



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài
Xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 1
© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

- Trong xuất huyết 3 tháng đầu thai kỳ nói chung, bạn chọn khảo sát loại hCG nào. **Chọn một câu đúng**
☒ a. β -hCG toàn phầnⁱ toàn phần khác nguyên vẹn, toàn phần ý là bao gồm tất cả các dạng β -hCG
☐ b. β -hCG tự do, không đứt gãy
☐ c. β -hCG tự do, đứt gãy
☐ d. Mảnh vỡ lõi β -hCG
- Thay đổi cut-off của discrimination zone ảnh hưởng ra sao lên PPV có thai ngoài tử cung? **Chọn một câu đúng**
☒ a. Nâng cut-off lên cao sẽ làm PPV giảm đi
☐ b. Nâng cut-off lên cao sẽ làm PPV tăng lênⁱⁱ
☐ c. Giảm cut-off xuống thấp sẽ làm PPV tăng lên
☐ d. PPV lệ thuộc vào nhiều yếu tố, không chỉ là cut-off
- Khi dùng diễn biến của nồng độ β -hCG để tiếp cận xuất huyết 3 tháng đầu, cần lưu ý gì? **Chọn một câu đúng**
☒ a. Sau sảy thai trứng trọn, nồng độ β -hCG giảm theo dạng đường thẳng
☐ b. Sau mọi sảy thai trọn, logarithm của nồng độ β -hCG giảm một bậc mỗi tuầnⁱⁱⁱ
☐ c. Trong thai ngoài tử cung, nồng độ β -hCG biến thiên theo hướng tăng dần
☐ d. Tốc độ diễn biến của nồng độ β -hCG không đổi, độc lập với tuổi thai
- Trong các trường hợp sau, bạn kết luận thai không xác định vị trí (PUL) trong trường hợp nào? **Chọn một câu đúng**
☒ a. Nồng độ β -hCG < 1000 IU/L, siêu âm không thấy hình ảnh túi thai trong tử cung^{iv}
☐ b. Nồng độ β -hCG < 1000 IU/L, và siêu âm không thấy túi thai trong cũng như ngoài tử cung
☐ c. Nồng độ β -hCG > 2000 IU/L, siêu âm không thấy hình ảnh túi thai trong tử cung
☐ d. Siêu âm không thấy túi thai cả trong hay ngoài tử cung bất chấp nồng độ β -hCG
- Trong các yếu tố sau, yếu tố nào là yếu tố nguy cơ rõ rệt nhất với thai ngoài tử cung? **Chọn một câu đúng**
☒ a. Đặt dụng cụ tử cung tránh thai loại có chứa đồng
☐ b. Dùng thuốc tránh thai chứa progestogen đơn thuần
☐ c. Nhiễm trùng vòi trứng do Neisseria gonorrhea
☐ d. Nhiễm trùng vòi trứng do Chlamydia trachomatis^v
- Trong các tình huống có thai ngoài tử cung sau, tình huống nào thiên về điều trị nội khoa? **Chọn một câu đúng**
☒ a. Song thai, một trong tử cung, một ngoài tử cung
☐ b. Có thai ngoài tử cung lặp đi lặp lại nhiều lần
☐ c. Có thai ngoài tử cung khi đang điều trị vô sinh
☐ d. Có thai ngoài tử cung được phát hiện rất sớm^{vi}
- Khái niệm PUL (thai không xác định vị trí) đồng nghĩa với cụm từ nào dưới đây? **Chọn một câu đúng**
☒ a. Nghi thai ngoài tử cung
☐ b. Theo dõi thai ngoài tử cung
☐ c. Có biểu hiện sinh hóa của thai
☐ d. PUL không có từ đồng nghĩa^{vii}
- Trong các nguyên nhân gây sảy thai sau, nguyên nhân nào là phổ biến nhất? **Chọn một câu đúng**
☒ a. Chức năng hoàng thể suy yếu
☐ b. Bất thường nhiễm sắc thể ở phôi thai^{viii}
☐ c. Bất thường nhiễm sắc thể ở cha mẹ
☐ d. Bệnh lý nhiễm trùng TORCH

9. Trong chẩn đoán sẩy thai lưu, ta cần nhiều thông tin. Thông tin nào có giá trị kém nhất? **Chọn thông tin kém nhất**
- Thông tin về tiền sử sẩy thai, tiền sử thai dị tật, gia đình
 - Thông tin lần hành kinh cuối, về chu kỳ kinh, về tuổi thai
 - Diễn biến qua nhiều lần quan sát của dữ kiện về hình ảnh
 - ☒ Diễn biến nồng độ β -hCG máu qua nhiều lần định lượng^{ix}
10. Theo dõi hậu thai trứng, hCG đã về âm tính, đột ngột dương tính trở lại. Làm gì trước tiên? **Chọn một câu đúng**
- Đặt mỏ vịt tìm di căn âm đạo của choriocarcinoma
 - X-quang phổi tìm di căn phổi của choriocarcinoma
 - ☒ MRI sọ não tìm di căn não của choriocarcinoma
 - Siêu âm phụ khoa tìm sự hiện diện của thai kỳ mới^x
11. Điều kiện nào cho phép rút ngắn thời gian theo dõi hậu thai trứng. **Chọn một điều kiện đúng**
- Phải thực hiện được định lượng tất cả các dạng lưu hành của hCG
 - Phải thực hiện được định lượng một cách chính xác nồng độ β -hCG
 - ☒ Phải thực hiện được định lượng các nồng độ cực thấp của β -hCG^{xi}
 - Phải thực hiện định lượng hCG theo một lịch theo dõi tăng cường
12. Để tránh thai hậu thai trứng, condom, COCs và IUD được xếp theo thứ tự ưu tiên lựa chọn nào? **Chọn một câu đúng**
- IUD = 1st; COCs = 2nd; Condom = 3rd
 - ☒ COCs = 1st; IUD = 2nd; Condom = 3rd^{xii}
 - Condom = 1st; IUD = 2nd; COCs = 3rd
 - IUD = 1st; Condom = 2nd; COCs = 3rd

REFERENCES

ⁱ Các cầu liên kết polypeptide có thể bị gãy làm phá vỡ cấu trúc hCG, hiện tượng này tăng theo tuổi thai. Ngoài ra, phân tử hCG còn có thể trải qua quá trình đứt gãy, phân ly và thoái giáng tạo thành nhiều dạng hCG khác nhau lưu hành trong huyết tương: non-nicked hCG (hCG toàn phần không đứt gãy), nicked hCG (hCG toàn phần đứt gãy), free α -hCG (α -hCG tự do), non-nicked free β -hCG (β -hCG không đứt gãy, tự do), nicked free β -hCG (β -hCG đứt gãy, tự do), β -core fragment (mảnh vỡ lõi β -hCG). **Ti lệ các dạng hCG thay đổi tùy thuộc vào tuổi thai và vào bệnh lý của thai kỳ.** Tùy vào từng mục đích mà người ta sẽ chọn khảo sát dạng lưu hành nào của hCG trong huyết tương. Khảo sát free β -hCG được dùng trong tầm soát lệch bội. hCG đứt gãy và **ti lệ free β -hCG:hCG toàn phần có ý nghĩa trong PSTT.** Trong trường hợp thai ngoài tử cung có thể chọn định một dạng test hCG bất kỳ vì ti lệ đứt gãy của hCG trong 8 tuần đầu thấp. Tuy nhiên cần theo dõi diễn biến nồng độ hCG bằng một loại test duy nhất vì có sự khác biệt về kết quả giữa các test khác nhau. Trong **bệnh lý nguyên bào nuôi**, nếu là **thai trứng thì hCG toàn phần tăng nhanh** còn nếu là **choriocarcinoma thì thành phần gia tăng lại là β -hCG đứt gãy hoặc β -hCG không đứt gãy**, tự do. Để tầm soát lệch bội nhiệm sắc thể ở thai, nên chọn test định lượng chuyên cho β -hCG đứt gãy hay β -hCG đứt gãy tự do vì β -hCG đứt gãy chiếm tỷ trọng lớn và tăng trong các thai kỳ bệnh lý. **Trong xuất huyết 3 tháng đầu thai kỳ, điều ta quan tâm là hoạt năng nguyên bào nuôi, vì thế hCG toàn phần hay riêng thành phần β -hCG đều có thể dùng được.** hCG toàn phần gồm tất cả mọi hCG, β -hCG chỉ khảo sát các β -hCG nguyên vẹn, không phân biệt tự do hay kết hợp với tiểu đơn vị α -hCG. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-3: Xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Động học hCG. Trang 1*

ⁱⁱ 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 đối với một 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) và (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. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-3: Xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Chiến lược tiếp cận một trường hợp xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Trang 2*

ⁱⁱⁱ Trong 3 tháng đầu thai kỳ bình thường, β -hCG huyết thanh tăng theo cấp số mũ. Thời gian để tăng gấp đôi β -hCG huyết thanh thay đổi theo tuổi thai, từ 1,2 ngày ngay khi làm tổ đến 3,5 ngày lúc thai 8 tuần. Sau đó hCG đạt bình nguyên. Trong sẩy thai, do không còn các nguyên bào nuôi còn hoạt động sau sẩy trọn của một thai bất kỳ: thai trứng, thai thường, thai lưu... nên diễn biến hCG chỉ lệ thuộc vào nồng độ khởi điểm của hCG ở thời điểm tổng xuất hoàn toàn. Thời gian bán hủy của hCG là khoảng 36 giờ nên bình thường thì logarithm thập phân của nồng độ β -hCG giảm đi một bậc mỗi tuần. Ví dụ như nồng độ β -hCG của hôm nay là 10^5 IU/L ($\lg 10^5 = 5$) thì sau một tuần nồng độ β -hCG phải là 10^4 IU/L ($\lg 10^4 = 4$). *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-3: Xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Động học hCG. Trang 1-2*

^{iv} 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. Khái niệm PUL thay thế cho chẩn đoán cổ điển là “theo dõi thai ngoài tử cung”. 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. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-3: Xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Chiến lược tiếp cận một trường hợp xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Trang 3*

^v Nguyên nhân lớn nhất của thai ngoài tử cung là do tổn thương ống dẫn trứng. Khoảng 50% trường hợp là do tổn thương lớp bề mặt lòng chuyển bên trong vòi trứng do **hậu quả của viêm nhiễm Chlamydia và lậu cầu**, dẫn đến sự thay đổi cơ chế vận chuyển vòi trứng. Những nguyên nhân khác có thể gặp như sự di chuyển chậm trễ của hợp tử vào buồng tử cung hoặc hợp tử lại di chuyển sang vòi trứng đối diện, dưới tác động của các yếu tố nội sinh hay ngoại sinh. Tần suất thai ngoài tử cung gia tăng còn do liên quan đến những biến đổi đối trong lối sống, làm tăng tần suất của viêm vòi trứng cấp tính và mãn tính gia tăng, đặc biệt do Chlamydia trachomatis. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-3: Xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Thai ngoài tử cung. Trang 1*

^{vi} Mô mở thường áp dụng cho bệnh nhân có huyết động học không ổn định nhằm mục đích giải quyết nhanh khối thai để cầm máu tức thời. Mô mở cũng là phương pháp hữu hiệu trong trường hợp có chống chỉ định nội soi hoặc nội soi thất bại như bệnh nhân có dính trong ổ bụng nhiều do tiền sử mổ trước đó hay nhiễm trùng hoặc lạc nội mạc tử cung dính. Ngoại khoa cũng có giá trị trong trường hợp có bệnh lý hiểm muộn do nguyên nhân vòi trứng cần khảo sát hay cắt bỏ và có kế hoạch làm thụ tinh trong ống nghiệm, hay có thai trong tử cung cùng tồn tại. Khi bệnh nhân có huyết động học ổn định hay có sẵn dụng cụ, thì mô nội soi là một phương pháp điều trị được ưu tiên do những ưu điểm như thời gian nằm viện ngắn, chi phí thấp, ít đau, ít dính sau mổ, phục hồi nhanh và thẩm mỹ hơn. Điều trị ngoại khoa thai ở vòi trứng tùy thuộc vào mức độ tổn thương của vòi trứng và mong muốn có thai trong tương lai của bệnh nhân. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-3: Xuất huyết từ cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Thai ngoài tử cung. Trang 4*

^{vii} 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. Khái niệm PUL thay thế cho chẩn đoán cổ điển là “theo dõi thai ngoài tử cung”. 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. 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. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-3: Xuất huyết từ cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Thai ngoài tử cung. Trang 3*

^{viii} Bất thường nhiễm sắc thể của thai xảy ra trong quá trình hình thành giao tử hay hợp tử là nguyên nhân chính của thai nghén thất bại sớm. 50% thai nghén thất bại sớm có lệch bội. Vì thế, việc cố gắng giữ lại một tình trạng đe dọa thai nghén thất bại sớm đồng nghĩa với khả năng có thể giữ lại một thai lệch bội. 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. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-3: Xuất huyết từ cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Chiến lược tiếp cận một trường hợp xuất huyết từ cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Trang 1*

^{ix} 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. 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 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. 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 < 53% trong mỗi 2 ngày, thì nên nghĩ đến khả năng có thai trong tử cung với diễn biến bất thường hoặc 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 (< 500mIU/mL), thì độ thải khỏi máu mẹ chậm hơn so với β -hCG huyết thanh cao. Vì vậy, nếu β -hCG huyết thanh giảm < 20% mỗi 2 ngày thì có nhiều khả năng là còn tồn tại sản phẩm thụ thai hoặc có thai ngoài tử cung. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-3: Xuất huyết từ cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Chiến lược tiếp cận một trường hợp xuất huyết từ cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Trang 2*

^x Giá trị thật sự của định lượng hCG lại là trong theo dõi diễn biến sau hút nạo. Việc theo dõi thai trứng xâm lấn và choriocarcinoma được dựa vào diễn biến của hCG và các triệu chứng lâm sàng-cận lâm sàng của xâm lấn và di căn, trong đó theo dõi diễn biến của β -hCG được xem như một phương tiện tầm soát và theo dõi chủ lực, còn lâm sàng và các phương tiện khác sẽ được thực hiện nếu có diễn biến bất thường của β -hCG, ngoại trừ khi đã có triệu chứng lâm sàng gợi ý. Bình thường thì logarithm thập phân của nồng độ hCG giảm đi một bậc mỗi tuần. Sự chững lại, ở dạng bình nguyên, hay tăng lại của nồng độ hCG gợi ý một diễn biến bất lợi của GTD. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-3: Xuất huyết từ cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ. Trang 3-4, Hình 4*

^{xi} hCG tăng rất cao trong thai trứng, nhưng giá trị thật sự của định lượng hCG lại là trong theo dõi diễn biến sau hút nạo. Sau hút nạo, bệnh nhân cần được theo dõi diễn tiến của β -hCG một lần mỗi tuần, cho đến khi kết quả β -hCG định lượng trở về âm tính và duy trì âm tính trong 3 lần liên tiếp. Khi đó, nhịp độ theo dõi β -hCG sẽ giãn ra thưa hơn, còn một lần mỗi tháng cho đến khi kết quả duy trì âm tính 3 tháng liên tiếp. Khi thỏa những điều kiện, có thể an tâm về diễn biến trở về bình thường của thai trứng. Định lượng hCG có thể là hCG hay β -hCG. Tuy nhiên, khuyến cáo nên định lượng β -hCG, do các kỹ thuật định lượng hiện nay cho phép nhận diện và đo lường được những nồng độ rất thấp của β -hCG, từ đó cho phép rút ngắn đáng kể thời gian theo dõi hậu thai trứng. Nếu hCG trở về âm tính trong vòng 56 ngày sau hút nạo, thì thời gian theo dõi chỉ còn là 6 tháng, như đã trình bày ở trên. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-3: Xuất huyết từ cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ. Trang 2*

^{xii} Trong quá trình theo dõi hậu thai trứng, bệnh nhân bị buộc phải áp dụng một phương pháp ngừa thai hiệu quả. Lý do của yêu cầu tránh thai hiệu quả này là không để xuất hiện những triệu chứng lâm sàng, những thông tin về hCG và hình ảnh học của thai kỳ mới làm nhiều loạn việc theo dõi thai trứng. Condom là một lựa chọn tốt, do phương pháp này hoàn toàn không có ảnh hưởng trên diễn biến tự nhiên của hậu thai trứng hay các triệu chứng theo dõi như rong huyết, nhức đầu... **Nhược điểm lớn nhất của condom là hiệu quả tránh thai không thật sự cao. Dụng cụ tử cung tránh thai** (Intra Uterine Devices - IUD) là một lựa chọn tốt vì có **hiệu quả tránh thai rất cao**. Tuy nhiên, các tác dụng phụ của IUD lại là những thông tin gây nhiễu. Quan trọng nhất là **rong huyết**. Rong huyết dưới IUD làm cho việc chẩn đoán phân biệt với các thể GTD không kém tăng cao của hCG như trong trường hợp của bệnh nguyên bào nuôi tồn tại (Persistent Trophoblastic Disease - PTD) hay PSTT. Thuốc nội tiết estrogen-progestogen phối hợp (Combined Oral Contraceptive pills - COCs) là một lựa chọn tốt, do **hiệu quả tránh thai rất cao**. Trước đây, có các nghi ngờ rằng COCs hàm lượng thấp có thể ảnh hưởng đến nhịp điệu trở về bình thường của β -hCG, làm tăng nguy cơ phải thực hiện một cách không cần thiết hóa trị liệu vì diễn biến bất thường của β -hCG. Hiện nay, các bằng chứng phù nhận liên quan của COCs đối với sự diễn biến của β -hCG. COCs cũng không làm tăng tỉ lệ PSTT.. *Nguồn: Bài Team-Based Learning 4-3: Xuất huyết từ cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ. Bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ. Trang 2*