

COMMENTS ON THE TREATMENT OUTCOMES OF NULLIPAROUS WOMEN WITH GESTATIONAL AGES FROM 40 WEEKS 1 DAY TO 40 WEEKS 6 DAYS AT THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024

Tran Thi Len, Nguyen Trung Kien, Dinh Thi Giang K50F, Pham Thi Van Trinh K50A, Tran Thi Len

Thai Binh University of Medicine and Pharmacy-373 Ly Bon, Tran Lam Ward, Hung Yen Province, Vietnam

Received: 06/02/2026

Revised: 16/03/2026; Accepted: 25/06/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the treatment outcomes of nulliparous women with gestational ages between 40 weeks 1 day and 40 weeks 6 days at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital in 2024. Additionally, to compare the outcomes between labor induction and spontaneous labor in this specific group.

Methods: A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted on 220 nulliparous women with gestational ages from 40+1 to 40+6 weeks, treated at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1st to December 31st, 2024.

Results: The rate of vaginal delivery was 59.1%. The elective cesarean section rate was 27.7%, while the emergency cesarean section rate was 13.2%. Labor induction was performed in 22.3% of cases (49 patients), achieving a successful vaginal delivery rate of 65.3%. Among the 17 patients induced with Propess, the vaginal delivery rate reached 70.6%. Regarding neonatal outcomes, 1% of newborns had an Apgar score < 7 at the first minute. Maternal complications were minimal, including 2 cases of postpartum hemorrhage (0.9%) and 1 case of endometritis (0.45%), with no recorded instances of uterine rupture or maternal mortality. The average hospital stay was 6.97 ± 4.23 days (range: 2 to 10 days).

Conclusions: The elective cesarean section rate for pregnancies between 40 weeks 1 day and 40 weeks 6 days remains high at 27.7%, while the utilization of labor induction is still relatively low at 22.3%.

Keywords: Labor induction, Propess.

*Corresponding author

Email: tranlenybt@gmail.com **Phone:** (+84) 913011185 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD8.5549

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THAI PHỤ CON SO CÓ TUỔI THAI TỪ 40 TUẦN 1 NGÀY ĐẾN 40 TUẦN 6 NGÀY TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH NĂM 2024

Trần Thị Len, Nguyễn Trung Kiên, Đinh Thị Giang K50F, Phạm Thị Vân Trinh K50A

Trường Đại học Y Dược Thái Bình-373 Lý Bôn, phường Trần Lãm, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 06/02/2026

Ngày chỉnh sửa: 16/03/2026; Ngày duyệt đăng: 25/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị ở thai phụ con so có tuổi thai từ 40 tuần 1 ngày đến 40 tuần 6 ngày tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình năm 2024. So sánh kết quả khởi phát chuyển dạ và chuyển dạ đẻ tự nhiên ở nhóm thai phụ trên.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 220 thai phụ con so có thai từ 40 tuần 1 ngày đến 40 tuần 6 ngày được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình từ 01.01 – 31. 12 năm 2024.

Kết quả: Tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 59,1%. Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động là 27,7%. Tỷ lệ mổ lấy thai cấp cứu 13,2%.

Có 22,3% (49 ca) được khởi phát chuyển dạ đẻ tỷ lệ đẻ qua đường âm đạo 65,3%. Có 17/49 trường hợp được chỉ định khởi phát chuyển dạ bằng thuốc proposs tỷ lệ đẻ qua đường âm đạo 70,6%.

Có 1% trẻ sinh ra có APGAR < 7 điểm ở phút đầu tiên.

Có 02 trường hợp băng huyết sau sinh 0,9 %, 01 trường hợp viêm niêm mạc tử cung 0,45% không ghi nhận trường hợp nào vỡ tử cung và tử vong sau sinh.

Thời gian nằm viện trung bình là $6,97 \pm 4$, 23 ngày, ngắn nhất 2 ngày và dài nhất 10 ngày.

Kết luận: Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động ở trường hợp tuổi thai từ 40 tuần 1 ngày đến 40 tuần 6 ngày còn cao 27,7%. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ đẻ còn thấp 22,3%.

Từ khóa: Khởi phát chuyển dạ đẻ, thuốc Proposs.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thực hành sản khoa hiện đại thai quá ngày dự sinh hiện nay vẫn đang là một vấn đề được quan tâm hàng đầu và được xếp vào nhóm đối tượng thai nghén có nguy cơ cao do tình trạng thai tăng kích thước, thiếu oxy, giảm lượng nước ối, suy giảm chức năng nhau thai... dẫn đến nhiều ảnh hưởng cho cả thai phụ và thai nhi như: thai chết, thai suy, tăng tỉ lệ sinh ra em bé bị bại não, biến dạng, băng huyết sau sinh... [1], [2].

Hiện nay, sự phát triển của y học và sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, chúng ta đã có thể tiên lượng được tình trạng sức khỏe của thai phụ và thai nhi từ sớm để từ đó đưa ra thái độ xử trí phù hợp với từng cá nhân, giảm các biến cố không mong muốn cho mẹ và thai. Tỷ lệ thai quá ngày dự sinh khoảng 10 – 15% các trường hợp thai nghén [1]. Để giảm bớt các biến cố với thai quá ngày sinh đặc biệt là thai to trong thực hành sản khoa đã dung phương pháp khởi phát chuyển dạ đẻ.

Các nghiên cứu trong nước và thế giới chỉ ra rằng các trường hợp thai quá ngày dự kiến sinh hiện nay vẫn đang

chiếm tỷ lệ không nhỏ. Và trong vòng 5 năm trở lại đây chưa có nghiên cứu nào về thai quá ngày dự kiến sinh và cũng chưa có báo cáo nào về vấn đề này tại Thái Bình. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Nhận xét kết quả điều trị ở thai phụ con so có tuổi thai từ 40 tuần 1 ngày đến 40 tuần 6 ngày tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình năm 2024*”. Với hai mục tiêu:

Nhận xét kết quả điều trị ở thai phụ con so có tuổi thai từ 40 tuần 1 ngày đến 40 tuần 6 ngày tại Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình năm 2024.

So sánh kết quả khởi phát chuyển dạ và chuyển dạ đẻ tự nhiên ở nhóm thai phụ trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Thai phụ có thai con so tuổi thai từ 40 tuần 1 ngày đến 40 tuần 6 ngày. Tuổi thai được xác định qua đo chiều dài đầu mông lúc thai 3 tháng đầu.

*Tác giả liên hệ

Email: tranlenybtb@gmail.com Điện thoại: (+84) 913011185 DOI: 10.52163/vjhc.v67iCD8.5549

Thai phụ chưa có dấu hiệu chuyển dạ và có chỉ định tiếp tục theo dõi các dấu hiệu chuyển dạ đẻ.

Thai phụ khỏe mạnh, không mắc các bệnh lý nội ngoại khoa nào.

Thai phụ được khám và tiên lượng có thể theo dõi đẻ đường âm đạo.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01/2024 đến 31/12/2024.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án.

Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ các hồ sơ bệnh án của các thai phụ con so có đủ các tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu. Chúng tôi đã sàng lọc được 220 hồ sơ bệnh án đủ các tiêu chuẩn trên.

Phương pháp chọn mẫu: Lựa chọn các hồ sơ bệnh án đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ ở các thai phụ con so có tuổi thai từ 40 tuần 1 ngày đến 40 tuần 6 ngày tại bệnh viện Phụ Sản Thái Bình từ 01/01/2024 - 31/12/2024.

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập, làm sạch và nhập bằng phần mềm REDCAP. Dữ liệu được phân tích trên phần mềm thống kê SPSS 26.0 với các test thống kê Sử dụng các phương pháp thống kê mô tả: tính tần số và tỉ lệ phần trăm cho các biến định tính. Tính trung bình, xác định giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất cho các biến định lượng t-test / Mann-Whitney, Chi-square... Sử dụng phân tích hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan, OR, CI 95%.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua bởi hội đồng đánh giá đề cương nghiên cứu Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Các đối tượng tham gia được thông báo rõ về mục đích và không tác động trực tiếp tới đối tượng nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phương pháp sinh của thai phụ (n= 220)

Phương pháp sinh	Tổng số (n)	Tỷ lệ (%)
Đẻ đường âm đạo	130	59,1
Mổ lấy thai chủ động	61	27,7
Mổ lấy thai cấp cứu	29	13,2
Tổng	220	100,0

Nhận xét: Kết quả bảng cho thấy tỉ lệ phương pháp sinh bằng đẻ đường âm đạo là 59,1% cao hơn so với mổ lấy thai 40,9%.

Bảng 2. Nguyên nhân mổ lấy thai (n = 90)

Chỉ định mổ lấy thai	Tổng số (n)	Tỷ lệ (%)
Thai suy	11	12,2
Stress Test dương tính	1	1,1
Khởi phát chuyển dạ thất bại	17	18,9
Xin mổ chủ động	45	50,0
Cổ tử cung không tiến triển	9	10,0
Đầu không lọt	7	7,8
Tổng	90	100,0

Nhận xét: Trong tổng số 90 thai phụ mổ lấy thai có 50% số thai phụ có mổ lấy thai do mổ chủ động bao gồm: thai to, gia đình xin mổ.

Bảng 3. Kết quả khởi phát chuyển dạ của từng phương pháp (n= 49)

Phương pháp	Thành công		Thất bại		Tổng số
	Tổng số	Tỷ lệ (%)	Tổng số	Tỷ lệ (%)	
Oxytocin	11	61,1	7	38,9	18
Propess	12	70,6	5	29,4	17
Lóc ối	8	61,5	5	38,5	13
Đặt bóng đôi	1	100,0	0	0,0	1
Tổng	32	65,3	17	34,7	49

Nhận xét: Khởi phát chuyển dạ bằng thuốc Propess là 70.6% có phần cao hơn khi sử dụng Oxytocin (61.1%).

Bảng 4. Liên quan giữa phương pháp chuyển dạ và phương pháp đẻ (n=175 vì loại n=45 trường hợp xin mổ)

Nhóm	Đẻ đường âm đạo (n, %)	Mổ lấy thai (n, %)	Tổng (n)	OR	CL 95%	p
Khởi phát chuyển dạ	32(65,3%)	17(34,7%)	49	1,86	0,89 – 3,88	0,09
Chuyển dạ đẻ tự nhiên	98(77,8%)	28(22,2%)	126			
Tổng số	130	45	175			

Nhận xét: Trong tổng số 126 thai phụ chuyển dạ tự nhiên thì có tới 98 trường hợp đẻ đường âm đạo chiếm tỷ lệ 77,8%. Thai phụ có dùng thuốc khởi phát chuyển dạ đẻ tỷ lệ đẻ 65,3%.

Bảng 5. Kết quả cân nặng sơ sinh (n= 220)

Trọng lượng thai	Tổng số	Tỷ lệ (%)
< 2500g	1	0,5
2500 - 3500g	122	55,5
> 3500g	97	44,0
Tổng	220	100,0

Nhận xét: Trọng lượng con trung bình là 3267,26 ± 328,11 gram, trong đó nhẹ nhất là 2400 gram, nặng nhất là 4000 gram. Tỷ lệ trẻ sơ sinh cân nặng trên 3500g chiếm tỷ lệ khá cao 44,0%.

Bảng 6. Chỉ số APGAR của trẻ sơ sinh trong 1 phút đầu (n= 220)

Chỉ số APGAR	Tổng số	Tỷ lệ (%)
1 - 3	0	0
4 - 7	2	1,0
8 - 10	218	99,0
Tổng	220	100,0

Nhận xét:

Trẻ sơ sinh có chỉ số APGAR trong 1 phút đầu từ 8 - 10 chiếm 99,0%.

Chỉ có 1% số trẻ sơ sinh có chỉ số APGAR trong 1 phút đầu từ 4 - 7.

Bảng 7. Thời gian nằm viện của thai phụ (n=220)

Thời gian nằm viện	Tổng số	Tỷ lệ (%)
1-3 ngày	61	27,7
4-5 ngày	71	32,3
> 5 ngày	88	40,0
Tổng	220	100,0

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là $6,97 \pm 4,23$ ngày, trong đó thời nằm viện ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 10 ngày.

Thai phụ nằm viện trên 5 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 40,4%.

Bảng 8. Kết cục sau sinh (n=220)

Kết cục sau sinh	Tổng số	Tỷ lệ (%)
Vỡ tử cung	0	0
Băng huyết	2	0,9
Viêm niêm mạc tử cung	1	0,45
Tử vong	0	0

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 2 trường hợp băng huyết sau sinh 0,9 %. 01 Trường hợp viêm niêm mạc tử cung 0,45%.

4. BÀN LUẬN

Trong năm 2024 tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình có 220 trường hợp nhập viện điều trị vì thai phụ con so có quá ngày dự kiến sinh tuổi thai từ 40 tuần 1 ngày đến 40 tuần 6 ngày đủ tiêu chuẩn của nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu có 59,1% trường hợp đẻ đường âm đạo. Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động là 27,7%. Tỷ lệ mổ lấy thai cấp cứu 13,2% (bảng 1). Kết quả nghiên cứu này có thấp hơn so nghiên cứu của Đoàn Thị Phương Lam tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương Tỷ lệ đẻ đường âm đạo chiếm 80,5%, mổ lấy thai chiếm 19,5% [3]. Trong bảng 2 có tới 50% các trường hợp mổ lấy thai chủ động trong tổng số các trường hợp mổ, mà lý do chủ yếu là tử phí gia đình do lo sợ con già tháng, con suy hô hấp khi theo dõi chuyển dạ đẻ.

Khi các thai phụ có thai quđứ tháng muốn sinh con đường âm đạo thì một trong những phương pháp gây chuyển dạ đẻ là khởi phát chuyển dạ. Trong bảng 3 tại Bệnh viện phương pháp khởi phát chủ yếu là dùng oxytocin, thuốc propess, lóc ối. Phương pháp dung thuốc propess có tỷ lệ thai phụ thành công đẻ qua đường âm đạo cao nhất là 70,6%, các phương pháp dung oxytocin tỷ lệ thành công 61,1%, lóc ối 61,5%. Phương pháp khởi phát chuyển dạ bằng Propess là phương pháp được áp dụng tại bệnh viện Phụ sản Thái Bình từ tháng 6 năm 2024. Do đó sự thành công của khởi phát chuyển dạ bằng thuốc Propess còn thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu của Vũ Đình Hiếu khi khởi phát chuyển dạ đẻ bằng propess tỷ lệ sinh ngã âm đạo chiếm 71,1%, tỷ lệ sinh mổ chiếm 28,9 % [4]. Theo Dương Mỹ Linh tại bệnh viện phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2024 là tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công bằng propess là 84,6% [5].

Theo bảng 4 khi so sánh tỷ lệ thành công giữa nhóm có khởi phát chuyển dạ và nhóm đẻ tự nhiên thì thấy rằng: KPCD tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 65,3% và chuyển dạ đẻ tự nhiên tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 77,8%. Thấy rằng nguy cơ mổ lấy thai ở nhóm KPCD cao gấp 1,86 lần so với nhóm chuyển dạ đẻ tự nhiên OR 1.86 CL 95% (0,89- 3,88) với $p > 0,05$. Như vậy KPCD có nguy cơ mổ lấy thai cao hơn so với chuyển dạ đẻ tự nhiên xong không có ý nghĩa về mặt thống kê với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu này có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của Vũ Đình Hiếu [4]. Do cỡ mẫu nhóm KPCD ở nghiên cứu (n= 49) còn ít nên cần có các nghiên cứu lớn hơn để cho những nhận định khách quan hơn.

Bảng 5 Trong NC có 44% trẻ có cân nặng lúc sinh $> 3500g$. Vì cân nặng là một trong những yếu tố đánh giá khả năng thai phụ sinh ngã âm đạo. Nếu thai to ($\geq 3800g$) thì tiên lượng hướng mổ sinh cao hơn. Hơn nữa, sử dụng KPCD đặc biệt là propess phải rất thận trọng khi chỉ định thai to vì sẽ tạo ra cơn gò cường tính và nặng hơn nữa là vỡ tử cung. Do đó thai quá ngày dự sinh là một yếu tố khiến tỷ lệ trẻ sinh có trọng lượng lớn.

Bảng 6 Phần lớn trẻ sơ sinh (99,0%) có chỉ số APGAR từ 8-10 trong phút đầu sau sinh, phản ánh tình trạng sức khỏe tốt và khả năng thích nghi sau sinh. Chỉ 1% trẻ có APGAR từ 4-7, cho thấy một số trường hợp gặp khó khăn nhẹ nhưng vẫn có thể hồi phục nhanh với can thiệp kịp thời. Đáng chú ý, không có trẻ nào có APGAR từ 1-3, tức là không ghi nhận trường hợp suy hô hấp nặng sau sinh. Kết quả này cũng cao hơn so với các nghiên cứu khác. Theo Nguyễn Trần Thảo Nguyên và cộng sự khi có 95% số trẻ sơ sinh có chỉ số APGAR từ 8-10 và 5% số trẻ có chỉ số dưới 8 [6]. Chỉ số APGAR là công cụ quan trọng để đánh giá nhanh tình trạng sơ sinh dựa trên năm tiêu chí: nhịp tim, nhịp thở, phản xạ, cử động chân tay và màu sắc da. Kết quả này cho thấy đối với những thai kỳ quá ngày dự sinh thai nhi có tình trạng sức khỏe tương đối tốt. Mặc dù vẫn có tỷ lệ nhỏ trẻ có APGAR từ 4-7, điều này có thể do ảnh hưởng bởi các yếu tố như thiếu oxy nhẹ, sinh khó hoặc tác động của thuốc trong chuyển dạ. Tuy nhiên, tỷ lệ thấp này cho thấy hầu hết trẻ sinh ra trong điều kiện an toàn.

Theo bảng 7 Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian nằm viện trung bình là $6,97 \pm 4,23$ ngày, trong đó thời nằm viện ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 10 ngày. Thời gian nằm viện của thai phụ trên 5 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (40,4%), nhóm thai phụ nằm viện từ 2-3 ngày có tỷ lệ thấp nhất (27,7%), nhóm có thời gian nằm viện từ 4-5 ngày chiếm 32,3%. Thời gian nằm viện sau sinh phụ thuộc vào nhiều yếu tố như phương pháp sinh đẻ thường hay đẻ mổ, tình trạng sức khỏe của mẹ và bé, cũng như quá trình hồi phục sau sinh. Tỷ lệ cao nhất thuộc về nhóm nằm viện trên 5 ngày có thể phản ánh những trường hợp cần theo dõi lâu hơn do cần có thời gian để theo dõi các yếu tố KPCD tự nhiên cũng như KPCD bằng thuốc. Khi thời gian nằm viện tăng sẽ dẫn đến tăng chi phí nằm viện và tăng nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện.

Theo bảng 8. Trong tổng số 220 các thai phụ trong nghiên cứu có 2 trường hợp băng huyết sau sinh 0,9 %, 01 trường hợp viêm niêm mạc tử cung 0,45% không ghi nhận trường hợp nào vỡ tử cung và tử vong sau sinh. Trường hợp băng huyết sau sinh và viêm niêm mạc tử cung sau sinh đều có đặc điểm chung là thời gian chuyển dạ kéo dài từ 16 – 20 giờ

do cùng thuốc khởi phát chuyển dạ Propess. Tai biến về phía mẹ của chúng tôi có thấp hơn so với các nghiên cứu khác [4], [7], [8].

5. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu trên 220 sản phụ con so có tuổi thai từ 40 tuần 1 ngày đến 40 tuần 6 ngày qua phân tích cho thấy tỷ lệ đẻ đường âm đạo đạt 59,1% và mổ lấy thai là 40,9%. Trong đó, tỷ lệ đẻ đường âm đạo ở nhóm chuyển dạ tự nhiên (81,7%) cao hơn so với nhóm khởi phát chuyển dạ (65,3%); riêng trong 49 trường hợp khởi phát chuyển dạ, việc sử dụng Propess mang lại tỷ lệ đẻ đường dưới thành công cao hơn so với Oxytocin (70,6% so với 61,1%). Về kết cục sơ sinh, trẻ có trọng lượng trung bình $3267,26 \pm 328,11$ gram, tình trạng sức khỏe tốt với chỉ 1% trẻ cần hồi sức (APGAR 4-7). Các tai biến sản khoa ghi nhận tỷ lệ rất thấp gồm 0,9% băng huyết sau sinh và 0,45% viêm niêm mạc tử cung, đặc biệt không có trường hợp nào bị vỡ tử cung hay tử vong sau sinh. Thời gian nằm viện trung bình là $6,97 \pm 4,23$ ngày, ngắn nhất 2 ngày và dài nhất 10 ngày.

6. KHUYẾN NGHỊ

Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng thai phụ được sử dụng Propess gây KPCD còn ít. Song với kết quả số thai phụ con so có tuổi thai từ 40 tuần 1 ngày đến 40 tuần 6 ngày tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 70,6% là một kết quả khả quan và được xem như một lựa chọn KPCD có tính hiệu quả và an toàn cho mẹ và thai nhi. Cần có những nghiên cứu lớn hơn để đánh giá hiệu quả KPCD của Propess (Dinoprostone).

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] John T. Queenan, Spong C.Y., and Lockwood C.J. (2012), "Prolonged Pregnancy", *Management of High-Risk Pregnancy*, pp. 391-398., John Wiley & Sons, isbn-13: 978-0-470-65576-4.
- [2] Norwitz, Snegovskikh V.V., and Caughey A.B. (2007), "Prolonged Pregnancy: When Should We Intervene?" *Clin Obstet Gynecol*, 50(2), 547-557. *Clin Obstet Gynecol*, 50(2), 547-557.
- [3] Đoàn TPL, Phan TN, Nguyễn MT. Dừng thai nghén ở thai quá ngày dự sinh tại khoa đẻ bệnh viện Phụ sản Trung Ương: Kết quả, những yếu tố nguy cơ cho trẻ sơ sinh và sản phụ. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2025;548(2). doi:10.51298/vmj. v548i2.13409.
- [4] Vũ Đình Hiếu. Hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng Dinoprostone dạng đặt âm đạo ở thai kì 37 tuần có chỉ định khởi phát chuyển dạ tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định. *Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh*; 2022.
- [5] Dương Mỹ Linh, Ry D.T.K., Dư N.H., et al. (2024). Kết quả khởi phát chuyển dạ bằng oxytocin và dinoprostone trên thai trên 37 tuần. *Tạp Chí Dược Học Cần Thơ*, (76), 159-165 .Doi 10.58490/ctump.2024i76.2674
- [6] Nguyễn Trần Thảo Nguyên, Giang L.T.Q., and Tú T.D. (2022). Khảo sát kết cục thai kỳ và chuyển dạ ở những thai phụ mang thai con so từ 37 tuần đến 41 tuần 6 ngày. *Tạp Chí Phụ Sản*, 20(4), 18-22. doi.org/10.46755/vjog.2022.4.14
- [7] Warke HS, Saraogi RM, Sanjwalla SM. Prostaglandin E2 gel In ripening of cervix in induction of labour. *Journal of postgraduate medicine*. OctDec 1999;45(4):105-9
- [8] Phạm Chí Kông, Bùi Thị Viễn Phương (2021). Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng propess đặt âm đạo *Tạp chí Phụ sản* 2021; 19(1):38-46. doi: 10.46755/vjog.2021.1.1173