

XUẤT HUYẾT TỬ CUNG NỬA ĐẦU THAI KỲ

Xuất huyết tử cung bất thường xảy ra trong nửa đầu thai kỳ liên quan đến 3 tình huống thường thấy sau:

1. *Thai nghén thất bại sớm (thai lưu, dọa sảy thai, sảy thai trọn, sảy thai không trọn)*
2. *Thai ngoài tử cung*
3. *Thai trứng (thai trứng toàn phần, thai trứng bán phần)*

Tình huống lâm sàng có thể là

- *Thai phụ vào viện vì xuất huyết tử cung, chưa qua thăm khám. Hỏi bệnh và khám để gợi ý chẩn đoán. Tư vấn về tình trạng hiện tại, nguy cơ và hướng xử trí tiếp theo.*
- *Thai phụ vào tư vấn đã có chẩn đoán. Tư vấn về vấn đề của thai phụ và CDTK.*

1. Mở đầu buổi tư vấn

- ☐ Chào hỏi, tự giới thiệu: *Chào chị tôi là ... hôm nay tôi sẽ phụ trách khám/tư vấn cho chị.*
- ☐ Mời thai phụ tự giới thiệu
 - Tên, tuổi, nghề nghiệp
 - PARA
 - Tuần tuổi thai
- ☐ Thai phụ trình bày về mục đích buổi tư vấn: *Điều gì khiến cho chị phải đến buổi tư vấn hôm nay?*
- ☐ Làm rõ mục đích buổi tư vấn: *Hôm nay tôi sẽ tư vấn cho chị hiểu rõ hơn tình trạng hiện tại của chị và thai cũng như hướng xử trí theo dõi tình trạng này.*

2. Thu thập thông tin: Mục tiêu thu thập thông tin là để chẩn đoán nguyên nhân gây xuất huyết tử cung.

- ☐ Hỏi bệnh: **hỏi giấy tờ đang có**
 - Bệnh sử:
 - Tính chất ra huyết: màu sắc (đỏ tươi, bầm, máu cục) , lượng, kiểu xuất huyết (ồ ạt hay rỉ rả), có kèm theo mô gì không, thường xuyên hay ra huyết lần đầu?
 - Hoàn cảnh ra huyết: sau vận động nặng...
 - Triệu chứng kèm theo (đau bụng, cơn co, nôn ói...)
 - Các cận lâm sàng đã có: định lượng β -HCG, siêu âm.
 - Tiền căn sản khoa: lần mang thai thứ mấy? Từng sảy thai, phá thai? Tiền căn thai ngoài tử cung?
 - Tiền căn phụ khoa: viêm nhiễm, phẫu thuật phụ khoa? Biện pháp tránh thai? Kinh chót?
 - Thói quen gợi ý nguyên nhân: hút thuốc lá?
 - **Diễn tiến bình thường của β -HCG:**
 - 7 ngày sau thụ thai có thể phát hiện đầu tiên trong máu.
 - Tại thời điểm trễ kinh: 100mUI/mL.
 - Đỉnh cao tuần 8 – 10: 100.000mUI/mL. Sau đó giảm dần tới tuần 18 – 20.
 - Ổn định đến cuối thai kỳ: 10.000-20.000 mUI/mL.
 - Tăng gấp đôi mỗi 1,4 - 2,1 ngày. 85% thai/TC có β -hCG tăng ít nhất 66% mỗi 2 ngày, trong 40 ngày đầu tiên. Giá trị tăng thấp nhất mỗi 2 ngày đối với thai/TC là 53%, tuy nhiên 21% TNTC có β -hCG tăng giống như thai/TC ở ngưỡng này.
 - B-hCG > 1500 mUI/mL \Rightarrow SÂ đầu dò ÂĐ thấy túi thai.
 - B-hCG > 6500 mUI/mL \Rightarrow SÂ bụng thấy túi thai.
 - **SÂ/ÂĐ bình thường:**
 - GS = 2 - 3mm (4,5 - 5 tuần) tương ứng β -hCG 1000 -1500mUI/mL.
 - GS = 8mm, có yolk sac.
 - GS = 16mm, có phôi.

	Định nghĩa	Lâm sàng (Có thai – trễ kinh, nghén)	Cận lâm sàng (Siêu âm và β -hCG 1 lần/tuần)
Thai lưu	Sự lưu lại trong buồng tử cung của một thai đã được xác định rằng đã ngừng phát triển (từ 48h trở lên)	<ul style="list-style-type: none"> Tình trạng thai nghén biến mất. Ra máu đen, ít một, kéo dài. Không đau bụng (chỉ đau khi dọa sảy – sảy thai lưu) TC nhỏ hơn tuổi thai. Có thể gặp trường hợp vú tiết sữa ở thai lưu sau 20 tuần. 	Siêu âm: <ul style="list-style-type: none"> CRL ≥ 7 mm và không thấy hoạt động tim thai MSD ≥ 25 mm và không thấy phôi thai Không thấy phôi sau 14 ngày mà trước đó đã được siêu âm xác nhận đã có túi thai không có yolk-sac. Xác nhận tình trạng không có hoạt động tim thai sau một loạt siêu âm (ít nhất 2 lần, cách nhau 7-10 ngày) β-hCG không đặc hiệu.
Dọa sảy thai ↓ Cổ TC mở ↓	Sảy thai là hiện tượng kết thúc thai nghén trước khi thai có thể sống được. Với khái niệm này, sảy thai được định nghĩa là trường hợp thai bị tống ra khỏi buồng tử cung trước 22 tuần hay cân nặng của thai dưới 500g.	<ul style="list-style-type: none"> Ra máu đỏ tươi, lẫn ít nhầy, có khi đỏ sẫm/đen, máu ra rỉ rả. Đau bụng (thường không nhiều, chỉ có tức nặng bụng dưới hay đau âm ỉ vùng hạ vị) Khám: cổ TC tím nhưng còn dài, đóng kín, kích thước thân tử cung to tương xứng với tuổi thai. 	Siêu âm: <ul style="list-style-type: none"> Không thấy phôi thai sau 6 tuần vô kinh Yolk-sac dẫn rộng > 7mm. Túi thai nhỏ và phôi thai nhỏ < 5mm. Túi thai nhỏ, không tròn, không căng, hiệu số của MSD-CRL < 5 mm. Tim thai chậm < 80-90 nhịp/phút. Xuất huyết rộng dưới màng nuôi. Xoang ối dẫn rộng. β-hCG dương tính (có thai).
Sảy thai không trọn ↓ Sảy thai trọn	Sảy thai tự nhiên diễn ra 2 giai đoạn: dọa sảy thai và sảy thai	<ul style="list-style-type: none"> Ra máu đỏ, lượng nhiều, máu loãng lẫn máu cục. Có thể kèm khối mô tống xuất. Đau quặn bụng nhiều từng cơn vùng hạ vị. Khám: cổ TC xóa, mở, phần dưới TC phình to do bọc thai bị đẩy xuống phía cổ tử cung làm cho cổ TC có hình con quay, đôi khi sờ thấy bọc thai nằm ở ống cổ TC hoặc cổ TC đóng sau khi sảy trọn. 	Siêu âm: <ul style="list-style-type: none"> Khối echo hỗn hợp lòng tử cung (gồm các mảnh vụn của sản phẩm thụ thai và máu chưa được tống xuất hoàn toàn) Không thấy khối mô lòng tử cung hoặc chỉ thấy ít dịch lòng tử cung. β-hCG giảm đến 80% nồng độ trong 1 tuần sau khi khối được tống xuất ở lần đầu (21-35% mỗi 2 ngày)
Thai ngoài tử cung	Thai làm tổ bên ngoài tử cung (cụ thể là vòi trứng, buồng trứng, phúc mạc, VMC, bụng) YTNC: Di chứng sau nhiễm Chlamydia trachomatis sinh dục. Bất thường giải phẫu vòi trứng, phẫu thuật vòi trứng.	<ul style="list-style-type: none"> Ra máu: mức độ nhẹ như rỉ rỉ máu đến mức độ nhiều giống như máu kinh. Đau hạ vị. Sờ được khối cạnh tử cung (trong $< 50\%$ trường hợp) TC có thể hơi to hơn tuổi thai. 	Siêu âm: <ul style="list-style-type: none"> Không thấy hình ảnh túi thai trong buồng tử cung. Echo cạnh tử cung Nội mạc tử cung dày (do phản ứng Arias-Stella) Ít dịch ở cùng đồ Douglas. β-hCG trên ngưỡng phân biệt (1500mUI/mL đối với đơn thai hay 3000mUI/mL đối với song thai) hay β-hCG tăng không tới 53% mỗi 2 ngày hoặc giảm không tới 20% mỗi 2 ngày.
Thai trứng toàn phần	Tình trạng thai nghén đặc trưng bởi sự tăng sinh bất thường của các nguyên bào nuôi. Mô nhau bị thoái hóa thành các túi nước nhỏ hình chùm nho được bọc bởi các nguyên bào nuôi tăng sinh.	<ul style="list-style-type: none"> Tình trạng nghén rất nặng. Ra máu sẫm đen hoặc đỏ loãng, kéo dài. Căng tức bụng dưới. TC to so với tuổi thai. 	Siêu âm: Hình ảnh tổ ong điển hình của các gai nhau bị thoái hóa nước. β-hCG cao > 200.000 UI/L \Rightarrow 1 triệu UI/L. Thấy mô trứng qua quan sát đại thể bằng mắt thường mẫu mô từ TC ra.
Thai trứng bán phần	TTTP: không chứa mô của thai nhi. TTBP: mô của thai nhi cùng tồn tại với mô nhau thoái hóa nước, thường là thai chết.		Siêu âm: hình ảnh tổ ong không điển hình kèm với hình ảnh của một thai, tương tự hình ảnh thai lưu và bánh nhau thoái hóa. Bánh nhau to hơn bình thường. β-hCG cao > 200.000 UI/L \Rightarrow 1 triệu UI/L. Thấy mô trứng và nhau thai khi quan sát đại thể bằng mắt thường mẫu mô từ TC ra.

3. Chẩn đoán

- ☐ Qua quá trình hỏi bệnh và thăm khám cũng như xét nghiệm, siêu âm chẩn đoán cho chị, tôi rất tiếc khi phải thông báo với chị rằng...
- ☐ Tình trạng này có thể do nguyên nhân...

4. Tư vấn ảnh hưởng – nguy cơ

- ☐ Đây là một tình trạng đáng quan tâm vì ...

	Nguy cơ
Thai lưu	<ul style="list-style-type: none"> Rối loạn đông máu (khi thai lưu lâu trên 6 tuần), gây mất máu nhiều, băng huyết. Nhiễm trùng khi ối đã vỡ, thời gian càng lâu nhiễm trùng càng nặng. Nhiễm trùng lòng tử cung, nhiễm trùng huyết, có thể phải cắt tử cung. Ảnh hưởng tâm lý người mẹ (lưu ý đồng cảm)
Dọa sảy thai Sảy thai	<ul style="list-style-type: none"> Thai có nguy cơ sảy hoặc ngừng phát triển rất cao. Có nguy cơ nhiễm trùng, băng huyết, ứ huyết áp
Thai ngoài tử cung	<ul style="list-style-type: none"> Thai ngoài tử cung vỡ gây xuất huyết nội, thai càng lớn thì nguy cơ vỡ vòi trứng là càng cao. Vỡ thai ngoài tử cung gây mất máu rất nhiều vào ổ bụng mà đôi khi sẽ khó để phát hiện ra, nguy hiểm hơn là choáng mất máu dẫn tới hôn mê, nếu không kịp thời xử lý có thể ảnh hưởng đến tính mạng thai phụ. Ngoài ra, khi thai vỡ sẽ khiến vòi trứng bị tổn hại nghiêm trọng, buộc phải tiến hành cắt bỏ vòi trứng, do đó sẽ giảm khả năng sinh sản và tăng nguy cơ TNTC ở thai kỳ sau. Sau phẫu thuật vỡ TNTC: 50% bị vô sinh và 15% bị tái phát thai ngoài tử cung.
Thai trứng	<ul style="list-style-type: none"> Băng huyết, thủng tử cung, cắt tử cung. Nguy cơ tiến triển thành thai trứng xâm lấn, ung thư nguyên bào nuôi phải hóa trị, xạ trị.

5. Tư vấn hướng xử trí – quản lý

- ☐ Chúng tôi sẽ đưa ra các lựa chọn cho chị cân nhắc và quyết định. Chúng tôi tôn trọng và sẽ đồng hành cùng chị trong thai kỳ này.
- ☐ Tình trạng của chị hiện tại ổn định, sinh hiệu (mạch, huyết áp, nhiệt, nhịp thở) ổn định, không có dấu hiệu của tình trạng thai ngoài tử cung vỡ/choáng mất máu/nhiễm trùng nhưng chúng ta sẽ xử lý phù hợp để ngăn tình huống xấu nhất xảy ra.
- ☐ Với trường hợp của chị, chúng tôi nhận thấy có 2 cách, đó là điều trị nội khoa bằng thuốc hoặc điều trị ngoại khoa bằng cách mổ để cắt vòi trứng hoặc xé vòi trứng để bảo tồn.
- ☐ Hỏi các chống chỉ định:
 - Một số dị dạng sinh dục. Viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính. (chống chỉ định trong nạo hút thai)
 - Bệnh lý huyết học, suy gan, suy thận, viêm loét dạ dày, bệnh phổi, suy giảm miễn dịch, đang cho con bú (chống chỉ định trong nạo hút thai)
 - Khối u tử cung hoặc sẹo mổ tử cung (thận trọng)
 - Dị ứng thuốc (Methotrexate, Misoprotol...)
 - Thời gian tái khám theo dõi đúng hẹn. Nhà gần BV để cấp cứu kịp thời (TNTC điều trị bằng MTX)
 - Có đang cho con bú? Có thai sống đồng thời trong tử cung?
- ☐ Đạt sự đồng thuận: Sau những điều tôi đã tư vấn, chị đã lựa chọn được phương pháp nào chưa?
- ☐ Cam kết, ký tên (nếu có)

	Xử trí	Biến chứng	Theo dõi – Dặn dò
Thai lưu	CDTK ngay khi phát hiện. Trước khi CDTK xem xét nguy cơ rối loạn đông máu , điều trị bằng truyền yếu tố đông máu và máu.		
	Hút thai: hút chân không là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách dùng bơm hút chân không (bằng tay hoặc bằng hút điện) để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12	<ul style="list-style-type: none"> • Chảy máu nhiều. • Rong huyết kéo dài, mệt mỏi, mất máu cấp. • Nhiễm trùng: sốt, đau bụng, dịch hôi. • Thủng tử cung, choáng mất máu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Theo dõi mạch, huyết áp, ra máu âm đạo, co hồi tử cung ít nhất 30 phút – 4h sau thủ thuật. • Uống thuốc theo đơn. • Tái khám 2 tuần hoặc khi đau bụng dữ dội kéo dài, máu, dịch đổi màu hoặc mùi, sốt, ớn lạnh. • Tránh thai 4 – 6 tháng.
	Nong và gắp là phương pháp chấm dứt thai kỳ bằng cách sử dụng thuốc Misoprostol và que nong để chuẩn bị cổ tử cung, sau đó dùng bơm hút chân không kết hợp với kẹp gắp thai để lấy thai ra, áp dụng cho tuổi thai từ tuần thứ 13-18 ^{6/7} . Thủ thuật khó hơn nạo thai sống vì rau thai lưu xơ hóa bám chặt vào tử cung. Thai phụ được dùng kháng sinh sau nạo và thuốc co hồi tử cung.		
	Khởi phát chuyển dạ (thai lưu sau TCN 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Băng huyết. • Thủng TC • Viêm tắc vòi trứng 	
Dọa sảy thai	<ul style="list-style-type: none"> • Thuốc giảm co: Alverine citrate 40 mg uống 2 viên x 2 lần/ngày. • Progesterone tự nhiên để giảm co thắt tử cung, liều 200 - 400 mg/ngày (đặt âm đạo hoặc uống), hoặc Progesterone tự nhiên tiêm bắp • Kháng sinh chống nhiễm trùng 	<ul style="list-style-type: none"> • Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chống táo bón. • Tránh lao động nặng, tránh giao hợp ít nhất 2 tuần sau khi hết ra máu âm đạo. • Vẫn có thể sảy thai. 	
Sảy thai	<ul style="list-style-type: none"> • Kháng sinh • Nếu có choáng, phải hồi sức chống choáng. • Sảy thai chưa trọn: Nạo hút thai để cầm máu hoặc nạo kiểm tra buồng tử cung để lấy phần nhau sót ra. Thuốc co hồi tử cung sau khi nạo (Oxytocin 10UI tiêm bắp, hoặc Ergometrin 0,2mg x 1 ống/tiêm bắp) hoặc dùng misoprostol 400mcg ngậm dưới lưỡi giúp co hồi tử cung và tổng nốt tổ chức còn lại. • Sảy thai trọn: kiểm tra bằng siêu âm thấy buồng tử cung sạch, không nạo lại. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biến chứng của nạo hút thai. • Nhiễm trùng, băng huyết không kiểm soát được phải cắt TC. • Thủng tử cung, choáng mất máu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tư vấn tùy thuộc vào nguyên nhân sảy thai (bệnh lý mẹ, bất thường di truyền, thiếu hụt nội tiết, hở eo tử cung). • Theo dõi mạch, HA... • Uống thuốc, tái khám.
Thai ngoài tử cung	Chúng tôi sẽ tiêm bắp cho chị 1 liều thuốc Methotrexate , (hoặc đa liều tùy theo tình trạng thai) sau đó chị cần đến tái khám để chúng tôi theo dõi kết quả, cụ thể là ngày 4 và ngày 7 sau tiêm MTX, nếu hiệu quả thì sẽ tái khám mỗi tuần sau đó cho đến khi B-hCG âm tính . Trong quá trình theo dõi, nếu chị đau bụng nhiều không giảm, ra huyết âm đạo lượng nhiều, đau đầu chóng mặt thì cần nhập viện liền. Lưu ý rằng: Phương pháp này đôi khi không có đáp ứng, nếu sau khi kiểm tra chúng tôi thấy không có hiệu quả thì sẽ tiến hành sử dụng liều tiêm thứ 2 cho chị. Nếu thất bại sau 2 lần tiêm hoặc xảy ra các diễn tiến nặng dọa vỡ, chúng tôi sẽ tiến hành giải pháp ngoại khoa cho chị.		
	Cắt vòi trứng toàn phần: chúng tôi tiến hành mổ và cắt vòi trứng bên có TNTC cho chị. Thông thường cách này được thực hiện trong trường hợp TNTC vỡ, có tổn thương vòi trứng nhiều, khi thai đã to, TNTC tái phát cùng bên vòi trứng hoặc những sản phụ không còn muốn có thai.		<ul style="list-style-type: none"> • Tái khám sau 3 ngày để chúng tôi tiến hành xét nghiệm theo dõi cuộc mổ có thành công không.
	Xẻ vòi trứng bảo tồn: Nhẹ nhàng hơn, nếu chị mong muốn có thai trong tương lai, tuy nhiên điều này còn phụ thuộc mức độ tổn thương vòi trứng. Ngoài ra còn có tỉ lệ sót nhau sau mổ.		<ul style="list-style-type: none"> • Chưa thành công: tư vấn để điều trị thêm bằng thuốc
Thai trứng	<ul style="list-style-type: none"> • Nạo hút thai trứng ngay sau khi được chẩn đoán để đề phòng sảy tự nhiên gây băng huyết. Phải đảm bảo nạo hết, nếu không phải nạo lại. • Kháng sinh. • Sau nạo mô thai sẽ được gửi GPB để chẩn đoán chính xác loại thai trứng cũng như nguy cơ tiến triển về sau. • Nếu bệnh nhân ≥ 40 tuổi, đủ con, có chẩn đoán thai trứng nguy cơ cao có thể xem xét cắt tử cung dự phòng. 	<ul style="list-style-type: none"> • Biến chứng của nạo hút thai. • Nhiễm trùng, băng huyết không kiểm soát được phải cắt TC. • Thủng tử cung, choáng mất máu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tái khám mỗi 2 tuần (cho đến khi B-hCG/máu < 5mIU/ml 3 lần, theo dõi sự co hồi TC, kích thước nang hoàng tuyến) • Tránh thai tuyệt đối 6-12 tháng (có thể triệt sản) • Nhập viện khi có bất thường...

6. Kết thúc buổi tư vấn

- ☐ Hệ thống hóa các thông tin cơ bản về vấn đề
 - Tuổi thai, vấn đề đến tư vấn
 - Các thông tin đã thu thập và đã tư vấn
- ☐ Hệ thống hóa các trao đổi đã thực hiện về định hướng quản lý, nhằm đạt đồng thuận
 - Nhắc lại lựa chọn
 - Theo dõi dựa theo lựa chọn
- ☐ Dẫn dò thai phụ chuẩn bị cho thủ thuật, thời gian tái khám, lưu ý các bất thường.
 - Tư vấn khả năng sinh sản sau hút thai. Thời gian có thể mang thai lại là 10 - 14 ngày sau hút thai. Nên có thai lại ít nhất 3-6 tháng sau sảy thai.
 - Trong lúc điều trị MTX, nên hướng dẫn bệnh nhân: tránh thức ăn chứa folate, tránh dùng NSAID vì thuốc này có thể tương tác với MTX gây ức chế tuỷ xương, hay gây độc tố đường tiêu hóa. Tránh giao hợp vì có thể gây vỡ khối thai ngoài tử cung. Nên ngừa thai ít nhất 3 tháng sau khi β -hCG âm tính. Tránh tiếp xúc ánh sáng mặt trời vì có thể gây viêm da.
- ☐ Tìm hiểu có vấn đề nào khác còn tồn đọng sau tư vấn: *Chị còn thắc mắc gì không?*

Điểm giao tiếp

- ☐ Trao đổi thông tin hai chiều, thảo luận trao đổi với thai phụ.
- ☐ Thường xuyên đặt câu hỏi. Câu hỏi đóng mở thích hợp, có mục đích rõ ràng.
- ☐ Lắng nghe đồng cảm, trấn an.
- ☐ Tôn trọng sự lựa chọn của thai phụ.
- ☐ Ngôn ngữ dễ hiểu.