

OUTCOMES OF LABOR INDUCTION WITH DINOPROSTONE AT THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Do Thi Huyen^{1*}, Do Van Hao², Nguyen Thanh Khiem^{1,2}

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

Received: 04/05/2026

Revised: 10/06/2026; Accepted: 24/07/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the outcomes of labor induction using Dinoprostone at Hanoi Medical University Hospital and to identify associated factors.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 84 pregnancies at ≥ 37 weeks of gestation with indications for labor induction and a Bishop score ≤ 5 points at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hanoi Medical University Hospital, from January 2024 to February 2026.

Results: The success rate of labor induction was 70.2%, and the rate of vaginal delivery was 44%. The incidence of uterine tachysystole was 8.3%, fetal distress 14.3%, and postpartum hemorrhage 3.6%. A Bishop score ≥ 3 was significantly associated with successful labor induction (OR = 5.8; 95% CI: 1.78-19.01; $p = 0.004$) and vaginal delivery (OR = 8.0; 95% CI: 2.37-27.25; $p = 0.001$).

Conclusion: Dinoprostone is an effective method for labor induction with a high success rate and an acceptable safety profile in term pregnancies.

Keywords: Labor induction, Dinoprostone, Bishop score.

*Corresponding author

Email: linhletrshs@gmail.com Phone: (+84) 982990747 DOI: 10.52163/yhc.v66iCD14.3052



KẾT QUẢ KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG DINOPROSTONE TẠI KHOA PHỤ SẢN, BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đỗ Thị Huyền^{1*}, Đỗ Văn Hào², Nguyễn Thành Khiêm^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/05/2026

Ngày chỉnh sửa: 10/06/2026; Ngày duyệt đăng: 24/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả khởi phát chuyển dạ bằng Dinoprostone tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 84 thai kỳ ≥ 37 tuần có chỉ định khởi phát chuyển dạ và Bishop ≤ 5 điểm tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2024 đến tháng 2/2026.

Kết quả: Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công là 70,2%; tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 44%. Tỷ lệ xuất hiện cơn co tử cung cường tính là 8,3%; suy thai 14,3%; chảy máu sau sinh 3,6%. Điểm Bishop ≥ 3 liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng khởi phát chuyển dạ thành công (OR = 5,8; 95% CI: 1,78-19,01; p = 0,004) và khả năng đẻ đường âm đạo (OR = 8,0; 95% CI: 2,37-27,25; p = 0,001).

Kết luận: Dinoprostone là phương pháp khởi phát chuyển dạ hiệu quả với tỷ lệ thành công cao và độ an toàn chấp nhận được ở thai đủ tháng.

Từ khóa: Khởi phát chuyển dạ, Dinoprostone, Bishop.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyển dạ thường diễn ra tự nhiên khi thai đủ tháng, tuy nhiên trong nhiều trường hợp, việc chủ động chấm dứt thai kỳ bằng các biện pháp khởi phát chuyển dạ là cần thiết nhằm cải thiện kết cục mẹ và thai nhi. Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ có xu hướng ngày càng gia tăng, theo báo cáo của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh Hoa Kỳ năm 2020, tỷ lệ này đạt 31,4% [1]. Một trong những yếu tố quyết định thành công của khởi phát chuyển dạ là tình trạng cổ tử cung trước khởi phát, thường được đánh giá bằng thang điểm Bishop. Ở những sản phụ có cổ tử cung chưa thuận lợi (Bishop thấp), việc làm chín muồi cổ tử cung là bước quan trọng nhằm tăng khả năng sinh đường âm đạo và giảm tỷ lệ mổ lấy thai. Thực hành lâm sàng hiện nay có hai phương pháp khởi phát chuyển dạ chính là: phương pháp dược lý và phương pháp hóa học, trong đó Dinoprostone được sử dụng khá rộng rãi.

Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu nhận xét kết quả khởi phát chuyển dạ bằng Dinoprostone tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội nhằm cung cấp thêm bằng chứng thực tế tại một cơ sở tuyến trung ương, góp phần đánh giá hiệu quả và tính an toàn của Dinoprostone trong thực hành lâm sàng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ ngày 1/1/2024 đến ngày 28/2/2026.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ chưa chuyển dạ nhập viện tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2024 đến tháng 2/2026.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: sản phụ có chỉ định khởi phát chuyển dạ; một thai sống, ngôi chỏm; chưa có chuyển dạ, chỉ số Bishop ≤ 5 điểm; có đầy đủ thông tin bệnh án.

- Tiêu chuẩn loại trừ: không có chỉ định đẻ đường âm đạo (thai to, bất tương xứng thai - khung chậu, bệnh lý nặng của mẹ...); mẫn cảm với Prostaglandin.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- Cỡ mẫu: toàn bộ các đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện không xác suất.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập được mẫu nghiên cứu n = 84.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Tuổi mẹ: tính theo năm.

- Tuổi thai: tính theo tuần, gồm hai nhóm 37 đến dưới 40 tuần và ≥ 40 tuần.

- Tiền sử sản khoa: gồm hai nhóm con so và con Ạ.

- Điểm Bishop: tính điểm qua 5 thông số gồm độ mở cổ tử cung (cm), độ xóa cổ tử cung (%), độ lọt của thai, mật độ cổ tử cung, hướng cổ tử cung với tổng điểm 0-13.

- Kết quả làm chín muồi cổ tử cung: thành công (cổ tử cung mở ≥ 3 cm), thất bại (không làm mềm và mở được cổ tử cung, gồm có: cổ tử cung mở < 3 cm, phải dừng theo dõi vì các diễn biến bất thường của mẹ và thai nhi như dọa vỡ tử cung, bệnh nhân không hợp tác, thai suy...).

*Tác giả liên hệ

Email: trunghscc14@gmail.com Điện thoại: (+84) 979446799 DOI: 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

- Cách sinh: đẻ đường âm đạo, đẻ thủ thuật, mổ lấy thai.
- Thời gian khởi phát chuyển dạ thành công (giờ): là thời gian tính từ khi đặt thuốc đến khi cổ tử cung mở ≥ 3 cm mà không phải phối hợp với Oxytocin hoặc các phương pháp khác.
- Thời gian đẻ đường âm đạo (giờ): tính từ khi đặt thuốc đến khi đẻ đường âm đạo.
- Các biến cố bất lợi khi khởi phát chuyển dạ bằng Dinoprostone: cơn co tử cung cường tính, suy thai, chảy máu sau đẻ, vỡ tử cung, không có.
- Điểm APGAR trẻ sơ sinh phút thứ nhất và phút thứ năm: tính điểm qua 5 thông số gồm nhịp tim, hô hấp, trương lực cơ, phản xạ, màu da với tổng điểm 0-10.

2.6. Thu thập số liệu

- Lấy danh sách bệnh nhân được khởi phát bằng Dinoprostone từ kho lưu trữ.
- Kiểm tra tiêu chuẩn chọn/loại trừ.
- Ghi dữ liệu vào phiếu thu thập.

2.7. Xử lý số liệu

- Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.
- Biến định tính được mô tả bằng tỉ lệ, biến định lượng được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.
- Phân tích hồi quy logistic xác định mối liên quan, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng Khoa học Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Số liệu nghiên cứu (bệnh án) của các thai phụ được bệnh viện cho phép sử dụng phục vụ cho nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích khác. Thông tin cá nhân trong bệnh án của đối tượng được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 84)

Đặc điểm		n	%
Tuổi mẹ	< 35 năm	76	90,5
	≥ 35 năm	8	9,5
	$\bar{X} \pm SD$ (năm)	28,3 $\pm$ 3,2	
Tiền sử sản khoa	Con so	73	86,9
	Con rạ	11	13,1
Tuổi thai	37 đến dưới 40 tuần	26	31,0
	≥ 40 tuần	58	69,0
	$\bar{X} \pm SD$ (tuần)	39,6 $\pm$ 0,8	
Bishop trước khởi phát chuyển dạ	< 3 điểm	49	58,3
	≥ 3 điểm	35	41,7
	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	2,25 $\pm$ 1,44	

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 28,3 $\pm$ 3,2; đa số < 35 tuổi (90,5%). Sản phụ con so chiếm tỷ lệ cao (86,9%). Tuổi thai ≥ 40 tuần chiếm ưu thế (69%). Bishop trung bình thấp (2,25 $\pm$ 1,44 điểm).

Bảng 2. Kết quả khởi phát chuyển dạ (n = 84)

Kết quả khởi phát chuyển dạ		n	%
Kết quả mở cổ tử cung (≥ 3 cm)	Thành công	59	70,2
	Đẻ đường âm đạo	37	62,7*
	Mổ lấy thai	22	37,3*
	Thất bại	25	29,8
Cách sinh chung	Đẻ đường âm đạo	37	44,0
	Đẻ thủ thuật	0	0
	Mổ lấy thai	47	56,0

Kết quả khởi phát chuyển dạ		n	%
Thời gian trung bình khởi phát chuyển dạ thành công (giờ)		11,85 $\pm$ 5,09	
Thời gian trung bình đẻ đường âm đạo (giờ)		15,68 $\pm$ 5,63	

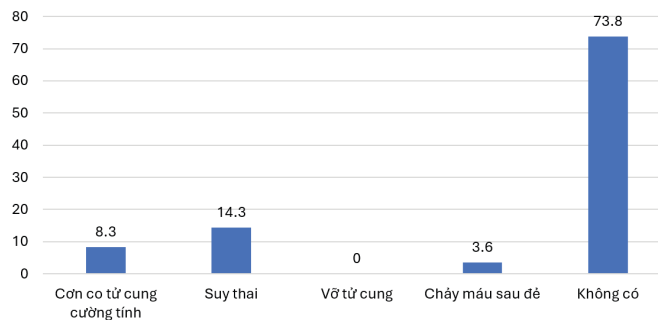
Ghi chú: *Tỷ lệ đẻ đường âm đạo và mổ lấy thai được tính trên nhóm khởi phát chuyển dạ thành công (n = 59).

Tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công là 70,2%. Trong nhóm thành công, đẻ đường âm đạo chiếm 62,7%. Tỷ lệ mổ lấy thai chung là 56%. Thời gian trung bình khởi phát chuyển dạ thành công và đẻ đường âm đạo lần lượt là 11,85 $\pm$ 5,09 giờ và 15,68 $\pm$ 5,63 giờ. Trong nhóm khởi phát chuyển dạ thành công vẫn có các trường hợp phải mổ lấy thai.

Bảng 3. Kết cục trẻ sơ sinh (n = 84)

Kết cục trẻ sơ sinh		n	%
Điểm APGAR phút thứ nhất	< 7 điểm	1	1,2
	≥ 7 điểm	83	98,8
Cân nặng	2500 đến dưới 3500g	65	77,4
	≥ 3500 g	19	22,6

Trong số 84 trẻ sơ sinh, 1 trẻ có APGAR 6 điểm ở phút thứ nhất. Tuy nhiên tất cả 84 trẻ đều có APGAR tốt ở phút thứ 5. Phần lớn trẻ sơ sinh trong nghiên cứu có cân nặng từ 2500 đến dưới 3500g (77,4%). Nhóm ≥ 3500 g chiếm 22,6%. Không ghi nhận trường hợp nào nhẹ cân (< 2500g).



Biểu đồ 1. Các biến cố bất lợi khi đặt Dinoprostone

Phần lớn các sản phụ không gặp biến cố. Suy thai và cơn co tử cung cường tính là các biến cố thường gặp với tỷ lệ lần lượt là 14,3% và 8,3%. Chảy máu sau đẻ có 3 trường hợp chiếm 3,6%. Không ghi nhận tình trạng vỡ tử cung.

Bảng 4. Phân tích mối liên quan giữa chỉ số Bishop với kết quả khởi phát chuyển dạ và khả năng đẻ đường âm đạo

Yếu tố	Khởi phát chuyển dạ (n = 84)				Khả năng đẻ đường âm đạo (n = 59)			
	Thành công	Thất bại	OR (95% CI)	p	Đẻ đường âm đạo	Mổ lấy thai	OR (95% CI)	p
Bishop ≥ 3 điểm	31	4	5,8 (1,78-19,01)	0,004	26	5	8,0 (2,37-27,25)	0,001
Bishop < 3 điểm	28	21			11	17		

Nhóm Bishop ≥ 3 điểm tăng khả năng khởi phát chuyển dạ thành công gấp 5,8 lần (OR 5,8; 95% CI: 1,78-19,01) và tăng khả năng đẻ đường âm đạo 8,0 lần (OR 8,0; 95% CI: 2,37-27,25) so với nhóm Bishop < 3 điểm, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu gồm 84 bệnh án của các sản phụ có chỉ định khởi phát chuyển dạ, trong đó đa số có độ tuổi dưới 35 (90,5%). Độ tuổi trung bình là $28,3 \pm 3,2$. Tỷ lệ sinh con so chiếm 86,9%, phù hợp với đặc điểm tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu và cũng tương tự kết quả được ghi nhận trong nghiên cứu của Ngô Thị Thùy Dương (85%) [2]. Tuổi thai phần lớn là nhóm ≥ 40 tuần (69%). Điểm Bishop trung bình trước khởi phát chuyển dạ là $2,25 \pm 1,44$, cho thấy đa số sản phụ có cổ tử cung chưa thuận lợi ở thời điểm khởi phát. Điều này phù hợp với thực hành lâm sàng, khi khởi phát chuyển dạ thường được chỉ định trong các tình huống thai quá ngày dự kiến sinh, cổ tử cung chưa chín muồi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công đạt 70,2%, tương tự với các nghiên cứu của Phạm Chí Kông và cộng sự (74,4%) [3], Ngô Thị Thùy Dương (72,5%) [2]. So sánh với một số tác giả khác, tỷ lệ khởi phát chuyển dạ thành công của chúng tôi thấp hơn Nguyễn Thị Nga và cộng sự (87,1%) [4], Thái Bằng và cộng sự (88,6%) [5]. Hiện nay, vẫn chưa có sự thống nhất về tiêu chuẩn xác định thành công hay thất bại của khởi phát chuyển dạ, cộng với sự khác biệt trong thực hành lâm sàng giữa các cơ sở y tế nên tỷ lệ thành công được báo cáo có thể dao động đáng kể giữa các nghiên cứu.

Tỷ lệ đẻ đường âm đạo trong nghiên cứu là 44%, tỷ lệ mổ lấy thai là 56%, tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga và cộng sự với tỷ lệ đẻ đường âm đạo là 44,3% và tỷ lệ mổ lấy thai là 55,7% [4]. Tuy nhiên, tỷ lệ đẻ đường âm đạo thấp hơn một số báo cáo trong và ngoài nước. Cụ thể, tỷ lệ đẻ đường âm đạo theo Lei Zhao và cộng sự là 76,3% [6], theo Thái Bằng và cộng sự là 62% [5], theo Phạm Chí Kông và cộng sự là 51,3% [3]. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ đặc điểm đối tượng nghiên cứu, điều kiện cơ sở vật chất và quy trình theo dõi - xử trí sau đặt thuốc. Nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh và cộng sự trên nhóm sản phụ nguy cơ thấp cho thấy nhóm con so vẫn có nguy cơ mổ lấy thai cao hơn 3,8 lần so với nhóm con đẻ [7]. Do đó, đặc điểm đối tượng nghiên cứu với phân bố tỷ lệ con so cao và điểm Bishop thấp có thể là yếu tố góp phần làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi.

Về thời gian khởi phát chuyển dạ, thời gian trung bình để đạt chuyển dạ thành công là $11,85 \pm 5,09$ giờ, khá tương đồng với nghiên cứu của Lei Zhao và cộng sự ($11,33 \pm 11,09$ giờ) [6]. Tuy nhiên, thời gian này dài hơn so với nghiên cứu của Phạm Chí Kông và cộng sự (9,8 giờ) [3] và ngắn hơn của Ngô Thị Thùy Dương ($13,27 \pm 6,73$ giờ) [2]. Thời gian trung bình từ khi đặt thuốc đến khi đẻ đường âm đạo của chúng tôi là $15,68 \pm 5,63$ giờ, dài hơn so với nghiên cứu của Phạm Chí Kông và cộng sự (12,3 giờ) [3] nhưng ngắn hơn so với các nghiên cứu của Ngô Thị Thùy Dương ($18,63 \pm 9,49$ giờ) [2], Lei Zhao và cộng sự ($18,92 \pm 12,50$ giờ) [6]. Sự khác biệt này do đặc điểm đối tượng tại địa điểm nghiên cứu, quy trình theo dõi và can thiệp ở các cơ sở là khác nhau.

Kết cục của trẻ sơ sinh nhìn chung đều tốt, không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng như hội chứng hít phân su hay xuất huyết não. Tuy APGAR phút thứ nhất có 1 trẻ 6 điểm nhưng APGAR phút thứ 5 của tất cả 84 trẻ sơ sinh đều ≥ 7 điểm. Điều này cũng tương tự báo cáo của các tác giả khác [4-7].

Về tính an toàn, phần lớn sản phụ không gặp biến cố bất lợi (73,8%), cho thấy Dinoprostone là phương pháp tương đối an toàn. Tuy nhiên, vẫn ghi nhận một số biến cố như cơn co tử cung cường tính (8,3%), suy thai (14,3%), chảy máu sau sinh (3,6%). So sánh với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga (suy thai 10%, cơn co tử cung cường tính 25,7%) [4]; Phạm Chí Kông và cộng sự (suy thai 17,9%, cơn

co tử cung cường tính 17,9%) [3]; Thái Bằng và cộng sự (suy thai 8,9%, cơn co tử cung cường tính 2,5%) [5] cho thấy suy thai và cơn co tử cung cường tính khá thường gặp khi khởi phát chuyển dạ bằng Dinoprostone, với tỷ lệ thay đổi tùy từng quần thể nghiên cứu. Do đó việc theo dõi tim thai và cơn co tử cung trong quá trình sử dụng Dinoprostone là cần thiết. Tỷ lệ chảy máu sau sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,6%, khá tương đồng với một báo cáo được đăng trên tạp chí New England Journal of Medicine: tỷ lệ chảy máu sau sinh ở nhóm khởi phát chuyển dạ cũng tương tự, khoảng 4,6% [8]. Trong nghiên cứu này, 3 ca chảy máu sau sinh đều không cần truyền máu và ổn định sau xử trí. Ngoài ra không ghi nhận tình trạng vỡ tử cung.

Phân tích mối liên quan giữa chỉ số Bishop và kết quả khởi phát chuyển dạ cho thấy Bishop ≥ 3 điểm làm tăng khả năng khởi phát chuyển dạ thành công lên 5,8 lần và tăng khả năng đẻ đường âm đạo lên 8,0 lần so với Bishop < 3 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu đã khẳng định Bishop là yếu tố tiên lượng quan trọng đối với kết quả khởi phát chuyển dạ [9]. Việc đánh giá chính xác chỉ số Bishop trước can thiệp có ý nghĩa quan trọng trong lựa chọn phương pháp và tiên lượng kết cục sản khoa.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu còn hạn chế và được thực hiện tại một trung tâm nên có thể không phản ánh đầy đủ hiệu quả của Dinoprostone cũng như mối liên quan giữa các biến số.

5. KẾT LUẬN

Dinoprostone là phương pháp khởi phát chuyển dạ hiệu quả và tương đối an toàn ở thai phụ có thai đủ tháng nhưng cổ tử cung chưa thuận lợi. Việc đánh giá thang điểm Bishop trước khởi phát là cần thiết trong tiên lượng khả năng thành công và lựa chọn phương pháp phù hợp. Đồng thời, cần theo dõi chặt chẽ trong quá trình sử dụng thuốc nhằm phát hiện sớm các bất thường và can thiệp kịp thời, góp phần hạn chế các tai biến cho mẹ và thai nhi.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Osterman M.J.K, Hamilton B.E, Martin J.A, Driscoll A.K, Valenzuela C.P. Births: final data for 2020. Natl Vital Stat Rep, 2022, 70 (17): 1-50. doi: 10.15620/cdc:112078.
- [2] Ngô Thị Thùy Dương. Nghiên cứu hiệu quả gây chuyển dạ của Dinoprostone trên thai phụ đủ tháng tại Khoa Đẻ, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019.
- [3] Phạm Chí Kông, Bùi Thị Viễn Phương. Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng Propress đặt âm đạo. Tạp chí Phụ Sản, 2021, 19 (1): 38-46. doi: 10.46755/vjog.2021.1.1173.
- [4] Nguyễn Thị Ngà, Nguyễn Mạnh Thắng. Đánh giá hiệu quả của phương pháp khởi phát chuyển dạ bằng Propress trên thai phụ có thai đủ tháng tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ. Tạp chí Y học Việt Nam, 2025, 556 (3): 185-189. doi: 10.51298/vmj.v556i3.16489.
- [5] Thái Bằng, Đinh Thanh Hà, Cao Xuân Thành, Bùi Đức Hoàn, Nguyễn Như Thu Trúc. Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng Propress tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Nha Trang. Tạp chí Phụ Sản, 2023, 21 (4-5): 75-81. doi: 10.46755/vjog.2023.4-5.1629.
- [6] Zhao L, Lin Y, Jiang T et al. Prediction of the induction to delivery time interval in vaginal Dinoprostone -induced labor: a retrospective study in a Chinese tertiary maternity hospital. J Int Med Res, 2019, 47 (6): 2647-2654. doi: 10.1177/0300060519845780.
- [7] Nguyễn Duy Anh, Trần Anh Duc, Nguyễn Thị Thu Hà et al. Dinoprostone vaginal insert for induction of labor in women with low-risk pregnancies: a prospective study. Med Arch, 2022, 76 (1): 39-44. doi: 10.5455/medarch.2022.76.39-44.
- [8] Grobman W.A, Rice M.M, Reddy U.M, Tita A.T.N, Silver R.M, Mallett G et al. Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. New England Journal of Medicine, 2018, 379 (6): 513-523. doi: 10.1056/NEJMoa1800566.
- [9] Michail A, Fasoulakis Z, Domali E, Daskalakis G, Antsaklis P. Role of the Bishop score in predicting successful induction of vaginal delivery: a systematic review of current evidence. Cureus, 2025, 17 (7): e87467. doi: 10.7759/cureus.87467.