

Mục lục

Y HỌC SINH SẢN TẬP 53 – QUÝ I/2020

CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN – Y HỌC BÀO THAI

- 05 Đánh giá nguy cơ di truyền trước mang thai
BS. Thái Doãn Minh, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 10 Giá trị của siêu âm tầm soát dị tật thai ở quý 3
BS. CKI Lê Phước Hóa
- 12 Siêu âm đánh giá tuyến ức thai nhi
BS. Nguyễn Văn Hiền, BS. Võ Tá Sơn
- 19 Giá trị của siêu âm Doppler ống tĩnh mạch trong siêu âm thai
TS. BS. Nguyễn Thị Hồng, PGS. TS. Lê Hoàng, GS. TS. Phan Trường Duyệt
- 27 NIPT và sàng lọc dị bội đầu tay còn những rào cản nào?
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 30 Đánh giá sớm nguy cơ đái tháo đường thai kỳ: sàng lọc kết hợp quý một và phòng ngừa
BSNT. Trần Huy Phan, TS. BS. Trần Nhật Thăng
- 34 Hội chứng truyền máu song thai cho nhận
BS. Trần Doãn Tú
- 38 Kỹ thuật can thiệp bào thai bằng kẹp tắc dây rốn ở các cặp song thai một nhau có biến chứng
ThS. BS. Phạm Công Toàn, ThS. BS. Trịnh Nhật Thư Hương, TS. BS. Trần Nhật Thăng, TS. BS. Nguyễn Hồng Hoa
- 42 Dự phòng tiền sản giật bằng Aspirin liều thấp: khuyến cáo cập nhật
BS. CKI Bùi Quang Trung
- 46 Nhau tiền đạo: chẩn đoán và quản lý lâm sàng dựa trên siêu âm
BS. Lê Đức Vinh, BS. Võ Tá Sơn
- 50 Phôi thai
BS. CKI Lê Tiểu My
- 53 Chẩn đoán trước sinh hội chứng Joubert
BS. Võ Tá Sơn, TS. Đỗ Ngọc Hân, TS. Giang Hoa, TS. BS. Trần Nhật Thăng
- 57 PGT-A trên bệnh nhân lớn tuổi: nên hay không nên
BS. Lê Khắc Tiến, BS. Lê Thị Hà Xuyên
- 62 Xét nghiệm tiền sản ở thai kỳ sau chuyển phôi đã được xét nghiệm di truyền tiền làm tổ
ThS. BS. Nguyễn Khánh Linh
- 65 Phôi khám trong giai đoạn phát triển tiền làm tổ
CNSH. Hồ Lan Trâm, ThS. Lưu Thị Minh Tâm, ThS. Nguyễn Ngọc Quỳnh
- 70 Chẩn đoán tiền sản phôi tiền làm tổ không xâm lấn đột phá hay thiếu khả thi?
BS. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 74 Hỗ trợ sinh sản ở phụ nữ lớn tuổi
BS. Mai Đức Tiến
- 78 Thượng di truyền (epigenetics) và những vấn đề liên quan đến công nghệ hỗ trợ sinh sản (ART)
ThS. Lê Thị Thu Thảo, CNSH. Nguyễn Thị Minh Anh
- 83 Việc tuân thủ chế độ ăn Địa Trung Hải và tỷ lệ thành công thụ tinh ống nghiệm ở những phụ nữ mong con không béo phì (kỳ 2)
BS. CKI Tăng Quang Thái, BS. Trần Chiêu Thiên Phúc, ThS. BS. Trần Bảo Ngọc

Journal Club

- 91 Dự đoán sinh non dựa trên nồng độ dấu chỉ sinh học mới - Endocan huyết thanh
- 92 Bác sĩ nội tiết sinh sản là “người canh cổng” cho việc chăm sóc sức khỏe sinh sản nam giới ở Bắc Mỹ: Kết quả từ khảo sát về đặc điểm và mô hình tham chiếu của nam giới đến bác sĩ nam khoa để kiểm tra sức khỏe sinh sản
- 95 Tỷ lệ phân mảnh DNA tinh trùng của những người đàn ông hiếm muộn
- 97 Tổng quan mới 2019 cập nhật về hệ thống time-lapse trong nuôi cấy và đánh giá phôi trong điều trị thụ tinh trong ống nghiệm

~ Mời viết bài Y học sinh sản ~



Y học sinh sản tập 55 - Quý III/2020
Chủ đề “Các tiến bộ của siêu âm và chẩn đoán hình ảnh trong sản phụ khoa”
Vui lòng nộp bài trước 30/5/2020



Y học sinh sản tập 56 - Quý IV/2020
Chủ đề “Thời điểm và các biện pháp chấm dứt thai kỳ”
Vui lòng nộp bài trước 30/8/2020

DỰ PHÒNG TIỀN SẢN GIẬT BẰNG ASPIRIN LIỀU THẤP: KHUYẾN CÁO CẬP NHẬT

BS. CKI **Bùi Quang Trung**

Bệnh viện Mỹ Đức

ĐẠI CƯƠNG

Tiền sản giật là một trong những biến chứng thai kỳ phổ biến nhất, xảy ra ở 2 – 5% số thai kỳ (Poon và cs, 2019). Bệnh lý này là một trong những nguyên nhân gây tử vong quan trọng ở bà mẹ và trẻ sơ sinh với khoảng 76.000 phụ nữ tử vong hàng năm và khoảng 500.000 tử vong sơ sinh, chủ yếu là do sinh non liên quan đến tiền sản giật. Ngoài ra còn có nhiều biến chứng sớm cũng như lâu dài khác cho mẹ và thai nhi liên quan đến tiền sản giật (Poon và cs, 2019).

Các chiến lược dự phòng tiền sản giật đã được nghiên cứu rộng rãi trong suốt mấy chục năm qua. Trong đó, aspirin liều thấp nổi lên như là một biện pháp dự phòng đầy hứa hẹn, cho thấy được lợi ích rõ ràng nhất thông qua nhiều nghiên cứu lớn trong hơn 40 năm qua, đồng thời cũng là chủ đề của những cuộc tranh luận lớn.

Mục tiêu của bài viết này nhằm cập nhật các khuyến cáo mới nhất, dựa trên y học chứng cứ về vai trò và hiệu quả của aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật.

ĐỐI TƯỢNG CẦN DỰ PHÒNG TIỀN SẢN GIẬT

Việc xác định được phụ nữ cần sử dụng aspirin liều thấp để dự phòng tiền sản giật là vấn đề khó khăn trong lâm sàng. Cách tiếp cận truyền thống được nhiều tổ chức và hội chuyên ngành đã đưa ra là xác định các yếu tố nguy cơ dựa vào đặc điểm nhân khẩu học và tiền sử y khoa của người mẹ (gọi chung là các yếu tố nguy

cơ của người mẹ). Mặc dù cách tiếp cận này giúp dễ dàng xác định phụ nữ có yếu tố nguy cơ, nhưng không phù hợp trong việc tiên đoán khả năng phát triển tiền sản giật (Poon và cs, 2019).

Từ những hạn chế của các mô hình tầm soát truyền thống, các mô hình tầm soát đa yếu tố ra đời, trong đó có mô hình được phát triển bởi Fetal Medicine Foundation (FMF). Nhiều nghiên cứu lớn đã được tiến hành và tìm ra bốn dấu ấn có ích cho tầm soát tiền sản giật khi kết hợp các yếu tố nguy cơ của mẹ bao gồm: huyết áp động mạch trung bình (mean arterial pressure, MAP), chỉ số xung động mạch tử cung (uterine artery pulsatility index, UTPI), PAPP-A (serum pregnancy – associated plasma protein A) và PLGF (serum placental growth factor) (Poon và cs, 2019).

Trong một nghiên cứu lớn thực hiện ở 12 bệnh viện thuộc châu Âu với 8.775 thai kỳ, O'Gorman và cộng sự cho thấy tầm soát theo khuyến cáo của NICE chỉ giúp phát hiện được 39% (KTC 95%, 27 – 53%) tiền sản giật non tháng và 34% (KTC 95%, 27 – 41%) tiền sản giật đủ tháng, với tỷ lệ dương tính giả 10,2%. Ngoài ra, tầm soát theo khuyến cáo của ACOG giúp phát hiện 90% (KTC 95%, 79 – 96%) tiền sản giật non tháng và 89% (KTC 95%, 84 – 94%) tiền sản giật đủ tháng, nhưng với tỷ lệ dương tính giả đến 64,2% (O'Gorman và cs, 2017a). Trong khi đó, tầm soát tiền sản giật theo mô hình đa yếu tố trong thực tế có tỷ lệ phát hiện tiền sản giật non tháng là 75% (KTC 95%, 62 – 85%) và

tiền sản giật đủ tháng là 43% (KTC 95%, 35 – 50%), với tỷ lệ dương tính giả 10,0% (O’Gorman và cs, 2017b). Rõ ràng các tỷ lệ này vượt trội hơn nhiều khi tầm soát theo khuyến cáo của NICE và ACOG (O’Gorman và cs, 2017a).

Do đó trong năm 2019, Liên đoàn sản phụ khoa quốc tế (The International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) đã đưa ra khuyến cáo mạnh dựa trên bằng chứng chất lượng cao về thai phụ nguy cơ cao cần dự phòng tiền sản giật khi có kết quả tầm soát trong tam cá nguyệt I $\geq 1/100$ theo mô hình đa yếu tố. Ngoài ra, khi không thể thực hiện được các xét nghiệm sinh hoá và UTPI, thì FIGO khuyến cáo mô hình tầm soát ngoài yếu tố nguy cơ của mẹ phải có thêm MAP. Việc chỉ dựa vào yếu tố nguy cơ của mẹ không được FIGO khuyến cáo, và PAPP-A rất hiệu quả nếu không thể thực hiện được PLGF và UTPI (Poon và cs, 2019).

LIỀU LƯỢNG ASPIRIN PHÙ HỢP

Gần đây, có nhiều nghiên cứu có chất lượng cao so sánh hiệu quả dự phòng tiền sản giật giữa các mức liều lượng khác nhau đã được công bố. Trong khi đa số các nghiên cứu sử dụng aspirin quanh mức 60 mg/ngày chỉ giúp giảm nguy cơ tiền sản giật nói chung ở một mức khá khiêm tốn khoảng 10 – 24%, thì nghiên cứu ASPRE sử dụng liều aspirin 150 mg/ngày giúp giảm được 28% nguy cơ tiền sản giật nói chung (RR, 0,72; KTC 95%, 0,54 – 0,98) và giảm tới 62% nguy cơ tiền sản giật non tháng (OR 0,38; KTC 95%, 0,2 – 0,74; P = 0,004) (Rolnik và cs, 2017).

Một nghiên cứu chứng minh liều 2,5 – 3,5 mg/kg là liều cần thiết để ức chế ngưng tập tiểu cầu, ức chế nhẹ sinh tổng hợp các prostaglandin (Masotti và cs, 1979). Do đó, liều khoảng 150 mg/ngày phù hợp với đa số thai phụ nguy cơ cao. Ngoài ra, có nghiên cứu cho thấy đề kháng aspirin tỷ lệ nghịch với liều lượng sử dụng hàng ngày (Caron và cs, 2009).

Với những kết quả nghiên cứu trên, FIGO đã đưa ra khuyến cáo mạnh với chất lượng bằng chứng cao về liều lượng aspirin hàng ngày nên

ở quanh mức 150 mg. FIGO cũng khuyến cáo liều tối thiểu nên là 100 mg/ngày đối với những trường hợp không thể đảm bảo được liều lượng trên (Poon và cs, 2019).

THỜI ĐIỂM BẮT ĐẦU SỬ DỤNG TRONG THAI KỲ

Các khuyến cáo gần đây của các tổ chức và hội chuyên ngành không có sự đồng nhất. Sau khi xem xét kết quả nghiên cứu ASPRE sử dụng aspirin bắt đầu trong khoảng 11 – 14 tuần giúp giảm 62% nguy cơ tiền sản giật non tháng (OR 0,38; KTC 95%, 0,2 – 0,74; P = 0,004) (Rolnik và cs, 2017); tổng quan hệ thống lớn của Roberge và cộng sự công bố năm 2018 cho thấy hiệu quả dự phòng tiền sản giật chỉ có ở nhóm bắt đầu sử dụng ở tuổi thai ≤ 16 tuần (RR 0,33; KTC 95%, 0,19 – 0,57) và với liều aspirin ≥ 100 mg/ngày (Roberge và cs, 2018), FIGO đã tiến hành xem xét để đưa ra một khuyến cáo chung cho toàn cầu. Kết quả, FIGO đã khuyến cáo nên bắt đầu sử dụng aspirin liều thấp trong khoảng thời gian từ 11 – 14^{6/7} tuần (khuyến cáo mạnh – chứng cứ mức độ cao) (Poon và cs, 2019).

THỜI ĐIỂM SỬ DỤNG TRONG NGÀY

Năm 2013, một thử nghiệm ngẫu nhiên, mù đôi có nhóm chứng gồm 350 phụ nữ nguy cơ cao tiền sản giật với liều aspirin 100 mg/ngày so sánh với giả dược đã được tiến hành để đánh giá ảnh hưởng của thời điểm sử dụng thuốc trong ngày lên hiệu quả dự phòng tiền sản giật. Thời điểm uống thuốc được chia làm ba nhóm: buổi sáng ngay khi thức dậy, 8 tiếng sau thức dậy (buổi chiều), và buổi tối trước khi ngủ. Khi so sánh với giả dược, sử dụng aspirin làm giảm tỷ lệ các biến cố bất lợi bao gồm nhóm các biến chứng như tiền sản giật, sinh non, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, thai lưu (HR 0,35, KTC 95%, 0,22 – 0,56, p < 0,001). Đồng thời xét trên các kết cục đó, nhóm phụ nữ uống aspirin buổi chiều và buổi tối có tỷ lệ mắc các biến chứng trên thấp hơn so với sử dụng buổi sáng (HR 0,19; KTC 95%, 0,10 – 0,39; p < 0,001) (Ayala và cs,

2013). Gần đây, nghiên cứu ASPRE cho thấy hiệu quả dự phòng tiền sản giật non tháng rất cao khi sử dụng aspirin 150 mg mỗi tối (Rolnik và cs, 2017).

Do đó, FIGO đưa ra khuyến cáo thời gian sử dụng aspirin là buổi tối chứ không phải bất cứ thời điểm khác trong ngày (Poon và cs, 2019).

VAI TRÒ CỦA TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

Việc tuân thủ điều trị đóng vai trò quan trọng trong thực tế lâm sàng. Trong điều trị dự phòng tiền sản giật bằng aspirin liều thấp, việc tuân thủ liệu trình cũng đóng vai trò quan trọng.

Theo kết quả của một phân tích thứ cấp nghiên cứu ASPRE nếu thai phụ có mức độ tuân thủ cao $\geq 90\%$ thì có thể giúp giảm tới 76% tiền sản giật non tháng, còn nếu mức độ tuân thủ là $< 90\%$ thì chỉ giảm được khoảng 41% tiền sản giật non tháng (Wright và cs, 2017).

Dựa vào kết quả này, FIGO khuyến cáo thai phụ nguy cơ cao phải được thông báo, tư vấn về tầm quan trọng của việc tuân thủ liệu trình sử dụng thuốc và phải được đánh giá sự tuân thủ mỗi lần khám thai (Khuyến cáo mạnh – Chất lượng bằng chứng cao) (Poon và cs, 2019).

THỜI ĐIỂM NGỪNG SỬ DỤNG ASPIRIN

Thời điểm ngưng sử dụng aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật cũng nhận được nhiều quan tâm, vì nhiều khuyến cáo trước đây không đề cập chi tiết này. Trong khi đó, một số tổ chức khuyến cáo aspirin liều thấp có thể sử dụng cho đến khi chấm dứt thai kỳ (ACOG, 2018; NICE, 2019). Việc sử dụng aspirin liều thấp kéo dài đến khi chấm dứt thai kỳ gây nhiều lo lắng trong thực hành lâm sàng, nhất là đối với bác sĩ gây mê, bởi nguy cơ chảy máu khi thực hiện các phương pháp gây tê vùng (gây tê tủy sống, gây tê ngoài màng cứng). Tuy nhiên, nhiều dữ liệu cho thấy thai phụ sử dụng aspirin liều thấp không tăng nguy cơ chảy máu từ các kỹ thuật gây tê so với thai phụ không sử dụng (Gogarten và cs, 2010; Horlocker và cs, 2010; FIGO, 2016).

Hội sản phụ khoa Canada và Úc không chống chỉ định, mà khuyến cáo có thể thực hiện các kỹ thuật gây tê vùng khi chấm dứt thai kỳ nếu không có các bất thường đông máu khác (Magee và cs, 2014; Lowe và cs, 2015).

FIGO sau khi xem xét những tài liệu của mình (FIGO, 2016; FIGO, 2019) và những bằng chứng hiện có khác đã đưa ra khuyến cáo về thời điểm ngưng aspirin liều thấp khá linh động: khi thai 36 tuần, khi có chuyển dạ hoặc khi tiền sản giật được chẩn đoán (Khuyến cáo mạnh – Chất lượng bằng chứng cao) (Poon và cs, 2019).

Với những trường hợp có xuất huyết âm đạo trong khi đang sử dụng aspirin liều thấp, FIGO khuyến cáo cần phải đánh giá cẩn trọng, nhưng không cần thiết phải ngưng aspirin liều thấp trong mọi trường hợp (Khuyến cáo mạnh – Chất lượng bằng chứng cao) (Poon và cs, 2019).

SỬ DỤNG ASPIRIN Ở THAI KỲ ĐA THAI

Hiện nay, dữ liệu lâm sàng về tầm soát và dự phòng tiền sản giật cho thai kỳ đa thai khá hạn chế. Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp lớn nhất về dự phòng tiền sản giật bằng aspirin liều thấp ở thai kỳ đa thai, với tổng cộng 6 RCT và 898 thai kỳ, cho thấy aspirin liều thấp giúp giảm nguy cơ tiền sản giật nói chung (RR, 0,67; KTC 95%, 0,48 – 0,94) và tiền sản giật chưa dấu hiệu nặng (RR, 0,44; KTC 95%, 0,24 – 0,82), nhưng không giảm nguy cơ tiền sản giật nặng (RR, 1,02; KTC 95%, 0,61 – 1,72). Không thấy sự khác biệt về việc giảm nguy cơ tiền sản giật khi sử dụng trước (RR, 0,86; KTC 95%, 0,41 – 1,81) hay sau 16 tuần (RR, 0,64; KTC 95%, 0,43 – 0,96, $p = 0,50$). Nguy cơ cân nặng thai nhi nhỏ hơn tuổi thai không thay đổi (RR, 1,09; KTC 95%, 0,80 – 1,47). Nghiên cứu cho thấy hiện tại chỉ có bằng chứng mức độ thấp ủng hộ việc sử dụng aspirin liều thấp để dự phòng tiền sản giật ở thai kỳ đa thai (Bergeron và cs, 2016).

Dựa vào dữ liệu hiện có, FIGO khuyến cáo có thể sử dụng aspirin liều thấp ở thai kỳ đa thai để dự phòng tiền sản giật, nhưng cần tiến hành

thêm nhiều nghiên cứu để tìm bằng chứng mức độ cao hơn (Poon và cs, 2019).

KẾT LUẬN

Các khuyến cáo cập nhật đã cung cấp những hướng dẫn rất rõ ràng, chi tiết với mức độ phù hợp cao và linh động cho việc sử dụng aspirin liều thấp trong thực tế lâm sàng. Tuy nhiên, để đạt được hiệu quả cao nhất trong dự phòng tiền sản giật cần có sự phối hợp tốt giữa bác sĩ và thai phụ nhằm đảm bảo tỷ lệ tuân thủ liệu trình ở mức độ cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. FIGO (2016). The FIGO Textbook of Pregnancy Hypertension. An evidence-based guide to monitoring, prevention and management, The Global Library of Women's Medicine.
2. ACOG (2018). ACOG Committee Opinion No. 743: Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy. *Obstet Gynecol* 132(1): e44-e52.
3. Ayala DE et al (2013). Chronotherapy with low-dose aspirin for prevention of complications in pregnancy. *Chronobiol Int* 30(1-2): 260-279.
4. Bergeron TS et al (2016). Prevention of Preeclampsia with Aspirin in Multiple Gestations: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Perinatol* 33(6): 605-610.
5. Caron N et al (2009). Low-dose ASA response using the PFA-100 in women with high-risk pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 31(11): 1022-1027.
6. FIGO (2019). Good clinical practice advice: First trimester screening and prevention of pre-eclampsia in singleton pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 144(3): 325-329.
7. Gogarten W et al (2010). Regional anaesthesia and antithrombotic agents: recommendations of the European Society of Anaesthesiology. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)* 27(12): 999-1015.
8. Horlocker TT et al (2010). Regional Anesthesia in the Patient Receiving Antithrombotic or Thrombolytic Therapy: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Evidence-Based Guidelines (Third Edition). *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 35(1): 64-101.
9. Lowe SA et al (2015). SOMANZ guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2014. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 55(5): e1-29.
10. Magee LA et al (2014). Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Pregnancy Hypertens* 4(2): 105-145.
11. Masotti G et al (1979). Differential inhibition of prostacyclin production and platelet aggregation by aspirin. *Lancet* 2(8154): 1213-1217.
12. NICE (2019). Hypertension in pregnancy: diagnosis and management." NICE guideline.
13. O'Gorman N et al (2017a). Multicenter screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks' gestation: comparison with NICE guidelines and ACOG recommendations. *Ultrasound Obstet Gynecol* 49(6): 756-760.
14. O'Gorman N et al (2017b). Accuracy of competing-risks model in screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 49(6): 751-755.
15. Poon LC et al (2019). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 145(S1): 1-33.
16. Roberge S et al (2018). Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 218(3): 287-293.e281.
17. Rolnik DL et al (2017). Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. *New England Journal of Medicine* 377(7): 613-622.
18. Wright D et al (2017). Aspirin for Evidence-Based Preeclampsia Prevention trial: influence of compliance on beneficial effect of aspirin in prevention of preterm preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 217(6): 685.e681-685.e685.



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

Trần Hữu Yến Ngọc

Nguyễn Thạch Thảo Nguyễn

Phạm Lê Khoa

Mai Vinh Hiển

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® 2020