

### **Concept Foundation**

111 Paholyothin Rd., Thailand Science Park  
Klong 1, Klong Luang  
Pathumthani 12120  
THAILAND  
[www.conceptfoundation.org](http://www.conceptfoundation.org)

### **Ipas**

P. O. Box 5027  
Chapel Hill, NC 27514  
USA  
[www.ipas.org](http://www.ipas.org)

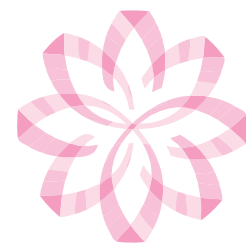
### **PATH**

1455 NW Leary Way  
Seattle, WA 98107  
USA  
[www.path.org](http://www.path.org)

Tài liệu này có thể được chỉnh sửa  
cho phù hợp và phân phát với  
mục đích phi thương mại hoặc  
đào tạo mà không cần xin phép;  
và xin vui lòng ghi chú về việc  
sử dụng tài liệu này của Concept  
Foundation, Ipas, và PATH.

[www.medabon.info](http://www.medabon.info)





# Medabon<sup>®</sup>

medical abortion

---

Hướng dẫn lâm sàng  
và cung cấp dịch vụ

# Medabon®: Hướng dẫn lâm sàng và cung cấp dịch vụ

## Nội dung

### PHẦN 1

Thông tin cơ bản về Medabon®

### PHẦN 2

Sàng lọc để sử dụng Medabon®

### PHẦN 3

Kê đơn và sử dụng Medabon®

### PHẦN 4

Theo dõi

### CÁC TÀI LIỆU THAM KHẢO

### CÁC NGUỒN THÔNG TIN LIÊN QUAN

Những hướng dẫn này đại diện cho sự đồng thuận của ba tổ chức về sản phẩm Medabon® và có thể khác với phác đồ phá thai nội khoa được mỗi tổ chức khuyến cáo.

Tài liệu này sẵn có trực tuyến tại [www.medabon.info](http://www.medabon.info).  
Để yêu cầu thêm các bản sao, xin vui lòng liên hệ với  
Concept Foundation tại [medabon@conceptfoundation.org](mailto:medabon@conceptfoundation.org).

Medabon® là vỉ thuốc chứa hai loại thuốc dùng để phá thai nội khoa cho đến 7 tuần hoặc 9 tuần tùy theo phân tuyến kỹ thuật. Phá thai nội khoa là một quá trình kết thúc thai nghén bằng cách uống thuốc, chứ không phải bằng can thiệp ngoại khoa.\* Nó cũng có thể được gọi là phá thai bằng thuốc.

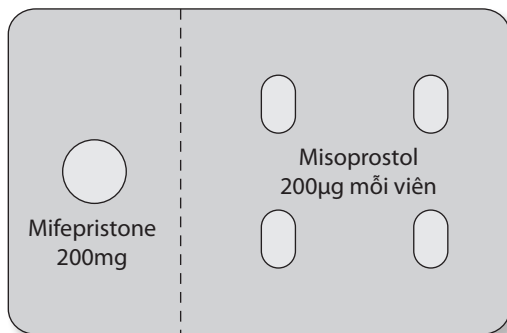
Hàng triệu phụ nữ trên toàn thế giới đã sử dụng phá thai nội khoa. Vào năm 2006, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã đưa ra khuyến cáo cập nhật về phá thai nội khoa dựa trên các chứng cứ y học sẵn có.<sup>1</sup> Theo các khuyến cáo này, phá thai nội khoa đến 7 hoặc 9 tuần là hiệu quả và an toàn. Phác đồ hiệu quả nhất và an toàn nhất cần phải sử dụng hai loại thuốc, mifepristone và misoprostol. Vỉ Medabon® chứa cả mifepristone và misoprostol.

Tài liệu về Medabon® này gồm bốn phần tương ứng với quy trình phá thai nội khoa: thông tin cơ sở, sàng lọc, cách dùng, và theo dõi. Phác đồ trong trang 9 cung cấp khái quát về phá thai nội khoa sử dụng Medabon®. Thông tin trong tài liệu này đã được điều chỉnh cho phù hợp với Hướng dẫn chuẩn quốc gia năm 2009 về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Tài liệu này được phát triển cho đối tượng có kiến thức y học vừa phải. Mức độ chi tiết về kỹ thuật và ngôn ngữ có thể được điều chỉnh cho phù hợp với các nhà cung cấp dịch vụ y tế, những người sẽ triển khai các dịch vụ trong một cơ sở cụ thể.

\* Thuật ngữ "phá thai ngoại khoa" thường được dùng để chỉ các thủ thuật như hút thai chân không (bằng tay hay bằng máy) và nạo thai, mà còn được gọi là nong và nạo (D&C).

# 1 Thông tin cơ bản về Medabon®

Mifepristone và misoprostol được cấp giấy phép riêng biệt ở nhiều quốc gia. Medabon® là sự kết hợp của các thuốc đang được cấp phép này và đóng gói với nhau trong một sản phẩm dùng cho phá thai nội khoa.



Mifepristone chặn các thụ cảm của progesterone, dẫn đến những thay đổi niêm mạc tử cung làm cho ngừng hỗ trợ thai kỳ, làm mềm và mở cổ tử cung, và làm tăng nhạy cảm của tử cung với prostaglandins (như misoprostol).<sup>2</sup>

Misoprostol là một chất đồng vận của prostaglandin hay được dùng cùng với mifepristone vì hiệu quả, an toàn, chi phí thấp, và sẵn có.<sup>3</sup> Misoprostol làm mềm cổ tử cung và tăng cơ bóp cơ tử cung, và cơn co tử cung sẽ làm sảy thai.

## Liều và phác đồ

Medabon® bao gồm một viên thuốc mifepristone 200-mg được dùng đường uống, sau một đến hai ngày (24 đến 48 giờ) dùng bốn viên misoprostol 200-µg. Đây là phác đồ được WHO khuyến cáo là an toàn và hiệu quả trong phá thai nội khoa.<sup>1</sup> Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009 quy định phác đồ phá thai nội khoa bao gồm một viên thuốc mifepristone 200 mg được dùng đường uống, sau một đến hai ngày (24 đến 48 giờ) dùng hai hoặc bốn viên misoprostol 200µg tùy theo tuổi thai.

## Sử dụng Misoprostol

Khách hàng có một số lựa chọn về việc sử dụng misoprostol khi nào và như thế nào. Người cung cấp dịch vụ nên thảo luận về các lựa chọn này với mỗi phụ nữ sử dụng Medabon®, để khách hàng có thể chọn phác đồ tối ưu nhất và phù hợp nhất cho họ.

### Cách dùng MISOPROSTOL cho phá thai bằng thuốc đến 49 ngày (7 tuần)

(Ngày 1 là ngày dùng mifepristone)

Đường dùng	Thời gian
Âm đạo (400 µg)	Ngày 2 hoặc 3 (24–48 giờ sau mifepristone)
Dưới lưỡi (400 µg)	

Chú ý: Vì Medabon có 4 viên Misoprostol 200µg, cất giữ lại 2 viên Misoprostol trước khi đưa cho khách hàng.

### Cách dùng MISOPROSTOL cho phá thai bằng thuốc từ 50 ngày đến 63 ngày (9 tuần)

(Ngày 1 là ngày dùng mifepristone)

Đường dùng	Thời gian
Âm đạo (800 µg)	Ngày 2 hoặc 3 (24-48 giờ sau mifepristone)
Dưới lưỡi (800 µg)	

Medabon® được đăng ký để dùng đường âm đạo và dưới lưỡi đối với misoprostol. Xem trang 8 hướng dẫn đầy đủ về cách sử dụng misoprostol, bao gồm cả đường âm đạo và dưới lưỡi. Đã có các bằng chứng về cách ngậm bên má misoprostol (có nghĩa là đặt thuốc giữa má và lợi) cũng có hiệu quả và được sử dụng rộng rãi ở một vài quốc gia,<sup>8-10</sup> nhưng Medabon® hiện chưa ghi nhãn sử dụng cho đường này.

\* Đăng ký nhãn hiệu đầu tiên cho Medabon® khuyến cáo dùng misoprostol đường âm đạo 36-48 giờ sau khi dùng mifepristone. Kể từ đó đến nay Concept Foundation đã có những dữ liệu cho thấy misoprostol có thể được dùng an toàn và hiệu quả đường dưới lưỡi,<sup>4,5</sup> và misoprostol có thể dùng cả hai đường ngậm dưới lưỡi và đường âm đạo 24-48 giờ sau khi dùng mifepristone.<sup>6,7</sup> Những thay đổi này cũng đang được đệ trình và thực hiện trong tài liệu đóng gói. Mặc dù có những thông tin ban đầu này, cán bộ cung cấp dịch vụ cần tuân thủ phác đồ mới dựa trên những bằng chứng khoa học nêu trong hướng dẫn này.

Phá thai nội khoa bằng Medabon® thường đòi hỏi qua ba bước sau:

- 1 Dùng mifepristone.
- 2 Dùng misoprostol một hoặc hai ngày sau đó.
- 3 Đánh giá sau dùng thuốc một đến hai tuần (thông thường 10–14 ngày) sau khi dùng mifepristone để xác nhận sẩy thai hoàn toàn.

## Hiệu quả

Phá thai nội khoa thành công được định nghĩa là chấm dứt thai nghén bằng phương pháp nội khoa mà không cần dùng thêm bất cứ phương pháp nào khác như là hút thai bằng bơm hút chân không hoặc nạo bằng dụng cụ. Phá thai bằng Medabon® hiệu quả tới 98% các trường hợp, và dưới 1% thai nghén tiếp tục phát triển.<sup>5, 11</sup>

Tỷ lệ thành công của Medabon® có thể khác nhau giữa các cán bộ cung cấp dịch vụ. Những người cung cấp dịch vụ càng có nhiều kinh nghiệm thì họ càng thoải mái hơn khi cung cấp dịch vụ và họ càng ít tiến hành những can thiệp không cần thiết khác. Thực hiện các nguyên tắc theo hướng dẫn này sẽ giúp đảm bảo tỷ lệ thành công cao nhất. Ví dụ, tuân thủ thời gian dùng misoprostol và theo dõi sẽ giúp đảm bảo sự sẩy thai của khách hàng hoàn tất và sẽ hạn chế các can thiệp không cần thiết. Tất nhiên, khách hàng nên tìm kiếm sự chăm sóc theo dõi sớm nếu cảm thấy có vấn đề hoặc lo lắng.

## Những dấu hiệu thường gặp

Ra máu âm đạo và đau bụng dạng co thắt là những dấu hiệu thường gặp. Trong phá thai nội khoa, người phụ nữ có thể cảm thấy đau bụng co thắt và ra máu giống như khi bị hành kinh kéo dài hoặc tương tự như sẩy thai tự nhiên.

Ra máu âm đạo thường kèm theo ra máu cục, nhiều hơn kinh nguyệt. Ra máu đôi khi bắt đầu sau khi uống mifepristone, nhưng thường là sau khi uống misoprostol một đến ba giờ. Số lượng và thời gian ra máu âm đạo khác nhau: ra máu thường nặng nhất một vài giờ trong quá trình sẩy thai và thường giảm dần theo thời gian, thông thường kéo dài từ hai đến ba tuần. Đau bụng nhiều nhất trong những giờ đầu sau khi dùng misoprostol, sau đó giảm dần và hết khi thai ra.<sup>12</sup>

Sau khi sẩy thai, người phụ nữ có thể không phân biệt được giữa chảy máu và máu cục, họ sẽ cảm thấy ra máu và đau giảm dần cho đến khi hết ra máu.

## Tác dụng phụ

Cơ co tử cung có thể gây đau, một số phụ nữ sẽ gặp các tác dụng phụ bao gồm buồn nôn, nôn, tiêu chảy, nhức đầu, ớn lạnh, rét run, và sốt thoáng qua, thường không quá một ngày. Medabon® không ảnh hưởng lên sức khỏe lâu dài, cũng như những lần mang thai tiếp sau đó.<sup>13</sup>

### Các đặc điểm chính của Medabon®

- Medabon® bao gồm hai loại thuốc: mifepristone và misoprostol.
- Phác đồ điều trị Medabon® phù hợp với khuyến cáo hiện tại (từ tháng 6 năm 2009) của WHO dành cho phá thai nội khoa<sup>1</sup>: uống một viên mifepristone 200mg, sau 24–48 giờ dùng bốn viên misoprostol 200µg, có thể đặt âm đạo hoặc ngậm dưới lưỡi. Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản khuyến cáo: uống một viên mifepristone 200mg, sau 24–48 giờ có thể dùng hai viên misoprostol 200µg cho thai đến 7 tuần; bốn viên misoprostol 200µg cho thai đến 9 tuần.
- Medabon® được đăng ký để phá thai dưới chín tuần (63 ngày) tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng.
- Phá thai nội khoa bằng mifepristone và misoprostol đã được chứng minh đạt hiệu quả tới 98% cho tuổi thai đến chín tuần (63 ngày).<sup>5</sup>

## 2 Sàng lọc để dùng Medabon®

### Chống chỉ định

Một vài trường hợp khách hàng không được dùng Medabon®.

#### Khách hàng không thể sử dụng Medabon® nếu họ:

- Dị ứng với bất kỳ loại thành phần nào của thuốc (mifepristone, misoprostol, hoặc một prostaglandin khác).
- Có rối loạn chuyển hoá porphyria di truyền, một bệnh về máu hiếm gặp.<sup>14</sup>
- Có rối loạn về đông máu hay đang điều trị thuốc chống đông máu, trừ khi cơ sở dịch vụ có sẵn máu để truyền (tuy nhiên cũng có rất ít bằng chứng mô tả về việc cung cấp dịch vụ phá thai trong những trường hợp như vậy)
- Chưa ngoài tử cung hoặc nghi ngờ chưa ngoài tử cung.

### Thận trọng khi dùng:

#### Khách hàng trong các trường hợp sau cần chú ý khi sử dụng Medabon®:

- Đang điều trị corticosteroid toàn thân kéo dài cho các bệnh hen suyễn hay các bệnh khác.<sup>15,16</sup> Những khách hàng dùng thuốc xịt điều trị bệnh hen suyễn, thuốc không có tác dụng toàn thân vẫn có thể sử dụng Medabon®.
- Suy thượng thận mãn tính. Người phụ nữ bị suy thượng thận mãn tính, khi sử dụng mifepristone có thể bị mất nước cấp tính, hạ huyết áp hay nặng hơn là bị choáng. Những người này nên dùng tăng liều glucocorticoids khi sử dụng mifepristone và theo dõi cẩn thận các dấu hiệu và triệu chứng của choáng.<sup>15,16</sup>

**Lưu ý:** Phụ nữ đa thai<sup>17</sup> hoặc béo phì<sup>18</sup> vẫn có thể dùng Medabon® với liều giống như những người phụ nữ khác. Ngoài ra, những người phụ nữ đã từng dùng Medabon® thì hiệu quả của thuốc cũng không hề bị giảm nếu dùng lại.

### Các cân nhắc đặc biệt

Có rất ít bằng chứng về việc phá thai nội khoa cho các phụ nữ trong các điều kiện sau đây: thiếu máu nặng (hemoglobin <9 g/dL), mắc các bệnh mãn tính, không ổn định về sức khỏe, hoặc đang trong tình trạng nhiễm trùng. Tuy nhiên phá thai nội khoa vẫn có thể áp dụng cho những phụ nữ này nếu sẵn có các lựa chọn cho chăm sóc phá thai an toàn, chuyển tuyến, và đánh giá lâm sàng.

Những phụ nữ sau đây có thể dùng Medabon®, nhưng cần thêm thông tin hoặc chăm sóc lâm sàng:

- **Phụ nữ đang cho con bú.** Misoprostol hấp thu vào sữa mẹ ngay sau khi dùng thuốc, mifepristone cũng vậy. Tuy nhiên hiện không có bằng chứng chứng tỏ các thuốc này có hại cho trẻ bú mẹ.<sup>19</sup>
- **Phụ nữ đang mang dụng cụ tử cung (DCTC).** Phụ nữ đang mang DCTC vẫn có thể dùng được Medabon® ngay sau khi lấy DCTC ra. Xem trang 11 để biết thêm thông tin về bắt đầu tránh thai lại sau khi phá thai bằng Medabon®.
- **Phụ nữ mắc các viêm nhiễm lây truyền qua đường tình dục (STIs).** Những phụ nữ đã được chẩn đoán xác định là mắc STI cần điều trị bệnh đồng thời với phá thai nội khoa. Những phụ nữ nghi ngờ mắc STI nên được thăm khám, hoặc chuyển tuyến và điều trị, tuy nhiên việc điều trị STI không nên trì hoãn việc phá thai nội khoa.

Medabon® được cấp giấy phép để phá thai đến chín tuần, khả năng nhạy cảm với yếu tố Rh trong giai đoạn này là rất thấp. Cho đến hiện tại không có đủ bằng chứng để đề nghị sàng lọc yếu tố Rh cho thai đến chín tuần tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.<sup>20</sup> Tùy thuộc vào tỷ lệ Rh âm trong quần thể dân số và khả năng cung cấp globulin kháng Rh mà mỗi quốc gia có thể đưa ra các quy định về sàng lọc yếu tố Rh.

## Chẩn đoán có thai và tuổi thai

Medabon® được cấp phép để phá thai đến 9 tuần: nói một cách khác, khách hàng có thể dùng Medabon® để phá thai đến 63 ngày tính từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cuối cùng.

Tuổi thai có thể chẩn đoán bằng khai thác bệnh sử và thăm khám thực thể. Nếu các dấu hiệu có thai không rõ ràng có thể tiến hành xét nghiệm máu hoặc nước tiểu. Siêu âm là cần thiết để giúp xác nhận thai trong tử cung và chẩn đoán xác định tuổi thai trong trường hợp sai lệch ngày hoặc không nhớ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cuối cùng.

## Lựa chọn phá thai nội khoa hay hút thai bằng bơm hút chân không

Cả hai phương pháp phá thai nội khoa hay hút thai bằng bơm hút chân không đều là các phương pháp có thể áp dụng được để đình chỉ thai nghén. Khách hàng sẽ tìm được cho mình một phương pháp phá thai hợp lý nếu họ được tự lựa chọn.<sup>25,26</sup>

Khách hàng chọn phá thai nội khoa hoặc hút thai vì nhiều lý do khác nhau phù hợp với hoàn cảnh và văn hoá của họ. Những yếu tố mà phụ nữ cân nhắc khi lựa chọn các phương pháp phá thai sẵn có bao gồm tuổi thai, thời gian của quy trình phá thai, địa điểm phá thai và những vấn đề mà họ sẽ phải trải qua.<sup>23</sup>

Cả hai phương pháp phá thai nội khoa và hút chân không đều an toàn và hiệu quả với tỷ lệ biến chứng thấp.<sup>11,27</sup> Hiện có rất ít các tình huống rõ ràng về ưu tiên cho phương pháp nào.

### Chửa ngoài tử cung không được chẩn đoán

Chửa ngoài tử cung là trường hợp thai làm tổ bên ngoài buồng tử cung. Medabon® không điều trị các trường hợp chửa ngoài tử cung. Chửa ngoài tử cung là tình trạng có từ trước đó chứ không phải là một biến chứng của phá thai. Do đó, chửa ngoài tử cung có thể được chẩn đoán khi khách hàng phá thai nội khoa được thăm khám lâm sàng trước quy trình phá thai. Tuy nhiên, chửa ngoài tử cung có thể không được phát hiện trong khi thăm khám và thậm chí còn tiếp tục không được phát hiện sau khi đã áp dụng phá thai nội khoa. Một phụ nữ có thể vẫn chảy máu và đau bụng sau khi sử dụng Medabon®, ngay cả khi họ bị chửa ngoài tử cung, và cán bộ cung cấp dịch vụ không thể kiểm tra được tổ chức sây để xác nhận sự chấm dứt mang thai. Do đó, chẩn đoán và điều trị chửa ngoài tử cung có thể xảy ra trong thời kỳ theo dõi.

Các triệu chứng điển hình của chửa ngoài tử cung là đau bụng hoặc đau vùng tiểu khung—thường là một bên—và ra máu âm đạo. Đau và chảy máu có thể liên tục hay ngắt quãng, và trong một số

trường hợp, không có các triệu chứng này.<sup>28</sup> Các yếu tố nguy cơ cao đối với chửa ngoài tử cung bao gồm phẫu thuật vòi tử cung, triệt sản, tiền sử chửa ngoài tử cung trước đó, tử cung phơi nhiễm với diethylstilbestrol, sử dụng dụng cụ tử cung\*, và các bệnh của vòi tử cung.<sup>30</sup>

Siêu âm đôi khi có thể chẩn đoán được chửa ngoài tử cung, nhưng thường thì siêu âm chỉ có thể xác nhận không có thai ở trong tử cung. Định lượng liên tiếp  $\beta$ -hCG và siêu âm không có thai trong tử cung, trên bệnh nhân không có triệu chứng, có thể nghi ngờ nhiều đến chửa ngoài tử cung. Rất ít khi có thể nhìn thấy chửa ngoài tử cung trên siêu âm, trừ khi có một máy siêu âm tốt, dùng đầu dò âm đạo hoặc người làm siêu âm có trình độ và vùng tiểu khung cũng như vị trí của chửa ngoài tử cung của bệnh nhân dễ quan sát. Nếu không có sẵn máy siêu âm và rất nghi ngờ chửa ngoài tử cung thì nên chuyển bệnh nhân đến dịch vụ phụ khoa thích hợp để điều trị.

\* Phụ nữ mang dụng cụ tử cung và triệt sản nếu có thai thì có nhiều khả năng bị chửa ngoài tử cung hơn là chửa trong tử cung, nhưng khả năng có thai của những người phụ nữ này thấp hơn rất nhiều so với những người không dùng biện pháp tránh thai.<sup>29</sup>

### Những lý do khuyến cáo chọn **phá thai nội khoa**:

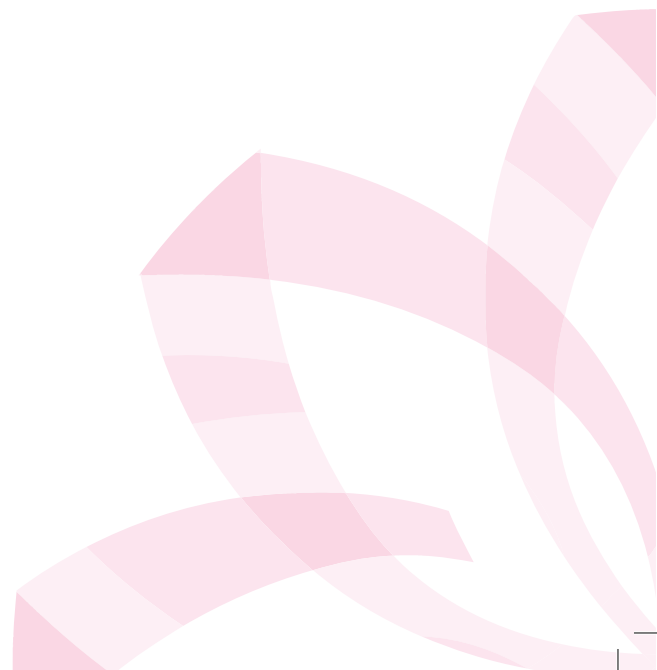
- Tình trạng béo phì. Thực hiện thủ thuật trên các khách hàng này có thể là một thách thức.<sup>1</sup> Các bất thường ở tử cung, u xơ tử cung hay dính cổ tử cung.
- Mong muốn tránh những can thiệp ngoại khoa.

Những lý do khuyến cáo chọn **phá thai ngoại khoa** (thường là hút thai):

- Chống chỉ định phá thai nội khoa.
- Thời gian hoặc điều kiện địa lý không cho phép theo dõi sau phá thai nội khoa để xác định sản phẩm thai hoàn toàn.
- Một phụ nữ tự lựa chọn họ muốn được triệt sản hoặc muốn đặt dụng cụ tử cung đồng thời với phá thai.
- Nghi ngờ chứa ngoài tử cung (có thể kiểm tra tổ chức để xem đã hút được thai chưa).

Mỗi phụ nữ khi lựa chọn phá thai nội khoa cần được thông báo rõ ràng:

- Những điều sẽ được thực hiện ở mỗi lần thăm khám và những gì sẽ xảy ra và cần làm ở nhà.
- Phá thai nội khoa có thể diễn ra như thế nào.
- Những tác dụng phụ thường xảy ra.
- Thời gian của quy trình phá thai nội khoa.
- Những nguy cơ tiềm ẩn và biến chứng có thể xảy ra.
- Những loại thuốc giảm đau có thể sử dụng và cách dùng.
- Khách hàng phải thực hiện đủ quy trình phá thai nội khoa khi bắt đầu áp dụng.
- Khi nào khách hàng trở về với sinh hoạt bình thường của họ, bao gồm cả quan hệ tình dục.
- Khi nào khách hàng cần can thiệp y tế.
- Những phương pháp tránh thai sẵn có, cách dùng như thế nào và khi nào có thể áp dụng.





## 3 Kế đơn và sử dụng Medabon®

### Lên kế hoạch phá thai nội khoa với Medabon®

Khi khách hàng đến cơ sở y tế để phá thai thì nhân viên cung cấp dịch vụ nên lập thời gian biểu cho cả quá trình phá thai nội khoa. Với hầu hết các phụ nữ, thai sẽ sẩy trong vòng bốn đến sáu giờ sau khi dùng misoprostol.<sup>31</sup> Chảy máu và đau bụng có thể sẽ xảy ra nặng nhất trong thời gian này. Nếu misoprostol được dùng tại bệnh viện, thì khách hàng nên ở lại bệnh phòng cho đến khi cảm thấy thoải mái thật sự và có thể về nhà. Khách hàng nên được tư vấn trước những thông tin này để họ có kế hoạch sắp xếp công việc và gia đình cũng như lựa chọn người chăm sóc cho mình khi dùng misoprostol.

Khách hàng cũng cần tiếp cận được với các dịch vụ chăm sóc cấp cứu trong quá trình phá thai nội khoa. Nhà cung cấp dịch vụ và khách hàng cần chọn cơ sở y tế nào gần nhất họ có thể tìm kiếm sự chăm sóc cấp cứu trong trường hợp có biến chứng nghiêm trọng, tuy điều này hiếm khi xảy ra.

### Sử dụng Medabon®

**Bước 1.** Khách hàng uống một viên mifepristone. Nếu họ bị nôn trong vòng 30 phút sau uống mifepristone, họ cần phải uống lại viên mifepristone khác.

**Bước 2.** Dùng hai viên misoprostol 200- $\mu$ g cho thai đến 7 tuần, hoặc bốn viên misoprostol 200- $\mu$ g cho thai đến 9 tuần vào một hoặc hai ngày (24–48 giờ) sau đó (xem “Cách sử dụng Misoprostol,” trang 3).

*Dùng đường âm đạo:* Khách hàng hoặc nhân viên y tế sử dụng ngón tay để đẩy hai hoặc bốn viên vào trong âm đạo càng sâu càng tốt.

Khi đặt misoprostol vào âm đạo nhân viên y tế cần theo đúng chỉ dẫn trên hộp và phải đi găng tay sạch. Nếu khách hàng tự đặt misoprostol, dù là ở nhà hoặc tại cơ sở y tế cần rửa tay trước khi đặt.

*Ngậm dưới lưỡi:* Khách hàng nên đặt hai viên misoprostol dưới lưỡi và đợi thuốc tan hết. Ngay sau khi thuốc tan, với thai đến 9 tuần có thể ngậm hai viên tiếp theo giống như vậy. Nếu hai viên đầu chưa tan hết sau 20 phút, khách hàng có thể nuốt hết phần chưa tan và ngậm nốt hai viên còn lại.

Một số phụ nữ có thể muốn ngậm cả bốn viên cùng một lúc (với thai đến 9 tuần). Trong trường hợp này, họ nên ngậm cả cả bốn viên dưới lưỡi và chờ cho chúng tan hết. Nếu không tan sau 20 phút thì có thể nuốt hết phần còn lại.

Uống toàn bộ hai viên bốn viên (đường uống) ít hiệu quả hơn so với ngậm dưới lưỡi cho đến khi tan hết hoặc ngậm trong 20 phút.<sup>5</sup>

Xem thêm thông tin ở bước 3, tái khám theo dõi trong trang 12.

### Trở lại sinh hoạt bình thường

Khách hàng cần được biết rõ ràng khi nào họ có thể trở lại sinh hoạt bình thường. Ví dụ:

- Có thể tắm bồn hoặc vòi sen được bình thường tại bất kỳ thời điểm nào trong quá trình phá thai. Không được thực rửa âm đạo.<sup>32</sup>
- Khách hàng có thể hỏi khi nào thì có thể quan hệ tình dục lại. Không có bằng chứng để đề xuất thời gian lý tưởng khi nào thì quan hệ lại, nhưng họ được khuyến khích chờ đợi cho đến khi cảm thấy thoải mái và sẵn sàng (xem dưới đây).
- Khách hàng có thể phóng noãn, và do đó có thể có thai, trước khi có kinh trở lại. Khách hàng muốn tránh thai nên sử dụng một biện pháp tránh thai trong khi quan hệ tình dục sau khi dùng Medabon®. Phụ nữ có thể phóng noãn sớm nhất mười ngày sau phá thai. Xem trang 11 để biết thêm thông tin về các lựa chọn tránh thai.
- Hành kinh lại sau phá thai nội khoa thường khoảng sau năm tuần.<sup>33</sup>

# Thăm khám và phác đồ Medabon®

## BƯỚC 1 Thăm khám ban đầu và dùng mifepristone

- Xác nhận có thai và tuổi thai.
- Tư vấn mang thai tiếp/lựa chọn phá thai.
- Hỏi bệnh sử và thăm khám thực thể.
- Sàng lọc chống chỉ định và các yếu tố nguy cơ.
- Loại trừ chữa ngoài tử cung.

Đối với phụ nữ chọn Medabon® và dùng misoprostol tại cơ sở y tế:

- Tư vấn cho khách hàng về những gì sẽ diễn ra.
- Đặt hẹn cho các lần thăm khám.
- Lập kế hoạch dự phòng cho tình huống cấp cứu.
- Hướng dẫn các cách xử trí các tác dụng phụ.
- Khách hàng uống mifepristone.

Đối với phụ nữ chọn Medabon® và dùng misoprostol ở nhà:

- Tư vấn cách dùng misoprostol đường âm đạo hay dưới lưỡi, có thể trợ giúp bằng hình ảnh về cách dùng.
- Giải thích về các dấu hiệu của tai biến và đảm bảo chắc chắn khách hàng có tài liệu về vấn đề này.
- Dẫn dò khách hàng trong các trường hợp cấp cứu.
- Hướng dẫn các cách xử trí các tác dụng phụ và cấp thuốc giảm đau.
- Hẹn khám lại.
- Cung cấp misoprostol mang về nhà.
- Khách hàng uống mifepristone.

## BƯỚC 2 Dùng Misoprostol (24–48 giờ sau)

### Tại cơ sở y tế:

- Dùng misoprostol đường âm đạo hoặc dưới lưỡi.
- Cung cấp thuốc giảm đau.
- Giải thích về các dấu hiệu của tai biến có thể gặp và đảm bảo chắc chắn khách hàng có tài liệu về vấn đề này.
- Hẹn khám lại.
- Đánh giá tác dụng phụ và cách giải quyết.

### Tại nhà:

- Khách hàng dùng misoprostol đường âm đạo hoặc dưới lưỡi.

## Tránh thai

Thảo luận sớm về lựa chọn các biện pháp tránh thai ngay trong quá trình phá thai.

Sự lựa chọn phương pháp tránh thai của khách hàng sẽ xác định khi nào cung cấp biện pháp tránh thai.

## BƯỚC 3 Khám lại (10–14 ngày sau khi uống mifepristone)

- Xác nhận phá thai thành công (hầu hết các phụ nữ thuộc nhóm này).
- Nếu khách hàng vẫn đang chảy máu (xem trang 12 để biết thêm chi tiết), lựa chọn điều trị bao gồm:
  - Chờ đợi thêm cho đến khi ngừng chảy máu.
  - Thêm liều misoprostol.
  - Hút buồng tử cung.
- Trong trường hợp thai tiếp tục phát triển thì cần phải hút thai.

## Xử trí các ảnh hưởng của phá thai

### Chảy máu

Chảy máu có thể giải quyết tương tự như trường hợp hành kinh nhiều hoặc như sảy thai tự nhiên (ví dụ, dùng băng vệ sinh hoặc bông). Chảy máu nhiều nhất là sau uống misoprostol—thường gặp trong khi sảy thai—chảy máu nhẹ có thể kéo dài hai tuần hoặc lâu hơn. Hiếm khi ngừng chảy máu và sau đó lại chảy máu lại. Một số phụ nữ, khoảng 20% trong một nghiên cứu, có thể tiếp tục có chảy máu hoặc ra máu thấm giọt 35–42 ngày sau khi bắt đầu phá thai nội khoa.<sup>34</sup> Nếu chảy máu nhiều, kéo dài, hoặc gây ra thiếu máu (các triệu chứng thiếu máu, như chóng mặt, mệt mỏi), thì cần tiến hành hút buồng tử cung, truyền dịch, truyền máu. Nguy cơ chảy máu phải can thiệp (truyền và/hoặc hút tử cung) dao động từ 0,02 đến 1,8%.<sup>35-37</sup>

### Co thắt và đau bụng

Khách hàng có thể cảm thấy đau trong vài giờ đầu tiên sau khi dùng misoprostol.<sup>1</sup> Họ nên được cung cấp thuốc giảm đau (hoặc nơi không có thuốc giảm đau cần kê đơn để khách hàng mua) và có thuốc giảm đau sẵn sàng khi dùng misoprostol. Thuốc giảm đau chống viêm không steroid (NSAIDs) như ibuprofen (400–800 mg) được chứng minh là hiệu quả hơn paracetamol (500–1.000mg)<sup>38</sup> và có thể uống cùng lúc với misoprostol, nhưng không được uống trước. Nếu có thể, khách hàng nên có thuốc giảm đau hoặc ít nhất được kê đơn thuốc giảm đau narcotic trong trường hợp họ cần sử dụng; 30–40 mg codeine có thể được bổ sung cùng với NSAIDs hoặc paracetamol. Khách hàng cần được tư vấn dùng các biện pháp khác để cảm thấy dễ chịu hơn, chẳng hạn như sử dụng chai nước nóng để chườm bụng.

## Tìm kiếm sự chăm sóc cho các tai biến có thể gặp

Khi hướng dẫn khách hàng về cách sử dụng Medabon®, điều quan trọng là phải nhấn mạnh tai biến nghiêm trọng là rất hiếm, nhưng họ phải luôn để ý tới các dấu hiệu và triệu chứng sau đây, và tìm kiếm sự trợ giúp (lý tưởng nhất là từ nhân viên cung cấp dịch vụ ban đầu của họ) khi họ có các triệu chứng:

- Chảy máu nhiều, liên tục đến mức mà họ cảm thấy mệt mỏi, hoặc ra máu thấm đẫm hơn hai băng vệ sinh trong mỗi giờ trong hai giờ liền.
- Sốt từ 38°C trở lên kéo dài trên một ngày sau khi dùng misoprostol.
- Nôn mửa hoặc tiêu chảy trên một ngày sau khi dùng misoprostol.
- Đau bụng nhiều, liên tục, hoặc tăng lên, không giảm sau dùng thuốc giảm đau, nghỉ ngơi và chườm nóng.

Chảy máu ít hoặc không chảy máu sau 24–48 giờ dùng misoprostol không phải là dấu hiệu cấp cứu, nhưng cần phải đi khám vì có thể là dấu hiệu của thai tiếp tục phát triển.

Nhiễm trùng sau phá thai nội khoa là rất hiếm. Tuy nhiên, khách hàng cần được tư vấn về các triệu chứng nhiễm trùng và khuyến khích đi khám khi nhiễm trùng xảy ra. Các nhiễm trùng nặng, nên xác định xem cần điều trị gì; thuốc kháng sinh đường uống được sử dụng cho hầu hết các nhiễm trùng.<sup>39</sup>

Cần cung cấp các thông tin in sẵn về các dấu hiệu của biến chứng để khách hàng mang về nhà (xem mẫu tài liệu trong tài liệu này). Như đã nêu trên, cán bộ cung cấp dịch vụ và khách hàng nên thảo luận về kế hoạch dự phòng cho các trường hợp cấp cứu trước khi tiến hành phá thai. Lý tưởng là khách hàng nên đến khám khi có các biến chứng ở nơi cung cấp dịch vụ ban đầu của họ. Khi đi khám trong trường hợp cấp cứu khách hàng nên mang theo cả những tài liệu có thông tin về phá thai, phòng khi cơ sở y tế đến khám không quen với phá thai nội khoa và các biến chứng của nó.

Hầu hết các chăm sóc hỗ trợ tương tự như trường hợp sau sảy thai tự nhiên, và có nhiều cơ sở y tế có thể giải quyết các trường hợp như vậy. Trong một số trường hợp hiếm, tai biến nghiêm trọng xảy ra cần cấp cứu khẩn cấp (xem “Hướng dẫn cho cán bộ cung cấp dịch vụ cấp cứu” bao gồm trong bộ tài liệu này).

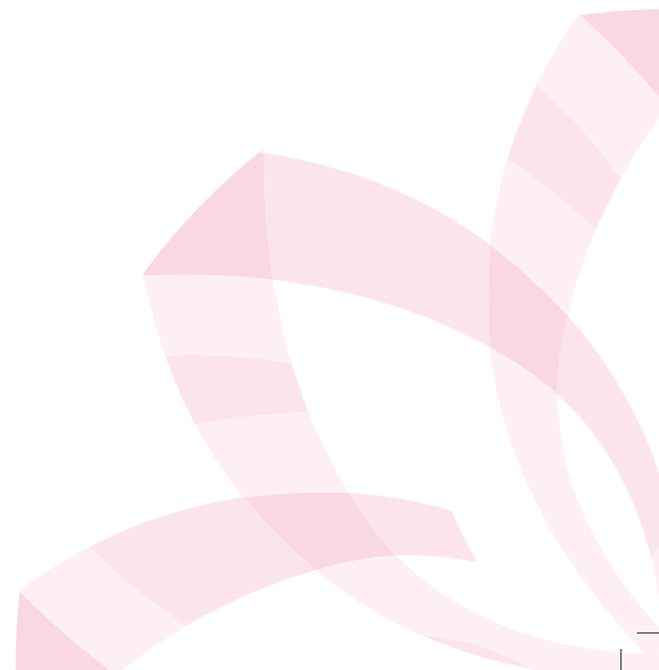
### Tư vấn và dịch vụ tránh thai

Khách hàng phá thai bằng Medabon® nên được cung cấp một biện pháp tránh thai. Phụ nữ có thể có thai lại trong vòng mười ngày kể từ ngày phá thai nếu không sử dụng một phương pháp tránh thai hiệu quả.<sup>40</sup> Các bằng chứng đã chỉ ra rằng có thể sử dụng bất kỳ phương pháp tránh thai hiện đại nào sau phá thai không có tai biến.<sup>41,42</sup>

Khách hàng có thể bắt đầu dùng biện pháp tránh thai nội tiết, viên kết hợp (estrogen và progestin) hoặc viên chỉ có progestin-trong cùng ngày dùng misoprostol, khoảng thời gian mà quá trình sảy thai thường diễn ra.<sup>43</sup> Những phương pháp này bao gồm thuốc tránh thai uống<sup>44-46</sup> thuốc tránh thai tiêm, thuốc cấy tránh thai, và miếng dán. Đối với khách hàng dùng misoprostol ở nhà, họ có thể được cung cấp bất kỳ loại thuốc nào có thể tự dùng và bắt đầu vào ngày dùng misoprostol. Họ có thể gặp cán bộ cung cấp dịch vụ để tiêm thuốc tránh thai hay cấy thuốc dưới da. Vòng tránh thai đặt âm đạo có thể bắt đầu khi đã giảm chảy máu sau khi thai đã sảy.

Bao cao su, thuốc diệt tinh trùng, mũ cổ tử cung, và màng ngăn âm đạo có thể sử dụng ngay khi bắt đầu quan hệ tình dục lại.<sup>1</sup> Nếu phụ nữ muốn đặt dụng cụ tử cung hoặc triệt sản, các thủ thuật này được thực hiện sau khi chẩn đoán chắc chắn họ không còn có thai nữa và thai đã sảy hoàn toàn.

Phương pháp tự nhiên, tính vòng kinh chỉ có thể bắt đầu cho đến khi khách hàng có kinh trở lại, còn nếu có quan hệ tình dục thì phải áp dụng một biện pháp rào cản khác như bao cao su hoặc màng ngăn âm đạo—trong khi chờ đợi.



## 4 Theo dõi

Tái khám khoảng hai tuần (10–14 ngày) sau khi dùng Medabon®. Trong lần khám này, cán bộ cung cấp dịch vụ cần đánh giá khách hàng không còn mang thai, chảy máu trong phạm vi cho phép, đảm bảo đã cung cấp biện pháp tránh thai nếu họ muốn, và trả lời các câu hỏi của họ. Xác nhận thai nghén đã chấm dứt bằng khám khung chậu, tình trạng chảy máu và hỏi bệnh hoặc bằng siêu âm nếu cần thiết.

Dưới đây là những tình huống có khả năng gặp cho hầu hết các trường hợp tái khám:

### Phá thai thành công

Khách hàng không còn cảm thấy mang thai, uống thuốc theo đúng hướng dẫn, đã chảy máu và đau bụng co thắt tương ứng với một trường hợp phá thai nội khoa đã thành công. Trường hợp này hay gặp nhất.

### Chảy máu

Tình trạng chảy máu gây mệt mỏi hoặc khó chịu cho khách hàng, trong đó một số ít trường hợp thực sự là cấp cứu. Trong trường hợp chảy máu này, thai nghén không còn phát triển, nhưng chảy máu không giảm dần. Thăm khám tiểu khung thấy tử cung nhỏ hoặc không có thai. Có thể lựa chọn các cách điều trị (trừ khi có chỉ định khác): 1) chờ đợi thêm để đến khi ngừng chảy máu; 2) thêm liều misoprostol có thể giúp tử cung co hồi và tổng xuất tổ chức còn sót lại hoặc túi ối đã ngừng phát triển; hoặc 3) hút buồng tử cung.

Các hình thái chảy máu yêu cầu can thiệp là:

- **Chảy máu nhiều, liên tục.** Khách hàng có thể có bị chảy máu liên tục như trong thời gian bị hành kinh nhiều kể từ khi dùng misoprostol. Nếu khách hàng cảm thấy mệt mỏi quá thì cần hút buồng tử cung. Nếu tình trạng lâm sàng ổn định và bệnh nhân cảm thấy tốt, thì có thể cho thêm một liều misoprostol nếu họ có thể và sẵn sàng trở lại vào hai ngày đến một tuần sau đó, tùy thuộc vào thời gian và số lượng chảy máu, để đánh giá xem chảy máu đã hết chưa.<sup>45</sup> Mặc dù một số cán bộ dùng thêm liều misoprostol thứ hai để tăng co bóp tử cung và tổng

nốt mô thai còn sót, hay túi ối chưa sảy ra<sup>47</sup>; nhưng việc sử dụng liều misoprostol lặp lại để làm giảm sự chảy máu này chưa được nghiên cứu.

- **Ra máu thất thường.** Một số phụ nữ ra máu ít một, thấm giọt, ngày có ngày không, đôi khi ra máu rất nhiều. Nếu khách hàng có biểu hiện thiếu máu thì cần hút buồng tử cung ngay.
- **Băng huyết.** Băng huyết gây rối loạn huyết động là trường hợp cấp cứu và cần hút buồng tử cung ngay lập tức. Nếu băng huyết nặng cần truyền máu hoặc dịch ngay. Nếu không có sẵn dịch vụ truyền thì phải chuyển đến cơ sở y tế cung cấp dịch vụ này gần nhất.

### Tiếp tục mang thai

Khách hàng vẫn còn dấu hiệu của thai nghén hoặc thăm khám thấy tử cung to hơn lần trước. Cần phải can thiệp bằng hút buồng tử cung.

### Khả năng dị tật nếu tiếp tục giữ thai

Bằng chứng về dị tật liên quan đến mifepristone hoặc misoprostol chưa được kết luận. Ước tính khoảng hai triệu trường hợp phá thai nội khoa từ năm 1987 đến 2008 ở các quốc gia, nơi mà Exelgyn Laboratories ủy quyền tiếp thị sản phẩm mifepristone—Mifegyne®—tổng số có 26 trường hợp dị tật được báo cáo trong các trường hợp không thành công hoặc khách hàng thay đổi ý kiến không phá thai nữa sau khi uống mifepristone.<sup>48</sup> Sáu trường hợp dị tật báo cáo sau khi mới sử dụng mifepristone, và hai mươi trường hợp khác đã sử dụng cả mifepristone và một prostaglandin. Theo tác giả này, không một trường hợp nào được kết luận có liên quan đến việc điều trị.

Khách hàng lựa chọn tiếp tục giữ thai nên được tư vấn về khả năng dị tật và cần được theo dõi sát trong thời kỳ thai nghén.

## Các tài liệu tham khảo

- 1 World Health Organization (WHO). *Frequently Asked Questions about Medical Abortion: Conclusions of an International Consensus Conference on Medical Abortion in Early First Trimester, Bellagio, Italy*. Geneva: WHO; 2006. Có tại: [www.who.int/reproductive-health/publications/medical\\_abortion/](http://www.who.int/reproductive-health/publications/medical_abortion/).
- 2 Creinin M. Medical abortion regimens: historical context and overview. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2000;(2Suppl):S3–S9.
- 3 Foster A. *Medication Abortion: A Guide for Health Professionals*. Cambridge: Ibis Reproductive Health; 2005. Có tại: [www.ibisreproductivehealth.org/downloads/Medication\\_abortion\\_A\\_guide\\_for\\_health\\_professionals\\_English.pdf](http://www.ibisreproductivehealth.org/downloads/Medication_abortion_A_guide_for_health_professionals_English.pdf).
- 4 Tang OS, Chan C, Ng E, Lee S, Ho P. A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Human Reproduction*. 2003;18(11):2315–2318.
- 5 Raghavan S, Comendant R, Digol I, et al. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: a randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. *Contraception*. 2009; 79(2):84–90.
- 6 Hamoda H, Ashok PW, Dow J, Flett GM, Templeton A. A pilot study of mifepristone in combination with sublingual or vaginal misoprostol for medical termination of pregnancy up to 63 days gestation. *Contraception*. 2003;68(5):335–338.
- 7 von Hertzen H, Piaggio G, Wojdyla D, et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomized factorial controlled equivalence trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009;116(3):381–389.
- 8 Winikoff B, Dzuba IG, Creinin MD, et al. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2008;112(6):1303–1310.
- 9 Fjerstad M, Sivin I, Lichtenberg ES, Trussel J, Cleland K, Cullins V. Effectiveness of medical abortion with mifepristone and buccal misoprostol through 59 gestational days. *Contraception*. In press.
- 10 Middleton T, Schaff E, Fielding S, et al. Randomized trial of mifepristone and buccal or vaginal misoprostol for abortion through 56 days of last menstrual period. *Contraception*. 2005;72(5):328–332.
- 11 Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2002;109(11):1281–1289.
- 12 Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine*. 1998;338(18):1241–1247.
- 13 Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2007;357:648–653.
- 14 Cable EE, Pepe JA, Donohue SE, Lambrecht RW, Bonkovsky HL. Effects of mifepristone (RU-486) on heme metabolism and cytochromes P-450 in cultured chick embryo liver cells, possible implications for acute porphyria. *European Journal of Biochemistry*. 1994;225(2):651–657.
- 15 Sitruk-Ware R. Mifepristone and misoprostol sequential regimen side effects, complications and safety. *Contraception*. 2006;74(1):48–55.
- 16 Davey A. Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: contraindications for use, reasons and rationale. *Contraception*. 2006;74(1):16–20.
- 17 Hayes JL, Achilles S, Reeves MF, Creinin MD. Outcomes of medical abortion through 63 days in women with twin gestations. *Contraception*. 2008;78(2):168–169.
- 18 Strafford M, Mottl-Santiago J, Savla A, Soodoo N, Borgatta L. Relationship of obesity to outcome of medical abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2009;200(5): e34–36.
- 19 Vogel D, Burkhardt T, Rentsch K, et al. Misoprostol versus methylergometrine: pharmacokinetics in human milk. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2004;191(6): 2168–2173.
- 20 Fiala C, Fux M, Gemzell-Danielsson K. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2003;82(10):892–903.
- 21 World Health Organization (WHO). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva: WHO; 2003. Có tại: [www.who.int/reproductive-health/publications/safe\\_abortion/](http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/).

- 22 Creinin, MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*. 2000;62(3):117–124.
- 23 Winikoff B, Irving S, Kurus J, et al. Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1997;176(2):431–437.
- 24 Tang OS, Miao BY, Lee SW, Ho PC. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction*. 2002;17(3):654–658.
- 25 Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*. 1993;307(6906):714–717.
- 26 Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1998;105(12):1288–1295.
- 27 Hakim-Elahi E, Towell HM, Burnhill MS. Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology*. 1990;76(1):129–135.
- 28 Seeber B, Barnhart K. Suspected ectopic pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;107:399–413.
- 29 Rossing M, Daling J, Voigt L, Stergachis A, Weiss N. Current use of an intrauterine device and risk of tubal pregnancy. *Epidemiology*. 1993;4(3):252–258.
- 30 Pisarka M, Carson S, Buster J. Ectopic pregnancy. *The Lancet*. 1998;351:1115.
- 31 El-Refaey H, Templeton A. Early induction of abortion by a combination of oral mifepristone and misoprostol administered by the vaginal route. *Contraception*. 1994;49(2):111–114.
- 32 Tsai CS, Shepherd BE, Vermund SH. Does douching increase risk for sexually transmitted infections? A prospective study in high-risk adolescents. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2009;200(1):38.e1–8.
- 33 World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomized trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2000;107(4):524–530.
- 34 Davis A, Westhoff C, De Nonno L. Bleeding patterns after early abortion with mifepristone and misoprostol or manual vacuum aspiration. *Journal of the American Medical Women's Association*. 2000;55(3Suppl):141–144.
- 35 Ashok PW, Penney GC, Flett GM, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*. 1998;13(10):2962–2965.
- 36 Hausknecht R. Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception*. 2003;67(6):463–465.
- 37 Schaff E, Stadius L, Eisinger S, Franks P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice*. 1997;44(4):353–361.
- 38 Livshits A, Machtinger R, David LB, Spira M, Moshe-Zahav A, Seidman DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertility and Sterility*. 2009;91(5):1877–1880.
- 39 Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*. 2004;70(3):183–190.
- 40 Boyd EF Jr, Holmstrom EG. Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1972;113(4):469–473.
- 41 Mittal S. Contraception after medical abortion. *Contraception*. 2006;74(1):56–60.
- 42 World Health Organization (WHO). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Third edition. Geneva: WHO; 2004.
- 43 Martin CW, Brown AH, Baird DT. A pilot study of the effect of methotrexate or combined oral contraceptive on bleeding patterns after induction of abortion with mifepristone and a prostaglandin pessary. *Contraception* 1998;58(2):99–103.
- 44 Tang OS, Gao PP, Cheng L, Lee SW, Ho PC. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*. 1999;14(3):722–725.
- 45 Tang OS, Xu J, Cheng L, Lee SW, Ho PC. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction*. 2002;17(1):99–102.
- 46 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *The Care of Women Requesting Induced Abortion: Evidence-based Clinical Guideline Number 7*. London: RCOG Press; 2004.
- 47 Reeves M, Kudva A, Creinin M. Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac. *Contraception*. 2008;78(4):332–335.
- 48 Exelgyn. *Mifepristone - Investigators Brochure*. Paris, France: Exelgyn S.A.; 2008.

## Các thông tin liên quan

Castleman L, Winikoff B, Blumenthal P. Providing abortion in low-resource settings. In: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes D, Stubblefield P, Creinin M, eds. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Wiley-Blackwell; 2009.

Creinin MD and Gemzell Danielsson K. Medical abortion in early pregnancy. In: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes D, Stubblefield P, Creinin M, eds. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Wiley-Blackwell; 2009.

Gynuity Health Projects and Reproductive Health Technologies Project (RHTP). Frequently asked questions about fatal infection and mifepristone medical abortion: technical version [fact sheet]. New York: Gynuity Health Projects and RHTP; 2006. Có tại: [www.gynuity.org/resources/info/faqs-on-fatal-infection-and-medical-abortion-technical-version/](http://www.gynuity.org/resources/info/faqs-on-fatal-infection-and-medical-abortion-technical-version/).

**Cũng sẵn có bằng tiếng Tây Ban Nha và Thổ Nhĩ Kỳ.**

Hyman AG, Castleman LD. *Woman-centered abortion care: Reference manual*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2005. Có tại: [www.ipas.org/Publications/Woman-centered\\_abortion\\_care\\_Reference\\_manual.aspx](http://www.ipas.org/Publications/Woman-centered_abortion_care_Reference_manual.aspx). **Cũng sẵn có bằng tiếng Pháp, Bồ Đào Nha và Tây Ban Nha.**

Hyman AG, McInerney T, Turner K. *Woman-centered abortion care: Trainer's manual*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2005. Có tại: [www.ipas.org/Publications/Woman-centered\\_abortion\\_care\\_Trainers\\_manual.aspx](http://www.ipas.org/Publications/Woman-centered_abortion_care_Trainers_manual.aspx). **Cũng sẵn có bằng tiếng Pháp, Bồ Đào Nha và Tây Ban Nha.**

Ibis Reproductive Health. *Medication Abortion: A Training Module for Health Professionals*. Cambridge, MA: Ibis Reproductive Health; 2003. Có tại: [www.ibisreproductivehealth.org/downloads/Medication\\_Abortion\\_Training\\_Module.ppt](http://www.ibisreproductivehealth.org/downloads/Medication_Abortion_Training_Module.ppt). **Cũng sẵn có bằng tiếng Ả rập.**

International Consortium for Medical Abortion (ICMA). *The ICMA Information Package on Medical Abortion: Information for Health Care Providers*. Có tại: [www.medicalabortionconsortium.org/articles/for-health-care-providers/](http://www.medicalabortionconsortium.org/articles/for-health-care-providers/). **Cũng sẵn có bằng tiếng Pháp, Hindi, Bồ Đào Nha, Ru-ma-ni, Nga và Tây Ban Nha.**

Ipas. Best practices in medical abortion: starting contraception after first-trimester abortion [fact sheet]. Chapel Hill, NC: Ipas; 2007. Có tại: [www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file685\\_2890.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file685_2890.pdf).

**Cũng sẵn có bằng tiếng Đức, Nga và Tây Ban Nha.**

McInerney T, Baird TL, Hyman AG, Huber AB. *A Guide to Providing Abortion Care*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2001. Có tại: [www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file207\\_2447.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file207_2447.pdf). **Cũng sẵn có bằng tiếng Ru-ma-ni và Nga.**

Paul M, Stewart FH, Weitz TA, Wilcox N, Tracey JM. *Early Abortion Training Workbook*. San Francisco, CA: University of California, San Francisco Center for Reproductive Health Research & Policy; 2003. Có tại: [www.teachtraining.org/Workbook.html](http://www.teachtraining.org/Workbook.html).

Philip NM, Shannon C, Winikoff B, eds. *Misoprostol and Teratogenicity: Reviewing the Evidence*. New York: Gynuity Health Projects and Population Council; 2003. Có tại: [www.gynuity.org/resources/info/misoprostol-and-teratogenicity-reviewing-the-evidence/](http://www.gynuity.org/resources/info/misoprostol-and-teratogenicity-reviewing-the-evidence/). **Cũng sẵn có bằng tiếng Tây Ban Nha.**

Talluri-Rao S, Baird TL. *Information and Training Guide for Medication-Abortion Counseling*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2003. Có tại: [www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file24\\_2449.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file24_2449.pdf). **Cũng sẵn có bằng tiếng Bồ Đào Nha và Nga.**