

45,9%, tiếp theo đến tỉ lệ ống thần kinh răng dưới ở phía ngoài và phía trong chân răng là 42,9% và 10,5%, thấp nhất là ống thần kinh răng dưới nằm ở giữa các chân răng 0,7%. Nhìn chung kết quả nghiên cứu của các tác giả Wei-Quan Wang và tác giả Monaco<sup>6</sup> và chúng tôi đều chỉ ra vị trí ống thần kinh răng dưới nằm phía dưới chân răng là hay gặp nhất. Tuy nhiên vẫn có sự khác biệt tỉ lệ. Điều này có thể là do yếu tố chủng tộc của các bệnh nhân khác nhau và sự khác nhau trong phương pháp nghiên cứu của các tác giả.

#### IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm RKHD mọc lệch, ngằm trên 133 RKHD gồm 63 R38 và 70 R48 ở 85 phim CTCB. Chúng tôi rút ra được kết quả như sau: RKHD mọc lệch, ngằm trên phim CTCB có trục lệch gần góc chiếm tỉ lệ cao nhất là 47,3%, vị trí A và tương quan khoảng rộng xương loại II xuất hiện nhiều nhất lần lượt chiếm 40,6% và 41,4%. RKHD mọc lệch, ngằm có 2 chân chiếm tỉ lệ cao nhất là 74,4%, chân răng thẳng xuất hiện nhiều nhất chiếm 36,8%. RKHD trường hợp kẹt RHLT2 chiếm 74,4%. Tỉ lệ khoảng cách giữa ống thần kinh răng dưới và chân răng  $\leq 2\text{mm}$  chiếm tỉ lệ 60,1%. Liên quan giữa ống thần kinh răng dưới với chân răng

RKHD: không tiếp xúc chiếm 62,4%. Ống thần kinh răng dưới ở phía dưới so với chân răng chiếm tỉ lệ cao nhất 45,9%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hattab F.N** (1997), Positional changes and eruption of impacted mandibular third molars in young adults. A radiographic 4-year follow-up study. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endodontol. ;84:6004–6008.
2. **Owecka M., Dyszkiewicz-Konwińska M., Kulczyk T** (2012), Zastosowanie tomografii komputerowej z promieniem stożkowym (CBCT) w stomatologii i laryngologii. Now. Lek.;81:653–657
3. **Nguyễn Phú Thăng** (2021), Phẫu thuật miệng II. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, 86-121.
4. **Wang WQ, Chen MY, Huang HL, et al** (2015), New quantitative classification of the anatomical relationship between impacted third molars and the inferior alveolar nerve. BMC Med Imaging Dec. 15, 59.
5. **Trần Cao Bình, Phạm Trần Anh Khoa** (2017), Giá trị của phim toàn cảnh panoramara và phim cắt lớp chùm tia hình nón trong phẫu thuật răng hàm lớn thứ ba hàm dưới. Tạp chí Y học Việt Nam. 459(2): 39-42
6. **Monaco G. Montevicchi M, Bonetti GA, et al** (2004), Reliability of panoramic radiography in evaluating the topographic relationship between the mandibular canal and impacted third molars. Journal of the American Dental Association. 135(3), 312–318.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ ĐỀ CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG CÓ LÀM THỪNG MÀNG CỨNG CHỦ ĐỘNG (DPE)

Nguyễn Thị Hằng<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Lam<sup>2,3</sup>, Đào Khắc Hùng<sup>4</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ của phương pháp gây tê ngoài màng cứng có làm thủng màng cứng chủ động (Dural Puncture Epidural). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trên 80 bệnh nhân chia làm hai nhóm. Nhóm 1: gây tê giảm đau ngoài màng cứng đơn thuần với hỗn hợp ropivacain 0,1% và fentanyl 2

mcg/ml, nhóm 2: gây tê giảm đau ngoài màng cứng có làm thủng màng cứng chủ động với hỗn hợp ropivacain 0,1% và fentanyl 2 mcg/ml, tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Sau gây tê ngoài màng cứng, điểm VAS ở cả hai nhóm đều giảm so với trước gây tê. Trong các giai đoạn của cuộc chuyển dạ, điểm VAS của cả hai nhóm đều nhỏ hơn 4 và không khác biệt với  $p > 0,05$ . Khi kiểm soát tử cung và khâu tầng sinh môn, điểm VAS trung bình của nhóm 2 thấp hơn nhóm 1 có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  ( $2,72 \pm 1,57$  với  $2,55 \pm 0,91$  và  $2,76 \pm 1,64$  với  $2,41 \pm 0,87$ ). Thời gian giảm đau sau đẻ thường của phương pháp gây tê ngoài màng cứng có làm thủng màng cứng chủ động kéo dài hơn gây tê ngoài màng cứng đơn thuần (9,93  $\pm$  1,91 giờ với 7,52  $\pm$  1,37 giờ với  $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Gây tê ngoài màng cứng có làm thủng màng cứng chủ động có tác dụng giảm đau tốt hơn gây tê ngoài màng cứng đơn thuần khi thực hiện thủ thuật sản khoa và khởi phát nhanh, có tác dụng giảm đau kéo dài hơn sau đẻ thường.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>4</sup>Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hằng

Email: nguyenhng.19989@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2023

Ngày duyệt bài: 3.10.2023

**Từ khóa:** ngoài màng cứng, thủng màng cứng, đẻ thường, chuyển dạ.

## SUMMARY

### EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF PAIN REDUCTION IN LABOR USING DURAL PUNCTURE EPIDURAL ANESTHESIA

**Objects:** To evaluate the effectiveness of pain reduction in labor using the method of dural puncture epidural anesthesia. **Methods:** RCT study on 80 patients divided two groups. Group 1: Using epidural anesthesia with mixture of ropivacain 0,1% and fentanyl 2 mcg/ml. Group 2: Using dural puncture epidural anesthesia with mixture of ropivacain 0,1% and fentanyl 2 mcg/ml. **Results:** During the stages of labor, VAS score < 4 and there is no difference between the two study groups ( $p > 0,05$ ). When controlling the uterus and perineal sutures, VAS score in group 2 lower group 1 ( $2,72 \pm 1,57$  vs  $2,55 \pm 0,91$  and  $2,76 \pm 1,64$  vs  $2,41 \pm 0,87$ ,  $p < 0,05$ ) The postpartum pain relief time in group 2 is longer than group 1 ( $9,93 \pm 1,91$  hrs vs  $7,52 \pm 1,37$  hrs,  $p < 0,05$ ). **Conclusion:** Dural puncture epidural anesthesia, when performed in obstetric procedures, can provide better pain relief compared to epidural anesthesia. It has a faster onset and longer – lasting pain reduction after vaginal delivery.

**Keywords:** Dural puncture epidural anesthesia, vaginal delivery, labor.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyển dạ đẻ là một quá trình vượt cạn đầy khó khăn mà người phụ nữ phải vượt qua, trong đó cảm giác đau luôn là nỗi sợ hãi, ám ảnh cho các sản phụ. Đau mang lại nhiều nguy cơ cho các thai phụ mắc các bệnh lý tim mạch, hô hấp, làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị.

Có rất nhiều phương giảm giảm đau trong chuyển dạ, từ không dùng thuốc như thư giãn, tập thở, liệu pháp tâm sinh lý, châm cứu,... rồi đến các phương pháp dùng thuốc như thuốc mê hô hấp, thuốc giảm đau toàn thân, gây tê vùng,... trong đó gây tê ngoài màng cứng là kỹ thuật phổ biến nhất trong giảm đau chuyển dạ<sup>1</sup>. Phương pháp này có hiệu quả giảm đau tốt, cải thiện sự hài lòng của thai phụ, ít tác dụng không mong muốn trên thai phụ và không ảnh hưởng đến thai nhi.

Phương pháp gây tê ngoài màng cứng có làm thủng màng cứng chủ động (Dural Puncture Epidural – DPE) là gây tê ngoài màng cứng phối hợp làm thủng màng cứng chủ động bằng kim tê tủy sống nhưng không tiêm thuốc vào tủy sống. Phương pháp này được thực hiện bằng cách sử dụng bộ gây tê tủy sống ngoài màng cứng phối hợp, lỗ thủng màng cứng được chủ động tạo ra bằng kim tê tủy sống 27G đưa qua kim Touhy, từ

đó thuốc tê sẽ ngấm từ ngoài màng cứng vào tủy sống tạo nên tác dụng giảm đau. Hiện nay phương pháp này đã được áp dụng tại bệnh viện Đại học Y Harvard, Massahuset Hoa Kỳ, Trung Quốc, Ấn Độ và nhiều bệnh viện lớn khác trên thế giới<sup>2,3</sup>. Trên thế giới, có một số nghiên cứu chứng minh phương pháp này giúp khởi phát nhanh chóng và cải thiện chất lượng giảm đau trong chuyển dạ so với gây tê ngoài màng cứng đơn thuần. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ đẻ của phương pháp gây tê ngoài màng cứng có làm thủng màng cứng chủ động".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn.** Tình nguyện tham gia nghiên cứu, ASA 1-2, thai đơn đủ tháng, ngôi đầu có chỉ định đường đẻ tự nhiên. Không có chống chỉ định gây tê ngoài màng cứng.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Sản phụ từ chối tham gia nghiên cứu, loại trừ về sản khoa: ngôi bất thường, suy thai. Thai phụ mắc bệnh lý hô hấp, tim mạch. Chống chỉ định gây tê ngoài màng cứng. Sản phụ nặng quá 90 kg hoặc thấp dưới 140cm.

### Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu

Catheter ngoài màng cứng đặt sai vị trí vào khoang dưới nhện, mạch máu, thủng màng cứng bằng kim Touhy.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng  
Địa điểm: Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 12/2022 đến tháng 6/2023

### Quy trình nghiên cứu:

Nhóm 1: Thai phụ được gây tê ngoài màng cứng đơn thuần

Nhóm 2: Thai phụ được gây tê ngoài màng cứng có làm thủng màng cứng chủ động

Chung cho cả hai nhóm.

- Tiến hành gây tê đặt catheter ngoài màng cứng vị trí L2-3 hoặc L3-4. Bolus 08 ml hỗn hợp thuốc ropivacain 0,1% và fentanyl 2mcg/ml, bolus lặp lại liều thứ 2 sau 15p nếu không đạt được hiệu quả giảm đau.

- Theo dõi và ghi lại các dữ liệu nghiên cứu tại các thời điểm nghiên cứu

- Cách pha thuốc: Pha 10 ml ropivacain 0,5%, 2 ml fentanyl 50mcg/ml với 38 ml NaCl

0,9% ta được dung dịch ropivacain 0,1% và fentanyl 2 mcg/ml.

**2.3. Xử lý và phân tích số liệu:** Phần mềm SPSS 20.0

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được Hội đồng khoa học Đại học Y Hà Nội, Bệnh

viện phụ sản Hà Nội thông qua, các bệnh nhân trong nghiên cứu được giải thích về quy trình, mục đích của nghiên cứu và các thông tin về bệnh nhân chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung**

**3.1.1. Tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI, độ mở cổ tử cung**

**Bảng 3.1. Chiều cao, cân nặng, BMI, độ mở CTC**

Thông số	Giá trị	Nhóm 1 (n = 40)	Nhóm 2 (n = 40)	p
Tuổi (năm)	$\bar{x} \pm SD$	27,55 ± 4,18	27,78 ± 4,26	>0,05
	Min – Max	18 – 36	19 – 37	
Chiều cao (cm)	$\bar{x} \pm SD$	158,2 ± 4,66	157,83 ± 5,42	>0,05
	Min – Max	150 – 170	147 – 170	
Cân nặng (kg)	$\bar{x} \pm SD$	61,83 ± 5,67	62,73 ± 6,67	>0,05
	Min – Max	52 – 78	50 – 80	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	$\bar{x} \pm SD$	24,71 ± 1,94	25,17 ± 2,3	>0,05
	Min – Max	21,5 – 30,82	20,81 – 32,46	
Mở CTC (cm)	$\bar{x} \pm SD$	3,23 ± 0,48	3,15 ± 0,56	>0,05
	Min – Max	2 – 4	2 – 4	

- Chỉ số tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

- Độ mở cổ tử cung trung bình của thai phụ nhóm 1 là 3,73 cm, nhóm 2 là 3,5 cm (p>0,05)

**3.1.2. Khoảng cách da, độ sâu catheter ngoài màng cứng**

**Bảng 3.2. Khoảng các da, độ sâu catheter ngoài màng cứng**

Thông số	Giá trị	Nhóm 1 n=40	Nhóm 2 n=40	p
Khoảng cách da (cm)	$\bar{x} \pm SD$	4,19 ± 0,62	4,3 ± 0,56	>0,05
Độ sâu catheter ngoài màng cứng (cm)	$\bar{x} \pm SD$	5,35 ± 0,48	5,29 ± 0,44	>0,05

- Khoảng cách từ da đến khoang ngoài màng cứng trung bình ở nhóm 1 là 4,19 cm, nhóm 2 là 4,3 cm. Độ sâu catheter trung bình trong khoang ngoài màng cứng của nhóm 1 là 5,35 cm, nhóm 2 là 5,29 cm ( p > 0,05).

**3.2. Hiệu quả giảm đau của gây tê ngoài màng cứng có làm thủng màng cứng chủ động**

**3.2.1. Thời gian chờ tác dụng giảm đau**

**Bảng 3.3. Thời gian chờ tác dụng giảm đau**

Đơn vị (phút)	Nhóm 1 n = 40	Nhóm 2 n = 40	p
$\bar{x} \pm SD$	11,06 ± 1,62	11 ± 1,59	>0,05
Min – Max	7,5 – 14,5	7,5 – 13,5	

- Thời gian trung bình sau khi gây tê ngoài màng cứng có tác dụng giảm đau VAS < 4 ở nhóm 1 là 11,06 phút lâu hơn ở nhóm 2 là 11

phút (p > 0,05).

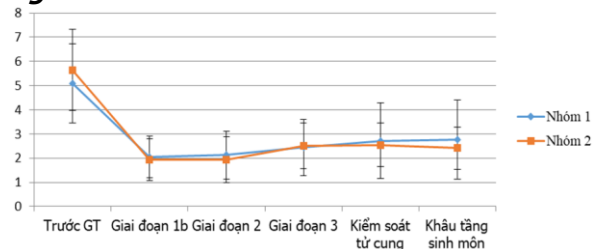
**3.2.2. Điểm VAS trước gây tê**

**Bảng 3.4. Điểm VAS trước gây tê**

Điểm đau VAS (điểm)	Nhóm nghiên cứu				p
	Nhóm 1		Nhóm 2		
	n	%	n	%	
< 3	7	17,5	4	10	>0,05
4 – 6	26	65	24	60	
7 - 8	6	15	11	27,5	
9 – 10	1	2,5	1	2,5	
Cộng	40	100%	40	100%	

- Tỷ lệ thai phụ cảm giác đau với mức độ VAS <4 ở nhóm 1 là 17,5%, ở nhóm 2 là 10% (p > 0,05). Hầu hết các thai phụ ở cả hai nhóm đều cảm nhận mức độ đau trong chuyển dạ là rất lớn (p > 0,05).

**3.2.3. Điểm VAS tại các thời điểm nghiên cứu**



**Biểu đồ 3.1. Điểm VAS trung bình tại các thời điểm nghiên cứu**

- Sau khi khi gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong chuyển dạ, điểm VAS tại các giai đoạn chuyển dạ của hai nhóm đều thấp hơn trước gây tê và nhỏ hơn 4 (p < 0,05). Khi kiểm

soát tử cung, điểm VAS trung bình của nhóm 1 là  $2,72 \pm 1,57$  cao hơn nhóm 2 là  $2,55 \pm 0,91$  ( $p < 0,05$ ). Khi khâu tầng sinh môn, điểm VAS trung bình của nhóm 1 là  $2,76 \pm 1,64$  cao hơn nhóm 2 là  $2,41 \pm 0,87$  ( $p < 0,05$ ).

**3.2.4. Thời gian giảm đau sau đẻ**

**Bảng 3.5. Thời gian giảm đau sau đẻ**

Thời gian giảm đau sau đẻ (giờ)	Nhóm 1 n = 33	Nhóm 2 n = 34	p
$\bar{x} \pm SD$	7,52±1,37	9,93±1,91	<0,05
Min – Max	5 – 11	7.5 – 15	

- Thời gian giảm đau sau đẻ trung bình ở nhóm 1 là 7,52 giờ ngắn hơn nhóm 2 là 9,93 giờ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**3.2.5. Mức độ hài lòng**

**Bảng 3.6. Mức độ hài lòng của thai phụ**

Mức độ hài lòng	Nhóm 1		Nhóm 2		p
	n	%	n	%	
Rất hài lòng	27	67,5	26	65	>0,05
Hài lòng	13	32,5	14	35	
Không hài lòng	0	0	0	0	
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	

- Tất cả các thai phụ trong hai nhóm nghiên cứu đều hài lòng với hiệu quả giảm đau, trong đó 67,5% thai phụ nhóm 1 và 65% thai phụ nhóm 2 rất hài lòng ( $p > 0,05$ ).

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung.** Các chỉ số nghiên cứu về tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI của hai nhóm nghiên cứu phù hợp với đặc điểm con người Việt Nam, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả này tương tự kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Vân<sup>4</sup>, Vũ Thị Hồng Chính<sup>5</sup>, Trần Văn Quang, Nguyễn Đức Lam. Giảm đau ngoài màng cứng thường được thực hiện ở giai đoạn 1 của cuộc chuyển dạ vì nếu cổ tử cung mở  $\geq 5$ cm thì thai phụ sẽ rất đau, cổ tử cung mở nhanh làm ảnh hưởng đến chất lượng giảm đau.

Khoảng cách trung bình từ da đến khoang ngoài màng cứng ở hai nhóm lần lượt là 4,19cm và 4,3cm, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đức Lam. Độ sâu trung bình của catheter trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,29 cm và 5,35cm để đảm bảo catheter không bị tuột trong chuyển dạ và mức phong bế không quá cao.

**4.2. Hiệu quả giảm đau.** Thời gian chờ tác dụng giảm đau của nhóm 2 là 11,06 phút ngắn hơn nhóm 1 là 11 phút với  $p > 0,05$ . Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Finegold H, Trịnh Thị Hằng, trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng dung dịch thuốc tê là ropivacain 1% và fentanyl

nên thời gian onset chậm hơn so với lidocain hay bupivacaine. Điều này làm tránh các yếu tố gây nhiễu do sử dụng thuốc tê khác trong nghiên cứu. Việc đánh giá thời gian chờ tác dụng giảm đau cũng phụ thuộc vào tần số cơn co tử cung vì có cơn co tử cung thì thai phụ mới đau. Nếu cơn co tử cung càng dày thì việc đánh giá thời gian chờ tác dụng giảm đau càng chính xác và ngược lại.

Đau là cảm giác chủ quan và được đánh giá một cách tương đối. Mức độ đau của thai phụ phụ thuộc vào cơn co tử cung: tần số cơn co càng dày, cường độ cơn co càng lớn thì thai phụ càng đau và ngược lại. Trong nghiên cứu, chúng tôi tiến hành làm giảm đau khi cổ tử cung mở trung bình 3 cm, đây là thời điểm đã kết thúc giai đoạn tiềm tàng và bắt đầu chuyển sang giai đoạn chuyển dạ tích cực nên phần lớn thai phụ đều thấy đau. Mức độ đau theo thang điểm VAS của hai nhóm nghiên cứu trước gây tê chủ yếu là mức đau vừa (4-6 điểm) 65% ở nhóm 1 và 60% ở nhóm 2, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Mức độ đau của thai phụ trong các giai đoạn của cuộc chuyển dạ 1b, 2, 3 đều thấp hơn lúc trước khi gây tê ( $p < 0,01$ ) và giữa hai nhóm không có sự khác biệt với  $p > 0,05$ ; kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Quang. Khi kiểm soát tử cung mức độ đau của thai phụ ở nhóm 2 là  $2,72 \pm 1,57$  thấp hơn nhóm 1 là  $2,55 \pm 0,91$ , và khi khâu tầng sinh môn ở nhóm 2 là  $2,76 \pm 1,64$  thấp hơn ở nhóm 1 là  $2,41 \pm 0,87$ , với  $p < 0,05$ . Trong tất cả các giai đoạn của cuộc chuyển dạ, tất cả các thai phụ trong nghiên cứu đều có mức độ đau giảm hơn rất nhiều so với lúc trước gây tê giảm đau ngoài màng cứng ( $p < 0,05$ ), chứng tỏ gây tê ngoài màng cứng có hiệu quả giảm đau rất tốt trong chuyển dạ, giúp thai phụ không đau, giảm lo lắng, giữ đủ sức để rặn khi sổ thai. Thời gian giảm đau sau đẻ trung bình của nhóm 2 là  $9,93 \pm 1,91$  giờ dài hơn nhóm 1 là  $7,52 \pm 1,37$  giờ, với  $p < 0,05$ . Sở dĩ có kết quả như vậy là do ở nhóm 2 trong nghiên cứu chúng tôi có chủ động làm thủng màng cứng, thuốc tê có thể từ khoang ngoài màng cứng đi vào khoang dưới nhện. Hiệu quả giảm đau tốt của một phương pháp cùng với sự xuất hiện tối thiểu các tác dụng không mong muốn đem lại sự hài lòng cho các thai phụ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% các thai phụ đều hài lòng với chất lượng giảm đau, trong đó tỷ lệ rất hài lòng của các thai phụ ở nhóm 1 là 67,5%, nhóm 2 là 65%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

**V. KẾT LUẬN**

Điểm VAS trung bình khi thực hiện thủ thuật sản khoa của nhóm DPE thấp hơn nhóm ngoài màng cứng đơn thuần có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  ( $2,72 \pm 1,57$  với  $2,55 \pm 0,91$  và  $2,76 \pm 1,64$  với  $2,41 \pm 0,87$ ). Thời gian giảm đau sau đẻ thường của phương pháp DPE kéo dài hơn gây tê ngoài màng cứng đơn thuần ( $9,93 \pm 1,91$  giờ với  $7,52 \pm 1,37$  giờ với  $p < 0,05$ )

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Traynor AJ, Aragon M, Ghosh D, et al. Obstetric Anesthesia Workforce Survey: A 30-Year Update. *Anesth Analg.* 2016;122(6):1939-1946.doi:10.1213/ANE.0000000000001204
2. Capiello E, O'Rourke N, Segal S, Tsen LC. A randomized trial of dural puncture epidural technique compared with the standard epidural technique for labor analgesia. *Anesth Analg.* 2008;107(5):1646-1651. doi:10.1213/ane.0b013e318184ec14
3. Tan HS, Reed SE, Mehdiratta JE, et al. Quality of Labor Analgesia with Dural Puncture Epidural versus Standard Epidural Technique in Obese Parturients: A Double-blind Randomized Controlled Study. *Anesthesiology.* 2022; 136(5): 678-687. doi:10.1097/ALN.0000000000004137
4. Nguyễn Thị Hồng Vân (2009). Giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng gây tê NMC bệnh nhân tư điều khiển (PCEA). Hội Nghị Gây Mê Hồi Súc Sản Phụ Khoa Lần Thứ VI.
5. Vũ Thị Hồng Chính (2010). Đánh giá hiệu quả của phương pháp gây tê ngoài màng cứng trong chuyển dạ đẻ tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, Luận văn thạc sỹ, Trường đại học Y Hà Nội.

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI SỌ MẶT RĂNG TRÊN BỆNH NHÂN CÓ NHÔ XƯƠNG Ồ HAI HÀM: NGHIÊN CỨU TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG

Nguyễn Như Trung<sup>1</sup>, Trần Xuân Vĩnh<sup>2</sup>, Phạm Anh Vũ Thụy<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục đích:** Khảo sát các đặc điểm hình thái sọ-mặt-răng trên người Việt trưởng thành có nhô xương ổ hai hàm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại phòng khám RHM, Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch. 130 phim sọ nghiêng bệnh nhân trưởng thành có nhô xương ổ hai hàm, được vẽ nét, phân tích đo sọ theo phương pháp của Steiner, Ricketts và đo đặc 12 số đo mô tả những điểm đặc trưng nhất của nhô xương ổ hai hàm. Các số đo này được so sánh với nhóm bệnh nhân trưởng thành có khớp cắn hạng I bình thường bằng kiểm định t độc lập. **Kết quả:** So với người có khớp cắn hạng I bình thường, người có nhô xương ổ hai hàm có 8 đặc điểm có sự khác biệt có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ), 2 đặc điểm không có sự khác biệt có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ), mà nổi bật nhất là các số đo mô tả độ nhô và độ chia của các răng cửa ( $p < 0,001$ ). **Kết luận:** So với người có khớp cắn hạng I bình thường, người nhô xương ổ hai hàm có môi, các răng cửa nhô và chia ra trước.

**Từ khóa:** Nhô xương ổ hai hàm, người Việt trưởng thành, phân tích đo sọ

#### SUMMARY

#### CRANIOFACIAL FEATURES OF VIETNAMESE PATIENTS WITH BIMAXILLARY

#### PROTRUSION: A CEPHALOMETRIC STUDY

**Objective:** This study aimed to investigate the craniofacial features of adult Vietnamese patients with bimaxillary protrusion. **Methods:** Lateral cephalometric images were obtained from 130 Vietnamese adults (86 females and 44 males) diagnosed with bimaxillary protrusion at the Dental Clinic of the University of Medicine Phạm Ngọc Thạch. The lateral cephalometric X-rays of these patients were analyzed using Steiner and Ricketts' methods. Twelve measurements describing the most significant points of the bimaxillary protrusion malocclusion were recorded. These measurements were compared with a control group of adults with normal Class I occlusion using independent t-tests. **Results:** Compared to individuals with normal Class I occlusion, those with bimaxillary protrusion showed 8 significantly different characteristics ( $p < 0.05$ ) and 2 characteristics with no significant difference ( $p > 0.05$ ). The most noteworthy differences were related to the protrusion and inclination of the upper and lower incisors ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** Adults with bimaxillary protrusion have protruding lips and incisors compared to individuals with Class I occlusion.

**Keywords:** bimaxillary protrusion, Vietnamese adults, cephalometric analysis

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhô xương ổ hai hàm là một kiểu hình đặc trưng bởi các răng cửa hàm trên, răng cửa hàm dưới nhô và làm tăng độ nhô của môi. Bệnh cắn của sai khớp cắn nhô xương ổ hai hàm là do đa yếu tố bao gồm cả yếu tố di truyền cũng như

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Đại Học Quốc Gia Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Trung

Email: trungnn@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2023

Ngày duyệt bài: 3.10.2023