

Blatchford tiên lượng kém tái chảy máu, thang điểm AIMS65 và ABC chỉ tiên lượng tốt tử vong còn các biến cố khác ít giá trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu đầu tiên về thang điểm MAP(ASH) [4], mặc dù cùng đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân CMTH trên do mọi nguyên nhân nhưng nghiên cứu của Redondo-Cerezo E. được kiểm nghiệm trên nhiều trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn nhiều lần. Do vậy, rất cần thiết triển khai nghiên cứu thang điểm này trên địa điểm khác tại Việt Nam và so sánh giá trị của nó với các thang điểm khác.

## V. KẾT LUẬN

Thang điểm MAP(ASH) có giá trị cao trong tiên lượng bệnh nhân chảy máu tiêu hóa trên ngay tại thời điểm nhập viện về nhu cầu can thiệp y khoa (AUC = 0,91 KTC 95%: 0,87 – 0,95), khả năng tái chảy máu (AUC = 0,92, KTC 95%: 0,87 – 0,95) và nguy cơ tử vong (AUC = 0,96 KTC 95%: 0,92 – 0,99) và nên khuyến cáo áp dụng trong thực hành lâm sàng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ali A. Alali 1 a. A. N. B.** An update on the management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology Report.* 2023, 11, 1 - 18.
2. **Van Leerdam, Vreeburg, Rauws, et al.** Acute Upper GI Bleeding: Did Anything Change? Time Trend Analysis of Incidence and Outcome of

- Acute Upper GI Bleeding Between 1993/1994 and 2000. *The American of Gastroenterology.* 2003, 98, 1495 - 1499.
3. **Laine L., Barkun A. N., Saltzman J. R., et al.** ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG.* 2021, 116 (5), 899-917.
  4. **Redondo-Cerezo E., Vadillo-Calles F., Stanley A. J., et al.** MAP(ASH): A new scoring system for the prediction of intervention and mortality in upper gastrointestinal bleeding. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2020, 35 (1), 82 - 89.
  5. **Đào Xuân Lâm, Trần Xuân Linh, Bùi Nhuận Quý, et al.** Nhận xét thang điểm Rockall và Blatchford trong việc đánh giá tiên lượng bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2010, 14, 8- 14.
  6. **Quách Tiên Phong, Quách Trọng Đức, Lê Thành Lý.** Thang điểm Glasgow Blatchford cải tiến trong dự đoán kết cục lâm sàng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên. *Y học TP. Hồ Chí Minh.* 2015, 5, 9 - 17.
  7. **Bozkurt S., Köse A., Arslan E. D., et al.** Validity of modified early warning, Glasgow Blatchford, and pre-endoscopic Rockall scores in predicting prognosis of patients presenting to emergency department with upper gastrointestinal bleeding. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine.* 2015, 23, 1-9.
  8. **Meltzer A. C. K., Joshua C J.** Upper gastrointestinal bleeding: patient presentation, risk stratification, and early management. *Gastroenterology Clinics.* 2014, 43 (4), 665-675.

# HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID TRONG GIẢM ĐAU DỰ PHÒNG VÀ GIẢM ĐAU THEO NHU CẦU KHI PHÁ THAI NỘI KHOA TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Thị Kiều Trang<sup>2</sup>, Phan Thị Hằng<sup>2</sup>,  
Trương Thị Thúy Nga<sup>2</sup>, Võ Minh Tuấn<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phá thai nội khoa trong tam cá nguyệt hai (13–22 tuần) là phương pháp được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam. Tuy nhiên, đau trong quá trình thực hiện vẫn là vấn đề thường gặp và ảnh hưởng đến trải nghiệm của người bệnh. Trong khi chiến lược giảm đau theo nhu cầu được sử dụng phổ biến, bằng chứng về hiệu quả của giảm đau dự phòng bằng NSAID trong bối cảnh này còn hạn chế. **Mục**

**tiêu:** So sánh hiệu quả kiểm soát đau giữa hai chiến lược: giảm đau dự phòng bằng NSAID và giảm đau theo nhu cầu trong phá thai nội khoa từ 13–22 tuần. **Phương pháp:** Thiết kế thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (RCT), thực hiện tại Bệnh viện Hùng Vương từ tháng 11/2024 đến tháng 04/2025. Có 180 thai phụ đủ tiêu chuẩn được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm: nhóm NSAID dự phòng (uống Diclofenac 50 mg trước khi dùng Misoprostol và lặp lại mỗi 8 giờ), và nhóm giảm đau theo nhu cầu (chỉ dùng Diclofenac khi đau). Mức độ đau được đánh giá qua thang điểm VAS. **Kết quả:** Điểm đau trung bình (VAS) trong nhóm NSAID dự phòng thấp hơn rõ rệt so với nhóm điều trị theo nhu cầu ( $4,60 \pm 1,61$  so với  $5,84 \pm 1,73$ ;  $p < 0,001$ ). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các thời điểm đo. Tỷ lệ xảy ra thành công cao ở cả hai nhóm (>97%), không có khác biệt về thời gian ra thai hoặc mất máu. **Kết luận:** Giảm đau dự phòng bằng NSAID là chiến lược hiệu quả và an toàn, giúp giảm

<sup>1</sup>Trường Y, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Hùng Vương Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhantuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 28.7.2025

đáng kể mức độ đau trong phá thai nội khoa từ 13–22 tuần mà không ảnh hưởng đến kết quả phá thai. Chiến lược này nên được cân nhắc áp dụng trong thực hành lâm sàng nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện.

## SUMMARY

### EFFECTIVENESS OF NSAIDS FOR PREVENTIVE AND ON-DEMAND PAIN RELIEF IN MEDICAL ABORTION AT HUNG VUONG HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

**Background:** Second-trimester medical abortion (13–22 weeks) is widely practiced in Vietnam. However, pain during the procedure remains a common concern, affecting patients' experience and cooperation. While on-demand analgesia is commonly used, evidence on the effectiveness of preventive NSAID-based pain control in this setting is limited. **Objective:** To compare the effectiveness of preventive NSAID analgesia versus on-demand pain management in second-trimester medical abortion. **Methods:** A randomized controlled trial (RCT) was conducted at Hung Vuong Hospital from November 2024 to April 2025. A total of 180 eligible pregnant women were randomly assigned to either the preventive group (received Diclofenac 50 mg orally one hour before Misoprostol, repeated every 8 hours) or the on-demand group (received Diclofenac only upon request). Pain was assessed using the Visual Analog Scale (VAS) at five intervals and at the time of fetal expulsion. Abortion success rate and adverse effects were also recorded. **Results:** The mean pain score (VAS) was significantly lower in the preventive group compared to the on-demand group ( $4.60 \pm 1.61$  vs.  $5.84 \pm 1.73$ ;  $p < 0.001$ ). Statistically significant differences were observed at all assessment points. Both groups achieved high abortion success rates (>97%), with no significant differences in time to expulsion or blood loss. **Conclusion:** Preventive NSAID-based analgesia is effective and safe for pain control in second-trimester medical abortion. This strategy significantly reduces pain without compromising abortion outcomes and should be considered for routine clinical practice to improve patient-centered care.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phá thai nội khoa từ 13–22 tuần tuổi là một phương pháp sử dụng thuốc nhằm chấm dứt thai kỳ trong các trường hợp thai bất thường, thai lưu hoặc khi thai kỳ gây nguy cơ cho sức khỏe của người mẹ. Phương pháp này sử dụng phối hợp Mifepristone và Misoprostol, và đã được Bộ Y tế Việt Nam đưa vào Hướng dẫn quốc gia về sức khỏe sinh sản từ năm 2002. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã khuyến cáo rộng rãi việc sử dụng phác đồ này vì tính hiệu quả cao và mức độ xâm lấn thấp[1]. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân thường phải chịu đựng các cơn đau với mức độ từ trung bình đến nặng trong quá trình phá thai ở tam cá nguyệt thứ hai. Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận

rằng có đến 78,4% phụ nữ trải qua mức độ đau đáng kể trong quy trình này [2]. Cơn đau không chỉ là một triệu chứng về mặt thể chất mà còn là yếu tố ảnh hưởng lớn đến tâm lý, mức độ hợp tác điều trị và sự hài lòng của người bệnh. Vì vậy, việc kiểm soát cơn đau đóng vai trò thiết yếu trong chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân.

Trong thực hành lâm sàng hiện nay, có hai chiến lược kiểm soát đau chính được sử dụng. Một là giảm đau theo nhu cầu, tức là nhân viên y tế sẽ sử dụng thuốc giảm đau khi bệnh nhân yêu cầu do cảm thấy đau rõ rệt. Hai là giảm đau dự phòng, trong đó thuốc giảm đau sẽ được dùng từ trước khi cơn đau xuất hiện, nhằm ngăn chặn quá trình dẫn truyền đau lên hệ thần kinh trung ương. Một số nghiên cứu đã chứng minh rằng việc sử dụng thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) theo chiến lược dự phòng có thể giúp giảm đáng kể mức độ đau, làm giảm nhu cầu sử dụng thuốc bổ sung và cải thiện sự hài lòng của bệnh nhân. WHO cũng đã đưa ra khuyến nghị ủng hộ việc sử dụng NSAID trong phá thai nội khoa như một biện pháp hỗ trợ giảm đau hiệu quả.

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả của NSAID trong kiểm soát đau khi phá thai trong ba tháng đầu. Tuy nhiên, bằng chứng liên quan đến việc áp dụng chiến lược giảm đau dự phòng trong phá thai nội khoa từ 13 đến 22 tuần tuổi thai còn hạn chế. Bệnh viện Hùng Vương là cơ sở y tế tuyến cuối, tiếp nhận và điều trị nhiều trường hợp phá thai ở tuổi thai này. Do đó, việc nghiên cứu đánh giá hiệu quả của chiến lược giảm đau dự phòng bằng NSAID tại đây là cần thiết và mang ý nghĩa thực tiễn cao. Xuất phát từ nhu cầu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu so sánh hiệu quả giảm đau giữa hai chiến lược: giảm đau dự phòng bằng NSAID và giảm đau theo nhu cầu, trong phá thai nội khoa từ 13 đến 22 tuần tại Bệnh viện Hùng Vương, nhằm trả lời câu hỏi nghiên cứu: "*Liệu chiến lược giảm đau dự phòng bằng NSAID có giúp làm giảm mức độ đau so với điều trị giảm đau theo nhu cầu trong phá thai nội khoa từ 13 – 22 tuần tại Bệnh viện Hùng Vương không?*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Thai phụ mang thai từ 13 – 22 tuần có chỉ định phá thai nội khoa tại khoa Phụ nội - Nội tiết, Bệnh viện Hùng Vương Thành phố Hồ Chí Minh vào thời điểm nghiên cứu và thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

**Tiêu chuẩn lựa chọn.** Các thai phụ được chọn tham gia nghiên cứu là các thai phụ từ 18 tuổi trở lên, không mắc bệnh tâm thần, có tuổi

thai từ 13 đến 22 tuần với các chỉ định như thai lưu, dị tật thai nhi có chỉ định chấm dứt thai kỳ, hoặc phá thai tự nguyện sau khi đã được tư vấn đầy đủ và hiểu rõ quy trình thực hiện phá thai. Thai phụ phải có khả năng nghe hiểu và đọc hiểu tiếng Việt, có sức khỏe và trạng thái tinh thần ổn định để tham gia phỏng vấn, đồng thời tự nguyện đồng ý tham gia sau khi được cung cấp thông tin và giải thích rõ về mục tiêu nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Nghiên cứu này loại trừ những thai phụ có thai từ 13 đến 22 tuần nhưng mắc các tình trạng có thể gây nguy cơ hoặc chống chỉ định đối với phá thai nội khoa. Cụ thể, các đối tượng bị loại trừ bao gồm: (1) phụ nữ có bệnh lý nội khoa có chống chỉ định với phá thai bằng thuốc như rối loạn đông máu, đang sử dụng thuốc kháng đông, hoặc thiếu máu mức độ trung bình đến nặng; (2) người có bệnh lý tim mạch; (3) người mắc các bệnh nội khoa như suy thận, rối loạn tuyến thượng thận, hen phế quản nặng, bệnh lý gan mật hoặc tăng nhãn áp; (4) người đang bị viêm nhiễm vùng chậu hoặc viêm đường sinh dục cấp tính; (5) người có vết mổ cũ trên tử cung; (6) người có các bất thường giải phẫu như u tiền đạo, nhau tiền đạo trung tâm hoặc tử cung dị dạng; và (7) những thai phụ có tiền sử dị ứng với bất kỳ thành phần nào trong phác đồ điều trị, bao gồm NSAID, Mifepristone hoặc Misoprostol.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Hùng Vương Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2024 đến tháng 04/2025.

**Cỡ mẫu và chọn mẫu.** Cỡ mẫu được tính theo công thức so sánh hai trung bình, với điểm đau trung bình của nhóm can thiệp trong nghiên cứu của tác giả Mahboobeh Shirazi [3] là  $1,9 \pm 0,8$  và điểm đau trung bình của nhóm chứng là  $2,3 \pm 1,0$ . Ước lượng tỷ lệ mất mẫu trong nghiên cứu là 10% nên cỡ mẫu tối thiểu cần khảo sát trong nghiên cứu là 90 thai phụ cho nhóm can thiệp và 90 thai phụ cho nhóm chứng.

### Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Chọn đối tượng đưa vào sàng lọc  
 Bước 2: Thông tin và mời đối tượng tham gia nghiên cứu  
 Bước 3: Phỏng vấn tại phòng khám Phụ nội - Nội tiết

Bước 4: Khám sản phụ khoa  
 Bước 5: Phân nhóm nghiên cứu  
 Bước 6: Phác đồ sử dụng

- Các thai phụ sẽ được chuẩn bị phá thai nội

khoa theo quy trình chung của bệnh viện.

- Nhóm can thiệp: Thai phụ được uống một viên Diclofenac 50 mg (Voltaren®) trước một giờ so với thời điểm dùng liều Misoprostol đầu tiên, sau đó lặp lại mỗi 8 giờ trong vòng 24 giờ hoặc cho đến khi thai sẩy thì ngưng. Liều Misoprostol được điều chỉnh tùy theo tuổi thai và theo phác đồ của bệnh viện.

- Nhóm chứng: Thai phụ được sử dụng Misoprostol theo phác đồ của Bệnh viện Hùng Vương tùy theo tuổi thai và theo phác đồ của bệnh viện. Thuốc giảm đau Diclofenac 50 mg (Voltaren®) chỉ được sử dụng khi bệnh nhân cảm thấy đau và yêu cầu hỗ trợ giảm đau.

Bước 7: Theo dõi quá trình điều trị, thu thập số liệu điểm đau và ghi nhận tác dụng phụ mỗi 3 tiếng cho đến khi ra thai.

Bước 8: Khám lâm sàng trước khi xuất viện

Bước 9: Phân tích giữa kỳ. Phân tích giữa kỳ được thực hiện 01 lần sau khi thu đủ 45 mẫu mỗi nhóm, nhằm đánh giá tính công bằng trong phân bố ngẫu nhiên. Căn cứ vào kết quả phân tích giữa kỳ để tiếp tục nghiên cứu hoặc có điều chỉnh nếu cần.

Bước 10: Phân tích và xử lý số liệu cuối kỳ.

**Xử lý số liệu.** Các dữ liệu sau khi thu tập sẽ được nhập bằng phần mềm KoboToolbox và phân tích số liệu bằng phần mềm R. Phân tích so sánh giữa hai nhóm sử dụng kiểm định Chi bình phương hoặc kiểm định chính xác Fisher cho biến định tính, và kiểm định t-test cho biến định lượng. Mọi phân tích đều được thực hiện với độ tin cậy 95% và ngưỡng ý nghĩa thống kê là  $p < 0,05$ .

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được cho phép của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Hùng Vương theo Quyết định số 5504/HĐĐĐ-BVHV ngày 01 tháng 10 năm 2024.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm dân số - kinh tế - xã hội của đối tượng nghiên cứu (N=180)**

Đặc điểm	Điều trị theo nhu cầu (n=90)	Dự phòng (n=90)	p-value #
	Tần số (%)	Tần số (%)	
<b>Phân nhóm tuổi mẹ</b>			
≤ 30	44 (48,9)	48 (53,3)	0,436
31 – 40	35 (38,9)	36 (40,0)	
≥ 41	11 (12,2)	6 (6,7)	
<b>Tình trạng hôn nhân</b>			
Chưa kết hôn	16 (17,8)	17 (18,9)	0,982
Kết hôn	74 (82,2)	73 (81,1)	
<b>Phân nhóm BMI của mẹ</b>			
Bình thường	58 (64,4)	66 (73,3)	0,266*

Nhẹ cân	9 (10,0)	4 (4,0)	
Thừa cân	23 (25,6)	20 (22,3)	
<b>Tiền sử sản khoa</b>			
Chưa sinh	49 (54,4)	49 (54,4)	1
Đã sinh	41 (45,6)	41 (45,6)	
<b>Tuổi thai tại thời điểm can thiệp</b>			
13 – 18 tuần	51 (56,7)	46 (51,1)	0,55
18 – 22 tuần	39 (43,3)	44 (48,9)	
<b>Lý do chấm dứt thai kỳ</b>			
Dị tật	46 (51,1)	47 (54,4)	0,779
Thai lưu	23 (25,6)	19 (21,1)	
Thai ngoài ý muốn	21 (23,3)	24 (24,5)	

#Kiểm định Chi bình phương;

\*Kiểm định chính xác Fisher

Kết quả từ Bảng 1 cho thấy tuổi giữa hai nhóm cho thấy phân bố độ tuổi của thai phụ tương đồng. Hơn 80% đối tượng trong cả hai nhóm đã kết hôn. Về chỉ số khối cơ thể (BMI), nhóm có BMI trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (68,9%). Tuổi thai tại thời điểm can thiệp cũng tương đương giữa hai nhóm, với phân bố tương đối đồng đều ở các mốc 13–18 tuần và 18–22 tuần. Nguyên nhân chấm dứt thai kỳ chủ yếu là do dị tật thai nhi, chiếm hơn 50% và phân bố cân đối giữa hai nhóm. Nhìn chung, sự tương đồng về đặc điểm nền của hai nhóm góp phần đảm bảo tính đồng nhất ban đầu, tạo điều kiện thuận lợi cho việc so sánh hiệu quả giữa hai chiến lược giảm đau.

**Bảng 2. Mức độ đau theo thang điểm VAS của đối tượng nghiên cứu giữa phác đồ sử dụng NSAID dự phòng và phác đồ điều trị theo nhu cầu (N=180)**

Đặc điểm	Điều trị theo nhu cầu n=90	Dự phòng n=90	p-value*
	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC	
Điểm VAS lần 1	4,18 ± 2,13	2,83 ± 1,76	<0,001
Điểm VAS lần 2	5,08 ± 1,98	3,65 ± 1,81	<0,001
Điểm VAS lần 3	5,40 ± 2,21	4,10 ± 1,85	0,005
Điểm VAS lần 4	5,26 ± 1,89	4,15 ± 1,75	0,029
Điểm VAS lần 5	5,52 ± 1,81	3,95 ± 2,06	0,013
Điểm VAS khi ra thai	7,52 ± 1,79	6,70 ± 2,17	0,006
Điểm VAS trung bình	5,84 ± 1,73	4,60 ± 1,61	<0,001

\*Kiểm định t-test

Mức độ đau được đánh giá thông qua thang điểm VAS tại nhiều thời điểm trong quá trình phá thai nội khoa cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (Bảng 2). Cụ thể, điểm VAS trung bình tại từng thời điểm (VAS lần 1 đến VAS lần 5) và tại thời điểm ra thai đều thấp hơn đáng kể ở nhóm dự phòng so với nhóm điều trị

theo nhu cầu. Điểm VAS trung bình toàn quá trình ở nhóm dự phòng là 4,60 ± 1,61, thấp hơn so với 5,84 ± 1,73 ở nhóm theo nhu cầu, với mức chênh lệch trung bình là 1,24 ± 1,67 (p<0,001).

**Bảng 3. Hiệu quả sẩy thai giữa hai phác đồ giảm đau (N=180)**

Đặc điểm	Điều trị theo nhu cầu (n=90)	Dự phòng (n=90)
	TB±ĐLC	TB±ĐLC
<b>Tổng liều Voltaren sử dụng (mg)</b>	0,167 ± 0,877	1,74 ± 0,733
<b>Cân nặng của thai (g)</b>	182 ± 126	190 ± 131
	<b>Tần số (%)</b>	<b>Tần số (%)</b>
<b>Hiệu quả sẩy thai</b>		
Thành công	89 (98,9)	88 (97,8)
Thất bại	1 (1,1)	2 (2,2)
<b>Thời điểm ra thai</b>		
≤ 12 giờ	65 (72,2)	63 (70,0)
>12 giờ	25 (27,8)	27 (30,0)

Bảng 3 cho thấy tổng liều Voltaren sử dụng trung bình trong nhóm điều trị dự phòng là 1,74 ± 0,733 mg, cao hơn đáng kể so với nhóm điều trị theo nhu cầu (0,167 ± 0,877 mg). Cân nặng trung bình của thai ở nhóm điều trị theo nhu cầu là 182 ± 126 gram, so với 190 ± 131 gram ở nhóm dự phòng. Tỷ lệ sẩy thai thành công rất cao ở cả hai nhóm. Thời điểm ra thai chủ yếu nằm trong khoảng ≤ 12 giờ sau dùng thuốc ở hơn 70% thai phụ của cả hai nhóm.

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của thai phụ trong nghiên cứu là khoảng 31 tuổi, phù hợp với độ tuổi sinh sản phổ biến tại Việt Nam. So với các nghiên cứu như nghiên cứu của Fiala và cộng sự năm 2005 [4], tuổi thai phụ ở đây cao hơn, phản ánh đặc điểm dân số trong nước – nơi phá thai chủ yếu do dị tật hoặc thai lưu, thay vì phá thai tự nguyện sớm. Phần lớn bệnh nhân dưới 30 tuổi và đa số cư trú tại các tỉnh ngoài TP.HCM, phù hợp với vai trò tuyến cuối của Bệnh viện Hùng Vương. Việc đến muộn hơn do chờ kết quả chẩn đoán hoặc chuyển tuyến có thể làm tăng tuổi thai và mức độ đau. Phân tích BMI cho thấy đa số bệnh nhân có chỉ số bình thường (68,9%), không có khác biệt đáng kể giữa hai nhóm (p = 0,266). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Shirazi cộng sự (2022) [5], cho thấy BMI không phải là yếu tố tiên lượng quan trọng đối với mức độ đau hay hiệu quả kiểm soát đau trong bối cảnh phá thai nội khoa. Mặc dù giả thuyết ban đầu cho rằng các đặc điểm sản khoa như tiền

cần sinh đẻ, phá thai hay sẩy thai có thể ảnh hưởng đến cảm nhận đau, kết quả nghiên cứu cho thấy các yếu tố này không có tác động rõ rệt. Điều này cho thấy trải nghiệm sinh đẻ trước đó không quyết định mức độ cảm nhận đau, nhấn mạnh nhu cầu tiếp cận chủ động hơn trong chăm sóc và xây dựng các chương trình tư vấn giảm đau toàn diện, phù hợp cho mọi thai phụ, bất kể tiền sử sản khoa.

Đau bụng là một tác dụng phụ phổ biến trong phá thai nội khoa. Tuy nhiên, các phác đồ giảm đau hiện nay còn chưa thống nhất, một phần do lo ngại NSAID có thể ức chế prostaglandin và ảnh hưởng đến hiệu quả của Misoprostol. Nghiên cứu của Fiala cộng sự (2005) cho thấy sử dụng Diclofenac đồng thời với Misoprostol không làm giảm hiệu quả gây co bóp và tổng xuất thai. Nghiên cứu này cũng ghi nhận NSAID có thể làm giảm nhu cầu sử dụng opioid so với paracetamol-codein, dù không thấy sự khác biệt đáng kể về điểm đau trung bình giữa hai nhóm. Dựa trên bằng chứng đó, chúng tôi lựa chọn Diclofenac đường uống (Voltaren® 50 mg) vì dễ tuân thủ, ít gây rối loạn tiêu hóa hơn so với dạng đặt hậu môn, đặc biệt khi Misoprostol được dùng qua đường ngậm má. Liều dùng được thiết kế thấp hơn Fiala (100 mg/ngày so với 150 mg/ngày), nhưng được lặp lại đều mỗi 8 giờ để duy trì hiệu quả giảm đau. Đây là thử nghiệm lâm sàng đầu tiên tại Việt Nam đánh giá chiến lược giảm đau dự phòng trong phá thai nội khoa 3 tháng giữa.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm dự phòng có điểm đau trung bình (VAS) thấp hơn đáng kể so với nhóm theo nhu cầu ( $4,6 \pm 1,61$  so với  $5,84 \pm 1,73$ ), tỷ lệ đau nặng (VAS  $\geq 7$ ) cũng giảm rõ rệt (8,9% so với 25,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các thời điểm đánh giá, đặc biệt rõ rệt trong 2 lần đầu (VAS lần 1 và 2 chênh lệch trung bình 1,5 điểm), khẳng định hiệu quả của NSAID khi dùng sớm trước khi cơn đau xuất hiện. Điều này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế: Avraham cộng sự (2012)[6], Dragoman cộng sự (2016) [7], Tintara cộng sự (2018), và Shirazi cộng sự (2022) [5] đều ghi nhận hiệu quả vượt trội của NSAID dự phòng trong giảm đau và cải thiện trải nghiệm điều trị so với thuốc giảm đau theo nhu cầu.

Về cơ chế, NSAID ức chế tổng hợp prostaglandin – chất trung gian gây đau trong phá thai nội khoa – giúp giảm cường độ đau mà không cản trở sự co thắt cần thiết của tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau liều Misoprostol thứ 3, mức độ đau thường tăng mạnh do thuốc đạt nồng độ tối ưu gây co bóp,

và khoảng thời gian này cũng là thời điểm bệnh nhân sẩy thai nhiều nhất, tương tự kết quả của Vũ Văn Dư (2023) [8]. Tuy nhiên, điểm đau trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn cao hơn so với một số nghiên cứu quốc tế. Nguyên nhân có thể do liều Diclofenac khởi đầu thấp hơn, hoặc do đặc điểm tâm lý và hoàn cảnh đặc thù. Phần lớn thai phụ trong nghiên cứu phá thai vì lý do y khoa như dị tật hoặc thai lưu, nên trải nghiệm đau mang tính chất phức hợp giữa thể chất và tinh thần. Các yếu tố như tuổi, tiền sử sinh nở, lo âu, ngưỡng đau cá nhân hay mức độ hỗ trợ tâm lý đều có thể ảnh hưởng đến nhận thức đau. Hiện chưa có công cụ chuẩn hóa để đo lường đau tinh thần, trong khi đây là yếu tố rất quan trọng ảnh hưởng đến cảm nhận tổng thể. Do đó, ngoài kiểm soát đau bằng thuốc, việc đảm bảo hỗ trợ tâm lý và chăm sóc nhân văn trong quá trình phá thai là thiết yếu, góp phần cải thiện trải nghiệm điều trị một cách toàn diện.

Kiểm soát đau hiệu quả trong phá thai nội khoa ở tam cá nguyệt hai là một vấn đề lâm sàng quan trọng nhưng còn nhiều tranh cãi. Trước đây, việc sử dụng NSAID thường bị hạn chế do lo ngại ảnh hưởng đến hiệu quả của Misoprostol. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây như của Fiala (2005), Avraham (2012), Dragoman (2016) và Shirazi (2022) đã chứng minh NSAID không làm giảm hiệu quả sẩy thai mà còn giúp giảm điểm đau, nhu cầu opioid và cải thiện trải nghiệm điều trị. Việc lựa chọn Diclofenac đường uống phù hợp với điều kiện thực hành tại Việt Nam, dễ sử dụng và ít tác dụng phụ. Tuy nhiên, liều dùng trong nghiên cứu thấp hơn một số nghiên cứu quốc tế, có thể giới hạn hiệu quả giảm đau tối đa. Ngoài yếu tố thuốc, cảm nhận đau còn chịu ảnh hưởng bởi yếu tố tâm lý, ngưỡng đau cá nhân và bối cảnh chấm dứt thai kỳ do lý do y khoa, điều vốn chưa được đo lường đầy đủ qua thang điểm VAS. Dữ liệu từ nhiều nghiên cứu cũng cho thấy NSAID không ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công phá thai, lượng máu mất hoặc thời gian ra thai. Vì vậy, chiến lược giảm đau dự phòng bằng NSAID có thể được xem là an toàn và hiệu quả.

**Điểm mạnh và tính ứng dụng:** Nghiên cứu được thiết kế dưới dạng thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (RCT), giúp hạn chế sai lệch và tăng độ tin cậy khi so sánh hai chiến lược giảm đau. Hai nhóm có đặc điểm dân số học và lâm sàng tương đồng, góp phần loại bỏ các yếu tố gây nhiễu. Đây là một trong những nghiên cứu tại Việt Nam đánh giá giảm đau chủ động bằng NSAID trong phá thai nội khoa ba tháng giữa, cung cấp bằng chứng thực tiễn giúp

bác sĩ tư vấn lựa chọn phương pháp giảm đau phù hợp. Kết quả cũng gợi ý xây dựng quy trình cá thể hóa giảm đau, đặc biệt cho thai phụ lo âu hoặc nhạy cảm với đau, nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc toàn diện.

**Điểm hạn chế:** Nghiên cứu không thể làm mù do đặc thù thuốc nội trú, có thể gây hiệu ứng kỳ vọng và ảnh hưởng đến cảm nhận đau. Thang đo VAS vẫn mang tính chủ quan và chịu ảnh hưởng bởi tâm lý và ngưỡng đau cá nhân. Liều Misoprostol được điều chỉnh linh hoạt theo lâm sàng, gây dao động nhất định. Ngoài ra, liều NSAID sử dụng (Voltaren 50 mg) thấp hơn so với quốc tế để đảm bảo an toàn, tuy nhiên có thể làm giảm hiệu quả giảm đau ban đầu.

## V. KẾT LUẬN

Chiến lược giảm đau dự phòng bằng NSAID cho thấy hiệu quả vượt trội trong kiểm soát đau trong phá thai nội khoa từ 13–22 tuần. Nhóm sử dụng NSAID dự phòng có điểm đau trung bình (VAS) thấp hơn đáng kể so với nhóm dùng thuốc theo nhu cầu, với chênh lệch rõ rệt ở tất cả các thời điểm đánh giá. Kết quả này ủng hộ việc áp dụng NSAID dự phòng như một lựa chọn hiệu quả trong chăm sóc giảm đau toàn diện cho thai phụ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Abortion care guideline: executive summary 2022.
2. **Radeva S.** Prevention of Induced Abortion-Effect on Pain. Systematic Review of a Database. International Journal of Multidisciplinary Research and Analysis. January 2024;7(1):155-8.

3. **Mahboobeh S, Fatemeh A, Mamak S, Reihaneh P, Nafiseh S.** Pain Control of Medical Abortion with Misoprostol in the First Trimester of Pregnancy. Gynecol Obstet (Sunnyvale). 2017;7(449):2161-0932.1000449.
4. **Fiala C, Swahn ML, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K.** The effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on medical abortion with mifepristone and misoprostol at 13-22 weeks gestation. Hum Reprod. 2005; 20(11): 3072-7. Epub 2005/08/02. doi: 10.1093/humrep/dei216. PubMed PMID: 16055455.
5. **Mahboobeh S, Torzabab M, Fallah S, Ghaemi M.** Comparing Two Methods of Rectal Diclofenac Administration for Pain Management in Second Trimester Abortion: A Randomized Clinical Trial. 2021.
6. **Avraham S, Gat I, Duvdevani N-R, Haas J, Frenkel Y, Seidman DS.** Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: a double-blind, randomized, controlled study. Fertility and Sterility. 2012;97(3):612-5.
7. **Dragoman MV, Grossman D, Kapp N, Huong NM, Habib N, Dung DL, et al.** Two prophylactic medication approaches in addition to a pain control regimen for early medical abortion < 63 days' gestation with mifepristone and misoprostol: study protocol for a randomized, controlled trial. Reprod Health. 2016;13(1):132. Epub 2016/10/14. doi: 10.1186/s12978-016-0246-5. PubMed PMID: 27733165; PubMed Central PMCID: PMC5062865.
8. **Vũ Văn Du, Phạm Thị Yến.** Hiệu quả của mifepristone phối hợp với misoprostol trong đình chỉ thai nghén 13 tuần đến 22 tuần ở thai phụ chưa có con. Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy. 2023.

## ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA CÁC TÚI NGOẠI BÀO TỪ TẾ BÀO GỐC MÔ MỠ LÊN SỰ TĂNG SINH VÀ DI CƯ CỦA TẾ BÀO UNG THƯ VÚ MCF-7

Lã Thị Huyền<sup>1,2</sup>, Ngô Ngọc Tú<sup>1</sup>, Lê Thị Minh Phúc<sup>1</sup>,  
Hoàng Hồng Hạnh<sup>1</sup>, Trần Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Bùi Văn Ngọc<sup>1,2</sup>,  
Nguyễn Trung Nam<sup>1,2</sup>, Chu Hoàng Hà<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Bối cảnh:** Ung thư vú là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở phụ nữ trên toàn thế giới. Tế bào gốc mô mỡ (ADSCs) đã nổi lên như một nguồn tiềm năng

trong các liệu pháp tái tạo, đặc biệt là trong cấy mô tự thân sau phẫu thuật cắt bỏ khối u. Các nghiên cứu gần đây cho thấy túi ngoại bào (EVs) do ADSCs tiết ra đóng vai trò quan trọng trong giao tiếp tế bào, có thể ảnh hưởng đến hành vi của tế bào ung thư. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm đánh giá tác động của EVs từ ADSCs đến khả năng tăng sinh và di chuyển của tế bào ung thư vú MCF-7. **Phương pháp:** EVs được tách từ môi trường nuôi ADSCs không chứa huyết thanh và được bổ sung vào môi trường nuôi tế bào MCF-7. Thí nghiệm scratch assay được sử dụng để đánh giá khả năng di chuyển của tế bào, trong khi qPCR được dùng để phân tích mức biểu hiện của hai gen điều hòa khung tế bào là CDC42 và RhoA. **Kết quả:** Kết quả scratch assay cho thấy nhóm tế bào được xử lý bằng EVs có tỷ lệ lành vết thương giảm

<sup>1</sup>Viện Sinh học, Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam

<sup>2</sup>Học viện Khoa học và Công nghệ, Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lã Thị Huyền

Email: lthuyen@ibt.ac.vn

Ngày nhận bài: 23.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 28.7.2025