QUẢN LÝ THAI KỲ Ở PHỤ NỮ MẮC HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

TS. Lâm Đỗ Phương Uyên
Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Hội chứng buồng trứng đa nang (Polycystic ovary syndrome – PCOS) dẫn đến nguy cơ cao trong việc xuất hiện các biến chứng khi mang thai và sinh sản tùy theo các đặc điểm cụ thể của người mang hội chứng, điển hình bao gồm béo phì trước và trong khi mang thai, tăng tiết androgen, kháng insulin, vô sinh, các yếu tố nguy cơ liên quan đến rối loạn chuyển hóa và tim mạch. Trong các hướng dẫn chăm sóc thai kỳ, PCOS thường không được công nhận là yếu tố nguy cơ dẫn đến kết quả bất lợi trong thai kỳ và sinh sản, tuy nhiên, PCOS lại tiềm ẩn các ảnh hưởng bất lợi này.

Việc đánh giá các tiềm ẩn liên quan đến thai kỳ để tìm các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được, chẳng hạn như lối sống và quản lý cân nặng, v.v, tại thời điểm trước khi mang thai ở phụ nữ bị PCOS rất quan trọng. Yếu tố tăng đường huyết nên được sàng lọc bằng xét nghiệm dung nạp glucose đường uống 75 g (75 g OGTT) trước khi mang thai hoặc trong vòng 20 tuần đầu của thai kỳ nếu xét nghiệm này chưa được thực hiện trước khi mang thai và nên được lặp lại ở tuần thứ 24 – 28 của thai kỳ.

Hiện nay vẫn chưa có bằng chứng về lợi ích của các chiến lược kiểm soát thai kỳ dành riêng cho phụ nữ mang PCOS. Việc sàng lọc, đánh giá và quản lý thai kỳ cũng như tối ưu hóa và theo dõi các biến chứng ở PCOS trước khi mang thai, trong và sau khi mang thai sẽ nhất quán theo các hướng dẫn dựa trên bằng chứng quốc tế. Một số các khuyến cáo chung dành cho thai phụ bao gồm kiểm soát đường huyết, cân nặng, huyết áp, hút thuốc, tiếp xúc với bia rượu, chế độ ăn uống, tập thể dục, kiểm soát giấc ngủ và sức khỏe tâm thần, sức khỏe cảm xúc và tình dục ở phụ nữ bị PCOS.

PCOS CÙNG CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TRONG THAI KỲ

PCOS là một rối loạn nội tiết tố phổ biến ảnh hưởng đến 5 – 18% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Tăng tiết androgen, kháng insulin, và dẫn đến tăng insulin máu là những nguyên nhân phổ biến gây ra PCOS. Phụ nữ mang PCOS thường có tình trạng thiểu sản/không rụng trứng, chu kỳ kinh nguyệt không đều, là nguyên nhân hàng đầu gây vô sinh. Theo tiêu chí Rotterdam, PCOS ở người trong độ tuổi sinh sản được chẩn đoán dựa trên tối thiểu hai trong số các tiêu chí sau: thiểu sản/không rụng trứng, chứng tăng androgen lâm sàng và/hoặc sinh hóa, và hình thái buồng trứng đa nang trên siêu âm, sau khi loại trừ các chẩn đoán phân biệt. Các tiêu chí này dẫn đến bốn kiểu hình PCOS bao gồm:

– Kiểu hình A với thiểu sản/không rụng

trứng, tăng androgen và hình thái buồng trứng đa nang trên siêu âm.

– Kiểu hình B với thiểu sản/không rụng trứng và tăng tiết androgen.

– Kiểu hình C với tình trạng tăng tiết androgen và hình thái buồng trứng đa nang trên siêu âm.

– Kiểu hình D với thiểu sản/không rụng trứng và hình thái buồng trứng đa nang trên siêu âm.

Phụ nữ mang PCOS thường có tần suất cao xuất hiện các biến chứng trong thai kỳ và khi sinh bao gồm tiểu đường thai kỳ, tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật, khởi phát chuyển dạ, sinh mổ, sinh non và trẻ lớn hơn so với độ tuổi thai. Mối liên quan giữa PCOS với các biến chứng thai kỳ và sinh sản tùy thuộc vào kiểu hình của người mang hội chứng, tùy thuộc vào nhóm đối tượng, dân tộc, tiền sử gia đình, tập trung vào các biến chứng chuyển hóa, sinh sản và tâm lý tiềm ẩn trong hoặc ngoài thai kỳ cũng như phụ thuộc vào lối sống[2,3]. Trong thai kỳ, tăng cân và béo phì là các yếu tố nguy cơ độc lập gây ra các biến chứng, và cả hai đều được ghi nhận trong PCOS.

PCOS vẫn chưa được công nhận là yếu tố nguy cơ gây ra các biến chứng thai kỳ và sinh sản. Việc đánh giá và quản lý lâm sàng rủi ro trong thai kỳ ở PCOS vẫn cần dựa trên bằng chứng quốc tế và các khuyến nghị đa ngành, nhằm mục đích sàng lọc, quản lý lối sống, cân nặng, và chăm sóc thai kỳ.

PCOS CÙNG CÁC BIẾN CHỨNG THAI KỲ VÀ SINH SẢN

Một số nghiên cứu đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp sâu rộng cho thấy phụ nữ mang PCOS có tỷ lệ sẩy thai, tiểu đường thai kỳ, tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật, sinh non, nhẹ cân, hạn chế tăng trưởng trong tử cung và sinh mổ cao hơn đáng kể. Phụ nữ mang PCOS có mức tăng cân khi mang thai và chỉ số khối cơ thể cao hơn đáng kể nhưng cân nặng khi sinh thấp hơn đáng kể. Những phát hiện này thường được nhận biết trong các phân tích phân nhóm phù hợp với chỉ số khối cơ thể (BMI) và các nghiên cứu chất lượng cao[10]. BMI tăng khi thụ thai có liên quan đến các kết quả bất lợi trong thai kỳ. Đồng thời, tỷ lệ thừa cân và béo phì ở thai phụ có PCOS được điều trị vô sinh cao hơn đối tượng không có PCOS.

Nguy cơ sẩy thai và mang thai ngoài tử cung

Hai đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp về các biến chứng thai kỳ và sinh sản ở thai phụ mang và không mang PCOS cho thấy thai phụ mang PCOS có tổng cân nặng thai kỳ tăng cao hơn so với thai phụ không mang PCOS[2]. Có 8 nghiên cứu trong 43 nghiên cứu xác định tình trạng sẩy thai trước 12 tuần. Thai phụ mang PCOS có nguy cơ sẩy thai cao gấp 1,5 lần so với thai phụ không mang hội chứng. Độ tuổi, chỉ số BMI tăng, tình trạng kháng insulin và tăng androgen đều góp phần gây ra nguy cơ sẩy thai ở thai phụ mang PCOS. Trong đó, tuổi mẹ cao là yếu tố chính làm tăng nguy cơ sẩy thai.

Đồng thời, phụ nữ mang PCOS có nguy cơ cao mang thai ngoài tử cung, thai trứng dạng hydatidiform rất nguy hiểm, và sẩy thai sau khi tiếp cận các phương pháp hỗ trợ sinh sản[2,3]. Các phương pháp hỗ trợ sinh sản được nhận biết là các yếu tố nguy cơ dẫn đến kết cục thai kỳ, nên rất khó để loại bỏ mối liên hệ giữa PCOS với những kết cục bất lợi này. Một nghiên cứu gần đây cho thấy sau khi điều trị hỗ trợ sinh sản, tỷ lệ sẩy thai ở phụ nữ mang PCOS sau 13 tuần mang thai khá cao, nhưng không tăng tiến sau khi điều chỉnh BMI[15]. Một đánh giá có hệ thống về thai kỳ sau điều trị ARV đã báo cáo rằng thừa

cân hoặc béo phì và kháng insulin có thể là yếu tố nguy cơ chính dẫn đến sẩy thai cao hơn ở thai phụ mang PCOS[11]. Thai phụ tăng androgen có nguy cơ sẩy thai cao do gia tăng các bất thường ở nội mạc tử cung[2]. Phương pháp hỗ trợ điều trị kháng androgen ở tuổi trẻ giúp cải thiện khả năng sinh sản[8].

Rối loạn tăng huyết áp khi mang thai và đái tháo đường thai kỳ

Thai phụ mang PCOS có nguy cơ mắc tiểu đường thai kỳ cao gấp 2 – 4 lần, đồng thời, nguy cơ rối loạn tăng huyết áp khi mang thai bao gồm tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật cũng cao hơn so với người không mang hội chứng[2,3]. Rối loạn chuyển hóa glucose và tiểu đường thai kỳ là một trong những yếu tố nguy cơ dẫn đến rối loạn tăng huyết áp khi mang thai, do đó có tỷ lệ biến chứng trong thai kỳ và sinh sản cao.

Tiền sản giật và sản giật

Trong 36 nghiên cứu được đưa vào phân tích tổng hợp với 18 nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu và 18 nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu, có bảy nghiên cứu đánh giá dựa trên chỉ số BMI và mười nghiên cứu đánh giá dựa trên độ tuổi, các chuyên gia nhận thấy thai phụ mang PCOS có nguy cơ mắc tiền sản giật cao gấp 2,28 lần so với thai phụ không mang PCOS[10].

Trong khi đánh giá về biến chứng sản giật, có hai nghiên cứu báo cáo sản giật ở thai phụ mang và không mang PCOS. Không có thai phụ nào bị sản giật và không có sự khác biệt nào được ghi nhận giữa hai nhóm thai phụ[10].

Sinh non và biến chứng thai to so với tuổi thai

Trong 55 nghiên cứu xác định thai phụ mang PCOS có nguy cơ sinh non cao, có 21 nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu và 34 nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu. Tỷ số chênh lệch tổng thể được nhận thấy ở thai phụ mang PCOS là 1,54 so với người không mang PCOS[10].

Đánh giá về biến chứng thai to so với tuổi thai, có hai nghiên cứu phù hợp dựa trên chỉ số BMI và hai nghiên cứu phù hợp dựa trên độ tuổi, trong đó, các nhà khoa học nhận thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm thai phụ mang và không mang PCOS[10].

Cân nặng khi sinh thấp

Mặc dù PCOS không hạn chế sự phát triển của thai nhi trong tử cung, tuy nhiên, trẻ sinh ra từ mẹ mang PCOS có cân nặng khi sinh thấp hơn so với trẻ sinh ra từ mẹ bình thường. Cân nặng khi sinh thấp được đánh giá ở trẻ được sinh ra từ thai phụ mang PCOS cao gấp 1,28 lần so với trẻ sinh ra từ thai phụ bình thường[10]. Các kết quả này không phụ thuộc và không bị ảnh hưởng bởi thông số BMI và độ tuổi. Ngoài ra, trẻ được sinh ra từ thai phụ mang PCOS có có tỷ lệ nhập viện vào khoa sơ sinh tích cực cao hơn và tỷ lệ tử vong chu sinh cao hơn. Tuy nhiên, trẻ thuộc nhóm này có tỷ lệ mắc hội chứng suy hô hấp tương tự như trẻ sơ sinh được sinh ra từ mẹ không mang PCOS[3].

Hạn chế sự tăng trưởng của thai nhi trong tử cung

Mười nghiên cứu về hạn chế sự tăng trưởng của thai nhi trong tử cung được đưa vào phân tích tổng hợp, cho thấy thai phụ mang PCOS có tỷ số chênh lệch tổng thể là 1,77 so với thai phụ không mang hội chứng. Có ba nghiên cứu cho thấy mối liên quan đến chỉ số BMI và bốn nghiên cứu liên quan đến độ tuổi[10].

Các biến chứng về tâm lý

Các biến chứng tâm lý bao gồm lo lắng, trầm cảm và chất lượng cuộc sống kém có tần suất cao hơn. làm tăng nguy cơ mắc

các vấn đề tâm lý trước khi sinh ở phụ nữ mang PCOS ngoài thai kỳ[5]. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá sức khỏe tâm thần trước sinh mà một biến chứng khi mang thai hoặc là yếu tố nguy cơ gây ra các biến chứng khi mang thai và sinh sản ở phụ nữ có PCOS.

QUẢN LÝ THAI KỲ Ở PHỤ NỮ BỊ PCOS

Quản lý trước khi mang thai

Để cải thiện khả năng sinh sản và thúc đẩy thai kỳ khỏe mạnh, việc tối ưu hóa sức khỏe trước khi mang thai rất quan trọng đối với phụ nữ có PCOS. Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản cần đến gặp bác sĩ để được đánh giá rủi ro thông thường trước khi mang thai, đặc biệt ở đối tượng tăng chỉ số BMI và mắc bệnh tiểu đường, để có đủ thời gian nếu phải tiến hành các biện pháp can thiệp.

Trong các hướng dẫn dựa trên bằng chứng quốc tế để đánh giá và quản lý PCOS[12]. Việc quản lý cân nặng và lối sống được khuyến nghị là chiến lược điều trị ban đầu ở người mang hội chứng. Can thiệp vào lối sống bằng cách tác động vào chế độ ăn uống hoặc hoạt động thể chất. Quản lý cân nặng bằng cách ngăn ngừa tăng cân, đạt được mức giảm cân vừa phải và duy trì mức cân nặng đã giảm này. Cần được tối ưu hóa cân nặng, chế độ ăn uống, tập thể dục và các yếu tố lối sống khác như giấc ngủ, sức khỏe tâm thần và cảm xúc ở phụ nữ có PCOS để cải thiện kết quả sinh sản và có biện pháp chăm sóc sản khoa phù hợp với các khuyến nghị cộng đồng.

Quản lý trong thai kỳ

Do những thay đổi sinh lý bình thường xảy ra trong thai kỳ, tiêu chuẩn chẩn đoán PCOS không được áp dụng và không thể chẩn đoán PCOS trong thai kỳ. Tuy nhiên, những người có chỉ số BMI thuộc nhóm thừa cân hoặc béo phì khi khám thai, có thể được sàng lọc chẩn đoán PCOS thông qua câu hỏi thăm dò[4]. Điều này giúp trả lời câu hỏi đánh giá PCOS là một yếu tố nguy cơ gây ra các biến chứng trong thai kỳ theo các khuyến nghị về sàng lọc và quản lý. Chiều cao, cân nặng của phụ nữ nên được đo và tính chỉ số BMI ở lần khám thai đầu tiên. Tại mỗi lần khám thai, thai phụ nên được cung cấp thông tin về việc tăng cân tối ưu khi mang thai dựa trên chỉ số BMI. Cần khuyến khích thai phụ nghiêm túc tự theo dõi cân nặng hàng tuần.

Do nguy cơ tăng đường huyết đáng kể và các biến chứng liên quan đến thai kỳ và thai nhi, hướng dẫn đánh giá và quản lý PCOS 2023 dựa trên bằng chứng quốc tế gần đây khuyến cáo nên thực hiện xét nghiệm 75 g OGTT cho tất cả thai phụ mang PCOS khi đặt lịch khám thai hoặc trước tuần thứ 20 của thai kỳ, nếu OGTT chưa được thực hiện trước khi mang thai. Nếu chỉ số OGTT giai đoạn đầu thai kỳ bình thường thì tất cả phụ nữ có PCOS nên được xét nghiệm OGTT lặp lại khi thai được 24 – 28 tuần[10,12].

Đo huyết áp định kỳ được khuyến cáo ở lần khám thai đầu tiên và trong suốt thai kỳ đối với tất cả phụ nữ mang thai theo hướng dẫn chăm sóc trước sinh. Tăng huyết áp được phát hiện trước 20 tuần tuổi thai được coi là tăng huyết áp mạn tính, trong khi tăng huyết áp mới sau 20 tuần thai kỳ được coi là tăng huyết áp thai kỳ. Bất kỳ phụ nữ nào có biểu hiện tăng huyết áp thai kỳ đều cần được đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng của tiền sản giật.

Do không có bằng chứng về các biến chứng tâm lý liên quan đến thai kỳ ở phụ nữ có PCOS, hướng dẫn đánh giá và quản lý PCOS 2023 dựa trên bằng chứng quốc tế đã đưa ra một số khuyến nghị cụ thể cho phụ nữ mang hội chứng. Do đó, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tiền sản nên nhận thức được nguy cơ biến chứng tâm lý cao hơn ở những đối tượng này, và tuân theo các

khuyến nghị sàng lọc cho dân số nói chung để đánh giá về tình trạng lo âu và trầm cảm ở thai phụ có PCOS. Theo hướng dẫn thực hành lâm sàng của Úc: Chăm sóc Thai kỳ khuyến nghị sử dụng Thang đo Trầm cảm Sau sinh (EPDS) của Edinburgh phù hợp với văn hóa để sàng lọc phụ nữ mang thai về chứng rối loạn trầm cảm có thể xảy ra khi đặt lịch và lặp lại nếu có chỉ định lâm sàng. Không có công cụ nào để sàng lọc cụ thể chứng lo âu ở phụ nữ mang thai và bác sĩ lâm sàng có thể cân nhắc sử dụng mục ba, bốn và năm của EPDS để sàng lọc. Cần xem xét tất cả các hoạt động sàng lọc và theo dõi trong thai kỳ theo hướng dẫn, các khuyến nghị quốc gia và nguồn lực sẵn có.

Có những cân nhắc để tối ưu hóa cân nặng, chế độ ăn uống và hoạt động thể chất trong thai kỳ mà phụ nữ có PCOS có thể tuân theo phù hợp với hướng dẫn chung. Tối ưu hóa chế độ ăn uống khi mang thai là tiêu thụ tối ưu các nhóm thực phẩm cốt lõi (ngũ cốc nguyên hạt và ngũ cốc, rau, trái cây, thịt và/hoặc các sản phẩm thay thế, sữa hoặc các sản phẩm thay thế) và hạn chế ăn các thực phẩm "tùy ý" hoặc không phải cốt lõi thường chứa nhiều đường, muối, chất béo bão hòa và năng lượng. Mặc dù các khuyến nghị về vi chất dinh dưỡng cũng khác nhau giữa các quốc gia, nhưng những khuyến nghị này thường tập trung vào việc cung cấp đầy đủ các vi chất dinh dưỡng quan trọng và bổ sung thêm folate và iốt để giảm nguy cơ biến chứng khi mang thai và sinh con. Ngoài ra còn cần phải đảm bảo thực hành vệ sinh thực phẩm phù hợp và tránh một số loại thực phẩm làm tăng nguy cơ nhiễm độc methylmercury, bệnh listeriosis và bệnh salmonellosis. Các khuyến nghị về hoạt động thể chất, hoạt động aerobic cường độ vừa phải và các bài tập tăng cường cơ bắp bổ sung, ngoại trừ những phụ nữ chống chỉ định hoạt động thể chất và có cân nhắc các biện pháp phòng ngừa an toàn như nhiệt độ quá cao, tiếp xúc vật lý, độ cao[3]. Phụ nữ có PCOS cần được đánh giá về mức độ nghiện rượu, hút thuốc, sử dụng chất gây nghiện khi mang thai và được hỗ trợ cai nghiện khi cần thiết.

Một số loại thuốc được khuyến nghị trong các hướng dẫn quốc tế, metformin được sử dụng cho phụ nữ không mang thai và trước khi mang thai để hỗ trợ kiểm soát cân nặng, tình trạng kháng insulin, rụng trứng và rậm lông[12]. Một phân tích tổng hợp ở phụ nữ có PCOS cho thấy việc sử dụng metformin trong thai kỳ giúp giảm nguy cơ sinh non và không ảnh hưởng đến sẩy thai, tiền sản giật và cân nặng khi sinh của trẻ[6]. Ngoài ra, myoinositol là lựa chọn y tế thứ hai sau metformin, dưới dạng thuốc điều chỉnh dung nạp glucose. Tuy nhiên, các nghiên cứu về hiệu quả của myoinositol không đồng nhất và thiếu các thử nghiệm kiểm soát giả dược. Myoinositol hỗ trợ cải thiện nội tiết tố và trao đổi chất cũng như chu kỳ kinh nguyệt, do đó có một số tác động tích cực đến kết quả mang thai[9,14]. Myoinositol là một loại thuốc không kê đơn, không có tác dụng phụ về đường tiêu hóa như metformin, do đó có thể nghiên cứu rộng rãi để đánh giá tác động của thuốc đối với kết quả mang thai ở phụ nữ có PCOS. Letrozole được coi là thuốc điều trị dược lý hàng đầu để kích thích rụng trứng ở phụ nữ có PCOS bị vô sinh do không phóng noãn[10]. Một phân tích tổng hợp gần đây bao gồm 10 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (RCT) với 948 phụ nữ có PCOS đã đánh giá mối liên quan trong việc sử dụng aspirin liều thấp kết hợp với letrozole trong điều trị hỗ trợ sinh sản ở phụ nữ có PCOS[13]. Việc kết hợp aspirin và letrozole giúp cải thiện đáng kể kết quả sinh sản, bao gồm tăng tỷ lệ mang thai và giảm tỷ lệ sẩy thai. Thai phụ có PCOS có thể dùng aspirin liều thấp trong thai kỳ để phòng

ngừa tiền sản giật và các kết quả bất lợi bao gồm chậm phát triển trong tử cung, sinh non, nhẹ cân và tử vong chu sinh[7].

Quản lý sau sinh

Sau sinh, người có PCOS được khuyến cáo nên cho con bú sữa mẹ và đặt mục tiêu đạt được cân nặng khỏe mạnh do có nguy cơ béo phì và tiểu đường type 2 cao[12]. Việc giảm tần suất cho con bú có thể liên quan đến việc tăng chỉ số BMI. Các biến chứng bất lợi sau sinh như tim mạch, tiền sản giật và sản giật, tăng huyết áp, bệnh huyết khối, suy tim sung huyết, tai biến mạch máu não, và tâm thần sau sinh gia tăng 1,3 – 1,5 lần, trong khi tỷ lệ trầm cảm sau sinh cao hơn 1,5 lần ở phụ nữ có PCOS[1]. Tránh thai và kế hoạch hóa gia đình nên được xem xét sau khi sinh, đặc biệt vì hormone thai kỳ có thể điều hòa giảm hoạt động của tuyến yên và tạo điều kiện phục hồi rụng trứng sau sinh. Cần thực hiện nhiều nghiên cứu hơn để theo dõi phụ nữ có PCOS sau sinh.

KẾT LUẬN

Hội chứng buồng trứng đa nang là một hội chứng rối loạn trao đổi chất phổ biến nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, là nguyên nhân hàng đầu gây ra nguy cơ vô sinh và các biến chứng ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe thai kỳ. Mặc dù sản giật, thai nhỏ so với tuổi thai, thai to so với tuổi thai, sinh bằng dụng cụ hỗ trợ, và trầm cảm chu sinh không có sự khác biệt giữa các nhóm mang và không có PCOS trong các phân tích tổng hợp. Tác động của công nghệ hỗ trợ sinh sản trong thai kỳ có thể đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá rủi ro trong thai kỳ ở phụ nữ có PCOS.

Một số hướng dẫn dựa trên bằng chứng quốc tế để đánh giá và quản lý PCOS bao gồm xem xét chỉ số BMI trước khi thụ thai, tình trạng tăng huyết áp và tiểu đường khi sàng lọc, quản lý lâm sàng thai kỳ. Điều quan trọng là tình trạng mang hội chứng buồng trứng đa nang phải được nắm bắt và công nhận trong quá trình chăm sóc trước sinh và đánh giá rủi ro. Nên can thiệp sớm về lối sống như hút thuốc, rượu, chế độ ăn uống, tập thể dục, giấc ngủ và sức khỏe tâm thần, sức khỏe cảm xúc cho thai phụ mang hội chứng buồng trứng đa nang. Nên thực hiện xét nghiệm sàng lọc bằng xét nghiệm 75 g OGTT cho tất cả thai phụ mang hội chứng buồng trứng đa nang khi lập kế hoạch mang thai hoặc tham gia điều trị sinh sản, nhằm kiểm soát nguy cơ tăng đường huyết và các bệnh đi kèm liên quan trong thai kỳ. Nếu không được thực hiện trong giai đoạn tiền thai, 75 g OGTT nên được thực hiện ở lần khám thai đầu tiên và lặp lại khi thai được 24 – 28 tuần. Những khuyến nghị này có khả năng tác động đáng kể đến thực hành lâm sàng và sẽ mang lại các cơ hội cao trong phòng ngừa, giúp giảm chi phí và tỷ lệ mắc bệnh.

Các hướng dẫn khuyến nghị sử dụng metformin để hỗ trợ quản lý cân nặng và cải thiện các yếu tố nguy cơ liên quan đến các bệnh chuyển hóa và tim mạch, đặc biệt ở những người thừa cân hoặc béo phì. Letrozole được coi là phương pháp điều trị dược lý hàng đầu cho tình trạng vô sinh do không rụng trứng ở người có PCOS. Các phương pháp điều trị cá nhân hóa nên được xem xét trong việc quản lý thai kỳ khi mắc PCOS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alur – Gupta S, Boland MR, Barnhart KT, Sammel MD, Dokras A. Postpartum complications increased in women with polycystic ovary syndrome. Am J Obstet Gynecol. 2021 Mar;224(3):280.e1 – 280.e13. doi: 10.1016/j.ajog.2020.08.048. Epub 2020 Aug 21. PMID: 32835722; PMCID: PMC7897332.
2. Bahri Khomami M, Joham AE, Boyle JA, Piltonen T, Silagy M, Arora C, Misso ML, Teede HJ, Moran LJ. Increased maternal pregnancy complications in polycystic ovary syndrome appear to be independent of obesity – A systematic review, meta – analysis, and meta – regression. Obes Rev. 2019 May;20(5):659 – 674. doi: 10.1111/obr.12829. Epub 2019 Jan 23. PMID: 30674081.
3. Bahri Khomami M, Teede HJ, Joham AE, Moran LJ, Piltonen TT, Boyle JA. Clinical management of pregnancy in women with polycystic ovary syndrome: An expert opinion. Clin Endocrinol (Oxf). 2022 Aug;97(2):227 – 236. doi: 10.1111/cen.14723. Epub 2022 Apr 5. PMID: 35383999; PMCID: PMC9544149.
4. Bedrick BS, Eskew AM, Chavarro JE, Jungheim ES. Self – Administered Questionnaire to Screen for Polycystic Ovarian Syndrome. Womens Health Rep (New Rochelle). 2020 Dec 16;1(1):566 – 573. doi: 10.1089/whr.2020.0073. PMID: 33786523; PMCID: PMC7785063.
5. Brutocao C, Zaiem F, Alsawas M, Morrow AS, Murad MH, Javed A. Psychiatric disorders in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta – analysis. Endocrine. 2018 Nov;62(2):318 – 325. doi: 10.1007/s12020 – 018 – 1692 – 3. Epub 2018 Jul 31. PMID: 30066285.
6. Cao Q, Hu Y, Fu J, Huang X, Wu L, Zhang J, Huang W. Gestational metformin administration in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta – analysis of randomized control studies. J Obstet Gynaecol Res. 2021 Dec;47(12):4148 – 4157. doi: 10.1111/jog.15044. Epub 2021 Sep 27. PMID: 34571574.
7. Choi YJ, Shin S. Aspirin Prophylaxis During Pregnancy: A Systematic Review and Meta – Analysis. Am J Prev Med. 2021 Jul;61(1):e31 – e45. doi: 10.1016/j.amepre.2021.01.032. Epub 2021 Mar 30. PMID: 33795180.
8. Elenis E, Desroziers E, Persson S, Sundström Poromaa I, Campbell RE. Early initiation of anti – androgen treatment is associated with increased probability of spontaneous conception leading to childbirth in women with polycystic ovary syndrome: a population – based multiregistry cohort study in Sweden. Hum Reprod. 2021 Apr 20;36(5):1427 – 1435. doi: 10.1093/humrep/deaa357. PMID: 33454768; PMCID: PMC8058592.
9. Facchinetti F, Orrù B, Grandi G, Unfer V. Short – term effects of metformin and myo – inositol in women with polycystic ovarian syndrome (PCOS): a meta – analysis of randomized clinical trials. Gynecol Endocrinol. 2019 Mar;35(3):198 – 206. doi: 10.1080/09513590.2018.1540578. Epub 2019 Jan 7. PMID: 30614282.
10. Helena Teede, Chau Thien Tay, Joop Laven, Anuja Dokras, Lisa Moran, Terhi Piltonen, Michael Costello, Jacky Boivin, Leanne Redman, Jacqueline Boyle, Robert Norman, Aya Mousa, Anju Joham. International Evidence – based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome 2023. Monash University. https://doi.org/10.26180/24003834.v1.
11. Sun YF, Zhang J, Xu YM, Cao ZY, Wang YZ, Hao GM, Gao BL. High BMI and Insulin Resistance Are Risk Factors for Spontaneous Abortion in Patients With Polycystic Ovary Syndrome Undergoing Assisted Reproductive Treatment: A Systematic Review and Meta – Analysis. Front Endocrinol (Lausanne). 2020 Dec 3;11:592495. doi: 10.3389/fendo.2020.592495. PMID: 33343510; PMCID: PMC7744738.
12. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, Piltonen T, Norman RJ; International PCOS Network. Recommendations from the international evidence – based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Fertil Steril. 2018 Aug;110(3):364 – 379. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.05.004. Epub 2018 Jul 19. PMID: 30033227; PMCID: PMC6939856.
13. Yu Q, Wang Z, Su F, Wang M. Effectiveness and safety of aspirin combined with letrozole in the treatment of polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta – analysis. Ann Palliat Med. 2021 Apr;10(4):4632 – 4641. doi: 10.21037/apm – 21 – 606. PMID: 33966411.
14. Zhao H, Xing C, Zhang J, He B. Comparative efficacy of oral insulin sensitizers metformin, thiazolidinediones, inositol, and berberine in improving endocrine and metabolic profiles in women with PCOS: a network meta – analysis. Reprod Health. 2021 Aug 18;18(1):171. doi: 10.1186/s12978 – 021 – 01207 – 7. PMID: 34407851; PMCID: PMC8371888.
15. Zhou H, Zhang D, Luo Z, Yang A, Cui N, Hao G, Wang W. Association between Body Mass Index and Reproductive Outcome in Women with Polycystic Ovary Syndrome Receiving IVF/ICSI – ET. Biomed Res Int. 2020 Aug 21;2020:6434080. doi: 10.1155/2020/6434080. PMID: 32908902; PMCID: PMC7463361.