

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU TRONG VÀ SAU MỔ CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ DỰNG SỐNG ĐOẠN NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TRONG PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC

Hoàng Văn Lương¹, Nguyễn Thị Thương¹, Nguyễn Đức Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau trong và sau mổ của gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (ESP) đoạn ngực dưới dưới hướng dẫn siêu âm trong phẫu thuật nội soi lồng ngực.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 114 bệnh nhân phẫu thuật nội soi lồng ngực, chia thành hai nhóm: nhóm ESP (n=57) và nhóm PCA morphin (n=57). Đánh giá hiệu quả giảm đau bằng thang điểm VAS, mức độ vô cảm theo Vester-Andersen, lượng morphin tiêu thụ và tác dụng không mong muốn.

Kết quả: Hai nhóm tương đồng về đặc điểm chung và yếu tố phẫu thuật ($p > 0,05$). Nhóm ESP đạt mức vô cảm tốt hơn, với đa số đạt độ 3 theo Vester-Andersen. Lượng morphin sau mổ ở nhóm ESP thấp hơn rõ rệt so với nhóm PCA ($4,54 \pm 2,02$ mg so với $35,93 \pm 15,28$ mg; $p < 0,01$). Điểm VAS khi nghỉ < 3 ở cả hai nhóm, tuy nhiên từ sau 12 giờ, nhóm ESP có điểm đau thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$). Đối với đau khi vận động, sự khác biệt xuất hiện từ giờ thứ 6 sau mổ ($p < 0,05$). Tỷ lệ buồn nôn, nôn và ngứa ở nhóm ESP thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Kết luận: Gây tê ESP dưới hướng dẫn siêu âm mang lại hiệu quả giảm đau tương đương PCA morphin trong 12 giờ đầu sau mổ, nhưng tốt hơn ở các thời điểm sau, đồng thời giúp giảm đáng kể nhu cầu morphin và tác dụng không mong muốn liên quan opioid.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, phẫu thuật lồng ngực, gây tê mặt phẳng cơ dựng sống, gây tê dưới hướng dẫn siêu âm.

SUMMARY

THE ANALGESIC EFFICACY OF ULTRASOUND-GUIDED THORACIC ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK DURING AND AFTER VIDEO-ASSISTED THORACIC SURGERY

Objective: To evaluate the intra- and postoperative analgesic efficacy of ultrasound-guided lower thoracic erector spinae plane (ESP) block in video-assisted thoracic surgery.

Methods: A randomized controlled clinical study was conducted on 114 patients undergoing video-assisted thoracoscopic surgery, equally assigned to the ESP group (n=57) or morphine patient-controlled analgesia (PCA) group (n=57). Pain was assessed using VAS scores, Vester-Andersen analgesia grading, postoperative morphine consumption, and adverse effects.

Results: Baseline characteristics and surgical factors were comparable between groups ($p > 0.05$). The ESP group achieved better analgesia, with most patients reaching Vester-Andersen grade 3. Postoperative morphine consumption was significantly lower in the ESP group (4.54 ± 2.02 mg vs. 35.93 ± 15.28 mg; $p < 0.01$). Resting VAS scores were < 3 in both groups; however, from 12 hours onward, the ESP group showed significantly lower pain scores ($p < 0.05$). For movement-evoked pain, significant differences were observed from the 6th postoperative hour ($p < 0.05$). The incidence of nausea, vomiting, and pruritus was significantly lower in the ESP group ($p < 0.01$).

Conclusion: Ultrasound-guided ESP block provides analgesia comparable to morphine PCA during the first 12 postoperative hours and superior pain control thereafter, while significantly reducing opioid consumption and related adverse effects.

Keywords: Video-assisted thoracoscopic surgery; thoracic surgery; erector spinae plane block; ultrasound-guided regional anesthesia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau phẫu thuật là vấn đề thường gặp, gây nhiều khó khăn cho cả bác sĩ và người bệnh. Nếu không được kiểm soát hiệu quả, đau cấp tính có thể tiến triển thành đau mạn tính sau mổ, làm giảm chất lượng cuộc sống [1,2]. Trong phẫu thuật lồng ngực, kiểm soát đau đặc biệt quan trọng do đau có thể hạn chế hô hấp, giảm khả năng ho khạc và làm tăng nguy cơ biến chứng hô hấp [1]. Do đó, nhiều phương pháp giảm đau vùng đã được áp dụng nhằm cải thiện hiệu quả kiểm soát đau và hạn chế sử dụng opioid. Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (Erector Spinae Plane – ESP) là một kỹ thuật tương đối mới, được mô tả lần đầu năm 2016, thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê hoặc đặt catheter vào mặt phẳng cơ dựng sống nhằm ức chế dẫn truyền đau. Dưới hướng dẫn siêu âm, việc xác định vị trí tiêm trở nên chính xác hơn, góp phần nâng cao hiệu quả và tính an toàn của phương pháp [3,4]. Tuy nhiên, hiệu quả của ESP trong kiểm soát đau sau phẫu thuật lồng ngực tại Việt Nam vẫn còn

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Lương

Email: bshoangluong@gmail.com

Mã bài: N644

Ngày nhận bài: 15/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 12/4/2026

Ngày duyệt bài: 5/6/2026

hạn chế dữ liệu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau trong và sau mổ của gây tê ESP đoạn ngực dưới dưới hướng dẫn siêu âm trong phẫu thuật lồng ngực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 114 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật lồng ngực qua nội soi tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN >18 tuổi, ASA I, II, III, người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu. BN được phẫu thuật bằng phương pháp nội soi lồng ngực.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có các bệnh lý mạn tính kèm theo suy gan, suy thận. Có trạng thái thần kinh, tâm thần không ổn định, khiếm khuyết về các giác quan nghe, nhìn, phát âm (không có khả năng nghe hiểu). Người bệnh tràn khí dưới da nhiều, béo phì (siêu âm khó nhìn thấy). Dị ứng thuốc dùng trong nghiên cứu. Phẫu thuật cấp cứu, huyết động không ổn định, ASA > III. Xảy ra tai biến không liên quan đến gây mê và gây tê trong 24 giờ sau mổ. BN đau mạn tính trước mổ hoặc sử dụng thường xuyên các thuốc giảm đau nhóm opioid. Nghiện hoặc phụ thuộc các opioid, heroin. BN có các bất thường ở cột sống, thất bại với gây tê cơ dựng sống.

Tiêu chuẩn đưa ra khỏi nghiên cứu: BN không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu. BN có biến chứng trong quá trình gây mê, phẫu thuật hoặc điều trị sau mổ. BN gây tê thất bại

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Phổi Trung ương

Thời gian nghiên cứu: từ 04/2025 đến 08/2025

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

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

Cỡ mẫu: Chọn tất cả các đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ. Nhóm ESP (n =57): Giảm đau bằng gây tê ESP qua catheter. Nhóm PCA Morphin (n =57): Giảm đau bằng PCA morphin đường tĩnh mạch

Các biến trong nghiên cứu: Tuổi: tính tuổi trung bình; giới: chia hai nhóm Nam – nữ; số lần chọc kim dưới hướng dẫn siêu âm (lần); thang điểm đau VAS: tính thời điểm bắt đầu mổ, tỉnh và sau rút nội khí quản: thang điểm 0 – 10; thời gian gây mê (phút); thời gian phẫu thuật (phút); độ dài đường mở ngực (cm); tổng lượng thuốc dùng trong mổ (mg): propofol

và fentanyl; lượng morphin dùng sau mổ; các tác dụng không mong muốn.

Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0, kiểm định t-test, Khi bình phương (Chi-squared) với các biến định lượng và Anova – test với các biến định tính, giá trị có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

Phương tiện nghiên cứu: Máy siêu âm Hitachi V6 (Nhật Bản) có đầu dò line 5 -7,5 MHz và convex 3,5 -5Mhz và máy Auto bolus (Medsure) chạy thuốc sau mổ.

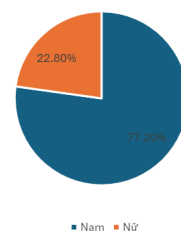
2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo qui định về đạo đức trong nghiên cứu y học, được Hội đồng đạo đức Bệnh viện phổi thông qua ngày 3/11/2025 theo quyết định số 734/2025/NCKH. Mọi thông tin về người bệnh được đảm bảo bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu khoa học, kết quả được phản ánh trung thực cho các bên liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện trên 114 BN, 88 nam và 26 nữ, chia làm hai nhóm nghiên cứu: Nhóm 1: ESP (n= 57) và nhóm 2: PCA Morphin (n= 57):

Tỷ lệ nam nữ trong nghiên cứu



Biểu đồ 1. Tuổi và giới

Nhận xét: Nam chiếm 77,2%, nữ chiếm 22,8%, tỷ lệ nam: nữ 3:1

Bảng 1. Kết quả gây tê mặt phẳng cơ dựng sống dưới hướng dẫn của kỹ thuật siêu âm

Siêu âm		n	Tỷ lệ (%)
Số lần chọc kim	1 lần	47	82,2
	2 lần	10	11,8
Trúng đích		57	100,0

Nhận xét: Do có hướng dẫn siêu âm nên việc chọc kim gây tê rất dễ dàng, hầu hết chọc 1 lần là đạt kết quả (82,2%) và 100% chọc trúng đích.

Bảng 2. Thời gian gây mê và phẫu thuật của hai nhóm

Chỉ số	Nhóm	Nhóm ESP		Nhóm PCA Morphin		p
		($\bar{X} \pm SD$)	Max-min	($\bar{X} \pm SD$)	Max-min	
Thời gian gây mê (phút)		130,7 $\pm$ 9,2	70-185	129,8 $\pm$ 5,5	80-195	>0,05
Độ dài đường mổ ngực(cm)		5,7 $\pm$ 0,8	4 – 7	5,9 $\pm$ 1,2	4 – 8	>0,05
Thời gian làm phẫu thuật (phút)		129,7 $\pm$ 32,3	70 – 170	130,3 $\pm$ 25,7	80-180	>0,05

Nhận xét: Thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật, thời hai nhóm tương tự nhau. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

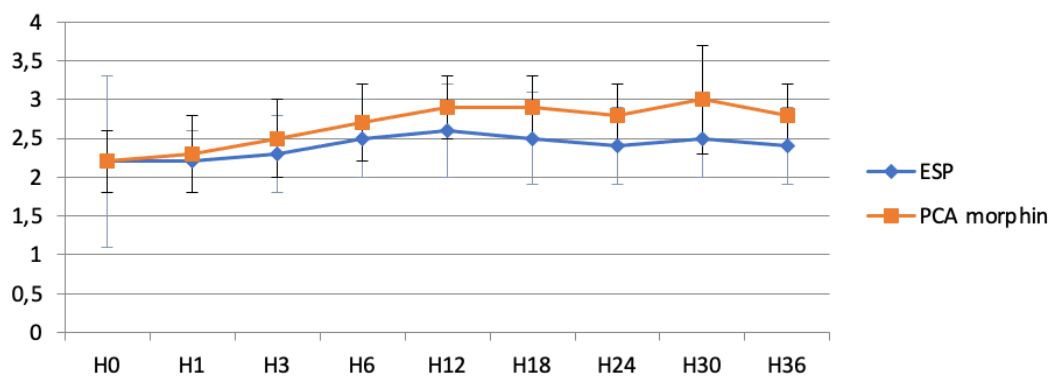
Bảng 3. Đặc điểm thuốc trong mổ

Giá trị trung bình	Nhóm	Nhóm ESP	Nhóm PCA Morphin	p
		($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	
Tổng lượng propofol (mg)		147,0 $\pm$ 19,4	141,6 $\pm$ 16,6	>0,05
Tổng lượng fentanyl (mg)		0,2 $\pm$ 0,04	0,45 $\pm$ 0,03	<0,01

Nhận xét: Tổng lượng propofol giữa hai nhóm tương tự nhau không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tổng lượng fentanyl trong mổ ở nhóm PCA cao hơn nhóm ESP, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

Bảng 4. Điểm VAS trung bình khi nghỉ tại các thời điểm

Thời điểm	Nhóm ESP ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm PCA Morphin ($\bar{X} \pm SD$)	p
Sau mổ, bắt đầu tỉnh	2,2 $\pm$ 1,1	2,20 $\pm$ 0,4	>0,05
Rút NKQ (H0)	2,2 $\pm$ 0,4	2,3 $\pm$ 0,5	>0,05
Sau rút NKQ 3h	2,3 $\pm$ 0,5	2,5 $\pm$ 0,5	>0,05
Sau rút NKQ 6h	2,5 $\pm$ 0,5	2,7 $\pm$ 0,5	>0,05
Sau rút NKQ 12h	2,6 $\pm$ 0,6	2,9 $\pm$ 0,4	<0,05
Sau rút NKQ 18h	2,5 $\pm$ 0,6	2,9 $\pm$ 0,4	<0,05
Sau rút NKQ 24h	2,4 $\pm$ 0,5	2,8 $\pm$ 0,4	<0,05
Sau rút NKQ 30h	2,5 $\pm$ 0,5	3,0 $\pm$ 0,7	<0,05
Sau rút NKQ 36h	2,4 $\pm$ 0,5	2,8 $\pm$ 0,4	<0,05

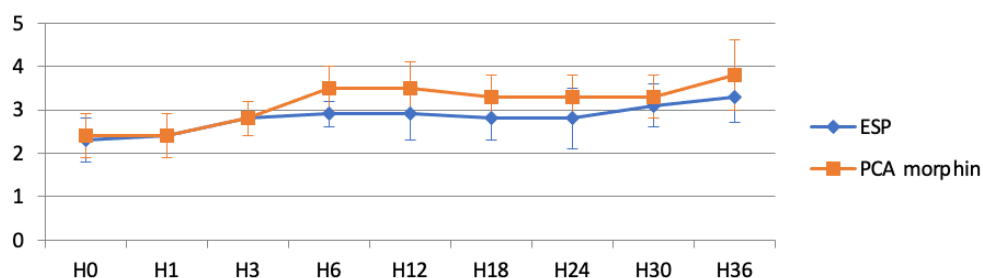


Biểu đồ 2. Điểm đau VAS khi nằm yên theo các thời điểm giữa hai nhóm

Nhận xét: Điểm VAS thời điểm BN ở Hồi sức ngoại bắt đầu tỉnh và hiểu lời là tương đương giữa 2 nhóm. Điểm VAS trung bình khi nằm yên tại các thời điểm đánh giá trong hai nhóm đều dưới 3 (tương ứng với mức độ đau ít). Từ thời điểm sau rút NKQ 12 giờ cho đến 36 giờ thì điểm đau VAS có sự khác biệt rõ giữa 2 nhóm, nhóm 1 có điểm VAS thấp hơn nhóm 2 hằng định kéo dài cho đến hết thời gian theo dõi 60 giờ sau mổ.

Bảng 5. Điểm đau VAS khi vận động theo các thời điểm giữa 2 nhóm

Thời điểm	Nhóm ESP ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm PCA Morphin ($\bar{X} \pm SD$)	p
Sau mổ, bắt đầu tỉnh	2,3 $\pm$ 0,5	2,4 $\pm$ 0,5	>0,05
Rút NKQ (H0)	2,4 $\pm$ 0,5	2,4 $\pm$ 0,5	>0,05
Sau rút NKQ 3h	2,8 $\pm$ 0,4	2,8 $\pm$ 0,4	>0,05
Sau rút NKQ 6h	2,9 $\pm$ 0,3	3,5 $\pm$ 0,5	<0,01
Sau rút NKQ 12h	2,9 $\pm$ 0,0,6	3,5 $\pm$ 0,6	<0,01
Sau rút NKQ 18h	2,8 $\pm$ 0,5	3,3 $\pm$ 0,5	<0,01
Sau rút NKQ 24h	2,8 $\pm$ 0,7	3,3 $\pm$ 0,5	<0,01
Sau rút NKQ 30h	3,1 $\pm$ 0,5	3,3 $\pm$ 0,5	<0,05
Sau rút NKQ36h	3,3 $\pm$ 0,6	3,8 $\pm$ 0,8	<0,01



Biểu đồ 3. Điểm đau VAS khi vận động tại các thời điểm của hai nhóm

Nhận xét: Điểm VAS trung bình khi vận động (ho, xoay trở, vuốt dẫn lưu) ở hai nhóm thay đổi tăng hơn so với lúc nằm yên, tối đa là 5 điểm tương ứng với mức độ đau trung bình. Điểm VAS bắt đầu thay đổi có ý nghĩa từ thời điểm giờ thứ 6 sau rút NKQ ($p < 0,05$).

Bảng 6. Tiêu thụ Morphin sau mổ

Thuốc	Nhóm ESP	Nhóm PCA Morphine	p
Lượng morphin trung bình (mg)	4,54 $\pm$ 2,02	35,93 $\pm$ 15,28	< 0,01

Nhận xét: Lượng sử dụng liều morphin của hai nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

Bảng 7. Các tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Nhóm ESP (n = 57)		Nhóm PCA Morphin (n=57)		p
	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Buồn nôn, nôn	2	3,50	15	26,31	<0,01
Ngứa	2	3,50	12	21,05	<0,01
Tụt HA	0	0	0	0	>0,05

Tác dụng không mong muốn	Nhóm ESP (n = 57)		Nhóm PCA Morphin (n=57)		p
	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Loạn thần	0	0	3	5,26	>0.05
Rét run	2	3,50	0	0	>0.05
Ức chế hô hấp	0	0	1	1,75	>0.05
Suy hô hấp	0	0	0	0	>0.05

Nhận xét: Tỷ lệ buồn nôn, nôn và ngứa ở nhóm ESP thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm PCA morphin ($p < 0,01$). Các tác dụng không mong muốn khác có tần suất thấp và không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

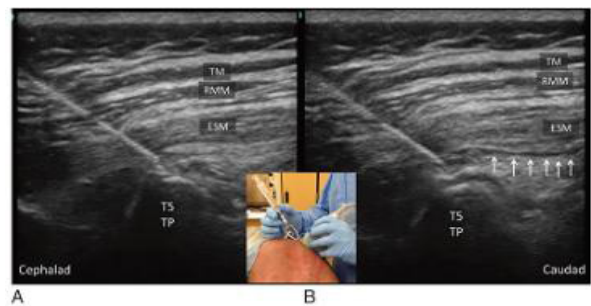
IV. BÀN LUẬN

Về tuổi và giới tính: Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 114 bệnh nhân phẫu thuật lồng ngực, tuổi trung bình là $53,6 \pm 12,7$ tuổi, tỷ lệ nam: nữ là 3:1. Như vậy, đối tượng nghiên cứu chủ yếu nằm trong độ tuổi trung niên. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Polona Gams và cộng sự ghi nhận độ tuổi trung bình cao hơn, $69,4 \pm 8,2$ tuổi [6]. Tại Việt Nam, tỷ lệ nam mắc bệnh phổi cao hơn có thể liên quan đến yếu tố môi trường và lối sống, như hút thuốc lá, sử dụng chất kích thích, chế độ ăn uống không điều độ, cũng như đặc thù lao động nặng nhọc.

Về phân loại phẫu thuật: Phẫu thuật lồng ngực là phẫu thuật lớn, mức độ đau sau mổ nhiều và kéo dài, do mức độ xâm lấn và tổn thương các cấu trúc thần kinh – cơ. Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật bằng phương pháp nội soi lồng ngực, do đó hạn chế được ảnh hưởng của kỹ thuật mổ đến kết quả. Vì vậy, đặc điểm phẫu thuật giữa hai nhóm là tương đồng, đảm bảo tính đồng nhất khi so sánh hiệu quả giảm đau [3,4]

Đánh giá kỹ thuật siêu âm: Sử dụng máy siêu âm giúp dễ dàng đưa kim vào đúng vị trí gần gây mê, hiệu quả trong 1 lần chọc đạt 82%, chỉ có 17,8% phải chọc lần thứ 2 và tất cả 100% bệnh nhân đều chọc trúng đích. Đặt đầu dò siêu âm theo phương song song với cột sống cách cột sống 3-4 cm ngang mức phồng bèo của móm gai T4 hoặc di chuyển đầu dò từ ngoài vào trong (lấy xương sườn làm mốc). Xác định rõ thần kinh tuỷ sau khi xác định móm ngang đốt sống và cơ dựng sống. Việc xác định mốc giải phẫu ngoài da như C7, T7 hoặc L4 hỗ trợ định vị chính xác vùng gây tê. Kim Touhy được đưa theo kỹ thuật in-plane, hướng về móm ngang để đảm bảo đầu kim nằm giữa móm ngang và cơ dựng sống. Tiêm một lượng nhỏ NaCl 0,9% giúp xác nhận vị trí

và mở rộng khoang, sau đó luồn catheter vào mặt phẳng cơ dựng sống để thực hiện gây tê. Narayanan M và cộng sự [5] đã tìm ra điểm móm ngang làm mốc tiến hành kỹ thuật “làm dàn mỏng thuốc” trong gây tê bề mặt cơ dựng sống. Từ đó đưa ra kết luận chọn vị trí đi qua cơ dựng sống vào khoang ảo giữa cơ dựng sống và móm ngang [2].



Hình 4.1. Kỹ thuật gây tê mặt phẳng cơ dựng sống dưới hướng dẫn SA. Siêu âm thực hiện an toàn và đạt hiệu quả [2].

Đánh giá hiệu quả giảm đau trong và sau mổ bằng phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống đoạn ngực dưới hướng dẫn của siêu âm trong phẫu thuật lồng ngực:

Về độ dài đường mổ ngực: Độ dài đường mổ là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến mức độ đau sau mổ, với vết mổ càng lớn thì tổn thương mô và đau càng nhiều [6-8]. Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi lồng ngực với chiều dài đường mổ tương đương giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Điều này cho thấy đặc điểm phẫu thuật đồng nhất, hạn chế ảnh hưởng của yếu tố vết mổ khi so sánh hiệu quả giảm đau.

Đặc điểm thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật và thuốc gây mê: Thời gian gây mê và thời

gian phẫu thuật giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, cho thấy tính đồng nhất về đặc điểm phẫu thuật và gây mê, đảm bảo tính khách quan khi so sánh hiệu quả giảm đau. Lượng propofol sử dụng trong mổ tương đương giữa hai nhóm, trong khi tổng liều fentanyl ở nhóm PCA morphin cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ESP. Điều này cho thấy ESP góp phần làm giảm đáp ứng đau trong mổ, từ đó giảm nhu cầu sử dụng opioid. Cơ chế này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, cho thấy thuốc tê trong kỹ thuật ESP có thể lan vào khoang cạnh sống và ức chế dẫn truyền cảm giác đau [2,5]. Ngoài ra, một số nghiên cứu cũng ghi nhận ESP giúp giảm đáng kể nhu cầu opioid trong và sau phẫu thuật, góp phần cải thiện chất lượng giảm đau [4,6].

Hiệu quả giảm đau sau mổ: Khi so sánh điểm đau theo thang VAS, cả hai nhóm đều kiểm soát đau tốt khi nghỉ (VAS < 3). Tuy nhiên, từ 12 giờ sau rút nội khí quản, nhóm ESP duy trì điểm VAS thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm PCA morphin ($p < 0,05$). Đối với đau khi vận động, sự khác biệt xuất hiện sớm hơn, từ giờ thứ 6 sau mổ. Kết quả này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng, do kiểm soát tốt đau khi vận động giúp bệnh nhân ho khạc hiệu quả, giảm nguy cơ biến chứng hô hấp sau mổ. Đồng thời, kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Macaire và cộng sự, cho thấy ESP không chỉ giảm nhu cầu opioid mà còn cải thiện chất lượng hồi phục sau phẫu thuật [4]. Như vậy, ESP là phương pháp giảm đau hiệu quả, giúp kiểm soát tốt cả đau khi nghỉ và khi vận động, đồng thời góp phần giảm nhu cầu opioid sau mổ.

Tiêu thụ thuốc giảm đau sau mổ: Kết quả nghiên cứu cho thấy gây tê ESP giúp giảm đáng kể nhu cầu morphin sau phẫu thuật lồng ngực. Ở nhóm ESP, phần lớn bệnh nhân không cần bổ sung morphin, ngoại trừ một số trường hợp can thiệp phẫu thuật phức tạp, tuy nhiên tổng liều sử dụng vẫn rất thấp. Đồng thời, các tác dụng không mong muốn liên quan đến opioid cũng giảm rõ rệt ở nhóm này. Ngược lại, nhóm PCA morphin có mức tiêu thụ morphin sau mổ cao hơn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Macaire và cộng sự, cho thấy ESP giúp giảm đáng kể nhu cầu opioid trong và sau phẫu thuật [4]. Như vậy, ESP không chỉ mang lại hiệu quả giảm đau tốt mà còn góp phần hạn chế tác dụng phụ của opioid và góp phần thúc đẩy chất lượng phục hồi sớm sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 114 bệnh nhân phẫu thuật nội soi lồng ngực cho thấy gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (ESP) dưới hướng dẫn siêu âm mang lại hiệu quả giảm đau tương đương PCA morphin trong 12 giờ đầu sau mổ. Sau thời điểm này, ESP cho hiệu quả giảm đau tốt hơn, thể hiện qua điểm VAS thấp hơn có ý nghĩa thống kê, đặc biệt khi vận động. Đồng thời, ESP giúp giảm đáng kể nhu cầu morphin sau mổ, qua đó hạn chế các tác dụng không mong muốn của opioid và cải thiện chất lượng hồi phục. Như vậy, ESP là phương pháp giảm đau hiệu quả và an toàn trong phẫu thuật nội soi lồng ngực, cho thấy tiềm năng ứng dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Acute Pain Management.** Cambridge University Press; 2009.
2. **Pourkashanian A, Narayanan M, Venkataraju A.** The Erector Spinae Plane Block: A Review of Current Evidence. *Update in Anaesthesia*. 12/03 2019;35
3. **Trịnh KĐ.** Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật lồng ngực của gây tê mặt phẳng cơ dựng sống bằng levobupivacain dưới hướng dẫn siêu âm. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2018;23(12):123-126.
4. **Macaire P, Ho N, Nguyen T, et al.** Ultrasound-Guided Continuous Thoracic Erector Spinae Plane Block Within an Enhanced Recovery Program Is Associated with Decreased Opioid Consumption and Improved Patient Postoperative Rehabilitation After Open Cardiac Surgery-A Patient-Matched, Controlled Before-and-After Study. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. Jun 2019;33(6):1659-1667. doi:10.1053/j.jvca.2018.11.021
5. **Narayanan M, Venkataraju A.** Transverse approach to the erector spinae block: is there more? *Regional Anesthesia & Pain Medicine*. 2019:rapm-2018-100280. doi:10.1136/rapm-2018-100280
6. **Gams P, Bitenc M, Danojevic N, et al.** Erector spinae plane block versus intercostal nerve block for postoperative analgesia in lung cancer surgery. *Radio Oncol*. Sep 1 2023;57(3):364-370. doi:10.2478/raon-2023-0035
7. **Trần CQ.** Hiệu quả điều trị ung thư phổi bằng phẫu thuật cắt thùy phổi qua nội soi. *Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh*. 2018;22(2):226-231.
8. **Pennefather S, Quarterman C, Klinger R, Kanellakos G.** Pain Management After Thoracic Surgery. 2019:981-1027.