

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 50

HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 50

HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

- 06 < Điều trị nội khoa cho các vấn đề không liên quan đến hiếm muộn của hội chứng buồng trứng đa nang
Hồ Mạnh Tường
- 10 < Đề kháng insulin trong hội chứng buồng trứng đa nang
Lý Thiện Trung, Hồ Ngọc Anh Vũ
- 15 < Vai trò của AMH trong hội chứng buồng trứng đa nang
Võ Văn Cường
- 18 < Hội chứng buồng trứng đa nang ở thanh thiếu niên
Phạm Mỹ Hoàng Vân
- 22 < Thừa cân, béo phì ở phụ nữ có hội chứng buồng trứng đa nang và cách quản lý
Lê Long Hồ
- 25 < Cập nhật tình hình nghiên cứu về tình trạng thiếu vitamin D ở phụ nữ mang hội chứng buồng trứng đa nang
Lâm Đò Phương Uyên
- 30 < Cải thiện triệu chứng nam hóa ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Trần Trọng Thạch
- 34 < Hội chứng buồng trứng đa nang và mối liên quan với rối loạn tăng huyết áp thai kỳ
Bùi Quang Trung
- 37 < Nguy cơ đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang
Lê Tiểu My
- 41 < Hội chứng buồng trứng đa nang và nguy cơ sinh non
Nguyễn Khánh Linh
- 44 < So sánh giữa myo-inositol và metformin trên lâm sàng, chuyển hóa và tham số di truyền ở hội chứng buồng trứng đa nang
Tăng Quang Thái
- 50 < Nên thực hiện IVF hay IVM ở bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang?
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Trần Trọng Thạch
- 54 < Chia sẻ một số kinh nghiệm lâm sàng trong việc lựa chọn bệnh nhân PCOM tối ưu cho IVM
Nguyễn Khánh Linh
- 57 < Ngân hàng sữa mẹ bệnh viện Từ Dũ: công trình mang ý nghĩa khoa học và tính nhân văn
Nguyễn Thị Minh Tâm
- 60 < Các hệ thống đánh giá và phân giai đoạn lạc nội mạc tử cung
Lê Tiểu My
- 65 < Đưa ra quyết định dựa trên thực chứng trong y học sinh sản
Nguyễn Thùy Linh Trang, Châu Uy Bằng, Lê Đăng Khoa
- 69 < Lựa chọn ưu tiên và chuyển viện trẻ sơ sinh bệnh tim bẩm sinh
Nguyễn Khôi

JOURNAL CLUB

- 74 < Vị thế của nuôi dưỡng thành noãn trong ống nghiệm trong kỹ thuật hỗ trợ sinh sản
- 76 < Nghiên cứu đầu tiên trên thế giới so sánh trực tiếp hiệu quả dự phòng sinh non trên song thai của hai biện pháp can thiệp: một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng được thực hiện tại Việt Nam
- 78 < Kết cục thai kỳ tiền sản giật khởi phát sớm theo phương thức chấm dứt thai kỳ
- 79 < Cập nhật hướng dẫn thực hành lâm sàng về tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ
- 81 < Đồng thuận về định nghĩa thai chậm tăng trưởng chọn lọc trên thai kỳ song thai
- 82 < Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản không làm tăng nguy cơ ung thư ở trẻ em và thanh thiếu niên
- 83 < Điều trị cấp cứu tăng huyết áp nặng cấp tính trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản
- 85 < U buồng trứng ở phụ nữ mãn kinh: phẫu thuật hay theo dõi?
- 87 < Hiệu quả sử dụng GnRH agonist so với hCG trong gây phóng noãn ở bệnh nhân PCOS điều trị IUI: một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng

89 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 52

LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG - BỆNH TUYẾN CỐ TỬ CUNG

Tập 52 sẽ xuất bản vào tháng 12/2019.

Hạn gửi bài cho tập 52 là 20/8/2019.

Chuyên đề tập 53

CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN - Y HỌC BÀO THAI

Tập 53 sẽ xuất bản vào tháng 3/2020.

Hạn gửi bài cho tập 53 là 20/11/2019.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin – kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 – 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 – 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất).

Journal Club là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 700 – 1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2019



Hội viên liên kết Vàng 2019



HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI RỐI LOẠN TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

Bùi Quang Trung

Bệnh viện Mỹ Đức



Hội chứng buồng trứng đa nang (Polycystic ovarian syndrome – PCOS) là bệnh lý nội tiết phổ biến nhất ảnh hưởng đến phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, với tỷ lệ được báo cáo thường từ 8 – 13% (Teede và cs, 2018).

PCOS ảnh hưởng phức tạp đến vấn đề sinh sản (rối loạn chu kỳ kinh nguyệt, vô sinh, các biến chứng thai kỳ...), trao đổi chất (kháng insulin, hội chứng chuyển hóa, đái tháo đường, các yếu tố nguy cơ tim mạch...) và tâm lý (lo lắng, trầm cảm...) (Teede và cs, 2018).

Liên quan đến thai kỳ, nhiều nghiên cứu lớn đã cho thấy PCOS là yếu tố nguy cơ chính đưa đến nhiều kết cục bất lợi. Ngoài việc làm gia tăng tỷ lệ sẩy thai, sinh non, đái tháo đường thai kỳ, tử vong chu sinh... thì các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ, đặc biệt là tỷ lệ tiền sản giật gia tăng cũng là những kết cục xấu đã được chứng minh (Boomsma và cs, 2006; Kjerulff và cs, 2011; Qin và cs, 2013; Yu và cs, 2016).

Với mong muốn tìm hiểu thêm về mối liên quan giữa PCOS và các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ, đặc biệt là tiền sản giật, bài viết xin được điểm qua một số thông tin tìm được trong y văn hiện nay.

CƠ CHẾ SINH LÝ BỆNH

Các cơ chế sinh lý bệnh của sự gia tăng những rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ (trong đó có tiền sản giật), cũng như các kết cục bất lợi khác ở thai

phụ có PCOS chưa được biết rõ. Tuy nhiên, có thể giải thích mối liên quan này theo một số cơ chế như dưới đây.

– PCOS có tình trạng kháng insulin, đưa đến tăng insulin thứ phát, làm tăng giữ natri, gia tăng natri và canxi nội bào, làm tăng hoạt động giao cảm có thể đóng vai trò làm tăng huyết áp (Cho và cs, 2007; Manasi Venkatraman, 2017).

– Insulin kích thích giải phóng insulin-like growth Factor I (IGF-I) phì đại cơ trơn thành mạch có thể góp phần làm tăng huyết áp (Cho và cs, 2007; Manasi Venkatraman, 2017).

– Béo phì từ lâu đã được coi là yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp, và béo phì ở thai phụ PCOS cũng được coi là một yếu tố gây ra tăng huyết áp. Thậm chí, ở những trường hợp PCOS không béo phì, do có nồng độ androgen cao cũng có mối liên quan mạnh mẽ với tăng huyết áp. Điều này được giải thích là do androgen trực tiếp hoặc gián tiếp làm gia tăng nồng độ endothelin 1 (có thể thông qua kích hoạt hệ thống renin-angiotensin), gây tăng huyết áp (Randeva và cs, 2012, Manasi Venkatraman, 2017).

Gần đây, một tổng quan hệ thống lớn đã được thực hiện để nghiên cứu về các dấu ấn sinh học liên quan giữa PCOS và tiền sản giật. Kết quả có 5 dấu ấn sinh học chung được tìm thấy khi phân tích protein của các mô khác nhau: transferrin, fibrinogen, kininogen-1, annexin 2 và peroxiredoxin 2. Việc tìm ra các dấu ấn chung này, nếu được nghiên cứu

thêm, có thể giúp chúng ta hiểu rõ hơn về mối liên quan giữa PCOS và tiền sản giật, từ đó có thể đưa ra những hướng tâm soát, dự phòng hay điều trị tiền sản giật ở nhóm đối tượng đặc biệt này (Galazis và cs, 2014).

ẢNH HƯỞNG CỦA PCOS ĐẾN CÁC RỐI LOẠN TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ

Nhiều nghiên cứu đã được tiến hành nhằm khảo sát các kết cục bất lợi của thai kỳ ở phụ nữ có PCOS. Nhiều phân tích gộp lớn cũng đã được tiến hành, trong đó có những phân tích về ảnh hưởng của PCOS đến các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ.

Các phân tích gộp lớn đều cho thấy thai kỳ ở phụ nữ PCOS có sự gia tăng tỷ lệ tăng huyết áp do thai kỳ (gồm tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật, sản giật).

Trong phân tích gộp lớn đầu tiên năm 2006, Boomsma và cộng sự phân tích 15 nghiên cứu, với 778 thai kỳ có PCOS và 4.562 thai kỳ không PCOS. Kết quả cho thấy nguy cơ phát triển tăng huyết áp do thai kỳ ở thai phụ PCOS cao hơn 3,7 lần so với ở thai phụ không có PCOS (OR 3,67; KTC 95%, 1,98 – 6,81). Nguy cơ tiền sản giật cũng cao hơn gần 3,5 lần (OR 3,47; KTC 95%, 1,95 – 6,17) (Boomsma và cs, 2006).

Phân tích gộp tiếp theo được thực hiện năm 2011, với sự chọn lọc kỹ càng hơn, các tác giả phân tích 23 nghiên cứu phù hợp với 2.544 thai kỳ có PCOS so sánh với 89.848 thai kỳ không PCOS. Kết quả nguy cơ phát triển tăng huyết áp do thai kỳ ở thai phụ PCOS (OR, 4,07; KTC 95%, 2,75 – 6,02), và nguy cơ tiền sản giật (OR, 4,23; KTC 95%, 2,77 – 6,46) đều cao hơn 4 lần (Kjerulff và cs, 2011).

Tổng quan hệ thống và phân tích gộp được thực hiện năm 2013 với 27 nghiên cứu phù hợp gồm 4.982 thai kỳ có PCOS và 119.692 thai kỳ không PCOS. Kết quả nguy cơ phát triển tăng huyết áp do thai kỳ ở thai phụ PCOS (OR 3,43; KTC 95%, 2,49 – 4,74), và nguy cơ tiền sản giật (OR 2,17; KTC 95%, 1,91 – 2,46) đều cao hơn. Dù các nghiên cứu có thiết kế không đồng nhất (hồi cứu và tiến cứu), nhưng phân tích cho thấy các kết quả gần như không thay đổi giữa các thiết kế nghiên cứu khác

nhau (Qin và cs, 2013).

Tương tự, trong tổng quan hệ thống và phân tích gộp lớn nhất gần đây, với 40 nghiên cứu phù hợp, gồm 17.816 thai kỳ PCOS và 123.756 thai kỳ không PCOS, kết quả nguy cơ tiền sản giật ở nhóm PCOS (RR: 2,79; KTC 95%, 2,29 – 3,38; $P < 0,001$) và tăng huyết áp do thai kỳ (RR: 2,46; KTC 95%, 1,95 – 3,09; $P < 0,001$) đều cao hơn nhóm không PCOS (Yu và cs, 2016).

Các nghiên cứu trên cũng đều cho thấy tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ, tỷ lệ sinh non cao hơn ở thai kỳ có PCOS. Ngoài ra tỷ lệ trẻ nhẹ cân, tỷ lệ phải chăm sóc đặc biệt cũng có xu hướng cao hơn ở thai kỳ có PCOS, tuy nhiên không có phân tích riêng những kết cục nhi khoa liên quan đến thai kỳ có rối loạn tăng huyết áp. Một điểm cần lưu ý khác là có khá nhiều yếu tố nhiễu trong các phân tích gộp này: số thai phụ PCOS có tỷ lệ mang thai lần đầu cao hơn, BMI cao hơn, số thai kỳ song thai cao hơn và tỷ lệ thai kỳ sau hỗ trợ sinh sản cũng cao hơn so với nhóm đối chứng (Boomsma và cs, 2006; Kjerulff và cs, 2011; Qin và cs, 2013; Palomba và cs, 2015; Yu và cs, 2016).

CÁC BIỆN PHÁP TÂM SOÁT VÀ DỰ PHÒNG

Hiện tại y văn chưa có khuyến cáo về tâm soát tiền sản giật và rối loạn tăng huyết áp do thai kỳ ở thai phụ PCOS. Do đó, thai phụ PCOS vẫn nên được tiến hành tâm soát theo các mô hình hiện hành.

Về dự phòng, dựa vào cơ chế ảnh hưởng của PCOS lên tiền sản giật, việc giảm cân có thể đóng một vai trò quan trọng (Palomba và cs, 2015). Theo kết quả một phân tích gộp, điều chỉnh lối sống (ăn uống và chế độ vận động hợp lý) cho thấy có thể giúp giảm 26% nguy cơ tiền sản giật ở thai phụ béo phì (gồm PCOS và không PCOS) (RR 0,74; 0,60 – 0,92; $P = 0,006$, $I^2 = 31\%$, 10 nghiên cứu, $n = 3.342$). Trong khi đó, việc điều chỉnh lối sống không giúp giảm nguy cơ tăng huyết áp thai kỳ (RR 0,89; 0,64 – 1,25, 6 nghiên cứu, $n = 1.061$) (Thangaratinam và cs, 2012).

Ngoài ra, vai trò của metformin trong việc dự phòng tiền sản giật và rối loạn tăng huyết áp do thai

kỳ cũng được nhắc đến, dù khá hạn chế (Palomba và cs, 2015). Cơ chế được nhắc đến là nhờ có nghiên cứu cho thấy metformin khi sử dụng trong thai kỳ PCOS (từ 12 – 19 tuần) giúp giảm trở kháng động mạch tử cung (Salvesen và cs, 2007). Do đó, việc sử dụng metformin trong giai đoạn đầu thai kỳ PCOS có thể giúp điều chỉnh sự xâm nhập của nguyên bào nuôi vào lớp màng rụng nhờ đó giúp giảm nguy cơ tiền sản giật và các rối loạn tăng huyết áp thai kỳ (Palomba và cs, 2009). Ngoài ra, metformin còn làm giảm tình trạng kháng insulin ở thai phụ PCOS (Kjerulff và cs, 2011). Có nhiều nghiên cứu khác nhau đã được tiến hành cho nhiều kết quả không đồng nhất (Palomba và cs, 2015). Trong một phân tích gộp được đăng tải năm 2016, khi phân tích nguy cơ rối loạn tăng huyết áp do thai kỳ, các tác giả ghi nhận metformin giúp giảm 22% nguy cơ ở thai phụ PCOS so với thai phụ PCOS không sử dụng metformin (OR 0,22; KTC 95%, 0,13 – 0,38; P < 0,00001) (Zeng và cs, 2016).

KẾT LUẬN

Hội chứng buồng trứng đa nang từ lâu nay đã được biết đến là một bệnh lý nội tiết gây ra nhiều kết cục phức tạp cho thai kỳ.

Tuy vẫn còn nhiều điều chưa được biết rõ, nhưng với những thông tin đã biết về cơ chế sinh lý bệnh và những tác động đến các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ có thể giúp cho quá trình quản lý thai kỳ PCOS hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Boomsma CM et al (2006). A meta-analysis of pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod Update* 12(6): 673-683.
2. Cho LW et al (2007). Cardiometabolic aspects of polycystic ovarian syndrome. *Vascular health and risk management* 3(1): 55-63.
3. Galazis N et al. (2014). "Overlap of proteomics biomarkers between women with pre-eclampsia and PCOS: a systematic review and biomarker database integration." *Human Reproduction* 30(1): 133-148.
4. Kjerulff LE et al. (2011). Pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 204(6): 558.e551-556.
5. Manasi Venkatraman UT (2017). *Pregnancy Complications. Polycystic Ovary Syndrome*. DS. Mala Arora, Madhuri Patil, Anuja Dokras. India, Jaypee Brothers Medical Publishers. 6.
6. Palomba, S et al (2015). Pregnancy complications in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod Update* 21(5): 575-592.
7. Palomba S et al (2009). Evidence-based and potential benefits of metformin in the polycystic ovary syndrome: a comprehensive review. *Endocr Rev* 30(1): 1-50.
8. Qin JZ et al (2013). Obstetric complications in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Biol Endocrinol* 11: 56.
9. Randeve HS et al (2012). Cardiometabolic aspects of the polycystic ovary syndrome. *Endocr Rev* 33(5): 812-841.
10. Salvesen KA et al (2007). Metformin treatment in pregnant women with polycystic ovary syndrome--is reduced complication rate mediated by changes in the uteroplacental circulation?. *Ultrasound Obstet Gynecol* 29(4): 433-437.
11. Teede HJ et al (2018). Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Human reproduction (Oxford, England)* 33(9): 1602-1618.
12. Thangaratnam S et al. (2012). Effects of interventions in pregnancy on maternal weight and obstetric outcomes: meta-analysis of randomised evidence. *Bmj* 344: e2088.
13. Yu HF et al (2016). Association between polycystic ovary syndrome and the risk of pregnancy complications: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 95(51): e4863.
14. Zeng XL et al (2016). Effects of metformin on pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 95(36): e4526.



HOSREM
Knowledge for Better Healthcare

HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA ĐỒNG BẰNG SÔNG CỬU LONG lần 9

Vinpearl Hotel Cần Thơ, thứ Bảy ngày 24 . 8 . 2019



Quét mã QR
để cập nhật chương trình mới nhất