

# 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 Vân
- 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 Đò 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 noãn 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 BÀO 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



# ĐỒNG THUẬN VỀ ĐỊNH NGHĨA THAI CHẬM TĂNG TRƯỞNG CHỌN LỌC TRÊN THAI KỲ SONG THAI

Consensus definition and essential reporting parameters of selective fetal growth restriction in twin pregnancy: a Delphi procedure - *Ultrasound Obstet Gynecol* 2019; 53: 47-54

Lê Tiểu My - Bệnh viện Mỹ Đức

Thai chậm tăng trưởng chọn lọc – selective fetal growth restriction (sFGR) – là một trong những tai biến của thai kỳ song thai, có khả năng làm tăng bệnh suất và tử vong chu sinh. Hiện nay, tiêu chuẩn chẩn đoán của sFGR không thống nhất gây cản trở việc so sánh, kết hợp các nghiên cứu, vì vậy rất khó để thiết lập quy trình quản lý và điều trị các thai kỳ sFGR dựa trên bằng chứng. Một nghiên cứu dựa trên sự đồng thuận của các chuyên gia theo quy trình Delphi nhằm thống nhất các đặc điểm chẩn đoán và yếu tố cần đánh giá trong sFGR vừa công bố trên ISUOG đầu năm nay.

Theo kết quả từ những chuyên gia tham gia đánh giá, đồng thuận các định nghĩa liên quan sFGR như sau:

- Đối với song thai 1 bánh nhau (monochorionic):
  - Cân nặng ước đoán (EFW) một thai dưới bách phân vị thứ 3.
  - Hoặc kết hợp 2 trong 4 chỉ số sau:  
EFW < bách phân vị 10, chu vi bụng (AC) < bách phân vị 10, bất tương xứng EFW hai thai  $\geq 25\%$ , chỉ số đập động mạch rốn (UA – PI) của thai nhỏ > bách phân vị thứ 95.
- Đối với song thai hai bánh nhau (dichorionic):
  - Cân nặng ước đoán (EFW) một thai dưới bách phân vị thứ 3.
  - Hoặc kết hợp 2 trong 3 chỉ số sau:  
EFW < BPV 10, bất tương xứng EFW hai thai  $\geq 25\%$ , chỉ số đập động mạch rốn (UA – PI) của thai nhỏ > bách phân vị thứ 95.

Ngoài ra, các yếu tố cần đánh giá sFGR trong thai kỳ song thai một bánh nhau bao gồm:

- Trong chẩn đoán: tuổi thai, loại trừ các bất thường cấu trúc, lệch bội, bất thường bẩm sinh, truyền máu song thai, hội chứng thiếu máu – đạ hồng cầu (TAPS).
- Trong theo dõi: sự tăng trưởng của thai, các chỉ số doppler, bất tương xứng dịch ối, CTG.
- Trong quản lý: phân loại bất thường các chỉ số doppler theo Gratacos, doppler ống tĩnh mạch, chuyển đến các chuyên gia để theo dõi, liệu pháp steroid < 34 tuần, có thể cân nhắc điều trị bằng laser kết hợp các yếu tố trong theo dõi.
- Đánh giá kết cục thai kỳ: chỉ định chấm dứt thai kỳ, tuổi thai lúc sinh, trọng lượng thai lúc sinh, pH động mạch rốn, viêm ruột hoại tử, bất thường thần kinh, chỉ số Apgar, thời gian nằm viện của bé, suy hô hấp cần thở máy...

Đối với song thai hai bánh nhau, các yếu tố đánh giá cũng gần tương đương và bổ sung thêm các chỉ số doppler cần khảo sát như PI động mạch não giữa.

Về mặt lâm sàng, đồng thuận này có thể thay đổi cách quản lý thai kỳ chậm tăng trưởng chọn lọc. Ngưỡng cân nặng thai nhi hạ từ BPV 10 xuống BPV 3 cho thấy không chỉ cân nặng được quan tâm mà còn là những chức năng bình thường của thai chậm tăng trưởng. Đồng thuận này còn kết hợp các chỉ số huyết động học trong quản lý và theo dõi sFGR, ngoài ra đã bỏ đi một số chỉ số không có giá trị trong việc theo dõi sFGR đang vẫn được sử dụng trong thực hành hiện nay./.