

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 46

TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 46

TÀNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

- 06 < Tăng huyết áp thai kỳ Hồ Cao Cường, Bùi Quang Trung
- 13 < Hướng dẫn cập nhật tăng huyết áp mạn tính trong thai kỳ Nguyễn Thị Thủy
- 16 < Tiên đoán sớm tiền sản giật Trần Thế Hùng
- 19 < Vai trò của DNA thai tự do trong tầm soát tiền sản giật Nguyễn Vũ Khánh, Nguyễn Văn Thông
- 22 < Bổ sung canxi trong dự phòng tiền sản giật Bùi Quang Trung
- 26 < Ảnh hưởng của béo phì lên nguy cơ khởi phát tiền sản giật Nguyễn Đình Hiến, Vương Quốc Thịnh, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 28 < Quản lý thai kỳ tiền sản giật nặng khởi phát sớm: Cập nhật từ khuyến cáo Trần Thụy Hương Quỳnh, Đỗ Đăng Trường, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 31 < Tiên lượng kết cục xấu ở thai phụ bị tiền sản giật: Áp dụng mô hình fullPIERS Nguyễn Thế Hải, Nguyễn Thanh Hưng, Nguyễn Long
- 35 < Nguy cơ tiền sản giật ở bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm – xin oan Nguyễn Khánh Linh
- 39 < Kỹ thuật cắt ngang – phương pháp mới để đo Doppler động mạch tử cung trong tam cá nguyệt I Nguyễn Đình Vũ, Giang Hoài Văn
- 44 < Siêu âm chẩn đoán lạc nội mạc tử cung sâu Lê Tiểu My
- 48 < Giá trị của IOTA models trong khảo sát khối u phần phụ Phạm Thị Phương Anh
- 53 < Điều trị sa tạng chậu bằng vòng nâng âm đạo (Pessary): Cái nhìn mới cho vấn đề cũ Văn Huỳnh Thúy Xuân
- 57 < Corticosteroids trước sinh Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 60 < Ngừa thai ở tuổi quanh mãn kinh Lê Long Hồ
- 64 < Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng – Vai trò của bổ sung testosterone qua da Hồ Mạnh Tường
- 66 < Đứt gãy DNA tinh trùng và vô sinh nam Hồ Sỹ Hùng
- 71 < Vai trò của vitamin D đối với sức khỏe sinh sản Hà Nhật Anh
- 74 < Các em bé thụ tinh trong ống nghiệm đầu tiên tròn 20 tuổi Hồ Mạnh Tường
- 76 < Nhiễm trùng sơ sinh sớm: Cập nhật mới Nguyễn Khôi
- 83 < Tầm lãng phí trong y tế Võ Thị Hà

JOURNAL CLUB

- 87 < Cập nhật hướng dẫn thực hành lâm sàng theo dõi sinh ngã âm đạo ở thai phụ từng mổ lấy thai
- 88 < Khâu cổ tử cung đối với các trường hợp đơn thai có kênh cổ tử cung ngắn và không có tiền căn sinh non: một tổng quan hệ thống và phân tích gộp của các RCTs
- 89 < Đánh giá hiệu quả của Aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật ở nhóm thai phụ tăng huyết áp mạn tính
- 90 < So sánh tác dụng của Hydralazine và Nifedipine điều trị tăng huyết áp cấp trong thai kỳ
- 91 < Tổng quan hệ thống và phân tích gộp mới nhất về vai trò của Aspirin liều thấp trong dự phòng tiền sản giật
- 92 < Tầm soát tiền sản giật trong tam cá nguyệt I nhằm phát hiện tiền sản giật sớm và muộn sử dụng các đặc điểm thai phụ, dấu ấn sinh hóa và thể tích bánh nhau
- 94 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 75 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 47: “UNG THƯ PHỤ KHOA”
Tập 47 sẽ xuất bản vào tháng 9/2018.
Hạn gửi bài cho tập 47 là 20/05/2018.

Chuyên đề tập 48: “DỰ PHÒNG SINH NON”
Tập 48 sẽ xuất bản vào tháng 12/2018.
Hạn gửi bài cho tập 48 là 20/08/2018.

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: 500 - 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 Vàng 2018



Merck



Hội viên liên kết Bạc 2018



Science For A Better Life



NGỪA THAI Ở TUỔI QUANH MÃN KINH

Lê Long Hồ

Bệnh viện Mỹ Đức



CÓ THAI Ở TUỔI QUANH MÃN KINH

Đa số phụ nữ ở tuổi quanh mãn kinh vẫn còn hoạt động tình dục, dù tần suất có ít hơn. Khảo sát của Finer và Filbin năm 2016 tại Hoa Kỳ cho thấy 75% phụ nữ ở độ tuổi 40 - 44 vẫn còn hoạt động tình dục và 4% trong số đó cố gắng để có thai (Linton và cs, 2016). Tỷ lệ có thai ở nhóm phụ nữ độ tuổi này không cao, do giảm dự trữ buồng trứng, giảm chu kỳ phóng noãn, giảm tần suất giao hợp, giảm chất lượng tinh trùng, giảm ham muốn tình dục hay rối loạn cương dương.

Ở những phụ nữ độ tuổi 41 - 43, vô sinh thứ phát được thụ tinh trong ống nghiệm, tỷ lệ có thai là 12% và chỉ 2 - 7% có trẻ sinh sống. Đây là kết quả của chất lượng noãn kém khi lớn tuổi. Nhiều bằng chứng cho thấy chất lượng noãn kém làm tăng tỷ lệ sẩy thai và bất thường yếu tố di truyền. Tỷ lệ sẩy thai có thể lên đến 34% ở tuổi 40 và tăng đến 52% ở tuổi 45, hầu hết các trường hợp đều bất thường về yếu tố di truyền (Badwin và cs, 2013).

Mặc dù tỷ lệ có thai thấp ở nhóm tuổi này nhưng không phải là 0%. Khả năng có thai ở những cặp vợ chồng hoặc bạn tình không dùng biện pháp ngừa thai ở tuổi 40 - 44 khoảng 30%/năm và khoảng 10%/năm ở tuổi 45 - 49 (Badwin và cs, 2013). Ở phụ nữ đủ con và không có ý định sinh con nữa, nếu không sử dụng biện pháp ngừa thai sẽ dẫn đến tình huống có thai ngoài ý muốn. Khảo sát tại Anh năm 2013 cho thấy cứ 5 phụ nữ trên 40 tuổi có thai, sẽ có 1 phụ nữ có thai ngoài ý muốn. Khoảng 28% trong số đó sẽ chấm dứt thai kỳ (Bakour và cs, 2017).

Vì thế, phụ nữ ở nhóm tuổi này nếu đã đủ con, nên chọn cho mình biện pháp ngừa thai phù hợp để tránh có thai ngoài ý muốn. Hiệu quả của các biện pháp ngừa thai đã được kiểm chứng ở nhóm phụ nữ trẻ tuổi, tuy nhiên, ở nhóm quanh mãn kinh, chưa có nhiều nghiên cứu tìm hiểu.

LỰA CHỌN BIỆN PHÁP NGỪA THAI CHO PHỤ NỮ TUỔI QUANH MÃN KINH

Không có phương pháp ngừa thai nào bị chống chỉ định do tuổi tác. Vì thế, tất cả các biện pháp ngừa thai sử dụng cho phụ nữ trẻ có thể áp dụng cho nhóm tuổi trên 45. Mặc dù có bằng chứng cho thấy sự liên quan giữa dùng thuốc nội tiết làm tăng các nguy cơ có sẵn như: tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì, hút thuốc lá, các yếu tố nguy cơ tim mạch. Do đó, trong trường hợp cụ thể, cần có biện pháp ngừa thai thay thế. Thật không may, các phương pháp ngừa thai không sử dụng nội tiết đều dựa vào hiểu biết về thời gian phóng noãn. Mặc khác, ở nhóm phụ nữ quanh tuổi mãn kinh, thời gian phóng noãn và chu kỳ không dự đoán trước được.

Các biện pháp ngừa thai có thể được chia làm 2 loại: ngừa thai sử dụng nội tiết và ngừa thai không sử dụng nội tiết. Biện pháp ngừa thai không sử dụng nội tiết bao gồm: biện pháp ngăn cản (bao cao su, mũ cổ tử cung, màng chắn âm đạo), xuất tinh ngoài, diệt tinh trùng, dụng cụ tử cung chứa đồng. Biện pháp ngừa thai sử dụng nội tiết gồm 2 nhóm nhỏ: (1) ngừa thai phối hợp cả estrogen và progestogen,

(2) chỉ có progestogen. Biện pháp ngừa thai phối hợp gồm: thuốc viên, miếng dán, vòng âm đạo. Biện pháp ngừa thai chỉ có progestogen bao gồm: dụng cụ tử cung có chứa levonorgestrel (LNS-IUS, Mirena), medroxyprogesterone acetate dạng tiêm và một số loại thuốc viên. Các biện pháp ngừa thai vĩnh viễn bao gồm: (1) thắt tử cung, (2) nội soi làm tắc tử cung và (3) thắt ống dẫn tinh.

BIỆN PHÁP NGỪA THAI KHÔNG DỪNG NỘI TIẾT

Biện pháp ngăn cản và diệt tinh trùng

Phương pháp này sử dụng ở nhóm tuổi quanh mãn kinh sẽ có tỷ lệ ngừa thai cao. Trong trường hợp có thai ngoài ý muốn hoặc phương pháp hoạt động không hiệu quả, cần kiểm tra lại các dụng cụ ngừa thai sao cho phù hợp. Mũ cổ tử cung và màng ngăn đều phải lấy ra sau khi quan hệ ít nhất 6 tiếng và không sử dụng được cho suốt chu kỳ kinh nguyệt. Một số mũ cổ tử cung có nhiều kích thước để chọn lựa. Nếu thành âm đạo bị sa, sẽ khó khăn khi sử dụng mũ cổ tử cung và màng ngăn âm đạo. Sử dụng bao cao su có thể bị khó khăn ở nhóm nam giới có rối loạn cương dương.

Chất diệt tinh trùng có chứa nonoxynol-9 được chấp thuận ở nhiều quốc gia. Thuốc diệt tinh trùng được sử dụng như một biện pháp thêm vào và hiệu quả kém, đặc biệt ở nhóm giảm khả năng sinh sản.

Dụng cụ tử cung chứa đồng (Copper IUD)

Copper IUD là phương pháp ngừa thai tác dụng dài có hồi phục không sử dụng nội tiết, tỏ ra có hiệu quả cao đối với nhóm phụ nữ tuổi quanh mãn kinh. Sử dụng Copper IUD cho thấy có sự tăng nhẹ nguy cơ rong kinh rong huyết. Vì thế, phương pháp này không thích hợp cho những trường hợp rối loạn kinh nguyệt. Đối với những phụ nữ có chu kỳ kinh đều, thì phương pháp này tỏ ra rất thích hợp và có thể cho phép sử dụng 10 năm.

PHƯƠNG PHÁP DỪNG NỘI TIẾT

Thuốc ngừa thai khẩn cấp

Hai viên thuốc ngừa thai khẩn cấp uống bao gồm levonorgestrel và ulipristal acetate. Cả hai loại thuốc đều có cơ chế trì hoãn sự phóng noãn, do đó

giúp trì hoãn chu kỳ kinh nguyệt, tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu đặc biệt trên nhóm phụ nữ quanh mãn kinh.

Thuốc nội tiết ngừa thai phối hợp

Thuốc nội tiết ngừa thai phối hợp dạng viên, thoa da và vòng đặt âm đạo có chứa cả estrogen và progestin. Ảnh hưởng của thuốc nội tiết ngừa thai đến sức khỏe phụ thuộc vào chuyển hóa qua gan. Do đó, tiềm ẩn nguy cơ cao đến chức năng đông máu. Thuốc dạng thoa da và vòng âm đạo không chuyển hóa qua gan.

Nguy cơ lớn nhất của estrogen là huyết khối, đặc biệt là huyết khối tĩnh mạch sâu và huyết khối động mạch, bao gồm đột quỵ. Các đồng nguy cơ ở phụ nữ trên 35 tuổi bao gồm: tăng huyết áp, đau nửa đầu, béo phì, đái tháo đường, lupus hệ thống, bệnh lý tim mạch, hút thuốc lá, các phẫu thuật yêu cầu bất động và tiền căn có thuyên tắc tĩnh mạch sâu. Các yếu tố đồng nguy cơ có thể làm nặng thêm tình trạng bao gồm: sỏi túi mật mà không cắt túi mật, tăng lipid máu, bệnh lý gan có bất thường chức năng gan. Phụ nữ có các chống chỉ định sẽ không được kê thuốc nội tiết ngừa thai phối hợp. Một điều quan trọng khác, tuổi là yếu tố nguy cơ độc lập với thuyên tắc tĩnh mạch sâu. Nếu một phụ nữ lớn tuổi khỏe mạnh bình thường sử dụng nội tiết ngừa thai, cần thảo luận thêm về các vấn đề khác nữa như bay các chuyến bay dài ngày hay phẫu thuật.

Lợi ích của thuốc nội tiết ngừa thai là cải thiện tình trạng xuất huyết tử cung, đặc biệt ở nhóm kinh nguyệt không đều và rong kinh. Estradiol valerate, dinogest được FDA công nhận trong điều trị rong kinh rong huyết.

Các lợi ích khác như: điều hòa chu kỳ kinh ở nhóm vô kinh, giúp giảm nguy cơ ung thư buồng trứng và ung thư nội mạc tử cung, tăng mật độ xương, giảm các nang chức năng buồng trứng. Thuốc nội tiết ngừa thai chứa estrogen có thể cung cấp cho những phụ nữ tuổi quanh mãn kinh có các dấu hiệu như: bốc hỏa, khô âm đạo do thiếu hụt estrogen cũng như chi phí thấp hơn so với liệu pháp hormone thay thế. Thuốc có thể sử dụng theo chu kỳ hoặc liên tục và cách sử dụng thuốc ngắt quãng ngăn tỏ ra có hiệu quả ức chế đoàn hệ noãn.

Viên thuốc chỉ chứa progestin

Không có tác dụng ức chế phóng noãn như thuốc nội tiết ngừa thai phối hợp, viên thuốc chỉ có progestin tác động làm đặc chất nhầy cổ tử cung. Tỷ lệ có thai ngoài ý muốn khoảng 3,1/100 phụ nữ/năm, đối với nhóm > 40 tuổi là 0,3/100 phụ nữ/năm. Không phải loại progestin nào cũng có tác dụng ức chế phóng noãn như nhau. Desogestrel và levonorgestrel có tác dụng ức chế phóng noãn tốt nhất, medroxyprogesterone acetate thường sử dụng để điều trị xuất huyết tử cung bất thường, chưa có bằng chứng áp dụng để ngừa thai.

Progestin dạng tiêm

Depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) dạng tiêm dưới da 105 mcg mỗi tháng, hoặc tiêm bắp 150 mcg mỗi 12 tuần có tác dụng ngừa thai và còn giúp bảo vệ nội mạc tử cung. Mặc dù, rất ít bằng chứng, nhưng thuốc vẫn được sử dụng rộng rãi trong quản lý xuất huyết tử cung bất thường. DMPA ức chế phóng noãn thông qua ức chế đỉnh LH và cũng ngăn chặn luôn sự chế tiết FSH gây giảm sản xuất estrogen. Điều này có thể gây ra các triệu chứng của thiếu hụt estrogen. Việc sử dụng DMPA sẽ dẫn đến trì hoãn phóng noãn 3 tháng. Do đó, ở phụ nữ tuổi quanh mãn kinh, có sử dụng DMPA, việc mất kinh 3 tháng sẽ không được chẩn đoán là mãn kinh. Dùng DMPA lâu dài sẽ gây loãng xương so với nhóm chứng cùng độ tuổi.

Phương pháp ngừa thai tác dụng dài và có thể lấy ra khỏi cơ thể (LARC: Long - active reversible contraceptive)

Que cấy

Đây là phương pháp ngừa thai hiệu quả nhất và có tỷ lệ thất bại thấp nhất, 0,01%. Các sản phẩm hiện tại trên thị trường cho phép sử dụng 3 năm. Que cấy dưới da tiết 67 mcg etonorgestrel mỗi ngày, giảm xuống còn 30 mcg mỗi ngày sau 2 năm. Cơ chế tác dụng là gây ức chế phóng noãn và làm đặc chất nhầy cổ tử cung. Lợi điểm của phương pháp này là có hiệu quả cao đối với phụ nữ quanh tuổi mãn kinh trong 3 năm sử dụng mà không cần hiệu chỉnh theo cân nặng. Chống chỉ định khi bệnh nhân có sử dụng thuốc chống đông kinh vì làm giảm hiệu quả

của thuốc chống đông kinh.

Các bất lợi của phương pháp này có thể gây rối loạn kinh nguyệt trong 1 năm đầu. Tuy nhiên, nếu rong kinh ít hoặc không thường xuyên, vẫn có thể tiếp tục sử dụng que cấy.

Dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel (LNG - IUS)

Đây là phương pháp được lựa chọn phổ biến nhất, khoảng 45% lựa chọn biện pháp này. Được chấp thuận bởi FDA để ngừa thai từ năm 2000 và để điều trị xuất huyết tử cung từ năm 2009. Dụng cụ sẽ tiết từ 20 mcg levonorgestrel mỗi ngày, với tỷ lệ thất bại khoảng 0,1%/năm.

Một trong những lợi điểm tốt nhất của LNG - IUS là có thể bảo vệ nội mạc tử cung ở giai đoạn mãn kinh. LNG - IUS không được chỉ định để bảo vệ niêm mạc tử cung, tuy nhiên, nhiều nghiên cứu ủng hộ việc dùng phương pháp này ở nhóm tuổi quanh mãn kinh và mãn kinh. Liệu pháp estrogen có thể sử dụng ở nhóm phụ nữ quanh mãn kinh khi bắt đầu có triệu chứng. Có 40 phụ nữ tuổi quanh mãn kinh có triệu chứng được sử dụng 2 mg estradiol valerate mỗi ngày và ngẫu nhiên uống progestin (levonorgestrel 250 mcg) mỗi ngày theo đúng chu kỳ vào 10 ngày cuối cùng của chu kỳ 3 tuần, nhóm chứng sử dụng LNG - IUS. Sau 1 năm, các triệu chứng đều giảm ở cả hai nhóm, 15/18 phụ nữ nhóm LNG - IUS vô kinh, trong khi ở nhóm dùng progestin, không ai bị vô kinh. Không ai bị tăng sản nội mạc tử cung ở cả hai nhóm.

Có vô kinh hay không phụ thuộc nhiều vào liều lượng và đường dùng. Một thử nghiệm với progestin uống mỗi ngày (1 mg norethisterone acetate) với LNG - IUS phóng thích 20 mcg mỗi ngày. Nhóm LNG - IUS xảy ra rong kinh nhiều hơn trong 3 tháng đầu, tuy nhiên sau một năm, tỷ lệ đạt được vô kinh không khác biệt giữa hai nhóm. Sử dụng LNG - IUS liều thấp, 5 - 10 mcg/ngày cho thấy số ca rong kinh kéo dài nhiều hơn.

Cochran 2009 báo cáo sử dụng LNG - IUS cho hiệu quả hơn nhiều so với norethisterone, tuy nhiên lại gây nhiều tác dụng không mong muốn như rong huyết. LNG - IUS có thể thay thế chỉ định cắt tử cung ở nhóm quanh mãn kinh có rong kinh rong huyết kéo dài.

LNG - IUS phóng thích 20 mcg levonorgestrel mỗi ngày có chứa 52 mg levonorgestrel đủ để sử dụng trong vòng 5 năm, giảm xuống còn 10 mcg/ngày khi gần hết thời gian sử dụng. Hiện nay, một dụng cụ tử cung nhỏ hơn chứa 13,5 mg levonorgestrel phóng thích 14 mcg levonorgestrel mỗi ngày, giảm dần trong 3 năm còn 5 mcg/ngày. Dụng cụ này được chấp thuận sử dụng trong vòng 3 năm. Chưa có nhiều nghiên cứu ủng hộ việc dùng LNG - IUS lâu hơn 5 năm. Một nghiên cứu năm 1980 sử dụng LNG - IUS tiết 20 mcg/ngày trong 7 năm, nhưng dụng cụ này chứa đến 60 mg levonorgestrel. Tỷ lệ thai cộng đồn trong 7 năm là 1,1/100 phụ nữ. Ở nhóm phụ nữ quanh mãn kinh, cân nhắc có thể sử dụng lâu hơn vì khả năng sinh sản thấp hơn các nhóm tuổi còn lại (Badwin và cs, 2013).

KHI NÀO NHÓM PHỤ NỮ TUỔI QUANH MÃN KINH CÓ THỂ THỰC SỰ NGỪNG THUỐC NỘI TIẾT NGỪA THAI?

Quyết định khi nào ngừng dùng nội tiết ngừa thai tùy theo từng cá thể, phụ thuộc vào khả năng có thai, có dùng thêm biện pháp ngừa thai không

nội tiết và nguy cơ tác dụng phụ của thuốc nội tiết như thế nào.

Đối với phụ nữ trên 50 tuổi, có thể ngừng sử dụng thuốc ngừa thai sau 1 năm vô kinh vì khả năng sinh sản hầu như không quay trở lại. Đối với phụ nữ dưới 50 tuổi, nên tiếp tục ngừa thai 2 năm nữa sau khi mãn kinh vì khả năng sinh sản vẫn có thể xảy ra.

Nếu ngừa thai bằng progestin, khuyến cáo nên tiếp tục thuốc ngừa thêm 1 năm kể từ khi xác định nồng độ FSH >30 IU/L, 2 lần liên tiếp cách nhau ít nhất 6 tuần. Thuốc ngừa thai phối hợp ảnh hưởng đến nồng độ FSH, do đó nên ngưng 2 tuần trước khi định lượng. Nếu dùng thuốc dạng tiêm, nên ngưng 1 năm trước khi định lượng FSH.

Phụ nữ có thể ngưng hoàn toàn các biện pháp ngừa thai sau 55 tuổi mà không cần xác định các yếu tố tác động vì đây là giới hạn khả năng sinh sản của phụ nữ (Bakour và cs, 2017).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Allen Rebecca H, Cwiak Carrie A, Kaunitz Andrew M (2013). Contraception in women over 40 years of age. Canadian Medical Association Journal; 185:7:565-73.
2. Baldwin Maureen K, Jensen Jeffrey T (2013). Contraception during the perimenopause. Maturitas; 76:3:235-42.
3. Bakour Shagaf H, Hatti Archana, Whalen Susan (2017). Contraceptive methods and issues around the menopause: an evidence update. The Obstetrician & Gynaecologist.
4. Linton A, Golobof A, Shulman LP (2016). Contraception for the perimenopausal woman. Climacteric; 19:6:526-34.



HỘI NGHỊ NAM KHOA và VÔ SINH NAM lần V

KS. Vissai Saigon (Số 144 Nguyễn Văn Trỗi, Quận Phú Nhuận, TPHCM)

Thứ bảy, ngày 23 tháng 06 năm 2018

Đăng ký ngay ☎ 0933.456.650 / hosrem@hosrem.vn



Truy cập www.hosrem.org.vn hoặc quét code để xem thông tin chi tiết.