

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



Nghiên cứu dù có nguồn dữ liệu lớn, đa trung tâm, được quản lý chặt chẽ, tuy nhiên vẫn tồn tại một số hạn chế của nghiên cứu hồi cứu (không biết rõ nguyên nhân tử vong của thai phụ, một số kết cục chỉ xảy ra với số lượng rất nhỏ nên khó đánh giá mối liên quan...).

Tuy nhiên, đây vẫn là một nghiên cứu mang đến nhiều thông tin có giá trị. Đầu tiên, qua nghiên cứu này chúng ta thấy khoảng một nửa số trường hợp tiền sản giật khởi phát sớm có chỉ định chấm dứt thai kỳ trước 34 tuần có thể khởi phát chuyển dạ thành công. Và tỷ lệ thành công gia tăng theo tuổi

thai. Khởi phát chuyển dạ thành công ngoài việc giảm bệnh suất của mẹ, việc tránh một cuộc mổ lấy thai không cần thiết còn giúp giảm nguy cơ cho mẹ và thai nhi trong thai kỳ lần sau.

Mặc dù khởi phát chuyển dạ đưa đến một số kết cục tốt hơn mổ lấy thai, tuy nhiên, nếu khởi phát chuyển dạ thất bại sẽ làm gia tăng bệnh suất của người mẹ. Do đó, các bác sĩ cần tư vấn cụ thể cho thai phụ về lợi ích cũng như rủi ro có thể gặp phải trước khi quyết định chọn lựa biện pháp chấm dứt thai kỳ phù hợp./.

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH LÂM SÀNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH TRONG THAI KỲ

ACOG Practice Bulletin No. 203, January 2019. Chronic Hypertension in Pregnancy. Obstetrics and Gynecology. Vol 133, No.1, January 2019.

Tô Mỹ Anh – Bệnh viện Mỹ Đức

CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP MẠN TÍNH

Tăng huyết áp mạn tính được xác định khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg, xuất hiện trước tuần thứ 20 của thai kỳ; hoặc tăng huyết áp được chẩn đoán lần đầu trong thai kỳ và vẫn tồn tại trên 12 tuần sau sinh.

Theo Hội Tim mạch học Hoa Kỳ và Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (ACC/AHA, 2017) huyết áp từ 130 – 139/80 – 89 mmHg được xem là tăng huyết áp độ 1; huyết áp tâm thu nếu cao hơn 120 mmHg đã có những nguy cơ tim mạch về sau. Theo tiêu chuẩn này, số thai phụ được chẩn đoán tăng huyết áp mạn tính sẽ gia tăng. Không khuyến cáo khởi đầu điều trị hạ áp cho các thai phụ này (tăng huyết áp giai đoạn 1), mà cần phải theo dõi các thai kỳ này sát sao và cẩn trọng hơn.

Các thai phụ được xếp vào nhóm tăng huyết áp độ 1 có sự gia tăng nguy cơ xuất hiện tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, tăng tỷ lệ sinh non.

Mốc thời gian 20 tuần để phân biệt giữa tiền sản

giật và tăng huyết áp mạn không được ủng hộ mạnh mẽ bởi các chứng cứ, và không nên được sử dụng một cách máy móc.

Trong thai kỳ có giảm tính kháng thành mạch hệ thống làm huyết áp giảm, điều này có thể làm bỏ sót chẩn đoán huyết áp.

Khó phân biệt được tăng huyết áp mạn nặng lên với tiền sản giật xuất hiện mới trên nền tăng huyết áp mạn. Một số dấu hiệu giúp gợi ý đến tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn: giảm tiểu cầu, tăng men gan, tăng creatinin, tăng acid uric, tăng hematocrit, tiểu đạm mới xuất hiện hay nặng lên. Những trường hợp này cần phải hướng đến tiền sản giật trước khi có thể loại trừ, tiến hành đánh giá sức khỏe thai, và theo dõi huyết áp mỗi 4 – 8 giờ (Mức độ C).

CÁC KHUYẾN CÁO THỰC HÀNH LÂM SÀNG

Trước khi mang thai

Các phụ nữ tăng huyết áp mạn nên được đánh giá biến chứng lên cơ quan đích (nếu có) và xác định

các bệnh kèm theo (Mức độ C).

Thận thường là cơ quan đích bị ảnh hưởng đầu tiên. Thai phụ có tiểu đạm trên nền tăng huyết áp có tăng nguy cơ khởi phát tiền sản giật, sinh non, thai giới hạn tăng trưởng, bé phải nhập NICU. Test tỷ lệ protein/creatinin niệu có thể dùng để tầm soát bước đầu và loại trừ tiểu đạm (độ nhạy 90 – 99%). Nếu kết quả < 0,15 và creatinin máu bình thường, có thể không cần thực hiện đạm niệu 24 giờ.

Quản lý tăng huyết áp mạn trên phụ nữ có thai: vẫn còn ít các thử nghiệm lâm sàng và chứng cứ còn giới hạn

Khuyến cáo khởi đầu dự phòng aspirin liều thấp (81 mg) cho các thai phụ có tăng huyết áp mạn tính trong khoảng từ 12 đến 28 tuần và cho đến lúc sinh (Mức độ A).

Điều trị tăng huyết áp mức độ nhẹ – trung bình làm giảm nguy cơ xuất hiện tăng huyết áp nặng nhưng không thay đổi tỷ lệ xuất hiện tiền sản giật, thai chậm tăng trưởng, thai lưu, và sinh non.

Kiểm soát huyết áp chặt (mục tiêu huyết áp tâm trương dưới 85 mmHg) không mang đến lợi ích cho thai so với kiểm soát vừa phải (huyết áp tâm trương dưới 100 mmHg).

Khuyến cáo điều trị hạ áp khi tăng huyết áp mạn kéo dài với huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg, hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg hay cả hai. Có thể đặt mục tiêu điều trị ở những mức huyết áp thấp hơn nếu bệnh nhân có bệnh kèm theo (đái tháo đường, bệnh lý thận) (Mức độ B).

Mục tiêu huyết áp lý tưởng: chứng cứ còn giới hạn. Khuyến cáo mục tiêu huyết áp tâm thu từ 120 – 160 mmHg, huyết áp tâm trương từ 80 – 110 mmHg. Bệnh nhân có bệnh kèm theo (đái tháo đường, bệnh lý thận), ngưỡng huyết áp nên thấp hơn (Mức độ C).

Labetalol và nifedipine được khuyến cáo đầu tay nếu điều trị lâu dài, methyldopa ít được ưa chuộng hơn vì ít hiệu quả hơn và có các tác dụng ngoại ý. Các thuốc lợi tiểu như hydrochlorothiazide được khuyến cáo dùng ở hàng thứ hai. Clonidine và prazosin đã được sử dụng nhưng cần cân nhắc thận trọng tác động lên thai (Mức độ B).

****Hầu hết các RCTs về điều trị tăng huyết áp nặng trong thai kỳ đều loại ra thai phụ có tăng huyết**

áp mạn hoặc đã có điều trị tăng huyết áp trước đó, nên chứng cứ là không đủ để so sánh lợi ích của một loại thuốc nào đó so với các thuốc khác.

Như vậy lựa chọn thuốc trong hoàn cảnh này nên được cá thể hóa dựa trên những tác dụng ngoại ý và chống chỉ định của từng loại thuốc. Không thể áp dụng các quy trình điều trị tăng huyết áp của người bình thường lên phụ nữ có thai vì những tính chất đặc trưng của thai kỳ và của thai nhi.

Khuyến cáo thực hiện các test đánh giá sức khỏe thai trước sinh cho thai phụ tăng huyết áp mạn tính cần điều trị thuốc hoặc có những tình trạng khác ảnh hưởng sức khỏe thai, hoặc có dấu hiệu thai chậm tăng trưởng, hoặc xuất hiện tiền sản giật trên nền tăng huyết áp (Mức độ C).

Thai phụ có tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn thường có giai đoạn đầu của chuyển dạ kéo dài hơn, do đó nên lưu ý để chờ đợi thêm tránh phải mổ lấy thai không cần thiết.

Gây tê ngoài màng cứng/tê tủy sống là an toàn ngay cả khi vào chuyển dạ với tăng huyết áp nặng, không có tác dụng ngoại ý cho cả mẹ và thai. Gây mê nội khí quản sẽ có nguy cơ cao hơn khi tăng huyết áp nặng. Cần kiểm soát huyết áp tốt trước khi đặt nội khí quản.

Thai phụ tăng huyết áp mạn, không có nguy cơ nào khác cho mẹ và thai: không khuyến cáo chấm dứt thai kỳ trước 38^{0/7} tuần (không điều trị thuốc) hoặc 37^{0/7} tuần (có điều trị thuốc) (Mức độ B).

Thai phụ có tăng huyết áp nặng cấp không đáp ứng điều trị hạ áp hoặc xuất hiện tiền sản giật có dấu hiệu nặng trên nền tăng huyết áp mạn nên được chấm dứt thai kỳ từ thời điểm 34^{0/7} tuần (Mức độ B).

Hậu sản

Huyết áp thường tăng dần trong thời kỳ hậu sản, đặc biệt trong 1 – 2 tuần đầu, có thể diễn tiến thành tăng huyết áp nặng hoặc tiền sản giật. Nên điều trị để duy trì huyết áp tâm thu dưới 150 mmHg và huyết áp tâm trương dưới 100 mmHg trong giai đoạn này.

Có thể tiếp tục điều trị thuốc hạ áp giai đoạn hậu sản. Nên tránh methyldopa vì có thể gây trầm cảm. Hầu hết các thuốc hạ áp đều có thể dùng khi đang cho con bú.