

## HƯỚNG DẪN QUỐC TẾ ĐÁNH GIÁ VÀ QUẢN LÝ HỘI CHỨNG BUÔNG TRỨNG ĐA NANG DỰA TRÊN BẢNG CHỨNG 2023

BIÊN DỊCH : BS VŨ TÀI

### ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS) là bệnh lý nội tiết phổ biến nhất ảnh hưởng đến phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, ảnh hưởng suốt đời từ tuổi thanh thiếu niên đến sau mãn kinh. Tỷ lệ hiện mắc PCOS từ 10 đến 13% như đã được chứng minh trong quy trình xây dựng hướng dẫn.<sup>1,2</sup> Nguyên nhân gây PCOS rất phức tạp; biểu hiện lâm sàng không đồng nhất với các đặc điểm sinh sản, chuyển hóa và tâm lý.<sup>1,2</sup> Phụ nữ trên toàn thế giới thường bị chẩn đoán muộn và không hài lòng với việc chăm sóc.<sup>3-5</sup> Thực hành lâm sàng đánh giá và quản lý PCOS vẫn chưa nhất quán, và đang có những khoảng trống bằng chứng thực hành lớn. Tiếp nối Hướng dẫn quốc tế đánh giá và quản lý Hội chứng buồng trứng đa nang dựa trên bằng chứng năm 2018,<sup>6,7</sup> được đánh giá độc lập là có chất lượng cao, bản cập nhật mở rộng này tích hợp các tài liệu hiện tại với các tổng quan hệ thống trước đó và mở rộng sang các câu hỏi lâm sàng mới được các khách hàng ưu tiên. Cuối cùng, chúng tôi mong muốn cập nhật, mở rộng và dịch thuật các hướng dẫn chính xác, toàn diện dựa trên bằng chứng để chẩn đoán, đánh giá và điều trị nhằm cải thiện cuộc sống của những người mắc PCOS trên toàn thế giới.

Để làm được như vậy, Hướng dẫn thúc đẩy sự đầu tư thực chất của chính phủ và xã hội, đồng thời tập hợp sự tham gia rộng rãi của khách hàng và sự hợp tác quốc tế với các hiệp hội và tổ chức hàng đầu, các chuyên gia đa chuyên khoa và các đại diện chăm sóc sức khỏe ban đầu. Hướng dẫn toàn diện dựa trên bằng chứng này được xây dựng từ quá trình phát triển hướng dẫn dựa trên bằng chứng, tuân thủ nghiêm ngặt Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation-II (AGREEII). Nó là nguồn duy nhất cung cấp các khuyến cáo quốc tế dựa trên bằng chứng để hướng dẫn thực hành lâm sàng nhằm tạo cơ hội áp dụng trong các hệ thống y tế phù hợp. Cùng với một chương trình dịch thuật rộng rãi, mục đích là giảm sự khác biệt trên toàn thế giới trong việc chăm

sóc và thúc đẩy cung cấp dịch vụ lâm sàng chất lượng cao giúp cải thiện kết cục sức khỏe và chất lượng cuộc sống ở phụ nữ mắc PCOS. Hướng dẫn này được hỗ trợ bởi một chương trình dịch thuật quốc tế đa ngôn ngữ với các nguồn lực được đồng thiết kế nhằm nâng cao kỹ năng của các nhân viên y tế và trao quyền cho phụ nữ mắc PCOS bằng một chương trình đánh giá toàn diện tích hợp. Ở đây, chúng tôi tóm tắt các khuyến cáo từ Hướng dẫn quốc tế đánh giá và quản lý PCOS dựa trên bằng chứng năm 2023.

## THẢO LUẬN

Hướng dẫn quốc tế đánh giá và quản lý PCOS dựa trên bằng chứng và chương trình dịch thuật liên quan nhằm mục đích cung cấp nguồn khuyến cáo quốc tế dựa trên bằng chứng đáng tin cậy, chất lượng cao giúp hướng dẫn thực hành lâm sàng nhất quán và trao quyền cho phụ nữ với các thông tin dựa trên bằng chứng. Tất cả các khuyến cáo được xây dựng sau khi đánh giá bằng chứng tốt nhất hiện có, chuyên môn lâm sàng đa chuyên khoa, sở thích của khách hàng và đánh giá có cấu trúc 5 GDG. Hướng dẫn này cung cấp 77 khuyến cáo dựa trên bằng chứng và 54 khuyến cáo đồng thuận, với 123 điểm thực hành kèm theo một báo cáo kỹ thuật về việc tổng hợp bằng chứng và xem xét chi tiết MỨC ĐỘ (6000 trang). Bằng chứng nhìn chung đã được cải thiện trong vòng 5 năm qua nhưng vẫn có chất lượng từ thấp đến trung bình, đòi hỏi phải đầu tư nghiên cứu đáng kể vào tình trạng phổ biến nhưng dường như bị lãng quên này.

Các khuyến cáo và cập nhật chính bao gồm PCOS nên được chẩn đoán bằng tiêu chuẩn trong Hướng dẫn quốc tế dựa trên bằng chứng năm 2018, được xây dựng dựa trên sự đồng thuận trên cơ sở tiêu chuẩn Rotterdam năm 2003. PCOS được chẩn đoán khi có 2 trong 3 tiêu chí sau đây: i) cường androgen lâm sàng/sinh hóa; ii) rối loạn chức năng phóng noãn; và iii) buồng trứng đa nang trên siêu âm; và trong hướng dẫn năm 2023, giờ đây hormone kháng ống Muller (AMH) có thể được sử dụng thay thế cho siêu âm, và phải loại trừ các nguyên nhân khác. Điều quan trọng là, chẩn đoán sẽ rất đơn giản khi có chu kỳ kinh nguyệt không đều và cường androgen, và khi đó

không cần siêu âm hoặc AMH để chẩn đoán. Ở thanh thiếu niên, cần phải có cả cường độ androgen và rối loạn chức năng phóng noãn, siêu âm và AMH không được khuyến cáo do độ đặc hiệu thấp. Năm 2018, AMH được nhấn mạnh là lĩnh vực đang phát triển nhanh chóng và hiện tại bằng chứng đã đủ mạnh để đưa ra khuyến cáo mới này. Điều này sẽ làm thay đổi đáng kể thực hành và mang đến cho phụ nữ một lựa chọn thuận tiện, chi phí thấp mà không có bằng chứng gây ra tình trạng chẩn đoán quá mức.

Tình trạng kháng insulin được công nhận là đặc điểm chính của PCOS, tuy nhiên các phương pháp đo tình trạng kháng insulin thường quy có sẵn rất kém chính xác và hiện tại không được khuyến cáo trên lâm sàng. Sau khi được chẩn đoán, việc đánh giá và quản lý nên tập trung vào các đặc điểm sinh sản, chuyển hóa, tim mạch, da liễu, giấc ngủ và tâm lý. Một kế hoạch chăm sóc sức khỏe suốt đời được khuyến cáo bao gồm tập trung vào lối sống lành mạnh, ngăn ngừa tăng cân quá mức, tối ưu hóa khả năng sinh sản và các yếu tố nguy cơ trước thụ thai, cũng như phòng ngừa và điều trị các đặc điểm lâm sàng khác. Chúng bao gồm các yếu tố nguy cơ chuyển hóa, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch và rối loạn giấc ngủ, tất cả đều tăng trong PCOS. PCOS nên được coi là một tình trạng nguy cơ cao trong thai kỳ ở phụ nữ đã được chẩn đoán xác định và theo dõi. Cũng nên biết rằng nguy cơ ung thư nội mạc tử cung tăng ở thời kỳ tiền mãn kinh (premenopausal) nhưng nguy cơ tuyệt đối vẫn ở mức thấp.

Các triệu chứng trầm cảm và lo âu tăng đáng kể và nên được sàng lọc ở tất cả phụ nữ mắc PCOS, kèm theo đánh giá tâm lý và trị liệu khi có chỉ định. Cần nhận thức rõ hơn về các đặc điểm tâm lý bao gồm rối loạn ăn uống và tác động đến ngoại hình cũng như chất lượng cuộc sống.

Sự không hài lòng với chẩn đoán và chăm sóc PCOS là rất cao và sự cải thiện đáng kể về giáo dục và nhận thức được khuyến cáo mạnh đối với phụ nữ và nhân viên y tế bao gồm các nguồn lực dựa trên bằng chứng, chất lượng cao. Cùng ra quyết định chung và tự trao quyền là những mô hình chăm sóc cơ bản và tích hợp nên được cùng thiết kế, tài trợ và đánh giá.

Lối sống lành mạnh có sự hỗ trợ vẫn rất quan trọng trong suốt cuộc đời của người mắc PCOS, tập trung chính vào sức khỏe tổng thể, ngăn ngừa tăng cân và nếu cần, quản lý cân nặng. Thừa nhận lợi ích của nhiều chế độ ăn uống và hoạt động thể chất, nhưng không có chế độ cụ thể nào có lợi ích hơn các chế độ khác trong PCOS. Cần giảm thiểu thành kiến và kỳ thị về cân nặng và các nhân viên y tế nên xin phép phụ nữ khi cần họ, đồng thời giải thích về các nguy cơ liên quan đến cân nặng.

Thuốc tránh thai kết hợp đường uống là thuốc điều trị đầu tay đối với tình trạng kinh nguyệt không đều và cường androgen, với không có chế phẩm cụ thể nào được khuyến cáo và ưu tiên dùng các chế phẩm có liều ethinyl estradiol thấp hơn và có ít tác dụng phụ hơn. Metformin được khuyến cáo chủ yếu cho các đặc điểm chuyển hóa và có hiệu quả cao hơn inositol-thuốc mang lại lợi ích lâm sàng rất hạn chế trong PCOS. Metformin không được khuyến cáo dùng thường quy ở thai phụ mắc PCOS. Liệu pháp laser cơ học có hiệu quả trong việc triệt lông ở một số nhóm nhỏ, trong khi thuốc kháng androgen có vai trò hạn chế khi các liệu pháp khác không hiệu quả hoặc bị chống chỉ định. Các thuốc giảm béo phì và phẫu thuật giảm cân/chuyển hóa có thể được xem xét dựa trên các hướng dẫn dẫn số chung, cân bằng giữa lợi ích tiềm năng và tác dụng phụ.

Letrozole là thuốc điều trị vô sinh đầu tay được ưu tiên, với clomiphene kết hợp với metformin; gonadotrophins hoặc phẫu thuật buồng trứng chủ yếu có vai trò như là liệu pháp hàng thứ 2. Thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) có thể được chỉ định, với khả năng trưởng thành noãn trong ống nghiệm, như liệu pháp hàng thứ 3, khi các liệu pháp kích thích phóng noãn khác thất bại và không có chỉ định IVF tuyệt đối ở phụ nữ mắc PCOS và vô sinh do không phóng noãn. Do nguy cơ tiềm ẩn của các biến chứng thai kỳ trong PCOS, nên ưu tiên chuyển một phôi duy nhất.

Tóm lại, bằng chứng về PCOS có chất lượng từ thấp đến trung bình. Dựa trên tỷ lệ hiện mắc cao và tác động đáng kể đến sức khỏe, khuyến cáo ưu tiên nhiều hơn cho giáo dục, mô hình chăm sóc, tài trợ và nghiên cứu.

**Bảng 4 : Các khuyến cáo đánh giá và quản lý hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)**

STT	LOẠI	KHUYẾN CÁO	MỨC ĐỘ BẢNG CHỨNG
<b>Chương 1: Sàng lọc, chẩn đoán và đánh giá nguy cơ và các độ tuổi</b>			
	PP	Nguyên tắc chung Tất cả các đánh giá chẩn đoán được khuyến cáo theo lưu đồ chẩn đoán (Lưu đồ 1)	
1.1		<b>Chu kỳ không đều và rối loạn phóng noãn</b> Chu kỳ kinh nguyệt không đều được định nghĩa là: <ul style="list-style-type: none"><li>• Bình thường trong năm đầu sau lần hành kinh đầu tiên (menarche) như là một phần của giai đoạn chuyển tiếp tuổi dậy thì.</li><li>• &gt;1 đến &lt; 3 năm sau lần hành kinh đầu tiên: &lt; 21 hoặc &gt; 45 ngày.</li><li>• <math>\geq 3</math> năm sau lần hành kinh đầu tiên đến tuổi quanh mãn kinh: &lt; 21 hoặc &gt; 35 ngày hoặc &lt; 8 chu kỳ/năm.</li><li>• &gt; 1 năm sau lần hành kinh đầu tiên: có 1 chu kỳ kinh nguyệt bất kỳ &gt; 90 ngày.</li><li>• Vô kinh nguyên phát từ 15 tuổi hoặc &gt; 3 năm sau khi bắt đầu phát triển tuyến vú (thelarche)</li></ul> Khi người phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt không đều, chẩn đoán PCOS nên được xem xét và đánh giá theo Hướng dẫn PCOS này.	◆◆◆◆
1.1.1	CR	Tuổi trung bình ở lần hành kinh đầu tiên có thể khác	

		nhau giữa các quần thể.	
1.1.2	PP	Ở thanh thiếu niên có chu kỳ kinh nguyệt không đều, giá trị và thời điểm đánh giá và chẩn đoán PCOS tối ưu nên được thảo luận với bệnh nhân và bố mẹ hoặc người giám hộ của họ, xem xét các thách thức khi chẩn đoán ở độ tuổi này cũng như các yếu tố tâm lý và văn hóa xã hội.	
1.1.3	PP	Ở thanh thiếu niên có chu kỳ kinh nguyệt không đều, giá trị và thời điểm đánh giá và chẩn đoán PCOS tối ưu nên được thảo luận với bệnh nhân và bố mẹ hoặc người giám hộ của họ, xem xét các thách thức khi chẩn đoán ở độ tuổi này và các yếu tố tâm lý xã hội và văn hóa.	
1.1.4	PP	Đối với thanh thiếu niên có các đặc điểm của PCOS nhưng không đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán, sẽ “tăng nguy cơ” mắc PCOS, vì vậy có thể được xem xét và đánh giá lại vào thời điểm hoặc trước khi bé gái trưởng thành đầy đủ về mặt sinh sản, 8 năm sau lần hành kinh đầu tiên. Điều này bao gồm những người có các đặc điểm PCOS trước khi bắt đầu dùng thuốc tránh thai kết hợp đường uống (COCP), những người có các đặc điểm dai dẳng và những người tăng cân đáng kể ở tuổi thanh thiếu niên.	
1.1.5	PP	Rối loạn chức năng phóng noãn vẫn có thể xảy ra với chu kỳ kinh nguyệt đều đặn và nếu cần xác nhận tình trạng không phóng noãn, có thể đo nồng độ progesterone trong huyết thanh ở pha hoàng thể.	
<b>1.2</b>		<b>Cường androgen sinh hóa</b>	
1.2.1	EBR	Các bác sĩ lâm sàng nên sử dụng testosterone toàn phần	❖❖❖❖

		và tự do để đánh giá cường độ androgen sinh hóa trong chẩn đoán PCOS; testosterone tự do có thể được ước tính bằng chỉ số androgen tự do được tính toán.	⊕○○○
1.2.2	EBR	Nếu nồng độ testosterone hoặc testosterone tự do không tăng, các bác sĩ lâm sàng có thể xem xét định lượng androstenedione và dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS), nhưng lưu ý rằng chúng có độ đặc hiệu thấp hơn và tuổi càng cao nồng độ DHEAS càng thấp.	◆◆◆ ⊕○○○
1.2.3	EBR	Phòng xét nghiệm nên sử dụng các xét nghiệm khối phổ song song (LC-MS/MS) đã được công nhận và có độ chính xác cao để định lượng testosterone toàn phần và nếu cần, định lượng cả androstenedione và DHEAS. Testosterone tự do nên được đánh giá bằng cách tính toán, thẩm tách trạng thái cân bằng (equilibrium dialysis) hoặc kết tủa amoni sulfat.	◆◆◆◆ ⊕⊕○○
1.2.4	EBR	Phòng xét nghiệm nên sử dụng xét nghiệm LC-MS/MS (sắc ký lỏng-khối phổ/khối phổ) thay vì các xét nghiệm miễn dịch trực tiếp (ví dụ: đo phóng xạ, gắn kết với enzyme, v.v.) để đánh giá testosterone toàn phần hoặc tự do, với độ chính xác hạn chế và cho thấy độ nhạy cũng như độ chính xác kém để chẩn đoán cường độ androgen trong PCOS.	◆◆◆◆ ⊕⊕○○
1.2.5	PP	Để phát hiện cường độ androgen trong PCOS, đánh giá cường độ androgen sinh hóa có giá trị lớn nhất ở những bệnh nhân gần như không có hoặc không có dấu hiệu lâm sàng của cường độ androgen (tức là rụng lông).	
1.2.6	PP	Rất khó đánh giá một cách đáng tin cậy về tình trạng cường độ androgen sinh hóa ở phụ nữ dùng thuốc tránh thai	

		kết hợp đường uống (COCP) vì thuốc này làm tăng globulin gắn với hormone sinh dục (SHBG) và giảm sản xuất androgen phụ thuộc gonadotropin. Nếu đã dùng COCP và bắt buộc phải đánh giá androgen sinh hóa, thì nên ngưng thuốc ít nhất 3 tháng và dùng biện pháp tránh thai khác trong thời gian này.	
1.2.7	PP	Lặp lại xét nghiệm định lượng androgen để đánh giá liên tục PCOS ở người lớn có vai trò rất hạn chế.	
1.2.8	PP	Ở hầu hết thanh thiếu niên, nồng độ androgen đạt mức nồng độ người lớn lúc 12-15 tuổi	
1.2.9	PP	Nếu nồng độ androgen cao hơn đáng kể so với khoảng tham chiếu của phòng xét nghiệm, nên xem xét các nguyên nhân gây cường androgen máu khác ngoài PCOS, bao gồm khối u buồng trứng và tuyến thượng thận, tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, hội chứng Cushing, tế bào vỏ buồng trứng bị hoàng thể hóa (ovarian hyperthecosis) (sau mãn kinh), nguyên nhân do điều trị và hội chứng kháng insulin nặng. Tuy nhiên, một số khối u tiết androgen chỉ làm tăng nồng độ androgen từ nhẹ đến trung bình. Bệnh sử lâm sàng về thời gian khởi phát và/hoặc sự tiến triển nhanh chóng của các triệu chứng là cực kỳ quan trọng trong việc đánh giá khối u tiết androgen.	
1.2.10	PP	Khoảng tham chiếu cho các phương pháp và phòng xét nghiệm khác nhau sẽ rất khác nhau và thường dựa trên phần trăm tùy ý hoặc phương sai của giá trị trung bình từ một quần thể chưa được mô tả đầy đủ và có khả năng cao bao gồm cả phụ nữ mắc PCOS. Các giá trị bình	



		thường phải được xác định bằng khoảng giá trị ở quần thể đối chứng khỏe mạnh có đặc điểm rõ ràng hoặc bằng phân tích cụm (cluster analysis) các giá trị của dân số chung.	
1.2.11	PP	<p>Các phòng xét nghiệm thực hiện định lượng androgen ở phụ nữ nên cân nhắc:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xác định các giá trị bình thường của phòng xét nghiệm bằng khoảng giá trị ở quần thể đối chứng khỏe mạnh có đặc điểm rõ ràng hoặc bằng phân tích cụm các giá trị của dân số chung lớn.</li> <li>• Áp dụng phương pháp chính xác nhất, nếu có.</li> <li>• Chỉ áp dụng các xét nghiệm miễn dịch chiết/sắc ký thay thế cho xét nghiệm khối phổ khi có đủ trình độ chuyên môn.</li> <li>• Những cải tiến trong tương lai có thể xuất phát từ việc đo 11-oxygenated androgens và thiết lập các ngưỡng cắt (cut-off) dựa trên việc xác nhận trên quy mô lớn ở các quần thể với các độ tuổi và sắc tộc (ethnicity) khác nhau.</li> </ul>	
<b>1.3</b>		<b>Cường androgen lâm sàng</b>	
1.3.1	EBR	Râm lông đơn thuần nên được coi là yếu tố dự báo cường androgen sinh hóa và PCOS ở người lớn.	◆◆◆ ⊕○○○
1.3.2	EBR	Các bác sĩ lâm sàng có thể nhận thấy hơi đầu và mụn trứng cá đơn thuần ở phụ nữ (không có râu lông) là những yếu tố dự báo cường androgen sinh hóa tương đối yếu.	◆◆◆ ⊕○○○
1.3.3	CR	Cần hỏi kỹ bệnh sử và khám thực thể toàn diện để tìm	◆◆◆◆

		các triệu chứng và dấu hiệu cường androgen lâm sàng, bao gồm mụn trứng cá, hói đầu kiểu nữ và rậm lông ở người lớn, mụn trứng cá và rậm lông nặng ở thanh thiếu niên.	
1.3.4	CR	Các bác sĩ lâm sàng nên nhận thức sự tác động tiêu cực tiềm ẩn về mặt tâm lý xã hội của tình trạng cường androgen lâm sàng và nên coi tình trạng rậm lông và/hoặc hói đầu kiểu nữ là rất quan trọng, bất kể mức độ nghiêm trọng trên lâm sàng.	◆◆◆
1.3.5	CR	Tổng điểm Ferriman Gallwey cải tiến (mFG) $\geq 4 - 6$ được dùng để chẩn đoán rậm lông, tùy thuộc vào sắc tộc, đồng thời thừa nhận rằng việc tự điều trị là rất phổ biến và đánh giá lâm sàng có thể bị hạn chế.	◆◆◆◆
1.3.6	CR	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý rằng mức độ nghiêm trọng của rậm lông có thể thay đổi tùy theo sắc tộc nhưng tỷ lệ rậm lông dường như tương tự giữa các sắc tộc.	◆◆◆
1.3.7	PP	Các bác sĩ lâm sàng nên: <ul style="list-style-type: none"><li>• Lưu ý rằng, ưu tiên thang điểm trực quan (visual scales) được tiêu chuẩn hóa khi đánh giá rậm lông, chẳng hạn như thang điểm mFG kết hợp với hình ảnh minh họa.</li><li>• Xem xét thang điểm trực quan Ludwig hoặc Olsen để đánh giá tình trạng hói đầu ở phụ nữ.</li><li>• Lưu ý rằng, không có thang điểm trực quan nào được chấp nhận rộng rãi để đánh giá mụn trứng cá.</li><li>• Nhận ra rằng, phụ nữ thường điều trị thẩm mỹ</li></ul>	

		<p>tình trạng cường androgen lâm sàng, do đó làm giảm mức độ nghiêm trọng trên lâm sàng.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Công nhận rằng việc tự đánh giá sự phát triển lông quá mức không mong muốn, và có thể cả mụn trứng cá và hói đầu kiểu nữ, có giá trị cao và cần được đánh giá kĩ lưỡng, ngay cả khi các dấu hiệu lâm sàng cường androgen thực sự không rõ ràng khi khám.</li><li>• Lưu ý rằng, chỉ nên đánh giá lông trưởng thành khi xác định chứng rụng lông và những sợi lông này có thể dài &gt; 5 mm nếu không được điều trị, có hình dạng và cấu trúc khác nhau và thường sẫm màu hơn lông tơ.</li><li>• Lưu ý rằng, tình trạng cường androgen trầm trọng hơn hoặc nặng mới khởi phát, bao gồm cả chứng rụng lông, cần đánh giá thêm để loại trừ các khối u tiết androgen và tế bào vỏ buồng trứng bị hoàng thể hóa.</li><li>• Theo dõi các dấu hiệu lâm sàng của tình trạng cường androgen, bao gồm rụng lông, mụn trứng cá và hói đầu kiểu nữ, để cải thiện hoặc điều chỉnh điều trị trong quá trình trị liệu.</li></ul>	
<b>1.4</b>		<b>Siêu âm và hình thái buồng trứng đa nang</b>	
1.4.1	EBR	Số lượng nang trên mỗi buồng trứng (FNPO) nên được coi là dấu hiệu siêu âm hiệu quả nhất để phát hiện hình thái buồng trứng đa nang (PCOM) ở người lớn.	◆◆◆◆ ⊕⊕○○
1.4.2	EBR	Số lượng nang trên mỗi buồng trứng (FNPO), số lượng nang trên mỗi mặt cắt (FNPS) và thể tích buồng trứng	◆◆◆◆ ⊕⊕○○

		(OV) nên được coi là dấu hiệu siêu âm chính xác của PCOM ở người lớn.	
1.4.3	CR	Tiêu chí PCOM phải dựa trên tình trạng dư thừa nang noãn (FNPO, FNPS) và/hoặc buồng trứng lớn.	❖ ❖ ❖ ❖
1.4.4	CR	Số lượng nang trên mỗi buồng trứng (FNPO) $\geq 20$ ở ít nhất một buồng trứng nên được coi là ngưỡng của PCOM ở người lớn.	❖ ❖ ❖ ❖
1.4.5	CR	Thể tích buồng trứng (OV) $\geq 10$ ml hoặc số lượng nang trên mỗi mặt cắt (FNPS) $\geq 10$ ở ít nhất một buồng trứng ở người lớn nên được coi là ngưỡng của PCOM nếu sử dụng công nghệ cũ hơn hoặc chất lượng hình ảnh không đủ để cho phép đánh giá chính xác số lượng nang noãn trên toàn bộ buồng trứng.	❖ ❖ ❖ ❖
1.4.6	PP	Không có tiêu chí cụ thể nào để xác định hình thái buồng trứng đa nang (PCOM) trên siêu âm ở thanh thiếu niên, do đó không được khuyến cáo ở thanh thiếu niên.	
1.4.7	PP	Khi chỉ định siêu âm, nếu bệnh nhân chấp nhận, thì siêu âm qua ngã âm đạo là chính xác nhất để chẩn đoán PCOM.	
1.4.8	PP	Siêu âm qua thành bụng sẽ chủ yếu báo cáo thể tích buồng trứng (OV) với ngưỡng $\geq 10$ ml hoặc số lượng nang trên mỗi mặt cắt (FNPS) $\geq 10$ ở 1 trong 2 buồng trứng ở người lớn do khó đánh giá số lượng nang noãn trên toàn bộ buồng trứng bằng phương pháp này.	
1.4.9	PP	Ở những bệnh nhân có chu kỳ kinh nguyệt không đều và cường androgen, siêu âm buồng trứng là không cần thiết để chẩn đoán PCOS.	
1.4.10	PP	Ngưỡng của PCOM nên được sửa đổi thường xuyên với	

		công nghệ siêu âm tiên tiến và cần xác định các giá trị ngưỡng cụ thể theo độ tuổi cho PCOM.	
1.4.11	PP	<p>Cần được đào tạo về cách đếm nang noãn cẩn thận và tỉ mỉ trên mỗi buồng trứng và khuyến cáo quy trình được chuẩn hóa rõ ràng để báo cáo PCOM trên siêu âm bao gồm tối thiểu:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Chu kỳ kinh cuối cùng (giai đoạn của chu kỳ kinh).</li><li>• Tần số đầu dò.</li><li>• Ngả siêu âm.</li><li>• Tổng số nang noãn 2–9 mm trên mỗi buồng trứng.</li><li>• Kích thước ba chiều (tính bằng cm) hoặc thể tích của mỗi buồng trứng.</li><li>• Các đặc điểm và/hoặc bệnh lý khác của buồng trứng bao gồm nang buồng trứng, nang hoàng thể, nang trội (<math>\geq 10</math> mm) (không nên đưa vào tính toán thể tích buồng trứng).</li><li>• Dựa vào FNPO buồng trứng đối bên để chẩn đoán PCOM, khi ghi nhận nang trội.</li><li>• Các đặc điểm và/hoặc bệnh lý của tử cung bao gồm độ dày và hình ảnh nội mạc tử cung.</li></ul>	
<b>1.5</b>		<b>Hormone kháng ống Muller trong chẩn đoán PCOS</b>	
1.5.1	EBR	Hormone kháng ống Muller (AMH) huyết thanh có thể được dùng để xác định PCOM ở người lớn.	◆◆◆ ⊕⊕⊕○
1.5.2	EBR	AMH huyết thanh chỉ nên được dùng theo lưu đồ chẩn đoán, lưu ý rằng ở những bệnh nhân có chu kỳ kinh nguyệt không đều và cường androgen, định lượng AMH	◆◆◆◆ ⊕⊕⊕○

		là không cần thiết để chẩn đoán PCOS.	
1.5.3	EBR	Chúng tôi khuyến cáo rằng AMH huyết thanh không nên được dùng như một xét nghiệm đơn độc để chẩn đoán PCOS.	◆◆◆◆ ⊕⊕⊕○
1.5.4	EBR	Không sử dụng AMH huyết thanh ở thanh thiếu niên.	◆◆◆◆ ⊕⊕⊕○
1.5.5	PP	Có thể dùng AMH huyết thanh hoặc siêu âm để xác định PCOM; tuy nhiên, không nên thực hiện cả 2 xét nghiệm để hạn chế tình trạng chẩn đoán quá mức.	
1.5.6	PP	Phòng xét nghiệm và bác sĩ lâm sàng cần biết các yếu tố ảnh hưởng đến AMH trong dân số chung bao gồm: <ul style="list-style-type: none"><li>• Tuổi: AMH huyết thanh thường đạt đỉnh ở độ tuổi 20-25 trong dân số chung.</li><li>• Chỉ số khối cơ thể (BMI): AMH huyết thanh thấp hơn ở những người có chỉ số BMI cao hơn trong dân số chung.</li><li>• Tránh thai nội tiết và phẫu thuật buồng trứng: AMH huyết thanh có thể bị ức chế khi đang dùng COCP hoặc COCP được dùng gần đây.</li><li>• Ngày chu kỳ kinh nguyệt: AMH huyết thanh có thể thay đổi theo ngày chu kỳ kinh nguyệt.</li></ul>	
1.5.7	PP	Các phòng xét nghiệm thực hiện định lượng AMH ở phụ nữ nên sử dụng các ngưỡng cụ thể theo quần thể và xét nghiệm.	
<b>1.6</b>		<b>Sự đa dạng về sắc tộc</b>	
1.6.1	EBR	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý về tỷ lệ hiện mắc PCOS cao ở tất cả các sắc tộc và các khu vực trên thế giới, dao động từ 10-13% trên phạm vi toàn cầu khi sử dụng tiêu	◆◆◆◆ ⊕⊕○○

		chuẩn Rotterdam.	
1.6.2	EBR	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý rằng tỷ lệ hiện mắc PCOS nhìn chung tương tự nhau ở các khu vực trên thế giới, nhưng có thể cao hơn ở khu vực Đông Nam Á và Đông Địa Trung Hải.	◆◆◆◆ ⊕⊕○○
1.6.3	PP	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý rằng biểu hiện của PCOS có thể khác nhau giữa các nhóm sắc tộc.	
<b>1.7</b>		<b>Độ tuổi mãn kinh</b>	
1.7.1	CR	Chẩn đoán PCOS có thể được coi là lâu dài/suốt đời.	◆◆◆
1.7.2	CR	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý rằng cả cường androgen lâm sàng và sinh hóa vẫn tồn tại sau mãn kinh ở phụ nữ mắc PCOS.	◆◆◆
1.7.3	CR	Có thể xem xét chẩn đoán PCOS sau mãn kinh nếu đã được chẩn đoán trong quá khứ hoặc có tiền sử thiếu-vô kinh lâu dài kèm theo cường androgen và/hoặc PCOM, ở giai đoạn đầu của độ tuổi sinh sản (20-40 tuổi).	◆◆◆
1.7.4	CR	Nên cân nhắc đánh giá thêm để loại trừ các khối u tiết androgen và tế bào vô buồng trứng bị hoàng thể hóa ở phụ nữ sau mãn kinh có biểu hiện cường androgen nặng hoặc trầm trọng hơn, mới khởi phát bao gồm cả rậm lông.	◆◆◆
<b>1.8</b>		<b>Nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch</b>	
1.8.1	EBR	Phụ nữ mắc PCOS nên được coi là tăng nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch và có khả năng tử vong do bệnh lý tim mạch, nhưng thừa nhận rằng nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch tổng thể ở phụ nữ tiền mãn kinh vẫn thấp.	◆◆◆ ⊕○○○
1.8.2	EBR	Tất cả phụ nữ mắc PCOS nên được đánh giá các yếu tố nguy cơ bệnh lý tim mạch.	◆◆◆◆ ⊕○○○

1.8.3	CR	Tất cả phụ nữ mắc PCOS, bất kể tuổi và BMI, nên có hồ sơ lipid (nồng độ cholesterol, cholesterol lipoprotein tỷ trọng thấp, cholesterol lipoprotein tỷ trọng cao và triglyceride) tại thời điểm chẩn đoán. Sau đó, dựa vào tình trạng có tăng lipid máu và có thêm yếu tố nguy cơ hoặc nguy cơ tim mạch tổng thể để chỉ định tần suất xét nghiệm phù hợp.	◆◆◆◆
1.8.4	CR	Tất cả phụ nữ mắc PCOS nên đo huyết áp hàng năm và khi lập kế hoạch mang thai hoặc điều trị vô sinh, đo nguy cơ cao bị rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ và các bệnh đồng mắc kèm theo.	◆◆◆◆
1.8.5	CR	Các cơ quan tài trợ cần lưu ý rằng PCOS rất phổ biến với sự tác động lên nhiều hệ thống cơ quan bao gồm bệnh lý tim mạch chuyển hóa và nên đa dạng hóa cũng như tăng cường hỗ trợ nghiên cứu cho phù hợp.	◆◆◆◆
1.8.6	CR	Hướng dẫn tim mạch cho dân số chung có thể coi PCOS là một yếu tố nguy cơ tim mạch.	◆◆◆
1.8.7	CR	Các bác sĩ lâm sàng, phụ nữ mắc PCOS và các bên liên quan khác đều nên ưu tiên các chiến lược phòng ngừa giúp làm giảm nguy cơ tim mạch.	◆◆◆◆
1.8.8	PP	Cần xem xét sự khác biệt về các yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh lý tim mạch giữa các sắc tộc (xem 1.6.1) và độ tuổi khi quyết định tần suất đánh giá nguy cơ.	◆◆◆◆
1.9		<b>Rối loạn dung nạp glucose và nguy cơ mắc đái tháo đường típ 2</b>	
1.9.1	EBR	Các bác sĩ lâm sàng và phụ nữ mắc PCOS nên lưu ý rằng, bất kể độ tuổi và chỉ số BMI, phụ nữ mắc PCOS đều tăng nguy cơ bị rối loạn glucose lúc đói, rối loạn	◆◆◆◆ ⊕⊕○○



		dung nạp glucose và đái tháo đường típ 2.	
1.9.2	EBR	Tất cả người lớn và thanh thiếu niên mắc PCOS nên được đánh giá tình trạng đường huyết tại thời điểm chẩn đoán	◆◆◆◆ ⊕⊕○○
1.9.3	CR	Tình trạng đường huyết nên được đánh giá lại sau mỗi 1-3 năm, dựa trên các yếu tố nguy cơ đái tháo đường bổ sung của từng cá nhân.	◆◆◆◆
1.9.4	CR	Các bác sĩ lâm sàng, phụ nữ mắc PCOS và các bên liên quan khác đều nên ưu tiên các chiến lược phòng ngừa giúp làm giảm nguy cơ mắc đái tháo đường típ 2	◆◆◆◆
1.9.5	CR	Các cơ quan tài trợ cần lưu ý rằng PCOS rất phổ biến, có nguy cơ mắc đái tháo đường cao hơn đáng kể và cần được tài trợ phù hợp.	◆◆◆◆
1.9.6	CR	Hướng dẫn dân số chung về đái tháo đường nên coi PCOS là một yếu tố nguy cơ đái tháo đường độc lập.	◆◆◆◆
1.9.7	PP	Các bác sĩ lâm sàng, người lớn và thanh thiếu niên mắc PCOS và người thân đời thứ nhất của họ, cần được nhận thức về sự gia tăng nguy cơ mắc đái tháo đường và cần phải đánh giá đường huyết thường xuyên.	
1.9.8	PP	Phụ nữ mắc đái tháo đường típ 1 và típ 2 có nguy cơ mắc PCOS cao hơn và nên xem xét sàng lọc ở những người mắc đái tháo đường.	
		<b>Xét nghiệm đường huyết</b>	
1.9.9	EBR	Các bác sĩ lâm sàng và phụ nữ mắc PCOS nên được khuyến cáo rằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75 g (OGTT) là xét nghiệm chính xác nhất để đánh giá tình trạng đường huyết trong PCOS, bất kể BMI.	◆◆◆◆ ⊕○○○

1.9.10	EBR	Nếu không thể thực hiện OGTT, có thể xem xét đường huyết lúc đói và/hoặc HbA1c, nhưng lưu ý rằng độ chính xác giảm đáng kể.	◆◆◆ ⊕○○○
1.9.11	EBR	OGTT nên được xem xét ở tất cả phụ nữ mắc PCOS và không mắc đái tháo đường trước đó, khi lập kế hoạch mang thai hoặc điều trị vô sinh, do nguy cơ cao bị tăng đường huyết và các bệnh đồng mắc kèm theo trong thai kỳ. Nếu không được thực hiện trước khi thụ thai, có thể chỉ định OGTT ở lần khám thai đầu tiên và tất cả phụ nữ mắc PCOS nên được thực hiện xét nghiệm khi thai được 24-28 tuần tuổi.	◆◆◆ ⊕○○○
1.9.12	PP	Kháng insulin là một yếu tố sinh lý bệnh trong PCOS, tuy nhiên, các xét nghiệm insulin có sẵn trên lâm sàng có ý nghĩa lâm sàng rất hạn chế và không được khuyến cáo trong chăm sóc thường quy (tham khảo 3.1.10).	
<b>1.10</b>		<b>Hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn</b>	
1.10.1	EBR	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý rằng phụ nữ mắc PCOS có tỷ lệ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn cao hơn đáng kể so với những phụ nữ không mắc PCOS, không phụ thuộc vào BMI.	◆◆◆◆ ⊕⊕⊕○
1.10.2	EBR	Phụ nữ mắc PCOS nên được đánh giá các triệu chứng của hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (tức là ngủ ngáy kèm theo rất mệt mỏi sau khi tỉnh giấc, buồn ngủ vào ban ngày hoặc mệt mỏi cả ngày) và nếu có, hãy sàng lọc bằng các công cụ đã được công nhận (validated) hoặc giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa để đánh giá thêm.	◆◆◆◆ ⊕⊕⊕○
1.10.3	PP	Bảng câu hỏi đơn giản sàng lọc hội chứng ngưng thở	

		khi ngủ do tắc nghẽn (chẳng hạn như bảng câu hỏi Berlin, đã được công nhận trong dân số chung) có thể giúp hỗ trợ xác định hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn ở phụ nữ mắc PCOS, lưu ý rằng để chẩn đoán xác định cần phải đo đa ký giấc ngủ.	
1.10.4	PP	Mục tiêu điều trị nên hướng đến gánh nặng triệu chứng liên quan đến hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn.	
<b>1.11</b>		<b>Tăng sản và ung thư nội mạc tử cung</b>	
1.11.1	EBR	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý rằng phụ nữ tiền mãn kinh mắc PCOS có nguy cơ phát triển tăng sản và ung thư nội mạc tử cung cao hơn đáng kể.	◆◆◆◆ ⊕○○○
1.11.2	PP	Phụ nữ mắc PCOS nên được thông báo về việc tăng nguy cơ bị tăng sản và ung thư nội mạc tử cung, thừa nhận rằng nguy cơ phát triển ung thư nội mạc tử cung nói chung là thấp, do đó không khuyến cáo sàng lọc thường quy.	
1.11.3	PP	Vô kinh kéo dài không được điều trị, thừa cân, sỏi thận đường tip 2 và nội mạc tử cung dày dai dẳng là những yếu tố bổ sung cho PCOS như là yếu tố nguy cơ gây tăng sản và ung thư nội mạc tử cung.	
1.11.4	PP	Phụ nữ mắc PCOS nên được thông báo về các chiến lược phòng ngừa bao gồm kiểm soát cân nặng, điều hòa chu kỳ kinh nguyệt và liệu pháp progestogen thường xuyên.	
1.11.5	PP	Khi phát hiện nội mạc tử cung dày quá mức, cần xem xét chỉ định sinh thiết làm giải phẫu bệnh và gây chảy máu do sụt giảm nồng độ progesterone (withdrawal	

		bleed) .	
<b>1.12</b>		<b>Nguy cơ ở người thân đời thứ nhất</b>	
1.12.1	EBR	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý rằng bố và anh trai của người phụ nữ mắc PCOS có thể có tỷ lệ mắc hội chứng chuyển hóa, đái tháo đường típ 2 và tăng huyết áp cao hơn.	◆◆◆ ⊕○○○
1.12.2	PP	Vấn chưa rõ nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa tim mạch ở phụ nữ có họ hàng đời thứ nhất với phụ nữ mắc PCOS.	
<b>Chương 2 : Tỷ lệ hiện mắc, sàng lọc và quản lý các đặc điểm tâm lý và mô hình chăm sóc</b>			
	PP	Nguyên tắc chung	
	PP	Các đặc điểm tâm lý là thành phần phổ biến và quan trọng của PCOS mà tất cả các bác sĩ lâm sàng nên biết.	
	PP	Các cơ quan tài trợ cần lưu ý rằng PCOS rất phổ biến, có tỷ lệ rối loạn tâm lý cao hơn đáng kể nên cần được ưu tiên và tài trợ phù hợp.	
<b>2.1</b>		<b>Chất lượng cuộc sống</b>	
2.1.1	EBR	Các bác sĩ lâm sàng và phụ nữ nên nhận ra tác động bất lợi của các đặc điểm PCOS và/hoặc PCOS đối với chất lượng cuộc sống ở người lớn.	◆◆◆◆ ⊕⊕○○
2.1.2	PP	Phụ nữ mắc PCOS nên được hỏi về nhận thức của họ về các triệu chứng liên quan đến PCOS, tác động đến chất lượng cuộc sống, những mối lo ngại chính và các ưu tiên điều trị.	
<b>2.2</b>		<b>Trầm cảm và lo âu</b>	
2.2.1	EBR	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý về tỷ lệ mắc cao của các triệu chứng trầm cảm và trầm cảm từ trung bình đến	◆◆◆◆ ⊕⊕⊕⊕

		nặng ở người lớn và thanh thiếu niên mắc PCOS và nên sàng lọc trầm cảm ở tất cả người lớn và thanh thiếu niên mắc PCOS bằng các công cụ sàng lọc được xác nhận trong khu vực.	
2.2.2	EBR	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý về tỷ lệ mắc cao của các triệu chứng lo âu và rối loạn lo âu từ trung bình đến nặng ở người lớn và nên sàng lọc lo âu ở tất cả người lớn mắc PCOS bằng các công cụ sàng lọc được xác nhận trong khu vực.	◆◆◆◆ ⊕⊕⊕⊕
2.2.3	CR	Nếu phát hiện các triệu chứng trầm cảm hoặc lo âu trung bình hoặc nặng, các bác sĩ lâm sàng nên đánh giá thêm, giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa phù hợp hoặc chỉ định điều trị.	◆◆◆◆
2.2.4	PP	Mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng và chẩn đoán trầm cảm hoặc lo âu trên lâm sàng sẽ giúp hướng dẫn điều trị.  Vẫn chưa rõ khoảng thời gian tối ưu để sàng lọc lo âu và trầm cảm. Một cách tiếp cận thực tế có thể bao gồm sàng lọc tại thời điểm chẩn đoán với sàng lọc lặp lại dựa vào đánh giá lâm sàng, các yếu tố nguy cơ, bệnh đồng mắc và các sự kiện trong cuộc đời, bao gồm cả giai đoạn chu sinh.  Sàng lọc các rối loạn sức khỏe tâm thần bao gồm đánh giá các yếu tố nguy cơ, triệu chứng và nguy cơ tự làm hại bản thân và ý định tự tử.	
2.3		<b>Chức năng tâm sinh dục</b>	
2.3.1	CR	Các bác sĩ lâm sàng có thể xem xét nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến chức năng tâm sinh dục trong PCOS bao	◆◆◆

		gồm thừa cân, rậm lông, rối loạn cảm xúc (mood disorders), vô sinh và các thuốc điều trị PCOS.	
2.3.2	CR	Nên xin phép khi thảo luận về chức năng tâm sinh dục, và lưu ý rằng chẩn đoán rối loạn chức năng tâm sinh dục cần cả chức năng tâm sinh dục thấp kết hợp với tình trạng đau khổ (distress) liên quan.	◆◆◆◆
<b>2.4</b>		<b>Ngoại hình</b>	
2.4.1	EBR	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý rằng các đặc điểm của PCOS có thể tác động tiêu cực đến ngoại hình.	◆◆◆◆ ⊕⊕○○
<b>2.5</b>		<b>Các rối loạn ăn uống</b>	
2.5.1	EBR	Các rối loạn ăn uống nên được xem xét trong PCOS, bất kể cân nặng, đặc biệt trong bối cảnh quản lý cân nặng và can thiệp thay đổi lối sống (xem phần 2.4 và 3.6).	◆◆◆◆ ⊕⊕○○
2.5.2	PP	Nếu nghi ngờ rối loạn ăn uống, các bác sĩ lâm sàng có trình độ phù hợp nên đánh giá thêm thông qua một cuộc phỏng vấn chẩn đoán đầy đủ. Nếu phát hiện bị rối loạn ăn uống, thì cần được quản lý và hỗ trợ phù hợp	
<b>2.6</b>		<b>Nguồn thông tin, mô hình chăm sóc, các cân nhắc về văn hóa và ngôn ngữ</b>	
<b>2.6.1</b>		<b>Nhu cầu thông tin</b>	
2.6.1.1	EBR	Thông tin, giáo dục và nguồn lực chất lượng cao, toàn diện, phù hợp với văn hóa và phải được cung cấp cho tất cả những người mắc PCOS.	◆◆◆◆ ⊕⊕⊕○
2.6.1.2	EBR	Thông tin, giáo dục và nguồn lực là một sự ưu tiên cao đối với bệnh nhân mắc PCOS và phải được cung cấp một cách tôn trọng và đồng cảm.	◆◆◆◆ ⊕⊕⊕○
2.6.1.3	CR	Các cơ quan chịu trách nhiệm giáo dục chuyên môn cho	◆◆◆◆

		nhân viên y tế phải đảm bảo rằng thông tin và giáo dục về PCOS được lồng ghép một cách có hệ thống ở tất cả các cấp độ đào tạo chuyên môn cho nhân viên y tế để giải quyết những lỗ hổng kiến thức này.	
2.6.1.4	PP	Sự đa dạng của quần thể cần được xem xét khi áp dụng các mô hình thực hành. Các cơ hội giáo dục chuyên môn cho nhân viên y tế cần được tối ưu hóa ở tất cả các giai đoạn đào tạo đại học và sau đại học cũng như liên tục phát triển chuyên môn và các nguồn lực hỗ trợ thực hành.	
2.6.1.5	PP	Phụ nữ cần được tư vấn về nguy cơ thông tin sai lệch và được hướng dẫn các nguồn lực dựa trên bằng chứng.	
<b>2.6.2</b>		<b>Mô hình chăm sóc</b>	
2.6.2.1	CR	Các mô hình chăm sóc nên ưu tiên khả năng tiếp cận công bằng với dịch vụ chăm sóc ban đầu dựa trên bằng chứng với các lộ trình nâng cấp lên các dịch vụ chuyên khoa và đa chuyên khoa tích hợp khi cần.	◆◆◆◆
2.6.2.2	PP	Chiến lược để cung cấp các mô hình chăm sóc tối ưu có thể bao gồm giáo dục cho nhân viên y tế, lộ trình chăm sóc, chăm sóc ảo, sự tham gia rộng rãi hơn của nhân viên y tế (ví dụ: điều dưỡng) và các công cụ điều phối.	
<b>2.6.3</b>		<b>Hỗ trợ quản lý PCOS</b>	
2.6.3.1	CR	Các cơ quan y tế công cộng nên xem xét tăng cường nhận thức và giáo dục xã hội về PCOS để giảm bớt sự kỳ thị và bị gạt ra ngoài lề xã hội (marginalization).	◆◆◆
2.6.3.2	PP	Cần xem xét các nguồn lực và giáo dục phù hợp về mặt văn hóa đối với PCOS trong suốt cuộc đời cho gia đình của những người mắc bệnh này.	

2.6.4		<b>Chăm sóc bệnh nhân</b>	
2.6.4.1	EBR	Các bác sĩ lâm sàng nên thảo luận với bệnh nhân để ra quyết định chung và năng lực của bệnh nhân (patient agency) hoặc khả năng tự thực hiện việc quản lý sức khỏe và chăm sóc của họ	◆◆◆◆ ⊕⊕⊕○
2.6.4.2	EBR	Cần phải nhận thức rõ tầm quan trọng của việc hiểu biết về PCOS, áp dụng các thực hành dựa trên bằng chứng khi chia sẻ tin tức về chẩn đoán, điều trị và các tác động đến sức khỏe cũng như xác định và tập trung vào các ưu tiên của bệnh nhân.	◆◆◆◆ ⊕⊕⊕○
2.6.4.3	CR	Các nhà lãnh đạo hệ thống chăm sóc sức khỏe nên tạo điều kiện cho những thay đổi trên toàn hệ thống để hỗ trợ đào tạo, kiến thức và thực hành chuyên môn trong việc chia sẻ tin tức một cách tối ưu, cùng đưa ra quyết định chung và năng lực của bệnh nhân, bao gồm cả việc đảm bảo thời gian tư vấn đầy đủ và các nguồn lực có thể tiếp cận được.	◆◆◆◆
2.6.4.4	PP	<p>Các chiến lược dựa trên bằng chứng để ra quyết định chung và chia sẻ tin tức (chẳng hạn như khung SPIKES) đã có sẵn và nên được dùng để cung cấp thông tin cho việc chăm sóc PCOS.</p> <p>Tất cả các bác sĩ lâm sàng hợp tác với phụ nữ mắc PCOS phải có kiến thức trong việc chia sẻ tin tức, cùng đưa ra quyết định chung và hỗ trợ bệnh nhân tự quản lý sức khỏe của bản thân.</p> <p>Các chiến lược và nguồn lực dựa trên bằng chứng có thể được dùng để hỗ trợ thúc đẩy bệnh nhân, đó là kiến thức, kỹ năng, khả năng, sự tự tin và sự sẵn lòng có thể</p>	



		thay đổi để tự quản lý sức khỏe và chăm sóc chính mình.	
<b>2.7</b>		<b>Liệu pháp tâm lý</b>	
2.7.1	CR	Phụ nữ mắc PCOS được chẩn đoán bị trầm cảm, lo âu và/hoặc rối loạn ăn uống nên được chỉ định liệu pháp tâm lý theo hướng dẫn dẫn số chung trong khu vực và ưu tiên của phụ nữ mắc PCOS.	◆◆◆◆
2.7.2	CR	Phụ nữ mắc PCOS bị rối loạn ăn uống, mặc cảm về ngoại hình, tự ti (low self-esteem), các vấn đề về nữ tính hoặc rối loạn chức năng tâm sinh dục nên được chỉ định điều trị dựa trên bằng chứng (ví dụ: liệu pháp nhận thức-hành vi) khi thích hợp.	◆◆◆◆
<b>2.8</b>		<b>Điều trị chống trầm cảm và giải lo âu</b>	
2.8.1	CR	Liệu pháp tâm lý có thể được coi là trị liệu đầu tay và các thuốc chống trầm cảm được cân nhắc ở người lớn bị rối loạn sức khỏe tâm thần được xác nhận rõ ràng và dai dẳng hoặc nếu có các triệu chứng tự tử, dựa trên hướng dẫn dẫn số chung.	◆◆◆
2.8.2	PP	Cần xem xét can thiệp thay đổi lối sống và các liệu pháp khác (ví dụ: COCP, metformin, triệt lông bằng laser) hướng vào các đặc điểm của PCOS vì chúng có khả năng cải thiện các triệu chứng tâm lý. Khi chỉ định điều trị thuốc chống lo âu và trầm cảm trong PCOS, các bác sĩ lâm sàng nên thận trọng: <ul style="list-style-type: none"><li>• tránh dùng các thuốc chống trầm cảm hoặc thuốc giải lo âu không thích hợp</li><li>• hạn chế dùng các thuốc làm trầm trọng thêm các triệu chứng PCOS, bao gồm cả tăng cân.</li></ul>	

		Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý rằng tình trạng lo âu và trầm cảm nếu không được điều trị có thể ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị/quản lý PCOS.	
<b>3</b>		<b>Quản lý lối sống</b>	
<b>3.1</b>		<b>Hiệu quả của các can thiệp thay đổi lối sống</b>	
3.1.1	EBR	Khuyến cáo can thiệp thay đổi lối sống (chỉ tập thể dục hoặc chế độ ăn nhiều thành phần kết hợp với tập thể dục và các chiến lược hành vi) cho tất cả phụ nữ mắc PCOS, để cải thiện sức khỏe chuyển hóa bao gồm mỡ trung tâm (central adiposity) và hồ sơ lipid.	◆◆◆◆ ⊕○○○
3.1.2	CR	Khuyến cáo các hành vi lối sống lành mạnh bao gồm ăn uống lành mạnh và/hoặc hoạt động thể chất ở tất cả phụ nữ mắc PCOS để tối ưu hóa sức khỏe tổng thể, chất lượng cuộc sống, thành phần cơ thể (body composition) và kiểm soát cân nặng (đuy trì cân nặng, ngăn ngừa tăng cân và/hoặc giảm cân ở mức độ vừa phải).	◆◆◆◆
3.1.3	PP	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý rằng quản lý lối sống là trọng tâm cốt lõi trong quản lý PCOS.	
3.1.4	PP	Các mục tiêu và ưu tiên quản lý lối sống cần được đồng phát triển với sự hợp tác của phụ nữ mắc PCOS và coi trọng sở thích cá nhân của người phụ nữ.	
3.1.5	PP	Lối sống lành mạnh thậm chí vẫn mang lại lợi ích ngay cả khi không giảm cân.	
3.1.6	PP	Ở những người thừa cân, kiểm soát cân nặng có thể liên quan với những cải thiện lâm sàng đáng kể và cần xem xét những điểm chính sau đây: <ul style="list-style-type: none"><li>• Trọng tâm suốt đời là ngăn ngừa tăng cân thêm.</li><li>• Nếu mục tiêu là giảm cân, yêu cầu người phụ nữ</li></ul>	

		<p>giảm bớt năng lượng nạp vào một cách phù hợp, có tính đến nhu cầu năng lượng, trọng lượng cơ thể và mức độ hoạt động thể chất của từng cá nhân.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Giá trị của việc cải thiện lượng mỡ trung tâm (ví dụ: chu vi vòng eo, chỉ số eo-hông) hoặc sức khỏe chuyển hóa.</li><li>• Cần phải đánh giá và hỗ trợ liên tục.</li></ul>	
3.1.7	PP	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý sự kỳ thị cân nặng khi thảo luận về việc quản lý lối sống với phụ nữ mắc PCOS (xem 3.6).	
3.1.8	PP	Lối sống lành mạnh và kiểm soát cân nặng tối ưu, trong bối cảnh hỗ trợ lâm sàng có hệ thống, chuyên sâu và liên tục, dường như có hiệu quả như nhau ở bệnh nhân PCOS như trong dân số chung.	
3.1.9	PP	Ở những người không thừa cân, ở tuổi vị thành niên và ở những thời điểm quan trọng trong cuộc đời, nên tập trung vào lối sống lành mạnh và ngăn ngừa tăng cân quá mức.	
3.1.10	PP	Kháng insulin là một yếu tố sinh lý bệnh trong PCOS, tuy nhiên, các xét nghiệm insulin có sẵn trên lâm sàng có ý nghĩa lâm sàng rất hạn chế và không được khuyến cáo trong chăm sóc thường quy (tham khảo phần 1.9.12).	
<b>3.2</b>		<b>Chiến lược hành vi</b>	
3.2.1	CR	Các can thiệp thay đổi lối sống có thể bao gồm các chiến lược hành vi như thiết lập mục tiêu, tự theo dõi, giải quyết vấn đề, rèn luyện tính quyết đoán, cũng có	❖ ❖ ❖

		các thay đổi và ngăn ngừa tái phát, để tối ưu hóa việc kiểm soát cân nặng, lối sống lành mạnh và hạnh phúc về mặt cảm xúc (emotional wellbeing) ở phụ nữ mắc PCOS.	
3.2.2	PP	Hỗ trợ hành vi có thể bao gồm: thiết lập mục tiêu, giải quyết vấn đề, tự theo dõi và đánh giá hoặc các mục tiêu SMART (Cụ thể (Specific), Có thể đo lường được (Measurable), Có thể đạt được (Achievable), Thực tế (Realistic) và Đúng lúc (Timely)).	
3.2.3	PP	Các can thiệp nhận thức-hành vi hoặc hành vi lành mạnh toàn diện có thể được xem xét để tăng cường hỗ trợ, sự tham gia, kiên trì, tuân thủ và duy trì lối sống lành mạnh và cải thiện kết cục sức khỏe ở phụ nữ mắc PCOS.	
<b>3.3</b>		<b>Can thiệp chế độ ăn uống</b>	
3.3.1	EBR	Các bác sĩ lâm sàng và phụ nữ nên lưu ý rằng không có bằng chứng nào ủng hộ bất kỳ loại thành phần trong chế độ ăn uống nào so với loại khác về kết cục nhân trắc học, chuyển hóa, nội tiết, sinh sản hoặc tâm lý.	◆◆◆ ⊕○○○
3.3.2	CR	Bất kỳ thành phần trong chế độ ăn uống nào mà phù hợp với hướng dẫn dân số chung về ăn uống lành mạnh đều sẽ có lợi cho sức khỏe và các bác sĩ lâm sàng nên tư vấn duy trì chế độ ăn uống lành mạnh phù hợp với sở thích và mục tiêu của từng cá nhân.	◆◆◆◆
3.3.3	PP	Điều chỉnh chế độ ăn uống theo sở thích cá nhân cho phép áp dụng cách tiếp cận đồng phát triển, linh hoạt, và cá thể hoá để đạt được các mục tiêu dinh dưỡng, đồng thời tránh các chế độ ăn hạn chế quá mức và mất cân	

		bảng dinh dưỡng là rất quan trọng, theo hướng dẫn dân số chung.	
3.3.4	PP	Cần thảo luận về các rào cản và yếu tố thuận lợi để tối ưu hóa sự tham gia và tuân thủ với sự thay đổi chế độ ăn uống, bao gồm các yếu tố tâm lý, hạn chế về thể chất, yếu tố kinh tế xã hội và văn hóa xã hội, cũng như động lực thay đổi của bệnh nhân. Cần xem xét cả giá trị của sự tham gia sâu rộng hơn của gia đình. Cần cân nhắc giới thiệu đến bác sĩ dinh dưỡng lâm sàng khi phụ nữ mắc PCOS cần được hỗ trợ để tối ưu hóa chế độ ăn uống của họ.	
<b>3.4</b>		<b>Luyện tập thể dục</b>	
3.4.1	EBR	Các bác sĩ lâm sàng và phụ nữ cần lưu ý rằng đang thiếu bằng chứng ủng hộ bất kỳ loại hình và cường độ tập luyện nào tốt hơn loại khác về kết cục nhân trắc học, chuyển hóa, nội tiết, sinh sản hoặc tâm lý.	◆◆◆◆ ⊕○○○
3.4.2	CR	Bất kỳ hoạt động thể chất nào phù hợp với hướng dẫn dân số chung đều sẽ có lợi cho sức khỏe và các bác sĩ lâm sàng nên tư vấn duy trì hoạt động thể chất dựa trên sở thích và mục tiêu của từng cá nhân.	◆◆◆◆
3.4.3		Các bác sĩ lâm sàng nên khuyến khích và tư vấn những điều sau phù hợp với hướng dẫn dân số chung về hoạt động thể chất: <ul style="list-style-type: none"><li>• Tất cả người lớn nên tập luyện thể chất vì tập luyện một số hoạt động thể chất tốt hơn là không thực hiện hoạt động nào.</li><li>• Người lớn nên hạn chế thời gian thụ động (ví dụ: ngồi, nhìn màn hình) bởi thay thế thời gian thụ</li></ul>	◆◆◆◆

		<p>động bằng hoạt động thể chất ở bất kỳ cường độ nào (kể cả cường độ nhẹ) đều mang lại lợi ích sức khỏe.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Để ngăn ngừa tăng cân và duy trì sức khỏe, người lớn (18-64 tuổi) nên đặt mục tiêu tối thiểu 150 đến 300 phút hoạt động với cường độ trung bình hoặc 75 đến 150 phút hoạt động aerobic cường độ mạnh mỗi tuần hoặc sự kết hợp tương đương của cả hai chia đều cho cả tuần, cộng với các hoạt động tăng sức cơ (ví dụ: kháng lực/kéo giãn (resistance/flexibility)) vào 2 ngày không liên tiếp mỗi tuần.</li><li>• Để thúc đẩy các lợi ích sức khỏe lớn hơn bao gồm giảm cân vừa phải và ngăn ngừa tăng cân trở lại, người lớn (18-64 tuổi) nên đặt mục tiêu hoạt động cường độ trung bình tối thiểu 250 phút/tuần hoặc 150 phút/tuần với cường độ mạnh hoặc sự kết hợp tương đương của cả hai, cộng với các hoạt động tăng sức cơ (ví dụ: kháng lực/kéo giãn), tốt nhất là vào 2 ngày không liên tiếp mỗi tuần.</li><li>• Thanh thiếu niên nên đặt mục tiêu hoạt động thể chất với cường độ từ trung bình đến mạnh ít nhất 60 phút mỗi ngày, bao gồm các hoạt động giúp tăng sức cơ và xương ít nhất 3 lần mỗi tuần.</li></ul>	
3.4.4		<p>Hoạt động thể chất là bất kỳ chuyển động nào của cơ thể được tạo ra bởi cơ xương mà cần tiêu hao năng lượng. Nó bao gồm hoạt động thể chất lúc rảnh rỗi, phương tiện đi lại (ví dụ: đi bộ hoặc đạp xe), nghề nghiệp (ví dụ:</p>	

		công việc tay chân), làm việc nhà, chơi trò chơi, thể thao hoặc các buổi tập thể dục được thiết kế sẵn hoặc các sinh hoạt hàng ngày với gia đình và cộng đồng.	
3.4.5		Hoạt động aerobic được thực hiện tốt nhất mỗi lần kéo dài ít nhất 10 phút, nhằm đạt được ít nhất 30 phút mỗi ngày trong hầu hết các ngày.	
3.4.6		Cần thảo luận về các rào cản và yếu tố thuận lợi để tối ưu hóa sự tham gia và tuân thủ tập luyện thể chất, bao gồm các yếu tố tâm lý (ví dụ: lo ngại về ngoại hình, sợ bị thương, sợ thất bại, sức khỏe tâm thần), lo ngại về an toàn của bản thân, yếu tố môi trường, hạn chế về thể chất, yếu tố kinh tế xã hội, yếu tố văn hóa xã hội và động lực thay đổi của bệnh nhân. Cần xem xét cả giá trị của sự tham gia sâu rộng hơn của gia đình. Cần cân nhắc giới thiệu đến bác sĩ có chuyên môn phù hợp khi phụ nữ mắc PCOS cần được hỗ trợ để tối ưu hóa hoạt động thể chất của họ.	
3.4.7		Tự theo dõi, bao gồm các thiết bị và công nghệ theo dõi hoạt động thể chất để đếm số bước đi và cường độ tập luyện, có thể được coi là một giải pháp hỗ trợ giúp hỗ trợ và thúc đẩy lối sống năng động cũng như giảm thiểu các hành vi thụ động.	
<b>3.5</b>		<b>Các yếu tố ảnh hưởng đến việc tăng cân trong PCOS</b>	
3.5.1		Các bác sĩ lâm sàng và phụ nữ mắc PCOS cần lưu ý rằng đang thiếu bằng chứng nhất quán về sự khác biệt sinh lý hoặc hành vi trong lối sống, liên quan đến cân nặng ở phụ nữ mắc PCOS so với phụ nữ không mắc PCOS.	◆◆◆ ⊕○○○

3.5.2	<p>Mặc dù vẫn chưa rõ cơ chế cụ thể, nhưng người ta nhận thấy rằng nhiều phụ nữ mắc PCOS sẽ có các cơ chế nền dẫn đến tăng cân nhiều hơn theo thời gian và chỉ số BMI cao hơn, có thể:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gây khó khăn hơn trong việc kiểm soát cân nặng.</li><li>• Nhấn mạnh tầm quan trọng của chiến lược lối sống lành mạnh suốt đời và ngăn ngừa tăng cân quá mức.</li><li>• Hỗ trợ phụ nữ mắc PCOS và các bác sĩ lâm sàng xây dựng các mục tiêu lối sống phù hợp, thực tế.</li></ul>	
<b>3.6</b>	<b>Kỳ thị về cân nặng</b>	
3.6.1	<p>Nhiều phụ nữ mắc PCOS bị kỳ thị về cân nặng ở các cơ sở chăm sóc sức khỏe và các cơ sở khác và cần thừa nhận những tác động tiêu cực về sinh học-tâm lý-xã hội của điều này.</p>	◆◆◆◆ ⊕⊕○○
3.6.2	<p>Các bác sĩ lâm sàng cần lưu tâm đối với vấn đề thành kiến về cân nặng của họ và tác động của điều này đối với hoạt động chuyên môn của họ và phụ nữ mắc PCOS.</p>	◆◆◆◆
3.6.3	<p>Các nhà hoạch định, quản lý và giáo dục chính sách y tế cần nâng cao nhận thức về sự kỳ thị cân nặng và đầu tư vào các chiến lược giáo dục và giảm thiểu sự kỳ thị về cân nặng.</p>	◆◆◆◆
3.6.4	<p>Các bác sĩ lâm sàng nên áp dụng các thực hành không phân biệt cân nặng (weight-inclusive practices) nhằm thúc đẩy sự chấp nhận và tôn trọng sự đa dạng về kích thước cơ thể, đồng thời tập trung vào việc cải thiện các hành vi sức khỏe và kết cục sức khỏe cho mọi người với</p>	



	<p>mọi kích cỡ. Trong PCOS, điều này bao gồm:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Thừa nhận rằng mặc dù thừa cân là một yếu tố nguy cơ đối với PCOS và các biến chứng của nó, nhưng đó chỉ là một chỉ số về sức khỏe và cần đánh giá thêm các yếu tố khác.</li><li>• Xin phép thảo luận và đo cân nặng cũng như áp dụng các chiến lược để giảm thiểu sự khó chịu (ví dụ: cân mù (blind weighing)).</li><li>• Nhận thấy rằng các thuật ngữ "thừa cân" và "béo phì" có thể mang tính kỳ thị với thuật ngữ thay thế được đề xuất bao gồm "cân nặng cao hơn bình thường (higher weight)".</li><li>• Nếu thực hiện cân, giải thích cách sử dụng thông tin về cân nặng để thông báo nguy cơ, cách phòng ngừa và điều trị cũng như không biết rõ có thể ảnh hưởng đến các khuyến cáo hay không.</li><li>• Đảm bảo có sẵn thiết bị phù hợp cho phụ nữ ở mọi kích thước.</li><li>• Cung cấp các lựa chọn chăm sóc tập trung vào cân nặng (thúc đẩy giám cân có chủ ý) hoặc chăm sóc không phân biệt cân nặng (thúc đẩy thay đổi lối sống lành mạnh mà không tập trung vào việc giảm cân có chủ ý) phù hợp với mục tiêu và sở thích cá nhân.</li><li>• Đưa ra đánh giá, điều trị và hỗ trợ thực hành tốt nhất cho tất cả phụ nữ bất kể cân nặng, thừa nhận rằng cân nặng có thể là yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được khi chỉ áp dụng điều chỉnh lối sống</li></ul>	
--	---	--

		đơn thuần.	
3.6.5		Cần xem xét nâng cao nhận thức về sự kỳ thị cân nặng của các thành viên trong gia đình có phụ nữ và thanh thiếu niên mắc PCOS.	
<b>4</b>		<b>Quản lý các trường hợp không mong con</b>	
4.1		<b>Nguyên tắc điều trị thuốc trong PCOS</b>	
	PP	Cần phải đưa ra quyết định chung giữa bệnh nhân (và bố mẹ hoặc người giám hộ, nếu bệnh nhân là trẻ em) và bác sĩ lâm sàng.	
	PP	Các đặc điểm, sở thích và giá trị của từng cá nhân phải được ghi nhận và cân nhắc khi khuyến cáo bất kỳ biện pháp can thiệp đơn độc hoặc kết hợp.	
	PP	Khi kê đơn thuốc, điều quan trọng là phải hiểu người lớn và thanh thiếu niên mong muốn kết quả điều trị như thế nào.	
	PP	Điều trị nội khoa thường không được phê duyệt, đặc biệt trong PCOS và do đó việc sử dụng được khuyến cáo dựa trên bằng chứng nhưng ngoài nhãn (off-label). Các bác sĩ lâm sàng cần thông báo cho người lớn, thanh thiếu niên và bố mẹ hoặc người giám hộ của họ và thảo luận về bằng chứng, những lo ngại có thể xảy ra và tác dụng phụ. Các cơ quan quản lý nên xem xét phê duyệt các loại thuốc dựa trên bằng chứng để sử dụng trong PCOS.	
<b>4.2</b>		<b>Thuốc tránh thai kết hợp đường uống</b>	
4.2.1	EBR	Thuốc tránh thai kết hợp đường uống (COCP) có thể được khuyến cáo ở người lớn trong độ tuổi sinh sản mắc PCOS để kiểm soát tình trạng rậm lông và/hoặc chu kỳ	❖❖❖ ⊕○○○

		kinh nguyệt không đều.	
4.2.2	EBR	COCP có thể được xem xét ở thanh thiếu niên có nguy cơ hoặc chẩn đoán PCOS rõ ràng để kiểm soát tình trạng rụng lông và/hoặc chu kỳ kinh nguyệt không đều.	◆◆◆ ⊕○○○
4.2.3	EBR	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý rằng không có lợi ích lâm sàng khi dùng ethinylestradiol liều cao ( $\geq 30\mu\text{g}$ ) so với ethinylestradiol liều thấp ( $< 30\mu\text{g}$ ) khi điều trị chứng rụng lông ở người lớn mắc PCOS.	◆◆◆ ⊕○○○
4.2.4	EBR	Cần xem xét các hướng dẫn dân số chung khi kê đơn COCP cho người lớn và thanh thiếu niên mắc PCOS vì hiện tại không thể khuyến cáo loại hoặc liều progestin, estrogen hoặc COCP cụ thể nào.	◆◆◆ ⊕○○○
4.2.5	EBR	Chế phẩm $35\mu\text{g}$ ethinyl estradiol cộng với cyproterone acetate nên được coi là liệu pháp hàng thứ 2 so với các COCP khác, cân bằng giữa lợi ích và tác dụng phụ, bao gồm cả nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.	◆◆◆ ⊕○○○
4.2.6	EBR	Thuốc tránh thai đường uống chỉ chứa progestin có thể được xem xét để bảo vệ nội mạc tử cung, dựa trên hướng dẫn dân số chung, thừa nhận rằng bằng chứng ở phụ nữ mắc PCOS còn rất hạn chế.	◆◆◆ ⊕○○○
4.2.7	PP	Khi kê đơn COCP cho người lớn và thanh thiếu niên mắc PCOS và thanh thiếu niên có nguy cơ mắc PCOS <ul style="list-style-type: none"><li>• Điều quan trọng là phải giải quyết các triệu chứng chính và xem xét các điều trị khác như liệu pháp thẩm mỹ.</li><li>• Cùng ra quyết định chung (bao gồm thông tin chính xác và đảm bảo về tính hiệu quả và an toàn của COCP) được khuyến cáo và có khả năng cải</li></ul>	

		<p>thiện sự tuân thủ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cần xem xét các chế phẩm estrogen tự nhiên và liều estrogen thấp nhất có hiệu quả (chẳng hạn như 20-30µg ethinyl estradiol hoặc tương đương), và cân bằng giữa hiệu quả, dữ liệu nguy cơ chuyển hóa, tác dụng phụ, chi phí và tính sẵn có.</li> <li>• Bằng chứng tương đối hạn chế về COCP, đặc biệt trong PCOS, do đó cần thực hành dựa trên các hướng dẫn dân số chung.</li> <li>• Các chống chỉ định tương đối và tuyệt đối cũng như tác dụng phụ của COCP cần được xem xét và là chủ đề cần thảo luận với từng cá nhân.</li> <li>• Cần xem xét các đặc điểm riêng biệt của PCOS, chẳng hạn như thừa cân và các yếu tố nguy cơ tim mạch.</li> </ul>	
<b>4.3</b>		<b>Metformin</b>	
4.3.1	EBR	Nên xem xét dùng metformin đơn độc ở người lớn mắc PCOS và chỉ số BMI $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> đối với các kết cục nhân trắc học và chuyển hóa bao gồm tình trạng kháng insulin, đường huyết và hồ sơ lipid.	◆◆◆ ⊕○○○
4.3.2	EBR	Metformin đơn độc có thể được xem xét ở thanh thiếu niên có nguy cơ mắc hoặc mắc PCOS để điều hòa chu kỳ kinh nguyệt, thừa nhận bằng chứng còn hạn chế.	◆◆◆ ⊕○○○
4.3.3	CR	Metformin đơn độc có thể được xem xét ở người lớn mắc PCOS và BMI < 25 kg/m <sup>2</sup> , thừa nhận bằng chứng còn hạn chế.	◆◆◆
4.3.4	PP	Khi kê đơn metformin, cần lưu ý những điều sau: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Khi ra quyết định chung cần xem xét tính khả thi</li> </ul>	

		<p>và hiệu quả của can thiệp thay đổi lối sống tích cực. Phụ nữ nên được thông báo rằng metformin và can thiệp thay đổi lối sống tích cực có hiệu quả tương tự nhau.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Các tác dụng phụ nhẹ, bao gồm cả tác dụng phụ trên đường tiêu hóa, thường phụ thuộc vào liều và tự giới hạn.</li><li>• Bắt đầu với liều thấp 500mg, tăng liều mỗi 1-2 tuần và các chế phẩm giải phóng kéo dài có thể giảm thiểu tác dụng phụ và cải thiện sự tuân thủ điều trị.</li><li>• Liều tối đa hàng ngày được đề nghị là 2,5g ở người lớn và 2g ở thanh thiếu niên.</li><li>• Sử dụng lâu dài dường như là an toàn, dựa trên việc sử dụng ở các nhóm đối tượng khác, tuy nhiên cần cân nhắc khi chỉ định dùng liên tục.</li><li>• Cần cân nhắc việc theo dõi khi dùng metformin có liên quan với nồng độ vitamin B12 thấp, đặc biệt ở những người có yếu tố nguy cơ thiếu vitamin B12 (ví dụ: đái tháo đường, sau phẫu thuật giảm cân/chuyển hóa, thiếu máu ác tính, chế độ ăn thuần chay, v.v.).</li></ul>	
<b>4.4</b>		<b>Metformin và thuốc tránh thai kết hợp đường uống</b>	
4.4.1	EBR	COCP có thể được dùng thay cho metformin để kiểm soát chứng rụng lông ở bệnh nhân PCOS có chu kỳ kinh nguyệt không đều.	❖❖❖ ⊕○○○
4.4.2	EBR	Metformin có thể được dùng thay cho COCP đối với các chỉ định chuyển hóa trong PCOS.	❖❖❖ ⊕○○○

4.4.3	EBR	Có thể xem xét kết hợp COCP và metformin giúp mang lại thêm một chút lợi ích lâm sàng hơn so với COCP hoặc metformin đơn độc, ở người lớn mắc PCOS có BMI $\leq 30$ kg/m <sup>2</sup> .	◆◆◆ ⊕○○○
4.4.4	PP	Khi kết hợp với COCP, metformin có thể có lợi nhất ở các nhóm có nguy cơ chuyển hóa cao bao gồm những người có chỉ số BMI $> 30$ kg/m <sup>2</sup> , các yếu tố nguy cơ đái tháo đường, rối loạn dung nạp glucose hoặc các nhóm sắc tộc có nguy cơ cao.	
4.4.5	PP	Trong trường hợp COCP bị chống chỉ định, không được chấp nhận hoặc không dung nạp, metformin có thể được cân nhắc cho trường hợp chu kỳ kinh nguyệt không đều. Đối với chứng rụng lông, có thể cần các can thiệp khác.	
<b>4.5</b>		<b>Thuốc giảm béo phì</b>	
4.5.1	CR	Các thuốc giảm béo phì bao gồm liraglutide, semaglutide, cả thuốc đồng vận thụ thể glucagon-like peptide-1 (GLP-1) và orlistat, có thể được xem xét, ngoài việc can thiệp thay đổi lối sống tích cực, để kiểm soát thừa cân ở người lớn mắc PCOS theo hướng dẫn dẫn số chung.	◆◆◆
4.5.2	PP	Các bác sĩ lâm sàng nên đảm bảo tránh thai hiệu quả đồng thời do những phụ nữ đang dùng thuốc đồng vận thụ thể GLP-1 có thể mang thai, và vì đang thiếu dữ liệu an toàn trong thai kỳ.	
4.5.3	PP	Khuyến cáo tăng liều dần dần đối với thuốc đồng vận thụ thể GLP-1 để giảm tác dụng phụ trên đường tiêu hóa.	
4.5.4	PP	Cùng ra quyết định chung, khi thảo luận về việc dùng	

		thuốc đồng vận thụ thể GLP-1 ở phụ nữ mắc PCOS, cần xem xét các tác dụng phụ và nhu cầu sử dụng lâu dài để kiểm soát cân nặng, do nguy cơ cao tăng cân trở lại sau khi ngừng thuốc và thiếu dữ liệu an toàn lâu dài.	
<b>4.6</b>		<b>Thuốc kháng androgen</b>	
4.6.1	EBR	Nếu sau ít nhất 6 tháng dùng COCP và/hoặc liệu pháp thẩm mỹ nhưng đáp ứng không như mong đợi, có thể xem xét thuốc kháng androgen kết hợp với biện pháp tránh thai hiệu quả, để điều trị chứng rậm lông ở phụ nữ mắc PCOS,.	❖❖❖ ⊕○○○
4.6.2	CR	Do tác động tâm lý tiêu cực của tình trạng hói đầu, có thể thử dùng thuốc kháng androgen kết hợp với COCP, và thừa nhận rằng đang thiếu bằng chứng ở nhóm bệnh nhân PCOS.	❖❖❖
4.6.3	PP	Phát hiện mang thai khi đang dùng thuốc kháng androgen, các bác sĩ lâm sàng phải giáo dục và tư vấn cho phụ nữ và thanh thiếu niên, bố mẹ hoặc người giám hộ về nguy cơ phát triển không đầy đủ bộ phận sinh dục ngoài của thai nhi nam (kém nam hóa (undervirilization)). Để ngăn chặn điều này, những phụ nữ có khả năng mang thai nên được tư vấn rõ ràng về việc sử dụng các biện pháp tránh thai hiệu quả (ví dụ: dụng cụ tử cung hoặc COCP).	
4.6.4	PP	Có thể xem xét dùng thuốc kháng androgen kết hợp với một biện pháp tránh thai hiệu quả khác để điều trị chứng rậm lông ở những phụ nữ bị chống chỉ định với liệu pháp COCP hoặc dung nạp kém với COCP.	
4.6.5	PP	Khi kê đơn thuốc kháng androgen, dựa trên các khuyến	

		<p>cáo dân số chung, các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý rằng:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Spironolactone với liều 25-100mg/ngày dường như có nguy cơ tác dụng phụ thấp hơn.</li><li>• Cyproterone acetate với liều <math>\geq 10</math>mg không được khuyến cáo do tăng nguy cơ u màng não (meningioma).</li><li>• Finasteride làm tăng nguy cơ nhiễm độc gan.</li><li>• Flutamide và bicalutamide làm tăng nguy cơ nhiễm độc gan nặng.</li><li>• Bằng chứng tương đối hạn chế về thuốc kháng androgen trong PCOS mới chỉ được đánh giá ở một số lượng nhỏ các nghiên cứu với cỡ mẫu hạn chế</li></ul>	
<b>4.7</b>		<b>Inositol</b>	
4.7.1	EBR	Inositol (ở bất kỳ dạng nào) có thể được xem xét ở phụ nữ mắc PCOS dựa trên sở thích và giá trị của từng cá nhân, lưu ý có rất ít tác hại, và có khả năng cải thiện các chỉ số chuyển hóa, tuy nhiên với lợi ích lâm sàng hạn chế bao gồm phòng ngừa, rụng lông hoặc cân nặng.	◆◆◆ ⊕○○○
4.7.2	EBR	Metformin nên được xem xét thay cho inositol đối với chứng rụng lông và mỡ trung tâm, lưu ý rằng metformin có nhiều tác dụng phụ trên đường tiêu hóa hơn inositol.	◆◆◆ ⊕○○○
4.7.3	PP	Phụ nữ dùng inositol và các liệu pháp bổ trợ khác được khuyến khích tham vấn ý kiến bác sĩ lâm sàng của mình.	
4.7.4	PP	Hiện không thể khuyến cáo về loại, liều lượng hoặc sự kết hợp cụ thể của inositol ở người lớn và thanh thiếu niên mắc PCOS do thiếu bằng chứng chất lượng cao.	
4.7.5	PP	Cùng ra quyết định chung nên bao gồm việc thảo luận	



		về tình trạng quản lý và kiểm soát chất lượng inositol ở bất kỳ dạng nào (giống như các chất bổ sung dinh dưỡng khác) có thể khác với các quy định đối với các sản phẩm dược lý và liều lượng cũng như chất lượng có thể khác nhau.	
4.7.6	PP	Các nhà hoạch định chính sách và bác sĩ lâm sàng có trách nhiệm đảm bảo phụ nữ có quyền tiếp cận thông tin dựa trên bằng chứng, không mâu thuẫn để cùng đưa ra quyết định chung, đồng thời cũng thừa nhận và tôn trọng các giá trị và sở thích cá nhân, bao gồm cả các liệu pháp hỗ trợ.	
<b>4.8</b>		<b>Triệt lông bằng liệu pháp ánh sáng và laser cơ học</b>	
4.8.1	EBR	Các liệu pháp ánh sáng và laser cơ học nên được xem xét để triệt lông ở mặt và giảm chứng trầm cảm, lo âu kèm theo và nâng cao chất lượng cuộc sống ở phụ nữ mắc PCOS.	◆◆◆ ⊕○○○
4.8.2	EBR	Để đạt được hiệu quả triệt lông, có thể cần nhiều đợt điều trị bằng laser hơn ở phụ nữ mắc PCOS so với những phụ nữ mắc chứng rậm lông vô căn.	◆◆◆ ⊕○○○
4.8.3	CR	Các tác dụng phụ dường như bị hạn chế dưới bàn tay các bác sĩ có kinh nghiệm và trình độ chuyên môn phù hợp, và phụ nữ nên được khuyến cáo tìm kiếm các liệu pháp triệt lông từ các bác sĩ như vậy.	◆◆◆◆
4.8.4	PP	Khi chỉ định triệt lông bằng laser, cần lưu ý những điều sau: <ul style="list-style-type: none"><li>• Bước sóng và khả năng điều trị bằng laser thay đổi tùy theo màu da và màu lông.</li><li>• Laser gần như không có hiệu quả ở những phụ nữ</li></ul>	

		<p>có màu lông vàng, xám hoặc trắng.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bổ sung thuốc tránh thai kết hợp đường uống (COCP), có hoặc không có thuốc kháng androgen vào liệu pháp laser có thể làm tăng hiệu quả triệt lông và duy trì hiệu quả cao hơn so với laser đơn thuần.</li><li>• Laser mật độ năng lượng thấp và cao dường như có hiệu quả tương tự nhau trong việc triệt lông mặt, trong khi laser mật độ năng lượng thấp ít gây đau hơn.</li></ul>	
4.8.5	PP	<p>Có thể xem xét triệt lông cơ học bằng Ánh sáng xung cường độ cao (Intense Pulse Light-IPL), mặc dù lợi ích có thể kém hơn so với điều trị bằng laser.</p> <p>Không có bằng chứng nào ủng hộ hiệu quả của kit IPL tại nhà.</p>	
4.8.6	PP	<p>Các nhà hoạch định chính sách nên xem xét tài trợ liệu pháp hiệu quả dựa trên bằng chứng này cho phụ nữ mắc PCOS để giảm bớt sự tự ti của chứng rậm lông và tác động (tiêu cực kèm theo ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, ngoại hình và sức khỏe tâm lý).</p>	
<b>4.9</b>		<b>Phẫu thuật giảm cân/chuyển hóa</b>	
4.9.1	CR	<p>Phẫu thuật giảm cân/chuyển hóa có thể được xem xét để cải thiện việc giảm cân, tăng huyết áp, đái tháo đường (dự phòng và điều trị), rậm lông, chu kỳ kinh nguyệt không đều, phóng noãn và tỷ lệ mang thai ở phụ nữ mắc PCOS.</p>	◆◆◆
4.9.2	CR	<p>Phẫu thuật giảm cân/chuyển hóa ở phụ nữ mắc PCOS nên tuân theo hướng dẫn dẫn số chung</p>	◆◆◆◆

4.9.3	CR	PCOS là một tình trạng chuyển hóa và có thể xem xét chỉ định phẫu thuật giảm cân/chuyển hóa ở ngưỡng BMI thấp hơn tương tự như các tình trạng chuyển hóa khác bao gồm cả đái tháo đường.	◆◆◆
4.9.4	CR	Phụ nữ mắc PCOS nên được tư vấn rõ ràng về việc khả năng sinh sản phục hồi nhanh chóng và bắt buộc phải dùng biện pháp tránh thai hiệu quả, tốt nhất là trước khi phẫu thuật. Ngay cả khi muốn mang thai, nên tiếp tục dùng biện pháp tránh thai cho đến khi đạt được cân nặng ổn định, thường là sau 1 năm, để tránh tăng đáng kể nguy cơ thai bị giới hạn tăng trưởng, sinh non, thai nhỏ so với tuổi thai, các biến chứng thai kỳ và trẻ sơ sinh phải nằm viện kéo dài.	◆◆◆◆
<b>4.10</b>		<b>Kết cục thai kỳ</b>	
4.10.1	EBR	Phụ nữ mắc PCOS có thai kỳ nguy cơ cao hơn và các bác sĩ lâm sàng nên đảm bảo rằng tình trạng PCOS đã được xác định trong quá trình chăm sóc trước sinh cũng như được theo dõi và hỗ trợ thích hợp.	◆◆◆◆ ①○○○
4.10.2	EBR	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý rằng thai phụ mắc PCOS, tăng nguy cơ: <ul style="list-style-type: none"><li>• Tăng cân nhiều hơn trong thai kỳ.</li><li>• Sảy thai.</li><li>• Đái tháo đường thai kỳ.</li><li>• Tăng huyết áp trong thai kỳ và tiền sản giật.</li><li>• Thai giới hạn tăng trưởng, thai nhỏ so với tuổi thai và trẻ nhẹ cân.</li><li>• Sinh non.</li><li>• Mổ lấy thai.</li></ul>	◆◆◆◆ ⊕○○○

4.10.3	EBR	Có thể xem xét áp dụng các công nghệ hỗ trợ sinh sản ở phụ nữ mắc PCOS vì chúng không làm tăng nguy cơ sảy thai, sinh non, thai chậm tăng trưởng và mổ lấy thai so với phụ nữ không mắc PCOS.	◆◆◆ ⊕○○○
4.10.4	EBR	Phụ nữ mắc PCOS được coi là không làm tăng nguy cơ thai to so với tuổi thai, thai to và sinh giúp (instrumental delivery).	◆◆◆ ⊕○○○
4.10.5	PP	Cần can thiệp thay đổi lối sống sớm cho phụ nữ mang thai mắc PCOS vì nguy cơ thừa cân, tăng cân quá mức và các biến chứng trong thai kỳ cao hơn.	
4.10.6	PP	Ở phụ nữ mắc PCOS, nên đo huyết áp khi lập kế hoạch mang thai hoặc điều trị vô sinh, do nguy cơ cao bị rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ và các bệnh đồng mắc kèm theo.	
4.10.7	PP	Chỉ định OGTT cho tất cả phụ nữ mắc PCOS khi lập kế hoạch mang thai hoặc điều trị vô sinh, do nguy cơ cao bị tăng đường huyết và các bệnh đồng mắc kèm theo trong thai kỳ. Nếu không được thực hiện ở giai đoạn trước thụ thai, OGTT nên được thực hiện ở lần khám thai đầu tiên và lặp lại khi thai được 24-28 tuần tuổi.	
<b>4.11</b>		<b>Metformin trong thai kỳ</b>	
4.11.1	EBR	Các bác sĩ lâm sàng cần lưu ý rằng metformin ở thai phụ mắc PCOS chưa được chứng minh là có tác dụng ngăn ngừa: <ul style="list-style-type: none"><li>• Đái tháo đường thai kỳ.</li><li>• Sảy thai muộn (12 tuần 1 ngày đến 21 tuần 6 ngày tuổi thai).</li><li>• Tăng huyết áp trong thai kỳ.</li></ul>	◆◆◆◆ ⊕⊕○○

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Tiền sản giật.</li><li>• Thai to hoặc cân nặng khi sinh <math>\geq 4000</math> g.</li></ul>	
4.11.2	EBR	Ở thai phụ mắc PCOS, Metformin có thể được xem xét trong một số trường hợp (ví dụ: nguy cơ sinh non) để giảm sinh non và hạn chế tăng cân quá mức trong thai kỳ.	◆◆◆ ⊕⊕⊕○
4.11.3	PP	Phụ nữ nên được tư vấn rằng vẫn chưa rõ hậu quả đối với sức khỏe lâu dài của con cái khi phơi nhiễm với metformin và có gợi ý về việc tăng cân ở trẻ em, mặc dù không chắc chắn về mối quan hệ nhân quả.	
4.11.4	PP	Hầu hết tác dụng phụ của metformin là các triệu chứng tiêu hóa nhẹ, thoáng qua và không nặng hơn trong thai kỳ.	
<b>5</b>		<b>Đánh giá và điều trị vô sinh</b> <b>Nguyên tắc chung</b> PP Tất cả các phương pháp điều trị vô sinh trong PCOS đều phải tuân theo lưu đồ 2. PP Những người mắc PCOS nên yên tâm rằng thường có thể mang thai thành công một cách tự nhiên hoặc có sự trợ giúp. PP Nên bổ sung vitamin trước sinh đồng thời với liệu pháp kích thích phóng noãn phù hợp với chăm sóc thường quy trước thụ thai. PP Nên loại trừ khả năng có thai trước khi kích thích phóng noãn. PP Dùng các thuốc kích thích phóng noãn, bao gồm letrozole, metformin và clomiphene citrate, là sử dụng ngoài nhãn (off-label) ở nhiều quốc gia. Khi được cho	

	PP	<p>phép sử dụng ngoài nhãn các thuốc kích thích phóng noãn này, các bác sĩ lâm sàng cần thông báo cho phụ nữ và thảo luận về bằng chứng, những lo ngại có thể xảy ra và tác dụng phụ.</p> <p>Cần phải theo dõi liên tục bệnh nhân về các tác dụng phụ và trẻ nhỏ về các dị tật bẩm sinh trong tất cả các nghiên cứu được thực hiện với các thuốc kích thích phóng noãn và những nghiên cứu này phải được báo cáo trong bất kỳ bài báo đã được xuất bản nào.</p> <p><b>Yếu tố nguy cơ trước thụ thai</b></p>	
5.1.1	EBR	<p>Phụ nữ mắc PCOS nên được tư vấn về tác động bất lợi của tình trạng thừa cân đối với tỷ lệ thai lâm sàng, sảy thai và tỷ lệ sinh sống sau điều trị vô sinh.</p>	<p>◆◆◆◆ ⊕○○○</p>
5.1.2	CR	<p>Dựa theo hướng dẫn chăm sóc thường quy trước thụ thai, phụ nữ mắc PCOS có kế hoạch mang thai nên xem xét và tối ưu hóa cân nặng, huyết áp, hút thuốc, uống rượu, chế độ ăn uống và tình trạng dinh dưỡng, bổ sung folate (liều cao hơn ở những người có BMI &gt; 30 kg/m<sup>2</sup>), tập thể dục, giấc ngủ và sức khỏe tâm thần, để cải thiện kết cục sinh sản và thai kỳ cũng như sức khỏe tổng thể.</p>	<p>◆◆◆◆</p>
5.1.3	PP	<p>Khuyến cáo lập kế hoạch sinh sản và giáo dục phù hợp với lứa tuổi để tối ưu hóa sức khỏe sinh sản ở thanh thiếu niên và phụ nữ mắc PCOS, bao gồm lối sống lành mạnh, ngăn ngừa tăng cân quá mức và tối ưu hóa các yếu tố nguy cơ trước thụ thai.</p>	
5.1.4	PP	<p>Các bác sĩ lâm sàng được khuyến khích xin phép và, nếu được, đánh giá cân nặng và chỉ số BMI, đồng thời bắt đầu đối thoại về tầm quan trọng của cân nặng và lối</p>	

		sống đối với sức khỏe phụ nữ trước khi mang thai. Điều này đòi hỏi phải thận trọng để tránh kỹ thi cân nặng và cần xem xét các yếu tố văn hóa, xã hội và môi trường ảnh hưởng đến sức khỏe (xem 3.6).	
5.1.5	PP	Các tình trạng mạn tính như đái tháo đường, huyết áp cao, lo âu, trầm cảm và các tình trạng sức khỏe tâm thần khác cần được quản lý một cách tối ưu và phụ nữ nên được tư vấn về nguy cơ xảy ra các kết cục thai kỳ bất lợi.	
<b>5.2</b>		<b>Đánh giá sự thông thoáng của ống dẫn trứng</b>	
5.2.1	CR	Ở phụ nữ mắc PCOS và vô sinh do không phóng noãn đơn thuần với tình dịch đồ bình thường, các nguy cơ, lợi ích, chi phí, thời điểm và kỹ thuật đánh giá sự thông thoáng của ống dẫn trứng liên quan đến chi phí và độ phức tạp của phương pháp điều trị, cần được xem xét trên cơ sở từng cá nhân, phụ thuộc vào tiền sử cá nhân và tỷ lệ hiện mắc trong cộng đồng, trước khi bắt đầu kích thích phóng noãn với giao hợp đúng lúc hoặc bơm tinh trùng vào buồng tử cung.	❖❖❖
<b>5.3</b>		<b>Letrozole</b>	
5.3.1	EBR	Letrozole nên là liệu pháp đầu tay để kích thích phóng noãn ở phụ nữ mắc PCOS bị vô sinh do không phóng noãn mà không có yếu tố vô sinh nào khác.	❖❖❖❖ ⊕⊕⊕⊕
5.3.2	PP	Ở nhiều quốc gia, dùng letrozole vẫn là sử dụng ngoài nhãn. Ở những nơi không được cho phép, bác sĩ lâm sàng nên dùng các thuốc kích thích phóng noãn khác.	
5.3.3	PP	Không nên dùng Letrozole khi có khả năng đã có thai từ trước, mặc dù không có bằng chứng về việc tăng khả	

		năng gây quái thai so với các thuốc kích thích phóng noãn khác.	
<b>5.4</b>		<b>Clomiphene citrate và metformin</b>	
<b>5.4.1</b>		<b>Metformin so với giả dược</b>	
5.4.1.1	EBR	Metformin có thể được dùng đơn độc ở phụ nữ mắc PCOS bị vô sinh do không phóng noãn và không có yếu tố vô sinh nào khác để cải thiện tỷ lệ thai lâm sàng và tỷ lệ sinh sống, đồng thời thông báo cho người phụ nữ biết rằng có các thuốc kích thích phóng noãn hiệu quả hơn.	◆◆◆ ⊕⊕○○
5.4.1.2	PP	Phụ nữ nên được tư vấn về khả năng có các tác dụng phụ nhẹ ở đường tiêu hóa khi dùng metformin.	
5.4.1.3	PP	Gánh nặng về chăm sóc sức khỏe và nguồn lực bao gồm việc theo dõi, đi lại và chi phí sẽ thấp hơn khi dùng metformin.	
5.4.1.4	PP	Cần phải thảo luận về việc xem xét độ tuổi và sàng lọc các yếu tố sinh sản khác trước khi kê đơn metformin.	
<b>5.4.2</b>		<b>Clomiphene citrate so với metformin</b>	
5.4.2.1	EBR	Clomiphene citrate có thể được ưu tiên sử dụng hơn metformin ở phụ nữ mắc PCOS bị vô sinh do không phóng noãn và không có yếu tố vô sinh nào khác, để cải thiện khả năng phóng noãn, tỷ lệ thai lâm sàng và sinh sống.	◆◆◆ ⊕⊕○○
5.4.2.2	PP	Nguy cơ đa thai tăng khi dùng clomiphene citrate (đơn độc hoặc kết hợp với metformin) và do đó các chu kỳ dùng clomiphene có thể cần phải siêu âm theo dõi.	
<b>5.4.3</b>		<b>Clomiphene citrate và metformin so với clomiphene citrate đơn độc</b>	
5.4.3.1	EBR	Có thể dùng clomiphene citrate kết hợp với metformin	◆◆◆



		thay vì clomiphene citrate đơn độc ở phụ nữ mắc PCOS bị vô sinh do không phóng noãn và không có yếu tố vô sinh nào khác để cải thiện tỷ lệ phóng noãn và thai lâm sàng.	⊕⊕○○
<b>5.4.4</b>		<b>Clomiphene citrate và metformin so với metformin đơn độc</b>	
5.4.4.1	EBR	Có thể dùng clomiphene citrate kết hợp với metformin thay vì metformin đơn độc ở phụ nữ mắc PCOS bị vô sinh do không phóng noãn và không có yếu tố vô sinh nào khác để cải thiện tỷ lệ sinh sống.	◆◆◆ ⊕⊕○○
5.4.4.2	PP	Theo dõi các chu kỳ dùng thuốc kết hợp cũng giống như dùng clomiphene citrate đơn độc.	
<b>5.4.5</b>		<b>Clomiphene citrate so với Letrozole</b>	
5.4.5.1	EBR	Nên dùng letrozole thay vì clomiphene citrate ở phụ nữ mắc PCOS bị vô sinh do không phóng noãn và không có yếu tố vô sinh nào khác để cải thiện khả năng phóng noãn, tỷ lệ thai lâm sàng và sinh sống.	◆◆◆◆ ⊕○○○
5.4.5.2	PP	Bảng chứng hiện tại cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ bất thường thai nhi khi kích thích phóng noãn bằng letrozole hoặc clomiphene citrate hoặc thụ thai tự nhiên.	
<b>5.5</b>		<b>Gonadotrophin</b>	
5.5.1	EBR	Có thể dùng gonadotrophins đơn độc thay vì clomiphene citrate ở phụ nữ mắc PCOS bị vô sinh do không phóng noãn, chưa từng được điều trị và không có yếu tố vô sinh nào khác để cải thiện khả năng phóng noãn, tỷ lệ thai lâm sàng và sinh sống (tham khảo 5.5.6).	◆◆◆ ⊕⊕○○
5.5.2	EBR	Có thể dùng gonadotrophins đơn độc thay vì gonadotrophins kết hợp với clomiphene citrate ở phụ nữ	◆◆◆ ⊕⊕○○

		mắc PCOS bị vô sinh do không phóng noãn, đồng thời thất bại hoặc kháng clomiphene citrate và không có yếu tố vô sinh nào khác.	
5.5.3	EBR	Gonadotrophins có thể được xem xét thay vì kết hợp clomiphene citrate và metformin ở phụ nữ mắc PCOS bị vô sinh do không phóng noãn, đồng thời kháng clomiphene citrate và không có yếu tố vô sinh nào khác.	◆◆◆ ⊕○○○
5.5.4	EBR	Có thể dùng gonadotrophins hoặc phẫu thuật nội soi đốt điểm buồng trứng ở phụ nữ mắc PCOS bị vô sinh do không phóng noãn, đồng thời kháng clomiphene citrate và không có yếu tố vô sinh nào khác, sau khi được tư vấn về tỷ lệ sinh sống cao hơn và tỷ lệ đa thai cao hơn với gonadotrophins	◆◆ ⊕⊕○○
5.5.5	EBR	Gonadotrophins có thể là liệu pháp hàng thứ 2 cho phụ nữ mắc PCOS bị vô sinh do không phóng noãn, đồng thời không có các yếu tố vô sinh khác và đã thất bại với thuốc kích thích phóng noãn đầu tay.	◆◆◆ ⊕⊕○○
5.5.6	PP	Khi kê đơn gonadotrophin, cần lưu ý những điều sau: <ul style="list-style-type: none"><li>• Chi phí khi dùng để kích thích phóng noãn.</li><li>• Yêu cầu về chuyên môn khi dùng để kích thích phóng noãn.</li><li>• Khả năng siêu âm theo dõi liên tục.</li><li>• Nên dùng phác đồ gonadotrophin liều thấp tăng dần để tối ưu hóa khả năng phát triển đơn nang noãn.</li><li>• Nguy cơ đa thai tiềm ẩn.</li></ul>	
5.5.7	PP	Dường như không có sự khác biệt về hiệu quả lâm sàng của các chế phẩm gonadotrophin hiện có.	

5.5.8	PP	Khi dùng gonadotrophins, thực hành lâm sàng tốt nhất là tránh đa thai. Những cân nhắc ở đây bao gồm hủy bỏ chu kỳ khi có tổng cộng > 2 nang noãn có đường kính > 14mm và khuyến tránh giao hợp không có biện pháp bảo vệ.	
5.5.9	PP	Tỷ lệ sinh sống, tỷ lệ thai lâm sàng trên mỗi bệnh nhân và tỷ lệ phóng noãn trên mỗi chu kỳ ở nhóm gonadotrophin cao hơn so với clomiphene citrate.	
5.5.10	PP	Nên dùng phác đồ gonadotrophin liều thấp để tối ưu hóa khả năng phát triển đơn nang noãn và giảm thiểu tình trạng đa thai.	
5.5.11	PP	Cần phải theo dõi chu kỳ và chi phí dùng thuốc cùng với việc phải tiêm nhiều lần sẽ ảnh hưởng đến lựa chọn dùng gonadotrophin.	
<b>5.6</b>		<b>Phẫu thuật nội soi đốt điểm buồng trứng</b>	
5.6.1	EBR	Phẫu thuật nội soi đốt điểm buồng trứng có thể là liệu pháp hàng thứ 2 cho phụ nữ mắc PCOS bị vô sinh do không phóng noãn, đồng thời thất bại hoặc kháng clomiphene citrate và không có yếu tố vô sinh nào khác.	◆◆◆◆ ⊕⊕○○
5.6.2	PP	Khi chỉ định phẫu thuật nội soi đốt điểm buồng trứng, cần lưu ý những điều sau: <ul style="list-style-type: none"><li>• Chi phí tương đương so với can thiệp dùng thuốc kích thích phóng noãn.</li><li>• Yêu cầu về chuyên môn khi dùng để kích thích phóng noãn.</li><li>• Nguy cơ trong và sau phẫu thuật đều cao hơn ở phụ nữ thừa cân.</li></ul>	
<b>5.7</b>		<b>Thụ tinh trong ống nghiệm và trưởng thành noãn</b>	

		<b>trong ống nghiệm</b>	
5.7.0.1	CR	Khi không có chỉ định tuyệt đối về thụ tinh trong ống nghiệm (IVF)/tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI), IVF có thể được chỉ định ở phụ nữ mắc PCOS bị vô sinh do không phóng noãn, nếu đã thất bại với liệu pháp kích thích phóng noãn đầu tay hoặc hàng thứ 2.	◆◆◆
5.7.0.2	PP	Ở phụ nữ mắc PCOS không phóng noãn, IVF là phương pháp có hiệu quả và khi lựa chọn chỉ chuyển một phôi, có thể giảm thiểu nguy cơ đa thai.	
5.7.0.3	PP	Phụ nữ mắc PCOS thực hiện IVF/ICSI nên được tư vấn trước khi bắt đầu điều trị về sự gia tăng nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng và nên đưa ra các lựa chọn để giảm nguy cơ.	
<b>5.7.1</b>		<b>Phác đồ GnRH</b>	
5.7.1.1	PP	Phác đồ đối vận GnRH có thể không được khuyến cáo thay cho phác đồ đồng vận GnRH kéo dài ở phụ nữ mắc PCOS thực hiện IVF/ICSI để cải thiện tỷ lệ thai lâm sàng hoặc tỷ lệ sinh sống.	
5.7.1.2	PP	Khuyến cáo áp dụng phác đồ đối vận GnRH cho phụ nữ mắc PCOS thực hiện IVF/ICSI vì nó cho phép dùng trigger đồng vận, đồng thời đông lạnh tất cả phôi được tạo ra nếu cần thiết mà không ảnh hưởng đến tỷ lệ sinh sống tích lũy, và làm giảm đáng kể nguy cơ mắc hội chứng quá kích buồng trứng.	
<b>5.7.2</b>		<b>Trigger</b>	
5.7.2.1	CR	Ở chu kỳ IVF/ICSI với phác đồ đối vận GnRH, khuyến cáo trigger sự trưởng thành tế bào noãn cuối cùng bằng chất đồng vận GnRH và đông lạnh tất cả các phôi phù	◆◆◆◆

		hợp, khi không có ý định chuyển phôi tươi hoặc khi có sự gia tăng nguy cơ mắc hội chứng quá kích buồng trứng.	
<b>5.7.3</b>		<b>Lựa chọn hormone kích thích nang noãn (FSH)</b>	
5.7.3.1	CR	Có thể dùng FSH tái tổ hợp hoặc FSH chiết xuất từ nước tiểu ở phụ nữ mắc PCOS tiến hành kích thích buồng trứng (có kiểm soát) để thực hiện IVF/ICSI, nhưng không đủ bằng chứng để khuyến cáo một loại chế phẩm FSH cụ thể nào.	◆◆◆
<b>5.7.4</b>		<b>Hormone hoàng thể hóa (LH) ngoại sinh</b>	
5.7.4.1	CR	Không nên dùng thường quy LH tái tổ hợp ngoại sinh kết hợp với liệu pháp FSH ở phụ nữ mắc PCOS tiến hành kích thích buồng trứng có kiểm soát để thực hiện IVF/ ICSI.	◆
<b>5.7.5</b>		<b>Metformin bổ trợ</b>	
5.7.5.1	EBR	Liệu pháp metformin bổ trợ có thể được dùng trước và/hoặc trong khi kích thích buồng trứng bằng FSH ở phụ nữ mắc PCOS đang điều trị IVF/ICSI bằng phác đồ đồng vận GnRH kéo dài, để giảm nguy cơ phát triển hội chứng quá kích buồng trứng và sảy thai.	◆◆◆ ⊕⊕○○
5.7.5.2	PP	Thực hành tốt trong PCOS và IVF là áp dụng phác đồ đối vận GnRH vì nó mang lại sự linh hoạt khi trigger bằng chất đồng vận GnRH, chiến lược đồng phối toàn bộ để làm giảm nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng. Tuy nhiên, nếu dùng phác đồ đồng vận GnRH kéo dài, có thể cân nhắc sử dụng metformin. Nếu dùng metformin, cần lưu ý những điều sau: <ul style="list-style-type: none"><li>• Metformin được dùng ngay khi bắt đầu điều trị</li></ul>	

		<p>bằng chất đồng vận GnRH.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Điều chỉnh liều metformin tăng dần lên tới liều từ 1000 mg đến 2500 mg mỗi ngày để giảm thiểu tác dụng phụ.</li><li>• Ngừng metformin tại thời điểm thử thai dương tính hoặc có kinh nguyệt, trừ khi có chỉ định khác.</li></ul>	
<b>5.7.6</b>		<b>Trưởng thành noãn trong ống nghiệm</b>	
5.7.6.1	EBR	Có thể xem xét phương pháp trưởng thành noãn trong ống nghiệm (IVM) và ICSI ở phụ nữ mắc PCOS như một lựa chọn thay thế cho các chu kỳ kích thích phóng noãn để tiến hành IVF/ICSI, trong đó phôi được đông lạnh toàn bộ và được thay thế trong các chu kỳ chuyển phôi tiếp theo, mặc dù không có nguy cơ mắc hội chứng quá kích buồng trứng, nhưng tỷ lệ sinh sống tích lũy thấp hơn.	◆◆ ⊕⊕⊕○
5.7.6.2	CR	Dựa trên lợi ích và hạn chế, có thể xem xét IVM và ICSI trước các chu kỳ kích thích phóng noãn để tiến hành IVF/ICSI.	◆◆
5.7.6.3	PP	IVM chỉ nên được xem xét ở các cơ sở có đủ chuyên môn và cần có sự hỗ trợ của các trung tâm hỗ trợ sinh sản khu vực hoặc quốc gia.	
5.7.6.4	PP	IVM có thể là một lựa chọn ở phụ nữ bị hội chứng quá kích buồng trứng nặng trước đó và khi nguy cơ mắc hội chứng quá kích buồng trứng nặng được coi là cao ở mức không thể chấp nhận được, miễn là có chuyên môn về kỹ thuật IVM.	
5.7.6.5	PP	Bằng chứng cho thấy IVM/ICSI kém hiệu quả hơn	

		IVF/ICSI tiêu chuẩn về tỷ lệ thai lâm sàng trên mỗi bệnh nhân và tỷ lệ sinh sống trên mỗi bệnh nhân.	
<b>5.8</b>		<b>Inositol</b>	
5.8.1	EBR	Inositol ở bất kỳ dạng nào được dùng đơn độc hoặc kết hợp với các liệu pháp khác nên được coi là liệu pháp thử nghiệm ở phụ nữ mắc PCOS bị vô sinh, với lợi ích và nguy cơ hiện chưa chắc chắn để khuyến cáo sử dụng các thuốc này như là liệu pháp hỗ trợ sinh sản.	◆◆◆ ⊕○○○
5.8.2	PP	Có rất ít bằng chứng với kết quả không chắc chắn về tác dụng của inositol đối với khả năng phóng noãn, tỷ lệ thai lâm sàng và tỷ lệ sinh sống.	
5.8.3	PP	Vẫn chưa rõ tác dụng phụ và độ an toàn của inositol.	
5.8.4	PP	Phụ nữ cần lưu ý rằng các thuốc này có thể có được quản lý rất lỏng lẻo với liều lượng, chất lượng, độ đặc khác nhau và sự kết hợp với các thuốc khác.	
5.8.5	PP	Nên xem xét các mục tiêu và sở thích cá nhân của người phụ nữ khi thảo luận về các liệu pháp hỗ trợ.	
<b>5.9</b>		<b>Thuốc giảm béo phì</b>	
5.9.1	CR	Chúng tôi khuyến cáo chỉ dùng các thuốc giảm béo phì trong PCOS cho kết cục sinh sản ở các cơ sở nghiên cứu để xác định tính hiệu quả và an toàn.	

### **Bước 1: Chu kỳ kinh nguyệt không đều + cường androgen lâm sàng**

(loại trừ các nguyên nhân khác)\* = chẩn đoán

### **Bước 2: Nếu không có cường androgen lâm sàng**

Xét nghiệm cường androgen sinh hóa (loại trừ các nguyên nhân khác)\* – chẩn đoán

### Bước 3: Nếu CHỈ CÓ chu kỳ kinh nguyệt không đều HOẶC cường androgen

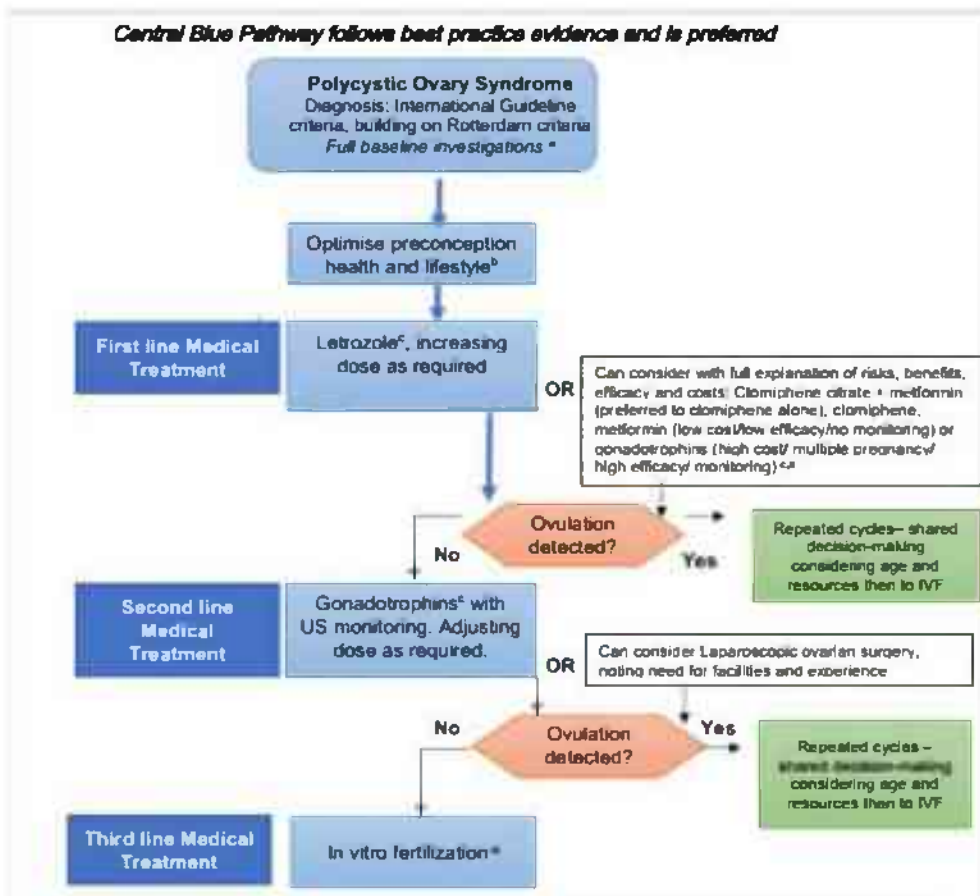
Do ở độ tuổi vị thành niên nên siêu âm không được chỉ định = xem xét có nguy cơ mắc PCOS và đánh giá lại sau

Người lớn - yêu cầu siêu âm đánh giá PCOM\*, nếu dương tính (loại trừ các nguyên nhân khác)\* = chẩn đoán

\* Loại trừ các nguyên nhân khác = TSH, prolactin, 17-OH progesterone, FSH hoặc loại trừ các nguyên nhân khác nếu có chỉ định lâm sàng (ví dụ: Hội chứng Cushing, u tuyến thượng thận). Đối với suy sinh dục do thiếu năng tuyến sinh dục, thường là do cơ thể ít mỡ hoặc tập luyện thể chất cường độ cao, loại trừ trên lâm sàng và LH/FSH.

PCOM = hình thái buồng trứng đa nang trên siêu âm

### Lưu đồ 1 – Lưu đồ chẩn đoán hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)





a. Đánh giá ban đầu (xem văn bản):

i. Chân đoán PCOS – Các xét nghiệm nội tiết và siêu âm vùng chậu

ii. Đánh giá chỉ số BMI, HA & tình trạng đường huyết (OGTT/HbA1c)

iii. Đánh giá trước thụ thai thường quy (miễn dịch Rubella, sàng lọc nhiễm trùng, v.v.), tư vấn dùng thêm các sản phẩm bổ sung cần thiết.

iv. Đánh giá thêm: tình dịch đồ và xem xét đánh giá sự thông thoáng của ống dẫn trứng

b. Nên khuyến khích lối sống lành mạnh bao gồm ăn uống lành mạnh và hoạt động thể chất thường xuyên ở tất cả những người mắc PCOS để hạn chế tác động bất lợi đến khả năng sinh sản và kết quả điều trị vô sinh cũng như tối ưu hóa sức khỏe khi mang thai.

c. Kê đơn ngoài nhãn: Letrozole, metformin và các thuốc khác thường không được dán nhãn điều trị trong PCOS, vì các công ty dược phẩm chưa nộp đơn xin phê duyệt trong tình trạng này. Tuy nhiên, việc sử dụng ngoài nhãn được khuyến cáo là dựa trên bằng chứng và được cho phép ở nhiều quốc gia. Khi được cho phép, các bác sĩ lâm sàng cần thông báo cho phụ nữ và thảo luận về bằng chứng, những lo ngại có thể xảy ra và tác dụng phụ khi điều trị

d. So với letrozole, metformin có hiệu quả, chi phí và tỷ lệ đa thai thấp hơn và gonadotrophin có hiệu quả, chi phí và tỷ lệ đa thai cao hơn. Cả hai đều có thể là lựa chọn thay thế đầu tay.

e. Thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) – Lựa chọn hàng thứ 3 trừ khi có các yếu tố vô sinh khác (ví dụ như yếu tố vô sinh từ nam giới, ống dẫn trứng). Các phác đồ đặc hiệu cho PCOS để giảm thiểu nguy cơ mắc hội chứng quá kích buồng trứng, cần nhắc trường thành noãn trong ống nghiệm nếu có.

**Lưu đồ 2 – Lưu đồ điều trị vô sinh trong hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)**