

INITIAL EVALUATION OF THE ANALGESIC EFFICACY OF SACRAL ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK FOR HIP ARTHROPLASTY

Nguyen Duy Thanh¹, Nguyen Phuong Quynh¹, Ngo Sy Quy¹, Nguyen Toan Thang^{1,2*}

¹Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam

Received: 12/08/2025

Revised: 25/08/2025; Accepted: 13/09/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate initially the analgesic efficacy and safety of continuous sacral erector spinae plane block for patients undergoing hip arthroplasty.

Subjects and methods: A prospective, descriptive study was conducted on 25 patients (ASA I-III) scheduled for elective hip arthroplasty at the Bachmai Hospital. All patients received a continuous ultrasound-guided unilateral sacral erector spinae plane block for postoperative analgesia, supplemented with a multimodal regimen (paracetamol and diclofenac every 8 hours). Outcomes included total rescue Morphine consumption over 72 hours, visual analog scale (VAS) scores at rest and with movement at specified intervals, adverse events, and patient satisfaction.

Results: The mean duration for performing the sacral erector spinae plane block was 18.05 ± 4.85 minutes. The mean VAS scores at all study time points within 72 hours postoperatively were below 4 at rest and approximately 5 during movement. The mean Morphine consumption during the 0-24 hour and 24-48 hour intervals was 3.04 ± 3.46 mg and 1.08 ± 2.04 mg, respectively; 40% of patients required no supplemental Morphine. The incidence of pain at the catheter site and nausea/vomiting was 8% each. No episodes of hypotension, fall, local anesthetic systemic toxicity, or nerve injury were observed. The proportion of patients reporting satisfaction or higher was 92%.

Conclusion: This preliminary study suggests that continuous sacral erector spinae plane block contributes to effective analgesia and reduced Morphine consumption during the first 3 postoperative days after hip replacement surgery, without any reported serious adverse events.

Keywords: Sacral erector spinae plane block, hip arthroplasty, postoperative pain, Bachmai Hospital.

*Corresponding author

Email: nguyentoanthang@hmu.edu.vn Phone: (+84) 916874795 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD13.3199>

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ DỰNG SỐNG VÙNG CÙNG CỤT CHO PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG

Nguyễn Duy Thanh¹, Nguyễn Phương Quỳnh¹, Ngô Sỹ Quý¹, Nguyễn Toàn Thắng^{1,2*}

¹Bệnh viện Bạch Mai - 78 Giải Phóng, P. Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12/08/2025

Chỉnh sửa ngày: 25/08/2025; Ngày duyệt đăng: 13/09/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm bước đầu đánh giá hiệu quả giảm đau và an toàn của kỹ thuật gây tê mặt phẳng cơ dựng sống vùng cùng cột liên tục cho bệnh nhân sau phẫu thuật thay khớp háng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, không đối chứng trên 25 bệnh nhân (tuổi từ 18-80, ASA I-III) phẫu thuật thay khớp háng có kế hoạch tại Bệnh viện Bạch Mai. Giảm đau sau mổ ở tất cả bệnh nhân gồm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống vùng cùng cột một bên có luồn catheter dưới hướng dẫn siêu âm phối hợp với Paracetamol 1g, Diclofenac 100 mg mỗi 8 giờ. Các chỉ số được ghi nhận bao gồm: thời gian gây tê, điểm đau VAS lúc nghỉ và vận động tại các thời điểm 2, 6, 12, 24, 36, 48 và 72 giờ, nhu cầu bổ sung Morphin và một số tác dụng không mong muốn.

Kết quả: Thời gian thực hiện gây tê mặt phẳng cơ dựng sống vùng cùng cột trung bình $18,05 \pm 4,85$ phút. Điểm VAS trung bình ở các thời điểm nghiên cứu trong 72 giờ sau mổ đều dưới 4 khi nghỉ và xấp xỉ 5 khi vận động. Mức tiêu thụ Morphin trung bình trong 0-24 giờ và 24-48 giờ lần lượt là $3,04 \pm 3,46$ mg và $1,08 \pm 2,04$ mg; 40% bệnh nhân không cần bổ sung Morphin. Tỷ lệ đau tại vị trí catheter và buồn nôn/nôn đều là 8%. Không gặp tụt huyết áp, ngã, ngộ độc thuốc tê hay tổn thương thần kinh. Tỷ lệ hài lòng trở lên đạt 92%.

Kết luận: Nghiên cứu bước đầu cho thấy gây tê mặt phẳng cơ dựng sống vùng cùng cột có luồn catheter góp phần mang lại hiệu quả giảm đau tốt và ít tiêu thụ Morphin ở 3 ngày đầu sau phẫu thuật thay khớp háng, trong khi chưa gặp các biến cố nguy hiểm.

Từ khóa: Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống vùng cùng cột, thay khớp háng, giảm đau sau mổ, Bệnh viện Bạch Mai.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay khớp háng là giải pháp hiệu quả cho các bệnh lý khớp háng giai đoạn cuối, nhưng đau sau mổ vẫn là một thách thức lớn [1]. Nếu không được kiểm soát tốt, đau cấp tính có thể dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm như huyết khối tĩnh mạch sâu, viêm phổi và sảng hậu phẫu, đặc biệt ở người cao tuổi [1]. Cơ chế đau của khớp háng rất phức tạp, do sự chi phối của nhiều nhánh thần kinh từ cả đám rối thắt lưng và đám rối cùng [2].

Hiện nay, một số phương pháp gây tê vùng phổ biến như gây tê thần kinh đùi, gây tê mạc chậu [3] chủ yếu chỉ che phủ được mặt trước và bên của khớp, thường bỏ sót cảm giác đau từ mặt sau do thần kinh ngồi và thần kinh mông chi phối. Trong khi gây tê trực thần kinh mạc dù giảm đau tốt nhưng gây tê cả hai bên và tiềm ẩn các nguy cơ chảy máu, gây chèn

ép tủy liên quan đến sử dụng thuốc chống đông dự phòng thuyên tắc tĩnh mạch. Hơn nữa, các phương pháp gây tê này có thể gây yếu cơ chi dưới nói chung và cơ tứ đầu đùi nói riêng, từ đó cản trở quá trình vận động và hồi phục sớm sau phẫu thuật. Kỹ thuật PENG block (Pericapsular Nerve Group block) nhắm tới các nhánh cảm giác của thần kinh đùi, nhánh chậu của thần kinh đùi bì ngoài và thần kinh bịt phụ chi phối bao khớp trước, nên giảm đau tốt vùng khớp háng mà ít ảnh hưởng vận động cơ tứ đầu đùi. Tuy nhiên, do không tác động lên các nhánh chi phối bao khớp sau (từ thần kinh tọa, thần kinh bịt chính), nên đau vùng sau hông có thể vẫn còn. Hơn nữa, nguy cơ lan sang nhánh vận động thần kinh đùi nếu tiêm thể tích lớn hoặc sai vị trí vẫn có thể gây yếu cơ tứ đầu [2-3].

*Tác giả liên hệ

Email: nguyentoanthang@hmu.edu.vn Điện thoại: (+84) 916874795 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD13.3199>

Gần đây, gây tê mặt phẳng cơ dựng sống vùng cùng cụt (sacral erector spinae plane block: S-ESPB) đã nổi lên như một kỹ thuật đầy hứa hẹn [4]. Bằng cách tiêm thuốc tê vào mặt phẳng giữa cơ dựng sống và xương cùng ở ngang mức S2, kỹ thuật này cho phép thuốc lan tỏa rộng, phong bế các rễ thần kinh từ L5 đến S3 [5]. Điều này không chỉ giúp kiểm soát toàn diện cảm giác đau từ cả mặt trước và mặt sau khớp háng mà còn bảo tồn được chức năng vận động của chi dưới, một ưu điểm vượt trội so với các kỹ thuật truyền thống, qua đó giúp cải thiện chất lượng hồi phục sau phẫu thuật [6]. Cho đến nay, trên thế giới chưa có nhiều nghiên cứu về kỹ thuật S-ESPB cho nhóm bệnh nhân thay khớp háng, trong khi tại Việt Nam, S-ESPB vẫn còn là một vấn đề mới và chưa có nghiên cứu nào liên quan đến kỹ thuật này được công bố. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm bước đầu đánh giá về kỹ thuật, hiệu quả giảm đau và an toàn của kỹ thuật S-ESPB cho bệnh nhân phẫu thuật thay khớp háng có chuẩn bị tại Bệnh viện Bạch Mai.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

25 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng một bên theo chương trình tại Trung tâm Gây mê Hồi sức, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2025 đến tháng 8/2025.

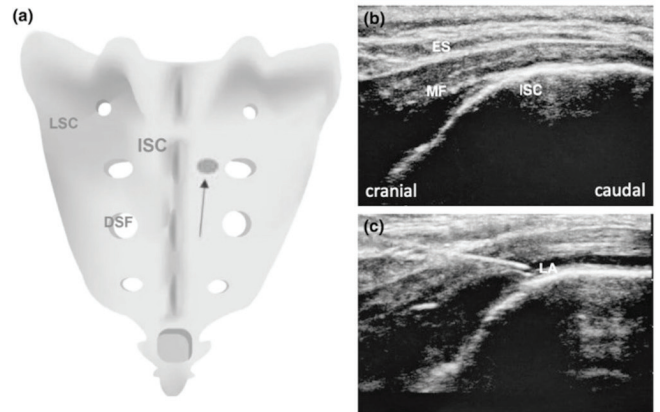
- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân từ 18-80 tuổi, phân loại ASA I-III, đồng ý tham gia nghiên cứu, được thực hiện thành công S-ESPB có luồn catheter sau phẫu thuật tại phòng hồi tỉnh.

- Loại trừ các trường hợp: bệnh nhân từ chối, chống chỉ định gây tê tùy sống và S-ESPB (nhiễm trùng tại chỗ, rối loạn đông máu, suy tim nặng), chống chỉ định dùng thuốc tê và các thuốc dùng trong nghiên cứu, BMI > 40 kg/m², hoặc suy chức năng cơ quan nặng, các bệnh nhân bị tuột catheter trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn được thu thập trong khoảng thời gian nghiên cứu. Tổng số 25 bệnh nhân được thực hiện với phương pháp S-ESPB liên tục dưới hướng dẫn của siêu âm.



(a) Nhìn từ sau xương cùng (mũi tên chỉ hướng chọc và vòng tròn màu vàng chỉ điểm tiêm); (b) Giải phẫu siêu âm mặt phẳng cơ dựng sống vùng cùng cụt mặt cắt dọc qua vùng tiêm; (c) Thực hiện S-ESPB (hình ảnh kim gây tê và lan tỏa thuốc tê).

DSF (dorsal sacral foramen): lỗ cùng sau; ES (erector spinae muscle): cơ dựng sống; ISC (intermediate sacral crest): mào cùng giữa; LA (local anesthetic): thuốc tê; LSC (lateral sacral crest): mào cùng bên; MF (multifidus muscle): cơ đa liên.

Hình 1. Hình ảnh siêu âm mặt phẳng cơ dựng sống vùng cùng cụt [5]

2.3. Các bước tiến hành giảm đau

- Chuẩn bị bệnh nhân và phương tiện gây tê:

+ Bệnh nhân được thăm khám trước mổ, giải thích về kỹ thuật gây tê, các biến chứng có thể xảy ra và ký giấy đồng ý tham gia nghiên cứu; được hướng dẫn cách đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS từ 0-10 điểm.

+ Máy siêu âm với đầu dò phẳng có tần 5-12 MHz (hãng GE Healthcare), kim gây tê thần kinh có luồn catheter, thuốc tê Bupivacain 0,5% (hãng Astra Zeneca) và các thuốc cấp cứu.

- Gây tê tùy sống tại vị trí L3-4 với liều 6-7 mg Bupivacain 0,5% tỉ trọng cao.

- Kỹ thuật S-ESPB một bên có luồn catheter dưới hướng dẫn của siêu âm:

+ Sau phẫu thuật, bệnh nhân được chuyển ra phòng hồi tỉnh, lắp các thiết bị theo dõi tiêu chuẩn (ECG, SpO₂, huyết áp không xâm lấn). Trong vòng 1 giờ sau phẫu thuật, tiến hành S-ESPB có luồn catheter; bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm nghiêng, bộc lộ vùng thắt lưng bên phẫu thuật. Bác sĩ rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn, sát trùng vùng chọc kim và trải toan và bọc đầu dò vô khuẩn.

+ Dùng đầu dò siêu âm thẳng (Linear) tần số cao 10-12 MHz, đặt đầu dò theo mặt cắt dọc trên đường cạnh gai vùng xương cùng, ngang mức mào cùng giữa S2. Xác định các cấu trúc: mào cùng giữa, cơ

đa liên, cơ dựng sống và các lớp mạc liên quan ở mức S2 (hình 1). Dùng kim Tuohy 18G với tiếp cận in-plane từ trên xuống, tiến kim qua cơ dựng sống tới mặt sâu cơ đa liên, tiếp xúc ngay trên mào cùng giữa. Hút lại loại trừ máu hoặc dịch não tủy) và bơm 1-2 ml nước muối để để xác nhận tách lớp mạc đúng khoang (lan tách giữa cơ và mào), sau đó tiêm một liều nạp 20 ml Bupivacain 0,2% và luồn catheter sâu 2-3 cm vào khoang giữa cơ dựng sống và xương cùng, kiểm tra sữa lan tỏa thuốc tê dưới siêu âm.

+ Giảm đau sau mổ: catheter được nối với bơm tiêm điện để truyền liên tục Bupivacain 0,1% với tốc độ 6 ml/giờ trong 48 giờ. Giảm đau phối hợp khác bao gồm Paracetamol 1g, Diclofenac 100 mg mỗi 8 giờ. Nếu bệnh nhân có điểm VAS ≥ 4 , sẽ được dùng các liều bổ sung (giải cứu) 1 mg Morphin tiêm tĩnh mạch.

2.4. Thu thập số liệu

Ghi nhận đặc điểm nhân khẩu học, tổng liều Morphin tiêu thụ trong 72 giờ, điểm VAS lúc nghỉ và khi vận động (co gối) tại các thời điểm 0, 2, 6, 12, 24, 36 và 48 giờ sau khi thực hiện kỹ thuật, mức độ hài lòng của bệnh nhân về giảm đau và các tác dụng không mong muốn (đau vị trí chọc, buồn nôn, nôn, tụt huyết áp, ngộ độc thuốc tê, tê bì bất thường sau phẫu thuật) được theo dõi và ghi nhận.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến liên tục được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

S-ESPB là kỹ thuật gây tê thuộc danh mục của Bộ Y tế và Bệnh viện Bạch Mai. Các bác sỹ thực hiện kỹ thuật đã được đào tạo về gây tê vùng dưới hướng dẫn của siêu âm. Bệnh nhân được giải thích và tự nguyện tham gia nghiên cứu và có thể ngừng ở bất cứ thời điểm nào.

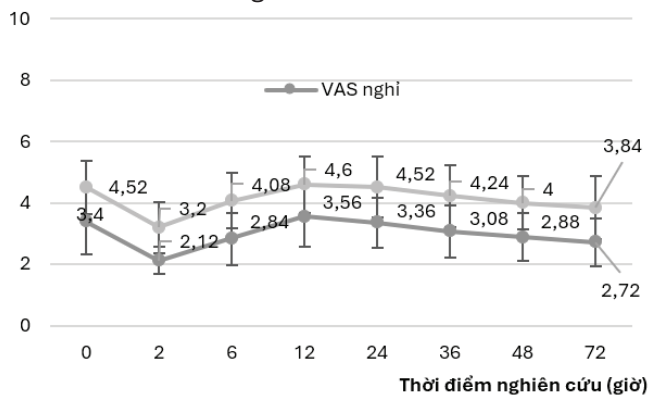
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu và thời gian gây tê (n = 25)

Đặc điểm chung		Giá trị
Tuổi trung bình (năm)		61,04 $\pm$ 14,27
Giới tính	Nam	17 (68%)
	Nữ	8 (32%)
Chiều cao (cm)		161,32 $\pm$ 7,76

Đặc điểm chung		Giá trị
Cân nặng (kg)		54,96 $\pm$ 10,38
BMI (kg/m ²)		21,0 $\pm$ 2,96
Phân loại ASA	I	2 (8%)
	II	19 (76%)
	III	4 (16%)
Chẩn đoán	Hoại tử chỏm xương đùi	10 (40%)
	Gãy cổ xương đùi	9 (36%)
	Khác	6 (24%)
Loại phẫu thuật thay khớp háng	Toàn bộ	20 (80%)
	Bán phần	5 (20%)
Đường mổ thay khớp háng	Bên	14 (56%)
	Sau	11 (44%)
Thời gian phẫu thuật (phút)		98,28 $\pm$ 24,98
Số lần đặt catheter (lần)	$\bar{X} \pm SD$	1,09 $\pm$ 0,42 ()
	Min-max	1-2
Thời gian gây tê luồn catheter (phút)		18,05 $\pm$ 4,85

Thời gian thực hiện thủ thuật gây tê trung bình là khoảng 18 phút và hầu hết bệnh nhân thực hiện luồn catheter thành công ở lần đầu tiên.



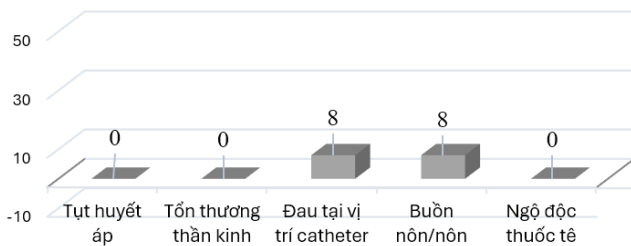
Biểu đồ 1. Điểm đau VAS trung bình ở các thời điểm nghiên cứu

Điểm VAS trung bình lúc nghỉ luôn được duy trì ở mức thấp (dưới 4/10), trong khi điểm VAS trung bình khi vận động ở mức dưới 5/10.

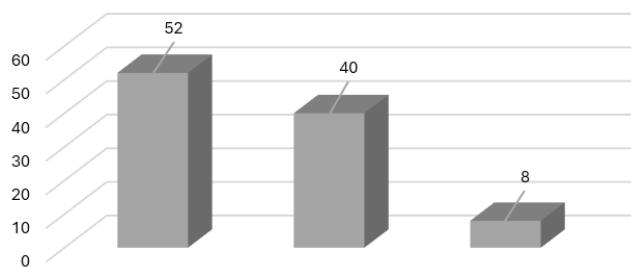
Bảng 2. Tiêu thụ Morphine trung bình trong 72 giờ (mg)

Biến số	Giá trị	Min-max
Lượng Morphine tiêu thụ từ 0-24 giờ (mg)	$3,04 \pm 3,46$	0-10
Lượng Morphine tiêu thụ từ 24-48 giờ (mg)	$1,08 \pm 2,04$	0-6
Lượng Morphine tiêu thụ từ 48-72 giờ (mg)	0	0
Bệnh nhân không dùng Morphine	10 (40%)	

Tiêu thụ Morphine trung bình trong 24 giờ và 48 giờ đầu sau mổ lần lượt là $3,04 \pm 3,46$ (mg) và $1,08 \pm 2,04$ (mg). Tỷ lệ bệnh nhân không dùng Morphine giảm đau là 40%.

**Biểu đồ 2. Các tác dụng không mong muốn (%)**

Có 2 bệnh nhân (8%) bị đau buốt vị trí chọc và 2 bệnh nhân (8%) buồn nôn, nôn. Không ghi nhận trường hợp nào bị tụt huyết áp cần can thiệp, tổn thương thần kinh, hay bị ngộ độc thuốc tê trong quá trình theo dõi.

**Biểu đồ 3. Mức độ hài lòng của người bệnh (%)**

Phần lớn bệnh nhân rất hài lòng hoặc hài lòng với kết quả giảm đau, chiếm tỷ lệ 92%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 25 ca lâm sàng đầu tiên được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy kỹ thuật S-ESBP có đặt catheter góp phần mang lại hiệu quả kiểm soát đau tốt trong mô hình giảm đau đa phương thức sau phẫu thuật thay khớp háng có chuẩn bị. Nghiên cứu cũng cho thấy đây là kỹ thuật giảm đau an toàn, làm giảm đáng kể nhu cầu sử dụng Morphine, phù hợp với các mục tiêu của chương trình phục hồi sớm sau mổ (ERAS) [6]. Những bằng chứng

ban đầu gợi ý S-ESBP truyền liên tục là kỹ thuật hứa hẹn để giảm đau sau phẫu thuật thay khớp háng và cần được tiếp tục nghiên cứu và so sánh với các kỹ thuật gây tê khác phổ biến hơn.

Hiệu quả giảm đau toàn diện là một trong những kết quả nổi bật của nghiên cứu, thể hiện qua điểm VAS thấp ở cả lúc nghỉ và khi vận động. Cụ thể, điểm đau trung bình lúc nghỉ luôn được duy trì ở mức thấp, từ $2,12 \pm 0,44$ điểm tại thời điểm 2 giờ và đạt cao nhất là $3,56 \pm 1,00$ điểm tại thời điểm 12 giờ. Đáng chú ý, ngay cả khi vận động (co gối), điểm VAS vẫn được kiểm soát tốt, đạt mức cao nhất là $4,68 \pm 0,87$ điểm lúc 12 giờ và giảm xuống còn $3,84 \pm 1,03$ điểm tại thời điểm 72 giờ (biểu đồ 1). Về cơ chế, khác với gây tê mạc chậu chỉ che phủ được phân bố của thần kinh đùi, thần kinh bì đùi ngoài, kỹ thuật S-ESBP có khả năng phong bế rộng hơn thông qua việc lan tỏa thuốc tê trong không gian mặt phẳng cơ dựng sống. Theo nghiên cứu của Marrone F và cộng sự (2023) [5], thuốc tê có thể lan từ L5 đến S3, bao phủ cả nhánh sau và trước của các rễ thần kinh, giải thích khả năng giảm đau toàn diện cho cả mặt trước và mặt sau khớp háng.

Một chỉ số khác phản ánh hiệu quả giảm đau của gây tê là mức tiêu thụ Morphine trung bình trong nghiên cứu thấp (dùng để giải cứu), cụ thể chỉ $3,04 \pm 3,46$ mg trong 24 giờ sau mổ (bảng 2). Con số này thấp hơn rõ rệt so với các báo cáo trong y văn ở những bệnh nhân thay khớp háng không được áp dụng các kỹ thuật giảm đau vùng hiệu quả, có thể vượt quá 40 mg Morphine [1]. Kết quả này vẫn khẳng định tiềm năng giảm sử dụng Morphine mạnh mẽ của S-ESBP, một yếu tố quan trọng giúp giảm các tác dụng không mong muốn liên quan đến Opioid như buồn nôn, nôn, an thần và sáng hậu phẫu, đặc biệt ở bệnh nhân cao tuổi.

Sự an toàn của kỹ thuật cũng được chứng minh qua loạt ca này, với tỷ lệ tác dụng không mong muốn rất thấp và chưa gặp bất kỳ biến cố nghiêm trọng nào (biểu đồ 2), điều này phù hợp với một số kết quả nghiên cứu đã công bố được trích dẫn trong bài báo này [5-6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có mức độ hài lòng đến rất hài lòng với phương pháp giảm đau khá cao (92%); trong khi 8% không hài lòng (biểu đồ 3). Một trường hợp không hài lòng có thể do tại 12 giờ và 24 giờ sau phẫu thuật điểm VAS khi vận động ở mức 6 và/hoặc đau tại vị trí chọc tê và luồn catheter. Điều này cho thấy hiệu quả kỹ thuật không chỉ phụ thuộc vào đặt catheter chính xác mà còn liên quan đến cố định, theo dõi catheter và quản lý kỳ vọng của người bệnh - những yếu tố cần được cải thiện trong thực hành và các nghiên cứu tiếp theo.

Nghiên cứu này tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, đây là loạt ca tiến cứu không có nhóm đối chứng, vì vậy chưa thể khẳng định ưu thế của S-ESBP truyền liên tục so với các kỹ thuật giảm đau vùng khác. Thứ

hai, tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật dưới gây tê tủy sống, do đó các điểm VAS trong 6-12 giờ đầu có thể chịu ảnh hưởng của phong bế tủy, gây nhiễu khi đánh giá hiệu quả thực sự của phương pháp. Thứ ba, chúng tôi chưa tiến hành đo đặc và ghi nhận bản đồ cảm giác (sensory mapping) để xác nhận mức độ lan tỏa của thuốc tê, điều này hạn chế việc giải thích cơ chế. Do đó, cần có những nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng quy mô lớn hơn để khẳng định chắc chắn vai trò và vị trí của S-ESPB so với các kỹ thuật giảm đau khác (như gây tê mạc chậu hoặc PENG) trong phẫu thuật thay khớp háng. Đồng thời, cần khảo sát chi tiết hơn về lan tỏa thuốc tê bằng siêu âm hoặc chụp cộng hưởng từ có thuốc cản quang để củng cố thêm về cơ sở giải phẫu, sinh lý của kỹ thuật này.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 25 trường hợp thay khớp háng, kết quả bước đầu cho thấy S-ESPB có đặt catheter đã mang lại hiệu quả giảm đau tốt, giúp giảm nhu cầu Morphine, bảo tồn chức năng vận động và an toàn. Kết quả này gợi ý S-ESPB là một lựa chọn hứa hẹn, cung cấp thêm một kỹ thuật hiệu quả trong giảm đau đa mô thức và tăng cường hồi phục sau phẫu thuật. Trong tương lai cần thực hiện các nghiên cứu thiết kế theo hướng so sánh ngẫu nhiên giữa S-ESPB với các kỹ thuật gây tê khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Gerbershagen H.J, Aduckathil S, van Wijck A.J.M, Peelen L.M, Kalkman C.J, Meissner W. Pain Intensity on the First Day after Surgery: A Prospective Cohort Study Comparing 179 Surgical Procedures. *Anesthesiology*, 2013, 118 (4), 934-944. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31828866b3>.
- [2] Tran D.Q, Salinas F.V, Benzon H.T, Neal J.M. Lower Extremity Regional Anesthesia: Essentials of Our Current Understanding. *Reg. Anesth. Pain Med*, 2019, rapm-2018-000019. <https://doi.org/10.1136/rapm-2018-000019>.
- [3] Grinman L, Elmore B, Ardon A.E, Hussain A, Malik M.F, Hernandez N, Jacoby M.J. Use of Peripheral Nerve Blocks for Total Hip Arthroplasty. *Curr. Pain Headache Rep*, 2024, 28 (11), 1113-1121. <https://doi.org/10.1007/s11916-024-01287-7>.
- [4] Bansal T, Singhal S. Sacral Erector Spinae Block: A New Era for Postoperative Analgesia - a Narrative Review. *J. Anaesthesiol. Clin. Pharmacol*, 2025, 41 (3), 404-409. https://doi.org/10.4103/joacp.joacp_256_24.
- [5] Marrone F, Paventi S, Tomei M, Failli S, Crecchio S, Pullano C. Unilateral Sacral Erector Spinae Plane Block for Hip Fracture Surgery. *Anaesth. Rep*, 2024, 12 (1), e12269. <https://doi.org/10.1002/anr3.12269>.
- [6] Satıcı M.H, Tutar M.S, Tire Y, Binici O, Çiçekler O, Korkmaz E et al. The effect of sacral erector spinae plane block on the quality of recovery after total hip arthroplasty: a prospective, randomized, controlled, multicenter study - *Minerva Anestesiologica*, 2025 April, 91 (4): 278-85. DOI: 10.23736/S0375-9393.24.18353-8.