

1. **Mại Đình Diệu** (2014), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng, Luận văn tiến sĩ y học, Trường đại học Y dược Huế.
2. **Nguyễn Phương Mai** (2020), Hình ảnh nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt polyp đại trực tràng có kích thước $\geq 10\text{mm}$ qua nội soi, luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Phan Trung Nam Nguyễn Đức Thông** (2019), "Đặc điểm nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt polyp không cuống đại trực tràng kích thước trên 1 cm bằng kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi tại Bệnh viện Nguyễn Trãi", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 9, số 6+7.
4. **Phạm Văn Nhiên và Phạm Thanh Hải** (2021), "Kết quả cắt polip đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp", Tạp chí Y học Việt Nam, 503(số đặc biệt).
5. **Thái Thị Hồng Nhung và Trịnh Đăng Khoa** (2019), "Kết quả điều trị qua nội soi 365 polyp đại trực tràng.", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 22, 23, 24, 25.
6. **Phạm Thị Hoa** (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và hiệu quả điều trị qua nội soi polyp đại trực tràng trên 1cm", Luận văn chuyên khoa cấp II(Học viện Quân y, Hà Nội().
7. **Chu Bá Thúc** (2021), Đặc điểm hình ảnh nội soi ánh sáng dải tần hẹp NBI và mô bệnh học của bệnh nhân polyp đại trực tràng điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh, luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y dược Thái Nguyên.
8. **Trịnh Tuấn Dũng Võ Hồng Minh Công, Vũ Văn Khiên** (2013), "Vai trò của nội soi, mô bệnh học trong chẩn đoán polyp đại, trực tràng và polyp đại trực tràng ung thư hóa", Y Học TP. Hồ Chí Minh * Tập 17 * Số 6.
9. **Klein A. và Bourke M. J.** (2015), "Advanced polypectomy and resection techniques", Gastrointest Endosc Clin N Am, 25(2), tr. 303 - 33.
10. **Chahal G Laird-Fick H.S, Olomu A et al** (2016), "Colonic polyp histopathology and location in a community-based sample of olderadults. BMC Gastroenterol, 16.

KẾT QUẢ ĐÌNH CHỈ THAI NGHÉN TỪ TUẦN 17 ĐẾN HẾT 22 TUẦN BẰNG MISOPROSTOL ĐƠN THUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2022

Đỗ Thị Minh Nhung¹, Đỗ Tuấn Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả đình chỉ thai nghén từ tuần 17 đến 22 tuần bằng Misoprostol đơn thuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu 154 thai phụ từ 17-22 tuần đình chỉ thai nghén bằng Misoprostol đơn thuần. Thiết kế mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu trên hồ sơ bệnh án từ 01/01/2022 đến 31/12/2022 tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Kết quả:** Sảy thai tự nhiên (thành công) chiếm 94,8%. Có 4,6% phải nong và gắp thai, 0,6% đổi truyền Oxytocin gây sảy thai. Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là tiêu chảy (18,2%), rét run (11,0%), sốt (10,4%) và nôn (9,7%). Có 1 trường hợp có tai biến rách cổ tử cung sau khi phá thai (0,6%). **Kết luận:** Sử dụng MSP để phá thai 3 tháng giữa đem lại tỷ lệ thành công cao, an toàn. **Từ khóa:** Đình chỉ thai nghén, Misoprostol đơn thuần, sảy thai tự nhiên

SUMMARY

THE RESULTS OF USING MISOPROSTOL SINGLE IN TERMINATION 17 – 22 WEEKS' GESTATION AT HANOI OBSTETRIC & GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2022

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm nội dung: Đỗ Thị Minh Nhung

Email: minhnhungps81@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 13.3.2024

Objective: Review the results of using Misoprostol single in termination 17 – 22 weeks' gestation at Hanoi Obstetrics & Gynecology Hospital in 2022. **Methodology:** the retrospective cross sectional study carried on 154 cases of 17-22 weeks' gestation administered Misoprostol single. The data was extracted from medical record from 01/01/2022 to 31/12/2022 at Hanoi Obstetrics & Gynecology Hospital. **Results:** The proportion of spontaneous miscarriage (success) was 94,8%. The proportion of switching to dilation and evacuation and oxytocin infusion were 4,6% and 0,6%, respectively. The unexpected effects can be seen: diarrhea (18.2%), chills (11.0%), fever (10.4%), and vomiting (9.7%). There was one case of uterine rupture after termination (0.6%). **Conclusion:** The high and safe success rate of Misoprostol administration for second-trimester termination. **Keywords:** Termination gestation, Misoprostol single, spontaneous miscarriage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phá thai ba tháng giữa chiếm 10% – 15% tổng số các trường hợp phá thai nhưng lại dẫn đến hơn 2/3 tai biến nặng [1, 2, 5], đặc biệt có nghiên cứu nhận thấy tỷ lệ này chiếm 17% [6]. Trong thập kỷ qua, đã có nhiều tiến bộ trong các kỹ thuật phá thai, việc sử dụng thuốc để chấm dứt thai nghén ba tháng giữa đã phát triển một cách đáng kể. Nhiều tác giả trong nước và trên thế giới đã nghiên cứu áp dụng việc sử

dụng MSP để phá thai 3 tháng giữa đem lại tỷ lệ thành công khá cao. Tỷ lệ thành công đối với phá thai ba tháng giữa bằng Misoprostol vào khoảng 80% - 97,2% [4, 5]

Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là Bệnh viện hạng I đã áp dụng Misoprostol vào phá thai 17-22 tuần từ những năm 1995. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, tại bệnh viện chưa có nghiên cứu cũng như báo cáo tổng kết về hiệu quả cũng như các tác dụng không mong muốn và tai biến của MSP trong phá thai từ 17 -22 tuần. Nghiên cứu thực hiện nhằm mục tiêu sau: *Nhận xét kết quả đình chỉ thai nghén từ tuần 17 đến 22 tuần bằng Misoprostol đơn thuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những thai phụ có yêu cầu đình chỉ thai nghén từ tuần thứ 17 đến hết tuần thứ 22 tại Khoa Kế Hoạch Hóa Gia Đình Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

* Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

• Về phía mẹ:

- Tự nguyện xin phá thai.
- Chấp nhận phá thai bằng Misoprostol.
- Không có tiền sử dị ứng với MSP.
- Thực hiện đầy đủ các quy định về phá thai to của pháp luật và của bệnh viện.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Các trường hợp dưới 18 tuổi phải có người bảo lãnh.

• Về phía thai:

- Một thai, thai sống.
- Tuổi thai từ 17 đến 22 tuần theo ngày kinh cuối cùng đối với các trường hợp kinh nguyệt đều, có chu kỳ 28 ± 2 ngày.
- Đường kính lưỡng đỉnh trên siêu âm từ 33 mm đến 50mm (tương đương tuổi thai từ 17 đến 22 tuần).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.
- Hồi cứu trên hồ sơ bệnh án từ 01/01/2022 đến 31/12/2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1 Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thiết kế hồi cứu.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và cách chọn mẫu

* Cỡ mẫu: Áp dụng công thức ước lượng 1 tỉ lệ cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

Trong đó:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: Số bệnh nhân tối thiểu cần có.

Z: Hệ số tin cậy

α : Mức ý nghĩa thống kê, $Z = 1,96$

p: Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu hiệu quả gây sảy thai của Misoprostol đối với những trường hợp tuổi thai từ 17 đến 22 tuần tại bệnh viện phụ sản trung ương theo Nguyễn Thanh Hải là 95,5%. Chọn $p=0,955$.

d: Độ chính xác mong muốn. Chọn $d=0,04$

Thay vào công thức trên tính được $n = 104$. Lấy thêm 10% dự phòng trong trường hợp phiếu bị lỗi, hỏng. Vậy cần thu thập 115 đối tượng tham gia nghiên cứu. Trên thức tế chúng tôi chọn được 154 đối tượng nghiên cứu.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu

2.4. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm tuổi mẹ
- Đặc điểm tuổi Thai
- Đặc điểm thời gian từ lúc dùng thuốc đến khi sảy thai
- Liều Misoprostol gây sảy thai
- Hình thức sảy thai
- Tác dụng phụ
- Các tai biến

2.5. Phương tiện nghiên cứu

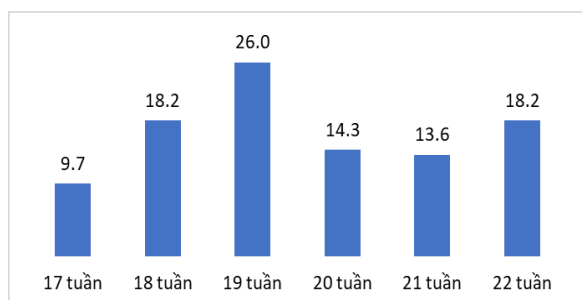
- Thuốc Misoprostol sử dụng để nghiên cứu
- + Tên thuốc: Alsoben, là biệt dược của Misoprostol.
- + Dạng thuốc: viên nén.
- + Hàm lượng thuốc: 200 mcg MSP/viên.
- Trang thiết bị khác:
- + Bộ nạo gấp thai to: Kẹp sát trùng, kẹp cặp CTC, thước đo BTC, nong CTC, kẹp gấp, thìa nạo...
- + Thuốc hồi sức, giảm đau, an thần, thuốc co bóp tử cung...
- + Phiếu thu thập các thông tin nghiên cứu.

2.6. Xử lý số liệu

- Làm sạch, mã hóa số liệu.
- Nhập số liệu và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0
- Các biến số định tính được trình bày dưới dạng %. So sánh kết quả giữa các chỉ số (tỷ lệ %) bằng thuật toán kiểm định χ^2 . Sự khác nhau về kết quả giữa các tỷ lệ % được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đa số đối tượng nghiên cứu trong độ tuổi 19-35 tuổi. Nhóm tuổi ≤ 18 tuổi chiếm 10,4%. Tuổi trung bình $27,9 \pm 7,0$ tuổi, trong đó tuổi nhỏ nhất là 14 tuổi, cao nhất là 50 tuổi.



Biểu đồ 1. Tuổi thai theo siêu âm của đối tượng nghiên cứu (n=154)

Bảng 1. Thời gian từ lúc dùng thuốc đến khi sảy thai

Thời gian	n	%
< 24 giờ	76	49,4
24-<48 giờ	53	34,4
48-72 giờ	19	12,3
≥ 72 giờ	6	3,9
Tổng	154	100,0
Thời gian trung bình (giờ) ± Độ lệch chuẩn	30,6 ± 18,1	

Nhận xét: Đa số thai phụ sảy thai sau khoảng thời gian < 24 giờ dùng thuốc (49,4%) và 24-48 giờ (34,4%). Thời gian trung bình là 30,6 ± 18,1 giờ.

Bảng 2. Tổng liều MSP

Liều lượng	n	%
< 1000mcg	9	5,8
1000 - < 1600 mcg	36	23,4
1600- 2400mcg	71	46,1
> 2400mcg	38	24,7
Tổng	154	100,0
Liều trung bình ± Độ lệch chuẩn	2103,9 ± 1090,2	

Nhận xét: Đa số thai phụ được dùng liều MSP trong khoảng 1600-2400mcg. Có 5,8% liều < 1000mcg. Liều trung bình là 2103,9 ± 1090,2 mcg.

Hình thức ra thai: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, sảy thai tự nhiên (thành công) chiếm 94,8%. Có 4,6% phải nong và gắp thai, 0,6% đổi truyền Oxytocin gây sảy thai.

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn

Đặc điểm	n	%
Nôn		
Có	15	9,7
Không	139	90,3
Thời gian xuất hiện sau dùng thuốc	8,2±3,5 (giờ)	
Tiêu chảy		
Có	28	18,2
Không	126	81,8
Thời gian xuất hiện sau dùng thuốc	10,4±3,9 (giờ)	
Sốt		
Có	16	10,4

Không	138	89,4
Thời gian xuất hiện sau dùng thuốc	15,9±7,1 (giờ)	
Rét run		
Có	17	11,0
Không	137	89,0
Thời gian xuất hiện sau dùng thuốc	14,4±5,2 (giờ)	

Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là tiêu chảy (18,2%), rét run (11,0%), sốt (10,4%) và nôn (9,7%).

Bảng 5. Tai biến khi dùng thuốc

Đặc điểm	n	%
Không tai biến	153	99,4
Rách cổ tử cung	1	0,6

Nhận xét: Có 1 trường hợp có tai biến rách cổ tử cung sau khi phá thai (0,6%).

IV. BÀN LUẬN

Biểu đồ 1 cho thấy tuổi phá thai chiếm tỉ lệ cao nhất là 19 tuần (26,0%) sau đó đến 18 tuần và 22 tuần.

Nghiên cứu của Nguyễn Huy Bạo năm 2009 ở những phụ nữ trẻ có thai lần đầu, tuổi thai 13 và 14 tuần chiếm tỷ lệ thấp (5 % và 7,5%), trong đó tuổi thai 17 tuần và 21 tuần có tần suất gặp cao (12,8%) [9]. Cũng theo nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn (2013) về phá thai ở trẻ vị thành niên tại bệnh viện Phụ sản Trung ương, tỷ lệ phá thai ở tuổi thai từ 19- 22 tuần chiếm tới 58,3%. Theo Kon Korng (2017) thì tuổi thai từ tuần 13 đến tuần 17 chiếm 75,8%, tuổi thai từ 18- 22 tuần chỉ chiếm 24,2% [7]

Đa số thai phụ sảy thai sau khoảng thời gian < 24 giờ dùng thuốc (49,4%) và 24-<48 giờ (34,4%). Thời gian trung bình là 30,6 ± 18,1 giờ.

Bảng 6. So sánh thời gian trung bình sảy thai với các nghiên cứu khác

Tác giả	n	Liều MSP	Thời gian
Lê Hoài Chương (2005) [3]	90	200mcg/6h/(đặt ÂĐ)	15,56 ± 6,28
Phạm Đình Dũng (2005) [10]	100	200mcg/6h/(đặt ÂĐ)	28,12
Nguyễn Huy Bạo (2009) [9]	100	200mcg/6h/(ngậm)	23,5 ± 16,3
	100	400mcg/3h/(ngậm)	18,5 ± 8,9
Lê Thị Thu Hà (2013) [8]	221	200mcg/4h/(ngậm)	25,09 ± 1,09

Theo nhận định kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thời gian dài hơn các nghiên cứu khác do tuổi thai của chúng tôi lớn hơn từ 17- 22 tuần khó sảy hơn tuổi thai từ 13-22 tuần.

Đa số thai phụ được dùng liều MSP trong khoảng 1600-2400mcg. Liều trung bình là 2103,9 ± 1090,2 mcg.

Đã có rất nhiều nghiên cứu về liều lượng MSP, đường dùng khác nhau cả trong và ngoài nước. Tuy nhiên tùy từng trường hợp bệnh nhân cụ thể mà có sự phản ứng linh hoạt trong liều lượng và thời gian dùng thuốc nhắc lại để đảm bảo bệnh nhân có thể sảy thai an toàn trong thời gian sớm nhất, giúp làm giảm chi phí cho bệnh nhân, giảm áp lực tâm lý và sự mệt mỏi cho cả người bệnh và gia đình đồng thời cũng góp phần làm giảm tải cho bệnh viện vì số lượng bệnh nhân phá thai ngày một tăng.

Biểu đồ 2 cho thấy tỉ lệ gây sảy thai thành công là 94,8%. Có 5,2% thất bại phải dùng các phương pháp khác. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, sảy thai tự nhiên (thành công) chiếm 94,8%. Có 4,6% phải nong và gắp thai, 0,6% đổi truyền Oxytocin gây sảy thai.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Huy Bảo (2009), trong số 400 trường hợp tiến hành gây sảy có 32 trường hợp thất bại chiếm 8% phải tiến hành nong và gắp thai với các lý do: chảy máu > 300 ml, ngôi vai sa chi, ối vỡ > 6h (16 ca), sảy thai dở dang và thai không sảy [9].

Với thủ thuật nong và gắp thai, bệnh nhân được chuẩn bị bằng MSP nên CTC thường đã mềm và mở nên khi nong bằng nong Hegar chúng tôi không phải gắng sức cũng như khi gắp thai đưa kẹp gắp thai dễ dàng hơn nên bệnh nhân cũng đỡ đau đớn hơn. Ngoài ra với sự hỗ trợ của các thuốc tiêm giảm đau tại CTC cũng như đường toàn thân, thai phụ có thể chịu đựng dễ dàng hơn.

Kết quả bảng 4 và 5 cho thấy tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là tiêu chảy (18,2%), rét run (11,0%), sốt (10,4%) và nôn (9,7%). Có 1 trường hợp có tai biến rách tử cung sau khi phá thai (0,6%).

Nghiên cứu các tác giả trong nước cũng cho thấy, tỷ lệ tai biến chảy máu ở nhóm phá thai bằng phương pháp nội khoa là khá thấp.

Như vậy, có thể khẳng định được rằng các tai biến xảy ra là không đáng kể và xảy ra từ thời gian đầu mới nghiên cứu sử dụng MSP, khi mà các thầy thuốc sản khoa chưa có nhiều kinh nghiệm sử dụng MSP và các nhân viên y tế thì

cũng chưa được theo dõi nhiều. Các nghiên cứu gần đây hầu như không có tai biến nào nghiêm trọng.

V. KẾT LUẬN

- Sảy thai tự nhiên (thành công) chiếm 94,8%. Có 4,6% phải nong và gắp thai, 0,6% đổi truyền Oxytocin gây sảy thai.

- Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là tiêu chảy (18,2%), rét run (11,0%), sốt (10,4%) và nôn (9,7%).

- Có 1 trường hợp có tai biến rách tử cung sau khi phá thai (0,6%).

- Sử dụng MSP để phá thai 3 tháng giữa đem lại tỷ lệ thành công cao, an toàn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ** (2009), "Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản - 4620/QĐ-BYT ngày 25/11/2009".
- BỘ Y TẾ** (2016), "Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản - 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016".
- Lê Hoài Chương** (2005), Nghiên cứu tác dụng làm mềm mở cổ tử cung và gây chuyển dạ của Misoprostol, Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học y Hà Nội, Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.
- Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Lê Minh và Chu Bích Hà** (2014), "Nghiên cứu hiệu quả gây sảy thai của Misoprostol đối với những trường hợp thai dị tật tuổi thai từ 13 đến 22 tuần tại bệnh viện phụ sản Trung ương năm 2013", Tạp chí Phụ sản, 12(2), tr. 103-107.
- Nguyễn Thị Lan Hương và các cộng sự.** (2013), "Đánh giá kết quả phá thai nội khoa tuổi thai ba tháng giữa tại bệnh viện phụ sản Trung Ương năm 2012", Tạp chí Phụ sản, 11(2), tr. 121-124.
- Nguyễn Thị Thúy Hạnh và Nguyễn Thị Ngọc Ánh** (2020), "Phá thai muộn ở nhóm phụ nữ đến phá thai tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2019", Tạp chí nghiên cứu y học, 129(5), tr. 146-155.
- Kon Korng** (2017), Đánh giá kết quả phá thai từ 13 đến 22 tuần trên những thai phụ có tiền sử mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Lê Thị Thu Hà** (2013), Nghiên cứu thực trạng phá thai từ 13 đến 22 tuần tại Bệnh Viện Phụ sản HN năm 2012, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Huy Bảo** (2009), Nghiên cứu sử dụng MSP để phá thai từ 13-22 tuần, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Phạm Đình Dũng** (2005), Đánh giá hiệu quả phá thai từ 12 đến 22 tuần bằng MSP cách quãng từng đợt điều trị tại BVPSTW, Luận văn tốt nghiệp BSCK cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.