

Quản lý xuất huyết tử cung bất thường liên quan đến thai kỳ

Vương Thị Ngọc Lan, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được các nguyên nhân của xuất huyết tử cung bất thường trong và sau 3 tháng đầu thai kỳ
2. Trình bày được nguyên tắc tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường trong và sau 3 tháng đầu thai kỳ
3. Trình bày được nguyên tắc xử trí xuất huyết tử cung bất thường trong và sau 3 tháng đầu thai kỳ

CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY XUẤT HUYẾT ÂM ĐẠO Ở PHỤ NỮ MANG THAI

Xuất huyết tử cung bất thường liên quan đến thai kỳ còn được gọi là xuất huyết âm đạo ở phụ nữ mang thai. Xuất huyết âm đạo khá thường gặp trong thai kỳ. Nguồn gốc của máu thường là từ mẹ hơn là do thai.

Xuất huyết âm đạo trong thai kỳ thường được chia làm hai nhóm, dựa trên tuổi thai và các nguyên nhân thường gặp:

1. Xuất huyết âm đạo trong 3 tháng đầu thai kỳ
2. Xuất huyết âm đạo trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ

Xuất huyết âm đạo trong 3 tháng đầu thai kỳ khá thường gặp, xảy ra trong khoảng 20-40% phụ nữ có thai. Các kiểu xuất huyết có thể là nhẹ hay nặng, thỉnh thoảng hay liên tục, không kèm đau bụng hay có kèm theo đau bụng.

Bốn nguyên nhân chính của xuất huyết tử cung bất thường trong 3 tháng đầu thai kỳ (không liên quan đến chấn thương) là:

1. Sảy thai
2. Thai ngoài tử cung
3. Bệnh nguyên bào nuôi
4. Xuất huyết do làm tổ của phôi

Và chảy máu không do thai ở người mang thai

Nhóm nguyên nhân sảy thai ở các mức độ khác nhau (dọa sảy thai, sảy thai khó tránh, sảy thai diễn tiến, sảy thai không trọn, sảy thai trọn và sảy thai lưu) là nhóm các nguyên nhân thường gặp nhất. chiếm khoảng 15-20% các thai kỳ có xuất huyết âm đạo.

Thai ngoài tử cung là nguyên nhân ít gặp hơn, chỉ chiếm khoảng 2% các thai kỳ có xuất huyết âm đạo. Dù ít gặp, nhưng thai ngoài tử cung là nguyên nhân quan trọng, vì vỡ thai ngoài tử cung có thể gây xuất huyết trong ổ bụng nặng, đe dọa tính mạng bệnh nhân.

Bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ là một nguyên nhân tương đối không phải là hiếm. Tại Việt Nam, tần suất xảy ra khoảng 1:200 thai kỳ. Việc nhận biết bệnh nguyên bào nuôi có tầm quan trọng đặc biệt, do khả năng diễn tiến của bệnh đi đến ung thư nguyên bào nuôi.

Hiện tượng làm tổ của phôi có thể gây xuất huyết. Dù rằng xuất huyết này là một hiện tượng sinh lý, nhưng tình trạng xuất huyết do làm tổ này lại gây ra nhiều khó khăn và nhầm lẫn trong thực hiện chẩn đoán.

Bệnh lý tử cung, âm đạo, cổ tử cung (polyps, nhiễm trùng/viêm) không phải là một nguyên nhân xuất huyết âm

đạo do thai kỳ chính danh, tuy nhiên do nó xảy ra ở phụ nữ mang thai, nên gây ra khá nhiều lo lắng cho thai phụ, và gây ra nhầm lẫn trong chẩn đoán và xử trí.

Xuất huyết âm đạo trong 3 tháng giữa và cuối thai kỳ ít gặp hơn là xuất huyết âm đạo trong 3 tháng đầu. Các xuất huyết này được xếp chung một nhóm, gọi là xuất huyết xảy ra sau 3 tháng đầu thai kỳ, vì nguyên nhân khá giống nhau.

Các nguyên nhân chính của xuất huyết sau 3 tháng đầu thai kỳ gồm:

- Xuất huyết âm đạo trong trường hợp chuyển dạ do hở eo tử cung (chuyển dạ sau 20 tuần)
- Sảy thai muộn (sảy thai xảy ra sau khi kết thúc 3 tháng đầu, nhưng trước 20 tuần)
- Dọa sanh non
- Nhau tiền đạo
- Nhau bong non
- Vỡ tử cung
- Vỡ các mạch máu tiền đạo

CÁC CÔNG CỤ DÙNG TRONG CHIẾN LƯỢC TIẾP CẬN XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG LIÊN QUAN ĐẾN 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

Mục tiêu của chiến lược tiếp cận là định hướng khảo sát, thiết lập chẩn đoán nguyên nhân khi có thể và loại trừ các nguyên nhân nặng, trầm trọng như thai ngoài tử cung.

Các công cụ dùng trong tiếp cận gồm:

1. Khai thác và tận dụng dữ kiện lâm sàng
2. Siêu âm
3. Khảo sát β -hCG tĩnh và động học β -hCG

Khai thác dữ kiện lâm sàng cung cấp rất nhiều thông tin quan trọng mang tính chất định hướng cho các bước thăm dò kế tiếp.

Khai thác chi tiết tiền sử và bệnh sử là nội dung quan trọng nhất trong mục tiêu tìm kiếm dữ kiện lâm sàng.

Các dữ kiện liên quan đến các lần có thai trước gồm diễn biến, can thiệp và kết cục của các thai kỳ đó. Sanh non tự phát với tuổi thai giảm dần gợi ý một tình trạng suy yếu ở cổ tử cung. Sanh non tự phát với tuổi thai tăng dần gợi ý một tình trạng dị dạng tử cung đang được cải thiện sau mỗi lần mang thai. Tiền sử sanh non với nhiễm trùng sơ sinh gợi ý một tình trạng bất thường của khuẩn hệ âm đạo (microbiome) hay nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B (group B streptococcus).

Tiền sử thai ngoài tử cung bao gồm hoàn cảnh và bối cảnh xảy ra thai ngoài tử cung, các can thiệp đã thực hiện cho thai ngoài tử cung là điều trị nội khoa hay ngoại khoa, các dữ kiện cung cấp bởi phẫu thuật viên hay tường trình phẫu thuật về tình hình vùng chậu và hoặc về tình trạng di chứng của nhiễm *Chlamydia trachomatis* quan sát thấy trong khi phẫu thuật...

Tiền sử sảy thai liên tiếp làm tăng mạnh nguy cơ sảy thai ở lần mang thai này nếu không được chẩn đoán và điều trị hợp lý. Thông tin về kiểu sảy thai, các thăm dò đã được thực hiện trong lần sảy thai đó, cũng như các thăm dò đã thực hiện sau sảy thai như khảo sát bệnh học mô sảy, khảo sát di truyền các sản phẩm thụ thai tổng xuất, khảo sát di truyền của bố và/hoặc mẹ, khảo sát các yếu tố tự miễn, bao gồm cả hội chứng kháng phospholipid...

Điều trị hiếm muộn bằng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản là một nguy cơ của thai ngoài tử cung, cũng như gây khó khăn cho chẩn đoán vị trí thai vì có thể vừa có thai trong tử cung vừa có thai ngoài tử cung (heterotopic pregnancy) trong các trường hợp này. Tuy nhiên, thai sau sinh sản hỗ trợ lại có thể cung cấp những thông tin chính xác và có giá trị liên quan đến tuổi thai.

Dữ kiện liên quan đến lần có thai này là các dữ kiện liên quan đến phương thức có thai như vỡ kế hoạch (thất bại của loại phương pháp tránh thai cụ thể nào) ví dụ như có thai sau tránh thai khẩn cấp thất bại có thể liên quan đến nguy cơ cao sẽ là thai ngoài tử cung, bối cảnh có thai (thai do sinh sản hỗ trợ hay thai tự nhiên).

Lâm sàng còn phải chú trọng đến tính chất của xuất huyết, gồm kiểu xuất huyết, thời gian xuất huyết, triệu chứng đau bụng đi kèm.

Khám lâm sàng mang tính chất cung cấp các dữ kiện bổ sung, củng cố hay bác bỏ các giả định có được qua hỏi tiền sử và bệnh sử

Khám gồm khám tổng quát, đánh giá sinh hiệu, đánh giá lượng máu mất.

Khám bụng tìm phản ứng thành bụng trong trường hợp có xuất huyết nội, hay có tình trạng đau bụng do các nguyên nhân không xác định.

Khám âm đạo nhằm đánh giá kích thước tử cung và so sánh đánh giá sự tương thích với tuổi thai dự đoán có được qua hỏi bệnh. Tìm sự hiện diện của khối cạnh tử cung đau hay không, tình trạng tử cung sau có căng đau không.

Xem kỹ mô được tổng ra từ tử cung.

Siêu âm được xem như là tiếp cận sơ cấp, theo ngay sau phần tìm hiểu và thu thập dữ kiện lâm sàng.

Siêu âm cung cấp các dữ liệu quan trọng về tuổi thai, tính sinh tồn thai và vị trí thai.

Siêu âm lâm sàng tỏ các dữ kiện lâm sàng, đồng thời quyết định can thăm dò thứ cấp theo sau siêu âm.

Siêu âm có vai trò quan trọng, được dùng như tiếp cận sơ cấp, đầu tay trong khảo sát nguyên nhân xuất huyết âm đạo trong 3 tháng đầu thai kỳ.

Tuổi thai định qua siêu âm phải được so sánh với tuổi thai ước tính bằng các dữ kiện lâm sàng. Cần nhắc giá trị của

siêu âm và độ tin cậy của dữ liệu lâm sàng sẽ giúp có một ý niệm tốt nhất về tuổi thai, sinh tồn trứng và vị trí thai.

Khi có chênh lệch về tuổi thai trên siêu âm và trên lâm sàng, buộc phải lâm sàng tỏ về sinh tồn thai lẫn tuổi thai.

Ở tuổi thai đã được xác định là 5.5-6 tuần, nếu siêu âm không thấy túi thai trong tử cung phải nghĩ đến thai ngoài tử cung.

Ngoài ra, siêu âm có thể phát hiện các trường hợp thai bất thường khác như thai trứng và các dạng thức của bệnh nguyên bào nuôi thai kỳ.

Khảo sát β -hCG tĩnh và động học β -hCG là các khảo sát thứ cấp, theo sau các dữ kiện cung cấp bởi siêu âm.

Có 2 khái niệm quan trọng trong sử dụng β -hCG cho tiếp cận xuất huyết tử cung bất thường liên quan đến thai kỳ:

- Khái niệm về diễn biến của β -hCG
- Khái niệm về ngưỡng phân định của β -hCG

β -hCG có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng tình trạng thai ở các giai đoạn rất sớm. Ngược lại, vai trò của β -hCG không còn nữa khi siêu âm đã ghi nhận túi thai có phôi và hoạt động tim thai trong tử cung.

Khái niệm thứ nhất liên quan đến β -hCG là sự diễn biến của β -hCG theo thời gian, hay nói cách khác là động học β -hCG.

Trong khái niệm này, một loạt định lượng β -hCG được thực hiện nhằm cung cấp dữ kiện về diễn biến của nồng độ β -hCG theo thời gian.

Khái niệm động học β -hCG có ích lợi trong 6 tuần đầu thai kỳ khi siêu âm chưa phát hiện vị trí túi thai và chưa xác nhận phôi và hoạt động tim thai.

- β -hCG tăng phù hợp cho biết thai sống trong tử cung. 99.9% thai sống trong tử cung có β -hCG tăng trên 35% mỗi 48 giờ. Tuy nhiên, vẫn có khoảng 21% thai ngoài tử cung có kiểu tăng β -hCG như trên.
- β -hCG bình nguyên hay tăng ít, dưới 35% mỗi 48 giờ gợi ý đi tìm một tình trạng thai ngoài tử cung hay thai trong tử cung có diễn biến bất thường.
- β -hCG giảm gợi ý khả năng là thai trong tử cung nhưng có thể là thai lưu, túi thai trống. β -hCG không cho phép loại trừ khả năng có thai ngoài tử cung.

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 siêu âm qua đường âm đạo (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.

CÁC CÔNG CỤ DÙNG TRONG CHIẾN LƯỢC TIẾP CẬN XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG SAU 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

Xuất huyết âm đạo 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ được chia thành 2 giai đoạn:

- Trước 20 tuần.
- Sau 20 tuần.

Xuất huyết âm đạo trước 20 tuần được khảo sát gần giống như xuất huyết âm đạo trong 3 tháng đầu thai kỳ.

Tuy nhiên, ở giai đoạn này, thai ngoài tử cung ở vòi trứng ít gặp hơn, vì trên 95% thai ngoài tử cung ở vòi trứng đã được chẩn đoán hay đã có biến chứng vỡ và kết thúc trong 3 tháng đầu thai kỳ.

Xuất huyết âm đạo sau 20 tuần cần được đánh giá khác hơn, do nguyên nhân đa dạng của chúng.

Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng tìm các dấu hiệu định hướng

- Đánh giá tình trạng chảy máu nhiều hay ít, còn tiếp tục hay đã ngưng, và có kèm đau bụng không
- Khám tổng quát, sinh hiệu
- Khám bụng tìm cơn gò tử cung, nghe tim thai
- Khám mô vạt tìm hiệu nguồn gốc máu chảy từ đâu, tình trạng xóa mờ cổ tử cung, chú ý không khám bằng tay vì có thể gây chảy máu trầm trọng hơn

Xét nghiệm hemoglobin/hematocrit và xét nghiệm đông máu ngay nếu bệnh nhân có tình trạng huyết động học không ổn định.

Siêu âm cung cấp các thông tin quan trọng cho chẩn đoán và quyết định xử trí

Siêu âm giúp đánh giá tình trạng thai, các đặc tính về vị trí nhau bám (nhau tiền đạo) hay nhau bong non, chiều dài và hình dạng kênh-lỗ trong cổ tử cung.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ CỦA XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG TRONG 3 THÁNG ĐẦU THAI KỲ

Thai ngoài tử cung được nghĩ đến khi có xuất huyết âm đạo và đau bụng trên một trường hợp có trễ kinh cần nghĩ đến thai ngoài tử cung và tìm cách loại trừ.

Sử dụng khái niệm ngưỡng phân định nhằm thiết lập chẩn đoán thai ngoài tử cung.

Khi sử dụng khái niệm này, nên chọn ngưỡng phân định β -hCG là 1200 hay 1500 mIU/mL. Ngưỡng phân định β -hCG 2000 mIU/mL có độ chuyên rất cao, nhưng sẽ bỏ sót rất nhiều chẩn đoán thai ngoài tử cung.

Khái niệm thai không xác định vị trí (pregnancy of unknown location) (PUL) là một khái niệm rất hữu dụng cho quan điểm theo dõi các trường hợp nghi ngờ.

Cũng có thể dùng khái niệm diễn biến của β -hCG. β -hCG bình nguyên hay tăng ít và siêu âm không thấy túi thai trong tử cung cũng nên nghĩ đến thai ngoài tử cung.

Có 2 cách xử trí thai ngoài tử cung:

- Nội khoa: sử dụng methotrexate khi khối thai ngoài tử cung nhỏ, chưa vỡ, nồng độ β -hCG không quá cao
- Ngoại khoa được chỉ định khi thất bại điều trị nội khoa hay khi khối thai lớn, hay khi khối thai nằm ở góc tử cung, hay khi nồng độ β -hCG cao, khối thai ngoài tử cung đã vỡ. Điều trị ngoại khoa có thể là bảo tồn vòi trứng hay cắt vòi trứng.

Dọa sảy thai với xuất huyết tử cung nhưng cổ tử cung còn đóng. Tình trạng thai cần được xác nhận qua siêu âm.

Thai sống trong tử cung. Khoảng 90-96% xuất huyết âm đạo trong 7-11 tuần có thai sống trong tử cung không thật sự sảy thai. Do đó, trường hợp này được gọi là dọa sảy thai. Cơ chế của xuất huyết này có thể do vỡ một mạch máu ở màng ối tiếp giáp mẹ-thai. Siêu âm có thể không tìm thấy vị trí xuất huyết hay có thể thấy khối máu tụ dưới màng ối. Điều trị chỉ là theo dõi tình trạng xuất huyết, chờ xuất huyết tự giới hạn.

Sảy thai khó tránh với xuất huyết tử cung nhiều, cổ tử cung đã mở, chảy máu tăng dần kèm theo đau bụng do gò tử cung. Có thể thấy mô thai thập thò ở cổ tử cung và mô thai thường bị tống vào âm đạo trong một thời gian ngắn sau đó. Xử trí tùy theo tình trạng tổng quát. Có thể là theo dõi đơn thuần. Có thể dùng thuốc có hoạt tính oxytocics để hỗ trợ. Hút nạo để làm sạch buồng tử cung là một biện pháp không nên thực hiện thường qui, chỉ thực hiện khi chảy máu rất nhiều, cần kết thúc nhanh chóng.

Sảy thai trọn thường thấy nếu sảy thai trước 12 tuần. Trường hợp này mô thai đã được tống xuất hoàn toàn ra khỏi tử cung, khám lâm sàng thấy tử cung nhỏ hơn tuổi thai, cổ tử cung có thể đóng hay mở, chảy máu âm đạo chỉ còn ít và chỉ còn đau bụng nhẹ. Siêu âm thấy lòng tử cung trống.

Phân biệt sảy thai trọn và thai ngoài tử cung dựa vào (1) sự hiện diện của mô thai-nhau lẫn với máu chảy ra ngoài, (2) nồng độ β -hCG giảm sau tống xuất và (3) bệnh nhân mô tả giảm đau bụng và giảm chảy máu sau khi thấy mô được tống xuất ra ngoài.

Sảy thai không trọn với một phần các sản phẩm thụ thai vẫn còn kẹt lại trong buồng tử cung sau khi mô thai và màng thai đã được tổng xuất. Sảy thai không trọn thường xảy ra ở tuổi thai cuối 3 tháng đầu hay 3 tháng giữa thai kỳ. Khám thấy cổ tử cung mở, tử cung nhỏ hơn tuổi thai nhưng không co hồi tốt. Chảy máu có thể nhiều hay ít, vẫn còn đau bụng. Siêu âm thấy còn mô trong lòng tử cung.

Xử trí bằng cách hút nạo làm sạch buồng tử cung, cho phép tử cung co hồi tốt. Cần thận trọng ý rằng là hình ảnh siêu âm của máu cục sau sảy thai trọn khá giống với hình ảnh của sót sản phẩm thụ thai.

Một trong những chẩn đoán phân biệt khó khăn nhất của sảy thai không trọn là phân biệt với thai ngoài tử cung. Khái niệm ngưỡng phân định, động học của β -hCG và phân tích các đặc điểm khảo sát hình ảnh sẽ giúp cho phân định.

Thai lưu được hiểu là tình trạng thai ngưng phát triển hay chết trong tử cung trước 20 tuần. Người phụ nữ có thể cảm thấy nghén, căng ngực ít đi. Chảy máu âm đạo thường ít, cổ tử cung đóng. Siêu âm thấy túi thai trống không phôi (blighted ovum) hay có phôi nhưng không có hoạt động tim thai. Xử trí có thể là chờ đợi thai sảy tự nhiên hay dùng thuốc gây sảy thai nếu thai không tự sảy (thường là dùng misoprostol đơn thuần). Hút lòng tử cung cũng là một lựa chọn.

Phôi làm tổ cũng gây chảy máu. Đây là chẩn đoán loại trừ. Kiểu xuất huyết này thường là ít, vài giọt trong 10-14 ngày đầu sau thụ tinh hay tại thời điểm vừa trễ kinh.

Thỉnh thoảng, chảy máu có thể nhiều trong vài trường hợp có thể như có kinh bình thường, gây tâm lý lo ngại. Không cần xử trí gì trong trường hợp này.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ CỦA XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG TRONG 3 THÁNG GIỮA VÀ TRƯỚC 20 TUẦN

Hở eo tử cung là một chẩn đoán lâm sàng.

Chẩn đoán khi cổ tử cung xóa mờ, màng ối bị đẩy ra khỏi lỗ trong cổ tử cung trong điều kiện không có cơn co tử cung.

Khai thác tiền sử là quan trọng. Tiền sử can thiệp trên cổ tử cung như khoét chớp cổ tử cung là một gợi ý. Tiền sử sanh non kiểu: đột ngột vỡ ối rồi sanh cực nhanh không kèm đau bụng một bé còn sống, với tuổi thai nhỏ dần qua các lần sanh là một tiền sử đặc trưng.

Triệu chứng gồm xuất huyết âm đạo vài giọt hay nhiều, dịch âm đạo nhiều, nhầy, nâu, cảm giác khó chịu ở phần thấp của tử cung hay đau lưng.

Một số bệnh nhân không có triệu chứng, siêu âm giúp ghi nhận cổ tử cung ngắn với tiền căn sinh non.

Xử trí bằng cách khâu cổ tử cung hay có thể đặt vòng nâng cổ tử cung.

Nhau bong non có thể xảy ra trước 20 tuần với các đặc điểm chảy máu kèm đau bụng nhiều. Tử cung gò liên tục, không phân biệt khoảng nghỉ.

Diễn biến nặng, rối loạn đông máu do tăng tiêu thụ và gây tiêu sợi huyết thứ phát.

Trong nhau bong non, siêu âm không mang lại nhiều thông tin. Khối máu tụ sau nhau không phải dễ nhận ra trên siêu âm. thấy khối máu tụ sau nhau, tách nhau ra khỏi màng rụng đáy. Diễn tiến thường là cổ tử cung mở nhanh và thai bị tổng xuất ra ngoài. Ở tuổi thai này, thai không thể sống được khi ra khỏi tử cung.

Sảy thai được chẩn đoán và xử trí như trong 3 tháng đầu.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT VÀ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ CỦA XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG TRONG 3 THÁNG GIỮA VÀ SAU 20 TUẦN

Liên quan đến xuất huyết sau 20 tuần, các nguyên nhân là nhau tiền đạo, nhau bong non, vỡ các mạch máu tiền đạo và vỡ tử cung được trình bày riêng và đầy đủ trong chương trình sản khoa ¹.

¹ Bài giảng Sản khoa, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 2016. Chủ đề: Cấp cứu Sản khoa.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Obstetrics and gynecology 7th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2014

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Obstetrics and gynecology 7th edition. Tác giả Beckmann. Hợp tác xuất bản với ACOG. Nhà xuất bản Wolters Kluwer Health 2014.