

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 59

BỆNH TRUYỀN NHIỄM & THAI KỲ



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

Mục lục Y HỌC SINH SẢN TẬP 59 – QUÝ III/2021

BỆNH TRUYỀN NHIỄM VÀ THAI KỲ

- 4 Vaccine COVID-19 và thai kỳ
BS. Nguyễn Khánh Duy và cộng sự
- 9 Nhiễm COVID-19 trong thai kỳ – cập nhật những kết quả nghiên cứu mới nhất
BS. Trần Ngọc Vân Anh, BS. CKI Châu Ngọc Minh
- 12 Cúm và thai kỳ
BS. Huỳnh Thanh Nguyệt,
BS. CKI. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 17 Tầm soát nhiễm Rubella trong thai kỳ
BS. CKI. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh,
ThS. BS. Thân Trọng Thạch
- 23 Nhiễm virus Zika khi mang thai
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 28 Sàng lọc viêm gan C ở phụ nữ mang thai
BS. CKI Lê Đức Thắng
- 31 Liệu pháp kháng virus trong điều trị viêm gan B và kết cục thai kỳ
BS. CKI. Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh
- 36 Tổng quan về giang mai trong thai kỳ
BS. CKI. Trần Thế Hùng
- 39 Nhiễm *Chlamydia Trachomatis* trong thai kỳ
BS. Trần Ngọc Vân Anh, BS. Hoàng Lê Trung Hiếu
- 44 Cập nhật về *Cytomegalovirus* và thai kỳ
BS. Ngô Việt Thảo, ThS. BS. Hê Thanh Nhã Yến
- 48 Sảy thai sớm liên quan đến nhiễm khuẩn *Haemophilus influenza* không điển hình
TS. BS. Lâm Đỗ Phương Uyên
- 51 Sùi mào gà và thai kỳ
BS. Dương Văn Sang
- 55 Nhiễm trùng đường tiết niệu trong thai kỳ
ThS. BS. Nguyễn Quốc Tuấn, BSNT. Nguyễn Xuân Mỹ
- 60 *Chlamydia trachomatis* ở nam giới: tình trạng bị ảnh hưởng như thế nào?
ThS. Nguyễn Ngọc Yến Nhi, ThS. Lâm Thị Mỹ Hậu
- 63 Vai trò của xét nghiệm tiền sản không xâm lấn (NIPT) trong tầm soát lệch bội ở song thai
BS. Đào Thị Hải Yến, BS. Nguyễn Thành Nam
- 66 Quản lý trong và sau thai kỳ cho thai phụ có Lupus ban đỏ hệ thống
BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 71 Khả năng sinh sản và quản lý thai kỳ ở bệnh nhân thalassemia
BS. Hoàng Lê Trung Hiếu, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 79 Mối tương quan giữa bất thường tình trùng và kết cục thai kỳ
BS. Trần Thị Thu Vân, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ
- 83 Ứng dụng kỹ nghệ mô buồng trứng nhân tạo – Bước tiến mới trong bảo tồn khả năng sinh sản
CN. Đặng Thị Huyền Trang và cộng sự
- 88 Tổng quan về Zona Pellucida
CNSH. Trần Nhật Ánh Dương, CNSH. Hồ Lan Trâm

93 Hỏi - Đáp lâm sàng

95 Journal Club

- So sánh hiệu quả Oxytocin liều cao với liều tiêu chuẩn trong thúc đẩy chuyển dạ ở phụ nữ con so: một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng
- Nhiễm SAR-CoV-2 giai đoạn chu sinh và COVID-19 trẻ sơ sinh

❧ Mời viết bài Y học sinh sản ❧



Y học sinh sản tập 61 – Quý I/2022
Chủ đề “Cập nhật về Vô sinh và Hỗ trợ sinh sản”
Vui lòng nộp bài trước 30/11/2021



Y học sinh sản tập 62 – Quý II/2022
Chủ đề “Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh, trước khi có thai”
Vui lòng nộp bài trước 30/02/2022

QUẢN LÝ THAI KỲ CÓ LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

BS. Nguyễn Thành Nam, BS. Hồ Ngọc Anh Vũ

Bệnh viện Mỹ Đức

Nhóm bệnh thấp và cơ xương (Rheumatic and Musculoskeletal Diseases – RMD) nói chung, đặc biệt là Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosis – SLE) nói riêng, gây ảnh hưởng chủ yếu đến nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Các vấn đề về kế hoạch hóa gia đình, ngừa thai và quản lý thai kỳ là những chăm sóc thiết yếu có ý nghĩa quan trọng nhất với sức khỏe của phụ nữ có SLE. Dù thai kỳ có SLE có thể diễn biến phức tạp do bệnh nền của thai phụ trở nên trầm trọng hơn, phần lớn phụ nữ có SLE vẫn có thể mang thai thành công với kế hoạch quản lý và chăm sóc thai kỳ phù hợp. Trong bài Y học sinh sản kỳ trước đã bàn luận về chủ đề “Chuẩn bị trước mang thai cho bệnh nhân có SLE”, bài viết này xin được cập nhật tiếp những khuyến cáo mới nhất liên quan đến “Quản lý thai kỳ có SLE”.

KẾT CỤC VỀ PHÍA THAI PHỤ TRONG CÁC THAI KỲ SLE

Phụ nữ bị SLE có nguy cơ cao mắc các biến chứng nghiêm trọng trong thai kỳ. Thống kê của Clowse và cộng sự (2006) trên 16,7 triệu thai phụ cho thấy, so với nhóm thai phụ không có SLE, nhóm thai phụ có SLE ghi nhận tỷ lệ tử vong mẹ cao hơn 20 lần, tỷ lệ huyết khối, nhiễm trùng, giảm tiểu cầu và truyền máu cao hơn từ 3 đến 7 lần. Bệnh nhân SLE cũng có nguy cơ cao phải mổ lấy thai (OR: 1,7; KTC 95%, 1,6 – 1,9; $P < 0,001$), sinh non (OR: 2,4; KTC 95%, 2,1 – 2,6; $P < 0,001$), tiền sản giật (OR: 3,0; KTC

95%, 2,7 – 3,3; $P < 0,001$), và có nhiều khả năng mắc các bệnh lý khác, bao gồm đái tháo đường thai kỳ, tăng huyết áp thai kỳ, và bệnh lý huyết khối trong thai kỳ^[1].

Theo một tổng quan hệ thống và phân tích gộp của Smyth và cộng sự (2010) báo cáo các kết cục thai kỳ ở 1.842 phụ nữ có SLE (2.751 thai kỳ), tỷ lệ các biến chứng gặp phải trong thai kỳ tương đối cao, bao gồm đột bùng phát Lupus cấp (25,6%), tăng huyết áp thai kỳ (16,3%), viêm thận Lupus (16,1%), tiền sản giật (7,6%) và sản giật (0,8%). Các biến chứng nghiêm trọng như sản giật, đột quy và tử vong mẹ đã được quan sát thấy ở 1% các đối tượng nghiên cứu. Tử vong mẹ chủ yếu xảy ra do nhiễm trùng cơ hội, nhiễm trùng huyết, đột bùng phát viêm thận Lupus và suy thận. Chạy thận nhân tạo hiếm khi được báo cáo do chỉ bao gồm hai bệnh nhân phải lọc máu trong khi đang mang thai. Viêm thận thể hoạt động và kháng thể kháng phospholipid (antiphospholipid antibodies, aPL) làm tăng nguy cơ các biến chứng ở mẹ, đặc biệt là các biến cố liên quan đến tăng huyết áp thai kỳ^[2]. Các nghiên cứu đơn trung tâm cũng báo cáo rằng sự hiện diện của SLE thể hoạt động hoặc tiền sử viêm thận trước đó làm tăng đáng kể nguy cơ tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật. Ngoài ra, tăng huyết áp thai kỳ có thể để lại hậu quả lâu dài, đặc biệt là nguy cơ bệnh lý tim mạch và bệnh mạch máu ngoại vi trong tương lai.

Mặt khác, các dữ liệu này cũng cho thấy thai phụ có SLE thể không hoạt động có kết cục thai

kỳ tương đối tốt. Như vậy, để cải thiện kết cục thai kỳ cho phụ nữ có SLE, nên trì hoãn việc thụ thai cho đến khi SLE ở trạng thái không hoạt động với chế độ dùng thuốc đã được điều chỉnh ổn định ít nhất 6 tháng. Phụ nữ có Creatinin huyết thanh > 140 $\mu\text{mol/L}$ và/hoặc protein niệu > 3g/24 giờ và/hoặc huyết áp không được kiểm soát nên được coi là có yếu tố nguy cơ cao bùng phát các tổn thương thận nặng trong thai kỳ.

KẾT CỤC VỀ PHÍA THAI NHI TRONG CÁC THAI KỲ SLE

Sẩy thai, thai lưu, sinh non, thai giới hạn tăng trưởng là những biến cố bất lợi cho thai nhi thường xuyên gặp phải ở các thai kỳ SLE. Tỷ lệ sẩy thai ở các thai kỳ SLE trong 40 năm qua đã giảm từ 43% vào những năm 1960 – 1965 xuống còn 17% vào năm 2000 – 2003. Con số này xấp xỉ với tỷ lệ sẩy thai trong dân số chung tại Hoa Kỳ. Một tổng quan hệ thống báo cáo các kết cục thai nhi trong các thai kỳ SLE bao gồm sẩy thai tự nhiên (16,0%), thai lưu (3,6%), tử vong chu sinh (2,5%) và thai giới hạn tăng trưởng (12,7%). Tỷ lệ thai kỳ không thành công là 23,4%, sinh non là 39,4%.^[2]

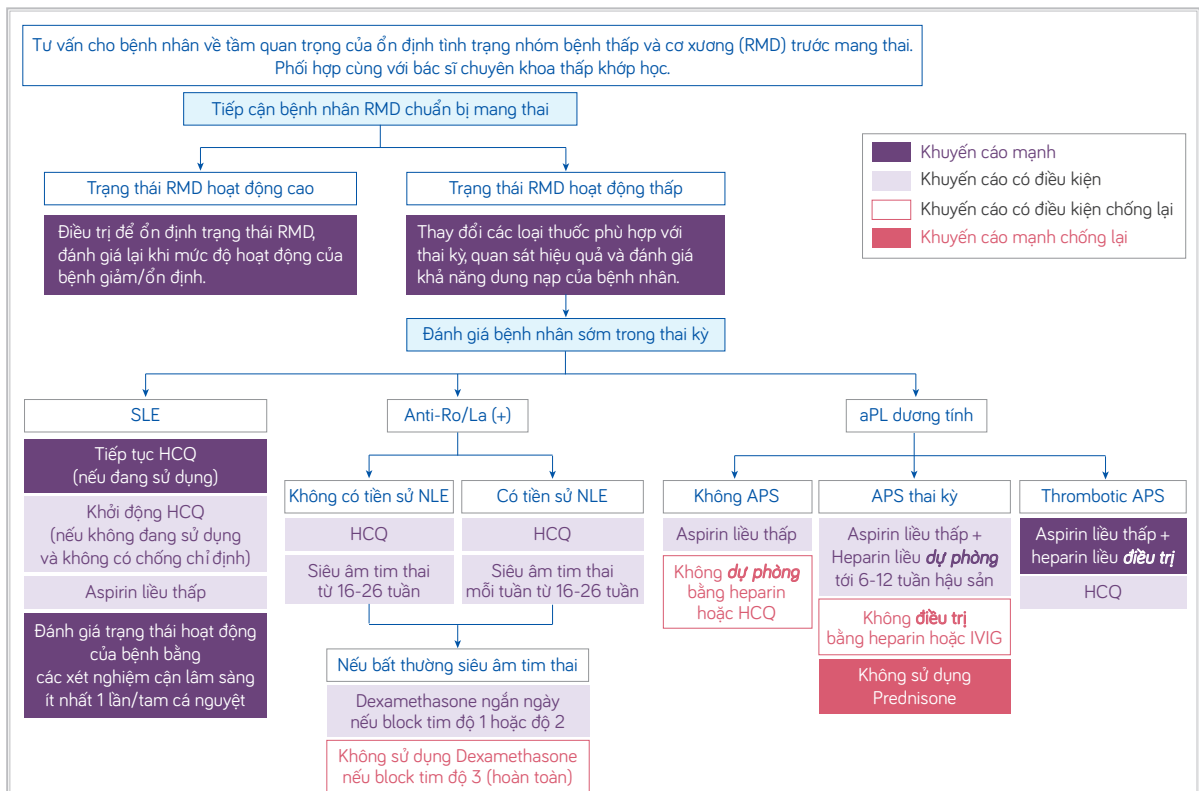
Trong một nghiên cứu hồi cứu của Megan và cộng sự (2005), giữa hai nhóm có và không có bệnh thận Lupus ở mẹ, kết cục thai nhi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ngoại trừ tỷ lệ cân nặng trẻ lúc sinh thấp và dị tật bẩm sinh cao hơn ở nhóm có bệnh thận. Tuy nhiên, tác động của viêm thận Lupus đến kết cục thai nhi có thể phụ thuộc vào trạng thái hoạt động của bệnh thận. Theo Wagner và cộng sự (2009), những phụ nữ có viêm thận Lupus thể hoạt động có tỷ lệ biến chứng ở mẹ và thai nhi cao hơn so với nhóm còn lại. Theo đó, nồng độ bổ thể trong huyết thanh thấp hoặc kháng thể anti-DNA dương tính trong tam cá nguyệt thứ hai liên quan đến tỷ lệ sẩy thai và sinh non cao hơn. Các yếu tố nguy cơ khác đối với thai nhi được thể hiện bằng sự hiện diện của aPL. Nguy cơ cho thai nhi cao hơn nếu người mẹ có bộ ba aPL đều dương tính. Trẻ sinh ra từ mẹ dương tính

anti-SSA/Ro và anti-SSB/La có nguy cơ bị block tim bẩm sinh cao hơn do những kháng thể này đi qua hàng rào bánh nhau một cách dễ dàng.

QUẢN LÝ THAI KỲ CÓ BỆNH THẤP VÀ CƠ XƯƠNG (RMD)

Theo khuyến cáo năm 2017 của Liên đoàn chống Thấp khớp châu Âu (European League Against Rheumatism – EULAR)^[3] và khuyến cáo mới nhất năm 2020 của Hội thấp khớp học Hoa Kỳ (American College of Rheumatology, ACR) về Quản lý sức khỏe sinh sản ở bệnh nhân có bệnh thấp và cơ xương (Rheumatic and Musculoskeletal Diseases – RMD)^[4], cần tư vấn cho phụ nữ về tầm quan trọng của việc ổn định tình trạng RMD trước mang thai. Theo ACR 2020, chăm sóc sức khỏe thai kỳ cho phụ nữ có RMD cần phối hợp đa chuyên khoa, bao gồm sản phụ khoa, y học bào thai, nhi sơ sinh và các chuyên khoa khác nếu cần thiết. Ở những phụ nữ RMD có kế hoạch mang thai đang dùng thuốc không phù hợp với thai kỳ, cần hướng dẫn bệnh nhân chuyển sang loại thuốc phù hợp với thai kỳ, quan sát trong một thời gian đủ dài để đánh giá hiệu quả và khả năng dung nạp của thuốc mới. Nếu RMD đang ở thể hoạt động, khởi động và duy trì kháng viêm non-steroid nên được xem là một lựa chọn vì cả RMD thể hoạt động và điều trị bằng Glucocorticoid liều cao liên tục đều có khả năng gây hại cho mẹ và thai nhi. Nhóm phụ nữ có RMD đã bắt đầu mang thai phải tuân thủ các phác đồ tại chỗ áp dụng cho thai kỳ có nguy cơ cao bị các rối loạn tăng huyết áp và/hoặc suy tuần hoàn nhau thai để điều chỉnh tần suất và phương thức giám sát, quản lý thai kỳ theo tình trạng của bà mẹ và thai nhi. ACR đặc biệt khuyến cáo nên xét nghiệm anti-Ro/SSA và anti-La/SSB một lần duy nhất trước hoặc sớm nhất khi mang thai ở những phụ nữ có SLE hoặc biểu hiện lâm sàng giống SLE, hội chứng Sjögren, xơ cứng toàn thân và viêm khớp dạng thấp.

Đối với nhóm phụ nữ có SLE, nên bổ sung các xét nghiệm về chất kháng đông Lupus (Lupus



Hình 1. Khuyến cáo thực hành tốt (GPS) để tư vấn, đánh giá và quản lý thai nghén ở phụ nữ mắc bệnh thấp và cơ xương (Rheumatic and musculoskeletal disease, RMD).

SLE = Lupus ban đỏ hệ thống; HCQ = hydroxychloroquine; NLE = Lupus ban đỏ sơ sinh; aPL = kháng thể kháng phospholipid; APS = hội chứng kháng phospholipid (thai kỳ và/hoặc huyết khối); APS thai kỳ (OB APS) = bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí CLS cho APS và có các biến chứng thai kỳ nhất quán trước đó (≥ 3 lần sảy thai liên tiếp trước khi thai 10 tuần, thai lưu sau 10 tuần hoặc sinh non < 34 tuần do tiền sản giật, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung, hoặc suy thai) và không có tiền sử huyết khối; Thrombotic APS = bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí CLS cho APS và đã có biến cố liên quan huyết khối trước đó (động mạch hoặc tĩnh mạch), bất kể có biến chứng thai kỳ hay không; IVIG = globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch.

Bảng 1. Khuyến cáo về việc sử dụng thuốc cho nam giới bị bệnh thấp và cơ xương đang có kế hoạch làm bố.

Chưa đủ bằng chứng để đưa ra khuyến cáo	Khuyến cáo có điều kiện TIẾP TỤC SỬ DỤNG	Khuyến cáo mạnh TIẾP TỤC SỬ DỤNG	Khuyến cáo có điều kiện NGỪNG SỬ DỤNG	Khuyến cáo mạnh NGỪNG SỬ DỤNG
<ul style="list-style-type: none"> - Abatacept - Apremilast - Baricitinib - Belemumab - Secukinumab - Tocilizumab - Tofacitinib - Ustekinumab 	<ul style="list-style-type: none"> - Anakinra - Chất ức chế Cyclooxygenase 2 - Cyclosporine - Leflunomide - Methotrexate - Mycophenolate mofetil - Mycophenolic acid - Thuốc kháng viêm non-steroid - Rituximab - Sulfasalazine (thực hiện tinh dịch đồ nếu chậm có thai) - Tacrolimus 	<ul style="list-style-type: none"> - Azathioprine/ 6-mercaptopurine - Colchicine - Hydroxychloroquine - Tumor necrosis factor inhibitors (tất cả) 	<ul style="list-style-type: none"> - Thalidomide (ngưng 4 tuần trước thời điểm thụ thai) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cyclophosphamide (ngưng 12 tuần trước thời điểm thụ thai)

Bảng 2. Sử dụng thuốc ở phụ nữ RMD: tổng quan về việc sử dụng thuốc trước và trong khi mang thai, và trong thời kỳ cho con bú.

Thuốc	Trước thụ thai	Trong thai kỳ	Thời kỳ cho con bú
<i>Thuốc thông thường</i>			
Hydroxychloroquine	++	++	++
Sulfasalazine	++	++	++
Colchicine	++	++	++
Azathioprine, 6-mercaptopurine	++	++	+ Dung nạp kém
Prednisone	+ Hạn chế < 20mg/ngày bằng cách thêm chất ức chế miễn dịch phù hợp với thai kỳ	+ Hạn chế < 20mg/ngày bằng cách thêm chất ức chế miễn dịch phù hợp với thai kỳ	+ Sau một liều > 20mg/ngày, trì hoãn cho con bú trong 4 giờ
Cyclosporine, tacrolimus	+ Kiểm soát huyết áp	+ Kiểm soát huyết áp	+ Dung nạp kém
Kháng viêm non-steroid (không ưu tiên chất ức chế cyclooxygenase 2)	+ Ngưng nếu phụ nữ gặp vấn đề về thụ thai	+ Tiếp tục trong TCN 1 và 2; ngưng trong TCN 3	+ Ưu tiên Ibuprofen
<i>Tumor necrosis factor inhibitors (được xem là nhóm có thể dùng trong thai kỳ)</i>			
Certolizumab	++	++	++
Infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab	+ Tiếp tục sau thụ thai	+ Tiếp tục trong TCN 1 và 2; ngưng ở TCN 3 trước khi sinh	++
Rituximab	+ Ngưng ở thời điểm thụ thai	+ Dùng trong các trường hợp bệnh nghiêm trọng	++
Các chế phẩm khác (dữ liệu còn hạn chế, dung nạp kém trong thai kỳ giai đoạn sớm, dung nạp tốt hơn ở nửa sau thai kỳ)			
Anakinra, belimumab, abatacept, tocilizumab, secukinumab, ustekinumab	+ Ngưng ở thời điểm thụ thai	X Ngưng trong thai kỳ	+ Dự đoán ít truyền qua sữa mẹ do kích thước phân tử lớn, nhưng chưa có dữ kiện
<i>Không dùng khi có thai</i>			
Methotrexate	XX Ngưng 1-3 tháng trước thụ thai	XX Ngưng và sử dụng axit folic 5mg/ngày	X Chưa đủ dữ kiện
Leflunomide	XX Thải Cholestyramine nếu còn phát hiện nồng độ	XX Ngưng và thải Cholestyramine	XX
Mycophenolate mofetil và mycophenolic acid	XX Ngưng >6 tuần trước thụ thai để đạt trạng thái bệnh ổn định	XX	XX
Cyclophosphamide	XX Ngưng 1-3 tháng trước thụ thai	+ Dùng trong các trường hợp bệnh nghiêm trọng ở TCN 2 và 3	XX
Thalidomide	XX Ngưng 1-3 tháng trước thụ thai	XX	XX
Tofacitinib, apremilast, baricitinib	Chưa đủ dữ kiện để báo cáo; kích thước phân tử nhỏ nên có thể truyền qua nhau thai và qua sữa mẹ.		
+	Khuyến cáo có điều kiện TIẾP TỤC SỬ DỤNG		
++	Khuyến cáo mạnh TIẾP TỤC SỬ DỤNG		
X	Khuyến cáo có điều kiện NGỪNG SỬ DỤNG		
XX	Khuyến cáo mạnh NGỪNG SỬ DỤNG		

anticoagulant, LAC), anticardiolipin (aCL) và kháng thể kháng β 2GPI (anti- β 2-glycoprotein I antibody). Do rất nhiều bằng chứng cho đến hiện tại ủng hộ lợi ích của hydroxychloroquine (HCQ) cho mẹ và thai nhi, HCQ nên được khởi động và/hoặc duy trì liên tục trong thai kỳ nếu không có chống chỉ định. Tương tự, Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (The American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG) và Lực lượng đặc nhiệm Bảo vệ sức khỏe Hoa Kỳ (US Protective Health Task Force), ACR 2020 cũng khuyến cáo cân nhắc điều trị bệnh nhân SLE bằng aspirin liều thấp (81 hoặc 100 mg mỗi ngày), bắt đầu trong ba tháng đầu để dự phòng nguy cơ tiền sản giật. Bởi vì trạng thái hoạt động của SLE ảnh hưởng trực tiếp đến kết cục thai kỳ, nên thực hiện tốt việc theo dõi – giám sát trạng thái hoạt động của SLE bằng các triệu chứng lâm sàng, thăm khám, và xét nghiệm cận lâm sàng ít nhất một lần trong mỗi tam cá nguyệt.

Giám sát thai nhi dựa trên các thông số sinh trắc học và Doppler trong TCN thứ ba, và đặc biệt là phân biệt giữa thai giới hạn tăng trưởng sớm và muộn, giúp điều chỉnh tốt hơn thời điểm sinh, giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong chu sinh. Siêu âm tim thai được chỉ định nếu nghi ngờ thai nhi có rối loạn nhịp tim hoặc viêm cơ tim, đặc biệt trong trường hợp mẹ có kháng thể kháng Ro/SSA hoặc kháng La/SSB dương tính. Nếu thai phụ có tiền sử Lupus ban đỏ sơ sinh, siêu âm tim thai cần lặp lại mỗi tuần một lần từ 16 – 26 tuần. Block tim thai độ 1 hoặc độ 2 nên điều trị bằng dexamethasone uống 4mg mỗi ngày, tuy nhiên trường hợp block tim hoàn toàn (không kèm theo viêm cơ tim khác) không nên điều trị bằng dexamethasone.

Ở những phụ nữ mang thai có **aPL dương tính** nhưng không đáp ứng các tiêu chuẩn của hội chứng kháng phospholipid (Antiphospholipid syndrome – APS) thai kỳ hoặc huyết khối, ACR khuyến cáo nên điều trị dự phòng

huyết khối đơn độc chỉ bằng aspirin 81 hoặc 100 mg mỗi ngày, trong thời kỳ mang thai như mục đích dự phòng tiền sản giật. Nhóm bệnh nhân **APS thai kỳ (OB APS)** là những bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí cận lâm sàng cho APS và có các biến chứng thai kỳ nhất quán trước đó (≥ 3 lần sảy thai liên tiếp trước khi thai 10 tuần, thai lưu sau 10 tuần hoặc sinh non < 34 tuần do tiền sản giật, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung, hoặc suy thai) và không có tiền sử huyết khối. Ngoài sử dụng aspirin liều thấp mỗi ngày, nhóm bệnh nhân này nên được điều trị bằng Heparin trọng lượng phân tử thấp (Low molecular weight heparin – LMWH) *liều dự phòng* cho tới 6 – 12 tuần hậu sản để cải thiện các kết cục thai kỳ và dự phòng huyết khối. Tương tự, nhóm bệnh nhân **APS đã từng có tiền sử huyết khối** (bất kể có đáp ứng tiêu chuẩn về APS thai kỳ hay không) đều được khuyến cáo khởi động điều trị kết hợp aspirin liều thấp và LMWH liều điều trị xuyên suốt thai kỳ và giai đoạn hậu sản (Hình 1).

Về vấn đề sử dụng thuốc điều trị bệnh lý RMD nền, cần có sự phối hợp đa chuyên khoa và nên được cân nhắc, thảo luận kỹ với chuyên gia về Thấp khớp học. Khuyến cáo của ACE 2020 tổng hợp các nhóm thuốc nên/không nên tiếp tục cho nam giới và nữ giới trước mang thai, trong thai kỳ và thời kỳ cho con bú như được tóm tắt trong **bảng 1, 2**.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Clowse MEB, Jamison M, Myers E, James AH. A national study of the complications of lupus in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(2):127.e1-127.e6. doi:10.1016/j.ajog.2008.03.012.
2. Smyth A, Oliveira GHM, Lahr BD, Bailey KR, Norby SM, Garovic VD. A systematic review and meta-analysis of pregnancy outcomes in patients with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010;5(11):2060-2068. doi:10.2215/CJN.00240110.
3. Andreoli L, Bertias GK, Agmon-Levin N, et al. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(3):476-485. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209770.
4. Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. *Arthritis Care Res.* 2020;72(4):461-488. doi:10.1002/acr.24130.