

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY VỠ THAI NGOÀI TỬ CUNG

Lê Lam Hương

Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Thai ngoài tử cung là nguyên nhân gây tử vong cao nhất trong sản khoa ở 3 tháng đầu thai kỳ, chiếm tỷ lệ 4 -10%. Trong những trường hợp thai ngoài tử cung có nồng độ β -hCG huyết thanh cao, tuần tuổi thai lớn thì rất dễ gây vỡ đưa đến những biến chứng nguy hiểm. **Mục tiêu:** Khảo sát một số yếu tố nguy cơ gây vỡ thai ngoài tử cung. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi cứu, tiến hành trên 113 bệnh nhân vào Bệnh viện Trung ương Huế đã được chẩn đoán và điều trị thai ngoài tử cung. **Kết quả:** Ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ và ở nhóm thai ngoài tử cung chưa vỡ có tỷ lệ lần lượt: >35 tuổi chiếm tỷ lệ 38,6% và 15,9%; tuổi trung bình là $29,9 \pm 5,4$ và $27,8 \pm 5,9$; thai < 6 tuần chiếm 6,8% và 60,9%; thai 6- 8 tuần chiếm 52,3% và 34,8%, trên 8 tuần chiếm 40,9% và 4,3%. Nồng độ β hCG(IU/ml) trung bình ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ là $5423 \pm 5879,9$ IU/ml; β hCG >5000 (IU/ml) chiếm 50%. Ở nhóm thai ngoài tử cung chưa vỡ là $2423 \pm 3879,9$ IU/ml; β hCG > 5000 (IU/ml) chiếm 5,8%. Nguy cơ thai ngoài tử cung vỡ cao hơn 2,42 ở tuổi mẹ >35 với 95% CI= 1,03-5,65. Tuổi thai lớn hơn 8 tuần nguy cơ thai ngoài tử cung vỡ cao hơn 15,2 lần với 95% CI= 4,1- 56,1. Nguy cơ thai ngoài tử cung vỡ cao hơn 16,2 lần nếu β hCG (IU/ml) >5000 với 95% CI= 5,0-52,3. Chỉ số dự báo các ngưỡng β hCG có nguy cơ gây vỡ thai ngoài tử cung tại vị trí β hCG 4190 (IU/ml) tương ứng với độ nhạy 88,6%, độ đặc hiệu là 67,3%; diện tích dưới đường cong ROC của β hCG là 90% (95%CI; 1,1- 8,6). **Kết luận:** Mức độ β hCG cao hơn đặc biệt là > 5000 IU/ml, và tuổi thai cao hơn có liên quan với tăng nguy cơ vỡ trong thai ngoài tử cung. Cần theo dõi lâm sàng kỹ những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ vỡ thai ngoài tử cung để có hướng điều trị kịp thời hạn chế các biến chứng nguy hiểm cho bệnh nhân.

Từ khóa: Thai ngoài tử cung, siêu âm bụng, β -hCG, biến chứng.

Abstract

RISK FACTORS OF RUPTURED ECTOPIC PREGNANCY

Le Lam Huong

Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: Ectopic pregnancy is the highest mortality cause in the first trimester of pregnancy, accounted for 4 -10%. Ectopic pregnancy which has high level of β -hCG, older gestation age makes it easy to rupture and leading to several dangerous complications. **Aim:** To study the risk factors for ruptured ectopic pregnancy. **Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive, including 113 patients at Hue Central Hospital who has been diagnosed and treatment of ectopic pregnancy. **Results:** The ruptured ectopic pregnancy group and unruptured ectopic pregnancy group has: > 35 years old accounted for 38.6% and 15.9%; The average age was 28.9 ± 5.4 and 27.8 ± 5.9 ; < 6 weeks gestational age accounted for 6.8% and 60.9%; 6 – 8 weeks gestational age was 52.3% and 34.8%, over 8 weeks has proportion of 40.9% 4.3%, respectively. The average β hCG concentration (IU/ml) in ruptured ectopic pregnancy group was 5423 ± 5879.9 IU/ml; β hCG > 5000 (IU/ml) accounted for 50%, in the unruptured ectopic pregnancy group was 2423 ± 3879.9 IU/ml; β hCG> 5000 (IU/ml) accounted for 5.8%. With maternal age > 35, the risk of ruptured ectopic pregnancy was higher 2.42(95% CI= 1.03-5.65). Gestational age > 8 weeks, the risk of ruptured ectopic pregnancy was higher 15.2(95% CI= 4.1- 56.1). The risk of ruptured ectopic pregnancy was higher 16.2 with β hCG (IU/ml) >5000 (95% CI= 5.0-52.3). The threshold predictive index of β hCG leading to ruptured ectopic pregnancy under the ROC curve was 0.9 of β hCG (95% CI= 1.1- 8.6). At the level 4190 (IU/ml) β hCG concentration corresponding to 88.6% sensitivity, 67.3% specificity. **Conclusion:** According to our study, higher β hCG levels, especially >5000 IU/ml, and higher gestational age are associated with increased risk of rupture in ectopic pregnancy. It is necessary to monitor carefully of patients with risk factors for ruptured ectopic pregnancy for suitable treatment which lead to decrease the risk of complications.

Keywords: Ectopic pregnancy, abdominal ultrasound, β - hCG , complications.

- Địa chỉ liên hệ: Lê Lam Hương, email: lelamhuong12@yahoo.com

DOI: 10.34071/jmp.2016.3.17

- Ngày nhận bài: 12/5/2016; Ngày đồng ý đăng: 17/5/2016; Ngày xuất bản: 12/7/2016

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ngoài tử cung là một cấp cứu trong sản phụ khoa, đặc biệt là những trường hợp thai ngoài tử cung vỡ làm thai phụ mất máu nhiều dẫn đến tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời [1]. Nếu được chẩn đoán sớm khi túi thai còn nhỏ, chưa có tim thai, túi thai chưa vỡ có thể can thiệp bằng điều trị nội khoa, sẽ làm giảm mất máu và tỷ lệ phẫu thuật cho bệnh nhân.

Một số nghiên cứu ghi nhận được trong những trường hợp thai ngoài tử cung có nồng độ β -hCG huyết thanh tăng cao, tuổi thai lớn hoặc túi thai có tim thai rất dễ gây vỡ đưa đến những biến chứng nguy hiểm. Vì vậy theo dõi kỹ lâm sàng những thai phụ thai ngoài tử cung có nhiều nguy cơ vỡ để có quyết định điều trị sớm và đúng phương pháp là vấn đề cấp thiết[4]. Thai ngoài tử cung chiếm 1 - 2% thai nghén. Đây là nguyên nhân gây tử vong cao nhất trong sản khoa ở 3 tháng đầu thai kỳ, chiếm tỷ lệ từ 4 đến 10%. Tỷ lệ thai ngoài tử cung tăng có liên quan với các bệnh lây truyền qua đường tình dục, đặc biệt Chlamydia trachomatis, viêm nhiễm tiểu khung, tiền sử nạo phá thai, sử dụng một số biện pháp tránh thai như đặt dụng cụ tử cung hay mẹ lớn tuổi[1]

β -hCG huyết thanh là một xét nghiệm cận lâm sàng đóng vai trò quan trọng không thể thiếu trong chẩn đoán và tiên lượng các biến chứng sớm ở thai ngoài tử cung [3; 7]. Siêu âm vùng chậu là phương pháp cận lâm sàng có giá trị vẫn thường dùng trong chẩn đoán và tiên lượng cũng như thái độ điều trị thai ngoài tử cung [5].

Ở trên thế giới cũng như trong nước đã có nhiều đề tài nghiên cứu về chẩn đoán điều trị và các biến chứng của thai ngoài tử cung. Việc chẩn đoán và xử trí không kịp thời thai ngoài tử cung vỡ sẽ ảnh hưởng đến kết quả điều trị, tốn nhiều phí tổn, đồng thời ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe của người phụ nữ nhiều khi gây tử vong. Do đó vấn đề nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ làm thai ngoài tử cung có

thể vỡ để theo dõi phát hiện bệnh, điều trị kịp thời và tránh tai biến mất máu, tử vong cho bệnh nhân là rất cần thiết. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Khảo sát một số yếu tố nguy cơ gây vỡ thai ngoài tử cung.”** Với mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố nguy cơ gây vỡ thai ngoài tử cung.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng: 113 trường hợp nhập viện điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế được chẩn đoán và điều trị thai ngoài tử cung.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Trễ kinh, đau bụng hoặc ra máu âm đạo.

Siêu âm thấy khối thai ngoài tử cung hoặc phẫu thuật thấy khối thai làm tổ ngoài tử cung vỡ hoặc chưa vỡ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Siêu âm có kèm túi thai trong lòng tử cung. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian: Từ 5/2011- 7/2014.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

2.4. Các bước tiến hành

Khai thác hồ sơ theo phiếu điều tra về bệnh sử tiền sử.

Xem toàn trạng mạch nhiệt huyết áp khi thăm khám lâm sàng

Trình trạng khám phụ khoa xem: Đau bụng. Ra máu âm đạo. Khối cạnh tử cung có hay không, đau hay không đau, lay cổ tử cung đau. Tiếng kêu Douglas. Phản ứng thành bụng. Cận lâm sàng: Xem kết quả siêu âm. Định lượng β -hCG. Biên bản phẫu thuật xác định vị trí thai làm tổ hoặc vỡ.

2.5. Xử lý số liệu: Sử dụng các phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm Stata 10.0 để phân tích số liệu với độ tin cậy tối thiểu 95%, $\alpha < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu có thể làm cơ sở cho các hoạt động nghiên cứu về chăm sóc sức khỏe sinh sản. Mọi thông tin của cá nhân tham gia nghiên cứu được giữ kín.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, tiền sử và vị trí thai làm tổ

Đặc điểm		Tỷ lệ	Nhóm TNTC vỡ n=44(%)	Nhóm TNTC chưa vỡ n=69(%)	p
Tuổi thai phụ	<20		2(4,5%)	3(4,3%)	p<0,05
	21-35		25(56,8%)	55(79,7%)	
	>35		17(38,6%)	11(15,9%)	
	Trung bình $\pm$ SD		29,9 $\pm$ 5,4	27,8 $\pm$ 5,9	
Tiền sử	Đặt vòng		3(6,8%)	5(7,2%)	
	Lạc nội mạc tử cung		2(4,5%)	2(2,9%)	
	Thai ngoài tử cung		5(11,4%)	7(10,1%)	
	Dùng viên tránh thai khẩn cấp		7(15,9%)	9(13,1%)	
	Viêm vùng chậu		4(9,1%)	4(5,8%)	

Tuổi >35 chiếm tỷ lệ 38,6% ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ và 15,9% ở nhóm thai ngoài tử cung chưa vỡ. Tuổi trung bình là $29,9 \pm 5,4$ nhóm thai ngoài tử cung vỡ và $27,8 \pm 5,9$ ở nhóm thai ngoài tử cung chưa vỡ

($p > 0,05$). Tiền sử viêm vùng chậu, đặt vòng, lạc nội mạc tử cung, thai ngoài tử cung ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ chiếm tỷ lệ lần lượt là 4(9,1%); 3(6,8%); 2(4,5%); 5(11,4%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Tỷ lệ		Nhóm TNTC vỡ n=44(%)	Nhóm TNTC chưa vỡ n=69(%)	p
Đặc điểm				
Các triệu chứng lâm sàng	Ra máu âm đạo	39(86,6%)	61(88,4%)	$p > 0,05$
	Trễ kinh	38(86,3%)	62(89,9%)	
	Đau bụng	44(100%)	69(100%)	
	Phản ứng thành bụng	40(90,9%)	2(2,9%)	$p < 0,05$
	Lay cổ tử cung đau	44(100%)	52(75,4%)	
	Túi cùng Douglas đau	44(100%)	22(31,9%)	
Tuổi thai theo kinh cuối cùng	< 6 tuần	3(6,8%)	42(60,9%)	$p < 0,05$
	6-8 tuần	23(52,3%)	24(34,8%)	
	>8 tuần	18(40,9%)	3(4,3%)	
	Trung bình $\pm$ SD	$7,6 \pm 1,2$	$6,1 \pm 1,5$	

Ra máu âm đạo ở hai nhóm lần lượt là 86,6% và 88,4%. Trễ kinh chiếm tỷ lệ 86,3% và 89,9%. Đau bụng chiếm 100% ở 2 nhóm. Ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ phản ứng thành bụng tỷ lệ là 90,9%. Lay cổ tử cung đau và cùng đồ đau chiếm

tỷ lệ 100%. Nhóm thai ngoài tử cung vỡ và chưa vỡ có tỷ lệ lần lượt là: thai từ < 6 tuần chiếm tỷ lệ 6,8% và 60,9%. Tuổi thai từ 6- 8 tuần chiếm tỷ lệ 52,3% và 34,8%, trên 8 tuần chiếm tỷ lệ 40,9% và 4,3%.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Tỷ lệ		Nhóm TNTC vỡ n=44(%)	Nhóm TNTC chưa vỡ n=69(%)	p
Đặc điểm				
β hCG(IU/ml)	<1500	3(6,8%)	45(65,3%)	$p < 0,05$
	1501–5000	19(43,2%)	20(30,4%)	
	>5000	22(50%)	4(5,8%)	
	Trung bình $\pm$ SD	$5423 \pm 5879,9$	$2423 \pm 3879,9$	
Hình ảnh siêu âm	Không có túi thai trong tử cung	44(100%)	69(100%)	$p < 0,05$
	Khối bất thường cạnh tử cung <3cm	23(52,3%)	69(100%)	
	Túi thai ở vòi tử cung	42(95,4%)	66(92,7%)	
	Dịch túi cùng Douglas	44(100%)	69(100%)	
	Dịch ổ bụng lượng nhiều	39(88,6%)	0	

Nồng độ β hCG(IU/ml) trung bình $\pm$ SD ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ là $5423 \pm 5879,9$ β hCG >>5000 (IU/ml) chiếm 50%, ở nhóm thai ngoài tử cung chưa vỡ là $2423 \pm 3879,9$ và β hCG > 5000 (IU/ml) chiếm 5,8%. Khối

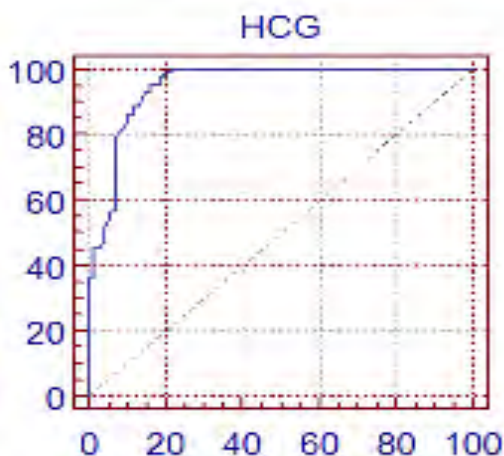
bất thường cạnh tử cung nhóm vỡ chiếm tỷ lệ 52,3% và 100% ở nhóm chưa vỡ. Túi thai làm tổ ở vòi tử cung ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ là 95,4%. Dịch ổ bụng lượng nhiều ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ chiếm tỷ lệ 88,6%.

Bảng 4. Các yếu tố nguy cơ gây vỡ thai ngoài tử cung

Nguy cơ		OR	95% CI	p
Tuổi mẹ	>35	2,42	1,03-5,65	<0,05
Tuổi thai	>8 tuần	15,2	4,1-56,1	
β hCG (IU/ml)	>5000	16,2	5,0-52,3	

Nguy cơ thai ngoài tử cung vỡ cao hơn 2,42 ở tuổi mẹ >35 với 95% CI= 1,03-5,65. Tuổi thai lớn hơn 8 tuần nguy cơ thai ngoài tử cung vỡ cao hơn 15,2 lần với 95% CI= 4,1- 56,1. Nguy cơ thai ngoài tử cung vỡ cao hơn 16,2 lần nếu β hCG (IU/ml) >5000 với 95% CI= 5,0-52,3.

Biểu đồ 1. Chỉ số dự báo các ngưỡng β hCG có nguy cơ gây vỡ thai ngoài tử cung



Chỉ số dự báo các ngưỡng β hCG có nguy cơ gây vỡ thai ngoài tử cung tại vị trí β hCG 4190 (IU/ml) tương ứng với độ nhạy 88,6%, độ đặc hiệu là 67,3%; diện tích dưới đường cong ROC của β hCG là 90%(95%CI; 1,1- 8,6).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận được phụ nữ lớn hơn 35 tuổi bị vỡ thai ngoài tử cung chiếm tỷ lệ 38,6% cao hơn nhiều so với 15,9% ở nhóm thai ngoài tử cung chưa vỡ. Tuổi trung bình ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ là $29,9 \pm 5,4$ và ở nhóm thai ngoài tử cung chưa vỡ là $27,8 \pm 5,9$ ($p > 0,05$), điều này phù hợp với tuổi sinh đẻ, độ tuổi của trong nghiên cứu tương đương nghiên cứu khác[5]. Nghiên cứu này cũng đã ghi nhận rằng thai ngoài tử cung hay gặp ở những phụ nữ có tiền sử viêm vùng chậu, đặt vòng, lạc nội mạc tử cung. Kết quả Bảng 2 ghi nhận ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ chiếm tỷ lệ là 9,1% và ở nhóm chưa vỡ tỷ lệ viêm nhiễm vùng chậu 6,8%. Đặt vòng hay lạc nội mạc tử cung cũng là những yếu tố thuận lợi cho xảy ra thai ngoài tử cung, điều này đã được ghi nhận nhiều ở y văn và một số nghiên cứu khác[2].

Một số nghiên cứu của các tác giả ở nước ngoài cho rằng không có sự khác nhau về tỷ lệ ra máu âm đạo ở hai nhóm vỡ và chưa vỡ, tỷ lệ ra máu lần lượt là 86,6% và 88,4%. Qua Bảng 3 cũng đã ghi nhận được trễ kinh chiếm tỷ lệ 86,3% ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ và 89,9% ở nhóm thai ngoài tử cung chưa vỡ. Đau bụng chiếm 100% ở 2 nhóm, tuy nhiên mức độ đau bụng có biểu hiện khác nhau. Nhận thấy rằng

ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ phản ứng thành bụng tỷ lệ là 90,9%, lay cổ tử cung đau và cùng đồ đau chiếm tỷ lệ 100% cao hơn nhiều so với nhóm chưa vỡ. Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận khi thai ngoài tử cung chưa vỡ thì các biểu hiện đau hoặc tiếng kêu Douglas thường chưa thấy rõ hoặc có biểu hiện nhẹ nhàng hơn [6].

Kết quả của nghiên cứu này cho thấy rằng tuổi thai nhỏ hơn 6 tuần thì ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ chiếm tỷ lệ 6,8% trong khi ở nhóm thai ngoài tử cung chưa vỡ có tỷ lệ cao hơn rất nhiều chiếm 60,9%. Khi tuổi thai nằm trong khoảng từ 6 – 8 tuần thì ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ chiếm tỷ lệ 52,3% và ở nhóm thai ngoài tử cung chưa vỡ là 34,8%, tỷ lệ vỡ ở khoảng tuổi thai 6-8 tuần có cao hơn tỷ lệ chưa vỡ. Đặc biệt, kết quả cũng ghi nhận thai trên 8 tuần thì ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ chiếm tỷ lệ 40,9% ở nhóm thai ngoài tử cung chưa vỡ là 4,3%, nhóm vỡ cao hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm chưa vỡ $p < 0,05$. Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận tỷ lệ vỡ ở thai ngoài tử cung khi tuổi thai lớn hơn 8 tuần đặc biệt nếu có tìm thai tồn tại thì tỷ lệ điều trị nội khoa thất bại đến gần 80% và có nguy cơ vỡ khối thai rất cao. Một nghiên cứu khác cũng ghi nhận tuổi thai trung bình có nghĩa là cao hơn đáng kể ở nhóm vỡ so với nhóm chưa vỡ là $7,8 \pm 1,09$ và $6,4 \pm 1,2$ với $p < 0,0001$ [6].

Nồng độ β hCG(IU/ml) trung bình ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ là $5423 \pm 5879,9$ (IU/ml) và β hCG >5000 (IU/ml) chiếm 50%, ở nhóm thai ngoài tử cung chưa vỡ là $2423 \pm 3879,9$ (IU/ml) và β hCG> 5000 (IU/ml) chiếm 5,8%. Nghiên cứu khác ghi nhận mức độ β hCG có nghĩa là cao hơn đáng kể ở nhóm vỡ so với nhóm chưa vỡ là $8735,3 \pm 11317,8$ IU/ml và so với $4506 \pm 5,673,7$ IU / ml ($p < 0,0001$) thì mức độ β hCG ở nhóm có nguy cơ vỡ cao hơn so với nghiên cứu này, có thể do các nghiên cứu khác tiến hành khác về địa dư, dân tộc so với nghiên cứu này. Hình ảnh siêu âm thấy tỷ lệ 100% các trường hợp không có túi thai trong tử cung. Khối bất thường cạnh tử cung nhóm vỡ chiếm tỷ lệ 52,3% và 100% ở nhóm chưa vỡ. Phần lớn túi thai làm tổ ở vòi tử cung với tỷ lệ như y văn ghi nhận, ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ là 95,4%. Dịch ổ bụng lượng nhiều nhóm vỡ chiếm tỷ lệ 88,6% tương đương với các nghiên cứu khác [1; 9].

Kết quả của nghiên cứu này cũng cho thấy rằng nếu mẹ lớn hơn 35 tuổi thì nguy cơ vỡ thai ngoài tử cung cao hơn 2,42 lần CI= 1,03-5,65 so với nhóm chưa vỡ. Khi xác định thai ngoài tử cung cần được điều trị ngay lập tức để tránh vỡ vẫn còn là một thách thức. Trong nghiên cứu ghi nhận tuổi thai phụ lớn hơn 35 tuổi có nguy cơ vỡ thai ngoài tử cung hơn nhóm bé hơn 35 tuổi. Nghiên cứu khác cũng ghi

nhận tỷ lệ thai ngoài tử cung vỡ có tỷ lệ cao ở mẹ lớn tuổi hoặc ở lứa tuổi trung bình cao, có thể do chu kỳ kinh nguyệt không điều nên dẫn đến sự chậm trễ để đến khám và điều trị, một nghiên cứu ghi nhận nguy cơ cao hơn 2,7 lần CI=1,3-5,9 nếu mẹ lớn hơn 35 tuổi [9]. Qua nghiên cứu ghi nhận được nguy cơ thai ngoài tử cung vỡ cao hơn nếu tuổi thai lớn hơn 8 tuần thì nguy cơ thai ngoài tử cung vỡ cao hơn 15,2 lần với 95% CI= 4,1- 56,1. Nguy cơ thai ngoài tử cung vỡ ghi nhận là cao hơn 16,2 lần nếu β hCG > 5000 (IU/ml) với 95% CI= 5,0-52,3. Có vài nghiên cứu ghi nhận rằng tuổi thai và nồng độ β hCG cao là yếu tố nguy cơ quan trọng của vỡ thai ngoài tử cung, tuổi thai 6-8 tuần là cao hơn 3,6 lần, và với tuổi thai > 8 tuần vô kinh cao hơn 46,6 lần so với nhóm chưa vỡ, vậy ghi nhận tuổi thai > 8 tuần thì nguy cơ vỡ cao hơn nhiều so với nghiên cứu này [2; 8].

Qua nghiên cứu ghi nhận được chỉ số dự báo các ngưỡng β hCG có nguy cơ gây vỡ thai ngoài tử cung tại vị trí β hCG 4190 (IU/ml) tương ứng với độ nhạy 88,6%; độ đặc hiệu là 67,3%; diện tích dưới đường cong ROC của β hCG là 90% (95%CI; 1,1- 8,6). Ngoài ra, một nghiên cứu trước đó nhằm xác định yếu tố dự báo có thể thất bại điều trị methotrexate trong thai ngoài tử cung cho thấy mức độ β hCG huyết thanh ≥ 3000 mIU/ml (OR = 27,1; CI = 2,1- 342,5; p= 0,01) là một trong những yếu tố dự báo quan trọng của thất bại điều trị [5]. Vài nghiên cứu khác cho thấy mức độ β hCG cao hơn hay gặp ở thai ngoài tử cung vỡ, với những người không bị vỡ nồng độ thấp hơn. Họ đã chỉ ra rằng những bệnh nhân có nồng độ β hCG > 1750 mIU/ml nguy cơ vỡ (OR: 4,11; KTC 95%: 1,53- 11,0 [9]. Thai phụ có β hCG mức > 5000 mIU/ml, 1 nghiên cứu khác ghi nhận nguy cơ vỡ cao hơn đáng kể khi nồng độ β hCG > 5750 mIU/ml (OR: 4,40; 95% CI: 1,69-11,46), và khi hCG cao (> 10,000 mIU/ml thì được xác định như là một yếu tố nguy cơ vỡ thai ngoài tử cung [10]. Một nghiên cứu nữa cũng ghi nhận tại điểm cắt β -hCG huyết thanh > 8500 IU/ml

dự báo nguy cơ gây vỡ thai ngoài tử cung thì mức này cao hơn so với nghiên cứu của tôi[4]. Vậy dựa trên kết quả của chúng tôi và một số nghiên cứu khác ghi nhận nồng độ β -hCG là yếu tố có giá trị tiên đoán cho dự báo nguy cơ vỡ thai ngoài tử cung.

5. KẾT LUẬN

Tuổi >35 chiếm tỷ lệ 38,6% ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ và 15,9% ở nhóm thai ngoài tử cung chưa vỡ. Tiền sử viêm vùng chậu, đặt vòng, lạc nội mạc tử cung, thai ngoài tử cung ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ chiếm tỷ lệ lần lượt là 4(9,1%); 3(6,8%); 2(4,5%); 5(11,4%). Ra máu âm đạo ở hai nhóm lần lượt là 86,6% và 88,4%, ở nhóm thai ngoài tử cung vỡ phản ứng thành bụng tỷ lệ là 90,9%; lay cổ tử cung và cùng đau chiếm tỷ lệ 100%.

Thai nhỏ hơn 6 tuần chiếm tỷ lệ 6,8% ở nhóm vỡ và 60,9% ở nhóm chưa vỡ. Tuổi thai từ 6 – 8 tuần chiếm tỷ lệ 52,3% và 34,8%, trên 8 tuần chiếm tỷ lệ 40,9% ở nhóm vỡ và 4,3% ở nhóm chưa vỡ. Nồng độ β hCG(IU/ml) trung bình $\pm$ SD ở nhóm vỡ là $5423 \pm 5879,9$ β hCG >5000 (IU/ml) chiếm 50%, ở nhóm chưa vỡ là $2423 \pm 3879,9$ và β hCG > 5000 (IU/ml) chiếm 5,8%.

Nguy cơ thai ngoài tử cung vỡ cao hơn 2,42 ở tuổi mẹ >35 với 95% CI= 1,03-5,65. Tuổi thai lớn hơn 8 tuần nguy cơ thai ngoài tử cung vỡ cao hơn 15,2 lần với 95% CI= 4,1- 56,1. Nguy cơ thai ngoài tử cung vỡ cao hơn 16,2 lần nếu β hCG (IU/ml) >5000 với 95% CI= 5,0-52,3.

Chỉ số dự báo các ngưỡng β hCG có nguy cơ gây vỡ thai ngoài tử cung tại vị trí β hCG 4190 (IU/ml) tương ứng với độ nhạy 88,6%, độ đặc hiệu là 67,3%; diện tích dưới đường cong ROC của β hCG là 90% (95%CI; 1,1- 8,6).

Lời cảm ơn: Xin cảm ơn bệnh nhân và khoa Phụ Sản Bệnh viện Trung ương Huế đã giúp tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn phụ sản, Đại học Y Dược Huế (2007), "Thai ngoài tử cung", *Sân phụ khoa*, Nhà xuất bản y học, tr 258 – 268.
2. Bickell, N,A, Bodian, (2004); Time and the risk of ruptured tubal pregnancy, *Obstet Gynecol*; 104: 789–879.
3. Cao Ngọc Thành, Lê Minh Tâm (2011), "Nội tiết tố sinh dục nữ", *Nội tiết phụ khoa và y học sinh sản*, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr 27-41.
4. Goksedef BP, Kef S, Akca A, (2011); Risk factors for rupture in tubal ectopic pregnancy: definition of the clinical findings, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 154: 96-99
5. Holzer H., Malak M. et al. (2011), "Risk Factor for Ectopic Pregnancy After In Vitro Fertilization Treatment", *J Obstet Gynaecol Can*; 33(6):617-619.
6. Hoover KW., Kent CK. (2010), "Trends in the Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy in the regnan-

cy", *Chinese medical journal*, 112(4); 376-378.

7. Houry DE, Salhi BA.(2009); Acute complications of pregnancy. In: Marx JA, editor. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 7th Ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier.

8. Latchaw G, Takacs P, Gaitan L,(2005); Risk factors associated with the rupture of tubal ectopic pregnancy, *Gynecol Obstet Invest*, ; 60: 177–180

9. Roya FD, Maryam A;(2015); Predictive value of maternal serum β -hCG concentration in the ruptured tubal ectopic pregnancy, *Iran J reprod Med* ; 13(2): 101–106.

10. Sindos, M,, Togia, A,, Sergeantanis, T,N, et al, (2009); Ruptured ectopic pregnancy: risk factors for a life-threatening condition, *Arch Gynecol Obstet*, 279: 621–623