

# NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH THAI TRỨNG VÀ GIÁ TRỊ CỦA $\beta$ hCG TRONG TIỀN LƯỢNG BỆNH THAI TRỨNG

Lê Thị Diệu Hằng, Nguyễn Vũ Quốc Huy  
Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng, Trường Đại học Y Dược Huế

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** Khảo sát một số yếu tố nguy cơ của bệnh thai trứng và đánh giá giá trị của  $\beta$ hCG trong tiền lượng bệnh thai trứng. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu bệnh - chứng và theo dõi dọc, gồm 41 bệnh nhân thai trứng và 246 sản phụ có cùng tuổi thai vào điều trị tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 4/2012 đến 7/2013. **Kết quả:** tuổi < 20 hoặc  $\geq$  40 làm tăng nguy cơ thai trứng gấp 9 lần (OR= 8,8), nghề nghiệp làm nông làm tăng nguy cơ thai trứng gấp 5 lần (OR= 4,8), BMI < 18,5 làm tăng nguy cơ thai trứng gấp 5 lần (OR=5,1), mang thai nhiều lần ( $\geq$  3 lần) làm tăng nguy cơ thai trứng gấp 6 lần (OR=5,5), có tiền sử thai trứng làm tăng nguy cơ thai trứng gấp 19 lần (OR=19,3). Nồng độ  $\beta$ hCG trung bình của nhóm thai trứng toàn phần  $482.402,1 \pm 372.419,5$  cao hơn nhóm thai trứng bán phần  $142.277,4 \pm 88.564,9$  với  $p < 0,05$ , nồng độ  $\beta$ hCG trước nạo > 215.912 IU/L sẽ có nguy cơ biến chứng với độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 57,6%. **Kết luận:** các yếu tố nguy cơ cao của thai trứng là tuổi <20 hoặc  $\geq$  40, có tiền sử thai trứng và mang thai  $\geq$  3 lần, các yếu tố nguy cơ thấp là nghề nghiệp làm nông và chỉ số khối cơ thể <18,5, nồng độ  $\beta$ hCG của thai trứng toàn phần luôn cao hơn thai trứng bán phần, nguy cơ bị biến chứng u nguyên bào nuôi cao nếu nồng độ  $\beta$ hCG trước nạo > 215.912 IU/L.

## Abstract

### Risk factors of molar pregnancy and the value of $\beta$ hCG in monitoring its complications

**Objective:** Study on several risk factors of molar pregnancy and the value of  $\beta$ hCG in monitoring its complications. **Materials and methods:** case-control and follow-up study, including 41 patients diagnosed as molar pregnancy and 246 women at the same gestational age treated, monitored at Hue Central Hospital from 4/2012 to 7/2013. **Results:** age < 20 or  $\geq$  40 increases the risk of the molar pregnancy 9-fold (OR = 8.8), agricultural occupations increases the risk 5-fold (OR = 4.8), BMI < 18,5 increases the risk 5-fold (OR = 5.1), multiple pregnancy ( $\geq$  3 times) increases the risk 6-fold (OR = 5.5), history of molar pregnancy increases the risk 19-fold (OR = 19.3). The  $\beta$ hCG average of complete molar pregnancy is (482,402.1  $\pm$  372,419.5) higher than partial molar pregnancy's (142,277.4  $\pm$  88,564.9) with  $p < 0.05$ , if the  $\beta$ hCG before molar evacuation > 215,912 IU/L, it will have the risk of gestational trophoblastic neoplasia with the sensitivity of 75% and the specificity of 57.6%. **Conclusion:** The high risk factors of molar pregnancy are age < 20 or  $\geq$  40, history of molar pregnancy and pregnancy  $\geq$  3 times, the low risk factors are agricultural occupations and body mass index < 18.5, the  $\beta$ hCG average of complete molar pregnancy is always higher than partial molar pregnancy's, there will be risk of gestational trophoblastic neoplasia if the  $\beta$ hCG before molar evacuation > 215,912 IU/L.

## Đặt vấn đề

Thai trứng là một dạng lành tính của bệnh lý tế bào nuôi có nguồn gốc thai nghén với một số biến chứng đáng sợ như thai trứng xâm lấn (10-15%) hay ung thư tế bào nuôi (2,5%) [1]. Tần suất bệnh thay đổi rất khác nhau như ở châu Âu là 1/1000- 2000 trường hợp đẻ thường, ở Philippine là 1/200 riêng ở Việt Nam là khoảng 1/500 người có thai. Việc phòng tránh bệnh thai trứng cũng như dự phòng biến chứng của bệnh đóng vai trò quan trọng trong vấn đề chăm sóc sức khỏe của người phụ nữ, đặc biệt là sức khỏe sinh

sản. Vấn đề đặt ra là làm như thế nào? Để giải quyết vấn đề này việc cần làm là phải xác định các yếu tố nguy cơ của bệnh thai trứng và đánh giá được yếu tố có giá trị theo dõi biến chứng sau điều trị thai trứng. Một số nghiên cứu trong nước và ngoài nước đã cho thấy nguy cơ thai trứng cao gấp 5 lần ở những người trên 40 tuổi, gấp 1,5-2 lần ở những người <20 tuổi, gấp 2,9 lần ở nhóm bệnh nhân có chỉ số trọng lượng dưới mức trung bình và gấp 18 lần ở những phụ nữ có tiền sử thai trứng so với cộng đồng [3], [12]... Đa phần các nghiên cứu đều cho thấy hocmon hướng

sinh dục rau thai βhCG là yếu tố tương đối có giá trị nhất cho đến thời điểm hiện tại trong việc dự phòng biến chứng sau nạo thai trứng.

**Đề tài:** “Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và giá trị của βhCG trong theo dõi, tiên lượng bệnh thai trứng” được tiến hành với mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ của bệnh thai trứng và khảo sát giá trị của βhCG trong theo dõi, tiên lượng bệnh thai trứng.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**

**Đối tượng:** Nghiên cứu được tiến hành trên 41 bệnh nhân thai trứng và 246 sản phụ có cùng tuổi thai vào khám và điều trị tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 4/2012 đến 7/2013, với tỷ lệ nhóm bệnh- nhóm chứng là 1/6.

**Phương pháp:**

**Mục tiêu 1:** nghiên cứu bệnh- chứng, mục tiêu 2: theo dõi dọc.

Phương tiện nghiên cứu: bao gồm máy siêu âm, máy định lượng βhCG Elecsys 2010, bộ dụng cụ nạo hút buồng tử cung, thuốc kháng sinh, oxytixin, phiếu điều tra...

Quá trình thăm khám, chẩn đoán, điều trị và theo dõi được thực hiện qua 5 bước:

- Bước 1: Khai thác bệnh sử, tiền sử để tìm các yếu tố nguy cơ của thai trứng.
- Bước 2: Chẩn đoán bệnh qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng.
- Bước 3: Điều trị
- Bước 4: Theo dõi sau nạo thai trứng
- Bước 5: Xác định biến chứng u nguyên bào nuôi nếu có.

Xác định các loại biến số

- Biến số phụ thuộc

Tỷ lệ biến chứng u nguyên bào nuôi trong tổng số bệnh nhân thai trứng, trong từng loại thai trứng được theo dõi.

- Biến số độc lập: gồm 3 nhóm biến số

+ Các yếu tố liên quan tồn tại từ trước lúc thai trứng loại bỏ, thường liên quan tới các yếu tố đặc trưng mang tính chất cá nhân (tuổi, nghề nghiệp, tiền sử sản phụ khoa, BMI...).

+ Các yếu tố có tính chất triệu chứng lâm sàng hay cận lâm sàng có trước hay sau khi thai trứng được loại bỏ (ra máu âm đạo, nang hoàng tuyến, nôn nghén quá độ, tiền sản giật, tắc mạch phổi...).

+ Các yếu tố liên quan tới sau nạo thai trứng (thời gian βhCG trở về < 5IU/l, thời gian ra máu âm đạo sau nạo thai trứng).

**Xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 16.0.

**Kết quả**

**1. Các yếu tố nguy cơ về xã hội**

**Bảng 1.** Phân bố và tỷ suất chênh của các yếu tố nguy cơ về xã hội

Tuổi bắt đầu có kinh	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		OR	CI	p
	n	%	n	%			
Tuổi < 20 hoặc ≥ 40	12	29,3	11	4,5	8,8	3,58-21,84	<0,001
Nghề nghiệp làm nông	14	34,1	24	9,8	4,8	2,22-10,37	<0,001

- Mỗi liên quan về tuổi mẹ với bệnh thai trứng là có ý nghĩa thống kê, nguy cơ ở những người mẹ < 20 tuổi hay ≥ 40 tuổi là 9 lần (OR= 8,8, 95% CI: 3,58-21,84).

- Mỗi liên quan về nghề nghiệp mẹ với bệnh thai trứng là có ý nghĩa thống kê, nguy cơ tăng gấp 5 lần (OR= 4,8, 95% CI: 2,22-10,37).

**2. Các yếu tố nguy cơ về nhân trắc và di truyền**

**Bảng 2.** Phân bố và tỷ suất chênh của các yếu tố nguy cơ về nhân trắc và di truyền

Yếu tố nguy cơ về nhân trắc và di truyền	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		OR	CI	p
	n	%	n	%			
BMI < 18,5	8	19,5	11	4,5	5,1	1,94-13,81	0,002
Có tiền sử bệnh nguyên bào nuôi trong gia đình	1	2,4	3	1,2	2	0,21-19,95	0,462

- Có sự liên quan giữa chỉ số khối cơ thể với bệnh thai trứng (p=0,002), nguy cơ thai trứng trong những trường hợp BMI < 18,5 là 5 lần (OR=5,1, 95% CI: 1,94-13,81).

- Không có mối liên quan giữa tiền sử bệnh nguyên bào nuôi trong gia đình với bệnh thai trứng (p=0,462).

**3. Các yếu tố nguy cơ về tiền sử sản phụ khoa**

**Bảng 3.** Phân bố và tỷ suất chênh của các yếu tố nguy cơ về tiền sử sản phụ khoa

Yếu tố nguy cơ về nhân trắc và di truyền	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		OR	CI	p
	n	%	n	%			
Mang thai ≥ 3 lần	9	22	12	4,9	5,5	2,14-14,04	0,001
Sẩy thai	7	17,1	42	17,1	1,0	0,42-2,41	0,602
Thai trứng	3	7,3	1	0,4	19,3	1,96-190,78	0,010
Mang đa thai	1	2,4	2	0,8	3,0	0,27-34,43	0,371
Vòng kinh không đều	6	14,6	15	6,1	2,64	0,96-7,26	0,061
Thuốc tránh thai	10	24,4	71	28,9	0,8	0,37-1,71	0,350

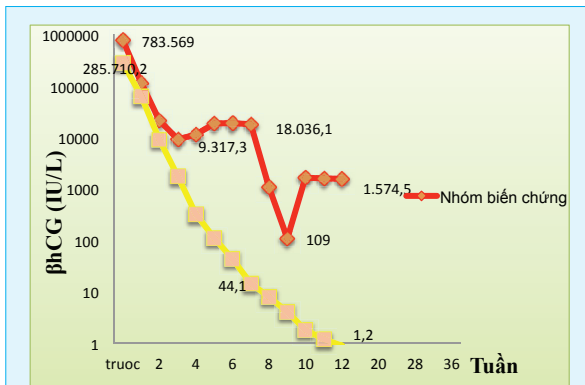
- Mang thai nhiều lần (≥ 3 lần) làm tăng nguy cơ thai trứng lên 6 lần (OR=5,5, 95% CI: 2,14-14,04).

- Tiền sử thai trứng làm tăng nguy cơ thai trứng lên 19 lần (OR=19,3, 95% CI: 1,96-190,78).

- Tiền sử sẩy thai, mang đa thai, vòng kinh không đều hay có dùng thuốc tránh thai không có mối liên quan với thai trứng (p> 0,05).

**4. Diễn biến nồng độ βhCG trung bình trước và sau nạo giữa thai trứng không biến chứng và có biến chứng u nguyên bào nuôi**

- Nồng độ trung bình βhCG của thai trứng không biến chứng thấp hơn hẳn thai trứng có biến chứng ở

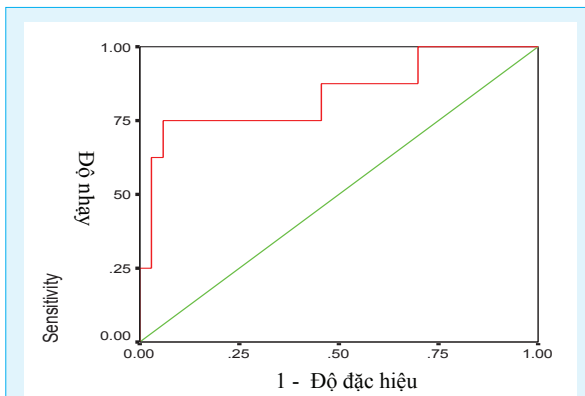


**Biểu đồ 1.** So sánh diễn biến nồng độ βhCG trung bình trước và sau nạo giữa thai trứng không biến chứng và có biến chứng UNBN

mọi thời điểm và sớm trở về giá trị bình thường hơn, vì vậy đường biểu diễn có dạng dốc đứng.

- Nồng độ trung bình của βhCG của thai trứng có biến chứng giảm chậm, và không về giá trị bình thường mà tăng trở lại vào tuần thứ 4.

### 5. Ngưỡng nồng độ βhCG thời điểm trước nạo thai trứng



**Biểu đồ 2.** Biểu đồ đường cong ROC giá trị nồng độ βhCG thời điểm trước nạo thai trứng

- AUC = 0,84, khoảng tin cậy 95% là 0,66-1,02.

- Vào thời điểm trước nạo ngưỡng nồng độ βhCG >215,912 UI/L sẽ có nguy cơ biến chứng với độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 57,6%.

## Bàn luận

### 1. Các yếu tố nguy cơ về xã hội

Tuổi bệnh nhân là một yếu tố nguy cơ quan trọng trong thai trứng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh với nhóm tuổi < 20 và ≥ 40 nhận thấy nguy cơ thai trứng tăng gấp 9 lần so với nhóm tuổi 20-39 (OR= 8,8, khoảng tin cậy 95% là CI : 3,58-21,84) và mối liên quan này là có ý nghĩa (p <0,001). Theo tác giả Phan Thị Duyên Hải thì nguy cơ này là OR= 3,76 (khoảng tin cậy 95% là CI: 1,25-

6,24) [3]. Một số tác giả lại chỉ ra tỷ lệ nguy cơ rõ cho từng nhóm tuổi như : theo Steigrad và cộng sự thì nguy cơ thai trứng ở trẻ vị thành niên gấp 1,5-2 lần và ở phụ nữ >40 gấp trên 5 lần so với nhóm còn lại, Bagshawe và cộng sự thì nguy cơ ở phụ nữ >35 là 10 lần, ở trẻ vị thành niên thì thấp hơn [12].

Theo nghiên cứu của Phan Thị Duyên Hải, nghề nghiệp làm nông có mối liên quan với nguy cơ thai trứng ( P< 0,05), nguy cơ này cao gấp 4,3 lần (OR=4,32, CI : 2,08-8,61) so với nhóm nghề khác. Nguyễn Thị Xiêm và cộng sự trong nghiên cứu điều tra dịch tễ học thai trứng Hà Nội-Đà Nẵng-Sông Bé thiết kế theo nghiên cứu bệnh- chứng đã nhận thấy tỷ lệ mẹ làm ruộng của cả 3 nơi của nhóm thai trứng so với nhóm chứng đều cao hơn một cách có ý nghĩa RR = 3,66 [3]. Các tác giả cho rằng người phụ nữ làm ruộng điều kiện ăn uống kém hơn, sinh hoạt và vệ sinh thiếu thốn hơn, thêm vào đó là nguy cơ tiếp xúc với thuốc trừ sâu do đó tỷ lệ thai trứng cao hơn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa thai trứng và nghề nghiệp, với tỷ suất chênh OR=4,8 khoảng tin cậy 95% của OR là 2,22-10,37. Tuy nhiên để tìm hiểu chính xác mối liên hệ này cần đầu tư quy mô nghiên cứu lớn hơn về lao động, tập quán sống của những người phụ nữ làm nghề nông ở nước ta.

### 2. Các yếu tố nguy cơ về nhân trắc và di truyền

Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa chỉ số khối cơ thể với nguy cơ bệnh thai trứng (p =0,02), tỷ suất chênh OR = 5,1 khoảng tin cậy 95% của OR là 1,94-13,81. Chỉ số khối cơ thể thấp liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân, có thể do thiếu các chất dinh dưỡng trong bữa ăn hàng ngày như protein và carotene. Nghiên cứu của Berkowitz và cộng sự (1985) nêu ra với chế độ ăn carotene trên mức trung bình sẽ làm giảm nguy cơ thai trứng (RR= 0,6, P=0,02). Không những thế carotene với đặc tính chống oxi hóa, tăng cường miễn dịch còn góp phần giảm tỷ lệ biến chứng u nguyên bào nuôi như trong kết quả của Andrijono nghiên cứu mù đôi với 2 nhóm sau nạo thai trứng, nhóm dùng giả dược và nhóm dùng vitamin A 200000 UI/ngày kết quả là nhóm giả dược tỷ lệ biến chứng u nguyên bào nuôi là 26,8%, trong khi nhóm dùng vitamin A là 6,3% và kết quả xét nghiệm cho thấy không có sự tăng SGOT và SGPT do dùng vitamin A dài ngày [7].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, yếu tố tiền sử bệnh nguyên bào nuôi trong gia đình không có liên quan với bệnh thai trứng (p = 0,462).

Cho đến nay có rất ít nghiên cứu đề cập đến vấn đề này ngoài một vài báo cáo trường hợp như Nguyễn Quốc Tuấn (2008) báo cáo trường hợp thai trứng trong gia đình có 6 con gái nhưng có tới 4 người bị thai trứng, nhiều lần và tất cả đều có biến chứng, phải điều trị hóa chất, một trường hợp 3 gia đình ở Ấn Độ có trên 2 người chị em gái bị thai trứng ít nhất một lần [5].

**3. Các yếu tố nguy cơ về tiền sử sản phụ khoa**

Nghiên cứu của Trần Quốc Tuấn (2003) cho thấy tỷ lệ mang thai ≥ 3 lần ở nhóm thai trứng là 26,6%, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả là 22% [4], nguy cơ này tăng gấp 6 lần (OR= 5,5, khoảng tin cậy 95% của OR là 2,14-14,04) so với phụ nữ mang thai <3 lần. Điều này đồng quan điểm với Steigrad, ông cho rằng tỷ lệ thai trứng tăng lên ở những phụ nữ nhiều con. Tuy nhiên, một số nghiên cứu của Matalon và Berkowitz lại cho rằng không có mối liên quan giữa số lần có thai với thai trứng nếu trong độ tuổi sinh đẻ [12].

Trong những yếu tố nguy cơ về tiền sử sản phụ khoa có thể thấy tiền sử thai trứng có độ kết hợp mạnh nhất với bệnh thai trứng, cụ thể là tăng gấp 19 lần ở những phụ nữ có tiền sử thai trứng (OR=19,3, CI: 1,96-190,78). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Franke (1983) ở Hà Lan cho thấy nguy cơ thai trứng tăng gấp 18 lần ở những phụ nữ có tiền sử thai trứng so với cộng đồng.

Theo những nghiên cứu trên thế giới, ngoài yếu tố tuổi ra thì tiền sử thai trứng là yếu tố nguy cơ hàng thứ 2 của bệnh thai trứng. Theo Bagshawe và cộng sự ở Anh nguy cơ thai trứng lần 2 là 1,3%, và lần 3 là 15,4%, Lurain: nguy cơ lặp lại thai trứng sau 1 lần bị là 1%, tương đương với nguy cơ gấp 10-20 lần so với cộng đồng [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy mối liên quan giữa tiền sử sẩy thai, tiền sử mang đa thai, chu kỳ kinh nguyệt và thuốc tránh thai với thai trứng. Kết quả nghiên cứu trên thế giới về các yếu tố này vẫn chưa thống nhất như: trong nghiên cứu của Parazzini và cộng sự những phụ nữ có tiền sử sẩy thai có nguy cơ thai trứng cao gấp 2-3 lần [9]. Tuy nhiên trong những nghiên cứu khác, tiền sử sẩy thai và sẩy thai liên tiếp (Berkowitz 1985, La Vacchia 1985) được báo cáo không có liên quan đến thai trứng [12]. Trong nghiên cứu của Phan Thị Duyên Hải, kết quả cho thấy không có mối liên quan giữa chu kỳ kinh nguyệt không đều với thai trứng (OR= 2,28, CI: 0,87-5,99) [3]. Một nghiên cứu ở Baltimore đã nhận thấy tiền sử vô sinh và các

vấn đề kinh nguyệt không liên quan đến bệnh thai trứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy cũng không có mối liên quan giữa bệnh thai trứng với những người có chu kỳ kinh nguyệt không đều OR = 2,64 khoảng tin cậy 95% của OR là (0,96-7,26).

Về vấn đề sử dụng thuốc tránh thai, chúng tôi không tìm thấy mối liên hệ giữa bệnh thai trứng với tiền sử sử dụng thuốc tránh thai OR = 0,8, CI: 0,37-1,71, P= 0,371. Kết quả này tương tự với kết quả của Phan Thị Duyên Hải cho thấy không có mối liên quan giữa thuốc tránh thai và thai trứng OR= 1,4 (CI: 0,73-2,69). Không những thế theo nghiên cứu của Berkowitz (1981) và Costa cho thấy thuốc tránh thai cũng không làm tăng nguy cơ u nguyên bào nuôi sau nạo thai trứng, vì vậy mà thuốc tránh thai là một lựa chọn tốt cho việc đảm bảo quá trình theo dõi sau nạo thai trứng [8].

**4. Diễn biến nồng độ βhCG trung bình trước và sau nạo giữa thai trứng không biến chứng và có biến chứng u nguyên bào nuôi**

Biểu đồ 1 cho thấy nồng độ βhCG của nhóm có biến chứng u nguyên bào nuôi giảm chậm và không có trường hợp nào βhCG trở về <5 IU/l. Đặc biệt βhCG có dấu hiệu tăng lên trở lại vào tuần thứ 4. So với kết quả của Phan Nữ Thanh Châu là nồng độ βhCG hạ thấp vào tuần thứ 8 và tăng lại vào tuần thứ 10 thì thời gian xuất hiện biến chứng của chúng tôi có phần ngắn hơn [2]. Tất cả 19,5% trường hợp sau nạo thai trứng có biến chứng u nguyên bào nuôi trong nghiên cứu của chúng tôi hiện biến chứng trong vòng 12 tuần sau nạo, tương tự kết quả của Trần Nguyên Vũ cho thấy 87,83% trường hợp có biến chứng xuất hiện trong vòng 11 tuần sau nạo [6]. Do vậy khoảng thời gian 3 tháng đầu sau nạo thai trứng là khoảng thời gian quan trọng cần theo dõi kỹ nhất.

Khảo sát một số nghiên cứu của nước ngoài cho thấy: Trong nghiên cứu của Sebire và cộng sự (2007) trên 6701 bệnh nhân sau theo dõi thai trứng 53% trường hợp βhCG trở về bình thường trong 8 tuần, 6% biến chứng u nguyên bào nuôi, trong đó 98% xảy ra biến chứng trong 6 tháng sau nạo [11], nghiên cứu của Pisal và cộng sự đã cung cấp những bằng chứng thuyết phục để có thể rút ngắn sự theo dõi cho phần lớn phụ nữ bị thai trứng: trong 2046 bệnh nhân theo dõi sau nạo thai trứng, có 1296 trường hợp βhCG về âm tính đầu tiên sau 5 tuần, trong nhóm này chỉ 0,1% bị biến chứng, so với 104 trường hợp nồng độ βhCG vẫn còn tăng trong. Điều này cho thấy những bệnh nhân có βhCG trở

về âm tính nhanh sau nạo thai trứng sẽ có nguy cơ biến chứng u nguyên bào nuôi thấp [10].

### 5. Ngưỡng nồng độ $\beta$ hCG thời điểm trước nạo thai trứng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vào thời điểm trước nạo nồng độ  $\beta$ hCG >215,912 UI/L sẽ có nguy cơ biến chứng với độ nhạy tương đối cao 75%, độ đặc hiệu 57,6%, giá trị vùng dưới đường cong là 0,84. Kết quả này khá tương đồng với kết quả của Phan Nữ Thanh Châu (2006) cho thấy nguy cơ xảy ra biến chứng khi nồng độ  $\beta$ hCG trước nạo >217,367 UI/L với độ nhạy 81,1%, và độ đặc hiệu 35,9% [2].

### Kết luận

Qua nghiên cứu 41 trường hợp thai trứng với 29 trường hợp thai trứng toàn phần, 12 trường hợp thai trứng bán phần, tỷ lệ biến chứng u nguyên bào nuôi là 19,5% và 246 trường hợp đối chứng vào điều trị và theo dõi tại khoa Phụ Sản bệnh viện Trung Ương Huế từ 4/2012- 7/2013, chúng tôi có những kết luận như sau:

- Mẹ < 20 tuổi hay  $\geq$  40 tuổi làm tăng nguy cơ thai trứng gấp 9 lần (OR= 8,8).

- Mẹ làm nông làm tăng nguy cơ thai trứng gấp 5 lần (OR= 4,8).

- BMI < 18,5 làm tăng nguy cơ thai trứng gấp 5 lần (OR=5,1).

- Mang thai nhiều lần ( $\geq$  3 lần) làm tăng nguy cơ thai trứng gấp 6 lần (OR=5,5).

- Tiền sử thai trứng làm tăng nguy cơ thai trứng gấp 19 lần (OR=19,3).

- Các yếu tố địa dư, tiền sử gia đình bị bệnh nguyên bào nuôi, tiền sử mang đa thai, tiền sử sảy thai, kinh nguyệt không đều, sử dụng thuốc tránh thai không phải là yếu tố nguy cơ của bệnh thai trứng trong nghiên cứu này.

- Diễn tiến của nồng độ  $\beta$ hCG trước và sau nạo trong nhóm không biến chứng giảm nhanh hơn nhóm có biến chứng và một khi đã về < 5 IU/L thì không tăng lên trở lại.

- Nồng độ  $\beta$ hCG trước nạo > 215,912 IU/l sẽ có nguy cơ biến chứng với độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 57,6%.

### Tài liệu tham khảo

1. Lê Hồng Cẩm (2008), "Thai trứng", Sản Phụ khoa tập II, NXBY học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr 722-729.

2. Phan Nữ Thanh Châu (2006), Nghiên cứu giá trị  $\beta$ hCG và kích thước nang hoàng tuyến trong theo dõi và tiên lượng bệnh nguyên bào nuôi, Luận án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y khoa Huế.

3. Phan Thị Duyên Hải (2001), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan bệnh chửa trứng tại Bệnh viện Trung Ương Huế, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại Học Y Khoa Huế.

4. Nguyễn Quốc Tuấn (2003), Nghiên cứu về một số đặc điểm thường gặp trên bệnh nhân chửa trứng và các yếu tố liên quan đến biến chứng, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. Nguyễn Quốc Tuấn (2008), "Nhân một trường hợp chửa trứng có yếu tố gia đình", Tạp chí nghiên cứu y học 53 (1), tr16-18.

6. Trần Nguyễn Vũ (2005), Đánh giá kết quả điều trị bệnh chửa trứng tại khoa Phụ sản bệnh viện Trung Ương Huế và bệnh viện Trường đại học Y khoa Huế, Luận án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y khoa Huế.

7. Andrijono A., Muhilal M. (2010), "Prevention of Post-Mole Malignant Trophoblastic Disease with Vitamin A", Asian

Pacific Journal of Cancer Prevention, 11, pp.567-570.

8. Costa H.L.F., Doyle P. (2006), "Influence of oral contraceptives in the development of post-molar trophoblastic neoplasia-A systematic review", Gynecologic Oncology, 100, pp.579-585.

9. Lurain J.R. (2010), "Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole", American Journal of Obstetrics & Gynecology, pp.531-539.

10. Pisal N., Tidy J., Hancock B. (2004), "Gestational trophoblastic disease: is  $\beta$ hCG intensive follow up essential in all women", British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 111, pp. 1449-1451.

11. Sebire N.J., Fisher R.A., Fokkett M., et al. (2003), "Risk of recurrent hydatidiform mole and subsequent pregnancy outcome following complete or partial hydatidiform molar pregnancy", International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 110, 22-26.

12. Steigrad S.J. (2003), "Epidemiology of gestational trophoblastic diseases", Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology (2003), 17, 837-847.