



# XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG Ở PHỤ NỮ TUỔI SINH SẢN: PHÂN LOẠI VÀ CHẨN ĐOÁN

**BS. CKII. Nguyễn Duy Linh**

*Khoa Phẫu thuật nội soi, Bệnh viện Quốc tế Phương Châu*

## TỔNG QUAN

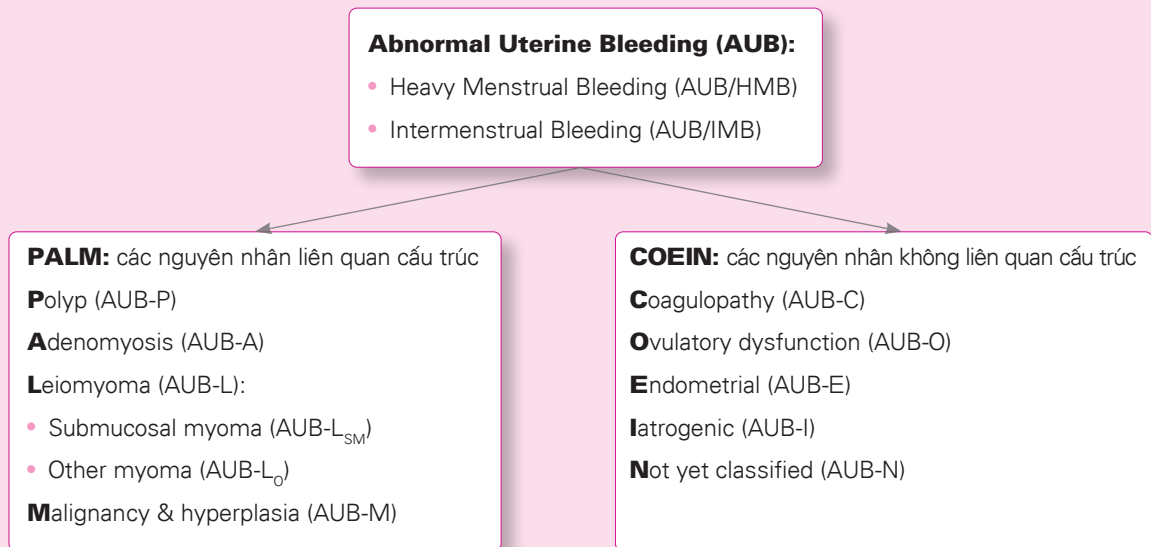
### Định nghĩa và danh pháp

Bình thường, chu kỳ kinh nguyệt phụ nữ trong khoảng 21-35 ngày và thời gian hành kinh khoảng 5 ngày. Cường kinh (menorrhagia) được định nghĩa khi lượng máu kinh trong chu kỳ kinh nguyệt nhiều hơn 80mL. Tuy nhiên, định nghĩa này khi được sử dụng với mục đích nghiên cứu và thực hành lâm sàng, lượng máu kinh ra nhiều hay ít lại dựa chủ yếu vào nhận định chủ quan của bệnh nhân. Rong huyết (metrorrhagia) khi ra huyết bất thường giữa chu kỳ (Hill, 2012).

Nhằm tạo nên một hệ thống những thuật ngữ được chấp nhận rộng rãi để mô tả tình trạng chảy máu tử cung bất thường (AUB – Abnormal Uterine Bleeding) ở phụ nữ tuổi

sinh sản. Năm 2011, FIGO đưa ra một hệ thống phân loại mới gọi tắt là: **PALM-COEIN**, xuất phát từ việc ghép các chữ đầu tiên (**P**olyp, **A**denomyosis, **L**eiomyoma, **M**alignancy and hyperplasia; **C**oagulopathy, **O**vulatory dysfunction, **E**ndometrial, **I**atrogenic and **N**ot yet classified) (Munro, 2011).

Hệ thống **PALM-COEIN** phân loại AUB theo nguyên nhân gây bệnh. Trong phân loại này, thuật ngữ ra kinh nhiều (HMB – Heavy Menstrual Bleeding) được sử dụng thay thế cho cường kinh và ra huyết giữa chu kỳ (IMB – Intermenstrual Bleeding) thay thế cho rong huyết. Thuật ngữ chảy máu tử cung do rối loạn chức năng (DUB – Dysfunctional Uterine Bleeding) được sử dụng trong y văn trước đây, không còn được sử dụng trong hệ thống phân loại **PALM-COEIN** (Hill, 2012) (Sơ đồ 1).



So đồ 1. Hệ thống phân loại PALM-COEIN của FIGO về nguyên nhân gây AUB ở phụ nữ tuổi sinh sản, được chỉnh sửa bởi Munro MG

(Nguồn: FIGO Working Group on Menstrual Disorders (2011). *Int J Gynaecol Obstet*; 113:3-13)

### Chẩn đoán

Đánh giá bệnh nhân bị AUB bao gồm: hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh. Đồng thời cũng phải cân nhắc đến các yếu tố có liên quan đến tuổi của bệnh nhân.

### Tiền sử và khám lâm sàng

Tiền sử y khoa bao gồm những câu hỏi về tính chất khi hành kinh, mức độ đau khi hành kinh, tiền sử gia đình bị AUB hoặc những bệnh lý chảy máu khác vì có đến 20% phụ nữ bị cường kinh có liên quan đến rối loạn đông máu (RLDM). Ra huyết nhiều lúc mới bắt đầu có kinh thường là dấu hiệu lâm sàng đầu tiên của bệnh von Willebrand (vW). Cũng nên hỏi về những thuốc hoặc thảo dược đang sử dụng có thể gây AUB như: warfarin, heparin, kháng viêm non-steroid, thuốc ngừa thai, cây bạch quả, sâm và cây ích mẫu... (Hill, 2012; ACOG, 2013).

Những dấu hiệu lâm sàng nên được chú ý như: tình trạng thừa cân, dấu hiệu của hội chứng buồng trứng đa nang (rậm lông, mụn), dấu hiệu bệnh lý tuyến giáp, dấu hiệu gợi ý tình trạng rối loạn chảy máu (đốm xuất huyết, những vết bầm, da xanh, sưng các khớp)... Kể cả khi không có những dấu hiệu trên thì cũng không được

loại trừ khả năng bệnh nhân có thể mắc các bệnh lý gây chảy máu. Khám vùng chậu cũng được thực hiện khi khám lâm sàng. Khám bằng mỏ vịt nên được thực hiện để đánh giá những tổn thương ở cổ tử cung hay âm đạo. Khám bằng 2 tay nên được thực hiện để đánh giá kích thước và hình dạng của tử cung (Hill, 2012) (Bảng 1).

### Xét nghiệm cận lâm sàng

Xét nghiệm cận lâm sàng trong AUB bao gồm: xét nghiệm thai, tổng phân tích tế bào máu (CBC – Complete Blood Count), hormone tuyến giáp và tầm soát ung thư cổ tử cung. Xét nghiệm *Chlamydia trachomatis* cũng nên thực hiện trên những bệnh nhân có nguy cơ viêm nhiễm cao. CBC thể hiện được tình trạng thiếu máu hay xuất huyết giảm tiểu cầu. Trong một phân tích tổng hợp với 998 phụ nữ bị cường kinh, có 131 người được chẩn đoán bệnh vW, với tần suất bệnh trong các nghiên cứu dao động 5-24% (Shankar, 2004). Tất cả nữ thiếu niên với triệu chứng cường kinh và phụ nữ có tiền sử RLDM, xét nghiệm cận lâm sàng nên được chỉ định. Những xét nghiệm ban đầu nên gồm: CBC với xét nghiệm tiểu cầu, PT và PTT. Một bệnh nhân có tiền sử y khoa gợi ý tình trạng chảy máu, những xét nghiệm chuyên biệt cho bệnh vW sẽ được chỉ định: yếu tố kháng nguyên vW, hoạt động đồng yếu tố von Willebrand-ristocetin

**Bảng 1. Các bước đánh giá để chẩn đoán AUB (Hill, 2012)**

<p><b>Tiền sử y khoa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tuổi bắt đầu có kinh và mãn kinh</li><li>• Tính chất máu kinh</li><li>• Mức độ nặng chảy máu (máu cục hay ra máu đẫm đĩa)</li><li>• Đau (dữ dội, phải điều trị)</li><li>• Bệnh lý nội khoa</li><li>• Tiền sử phẫu thuật</li><li>• Sử dụng thuốc</li><li>• Những triệu chứng có thể liên quan đến tình trạng đông máu</li></ul>
<p><b>Khám lâm sàng:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dấu hiệu tổng quát</li><li>• Khám vùng chậu:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hình dạng bên ngoài</li><li>▪ Khám bằng mỏ vịt (làm Pap test nếu cần thiết)</li><li>▪ Khám bằng 2 tay</li></ul></li></ul>
<p><b>Cận lâm sàng:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Xét nghiệm thai (máu hay nước tiểu)</li><li>• Đông máu toàn bộ</li><li>• Sàng lọc có chủ đích những RLDM (khi được chỉ định)</li><li>• Hormone tuyến giáp</li><li>• Chlamydia trachomatis</li></ul>
<p><b>Chẩn đoán hình ảnh (khi được chỉ định):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Siêu âm bơm nước vào buồng tử cung (SIS)</li><li>• Siêu âm ngả âm đạo (TVUS)</li><li>• Chụp cộng hưởng từ (MRI)</li><li>• Nội soi buồng tử cung (hysteroscopy)</li></ul>
<p><b>Những phương pháp sinh thiết mô có thể được thực hiện:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sinh thiết nội mạc tử cung (NMTC)</li><li>• Sinh thiết NMTC với soi buồng tử cung</li></ul>

hay yếu tố VIII... (Hill, 2012).

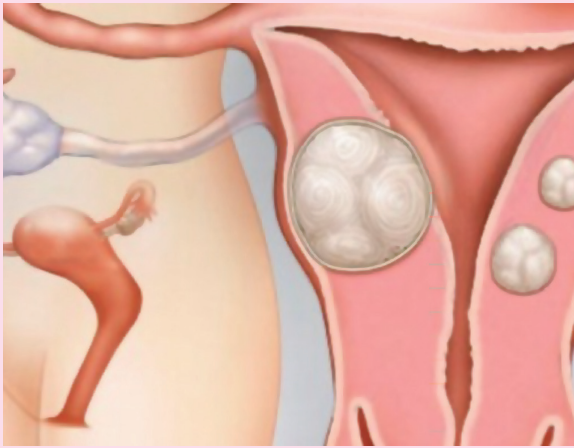
Nhược giáp hay cường giáp cũng liên quan đến AUB. Nhược giáp dưới lâm sàng có thể liên quan đến AUB. Trong một nghiên cứu trên những phụ nữ bình giáp, những người bị cường kinh có dấu hiệu giảm TSH và tăng mức T3 toàn phần, FT3, FT4 và T4 toàn phần. Tầm soát bệnh lý tuyến giáp bằng cách xét nghiệm TSH ở phụ nữ bị AUB là hợp lý và không quá mắc tiền (Hill, 2012).

Sinh thiết NMTC nên được cân nhắc trên những phụ nữ trên 40 tuổi bị AUB hay có nguy cơ cao bị ung

thư NMTC như: chưa sinh lần nào với tiền sử bị hiếm muộn, béo phì ( $\geq 90\text{kg}$ ), hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS), tiền sử gia đình có người bị ung thư NMTC hay đại tràng... (Vilos, 2001).

### **Kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh**

TVUS là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được sử dụng đầu tiên để đánh giá AUB. Nếu TVUS không thể xác định rõ được tổn thương hoặc cần thiết phải đánh giá lòng tử cung, SIS hay nội soi buồng tử cung sẽ được khuyến cáo. MRI không phải là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được



sử dụng đầu tiên để đánh giá AUB (Hill, 2012).

### Chẩn đoán phân biệt theo lứa tuổi

#### 13-18 tuổi

AUB thường xảy ra là kết quả của tình trạng không phóng noãn do trục hạ đồi-tuyến yên-buồng trứng chưa trưởng thành hay bị rối loạn điều hòa – đây là hiện tượng sinh lý bình thường. AUB ở tuổi thanh thiếu niên cũng có thể do sử dụng thuốc ngừa thai, do có thai, viêm nhiễm vùng chậu, bệnh lý đông máu hay bị các khối u. Khoảng 19% bé gái tuổi thanh thiếu niên bị AUB phải nhập viện do mắc các bệnh lý về đông máu, hơn 50% các bé này bị các bệnh lý về RLDM như: xuất huyết giảm tiểu cầu, vW và bệnh bạch cầu (Creatsas, 2014). Việc tầm soát các RLDM ở lứa tuổi này là vô cùng quan trọng.

#### 19-39 tuổi

AUB thường xảy ra nhất ở lứa tuổi 19-39. Đây là kết quả của tình trạng có thai, những tổn thương thực thể như u xơ tử cung hay polyp, chu kỳ không rụng trứng (PCOS), sử dụng thuốc ngừa thai hay tăng sinh NMTC. Ung thư NMTC ít xảy ra ở lứa tuổi này.

#### 40 tuổi - mãn kinh

AUB có thể do tình trạng không phóng noãn (đây là

hiện tượng sinh lý bình thường do chức năng buồng trứng bị suy giảm), do tăng sinh NMTC hay ung thư NMTC, teo NMTC hay u xơ tử cung.

## NHỮNG CÂN NHẮC VÀ KHUYẾN CÁO LÂM SÀNG

### So sánh TVUS, SIS và MRI trong đánh giá bất thường của tử cung?

Mặc dù, TVUS có thể hữu ích trong việc đánh giá cơ tử cung, tuy nhiên, độ nhạy và độ chuyên biệt để đánh giá các tổn thương trong lòng tử cung chỉ là 56% và 73%. Có những bằng chứng tin cậy cho thấy SIS tốt hơn TVUS trong việc xác định các tổn thương trong lòng tử cung như: polyp và u xơ tử cung dưới niêm. Chỉ SIS mới có thể phân biệt được giữa NMTC dày khu trú hay dày toàn bộ và những bất thường về cấu trúc trong lòng tử cung (Hill, 2012).

So với TVUS, SIS cho biết thông tin tốt hơn về kích thước, vị trí của những bất thường trong lòng tử cung. Trong một nghiên cứu so sánh giữa các phương tiện chẩn đoán, SIS hiệu quả tương đương hysteroscopy trong việc phát hiện các bất thường về cấu trúc và mô bệnh học (De Kroon, 2003).

Sử dụng MRI thường qui để đánh giá AUB không được khuyến cáo. Tuy vậy, MRI có thể hữu ích trong việc hướng dẫn điều trị u xơ tử cung, đặc biệt khi tử cung lớn hay đa nhân xơ. Tuy nhiên, phải cân nhắc giữa lợi ích mà MRI đem lại với chi phí mà bệnh nhân phải trả (Hill, 2012).

### Khi nào thì nên sinh thiết nội mạc tử cung ở bệnh nhân bị AUB?

Vai trò chính yếu của sinh thiết NMTC ở bệnh nhân AUB là nhằm xác định bệnh nhân có bị ung thư hay tổn thương tiền ung thư hay không (mặc dù những tổn thương khác cũng có thể được tìm thấy). Sinh thiết NMTC nên được thực hiện ở bệnh nhân AUB  $\geq 45$  tuổi và được xem như xét nghiệm nên làm đầu tiên (first-line

test). Sinh thiết NMTC nên được thực hiện ở bệnh nhân trẻ hơn 45 tuổi với tiền sử bị phơi nhiễm estrogen không đối kháng như: bệnh nhân béo phì hay PCOS, thất bại với điều trị nội khoa và AUB dai dẳng (Hill, 2012).

Tỉ lệ xác định ung thư NMTC khi sinh thiết NMTC là 91%, tỉ lệ dương tính giả là 2% ở phụ nữ tiền mãn kinh. Độ nhạy có thể đạt được đến 97% và giá trị tiên đoán âm là 94% khi kết hợp sinh thiết NMTC với SIS (Apgar, 2007).

Sinh thiết NMTC có thể được thực hiện bằng những bộ hút, hysteroscopy ngoại trú / nội trú hoặc nong và nạo. Theo một tổng quan hệ thống, sinh thiết NMTC có độ chính xác cao trong việc chẩn đoán ung thư NMTC khi mẫu mô được thu thập đủ lớn và lấy được toàn bộ vị trí NMTC. Nếu K xảy ra dưới 50% diện tích bề mặt NMTC, ung thư có thể bị bỏ sót khi thực hiện bằng sinh thiết mù (Hill, 2012).

Hysteroscopy cho phép quan sát trực tiếp những bất thường trong lòng tử cung đồng thời cũng có thể sử dụng để sinh thiết NMTC. Hysteroscopy có độ chính xác cao trong việc chẩn đoán ung thư NMTC nhưng ít có giá trị trong việc phát hiện tăng sinh NMTC. Hysteroscopy ngoại trú ít tốn kém hơn, thuận tiện hơn cho bệnh nhân và bác sĩ, đồng thời bệnh nhân hồi phục nhanh hơn. Hysteroscopy tại phòng mổ thuận lợi do bệnh nhân được vô cảm toàn thân và có thể kết hợp với nội soi ổ bụng. Một phân tích gộp đánh giá độ chính xác của hysteroscopy chẩn đoán so với mô bệnh học được lấy từ hysteroscopy sinh thiết, phẫu thuật hysteroscopy hay cắt tử cung. Hysteroscopy chẩn đoán có tỉ lệ chính xác là 96,6% (SD: 5,2%; 83-100%). Trong một phân tích gộp, hysteroscopy phát hiện những bất thường trong lòng tử cung ở phụ nữ tiền mãn kinh và hậu mãn kinh bị AUB lên đến 46,6%; trong đó, độ nhạy và độ chuyên biệt khi chẩn đoán polyp NMTC là 94% và 92%; u xơ tử cung dưới niêm là 87% và 95% (Van Dongen, 2007).

### **Xét nghiệm nào hữu ích cho việc chẩn đoán adenomyosis?**

Adenomyosis có thể được chẩn đoán bằng TVUS hay

MRI, chẩn đoán xác định sẽ bằng mô bệnh học. Những dấu hiệu trên siêu âm giúp hỗ trợ cho chẩn đoán, bao gồm: *cơ tử cung không đồng nhất, có nhiều nang trong cơ tử cung, cơ tử cung dày không đối xứng và những đường phản âm dạng kẻ sọc dưới niêm mạc.* Adenomyosis được quan sát tốt nhất trên MRI khi sử dụng hình ảnh T2W (hình T2 đã xử lý). Trong 1 nghiên cứu so sánh hiệu quả của TVUS so với MRI trong việc chẩn đoán adenomyosis, MRI cho thấy trong một chừng mực nào đó có vẻ bằng hoặc tốt hơn TVUS. Sự khác nhau trong những nghiên cứu so sánh giữa 2 phương pháp này có lẽ là do sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán adenomyosis khác nhau, chất lượng của máy siêu âm và kinh nghiệm của các nhà X-quang học. TVUS ít hiệu quả khi tử cung quá lớn hoặc khi có nhân xơ tử cung đi kèm. Chính những yếu tố này cộng thêm với chi phí của chụp MRI cao dẫn đến việc các chuyên gia khuyến cáo thực hiện TVUS như là phương tiện tầm soát ban đầu của AUB. MRI được xem là phương tiện chẩn đoán đứng hàng thứ 2, chỉ được thực hiện khi khó chẩn đoán xác định, khi mà những hình ảnh mô tả ảnh hưởng đến việc điều trị của bệnh nhân hoặc khi nghi ngờ có u xơ tử cung kèm theo (Hill, 2012).

## **TÓM TẮT KHUYẾN CÁO VÀ KẾT LUẬN** (Hill, 2012)

### **Khuyến cáo và kết luận (mức độ A)**

- Có những bằng chứng tin cậy cho thấy SIS tốt hơn TVUS trong việc xác định các tổn thương trong lòng tử cung như: polyp và u xơ tử cung dạng dưới niêm.
- Tất cả nữ thanh thiếu niên ra kinh nhiều và những bệnh nhân trưởng thành có tiền sử bị RLDM, các xét nghiệm cận lâm sàng nên được chỉ định gồm: CBC với tiểu cầu, PT, PTT...

### **Khuyến cáo và kết luận (mức độ B)**

- Xét nghiệm *Chlamydia trachomatis* nên được thực hiện trên những bệnh nhân có nguy cơ viêm nhiễm cao.
- Nhược giáp và cường giáp cũng có liên quan đến

AUB. Tầm soát bệnh lý tuyến giáp với đo TSH ở bệnh nhân bị AUB là hợp lý và không tốn kém.

### Khuyến cáo và kết luận (mức độ C)

- Sinh thiết NMTC nên được thực hiện ở bệnh nhân AUB  $\geq 45$  tuổi như là một xét nghiệm ban đầu.
- ACOG ủng hộ làm theo hệ thống danh pháp **PALM-COEIN** của FIGO trong việc chuẩn hóa các thuật ngữ dùng để mô tả AUB.
- Theo một vài chuyên gia, TVUS là phương tiện tầm soát ban đầu của AUB và MRI như là phương tiện đứng hàng thứ 2 khi mà chẩn đoán không được xác định hoặc khi nghi ngờ có u xơ tử cung kèm theo.
- MRI có thể hữu ích để hướng dẫn điều trị u xơ tử cung, đặc biệt khi tử cung quá to, đa nhân xơ hoặc cần biết chính xác vị trí của các nhân xơ tử cung. Tuy nhiên, cần cân nhắc giữa lợi ích và giá thành.
- Chảy máu dai dẳng với bệnh lý lành tính trước đây như tăng sinh NMTC, đòi hỏi phải làm thêm các xét nghiệm để loại trừ các bệnh lý NMTC không khu trú (nonfocal endometrial pathology) hay bệnh lý về cấu trúc như: polyp hoặc u xơ tử cung.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG (2013). Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*; Vol.121, No.4,891-896.
2. Apgar BS (2007). Treatment of menorrhagia. *Am Fam Physician*; Vol.75, No.12,1813-1819.
3. Creasas M (2014). Dysfunctional Uterine Bleeding During Adolescence. *Front Gynecol Endocrinol*; Vol.1,9-15.
4. De Kroon CD (2003). Saline contrast hysterosonography in abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An Int J Obstet Gynaecol*; Vol.110, No.10,938-947.
5. Hill Micah J (2012). Diagnosis of Abnormal Uterine Bleeding in Reproductive-Aged Women. *Pract Bull Obstet Gynecol*; Vol.120, No.1,197-206.
6. Munro MG (2011). FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynecol Obstet*; Vol.113, No.1,3-13.
7. Shankar M (2004). von Willebrand disease in women with menorrhagia: a systematic review. *BJOG: An Int J Obstet Gynaecol*; Vol.111, No. July, 734-740.
8. Van Dongen H (2007). Diagnostic hysteroscopy in abnormal uterine bleeding: a systematic review and meta-analysis. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*; Vol.114, No.6,664-675.
9. Vilos George A (2001). Guidelines for the management of abnormal uterine bleeding. *SOGC*; Vol.106, No. August, 1-17.



[www.hosrem.org.vn](http://www.hosrem.org.vn)

website hàng đầu về sản phụ khoa và vô sinh