CÁC PHƯƠNG PHÁP TRÁNH THAI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cơ chế** | **Hiệu quả** | **Cách xài** | **Tác dụng ngoại ý** |
| POP cổ điển | Chứa progestogen dẫn xuất từ nhân estrane 🡪 tính ức chế LH yếu, kháng estrogen (lynestrenol, ethynodiol)   * TD chủ yếu: làm đặc chất nhầy CTC * TD thứ yếu: làm thay đổi khả năng tiếp nhận trứng thụ tinh đến làm tổ | POPs có hiệu quả tránh thai cao   * POPs cổ điển: có chỉ số Pearl 0.3-8. Hiệu quả so với POPs mới khác nhau ko có ý nghĩa thống kê * 2 vấn đề thường ảnh hưởng đến hiệu quả tránh thai của POPs là nôn ói sau uống và quên thuốc | POPs mới được kỳ vọng là có hiệu quả hơn, với một cách dùng “ít nghiêm ngặt” hơn.  Bắt đầu thuốc: nếu bắt đầu muộn hơn thì phải dùng thêm bao cao su hoặc tránh giao hợp trong vòng 48h   * ko muộn hơn ngày thứ 5 của chu kỳ * hậu sản cho người nuôi con bằng sữa mẹ: ko muộn hơn ngày thứ 21 sau sanh   Khoảng uống muộn giờ: POPs cổ điển 3 giờ. POPs mới 12 giờ. Nếu uống muộn hơn thời gian này coi như quên thuốc 🡪 uống ngay viên đã quên, dùng PP back-up trong vòng 48h sau đó  Nếu ói trong vòng 2 giờ sau khi uống thuốc, thì phải uống lại ngay một viên | * Bất thường trong hành kinh (do mất cân bằng giữa E và P): hiếm khi phải ngưng thuốc vì TDP này * 20% người dùng sẽ ko có kinh, 40% sẽ có hành kinh bình thường, và 40% sẽ có bất thường trong hành kinh |
| POP mới | Proges mới dẫn xuất từ nhân gonane, có tính ức chế mạnh trên LH (desogestrel)   * TD chủ yếu: ngăn cản hiện tượng phóng noãn * TD thứ yếu: 2 TD của POP cổ điển(không phân tiết và phá hủy khả năng làm tổ)   Tần suất xảy ra chu kỳ có phóng noãn là rất thấp với POPs mới (khá cao với POPs cổ điển) |
| COCs | Cơ chế sơ cấp: Ngăn phát triển noãn nang cơ chế thứ cấp:   * Ngăn phóng noãn * biến đổi nội mạc tử cung kiểu màng rụng hóa, do ko còn cửa sổ làm tổ   Ko tác động trên chiêu mộ noãn nang, do quá trình này ko lệ thuộc FSH mà chỉ lệ thuộc vào autocrine và paracrine | Chỉ số Pearl là 9 HWY (trên lý thuyết). Các vấn đề làm giảm hiệu quả của COCs   * Dùng kháng sinh * Dùng các thuốc có tương tác chéo với hormone * Quên thuốc, bắt đầu vỉ thuốc trễ, HFI bị kéo dài | Nguyên tắc (với COCs cổ điển)   * Nếu HFI dài hơn 24 giờ nhưng chưa đến 36 giờ thì ức chế noãn nang chưa bị ảnh hưởng nhiều * Nếu khoảng HFI dài hơn 7 ngày thì sẽ có nguy cơ hiện diện nang noãn trội. Noãn trội này sẽ tiếp tục phát triển và ko còn bị thoái triển bởi sự giảm FSH do dùng COCs sau khi đã có nang noãn trội. * Nếu khoảng thời gian dùng thuốc chưa đến 7 ngày, thì sự ức chế trên phát triển noãn nang chưa hoàn toàn. Nếu quên thuốc khi uống thuốc chưa đủ 7 ngày liên tục thì có khả năng xuất hiện nang trội, thoát khỏi sự chi phối của các viên COCs sau đó.   Cách dùng:   * Viên đầu tiên trong vòng 3 ngày đầu của kỳ kinh * Quên thuốc: * Quên 1v: bình thường * Quên 2v: * chưa uống đủ 7 ngày: dùng PP tránh thai hỗ trợ cho tới khi uống đủ 7 ngày * uống 7-14 ngày: bình thường; nhưng bắt đầu vỉ mới liền, ko nghỉ * uống > 21 ngày: 2 cách:   C1: ngưng hẳn vỉ thuốc, chờ có kinh. Ngày đầu của kinh sẽ bắt đầu ngay vỉ mới (7 ngày kể từ khi uống viên thuốc sau cùng);  C2: uống bù 1v 🡪 ngày hôm đó uống bình thường 🡪 hôm sau uống 2 lần 1v 🡪 bắt đầu vỉ mới liền | Thường do mất cân bằng giữa  E và P. Mỗi cá thể thường có thể tạng nội tiết khác nhau🡪 mức độ nhạy cảm khác nhau với nội tiết ngoại sinh 🡪 thường ko cần phải ngưng thuốc mà chỉ cần chuyển sang loại có hàm lượng EE khác hoặc có 1 loại progestogen khác  Bất thường hành kinh: thay đổi lượng máu kinh, độ dài kỳ kinh… Triệu chứng của cường estrogen tương đối: đau căng vú, nhức đầu, buồn nôn… Triệu chứng đến từ nguồn gốc androgen của progestogen: rụng tóc…  ***Chú ý:***   * Vô kinh, nhức đầu nặng: buộc phải đình chỉ việc dùng COCs và chuyển đổi sang 1 phương pháp tránh thai tạm thời khác thích hợp hơn. * tắc mạch sâu, bệnh lý mạch máu: buộc phải ngưng COCs |
| LASDS | Cơ chế tránh thai của các LASDS ko giống nhau, do sự khác biệt liều lượng phóng thích progestogen hàng ngày cũng như hoạt tính progestogenic của hoạt chất   * Depo-provera (DMPA) : phóng thích lượng tương đối lớn MPA (nhưng ko ổn định bằng implanon, đặc biệt là trong những tuần cuối; nồng độ bình nguyên trong máu # 1ng/ml) 🡪 ức chế LH nội sinh, ngăn sự phóng noãn; đặc chất nhầy CTC; làm nội mạc ko thích hợp cho làm tổ * Implanon: cơ chế như trên, nhưng phóng thích hằng ngày một lượng nhỏ ETG nhưng hằng định hơn, nên ức chế LH tốt hơn * LNG-IUD: tác động chủ yếu lên CTC và nội mạc; ko tạo ra được một ức chế hoàn toàn trên trên LH 🡪phóng noãn bị thay đổi ở mức độ # nhau. Đồng thời có cơ chế của IUD trơ * Nuva-Ring (EE và etonogestrel): giống y chang COCs, nhưng đặt trong âm đạo trong 21 ngày và steroid được phóng thích chậm | Implanon: 0.05 HWY  LNG-IUD: 0.2 HWY  DMPA: 6 HWY  🡪hiệu quả tránh thai cao nhưng tính chấp nhận ko cao 🡪 tư vấn là quan trọng  ***Chú ý:***   * các PP này ko phụ thuộc người dùng * người béo phì: nồng độ steroid có thể bị ảnh hưởng, tuy nhiên ko có chứng cứ chứng minh béo phì làm giảm hiệu quả của các LASDS * Nor-ehindrone (NET) và MPA có nguy cơ tiềm ân liên quan thuyên tắc và huyết khối cao hơn LNG và ETG | Dùng vào đầu chu kỳ, muộn nhất là ngày thứ 5 khi chắc chắn người dùng ko mang thai.   * Depo-provera (MPA): tiêm bắp sâu 150 mg (phải dùng kim dài 18G), tiêm DD 104 mg: dùng trong 3 tháng (Các mũi tiêm cách nhau 12w bất kể hành kinh): là dạng phổ biến nhất của LASDS ở VN. Ko xoa vùng tiêm sau tiêm. * Implanon (etonogestrel): 1 que, trữ lượng ETG là 68mg, phóng thích khoảng 60 µg ETG mỗi ngày, đảm bảo duy trì hiệu quả tránh thai trong 3 năm   Norplant (levonorgestrel): 6 que, gây nhiều bất tiện cho người dùng, cả khi đặt vào lẫn khi tháo ra. Tác dụng 5 năm, hiện ít xài   * Mirena: có trữ lượng LNG là 52mg, phóng thích mỗi ngày 20 ug, đảm bảo duy trì hiệu quả tránh thai trong 5 năm (Lượng LNG phóng thích hàng ngày có thể giảm dần sau 3 năm, nhưng vẫn trên ngưỡng đảm bảo hiệu lực tránh thai)   Liletta: 3 năm, do bầu chứa thuốc nhỏ hơn, tăng tính mềm dẻo 🡪 giảm sự khó chịu liên quan độ cứng  Khi đến hạn tác dụng được khuyến cáo, thì dù vẫn còn một lượng hoạt chất trong các kho, người dùng vẫn phải thay mới kho chứa để duy trì nồng độ progestogen ở ngưỡng tác dụng | * Thay đổi tính chất hành kinh: DMPA, que cấy gây vô kinh do ko phóng noãn, trong khi đó LNG-IUD gây vô kinh do tác dụng trực tiếp của LNG trên nội mạc tử cung. Cả DMPA, que cấy lẫn LNG-IUD đều có thể gây rong huyết * Mất cân bằng estrogen-progesterone: đau vú, ói, nhức đầu…   DMPA: Vô kinh và rong huyết thường hay gặp, có xu hướng tăng nhiều hơn sau hơn 1 năm và thường ko đáp ứng với việc cho thêm nội tiết ngoại sinh khác. |
| IUD chứa đồng | Đồng nguyên tố trong Cu-IUD sẽ được oxy hóa một cách chậm rãi và phóng thích ion Cu++   * Cơ chế tránh thai chủ yếu của Cu-IUD là phản ứng viêm (Cu có khả năng làm tăng đáp ứng viêm) * Cu++ ảnh hưởng mạnh trên năng lực của giao tử và hợp tử: tinh trùng bị tiêu diệt, có rất ít tinh trùng đến được ống dẫn trứng, đến được thì năng lực cũng giảm, nếu thụ tinh được thì hợp tử cũng ko phát triển * Cơ chế IUD làm tăng hoạt động của cơ trơn đường sinh dục, làm thời điểm hợp tử đến buồng tử cung bị lệch pha so với cửa sổ làm tổ: ko có nhiều chứng cứ ủng hộ   Chứng cứ hiện nay bác bỏ luận điểm cho rằng Cu-IUD là một hình thức phá thai cực sớm, tiêu diệt phôi thai khi nó hiện diện trong buồng tử cung | PI của Cu-IUD # 0.8 HWY  Thất bại của IUD: liên quan dùng các kháng viêm, hay sự di trú của IUD khỏi vị trí ban đầu do co thắt của tử cung | Cu-IUD có thể được đặt và tháo bất cứ lúc nào trong chu kỳ kinh, với điều kiện rằng người dùng ko đang có thai # LNG-IUD chỉ được đặt vào đầu chu kỳ kinh   * Thời hạn của Cu-IUD là 11 năm với TCu 380A * Thủng tử cung khi đặt IUD là một biến chứng hiếm * Nguy cơ thực tế duy nhất: liên quan đến nhiễm trùng🡪2 thời điểm nguy hiểm nhất là khi đặt và tháo IUD, do có thể kích hoạt và làm bùng dậy một nhiễm trùng tiềm ẩn * Test NAATS tầm soát *Chlamydia trachomatis* là test quan trọng trước khi bắt đầu IUD. Nếu ko thực hiện được, cần dự phòng với Doxycyclin hoặc Azithro (tầm soát dựa trên cơ sở huyết thanh *có* độ nhạy rất kém, do thời gian tồn tại của IgG rất thay đổi) | * Xuất huyết: rong kinh, cường kinh: liên quan đến sự hiện diện của đồng kim loại trong IUD, thường được quan sát thấy trong các chu kỳ đầu tiên, và trở nên ổn định trong thời gian sau đó * Đau bụng dưới khi hành kinh: liên quan độ cứng của IUD; có thể xử trí bằng NSAIDs nếu đã xác định nguyên nhân của đau ko do nhiễm trùng * Di trú của IUD: càng “mềm” thì càng dễ bị di trú; có thể diễn ra theo cả 2 chiều: bị tống xuất ra ngoài qua cổ tử cung (“rơi” IUD) hay di chuyển lên trên, xuyên qua lớp cơ tử cung |
| Rào chắn |  | Nói chung thấp, chênh lệch giữa hiệu quả lý thuyết và thực tế nhiều: hiệu quả BCS nam > BCS nữ > thuốc diệt tinh trùng   * Condom nam có PI lý thuyết # 2, và PI thực tế # 15 HWY. * Condom nữ có PI lý thuyết và thực tế lần lượt là 5 HWYvà 21 HWY. * Các hóa chất diệt tinh trùng có PI thường rất cao # trên 20 HWY | * Viên chứa benzalkonium phải được đặt vào âm đạo ít nhất 30 phút trước khi giao hợp để có thể tạo được một màng ngăn NH4+. Trước và sau khi giao hợp, ko được rửa bằng xà phòng vì xà phòng phá hủy cấu trúc của màng NH4+, lan tỏa dây chuyền vào trong * Bao cao su: * mang vào trước khi đưa dương vật vào bất cứ bộ phận nào của bạn tình (miệng, hậu môn…) * Nếu chuyển từ đường hậu môn sang âm đạo thì phải thay bao * Bóp túi khí ở đầu bao: tránh bể khi quan hệ |  |
| Tránh thai vĩnh viễn |  | * 0.5 HWY cho thắt ống dẫn trứng. Thất bại do thực hiện sai kỹ thuật hay ống dẫn trứng có khả năng tự nối lại sau phẫu thuật (tự nối lại sẽ tăng cao nếu phẫu thuật được thực hiện trong thời gian hậu sản, hay mô ống dẫn trứng bị bầm giập trong mổ) * 0.15 HWY cho thắt ống dẫn tinh. Thất bại do thực hiện sai kỹ thuật, hay do ko tuân thủ các hướng dẫn sau khi thực hiện phẫu thuật * Sau thắt ống dẫn tinh, nên dùng BCS trong 20 lần xuất tinh sau đó, để đạt được trạng thái vô tinh hoàn toàn | Tránh thai vĩnh viễn được dùng khi người dùng đã quyết định dừng hẳn việc có thêm con |  |
| Tránh thai khẩn cấp | * Nhóm estrogen-progestogen phối hợp hay progestogen đơn thuần tác dụng bằng di dời cửa sổ làm tổ * Nhóm SPRM (chất điều hòa chọn lọc thụ thể của progesterone) tác dụng qua thay đổi nội mạc tử cung (phá hủy cửa sổ làm tổ) và hiện tượng ly giải hoàng thể. * Cu-IUD : chủ yếu là tác động lên sự làm tổ của trứng đã thụ tinh | * Hiệu quả của tránh thai khẩn cấp lệ thuộc rất nhiều vào thời điểm dùng (dùng sớm trong 24h khả năng bảo vệ 90%, trong 72h là 85%) * Hiệu quả: IUD > SPRM > proges liều cao > Yuzpe * Phụ nữ giao hợp ko bảo vệ trong tuần 2-3 của chu kỳ kinh, nếu ko dùng ECP, khả năng có thai là 8%; nếu dùng Postinor thì còn 1% | Phương pháp Yuzpe được mô tả như sau: Trong vòng muộn nhất là 72 giờ, dùng hai liều COCs, cách nhau 12 giờ, mỗi liều gồm 4 viên COCs có hàm lượng 30 µg EE mỗi viên: giờ ko ai xài nữa  Postinor (LNG)   * 2 liều, cách nhau đúng 12 giờ, càng sớm càng tốt sau giao hợp có nguy cơ có thai, muộn nhất là 72 giờ, mỗi liều 1 viên chứa 75 µg LNG (Postinor 2®) * 1 liều duy nhất, càng sớm càng tốt sau giao hợp có nguy cơ có thai, muộn nhất là 72 giờ, gồm duy nhất 1 viên chứa 150 µg LNG(Postinor®)   Mifestad: 1 liều duy nhất, càng sớm càng tốt sau giao hợp có nguy cơ có thai, muộn nhất là 120 giờ, gồm duy nhất 1 viên chứa 10mg mifepristone   * Ở Mỹ xài 1 viên chứa 30mg Ulipristal. Ko có sự khác biệt về hiệu quả của mife và Uli, chọn loại nào là tuỳ chính sách quốc gia   Cu-IUD được đặt càng sớm càng tốt sau giao hợp có nguy cơ có thai, muộn nhất là 7 ngày | * Yuzpe: nhiều tác dụng phụ khó chịu do liều cao EE (200ug) như khởi động tình trạng huyết khối, nhức đầu, buồn nôn… (Tuy nhiên, WHO vẫn xếp nó vào loại 2, do thời gian dùng ngắn, và một phần lớn đối tượng nguy cơ thuyên tắc có thể được sàng lọc qua khai thác bệnh sử và tiền sử) * Các ECP khác cũng có thể có triệu chứng khó chịu như nhức đầu, buồn nôn nhưng có tần suất và mức độ thấp hơn * Vấn đề chính của ECP dùng LNG và SPRM chủ yếu liên quan đến bất thường trong hành kinh   ***Chú ý:*** mọi trường hợp XH tử cung bất thường xuất hiện muộn sau ECP đều phải đc xem xét để loại trừ khả năng có TNTC mà ko được nhận biết |

# YẾU TỐ GIỚI HẠN VIỆC SỬ DỤNG

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thuốc** | **Loại** | **Thuyên tắc huyết khối** | **Xơ vữa mạch máu** | **Bệnh lý phụ thuộc E hoặc tăng nặng bởi P** | **Khác** |
| COCs: là pp an toàn, TD bất lợi liên quan chủ yếu tới EE | 4 | Pé H Pé Tr   * ***Post***partum: trong 6 tuần đầu hậu sản nếu có cho con bú mẹ, trong 3 tuần đầu hậu sản nếu ko cho con bú mẹ và có YTNC khác của thuyên tắc mạch * Hypercoagulation: người có đột biến tăng đông máu * ***Post*** rheumatic valvular disease: van tim hậu thấp có biến chứng * Thrombosis: tiền sử tắc mạch huyết khối | ĐM, Làm Sao Học Hết   * Diabetes: ĐTĐ có biến chứng * Migraine: migraine nặng với biến chứng * Lupus: lupus ban đỏ có kháng thể kháng phospholipid * Smoking: ≥ 35 tuổi và có hút thuốc lá ≥ 15 điếu/ngày * Hypertension: cao huyết áp * History Stroke: tiền sử đột quị | * ung thư vú đang diễn tiến * viêm gan, u tế bào gan. |  |
| 3 | Từ sau 6 tuần hậu sản đến hết 6 tháng nếu có cho con bú mẹ, từ 3 tuần đầu hậu sản đến hết 6 tuần nếu ko cho con bú mẹ và có yếu tố nguy cơ khác của thuyên tắc mạch | Má, Sao Học?   * Migraine: người ≥ 35 tuổi có migraine * Smoking: người ≥ 35 tuổi và có hút thuốc lá <15điếu/ngày, * Hypertension : người có tiền sử THA, người có THA đang ổn định với thuốc chống THA | * ung thư vú đang điều trị và đã khỏi hơn 5 năm * bệnh lý đường mật * đang điều trị động kinh | Người dùng nhóm Rifampicin cần cân nhắc khi dùng COCs do thuốc bị mất hoạt lực bởi rifampicin |
| POPs  Nhớ chữ đang | 4 |  |  | Ung thư vú đang tiến triển hay đang điều trị |  |
| 3 | đang có bệnh lý thuyên tắc | Học Hết Lun   * đột quị ở thời điểm hiện tại; * cao huyết áp chưa ổn định; * lupus đỏ có kháng thể kháng phospholipid. | * K vú đã điều trị và đã khỏi hơn 5 năm; * bệnh lý đường mật; * xơ gan, u gan |  |
| LASDS | 4 |  |  | Giống POP |  |
| 3 | * đang có bệnh lý thuyên tắc; * hiện diện cùng lúc [1] nhiều yếu tố nguy cơ của bệnh lý tắc mạch [2] | Đu, Học Hết Luôn   * ĐTĐ biến chứng võng mạc [1], ĐTĐ >20 năm * có tiền sử hay đang có bệnh lý mạch vành hay đột quị; * tình trạng THA chưa ổn định [1]; * lupus ban đỏ có kháng thể kháng phospholipid [1] | Giống POP | * Do nguy cơ nam hóa của progestogen gây cho cho trẻ sơ sinh: hậu sản dưới 6 tuần và có nuôi con bằng sữa mẹ. * XH tử cung bất thường nhưng chưa xác lập được chẩn đoán |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IUD: an toàn, ko có TD toàn thân, trừ HC Wilson | 4 | nhiễm trùng đang diễn tiến:   * nhiễm trùng hậu sản, sau phá thai nhiễm trùng * viêm vùng chậu cấp đang tiến triển\*,viêm mủ cổ tử cung do lậu\*, đang có nhiễm *Chlamydia trachomatis*\*, viêm lao vùng châu | * Đang có thai * Xuất huyết tử cung chưa có chẩn đoán * Tình trạng có thể tăng nặng với CuIUD hoặc Cu-IUD gây khó khăn cho theo dõi: sau bệnh nguyên bào nuôi và hCG chưa trở về âm tính, u xơ TC có biến dạng buồng TC, dị dạng TC, K CTC\* |
| 3 | * lao vùng chậu với IUD đã có tại chỗ, * nguy cơ cao mắc lây truyền qua đường tình dục\*, HIVở các giai đoạn WHO 3 hay 4\*, đang điều trị ARV\* | * hậu sản từ sau 2 ngày đến hết 4 tuần * Tình trạng có thể tăng nặng với Cu-IUD hoặc Cu-IUD gây khó khăn cho theo dõi: xuất huyết giảm tiểu cầu nặng. sau bệnh nguyên bào nuôi hCG đã về âm tính, K buồng trứng\* |
| Rào chắn | 4 | Thuốc diệt tinh trùng và mũ chụp cổ tử cung: nguy cơ cao nhiễm HIV |  |
| 3 | Người nhiễm HIV ko triệu chứng hay có triệu chứng ở mọi giai đoạn, người đang điều trị ARVs ko nên dùng mũ chụp cổ tử cung hay thuốc diệt tinh trùng do có thể gây trầy sướt niêm mạc, làm tăng nguy cơ gây lây nhiễm cho bạn tình HIV(-). | Dị ứng với latex, dị ứng với thuốc diệt tinh trùng. |

***Chú thích:***

* [1] Xếp loại 3 nếu loại progestogen dùng là NET hay MPA, nhưng chỉ là loại 2 nếu progestogen là LNG hay ET G
* dấu \* là các tình trạng giới hạn sử dụng mà ko nên thực hiện đặt Cu-IUD nếu hiện tại người phụ nữ đó ko đang mamg Cu-IUD. Trong các tình trạng có dấu \* này, nếu người phụ nữ đã có sẵn Cu-IUD được đặt sẵn trước đó khi chưa xảy ra tình trạng hiện tại thì vẫn có thể tiếp tục duy trì Cu-IUD (loại 2)

***Lưu ý:***

* ECP được xếp loại 1. Vài tình huống được xếp loại 2 (estrogen trong ECP). ECP ko bị giới hạn chỉ định ở loại 3-4
  + Loại 2:
    - Migraine, bệnh lý gan mật đang diễn tiến, tiền sử có bệnh lý tim mạch.
    - Đang thực hiện nuôi con bằng sữa mẹ: nên cân nhắc khi dùng SPRM
* Tránh thai vĩnh viễn là một phương pháp an toàn. Một số trường hợp cần thận trọng hay trì hoãn. Chia ra:
  + được chấp nhận (A: approved)
  + có thể thực hiện nhưng phải trì hoãn (D: delayed)
    - Hậu sản 7-42 ngày, hậu sản nhiễm trùng, sau phá thai nhiễm trùng
    - sau sang chấn đường sinh dục
    - tình trạng thuyên tắc mạch
    - viêm vùng chậu cấp.
    - Nhiều trường hợp bệnh lý nội khoa cần cân nhắc giữa nguy cơ của gây mê và việc thực hiện ngay phẫu thuật
  + có thể thực hiện nhưng phải rất thận trọng (C: cautious)
    - Người trẻ tuổi: nhìu khi còn muốn sinh con
    - béo phì, tiền sử viêm vùng chậu, tiền sử nhiều phẫu thuật bụng chậu, hậu sản: khó mổ
    - Nhiều bệnh lý nội khoa: cần cân nhắc giữa nguy cơ gây mê và lợi ích
  + các tình huống đặc biệt (S)
* Với Cu-IUD, rất nhiều tình trạng được xếp vào nhóm có giới hạn việc sử dụng ở loại 2. Các tình trạng này, chính hiệu quả tránh thai rất cao của Cu-IUD đã vượt trội hơn tất cả những nguy cơ lý thuyết. Tiền sử thai ngoài tử cung là một ví dụ điển hình

Tránh thai hậu sản

POP: bắt đầu trước 3w dù cho bú

DMPA bắt đầu sau 6w nếu cho bú, sau 3w nếu ko cho bú.

COC: bắt đầu sau 6 tháng nếu cho con bú, 6w nếu ko cho con bú

IUD: ko đặt trong vòng 2d-4w. Triệt sản cũng nên làm trước 2d, sau 48h có nguy cơ nhiễm trùng, ko đặt trong 1-6w