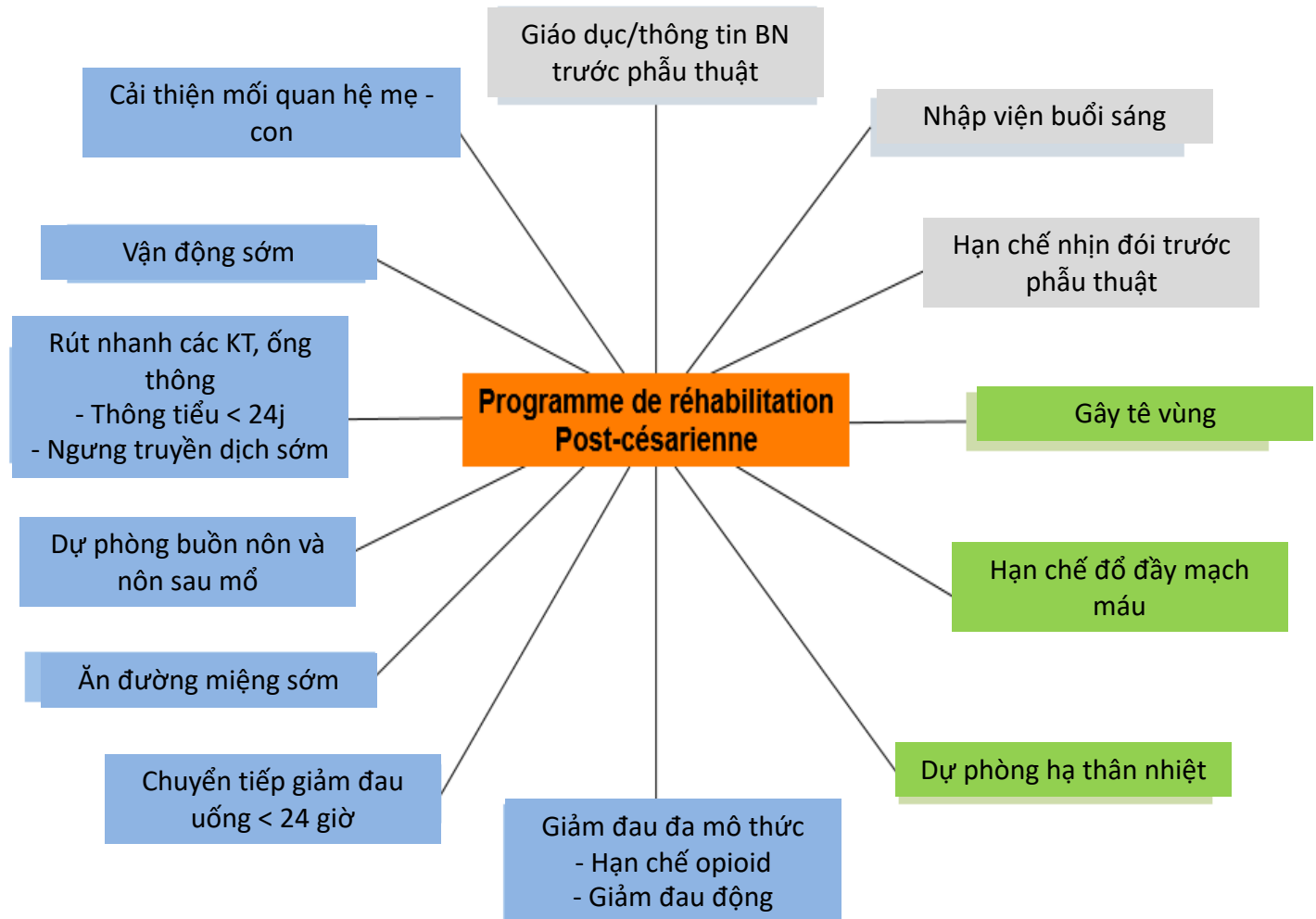


THEO DÕI HẬU PHẪU TRÊN PHẪU
THUẬT PHỤ KHOA VÀ SẢN KHOA

Phục hồi sau phẫu thuật

KHÁI NIỆM

Keita H, Ducloy-Bouthors AS. AFAR 2013; 32: 13



Phục hồi sớm

- Mục tiêu:
 - Cải thiện chất lượng (về cuộc sống bình thường, liên hệ với trẻ sơ sinh BB)
 - Giảm các nguy cơ (huyết khối thuyên tắc)
 - Không tăng các nguy cơ khác (cầu bàng quang, nôn, hít sặc)

Giảm đau sau phẫu thuật

- Đau sau mổ:
 - Yếu tố nguy cơ đau mạn tính/trầm cảm
 - Ảnh hưởng đến việc bắt đầu cho con bú
 - Hạn chế khả năng chăm sóc với trẻ sơ sinh
 - Vận động chậm trễ



Mục tiêu : Điểm đau < 3

Giảm đau sau phẫu thuật

- PARACETAMOL
- NSAID
- NEFOPAM
- Thuốc nhóm MORPHINE toàn thân/đường uống
- MORPHINE quanh tuỷ sống

RÚT THÔNG TIỂU SỚM

- Yếu tố nguy cơ bí tiểu sau phẫu thuật
 - Liều thuốc tê trong khoang tuỷ sống
 - Truyền dịch trong phẫu thuật
 - Liều morphine trong khoang ngoài màng cứng
 - Bất động

RÚT THÔNG TIỂU SỚM

Ghoreishi J et al. IJGO 2003; 83: 267-70

Không có thông tiểu và có thông tiểu trong và sau phẫu thuật
↓ Khó chịu lần đi tiểu đầu tiên, ↓ trì hoãn vận động, ↓ thời gian nằm viện,
<5% thông tiểu sau phẫu thuật

	Uncatheterized (control) group (n = 135)	Catheterized group (n = 135)	P-value
Mean time first void after operation, h			
8–11		54 (42.5%)	<0.05
5–8		52 (40.9%)	<0.05
Hospital stay, h	46.5 ± 11.7	64.0 ± 10.7	<0.05
Mean ambulation time, h	6.8 ± 2.9	12.9 ± 3.4	<0.05
First-voiding discomfort			
None	127 (94.1%)	9 (6.7%)	<0.05
Mild	5 (3.7%)	92 (68.2%)	<0.05
Severe	3 (2.2%)	34 (25.1%)	<0.05
Catheterization after operation		6 (4.4%)	<0.05
In the operating room		2 (1.5%)	<0.05
In the postpartum room		4 (3%)	<0.05

Data are expressed as mean ± S.D. or n (%).

Chương trình phục hồi: Ở PHÒNG MỔ và ở PHÒNG HỒI TỈNH

- Vô cảm vùng
- Morphine quanh tuỷ:
 - 100 microgrammes trong tê tuỷ sống
 - 2 mg trong tê ngoài màng cứng
- Hạn chế đổ đầy (cầu bàng quang)
 - Không có bù dịch trước gây tê +++
 - Thuốc co mạch nếu gây tê tuỷ sống:
 - Ephédrine/Phenylephrine
 - Phenylephrine
 - Noradrénaline
 - Hạn chế truyền dịch sau phẫu thuật
- Dự đoán như trong phẫu thuật
 - Buồn nôn – nôn sau phẫu thuật
 - Giảm đau đa mô thức:
 - paracétamol/nefopam trước khi hết tác dụng tê tuỷ sống
 - Ketoprofene thường quy và sớm
- Uống dịch trong ở phòng hồi tỉnh (nước, nước táo)
- Trẻ sơ sinh BB trong phòng hồi tỉnh

Chương trình phục hồi: đơn vị hậu sản

- Chuyển tiếp sớm việc truyền dịch với KT đầy kín:
 - Rời phòng hồi tỉnh
 - Giờ thứ 4 – 6
 - Không có truyền dịch trong 24 giờ +++
- Rút sớm ống thông tiểu trước giờ 12
 - Có thể trong phòng hồi tỉnh nhưng nhiều trường hợp bí tiểu
 - Tốt hơn ở giờ thứ 6
 - Theo dõi nước tiểu
- Ngồi dậy sớm Ngày 1
 - Dưới giảm đau hiệu quả
 - Đào tạo / động viên / sự hiện diện nhân viên
 - Có thể ngồi ghế bành ngay giờ thứ 6, với sự giúp đỡ
 - Khuyến khích đi lại ngày thứ 2 không có sự giúp đỡ
- Cho ăn lại
 - Nước trắng ở phòng hồi tỉnh
 - Ăn nhẹ vào giờ thứ 6
 - Không chờ xì hơi
 - Bao gồm sau gây mê toàn diện
 - Ngoại trừ nếu không thể dung nạp hoặc biến chứng hoặc sợ phải mổ lại
- Morphine uống vào 24 giờ trong 48 giờ +++

BỆNH THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH (MTEV)

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Question 1

INCIDENCE, SANS PROPHYLAXIE, DES ÉVÉNEMENTS THROMBOEMBOLIQUES CLINIQUES ET PARACLINIQUES APRÈS CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE



Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale

Phân loại loại phẫu thuật theo mức độ nguy cơ

Ba nhóm nguy cơ phẫu thuật được tổng kết sau đây

Sử dụng nội soi không thay đổi chiến lược chống thuyên tắc

Các yếu tố nguy cơ liên quan đến phẫu thuật có liên quan đến các yếu tố nguy cơ bệnh nhân nhưng không có nghiên cứu nào cho phép chứng minh yếu tố nào mạnh hoặc yếu, cũng không thiết lập yếu tố nguy cơ nào có thể làm tăng nguy cơ phẫu thuật

Recommandations pour la pratique clinique (RPC)

Nguy cơ thấp Thuyên tắc huyết khối < 5% Thuyên tắc phổi < 0,1%	Nguy cơ trung bình Thuyên tắc huyết khối từ 5 - 20% Thuyên tắc phổi < 0,8%	Nguy cơ cao Thuyên tắc huyết khối từ 20 - 40% Thuyên tắc phổi < 2%
Chấm dứt thai kỳ tự nguyện Nạo, viêm tuyến bartholine Chọc noãn bào Soi vô sinh Treo dưới niệu quản tít TVT Nội soi chẩn đoán Nội soi phẫu thuật < 60 phút Phẫu thuật lạnh tĩnh ở vú	Cắt tử cung ngã âm đạo Cắt tử cung/nội soi chuẩn bị Phẫu thuật nội soi > 60 phút Phẫu thuật ung thư vú Phẫu thuật mở bụng thám sát	Cắt tử cung đường bụng Phẫu thuật sa sinh dục Phẫu thuật ung thư (tử cung, cổ tử cung, buồng trứng)

Bệnh huyết khối tĩnh mạch(MTEV)

European guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis

Surgery during pregnancy and the immediate postpartum period

Anne-Sophie Ducloy-Bouthors, Andrea Baldini, Rezan Abdul-Kadir and Jacky Nizard, for the ESA VTE Guidelines Task Force

Eur J Anaesthesiol 2018; **35**:130–133



CHEST

ANTITHROMBOTIC THERAPY AND PREVENTION OF THROMBOSIS, 9TH ED: ACCP GUIDELINES

Supplement

VTE, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy, and Pregnancy

CHEST 2012; 141(2)(Suppl)



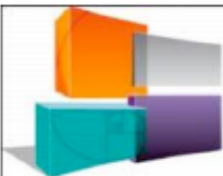
Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Post-partum

- **Recommandations pour la pratique clinique : post-partum**

Césarienne et post-partum. Recommandations pour la pratique clinique - 19/11/15

2015



SFAR

Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale
Recommandations pour la pratique clinique.
Texte court 2005



Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists

**Reducing the Risk of
Venous Thromboembolism during
Pregnancy and the Puerperium**

Green-top Guideline No. 37a

April 2015

NGUY CƠ BỆNH THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TRONG QUÁ TRÌNH MANG THAI, HẬU SẢN VÀ SAU MỔ LẤY THAI

Nguy cơ thấp	Không có yếu tố nguy cơ hoặc có dưới 3 yếu tố nguy cơ sau đây: - Tuổi > 35, béo phì (cân nặng > 80kg hoặc BMI > 30 kg/m²), dẫn tĩnh mạch, tăng huyết áp. - Yếu tố sản khoa (mổ lấy thai, số con > 4, tiền sản giật, nghỉ ngơi tại giường kéo dài, chảy máu sau sinh) - Bệnh lý huyết khối tiềm tàng (hội chứng thận hư, bệnh viêm mãn tính ruột, đang nhiễm trùng toàn thân, ...)
Nguy cơ trung bình	Tiền căn bệnh thuyền tắc huyết khối tĩnh mạch - Có kèm yếu tố kích hoạt tạm thời trong thời gian trước đây - Yếu tố nguy cơ sinh hoá (khác các yếu tố nguy cơ được ghi nhận dưới đây) Có 1 trong các yếu tố sinh hoá của nguy cơ không triệu chứng (Bệnh thuyền tắc huyết khối tĩnh mạch gia đình) nhất là nếu - Thiếu antithrombine, Hội chứng kháng thể kháng phospholipid* - Đột biến đồng hợp tử đơn độc 20210A + dị hợp tử Leiden - Phẫu thuật mổ lấy thai hoặc có phẫu thuật lớn vùng chậu kèm theo Có >= 3 yếu tố nguy cơ thấp
Nguy cơ cao	Tiền căn bệnh thuyền tắc huyết khối tĩnh mạch không có yếu tố nguy cơ được ghi nhận hoặc kèm theo 1 hoặc nhiều yếu tố nguy cơ sinh hoá sau đây: - Thiếu antihrombine, hội chứng kháng thể kháng phospholipid* - Đột biến đồng hợp tử đơn độc 20210A + dị hợp tử Leiden - Bất thường dị hợp tử kèm theo (bao gồm đột biến 20210 A + Leiden dị hợp tử) Tiền căn bệnh thuyền tắc huyết khối tĩnh mạch trong thai kỳ trước đó hoặc đang điều trị estrogen
Nguy cơ rất cao	Tiền căn bệnh thuyền tắc huyết khối tĩnh mạch nhiều lần Bệnh lý điều trị kháng đông kéo dài trước khi mang thai do bệnh thuyền tắc huyết khối tĩnh mạch có liên quan với tăng tạo huyết khối (thiếu antithrombine, dị hợp tử protein C và S, yếu tố V Leiden dị hợp tử, đột biến 20210A dị hợp tử prothrombin)

* Đối với các dạng hội chứng kháng thể kháng phospholipid và thiếu antithrombine trên cơ sở từng trường hợp theo tầm quan trọng yếu tố tiền căn gia đình

DỰ PHÒNG DỰA VÀO NGUY CƠ (MỨC ĐỘ D)		
Trong quá trình mang thai		Hậu sản hoặc sau mổ lấy thai
Nguy cơ thấp	Không điều trị kháng đông	Không điều trị kháng đông hệ thống Vớ chống huyết khối (BAT)
Nguy cơ trung bình	Không có điều trị kháng đông Vớ chống huyết khối thấp (BAT)	Kháng đông dự phòng với heparin trọng lượng phân tử thấp liều trung bình từ 1 đến 2 tuần (ví dụ mổ lấy thai không có yếu tố nguy cơ). Trong trường hợp nguy cơ rất quan trọng, heparin trọng lượng phân tử thấp liều cao trong 6 đến 8 tuần Vớ chống huyết khối
Nguy cơ cao	Kháng đông dự phòng với heparin trọng lượng phân tử thấp liều cao 1 đến 2 lần/ngày vào tam cá nguyệt thứ 3 trong suốt quá trình mang thai* Vớ chống huyết khối (BAT)	Kháng đông dự phòng bằng heparin trọng lượng phân tử thấp liều cao trong 6 đến 8 tuần. Vớ chống huyết khối (BAT)
Nguy cơ rất cao	Kháng đông điều trị với heparin không phân đoạn vào tam cá nguyệt thứ nhất và sau đó, heparin trọng lượng phân tử thấp (điều chỉnh theo cân nặng hoặc kháng Xa) vào tam cá nguyệt thứ 2 và 3. Vớ chống huyết khối (BAT)	Kháng vitamin K tối thiểu trong 3 Tháng Vớ chống huyết khối (BAT)

** Trong trường hợp, hội chứng kháng thể kháng phospholipid có triệu chứng, khuyến cáo kết hợp điều trị với aspirine liều thấp trong quá trình mang thai.*

Nếu có giảm đau ngoài màng cứng, cần ngưng điều trị heparin trên 12 giờ đối với điều trị dự phòng.

Phương thức sử dụng heparin và heparin trọng lượng phân tử thấp		
	Liều trung bình	Liều cao
Calci heparin (CALCIPARINE®)	0,2 mL x 2/ngày TDD	0,2 mL x 3/ngày TDD
Enoxaparine sodique (LOVENOX®)	0,2 mL/ngày TDD	0,4 mL/ngày TDD

Phương thức theo dõi sinh hoá		
	Hiệu quả điều trị	Theo dõi
Heparin không phân đoạn Heparin trọng lượng phân tử thấp	Tỉ số TCA bệnh nhân/chứng và/hoặc định lượng heparin máu Không theo dõi hoặc ngoại lệ đo kháng Xa vào giờ thứ 4 trước nguy cơ chảy máu nghiêm trọng (kháng đông điều trị, suy thận mức độ trung bình, trên 75 tuổi, dưới 50 kg)	Số lượng tiểu cầu trước điều trị và sau đó, 2 lần/tuần trong 21 ngày, sau đó 1 lần/tuần
Kháng vitamin K	INR	Mỗi 48 giờ mỗi khi thay đổi liều và 1 lần mỗi tháng sau khi đạt cân bằng

Nguy cơ biến cố thuyên tắc sau giai đoạn 6 tuần hậu sản

