

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 Văn
- 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 Đỗ Phương Uyên
- 30 < Cải thiện triệu chứng nam hóa ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân 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, Thân 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 non 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 BẢO 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



NGUY CƠ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ Ở PHỤ NỮ HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

Lê Tiểu My

Bệnh viện Mỹ Đức



Đái tháo đường thai kỳ có tần suất khoảng 4 – 7% trên tổng số thai kỳ với các yếu tố nguy cơ thường gặp như mẹ lớn tuổi, béo phì, tiền căn đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố chủng tộc (ADA, 2000). Đái tháo đường thai kỳ cũng được xem là một trong những rối loạn thường xảy ra ở phụ nữ mang thai, tỷ lệ thay đổi tùy tiêu chuẩn nghiên cứu, có khi lên đến 9 – 25% thai kỳ (Koivunen và cs, 2015). Một số bệnh lý liên quan đến tình trạng rối loạn dung nạp glucose cũng được xem là nguyên nhân làm tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ.

Hội chứng buồng trứng đa nang (Polycystic ovarian syndrome – PCOS) là rối loạn nội tiết thường gặp ở phụ nữ độ tuổi sinh sản. Tùy theo tiêu chuẩn chẩn đoán khác nhau trên những nghiên cứu khác nhau, PCOS có tỷ lệ khoảng 5 – 15% phụ nữ độ tuổi sinh sản. Đặc điểm lâm sàng của PCOS rất đa dạng, đặc trưng bởi tình trạng không phóng noãn, cường androgen, chu kỳ kinh thưa và hình ảnh dạng buồng trứng đa nang trên siêu âm. Những yếu tố tác động qua lại trong PCOS có thể dẫn đến tăng nguy cơ sảy thai và các biến chứng trong thai kỳ, chẳng hạn như tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ (Paloma và cs, 2015; BMJ, 2018) (Bảng 1).

Tình trạng đề kháng insulin, không dung nạp glucose ở những bệnh nhân PCOS đã được chứng minh rõ qua nhiều nghiên cứu (Palmert và cs, 2002; Legro và cs, 2005), từ đó vấn đề nghiên cứu về nguy cơ đái tháo đường, đái tháo đường thai kỳ cũng được đặt ra. Mối liên quan giữa PCOS và đái

tháo đường thai kỳ ngày càng được chứng minh qua những nghiên cứu tin cậy.

CHẨN ĐOÁN

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Theo khuyến cáo của Hiệp hội đái tháo đường Mỹ (American Diabetes Association – ADA 2018), đái tháo đường thai kỳ được chẩn đoán bằng thử nghiệm dung nạp glucose đường uống (OGTT). Thử nghiệm này có thể thực hiện 1 bước hoặc 2 bước.

Bảng 1. Đặc điểm thai kỳ ở bệnh nhân PCOS.

	PCOS	Non-PCOS	P
Số trường hợp	49	49	
Đái tháo đường thai kỳ	12 (24,5%)	5 (10,2%)	< 0,01
Đái tháo đường thai kỳ chẩn đoán 3 tháng đầu	3/12 (25%)	0/5 (0%)	< 0,01
Tăng huyết áp thai kỳ	2 (4,1%)	3 (6,1%)	
Thai chậm tăng trưởng	3 (6,1%)	4 (8,2%)	
Sinh non	6 (12,2%)	5 (10,2%)	ns
Vỡ ối trên thai kỳ non tháng	3 (6,1%)	3 (6,1%)	

Mari et al, Pregnancy complications and glucose intolerance in women with polycystic ovary syndrome.

Thử nghiệm 1 bước

Bệnh nhân được uống 75 g đường sau một đêm nhịn đói (ít nhất 8 giờ) và xác định nồng độ đường huyết lúc đói, 1 giờ và 2 giờ sau uống. Tiêu chuẩn chẩn đoán bao gồm:

- Đường huyết lúc đói ≥ 92 mg/dL (5,1 mmol/L)
- Đường huyết sau ăn 1 giờ ≥ 180 mg/dL (10 mmol/L).
- Đường huyết sau ăn 2 giờ ≥ 153 mg/dL (8,5 mmol/L).

Theo hướng dẫn của ADA 2018, OGTT nên được thực hiện ở tất cả phụ nữ mang thai từ khoảng 24 – 28 tuần, ngoại trừ nhóm thai phụ nguy cơ thấp đái tháo đường thai kỳ như phụ nữ < 25 tuổi, con so và cân nặng bình thường (BMI < 25 kg/m²). Đối với nhóm nguy cơ cao đái tháo đường thai kỳ nên thực hiện tầm soát khi thai 12 – 16 tuần.

Thử nghiệm 2 bước

Uống 50 g đường (không nhịn đói), đo nồng độ đường huyết sau 1 giờ ở tuổi thai 24 – 28 tuần ở phụ nữ chưa từng được chẩn đoán đái tháo đường trước đó. Nếu nồng độ đường huyết sau mỗi 1 giờ ≥ 130 mg/dL, ≥ 135 mg/dL hay 140 mg/dL (7,2 mmol/L, 7,5 mmol/L hay 7,8 mmol/L), tiếp tục thực hiện thử nghiệm dung nạp glucose đường uống với 100 g đường. Chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ nếu có ít nhất 2 trong số các tiêu chuẩn sau đây (Bảng 2).

Bảng 2.

Carpenter – Coustan	
Đường huyết lúc đói	95 mg/dL (5,3 mmol/L)
Đường huyết sau 1 giờ	180 mg/dL (10,0 mmol/L)
Đường huyết sau 2 giờ	155 mg/dL (8,6 mmol/L)
Đường huyết sau 3 giờ	140 mg/dL (7,8 mmol/L)
NDDG	
Đường huyết lúc đói	105 mg/dL (5,8 mmol/L)
Đường huyết sau 1 giờ	190 mg/dL (10,6 mmol/L)
Đường huyết sau 2 giờ	165 mg/dL (9,2 mmol/L)
Đường huyết sau 3 giờ	145 mg/dL (8,0 mmol/L)

NDDG: National Diabetes data group.

ACOG vừa đề xuất thay đổi, chỉ cần 1 trong số các tiêu chuẩn trong bảng trên tăng cũng có thể chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ.

BẰNG CHỨNG CHO THẤY PCOS LÀ YẾU TỐ NGUY CƠ ĐỘC LẬP CỦA ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Mối tương quan giữa PCOS và đái tháo đường thai kỳ đã được đánh giá qua nhiều nghiên cứu từ đầu thập niên 90. Từ năm 1990 – 2007 có tổng cộng 16 nghiên cứu được thực hiện và công bố nhằm so sánh nguy cơ đái tháo đường thai kỳ ở bệnh nhân PCOS và không PCOS. Tổng quan hệ thống và phân tích gộp năm 2009 phân tích trên 2.263 thai phụ PCOS và 92.933 thai phụ nhóm chứng cho thấy PCOS tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ hơn gấp 2 lần (Toulis và cs, 2009). Sau đó, những nghiên cứu về câu hỏi này vẫn được tiếp tục công bố.

Một khảo sát thực hiện trên một nhóm dân số lớn nhằm xác định tỷ lệ và mối liên quan giữa PCOS và đái tháo đường thai kỳ đã cho thấy phụ nữ mắc PCOS tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ lên 2,4 lần, là yếu tố nguy cơ độc lập với tuổi, chủng tộc và đa thai (Bảng 3).

Một phân tích khác tại Thụy Điển thu thập dữ liệu của 3.787 thai phụ được chẩn đoán PCOS và 1.191 thai phụ thuộc nhóm chứng cho thấy PCOS tăng nguy cơ tiền sản giật (OR hiệu chỉnh 1,45; KTC 95%, 1,24 – 1,69); tăng nguy cơ sinh non (2,21; KTC 95%, 1,69 – 2,9) và tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ lên hơn gấp 2 lần (OR 2,02; KTC 95%, 1,13 – 3,61) (Nathalie và cs, 2011).

Bảng 3.

	Không có triệu chứng hoặc chẩn đoán PCOS	Chỉ có triệu chứng PCOS (không được chẩn đoán PCOS)	Chẩn đoán PCOS
Số bệnh nhân	84.882	6.509	1.542
Tuổi	29,7 $\pm$ 5,9	30,0 $\pm$ 5,8	31,4 $\pm$ 4,6
Đa thai	1.107 (1,3%)	207 (3,2%)	123 (8,0%)
Đái tháo đường thai kỳ	4.970 (5,9%)	534 (8,2%)	221 (14,3%)

Joan CL và cs, 2006 - Increased Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus Among Women With Diagnosed Polycystic Ovary Syndrome - a population - based study.

Tương tự, nghiên cứu trên cỡ mẫu nhỏ hơn tại Đan Mạch năm 2015 phân tích mối liên quan giữa cường độ androgen và các dạng PCOS đến kết cục thai kỳ cho thấy PCOS tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ hơn gấp 3 lần, dù ở bất kỳ dạng PCOS nào (OR 3,3; KTC 95%, 1,5 – 6,9) (Hanne và cs, 2014).

Năm 2016 tại Anh quốc, phân tích dữ liệu trên 9.096 thai phụ được chẩn đoán PCOS và hơn 18.000 thai phụ không mắc PCOS cũng cho thấy PCOS liên quan đến những kết cục bất lợi trên thai kỳ, trong số đó có đái tháo đường thai kỳ (Bảng 4).

Theo nghiên cứu trên, trong tổng số 6.861 trường hợp thai phụ nhập viện có chẩn đoán PCOS và 15.214 thai phụ không PCOS với chẩn đoán sảy thai hay chuyển dạ sinh, nguy cơ đái tháo đường thai kỳ ở nhóm PCOS tăng 1,43 lần (1,23 – 1,67) (Rees và cs, 2016).

Đánh giá nguy cơ đái tháo đường thai kỳ ở bệnh nhân PCOS không thể không kể đến nhóm bệnh

nhân vô sinh. Một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu phân tích kết cục thai kỳ trên nhóm bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm có chẩn đoán PCOS năm 2016 cho thấy PCOS tăng những nguy cơ bất lợi cho thai, trong đó nguy cơ đái tháo đường thai kỳ tăng hơn gấp 3 lần so với nhóm chứng (aOR 3,15; KTC 95%, 1,35 – 7,33) (Steling và cs, 2016).

Năm 2018, một nghiên cứu bệnh chứng đa trung tâm, đánh giá trên 1.146 thai phụ đơn thai mắc PCOS và 1.066 trường hợp không PCOS cho thấy tần suất PCOS khoảng 10,4% trường hợp đái tháo đường thai kỳ và khoảng 7,4% ở nhóm không đái tháo đường thai kỳ (OR 1,44; KTC 95%, 1,05 – 1,97) (Sanna và cs, 2018).

Một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu mới nhất, công bố năm 2019 tại Việt Nam phân tích trên 400 trường hợp có thai sau hỗ trợ sinh sản cũng cho thấy PCOS làm tăng nguy cơ đái tháo đường thai kỳ (Bảng 5).

Bảng 4.

	PCOS		Không PCOS	
	n	%	n	%
Số thai kỳ	3.492		5.777	
Số sinh	3.021	86,5	5.200	90
Đái tháo đường thai kỳ	160	5,3	183	3,5
Tiền sản giật	236	7,8	302	5,8
Sinh non	214	7,1	288	5,5
Sảy thai	471	13,5	577	10

Rees và cộng sự 2016. Contemporary reproductive outcomes for patients with polycystic ovary syndrome: a retrospective observational study.

Bảng 5.

	PCOS n = 200	Không PCOS n = 200	Risk difference (KTC 95%)	Risk ratio (KTC 95%)	P
Đái tháo đường thai kỳ	74 (37%)	53 (26,5%)	0,105	1,4	0,02
Không đái tháo đường thai kỳ	126 (63%)	147 (73,5%)	0,01 – 0,20	1,04 – 1,87	

Tran và cộng sự 2019. Gestational diabetes mellitus in women with polycystic ovary syndrome undergoing assisted reproduction.

KẾT LUẬN

Bằng chứng hiện tại cho thấy bệnh nhân PCOS thật sự tăng những nguy cơ bất lợi trong thai kỳ, trong đó có đái tháo đường thai kỳ. Bên cạnh đó có thể tăng nguy cơ sẩy thai, sinh non, tăng huyết áp thai kỳ, thai chậm tăng trưởng... Những vấn đề liên quan đến mẹ và thai nếu đái tháo đường thai kỳ không được chẩn đoán và theo dõi thích hợp có thể nghiêm trọng. Vì vậy, bác sĩ lâm sàng cần lưu ý và đặt ra chế độ theo dõi, chăm sóc thích hợp cho bệnh nhân PCOS khi mang thai, trong đó không ít trường hợp con quý hoặc thai sau hỗ trợ sinh sản. Khuyến cáo của ADA ngoài việc đánh giá PCOS là yếu tố nguy cơ cao của đái tháo đường thai kỳ còn nêu ra những ảnh hưởng lâu dài ở nhóm bệnh nhân này. Theo đó, bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ cần được theo dõi chẩn đoán đái tháo đường sau sinh từ 4 – 12 tuần và lặp lại tầm soát mỗi 3 năm. Những bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ/PCOS còn liên quan đến béo phì, mẹ lớn tuổi, kéo theo nhiều nguy cơ cho thai, vì vậy cần tầm soát đái tháo đường thai kỳ sớm trên nhóm bệnh nhân PCOS để có kế hoạch theo dõi và kiểm soát đường huyết thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Diabetes Association: gestational diabetes mellitus (Position Statement). Diabetes Care 23 (Suppl. 1):S77–S79, 2000
2. Palmert MR, Gordon CM, Kartashov AI, Legro RS, Emans SJ, Dunaif A: Screening for abnormal glucose tolerance in adolescents with polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab 2002; 87:1017-1023
3. Legro RS, Gnatuk CL, Kunselman AR, Dunaif A: Changes in glucose tolerance over time in women with polycystic ovary syndrome: a controlled study. J Clin Endocrinol Metab 2005; 90:3236–3242
4. Joan CL, Seth LF, Gabriel JE, Jingrong Y, Yvone MC, Assiamira F. - Increased Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus Among Women With Diagnosed Polycystic Ovary Syndrome – a population – based study. Diabetes care 2006; 29 (8): 1915– 1917
5. Toulis et al. Risk of gestational diabetes mellitus in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and a meta-analysis. Fert Stér 2009; 92 (2): 667 – 677
6. Nathalie R, Helle K, Lena S, Gunvor E-O, Olof S. Risk of adverse pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome: population based cohort study. BMJ 2011; 1-9
7. Palomba S, de Wilde MA, Falbo A, Koster MP, La Sala GB, et al. Pregnancy complications in women with polycystic ovary syndrome. Human Reprod Update 2015; 21: 575-592.
8. Mari Sawada, Hisashi Masuyama, Kei Hayata, Yasuhiko Kamada, Keiichi Nakamura and Yuji Hiramatsu. Pregnancy complications and glucose intolerance in women with polycystic ovary syndrome. Endocrine Journal 2015; 62 (11), 1017-1023
9. Koivunen S, Kajantie E, Torkki A, Bloigu A, Gissler M, Pouta A & Vääräsmäki M. The changing face of gestational diabetes: the effect of the shift from risk factor-based to comprehensive screening. European Journal of Endocrinology 2015 173 623-632.
10. Rees A D, Sara J J, Christopher L M. Contemporary Reproductive Outcomes for Patients With Polycystic Ovary Syndrome: A Retrospective Observational Study. J Clin Endocrinol Metab 2016; 101 (4): 1664 – 1672
11. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2018
12. American Diabetes Association - Diabetes Care 2018 Jan; 41(Supplement 1): S13-S27.
13. Tran Dang Minh Chau, Vương Thị Ngọc Lan. Gestational diabetes mellitus in women with polycystic ovary syndrome undergoing assisted reproduction. Journal of university of medicine and pharmacy at Ho Chi Minh city 2019; 2 (4): 26-32



HỘI CHỨNG
BUỒNG TRỨNG ĐA NANG



Thư viện Sách Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

BAN BIÊN SOẠN

GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng (Chủ biên)

PGS. TS. Nguyễn Ngọc Thoa

GS. TS. Trần Thị Lợi

ThS. BS. Hồ Mạnh Tường

BAN THƯ KÝ

BS. Huỳnh Thị Tuyết

ThS. BS. Nguyễn Khánh Linh

Nguyễn Thạch Thảo Nguyễn

Trần Hữu Yến Ngọc

Phạm Lê Khoa

Mai Vinh Hiến

Văn phòng HOSREM

Lầu 7, 90 Trần Đình Xu, phường Cô Giang,

Quận 1, TP. Hồ Chí Minh

ĐT: (028) 3836.5079 – 0933.456.650

Fax: (028) 3920.8788

Giờ tiếp hội viên:

Thứ Hai – thứ Sáu (8:00 – 11:30, 13:30 – 17:00)

hosrem@hosrem.vn, www.hosrem.org.vn

Y học sinh sản là tài liệu chuyên ngành của Hội Nội tiết sinh sản và Vô sinh TP. Hồ Chí Minh (HOSREM) dành cho hội viên và nhân viên y tế có quan tâm.

Các thông tin của Y học sinh sản mang tính cập nhật và tham khảo. Trong những trường hợp lâm sàng cụ thể, cần tìm thêm thông tin trên y văn có liên quan.

Y học sinh sản xin cảm ơn và chân thành tiếp nhận các bài viết, phản hồi, góp ý của hội viên và độc giả cho tài liệu.

Mọi sao chép, trích dẫn phải được sự đồng ý của HOSREM hoặc của các tác giả.

HOSREM® 2019