

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHÁ THAI NỘI KHOA Ở BỆNH NHÂN CÓ VẾT MỔ LẤY THAI CŨ

Ths – Bs Hoàng Thị Diễm Tuyết
Bệnh viện Từ Dũ

Tỉ lệ phụ nữ có sẹo mổ lấy thai ngày càng tăng. Sẹo mổ trên tử cung (VMC) là một trong những trở ngại lớn khi làm thủ thuật hút thai, dễ dẫn đến các tai biến và biến chứng hút thai, khi đó phá thai nội khoa là một cứu cánh.

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phá thai nội khoa ở bệnh nhân có sẹo mổ lấy thai.

Phương pháp: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng. **Kết quả:** thu nhận 230 đối tượng nghiên cứu cho mỗi nhóm: VMC và không VMC. Tỉ lệ mất máu 8.6% và 7.8% ở nhóm VMC và KVMC. Do đó, chúng tôi chỉ phân tích 210 trường hợp có sẹo mổ lấy thai và 212 trường hợp không có sẹo mổ lấy thai (chứng). Tuổi thai áp dụng là thai dưới 50 ngày vô kinh. Tỉ lệ sảy hoàn toàn 87.62% ở nhóm VMC và 93.84% ở nhóm KVMC ($p < 0.05$). Tỉ lệ sót nhau VMC: 9.52%, KVMC: 2.83% ($P < 0.05$), tuổi thai càng lớn sót nhau ở VMC càng nhiều. Tỉ lệ ra huyết âm đạo kéo dài trên 14 ngày nhiều hơn ở nhóm VMC, sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê. Không có trường hợp vỡ tử cung hay nhiễm trùng ở cả hai nhóm.

Kết luận: Phá thai nội khoa hiệu quả và an toàn ở bệnh nhân có sẹo mổ lấy thai. Tuy nhiên bệnh nhân có VMC cần được tư vấn kỹ trước phá thai nội khoa và cũng cần có những nghiên cứu về phác đồ hiệu quả cao hơn cho phá thai nội khoa ở bệnh nhân có sẹo mổ lấy thai.

There are more and more women having Cesarean section (CS). The uterus with CS scar has a lot of difficulties when conducting the vacuum aspiration, and as a result, it is more risky to meet the complications. At that time, medical abortion becomes safer for both patients and health providers. **Objectives:** effectiveness and safety of medical abortion on the uterus with CS scar. **Method:** control clinical trial. **Result:** recruited 230 subjects for each Group: with CS scars or without CS scars. Lost rate is 8.6% and 7.8% in CS scars and in no CS scars group. Therefore, we only analyzed 210 subjects in CS scar group and 212 subjects in no CS scar group (control). The gestation age in both groups is less than 50 days of amenorrhea from the first day of last menstruation. The complete abortion rates: 87.26% in CS scar group and 93.84% in control group ($p < 0.05$). Retained placenta rate is still higher in CS scar group 9.52% compared with 2.83% in control group. The bigger gestation, the higher retained placenta rates among CS scar group. There is also the significant difference between two groups in term of long bleeding (more than 14 days). No cases of either infection or uterus rupture among two groups during the study. **Conclusion:** Medical abortion is safe and effective on the uterus with CS scars. However, the patients with CS scars on their uteruses should be counseled carefully before receiving medical abortion as well as it has still needed to conduct more studies in order to find out the most effective regimens for uteruses with SC scars.

1. Mở đầu

Trong thập niên qua, tỉ lệ mổ lấy thai ngày càng gia tăng không chỉ tại Việt nam mà hầu như ở tất cả các nước trên thế giới. Mổ lấy thai không chỉ làm tăng gánh nặng kinh tế mà còn ảnh hưởng nhiều lên sức khỏe sinh sản người phụ nữ. Các can thiệp lên một tử cung có vết mổ lấy thai cũ bao giờ cũng khó khăn hơn các tử cung không có vết mổ lấy thai cũ, có lẽ vết mổ lấy thai cũ đã làm thay đổi cấu trúc giải phẫu bình thường của tử cung, cổ tử cung và âm đạo. Mang thai ngoài ý muốn và phá thai vẫn còn chiếm một tỉ lệ rất cao tại Việt nam khi mà kiến thức của người phụ nữ hãy còn kém đối với sức khỏe sinh sản nói chung và áp dụng các biện pháp tránh thai nói riêng. Do đó, cùng với sự gia tăng tỉ lệ mổ lấy thai cũng là sự gia tăng tỉ lệ phá thai ở phụ nữ có vết mổ lấy thai cũ. Điều này góp phần làm gia tăng tỉ lệ tai biến trong phá thai, tăng tỉ lệ bệnh tật và tử vong mẹ. Tử cung có vết mổ cũ thường gây khó khăn khi tiến hành thủ thuật hút thai và dễ dàng gây ra các tai biến và biến chứng khi hút thai như: chảy máu, thủng tử cung, sót thai, sót nhau... Vì vậy phá thai trên tử cung có vết mổ lấy thai cũ thật sự là một mối lo ngại rất lớn không chỉ đối với bệnh nhân mà còn với cả người cung cấp dịch vụ.

Từ năm 2002, khi chuẩn quốc gia về sức khỏe sinh sản do Bộ Y tế Việt nam ban hành, phá thai bằng thuốc (PTBT) đã được ứng dụng rộng rãi như là một dịch vụ thường qui tại các bệnh viện thuộc tuyến trung ương và tuyến Tỉnh. Phác đồ phá thai bằng thuốc do Bộ Y tế qui định bao gồm Mifepristone 200 mg uống và 400 mcg Misoprostol uống sau đó 48 giờ. Với phác đồ này, vết mổ lấy thai cũ không là chống chỉ định. Mặc dù phá thai bằng thuốc ở các tử cung có vết mổ lấy thai cũ hạn chế rất nhiều các tai biến và biến chứng do hút thai nhưng việc áp dụng thực tế phá thai bằng thuốc trên vết mổ lấy thai cũ vẫn còn là mối quan ngại của nhiều người cung cấp dịch vụ về hiệu quả và tính an toàn của phương cách chấm dứt thai kỳ này đối với những bệnh nhân có vết mổ lấy thai cũ. Theo ghi nhận từ kết quả của các nghiên cứu trên thế giới, chưa có trường hợp nào vỡ tử cung do phá thai sớm ở những tử cung có vết mổ lấy thai cũ, nhưng các nghiên cứu về phá thai bằng thuốc ở tử cung có vết mổ lấy thai cũ trên thế giới cũng như tại Việt nam hãv còn rất là khiêm tốn.

2. Mục tiêu nghiên cứu

Mục tiêu tổng quát

Tìm ra phác đồ phá thai hiệu quả và an toàn để đình chỉ thai nghén sớm cho bệnh nhân VMCLT

Mục tiêu chuyên biệt

So sánh hiệu quả của phá thai nội khoa ở bệnh nhân có VMCLT và không có VMCLT về:

- Tỷ lệ sảy thai hoàn toàn
- Tần suất xuất hiện các tác dụng phụ(sớm, muộn)

3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Kế hoạch hóa bệnh viện Từ Dũ, từ tháng 07/ 2007 đến 02/ 2008

3.1 **Thiết kế nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng

3.2 **Quần thể nghiên cứu:** Phụ nữ có nhu cầu đình chỉ thai nghén sớm tại BV Từ Dũ và có tiền sử mổ lấy thai.

3.3 **Đối tượng nghiên cứu:** phụ nữ mang thai ngoài ý muốn với tuổi thai dưới 50 ngày vô kinh, có ít nhất 1 con và có nhu cầu đình chỉ thai nghén bằng thuốc tại khoa Kế hoạch hóa gia đình bệnh viện Từ Dũ, không có chống chỉ định và đồng ý tham gia nghiên cứu.

3.4 Tiêu chuẩn thu nhận

- Phụ nữ khoẻ mạnh, từ 18 tuổi trở lên, có ít nhất 1 con
- Có tiền sử mổ lấy thai hay không mổ lấy thai.
- Có thai trong tử cung dưới 50 ngày vô kinh (xác định bằng LS và SA)
- Có nhu cầu phá thai tự nguyện bằng PTBT và thỏa các yêu cầu của PTBT
- Có địa chỉ, và số điện thoại rõ ràng
- Đồng ý tham gia nghiên cứu
- Đồng ý can thiệp ngoại khoa nếu PTBT thất bại

3.5 Tiêu chuẩn loại trừ

- Có dấu hiệu TK bất thường, không tiếp xúc được
- Cơ địa dị ứng (đặc biệt với Misoprostol hay Mifepristone)
- Bất thường phụ khoa: u xơ tử cung, u nang buồng trứng, dị dạng sinh dục, ung thư phụ khoa...)
- Có bệnh mãn tính, hẹp 2 lá, tăng nhãn áp, thiếu máu nặng, huyết áp cao hay thấp, bệnh lý tuyến thượng thận, ung thư phụ thuộc steroid
- Có dụng cụ tử cung, đang cho bú
- Phụ nữ trên 35 tuổi và nghiện thuốc lá nặng
- Viêm nhiễm sinh dục cấp tính
- Các tiêu chuẩn loại trừ khi phân tích số liệu:

Thiếu các dữ kiện cơ bản trong hồ sơ nghiên cứu

Vi phạm bất kỳ các qui tắc nghiên cứu

Có bệnh cấp tính trong thời gian nghiên cứu

Sử dụng các thuốc khác thuốc nghiên cứu, đặc biệt nhóm ức chế tổng hợp Prostaglandin (Salicylates. Mefenamic acide..)

4. Cỡ mẫu nghiên cứu

$$(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (P1Q1 + P2Q2)$$

$$N = \frac{\quad}{(P1 - P2)^2}$$

Với: Độ tin cậy 95%, hiệu lực 80%, P1= 92% và P2= 85%

Ước tính cỡ mẫu mỗi nhóm: 207. Với tỉ lệ mất dấu ước tính khoảng 10%, nên thu nhận 230 trường hợp cho nhóm phá thai bằng thuốc ở bệnh nhân có vết mổ lấy thai cũ và 230 trường hợp bệnh nhân phá thai bằng thuốc nhưng không có vết mổ lấy thai cũ (nhóm chứng)

5. Thủ tục thu nhận đối tượng NC

Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu thuộc hai nhóm có vết mổ lấy thai cũ hay không có vết mổ lấy thai cũ đều phải tuân thủ các bước thu nhận đối tượng nghiên cứu sau:

- Hỏi tiền sử
- Khám lâm sàng: tổng quát và phụ khoa
- Siêu âm xác định thai trong tử cung và tuổi thai
- Thử Hb trước PTBT
- Ký cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu
- Thực hiện các phương pháp trị liệu: uống Mifepristone và Misoprostol
- Đánh giá kết quả điều trị sau 14 ngày và thử lại Hb

6. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị

Chúng tôi đánh giá kết quả nghiên cứu dựa vào các tiêu chuẩn

- Sấy hoàn toàn

- Sốt thai
- Thai lưu
- Sốt nhau
- Kết quả không xác định (mất dấu, ngừng NC sớm...)

Ngoài ra, chúng tôi cũng quan tâm đến các biến chứng khác xảy ra trong suốt quá trình PTBT như vỡ tử cung, ra huyết âm đạo nhiều phải truyền máu hay đe dọa tính mạng, nhiễm trùng...

7. Vấn đề y đức

Nghiên cứu này không vi phạm vấn đề y đức vì:

- Bệnh nhân tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện
- Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có thể chấm dứt nghiên cứu bất cứ thời điểm nào mà không hề ảnh hưởng đến chất lượng dịch vụ nhận tại bệnh viện Từ dũ
- Tất cả các thông tin cá nhân của đối tượng tham gia nghiên cứu được giữ hoàn toàn bí mật, và chỉ để phục vụ cho công tác nghiên cứu khoa học.

8. Kết quả nghiên cứu

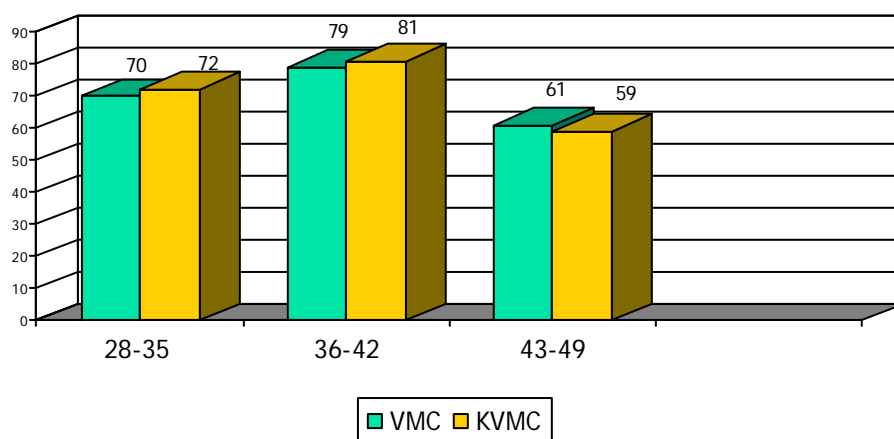
Chúng tôi thu nhận 230 đối tượng ở mỗi nhóm nghiên cứu có vết mổ lấy thai cũ hay không có vết mổ lấy thai cũ. Tuy nhiên có 20 đối tượng (8.6%) ở nhóm có vết mổ cũ và 18 đối tượng (7.8%) ở nhóm không có vết mổ cũ bị mất dấu. Do đó, chúng tôi chỉ phân tích 210 trường hợp ở nhóm có vết mổ lấy thai cũ và 212 đối tượng ở nhóm chứng. Các đối tượng nghiên cứu được vào số liệu bằng Excell và phân tích bằng phần mềm thống kê STATA 8.0. Đặc điểm dịch tễ của các đối tượng tham gia nghiên cứu khá tương đồng về phương diện tuổi, số con, trình độ học vấn và nghề nghiệp. Tuổi trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu thuộc nhóm có VMC và nhóm chứng lần lượt: 29 ± 1.05 và 28.9 ± 1.11 tuổi. Số con trung bình giữa hai nhóm có VMC và nhóm chứng: 1.78 ± 0.27 và 1.56 ± 0.41 . Trình độ học vấn từ trung học trở lên chiếm đa số ở các đối tượng tham gia nghiên cứu: nhóm có VMC: 91.43% và nhóm chứng: 91.04%. Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về tuổi, số con, trình độ học vấn giữa hai nhóm nghiên cứu có hay không có VMC. Về phương diện nghề nghiệp, trong xã hội có rất nhiều ngành nghề khác nhau, nên rất khoa khảo sát nếu như dựa hoàn toàn vào cách chia nghề nghiệp trong xã hội. Do đó, trong nghiên cứu này, chúng tôi chia nghề nghiệp thành các nhóm lớn chi61m đa số trong xã hội như: nội trợ, lao động trí óc, lao động chân tay, nhân viên văn phòng và các nghề nghiệp khác không thuộc những nhóm trên. So sánh các nhóm nghề nghiệp khác nhau giữa hai nhóm có VMC và không có VMC chúng tôi ghi nhận cũng không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu.

Bảng 1. Phân bố các nhóm nghề nghiệp giữa hai nhóm nghiên cứu

NGHỀ NGHIỆP	NHÓM VMC	NHÓM KHÔNG VMC	Giá trị P
Nội trợ	15 (7.14%)	19 (8.96%)	>0.05
LĐ tay chân	51 (24.28%)	59 (27.83%)	>0.05
Trí thức	65 (30.95%)	60 (28.30%)	>0.05
NV văn phòng	47 (22.35%)	51 (24.05%)	>0.05
Khác	32 (15.28%)	33 (10.86%)	>0.05
Tổng	210	212	

Các đối tượng tham gia nghiên cứu phá thai bằng thuốc ở cả hai nhóm có VMC hay không có VMC đều có tuổi thai dưới 50 ngày vô kinh. Việc xác định tuổi thai được dựa vào ngày đầu của kỳ kinh cuối, khám lâm sàng và siêu âm. Tuy nhiên chúng tôi chia tuổi thai thành 3 nhóm tuổi thai: dưới hay bằng 35 ngày VK, 36-42 ngày VK và 43-49 ngày VK, với sự phân bố các đối tượng tham gia nghiên cứu của hai nhóm nghiên cứu như sau:

Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi thai



Hiệu quả của PTBT được đánh giá vào ngày 14, với ngày 1 được xem là ngày uống Mifepristone. Hiệu quả được ghi nhận bao gồm:

Sẩy thai hoàn toàn, thai tiếp tục phát triển, thai lưu và sót nhau. Tỷ lệ các kết quả được phân bố giữa hai nhóm nghiên cứu như sau:

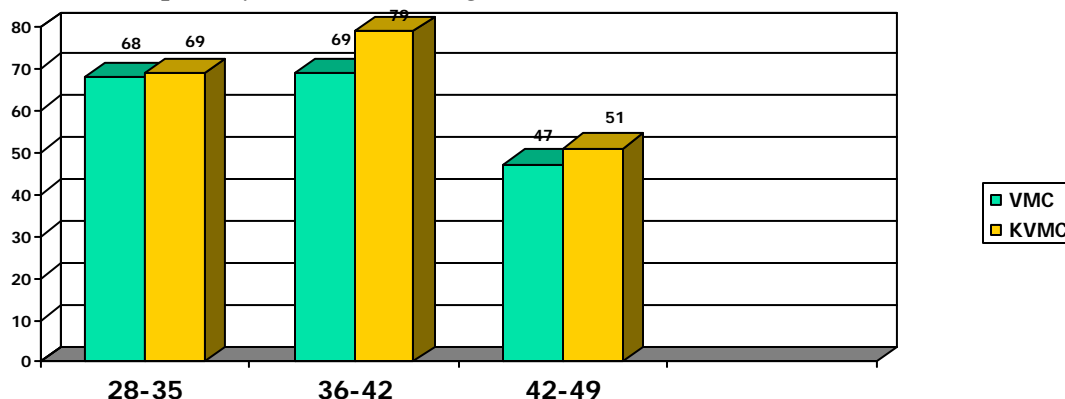
Bảng 2. Kết quả phá thai bằng thuốc giữa hai nhóm nghiên cứu

Hiệu quả	Nhóm VMC	Nhóm KVMC
Sẩy hoàn toàn	184 (87.62%)	199 (93.84%)
Sót nhau	20 (9.5%)	6 (2.83%)
Thai lưu	2 (0.95%)	1 (0.5%)
Thai TTPT	4 (1.93%)	6 (2.83%)
Tổng	210	212

Có sự khác biệt rõ rệt về sẩy thai hoàn toàn giữa hai nhóm có VMC và không có VMC. Đặc biệt khi đánh giá hiệu quả sẩy thai hoàn toàn giữa các nhóm tuổi thai, sự khác biệt càng rõ

rệt hơn. Đối với nhóm tuổi thai dưới hay bằng 35 ngày vô kinh, không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có hay không có VMC, nhưng đối với nhóm 36-42 ngày và 43-49 ngày VK, có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có và không có VMC ($P= 0.01$ và 0.005) về hiệu quả say thai hoàn toàn sau PTBT

Biểu đồ 2. Hiệu quả say thai hoàn toàn giữa các nhóm tuổi thai



Tỉ lệ sót nhau cũng gặp nhiều hơn ở nhóm có VMC ($p<0.005$), đặc biệt tuổi thai càng lớn tỉ lệ sót nhau càng cao ở nhóm có VMC ($p<0.001$), mặc dù khá tương đồng giữa các nhóm tuổi thai ở nhóm không có VMC.

Bảng 3. Tỉ lệ sót nhau phân bố theo nhóm tuổi thai

	28-35 ngày	36-42 ngày	43-49 ngày	Tổng
VMC	1/ 70 (1.43%)	9/ 79 (11.39%)	10/ 61 (16.39%)	20/ 210 (9.52%)
KVMC	2/ 72 (2.78%)	2/ 83 (2.41%)	2 / 57 (3.51%)	6/ 212 (2.83%)

Về kết quả điều trị: thai tiếp tục phát triển và thai lưu, qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận: có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về tỉ lệ thai lưu và thai tiếp tục phát triển ở nhóm tuổi thai 43-49 ngày so với 2 nhóm tuổi thai còn lại đv VMC và KVMC

($p= 0.035$ và 0.04). Nhưng lại không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về tỉ lệ thai lưu, thai tiếp tục phát triển ở nhóm VMC và KVMC ($p = 0.12$) đối với tuổi thai dưới hay bằng 35 ngày VK và 36-42 ngày VK.

Đánh giá các tác dụng phụ gặp trong phá thai bằng thuốc trong nghiên cứu này bao gồm: đau bụng, ra huyết âm đạo, nôn, buồn nôn, sốt, tiêu chảy.

Cũng như trong phá thai ngoại khoa, đau bụng bao giờ cũng gặp trong phá thai bằng thuốc. Tuy nhiên mức độ đau thay đổi tùy theo ngưỡng chịu đau của từng người. Đây là triệu chứng mang tính chất chủ quan nên thật sự khó đánh giá một cách đúng mức. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang điểm từ 00 đến 10 để đánh giá mức độ đau của các đối tượng tham gia nghiên cứu, trong đó 00 tức là hoàn toàn không đau gì cả và 10 tức đau dữ dội, không thể chịu đựng nổi. Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận: đau trong PTBT chủ yếu tập trung đau ở vùng hạ vị. Đau xuất hiện trung bình sau uống Misoprostol 2.8 ± 0.5 và 2.3 ± 0.3 giờ ở nhóm KVMC và VMC ($p>0.05$). Mức độ đau trung bình: 7 ± 1.2 (VMC) và

5.3 ± 1.7 (KVMC), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Tình trạng đau nhiều kéo dài dưới 6 giờ ở cả 2 nhóm VMC: 4.2 ± 2.3 g, max=5.6, min= 0.7, KVMC: 3.8 ± 2.1 , max=4.2, min=0.5. Tuy nhiên với việc tư vấn tốt nên các đối tượng tham gia nghiên cứu đã sẵn sàng trải qua cảm giác đau khi PTBT nên đa số không dùng thuốc giảm đau (VMC: 90%, KVMC: 93%).

Ra huyết âm đạo gặp trong hầu hết các trường hợp phá thai bằng thuốc có hay không có VMC. Thời gian ra huyết âm đạo trung bình của PTBT không có VMC là 10 ± 1.3 ngày, trong khi đó ở nhóm có VMC là 11 ± 1.8 ngày. Mức độ ra huyết âm đạo thường được đánh giá là nhiều hơn lượng máu mất do hành kinh mỗi tháng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng ghi nhận tỉ lệ ra huyết âm đạo trên 14 ngày ở nhóm KVMC: 27% và nhóm VMC:39% ($p < 0.05$), tuy nhiên trong các trường hợp ra huyết kéo dài hơn 14 ngày thường chỉ ở mức độ ra huyết âm đạo: dạng thấm khố, không ảnh hưởng huyết động và không làm thay đổi nồng độ Hb trước và sau PTNK ở cả 2 nhóm có VMC và không VMC.

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trong nhóm đối tượng nghiên cứu có VMC, 21% VMC dưới 1 năm và 17% VMC 2 lần trở lên, không có trường hợp nào vỡ tử cung trong và sau PTBT., cũng như không có trường hợp nào nhiễm trùng sau PTBT.

Ngoài ra các tác dụng phụ do dùng thuốc cũng được thấy trong nghiên cứu như Nôn, buồn nôn (VMC: 7%, KVMC: 7.9%), Tiêu chảy (VMC: 3.2%, KVMC: 3.5%), Sốt (VMC: 6.3 %, KVMC: 5.9%). Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu về triệu chứng của các tác dụng phụ trên. Tất cả các trường hợp gặp những tác dụng phụ trên đều thường nhẹ, thoáng qua mà không phải điều trị gì đặc hiệu.

9. Bàn luận

Mifepristone được xem là chất đồng vận cạnh tranh với các phân tử Progesterone tại các receptor của cơ tử cung. Do đó, khi sử dụng trong PTBT mifepristone có tác dụng làm cho thai ngừng phát triển do thiếu hụt một cách tương đối Progesterone- một nội tiết tố được xem là quan trọng cho quá trình phát triển của thai(2,3, 5). Ngoài ra Mifepristone cũng có tác dụng làm cho cơ tử cung trở nên nhạy cảm hơn với Misoprostol để từ đó xuất hiện các cơn co tử cung một cách hiệu quả nhằm tống thai ra khỏi buồng tử cung, gây nên hệ quả sảy thai hoàn toàn. Phá thai bằng thuốc được xem là một phương pháp chấm dứt thai kỳ an toàn và hiệu quả. (1)

Tuy nhiên đa số cá nghiên cứu trên thế giới cũng như trong nước, các đối tượng tham gia nghiên cứu thường là những phụ nữ hoàn toàn bình thường cả sức khỏe tổng quát lẫn cơ quan sinh dục. Những phụ nữ có những bất thường trên tử cung như nhân xơ tử cung, vết mổ cũ ở tử cung để lấy thai hay bóc nhân xơ... hầu hết đều bị loại khỏi tiêu chuẩn thu nhận đối tượng nghiên cứu. Do đó, cơ hội để đánh giá hiệu quả và độ an toàn của PTBT trên một số tử cung có vấn đề như tử cung dị dạng, u xơ tử cung, vết mổ lấy thai cũ ở tử cung... gần như là rất ít. Trong khi đó, tỉ lệ mổ lấy thai thật sự tăng không ngừng ở các nước trên thế giới nói chung cũng như tại Việt nam nói riêng, hơn nữa tử cung có vết mổ lấy thai cũ thường gây ra nhiều khó khăn khi thực hiện thủ thuật hút thai và dễ dàng mắc phải các tai biến và biến chứng của thủ thuật hút thai hơn là các tử cung bình thường như chảy máu nặng, thủng tử cung, sót thai, sót nhau, nhiễm trùng... Có lẽ vì có sẹo mổ lấy thai cũ nên làm thay đổi phần nào cấu trúc

giải phẫu của trực tử cung, cổ tử cung và âm đạo nên làm cho người làm thủ thuật hút thai khó tiên lượng được các thao tác thủ thuật. Tai biến và biến chứng càng dễ dàng xảy ra hơn đối với những vết mổ lấy thai mới, khi mà cơ tử cung hãy còn rất mềm hay những tử cung có nhiều lần mổ lấy thai. Với những trường hợp như vậy, cả bệnh nhân lẫn người cung cấp dịch vụ đều rất ngại phải thực hiện thủ thuật. Vì vậy, phá thai bằng thuốc trong những tình huống khó khăn đó, thật sự là một cứu cánh.

Tuy nhiên, xét về mặt hiệu quả của PTBT ở những tử cung có vết mổ lấy thai cũ, trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận đạt 87.62%, thuộc mức độ có thể chấp nhận được, khác biệt mang ý nghĩa thống kê với nhóm chứng (93.84%). Trong khi đó, nghiên cứu Xu J. và CS về phá thai bằng thuốc ở tử cung có VMC, ghi nhận tỉ lệ sảy hoàn toàn là 94.29% ở nhóm có VMC và 89.81% ở nhóm chứng, không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có hay không có VMC trong nghiên cứu của Xu J. và CS (6). Kết quả của nghiên cứu Xu J. và CS có lẽ vì cỡ mẫu quá nhỏ, chỉ có 35 đối tượng ở VMC nên không phản ánh một cách đúng mức kết quả thực sự của nhóm này. Theo nghiên cứu của Rauli Gautam & CS (4), nghiên cứu PTBT ở tử cung có 1 hay 2 lần mổ lấy thai bằng Methotrexate và Misoprostol, hiệu quả sảy thai hoàn toàn đạt 87.9%, nhưng phác đồ khác với phác đồ trong nghiên cứu chúng tôi là Mifepristone và Misoprostol.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ sót nhau khá cao ở nhóm có VMC. và có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với nhóm chứng cũng như giữa các nhóm tuổi thai. Vì vậy nên chẳng cần có những phác đồ riêng biệt, tăng cường co thắt tử cung hơn nữa đối với tử cung có vết mổ lấy thai cũ và đối với các nhóm tuổi thai khác nhau, có lẽ là bài toán phía trước cần nhiều hơn các nghiên cứu để có lời giải chính xác hơn là phác đồ cổ điển mà chúng tôi đã dùng 200 mg Mifepristone uống, sau đó 48 giờ uống 400 mcg Misoprostol. Tuy vậy, đối với những phác đồ khác tăng liều Misoprostol để đạt hiệu quả co thắt tử cung cao hơn, cũng phải hết sức thận trọng và theo dõi vì nguy cơ vỡ tử cung vẫn có thể xảy ra ở những thai sớm mặc dù đến thời điểm hiện tại vẫn chưa ghi nhận có trường hợp vỡ tử cung xảy ra do PTBT ở những tử cung có VMC.

10. Kết luận

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi muốn lần nữa có thể khẳng định rằng phác đồ sử dụng 200 mg Mifepristone uống, theo sau đó 48 giờ uống 400 mcg Misoprostol tỏ ra hiệu quả và an toàn không những cho các tử cung bình thường mà còn cả cho các tử cung có vết mổ lấy thai cũ. Tuy nhiên so với tử cung không có vết mổ lấy thai cũ, tỉ sảy thai hoàn toàn thấp hơn ở nhóm có VMC, tỉ lệ sót nhau cao hơn nhóm VMC, có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi thai, và tỉ lệ ra huyết âm đạo kéo dài cao hơn ở nhóm có VMC. Do đó, đối với những trường hợp tử cung có vết mổ lấy thai cũ, chúng ta vẫn có thể mạnh dạn cung cấp dịch vụ nhưng đòi hỏi phải tư vấn kỹ càng về hiệu quả của PTNK ở những bệnh nhân có TS mổ lấy thai, cũng như theo dõi sát để có những can thiệp phù hợp kịp thời nhằm tăng tính hiệu quả của điều trị. Đồng thời, cần thiết có nhiều nghiên cứu hơn nữa về phác đồ PTNK cho bệnh nhân có VMC nhằm tìm ra những phác đồ hiệu quả hơn, an toàn hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế Việt nam, 2002. Chuẩn quốc gia về sức khỏe sinh sản- Phá thai an toàn
2. F. Durlot, C. Dubios, J. Brunerie and R. Frydman, Efficacy of progesterone antagonist RU486 (mifepristone) for pre-operative cervical dilatation during first trimester abortion. *Human Repro* **3** (1988), pp. 583–584.
3. M. Moguilewsky and D. Philibert. In: *The antiprogestin steroid RU486 and human fertility control*, New York, Plenum (1985), pp. 87–97.
4. Roli Gautam et Veena Agrawal. Early medical termination pregnancy with Methotrexate and Misoprostol in lower segment cesarean section cases. *J Obs & Gyn Res*. Vol. 29, No.4 (2003), pp 251-256
5. S.K. Smith and R.W. Kelly, The effects of antiprogestins Ru486 and ZK98.734 on the synthesis and metabolism of prostaglandins F2a and E2 in separated cells from early human decidua. *J Clin Endocrinol Metab* **65** (1987), pp. 55.
6. Xu J., Chen H., Ma T., Wu X. Termination of early pregnancy in scarred uterus with Mifepristone and Misoprostol. *Int J. Gynaecol Obstet*, 2001, 72 (3), pp 245-251