

DỰ PHÒNG NGUY CƠ TIẾN TRIỂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TRÊN BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

BS. Lê Nữ Hồng Phương, BS. Nguyễn Thùy Linh Trang, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ

Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức

Hội chứng buồng trứng đa nang (Polycystic Ovary Syndrome – PCOS) là một hội chứng rối loạn thần kinh – nội tiết – chuyển hóa – sinh sản tác động lên nhiều hệ cơ quan, quá trình chuyển hóa trong cơ thể, chiếm tỷ lệ 6 – 15% dân số chung. Mối liên quan giữa đái tháo đường típ 2 (Type 2 Diabetes mellitus) và PCOS vẫn chưa được làm sáng tỏ. Bài viết này trình bày các vấn đề về dịch tễ học, cơ chế sinh lý bệnh, các phương pháp đánh giá tình trạng đường huyết và các yếu tố nguy cơ diễn tiến đến đái tháo đường típ 2 ở phụ nữ PCOS. Từ đó, đề xuất cách tiếp cận nhằm quản lý tối ưu nguy cơ đái tháo đường típ 2 trên nhóm PCOS, cũng như các can thiệp làm giảm diễn tiến tới đái tháo đường típ 2 trên nhóm PCOS có nguy cơ cao.

RỐI LOẠN ĐƯỜNG HUYẾT TRÊN BỆNH NHÂN PCOS

Sự xuất hiện của đái tháo đường típ 2 trong hội chứng buồng trứng đa nang có thể dự đoán được vì hai điều kiện tiên quyết để phát triển đái tháo đường típ 2 là tình trạng kháng insulin (Insulin resistance – IR) và rối loạn chức năng tế bào β tuyến tụy, vốn là các tình trạng thường xuất hiện ở phụ nữ PCOS. Tác động cộng gộp của béo phì lên mức độ IR ở phụ nữ PCOS cũng cần được quan tâm. Câu hỏi liệu PCOS có tạo thành một yếu tố nguy cơ của bệnh đái tháo đường típ 2 hay không, hay đái tháo đường típ 2 chủ yếu xảy ra ở những bệnh nhân PCOS có

béo phì hiện vẫn chưa có lời giải. Một phân tích tổng hợp gần đây cho thấy không có nguy cơ đái tháo đường típ 2 cố hữu trong PCOS mà thay vào đó, đái tháo đường típ 2 xảy ra do tình trạng béo phì hoặc cường androgen^[1]. Các yếu tố liên quan đến di truyền của rối loạn đường huyết ở phụ nữ PCOS cũng cần được xem xét. Tình trạng biến động đường huyết là thách thức đối với bác sĩ lâm sàng vì một số lý do: (1) tỷ lệ rối loạn đường huyết, bao gồm rối loạn đường huyết đói (Impaired Fasting Glucose – IFG), rối loạn dung nạp glucose (Impaired Glucose Tolerance – IGT) và đái tháo đường típ 2, là khác nhau giữa các nghiên cứu; (2) cho đến nay vẫn chưa có khuyến cáo thống nhất về phương pháp tối ưu để đánh giá tình trạng đường huyết. Nhìn chung, tỷ lệ rối loạn đường huyết ở phụ nữ PCOS cao hơn đáng kể so với những người có cùng BMI.

Liên quan tới đái tháo đường típ 2, ở phụ nữ bình thường trong độ tuổi sinh sản, tỷ lệ hiện mắc trung bình của đái tháo đường típ 2 là 1% – 3%^[2], trong khi ở phụ nữ PCOS, tỷ lệ này dao động từ 1,5% đến 12,4%, trung bình là 4,5%. Sự thay đổi của tỷ lệ này liên quan đến (i) độ tuổi của đối tượng được nghiên cứu, với tỷ lệ mắc bệnh cao hơn trong nhóm phụ nữ lớn tuổi; (ii) sự khác biệt về chủng tộc (châu Á/ Đông Á cao hơn các chủng tộc khác, ở các khu vực khác); (iii) và việc sử dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán PCOS khác nhau. Tuy vậy, một nghiên cứu gần đây trên 2.000 phụ nữ cho thấy tỷ lệ hiện

mắc bệnh đái tháo đường típ 2 là tương tự nhau giữa những bệnh nhân có kiểu hình PCOS khác nhau. Tỷ lệ mắc IGT trong PCOS từ 4 – 35,4%, trung bình 16,6%; ngược lại, tỷ lệ tương ứng ở nhóm phụ nữ không mắc PCOS dao động từ 4 – 8%^[2]. Các yếu tố chủng tộc, tiêu chuẩn chẩn đoán PCOS, cũng như độ tuổi và phân bố BMI trong các nhóm nghiên cứu có thể giải thích phần nào sự đa dạng này. Tương tự, tỷ lệ hiện mắc IFG dao động từ 2 – 21%, trung bình 10,8%, cao hơn so với nhóm dân số không PCOS, xấp xỉ 5,9% (khoảng 4 – 8,7%)^[3]. Ngoài những lý do được nhắc đến ở trên, các tiêu chuẩn được sử dụng để chẩn đoán IFG cũng đóng một vai trò quan trọng, với sự khác biệt đáng kể giữa Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO).

SINH LÝ BỆNH MỐI LIÊN QUAN GIỮA PCOS VÀ TĂNG NGUY CƠ DIỄN TIẾN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Sự đa dạng về kiểu hình ở những bệnh nhân PCOS được tạo ra bởi tác động kết hợp của hai cơ chế riêng biệt nhưng gắn bó sâu sắc với nhau là IR và cường androgen. IR và các bất thường về cân bằng glucose đã được mô tả ở 70% phụ nữ bị PCOS^[4]. Mặc dù béo phì là một yếu tố nguy cơ chính đối với IR và đái tháo đường típ 2 trong dân số chung, phụ nữ PCOS có nồng độ insulin cao hơn khi thực hiện dung nạp glucose qua đường uống (Oral Glucose Tolerance Test – OGTT) so với nhóm chứng, kể cả ở nhóm không béo phì. Trong nhóm phụ nữ PCOS, béo phì có liên quan đến độ nhạy insulin thấp hơn thông qua nghiệm pháp OGTT^[5]. Testosterone khả dụng sinh học cũng có tương quan đáng kể với IR, với nồng độ cao hơn dự đoán sự phát triển của đái tháo đường típ 2. Ngoài ra, nồng độ testosterone đã được chứng minh là cao hơn ở nhóm đái tháo đường típ 2 so với nhóm chứng. Mặt khác, PCOS được đặc trưng bởi tình trạng cường androgen, do đó, mối liên quan giữa PCOS và đái tháo đường típ 2 là một giả thuyết hợp lý. Mặc dù PCOS chủ yếu được đặc trưng bởi

cường androgen có nguồn gốc từ buồng trứng, một nhóm bệnh nhân có biểu hiện tăng tiết androgen từ tuyến thượng thận, trong đó quan trọng nhất là dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA–S). Trong nhóm này, cường androgen máu dường như không tương quan với IR hoặc bất thường chuyển hóa, được ghi nhận trong một vài nghiên cứu. Ngoài ra, không nên đánh giá thấp vai trò của tuổi tác đối với sự phát triển của đái tháo đường típ 2. Một số nghiên cứu cho thấy mối tương quan thuận giữa tuổi và BMI với đái tháo đường típ 2 hoặc tăng đường huyết trung bình ở phụ nữ PCOS. Đặc biệt, những phụ nữ béo phì mắc PCOS đã được chứng minh có mức IR tương tự trong nhiều năm, trong khi đó những người có kiểu hình gầy có sự cải thiện IR dần theo thời gian^[6].

ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN ĐƯỜNG HUYẾT TRÊN ĐỐI TƯỢNG PCOS

Có hai quan điểm trong đánh giá tình trạng đường huyết ở phụ nữ PCOS: tầm soát rộng rãi tất cả phụ nữ PCOS hoặc chỉ sàng lọc những phụ nữ có ít nhất một yếu tố nguy cơ (Bảng 1). Các chuyên gia còn bất đồng về việc liệu đường huyết lúc đói (FPG), OGTT, hay HbA1c là xét nghiệm tốt nhất để đánh giá tình trạng đường huyết ở bệnh nhân PCOS. OGTT được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán đái tháo đường típ 2 vì nó là một xét nghiệm đã chuẩn hóa, dễ thực hiện và là phương pháp duy nhất có thể phát hiện IGT. Đây là điều rất quan trọng đối với phụ nữ PCOS. Cũng cần lưu ý, nguy cơ tiến triển thành đái tháo đường típ 2 ở phụ nữ có IGT cao hơn đáng kể so với những người có dung nạp glucose bình thường hoặc những người có IFG^[7], nhóm dân số có nguy cơ này có thể có lợi ích khi được phát hiện và can thiệp sớm. ADA khuyến cáo sử dụng xét nghiệm HbA1c đơn độc cho chẩn đoán đái tháo đường típ 2, tuy nhiên, HbA1c phụ thuộc vào HCT hay ferritin, độc lập với tình trạng đường huyết của bệnh nhân^[8]. Hơn nữa, tính đặc hiệu của HbA1c trong chẩn đoán rối loạn đường huyết đang được nghi vấn

ở những đối tượng thừa cân và béo phì, nhóm chiếm tỷ lệ lớn nhất trong dân số hội chứng buồng trứng đa nang. Lý do là vì ở giai đoạn sớm của đái tháo đường, đường huyết không tăng thường xuyên, cụ thể là tăng nhiều nhất vào buổi sáng. HbA1c là haemoglobin được glycat hóa. Do đó, thời gian tiếp xúc với đường huyết cao không nhiều đủ để HbA1c tăng. Bên cạnh đó, HbA1c có chi phí cao, có sự khác biệt đáng kể giữa các chủng tộc và tiêu chuẩn quốc tế vẫn chưa hoàn thiện. Ngoài ra, các nghiên cứu đánh giá khả năng phát hiện IGT và đái tháo đường của HbA1c trong nhóm phụ nữ PCOS cho thấy xét nghiệm này có độ nhạy thấp khi so sánh với OGTT^[9]. Còn nhiều tranh cãi về khoảng thời gian đánh giá tình trạng đường huyết, từ mỗi năm đến mỗi 5 năm tùy thuộc vào sự tồn tại của các yếu tố đi kèm. Tất cả các khuyến cáo gần đây được minh họa trong **Bảng 1**. Từ quan điểm sinh lý bệnh, phụ nữ PCOS có IFG tạo thành một phân nhóm khác với những người bị IGT. Theo đó, những người có IFG có thể đại diện cho dân số chung của phụ nữ có xu hướng phát triển đái tháo đường típ 2, trong khi những đối tượng mắc IGT có thể bao gồm nhóm bệnh

nhân mà rối loạn đường huyết xảy ra do hậu quả của việc cường androgen.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ DIỄN TIẾN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TRÊN HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

Các thông số được dùng để đánh giá nguy cơ diễn tiến đái tháo đường típ 2 ở phụ nữ bị PCOS bao gồm kiểu hình PCOS, quá trình rối loạn phóng noãn mạn tính và nồng độ androgen tăng cao (tiêu chí NIH trước đây), và một trong những yếu tố dự báo độc lập mạnh nhất được phát hiện là đường huyết sau dung nạp 75g OGTT. Phụ nữ PCOS với IGT được quan sát thấy kinh nguyệt xuất hiện sớm hơn đáng kể ($11,9 \pm 1,6$ tuổi) so với phụ nữ béo phì có PCOS và dung nạp glucose bình thường ($12,4 \pm 1,7$ tuổi) trong một nghiên cứu cắt ngang trên 121 phụ nữ PCOS ở Ý^[10]. Tuy nhiên, số lượng mắc đái tháo đường típ 2 quá ít để có thể xác định được bất kỳ mối tương quan có ý nghĩa thống kê. Không thể phủ nhận tác động của các yếu tố môi trường đối với sự phát triển của đái tháo đường típ 2 là rất lớn. Các chất gây rối loạn nội tiết như bisphenol A (BPA) có liên quan đáng

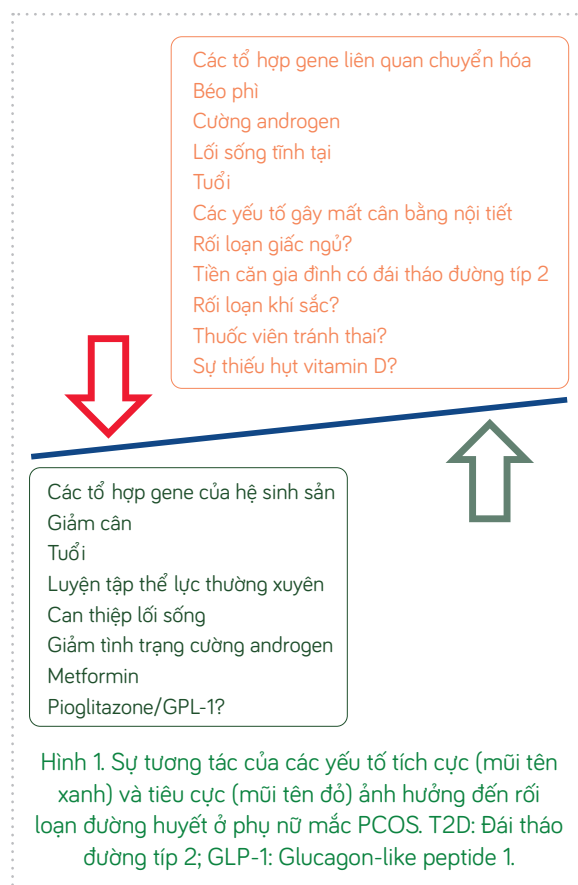
Bảng 1. Khuyến cáo liên quan tới xét nghiệm dung nạp glucose đường uống.

Khuyến cáo liên quan tới xét nghiệm dung nạp glucose đường uống trong chẩn đoán PCOS.

Hiệp hội	Khuyến cáo thực hiện OGTT trong chẩn đoán ở mọi phụ nữ PCOS	Tầm soát lại với OGTT
Joint AACE/ACE và AE-PCOS Society	Có	(1) Mỗi năm ở phụ nữ IGT; và (2) Mỗi 1-2 năm tùy thuộc vào BMI (không đặc hiệu) và tiền căn gia đình có đái tháo đường típ 2.
Australian NHMRC	Khuyến cáo nếu có 1 trong các tiêu chí sau: (1) BMI > 25 kg/m ² hoặc > 23 kg/m ² ở người châu Á; (2) Tiền sử có IFG, IGT, GDM; (3) Tiền căn gia đình có đái tháo đường típ 2; (4) Tăng huyết áp động mạch; và (5) Các chứng tộc có nguy cơ cao.	Mỗi 1-3 năm, tùy thuộc vào sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ đái tháo đường khác
Endocrine Society	Có	Mỗi 3-5 năm (sớm hơn nếu xuất hiện các yếu tố nguy cơ của đái tháo đường típ 2).
RCOG	Khuyến cáo nếu có 1 trong các tiêu chí sau: (1) BMI ≥ 25 kg/m ² ; (2) Tuổi ≥ 40; (3) Tiền căn đái tháo đường thai kỳ; (4) Tiền căn gia đình có đái tháo đường típ 2.	Mỗi năm ở phụ nữ có IGT hoặc IFG.
AE-PCOS Society	Khuyến cáo nếu có 1 trong các tiêu chí sau: (1) BMI ≥ 30 kg/m ² ; (2) Tuổi ≥ 40; (3) Tiền căn đái tháo đường thai kỳ; (4) Tiền căn gia đình có đái tháo đường típ 2.	Mỗi 2 năm ở phụ nữ có yếu tố nguy cơ cao (sớm hơn nếu xuất hiện các yếu tố nguy cơ của đái tháo đường típ 2).
ESHRE và ASRM	Khuyến cáo nếu có BMI ≥ 27 kg/m ² .	Không đề cập.

kể với các chỉ số IR và BMI ở phụ nữ mắc hội chứng này. Mối liên quan giữa BPA và cường androgen trên PCOS đã được đề cập, phơi nhiễm BPA được đặc biệt chú ý trong sinh lý PCOS^[11]. Vai trò của các sản phẩm glycat hóa bền vững (advanced glycation end – products – AGEs) trong sinh lý bệnh của sự phát triển đái tháo đường típ 2 ở PCOS cũng được chú ý. AGEs là sản phẩm sau quá trình glycosyl hóa không enzyme (glycooxidation) của protein và lipid ở cả trạng thái tăng đường huyết và đường huyết bình thường, AGEs có liên quan đến tình trạng viêm dưới lâm sàng và rối loạn chức năng nội mô ở cả bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và những người bình thường. Ở phụ nữ PCOS, việc tiêu thụ chế độ ăn có nhiều AGEs kéo theo sự suy giảm IR và cường androgen, trong khi việc loại bỏ AGEs được theo sau bởi sự cải thiện đáng kể các thông số quan trọng này, ngay cả khi không thay đổi BMI^[12]. Chúng ta đều biết phụ nữ mắc PCOS, ngay cả khi đã kiểm soát được bệnh béo phì, có xu hướng rối loạn giấc ngủ cao hơn, chẳng hạn như giảm hiệu quả giấc ngủ, giảm thời gian dành cho giấc ngủ có chuyển động mắt nhanh (REM), hay giấc ngủ non-REM, khó đi vào giấc ngủ cũng như khó duy trì giấc ngủ. Trầm cảm và rối loạn khí sắc có liên quan đến IR, béo phì và đái tháo đường típ 2 trong nhiều nghiên cứu, chúng thường được chẩn đoán ở phụ nữ mắc PCOS^[13]. Thuốc tránh thai đường uống là phương pháp điều trị chính cho các triệu chứng thường gặp ở phụ nữ PCOS với tỷ lệ thành công vượt trội. Tuy nhiên, một số nghiên cứu đã gợi ý tăng nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường típ 2 với chiến lược này, mặc dù phân tích tổng hợp các thử nghiệm xác định chỉ tăng nhẹ nồng độ insulin lúc đói^[14]. Ngược lại, với tầm quan trọng của IR trong sinh lý bệnh của PCOS, không có gì ngạc nhiên khi metformin là loại thuốc được sử dụng phổ biến nhất để ngăn ngừa hoặc điều trị các bất thường về chuyển hóa ở phụ nữ PCOS^[15]. Tuy nhiên, mặc dù được kỳ vọng cao, metformin kết hợp với thay đổi lối sống dường như chỉ làm giảm chỉ số BMI ($-0,73 \text{ kg/m}^2$), giảm thể tích mô mỡ dưới

da và cải thiện chu kỳ kinh nguyệt so với can thiệp lối sống đơn thuần^[15]. Ngoài metformin, đồng vận PPAR – γ , chẳng hạn như rosiglitazone (hiện không được sử dụng do nguy cơ suy tim) và pioglitazone, cũng cho thấy những cải thiện đáng kể trong việc dung nạp glucose và đường huyết lúc đói của phụ nữ PCOS. Các thuốc điều trị đái tháo đường típ 2 khác đã được nghiên cứu ở phụ nữ bị PCOS gần đây, bao gồm thuốc ức chế SGLT-2 empagliflozin, giúp giảm cân nhiều hơn đáng kể so với metformin trong một nghiên cứu nhỏ về phụ nữ không bị đái tháo đường. Exenatide và liraglutide cải thiện các thông số cân bằng nội môi glucose ở phụ nữ không bị đái tháo đường có PCOS hiệu quả hơn metformin. Cuối cùng, orlistat đã được nghiên cứu rộng rãi ở phụ nữ béo phì bị PCOS và được phát hiện có hiệu quả ngang bằng với metformin trong việc giảm cân và cải thiện trao đổi chất^[14]. Các yếu tố được mô tả ở trên và mối quan hệ của chúng với sự phát triển của rối loạn đường huyết trong PCOS được minh họa trong hình 1.



QUẢN LÝ NGUY CƠ TIỀN TRIỂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TRÊN PCOS

Can thiệp lối sống, bao gồm điều chỉnh chế độ ăn uống và tập thể dục thường xuyên, vẫn là phương pháp điều trị chính trong việc giảm nguy cơ đái tháo đường típ 2 ở phụ nữ bị PCOS, đặc biệt là những người béo phì hoặc thừa cân. Phân tích các dữ liệu cho thấy rằng chế độ dinh dưỡng phòng ngừa tăng huyết áp (Dietary Approaches to Stop Hypertension – DASH) hiệu quả hơn trong việc giảm HOMA – IR và FPG so với chế độ ăn ít carbohydrate (Low – carbohydrate diet – LCD), nhưng với hiệu quả tương đương về nồng độ FPI^[16]. Đối với chỉ số BMI và trọng lượng cơ thể, chế độ ăn hạn chế calo có lợi hơn chế độ ăn kiêng DASH hoặc LCD. Tất cả các kiểu ăn kiêng đường như có hiệu quả tương đương với chỉ số vòng eo. Hơn nữa, dữ liệu từ RCT ở phụ nữ PCOS đã chỉ ra rằng LCD khá hiệu quả trong việc giảm BMI và HOMA – IR so với chế độ ăn thông thường. Ngoài ra, chế độ ăn có chỉ số đường huyết thấp cũng có thể là cách tiếp cận hàng đầu ở bệnh nhân PCOS, vì nó làm giảm HOMA – IR, vòng eo, và tổng nồng độ testosterone so với chế độ ăn có chỉ số đường huyết cao^[17]. Mặc dù bằng chứng trong quần thể PCOS còn hạn chế, chế độ ăn Địa Trung Hải (Mediterranean diet – MedDiet) cũng có hiệu quả trong việc giảm HOMA – IR, và FPI so với chế độ ăn thông thường. MedDiet cũng có liên quan đến xu hướng phát triển bệnh đái tháo đường típ 2 thấp hơn và giảm các biến cố CVD liên quan đến hội chứng chuyển hóa^[17]. Các can thiệp bao gồm thay đổi lối sống ở phụ nữ bị PCOS cũng tạo ra những cải thiện đáng kể trong cân bằng nội môi và kết quả sinh sản. Những lợi ích này có ý nghĩa tương tự như những lợi ích mà metformin đạt được. Nhằm đạt được mức thiếu hụt năng lượng 500 – 750 Kcal mỗi ngày, có thể giúp giảm cân đáng kể ở phụ nữ mắc PCOS. Việc bổ sung bất kỳ bài tập thể dục nào, dù aerobic hay anaerobic, đều mang lại những tác dụng hữu ích đối với sự cân bằng nội môi

của glucose. Tập luyện ngắt quãng cường độ cao (đạt 90 – 95% nhịp tim tối đa của cá nhân) ba lần một tuần trong ≥ 10 tuần có hiệu quả trong việc giảm HOMA – IR và BMI ở phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang. Metformin được sử dụng phổ biến nhất ở phụ nữ bị PCOS, đặc biệt là ở những người béo phì hoặc thừa cân. Theo phân tích tổng hợp đã nói ở trên, chế độ ăn uống tốt hơn metformin về giảm cân, nhưng hiệu quả tương đương trong việc cải thiện cân bằng nội môi glucose (HOMA – IR, FPG và FPI)^[16]. Đối với những phụ nữ PCOS không dung nạp metformin, thiazolidinediones (TZDs) – Rosiglitazone và pioglitazone, hai loại TZDs thường được sử dụng, có hiệu quả trong việc cải thiện IR và IGT ở bệnh nhân PCOS. Tuy nhiên, tăng cân, tăng nồng độ transaminase và tác dụng gây quái thai tiềm ẩn, đã hạn chế việc sử dụng chúng ở những bệnh nhân này^[18]. Do đó, rõ ràng rằng giảm cân, tốt nhất là với LCD và chế độ ăn có chỉ số đường huyết thấp, kết hợp với tập thể dục nên là biện pháp can thiệp lối sống đầu tiên ở bệnh nhân PCOS thừa cân hoặc béo phì do tác dụng có lợi đã được ghi nhận rõ ràng của chúng đối với chuyển hóa glucose, mặc dù cho đến nay vẫn còn thiếu dữ liệu về nguy cơ diễn tiến đái tháo đường típ 2^[16].

NGHIÊN CỨU TẠI VIỆT NAM

Tại Việt Nam, có 2 nghiên cứu đã được tiến hành liên quan đến vấn đề này. Nghiên cứu đầu tiên được tiến hành bởi nhóm tác giả Lê Minh Tâm và cộng sự (2019) tại khu vực miền Trung Việt Nam ghi nhận tỷ lệ IGT trong nhóm phụ nữ có PCOS là 23,6%. Tỷ lệ này phân bố chủ yếu trong nhóm bệnh nhân có hội chứng kháng insulin (59,3%), so sánh với 10,3% trong nhóm không có hội chứng kháng insulin ($P < 0,01$)^[19]. Gần đây, một nghiên cứu tiền cứu đã được tiến hành nhằm khảo sát tình trạng rối loạn dung nạp glucose ở 903 phụ nữ hiếm muộn có PCOS, ghi nhận tỷ lệ được chẩn đoán IGT là 22,6%; 3,7% và 5,2% có đái tháo đường típ 2 chẩn đoán bằng FG/HbA1c và OGTT; 68,5% có chuyển

hóa đường bình thường. Tình trạng tiền đái tháo đường được phát hiện ở 29,6% bệnh nhân. Điều đáng chú ý là nhóm bệnh nhân này đa số trẻ tuổi, không thừa cân – béo phì. Ngoài ra, tuổi và BMI là hai yếu tố tiên lượng độc lập cho tình trạng IGT sau phân tích hồi quy đa biến. Kết quả từ nghiên cứu này cho thấy nếu thực hiện OGTT theo các khuyến cáo hiện tại của các hội thì một tỷ lệ bệnh nhân người Việt Nam mắc PCOS có các rối loạn tiền đái tháo đường ở các mức độ khác nhau sẽ bị bỏ sót^[16]. Như vậy, IR, các rối loạn liên quan đến IR cũng như các hậu quả đi sau đó lên thai nghén, thai phụ và trẻ sơ sinh ở phụ nữ Việt Nam có PCOS là các vấn đề thực sự quan trọng, cần được đánh giá và quan tâm nhiều hơn trong tương lai.

KẾT LUẬN

Mối liên hệ của hội chứng buồng trứng đa nang với tăng nguy cơ đái tháo đường típ 2 là tương đối mạnh mẽ, nhất là ở phụ nữ Đông Á bao gồm phụ nữ Việt Nam. Do đó, không nên bỏ qua ở bất kỳ phụ nữ nào mắc hội chứng này. Việc lựa chọn thuốc nên được cá nhân hóa và lợi ích nên được cân nhắc với chi phí. Bài viết này cũng đưa ra một số nguyên tắc cần lưu ý. Đầu tiên, chẩn đoán và theo dõi rối loạn đường huyết tốt nhất nên dựa trên OGTT chứ không phải dựa trên giá trị FPG hoặc HbA1c. Thứ hai, sự phát triển không tuyến tính của đái tháo đường típ 2 trong hội chứng buồng trứng đa nang ở phụ nữ không béo phì làm nổi bật tầm quan trọng của việc duy trì cân nặng tối ưu ở tất cả phụ nữ mắc hội chứng này. Thứ ba, một chế độ ăn uống cân bằng cùng với tập thể dục thường xuyên là điều chỉnh phù hợp nhất ở mọi bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang. Cuối cùng, sử dụng metformin có thể cải thiện các cơ chế sinh hóa và nội tiết trong PCOS và có thể được xem xét ở những bệnh nhân mà các biện pháp trước đó không cải thiện được rối loạn chức năng chuyển hóa hay phóng noãn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Zhu T, Cui J, Goodarzi MO. Polycystic Ovary Syndrome and Risk of Type 2 Diabetes, Coronary Heart Disease, and Stroke. *Diabetes*. 2021 Feb 1;70(2):627 – 37.
- Huebschmann AG, Huxley RR, Kohrt WM, Zeitler P, Regensteiner JG, Reusch JEB. Sex differences in the burden of type 2 diabetes and cardiovascular risk across the life course. *Diabetologia*. 2019 Oct;62(10):1761 – 72.
- Eades CE, France EF, Evans JMM. Prevalence of impaired glucose regulation in Europe: a meta – analysis. *Eur J Public Health*. 2016 Aug;26(4):699 – 706.
- Pani A, Gironi I, Di Vieste G, Mion E, Bertuzzi F, Pintaudi B. From Prediabetes to Type 2 Diabetes Mellitus in Women with Polycystic Ovary Syndrome: Lifestyle and Pharmacological Management. *International Journal of Endocrinology*. 2020 Jun 8;2020:1 – 10.
- Morciano A, Romani F, Sagnella F, Scarinci E, Palla C, Moro F, và cs Assessment of insulin resistance in lean women with polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*. 2014 Jul 1;102(1):250 – 256.e3.
- Livadas S, Kollias A, Panidis D, Diamanti – Kandaraki E. Diverse impacts of aging on insulin resistance in lean and obese women with polycystic ovary syndrome: evidence from 1345 women with the syndrome. *European Journal of Endocrinology*. 2014 Sep;171(3):301 – 9.
- Gambineri A, Patton L, Altieri P, Pagotto U, Pizzi C, Manzoli L, và cs Polycystic Ovary Syndrome Is a Risk Factor for Type 2 Diabetes. *Diabetes*. 2012 Sep 1;61(9):2369 – 74.
- Solomon A, Hussein M, Negash M, Ahmed A, Bekele F, Kahase D. Effect of iron deficiency anemia on HbA1c in diabetic patients at Tikur Anbessa specialized teaching hospital, Addis Ababa Ethiopia. *BMC Hematol*. 2019 Dec;19(1):2.
- Celik C, Abali R, Bastu E, Tasdemir N, Tasdemir UG, Gul A. Assessment of impaired glucose tolerance prevalence with hemoglobin A1c and oral glucose tolerance test in 252 Turkish women with polycystic ovary syndrome: a prospective, controlled study. *Human Reproduction*. 2013 Apr 1;28(4):1062 – 8.
- Gambineri A, Pelusi C, Manicardi E, Vicennati V, Cacciari M, Morselli – Labate AM, và cs Glucose Intolerance in a Large Cohort of Mediterranean Women With Polycystic Ovary Syndrome: Phenotype and Associated Factors. *Diabetes*. 2004 Sep 1;53(9):2353 – 8.
- Kandaraki E, Chatzigeorgiou A, Livadas S, Palioura E, Economou F, Koutsilieris M, và cs Endocrine Disruptors and Polycystic Ovary Syndrome (PCOS): Elevated Serum Levels of Bisphenol A in Women with PCOS. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2011 Mar 1;96(3):E480 – 4.
- Tantalaki E, Piperi C, Livadas S, Kollias A, Adamopoulos C, Koulouri A, và cs Impact of dietary modification of advanced glycation end products (AGEs) on the hormonal and metabolic profile of women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hormones*. 2014 Jan;13(1):65 – 73.
- Cooney LG, Lee I, Sammel MD, Dokras A. High prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta – analysis. *Human Reproduction*. 2017 May;32(5):1075 – 91.
- Amiri M, Ramezani Tehrani F, Nahidi F, Kabir A, Azizi F, Carmina E. Effects of oral contraceptives on metabolic profile in women with polycystic ovary syndrome: A meta – analysis comparing products containing cyproterone acetate with third generation progestins. *Metabolism*. 2017 Aug;73:22 – 35.
- Naderpoor N, Shorakae S, de Courten B, Misso ML, Moran LJ, Teede HJ. Metformin and lifestyle modification in polycystic ovary syndrome: systematic review and meta – analysis. *Human Reproduction Update*. 2015 Sep 1;21(5):560 – 74.
- Shang Y, Zhou H, Hu M, Feng H. Effect of Diet on Insulin Resistance in Polycystic Ovary Syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2020 Oct 1;105(10):3346 – 60.
- Kazemi M, Hadi A, Pierson RA, Lujan ME, Zello GA, Chilibeck PD. Effects of Dietary Glycemic Index and Glycemic Load on Cardiometabolic and Reproductive Profiles in Women with Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta – analysis of Randomized Controlled Trials. *Advances in Nutrition*. 2021 Feb 1;12(1):161 – 78.
- Xu Y, Wu Y, Huang Q. Comparison of the effect between pioglitazone and metformin in treating patients with PCOS: a meta – analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2017 Oct 1;296(4):661 – 77.
- Le Minh Tam, Nguyen VQH, Trương QV, Lê DD, Lê VNS, Cao NT. Metabolic Syndrome and Insulin Resistance Syndrome among Infertile Women with Polycystic Ovary Syndrome: A Cross – Sectional Study from Central Vietnam. *Endocrinol Metab*. 2018 Nov 30;33(4):447 – 58.
- Nguyễn Thành Nam, Hồ Ngọc Anh Vũ, Phạm Dương Toàn, Nguyễn Hoàng Nhất Minh, Lý Đại Lương, Hồ Mạnh Tường, Vương Thị Ngọc Lan. Tỷ lệ bất thường dung nạp đường ở phụ nữ hiếm muộn người Việt Nam có hội chứng buồng trứng đa nang. *Tạp chí Phụ sản số 2, năm 2022 (sắp xuất bản)*.