẩn đoán quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh*

sản. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2017:122-123.

5. World Health Organization. *WHO-Recommendations for induction of labour*. World Health Organization. 2020:154-160.

6. Nguyễn Hữu Trung, và cs. 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. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025;546(1):366-370.

7. Nguyễn Hữu Thời, và cs. Kết quả khởi phát chuyển dạ bằng sonde foley và dinoprostone ở thai ≥ 37 tuần tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2022- 2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023;65:212-218.

8. Nguyễn Phương Trân, Võ Minh Tuấn, Nguyễn Xuân Trang. Hiệu quả của khởi phát chuyển dạ bằng ống thông Foley đặt ở kênh cổ tử cung ở thai trên 40 tuần tại bệnh viện Từ Dũ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;503(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v503i2.762>

9. Nguyễn Hữu Thường, Quan Kim Phụng, Nguyễn Thị Thư, và cs. Đánh giá kết quả khởi

phát chuyển dạ ở thai quá ngày dự sinh tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang năm 2020 - 2021. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023;40:82-89.

10. Dương Mỹ Linh, và cs. Kết quả khởi phát chuyển dạ bằng dinoprostone trên thai phụ có chỉ định chấm dứt thai kỳ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;528(1):334-338.

11. Dương Mỹ Linh, Dương Thị Khao Ry, Nguyễn Hữu Dự, và cs. Kết quả khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin và dinoprostone trên thai ≥ 37 tuần. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024;76:159-165. Doi: 10.58490/ctump.2024i76.2674

12. Wagner MM, Visser J, Verburg H, et al. Pregnancy before recurrent pregnancy loss more often complicated by post-term birth and perinatal death. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97:82-88.

13. Wang L, et al. Comparison of the cook vaginal cervical ripening balloon with prostaglandin E2 insert for induction of labor in late pregnancy. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2020;302(3):579-584.

Summary

EFFECT OF LABOR INDUCTION WITH FOLEY CATHETER AND DINOPROSTONE IN LATE-TERM PREGNANCY

Late-term pregnancy is associated with an increased risk of sudden and unpredictable fetal death. This study aimed to compare the effectiveness of labor induction using a Foley catheter and dinoprostone in 102 females with late-term pregnancies. The success of induction was assessed based on cervical dilation and the Bishop score. The success rate of labor induction was 82.4% in the Foley catheter group and 86.3% in the dinoprostone group, with no statistically significant difference between the two groups ($p > 0.05$). Within the first 12 hours, the dinoprostone group demonstrated a slightly higher success rate compared with the Foley catheter group (33.4% vs. 29.4%). The mean time from induction to successful labor was significantly shorter in the dinoprostone group than in the Foley catheter group ($p < 0.05$), with an odds ratio (OR = 2.8; 95% CI: 1.3 – 5.4). There was no significant difference between the two groups regarding the Bishop score or adverse effects. Consequently, dinoprostone may be considered a preferred option for labor induction in late-term pregnancy due to its shorter mean time to successful induction and comparable safety profile.

Keywords: Late-term pregnancy, labor induction, foley catheter, dinoprostone.