

VAI TRÒ CỦA GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ DỰNG SỐNG HAI BÊN TRONG HỒI PHỤC SAU MỔ ĐẠI TRỰC TRÀNG THEO CHƯƠNG TRÌNH ERAS - KINH NGHIỆM TỪ BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY

Quách Minh Chính^{1,2}, Ngô Lương Nghĩa¹, Phan Thùy Chi^{1,2}
Vũ Thành Lâm¹, Dương Thị Hoan¹, An Thành Công¹, Nguyễn Ngọc Khánh^{1,2}
Nguyễn Ngọc Quang^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Huyền¹, Lê Anh Tuấn¹, Đặng Vũ Anh¹
Nguyễn Hùng Cường^{1,2}, Nguyễn Nam Khánh^{1,2}, Trần Thị Thu Hiền¹
Tăng Thị Hương Sen¹, Phạm Đức Anh¹, Clara Christina Paula Lua¹
Dương Phương Chinh¹, Phạm Đức Huân^{1,2}, Đoàn Quốc Hưng^{1,2}
Bùi Văn Thắng¹ và Vũ Tuấn Việt^{1,2,✉}

¹Bệnh viện Vinmec Times City

²Đại học VinUni

Nghiên cứu tiến cứu mô tả thuần tập tại bệnh viện Vinmec Times City từ 1/2024 đến 12/2024 trên những người bệnh có phẫu thuật điều trị ung thư đại trực tràng có áp dụng hồi phục sớm sau mổ (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS), trong đó giảm đau được kiểm soát bằng gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (Erector Spinae Plane: ESP) hai bên. Kết quả cho thấy, sử dụng catheter khoang cơ dựng sống và tiêm thuốc tê ngắt quãng mỗi 6h có thể duy trì giảm đau tốt với điểm đau thấp ở cả khi nghỉ ngơi lẫn vận động (VAS trung bình < 3 trong suốt quá trình điều trị) Mặc dù 25% người bệnh có ít nhất 1 thời điểm có điểm đau > 3, nhưng đều đáp ứng với nefopam, không có người bệnh nào cần sử dụng morphin. Các biến chứng nguy hiểm như ngộ độc thuốc tê, nhiễm trùng, chảy máu đều không được ghi nhận. Các chỉ số chất lượng hồi phục (tỉ lệ có nhu động ruột trong 24h 82%, ăn sớm trong 24h 78%, tỉ lệ buồn nôn 7,1%, bí tiểu 3,6%) cho thấy gây tê ESP có hiệu quả tốt và có thể được áp dụng như một thành tố của ERAS cho người bệnh phẫu thuật đại trực tràng.

Từ khóa: Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống, phục hồi sớm sau mổ, phẫu thuật đại trực tràng, giảm đau sau mổ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến nhất toàn cầu, đứng thứ ba về tỉ lệ mắc và thứ hai về nguyên nhân tử vong do ung thư.¹ Tại Việt Nam, gánh nặng bệnh tật do UTĐTT có xu hướng gia tăng, đặc biệt tại các đô thị lớn, nơi lối sống và chế độ ăn uống đang thay đổi nhanh chóng.² Phẫu

thuật triệt căn tiếp tục là phương pháp điều trị chủ đạo, đòi hỏi chiến lược chăm sóc hậu phẫu hiệu quả, trong đó kiểm soát đau đóng vai trò then chốt.

Chương trình hồi phục sớm sau mổ (Enhanced Recovery After Surgery – ERAS) đã được thiết lập và liên tục cập nhật bởi Hội đồng ERAS quốc tế, trong đó lĩnh vực phẫu thuật đại trực tràng có bộ tiêu chuẩn rõ ràng và ứng dụng rộng rãi.³ Các nguyên tắc chính bao gồm tối ưu hóa trước mổ, giảm stress phẫu thuật và thúc đẩy hồi phục sớm, trong đó kiểm soát đau

Tác giả liên hệ: Vũ Tuấn Việt

Bệnh viện Vinmec Times City

Email: v.vietvt@vinmec.com

Ngày nhận: 04/07/2025

Ngày được chấp nhận: 22/07/2025

đa mô thức, hạn chế opioid là một thành phần quan trọng.⁴

Tuy nhiên, các phương pháp giảm đau truyền thống vẫn còn nhiều hạn chế. Giảm đau ngoài màng cứng, mặc dù có hiệu quả cao, lại liên quan đến các nguy cơ như tụt huyết áp, chậm vận động, bí tiểu và nguy cơ nhiễm trùng hoặc biến chứng thần kinh.⁵ Trong khi các kỹ thuật gây tê thành bụng như gây tê mặt phẳng cơ ngang bụng (Transversus Abdominis Plane block - TAP block) chỉ kiểm soát tốt đau thành bụng nhưng không đủ hiệu quả với đau nội tạng. Sử dụng opioid toàn thân làm tăng nguy cơ buồn nôn, nôn, liệt ruột và kéo dài thời gian hồi phục.⁶

Kỹ thuật gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (erector spinae plane block - ESP block) gần đây được quan tâm như một lựa chọn thay thế khả thi. Cơ chế lan rộng thuốc tê ra rễ thần kinh sống và thần kinh giao cảm giúp phương pháp gây tê ESP kiểm soát được cả đau thành bụng và đau nội tạng.⁷ Một số nghiên cứu cho thấy gây tê ESP cải thiện hiệu quả giảm đau sau mổ, làm giảm nhu cầu opioid, hỗ trợ vận động sớm và phục hồi nhanh hơn trong các phẫu thuật bụng lớn.^{8,9} Tại Việt Nam, cũng đã có một số tác giả công bố các kết quả nghiên cứu về gây tê ESP nhưng trên nhóm người bệnh với các phẫu thuật khác.^{10,11} Tuy nhiên, chưa có các nghiên cứu được công bố về hiệu quả và khả năng áp dụng gây tê ESP như một yếu tố đóng góp giúp hồi phục sớm cho người bệnh sau mổ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau và một vài chỉ số về chất lượng hồi phục trong 48 h sau mổ ở người bệnh được phẫu thuật đại trực tràng theo chương trình ERAS có áp dụng gây tê cơ dựng sống hai bên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh được chẩn đoán ung thư đại trực tràng (UTĐTT), có chỉ định phẫu thuật triệt căn (bao gồm cả mổ mở và nội soi) và được áp dụng chương trình ERAS trong toàn bộ giai đoạn chu phẫu theo hướng dẫn 2018 của Hội tăng cường hồi phục sau phẫu thuật (ERAS society) cho phẫu thuật đại trực tràng.³ Nghiên cứu loại trừ các trường hợp có biến chứng cần phẫu thuật lại trong vòng 48h, người bệnh có bệnh lý kèm theo ảnh hưởng đến quá trình đánh giá (ví dụ tai biến mạch máu não di chứng thần kinh không thể đi lại được).

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

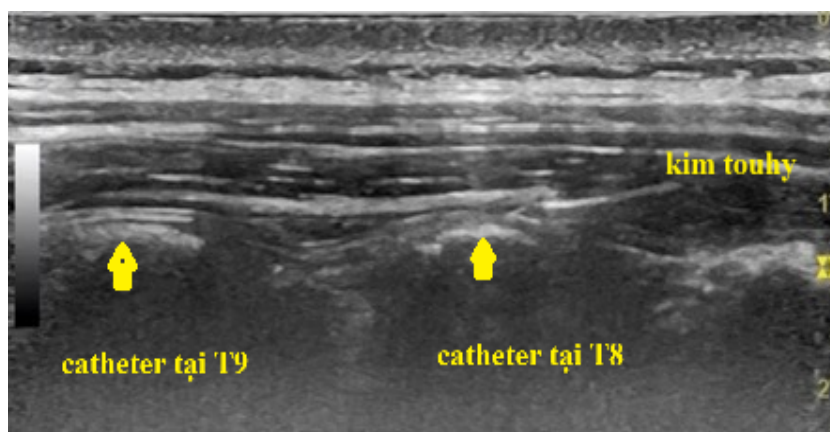
Nghiên cứu tiến cứu, mô tả thuần tập, không có nhóm chứng được tiến hành tại Bệnh viện Vinmec Times City từ 01/01/2024 đến 31/12/2024.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu:

Tất cả người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn trong khoảng thời gian nghiên cứu đều được lựa chọn. Cỡ mẫu bao gồm toàn bộ số ca thực hiện trong năm 2024.

Quy trình nghiên cứu, các biến số chỉ số nghiên cứu chính

- Kiểm soát đau thực hiện bằng gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (ESP) hai bên tại đốt sống ngực T8 được tiến hành bởi các bác sĩ đã được đào tạo về kỹ thuật. Vào thời điểm trước mổ, catheter được đặt dưới hướng dẫn siêu âm, tiêu chuẩn catheter đặt vị trí chính xác là khi luồn được đúng lớp và đi được từ móm ngang T8 đến móm ngang T9 (hoặc T7-T8 trong trường hợp T8-T9 khó).



Hình 1. Hình ảnh siêu âm khi luồn catheter tại vị trí T8 – T9

- Liều đầu: Ropivacaine 0,5% thực hiện trước rạch da, thực hiện đồng thời.

- Sau mổ: Ropivacaine 0,2% bơm ngắt quãng mỗi 6 giờ (10 – 12 ml/lần), điều chỉnh theo cân nặng, hai catheter được bơm cách nhau 30 phút.

- Đánh giá đau bằng thang điểm VAS bởi điều dưỡng gây mê hồi sức đã được đào tạo tại 0h (ra hồi tỉnh), 6h, 24h, 48h sau mổ ở cả 2 trạng thái nghỉ ngơi tại giường và vận động (động tác hít sâu, ngồi lên tại giường trong cùng ngày phẫu thuật, hít sâu, ra khỏi giường đi lại từ ngày sau phẫu thuật. Phân loại kiểm soát đau: “Tốt” nếu VAS < 3; “chưa đạt” nếu có ít nhất một thời điểm VAS ≥ 3. Khi đau chưa đạt, người bệnh được giải thích và tùy chọn một trong hai phương án: 1. Kiểm tra lại catheter ngay lập tức 2. Hoặc sử dụng thuốc liều cứu trước khi kiểm tra lại catheter. Liều cứu bằng nefopam 30mg theo đường uống nếu $4 \leq \text{VAS} \leq 6$, không có chống chỉ định.. Sử dụng morphin làm thuốc liều cứu nếu bệnh nhân đau dữ dội (VAS ≥ 7), có chống chỉ định với nefopam, hoặc không đỡ sau khi dùng nefopam 1h. Ghi nhận số người bệnh cần giảm đau liều cứu. Việc kiểm soát là catheter được thực hiện bởi bác sĩ cấp cao “senior” trong phòng mổ: 1. Xem lại dữ liệu hình ảnh của ca gây tê đó được lưu trong máy siêu âm

2. Kiểm tra thực tế vị trí của catheter hiện tại bằng máy siêu âm. Nếu catheter bị sai vị trí, thì bác sĩ cấp cao sẽ tiến hành đặt lại.

- Đánh giá an toàn kỹ thuật: các biến chứng như ngộ độc thuốc tê, tụt máu, nhiễm trùng, tổn thương thần kinh.

- Đánh giá chỉ số về chất lượng hồi phục trong vòng 48h: bí tiểu, buồn nôn/nôn, tê bì bàn chân, té ngã, thời gian phục hồi nhu động ruột. Bí tiểu được ghi nhận nếu người bệnh không đi tiểu được, có cầu bàng quang và cần đặt sonde tiểu, Tê bì, buồn nôn được đánh giá dựa trên cảm giác chủ quan của người bệnh. Thời gian phục hồi nhu động được tính từ khi phẫu thuật kết thúc đến khi người bệnh đánh hơi được hoặc nghe thấy âm ruột bằng ống nghe.

Xử lý số liệu

Dữ liệu được tổng hợp và phân tích mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (IQR). Phần mềm phân tích: SPSS 16.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi có sự đồng thuận tham gia từ người bệnh. Tất cả các can thiệp đều nằm trong khuôn khổ chăm sóc chuẩn, không làm thay đổi phác đồ điều trị. Việc thu thập và xử lý thông tin tuân thủ nguyên tắc bảo mật thông tin cá nhân và theo đúng hướng dẫn của Hội đồng Đạo đức y sinh học.

III. KẾT QUẢ

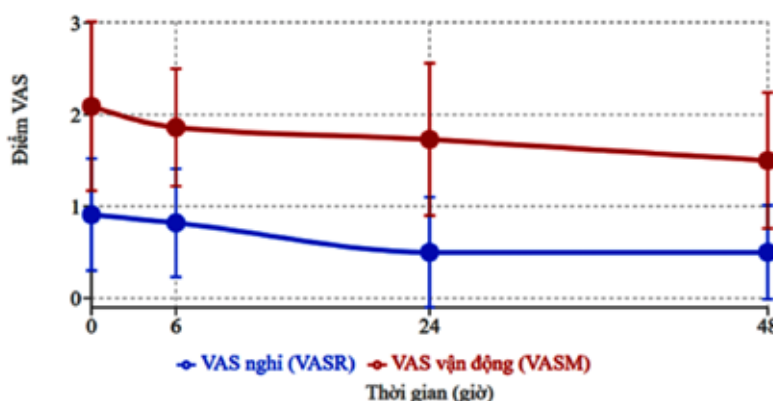
1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Tổng số 28 người bệnh được đưa vào phân tích. Tuổi trung bình là $66,36 \pm 15,5$ tuổi (min 37, max 92). Thời gian trung bình thực hiện phẫu thuật là $4,3 \pm 0,3$ h.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
Tổng số BN	28	100
Nam	20	71,4%
Nữ	8	28,6%
Số phẫu thuật trực tràng	4	14,2%
Số phẫu thuật đại tràng	24	83,6%
Phẫu thuật nội soi	27	96,4%
Phẫu thuật mổ mở	1 (phẫu thuật ổ bụng nhiều lần)	3,6%

2. Hiệu quả giảm đau của ESP cho phẫu thuật đại trực tràng



Biểu đồ 1. Sự thay đổi điểm VAS theo thời gian

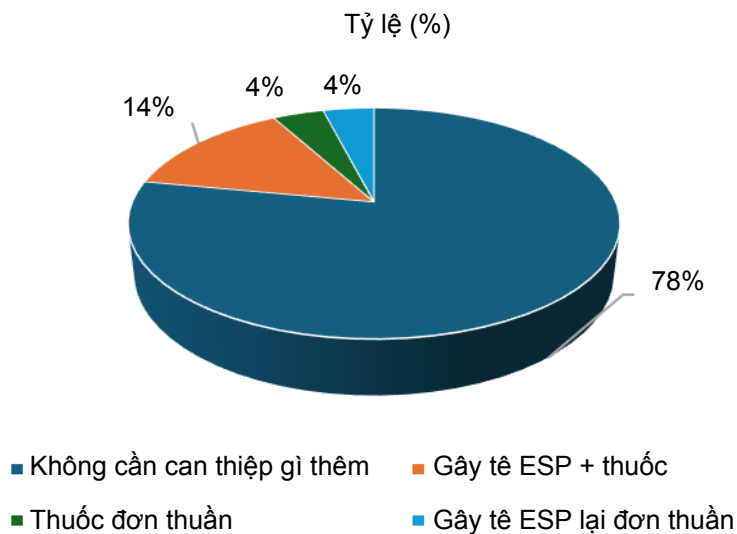
Biểu đồ 1 cho thấy mức độ đau trung bình trong toàn bộ thời gian theo dõi đều ở mức thấp, có xu hướng giảm dần theo thời gian ở cả

hai trạng thái nghỉ và vận động. Không ghi nhận trường hợp đau mức độ nặng (Điểm VAS > 7).

Bảng 2. Tỉ lệ người bệnh có VAS >3 ở ít nhất một thời điểm đánh giá

Trạng thái đau	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau kiểm soát tốt (VAS ≤ 3)	21	75,0
Đau kiểm soát chưa đạt (VAS > 3)	7	25,0

Bảng 2 trình bày về tình trạng kiểm soát đau trong 48h đầu tiên. Trong tổng số 28 bệnh nhân, có 7 người bệnh (25%) có ít nhất 1 thời điểm VAS > 3 phải có liệu cứu bằng thuốc khác/ can thiệp thêm.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ cần can thiệp giảm đau liệu cứu hoặc gây tê lại

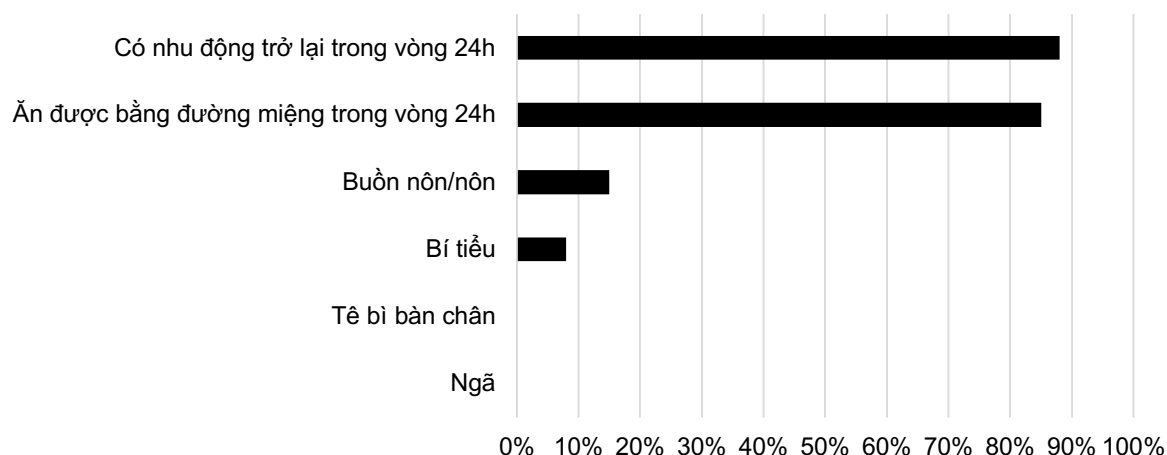
Bảng 3. Can thiệp trong giảm đau liệu cứu

Can thiệp	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Bằng morphin	0	0
Bằng nefopam	5	100
Kiểm soát được đau thành công trong 1h	5	100
Kiểm soát lại catheter	5	100
Catheter sai vị trí	5	100

Biểu đồ 2 và bảng 3 thể hiện 78% người bệnh không còn cần can thiệp gì thêm. Những người bệnh có sử dụng thuốc chỉ sử dụng nefopam. Không có người bệnh nào cần phải sử dụng morphin. Có 5 người bệnh cần đặt lại catheter ESP.

Không ghi nhận trường hợp nào ngộ độc thuốc tê, nhiễm trùng, bí tiểu hay biến chứng thần kinh nghiêm trọng trong suốt thời gian theo dõi.

3. Các chỉ số liên quan đến chất lượng phục hồi sau mổ



Biểu đồ 3. Các chỉ số phản ánh quá trình phục hồi sau mổ của người bệnh (%)

Không có người bệnh nào có tê bì bàn chân hay ngã, 82% (23/28 người bệnh) có nhu động ruột trở lại trong vòng 24h, 78% (22/28 người bệnh) ăn được bằng đường miệng trong vòng 24h, 1 người bệnh từ chối ăn sớm do còn mệt và buồn nôn sau mổ. Tỷ lệ buồn nôn sau mổ thấp 2 người bệnh bí tiểu chỉ gặp ở 1 người bệnh

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả kiểm soát đau và các chỉ số phản ánh quá trình hồi phục sau phẫu thuật ở người bệnh ung thư đại trực tràng được áp dụng chương trình ERAS kết hợp kỹ thuật giảm đau bằng gây tê ESP. Kết quả cho thấy mức độ đau thấp, kiểm soát tốt ở cả trạng thái nghỉ và vận động. Trung bình điểm VAS khi nghỉ dao động từ 0,9 đến 0,5 và khi vận động từ 2,09 giảm xuống 1,50 trong 48 giờ đầu (biểu đồ 1). Đây là mức độ đau thấp, đặc biệt trong bối cảnh phẫu thuật ổ bụng lớn, cho thấy gây tê ESP mang lại hiệu quả giảm đau tốt trong chương trình hồi phục sớm. Rất khó phân định giữa tình trạng đau tạng và đau vết mổ chỉ dựa vào mô tả chủ quan của người bệnh. Tuy nhiên, hiệu quả chung đem lại là người bệnh dễ chịu với chế độ kiểm soát đau bằng gây tê ESP. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu gần đây cho thấy gây tê ESP kiểm soát đau

hiệu quả trong phẫu thuật đại trực tràng, đồng thời làm giảm nhu cầu opioid sau mổ.^{8,9} Nghiên cứu của Kang et al. (Hàn Quốc, 2023) trên 59 người bệnh mổ nội soi đại trực tràng cho thấy gây tê ESP làm giảm điểm đau tại 6 giờ (2,7 vs. 3,8; $p < 0,05$) và giảm nhu cầu fentanyl hậu phẫu (168 μ g vs. 234 μ g; $p = 0,009$) so với nhóm chứng.¹² Karacaer et al. (2023) cho thấy ESP block giúp giảm tiêu thụ morphine trong 24 giờ đầu (7,5 $\pm$ 2,3mg vs. 12,6 $\pm$ 3,1mg; $p < 0,001$) và rút ngắn thời gian đi tiêu (30,1 $\pm$ 4,9h vs. 36,3 $\pm$ 5,4h).¹³ Ngoài ra, Lee và cộng sự al. (2023) báo cáo rằng ESP block làm giảm điểm đau VAS đáng kể tại tất cả các mốc 1 - 12 giờ sau mổ ở 100 người bệnh phẫu thuật ổ bụng.¹⁴

Tỷ lệ người bệnh có ít nhất một thời điểm VAS > 3 trong 48 giờ đầu sau mổ trong nghiên cứu là 25% (bảng 2), không có trường hợp nào cần dùng morphin liều cứu. Nefopam được sử dụng hiệu quả trong các trường hợp cần can thiệp bổ sung và đạt kiểm soát trong vòng 1 giờ (bảng 3). Việc loại bỏ opioid trong nhóm người bệnh này là một kết quả đáng chú ý, phù hợp với xu hướng hiện nay trong ERAS nhằm hạn chế tác dụng phụ của opioid như liệt ruột, buồn nôn và chậm phục hồi chức năng tiêu hóa.⁴

Về tính an toàn, không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng nào liên quan đến gây tê ESP

như ngộ độc thuốc tê, tổn thương thần kinh hay nhiễm trùng tại chỗ. Chỉ có 18% người bệnh cần thực hiện lại gây tê (biểu đồ 2), trước khi thực hiện lại gây tê chúng tôi có siêu âm để kiểm tra vị trí của catheter và thấy có tình trạng catheter không còn trong khoang ESP nữa. Khi thực hiện lại gây tê và catheter nằm đúng trong khoang ESP, tất cả các trường hợp đều được kiểm soát đau tốt. Như vậy, những trường hợp không kiểm soát được đau là do đặt catheter không đúng khoang ESP ngay từ đầu, hoặc do catheter di lệch khỏi vị trí trong quá trình chăm sóc chứ không phải do phương pháp gây tê ESP không có tác dụng giảm đau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh có nhu động ruột trở lại trong vòng 24 giờ đạt 82% (23/28 người bệnh), và 78% (22/28 người bệnh) có thể ăn bằng đường miệng trong thời gian này (biểu đồ 3). Chỉ một trường hợp từ chối ăn sớm do cảm giác mệt và buồn nôn, tuy nhiên không cần can thiệp y tế. Tỷ lệ buồn nôn sau mổ chỉ ghi nhận ở 2 người bệnh (7,1%) và bí tiểu chỉ xảy ra ở 1 trường hợp duy nhất (3,6%). Không có người bệnh nào gặp tình trạng tê bì bàn chân hay té ngã sau mổ (biểu đồ 3).

Các kết quả trên cho thấy khả năng phục hồi chức năng tiêu hóa và vận động sau mổ được bảo tồn tốt khi sử dụng gây tê ESP trong chiến lược giảm đau đa mô thức không opioid. So sánh với y văn, các tác dụng phụ như buồn nôn/nôn, bí tiểu, và liệt ruột thường gặp hơn rõ rệt khi dùng opioid toàn thân hoặc giảm đau ngoài màng cứng.^{5,6} Một phân tích gộp của Gehling và cộng sự cho thấy tỷ lệ buồn nôn sau mổ khi sử dụng opioid đường toàn thân có thể lên tới 30 - 50%.⁶ Bên cạnh đó, bí tiểu xảy ra ở khoảng 15 - 23% người bệnh sử dụng morphin hoặc fentanyl sau mổ.⁵

Giảm đau ngoài màng cứng, mặc dù hiệu quả trong kiểm soát đau, thường đi kèm nguy

cơ tụt huyết áp, bí tiểu (lên tới 23 - 30%), và ảnh hưởng đến vận động làm tăng nguy cơ té ngã hoặc chậm phục hồi chức năng ruột.⁵ Tình trạng tê chi dưới, mất cảm giác tạm thời và yếu hai chân là các biến chứng thần kinh thường gặp trong nhóm dùng gây tê ngoài màng cứng, chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào có các dấu hiệu như trên với gây tê ESP.^{7,8}

Sự phục hồi sớm nhu động ruột và khả năng ăn sớm có ý nghĩa đặc biệt trong chương trình ERAS. Ăn đường miệng sớm đã được chứng minh giúp giảm biến chứng nhiễm trùng, rút ngắn thời gian nằm viện và cải thiện kết quả tổng thể.¹⁴ Tỷ lệ phục hồi tiêu hóa sớm ($\geq 75\%$) trong nghiên cứu này (biểu đồ 3) phản ánh khả năng áp dụng thành công gây tê ESP như một phần của ERAS ở nhóm người bệnh đại trực tràng.

Nghiên cứu có hạn chế là cỡ mẫu còn nhỏ, thiết kế nghiên cứu không bao gồm nhóm đối chứng. Việc đánh giá mức độ đau và quá trình phục hồi chủ yếu dựa trên báo cáo chủ quan của người bệnh, trong khi người thực hiện và đánh giá đều biết rõ phương pháp can thiệp, tiềm ẩn nguy cơ sai lệch trong đánh giá.

V. KẾT LUẬN

Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (ESP) mang lại hiệu quả kiểm soát đau tốt ở các người bệnh sau phẫu thuật đại trực tràng có áp dụng chiến lược ERAS, với nhu cầu bổ sung giảm đau thấp và không cần sử dụng morphin. Không ghi nhận các trường hợp biến chứng nghiêm trọng, tỷ lệ các phiền nạn thường gặp như buồn nôn, chậm nhu động ruột, chướng bụng ít gặp hơn so với tỷ lệ báo cáo trên y văn của các phương thức giảm đau kinh điển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3): 209-249.

2. Trần Đình Phương Trân, Nguyễn Quang Khiêm, Phạm Nguyễn Nhật Minh, et al. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học ở người bệnh ung thư đại trực tràng tại khoa Ngoại tiêu hóa - Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2025; 28(1): 19-29.
3. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. *World J Surg*. 2019; 43(3): 659-695.
4. Simpson JC, Bao X, Agarwala A. Pain management in enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019; 32(2): 121-128.
5. Hasselager RP, Hallas J, Gögenur I. Epidural analgesia and postoperative complications in colorectal cancer surgery: An observational registry-based study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2022; 66(7): 869-879.
6. Uten T, Chesnais M, van de Velde M, Raeder J, Beloeil H; PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia Pain Therapy (ESRA). Pain management after open colorectal surgery: An update of the systematic review and procedure-specific postoperative pain management (PROSPECT) recommendations. *Eur J Anaesthesiol*. 2024; 41(5): 363–366.
7. Forero M, Adhikary SD, Lopez H, Tsui C, Chin KJ. The erector spinae plane block: A novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain. *Reg Anesth Pain Med*. 2016; 41(5): 621-627.
8. Tulgar S, Kose HC, Selvi O, et al. Erector spinae plane block for postoperative analgesia in laparoscopic colorectal surgery: A retrospective study. *J Clin Anesth*. 2018; 50: 22-27.
9. Dubilet M, Gruenbaum BF, Semyonov M, et al. Erector spinae plane (ESP) block for postoperative pain management after open oncologic abdominal surgery. *Pain Res Manag*. 2023; 2023: 9010753.
10. Vũ Đức Thịnh, Vũ Hoàng Phương, Đồng Thị Thu Oanh, Nguyễn Thị Quỳnh, Lê Thị Nhung, Nguyễn Văn Chung, Hoàng Thị Hương, Nguyễn Hữu Tú. Hiệu quả giảm đau sau mổ của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (erector spinae plane block) cho phẫu thuật tim hở. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2021; 147(11): 219-227.
11. Vũ Hoàng Phương, Nguyễn Anh Tuấn. Đánh giá kết quả giảm đau trong mổ của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống thất lưng hai bên dưới hướng dẫn của siêu âm ở người bệnh phẫu thuật cột sống thất lưng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2021; 142(6): 100-107.
12. Lee HJ, Kim E, Kim D, et al. Preoperative erector spinae plane block in patients undergoing abdominal cancer surgery: a randomized, double-blind, controlled trial. *J Clin Med*. 2023; 12(13): 4306. doi:10.3390/jcm12134306.
13. Kang R, Kim D, Hong J, et al. Analgesic effect of erector spinae plane block in laparoscopic colorectal surgery: a prospective, randomized controlled study. *Pain Physician*. 2023; 26(4): E389-E396. PMID: 37322360.
14. Karacaer F, Doğanay F, Çiftçi B. Efficacy of erector spinae plane block on postoperative opioid consumption and recovery in colorectal surgery: a randomized controlled trial. *J Pers Med*. 2023; 13(7): 1092. doi:10.3390/jpm13071092.
15. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr*. 2017; 36(3): 623-650.

Summary

THE ROLE OF BILATERAL ERECTOR SPINAE PLANE BLOCK IN ENHANCED RECOVERY AFTER COLORECTAL SURGERY: EXPERIENCE FROM VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL HOSPITAL

A prospective descriptive cohort study was conducted at Vinmec Times City Hospital from January 2024 to December 2024 in patients undergoing curative colorectal cancer surgery within an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program, in which pain was managed using bilateral erector spinae plane (ESP) block. The results showed that using bilateral catheters placed in the erector spinae plane with intermittent local anesthetic injection every 6 hours could effectively maintain low pain scores both at rest and during movement. Although 25% of patients had at least one timepoint with a pain score > 3, all responded to nefopam, and none required morphine. No serious complications such as local anesthetic toxicity, infection, or bleeding was observed. Recovery quality indicators (82% had bowel movement within 24 hours, 78% resumed oral intake within 24 hours, nausea rate 7.1%, urinary retention 3.6%) demonstrated that ESP block was effective and could be incorporated as a component of the ERAS protocol in patients undergoing colorectal surgery.

Keywords: Erector spinae plane block, Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), colorectal surgery, postoperative analgesia.