

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 46

TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 46

TÀNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

- 06 < Tăng huyết áp thai kỳ Hồ Cao Cường, Bùi Quang Trung
- 13 < Hướng dẫn cập nhật tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ Nguyễn Thị Thủy
- 16 < Tiên đoán sớm tiền sản giật Trần Thế Hùng
- 19 < Vai trò của DNA thai tự do trong tầm soát tiền sản giật Nguyễn Vũ Khánh, Nguyễn Vạn Thông
- 22 < Bổ sung canxi trong dự phòng tiền sản giật Bùi Quang Trung
- 26 < Ảnh hưởng của béo phì lên nguy cơ khởi phát tiền sản giật Nguyễn Đình Hiến, Vương Quốc Thịnh, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 28 < Quản lý thai kỳ tiền sản giật nặng khởi phát sớm: Cập nhật từ khuyến cáo Trần Thụy Hương Quỳnh, Đỗ Đăng Trường, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 31 < Tiên lượng kết cục xấu ở thai phụ bị tiền sản giật: Áp dụng mô hình fullPIERS Nguyễn Thế Hải, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 35 < Nguy cơ tiền sản giật ở bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm – xin non Nguyễn Khánh Linh
- 39 < Kỹ thuật cắt ngang – phương pháp mới để đo Doppler động mạch tử cung trong tam cá nguyệt I Nguyễn Đình Vũ, Giang Hoà Văn
- 44 < Siêu âm chẩn đoán lạc nội mạc tử cung sâu Lê Tiểu My
- 48 < Giá trị của IOTA models trong khảo sát khối u phần phụ Phạm Thị Phương Anh
- 53 < Điều trị sa tạng chậu bằng vòng nâng âm đạo (Pessary): Cái nhìn mới cho vấn đề cũ Văn Huỳnh Thúy Xuân
- 57 < Corticosteroids trước sinh Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 60 < Ngừa thai ở tuổi quanh mãn kinh Lê Long Hồ
- 64 < Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng – Vai trò của bổ sung testosterone qua da Hồ Mạnh Tường
- 66 < Đứt gãy DNA tinh trùng và vô sinh nam Hồ Sỹ Hùng
- 71 < Vai trò của vitamin D đối với sức khỏe sinh sản Hà Nhật Anh
- 74 < Các em bé thụ tinh trong ống nghiệm đầu tiên tròn 20 tuổi Hồ Mạnh Tường
- 76 < Nhiễm trùng sơ sinh sớm: Cập nhật mới Nguyễn Khôi
- 83 < Tầm lãng phí trong y tế Võ Thị Hà

JOURNAL CLUB

- 87 < Cập nhật hướng dẫn thực hành lâm sàng theo dõi sinh ngã âm đạo ở thai phụ từng mổ lấy thai
- 88 < Khâu cổ tử cung đối với các trường hợp đơn thai có kênh cổ tử cung ngắn và không có tiền căn sinh non: một tổng quan hệ thống và phân tích gộp của các RCTs
- 89 < Đánh giá hiệu quả của Aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật ở nhóm thai phụ tăng huyết áp mạn tính
- 90 < So sánh tác dụng của Hydralazine và Nifedipine điều trị tăng huyết áp cấp trong thai kỳ
- 91 < Tổng quan hệ thống và phân tích gộp mới nhất về vai trò của Aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật
- 92 < Tầm soát tiền sản giật trong tam cá nguyệt I nhằm phát hiện tiền sản giật sớm và muộn sử dụng các đặc điểm thai phụ, dấu ấn sinh hóa và thể tích bánh nhau
- 94 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 75 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 47: “UNG THƯ PHỤ KHOA”
Tập 47 sẽ xuất bản vào tháng 9/2018.
Hạn gửi bài cho tập 47 là 20/05/2018.

Chuyên đề tập 48: “DỰ PHÒNG SINH NON”
Tập 48 sẽ xuất bản vào tháng 12/2018.
Hạn gửi bài cho tập 48 là 20/08/2018.

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: 500 - 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 Vàng 2018



MERCK



Hội viên liên kết Bạc 2018



Abbott

BESINS HEALTHCARE



Science For A Better Life

NGUY CƠ TIỀN SẢN GIẬT Ở BỆNH NHÂN THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM – XIN NOÃN

Nguyễn Khánh Linh

Bệnh viện Mỹ Đức Phú Nhuận



Phụ nữ hiện đại ngày càng trì hoãn việc sinh nở. Hậu quả của nó là giảm khả năng sinh sản theo tuổi, giảm số lượng và chất lượng noãn, góp phần gia tăng tỷ lệ thụ tinh trong ống nghiệm bằng phương pháp xin noãn. Tỷ lệ xin noãn ngày càng tăng ở hầu hết các nơi trên thế giới. Số chu kỳ xin noãn hàng năm tại Hoa Kỳ tăng từ 10.801 năm 2000 lên 18.306 năm 2010^[1], trong khi đó, ESHRE báo cáo sự gia tăng này vượt 4,5 lần trong vòng 6 năm (từ 7.171 năm 2006 lên đến 33.605 đến năm 2012)^[2]. Chưa có báo cáo số liệu thống kê chính xác tại Việt Nam.

Phụ nữ xin noãn đa phần lớn tuổi, vì vậy các nguy cơ về sức khỏe khi mang thai có thể cao hơn so với những thai phụ khác, trong đó, có nguy cơ tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật.

Các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ có thể gây kết cục xấu cho sức khỏe mẹ và trẻ sơ sinh, bao gồm tử vong mẹ và thai do tai biến mạch máu não, sản giật, thai lưu, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, sinh non và biến chứng cho trẻ sơ sinh do chấm dứt thai kỳ sớm.

Hiện nay, đã có một số biện pháp hữu hiệu trong việc phát hiện sớm đối tượng nguy cơ cao, dự phòng và quản lý tiền sản giật nhằm giảm biến chứng cho mẹ và trẻ sơ sinh.

Việc xác định những yếu tố nguy cơ là hết sức cần thiết trong chăm sóc các thai kỳ nói chung và thai sau thụ tinh trong ống nghiệm nói riêng nhằm đạt mục tiêu cuối cùng là cho ra đời những trẻ sinh sống khỏe mạnh.

Các yếu tố nguy cơ của tiền sản giật (ACOG 2013)^[3]

- Mang thai lần đầu.
- Tiền sử tiền sản giật lần mang thai trước.
- Tăng huyết áp hoặc bệnh thận mạn tính hoặc cả hai.
- Bệnh ưa chảy máu.
- Đa thai.
- Thai sau thụ tinh trong ống nghiệm.
- Tiền sử gia đình bị tiền sản giật.
- Đái tháo đường type I hoặc II.
- Béo phì.
- Lupus hệ thống.
- Mẹ lớn tuổi (hơn 40 tuổi).

Từ các yếu tố nguy cơ kể trên, chúng ta có thể suy luận rằng, khả năng là những thai phụ có thai sau thụ tinh trong ống nghiệm – xin noãn sẽ càng có nguy cơ cao hơn nữa bị tiền sản giật, do họ có thai sau thụ tinh trong ống nghiệm và thường là bệnh nhân lớn tuổi. Nếu họ có đa thai thì nguy cơ này sẽ càng gia tăng. Tuy nhiên, xin noãn từ một cơ thể khác xa lạ với người mang thai có góp phần làm gia tăng nguy cơ tiền sản giật hay không? Chúng ta sẽ cùng điểm qua kết quả của một số nghiên cứu.

TIỀN SẢN GIẬT Ở BỆNH NHÂN THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM – XIN NOÃN

Trên thai phụ lớn tuổi và trẻ tuổi

Phụ nữ lớn tuổi mang thai có nhiều biến chứng

thai kỳ hơn, gồm tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, sinh non và băng huyết sau sinh^[4-6].

Một nghiên cứu của các nhà nghiên cứu người Pháp tiến hành năm 2012^[7] so sánh kết cục thai kỳ ở những phụ nữ từ 43 tuổi trở lên có thai tự nhiên, với nhóm có thai sau thụ tinh trong ống nghiệm với noãn tự thân và thụ tinh trong ống nghiệm – xin noãn. Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy tỷ lệ tiền sản giật ở 3 nhóm lần lượt là 3,8%, 10% và 19,2% ($P < 0,001$). Điều này cho thấy nhóm xin noãn có tỷ lệ tiền sản giật cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không xin noãn, và cả hai nhóm đều có nguy cơ cao hơn so với nhóm có thai tự nhiên. Nguy cơ tiền sản giật ở nhóm thụ tinh trong ống nghiệm – xin noãn cao gấp 3,3 lần so với nhóm có thai tự nhiên (KTC 95% 1,2 - 8,9). Nguy cơ tiền sản giật ở dân số chung của Pháp chỉ dao động trong khoảng 0,5 - 2%, tùy theo đặc điểm của thai phụ.

Thai suy dinh dưỡng và thai nhỏ so với tuổi thai là hai trong các biến chứng của tiền sản giật. Cân nặng trẻ sinh ra thấp dưới 2.500 g cũng khác biệt giữa 3 nhóm ($P < 0,001$), trong đó, nhóm có thai tự nhiên tỷ lệ này chỉ là 17,5%, còn hai nhóm thụ tinh trong ống nghiệm còn lại có tỷ lệ này lần lượt là 31,8% và 38%. Các kết cục khác gồm đái tháo đường thai kỳ, sinh mổ, băng huyết sau sinh, sinh non và thai lưu không khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Henne và cộng sự^[8] nghiên cứu trên 69 thai phụ xin noãn từ 36 đến 55 tuổi so với 681 thai phụ hơn 38 tuổi có thai với noãn tự thân. Tuổi trung bình của nhóm xin noãn cao hơn so với nhóm noãn tự thân. Sau khi điều chỉnh tuổi mẹ và song thai, nguy cơ tiền sản giật ở nhóm xin noãn vẫn cao hơn so với nhóm noãn tự thân.

Các nghiên cứu kể trên hầu hết có cỡ mẫu nhỏ. Một nghiên cứu hồi cứu mới gần đây năm 2017^[9] trên cỡ mẫu lớn lại cho kết quả ngược lại. Nghiên cứu này gồm 133.785 ca sinh sống cho thấy các thai kỳ sau thụ tinh trong ống nghiệm xin noãn chuyển phối tươi chỉ có nguy cơ sinh non và sinh con nhẹ cân cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thụ tinh trong ống nghiệm với noãn tự thân. Các nguy cơ khác bao gồm cả tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật lại không khác biệt so với nhóm không xin noãn, mặc dù trong nghiên cứu này, gần 56% thai

phụ xin noãn là lớn tuổi từ 40 tuổi trở lên, trong khi tỷ lệ này ở nhóm noãn tự thân chỉ là 14%. Nghiên cứu này không cung cấp nhiều dữ liệu phân tích về kết cục tiền sản giật, do đó, việc lý giải cho sự khác biệt của kết quả nghiên cứu này với các nghiên cứu khác là điều khó thực hiện.

Ban đầu, người ta cho rằng nguy cơ tăng huyết áp và tiền sản giật tăng là do tuổi mẹ lớn – một lý do phần lớn của thụ tinh trong ống nghiệm – xin noãn. Sau khi kiểm soát yếu tố tuổi mẹ, một số nghiên cứu cho thấy nguy cơ rối loạn tăng huyết áp thai kỳ vẫn tăng ở nhóm xin noãn^[8,10,11], trong khi một số nghiên cứu khác lại không^[12].

Một phân tích gộp mới đây^[13] đã được thực hiện trên 19 nghiên cứu với 86.515 thai kỳ, nhằm tìm ra câu trả lời chính xác về nguy cơ tiền sản giật trên bệnh nhân xin noãn. Bản chất của điều trị là can thiệp thụ tinh trong ống nghiệm – xin noãn, nhóm dân số bình thường không hiếm muộn khó có thể chấp nhận tham gia điều trị để làm nhóm chứng, do đó hiện nay, không có thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên nào được thực hiện để trả lời cho câu hỏi này. Các nghiên cứu được phân tích gộp đều là nghiên cứu so sánh hồi cứu, đoàn hệ hoặc bệnh chứng. Kết quả phân tích gộp cho thấy nguy cơ tiền sản giật ở nhóm xin noãn cao hơn so với những thai kỳ từ các phương pháp hỗ trợ sinh sản khác (OR 2,54; KTC 95% 1,98 - 3,24; $P < 0,0001$) và cao hơn gấp 4 lần so với thai tự nhiên (OR 4,34; KTC 95% 3,1 - 6,06; $P < 0,0001$). Nguy cơ tăng huyết áp thai kỳ cũng tăng có ý nghĩa trong nhóm xin noãn so với các phương pháp hỗ trợ sinh sản khác (OR 3,00; KTC 95% 2,44 - 3,70; $P < 0,0001$) và cao hơn rất nhiều lần so với thai tự nhiên (OR 7,94; KTC 95% 1,73 - 36,36; $P = 0,008$). Phân tích gộp này cũng cho thấy xin noãn là yếu tố nguy cơ độc lập của tiền sản giật, chứ không phụ thuộc vào tuổi thai phụ.

Trên thai kỳ song thai sau thụ tinh trong ống nghiệm – xin noãn

Bản thân song thai đã làm tăng nguy cơ tiền sản giật lên gấp 4 lần, và tiền sản giật được báo cáo là xảy ra khoảng 6% đến 31% ở thai kỳ song thai. Một nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tiền sản giật trong song thai là 14,8%, trong đó, các yếu tố nguy cơ độc lập

liên quan đến tiền sản giật khi phân tích hồi quy trong nhóm dân số này là xin noãn (aOR 2,5) và béo phì trước khi mang thai (aOR 2,4)^[14].

Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu của Lucky và cộng sự năm 2014^[15] được thực hiện trên các thai phụ song thai sau xin noãn, sinh từ năm 2005 đến 2013. Có 56 bệnh nhân mang song thai sau thụ tinh trong ống nghiệm xin noãn và 56 bệnh nhân đối chứng phù hợp tuổi mang song thai sau thụ tinh trong ống nghiệm với noãn tự thân. Những phụ nữ trên 50 tuổi không được nhận vào nghiên cứu vì không có nhóm chứng phù hợp tuổi. Cỡ mẫu nghiên cứu này khá hạn chế trong một thời gian nghiên cứu dài đến 9 năm.

Các đặc điểm cơ bản của hai nhóm tương tự nhau, bao gồm: tuổi mẹ, chủng tộc, tiền căn sản khoa, số bánh nhau và các bệnh lý đi kèm. Tuổi trung bình của hai nhóm lần lượt là $43,0 \pm 6,0$ và $41,9 \pm 1,7$. Không có sự khác biệt về kết cục giữa hai nhóm về sinh non, cân nặng lúc sinh và đái tháo đường thai kỳ. Tuy nhiên, nhóm xin noãn có tần suất cao hơn nhóm không xin noãn về tăng huyết áp thai kỳ (32,1% so với 13,0%) và tiền sản giật (28,3% so với 13,0%).

Trong phân tích gộp trên 19 nghiên cứu của Masoudian P và cộng sự (2016)^[13], phân tích dưới nhóm thực hiện cho đơn thai và đa thai cho thấy nguy cơ tiền sản giật và tăng huyết áp thai kỳ đều cao hơn so với nhóm điều trị bằng phương pháp hỗ trợ sinh sản khác hoặc nhóm có thai tự nhiên. Nguy cơ ở nhóm đa thai thì cao hơn nguy cơ nhóm đơn thai khi so sánh với các nhóm khác, với OR lần lượt là 3,08 và 2,86.

Trên nhóm thai phụ con so thụ tinh trong ống nghiệm – xin noãn

Nghiên cứu của Donna và cộng sự 2005^[16] thực hiện trên 50 thai phụ xin noãn và 50 thai phụ không xin noãn. Phân tích dưới nhóm trên các thai phụ con so cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp thai kỳ ở nhóm xin noãn (gồm 35 thai phụ con so) là 37,1%, so với nhóm không xin noãn (gồm 37 thai phụ con so) là 8,1% ($P < 0,003$). Trong nhóm con so xin noãn, tuổi mẹ trung bình ở những thai phụ bị tăng huyết áp thai kỳ ($N = 13$) là $41,6 \pm 3,6$ tuổi, thấp hơn so

với nhóm không bị tăng huyết áp thai kỳ ($n = 22$) là $42,1 \pm 5,4$ tuổi. Mặc dù sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, phát hiện này đi ngược lại với giả thuyết là tuổi mẹ tăng là yếu tố liên quan đến tăng huyết áp thai kỳ. Phân tích hồi quy đa biến khảo sát mối liên quan nội tại của tuổi mẹ, số lượng thai và loại thụ tinh trong ống nghiệm cho thấy tuổi mẹ là một yếu tố gây nhiễu với OR là 1. Tuy nhiên, một lần nữa, nghiên cứu này có hạn chế rất lớn là cỡ mẫu quá nhỏ để có thể đưa ra kết luận chính xác.

Vì những nguy cơ trên đây, Hội Y học Sinh sản Hoa Kỳ năm 2013^[17] khuyến cáo cần đánh giá sức khỏe tổng quát đối với những người nhận noãn, đặc biệt là nhóm bệnh nhân lớn tuổi (bao gồm cả đánh giá các bệnh lý và nguy cơ tim mạch), đồng thời tư vấn đầy đủ về các nguy cơ đối với thai kỳ trước khi tiến hành điều trị.

CƠ CHẾ SINH HỌC^[13]

Về khía cạnh sinh học, xin noãn có thể là một yếu tố nguy cơ độc lập của tăng huyết áp thai kỳ, đặc biệt là tiền sản giật. Sự xuất hiện của một noãn xa lạ trong buồng tử cung có thể làm tăng đáp ứng miễn dịch ở người nhận và làm suy yếu tiến trình nhau hóa. Mặc dù căn nguyên chính xác của tiền sản giật vẫn chưa được xác định rõ, điều rõ ràng là bánh nhau đóng một vai trò quan trọng trong sự phát triển của bệnh lý này. Quá trình tiến triển của bệnh lý này được mô tả gồm “hai giai đoạn”. Người ta tin rằng sự tổn thương và rối loạn chức năng bánh nhau trong giai đoạn sớm của thai kỳ (trước 20 tuần) dẫn đến sự phóng thích các chất kháng tạo mạch và các chất trung gian tiền viêm từ bánh nhau vào tuần hoàn của mẹ. Điều này gây tăng đáp ứng viêm ở mẹ và rối loạn nội mô, dẫn đến tăng đề kháng mạch máu ngoại vi.

“Lý thuyết miễn dịch” của tiền sản giật được ủng hộ thêm bởi bằng chứng về nguy cơ tiền sản giật tăng trong các thai kỳ xin tinh trùng hoặc trước đó từng sử dụng biện pháp tránh thai rào cản. Tương tự như giả thuyết nêu trên, trong các nghiên cứu này, sự thiếu dung nạp miễn dịch ở mẹ đối với kháng nguyên tinh trùng từ cha tạo ra đáp ứng miễn dịch mạnh mẽ tại bề mặt tiếp xúc mẹ - thai, dẫn đến sự rối loạn chức năng bánh nhau và sau đó là tiền sản

giật. Mặc dù tiền sản giật và tăng huyết áp thai kỳ được phân loại là hai loại bệnh lý khác nhau, chúng cùng có chung các đặc điểm bệnh lý học liên quan bán nhau. Vì vậy, đáp ứng miễn dịch mạnh có khả năng cũng là cơ chế bệnh sinh của tăng huyết áp thai kỳ. Cần thêm nghiên cứu tiến cứu để khảo sát các dấu ấn của tiền sản giật trong giai đoạn sớm thai kỳ nhằm tìm ra các phương pháp can thiệp thích hợp để phòng ngừa sự xuất hiện và tiến triển của bệnh.

Trong nghiên cứu của Salha và cộng sự^[18], bên cạnh tỷ lệ tiền sản giật tăng ở nhóm xin noãn, tỷ lệ tiền sản giật cũng cao đối với nhóm bơm tinh trùng của người cho (18,2%) và xin phôi (25%) so với nhóm chứng là 3,7% (P < 0,05). Các kết quả này có khuynh hướng ủng hộ giả thuyết rằng sự thích nghi miễn dịch kém là nguyên nhân của tiền sản giật. Điều này có nghĩa là, trong các thai kỳ xin noãn, thai nhi có thể được xem là một mảnh ghép hoàn toàn xa lạ đối với thai phụ chứ không phải là một mảnh ghép bán xa lạ như trong trường hợp không xin noãn. Cơ chế này cũng có thể giải thích tại sao những phụ nữ mang thai lần đầu tiên và những phụ nữ đã từng sinh nở nhưng sau đó lại có thai với một người bạn tình mới, lại có nguy cơ tiền sản giật cao hơn so với những người khác^[18].

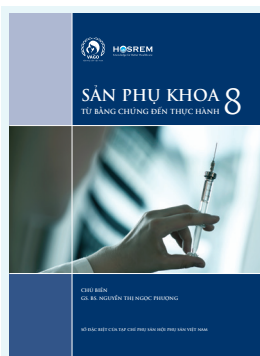
KẾT LUẬN

Phân tích gộp lớn và mới nhất của Masoudian P và cộng sự (2016) cùng các bằng chứng khác cho thấy xin noãn làm tăng nguy cơ tiền sản giật cũng như tăng huyết áp thai kỳ so với các phương pháp hỗ trợ sinh sản khác và cao gấp nhiều lần hơn nữa khi

so với thai tự nhiên. Nguy cơ này càng rõ khi thai phụ xin noãn lớn tuổi, con so hoặc mang đa thai. Mặc dù không có thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên nào được thực hiện về đề tài này, tuy nhiên, với các bằng chứng hiện có, các thai phụ thụ tinh trong ống nghiệm – xin noãn được xác định là nhóm nguy cơ độc lập của tiền sản giật. Trong tương lai, có thể thực hiện các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng nhằm tìm ra phương pháp dự phòng tiền sản giật thích hợp cho nhóm đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kawwass JF et al.; National ART Surveillance System (NASS) Group. Trends and outcomes for donor oocyte cycles in the United States, 2000-2010. JAMA. 2013;310(22):2426-34.
2. European IVF-Monitoring Consortium (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE); Calhaz-Jorge C et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2012: results generated from European registers by ESHRE. Hum Reprod. 2016;31(8):1638-52.
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in Pregnancy. 2013.
4. Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinski R, Berkowitz G, Berkowitz RL. Pregnancy outcome at age 40 and older. Obstet Gynecol 1996; 87:917-22.
5. Al-Zirjil J, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B. Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage. BJOG 2008; 115:1265-72.
6. Yaguev Y, Melamed N, Bardin R, Tenenbaum-Gavish K, Ben-Shitrit G, Ben-Haroush A. Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. Am J Obstet Gynecol 2010; 203:558 e551-8 e557.
7. Le Ray C, Scherier S, Anselem O, Marszalek A, Tsatsaris V, Cabrol D and Goffinet F. Association between oocyte donation and maternal and perinatal outcomes in women aged 43 years or older. Human Reproduction 2012; Vol.27, No.3,896-90.
8. Henne MB, Zhang M, Paroski S, Kelshikar B, Westphal LM. Comparison of obstetric outcomes in recipients of donor oocytes vs. women of advanced maternal age with autologous oocytes. J Reprod Med 2007; 52:585-90.
9. Mohan Shashikant Kamath, Belavendra Antonisarny, Mariano Mascarenhas, Sesh Kamal Sunkara, High-risk of preterm birth and low birth weight after oocyte donation IVF: analysis of 133,785 live births, Reproductive BioMedicine Online 2017; <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.rbmo.2017.06.013>.
10. Keegan DA, Krey LC, Chang HC, Noyes N. Increased risk of pregnancy-induced hypertension in young recipients of donated oocytes. Fertil Steril 2007;87:776-81.
11. Klatsky PC, Delaney SS, Caughey AB, Tran ND, Schattman GL, Rosenwaks Z. The role of embryonic origin in preeclampsia. Obstet Gynecol 2010;116: 1387-92.
12. Krieg SA, Henne MB, Westphal LM. Obstetric outcomes in donor oocyte pregnancies compared with advanced maternal age in vitro fertilization pregnancies. Fertil Steril 2008;90:65-70.
13. Masoudian P, Nasr A, Nanassy J de, Fung-Kee-Fung K, Bainbridge SA, El Demellawy D. Oocyte donation pregnancies and the risk of preeclampsia or gestational hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2015). Doi: 10.1016/j.ajog.2015.11.020.
14. Fox NS, Roman AS, Saltzman DH, Hourizadeh T, Hastings J, Rebarber A. Risk factors for preeclampsia in twin pregnancies. Am J Perinatol 2014;31: 163-6.
15. Lucky H, Sekhon, Rachel S. Gerber, Andrei Rebarber, Daniel H. Saltzman, Chad K. Klausner, Simi Gupta, and Nathan S. Fox. Effect of oocyte donation on pregnancy outcomes in in vitro fertilization twin gestations. Fertil Steril 2014;101:1326-30.
16. Donna A. Wiggins and Elliot Main. Outcomes of pregnancies achieved by donor egg in vitro fertilization - A comparison with standard in vitro fertilization pregnancies. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2005) 192, 2002-8.
17. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. Recommendations for gamete and embryo donation: a committee opinion. Fertil Steril 2013; 99:47-62.
18. Salha O, Sharma V, Dada T, Nugent D, Rutherford AJ, Tomlinson AJ, Phillips S, Allgar V, Walker JJ. The influence of donated gametes on the incidence of hypertensive disorders of pregnancy. Hum Reprod 1999; 14:2268-73.



SẢN PHỤ KHOA - TỪ BẢNG CHỨNG ĐẾN THỰC HÀNH - QUYỂN 8

Sách mời nhất cập nhật kiến thức Sản - Phụ - Vô sinh theo quan điểm Y học thực chứng

Hotline đặt sách: 0933.456.650