

SỨC KHỎE SINH SẢN CỦA CÁC BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP HỆ THỐNG, MỘT VẤN ĐỀ RẤT NHÂN VĂN, NHƯNG CHƯA ĐƯỢC QUAN TÂM ĐẦY ĐỦ

Lê Anh Thu¹

TÓM TẮT

Các quyết định về quyền làm mẹ của những bệnh nhân mắc các bệnh viêm khớp hệ thống (hay bệnh tự miễn hệ thống) như viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp vảy nến, lupus ban đỏ hệ thống... có nhiều thách thức vì những lý do liên quan đến tình trạng bệnh và những rủi ro tiềm ẩn liên quan đến thuốc trong quá trình điều trị. Hiện nay, đã có thêm lựa chọn thuốc giúp kiểm soát bệnh tối ưu trước khi mang thai, tăng cường sức khỏe chung để họ có thể vượt qua những thách thức trong giai đoạn đặc biệt này. Tuy nhiên, rất cần tiếp cận đa chuyên khoa trong việc tư vấn, theo dõi và quản lý người bệnh, đặc biệt vai trò các bác sĩ chuyên khoa thấp khớp học

Từ khóa: viêm khớp hệ thống, viêm khớp dạng thấp, thai nghén, thuốc sinh học, DMARDs

SUMMARY

REPRODUCTIVE HEALTH OF PATIENTS WITH SYSTEMIC ARTHRITIS, A HUMANE BUT NOT CARELESS ISSUE

Decisions on motherhood of patients with systemic arthritis diseases (or systemic

autoimmune disease) such as rheumatoid arthritis (RA), ankylosing spondylitis (AS), psoriatic arthritis (PsA), systemic lupus erythematosus (SLE)... There are challenges for reasons related to the condition and the potential risks associated with treatment. Now, there are more pharmaceutical options that support optimal disease management before conception and enhance women's physical ability to overcome challenges in performing their motherhood. However, there is a need for a multidisciplinary approach in counseling, monitoring and managing patients, especially rheumatologists

Keywords: systemic arthritis, rheumatoid arthritis, pregnancy, biologics, DMARDs

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các quyết định về quyền làm mẹ của những bệnh nhân nữ bị mắc các bệnh viêm khớp hệ thống như viêm khớp dạng thấp (VKDT), viêm cột sống dính khớp (VCSDK), viêm khớp vảy nến (VKVN), lupus ban đỏ hệ thống (LPBĐHT)... có nhiều thách thức do những lý do liên quan đến tình trạng bệnh và những rủi ro tiềm ẩn liên quan đến các thuốc điều trị.

Các kết quả nghiên cứu trước đây cho thấy khoảng 30% đến 60% phụ nữ bị các bệnh viêm khớp hệ thống (trong đó VKDT chiếm đa số) phải tạm ngừng nhóm thuốc chống thấp khớp cải thiện bệnh (Disease Modifying AntiRheumatic Drugs -

¹Hội Thấp Khớp Học Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Thu

ĐT: 0903856255

Email: thuleanh12@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2024

Ngày duyệt bài: 5.2.2024

DMARDs) trong thời kỳ mang thai hoặc cho con bú. Mặc dù đây là một cách làm phù hợp đối với một số bệnh nhân do các thuốc này có thể tiềm ẩn độc tính đối với thai nhi, nhưng ở một số bệnh nhân, đặc biệt khi tình trạng bệnh chưa được kiểm soát, việc ngừng thuốc có thể làm bệnh bùng phát, dẫn đến kết quả bất lợi cho cả mẹ và thai nhi.

II. CÁC VẤN ĐỀ ĐANG CẦN ĐƯỢC QUAN TÂM

2.1. Cơ chế miễn dịch phức tạp trong thời kỳ mang thai của các bệnh nhân viêm khớp hệ thống

Cơ chế miễn dịch phức tạp trong thời kỳ mang thai của các bệnh nhân viêm khớp hệ thống đã lôi cuốn sự quan tâm của các nhà nghiên cứu trong nhiều thập kỷ qua. Với những hiểu biết hiện nay, chúng ta có thể hình dung một cách đơn giản và dễ hiểu nhất là trong thời kỳ mang thai, hệ thống miễn dịch phải điều chỉnh để thích nghi với thai nhi vốn có đặc điểm di truyền khác với mẹ; nếu không, hệ thống miễn dịch của mẹ sẽ tấn công và phá hủy thai nhi. Sự thích ứng này rất quan trọng trong việc sinh tồn và duy trì nòi giống. Vấn đề là những người mắc các bệnh viêm khớp hệ thống vốn đã có sẵn một số rối loạn chức năng của hệ thống miễn dịch, khi mang thai, các rối loạn chức năng này có thể chuyển đổi một cách tự nhiên, liên quan đến từng loại bệnh. Đây cũng là một trong những lý do tại sao khi mang thai một số bệnh nhân LBDHT có thể bị bùng phát bệnh hay trở nặng thêm, ngược lại, bệnh lại thường có xu hướng ổn định hơn ở một số

bệnh nhân VKDT.

Trên thực tế, khi điều trị cho các bệnh nhân viêm khớp hệ thống trong độ tuổi sinh sản hoặc có dự định mang thai, chúng ta luôn phải giải thích cho họ và người thân (đặc biệt là người chồng) là để có “trẻ khỏe mạnh” cần có “bà mẹ khỏe mạnh”. Và để có “bà mẹ khỏe mạnh”, bệnh cần điều trị và kiểm soát thật tốt trước khi quyết định mang thai. Nếu lựa chọn được thời điểm mang thai thích hợp sẽ bảo đảm được sức khỏe cho mẹ và thai nhi, giảm tối đa các thuốc phải sử dụng trong thai kỳ để bảo vệ thai. Theo các quan sát lâm sàng, một số lớn bệnh nhân nữ VKDT báo cáo rằng tình trạng bệnh của họ có cải thiện trong thời kỳ mang thai và nhu cầu điều trị cũng giảm bớt. Đây là một điều cực kỳ may mắn cho bản thân người bệnh và giảm bớt nỗi lo cho các thầy thuốc vì có thể tạm ngưng các thuốc có thể ảnh hưởng tới thai kỳ cũng như kiểm soát liều lượng và thời gian sử dụng các thuốc kháng viêm một cách an toàn nhất

Tuy nhiên, cũng có những bệnh vẫn cần phải tiếp tục dùng thuốc vì bệnh không cải thiện hoặc thuyên giảm thậm chí vẫn tiếp tục tăng nặng. Việc sử dụng thuốc cho mẹ là cần thiết, nhưng phải bảo vệ thai vì vậy cần tuân thủ hướng dẫn và kiểm soát của thầy thuốc để an toàn nhất (có thể) cho cả mẹ và thai nhi.

2.2. Mâu thuẫn giữa nguyện vọng sinh con của người bệnh với nhu cầu điều trị và các giải pháp cho các bệnh nhân trong độ tuổi sinh sản

Sử dụng thuốc trong giai đoạn mang thai là điều hết sức thận trọng và cần được kiểm soát chặt chẽ bởi các thầy thuốc vì đa số các thuốc điều trị đều ít nhiều ảnh hưởng đến thai kỳ. Các thuốc chung thường dùng nhất cho nhóm bệnh này là các thuốc kháng viêm giảm đau, nên dùng càng ít càng tốt, tuy nhiên điều này phụ thuộc vào tình trạng bệnh lý của người bệnh tại thời điểm đó.

Với các bệnh viêm khớp hệ thống nói chung, đặc biệt là VKDT và VKVN, methotrexate (MTX) là thuốc đầu tay, còn gọi là điều trị chuẩn (gold standard), cho đa số bệnh nhân hay leflunomide (LEF) cho một số ít hơn, tuy nhiên cả 2 thuốc này đều không được sử dụng trong thời kỳ mang thai vì có nguy cơ cao gây dị tật cho thai nhi. Chính vì vậy, một nguyên tắc khi dùng thuốc này cho những người bệnh còn trong độ tuổi sinh đẻ là các bác sĩ phải giải thích thật kỹ và tư vấn cho họ sử dụng biện pháp tránh thai hiệu quả, để tránh những đáng tiếc có thể xảy ra cho con của họ. Để an toàn cho thai nhi, MTX cần phải ngưng dùng ít nhất 3 tháng trước khi có ý định mang thai và LEF cần phải ngưng dùng ít nhất 2 năm.

Như vậy, với các bệnh nhân trong độ tuổi sinh sản, cần có các giải pháp sau:

- Tư vấn đầy đủ về sức khỏe sinh sản, bệnh lý viêm khớp hệ thống và các nguy cơ tiềm ẩn cho người bệnh và cho thai nhi khi dùng một số loại thuốc

- Kiểm soát và quản lý việc mang thai để chọn thời điểm mang thai thích hợp nhất cho cả mẹ và thai nhi

- Kiểm soát, theo dõi và quản lý thuốc trong thời kỳ mang thai và cho con bú.

2.3. Sử dụng thuốc trong thời kỳ mang thai

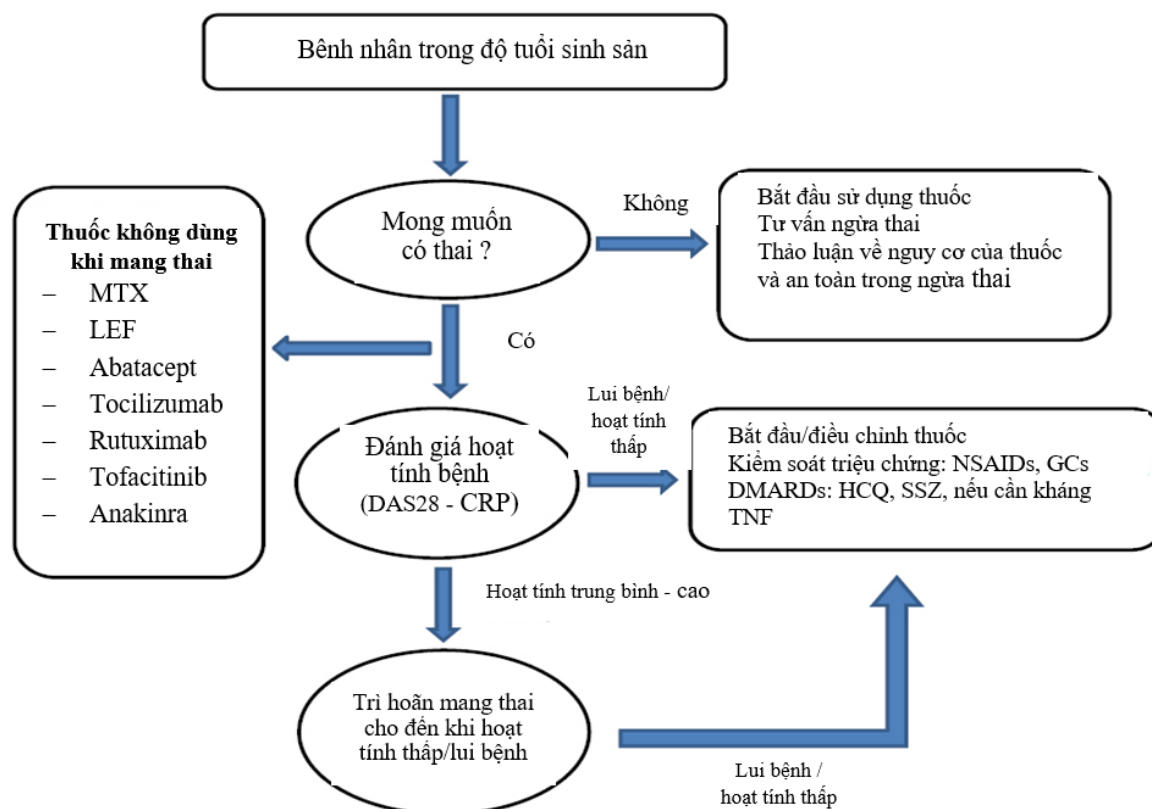
Nếu người bệnh được tư vấn, quản lý và kiểm soát tốt, họ sẽ có thai khi bệnh ổn định và đây là điều lý tưởng cho cả thầy thuốc và người bệnh vì:

- Với các DMARD cổ điển, có thể tạm ngưng hay nếu cần thuốc có thể chỉ định trong thời kỳ mang thai là hydroxychloroquine (HCQ) và/hoặc sulfasalazine (SSZ), thay cho MTX hoặc LEF

- Với các thuốc kháng viêm, nên cần dùng liều thấp nhất có thể ($\leq 5\text{mg/ngày}$) với nhóm corticosteroids (prednisone, prednisolone, methyprednisolon...). Không chỉ định các thuốc kháng viêm không chứa corticosteroid (NSAID) trong 3 tháng đầu và 3 tháng cuối của thai kỳ.

Nếu người bệnh đã được tư vấn, quản lý và kiểm soát, nhưng vẫn có thai khi bệnh chưa hoàn toàn ổn định, hoặc bệnh có xu hướng gia tăng thì việc điều trị cần được duy trì vì nếu bệnh không được điều trị, không chỉ ảnh hưởng bất lợi đến sức khỏe của người mẹ mà còn có ảnh hưởng lên thai nhi và trẻ sơ sinh. Các thầy thuốc có thể giải thích cho người bệnh yên tâm vì hiện nay đã có thêm lựa chọn điều trị hiệu quả và có thể sử dụng trong thời kỳ mang thai và cho con bú.

2.4. Tiếp cận điều trị bệnh nhân viêm khớp hệ thống ở nhóm tuổi sinh sản



Abbreviations: MTX, methotrexate; LEF, leflunomide; DAS28, Disease Activity Score in 28 joints; NSAIDs, nonsteroidal anti-inflammatory drugs; GCs, glucocorticoids; DMARD, disease-modifying antirheumatic drug; HCQ, hydroxychloroquine; SSZ, sulfasalazine; TNF, tumor necrosis factor; AZA, azathioprine

– Với các DMARD cổ điển, chúng ta có thể dùng hydroxychloroquine (HCQ) và/hoặc sulfasalazine (SSZ), thay cho MTX và LEF

– Nếu bệnh nặng hơn và các thuốc trên không kiểm soát được, các bác sĩ có thể chọn một DMARD sinh học thuộc nhóm kháng yếu tố hoại tử u nhóm alpha (TNF- α). Điều trị bằng các thuốc kháng TNF- α cũng có thể được tiếp tục trong thời kỳ mang thai nếu bệnh vẫn đang hoạt động. Mặc dù, dữ liệu an toàn cho thấy rằng không cần ngừng TNF- α ở bất kỳ giai đoạn nào của thai kỳ, tuy nhiên,

để an toàn, các bác sĩ chuyên khoa thấp khớp học có thể cân nhắc giảm liều hoặc giãn liều các thuốc này trong 3 tháng cuối của thai kỳ (nếu có thể), vì thuốc có thể qua rau thai và ức chế hệ thống miễn dịch của trẻ sơ sinh

– Với các thuốc kháng viêm, cần hạn chế sử dụng nhóm corticosteroids (prednisone, prednisolone, methyprednisolon...) liều càng thấp càng tốt vì liều cao hơn 8mg hàng ngày, đã được xác định là có hại cho sức khỏe cả mẹ và thai. Các thuốc kháng viêm không chứa corticosteroid (NSAID) có thể được sử dụng trong ba tháng giữa của thai kỳ nhưng nên tránh dùng trong ba tháng đầu và cuối của thai kỳ vì có thể gây ra tình trạng còn ống động mạch, thiếu ối (oligohydraminos) và ảnh hưởng tới sự phát triển của thai nhi.

– Acetaminophen nên tránh sử dụng trong thai kỳ vì hiệu quả kháng viêm rất thấp và ngày càng có nhiều lo ngại về tính an toàn

2.5. Hướng dẫn sử dụng thuốc cho người bệnh mang thai (hoặc cho muốn thụ thai)

Preferred medications (if required)	Medications relatively safe to use (require individualized approach)	Contraindicated medications	Inadequate data to support safety
Glucocorticoids (B) ^a	TNF α inhibitors (B)	Methotrexate (X)	Anakinra (B)
NSAIDs (B) ^b	Azathioprine (D)	Leflunomide (X)	Abatacept (C)
Hydroxychloroquine (C)			Tocilizumab (C)
Sulfasalazine (B)			Tofacitinib (C)
			Rituximab (C) ^c

Ghi chú: Danh mục mang thai của FDA Hoa Kỳ cho mỗi loại thuốc được trích dẫn trong ngoặc đơn:

A: các nghiên cứu trên người có kiểm soát cho thấy không có nguy cơ;

B: không có bằng chứng về rủi ro trong các nghiên cứu;

C: không thể loại trừ rủi ro; D: bằng chứng tích cực về rủi ro; X: chống chỉ định trong thai kỳ.

2.6. Vai trò của các bác sĩ chuyên khoa thấp khớp học đối với sức khỏe sinh sản của các bệnh nhân viêm khớp hệ thống và tầm quan trọng của việc giáo dục bệnh nhân trong vấn đề này

Các bác sĩ thấp khớp học luôn nhận thức rằng sức khỏe sinh sản là quan trọng cần được quan tâm và nhu cầu mang thai rất thiêng liêng đối với mọi phụ nữ, đặc biệt các bệnh nhân viêm khớp hệ thống. Tuy nhiên trong thực tế, các bác sĩ cũng gặp khá nhiều thách thức, bao gồm: hiểu biết và quan điểm của từng người bệnh, sự tuân thủ các hướng dẫn của chuyên môn, thiếu khả năng tiếp cận các thông tin chính thống, việc phối hợp với các bác sĩ sản phụ khoa trong chăm sóc sức khỏe sinh sản cho người bệnh chưa có quy định một cách rõ ràng...

Có một số cách tiếp cận để tăng cường chăm sóc sức khỏe sinh sản cho bệnh nhân thông qua các chương trình đào tạo cho bác sĩ lâm sàng về quy trình làm việc với người bệnh, quản lý thai nghén, tránh thai và sử

dụng thuốc an toàn trong thời kỳ mang thai và cho con bú cho các bệnh nhân viêm khớp hệ thống. Các bác sĩ lâm sàng cũng có thể xem xét tích hợp các lời nhắc nhở trong các toa thuốc, giấy hẹn tái khám, hồ sơ sức khỏe điện tử, hoặc các biểu mẫu tiếp nhận mà bệnh nhân cần hoàn thành trước khi được thăm khám. Ở các nước tiên tiến, nhiều tài liệu giáo dục miễn phí, cung cấp cho cả các bác sĩ lâm sàng và bệnh nhân khá đầy đủ về các vấn đề liên quan.

– Một thách thức khác là đối với giới chuyên môn, việc mang thai là một quyết định cần được thực hiện khi cân nhắc tình trạng sức khỏe cho phép, nhưng một số bệnh nhân lại không coi việc mang thai là một quyết định y tế mà là quyết định của cá nhân họ !. Và, như chúng ta đều biết, một số bệnh nhân không lựa chọn được thời điểm mang thai thích hợp, họ mang thai vào thời điểm mà bệnh của họ đang hoạt động hoặc họ đang có nguy cơ đặc biệt cao liên quan đến các thuốc đang dùng, ví dụ MTX !. Đây cũng là một trong nhiều lý do tại sao chiến lược điều trị lấy bệnh nhân làm trung tâm được đề xướng và thực hiện rộng rãi. Chiến lược này được thiết lập bởi các khái niệm về quyền tự chủ và công bằng trong mọi vấn đề, kể cả sinh sản với người bệnh. Lấy bệnh nhân làm trung tâm đòi hỏi sự trao đổi cởi mở giữa bệnh nhân và bác sĩ chuyên khoa thấp khớp học về kế hoạch hóa gia đình, các mục tiêu và sở thích sinh sản của bệnh nhân. Các bác

sĩ thấp khớp học sẽ giải thích những rủi ro và lợi ích của các phương pháp tiếp cận khác nhau theo những cách mà người bệnh có thể hiểu được. Sau đó, bệnh nhân có thể đưa ra quyết định phù hợp nhất với những gì quan trọng đối với họ. Đôi khi các quyết định của bệnh nhân sẽ không được khuyến khích về mặt y tế. Tuy nhiên, họ có quyền cơ bản của con người là sinh con hoặc không, cũng như sinh vào thời điểm này hay thời điểm khác, các ý kiến của chuyên môn chỉ để họ tham khảo chứ không thể áp đặt.

2.7. Theo khuyến cáo của các Hiệp hội Thấp khớp học trên thế giới và Việt Nam, các phụ nữ mắc các bệnh viêm khớp hệ thống trong độ tuổi sinh sản, khi điều trị bệnh, nên sử dụng ít nhất một biện pháp tránh thai hiệu quả

Các bác sĩ thấp khớp học sẽ phải tư vấn cho các bệnh nhân của mình, đặc biệt là những người bệnh trẻ tuổi, chưa có con và đang mong muốn có con, là cần kiểm soát việc này để việc mang thai được an toàn vì nguyện vọng có con là việc rất chính đáng, cần được ủng hộ, tôn trọng và hỗ trợ tối đa. Tuy nhiên, đây là một việc khá tế nhị liên quan đến quyền tự do cá nhân của từng người bệnh. Các bác sĩ thấp khớp học cũng cần hiểu rõ về sự an toàn của việc sử dụng các biện pháp tránh thai trên các bệnh nhân của mình để có thể tư vấn, hướng dẫn thích hợp cho từng bệnh nhân cụ thể.

– Với những người có kháng thể kháng phospholipid (aPL), nên tránh các biện pháp tránh thai có chứa estrogen vì có thể làm tăng nguy cơ huyết khối. Một số lựa chọn an toàn nhất cho những bệnh nhân này bao gồm: dụng cụ tử cung bằng đồng (IUD), không có nội tiết tố, vòng tránh thai chứa progestin, hay viên thuốc chỉ chứa progestin. Tiêm thuốc ngừa thai chỉ có progestin (không có

estrogen) vẫn có thể làm tăng nguy cơ hình thành huyết khối, vì vậy nó không phải là phương pháp lý tưởng cho những bệnh nhân có kháng thể aPL. Biện pháp cấy ghép dưới da bằng progestin, chưa có nhiều thông tin về sự an toàn.

– Bệnh nhân viêm khớp hệ thống nói chung, chưa ổn định, mức độ hoạt động bệnh mức trung bình hoặc cao nên lựa chọn biện pháp tránh thai hiệu quả và an toàn với các phương pháp không chứa estrogen

– Những bệnh nhân LBDHT được kiểm soát tốt, không có kháng thể aPL và các bệnh nhân VKDT, VKVN có thể sử dụng nội tiết tố, bao gồm cả thuốc uống tránh thai có chứa estrogen và vòng đặt âm đạo có chứa estrogen. Miếng dán estrogen không được khuyến khích lúc này vì nó có nồng độ estrogen cao hơn các hình thức tránh thai chứa estrogen khác trên thị trường và chưa được nghiên cứu ở bệnh nhân LBDHT

Tuy nhiên, cũng cần lưu ý rằng trên thực tế, một số bệnh nhân không chỉ lựa chọn các biện pháp tránh thai dựa trên tính an toàn và hiệu quả theo tư vấn của giới chuyên môn mà còn theo ý kiến, nguyện vọng, sở thích... của cá nhân họ !

2.8. Cần thiết tiếp cận đa mô thức để hỗ trợ tốt nhất cho người bệnh trước, trong khi mang thai và sinh con

Bác sĩ sản phụ khoa có một vai trò quan trọng nhằm giúp bệnh nhân chuẩn bị mang thai, trải qua thai kỳ hoặc sinh con một cách an toàn. Các bác sĩ chuyên khoa Thấp khớp học cần có sự hỗ trợ của bác sĩ sản phụ khoa nhưng trên thực tế, người bệnh thường được tiếp cận với bác sĩ sản phụ khoa khá trễ, chỉ khi quản lý thai nghén, chăm sóc và tư vấn các vấn đề liên quan đến thai sản và thuốc của họ trong thời kỳ mang thai... và nhiều khi các bác sĩ của hai chuyên khoa này

không có nhiều cơ hội để làm việc cùng nhau.

Ngoài những vấn đề nêu trên, người bệnh và cả các bác sĩ phải đối mặt với các vấn đề liên quan đến pháp lý, đó là việc phải phá thai hoặc cần đến các phương pháp điều trị sinh sản cho người bệnh. Điều này có thể gây ra những rắc rối đáng kể về chuyên môn, tình cảm, đạo lý và pháp lý cho bản thân người bệnh, gia đình họ và các bác sĩ liên quan.

Với một số bệnh nhân, họ lỡ có thai khi đang dùng MTX hoặc LEF, đây quả thực là việc hết sức nghiêm trọng, lẽ ra không thể được xảy ra. Về nguyên tắc, bệnh nhân đã được tư vấn kỹ trước khi dùng thuốc, bệnh nhân đã phải biết thuốc này không được sử dụng trong thời kỳ mang thai vì có nguy cơ cao gây dị tật cho thai nhi vậy nên khi người bệnh còn trong độ tuổi sinh đẻ, sẽ phải sử dụng biện pháp tránh thai hiệu quả. Khi có ý định có thai, cần thông báo với bác sĩ điều chỉnh thuốc và tính toán thời điểm an toàn cho thai nhi. Tuy nhiên, ở đời làm sao học hết được chữ ngờ...!

– Như vậy người bệnh sẽ phải cân nhắc việc bỏ thai vì họ đã lỡ có thai vào thời điểm đang sử dụng thuốc có khả năng gây bất thường cho thai nhi. Nếu giữ thai, nhiều khả năng dẫn đến dị tật và/hoặc rối loạn phát triển thần kinh ở trẻ sơ sinh, đây sẽ là bi kịch với cuộc sống của cả gia đình và xã hội sau này. Tuy nhiên, ai sẽ là người quyết định? Không ai khác mà chính người bệnh sẽ là người phải quyết định và đây là một quyết định hết sức khó khăn!

– Về phía chuyên môn, các bác sĩ thấp khớp học cần phải xem xét cẩn thận khi kê đơn thuốc có thể gây dị tật thai cho những bệnh nhân trong tuổi sinh đẻ vì một số bệnh nhân không muốn sử dụng biện pháp tránh thai hiệu quả để tránh thai vì bất kỳ lý do

nào, chưa kể các trường hợp không dung nạp biện pháp tránh thai hoặc lo lắng về các phương pháp đặt dụng cụ tránh thai, hoặc vẫn mong muốn mang thai hoặc thậm chí có ý mang thai bất kể đã được giải thích các rủi ro có thể xảy ra với thai nhi.

2.9. Những thách thức cho nhóm bệnh nhân viêm khớp hệ thống tại Việt Nam

Ở nước ta, nhiều bệnh nhân mắc các bệnh viêm khớp hệ thống sống ở nông thôn, trình độ học vấn thấp, thu nhập thấp, khả năng tiếp cận thông tin kém, dễ tiếp thu các thông tin nhiễu, mê tín dị đoan hay các hủ tục... vì vậy họ rất cần những hướng dẫn đầy đủ của các bác sĩ chuyên khoa về việc quản lý sức khỏe sinh sản và đời sống tinh dục của họ, việc lập kế hoạch mang thai, mang thai an toàn, cho con bú và nuôi con bằng sữa mẹ... trong suốt quá trình điều trị bệnh. Tuy nhiên, điều này dường như còn khá là xa xỉ với phần đông các chị em. Chiến lược điều trị lấy bệnh nhân làm trung tâm cho các bệnh lý viêm khớp mạn tính theo xu hướng chung đã được đề cập tại Việt Nam nhưng việc áp dụng trên thực tế còn rất nhiều bất cập. Điều này có nghĩa là các bác sĩ chuyên khoa Thấp khớp học cần quan tâm hơn nữa không chỉ tới bệnh lý mà cả sức khỏe sinh sản và đời sống tinh dục của người bệnh. Trong khi việc tiếp cận đa chuyên khoa còn chưa thuận tiện, trước hết chúng ta, hãy cho người bệnh một điểm tựa, một niềm tin, một sự cảm thông và chia sẻ. Điều này sẽ giúp người bệnh tuân thủ tốt hơn các hướng dẫn của chuyên môn

III. KẾT LUẬN

Chăm sóc sức khỏe sinh sản cho các bệnh nhân viêm khớp hệ thống cần được các bác sĩ chuyên khoa thấp khớp học quan tâm hơn khi xây dựng kế hoạch chăm sóc toàn diện cho họ. Mục tiêu lấy bệnh nhân làm

trung tâm đòi hỏi sự trao đổi cởi mở giữa bệnh nhân và bác sĩ các chuyên khoa liên quan, để bệnh nhân được chủ động tham gia vào chương trình điều trị của chính mình với các mục tiêu có thể đạt được trong điều trị bệnh và cả những vấn đề liên quan đến sức khỏe sinh sản và thiên chức làm mẹ thiêng liêng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Krause ML, Makol A.** Management of rheumatoid arthritis during pregnancy: challenges and solutions. *Open Access Rheumatol.* 2016;8:23-36.
2. **Gerosa M, Schioppo T, Meroni PL.** Challenges and treatment options for rheumatoid arthritis during pregnancy. *Expert Opin Pharmacother.* 2016;17(11):1539-1547.
3. **La Moigne E, Tromeur C, Delluc A, et al.** Risk of recurrent venous thromboembolism on progestin-only contraception: a cohort study. *Haematologica.* 2016;101(1):e12-e14.
4. **Le Anh Thu,** Viêm khớp dạng thấp. Bệnh học những bệnh cơ xương khớp thường gặp, Nhà xuất bản Y học 2020, 103-135
5. **Østensen M.** Sexual and reproductive health in rheumatic disease. *Nat Rev Rheumatol.* 2017; 13:485-493. doi: 10. 1038/nrrheum.2017.102
6. **Sammaritano L, Bermas BL, Chakravarty EE, et al.** 2020 American College of Rheumatology guideline for the management of reproductive health in rheumatic and musculoskeletal diseases. *Arthritis Rheumatol.* 2020;72(4):529-556.
7. **Soh MC, Nelson-Piercy C.** High-risk pregnancy and the rheumatologist *Rheumatology (Oxford).* 2015;54(4): 572-584.
8. **Talabi MB, Eudy AM, Jayasundara M, et al.** Tough choices: exploring medication decision-making during pregnancy and lactation among women with inflammatory arthritis. *ACR Open Rheumatol.* Published online June 11, 2021.
9. **Wolgemuth T, Stransky OM, Chodoff A, et al.** Exploring the preferences of women regarding sexual and reproductive health care in the context of rheumatology: a qualitative study. *Arthritis Care Res.* 2021;73(8):1194-1200. doi:10.1002/acr.24249
10. **US Food and Drug Administration.** FDA recommends avoiding use of NSAIDs in pregnancy at 20 weeks or later because they can result in low amniotic fluid. Updated October 16, 2020. Accessed May 11, 2022.