
Joelle Borhart
Editor

**Cấp cứu ban đầu
sản phụ khoa**

Mục lục

1. Biến chứng của thai kỳ sớm.....	2
<i>Kayla Dewey, Kathryn Voss, và Carolyn Phillips</i>	
2. Siêu âm sản tại phòng cấp cứu.....	19
<i>Cory Wittrock và Erica Peethumnongsin</i>	
3. Tiếp cận bệnh nhân buồn nôn/nôn trong thời kỳ mang thai	
.....	38
<i>Lindsey DeGeorge và Lauren Wiesner</i>	
4. Tăng huyết áp thai kỳ	51
<i>Whitney Sherman, Edward Descallar, và Joelle Borhart</i>	
5. Xuất huyết trong ba tháng cuối thai kỳ.....	64
<i>Maria Dynin và David R. Lane</i>	
6. Ối vỡ non và sinh non	77
<i>Eric Wei, Lili Sheibani, và Brian Sharp</i>	
7. Chuyển dạ nhanh và sinh tại phòng cấp cứu	75
<i>Brian Sharp, Kristen Sharp, và Eric Wei</i>	
8. Đánh giá và điều trị băng huyết sau sinh.....	90
<i>Elaine Bromberek và Janet Smereck</i>	
9. Cấp cứu tim mạch trong thời kỳ mang	127
<i>Lisel Curtis và Nick Tsipis</i>	
10. Cấp cứu sản phụ ngừng tim	143
<i>Jessica Palmer, Marianne Wallis, và Joelle Borhart</i>	

11.Chấn thương trong thời kỳ mang thai	156
<i>Marcos Mavromaras, Christina Bird, Julie Gorchynski, và Linda Hatch</i>	
12.Chẩn đoán phân biệt các trường hợp đau bụng trong thai kỳ	175
<i>Mallory Shasteen và Elizabeth Pontius</i>	
13.Hình ảnh học trong thai kỳ	195
<i>Diana Ladkany và Kerri Layman</i>	
Tra cứu	206

Biến chứng của thai kỳ sớm 1

Kayla Dewey, Kathryn Voss, và Carolyn Phillips

Dẫn nhập

Sản phụ thường đến khoa cấp cứu (ED) trong tình trạng đau bụng và/hoặc xuất huyết âm đạo trong 3 tháng đầu. Một số bệnh nhân đôi khi còn không biết mình đang mang thai cho tới khi đến viện; nên một bác sĩ cấp cứu luôn phải kiểm tra tình trạng sản khoa ở bất kỳ phụ nữ nào đang trong độ tuổi sinh đẻ, khi đến viện với biểu hiện đau bụng/ra máu âm đạo. Cần chú ý khai thác các dữ kiện về kỳ kinh cuối (LMP) cũng như kết quả siêu âm hoặc đánh giá thai kỳ trước đó.

Tình trạng như đau và chày máu là khá phổ biến trong thai kỳ sớm. Có khoảng ¼ số sản phụ có ra máu âm đạo trong vài tuần đầu tiên của thai kỳ, và ½ trong số họ thường bị sảy. Nếu không, họ cũng mắc phải 1 trong những vấn đề như dọa sảy thai, thai không rõ vị trí, thai ngoài tử cung, hoặc hiếm hơn là thai trong và ngoài tử cung (cùng tồn tại). Một số trường hợp thai ngoài tử cung có thể đe dọa tính mạng sản phụ và thai nhi, trong khi một số khác gây ảnh hưởng tâm lý nặng nề cho người mẹ và khả năng sinh sản sau này. Vì vậy, các bác sĩ cấp cứu phải được tập huấn để đánh giá và quản lý các bất thường sản khoa một cách đầy đủ.

Thai ngoài tử cung (EP)

Vấn đề đáng quan ngại nhất đối với giai đoạn tam cá nguyệt đầu tiên là thai ngoài tử cung, được định nghĩa là bất kỳ trường hợp thai nào nằm ngoài tử cung. Đây là nguyên nhân gây tử vong cao nhất cho sản phụ mang thai trong 3 tháng đầu ở Hoa Kỳ. Tần suất của EP vào khoảng 2% trong tổng số các trường hợp mang thai; tuy nhiên, tỷ lệ EP ở những bệnh nhân nhập ED có biểu hiện đau bụng và / hoặc chảy máu âm đạo trong tam cá nguyệt đầu tiên cao tới 13–16%. Và tỷ lệ thai ngoài tử cung ngày một tăng, được cho là liên quan tới sự gia tăng bệnh lý viêm vùng chậu và áp dụng công nghệ hỗ trợ sinh sản (ART). Vì vậy các bác sĩ cấp cứu cần nắm được cách chẩn đoán, xử trí và theo dõi cho những bệnh nhân có

Chương 1: Biến chứng của thai kỳ sớm

nguy cơ cao này.

Trong khi EP được định nghĩa là thai ở bất kỳ vị trí nào nằm ngoài tử cung, thì phần lớn (93-97%) chúng đã nằm ở đoạn xa vòi tử cung. Các trường hợp còn lại có thể nằm trong buồng trứng, ổ bụng, cổ tử cung hoặc bám sẹo mổ lấy thai. EP trong vòi tử cung chủ yếu là do có sự trì hoãn hoặc ngăn cản di chuyển phôi qua vòi tử cung và vào buồng tử cung. Cụ thể hơn, có thể do tắc nghẽn giải phẫu, bất thường chức năng lông chuyển, hình thành phôi bất thường và các yếu tố hóa hướng động có lợi cho việc phôi làm tổ trong vòi tử cung. Trong trường hợp này, sự phát triển của phôi bị giới hạn bởi cấp máu không đầy đủ và kích thích vòi tử cung không phù hợp; do đó, mức β -hCG sẽ giữ ở mức ổn định hoặc có xu hướng giảm. Và chảy máu âm đạo có thể là kết quả của tình trạng bong lớp nội mạc tử cung hoặc do sự xâm nhập của phôi vào lớp niêm mạc vòi tử cung gây xuất huyết.

1/2 số trường hợp EP xảy ra ở bệnh nhân không có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào. Theo y văn, các yếu tố được biết gây gia tăng khả năng EP bao gồm: EP trước đó, đã từng phẫu thuật vòi tử cung, tiền sử bệnh lý vòi tử cung, viêm vùng chậu mẹ hút thuốc, trên 35 tuổi, và gần đây, sự gia tăng của ART đã 'giúp' chúng được liệt vào danh sách các yếu tố nguy cơ độc lập. Việc sử dụng dụng cụ tử cung (IUD) không làm gia tăng nguy cơ EP tổng thể, nhưng nếu bệnh nhân đang sử dụng IUD mà có thai thì khả năng EP cao hơn IUP (thai trong buồng tử cung). Biểu hiện lâm sàng của EP có thể rất khác nhau. Thông thường, bệnh nhân sẽ đau bụng và chảy máu âm đạo. Nhiều người không biết mình đang mang thai nên thường bị hỏi mới để ý bị trễ kinh, tắt kinh hoặc chu kỳ kinh bất thường. Các dấu hiệu lâm sàng của EP sẽ khác nhau tùy theo tuổi thai, vị trí và tử cung đã bị vỡ hay chưa. Thai ngoài tử cung đã vỡ thường biểu hiện đau bụng dữ dội, có khối bất thường phần phụ và nặng hơn có thể biểu hiện sốc giảm thể tích. Diễn biến đau khu trú sau đó đau lan tỏa, dữ dội với các triệu chứng kích thích phúc mạc cũng gợi ý 1 trường hợp EP vỡ. Tuy nhiên, những bệnh nhân này thường không được chẩn đoán chính xác ngay ở lần thăm khám đầu tiên.

Đối với những bệnh nhân có huyết động không ổn định, đang nghi EP vỡ, nên ưu tiên ổn định huyết động trước. Cụ thể, hồi sức dịch bằng dịch đẳng trương đường tĩnh mạch hoặc các chế phẩm máu. Tiếp đó, siêu âm tại giường, tập trung tầm soát (FAST) các chấn thương khung chậu hoặc các bất thường để đưa ra chẩn đoán cụ thể và hướng xử trí sản/phụ khoa kịp thời. Chúng ta có thể hướng tới chẩn đoán này nếu bệnh nhân thử thai (+) và FAST có dịch tự do hoặc có dấu hiệu viêm phúc mạc khi thăm khám (**Hình 1.1**). Nồng độ B-hCG huyết thanh sẽ đáng tin cậy hơn xét nghiệm B-hCG nước tiểu trong chẩn đoán thai kỳ. Và những sản phụ

Chương 1: Biến chứng của thai kỳ sớm

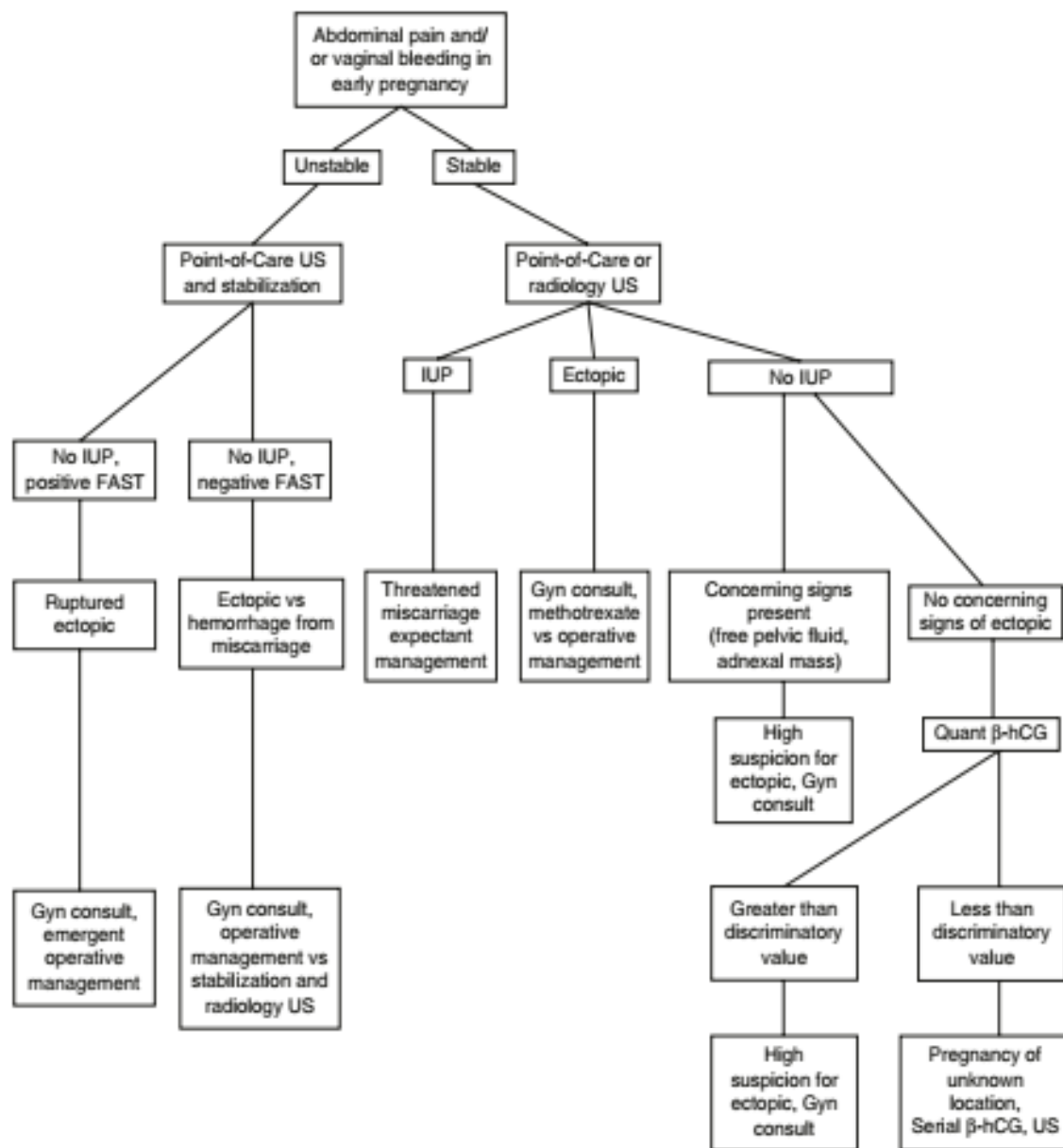
này có thể phải phẫu thuật, vì thế các Bs cấp cứu nên quyết định cho bệnh nhân nhập viện hoặc chuyển tuyến tùy theo khả năng điều trị của cơ sở y tế.

Hình. 1.1 Siêu âm qua thành bụng xác định một trường hợp EP vỡ, với dịch tự do trong ổ bụng và cản âm nghi ngờ là dịch máu



Đối với những sản phụ có huyết động ổn định, nên làm xét nghiệm B-hCG trong nước tiểu hoặc máu trước khi đưa ra các chỉ định tiếp theo để khẳng định tình trạng thai nghén của bệnh nhân. Với những bệnh nhân thử thai (+), có thể chỉ định siêu âm qua thành bụng (TAUS) hoặc siêu âm qua ngã âm đạo (TVUS) để xác định chẩn đoán (Hình 1.2). Chúng tôi thường làm TAUS trước và nếu không rõ mới chỉ định TVUS. Nếu có FAST với Bs cấp cứu trình độ chuyên môn khá, chúng ta hoàn toàn có thể chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời (tham khảo chương 2 để nắm được quy trình siêu âm trọng điểm tại phòng cấp cứu). Nếu không có FAST, nên xác định chẩn đoán bằng Xquang hoặc CT. Tất cả các phương thức CLS này đều hướng tới mục tiêu xác định xem có IUP hay không. Trên siêu âm, túi noãn hoàng là dấu hiệu chỉ điểm cho IUP, và có thể quan sát bằng TVUS từ tuần thứ 5 của thai kỳ. Nếu sản phụ có IUP, nên tiếp tục theo dõi sát. Nếu không xác định được có phải là IUP hay không, nên siêu âm tỉ mỉ hai bên phần phụ để tìm các dấu hiệu chỉ điểm cho EP. Cụ thể, nếu phát hiện cực thai bất thường, tìm thai ngoài buồng tử cung, khối bất thường phần phụ hai bên hoặc dịch bất thường trong khoang phúc mạc, nên nghĩ tới EP. (Hình 1.3). Một nghiên cứu báo cáo rằng tỷ lệ EP tăng gấp 5 lần ở những bệnh nhân có dịch tự do ở túi cùng. Dịch tự do bất thường này được định nghĩa là lượng dịch cao hơn 1/3 thành sau tử cung, bất kể mức độ cản âm nào (Hình 1.4).

Chương 1: Biến chứng của thai kỳ sớm



Hình. 1.2 Tiếp cận chẩn đoán sản phụ trong tam cá nguyệt thứ nhất

Chú thích:

Abdominal pain and/or vaginal bleeding in early pregnancy : Đau bụng và/ hoặc ra máu âm đạo trong thai kỳ sớm.

Unstable: Không ổn định.

Stable: Ổn định.

Point-of-Care or radiology US: Siêu âm trọng điểm và ổn định.

No IUP, positive FAST: Siêu âm trọng điểm.

Ectopic: EP.

No IUP: Không phải IUP.

No IUP, positive FAST: No IUP, FAST có dịch

Chương 1: Biến chứng của thai kỳ sớm

No IUP, negative FAST: No IUP, FAST bình thường.

Ruptured ectopic : EP vỡ.

Ectopic vs hemorrhage from miscarriage: EP và xuất huyết do sảy thai.

Threatened miscarriage expectant management: Dự sảy, theo dõi tiếp.

Gyn consult, methotrexate vs operative management: MTX và/hoặc phẫu thuật

Concerning signs present (free pelvic fluid, adnexal mass): Đánh giá xem có dịch ổ bụng hoặc khối bất thường phần phụ không.

No concerning signs of ectopic: Không có bất thường.

High suspicion for ectopic, Gyn consult: Nghi ngờ EP, khám chuyên gia phụ khoa.

Quant β -hCG: β -hCG h thanh.

Gyn consult, emergent operative management: Phẫu thuật hoặc can thiệp thủ thuật kết hợp.

Gyn consult, operative management vs stabilization and radiology US: Ổn định huyết động, phẫu thuật hoặc can thiệp thủ thuật.

Greater than discriminatory value: Cao hơn ngưỡng phân biệt.

Less than discriminatory value: Thấp hơn ngưỡng phân biệt.

High suspicion for ectopic, Gyn consult: Nghi ngờ EP, khám chuyên gia phụ khoa.

Pregnancy of unknown location, Serial β -hCG, US: Thai không rõ vị trí, Seri β -hCG, US

Nếu không xác định rõ là IUP thì nên xét nghiệm β -hCG huyết thanh để chẩn đoán. Gần đây đã có tranh cãi trong tài liệu liên quan đến “ngưỡng phân biệt” về mức β -hCG mà tại đó siêu âm có thể thấy được IUP. Đối với TVUS, vùng phân biệt là từ 1000 đến 2000 mIU / mL. Nếu mức β -hCG cao hơn ngưỡng này và không thấy IUP, thì nên nghi ngờ EP đầu tiên. Nhiều nghiên cứu đã cố gắng tìm ra một ngưỡng cutoff nhất định, và cho rằng mức β -hCG thấp hơn 1000–1500 mIU / mL làm tăng nghi ngờ EP. Tuy nhiên 1 số nghiên cứu khác cho rằng thai nghén bình thường cũng có thể có ngưỡng β -hCG cao hơn vùng phân biệt, kể cả khi siêu âm không thấy túi thai trong buồng tử cung. Do đó cần thận trọng đưa ra quyết định nếu trên tay chỉ có xét nghiệm β -hCG. Các tác giả đều đề nghị siêu âm cho tất cả các sản phụ bất kể mức β -hCG là bao nhiêu.

Đối với những bệnh nhân không thấy IUP đồng thời có các dấu hiệu nghi ngờ EP, nên định lượng β -hCG huyết thanh, cũng như xét nghiệm công thức máu toàn bộ (CBC) và nhóm máu để đưa ra quyết định điều trị. Hiện nay các bệnh nhân này có thể sử dụng liệu pháp MTX thay vì phẫu thuật nội soi và cắt vòi tử cung như trước đây. Có một số phác đồ điều trị methotrexate khác nhau, nhưng phác đồ một liều hiện đang được ưa chuộng nhất (với liều là 1 mg / kg hoặc 50 mg / m² tiêm bắp (IM))

Chương 1: Biến chứng của thai kỳ sớm

Hình. 1.3 Siêu âm qua thành bụng xác định một trường hợp thai đôi ngoài tử cung với dịch tự do xung quanh phần phụ bên phải.



Hình. 1.4 TVUS phát hiện một nang phần phụ bên trái và dịch tự do xuất hiện ở túi cùng



Đối với những bệnh nhân được xuất viện sau khi dùng methotrexate, họ nên được hướng dẫn khám lại sau 4 và 7 ngày để kiểm tra nồng độ β -hCG huyết thanh. Nên nhớ bệnh nhân được điều trị MTX vẫn có nguy cơ vỡ khối thai, nên họ cần được theo dõi sát cho tới khi B-hCG về bình thường. Ngoài ra, tất cả các bệnh nhân EP với nhóm máu Rh âm nên được điều trị bằng globulin miễn dịch rhesus (RhIG), bất kể ban đầu họ có chảy máu âm đạo hay không.

Sau khi đánh giá ban đầu, nhiều bệnh nhân sẽ được chẩn đoán thai chưa rõ vị trí (PUL) sau khi siêu âm không thấy IUP và cũng không có dấu hiệu EP rõ ràng. Ở những bệnh nhân PUL ổn định về mặt huyết động, nên kiểm tra lại β -hCG và xem xét TVUS lặp lại sau 48 giờ trước khi quyết định điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật. Mức tăng β -hCG lớn hơn 50% sau 48h thì yên tâm về một thai kỳ bình thường, nhưng không được kết

Chương 1: Biến chứng của thai kỳ sớm

luận là IUP. Mức độ β -hCG tăng, giảm hoặc biến động nhẹ là bất thường, vì 71% trong số những phụ nữ này cuối cùng sẽ được xác định là EP. Mức β -hCG giảm đáng kể là dấu hiệu của sẩy thai. Bệnh nhân nên được giải thích để hiểu rõ tầm quan trọng của việc theo dõi chặt chẽ, và do đó, cần được khám lại đúng hẹn. Các tài liệu gần đây cho thấy rằng nếu lần tái khám chưa chẩn đoán được, thì lần khám thứ ba vào ngày 4 hoặc ngày 7 sau lần khám đầu tiên sẽ giúp giảm thiểu nguy cơ bỏ sót EP.

Thai trong và ngoài tử cung (HTP)

HTP đề cập đến việc mang thai đồng thời ở ít nhất hai vị trí khác nhau. Trường hợp phổ biến nhất là 1 IUP và 1 EP ở vòi tử cung. HTP thường gây khó khăn cho các nhà lâm sàng vì chúng hiếm khi xảy ra và cũng khó chẩn đoán, nhưng hay để lại biến chứng nặng nề. Tỷ lệ HTP đã được báo cáo trước đây là khoảng 1 trên 30.000 trường hợp mang thai. Tuy nhiên, gần đây tỷ lệ mắc đã tăng lên nhiều, cao tới 1 trên 4.000–8.000 trong quần thể. Ở những sản phụ đậu thai sau ART, tỷ lệ mắc được báo cáo là 1 trong 100 trường hợp mang thai, và như vậy không còn được coi là hiếm gặp nữa. Các yếu tố nguy cơ gây HTP bao gồm ART, thai ngoài tử cung trước đó, phẫu thuật/bệnh lý vòi tử cung trước đó và tiền sử bệnh viêm vùng chậu. Đặc biệt, những bệnh nhân đang điều trị nội tiết để mang thai, làm IVF, IUI (bơm tinh trùng) và những người có bệnh lý vòi tử cung sẽ có nguy cơ cao nhất. Trong loạt ca lâm sàng gồm 13 trường hợp HTP, sáu trường hợp có kích trứng, sáu trường hợp là do thụ tinh trong ống nghiệm, và một trường hợp xảy ra tự nhiên.

Bệnh nhân HTP có thể có biểu hiện tương tự như những bệnh nhân bị dọa sẩy thai và thai ngoài tử cung. Các triệu chứng bao gồm đau bụng, chảy máu âm đạo, tử cung to, kích ứng phúc mạc và dấu hiệu sốc. Tuy nhiên, chẩn đoán này lại thường bị bỏ sót. Trong một đánh giá về bảy trường hợp HTP phát hiện được trong ED, không có trường hợp nào được chẩn đoán chính xác ngay từ lần đầu tiên. Ở những bệnh nhân này, các triệu chứng của EP có thể bị chồng lấn với IUP dẫn tới khó nghi ngờ tới HTP. Trong những ca phức tạp, bệnh nhân có thể không có triệu chứng gì (xảy ra ở 50% số bệnh nhân).

Việc chẩn đoán HTP nên bắt đầu bằng test thử thai và TVUS. Nồng độ β -hCG huyết thanh rất khó giải thích trong các trường hợp HTP vì trong thực tế thì IUP cũng có thể gây ra sự gia tăng nồng độ hormone giống hệt. Thường thì quyết định chẩn đoán dựa trên các yếu tố nguy cơ có thể có trên từng bệnh nhân. Những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ, đặc biệt là sử dụng ART, cần phải hết sức chú ý đến toàn bộ khung chậu trên siêu âm, ngay cả khi đã thấy IUP. Các dấu hiệu bất thường bao gồm dịch

Chương 1: Biến chứng của thai kỳ sớm

tự do, khối bất thường phần phụ, u nang buồng trứng, tụ dịch vòi tử cung, hoặc đau nhiều khi khám (Hình 1.5). Ở những bệnh nhân đang được kích trứng, có thể khó phân biệt giữa dịch tự do do hội chứng quá kích buồng trứng và xuất huyết khoang phúc mạc. Nang hoàng thể có thể có các triệu chứng tương tự như EP. Các cấu trúc nang không phải trong tử cung được bao quanh bởi các vòng tăng âm đã được chứng minh là có khả năng HTP cao. Somers và cộng sự đã mô tả một trường hợp HTP ở một phụ nữ không có các yếu tố nguy cơ, với chẩn đoán ban đầu là IUP và vỡ nang hoàng thể đồng thời (nguyên nhân gây ra cơn đau của cô ấy). Tuy nhiên sau đó bệnh nhân rơi vào nguy kịch và được chẩn đoán lại là HTP với EP vỡ.

Hình. 1.5
Siêu âm qua
ngả âm đạo
thấy 1 IUP,
và tụ dịch vòi
tử cung, dấy
lên nghi ngờ
về 1 trường
hợp HTP



Chẩn đoán HTP sớm đã được chứng minh là giúp cải thiện cơ hội duy trì thai trong tử cung đủ tháng. Trong một loạt ca lâm sàng gồm 132 ca HTP, 122 ca đã được chẩn đoán bằng siêu âm. Các phát hiện siêu âm ở những bệnh nhân này bao gồm dịch bất thường vùng chậu (75%), tụ dịch vòi tử cung (39%), dịch trong buồng tử cung (38%), và hội chứng quá kích buồng trứng (2,5%). Ở những bệnh nhân này, 90 trẻ sinh ra còn sống và 32 sản phụ bị sẩy thai (tự nhiên, sau phẫu thuật lấy khối EP và muộn). Trong số mười người còn lại, chỉ có ba trường hợp con còn sống sau phẫu thuật.

Xử trí HTP bao gồm hồi sức tích cực về mặt lâm sàng và hội chẩn sản khoa sớm để quyết định phẫu thuật hay điều trị nội khoa. Nếu bệnh nhân không tỉnh táo và có dấu hiệu sốc, phẫu thuật mở ổ bụng thăm dò hoặc nội soi ổ bụng nên được chỉ định. Ở bệnh nhân ổn định, nhiều lựa chọn điều trị như lấy bỏ khối thai dưới hướng dẫn siêu âm và tiêm tại chỗ methotrexate, kali clorid, hoặc glucose ưu trương nên được áp dụng linh hoạt trong từng trường hợp.

Chương 1: Biến chứng của thai kỳ sớm

Sảy thai trong tam cá nguyệt thứ nhất

Ra máu âm đạo trong thai kỳ chiếm tới 20% tổng số trường hợp mang thai, và cũng đồng thời là triệu chứng thường gặp nhất đối với sản phụ tại phòng cấp cứu. Sảy thai tự nhiên được định nghĩa là sảy thai trước tuần thai thứ 20, đây cũng là biến chứng phổ biến nhất của thai kỳ sớm. Tỷ lệ sảy thai trong lần mang thai tiếp theo ở bệnh nhân dọa sảy thai thay đổi từ 2,3% đến cao nhất là 14,3%.

Bất thường của bào thai là nguyên nhân cốt lõi dẫn tới sảy thai tự nhiên. Nhiều nghiên cứu phản ánh rằng hầu hết các trường hợp sảy thai là do bất thường nhiễm sắc thể của thai, nhưng cũng có thể là kết quả của bất thường nhau thai và bệnh lý mạn tính ở mẹ. Các yếu tố nguy cơ khác của sảy thai bao gồm sảy thai trước đó, tuổi mẹ cao và hút thuốc lá. Tuổi của người mẹ đã được báo cáo là một yếu tố nguy cơ hàng đầu của sảy thai tự nhiên. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng tuổi mẹ tăng tỉ lệ thuận với tỷ lệ sảy thai tự nhiên, dao động từ 9% ở tuổi 20 đến 80% ở tuổi 45. Nguy cơ sảy thai cũng tăng lên đáng kể, tỉ lệ với số lần sảy thai liên tiếp trước đó.

Bệnh nhân sảy thai tự nhiên có thể có biểu hiện đau bụng, chảy máu âm đạo, hoặc không có triệu chứng. Cơn đau có thể khác nhau, từ nhẹ đến nặng và lượng máu âm đạo cũng vậy. Chảy máu âm đạo thường gặp trong tam cá nguyệt thứ nhất, và lượng máu chảy ra không liên quan tới khả năng sảy thai.

Để chẩn đoán sảy thai trong ba tháng đầu, cần thăm khám phụ khoa, kết quả các xét nghiệm CLS và hình ảnh. Trong khi khám phụ khoa, bác sĩ lâm sàng cần xác định được kích thước của tử cung, lượng máu âm đạo chảy ra, và tình trạng cổ tử cung. Trong trường hợp mang thai một con, tử cung phải nằm trong khung chậu trong ba tháng đầu. Khi thai được 12 tuần, bề cao tử cung phải ngang với khớp mu. Cần xác định chắc chắn lượng máu chảy ra để bệnh nhân có thể được hồi sức khi cần thiết. Lỗ cổ tử cung cũng cần được đánh giá trực tiếp (đặt mỏ vịt) hoặc thăm khám bằng tay. Sau khi đã thăm khám lâm sàng chi tiết, xác định tình trạng bệnh nhân ổn định, nên chỉ định siêu âm.

Siêu âm là bước quan trọng nhất để chẩn đoán sảy thai 3 tháng đầu. Đã có nhiều nghiên cứu khẳng định vai trò của FAST nhằm đánh giá thai kỳ trong ba tháng đầu. Có thể bắt đầu đánh giá bằng siêu âm qua ngả bụng và tiếp tục siêu âm qua ngả âm đạo nếu cần. Sau khi đã khẳng định 1 ca IUP, nên khảo sát hoạt động tim thai. Tim thai có thể xuất hiện ở tuần 5,5 đến 6 của thai. Nếu không thấy hoạt động của tim thai, thì nên tính tuổi thai dựa trên chiều dài đầu mông (CRL) để xem siêu âm đã có khả năng tìm được tim thai hay không. Nếu không thấy hoạt động của tim,