

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization, Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005 WHO Global Database on Anaemia. 2008.
2. **McClellan, et al.** The epidemiology and control of anaemia among pre-ESRD patients with chronic kidney disease. *Eur J Clin Invest*, 2005. **35 Suppl 3**: p. 58-65.
3. **Levin, et al.** Prevalent left ventricular hypertrophy in the predialysis population: identifying opportunities for intervention. *Am J Kidney Dis*, 1996. **27**(3): p. 347-54.
4. **Revicki, et al.** Health-related quality of life associated with recombinant human erythropoietin therapy for predialysis chronic renal disease patients. *Am J Kidney Dis*, 1995. **25**(4): p. 548-54.
5. **Besarab, A., and S. Soman.** Anemia management in chronic heart failure: lessons learnt from chronic kidney disease. *Kidney Blood Press Res*, 2005. **28**(5-6): p. 363-71.
6. **Cases-Amenos, et al.** Prevalence of anaemia and its clinical management in patients with stages 3-5 chronic kidney disease not on dialysis in Catalonia: MICENAS I study. *Nefrologia*, 2014. **34**(2): p. 189-98.
7. **Song, et al.** Analysis of Factors Associated with Death in Maintenance Hemodialysis Patients: A Multicenter Study in China. *Chin Med J (Engl)*, 2017. **130**(8): p. 885-891.
8. **Stauffer, et al.** Prevalence of anemia in chronic kidney disease in the United States. *PLoS One*, 2014. **9**(1): p. e84943.
9. **Trí, H.T.** Khảo sát tình hình thiếu máu trên bệnh nhân suy thận mạn đang lọc thận nhân tạo định kỳ. 2003, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.
10. **Vy, N.T.** Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở thời điểm có chỉ định điều trị thay thế thận ở người cao tuổi suy thận mạn giai đoạn cuối. 2013, Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh.
11. **Cường, P.T.**, Nghiên cứu nồng độ Ery và tran ở bệnh nhân suy thận mạn có chỉ định lọc máu chu kỳ. 2016, Học viện Quân y.
12. **Andrassy, K.M.** Comments on 'KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease'. *Kidney Int*, 2013. **84**(3): p. 622-3.
13. **Girija, et al.** Correlation Between Subjective Global Assessment (Sga) And Serum Albumin In Hemodialysis Patients. *International Journal of Recent Scientific Research*, 2015. **6**(2): p. 2790-2793.
14. **Roth, et al.** *Nutrition & Diet Therapy* 10th ed. 2017, Philadelphia, PA: WB Saunders Co.
15. **Ye, et al.**, Hemoglobin targets for the anemia in patients with dialysis-dependent chronic kidney disease: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ren Fail*, 2018. **40**(1): p. 671-679.
16. **KDOQI**, Clinical practice guidelines for hemodialysis adequacy, update 2006. *Am J Kidney Dis*, 2006. **48** Suppl 1: p. S2-90.
17. **Chandra, et al.** Relation of serum erythropoietin levels to renal excretory function: evidence for lowered set point for erythropoietin production in chronic renal failure. *J Pediatr*, 1988. **113**(6): p. 1015-21.
18. **Hayat, et al.** Erythropoietin stimulating agents in the management of anemia of chronic kidney disease. *Patient Prefer Adherence*, 2008. **2**: p. 195-200.
19. **Vũ, T.V.** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối. 2015, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
20. **Heidari, et al.** Low baseline serum albumin as a predictor of anemia in chronic hemodialysis patients. *Caspian journal of internal medicine*, 2015. **6**(3): p. 161-164.

HIỆU QUẢ CỦA MIFEPRISTON PHỐI HỢP VỚI MISOPROSTOL TRONG ĐÌNH CHỈ THAI NGHÉN CHO THAI TỪ 13 ĐẾN 22 TUẦN TUỔI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2021

PHẠM THỊ YẾN, PHAN THỊ ANH,
NGUYỄN THỊ HUẾ, NGUYỄN THỊ LẬP
NGUYỄN THỊ HÀ, TRẦN THỊ TỐ HỮU
Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Yến
Email: phamyen1812@gmail.com
Ngày nhận: 22/10/2021
Ngày phản biện: 09/11/2021
Ngày duyệt bài: 18/11/2021

TÓM TẮT
Mục tiêu: Đánh giá kết quả phá thai của phác đồ Mifepriston phối hợp với Misoprostol trong đình chỉ thai nghén từ 13 đến 22 tuần.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu dựa trên hồ sơ của 31 bệnh nhân tuổi thai từ 13 - 22 tuần, phá thai nội khoa tại khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 01/2021 đến tháng 11/2021.

Kết quả: Tỷ lệ thành công của phương pháp phá thai nội khoa là 96,8%. Thời gian gây sảy thai trung bình là $8,01 \pm 3,16$ giờ. Liều MSP gây sảy thai trung bình là 1240 ± 411 mcg.

Kết luận: Phác đồ MFP kết hợp MSP theo hướng dẫn Quốc gia năm 2016 có tỷ lệ thành công cao, thời gian gây sảy thai ngắn, liều MSP gây sảy thai thấp.

Từ khóa: Phá thai, Mifepriston phối hợp với Misoprostol.

SUMMARY
EFFICIENCY OF MIFEPRISTON COMBINED WITH MISOPROSTOL IN MIDTRIMESTER PREGNANCY TERMINATION AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2021

Objectives: The efficacy of medical midtrimester abortion (13 - 22 weeks) at National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2021.

Methods: A retrospective study was performed in 31 cases of second trimester pregnant women, who requested termination of pregnancy at Department of required service, at National Hospital for Obstetrics and Gynecology.

Results: The success rate of medical abortion method is 96.8%. The mean time of abortion was 8.01 ± 3.16 hours. The mean dose of MSP causing miscarriage was 1240 ± 411 mcg.

Conclusion: MFP combined with MSP regimen according to National guidelines in 2016 has a high success rate, short duration of abortion, low dose of MSP causing miscarriage.

Keywords: Medical abortion, Mifepriston, Misoprostol

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phá thai 3 tháng giữa chiếm 10-15% tổng số trường hợp nạo phá thai trên toàn thế giới và là nguyên nhân của 2/3 các biến chứng lớn liên quan đến phá thai^[1]. Phá thai là biện pháp không mong muốn, cũng như không được khuyến khích vì có nhiều biến chứng, nhất là đối với phá thai ba tháng giữa. Việc phá thai to không những gây những tác động xấu về mặt tâm lý và tinh thần của người phụ nữ mà còn gây ra nhiều tai biến nguy hiểm khác^[2]. Hiện nay, đình chỉ thai nghén áp dụng cho tuổi thai từ 13 đến 22 tuần bao gồm phương pháp đình chỉ thai nghén nội khoa hay ngoại khoa. Đình chỉ thai nghén ngoại khoa gây nhiều tai biến do can thiệp trực tiếp vào cổ tử cung và buồng tử cung,

có thể dẫn đến tổn thương cổ tử cung và tử cung làm tăng nguy cơ chảy máu, nhiễm khuẩn... Do đó, phương pháp đình chỉ thai nghén nội khoa hiện nay được đánh giá là an toàn và mang lại hiệu quả cao^[3,4]. Sự kết hợp giữa mifepristone (MFP) và misoprostol (MSP) hiện là một phương pháp đã được chứng minh có hiệu quả cao trong đình chỉ thai nghén ba tháng giữa^[1]. Tại Việt Nam, năm 2016, Bộ Y tế đã thông qua tài liệu Hướng dẫn Quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản thay cho tài liệu năm 2009. Trong đó có sự thay đổi hướng dẫn phá thai ba tháng giữa với phác đồ uống 200mg MFP, sau đó 24 - 48 giờ đặt âm đạo 400mcg MSP và tiếp tục các liều 400mcg MSP ngậm dưới lưỡi mỗi 3 giờ^[5]. Phác đồ này đã được nghiên cứu và áp dụng rộng rãi trên thế giới, mang lại hiệu quả cao. Khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện Phụ sản Trung ương đã thông qua phác đồ phá thai nội khoa theo hướng dẫn quốc gia năm 2016, và bắt đầu thực hiện từ đầu năm 2021. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu đánh giá hiệu quả của Mifepriston phối hợp với Misoprostol trong đình chỉ thai nghén cho tuổi thai từ 13 đến 22 tuần tuổi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tất cả các trường hợp đình chỉ thai nghén tuổi thai từ 13 – 22 tuần được đình chỉ thai nghén tại Khoa Điều trị theo yêu cầu từ tháng 01/2021 đến tháng 11/2021 thỏa mãn các điều kiện nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Có 01 thai, thai sống trong tử cung

Tuổi thai tương đương thai từ 13 đến hết 22 tuần tính theo ngày kinh cuối cùng đối với các trường hợp kinh nguyệt đều, chu kỳ 28 ± 2 ngày.

Đường kính lưỡng đỉnh trên siêu âm từ 20 đến 52 mm (tương đương thai từ 13 đến 22 tuần).

Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những thai phụ có bất kỳ một trong số những vấn đề sau đều được loại khỏi nghiên cứu:

Đa thai trong buồng tử cung

Có sẹo mổ cũ ở tử cung: Mổ lấy thai, mổ bóc u xơ tử cung, mổ thủng tử cung

Tiền sử phẫu thuật các khối u đường sinh dục dưới và cổ tử cung.

Có u xơ tử cung, tử cung dị dạng

Dị ứng với bất kỳ thành phần nào của thuốc (MFP, MSP), hay những chống chỉ định khác đối với MFP hoặc MSP.

Mắc các bệnh mãn tính, cấp tính hoặc ác tính không ổn định về sức khỏe: bệnh tâm thần, bệnh tim mạch, bệnh gan thận, bệnh phổi, rối loạn đông máu, khối u ác tính...

Đang có nhiễm trùng hoặc mắc bệnh lây truyền qua đường sinh dục.

Đã có dấu hiệu dọa sảy thai hoặc đang sảy thai.

Đã sử dụng bất kỳ một phương pháp phá thai nào trước đó.

Không tuân thủ phác đồ điều trị

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang bằng phương pháp hồi cứu số liệu trên hồ sơ bệnh án có sẵn.

Cỡ mẫu: Mẫu không xác suất, toàn bộ hồ sơ đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn đều được lấy vào nghiên cứu. Cỡ mẫu trong nghiên cứu này là 31 ca.

Các biến số nghiên cứu được thu thập theo mẫu với các thông số về tuổi mẹ, tuổi thai, lý do phá thai, thời gian gây sảy, liều MSP gây sảy. Các biến số được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 để tính toán số liệu.

3. Phương pháp tiến hành

Phác đồ phá thai nội khoa theo hướng dẫn Quốc gia về sức khỏe sinh sản năm 2016: Uống 200mg MFP (1 viên). Sau 24-48 giờ, sử dụng MSP viên nén 400mcg đặt âm đạo, sau đó mỗi 3 giờ ngậm dưới lưỡi 400mcg MSP, tối đa 5 liều trong 24 giờ. Lặp lại tối đa 3 ngày với tuổi thai 13-18 tuần, tối đa 2 ngày với tuổi thai 19-22 tuần.

Đánh giá kết quả của phương pháp phá thai:

Thành công: Thai được tống ra khỏi buồng tử cung.

Thất bại: Thai không ra, phải chuyển phương pháp hoặc có tai biến.

Được xác định là có tai biến khi: Băng huyết, chóng, sốt rau, thủng hoặc vỡ tử cung.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ ngày 01/01/2021 đến ngày 30/11/2021 nghiên cứu thu nhận được 31 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $26 \pm 9,6$, trong đó 17 sản phụ chưa có con chiếm tỷ lệ cao nhất 54,9%. Tỷ lệ phá thai do sản phụ đủ con chiếm cao nhất 32,3% trong các lý do phá thai khác.

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu nhân theo tuổi thai và lý do phá thai

Đặc điểm		n	%
Tuổi thai	13-18 tuần	23	74,2
	19-22 tuần	8	25,8
	$X \pm SD = 16,74 \pm 2,65$		
Lý do phá	Thai bất thường	7	22,6
	Vị thành niên	6	19,4

thai	Đủ con, ngoài kế hoạch	10	32,3
		Chưa chồng	8

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân phá thai ở tuần 13-18 chiếm 74,2%, ở tuần 19-22 chiếm 25,8%. Tỷ lệ phá thai vì lý do chưa chồng, trẻ vị thành niên chiếm 45,2%.

2. Hiệu quả đình chỉ thai nghén

Bảng 2. Kết quả đình chỉ thai nghén

Kết quả	13-18 tuần		19-22 tuần		Chung	
	N	%	N	%	N	%
Thành công	22	95,7	8	100	30	96,8
Thất bại	1	4,3	0	0	1	3,2
Tổng	23	100	8	100	31	100

Nhận xét: Tỷ lệ sảy thai ở nhóm 13-18 tuần là 95,7%. Có 1 trường hợp thất bại phải chuyển phương pháp nong gấp thai chiếm tỷ lệ 4,3%. Tỷ lệ sảy thai ở nhóm 19-22 tuần là 100%. Tỷ lệ sảy thai chung ở cả 2 nhóm là 96,8%.

Bảng 3. Tỷ lệ sảy thai phân bố theo thời gian

Thời gian (giờ)	13-18 tuần		19-22 tuần	
	N	%	N	%
< 3 (liều 1)	0	0	0	0
3-6 (liều 2)	8	36,4	2	25
6-9 (liều 3)	8	36,4	3	37,5
9-12 (liều 4)	4	18,2	1	12,5
>12 (liều 5)	2	9	2	25
Tổng số	22	100	8	100

Nhận xét: tỷ lệ sảy thai khi dùng liều 1 ở cả 2 nhóm là 0%. Chủ yếu bệnh nhân sảy thai ở liều misoprostol thứ 2 và thứ 3. Với tuần thai 13-18, sảy thai khi dùng liều misoprostol ≤ 3 chiếm 72,8%. Với tuần thai 19-22, tỷ lệ này là 62,5%.

Bảng 4. Thời gian sảy thai trung bình theo tuổi thai

Thời gian (giờ)	13-18 tuần	19-22 tuần	Chung
$X \pm SD$	$7,78 \pm 2,85$	$8,66 \pm 4,05$	$8,01 \pm 3,16$
Min	4,83	4,75	4,75
Max	16,25	15,30	16,25

Nhận xét: thời gian sảy thai trung bình của nhóm 19-22 tuần dài hơn nhóm 13-18 tuần. Thời gian sảy thai lâu nhất là 16,25 giờ. Như vậy tất cả 30 bệnh nhân sảy thai thành công đều sảy thai trong vòng 24 giờ sau khi dùng thuốc Misoprostol.

Bảng 5. Liều gây sảy thai của MSP

Tuổi thai	Thời gian sảy	Liều MSP (mcg)
13-18	$7,78 \pm 2,85$ giờ	1200 ± 390
19-22	$8,66 \pm 4,05$ giờ	1350 ± 475
Chung	$8,01 \pm 3,16$ giờ	1240 ± 411

Nhận xét: Liều gây sảy thai trung bình là 1240 ± 411 mcg. Liều gây sảy thai trung bình ở nhóm tuổi thai từ 13-18 tuần là 1200 ± 390 mcg.

Liều gây sảy thai trung bình ở nhóm tuổi thai 19-22 tuần là 1350 ± 475 mcg.

BÀN LUẬN

Qua bảng 1 ta thấy tỷ lệ bệnh nhân phá thai ở tuần thai 13-18 tuần chiếm 74,2% và nhóm 19-22 chiếm tỷ lệ 25,8%. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, nhóm lý do phá thai vì chưa chồng và trẻ vị thành niên chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,16%. Tỷ lệ này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Khanh (2016), trong đó tỷ lệ chưa chồng và trẻ vị thành niên chiếm 43,04%^[6]. Điều này có thể lý giải do nhóm đối tượng này chưa có kinh nghiệm liên quan đến vấn đề thai nghén, e ngại không đi khám sớm nên phát hiện có thai muộn. Do đó, chúng ta cần nâng cao giáo dục giới tính cho trẻ em vị thành niên để tránh việc các em có thai do không có kiến thức về sức khỏe sinh sản, về việc phòng tránh thai. Việc phá thai to ở lứa tuổi này cũng gặp nhiều nguy cơ hơn các lứa tuổi khác do cơ quan sinh sản của trẻ vị thành niên còn chưa trưởng thành, hoàn thiện.

Tỷ lệ thành công của phác đồ phối hợp MFP và MSP trong nghiên cứu của chúng tôi là 96,8% trong vòng 24 giờ sau khi dùng MSP liều đầu tiên. Trên thế giới cũng như trong nước đã có nhiều nghiên cứu so sánh hiệu quả 2 phác đồ MSP đơn thuần và MFP kết hợp MSP. Các tác giả đều kết luận hiệu quả phá thai của phác đồ MFP kết hợp MSP cao hơn hẳn so với phác đồ MSP đơn thuần. Đánh giá hiệu quả phác đồ MFP kết hợp MSP, theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lan Hương, tỷ lệ thành công ở nhóm dùng MFP kết hợp MSP là 83,8%, của nhóm dùng MSP đơn thuần là 66,92%^[7]. Theo nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Khanh (2016), tỷ lệ thành công chung của phương pháp MFP kết hợp MSP là 100%^[6]. Như vậy tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Vũ Văn Khanh và cao hơn so với tác giả Nguyễn Thị Lan Hương. Điều đó có thể lý giải do trong nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Khanh, tác giả dùng liều Misoprostol đầu tiên là 800mcg đặt âm đạo, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Còn theo tác giả Nguyễn Thị Lan Hương thì tác giả dùng các liều đều bằng đường ngậm cạnh má, không dùng đường đặt âm đạo. Từ đó có thể thấy tính hiệu quả cao của phác đồ Bộ Y tế năm 2016 đưa ra, nhằm mục tiêu đưa ra liều MSP tối ưu mang lại hiệu quả cao, hạn chế tác dụng phụ của thuốc.

Trong phá thai nội khoa, ưu điểm của phương pháp ngoài sự biểu hiện ở tỷ lệ sảy thai còn biểu hiện ở thời gian sảy thai và liều thuốc gây sảy. Phác đồ có tỷ lệ sảy thai cao, thời gian

sảy ngắn hơn và liều thuốc sử dụng thấp hơn sẽ là phương pháp được lựa chọn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sảy thai trung bình là $8,01 \pm 3,16$ giờ. Thời gian sảy thai ngắn nhất là 4,75 giờ, dài nhất là 16,25 giờ. Như vậy toàn bộ 30 bệnh nhân sảy thai đều sảy trong vòng 24 giờ sau khi dùng MSP. Liều MSP trung bình là 1240 ± 411 mcg. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lan Hương là $8,32 \pm 3,72$ giờ (với liều MSP trung bình là 1658 ± 368 mcg)^[7]. Thời gian sảy thai trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Khanh là $5,86 \pm 2,83$ giờ (với liều MSP trung bình là $1363,48 \pm 358,14$ mcg) do tác giả Vũ Văn Khanh dùng liều MSP đầu tiên cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi^[6]. Trên thế giới, các tác giả cũng đưa ra kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Theo nghiên cứu của tác giả Ngai (2000), thời gian sảy thai là 10,4 giờ với liều MSP đường uống, 10 giờ với liều MSP đường đặt âm đạo^[8]. Tác giả Tang nghiên cứu năm 2005, thời gian sảy thai trung bình là 5,5 giờ với liều MSP đường ngậm dưới lưỡi và 7,5 giờ với liều MSP đường uống^[9]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả khác trong nước và trên thế giới đều cho thấy phác đồ MFP kết hợp MSP cho ra thời gian sảy thai nhanh hơn, liều MSP trung bình gây sảy thai thấp hơn so với các nghiên cứu dùng MSP đơn thuần.

KẾT LUẬN

Do số lượng bệnh nhân ít, nên nghiên cứu của chúng tôi mới bước đầu tổng kết về hiệu quả của phác đồ MFP kết hợp MSP theo hướng dẫn quốc gia về sức khỏe sinh sản của Bộ Y tế năm 2016. Theo nghiên cứu của chúng tôi, 31 sản phụ tham gia nghiên cứu thì có 30 sản phụ sảy thai thành công chiếm 96,8%, chỉ có 1 sản phụ không sảy thai sau 3 ngày dùng MSP, phải chuyển sang mổ gấp. Thời gian gây sảy thai trung bình là $8,01 \pm 3,16$ giờ. Liều MSP gây sảy thai trung bình là 1240 ± 411 mcg.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S. Second Trimester Medical Abortion with Mifepristone-Misoprostol and Misoprostol Alone: A Review of Methods and Management. *Reprod Health Matters*. 2008;16(31, Supplement):162-172. doi:10.1016/S0968-8080(08)31371-8.
2. World Health Organization. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*; 2003.
3. Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. Complications after Second Trimester Surgical and

Medical Abortion. *Reprod Health Matters*. 2008;16(sup31):173-182.

doi:10.1016/S0968-8080(08)31379-2.

4. **Nguyễn Huy Bạo**. Đánh giá hiệu quả, tác dụng phụ và tính an toàn của việc sử dụng Misoprostol trong phá thai 3 tháng giữa. Luận văn Tiến sĩ Y học, 2010.

5. Bộ Y tế. Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Nhà xuất bản Thanh Hóa; 2018.

6. **Vũ Văn Khanh**. Nghiên cứu hiệu quả và tính an toàn khi sử dụng Mifepriston phối hợp với Misoprostol để kết thúc thai nghén cho thai từ 10 đến 20 tuần tuổi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Luận văn Tiến sĩ Y học. 2016.

7. **Nguyễn Thị Lan Hương**. Nghiên cứu hiệu quả phá thai từ 13 đến 22 tuần của misoprostol đơn thuần và mifepristone kết hợp misoprostol. Luận văn Tiến sĩ Y học. 2012.

8. **Ngai SW, Tang OS, Ho PC**. Randomized comparison of vaginal (200 µg every 3 h) and oral (400 µg every 3 h) misoprostol when combined with mifepristone in termination of second trimester pregnancy. *Hum Reprod*. 2000;15(10):2205-2208.

doi:10.1093/humrep/15.10.2205

9. **Tang OS** và cộng sự. A prospective randomized comparison of sublingual and oral misoprostol when combined with mifepristone for medical abortion at 12-20 weeks gestation. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2005;20(11).

doi:10.1093/humrep/dei196

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM CỦA NGƯỜI QUẢN LÝ, CHẾ BIẾN TẠI CỬA HÀNG ĂN HUYỆN TIÊN YÊN, QUẢNG NINH NĂM 2021 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

HOÀNG VĂN HẠNH¹, PHẠM DUY TƯỜNG²
¹Trung tâm Y tế huyện Tiên Yên, Quảng Ninh
²Trường Đại học Thăng Long

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngộ độc thực phẩm đang trở thành vấn đề được các nước đặc biệt quan tâm vì hệ quả tiêu cực mà ngộ độc thực phẩm gây ra. Nhiều nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định các yếu tố nguy cơ gây ra các vụ ngộ độc thực phẩm, người chế biến thực phẩm là yếu tố quan trọng trong sự bùng phát dịch bệnh do thực phẩm từ xử lý sai trong quá trình chuẩn bị, chế biến hoặc bảo quản thực phẩm. Tại Việt Nam, tính chung 6 tháng đầu năm 2020 trên địa bàn cả nước xảy ra 40 vụ ngộ độc thực phẩm, làm 1087 người bị ngộ độc, trong đó 15 trường hợp tử vong. Huyện Tiên Yên quản lý khoảng 390 cửa hàng kinh doanh thực phẩm^[6], quy mô phục vụ dao động từ 200 đến 1000 suất ăn/ lần phục vụ chủ yếu tại thị trấn Tiên Yên, việc đảm bảo an toàn, phòng chống NĐTP trong quá trình chế biến và cung cấp suất ăn cho người dân là đặc biệt quan trọng. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Kiến thức, thực hành phòng chống ngộ độc thực phẩm của người quản lý, chế biến tại cửa hàng ăn tại huyện Tiên Yên, Quảng Ninh năm 2021 và một số yếu tố liên quan”.

Chịu trách nhiệm: Hoàng Văn Hạnh
Email: hoangvanhanh72@gmail.com
Ngày nhận: 28/9/2021
Ngày phản biện: 28/10/2021
Ngày duyệt bài: 15/11/2021

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức, thực hành phòng chống ngộ độc thực phẩm của người quản lý và người chế biến tại cửa hàng ăn huyện Tiên Yên, Quảng Ninh năm 2021 và phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành phòng chống ngộ độc thực phẩm của đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu từ tháng 4 đến tháng 9 năm 2021 tại cửa hàng ăn huyện Tiên Yên, Quảng Ninh. Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang có phân tích trên 200 người quản lý/chế biến thực phẩm trong các cửa hàng phục vụ ≥ 100 suất ăn. Bộ công cụ sử dụng là bộ câu hỏi soạn sẵn, dựa trên tài liệu tập huấn kiến thức về an toàn thực phẩm cho người trực tiếp sản xuất, chế biến thực phẩm của Cục An toàn Thực phẩm - Bộ Y tế. Các dữ liệu được nhập liệu và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

Kết quả: Kiến thức đạt về phòng chống ngộ độc thực phẩm của đối tượng nghiên cứu chưa thực sự cao 73,0%, tỷ lệ thực hành chung đạt 63,0%. Nghiên cứu tìm thấy mối tương quan chặt chẽ giữa kiến thức, thực hành phòng chống NĐTP với yếu tố tham gia tập huấn về ATTP, số năm kinh nghiệm trong lĩnh vực chế biến thực phẩm ($p < 0,001$). Cụ thể: Tỷ lệ kiến thức chung