

TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TRONG THAI NGOÀI TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phạm Văn Tự, Lê Minh Toàn

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố nguy cơ trong thai ngoài tử cung (TNTC).

Đối tượng và phương pháp: Nhóm bệnh: 74 trường hợp thai ngoài tử cung, nhóm chứng: 444 thai phụ đang điều trị tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế từ 5/2010-5/2011. Mô tả cắt ngang có đối chứng. **Kết quả:** Phẫu thuật vòi tử cung làm tăng khả năng thai ngoài tử cung gấp 57 lần (OR 56,7). Tiền sử mắc thai ngoài tử cung 1 lần làm tăng khả năng thai ngoài tử cung gấp 46 lần (OR 46,3). Tiền sử nạo hút thai 2 lần làm tăng khả năng thai ngoài tử cung lên gấp 33 lần (OR 32,7). Tiền sử viêm phần phụ làm tăng khả năng thai ngoài tử cung gấp 13 lần (OR 13,3). Mổ lấy thai làm tăng khả năng thai ngoài tử cung gấp 5 lần (OR 5,3). Tiền sử sử dụng dụng cụ tử cung làm tăng khả năng thai ngoài tử cung gấp 3 lần (OR 3,2). Tiền sử nạo hút thai 1 lần làm tăng khả năng thai ngoài tử cung gấp 3 lần (OR 3,1). **Kết luận:** các yếu tố nguy cơ cao gây TNTC là phẫu thuật vòi trứng, tiền sử mắc TNTC, tiền sử nạo hút thai, viêm phần phụ. Các yếu tố nguy cơ thấp cho TNTC là mổ lấy thai, sử dụng dụng cụ tử cung.

Abstract:

Study on several risk factors of ectopic pregnancy in Hue Central hospital

Objectives: This study evaluated the role of several risk factors for ectopic pregnancy.

Methods: case-control studies. Case patients (n = 74) were women diagnose for ectopic pregnancies during the study period; The controls (n = 444) were pregnancies who in the Obstetric Department - Hue hospital Center from May 2010 to May 2011. **Results:** Following conditional logistic regression, several variables remained as strong and independent risk factors for ectopic pregnancy: prior tubal surgery (odd ratio OR=56,7; 95% confidence interval, CI 3-1065,4), prior ectopic pregnancy (OR=46,3; 95% confidence interval, 5,6-382,1), previous induced abortion (OR=3,1 95% confidence interval CI 1,2-7,8 for 1 and OR=32,7 CI 1,6-689 for 2), a history of pelvic inflammatory disease (OR =13,3; 95% confidence interval CI 3,9-45,5), prior Ceasar section (OR=5,3; 95% confidence interval, CI 2,8-10,2) and intrauterine device use (OR=3,2 95% confidence interval CI=3,2-18). **Conclusions:** This study suggests that prior tubal surgery, prior ectopic pregnancy, prior induced abortion may be a risk factor for ectopic pregnancy for women with no previous ectopic pregnancy, particularly in the case of women who have had two induced abortions.

Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế

Đặt vấn đề

Thai ngoài tử cung là trứng đã được thụ tinh, làm tổ và phát triển ở một vị trí bên ngoài buồng tử cung. Thai ngoài tử cung là một cấp cứu sản khoa và đe dọa đến tính mạng người phụ nữ [13], [15].

Tỷ lệ thai ngoài tử cung trên thế giới từ 1970 tới 1992 tăng gấp 6 lần. Hiện nay tỷ lệ này khoảng 1,9% - 2% tổng số thai kỳ [13]. Ở Việt Nam chưa có thống kê chính thức chỉ có các nghiên cứu ở từng khu vực. Tỷ lệ thai ngoài tử cung ở Bệnh viện Từ Dũ là 30/1000 ca sinh, tỷ lệ này đã tăng gấp đôi so với năm 1999, tại Bệnh viện Hùng Vương là 27/1000 ca sinh [1]. Tại Huế, theo tổng kết cuối năm 2009 của Bệnh viện Trung ương Huế thì tỷ lệ thai ngoài tử cung khoảng 22/1000 ca sinh.

Các yếu tố nguy cơ thai ngoài tử cung có xu hướng ngày càng gia tăng như viêm vòi tử cung, viêm phần phụ, nạo hút thai, nhu cầu sử dụng các biện pháp hỗ trợ sinh sản và tránh thai tăng cao. Các yếu tố này làm gia tăng đáng kể khả năng bị thai ngoài tử cung. Viêm nhiễm vùng chậu bao gồm viêm vòi tử cung, viêm phần phụ làm tăng nguy cơ thai ngoài tử cung lên gấp 6 lần. Khả năng thai ngoài tử cung tăng lên gấp 7-13 lần nếu người phụ nữ có tiền sử thai ngoài tử cung [13]. Trong một nghiên cứu của 3.000 thai lâm sàng đạt được qua thụ tinh trong ống nghiệm, tỷ lệ thai ngoài tử cung là 4,5%, tăng gấp đôi so với tỷ lệ chung trong dân

cư. Kích thích sự rụng trứng bằng Clomiphene citrate hoặc liệu pháp tiêm Gonadotropin làm tăng 4 lần trong nguy cơ thai ngoài tử cung. Tỷ lệ thai ngoài tử cung ở phụ nữ sử dụng vòng tránh thai là 3-4%[15]. Chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu “**Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ trong thai ngoài tử cung tại Bệnh viện Trung ương Huế**” với mục tiêu: *Đánh giá một số yếu tố nguy cơ trong thai ngoài tử cung.*

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng: gồm 74 bệnh nhân vào điều trị thai ngoài tử cung tại Bệnh viện Trung ương Huế. Nhóm chứng gồm: 444 thai phụ có cùng độ tuổi mẹ vào khám và điều trị tại khoa sản Bệnh viện Trung ương Huế từ 5/2010 – 5/2011 với tỷ lệ nhóm chứng-nhóm bệnh là 6/1.

Phương pháp: nghiên cứu cắt ngang mô tả có đối chứng. Tất cả nhóm bệnh và nhóm chứng sau khi được chọn ra sẽ tiến hành khai thác các yếu tố nguy cơ theo phiếu điều tra:

Điều trị vô sinh;	Tiền sử nạo hút thai.
Phẫu thuật vùng chậu;	Sử dụng dụng cụ tử cung.
Viêm phần phụ-cổ tử cung;	Tiền sử bị thai ngoài tử cung.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm Medcalc phiên bản 11.6.1.

Kết quả và Bàn luận

Bảng 1. Phân bố và tỷ suất chênh của yếu tố tiền sử nạo hút thai.

Các yếu tố nguy cơ		Nhóm bệnh		Nhóm chứng		OR	CI	P
		n	%	n	%			
Tiền sử nạo hút thai	Chưa lần nào	65	87,8	428	96,4			
	1 lần	7	9,5	15	3,4	3,1	1,2-7,8	0,0185
	2 lần	2	2,7	0	0	32,7	1,6-689	0,0249

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có một số yếu tố nguy cơ kết hợp mạnh với TNTC như nạo hút thai làm nguy cơ TNTC gấp 3 lần (OR=3,1 CI: 1,2-7,8) nếu nạo 1 lần và gấp 33 lần (OR= 32,7 CI: 1,6-689) nếu nạo trên 2 lần. Kết quả này của chúng tôi cao hơn của các tác giả khác như Anorlu, Adubu, Adebajo nghiên cứu với cỡ mẫu 100 và nhóm chứng 280 người thì tiền sử nạo hút thai làm tăng nguy cơ lên gấp 14 lần [3].

Nghiên cứu trên 570 bệnh nhân với nhóm chứng 1385 người Tharaux-Deneux

và Bouyer nhận thấy tiền sử nạo hút thai làm tăng nguy cơ TNTC gấp 1,5 lần (OR=1,5 và CI: 1-2) với độ tin cậy 95%. Trong đó nếu nạo hút thai một lần nguy cơ tăng gấp 1,4 lần (OR=1,4) và hai lần trở lên nguy cơ tăng gấp 1,9 lần (OR=1,9) [14]. Levin và Schoenbaum nhận thấy trong nghiên cứu của mình mối tương quan giữa tiền sử nạo hút thai và TNTC. Nếu tiền sử 1 lần bị TNTC thì nguy cơ bị TNTC trong lần mang thai tiếp theo tăng với RR=1,6 hai lần trở lên thì RR=4,0 kết quả này lại thấp hơn so với kết quả của chúng tôi [10].

Bảng 2. Phân bố và tỷ suất chênh của yếu tố phẫu thuật vùng tiểu khung.

Các yếu tố nguy cơ		Nhóm bệnh		Nhóm chứng		OR	CI	P
		n	%	n	%			
Phẫu thuật vùng tiểu khung	Mổ ruột thừa	1	1,4	4	0,9	1,5	0,2-13,7	0,7155
	Mổ lấy thai	19	25,7	27	6,1	5,3	2,8-10,2	0,001
	Mổ u nang	1	1,4	1	0,2	6,1	0,4-98,1	0,2041

Trong nghiên cứu của chúng tôi số trường hợp có tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung là 28,5% ở nhóm bệnh và 7,2% ở nhóm chứng. Mỗi loại phẫu thuật có sự kết hợp mạnh yếu khác nhau với TNTC, kết hợp mạnh nhất là phẫu thuật tại vòi tử cung và phẫu thuật kết hợp yếu nhất là phẫu thuật ruột thừa viêm. Kết quả này thấp hơn so

với kết quả của Brodowska, Szydlowska và Starczewski nghiên cứu 104 bệnh nhân có 48,5% có tiền sử phẫu thuật so với nhóm chứng là 18,6%, sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với $p=0,034$. Sử dụng dụng cụ tử cung và điều trị lạc nội mạc tử cung không phải là các yếu tố nguy cơ quan trọng trong thai ngoài tử cung [8].

Bảng 3. Phân bố và tỷ suất chênh của yếu tố điều trị vô sinh.

Các yếu tố nguy cơ		Nhóm bệnh		Nhóm chứng		OR	CI	P
		n	%	n	%			
Điều trị vô sinh	Phẫu thuật ở vòi tử cung	4	5,4	0	0	56,7	3-1065,4	0,007
	Thuốc kích thích rụng trứng	1	1,4	0	0	18,1	0,7-499,6	0,0768

Bảng trên cho thấy phẫu thuật vòi tử cung làm nguy cơ TNTC tăng gấp 57 lần (OR=56,7 CI: 3,0-1065,4). Theo Ankum và

cộng sự tổng kết 27 nghiên cứu bệnh-chứng, 9 nghiên cứu thuần tập ở Anh, Pháp, Đức và Hà Lan nhận thấy các yếu tố nguy cơ trong TNTC

chia làm 3 mức độ. Mức độ kết hợp mạnh với $OR > 5$ như tiền sử bị TNTC, tiền sử phẫu thuật vòi tử cung. Mức độ kết hợp trung bình có $OR = 2-5$ như tiền sử viêm nhiễm vùng tiểu khung. Mức độ kết hợp yếu với $OR = 1-2$ là yếu tố tiền sử phẫu thuật ở vùng bụng hoặc tiểu khung [2].

Theo Fernandez, Coste thực hiện nghiên cứu bệnh chứng đánh giá vai trò bệnh nguyên tiềm tàng của kích thích rụng trứng

trong nguy cơ TNTC nhận thấy kích thích rụng trứng làm tăng nguy cơ bị TNTC gấp 4 lần ($OR=3,9$ và $CI:1,1-14,3$) với độ tin cậy 95%. Điều này cho thấy yếu tố học môn có thể liên quan tới sự hình thành TNTC [9].

Theo Bakken và Skjeldestad tổng kết xu hướng của TNTC thấy có sự phù hợp giữa sự giảm tỷ lệ TNTC và sự giảm các phẫu thuật ở vòi tử cung do thay thế bằng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản hiện đại [4].

Bảng 4. Phân bố và tỷ suất chênh của yếu tố tiền sử thai ngoài tử cung.

Các yếu tố nguy cơ		Nhóm bệnh		Nhóm chứng		OR	CI	P
		n	%	n	%			
Tiền sử thai ngoài tử cung	1 lần	7	9,5	1	0,2	46,3	5,6-382,1	0,0004
	2 lần	0	0	0	0			

Kết quả của chúng tôi tiền sử mắc TNTC 1 lần làm tăng nguy cơ TNTC gấp 46 lần ($OR=46,3$ CI: 5,6-382,1). Không ghi nhận được trường hợp nào có tiền sử mắc TNTC 2 lần. Theo Barnhart, Sammel và Clarisa tiền sử thai ngoài tử cung là một yếu tố làm

tăng nguy cơ TNTC lên gấp 3 lần với $OR = 2,9$ CI: 1,9-4,7 và độ tin cậy 95%. Nếu có tiền sử TNTC hai lần trở lên thì OR tăng lên 16 lần với $OR = 16$; CI: 5,4-47,7 [6]. Theo tác giả Ankum và Mol [2]

Yếu tố nguy cơ	OR	CI với độ tin cậy 95%
Tiền sử TNTC	8,3	6,0-11,5
Tiền sử phẫu thuật vòi tử cung	21	9,3-47
Tiền sử viêm nhiễm tiểu khung	2,5	2,1-3,0

Bảng 5. Phân bố và tỷ suất chênh của yếu tố dùng dụng cụ tử cung và viêm nhiễm.

Các yếu tố nguy cơ	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		OR	CI	P
	n	%	n	%			
Tiền sử dùng dụng cụ tử cung	12	16,2	11	2,5	3,2	3,2-18	0,0001
Tiền sử viêm phần phụ	8	10,8	4	0,9	13,3	3,9-45,5	0,0001

Theo tác giả Anorlu, Adubu dùng dụng cụ tử cung làm tăng nguy cơ gấp 4 lần với $OR=3,8$ CI:2,1-6,7 [3]. Theo Barnhart, Sammel và Clarisa tiền sử viêm nhiễm vùng tiểu khung cũng làm tăng nguy cơ bị TNTC gấp 1,5 lần với

$OR = 1,5$; CI: 1,1-2,1. Sử dụng dụng cụ tử cung, mổ lấy thai hiện tại được chứng minh là không có sự kết hợp với nguy cơ TNTC [6].

Lozeau và Potter cũng đưa ra một kết quả như sau [12]:

Yếu tố nguy cơ	Số nghiên cứu	OR
Tiền sử TNTC	3	21
Tiền sử phẫu thuật vòi tử cung	10	8,3
Tiền sử dùng dụng cụ tử cung	16	1,6
Tiền sử viêm nhiễm tiểu khung	24	2,4-3,7

Bouyer, Coste, Fernandez nghiên cứu mẫu 803 bệnh nhân với nhóm chứng 1683 người đưa ra các nguy cơ trong TNTC như sau [7].

Các yếu tố nguy cơ		OR	CI với độ tin cậy 95%
Dùng dụng cụ tử cung		2,8	1,1-7,2
Tiền sử TNTC	1 lần	12,5	7,5-20,9
	≥2 lần	76,6	10,1-580
Tiền sử nạo hút thai	1 lần	1,2	1,0-1,6
	≥2 lần	3,0	1,7-5,8
Tiền sử mổ ruột thừa	Chưa vỡ	1	
	Vỡ mũ	1,4	0,8-2,4
Tiền sử phẫu thuật ở vòi tử cung		8,8	6,4-12,3
Tiền sử viêm nhiễm vùng tiểu khung		3,4	2,4-5,0

Theo Kurt T. Barnhart có một sự kết hợp mạnh giữa TNTC và các yếu tố gây ra tổn thương ở vòi tử cung như viêm vùng tiểu khung, phẫu thuật ở vòi tử cung, tiền sử bị TNTC trước đây. Có một sự kết hợp không rõ ràng giữa TNTC và viên uống tránh thai, sảy thai và mổ lấy thai. Có dụng cụ tử cung mà có thai là hiếm gặp nhưng nếu có thai thì khoảng 25-50% các trường hợp này là thai nằm ngoài tử cung [5].

Kết luận

Qua nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy một số yếu tố nguy cơ trong thai ngoài tử cung như sau:

- Phẫu thuật vòi tử cung chiếm tỷ lệ 5,4% và làm tăng khả năng thai ngoài tử cung gấp 57 lần (OR 56,7).

- Tiền sử mắc thai ngoài tử cung 1 lần chiếm tỷ lệ 9,5% và làm tăng khả năng thai ngoài tử cung gấp 46 lần (OR 46,3).

- Tiền sử nạo hút thai 2 lần chiếm tỷ lệ 2,7% và làm tăng khả năng thai ngoài tử cung lên gấp 33 lần (OR 32,7).

- Tiền sử viêm phần phụ chiếm tỷ lệ 10,8% và làm tăng khả năng thai ngoài tử cung gấp 13 lần (OR 13,3).

- Mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 25,7% và làm tăng khả năng thai ngoài tử cung gấp 5 lần (OR 5,3).

- Tiền sử sử dụng dụng cụ tử cung chiếm tỷ lệ 16,2% và làm tăng khả năng thai ngoài tử cung gấp 3 lần (OR 3,2).

- Tiền sử nạo hút thai 1 lần chiếm tỷ lệ 9,5% làm tăng khả năng thai ngoài tử cung gấp 3 lần (OR 3,1).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Minh Tâm (2007), Điều trị thai ngoài tử cung bằng Methotrexate, *Tạp chí Phụ Sản*, Số 3-4, tr. 159-166.
2. Ankum WM, Mol BW, Bossuyt PM (1996), Risk factors for ectopic pregnancy, *Fertil Steril*, 65: 1093-9.
3. Anorlu RI, Abudu OO, Adebajo S (2005), Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84 (2):184-8.
4. Bakken IJ, Skjeldestad FE (2006), Time trends in ectopic pregnancies in a Norwegian county 1970-2004: a population – based study, *Human Reproduction*, 21 (12): 3132-6.
5. Barnhart KT (2009), Ectopic pregnancy, *N Engl J Med*, 361:379-387.
6. Barnhart KT, Sammel MD, Clarisa SD (2006), Risk factors of ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies, *Fertil Steril*, 86 (1): 36-43.
7. Bouyer J, Coste J, Fernandez H (2003), Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control population-based study in France, *Am J Epidemiol*, 157 (3): 185-194.
8. Brodowska A, Szydlowska I, Starczewska A (2005), Analysis of risk factors for ectopic pregnancy in own material in the years 1993-2002, *Pol Merkur Lekarski*, 18:74-77.
9. Fernandez H, Coste J (1991), Controlled ovarian hyperstimulation as a risk factor for ectopic pregnancy, *The American College of Obstetrician and Gynecologist*, 78 (4): 656-9.
10. Levin AA, Schoenbaum SC, Zimicki S (1982), Ectopic pregnancy and prior induced abortion, *American Journal of Public Health*, 72(3): 253-6.
11. Lozeau AM, Potter B (2005), Diagnosis and management of ectopic pregnancy, *American Family Physician*, 72 (9): 1707-1714.
12. Mahboob U, Mazhar SB (2006), Management of ectopic pregnancy: a two-years study, *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 18 (4): 34-7.
13. Stovall TG (2007), Early Pregnancy Loss and Ectopic pregnancy, *Berek & Novak's gynecology 14 edition*, pp 604-629.
14. Tharaux-Deneux C, Bouyer J, Coste J (2007), Risk of ectopic pregnancy and previous induced abortion, *Journal of Pediatric and adolescent Gynecology*, 20 (3): 181-5.
15. Wood E, Sepilian VP (2010), Ectopic Pregnancy, <http://emedicine.medscape.com/article>, Updated: Apr 1, 2010.