

6. **Salama AK, Szymanski KM, Casey J, Roth J, Whittam B, Cain MP.** Use of retrograde pyelogram to plan for miniature open incision in pediatric pyeloplasty. *Journal of pediatric urology.* 2020;16(4):479.e1-479.e5.
7. **Dương Hoàng Mai.** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản ở trẻ em có sử dụng thông JJ. Luận văn Bác sĩ Nội trú. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh; 2016
8. **Tanash MA, Bolly BK, Naidoo R, et al.** Laparoscopic versus open pyeloplasty in paediatric pelvi-ureteric junction obstruction. <https://doi.org/10.1111/jpc.16443>. *Journal of Paediatrics and Child Health.* 2023;n/a(n/a)
9. **Chan YY, Durbin-Johnson B, Sturm RM, Kurzrock EA.** Outcomes after pediatric open, laparoscopic, and robotic pyeloplasty at academic institutions. *Journal of pediatric urology.* 2017;13(1):49. e1-49. e6
10. **Chertin B, Raisin G, Puri P.** Ureteropelvic Junction Obstruction. In: Puri P, ed. *Pediatric Surgery: Pediatric Urology.* Springer Berlin Heidelberg; 2023:233-248

KẾT QUẢ SỬ DỤNG KẾT HỢP MIFEPRISTONE VÀ MISOPROSTOLE TRONG PHÁ THAI NỘI KHOA Ở TUỔI THAI 17 ĐẾN 22 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thu Phương¹, Phạm Đức Anh¹,
Nguyễn Thanh Hải¹, Mai Thanh Sơn¹, Đỗ Như Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả sử dụng kết hợp Mifepristone và Misoprostole trong phá thai nội khoa ở tuổi thai 17 đến 22 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 sản phụ có tuổi thai từ 17 đến hết 22 tuần được đình chỉ thai nghén bằng phác đồ kết hợp Mifepristone và Misoprostole tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 28,02 tuổi với 55,4% trường hợp chưa có con và 72,3% các sản phụ chưa từng phá thai trước đây. Tuổi thai được chỉ định ĐCTN trong nghiên cứu phổ biến nhất là từ 17 – 18 tuần (chiếm 36,8%). Tỷ lệ phá thai thành công đạt 95,4% với đa số sản phụ ở nhóm dưới 25 và từ 25 – 35 tuổi lần lượt là 95,8% và 100%. Tỷ lệ phá thai thành công đạt 91,7% ở tuổi thai từ 17 – 18, từ 18 – 19 là 92,3% và 100% với tuổi thai từ 19 – 22 tuần. Các sản phụ có 2 con có tỷ lệ phá thai thành công là 81,8% và 97,2% với sản phụ chưa từng có con, nhóm sản phụ có 1 hoặc ≥ 3 con đều đạt 100%. Có tới 88,7% các trường hợp sảy thai trong vòng 24 giờ đầu tiên sau khi dùng MSP trong phác đồ kết hợp, thời gian sảy thai trung bình là 11,17 giờ với liều MSP trung bình là 1070,37mcg. **Kết luận:** Phác đồ kết hợp Mifepristone và Misoprostole trong ĐCTN ở sản phụ có tuổi thai từ 17 – 22 tuần đạt hiệu quả cao, chiếm 95,4%, đặc biệt với sản phụ trẻ dưới 35 tuổi và có thể áp dụng cho mọi tuổi thai trong nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ sảy thai trong vòng 24 giờ sau dùng MSP đạt 88,7%.

Từ khóa: đình chỉ thai nghén, kết hợp Mifepristone và Misoprostole, hiệu quả phá thai

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Anh

Email: dranhpd92@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 12.6.2024

SUMMARY

RESULTS OF COMBINED USE OF MIFEPRISTONE AND MISOPROSTOLE IN TERMINATION OF PREGNANCY AT A GESTATIONAL AGE FROM 17 TO 22 WEEKS AT HANOI OBSTETRIC HOSPITAL

Objective: Review the results of combined use of Mifepristone and Misoprostole in termination of pregnancy at a gestational age from 17 to 22 weeks at Hanoi Obstetric Hospital. **Materials and method:** A cross-sectional study was conducted on 65 pregnant with gestational age from 17 to 22 weeks whose pregnancies terminated with the combination of Mifepristone and Misoprostole at Hanoi Obstetrics Hospital from January to June 2023. **Results:** The average age of the study subjects was 28.02 years with 55.4% of the cases having no children and 72.3% of the women having never had a termination of pregnancy before. The most common gestational age at which pregnancy termination is indicated in the study, and that is from 17 to 18 weeks (36.8%). The successful termination of pregnancy rate reached 95.4%, with the majority of women under 25 and from 25 - 35 years old having rate of 95.8% and 100%, respectively. The successful pregnancy termination rate reaches 91.7% at the gestational age of 17 - 18 weeks, 92.3% at 18 – 19 weeks, and 100% at gestational age from 19 - 22 weeks. Women who have 2 children have a successful termination of pregnancy rate of 81.8%, and the rate is 97.2% for women who have never had children. This rate is 100% for women who have 1 or ≥ 3 children. Up to 88.7% of miscarriages occurred within the first 24 hours after taking MSP in the combination regimen. The average time to miscarriage was 11.17 hours with a mean MSP dose of 1070.37mcg. **Conclusion:** The combination regimen of Mifepristone and Misoprostole in terminating pregnancy in pregnant women with a gestational age of 17 - 22 weeks is highly effective, accounting for 95.4%, especially for young pregnant

women under 35 years old, and can be applied to all women in the study. The miscarriage rate within 24 hours after using MSP reached 88.7%.

Keywords: termination of pregnancy, combined use of mifepristone and misoprostole, efficacy of termination of pregnancy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đình chỉ thai nghén (ĐCTN) là chủ động sử dụng các phương pháp khác nhau để chấm dứt thai trong tử cung cho đến khi thai hết 22 tuần tuổi [1]. Việc ĐCTN trong 3 tháng giữa thai kỳ có thể xảy ra nhiều tai biến và ảnh hưởng tiêu cực về tâm lý, tinh thần cho người phụ nữ. Song, vì nhiều lý do khác nhau mà nhiều sản phụ buộc phải ĐCTN ở tuổi thai này [2]. Có 2 phương pháp được áp dụng để ĐCTN trong 3 tháng giữa gồm nội khoa và ngoại khoa, trong đó ĐCTN bằng nội khoa được đánh giá là an toàn và mang lại hiệu quả cao hơn [3-4]. Đặc biệt, sự kết hợp giữa mifepristone (MFP) và misoprostole (MSP) đã được chứng minh là có hiệu quả cao trong ĐCTN ba tháng giữa. Tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, bên cạnh phương pháp ngoại khoa cho ĐCTN 3 tháng giữa, chúng tôi có đang áp dụng phác đồ kết hợp MFP và MSP nhưng chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để đánh giá hiệu quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: *Nhận xét kết quả sử dụng kết hợp Mifepristone và Misoprostole trong phá thai nội khoa ở tuổi thai 17 đến 22 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu là tất cả sản phụ có tuổi thai từ 17 đến hết 22 tuần, được chỉ định ĐCTN bằng phác đồ kết hợp MFP và MSP tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong thời gian từ tháng 1 năm 2023 tới tháng 6 năm 2023, có 01 thai sống trong tử cung.

Tiêu chuẩn loại trừ gồm: những trường hợp mắc u xơ tử cung, dị dạng tử cung, dị ứng hoặc có chống chỉ định khác với thuốc MFP và MSP, đang mắc các bệnh mạn tính hay ác tính, có dấu hiệu dọa sảy thai hoặc đã sử dụng bất kỳ một phương pháp phá thai nào trước đó.

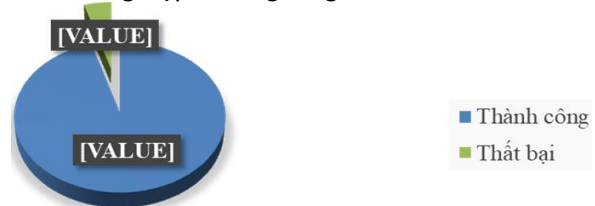
2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, được tiến hành trên cỡ mẫu thuận tiện. Nghiên cứu của chúng tôi thu thập thông tin của tất cả sản phụ thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 7 năm 2023. Kết quả, chúng tôi đã lựa chọn được 65 đối tượng phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	n=65	%
Tuổi, năm		
Tuổi trung bình (TB±CD)	28,02±7,49	
< 25	24	36,9
25 – 35	27	41,5
≥ 35	14	21,5
Tiền sử sinh đẻ		
Chưa có con	36	55,4
1 con	12	18,5
2 con	11	16,9
≥ 3 con	6	9,2
Số lần phá thai		
Chưa	47	72,3
1 lần	13	20,0
2 lần	3	4,6
≥ 3 lần	2	3,1
Tuổi thai (tuần)		
17 - 18	24	36,9
18 – 19	13	20,0
19 – 20	11	16,9
20 – 21	12	18,5
21 - 22	5	7,7

Nhận xét: Tuổi trung bình sản phụ được ĐCTN bằng phác đồ kết hợp MFP và MSP trong nghiên cứu là 28,02 ± 7,49 và phổ biến nhất là nhóm tuổi từ 25 – 35 chiếm tỷ lệ 41,5%. Sản phụ được ĐCTN ở tuổi thai từ 17 – 22 tuần thường chưa có con (55,4%) và đa số chưa từng phá thai (72,3%). Ngoài ra, ĐCTN ở tuổi thai từ 17 – 18 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (36,9%) trong các trường hợp tham gia nghiên cứu.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phá thai thành công bằng phác đồ kết hợp Mifepristone và Misoprostole

Nhận xét: Tỷ lệ phá thai ở thành công bằng việc sử dụng phác đồ kết hợp MFP và MSP cho tuổi thai từ 17 đến 22 tuần chiếm tỷ lệ rất cao, đạt 95,4% so với tỷ lệ thất bại là 4,6%.

Bảng 3.2. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ phá thai thành công

Các yếu tố	Thành công (n=62)		Thất bại (n=3)		p
	n	%	n	%	
Tuổi của mẹ					
< 25	23	95,8	1	4,2	>0,05

25 – 35	27	100	0	0
≥ 35	12	85,7	2	14,3
Tuổi của thai				
17 – 18	22	91,7	2	8,3
18 – 19	12	92,3	1	7,7
19 – 22	28	100	0	0
Tiền sử sinh đẻ				
Chưa có con	35	97,2	1	2,8
1 con	12	100	0	0
2 con	9	81,8	2	18,2
≥ 3 con	6	100	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ phá thai thành công đạt 100% đối với sản phụ từ 25 – 35 tuổi và thấp nhất là 85,7% ở nhóm sản phụ ≥ 35 tuổi. Có trên 90% trường hợp phá thai thành công ở tất cả các nhóm tuổi thai từ 17 – 22 tuần, trong đó thấp nhất là 91,7% ở nhóm tuổi thai từ 17 – 18 tuần. Ngoài ra, tỷ lệ phá thai thành công đạt 100% với sản phụ đã có 1 hoặc nhiều hơn 3 con và thấp nhất ở nhóm sản phụ đã có 2 con chiếm và 81,8%.

Bảng 3: Hiệu quả của phác đồ kết hợp MFP và MSP trong phá thai

Các tiêu chí	n=65	%
Sảy thai trong 24 giờ đầu	54	88,7
Thời gian sảy thai trung bình (giờ) (TB±CD)(Min-Max)	11,17 ± 4,61 (1,5 – 22,5)	
Liều MSP trung bình trong phác đồ kết hợp (mcg) (TB±CD)(Min-Max)	1070,37 ±530,09 (100 – 2400)	

Nhận xét: Có 54/65 trường hợp sản phụ sảy thai trong vòng 24 giờ đầu tiên sau dùng MSP trong phác đồ kết hợp, chiếm 88,7%. Trong đó, thời gian các sản phụ sảy thai sau điều trị trung bình từ 11,17 ± 4,61 giờ. Liều MSP trung bình được sử dụng trong phác đồ kết hợp để đạt hiệu quả phá thai là 1070,37 ± 530,09 mcg.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thu thập được số liệu từ 65 sản phụ có tuổi thai từ 17 đến hết 22 tuần được đình chỉ thai nghén bằng phác đồ kết hợp Mifepristone và Misoprostole tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2023. Độ tuổi trung bình của các sản phụ tham gia nghiên cứu là 28,02 ± 7,49, phổ biến nhất là trong nhóm từ 25 – 35 tuổi (chiếm 41,5%). Kết quả này là khá tương đồng với tuổi trung bình của sản phụ được ĐCTN bằng MSP đơn thuần theo các tác giả Phan Thanh Hải năm 2008 (26,78 ± 7,05 tuổi) và Bunxu Inthapatha năm 2006 (25,8 ± 7,4 tuổi) tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương [5-6]. Lý do có thể giải thích cho sự tương đồng này là bởi phần lớn phụ nữ lựa chọn

sinh sản ở độ tuổi 25 – 35 tuổi. Bên cạnh đó, phụ nữ trong nhóm tuổi này đều khá trẻ, kiến thức về sức khỏe sinh sản còn thiếu sót và điều kiện kinh tế chưa ổn định dẫn đến mang thai ngoài ý muốn và phải phá thai vào 3 tháng giữa thai kỳ.

Theo kết quả của bảng 3.1 cho thấy, hơn một nửa số sản phụ được ĐCTN bằng phác đồ kết hợp kết hợp MFP và MSP là chưa từng có con, với tỷ lệ 36/65 trường hợp (chiếm 55,4%). Ngoài ra, phần lớn các sản phụ tham gia nghiên cứu đều chưa từng có tiền sử phá thai trước đây với tỷ lệ 72,3%. Điều này có thể lý giải bằng sự khác nhau trong kỹ thuật phá thai nội khoa và ngoại khoa. Phá thai nội khoa không cần nong ống cổ tử cung, không tác động vào buồng trứng nên có thể hạn chế nguy cơ vô sinh do dính tử cung, tránh ảnh hưởng đến những lần mang thai tiếp theo của bệnh nhân.

Tuổi thai được chỉ định ĐCTN bằng phác đồ kết hợp MFP và MSP trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm từ 17 – 18 tuần (36,9%) và thấp nhất là nhóm từ 21 – 22 tuần (7,7%). Kết quả của chúng tôi là tương tự với các nghiên cứu trước đây của các tác giả Nguyễn Huy Bạo năm 2009 và Phan Thành Nam năm 2006 [4-7]. Tỷ lệ phá thai trên 21 tuần chiếm tỷ lệ thấp có thể được lý giải bởi kích thước thai lớn, điều trị nội khoa sẽ đạt hiệu quả thấp hơn hoặc để lại nhiều biến chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phá thai bằng phương pháp nội khoa được coi là thành công khi sảy thai và sảy rau mà không giới hạn liều thuốc và thời gian sử dụng. Qua biểu đồ 1 có thể thấy, tỷ lệ phá thai thành công ở 65 sản phụ tham gia nghiên cứu chiếm tỷ lệ rất cao, đạt 95,4% và chỉ có 3 trường hợp phá thai thất bại (chiếm 4,6%). Kết quả này là khá tương đồng với tỷ lệ 94% và 91,4% phá thai thành công bằng phác đồ kết hợp MFP và MSP lần lượt của các tác giả Bartley năm 2002 và tác giả Tang cùng các cộng sự năm 2005 [8-9].

Từ bảng 3.2 ta thấy, phá thai bằng phác đồ kết hợp MFP và MSP đạt hiệu quả cao đối với phần lớn các đối tượng tham gia nghiên cứu. Nhóm sản phụ trẻ dưới 35 tuổi có tỷ lệ phá thai thành công chiếm tỷ lệ rất cao, 100% đối với nhóm tuổi từ 25 – 35 và 95,8% với nhóm tuổi dưới 25. Trong khi đó, nhóm sản phụ ≥ 35 tuổi có tỷ lệ thành công thấp hơn 85,7%. Điều này có thể do hiệu quả phá thai bằng phác đồ kết hợp có hiệu quả kém hơn đối với sản phụ lớn tuổi.

Phác đồ điều trị kết hợp MFP và MSP đem đến tỷ lệ phá thai thành công rất cao ở mọi nhóm tuổi từ 17 – 18 tuần, 18 – 19 tuần và 19 –

22 tuần với tỷ lệ lần lượt là 91,7%; 92,3% và 100%. Xét về tiền sử sinh đẻ, tỷ lệ phá thai thành công đều đạt trên 80% đối với các sản phụ tham gia nghiên cứu, trong đó tỷ lệ thành công thấp nhất là 81,8% ở nhóm sản phụ đã có 2 con. Điều này có thể cho thấy, phác đồ kết hợp MFP và MSP mang lại hiệu quả điều trị cao ở hầu hết các tuổi thai từ 17 – 22 tuần trên cả phụ nữ chưa và đã từng sinh đẻ.

Trong số các sản phụ tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi có 54/65 trường hợp sảy thai trong vòng 24 giờ đầu tiên kể từ khi dùng MSP trong phác đồ kết hợp, chiếm tỷ lệ 88,7%. Kết quả của chúng tôi là khá tương đồng với tỷ lệ 83,85% sảy thai trong 24 giờ theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lan Hương, cao hơn so với kết quả của tác giả Ho (88,7% so với 73,5%) và thấp hơn so với tỷ lệ 91,7% trong nghiên cứu của Hamoda [10]. Sự khác biệt giữa tỷ lệ sảy thai sau 24 giờ đầu tiên kể từ khi dùng MSP trong phác đồ kết hợp có thể được lý giải do liều lượng thuốc được sử dụng ở mỗi nghiên cứu là khác nhau.

Qua bảng 3.3 cho thấy thời gian sảy thai trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $11,17 \pm 4,61$ giờ, trong đó thời gian sảy thai ngắn nhất là 1,5 giờ và dài nhất là 22,5 giờ. Thời gian sảy thai trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là dài hơn nhiều so với kết quả 5,5 và 7,5 giờ theo nghiên cứu của Tang (2005) hay 6,6 giờ theo Bartley (2009) và $8,32 \pm 3,72$ giờ theo Nguyễn Thị Lan Hương (2012) [8-10]. Nguyên nhân có thể do liều lượng thuốc và đường dùng có sự khác biệt giữa các nghiên cứu.

Liều MSP trung bình được sử dụng trong phác đồ kết hợp MFP và MSP đem lại hiệu quả gây sảy thai của chúng tôi là $1070,37 \pm 530,09$ mcg. Kết quả này là cao hơn khác nhiều với liều trung bình MSP đơn thuần được dùng trong nghiên cứu của Nguyễn Huy Bảo (2009) nhưng thấp hơn so với liều MSP trung bình là $1363,48 \pm 358,14$ mcg của tác giả Vũ Văn Khang (2016) với phác đồ kết hợp MFP và MSP [4]. Tuy nhiên, điều này có thể được lý giải do các lo ngại về tác dụng phụ cũng như chưa thống nhất phác đồ trước đây nên thường chỉ dùng MSP với liều thấp. Các nghiên cứu gần đây đã chứng minh liều 400mcg MSP mỗi 3 giờ có tác dụng gây sảy thai cao nhất trong 24 giờ với độ an toàn cao, do đó các nghiên cứu gần đây bao gồm nghiên cứu của chúng tôi đều sử dụng liều MSP cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của sản phụ được ĐCTN bằng phác đồ kết hợp MFP và MSP trong nghiên

cứ là $28,02 \pm 7,49$ và thường gặp nhất trong nhóm tuổi từ 25 – 35 (chiếm 41,5%). Có hơn một nửa số sản phụ trong nghiên cứu chưa từng sinh đẻ (chiếm 55,4%) và phần lớn chưa từng có tiền sử phá thai trước đây (chiếm 72,3%). Tuổi thai được chỉ định ĐCTN theo phác đồ này cao nhất là từ 17 – 18 tuần và giảm dần khi tuổi thai tăng lên. Tỷ lệ phá thai thành công theo phác đồ kết hợp MFP và MSP chúng tôi thu được là 95,4%. Đa số ở những sản phụ trẻ dưới 35 tuổi (trên 95%), cao hơn hẳn tỷ lệ 85,7% ở những sản phụ trên 35 tuổi. Tỷ lệ phá thai thành công đạt trên 90% cho tất cả các tuổi thai từ 17 – 22 tuần và ít nhất 80% đối với các sản phụ đã hoặc chưa từng có con. Tỷ lệ sảy thai trong vòng 24 giờ sau khi dùng MSP trong phác đồ kết hợp đạt 88,7% với thời gian sảy thai trung bình là $11,17 \pm 4,61$ (1,5-22,5) giờ và liều MSP trung bình được sử dụng là $1070,37 \pm 530,09$ (100 – 2400)mcg.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B. Y. Tề** (2018). Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Nhà xuất bản Y học,
2. **WHO** (2012). WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, World Health Organization Copyright © 2012, World Health Organization., Geneva,
3. **D. Grossman, K. Blanchard and P. J. R. h. m. Blumenthal** (2008). Complications after second trimester surgical and medical abortion. 16 (sup31), 173-182.
4. **N. H. Bảo** (2009). Nghiên cứu sử dụng misoprostol để phá thai từ tuần 13 đến 22, Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **P. T. Hải** (2008). Nghiên cứu một số lý do, đánh giá hiệu quả của Misoprostol trong phá thai từ 17 đến 22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2008, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **B. Inthapatha** (2007). Nghiên cứu sử dụng Misoprostol đơn thuần trong phá thai với tuổi thai từ 17-24 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2006, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **P. T. Nam** (2006). Nhận xét tình hình phá thai 3 tháng giữa tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong hai năm 2004 – 2006, Khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ Đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **J. Bartley, D. T. J. B. a. i. j. o. o. Baird and gynaecology** (2002). A randomised study of misoprostol and gemeprost in combination with mifepristone for induction of abortion in the second trimester of pregnancy. 109 (11), 1290-1294.
9. **O. S. Tang, C. C. Chan, A. S. Kan et al** (2005). A prospective randomized comparison of sublingual and oral misoprostol when combined with mifepristone for medical abortion at 12–20 weeks gestation. 20 (11), 3062-3066.
10. **N. T. L. Hương** (2012). Nghiên cứu hiệu quả phá thai từ 13 đến 22 tuần của Misoprostol đơn thuần và Mifepristone kết hợp Misoprostol, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GẤY LỖI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI

Vũ Trung Trực^{1,2}, Lê Trung Kiên^{2,3}, Nguyễn Tấn Văn^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, xquang của bệnh nhân gãy lỗi cầu xương hàm dưới được điều trị bảo tồn ở tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Những bệnh nhân gãy lỗi xương hàm dưới được điều trị bảo tồn tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2021 đến năm 2023. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ nam giới chấn thương là 74,7%, đa số bệnh nhân dưới 40 tuổi, nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm 93%. Phần lớn bệnh nhân gãy chỏm lồi cầu (43,9%) và mất tiếp hợp xương (66,7%). Thời điểm sau 3 tháng phẫu thuật hoặc hơn, có 95,3% bệnh nhân không còn cảm giác đau, 11,6% bệnh nhân có biên độ há miệng tối đa nhỏ hơn 30mm. Kết quả điều trị thành công nhóm gãy lỗi cầu xương hàm dưới không di lệch và di lệch bán phần cao (70% và 83,3%). **Kết luận:** Gãy lỗi cầu xương hàm dưới gặp ở nam giới nhiều hơn phụ nữ, đa số là do tai nạn giao thông. Vị trí gãy ở chỏm lồi cầu là chủ yếu. Điều trị gãy lỗi cầu xương hàm dưới ở bệnh nhân gãy không di lệch và di lệch bán phần bằng phương pháp bảo tồn cho kết quả tốt, đơn giản, dễ thực hiện. **Từ khóa:** Gãy lỗi cầu xương hàm dưới, điều trị bảo tồn, biên độ há miệng

SUMMARY

NON-SURGICAL TREATMENT OF MANDIBULAR CONDYLAR FRACTURE

Objectives: To describe the clinical and radiographic characteristics of patients with condylar fractures treated conservatively at Viet Duc University Hospital and the treatment outcomes of this patient group. **Methods:** Patients with condylar fractures treated conservatively at Viet Duc University Hospital from 2021 to 2023 were included in the study. The study employed a descriptive prospective cross-sectional approach. **Results:** The male proportion was 74,7%, most patients are under 40 years old and traffic accidents accounted for 93% of total cases. Most patients had fractures at the condylar head (43,9%) and lost vertical apposition (66,7%). After 3 months post-surgery or later, 95,3% of patients reported no pain, 11,6% of patients had a maximum mouth opening less than 30 mm. Successful treatment of non-displaced and partially displaced mandibular condyle fractures (70% and 83.3%) Successful treatment of complete vertical apposition and

partial vertical apposition and mandibular condyle fractures (70% and 83.3%) is high. **Conclusions:** Condylar fractures occurred more frequently in males than females, primarily due to traffic accidents. The primary location for condylar fractures was at the condylar head. Closed reduction for complete vertical apposition and partial vertical apposition and mandibular condyle fractures was a simple and easily implementable method, yielding good treatment outcomes. **Keywords:** Condylar fracture, conservative treatment, mouth opening

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàm mặt là một vùng quan trọng của cơ thể khi vừa đảm nhiệm chức năng ăn, nhai, nói vừa đảm nhận vai trò thẩm mỹ. Chấn thương hàm mặt thường xuyên gặp phải trong cuộc sống, nguyên nhân do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt hay tai nạn bạo lực [1]. Gãy lỗi cầu xương hàm dưới là một tổn thương phức tạp vùng hàm mặt và chiếm tỷ lệ cao nhưng thái độ điều trị vẫn còn nhiều tranh cãi [2],[3]. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, bệnh nhân được điều trị bảo tồn trong gãy lỗi cầu xương hàm dưới có số lượng lớn. Tuy nhiên lại chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả của phương pháp điều trị này. Trước thực tiễn như vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục đích "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy lỗi cầu xương hàm dưới".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 43 bệnh nhân chấn thương gãy lỗi cầu xương hàm dưới, được điều trị bảo tồn tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân cả nam và nữ, trên 18 tuổi.
- Còn đủ các răng hai hàm để cố định khớp cắn hoặc có hàm giả tháo lắp còn sử dụng được.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim cắt lớp vi tính cần thiết để phục vụ cho chẩn đoán.

- Tiêu chuẩn xác định bệnh nhân dựa theo chẩn đoán cuối cùng của khoa phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Việt Đức.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân không tuân thủ điều trị và tái khám.

- Những bệnh nhân có bệnh lý khác chưa điều trị ổn định có thể gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị gãy lỗi cầu xương hàm dưới.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Trực

Email: drvutrongtruc@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 12.6.2024