

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



so sánh với những trẻ thụ thai tự nhiên hoặc dân số chung. Ở nhóm những trẻ sinh ra bằng phương pháp tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI) hoặc nhóm chuyển phôi trữ, nguy cơ ung thư có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê so với dân số chung. Nghiên cứu cũng chỉ ra không có sự khác biệt có ý nghĩa đối với từng loại ung thư trên nhóm trẻ thụ tinh trong ống nghiệm và trẻ thụ thai tự nhiên. Các yếu tố chu sinh như đa thai, cân nặng, tuổi thai không có sự liên quan đến nguy cơ ung thư.

Đây là nghiên cứu đầu tiên với cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi đối tượng dài (21 năm) đánh giá nguy cơ ung thư ở những trẻ thụ thai từ hỗ trợ sinh sản và trẻ thụ thai tự nhiên cũng như với dân số chung. Như vậy, kỹ thuật hỗ trợ sinh sản không làm

tăng nguy cơ ung thư ở trẻ em và thanh thiếu niên ra đời bằng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Một điểm hạn chế của nghiên cứu này là ung thư ở trẻ em cũng như thanh thiếu niên hiếm xảy ra, số trường hợp mắc ung thư trong nghiên cứu khá nhỏ dù cỡ mẫu rất lớn và thời gian theo dõi dài.

Với kết quả nghiên cứu này, các nhà lâm sàng sẽ có thêm thông tin để cung cấp cho những cặp vợ chồng hiếm muộn về tình trạng sức khỏe của trẻ sinh ra sau hỗ trợ sinh sản. Tuy nhiên, vẫn cần thêm những nghiên cứu có cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi dài để có được một câu trả lời chính xác cuối cùng về nguy cơ ung thư của trẻ sinh ra sau ICSI và chuyển phôi trữ đông./.

ĐIỀU TRỊ CẤP CỨU TĂNG HUYẾT ÁP NẶNG CẤP TÍNH TRONG THAI KỲ VÀ THỜI KỲ HẬU SẢN

Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period.
ACOG Committee Opinion No. 767. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet
Gynecol 2019;133:e174-80.

Lê Văn Thành - Bệnh viện Mỹ Đức

Tăng huyết áp nặng khởi phát cấp tính, là một tình trạng cấp cứu có thể xảy ra ở bất kỳ thời điểm nào trong thai kỳ, khi sinh và thời kỳ hậu sản. Phụ nữ đang mang thai hay trong thời kỳ hậu sản xuất hiện tăng huyết áp tâm thu hoặc huyết áp tâm trương hay cả hai, với mức độ nặng, cấp tính cần được điều trị khẩn cấp với các thuốc hạ áp thích hợp. Những hướng dẫn dựa trên bằng chứng lâm sàng được chuẩn hóa về quản lý bệnh nhân tiền sản giật và sản giật đã cho thấy hiệu quả trong việc làm giảm những kết cục bất lợi liên quan đến mẹ trong thai kỳ. Mỗi bệnh viện nên có sẵn quy trình sử dụng thuốc hạ áp khẩn cấp để kịp thời xử trí khi đối mặt với những bệnh nhân có tình trạng tăng huyết áp cấp cứu. Vào tháng 2/2019, Hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (American College of Obstetricians and

Gynecologists – ACOG) đã đưa ra những khuyến cáo và kết luận về điều trị cấp cứu tăng huyết áp nặng cấp tính trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản.

CÁC KHUYẾN CÁO VÀ KẾT LUẬN

Tất cả phụ nữ mang thai hay trong thời kỳ hậu sản xuất hiện tăng huyết áp tâm thu cấp nặng hoặc tăng huyết áp tâm trương cấp nặng hay cả hai đều cần điều trị hạ áp khẩn cấp. Trong lúc điều trị hạ áp khẩn cấp, cả sản phụ và thai nhi cần được theo dõi sát bởi bác sĩ và đội ngũ điều dưỡng. Sau những điều trị ổn định huyết áp ban đầu, cần theo dõi sát huyết áp của bệnh nhân và khởi đầu điều trị duy trì nếu cần thiết.

Thuốc hàng đầu trong điều trị tăng huyết áp cấp nặng ở phụ nữ mang thai và thời kỳ hậu sản:

labetalol và/hoặc hydralazine tĩnh mạch. Viên uống nifedipine phóng thích tức thì cũng được xem là điều trị hàng đầu nếu như không có đường truyền tĩnh mạch. Khi sử dụng labetalol tĩnh mạch, hydralazine hoặc viên uống nifedipine phóng thích tức thì, không cần thiết phải đặt monitor theo dõi điện tim.

Nếu hạ áp thất bại với 3 thuốc trên dù đã đạt được liều phù hợp, cần hội chẩn cấp cứu với bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ y học bào thai hoặc bác sĩ hồi sức cấp cứu để quyết định thuốc hàng hai phù hợp. Thuốc hàng hai có thể cân nhắc là nicardipine hoặc esmolol bơm tiêm điện.

Magnesium sulfate không được xem là thuốc hạ áp mà được dùng cho mục đích dự phòng co giật cho phụ nữ mang thai hay hậu sản có tăng huyết áp cấp nặng. Nên sử dụng magnesium sulfate cho nhóm bệnh nhân này bất kể tăng huyết áp trên bệnh nhân là tăng huyết áp thai kỳ có dấu hiệu nặng, tiền sản giật có dấu hiệu nặng hay sản giật.

Cần bắt đầu điều trị nhanh chóng bằng thuốc hàng đầu trong vòng 30 – 60 phút khi chẩn đoán tăng huyết áp cấp nặng được xác lập (huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg kéo dài 15 phút).

Cách đo huyết áp đúng cũng rất quan trọng trong việc theo dõi tình trạng huyết áp của thai phụ. Nên để thai phụ ở tư thế ngồi hoặc nửa nằm – nửa ngồi 45° (tư thế Fowler) để đo huyết áp được chính xác. Không nên đo huyết áp của bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng bên vì kết quả đo sẽ thấp hơn và dẫn đến chẩn đoán sai.

Mục tiêu hạ áp không phải là về lại mức huyết áp bình thường, mà là đạt được mức huyết áp trong khoảng 140 – 150/90 – 100 mmHg, để phòng tình trạng mất khả năng tự điều hòa của hệ mạch máu não do huyết áp cao lặp lại, kéo dài.

Đối với tình trạng tăng huyết áp cấp nặng trên nền tăng huyết áp kéo dài không kiểm soát, cần phải ổn định huyết áp của bệnh nhân trước lúc sinh, dù ở bất cứ tình huống khẩn cấp nào. Đặt nội khí quản là một trong những nguy cơ gây ra tăng huyết áp nặng và được biết rất nhiều là có thể làm tăng huyết áp đôi khi đến ngưỡng rất nặng cần những biện pháp can thiệp cấp cứu. Do đó, không được thực hiện các

thủ thuật gây mê, đặt nội khí quản khi chưa loại trừ hoặc hạn chế tối thiểu phản ứng tăng huyết áp cấp tính đối với đặt nội khí quản.

MỘT SỐ LƯU Ý KHI ĐIỀU TRỊ THUỐC TĂNG HUYẾT ÁP HÀNG ĐẦU

Một số nghiên cứu cho thấy nifedipine uống phóng thích tức thì giúp hạ áp nhanh hơn labetalol tĩnh mạch đơn thuần hay hydralazine đơn thuần, và có làm tăng thể tích nước tiểu đáng kể.

Không có bằng chứng của tác dụng phong bế thần kinh cơ và làm tụt huyết áp nặng khi sử dụng đồng thời nifedipine và magnesium sulfate trên những nghiên cứu hồi cứu lớn. Tuy nhiên, do cả 2 thuốc đều thuộc nhóm đối vận kênh canxi, cần theo dõi sát sinh hiệu của người mẹ khi sử dụng, chú ý nhịp tim và huyết áp.

Mỗi thuốc hàng đầu đều có một tác dụng ngoại ý đặc trưng. Hydralazine tiêm làm tăng nguy cơ tụt huyết áp tâm thu (huyết áp tâm thu ≤ 90 mmHg). Labetalol tiêm có thể gây chậm nhịp tim trẻ sơ sinh và nên tránh sử dụng ở những thai phụ có hen phế quản, bệnh lý tim mạch hoặc suy tim sung huyết. Nifedipine có liên quan đến tăng nhịp tim mẹ, nhưng ít nguy cơ tụt huyết áp hơn.

Không có sự khác biệt về thay đổi lưu lượng máu cuống rốn khi sử dụng labetalol hay hydralazine, kết cục sơ sinh và mẹ đều như nhau ở cả 2 loại thuốc. Tương tự, nifedipine uống phóng thích tức thì cũng không gây ra sự thay đổi đáng kể nào về lưu lượng máu tử cung nhau hay tim thai. Tuy nhiên không nên sử dụng nifedipine phóng thích tức thì theo đường ngâm dưới lưỡi vì dễ gây tụt huyết áp.

Bất kể khoa nào trong bệnh viện bao gồm phòng sinh, tiền sản, hậu sản, cấp cứu đều nên được trang bị đầy đủ thuốc để có thể thực hiện điều trị tăng huyết áp cấp nặng trên phụ nữ mang thai và hậu sản mà không cần phải chuyển qua đơn vị khác, để tránh sự trì hoãn trong điều trị.

Nếu không lập được đường truyền tĩnh mạch và cũng không có nifedipine phóng thích tức thì, có thể sử dụng labetalol 200 mg đường uống, lặp lại sau 30 phút nếu không có cải thiện. Tuy nhiên nifedipine phóng thích tức thì vẫn nên là điều trị hàng đầu./.