NGHIÊN CỨU MỘT SỐ LÝ DO VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA MISOPROSTOL TRONG PHÁ THAI TỪ 17 ĐẾN 22 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Vương Tiến hòa,
Phan Thanh Hải

Tóm tắt

Tỷ lệ phá thai to phá thai do giới tính đang tăng gây mất cân bằng giới. ***Mục tiêu nghiên cứu:*** *tìm hiểu lý do, hiệu quả và tác dụng không mong muốn của MSP trong phá thai to.* ***Phương pháp nghiên cứu:*** *thử nghiệm lâm sàng tiến cứu với cỡ mẫu là 154 trường hợp phá thai 17 - 22 tuần tuổi bằng MSP tại Bệnh viện phụ sản trung ương từ 2-9/2008.* ***Kết quả:*** *Phá thai do chưa kết hôn 48,05%; thai bất thường 27,92%; vì giới tính (thai gái) 18.18%, thai ngoài ý muốn 1,95%. Với liều 200mcg/4liều/24giờ, tỷ lệ thành công cao: 95,45%; thai ra trong 48h đầu là 78,91%. Tác dụng không mong muốn chiếm tỉ lệ rất ít và hầu như không phải điều trị gì. Không có tai biến do phá thai bằng MSP khi sử dụng 800mcg.* ***Kết luận:*** *Phá thai do lựa chọn giới (nữ) chiếm tỷ lệ rất cao. Với tổng liều là 800mcg MSP, đặt âm đạo 200mcg cách 6h đặt một lần, tỷ lệ thành công cao, ra thai sớm và không có tác dụng không mong muốn cũng như tai biến.*

Từ khóa: *phá thai.*

Summary

Overview: *It is increasing of the late and sex elected abortion resulted sex unbalance.* ***Objective:*** *understanding the reasons, effectiveness and side effects of MSP on late abortion. Method clinical trial study with 154 pregnats women at National Hospital of Obstetric and Gynecology from February to September - 2008.* ***Result: abortion cause of unmarried:*** *48.05%; abnormal pregnancies: 27.92%; sex elected: 18.18%; unwanted pregnancies is 1.95%. The rate of the dose 200mcg/4 times /24h, the rate of abortion is 95.45% in which 48 first hours is 78.91%. The side effect is little and no need to treatment. There is not any complication.* ***Conclusion:*** *The rate of sex elected abortion (female) is too height. The total dose 800mcg of MSP, inserting vagina, the rate of success is height and there is not side effective or complications.*

Keywords: *abortion.*

Đặt vấn đề

Việt Nam là nước được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) xếp loại có tỷ lệ phá thai cao nhất châu á và là một trong năm nước phá thai nhiều nhất trên thế giới. Trong 2 năm (2004 – 2005), BVPSTƯ có 11.826 trường hợp phá thai, có 1.080 trường hợp phá thai to, chiếm tỷ lệ 9,1% [6]. Mặt khác, dường như đang có sự lựa chọn giới tính trong phá thai to. ở một số tỉnh, tỷ lệ sinh con trai nhiều hơn con gái. Theo Khuất Thu Hồng và cộng sự (2007) tại Hà Tây, tỷ lệ sơ sinh trai/gái là 112/100; Bắc Ninh là 123/100 và Bình Định là 107/100 [10]. Một số nhà hoạch định lo ngại rằng khoảng 15 - 20 năm nữa, Việt Nam sẽ mất cân bằng nghiêm trọng về giới. Nguyễn Đức Vy – Vương Tiến Hoà và cộng sự (2007) nghiên cứu tại một số Bệnh viện Phụ Sản và Trung tâm sức khoẻ sinh sản thấy có một số yếu tố tác động đến nạo phá thai to ở phụ nữ chưa có con sống

và phụ nữ chỉ có con gái như điều kiện làm việc, chưa có chồng, kinh tế khó khăn, đặc biệt có 10,47% phụ nữ phá thai vì giới tính (thai gái) bao gồm được chẩn đoán qua siêu âm (2,89%) và số còn lại là sợ đẻ ra con gái [8]. Những nghiên cứu về sử dụng MSP để phá thai cả thai bình thường và thai bệnh lý đã cho thấy nhiều ưu điểm nhưng liều sử dụng và đường dùng cũng như kết quả của MSP và tác dụng không mong muốn (TDKMM) trong phá thai to vẫn còn nhiều tranh luận vì vậy mục tiêu của nghiên cứu đề tài này là:

1. Tìm hiểu một số lý do phá thai to từ 17-22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2. Đánh giá hiệu quả và tác dụng không mong muốn của MSP để phá thai từ 17-22 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

1. Đối tượng nghiên cứu

Những thai phụ có yêu cầu phá thai to tại Khoa Điều trị tự nguyện Bệnh viện phụ sản Trung ương từ 2/2008 đến 9/2008 có tuổi thai từ tuần thứ 17 đến tuần thứ 22. Tiêu chuẩn lựa chọn: tự nguyện phá thai, tuổi thai từ 17 đến 22 tuần tính theo ngày kinh cuối cùng, hoặc đường kính lưỡng đỉnh của thai theo siêu âm từ 33 đến 50mm, một thai và thai sống, không mắc các bệnh mãn tính. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng tiến cứu không so sánh. Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$N = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{pq}{d^2}$$

P: tỷ lệ điều trị thành công phá thai bằng misoprostol của Bunxu Inthapatha năm 2007 là 91,2% [7]; q = 1 - p; Có kết quả là 154. Thuốc có biệt dược là Alsoben, dạng viên nén, hàm lượng 200 mcg. Đường dùng: đặt âm đạo với liều 200mcg/4 liều/24 giờ. Tổng liều có thể đạt tới 12 viên trong 72 giờ cho đến khi sẩy thai. Liều của chúng tôi khác với phác đồ trước đây chỉ dùng 3liều/24h, đã được Bunxu Inthapatha nghiên cứu năm 2007 có thời gian ra thai trung bình (TGSTTB) là 46,20 giờ và liều lượng thuốc gây sẩy thai trung bình là 1300mcg.

Đánh giá kết quả: ***Thành công*** sảy thai hoàn toàn (được xác định bằng lâm sàng); ***Không thành công***: không gây được sẩy thai. Các tác dụng không mong muốn (TDKMM)*:* Tăng HA: ≥ 140/90mmHg; Sốt, tiêu chảy, buồn nôn, nôn, đau đầu... Tai biến: Chảy máu, vỡ tử cung, rách CTC...

kết quả nghiên cứu

1. Lý do phá thai: Chia làm 6 nhóm sau.

Bảng 1. Lý do phá thai

Lý do phá thai	n	%	p
Thai ngoài ý muốn	4	2,60	< 0,001
Chưa kết hôn	73	47,40	
Thai bất thường	43	27,92	
Giới tính	28	18,18	
Sợ dư luận xã hội	2	1,30	
Bệnh của mẹ	4	2,60	
Tổng	*154*	*100.00*	

Số phá thai lý do chưa kết hôn chiếm tỷ lệ cao nhất (47,40%). Phá thai vì giới tính là 18,18%.

2. Tuổi của ĐTNC.

Bảng 2. Tuổi các ĐTNC:

Tuổi	n	%	p
≤ 19	24	15,58	< 0,001
20 – 24	45	29,22	
25 – 29	33	21,43	
30 - 34	23	14,94	
35 - 39	23	14,94	
≥ 40	6	3,90	
Tổng	154	100,00	
Tuổi trung bình	26,78 ± 7,05		

Tuổi thấp nhất phá thai là 14 tuổi (1 trường hợp), chiếm 0,65%. Tuổi cao nhất phá thai là 45 tuổi (1 trường hợp), chiếm 0,65%.

3. Nghề nghiệp.

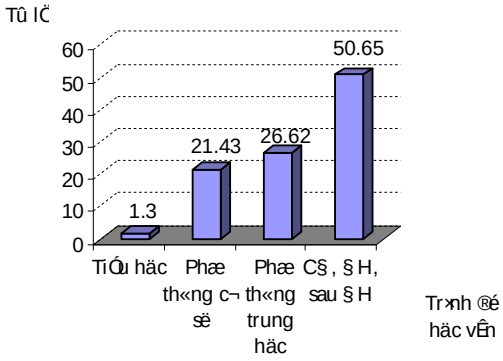
Bảng 3. Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Nghề nghiệp	n	%	p
Cán bộ, công chức	46	29,87	<0,001
Nội trợ	55	35,71	
Học sinh, sinh viên	48	31,17	
Khác	5	3,25	
Tổng	*154*	*100,00*	

- ĐTNC là Học sinh, sinh viên chiếm tỉ lệ cao 31,17%.

- Sự khác biệt về nghề nghiệp có ý nghĩa thống kê, ĐTNC nội trợ cao nhất chiếm tỉ lệ 35,71%

4. Trình độ học vấn.

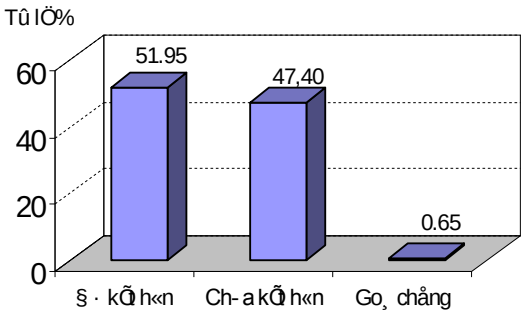


Biểu đồ 1. Trình độ học vấn

Số ĐTNC chỉ học đến tiểu học rất ít, chiếm 1,30%.

- Phần lớn số ĐTNC lại là trình độ CĐ - ĐH và sau ĐH, chiếm 50,65%.

5. Tình trạng hôn nhân.



Biểu đồ 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo hôn nhân

Số đã kết hôn (51,95%) và số chưa kết hôn (47,40%) là gần tương đương nhau.

6. Hình thức ra thai.

Bảng 4. Hình thức ra thai

Hình thức ra thai	n	%	p
Sẩy thai hoàn toàn	147	95,45	<0,05
CTC chín muồi nong, gắp dễ dàng	6	3,90	
Truyền Oxytocin	1	0,65	
Tổng	*154*	*100,00*	

Có 6 trường hợp nong và gắp dễ dàng do vỡ ối sớm chiếm 3,90%. Chỉ có 1 trường hợp phá thai theo phương pháp đặt túi nước vì không đáp ứng với MSP, chiếm 0,65%. Số sẩy thai hoàn toàn chiếm 95,45%.

7. Tỷ lệ thành công và số liều đặt Misoprostol

Bảng 5. Tỷ lệ thành công liên quan với số liều đặt Misoprostol

Số liều (viên)	Thành công		Thất bại	
	n	%	n	
1	0	0%	0	1
2	10	6,80%	0	2
3	28	19,05%	1	3
4	23	15,65%	0	4
5	17	11,56%	2	5
6	12	8,16%	0	6
7	14	9,52%	0	7
8	12	8,16%	1	8
9	4	2,72%	0	9
10	7	4,76%	0	10
11	2	1,36%	0	11
12	2	1,36%	1	12
13	1	,68%	0	13
14	3	2,04%	0	14
15	1	,68%	0	15
16	2	1,36%	0	16
18	2	1,36%	0	18
19	1	,68%	0	19
20	1	,68%	1	20
24	2	1,36%	1	14,29 %
26	2	1,36%	0	,00%
29	1	,68%	0	,00%
Tổng	147	100,00	7	100,00

		%		%
Liều Tb	1367,3469 ± 1033,95525		2200,0000 ±1624,80768	

- Số ĐTNC gây sảy thai được nhiều nhất với liều 3 viên là 28 người chiếm 19,5%.
- Liều trung bình của MSP để thành công là:1367,3469mcg ± 1033,9552

8. Thời gian sẩy thai trung bình(n=1470

Thời gian sảy thai nhanh nhất (giờ): 3,50.

Thời gian sảy thai lâu nhất (giờ) 215,00.

Thời gian sảy thai trung bình: 40,05 ± 13,22

9. Tác dụng không mong muốn

Buồn nôn là 0.65%, không có trường hợp nào nôn. Đau đầu có 4 trường hợp, chiếm 2,60%. Tiêu chảy có 1 trường hợp, chiếm 0,65%. Tất cả các tác dụng không mong muốn trên đều không phải dùng thuốc gì.

10. Các tai biến

- Trong 154 trường hợp phá thai không có tai biến nào.

bàn luận

1. Giới tính của thai.

Năm 2007, Nguyễn Đức Vy, Vương Tiến Hoà và cộng sự, nghiên cứu: "Tìm hiểu một số yếu tố tác động đến nạo phá thai ở phụ nữ chưa con và phụ nữ chỉ có con gái tại một số bệnh viện Phụ sản và cơ sở dịch vụ SKSS năm 2006"[8], có 2,53% thai phụ phá thai vì thai gái, tỉ lệ này thấp vì phá thai khi tuổi thai còn nhỏ (96,39% thai dưới 13 tuần). Nghiên cứu của chúng tôi đã phát hiện được 28 trường hợp phá thai vì giới tính. Thực tế có thể còn cao hơn nữa, nhưng với tỉ lệ 18,18% là phá thai vì giới tính trong tổng số các trường hợp phá thai chung và chiếm 38% trong các trường hợp phá thai đã kết hôn thì tỷ lệ phá thai vì giới tính cũng đã ở trong tình trạng báo động rồi. Quan sát khi thai ra thì không thấy có trường hợp nào bị nhầm giới tính cho thấy việc siêu âm để chẩn đoán giới tính của các bác sĩ siêu âm là rất "lành nghề"bởi vì trong 18,18% phá thai vì giới tính này đều là thai gái. Cần phải có thể chế gắt gao hơn nữa để kiểm soát chẩn đoángiới qua siêu âm và tuyên truyền giáo dục cho cộng đồng về

2. Lứa tuổi phá thai.

Tuổi vị thành niên có 24 trường hợp, tuổi ít nhất là 14 tuổi và trường hợp này còn đang học phổ thông trung học (chiếm 0,65%) cho thấy họ còn ít hiểu biết về SKSS cũng như được cung cấp, sử dụng các biện pháp tránh thai. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Cần (1993-1997), tỉ lệ phá thai vị thành niên cao nhất (chiếm 27%), có thể ở giai đoạn này sự hiểu biết của trẻ vị thành niên về giáo dục giới tính, SKSS còn nhiều hạn chế so với hiện tại và các phương pháp thăm dò chẩn đoán có thai cũng chưa phát triển như hiện nay [3].

3. Nghề nghiệp và học vấn.

Tỷ lệ Cán bộ, công chức, nội trợ, học sinh gần tương đương như nhau. 31,17% là học sinh, sinh viên phá thai vì chưa có gia đình, một tỉ lệ rất cao, đây là một vấn đề lớn của toàn xã hội rất đáng quan tâm vì họ là thế hệ tương lai của đất nước, đại diện cho tầng lớp trí thức trẻ, nhưng bản thân họ lại chưa được trang

bị đầy đủ các kiến thức về sinh lý con người, về giáo dục giới tính, về tình dục an toàn và các biện pháp tránh thai. Với thực trạng này mong rằng các cơ quan chức năng nên sớm có những kế hoạch để đưa giáo dục giới tính và SKSS trong các nhà trường

Trình độ từ cao đẳng trở lên chiếm 50,65%. y cũng là một vấn dề đáng quan tâm và bàn luận, những người có học vấn cao thì lại là những người phá thai to nhiều nhất.

4. Tình trạng hôn nhân.

Tỷ lệ chưa kết hôn (47,40%) gần tương đương với số người đã kết hôn (51,95%). Tất cả các trường hợp phá thai vì giới tính và thai dị dạng đều nằm trong số đã kết hôn. Nếu chỉ so sánh riêng trong nhóm đã kết hôn thì tỉ lệ phá thai vì giới tính chiếm tới 35,44%. Số chưa kết hôn là 47,40%, trong đó vị thành niên là 15,58%. Phần lớn số ĐTNC này có thể không biết mình có thai hoặc quá lo sợ nên muốn giấu gia đình, đến khi đi khám thì tuổi thai đã to rồi.

5. Hình thức thai ra.

- Sẩy thai hoàn toàn (thành công): Sẩy thai hoàn toàn (thành công) chiếm 95,45%. So sánh với một số tác giả nước ngoài thì tỉ lệ thành công của chúng tôi cao hơn: Bugalho [9], và Srisomboon J [10] (tỉ lệ thành công từ 84% đến 92%). Tỉ lệ này cũng cao hơn so với nghiên cứu của Trần Tất Dũng (1996), và Phạm ánh Dương (2001), tỷ lệ này là 88%)

- Vỡ ối sớm: có 6 trường hợp (chiếm 3,90%) vỡ ối sớm được nong và gắp thai. Thủ thuật được tiến hành khá nhanh do ĐTNC đã được dùng MSP trước vì vậy CTC mềm nên thì nong CTC dễ dàng và ĐTNC cũng thấy ít đau hơn. Sau thì nong việc gắp thai và rau cũng thuận lợi và không gây ra tai biến nào

Không đáp ứng với MSP: Có 1 (0,65%) không đáp ứng với MSP phải truyền Oxytocin

- Liều lượng thuốc

Bảng 6. So sánh liều thuốc trung bình gây sẩy thai với nghiên cứu khác

Tác giả	n	Liều thuốc trung bình gây sẩy thai (mcg)
Bunxu Inthapatha (2007) [2]	284	1300
Nguyễn Huy Bạo (2007) [1]	200	2380
Phan Thanh Hải - Vương Tiến Hoà (2008)	154	1367

Bảng 6. Cho thấy thành công với số thuốc ít nhất là 2 viên (400mg) với 10 trường hợp (chiếm 6,8%). Tỷ lệ thành công nhiều nhất là 3 viên (600mg) là 28 thai phụ (chiếm 19,05%). Số thuốc trung bình gây sẩy thai là 1367,34 ± 1033,95mcg. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Huy Bạo thì liều thuốc trung bình gây sẩy thai là: 2380mcg. Vì tác giả đã dùng liều thuốc đặt cao gấp 4 lần so với liều chúng tôi sử dụng. Nghiên cứu của Bunxu Inthapatha thì liều thuốc trung bình gây sẩy thai là:1300 mcg.

- Tác dụng không mong muốn

Bảng 7. So sánh tác dụng không mong muốn với các nghiên cứu khác

Tác dụng không mong muốn	Nguyễn Huy Bạo [1] (%)	Phan Văn Quý [7] (%)	Phan Thanh Hải Vương Tiến Hoà (%)
Rét run	0	0	0
Mạch nhanh (> 90 nhịp/phút)	15	0	0
Sốt (> 37,5^{0}C)	16	6	
Buồn nôn	11	4,2	0,65
Nôn	30	2,6	
Đau đầu	0	0	2,06
Tiêu chảy	0	0	0,65

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tác dụng không mong muốn gồm 0,65% buồn nôn, 0,65% tiêu chảy và 2,06% đau đầu ở mức độ nhẹ chưa phải can thiệp gì và sau đó tự khỏi. So với nghiên cứu của Nguyễn Huy Bạo thì tác dụng không mong muốn cao hơn khá nhiều. Cũng có thể do liều MSP mà tác giả dùng liều cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, là (400mcg/3h) vì vậy các tác dụng không mong muốn cũng cao hơn.

- Các tai biến: Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có tai biến.

Kết luận

1. Lý do phá thai:

- Phụ nữ chưa có chồng chiếm tỷ lệ cao nhất 48,05%.
- Thai bất thường 27,92%.
- Phá thai vì giới tính (thai gái) chiếm 18.18%.
- Thai ngoài y muốn chỉ chiếm 1,95%.

2. Hiệu quả của phác đồ:

Với liều 200mcg/4liều/24gi

2.1. Tỷ lệ thành công:

- Tỷ lệ thành công cao: 95,45%
- Thai ra trong 48h đầu là 78,91%.

2.2. Tính an toàn của phương pháp:

- Tác dụng không mong muốn chiếm tỉ lệ rất ít và hầu như không phải điều trị
- Không có tai biến do phá thai bằng MSP khi sử dụng tổng liều là 800mcg MSP với đặt âm đạo 200mcg cách 6h đặt một lần

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Huy Bạo (2007), "Nghiên cứu sử dụng misopristol liều 400 microgam để phá thai từ tuần thứ 13 đến 22". *Tạp chí Y học thực hành*, 8. tr 91-94.

2. Bunxu Inthapatha (2007), *Nghiên cứu sử dụng Mioprostol đơn thuần trong phá thai với tuổi thai từ 17 đến 24 tuần tại Bệnh viện phụ sản trung ương năm 2006*. Luận văn tốt nghiệp BSCK2, Trường ĐHY Hà Nội.

3. Nguyễn Hữu Cần (1999), "Tình hình phá thai to viện BVBMTSS trong 5 năm 1993-1997". *Tạp chí Thông tin y dược tháng 12/1999*, tr 169-171.

4. Trần Tất Dũng và CS. (1996). áp dụng Prostaglandin E1 vào việc phá thai và mở rộng chỉ định phá thai. Nội san Sản phụ khoa 6/1996, tr.115-116.

5. Phạm ánh Dương (2001). Sử dụng Cytotec để xử lý thai chết lưu và gây sảy thai to ở khoa Phụ Sản Bệnh

viện Trung Ương quân đội 108. Nội san Sản Phụ khoa, tr. 36-39

6. Phan Thành Nam (2006). Nhận xét tình hình phá thai ba tháng giữa tại Bệnh viện phụ sản trung ương hai năm 2004 – 2006. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội

7. Phan Văn Quí (2001). " Sử dụng Cytotec gây sẩy thai 3 tháng giữa của thai kỳ", *Nội san Sản phụ khoa,* tr. 30 -33.

8. Nguyễn Đức Vy – Vương Tiến Hoà và cs. (2007), "Tìm hiểu một số yếu tố tác động đến nạo phá thai ở phụ nữ chưa con và phụ nữ chỉ có con gái tại một số Bệnh viện Phụ sản và cơ sở dịch vụ SKSS năm 2006". *Báo cáo kết quả đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ* (Uỷ ban dân số, Gia đình và Trẻ em).

9. Bulgalo A. Bique C. Almeida L, Faundes A. (1999). The effectiveness of intravaginal Misoprostol (cytotec) in inducing abortion after eleven weeks of pregnancy. Studies Fam. Plan. 24, 319-23.

10. Khuat Thu Hong et all (2007). New "Common sence": Family planning policy and sex ratio in Vietnam, fiding from a quantitative study in Bacninh, Hatay, and Binhdinh. 4th Asia Pacific Conference on Reproductive and Sexual health and rights.October 29-31, Hyderabad, India.

11. Srisomboon J. Tongsong T., Pongpisutinun S. (1997). Termination of second trimester pregnancy with intracervicovaginal misoprostol. J. Med. Assc. Thai, 80, 242-6