

Tránh thai trong thời kỳ hậu sản**Tránh thai ở sản phụ có thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ****Tránh thai ở sản phụ không thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ**Âu Nhật Luân¹

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

¹ Giảng viên, Bộ môn Phụ Sản Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. e-mail: aunhutluan@gmail.com**Mục tiêu bài giảng**

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được các yếu tố ảnh hưởng đến thực hành tránh thai trong thời kỳ hậu sản
2. Trình bày được tính khả dụng của tránh thai bằng nội tiết estrogen-progestogen ngoại sinh (CHC) trong thời kỳ hậu sản
3. Trình bày được tính khả dụng của tránh thai bằng progestogen đơn thuần (POC) trong thời kỳ hậu sản
4. Trình bày được tính khả dụng của tránh thai bằng dụng cụ tử cung (IUD) trong thời kỳ hậu sản
5. Trình bày được nguyên tắc của thực hành tránh thai bằng cho con bú vô kinh (LAM)

TÓM TẮT CÁC PHƯƠNG PHÁP TRÁNH THAI CÓ THỂ DÙNG TRONG THỜI KỲ HẬU SẢN, THEO TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI, 2015

Thời kỳ hậu sản là thời kỳ có rất nhiều biến động về sinh lý, để đưa sản phụ trở về trạng thái sinh lý như lúc trước khi mang thai. Tiết sữa với tăng prolactin, buồng trứng với hoạt động phóng noãn không ổn định và tình trạng tăng đông máu là 3 đặc trưng sinh lý của thời kỳ hậu sản.

Bảng dưới đây trích từ hướng dẫn thực hành tránh thai của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), trình bày một cách tóm tắt tất cả những biện pháp tránh thai có thể dùng và không được phép dùng trong thời gian hậu sản, khi sản phụ có hay không thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ.

SUMMARY TABLE							
	COC/PIVOR	CIC	POP	DMPA/NET-EN	LNG/ETG/IMPLANTS	CU-IUD	LNG-IUD
POSTPARTUM (breastfeeding or non-breastfeeding women, including after caesarean section)							
a) < 48 hours including insertion immediately after delivery of the placenta						1	not BF=1, BF=2
b) ≥ 48 hours to < 4 weeks						3	3
c) ≥ 4 weeks						1	1
d) Puerperal sepsis						4	4
BREASTFEEDING							
a) < 6 weeks postpartum	4	4	2 ^a	3 ^a	2 ^a		
b) ≥ 6 weeks to < 6 months (primarily breastfeeding)	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 months postpartum	2	2	1	1	1		
POSTPARTUM (non-breastfeeding women)							
a) < 21 days			1	1	1		
i) without other risk factors for venous thromboembolism (VTE)	3 ^a	3 ^a					
ii) with other risk factors for VTE	4 ^a	4 ^a					
b) ≥ 21 days to 42 days			1	1	1		
i) without other risk factors for VTE	2 ^a	2 ^a					
ii) with other risk factors for VTE	3 ^a	3 ^a					
c) > 42 days	1	1	1	1	1		

Bảng 1: Các biện pháp tránh thai và tính khả dụng trong thời kỳ hậu sản

1. COC: Thuốc uống tránh thai nội tiết phối hợp
2. CIC: Thuốc tiêm tránh thai chứa nội tiết phối hợp
3. POP: Viên thuốc tránh thai chỉ có progestogen
4. DMPA/NET-EN: Thuốc tiêm tránh thai chứa progestogen
5. Implants: Que cấy phóng thích nội tiết tránh thai
6. Cu-IUD: Dụng cụ tử cung tránh thai chứa đồng
7. LNG-IUD: Dụng cụ tử cung tránh thai chứa progestogen

Category 1 = Dùng được trong mọi trường hợp

Category 2 = Dùng được. Lợi ích vượt trội hơn nguy cơ

Category 3 = Rất thận trọng. Nguy cơ vượt trội hơn lợi ích

Category 4 = Nguy hiểm. Nguy cơ là rõ rệt

Nguồn: WHO, Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. 2015

Các vấn đề chủ yếu liên quan đến tránh thai hậu sản gồm:

1. Nguy cơ gây thuyên tắc mạch máu của các phương pháp tránh thai dùng steroids ngoại sinh làm tăng nguy cơ thuyên tắc mạch do huyết khối, vốn đã rất cao ở sản phụ hậu sản.
2. Nguy cơ nhiễm trùng có thể tăng ở sản phụ hậu sản.
3. Các biến đổi hoạt động buồng trứng liên quan đến việc thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ.
4. Ảnh hưởng của việc dùng tránh thai đến việc thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ.

Vi thế, cần có một cái nhìn tổng thể về tránh thai trong thời kỳ hậu sản.

Có 3 tình huống chính của tránh thai trong thời kỳ hậu sản:

1. Hậu sản gần, bà mẹ không thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ
2. Hậu sản gần, bà mẹ có thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ
3. Bà mẹ tiếp tục nuôi con bằng sữa mẹ sau khi kết thúc thời gian hậu sản

TRÁNH THAI BẰNG CÁC ESTROGEN-PROGESTOGEN NGOẠI SINH PHỐI HỢP (CHC)

Có hai vấn đề chính liên quan đến việc dùng estrogen-progestogen ngoại sinh phối hợp (Combined Hormonal Contraceptive) (CHC) để tránh thai trong thời kỳ hậu sản:

1. Nguy cơ của thuyên tắc mạch do huyết khối (Venous Thromboembolism) (VTE)
 2. Ảnh hưởng ngắn hay dài hạn của CHC trên trẻ sơ sinh
- Nguy cơ VTE là tương đồng giữa người có hay không thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ, nên nhìn chung không khuyến cáo việc dùng CHC ở các sản phụ trong thời gian hậu sản.

Do nguy cơ VTE, CHC bị xếp vào loại 4. Nguy cơ VTE rất cao trong 21 ngày đầu hậu sản, với một NNH (Number Needed to Harm) rất thấp. Nguy cơ VTE chỉ trở về mức căn bản sau 42 ngày.

Nếu người mẹ thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ, các chứng cứ cho thấy các kết quả mâu thuẫn nhau liên quan đến ảnh

hưởng của việc sử dụng steroids ngoại sinh trên nuôi con bằng sữa mẹ.

Không có báo cáo nào được ghi nhận về các ảnh hưởng trên trẻ sơ sinh khi người mẹ dùng steroids tránh thai khi đang cho con bú mẹ. Tuy nhiên chưa đủ chứng cứ do thiếu các nghiên cứu được thiết kế tốt về ảnh hưởng dài hạn trên phát triển sau này của trẻ.

Một cách thận trọng, nếu sản phụ thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ, nên trì hoãn CHC cho đến ít nhất 6 tháng kể từ khi sinh.

Tránh thai bằng nội tiết estrogen-progesteron ngoại sinh phối hợp (CHC)						
Tình trạng			COC	P	CVR	CIC
Có nuôi con bằng sữa mẹ	< 6 tuần hậu sản		4	4	4	4
	> 6 tuần đến < 6 tháng		3	3	3	3
	Sau sanh > 6 tháng		2	2	2	2
Không nuôi con bằng sữa mẹ	< 21 ngày	có yếu tố nguy cơ VTE *	4	4	4	4
	21-42 ngày	không yếu tố nguy cơ VTE *	3	3	3	3
	21-42 ngày	có yếu tố nguy cơ VTE *	3	3	3	3
		không yếu tố nguy cơ VTE *	2	2	2	2
	(*) Các yếu tố nguy cơ cao VTE gồm: nằm bất động sau sanh, có truyền máu khi sanh, BMI > 30 kg/m ² , băng huyết sau sanh, sanh mổ, tiền sản giật, mẹ hút thuốc lá					
	Sau 42 ngày		1	1	1	1

COC: combined oral contraceptive. Tránh thai nội tiết estrogen-progesteron phối hợp đường uống
P: combined contraceptive patch. Miếng dán da tránh thai nội tiết estrogen-progesteron phối hợp
CVR: combined contraceptive vaginal ring. Vòng đặt âm đạo phóng thích estrogen-progesteron phối hợp tránh thai
CIC: combined injectable contraceptive. Tránh thai nội tiết estrogen-progesteron phối hợp đường tiêm

TRÁNH THAI BẰNG PROGESTOGEN ĐƠN THUẦN

Vấn đề duy nhất liên quan đến việc dùng progestogen ngoại sinh đơn thuần (Progestogen Only Contraceptive) (POC) để tránh thai trong thời kỳ hậu sản là có hay không có tồn tại ảnh hưởng ngắn hạn hay dài hạn của POC trên trẻ sơ sinh.

Tồn tại một nguy cơ lý thuyết về khả năng ảnh hưởng Depot Medroxy Progesterone Acetate - DMPA, và của Nor-Ethisterone enanthate - NET-EN, là các progestogen tránh thai, trên sơ sinh khi được dùng trong 6 tuần lễ đầu tiên hậu sản.

Nguy cơ này không được chứng minh ở loài người. Chứng cứ cho thấy không có nguy cơ thực tế của tránh thai với progestogen đơn thuần trên việc thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ, cũng như trên sức khỏe và sự phát triển của trẻ sơ sinh.

Tuy nhiên, các nghiên cứu này còn bị hạn chế do chưa khảo sát các ảnh hưởng dài hạn của phương pháp.

Trong điều kiện thực hành, đặc biệt ở các nước đang phát triển, bệnh suất và tử suất liên quan đến thai kỳ rất cao nếu xảy ra thai kỳ ngoài ý muốn, do các khó khăn liên quan đến khả năng tiếp cận dịch vụ y tế.

Vì thế, trong các điều kiện này, có thể xem DMPA/NET-EN là một trong các biện pháp khả dụng và có sẵn ngay sau sanh cho các sản phụ.

Tránh thai bằng progestogen đơn thuần, đường uống và ngoài đường uống (POC)				
Tình trạng		POP	LNG ETG	DMPA NET-EN
Có nuôi con bằng sữa mẹ	< 6 tuần hậu sản	2	3	2
	> 6 tuần đến < 6 tháng	1	1	1
	Sau sanh > 6 tháng	1	1	1
Không nuôi con bằng sữa mẹ	< 21 ngày	1	1	1
	< 21 ngày	1	1	1

POP: progestogen-only pill. Tránh thai bằng viên progestogen đơn thuần liều thấp. Đường uống
LNG/ETG: levonorgestrel and etonogestrel (implants). Tránh thai bằng que cấy phóng thích chậm levonorgestrel và etonogestrel.
DMPA: depot medroxyprogesterone acetate (injectable). Thuốc tiêm bắp tránh thai liều trung bình phóng thích chậm Medroxy Progesterone Acetate
NET-EN: norethisterone enanthate (injectable). Thuốc tiêm bắp tránh thai liều trung bình phóng thích chậm Norethisterone Enanthate

TRÁNH THAI BẰNG DỤNG CỤ TỬ CUNG

Tránh thai bằng dụng cụ tử cung (Intra Uterine Devices - IUD) trong thời kỳ hậu sản gồm cả:

- Đặt ngay IUD sau sổ nhau sau sanh thường hay mổ
- Đặt trì hoãn vài tuần sau sanh

Tránh thai bằng IUD trong thời kỳ hậu sản liên quan đến bốn vấn đề là:

- Hiện tại có hay không có tình trạng nhiễm trùng
- Khả năng IUD bị tổng xuất
- Biến chứng thủng hay di trú của IUD
- Ảnh hưởng của progestogen lên nuôi con bằng sữa mẹ

Liên quan đến di trú và thủng tử cung sau đặt IUD, một điều ngạc nhiên là nếu đặt IUD tránh thai chứa đồng (Cu-IUD) ngay sau sổ nhau thì sẽ ít bị tổng xuất hơn là nếu đặt muộn hơn, trong thời kỳ hậu sản.

Tỉ lệ tổng xuất còn thấp hơn nữa nếu Cu-IUD được đặt ngay sau khi sổ nhau trong cuộc mổ sanh, so với đặt qua ngã âm đạo sau sanh thường.

Tần suất của thủng tử cung và nhiễm trùng do đặt IUD không tăng khi thực hiện đặt IUD tránh thai, bất chấp nó được đặt trong thời điểm nào trong giai đoạn hậu sản.

Nhiễm trùng hậu sản là điều kiện duy nhất hạn chế việc dùng tránh thai bằng IUD trong thời gian hậu sản.

Dù có một số mâu thuẫn, nhưng dường như việc đặt IUD phóng thích levonorgestrel (LNG-IUD) sớm có thể ảnh hưởng lên kết cục nuôi con bằng sữa mẹ, về mặt thời gian. Có vẻ như đặt trì hoãn LNG-IUD có thể là tốt hơn cho nuôi con bằng sữa mẹ.

Tránh thai bằng dụng cụ tử cung, loại chứa đồng và loại phóng thích nội tiết			
Tình trạng		Cu-IUD	LNG-IUD
Có nhiễm trùng hậu sản		4	4
Dưới 48 giờ	Có nuôi con bằng sữa mẹ	1	2
	Không nuôi con bằng sữa mẹ	1	1
Trên 48 giờ đến dưới 4 tuần		3	3
Trên 4 tuần		1	1

Cu-IUD: copper-bearing IUD. Tránh thai bằng dụng cụ tử cung chứa đồng
LNG-IUD: levonorgestrel-releasing IUD (20 µg/24 hours). Tránh thai bằng dụng cụ tử cung phóng thích chậm levonorgestrel (20 µg/24 giờ).

TRÁNH THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHO CON BÚ VÔ KINH

Tránh thai bằng phương pháp cho con bú vô kinh (Lactational Amenorrhoea Method - LAM) dựa trên khả năng ức chế hoạt động buồng trứng của hành động nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn. Đồng thuận Bellagio cung cấp các cơ sở khoa học của LAM, cho mục đích tránh thai an toàn và hiệu quả.

Dựa theo đồng thuận này, WHO phát triển các hướng dẫn liên quan đến tránh thai bằng LAM với 3 tiêu chuẩn buộc phải thỏa một cách đồng thời, để đảm bảo rằng LAM đạt được hiệu quả thỏa đáng để bảo vệ khỏi thai kỳ ngoài ý muốn. 3 tiêu chuẩn này là:

1. Vô kinh
2. Nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn
3. Kéo dài không quá 6 tháng

Khi thực hiện tránh thai bằng LAM, cần lưu ý một số vấn đề đặc biệt sau:

Nếu như người phụ nữ tuyệt đối không chấp nhận việc có thai lại sớm sau sinh, thì bà ta phải được cảnh báo rằng LAM sẽ không phải là biện pháp thích hợp cho bà ta vì có một tỉ lệ cao thất bại khi phương pháp được dùng đúng cách.

LAM không bảo vệ người phụ nữ khỏi các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (Sexually Transmitted Infections - STIs), kể cả HIV. Nếu có nguy cơ rõ rệt của nhiễm HIV, nên khuyến cáo việc dùng bao cao su đúng cách, do bao cao su là biện pháp tránh thai hiệu quả, đồng thời giúp bảo vệ khỏi STIs và HIV.

Do sữa mẹ là thức ăn lý tưởng nhất cho trẻ, đồng thời cung cấp nhiều lợi ích cho trẻ, nhất là bảo vệ trẻ khỏi các bệnh lý thông thường, nên vấn đề của LAM là vấn đề nuôi con bằng sữa mẹ. Tự thân LAM không bị giới hạn chỉ định, và LAM không hề có bất cứ ảnh hưởng bất lợi nào trên sức khỏe bà mẹ. Tuy nhiên, khi có các vấn đề ảnh hưởng đến việc thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ thì vấn đề đó cũng ảnh hưởng đến thực hành tránh thai bằng LAM. Các vấn đề này gồm (1) mẹ dùng các thuốc ảnh hưởng đến con, (2) một số tình huống bệnh lý của con gây khó khăn cho bú mẹ và (3) mẹ nhiễm HIV.

- Một số thuốc mẹ dùng có thể ảnh hưởng đến con, và vì thế không được thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th Ed. 2015.

Các thuốc này gồm: thuốc chống chuyển hoá, dopamin agonist (bromocriptine, cabergoline), một số kháng đông, liều cao corticosteroids, ciclosporin, ergotamine, lithium, các chất phóng xạ và reserpine.

- Các bệnh lý của trẻ làm trẻ khó có thể bú mẹ, và vì thế ảnh hưởng đến LAM gồm các bệnh lý bẩm sinh với biến dạng hay bất toàn vòm khẩu, trẻ cực non hay quá nhẹ cân cần phải chăm sóc tại NICU, và một vài bệnh lý chuyển hoá đặc biệt ở sơ sinh như thiếu G₆PD.

Nuôi con bằng sữa mẹ ở mẹ nhiễm HIV sẽ được trình bày chi tiết trong bài “Thực hành nuôi con bằng sữa mẹ”.

CÁC PHƯƠNG PHÁP TRÁNH THAI THEO NGÀY PHÓNG NOÃN PHÒNG ĐOÁN

Các phương pháp tránh thai theo ngày phóng noãn phòng đoán (Fertility Awareness-Based methods - FAB) gồm các phương pháp dựa trên dấu hiệu hiện diện của nang noãn trưởng thành (Symptoms-Based Method - SYM), và phương pháp theo lịch (Calendar-Based Method - CAL). Các phương pháp này vốn đã có một hiệu quả tránh thai lý thuyết thấp.

Vấn đề chính của việc áp dụng các FAB trong thời gian hậu sản, kể cả SYM lẫn CAL, là tính không ổn định của chu kỳ buồng trứng sau khi sinh. Sự ổn định của chu kỳ sau sinh lệ thuộc vào rất nhiều yếu tố, mà chủ yếu là tính bất định trong thời gian để buồng trứng lấy lại hoạt động bình thường của nó sau sinh.

Tránh thai bằng các phương pháp tránh ngày phóng noãn phòng đoán (FAB)			
Tình trạng		SYM	CAL
Hậu sản Có thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ	Dưới 6 tuần hậu sản	D	D
	Trên 6 tuần hậu sản	C	D
	Sau khi đã có kinh lại	C	C
Hậu sản Không nuôi con bằng sữa mẹ	Dưới 4 tuần	D	D
	Trên 4 tuần	A	D
SYM: Symptoms-Based Method. Tránh thai bằng phương pháp dựa trên dấu hiệu hiện diện của nang noãn trưởng thành CAL: Calendar-Based Method. Tránh thai bằng phương pháp theo lịch (Ogino-Knauss...) A: Chấp nhận được C: Thận trọng D: Trì hoãn			

Nói chung, không khuyến khích các sản phụ tránh thai bằng FAB.