

# 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



## U BUỒNG TRỨNG Ở PHỤ NỮ MÃN KINH PHẪU THUẬT HAY THEO DÕI?

Brian T Burgess, Frederick R Ueland, NAMS practice pearl, Adnexal tumors in menopausal women: surgery or surveillance?, released Feb 14, 2019.

Hê Thanh Nhã Yến - Bệnh viện Mỹ Đức

U buồng trứng không triệu chứng ở phụ nữ mãn kinh không phải lúc nào cũng cần phẫu thuật cắt bỏ. Các chuyên gia khuyến cáo thực hiện đánh giá ban đầu bằng siêu âm ngả âm đạo để xem xét nguy cơ ác tính của khối u. Khối u nguy cơ thấp có thể được theo dõi bằng siêu âm, trong khi các khối u có nguy cơ cao nên được chuyển đến bác sĩ ung bướu phụ khoa. Các khối u nguy cơ trung bình cần thêm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh khác.

Một khối u buồng trứng được phát hiện ở phụ nữ mãn kinh thường gây lo lắng cho người bệnh và thách thức trong chẩn đoán cho bác sĩ. Hiện nay chưa có số liệu về tỷ lệ hiện mắc u buồng trứng ở phụ nữ mãn kinh. Theo dữ liệu từ Chương trình sàng lọc ung thư buồng trứng của Đại học Kentucky, Mỹ, ước tính mỗi năm có khoảng 8 phụ nữ mới phát hiện u buồng trứng và 17 phụ nữ được chẩn đoán có u buồng trứng trong mỗi 100 phụ nữ. Không phải tất cả các khối u như vậy đều cần phẫu thuật cắt bỏ, việc điều trị và kết quả khác nhau tùy thuộc vào khối u ác tính hay lành tính.

Chẩn đoán phân biệt của một khối u phần phụ bao gồm cả nguyên nhân phụ khoa và không phụ khoa. Mục tiêu cuối cùng của đánh giá chẩn đoán là xác định nguy cơ ác tính. Siêu âm ngả âm đạo là phương tiện khảo sát đầu tay vì tính an toàn, chi phí hợp lý và cung cấp thông tin quan trọng về kích thước cũng như hình thái buồng trứng. Một số đặc điểm phân loại giúp cải thiện tính khách quan của siêu âm buồng trứng và xác định nguy cơ ác tính của khối u.

Báo cáo đồng thuận quốc tế đầu tiên về khối u phần phụ đã đưa ra các khuyến nghị sau:

1. Siêu âm khảo sát vùng chậu nên bao gồm cách tiếp cận ngả âm đạo kết hợp Doppler khi có thể.
2. Nguy cơ ác tính của u nang đơn thùy buồng trứng không triệu chứng là rất thấp và khuyến cáo nên được theo dõi.
3. Nhận dạng đặc tính theo thời gian (real-time pattern) được thực hiện bởi chuyên gia siêu âm là phương pháp chính xác nhất xác định đặc trưng một khối u buồng trứng.
4. Mô hình tiên lượng dựa trên đặc tính và hình thái của khối u được khuyến cáo áp dụng. Chuyên gia siêu âm có thể xác định khối u lành tính bao gồm ứ dịch vòi trứng, u lạc nội mạc tử cung và u bì lành tính (cystic teratoma).
5. Một khối u buồng trứng lành tính có thể được theo dõi không can thiệp, hoặc nếu được chỉ định phẫu thuật thì có thể được thực hiện bởi một bác sĩ phụ khoa chung.
6. Theo dõi bằng siêu âm là một chiến lược có lợi, mặc dù hiện tại chưa có khuyến cáo về khoảng cách giữa những lần siêu âm và thời gian theo dõi.
7. Theo dõi bằng siêu âm sẽ trở nên phổ biến hơn, và can thiệp phẫu thuật sẽ ít hơn.
8. Với khối u buồng trứng không xác định, cần tiến hành thêm các cận lâm sàng khác như siêu âm lặp lại theo dõi, chụp cộng hưởng từ (MRI), chỉ dấu huyết thanh hoặc chuyển đến chuyên khoa ung bướu.

Mặc dù không có đặc điểm siêu âm đơn lẻ nào có thể giúp phân biệt u lành tính với u ác tính, các hệ thống tính điểm dựa trên kích thước và hình thái vẫn có giá trị trong việc dự đoán nguy cơ ác tính của khối u buồng trứng. Trong các tình huống đánh giá siêu âm ban đầu là không xác định, việc tham khảo ý kiến của chuyên gia siêu âm phụ khoa hoặc kết hợp với siêu âm theo dõi, chụp cắt lớp điện toán (CT) hoặc MRI vùng chậu là hữu ích.

### MÔ HÌNH KHẢO SÁT U BUỒNG TRỨNG

Nhóm chuyên phân tích u buồng trứng quốc tế (IOTA) ở châu Âu đã phát triển và chứng nhận các mô hình dự báo nguy cơ ác tính của u buồng trứng bao gồm Quy tắc đơn giản (Simple rules) và mô hình Adnexa (ADNEX). Quy tắc đơn giản dự báo ác tính (quy tắc M) so với lành tính (quy tắc B) được báo cáo với độ nhạy 95% và độ đặc hiệu 91%; tuy nhiên, việc đánh giá không có kết quả trong 24% các trường hợp được khảo sát. Mô hình ADNEX, không kết hợp các đặc điểm lâm sàng và siêu âm, có độ nhạy 98% và độ đặc hiệu 62% trong chẩn đoán phân biệt ác tính với lành tính. Các mô hình của IOTA dựa trên một lần siêu âm duy nhất và chưa được áp dụng thường quy ở Mỹ.

Chỉ số hình thái (MI – Morphology index) của Đại học Kentucky là mô hình kết hợp khối lượng u và cấu trúc u để tính điểm từ 0 đến 10. Chỉ số hình thái tăng có nguy cơ ác tính buồng trứng tăng và giúp dự đoán được đặc tính u. Dữ liệu từ 38.000 trường hợp siêu âm phân loại nguy cơ ác tính dựa trên điểm MI ghi nhận: MI từ 0 đến 3, nguy cơ ác tính rất thấp (< 0,5%); MI từ 4 đến 6, nguy cơ không xác định (0,5 – 4%); MI từ 7 đến 10, nguy cơ ác tính cao (13 – 33%). Các khối u không có triệu chứng nguy cơ ác tính thấp có thể được theo dõi không cần phẫu thuật. Các khối u có triệu chứng hoặc nguy cơ cao nên được phẫu thuật cắt bỏ. Các khối u không xác định đòi hỏi phải đánh giá thêm bằng xét nghiệm dấu ấn sinh học huyết thanh hoặc chẩn đoán hình ảnh bổ sung, tốt nhất là siêu âm nhiều lần theo dõi.

Siêu âm theo dõi. Siêu âm theo dõi nhiều lần tương tự như dùng sự thay đổi của các dấu ấn sinh

học huyết thanh để đánh giá đặc tính u. Siêu âm lặp lại có thể theo dõi kích thước khối u và thay đổi hình thái, nhưng đánh giá phải khách quan và chính xác trong việc đo lường mọi thay đổi. Tốc độ thay đổi của MI tương quan với khả năng ác tính của khối u. Trong quá trình theo dõi siêu âm, các khối u ác tính có sự gia tăng nhanh chóng điểm MI (tăng 1 điểm mỗi tháng), các khối u lành tính có số điểm không thay đổi hoặc tăng chậm và với các nang cơ năng tự mất thì điểm số MI giảm. Các khối u không có triệu chứng và không có nguy cơ ác tính cao có thể được theo dõi an toàn bằng siêu âm. Khoảng cách theo dõi giữa 2 lần siêu âm, tùy thuộc vào điểm MI ban đầu. Lần siêu âm lặp lại đầu tiên thường là 4 – 6 tuần đối với u không xác định và 6 – 12 tháng đối với u có nguy cơ ác tính thấp. Sự an toàn và hiệu quả của siêu âm theo dõi không được đề cập cho các mô hình khác ngoài mô hình của Đại học Kentucky.

Dấu ấn sinh học huyết thanh. Nhiều dấu ấn sinh học huyết thanh được dùng để theo dõi u buồng trứng ác tính, nhưng khi được sử dụng trước phẫu thuật, các thông số này chủ yếu nên là công cụ hỗ trợ cho siêu âm. CA125 là dấu ấn được sử dụng nhiều nhất, nhưng FDA không chấp thuận và không khuyến cáo sử dụng trước phẫu thuật để xác định nguy cơ ác tính của khối u buồng trứng. Overa, Ova1 và ROMA là các chỉ số xét nghiệm đa biến (MIA – multivariate index assays) được sử dụng trước phẫu thuật ở những phụ nữ có u phần phụ được lên kế hoạch phẫu thuật. Bệnh nhân có kết quả MIA nguy cơ cao nên được giới thiệu đến bác sĩ ung bướu. Điều quan trọng là kết quả MIA chủ yếu để định hướng bác sĩ nào nên thực hiện phẫu thuật, chứ không được dùng để chỉ định phẫu thuật. Hiện chưa có dữ liệu được công bố về việc sử dụng lặp lại các chỉ số xét nghiệm MIA.

Mô hình tiếp cận xử trí khối u buồng trứng. Bước đầu tiên là siêu âm toàn diện để đánh giá khối u buồng trứng. Hình ảnh siêu âm giúp phân loại từng khối u dựa trên nguy cơ ác tính: thấp (đơn thùy, vách ngăn đơn giản), cao (mật độ không đều, chủ yếu là mô đặc, có nhú, tín hiệu Doppler màu mạnh) hoặc không xác định. Với đối tượng phụ nữ ở mọi lứa tuổi, 65% khối u buồng trứng có hình thái nguy cơ thấp. Hầu hết khối u này (> 60%) sẽ tự mất

khi theo dõi bằng siêu âm, và < 1% trở nên ác tính. Các khối u buồng trứng có nguy cơ thấp không cần xét nghiệm thêm, và phẫu thuật không được khuyến cáo nếu bệnh nhân không có triệu chứng. Ngược lại, 10% khối u buồng trứng có hình thái siêu âm có nguy cơ cao, trong đó khoảng 25% là ác tính; do đó, bệnh nhân được khuyến cáo giới thiệu đến bác sĩ ung bướu phụ khoa. 25% khối u buồng trứng còn lại là không xác định và không thể phân loại chính xác bằng siêu âm một lần. Khối u dạng này cần thực hiện thêm siêu âm theo dõi, MRI hoặc chỉ số xét nghiệm MIA huyết thanh nếu có quyết định phẫu thuật. Phương thức đánh giá và tiếp cận lâm sàng là như nhau bất kể tình trạng mãn kinh.

Tóm lại, khi đánh giá nguy cơ ác tính đối với một khối u buồng trứng, cần thực hiện siêu âm toàn diện bằng hệ thống dựa trên hình thái học. Phân loại khối u là:

1. Nguy cơ thấp (65%) – đơn thùy, vách đơn giản
- Quy tắc đơn giản: quy tắc B.

- Điểm MI từ 0 đến 3.

Hướng xử trí: không xét nghiệm thêm; không khám chuyên khoa ung bướu.

2. Nguy cơ cao (10%) – mật độ không đều, chủ yếu là mô đặc, có nhú, tín hiệu Doppler màu mạnh.

- Quy tắc đơn giản: quy tắc M.

- Điểm MI từ 7 đến 10.

Hướng xử trí: chuyển khám bác sĩ ung bướu phụ khoa.

3. Không xác định (25%) – có phần đặc, vách bất thường nhỏ.

- Quy tắc đơn giản: Cả hai quy tắc B và M đều có hoặc không có quy tắc nào.

- Điểm MI thường từ 4 đến 6

Hướng xử trí: thực hiện thêm.

- Siêu âm lặp lại.

- MRI.

- Chỉ số xét nghiệm huyết thanh nếu có kế hoạch phẫu thuật (Ova1, ROMA, Overa)./.

## 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

Anh N.Hà, Toan D.Phạm, Vinh Q.Dang, Lan N.Vuong, Tuong M.Ho. "Gonadotropin-Releasing Hormone agonist versus human chorionic gonadotropin for ovulation induction in polycystic ovary syndrome patients undergoing intrauterine insemination: A randomised controlled trial". *Fertility and Reproduction*, Volume 1, Number 1, May 2019, 1-5.

BS. Võ Văn Cường - Bệnh viện Gia Đình Đà Nẵng

Hội chứng buồng trứng đa nang (Polycystic ovarian syndrome – PCOS) là một dạng rối loạn nội tiết thường gặp ở phụ nữ độ tuổi sinh sản, chiếm từ 8 – 13% tùy thuộc vào quần thể nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán. Gonadotropin là lựa chọn thứ hai cho những cặp vợ chồng vô sinh do rối loạn phóng noãn sau khi thất bại với phác đồ gây phóng noãn bằng thuốc uống. Việc sử dụng human chorionic

gonadotropin (hCG) để gây trưởng thành noãn tiềm ẩn nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng (Ovarian hyperstimulation syndrome – OHSS), do hCG có thời gian bán hủy dài hơn so với đỉnh LH trong tự nhiên và hiện tượng đa hoàng thể. Do đó, việc sử dụng GnRHa để gây trưởng thành và phóng noãn được đặt ra để dự phòng OHSS. Trong khi đã có nhiều y văn đề cập đến việc dùng GnRHa trong