

## ĐÁP ÁN CHO CASE 40

### Xuất huyết do rối loạn chức năng tử cung

*Tóm tắt: Một trẻ nữ phàn nàn về chảy máu kinh nhiều nhưng chu kỳ đều mà có hậu quả là thiếu máu và hạ huyết áp tư thế.*

- **Chẩn đoán nghĩ nhiều nhất:** Xuất huyết do rối loạn chức năng tử cung (Dysfunctional uterine bleeding - DUB).
- **Xử trí:** Bổ sung sắt và thuốc tránh thai đường uống đơn pha liều thấp (monophasic low-dose oral contraceptive pills [OCPs]) trong 3 tới 6 tháng cũng với việc theo dõi hemoglobin trong 6 tuần.

## PHÂN TÍCH

### Mục Tiêu

1. Liệt kê các chẩn đoán có thể với xuất huyết tử cung bất thường.
2. Mô tả các đánh giá phù hợp với xuất huyết tử cung bất thường.
3. Phân biệt cách xử trí khác nhau của DUB dựa vào triệu chứng và các dạng xuất huyết.

**Đặt vấn đề** <https://trungtamthuoc.com/>

Chảy máu kinh mà dẫn đến thiếu máu và hạ huyết áp tư thế là không thường gặp, và cần đánh giá kỹ hơn. Xuất huyết quá mức có thể gây ra do mang thai; dù cô bé không quan hệ tình dục, test thai trong nước tiểu nên là một phần trong việc đánh giá. Bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh lý ác tính và chấn thương cũng nên được xem xét.

Tiếp cận

### Xuất huyết do rối loạn chức năng tử cung

## CÁC ĐỊNH NGHĨA

**Cường kinh (menorrhagia):** Xuất huyết tử cung quá mức và/hoặc kéo dài với chu kỳ kinh đều.

**Rong kinh (metrorrhagia):** Xuất huyết âm đạo không đều giữa các kỳ kinh.

**Cường - rong huyết (menometrorrhagia):** Xuất huyết tử cung không đều cùng với xuất huyết quá mức và/hoặc kéo dài.

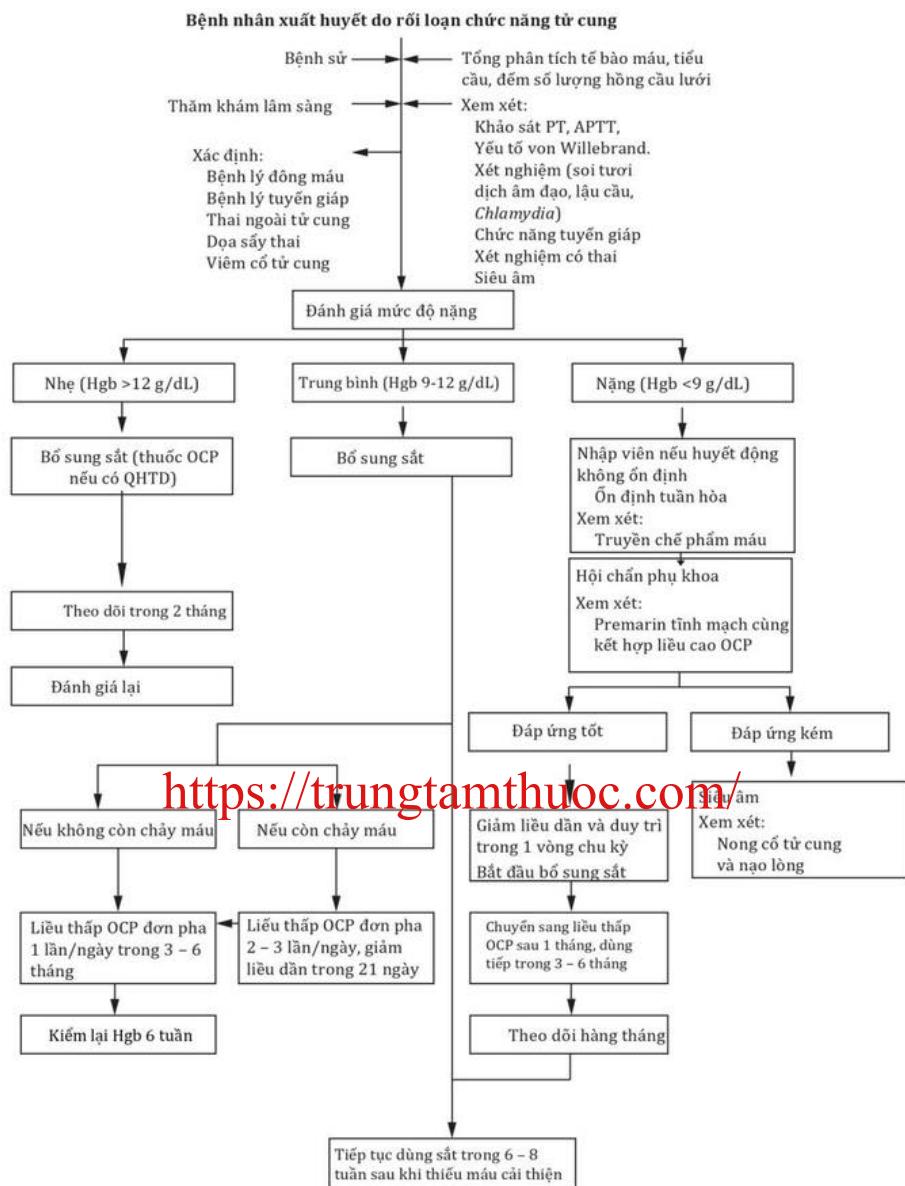
## TIẾP CẬN LÂM SÀNG

Xuất huyết do rối loạn chức năng tử cung là xuất huyết quá mức xảy ra cả trong chu kỳ đều (cường kinh) hoặc không đều và không liên quan đến chu kỳ bình thường (rong huyết). Xuất huyết do rối loạn chức năng tử cung là chẩn đoán loại trừ; các chẩn đoán khác phải xem xét đầu tiên. Ở các phụ nữ trẻ biểu hiện xuất huyết âm đạo bất thường, khoảng 9% sẽ có nguyên nhân từ cơ quan như thai ngoài tử cung hoặc dọa sẩy thai; các nguyên nhân có thể khác gồm nhiễm trùng (viêm cổ tử cung, nhiễm HPV, nhiễm trichomonas), chấn thương, thuốc ngừa thai bằng hormone và các thuốc khác, dị vật, hoặc ác tính. Số phụ nữ còn lại sẽ có không có nguyên nhân rõ ràng gây xuất huyết và sẽ được chẩn đoán với xuất huyết tử cung do rối loạn chức năng, hoặc bất thường.

Biểu hiện điển hình của trẻ vị thành niên có chu kỳ kinh đều sau đó sẽ diễn biến chảy máu kinh nặng hoặc kéo dài, hoặc xuất huyết không đều. Xuất huyết thường không đau. Khía cạnh quan trọng của bệnh sử gồm các lần chảy máu kinh trước đó, độ dài chu kỳ kinh, số ngày có kinh, và mức độ của xuất huyết (có thể thu thập bằng hỏi về số lượng băng vệ sinh hoặc băng vệ sinh dạng que (tampon) sử dụng mỗi ngày). Tiền sử gia đình nên bao gồm các thành viên khác có vấn đề chảy máu như xuất huyết quá mức sau phẫu thuật và phụ nữ cần cắt tử cung sau sanh con.

Sau khi xác nhận bệnh nhân không có thai, đánh giá cận lâm sàng quan trọng tiếp theo là hemoglobin. Mức độ thiếu máu giúp phân nhóm độ nặng xuất huyết và định hướng xử trí (Hình 40-1). Phụ nữ với hemoglobin lớn hơn 12 g/dL được xem là xuất huyết nhẹ, và có thể xử trí với chỉ dùng thuốc sắt bổ sung kèm theo dõi sát. Mức hemoglobin từ 9 tới 12 g/dL được xem là hậu quả của xuất huyết mức độ trung bình nặng; điều trị gồm sắt và thuốc ngừa thai OCP đơn pha. Phụ nữ có hemoglobin nhỏ hơn 9 g/dL được xem là có xuất huyết nặng, và có thể cần nhập viện kèm truyền máu. Estrogen đường truyền tĩnh mạch (Premarin) và thuốc ngừa thai đường uống liều cao được dùng cho đến khi chảy máu dừng lại; nếu chảy máu tiếp tục dù đã dùng những biện pháp trên, có thể cần nong cổ tử cung và nạo lòng tử cung (dilatation and curettage). Mặc dù các liều cao estrogen này làm tăng các lo ngại mang tính lý thuyết về các biến chứng huyết khối, chưa từng có báo cáo nào cùng việc cần thiết sử dụng thời gian ngắn trong chẩn đoán bệnh này.

Bệnh nhân có xuất huyết do rối loạn chức năng tử cung cần tiếp tục thuốc tránh thai đường uống trong 3 - 6 tháng. Sau khi chu kỳ kinh đều và không còn chảy máu bất thường, có thể giảm dần thuốc OCP cùng việc theo dõi sát sao. Bổ sung sắt nên được tiếp tục tới 2 tháng sau khi tình trạng thiếu máu được cải thiện.



**Hình 40-1.** Đánh giá xuất huyết do rối loạn chức năng tử cung. Hgb, hemoglobin; OCP, thuốc ngừa thai đường uống. *Reproduced, with permission, from Kaplan DW, Love-Osborne L. Adolescence. In: Hay WW, Levin MJ, Sondheimer JM, Deterding RR, eds. Current Diagnosis and Treatment in Pediatrics. 19th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2009:128.*

## Các câu hỏi lượng giá

- 40.1 Một thiếu nữ 15 tuổi xuất hiện tới trung tâm cấp cứu bệnh viện khu vực, phàn nàn về đau bên trái bụng, xuất huyết âm đạo nhẹ, chóng mặt trong những ngày nay. Khi hỏi thêm các câu hỏi thì bạn nhận thấy cô bé có những cơn sấp ngất (near-synopal) vài lần gần đây nhất khi cố gắng đứng dậy. Cô bé không sốt, quan hệ tình dục, các lần xuất huyết âm đạo giữa chu kỳ trước đây, chấn thương bụng hay niệu – sinh dục. Khi khám, bệnh nhân xanh xao và nhịp tim nhanh. Cô bé đau bụng có phản ứng dội và đề kháng một nửa bụng trái, và lan ra sau lưng. Hemoglobin cô bé là 5 g/dL, bạch cầu là 12,000/mm<sup>3</sup>, và tiểu cầu 210,000/mm<sup>3</sup>. Nồng độ huyết thanh β-HCG là 1800 IU/mL. Chẩn đoán nào dưới đây nghĩ nhiều nhất?
- A. Rong huyết kèm hậu quả thiếu máu.
  - B. Viêm nhiễm vùng chậu
  - C. Quá liều thuốc Salicylate
  - D. Thai ngoài tử cung vỡ
  - E. Bệnh lý ác tính ở tử cung
- 40.2 Một thiếu nữ 13 tuổi đến phòng khám để kiểm tra sức khỏe thể thao thể chất trước khi bắt đầu mùa chơi bóng rổ. Cô bé không phàn nàn gì, nhưng muốn thảo luận về vaccine HPV mà vài người bạn cô bé trước đó đã tiêm. Câu phát biểu sau đây đúng nhất về HPV và vaccine?
- A. Vaccine HPV chỉ được chỉ định trước khi người phụ nữ quan hệ tình dục lần đầu.
  - B. Chủng HPV type 6 và 11 có nguy cơ ung thư cao và được bao gồm có trong vaccine.
  - C. HPV vaccine giúp ngừa ung thư cổ tử cung nhưng không ngừa sùi mào gà sinh dục.
  - D. HPV types 16 và 18 liên quan đến phần lớn ung thư cổ tử cung.
  - E. Ngất sau tiêm đã được báo cáo và là phản ứng phụ đặc trưng của vaccine HPV.

- 40.3 Một cô bé 16 tuổi xuất hiện tại phòng khám của bạn phàn nàn về xuất huyết âm đạo kéo dài. Cô bé được gặp 3 tháng trước khi bạn ghi nhận thiếu máu mức độ nhẹ với 13 g/dL, chẩn đoán với xuất huyết tử cung do rối loạn chức năng và bắt đầu dùng bổ sung sắt. Hôm nay cô bé thiếu năng lượng và xanh xao. Mức hemoglobin tại phòng khám là 6 g/dL, tiểu cầu bình thường và que thử thai qua nước tiểu vẫn âm tính. Bạn cho cô bé nhập viện tại bệnh viện khu vực và chỉ định truyền khói hồng cầu. Bên cạnh việc ổn định hệ tuần hoàn của bệnh nhân, điều nào sau đây là phù hợp nhất tiếp theo trong xử trí cấp tính tình trạng của cô bé?
- A. Liều thấp thuốc tránh thai đường uống đơn pha
  - B. Truyền tĩnh mạch estrogen liên hợp (Premarin) và kết hợp thuốc OCP liều cao.
  - C. Cắt tử cung
  - D. Cho xuất viện sau khi truyền máu kèm bổ sung sắt
  - E. Liều thấp thuốc tránh thai đường uống ba pha.
- 40.4 Một thiếu nữ 19 tuổi biểu hiện nhiệt độ là 101.2°F (38.4°C), đau hạ vị, dịch tiết âm đạo có máu, và đau khi quan hệ tình dục. Cô bé không buồn nôn hay nôn, và vẫn còn uống được. Khám lâm sàng có di động cổ tử cung đau. Xét nghiệm thai trong nước tiểu âm tính, và siêu âm bụng một phần tư dưới phải thì âm tính với viêm ruột thừa. Điều nào dưới đây phù hợp để điều trị ngoài trú phì bệnh lý có khả năng xảy ra ở cô bé này?
- A. Levofloxacin, 500 mg uống một lần/ngày trong 14 ngày như phác đồ một thuốc
  - B. Ofloxacin, 400 mg uống hai/lần trong 14 ngày như phác đồ một thuốc.
  - C. Ceftriaxone, 250 mg tiêm bắp liều duy nhất như phác đồ một thuốc
  - D. Levofloxacin, 500 mg đường uống một lần/ngày, và doxycycline, 100 mg đường uống hai lần/ngày, dùng cả hai trong 14 ngày.
  - E. Ceftriaxone, 250 mg tiêm bắp một lần duy nhất và doxycycline, 100 mg uống hai lần/ngày trong 14 ngày.

## ĐÁP ÁN

- 40.1 D. Tam chứng kinh điển của đau bụng, xuất huyết âm đạo và vô kinh chỉ xảy ra khoảng 50% các trường hợp thai ngoài tử cung. Vì thai ngoài tử cung là nguyên nhân hàng đầu liên quan tử vong khi mang thai ở tam cá nguyệt đầu; bác sĩ buộc phải nghĩ đến chẩn đoán ở mọi phụ nữ trong độ tuổi sinh sản có đau bụng. Các yếu tố nguy cơ của thai ngoài tử cung gồm viêm nhiễm vùng chậu (pelvic inflammatory disease - PID), dụng cụ tử cung (intrauterine device - IUD), thai ngoài tử cung trước đây, trước đây có phẫu thuật ống

dẫn trứng, lớn tuổi, dùng các thuốc kích trứng (fertility drug), và hút thuốc. Bởi bệnh nhân này huyết động không ổn định, nhập viện và phẫu thuật được chỉ định; tuy nhiên, bệnh nhân huyết động ổn định có thể xử trí theo dõi sát sao hoặc điều trị với methotrexate.

- 40.2 **D.** Vaccine HPV tứ giá (Quadrivalent human papillomavirus vaccine [Gardasil]) được cấp phép năm 2006, và chỉ định cho ngừa HPV type 6, 11, 16, và 18. Type 6 và 11 gây khoảng 90% các sùi mào gà, nhưng nguy cơ ác tính thấp. Type 16 và 18 gây khoảng hai phần ba các ca ung thư cổ tử cung. Tiêm phòng trước quan hệ tình dục lần đầu là lý tưởng, nhưng kể cả phụ nữ đã quan hệ tình dục vẫn hưởng lợi ích từ tiêm vaccine; vì không có xét nghiệm sàng lọc hiện có mang tính thương mại trong việc xác định chủng mà người phụ nữ đã từng mắc phải, vaccine có thể vẫn tạo ra vài sự bảo vệ. Vaccine gồm chuỗi ba liều tiêm. Tác dụng phụ thường gặp là đau đầu và đau tại vị trí tiêm. Phản ứng với bào tử nấm (yeast) là chống chỉ định. Ngất đã được báo cáo ở nhóm dân số vị thành niên đối với mọi loại vaccine; các khuyến cáo gần đây gợi ý theo dõi trẻ vị thành niên 15 phút sau vaccine.
- 40.3 **B.** Dựa theo mức thiếu máu của cô bé, xuất huyết do rối loạn chức năng tử cung được phân loại nặng, và cần thiết nhập viện. Ốn định hệ tuần hoàn và truyền chất lỏng để tránh kẹt thuốc phải làm là cầm máu. Truyền tĩnh mạch Premarin dạng liên hợp với liều cao thuốc OCP là bước tiếp theo. Nếu điều trị thành công trong việc giảm xuất huyết, cô bé có thể tiếp tục dùng liều cao OCP trong một tháng và sau đó chuyển sang liều thấp OCP. Nếu vẫn còn tiếp tục chảy máu sau truyền tĩnh mạch Premarin và liều cao OCP, nong cổ tử cung và nạo lòng là điều cần thiết.
- 40.4 **E.** Hơn một triệu phụ nữ bị PID ở Hoa Kỳ mỗi năm, và hơn một phần tư số này phải nhập viện. PID thường gặp ở nhóm dân số tuổi teen và giảm dần tỷ lệ theo độ tuổi tăng dần. Vì các dấu hiệu và triệu chứng xuất hiện đa dạng, chẩn đoán có thể khó khăn. Cục CDC khuyến cáo rằng điều trị theo kinh nghiệm nên được bắt đầu nếu phụ nữ trẻ có nguy cơ PID kèm đau vùng bụng dưới hoặc vùng chậu, các nguyên nhân đau khác không thể xác định, và bệnh nhân có: (1) di động cổ tử cung đau, (2) đau tử cung, hoặc (3) đau phần phụ. Điều trị nhắm tới cả lậu cầu và chlamydia. Các khảo sát gần đây của CDC đã cho thấy rằng lậu cầu đề kháng fluoroquinolone đang lan rộng ở Hoa Kỳ, nên các fluoroquinolone đã không còn được khuyến cáo trong điều trị PID.

### Đúc Kết Lâm Sàng

- Mang thai và bệnh lây qua đường tình dục phải được xem xét ở mọi thiếu nữ có xuất huyết âm đạo bất thường.
- DUB có thể chảy máu quá mức với các khoảng giữa kỳ kinh bình thường (cường kinh), hoặc các khoảng giữa kỳ kinh không đều (rong huyết).
- Dùng xuất huyết có thể đạt được bằng việc sử dụng thuốc OCP đường uống; đôi khi, estrogen đường tĩnh mạch là cần thiết.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Buzzini SR, Gold MA. Menstrual disorders. In: McMillan JA, Feigin RD, DeAngelis CD, Jones MD, eds. *Oski's Pediatrics: Principles and Practice*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:561-566.

Centers for Disease Control and Prevention et al. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep/CDC*. 2006;55(RR-11):56-61.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Update to CDC's sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006: fluoroquinolones no longer recommended for treatment of gonococcal infections. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2007;56(14):332-336. <https://trungtamthuoc.com/>

Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC III, Wenstrom KD. Ectopic pregnancy. In: Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC III, Wenstrom KD, eds. *Williams Obstetrics*. 22nd ed. Available at <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=721129>.

Daley Matthew F, Simoes Eric A, Nyquist Ann-Christine. Immunization. In: Hay WW, Jr., Levin MJ, Sondheimer JM, Deterding RR, eds. *Current Diagnosis and Treatment: Pediatrics*. 19th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2009:262-263.

Jenkins RR. Menstrual problems. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2007:836-842.

Kaplan DW, Love-Osborne L. Gynecological disorders in adolescence. In: Hay WW, Levin MJ, Sondheimer JM, Deterding RR, eds. *Current Diagnosis and Treatment in Pediatrics*. 19th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2009:120-130.