

Chiến lược tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ

Nguyễn Chí Quang¹, Bùi Chí Thương², Âu Nhật Luân³

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

¹ Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: ncquang234@gmail.com

² Giảng viên Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: buichithuong@yahoo.com

³ Giảng viên, Phó trưởng bộ môn, Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: aunhutluan@gmail.com

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Phân tích được vai trò của siêu âm trong chiến lược tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ
2. Phân tích được vai trò của định lượng β -hCG trong chiến lược tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ
3. Phân tích được các nguyên lý của chiến lược tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ

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

1. Thai nghén thất bại sớm
2. Thai ngoài tử cung
3. Thai trứng

Một chiến lược tiếp cận hợp lý sẽ giúp cho việc định hướng chẩn đoán xử trí trở nên đơn giản và hiệu quả hơn. Dưới đây sẽ trình bày về các công cụ và nguyên lý sử dụng chúng trong định hướng tiếp cận một trường hợp xuất huyết tử cung bất thường xảy ra trong 3 tháng đầu thai kỳ.

HỎI BỆNH SỬ-TIỀN SỬ GIÚP THU THẬP THÔNG TIN MANG TÍNH CHẤT ĐỊNH HƯỚNG

Hỏi tiền sử nhằm tầm soát và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ, mang tính chất định hướng.

Việc khai thác tiền sử một cách chi tiết, đặc biệt là tiền sử về phụ khoa và thai sản có thể cung cấp các ý niệm quan trọng.

Các yếu tố liên quan đến nguy cơ của một tình trạng thai nghén thất bại sớm như lớn tuổi, tiền căn đã từng có nhiều lần thai nghén bị thất bại sớm liên tiếp hay lặp lại, hay tiền căn đã từng có thai bị lệch bội, hay tình trạng có chuyển đoạn Robertson đã biết có thể giúp hướng chẩn đoán sang hướng thai nghén thất bại sớm.

Các yếu tố liên quan đến viêm nhiễm ống dẫn trứng như tiền sử viêm vùng chậu cấp hay kinh niên, tiền sử từng có thai ngoài tử cung, tiền sử có can thiệp phẫu thuật tạo hình trên ống dẫn trứng, các phương pháp tránh thai đã dùng ... có thể là các yếu tố làm cho định hướng chẩn đoán hướng về thai ngoài tử cung.

Hỏi bệnh sử chi tiết có thể cung cấp những thông tin trực tiếp hay gián tiếp định hướng chẩn đoán.

Đặc tính của chu kỳ kinh, đặc tính của lần hành kinh cuối cùng và các lần hành kinh bình thường gần nhất có thể giúp hướng đến chẩn đoán có thai, và giúp phân biệt với những tình trạng chảy máu không liên quan đến thai kỳ do đặc điểm tiền sử và bệnh sử (xuất huyết tử cung cơ năng do rối loạn phóng noãn, xuất huyết tử cung do tổn thương thực thể như khối u xơ tử cung, xuất huyết do dùng thuốc nội tiết ngoại lai như dùng thuốc tránh thai nội tiết sai, dùng tránh thai khẩn cấp ...). Ở thời điểm này, một test

nhạy nước tiểu định tính β -hCG sẽ là cần thiết cho việc loại bỏ khả năng của các xuất huyết không liên quan đến thai kỳ.

Triệu chứng cơ năng của thai kỳ là các triệu chứng không khách quan. Tuy nhiên, nó phản ánh phần nào hoạt năng của nguyên bào nuôi. Một tình trạng nghén rất nặng có thể là do một hoạt động nguyên bào nuôi gia tăng trong đa thai hay thai trứng. Một tình trạng nghén biến mất một cách đột ngột thể hiện sự giảm bất thường của hoạt năng nguyên bào nuôi, gợi ý một thai nghén thất bại sớm.

Ra huyết âm đạo đương nhiên là triệu chứng cơ năng quan trọng nhất. Ra huyết mang tính chất cấp tính với lượng nhiều liên quan đến một tình trạng sảy thai đang có chiều hướng diễn tiến, có thể là thai thường hay thai trứng. Một tình trạng ra huyết lượng ít, đơn độc, không kèm triệu chứng khác ít mang tính gợi ý hơn, và đòi hỏi nhiều dữ kiện bổ sung từ tiền sử và thăm khám.

Khám lâm sàng có thể cung cấp các thông tin quan trọng, nhưng không phải luôn là những thông tin định hướng.

Trong một số nhỏ trường hợp, các xuất huyết bất thường trong 3 tháng đầu có triệu chứng lâm sàng rất điển hình như trong trường hợp của sảy thai trứng, sảy thai đang diễn tiến, xuất huyết nội do thai ngoài tử cung vỡ...

Trong một phần lớn các trường hợp, triệu chứng lâm sàng thường rất nghèo nàn, nhiều khi ra huyết và biết có thai là những triệu chứng duy nhất mà ta có. Định hướng chẩn đoán trông cậy rất nhiều vào tiền sử, nơi có thể cung cấp những thông tin mang tính định hướng quan trọng. Trong trường hợp thiếu các dữ kiện định hướng, thì cận lâm sàng sẽ đảm nhận vai trò làm các mốc định hướng.

SIÊU ÂM LÀ BIỆN PHÁP TIẾP CẬN SƠ CẤP CÁC TRƯỜNG HỢP XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG TRONG 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

Siêu âm thực hiện qua đường âm đạo là khảo sát sơ cấp được chọn.

So với siêu âm thực hiện qua đường bụng (Transabdominal Ultrasound Scan) (TAS), siêu âm thực hiện qua đường âm đạo (Transvaginal Ultrasound Scan) (TVS) có độ phân giải hình ảnh tốt hơn, cho phép phân biệt các chi tiết có kích thước cỡ milimet (mm). Nhược

điểm của TVS là có tầm quan sát hạn chế (do tần số sóng âm cao, khoảng 6.5 MHz). Nếu muốn khảo sát với phạm vi quan sát có bán kính rộng hơn, cần thực hiện TAS.

Vị trí thai, tình trạng sinh tồn và các dấu hiệu tiên lượng là các thông tin mà TVS có thể mang lại.

Do khả năng cung cấp được nhiều thông tin hữu ích cho định hướng chẩn đoán và xử trí, nên TVS được dùng như biện pháp tiếp cận sơ cấp dùng trong chiến lược tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường xuất hiện trong 3 tháng đầu thai kỳ.

Hai thông tin mà TVS có thể cung cấp tốt nhất là:

1. Sinh tồn trứng
2. Hình ảnh túi thai trong tử cung

TVS có thể cho thấy hình ảnh của túi thai trong tử cung, khi kích thước túi thai đạt được vài mm. Sự hiện diện của túi thai trong tử cung cho phép hướng dẫn chẩn đoán về phía thai nghén thất bại sớm, ngoại trừ trường hợp của hình ảnh túi thai giả, hay song thai một trong tử cung và một ở ngoài tử cung.

Khi đã có hình ảnh túi thai trong tử cung, thông tin thứ nhì mà ta có thể thu thập được là tình trạng sinh tồn của trứng. Tính sinh tồn của trứng được xác định bằng nhiều yếu tố phối hợp, nhằm tránh kết luận sai lầm về sinh tồn trứng.

Khi túi thai không được nhìn thấy qua TVS, ta chỉ có thể kết luận là không nhìn thấy túi thai qua TVS, mà không được kết luận là thai ngoài tử cung, ngoại trừ trường hợp hiếm hoi thấy được túi thai bên ngoài tử cung với quầng nguyên bào nuôi, yolk-sac, có hay không có phôi thai với hoạt động tim phôi.

Hình ảnh điển hình của thai trứng trên siêu âm là hình ảnh tổ ong của các gai nhau bị thoái hóa nước.

Trong thai trứng toàn phần, hình ảnh này là điển hình. Chẩn đoán sẽ khó khăn hơn trong trường hợp thai trứng bán phần, do hình ảnh không còn điển hình lại kèm với hình ảnh của thai, có thể là thai sống và tiến triển. Thai lưu với nhau thoái hóa có thể cho hình ảnh tương tự thai trứng.

ĐỊNH LƯỢNG β -hCG LÀ BIỆN PHÁP TIẾP CẬN THỨ CẤP, DÙNG PHỐI HỢP VỚI TVS

Khái niệm về diễn biến bình thường của nồng độ β -hCG huyết thanh.

Khái niệm về sự diễn biến của β -hCG huyết thanh được xây dựng dựa trên cơ sở là β -hCG thể hiện hoạt năng của nguyên bào nuôi. Trong khái niệm này, động học của β -hCG có thể giúp có được một ý niệm về hoạt động của nguyên bào nuôi, nhưng không thể có được một ý niệm trực tiếp về tình trạng thai.

Trong 3 tháng đầu thai kỳ bình thường, β -hCG huyết thanh tăng theo hàm số mũ. Thời gian để tăng gấp đôi β -hCG huyết thanh thay đổi tùy thời điểm, từ 1.2 ngày ở thời điểm trứng thụ tinh làm tổ, đến 3.5 ngày lúc thai 8 tuần.

Trong vài tuần đầu của thai trong tử cung bình thường, ở 66% trường hợp, β -hCG sẽ tăng gấp đôi trong mỗi 2 ngày và không bao giờ tăng < 53% mỗi 2 ngày.

Vì vậy, nếu β -hCG tăng không được đến 53% trong mỗi 2 ngày, thì nên nghĩ đến một trong hai khả năng:

1. Có thai trong tử cung với diễn biến bất thường
2. Có thai ngoài tử cung

Sau khi sảy thai tự nhiên, β -hCG huyết thanh sẽ giảm ít nhất 21-35% mỗi 2 ngày. Cần lưu ý rằng khi β -hCG huyết thanh càng thấp (< 500 mIU/mL), thì độ thải khỏi máu mẹ chậm hơn so với β -hCG huyết thanh cao.

Vì vậy, nếu β -hCG huyết thanh giảm chậm, dưới 20% mỗi 2 ngày thì có nhiều khả năng là một trong hai tình trạng:

1. Còn tồn tại sản phẩm thụ thai
2. Có thai ngoài tử cung

Tuy nhiên, nếu chỉ dựa vào động học hCG thì khả năng tầm soát thai ngoài tử cung sẽ bị hạn chế.

Khái niệm về ngưỡng phân định của nồng độ β -hCG huyết thanh (discrimination zone và cut-off của nó).

Hiện nay, các tiến bộ trong nhận thức về vai trò của khảo sát hình ảnh đã cho phép đưa vào một khái niệm mới hơn, trong đó, khảo sát thứ cấp trong tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường được dựa trên việc kết hợp định lượng β -hCG huyết thanh và TVS.

Trong khái niệm này, một ngưỡng phân định (discrimination zone) được giả lập. Mục tiêu của việc thiết lập một cách giả định giá trị của ngưỡng phân định là tạo ra một vùng có khả năng phân định câu trả lời cho câu hỏi chẩn đoán cốt lõi.

Trong xuất huyết 3 tháng đầu thai kỳ, vấn đề thử thách, tức câu hỏi lớn nhất là vị trí làm tổ của thai. Vì thế, ngưỡng phân định được thiết lập, sao cho cùng một lúc phải thỏa mãn 2 kỳ vọng:

1. Nếu nồng độ của β -hCG huyết thanh bên trên ngưỡng này, khả năng tìm thấy hình ảnh của túi thai trong tử cung có độ đặc hiệu cao (Sp: specificity cao)
2. Nếu nồng độ của β -hCG huyết thanh ở bên dưới ngưỡng này thì khả năng bỏ sót thai ngoài tử cung là rất thấp (Se: sensitivity cao).

Ngưỡng cắt của vùng phân định được định (set) phù hợp với điều kiện thực hành. Một ngưỡng cắt được set càng cao thì độ chuyên biệt (specificity) của ngưỡng càng cao, nhưng sẽ mất đi độ nhạy (sensitivity). Ngược lại một ngưỡng cắt được set càng thấp thì độ nhạy của ngưỡng càng cao, nhưng sẽ mất đi độ chuyên biệt.

Trong một thai trong tử cung bình thường, khi nồng độ β -hCG huyết thanh ở trên ngưỡng cắt này thì phải thấy được hình ảnh của thai trong tử cung. Ngưỡng β -hCG thường dùng là 1.500-2.000 mIU/mL để có thể thấy túi đơn thai trong lòng tử cung và ngưỡng này tăng lên 3000 mIU/mL đối với song thai. Khi không thấy hình ảnh túi thai trong buồng tử cung và nồng độ hCG trên ngưỡng phân biệt, thì phải nghĩ đến khả năng có thai ngoài tử cung, với một giá trị dự báo dương (Positive Predictive Value - PPV) rất cao.

Khái niệm về thai chưa xác định vị trí.

Thai chưa xác định vị trí (Pregnancy of Unknown Location - PUL) là một khái niệm mới, hệ quả của việc đưa vào thực hành khái niệm về vùng phân định.

Một cách thực hành, khi nồng độ β -hCG tương đối cao, nhưng đang nằm dưới ngưỡng phân định và không thấy

được túi thai trong tử cung thì sẽ dẫn đến việc xác lập chẩn đoán thai PUL.

Trong khái niệm PUL, vị trí làm tổ của trứng ở ngoài buồng tử cung vẫn được nghĩ đến, nhưng với một thái độ thận trọng, có cân nhắc đến khả năng của các thai nghén thất bại sớm, hay thất bại làm tổ, tức một diễn biến tự nhiên khác của thai sinh hóa.

Nói cách khác, khi dùng thuật ngữ PUL, thái độ của người thực hành sẽ tỏ ra là ôn hòa hơn là khi dùng thuật ngữ cổ điển “theo dõi thai ngoài tử cung”.

Khái niệm PUL thay thế cho chẩn đoán cổ điển là “theo dõi thai ngoài tử cung”.

Khi phải đối mặt với chẩn đoán PUL, thái độ thực hành hiệu quả nhất là chờ đợi kiểu mà nồng độ β -hCG đạt đến ngưỡng phân định ra sao. Như vậy, cần tiến hành một loạt các khảo sát song song siêu âm và β -hCG.



Lưu đồ tiếp cận xuất huyết bất thường 3 tháng đầu theo siêu âm và ngưỡng phân định

Lưu đồ 1: Ngưỡng phân định

Một ví dụ về lưu đồ thể hiện cách tiếp cận xuất tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ dựa trên khái niệm ngưỡng phân định của β -hCG

Nguồn: Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP HCM

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 8th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2018.
2. Essential of obstetrics and gynecology, 5th edition. Tác giả Hackers and Moore.