



## TIẾP CẬN XUẤT HUYẾT ÂM ĐẠO BẤT THƯỜNG Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

**BS. Nguyễn Khánh Linh**  
*IVF Vạn Hạnh*

### Giới thiệu

**X**uất huyết âm đạo bất thường là một bệnh lý thường gặp ở trẻ vị thành niên. Có nhiều nguyên nhân gây xuất huyết âm đạo bất thường, trong đó nguyên nhân thường gặp nhất ở lứa tuổi vị thành niên là xuất huyết tử cung chức năng (DUB: dysfunctional uterine bleeding) do trục hạ đồi - tuyến yên - buồng trứng hoạt động chưa hoàn chỉnh, tạo ra những chu kỳ không rụng trứng. Tuy nhiên, xuất huyết âm đạo bất thường cũng có thể là một biểu hiện của một bệnh lý thực thể tiềm ẩn. Việc tìm kiếm nguyên nhân, mức độ xuất huyết cần được quan tâm và xử trí thích hợp.

### Định nghĩa và sinh lý bệnh

#### *Hành kinh bình thường*

Hành kinh được gọi là bình thường khi xảy ra vào các khoảng thời gian đều đặn có tính chu kỳ, cách nhau từ 21 đến 40 ngày, với thời gian có kinh từ 2 đến 7 ngày, lượng máu mất trung bình từ 20 đến 80ml (Mitan & Slap, 2008).

#### *Sinh lý bệnh*

Chu kỳ kinh nguyệt được bắt đầu tính từ ngày có kinh đầu tiên của chu kỳ đó, kết thúc vào ngày cuối cùng trước ngày có kinh lại của chu kỳ kinh kế tiếp. Mỗi chu kỳ kinh bình thường phải trải qua 3 giai đoạn: giai đoạn nang noãn, giai đoạn rụng trứng và giai đoạn hoàng thể.

Trong giai đoạn nang noãn, vùng hạ đồi tiết ra các xung GnRH kích thích tuyến yên chế tiết hormon FSH và LH. Hai hormon này sẽ kích thích sự phát triển của các nang noãn và sự tổng hợp các nội tiết steroid của buồng trứng là androgen và estrogen. Nồng độ tăng cao của estrogen sẽ kích thích sự tăng sinh của nội mạc tử cung và tạo ra một phản hồi âm tính lên sự chế tiết FSH của tuyến yên. Estrogen tạo ra một phản hồi dương tính lên tuyến yên đối với LH, làm cho LH tăng cao lên đến đỉnh vào giữa chu kỳ, kích thích rụng trứng. Sau khi rụng trứng, phần nang noãn còn lại sẽ hình thành hoàng thể, bắt đầu giai đoạn hoàng thể. Giai đoạn hoàng thể thường ít biến động, kéo dài khoảng 14 ngày sau khi rụng trứng. Hoàng thể sản xuất progesterone và một lượng nhỏ estrogen. Progesterone giúp cho lớp nội mạc

tử cung biến đổi thuận lợi cho sự làm tổ của phôi. Nếu không có phôi làm tổ, hoàng thể sẽ thoái hóa khiến cho nồng độ progesterone và estrogen giảm dần, làm cho lớp nội mạc tử cung tróc ra, bắt đầu một chu kỳ kinh mới. Estrogen giảm tiếp tục gây ra một phản hồi lên vùng hạ đồi và tuyến yên, gây kích thích sự sản xuất FSH và LH.

Xuất huyết âm đạo bất thường ở trẻ vị thành niên thường do sự hoạt động chưa hoàn chỉnh của trục hạ đồi - tuyến yên - buồng trứng, trong đó không xảy ra các tác động phản hồi khiến cho không có hiện tượng rụng trứng. Theo một nghiên cứu đoàn hệ của Phần Lan, khoảng 85% trẻ vị thành niên không có hiện tượng rụng trứng trong năm đầu tiên sau khi khởi phát kinh nguyệt. Phải mất đến khoảng 2-3 năm sau lần hành kinh đầu tiên, trẻ mới có kinh đều đặn (Gray and Emans, 2007; Lavin, 1996).

**Hành kinh bất thường** gồm các dạng sau:

- Rong kinh là hiện tượng hành kinh vào đúng chu kỳ nhưng kéo dài hơn 7 ngày liên tục hoặc mất máu hơn 80ml.
- Ra huyết vào các ngày nằm ngoài khoảng hành kinh bình thường được gọi là rong huyết.
- Ra huyết nặng, kéo dài khiến chu kỳ kinh hoàn toàn rối loạn, không thể xác định đâu là ngày hành kinh bình thường đâu là thời gian xuất huyết được gọi là rong kinh rong huyết.
- Chu kỳ kinh nguyệt kéo dài từ 41 ngày đến 3 tháng được gọi là kinh thưa, dưới 21 ngày gọi là đa kinh.
- Xuất huyết tử cung chức năng được định nghĩa là sự tróc ra bất thường của lớp lót nội mạc tử cung nhưng không có một bất thường nào về cấu trúc hay bệnh lý của nội mạc tử cung, nguyên nhân của DUB thường nhất là do không rụng trứng (Gray and Emans, 2007; Mitan and Slap, 2008).

## Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

### Chẩn đoán

Xuất huyết âm đạo bất thường ở trẻ vị thành niên có nguyên nhân thường nhất là do không rụng trứng vì trục

hạ đồi - tuyến yên - buồng trứng chưa hoàn thiện (xuất huyết tử cung chức năng). Tuy nhiên, đây là một chẩn đoán loại trừ, cần phải loại trừ hết các chẩn đoán phân biệt khác trước khi kết luận là trẻ bị xuất huyết do không rụng trứng (Gray and Emans, 2007).

### Chẩn đoán phân biệt

Một số vấn đề cần lưu ý khi chẩn đoán nguyên nhân xuất huyết âm đạo bất thường ở trẻ vị thành niên:

- Một số nguyên nhân phải được nghĩ đến đầu tiên vì nếu không kịp phát hiện, bệnh có thể rất nặng và dẫn đến tử vong (như các biến chứng có liên quan đến thai kỳ, đặc biệt là thai ngoài tử cung).
- Một số bệnh lý suy giảm dòng tiểu cầu có thể được phát hiện một cách nhanh chóng bằng xét nghiệm công thức máu toàn phần.
- Trẻ vị thành niên thường có một bất thường tiềm ẩn nếu bé nhập viện và có nồng độ Hb dưới 10g/dl (Claessens & Cowell, 1981).
- Viêm vùng chậu có thể biểu hiện với xuất huyết âm đạo và đau bụng dưới.
- Trong khi phụ nữ trưởng thành thường có các bệnh lý như u xơ tử cung, loạn sản hoặc ung thư, trẻ vị thành niên lại hiếm khi có các bệnh lý này. Tuy nhiên, các bệnh lý này đôi khi vẫn có thể thấy ở phụ nữ trẻ, và các bệnh này vẫn phải nằm trong nhóm cần chẩn đoán phân biệt của xuất huyết bất thường (Emans, 2005).

Nhìn chung, có các chẩn đoán phân biệt sau:

- **Rối loạn nội tiết:** suy/cường giáp, bệnh lý tuyến thượng thận, tăng prolactin máu, hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS), suy buồng trứng sớm, xuất huyết giữa chu kỳ kinh



- **Biến chứng liên quan đến thai kỳ:** dọa sẩy thai, sẩy thai không hoàn toàn, thai ngoài tử cung, bệnh nguyên bào nuôi, biến chứng sau chấm dứt thai kỳ
- **Nhiễm trùng:** viêm cổ tử cung, viêm âm đạo, nhiễm trùng vùng chậu
- **Rối loạn đông cầm máu:** giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu do bệnh von Willebrand, rối loạn chức năng gan
- **Bệnh lý âm đạo, cổ tử cung, tử cung:** chấn thương âm đạo, dị vật âm đạo, ung thư âm đạo, cổ tử cung, polyp cổ tử cung, u máu, u xơ tử cung dưới niêm, bất thường bẩm sinh, polyp lòng tử cung, ung thư tử cung, đặt dụng cụ tử cung
- **Buồng trứng:** nang buồng trứng, u lành/ ác tính của buồng trứng
- **Lạc nội mạc tử cung.**
- **Bệnh hệ thống:** đái tháo đường, bệnh thận, hồng ban lupus hệ thống.
- **Do thuốc:** ngừa thai, kháng đông, ức chế tiểu cầu, androgens, spironolactone, điều trị tâm thần.

Chìa khóa để chẩn đoán căn nguyên của xuất huyết bất thường chính là khai thác tốt bệnh sử về chu kỳ kinh của bệnh nhân, bao gồm cả đánh giá lượng kinh, để xác định liệu những triệu chứng của bệnh nhân có thực sự nằm ngoài giới hạn bình thường hay không. Bên cạnh đó, cần khai thác tốt tiền sử cá nhân và gia đình, thăm khám tổng thể và làm các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán loại trừ.

## Bệnh sử

Ngoài việc hỏi về dạng xuất huyết và lượng máu mất, cần hỏi về các triệu chứng khác đi kèm của bệnh nhân để giúp xác định căn nguyên và đánh giá mức độ xuất huyết và ảnh hưởng của tình trạng xuất huyết đối với tổng trạng của bệnh nhân.

- **Triệu chứng toàn thân:** mệt mỏi, thay đổi cân nặng, đổ mồ hôi về đêm, hoặc bốc nóng mặt
- **Đầu, mắt, tai, mũi, họng:** chảy máu mũi hoặc nước răng
- **Tim mạch:** hồi hộp, đánh trống ngực, nhịp tim nhanh
- **Hô hấp:** khó thở, nhịp thở ngắn
- **Tiêu hóa:** đau bụng, tiêu chảy, táo bón

- **Tiết niệu-sinh dục:** rối loạn đi tiểu; tiết dịch âm đạo, giao hợp, hành kinh đau
- **Huyết học:** dễ bị chảy máu hay da có những vết bầm máu
- **Thần kinh:** nhức đầu, nhìn đôi hoặc mất thị trường
- **Da:** mọc lông bất thường, mụn trứng cá, rụng tóc
- **Khác:** tiết dịch núm vú

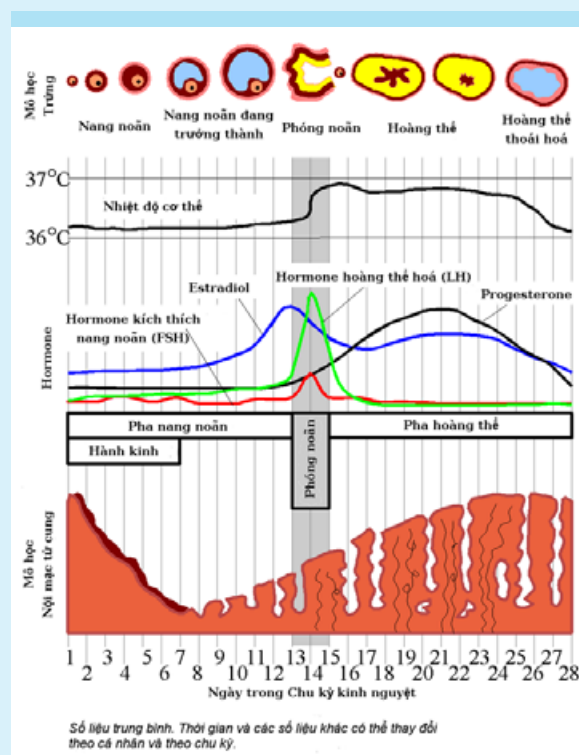
## Tiền sử

### Tiền sử nội ngoại sản khoa

- Bệnh toàn thân
- Thiếu máu
- Tiền căn sẩy thai và/hoặc nạo thai
- Các thuốc đang dùng: thuốc đông tây y
- Hóa trị trước đó

### Tiền sử kinh nguyệt

- Tuổi có kinh lần đầu: bệnh nhân có kinh lần đầu trễ thường có thời gian có các chu kỳ kinh không đều, không rụng trứng dài hơn (Vihko & Apter, 1984)
- Đặc điểm của chu kỳ kinh đầu tiên: chu kỳ hành kinh đầu tiên lượng nhiều có thể là dấu hiệu của một bệnh



lý xuất huyết, thường gặp nhất là bệnh von Willebrand (Claessens and Cowell, 1981, Brown, 2005)

- Số chu kỳ kinh đều, nếu có
- Số băng vệ sinh sử dụng trong 24 giờ và dùng trong bao nhiêu ngày. Kinh ra ướt đẫm hơn 3 băng vệ sinh một ngày trong vòng 3 ngày hoặc hơn 3 ngày thường tương đương với lượng máu mất nhiều hơn 80ml (Brown, 2005)
- Tiền sử ra kinh nhiều, ra máu cục hoặc ra kinh rỉ rả, đặc biệt là vào ban đêm, có thể liên quan đến các rối loạn co cục máu (Brown, 2005)

### Quan hệ xã hội và quan hệ tình dục

- Các yếu tố nguy cơ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục và có thai:
  - Tuổi quan hệ tình dục lần đầu và số bạn tình
  - Ngày quan hệ gần đây nhất và có sử dụng biện pháp bảo vệ hay không
  - Tiền sử nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục của trẻ và bạn tình
  - Quan hệ tình dục nhiều (có thể xuất huyết do chấn thương đường sinh dục)
- Xuất huyết bất thường có thể liên quan đến các rối loạn ăn uống và/hoặc hoạt động thể lực quá mức, vì vậy cần hỏi chế độ ăn và tập thể dục.
- Stress có thể gây ra không rụng trứng và xuất huyết tử cung chức năng. Do đó cần hỏi về việc sử dụng các loại thuốc chống trầm cảm tâm thần cũng như các vấn đề trong cuộc sống có thể gây ra stress cho trẻ.

### Tiền sử gia đình

- Những thành viên nữ khác trong gia đình có lượng hành kinh nhiều hoặc tiền sử cắt tử cung sau sinh do băng huyết? (thường do bệnh von Willebrand)
- Các thành viên khác trong gia đình có vấn đề về đông máu, như sau nhổ răng, hoặc sau một thủ thuật ngoại khoa?
- Các bệnh tự miễn, rối loạn nội tiết
- Ung thư

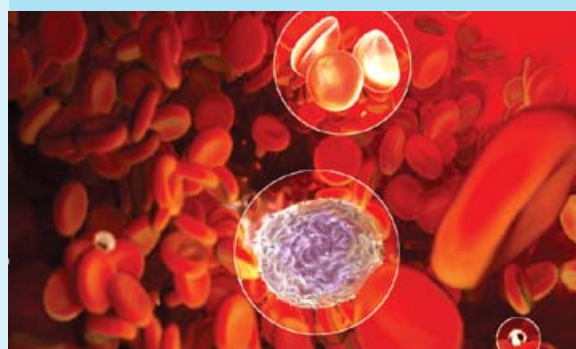
## Khám thực thể

Ở những bệnh nhân có kinh nguyệt kéo dài hay lượng nhiều, luôn đánh giá các dấu hiệu sinh tồn trước tiên để

đánh giá mức độ thiếu máu. Cũng giống như hỏi bệnh sử, việc khám thực thể cũng cần chú ý đến các triệu chứng đi kèm của bệnh nhân.

- **Dấu hiệu sinh tồn:** có còn cân bằng về huyết động không, có nhịp tim nhanh hay hạ huyết áp không? Bệnh nhân có đứng thẳng được hay không?
- **Tổng trạng:** bệnh nhân có xanh xao hoặc có vẻ mệt mỏi không? Có tình trạng thay đổi tâm thần không? Có béo phì, hoặc quá gầy không?
- **Đầu, mắt, tai, mũi, họng:** niêm mạc có xanh xao không, có chảy máu cam hoặc xuất huyết nướu răng không?
- **Cổ:** có nổi hạch hoặc tuyến giáp to không?
- **Vú:** có chảy sữa không? Nếu có, xét nghiệm vi thể để tìm các hạt mỡ trong dịch núm vú.
- **Tim mạch:** nhịp tim có nhanh không? Có âm thổi hay tiếng rù không?
- **Bụng:** có gan lách to hoặc đau bụng dưới không?
- **Tiết niệu, sinh dục:** khi khám ngoài, có tìm thấy các dấu hiệu tiết dịch, viêm nhiễm, vết rách hay chấn thương? Âm vật có kích thước bình thường không? Có thực sự chảy máu từ đường âm đạo không? Có dị vật, sót tampon trong âm đạo? Cổ tử cung bình thường không? Khi lắc cổ tử cung, phần phụ và tử cung có gây đau không? Đối với những bệnh nhân đau nhiều không thể chịu được khi đặt mỏ vịt hay khi thăm khám bằng tay, khám vùng chậu có thể phải được thực hiện dưới gây mê.
- **Da:** có vết bầm máu, chấm xuất huyết, mụn trứng cá, rậm lông, vùng dày sừng tăng sắc tố không?
- **Thần kinh:** có vùng suy yếu thị trường không?

## Xét nghiệm



### **Các xét nghiệm ban đầu bao gồm:**

- Xét nghiệm nước tiểu và/ hoặc định lượng  $\beta$ -hCG để xác định có thai hay không
- Công thức máu, chú ý số lượng hồng cầu, Hb và số lượng tiểu cầu
- Siêu âm vùng chậu: đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán

### **Nếu xuất huyết nặng hoặc nghi ngờ rối loạn đông máu, nên xét nghiệm (Brown, 2005):**

- Thời gian prothrombin và thời gian thromboplastin bán phần
- Thời gian chảy máu và sự kết tập tiểu cầu
- Yếu tố von Willebrand (được làm trước khi bắt đầu liệu pháp nội tiết)
- Nồng độ và hoạt động của các yếu tố đông máu

### **Nếu nghi ngờ có rối loạn nội tiết:**

- TSH để tầm soát các rối loạn tuyến giáp
- Prolactin (có thể tăng nhẹ sau thăm khám tuyến vú, nồng độ  $>100$  ng/mL gợi ý có khối u tuyến yên)
- Testosterone toàn phần và tự do (thường tăng trong PCOS)
- DHEA để đánh giá các khối u thượng thận
- LH và FSH (có thể giúp đánh giá chức năng tuyến yên và buồng trứng)

Đối với những bệnh nhân nghi ngờ xuất huyết do nhiễm trùng, xét nghiệm nước tiểu tầm soát lậu cầu và chlamydia. Cũng nên làm phết tế bào cổ tử cung cho bệnh nhân mặc dù ung thư cổ tử cung là một bệnh lý hiếm gặp ở lứa tuổi vị thành niên. Khi làm phết tế bào cổ tử cung, có thể lấy mẫu ở cổ tử cung để tìm lậu cầu và chlamydia.

## **Xử trí**

Cách xử trí xuất huyết âm đạo bất thường ở độ tuổi vị thành niên sẽ tùy thuộc vào căn nguyên và độ nặng của xuất huyết. Mục tiêu của việc kiểm soát xuất huyết bao gồm phòng ngừa biến chứng, chủ yếu do thiếu máu, cũng như lập lại chu kỳ kinh đều đặn. Cần nghĩ đến các rối loạn nội tiết toàn thân hoặc rối loạn chảy máu và chuyển bệnh nhân đến các bác sĩ chuyên khoa để

đánh giá và xử trí nếu xác định có một trong các bệnh lý này.

Với những bệnh nhân không tìm thấy nguyên nhân nào, xử trí xuất huyết tử cung chức năng sẽ tùy thuộc một phần vào lượng máu mất, mức độ thiếu máu và sự chọn lựa của bệnh nhân và gia đình về các phương pháp điều trị khác nhau (Gray and Emans, 2007; Mitani and Slap, 2008; Speroff and Fritz, 2005).

### **Xuất huyết nhẹ và vừa, Hemoglobin $>12$ g/dL**

- Trấn an bệnh nhân
- Cung cấp đa sinh tố và sắt
- Các thuốc kháng viêm non-steroid có thể giúp giảm xuất huyết
- Đánh giá lại bệnh nhân sau 3 tháng, sớm hơn nếu xuất huyết dai dẳng hoặc ngày càng trầm trọng

### **Xuất huyết vừa, Hb từ 10 đến 12g/dL**

- Thuốc viên ngừa thai (ví dụ, thuốc ngừa thai 1 pha với 30 đến 35 $\mu$ g Ethinyl estradiol), một viên 2 lần một ngày trong 1 đến 5 ngày, cho đến khi ngưng xuất huyết
- Khi xuất huyết đã ngưng, tiếp tục thuốc viên tránh thai 1 viên mỗi ngày, trong 3 đến 6 tháng
- Bổ sung sắt (ví dụ sắt sulfate 325mg 2 lần mỗi ngày) trong 6 tháng để khôi phục nguồn dự trữ sắt
- Thuốc kháng viêm non-steroid có thể hữu dụng

### **Xuất huyết nặng, Hb 8 đến 10g/dL, huyết động ổn định**

- Có thể xử trí tương tự trường hợp xuất huyết lượng vừa nếu gia đình có thể hỗ trợ việc lập kế hoạch xử trí và theo dõi bệnh nhân
- Nếu xuất huyết dai dẳng, tăng liều thuốc viên tránh thai lên 3 đến 4 lần một ngày trong vài ngày cho đến khi xuất huyết giảm dần, sau đó giảm xuống 2 sau đó đến 1 viên mỗi ngày; bệnh nhân có thể uống thuốc chống nôn trước khi uống thuốc để phòng nôn ói
- Theo dõi sát, khi xuất huyết ngưng, tiếp tục thuốc uống hàng ngày trong 6 tháng

### **Xuất huyết nặng, Hb $<7$ g/dL hoặc rối loạn huyết động**

- Nhập viện
- Xem xét việc truyền máu tùy thuộc vào mức độ và thời gian xuất huyết cũng như độ nặng của tình trạng rối loạn huyết động
- Bắt đầu thuốc viên tránh thai với 50µg Ethinyl estradiol mỗi 6 giờ cho đến khi tình trạng xuất huyết giảm
- Giảm liều dần cho đến 1 viên một ngày trong 7 ngày kế tiếp (ví dụ, 1 viên mỗi 6 giờ trong 2 ngày, sau đó mỗi 8 giờ trong 2 ngày, mỗi 12 giờ cho 2 ngày, sau đó mỗi ngày một lần)
- Thuốc chống nôn nếu cần
- Nếu xuất huyết không giảm sau 2 liều đầu dùng 50µg thuốc viên tránh thai, estrogen loại kết hợp dạng tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch 25mg mỗi 6 giờ cho đến tối đa là 6 liều
- Nếu xuất huyết vẫn còn, xem xét việc nong và nạo lòng tử cung.

Với những bệnh nhân bị chống chỉ định phác đồ có estrogen, progesterone 10mg một lần một ngày trong 5 đến 10 ngày có thể hiệu quả đối với các trường hợp xuất huyết nhẹ đến vừa. Bệnh nhân cũng có thể có kinh hàng tháng khi dùng liệu pháp chỉ có progesterone. Các biện pháp thay thế khác bao gồm thuốc tiêm medroxyprogesterone acetate, 150mg tiêm bắp mỗi 3 tháng, hoặc dụng cụ tử cung phóng thích levonorgestrel (kéo dài 5 năm). Tuy nhiên, các phương pháp này thường kéo theo tình trạng hành kinh không đều hoặc xuất huyết nhỏ giọt.

## Tóm tắt

Xuất huyết âm đạo bất thường ở trẻ vị thành niên là một vấn đề thường gặp có nguyên nhân thường do trục hạ đồi - tuyến yên - buồng trứng hoạt động chưa hoàn chỉnh, gây ra các chu kỳ không rụng trứng. Tiên lượng thường tốt vì trong vòng 2 năm sau lần hành kinh đầu tiên, trẻ sẽ có các chu kỳ kinh đều đặn có rụng trứng và tình trạng xuất huyết bất thường sẽ biến mất. Nhân viên y tế tiếp cận đầu tiên không nên quá lo lắng khi đánh giá và xử trí, tuy nhiên, cần chú ý đến mức độ thiếu máu của trẻ để có thể đánh giá một cách nhanh chóng mức độ nặng của xuất huyết và có hướng xử trí thích hợp. Thêm vào đó, nhân viên y tế vẫn phải đánh giá mỗi bệnh nhân một

cách kỹ lưỡng để nhanh chóng xác định các bệnh lý thực thể nếu có, loại trừ hẳn các bệnh lý này trước khi chẩn đoán là xuất huyết tử cung chức năng và dùng liệu pháp nội tiết để điều trị.

## Tài liệu tham khảo

Practice Guidelines: Evaluation and Management of Abnormal Vaginal Bleeding in Adolescents, Medscape, Ob/Gyn & Womens Health

Susan Hayden Gray and S. Jean Emans, Abnormal Vaginal Bleeding in Adolescents, *Pediatr. Rev.* 2007;28;175-182

Emans S., Dysfunctional uterine bleeding, *Pediatric and Adolescent Gynecology*, 5th Ed, Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2005: 270-286

Kelly A. Best, MD, Abnormal Uterine Bleeding: Etiology, Evaluation and End-points for the Non-gynecologist

Mark Livingstone and Ian S.Fraser, Mechanisms of abnormal uterine bleeding, *Human Reproduction Update*, Vol8, No.1, pp 60-67, 2002.