

ngiên cứu trước, đồng thời phản ánh những đặc thù về mô hình bệnh tật và hệ thống chăm sóc tại Việt Nam. Việc so sánh với các nghiên cứu trong và ngoài nước góp phần khẳng định giá trị thực tiễn của nghiên cứu, từ đó làm rõ hơn vai trò của điều dưỡng trong kiểm soát triệu chứng và nâng cao chất lượng sống người bệnh. Những phân tích này cũng đặt ra yêu cầu cần tiếp tục cải tiến mô hình chăm sóc đa chuyên khoa và củng cố hệ thống theo dõi sau ra viện – những yếu tố quan trọng để tối ưu hóa hiệu quả điều trị trong ung thư giai đoạn muộn.

V. KẾT LUẬN

Vàng da là triệu chứng phổ biến nhất và xuất hiện ở hầu hết các trường hợp tắc mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Kim Nhân.** Đặc điểm lâm sàng và biến chứng nhiễm trùng ở người bệnh tắc mật tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2020;24(3):45–51.
2. **Trần Thị Thu Hà.** Đánh giá thực trạng và hiệu quả can thiệp chăm sóc dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư gan tại Bệnh viện K [Luận văn thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y tế công cộng; 2021.

3. **Phạm Duy Hưng.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị tắc mật do u đường mật ác tính tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 [Luận văn chuyên khoa II]. Hà Nội: Học viện Quân y; 2019.
4. **Trần Thị Thanh.** Đặc điểm lâm sàng và kết quả chăm sóc người bệnh ung thư đường mật tại Bệnh viện K [Luận văn thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
5. **Chompoosaena T, Limsuwarn P, Suksamai P.** Clinical features and outcomes of patients with malignant biliary obstruction in Thailand. J Gastroenterol Hepatol. 2021;36(2):395–402. doi:10.1111/jgh.15184
6. **Gupta V, Chandra A, Kumar S, et al.** Biliary sepsis in malignant obstruction: clinical profile and outcomes in a tertiary care center. Indian J Gastroenterol. 2020;39(2): 140–146. doi:10.1007/s12664-020-01018-4
7. **Klankaew S, Suksri T.** Effects of comprehensive nursing care on quality of life among terminal liver cancer patients: a quasi-experimental study. Thai J Nurs Res. 2022;26(1):58–69.
8. **Smith AC, Dowsett JF, Russell RC, Hatfield AR, Cotton PB.** Randomised trial of endoscopic stenting versus surgical bypass in malignant low bile duct obstruction. Lancet. 1994;344(8938): 1655–1660. doi:10.1016/S0140-6736(94)90465-6

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT LẤY THAI CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ MẶT PHẶNG CƠ DỰNG SỐNG HAI BÊN DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Vương Thị Mỹ Phụng^{1,3}, Nguyễn Toàn Thắng^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật lấy thai của gây tê mặt phẳng cơ dựng sống 2 bên bằng Ropivacain 0,25%. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên, có đối chứng trên 60 sản phụ gây tê tùy sống mổ lấy thai được chia thành 2 nhóm: Nhóm N1 không được gây tê và nhóm N2 được gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (ESP) tại vị trí T9 bằng Ropivacain 0,25% 20 ml 2 bên, sau đó cả 2 nhóm được lắp PCA morphin. **Kết quả:** Nhóm gây tê ESP có thời gian yêu cầu liều giảm đau đầu tiên dài hơn so với nhóm chứng (210,1±35,3 phút so với 67,6±21,3 phút), tổng lượng morphin tiêu thụ trong vòng 24 giờ và từ 24–48 giờ sau mổ của nhóm ESP thấp hơn so với nhóm chứng. Gây tê ESP làm giảm điểm đau VAS cả

khi nghỉ ngơi và khi vận động trong vòng 24 giờ đầu sau mổ và mức độ hài lòng của nhóm ESP cũng cao hơn so với nhóm không gây tê. **Kết luận:** Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống là phương pháp giảm đau hiệu quả, làm giảm lượng opioid tiêu thụ và nâng cao sự hài lòng người bệnh sau phẫu thuật lấy thai.

Từ khóa: Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống, giảm đau sau phẫu thuật, phẫu thuật lấy thai

SUMMARY

EVALUATION OF THE ANALGESIC EFFICACY OF ULTRASOUND-GUIDED BILATERAL ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK FOR CESAREAN SECTION

Objective: To evaluate the analgesic efficacy of bilateral erector spinae plane (ESP) block using 0.25% ropivacaine for postoperative pain management after cesarean delivery. **Materials and Methods:** This randomized controlled clinical trial included 60 parturients undergoing cesarean section under spinal anesthesia. Participants were allocated into two groups: Group N1 (control) received no regional block, while Group N2 (ESP group) received bilateral ESP blocks at the T9 level with 20 mL of 0.25% ropivacaine per side. All patients were subsequently

¹Bệnh viện E

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vương Thị Mỹ Phụng

Email: vuongmyphung278@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025

provided with morphine patient-controlled analgesia (PCA). **Results:** The ESP group demonstrated a significantly longer time to first analgesic request compared to the control group (210.1 ± 35.3 minutes vs. 67.6 ± 21.3 minutes). Total morphine consumption during the first 24 hours and between 24–48 hours postoperatively was significantly lower in the ESP group. Additionally, ESP block reduced visual analog scale (VAS) pain scores at rest and during movement within the first 24 hours postoperatively. Patient satisfaction scores were also higher in the ESP group compared to controls. **Conclusion:** Bilateral ESP block is an effective analgesic technique for cesarean delivery, reducing opioid requirements and improving patient satisfaction after surgery.

Keywords: Erector spinae plane block, postoperative analgesia, cesarean section

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, kiểm soát đau sau phẫu thuật lấy thai vẫn là một trong những vấn đề được quan tâm hàng đầu, đặc biệt trong bối cảnh cần tăng cường phục hồi sau phẫu thuật. Việc kiểm soát đau không đầy đủ trong giai đoạn hậu phẫu có liên quan đến đau mạn tính, sử dụng nhiều loại thuốc giảm đau opioid, phục hồi chức năng chậm và gia tăng trầm cảm sau sinh¹. Có rất nhiều phương pháp giảm đau sau phẫu thuật lấy thai trong đó gây tê vùng là một phương pháp ngày càng được ưa chuộng do làm giảm đáng kể lượng opioid tiêu thụ. Một số phương pháp gây tê vùng đã được ứng dụng để giảm đau sau phẫu thuật lấy thai như gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (TAP block), gây tê cơ vuông thắt lưng (QL block), tuy nhiên còn nhiều hạn chế khác nhau. Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (erector spinae plane block-ESPB) lần đầu được mô tả bởi Forero và cộng sự năm 2016², là một kỹ thuật gây tê mới đang được ứng dụng ngày càng rộng rãi, làm giảm cả đau thành và tạng, có hiệu quả giảm đau trong nhiều loại phẫu thuật khác nhau trong đó có phẫu thuật lấy thai. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá tác dụng giảm đau của phương pháp gây tê này sau phẫu thuật lấy thai, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật lấy thai của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống hai bên dưới hướng dẫn siêu âm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Độ tuổi từ 18 – 50 tuổi; ASA I hoặc II; bệnh nhân được gây tê tủy sống để mổ lấy thai chủ động; thai đủ tháng, không có chẩn đoán bất thường trước sinh; đường mổ ngang trên vệ; đồng ý thực hiện thủ thuật và hợp tác với thầy thuốc.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Nhiễm trùng tại vùng chọc kim tê; sản phụ có bệnh lý tim mạch, tiền sản giật; bệnh nhân có bệnh lý thần kinh ngoại biên hoặc bệnh đau mạn tính thường xuyên phải dùng thuốc giảm đau; tiền sử rối loạn tâm thần, khó khăn trong giao tiếp; bệnh nhân mất cảm với các thuốc trong nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên và có đối chứng.

Địa điểm: Khoa gây mê hồi sức tích cực ngoại tổng hợp bệnh viện E.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 03/2025 đến hết tháng 08/2025.

Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Áp dụng công thức cho 2 trung bình:

$$n = Z^2(\alpha, \beta) \frac{(s_1^2 + s_2^2)}{(m_1 - m_2)^2}$$

n: là cỡ mẫu nghiên cứu ở mỗi nhóm

m1: điểm VAS trung bình ở nhóm PCA

m2: điểm VAS trung bình ở nhóm ESP

s1, s2 là độ lệch chuẩn

Mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0.05$

β : xác suất phạm sai lầm loại 2, $\beta = 0,1$

Trong nghiên cứu của Hamed và cộng sự năm 2020³: Điểm VAS trung bình ở nhóm PCA cao hơn điểm VAS trung bình ở nhóm gây tê ESP là 0,34 (m1 – m2)

Ta có kết quả: $n \geq 27,19$. Như vậy số bệnh nhân tối thiểu cần thiết ở mỗi nhóm là 27 bệnh nhân.

Chọn ngẫu nhiên lấy 60 bệnh nhân đảm bảo theo tiêu chuẩn nghiên cứu, chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm 30 bệnh nhân (n=30).

Phân nhóm bằng bốc thăm ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Cả 2 nhóm được tê tủy sống để phẫu thuật bằng bupivacain 0,5% + fentanyl 30mcg, sau đó:

Nhóm N1(n=30): BN không thực hiện thủ thuật ESPB, sau mổ dùng iv-PCA morphin liều bolus 1mg/lần khi VAS >4 điểm.

Nhóm N2 (n=30): BN được phong bế mặt phẳng cơ dựng sống với 20ml ropivacain 0,25% mỗi bên. Sau đó IV-PCA morphin liều bolus 1mg/lần khi VAS >4 điểm. Theo dõi bệnh nhân trong vòng 48 giờ sau mổ.

2.3. Tiến hành nghiên cứu. Các sản phụ sẽ được khám tiền mê trước mổ, được giải thích đầy đủ quy trình, sau đó được gây tê tủy sống mổ lấy thai. Sau khi mổ lấy thai, các bệnh nhân sẽ chuyển ra phòng hậu phẫu, chọn các bệnh nhân vào nghiên cứu có đầy đủ tiêu chí tình tảo, có chỉ số huyết động và hô hấp ổn định, bốc thăm ngẫu nhiên chia thành 2 nhóm nghiên cứu. Sau khi hết tác dụng tê tủy sống (mức phong bế

dưới D12), khi điểm VAS ≥ 4 , tất cả các bệnh nhân đều chuẩn độ morphin tĩnh mạch cho đến khi điểm VAS < 4 , sau đó:

- Nhóm N1 (PCA, n=30): lắp PCA morphin tĩnh mạch với 1mg/ml, bolus 1ml/ lần, thời gian khoá 8 phút, liều tối đa 15ml/4 giờ, không kèm theo dùng duy trì bơm tiêm điện liên tục.

- Nhóm N2 (ESPB+PCA, n=30): được tiến hành gây tê mặt phẳng cơ dựng sống 2 bên bằng Anaropin 0,25% 20 ml mỗi bên, sau đó lắp PCA morphin tĩnh mạch với 1mg/ml, bolus 1ml/ lần, thời gian khoá 8 phút, liều tối đa 15ml/4 giờ, không kèm theo dùng duy trì bơm tiêm điện liên tục.

Bệnh nhân được theo dõi liên tục trong 48 giờ về các chỉ số thời gian dung liều morphin đầu

tiên, tổng lượng morphin tiêu thụ trong 48 giờ, điểm VAS khi nghỉ và khi vận động, mức độ hài lòng của bệnh nhân.

2.4. Phương pháp phân tích số liệu. Các số liệu được ghi nhận lại trong phiếu theo dõi nghiên cứu.

Các số liệu sẽ được phân tích và xử lý bằng chương trình SPSS 25.0.

Các biến định lượng được biểu thị kết quả trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị. Các biến định tính biểu thị tần số, tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của các bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Một số đặc điểm chung của các bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ tiêu	Nhóm	Nhóm N1 (n=30)	Nhóm N2 (n=30)	p
Tuổi (năm)	X $\pm$ SD	29,3 $\pm$ 4,9	30,2 $\pm$ 5,1	p > 0,05
Chiều cao (cm)	X $\pm$ SD	155,3 $\pm$ 5,1	156,3 $\pm$ 4,1	p > 0,05
Cân nặng (kg)	X $\pm$ SD	62,7 $\pm$ 7,7	64,9 $\pm$ 5,9	
BMI (kg/m ²)	X $\pm$ SD	25,9 $\pm$ 2,3	26,6 $\pm$ 2,7	
ASA	I	24 (80%)	26 (86,7%)	p > 0,05
	II	6 (20%)	4 (13,3%)	
Tiền sử mổ lấy thai	Không	11 (36,7%)	13 (43,3%)	p > 0,05
	Có	19 (63,3%)	17 (56,7%)	
Thời gian mổ (phút)	X $\pm$ SD	40 $\pm$ 5,1	39,5 $\pm$ 6,2	p > 0,05
Thời gian tác dụng tê tủy sống (phút)	X $\pm$ SD	180,4 $\pm$ 37,3	195,6 $\pm$ 40,3	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về độ tuổi, cân nặng, chiều cao, chỉ số BMI, phân loại ASA, tiền sử mổ lấy thai, thời gian mổ và thời gian tác dụng tê tủy sống giữa 2 nhóm với p>0,05.

3.2. Hiệu quả giảm đau phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống

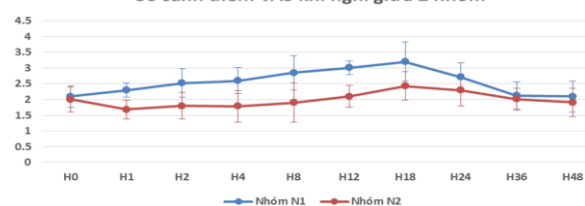
Bảng 2: Thời gian yêu cầu giảm đau đầu tiên và lượng morphin tiêu thụ

Chỉ tiêu	Nhóm	Nhóm N1 (n=30)	Nhóm N2 (n=30)	p
Thời gian giảm đau (phút)	X $\pm$ SD	67,6 $\pm$ 21,3	210,1 $\pm$ 35,3	p < 0,05
Tổng lượng morphin từ 0 - 24h (mg)	X $\pm$ SD	30,5 $\pm$ 7,8	15,3 $\pm$ 4,2	p < 0,05
Tổng lượng morphin từ 24 - 48h (mg)	X $\pm$ SD	18,7 $\pm$ 5,7	8,6 $\pm$ 3,5	p < 0,05

Nhận xét: Thời gian yêu cầu liều morphin giảm đau đầu tiên ở nhóm N2 là lâu hơn đáng kể so với nhóm N1 (210,1 $\pm$ 35,3 phút so với 67,6 $\pm$ 21,3 phút, p<0,05).

Tổng lượng morphin sử dụng để giảm đau trong 24 giờ đầu và trong thời gian từ 24-48 giờ sau mổ ở nhóm N2 đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm N1 (p<0,05).

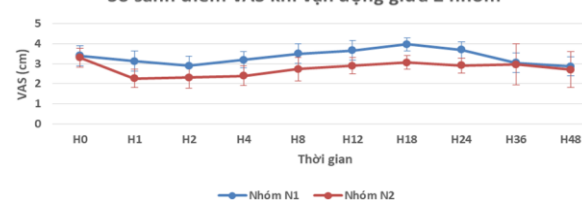
So sánh điểm VAS khi nghỉ giữa 2 nhóm



Biểu đồ 1: Điểm VAS khi nghỉ giữa 2 nhóm bệnh nhân

Nhận xét: Điểm VAS trung bình khi nghỉ của cả 2 nhóm đều nhỏ hơn 4 tại tất cả các thời điểm nghiên cứu. Tại thời điểm H0, điểm VAS trung bình khi nghỉ là tương đương nhau giữa 2 nhóm (p>0,05). Sau đó, ở nhóm N2 điểm VAS trung bình khi nghỉ luôn thấp hơn so với nhóm N1 tại các thời điểm từ H1-H24 (p<0,05). Từ thời điểm H36-H48, điểm VAS khi nghỉ là không khác biệt giữa 2 nhóm (p>0,05).

So sánh điểm VAS khi vận động giữa 2 nhóm



Biểu đồ 2: Điểm VAS khi vận động giữa 2

nhóm bệnh nhân

Nhận xét: Điểm VAS trung bình khi vận động đều nhỏ hơn 4 tại tất cả các thời điểm ở cả 2 nhóm. Tại thời điểm H0, điểm VAS khi vận động là không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p>0,05$). Tại các thời điểm sau đó từ H1-H24, điểm VAS khi vận động của nhóm N2 luôn thấp hơn nhóm N1 ($p<0,05$). Từ thời điểm H36 - H48, không có sự khác nhau về điểm VAS khi vận động giữa 2 nhóm ($p>0,05$).

Bảng 3: Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Mức độ	Nhóm N1 (n = 30)	Nhóm N2 (n = 30)	p
Rất hài lòng	20 (66,7%)	27 (90%)	$p<0,05$
Hài lòng	6 (20%)	3 (10%)	
Không hài lòng	4 (13,3%)	0	

Nhận xét: Trong nhóm N2, 100% bệnh nhân đều đánh giá ở mức hài lòng hoặc rất hài lòng. Trong nhóm N1 có khoảng 86,7% số bệnh nhân cảm thấy hài lòng và rất hài lòng, tuy nhiên có 13,3% bệnh nhân cảm thấy không hài lòng về hiệu quả của phương pháp PCA đơn thuần. Sự khác biệt về mức độ hài lòng của bệnh nhân giữa 2 phương pháp là có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 1 cho thấy các bệnh nhân ở 2 nhóm tương đồng nhau về các đặc điểm chung như tuổi, cân nặng, chiều cao, chỉ số BMI, phân độ ASA và tiền sử sẹo mổ cũ, thời gian phẫu thuật và thời gian tác dụng gây tê tủy sống, từ đó giúp cho việc đánh giá hiệu quả giảm đau của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống được khách quan và tránh ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

Về yêu cầu thuốc giảm đau, bảng 3.2 cho thấy thời gian yêu cầu liều giảm đau đầu tiên của nhóm ESP trung bình là $210,1\pm 35,3$ phút dài hơn của nhóm PCA trung bình là $67,6\pm 21,3$ phút. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Nghiên cứu của tác giả Dostbil⁴ trên 25 sản phụ gây tê tủy sống đơn thuần so sánh với 25 sản phụ được gây tê tủy sống sau đó làm giảm đau mặt phẳng cơ dựng sống cho thấy thời gian cần liều fentanyl giải cứu đau đầu tiên ở nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống trung bình là $197,6\pm 84,49$ phút dài hơn so với nhóm chứng là $150,2\pm 51,38$ phút. Một nghiên cứu khác của tác giả Hakan Aygun và CS⁵ trên 80 sản phụ gây tê tủy sống mổ lấy thai cho thấy nhóm được gây tê mặt phẳng cơ dựng sống có thời gian yêu cầu liều opioid giải cứu đầu tiên trung bình là

$6,9\pm 3,17$ giờ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng chỉ gây tê tủy sống đơn thuần là $3,72\pm 1,92$ giờ. Trong một phân tích gộp của Dmitriy Viderman⁶ trên 5 nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân được phẫu thuật bụng cho thấy thời gian yêu cầu liều giảm đau đầu tiên của nhóm gây tê ESP dài hơn đáng kể so với nhóm chứng.

Tổng lượng morphin tiêu thụ tại thời điểm từ 0-24 giờ có xu hướng cao hơn tổng lượng morphin tiêu thụ trong khoảng thời gian 24-48 giờ ở cả 2 nhóm. Điều này cho thấy mức độ đau sau mổ dễ có xu hướng giảm dần theo thời gian. Tổng lượng morphin tiêu thụ trung bình tại thời điểm 0-24 giờ và 24-48 giờ ở nhóm PCA đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm ESP ($p<0,05$). Một phân tích gộp trên 52 nghiên cứu ngẫu nhiên đánh giá tác dụng của gây tê ESP trên lượng opioid sử dụng trong vòng 24 giờ đầu sau các phẫu thuật khác nhau của YuCui và CS⁷ cho thấy nhóm gây tê ESP làm giảm lượng opioid sử dụng trong vòng 24 giờ đầu sau mổ so với nhóm chứng không gây tê hoặc sử dụng giả dược (MD -12,83 mg, CI95%: -17,29- -8,38, $P<0,001$). Tương tự, một phân tích gộp khác của tác giả Alexander Schnabel và cộng sự⁸ so sánh hiệu quả giảm đau của gây tê ESP so với nhóm không được gây tê cho thấy nhóm gây tê ESP không chỉ làm giảm tổng lượng morphin đường uống tiêu thụ tại thời điểm 24 giờ (MD -33,59 mg, CI95: -56,37- -10,81) mà còn làm giảm morphin đường uống tại thời điểm 48 giờ sau mổ (MD -54,14 mg, CI95: -69,09- -39,2). Đối với các nghiên cứu gây tê ESP trên các phẫu thuật lấy thai cũng cho thấy làm giảm lượng opioid tiêu thụ sau mổ so với không gây tê như của tác giả Dostbil⁴, Hamed³ và Hakan Aygun⁵. Như vậy gây tê mặt phẳng cơ dựng sống giúp giảm đáng kể lượng opioid tiêu thụ sau mổ không chỉ trong các phẫu thuật ngực hoặc bụng khác mà còn trong phẫu thuật lấy thai. Từ đó giúp giảm đáng kể các tác dụng không mong muốn liên quan đến sử dụng opioid đồng thời tăng chất lượng hồi phục của bệnh nhân.

Về điểm đau VAS, biểu đồ 1 và 2 cho thấy điểm VAS khi nghỉ và khi vận động của cả 2 nhóm đều nhỏ hơn 4 tại tất cả các thời điểm nghiên cứu, điều này cho thấy cả 2 phương pháp đều mang lại hiệu quả giảm đau tốt sau mổ lấy thai. Điểm VAS khi nghỉ và khi vận động ở nhóm ESP luôn thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm PCA ở tất cả các thời điểm trong 24 giờ đầu sau mổ và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm tại các thời

điểm 36 giờ và 48 giờ sau mổ. Điều này cho thấy gây tê ESP giúp làm giảm đau sau mổ lấy thai chủ yếu trong 24 giờ đầu sau mổ. Một phân tích gộp của tác giả Alexander Schnabel⁸ khi so sánh giữa hiệu quả của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống so với nhóm không gây tê ở các phẫu thuật khác nhau cho thấy: Gây tê ESP làm giảm mức độ đau khi nghỉ và khi vận động tại các thời điểm 2 giờ, 24 giờ sau mổ. Tuy nhiên, điểm VAS khi nghỉ và khi vận động tại thời điểm 48 giờ sau mổ là không khác biệt giữa 2 nhóm, tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của tác giả Hamed và CS³ trên 140 sản phụ mổ lấy thai cũng cho thấy điểm VAS khi nghỉ ngơi và khi vận động trong 24 giờ đầu sau mổ ở nhóm ESP thấp hơn so với nhóm chứng (giảm 0,25 điểm khi nghỉ ngơi và 0,34 điểm khi vận động). Một nghiên cứu khác của tác giả Dostbil và CS⁴ được tiến hành trên 50 sản phụ gây tê tùy sống mổ lấy thai, trong đó 25 sản phụ chỉ gây tê tùy sống đơn thuần và 25 sản phụ được gây tê ESP, cả 2 nhóm đều được giải cứu đau bằng PCA fentanyl. Kết quả cho thấy điểm VAS khi nghỉ và khi vận động ở nhóm ESP tại các thời điểm 4 giờ, 8 giờ và 12 giờ đều thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm gây tê tùy sống đơn thuần ($p < 0,05$). Như vậy gây tê mặt phẳng cơ dựng sống giúp làm giảm điểm đau VAS khi nghỉ ngơi và khi vận động trong vòng 24 giờ đầu sau mổ lấy thai, từ đó giúp bệnh nhân hồi phục tốt hơn.

Về mức độ hài lòng của bệnh nhân, các bệnh nhân trong nhóm ESP có mức độ hài lòng cao hơn so với nhóm PCA đơn thuần. Nhóm ESP không có bệnh nhân nào đánh giá không hài lòng trong khi đó có 13,3% bệnh nhân ở nhóm PCA cảm thấy không hài lòng. Nguyên nhân của sự không hài lòng là do hiệu quả giảm đau và tác dụng không mong muốn đặc biệt là nôn và buồn nôn do sử dụng morphin. Nghiên cứu của tác giả Hamed³ trên các bệnh nhân gây tê tùy sống mổ lấy thai cho thấy 100% số bệnh nhân của 2 nhóm đều đánh giá ở mức độ hài lòng và rất hài lòng. Ở nhóm gây tê ESP có mức độ rất hài lòng là 52,9% và hài lòng là 47,1%. Mức độ rất hài lòng ở nhóm chứng là 42,9% thấp hơn so với nhóm ESP. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,3$. Trong 1 phân tích gộp của tác giả Mansour và CS⁹ trên 380 bệnh nhân mổ lấy thai so sánh hiệu quả của 2 phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống và gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng cho thấy phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống mang đến mức độ hài lòng cao hơn về hiệu quả giảm đau

(76%) so với gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (44%) (OR 4,75, CI95: 2,26-9,99, $p < 0,001$). Nghiên cứu cũng khẳng định phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống mang lại hiệu quả giảm đau tốt sau mổ lấy thai hơn và từ đó mang lại sự hài lòng cao hơn đối với các sản phụ.

V. KẾT LUẬN

Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống hai bên bằng Ropivacain 0,25% mang lại hiệu quả giảm đau tốt trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật lấy thai đồng thời làm giảm đáng kể lượng opioid tiêu thụ, đem lại sự hài lòng cao cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eisenach JC, Pan PH, Smiley R.** Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. In: PAIN.; 2008:87-94.
2. **Forero MAS, Lopez H, Tsui C, Chin KJ.** A Novel Analgesic Technique in Thoracic Neuropathic Pain. Reg Anesth Pain Med. 2016;41(5):621-627
3. **Hamed MA, Yassin HM, Bortros JM.** Analgesic Efficacy of Erector Spinae Plane Block Compared with Intrathecal Morphine After Elective Cesarean Section: A Prospective Randomized Controlled Study. Journal of Pain Research. 2020;volume 13:597-604.
4. **Dostbil A, Ince I, Altinpulluk EY.** Analgesic Effect of Erector Spinae Plane Block after Cesarean Section: A Randomized Controlled Trial. Nigerian Journal of Clinical Practice. 2023;26(2).
5. **Aygun H, Ozturk NK, Ugur M, Aydin Y, Celik GI, Thomas DT, Tulgar S.** Evaluation of ultrasound-guided bilateral low thoracic erector spinae plane block for postoperative analgesia in cesarean delivery patients: a prospective, randomized, controlled clinical trial. Braz J Anesthesiol. 2022 Jul-Aug;72(4):444-449
6. **Viderman D, Aubakirova M, Abdildin YG.** Erector Spinae Plane Block in Abdominal Surgery: A Meta-Analysis. Front Med (Lausanne). 2022 Feb 23;9:812531.
7. **Cui Y, Wang Y, Yang J.** The Effect of Single-shot Erector spinae plane block (ESPB) on Opioid consumption for various Surgeries: A Meta-analysis of randomized controlled trials. J Pain Res. 2022;15:683-699
8. **Schnabel A, Weibel S, Pogatzki-Zahn E, Meyer-Frießem CH, Oostvogels L.** Erector spinae plane block for postoperative pain. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Oct 9;10(10):CD013763
9. **Mansour MA, Baradwan S, Shama AA, Mahmoud MA, Abouelnour AS, Mohamed AMA, Elkhoully AFH, Elsayed AHI, Rashed ZF, Abdelhakim AM, Almutairi MM, Lotfy MA, Ahmed AG.** Erector spinae plane block versus transversus abdominis plane block for analgesia after cesarean section: a systematic review and meta-analysis. Braz J Anesthesiol. 2025 Jul-Aug;75(4):844606.