



TỔNG QUAN VỀ XUẤT HUYẾT ÂM ĐẠO Ở PHỤ NỮ MANG THAI

BS. Huỳnh Thị Tuyết - HOSREM
Biên dịch từ UpToDate năm 2009

Giới thiệu

Xuất huyết âm đạo là một triệu chứng thường gặp trong tất cả các giai đoạn của thai kỳ, nhưng đa số xuất hiện ở ba tháng đầu và cuối thai kỳ. Hầu hết thường do nguyên nhân từ mẹ hơn là từ thai. Xuất huyết có thể do vô các mạch máu từ màng rụng hoặc những tổn thương ở âm đạo, cổ tử cung. Chẩn đoán sơ bộ thường dựa vào tuổi thai và tính chất xuất huyết, đồng thời kết hợp thêm các xét nghiệm cận lâm sàng và hình ảnh học để chẩn đoán xác định hoặc xem xét lại chẩn đoán ban đầu.

Xuất huyết trong tam cá nguyệt thứ nhất

Trong tam cá nguyệt thứ nhất, xuất huyết âm đạo khá thường gặp, khoảng 20-40%, lượng xuất huyết có thể ít hay nhiều, từng đợt hay liên tục, kèm đau bụng hoặc không. Các nguyên nhân quan trọng gây xuất huyết giai đoạn sớm thai kỳ là: thai ngoài tử cung; dọa sẩy thai hay sẩy thai và nhóm nguyên nhân cũng thường gặp khác là bệnh lý nguyên bào nuôi; các nhóm nguyên nhân sau hiếm gặp hơn như: xuất huyết do thai làm tổ vào nội

mạc tử cung; bệnh lý âm đạo, cổ tử cung hay tử cung (như polyp, viêm nhiễm, ung thư cổ tử cung).

Xác định nguyên nhân

Nguyên nhân chính xác của xuất huyết âm đạo ở tam cá nguyệt thứ nhất thường khó xác định; một trong những mục tiêu quan trọng khi tiếp cận xuất huyết âm đạo là phải loại trừ được một số bệnh lý nghiêm trọng có thể ảnh hưởng đến tính mạng, đặc biệt là thai ngoài tử cung.

Bệnh sử

Đầu tiên cần xác định mức độ và dạng xuất huyết qua khai thác bệnh sử: ra máu cục hay máu loãng? Số lượng bao nhiêu? Có kèm thay đổi tri giác hay tổng trạng không? Có choáng không? Có kèm các triệu chứng khác như: đau trắc bụng? Có thấy ra mảnh mô nào lẫn với máu không? Nếu có một trong các triệu chứng trên thì thai ngoài tử cung và sẩy thai được nghĩ đến nhiều hơn là xuất huyết do thai làm tổ hay bệnh lý âm đạo - cổ tử cung. Mặt khác, trường hợp xuất huyết nhẹ, từng đợt, không đau bụng không loại trừ được khả năng thai ngoài tử cung.

Tiền sẩy

Tiền sẩy bị thai ngoài tử cung, cách điều trị hoặc những yếu tố nguy cơ cao thai ngoài tử cung như: tiền sẩy viêm vùng chậu, đặt dụng cụ tử cung...

Tiền sẩy sảy thai liên tiếp hoặc những yếu tố liên quan đến sẩy thai (cha mẹ bất thường nhiễm sắc thể, mẹ có hội chứng kháng phospholipid, tử cung dị dạng) gợi ý nguyên nhân xuất huyết có thể do dọa sẩy thai hoặc sẩy thai.

Thăm khám thực thể

Thay đổi dấu hiệu sinh tồn như: huyết áp và mạch theo tư thế gợi ý dấu hiệu mất máu nghiêm trọng.

Có thể thấy tổng xuất túi thai ra ngoài, hoặc màng ối hoặc màng nhau, hoặc thai nhi nguyên vẹn. Nếu thấy lông nhau thì đây là trường hợp sẩy thai thật sự, nếu không có lông nhau cũng không loại trừ được sẩy thai hoặc thai ngoài tử cung.

Nên thăm khám bụng trước khi khám trong. Tốt nhất là khám từ chỗ ít đau đến chỗ đau nhầm phát hiện các điểm đau khu trú hay có phản ứng phúc mạc bụng. Gõ nhẹ sẽ hiệu quả hơn là sờ nắn vì ít gây đau và dễ kháng. Cách này có thể giúp phát hiện dịch trong ổ bụng.

Nếu thai từ 10-12 tuần hoặc hơn thì dùng máy Doppler để kiểm tra nhịp tim thai. Tần số tim thai khác với tần số tim của mẹ, dao động bình thường từ 110-160 lần/phút. Khi xác định được tim thai nhịp thì loại

trừ được khả năng thai ngoài tử cung như thai lưu. Mặc khác, khi tim thai mất thì nên nghĩ nhiều đến thai lưu hay thai trứing. Tuy nhiên, khả năng nghe được tim thai bằng Doppler cũng hạn chế, đặc biệt ở tam cá nguyệt thứ nhất.

Sau khi thăm khám bụng, đặt mỏ vịt quan sát âm đạo, cổ tử cung và các túi cùng. Nếu thấy máu cục hoặc mô thai, hoặc cả hai, dùng que gòn và kềm để lấy ra. Bệnh phẩm được đem đi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý để xác định mô thai hay bệnh lý nguyên bào nuô. Xét nghiệm giải phẫu bệnh thường quy giúp chẩn đoán thai trứing nhưng hiếm khi gợi ý nguyên nhân của sẩy thai.

Nếu cổ tử cung mở hoặc thấy túi thai nghĩa là sẩy thai đang tiến triển. Tuy nhiên, cần siêu âm để hỗ trợ thêm vì thỉnh thoảng có thể gặp trường hợp song thai.

Nếu cổ tử cung đóng hoàn toàn và không có dấu hiệu xuất huyết rõ ràng, đặt mỏ vịt kết hợp với khám trong. Trường hợp thai ngoài tử cung, khi khám trong thấy tử cung mềm, lắc cổ tử cung vùng bụng tăng cảm giác đau và phần phụ một bên nề. Tuy nhiên, thăm khám thực thể thường không đặc hiệu khi thai còn nhỏ, thai ngoài tử cung chưa vỡ.

Xác định kích thước tử cung để ước lượng tuổi thai. Kích thước tử cung lớn hơn nhiều so với tuổi thai, thì có thể là sẩy thai trứing hoặc bệnh lý của tử cung như u xơ tử cung và thai.

Khám lâm sàng có thể tìm ra những nguyên nhân xuất huyết không liên quan đến thai kỳ như: rách âm đạo, ung thư âm đạo, mụn cóc âm đạo, tiết dịch âm đạo, lộ tuyến, u xơ tử cung, polyp cổ tử cung, ung thư cổ tử cung.

Siêu âm

Siêu âm đầu dò âm đạo rất cần thiết để đánh giá xuất huyết trong thai kỳ giai đoạn sớm. Siêu âm rất có ích ở những bệnh nhân xuất huyết mà có test thử thai dương tính. Ở những bệnh nhân này, siêu âm để xác định có hay không có thai trong tử cung hoặc ngoài tử cung.





Nếu thai trong tử cung thì cần xác định có hay không có tim thai.

Trong trường hợp thai khoảng 5-6 tuần theo kinh chót (chu kỳ kinh đều 28-30 ngày) nhưng siêu âm không thấy túi thai trong tử cung thì khả năng thai ngoài tử cung rất cao. Cần kết hợp giữa siêu âm và định lượng β hCG, để chẩn đoán phân biệt thai trong hay ngoài tử cung và theo dõi thai tiến triển.

Nếu bệnh nhân siêu âm trước đó có một thai trong tử cung và hiện tại xuất huyết âm đạo nhưng nghe được tim thai bằng máy Doppler thì không cần thiết thực hiện các thăm khám khác để kiểm tra khả năng sống của thai.

Các xét nghiệm cận lâm sàng:

Xét nghiệm β hCG không còn ý nghĩa khi siêu âm thấy thai trong tử cung. Định lượng β hCG cần thiết trong suốt 6 tuần đầu của thai kỳ khi siêu âm không thấy thai trong tử cung, hoặc chưa xác định được vị trí cũng như khả năng sinh tồn của thai.

Trường hợp nồng độ β hCG giảm có thể do thai lưu hoặc thai đã thoái triển nhưng không xác định được thai trong hay thai ngoài tử cung. Khi mức độ β hCG tăng phù hợp thì hầu hết là thai trong tử cung (85% có thai trong tử cung khi nồng độ β hCG tăng 66% sau 48 giờ), nhưng một vài trường hợp thai ngoài cũng có β hCG tăng điển hình. Mức độ β hCG bình ổn hoặc tăng không đáng kể sau 48 giờ lặp lại thì gợi ý thai ngoài tử cung.

Những nội tiết khác như progesterone, estrogen, PAPP-A... ít có giá trị trong chẩn đoán xuất huyết ba tháng đầu thai kỳ nhưng rất có ý nghĩa trong dự hậu thai kỳ về sau.

Chẩn đoán phân biệt và thái độ xử trí

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trên để chẩn đoán và đưa ra cách xử trí thích hợp.

Thai ngoài tử cung

Những phụ nữ có tiền sử bị thai ngoài tử cung trước đó và có kèm với các yếu tố nguy cơ cao, khi mang thai có xuất huyết âm đạo sớm kèm đau bụng thì luôn nghĩ đến thai ngoài tử cung cho đến khi loại trừ được chẩn đoán này bằng xét nghiệm và siêu âm. Thai ngoài tử cung là cấp cứu sản phụ khoa đe dọa đến tính mạng của sản phụ và đây cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu của xuất huyết ba tháng đầu thai kỳ.

Nếu β hCG từ 1000-2000IU/L mà không thấy thai trong tử cung thì khả năng thai ngoài tử cung rất cao. Với siêu âm ngả bụng, nguội này là 6000IU/L. Có thể thấy khối echo cạnh tử cung có hoặc không, kèm với dịch ổ bụng qua siêu âm ngả âm đạo, kết hợp với các dấu hiệu lâm sàng như: dấu hiệu phản ứng thành bụng và rối loạn huyết động có thể gợi ý thai ngoài tử cung vỡ.

Dọa sẩy thai

Xuất huyết tử cung kèm cổ tử cung đóng và siêu âm thấy thai trong tử cung có tim thai thì chẩn đoán là dọa sẩy thai. Thuật ngữ "dọa" được dùng để mô tả cho trường hợp này vì sẩy thai không thường xảy ra sau xuất huyết tử cung trong thai kỳ sớm ngay cả khi xuất huyết tái diễn và xuất huyết lượng lớn. Thực tế, khoảng 90-96% song thai sống 7-11 tuần có xuất huyết âm đạo nhưng không sẩy thai.

Siêu âm có thể thấy bóc tách túi thai hoặc máu tụ sau nhau. Xử trí thường là theo dõi kèm thuốc giảm co thắt và progesterone.

Sẩy thai khó tránh

Trong trường hợp sẩy thai khó tránh, cổ tử cung hé mỏ, xuất huyết tử cung gia tăng, đau r้าn bụng/ gò tử cung. Mô thai rớt ra ngoài hoặc nhìn thấy qua cổ tử cung. Thái độ xử trí có thể là theo dõi hoặc can thiệp để lấy thai ra hoàn toàn khi có biểu hiện xuất huyết ồ ạt hay thay đổi huyết động học.

Sẩy thai trọn và sẩy thai không trọn

Sẩy thai trọn thường gặp ở thai trước 12 tuần, mô thai và nhau được tổng xuất hoàn toàn ra khỏi tử cung. Siêu âm thấy tử cung trống và không có thai ngoài tử cung, trong tình huống này cần theo dõi kỹ bằng β hCG và siêu âm lặp lại sau 48 giờ.

Sẩy thai trọn có thể phân biệt với thai ngoài tử cung dựa vào xét nghiệm mẫu mô nhau thai, nồng độ β hCG, triệu chứng cơ năng của đau và xuất huyết âm đạo. Không cần thiết phải làm gì nếu xét nghiệm giải phẫu bệnh xác định là lông nhau. Tuy nhiên nếu không xác định được lông nhau hoặc không có mẫu bệnh phẩm để xét nghiệm thì nên theo dõi β hCG huyết thanh đến khi nào âm tính.

Sẩy thai không trọn thường gặp ở thai trên 12 tuần, màng nhau bị bong ra dãn tới nhau và thai bị tổng xuất ra ngoài nhưng một phần nhau còn sót lại trong tử cung. Thăm khám thấy cổ tử cung mỏ, có thể nhìn thấy được

mô thai và kích thước tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai và không co hồi tốt. Xuất huyết âm đạo lượng nhiều nhưng không gây sốc giảm thể tích. Đau r้าn bụng hoặc gò tử cung cũng thường gặp. Siêu âm hoặc nạo buồng tử cung thấy có sót mô.

Thai lưu

Thai lưu là thai chết và lưu lại trong tử cung. Thai phụ có thể không chú ý đến triệu chứng nghén (nôn ói, căng đau vú) giảm dần. Có thể có xuất huyết âm đạo. Cổ tử cung thường vẫn đóng. Siêu âm thấy túi thai trong tử cung, không có phần thai hoặc có phôi thai nhưng không có tim thai. Thái độ xử trí có thể là theo dõi hoặc can thiệp nội ngoại khoa để lấy thai lưu ra.

Song thai lưu

Thuật ngữ song thai lưu dùng để mô tả tình trạng mang đẻ thai nhưng bị lưu một thai từ rất sớm. Song thai lưu thường gặp trong hỗ trợ sinh sản và có thể là nguyên nhân gây xuất huyết âm đạo.

Âm đạo bị viêm, chấn thương, ung thư, mụn cóc; tử cung có polyp, u xơ tử cung

Những nguyên nhân này được chẩn đoán bằng khám lâm sàng cùng với những xét nghiệm hỗ trợ (như sự biến đổi dịch tiết âm đạo, tế bào cổ tử cung và/hoặc sinh thiết u, siêu âm tìm u xơ tử cung).

Thái độ xử trí tùy thuộc vào từng nguyên nhân cụ thể.



Lộ tuyến cổ tử cung

Lộ tuyến cổ tử cung thường phổ biến và là dấu hiệu bình thường khi mang thai. Biểu mô trụ xuất huyết từng vệt khi có va chạm như giao hợp, đặt mỏ vịt, khám trong hoặc khi phết tế bào cổ tử cung. Điều trị lộ tuyến là không cần thiết trong thai kỳ.

Xuất huyết khi thai làm tổ là xuất huyết sinh lý. Đây là chẩn đoán loại trừ. Triệu chứng xuất huyết đặc trưng là xuất huyết nhỏ giọt hoặc xuất huyết xảy ra trong thời gian 10-14 ngày sau thụ tinh. Giải thích cho rằng nguyên nhân gây xuất huyết là do sự làm tổ của trứng đã thụ tinh vào màng rụng (hay lớp nội mạc tử cung).

Tiền lượng

Một số nghiên cứu phát hiện có mối liên quan giữa xuất huyết âm đạo trong tam cá nguyệt thứ nhất và các biến chứng sau đó trên thai kỳ (như sẩy thai, sinh non, nhanh bong non, thai chậm tăng trưởng trong tử cung). Tiền lượng tốt khi mức độ xuất huyết ít và chấm dứt sớm trước 6 tuần tuổi thai. Tiền lượng xấu khi xuất huyết mức độ nặng và kéo dài tới tam cá nguyệt thứ hai. Một nghiên cứu cho thấy khoảng 78% thai phụ xuất huyết nặng kèm đau bụng vừa phải bị sẩy thai sau đó. Tần suất sinh non khi không có xuất huyết âm đạo, xuất huyết âm đạo mức độ nhẹ, mức độ nặng lần lượt là 6%, 9%, 14%, và tần suất sẩy thai trước 24 tuần là 0,4%, 1%, 2%. Nếu xuất huyết âm đạo xảy ra và kéo dài hơn một tam cá nguyệt thì nguy cơ nhau bong non cao gấp 7 lần.

Đối với thai phụ bị xuất huyết âm đạo trong tam cá nguyệt thứ nhất, vẫn chưa có can thiệp có hiệu quả, nhưng có thể trấn an thai phụ rằng khả năng ảnh hưởng đến thai thấp. Đặc biệt, việc nghỉ ngơi hoàn toàn tại giường là không cần thiết và sẽ không ảnh hưởng đến kết quả của thai kỳ.

Xuất huyết trong tam cá nguyệt hai và ba

Những nguyên nhân chính gây xuất huyết trong giai đoạn này thường liên quan đến tình trạng biến đổi cổ tử cung và chuyển dạ.

Thai nhỏ hơn 20 tuần

Xác định nguyên nhân xuất huyết âm đạo ở thai phụ với tuổi thai nhỏ hơn 20 tuần giống như ở tam cá nguyệt thứ nhất. Tuy nhiên, thai ngoài tử cung ít được quan tâm vì trên 95% thai ngoài tử cung xảy ra ở ống dẫn trứng và hầu như tất cả thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng sẽ được chẩn đoán vào tam cá nguyệt thứ nhất. Một số ca thai ngoài ở những vị trí hiếm như trong ổ bụng, cổ tử cung, vết mổ cũ, đoạn sừng thường bị bỏ sót ở tam cá nguyệt thứ nhất.

Bước đầu tiên là xác định mức độ xuất huyết và triệu chứng đau bụng đi kèm. Xuất huyết nhẹ hoặc trung bình, đau bụng ít kèm cổ tử cung thay đổi gọi ý nhau bong non thể nhẹ, hoặc tổn thương tại chỗ như: âm đạo, cổ tử cung (polyp, viêm, ung thư). Xuất huyết nặng hơn, đặc biệt kèm đau bụng, thì liên quan nhiều đến đe dọa sẩy thai hoặc bong nhau mức độ nặng.

Nếu phát hiện tim thai bị mất nên nghĩ đến khả năng thai lưu.

Khám bệnh để đánh giá mức độ đau hoặc những bất thường khác và xác định kích thước tử cung. Sau đó khám trong và đặt mỏ vịt để quan sát âm đạo và cổ tử cung.

Có cơn gò tử cung, cổ tử cung mở hoặc thấy màng ối thì đủ để chẩn đoán thai sắp sẩy.

Siêu âm đầu dò âm đạo cũng là cơ sở để lượng giá xuất huyết âm đạo trong tam cá nguyệt thứ hai. Mục đích đầu tiên là xác định có hay không có nhau tiền đạo, nhau bong non, dấu hiệu thay đổi cổ tử cung hay không? (cổ tử cung ngắn, lỗ trong hở, hình phễu).

Sẩy thai trong tam cá nguyệt thứ hai có thể do hở eo tử cung. Hở eo tử cung thường được chẩn đoán trên lâm sàng, với triệu chứng kinh điển là cổ tử cung mở vào tam cá nguyệt thứ hai, có thể thấy màng ối ở lỗ ngoài cổ tử cung mà không kèm có cơn gò tử cung. Hở eo tử cung thường không có triệu chứng hoặc có thể có các triệu chứng sau: cảm giác trì nặng trong âm đạo, xuất



huyết âm đạo hoặc ra huyết nhỏ giọt, tăng tiết dịch, dịch đặc, màu nâu, cảm giác đau nhẹ vùng bụng và lưng. Siêu âm thấy cổ tử cung ngắn, lõi trong hổ hoặc và hình phễu sẽ giúp cung cấp thêm cho chẩn đoán.

Xuất huyết âm đạo và đau quặn bụng là những dấu hiệu của nhau bong non. Thường không thể chẩn đoán loại trừ nhau bong trên siêu âm. Nếu phát hiện huyết khối mâm tinh sau nhau thì hỗ trợ thêm cho chẩn đoán.

Xuất huyết khi tuổi thai ≥20 tuần

Có tính chất điển hình của xuất huyết tử cung và không có liên quan đến chuyển dạ. Dạng xuất huyết này gây biến chứng cho thai kỳ từ 4-5%. Nguyên nhân chính là nhau tiền đạo (20%), nhau bong non (30%), vỡ tử cung (hiếm), vỡ mạch máu tiền đạo (hiếm).

Những trường hợp không xác định được nguyên nhân thường được cho là do bong mép dưới bánh nhau.

Cách xác định nguyên nhân

Trái ngược với xuất huyết trong nửa đầu thai kỳ, xuất huyết trong nửa sau thai kỳ nên tránh khám trong cho đến khi loại trừ được nhau tiền đạo. Trong trường hợp nhau tiền đạo, khám trong có thể gây xuất huyết nặng nề hơn. Chỉ khám tại phòng, mở khi đủ điều kiện hồi sức và khi có chỉ định sinh ngả âm đạo.

Chẩn đoán phân biệt

Nhau tiền đạo nên được nghĩ tới khi thai phụ có xuất huyết âm đạo ở nửa sau của thai kỳ. Diễn hình là có

triệu chứng đau bụng và cơn gò tử cung kèm ra máu âm đạo đột ngột đỏ tươi hay máu cục, số lượng máu mất tương ứng với thay đổi tổng trạng. Đây là đặc điểm lâm sàng được sử dụng để phân biệt nhau tiền đạo và nhau bong non. Tuy nhiên, một vài trường hợp xuất huyết âm đạo xảy ra sau khi có cơn gò tử cung, do đó chẩn đoán nhau tiền đạo phải dựa vào siêu âm đầu dò âm đạo. Trên các đối tượng có vết mổ lấy thai cần chỉ định siêu âm doppler hay MRI để loại trừ một tình trạng nhau cài răng lược có tiên lượng xấu hơn nhiều.

Khả năng nhau bong non luôn luôn được nghĩ đến ở những thai phụ bị chấn thương vùng bụng hay cao huyết áp mạn tính không được kiểm soát. Triệu chứng ra huyết thường ít không rõ ràng, không tương ứng với thay đổi tổng trạng. Có thể suy thai hay mất tim thai với những cơn gò tử cung dần dập. Phải nghĩ tới tình huống này vì diễn tiến lâm sàng thường rất nhanh sản phụ có thể tử vong vì bệnh cảnh rối loạn đông máu (thở phong huyết tử cung nhau) và thai nhi có thể tử vong do nhau bong hoàn toàn.

Vỡ tử cung và mạch máu tiền đạo là nguyên nhân hiếm gặp và thường xảy ra trong khi sinh hơn là trước sinh. Cả hai nguyên nhân này đều có thể đưa đến tử vong thai nhi.

Tiền lượng

Cũng như xuất huyết âm đạo ở tam cá nguyệt thứ nhất,



xuất huyết từ khoảng giữa tam cá nguyệt thứ hai trở đi
đều có biến chứng đầu tiên là sinh non.

và nguyên nhân gây xuất huyết (xấu nếu xuất huyết
không có nguồn gốc từ tiền đạo).

Nguy cơ xảy ra biến chứng tùy thuộc vào mức độ xuất
huyết (tiền lượng xấu nếu như xuất huyết mức độ nặng)

Tóm tắt và khuyến cáo

- Chẩn đoán sơ bộ nguyên nhân xuất huyết trên lâm sàng dựa trên tuổi thai, tình trạng xuất huyết (nhẹ hay nặng, kèm đau bụng hay không, từng đợt hay liên tục), sau đó xét nghiệm và siêu âm để chẩn đoán xác định.
- Xuất huyết trong giai đoạn sớm thai kỳ:
 - Bốn nguyên nhân chính là thai ngoài tử cung; dọa sẩy thai và sẩy thai; sinh lý (do thai làm tổ vào nội mạc tử cung); bệnh lý của âm đạo, cổ tử cung và tử cung.
 - Siêu âm là cơ sở để xác định nguyên nhân.
 - Mục tiêu của xác định nguyên nhân là để loại trừ TNTC vì khi TNTC vỡ sẽ gây xuất huyết nghiêm trọng và là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong tam cá nguyệt đầu.
- Xuất huyết trong tam cá nguyệt thứ hai và thứ ba:
 - Nguyên nhân chính là: ra huyết kèm biến đổi CTC hoặc chuyển dạ, nhau tiền đạo, nhau bong non, hiếm gặp hơn là vỡ TC và mạch máu tiền đạo.
 - Xuất huyết âm đạo từ giữa tam cá nguyệt thứ hai trở đi thì tránh khám trong cho đến khi loại trừ được nhau tiền đạo, vì khám trong sẽ làm cho tình trạng xuất huyết nặng nề thêm.
- Đối với những phụ nữ có Rh(D) âm, nên tiêm globuline miễn dịch anti-D để chống lại Rh(D).