

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỌA SẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NHI ĐÀ NẴNG

Võ Thị Vy Lộc<sup>(1)</sup>, Lê Lam Hương<sup>(2)</sup>

(1) Bệnh viện Phụ Sản nhi Đà Nẵng, (2) Trường Đại học Y Dược Huế

**Từ khóa:** Sẩy thai, thai phụ, cận lâm sàng.  
**Keywords:** Abortion, pregnant women.

## Tóm tắt

Tỷ lệ sẩy thai lâm sàng chiếm 15-20% thai kỳ và hầu hết diễn ra ở 3 tháng đầu của thai kỳ. Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng và kết quả điều trị dọa sẩy tại Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng. Đối tượng nghiên cứu là 117 thai phụ đến khám, điều trị dọa sẩy thai nội trú tại khoa Phụ Sản Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng từ tháng 05/2013 đến tháng 05/2014, thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Kết quả nghiên cứu dọa sẩy thai gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi mẹ từ 25-29 chiếm tỷ lệ 42,7%. Trung bình số lần tăng  $\beta$ hCG trong 48 giờ cao nhất ở tuổi thai  $\leq 6$  tuần, giảm dần theo các nhóm tuổi thai. Nồng độ trung bình progesterone theo các nhóm tuổi thai từ 27,60- 40,04 ng/ml. Kết quả điều trị: Thành công: 83,8%, thất bại: 16,2%. Thai phụ  $\geq 35$  tuổi có nguy cơ điều trị thất bại gấp 2,25 lần so với thai phụ  $< 35$  tuổi. Mức tăng trung bình nồng độ  $\beta$ hCG huyết thanh ở nhóm điều trị thành công là 1,30 lần/48 giờ, nhóm điều trị thất bại là 1,09 lần / 48 giờ. Progesterone kết hợp với mức tăng trung bình  $\beta$ hCG, có giá trị chẩn đoán và có giá trị tiên đoán tốt kết quả thai kỳ.

**Từ khóa:** Sẩy thai, thai phụ, cận lâm sàng.

## Abstract

### THE CLINICAL FEATURES AND MANAGEMENT OF THREATENED ABORTION AT DANANG MATERNITY AND PEDIATRIC HOSPITAL

The abortion accounts for 15-20% in all of pregnancies and almost occurs in the first trimester of pregnancy. Objective: to research the clinical features and management of threatened abortion at Danang Maternity and Pediatric Hospital. Methodology: The cross – sectional and prospective study include 117 threatened abortion pregnant women who was treated at Danang Maternity and Pediatric Hospital from 05/2013 to 05/2014. Results: The “25 – 29” group of maternal

Tác giả liên hệ (Corresponding author):  
Lê Lam Hương,  
email: lelamhuong19@yahoo.com  
Ngày nhận bài (received): 19/10/2016  
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):  
23/10/2016  
Ngày bài báo được chấp nhận đăng  
(accepted): 30/12/2016

age got the highest rate with 42,7%. the most increasing of betahCG during 48 hours was  $\leq$  6 weeks gestational age, and decrease based on gestational age. The average concentration of progesterone according to gestational age groups from 27,60 to 40,04 ng/ml. Management: Success: 83,8%, failure: 16,2%. Pregnant women  $\geq$  35 years of age has 2,25 times as risk of treatment failure as  $<$ 35 years group. The average increasing group of serum bhCG concentrations in successful treatment group was 1,30 times/48 hours, the failure group was 1,09 times/48 hours. Progesterone combined with average increasing betahCG is a significant diagnostic and good predictive method for pregnancy outcomes.

**Keywords:** abortion, pregnant women.

## 1. Đặt vấn đề

Dạ sẩy thai là hiện tượng thai có nguy cơ bị tống ra khỏi buồng tử cung trước tuần lễ thứ 22 của thai kỳ. Dạ sẩy thai là bệnh lý sản phụ khoa thường gặp, tần suất ngày càng tăng. Triệu chứng thông thường của dạ sẩy thai là chảy máu âm đạo kèm đau bụng trong khi cổ tử cung còn đóng. Dạ sẩy thai diễn ra khoảng 20-25% thai kỳ và dự đoán có kết quả không mong muốn trong giai đoạn muộn hơn của thai kỳ như ối vỡ non, ối vỡ sớm, thai kém phát triển trong tử cung, sinh non, sơ sinh trọng lượng thấp [1,3].

Hiện nay y học vẫn đang gặp khó khăn trong chẩn đoán nguyên nhân và điều trị. Để chẩn đoán nguyên nhân dạ sẩy thai, ngoài thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng, người thầy thuốc phải kết hợp làm xét nghiệm và tiến hành các thăm dò cận lâm sàng khác. Ở Việt Nam, một số xét nghiệm cận lâm sàng tìm nguyên nhân chưa thực hiện được, sự cộng tác của người bệnh hạn chế nên điều trị dạ sẩy thai còn khó khăn và xác định nguyên nhân dạ sẩy thai thì khó hơn nhiều. Một khó khăn nữa cho điều trị dạ sẩy thai là có tới 20-30% dạ sẩy thai chưa rõ nguyên nhân [1,2].

Đối với những người đang mong muốn có con, dạ sẩy thai thực sự là sang chấn về thể chất và tinh thần, gây ra cảm giác bàng hoàng, lo lắng, rối loạn giấc ngủ và thất vọng cho bà mẹ. Ở giai đoạn dạ sẩy thai, trứng còn sống, chưa bị bong khỏi niêm mạc tử cung. Chẩn đoán và điều trị sớm tiên lượng sẽ tốt, có khả năng giữ được thai [1].

Chẩn đoán và điều trị không kịp thời, dạ sẩy thai sẽ tiến triển thành sẩy thai thực sự. Tỷ lệ sẩy thai lâm sàng chiếm 15-20% thai kỳ và hầu hết diễn ra ở 3 tháng đầu của thai kỳ. Hơn 80% sẩy thai diễn ra trước tuần thứ 12 và tỷ lệ này giảm nhanh chóng ở những tuần tuổi thai sau [9]. Hậu quả của dạ sẩy thai là giảm sút sức khỏe người mẹ, ảnh hưởng tới nguồn lao động của gia đình và xã hội, thậm chí nguy hiểm đến tính mạng người mẹ do băng huyết, nhiễm trùng, gây tình trạng vô sinh thứ phát, ảnh hưởng đến hạnh phúc gia đình và chất lượng dân số.

Xét nghiệm nội tiết như định lượng  $\beta$ hCG máu, progesterone, estradiol là những xét nghiệm có giá trị chẩn đoán, theo dõi và đánh giá kết quả điều trị dạ sẩy thai [9]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng và kết quả điều trị dạ sẩy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng" với mục tiêu sau: Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng và kết quả điều trị dạ sẩy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** 117 thai phụ đến khám, điều trị dạ sẩy thai nội trú tại khoa Phụ Sản bệnh viện Phụ Sản Nhi Đà Nẵng từ tháng 05/2013 đến tháng 05/2014, có tiêu chuẩn sau:

### Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Thai phụ được chẩn đoán là dạ sẩy thai với ít nhất một trong các triệu chứng: ra máu âm đạo,

đau bụng, hoặc siêu âm có hiện tượng bóc tách màng đệm.

- Tuổi thai  $\leq 12$  tuần đang phát triển trong buồng tử cung. Tuổi thai được tính dựa vào KCC kết hợp tham khảo kết quả siêu âm.

- Thai phụ đồng ý hợp tác nghiên cứu.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp không đủ tiêu chuẩn chọn lựa trên.

- Các trường hợp thai  $\leq 12$  tuần đang sẩy thai

- Các trường hợp có thai ra máu vì các nguyên nhân khác: Thai chết lưu, Chửa trứng, Chửa ngoài tử cung, Ra máu có nguồn gốc âm đạo hoặc cổ tử cung...Ung thư cổ tử cung, polyp cổ tử cung.

### 2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:Thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu:Toàn bộ thai phụ đủ tiêu chuẩn chọn bệnh nhập viện điều trị trong thời gian nghiên cứu từ tháng 05/2013 đến tháng 05/2014 tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng.

Các bước tiến hành nghiên cứu: Các thai phụ được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ tiến hành điều tra và thực hiện các bước nghiên cứu.

Các thai phụ được thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng, làm các xét nghiệm: xét nghiệm máu thường quy (công thức máu, nhóm máu, tỷ prothombin, fibrinogen), siêu âm, định lượng nồng độ progesterone,  $\beta$ hCG và estradiol huyết thanh, được phỏng vấn theo phiếu điều tra. Định lượng nồng độ  $\beta$ hCG huyết thanh của thai phụ: bằng cách lấy 2 ml máu gởi khoa xét nghiệm, sau khi có kết quả so sánh với giá trị  $\beta$ hCG bình thường theo bảng sau

Theo dõi quá trình điều trị:

Tất cả 117 thai phụ trong nghiên cứu được điều trị theo phác đồ 7 ngày, sau đó đánh giá tiến triển điều trị. Dấu hiệu lâm sàng: còn hoặc hết đau bụng, còn hoặc hết ra máu âm đạo.

Thay đổi nồng độ progesterone và estradiol huyết thanh tại thời điểm ngày thứ 1, ngày thứ 7 trong quá trình điều trị.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị:

- Thành công:

Đối với thai phụ lúc vào viện có dấu hiệu dọa sẩy, được điều trị dọa sẩy thai: trước lúc ra viện 3-4 ngày hết đau bụng, hết ramáu, thai phát triển bình thường.

- Thất bại:

Những thai phụ bị sẩy thai trong quá trình điều trị, thai chết trong buồng tử cung. Những thai phụ này chuyển sang phương pháp điều trị khác như làm sẩy thai nội khoa hoặc nạo hút buồng tử cung trong các trường hợp sẩy thai không hoàn toàn. Bệnh phẩm được gởi giải phẫu bệnh lý phục vụ cho các nghiên cứu sau.

### 2.3 Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học Medcalc 12.0.1.Giá trị p: được sử dụng khi mong đợi giả thuyết có đúng không. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ . Tính độ nhạy (Se: Sensitive), độ đặc hiệu (Sp: Specificity) của phương pháp nghiên cứu.

Bảng hai hai

Kết quả xét nghiệm	Có bệnh	Không bệnh
Dương tính	a (dương tính thật)	b (dương tính giả)
Âm tính	c (âm tính giả)	d (âm tính thật)

Đường cong ROC: Mỗi điểm trên đường cong ROC là tọa độ tương ứng với độ nhạy và độ đặc hiệu. Độ chính xác được đo lường bằng diện tích dưới đường cong (AUC)

### 2.4 Đạo đức trong nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu đã được thông báo, giải thích về tình hình bệnh tật, phương pháp điều trị và tiến triển bệnh. Thai phụ và gia đình tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các phương pháp điều trị được lãnh đạo khoa Phụ Sản phê duyệt.

## 3. Kết quả nghiên cứu

Sau khi chọn lựa đối tượng nghiên cứu và tiến hành nghiên cứu, xử lý số liệu, chúng tôi đưa ra các kết quả nghiên cứu sau.

Bảng 1: Tỷ lệ dọa sẩy thai theo tuổi mẹ

Tuổi	n	Tỷ lệ (%)
< 20	4	3,4
20-24	27	23,1
25-29	50	42,7
30-34	27	23,1
35-39	5	4,3
$\geq 40$	4	3,4
Tổng	117	100,0

Nhóm tuổi 25-29 chiếm tỉ lệ cao nhất 42,7%. Nhóm tuổi <20 chiếm 3,4%; nhóm tuổi  $\geq 35$  chiếm 7,7%.

Bảng 2: Giá trị trung bình  $\beta$ HCG huyết thanh theo tuổi thai

Tuổi thai	n	Giá trị $\beta$ HCG trung bình (mIU/ml)	Độ lệch chuẩn	95% khoảng tin cậy	p
$\leq 6$ tuần	43	28219,00	35969,89	17149,11-39288,90	p < 0,05
>6-8 tuần	44	87335,91	51704,12	71616,42-103055,39	
>8-10 tuần	22	107827,77	51275,17	85093,63-130561,91	
>10-12 tuần	8	146937,87	49946,04	105181,93-188693,81	

Giá trị trung bình  $\beta$ HCG ở các tuần tuổi thai. Sự khác biệt nồng độ  $\beta$ HCG ở các tuần tuổi thai khác nhau có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3: Giá trị trung bình mức tăng  $\beta$ HCG huyết thanh trong 48 giờ

Tuổi thai	n	Số lần tăng $\beta$ HCG trung bình/48 giờ	Độ lệch chuẩn	95% khoảng tin cậy	p
$\leq 6$ tuần	43	1,53	0,64	1,33-1,73	p < 0,05
>6-8 tuần	44	1,17	0,26	1,09-1,25	
>8-10 tuần	22	1,03	0,12	0,97-1,08	
>10-12 tuần	8	0,97	0,12	0,86-1,08	

Giá trị trung bình mức tăng  $\beta$ HCG huyết thanh trong 48 giờ ở các nhóm tuổi thai, giảm dần từ nhóm tuổi thai  $\leq 6$  tuần là 1,53 đến 1,17 ở nhóm >6-8 tuần, 1,03 ở nhóm >8-10 tuần, cuối cùng là 0,97 ở nhóm thai >10-12 tuần. Sự khác biệt mức tăng  $\beta$ HCG huyết thanh trung bình trong 48 giờ ở các nhóm tuổi thai khác nhau có ý nghĩa thống kê p < 0,05.

Bảng 4: Thay đổi nồng độ trung bình progesterone huyết thanh theo tuổi thai

Tuổi thai	Progesterone (ng/ml)	
	Ngày thứ nhất	Ngày thứ 7
$\leq 6$ tuần	28,70	34,87
>6-8 tuần	27,60	37,52
>8-10 tuần	40,04	52,18
>10-12 tuần	27,62	35,50

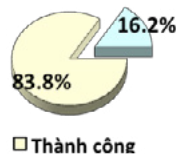
Nồng độ progesterone huyết thanh trung bình (Pr) ở tuổi thai  $\leq 6$  tuần là 28,70 ng/ml, sau 1 tuần theo dõi và điều trị là 34,87ng/ml. Nồng độ Pr ở tuổi thai >6-8 tuần là 27,60 ng/ml, sau 1 tuần theo dõi và điều trị là 37,52 ng/ml. Nồng độ Pr ở tuổi thai >8-10 tuần là 40,04 ng/ml, sau 1 tuần theo dõi và điều trị là 52,18 ng/ml. Nồng độ

Bảng 5: Thay đổi nồng độ trung bình estradiol huyết thanh theo tuổi thai

Tuổi thai	Estradiol (pg/ml)	
	Ngày thứ nhất	Ngày thứ 7
$\leq 6$ tuần	661,36	762,08
>6-8 tuần	1160,87	1336,93
>8-10 tuần	1796,78	1915,37
>10-12 tuần	1792,37	2098,87

Pr ở tuổi thai >10-12 tuần là 27,62 ng/ml, sau 1 tuần theo dõi.

Nồng độ trung bình Estradiol huyết thanh tăng dần theo tuổi thai. Nồng độ trung bình Estradiol huyết thanh ngày thứ 7 cao hơn so với ngày 1 ở tất cả các nhóm tuổi thai.



Biểu đồ 1: Kết quả điều trị chung

Có 98 trường hợp điều trị thành công chiếm 83,8% và 19 trường hợp điều trị thất bại chiếm tỷ lệ 16,2%.

Bảng 6: Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Yếu tố	OR	95% CI	P
Nồng độ progesterone huyết thanh lúc vào viện	1,34	1,09 - 1,64	p < 0,05
Mức tăng $\beta$ HCG huyết thanh sau 48 giờ	8,56	0,25 - 291,75	p > 0,05
Tuổi mẹ $\geq 35$ tuổi hoặc < 35 tuổi	0,05	0,00 - 0,94	p < 0,05

Nồng độ progesterone huyết thanh trước điều trị, tuổi mẹ  $\geq 35$  tuổi hoặc < 35 tuổi có liên quan đến kết quả điều trị. Mức tăng  $\beta$ HCG huyết thanh sau 48 giờ không có liên quan đến kết quả điều trị.

## 4. Bàn luận

Đạ sảy thai là một bệnh lý sản phụ khoa thường gặp, tần suất ngày càng tăng. Đạ sảy thai do nhiều nguyên nhân gây nên, hậu quả là thai có nguy cơ bị tống xuất khỏi buồng tử cung trước 22 tuần tuổi thai.

Theo bảng 1 thì thai phụ bị đạ sảy thai có độ tuổi 25-35 chiếm tỷ lệ cao nhất 65,8%. Nhóm thai phụ <25 tuổi chiếm tỷ lệ 27,5%. Nhóm thai phụ  $\geq 35$  chiếm tỷ lệ thấp nhất 7,7%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Ngô Thị Thanh Thảo (2007) thai phụ từ 25-35 tuổi chiếm tỷ lệ 67,7%, Nguyễn Thị Thu Hà (2009) có tỷ lệ 70,5%. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ và tuổi 25-35 là độ tuổi sinh đẻ dẫn đến tỷ lệ đạ sảy thai cao ở nhóm này. Đạ sảy thai có thể gặp ở bất kỳ tuổi thai nào và nguy cơ đạ sảy thai sẽ tăng sau 35 tuổi [4]. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của M.H. O mar và cộng sự (2005), tuổi mẹ bị đạ sảy thai từ 26-30 chiếm tỷ lệ cao nhất [10].

βhCG được tiết từ tế bào lá nuôi nên hàm lượng của nó phản ánh chức năng hoạt động của lá nuôi trong giai đoạn sớm của thai kỳ. Định lượng βhCG huyết thanh có giá trị trong chẩn đoán và theo dõi sự phát triển của thai, nó có độ nhạy và độ đặc hiệu cao.

So sánh nồng độ βhCG huyết thanh của nghiên cứu này với một số nghiên cứu khác [4,5].

Tuổi thai	Nồng độ βhCG huyết thanh của các nghiên cứu		
	Trần Thị Sơn Trà	Nguyễn Thị Thu Hà	(nghiên cứu này)
≤ 6 tuần	16.631,2 ± 1.025,3	19.164,2 ± 16.727,9	28.219,0 ± 35.969,9
>6-8 tuần	39523,1 ± 14097,3	69.866,3 ± 47.204,9	87.355,9 ± 51.704,1
>8-10 tuần	115.954,4 ± 88.012,9	108.708,2 ± 75.739,1	107.827,8 ± 51.275,2
>10-12 tuần	101.216,8 ± 77.912,8	112.106,2 ± 24.354,0	146.937,9 ± 49.946,0

Bảng 3 cho ta thấy, mức tăng βhCG huyết thanh sau 48 giờ cao nhất là 1,53 lần ở tuổi thai ≤ 6 tuần tuổi, tuổi thai càng lớn mức tăng càng giảm. Thai 12 tuần βhCG huyết thanh bắt đầu giảm (mức tăng 0,97). Khi quá trình thụ thai xảy ra, progesterone tăng dần từ 1-2 ng/ml kể từ ngày phóng noãn và nhanh chóng đạt đến nồng độ 10-35 ng/ml sau 7 ngày.

Hàm lượng này giữ ổn định trong vòng 10 tuần đầu của thai nghén. Sau 10 tuần đầu, nồng độ của progesterone tiếp tục tăng đến khi thai đủ tháng, đạt nồng độ cực đại 100-300 ng/ml. Ở 3 tháng đầu thai kỳ, nồng độ progesterone thấp phản ánh một tình trạng thai nghén không hoàn hảo. Nồng độ progesterone huyết thanh trung bình ở tuổi thai < 10 tuần là 28-40 ng/ml và bằng 27,62 ng/ml ở tuổi thai > 10 tuần.

Kết quả nghiên cứu này phù hợp với tác giả Ibrahim A Abdelazim (2012), nồng độ progesterone huyết thanh trung bình ở tuổi thai < 10 tuần và > 10 tuần lần lượt là 26,45 ± 3,9 ng/ml và 16,27 ± 4,7 ng/ml [6]. Nồng độ progesterone sau 10 tuần tuổi thai giảm vì giai đoạn từ 7-10 tuần là giai đoạn chuyển tiếp giữa hoàng thể và nhau thai nên quá trình tổng hợp progesterone giảm nhẹ.

Nồng độ progesterone tăng dần theo tuổi thai, nghiên cứu của chúng tôi tính giá trị trung bình của progesterone theo tuổi thai tại thời điểm vào viện và sau khi điều trị một tuần. Nồng độ trung bình estradiol huyết thanh thấp nhất ở tuổi thai ≤ 6 tuần là 661,36 pg/ml, tăng dần đến 11-12 tuần 1792,37 pg/ml.

Theo nghiên cứu của Jemma Johns và cộng sự (2007), 122 phụ nữ chảy máu 3 tháng đầu và thai kỳ đang tiến triển, nhóm so sánh là 33 phụ nữ bị sẩy thai, nồng độ nội tiết thai phụ bị sẩy thai 3 tháng đầu trung bình estradiol 1470 pg/ml và progesterone trung bình là 35,5 ng/ml [7].

Theo biểu đồ 1 thì trong 117 trường hợp tham gia nghiên cứu, có 98/117 trường hợp điều trị thành công chiếm 83,8%, 19/117 trường hợp điều trị thất bại chiếm 16,2%. So sánh kết quả điều trị với các tác giả khác [4].

Tác giả	Năm	n	Đối tượng nghiên cứu	Tỷ lệ điều trị thành công
Ngô Thị Thanh Thảo	2007	62	Đọa sẩy thai	85,5%
Võ Thị Vy Lộc	2014	117	Đọa sẩy thai	83,8%

Bảng 6 cho thấy nồng độ progesterone huyết thanh có liên quan đến kết quả điều trị (OR 1,34, 95% CI (1,09-1,64). Tuổi mẹ <35 hoặc ≥35, có liên quan đến kết quả nghiên cứu với OR lần lượt là 0,05 và 29,23. Theo nghiên cứu của Karin Lautmann và cộng sự (2011), 400 thai phụ có thai tự nhiên, đường kính trung bình túi thai < 20 mm, không thấy phôi thai trên siêu âm đường âm đạo có 199 thai kỳ tiến triển (49,8%), 201 thai kỳ không tiến triển (50,2%). Những thai phụ có thai kỳ tiến triển thường trẻ tuổi hơn, tình trạng ra máu âm đạo ít hơn.

Có sự cao hơn đáng kể nồng độ βhCG huyết thanh và nồng độ trung bình progesterone huyết thanh cao gấp hai lần so với thai kỳ không tiến triển. Nồng độ βhCG huyết thanh và nồng độ trung bình progesterone huyết thanh ở hai nhóm thai kỳ tiến triển và không tiến triển tương ứng là 3879 mIU/ml và 2930 mIU/ml; 70,5 ng/ml và 29 ng/ml. Tuổi mẹ, đường kính túi thai và nồng độ progesterone huyết thanh được sử dụng để dự đoán khả năng thai kỳ tiến triển [8].

## 5. Kết luận

Qua nghiên cứu 117 trường hợp dọa sẩy thai 3 tháng đầu tại Bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, rút ra các kết luận.

Đọa sẩy thai gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi mẹ 25-29 chiếm tỷ lệ 42,7%.

Trung bình số lần tăng βhCG trong 48 giờ cao nhất ở tuổi thai ≤ 6 tuần, giảm dần theo các nhóm

tuổi thai. Nồng độ trung bình progesterone theo các nhóm tuổi thai từ 27,60- 40,04 ng/ml. Kết quả điều trị : Thành công: 83,8%, thất bại: 16,2%. Thai phụ  $\geq$  35 tuổi có nguy cơ điều trị thất bại gấp 2,25

lần so với thai phụ < 35 tuổi. Mức tăng trung bình nồng độ  $\beta$ hCG huyết thanh ở nhóm điều trị thành công là 1,30 lần/48 giờ, nhóm điều trị thất bại là 1,09 lần / 48 giờ.

## Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y Tế (2009), "Chảy máu trong nửa đầu thai kỳ", Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, tr. 97-101.
2. Phan Trường Duyệt (2000), "Thăm dò nội tiết trong máu và trong nước tiểu", Hướng dẫn thực hành thăm dò về sản khoa, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 229-245.
3. Nguyễn Đức Hình (2012), "Thai chết lưu trong tử cung", Bài giảng Sản Phụ khoa, Bộ môn Phụ Sản Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 43-52.
4. Ngô Thị Thanh Thảo (2007), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị dọa sảy thai 3 tháng đầu bằng progesterone, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.
5. Trần Thị Sơn Trà (2010), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, tế bào âm đạo nội tiết, progesterone, hCG và siêu âm ở bệnh nhân dọa sảy thai 3 tháng đầu tại BVPSTW từ tháng 1/2010 đến 6/2010, Luận văn thạc sĩ Y học, Hà Nội.
6. Abdelazim Ibrahim A, Elezz Amro Abo and Elsherbiny Mohamed (2012), Relation between single serum progesterone assay and viability of the first trimester pregnancy. SpringerPlus, vol. 1.
7. Johns Jemma, Muttukrishna S, Lygnos M et al (2007), Maternal serum hormone concentrations for prediction of adverse outcome in threatened miscarriage, Reproductive BioMedicine Online, vol. 15(4), pp. 413-421.
8. Lautmann Karin, Cordina Mark, Elson Janine et al (2011), Clinical use of a model to predict the viability of early intrauterine pregnancies when no embryo is visible on ultrasound, Human Reproduction, vol. 26(11), pp. 2957-2963.
9. Maged Ahmed M. and Mostafa Walaa AI (2013), Biochemical and ultrasonographic predictors of outcome in threatened abortion, Middle East Fertility Society Journal, vol. 18, pp. 177-181.
10. Omar M. H., Mashita M. K. (2005), Dydrogesterone in threatened abortion: pregnancy outcome, Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology, vol. 97, pp. 421-425.