

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



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 thù, 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

thụ tinh ống nghiệm, thì dữ liệu về việc ứng dụng GnRHa trong các chu kỳ bơm tinh trùng vào buồng tử cung (Intrauterine insemination – IUI) vẫn còn nhiều hạn chế. Vì vậy nghiên cứu này nhằm so sánh hiệu quả của gây phóng noãn bằng GnRHa hoặc hCG ở bệnh nhân PCOS được thực hiện IUI.

Đây là thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng trên 380 phụ nữ PCOS (theo tiêu chuẩn Rotterdam, 2004) được thực hiện IUI tại IVFMD, Bệnh viện Mỹ Đức, TPHCM, trong khoảng thời gian từ tháng 6/2016 đến 5/2018 và được chia làm hai nhóm (190 ca trong mỗi nhóm). Bệnh nhân có độ tuổi từ 18 – 37, đề kháng với clomiphene citrate, trải qua quá trình kích thích buồng trứng bằng gonadotropin, có ≤ 3 nang ≥ 16 mm ngày tiêm khởi động trưởng thành noãn, được nhận vào nghiên cứu. Những bệnh nhân có bất thường tử cung hay có bằng chứng tổn thương ống dẫn trứng hoặc sử dụng tinh trùng trữ không được tham gia vào nghiên cứu. Triptorelin 0,1 mg hoặc hCG 5.000 IU được sử dụng khi có ít nhất 1 nang ≥ 17 mm. IUI

được thực hiện 36 giờ sau đó. Kết cục chính là thai diễn tiến. Các kết cục phụ bao gồm thai lâm sàng, đa thai, sảy thai và OHSS.

KẾT QUẢ

Tỷ lệ thai diễn tiến không khác biệt giữa nhóm gây phóng noãn bằng GnRHa (23,7%) và hCG (25,3%) (RR 0,94; KTC 95%, 0,66 – 1,34; $p = 0,81$). Các kết cục phụ như tỷ lệ thai lâm sàng, tỷ lệ sảy thai, tỷ lệ thai ngoài tử cung, tỷ lệ đa thai không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Có 2 ca quá kích buồng trứng nhẹ ở nhóm hCG (1,1%) và không có ca nào quá kích buồng trứng ở nhóm GnRHa ($p = 0,49$).

Tóm lại, kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả sử dụng triptorelin 0,1 mg gây phóng noãn không kém hơn so với sử dụng hCG 5.000 IU ở bệnh nhân PCOS thực hiện IUI. Vì vậy, có thể sử dụng GnRH đồng vận thay thế cho hCG trong các chu kỳ IUI ở đối tượng phụ nữ PCOS kích thích buồng trứng bằng gonadotropin để dự phòng OHSS mà không làm ảnh hưởng tỷ lệ thai./.

Mời viết bài nội san Y học sinh sản tập 52

Tập 52 được phát hành đầu tháng 12 năm 2019

Lạc nội mạc tử cung - Bệnh tuyến cơ tử cung Hướng dẫn gửi bài cộng tác

Về bài viết cho chuyên mục Sản khoa - Phụ khoa - Vô sinh - Nhi khoa

- Nội san sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề chính tập 52 là **“Lạc nội mạc tử cung - Bệnh tuyến cơ tử cung”** với hạn nhận bài 20/8/2019.
- 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 hệ Unicode (Times New Roman hoặc Arial), bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo vui lòng trích dẫn ở bài vui lòng đặt trong ngoặc đơn (tác giả, năm xuất bản), 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 toàn bài). Hình ảnh, bảng, biểu đồ, sơ đồ vui lòng sử dụng tiếng Việt.

Về bài cho mục Journal Club

- 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: 700 – 1.000 từ, thông tin nguồn bài đã sử dụng làm tư liệu (ghi 3 tên tác giả chính, tên bài, tên tài liệu), bảng biểu và hình ảnh minh họa rõ ràng. File gửi về gồm: bài cho mục Journal Club (file word) và toàn văn nguồn bài đã sử dụng (file pdf).

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ

- BS. Huỳnh Thị Tuyết: huynhthituyet@hosrem.vn, 0914.046.908.
- Văn phòng HOSREM: hosrem@hosrem.vn, 0933.456.650.

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ

- Bá Đức: ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906.
- Chí Toàn: nguyentoan@hosrem.vn, 0909.867.428.