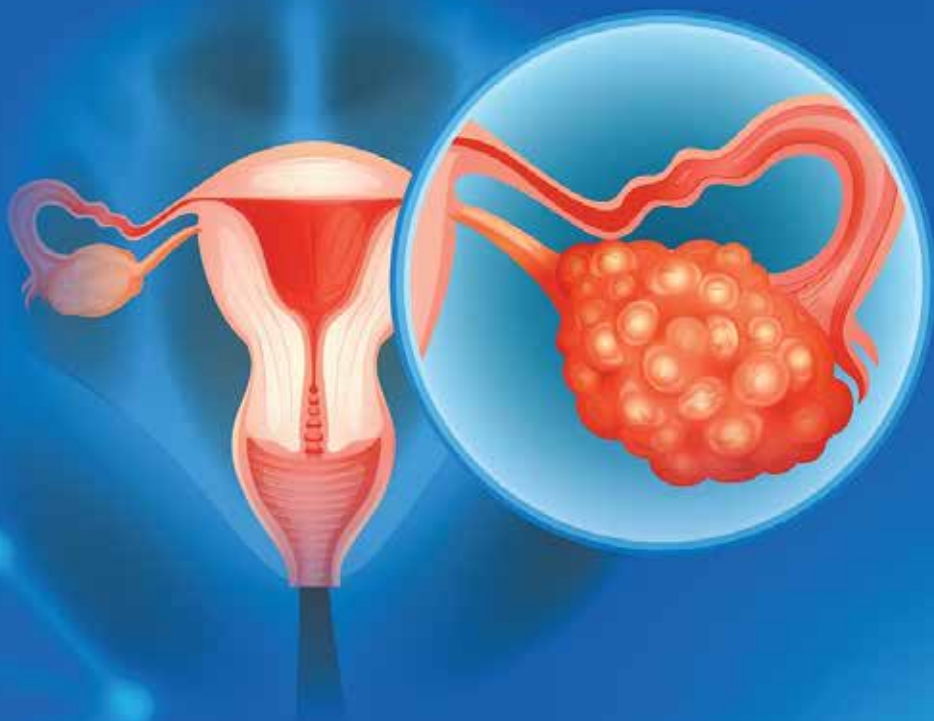


HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH TPHCM
NHÓM CHUYÊN GIA HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG (PEG)

CẨM NANG HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG



TÀI LIỆU LƯU HÀNH NỘI BỘ

NHÓM BIÊN SOẠN



- » NGUYỄN THÀNH NAM
- » TRƯƠNG HỮU DUYÊN
- » NGUYỄN THỊ ÁNH HIỀN
- » TRẦN THỊ NGỌC MAI
- » TRẦN KIỀU HOANH
- » TRẦN THỊ THU VÂN
- » HỒ NGỌC ANH VŨ
- » HỒ MẠNH TƯỜNG

MỤC LỤC

2 | BẢNG THUẬT NGỮ TIẾNG ANH

3 | LỜI NÓI ĐẦU

4 | CHƯƠNG 1
SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN, ĐÁNH GIÁ YẾU TỐ
NGUY CƠ VÀ THEO DÕI

16 | CHƯƠNG 2
TẦM SOÁT, QUẢN LÝ CÁC VẤN ĐỀ TÂM LÝ

21 | CHƯƠNG 3
QUẢN LÝ LỐI SỐNG

27 | CHƯƠNG 4
QUẢN LÝ CÁC ĐẶC ĐIỂM KHÔNG LIÊN QUAN
ĐẾN HIỂM MUỘN

36 | CHƯƠNG 5
ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ HIỂM MUỘN

48 | LỜI KẾT

BẢNG THUẬT NGỮ TIẾNG ANH

Từ tiếng Anh viết tắt	Từ tiếng Anh đầy đủ	Từ tiếng Việt
AMH	Anti-Mullerian Hormone	
BMI	Body Mass Index	Chỉ số khối cơ thể
COCP	Combined Oral Contraceptive Pill	Viên ngừa thai phối hợp đường uống
DHEAS	Dehydroepiandrosterone Sulfate	
FAI	Free Androgen Index	Chỉ số androgen tự do
FNPO	Follicle Number Per Ovary	Số nang thứ cấp trên một buồng trứng
FNPS	Follicle Number Per Section	Số nang thứ cấp trên một mặt cắt ngang
FSH	Follicle-Stimulating Hormone	Nội tiết tố kích thích nang noãn phát triển
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7	Thang điểm đánh giá Rối loạn lo âu lan tỏa (GAD-7)
HbA1c	Glycosylated Hemoglobin	
HDL-C	High-Density Lipoprotein Cholesterol	Cholesterol trọng lượng phân tử cao
LDL-C	Low-Density Lipoprotein Cholesterol	Cholesterol trọng lượng phân tử thấp
LH	Luteinizing Hormone	
mFG	Modified Ferriman-Gallwey score	Thang điểm Ferriman-Gallwey cải biên
OGTT	Oral Glucose Tolerance Test	Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống
OV	Ovarian Volume	Thể tích buồng trứng
PCOM	Polycystic Ovary Morphology	Hình ảnh buồng trứng dạng đa nang
PCOSQ	Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire	Bảng câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang
PHQ-9	Patient Health Questionnaire	Bảng câu hỏi đánh giá sức khỏe người bệnh
SHBG	Sex Hormone-Binding Globulin	
TSH	Thyroid-Stimulating Hormone	

LỜI NÓI ĐẦU

Hội chứng buồng trứng đa nang (HC BTĐN) là rối loạn nội tiết phổ biến nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, ảnh hưởng tới sức khỏe sinh sản, chuyển hóa, tâm lý và chất lượng cuộc sống. Dù đã có nhiều tiến bộ, chẩn đoán và quản lý HC BTĐN tại Việt Nam vẫn còn chưa đồng nhất, dẫn đến tình trạng chẩn đoán muộn, điều trị không đồng bộ. Phụ nữ bị HC BTĐN ở Việt Nam mất cơ hội được chẩn đoán, theo dõi và điều trị sớm, ảnh hưởng đến sức khỏe trước mắt, lâu dài và ảnh hưởng lên sức khỏe của thế hệ sau.

Nhằm nâng cao nhận thức của cộng đồng, cải thiện chất lượng chăm sóc và thống nhất thực hành lâm sàng liên quan đến HC BTĐN, Nhóm chuyên gia về HC BTĐN (Polycystic Ovary Syndrome Experts Group – PEG) thuộc Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TPHCM (HOSREM) đã biên soạn quyển tài liệu **“Cẩm nang Hội chứng buồng trứng đa nang”**. Tài liệu được xây dựng dựa trên Khuyến cáo lâm sàng thế giới dựa trên bằng chứng trong đánh giá và quản lý HC BTĐN năm 2018 và 2023^[1,2], kết hợp với kinh nghiệm thực hành tại các cơ sở y tế Việt Nam và cập nhật các chứng cứ mới nhất trong vài năm trở lại trên y văn thế giới. Cẩm nang tập trung vào các khuyến cáo chính yếu, được chọn lọc từ hơn 250 khuyến cáo quốc tế và sắp xếp thành năm chương:

- 1. Sàng lọc, chẩn đoán, đánh giá yếu tố nguy cơ và theo dõi.**
- 2. Tầm soát và quản lý các vấn đề tâm lý.**
- 3. Cải thiện lối sống.**
- 4. Quản lý các đặc điểm không liên quan đến hiếm muộn.**
- 5. Đánh giá và điều trị hiếm muộn.**

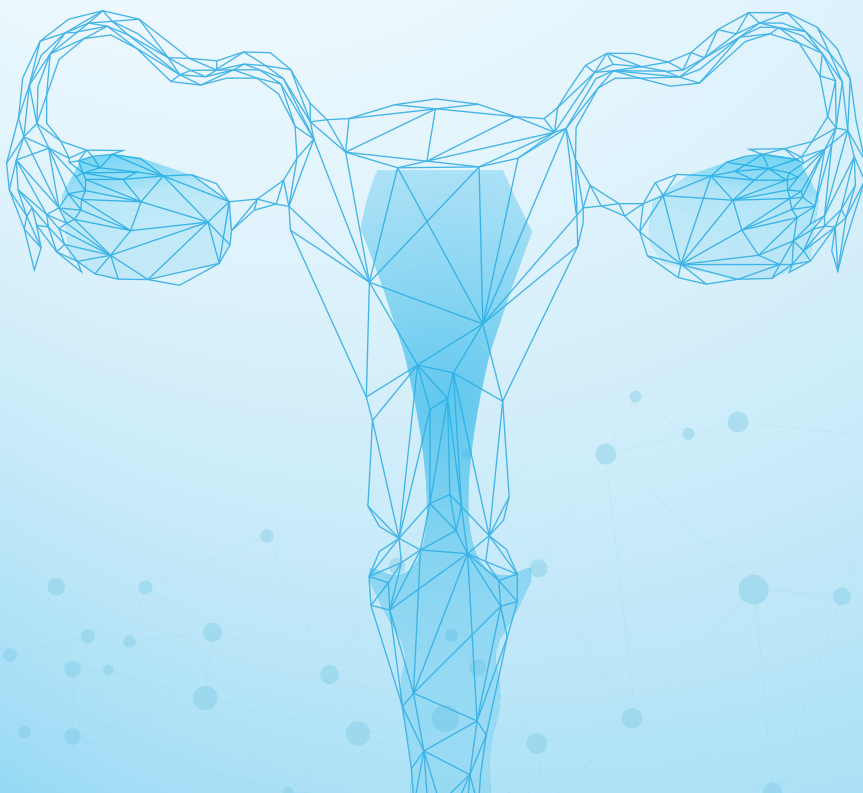
Các nội dung được tinh giản và diễn đạt theo hướng thực tiễn, dễ áp dụng, với lưu đồ, bảng tóm tắt và hướng dẫn cụ thể. Độc giả chính của tài liệu này là nhân viên y tế ở nhiều chuyên ngành: sản phụ khoa, nội tiết, y học sinh sản, nhi khoa, dinh dưỡng, tâm lý, chăm sóc ban đầu... Ngoài ra, cẩm nang còn có giá trị tham khảo cho các nhà quản lý y tế, giảng viên và nhà nghiên cứu. PEG đặt ra mục tiêu cung cấp tài liệu chuẩn mực, cập nhật, phù hợp bối cảnh địa phương, đồng thời khuyến khích cá thể hóa chăm sóc, đề cao sự tham gia của người bệnh trong quyết định điều trị.

Chúng tôi kỳ vọng cẩm nang này sẽ trở thành tài liệu nền tảng trong đào tạo và thực hành, góp phần thống nhất quy trình chẩn đoán, nâng cao chất lượng điều trị và trải nghiệm của phụ nữ Việt Nam có HC BTĐN.

Nhóm chuyên gia Hội chứng buồng trứng đa nang (PEG)
Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TPHCM (HOSREM)

CHƯƠNG 1

SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN, ĐÁNH GIÁ YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ THEO DÕI



1. Nguyên tắc cơ bản

Tất cả các đánh giá về chẩn đoán được khuyến cáo sử dụng kèm với lưu đồ chẩn đoán (Lưu đồ 1).

Lưu đồ 1. Chẩn đoán hội chứng buồng trứng đa nang.

Bước 1. Chu kỳ kinh nguyệt không đều + cường androgen lâm sàng

(loại trừ các nguyên nhân khác)* = chẩn đoán

Bước 2. Nếu không cường androgen lâm sàng

Xét nghiệm khảo sát cường androgen sinh hóa
(loại trừ các nguyên nhân khác)* = chẩn đoán

Bước 3. Nếu CHỈ có chu kỳ kinh nguyệt không đều HOẶC cường androgen

Ở trẻ gái độ tuổi vị thành niên, siêu âm không được chỉ định = cân nhắc phân nhóm trẻ là gia tăng các yếu tố nguy cơ của HC BTĐN và đánh giá lại về sau.

Ở phụ nữ trưởng thành, chỉ định siêu âm phụ khoa là cần thiết để chẩn đoán PCOM, nếu có (loại trừ các nguyên nhân khác)* = chẩn đoán.

(*) Loại trừ các nguyên nhân khác bằng cách xét nghiệm TSH, prolactin, 17-OH progesterone, FSH hoặc khám lâm sàng loại trừ các nguyên nhân khác (như hội chứng Cushing, u tuyến thượng thận).

Tình huống suy hạ đồi – suy tuyến yên, thường do tỷ lệ mỡ thấp hoặc hoạt động thể lực quá mức, có thể được loại trừ dựa vào lâm sàng và với LH/FSH.

PCOM: Hình ảnh buồng trứng dạng đa nang trên siêu âm.

2. Rối loạn kinh nguyệt

Định nghĩa kinh nguyệt không đều:

- Là hiện tượng bình thường trong năm đầu tiên sau khi bắt đầu hành kinh như là một phần chuyển tiếp của quá trình dậy thì.
- **>1 và <3 năm sau khi bắt đầu hành kinh:** <21 ngày hoặc >45 ngày.
- **>3 năm sau khi bắt đầu hành kinh đến tuổi quanh mãn kinh:** <21 ngày hoặc >35 ngày hoặc <8 chu kỳ mỗi năm.
- **>1 năm khi bắt đầu hành kinh:** có một chu kỳ kinh nguyệt bất kỳ dài hơn 90 ngày.

- Vô kinh nguyên phát sau 15 tuổi hoặc >3 năm sau khi có sự phát triển của tuyến vú.

Khi một phụ nữ có kinh nguyệt không đều, chẩn đoán HC BTĐN nên được xem xét.

Đối với trẻ gái độ tuổi vị thành niên có các đặc điểm của HC BTĐN nhưng không đủ tiêu chuẩn để thiết lập chẩn đoán, phân nhóm là “tăng nguy cơ” và tiến hành đánh giá lại khi trẻ gái đủ trưởng thành về mặt sinh sản hoặc 8 năm sau chu kỳ kinh nguyệt đầu tiên.

Việc đánh giá này cũng áp dụng cho các đối tượng có đặc điểm của HC BTĐN trước khi sử dụng thuốc viên tránh thai phối hợp đường uống (COC), những đối tượng có các đặc điểm của HC BTĐN tồn tại dai dẳng, và những đối tượng tăng cân đáng kể ở độ tuổi vị thành niên.

Rối loạn phóng noãn vẫn có thể xảy ra ở phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt đều. Để xác định tình trạng không phóng noãn, có thể xét nghiệm định lượng nồng độ progesterone huyết thanh.

3. Cường androgen

a. Cường androgen sinh hóa

- ▶ Có thể định lượng nồng độ testosterone toàn phần hoặc testosterone tự do để đánh giá tình trạng cường androgen sinh hóa trong chẩn đoán HC BTĐN; nồng độ testosterone tự do có thể được ước tính bằng chỉ số androgen tự do (Free Androgen Index – FAI). Cân nhắc giới hạn tham khảo cho nồng độ testosterone toàn phần là $\geq 1,8$ nmol/L và FAI là ≥ 6 cho dân số Việt Nam.
- ▶ Nếu xét nghiệm testosterone toàn phần hoặc xét nghiệm testosterone tự do không tăng cao, có thể cân nhắc xét nghiệm định lượng nồng độ androstenedione và dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS), cần lưu ý rằng độ các xét nghiệm này sẽ có độ đặc hiệu kém hơn và tình trạng giảm DHEAS có thể xảy ra khi phụ nữ lớn tuổi.

- ▶ Để xác định tình trạng cường androgen trong HC BTĐN, việc đánh giá cường androgen sinh hóa có giá trị lớn nhất ở những phụ nữ có ít hoặc không có dấu hiệu lâm sàng của cường androgen (như rậm lông).
- ▶ Rất khó để đánh giá chắc chắn về cường androgen sinh hóa trên những phụ nữ đang sử dụng COCP vì thuốc làm tăng globulin liên kết với hormon sinh dục (sex hormone-binding globulin – SHBG) và giảm quá trình sản xuất androgen phụ thuộc gonadotrophin. Nếu đã sử dụng COCP và cần phải đánh giá androgen sinh hóa thì nên ngưng thuốc ít nhất 3 tháng và sử dụng biện pháp tránh thai khác trong thời gian này.
- ▶ Việc định lượng nồng độ androgen lặp đi lặp lại để đánh giá HC BTĐN ở phụ nữ trưởng thành có vai trò hạn chế.
- ▶ Ở hầu hết trẻ gái độ tuổi vị thành niên, nồng độ androgen đạt đến ngưỡng của người trưởng thành ở độ tuổi từ 12 đến 15 tuổi.
- ▶ Nếu nồng độ androgen cao hơn đáng kể so với giới hạn tham chiếu, các nguyên nhân gây cường androgen khác ngoài HC BTĐN, bao gồm khối u buồng trứng và tuyến thượng thận, tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, hội chứng Cushing, ovarian hyperthecosis (sau mãn kinh), thứ phát sau điều trị (iatrogenic) và tình trạng kháng insulin nghiêm trọng, nên được xem xét. Tuy nhiên, một số khối u tiết androgen chỉ liên quan đến việc tăng nồng độ androgen từ nhẹ đến trung bình. Hỏi bệnh sử về thời gian khởi phát và/hoặc sự tiến triển nhanh chóng của các triệu chứng là quan trọng trong việc đánh giá một khối u tiết androgen.

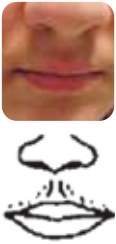
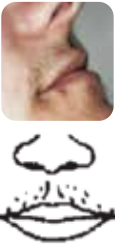
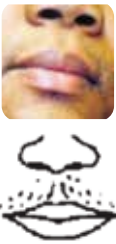
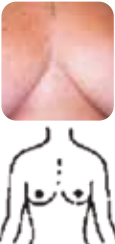
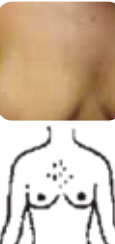
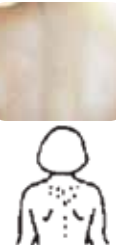
b. Cường androgen lâm sàng

- ▶ Bác sĩ tư vấn nên lưu ý về tác động tiêu cực tiềm ẩn về tâm lý của các triệu chứng cường androgen lâm sàng. Việc thông báo về tình trạng rậm lông và/hoặc tình trạng hói đầu kiểu nữ với bệnh nhân (không dùng đối tượng) nên được cân nhắc cẩn trọng, bất kể mức độ nặng của triệu chứng.
- ▶ Thang điểm Ferriman-Gallwey cải biên (Modified Ferriman-Gallwey Score – mFG) được sử dụng để đánh giá tình trạng rậm lông. Điểm số ≥ 3 điểm được xem là có rậm lông^[3]. Việc tự điều trị tình trạng rậm lông rất phổ biến nên sẽ dẫn đến những giới hạn trong đánh giá lâm sàng.

■ Các nhân viên y tế nên:

- ▶ Lưu ý rằng cần sử dụng các thang điểm có hình ảnh trực quan đã được chuẩn hóa để đánh giá tình trạng rậm lông như thang điểm mFG kết hợp với atlas dạng hình ảnh.
- ▶ Cân nhắc sử dụng thang điểm Ludwig và thang điểm dạng hình ảnh Olsen để đánh giá tình trạng hói đầu kiểu nữ.
- ▶ Lưu ý rằng không có dụng cụ trực quan nào được chấp nhận sử dụng rộng rãi để đánh giá có hay không có mụn trứng cá.
- ▶ Phụ nữ thường tự điều trị triệu chứng cường androgen lâm sàng bằng mỹ phẩm, điều này cũng làm giảm mức độ nặng của các triệu chứng lâm sàng.
- ▶ Tình trạng rậm lông, mụn trứng cá và hói đầu kiểu nữ, cần được đánh giá chặt chẽ, ngay cả khi các dấu hiệu lâm sàng của triệu chứng cường androgen không dễ dàng nhận thấy khi thăm khám.
- ▶ Chỉ đánh giá tình trạng rậm lông dựa trên quan sát các lông trưởng thành, chúng có thể dài đến >5 mm nếu không điều trị và đa dạng về hình dạng, kết cấu và thường sẫm màu.
- ▶ Cường androgen mới khởi phát nặng hoặc diễn tiến xấu, bao gồm cả tình trạng rậm lông, cần phải được đánh giá chuyên sâu để loại trừ các khối u tiết androgen và tình trạng ovarian hyperthecosis.
- ▶ Cần theo dõi mức độ cải thiện và đáp ứng điều trị của các dấu hiệu cường androgen lâm sàng, bao gồm rậm lông, mụn trứng cá và hói đầu kiểu nữ trong quá trình điều trị.

Thang điểm Ferriman-Gallway cải biên đang được sử dụng tại
Đơn vị Hỗ trợ sinh sản, IVFMD – Bệnh viện Mỹ Đức^[4].

	1 điểm	2 điểm	3 điểm	4 điểm
Môi trên				
Cằm				
Ngực				
Lưng trên				

Lưng dưới	 	 	 	 
Bụng trên	 	 	 	 
Bụng dưới	 	 	 	 
Cánh tay	 	 	 	 
Đùi	 	 	 	 

4. Các đặc điểm trên siêu âm phụ khoa

- Số nang thứ cấp trên một buồng trứng (FNPO), số nang thứ cấp trên một mặt cắt ngang (FNPS) và thể tích buồng trứng (OV) là những chỉ số đánh giá hình ảnh buồng trứng dạng đa nang trên siêu âm (PCOM) ở phụ nữ trưởng thành.
- FNPO ≥ 20 ở một hoặc cả hai bên buồng trứng nên được coi là ngưỡng cắt để chẩn đoán PCOM ở phụ nữ trưởng thành.
- Nếu sử dụng thiết bị thế hệ cũ hoặc chất lượng hình ảnh không đủ để cho phép đánh giá chính xác FNPO, OV ≥ 10 ml hoặc FNPS ≥ 10 ở một hoặc cả hai bên buồng trứng nên được coi là ngưỡng cắt để chẩn đoán PCOM ở phụ nữ trưởng thành.
- Chưa có tiêu chuẩn để xác định PCOM trên siêu âm cho trẻ gái độ tuổi vị thành niên, do đó phương pháp này không khuyến cáo thực hiện ở nhóm đối tượng này.
- Nếu được sự đồng ý từ người bệnh, siêu âm ngả âm đạo là phương pháp chính xác nhất để chẩn đoán PCOM.
- Siêu âm qua ngả bụng chủ yếu để xác định OV với ngưỡng cắt ≥ 10 ml hoặc FNPS với ngưỡng cắt ≥ 10 ở mỗi bên buồng trứng. Khó đánh giá số lượng nang trên toàn bộ buồng trứng qua siêu âm ngả bụng.
- Những phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt không đều và cường androgen, không nhất thiết phải siêu âm đánh giá buồng trứng thì mới có thể thiết lập chẩn đoán HC BTĐN.
- Các bác sĩ cần được đào tạo bài bản và tỉ mỉ về cách đếm số nang trên mỗi buồng trứng và quy trình siêu âm nên được chuẩn hóa rõ ràng khi đánh giá PCOM, cần bao gồm tối thiểu các yếu tố sau:
 - ▶ Chu kỳ kinh cuối (hoặc pha nào của chu kỳ kinh nguyệt).
 - ▶ Tần số của đầu dò siêu âm.
 - ▶ Cách tiếp cận để đánh giá buồng trứng.
 - ▶ Tổng số nang có kích thước từ 2–9 mm trên mỗi buồng trứng.
 - ▶ Kích thước ba chiều (tính bằng cm) hoặc thể tích của mỗi buồng trứng.
 - ▶ Các đặc điểm khác của buồng trứng bao gồm u buồng trứng, nang hoàng thể, nang vượt trội (≥ 10 mm) (nang này thường không được tính khi đo thể tích buồng trứng).

- » Dựa vào FNPO của buồng trứng đối bên để chẩn đoán PCOM, nếu có nang vượt trội được ghi nhận.
- » Các đặc điểm và/hoặc bệnh lý tử cung bao gồm độ dày và hình ảnh nội mạc tử cung.

5. Anti-mullerian hormone (AMH)

- Nồng độ anti-mullerian hormone (AMH) huyết thanh có thể sử dụng để chẩn đoán PCOM ở phụ nữ trưởng thành. Tuy nhiên không nên sử dụng chỉ số nồng độ AMH huyết thanh đơn lẻ để chẩn đoán HC BTĐN ở phụ nữ trưởng thành.
- Nồng độ AMH huyết thanh chỉ nên được sử dụng dựa theo lưu đồ chẩn đoán phù hợp, cần lưu ý rằng ở những phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt không đều và cường androgen, không cần thiết phải thực hiện xét nghiệm định lượng AMH để chẩn đoán HC BTĐN.
- Không nên sử dụng xét nghiệm AMH huyết thanh để chẩn đoán HC BTĐN ở tuổi vị thành niên.
- AMH huyết thanh hoặc siêu âm có thể được sử dụng để xác định PCOM; tuy nhiên, không nên thực hiện cả hai phương pháp để hạn chế việc chẩn đoán quá mức.
- Các yếu tố ảnh hưởng đến nồng độ AMH trong dân số chung, bao gồm:
 - » **Độ tuổi:** AMH huyết thanh thường đạt đỉnh trong độ tuổi từ 20–25 tuổi trong dân số chung.
 - » **Chỉ số khối cơ thể (BMI):** AMH huyết thanh thấp hơn ở những người có chỉ số BMI cao hơn trong dân số chung.
 - » Phẫu thuật buồng trứng.
 - » **Thuốc viên nội tiết tránh thai đường uống:** AMH huyết thanh có thể bị ức chế khi đang hoặc đã sử dụng COCP gần đây. Do vậy nên thận trọng khi đánh giá dự trữ buồng trứng, mức AMH thực tế và AFC có thể cao hơn khoảng 20% khi sử dụng COC. Tác động của COCs lên AMH thường tạm thời. Sau khi ngừng thuốc, trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng thường hồi phục và nồng độ AMH sẽ quay về mức ban đầu trong vòng 2–6 tháng^[5,6].

- ▶ **Chu kỳ kinh nguyệt:** AMH huyết thanh có thể thay đổi trong một chu kỳ kinh nguyệt. Tuy nhiên sự khác biệt nồng độ AMH giữa các giai đoạn khác nhau trong chu kỳ là không đáng kể, do đó có thể xét nghiệm AMH vào bất kỳ ngày nào của chu kỳ kinh^[7].

6. Giai đoạn mãn kinh

- Chẩn đoán HC BTĐN nên được xem là lâu dài, suốt cuộc đời.
- Nên xem xét tình trạng cường androgen kéo dài trên lâm sàng và xét nghiệm sinh hóa hậu mãn kinh ở phụ nữ HC BTĐN.
- Chẩn đoán HC BTĐN hậu mãn kinh có thể được cân nhắc nếu đã được chẩn đoán trước đó, hoặc có tiền căn kinh thưa – vô kinh kéo dài với cường androgen và/hoặc PCOM trong những năm đầu của độ tuổi sinh sản (20–40 tuổi).
- Các khảo sát chuyên sâu hơn nên được cân nhắc thực hiện nhằm loại trừ khối u tiết androgen và ovarian hyperthecosis ở phụ nữ hậu mãn kinh có triệu chứng cường androgen mới khởi phát, nặng và có mức độ tăng dần, bao gồm cả rậm lông.

7. Nguy cơ tim mạch

- Phụ nữ HC BTĐN có nguy cơ bệnh lý tim mạch cao hơn và có khả năng tử vong do các bệnh lý tim mạch, dù rằng nguy cơ bệnh lý tim mạch ở phụ nữ trước độ tuổi mãn kinh là thấp. Do đó, tất cả phụ nữ HC BTĐN nên được đánh giá các nguy cơ bệnh lý tim mạch.
- Tất cả phụ nữ HC BTĐN, bất kể độ tuổi và BMI, nên được xét nghiệm tình trạng lipid máu (cholesterol, LDL-C, HDL-C và triglyceride) ngay khi có thiết lập chẩn đoán. Tần suất lặp lại các xét nghiệm này dựa trên tình trạng tăng lipid máu và các yếu tố nguy cơ khác của bệnh lý tim mạch.
- Tất cả phụ nữ HC BTĐN nên được đo huyết áp mỗi năm, khi có kế hoạch mang thai hoặc điều trị hỗ trợ sinh sản, do nguy cơ cao có các rối loạn tăng huyết áp thai kỳ và các bệnh lý liên quan.
- Các khuyến cáo về tim mạch trên dân số chung nên cân nhắc bổ sung HC BTĐN như một yếu tố nguy cơ cho bệnh lý tim mạch.
- Phụ nữ HC BTĐN và các bên liên quan nên ưu tiên chiến lược dự phòng giảm nguy cơ tim mạch.

8. Rối loạn chuyển hóa đường

- Dù ở bất kỳ độ tuổi và BMI nào, phụ nữ HC BTĐN đều gia tăng nguy cơ rối loạn đường huyết đói, rối loạn dung nạp đường và đái tháo đường típ 2.
- Tình trạng đường huyết nên được đánh giá ở phụ nữ trưởng thành và trẻ gái độ tuổi vị thành niên có HC BTĐN.
- Tình trạng đường huyết nên được tái đánh giá mỗi 1–3 năm, dựa vào các yếu tố nguy cơ của đái tháo đường.
- Nên ưu tiên chiến lược dự phòng giảm nguy cơ đái tháo đường típ 2 cho phụ nữ HC BTĐN.
- Phụ nữ có đái tháo đường típ 1 và típ 2 sẽ tăng nguy cơ HC BTĐN và nên cân nhắc việc tầm soát HC BTĐN trên các đối tượng có đái tháo đường.
- Phụ nữ HC BTĐN được khuyến cáo thực hiện xét nghiệm dung nạp glucose đường uống (OGTT) với 75g đường. Đây được xem là xét nghiệm chính xác nhất để đánh giá tình trạng đường huyết ở phụ nữ HC BTĐN, bất kể BMI.
- Nếu không thực hiện được OGTT, đường huyết đói và/hoặc HbA1c có thể được cân nhắc, tuy nhiên độ chính xác sẽ bị giảm.
- Khi có kế hoạch mang thai hoặc điều trị hỗ trợ sinh sản, OGTT nên cân nhắc thực hiện ở tất cả phụ nữ HC BTĐN chưa có tiền sử đái tháo đường, dựa trên nguy cơ cao rối loạn đường huyết và các bệnh lý kèm theo trong thai kỳ. Nếu không được thực hiện trước mang thai, OGTT có thể được thực hiện ở lần khám thai đầu tiên, và tất cả thai phụ HC BTĐN được khuyến cáo cần thực hiện OGTT ở thời điểm 24-28 tuần tuổi thai.
- Kháng insulin là đóng vai trò quan trọng trong cơ chế sinh bệnh học của HC BTĐN, tuy nhiên việc tiến hành các xét nghiệm định lượng nồng độ insulin trên lâm sàng còn hạn chế và không được khuyến cáo thực hiện thường quy.

9. Tăng sản và ung thư nội mạc tử cung

- Phụ nữ trước độ tuổi mãn kinh có HC BTĐN có nguy cơ tăng sản nội mạc tử cung và ung thư nội mạc tử cung cao hơn đáng kể.
- Phụ nữ HC BTĐN nên được thông báo về nguy cơ tăng sản nội mạc tử cung và ung thư nội mạc tử cung. Vì tỷ lệ chung tiến triển thành ung thư nội mạc tử cung thấp, tầm soát thường quy không được khuyến cáo.
- Vô kinh kéo dài không được điều trị, thừa cân, đái tháo đường típ 2 và nội mạc tử cung dày, tồn tại kéo dài là các yếu tố nguy cơ khác của tình trạng tăng sản nội mạc tử cung và ung thư nội mạc tử cung bên cạnh HC BTĐN.
- Phụ nữ HC BTĐN nên được thông báo các chiến lược dự phòng bao gồm: điều chỉnh cân nặng, điều hòa chu kỳ kinh nguyệt và liệu pháp progestogen.
- Khi phát hiện nội mạc tử cung dày, cần cân nhắc sinh thiết nội mạc tử cung phân tích mô học, và chỉ định tái tạo chu kỳ kinh nguyệt.

10. Nguy cơ đối với người thân

- Cần nhắc nguy cơ hội chứng chuyển hóa, đái tháo đường típ 2 và tăng huyết áp ở bố và các anh em trai của phụ nữ HC BTĐN.
- Chưa có đồng thuận về nguy cơ tim mạch, chuyển hóa ở các phụ nữ là người thân trực hệ với phụ nữ HC BTĐN.

CHƯƠNG 2

TÀM SOÁT, QUẢN LÝ CÁC VẤN ĐỀ TÂM LÝ



1. Chất lượng cuộc sống

- Nhân viên y tế và phụ nữ HC BTĐN cần nhận thức rõ ràng về các tác động nghiêm trọng của HC BTĐN và/hoặc các triệu chứng liên quan HC BTĐN lên chất lượng cuộc sống.
- Phụ nữ HC BTĐN nên được hỏi về nhận thức của họ đối với các triệu chứng liên quan HC BTĐN, các tác động lên chất lượng cuộc sống, các mối quan tâm chính và thứ tự ưu tiên để thuận tiện cho việc quản lý các vấn đề liên quan. Công cụ khảo sát chất lượng cuộc sống trong HC BTĐN thường được sử dụng là PCOSQ hoặc PCOSQ cải tiến^[8,9].

2. Rối loạn lo âu và trầm cảm

- Lưu ý về tỷ lệ có các triệu chứng rối loạn lo âu hoặc trầm cảm với mức độ từ trung bình đến nặng ở trẻ gái độ tuổi vị thành niên và phụ nữ trưởng thành có HC BTĐN là khá cao. Do đó, nên tầm soát tình trạng rối loạn lo âu ở tất cả phụ nữ trưởng thành và trẻ gái độ tuổi vị thành niên có HC BTĐN bằng các công cụ đã được hiệu chỉnh.
- Nếu phát hiện các triệu chứng trầm cảm hoặc rối loạn lo âu ở mức độ trung bình đến nặng, nhân viên y tế nên đánh giá thêm và/hoặc giới thiệu người bệnh đến bác sĩ chuyên khoa.
- Việc quản lý tình trạng trầm cảm hay rối loạn lo âu nên tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của triệu chứng và chẩn đoán lâm sàng. Khoảng thời gian tối ưu để tầm soát rối loạn lo âu và trầm cảm vẫn chưa được xác định rõ. Một cách tiếp cận dựa trên thực tế đó là sàng lọc chẩn đoán lặp đi lặp lại dựa trên việc đánh giá các yếu tố nguy cơ, bệnh đồng mắc và các sự kiện trong cuộc sống, bao gồm cả giai đoạn chu sinh. Tầm soát các hội chứng liên quan rối loạn sức khỏe tâm thần bao gồm đánh giá các yếu tố nguy cơ, triệu chứng và nguy cơ tự làm hại bản thân và ý định tự sát. Các triệu chứng có thể được sàng lọc theo hướng dẫn của khu vực, hoặc bằng cách sử dụng phương pháp tiếp cận theo bước sau:
 - » **Bước 1. Các câu hỏi ban đầu: Trong 2 tuần qua, bạn có thường xuyên bị làm phiền bởi những vấn đề sau đây không?**
 - Cảm thấy chán nản hay tuyệt vọng?
 - Ít quan tâm hoặc cảm thấy niềm vui trong việc làm?
 - Cảm thấy lo lắng hoặc dễ tổn thương?
 - Không thể dừng lại hoặc không kiểm soát được sự lo lắng?

» Bước 2.

Nếu bất kỳ câu trả lời nào là có, việc sàng lọc thêm sẽ liên quan đến sử dụng các công cụ đánh giá các yếu tố nguy cơ và triệu chứng theo tuổi tác, văn hóa và khu vực thích hợp, chẳng hạn như bảng câu hỏi đánh giá sức khỏe bệnh nhân (PHQ-9) hoặc thang điểm đánh giá rối loạn lo âu lan tỏa (GAD-7) và/hoặc tham khảo ý kiến chuyên gia.

- » Do nguy cơ trầm cảm sau sinh ở phụ nữ HC BTĐN có xu hướng tăng nên có thể cân nhắc sàng lọc trước và sau sinh ở nhóm nguy cơ^[10].

3. Chức năng sinh dục

- Nhân viên y tế nên xem xét toàn diện các yếu tố có thể ảnh hưởng đến chức năng tâm lý tính dục trong HC BTĐN bao gồm tăng cân, rậm lông, rối loạn cảm xúc, hiếm muộn và ảnh hưởng từ thuốc điều trị HC BTĐN.
- Cần có sự đồng thuận trước khi thảo luận các vấn đề liên quan về chức năng sinh dục. Lưu ý rằng các chẩn đoán liên quan tâm lý tính dục đòi hỏi phải có sự kết hợp giữa việc suy giảm chức năng tâm lý tính dục và các tình trạng lo lắng liên quan.

4. Hình ảnh cơ thể

- Nhân viên y tế cần lưu ý rằng các đặc điểm HC BTĐN có thể tác động tiêu cực lên hình ảnh cơ thể. Có thể cân nhắc tích hợp mô-đun xây dựng hình thể tích cực và tái cấu trúc nhận thức trong các chương trình can thiệp^[11].
- Hình ảnh bản thân không tốt, có thể được sàng lọc bằng cách sử dụng phương pháp tiếp cận theo các bước sau đây:

» Bước 1. Các câu hỏi ban đầu:

- Bạn có lo lắng rất nhiều về việc bạn trông như thế nào và việc bạn muốn có thể suy nghĩ về nó ít hơn?
- Vào một ngày điển hình, bạn có dành hơn 1 giờ mỗi ngày để lo ngại về ngoại hình của bạn? (Hơn 1 giờ mỗi ngày được coi là quá mức).
- Bạn có mối quan tâm cụ thể nào về diện mạo của mình?
- Việc này có ảnh hưởng gì đối với cuộc sống của bạn?
- Việc này có làm bạn khó khăn trong công việc hoặc trong mối quan hệ với bạn bè và gia đình của bạn?

► **Bước 2. Nếu có một câu trả lời là có, các bác sĩ có thể đánh giá thêm bằng cách:**

- Xác định bất kỳ mối quan tâm của người bệnh và trả lời một cách thích hợp quan hệ với bạn bè và gia đình của bạn?
- Đánh giá mức độ rối loạn lo âu và/hoặc trầm cảm.
- Xác định mức độ ảnh hưởng của hình ảnh cơ thể hoặc rối loạn về ăn uống.

5. Rối loạn ăn uống

- Rối loạn ăn uống và ăn uống không điều độ nên được xem xét trong HC BTĐN, bất kể cân nặng, đặc biệt trong các trường hợp cần kiểm soát cân nặng và can thiệp lối sống^[12].
- Những rối loạn ăn uống nên được các chuyên gia chăm sóc sức khỏe có trình độ chuyên môn phù hợp đánh giá thông qua phỏng vấn một cách toàn diện. Nếu xác định có những rối loạn về ăn uống, cần đề nghị các biện pháp quản lý và hỗ trợ phù hợp. Rối loạn ăn uống có thể được sàng lọc bằng các bước sau đây:

► **Bước 1. Công cụ sàng lọc SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food) bao gồm các câu hỏi:**

- Cân nặng của bạn có ảnh hưởng đến cách bạn cảm nhận về bản thân không?
- Bạn có hài lòng với các việc ăn uống của mình không?

► **Bước 2. Nếu công cụ SCOFF hoặc bất kỳ câu hỏi nào trong số những câu hỏi này là “có”, hãy sàng lọc thêm:**

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ và triệu chứng bằng các công cụ thích hợp với tuổi tác, văn hóa và địa lý.
- Giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa thích hợp để đánh giá sức khỏe tâm thần và chẩn đoán.

6. Nhu cầu thông tin, các mô hình chăm sóc

- Cần cung cấp các thông tin phù hợp, chương trình giáo dục sức khỏe và các phương tiện hỗ trợ có chất lượng cao, phù hợp với đặc điểm văn hóa và toàn diện cho tất cả phụ nữ HC BTĐN.
- Thông tin giáo dục sức khỏe cho phụ nữ HC BTĐN phải được cung cấp một cách tôn trọng và đồng cảm.

- Các phụ nữ HC BTĐN nên được tư vấn về nguy cơ sai lệch thông tin và cần được hướng dẫn đến các nguồn thông tin chính xác dựa trên bằng chứng.
- Các mô hình chăm sóc nên ưu tiên tiếp cận một cách đồng đều và phối hợp liên chuyên khoa nếu cần.
- Các kế hoạch nhằm mang đến những mô hình chăm sóc tối ưu có thể bao gồm việc đào tạo các chuyên gia chăm sóc sức khỏe, xây dựng lộ trình chăm sóc, chăm sóc trực tuyến, sự tham gia của các nhân viên y tế khác (như điều dưỡng) và các công cụ hỗ trợ điều phối.
- Các phương tiện và chương trình giáo dục về HC BTĐN cần điều chỉnh phù hợp về mặt văn hóa, phù hợp với nhiều thế hệ ở các gia đình khác nhau.

7. Liệu pháp tâm lý

- Phụ nữ HC BTĐN được chẩn đoán trầm cảm, rối loạn lo âu và/hoặc rối loạn ăn uống nên được hướng dẫn các liệu pháp tâm lý theo hướng dẫn thực hành lâm sàng cho nhóm dân số chung.
- Phụ nữ HC BTĐN có rối loạn về ăn uống, tự ti về hình ảnh cơ thể, có vấn đề về bản dạng nữ tính (feminine identity), hoặc rối loạn chức năng tâm lý tính dục nên được cung cấp các phương pháp điều trị dựa trên bằng chứng (như liệu pháp nhận thức hành vi) ở thời điểm phù hợp.

8. Điều trị lo âu, trầm cảm

- Liệu pháp tâm lý có thể được xem là biện pháp quản lý đầu tay và thuốc chống trầm cảm được cân nhắc ở người lớn khi các rối loạn sức khỏe tâm thần được ghi chép rõ ràng, kéo dài, hoặc nếu có triệu chứng liên quan đến tự sát, điều trị cần tuân theo những hướng dẫn thực hành lâm sàng cho nhóm dân số chung.
- Biện pháp can thiệp thay đổi lối sống và các liệu pháp khác (như COCP, metformin và triệt lông bằng laser) có khả năng cải thiện các rối loạn tâm lý nên được cân nhắc.
- Khi điều trị bằng thuốc chống trầm cảm và lo âu ở phụ nữ HC BTĐN, chuyên gia chăm sóc sức khỏe cần chú ý:
 - » Tránh điều trị không phù hợp với thuốc chống trầm cảm hoặc thuốc giảm lo âu.
 - » Hạn chế sử dụng các thuốc làm trầm trọng thêm các triệu chứng của HC BTĐN bao gồm rối loạn tăng cân.
- Nhân viên y tế cần nhận thức về việc không kiểm soát được tình trạng lo âu và trầm cảm có thể ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị, quản lý HC BTĐN.

CHƯƠNG 3

QUẢN LÝ LỐI SỐNG



1. Hiệu quả của can thiệp lối sống

- Can thiệp lối sống (tập thể dục hoặc thay đổi chế độ ăn kết hợp tập thể dục, thay đổi hành vi) được khuyến cáo cho tất cả phụ nữ HC BTĐN, để cải thiện sức khỏe chuyển hóa, bao gồm: béo phì trung tâm và đặc điểm lipid máu.
- Những hành vi lối sống lành mạnh bao gồm ăn uống lành mạnh và/hoặc hoạt động thể chất được khuyến cáo cho tất cả phụ nữ HC BTĐN, để tối ưu hóa sức khỏe chung, chất lượng cuộc sống, thành phần cơ thể và quản lý cân nặng (duy trì cân nặng, ngăn ngừa tăng cân, và/hoặc giảm cân vừa phải).
- Nhân viên y tế nên nhận biết rằng quản lý lối sống là trọng tâm cốt lõi trong quản lý HC BTĐN.
- Các mục tiêu và những ưu tiên của quản lý lối sống nên được xây dựng đồng thời với thói quen cá nhân của phụ nữ HC BTĐN.
- Lối sống lành mạnh vẫn có lợi ích ngay cả khi không giảm cân.
- Ở những phụ nữ thừa cân, việc quản lý cân nặng liên quan đến những cải thiện đáng kể về mặt lâm sàng và những điểm chính sau đây cần được xem xét:
 - ▶ Tập trung lâu dài vào việc ngăn ngừa tăng cân thêm.
 - ▶ Nếu mục tiêu là giảm cân, quy định mức năng lượng giảm phù hợp cho phụ nữ, cân nhắc nhu cầu năng lượng cá nhân, trọng lượng cơ thể và mức độ hoạt động thể chất.
 - ▶ Giá trị của việc cải thiện béo phì trung tâm (như vòng eo và chỉ số eo:hông) hoặc sức khỏe chuyển hóa.
 - ▶ Nhu cầu của việc đánh giá và hỗ trợ liên tục.
- Lối sống lành mạnh và quản lý cân nặng tối ưu, trong bối cảnh điều trị lâm sàng có kế hoạch, chuyên sâu và liên tục hỗ trợ, có hiệu quả như nhau ở HC BTĐN cũng như trong dân số chung.
- Ở những phụ nữ không thừa cân, trẻ gái độ tuổi vị thành niên và ở những thời điểm quan trọng trong cuộc sống, nên tập trung vào lối sống lành mạnh cũng như ngăn ngừa tăng cân quá mức.

2. Thay đổi hành vi

- Thay đổi lối sống có thể bao gồm các chiến lược về hành vi như thiết lập mục tiêu, tự theo dõi, giải quyết vấn đề, tập luyện kiên trì, tăng cường thay đổi và phòng ngừa tái phát, để tối ưu việc quản lý cân nặng, lối sống lành mạnh và cảm xúc tích cực ở phụ nữ HC BTĐN.
- Hỗ trợ hành vi có thể bao gồm: thiết lập mục tiêu, giải quyết vấn đề, tự theo dõi và xem xét, hoặc sử dụng công cụ đặt mục tiêu SMART (Specific – Cụ thể, Measurable – Đo lường được, Achievable – Thực hiện được, Realistic – Thực tế, Timely – Đúng thời gian).
- Các biện pháp thay đổi hành vi hoặc thay đổi nhận thức có thể xem xét để tăng cường hỗ trợ, cam kết, duy trì, tuân thủ và bảo vệ lối sống lành mạnh và cải thiện kết quả sức khỏe ở phụ nữ HC BTĐN.

3. Thay đổi chế độ ăn

- Không có bằng chứng ủng hộ bất kỳ một loại chế độ ăn nào so với các chế độ ăn khác về mặt nhân trắc học, chuyển hóa, nội tiết, sinh sản hoặc kết quả tâm lý.
- Chế độ ăn phù hợp với hướng dẫn trong dân số chung về ăn uống lành mạnh sẽ có lợi cho sức khỏe. Nhân viên y tế nên tư vấn việc ăn uống lành mạnh bền vững, phù hợp với sở thích và mục tiêu của mỗi người phụ nữ.
- Những rào cản và thuận lợi để tối ưu hóa việc tham gia và tuân thủ thay đổi chế độ ăn nên được thảo luận, bao gồm các yếu tố tâm lý, hạn chế về thể chất, các yếu tố kinh tế – xã hội, văn hóa – xã hội, các động lực cá nhân để thay đổi. Tầm quan trọng của sự tham gia của gia đình nên được xem xét. Cần xem xét giới thiệu đến chuyên gia chăm sóc sức khỏe đã được đào tạo phù hợp khi phụ nữ HC BTĐN cần hỗ trợ để tối ưu hóa chế độ ăn.

4. Luyện tập thể dục

- Chưa có đủ bằng chứng ủng hộ cho bất kỳ một loại luyện tập thể dục và cường độ luyện tập thể dục nào về mặt sinh trắc học, chuyển hóa, nội tiết, sinh sản hoặc tâm lý.
- Bất kỳ hoạt động thể chất nào phù hợp với hướng dẫn dành cho dân số chung đều có lợi cho sức khỏe. Nhân viên y tế nên tư vấn hoạt động thể chất bền vững, phù hợp dựa trên sở thích và mục tiêu cá nhân.
- Nhân viên y tế nên khuyến khích và tư vấn những điều sau nhằm phù hợp với hướng dẫn hoạt động thể chất của dân số chung:
 - ▶ Tất cả phụ nữ trưởng thành nên thực hiện hoạt động thể chất vì thực hiện một số hoạt động thể chất vẫn tốt hơn là không làm gì cả.
 - ▶ Phụ nữ trưởng thành nên hạn chế thời gian ngồi tĩnh tại (như thời gian ngồi và xem màn hình) và việc thay thế thời gian ngồi tĩnh tại với hoạt động thể chất ở bất kỳ cường độ nào (kể cả cường độ nhẹ) mang lại lợi ích sức khỏe.
 - ▶ Để ngăn ngừa tăng cân và duy trì sức khỏe, phụ nữ trưởng thành (18–64 tuổi) nên đặt mục tiêu tối thiểu 150–300 phút hoạt động thể chất với cường độ trung bình hoặc 75–150 phút hoạt động thể chất với cường độ mạnh mỗi tuần, hoặc phối hợp cả hai, cùng với các bài tập tăng cường sức cơ (như bài tập kháng lực/độ dẻo dai) vào 2 ngày không liên tiếp mỗi tuần.
 - ▶ Để thúc đẩy các lợi ích sức khỏe nhiều hơn, bao gồm giảm cân vừa phải và ngăn ngừa tăng cân trở lại, phụ nữ trưởng thành (18–64 tuổi) nên đặt mục tiêu tối thiểu 250 phút hoạt động thể chất với cường độ trung bình hoặc 150 phút hoạt động thể chất với cường độ mạnh mỗi tuần, hoặc phối hợp cả hai, cùng với các bài tập tăng cường sức cơ (như bài tập kháng lực/độ dẻo dai) lý tưởng là vào 2 ngày không liên tiếp mỗi tuần.
 - ▶ Trẻ gái độ tuổi vị thành niên nên đặt mục tiêu ít nhất 60 phút hoạt động thể chất với cường độ trung bình đến mạnh mỗi ngày, bao gồm các bài tập tăng cường sức cơ và phát triển hệ xương ít nhất 3 lần mỗi tuần.

- Hoạt động thể chất là bất kỳ chuyển động cơ thể nào được tạo ra bởi hệ cơ xương và đòi hỏi tiêu hao năng lượng, bao gồm hoạt động thể chất trong thời gian rảnh, di chuyển (như đi bộ hoặc đi xe đạp), hoạt động nghề nghiệp (như làm việc), làm việc nhà, hoạt động ngoài trời, chơi thể thao hoặc tập thể dục, hoặc các hoạt động trong bối cảnh hàng ngày, gia đình và hoạt động cộng đồng.
- Bài tập hiếu khí cần được thực hiện ít nhất 10 phút mỗi đợt, với mục tiêu ít nhất 30 phút mỗi ngày trong hầu hết các ngày.
- Những rào cản và những thuận lợi để tối ưu hóa việc tham gia và tuân thủ hoạt động thể lực nên được thảo luận, bao gồm các yếu tố tâm lý (như lo lắng về hình ảnh cơ thể, sợ bị thương, sợ thất bại và sức khỏe tinh thần), an toàn cá nhân, yếu tố môi trường, hạn chế về thể chất, yếu tố kinh tế – xã hội, yếu tố văn hóa – xã hội và các động lực cá nhân để thay đổi. Tầm quan trọng của sự tham gia của gia đình nên được xem xét. Cần xem xét giới thiệu đến chuyên gia chăm sóc sức khỏe đã được đào tạo phù hợp để tối ưu hóa hoạt động thể chất khi phụ nữ HC BTĐN cần hỗ trợ.
- Các biện pháp tự theo dõi, bao gồm các thiết bị ghi nhận hoạt động thể chất, công nghệ đếm số bước chân và đánh giá cường độ vận động thể lực, có thể sử dụng như phương pháp hỗ trợ giúp đẩy mạnh lối sống lành mạnh và giảm thiểu các hành vi tiêu cực.

5. Tăng cân ở phụ nữ HC BTĐN

- Nhân viên y tế và phụ nữ HC BTĐN cần biết rằng hiện thiếu bằng chứng về sự khác biệt trong sinh lý hoặc lối sống hành vi, liên quan đến cân nặng, ở phụ nữ HC BTĐN so với phụ nữ không có HC BTĐN.
- Mặc dù cơ chế cụ thể không rõ ràng, nhiều phụ nữ HC BTĐN có các cơ chế tiềm ẩn thúc đẩy tăng cân nhiều hơn và BMI cao hơn, dẫn đến nhu cầu:
 - ▶ Khắc phục những thách thức lớn hơn trong quản lý cân nặng.
 - ▶ Nhấn mạnh tầm quan trọng của các chiến lược lối sống lành mạnh lâu dài và ngăn ngừa tăng cân quá mức.
 - ▶ Hỗ trợ phụ nữ HC BTĐN và nhân viên y tế trong xác lập mục tiêu lối sống phù hợp, thực tế.

6. Kỳ thị về cân nặng

- Nhiều phụ nữ HC BTĐN bị kỳ thị về cân nặng trong chăm sóc sức khỏe và tác động tâm sinh lý – xã hội tiêu cực này nên được nhận ra.
- Nhân viên y tế nên nhận ra những thành kiến về cân nặng (weigh bias) và tác động của điều này đối với thực hành chuyên môn của họ và đối với phụ nữ có HC BTĐN.
- Nhân viên y tế nên nhận thức được các thực hành liên quan đến cân nặng, nhằm thúc đẩy sự chấp nhận và tôn trọng sự đa dạng của kích thước cơ thể và tập trung vào việc cải thiện hành vi sức khỏe, kết quả sức khỏe cho mọi người thuộc mọi kích cỡ. Trong chăm sóc sức khỏe cho phụ nữ HC BTĐN, bao gồm:
 - ▶ Việc hiểu biết rằng mặc dù thừa cân là một yếu tố nguy cơ của HC BTĐN và các biến chứng HC BTĐN, nhưng đây chỉ là một dấu chỉ của tình trạng sức khỏe và các yếu tố khác cũng nên được đánh giá.
 - ▶ Xin ý kiến để thảo luận và đo lường cân nặng và sử dụng nhiều chiến lược để giảm thiểu sự khó chịu (như việc áp dụng chiến lược cân mà không cho bệnh nhân biết kết quả).
 - ▶ Nhận biết rằng các thuật ngữ “thừa cân” và “béo phì” có thể gây kỳ thị và sử dụng những từ khác thay thế như “cân nặng lớn”.
 - ▶ Khi cân đo, giải thích thông tin về cân nặng sẽ được sử dụng như thế nào để xác định nguy cơ, phòng ngừa và điều trị và việc không biết được thông tin cân nặng sẽ ảnh hưởng như thế nào đến quá trình điều trị.
 - ▶ Đảm bảo có sẵn trang thiết bị phù hợp cho phụ nữ ở mọi vóc dáng.
 - ▶ Cung cấp các lựa chọn về chăm sóc tập trung vào cân nặng (thúc đẩy giảm cân có chủ ý) hoặc chăm sóc bao gồm cả cân nặng (thúc đẩy thay đổi lối sống lành mạnh mà không tập trung vào việc giảm cân có chủ ý) để phù hợp với mục tiêu và sở thích cá nhân.
 - ▶ Cung cấp cho tất cả phụ nữ các phương pháp đánh giá, điều trị và hỗ trợ tốt nhất bất kể tình trạng cân nặng, với cân nặng có thể là yếu tố nguy cơ không thể thay đổi khi chỉ áp dụng thay đổi lối sống.
- Nâng cao nhận thức về sự kỳ thị cân nặng giữa các thành viên gia đình của phụ nữ và trẻ gái độ tuổi vị thành niên có HC BTĐN.

CHƯƠNG 4

QUẢN LÝ CÁC ĐẶC ĐIỂM KHÔNG LIÊN QUAN ĐẾN HIỂM MUỘN



1. Nguyên tắc điều trị thuốc

- Cần có sự đồng thuận trong quyết định điều trị giữa người bệnh (và cha mẹ hoặc người giám hộ nếu là trẻ vị thành niên) và nhân viên y tế.
- Đặc điểm cá nhân, sở thích và giá trị của người bệnh cần được khai thác và cân nhắc khi khuyến cáo bất kỳ các can thiệp nào, đơn độc hoặc phối hợp.
- Khi chỉ định điều trị, quan trọng cần hiểu người bệnh coi trọng các kết cục điều trị ở mức độ như thế nào. Khi cân nhắc điều trị nội khoa, nhân viên y tế cần thông tin cho người bệnh, cha mẹ hoặc người giám hộ biết và cần thảo luận về các chứng cứ, các vấn đề cần lưu ý cũng như tác dụng phụ của thuốc.

2. Thuốc viên tránh thai phối hợp đường uống

- Thuốc viên tránh thai phối hợp đường uống (COCP) có thể được sử dụng ở phụ nữ trưởng thành trong độ tuổi sinh sản có HC BTĐN để điều trị rậm lông và/hoặc rối loạn kinh nguyệt.
- COCP có thể được xem xét chỉ định cho trẻ gái tuổi vị thành niên nhóm “tăng nguy cơ” hoặc đã được chẩn đoán HC BTĐN, để kiểm soát tình trạng cường androgen và rối loạn kinh nguyệt.
- Cần lưu ý rằng sử dụng ethinylestradiol liều cao (≥ 30 μg) không có lợi ích lâm sàng hơn so với ethinylestradiol liều thấp (< 30 μg) để điều trị rậm lông ở phụ nữ HC BTĐN.
- Hiện chưa có bằng chứng đủ mạnh để khuyến nghị cụ thể về loại, liều progestin, estrogen hoặc dạng phối hợp COCP nên sử dụng.
- Chế phẩm gồm 35 μg ethinylestradiol và cyproterone acetate nên là lựa chọn hàng thứ hai so với các COCP khác, cân bằng giữa lợi ích và tác dụng phụ, bao gồm nguy cơ huyết khối tĩnh mạch.
- Có thể cân nhắc thuốc viên tránh thai đường uống chỉ có progestin để bảo vệ niêm mạc tử cung, lưu ý rằng bằng chứng ở phụ nữ HC BTĐN còn hạn chế.

- Khi chỉ định COCP ở phụ nữ trưởng thành và trẻ gái tuổi vị thành niên có HC BTĐN hoặc có nguy cơ có HC BTĐN, cần lưu ý:
 - ▶ Điều trị tập trung vào các triệu chứng chính và xem xét các biện pháp điều trị khác như liệu pháp thẩm mỹ.
 - ▶ Chia sẻ quyết định điều trị (bao gồm thông tin chính xác và đảm bảo về tính hiệu quả và an toàn của COCP) được khuyến cáo và có khả năng cải thiện tuân thủ điều trị.
 - ▶ Các chế phẩm estrogen tự nhiên và liều estrogen thấp nhất có hiệu quả (chẳng hạn như 20–30 µg ethinyloestradiol hoặc tương đương) nên được xem xét, cân bằng giữa hiệu quả, nguy cơ chuyển hóa, tác dụng phụ, chi phí và tính sẵn có.
 - ▶ Vẫn chưa đủ bằng chứng về hiệu quả của COCP trên nhóm phụ nữ HC BTĐN, việc sử dụng thuốc trên nhóm này nên dựa trên hướng dẫn của dân số chung.
 - ▶ Chống chỉ định tuyệt đối, tương đối và tác dụng phụ của thuốc tránh thai kết hợp đường uống nên được xem xét và thảo luận trên từng đối tượng cụ thể.
 - ▶ Các đặc điểm đặc trưng của HC BTĐN như thừa cân và yếu tố nguy cơ tim mạch cần được xem xét.

3. Metformin

- Sử dụng metformin đơn trị nên được xem xét ở phụ nữ trưởng thành có HC BTĐN có BMI ≥ 25 kg/m² nhằm cải thiện các kết cục nhân trắc học và rối loạn chuyển hóa bao gồm kháng insulin, đường huyết và mỡ máu.
- Sử dụng metformin đơn trị có thể được xem xét ở trẻ gái tuổi vị thành niên có nguy cơ hoặc đã được chẩn đoán HC BTĐN để khôi phục chu kỳ kinh nguyệt, nhưng bằng chứng còn hạn chế.
- Sử dụng metformin đơn trị có thể được xem xét ở phụ nữ trưởng thành có HC BTĐN và BMI < 25 kg/m², nhưng các bằng chứng còn hạn chế.
- Khi chỉ định metformin, cần cân nhắc những điểm sau:
 - ▶ Xem xét tính khả thi và hiệu quả của can thiệp lối sống tích cực để chia sẻ quyết định điều trị. Phụ nữ nên được thông tin rằng can thiệp lối sống tích cực và metformin có hiệu quả tương đương.
 - ▶ Tác dụng phụ nhẹ, bao gồm tác dụng phụ trên đường tiêu hóa, thường tự giới hạn và phụ thuộc liều sử dụng.
 - ▶ Bắt đầu với liều thấp, tăng dần 500 mg mỗi 1–2 tuần và sử dụng các chế phẩm phóng thích kéo dài có thể giảm thiểu tác dụng phụ và tăng tuân thủ điều trị.
 - ▶ Liều tối đa hàng ngày được đề nghị là 2,5 g ở phụ nữ trưởng thành và 2 g ở trẻ gái tuổi vị thành niên.
 - ▶ Sử dụng metformin an toàn với thời gian sử dụng lâu dài, dựa trên dân số chung, tuy nhiên chỉ định sử dụng lâu dài cần được xem xét.
 - ▶ Sử dụng metformin có liên quan đến giảm nồng độ vitamin B12, đặc biệt trên nhóm có nguy cơ thiếu vitamin B12 (đái tháo đường, sau phẫu thuật giảm cân/chuyển hóa, thiếu máu ác tính, chế độ ăn thuần chay...), do đó nên được xem xét.

4. Metformin và COCP

- COCP có thể được ưu tiên sử dụng hơn metformin để điều trị rậm lông ở phụ nữ HC BTĐN có kinh nguyệt không đều.
- Metformin có thể được ưu tiên sử dụng hơn COCP cho các chỉ định chuyển hóa trong HC BTĐN.
- Kết hợp COCP và metformin không mang lại nhiều lợi ích hơn so với việc sử dụng COCP hoặc metformin đơn trị ở phụ nữ trưởng thành có HC BTĐN với BMI ≤ 30 kg/m².
- Kết hợp COCP và metformin có thể có lợi nhiều nhất ở nhóm phụ nữ nguy cơ cao rối loạn chuyển hóa như BMI >30 kg/m², có yếu tố nguy cơ đái tháo đường, rối loạn dung nạp glucose.
- Khi có chống chỉ định với COCP, người bệnh không chấp nhận hoặc không dung nạp với COCP, metformin có thể được xem xét chỉ định thay thế trong các tình huống có rối loạn kinh nguyệt. Đối với rậm lông, có thể cần thêm các can thiệp khác.

5. Thuốc điều trị béo phì

- Các thuốc điều trị béo phì bao gồm liraglutide, semaglutide (đồng vận thụ thể glucagon-like peptide-1 [GLP-1]) và orlistat có thể được xem xét cùng với can thiệp lối sống tích cực ở bệnh nhân có chỉ số BMI ≥ 25 kg/m² để kiểm soát thừa cân, béo phì ở phụ nữ trưởng thành có HC BTĐN.
- Khuyến cáo tăng liều dần đối với thuốc đồng vận thụ thể GLP-1 để giảm các tác dụng phụ trên đường tiêu hóa.
- Chia sẻ quyết định điều trị khi thảo luận về việc sử dụng thuốc đồng vận thụ thể GLP-1 trên phụ nữ HC BTĐN, cần xem xét tác dụng phụ và nhu cầu sử dụng lâu dài trong kiểm soát cân nặng, do nguy cơ tăng cân trở lại sau khi ngừng sử dụng và thiếu dữ liệu an toàn lâu dài.

6. Thuốc kháng androgen

- Khi phối hợp với biện pháp tránh thai hiệu quả, có thể cân nhắc sử dụng thuốc kháng androgen để điều trị rậm lông ở phụ nữ HC BTĐN, nếu sau ít nhất 6 tháng sử dụng COCP và/hoặc liệu pháp thẩm mỹ mà đáp ứng chưa tối ưu.
- Vì hội đầu kiểu nữ ảnh hưởng tiêu cực đến tâm lý, nên có thể cân nhắc phối hợp thuốc kháng androgen với COCP, dù bằng chứng ở phụ nữ HC BTĐN còn hạn chế.
- Khi có khả năng mang thai, cần tư vấn và cung cấp thông tin cho phụ nữ, trẻ tuổi vị thành niên, cha mẹ hoặc người giám hộ nguy cơ phát triển không hoàn toàn cơ quan sinh dục ngoài của thai nhi giới tính nam khi sử dụng thuốc kháng androgen. Để ngăn ngừa nguy cơ này, cần tư vấn các biện pháp tránh thai hiệu quả (dụng cụ tử cung hoặc COCP) cho phụ nữ có khả năng mang thai.
- Thuốc kháng androgen có thể được cân nhắc để điều trị rậm lông, khi người bệnh đã có biện pháp tránh thai hiệu quả, trong các trường hợp chống chỉ định với COCP hoặc không dung nạp với COCP.
- Khi sử dụng thuốc kháng androgen, các yếu tố cần cân nhắc:
 - ▶ Spironolactone liều 25–100 mg/ngày có ít tác dụng phụ.
 - ▶ Cyproterone acetate ≥ 10 mg không được khuyến cáo do tăng nguy cơ phát triển u màng não.
 - ▶ Finasteride làm tăng nguy cơ tổn thương gan.
 - ▶ Flutamide và bicalutamide có nguy cơ gây tổn thương gan nặng.
 - ▶ Bằng chứng về hiệu quả của thuốc kháng androgen ở phụ nữ mắc HC BTĐN vẫn còn hạn chế, chủ yếu do số lượng nghiên cứu ít và cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ.

7. Inositol

- Inositol (ở bất kỳ dạng nào) có thể được cân nhắc sử dụng ở phụ nữ HC BTĐN, tùy thuộc vào sở thích và giá trị cá nhân. Chú ý rằng inositol có ít tác dụng phụ được ghi nhận, có khả năng cải thiện các chỉ số về mặt sinh hóa; tuy nhiên, lợi ích về lâm sàng còn hạn chế, bao gồm: cải thiện hiện tượng phóng noãn, rậm lông hoặc cân nặng.

- Metformin được ưu tiên sử dụng hơn inositol trong điều trị rậm lông và béo phì trung tâm, nhưng cần lưu ý rằng metformin gây ra nhiều tác dụng phụ hơn inositol trên đường tiêu hóa.
- Phụ nữ đang sử dụng inositol hoặc các liệu pháp bổ trợ khác nên thông báo cho nhân viên y tế.
- Loại, liều hoặc phối hợp cụ thể của inositol chưa được khuyến cáo rõ ràng ở phụ nữ trưởng thành và trẻ gái độ tuổi vị thành niên có HC BTĐN do thiếu các bằng chứng nghiên cứu có chất lượng.
- Chia sẻ quyết định điều trị nên bao gồm sự khác biệt về tình trạng lưu hành và kiểm soát chất lượng của inositol giữa các nhà sản xuất; đồng thời, liều dùng và chất lượng cũng có thể thay đổi.

8. Laser trị liệu và liệu pháp ánh sáng giảm rậm lông

- Laser trị liệu và liệu pháp ánh sáng nên được xem xét trong điều trị rậm lông ở mặt, góp phần giảm rối loạn lo âu, trầm cảm và nâng cao chất lượng cuộc sống ở phụ nữ HC BTĐN.
- Số liệu trình laser trị liệu có thể tăng ở phụ nữ HC BTĐN so với phụ nữ rậm lông không rõ nguyên nhân.
- Phụ nữ được khuyến khích thực hiện liệu pháp giảm rậm lông bởi chuyên gia có kinh nghiệm nhằm hạn chế tác dụng phụ.
- Khi điều trị rậm lông với laser trị liệu, cần cân nhắc:
 - ▶ Bước sóng, phương thức laser thay đổi dựa trên màu sắc của da và lông.
 - ▶ Laser trị liệu kém hiệu quả ở phụ nữ có lông màu vàng, xám hoặc trắng.
 - ▶ Phối hợp COCP, kèm hay không kèm thuốc kháng androgen, có thể giảm rậm lông tốt hơn, duy trì tác dụng lâu hơn so với laser trị liệu đơn lẻ.
 - ▶ Hiệu quả của laser cường độ cao và cường độ thấp là như nhau trong điều trị giảm rậm lông ở vùng mặt, nhưng laser cường độ thấp gây đau ít hơn.
- Triệt lông cơ học với ánh sáng xung cường độ cao (Intense Pulsed Light – IPL) có thể được sử dụng, mặc dù hiệu quả thấp hơn so với laser trị liệu. Hiện chưa có bằng chứng ủng hộ hiệu quả các thiết bị IPL gia dụng.

9. Kết cục thai kỳ

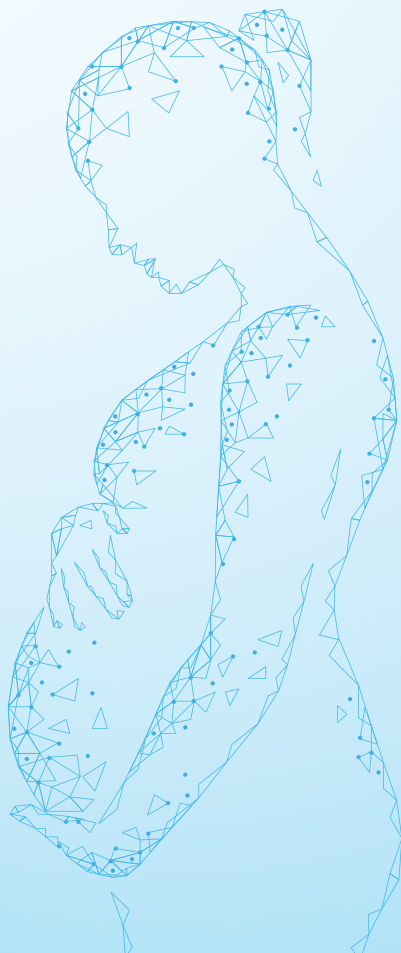
- Thai kỳ ở phụ nữ HC BTĐN có nguy cơ cao hơn, do đó nhân viên y tế cần nhận biết và chẩn đoán HC BTĐN trong giai đoạn chăm sóc tiền sản, đồng thời xây dựng kế hoạch theo dõi và hướng dẫn phù hợp.
- Phụ nữ HC BTĐN khi mang thai tăng nguy cơ đối với:
 - ▶ Tăng cân nhiều hơn trong thai kỳ.
 - ▶ Sẩy thai.
 - ▶ Đái tháo đường thai kỳ.
 - ▶ Tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật.
 - ▶ Thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung, thai nhỏ so với tuổi thai và trẻ nhẹ cân khi sinh.
 - ▶ Sinh non.
 - ▶ Mổ lấy thai.
- Các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản ở phụ nữ HC BTĐN không làm gia tăng nguy cơ sẩy thai, sinh non, ảnh hưởng đến phát triển của thai, mổ lấy thai so với phụ nữ không có HC BTĐN.
- Phụ nữ HC BTĐN không làm tăng nguy cơ thai lớn so với tuổi thai, con to, sinh giúp bằng dụng cụ.
- Can thiệp lối sống sớm nên được áp dụng ở tất cả thai phụ HC BTĐN, do nguy cơ sẵn có của của tình trạng thừa cân trước mang thai, tăng cân quá mức trong thai kỳ và các biến chứng thai kỳ.
- Đo huyết áp nên thực hiện khi có kế hoạch mang thai hoặc khi khám hiếm muộn, vì nguy cơ cao của các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ và các tình trạng đi kèm ở thai phụ HC BTĐN.
- Nên chỉ định OGTT cho phụ nữ HC BTĐN trước mang thai hoặc khi khám hiếm muộn, vì nguy cơ cao của các rối loạn đường huyết và các tình trạng đi kèm trong thai kỳ ở thai phụ HC BTĐN. Nếu không thực hiện được trước mang thai, OGTT nên được chỉ định ở lần khám thai đầu tiên và lặp lại ở tuần 24–28 thai kỳ.

10. Metformin trong thai kỳ

- Nhân viên y tế nên nhận biết rằng việc sử dụng metformin ở thai phụ HC BTĐN chưa được chứng minh có hiệu quả trong phòng ngừa các tình trạng:
 - ▶ Đái tháo đường thai kỳ.
 - ▶ Sẩy thai muộn (12 tuần + 1 ngày đến 21 tuần + 6 ngày).
 - ▶ Tăng huyết áp trong thai kỳ.
 - ▶ Tiền sản giật.
 - ▶ Thai to hoặc cân nặng lúc sinh ≥ 4.000 g.
- Metformin được xem xét trong một vài tình huống (như nguy cơ sinh non) nhằm giảm tỷ lệ sinh non và hạn chế tăng cân quá mức trong thai kỳ ở thai phụ HC BTĐN.
- Thai phụ nên được tư vấn về việc những ảnh hưởng của metformin lên sức khỏe lâu dài của trẻ sinh ra là chưa rõ ràng, như là gây tăng cân ở trẻ, mặc dù nguyên nhân chưa rõ ràng.
- Tác dụng phụ của metformin đa số là nhẹ, triệu chứng trên đường tiêu hóa thường thoáng qua và không nặng lên trong thai kỳ.
- Metformin, khi được sử dụng trong điều trị HC BTĐN và kích thích rụng trứng, nên được ngừng vào cuối tam cá nguyệt đầu tiên.

CHƯƠNG 5

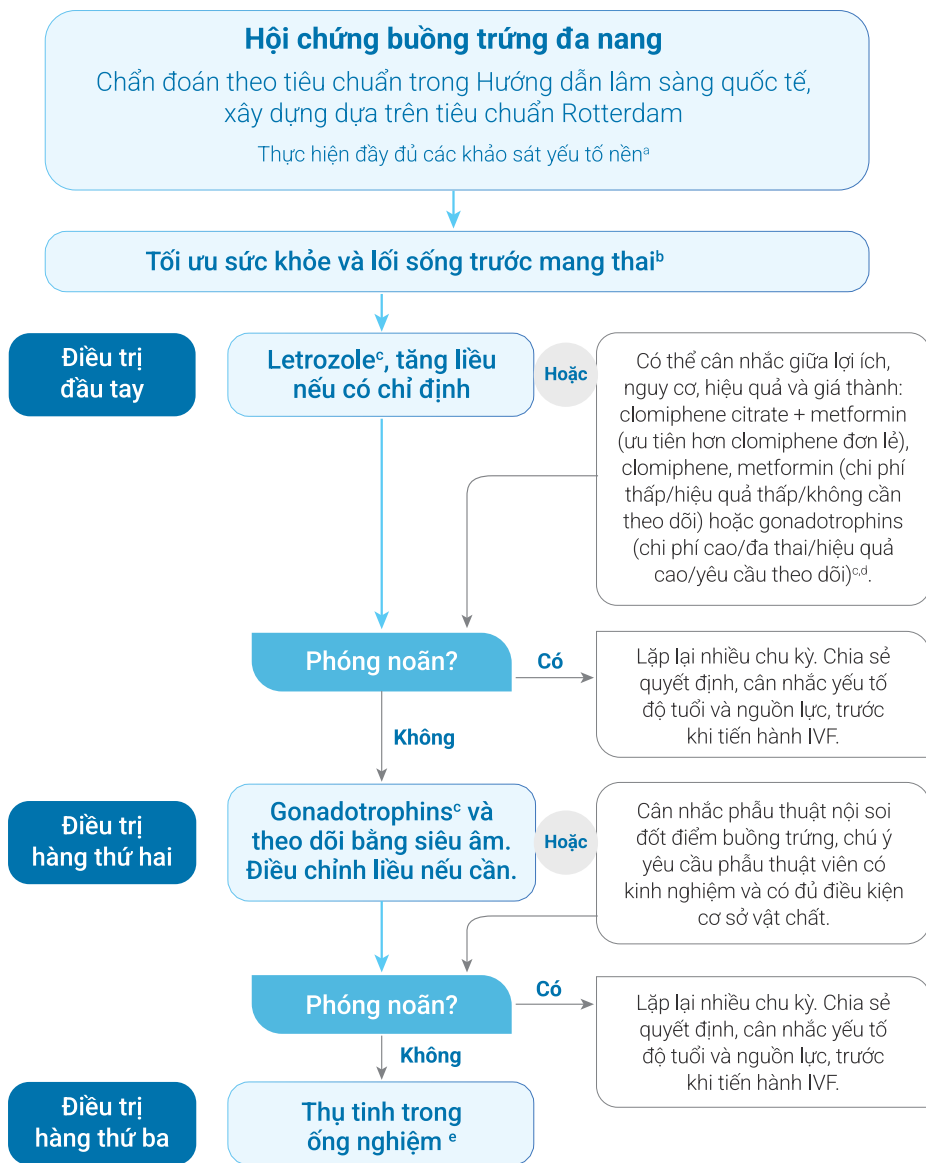
ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN



1. Nguyên tắc cơ bản

Tất cả các phương án hỗ trợ sinh sản cho phụ nữ HC BTĐN nên được thực hiện theo lưu đồ điều trị (Lưu đồ 2).

Lưu đồ 2. Điều trị hiếm muộn cho phụ nữ HC BTĐN.



- a. Khảo sát các yếu tố nền:
- Chẩn đoán HC BTĐN – xét nghiệm nội tiết và siêu âm phụ khoa.
 - Đánh giá BMI, huyết áp và tình trạng đường huyết (OGTT/HbA1c).
 - Đánh giá thường quy trước mang thai (miễn dịch Rubella, tầm soát nhiễm trùng...), tư vấn trước mang thai và sử dụng thực phẩm chức năng.
 - Một số khảo sát khác: tinh dịch đồ, xem xét khảo sát tính thông của ống dẫn trứng.
- b. Lối sống lành mạnh bao gồm ăn uống điều độ, hoạt động thể lực thường xuyên nên được tư vấn ở tất cả phụ nữ HC BTĐN nhằm hạn chế các tác động bất lợi lên khả năng sinh sản và kết cục điều trị hiếm muộn và tối ưu hóa sức khỏe trong thai kỳ.
- c. Các tác nhân chưa được cấp phép sử dụng (off-label): letrozole, metformin và các tác nhân dược lý khác thông thường không được cấp phép sử dụng cho phụ nữ HC BTĐN, do các công ty dược chưa đăng ký cấp phép sử dụng các tác nhân dược lý này trong tình huống HC BTĐN. Tuy nhiên, khuyến cáo sử dụng các tác nhân này là dựa trên bằng chứng và đã được cấp phép ở nhiều quốc gia. Khi sử dụng, chuyên gia chăm sóc sức khỏe nên thông báo với phụ nữ và thảo luận về mức độ bằng chứng, những lo lắng có thể có và các tác dụng phụ liên quan đến quá trình điều trị.
- d. So với letrozole, metformin có hiệu quả thấp hơn, nhưng chi phí và tỷ lệ đa thai cũng thấp hơn. Trong khi đó, gonadotrophins có hiệu quả cao hơn, nhưng chi phí và tỷ lệ đa thai cao hơn. Cả metformin và gonadotrophins đều có thể được xem là chọn lựa thay thế cho tác nhân gây phóng noãn đầu tay (letrozole).
- e. Thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) là điều trị hàng thứ ba trừ khi không có các nguyên nhân hiếm muộn khác (như hiếm muộn liên quan đến yếu tố nam, hoặc ống dẫn trứng). Nên lựa chọn phác đồ kích thích buồng trứng giúp làm giảm nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng, cân nhắc nuôi trứng thành noãn non nếu có thể.

- Phụ nữ HC BTĐN cần được biết rằng họ đều có khả năng mang thai tự nhiên hoặc thông qua các phương pháp hỗ trợ sinh sản.
- Nên bắt đầu sử dụng vitamins bổ trợ trước mang thai thường quy trong chăm sóc tiền sản cùng thời điểm bắt đầu gây phóng noãn.
- Cần chẩn đoán loại trừ tình trạng đã có thai trước khi thực hiện gây phóng noãn.
- Trước khi sử dụng thuốc gây phóng noãn, nhân viên y tế cần thông báo và thảo luận với phụ nữ về bằng chứng hiệu quả, những lo ngại và các tác dụng phụ của thuốc.
- Cần theo dõi liên tục nhằm phát hiện các tác dụng phụ trên người bệnh cũng như những bất thường bẩm sinh của trẻ sinh ra. Tất cả nghiên cứu được công bố có sử dụng các thuốc gây phóng noãn này đều nên đề cập đến các tác dụng phụ kể trên.

2. Yếu tố nguy cơ trước mang thai

- Trước điều trị hiếm muộn, phụ nữ HC BTĐN cần được tư vấn về tác động không mong muốn của việc tăng cân quá mức trong thai kỳ, nguy cơ sảy thai, tỷ lệ trẻ sinh sống sau điều trị hiếm muộn.
- Tương tự như chăm sóc tiền sản thường quy, chăm sóc tiền sản cho phụ nữ HC BTĐN cần kiểm soát tốt và tối ưu hóa các yếu tố bao gồm cân nặng, huyết áp, tình trạng hút thuốc lá, sử dụng đồ uống có cồn, chế độ ăn uống và tình trạng dinh dưỡng, bổ sung folate (với liều cao hơn ở những phụ nữ có BMI >30 kg/m²), tập thể dục, giấc ngủ, sức khỏe tinh thần, cảm xúc và sức khỏe tình dục nhằm cải thiện kết cục về sinh sản, kết cục thai kỳ và sức khỏe tổng quát.
- Trẻ gái độ tuổi vị thành niên và phụ nữ HC BTĐN cần được giáo dục phù hợp về kế hoạch về sinh sản để tối ưu hóa sức khỏe sinh sản, bao gồm việc thay đổi lối sống lành mạnh, phòng ngừa tăng cân quá mức và điều chỉnh những yếu tố nguy cơ trước mang thai.
- Nhân viên y tế được khuyến khích tìm kiếm sự cho phép và nếu được, tiếp cận đánh giá về cân nặng, BMI và tư vấn cho người bệnh hiểu về ảnh hưởng của cân nặng và lối sống lên sức khỏe sinh sản trước mang thai. Tuy nhiên, cần lưu ý tránh kỳ thị về cân nặng và cần quan tâm đến những khía cạnh khác như ảnh hưởng của yếu tố văn hóa, xã hội và môi trường lên sức khỏe của người bệnh.

- Những tình trạng mạn tính như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lo âu, trầm cảm và rối loạn tâm lý khác cần được quản lý đúng mức và phụ nữ nên được tư vấn về nguy cơ kết cục bất lợi của thai kỳ.

3. Khảo sát ống dẫn trứng

- Ở phụ nữ HC BTĐN hiếm muộn do rối loạn phóng noãn với đặc điểm tinh dịch đồ của chồng bình thường, những yếu tố nguy cơ, lợi ích, chi phí, thời gian và kỹ thuật khảo sát ống dẫn trứng cùng với chi phí và tính phức tạp của các phương án điều trị cần được cá thể hóa dựa trên bệnh sử và tần suất tổn thương ống dẫn trứng, trước khi bắt đầu gây phóng noãn kết hợp quan hệ tự nhiên hay bơm tinh trùng vào buồng tử cung.

4. Letrozole

- Letrozole nên được xem là thuốc gây phóng noãn được chọn lựa đầu tay cho phụ nữ HC BTĐN hiếm muộn do không phóng noãn không có nguyên nhân khác đi kèm.
- Nguy cơ đa thai ít hơn khi sử dụng letrozole so với clomiphene citrate.
- Letrozole không được khuyến cáo sử dụng ở những phụ nữ có nghi ngờ đã có thai trước đó, mặc dù chưa có bất kỳ bằng chứng nào cho thấy việc sử dụng letrozole làm tăng nguy cơ dị tật thai so sánh với các thuốc gây phóng noãn khác.

5. Clomiphene citrate và metformin

a. Metformin so sánh với giả được^[13]

- ▶ Metformin có thể được sử dụng đơn lẻ nhằm tăng tỷ lệ thai lâm sàng và tỷ lệ trẻ sinh sống ở những phụ nữ HC BTĐN hiếm muộn do không phóng noãn không có nguyên nhân khác đi kèm. Tuy nhiên, cần tư vấn thêm những tác nhân khác có hiệu quả gây phóng noãn tốt hơn.
- ▶ Nên tư vấn về các tác dụng phụ nhẹ trên đường tiêu hóa có thể gặp phải khi sử dụng metformin.
- ▶ Những trở ngại về chăm sóc y tế và nguồn lực bao gồm quá trình theo dõi và chi phí khi sử dụng metformin.
- ▶ Trước khi bắt đầu sử dụng metformin, cần lưu ý về độ tuổi và việc tầm soát những nguyên nhân gây hiếm muộn khác bên cạnh rối loạn phóng noãn.

b. Clomiphene citrate so sánh với metformin

- ▶ Clomiphene citrate có thể được ưu tiên hơn so sánh với metformin ở phụ nữ HC BTĐN hiếm muộn do không phóng noãn không có nguyên nhân khác đi kèm để cải thiện hiện tượng phóng noãn, tỷ lệ thai lâm sàng và tỷ lệ trẻ sinh sống.
- ▶ Sử dụng clomiphene citrate (đơn lẻ hoặc kèm metformin) làm tăng nguy cơ đa thai, do đó cần siêu âm theo dõi trong quá trình điều trị.

c. Clomiphene citrate kết hợp với metformin so sánh với clomiphene citrate đơn lẻ

- ▶ Clomiphene citrate kết hợp với metformin có thể được ưu tiên lựa chọn sử dụng hơn so sánh với clomiphene citrate đơn lẻ ở phụ nữ HC BTĐN hiếm muộn do không phóng noãn không có nguyên nhân khác đi kèm để cải thiện hiện tượng phóng noãn và tỷ lệ thai lâm sàng.

d. Clomiphene citrate kết hợp với metformin so sánh với metformin đơn lẻ

- ▶ Clomiphene citrate kết hợp với metformin có thể được ưu tiên lựa chọn sử dụng hơn so với metformin đơn lẻ ở phụ nữ HC BTĐN hiếm muộn do không phóng noãn không có nguyên nhân khác đi kèm nhằm cải thiện tỷ lệ trẻ sinh sống.
- ▶ Quá trình theo dõi giống nhau ở chu kỳ sử dụng hai tác nhân kết hợp so với chu kỳ sử dụng clomiphene citrate đơn lẻ.

e. Clomiphene citrate so sánh với letrozole^[14]

- ▶ Letrozole có thể được ưu tiên lựa chọn sử dụng hơn so với clomiphene citrate ở phụ nữ HC BTĐN hiếm muộn do không phóng noãn không có nguyên nhân khác đi kèm nhằm cải thiện hiện tượng phóng noãn, tỷ lệ thai lâm sàng và tỷ lệ trẻ sinh sống.
- ▶ Dữ kiện cho tới thời điểm hiện tại chứng minh không có sự khác biệt về tỷ lệ dị tật thai giữa chu kỳ gây phóng noãn sử dụng letrozole, clomiphene citrate và chu kỳ phóng noãn tự nhiên.
- ▶ Nguy cơ đa thai tăng lên khi sử dụng clomiphene citrate, vì thế cần theo dõi sát khi gây phóng noãn.

6. Gonadotrophins

- Gonadotrophins đơn lẻ có thể được ưu tiên lựa chọn sử dụng hơn so sánh với clomiphene citrate ở những phụ nữ HC BTĐN hiếm muộn do không phóng noãn không có nguyên nhân khác đi kèm và chưa từng được điều trị trước đây, nhằm cải thiện hiện tượng phóng noãn, tỷ lệ thai lâm sàng và tỷ lệ trẻ sinh sống.
- Gonadotrophins đơn lẻ có thể được ưu tiên lựa chọn sử dụng hơn so sánh với gonadotrophins kết hợp với clomiphene citrate ở phụ nữ HC BTĐN hiếm muộn do không phóng noãn không có nguyên nhân khác đi kèm và có tiền sử đề kháng hoặc thất bại với clomiphene citrate.
- Gonadotrophins đơn lẻ có thể được ưu tiên lựa chọn sử dụng hơn so sánh với clomiphene citrate kết hợp với metformin ở phụ nữ HC BTĐN hiếm muộn do không phóng noãn không có nguyên nhân khác đi kèm và có tiền sử đề kháng với clomiphene citrate.
- Gonadotrophins và phẫu thuật nội soi ổ bụng đốt điểm buồng trứng đều có thể được lựa chọn sử dụng ở phụ nữ mắc HC BTĐN hiếm muộn do không phóng noãn không có nguyên nhân khác đi kèm và có tiền sử thất bại với clomiphene citrate. Tuy nhiên, cần tư vấn về tỷ lệ trẻ sinh sống cao hơn và tỷ lệ đa thai cao hơn ở nhóm sử dụng gonadotrophins.
- Gonadotrophins nên được xem là tác nhân gây phóng noãn được chọn lựa hàng thứ hai cho phụ nữ HC BTĐN hiếm muộn do không phóng noãn không có nguyên nhân khác đi kèm và có tiền sử thất bại với tác nhân gây phóng noãn đường uống.
- Khi chỉ định gonadotrophins, cần cân nhắc:
 - » Chi phí.
 - » Nhân sự thực hiện gây phóng noãn.
 - » Khả năng theo dõi sát trên siêu âm.
 - » Phác đồ liều thấp, tăng dần nên được sử dụng nhằm tối ưu hóa tỷ lệ phát triển đơn noãn.
 - » Nguy cơ đa thai.
- Không có sự khác biệt về hiệu quả lâm sàng giữa các chế phẩm gonadotrophins hiện nay.

- Khi sử dụng gonadotrophins, cần hạn chế nguy cơ đa thai. Cần nhắc nhở chu kỳ khi có nhiều hơn 2 nang noãn phát triển với đường kính lớn hơn 14 mm và tránh quan hệ mà không có biện pháp bảo vệ.
- Tỷ lệ trẻ sinh sống, tỷ lệ thai lâm sàng trên phụ nữ, tỷ lệ phóng noãn trên chu kỳ khi sử dụng gonadotrophins cao hơn so sánh với clomiphene citrate.
- Phác đồ gonadotrophins liều thấp nên được sử dụng nhằm tối ưu hóa tỷ lệ phát triển đơn noãn và giảm tối đa nguy cơ đa thai.
- Theo dõi chu kỳ, chi phí sử dụng thuốc và phác đồ tiêm thuốc đa liều có thể ảnh hưởng đến việc chọn lựa sử dụng gonadotrophins.

7. Nội soi ổ bụng đốt điểm buồng trứng

- Nội soi ổ bụng đốt điểm buồng trứng được xem là lựa chọn hàng thứ hai cho phụ nữ HC BTĐN hiếm muộn do không phóng noãn không có nguyên nhân khác đi kèm và có tiền sử đề kháng với clomiphene citrate.
- Trường hợp chỉ định nội soi ổ bụng đốt điểm buồng trứng, cần cân nhắc:
 - ▶ Chi phí.
 - ▶ Phẫu thuật viên đủ kinh nghiệm để đảm bảo tính an toàn.
 - ▶ Phụ nữ thừa cân có nguy cơ trong và sau phẫu thuật cao hơn.

8. Thụ tinh trong ống nghiệm và trưởng thành noãn non^[15]

- Trong trường hợp không có chỉ định tuyệt đối cho IVF/ICSI, IVF có thể được chỉ định cho phụ nữ HC BTĐN hiếm muộn do không phóng noãn và có tiền sử thất bại với các biện pháp gây phóng noãn hàng thứ nhất, hàng thứ hai.
- Ở phụ nữ HC BTĐN không phóng noãn, IVF là phương pháp có hiệu quả. Nguy cơ đa thai được hạn chế khi áp dụng chiến lược chuyển đơn phôi có chọn lọc.
- Phụ nữ HC BTĐN chuẩn bị điều trị IVF/ICSI nên được tư vấn trước khi bắt đầu điều trị về nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng và các chọn lựa giúp giảm nguy cơ này.

a. Phác đồ kiểm soát GnRH

- ▶ Phác đồ GnRH đối vận không có hiệu quả hơn phác đồ dài (GnRH đồng vận) ở phụ nữ HC BTĐN điều trị IVF/ICSI trong việc cải thiện tỷ lệ thai lâm sàng và tỷ lệ trẻ sinh sống.
- ▶ Ưu tiên sử dụng phác đồ GnRH đối vận cho phụ nữ HC BTĐN điều trị IVF/ICSI vì cho phép khởi động trưởng thành noãn bằng GnRH đồng vận kết hợp trữ phôi toàn bộ mà không ảnh hưởng đến tỷ lệ trẻ sinh sống cộng đồng, giảm đáng kể nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng.

b. Cách thức khởi động trưởng thành noãn

- ▶ Xem xét khởi động trưởng thành noãn bằng GnRH đồng vận và trữ phôi toàn bộ trong chu kỳ IVF/ICSI trong phác đồ GnRH đối vận trong tình huống không có chủ đích chuyển phôi tươi hoặc có nguy cơ cao Hội chứng quá kích buồng trứng.

c. Lựa chọn loại thuốc FSH ngoại sinh

- ▶ FSH chiết xuất từ nước tiểu hoặc FSH tái tổ hợp đều có thể được sử dụng ở phụ nữ HC BTĐN để kích thích buồng trứng, thực hiện IVF/ICSI. Không đủ bằng chứng để khuyến cáo sử dụng một loại FSH cụ thể nào.

d. Bổ sung LH

- ▶ Không nên bổ sung LH tái tổ hợp thường quy trong kích thích buồng trứng ở phụ nữ HC BTĐN.

e. Kết hợp metformin

- ▶ Có thể kết hợp metformin trước và/hoặc trong quá trình kích thích buồng trứng ở phụ nữ HC BTĐN điều trị IVF/ICSI kích thích buồng trứng bằng phác đồ dài (GnRH đồng vận), để giảm nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng và sẩy thai.
- ▶ Khuyến cáo sử dụng phác đồ GnRH đối vận vì có thể linh động khởi động trưởng thành noãn bằng GnRH đồng vận và trữ phôi toàn bộ để giảm nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng. Tuy nhiên, nếu sử dụng phác đồ dài (GnRH đồng vận), metformin có thể được cân nhắc sử dụng. Khi đó, nên xem xét:
 - Bắt đầu sử dụng metformin khi bắt đầu sử dụng GnRH đồng vận.
 - Điều chỉnh liều metformin từ 1000 đến 2500 mg mỗi ngày để giảm thiểu các tác dụng phụ.
 - Ngừng sử dụng metformin tại thời điểm thử thai dương tính, trừ khi có chỉ định tiếp tục duy trì metformin vì lý do khác.

f. Trưởng thành noãn non (*in vitro* maturation – IVM)^[14,15,16]

- ▶ IVM/ICSI có thể được xem xét ở phụ nữ HC BTĐN như một kỹ thuật thay thế cho IVF/ICSI có kích thích buồng trứng. Phôi IVM sẽ được trữ lạnh và chuyển phôi trữ trong chu kỳ tiếp theo. Các bằng chứng hiện nay cho thấy không có nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng trong IVM, tuy nhiên tỷ lệ trẻ sinh sống cộng dồn thấp hơn.
- ▶ IVM/ICSI có thể được ưu tiên lựa chọn sử dụng trước khi chỉ định IVF/ICSI do IVM có những lợi ích và hạn chế nhất định.
- ▶ IVM chỉ nên thực hiện tại các cơ sở có đủ kinh nghiệm.
- ▶ IVM là một lựa chọn cho những phụ nữ có tiền sử hoặc có nguy cơ cao hội chứng quá kích buồng trứng mức độ nặng, với điều kiện trung tâm có chuyên môn về kỹ thuật IVM.
- ▶ Bằng chứng cho thấy IVM/ICSI kém hiệu quả hơn so với IVF/ICSI liên quan tỷ lệ thai lâm sàng trên mỗi người bệnh và tỷ lệ trẻ sinh sống trên mỗi người bệnh.

g. Inositol^[17]

- ▶ Inositol ở bất kỳ dạng nào, đơn lẻ hoặc kết hợp với các liệu pháp khác, nên được xem là liệu pháp thử nghiệm ở phụ nữ HC BTĐN hiếm muộn, tồn tại cả lợi ích và nguy cơ. Hiện chưa chắc chắn để có thể đưa ra bất kỳ khuyến cáo nào liên quan đến việc sử dụng inositol khi điều trị hiếm muộn.
- ▶ Bằng chứng còn hạn chế và kết quả không chắc chắn về tác dụng của inositol trong cải thiện chức năng phóng noãn, tỷ lệ thai lâm sàng và tỷ lệ trẻ sinh sống.
- ▶ Tác dụng phụ và tính an toàn của inositol chưa được biết rõ.
- ▶ Phụ nữ cần lưu ý rằng các thuốc này chưa được quản lý chặt chẽ, với liều lượng, chất lượng, tính nhất quán và sự phối hợp với các thuốc khác chưa rõ ràng.
- ▶ Mục đích và yêu cầu của phụ nữ nên được xem xét khi thảo luận về các liệu pháp điều trị.

h. Thuốc giảm cân

- ▶ Khuyến cáo chỉ nên sử dụng thuốc giảm cân ở phụ nữ HC BTĐN để cải thiện kết cục sinh sản trong nghiên cứu nhằm thiết lập tính hiệu quả và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2018 Sep 1;33(9):1602–18.
2. Teede HJ, Tay CT, Laven JJE, Dokras A, Moran LJ, Piltonen TT, et al. Recommendations From the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2023 Sep 18;108(10):2447–69.
3. Cheewadhanaraks S, Peeyanarjarassri K, Choksuchat C. Clinical diagnosis of hirsutism in Thai women. *J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet*. 2004 May;87(5):459–63.
4. Escobar-Morreale HF, Carmina E, Dewailly D, Gambineri A, Kelestimur F, Moghetti P, et al. Epidemiology, diagnosis and management of hirsutism: a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society. *Hum Reprod Update*. 2012 Mar 1;18(2):146–70.
5. Oh SR, Choe SY, Cho YJ. Clinical application of serum anti-Müllerian hormone in women. *Clin Exp Reprod Med*. 2019 Jun 1;46(2):50–9.
6. Birch Petersen K, Hvidman HW, Forman JL, Pinborg A, Larsen EC, Macklon KT, et al. Ovarian reserve assessment in users of oral contraception seeking fertility advice on their reproductive lifespan. *Hum Reprod Oxf Engl*. 2015 Oct;30(10):2364–75.
7. Hugh S. Taylor. Amenorrhea. In: Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 9th ed. 2020. p. 343–94.
8. Wright PJ, Tavakoli AS, Dawson RM. Exploratory factor and confirmatory analyses of the polycystic ovary syndrome health-related quality of life questionnaire (PCOSQ-50). *Health Qual Life Outcomes*. 2024 Feb 3;22(1):15.
9. Jiskoot G, Somers S, De Roo C, Stoop D, Laven J. Translation of the Modified Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (mPCOSQ) and the Polycystic Ovary Syndrome Quality of Life Tool (PCOSQOL) in Dutch and Flemish Women with PCOS. *J Clin Med*. 2023 Jun 8;12(12):3927.

10. Schoretsanitis G, Gastaldon C, Kalaitzopoulos DR, Ochsenbein-Koelble N, Barbui C, Seifritz E. Polycystic ovary syndrome and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Affect Disord.* 2022 Feb 15;299:463–9.
11. Geller S, Levy S, Avitsur R. Body image, illness perception, and psychological distress in women coping with polycystic ovary syndrome (PCOS). *Health Psychol Open.* 2025 Aug 1;12:20551029251327441.
12. Cooney LG, Gyorfi K, Sanneh A, Bui LM, Mousa A, Tay CT, et al. Increased Prevalence of Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa in Women With Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2024 Nov 18;109(12):3293–305.
13. Brand KM, Gottwald-Hostalek U, Andag-Silva A. Update on the therapeutic role of metformin in the management of polycystic ovary syndrome: Effects on pathophysiologic process and fertility outcomes. *Womens Health (Lond).* 2025 Jan-Dec;21:17455057241311759. doi: 10.1177/17455057241311759. PMID: 39899277; PMCID: PMC11792029.
14. Abu-Zaid A, Gari A, Sabban H, Alshahrani MS, Khadawardi K, Badghish E, et al. Comparison of Letrozole and Clomiphene Citrate in Pregnancy Outcomes in Patients with Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Reprod Sci Thousand Oaks Calif.* 2024 Apr;31(4):883–905.
15. Gilchrist RB, Ho TM, De Vos M, Sanchez F, Romero S, Ledger WL, et al. A fresh start for IVF: capacitating the oocyte for development using pre-IVF. *Hum Reprod Update.* 2024 Feb 1;30(1):3–25.
16. Ho VNA, Ho TM, Vuong LN, García-Velasco J. An update on the current indications for in vitro maturation. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2024 Jun 1;36(3):173–80.
17. Fitz V, Graca S, Mahalingaiah S, Liu J, Lai L, Butt A, et al. Inositol for Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis to Inform the 2023 Update of the International Evidence-based PCOS Guidelines. *J Clin Endocrinol Metab.* 2024 May 17;109(6):1630–55.

LỜI KẾT



Hội chứng buồng trứng đa nang là một tình trạng nội tiết phức tạp, ảnh hưởng sâu rộng đến sức khỏe sinh sản, chuyển hóa, tâm lý và chất lượng sống của phụ nữ. Tần suất mắc cao, biểu hiện lâm sàng đa dạng và sự khác biệt về văn hóa – xã hội giữa các quốc gia khiến việc chẩn đoán và quản lý hội chứng buồng trứng đa nang trở thành một thách thức đối với hệ thống y tế và đội ngũ nhân viên y tế. Cuốn cẩm nang này không chỉ tập trung vào chẩn đoán và điều trị hiếm muộn, mà còn bao quát các khía cạnh quản lý toàn diện: tầm soát rối loạn chuyển hóa, tim mạch, rối loạn giấc ngủ, ung thư nội mạc tử cung, sức khỏe tâm thần, và lối sống. Đặc biệt, chúng tôi cũng đề cao việc trao quyền và chia sẻ quyết định với người bệnh, coi đây là trọng tâm trong chăm sóc y tế hiện đại.

Một điểm nhấn quan trọng của cẩm nang là sự cá thể hóa trong chăm sóc. Các tiêu chí chẩn đoán đã được cập nhật nhằm giảm tình trạng chẩn đoán quá mức và tối ưu hóa tiếp cận, trong đó xét nghiệm AMH có thể thay thế siêu âm ở phụ nữ trưởng thành và không khuyến cáo siêu âm ở tuổi vị thành niên. Những khuyến cáo điều trị được sắp xếp theo bậc thang: thay đổi lối sống là nền tảng, thuốc viên tránh thai phối hợp là lựa chọn đầu tay cho rối loạn kinh nguyệt và cường androgen, metformin cho các vấn đề chuyển hóa, letrozole là lựa chọn ưu tiên trong điều trị hiếm muộn, và IVF được chỉ định sau khi thất bại các phương án gây phóng noãn khác.

PEG tin rằng việc biên soạn và phổ biến tài liệu này sẽ góp phần cải thiện thực hành lâm sàng, nâng cao chất lượng chăm sóc và trải nghiệm của phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang tại Việt Nam. Tuy nhiên, chúng tôi cũng nhận thức rõ rằng nhiều khuyến cáo vẫn dựa trên bằng chứng chất lượng từ trung bình – thấp, phản ánh nhu cầu cấp thiết về các nghiên cứu lâm sàng chất lượng cao tại Việt Nam và khu vực châu Á. Cẩm nang này không phải là tài liệu cuối cùng, mà là một bước khởi đầu quan trọng: khuyến khích cộng đồng y khoa liên tục cập nhật kiến thức, áp dụng thực tiễn và phản hồi để cải tiến các khuyến cáo trong tương lai.

Nhóm chuyên gia Hội chứng buồng trứng đa nang
(Polycystic Ovary Syndrome Experts Group – PEG)

Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TPHCM (HOSREM)

