I. MỞ ĐẦU

Quá kích buồng trứng (QKBT) (OHSS: Ovarian Hyperstimulation Syndrome) là hội chứng có thể gặp trong quá trình sử dụng thuốc kích thích buồng trứng (KTBT) điều trị hiếm muộn với biểu hiện tăng tính thấm thành mạch, tràn dịch đa màng, giảm nồng độ albumin máu và giảm thể tích tuần hoàn.

II. PHÂN LOẠI ĐỘ NẶNG QKBT

TC	Nhẹ	Vừa	Nặng	Rất nặng
Lâm sàng	Căng bụng Đau bụng nhẹ	Đau bụng mức độ trung bình Căng bụng nhiều Buồn nôn, nôn Tiêu chảy Dấu hiệu dịch ổ bụng trên siêu âm	Rối loạn chức năng gan, phù toàn thân Căng bụng rất nhiều Khó thở, thở nhanh (>20 l/phút) Đau bụng vùng thấp Hạ huyết áp Thiểu niệu Tràn dịch màng phổi Dấu hiệu dịch ổ bụng trên lâm sàng	Có thể gây nguy hiểm đến tính mạng Dịch ổ bụng, dịch màng phổi rất nhiều Tràn dịch màng tim Suy thận Thuyên tắc mạch (có thể mạch não) Hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS) Thiểu niệu hoặc vô niệu Thiếu oxy máu
SÂ kích thước BT	≤ 5 cm	5-12cm	> 12cm	
Hct	< 41%	41%- <45%	45%- < 55%	≥ 55%
Bạch cầu		10.000-15.000/mm^3	15.000-25.000/ mm^3	> 25.000/ mm^3
Xét nghiệm khác			Creatinine 1-1,5 mg/dl Thanh thải creatinine ≥50ml/phút (nếu có) Hạ Natri máu Tăng Kali máu	Creatinine >1,5 mg/dl Thanh thải creatinine < 50ml/phút

** Kích thước buồng trứng có thể không tương ứng với độ nặng của QKBT khi làm TTON vì có chọc hút trứng.*

III. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc điều trị: điều trị nội khoa chủ yếu (bù dịch, điện giải và giải áp sớm), hạn chế các can thiệp ngoại khoa. Chỉ can thiệp ngoại khoa khi buồng trứng vỡ, xuất huyết nội, buồng trứng bị xoắn. Dự phòng QKBT là quan trọng. Theo dõi điều trị tùy theo mức độ nhẹ, nặng của hội chứng QKBT.

3.1. QKBT nhẹ và vừa: có thể theo dõi điều trị ngoại trú

- Nghỉ ngơi, hạn chế hoạt động.
- Uống nhiều nước.
- Ăn thực phẩm có nhiều chất đạm, ăn mặn.
- Theo dõi: đo vòng bụng, cân nặng mỗi ngày, theo dõi lượng nước tiểu mỗi ngày.
- Tái khám ngay khi có dấu hiệu chuyển nặng:
  - Nôn nhiều, không uống được, tiêu chảy.
  - Khó thở.
  - Cân nặng và vòng bụng tiếp tục tăng nhanh.
  - Tiểu ít đi (dưới 500 ml nước tiểu/24 giờ).

Nếu có dịch ổ bụng lượng vừa, tổng trạng mệt, tiên lượng tình trạng có thể nặng thêm: chọc dịch sớm qua đường âm đạo, triệu chứng có thể cải thiện rõ rệt sau khi rút dịch (có thể lặp lại khi cần). Bồi hoàn sớm đạm, điện giải và kháng sinh dự phòng sau khi rút dịch.

3.2. QKBT nặng: nhập viện điều trị

(QKBT nặng và rất nặng điều trị tại hồi sức).

a. Chế độ sinh hoạt

- Nghỉ ngơi tuyệt đối.

b. Điều trị

- Tăng áp lực keo nội mạch: có thể dùng Albumin 25% 50 - 100 ml/ngày.
- Cân bằng nước điện giải:
  - Natri Clorid 0,9% (500 - 1000 ml/ngày).
  - Glucose 5% (500 - 1000 ml/ngày).
  - Hạn chế sử dụng Ringer Lactat vì QKBT có sẵn tình trạng tăng Kali máu.

- Có thể chọc dẫn lưu ổ bụng giải áp khi có các triệu chứng sau:
  - Bụng quá căng.
  - Khó thở.
  - Thiểu niệu.
  - Ăn uống kém, suy kiệt do bụng căng.
- Trong trường hợp nặng, khó thở, tràn dịch màng phổi, màng tim: chọc dò, dẫn lưu màng phổi, màng tim để điều trị triệu chứng.
  - Màng phổi: khi có tràn dịch màng phổi nặng gây khó thở do chèn ép nhu mô phổi, giảm chức năng hô hấp, $SpO_2 < 90\%$.
  - Màng tim: khi có tràn dịch màng tim làm suy giảm chức năng co bóp của tim.
- Trường hợp QKBT nặng nguy cơ suy thận: cân nhắc dùng Dopamin liều thấp (0,18 mg/kg/giờ).
- Nếu tình trạng QKBT diễn tiến ngày càng nặng thêm, không đáp ứng với các biện pháp điều trị, suy đa cơ quan đe dọa tính mạng bệnh nhân: cân nhắc chấm dứt thai kỳ.

c. Chế độ theo dõi

- Cân nặng, vòng bụng mỗi 24 giờ. Lưu ý xem lại tình trạng bệnh khi cân nặng tăng ≥ 1 kg/ngày.
- Lượng dịch vào, ra cơ thể mỗi 12 giờ. Theo dõi lượng nước tiểu, điều chỉnh sao cho lượng nước tiểu thu được mỗi ngày phải nhiều hơn tổng lượng nước cho vào cơ thể.
- Dấu hiệu sinh tồn/6 giờ.
- Công thức máu, Hct, Ion đồ, Albumin máu mỗi 24 giờ.
- Chức năng gan, thận, chức năng đông máu mỗi 2 ngày.

IV. DỰ PHÒNG

4.1. Đối tượng nguy cơ

Chú ý theo dõi những bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao trong quá trình KTBT để có hướng dự phòng và điều trị kịp thời:

- Tuổi dưới 35.
- Hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS).
- Sử dụng FSH trong KTBT.

- Tiền căn QKBT.
- Nồng độ Estradiol trong máu > 6000 pg/ml trước tiêm hCG.
- Nồng độ Estradiol tăng nhanh trong quá trình KTBT.
- Có nhiều nang (>15 nang) có kích thước trung bình và nhỏ (12 - 14 mm) ở 2 buồng trứng.

4.2. Dự phòng

- Dự phòng cấp I (ở những đối tượng nguy cơ trước khi KTBT)
  - Sử dụng phác đồ thích hợp với liều thuốc thích hợp đối với cơ thể từng bệnh nhân.
  - Sử dụng phác đồ Antagonist.
  - Không sử dụng hCG trong hỗ trợ giai đoạn hoàng thể.
  - Nuôi trứng non trong ống nghiệm.
- Dự phòng cấp II (ở những đối tượng đáp ứng quá mức buồng trứng khi KTBT)
  - Giảm liều hCG gây phóng noãn.
  - Không tiêm hCG, thay kích thích rụng trứng bằng GnRH đồng vận. (Triptorelin acetate 0,1 mg x 2 ống tiêm dưới da) 36 giờ trước khi chọc hút trứng.
  - Hủy chu kỳ.
  - Không chuyển phôi, trữ phôi toàn bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Zalman Levine & Navot, D. 2009. Severe Ovarian Hyperstimulation Syndrome. In: David K Gardner, Ariel Weissman, Colin M Howles & Shoham, Z. (eds.) Textbook of Assisted Reproductive Technologies. Informa Healthcare.*
2. *The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Ovarian hyperstimulation syndrome. Fertil Steril 2008; 90: S 188-93.*
3. *Green-top Guideline No.5. The management of ovarian hyperstimulation syndrome. Royal College of Obstetricians and Gynecologists 2006.*