

Chuyên đề
Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH TP. HỒ CHÍ MINH • TẬP 45 - THÁNG 02/2018

**CÁC BIỆN PHÁP
NGỪA THAI SỬ DỤNG NỘI TIẾT**



Merck



NHÀ XUẤT BẢN PHƯƠNG ĐÔNG

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 45

CÁC BIỆN PHÁP NGỪA THAI SỬ DỤNG NỘI TIẾT

- 06 < Tránh thai nội tiết trong thời kỳ hậu sản
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 10 < Dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel
Triệu Thị Thanh Tuyền, Huỳnh Hoàng Mi
- 16 < Sử dụng thuốc nội tiết ngừa thai ở phụ nữ hội chứng buồng trứng đa nang
Nguyễn Khánh Linh
- 20 < Các biện pháp tránh thai cho phụ nữ tiền mãn kinh
Nguyễn Hữu Nghị
- 24 < Điều hòa chọn lọc thụ thể progesterone - ứng dụng tránh thai khẩn cấp
Võ Thị Thành
- 27 < Thuốc ngừa thai và dự trữ buồng trứng
Lê Thị Ngân Tâm
- 31 < Hiệu quả khác của thuốc ngừa thai
Trần Thế Hùng
- 33 < Ngừa thai nam bằng hormone
Nguyễn Văn Học
- 36 < Ối vỡ – Khởi phát chuyển dạ hay chờ đợi?
Lê Hồng Cẩm
- 42 < Cập nhật các phương pháp giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng vết mổ lấy thai
Bùi Chí Thương
- 47 < Chiến thuật phòng ngừa lây truyền viêm gan siêu vi B từ mẹ sang con
Phan Thị Mai Hoa
- 51 < Cập nhật về vai trò của aspirin trong dự phòng tiền sản giật
Bùi Quang Trung
- 56 < Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán nhau cài răng lược
Nguyễn Thu Thủy
- 59 < Cập nhật khuyến cáo về tầm soát và dự phòng nhiễm khuẩn sơ sinh sớm do liên cầu khuẩn beta tan huyết nhóm B
Nguyễn Mai An, Phạm Thị Minh Trang
- 63 < Thuật ngữ phân loại và chẩn đoán thai ngoài tử cung
Lê Tiểu My
- 69 < Khuyến cáo về tầm soát ung thư vú ở những phụ nữ có nguy cơ (ACOG)
Phan Hà Minh Hạnh
- 75 < Tổng quan tầm soát ung thư vú ở phụ nữ từ 40 tuổi trở lên
Hồ Hoàng Thảo Quyên
- 79 < Hiếm muộn và u lạc nội mạc tử cung
Hồ Mạnh Tường
- 81 < Theo bước chân Gemba ở môi trường bệnh viện
Nguyễn Phạm Hoàng Lan
- 83 < Ứng dụng Lean vào y tế
Võ Thị Hà
- JOURNAL CLUB
- 87 < Sử dụng metformin ở nhóm vô sinh nữ có hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS)
- 89 < Cập nhật khuyến cáo lâm sàng trong chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa băng huyết sau sinh
- 90 < Biện pháp tránh thai tác dụng kéo dài: que cấy và dụng cụ tử cung
- 92 < Vai trò của việc tuân thủ điều trị trong hiệu quả dự phòng tiền sản giật của aspirin liều thấp
- 93 < Lập kế hoạch sinh sản để giảm tỷ lệ mang thai ngoài ý muốn
- 95 < Góc tử cung - cổ tử cung: phương tiện tầm soát mới trên siêu âm giúp tiên đoán khả năng sinh non tự phát
- 96 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 104 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề Y học sinh sản - tập 46: "TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ"
Tập 46 sẽ xuất bản vào tháng 5/2018. Hạn gửi bài cho tập 45 là 20/02/2018.

Chuyên đề Y học sinh sản - tập 47: "UNG THƯ PHỤ KHOA"
Tập 47 sẽ xuất bản vào tháng 8/2018. Hạn gửi bài cho tập 47 là 20/05/2018.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000-3.000 từ, font hệ Unicode (Times New Roman hoặc Arial), bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo vui lòng trích dẫn ở bài vui lòng đặt trong ngoặc đơn (Tác giả, năm xuất bản), phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5-7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất toàn bài). Journal club là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500-1.000 từ, bảng biểu và hình ảnh minh họa rõ ràng.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn)
Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

TRÁNH THAI NỘI TIẾT TRONG THỜI KỲ HẬU SẢN

Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch



TỔNG QUAN

Thời kỳ hậu sản là khoảng thời gian kéo dài từ 4 đến 6 tuần lễ sau khi người phụ nữ sinh con. Đó là thời gian mà những thay đổi sinh lý, giải phẫu của người mẹ do thai kỳ gây ra trở lại trạng thái như trước khi có thai. Việc có thai trở lại sớm trong thời kỳ hậu sản làm tăng nguy cơ tử vong cho cả mẹ và con^[1], đồng thời gia tăng áp lực lên người mẹ khi vừa chăm con nhỏ, vừa chịu những tác dụng bất lợi do thai kỳ mang lại. Các biện pháp tránh thai hậu sản cung cấp phương pháp dự phòng nguyên phát cho những biến cố bất lợi này. Tuy nhiên, những lo lắng về nuôi con bằng sữa mẹ hay huyết khối tĩnh mạch sâu thường trì hoãn việc tránh thai hậu sản và dẫn đến thất bại tránh thai đối với những phụ nữ phóng noãn sớm và/hoặc có quan hệ tình dục sớm. Từ đó, các nghiên cứu gần đây chủ yếu tập trung vào các phương pháp tránh thai hiệu quả kéo dài, có thể phục hồi được (Long-acting reversible contraception – LARC, bao gồm dụng cụ tử cung (Intra uterine devices – IUDs), que cấy tránh thai (implant)) và khả năng bắt đầu tránh thai sớm hơn bao gồm ngay sau sinh.

Năm 2016, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) đã cập nhật tiêu chuẩn lựa chọn y khoa (Medical Eligibility Criteria – MEC) về tránh thai^[2], các khuyến cáo nhằm mục đích hỗ trợ bác sĩ tư vấn về các lựa chọn tránh thai. Tài liệu này tổng hợp các bằng chứng mới nhất và ý kiến chuyên gia để cung cấp những khuyến cáo tránh

thai an toàn cho phụ nữ với các tình trạng nội khoa khác nhau, bao gồm đang trong thời kỳ hậu sản và đang cho con bú. **Bảng 1 (trang 7)** cho thấy MEC khuyến cáo thời điểm bắt đầu các biện pháp tránh thai trong thời kỳ hậu sản.

THỜI ĐIỂM BẮT ĐẦU TRÁNH THAI HẬU SẢN

Năm 2016, Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (The American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG) khuyến cáo phụ nữ nên bắt đầu sử dụng biện pháp tránh thai vào lần khám hậu sản đầu tiên, thông thường là 6 tuần sau sinh^[3]. Tuy nhiên, nhiều phụ nữ phóng noãn trước khoảng thời gian này^[4]. Hơn nữa, những khảo sát gần đây cho thấy dù đã được dặn kiêng quan hệ tình dục đến 6 tuần hậu sản, 43% phụ nữ có hoạt động tình dục trở lại trước lần khám hậu sản đầu tiên^[5]. Những phát hiện này ủng hộ việc bắt đầu sử dụng các biện pháp tránh thai trước thời điểm 6 tuần như thông thường.

Nghiên cứu tổng quan hệ thống năm 2015 của Lopez và cộng sự^[6] gồm 15 nghiên cứu, trong đó có 7 nghiên cứu so sánh việc đặt dụng cụ tử cung ngay sau sổ nhau so với đặt sớm (10 phút đến 48 giờ sau sổ nhau) hoặc với đặt tiêu chuẩn (vào lần tái khám hậu sản đầu tiên) cho thấy ở một nghiên cứu, 2 nhóm được đặt dụng cụ tử cung sớm và ngay sau sổ nhau có tỉ lệ tổng xuất dụng cụ tử cung như nhau ở thời điểm 6 tháng. Ở bốn nghiên cứu so sánh đặt dụng cụ ngay sau sổ nhau và đặt tiêu chuẩn, phân tích gộp

Bảng 1. Tiêu chuẩn chọn lựa y khoa Hoa Kỳ năm 2016 về tránh thai ở phụ nữ trong giai đoạn hậu sản.

	Cu-IUD	LNG-IUD	Que cấy	DMPA	POP	CHC
CHO CON BÚ						
<21 ngày hậu sản	-	-	2	2	2	4
21-30 ngày hậu sản						
– Có các yếu tố nguy cơ khác của VTE	-	-	2	2	2	3
– Không có các yếu tố nguy cơ khác của VTE	-	-	2	2	2	3
30-42 ngày hậu sản						
– Có các yếu tố nguy cơ khác của VTE	-	-	1	1	1	3
– Không có các yếu tố nguy cơ khác của VTE	-	-	1	1	1	2
>42 ngày hậu sản	-	-	1	1	1	2
KHÔNG CHO CON BÚ						
<21 ngày hậu sản	-	-	1	1	1	4
21-42 ngày hậu sản						
– Có các yếu tố nguy cơ khác của VTE	-	-	1	1	1	3
– Không có các yếu tố nguy cơ khác của VTE	-	-	1	1	1	2
>42 ngày hậu sản	-	-	1	1	1	1
DỤNG CỤ TỬ CUNG TRÁNH THAI						
<10 phút sau sổ nhau						
– Cho con bú	1	2	-	-	-	-
– Không cho con bú	1	1	-	-	-	-
10 phút - 4 tuần sau sổ nhau	2	2	-	-	-	-
– >4 tuần	1	1	-	-	-	-
– Nhiễm trùng hậu sản	4	4	-	-	-	-
Tiêu chuẩn của một phương pháp tránh thai (MEC): 1: không có giới hạn sử dụng phương pháp tránh thai; 2: lợi ích khi sử dụng phương pháp tránh thai lớn hơn nguy cơ; 3: nguy cơ khi sử dụng phương pháp tránh thai lớn hơn lợi ích; 4: sử dụng phương pháp tránh thai gây ra nguy cơ sức khỏe không thể chấp nhận được. Các yếu tố nguy cơ khác của VTE (Venous Thromboembolism) là: tuổi >35, từng bị VTE trước đó, hội chứng tăng đông, bất động kéo dài, truyền máu khi sinh, bệnh cơ tim chu sản, BMI >30, băng huyết sau sinh, sau mổ lấy thai, tiền sản giật, hút thuốc lá. CHC (Combined hormonal contraception)						

cho thấy tỷ lệ đặt không khác biệt đáng kể giữa các nhánh nghiên cứu. Tỷ lệ tổng xuất dụng cụ vào thời điểm 6 tháng cao hơn ở nhóm đặt ngay sau sinh, nhưng khoảng tin cậy rất rộng (OR 4,98, KTC 98%

1,47-16,32, 4 nghiên cứu). Việc sử dụng dụng cụ tử cung ở thời điểm 6 tháng cao hơn ở nhóm được đặt ngay sau sổ nhau so với đặt tiêu chuẩn (OR 2,04, KTC 95% 1,01-4,09, 4 nghiên cứu, N=243).

Nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên năm 2016 của Baldwin và cộng sự^[7] trên 201 người (101 người được đặt sớm, 100 người được đặt tiêu chuẩn) so sánh việc đặt dụng cụ tử cung lúc 3 tuần so với 6 tuần hậu sản cho thấy tỷ lệ sử dụng dụng cụ tử cung không khác nhau ở hai nhóm lúc 3 tháng (73% ở nhóm đặt sớm, 75,3% ở nhóm đặt tiêu chuẩn, $P=0,01$) hoặc 6 tháng (lần lượt là 80,3% và 82,8%, $P=0,71$). Những phụ nữ ở nhóm được đặt dụng cụ tử cung lúc 6 tháng có tỷ lệ hoạt động tình dục trở lại trước khi đặt cao hơn (23,4% so với 7,3%, $P=0,01$). Đau khi đặt (19,9% và 25,1%, $P=0,21$) và mức độ hài lòng (89,6 và 93,4, $P=0,23$) không khác nhau giữa hai nhóm.

Một nghiên cứu khác của Zerden năm 2016^[8] trên 50 phụ nữ được đặt dụng cụ tử cung vào lúc 2 tuần hậu sản, trong số đó 93% được khuyến cáo việc đặt dụng cụ tử cung vào lúc 2 tuần, 86% phụ nữ được nghiên cứu tiếp tục sử dụng dụng cụ tử cung vào lúc 6 tuần hậu sản. Có 2 trường hợp tổng xuất dụng cụ tử cung và không có trường hợp nào thủng tử cung.

Năm 2017, một nghiên cứu tổng quan hệ thống của Sothornwit và cộng sự^[9] gồm 3 nghiên cứu với 410 người tham gia so sánh việc cấy que tránh thai sớm (trước khi xuất viện) và trì hoãn (đến lần tái khám hậu sản đầu tiên) cho thấy tỷ lệ bắt đầu tránh thai ở lần tái khám hậu sản đầu tiên cao hơn ở nhóm được cấy que sớm so với nhóm trì hoãn (RR 1,41; KTC 95% 1,28-1,55; ba nghiên cứu; $N=410$; chứng cứ trung bình). Dường như không có sự khác biệt về tỉ lệ tiếp tục dùng biện pháp tránh thai giữa 2 nhóm vào thời điểm 6 tháng (RR 1,02; KTC 95% 0,93-1,11; 2 nghiên cứu; $N=125$; chứng cứ thấp) hoặc vào thời điểm 12 tháng sau cấy que (RR 1,04; KTC 95% 0,81-1,34; một nghiên cứu; $N=64$; chứng cứ rất thấp). Trong 6 tuần đầu hậu sản, những phụ nữ được cấy que sớm có số ngày trung bình có xuất huyết âm đạo bất thường cao hơn (5,8 ngày, KTC 95% 3,79-7,82; một nghiên cứu; $N=215$; chứng cứ thấp) và có tỷ lệ các tác dụng phụ cao hơn (RR 2,06; KTC 95% 1,38-3,06) so với những phụ nữ được cấy que trì hoãn. Dường như không có sự khác biệt giữa hai nhóm về tỷ lệ chảy máu âm đạo nặng, bất thường hoặc đau bụng kèm theo trong

vòng 12 tháng (RR 1,01; KTC 95% 0,72-1,44; một nghiên cứu; $N=64$; chứng cứ rất thấp).

Những chứng cứ trên cho thấy việc bắt đầu sử dụng sớm biện pháp tránh thai LARC ngay sau sinh khá an toàn, hiệu quả cao do đó nên được cân nhắc ở tất cả các sản phụ trong giai đoạn hậu sản. ACOG cũng đã đưa ra khuyến cáo nên tư vấn cho tất cả sản phụ trong giai đoạn tiền sản về việc sử dụng biện pháp tránh thai LARC ngay sau sinh^[10].

NHỮNG NGUY CƠ CỦA TRÁNH THAI HẬU SẢN

Ngoài nguy cơ tắc mạch do huyết khối liên quan đến việc sử dụng thuốc tránh thai kết hợp thì ảnh hưởng của những thuốc này lên kết cục của trẻ và kết cục của nuôi con bằng sữa mẹ vẫn chưa rõ ràng. Nghiên cứu tổng quan hệ thống năm 2016 của Tepper^[11] gồm 13 nghiên cứu cho kết quả không hằng định về ảnh hưởng của thuốc tránh thai kết hợp đường uống (Combined Oral Contraceptives – COCs) trên việc nuôi con bằng sữa mẹ khi bắt đầu sử dụng thuốc trước hoặc sau 6 tuần hậu sản, một số nghiên cứu chứng minh việc giảm cho con bú ở những người dùng COCs so với những người không dùng, trong khi một số nghiên cứu không cho thấy ảnh hưởng nào. Về kết cục của trẻ, một số nghiên cứu nhận thấy trẻ chậm lên cân hơn ở phụ nữ bắt đầu dùng COCs trước 6 tuần hậu sản so với những người không dùng, trong khi các nghiên cứu khác không cho thấy ảnh hưởng nào. Không có nghiên cứu nào cho thấy ảnh hưởng của COCs trên cân nặng của trẻ khi sử dụng trước 6 tuần hậu sản, và không có nghiên cứu nào cho thấy ảnh hưởng của COCs trên những kết cục khác về sức khỏe của trẻ.

Với các thuốc tránh thai chỉ chứa progestogen, nghiên cứu tổng quan hệ thống của Sharon và cộng sự năm 2016^[12] gồm 47 nghiên cứu đánh giá việc sử dụng các phương pháp tránh thai chỉ chứa progestogen (POCs) bao gồm: thuốc tránh thai chỉ chứa progestogen, thuốc tiêm tránh thai, que cấy tránh thai và dụng cụ tử cung tránh thai nội tiết. Các nghiên cứu này hầu hết đều không cho thấy tác động bất lợi của việc sử dụng POCs trên kết cục nuôi con bằng sữa mẹ hay trên tăng trưởng và phát triển của trẻ. Chỉ có một nghiên cứu lâm

sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng (Randomized Controlled Trial – RCT) cho thấy việc đặt dụng cụ tử cung chứa levonogestrel ngay sau sinh có thể liên quan đến việc cho bú kém hơn khi so sánh với đặt trì hoãn. Hai nghiên cứu RCT khác đánh giá việc cấy que tránh thai chứa etonogestrel sớm và trì hoãn hoặc dùng DMPA không cho thấy sự liên quan này.

Nguy cơ chính của dụng cụ tử cung là thủng tử cung và nhiễm trùng. Năm 2015, Heinemann đã báo cáo các kết quả một nghiên cứu lớn theo dõi các biến cố bất lợi liên quan đến việc đặt dụng cụ tử cung^[13]. Nguy cơ thủng tử cung là khoảng 0,1% nhưng tăng lên ở phụ nữ cho con bú và trong vòng 34 tuần kể từ lần có thai cuối cùng. Thủng tử cung hiếm được báo cáo khi đặt dụng cụ tử cung ngay sau sinh, có thể là do kích thước tử cung, phương pháp đặt và tần suất sử dụng siêu âm hướng dẫn, dù phương pháp đặt thay đổi tùy nghiên cứu. Tỷ lệ nhiễm trùng trong tử cung sau khi đặt dụng cụ tử cung được cho thấy khoảng 0,1 đến 1% theo một nghiên cứu trước đây^[14].

KẾT LUẬN

Bắt đầu sử dụng biện pháp tránh thai trong giai đoạn hậu sản đem lại lợi ích quan trọng cho người mẹ và đứa trẻ, đồng thời giảm nguy cơ có thai lại sớm. Vì nhiều phụ nữ rụng trứng và có quan hệ tình dục trước khi tái khám lúc 6 tuần, tư vấn và bắt đầu ngừa thai nên được thực hiện trước khi xuất viện^[3]. Hơn nữa, phụ nữ từ các dân số có nguy cơ cao mang thai ngoài ý muốn, có kết cục sản khoa xấu lại là nhóm có tỷ lệ cao không đi tái khám hậu sản^[3]. Do đó, việc bắt đầu tránh thai sớm với các phương pháp tránh thai tác dụng kéo dài có thể phục hồi có thể khắc phục các vấn đề này và cung cấp cho các phụ nữ một lựa chọn tránh thai đáng tin cậy, phù hợp với lối sống của họ.

Dù thuốc tránh thai đường uống kết hợp trước đây rất phổ biến, chúng cần được dùng hàng ngày và không nên bắt đầu vài tuần sau khi sinh để giảm nguy cơ huyết khối. Dù an toàn hơn những sử dụng

thuốc tránh thai đường uống chỉ chứa progestin cũng khá phức tạp và phụ nữ sử dụng các phương pháp tránh thai tác dụng ngắn dễ có nguy cơ có thai lại sớm. Phương pháp LARC có nhiều lợi ích cho phụ nữ trong giai đoạn hậu sản, bao gồm không làm tăng nguy cơ huyết khối, có thể bắt đầu ngay sau sinh, không có ảnh hưởng trên sữa mẹ, tỷ lệ tiếp tục sử dụng dài hạn cao, tỷ lệ thất bại thấp. Vì lý do này, bác sĩ nên nhấn mạnh các phương pháp này khi tư vấn, và nâng cao việc tiếp cận phương pháp LARC ngay sau sinh trong dịch vụ sản khoa của bệnh viện.

Đặt dụng cụ tử cung và cấy que tránh thai ngay sau sinh an toàn và dễ thực hiện. Dù có nguy cơ tổng xuất cao khi đặt dụng cụ tử cung ngay sau sinh, lợi ích của phương pháp này vẫn nhiều hơn, đặt biệt ở phụ nữ có nguy cơ cao không đi tái khám. Không có nguy cơ liên quan tới việc cấy que ngay sau sinh, tỷ lệ tiếp tục sử dụng phương pháp này tương tự với phụ nữ sử dụng que cấy không liên quan đến thai kỳ. Các dữ liệu về nuôi con bằng sữa mẹ không cho thấy việc giảm tỷ lệ cho con bú hoặc kết cục bất lợi cho trẻ ở phụ nữ sử dụng LARC ngay sau sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhu, B.P., et al., Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes. *N Engl J Med*, 1999. 340(8): p. 589-94.
2. Curtis, K.M., et al., U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep*, 2016. 65(3): p. 1-103.
3. ACOG, Committee Opinion No. 666: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*, 2016. 127(6): p. e187-92.
4. Gray, R.H., et al., Postpartum return of ovarian activity in nonbreastfeeding women monitored by urinary assays. *J Clin Endocrinol Metab*, 1987. 64(4): p. 645-50.
5. Sok, C., et al., Sexual Behavior, Satisfaction, and Contraceptive Use Among Postpartum Women. *J Midwifery Womens Health*, 2016. 61(2): p. 158-65.
6. Lopez, L.M., et al., Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(6): p. Cd003036.
7. Baldwin, M.K., et al., Intrauterine device placement at 3 versus 6 weeks postpartum: a randomized trial. *Contraception*, 2016. 93(4): p. 356-363.
8. Zerden, M.L., et al., Two-week postpartum intrauterine contraception insertion: a study of feasibility, patient acceptability and short-term outcomes. *Contraception*, 2017. 95(1): p. 65-70.
9. Sothornvit, J., et al., Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017. 4: p. CD011913.
10. ACOG, Committee Opinion No. 670: Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception. *Obstet Gynecol*, 2016. 128(2): p. e32-7.
11. Tepper, N.K., et al., Combined hormonal contraceptive use among breastfeeding women: an updated systematic review. *Contraception*, 2016. 94(3): p. 262-74.
12. Phillips, S.J., et al., Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception*, 2016. 94(3): p. 226-252.
13. Heinemann, K., et al., Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception*, 2015. 91(4): p. 274-279.
14. Walsh, T., et al., Randomised controlled trial of prophylactic antibiotics before insertion of intrauterine devices. *IUD Study Group. Lancet*, 1998. 351(9108): p. 1005-8.