TÌNH HÌNH PHÁ THAI TỪ 13 - 22 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2013

Vũ Văn Du, Nguyễn Bá Thiết, Nguyễn Thị Thanh Huyền, Trần Thị Tố Hữu
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Tóm tắt

Mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả của các phương pháp phá thai ba tháng giữa tại BVPSTW 6 tháng đầu năm 2013.* **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** *nghiên cứu hồi cứu dựa trên hồ sơ của 311 bệnh nhân tuổi thai từ 13-22 tuần, phá thai tại BVPSTW tháng 1/2013 đến tháng 6/2013.* **Kết quả:** *Tỷ lệ thành công của phương pháp phá thai nội khoa là 88,3%, ngoại khoa là 94,1 %. Tỷ lệ tai biến chung của các phương pháp phá thai là 1,93%, trong đó tỷ lệ tai biến của phương pháp nội khoa là 1,04% và của phương pháp ngoại khoa là 5,9%. Tỷ lệ tai biến của phương pháp nội khoa trên những thai phụ có sẹo mổ tử cung là 9,5%.* **Kết luận:** *Tỷ lệ thành công của 2 phương pháp phá thai nội khoa và ngoại khoa đều cao (p > 0,05), tuy nhiên tỷ lệ tai biến ở phương pháp phá thai ngoại khoa cao hơn so với phương pháp phá thai nội khoa (p < 0,01).*

Từ khóa: *Các phương pháp phá thai, phương pháp phá thai nội khoa, phương pháp phá thai ngoại khoa.*

Abstract

ASSESSMENT RESULTS ABORTION PREGNANCIES WITH GESTATIONAL AGE BETWEEN 13 AND 22 WEEKS AT NATIONAL HOSPITAL OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Objective: *To assess the effectiveness of the methods abortion for second trimester pregnancy in the first 6 months of 2013 at national hospitai of gynecology and obstetrics .* **Materials and methods:** *Retrospective study based on records of 311 pregnancy with gestational ages from 13 to 22 weeks who aborted at national hospitai of gynecology and obstetrics from 01/2013 to 6/2013.* **Results:** *The success rate of medical abortion method was 88,3%, the surgical method was 94,1%. Complication rate of abortion methods in this study was 1,93%, in which medical abortion method was 1,04%, surgical methods was 5,9%. The complication rate of medical methods in women with uterus scar was 9,5%.* **Conclusions:** *The success rate of the two methods was high (p>0,05). However, complication rate in surgical abortion method was higher than medical abortion methods (p <0,01).*

Keywords: *Methods abortion, medical abortion method, surgical abortion method.*

1. Đặt vấn đề

Phá thai to là chủ động sử dụng các phương pháp khác nhau để chấm dứt thai trong tử cung cho thai đến 22 tuần tuổi. Phá thai là biện pháp không mong muốn, cũng như không khuyến khích vì có nhiều tai biến, biến chứng, nhất là đối với phá thai to, tuy chỉ chiếm 10 – 15% tổng số các trường hợp phá thai nhưng lại dẫn đến 2/3 các trường hợp tai biến nặng.

Có hai phương pháp phá thai to bao gồm phá thai nội khoa như: sử dụng misoprostol ngậm cạnh má hoặc đạt đường âm đạo, truyền oxytocin tĩnh mạch và phá thai ngoại khoa như: nong và gắp thai, đặt túi nước ngoài buồng ối, mổ lấy thai... đã và đang được áp dụng.

Tại bệnh viện Phụ sản Trung ương các trường hợp đến phá thai to với nhiều lý do khác nhau như: vị thành niên, chưa có chồng, thai bất thường, bệnh lý mẹ... Tuỳ vào tình trạng thai như thai bất thường, thai lưu, vị trí rau thai, tuổi thai..., hay tình trạng mẹ như có tiền sử vết mổ tử cung, bệnh lý mẹ, dị ứng thuốc gây sảy... mà có những phương pháp phá thai phù hợp.

Để góp phần nghiên cứu về tình hình phá thai to tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

- Đánh giá hiệu quả của các phương pháp phá thai to tại BVPSTW 6 tháng đầu năm 2013.
- Xác định tỷ lệ tai biến của từng phương pháp phá thai to.

1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh án của các bệnh nhân có tuổi thai 13-22 tuần, tại Khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ Sản Trung ương được lựa chọn tham gia vào nghiên cứu từ tháng 1/2013 đến tháng 6/2013.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Vũ Văn Du, email: dutruongson@gmail.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

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

2.2. Cỡ mẫu

Mẫu không xác suất, toàn bộ hồ sơ đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn đều được lấy vào nghiên cứu. Từ tháng 1/2013 đến tháng 6/2013 chúng tôi thu nhận được 311 bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Các biến số nghiên cứu được thu thập theo mẫu với các thông số về tuổi, nghề nghiệp, tình trạng học vấn, lý do phá thai, phương pháp phá thai, các tai biến trong quá trình phá thai… Các biến số được xử lý bằng phần mềm Epi info 3.1 và phần mềm SPSS 16.0.

Phương pháp tiến hành:

- Phương pháp phá thai nội khoa: Sử dụng Misoprostol (MSP) viên nén 200 mcg đặt âm đạo theo phác đồ của "Hướng dẫn quốc gia về dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản năm 2009" [1]:

+ Thai 13-18 tuần: Mỗi 4 giờ đặt âm đạo 1 viên MSP 200 mcg cho đến khi thai sảy, liều tối đa 5 viên một ngày.

+ Thai 19-22 tuần: Mỗi 6 giờ đặt âm đạo 1 viên MSP 200 mcg cho đến khi thai sảy, liều tối đa 3 viên một ngày.

Mỗi đợt MSP không kéo dài qua 3 ngày, khoảng cách giữa các đợt là 5 ngày, có thể cho bệnh nhân về phép giữa các đợt.

- Riêng đối với những thai phụ có vết mổ cũ 1 lần và trên 24 tháng chúng tôi dùng liều 1/2 viên MSP 200 mcg đặt âm đạo 6 giờ/ lần.

- Phương pháp phá thai ngoại khoa được sử dụng: Nong gắp thai, đặt túi nước buồng tử cung, mổ lấy thai. Được chỉ định ngay từ đầu khi bệnh nhân mới nhập viện hoặc khi phương pháp nội khoa thất bại.

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

Thông tin chung		n	%
Nhóm tuổi	10 - 19	41	13
	20 - 29	186	60
	30 - 35	43	14
	>35	41	13
Nơi ở	Hà nội	137	44
	Tỉnh khác	174	56
Trình độ văn hoá	Học sinh	16	5
	Sinh viên	48	15
	Cao đẳng, Đại học	96	31
	Khác	151	49
Tình trạng hôn nhân	Có chồng	200	64
	Chưa chồng	111	36
Tuổi thai	13 - 17	187	60
	18 - 22	124	40
Lý do phá thai	Thai bất thường	166	54
	Chưa chồng	111	35
	Thai ngoài kế hoạch(Có chồng)	34	11

- Đánh giá kết quả của phương pháp phá thai:

+ Thành công: Thai được tống ra khỏi buồng tử cung

+ Thất bại: Thai không ra, phải chuyển phương pháp hoặc có tai biến

- Được xác định là có tai biến khi: băng huyết, choáng, sót rau, thủng hoặc vỡ tử cung.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét bảng1: Lứa tuổi từ 20 đến 29 chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nhóm tuổi: 60%. Tỷ lệ phá thai vì lý do thai bất thường chiếm cao nhất trong các lý do phá thai khác: 54%. Tiếp sau đấy vì lý do chưa chồng: 35%, trong đó tỷ lệ phá thai ở học sinh, sinh viên là 20%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Các phương pháp phá thai

Phương pháp	n	%
MSP đơn thuần	260	83,7
Nong gắp thai	12	3,9
MSP + Nong gắp thai	18	5,6
MSP + Đặt túi nước	9	3
Mổ lấy thai	8	2,6
MSP + Mổ lấy thai	4	1,2
Tổng số	311	100

Nhận xét:

– Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định phá thai nội khoa là 92,3%, trong đó 83,7% đơn thuần sử dụng phương pháp nội khoa.

– Tỷ lệ phá thai nội khoa thất bại phải chuyển phương pháp ngoại khoa là 9,8%.

– Tỷ lệ phá thai ngoại khoa được chỉ định ngay khi bệnh nhân nhập viện là 6,5%.

Bảng 3. Kết quả của các phương pháp phá thai

Phương pháp	n	Kết quả				Tai biến		Chuyển phương pháp	
		Thành công		Thất bại					
		n	%	n	%	n	%	n	%
MSP	291	257	88,3	34	11,7	3	1,03	31	10,7
Nong gắp thai	30	29	96,7	1	3,3	1	3,3	0	0
Đặt túi nước	9	8	89	1	11	1		0	0
Mổ lấy thai	12	11	92	1	8	1	92	0	0

Nhận xét:

- Tỷ lệ thành công của phương pháp nội khoa: 88,3%.

- Tỷ lệ thành công của các phương pháp ngoại khoa: 48/51= 94,1%.

- Tỷ lệ tai biến của phương pháp nội khoa: 1,03%.

- Tỷ lệ tai biến của phương pháp ngoại khoa : 3/51=5,9%.

- Tỷ lệ tai biến chung 6/311=1,93%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa kết quả của sử dụng MSP và tuổi thai

Nhóm tuổi thai	Kết quả				Tổng	%
	Thành công		Thất bại			
	n	%	n	%		
13 - 17	147	83,5	29	16,5	176	60,5
18 - 22	110	95,7	5	4,3	115	39,5
Tổng số	257	88,3	34	11,7	291	100
P	P = 0,0042					

Nhận xét: Tỷ lệ thành công của phương pháp dùng MSP ở nhóm tuổi thai 18 đến 22 tuần cao hơn nhóm tuổi thai 13 đến 17 tuần (p = 0,0042).

Bảng 5. So sánh kết quả kết quả phá nội khoa bằng MSP trên bệnh nhân có sẹo mổ tử cung và không có sẹo mổ

Nhóm tuổi thai	n	Kết quả				Tai biến	
		Thành công		Thất bại			
		n	%	n	%	n	%
Không có sẹo mổ tử cung	270	242	89,6	28	10,4	1	0,37
Có sẹo mổ tử cung	21	15	71,5	6	28,5	2	9,5
Tổng số	291	p = 0,032				p = 0,0041	

Nhận xét: Tỷ lệ thành công của phương pháp phá thai nội khoa trên thai phụ không có sẹo mổ tử cung cao hơn ở những thai phụ có sẹo mổ tử cung (p = 0,032). Tỷ lệ tai biến của phương pháp phá thai nội khoa trên bệnh nhân có sẹo mổ tử cung cao hơn ở những thai phụ không có sẹo mổ tử cung (p= 0,0041).

Bảng 6. So sánh thời gian sảy thai, liều lượng MSP trên bệnh nhân có sẹo mổ tử cung và không có sẹo mổ tử cung.

	n	Thời gian sảy thai(giờ)	Liều MSP(mcg)
Không có sẹo mổ TC	242	36,89 ± 37,58	1323,11 ± 824,48
Có sẹo mổ TC	15	39,29 ± 34,46	856,58 ± 512,15
	257	p = 0,8	p = 0,031

Nhận xét: Không có sự khác biệt về thời gian sảy thai của nhóm không có sẹo mổ tử cung và nhóm có sẹo mổ tử cung (p > 0,05).

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua bảng 1 cho thấy tỷ lệ phá thai do chưa chồng là 36%, phá thai ở các đối tượng là học sinh, sinh viên là 20% và nếu phân theo nhóm tuổi thì tỷ lệ phá thai vị thành niên là 13%. Tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương (2013) [2] thì tỷ lệ phá thai ở hoc sinh, sinh viên là 26% và chưa chồng là 38,2%. Những con số này cho thấy sự báo động về mức độ hiểu biết cũng như thực hành sức khoẻ sinh sản của lứa tuổi thanh niên và vị thành niên còn chưa được đầy đủ. Đây là một vấn đề rất đáng được quan tâm của toàn xã hội vì đây là thế hệ trẻ, thế hệ tương lai của đất nước, nhưng bản thân họ lại chưa được trang bị đầy đủ kiến thức về sinh lý, giáo dục giới tính, an toàn tình dục và các biện pháp tránh thai. Trong những năm gần đây, Bộ Giáo dục đã đưa chương trình giáo dục giới tính vào chương trình giảng dạy phổ thông. Giáo dục giới tính cũng đã dần dần được đưa vào trong mỗi gia đình. Tuy nhiên các cơ quan chức năng vẫn nên có những biện pháp tích cực hơn nữa để trang bị tốt hơn kiến thức cho tầng lớp thanh thiếu niên nhằm hạn chế tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn.

Lý do phá thai vì thai bất thường chiếm 54%, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Phan Thanh Hải (2008) [3] khi nghiên cứu trên những bệnh nhân phá thai to tai bệnh viện phụ sản Trung ương năm 2006 với tỷ lệ thai bất thường là 27,92%. Điều này giải thích cho sự tiến bộ của các phương pháp chẩn đoán trước sinh ở những năm gần đây. Số thai bất thường được phát hiện ngày một tăng lên một cách đáng kể, và do đó làm tăng tỷ lệ phá thai do thai bất thường lên.

4.2. Đánh giá kết quả của các phương pháp phá thai

Tất cả các thai phụ khi mới nhập viện đều được hội chẩn để đưa ra phương pháp phá thai hợp lý. Có 291 bệnh nhân được chỉ định đặt âm đạo Misoprostol (MSP) trong đó có 257 (88,3%) bệnh nhân sảy thai thành công còn 11,7% là thất thại vì những lý do như: thai không sảy, dị ứng thuốc hay có tai biến trong quá trình phá thai. Tỷ lệ thành công của phương pháp sử dụng MSP trong nghiên cứu này cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác như Bunxu Inthapatha (2007) 91,2%, Dickinson (2003): 85,7%, nhưng thấp hơn Nguyễn Thị Lan Hương (2012): 97,2% [2] [4] [5].

Tuổi thai khác nhau có tỷ lệ phá thai thành công với phương pháp nội khoa bằng MSP đặt âm đạo cũng khác nhau. Theo kết quả tại Bảng 4, ở nhóm tuổi thai từ 13-17 tuần tỷ lệ thành công là 83,5%; trong khi ở nhóm tuổi thai từ 18-22 tuần tỷ lệ thành công là 95,7% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,0042).

Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hà Mạnh Tuấn (2013) [6]: ở nhóm tuổi thai từ 13-17 tuần, tỷ lệ thành công là 86%; nhóm tuổi thai từ 18-22 tuần, tỷ lệ thành công là 97,7% (p < 0,05).

Phá thai to bằng MSP ở những thai phụ có sẹo mổ tử cung hiện nay trên thế giới vẫn còn nhiều

tranh cãi, nhiều quan điểm và vẫn chưa có một sự thống nhất về phác đồ, liều lượng của MSP để đảm bảo giảm thiểu tối đa những tai biến nặng như vỡ tử cung… mà vẫn có tỷ lệ thành công cao. Theo Dickinson J.E (2005) nghiên cứu trên 720 thai phụ có chỉ định phá thai bằng MSP, tuổi thai từ 14 đến 28 tuần với 2 nhóm: một nhóm có tiền sử mổ lấy thai và một nhóm chưa mổ lấy thai lần nào với liều MSP chung là 400 mcg mỗi 6 giờ đường âm đạo. Kết luận: Không có sự khác nhau về hiệu quả sảy thai cũng như sự khác biệt về tỷ lệ tai biến giữa 2 nhóm này [7].Tuy nhiên theo một nghiên cứu kéo dài 15 năm từ 1980 đến 1995 của Chaman S.J và cộng sự trên 606 bệnh nhân đình chỉ thai nghén vào 3 tháng giữa của thai kỳ thì kết luận rằng: Tỷ lệ vỡ tử cung ở các thai phụ có tiền sử mổ lấy thai cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở những thai phụ không có tiển sử này (p = 0,008), tỷ lệ có chỉ định truyền máu ở nhóm có sẹo mổ tử cung cao hơn nhóm không có (p = 0,04) [8]. Tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương chúng tôi sử dụng liều 1/2 viên MSP 200mcg mỗi 6 giờ, ngày không quá 4 lần cho những thai phụ mổ đẻ cũ một lần và trên 24 tháng. Trong nghiên cứu này 100% bệnh nhân có sẹo mổ tử cung là sẹo mổ lấy thai (MLT) và tỷ lệ thành công của phương pháp MSP đặt âm đạo trên thai phụ có sẹo MLT là 71,5%, thấp hơn so với nhóm bệnh nhân không có sẹo MLT với tỷ lệ là 89,6% (P = 0,032). Và khi so sánh tỷ lệ thành công này với tỷ lệ thành công của MPS trên thai phụ không có sẹo mổ tử cung ở nghiên cứu khác như Nguyễn Thị Lan Hương (2013) [2] là 97,2% với 144 thai phụ thì cũng thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P < 0,0001). Mặt khác trong bảng 6 còn cho thấy liều MSP trung bình gây sảy thai của những thai phụ có sẹo MLT thấp hơn so với nhóm thai phụ không có sẹo (P=0,022); tuy nhiên về thời gian gây sảy thai trung bình giữa 2 nhóm này lại gần như tương đồng (P=0,8). Như vậy có thể nói số lượng thai sảy giảm đi khi liều MSP giảm nhưng thời gian gây sảy thai dường như không có gì thay đổi. Và qua đây vấn đề đặt ra là "ngưỡng liều" MSP trên từng bệnh nhân: một thai phụ có ngưỡng liều thấp hơn so với phác đồ nhưng khi đạt được ngưỡng liều thì thai vẫn được sảy thành công. Vậy nên chăng việc phá thai bằng MSP trên thai phụ có mổ tử cung nên theo phương châm: cá thể hoá và dò liều bắt đầu từ những liều thấp, hơn là việc phải tìm ra một liều nhất định.

Trong Bảng 3 cho thấy có 30 (9,3%) thai phụ được chỉ định nong gắp thai, 9 (3%) thai phụ được đặt túi nước buồng tử cung kết hợp truyền Oxytocin và 12 (4%) thai phụ được mổ lấy thai. Tỷ lệ thành công của phương pháp ngoại khoa nói chung là 94,1%.

Phương pháp nong gắp thai được chỉ định trên những bệnh nhân 13 đến 17 tuần. Phương pháp này được tiến hành ngay khi vào viện khi thai phụ có vết sẹo mổ cũ không có chỉ định sử dụng MSP hay trên thai phụ thất bại với phương pháp sử dụng MSP. Kết quả là tỷ lệ thành công 96,7%, thất bại 3,3% do có 1 trường hợp sót rau phải nạo lại buồng tử cung. Tỷ lệ thất bại do tai biến của phương pháp nong gắp thai trong nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Vân (2013) [9]: 3,2%, Nguyễn Duy Hưng (2007): 2,1% [10]. Đây là phương pháp cứu cánh cho những trường hợp thất bại với phương pháp nội khoa hoặc không có chỉ định sử dụng phác đồ nội khoa.

Có 9 thai phụ tuổi thai từ 18 đến 22 tuần được gây chuyển dạ bằng phương pháp đặt túi nước buồng tử cung kết hợp truyền Oxytocin. Toàn bộ những thai phụ này đều thất bại với phương pháp nội khoa (MSP) và được chỉ định chuyển phương pháp. Phương pháp này gây sảy thành công 8 trường hợp và 1 trường hợp có tai biến nhiễm trùng tử cung nặng trong và sau sảy thai.

Có 12 thai phụ được mổ phá thai. Đặc điểm chung của những thai phụ này là đều có vết mổ lấy thai cũ một đến 2 lần. Thành công 11 (92%) trường hợp và thất bại vì có tai biến băng huyết phải truyền máu 1 (8%) trường hợp; Trường hợp này là có thai 22 tuần, ngoài yếu tố nguy cơ là có sẹo mổ đẻ cũ còn có bánh rau bám rộng mặt trước và lan qua lỗ trong cổ tử cung. Vậy nên mổ lấy thai là lựa chọn tối ưu với trường hợp này.

Tỷ lệ tai biến chung của các phương pháp phá thai trong nghiên cứu này là 1,93%. Trong đó tỷ lệ tai biến của phương pháp nội khoa là 1,03% thấp hơn của phương pháp ngoại khoa là 5,9%. Sự khác biệt về tỷ lệ tai biến của hai phương pháp phá thai trên là có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Mặt khác, tỷ lệ thành công của phương pháp ngoại khoa là 94,1%, của phương pháp nội khoa là 88,3%, không có sự khác biệt có ý nghĩ thống kê giữa 2 tỷ lệ này (p > 0,05). Vậy nên, có thể nói phương pháp nội khoa vẫn luôn là phương pháp được lựa chọn đầu tay. Phương pháp ngoại khoa thường được chỉ định khi phương pháp nội khoa thất bại hoặc trong những trường hợp chỉ định bắt buộc. Tuy nhiên

đối với thai phụ có sẹo MLT như theo kết quả của bảng 5 thì tỷ lệ tai biến khi sử dụng MSP là 9,5%, cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ tai biến ở nhóm thai phụ không có sẹo MLT mà sử dụng MSP: 0,37% (P = 0,0041). Vậy nên việc lựa chọn phương pháp phá thai nội khoa hay ngoại khoa, nội khoa thì với liều lượng MSP như thế nào và ngoại khoa thì sử dụng loại thủ thuật hay phẫu thuật nào là phù hợp đảm bảo giảm tối đa tai biến cho những thai phụ có sẹo MLT vẫn luôn là một bài toán đối với các bác sĩ sản khoa; trong khi đó những năm gần đây tỷ lệ mổ lấy thai ngày một tăng, làm tăng tỷ lệ bệnh nhân phá thai có sẹo MLT. Vây nên chăng xem xét việc thu hẹp chỉ định MLT, bởi việc mở rộng chỉ định mổ lấy thai chính là tự tạo cho chúng ta thêm những khó khăn trong việc phá thai sau này nếu có.

5. Kết luận

- Tỷ lệ thành công của phương pháp phá thai nội khoa là 88,3%, của phương pháp ngoại khoa là 94,1 %.

- Tỷ lệ tai biến chung của các phương pháp phá thai trong nghiên cứu này 1,93%, trong đó tỷ lệ tai biến của phương pháp nội khoa là 1,03% và của phương pháp ngoại khoa là 5,9%. Tỷ lệ tai biến của phương pháp phá thai nội khoa trên những thai phụ có sẹo MLT là 9,5%.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế Phá thai bằng thuốc từ 13 tuần đến hết 22 tuần. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. 2009; tr.378 – 380.

2. Nguyễn Thị lan Hương: Đánh giá kết quả phá thai nội khoa tuổi thai ba tháng giữa tại bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2012. Tạp chí sản phụ khoa, 2013; tập 11(02), 5-2013, pp121 – 124.

3. 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.

4. Bunxu Inthapatha: Nghiên cứu sử dụng Misiprostol đơn thuần trong phá thai từ tuổi thai 17 đến 24 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2006". Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại Y Hà Nội. 2007.

5. Dickinson J.E. Misoprostol for second – trimester pregnancy termintion in women with a prior cesarean delivery Obstet. Gynecol. 2005; 105:352 – 356.

6. Hà Mạnh Tuấn: Nghiên cứu hiệu quả phá thai bằng Misoprostol tuổi thai từ 13 đến 22 tuần ở vị thành niên tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại Y Hà nội. 2003.

7. Dickinson J.E, Evans Sp: A comparison of oral misoprostol with vaginal misoprostol administrationin second trimester pregnancy termination for fetal abnormality. Obstet. Gynecol. 2003; 101(6), pp. 1294 – 1299.

8. Champman S.J, Crispens M, Owen J, Savage K: Complication of midtrimester pregnancy termination: the effect of prior cesarean delivery. Am.J.Obstet Gynecol; 1996; 175: 889 – 892.

9. Nguyễn Thị Bích Vân và cộng sự: Khảo sát tình hình phá thai to trẻ vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 6 tháng đầu năm 2012. Tạp chí phụ sản, 2013; tập 11(02), 5-2013, pp121 – 124.

10. Nguyễn Duy Hung: Nghiên cứu hiệu quả và tai biến của phương pháp nong và gắp để phá thai 3 tháng giữa tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 2005 và 2006. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội. 2007.