

## READINESS ASSURANCE TEST

- Xử lý các trường hợp quên uống thuốc hai viên liên tiếp khi tránh thai bằng COCs liều tiêu chuẩn (20 – 30  $\mu$ g EE) có thể khác nhau tùy thời điểm quên thuốc so với thời điểm bắt đầu vỉ thuốc. Trong tình huống quên hai viên liên tiếp nào trong các tình huống liệt kê sau, bạn có thể tư vấn cho người dùng uống bù một viên thuốc, rồi sau đó cứ tiếp tục dùng như cũ, đồng thời không cần tránh thai hỗ trợ?
  - Quên uống 2 viên vào tuần thứ nhất của vỉ thuốc
  - ☒ Quên uống 2 viên vào tuần thứ nhì của vỉ thuốc
  - Quên uống 2 viên vào tuần thứ ba của vỉ thuốc
  - Phải khuyến tránh thai hỗ trợ cho cả 3 trường hợp
- Trong lịch sử phát triển của viên thuốc tránh thai nội tiết estrogen-progestogen phối hợp (COC), ở những thời điểm sơ khai, người ta đưa 50 mcg Ethinyl Estradiol (EE) vào viên thuốc. Kế đó là xu hướng giảm dần hàm lượng EE, xuống đến mức ổn định là 20 – 30 mcg EE mỗi viên, song hành với thay đổi thành tố progestogen trong viên thuốc. Nhiều hãng dược phẩm vẫn muốn giảm sâu hơn nữa hàm lượng EE trong viên thuốc xuống còn 10 – 15 mcg. Theo bạn, việc giảm hàm lượng EE trong viên thuốc tránh thai phối hợp đến mức 10 – 15 mcg có thể có lợi hay không?
  - Giúp mở rộng được phạm vi sử dụng của COC: nhiều nhóm đối tượng có thể dùng COC hơn
  - Giúp loại bỏ gần như tuyệt đối nguy cơ xảy ra thuyên tắc mạch do huyết khối tĩnh mạch
  - ☒ Giúp tránh được nguy cơ liên quan đến ức chế dài hạn hoạt động buồng trứng bằng EE
  - Giảm EE có thể có vài lợi điểm, nhưng các rắc rối liên quan đến liều thấp EE là rất lớn
- Người ta khuyến cáo rằng thuốc tránh thai khẩn cấp (ECP) chỉ để dùng trong trường hợp khẩn cấp. Không được sử dụng ECP như một phương pháp tránh thai thường trực/dài hạn. Hãy giải thích lý do?
  - Do làm tăng nguy cơ thai làm tổ ở vị trí ngoài buồng tử cung
  - Do chỉ số Pearl của ECP không tốt như tránh thai thường trực
  - Do có thể làm giảm khả năng có thai bình thường sau này
  - ☒ Không dùng ECP thường trực/dài hạn vì cả 3 lý do trên
- Yếu tố nào có thể làm giảm hiệu quả tránh thai của viên thuốc tránh thai khẩn cấp dùng nội tiết (không kể Yuzpe)?
  - Uống  $\geq$  hai lần trong một chu kỳ, với cùng loại thuốc tránh thai khẩn cấp
  - Dùng hai loại thuốc tránh thai khẩn cấp khác nhau trong cùng một chu kỳ
  - ☒ Uống thuốc xa thời điểm giao hợp, dù thời điểm uống vẫn còn  $\leq$  120 giờ
  - Cả ba yếu tố trên cùng làm giảm hiệu quả của thuốc tránh thai khẩn cấp
- Hãy lấy thời điểm bắt đầu xuất hiện đỉnh LH của một chu kỳ có phóng noãn làm mốc “M” để nói về thời điểm uống tránh thai khẩn cấp. Hiệu quả tránh thai của tránh thai khẩn cấp bằng levonorgestrel (LNG) và của tránh thai khẩn cấp bằng mifepristone (SPRM) ra sao khi được uống sau điểm mốc “M”?
  - Nếu uống sau mốc “M”, chỉ có LNG là vẫn còn hiệu quả
  - ☒ Nếu uống sau mốc “M”, chỉ có SPRM là vẫn còn hiệu quả
  - Cả hai vẫn có hiệu quả mặc dù được uống sau mốc “M”
  - Cả hai sẽ không có hiệu quả nếu như được uống sau mốc “M”

6. Tần suất của vấn đề nào sau đây sẽ tăng ở phụ nữ mang dụng cụ tử cung tránh thai chứa đồng (Cu-IUD)?
- ☒ a. Thai đổi tính chất hành kinh
  - b. Thai ngoài tử cung
  - c. Loạn khuẩn âm đạo
  - d. Vô sinh thứ phát
7. Một người đang tránh thai rất ổn bằng dụng cụ tử cung chứa  $\text{Cu}^{++}$  từ nhiều năm nay, đột nhiên bị xuất huyết tử cung bất thường. Khả năng nào phải được nghĩ đến trước tiên, với mục đích tìm cách xác nhận/loại trừ trước khi đi tìm hiểu về các khả năng khác?
- a. Dụng cụ tử cung bị di trú khỏi vị trí, xuyên vào cơ tử cung
  - ☒ b. Có thai khi đang mang dụng cụ tử cung tránh thai chứa  $\text{Cu}^{++}$
  - c. Tác dụng phụ gây rong huyết của dụng cụ tử cung chứa  $\text{Cu}^{++}$
  - d. Tình trạng nhiễm trùng hệ quả của dị vật trong buồng tử cung
8. Muốn thực hiện phá thai nội khoa, điều kiện nào là *điều kiện tối thiểu buộc phải thỏa mãn* trước khi cho thực hiện?
- a. Phải xác nhận có thai bằng test định tính  $\beta$ -hCG
  - b. Phải xác nhận có thai bằng test định lượng  $\beta$ -hCG
  - ☒ c. Phải thấy túi thai trong buồng tử cung qua siêu âm
  - d. Thai trong tử cung, và tuổi thai  $\geq$  tuần theo siêu âm
9. Sau phẫu thuật thắt ống dẫn tinh để tránh thai vĩnh viễn cho nam giới, khi nào thì có thể đảm bảo rằng giao hợp sẽ không còn khả năng dẫn đến có thai nữa?
- a. Sau một đến ba tháng kiêng không quan hệ tình dục
  - b. Sau một đến ba tháng có quan hệ tình dục dùng bao cao su
  - c. Sau thực hiện khoảng 20 lần xuất tinh có dùng bao cao su
  - ☒ d. Cho đến khi mẫu thử tinh dịch không còn chứa tinh trùng
10. So sánh thuốc viên nội tiết tránh thai chỉ có chứa progestogens đơn thuần (POP) với thuốc tránh thai nội tiết phối hợp (COC), hãy chỉ ra khuyết điểm của viên thuốc tránh thai chỉ có chứa progestogens đơn thuần?
- ☒ a. Thường xảy ra các tác dụng ngoại ý liên quan đến thiếu thành tố EE
  - b. Đối tượng sử dụng POP hẹp hơn so với đối tượng sử dụng COC
  - c. Hiệu quả tránh thai của POP thấp hơn so với hiệu quả của COC
  - d. Cách sử dụng và bù thuốc của POP phức tạp hơn so với của COC

1. Xử lý các trường hợp quên uống thuốc hai viên liên tiếp khi tránh thai bằng COCs liều tiêu chuẩn (20 – 30  $\mu$ g EE) có thể khác nhau tùy thời điểm quên thuốc so với thời điểm bắt đầu vỉ thuốc. Trong tình huống quên hai viên liên tiếp nào trong các tình huống liệt kê sau, bạn có thể tư vấn cho người dùng uống bù một viên thuốc, rồi sau đó cứ tiếp tục dùng như cũ, đồng thời không cần tránh thai hỗ trợ?
  - a. Quên uống 2 viên vào tuần thứ nhất của vỉ thuốc
  - b. Quên uống 2 viên vào tuần thứ nhì của vỉ thuốc**
  - c. Quên uống 2 viên vào tuần thứ ba của vỉ thuốc
  - d. Phải khuyến tránh thai hỗ trợ cho cả 3 trường hợp
2. Trong lịch sử phát triển của viên thuốc tránh thai nội tiết estrogen-progestogen phối hợp (COC), ở những thời điểm sơ khai, người ta đưa 50 mcg Ethinyl Estradiol (EE) vào viên thuốc. Kế đó là xu hướng giảm dần hàm lượng EE, xuống đến mức ổn định là 20 – 30 mcg EE mỗi viên, song hành với thay đổi thành tố progestogen trong viên thuốc. Nhiều hãng dược phẩm vẫn muốn giảm sâu hơn nữa hàm lượng EE trong viên thuốc xuống còn 10 – 15 mcg. Theo bạn, việc giảm hàm lượng EE trong viên thuốc tránh thai phối hợp đến mức 10 – 15 mcg có thể có lợi hay không?
  - a. Giúp mở rộng được phạm vi sử dụng của COC: nhiều nhóm đối tượng có thể dùng COC hơn
  - b. Giúp loại bỏ gần như tuyệt đối nguy cơ xảy ra thuyên tắc mạch do huyết khối tĩnh mạch
  - c. Giúp tránh được nguy cơ liên quan đến ức chế dài hạn hoạt động buồng trứng bằng EE
  - d. Giảm EE có thể có vài lợi điểm, nhưng các rắc rối liên quan đến liều thấp EE là rất lớn**

### **Bàn luận:**

Khi giảm EE thì sẽ giảm ức chế tuyến yên, FSH không giảm đủ mạnh, không đủ ức chế quá trình chọn lọc noãn noãn.

Với liều 20-30 mcg, các noãn noãn sẽ ở size M. Khi giảm còn 10-15 mcg thì sẽ chực chờ phóng noãn ở size L. Khi đó chỉ cần quên uống 1 liều thôi sẽ lập tức phát triển ngay thành nang vượt trội và có thể phóng noãn bất cứ lúc nào.

Điều thứ 2 là khi dùng liều thấp EE sẽ phải thu ngắn khoảng HFI (24+ 4, hoặc 24 + 2 +2). Khi quên thuốc thì thái độ xử trí sẽ khác với EE liều 20-30mcg.

Tất cả những khuyến cáo cho thuốc 20-30 mcg đều không áp dụng được cho thuốc 10-15mcg.

Vì không ức chế hoàn toàn noãn nang nên noãn nang vẫn tiết được Estrogen, cộng thêm thuốc progestogen không đủ để cạnh tranh estrogen, sẽ dẫn đến hội chứng cường Estrogen.

**Tóm lại, hoặc là COCs với EE liều 20-30mcg, hoặc là POPs. Đừng dùng liều EE nửa vời.**

Các tác dụng phụ của EE không giảm từ dưới liều 30 mcg trở xuống.

**“Nếu đã dùng DMPA, thì xuất hiện tác dụng phụ AUB-I, thì sẽ làm gì?” Progestogen ngoại sinh, NSAIDs và DSA?**

D(Depot)MPA là một kho chứa phóng thích từ từ progestogen. Trước khi chích nhớ lắc kĩ vì nó là huyền dịch chứ không phải dung dịch, sau đó dùng kim to để tiêm bắp sâu, sau khi tiêm xong chớ xoa.

Medroxy Progesterone Acetate: là một ester của progesterone, có hoạt tính trên LH ở mức độ vừa phải, không quá mạnh. Nghĩa là sẽ ức chế lên trục hạ đồi yên ở mức độ vừa phải => Khi sử dụng DMPA, vẫn còn một sự phát triển noãn nang nhất định, chỉ thiếu sự phóng noãn mà thôi (BN ở tình trạng cường Estrogen tương đối). Đồng thời nội mạc tử cung cũng được phân tiết bởi hoạt tính của DMPA.

Cường Estrogen làm nội mạc dày dần, nhưng hoạt động progesterone lại ít => **phân tiết da beo**, chỗ dày chỗ mỏng => nội mạc không được phân tiết đủ => nội mạc sụp đổ ở những mạch máu nhỏ phía trên => chảy máu chút chút.

Như vậy, nếu đúng thì phải bổ sung Progestogen, nhưng đáng tiếc là nội mạc đang loang lổ da beo, những nơi thiếu progesteron cần được bổ sung progesterone đã bị sụp đổ mất.

Việc ta cần làm là hàn gắn mạch máu nhỏ ở nóc nội mạc, đến khi DMPA hết tác dụng, nội mạc sẽ tróc 1 lần và sẽ không chảy máu lại.

Nếu việc chảy máu ít ít mà có thể chấp nhận được thì có thể tư vấn cho BN.

Có nhiều cách hàn gắn mạch máu nhỏ, nhưng đều là những cách không chuyên biệt:

+ NSAIDs: phổ biến nhất, có nhiều nghiên cứu chứng minh

+ DSA không có tác dụng với mạch máu to, chỉ có hiệu quả với mạch máu nhỏ. Bằng chứng chưa nhiều lắm.

3. *Người ta khuyến cáo rằng thuốc tránh thai khẩn cấp (ECP) chỉ để dùng trong trường hợp khẩn cấp. Không được sử dụng ECP như một phương pháp tránh thai thường trực/dài hạn. Hãy giải thích lý do?*

- Do làm tăng nguy cơ thai làm tổ ở vị trí ngoài buồng tử cung*
- Do chỉ số Pearl của ECP không tốt như tránh thai thường trực*
- Do có thể làm giảm khả năng có thai bình thường sau này*
- Không dùng ECP thường trực/dài hạn vì cả 3 lý do trên***

4. *Yếu tố nào có thể làm giảm hiệu quả tránh thai của viên thuốc tránh thai khẩn cấp dùng nội tiết (không kể Yuzpe)?*

- Uống  $\geq$  hai lần trong một chu kỳ, với cùng loại thuốc tránh thai khẩn cấp*
- Dùng hai loại thuốc tránh thai khẩn cấp khác nhau trong cùng một chu kỳ*
- Uống thuốc xa thời điểm giao hợp, dù thời điểm uống vẫn còn  $\leq 120$  giờ***
- Cả ba yếu tố trên cùng làm giảm hiệu quả của thuốc tránh thai khẩn cấp*

5. *Hãy lấy thời điểm bắt đầu xuất hiện đỉnh LH của một chu kỳ có phóng noãn làm mốc “M” để nói về thời điểm uống tránh thai khẩn cấp. Hiệu quả tránh thai của tránh thai khẩn cấp bằng levonorgestrel (LNG) và của tránh thai khẩn cấp bằng mifepristone (SPRM) ra sao khi được uống sau điểm mốc “M”?*

- Nếu uống sau mốc “M”, chỉ có LNG là vẫn còn hiệu quả*
- Nếu uống sau mốc “M”, chỉ có SPRM là vẫn còn hiệu quả***
- Cả hai vẫn có hiệu quả mặc dù được uống sau mốc “M”*
- Cả hai sẽ không có hiệu quả nếu như được uống sau mốc “M”*

### **Bàn luận:**

**“Tại sao tránh thai khẩn cấp dùng levonorgestrel và SPRM đều kém hiệu quả khi uống sau khi đạt đỉnh LH?”**

ECPs có nhiều cơ chế bảo vệ. Nhưng **cơ chế chủ yếu nhất** là ức chế thụ thể ở hạ đồi, do đó ngăn chặn sản sinh các xung GnRH, giảm sản xuất LH, **làm ngăn rụng trứng**.

Nếu uống thuốc trước khi rụng trứng (thời điểm không có progesterone) thì sẽ mở cửa sổ làm tổ sớm. Nếu đã rụng trứng, đã có progesterone rồi thì khi bổ sung thêm progestine thêm là không có ý nghĩa di dời cửa sổ làm tổ.

SPRM liều cao sẽ làm ly giải hoàng thể (200mg), có tác dụng phá thai và khi ở liều thấp (10mg) thì dùng để tránh thai.

Có 2 loại SPRM: Mifepristone và Ulipristal.

- Mifepristone chỉ có hoạt tính kháng progesterone, không có hoạt tính progestinemic
- Ulipristal có cả 2 hoạt tính

**“Cửa sổ làm tổ mở ngày thứ 18, trứng rụng ngày 14. Vậy nếu dùng tránh thai khẩn cấp từ ngày 14 đến ngày 18 thì có hiệu quả không?”**

Mốc hiệu quả hay không là lấy **ngày rụng trứng** chứ không phải ngày mở cửa sổ làm tổ. Từ lúc rụng trứng, từ những phân tử progesterone đầu tiên được tiết ra là đã có hiệu lệnh mở cửa sổ làm tổ rồi. Vấn đề mở cửa sổ trễ sau đó 4 ngày là do chờ sự phát triển của nội mạc tử cung. Việc mình ra lệnh mở cửa sổ do SPRM từ ngày 14-18 là không có ý nghĩa nữa khi trước đó đã có lệnh mở rồi.

**“Sau khi đã dùng thuốc tránh thai khẩn cấp rồi, nếu những ngày sau có giao hợp nữa thì sao, có cần phải tránh thai nữa không?”**

**“Chồng tui đi xa, về nhà 3 ngày rồi đi. Giao hợp 3 ngày rồi uống 1 lần tránh thai khẩn cấp được không?”**

2 thái độ: uống 1 viên rồi yên tâm 3 ngày và giao hợp 3 ngày rồi gom lại uống 1 viên.

Sau khi dùng ECPs, trứng bị ức chế không rụng nhưng vẫn nằm đó, không hề bị hư hại. Thuốc mình uống sẽ bị phân hủy sau 24 giờ, tác dụng nongenomic (tác dụng lệ thuộc liều).

Vấn đề cốt lõi là ta không hề biết trứng đã rụng chưa ở thời điểm mình uống thuốc.

Ở Việt Nam chỉ có Mifepristone 10mg, và thuốc này chỉ có tác dụng ức chế rụng trứng, không có tác dụng di dời cửa sổ làm tổ. Nghĩa là kêu trứng chờ 1 ngày nữa hãy rụng. Nếu ngày sau giao hợp mà trông chờ vào viên thuốc đã uống trước đó thì khả năng có thai là cao do thuốc đã hết tác dụng. Đúng theo lý thuyết là giao hợp bao nhiêu lần là phải uống bấy nhiêu liều.

=> cả 2 quan điểm đều sai.

Chồng về 3 ngày, mỗi ngày uống 1 viên, lúc đó thì cứ xả láng, muốn giao hợp bao nhiêu lần cũng được :v

6. *Tần suất của vấn đề nào sau đây sẽ tăng ở phụ nữ mang dụng cụ tử cung tránh thai chứa đồng (Cu-IUD)?*

- Thai đổi tính chất hành kinh**
- Thai ngoài tử cung
- Loạn khuẩn âm đạo
- Vô sinh thứ phát

7. *Một người đang tránh thai rất ổn bằng dụng cụ tử cung chứa  $\text{Cu}^{++}$  từ nhiều năm nay, đột nhiên bị xuất huyết tử cung bất thường. Khả năng nào phải được nghĩ đến trước tiên, với mục đích tìm cách xác nhận/loại trừ trước khi đi tìm hiểu về các khả năng khác?*

- Dụng cụ tử cung bị di trú khỏi vị trí, xuyên vào cơ tử cung
- Có thai khi đang mang dụng cụ tử cung tránh thai chứa  $\text{Cu}^{++}$**
- Tác dụng phụ gây rong huyết của dụng cụ tử cung chứa  $\text{Cu}^{++}$
- Tình trạng nhiễm trùng hệ quả của dị vật trong buồng tử cung

**Bàn luận:**

**“Đặt dụng cụ tử cung có làm tăng nguy cơ thai ngoài tử cung không?”**

**“Đã từng có tiền sử thai ngoài tử cung thì có chống chỉ định IUD không?”**



IUD là một biện pháp tránh thai rất hiệu quả. Cơ chế tác động là từ những giai đoạn tiếp xúc với giao tử ban đầu chứ không phải chỉ ở việc làm tổ.

Do đó, tỉ lệ tuyệt đối của thai ngoài tử cung sẽ giảm hơn so với những người không dùng phương pháp ngừa thai (có thai nhiều thì tỉ lệ thai ngoài tử cung nhiều).

Nhưng nếu đã đặt IUD mà có thai thì tỉ lệ thai ngoài tử cung tăng lên gấp 20 lần so với người không đặt IUD mà có thai.

Do đó, nếu đã có tiền sử thai ngoài tử cung thì đó cũng không phải là chống chỉ định của đặt IUD, bởi vì nó đâu có gây có thai. Nhưng khi đặt IUD trên cơ địa từng thai ngoài tử cung thì phải tìm hiểu lý do lần trước tại sao bị thai ngoài tử cung (viêm nhiễm vùng chậu, Chlamydia...), những nguyên nhân đó mới thực sự là chống chỉ định.

IUD đi trú sẽ không có triệu chứng, hoặc chảy máu sau một khoảng thời gian đặt, xuyên cơ, viêm phúc mạc...

Còn vừa đặt mà chảy máu ngay thì đó là biến chứng thủng tử cung của thủ thuật.

8. Muốn thực hiện phá thai nội khoa, điều kiện nào là điều kiện tối thiểu buộc phải thỏa mãn trước khi cho thực hiện?

- Phải xác nhận có thai bằng test định tính  $\beta$ -hCG
- Phải xác nhận có thai bằng test định lượng  $\beta$ -hCG
- Phải thấy túi thai trong buồng tử cung qua siêu âm**
- Thai trong tử cung, và tuổi thai  $\geq$  tuần theo siêu âm

9. Sau phẫu thuật thất ồng dẫn tinh để tránh thai vĩnh viễn cho nam giới, khi nào thì có thể đảm bảo rằng giao hợp sẽ không còn khả năng dẫn đến có thai nữa?

- Sau một đến ba tháng kiêng không quan hệ tình dục
- Sau một đến ba tháng có quan hệ tình dục dùng bao cao su
- Sau thực hiện khoảng 20 lần xuất tinh có dùng bao cao su
- Cho đến khi mẫu thử tinh dịch không còn chứa tinh trùng**

### **Bàn luận:**

Trên thực tế, chỉ cần tư vấn là sau 20 lần giao hợp là ok rồi.

Nhưng trên lý thuyết thì phải thử tinh dịch đồ.

Bởi vì việc thực hiện thất ồng dẫn tinh có thể thất bại khi:

- Thất nhâm, thất không hoàn toàn
- Tinh trùng vẫn còn chứa ở túi tinh trước đó

Tinh dịch gồm tinh trùng (chứa ở túi tinh) và dịch tiết từ tiền liệt tuyến. Việc phóng tinh bao nhiêu lần để hết sạch tinh trùng trong túi tinh thì chỉ có trời biết. Con số 20 là dựa vào thống kê. Đừng đại dốt đảm bảo sẽ không có thai sau 20 lần. Chỉ đảm bảo sau khi thử tinh dịch đồ.

Tinh trùng nằm trong túi tinh sẽ tồn tại rất lâu, không rõ thời gian tự chết của nó. Nó chỉ sẽ chết khi hoạt động và ra khỏi đường dẫn tinh. Nên dựa vào thời gian cũng không bảo đảm.

10. So sánh thuốc viên nội tiết tránh thai chỉ có chứa progestogens đơn thuần (POP) với thuốc tránh thai nội tiết phối hợp (COC), hãy chỉ ra khuyết điểm của viên thuốc tránh thai chỉ có chứa progestogens đơn thuần?

- Thường xảy ra các tác dụng ngoại ý liên quan đến thiếu thành tố EE**
- Đối tượng sử dụng POP hẹp hơn so với đối tượng sử dụng COC
- Hiệu quả tránh thai của POP thấp hơn so với hiệu quả của COC

*d. Cách sử dụng và bù thuốc của POP phức tạp hơn so với của COC*

## APPLICATION

### TÌNH HUỐNG 1: TRÁNH THAI KHẨN CẤP

Bà G. 28 tuổi, bắt đầu tránh thai bằng COCs 20 $\mu$ g. Do mới dùng thuốc, nên bà ta chưa có thói quen uống thuốc. Bà ta đã uống được 6 viên, kể từ ngày thứ nhất của kỳ kinh này. Hôm nay là ngày thứ 9 của kỳ kinh.

Sáng nay, bà ta phát hiện rằng bà ta đã quên không uống thuốc 2 đêm liên tiếp, là đêm hôm qua và đêm hôm trước nữa. Theo hướng dẫn, bà ta uống bù ngay viên thuốc bị quên và đến gặp bạn ngay.

Bà ta nói rằng: « Bác sĩ có dặn rằng trong trường hợp của tôi, thì tôi phải uống bù ngay theo hướng dẫn, và dùng một biện pháp tránh thai bổ sung trong thời gian ít nhất 7 ngày. Tôi đã bắt đầu uống bù thuốc sáng nay. Tuy nhiên, chúng tôi không cảm thấy thoải mái khi phải dùng condom. Tôi có nghe nói đến thuốc tránh thai khẩn cấp, là Postinor 1® và Mifestad 10® mà người bình thường có thể dùng được trong vòng 3-5 ngày sau giao hợp có nguy cơ có thai. Vậy, nếu chúng tôi có quan hệ tình dục trong tuần này, liệu tôi có thể dùng thuốc tránh thai khẩn cấp được không ? và nếu được thì tôi phải dùng loại thuốc nào, Postinor 1® hay Mifestad 10® ? »

Hãy cho biết bà G. có thể dùng tránh thai khẩn cấp được hay không ? Giải thích. Hãy chọn 1 câu đúng.

- A. ☐ Không được dùng. Cả LNG hoặc SPRM đều không có hiệu quả trong trường hợp này
- B. ☐ Được dùng, nhưng chỉ có thể dùng LNG để tránh thai khẩn cấp, và không được dùng SPRM
- C. ☐ Được dùng, nhưng chỉ có thể dùng SPRM để tránh thai khẩn cấp, và không được dùng LNG
- D. ☒ Được dùng, và có thể dùng được cả LNG hoặc SPRM để tránh thai khẩn cấp trong trường hợp này**

#### Bàn luận:

Câu hỏi đặt ra là thuốc uống vào có làm giảm hiệu quả của COCs hoặc ngược lại không?

Các Progestin trong COCs có tác dụng là ức chế tiết LH, không tạo đỉnh LH => không gây phóng noãn. Tác dụng thứ 2 là trên nội mạc tử cung. COCs này là liều 20, nên tác dụng ức chế buồng trứng sẽ thấp.

SPRM (Mifestad) cũng có tác dụng ức chế giống như trên, nhưng tại nội mạc tử cung là tác dụng ức chế progesterone bằng cách tranh giành thụ thể nhưng lại không gây ra tác dụng phân tiết như Progesterone.

Cơ chế chính của 2 thuốc ECPs này là làm ức chế phóng noãn. Nên vẫn có thể sử dụng cả 2 thuốc này.

Nếu hiện tại bà đã phóng noãn rồi thì việc dùng COCs hay 2 thuốc ECPs đều không có ý nghĩa nữa. Việc cần làm là kê đơn 1 ngày để trứng chết, không còn khả năng thụ tinh. Sau đó cứ xả lảng :”))))

Nếu chưa phóng noãn thì phải uống mỗi ngày 1 viên nếu trong tuần tiếp theo này bà chơi xả lảng :v

Như vậy rõ ràng là không hề biết bà rụng lúc nào. Bởi vì trong vòng 2 ngày ngưng COCs, khả năng hình thành 1 nang trưởng thành và phóng noãn là có thể. => cho bà uống thuốc như là chưa phóng noãn cho chắc ăn.

### TÌNH HUỐNG 2: TRÁNH THAI BẰNG DỤNG CỤ TỬ CUNG

Bà E. 40 tuổi, 1.50m, 70kg, đã có 2 con, con nhỏ 7 tuổi. Hiện đang điều trị tiểu đường type II có biến chứng cao huyết áp.

Hiện tại huyết áp ổn. 5 năm trước, bà bị thai ngoài tử cung, được điều trị với methotrexate.

Sáu tháng sau khi điều trị xong thai ngoài tử cung, bà ta quyết định tránh thai bằng IUD loại TCu-380A,



và duy trì đến nay.

Lần này bà ta lại bị thai ngoài tử cung. Người ta đã điều trị thành công với methotrexate. Bà ta xác định rằng không muốn có thêm con.

Bà ta muốn hỏi bạn về tránh thai trong thời gian sắp đến. Hãy biết thái độ của bạn. Chọn 1 câu đúng.

- ☒ **A.** Tôi sẽ tiếp tục duy trì IUD này cho đến khi hết thời hạn tác dụng hoặc mãn kinh
- ☐ **B.** Tôi sẽ tháo IUD này và thay bằng một IUD khác cùng loại TCU-380A
- ☒ **C.** Tôi sẽ tháo IUD này và khuyên bà ta nên chuyển sang tránh thai bằng Mirena®
- ☐ **D.** Tôi sẽ tháo IUD này và khuyên bà ta nên chuyển sang tránh thai bằng Implanon®
- ☐ **E.** Tôi sẽ tháo IUD này và khuyên bà ta nên chuyển sang tránh thai bằng Depo-provera®
- ☐ **F.** Tôi sẽ tháo IUD này và khuyên bà ta nên chuyển sang tránh thai bằng Cerazette®

**Bàn luận:**

“Tại sao một phương pháp hiệu quả như vậy lại thất bại? Có gì đó trên cơ địa của BN này làm ảnh hưởng đến cái vòng?”

Đối với cô này, IUD hay Implanon là điều kiện loại 2, không phải là chống chỉ định.

Cơ chế tác động của IUD là phản ứng viêm. Tuy nhiên cơ địa cô này là...

Các yếu tố nguy cơ của thai ngoài tử cung ở cô này là gì? Mà lại gây thai ngoài tử cung nhiều lần như vậy?

Nếu không có cơ chế làm ảnh hưởng đến cơ chế viêm, vị trí của IUD vẫn ổn thì không có lý do gì để lấy IUD ra cả, hơn nữa việc lấy ra lấy vào là hoàn toàn không tốt.

Mirena là điều kiện loại 2. Vẫn có thể dùng.

Do cơ địa cô này có bệnh lý nội khoa, rõ ràng những thuốc tác động vào máu càng nhiều thì càng không phù hợp.

**Tóm lại:** tiếp tục IUD + tìm các yếu tố nền **hoặc** lấy IUD ra thay bằng Mirena.

Nếu tìm ra nhiễm Chlamydia thì vẫn cần phải đặt vòng tiếp, để tránh có thai, vì nếu có thai thì sẽ là ngoài tử cung. Nhưng lúc đặt thì phải cho liều kháng sinh phù hợp.

**Trên thực tế: nếu gặp tình huống này thì triệt sản là tốt nhất.**

**TÌNH HUỐNG 4: DIANE 35® (CYPROTERONE ACETATE 2000 µg - ETHINYL**

**ESTRADIOL 35 µg)**

Diane 35® là một biệt dược có công thức gồm 35 µg Ethinyl Estradiol và 2000 µg Cyproterone Acetate (CPA).

CPA là một progestogen, có tính kháng androgen mạnh, đồng thời cũng có tính kháng hạ đồi (ức chế LH) nhưng kém hơn các progestogen khác. CPA được chỉ định dùng để điều trị các triệu chứng cường androgen ở người nữ như rậm râu (hirsutism) hay mụn trứng cá nặng. Phối hợp 2000 µg CPA với 35 µg EE khắc phục được các nhược điểm của việc dùng CPA đơn thuần để điều trị cường androgen. Việc phối hợp này tạo ra một biệt dược tương tự như COCs gồm có một progestogen là CPA và 35 µg EE.

Theo hướng dẫn của nhà sản xuất, Diane 35® không phải là COCs. Hãy cho biết nhận xét của bạn? Chọn 2 câu đúng.

- ☒ **A.** Diane 35® có thể được dùng với mục đích tránh thai dài hạn, đồng thời ngăn cường androgen

- B. ☐ Có thể tận dụng hiệu quả tránh thai của Diane 35® trong thời gian điều trị cường androgen
- C. ☐ Không dùng Diane 35® để tránh thai. Phải dùng một biện pháp tránh thai khác kèm theo Diane 35®
- D. ☐ Hiệu quả tránh thai của Diane 35® cao hơn với hiệu quả tránh thai của các COCs thực thụ
- E. ☐ Hiệu quả tránh thai của Diane 35® tương đương với hiệu quả tránh thai của các COCs thực thụ
- F. ☐ Hiệu quả tránh thai của Diane 35® thấp hơn so với hiệu quả tránh thai của các COCs thực thụ

**Bàn luận:**

Ung thư nội mạc tử cung có tăng khi tiếp xúc với EE liều 35 dài hạn trong COCs hay các thuốc tránh thai khác hay không?

Nhớ là mình còn có khoảng nghỉ! :’))

Rõ ràng là thuốc này cũng không được nhà sản xuất dán nhãn dùng cho tránh thai :’))

Mặc dù Diane giống liều ở EE với COCs, nhưng vẫn không được dán nhãn ngừa thai. Trong lịch sử người ta cố gắng giảm EE để đủ ức chế phóng noãn và bớt nguy cơ tác dụng phụ (thuyên tắc mạch).

Với Diane vẫn có tác dụng ngừa thai, tuy nhiên liều EE quá cao nên người ta không dám đem nó đi sử dụng lâu dài để ngừa thai mà chỉ lợi dụng tính kháng Androgen của Progestine để điều trị cường androgen thôi.

Với liều EE 35, Diane đã có ức chế chọn lọc noãn rất tốt, tuy nhiên tác dụng kháng hạ đồi của Progestin không mạnh bằng của COCs. => Diane 35 không có tác dụng ngừa thai bằng COCs thực thụ do việc hiệp đồng giữa EE và Progestin không bằng COCs.