

RESULTS OF TREATMENT OF STILLBREADS AFTER 24 WEEKS USING INTERNAL MEDICAL METHODS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Phan Thi Huyen Thuong^{1,2*}, Do Tuan Dat^{1,3}

¹Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital - 929 La Thanh, Lang ward, Hanoi, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - 144 Xuan Thuy, Cau Giay ward, Hanoi, Vietnam

³Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

Received: 03/05/2026

Revised: 16/06/2026; Accepted: 24/07/2026

ABSTRACT

Objective: Evaluation of the results of treating stillbirths after 24 weeks at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital using internal medicine in 2023.

Subjects and methods: Descriptive observational study based on medical records of 105 pregnant women with stillbirth after 24 weeks at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital using internal medicine.

Results: Among 105 pregnant women with intrauterine fetal demise induced medically, 67.6% received Misoprostol and 32.4% received Oxytocin. In the 71 patients induced with Misoprostol, 87.3% achieved successful labor, with the most common doses being 125-150 µg and 175-200 µg. Higher gestational age was associated with lower vaginal Misoprostol doses ($p < 0.05$). All pregnant women receiving Oxytocin achieved successful labor, with the most common dose of 10-20 IU. Labor was initiated within 24 hours in 46.9% of cases, and longer gestational age was associated with shorter labor duration ($p < 0.05$). Overall, 79% of cases had no complications; reported complications included hemorrhage (14.3%) and infection (6.7%).

Conclusion: Misoprostol is the preferred choice over Oxytocin for induction of labor in stillbirths (67.6% vs. 32.4%), consistent with many other studies. Gestational age is an important role in influencing the type of drug, induction dose, and outcome of labor induction.

Keywords: Stillbirth, management of stillbirth with Misoprostol, management of stillbirth with Oxytocin.

*Corresponding author

Email: phanhuyenthuong@gmail.com Phone: (+84) 989330139 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5981

KẾT QUẢ XỬ TRÍ THAI CHẾT LƯU SAU 24 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI KHOA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Phan Thị Huyền Thương^{1,2*}, Đỗ Tuấn Đạt^{1,3}

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội - 929 La Thành, phường Láng, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 03/05/2026

Ngày chỉnh sửa: 16/06/2026; Ngày duyệt đăng: 24/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xử trí các trường hợp thai chết lưu sau 24 tuần bằng phương pháp nội khoa tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát mô tả dựa vào hồ sơ bệnh án của 105 sản phụ thai chết lưu sau 24 tuần được xử trí bằng phương pháp nội khoa tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

Kết quả: Trong 105 sản phụ thai chết lưu chuyển dạ bằng thuốc, có 67,6% sử dụng Misoprostol và 32,4% sử dụng Oxytocin. Trong 71 bệnh nhân chuyển dạ bằng Misoprostol, 87,3% thành công với liều phổ biến là 125-150 µg và 175-200 µg. Tuổi thai càng cao, liều Misoprostol đặt âm đạo càng thấp ($p < 0,05$). 100% sản phụ sử dụng Oxytocin đều gây chuyển dạ thành công với liều phổ biến là 10-20 IU. 46,9% khởi phát chuyển dạ trong vòng 24 giờ và tuổi thai càng lớn, thời gian chuyển dạ càng ngắn ($p < 0,05$). 79% trường hợp không xảy ra biến chứng khi điều trị thai chết lưu bằng phương pháp nội khoa. Ngoài ra, có thể gặp biến chứng chảy máu (14,3%) và nhiễm khuẩn (6,7%).

Kết luận: Misoprostol là lựa chọn ưu tiên hơn Oxytocin để gây chuyển dạ cho các trường hợp thai chết lưu (67,6% so với 32,4%), tương tự với nhiều nghiên cứu khác. Tuổi thai có vai trò quan trọng ảnh hưởng đến loại thuốc, liều thuốc khởi phát và kết quả gây chuyển dạ.

Từ khóa: Thai chết lưu, xử trí thai chết lưu bằng Misoprostol, xử trí thai chết lưu bằng Oxytocin.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Bộ Y tế (2016), thai chết lưu là trường hợp thai chết và lưu lại trong buồng tử cung của người mẹ, có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào khi chưa có chuyển dạ [1]. Vấn đề xử trí thai chết lưu sau 24 tuần là một thách thức do kích thước thai lớn, nguy cơ biến chứng cao như rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn, thủng vỡ tử cung, thậm chí là tử vong [1]. Phương pháp xử trí thai chết lưu hiện nay bao gồm gây chuyển dạ hoặc mổ lấy thai nếu chuyển dạ thất bại. Tuy nhiên, hiện nay, phác đồ xử trí thai chết lưu sau 24 tuần ở Việt Nam chưa được thống nhất làm ảnh hưởng đến hiệu quả và chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ [2].

Nhằm góp thêm góc nhìn về thai chết lưu, nâng cao hiệu quả và chất lượng chăm sóc sức khỏe sinh sản cho các sản phụ thai chết lưu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu kết quả xử trí các trường hợp thai chết lưu sau 24 tuần bằng phương pháp nội khoa tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của các sản phụ được chẩn đoán thai chết lưu trong tử cung có tuổi thai sau 24 tuần và chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ ngày 1/1/2023 đến ngày 31/12/2023, đồng thời thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tuổi thai từ 24 tuần 0 ngày tính theo dự kiến sinh theo siêu âm 3 tháng đầu hoặc ngày đầu

tiên của kỳ kinh cuối cùng (với vòng kinh đều); siêu âm chẩn đoán thai chết trong tử cung; sản phụ được xử trí bằng phương pháp nội khoa; hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin theo yêu cầu của nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: thai chết trong chuyển dạ; thai chết lưu trong tử cung đã đẻ ở nơi khác chuyển đến; thai chết lưu trên thai phụ có tiền sử mổ đẻ cũ, thai phụ bị tiền sản giật, rau bong non, rau bám ở vị trí bất thường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Quan sát mô tả với phương pháp chọn mẫu thuận tiện không xác suất tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã chọn được 105 sản phụ được chẩn đoán thai chết lưu sau 24 tuần, được xử trí bằng phương pháp nội khoa và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.3. Các biến số nghiên cứu

Nghiên cứu thể hiện kết quả về các nội dung liên quan đến tỷ lệ phân bố các biện pháp gây chuyển dạ theo tuổi thai (Misoprostol, Oxytocin), liều Misoprostol gây khởi phát chuyển dạ (liều/lần, tổng liều), liều Oxytocin gây khởi phát chuyển dạ, thời gian khởi phát chuyển dạ theo nhóm tuổi thai và các biến chứng khi xử trí thai chết lưu bằng phương pháp nội khoa.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên chương trình SPSS 25.0.

*Tác giả liên hệ

Email: phanhuynhthuong@gmail.com Điện thoại: (+84) 989330139 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5981

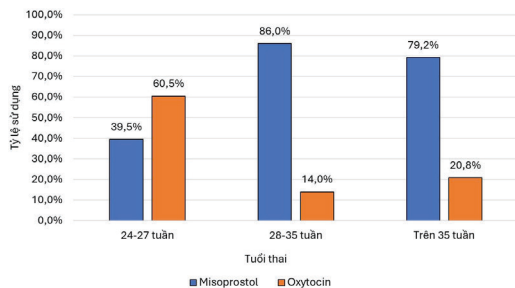
Các biến định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$), các biến số định tính được trình bày theo tỷ lệ % trên các bảng đơn và biểu đồ.

Các thuật toán được sử dụng: tính tỷ lệ %, tính giá trị trung bình, kiểm định khác biệt giữa các tỉ lệ (χ^2 , T-test) để đánh giá mối liên quan giữa các biến số (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy $p < 0,05$).

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức Trường Đại học Y Hà Nội với mã số 8720105 ngày 30 tháng 5 năm 2024. Đây là một nghiên cứu hồi cứu chỉ thu thập các thông tin sẵn có trên hồ sơ bệnh án, trên sổ sách, không ảnh hưởng trực tiếp đến người bệnh và đến khía cạnh đạo đức nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Phân bố thai phụ theo biện pháp khởi phát chuyển dạ theo tuổi thai

Trong 105 sản phụ thai chết lưu được gây chuyển dạ bằng thuốc, có 71 sản phụ (67,6%) sử dụng Misoprostol và 34 sản phụ (32,4%) sử dụng Oxytocin.

Trong 71 sản phụ sử dụng Misoprostol, 15 sản phụ có tuổi thai 24-27 tuần, 37 sản phụ có tuổi thai 28-35 tuần và 19 sản phụ có tuổi thai trên 35 tuần. Misoprostol chủ yếu sử dụng ở nhóm tuổi thai 28-35 tuần (86,0%) và trên 35 tuần (79,2%).

Trong 34 sản phụ sử dụng Oxytocin, 23 sản phụ có tuổi thai 24-27 tuần, 6 sản phụ có tuổi thai 28-35 tuần và 5 sản phụ có tuổi thai trên 35 tuần. Oxytocin chủ yếu sử dụng ở nhóm tuổi thai 24-27 tuần (60,5%).

Bảng 1. Liều Misoprostol gây khởi phát chuyển dạ theo tuổi thai

Liều Misoprostol	Nhóm tuổi thai			p
	24-27 tuần (n = 15)	28-35 tuần (n = 37)	> 35 tuần (n = 19)	
25 µg	0	22 (59,5%)	18 (94,7%)	0,000
50 µg	12 (80,0%)	14 (37,8%)	1 (5,3%)	
100 µg	3 (20,0%)	1 (2,7%)	0	

Liều Misoprostol khởi phát gây chuyển dạ phổ biến nhất là từ 25-50 µg.

Bảng 2. Tổng liều Misoprostol gây chuyển dạ thành công

Liều Misoprostol	Nhóm tuổi thai			p
	24-27 tuần (n = 15)	28-35 tuần (n = 33)	> 35 tuần (n = 14)	
50-100 µg	0	4 (12,1%)	9 (64,3%)	0,000
125-150 µg	0	16 (48,5%)	5 (35,7%)	
175-200 µg	13 (86,7%)	8 (24,2%)	0	
225-250 µg	2 (13,3%)	5 (15,2%)	0	

Misoprostol gây chuyển dạ thành công ở 62/71 sản phụ (87,3%), trong đó tổng liều Misoprostol gây chuyển dạ thành công phổ biến là 125-150 µg và 175-200 µg. Tuổi thai càng lớn thì liều Misoprostol đặt âm đạo mỗi lần càng ít và tổng liều Misoprostol cũng càng ít. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Liều Oxytocin gây khởi phát chuyển dạ theo tuổi thai

Liều Oxytocin	Nhóm tuổi thai			Tổng (n = 34)	p
	24-27 tuần (n = 23)	28-35 tuần (n = 6)	> 35 tuần (n = 5)		
≤ 10 IU	6 (26,1%)	3 (50,0%)	3 (60,0%)	12 (35,3%)	0,098
10-20 IU	10 (43,5%)	3 (50,0%)	2 (40,0%)	15 (44,1%)	
21-30 IU	4 (17,4%)	0	0	4 (11,8%)	
> 30 IU	3 (13,0%)	0	0	3 (8,8%)	

Cả 34 trường hợp chuyển dạ bằng Oxytocin đều thành công (100%), trong đó tỷ lệ sử dụng Oxytocin liều 10-20 IU cao nhất, đạt 44,1%; tỷ lệ sử dụng Oxytocin liều ≤ 10 IU, 21-30 IU và trên 30 IU lần lượt là 35,3%; 11,8% và 8,8%. Tuổi thai càng lớn thì mức Oxytocin gây chuyển dạ càng ít nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Thời gian gây chuyển dạ theo tuổi thai

Thời gian chuyển dạ	Nhóm tuổi thai			Tổng (n = 96)	p
	24-27 tuần (n = 38)	28-35 tuần (n = 39)	> 35 tuần (n = 19)		
< 24 giờ	13 (34,2%)	20 (51,3%)	12 (63,2%)	45 (46,9%)	0,028
24-48 giờ	22 (57,9%)	16 (41,0%)	7 (36,8%)	45 (46,9%)	
> 48 giờ	3 (7,9%)	3 (7,7%)	0 (0%)	6 (6,3%)	

Trong 96 trường hợp khởi phát chuyển dạ bằng thuốc thành công (62 trường hợp chuyển dạ bằng Misoprostol và 34 trường hợp chuyển dạ bằng Oxytocin), đa số đạt được chuyển dạ trong vòng 24 giờ (46,9%) và 24-48 giờ (46,9%), chỉ có 6,3% trường hợp chuyển dạ sau 48 giờ. Tuổi thai càng lớn thì thời gian khởi phát chuyển dạ càng ngắn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Biến chứng ở thai phụ gây chuyển dạ thai chết lưu bằng phương pháp nội khoa

Biến chứng	Nhóm tuổi thai			Tổng (n = 105)
	24-27 tuần (n = 38)	28-35 tuần (n = 43)	> 35 tuần (n = 24)	
Không	30 (78,9%)	36 (83,7%)	17 (70,8%)	83 (79,0%)
Chảy máu	5 (13,2%)	7 (16,3%)	3 (12,5%)	15 (14,3%)
Nhiễm khuẩn	3 (7,9%)	0	4 (16,7%)	7 (6,7%)

79% trường hợp khởi phát chuyển dạ bằng thuốc không xảy ra biến chứng. Có 22 trường hợp xảy ra biến chứng, bao gồm chảy máu (14,3%) và nhiễm khuẩn (6,7%). Chưa ghi nhận các biến chứng vỡ, thủng tử cung và tử vong.

4. BÀN LUẬN

4.1. Xử trí thai chết lưu bằng phương pháp gây chuyển dạ

Trong 105 sản phụ thai chết lưu được chỉ định gây chuyển dạ bằng thuốc, có tới 67,6% sử dụng Misoprostol và có 32,4% sử dụng Oxytocin. Kết quả này cho thấy Misoprostol được ưu tiên hơn trong chỉ định nhờ hiệu quả khởi phát chuyển dạ cao. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phạm Huy Cường, trong đó tỷ lệ sử dụng Misoprostol

đơn thuần cao hơn hẳn sử dụng Oxytocin đơn thuần (49,8% so với 24,4%) [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Dung [5] và Phùng Quang Hùng [4] cũng lần lượt ghi nhận tỷ lệ chuyển dạ bằng Oxytocin đơn thuần thấp hơn hẳn, lần lượt là 12,4% và 17,4%. Kết quả cho thấy xu hướng ưu tiên sử dụng Misoprostol trong thực hành lâm sàng hiện nay.

Việc lựa chọn thuốc khởi phát chuyển dạ có liên quan đáng kể với tuổi thai. Cụ thể, trong nhóm tuổi thai 24-27 tuần, chủ yếu sử dụng Oxytocin (60,5%). Misoprostol chủ yếu được sử dụng ở nhóm tuổi thai 28-35 tuần (86%) và trên 35 tuần (79,2%). Điều này có thể lý giải vì các trường hợp tuổi thai 24-27 tuần có thai nhỏ hơn, cổ tử cung thường mềm và thuận lợi hơn, quá trình chuyển dạ có thể diễn tiến tốt chỉ với Oxytocin truyền tĩnh mạch, đồng thời tiên lượng sinh đường âm đạo tương đối dễ dàng. Ngược lại, ở các trường hợp tuổi thai từ 28 tuần trở lên, dù thai lớn nhưng cổ tử cung thường chưa chín muồi. Đặc biệt khi điểm Bishop thấp, Misoprostol thường được lựa chọn vì khả năng làm chín cổ tử cung thông qua tác động lên quá trình chuyển hóa collagen, đồng thời hỗ trợ tăng co tử cung, giúp khởi phát chuyển dạ hiệu quả hơn.

Hiệu quả chuyển dạ thành công khi dùng Misoprostol là 87,3% và khi dùng Oxytocin là 100%. Tuy nhiên, việc lựa chọn thuốc phải được cá thể hóa dựa trên tuổi thai, tình trạng cổ tử cung, tiền sử sản khoa và khả năng đáp ứng thuốc. Misoprostol là lựa chọn ưu tiên với tuổi thai lớn, cổ tử cung chưa thuận lợi, trong khi Oxytocin phù hợp ở nhóm thai nhỏ, cổ tử cung mềm. Bên cạnh đó, cần theo dõi sát sản phụ để hạn chế và xử trí kịp thời khi các biến chứng xảy ra.

4.2. Liều Misoprostol gây khởi phát chuyển dạ thai chết lưu

Liều Misoprostol mỗi lần đặt âm đạo để gây chuyển dạ:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, liều Misoprostol mỗi lần đặt âm đạo phụ thuộc vào nhóm tuổi thai. Trong nhóm tuổi thai 24-27 tuần, liều phổ biến nhất là 50 µg (80%). Khi tuổi thai trên 35 tuần, liều được ưu tiên sử dụng là 25 µg. Kết quả này khẳng định việc lựa chọn liều Misoprostol cần cân nhắc dựa trên tuổi thai. Cụ thể, tuổi thai càng cao, liều Misoprostol mỗi lần đặt âm đạo lại càng thấp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này có thể lý giải do tuổi thai càng lớn, tử cung càng nhạy cảm với prostaglandin, do đó chỉ cần liều nhỏ Misoprostol cũng có thể gây cơn co; đồng thời hạn chế được các biến chứng do tử cung co quá mạnh gây vỡ tử cung, băng huyết sau sinh...

Kết quả này tương tự các nghiên cứu của Lê Thị Thúy và Trần Thùy Linh, liều Misoprostol đặt âm đạo đều phụ thuộc vào tuổi thai [6-7]. Trong nghiên cứu của Lê Thị Thúy, nhóm tuổi thai 28-34 tuần sử dụng liều 50-150 µg/lần và nhóm 38-41 tuần sử dụng liều 50 µg/lần. Trần Thùy Linh đưa ra kết quả, nhóm 24-27 tuần chủ yếu sử dụng liều 50 µg/lần (80%) và nhóm 33-38 tuần chủ yếu sử dụng liều 25 µg/lần (95,5%).

Tổng liều Misoprostol gây chuyển dạ thành công:

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 2), tổng liều Misoprostol gây chuyển dạ thành công phổ biến nhất là 125-150 µg và 175-200 µg, trong đó tuổi thai càng lớn thì tổng liều cần sử dụng càng thấp. Nguyên nhân là do khi tuổi thai lớn, tỷ lệ estrogen/progesterone tăng cao, cổ tử cung chín muồi và tăng đáp ứng với prostaglandin. Do đó, hiệu quả gây chuyển dạ đạt được với liều Misoprostol thấp hơn, góp phần hạn chế các biến chứng như vỡ tử cung, băng huyết sau sinh. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Trần Thùy Linh, nhóm sử dụng tổng liều Misoprostol dưới 200 µg chiếm tới 44,29% và đạt tỷ lệ thành công cao (90,3%) [7]. Bên cạnh đó, liều Misoprostol thành công gây chuyển dạ theo Nguyễn Thị Dung ở nhóm tuổi thai trên 23 tuần là 250-300 µg [5].

4.3. Liều Oxytocin gây khởi phát chuyển dạ thai chết lưu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các trường hợp chuyển dạ thành công với liều Oxytocin ≤ 20 IU (79,4%). Điều này cho thấy hiệu quả của liều thấp trong khởi phát chuyển dạ, góp phần hạn chế tác dụng không mong muốn của Oxytocin khi sử dụng liều cao. Kết quả này tương đồng như nghiên cứu của Nguyễn Thị Dung và Lê Thị Thúy, đều cho thấy tỷ lệ thành công gây chuyển dạ ở nhóm sử dụng Oxytocin liều thấp và liều Oxytocin có xu hướng giảm khi tuổi thai tăng [5-6].

Xu hướng này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi khi có tới 30,4% nhóm tuổi thai 24-27 tuần sử dụng tổng liều Oxytocin ≥ 20 IU để gây chuyển dạ thành công, trong khi các nhóm tuổi thai trên 28 tuần hầu hết thành công chuyển dạ với liều Oxytocin < 20 IU. Kết quả này là phù hợp về mặt sinh lý khi tuổi thai tăng, mật độ thụ thể Oxytocin tăng, cơ tử cung nhạy cảm hơn với Oxytocin nên liều thấp đã đạt được kết quả mong muốn. Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê, cần có các nghiên cứu khác làm rõ mối quan hệ này.

4.4. Thời gian khởi phát chuyển dạ bằng thuốc

Trong các trường hợp đạt được chuyển dạ thành công, 46,9% chuyển dạ trong 24 giờ đầu và 46,9% chuyển dạ trong 24-48 giờ. Chỉ có 6,3% chuyển dạ xảy ra sau 48 giờ. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Gómez Ponce de León R và cộng sự: 67-83% chuyển dạ trong vòng 24 giờ sau khi đặt thuốc, số còn lại sẽ chuyển dạ trong 24 giờ tiếp theo [8].

Bên cạnh đó, tuổi thai và thời gian khởi phát chuyển dạ có mối liên hệ mang ý nghĩa thống kê. Tuổi thai càng lớn, thời gian đạt khởi phát chuyển dạ càng ngắn ($p < 0,05$). Điều này là hoàn toàn hợp lý vì khi đó, cổ tử cung có nhiều thay đổi như collagen bị phân rã dần, tăng hoạt động của prostaglandin nội sinh, cổ tử cung mềm mỏng, dễ xóa. Mặt khác, tử cung khi thai lớn tuổi cũng tăng mạnh số lượng các receptor oxytocin và receptor prostaglandin. Do đó, khi dùng Misoprostol hoặc Oxytocin, dù liều nhỏ, tử cung cũng đáp ứng nhanh hơn, cơn co mạnh và hiệu quả hơn nên rút ngắn thời gian khởi phát chuyển dạ.

4.5. Biến chứng ở thai phụ khi gây chuyển dạ thai chết lưu bằng phương pháp nội khoa

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 79% trường hợp chuyển dạ bằng thuốc không có biến chứng, 14,3% xảy ra chảy máu và 6,7% xảy ra nhiễm khuẩn. Biến chứng chảy máu là khi lượng máu mất trên 500 ml hoặc phải truyền máu. Biến chứng nhiễm khuẩn xảy ra khi sản phụ có sốt kèm theo bạch cầu trên 10 G/L, CRP > 10 mg/L và cấy máu dương tính. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Dung ghi nhận biến chứng nhiễm trùng sau khi khởi phát chuyển dạ thai chết lưu là 2,5% [5]. Nghiên cứu của Lê Thị Thúy ghi nhận biến chứng chảy máu xảy ra với tỷ lệ cao [6].

Đối với các trường hợp biến chứng chảy máu nhiều, đe dọa tính mạng, sản phụ được chỉ định mổ lấy thai và truyền máu trong thời kỳ hậu phẫu. Đa số đều diễn biến thuận lợi, không trường hợp nào phải cắt tử cung. Có 1 sản phụ bị ra máu ngày càng nhiều sau khi thai ra, được xử trí thuốc tăng co kết hợp chèn gạc trong âm đạo và cổ tử cung, rút gạc sau 6 giờ, bệnh nhân ổn định.

Với biến chứng nhiễm trùng, có các trường hợp sau khi khởi phát chuyển dạ bằng Oxytocin và kiểm soát tử cung, sản phụ xuất hiện sốt 39°C, bạch cầu trên 12 G/L, bạch cầu đa nhân trung tính trên 80%, CRP dương tính. Các sản phụ được sử dụng kháng sinh và bồi phụ nước-điện giải. Tất cả sản phụ sau đó diễn biến thuận lợi và ra viện trong tình trạng ổn định.

5. KẾT LUẬN

Misoprostol là lựa chọn ưu tiên hơn Oxytocin để gây chuyển dạ cho các trường hợp thai chết lưu (67,6% so với 32,4%), tương tự với nhiều nghiên cứu khác. Tuổi thai có vai trò quan trọng ảnh hưởng đến việc lựa chọn loại thuốc, liều thuốc khởi phát và kết quả gây chuyển dạ.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bộ Y tế. Thai chết lưu trong tử cung. Hướng dẫn quốc gia Việt Nam về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, 2016.

- [2] World Health Organization. Stillbirth. Accessed July 15, 2025. <https://www.who.int/health-topics/stillbirth>
- [3] Phạm Huy Cường. Nghiên cứu về chẩn đoán và xử trí thai chết lưu từ 22 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2016.
- [4] Phùng Quang Hùng. Tình hình thai chết lưu vào điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 6/2005 đến 5/2006. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2006.
- [5] Nguyễn Thị Dung. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí thai chết lưu tại Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa năm 2013. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.
- [6] Lê Thị Thúy. Nghiên cứu nguyên nhân và thái độ xử trí thai chết lưu quý 3 thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong 2 năm 2013 và 2014. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.
- [7] Trần Thùy Linh. Nhận xét thái độ xử trí thai chết lưu từ 22 tuần trở lên ở thai phụ có sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2017.
- [8] Gómez Ponce de León R, Wing D, Fiala C. Misoprostol for intrauterine fetal death. Int J Gynecol Obstet, 2007, 99 (Suppl 2): S190-3. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.09.010.