

# VAI TRÒ CỦA HỘ SINH TRONG THEO DÕI, CHĂM SÓC BỆNH NHÂN PHÁ THAI LƯU TỪ 14-28 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI KHOA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2015

Trần Thị Tú Anh, Vũ Bá Quyết, Đỗ Quan Hà, Nguyễn Thị Huyền Linh  
Bệnh viện Phụ sản Trung ương

**Từ khóa:** Phá thai nội khoa, thai chết lưu.  
**Keywords:** Intrauterine fetal death, medical abortion.

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** Tỷ lệ phụ nữ được tư vấn, theo dõi, chăm sóc trong quá trình phá thai nội khoa. Đánh giá của hộ sinh về quá trình theo dõi phương pháp phá thai lưu từ 14-28 tuần bằng phương pháp nội khoa.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang và nghiên cứu định tính; Bệnh nhân thai lưu từ 14-28 tuần được điều trị phá thai nội khoa tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Hộ sinh tham gia trực tiếp quá trình tư vấn, theo dõi và chăm sóc 50 bệnh nhân phá thai lưu từ 14-28 tuần.

**Kết quả:** 100% bệnh nhân được theo dõi sát và đảm bảo đúng đủ quy trình theo dõi được hướng dẫn. Hộ sinh đóng vai trò theo dõi chủ yếu trong quá trình phá thai nội khoa. Đánh giá của hộ sinh về phác đồ mới: Thuận lợi: Thời gian theo dõi, chăm sóc được rút ngắn. Sử dụng thuốc dễ dàng, thuận lợi, liều dùng cố định theo giờ. Giảm nguy cơ cho BN viêm dính buồng tử cung và vòi trứng do không phải can thiệp thủ thuật nào hút. Giảm chi phí điều trị. Khó khăn: Tư vấn cho BN tham gia khó khăn hơn vì BN chưa biết nhiều đến phương pháp mới. Thời gian dùng thuốc ngắn hơn nên theo dõi, thăm khám nhiều hơn. Thời gian sảy rau kéo dài hơn, nguy cơ chảy máu sau sảy nhiều hơn.

**Kết luận:** Áp dụng quy trình điều trị phá thai lưu từ 14 đến 28 tuần bằng phá thai nội khoa đạt được hiệu quả cao và hộ sinh giữ vai trò quan trọng trong theo tư vấn, theo dõi và điều trị.

**Từ khóa:** Phá thai nội khoa, thai chết lưu.

## Abstract

ROLE OF MIDWIVES IN MONITORING AND CARE IN MEDICAL ABORTION OF INTRAUTERINE FETAL DEATH AT 14-28 WEEKS OF PREGNANCY AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY 2015

**Objectives:** Proportion of women counseling, monitoring and care during medical abortion. Assessment of nursing in the process of

Tác giả liên hệ (Corresponding author):  
Trần Thị Tú Anh,  
email: tranthituanh2003@gmail.com  
Ngày nhận bài (received): 15/03/2016  
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):  
10/04/2016  
Ngày bài báo được chấp nhận đăng  
(accepted): 20/04/2016

monitoring methods to medical abortion of intrauterine fetal death at 14-28 weeks of pregnancy.

**Subjects and Method:** Retrospective descriptive and qualitative research. Women of intrauterine fetal death at 14-28 weeks; 05 midwives.

**Recommendations:** 100% of patients be closely monitored and ensure proper monitoring process instructions. Midwives play a major role in monitoring the process of medical abortion. Evaluation of midwives: Advantages: Time care is shortened. Using drugs easy, convenient, fixed hourly dose. Reducing the risk for patients ankylosing uterine and tubal, reduce costs. Difficulty: difficult advising patients joint because patients do not know much about the new method.

**Conclusion:** Apply the treatment process medical abortion of intrauterine fetal death at 14-28 weeks of pregnancy has high efficiency and midwifery have important role in the follow advice, monitoring and treatment.

**Keywords:** intrauterine fetal death, medical abortion.

## 1. Đặt vấn đề

Trên thế giới, những khác biệt trong tiếp cận dịch vụ y tế và phương pháp phân loại thai lưu khác nhau trong các nghiên cứu đã cho những kết quả khác nhau về tỷ lệ thai chết lưu trong tử cung [1]. Việc xử lý thai lưu kịp thời vừa có thể giúp người bệnh tránh được những tổn thương về mặt tâm lý, đồng thời có thể giảm thiểu các nguy cơ đông máu rải rác trong lòng mạch (DIC) [2,3].

Thai chết trong tử cung (IUFD) có thể được xử lý ngoại khoa hoặc dùng phương pháp kích thích chuyển dạ. Nhằm nâng cao hiệu quả của một trong hai phác đồ mifepristone đơn thuần hoặc misoprostol đơn thuần, các nhà nghiên cứu đã đánh giá tác dụng của việc kết hợp của mifepristone và misoprostol trong xử lý thai lưu trong tử cung ở ba tháng giữa và cuối thời kỳ thai nghén. Chín nghiên cứu hoặc báo cáo trường hợp về việc sử dụng mifepristone-misoprostol để điều trị thai lưu trong tử cung trong ba tháng giữa và cuối thời kỳ thai nghén đã được thực hiện và cho thấy phá thai lưu bằng phương pháp nội khoa hiệu quả cao, an toàn cho người bệnh [4,5,6,7,8,9,10,11].

Năm 2015, tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, đã triển khai thực hiện nghiên cứu xử trí nội khoa trong thai lưu có tuổi thai từ 14 đến hết 28 tuần bằng misoprostol. Để đảm bảo quá trình điều trị của bệnh nhân và nghiên cứu được thành công, vai trò của hộ sinh trong tư vấn, theo dõi và chăm sóc bệnh nhân là rất quan trọng.

Do đó, chúng tôi đã tiến hành đánh giá “Vai trò của hộ sinh trong theo dõi, chăm sóc bệnh nhân phá thai lưu từ 14-28 tuần bằng phương pháp nội khoa” với mục tiêu:

1. Tỷ lệ phụ nữ được tư vấn, theo dõi, chăm sóc trong quá trình phá thai nội khoa.
2. Đánh giá của hộ sinh về quá trình theo dõi phương pháp phá thai lưu từ 14-28 tuần bằng phương pháp nội khoa.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân thai lưu từ 14-28 tuần được điều trị phá thai nội khoa tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.
- Hộ sinh tham gia trực tiếp quá trình tư vấn, theo dõi và chăm sóc 50 bệnh nhân phá thai lưu từ 14-28 tuần.

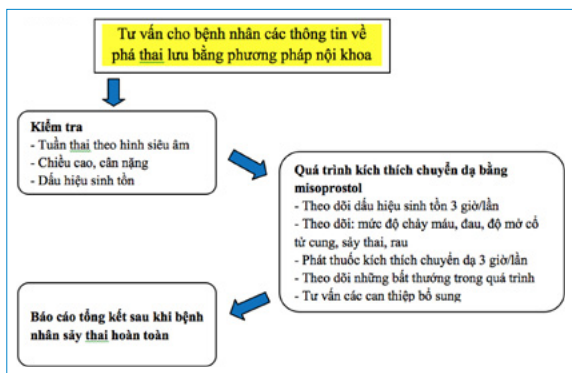
### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang và định tính

#### 2.2.2. Mẫu nghiên cứu:

- 50 Bệnh nhân đầu tiên tham gia nghiên cứu xử trí nội khoa trong thai lưu có tuổi thai từ 14 đến hết 28 tuần bằng misoprostol tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.
- 05 Hộ sinh tham gia trực tiếp quá trình tư vấn, theo dõi và chăm sóc 50 bệnh nhân phá thai lưu từ 14-28 tuần

**2.2.3 Quy trình tư vấn và theo dõi của hộ sinh đối với bệnh nhân phá thai lưu từ 14-28 tuần**



### 2.2.4. Thu thập số liệu

• Thu thập số liệu định lượng bằng phỏng vấn trực tiếp 50 bệnh nhân bằng bộ câu hỏi phỏng vấn

• Số liệu định tính: Thảo luận nhóm với 05 hộ sinh và được ghi chép bởi người chủ trì thảo luận.

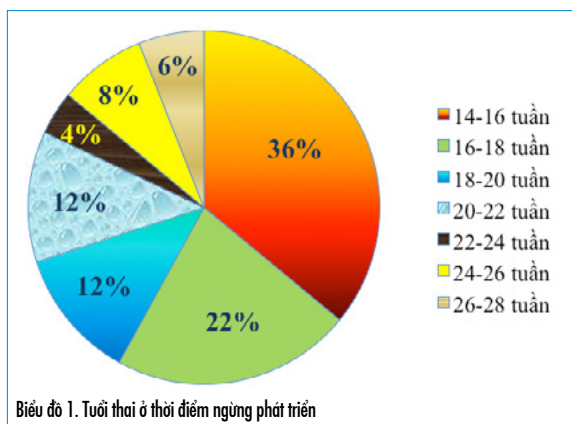
### 2.2.5 Xử lý và phân tích số liệu

• Số liệu định lượng được xử lý sau khi được làm sạch, được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng các phương pháp thống kê cơ bản.

• Số liệu định tính được ghi chép và viết thông tin dưới dạng văn bản.

## 3. Kết quả nghiên cứu

### 3.1 Thông tin chung



Tuần thai trung bình 18,4 + 3,8 tuần. 36% bệnh nhân có tuổi thai từ 14-16 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là nhóm từ 16-18 tuần chiếm 22%, nhóm tuần thai từ 18-22 tuần là 24%; nhóm trên 22 tuần – 28 tuần chiếm tỷ lệ thấp 18%.

Bảng 2. Tổng số viên thuốc bệnh nhân sử dụng để kích thích chuyển dạ đến khi sảy hoàn toàn

Số viên thuốc	Số lượng n=50	Tỷ lệ %
0 viên	1	2,0
1-3 viên	21	42,0
4-6 viên	17	34,0
7-9 viên	6	12,0
> 9 viên	5	10,0
Tổng	50	100
Trung bình 5,08 ± 3,7 viên		

42% bệnh nhân sảy thai và rau sau khi dùng 1-3 viên, 17 bệnh nhân chiếm 34% sảy sau 4-6 viên. Số bệnh nhân dùng > 7 viên chiếm tỷ lệ không cao.

### 3.2 Tỷ lệ phụ nữ được tư vấn, theo dõi, chăm sóc trong quá trình phá thai nội khoa

Bảng 3. Tỷ lệ phụ nữ được theo dõi, chăm sóc trong quá trình phá thai nội khoa

Thông tin	Số lượng n=49	Tỷ lệ %
Được theo dõi chỉ số sinh tồn 3 giờ/lần	49	100
Được khám theo dõi tình trạng chảy máu 3 giờ/lần	49	100
Được khám theo dõi cường độ các cơn co 3 giờ/lần	49	100
Được khám theo dõi mức độ đau 3 giờ/lần	49	100
Được khám theo dõi độ mở cổ tử cung 3 giờ/lần	49	100
Được khám theo dõi tình trạng sảy thai 3 giờ/lần	49	100
Được khám theo dõi tình trạng số rau 3 giờ/lần	49	100
Được cung cấp thuốc kích thích chuyển dạ 3 giờ/lần	49	100

Do có 1 trường hợp bệnh nhân sản thai trước khi dùng thuốc kích thích chuyển dạ nên chỉ có 49 bệnh nhân được theo dõi khi dùng thuốc. Quá trình này được theo dõi chặt chẽ, liên tục, đầy đủ về các chỉ số sinh tồn, cường độ các cơn co, mức độ đau, độ mở cổ tử cung, tình trạng sảy thai, tình trạng số rau và phát thuốc mỗi 3 giờ/ lần.

Bảng 4. Tỷ lệ phụ nữ được chăm sóc bổ sung trong quá trình phá thai nội khoa

Thông tin	Số lượng n=50	Tỷ lệ %
Tỷ lệ phụ nữ được chăm sóc bổ sung	12	24
Thời gian trung bình sau chăm sóc bổ sung	7,3 + 5 giờ	

Trong 50 bệnh nhân được điều trị có 12 bệnh nhân được điều trị bổ sung đó là bổ sung misoprostol, oxytoxyne hoặc hút lại buồng tử cung. Thời gian điều trị trung bình kéo dài sau chăm sóc bổ sung là từ 7,3 + 5 giờ.

### 3.3 Đánh giá của hộ sinh về quá trình theo dõi phương pháp phá thai lưu từ 14-28 tuần.

Thảo luận về sự thuận lợi khi tiến hành phá thai lưu bằng phương pháp nội khoa được 05 cán bộ

chia sẻ về thời gian, cách thức theo dõi điều trị, biến chứng nguy cơ trong điều trị.

“Những thời gian đầu, tư vấn, lựa chọn bệnh nhân tham gia phương thức phá thai mới gặp nhiều khó khăn lắm, vì bệnh nhân không muốn làm những cái mới và họ sinh chúng tôi cũng chưa có nhiều kinh nghiệm để tư vấn. Nhưng sau 07 bệnh nhân đầu chúng tôi đã có nhiều kinh nghiệm để tư vấn cho bệnh nhân tham gia phương pháp này”.

Khi được hỏi về quy trình theo dõi và điều trị một hộ sinh đã nói: “Quy trình chăm sóc và theo dõi bệnh nhân khá đơn giản, chúng tôi chỉ cần tư vấn kỹ cho bệnh nhân quy trình điều trị, và những triệu chứng, dấu hiệu cụ thể sẽ diễn ra để bệnh phối hợp với chúng tôi mà thôi”. Một ý kiến khác cũng nêu: “có sự phối hợp của bệnh nhân nên chúng tôi dễ dàng theo dõi điều trị cho bệnh nhân”.

Quy trình điều trị được các hộ sinh cho rằng “Thời gian điều trị cho bệnh nhân được rút ngắn, theo dõi khá đơn giản nhưng phải theo dõi sát và liên tục. Sử dụng thuốc cũng dễ dàng lắm”.

“Thời gian điều trị trung bình của một bệnh nhân là 5 viên tức 12 giờ theo dõi. Thời gian không dài nhưng rất hiệu quả nhé, giảm nguy cơ bệnh lý cho bệnh nhân và giảm chi phí điều trị”.

Thảo luận về khó khăn trong quá trình thực hiện, đa số các ý kiến cho rằng “Bệnh nhân thì được nhiều thuận lợi về phương pháp này nhưng thời gian sảy rau kéo dài hơn, nguy cơ chảy máu sau sảy nhiều và lâu hơn nên trong quá trình theo dõi và chăm sóc nhất là sau sảy phải tư vấn kỹ hơn để bệnh nhân khỏi lo lắng”

Kết luận chung của hộ sinh khi áp dụng phương pháp mới trong phá thai lưu bằng phương pháp nội khoa “Chúng tôi mong muốn quy trình điều trị này trở thành thường quy vì mang lại nhiều lợi ích, an toàn cho người bệnh”.

## 4. Bàn luận

### 4.1 Thông tin chung

Tuần thai trung bình 18,4 + 3,8 tuần. Trong tiêu chuẩn lựa chọn phụ nữ tham gia thực hiện phương pháp phá thai lưu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương được lựa chọn từ 14 đến 28 tuần. Trong quá trình triển khai thực tế tại bệnh viện, 50 bệnh nhân đầu tiên thì 36% bệnh nhân có tuổi thai từ 14-16 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến

là nhóm từ 16-18 tuần chiếm 22%, nhóm tuần thai từ 18-22 tuần là 24%; nhóm trên 22 tuần – 28 tuần chiếm tỷ lệ thấp 18%. Điều này cho thấy, phụ nữ khi mang thai và đến khám thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương được khám và tư vấn kỹ về quá trình mang thai, số lần khám và theo dõi khi mang thai. Thêm vào đó người phụ nữ và gia đình quan tâm nhiều hơn đến lần mang thai của mình nên họ tuân thủ việc khám theo dõi thai thường kỳ. Do đó, nên viện phát hiện sớm tình trạng thai lưu của thai phụ.

Trong 50 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ phá thai lưu bằng phương pháp nội khoa có 1 bệnh nhân không dùng viên thuốc kích thích nào vì khi bệnh nhân quay lại viện trước thời gian được hẹn đến để kích thích chuyển dạ đẻ. Bệnh nhân đến trong tình trạng đang lên cơn co, ra máu và sảy thai trong vòng 1 giờ khi đến bệnh viện.

21 bệnh nhân chiếm 42%, sảy thai và rau sau khi dùng 1-3 (3-9 giờ) viên thuốc kích thích chuyển dạ 17 bệnh nhân chiếm 34% sảy sau 4-6 viên tức khoảng 9-15 giờ theo dõi kích thích chuyển dạ. Số bệnh nhân dùng > 7 viên chiếm tỷ lệ không cao.

Nghiên cứu trên 40 phụ nữ có thai lưu trong tử cung sau 28 tuần so sánh kết hợp mifepristone-misoprostol so với misoprostol đơn thuần cũng cho thấy thời gian chuyển dạ rút ngắn và giảm ở những phụ nữ có dùng trước mifepristone (7 so với 12 giờ ở những phụ nữ được điều trị bằng misoprostol đơn thuần) [12]. Một số bằng chứng cho thấy hiệu quả của việc điều trị bằng mifepristone có thể tốt hơn trong ba tháng giữa thai kỳ so với tuổi thai lớn hơn lúc mà tử cung có thể nhạy cảm hơn với prostaglandins ngoại sinh. Một nghiên cứu hồi cứu 130 phụ nữ với IUFD tại 21-42 tuần đã nhận được hoặc misoprostol đơn thuần hoặc kết hợp mifepristone-misoprostol thấy rằng khởi phát với mifepristone rút ngắn thời gian kích thích cho đến khi sinh đáng kể khi thời gian mang thai là giữa 21-25 tuần [13].

### 4.2 Tỷ lệ phụ nữ được tư vấn, theo dõi, chăm sóc trong quá trình phá thai nội khoa

Do yêu cầu bắt buộc của nghiên cứu và để lựa chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu nên 100% bệnh nhân được tư vấn về quy trình, tác dụng phụ, tai biến có thể xảy ra trong phá thai lưu bằng phương pháp nội khoa. Điều này được các hộ sinh

thực hiện đúng, cung cấp đủ và rõ ràng thông tin để bệnh nhân hiểu và tự nguyện tham gia phá thai lưu bằng phương pháp phá thai nội khoa.

Để thực hiện quy trình phá thai bằng thuốc đối với thai lưu có tuần thai từ 14-28 tuần thì vai trò của hộ sinh là rất quan trọng và chủ yếu. Khi bệnh nhân đến khám phát hiện thai lưu, bệnh nhân sẽ được gặp hộ sinh để tư vấn quá trình điều trị, phân tích nguy cơ, lợi ích của phác đồ điều trị. Nếu bệnh nhân đồng ý tham gia, hộ sinh sẽ tư vấn về cách thức dùng thuốc, cách tự theo dõi và hộ sinh phải theo dõi liên tục 3 giờ/lần và khi có bất cứ bất thường nào, bệnh nhân sẽ gọi hộ sinh để kiểm tra và theo dõi. Như vậy cả quá trình điều trị của bệnh nhân được gắn chặt với hộ sinh chăm sóc, theo dõi, khám và phát thuốc.

Do có 1 trường hợp bệnh nhân sản thai trước khi dùng thuốc kích thích chuyển dạ nên chỉ có 49 bệnh nhân được theo dõi khi dùng thuốc. Quá trình này được theo dõi chặt chẽ, liên tục, đầy đủ về các chỉ số sinh tồn, cường độ các cơn co, mức độ đau, độ mở cổ tử cung, tình trạng sảy thai, tình trạng sỏ rau và phát thuốc mỗi 3 giờ/ lần.

Trong 50 bệnh nhân được điều trị có 12 bệnh nhân được điều trị bổ sung đó là bổ sung misoproltol, oxytoxyn hoặc hút lại buồng tử cung. Tỷ lệ này tương đối cao và có thể được giải thích bởi đây là giai đoạn đầu của nghiên cứu nên các bác sỹ và hộ sinh chưa đủ tự tin trong phương thức điều trị. Cùng với những lo lắng trên nên cách xử trí đối với bệnh nhân là sớm, với trường hợp ra máu sau sảy thai, các bác sỹ thường khám và thấy còn dịch, màng rau nên đã can thiệp thủ thuật để làm sạch buồng tử cung. Với các trường hợp này hộ sinh phải theo dõi thêm các trường hợp bổ sung thuốc, các can thiệp bổ sung và kéo dài thời gian theo dõi bệnh nhân. Thời gian điều trị trung bình kéo dài sau chăm sóc bổ sung là từ 7,3 + 5 giờ.

#### **4. 3 Đánh giá của hộ sinh về quá trình theo dõi phương pháp phá thai lưu từ 14-28 tuần**

Nhóm nghiên cứu đã tiến hành thảo luận nhóm với 5 cán bộ hộ sinh tại khoa sản bệnh lý, buổi thảo luận đã chia sẻ về những thuận lợi, khó khăn trong quá trình thực hiện lựa chọn, chăm sóc bệnh nhân phá thai lưu từ 14 – 28 tuần bằng phương pháp phá thai nội khoa.

Thảo luận về sự thuận lợi khi tiến hành phá thai lưu bằng phương pháp nội khoa được 05 cán bộ chia sẻ về thời gian, cách thức theo dõi điều trị, biến chứng nguy cơ trong điều trị.

“Những thời gian đầu, tư vấn, lựa chọn bệnh nhân tham gia phương thức phá thai mới gặp nhiều khó khăn lắm, vì bệnh nhân không muốn làm những cái mới và hộ sinh chúng tôi cũng chưa có nhiều kinh nghiệm để tư vấn. Nhưng sau 07 bệnh nhân đầu chúng tôi đã có nhiều kinh nghiệm để tư vấn cho bệnh nhân tham gia phương pháp này”. Điều này là phù hợp với thực tế triển khai và tâm lý chung của bệnh nhân. Bệnh nhân khi đến khám và điều trị họ rất sợ làm theo những phác đồ mới vì sợ không an toàn, lo sợ những nguy cơ có thể xảy ra. Nhưng Bệnh viện Phụ sản Trung ương là bệnh viện đầu ngành về sản phụ khoa, luôn là nơi đầu tiên ứng dụng các kỹ thuật mới trong chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân. Thêm vào đó, cán bộ hộ sinh tại khoa sản bệnh lý là những cán bộ có trình độ, có nhiều kinh nghiệm trong chăm sóc, điều trị và cũng đã có nhiều cơ hội thực hiện áp dụng các phương pháp điều trị mới nên họ đã vượt qua được khó khăn bước đầu này khá nhanh chóng và thuận lợi.

Khi được hỏi về quy trình theo dõi và điều trị một hộ sinh đã nói: “Quy trình chăm sóc và theo dõi bệnh nhân khá đơn giản, chúng tôi chỉ cần tư vấn kỹ cho bệnh nhân quy trình điều trị, và những triệu chứng, dấu hiệu cụ thể sẽ diễn ra để bệnh phối hợp với chúng tôi mà thôi”. Một ý kiến khác cũng nêu: “có sự phối hợp của bệnh nhân nên chúng tôi dễ dàng theo dõi điều trị cho bệnh nhân”. Quy trình điều trị của bệnh nhân được ban lãnh đạo bệnh viện tập huấn kỹ cho cán bộ hộ sinh. Sau khi bệnh nhân được tư vấn về phương pháp điều trị mới, bệnh nhân được phát viên thuốc đầu tiên để về nhà uống và sau 24 giờ quay lại bệnh viện để tiến hành kích thích chuyển dạ, khi bệnh nhân quay lại sẽ được đo các chỉ số sinh tồn, kiểm tra việc chảy máu, cơn co tử cung, và các dấu hiệu chuyển dạ và phát thuốc kích thích. Sau đó cứ 3 giờ/ lần quy trình này được lặp lại đến khi thai và rau sảy hoặc để 16 liều mà thai, rau không sảy chuyển sang phác đồ điều trị khác để bác sỹ quyết định dùng phương pháp nội khoa hay tiến hành thủ thuật. Quy trình điều trị được các hộ sinh cho rằng “Thời gian điều trị cho bệnh nhân được rút ngắn, theo dõi khá đơn giản nhưng phải theo dõi sát và liên tục. Sử dụng thuốc cũng dễ dàng lắm”.

“Thời gian điều trị trung bình của một bệnh nhân là 5 viên tức 12 giờ theo dõi. Thời gian không dài nhưng rất hiệu quả nhé, giảm nguy cơ bệnh lý cho bệnh nhân và giảm chi phí điều trị”. Điều này đã được các nghiên cứu hoặc báo cáo trường hợp về việc sử dụng mifepristone-misoprostol để điều trị thai lưu trong tử cung trong ba tháng giữa và cuối thời kỳ thai nghén đã được thực hiện và cho thấy phá thai lưu bằng phương pháp nội khoa hiệu quả cao, an toàn cho người bệnh. Giảm nguy cơ co bệnh nhân viêm dính buồng tử cung và vòi trứng do không can thiệp thủ thuật [4,5,6,7,8,9,10,11]. Giảm chi phí điều trị cũng được các nghiên cứu chứng minh, chi phí cho điều trị nội khoa rẻ hơn nhiều so với điều trị ngoại khoa, ít thời gian nằm viện hơn cũng giúp giảm chi phí cho bệnh nhân vì ngày đầu bệnh nhân đã về nhà không phải nằm điều trị tại khoa. Do đó giảm được tình trạng quá tải Bệnh viện.

Thảo luận về khó khăn trong quá trình thực hiện, đa số các ý kiến cho rằng “Bệnh nhân thì được nhiều thuận lợi về phương pháp này nhưng thời gian xảy ra kéo dài hơn, nguy cơ chảy máu sau xảy nhiều và lâu hơn nên trong quá trình theo dõi và chăm sóc nhất là sau xảy phải tư vấn kỹ hơn để bệnh nhân khỏi lo lắng” Các nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra, phá thai nội khoa thường gây chảy máu dài hơn so với phá thai ngoại khoa gây khó chịu cho bệnh nhân sau phá thai. [4;5;6].

Kết luận chung của hệ sinh khi áp dụng phương pháp mới trong phá thai lưu bằng phương pháp nội khoa “Chúng tôi mong muốn quy trình điều trị này trở thành thường quy vì mang lại nhiều lợi ích, an toàn cho người bệnh”

## 5. Kết luận

### - Tỷ lệ bệnh nhân tham gia và được theo dõi

- Tuần thai trung bình 18,4 + 3,8 tuần.
- Số viên thuốc kích thích chuyển dạ trung bình sử dụng là 5,08 + 3,7 viên, 42% bệnh nhân xảy thai sau 3-9 giờ theo dõi (1-3 viên).
- 100% bệnh nhân được theo dõi sát và đảm bảo đúng đủ quy trình theo dõi được hướng dẫn. Hệ sinh đóng vai trò theo dõi chủ yếu trong quá trình phá thai nội khoa.

### - Đánh giá của hệ sinh về phác đồ mới:

- Thuận lợi: Thời gian theo dõi, chăm sóc được rút ngắn. Sử dụng thuốc dễ dàng, thuận lợi (liều dùng cố định theo giờ). Giảm nguy cơ cho BN viêm dính buồng tử cung và vòi trứng do không phải can thiệp thủ thuật nào hút. Kinh tế, giảm chi phí điều trị và giảm quá tải bệnh viện.
- Khó khăn: Tư vấn cho BN sử dụng thuốc khó khăn hơn vì BN chưa biết nhiều đến phương pháp mới. Thời gian dùng thuốc ngắn hơn nên theo dõi, thăm khám nhiều hơn. Thời gian xảy ra kéo dài hơn, nguy cơ chảy máu sau xảy nhiều hơn.

## Tài liệu tham khảo

1. Cabrol D, Bouvier D'Yvoire M, Mermet E, Cedard L, Sureau C, Baulieu EE. Induction of labour with mifepristone after intrauterine fetal death. *Lancet*. 1985 Nov 2;2(8462):1019. PubMed PMID: 2865498
2. Bagga R, Chaudhary N, Kalra J. Rupture in an unscarred uterus during second trimester pregnancy termination with mifepristone and misoprostol. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004 Oct;87(1):42-3.
3. Jannet D, Aflak N, Abankwa A, Carbone B, Marpeau L, Milliez J. Termination of 2nd and 3rd trimester pregnancies with mifepristone and misoprostol. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1996 Dec 27;70(2):159-63. PubMed PMID: 9119097.
4. Wagaarachchi PT, Ashok PW, Narvekar NN, Smith NC, Templeton A. Medical management of late intrauterine death using a combination of mifepristone and misoprostol. *BJOG*. 2002 Apr;109(4):443-7. PubMed PMID: 12013166.
5. Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet*. 1993 May 15;341(8855):1258-61.
6. le Roux PA, Pahal GS, Hoffman L, Nooh R, El-Refaei H, Rodeck CH. Second trimester termination of pregnancy for fetal anomaly or death: comparing mifepristone/misoprostol to gemeprost. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001 Mar;95(1):52-4. PubMed PMID: 11267720
7. Brouns JF, van Wely M, Burger MP, van Wijngaarden WJ. Comparison of two dose regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy

termination. *Contraception*. 2010 Sep; 82 (3): 266 - 75. doi:10.1016/j.contraception.2010.03.006. Epub 2010 Apr 13. PubMed PMID: 20705156.

8. Nordic Pharmaceuticals. Summary of Product Characteristics: Mifegyne. <http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/617> Accessed on January 7, 2013.

9. Ngai SW, Tang OS, Ho PC. Prostaglandins for induction of second-trimester termination and intrauterine death. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2003 Oct;17(5):765-75.

10. Romero R, Copel JA, Hobbins JC. Intrauterine fetal demise and hemostatic failure: the fetal death syndrome. *Clin Obstet Gynecol*. 1985 Mar;28(1):24-31

11. Cabrol D, Dubois C, Cronje H, Gonnet JM, Guillot M, Maria B, Moodley J, Oury JF, Thoulon JM, Treisser A, et al. Induction of labor with mifepristone (RU 486) in intrauterine fetal death. *Am J Obstet Gynecol*. 1990 Aug;163(2):540-2. PubMed PMID: 2201190.

12. Sharma D, Singhal SR, Poonam, Paul A, Kunika. Comparison of mifepristone combination with misoprostol and misoprostol alone in the management of intrauterine death: condensation - misoprostol and mifepristone combination is more effective than misoprostol alone in the management of intrauterine death. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2011 Sep; 50(3):322-5. doi: 10.1016/j.tjog.2011.07.007. PubMed PMID: 22030047.

13. Väyrynen W, Heikinheimo O, Nuutila M. Misoprostol-only versus mifepristone plus misoprostol in induction of labor following intrauterine fetal death. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(6):701-5. PubMed PMID: 17520402.