NHỮNG VẤN ĐỀ SỨC KHỎE TUỔI MÃN KINH Ở PHỤ NỮ CÓ HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

BS. Nguyễn Tấn Minh, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ, GS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng

Nhóm nghiên cứu Hội chứng Buồng trứng đa nang, Bệnh viện đa khoa Mỹ Đức

MỞ ĐẦU

Hội chứng buồng trứng đa nang (Polycystic ovary syndrome – PCOS) là một trong những rối loạn thần kinh – chuyển hóa – nội tiết – sinh sản thường gặp ở phụ nữ. Hội chứng này thường được nhắc đến ở nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Tuy nhiên, các rối loạn liên quan đến hội chứng này được ghi nhận có thể ảnh hưởng đến các giai đoạn khác nhau trong cuộc đời của người phụ nữ. Đặc biệt, ở mỗi giai đoạn, các biểu hiện, rối loạn lại có những đặc trưng khác nhau, đòi hỏi cách tiếp cận phù hợp.

Mãn kinh là một trạng thái sinh lý diễn tiến tự nhiên của người phụ nữ. Sự duy trì tình trạng cường androgen song song với các thay đổi nồng độ của các nội tiết sinh dục nữ, kết hợp với quá trình tái phân bố mỡ tập trung chủ yếu ở vùng bụng dẫn đến hàng loạt các biến đổi liên quan đến nguy cơ mắc các tình trạng bao gồm: tăng đề kháng insulin, tăng nguy cơ bệnh lý ác tính, tăng huyết áp và bệnh lý tim mạch cùng các các rối loạn sức khỏe tinh thần khác. Sự tương tác của hai vấn đề sức khỏe này có thể khiến cho các vấn đề sức khỏe của người bệnh trở nên nghiêm trọng hơn, vấn đề quản lý và chăm sóc để đảm bảo chất lượng cuộc sống của họ cũng khó khăn hơn. Bài viết này đề cập các vấn đề liên quan đến tuổi mãn kinh của một phụ nữ có PCOS đã được chẩn đoán trước đó.

CÁC ĐẶC ĐIỂM CỦA PHỤ NỮ CÓ PCOS TUỔI MÃN KINH

Các biểu hiện, rối loạn của người phụ nữ có PCOS tuổi mãn kinh có những đặc trưng đa dạng.

Độ tuổi mãn kinh

Các nghiên cứu hiện tại ghi nhận tuổi mãn kinh của nhóm phụ nữ có PCOS có thể muộn hơn 2 năm đến 4 năm so với nhóm không có PCOS mặc dù tốc độ suy giảm chức năng và số lượng noãn của buồng trứng là tương đương[1]. Nghiên cứu theo dõi dài hạn trong 24 năm cho thấy những phụ nữ PCOS có kinh thưa và cường androgen (n = 27) mãn kinh muộn hơn bốn năm so với phụ nữ ở nhóm chứng (n = 94)[2]. Một nghiên cứu khác thực hiện tại Thụy Điển cho thấy PCOS có liên quan đến độ tuổi mãn kinh muộn hơn (tỷ số nguy cơ theo thời gian: 0,44 [0,28 – 0,71])[3]. Nghiên cứu thuần tập Tehran Lipid và Glucose sử dụng mô hình dự đoán dựa trên mức AMH, ước tính độ tuổi mãn kinh là 51,4 tuổi ở phụ nữ có PCOS và 49,7 tuổi ở nhóm đối chứng[1].

Chu kỳ kinh nguyệt

Khi bắt đầu bước vào giai đoạn mãn kinh, chu kỳ kinh của các phụ nữ có PCOS có xu hướng đều đặn hơn do sự suy giảm số lượng nang noãn, dẫn đến giảm chế tiết nồng độ inhibin B, làm nồng độ FSH trở về ngưỡng bình thường và giúp gây phóng noãn theo chu kỳ[1]. Nghiên cứu ghi nhận ở các bệnh nhân có PCOS, nồng độ FSH thấp hơn, tỷ lệ người bệnh có FSH > 50 IU/L cũng thấp hơn so với phụ nữ ở nhóm chứng[5]. (Hình 1)

Cường androgen

Điểm quan trọng trong rối loạn nội tiết ở phụ nữ có PCOS tuổi mãn kinh là dù hoạt động của buồng trứng suy giảm nhưng cường androgen vẫn duy trì về biểu hiện lâm sàng và sinh hóa. Markopoulos và cộng sự ghi nhận sự gia tăng nồng độ 17–hydroxyprogesterone, Δ4–androstenedione (Δ4A), DHEAS (dehydroepiandrosterone sulfate), chỉ số androgen tự do (Free Androgen Index – FAI); trong khi đó, nồng độ testosterone và nồng độ SHBG (Sex–hormone binding globulin) duy trì ở ngưỡng thấp. Việc định lượng nồng độ testosterone tự do, Δ4A và FAI là những chỉ dấu chính xác nhất để xác định tình trạng cường androgen ở phụ nữ có PCOS ở mọi lứa tuổi. Điều này làm nghiêm trọng hơn tình trạng rối loạn chuyển hóa lipid và viêm mạn tính toàn thân[3,6]. Bên cạnh đó, nồng độ androgen tự do cao ở phụ nữ có PCOS mãn kinh dẫn đến gia tăng nồng độ estrogen không được đối kháng đầy đủ theo 3 cơ chế sau: (1) Tình trạng rối loạn phân bố mỡ/béo phì (yếu tố nguy cơ quan trọng nhất), làm tăng quá trình aromatase hóa androgen thành estrogen ở mô mỡ, gây tăng estrogen không đối kháng, (2) Tăng đề kháng insulin dẫn đến tăng nồng độ insulin ở máu ngoại vi, từ đó làm tăng nồng độ LH tiết ra từ tuyến yên kéo theo sự tăng nồng độ androgen từ buồng trứng, (3) Tăng nồng độ insulin còn góp phần làm gia tăng nồng độ IGF–I (insulin–like growth factor I) và làm tăng tiết androgen từ tế bào vỏ buồng trứng[1].

Kháng insulin

Tình trạng kháng insulin vẫn tiếp tục hiện hữu và có thể trở nên trầm trọng hơn do xu hướng tăng rối loạn tích lũy mỡ nội tạng và cường androgen. Tình trạng đề kháng insulin này làm tăng nguy cơ đái tháo đường type 2 gấp 2 lần ở nhóm phụ nữ khi bắt đầu bước vào thời kỳ mãn kinh[7].

CÁC TRIỆU CHỨNG RỐI LOẠN TUỔI MÃN KINH

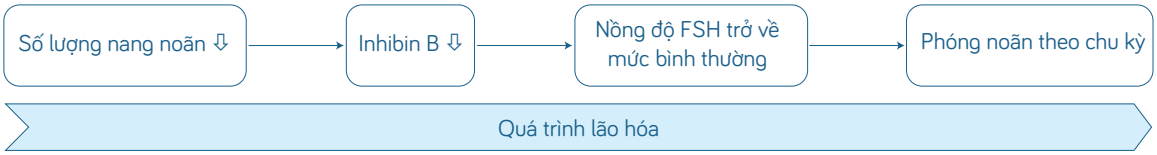
Các triệu chứng mãn kinh cũng có sự thay đổi. Các nghiên cứu trước đây cho rằng triệu chứng bốc hỏa có liên quan đến nồng độ FSH cao ở phụ nữ mãn kinh và đưa ra giả thuyết rằng ở nhóm phụ nữ mãn kinh có PCOS sẽ ít gặp triệu chứng này hơn do nồng độ FSH không tăng cao. Tương tự, một cơ chế khác đóng vai trò trong việc làm giảm các triệu chứng bốc hỏa liên quan đến quá trình aromatase hóa androgen thành estrogen[1].

NHỮNG VẤN ĐỀ SỨC KHỎE Ở NGƯỜI PHỤ NỮ CÓ PCOS TUỔI MÃN KINH

Phụ nữ mãn kinh có PCOS có nguy cơ đối diện với những biến đổi về sinh lý và chuyển hóa gây ảnh hưởng đáng kể lên sức khỏe. (Hình 2)

Bệnh lý ác tính

Việc không có sự đối kháng đầy đủ với estrogen do không phóng noãn và tăng estrogen trường diễn ở phụ nữ có PCOS tuổi mãn kinh về lý thuyết là yếu tố nguy cơ



Hình 1. Sự thay đổi về sinh lý chức năng buồng trứng ở phụ nữ mãn kinh có PCOS.

quan trọng nhất làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý ác tính phụ thuộc nồng độ estrogen bao gồm: ung thư nội mạc tử cung, ung thư buồng trứng, ung thư vú[8]. Về ung thư nội mạc tử cung, các dữ liệu mạnh hiện có ủng hộ cho mối liên quan mật thiết giữa tăng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung và PCOS. Trong một phân tích gộp bao gồm 11 nghiên cứu, khảo sát 919 phụ nữ có PCOS và 72.054 phụ nữ không có PCOS ở nhóm chứng, Barry và cộng sự đã kết luận rằng phụ nữ có PCOS có nguy cơ cao mắc ung thư nội mạc tử cung (Tỷ số odds – OR: 2,8, KTC 95%, 1,3 – 5,9; p = 0,008). Khi phân tích theo độ tuổi, phụ nữ từ 54 tuổi trở lên, nguy cơ mắc ung thư nội mạc tử cung càng tăng cao ở nhóm phụ nữ có PCOS (OR: 4,1, KTC 95%, 2,4 – 6,8; p< 0,001)[9]. Ngược lại, không có mối liên hệ rõ ràng giữa PCOS và ung thư vú hay ung thư buồng trứng. Tuy nhiên, điểm hạn chế của phân tích tổng hợp trên là cỡ mẫu các nghiên cứu nhỏ, chưa kiểm soát được các yếu tố gây nhiễu như chỉ số khối cơ thể (BMI), tỷ lệ có đái tháo đường type 2 kèm theo, việc sử dụng viên nội tiết tránh thai ở các đối tượng nghiên cứu[9]. Các nhà khoa học đề xuất duy trì sự ổn định của nồng độ estrogen và progesterone góp phần làm giảm nguy cơ ung thư nội mạc tử cung ở nhóm phụ nữ có PCOS. Sử dụng thuốc ngừa thai dạng uống chỉ chứa progesterone hoặc sử dụng dụng cụ tử cung phóng thích lenovogestrel có thể giúp đối kháng với nồng độ estrogen tăng cao và làm giảm nguy cơ mắc ung thư nội mạc tử cung. Bên cạnh đó, metformin cũng có thể được sử dụng để làm tăng nhạy cảm insulin và giảm nồng độ androgen; tuy nhiên, vẫn cần thêm các nghiên cứu trước khi đưa ra kết luận[1]. Tất cả những phụ nữ mãn kinh có hội chứng trên nếu có tình trạng rong kinh, xuất huyết tử cung bất thường đều được khuyến cáo khảo sát hình ảnh học bằng siêu âm và sinh thiết nội mạc tử cung để xác định sớm tình trạng và chẩn đoán sớm giai đoạn bệnh. Từ đó, có biện pháp điều trị phù hợp[1].

Thừa cân – béo phì

Thừa cân – béo phì là một trong những rối loạn thường gặp nhất ở những phụ nữ có PCOS, làm trầm trọng hơn tình trạng rối loạn về chuyển hóa và sinh sản. Trong một nghiên cứu cắt ngang khảo sát 200 phụ nữ có PCOS (độ tuổi trung bình 50,5; trong đó có 12,6% phụ nữ mãn kinh) và 200 phụ nữ nhóm chứng cùng độ tuổi (40,5% phụ nữ mãn kinh), Meun và cộng sự đưa ra kết quả rằng BMI và chu vi vòng eo cao hơn ở nhóm phụ nữ có PCOS[10]. Tương tự, nghiên cứu thực hiện kéo dài 31 năm của Wild và cộng sự ghi nhận chỉ số BMI và tỷ số eo : hông cao hơn ở nhóm phụ nữ có PCOS so với nhóm chứng[11]. Trái lại, Schmidt và các cộng sự lại cho rằng không có sự khác biệt về BMI và tỷ số eo:hông giữa nhóm phụ nữ có PCOS mãn kinh và nhóm chứng[12]. Nhìn chung, hầu hết các nghiên cứu đều cho rằng phụ nữ có PCOS khi mãn kinh sẽ thừa cân – béo phì hơn so với những phụ nữ khỏe mạnh cùng lứa tuổi.

Rối loạn chuyển hóa lipid máu

Đây là rối loạn chuyển hóa thường gặp nhất ở các phụ nữ có PCOS, chiếm tỷ lệ gần 70%[8]. Một tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp dựa trên 30 nghiên cứu khác nhau thực hiện trên nhóm phụ nữ trước 45 tuổi cho kết quả phụ nữ có PCOS có nồng độ lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL–C) và triglyceride cao; trong khi đó nồng độ lipoprotein tỷ trọng cao (HDL–C) lại thấp hơn so với nhóm chứng[13]. Thêm vào đó, Schmidt và cộng sự ghi nhận đơn thuần nồng độ triglyceride duy trì ở mức cao ở nhóm phụ nữ mãn kinh có PCOS[12]. Một phân tích cắt ngang dựa trên đoàn hệ SWAN (Study of Women's Health Across the Nation) bao gồm 2.543 phụ nữ với độ tuổi trung bình 45,8 ghi nhận tỷ lệ rối loạn lipid máu giảm theo tỷ lệ thuận với mức độ nặng của triệu chứng biểu hiện của PCOS; tỷ lệ có rối loạn lipid máu ở nhóm phụ nữ với triệu chứng cường androgen + kinh thưa, cường androgen + chu kỳ kinh bình thường, nồng độ androgen bình thường + kinh thưa, nồng độ androgen bình thường và chu kỳ kinh bình thường, lần lượt là 31,3%, 20,1%, 18,4%, 16,2%[14]. Nguy cơ rối loạn chuyển hóa lipid vẫn tồn tại khi phụ nữ có PCOS bước vào giai đoạn mãn kinh và nguy cơ càng tăng thêm nếu kèm với tình trạng béo phì – thừa cân. Hệ quả làm tăng nguy cơ cho sự xuất hiện của hội chứng chuyển hóa và các biến cố về tim mạch. Vì vậy, khuyến cáo đầu tay để phòng ngừa nguy cơ mắc các rối loạn trên chính là thay đổi lối sống, chế độ ăn uống và cần tham vấn bác sĩ chuyên khoa về việc xây dựng chiến lược giảm cân phù hợp thông qua bộ ba: cải thiện lối sống theo hướng tích cực, duy trì chế độ dinh dưỡng phù hợp và xem xét điều trị bằng thuốc tập trung vào việc giảm acid béo tự do thông qua đánh giá nồng độ triglyceride[15]. Chiến lược cụ thể chủ yếu tập trung vào mục tiêu tạo động lực cho người bệnh béo phì – thừa cân giảm từ 5% đến 10% khối lượng cơ thể, bao gồm: tiêu hao năng lượng khoảng 30% mỗi ngày và nạp từ 1.200 – 1.500 kcal/ngày. Thời gian vận động thể lực nên được duy trì tối thiểu 150 phút/tuần với các vận động cường độ trung bình và 75 phút/tuần với các vận động cường độ cao; cần lưu ý tập luyện các động tác làm tăng sức cơ trong ít nhất 2 ngày/tuần[16]. Mặt khác, nên thực các xét nghiệm tầm soát rối loạn lipid máu hằng năm để có thể phát hiện sớm bệnh lý.

Rối loạn dung nạp đường/ đái tháo đường type 2

Đề kháng insulin là đặc điểm bệnh sinh quan trọng trong PCOS, phụ nữ có hội chứng này có nguy cơ cao mắc rối loạn dung nạp đường và hậu quả có thể dẫn đến đái tháo đường type 2. Ngoài ra, ở phụ nữ có PCOS, thể trạng thừa cân – béo phì cũng góp phần làm tăng nặng hơn tình trạng kháng insulin, dẫn đến tăng nguy cơ mắc đái tháo đường type 2 so với nhóm phụ nữ không béo phì[5]. Quá trình lão hóa và giảm nồng độ estrogen góp phần làm tăng nguy cơ đề kháng insulin và béo phì, cuối cùng dẫn đến tình trạng rối loạn dung nạp đường ở mọi phụ nữ. Mặc dù phụ nữ có PCOS có thể có rối loạn dung nạp đường huyết sớm hơn so với phụ nữ không có hội chứng này, nhưng khi bước vào giai đoạn mãn kinh, dường như các phụ nữ không có PCOS "bắt kịp" nguy cơ mắc rối loạn dung nạp đường/đái tháo đường type 2[5]. Số liệu của nghiên cứu NFBC66 cho thấy phụ nữ trước 46 tuổi có PCOS cân nặng ở mức bình thường có nguy cơ mắc tiền đái tháo đường và đái tháo đường type 2 là như nhau so với nhóm chứng[17]. Ngược lại, với các phụ nữ thừa cân – béo phì, nguy cơ mắc đái tháo

đường type 2 cao hơn hẳn ở nhóm phụ nữ có PCOS[17]. Phân tích SWAN đã đề cập ở trên cũng ghi nhận tỷ lệ rối loạn dung nạp đường huyết giảm theo tỷ lệ thuận với mức độ nặng của triệu chứng biểu hiện của PCOS; tỷ lệ có rối loạn dung nạp đường ở nhóm phụ nữ với triệu chứng cường androgen + kinh thưa, cường androgen + chu kỳ kinh bình thường, nồng độ androgen bình thường + kinh thưa, nồng độ androgen bình thường và chu kỳ kinh bình thường, lần lượt là 25%, 12,7%, 11,5%, 9,2%[14]. Hiện nay, các nhà lâm sàng khuyến cáo rằng tất cả phụ nữ có PCOS nên được tầm soát đái tháo đường type 2 hằng năm. Tầm soát tối ưu nhất là bằng kết hợp đường máu khi đói, HbA1C và nghiệm pháp dung nạp đường. Khuyến cáo này cần được áp dụng bất kể độ tuổi và BMI[18]. Mục đích nhằm đưa ra chẩn đoán sớm để thiết lập một chế độ chăm sóc phù hợp, quan trọng nhất là kiểm soát cân nặng trong ngưỡng bình thường.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH LÝ TIM MẠCH VÀ CÁC BIẾN CỐ TIM MẠCH

Về mặt rối loạn bệnh sinh, phụ nữ có PCOS vốn dĩ phải đối diện với nguy cơ hội chứng chuyển hóa cao hơn so với phụ nữ khỏe mạnh. Một nghiên cứu bệnh chứng đa trung tâm được thực hiện ở Bắc Âu cho kết quả nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa tăng gấp 2 lần ở nhóm phụ nữ có PCOS cường androgen so với nhóm chứng[19]. Tương tự, một nghiên cứu khác được thực hiện trên 39 phụ nữ có PCOS và 296 phụ nữ thuộc nhóm chứng tại một trung tâm y khoa cho thấy nồng độ triglyceride và chỉ số kháng insulin (HOMA–IR) tăng cao ở nhóm phụ nữ có PCOS[20]. Thêm vào đó, ở nghiên cứu NFBC66, nhóm phụ nữ có PCOS bắt đầu ghi nhận sự gia tăng huyết áp từ năm 31 tuổi và được chẩn đoán tăng huyết áp ở tuổi 46[17]. Những yếu tố kể trên góp phần gia tăng các biến cố tim mạch có thể gặp ở các phụ nữ có PCOS và trở nên nghiêm trọng hơn dưới sự tương tác của quá trình lão hóa và các rối loạn tăng nặng thêm khi bước vào tuổi mãn kinh. Nghiên cứu NFBC66 đã chỉ ra rằng phụ nữ trước 46 tuổi có PCOS có tỷ lệ nhồi máu cơ tim và các biến cố tim mạch cao hơn nhóm chứng[17]. Một nghiên cứu khác ở Đan Mạch cũng cho kết quả tương tự (tỷ lệ phụ nữ có PCOS mắc các biến cố tim mạch là 22,6/1.000 bệnh nhân.năm so với 13,2/1.000 bệnh nhân.năm của nhóm chứng)[21]. Chính vì nguy cơ mắc các biến cố tim mạch cao hơn so với phụ nữ dân số chung, theo hướng dẫn lâm sàng về quản lý PCOS năm 2023 đã khuyến cáo nên tầm soát tình trạng lipid máu (bao gồm định lượng nồng độ cholesterol, LDL–C, HDL–C và triglyceride) bất kể độ tuổi và BMI ngay khi thiết lập được chẩn đoán, đồng thời nên được kiểm tra huyết áp mỗi năm để giúp phát hiện sớm và điều trị kịp thời[18].

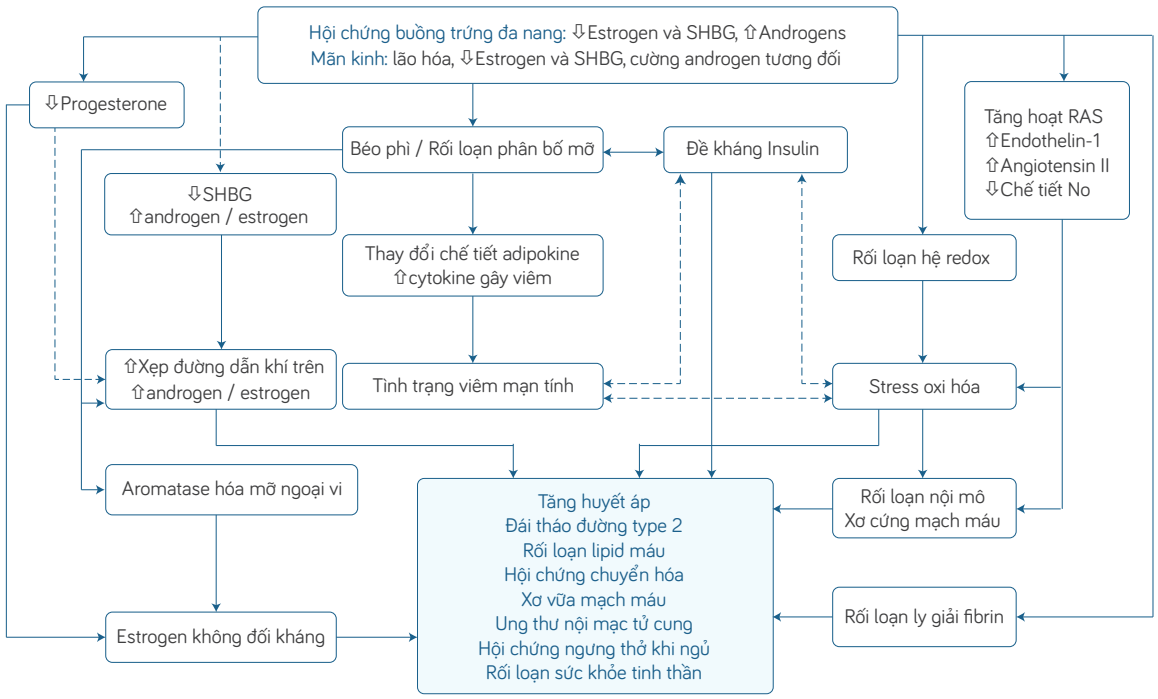
CÁC RỐI LOẠN VỀ SỨC KHỎE TINH THẦN

Rối loạn lo âu và trầm cảm là một trong những rối loạn sức khỏe tinh thần thường gặp nhất ở phụ nữ có PCOS bất kể mọi lứa tuổi. Phụ nữ có PCOS tăng nguy cơ gấp từ 3 đến 8 lần mắc các triệu chứng trầm cảm và tăng gấp bảy lần nguy cơ tự sát[22]. Mặc dù nguy cơ rối loạn lo âu và trầm cảm là vấn đề lớn ở phụ nữ có PCOS, việc tiếp cận chẩn đoán, chăm sóc và quản lý các vấn đề về sức khỏe tinh thần ở nhóm phụ nữ này ở thời điểm hiện tại là chưa đầy đủ. Hiện nay, số liệu về tỷ lệ phụ nữ có PCOS có các biểu hiện trầm cảm vẫn còn hạn chế. Vì vậy, các hướng dẫn lâm sàng

khuyến cáo nên tầm soát bệnh lý trầm cảm ở mọi phụ nữ bất kể lứa tuổi ngay tại thời điểm chẩn đoán được thiết lập và cần tầm soát bệnh lý này ở mọi giai đoạn cuộc sống của người phụ nữ[18]. Bên cạnh đó, việc phát hiện sớm và can thiệp kịp thời các rối loạn chuyển hóa và nội tiết của PCOS cũng góp phần cải thiện sức khỏe tinh thần của người bệnh. Số liệu hiện tại còn nhiều tranh cãi. Nghiên cứu của nhóm tác giả Wright và cộng sự, phụ nữ ≥43 tuổi có PCOS có chất lượng cuộc sống tinh thần tương đối tốt hơn so với phụ nữ từ 18 đến 42 tuổi[22]. Thêm vào đó, nghiên cứu cắt ngang của Forslund và cộng sự (2022) cho kết quả không có sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm giữa phụ nữ có PCOS (52 ± 5 tuổi) so với nhóm chứng[23]. Nhóm tác giả đặt giả thuyết rằng nguyên nhân có thể là do hiếm muộn không còn là mối quan tâm hàng đầu ở nhóm phụ nữ mãn kinh và dường như họ đã "thích nghi" với các biến đổi về nội tiết và chuyển hóa của PCOS. Do đó, việc chăm sóc sức khỏe tinh thần cần được xem xét theo hướng cá thể hóa dựa trên việc hiểu biết sâu sắc các phương diện khác nhau liên quan đến người bệnh từ các vấn đề sức khỏe đến cuộc sống và các mối quan hệ xã hội.

TIẾP CẬN PHỤ NỮ TUỔI MÃN KINH CÓ PCOS

Chẩn đoán sớm PCOS ở người phụ nữ trước và ngay khi bước vào độ tuổi sinh sản là quan trọng vì hiện tại y văn vẫn chưa có đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán PCOS ở nhóm phụ nữ quanh mãn kinh và mãn kinh. Tuy nhiên, việc chẩn đoán sớm PCOS không phải dễ dàng, nghiên cứu cắt ngang của tác giả Sherif và cộng sự mô tả quá trình chẩn đoán PCOS ở phụ nữ béo phì khi họ đến các cơ sở y tế chăm sóc sức khỏe ban đầu, có tổng cộng 251 phụ nữ béo phì có PCOS và 75 bác sĩ chăm sóc sức khỏe ban đầu tham gia vào nghiên cứu, kết quả cho thấy chỉ khoảng một nửa trong số đó được chẩn đoán PCOS và



Hình 2. Sơ đồ mô tả cơ chế bệnh sinh và các vấn đề sức khỏe ở phụ nữ mãn kinh có PCOS[8].
Chú thích: RAS (Renin–Angiotensin System): Hệ Renin–Angiotensin

được bắt đầu liệu trình điều trị[24]. 25% số phụ nữ cho rằng họ được chẩn đoán sai trước khi được chẩn đoán đúng bởi các chuyên gia[24].

Bác sĩ nội tiết/hỗ trợ sinh sản đóng vai trò rất quan trọng trong việc trao đổi kinh nghiệm chuyên môn với các bác sĩ chăm sóc sức khỏe ban đầu, đồng thời truyền thông đến tất cả phụ nữ ở mọi lứa tuổi về những triệu chứng đầu tiên của PCOS (ví dụ: thừa cân – béo phì, rối loạn chu kỳ kinh nguyệt, v.v...) nhằm giúp phát hiện sớm bệnh lý để có thể can thiệp và dự phòng các hậu quả trong tương lai. Bên cạnh đó, bác sĩ hỗ trợ sinh sản cần phải phối hợp với bác sĩ nội tiết thiết lập kế hoạch chăm sóc các phụ nữ có PCOS sau sinh nhằm giúp họ có thể cải thiện và duy trì tình trạng sức khỏe, đảm bảo chất lượng cuộc sống về lâu dài cho người bệnh.

KẾT LUẬN

PCOS là một rối loạn về nội tiết – chuyển hóa – thần kinh và sinh sản toàn thân có liên quan đến hàng loạt những nguy cơ mắc các bệnh lý như ung thư, béo phì, đái tháo đường type 2, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hội chứng chuyển hóa, bệnh lý tim mạch cao hơn so với phụ nữ không có hội chứng này. Các vấn đề sức khỏe này sẽ trở nên trầm trọng hơn khi người phụ nữ có PCOS bước vào tuổi mãn kinh như là sự giao thoa của các vấn đề sức khỏe đặc thù của PCOS, lão hóa, các vấn đề sức khỏe tuổi mãn kinh. Với tính chất phức tạp như vậy, cần có chiến lược tiếp cận sớm, toàn diện, cá thể hóa nhằm đảm bảo chất lượng cuộc sống tốt nhất cho đối tượng phụ nữ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Matevossian K, Carpinello O. Polycystic Ovary Syndrome: Menopause and Malignancy. Clin Obstet Gynecol. 2021;64(1):102-109. doi:10.1097/GRF.0000000000000560.
2. Forslund M, Landin-Wilhelmsen K, Krantz E, et al. Health-Related Quality of Life in perimenopausal women with PCOS. Clin Exp Obstet Gynecol. 2022;49(2):052. doi:10.31083/j.ceog4902052.
3. Çelik Ö, Köse MF. An overview of polycystic ovary syndrome in aging women. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2021;22(4):326-333. doi:10.4274/jtgga.galenos.2021.2021.0077.
4. Minooee S, Ramezani Tehrani F, Rahmati M, Mansournia MA, Azizi F. Prediction of age at menopause in women with polycystic ovary syndrome. Climacteric. 2018;21(1):29-34. doi:10.1080/13697137.2017.1392501.
5. Ollila MM, Piltonen TT, Tapanainen JS, Morin-Papunen L. Aging women with polycystic ovary syndrome: menstrual cycles, metabolic health, and health-related quality of life. Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research. 2020;12:14-19. doi:10.1016/j.coemr.2020.02.010.
6. Markopoulos MC, Rizos D, Valsamakis G, et al. Hyperandrogenism in women with polycystic ovary syndrome persists after menopause. J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(3):623-631. doi:10.1210/jc.2010-0130.
7. Wang ET, Calderon-Margalit R, Cedars MI, et al. Polycystic ovary syndrome and risk for long-term diabetes and dyslipidemia. Obstet Gynecol. 2011;117(1):6-13. doi:10.1097/AOG.0b013e31820209bb.
8. Helvaci N, Yildiz BO. The impact of ageing and menopause in women with polycystic ovary syndrome. Clinical Endocrinology. 2022;97(3):371-382. doi:10.1111/cen.14558.
9. Barry JA, Azizia MM, Hardiman PJ. Risk of endometrial, ovarian and breast cancer in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update. 2014;20(5):748-758. doi:10.1093/humupd/dmu012.
10. Meun C, Gunning MN, Louwers YV, et al. The cardiovascular risk profile of middle-aged women with polycystic ovary syndrome. Clin Endocrinol (Oxf). 2020;92(2):150-158. doi:10.1111/cen.14117.
11. Wild S, Pierpoint T, McKeigue P, Jacobs H. Cardiovascular disease in women with polycystic ovary syndrome at long-term follow-up: a retrospective cohort study. Clin Endocrinol (Oxf). 2000;52(5):595-600. doi:10.1046/j.1365-2265.2000.01000.x.
12. Schmidt J, Landin-Wilhelmsen K, Brännström M, Dahlgren E. Cardiovascular disease and risk factors in PCOS women of postmenopausal age: a 21-year controlled follow-up study. J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(12):3794-3803. doi:10.1210/jc.2011-1677.
13. Wild RA, Rizzo M, Clifton S, Carmina E. Lipid levels in polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis. Fertil Steril. 2011;95(3):1073-1079.e1-11. doi:10.1016/j.fertnstert.2010.12.027.
14. Polotsky AJ, Allshouse A, Crawford SL, et al. Relative contributions of oligomenorrhea and hyperandrogenemia to the risk of metabolic syndrome in midlife women. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97(6):E868-877. doi:10.1210/jc.2011-3357.
15. Louwers YV, Laven JSE. Characteristics of polycystic ovary syndrome throughout life. Ther Adv Reprod Health. 2020;14:2633494120911038. doi:10.1177/2633494120911038.
16. Moran LJ, Tassone EC, Boyle J, et al. Evidence summaries and recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome: Lifestyle management. Obes Rev. 2020;21(10):e13046. doi:10.1111/obr.13046.
17. Ollila MM, West S, Keinänen-Kiukaaniemi S, et al. Overweight and obese but not normal weight women with PCOS are at increased risk of Type 2 diabetes mellitus—a prospective population-based cohort study. Human Reproduction. 2017;32(4):968. doi:10.1093/humrep/dex030.
18. Teede HJ, Tay CT, Laven JJE, et al. Recommendations From the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. J Clin Endocrinol Metab. 2023;108(10):2447-2469. doi:10.1210/clinem/dgad463.
19. Pinola P, Puukka K, Piltonen TT, et al. Normo- and hyperandrogenic women with polycystic ovary syndrome exhibit an adverse metabolic profile through life. Fertility and Sterility. 2017;107(3):788-795.e2. doi:10.1016/j.fertnstert.2016.12.017.
20. Huddleston HG, Quinn MM, Kao CN, Lenhart N, Rosen MP, Cedars MI. Women with polycystic ovary syndrome demonstrate worsening markers of cardiovascular risk over the short-term despite declining hyperandrogenaemia: Results of a longitudinal study with community controls. Clin Endocrinol (Oxf). 2017;87(6):775-782. doi:10.1111/cen.13497.
21. Glintborg D, Rubin KH, Nybo M, Abrahamsen B, Andersen M. Cardiovascular disease in a nationwide population of Danish women with polycystic ovary syndrome. Cardiovasc Diabetol. 2018;17(1):37. doi:10.1186/s12933-018-0680-5.
22. Wright PJ, Tavakoli AS, Corbett CF. PCOS health-related quality-of-life and depressive symptoms across the lifespan: Comparative study. J Women Aging. Published online July 5, 2023:1-16. doi:10.1080/08952841.2023.2230112.
23. Forslund M, Landin-Wilhelmsen K, Krantz E, et al. Health-Related Quality of Life in perimenopausal women with PCOS. Clin Exp Obstet Gynecol. 2022;49(2):052. doi:10.31083/j.ceog4902052.
24. Sherif K, Coborn J, Hoovler A, Gill L. Medical journey of patients with polycystic ovary syndrome and obesity: a cross-sectional survey of patients and primary care physicians. Postgrad Med. 2023;135(3):312-320. doi:10.1080/00325481.2022.2140511.