PHÁ THAI

# Các khái niệm cơ bản

* Phá thai là kết thúc thai kỳ trước khi thai có thể SỐNG ĐƯỢC
* “phá thai ko an toàn” là quá trình chấm dứt 1 thai kỳ NGOÀI Ý MUỐN được thực hiện
  + bởi những người thiếu những kỹ năng cần thiết hay
  + trong môi trường ko thỏa các tiêu chuẩn y tế tối thiểu
* Phá thai an toàn là phá thai ở các quốc gia cho phép phá thai vì lý do xã hội hay kinh tế, được luật pháp bảo vệ.
* Nguy cơ chết do hút thai <8 tuần từ 0/100000. Nguy cơ sẽ tăng nếu tuổi thai càng lớn
* **Ngừa thai sau phá thai**
* **Ngoại khoa**: tất cả các phương pháp có thể bắt đầu sử dụng ngay sau phá thai ngoại khoa. Nếu đặt dụng cụ ngay sau phá thai tam cá nguyệt giữa, tỷ lệ tuột vòng có thể tăng nhẹ.
* **Nội khoa:** bắt đầu ngừa thai vào ngày khách hàng tái khám sau khi xác định thai kỳ đã chấm dứt. Có dữ liệu ủng hộ việc đặt implanon vào ngày khách hàng uống mifepristone (ko làm giảm hiệu quả của mifepristone mà có thể thuận tiện hơn cho những khách hàng ko muốn hay ko có điều kiện tái khám)

# Quy trình phá thai

## Đánh giá trước khi phá thai:

1. **Tiền sử:**
   * Nội ngoại khoa
   * Sản khoa: VMC?
   * Tiền căn dị ứng

**Mục tiêu: xác định các chống chỉ định của PT:**

* + - **PT nội khoa:**
      * Bệnh thượng thận, điều trị cort lâu ngày
      * Tim mạch: tăng huyết áp, hẹp valve 2 lá, tắc mạch hoặc tiền căn tắc mạch
      * Huyết học: rối loạn đông máu, thuốc chống đông, thiếu máu nặng
      * Dị ứng mifepristol, misoprotol
      * Tương đối:
        + Đang cho con bú- ngưng cho bú trong 3 ngày từ ngày uống viên đầu tiên
        + Đang đặt DCTC- lấy trước khi dùng thuốc
        + Nhiễm trùng sinh dục cấp- điều trị ổn trước khi dùng thuốc
    - **PT ngoại khoa (hút thai)**
      * Viêm nhiễm sinh dục cấp
      * U xơ cơ tử cung to
      * Vết mổ tử cung
      * Hậu sản < 6 tháng
      * Dị dạng sinh dục
      * Bệnh lý nội ngoại khoa

1. **Xác nhận có thai:** beta-hCG + siêu âm thấy túi thai
2. **Tình trạng thai:** Siêu âm
   * **Thai sống: thấy tim phôi**
   * **Thai lưu:** 
     + CRL >= 7mm và không thấy tim phôi **hoặc**
     + Không thấy phôi có hoạt động tim sau 14 ngày, được  
       tính từ thời điểm có siêu âm xác nhận đã có túi thai  
       nhưng không thấy có yolk-sac **hoặc**
     + Không thấy phôi có hoạt động tim sau 11 ngày, được  
       tính từ thời điểm có siêu âm xác nhận đã có túi thai và  
       đã thấy có yolk-sac
   * **Trứng trống:** MSD > 25 mm và không thấy phôi thai lẫn yolk-sac

* Không phá thai khi chưa thấy túi thai trên siêu âm
  + **Loại trừ thai ngoài tử cung/thai bám vết mổ cũ**

1. **Xác định tuổi thai:**
   * Theo kinh chót
   * Theo siêu âm:
     + Theo MSD: GA (ngày) = MSD + 30 (mm) => Tính tin cậy kém, càng kém hơn khi MSD > 14 hoặc xuất hiện phôi
     + Theo CRL (dùng khi CRL >=10mm và <84mm): GA (ngày) = CRL + 42
     + Theo BPD (khi CRL > 84 mm) : GA (tuần vô kinh) = ⅓ X (BPD – 17) + 11

## Tư vấn phương pháp phá thai

|  |  |
| --- | --- |
| **Nội khoa** | **Ngoại khoa** |
| **Ưu điểm**   * Ko xâm lấn, không cần vô cảm, gây sẩy thai tự nhiên * Áp dụng trong thai nhỏ * Giá thành: Tùy tuổi thai <1000k * Tỷ lệ thành công cao (94-97%)   **Nhược điểm**   * Mất vài ngày đến hàng tuần để hoàn thành 🡪 Đòi hỏi tái khám nhiều lần để đảm bảo hoàn thành phá thai 🡪 Sự tham gia của khách hàng trong nhiều bước * Nếu thật bại bắt buộc phải hút thai   **Giá thành**: Tùy tuổi thai, <1000k  **Biến chứng:**   * Chảy máu nhiều * Chảy máu kéo dài * Nhiễm khuẩn * Sót thai, nhau | **Ưu điểm**   * Áp dụng trong thai nhỏ và thai lớn * Thường hoàn thành trong vài phút🡪 Chỉ đòi hỏi 1 lần khám trong đa số các trường hợp 🡪 Sự tham gia của khách hàng trong ít bước hơn, không cần phải theo dõi * Không làm đau bụng nhiều và kéo dài * Tỷ lệ thành công cao hơn (99%)   **Nhược điểm**   * Xâm lấn   **Giá thành**: Hút tê: 700-900k  Hút mê: 800-1000k  **Biến chứng:**  Thủng tử cung  Nhiễm trùng |
| Có tính bảo mật cho 1 số trường hợp, thay đổi tùy từng đối tượng  So với phá thai nội khoa, phá thai ngoại khoa ít nguy cơ sót sản phẩm thụ thai, NNT = 8. Tuy nhiên, nguy cơ thủng, nhiễm trùng là cao hơn phá thai nội khoa | |

## Phác đồ phá thai:

### Phá thai nội khoa:

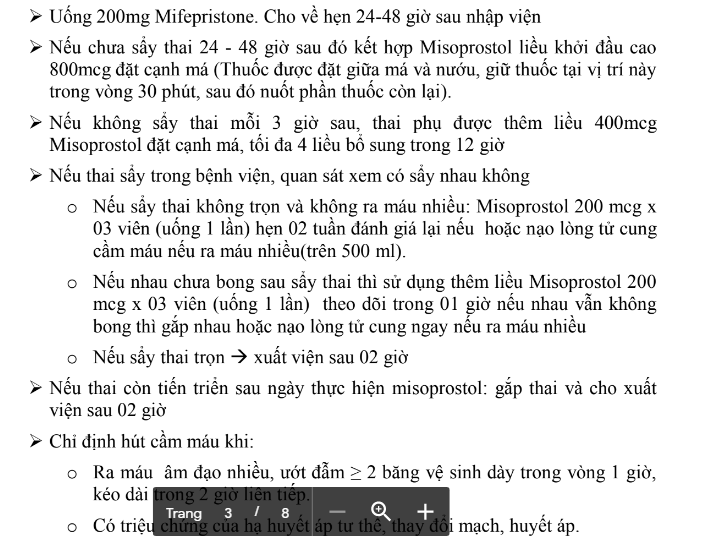
#### Thai < 7w

1. Uống 1v Mifepristone 200 mg tại BV
2. **Uống 400 mc Misoprostol 400 mcg tại nhà** sau 36-48 h uống Mifepristone.

#### Thai 7-8 w

1. Uống 1v Mifepristone 200 mg tại BV
2. **Ngậm cạnh má** **Misoprostol 800 mcg (2 viên 200mcg x 4) tại nhà** sau 36-48 h uống Mifepristone. Cách ngậm: ngậm giữa nướu và má, giữ thuốc tại vị trí này trong 30’, sau đó nuốt phần thuốc còn lại. Nếu bn nôn nhiều có thể đặt ở túi cùng sau

#### Thai 8-9w

1. Uống 1v Mifepristone 200 mg tại BV
2. **Ngậm cạnh má** **Misoprostol 800 mcg (2 viên 200mcg x 4) tại BV** sau 36-48 h uống Mifepristone. Nếu bn nôn nhiều có thể đặt ở túi cùng sau), theo dõi tại BV ít nhất 3h.

#### Thai 9-12w

#### Thai 12-15 w (ít nhạy với misoprostol đơn thuần)

1. Ngày 0: 200 mg Mifepristone
2. Ngày 2:
   * Nếu chưa sẩy thai, ngậm cạnh má 800 mcg Misoprostol. Nếu chưa sẩy tiếp tục ngậm liều bổ sung 400mcg Misoprostol mỗi 3h, tối đa 4 liều bổ sung/24h.
   * Phải theo dõi tại BV:
     + Sinh hiệu
     + Huyết âm đạo, tống sản phẩm thụ thai
     + Đau bung: >3 cơ gò TC trong 10’ phải ngưng liều Misoprostol kế tiếp
3. Ngày 3: nếu vẫn chưa sẩy thì xử trí theo tình trạng CTC:
   * CTC >= 2c nm, xóa 80%: lặp lại phác đồ như ngày 2, với điều kiện phải cách liều cuối cùng của ngày 2 ít nhất 12h
   * CTC 1cm, xóa ít: lặp lại cả Mifepristone như ngày 0 lần Misoprostol như ngày 2
4. Nếu tiếp tục chưa sẩy, xem xét 3 phương án:
   * Gắp thai
   * 1 đợt mifestad kết hợp misoprostol
   * Chờ 1 tuần thực hiện lại phác đồ trên
5. Nếu sấy thai không trọn : 600 mcg misoprostol uống 1 lần, hẹn 2w đánh giá lại nếu không ra máu nhiều hoặc nạo lòng TC nếu ra máu nhiều

#### Thai 16-22w (độ nhạy Misoprostol biến đổi): có thể chọn phác đồ đơn thuần Misoprostol hoặc kết hợp với Mifepristone.

**Phác đồ kết hợp : .**

1. Ngày 0: 200 mg Mifepristone
2. Ngày 2:
   * Nếu chưa sẩy thai, ngậm cạnh má 400mcg Misoprostol mỗi 3h, tối đa 5 liều /24h.
   * Phải theo dõi tại BV:
     + Sinh hiệu
     + Huyết âm đạo, tống xuất sản phẩm thụ thai
     + Đau bung: >3 cơ gò TC trong 10’ phải ngưng liều Misoprostol kế tiếp
3. Ngày 3: nếu vẫn chưa sẩy thì xử trí theo tình trạng CTC:
   * CTC >= 2cm, xóa 80%: lặp lại phác đồ như ngày 2, với điều kiện phải cách liều cuối cùng của ngày 2 ít nhất 12h
   * CTC 1cm, xóa ít: lặp lại cả Mifepristone như ngày 0 lần Misoprostol như ngày 2
4. Nếu sấy thai không trọn : 600 mcg misoprostol uống 1 lần, hẹn 2w đánh giá lại nếu không ra máu nhiều hoặc nạo lòng TC nếu ra máu nhiều
5. Nếu nhau chưa bong sau sẩy thai: 600 mcg misoprostol uống 1 lần hoặc truyền dịch Oxytocin hoặc nạo lòng TC nếu ra máu nhiều
6. Nếu chưa sẩy: xem xét đặt túi ối giả hoặc tăng co tùy tình trạng chuyển dạ.

# Phá thai nội khoa

## Cơ chế các thuốc

Mifepristone:

* là 1 chất dẫn xuất của norethindrone
* tác động: có ái lực với PR lớn hơn progesterone tự nhiên nhiều lần
  + trên nội mạc tử cung:
    - tác động kháng proges 🡪 hoại tử màng rụng
    - vắng mặt hoạt tính progestogenic 🡪 tăng tương đối hoạt tính estrogenic 🡪 co thắt cơ tử cung, tử cung tăng nhạy cảm với misoprostol
  + Trên hạ đồi, mifepristone có hoạt tính progestogenic (tác động non-genomic), gây ức chế nhịp điệu của xung GnRH và gây sụt giảm LH 🡪 ly giải hoàng thể
* có thể gây sẩy thai mà ko cần phối hợp với bất cứ hoạt chất nào khác. Tuy nhiên, khả năng gây sẩy thai thành công và hoàn toàn ko cao

Misoprostol:

* là chất tương tự prostaglandine E1
* tác động: gây co thắt tử cung, tống xuất các sản phẩm thụ thai
  + Trên thai sống, trong môi trường giàu progesterone, misoprostol ko thể gây sẩy thai 1 cách hiệu quả.
  + Trên thai chết, khi lượng progesterone từ nhau và hoàng thể đã tụt xuống rất thấp, misoprostol có khả năng đơn độc gây sẩy thai thành
* Dược động học: Tuỳ tuổi thai và tuỳ tình trạng thai mà đường dùng của misoprostol là khác nhau
  + đường ngậm dưới lưỡi hoặc áp má: đạt nồng độ đỉnh rất nhanh, sau <30 phút, rồi xuống chậm và ổn định ở mức có tác dụng trong nhiều giờ sau đó.
  + đường uống: nhanh chóng đạt nồng độ đỉnh sau 30 phút, tuy nhiên, đỉnh này thấp hơn rất nhiều so với đỉnh được tạo ra bằng đường ngậm dưới lưỡi hay áp má. Sau đó, nồng độ cũng xuống chậm và duy trì trong nhiều giờ
  + đường ÂĐ tạo 1 nồng độ thấp, nhưng ổn định kéo dài sau khi đặt.

Kết hợp mifepristone và misoprostol tạo được kết cục gây sẩy thai thành công cao trên cả thai sống và thai lưu.

## Cách dùng thuốc

Nguyên tắc

* Liều dùng của mifepristone và misoprostol lệ thuộc vào tuổi thai và tình trạng thai
* Mifepristone có thành giá cao, còn misoprostol nhiều tác dụng phụ (tăng theo liều) 🡪 cân nhắc liều thấp nhất mifepristone và misoprostol có thể, sao cho đạt được hiệu quả cao nhất

Cụ thể:

* Mifepristone: 200 mg uống (hiệu quả tương đương liều 600)
* Misoprostole

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tuổi thai | Thời điểm | Liều | Đường dùng |  |
| < 63 ngày | Sau 2 ngày | 800 μg | Ngậm dưới lưỡi/áp má | Nếu thai < 49 ngày: có thể 400 μg đường uống |
| > 63 ngày | Sau 2 ngày (36-48h) | 800 μg | Đặt ÂĐ | Bổ sung 400 μg mỗi 3 giờ đường ÂĐ hoặc ngậm dưới lưỡi (tối đa 4 liều) |

Thai < 63 ngày: Có thể cho liều misoprostol sớm hơn (1 ngày), nhưng sẽ giảm thành công trong thì đầu, và đòi hỏi nhiều misoprostol hơn.

## Hiệu quả

Phá thai nội khoa thành công khi việc chấm dứt thai kỳ hoàn tất, tống xuất trọn vẹn các sản phẩm thụ thai mà ko cần đến thủ thuật ngoại khoa bổ túc.

Tỉ lệ thành công của phá thai nội khoa trong 3 tháng đầu lên đến 95%. Tỉ lệ thành công này lên đến 98% khi tuổi thai dưới 9 tuần vô kinh

## Chống chỉ định: RAPED + Ko thể hiểu và tuân thủ các bước điều trị

* Renal faillure: suy thận mạn
* Allergy: dị ứng với misoprostol và các prostaglandins
* Porphyrin: bệnh rối loạn chuyển hoá porphyrin do di truyền
* Ectopic pregnancy
  + Các yếu tố chắc chắn: Bỏ sót thai ngoài tử cung ko chẩn đoán trước: Do tình trạng rong huyết và đau bụng xảy ra sau phá thai nội khoa dễ gây bỏ sót 1 chẩn đoán thai ngoài tử cung, nên việc buộc phải thiết lập 1 cách chắc chắn chẩn đoán thai trong tử cung trước khi thực hiện phá thai nội khoa là điều kiện tiên quyết
    - 1 siêu âm xác nhận hiện diện của túi thai trong tử cung ở thời điểm sớm nhất có thể được, tức là khoảng 5 tuần vô kinh gần như là bắt buộc
  + Các yếu tố gợi ý thai ngoài
    - Khối u phần phụ chưa được chẩn đoán
    - Có vòng tránh thai trong tử cung
* Drug: corticoid kéo dài, kháng đông (RL đông máu)
* Ko thể hiểu và tuân thủ các bước điều trị

## Tác dụng phụ/biến chứng:

Cách nhớ: đau+chảy máu, sốt+nhiễm trùng, buồn nôn+ tiêu chảy

* **Đau**: Có thể dùng các biện pháp nâng đỡ trong cơn đau như chườm nóng, uống thuốc giảm đau kiểu paracetamol hay ibuprofen
* **Chảy máu:** 
  + Chỉ khi nào túi thai tống xuất hoàn toàn thì chảy máu mới chấm dứt nhờ vào cầm máu cơ học diện nhau bám. Sau khi tống xuất, máu còn tiếp tục chảy lượng ít (nhiều hơn có kinh), kéo dài từ 1 đến 2 tuần, có khi tới 4 tuần.
  + chảy máu quá mức và cần đến bệnh viện khi ướt đẫm 2 băng vệ sinh lớn trong 1 giờ, trong 2 giờ liên tục
* **sốt**: là tác dụng phụ phổ biến của misoprostol, đặc biệt là khi dùng liều cao. Misoprostol thường gây tăng thân nhiệt tức thời và ngắn hạn (dưới 2 giờ)
  + nếu có sốt dai dẳng và khởi phát sốt vài ngày sau dùng misoprostol thì phải nghĩ đến nhiễm trùng đường sinh dục
* **nhiễm trùng:** Đa số nhiễm trùng là ko nghiêm trọng, cần 1 đợt điều trị kháng sinh uống và ngoại trú.
  + Nếu có bằng chứng viêm nội mạc tử cung hay sẩy thai ko trọn, cần điều trị ngoại khoa và kháng sinh tĩnh mạch
* **Buồn nôn/nôn**: có thể xuất hiện và tăng lên sau khi dùng mifepristone và thường giảm đi vài giờ sau khi dùng misoprostol
  + - Nếu nôn ra thuốc phải uống lại.
* **Tiêu chảy**: thoáng qua, hiếm khi phải điều trị
* **Nhức đầu, suy nhược, chóng mặt**: thường tự giới hạn và thoáng qua

***Chú ý:*** 1 khi đã dùng misoprostol và thai còn sống, ko sẩy, thì buộc phải chấm dứt thai kỳ bằng mọi giá, mà ko có bất cứ 1 lựa chọn nào khác (có đủ bằng chứng về khả năng gậy dị tật nặng của misoprostol)

## Quy trình phá thai nội khoa

# Phá thai ngoại khoa

## Lựa chọn phương pháp

* 3 tháng đầu
  + Hút chân ko (+-nong CTC): có thể được thực hiện cho các thai đến dưới 15 tuần
    - tuổi thai < 7 tuần đôi khi ko cần nong cổ tử cung
    - TCN 1: nong bằng dụng cụ
    - TCN2: nong bằng laminar hay misoprostol

<10 tuần: ống hút Karman

* + Nong và nạo
* 13-22 tuần: Nong và gắp thai

## Cách thực hiện

* Kháng sinh quanh thủ thuật: giảm ½ số cas viêm nội mạc tử cung
  + Nghiên cứu tốt nhất ủng hộ việc sử dụng Doxycycline; 1g Azithromycin có thể được sử dụng
    - doxycycline 100 mg uống 2 lần mỗi ngày (lúc no), hay ofloxacin 400 mg uống 2 lần mỗi ngày, trong ngày làm thủ thuật, hoặc ceftriaxone 1 g truyền tĩnh mạch 30 phút trước thủ thuật
  + Nếu có nhiễm chlamydia, sử dụng Doxycycline trong 7 ngày hay Azithromycin 1g  
    liều duy nhất.
  + Nếu có viêm đạo do vi khuẩn (bacterial vaginosis), điều trị kháng sinh thích hợp
* Nong
  + nong với laminar hay prostaglandin (misoprostol 200 µg uống hay đặt ÂĐ trước thủ thuật 3-4 giờ):
    - cần phải theo dõi thường xuyên nên ít khi được sử dụng đối với thai trong tam cá nguyệt đầu
    - giảm tỉ lệ tai biến và giúp rút ngắn thời gian thực hiện thủ thuật ở những thai kỳ có tuổi thai lớn
  + nong cơ học với que nong kim loại: dùng nhiều trong 3 tháng đầu
* Hút chân ko: có thể thực hiện ở phòng khám ngoại trú, chỉ gây tê CTC, +- an thần
  + Nguồn áp lực âm được tạo ra bằng
    - máy hút: có thể chọn mức áp lực, dễ tổn thương tử cung hơn
    - bằng syringe (thường là ống Karman cho thai dưới 10 tuần): dung tích 50ml, tạo áp lực vừa đủ để hút thai
  + Canule:
    - Cứng: kim loại, nhựa cứng: dễ thủng tử cung hơn
    - Mềm: nhựa dẻo: an toàn hơn; là loại thông dụng hiện nay, thường dùng số 5, 6 (đường kính ngoài 5, 6mm); ko được thiết kế cho nạo
* Tiêm Globulin miễn dịch Rhesus nếu khách hàng có nhóm máu Rhesus âm.

## Hiệu quả

* Hút chân ko: Thành công của phương pháp này 95-100%. Theo WHO , đối với thai nhỏ hơn 10 tuần, hút chân ko ít đau, ít biến chứng hơn và nhanh hơn so với phương pháp nong và nạo

## Biến chứng: giống hút thai trứng: đưa vào-thủng, lúc hút-chảy máu, rút ra- nhiễm trùng

* Thủng tử cung: tỉ lệ 0.6%
  + là biến chứng sớm, có thể xảy ra cho mọi phá thai ở bất cứ tuổi thai nào
  + xảy ra ở thai lớn > thai nhỏ, hút ống cứng > ống mềm, có nong bằng dụng cụ > ko nong bằng dụng cụ
  + phòng ngừa: nong CTC bằng chất hút nước khi thai >12 tuần
* Chảy máu
  + Chảy máu nhiều là triệu chứng của 1 biến chứng sớm và nặng. Nguyên nhân (giống nguyên nhân băng huyết sau sanh: 4T)
    - Tone: Đờ tử cung
    - Tissue: Sót nhau
    - Trauma: Chẩn thương sinh dục (ÂĐ, cổ tử cung, thủng tử cung)
    - Thrombin: rối loạn đông máu
    - đáng sợ nhất là nhau bám ở vùng eo tử cung hay trên vết mổ sanh cũ (đây là 1 thai ngoài tử cung) 🡪 gây chảy máu ồ ạt, có thể tử vong
  + Nhiễm trùng có thể gây chảy máu nhiều, nhưng muộn hơn
* Nhiễm trùng: tỉ lệ 5-20% khi ko dùng kháng sinh; dùng rồi giảm 1 nửa
  + là biến chứng muộn, có thể kèm theo sót sản phẩm thụ thai
  + biểu hiện
    - Triệu chứng: 4 biến chứng đầu tiên của phá thai nội khoa:
      * đau bụng dưới, tử cung lớn và mềm
      * ra máu ÂĐ nhiều hơn mong đợi
      * sốt + nhiễm trùng
    - Siêu âm sẽ giúp xác định có sót mô hay ko
  + Xử trí: lấy hết mô còn sót, kết hợp với kháng sinh phổ rộng, bao phủ cả vi khuẩn yếm khí

## Theo dõi sau hút nạo

* Thường qui: 4 biến chứng đầu tiên của phá thai nội khoa: đau, chảy máu, sốt, nhiễm trùng
  + theo dõi sát lượng máu ÂĐ và sinh hiệu trong vòng 30 phút sau khi kết thúc thủ thuật
  + có thể đau quặn bụng dưới trong 2 đến 4 ngày sau thủ thuật (có thể dùng NSAIDs)
  + Ko nên quan hệ tình dục, hay đặt tampon ÂĐ trong 2 tuần đầu, để tránh nhiễm trùng

Phá thai nội khoa có thể ra máu 2 tuần, sốt <2h

* Cần tới khám lại khi có
  + Nghi ngờ biến chứng (thường xảy ra trong tuần đầu) hoặc thai ngoài bị bỏ sót
    - Ra máu ÂĐ nhiều
    - Sốt
    - Đau bụng nhiều
  + Nghi bỏ sót thai tiến triển
    - Các triệu chứng nghén ko mất đi sau 1 tuần
    - Ko có kinh trở lại sau 6 tuần