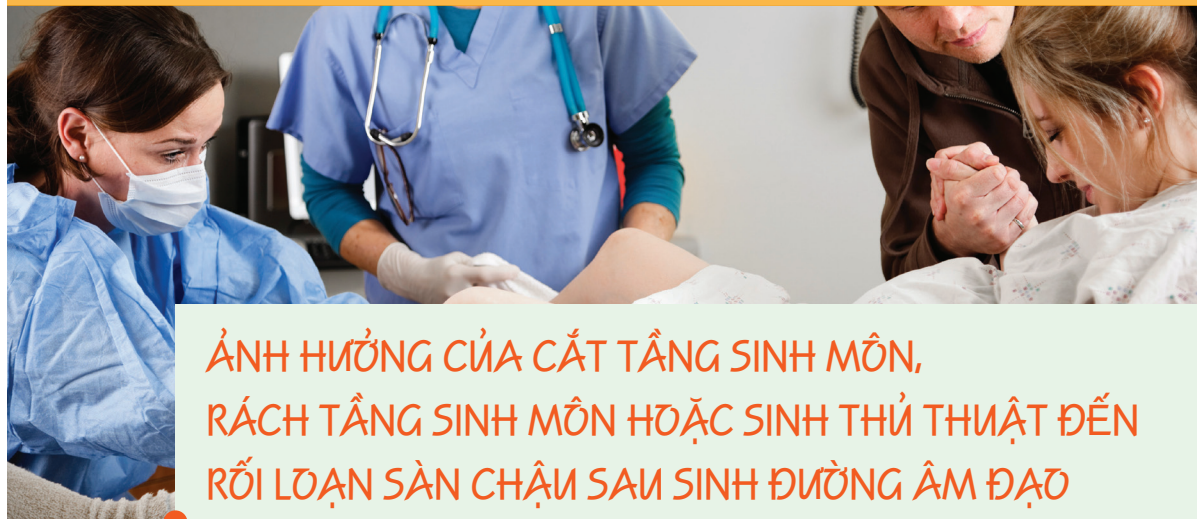


"Journal Club" là chuyên mục mới của Y HỌC SINH SẢN, nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần đây.



ẢNH HƯỞNG CỦA CẮT TẦNG SINH MÔN, RÁCH TẦNG SINH MÔN HOẶC SINH THỦ THUẬT ĐẾN RỐI LOẠN SÀN CHẬU SAU SINH ĐƯỜNG ÂM ĐẠO

Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration and operative birth

Victoria L. Handa, MD, MHS, Joan L. Blomquist, MD, Kelly C. McDermott, BS, Sarah Friedman, MD, and Alvaro Muñoz, PhD

Obstetrics & Gynecology: Vol. 119, No. 2, Part 1, February 2012.

BS. Vương Đình Hoàng Dũng

Một đánh giá số liệu của một nghiên cứu thuần tập về rối loạn sàn chậu của Handa và cộng sự vừa công bố tháng 2 năm 2012 trên tạp chí *Obstetrics & Gynecology* (Vol. 119, No. 2), có mối liên quan giữa sinh forceps, rách tầng sinh môn với rối loạn sàn chậu. Theo tác giả, rối loạn sàn chậu sau sinh khoảng 5 đến 10 năm có liên quan với sinh forceps, rách tầng sinh môn, nhưng không liên quan với cắt tầng sinh môn.

Sinh mổ làm giảm rối loạn sàn chậu trong cuộc đời của thai phụ sau này. Tuy nhiên, phần lớn phụ nữ ở Hoa Kỳ sinh đường âm đạo, do đó, vấn đề quan trọng là xác định xem có tăng nguy cơ rối loạn sàn chậu hay không trên những phụ nữ này.

Một lĩnh vực gây tranh cãi đáng kể là vai trò của cắt tầng sinh môn, rách tầng sinh môn tự phát. Khoảng 80 năm trước, cắt tầng sinh môn đã được đề xuất như

là một chiến lược để ngăn ngừa rách tự phát và do đó giảm "giãn khung xương chậu". Đặc biệt, quan sát cơ quan vùng chậu được phục hồi 6 tuần sau sinh ở những phụ nữ có cắt tầng sinh môn. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây đã cho rằng cắt tầng sinh môn có thể làm tăng tần suất rối loạn sàn chậu. Vì vậy, vai trò của cắt tầng sinh môn là không chắc chắn. Năm 2005, một đánh giá hệ thống lại kết luận rằng tác động của cắt tầng sinh môn làm gia tăng rối loạn sàn chậu vẫn chưa rõ ràng.

Cũng gây tranh cãi là sự liên quan giữa sinh thủ thuật và các rối loạn sàn chậu. Mặc dù một số nghiên cứu khuyến cáo rằng sinh thủ thuật làm tăng đáng kể tần suất rối loạn sàn chậu, một nghiên cứu khác cho thấy rằng sinh thủ thuật không phải là yếu tố dự báo mạnh mẽ của tiểu không tự chủ hoặc sa tạng vùng chậu.

Trong nghiên cứu này, tác giả nghiên cứu các yếu tố nguy cơ giả định cho các rối loạn sàn chậu 5-10 năm sau sinh ở phụ nữ ít nhất một lần sinh đường âm đạo.

Họ tập trung vào yếu tố cắt tầng sinh môn, sinh thủ thuật, và rách tầng sinh môn tự phát có liên quan với gia tăng rối loạn sàn chậu ở phụ nữ đã sinh con đường âm đạo hay không.

Đây là một nghiên cứu tiến cứu thuần tập, đối tượng là những phụ nữ đã sinh đường âm đạo từ 5 đến 10 năm. Đối tượng nghiên cứu được lấy từ Hội đồng Y khoa Johns Hopkins và trung tâm y tế Greater Baltimore và tất cả những người tham gia đồng ý bằng văn bản. Số liệu nghiên cứu này bắt đầu thu thập năm 2008 và đang tiếp tục. Yếu tố quan tâm cơ bản là sinh forceps và giác hút, cắt tầng sinh môn, rách tầng sinh môn tự phát. Các dữ liệu sản khoa được tóm tắt bằng biểu đồ chuyển dạ. Giai đoạn hai chuyển dạ là kéo dài nếu trên 2 giờ. Thai to được định nghĩa là trọng lượng ở trẻ khi sinh $\geq 4.000g$.

Ngoài ra, tác giả xem xét các yếu tố gây nhiễu như:

chủng tộc, số lần sinh, tuổi mẹ ở lần sinh đầu tiên, và béo phì. Béo phì được định nghĩa khi chỉ số khối cơ thể là ≥ 30 . Thu thập số liệu qua bảng câu hỏi về dịch tễ học của sa sinh dục và tiểu không tự chủ kèm với khám lâm sàng.

Kết quả 451 người tham gia có 820 sinh đường âm đạo, có 449 người thỏa mãn điều kiện. Trong đó 125 ca có sinh thủ thuật (49 ca giác hút, 71 ca forceps, 5 ca giác hút và forceps), 273 ca sinh cắt tầng sinh môn, 256 ca sinh bị rách tầng sinh môn, 68 ca nhiều lần cắt tầng sinh môn, 88 ca rách tầng sinh môn nhiều lần, 14 ca sinh với tầng sinh môn nguyên vẹn, 94 ca bị rách sau cắt tầng sinh môn, rách cơ vòng hậu môn được ghi nhận 96 trường hợp.

Phụ nữ có tiền sử giai đoạn 2 kéo dài liên quan với sinh thủ thuật ($P \leq 0,001$) hoặc cắt tầng sinh môn ($P 0,004$). Ngược lại, chủng tộc, béo phì, và thai to liên quan không đáng kể với sinh thủ thuật, cắt tầng sinh môn, rách tầng sinh môn.

Đối với phụ nữ sinh forceps ít nhất một lần, tỉ suất tương đối về bàng quang hoạt động quá mức tăng gần gấp ba lần (OR 2,92, 95% CI 1,44-5,93) và tỉ suất của sa tạng gần như tăng gấp đôi (OR 1,95, 95% CI 1,03-3,70). Sinh giác hút không tăng tỉ suất cho bất kỳ rối loạn sàn chậu nào.

Cắt tầng sinh môn không liên quan đến bất kỳ rối loạn sàn chậu nào. Cụ thể, tỉ suất tương đối cho mỗi rối loạn sàn chậu cũng tương tự như ở phụ nữ không có tiền sử cắt tầng sinh môn, hoặc cắt tầng sinh môn nhiều lần. Ngược lại, tỉ suất tương đối của sa tạng tăng gấp đôi ở phụ nữ với hai hoặc nhiều lần rách tầng sinh môn so với phụ nữ không hoặc rách 1 lần (OR 2,34, 95% CI 1,13-4,86).

Kết luận của nghiên cứu này là việc sinh forceps và nhiều lần rách tầng sinh môn có liên quan với rối loạn sàn chậu sau sinh 5-10 năm.



PHÁT TRIỂN DẬY THÌ Ở TRẺ RA ĐỜI TỪ KỸ THUẬT ICSI

Pubertal development in ICSI children

F. Belva, M. Roelants, R. Painter, M. Bonduelle, P. Devroey và J. De Schepper

Human Reproduction, Vol.27, No.4 pp. 1156–1161, 2012

BS. Tăng Quang Thái

Số lượng trẻ ra đời nhờ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản ngày càng nhiều trên thế giới. Theo số liệu của Ủy ban Quốc tế về kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (ICMART), mỗi năm trên thế giới có khoảng 1,5 triệu trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) và đến nay đã có khoảng 4,6 triệu trẻ ra đời từ kỹ thuật này. Tại Việt Nam, đến nay ước tính có trên 10.000 trẻ ra đời từ TTTON, kể từ năm 1998. Tuy nhiên, vẫn còn quá ít những nghiên cứu về sự phát triển tâm thần vận động của những trẻ này.

Tạp chí *Human Reproduction*, Vol.27, No.4 phát hành tháng 4 năm 2012 vừa đăng tải bài báo cáo của F. Belva và cộng sự về “Sự phát triển dậy thì của trẻ ra đời từ kỹ thuật ICSI”. Trong nghiên cứu này tác giả tập trung đánh giá sự phát triển cơ quan sinh dục của trẻ trai, sự phát triển của vú và kinh nguyệt của trẻ gái, sự phân bố lông ở cả hai giới đối với nhóm trẻ 14 tuổi, ra đời nhờ kỹ thuật ICSI so sánh với nhóm mang thai tự nhiên. Đây là một phần trong nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu lớn hơn của Trung tâm Y học sinh sản Đại học Brussel, Bỉ. Giả thiết của nghiên cứu này là trẻ ra đời



từ kỹ thuật ICSI có rối loạn trong phát triển dậy thì. Nghiên cứu này sử dụng hệ thống điểm Tanner (Tanner và Whitehouse, 1976) để đánh giá sự phát triển dậy thì. Theo thang điểm Tanner, ở nữ sẽ theo dõi sự phát triển của vú (M) và sự phát triển lông mu (P); ở nam sẽ theo dõi sự phát triển của cơ quan sinh dục (G), và sự phát triển của lông mu (P).

Qua nghiên cứu, các tác giả đã ghi nhận được tuổi trung bình có kinh nguyệt trong nhóm nữ ICSI ($12,6 \pm 1,0$ năm) so với nhóm nữ sinh ra do quá trình thụ tinh tự nhiên ($12,5 \pm 1,0$ năm). Kết quả này nằm trong giới hạn bình thường được báo cáo trong các nghiên cứu châu Âu (12,5-13,5) (Engelhardt và cs., 1995; Lindgren, 1996; Whincup và cs., 2001.; Danubio và cs., 2004; Juul và cs., 2006; Roelants và cs., 2009). Trong nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa cân nặng và độ tuổi có kinh nguyệt. Không có tình trạng dậy thì sớm như trong một báo cáo trước đó trên trẻ 8 tuổi sinh ra nhờ kỹ thuật ICSI (Belva và cs., 2007) cũng như dậy thì muộn.

Các nhà nghiên cứu đã kết luận thời điểm có kinh và phát triển lông mu ở các bé gái, và phát triển bộ phận sinh dục và lông mu ở các bé trai không bị ảnh hưởng

bởi kỹ thuật ICSI, phù hợp với báo cáo trước đây về tuổi dậy thì phát triển ở trẻ em sinh ra sau khi thụ tinh ống nghiệm (Ceelen và cs., 2008). Tuy nhiên ở nữ, sự phát triển của vú có phần kém hơn nhóm thụ tinh tự nhiên. Tình trạng này có thể được gây ra bởi vùng dưới đồi bị tác động bởi sự kích hoạt của GnRH.

Nhóm tác giả đã lưu ý những hạn chế của nghiên cứu rằng tuổi dậy thì là một khoảng thời gian dài và năng động của quá trình trưởng thành trong đó bao gồm cả tình trạng phát triển sớm và muộn. Do đây là một nghiên cứu cắt ngang nên chỉ có thể nhận xét về các tình trạng dậy thì ở các lứa tuổi nghiên cứu, nhưng không đánh giá được sự phát triển có diễn ra đúng tiến độ và đạt được sự trưởng thành tuổi dậy thì cuối cùng hay không.

Mặc dù thiếu các dữ liệu theo chiều dọc về các vấn đề thành thực sinh dục, nghiên cứu này đã cung cấp một số dữ liệu lớn về phát triển tuổi dậy thì ở trẻ ICSI. Sự trưởng thành tình dục bình thường, được đề cập, cùng với nồng độ testosterone và inhibin B trong giới hạn bình thường tương tự mô tả trước đây (Belva và cs., 2010, 2011) trong một nghiên cứu đoàn hệ của trẻ sinh ra chủ yếu vì yếu tố vô sinh nam.

Tóm lại, sự phát triển vú thấp hơn ở các bé gái ICSI so với nhóm thụ tinh tự nhiên, nhưng không có sự khác biệt trong phát triển dậy thì được quan sát thấy ở các bé trai. Tuổi trung bình có kinh nguyệt là tương đương giữa trẻ nữ ICSI và thụ tinh tự nhiên. Cần tiếp tục thực hiện những nghiên cứu theo dõi trong thời gian dài hơn về sự phát triển trong tuổi thanh thiếu niên và giai đoạn thành niên của trẻ sinh ra nhờ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

CABERGOLINE DỰ PHÒNG GIÚP GIẢM 60% NGUY CƠ HỘI CHỨNG QUÁ KÍCH BUỒNG TRỨNG

Cabergoline for preventing ovarian hyperstimulation syndrome

Tang H, Hunter T, Hu Y, Zhai SD, Sheng X, Hart RJ.

*Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art. No.: CD008605.
DOI:10.1002/14651858.CD008605.pub2.*

ThS. Hồ Mạnh Tường

Hội chứng quá kích buồng trứng (OHSS) có thể xảy ra khi kích thích buồng trứng trong kỹ thuật hỗ trợ sinh sản. Đa số các trường hợp, triệu chứng OHSS là nhẹ, chỉ cần theo dõi tại nhà và khỏi sau 5-7 ngày, tuy nhiên một số trường hợp mức độ vừa và nặng cần phải theo dõi và điều trị tại bệnh viện. Mặc dù có nhiều biện pháp được nghiên cứu để ngăn chặn OHSS, cho đến nay đa số các biện pháp đều mang tính dự phòng vì không có phương pháp điều trị đặc hiệu cho OHSS. Chiến lược điều trị chính là điều trị hỗ trợ trong thời gian chờ đợi hội chứng tự thoái triển và người bệnh hồi phục hoàn toàn. Dựa trên các chứng cứ về vai trò của VEGF (vascular endothelial growth factor) trên cơ chế bệnh sinh của OHSS, cabergoline đã được nghiên cứu sử dụng để giảm nguy cơ OHSS trong vài năm gần đây. Về hiệu quả dự phòng OHSS của cabergoline, tổng

quan hệ thống trên thư viện Cochrane công bố đầu năm 2012 cho thấy với liều 0,5mg ngày, cabergoline có thể làm giảm nguy cơ OHSS trên đối tượng nguy cơ cao. Tổng quan này cũng cho thấy cabergoline sử dụng trong dự phòng OHSS không ảnh hưởng lên kết quả có thai khi điều trị thụ tinh trong ống nghiệm.

Sinh lý bệnh của OHSS cho đến nay vẫn chưa được hiểu rõ hoàn toàn. Nói chung, sinh lý bệnh chính là tăng tính thấm thành mạch, gây mất dịch vào khoang thứ ba của cơ thể, thường là ổ bụng và khoang màng phổi. Hiện tượng này tạo nên các triệu chứng chính của OHSS và các triệu chứng liên quan trong quá trình diễn tiến của hội chứng. Hầu hết các trường hợp OHSS đều liên quan đến việc tiêm hCG để kích hoạt sự trưởng thành noãn. Tuy nhiên, hCG lại không có tác dụng trực

tiếp gây thoát mạch. Hiện nay, giả thuyết được chấp nhận nhiều nhất là hCG sau khi tiêm vào cơ thể sẽ kích thích buồng trứng tiết ra các chất vận mạch và làm tăng tính thấm thành mạch. VEGF là chất đóng vai trò quan trọng nhất làm tăng tính thấm thành mạch trong sinh lý bệnh OHSS.

Dopamin agonist (bao gồm cabergoline) có tác dụng tương tự thuốc kháng tạo mạch (anti-angiogenic drug) nhưng tác dụng không mong muốn ít. Cabergoline được chứng minh có thể ức chế sự sản xuất VEGF của tế bào hạt ở nang noãn dưới tác dụng của hCG. Ngoài ra, cabergoline còn có thể tác dụng ức chế VEGF qua một số cơ chế khác. Cabergoline đã được chỉ định trong thời gian dài để điều trị tăng prolactine máu với tính an toàn cao, tác dụng không mong muốn thấp. Trong những năm gần đây nhiều báo cáo cho thấy cabergoline có thể có hiệu quả dự phòng OHSS.

Mục tiêu của phân tích gộp này là đánh giá hiệu quả và tính an toàn của việc sử dụng cabergoline để dự phòng OHSS trên những trường hợp điều trị TTTON có nguy cơ cao bị OHSS. Các tác giả tập hợp các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) so sánh cabergoline với giả dược hoặc với các trường hợp không điều trị.

Các tác giả ghi nhận được 2 nghiên cứu RCT, tổng cộng 230 người bệnh có trên 20 nang trên 12mm khi kích thích buồng trứng hoặc chọc hút được trên 20 noãn. Cabergoline sử dụng dự phòng với liều uống 0,5mg mỗi ngày, trong 8 ngày tính từ ngày tiêm hCG. Kết quả phân tích gộp cho thấy tỉ lệ OHSS giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm sử dụng cabergoline (OR 0,40; 95% CI 0,20-0,77). Không có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê về tỉ lệ có thai giữa 2 nhóm (OR 0,94; 95% CI 0,56-1,59). Tỉ lệ sẩy thai có khuynh hướng giảm ở nhóm điều trị, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (OR 0,31; 95% CI 0,03-3,07). Không có sự khác biệt về tần suất tác dụng không mong muốn giữa 2 nhóm.

Các tác giả kết luận cabergoline làm giảm đáng kể nguy cơ OHSS và không ảnh hưởng đến kết quả điều

trị, khi so sánh tỉ lệ có thai và tỉ lệ sẩy thai sau điều trị. Cabergoline cũng không làm tăng tỉ lệ tác dụng không mong muốn khi điều trị.

Như vậy việc sử dụng cabergoline là an toàn và hiệu quả hơn so với các biện pháp hiện đang được áp dụng như: coasting (ngưng FSH), trữ phôi toàn bộ, truyền albumin. Coasting thường làm giảm số noãn chọc hút được, giảm khả năng có thai và số phôi trữ lạnh. Trữ phôi toàn bộ và chuyển phôi chu kỳ sau có thể có giảm tỉ lệ làm tổ ở phôi sau rã đông và làm người bệnh tốn thêm chi phí và thời gian cho chu kỳ chuyển phôi đông lạnh. Các chứng cứ đáng tin cậy gần đây cho thấy truyền albumin không có hiệu quả dự phòng OHSS, ngoài ra còn có thể có nguy cơ tác dụng không mong muốn, tai biến do truyền albumin. Sử dụng cabergoline đường uống cũng đơn giản và ít tác dụng không mong muốn. Một vấn đề quan trọng là sử dụng cabergoline không ảnh hưởng đến tỉ lệ có thai. Do đó, đây là một biện pháp dự phòng OHSS có nhiều ưu điểm. Tuy nhiên, các tác giả cũng đề nghị cần có thêm những nghiên cứu RCT cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định giá trị của cabergoline trong dự phòng OHSS.

Ở Việt Nam, từ năm 2008 đã có các báo cáo sử dụng các dopamin agonist (bao gồm bromocriptine và cabergoline trong dự phòng OHSS) và cho các kết quả khả quan. Hiện nay, nhiều trung tâm đã sử dụng thường qui dopamine agonist trong dự phòng OHSS. Kết quả của phân tích gộp này giúp khẳng định thêm hiệu quả của phương pháp này.

Một số điểm lưu ý khi sử dụng cabergoline dự phòng OHSS:

- Chỉ sử dụng cho các đối tượng có nguy cơ cao OHSS khi kích thích buồng trứng (dựa vào số nang và nồng độ estradiol).
- Nên bắt đầu sử dụng sớm, trước khi cho hCG, ít nhất vài giờ.
- Liều sử dụng là 0,5 mg uống mỗi ngày, kéo dài trong 8 ngày.



PHÁC ĐỒ GnRH ANTAGONIST GIÚP GIẢM NGUY CƠ HỘI CHỨNG QUÁ KÍCH BƯỚNG TRỨNG TRÊN BỆNH NHÂN PCOS

Meta-analysis of GnRH antagonist protocols: do they reduce the risk of OHSS in PCOS?

Pundir J, Sunkara SK, El-Toukhy T, Khalaf Y

Reprod Biomed Online. 2012; 24:6-22

BS. Nguyễn Thị Ngọc Nhân và BS. Nguyễn Khánh Linh

Một nghiên cứu phân tích gộp công bố trên tạp chí Reproductive BioMedicine Online đầu năm 2012 cho thấy sử dụng phác đồ GnRH antagonist để kích thích buồng trứng khi làm thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) cho bệnh có hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) giúp giảm 40% nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng (OHSS).

Hội chứng quá kích buồng trứng là nguy cơ thường gặp và nguy hiểm nhất khi làm IVF. Bệnh nhân bị PCOS là

những người có nguy cơ cao OHSS cao nhất khi kích thích buồng trứng. Chọn lựa phác đồ kích thích buồng trứng phù hợp giúp giảm nguy cơ OHSS trên đối tượng đặc biệt này.

Trong quá trình điều trị IVF, có nhiều cách để ngăn ngừa hội chứng quá kích buồng trứng. Đầu tiên, phải xác định được bệnh nhân có nguy cơ, lựa chọn phác đồ kích thích và liều lượng thích hợp, theo dõi sát bằng siêu âm và đo nồng độ hormone huyết thanh. Nếu tất cả các

biện pháp đều thất bại, có thể phải hủy chu trình sớm trong quá trình kích thích hoặc sau khi chọc hút trứng (trữ phôi lạnh có chọn lọc). Ngoài ra, có thể áp dụng kỹ thuật nuôi trưởng thành noãn trong ống nghiệm (IVM), nghĩa là chọc hút các trứng chưa trưởng thành mà không cần kích thích buồng trứng.

OHSS là một biến chứng nghiêm trọng trong IVF, có thể đe dọa tính mạng. Có nhiều biện pháp để ngăn ngừa tình trạng này, nhưng không có biện pháp điều trị chuyên biệt. Thông thường, OHSS có thể tự khỏi trong giai đoạn đầu thai kì. Các phụ nữ có nguy cơ cao nhất thường là phụ nữ trẻ, có nhiều nang buồng trứng hay có PCOS. Ở những phụ nữ này, cần cẩn thận trong quá trình kích thích buồng trứng, bao gồm chọn lựa phác đồ, điều chỉnh liều.

Gần đây một số nghiên cứu cho thấy sử dụng phác đồ GnRH antagonist trong quá trình kích thích có thể có tác dụng thuận lợi trong giảm nguy cơ OHSS. Các nghiên cứu không đồng nhất với nhau (chẳng hạn như sử dụng các định nghĩa khác nhau, các phác đồ khác nhau, các kết cục không thống nhất và các kích cỡ mẫu không giống nhau). Phân tích gộp công bố trên tạp chí RBM Online là phân tích gộp lớn nhất cho đến nay về vấn đề này. Về này bao gồm các dữ liệu từ 9 thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng. Nguy cơ OHSS khi dùng phác đồ GnRH agonist (n=502) hoặc antagonist (n=464) được so sánh ở những phụ nữ bị PCOS đang điều trị IVF.

Các kết quả chính của phân tích gộp:

- Các phác đồ GnRH antagonist thường kèm với thời gian kích thích buồng trứng ngắn hơn và tổng liều gonadotropin thấp hơn. Nồng độ đỉnh estradiol và số trứng chọc hút được không khác nhau giữa 2 phác đồ.

- Nếu chỉ xét đến nguy cơ OHSS nặng, nguy cơ có xu hướng giảm ở nhóm GnRH antagonist, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Khi xét chung nguy cơ OHSS từ trung bình và nặng, phác đồ GnRH antagonist chứng tỏ an toàn hơn (RR, 0,60; CI 95%, 0,48-0,76; $p < 0,0001$).
- Tỷ lệ các chu kì bị hủy ở mỗi nhóm là tương tự nhau. Tỷ lệ có thai và sẩy thai trên lâm sàng ở cả 2 phác đồ là tương đương nhau.

Ngoài các kết quả chính trên, phác đồ GnRH antagonist linh động hơn phác đồ dài cổ điển trong giai đoạn cuối của kích thích buồng trứng. Với phác đồ GnRH antagonist, nếu bệnh nhân có nguy cơ cao, chúng ta có thể sử dụng GnRH agonist để thay thế hCG để kích thích giai đoạn trưởng thành noãn. Việc thay thế hCG bằng GnRH agonist giúp triệt tiêu gần như hoàn toàn nguy cơ OHSS. Bên cạnh đó, phác đồ GnRH antagonist còn có ưu điểm là thời gian kích thích ngắn hơn và lượng thuốc sử dụng ít hơn so với phác đồ dài cổ điển. Nhờ đó, phác đồ này thuận tiện hơn cho bệnh nhân và có thể có chi phí thấp hơn.

Kết quả của phân tích gộp này cho thấy phác đồ GnRH antagonist là phác đồ được lựa chọn cho bệnh nhân PCOS khi thực hiện IVF do có thể giảm đáng kể nguy cơ OHSS và mang lại nhiều lợi ích khác.

Phác đồ kích thích buồng trứng GnRH antagonist được sử dụng ở Việt Nam từ năm 2003. Đến nay, nhiều trung tâm IVF ở Việt Nam đã đưa vào sử dụng thường quy phác đồ này trong thực tế lâm sàng. Đây là điều kiện thuận lợi để các trung tâm chủ động chọn lựa phác đồ này cho đối tượng phù hợp.