

NGHIÊN CỨU

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG CERVIPRIME GÂY CHUYỂN DẠ ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Viết Tiến*, Lê Thiện Thái**, Vũ Ngân Hà**

Tóm tắt

Cerviprime là thuốc nhóm Prostaglandin E2 hiện đã được sử dụng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương để gây chuyển dạ đẻ cho những trường hợp có chỉ định. Tổng kết 100 bệnh nhân được gây chuyển dạ bằng Cerviprime tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương bao gồm những sản phụ mang thai đủ tháng cần đình chỉ thai nghén vì thai quá ngày sinh, ối giảm hoặc cạn nước ối. Kết quả: tỷ lệ gây chuyển dạ thành công là 82%, tỷ lệ sản phụ đẻ qua đường âm đạo là 76%. Kết luận: Cerviprime là thuốc gây chuyển dạ hiệu quả cao, ít tác dụng phụ, an toàn cho các sản phụ nên được sử dụng rộng rãi trong sản khoa.

Abstract

Cerviprime for labor induction at the national hospital of obstetrics and gynecology

Oral and parenteral routes of administration of prostaglandins are associated with higher rates of side effects. Local applications of Prostaglandin E2 gel in the form of intracervical gel (cerviprime) are associated with fewer side effects and high success rate. **Objective:** To Evaluate the effect of using cerviprime for induction of labor. **Method:** A prospective, described cross-sectional study of 100 patients were used cerviprime for induction of labor at the national hospital of obstetrics and gynecology in the period from 9/2010 to 5/2011. **Result:** The incidence of successful induction was 82%. The incidence of vaginal delivery was 76%. No side effects were detected in these healthy mothers and fetuses. **Conclusion:** Using Cerviprime is safe and effective method for induction of labour and can be widely used in clinical practice.

Key words: Cerviprime, induction of labor, prostaglandin

(*) Trường Đại học Y Hà Nội, (**) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Đặt vấn đề

Gây chuyển dạ đẻ là một vấn đề quan trọng trong sản khoa từ trước đến nay. Trước

đây, Misoprostol- bản chất là Prostaglandin E1, được sử dụng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương để gây chuyển dạ nhưng theo

WHO, Misoprostol có thể làm tăng con co tử cung cường tính, có hoặc không kèm thay đổi tim thai và do đó có thể không an toàn. Theo cảnh báo ở Mỹ, vỡ tử cung đã được báo cáo khi Misoprostol được sử dụng để khởi phát chuyển dạ. Chính vì vậy, Hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ khuyến cáo sử dụng Cerviprime với bản chất là PGE2 để khởi phát chuyển dạ.

Từ tháng 9 – 2010 đến tháng 5 – 2011, tại khoa đẻ Bệnh viện Phụ sản Trung ương, chúng tôi đã sử dụng Cerviprime để gây chuyển dạ cho 100 trường hợp. Kết quả thành công khá cao. Để đánh giá bước đầu hiệu quả của thuốc này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá hiệu quả của Cerviprime trong việc gây chuyển dạ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là tất cả trường hợp được sử dụng Cerviprime gây chuyển dạ tại BVPSTW từ tháng 9 – 2010 đến tháng 5 – 2011.

Tiêu chuẩn đánh giá gây chuyển dạ thành công:

Mức độ 1: gây được CD, CTC mở 3 cm, Bishop ≥ 8 điểm (hết pha tiềm tàng).

Mức độ 2: gây được CD, CTC mở 10 cm (hết pha tích cực).

Thành công thực sự: gây được CD và đẻ được đường âm đạo.

Thất bại: không gây được chuyển dạ sau khi sử dụng đủ 3 liều Cerviprime, CTC không tiến triển < 3 cm hoặc phải ngừng theo dõi CD vì diễn biến bất thường: suy thai, dọa vỡ TC...

Kết quả nghiên cứu và bàn luận

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Các sản phụ trong nghiên cứu của chúng

tôi đều tập trung ở lứa tuổi sinh đẻ. Nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là 25 – 29, chiếm 52%. Độ tuổi trung bình là 26,35 ± 4,35 tuổi.

Về nghề nghiệp, trong 100 sản phụ tham gia nghiên cứu có 13% các trường hợp là nông dân, 21% các trường hợp là công nhân, làm nghề tự do có 17% các trường hợp. Những sản phụ là viên chức chiếm tỷ lệ khá cao: 49%.

Tỷ lệ con so và con rạ còn có sự chênh lệch cao, số sản phụ đẻ con so gấp nhiều hơn so với số sản phụ đẻ con rạ (77% so với 23%).

Tỷ lệ gây chuyển dạ thành công

Bảng 1. Tỷ lệ gây chuyển dạ thành công và thất bại

Kết quả	n	%
Thành công mức 1	82	82
Thành công mức 2	80	80
Thành công thực sự	76	76
Thất bại	18	18

Tỷ lệ thành công mức 1,2, thành công thật sự và thất bại lần lượt là 82,0%, 80,0%, 76,0% và 18,0%.

Tỷ lệ gây CD thành công và tỷ lệ đẻ đường âm đạo của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Yogev (2003) [12], Paul Berstein (1985) [10] (tỷ lệ thành công thực sự là 85%), Papanikolaou (2004) [4] (tỷ lệ thành công thực sự là 86,7%) [4]. Có nhiều nguyên nhân để lý giải về tỷ lệ gây CD thành công và tỷ lệ đẻ đường âm đạo của chúng tôi thấp hơn so với một số tác giả khác. Nguyên nhân hàng đầu là những chỉ định vì lý do xã hội, những trường hợp này sau liều đặt thuốc thứ nhất và thứ 2, đáng lẽ vẫn tiếp tục theo dõi tiến triển của CD thì thầy thuốc lại chỉ định mổ lấy thai do sức ép của sản phụ và gia đình họ. Ngoài ra sự khác nhau cũng có thể do tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng và liều thuốc trong

nghiên cứu không hoàn toàn giống nhau.

Nguyên nhân thứ 2 là trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ định gây chuyển dạ bằng Cerviprime khi chỉ số Bishop < 4. Còn đa số các nghiên cứu khác chủ yếu chọn chỉ số Bishop ≤ 5, một số nghiên cứu chọn chỉ số Bishop ≤ 6 thì gây chuyển dạ. Chúng ta đều biết chỉ số Bishop trước khi sử dụng thuốc càng cao thì khả năng gây chuyển dạ thành công càng lớn. Chính vì vậy mà tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác.

Hiệu quả của cerviprime đối với thời gian của cuộc chuyển dạ

Thời gian trung bình từ khi bơm thuốc đến lúc gây CD thành công

Bảng 2. Thời gian trung bình từ khi bơm thuốc tới khi gây CD thành công

Thời gian (giờ)	n	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Kết quả	n	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Thành công mức 1	82	1	10	4,91 - 1,93
Thành công mức 2	80	3,5	16	7,92 - 3,93
Thành công thực sự	76	4	18	8,45- 4,05

Thời gian trung bình từ khi bơm thuốc đến khi đẻ đường âm đạo của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Warke HS và Saraogi RM (2000) [11] (tỷ lệ thành công là 81,33%, thời gian trung bình từ lúc gây chuyển dạ đến lúc sinh đường âm đạo là 10,34 giờ) [11]. Điều này có thể do thường các nghiên cứu nước ngoài sử dụng cho sản phụ tối đa 3 liều Cerviprime, còn trong nghiên cứu của chúng tôi thường chỉ sử dụng tối đa 2 liều Cerviprime, nhiều trường hợp chỉ số Bishop không thuận lợi đã chỉ định truyền Oxytocin hoặc chỉ định mổ vì gây chuyển dạ thất bại. Chính vì vậy mà kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thành công thì thấp hơn so với các nghiên cứu của nước ngoài nhưng thời gian theo dõi chuyển dạ thì ngắn hơn và số liều Cerviprime cần sử dụng cho mỗi trường hợp thấp hơn các nghiên cứu khác.

Hơn nữa, ngày nay trong quá trình theo dõi các sản phụ, tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương còn sử dụng thêm nhiều loại thuốc phối hợp khác như Atropin, Buscopan, Nospa... Những loại thuốc này có tác dụng làm mềm cơ tử cung, phối hợp rất tốt với Cerviprime trong việc làm chín muồi CTC, điều này cũng làm giảm thời gian theo dõi xuống thấp hơn so với một số nghiên cứu nước ngoài.

Hiệu quả của Cerviprime đối với sự thay đổi chỉ số Bishop

Bảng 3. Thay đổi chỉ số Bishop sau bơm thuốc liều 1

Chỉ số Bishop	Trước bơm thuốc					Sau bơm thuốc liều 1				
	Con số		Con rạ		Tổng	Con số		Con rạ		Tổng
	n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ		n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	
1	15	83,3	3	16,7	18					
2	42	89,4	5	10,6	47	6	100	0	0	6
3	20	57,1	15	42,9	35	9	81,8	2	18,2	11
4 – 8						6	66,7	3	33,3	9
> 8						56	75,7	18	24,3	74
Tổng	77		23		100	77		23		100

Có sự thay đổi rõ rệt về chỉ số Bishop trước và sau bom thuốc

Thay đổi chỉ số Bishop sau bom thuốc liều 2 liên quan với số lần đẻ

Bảng 4. Thay đổi chỉ số Bishop sau bom thuốc liều 2 ở người con so và người con rạ

Chỉ số Bishop	Trước bom thuốc lần 2					Sau bom thuốc lần 2 6 giờ				
	Con so		Con rạ		Tổng	Con so		Con rạ		Tổng
	n	%	n	%		n	%	n	%	
2	6	100	0	100	6					
3	9	90	1	10	10	1	100	0	0	1
4 – 8						6	85,7	1	14,3	7
> 8						8	100	0	100	8
Tổng	15	93,8	1	6,2	16	15	93,8	1	6,2	16

Như vậy, với sự thay đổi rõ rệt về chỉ số Bishop trước và sau bom thuốc là cơ sở để khẳng định Cerviprime là một trong những thuốc rất có hiệu quả trong việc làm thay đổi tình trạng cổ tử cung để cuộc chuyển dạ tiến triển thuận lợi.

Tác động của cerviprime đối với con co tử cung

Tác động của Cerviprime lên tần số CCTC.

Sau liều Cerviprime đầu tiên 30 phút, theo dõi mornitorring thấy tần số CCTC như sau: Có 9% CCTC ở mức 1- 2; chiếm đa số là CCTC tần số 3 với 75%. Đạt mức CCTC tần số 4 là 12% và chỉ có 4% CCTC tần số 5.

Sau liều Cerviprime đầu tiên 6 giờ có 19% trường hợp con co tử cung tần số 3, đa số các trường hợp đạt con co tử cung tần số 4 (64%), có 11% các trường hợp đạt con co tử cung tần số 5 và chỉ có 6% các trường hợp con co tử cung tần số 6.

Tác động của Cerviprime lên cường độ CCTC

Sau bom thuốc liều đầu tiên 30 phút đa số các trường hợp cường độ con co tử cung đạt được là ở mức 31 – 50 % (chiếm tỷ lệ 85%).

Có 5% các trường hợp cường độ CCTC đạt > 70 % và có 10% các trường hợp cường độ CCTC đạt 51 – 70%.

Sau bom thuốc liều đầu tiên 6 giờ đa số các trường hợp cường độ con co tử cung đạt được là ở mức 51 – 70 % (chiếm tỷ lệ 80%).

Có 18% các trường hợp cường độ CCTC đạt > 70 % và chỉ có 2% các trường hợp cường độ CCTC đạt 31 – 50%. Qua kết quả trên cho thấy Cerviprime có tác dụng tốt đối với CCTC, giúp CCTC thay đổi cả tần số và cường độ phù hợp với các giai đoạn của cuộc chuyển dạ và Cerviprime tác dụng đồng thời làm cải thiện chỉ số Bishop và có tác dụng tốt lên CCTC, giúp CCTC tăng đồng đều cả tần số và cường độ đồng thời làm chín muồi CTC, gây chuyển dạ gần với tự nhiên nhất.

Các tác dụng phụ.

Bảng 5. Các tác dụng phụ của Cerviprime

Các dấu hiệu	n	%
Nôn	2	2%
Sốt	1	1%
Tiêu chảy	2	2%
Đau đầu	1	1%
Không tác dụng phụ	94	94%
Tổng số	100	100%

Đa số (94%) các trường hợp không có tác dụng phụ.

Các biến chứng

- Trong tất cả các sản phụ được sử dụng Cerviprime để gây chuyển dạ chỉ có 6% các trường hợp bị biến chứng là con co tử cung cường tính, nhưng qua quan sát của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp phải mổ lấy thai vì sau khi dùng thuốc giảm co không kết quả, còn 4 trường hợp còn lại thì có đáp ứng tốt với thuốc giảm co, sau khi dùng thuốc giảm co CCTC dần trở lại bình thường.

- Kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác:

+ Theo JMG Crane (2006) nhóm sản phụ sử dụng Dinoprostone bị CCTC cường tính chiếm 3,8%; còn ở nhóm sản phụ sử dụng Misoprostol là 12%. Còn đối với hội chứng kích thích, ở nhóm sản phụ sử dụng Dinoprostone gặp 1,5%, ở nhóm sử dụng Misoprostol là 5,3%. [6]

+ Theo Leo Pevzner (2009) có 2% các trường hợp bị CCTC cường tính. [7]

+ Theo Papanikolaou và các cộng sự

(2004) thì tỷ lệ gặp biến chứng CCTC cường tính ở nhóm sử dụng Dinoprostone thấp hơn so với nhóm sử dụng misoprostol (12% so với 22,5%). [4]

Như vậy, tỉ lệ gặp biến chứng của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu của nước ngoài. Đặc biệt là tai biến vỡ tử cung là 1 trong 5 cấp cứu sản khoa, một trong những tai biến nghiêm trọng có thể gặp khi sử dụng PG gây chuyển dạ (đặc biệt là khi sử dụng PGE1) thì trong cả nghiên cứu của chúng tôi lẫn nghiên cứu của nước ngoài đều không gặp. Qua kết quả trên cho thấy các tác dụng phụ và biến chứng của Cerviprime là không đáng kể.

Kết luận

Cerviprime là thuốc gây chuyển dạ hiệu quả cao, ít tác dụng phụ và biến chứng nên được sử dụng rộng rãi trong sản khoa để gây chuyển dạ cho những trường hợp có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Papanikolaou EG (2004), Comparison of Misoprostol and Dinoprostol of labour in nulliparous women at full term: A randomized prospective study, *Reprod Biol Endocrinol*, 2, p70-76
2. Crane JMG, Butler B, Young DC, Hannah ME (2006), Misoprostol compared with prostaglandin E2 for labour induction in women at term with intact membranes and unfavourable cervix: a systematic review, *BJOG*, 113, p.1366 -1376.
3. Pevzner L (2009), Factors Predicting Successful Labor Induction with Dinoprostone and Misoprostol Vaginal Inserts, *Obstet Gynecol*, 3-4, p173 – 176, p.261 – 267.
4. Bernstein P (1991), Prostaglandin E2 gel for cervical ripening and labour induction: a multicentre placebo-controlled trial, *Obstet Gynecol*, 145, p1249 – 1254.
5. Warke HS, Saraogi RM (1999), Prostaglandin E2 gel in ripening of cervix in induction of labour", *Journal of Postgraduate Medicine*, 45, p.1-6.
6. Yogev Y, Haroush B (2003), PGE2 induction of labor for consistent decreased perception of fetal movements at term, *Obstet Gynecol*, 82, p 173 – 178.