

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHÁ THAI NỘI KHOA Ở THAI 9-12 TUẦN
BẰNG PHÁC ĐỒ MISOPROSTOL SAU MIFEPRISTONE 24 GIỜ
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG THÁP NĂM 2022-2023**

Lê Thị Bé Thái^{1}, Nguyễn Văn Lâm², Quan Kim Phụng², Nguyễn Tân Hưng²,
Lê Thị Gái², Lê Thị Nhân Duyên², Lâm Đức Tâm²*

1. Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp
2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: bsthaibvquany@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/3/2023

Ngày phản biện: 23/9/2023

Ngày duyệt đăng: 30/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phá thai nội khoa là sử dụng thuốc có tác dụng gây sảy thai để chấm dứt thai kì thay cho các thủ thuật ngoại khoa. Phá thai nội khoa sử dụng thuốc đối kháng progestin là mifepristone và theo sau là một dẫn xuất của prostaglandin misoprostol. Trên thế giới đã có những nghiên cứu sử dụng Mifepristone kết hợp Misoprostol cho những trường hợp phá thai 9 - 12 tuần vô kinh với tỉ lệ thành công rất khả quan 89-97,3%. Việc rút ngắn thời gian sử dụng misoprostol sau mifepristone giúp khách hàng rút ngắn thời gian sảy thai, giảm áp lực tâm lý và giảm chi phí điều trị cho việc phá thai nội khoa. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả phá thai nội khoa thai 9-12 tuần bằng phác đồ misoprostol sau mifepristone 24 giờ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca, thực hiện trên 50 thai phụ từ 16 tuổi trở lên có nguyện vọng phá thai nội khoa thực hiện tại Bệnh viện Đa Khoa Đồng Tháp từ tháng 11/ 2022 đến tháng 3/2023. **Kết quả:** Việc rút ngắn thời gian sử dụng misoprostol sau mifepristone đạt hiệu quả 88%. Không có biến chứng nghiêm trọng nào được ghi nhận. Có ít hơn 10% số phụ nữ được ghi nhận một số tác dụng phụ như buồn nôn/nôn, nhức đầu, chóng mặt và tiêu chảy. Khoảng 95% phụ nữ tham gia nghiên cứu hài lòng với phương pháp nghiên cứu. **Kết luận:** Phương pháp PTNK bằng phác đồ misoprostol sau mifepristone 24 giờ ở tuổi thai 9-12 tuần đem lại hiệu quả cao, an toàn, ít xâm lấn, đồng thời mức độ hài lòng cao khi sử dụng phương pháp. Vì thế, phương pháp này nên được xem xét ứng dụng thường quy trong các bệnh viện thực hành sản phụ khoa.

Từ khóa: Phá thai nội khoa, mifepristone, misoprostol.

ABSTRACT

**ASSESSMENT OF INTRAUTERINE ABORTION OUTCOMES AT 9-12
WEEKS OF GESTATION USING MISOPROSTOL REGIMEN AFTER 24
HOURS OF MIFEPRISTONE AT DONG THAP GENERAL HOSPITAL
IN 2022-2023**

Le Thi Be Thai^{1}, Nguyen Van Lam², Quan Kim Phung², Nguyen Tan Hung²,
Le Thi Gai², Le Thi Nhan Duyen², Lam Duc Tam²*

1. Dong Thap General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: First trimester abortion can be provide using either medical abortion or surgical techniques. Medical abortion using Mifepristone and Misoprostol can avoid complications associated with surgical priventions. Medical abortion using mifepristone and misoprostol can avoid complication associated with surgical prevention. Medical abortion has been extensively researched worldwide, particularly the use of the Mifepristone-Misoprostol regimen for

pregnancies between 9 and 12 weeks gestation. This combined regimen has shown a significantly high success rate ranging from 89% to 97.3%. Shortening the duration of Misoprostol administration after taking Mifepristone offers several advantages, including reducing the waiting time for the expulsion of the pregnancy and alleviating the psychological burden on women undergoing unintended abortions. **Objective:** To evaluate the outcomes of inpatient medical abortion using the Misoprostol regimen 24 hours after Mifepristone administration, specifically for pregnancies between 9 and 12 weeks gestation. **Materials and methods:** A case series report was conducted, involving 50 women aged 16 years and above who expressed the desire for inpatient medical abortion at Dong Thap General Hospital from November 2022 to March 2023. **Results:** The shortened duration of Misoprostol administration after Mifepristone resulted in an effective abortion rate of 88 %. No severe complications were recorded during the study. Less than 10% of the participants experienced minor side effects such as nausea/vomiting, headache, dizziness, and diarrhea. Approximately 95% of the women participating in the study expressed satisfaction with the research method. **Conclusion:** The Mifepristone-Misoprostol regimen administered 24 hours apart for pregnancies between 9 and 12 weeks gestation demonstrated high efficacy, safety, minimal invasiveness, and high satisfaction levels. Therefore, this method should be considered for routine practice in obstetrics and gynecology hospitals.

Keywords: Medical abortion, mifepristone, misoprostol.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm dứt thai kì sớm là vấn đề thường gặp và xu hướng gia tăng cùng với sự phát triển của xã hội Việt Nam hiện đại. Một số nguyên nhân dẫn đến chăm dứt thai kì bao gồm tình hình sức khỏe người phụ nữ chiếm tỷ lệ 20,1%, thai bệnh lý chiếm 19,8%, tỷ lệ từ 10-20% còn lại chia đều cho các nguyên nhân như thất bại các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, giới tính thai nhi không như mong đợi... và chiếm đa số là nhóm thai ngoài ý muốn với tỷ lệ 53,6 [1]. Phá thai là một vấn đề sức khỏe thu hút nhiều sự quan tâm của ngành y tế. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ước tính hàng năm trên thế giới có 40 đến 50 triệu ca phá thai, khoảng 125.000 ca phá thai mỗi ngày. Gần một nửa số ca phá thai đó là không an toàn, và xuất hiện chủ yếu ở những nước đang phát triển [2].

Chăm dứt thai kì mục đích dùng thủ thuật y học loại bỏ hay lấy phôi, thai nhi ra khỏi tử cung trước khi thai nhi có thể sống được môi trường ngoài. Phá thai an toàn sớm tuổi thai dưới 12 tuần gồm hai phương pháp: phá thai nội khoa và phá thai ngoại khoa được thực hiện tại các cơ sở y tế đạt chuẩn với đầy đủ các trang thiết bị, dụng cụ trong môi trường vệ sinh đảm bảo, người cung cấp dịch vụ phải được đào tạo và có kỹ năng tốt về phá thai. Lựa chọn một phương pháp an toàn, hiệu quả và tác dụng phụ chấp nhận được là xu hướng hiện tại mà các nhân viên y tế hướng đến.

Theo hướng dẫn quốc gia Việt Nam về dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản cập nhật thời gian gần đây đưa ra các phương pháp đình chỉ thai nghén được áp dụng cho tuổi thai từ 06 đến hết 22 tuần [3]. Phá thai nội khoa sử dụng misoprostol (MSP) sau mifepristone (MFP) 36-48 giờ là phương pháp an toàn, đạt hiệu quả cao 94 – 97% và ít biến chứng hơn phá thai ngoại khoa, đặc biệt ở tuổi thai từ 49 ngày đến 63 ngày vô kinh [4]. Tỷ lệ thành công giảm nhiều ở tuổi thai lớn hơn [5]. Khoảng cách giữa 2 liều MFP và MSP cũng được rút ngắn xuống nhằm giảm thời gian chờ đợi của thai phụ và giảm chi phí chung chi trả cho việc phá thai. Từ tỷ lệ thành công của phương pháp nội khoa kết hợp MFP và MSP như trên và giúp bệnh nhân có thêm sự lựa chọn phương pháp phá thai không xâm lấn, tác dụng phụ chấp nhận được, đạt tỷ lệ thành công cao, đồng thời giảm thời gian điều trị chúng tôi tiến

hành nghiên cứu: “Đánh giá kết quả gây sảy thai từ 64 đến 84 ngày vô kinh bằng phá thai nội khoa khi sử dụng misoprostol sau mifepristone 24 giờ tại Bệnh viện Đa Khoa Đồng Tháp năm 2022-2023” với mục tiêu xác định tỷ lệ thành công của phác đồ, tác dụng phụ của thuốc và các biến chứng, khảo sát mức độ đau và mức độ hài lòng của thai phụ khi sử dụng phác đồ này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Phụ nữ có thai trong tử cung 9 – 12 tuần vô kinh đến khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đa Khoa Đồng Tháp để chấm dứt thai kỳ trong thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2022 đến tháng 03/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả những phụ nữ từ 16 tuổi, được chẩn đoán thai trong tử cung 9 – 12 tuần vô kinh (dựa vào kết quả siêu âm đo chiều dài đầu – mông qua ngã bụng), có mong muốn chấm dứt thai kỳ và đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi đã được giải thích rõ ràng về lợi ích, nguy cơ tai biến cũng như giá trị của nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Sảy thai đang diễn tiến, thai ngưng tiến triển. Dị ứng với mifepristone hoặc misoprostol. Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày. Tử cung có sẹo mổ cũ 2 lần.

+ Có vấn đề về bệnh lý đông cầm máu: rối loạn đông máu hay đang điều trị kháng đông. Bệnh lý nội khoa nặng: hen phế quản nặng, suy tim, suy gan, suy thận, bệnh lý tuyến thượng thận, thiếu máu, bệnh rối loạn chuyển hóa porphyria di truyền.

+ Đang cho con bú (nếu muốn tham gia phải ngưng cho con bú trong các ngày uống thuốc phá thai đến ít nhất sau liều Misoprostol cuối cùng 5 giờ). Đang mang dụng cụ tử cung (nếu muốn tham gia, phụ nữ phải được tháo dụng cụ tử cung trước khi vào nghiên cứu) hoặc đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính.

- **Tiêu chuẩn đánh giá:**

Thành công: Sảy thai tự nhiên hoàn toàn, không phải can thiệp thủ thuật vào buồng tử cung.

Thất bại: Thai không sảy, thai tiếp tục phát triển sau 24 giờ sau đặt âm đạo 800 mcg MSP, biến chứng sảy thai băng huyết và sót nhau phải can thiệp hút buồng tử cung ở bất kỳ thời điểm nào của quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca tiền cứu.

- **Cỡ mẫu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên nhóm 50 phụ nữ tuổi từ 16 trở lên, có chỉ định và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các phụ nữ mang thai đến khám trong thời gian nghiên cứu và thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Nội dung nghiên cứu và thu thập số liệu:** Các thai phụ muốn tham gia nghiên cứu được hỏi tiền sử, bệnh sử, khám tổng quát, khám phụ khoa và siêu âm xác định tuổi thai nhằm loại trừ các tiêu chuẩn loại trừ khi thu nhận đối tượng nghiên cứu. Thai phụ được uống mifepristone tại phòng bệnh, ngày giờ uống thuốc ghi nhận vào hồ sơ nghiên cứu, sau đó 24 giờ đặt âm đạo 4 viên MSP (liều 800 mcg) kết hợp tối đa 4 liều 400 mcg MSP ngâm dưới lưỡi. Ngoài ra đối tượng nghiên cứu được theo dõi ghi lại các triệu chứng ra huyết âm đạo, đau bụng và các tác dụng phụ khác trong suốt thời gian điều trị. Đối tượng nghiên cứu

được hẹn tái khám lại 2 tuần sau đó. Khi đó, được phỏng vấn, khám tổng quát và phụ khoa, siêu âm để đánh giá kết quả điều trị. Kết quả điều trị được đánh giá dựa vào lâm sàng và siêu âm.

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Sau khi đã thu thập đủ số liệu, chúng tôi tiến hành tổng hợp, phân tích, xử lý số liệu và viết báo cáo. Các số liệu thô ban đầu sẽ được lọc cho phù hợp với việc phân tích sau đó nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26 và các thuật toán thống kê được sử dụng trong Y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

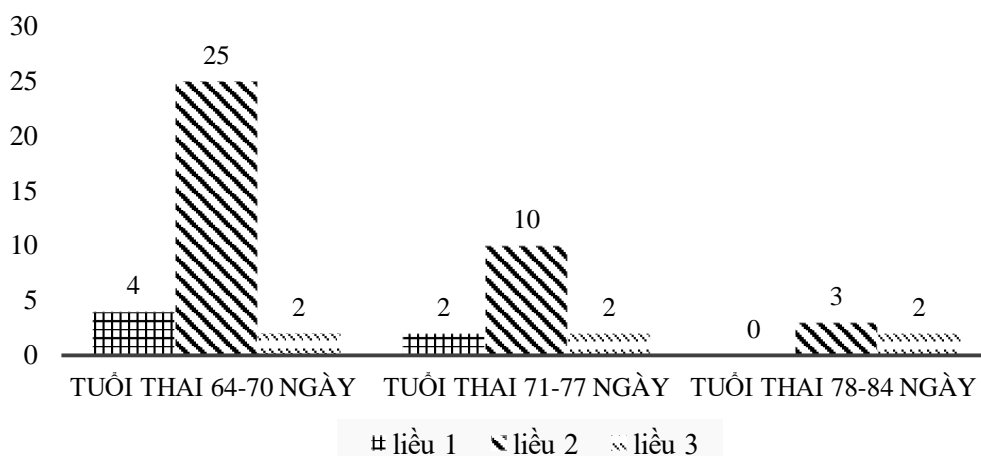
3.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n=50)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	Dưới 18 tuổi	1	2,00
	Từ 18-34 tuổi	33	66,00
	Từ 35 tuổi trở lên	16	32,00
Trình độ học vấn	Cấp I	3	6,00
	Cấp II	14	28,00
	Cấp III	14	28,00
	Cao Đẳng, Đại Học	19	38,00
Lý do chấm dứt thai kì	Thai ngoài ý muốn	44	88,00
	Thai bệnh lý	1	2,00
	Nguyên nhân khác	5	10,00
Nhóm tuổi thai	Từ 64 -70 ngày	31	62,00
	Từ 71 – 77 ngày	14	28,00
	Từ 78 - 84 ngày	5	10,00
Số lần sảy bỏ thai	0	37	74,00
	1	12	24,00
	2	1	2,00

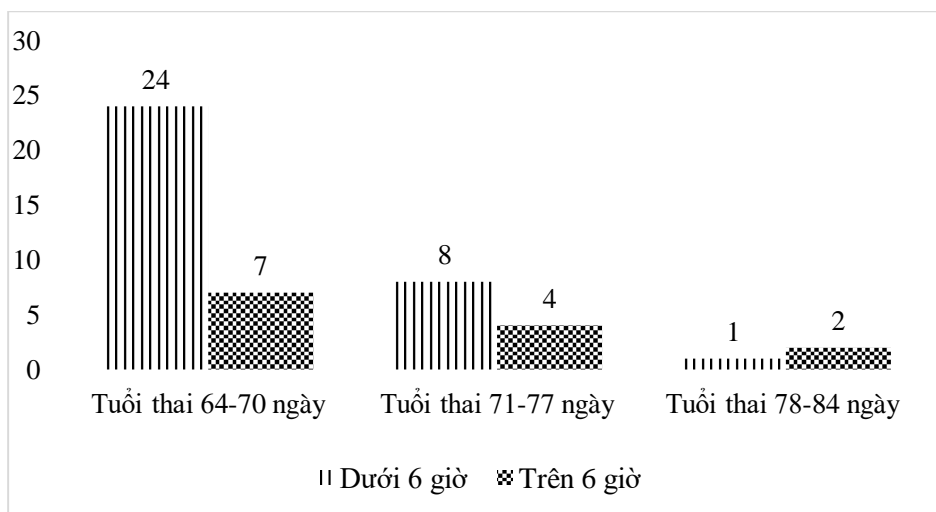
Nhận xét: Độ tuổi trung bình $30,10 \pm 1,04$ tuổi, nhóm tuổi trong độ tuổi sinh sản chiếm ưu thế 66% so với nhóm lớn hơn 35 (32%) và nhóm vị thành niên dưới 18 tuổi (2%). Trình độ học vấn của nhóm đối tượng tập trung ở nhóm có trình độ Cao đẳng trở lên, chiếm tỷ lệ 38%, tỷ lệ trình độ học vấn ở Cấp II và Cấp III chiếm 28% như nhau. Đa số nguyên nhân chấm dứt thai kì chiếm đa số là thai ngoài ý muốn chiếm 88%. Nhóm tuổi thai tập trung ở nhóm thai từ 9 đến 10 tuần (64 đến 70 ngày) 62%, còn lại vài trường hợp rơi vào nhóm tuổi thai lớn hơn (11 tuần chiếm tỷ lệ 28% và 12 tuần chiếm tỷ lệ 10%). Các đối tượng chủ yếu chưa từng chấm dứt thai kì trước đó (chiếm tỷ lệ 74%) và đã từng sử dụng sảy/bỏ thai từ 1 đến 2 lần chiếm tỷ lệ lần lượt là 24% và 2%.

3.2. Tỷ lệ thành công và kết quả phác đồ



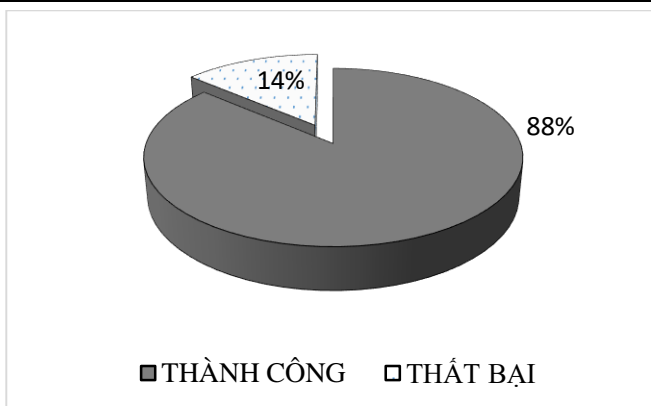
Biểu đồ 2. Số liều ngậm dưới lưỡi tương ứng với các nhóm tuổi thai

Nhận xét: Các nhóm tuổi thai liều MSP gây sảy thai chủ yếu ở liều MSP thứ 2 (tổng liều MSP là 1600mcg MSP). Trung bình tổng liều MSP $2000 \pm 0,699$ mcg MSP. Nhóm tuổi thai từ 64 đến 70 ngày (từ 9 đến 10 tuần) có 4 ca sảy thai ở liều 1 (chiếm tỷ lệ 12,90%), 25 ca sảy thai ở liều 2 chiếm 80,64%, 2 ca sảy ở liều 3 (chiếm tỷ lệ 6,45%). Nhóm tuổi thai 71-77 ngày (từ 10 đến 11 tuần) có 2 ca sảy ở liều 1 (chiếm 14,28%), 10 ca sảy ở liều 2 (chiếm tỷ lệ 71,42%) và 2 ca sảy ở liều 3 (chiếm tỷ lệ 14,28%). Nhóm tuổi thai 78-84 ngày (từ 11 đến 12 tuần) có 3 ca sảy ở liều 2 (chiếm 60%) và 2 ca sảy ở liều 3 (chiếm 40%), không có ca sảy ở liều đầu. → không có mối liên quan giữa tuổi thai với tổng liều MSP nhưng tuổi thai càng lớn (thai 11-12 tuần) thì liều MSP đặt âm đạo không gây sảy thai.



Biểu đồ 3. Thời điểm tổng thai ở các nhóm tuổi thai (n=43)

Nhận xét: Thời điểm ra thai ở các nhóm tuổi thai chủ yếu trong 6 giờ đầu (33 chiếm tỷ lệ 66%), nhóm tuổi thai 64-70 ngày có 24 ca /33 ca sảy ở thời điểm dưới 6 giờ (>70%), nhóm tuổi thai lớn từ 78-84 ngày có 1 ca sảy dưới 6 giờ (1,03%). Có yếu tố liên quan giữa tuổi thai và thời điểm sảy thai, tuổi thai càng nhỏ càng dễ sảy thai.



Biểu đồ 4. Phác đồ thành công chung

Nhận xét: Phác đồ thành công chung của phác đồ là 88%, thất bại 14%.

3.3. Tác dụng phụ và mức độ hài lòng

Bảng 2. Đánh giá tác dụng phụ

	Đặc điểm	Tần số (n=50)	Tỷ lệ %
Mức độ chảy máu	Ít hơn hành kinh	1	2
	Giống như hành kinh	12	24
	Nhiều hơn hành kinh	27	54
Mức độ đau bụng	Phải dùng thuốc giảm đau	13	26
	Không dùng thuốc	37	74
Tác dụng phụ	Buồn nôn	21	42
	Nôn	5	10
	Ốn lạnh/run	5	10
	Chóng mặt	10	20
	Nhức đầu	4	8
	Mệt mỏi	2	4

Nhận xét: Mức độ chảy máu ở nhóm nhiều hơn hành kinh chiếm đa số 54%, tiếp theo là nhóm giống như hành kinh chiếm 24%, nhóm ít hơn hành kinh chiếm 2%. Đa số nhóm nghiên cứu là nhóm tuổi thai lớn nên sẽ rơi vào nhóm có mức độ chảy máu nhiều. Mức độ đau được đánh giá theo thang điểm VAS, bệnh nhân được sử dụng thuốc giảm đau chiếm tỷ lệ 26% so với nhóm không sử dụng 74%. Mức độ đau hầu như các đối tượng chịu đựng được do hầu như đối tượng đến phá thai là nhóm phụ nữ đã từng sinh. Tác dụng phụ của thuốc chủ yếu là buồn nôn chiếm 42%, còn lại chia đều cho các tác dụng phụ khác.

Bảng 3. Khảo sát mức độ hài lòng của khách hàng

Đánh giá	Tần số n=50	Tỷ lệ %
Rất hài lòng	1	2
Hài lòng	46	92
Không ý kiến	3	6

Nhận xét: Đa số các đối tượng hài lòng với sự lựa chọn phương pháp nội khoa chiếm tỷ lệ 92%, nhưng có nhóm không đánh giá 6% do có một số nhóm tuổi nhỏ chưa đánh giá.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 50 ca trong đó 43 ca thành công chiếm tỷ lệ 88%, thất bại 7 ca do can thiệp thủ thuật vào buồng tử cung ở thời điểm sau sảy thai và thời điểm tái khám lần 1. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Quang Nhật là 97,6% ở cùng lứa tuổi thai từ 9 đến 12 tuần [6]. Nghiên cứu cũng cho tỷ lệ thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Thị Ngọc Thơ là 96% ở cùng thời gian dùng thuốc của phác đồ [7]. Nhưng tỷ lệ thành công cũng khá cao do nhóm tuổi thai ở vào cuối tam cá nguyệt 1. Nên đánh giá bước đầu cho thấy phác đồ đạt hiệu quả tốt, không có biến chứng nghiêm trọng xảy ra và tác dụng phụ chấp nhận được, chủ yếu là buồn nôn (42%).

Mức độ ra máu của phác đồ cũng gần như chu kì kinh nguyệt của bệnh nhân, không có băng huyết, nhưng tuổi thai lớn nên số chảy máu nhiều hơn hành kinh chiếm tỷ lệ cao hơn (chiếm 74%), tỷ lệ đau bụng phải sử dụng thuốc giảm đau 26%.

Độ tuổi trung bình của khách hàng $30,10 \pm 1,04$ tuổi, tuổi thấp nhất là 16 tuổi và cao nhất là 43 tuổi. Độ tuổi nằm trong nhóm tuổi trung bình lứa tuổi sinh sản, và khả năng mang thai cao. Tỷ lệ thất bại rơi vào nhóm tuổi cao do bệnh nhân muốn kết thúc thời gian phá thai và không đồng ý theo dõi thời gian 14 ngày, và khả năng chịu đau tốt do lứa tuổi có gia đình và đã sanh con.

Thời điểm ra máu trung bình $159,3 \pm 9,5$ phút sau liều MSP đặt âm đạo, nhanh nhất sau 30 phút và chậm nhất là thời điểm sảy thai 360 phút, tuổi thai càng nhỏ thì tác dụng càng nhanh và thời điểm ra máu càng nhanh. Thời điểm sảy thai $301,7 \pm 13,2$ phút sau liều MSP đặt âm đạo, tuổi thai càng nhỏ thì thời gian sảy thai càng ngắn.

Không có trường hợp nào sảy thai ở liều MFP. Liều Misoprostol 400 mcg ngậm dưới lưỡi được sử dụng nhiều nhất là liều 3 (tổng liều MSP 2000mcg), ít nhất là 1 liều (tổng liều MSP 1200 mcg).

V. KẾT LUẬN

Bước đầu đánh giá về phác đồ phá thai nội khoa tuổi thai 9-12 tuần (64-84 ngày) với thời gian sử dụng MSP sau MFP rút ngắn lại còn 24 giờ đạt thành công tỷ lệ 88%. Tuy tỷ lệ không cao như các nghiên cứu trước đây nhưng do mẫu nhỏ nên có thể xem xét các cỡ mẫu lớn hơn. Không có biến chứng nghiêm trọng như băng huyết hay nhiễm trùng xảy ra. Tỷ lệ chấp nhận và hài lòng của khách hàng khá cao, thêm sự lựa chọn cho nhóm phụ nữ muốn đình chỉ thai nghén ở tuổi thai lớn cuối tam cá nguyệt 1 và thời gian nằm viện ngắn hơn, tiết kiệm chi phí điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lokeland, Mette, et al. Implementing medical abortion with mifepristone and misoprostol in Norway 1998–2013. *J International journal of epidemiology*. 2017. 46(2), 643-651, doi: 10.1093/ije/dyw270.
2. Oppegaard, Kevin Sunde, et al. What if medical abortion becomes the main or only method of first-trimester abortion? A roundtable of views. 2018. 97(2), 82-85. doi: 10.1016/j.contraception.2017.04.004.
3. Bộ Y Tế. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2016. 403 - 414.

- Schmidt-Hansen, Mia, et al. Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses, *J Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2020. 99(4), 451-458. doi: 10.1111/aogs.13797.
- Feld, Zoe M, et al. Opioid Analgesia for Medical Abortion: A Randomized Controlled Trial, *J Obstetric*. , 2020. 135(6), 1485. doi: 10.1097/AOG.0000000000003576.
- Phạm Quang Nhật, Lê Quang Thanh, Ngô Thị Yên, Hiệu quả và an toàn của phác đồ phá thai nội khoa dùng mifepristone và misoprostol ở thai 9 -12 tuần tại Bệnh viện Từ Dũ. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2022, 26(1), 59-64.
- Đặng Thị Ngọc Thơ, Lê Hoài Chương. Đánh giá hiệu quả phá thai nội khoa đến hết 9 tuần bằng việc rút ngắn thời gian sử dụng misoprostol sau mifepristone từ 48 xuống còn 24 giờ. *Tạp chí Phụ sản*. 2014,12(2),195-198.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN KẾT HỢP KHÂU ÉP TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ NĂM 2022-2023

Nguyễn Thành Trí^{1}, Nguyễn Triều Việt²*

1. Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Thạnh

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: bsnguyenthanhtri@gmail.com*

Ngày nhận bài: 23/5/2023

Ngày phản biện: 22/9/2023

Ngày duyệt đăng: 30/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi là phẫu thuật điều trị các triệu chứng gây ra do dị hình vách mũi. Khâu ép vách ngăn mũi sau phẫu thuật thay thế cho việc nhét các vật liệu cầm máu giúp giảm các cảm giác khó chịu của chúng gây ra cho bệnh nhân sau phẫu thuật. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi kết hợp khâu ép. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 59 bệnh nhân được phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn kết hợp khâu ép tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (53 bệnh nhân) và Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ (06 bệnh nhân). Nghiên cứu tiền cứu có can thiệp. **Kết quả:** Sau phẫu thuật bệnh nhân với điểm đau VAS trung bình là $4,63 \pm 1,015$. Trung bình điểm NOSE trước phẫu thuật $55,08 \pm 20,246$, có cải thiện tại thời điểm 1 tuần ($16,19 \pm 10,841$), 1 tháng ($8,27 \pm 9,868$) và 3 tháng ($5,93 \pm 7,850$). Các triệu chứng khác như đau đầu, hắt hơi, chảy mũi, ngứa mũi, triệu chứng ở mắt, chảy máu mũi cũng được cải thiện sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng. Biến chứng gặp trong lúc mổ là thủng niêm mạc vách ngăn 2 bên với 4 trường hợp chiếm tỉ lệ 6,8%. Trong quá trình theo dõi 1 tuần và 1 tháng sau mổ, có 1 trường hợp dính cuốn mũi chiếm tỉ lệ 1,7%. Kết quả sau 3 tháng cho thấy nhóm tốt là 54 ca (91,5%), nhóm rung bình là 5 ca (8,5%), không có ca thuộc nhóm kém. **Kết luận:** Khâu ép vách ngăn sau phẫu thuật có tỉ lệ thành công cao và ít gây biến chứng nên có thể thay thế cho phương pháp nhét mũi bằng merocel.

Từ khóa: Chỉnh hình vách ngăn mũi, khâu ép niêm mạc vách ngăn, dị hình vách ngăn.