NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ GÂY SẨY 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

Nguyễn Thị Lan Hương[1], Nguyễn Lê Minh[2], Chu Bích Hà[1]
(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (2) Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Dị tật bẩm sinh thai nhi thường được phát hiện vào quý II của thời kỳ thai nghén. Sử dụng Misoprostol (MSP) đơn thuần để gây sẩy thai là phương pháp được áp dụng rộng rãi nhất hiện nay. **Mục tiêu nghiên cứu:** *Đánh giá hiệu quả gây sẩy thai của MSP đơn thuần đối với thai dị tật ở tuổi thai từ 13 đến 22 tuần.* **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** *106 thai phụ có thai dị tật tuổi thai từ 13 đến 22 tuần đến phá thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 7/2013 đến 12/2013. Thai 13 – 17 tuần: ngậm dưới lưỡi 1 viên MSP 200 mcg mỗi 3 giờ, tối đa 5 liều đến khi thai sẩy. Thai 18 – 22 tuần: ngậm dưới lưỡi 1 viên MSP 200 mcg mỗi 5 giờ, tối đa 3 liều đến khi thai sẩy. Mỗi đợt không quá 3 ngày, tối đa 3 đợt, khoảng cách giữa các đợt 5 - 7 ngày.* **Kết quả:** *Tỷ lệ dị tật bẩm sinh của hệ thần kinh trung ương: 27%, tỷ lệ di tật bẩm sinh của vùng mặt – cổ: 26%, tỷ lệ dị tật do bất thường nhiễm sắc thể: 15%. Tỉ lệ sẩy thai: 92,5%. Liều MSP trung bình: 6,5 ± 5,14 viên. Thời gian sẩy thai trung bình: 39,4 ± 39,57 giờ. Nạo buồng tử cung sau sẩy thai: 100%. Tỉ lệ tai biến: 0%. Ít tác dụng phụ.* **Kết luận:** *Dị tật bẩm sinh của hệ thần kinh trung ương, của vùng mặt – cổ, dị tật do bất thường nhiễm sắc thể chiếm tỷ lệ cao nhất. Dùng MSP đơn thuần để gây sẩy thai dị tật từ 13 - 22 tuần đạt hiệu quả cao, an toàn và ít tác dụng phụ.* **Từ khóa:** *thai dị tật, phá thai, Misoprostol.*

Abstract

TO DEFINE EFFICACY OF USING MISOPROSTOL TO ABORT ON FETAL MALFORMATION WHICH HAS THE GESTAIONAL AGE FROM 13 TO 22 WEEKS

Congenital malformation is usually detected in second trimester. Using MSP is the method of medical abortion applied most popularly at present. **Objectives:** *To assess the efficacy of using MSP to abort on fetal malfortmation of the gestational age from 13 to 22 weeks.* **Materials and methods**: *A prospective study including 106 pregnant women having fetals malformation from 13 to 22 weeks of gestational age. All woman were consent for medical abortion and recruited from 7/2013 to 12/2013 at The National hospital of Obstetrics and Gynecology. 13-17 weeks of gestation: MSP was bucally administred 1 tablet 200 mcg every 3 hours up to 5 times until abortion. 18-22 weeks of gestation: MSP was bucally administred 1 tablet 200 mcg every 5 hours up to 3 times until abortion. Each treatment period was not more than 3 days, maximum 3 periods, the distance between periods was from 5 to 7 days.* **Results:** *The rate of nervous system malformation: 27%, face-neck malformation: 26%, chromosomal disorder: 15%. The rate of abortion was 92,5%. The average dosage of MSP: 6,5 ± 5,14 tablets. The duration for abortion averagely: 39,4 ± 39,57 hours. Curettage uterine: 100%. No complication. Side-effects were not severe.* **Conclution:** *Nervous system malformation, face-neck malformation, chromosomal disorder had the highest rates. This methodology is highly effective, safe and less side effects.* **Key words:** *fetal malformation, abortion, Misoprostol.*

1. Đặt vấn đề

Dị tật bẩm sinh thai nhi thường được phát hiện khi thai đã khá lớn, ở quý hai của thời kỳ thai nghén. Ngày nay, phối hợp siêu âm với các xét nghiệm sinh hóa, di truyền học đã đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện ngày càng sớm các dị tật thai nhi, giúp cho thầy thuốc có hướng xử trí thích hợp làm giảm nguy cơ tử vong và mắc bệnh của trẻ, góp phần làm giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Có nhiều phương pháp phá thai nội khoa và ngoại khoa đã được áp dụng để đình chỉ thai nghén cho thai ba tháng giữa. Phương pháp phá thai ngoại khoa bằng

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Thị Lan Hương, email: huongvienc@yahoo.com
Ngày nhận bài (received): 15/04/2014. *Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):* 06/05/2014. *Ngày bài báo được chấp nhận đăng (accepted):* 09/05/2014

nong và gắp thường chỉ áp dụng cho tuổi thai khá nhỏ dưới 18 tuần, dễ gặp những tai biến và di chứng nguy hiểm như: băng huyết, thủng tử cung, nhiễm trùng, vô sinh, thậm chí tử vong. Các phương pháp phá thai nội khoa rất đa dạng, trong đó gây sẩy thai bằng MSP đơn thuần là phương pháp phá thai nội khoa đang được áp dụng rộng rãi ở cả trong và ngoài nước, đã chứng minh là một biện pháp phá thai hiệu quả, an toàn và thuận lợi với tỉ lệ thành công khá cao, vào khoảng 83 – 97%, đồng thời tỉ lệ tai biến và tác dụng phụ là không đáng kể. Tuy nhiên trước đây ở Việt Nam chưa có phác đồ thống nhất trong việc sử dụng MSP đối với phá thai ba tháng giữa. Gần đây, với Hướng dẫn Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009, phá thai ba tháng giữa đã có cơ sở để được thực hiện một cách rộng rãi và bài bản hơn. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu tìm hiểu về hiệu quả của MSP đối với những trường hợp thai bất thường. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả gây sẩy thai của MSP đơn thuần đối với thai bất thường tuổi thai từ 13 đến 22 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, từ 7/2013 đến 12/2013.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các thai phụ có thai từ 13 đến 22 tuần, có chỉ định ngừng thai nghén vì lý do thai dị tật, được phá thai bằng MSP đơn thuần theo phác đồ của Hướng dẫn Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009 [1], tại Khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 6 tháng cuối năm 2013.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Phụ nữ có đơn xin phá thai với lý do thai dị tật.
- Thai sống, tuổi thai từ 13 – 22 tuần.
- Dị tật thai được phát hiện bằng siêu âm và xét nghiệm.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắc một số bệnh mạn tính: bệnh tim, tăng huyết áp, bệnh gan thận, rối loạn đông máu, hen phế quản, basedow…
- Tiền sử dị ứng với MSP.
- Thiếu các dữ liệu cơ bản trong hồ sơ nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương.
- Thời gian: Từ 01/07/2013 đến 31/12/2013.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thuốc nghiên cứu

Misoprostol, hàm lượng 200 mcg, do Công ty TNHHLD STADA-VN sản xuất.

2.3.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang bằng phương pháp hồi cứu số liệu trên hồ sơ bệnh án đã có.

2.3.3. Cách chọn mẫu

Chọn mẫu không xác suất. Lấy toàn bộ bệnh án của những thai phụ có tuổi thai từ 13 – 22 tuần, được chẩn đoán là thai bất thường, đã được phá thai bằng MSP đơn thuần tại Khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2.3.4. Mô tả phác đồ điều trị

Thai từ 13 – 17 tuần: mỗi 3 giờ đặt âm đạo 1 viên MSP 200mcg cho đến khi thai sẩy, liều tối đa 5 viên một ngày, mỗi đợt thuốc không quá 3 ngày. Tối đa dùng 3 đợt MSP, khoảng cách giữa các đợt thuốc là 5 - 7 ngày.

Thai từ 18 – 22 tuần: mỗi 5 giờ đặt âm đạo 1 viên MSP 200mcg cho đến khi thai sẩy, liều tối đa 3 viên một ngày, mỗi đợt thuốc không quá 3 ngày. Tối đa dùng 3 đợt MSP, khoảng cách giữa các đợt thuốc là 5 - 7 ngày.

Đối với một số trường hợp có khả năng nhạy cảm cao với MSP như: sẹo mổ cũ ở đoạn dưới tử cung, sẹo bóc u xơ tử cung, đã có ≥ 2 con…, phác đồ MSP có thể điều chỉnh cho phù hợp với liều MSP thấp hơn.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và tỷ lệ một số loại dị tật bẩm sinh được ĐCTN bằng MSP

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

TT	Đặc điểm thông tin chung		n	%
1	Nhóm tuổi	< 20	5	4,7
		20 – 24	33	31,1
		25 – 29	29	27,4
		30 – 34	22	20,8
		35 – 39	12	11,3
		≥ 40	5	4,7
		X ± SD	27.9 ± 6.00	
2	Tuổi thai	13 - 17	75	70,8
		18 – 22	31	29,2
		X ± SD	17.3 ± 3.00	
3	Địa dư	Hà nội	54	50,9
		Ngoại tỉnh	52	49,1
4	Nghề nghiệp	Tự do	42	39,6
		Cán bộ, nhân viên	42	39,6
		Nông dân	7	6,6
		Công nhân	14	13,2
		Học sinh, sinh viên	1	0.9
5	Tiền sử sinh đẻ	0 con	51	48,1
		1 con	37	34,9
		2 con	16	15,1
		≥ 3 con	2	1,9
6	Tiền sử nạo phá thai	0 lần	64	60,4
		1 lần	26	24,5
			16	15,1

Phá thai hay gặp nhất ở lứa tuổi 20 - 29, tuổi thai

13 - 17 tuần, các đối tượng làm nghề tự do hoặc cán bộ, nhân viên, các thai phụ chưa sinh đẻ và chưa có tiền sử nạo phá thai.

Bảng 2. Tỷ lệ các loại dị tật bẩm sinh được đình chỉ thai nghén bằng MSP

Loại dị tật	n	%
Các dị tật bẩm sinh ở vùng mặt, cổ	26	24,5
Các dị tật bẩm sinh của thần kinh trung ương	27	25,5
Các dị tật bẩm sinh ở vùng ngực	5	4,7
Các dị tật bẩm sinh ở thành bụng trước và hệ tiêu hóa	5	4,7
Các dị tật bẩm sinh của hệ xương khớp	12	11,3
Các dị tật của hệ tiết niệu	2	1,9
Phù thai nhi	8	7,5
Các dị tật do bất thường nhiễm sắc thể	15	14,2
Đa dị tật	6	5,7
Tổng	106	100

Hay gặp các dị tật bẩm sinh của thần kinh trung ương (27%), các dị tật ở vùng mặt, cổ (26%), các dị tật do bất thường nhiễm sắc thể (15%). Ít gặp các dị tật của hệ tiết niệu (1,9%), dị tật ở vùng ngực (5%), ở thành bụng trước và hệ tiêu hóa (5%).

3.2. Kết quả gây sẩy thai

3.2.1. Tỷ lệ thành công

Bảng 3. Tỷ lệ thành công

Kết quả gây sẩy thai	n	%
Thành công	98	92.5
Thất bại	8	7.5
Tổng	106	100

Tỷ lệ thành công cao chiếm 92,5%. Tỷ lệ thất bại 7,5%.

Bảng 4. Liên quan giữa tỷ lệ thành công với tuổi mẹ và tuổi thai

Kết quả		Thành công			Thất bại		
		No	n	%	No	n	%
Tuổi mẹ (tuổi)	< 20	5	5	100	5	0	0
	20 – 24	33	31	93,9	33	2	6,1
	25 - 29	29	28	96,5	29	1	3,5
	30 - 34	22	18	81,8	22	4	18,2
	35 – 39	12	11	91,7	12	1	8,3
	≥ 40	5	5	100	5	0	0
	Tổng	106	98	92,5	106	8	7,5
	p	> 0.05					
Tuổi thai (tuần)	13 -17	75	69	92	75	6	8
	18 – 22	31	29	93,5	31	2	6,5
	Tổng	106	98	92,5	106	8	7,5
	p	> 0,05					

Tỷ lệ thành công cao nhất ở nhóm tuổi mẹ < 20 và > 40 tuổi (100%), thấp nhất ở nhóm tuổi mẹ 30-34 tuổi (81,8%). Tỉ lệ thành công giữa các nhóm tuổi mẹ không có sự khác biệt với p > 0,05.

Tỷ lệ thành công ở tuổi thai 13-17 tuần (92%) và tuổi thai 18-22 tuần (93,5%) không có sự khác biệt với p> 0,05.

3.2.2. Liều thuốc gây sẩy thai (MSP)

- Liều trung bình: 6,5 ± 5,14 viên
- Liều cao nhất: 24 viên (4800 mcg)
- Liều thấp nhất: 1 viên (200 mcg).

3.2.3. Thời gian sẩy thai

- Thời gian sẩy trung bình: 39,4 ± 39,57 giờ
- Thời gian dài nhất: 6 giờ
- Thời gian ngắn nhất: 191 giờ

Bảng 5. So sánh liều MSP và thời gian sẩy giữa các nhóm tuổi thai

Tuổi thai (tuần)	13 – 17	18 -22	Chung
Liều MSP	6,8 ± 5,62	6,2 ± 5,14	6,5 ± 5,14
Thời gian sảy	36,1 ± 33,89	47,1 ± 43,01	39,4 ± 39,57
p	> 0,05		

Liều MSP và thời gian sẩy thai không có sự khác biệt giữa nhóm tuổi thai 13 - 17 tuần và 18 - 22 tuần, p > 0,05.

3.2.4. Kiểm soát tử cung

100% các trường hợp sẩy thai đều kiểm soát tử cung bằng dụng cụ.

3.2.5. Tai biến và tác dụng phụ

- Tỷ lệ tai biến: 0%. Không gặp các tai biến như: tử vong, vỡ tử cung, băng huyết, chấn thương đường sinh dục, nhiễm trùng...

- Tác dụng phụ của MSP: ít gặp các tác dụng phụ nghiêm trọng. Thai phụ thường đau bụng mức độ nhẹ và vừa, sốt dao động trong khoảng $37^0$5- $38^0$5.

4. Bàn luận

Tại các nước phát triển và đang phát triển, việc sử dụng MSP đơn thuần để gây sẩy thai 3 tháng giữa là một lựa chọn tốt và an toàn. Có nhiều nghiên cứu để tìm ra phác đồ tối ưu nhất, tỉ lệ thành công trong khoảng 80 – 97%.

Qua nghiên cứu 106 khách hàng đến phá thai ở tuổi thai từ 13 đến 22 tuần với lý do thai dị tật, dùng phương pháp phá thai bằng MSP đơn thuần, áp dụng theo phác đồ của Hướng dẫn Chuẩn quốc gia năm 2009, chúng tôi nhận thấy phá thai hay gặp nhất ở lứa tuổi 20 – 29, tuổi mẹ trung bình là 27,9 ± 6,00. Đây là lứa tuổi sinh sản, dễ dàng có thai và sinh đẻ, tuy nhiên cũng thường chủ quan trong việc theo dõi và khám thai định kỳ. Phần lớn các phụ nữ này làm nghề tự do và cán bộ nhân viên nhà nước. Có 52 trong số 106 thai phụ sống ở các tỉnh khác ngoài Hà Nội, là khu vực ít có điều kiện được tiếp cận thông tin cũng như những dịch vụ y tế hiện đại. Số thai phụ chưa có con nào chiếm tỉ lệ cao nhất 48,1%, số thai phụ chưa nạo hút thai lần nào cũng chiếm tỉ lệ cao nhất (60,4%). Như vậy việc mở rộng, phát triển công tác

tuyên truyền, giáo dục, tư vấn về chăm sóc sức khỏe sinh sản, phát hiện sớm những trường hợp thai bất thường để có thể hạ thấp tỉ lệ phá thai to, hạn chế những tai biến và di chứng nguy hiểm cho người phụ nữ, giảm bớt gánh nặng cho các gia đình và xã hội đối với những đứa trẻ khuyết tật là hết sức cần thiết.

Nhóm tuổi thai từ 13 – 17 tuần chiếm tỉ lệ 70,8%, từ 18 - 22 tuần chiếm tỉ lệ 29,2%. Tuổi thai trung bình là 17,3 ± 3,00 tuần. Cùng với sự tiến bộ của các phương pháp chẩn đoán trước sinh như siêu âm, xét nghiệm triple test, chọc dò nước ối làm nhiễm sắc đồ..., nhiều trường hợp thai bất thường đã được phát hiện sớm hơn trước đây rất nhiều, đặc biệt ở lứa tuổi thai 13 - 17 tuần. Điều đó đã góp phần làm hạ thấp tỉ lệ trẻ sinh ra bị dị tật, chậm phát triển trí tuệ, cũng như làm giảm tỷ lệ tai biến do phá thai to mang lại.

Để phân nhóm dị tật thai nhi, chúng tôi tạm thời sắp xếp hơn 40 dị tật khác nhau trong nghiên cứu thành 9 nhóm, tham khảo theo phân nhóm của ICD-10 [2] và tác giả Lưu Thị Hồng, Lê Quang Vinh [3]. Hay gặp nhất là các dị tật bẩm sinh của thần kinh trung ương (27%), các dị tật bẩm sinh ở vùng mặt, cổ (26%), các dị tật do bất thường nhiễm sắc thể (15%). Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Lê Minh Toàn năm 2011 [4], có tỷ lệ dị tật thần kinh trung ương cao nhất (22,7%), tuy nhiên tỷ lệ giữa các loại dị tật của mỗi loại nghiên cứu có sự khác nhau, nguyên nhân thường là do cỡ mẫu khác nhau.

Về kết quả nghiên cứu, trong 106 trường hợp phá thai bằng Misoprostol có 98 ca thành công (92,5%) và 08 ca phải chuyển sang phương pháp phá thai khác (7,5%). Trong số 75 trường hợp tuổi thai 13 – 17 tuần có 69 trường hợp thành công, chiếm tỷ lệ 92%. Trong số 31 trường hợp tuổi thai 18 – 22 tuần có 29 trường hợp thành công, chiếm tỷ lệ 93,5%. Sự khác biệt về tỉ lệ thành công giữa hai nhóm tuổi thai không có ý nghĩa với p > 0,05. Về liên quan giữa tỷ lệ thành công với tuổi mẹ, có thể nhận thấy tỷ lệ thành công cao nhất ở nhóm tuổi mẹ < 20 và > 40 tuổi (100%), thấp nhất ở nhóm tuổi 30-34 (81,8%). Tuy nhiên tỷ lệ thành công đều rất cao ở mọi lứa tuổi của mẹ. Tỷ lệ thành công giữa các nhóm tuổi mẹ không có sự khác biệt với p > 0,05. So sánh với nghiên cứu của Bunxu Ithapatha (2007) [5], phá thai từ 17 – 24 tuần, tỉ lệ thành công sau đợt 1 đặt Misoprostol là 91,2%, sau đợt 2 là 100%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương năm 2012 [6], 130 thai phụ phá thai từ 13 – 22 tuần, tỷ lệ sẩy thai trong 24 giờ là 92,31%. Kết quả này tương tự so với nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù phác đồ sử dụng MSP khác nhau. Như vậy hiệu quả gây sẩy thai của MSP đã được chứng minh là rất cao và có nhiều phác đồ để người thầy thuốc sử dụng sao cho phù hợp. Bên cạnh đó, hiệu quả gây sẩy thai của MSP không thay đổi đáng kể đối với các trường hợp thai dị tật. Trong số 8 trường hợp thất bại chuyển sang phương pháp khác, các phương pháp được áp dụng là nong và gắp thai, truyền Ocytocin, đặt túi nước vào buồng tử cung.

Liều thuốc phá thai trung bình là 6,49 viên MSP. Liều MSP của nghiên cứu cao hơn so với nghiên cứu của một số tác giả trước đây: 3 viên MSP (Bunxu - 2007) [5]; 4,7 viên MSP (Nguyễn Huy Bạo - 2009) [7]. Tuy nhiên so với những nghiên cứu gần đây, áp dụng các phác đồ MSP với liều cao hơn (400 mcg mỗi 3 giờ), liều thuốc trung bình của nghiên cứu thấp hơn khá nhiều: 8,29 ± 1,84 viên (Nguyễn Thị Lan Hương – 2012) [6].

Thời gian sẩy thai trung bình là 39,4 giờ. So sánh với tác giả khác: Field man (2003) [8]: thời gian sẩy 15,9 giờ, Ramsey (2004) [9]: thời gian sẩy 12 giờ thì thời gian sẩy thai của nghiên cứu dài hơn,còn so sánh với nghiên cứu của Phan Thanh Hải (2008) [10]: thời gian sẩy 40,05 giờ, thời gian sấy thai của nghiên cứu ngắn hơn. Ở nhóm tuổi thai 13-17 tuần, liều MSP là 6,8 ± 5,62viên, thời gian sẩy trung bình là 36,1 ± 33,89 giờ. Ở nhóm tuổi thai 13-17 tuần, liều MSP là 6,2 ± 5,14 viên, thời gian sẩy trung bình là 47,1 ± 43,04 giờ. Liều MSP và thời gian sẩy thai không có sự khác biệt giữa nhóm tuổi thai 13 - 17 tuần và 18 - 22 tuần với p > 0,05.

Giống như hầu hết các nghiên cứu trong nước trước đây, tất cả các trường hợp sẩy thai đều được kiểm soát tử cung bằng dụng cụ để tránh tình trạng sót rau do thai non tháng. Tuy nhiên một số nghiên cứu gần đây, đặc biệt là các nghiên cứu ngoài nước cho thấy không nhất thiết phải nạo lại buồng tử cung một cách có hệ thống. Rất nhiều nghiên cứu trên thế giới báo cáo tỷ lệ nạo buồng tử cung sau sẩy không cao, chỉ dao động trong khoảng 8 – 20%. Theo Feldman [8], tỷ lệ nạo buồng tử cung ở 2 nhóm nghiên cứu là 18% và 13%. Theo Gilbert [11], tỷ lệ này là 10,8% và 8,2%. Như vậy thói quen kiểm soát tử cung bằng dụng cụ ngay mà không chờ rau bong tự nhiên cũng cần được xem xét và nghiên cứu để hạn chế bớt sự đau đớn cho các thai phụ cũng như những tai biến và nguy cơ do nạo buồng tử cung mang lại.

Chúng tôi không tìm thấy các tai biến gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và tính mạng bệnh nhân như vỡ tử cung, băng huyết, nhiễm trùng, hoặc ở mức độ nhẹ hơn như chấn thương đường sinh dục…

Những triệu chứng và tác dụng phụ không mong muốn như sốt, đau bụng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy thường ở mức độ nhẹ, sẽ nhanh chóng mất đi sau khi ngừng MSP. Những biểu hiện khác như đau đầu, chóng mặt, khó thở… chiếm tỉ lệ thấp.

Như vậy có thể coi đây là một phương pháp phá thai an toàn hơn rất nhiều so với phương pháp phá thai ngoại khoa.

5. Kết luận

Nghiên cứu 106 trường hợp phá thai do dị tật bẩm sinh thai nhi, tuổi thai 13 - 22 tuần, dùng phác đồ MSP đơn thuần, tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 7/2013 đến tháng 12/2013, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Các dị tật bẩm sinh của thần kinh trung ương, của vùng mặt-cổ, các dị tật do bất thường nhiễm sắc thể chiếm tỷ lệ cao nhất.
- Tỷ lệ thành công của phương pháp phá thai bằng MSP đơn thuần cao: 92,5%.
- Tỷ lệ kiểm soát tử cung bằng dụng cụ rất cao: 100%
- Là phương pháp phá thai an toàn và ít tác dụng phụ.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế. Phá thai từ tuần 13 đến hết tuần 22 bằng thuốc. Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. 2009; tr. 390-393.

2. Bộ Y tế. Dị tật bẩm sinh, biến dạng và bất thường về nhiễm sắc thể. Bảng phân loại quốc tế bệnh tật Việt-Anh lần thứ 10 ICD-10. Nhà xuất bản Y học. 2001; chương XVII. tr. 637-678.

3. Lưu Thị Hồng, Lê Quang Vinh. Các dị tật bẩm sinh thai nhi thường gặp và thái độ xử trí. Nhà xuất bản Y học. 2012.

4. Lê Minh Toàn. Tình hình dị tật bẩm sinh và thái độ xử trí tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Huế từ 2009 – 2010. Hội nghị Sản Phụ khoa Việt – Pháp. 2011; tr. 55-61.

5. Bunxu Inthapatha. 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.

6. Nguyễn Thị Lan Hương. Nghiên cứu hiệu quả phá thai từ 13-22 tuần của misoprostol đơn thuần và mifepriston kết hợp misoprostol. Luận án tiến sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.

7. Nguyễn Huy Bạo. 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. 2009.

8. Feldman DM, Borgida AF, Rodis JF, Leo MV, Cambell WA. A randomized comparison of two regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination. Am. J. Obstet. Gynecol. 189 (3), pp. 407-410.

9. Ramsey PS, Savage K, Lincoln T, Owen J. Vaginal misoprostol versus concentrated oxytocin and vaginal PGE2 for second-trimester labor induction. Obstet. Gynecol. 2004;104 (1), pp. 138-145.

10. Phan Thanh Hải. 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. 2008.

11. Gilbert A, Reid R. A randomized trial of oral versus vaginal administration of misoprostol for the purpose of mid-trimester termination of pregnancy. Aust. N. L. J. Obstet. Gynaecol. 2001; 41 (4), pp. 407-410.