



## ĐỊNH KIẾN VÀ SỰ THẬT VỀ THUỐC VIÊN NGỪA THAI KẾT HỢP

**GS. Jan I. Olofsson<sup>1</sup> và ThS. BS. Hồ Mạnh Tường<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Asia Pac Regional Director Medical Affairs, Women's health, MSD

<sup>2</sup>CGRH, khoa Y đại học Quốc gia TP HCM

**T**huốc viên ngừa thai kết hợp (OCP) được sử dụng rộng rãi trên thế giới từ năm 1960. Hơn 50 năm qua, kể từ khi ra đời, OCP được xem là một cuộc cách mạng giải phóng phụ nữ. Thuốc ngừa thai giúp phụ nữ tránh được việc mang thai ngoài ý muốn một cách an toàn và tiện lợi, từ đó giúp phụ nữ có nhiều thời gian hơn, tự tin và năng động hơn khi tham gia vào các hoạt động xã hội. Mặc dù được sử dụng trên thế giới hơn 50 năm qua, cho đến nay, xã hội và nhân viên y tế vẫn còn có một số định kiến không đúng về OCP và chưa hiểu hết những tác động có lợi khác của OCP đối với sức khỏe của phụ nữ.

Mặc dù, tỉ lệ áp dụng các biện pháp ngừa thai nói chung và OCP nói riêng có chiều hướng tăng ở Việt Nam, tỉ lệ có thai ngoài ý muốn và tỉ lệ nạo phá thai ở Việt Nam hiện nay vẫn cao nhất trong khu vực và thuộc nhóm cao nhất trên thế giới. Những định kiến và những hiểu biết không đúng về OCP làm giảm sự chấp nhận và sự tuân thủ của bệnh nhân khi sử dụng OCP.

Ngoài ra, việc hiểu biết không đúng cũng có thể dẫn đến việc sử dụng OCP cho đối tượng không phù hợp. Những định kiến này hiện nay không chỉ xuất hiện phổ biến trong đối tượng người sử dụng mà ngay cả trong nhân viên y tế. Việc nhìn nhận đúng các định kiến không đúng, các hiểu biết sai lầm về OCP cũng như để tư vấn đúng cho người sử dụng sẽ góp phần tăng tỉ lệ sử dụng OCP nói riêng và biện pháp ngừa thai nói chung, góp phần giảm số thai ngoài ý muốn và nạo phá thai.

Trong bài này, chúng tôi xin trình bày tóm tắt một số định kiến phổ biến về OCP và những bằng chứng về y học về việc sử dụng OCP.

### ĐỊNH KIẾN 1: CÁC THUỐC NGỪA THAI NỘI TIẾT ĐỀU NHƯ NHAU

Các OCP đều có thành phần gồm 2 nội tiết: progestin và estrogen. Tuy nhiên, tùy theo ái lực và tính chọn

lọc của các nội tiết steroid này đối với các loại thụ thể progesterone, estrogen và androgen mà các phối hợp thuốc sẽ hiệu quả và tỉ lệ tác dụng phụ khác nhau. Tác động ngừa thai của OCP chủ yếu do tác động của thành phần progestin lên thụ thể progesterone.

Tác dụng phụ của OCP chủ yếu là do tính không chuyên biệt và tác dụng lên thụ thể androgen của OCP.

Lawrie và cộng sự (2011) báo cáo một phân tích gộp (meta-analysis) mới nhất công bố trên thư viện Cochrane 2011 về hiệu quả và tác dụng phụ của các OCP. Kết quả cho thấy hiệu quả ngừa thai tương đối cao ở các loại OCP khác nhau. Tuy nhiên, các OCP chứa các loại progestin thế hệ thứ ba có tác dụng phụ ít hơn và tỉ lệ ra máu giữa chu kỳ ít hơn các OCP chứa progestin thế hệ thứ hai. Điều này giúp bệnh nhân tuân thủ việc sử dụng tốt hơn.

Tóm lại, các OCP thế hệ thứ ba có tác dụng chuyên biệt hơn và ít tác dụng phụ hơn các OCP thế hệ trước đó.

## **ĐỊNH KIẾN 2: THUỐC NGỪA THAI UỐNG GÂY RA MỤN TRÚNG CÁ**

Mụn trứng cá xuất hiện do sự tăng tiết bã nhờn, hiện tượng bít các nang lông và các đợt viêm nhiễm tái phát. Chúng ta đều biết các cơ chế cơ bản sau đây trong sự hình thành mụn trứng cá:

- Nồng độ androgen tự do trong máu càng tăng thì càng tăng hiện tượng tiết bã nhờn.
- Nồng độ SHBG (globulin gắn kết nội tiết sinh dục) càng tăng thì nồng độ androgen tự do càng giảm.
- Nồng độ estrogen càng tăng thì càng giảm hiện tượng tiết bã nhờn.

Các OCP thế hệ thứ ba chứa các progestin có hoạt tính androgen rất thấp. Ngoài ra, OCP làm tăng đáng kể nồng độ SHBG trong máu, do đó dẫn đến giảm testosterone tự do trong máu. Bên cạnh đó, estrogen

trong thành phần OCP cũng có tác dụng ức chế tiết bã nhờn. Tổng hợp các cơ chế tác động trên, chúng ta thấy rằng rõ ràng các dạng OCP đều làm giảm mụn trứng cá. Do tính chọn lọc cao, tác dụng giảm mụn trứng cá của các OCP thế hệ thứ ba cao hơn đáng kể so với OCP thế hệ thứ hai. Tác dụng này càng rõ khi sử dụng trong thời gian dài.

Do đó, thật sự đa số OCP đều có tác dụng giảm mụn trứng cá. Các OCP thế hệ thứ ba có tác dụng giảm mụn trứng cá tốt hơn các OCP thế hệ trước đó.

## **ĐỊNH KIẾN 3: THUỐC NGỪA THAI LÀM TĂNG CÂN**

Tăng cân nặng có thể do rất nhiều yếu tố khác nhau như: chế độ ăn uống, chế độ vận động, môi trường sống, tuổi... Nghiên cứu của Lindh và cộng sự (2011) công bố trên tạp chí Human Reproduction năm 2011, theo dõi hơn 1.400 phụ nữ trong 15 năm cho thấy việc sử dụng thuốc ngừa thai và thời gian sử dụng thuốc ngừa thai không liên quan với tăng cân. Ngoài ra, nghiên cứu này cũng cho thấy tăng cân theo thời gian là một hiện tượng tự nhiên, phổ biến ở phụ nữ ở các lứa tuổi khác nhau. Nghiên cứu trên động vật linh trưởng của Edelman và cộng sự (2011) cũng cho thấy, khi kiểm soát chế độ ăn uống và vận động của khỉ thực nghiệm ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, OCP có thể có tác dụng giảm cân, đặc biệt trên khỉ béo phì.



Do đó, OCP thật sự không phải là tác nhân gây tăng cân. Cân nặng tăng dần theo thời gian là hiện tượng tự nhiên ở phụ nữ. Trên nghiên cứu thực nghiệm mô hình động vật, OCP còn có thể có tác dụng làm giảm cân trên cá thể béo phì. Ở các OCP thế hệ sau, nguy cơ gây tăng cân do OCP càng ít khả năng xảy ra hơn.

## ĐỊNH KIẾN 4: THUỐC NGỪ THAI CÓ THỂ GÂY UNG THƯ

Nghiên cứu của Schildkraut và cộng sự (2002) cho thấy việc sử dụng OCP chứa các progestin hoạt lực cao như các thuốc sử dụng hiện nay làm giảm 80% nguy cơ ung thư buồng trứng, nếu sử dụng trên 5 năm.

Hanaford và cộng sự (2010), đã công bố kết quả nghiên cứu cohort lớn nhất từ trước đến nay về tác dụng lâu dài của OCP trên phụ nữ. Báo cáo này được đăng trên tạp chí Tạp chí Y học Anh quốc (BMJ) năm 2010. Nghiên cứu được thực hiện bằng cách theo dõi hơn 46.000 phụ nữ trong 39 năm, tổng cộng nghiên cứu này đã theo dõi hơn 1.000.000 phụ nữ/năm. Kết quả cho thấy OCP không làm tăng các nguy cơ lâu dài về sức khỏe. Thực tế, theo nghiên cứu này, OCP có thể làm giảm nguy cơ tử vong ở phụ nữ (RR hiệu chỉnh là 0,86; 95% CI 0,82-0,93) và giảm nguy cơ mắc tất cả các loại ung thư và bệnh tật mà nghiên cứu khảo sát.

Nói cách khác, OCP không làm tăng nguy cơ ung thư. Thật sự, OCP thậm chí có thể giúp giảm nguy cơ tử vong, nhiều loại ung thư và một số bệnh lý khác ở phụ nữ sử dụng, theo các số liệu lớn và mới nhất.

## CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA THUỐC VIÊN NGỪ THAI UỐNG

- **Chống chỉ định tuyệt đối:** không nên sử dụng Tiền căn có bệnh về mạch máu hay huyết khối; suy chức năng gan nặng; tiểu đường có biến chứng mạch máu; nghi ngờ hay đang bị ung thư vú; xuất huyết tử

cung bất thường chưa rõ nguyên nhân; phụ nữ trên 35 tuổi có hút thuốc; tăng cholesterol hoặc tăng glyceride máu nặng, cao huyết áp không kiểm soát.

- **Chống chỉ định tương đối:** có thể sử dụng nhưng cần điều chỉnh và tư vấn trước khi sử dụng Đau nửa đầu, cao huyết áp có kiểm soát, tiểu đường, động kinh, bệnh hồng cầu hình liềm, bệnh gan mật, bệnh lupus hệ thống, tăng lipid máu, hút thuốc...

## KẾT LUẬN

Các số liệu từ các nghiên cứu dịch tễ học lớn và đáng tin cậy về OCP trong thời gian gần đây cho phép chúng ta tự tin kết luận về mức độ hiệu quả, an toàn và các ích lợi của thuốc đối với sức khỏe đối với từng cá nhân. Trên bình diện cộng đồng, việc áp dụng phổ biến OCP có thể giúp giảm tỉ lệ có thai ngoài ý muốn và giảm chi phí xã hội nói chung cho chăm sóc sức khỏe phụ nữ trước mắt và lâu dài.

Không chỉ nhân viên y tế mà bệnh nhân cũng cần được cung cấp thông tin về hiệu quả và các ích lợi của việc sử dụng OCP. Vì thế, nhân viên y tế đóng vai trò rất quan trọng trong việc cập nhật và tư vấn các thông tin một cách đầy đủ, chính xác về OCP, giúp người sử dụng hiểu biết và chọn lựa phù hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Edelman A et al. (2011). Combined oral contraceptives and body weight: do oral contraceptives cause weight gain? A primate model. Human Reproduction 26(2):330.
2. Hanaford et al. (2010). Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. BMJ Mar 11: 340.
3. Lawrie TA et al. (2011). Types of progestogens in combined oral contraception: effectiveness and side-effects. Cochrane Database Syst Rev. 2011 May 11;(5):CD004861.
4. Lindh I et al. (2011). The long-term influence of combined oral contraceptives on body weight. Human Reproduction 26(7):1917.
5. Schildkraut JM et al. (2002). Impact of progestin and estrogen potency in oral contraceptives on ovarian cancer risk. J Nat Cancer Instit 94(1):32.
6. Speroff and Darney (2011). A Clinical Guide for Contraception 5th ed. LWW, pp. 95.