

# KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH U NGUYÊN BÀO NUÔI

Lê Lam Hương  
Trường Đại học Y Dược Huế

**Từ khóa:** Chửa trứng, u nguyên bào nuôi, thai phụ.

**Keywords:** Molar pregnancy, gestational trophoblastic neoplasia, pregnant women.

## Tóm tắt

*U nguyên bào nuôi có ảnh hưởng lớn tới sức khỏe người phụ nữ, có thể di căn đến ở các cơ quan như não, gan phổi, khi các nhân di căn vô tỷ lệ tử vong rất cao. Mục tiêu nghiên cứu là khảo sát một số yếu tố nguy cơ ở chửa trứng diễn tiến thành u nguyên bào nuôi. Phương pháp nghiên cứu bệnh chứng, tiến hành trên 32 thai phụ được chẩn đoán u nguyên bào nuôi tại bệnh viện Trung Ương Huế và 76 thai phụ thai trứng không bị u nguyên bào nuôi.*

*Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được kết quả: Độ tuổi trung bình là  $24,7 \pm 5,8$ . Tiền sử bị thai lưu ở nhóm u nguyên bào nuôi có tỷ lệ 28,1% ở nhóm không u nguyên bào nuôi là 10,5% với  $OR= 3,3$ ; 95%  $CI= 1,1- 9,6$  ( $p<0,05$ ). Tiền sử nạo thai sảy thai, tiền sử chửa trứng ở nhóm u nguyên bào nuôi có tỷ lệ 15,6% và 28,1% và ở nhóm không u nguyên bào nuôi 10,5% và 9,2% với  $OR=1,5$ ; 95%  $CI= 0,4-5,2$ ;  $p>0,05$  và  $OR=3,8$ ; 95%  $CI= 1,2- 11,5$ ;  $p<0,05$ . Nhiễm độc thai nghén ở nhóm u nguyên bào nuôi chiếm tỷ lệ 87,5% nhóm không u nguyên bào nuôi chiếm 1,3% với  $OR= 8,6$ ; 95%  $CI= 2,7-27,0$ ;  $p<0,05$ . Nang hoàng tuyến 2 bên nhóm u nguyên bào nuôi có tỷ lệ 84,4% nhóm không u nguyên bào nuôi chiếm 21,1% với  $OR= 20,2$ ; 95%  $CI= 6,7-60,9$  ( $p<0,05$ ). Ở nhóm u nguyên bào nuôi thai phụ  $\leq 20$  hoặc  $\geq 40$  tuổi chiếm 37,5% nhóm không u nguyên bào nuôi thai phụ chiếm 82,9%; với  $OR= 2,9$ ; 95%  $CI= 1,1-7,3$  ( $p<0,05$ ). Ở nhóm u nguyên bào nuôi nồng độ  $\beta$ -hCG trước nạo  $\geq 100.000$  mIU/lit chiếm 96,9%; nhóm không u nguyên bào nuôi chiếm 77,8% với  $OR=8,8$ ; 95%  $CI= 1,1-70,0$ ;  $p<0,05$ . Quản lý và theo dõi tốt các thai phụ sau nạo thai trứng, chú ý nhóm có nguy cơ tiến triển thành u nguyên bào nuôi để có thái độ điều trị kịp thời, hạn chế di căn và tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân.*

**Từ khóa:** Chửa trứng, u nguyên bào nuôi, thai phụ.

## Abstract

THE RISK FACTORS OF GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEOPLASIA

Tác giả liên hệ (Corresponding author):  
Lê Lam Hương,  
email: lelamhuong19@yahoo.com  
Ngày nhận bài (received): 12/11/2016  
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):  
23/11/2016  
Ngày bài báo được chấp nhận đăng  
(accepted): 30/12/2016

*Gestational trophoblastic neoplasia (GTN) impact importantly on the women health, it may metastasis to other organs such as brain, liver, lung and there is a high morbidity rate when these metastatic neoplasia ruptured. This study aim to access the risk factors in molar pregnancy developing gestational trophoblastic neoplasia. The case - control study included 32 women who were diagnosed gestational trophoblastic neoplasia at Hue national hospital and 76 molar pregnancy women without developing gestational trophoblastic neoplasia. Results: The average age of women was  $24.7 \pm 5.8$ . The history of stillbirth in GTN group was 28.1% and control group was 10.5% with  $OR = 3.3$ ; 95%  $CI = 1.1-9.6$  ( $< 0.05$ ). The history of abortion and miscarriage in GTN group was 15.6% and 28.1% and control group was 10.5% and 9.2% with  $OR = 1.5$ ; 95%  $CI = 0.4-5.2$  ( $< 0.05$ ) and  $OR = 3.8$ ; 95%  $CI = 1.2- 11.5$  ( $< 0.05$ ). The rate of toxemia in GTN group was 87.5% and control group was 1.3% with  $OR = 8.6$ ; 95%  $CI = 2.7$  to  $27.0$ ;  $p < 0.05$ . The bilateral theca-lutein cyst in GTN group accounted for 84.4% and control group accounted for 21.1% with  $OR = 20.2$ ; 95% $CI = 6.7$  to  $60.9$  ( $p < 0.05$ ). The women aged  $< 20$  and  $> 40$  years old in GTN group accounted for 37.5% and control group accounted for 82.9%. The percentage of beta hCG level  $> 100000$  UI/ml before curettage in GTN group was 96.9% and control group was 77.8% with  $OR = 8.8$ ; 95%;  $CI = 1.1-70.0$ ;  $p < 0.05$ .*

*The molar pregnancy after curettage should be monitored carefully, particularly in high risk groups, to get a better management to limit metastases and reduce mortality.*

**Keywords:** Molar pregnancy, gestational trophoblastic neoplasia, pregnant women.

## 1. Đặt vấn đề

Theo FIGO 2002, u nguyên bào nuôi sau chữa trứng có thể là bệnh nguyên bào nuôi tồn tại, thai trứng xâm lấn, u nguyên bào nuôi nơi nhau bám, hoặc ung thư nguyên bào nuôi, việc chẩn đoán sớm vẫn còn chủ yếu dựa vào sự theo dõi  $\beta$  hCG mỗi tuần sau khi hút nạo chữa trứng, hoặc kết quả giải phẫu bệnh. Nếu chữa trứng là một dạng bệnh lành tính của nguyên bào nuôi, thì u nguyên bào nuôi là bệnh lý ác tính, diễn tiến bệnh thường xuất hiện sau chữa trứng. Sau khi hút nạo chữa trứng bệnh nhân cần phải được theo dõi  $\beta$ -hCG mỗi tuần để phát hiện sớm u nguyên bào nuôi, u nguyên bào nuôi biểu hiện càng sớm sau nạo chữa trứng thì mức độ ác tính càng cao.

Trên thế giới, tỷ lệ u nguyên bào nuôi khác nhau và khoảng 1/40.000 phụ nữ có thai, gần 50% sau chữa trứng, 25% sau sẩy thai-thai-ngoài tử cung và 25% sau đẻ thường. Bệnh u nguyên bào nuôi có tỷ lệ 1/1.200 thai nghén ở Mỹ và 1/120 thai nghén ở vùng Đông Nam Á. Tỷ lệ bệnh tăng lên ở những

phụ nữ có mức sống thấp, nhất là ở những nước đang phát triển. Một nghiên cứu ở Hồ chí Minh ghi nhận tỷ lệ bệnh nguyên bào nuôi tồn tại sau chữa trứng là 32,6%. Hiện nay, nguyên nhân u nguyên bào nuôi vẫn chưa được biết rõ, bệnh có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi trong thời kỳ sinh đẻ nhất là sau chữa trứng. Một số nghiên cứu đã tìm thấy các yếu tố có nguy cơ của sự phát triển bệnh u nguyên bào nuôi như kích thước tử cung trước nạo lớn hơn tuổi thai 20 tuần, hoặc 4 tuần sau nạo tử cung không go hồi về kích thước bình thường, có nang hoàng tuyến 2 bên, mẹ lớn hơn 40 hoặc nhỏ hơn 20 tuổi, nồng độ  $\beta$ -hCG tăng rất cao, hoặc các biểu hiện khác của chữa trứng có nguy cơ cao như nhiễm độc thai nghén, cường giáp, chữa trứng lặp lại [2][3].

Nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, bệnh có thể di căn đến âm đạo, gan, não.... Khi vỡ các nhân di căn gây chảy máu rất nhiều nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh. Vậy nên u nguyên bào nuôi cần phải được chẩn đoán sớm, theo dõi sát để phát hiện và xử trí kịp thời, tránh

các biến chứng di căn có thể xảy ra là việc làm rất cần thiết. Vì vậy, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Khảo sát một số yếu tố nguy cơ bệnh u nguyên bào nuôi” nhằm mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố nguy cơ ở chửa trứng diễn tiến thành u nguyên bào nuôi.

## 2. Đối tượng và phương pháp

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 32 bệnh nhân được chẩn đoán u nguyên bào nuôi sau chửa trứng được theo dõi và điều trị tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2014 đến tháng 12/2015.

Nhóm chứng bao gồm 76 bệnh nhân sau nạo thai trứng ổn định được theo dõi và không diễn tiến thành u nguyên bào nuôi tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân sau chửa trứng được theo dõi và điều trị tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế có các dấu hiệu sau

- Nang hoàng tuyến tồn tại trên 4 tuần.
- Nồng độ  $\beta$ HCG tăng qua 2 giá trị liên tiếp. Nồng độ  $\beta$ HCG bình nguyên (giảm ít hơn 10%) qua 3 giá trị liên tiếp. Nồng độ  $\beta$ HCG sau hút nạo 4 tuần >20.000 mIU/ml,  $\beta$ HCG còn tồn tại 6 tháng sau hút nạo.

- Kết quả giải phẫu bệnh là u nguyên bào nuôi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có thai lại. Có bệnh lý liên quan đến nội tiết.

**2.2 Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng

**2.3 Cơ mẫu:** Toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn cho nhóm nghiên cứu. Chọn tỉ lệ bệnh/chứng khoảng 2.

**2.4 Tiến hành:** Phỏng vấn bệnh nhân khi người bệnh được chẩn đoán là u nguyên bào nuôi sau điều trị chửa trứng. Phỏng vấn tại phòng phụ khoa bệnh viện Trung Ương Huế theo phiếu điều tra được thiết kế như phỏng vấn về các biểu hiện của nhiễm độc thai nghén, tình trạng nôn nghén, ra máu âm đạo ...

Phỏng vấn tiền sử bản thân, gia đình về mắc bệnh chửa trứng, tiền sử sảy thai, thai lưu. Thăm khám các triệu chứng cơ năng và thực thể, kết quả siêu âm và xét nghiệm  $\beta$ HCG, phân loại máu. Tiếp tục theo dõi thái độ xử trí là cắt tử cung, đơn hóa trị, hay đa hóa trị.

**2.5 Xử lý số liệu:** 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

Đặc điểm chung	Tỷ lệ	U nguyên bào nuôi		Không u nguyên bào nuôi	
		n= 32	%	n= 76	%
Tuổi	≤ 20	3	9,4	4	5,3
	21-39	20	62,5	65	85,5
	≥ 40	9	28,1	7	9,2
	$\bar{X} \pm SD$	24,7 ± 5,8		32,7 ± 6,7	
Nghề nghiệp	Cán bộ	9	28,1	21	31,6
	Làm nông	15	46,9	41	53,9
	Nghề khác	8	25,0	11	11,5
	Tổng	32	100	76	100
Địa dư	Thành thị	8	25,0	35	46,1
	Nông thôn	17	53,1	34	44,7
	Vùng khác	7	21,9	7	9,2
	Tổng	32	100	76	100

Độ tuổi trung bình là  $24,7 \pm 5,8$  nhỏ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 46 tuổi. Nhóm tuổi 21-39 chiếm 62,5%, và ≥ 40 tuổi chiếm tỷ lệ 28,1%, ≤ 20 tuổi chiếm 9,4%.

Thành phần cán bộ công nhân viên chiếm tỷ lệ 28,1%. Thành phần làm nông chiếm tỷ lệ 46,9%. Tỷ lệ bệnh ở thành thị 25%. và nông thôn 53,1%.

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

Đặc điểm	Tỷ lệ	U nguyên bào nuôi	
		n= 32	%
Tử cung go hơi kém	Có	23	71,8
	Không	9	28,1
Nhiễm độc thai nghén	Có	28	87,5
	Không	4	12,5
Ra máu âm đạo bất thường	Có	29	90,6
	Không	3	9,5
Cường giáp	Có	10	31,2
	Không	22	68,8
Nang hoàng tuyến 2 bên còn sau 4 tuần	Có	27	84,4
	Không	5	15,6

Thai phụ được chẩn đoán u nguyên bào nuôi có dấu hiệu nhiễm độc thai nghén tỷ lệ 87,5%. Ra máu âm đạo bất thường kéo dài chiếm 90,6%. Có 31,2% có dấu hiệu cường giáp. Nang hoàng tuyến 2 bên chiếm 84,4%.

Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận thai trứng chiếm tỷ lệ 65,7% và u nguyên bào nuôi có tỷ lệ 34,3%. Nhóm máu O chiếm tỷ lệ 46,9% nhóm máu AB chiếm tỷ lệ 3,1% nhóm máu A và B chiếm tỷ

**Bảng 3: Một số đặc điểm cận lâm sàng**

Đặc điểm	Tỷ lệ	U nguyên bào nuôi	
		n= 32	%
Giải phẫu bệnh	Thai trứng (toàn phần, bán phần)	21	65,7
	U nguyên bào nuôi	11	34,3
Nhóm máu	O	15	46,9
	A	9	28,2
	B	7	21,8
	AB	1	3,1
Nồng độ βhCG sau nạo	Tuần sau cao lại hơn tuần trước 10% (2 tuần đầu)	11	34,4
	Không giảm 1 số thập phân sau mỗi tuần theo dõi	7	21,9
	Bình nguyên (21 ngày sau nạo)	5	15,6
	>20.000 UI/l (4 tuần sau nạo)	9	28,1

lệ lần lượt là 28,2% và 21,2%. Nồng độ β-hCG sau nạo tuần sau cao lại hơn tuần trước 10% (2 tuần đầu) chiếm tỷ lệ 34,4%; β-hCG sau nạo bình nguyên (21 ngày sau nạo) tỷ lệ 15,6%; β-hCG sau nạo >20.000 UI/l (4 tuần sau nạo) chiếm tỷ lệ 28,1%.

**Bảng 4: Một số yếu tố tiền sử nguy cơ chưa trứng diễn tiến thành u nguyên bào nuôi**

Đặc điểm	Tỷ lệ	U nguyên bào nuôi		Không u nguyên bào nuôi		OR
		n= 32	%	n= 76	%	
Tiền sử thai chết lưu	Có	9	28,1	8	10,5	OR=3,3; 95% CI=1,1-9,6 p<0,05
	Không	23	71,9	68	89,5	
Tiền sử nạo thai, sảy thai	Có	5	15,6	8	10,5	OR=1,5; 95% CI=0,45,2 p>0,05
	Không	27	84,4	68	89,5	
Tiền sử thai trứng	Có	9	28,1	7	9,2	OR=3,8; 95% CI=1,2-11,5 p<0,05
	Không	23	71,9	69	90,8	
Số lần sinh	≥4 lần	3	9,4	6	7,9	OR=1,2; 95% CI=0,25,1 p>0,05
	<3 lần	29	90,6	70	92,1	

Tiền sử bị thai lưu ở nhóm u nguyên bào nuôi tỷ lệ 28,1% ở nhóm u nguyên bào nuôi 10,5% với OR=3,3; 95% CI = 1,1- 9,6 (p<0,05). Tiền sử chưa trứng ở nhóm u nguyên bào nuôi tỷ lệ 28,1% và nhóm không u nguyên bào nuôi 9,2% với OR=3,8; 95% CI = 1,2- 11,5. Sinh ≥4 lần chiếm tỷ lệ 9,4% và 7,9% ở mỗi nhóm với OR=1,2; 95% CI = 0,2-5,1; p>0,05.

**Bảng 5: Một số yếu tố nguy cơ chưa trứng diễn tiến thành u nguyên bào nuôi**

Đặc điểm	Tỷ lệ	U nguyên bào nuôi		Không u nguyên bào nuôi		OR
		n= 32	%	n= 76	%	
Nhiễm độc thai nghén	Có	8	87,5	34	1,3	OR=8,6; 95% CI=2,7-27,0 p<0,05
	Không	24	12,5	42	98,7	
Nang hoàng tuyến 2 bên	Có	27	84,4	16	21,1	OR=20,2; 95% CI=6,7-60,9 p<0,05
	Không	5	15,6	60	78,9	
Cường giáp	Có	10	31,2	8	10,5	OR=3,8; 95% CI=1,3-11,0 p<0,05
	Không	22	68,8	68	89,5	
Thai phụ ≤20 hoặc ≥40 tuổi	Có	12	37,5	13	17,1	OR=2,9; 95% CI=1,1-7,3 p<0,05
	Không	20	62,5	63	82,9	
β-hCG trước nạo mUI/lít	≥100.000	31	96,9	56	77,8	OR=11,1; 95% CI=1,4-86,5 p<0,05
	≤100.000	1	3,1	20	22,2	

Nhiễm độc thai nghén ở nhóm u nguyên bào nuôi 87,5% nhóm thai trứng chiếm 1,3% với OR= 8,6; 95% CI= 2,7-27,0; p<0,05. Nang hoàng tuyến 2 bên ở nhóm u nguyên bào nuôi tỷ lệ 84,4% nhóm thai trứng 21,1% với OR= 20,2; 95% CI = 6,7-60,9 (p<0,05). U nguyên bào nuôi cường giáp là 31,2%. Nhóm u nguyên bào nuôi ≤20 hoặc ≥40 tuổi chiếm 37,5% nhóm không u nguyên bào nuôi 82,9%; với OR= 2,9; 95% CI = 1,1-7,3 (p<0,05). Ở nhóm u nguyên bào nuôi nồng độ β-hCG trước nạo ≥100.000 mUI/lít chiếm 96,9%; nhóm không u nguyên bào nuôi 77,8% với OR=11,1; 95%; CI = 1,4 -86,5; p<0,05.

**Bảng 6: Một số biện pháp can thiệp và biến chứng**

Đặc điểm	Tỷ lệ	U nguyên bào nuôi	
		n= 32	%
Cắt tử cung	Có	9	28,1
	Không	23	71,8
Đơn hóa trị	Có	28	87,5
	Không	4	12,5
Đa hóa trị	Có	4	12,5
	Không	28	87,5
Di căn	Âm đạo	5	15,6
	Phổi	1	3,1
	Não, Gan	0	0

Cắt tử cung chiếm tỷ lệ 28,1%; trong đó có 28 trường hợp phải đa hóa trị chiếm 87,5%. Chưa có trường hợp nào di căn não gan, di căn âm đạo chiếm 15,6%.

#### 4. Bàn luận

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 24,7± 5,8 nhỏ nhất 17 tuổi, lớn nhất 46 tuổi và ≥ 40 tuổi chiếm tỷ lệ 28,1%; ≤ 20 tuổi 9,4%. Nghiên cứu khác ghi nhận tuổi trung bình là 27,8±7,19 thì cao hơn của nghiên cứu này [2].

Kết quả nghiên cứu nhận thấy ở nhóm u nguyên bào nuôi có dấu hiệu nhiễm độc thai nghén chiếm tỷ lệ 87,5% nhóm thai trứng chiếm 1,3% với nguy cơ bị u nguyên bào nuôi cao gấp 8,6 lần (95 % CI= 2,7-27,0; p<0,05). Số liệu nghiên cứu chỉ ra nang hoàng tuyến 2 bên ở nhóm u nguyên bào nuôi tỷ lệ 84,4% nhóm thai trứng chiếm 21,1% với nguy cơ cao gấp 20,2 lần 95 % CI= 6,7-60,9 (p<0,05) nếu nang tồn tại trên 4 tuần sau nạo. Một nghiên cứu khác ghi nhận ở bệnh nguyên bào nuôi tồn tại có nang hoàng tuyến 2 bên >6cm chiếm 12% và nghiên cứu khác cũng nhận thấy yếu tố

nang hoàng tuyến làm tăng nguy cơ bệnh 7,44 lần (KTC 95% 1,2- 78,21),  $p=0,014$  so với nhóm không hiện diện nang hoàng tuyến tương đương với nghiên cứu này [1; 2]. Triệu chứng nghén nặng chiếm 15,8% cũng thấp hơn nhiều so với nghiên cứu này có lẽ do cách quy định về mức độ nghén nặng trong nghiên cứu [2]. Ra huyết âm đạo thường gặp là do khối u nguyên bào nuôi gây tổn thương trực tiếp tại cơ tử cung, triệu chứng có thể xuất hiện sớm hay muộn. Máu âm đạo tươi hay máu đen, ra máu tự nhiên, ít một, kéo dài nếu vỡ nhân di căn máu chảy nhiều. Bệnh nhân có thể có kinh bình thường nhưng giữa chu kì lại ra huyết bất thường hoặc ra máu âm đạo kéo dài sau nạo, nghiên cứu khác năm 2014 cũng ghi nhận triệu chứng ra huyết âm đạo chiếm 48% kết quả thấp hơn so với nghiên cứu này [10].

Qua nghiên cứu nhận thấy rằng nhóm u nguyên bào nuôi có tỷ lệ cường giáp 31,2%, và ở nhóm không phải u nguyên bào nuôi 10,5%. So với nghiên cứu khác thì triệu chứng cường giáp chiếm 3,2 % thấp hơn so với nghiên cứu này có lẽ do cách quy định những bệnh nhân có dấu hiệu của tuyến giáp ở nghiên cứu này nhẹ hơn [2]. Kết quả nghiên cứu cũng nhận thấy các thai phụ tiền sử bị thai lưu ở nhóm u nguyên bào nuôi có tỷ lệ 28,1% nguy cơ mắc bệnh cao hơn 3,3 lần so với ở nhóm chứng (10,5%) 95% CI = 1,1- 9,6 ( $p<0,05$ ). Tiền sử nạo thai, sẩy thai ở nhóm chiếm u nguyên bào nuôi có tỷ lệ có tỷ lệ là 15,6%; và ở nhóm không bị u nguyên bào nuôi là 10,5% với nguy cơ cao hơn 1,5 lần 95% CI = 0,4-5,2 ( $p>0,05$ ). Số liệu nghiên cứu chỉ ra tiền sử chữa trứng ở nhóm chiếm u nguyên bào nuôi có tỷ lệ có tỷ lệ là 28,1% ở nhóm chữa trứng là 9,2% với nguy cơ mắc bệnh cao hơn 3,8 lần so với nhóm không bị u nguyên bào nuôi [95% CI= 1,2- 11,5 ( $p<0,05$ )]. Một nghiên cứu khác cũng ghi nhận tỷ lệ chữa trứng, u nguyên bào nuôi có liên quan đến tiền sử nạo hút thai [7].

Kết quả nghiên cứu thấy nồng độ  $\beta$ -hCG sau nạo chữa trứng tuần sau cao lại hơn tuần trước 10% chiếm tỷ lệ 34,4%;  $\beta$ -hCG sau nạo bình nguyên tỷ lệ 15,6%. Bệnh u nguyên bào nuôi gây nhiều biến chứng nguy hiểm thường tiến triển sau thai trứng [9]. Vai trò của hCG trong chẩn đoán, theo dõi diễn tiến bệnh u nguyên bào nuôi rất quan trọng. Theo dõi  $\beta$ -hCG sau

nạo hút trứng rất cần thiết vì nguy cơ bệnh có thể tiến triển thành u nguyên bào nuôi. Chưa có một tiêu chuẩn lâm sàng hay bệnh học nào cho phép tiên đoán chính xác bệnh nhân nào sẽ diễn tiến thành u nguyên bào nuôi sau chữa trứng nên việc theo dõi  $\beta$ hCG sau hút nạo chữa trứng được xem như là tiêu chuẩn trong việc phát hiện bệnh [10]. Số liệu nghiên cứu ghi nhận ở nhóm u nguyên bào nuôi có nồng độ  $\beta$ -hCG trước nạo  $\geq 100.000$  mUI/lít chiếm 96,9%; nguy cơ mắc bệnh u nguyên bào nuôi cao hơn 11,1 lần; 95% CI= 1,4 -86,5;  $p<0,05$ . So với nhóm chứng nồng độ  $\beta$ -hCG trước nạo  $\geq 100.000$  mUI/lít được xem như là một yếu tố nguy cơ cao của bệnh đã được ghi nhận ở y văn và nhiều nghiên cứu khác. Một nghiên cứu khác ghi nhận nồng độ  $\beta$ -hCG ở u nguyên bào nuôi sau chữa trứng  $\geq 760$  mUI/lít chiếm 26,1%, y văn cũng như nghiên cứu của Moodley M thì nồng độ  $\beta$ hCG cao trước hút nạo là yếu tố nguy cơ cao đối với bệnh u nguyên bào nuôi [1, 7].

Qua nghiên cứu ghi nhận thai phụ  $\leq 20$  hoặc  $\geq 40$  tuổi chiếm 37,5%. Thai phụ trong lứa tuổi này sẽ ở nhóm nguy cơ bị u nguyên bào nuôi cao hơn 2,9 lần (95% CI = 1,1-7,3;  $p<0,05$ ) so với nhóm chứng kết quả này chung nhận xét với các nghiên cứu khác như tuổi của người mẹ  $> 35$  tuổi thì khả năng mắc bệnh cao hơn có thể do bệnh nhân lớn tuổi trong cơ thể miễn dịch thấp hơn, khả năng miễn dịch cơ thể thấp hơn khiến các tế bào khối u tăng sinh [9;11]. Nghiên cứu Trần Quốc Tuấn ghi nhận tỷ lệ u nguyên bào nuôi tồn tại sau chữa trứng độ tuổi 25-29 là 32%, và tăng 72,5% khi  $\geq 40$  tuổi [11]. Một nghiên cứu khác ghi nhận có 1 số yếu tố làm tăng nguy cơ ác tính của bệnh thai trứng như tuổi  $\geq 35$  (OR: 4,41, 95% CI: 1.07- 16.09, chỉ số nguy cơ 5); tuổi thai  $\geq 12$  tuần (OR: 11.7, 95% CI: 1,8-72,4; tử cung có kích thước lớn hơn so với tuổi thai (OR: 10,2, 95% CI: 2,8-36,6); như vậy tuổi của mẹ giữ vai trò khá quan trọng để tiên lượng có nguy cơ của bệnh u nguyên bào nuôi [12]. Cần theo dõi chặt chẽ sau nạo thai trứng, phát hiện những thai phụ có nguy cơ để phát hiện bệnh sớm bệnh u nguyên bào nuôi sau chữa trứng để có chế độ điều trị phù hợp nhằm hạn chế những di căn và nguy cơ tử vong cho bệnh nhân là cần thiết.

## 5. Kết luận

Số liệu nghiên cứu chỉ ra tiền sử bị thai lưu ở nhóm u nguyên bào nuôi có tỷ lệ 28,1% ở nhóm không u nguyên bào nuôi 10,5% với OR=3,3; 95% CI = 1,1- 9,6 (p<0,05). Tiền sử nạo thai, sẩy thai tiền sử chứa trứng ở nhóm u nguyên bào nuôi có tỷ lệ 15,6% và 28,1% và ở nhóm không u nguyên bào nuôi 10,5% và 9,2% với OR=1,5; 95% = 0,4-5,2; p>0,05 và OR=3,8; 95% CI = 1,2- 11,5; p<0,05.

Nhiễm độc thai nghén ở nhóm u nguyên bào nuôi chiếm tỷ lệ 87,5% nhóm không u nguyên bào nuôi chiếm 1,3% với nguy cơ cao hơn 8,6 lần; 95%

CI= 2,7-27,0; p<0,05. Nang hoàng tuyến 2 bên ở nhóm u nguyên bào nuôi có tỷ lệ 84,4% nhóm không u nguyên bào nuôi chiếm 21,1% ghi nhận nguy cơ cao hơn 20,2 lần; 95% CI = 6,7-60,9 (p<0,05).

Ở nhóm u nguyên bào nuôi tuổi ≤20 hoặc ≥40 chiếm 37,5% nhóm không u nguyên bào nuôi chiếm 82,9%; với nguy cơ bị u nguyên bào nuôi cao hơn 2,9 lần; 95 % CI = 1,1-7,3 (p<0,05). Ở nhóm u nguyên bào nuôi nồng độ β-hCG trước nạo ≥100.000 mUI/lít chiếm 96,9%; nhóm không u nguyên bào nuôi chiếm 77,8% ghi nhận nguy cơ cao hơn 8,8 lần; 95%; CI = 1,1 -70,0; p<0,05.

## Tài liệu tham khảo

1. Trần Nhật Huy, Võ Minh Tuấn, (2014), Kết quả của hóa dị phòng ở bệnh nhân thai trứng nguy cơ cao tại bệnh viện Từ Dũ, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 18 số 1, trang 58-63.
2. Nguyễn Thị Tố Thư, Nguyễn Duy Tài; (2014) Tỷ lệ bệnh nguyên bào nuôi tồn tại sau hút nạo thai trứng không hóa dị phòng tại bệnh viện Hùng vương (2011-2013), Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 18 số 1, trang 114-121.
3. Boufettal H,(2011), Complete hydatiforme mole in Morocco: epidemiological and clinical study, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 40(5):419-29.
4. Denny, L., Quinn, M., Hacker, N., FIGO Cancer Report. 2012 , Editorial. Int. J. Gynecol. & Obstet, 119: Suppl. 2, S89-S159.
5. Ernest I Kohorn,(2015), The FIGO 2002 Staging and Risk Factor Scoring System for gestational trophoblastic disease, Pag 7-8.
6. Kohorn E.I., (2014) Worldwide Survey of the results of Treating Gestational Trophoblastic Disease Trophoblastic Disease. J.

Reproductive Medicine, 59. 145 – 153.

7. Moodley M, Tunkyi K, Moodley J (2003), "Gestational trophoblastic syndrome: an audit of 112 patients. A South African experience." Int J Gynecol Cancer, 13(2), pp. 234-239.
8. Ngan, H.Y.S., Kohorn, E.I., Cole L.A., et al (2012) Trophoblastic Disease, Int. J. Gynecol. Obstet., 119, Suppl. 2, S130-S136.
9. Sebire, NJ, Foskett, M, Fisher, RA, Rees, (2002), Risk of partial and complete hydatidiform molar pregnancy in relation to maternal age. BJOG; 109: 99-102
10. Seckl, MJ, Fisher, RA, (2000), Choriocarcinoma and partial hydatidiform moles. Lancet; 356: 36-39
11. Nguyễn Quốc Tuấn, (2003), "Nghiên cứu về một số đặc điểm thường gặp trên bệnh nhân chứa trứng và các yếu tố liên quan đến biến chứng". Trường đại học y Hà Nội: Luận án tiến sĩ y học.
12. Xia Z F, Song H Z, Tang M Y.(1998); Risk of malignancy and prognosis using a provisional scoring system in hydatidiform mole. Chin Med J (Engl);93:605-612