

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**



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

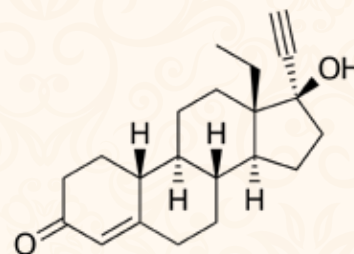
Chuyên đề Y học sinh sản - tập 46: "TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ"
Tập 46 sẽ xuất bản vào tháng 5/2018. Hạn gửi bài cho tập 45 là 20/02/2018.

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).

DỤNG CỤ TỬ CUNG CHỨA LEVONORGESTREL



Triệu Thị Thanh Tuyền, Huỳnh Hoàng Mi

Bệnh viện Mỹ Đức

LỊCH SỬ DỤNG CỤ TỬ CUNG CHỨA LEVONORGESTREL (IUS-LNG)

Cuối những năm của thập niên 1960, Antonio Scommegna đưa ra giả thuyết nội mạc tử cung thiếu dưỡng bởi tác động progesterone có hiệu quả trong việc ngừa thai và làm giảm lượng máu hành kinh (Magon và cs, 2013).

Đầu những năm 1970, bác sĩ Jouni Valter Tapani Luukkainen khởi xướng câu hỏi của ông ấy về dụng cụ tử cung có chứa steroid có tác dụng dài. Progestasert là dụng cụ đầu tiên được phát hành năm 1976, tuy nhiên kỹ thuật đặt khó, đắt tiền, với hạn sử dụng 1 năm. Mirena được triển khai bởi The Population Council với Leiras Oy, được chấp thuận và được công bố năm 1990 tại Phần Lan.

Mirena được thiết kế với kỹ thuật đặt dễ dàng. Mirena được Cục Quản lý Dược Hoa Kỳ (FDA) chấp thuận vào năm 2001, với hiệu quả sử dụng 5 năm. Về cấu tạo, Mirena là hệ thống phóng thích trong tử cung với khung polyethylene (phủ Barium cản quang) hình chữ T, chứa 52 mg levonorgestrel trong một gian chất polymethylsiloxane - levonorgestrel, giải phóng 20 mcg levonorgestrel mỗi ngày. Mirena chứa levonorgestrel giúp khắc phục việc chảy máu kinh khi sử dụng dụng cụ tử cung (Goldstuck, 2014), hiệu quả cao, và dung nạp tốt (Nilsson và cs, 1981; Silverberg và cs, 1986). Mirena được các bác sĩ chấp thuận tốt, người sử dụng hài lòng cao (Romer và Linsberger, 2009).

CHỈ ĐỊNH CỦA IUS-LNG

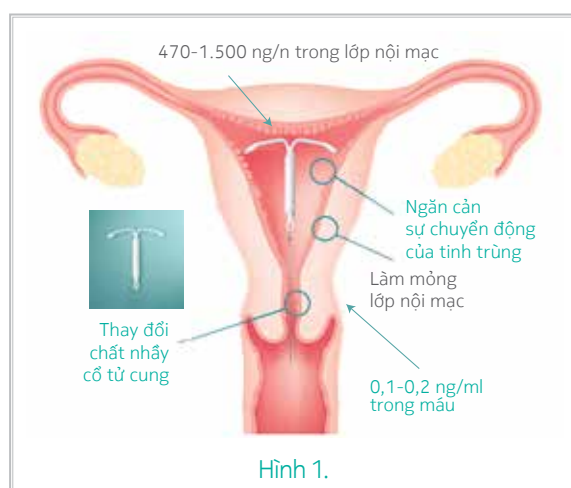
Mirena được chỉ định trong các trường hợp sau: ngừa thai, điều trị cường kinh nguyên phát, bảo vệ nội mạc tử cung ở bệnh nhân có sử dụng liệu pháp estrogen thay thế.

Nồng độ levonorgestrel trong cơ thể rất thấp. Nồng độ cao nhất trong nội mạc tử cung, vì thế IUS-LNG tác dụng chủ yếu tại chỗ.

Ngừa thai (Hình 1)

Cơ chế tác dụng: Mirena có tác dụng ngừa thai thông qua ba cơ chế dựa trên tác động của levonorgestrel:

- Làm đặc lớp nhầy cổ tử cung, cản trở sự thâm nhập của tinh trùng (Lewis RA và cs, 2010).
- Ức chế sự di chuyển và chức năng của tinh trùng bên trong tử cung và vòi trứng (Ortiz ME và Croxatto HB, 1987).



Hình 1.

– Lớp nội mạc tử cung mỏng đi sẽ không thích hợp cho sự làm tổ của trứng đã thụ tinh (Jones RL và Critchley HO, 2000).

Hiệu quả ngừa thai - chỉ số PEARL

Hiệu quả ngừa thai của Mirena được nghiên cứu trong 5 nghiên cứu lâm sàng với 3.300 phụ nữ sử dụng Mirena. Hai trong năm nghiên cứu được tiến hành trong 5 năm và 3 nghiên cứu thực hiện trong 1 năm. Tỷ lệ thất bại (chỉ số Pearl) là 0,21 % trong 1 năm (số liệu từ 3.300 phụ nữ) và 0,14% trong 5 năm (số liệu từ 2.245 phụ nữ). Tỷ lệ thất bại là 0,2 % trong 1 năm và tỷ lệ cộng dồn trong 5 năm là 0,71%. Trong một nghiên cứu lớn, đoàn hệ hồi cứu không can thiệp, khoảng thời gian quan sát 1 năm với hơn 43.000 người sử dụng Mirena, chỉ số PEARL của Mirena là 0,06% (KTC 95% 0,04-0,09).

Sử dụng Mirena không làm thay đổi khả năng có thai trong tương lai. Khoảng 80% phụ nữ có thai trong vòng 12 tháng sau lấy dụng cụ tử cung Mirena.

Điều trị cường kinh nguyên phát

Cường kinh

Cường kinh: Xuất huyết tử cung có chu kỳ, trong đó lượng máu mất hơn 80 ml trong một chu kỳ (Warner PE và cs, 2004).

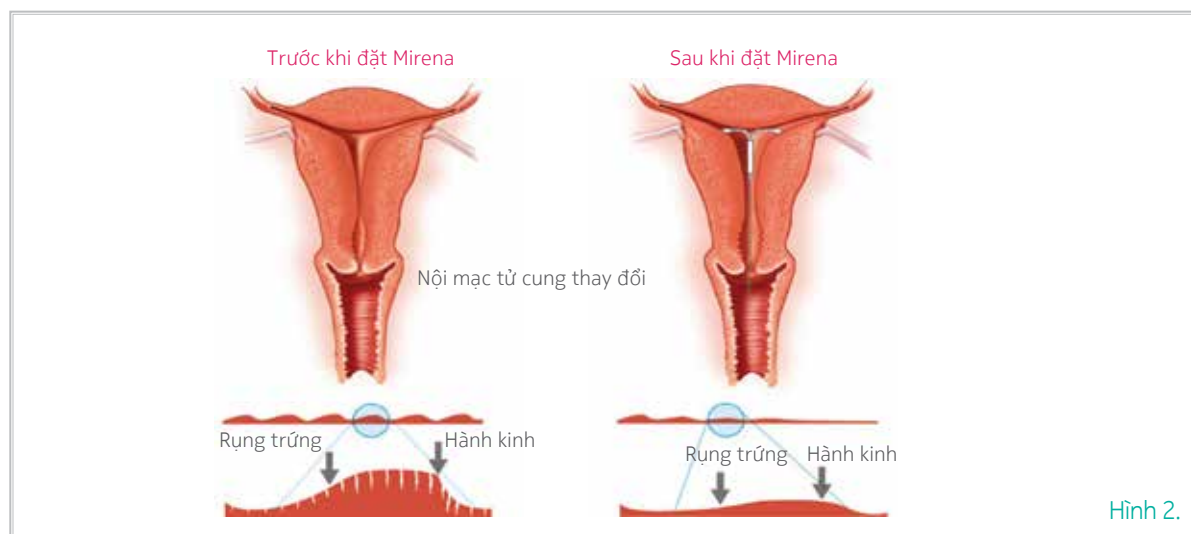
Về lâm sàng, cường kinh được định nghĩa là lượng máu kinh mất nhiều trong chu kỳ kinh gây ảnh hưởng quá mức đến thể chất, cảm xúc, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của phụ nữ, có thể xuất hiện đơn lẻ hay kết hợp với các triệu chứng khác (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007).

Có 1/3 phụ nữ cường kinh bị ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống (Skainen R và cs, 2007; Singh S và cs, 2013). Có 9-14% phụ nữ bị mất máu kinh hàng tháng ≥ 80 mL (Fraser IS. Expert Rev Obstet Gynecol, 2009). Cường kinh trong một thời gian dài có thể gây thiếu máu thiếu sắt. Vì vậy, chất lượng cuộc sống ở phụ nữ cường kinh tương tự phụ nữ bệnh mạn tính và thấp hơn nhiều với phụ nữ khỏe mạnh. Điều này đòi hỏi cần xác định mức độ cường kinh, thăm khám lâm sàng, các chỉ định cận lâm sàng cần thiết để chẩn đoán cường kinh, cũng như loại trừ các nguyên nhân khác.

Có hai nhóm nguyên nhân gây xuất huyết tử cung bất thường theo hệ thống phân loại **PALM-COEIN** (FIGO, 2011).

- Nhóm nguyên nhân thuộc về cấu trúc, gồm:
 - **Polyp:** Các polyp buồng tử cung.
 - **Adenomyosis:** Bệnh tuyến-cơ tử cung.
 - **Leiomyoma:** Nhân xơ tử cung dưới niêm, hay nhân xơ tử cung vị trí khác.
 - **Malignancy and hyperplasia:** Các nguyên nhân ác tính và tăng sinh nội mạc tử cung.
- Nhóm nguyên nhân không thuộc về cấu trúc:
 - **Coagulopathy:** Bệnh lý đông máu.
 - **Ovulatory dysfunction:** Rối loạn phóng noãn.
 - **Endometrial:** Rối loạn nguyên phát của cơ chế điều hòa cầm máu tại chỗ nội mạc tử cung.
 - **Iatrogenic:** Do thuốc.
 - **Not yet specified:** Chưa thể phân loại.

Trong đó, phần lớn cường kinh là không tìm ra nguyên nhân (Munro MG và cs, 2011).



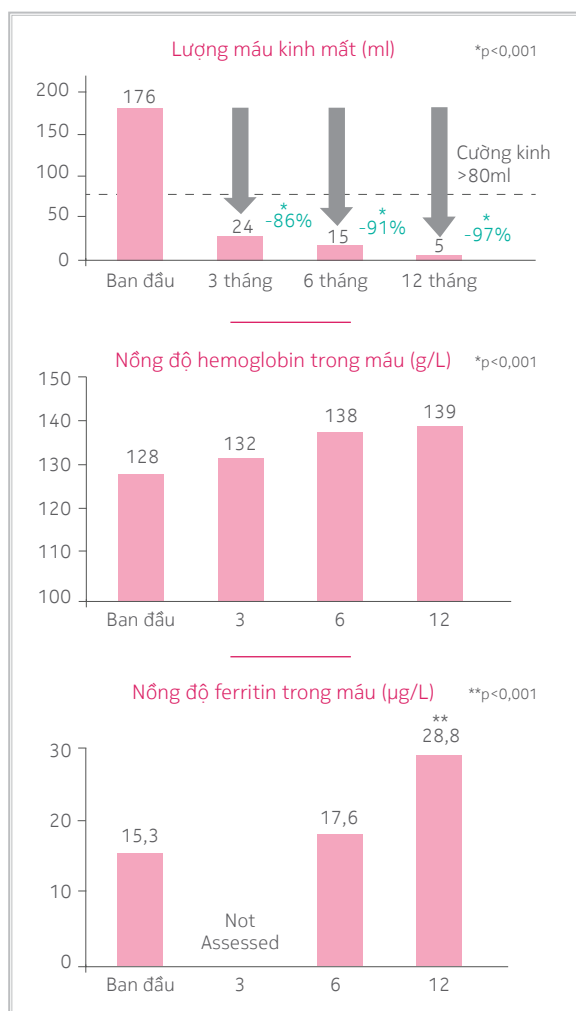
Hình 2.

Hiệu quả của Mirena trong điều trị cường kinh (Biểu đồ 1, 2, 3)

Mirena là lựa chọn đầu tiên trong các biện pháp nội khoa điều trị cường kinh (NICE Clinical Guideline 44: Heavy menstrual bleeding, 2007). Các lựa chọn còn lại gồm có: Tranexamic acid, kháng viêm non-steroid, thuốc ngừa thai kết hợp, progesterone tiêm, đồng vận GnRH.

Các chỉ định ngoại khoa điều trị cường kinh khi điều trị nội khoa thất bại, bệnh nhân không đồng ý dùng thuốc hay có chống chỉ định với các trường hợp điều trị nội khoa. Các phẫu thuật, thủ thuật gồm có: cắt đốt nội mạc tử cung; cắt tử cung giữ lại buồng trứng, tắc động mạch tử cung, cắt polyp hoặc u xơ tử cung dưới niêm qua phẫu thuật nội soi.

Mirena giảm lượng máu mất đáng kể khoảng 86% ngay từ 3 tháng sau khi đặt và tiếp tục tăng lên đến 97% trong vòng 1 năm sau khi đặt. Nhờ vậy mà



Biểu đồ 1, biểu đồ 2, biểu đồ 3 (từ trên xuống).

lượng hemoglobin và sắt huyết thanh tăng lên đáng kể (Andersson JK và Rybo G, 1990).

Trong một nghiên cứu lâm sàng có đối chứng, Mirena giúp tăng tỷ lệ điều trị thành công, lượng máu kinh <80 ml và giảm 50% lượng máu kinh so với ban đầu (Kaunitz AM và cs, 2010).

Một thử nghiệm lâm sàng so sánh cho thấy tỷ lệ ngừng sử dụng dụng cụ tử cung chứa đồng cao hơn so với Mirena bởi vì chảy máu kinh nhiều và đau bụng kinh (tỷ lệ là 9,7% so với 1,3%). Chảy máu rỉ rả không thường xuyên hoặc kéo dài thường trong 90 ngày đầu tiên sử dụng và giảm bớt sau đó. Giảm chảy máu trong lần thứ 2 đặt mirena được báo cáo. Giảm chảy máu kinh ít rõ ràng với dụng cụ tử cung chứa nồng độ thấp levonorgestrel. Phụ nữ dùng dụng cụ tử cung chứa nồng độ thấp levonorgestrel chảy máu nhiều hoặc xuất huyết rỉ rả lượng trung bình hơn phụ nữ dùng Mirena hoặc dụng cụ tử cung chứa nồng độ levonorgestrel cao hơn (Andersson K và cs, 1994 (mức độ I)).

Cũng như với dụng cụ tử cung chứa đồng, có bằng chứng hỗ trợ điều trị chảy máu và xuất huyết rỉ rả (spotting) với Mirena bằng NSAIDS (kháng viêm không steroid). Trong một thử nghiệm lâm sàng có đối chứng nhóm giả dược, Naproxen giảm đáng kể chảy máu và ra máu dây dưa trong 12 tuần đầu tiên dùng Mirena, trong khi đó miếng dán estrogen qua da tăng đáng kể chảy máu và ra máu dây dưa (Madden T và cs, 2012 (mức độ I)).

Tuy nhiên, thử nghiệm lâm sàng khác cho thấy acid tranexamic và mefenamic không giảm chảy máu trong 90 ngày đầu tiên dùng Mirena (Sordal T và cs, 2013 (mức độ I)).

Mirena được FDA cho phép điều trị xuất huyết nặng ở phụ nữ sử dụng phương pháp ngừa thai và được chỉ định rộng rãi. Theo một tổng quan 18 nghiên cứu, Mirena giảm mất máu 79-97%. Trong vòng 1 năm sau đặt, tăng số ngày chảy máu trong tháng đầu tiên, trở về ban đầu sau 2 tháng và tiếp tục giảm sau đó; tăng tỷ lệ ra máu dây dưa sau đó giảm theo thời gian nhưng vẫn kéo dài hơn lúc ban đầu (Jensen J và cs, 2013 (mức độ III)).

Mirena nhiều hiệu quả hơn thuốc uống điều trị chảy máu kinh nặng, bao gồm cả phụ nữ không dùng Mirena để tránh thai. Bên cạnh đó, nhiều tài

liệu nghiên cứu cho thấy tăng tỷ lệ thỏa mãn và tiếp tục sử dụng ở phụ nữ chảy máu kinh nặng (Lethaby A và cs, 2015).

Bảo vệ nội mạc quanh tuổi mãn kinh

Ở quanh tuổi mãn kinh, Mirena có tác dụng ngừa thai. Việc sử dụng Mirena có ý nghĩa trong cường kinh và thống kinh. Nội tiết phóng thích từ Mirena tác động lên nội mạc tử cung, kháng lại estrogen nội sinh, có tác dụng bảo vệ nội mạc tử cung ở những trường hợp đang sử dụng estrogen.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA IUS-LNG

- Khi đang mang thai hoặc nghi có thai;
- Đang có hoặc tái diễn viêm vùng chậu; viêm đường sinh dục dưới hay viêm nội mạc tử cung sau khi sinh;
- Nhiễm trùng do nạo phá thai trong vòng 3 tháng gần đây;
- Các tình trạng bất thường của cổ tử cung: viêm cổ tử cung, loạn sản cổ tử cung; ung thư cổ tử cung;
- Ung thư tử cung;
- Các khối u phụ thuộc progestogen;
- Xuất huyết tử cung không rõ nguyên nhân;
- Bất thường tử cung do bẩm sinh hoặc mắc phải kể cả u xơ tử cung làm biến dạng tử cung;
- Cơ địa dễ bị nhiễm trùng;
- Đang mắc bệnh gan cấp tính hoặc có khối u gan;
- Mẫn cảm với hoạt chất hoặc bất kỳ tá dược nào, dị ứng với levonorgestrel, silicone, polyethylene, silica, barium sulphate hay iron oxide.

THAM VẤN SỬ DỤNG IUS-LNG

Với hiệu quả ngừa thai cao trong thời gian dài 5 năm, cũng như giảm lượng máu mất khi hành kinh, Mirena nên là lựa chọn đầu tiên khi có chỉ định. Tham vấn khi sử dụng IUS-LNG là bước quan trọng, đòi hỏi kỹ năng tư vấn của bác sĩ.

Sau khi hỏi bệnh sử cận kề, thăm khám lâm sàng cẩn thận, một cách hệ thống, xem các kết quả cận lâm sàng có liên quan phù hợp, việc thảo luận lý do, thời điểm, các tác dụng ngoại ý và các triệu chứng cần theo dõi là bước tiếp theo giữa các bác sĩ và khách hàng.

Tư vấn về thay đổi kiểu ra kinh

Giảm thể tích và số ngày hành kinh, lượng máu

kinh mất trung bình: 40 mL/chu kỳ (Nilsson, 1977).

Các kiểu hình ra kinh khi sử dụng IUS-LNG: 1-4 tháng thường ra huyết ít nhất, 1-6 tháng số ngày có kinh và lượng kinh giảm, hơn 12 tháng, thường không có kinh (tỷ lệ này khoảng 20%).

Cơ chế của IUS-LNG tác dụng tại chỗ, không phải tác dụng toàn thân. Vì vậy, vô kinh không phải là dấu hiệu có thai, không phải rối loạn chức năng buồng trứng hoặc tuyến yên hay mãn kinh. Vô kinh không nguy hiểm, và còn có lợi ích do phòng ngừa thiếu máu.

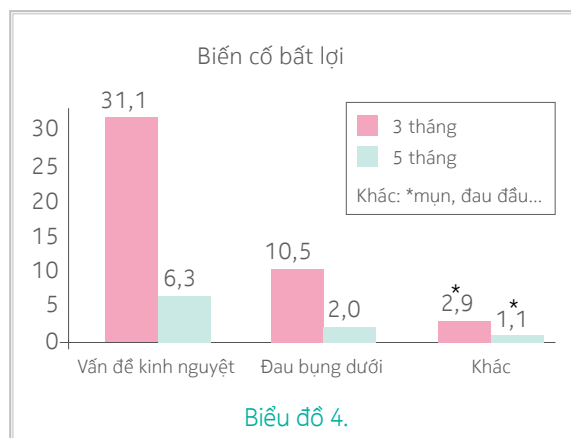
Tuy nhiên, không thể dự đoán được kiểu ra kinh ở những người mới sử dụng.

Tư vấn khả năng có thai trở lại sau khi tháo IUS-LNG

Mirena có ưu điểm hơn triệt sản trong bảo tồn chức năng sinh sản. Lớp nội mạc tử cung và buồng trứng được hồi phục nhanh (Andersson K và cs, 1992). Kinh nguyệt có lại bình thường trong 30 ngày (Sivin I và cs, 1992). Tỷ lệ có thai cộng dồn 79-96% trong vòng 12 tháng sau khi tháo IUS-LNG (Belhadj H và cs, 1986).

Biến cố bất lợi khi dùng IUS-LNG (Biểu đồ 4)

Sau khi đặt IUS-LNG thường gặp các trường hợp rối loạn kinh nguyệt, đau hạ vị và có trường hợp siêu âm ghi nhận nang noãn lớn, hay rơi dụng cụ tử cung. Tuy nhiên tần suất này giảm theo thời gian sử dụng (Andersson K và cs, 1994). Các biến cố bất lợi nghiêm trọng khác nhưng hiếm gặp: thủng tử cung, gia tăng ở phụ nữ cho con bú; nhiễm trùng vùng chậu, tăng vào tháng đầu sau đặt; thai ngoài tử cung (Mirena® Expanded CCDS Bayer HealthCare Pharmaceuticals, 2013).



Tính an toàn là dấu ấn sinh học khi sử dụng IUS-LNG (Gemzell-Danielsson và cs, 2011)

IUS-LNG không gây ảnh hưởng lâm sàng trên mật độ xương (BMD), chỉ số tim mạch, chuyển hóa đường, chuyển hóa lipid, chức năng gan, không gây nắm âm đạo hay bất thường tế bào cổ tử cung. Hơn nữa, IUS-LNG không kèm tăng nguy cơ ung thư vú ở phụ nữ dưới 50 tuổi, cũng như có ảnh hưởng trung tính trên chức năng tình dục.

Tóm lại, tham vấn thích hợp sẽ tăng tỷ lệ hài lòng và giảm tỷ lệ tháo dụng cụ tử cung không cần thiết, cũng như tăng tỷ lệ tiếp tục sử dụng IUS-LNG.

CÁC CHỨNG CỨ CẬP NHẬT SỬ DỤNG IUS-LNG

Đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi hút thai 3 tháng đầu nên được thực hiện thường quy như là sự lựa chọn tránh thai hiệu quả và an toàn. Kháng sinh dự phòng thường quy không khuyến cáo trước đặt dụng cụ tử cung (khuyến cáo mức A).

Tỷ lệ tổng xuất dụng cụ tử cung cao hơn khi đặt dụng cụ tử cung sau phá thai nội khoa thành công hay sảy thai tự nhiên ở tam cá nguyệt thứ hai so với tam cá nguyệt thứ nhất.

Nghiên cứu tổng quan hệ thống so sánh đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi nong và gắp thai ở tam cá nguyệt thứ nhất với tam cá nguyệt thứ hai, được báo cáo nguy cơ thấp với các biến chứng (chảy máu, nhiễm trùng, đau, tổng xuất vòng và cần lấy dụng cụ tử cung ra), tương tự trong khoảng thời gian đặt dụng cụ tử cung. Trong một thử nghiệm lâm sàng đặt dụng cụ tử cung ngay so với trì hoãn sau phá thai 3 tháng đầu, không có sự khác biệt tổng xuất vòng trong vòng 6 tháng (5% trong nhóm đặt dụng cụ tử cung ngay so với 2,7% trong nhóm trì hoãn), nhưng sau 6 tháng sử dụng tỷ lệ nhóm đặt ngay dụng cụ tử cung là 92,3% cao hơn so với nhóm trì hoãn dụng cụ tử cung là 76,6% ($P<0,001$) (Steenland MW và cs, 2011; Bednarek PH và cs, 2011 (mức độ I)).

Đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi phá thai nội khoa 3 tháng đầu thành công nên được thực hiện thường quy như là một sự lựa chọn tránh thai hiệu quả và an toàn (Mức độ khuyến cáo B). Đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi phá thai nội khoa thành công có liên quan đến tỷ lệ tổng xuất thấp, tỷ lệ tổng xuất

thấp tiếp tục thấp, nguy cơ biến chứng thấp (nhiễm trùng vùng chậu, thủng tử cung và xuất huyết tử cung). Trong một nghiên cứu quan sát 97 phụ nữ hoặc đặt dụng cụ tử cung chứa đồng hoặc đặt dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel ngay sau khi phá thai nội khoa thành công, trong suốt 3 tháng theo dõi, tỷ lệ tổng xuất 4,1% (KTC 95% 0-8%), không có trường hợp nhiễm trùng vùng chậu hoặc thủng tử cung. Tiếp tục theo dõi đến thời điểm sau 3 tháng, tỷ lệ thành công lên đến 80% mà không có biến chứng như tụt vòng, nhiễm trùng... (Betstadt SJ và cs, 2011 (mức độ II-2)).

Đặt dụng cụ tử cung ngay sau 1 tuần so sánh với 1 tháng phá thai nội khoa thành công trong 6 tháng. Chọn ngẫu nhiên 156 người tình nguyện tham gia, có 97% đặt dụng cụ tử cung sau 1 tuần, 76% đặt dụng cụ tử cung sau 1 tháng. Sau 6 tháng theo dõi, còn lại 69% đặt dụng cụ tử cung ngay sau 1 tuần, 60% đặt dụng cụ tử cung ngay sau 1 tháng. Tỷ lệ tổng xuất dụng cụ tử cung 12% (8/69 người) ngay sau 1 tuần, 11% (7/65 người) ngay sau 1 tháng. Người ta nhận thấy, đặt dụng cụ tử cung ngay sau 1 tuần tăng khả năng tiếp nhận vòng mà không tăng sự tổng xuất và chảy máu (Shimoni N và cs, 2011).

Đặt ngay dụng cụ tử cung chứa đồng hoặc chứa levonorgestrel sau khi phá thai nội khoa hoặc sau sảy thai tự nhiên đưa vào chứng cứ loại I và sau phá thai nội khoa 3 tháng giữa thai kỳ đưa vào mức độ chứng cứ loại II, bởi vì có nguy cơ tụt vòng cao hơn so với 3 tháng đầu thai kỳ theo tiêu chuẩn y khoa sử dụng biện pháp tránh thai ở Hoa Kỳ. Chống chỉ định đặt dụng cụ tử cung sau sảy thai có nhiễm trùng (Curtis KM và cs, 2016 (mức độ III)).

Đặt dụng cụ tử cung ngay sau hậu sản (trong vòng 10 phút sau lấy bánh nhau qua ngã âm đạo và mổ lấy thai), nên được thực hiện thường quy như là một sự lựa chọn tránh thai hiệu quả và an toàn (khuyến cáo B).

Phụ nữ không kiểm tra thường quy bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs) hoặc xác định nguy cơ cao STIs dựa trên bệnh sử, nên kiểm tra STIs vào thời điểm đặt dụng cụ tử cung theo khuyến cáo CDC. Đặt dụng cụ tử cung không nên trì hoãn trong khi đợi kết quả kiểm tra. Nếu kết quả kiểm tra dương tính STIs, điều trị mà có thể không cần tháo

bỏ dụng cụ tử cung (khuyến cáo B).

Dụng cụ tử cung có thể được khuyên dùng cho phụ nữ có tiền sử thai ngoài tử cung (khuyến cáo B).

Phụ nữ nên được tư vấn nguy cơ cao tổng xuất vòng cũng như dấu hiệu, triệu chứng tổng xuất trước khi đặt dụng cụ tử cung (Immediate postpartum long-acting reversible contraception, 2016).

Mặc dù có tỷ lệ cao tổng xuất dụng cụ tử cung đặt ngay sau khi sinh, dữ liệu phân tích cho thấy giảm chi phí thai kỳ không mong muốn, đặc biệt đối với phụ nữ nguy cơ cao mà không được theo dõi sau sinh (Washington CI và cs, 2015).

Theo tiêu chuẩn y khoa sử dụng biện pháp tránh thai ở Hoa Kỳ được phân loại 1 cho nhóm đặt dụng cụ tử cung ngay sau sinh ngoại trừ trường hợp đặt dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel ở phụ nữ cho con bú thuộc phân loại nhóm 2, chủ yếu dựa trên những kết quả nghiên cứu còn tranh cãi trong dụng cụ tử cung. Đặt dụng cụ tử cung chứa đồng và đặt dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel 10 phút ngay sau khi lấy bánh nhau ra cho tới khi 4 tuần hậu sản được phân loại nhóm 2 và đặt dụng cụ tử cung vào thời điểm tuần thứ 4 hoặc sau 4 tuần hậu sản được phân loại nhóm 1. Đặt dụng cụ tử cung ngay hậu sản chống chỉ định phụ nữ được chẩn đoán nhiễm trùng tử cung (viêm màng ối, viêm nội mạc tử cung, nhiễm trùng huyết hậu sản) hoặc tiếp tục xuất huyết sau sinh (Curtis KM và cs, 2016).

Trong 1 nghiên cứu hơn 60.000 phụ nữ đặt dụng cụ tử cung trì hoãn, nguy cơ thủng tử cung tăng ở phụ nữ có cho con bú (RR 6,1; KTC 95% 3,9- 9,6) và sau hậu sản vào tuần thứ 36 hoặc ít hơn 36 tuần (RR 7,1; KTC 95% 0,8-3,1). Mặc dù tăng nguy cơ, thật sự, tỷ lệ thủng tử cung thấp (1,4/1.000) đặt dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel và 1,1/1.000 đặt dụng cụ tử cung chứa đồng (Heinemann và cs, 2015).

ẢNH HƯỞNG TIẾT SỮA

Điều quan ngại rằng dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel có thể ảnh hưởng không tốt lên sữa mẹ. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu tổng quan cho thấy tránh thai chỉ chứa progestin không ảnh hưởng chất lượng sữa và sự phát triển của bé yêu (Phillips SJ và cs, 2016).

Trong nghiên cứu lâm sàng có đối chứng, ảnh

hưởng của dụng cụ tử cung lên sữa mẹ trong nhóm phụ nữ được lựa chọn ngẫu nhiên đặt dụng cụ tử cung chứa levonorgestrel (n=163) và chứa đồng (n=157) thời điểm 6-8 tuần hậu sản, không có sự khác biệt lên quá trình nuôi con bằng sữa mẹ và sự phát triển của bé yêu giữa hai nhóm (Shaamash AH và cs, 2005 (Mức độ I)).

Trong nghiên cứu nhỏ lâm sàng có đối chứng so sánh khác, kết cục đặt dụng cụ tử cung ở phụ nữ ngay sau sinh và phụ nữ không dùng phương pháp tránh thai nào ảnh hưởng lên sữa mẹ, không có sự khác biệt lượng sữa mẹ, cân nặng trẻ và tốc độ tiết sữa trong 6 tháng đầu sau sinh (Braga GC và cs, 2015 (mức độ I)).

BÀN LUẬN

IUS-LNG có hiệu quả tối ưu trong điều trị cường kinh, giảm lượng máu mất khi hành kinh một cách đáng kể và có ý nghĩa. IUS-LNG là lựa chọn đầu tiên, phù hợp so với các biện pháp điều trị nội khoa khác hay các chỉ định can thiệp ngoại khoa. IUS-LNG cho thấy ưu điểm trong sử dụng khi so với IUS chỉ có đồng về hiệu quả ngừa thai. Cập nhật chứng cứ các thời điểm sử dụng IUS-LNG cho phép có nhiều lựa chọn khi sử dụng, đồng thời cung cấp các chứng cứ liên quan đến các xử trí khi bị xuất huyết rỉ rả spotting. Ngoài ra, IUS-LNG còn thay đổi kích thước tử cung và nhân xơ tử cung (Vera Grigorieva, 2003). Cơ mẫu nghiên cứu ít, thời gian theo dõi ngắn, chia làm 3 mốc khoảng 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng, ghi nhận khối lượng tử cung (đơn vị tính mL) giảm với chỉ số $P < 0,01$; và khối lượng tổng cộng nhân xơ giảm ($P < 0,0001$). Với kết quả này, cần thêm nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, cũng như khoảng thời gian theo dõi được tính toán, nhằm xác định hiệu quả điều trị nhân xơ tử cung của IUS-LNG. Hiện tại, với chiến lược tối ưu và cá thể hóa điều trị, cùng với những ưu điểm vượt trội của IUS-LNG, cần tham vấn tốt cho khách hàng, nhằm mang đến kết quả điều trị tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Long - Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. ACOG Practice Bulletin, Number 186, November 2017.
2. <http://www.bayerresources.com.au/resources/uploads/pi/file9399.pdf>.
3. Lewis RA, et al. Contraception 2010; 82: 491-6.
4. Ortiz ME & Croxatto HB. Contraception 1987; 36: 37-53.
5. Jones RL & Critchley HO. Hum Reprod 2000; 15(Suppl. 3): 162-72.