



# XUẤT HUYẾT TRONG TAM CÁ NGUYỆT ĐẦU THAI KỲ VÀ KẾT CỤC SẢN KHOA

**ThS. Nguyễn Khánh Linh**

*IVF Mekong, Bệnh viện Phụ Sản Quốc tế Phương Châu*

## GIỚI THIỆU

Xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu tiên là một vấn đề thường gặp trong thai kỳ. Bốn nhóm nguyên nhân chính gây xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu là thai ngoài tử cung, động thai, xuất huyết trong quá trình thai làm tổ và xuất huyết từ đường sinh dục. Xuất huyết do động thai là nguyên nhân thường gặp nhất. Tần suất xuất huyết do động thai thay đổi từ 20% trong thai kỳ tự nhiên đến 36% trong các thai kỳ hỗ trợ sinh sản. Xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu làm tăng nguy cơ sảy thai. Tỷ lệ sảy thai dao động từ 25% đến 50% tùy nghiên cứu. Mặc dù chưa rõ cơ chế trực tiếp, nhiều nghiên cứu phát hiện thấy rằng các thai kỳ diễn tiến được qua tam cá nguyệt đầu có nguy cơ bị các kết cục sản khoa bất lợi cao hơn. Rất ít bài tổng quan hệ thống và phân

tích gộp về mối liên quan giữa xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu và các kết cục sản khoa. Bài này sẽ điểm lại kết quả của một số nghiên cứu tìm được về các kết cục sản khoa của những thai kỳ bị xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu tiên.

## CƠ CHẾ XUẤT HUYẾT TRONG TAM CÁ NGUYỆT ĐẦU

Sau khi loại trừ các nguyên nhân xuất huyết thực thể (như thai ngoài tử cung, thai trứng, xuất huyết từ đường sinh dục...), xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu thường là dấu hiệu của động thai hoặc còn gọi là dọa sảy thai. Biểu hiện trên siêu âm thường gặp là hình ảnh khối máu tụ xung quanh túi thai. Cơ chế của tụ máu xung quanh túi thai chưa rõ, chính vì vậy, liệu pháp điều trị đầu tay của hầu hết các bác sĩ là nghỉ ngơi tuyệt đối, sử dụng



các thuốc hỗ trợ hoàng thể và giảm co thắt tử cung. Tuy nhiên, cho đến nay, chưa có bằng chứng nào đủ mạnh cho thấy được lợi ích rõ ràng của các liệu pháp điều trị các trường hợp tụ máu xung quanh túi thai.

Trong thai kỳ sau hỗ trợ sinh sản, tần suất xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu cao hơn. Nguyên nhân không được xác định rõ. Có thể liên quan đến tiến trình làm tổ của phôi. Nghiên cứu của Petra và cộng sự (2006) cho thấy tần suất xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu tương quan tuyến tính với số phôi được chuyển (lần lượt là 12,5%; 16,2%; 21,6% và 28% khi chuyển 1 phôi, 2 phôi, 3 phôi và hơn 3 phôi).

Hội chứng mất thai trong song thai có thể là một nguyên nhân của xuất huyết tam cá nguyệt đầu. Hội chứng mất thai trong song thai được chia làm hai dạng là mất thai được nhận biết và không được nhận biết. Mất thai được nhận biết là khi siêu âm từng thấy 2 phôi thai sống, nhưng siêu âm lúc 12 tuần chỉ còn 1 thai sống. Mất thai không được nhận biết là khi siêu âm lần đầu chỉ thấy 1 phôi thai sống. Có khoảng 5-10% (Pinborg và cs., 2005; Petra và cs., 2006) thai kỳ đơn thai là kết quả của hội chứng mất thai trong song thai. Nghiên cứu của Petra và cộng sự cho thấy tỉ lệ song thai sau thụ tinh trong ống nghiệm bị mất còn đơn thai cao hơn có ý nghĩa trong nhóm bị xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu (8,7%), so với nhóm chứng không bị xuất huyết (4%).

Yang và cộng sự (2005) tìm thấy rằng phụ nữ lớn tuổi và những phụ nữ hút thuốc lá thụ động có nguy cơ bị xuất huyết trong thai kỳ cao hơn. Đặc biệt, nguy cơ bị xuất

huyết tăng ở những phụ nữ có tiền sử sinh non và bị sẩy thai hoặc nạo phá thai nhiều lần. Những phụ nữ có tiền sử bị sẩy thai hoặc nạo phá thai một lần thì không bị tăng nguy cơ xuất huyết trong thai kỳ.

## KẾT CỤC SẢN KHOA Ở CÁC THAI KỲ BỊ XUẤT HUYẾT TRONG TAM CÁ NGUYỆT ĐẦU

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy các thai kỳ bị xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu nhưng không bị sẩy thai vẫn còn phải đối mặt với nguy cơ bị các kết cục sản khoa xấu. Nguồn gốc xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu đa phần là từ bánh nhau. Vì vậy, các kết cục xấu của thai kỳ đa phần có nguồn gốc là các biến chứng liên quan đến bánh nhau.

Nghiên cứu của Weiss và cộng sự (2004) cho thấy xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu là một yếu tố nguy cơ độc lập của các kết cục sản khoa bất lợi và tỉ lệ trực tiếp với lượng máu mất. Những bệnh nhân xuất huyết nhẹ bị tăng nguy cơ tiền sản giật, sinh non, nhau bong non và sinh mổ. Trong khi đó, những bệnh nhân xuất huyết nặng có nguy cơ thai bị suy dinh dưỡng trong tử cung, sinh non, vỡ ối non, nhau bong non và sinh mổ.

### Sinh non

Sinh non là kết cục sản khoa được quan tâm nghiên cứu nhiều nhất do ảnh hưởng đến bệnh lý và tử vong chu sinh. Các thai kỳ diễn tiến được qua tam cá nguyệt đầu bị tăng nguy cơ sinh non từ 1,6 đến 3,6 lần (Batzofin và cs., 1984; Strobino và Pantel-Silverman, 1989; RydhwanaHossain và cs., 2006; Johns J và cs., 2006). Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu của Juan Yang và cộng sự (2004) cho thấy những thai phụ bị xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu có nguy cơ sinh non  $\leq 34$  tuần gấp 1,6 lần (95% CI: 1,1-2,4), sinh non do ối vỡ non gấp 1,9 lần (95% CI: 1,1-3,3) so với thai phụ không bị xuất huyết. Nghiên cứu bệnh chứng tiền cứu của F. Davari-Tanha và cộng sự (2008) trên 600 thai phụ cho thấy nhóm bị xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu (n=150) sinh non

gấp 3,6 lần so với nhóm không bị xuất huyết (n=450) (tỷ lệ sinh non lần lượt là 52,9% và 14,7%, p=0,001).

Gần đây nhất, nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu của Velez Edwards và cộng sự (2012) trên một số lượng rất lớn thai phụ (n=3.978) cũng cho thấy nguy cơ sinh non tăng ở những thai phụ bị xuất huyết. Nguy cơ sinh non được tính riêng cho mỗi dạng xuất huyết khác nhau gồm xuất huyết đỏ tươi (OR hiệu chỉnh =1,92, 95% CI: 1,32-2,82), lượng nhiều (OR hiệu chỉnh =2,4, 95% CI: 1,18-4,88) và kéo dài (OR hiệu chỉnh =1,67, 95% CI: 1,17-2,38). Trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Saraswat L và cộng sự (2010) trên 14 nghiên cứu, nguy cơ sinh non gộp là 2,05 lần (95% CI: 1,76-2,4).

Nghiên cứu hồi cứu của Petra De Sutter và cộng sự (2006) trên 1.432 thai kỳ hỗ trợ sinh sản cho thấy tỷ lệ xuất huyết nhiều hơn và nguy cơ sinh non cũng cao hơn, đặc biệt là nguy cơ sinh cực non <32 tuần, cao gấp 3 lần nhóm không bị xuất huyết (RR= 3,05 (95% CI 1,12-8,31)).

Tóm lại, nhiều nghiên cứu đã tìm thấy mối liên quan giữa xuất huyết tam cá nguyệt đầu và nguy cơ sinh non. Đây là kết cục sản khoa bất lợi hàng đầu mà chúng ta cần tư vấn cho những bệnh nhân bị xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu nhưng không bị sảy thai.



## Tăng huyết áp và tiền sản giật

Năm 1993, Verma và cộng sự báo cáo tăng huyết áp thai kỳ thường gặp hơn có ý nghĩa ở những thai phụ bị dọa sảy thai so với những thai phụ không bị xuất huyết (lần lượt là 6% và 4,7%; p<0,05). Tuy nhiên, nghiên cứu này chỉ có 113 đối tượng. Nghiên cứu của Weiss và cộng sự (2004) không tìm thấy mối liên quan giữa xuất huyết tam cá nguyệt đầu và tăng huyết áp nhưng lại cho thấy rằng những bệnh nhân bị xuất huyết nhẹ có khuynh hướng bị tiền sản giật cao hơn có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nghiên cứu này cũng cho mối liên quan rất thấp (OR<2). Nghiên cứu của F. Davari-Tanha và cộng sự (2008) trên số lượng bệnh nhân khá lớn (n=600) không tìm thấy mối tương quan giữa xuất huyết tam cá nguyệt đầu và tiền sản giật. Tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Saraswat L và cộng sự (2010) cũng không tìm thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu với tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật.

## Nhau bong non

Nguồn gốc xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu thai kỳ là từ bánh nhau, đưa đến giả thuyết là tình trạng này có thể dẫn đến các biến chứng thai kỳ liên quan đến bánh nhau, trong đó điển hình là nhau bong non. Các nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa xuất huyết tam cá nguyệt đầu và nhau bong non có thể kể đến là: nghiên cứu bệnh chứng tiền cứu của F. Davari-Tanha và cộng sự (2008) trên 600 bệnh nhân với nguy cơ nhau bong non ở nhóm xuất huyết khá cao (RR=3,6; p=0,015), nghiên cứu hồi cứu trên dân số của Mulik V và cộng sự (2004) với OR=2,8 (95% CI: 2-3,7), nghiên cứu của Jessica A và cộng sự (2013) trên 2.106 thai kỳ song thai với OR hiệu chỉnh là 7,21 (3,61-14,41). Tuy nhiên, mặc dù được thực hiện trên một số bệnh nhân khá lớn, điểm hạn chế của các nghiên cứu này là có thiết kế hồi cứu hoặc không phải là nghiên cứu tiền cứu bệnh chứng.

Ngược lại, nhau bong non không được thấy là có liên quan có ý nghĩa thống kê với xuất huyết tam cá nguyệt đầu trong phân tích gộp của Saraswat L và cộng sự (2010).

## Thai nhẹ cân, chậm tăng trưởng trong tử cung và tử vong chu sinh

Thai nhẹ cân và chậm tăng trưởng trong tử cung cũng được quan tâm khá nhiều do là biến chứng trực tiếp của sinh non và ảnh hưởng đến sự sống và sự phát triển của trẻ về sau. Vì vậy, hầu hết các nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa sinh non và xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu, cũng tìm thấy mối liên quan giữa xuất huyết và thai nhẹ cân. Thai chậm tăng trưởng và tử vong chu sinh chỉ được phân tích trong một số nghiên cứu. Nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Saraswat L và cộng sự (2010) cho thấy có tồn tại mối liên quan giữa xuất huyết tam cá nguyệt đầu và thai nhẹ cân, thai chậm tăng trưởng lẫn tử vong chu sinh với OR lần lượt là 1,83; 1,54 và 2,15.

## CÁC KẾT CỤC SẢN KHOA KHÁC

Thiếu máu và cách sinh không liên quan có ý nghĩa thống kê với xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu thai kỳ trong nhiều nghiên cứu (F. Davari-Tanha và cs., 2008; Johns J và cs., 2006; Saraswat L và cs., 2010). Ngược lại, nghiên cứu của Weiss và cộng sự thấy rằng những thai phụ bị xuất huyết nhẹ hay nặng đều bị tăng nguy cơ sinh mổ.

Phân tích gộp của Saraswat L và cộng sự (2010) tìm thấy những thai phụ dọa sẩy thai trong tam cá nguyệt đầu thai kỳ còn bị tăng nguy cơ xuất huyết trước sinh do nhau tiền đạo (OR=1,62; 95% CI: 1,19-2,22) và do các nguyên nhân khác (OR=2,47; 95% CI: 1,52-4,02).

Nói tóm lại, hầu hết các nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa xuất huyết tam cá nguyệt đầu với sinh non, thai nhẹ cân và tử vong chu sinh. Các kết cục sản khoa bất lợi khác như tăng huyết áp, tiền sản giật, nhau bong non, nhau tiền đạo và cách sinh trong mối liên quan với xuất huyết tam cá nguyệt đầu

thì thay đổi trong các nghiên cứu khác nhau. Do đó, cần thêm tổng quan hệ thống và phân tích gộp nhằm đánh giá các nguy cơ này ở những thai phụ bị xuất huyết tam cá nguyệt đầu.

## KẾT LUẬN

Xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu thai kỳ có thể liên quan với các kết cục sản khoa bất lợi, đặc biệt là sinh non, dẫn đến tăng nguy cơ bệnh suất và tử suất ở trẻ sơ sinh. Mặc dù chưa tìm thấy mối liên quan trực tiếp của xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu và các kết cục sản khoa này, với y học chứng cứ hiện tại, cần tư vấn cho các thai phụ bị xuất huyết trong tam cá nguyệt đầu về các nguy cơ bị các kết cục sản khoa bất lợi, nhằm có biện pháp phòng ngừa thích hợp, theo dõi, phát hiện và có chiến lược xử trí kịp thời.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. D.R. Velez Edwards, D.D. Baird, R. Hasan, D.A. Savitz, and K.E. Hartmann (2012). First-trimester bleeding characteristics associate with increased risk of preterm birth: data from a prospective pregnancy cohort. *Human Reproduction*, Vol.27, No.1 pp. 54-60, 2012.
2. F. Davari-Tanha, M. Shariat, M. Kaveh, M. Ebrahimi and S. Jalalvand (2008). Threatened abortion: A risk factor for poor pregnancy outcome. *Acta Medica Iranica*; 46(4):314-320.
3. Juan Yang, Katherine E. Hartmann, David A. Savitz, Amy H. Herring, Nancy Dole, Andrew F. Olshan, and John M. Thorp (2004). Vaginal Bleeding during Pregnancy and Preterm Birth. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 160, No.2.
4. Petra De Sutter, Julie Bontinck, Valerie Schutysers, Josiane Van der Elst, Jan Gerris and Marc Dhont (2006). First-trimester bleeding and pregnancy outcome in singletons after assisted reproduction. *Human Reproduction* Vol.21, No.7 pp. 1907-1911.
5. Saraswat L, Bhattacharya S, Maheshwari A, Bhattacharya S (2010). Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review. *BJOG*. 2010 Feb; 117(3):245-57. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02427.x. Epub 2009 Nov 26.
6. Weiss JL, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, Hankins GD, Berkowitz RL, Gross SJ, Dugoff L, Timor-Tritsch IE, D'Alton ME; FASTER Consortium (2004). Threatened abortion: A risk factor for poor pregnancy outcome, a population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Mar; 190(3):745-750.
7. Williams MA, Mittendorf R, Lieberman E, Monson RR (1991). Adverse infant outcomes associated with first trimester vaginal bleeding. *Obstet Gynecol*. 1991 Jul; 78(1):14-18.