

KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ Ở THAI PHỤ BỊ CHỮA TRỨNG

Lê Lam Hương
Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Chửa trứng là bệnh của nguyên bào nuôi do thai nghén và có ảnh hưởng rất lớn tới sức khỏe người phụ nữ. Bệnh có nhiều biến chứng như nhiễm độc, nhiễm trùng, xuất huyết, chửa trứng còn có biến chứng là ung thư nguyên bào nuôi với một tỷ lệ cao, có thể gây tử vong cho người bệnh. **Mục tiêu:** Khảo sát một số yếu tố nguy cơ ở thai phụ bị chửa trứng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh chứng, tiến hành trên 76 thai phụ vào Bệnh viện Trung ương Huế đã được chẩn đoán chửa trứng và 228 thai phụ ở nhóm chứng. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $32,7 \pm 6,7$ nhỏ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 46 tuổi. Tiền sử nạo phá thai, sảy thai, chiếm 10,5% ở nhóm chửa trứng và 3,9% ở nhóm chứng với nguy cơ cao hơn 2,8 lần; 95% CI = 1,1- 7,7 ($p < 0,05$). Tiền sử chửa trứng chiếm 9,2% ở nhóm chửa trứng và nguy cơ bị chửa trứng cao hơn 11,4 lần (95% CI = 2,3-56,4) so với nhóm chứng. Số lần sinh ≥ 4 lần chiếm tỷ lệ 7,9% ở nhóm chửa trứng và 2,2% ở nhóm chứng nguy cơ bị chửa trứng cao hơn 3,8 lần 95% CI = 1,1- 12,9 ($p < 0,05$). Thai phụ ≤ 20 hoặc ≥ 40 tuổi ở nhóm chửa trứng nguy cơ bị chửa trứng cao hơn 2,4 lần (95% CI = 1,1-5,2) so với nhóm chứng. Mức sống thấp chiếm tỷ lệ 7,9% ở nhóm chửa trứng và 1,3 % ở nhóm chứng với OR=6,2; 95% CI= 1,5- 25,6. Nạo hút 2 lần chiếm tỷ lệ 87,5%; có 16 trường hợp phải nạo lại lần thứ 3 chiếm 17%. Không có trường hợp nào thủng tử cung, nhiễm trùng sau nạo. **Kết luận:** Quản lý tốt nhóm thai phụ có nguy cơ chửa trứng. Thai phụ nên đi khám thai để phát hiện bệnh chửa trứng sớm, theo dõi và tránh các biến chứng nguy hiểm xảy ra là rất cần thiết.

Từ khóa: Chửa trứng, thai phụ, sảy thai.

Abstract

THE RISK FACTORS OF MOLAR PREGNANCY

Le Lam Huong
Hue University of Medicine and Pharmacy

Objectives: Molar pregnancy is the gestational trophoblastic disease and impact on the women's health. It has several complications such as toxicity, infection, bleeding. Molar pregnancy also has high risk of choriocarcinoma which can be dead. **Aim:** To assess the risks of molar pregnancy. **Materials and Methods:** The case control study included 76 molar pregnancies and 228 pregnancies in control group at Hue Central Hospital. **Results:** The average age was 32.7 ± 6.7 , the maximum age was 17 years old and the maximum was 46 years old. The history of abortion, miscarriage in molar group and control group accounted for 10.5% and 3.9% respectively, with the risk was higher 2.8 times; 95% CI = 1.1-7.7 ($p < 0.05$). The history of molar pregnancy in molar pregnancy group was 9.2% and the molar pregnancy risk was 11.4 times higher than control group (95% CI = 2.3-56.4). The women having ≥ 4 times births accounted for 7.9% in molar group and 2.2% in control group, with the risk was higher 3.8 times, 95% CI= 1.1-12.9 ($p < 0.05$). The molar risk of women < 20 and > 40 years old in molar groups had 2.4 times higher than (95% CI = 1.1 to 5.2) than control group. Low living standard was 7.9% in molar group and 1.3% in the control group with OR= 6.2; 95% CI= 1.5-25.6. Curettage twice accounted for 87.5%, there were 16 case need to curettage three times. There was no case of uterine perforation and infection after curettage. **Conclusion:** The high risk molar pregnancy women need a better management. Pregnant women should be antenatal cared regularly to detect early molar pregnancy. It is necessary to monitor and avoid the dangerous complications occurring during the pregnancy.

Key words: Molar pregnancy, pregnancy women

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa trứng là một dạng bệnh lành tính của nguyên bào nuôi khi mang thai. Chửa trứng hay bệnh nguyên bào nuôi nói chung có ảnh hưởng lớn tới sức khỏe người phụ nữ. Bệnh gây ra các biến chứng nhiễm độc, nhiễm trùng, xuất huyết, chửa trứng và còn có một tỷ lệ rất cao có biến chứng thành ung thư nguyên bào nuôi chiếm khoảng 20-25%. Trên thế giới, tỷ lệ chửa trứng rất khác nhau, tỷ lệ bệnh gặp khá cao ở các nước Đông Nam Á và theo thống kê thì ở các nước kém phát triển có tỉ lệ bệnh cao, ở châu Âu 1/1.000 - 2.000 trường hợp đẻ thường, trong khi đó ở Philippin 1/200; ở Đài Loan 1/82; ở Việt Nam khoảng 1/500, trường hợp đẻ ở Thành phố Hồ Chí Minh (Bệnh viện Từ Dũ) thì 1/100 trường hợp.

Nguyên nhân chửa trứng hiện nay vẫn chưa được biết rõ, bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi trong thời kỳ sinh đẻ. Một số nghiên cứu đã tìm thấy các yếu tố nguy cơ thuận lợi cho sự phát triển chửa trứng là thiếu dinh dưỡng chủ yếu là thiếu đạm; đẻ nhiều, tuổi cao và có bất thường về thể nhiễm sắc ở các tế bào nuôi trong chửa trứng và ung thư nguyên bào nuôi [1][5].

Hút nạo được xem là phương pháp điều trị lựa chọn đối với chửa trứng không biến chứng. Theo y văn, sau hút nạo chửa trứng nguy cơ tiến triển thành bệnh nguyên bào nuôi tồn tại là 6-20%. Chửa trứng nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, thường xảy ra tự nhiên gây chảy máu rất nhiều nguy hiểm đến tính mạng và dễ sót trứng, sót rau. Nếu là chửa trứng ác tính ăn sâu vào lớp cơ tử cung, có thể làm thủng tử cung gây chảy máu ổ bụng rất nguy hiểm [5][7].

Nhiễm khuẩn thì sẽ gây viêm niêm mạc tử cung, gây rong huyết. Diễn biến chửa trứng vẫn còn nhiều phức tạp, cần gửi giải phẫu bệnh mô nạo hoặc tử cung để có chẩn đoán mô học lành tính hay ác tính. Thời gian theo dõi sau nạo chửa trứng ít nhất 12 - 18 tháng. Có biện pháp ngừa thai phù hợp vì chửa trứng rất dễ biến chứng thành ung thư nguyên bào nuôi. Nhất là những trường hợp chửa trứng có nguy cơ cao như kích thước tử cung trước nạo to hơn tuổi thai 20 tuần, 2 nang hoàng tuyến to 2 bên, tuổi của mẹ trên 40, nồng độ β -hCG tăng rất cao, có biến chứng của chửa trứng như nhiễm độc thai nghén, cường giáp, chửa trứng lặp lại [2][3].

Vì vậy chửa trứng phải được chẩn đoán sớm, theo dõi sát để phát hiện và xử trí kịp thời tránh các biến chứng xảy ra đặc biệt là ung thư nguyên bào nuôi là việc làm rất cần thiết. Việc nghiên cứu tìm hiểu các yếu tố nguy cơ ở các thai phụ bị chửa trứng đã có nhiều đề tài nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam, tuy nhiên tìm hiểu các yếu tố nguy cơ

ở bệnh lý này tại Huế chưa có nhiều đề tài nghiên cứu. Xuất phát từ các lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài ***"Khảo sát một số yếu tố nguy cơ ở các thai phụ bị chửa trứng"*** nhằm mục tiêu: *Khảo sát một số yếu tố nguy cơ ở thai phụ bị chửa trứng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 76 sản phụ được chẩn đoán chửa trứng và được điều trị tại Khoa Phụ sản - Bệnh viện Trung ương Huế. Từ tháng 01/2014 đến tháng 06/2015. Và 228 thai phụ mang thai quý 1 đến khám thai tại phòng khám Bệnh viện Trung ương Huế.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Nhóm bệnh: Tuổi thai ≤ 12 tuần (theo KCC hoặc siêu âm 3 tháng đầu) và thỏa mãn một trong các điều kiện sau: Ra máu âm đạo, tử cung lớn hơn tuổi thai, siêu âm không thấy phôi thai, thấy hình dạng tổ ong trong buồng tử cung và xét nghiệm β -HCG tăng cao.

Chửa trứng được hút nạo và gửi giải phẫu bệnh có kết quả trả lời là chửa trứng.

Nhóm chứng: Thai phụ mang thai quý 1 đến khám thai được xác định là thai đang phát triển bình thường.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có bệnh lý liên quan đến nội tiết. Rối loạn tâm thần. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu bệnh chứng

Cỡ mẫu thuận tiện: Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn. Để đảm bảo tính tin cậy nên chọn tỉ lệ bệnh/chứng khoảng 3 vậy cỡ mẫu cho nhóm chứng khoảng 228. Nhóm chứng được chọn theo cách chọn mẫu ngẫu nhiên đơn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Dụng cụ thăm khám: bàn khám thai, ống nghe gõ, thước dây, ống nghe tim phổi, găng vô khuẩn, mỏ vịt, máy đo huyết áp.

- Tiến hành phỏng vấn bệnh nhân theo phiếu điều tra về các biểu hiện của nhiễm độc thai nghén, trình trạng nôn nghén, hồi tiền sử bản thân và gia đình về mắc bệnh chửa trứng, tiền sử sảy thai, thai lưu.

- Mức sống của gia đình theo quy định của chính phủ về mức sống thấp là 700.000 đồng/người/tháng ở khu vực nông thôn và 900.000 đồng/người/tháng ở khu vực thành thị.

- Kết quả siêu âm và xét nghiệm β HCG

- Xem kết quả nạo biến chứng, và kết quả giải phẫu bệnh.

Sử dụng các phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm Medcalc để phân tích số liệu với độ tin cậy tối thiểu 95%, $\alpha < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

Tỷ lệ Đặc điểm chung		Chứa trứng		Nhóm chứng	
		n= 76	%	n= 228	%
Tuổi	≤ 20	4	5,3	3	1,3
	21-39	65	85,5	201	88,2
	≥40	7	9,2	14	6,1
	$\bar{X} \pm SD$	32,7± 6,7		27,9± 5,8	
Nghề nghiệp	Cán bộ	21	31,6	123	53,9
	Làm nông	41	53,9	72	31,6
	Nghề khác	11	11,5	33	14,5
	Tổng	76	100	228	100
Địa dư	Thành thị	35	46,1	132	57,8
	Nông thôn	34	44,7	89	39,0
	Vùng khác	7	9,2	7	3,2
	Tổng	76	100	228	100

Độ tuổi trung bình là 32,7± 6,7 nhỏ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 46 tuổi. Nhóm tuổi 21-39 chiếm 85,5 %; và ≥40 tuổi chiếm tỷ lệ 9,2%; ≤ 20 tuổi chiếm 5,3%.

Thành phần cán bộ công nhân viên chiếm tỷ lệ 31,6%. Thành phần làm nông chiếm tỷ lệ 53,9 %. Tỷ lệ bệnh ở thành thị 46,1% và nông thôn 44,7%.

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tỷ lệ Đặc điểm kết thúc		Chứa trứng	
		n= 76	%
Nhiễm độc thai nghén	Có	11	14,5
	Không	65	85,5
Tử cung lớn hơn tuổi thai	Có	55	72,4
	Không	21	27,6
Ra máu âm đạo kéo dài	Có	74	97,4
	Không	2	2,6
Cường giáp	Có	8	10,5
	Không	68	89,5
Nang hoàng tuyến 2 bên	Có	16	21,1
	Không	60	78,9
Siêu âm hình ảnh tổ ong	Có	76	100
	Không	0	0
Nồng độ β-hCG tăng	≥100.000	25	32,9
	≤100.000	51	67,1

Thai phụ chữa trứng có dấu hiệu nhiễm độc thai nghén tỷ lệ là 14,5% và 72,4% tử cung lớn hơn tuổi thai; 97,4% ra máu âm đạo kéo dài. Có 10,5% có dấu hiệu cường giáp. Nang hoàng tuyến 2 bên chiếm 21,1%. Siêu âm hình ảnh tổ ong 100%. Nồng độ β -hCG tăng ≥ 100.000 chiếm 32,9%.

Bảng 3. Một số yếu tố nguy cơ chữa trứng

Đặc điểm \ Tỷ lệ		Chửa trứng		Nhóm chứng		OR
		n= 76	%	n=228	%	
Tiền sử nạo phá thai, sảy thai	Có	8	10,5	9	3,9	OR=2,8; 95% CI =1,1-7,7 p<0,05
	Không	68	89,5	219	96,1	
Tiền sử thai trứng	Có	7	9,2	2	1,3	OR=11,4; 95% CI= 2,3-56,4 p<0,05
	Không	69	90,8	226	99,1	
Số lần sinh	≥ 4 lần	6	7,9	5	2,2	OR=3,8; 95% CI= 1,1-12,9 p<0,05
	<3 lần	70	92,1	223	97,8	
Thai phụ ≤ 20 hoặc ≥ 40 tuổi	Có	13	17,1	17	7,5	OR= 2,4; 95% CI= 1,1-5,2 p<0,05
	Không	63	82,9	201	81,2	
Mức sống thấp	Có	6	7,9	3	1,3	OR=6,2; 95% CI= 1,5-25,6 p<0,05
	Không	70	92,1	225	100	
Mẹ và chị em gái bị thai trứng	Có	2	2,6	0	0	
	Không	74	97,3	228	100	
Tiền sử đa thai	Có	2	2,6	3	1,3	OR=2,8; 95% CI= 0,3-12,7
	Không	74	71,1	225	98,7	

Tiền sử nạo phá thai, sảy thai, chiếm 10,5% ở nhóm chữa trứng và 3,9% ở nhóm chứng với OR=2,8; 95% CI = 1,1-7,7 (p<0,05). Tiền sử chữa trứng 9,2% ở nhóm chữa trứng và 1,3% ở nhóm chứng với OR=11,4; 95% CI = 2,3-56,4. Số lần sinh ≥ 4 lần chiếm tỷ lệ 7,9% ở nhóm chữa trứng và 2,2% ở nhóm chứng OR= 3,8; 95% CI= 1,1- 12,9 (p<0,05). Thai phụ ≤ 20 hoặc ≥ 40 tuổi chiếm tỷ lệ 17,1% ở nhóm chữa trứng và 7,5% ở nhóm chứng OR= 2,4; 95% CI = 1,1-5,2. Mức sống thấp chiếm tỷ lệ 7,9% ở nhóm chữa trứng và 1,3% ở nhóm chứng OR= 6,2; 95% CI= 1,5- 25,6.

Bảng 4. Một số biện pháp can thiệp và biến chứng

Thai nhi		Tỷ lệ		Chửa trứng	
				n=76	%
Nạo hút trứng	1 lần			2	2,6
	2 lần			58	76,3
	≥ 3 lần			16	21,1
Phẫu thuật cắt tử cung cả khối	Toàn phần			3	3,9
	Bán phần			1	1,3
Băng huyết khi nạo, sảy	Có			4	5,3
	Không			72	94,7

Nạo hút 2 lần chiếm tỷ lệ 76,3%; trong đó có 16 trường hợp phải nạo lại lần thứ 3 chiếm 21,1%. Không có trường hợp nào thủng tử cung, nhiễm trùng sau nạo. Băng huyết khi nạo sảy chiếm tỷ lệ 5,3%.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu nhận thấy các thai phụ chữa trứng của nghiên cứu này có độ tuổi trung bình là $32,7 \pm 6,7$ nhỏ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 46 tuổi. Nhóm tuổi 21-39 chiếm 85,5%, và ≥ 40 tuổi chiếm tỷ lệ 9,2%, ≤ 20 tuổi chiếm 5,3%. Nghiên cứu khác ghi nhận tuổi trung bình là 26 năm thấp nhất 16 và cao nhất 55 tuổi, độ tuổi trung bình của nghiên cứu thấp hơn nghiên cứu này [4]. Thành phần cán bộ công nhân viên chiếm tỷ lệ 31,6%. Thành phần làm nông chiếm tỷ lệ 53,9%. Tỷ lệ bệnh ở thành thị 46,1%. và nông thôn 44,7%. Các nghiên cứu khác ghi nhận về tỷ lệ mắc bệnh ở thành thị và nông thôn cũng như tuổi và nghề nghiệp, trình độ văn hoá của sản phụ, thì không có sự khác biệt trong nghiên cứu và kết quả tương đương nghiên cứu khác. Trong độ tuổi sinh đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất vẫn là 21- 39 tuổi tương đương các nghiên cứu khác [5][10].

Chửa trứng có biểu hiện mang thai bình thường và sẽ xuất hiện các triệu chứng ra máu kéo dài dẫn đến thai phụ mệt mỏi, xanh xao, hay bị hoa mắt chóng mặt hoặc chảy máu ồ ạt dẫn đến nguy cơ tử vong. Thai phụ nôn nhiều, có thể bị phù, huyết áp cao và protein niệu biểu hiện của tình trạng nhiễm độc thai nghén. Qua siêu âm có thể tử cung thai phụ to hơn bình thường, thấy hình như hình ảnh tuyết rơi trong buồng tử cung, không thấy phôi thai [8]. Kết quả nghiên cứu ghi nhận được thai phụ chữa trứng có dấu hiệu nhiễm độc thai nghén tỷ lệ là 14,5% và 97,4% ra máu âm đạo kéo dài và 72,4% tử cung lớn hơn tuổi thai kết quả cao hơn với 1 số tài liệu ghi nhận thì có khoảng 50% bệnh nhân có tử cung to ra nhanh so với tuổi thai; số còn lại có tử cung phát triển bình thường hoặc bé do chữa trứng thoái triển. Một nghiên cứu khác có kết quả là 79,2% bệnh nhân ra máu âm đạo, hội chứng nhiễm độc gặp tìm thấy ở 1 bệnh nhân (4,2%) thấp hơn nghiên cứu ghi nhận được, kích thước tử cung lớn hơn bình thường trong 83,3% các trường hợp cao hơn với nghiên cứu này [4]. Nghiên cứu khác nữa ghi nhận là ra máu âm đạo là triệu chứng phổ biến nhất chiếm 93,7%. Kích thước tử cung to trong 85% hội chứng nhiễm độc chiếm 18,5% số bệnh nhân thì lại cao hơn so với kết quả nghiên cứu này [3].

Kết quả nghiên cứu cũng nhận thấy các thai phụ có tiền sử tiền sử nạo phá thai, sảy thai, chiếm 10,5% ở nhóm chữa trứng với nguy cơ mắc bệnh cao hơn 2,8

lần so với nhóm chứng; 95% CI = 1,1-7,7 ($p < 0,05$). Một nghiên cứu khác năm 2009 cũng ghi nhận tỷ lệ chữa trứng có liên quan đến tiền sử nạo hút thai, Kashanian M ghi nhận sảy thai tự nhiên nguy cơ bị chửa trứng cao hơn 2,1 lần 95% CI [1,7-2,61], thì thấp hơn so với nghiên cứu này [7]. Các thai phụ có tiền sử chữa trứng chiếm 9,2% ở nhóm chữa trứng và 1,3% ở nhóm chứng và nguy cơ bị chửa trứng cao hơn 11,4 lần (95 % CI = 2,3-56,4) so với nhóm chứng tương đương với nghiên cứu Parazzini F ghi nhận nguy cơ bị chửa trứng cao hơn 12 lần (95% khoảng tin cậy 3,0-38,9) so với nhóm chứng, tiền sử bị chữa trứng được xem như là một yếu tố nguy cơ cao của bệnh đã được ghi nhận ở y văn và nhiều nghiên cứu khác. Số lần sinh ≥ 4 lần nguy cơ bị chửa trứng cao hơn 3,8 lần 95 % CI = 1,1- 12,9 ($p < 0,05$) so với nhóm chứng [9]. Thai phụ ≤ 20 hoặc ≥ 40 tuổi ở nhóm chữa trứng nguy cơ bị chửa trứng cao hơn 2,4 lần (95 % CI = 1,1-5,2) so với nhóm chứng kết quả này cũng chung nhận xét với các nghiên cứu khác như tuổi của người mẹ > 35 tuổi thì khả năng mắc bệnh cao hơn 2,3 lần (95% CI [1,3-3,9]) và < 20 tuổi khả năng mắc bệnh cao hơn 1,6 lần 95% CI [1,4-1,9]. Ngoài ra mức sống thấp chiếm tỷ lệ 7,9% ở nhóm chữa trứng, nguy cơ bị chửa trứng cao hơn 6,2 lần; 95% CI = 1,5-25,6 đã được tìm thấy cũng được xem là yếu tố nguy cơ cho chữa trứng như 1 số nghiên cứu khác ghi nhận [6][7]. Kết quả của nghiên cứu cũng ghi nhận ở nhóm chữa trứng nạo hút trứng 2 lần chiếm tỷ lệ 76,3%; trong đó có 16 trường hợp phải nạo lại lần thứ 3 chiếm 21,1%. Phẫu thuật cắt tử cung cả khối chủ yếu do thai phụ lớn tuổi, đủ con, kèm theo có u nang hoặc viêm cổ tử cung mãn tính điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác. Băng huyết khi nạo sảy chiếm tỷ lệ 5,3%. Không có trường hợp nào thủng tử cung, nhiễm trùng sau nạo.

Trong sản khoa chẩn đoán và xử trí kịp thời chữa trứng có một tầm quan trọng đặc biệt nhằm giảm tai biến. Phát hiện những thai phụ có nguy cơ để phát hiện bệnh sớm để có hướng theo dõi và chế độ điều trị phù hợp nhằm hạn chế những nguy cơ có thể xảy ra là rất cần thiết.

5. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $32,7 \pm 6,7$ nhỏ nhất 17 tuổi, lớn nhất 46 tuổi. Nhóm tuổi 21-39 chiếm 85,5%, và ≥ 40 tuổi tỷ lệ 9,2%; ≤ 20 tuổi chiếm 5,3%. Làm nông chiếm tỷ lệ 53,9%; ở thành thị 46,1%; nông thôn 44,7%. Dấu hiệu nhiễm độc thai nghén tỷ lệ 14,5%; tử cung lớn hơn tuổi thai 72,4%; ra máu âm đạo kéo dài chiếm 97,4%.

Tiền sử nạo phá thai, sảy thai, chiếm 10,5% ở nhóm chữa trứng và 3,9% ở nhóm chứng với

OR=2,8; 95% CI= 1,1- 7,7 ($p<0,05$). Tiền sử chữa trứng 9,2% ở nhóm chữa trứng và 1,3% ở nhóm chứng với OR=11,4; 95% CI = 2,3-56,4. Số lần sinh ≥ 4 lần chiếm 7,9% ở nhóm chữa trứng và 2,2% ở nhóm chứng OR=3,8; 95% CI= 1,1- 12,9 ($p<0,05$). Thai phụ ≤ 20 hoặc ≥ 40 tuổi chiếm tỷ lệ 17,1% ở nhóm chữa trứng và 7,5% ở nhóm chứng OR= 2,4;

95% CI= 1,1-5,2. Mức sống thấp chiếm tỷ lệ 7,9% ở nhóm chữa trứng và 1,3% ở nhóm chứng OR= 6,2; 95% CI= 1,5- 25,6.

Thai phụ nên đi khám thai định kỳ sớm. Quản lý tốt nhóm thai phụ có nguy cơ chữa trứng theo dõi và tránh các biến chứng nguy hiểm xảy ra là rất cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ sản - Trường Đại học Y Dược Huế (2011); Thai trứng, Sản phụ khoa, NXB Y học, tr 278-285.
2. Boufettal H,(2011), Complete hydatiforme mole in Morocco: epidemiological and clinical study, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 40(5):419-29
3. Boufettal H,(2012), Partial hydatidiform mole in Morocco: an epidemiological and clinical study,EM Health J, 18(7):755-61.
4. Candelier JJ, (2015), Complete hydatidiform mole, J Epub 31(10):861-8.
5. Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease, (2004), Clinical management guidelines for obstetrician gynecologist, ACOG practice bulletin, 103(6), pp.1365-1376
6. Franke HR, Risse EKJ, Kenemans P (1983), Epidermio-logic features of hydatidiform mole in the Netherlands; Obstet Gynecol, 62, pp.613-616.
7. Kashanian M, Baradasan HR, (2009), Risk factors for complete molar pregnancy: a study in Iran, J Reprod Med , 54(10):621-4.
8. Mungan T, Cobanoglu O (1996), Hydatidiform mole: clinical analysis of 310 patients; Int J Gynecol Obstet, 52(3), pp. 233-236.
9. Parazzini F (1996), Risk factors for gestational trophoblastic disease: a separate analysis of complete and partial hydatidiform moles; Journal of Obstetrics and Gynecology Research 78(6):1039-45.
10. Oge T, (2012), Hydatidiform mole in Turkey: Results from six centers. J Reprod Med, 57(5-6):259-61.