

Có 47/67 (71,2%) trẻ được chỉ định dùng kháng sinh, trong đó có 55,3% đường uống và 44,7% đường tĩnh mạch.

Bệnh nhi được xuất viện khi trẻ cắt sốt, trẻ ăn uống được, không cần hỗ trợ dịch truyền, niêm mạc hết giả mạc, các xét nghiệm chỉ số viêm giảm. Thời gian trung bình điều trị nội trú  $4,1 \pm 1,1$  ngày, thời gian điều trị dài nhất 8 ngày. Thời gian điều trị này tương đương với kết quả nghiên cứu tại Đài Loan của Chen-Wei Huang là  $4,54 \pm 1,92$  ngày [7]. Sau khi ra viện trẻ vẫn tiếp tục được theo dõi các triệu chứng cho đến khi lành hoàn toàn tổn thương. Thời gian trẻ lành thương niêm mạc miệng hoàn toàn là  $10,2 \pm 3,7$  ngày. Đối với tổn thương da cần  $8,7 \pm 2,4$  ngày để lành hoàn toàn. Theo thống kê của tác giả Amir J và cs, thời gian lành tổn thương niêm mạc miệng và ngoài miệng trung bình là 12 ngày[8]. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian ngắn hơn có thể do nhóm bệnh nhân được dùng thuốc kháng virus kết hợp vệ sinh niêm mạc miệng.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh viêm miệng lợi nguyên phát do HSV chủ yếu gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, tập trung nhiều nhất ở nhóm trẻ từ 2-5 tuổi. Ăn uống kém là nguyên nhân chính khiến trẻ nhập viện do bệnh PHGS. Trong nghiên cứu chúng tôi, tất cả bệnh nhi có biểu hiện tổn thương lợi với đặc điểm lâm sàng lợi sưng nề đỏ, dễ chảy máu. Các vị trí tổn thương niêm mạc miệng khác có thể gặp như khẩu cái cứng, họng và lưỡi; ít gặp ở niêm mạc

má và khẩu cái mềm. Các bệnh nhân được chăm sóc, vệ sinh tổn thương niêm mạc và dùng thuốc kháng virus acyclovir liều 20 mg/kg/lần (tối đa 200 mg/lần) X 4 lần/ ngày trong 5- 7 ngày.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The natural history of primary herpes simplex type 1 gingivostomatitis in children - PubMed [Internet].** [cited 2025 Jun 25]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10469407/>
2. **Huang CW, Hsieh CH, Lin MR, Huang YC (2020).** Clinical features of gingivostomatitis due to primary infection of herpes simplex virus in children. *BMC Infect Dis.* 20:782
3. **Birek C, Ficarra G (2006).** The diagnosis and management of oral herpes simplex infection. *Curr Infect Dis Rep.* 8(3):181–8
4. **Heliotis I, Whatling R, Desai S, Visavadia M (2021).** Primary herpetic gingivostomatitis in children. *BMJ.* 375:e065540
5. **Anjaneyan G, Duraisamy P, Pai R (2022).** Primary Herpetic Gingivostomatitis. *Indian Dermatol Online J.*14(1):148–9.
6. **Goldman RD (2016).** Acyclovir for herpetic gingivostomatitis in children. *Can Fam Physician.* 62(5):403–4.
7. **Kuo KC, Huang YH, Chen IL, Huang YC, Li CC, Kuo HC, et al (2014).** Are antibiotics beneficial to children suffering from enterovirus infection complicated with a high C-reactive protein level? *Int J Infect Dis.* 25:100–3.
8. **Amir J, Harel L, Smetana Z, Varsano I (1997).** Treatment of herpes simplex gingivostomatitis with aciclovir in children: a randomised double blind placebo controlled study. *BMJ.* 314(7097):1800–3

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MIFEPRISTONE PHỐI HỢP MISOPROSTOL TRONG ĐÌNH CHỈ THAI TỪ 13 ĐẾN 22 TUẦN TUỔI Ở NHÓM VỊ THÀNH NIÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Vũ Văn Du<sup>1</sup>, Phạm Thị Yến<sup>1</sup>, Nguyễn Bá Thiết<sup>1</sup>,  
Lê Thị Ngọc Hương<sup>1</sup>, Phạm Thị Liễu<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thu Uyên<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hằng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ phối hợp Mifepristone – Misoprostol trong đình chỉ thai nội khoa từ 13 đến 22 tuần tuổi ở nhóm

vị thành niên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu được thực hiện trên 83 thai phụ vị thành niên (10–18 tuổi) có thai từ 13 đến 22 tuần, được đình chỉ thai bằng phác đồ Mifepristone kết hợp Misoprostol tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $16,3 \pm 1,6$  tuổi; tuổi thai trung bình  $17,5 \pm 3,1$  tuần. Tỷ lệ sảy thai thành công đạt 100% với thời gian sảy thai trung bình là  $10,2 \pm 7,1$  giờ. Liều Misoprostol trung bình là  $700 \pm 302$  mcg. Có 29 trường hợp (34,9%) cần can thiệp buồng tử cung sau sảy, chủ yếu do rau không bong hết hoặc chảy máu kéo dài. Tác dụng phụ gặp ở 13,3% trường hợp, phổ

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hằng

Email: nguyennamhmu26@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

biến là sốt nhẹ (9,6%) và buồn nôn (3,6%). Tuổi thai càng lớn thì liều thuốc và thời gian sảy thai càng tăng, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Phác đồ Mifepristone phối hợp Misoprostol là phương pháp hiệu quả và an toàn trong đình chỉ thai từ 13-22 tuần ở nhóm vị thành niên.

**Từ khoá:** Vị thành niên, phá thai nội khoa, đình chỉ thai nghén, phối hợp Mifepristone – Misoprostol

## SUMMARY

### EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF MIFEPRISTONE COMBINED WITH MISOPROSTOL FOR MEDICAL TERMINATION OF PREGNANCY BETWEEN 13 AND 22 WEEKS IN ADOLESCENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objective:** To evaluate the effectiveness and safety of the combined Mifepristone–Misoprostol regimen for medical termination of pregnancy between 13 and 22 weeks of gestation in adolescents.

**Subjects and Methods:** This retrospective cross-sectional study was conducted on 83 adolescent pregnant patients (aged 10–18 years) with pregnancies from 13 to 22 weeks, who underwent medical abortion using the Mifepristone–Misoprostol regimen at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2021 to May 2024. **Results:** The mean age was  $16.3 \pm 1.6$  years, and the mean gestational age was  $17.5 \pm 3.1$  weeks. The abortion success rate was 100%. The average dose of Misoprostol was  $700 \pm 302$  mcg, and the mean expulsion time was  $10.2 \pm 7.1$  hours. A total of 29 cases (34.9%) required post-abortion uterine intervention, mainly due to retained placenta or prolonged bleeding. Adverse effects occurred in 13.3% of cases, most commonly mild fever (9.6%) and nausea (3.6%). Higher gestational age was significantly associated with higher Misoprostol dose and longer expulsion time ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The Mifepristone–Misoprostol regimen is a safe and effective method for terminating pregnancies between 13 and 22 weeks in adolescents. **Keywords:** Adolescents, pregnancy termination, medical abortion, Mifepristone – Misoprostol combination.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là một trong năm quốc gia có tỷ lệ phá thai cao nhất thế giới và đứng đầu khu vực Đông Nam Á về phá thai ở tuổi vị thành niên<sup>1</sup>. Tình trạng mang thai ngoài ý muốn ở nhóm tuổi này phần lớn bắt nguồn từ thiếu hụt kiến thức về sức khỏe sinh sản, tâm lý e ngại và rào cản trong tiếp cận các dịch vụ y tế phù hợp<sup>2</sup>. Đáng chú ý, đa số các trường hợp phát hiện khi thai đã lớn, đặc biệt sau 12 tuần. Đình chỉ thai trong giai đoạn 13-22 tuần ở lứa tuổi này đặt ra nhiều thách thức do các cơ quan sinh dục chưa hoàn thiện về mặt giải phẫu và chức năng, làm tăng nguy cơ biến chứng như chảy máu, sót rau, nhiễm trùng và tổn thương đường sinh dục<sup>2</sup>. Phá thai tự bằng phác đồ nội khoa phối hợp

Mifepristone – Misoprostol đã được áp dụng rộng rãi tại các quốc gia có hệ thống y tế phát triển, giúp thay thế các phương pháp can thiệp như nạo, gắp thai<sup>3,4</sup>. Tại Việt Nam, từ năm 2016, Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản, trong đó cập nhật phác đồ sử dụng Mifepristone và Misoprostol đình chỉ thai từ 13 đến 22 tuần<sup>5</sup>. Phác đồ này dần được triển khai tại nhiều cơ sở y tế, bao gồm Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tuy nhiên, các dữ liệu hiện có tập trung chủ yếu vào phụ nữ trưởng thành và còn rất ít nghiên cứu đánh giá về hiệu quả phác đồ này trên đối tượng trẻ vị thành niên. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá hiệu quả của phác đồ Mifepristone phối hợp Misoprostol trong đình chỉ thai từ 13 đến 22 tuần ở nhóm vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên các thai phụ vị thành niên có tuổi thai từ 13 đến 22 tuần, được đình chỉ thai nghén nội khoa bằng phác đồ Mifepristone kết hợp với Misoprostol tại khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2025.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Thai phụ từ 10 đến 18 tuổi.
- Có một thai sống trong tử cung. Tuổi thai từ 13 đến 22 tuần theo chu kỳ kinh cuối hoặc đường kính lưỡng đỉnh từ 20-52mm trên siêu âm.
- Tự nguyện xin phá thai, có đơn cam kết có chữ ký người giám hộ.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** - Có sẹo mổ cũ ở tử cung hoặc u xơ cơ tử cung, tử cung dị dạng.

- Tiền sử phẫu thuật khối u đường sinh dục dưới và cổ tử cung.
- Dị ứng hoặc có chống chỉ định với Mifepristone hoặc Misoprostol.
- Mặc các bệnh mạn tính hoặc ác tính không ổn định (tim mạch, gan, thận, phổi, rối loạn đông máu, tâm thần, ung thư...).
- Đã can thiệp bằng bất kỳ phương pháp đình chỉ thai nào trước đó trong thai kỳ hiện tại.
- Thiếu thông tin trong hồ sơ bệnh án.

**Thiết kế và cỡ mẫu nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu. Có tổng cộng 83 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

**Các biến số.** Các thông tin về đặc điểm đối tượng nghiên cứu, tuổi thai, liều Misoprostol gây

sẩy thai, thời gian sẩy thai, lý do can thiệp buồng tử cung sau sẩy, các tác dụng phụ...

**Phân tích số liệu.** Dữ liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn; biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa các nhóm sử dụng kiểm định Chi-square hoặc Fisher. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với  $p < 0,05$ .

**Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Phụ sản Trung ương phê duyệt. Toàn bộ thông tin thu thập được bảo mật tuyệt đối, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học, không sử dụng cho bất kỳ mục đích cá nhân hoặc thương mại nào.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=83)**

Biến số	Nhóm phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Tuổi TB</b>		16,3 $\pm$ 1,6	
<b>Nghề nghiệp</b>	Học sinh	73	88,0
	Sinh viên	4	4,8
	Công nhân	1	1,2
	Lao động tự do	5	6,0
<b>Tuổi thai TB</b>		17,5 $\pm$ 3,1 tuần	
<b>Nhóm tuổi thai</b>	13-15	26	31,3
	16-18	25	30,1
	19-22	32	38,6

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 16,3  $\pm$  1,6 tuổi. Nghề nghiệp chủ yếu là học sinh (88%), còn lại số lượng ít sinh viên, công nhân và lao động tự do. Tuổi thai trung bình tại thời điểm đình chỉ thai là 17,5  $\pm$  3,1 tuần. Thai kỳ được chia thành ba nhóm tuổi thai, trong đó nhóm 19-22 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (38,6%), tiếp đến là nhóm 13-15 tuần (31,3%) và 16-18 tuần (30,1%).

**Bảng 2. Kết quả điều trị của phác đồ (n=83)**

Chỉ số đánh giá	Giá trị
Tỷ lệ sẩy thai thành công	100%
Liều Misoprostol trung bình	700 $\pm$ 302 mcg (200-2000)
Thời gian sẩy thai	10,2 $\pm$ 7,1 giờ (2,1-49,5)
Thời gian số rau	0,25 $\pm$ 0,24 giờ (0-1,5)
Số ca cần can thiệp buồng tử cung	29/83 (34,9%)

**Nhận xét:** Toàn bộ các trường hợp đều sẩy thai thành công sau sử dụng phác đồ Mifepristone kết hợp Misoprostol. Liều Misoprostol trung bình là 700  $\pm$  302 mcg. Thời gian sẩy thai trung bình là 10,2  $\pm$  7,1 giờ, trong

khí thời gian số rau trung bình là 0,25  $\pm$  0,24 giờ. Có 29 trường hợp (34,9%) cần can thiệp buồng tử cung sau sẩy.

**Bảng 3. Lý do can thiệp buồng tử cung sau sẩy thai (n=29)**

Lý do can thiệp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	8	27,6
Rau thiếu	4	13,8
Chảy máu + rau thiếu	13	44,8
Rau không bong	1	3,4
Rau không bong + chảy máu	3	10,3

**Nhận xét:** Trong số các trường hợp cần can thiệp buồng tử cung, lý do phổ biến nhất là chảy máu kết hợp với rau thiếu (44,8%). Các lý do đơn thuần như chảy máu hoặc rau thiếu chiếm tỷ lệ thấp hơn, cùng với một số trường hợp rau không bong hoặc rau chưa bong kèm chảy máu.

**Bảng 4. Tác dụng không mong muốn sau dùng thuốc (n = 83)**

Tác dụng không mong muốn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không gặp	72	86,7
Sốt	8	9,6
Nôn	3	3,6

**Nhận xét:** Phần lớn các đối tượng không có biểu hiện bất thường nào trong quá trình sử dụng thuốc (86,7%). Tác dụng không mong muốn được ghi nhận ở 11/83 trường hợp, trong đó sốt chiếm 9,6% và nôn gặp ở 3,6%.

**Bảng 5. Mối liên quan giữa tuổi thai với liều Misoprostol và thời gian sẩy thai trung bình**

Nhóm tuổi thai (tuần)	Liều Misoprostol TB (mcg)	Thời gian sẩy TB (giờ)
13-15	569	7,07 $\pm$ 2,72
16-18	716	10,29 $\pm$ 8,84
19-22	819	12,63 $\pm$ 7,42
Giá trị p	0,001	0,012

**Nhận xét:** Liều Misoprostol trung bình và thời gian sẩy thai tăng dần theo nhóm tuổi thai, từ 13-15 đến 19-22 tuần. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001$  (liều) và  $p = 0,012$  (thời gian).

### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên nhóm thai phụ vị thành niên, đối tượng đặc biệt nhạy cảm cả về thể chất, tâm lý và xã hội. Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu 16,3  $\pm$  1,6 tuổi, phần lớn là học sinh (88%) và chưa từng sinh con. Ở lứa tuổi này, hệ cơ quan sinh dục chưa hoàn thiện về mặt cấu trúc và chức năng; nhận thức về khả năng sinh sản cũng như kiến thức về chăm sóc

sức khỏe sinh sản còn hạn chế. Việc thiếu hiểu biết về thụ thai, các biện pháp tránh thai và dấu hiệu mang thai cùng các yếu tố tâm lý như lo sợ bị phát hiện, không dám chia sẻ với gia đình khiến nhóm trẻ này thường đến viện khi thai đã to<sup>2</sup>.

Trong nghiên cứu này, tuổi thai trung bình là  $17,5 \pm 3,1$  tuần, với gần 40% trường hợp thuộc nhóm 19–22 tuần. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hà Duy Tiến và cộng sự (2023), với 47,1% ca phá thai ở vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương xảy ra sau 12 tuần<sup>3</sup>. Ở tuổi thai 13–22 tuần, đoạn dưới tử cung chưa hình thành rõ, cổ tử cung dài và chưa có biểu hiện “chín muồi” như chuyển dạ. Trong khi đó, thân tử cung ở giai đoạn này lại kém nhạy cảm với các chất tăng co, làm giảm hiệu quả của thuốc. Khi cổ tử cung chưa chuẩn bị đầy đủ, việc tổng xuất thai có thể không trọn vẹn, dẫn đến sót rau hoặc cần thủ thuật bổ sung<sup>6</sup>.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phác đồ phối hợp Mifepristone – Misoprostol có hiệu quả rất cao, với 100% sẩy thai thành công. Thời gian trung bình từ khi dùng Misoprostol đến sẩy thai là  $10,2 \pm 7,1$  giờ, tương đương với kết quả của Tang và cộng sự (2017) khi nghiên cứu trên nhóm thai 13–22 tuần, với thời gian trung bình là  $9,5 \pm 2,5$  giờ và tỷ lệ thành công 99,2%<sup>7</sup>. Tổng liều Misoprostol trung bình trong nghiên cứu là  $700 \pm 300$  mcg, thấp hơn khuyến cáo của WHO (2022)<sup>6</sup>, nhưng vẫn đạt hiệu quả. Sự khác biệt này có thể do kích thước thai nhỏ hơn so với nhóm phụ nữ trưởng thành ở cùng tuổi thai.

Phần lớn các trường hợp không ghi nhận tác dụng phụ sau khi dùng thuốc (86,7%). Một số biểu hiện như sốt xuất hiện ở 9,6% trường hợp và buồn nôn (3,6%) đều mức độ nhẹ, tự hết và không phải can thiệp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Schaff và cộng sự (2001), khi đánh giá hiệu quả và mức độ dung nạp của phác đồ ở nhóm vị thành niên và cho thấy phần lớn chỉ gặp phản ứng nhẹ<sup>8</sup>. Tuy nhiên, có tới 34% trường hợp trong nghiên cứu này cần can thiệp buồng tử cung sau sẩy thai, chủ yếu do chảy máu kéo dài hoặc rau chưa bong hết. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Tuấn và cộng sự (14%), hay các báo cáo của ACOG (2013) với tỷ lệ <10%<sup>1,4</sup>. Điều này có thể được giải thích do nghiên cứu của các tác giả khác thực hiện trên cả nhóm tuổi thai nhỏ hơn 12 tuần, đồng thời việc nhận định sự cần thiết và quyết định can thiệp buồng tử cung cũng phụ thuộc một phần vào kinh nghiệm của bác sĩ điều trị.

Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi thai và cả liều

Misoprostol trung bình ( $p = 0,001$ ) và thời gian sẩy thai ( $p = 0,012$ ). Tuổi thai càng lớn thì cần liều thuốc cao hơn và thời gian sẩy dài hơn. Kết quả này phù hợp với sinh lý thai kỳ và được ghi nhận trong nhiều tài liệu khác, như hướng dẫn của WHO (2022)<sup>6</sup>.

Nghiên cứu cho thấy phá thai to bằng Mifepristone kết hợp Misoprostol là phương pháp hiệu quả và an toàn trên nhóm vị thành niên nhưng cần chú trọng đến đặc điểm giải phẫu, sinh lý đặc biệt của nhóm này. Tỷ lệ phát hiện thai muộn cao và tỷ lệ can thiệp sau sẩy cũng cho thấy cần cải thiện truyền thông giáo dục sức khỏe sinh sản, tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế thân thiện với vị thành niên, và theo dõi sát sau sẩy để hạn chế biến chứng.

Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn tồn tại một số hạn chế. Đây là nghiên cứu hồi cứu, phụ thuộc vào chất lượng ghi chép trong hồ sơ bệnh án nên có thể thiếu một số thông tin về phản ứng phụ, hoặc cảm nhận của người bệnh. Đồng thời, nghiên cứu không có nhóm so sánh đối chứng, do đó chưa thể kết luận chắc chắn về sự khác biệt hiệu quả giữa các nhóm tuổi, hoặc giữa các phác đồ thay thế. Mặt khác, số lượng mẫu còn tương đối hạn chế, cần có các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định kết quả và làm cơ sở xây dựng phác đồ cá thể hóa cho nhóm vị thành niên phá thai to.

## V. KẾT LUẬN

Phác đồ Mifepristone phối hợp với Misoprostol cho thấy hiệu quả cao và an toàn trong đình chỉ thai nội khoa từ 13 đến 22 tuần ở nhóm vị thành niên, với tỷ lệ sẩy thai thành công đạt 100% và phần lớn không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng. Tuy nhiên, tỷ lệ cần can thiệp buồng tử cung sau sẩy vẫn ở mức cao, chủ yếu do rau không bong hoàn toàn hoặc chảy máu kéo dài. Nghiên cứu cũng ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa tuổi thai với liều Misoprostol và thời gian sẩy thai, qua đó cho thấy tầm quan trọng của việc cá thể hóa phác đồ điều trị theo tuổi thai nhằm nâng cao hiệu quả và giảm nguy cơ biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tuấn NQ, Cường ĐV, Đào LTT.** Nghiên cứu đặc điểm và kết quả phá thai nội khoa của thai phụ vị thành niên. *ctump.* 2021;(43):250-258.
2. **Espinoza C, Samandari G, Andersen K.** Abortion knowledge, attitudes and experiences among adolescent girls: a review of the literature. *Sex Reprod Health Matters.* 28(1):1744225. doi:10.1080/26410397.2020.1744225

3. **Tiến HD, Phương NN, Hiền PTT, Chi BLK, Mai VTN, Yên PH.** Tình hình phá thai ở trẻ vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2022. TC YHDP. 2023;33(4 Phụ bản):53-58. doi:10.51403/0868-2836/2023/1226
4. **ACOG Practice Bulletin No. 135:** Second-trimester abortion. Obstet Gynecol. 2013;121(6):1394-1406. doi:10.1097/01.AOG.0000431056.79334.cc
5. **Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.** Accessed May 20, 2025. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-4128-QĐ-BYT-2016-Huong-dan-quoc-gia-ve-cac-dich-vu-cham-soc-suc-khoe-sinh-san-357665.aspx>
6. **Abortion care guideline.** Accessed May 20, 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
7. **Tang OS, Chan CCW, Ng EHY, Lee SWH, Ho PC.** A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. Hum Reprod. 2003;18(11): 2315-2318. doi:10.1093/humrep/deg475
8. **Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C, et al.** Vaginal misoprostol administered 1, 2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: A randomized trial. JAMA. 2000;284(15):1948-1953. doi:10.1001/jama.284.15.1948

## NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA SẢN PHỤ TIỀN SẢN GIẬT MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Mai Trọng Hưng<sup>1</sup>, Trương Minh Phương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của những sản phụ tiền sản giật được chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả, lựa chọn tất cả các thai phụ tiền sản giật có tuổi thai từ tuần thứ 20 trở đi, có chỉ định đình chỉ thai nghén. **Kết quả:** 97,5% sản phụ tiền sản giật (TSG) có biểu hiện tăng huyết áp, 40,7% có biểu hiện phù trên lâm sàng. Protein niệu xuất hiện ở 91,4% các sản phụ TSG, trong đó protein niệu  $\geq 3g/l$  chiếm 69,1%. Sản phụ TSG nhẹ hầu như không có thay đổi về chỉ số xét nghiệm sinh hóa, huyết học. TSG nặng thường gặp triệu chứng thần kinh (đau đầu) hơn triệu chứng thị giác (nhìn mờ) (32,1% so với 1%). Hầu hết sản phụ TSG nặng có giảm tiểu cầu, tăng men gan. **Kết luận:** Hầu hết các sản phụ TSG có biểu hiện tăng huyết áp và protein niệu, TSG nặng đa số xuất hiện tăng men gan và giảm tiểu cầu.

**Từ khóa:** tiền sản giật, triệu chứng, mổ lấy thai

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PREECLAMPTIC PREGNANCY UNDERGOING C – SECTION AT HANOI OBSTETRICS & GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objective:** Description of clinical and paraclinical symptoms in pregnant women with preeclampsia undergoing cesarean section at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** A descriptive study, selecting all pregnant women with preeclampsia at

gestational age from 20 weeks onward, with indications for pregnancy termination. **Results:** 97,5% of patients with preeclampsia presented with hypertension, while 40,7% exhibited clinical edema. Proteinuria was present in 91,4% of preeclampsia patients, with protein levels  $\geq 3 g/L$  accounting for 69,1% of cases. Patients with mild preeclampsia showed virtually no changes in laboratory parameters. Severe preeclampsia more commonly presents with neurological symptoms (headache) than visual symptoms (blurred vision) (32,1% vs 11,1%). The majority of patients with severe preeclampsia demonstrated thrombocytopenia and elevated liver enzymes. **Conclusion:** Most preeclamptic pregnancy present with hypertension and proteinuria, while severe preeclampsia predominantly manifests with elevated liver enzymes and thrombocytopenia.

**Keywords:** preeclampsia, symptoms, C-section

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là tình trạng bệnh lý do thai nghén gây ra ở nửa sau của thai kỳ, gồm 3 triệu chứng chính: phù, tăng huyết áp và protein niệu. Tiền sản giật gây ra nhiều biến chứng nặng nề không những cho mẹ như sản giật, rau bong non, suy gan, suy thận, thậm chí tử vong; mà còn cho con như: suy thai, thai chậm phát triển trong tử cung, thai chết lưu, đẻ non, trẻ chậm phát triển cả thể chất lẫn tinh thần, tăng gánh nặng cho xã hội sau này.

Tỷ lệ mắc tiền sản giật, cũng như các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng có sự khác nhau giữa từng khu vực trên thế giới. Theo nghiên cứu của tác giả Chappell L.C đã ước tính tỷ lệ mắc bệnh vào khoảng 4%, nhưng theo tác giả Dusse L.M thì tỷ lệ này ở các nước phát triển dao động từ 0,4 – 2,8% và 1,3 – 6,7% ở các nước đang phát triển. Tiền sản giật trong thời kỳ thai

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Trọng Hưng

Email: dr.hungpshn1@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025