

- Bộ Y Tế** (2020), "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện, Ban hành kèm theo Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020".
- Lopes J. A., Jorge S.** (2013), "The RIFLE and AKIN classifications for acute kidney injury: a critical and comprehensive review", Clin Kidney J, 6(1), pp. 8-14.
- Nguyễn Đức Trung và cộng sự** (2021), "Phân tích hoạt động duyệt phiếu yêu cầu sử dụng thuốc colistin trên bệnh nhân hồi sức tích cực tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 16, pp. 1-11.
- Vũ Hồng Khánh và cộng sự** (2018), "Phân tích việc sử dụng colistin tại Trung tâm Gây mê và Hồi sức ngoại khoa tại Bệnh viện Việt Đức", Tạp chí Dược học, 58 (504), pp. 7-10
- Vazin A., Karimzadeh I., et al.** (2017), "Evaluating Adherence of Health-Care Team to Standard Guideline of Colistin Use at Intensive Care Units of a Referral Hospital in Shiraz, Southwest of Iran", Adv Pharm Bull, 7(3), pp. 391-397.
- Dalfino L., Puntillo F., et al.** (2015), "Colistin-associated Acute Kidney Injury in Severely Ill Patients: A Step Toward a Better Renal Care? A Prospective Cohort Study", Clin Infect Dis, 61(12), pp. 1771-7.

HIỆU QUẢ CỦA MISOPROSTOL 400MCG NGẬM DƯỚI LƯỠI TRONG ĐIỀU TRỊ SẴY THAI KHÔNG TRỌN Ở TUỔI THAI DƯỚI 9 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN MEKONG

Lâm Hoàng Duy¹, Phạm Việt Thanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ thành công và các yếu tố liên quan của Misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi trong điều trị sẩy thai không trọn sau phá thai nội khoa ở tuổi thai ≤ 9 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Mekong trong năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang khảo sát 120 người bệnh được chẩn đoán sẩy thai không trọn sau khi thực hiện phá thai nội khoa tại Bệnh viện phụ sản Mê Kông từ 01/11/2021 đến ngày 30/11/2022. **Kết quả:** Tỉ lệ thành công của Misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi trong điều trị STKT sau phá thai nội khoa ở tuổi thai ≤ 9 tuần trong nghiên cứu là 103/120 (85,8%), với KTC 95% [79,5%-92,2%]. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị STKT bằng phác đồ Misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi: Nhóm bệnh nhân có triệu chứng huyết lượng trung bình có tỉ lệ thành công cao hơn 2,86 lần so với nhóm bệnh nhân ra huyết ít (OR= 2,86 (KTC 95%: [1,03-5,48], P = 0,04). Nhóm bệnh nhân có tiền căn sanh mổ có tỉ lệ thành công thấp hơn nhóm bệnh nhân chưa từng mổ lấy thai (OR:0,29; KTC 95%:[0,11-0,80], P = 0,01). **Kết luận:** Ưu tiên sử dụng phác đồ này đối với các trường hợp sẩy thai không trọn sau phá thai nội khoa với tuổi thai ≤ 9 tuần. **Từ khóa:** Phá thai nội khoa, Sẩy thai không trọn, Misoprostol

SUMMARY

THE EFFICACY OF MISOPROSTOL 400MCG SUBLINGUALLY IN TREATMENT OF

¹Bệnh viện đa khoa Tâm Anh

²Bệnh viện phụ sản Mê Kông

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Hoàng Duy

Email: dr.hoangduy.lam@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

INCOMPLETE ABORTION AT GESTATIONAL AGE LESS THAN 9 WEEKS IN THE MEKONG HOSPITAL

Objectives: The rate success and related factors of Misoprostol 400mcg sublingually the treatment of incomplete abortion after medical abortion at 9 weeks gestation at Mekong Hospital in 2022. **Methods:** A cross-sectional study surveying 120 patients diagnosed with incomplete abortion after performing medical abortion at Mekong Hospital from November 1, 2021 to November 30, 2022. **Results:** The success rate of misoprostol 400mcg sublingually in the treatment of STIs after medical abortion at ≤ 9 weeks gestation in the study was 103/120 (85.8%), with 95% CI [79.5]. %-92.2%. Factors related to the results of ASD treatment with the sublingual Misoprostol 400mcg regimen: The group of patients with moderate blood volume symptoms had a success rate 2.86 times higher than the group of patients with little bleeding. OR= 2.86 (95% CI: [1.03-5.48], P = 0.04) The group of patients with a history of cesarean section had a lower success rate than the group of patients who had never had a cesarean section. (OR:0.29; 95% CI:[0.11-0.80], P = 0.01). **Conclusion:** This regimen is preferred for cases of incomplete abortion after medical abortion with gestational age ≤ 9 weeks.

Keywords: Medical abortion, Incomplete miscarriage, Misoprostol

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên toàn cầu, phá thai là một thủ thuật phổ biến, có khoảng 73 triệu ca phá thai được thực hiện trên toàn thế giới mỗi năm [1]. Tại Việt Nam, theo số liệu báo cáo năm 2017 của Quỹ Dân Số Liên Hiệp Quốc có khoảng 17,4% phụ nữ cho biết đã từng phá thai trong cuộc đời của mình. Do tỉ lệ phá thai cao, nên vấn đề phá thai

an toàn được đặt ra nhằm hạn chế được tối đa các tai biến và biến chứng sau khi sẩy thai. Một trong các biến chứng hay gặp nhất sau phá thai nội khoa chính là sẩy thai không trọn.

Để điều trị sẩy thai không trọn sau phá thai nội khoa chủ yếu có hai phương pháp chính: nội khoa và ngoại khoa. Điều trị ngoại khoa là các can thiệp bằng thủ thuật như hút nạo lòng tử cung, nhưng việc thực hiện đòi hỏi đội ngũ nhân viên y tế có kinh nghiệm và được đào tạo có chứng nhận, đi kèm trung tâm y tế có trang thiết bị đầy đủ. Đồng thời, việc can thiệp bằng thủ thuật thường làm gia tăng nguy cơ tai biến như nhiễm trùng, thủng tử cung, dính buồng tử cung ảnh hưởng khả năng sinh sản của bệnh nhân cũng như tạo tâm lý sợ hãi hoặc lo lắng của bệnh nhân [2].

Theo khuyến cáo của Tổ Chức Y Tế Thế Giới (WHO), điều trị nội khoa sẩy thai không trọn bằng thuốc Misoprostol có thể được thực hiện theo 3 cách: uống 600 mcg (3 viên), ngâm dưới lưỡi 400mcg (2 viên), hoặc đặt âm đạo 400-800 mcg (2 – 4 viên), đều cho tỉ lệ thành công cao, dao động từ 85-99%.

Tại Việt Nam, nghiên cứu về sẩy thai không trọn có hai nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Như Ngọc 2009 [3] và nghiên cứu của Phạm Hùng Cường 2021 [4] với tỉ lệ thành công lần lượt là 96,3%, 90,9%. Tuy nhiên, các nghiên cứu này không phân biệt rõ tình trạng sẩy thai không trọn xuất phát sau sẩy thai tự nhiên hay sau phá thai nội khoa, đồng thời tiêu chuẩn chẩn đoán, thời gian theo dõi, cách dùng thuốc cũng không thống nhất.

Tại Bệnh viện Phụ Sản Mekong, Misoprostol được xem là thuốc điều trị đầu tay cho bệnh lý sẩy thai không trọn, nhất là sau phá thai nội khoa. Tuy vậy, việc đánh giá hiệu quả điều trị cũng như tác dụng phụ khi dùng Misoprostol như thế nào cho đến nay vẫn chưa được báo cáo cụ thể. Câu hỏi nghiên cứu "Tỉ lệ thành công trong điều trị sẩy thai không trọn sau phá thai nội khoa tuổi thai dưới 9 tuần bằng Misoprostol 400mcg ngâm dưới lưỡi là bao nhiêu?" nhằm cung cấp thêm nhiều thông tin hữu ích cho thầy thuốc và bệnh nhân khi lựa chọn điều trị nội khoa cho bệnh nhân bị sẩy thai không trọn, đặc biệt là sau phá thai nội khoa chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu chính: Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Xác định tỉ lệ thành công của Misoprostol 400mcg ngâm dưới lưỡi trong điều trị sẩy thai không trọn sau phá thai nội khoa ở tuổi thai ≤ 9 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Mekong trong năm 2022.*

2. *Xác định các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị của phương pháp điều trị sẩy thai không trọn sau phá thai nội khoa bằng Misoprostol.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân sẩy thai không trọn (STKT) STKT sau Phá thai nội khoa (PTNK) ở tuổi thai ≤ 9 tuần điều trị bằng Misoprostol 400mcg ngâm dưới lưỡi tại phòng khám phụ khoa của Bệnh viện Phụ Sản Mekong.

Tiêu chuẩn nhận vào

- BN đã được chẩn đoán STKT sau PTNK tại BVPS Mekong, điều trị bằng Misoprostol 400mcg ngâm dưới lưỡi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tuổi thai lúc sẩy hoặc khi can thiệp chấm dứt thai kỳ là ≤ 9 tuần dựa trên siêu âm lúc PTNK.

- BN không mắc bệnh tâm thần.

- BN từ 18 tuổi trở lên có điện thoại và địa chỉ liên lạc rõ ràng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN đang cho con bú.

- BN có tiền căn mổ lấy thai > 2 lần, hoặc mổ bóc nhân xơ tử cung, hoặc có tiền căn vỡ tử cung.

Cỡ mẫu. Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho mục tiêu chính được tính theo công thức xác định tỉ lệ trong quần thể với độ chính xác tuyệt đối [5]:

$$N = Z^2(1-\alpha)p(1-p) / d^2$$

Trong đó: - Z: là hằng số của phân phối chuẩn với $Z(1-\alpha) = 1,96$.

- N: cỡ mẫu tối thiểu dùng trong nghiên cứu.

- α : xác suất sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$.

- p: tỉ lệ thành công của phác đồ Misoprostol ngâm dưới lưỡi theo ACOG và WHO trung bình là 92% [6, 7].

- d: sai số của ước lượng, chọn $d = 0,05$

Vậy cỡ mẫu cần có 114 bệnh nhân.

Phương pháp tiến hành nghiên cứu

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ ngày 01/11/2021 đến ngày 30/11/2022.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Phòng Kế Hoạch Hóa Gia Đình của BVPS Mekong.

Các bước thu thập số liệu

- + Theo phác đồ PTNK của BVPS Mekong, khách hàng mang thai ≤ 9 tuần muốn phá thai nội khoa, nếu các xét nghiệm trong giới hạn bình thường, sẽ được uống Mifepristone 200 mg do nữ hộ sinh phát, sau đó 48 giờ về nhà tự ngâm Misoprostol 800mcg (4 viên).

- + Sau 2 tuần PTNK, BN đi tái khám, nếu trên lâm sàng vẫn còn ra huyết âm đạo, và trên siêu âm có ứ dịch lòng tử cung ≥ 8mm hoặc có khối echo hỗn hợp lòng tử cung, BN sẽ được chẩn

đoán là sẩy thai không trọn sau PTNK, được tư vấn điều trị, nếu lựa chọn điều trị nội khoa, sẽ được ngậm 02 viên Misoprostol 200mcg và dặn dò tái khám sau 1 tuần hoặc khi có bất thường (đau bụng nhiều, ra huyết nhiều, sốt,...)

Tiêu chuẩn đánh giá thành công của:

(1) Lâm sàng: không có triệu chứng ra huyết âm đạo nhiều.

(2) Dựa vào siêu âm: không có ứ dịch $\geq 8\text{mm}$ hay echo hỗn hợp lòng tử cung.

(3) Hoàn toàn không phải can thiệp điều trị bằng thủ thuật.

(4) Chỉ sử dụng thuốc Misoprostol 400mcg theo phác đồ.

Điều trị không thành công:

(1) Khi BN ra huyết nhiều (ra huyết ướt đẫm 02 băng vệ sinh trong vòng một giờ và kéo dài hơn 2 giờ liên tiếp), ảnh hưởng sinh hiệu, tổng trạng cần phải hút lòng tử cung tử cung cấp cứu.

(2) Khi siêu âm có ứ dịch $\geq 8\text{mm}$ hay echo hỗn hợp lòng tử cung.

(3) BN muốn chuyển sang phương pháp hút lòng tử cung để điều trị.

Phân tích số liệu thống kê: phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Trong đó, tỉ lệ phần trăm: trình bày kết quả biến định tính. Trung bình và độ lệch chuẩn: các biến định lượng. Phân tích hồi quy Logistic đa biến nhằm kiểm soát yếu tố gây nhiễu để tính OR hiệu chỉnh cho các biến số, sử dụng khoảng tin cậy 95%:

Vấn đề y đức: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội Đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 1/11/2021 đến tháng 11/2022, nhóm nghiên cứu thu nhận 120 bệnh nhân đã được điều trị sẩy thai không trọn sau phá thai nội khoa bằng Misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi tại Bệnh viện phụ sản Mekong, thỏa các tiêu chuẩn nhận vào:

3.1. Đặc điểm về dân số, xã hội

Bảng 1: Đặc điểm dân số, xã hội của dân số nghiên cứu

| Đặc điểm | | Tần số (n=120) | Tỉ lệ |
|----------|----------------|----------------|----------|
| Tuổi mẹ | < 35 tuổi | 75 | 62,5 |
| | ≥ 35 tuổi | 45 | 37,5 |
| BMI | $\leq 18,4$ | 17 | 14,2 |
| | 18,5-24,9 | 91 | 75,8 |
| | ≥ 25 | 12 | 10,0 |
| Dân tộc | Kinh | 114 | 95,0 |
| | Hoa Khác | 6 0 | 5,0 0 |

| | | | |
|-------------|---------------------|-----|------|
| Địa chỉ | Hồ Chí Minh | 100 | 83,3 |
| | Khác | 20 | 16,7 |
| Nghề nghiệp | Nội trợ | 25 | 20,8 |
| | Công nhân | 9 | 7,5 |
| | Nhân viên văn phòng | 70 | 58,3 |
| | Khác | 16 | 13,3 |

Nhận xét: Đối tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $33,6 \pm 5,2$ tuổi, bệnh nhân nhỏ nhất là 21 tuổi, lớn nhất là 48 tuổi. Nhóm thừa cân – béo phì chiếm tỉ lệ thấp nhất trong nghiên cứu (10,0%), kể đến là nhóm nhẹ cân (14,2%), đa số bệnh nhân có BMI ở mức trung bình (75,8%). Người dân tộc Kinh chiếm đa số (95,0%). Nghề nghiệp chủ yếu là nhân viên văn phòng chiếm 58,3%

3.2. Kết quả điều trị sẩy thai không trọn

Bảng 2: Tỉ lệ thành công trong điều trị sẩy thai không trọn

| Đặc điểm | Tần số (n=120) | Tỉ lệ (KTC 95%) |
|--|----------------|------------------------|
| Thành công | 103 | 85,8% (79,59-92,21) |
| Không thành công → Trong đó điều trị bổ sung: | 17 | 14,2% (7,93%-20,41) |
| Tiếp tục điều trị nội khoa | 12 | 10,0% |
| Hút nạo | 4 | 3,3% |
| Hút nạo cấp cứu | 1 | 0,9% |

Nhận xét: Trong số các trường hợp điều trị không thành công (14,2%), can thiệp điều trị bổ sung sau đó là: 12 bệnh nhân lựa chọn sử dụng lặp lại Misoprostol, 04 bệnh nhân chọn hút nạo theo chương trình và 01 bệnh nhân được chuyển qua hút nạo cấp cứu do bệnh nhân chịu đau kém, không muốn tiếp tục điều trị nội khoa.

3.3. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến kết cục điều trị sẩy thai không trọn

Sau khi phân tích đơn biến, chúng tôi ghi nhận có 7 yếu tố để đưa vào phân tích hồi quy đa biến nhằm xác định mối liên quan với kết cục điều trị STKT sau PTNK bằng Misoprostol 400mcg, bao gồm:

Bảng 3: Phân tích hồi quy đa biến

| Đặc điểm | OR* (KTC 95%) | P |
|--------------------------------------|-----------------------|------|
| Tuổi ≥ 35 : Không Có | 1 1,06 [0,29-3,93] | 0,93 |
| Đã từng sanh ngã âm đạo: Không Có | 1 0,34 [0,09-1,07] | 0,16 |
| Đã từng mổ lấy thai Không | 1 | 0,01 |

| | | |
|--|------------------|------|
| Có | 0,29 [0,11-0,80] | |
| Tuổi thai khi can thiệp 6 – 9 tuần: Không | 1 | 0,24 |
| Có | 1,67 [0,49-4,05] | |
| Ra huyết mức độ trung bình: Không | 1 | 0,04 |
| Có | 2,86 [1,03-5,48] | |
| Tiêu chảy: Không | 1 | 0,24 |
| Có | 2,21 [0,59-8,34] | |
| Buồn nôn: Không | 1 | 0,45 |
| Có | 1,67 [0,32-4,81] | |

* Phân tích hồi quy đa biến, $P < 0,05$

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có triệu chứng huyết lượng trung bình có tỉ lệ thành công cao hơn 2,86 lần so với nhóm bệnh nhân ra huyết ít. Nhóm bệnh nhân có tiền căn sanh mổ có tỉ lệ thành công thấp hơn nhóm bệnh nhân chưa từng mổ lấy thai 0,29 lần ($P < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ điều trị thành công STKT trong nghiên cứu của chúng tôi là 103/120 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 85,8%. So sánh với tác giả Diop A 2009 có tỉ lệ thành công là 94,5% [8], nghiên cứu chúng tôi có kết quả thành công thấp hơn. Sự khác biệt là do trong nghiên cứu của Diop A có khoảng 26,7% trường hợp chẩn đoán STKT và đánh giá hiệu quả phác đồ không bằng siêu âm. Việc sử dụng siêu âm trên lâm sàng giai đoạn này còn nhiều hạn chế, dẫn đến việc không tương đồng trong kết quả nghiên cứu. So với bài báo của tác giả Nguyễn Thị Như Ngọc và cộng sự, nghiên cứu của chúng tôi có nhiều sự khác biệt trong quá trình tiến hành nghiên cứu: thứ nhất, nhóm tác giả này xác định tuổi thai chỉ dựa vào bề cao tử cung dưới 12 tuần có thể chẩn đoán tuổi thai không chính xác; thứ hai, tác giả chỉ sử dụng đánh giá kết quả điều trị thành công hay không thành công chủ yếu dựa vào lâm sàng BN không còn đau bụng và ra huyết âm đạo, chỉ có 71,7% dân số nghiên cứu được siêu âm đánh giá kết quả tổng xuất sản phẩm thụ thai sau điều trị. Điều này có khả năng gây sai lệch kết quả, vì có bỏ sót một số trường hợp lâm sàng không còn đau bụng hay không ra huyết âm đạo, nhưng sản phẩm thụ thai vẫn còn trong lòng tử cung, chưa tổng xuất ra hết và sẽ gây ra tình trạng xuất huyết muộn sau thời gian kết thúc nghiên cứu, đưa đến có thể có sai số trong kết quả nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, siêu âm được chỉ định thường quy do ngày càng được dễ dàng và có giá thành rẻ hơn, bác sĩ thực hiện siêu âm có nhiều kinh nghiệm, chính xác hơn. Việc sử dụng siêu âm kết hợp lâm sàng

được áp dụng trong tất cả trường hợp để chẩn đoán tuổi thai, chẩn đoán chính xác tình trạng STKT và đánh giá kết quả điều trị có thể giúp đánh giá chính xác hơn tiên lượng của điều trị.

Ngoài ra nghiên cứu của nhóm tác giả Như Ngọc cũng có khác biệt với chúng tôi về phương thức sử dụng Misoprostol: bệnh nhân được sử dụng Misoprostol 400mcg ngâm dưới lưỡi trong vòng 30 phút rồi uống luôn viên thuốc thay vì ngâm đến tan hẳn [3].

Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thành công thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Phạm Hùng Cường 2021 cùng khảo sát trên dân số bệnh nhân Việt Nam tại thành phố Hồ Chí Minh (90,96%). Có lẽ do nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm những trường hợp can thiệp bỏ thai nội khoa, trong khi nghiên cứu của Phạm Hùng Cường và cộng sự chọn đối tượng điều trị bao gồm cả BN bị STKT sau PTNK và sẩy thai tự phát, cũng như tuổi thai khi sẩy được nhóm tác giả này lựa chọn là ≤ 12 tuần, và thời gian theo dõi đánh giá sự thành công của phác đồ là 2 tuần, dài hơn của chúng tôi [4].

Nhìn chung, kết quả của nghiên cứu chúng tôi hiện tại đồng thuận với các báo cáo trước đây trên thế giới về hiệu quả của điều trị Misoprostol đối với STKT. Trước đó, một tổng quan hệ thống của tác giả Kim (2017) và cộng sự thực hiện trên 24 nghiên cứu khác nhau, với tổng số bệnh nhân là 5577 ca STKT đã cho biết tỉ lệ điều trị thành công chung từ 85% đến 99%. Theo WHO thống kê, hiệu quả thành công của phác đồ Misoprostol trong điều trị STKT trung bình dao động từ 90 – 92% [6]. Qua đó, nghiên cứu hiện tại của chúng tôi góp phần chứng minh hiệu quả của phác đồ Misoprostol ngâm dưới lưỡi trong điều trị STKT ở những trường hợp hậu phá thai nội khoa.

Chúng tôi dùng phân tích hồi quy đơn biến và sau đó loại bỏ yếu tố gây nhiễu bằng mô hình hồi quy đa biến nhằm tìm mối liên quan giữa hiệu quả của phác đồ với các yếu tố bao gồm tuổi ≥ 35 , tuổi thai khi can thiệp < 6 tuần, tiền căn sanh ngã âm đạo, tiền căn mổ lấy thai, tác dụng ngoại ý buồn nôn, tiêu chảy và ra huyết lượng trung bình. Sau phân tích hồi quy đa biến, tiền căn sanh mổ và ra huyết lượng trung bình liên quan có ý nghĩa thống kê với tiên lượng điều trị STKT, với tỉ số chênh lệch là 0,29 (KTC 95% [0,11-0,80], $P = 0,01$) và 2,86 (KTC 95% [1,03-5,48], $P = 0,04$).

Mặc dù nghiên cứu chỉ là cắt ngang, tuy nhiên kết quả nghiên cứu cũng đóng góp thêm thông tin cho các bác sĩ lâm sàng khi tiên lượng khả năng thành công khi điều trị sẩy thai không

trộn. Qua kết quả, những trường hợp có vết mổ cũ lấy thai cần cần nhắc về hiệu quả của việc điều trị bằng nội khoa, và sau khi sử dụng phác đồ Misoprostol 400 mcg ngậm dưới lưỡi, bệnh nhân có triệu chứng ra huyết trung bình có tiên lượng tốt hơn là khi bệnh nhân chỉ ra huyết ít. Đây cũng là khởi đầu để chúng ta quan tâm hơn vấn đề này trong tương lai, định hướng cho các nghiên cứu khác về sảy thai không trộn cũng như theo dõi, điều trị tốt, một cách thống nhất hơn, dùng liều tối thiểu mà đạt hiệu quả tốt nhất.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ thành công của Misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi trong điều trị STKT sau phá thai nội khoa ở tuổi thai ≤ 9 tuần trong nghiên cứu là 103/120 (chiếm tỉ lệ 85,8%), với KTC 95% [79,5%-92,2%]. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị STKT bằng phác đồ Misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi: Nhóm bệnh nhân có triệu chứng huyết lượng trung bình có tỉ lệ thành công cao hơn 2,86 lần so với nhóm bệnh nhân ra huyết ít (OR hiệu chỉnh = 2,86 ($p = 0,04$)). Nhóm bệnh nhân có tiền căn sanh mổ có tỉ lệ thành công thấp hơn nhóm bệnh nhân chưa từng mổ lấy thai ($p = 0,01$). Phác đồ Misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi đem lại hiệu quả cao và an toàn, ưu tiên sử dụng phác đồ này đối với các trường hợp STKT sau phá thai nội khoa với tuổi thai ≤ 9 tuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bearak, J., et al.**, Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health*, 2020. 8(9): p. e1152-e1161.
2. **Zeng, W.-J., et al.**, Expectant therapy versus curettage for retained products of conception after second trimester termination of pregnancy: analysis of outcomes and complications. *Nan fang yi ke da xue xue bao = Journal of Southern Medical University*, 2017. 37(5): p. 569-574.
3. **Nguyen Thi Nhu Ngoc, et al.**, Results from a study using misoprostol for management of incomplete abortion in Vietnamese hospitals: implications for task shifting. *BMC pregnancy and childbirth*, 2013. 13: p. 118-118.
4. **Phạm Hùng Cường**, Đánh giá hiệu quả của phác đồ Misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi trong điều trị sảy thai không trộn tuổi thai dưới 12 tuần tại Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định, in *Luận văn bác sĩ chuyên khoa II*. 2021, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. **Chow, S.C.S., J.; Wang, H.**, *Sample Size Calculations in Clinical Research*. Marcel Dekker. New York, 2003.
6. **WHO**, Proposal for the inclusion of Misoprostol in the WHO model list of essential medicines. 17th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines, 2009: p. 2-20.
7. **ACOG**, Misoprostol for Postabortion Care. Committee on International Affairs, 2009. 427.
8. **Diop, A., et al.**, Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 2009. 79(6): p. 456-62.

THỜI GIAN SỐNG THÊM BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY DƯỚI 40 TUỔI SAU PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thanh Đức¹, Nguyễn Trọng Đạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư dạ dày dưới 40 tuổi sau phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 54 bệnh nhân ung thư dạ dày < 40 tuổi được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K từ 1/2018 đến tháng 6/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 34 tuổi. Trung bình thời gian sống thêm không bệnh là 47,1 tháng. Tỉ lệ sống

thêm không bệnh tại thời điểm 2 năm, 3 năm và 4 năm lần lượt là 97,9%, 95,2% và 51,6%. Trung bình thời gian sống thêm toàn bộ là 52,0 tháng. Tỉ lệ sống thêm toàn bộ 2 năm, 3 năm và 4 năm lần lượt là 100%, 96,7% và 71,6%. Thời gian sống thêm không bệnh phụ thuộc vào tình trạng di căn hạch và độ sâu xâm lấn. Những bệnh nhân giai đoạn I-II có trung bình thời gian sống thêm toàn bộ dài hơn so với bệnh nhân giai đoạn III (54,9 tháng so với 47,0 tháng; $p=0,011$). **Kết luận:** Tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ tại thời 4 năm của bệnh nhân ung thư dạ dày < 40 tuổi được phẫu thuật tại Bệnh viện K lần lượt là 51,6% và 71,6%. Tình trạng di căn hạch, độ sâu xâm lấn là những yếu tố ảnh hưởng tới thời gian sống thêm không bệnh.

Từ khóa: ung thư dạ dày, người trẻ tuổi, thời gian sống thêm

SUMMARY

SURVIVAL TIME OF GASTRIC CANCER IN

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: duchanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023