

tràn ra bờ trước và đĩa đệm là do có đường vỡ trước và đường vỡ lan lên đĩa từ trước phẫu thuật. Có 3 bệnh nhân có xẹp đốt sống liền kề sau 3 tháng phẫu thuật, chiếm tỉ lệ 3,75%. Không có biến chứng nhiễm trùng, chảy máu, tắc mạch phổi... Có 3,33% bệnh nhân xẹp đốt sống sau bơm xi măng, tương tự với kết quả của Đỗ Mạnh Hùng với tỷ lệ 2,4% [1], và thấp hơn nghiên cứu của Taylor với tỷ lệ 9 - 20,7% [7]. Các đốt sống liền kề có nguy cơ bị xẹp thì 2 sau mổ do loãng xương nặng, một nguyên nhân khác có thể do chấn thương sau mổ, hoặc lượng xi măng bơm quá nhiều cũng có thể gây ảnh hưởng tới đốt sống liền kề.

## V. KẾT LUẬN

Bơm xi măng có bóng điều trị bệnh xẹp đốt sống do loãng xương là phương pháp điều trị có hiệu quả cao trong cải thiện góc gù thân đốt sống, giảm đau tốt và sớm ngay sau phẫu thuật, cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. Là phương pháp an toàn và phù hợp với người cao tuổi vì thời gian mổ, thời gian nằm viện ngắn, chỉ gây tê tại chỗ và tỷ lệ tai biến biến chứng thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Mạnh Hùng.** Nghiên cứu ứng dụng tạo hình đốt sống bằng bơm cemet có bóng cho người bệnh xẹp đốt sống do loãng xương. Luận văn Tiến sĩ Đại học Y Hà Nội. 2018.
2. **Vũ Đức Đạt.** Kết quả tạo hình thân đốt sống ngực bằng bơm xi măng sinh học có bóng cho các bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn Thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội. 2019.
3. **Đỗ Mạnh Hùng, Nguyễn Văn Thạch,** Đánh giá kết quả tạo hình đốt sống bằng bơm xi măng sinh học ở người bệnh xẹp đốt sống do loãng xương tại Bệnh viện Việt Đức, 2010, Y học Việt Nam, 2(374): 182-187.
4. **Cyrus Cooper (2008),** Worldwide epidemiology of osteoporotic fractures, Innovation in skeletal medicine, ELSEVIER, 95-112.
5. **Lee JH, Kwon JT, Kim YB, Suk JS.** Segmental deformity correction after balloon kyphoplasty in the osteoporotic vertebral compression fracture. J Korean Neurosurg Soc. 2007;42(5):371-6.
6. **Kircelli A, Coven I.** Percutaneous Balloon Kyphoplasty Vertebral Augmentation for Compression Fracture Due to Vertebral Metastasis: A 12-Month Retrospective Clinical Study in 72 Patients. Med Sci Monit. 2018; 24:2142-8.
7. **Taylor RS, Fritzell P, Taylor RJ.** Balloon kyphoplasty in the management of vertebral compression fractures: an updated systematic review and meta-analysis. Eur Spine J. 2007;16(8):1085-100.

## NHẬN XÉT XỬ TRÍ SẢN KHOA Ở THAI PHỤ MẮC BỆNH CẦU THẬN BA THÁNG CUỐI THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Anh Sơn<sup>1</sup>, Phạm Bá Nha<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét xử trí sản khoa ở thai phụ mắc bệnh cầu thận trong 3 tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu cắt ngang trên 109 thai phụ mắc bệnh cầu thận 3 tháng cuối thai kỳ được xử trí sản khoa tại khoa Phụ - Sản Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 29,0±5,1 tuổi. Mang thai lần 2 chiếm tỉ lệ cao nhất 46,8%. Viêm cầu thận lupus chiếm tỉ lệ cao nhất 49,5%. ĐTN có 59,6% thiếu máu, 49,5% albumin máu <30g/l, 23,9% protein niệu >3g/l. Tuổi thai trung bình là 35,4±3,4 tuần. Trọng lượng thai khi sinh ra trung bình là 2193,1±828,9g. Tỉ lệ thai chậm tăng trưởng trong tử cung là 34,9%. Tỉ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar ≥ 7 ở phút đầu tiên là 79,2%. Tỉ lệ mổ lấy

thai là 81,7%, trong đó mổ lấy thai chủ động là 89,9%. 16,5% thai phụ có biến chứng trong quá trình mang thai và hậu sản. **Kết luận:** Thai nghén và bệnh cầu thận là một tình trạng thai nghén nguy cơ cao cho cả mẹ và thai, việc theo dõi, điều trị kết hợp giữa bác sĩ chuyên khoa và bác sĩ sản khoa giúp cho việc sớm phát hiện các biến chứng và có thái độ xử trí kịp thời.

**Từ khóa:** Bệnh cầu thận, thai chậm phát triển trong tử cung, thai nghén nguy cơ cao.

### SUMMARY

#### REMARKS ON OBSTETRICS MANAGEMENT IN PREGNANT WOMEN WITH GLOMERULAR DISEASE IN THE LAST THREE MONTHS OF PREGNANCY AT BACH MAI HOSPITAL

**Objective:** Describe the clinical and paraclinical characteristics and comment on obstetric management in pregnant women with glomerular disease in the last 3 months of pregnancy at Bach Mai Hospital. **Research subjects and methods:** Cross-sectional retrospective descriptive study on 109 pregnant women with glomerular disease in the last 3 months of pregnancy treated obstetrically at the Obstetrics and Gynecology Department of Bach Mai Hospital. **Results:** The average age of the study subjects was

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Sơn

Email: dr.nguyensson227@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 15.12.2023

29.0±5.1 years old. Second pregnancy accounts for the highest rate of 46.8%. Lupus glomerulonephritis accounts for the highest rate of 49.5%. Diabetic patients had 59.6% anemia, 49.5% blood albumin <30g/l, 23.9% proteinuria >3g/l. The average gestational age was 35.4±3.4 weeks. The average fetal weight at birth was 2193,1±828.9g. The rate of intrauterine growth restriction is 34.9%. The rate of newborns with an Apgar index ≥ 7 in the first minute is 79.2%. The rate of cesarean section is 81.7%, of which elective cesarean section is 89.9%. 16.5% of pregnant women have complications during pregnancy and postpartum. **Conclusion:** Pregnancy and glomerulonephritis is a high-risk pregnancy condition for both mother and fetus, combined monitoring and treatment between nephrologists and obstetricians helps to detect complications early, complications and timely treatment. **Keywords:** Glomerular disease, intrauterine growth restriction, high-risk pregnancy.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh cầu thận là bệnh thận có tổn thương ban đầu hay tổn thương xuất hiện ở cầu thận sớm nhất. Các tổn thương ống thận và kẽ thận có thể xảy ra tuy nhiên chỉ là tổn thương thứ phát. Tại Việt Nam bệnh cầu thận vẫn là một bệnh thận phổ biến và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây suy thận mạn tính và cũng là một trong số ít các bệnh thận có thể điều trị được.

Thai nghén làm nặng thêm các bệnh cầu thận, ngược lại bệnh lý cầu thận nếu không được điều trị ổn định có thể có nhiều bất lợi cho thai như thai chậm phát triển trong tử cung, tiền sản giật, sản giật, băng huyết sau đẻ. Do đó bệnh nhân mắc bệnh cầu thận cần được điều trị ổn định không có các dấu hiệu tiến triển về lâm sàng và cận lâm sàng trong 6 tháng liền trước đó.

Việc theo dõi và quản lý sát các thai phụ mắc bệnh cầu thận, phát hiện các biến chứng cho mẹ đặc biệt là biến chứng TSG và nguy cơ cho thai, nhất là các trường hợp thai chậm phát triển trong tử cung giúp các nhà sản khoa quyết định thời điểm dừng thai nghén nhằm hạn chế tổn thương ở mẹ và an toàn cho thai nhi.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là 109 thai phụ mắc bệnh cầu thận có tuổi thai từ 28 tuần được xử trí sản khoa tại Khoa Phụ - Sản, Bệnh viện Bạch Mai.

**\* Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

- Thai phụ được chẩn đoán mắc bệnh cầu thận có tuổi thai từ 28 tuần. Có thể được chẩn đoán trước hoặc trong lần mang thai lần này.

- Được xử trí sản khoa tại Khoa Phụ - Sản, Bệnh viện Bạch Mai.

**\* Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Hồ sơ không đầy đủ thông tin
- Bệnh nhân mắc kèm theo các bệnh lý nội khoa nặng khác và việc xử trí sản khoa do các bệnh lý nội khoa đó là chủ yếu chứ không phải là bệnh lý thận: suy gan cấp, suy tim cấp...

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

- Địa điểm: Bệnh viện Bạch Mai
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2021-12/2022

**2.2.2. Thiết kế nghiên cứu:** mô tả, hồi cứu

**2.2.3. Cách nghiên cứu:** chọn mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

**2.2.4. Đạo đức nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu, các số liệu thu thập được từ hồ sơ bệnh án của người bệnh, được sự chấp thuận của bệnh viện. Thông tin cá nhân của người bệnh được giữ bí mật.

**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

**3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		N(%)	Tổng
Tuổi mẹ	<20	0,9%	109
	20-29	58,7%	
	30-34	29,4%	
	≥35	11,0%	
Số lần mang thai	1	32,1%	109
	2	46,8%	
	3	19,3%	
	4	1,8%	
Thời điểm c.đ bệnh	Trước mang thai	84,4%	109
	Khi mang thai	15,6%	
Tỷ lệ các loại bệnh cầu thận	VCT mạn	15,6%	109
	VCT lupus	49,6%	
	HCTH	15,6%	
	Tổn thương thận cấp	6,4%	
	Suy thận mạn	12,8%	

Tuổi trung bình của các sản phụ là 29,0±5,1. Độ tuổi từ 20-29 chiếm tỉ lệ cao nhất (58,7%), phù hợp vì đây là lứa tuổi có hoạt động sinh sản chính. Mang thai lần 2 chiếm tỉ lệ cao nhất (46,8%). Có 84,4% thai phụ được chẩn đoán mắc bệnh cầu thận trước khi mang thai, điều đó cho thấy tỉ lệ thai phụ được chẩn đoán và điều trị trước khi mang thai ngày càng tăng lên. VCT lupus chiếm tỉ lệ cao nhất trong các loại bệnh cầu thận (49,6%).

**3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Đặc điểm		N/%	Tổng
Phù	Không phù	34,9%	109
	Có phù	65,1%	
THA	Không THA	55,0%	109
	THA độ I	31,2%	
	THA độ II	11,0%	

	THA độ III	2,8%	
<b>Thiếu máu</b>	Bình thường	42,2%	109
	TM nhẹ	38,5%	
	TM vừa	18,4%	
	TM nặng	0,9%	
<b>Albumin máu</b>	<30g/l	49,5%	109
	≥30g/l	50,5%	
<b>Hemoglobin máu</b>	<110g/l	57,8%	109
	≥110g/l	42,2%	
<b>Protein niệu</b>	<0,5g/l	36,7%	109
	0,5-3g/l	39,4%	
	>3g/l	23,9%	

Trong nhóm ĐTNC có 65,1% bệnh nhân có phù, phù là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của nhóm thai phụ này. Có 45,0% bệnh nhân có THA, THA độ I chiếm tỉ lệ cao nhất 31,2%, chủ yếu được điều trị bằng các thuốc huyết áp như Dopegyt, thuốc lợi tiểu và các thuốc hạ áp nhóm ức chế men chuyển là chống chỉ định trước khi lấy thai ra. Có 57,8% bệnh nhân có thiếu máu, chủ yếu là thiếu máu nhẹ (38,5%). Tỉ lệ thiếu máu cao hơn so với tỉ lệ thiếu máu đối với PNCT nói chung ở VN là 25,6%. Có 49,5% bệnh nhân có albumin máu <30g/l. Có 23,9% bệnh nhân có protein niệu >3g/l. Cầu thận tổn thương làm thoát protein ra nước tiểu, làm giảm albumin máu, cũng là một nguyên nhân gây ra các triệu chứng như phù hay thiếu máu ở nhóm thai phụ mắc bệnh thận.

**3.3. Kết quả xử trí sản khoa**

**3.3.1. Phương pháp kết thúc thai kỳ**

Cách thức đẻ		n	Tỷ lệ (%)
<b>Đẻ đường âm đạo</b>	Chuyển dạ tự nhiên	12	11,0
	Đặt thuốc gây chuyển dạ	8	7,3
<b>Mổ lấy thai</b>	Chủ động	80	88,9
	Khi chuyển dạ	9	11,1
<b>Tổng</b>		109	100,0

Có 89 bệnh nhân được mổ lấy thai chiếm tỉ lệ 81,7%, mổ lấy thai chủ động chiếm 88,9%. Tỉ lệ mổ đẻ cao có nhiều nguyên nhân trong đó do sự tiến bộ trong điều trị bệnh lý thận nên số bệnh nhân có thai lần 2, 3 có mổ cũ tăng lên, ngoài ra nó còn nằm trong xu hướng chung của sự ra tăng tỉ lệ mổ lấy thai hiện nay. Cả 8 BN thai lưu đều được kết thúc thai kỳ bằng đặt thuốc âm đạo gây chuyển dạ. Thuốc được sử dụng là Alsoben 200µg, liều ¼ viên, cách mỗi 6h. Bệnh nhân đặt liều ít nhất là 2 liều, nhiều nhất là 12 liều. Không có bệnh nhân thai lưu nào phải chuyển mổ.

**3.3.2. Thời gian điều trị nội trú tại khoa sản sau sinh**

<b>Phương pháp đẻ</b>	<b>Ngày sản phụ nằm khoa</b>
-----------------------	------------------------------

	sản sau sinh	
	Thai < 37 w	Thai ≥ 37 w
Mổ lấy thai	7,3±3,0	5,9±1,2
Đẻ đường â.đ	4,9±2,4	3,0±0,6

Thời gian điều trị nội trú tại khoa sản của nhóm ĐTNC cao hơn so với trung bình của các sản phụ không mắc bệnh thận. Trung bình sản phụ sau đẻ thường nằm viện trong 24h sau đẻ, với đẻ mổ là 4-5 ngày. ĐTNC của chúng tôi có thai kèm bệnh lý thận nên thời gian nằm điều trị nội trú sau đẻ ở khoa sản dài hơn trung bình 2-3 ngày. Thời gian nằm điều trị sau đẻ tại khoa sản ở nhóm sản phụ có tuổi thai < 37 tuần cũng cao hơn ở nhóm sản phụ có tuổi thai ≥ 37 tuần khoảng 1-2 ngày, vì tình trạng bệnh lý của nhóm sản phụ sinh đủ tháng ổn định hơn so với nhóm sản phụ còn lại.

**3.3.3. Biến chứng về phía sản phụ trong thời gian mang thai và hậu sản.**

Biến chứng	Tuổi thai	Số lượng	Tỷ lệ
Nhiễm khuẩn hậu sản		9	8,3%
Sản giật		2	1,8%
Vỡ tử cung		0	0
Băng huyết sau sinh		4	3,7%
Bục vết mổ		3	2,8%
<b>Tổng</b>		<b>18</b>	<b>16,5%</b>

Có 16,5% sản phụ gặp biến chứng trong quá trình mang thai và hậu sản. Biến chứng hay gặp nhất là nhiễm khuẩn hậu sản (8,3%). Có 4 bệnh nhân có băng huyết sau sinh, trong đó 2 bệnh nhân đẻ đường âm đạo băng huyết sau sinh được xử trí bằng thuốc (Duratocin) và kích thích cơ học đáy TC, 2 bệnh nhân băng huyết trong mổ đẻ được xử trí bằng thắt động mạch tử cung kết hợp với thuốc (Duratocin, Transamin, Calci). Có 2 bệnh nhân xuất hiện cơn sản giật, 1 bệnh nhân xuất hiện cơn giật tại khoa Phụ-Sản, 1 bệnh nhân còn lại xuất hiện cơn giật tại TT Thận-Tiết niệu, rất may cả 2 đều được cấp cứu kịp thời và mổ lấy thai cứu sống được thai nhi. 3 bệnh nhân bị bục vết mổ thành bụng cần khâu lại, cả 3 bệnh nhân này đều bị HCTH mổ theo đường rạch thành bụng đường dọc, đái protein rất nhiều, albumin máu thấp, xuất hiện bục vết mổ khoảng 21-25 ngày sau mổ đẻ. Do đó đối với những sản phụ mắc bệnh cầu thận thời kì hậu sản cần tái khám định kỳ 1 tuần/lần để phát hiện kịp thời các biến chứng.

**3.4. Đặc điểm của thai nhi**

**3.4.1. Đặc điểm chung của thai nhi**

Đặc điểm	%	Tổng	
<b>Kết quả thai</b>	Đủ tháng	50,5	109

<b>ngén</b>	Non tháng	42,2	
	Thai lưu	7,3	
<b>Tình trạng thai</b>	Bình thường	65,1	109
	CPTTTC	34,9	
<b>Apgar</b>	≥7 điểm	79,2	101
	<7 điểm	21,8	
<b>Cân nặng khi sinh (g)</b>	<37w	1570,0±637,8	
	≥37w	2782,1±488,1	

Tỉ lệ thai CPTTTC chiếm 34,9%, khá phù hợp với nghiên cứu của Katz là 39%, cho thấy tỉ lệ thai CPTTTC của nhóm đối tượng này còn khá cao nguyên nhân do dinh dưỡng kém (giảm albumin máu, thiếu máu) ngoài ra còn do vấn đề về tuần hoàn tử cung-rau. Tỉ lệ thai lưu là 7,3% trong đó phần lớn (6/8) thai phụ phát hiện bệnh lần đầu khi mang thai nên bệnh lý thận chưa được kiểm soát ổn định. Tỉ lệ sơ sinh non tháng là 42,2%, tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Trần Văn Chất là 40%. Tỉ lệ trẻ sơ sinh có Apgar ≥ 7 điểm phút đầu tiên là 79,4%. Cân nặng trung bình của sơ sinh đủ tháng là khoảng 2800g, khá tốt so với sơ sinh đủ tháng nói chung, cho thấy nếu thai phụ mắc bệnh cầu thận được điều trị bệnh thận cũng như quản lý thai nghén tốt thì tiên lượng đối với sơ sinh khá tốt.

**3.4.2. So sánh môi liên quan giữa tỉ lệ sơ sinh có Apgar ≥ 7 điểm theo tuần thai**

Tuổi thai	Phân độ Apgar		Tổng	p
	<7 điểm	≥ 7 điểm		
≥37 w	5	57	62	p=0,118
34-<37 w	5	17	22	
<b>Tổng</b>	<b>10</b>	<b>74</b>	<b>84</b>	

Tỉ lệ trẻ sơ sinh có Apgar ≥ 7 điểm ở nhóm tuổi thai ≥ 37 tuần cao hơn nhóm tuổi thai 34-<37 tuần. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 (p=0,118). Điều đó cho thấy việc giới hạn tiêm trường thành phổi ở mốc 34 tuần. Việc tiêm trường thành phổi ở thai >34 tuần không có nhiều ý nghĩa trong việc cải thiện chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh mà còn có thể gặp tác dụng không mong muốn của thuốc trường thành phổi đối với thai nhi.

**3.5. Môi liên quan giữa các giá trị cận lâm sàng và trọng lượng sơ sinh**

**3.5.1. Môi liên quan giữa nồng độ albumin máu và trọng lượng thai**

Albumin	Bình thường	CPTTTC	p
< 30g/l	24	32	p=0,000
≥ 30g/l	47	6	
<b>Tổng</b>	<b>71</b>	<b>38</b>	<b>109</b>

Tỉ lệ thai CPTTTC ở nhóm có albumin máu <30g/l cao hơn nhóm có albumin máu ≥30g/l. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Albumin chủ yếu do gan sản xuất là 1 thành

phần quan trọng để cấu tạo nên cơ thể sinh học. Bệnh nhân mắc bệnh cầu thận thường có nồng độ albumin máu thấp do mất qua nước tiểu. Do đó nâng albumin máu là một trong những biện pháp điều trị quan trọng không những đối với bệnh lý mẹ mà cả đối với sự phát triển của thai nhi. Biện pháp hiệu quả là truyền dung dịch Human albumin 20% khi albumin máu xuống thấp dưới 25g/l.

**3.5.2. Môi liên quan giữa Hemoglobin máu và trọng lượng thai**

Hemoglobin máu	Bình thường	CPTTTC	p
<110 g/l	32	33	p=0.000
≥ 110 g/l	39	5	
<b>Tổng</b>	<b>71</b>	<b>38</b>	

Tỉ lệ thai CPTTTC ở nhóm thai phụ có thiếu máu cao hơn nhóm không thiếu máu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Thiếu máu ảnh hưởng trực tiếp đến sự phát triển của thai nhi. Ảnh hưởng đến sự vận chuyển các chất dinh dưỡng cũng như hạn chế tuần hoàn tử cung-rau. Tỉ lệ thiếu máu chung ở phụ nữ có thai tại Việt Nam là 25,6%, tỉ lệ này trong nhóm thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn 57,8%. Theo khuyến cáo của BHYT nên duy trì nồng độ Hemoglobin máu của thai phụ khoảng trên 100g/l để đảm bảo các hoạt động của thai phụ cũng như sự phát triển của thai. Cần nhắc truyền máu khi Hemoglobin dưới 80g/l.

**IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ**

Nghiên cứu 109 thai phụ có tuổi thai từ 28 tuần trở lên, mắc bệnh cầu thận, sinh tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Bạch Mai trong 2 năm (2021-2022) chúng tôi có kết luận như sau:

Có thai ở bệnh nhân mắc bệnh cầu thận là một thai nghén nguy cơ cao. Cả đối với thai phụ và thai nhi. Thai nhi có thể gặp các biến chứng như thai lưu, sinh non, thai CPTTTC. Thai phụ có thể gặp các biến chứng như TSG, sản giật, THA kháng trị. Tỷ lệ đẻ non và cần hỗ trợ sơ sinh cao. Ngày nay, với sự phát tiến bộ của Y học và nhận thức của sản phụ ngày càng tăng dẫn đến tỉ lệ thai phụ có thể mang thai đủ tháng, mang thai lần 2 lần 3 ngày càng tăng. Việc kết hợp điều trị giữa các thầy thuốc chuyên khoa và Sản khoa đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá tình trạng tiến triển của bệnh để có quyết định đình chỉ thai kỳ đúng thời điểm.

Bệnh nhân có bệnh cầu thận cần điều trị ổn định trước khi có thai. Khi phát hiện có thai cần tiếp tục khám và điều trị theo phác đồ của bác sỹ chuyên khoa không được tự ý bỏ điều trị.

Sản phụ mắc bệnh cầu thận có nhiều nguy cơ gặp các biến chứng trong thai kỳ và hậu sản cao hơn so với các sản phụ không mắc bệnh do đó cần được khám Sản tầ suất thường xuyên hơn cả trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản để kịp thời phát hiện các biến chứng có thể xảy ra.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương.** Thiếu máu ở phụ nữ mang thai: hậu quả khó lường. Published May 24, 2021. Accessed September 26, 2023.
2. **Phạm Bá Nha** (2015). Nghiên cứu về xử trí thai phụ mắc bệnh cầu thận tại khoa Phụ-Sản, bệnh

viện Bạch Mai từ 9/2012-8/2014. Đề tài cơ sở bệnh viện Bạch Mai.

3. **Trần Văn Chất** (2008). Những Thay Đổi Bộ Máy Tiết Niệu Khi Mang Thai. Bệnh Thận. Nhà Xuất Bản Y Học: 434 - 441.
4. **Hou SH.** Frequency and outcome of pregnancy in women on dialysis. Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found. 1994;23(1):60-63
5. **Katz AI, Davison JM, Hayslett JP, Singson E, Lindheimer MD.** Pregnancy in women with kidney disease. Kidney Int. 1980;18(2):192-206.
6. **Jones DC, Hayslett JP.** Outcome of pregnancy in women with moderate or severe renal insufficiency. N Engl J Med. 1996;335(4):226-232.

## TỔNG QUAN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO TẠO MEN BẰNG KỸ THUẬT NẠO VÉT (DREDGING)

Phạm Thị Thu<sup>1</sup>, Đặng Triệu Hùng<sup>2</sup>, Hoàng Ngọc Lan<sup>3</sup>, Nguyễn Đức Hoàng<sup>2</sup>, Tạ Thành Đông<sup>2</sup>, Trần Kiều Anh<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tổng quan các nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị u nguyên bào tạo men bằng kỹ thuật nạo vét (Dredging). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tổng quan được thực hiện với tài liệu tìm kiếm từ cơ sở dữ liệu điện tử PubMed và ScienceDirect dạng tiếng Anh và tiếng Nhật. Câu hỏi nghiên cứu được đặt ra là: Hiệu quả kỹ thuật nạo vét (Dredging) khi điều trị u nguyên bào tạo men xương hàm như thế nào? **Kết quả:** Có 12 nghiên cứu đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Có 5 nghiên cứu bàn về tính cân xứng của khuôn mặt sau điều trị, trong đó có 3 nghiên cứu đạt hiệu quả, với thời gian theo dõi sau điều trị trung bình từ 6 tháng – 5 năm. Tất cả 12 nghiên cứu đều bàn đến sự lành thương xương trên phim Xquang sau điều trị, trong đó có 7 nghiên cứu (58,3%) cho thấy sự hiệu quả điều trị. Vấn đề tê bì dị cảm có 6 nghiên cứu đề cập đến, trong đó có 4 nghiên cứu có biến chứng này sau điều trị và do vậy điều trị chưa đạt hiệu quả. **Kết luận:** Kỹ thuật nạo vét (Dredging) là một trong những phương pháp điều trị bảo tồn cho thấy kết quả điều trị thuận lợi. Biến chứng sau điều trị thường gặp nhất của kỹ thuật này là hiện tượng tê bì dị cảm vùng mặt, và phương pháp đòi hỏi thời gian theo dõi sau điều trị lâu dài để đảm bảo việc loại bỏ hoàn toàn khối u và giảm thiểu tối đa tỉ lệ tái phát. Do vậy, bác sĩ cần cân nhắc đặc điểm khối u và yếu tố của bệnh nhân trước điều trị, đặc biệt là mức độ hợp tác để đảm bảo hiệu quả điều trị lâu dài của kỹ thuật

nạo vét. **Từ khóa:** điều trị bảo tồn, kỹ thuật nạo vét, tê bì dị cảm, theo dõi điều trị, u nguyên bào tạo men.

#### SUMMARY

#### TREATMENT OUTCOMES FOR AMELOBLASTOMA USING THE DREDGING TECHNIQUE: A LITERATURE REVIEW

**Objective:** Overview of studies evaluating the results of ameloblastoma treatment using the Dredging technique. **Subjects and methods:** Overview research was conducted with documents searched from the electronic databases PubMed and ScienceDirect in English and Japanese. The research question is: "How effective is the Dredging technique when treating ameloblastoma of the jaw?" **Results:** There were 12 studies that met the criteria for inclusion in the study. There are 5 studies discussing facial symmetry after treatment, of which 3 studies were effective, with an average post-treatment follow-up period of 6 months - 5 years. All 12 studies discussed bone healing on X-rays after treatment, of which 7 studies (58.3%) showed treatment effectiveness. The issue of numbness and paresthesia was mentioned in 6 studies, of which 4 studies had this complication after treatment and therefore the treatment was not effective. **Conclusion:** Dredging is one of the conservative treatment methods that shows favorable treatment results. The most common post-treatment complication of this technique is facial numbness and paresthesia, and the method requires long-term post-treatment monitoring to ensure complete tumor removal and minimize the recurrence rate. Therefore, doctors need to consider tumor characteristics and patient factors before treatment, especially the level of cooperation to ensure long-term treatment effectiveness of the Dredging technique.

**Keywords:** ameloblastoma, conservative treatment, dredging technique, follow-up, numbness.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Triệu Hùng

Email: dangtrieuhung@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 13.12.2023