



MỔ LẤY THAI CHO PHỤ NỮ BÉO PHÌ

TS. Lê Thị Thu Hà

Bệnh viện Từ Dũ

MỞ ĐẦU

Phân loại béo phì dựa vào chỉ số khối cơ thể (body mass index – BMI) được thông qua bởi Viện Y tế Quốc gia (NIH) và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), đã được xác nhận bởi hầu hết các nhóm chuyên gia:

- Béo phì độ I: BMI = 30,0-34,9 kg/m².
- Béo phì độ II: BMI = 35,0-39,9 kg/m².
- Béo phì độ III: BMI ≥ 40kg/m² (được gọi là béo phì nặng, béo phì bệnh hoạn).

Mổ lấy thai cho phụ nữ béo phì làm tăng nguy cơ cho cả mẹ và thai. Khó khăn trong việc vô cảm, phẫu thuật, chăm sóc hậu phẫu do béo phì và những bệnh lí đi kèm.

NHỮNG VẤN ĐỀ KHÓ KHĂN QUANH MỔ Ở PHỤ NỮ BÉO PHÌ

Những bệnh lí đi kèm béo phì như: đái tháo đường type 2, bệnh tim, giới hạn vận động và rối loạn chức năng hô hấp. Cơ ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (obstructive sleep apnea – OSA) và hội chứng giảm thông khí do béo phì (obesity hypoventilation syndrome – OHS) là những rối loạn hô hấp thường gặp ở người béo phì, ngay cả ở những người không bị những rối loạn này vẫn bị suy hô hấp quanh mổ do thay đổi về cơ học và chức năng do béo phì gây nên.

Béo phì làm tăng nguy cơ mổ lấy thai gấp đôi so với

bình thường. Khi mổ lấy thai, cần những thiết bị phù hợp với người béo phì (ví dụ: bàn mổ dài hơn, lớn hơn và chắc hơn; máy đo huyết áp có bao tay lớn và dài; thiết bị nén khí lớn).

Định vị đường truyền tĩnh mạch ngoại vi có thể khó khăn do mô mỡ dưới da dày; khi đó, có thể lấy đường truyền tĩnh mạch trung tâm. Siêu âm có thể được sử dụng để tìm và định vị các mạch máu này.

Thông khí bằng mặt nạ và đặt nội khí quản ở bệnh nhân béo phì khó khăn và dễ thất bại so với bình thường. Vị trí của gậy tê vùng khó khăn vì các mốc giải phẫu bình thường bị che khuất, khả năng uốn cong lưng lại của bệnh nhân kém và khoảng cách từ da đến mục tiêu lớn hơn bình thường. Tỷ lệ gây tê ngoài màng cứng và gây tê tủy sống ở bệnh nhân béo phì thất bại cao hơn so với bệnh nhân có BMI bình thường.

Ở người phụ nữ béo phì, khi mổ lấy thai thì đường rạch da dài hơn, thời gian mổ lâu hơn, lượng máu mất nhiều hơn và nguy cơ trầm cảm ở trẻ sơ sinh cao hơn so với phụ nữ có BMI bình thường.

Được động học cũng thay đổi ở những bệnh nhân béo phì: với các loại thuốc ưa mỡ, phân bố thuốc đến mô mỡ nhiều hơn hẳn so với mô nạc và mô nước so với người bình thường. Sự thay đổi này khiến việc dùng thuốc cho bệnh nhân béo phì trở nên khó khăn hơn.

Giai đoạn hậu phẫu, bệnh nhân béo phì tăng nguy cơ nhiễm trùng và hoại tử vết thương, viêm nội mạc tử cung, huyết khối tĩnh mạch so với phụ nữ bình thường. Nguyên nhân có thể do giảm nồng độ oxy đến mô, giảm sức đề kháng, tăng phổi nhiễm và đường mổ dài, vết khâu căng.

ĐÁNH GIÁ TRƯỚC MỔ

Tham vấn về vô cảm trước chuyển dạ nên được thực

hiện từ đầu hoặc giữa tam cá nguyệt III của thai kỳ để dự phòng trong những trường hợp sinh non. Khai thác bệnh sử, khám lâm sàng và xét nghiệm trước phẫu thuật có thể thực hiện để xác định các bệnh lý đi kèm, chẳng hạn như một đường thở khó khăn hoặc OSA – những vấn đề đó làm tăng nguy cơ biến chứng trong và sau phẫu thuật.

Xét nghiệm trước phẫu thuật nên được hướng dẫn bởi các yếu tố nguy cơ của từng bệnh nhân cụ thể.

Điện tâm đồ nên được thực hiện cho bệnh nhân béo phì, đặc biệt ở những người có ít nhất một yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch chu phẫu (ví dụ: bệnh mạch vành, suy tim sung huyết, bệnh mạch máu não, đái tháo đường phụ thuộc insulin và suy thận mạn tính có nồng độ creatinine > 2,0 mg/dL) hoặc ít tập luyện.

Cần đánh giá tình trạng ngưng, mệt mỏi, ngừng thở khi quan sát và đo huyết áp, BMI, tuổi tác, vòng cổ và giới tính. Từ đó, lên kế hoạch can thiệp nhằm giảm biến chứng hô hấp khi mổ do ít vận động, đau và sử dụng thuốc giảm đau họ á phiện (opioid).

NHỮNG CAN THIỆP NHẪM GIẢM NHỮNG BIẾN CHỨNG SAU MỔ

Dự phòng huyết khối

Mang thai, sinh mổ và béo phì đều là những yếu tố nguy cơ của huyết khối tĩnh mạch sau sinh. Vì vậy, cần phải dự phòng huyết khối tĩnh mạch. Sự lựa chọn của phương pháp cơ học hoặc thuốc (hoặc cả hai) và thời gian điều trị dự phòng sau sinh phụ thuộc vào từng cá thể.

Tất cả bệnh nhân béo phì mổ lấy thai nên mang dụng cụ ép tĩnh mạch liên tục trong và sau mổ. Ngoài ra, họ được cho enoxaparin 1 lần mỗi ngày sau mổ, bắt đầu từ 24 giờ sau mổ. Liều được điều chỉnh để hoạt

động chống yếu tố Xa được đánh giá 12 giờ sau liều enoxaparin trong phạm vi để dự phòng. Dự phòng huyết khối bằng phương pháp cơ học và thuốc được ngưng khi bệnh nhân vận động bình thường, trừ khi họ có tiền sử thuyên tắc do huyết khối.

Dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ

Các yếu tố quan trọng trong dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ bao gồm: đảm bảo vô trùng, thời gian mổ không quá lâu, kiểm soát đường huyết khi mổ (HbA1c < 7%) đối với bệnh nhân đái tháo đường và kháng sinh dự phòng.

Giá trị của kháng sinh dự phòng trước rạch da đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Tuy nhiên, liều tối ưu đối với bệnh nhân béo phì còn bị giới hạn. Liều chuẩn của kháng sinh, đặc biệt là cephalosporin nồng độ trong huyết thanh và trong mô ở bệnh nhân béo phì thấp, vì vậy liều cao hơn cần được xem xét.

Năm 2012, các chuyên gia y tế khuyến cáo dùng cefazolin 2g trước mổ lấy thai cho phụ nữ có trọng lượng $\geq 80\text{kg}$ và liều cao hơn cho phụ nữ béo phì nặng. Liều lặp lại không cần thiết nếu phẫu thuật được hoàn thành trong ít hơn hai giờ.

Năm 2013, phác đồ kháng sinh dự phòng có thay đổi bởi Hội Dược sĩ Chăm sóc sức khỏe và Y tế ở Hoa Kỳ (the American Society of Health-System Pharmacists – ASHP), Hội Các bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ (the Infectious Diseases Society of America – IDSA), Hội Nhiễm khuẩn do phẫu thuật (the Surgical Infection Society – SIS) và Hiệp hội Chăm sóc sức khỏe Dịch tễ học của Hoa Kỳ (the Society for Healthcare Epidemiology of America – SHEA). Phác đồ mới này đề nghị dùng cefazolin 2g cho phụ nữ < 120kg khi mổ lấy thai và 3g cho những bệnh nhân $\geq 120\text{kg}$.

Liều kháng sinh dự phòng sau đây được gợi ý ở những phụ nữ béo phì có chức năng thận bình thường:

- Cefazolin, ceftriaxone và cefoxitin: 2g cho những người có BMI từ 30 kg/m^2 đến $\leq 50\text{ kg/m}^2$ và 3g đối với phụ nữ có BMI > 50 kg/m^2 .
- Clindamycin: 900mg cho phụ nữ có BMI từ 30 kg/m^2 đến 50 kg/m^2 và 1.200mg cho phụ nữ có BMI > 50 kg/m^2 .
- Metronidazole: 1g.
- Gentamicin: 1,5 mg/kg và nếu bệnh nhân có cân nặng trên 30% cân nặng lí tưởng, liều dùng được tính như sau: liều dùng = liều cân nặng lí tưởng + 0,4 lần.

Hút dịch dạ dày

Nguy cơ trào ngược dạ dày thực quản cao ở người béo phì, cần hút dịch dạ dày để tránh phản xạ dạ dày - thực quản.

VÔ CẢM

Những thách thức và biến chứng liên quan đến vô cảm ở phụ nữ béo phì cao hơn người bình thường. Những khó khăn bao gồm: việc theo dõi, tư thế nằm, đặt ống thở và kĩ thuật gây tê; khoảng thời gian phẫu thuật kéo dài hơn và khả năng trào ngược dạ dày thực quản. Việc tham vấn về vấn đề vô cảm trước chuyển dạ, ở đầu hoặc giữa tam cá nguyệt III của thai kì là cần thiết.

Sự lựa chọn giữa gây mê toàn thân và gây tê vùng cần được hướng dẫn bởi các yêu cầu của qui trình phẫu thuật và các bệnh đi kèm. Gây tê vùng được xem là an toàn hơn so với gây mê toàn thân ở những người béo phì, đặc biệt là những người béo phì nặng.

Cần làm ấm thân nhiệt quanh cuộc mổ để giảm nhiễm khuẩn, giảm đau và giảm lạnh run.

Gây tê vùng

Vị trí của châm tê tủy sống và ngoài màng cứng là một thách thức do khó khăn trong việc tìm các mốc giải phẫu. Cần kim gây tê dài và lưu ý khả năng di lệch các

ống thông khi bệnh nhân thay đổi tư thế. Tuy nhiên, các kĩ thuật gây tê vùng thường an toàn và thành công hơn so với gây mê.

Kĩ thuật ưa thích là gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê kết hợp tủy sống-ngoài màng cứng (combined spinal-epidural – CSE), vì điều này cho phép kéo dài cuộc mổ khi cần.

Một lựa chọn khác là gây tê tủy sống liên tục (continuous spinal anesthesia – CSA). Kĩ thuật này được dùng khi gây tê ngoài màng cứng hoặc đặt nội khí quản khó khăn, tình trạng khẩn cấp trong chuyển dạ.

Gây mê

Cung cấp oxy là rất quan trọng vì phụ nữ mang thai béo phì đặc biệt dễ bị thiếu oxy máu nặng và giảm độ bão hòa nhanh chóng sau khi gây mê. Đối với một người phụ nữ không mang thai hoàn toàn khỏe mạnh, phải mất trung bình 9 phút ngưng thở để giảm độ bão hòa từ 100% bão hòa đến 90% bão hòa. Đối với phụ nữ mang thai đủ tháng có BMI bình thường, chỉ mất 3 phút để đạt được cùng một mức độ bão hòa do sự gia tăng 20% trong tiêu thụ oxy và giảm 20-30% trong dung tích khí tồn lưu chức năng trong thời kì mang thai. Trong khi đó, ở phụ nữ béo phì mang thai đủ tháng, thời gian để đạt 90% bão hòa giảm xuống chỉ còn 98 giây.

Để giảm thiểu nguy cơ hít phải acid từ dịch dạ dày, cần thêm 30mL thuốc kháng acid không hạt (0,3M sodium citrate). Ngoài ra, có thể dùng đối vận H-2 và thuốc prokinetic như metoclopramide được khuyến cáo.

Đặt ống nội khí quản ở bệnh nhân béo phì có thể khó khăn, ngay cả đối với những chuyên gia gây mê có kinh nghiệm. Cần thiết phải thực hiện việc đánh giá khí đạo trước khi gây mê. Không nên khởi mê nếu nghi ngờ đặt nội khí quản khó, không liên quan đến tình trạng thai nhi. Trong những trường hợp không khẩn cấp, một số chuyên gia gây mê nên bắt đầu với ống sợi quang khi

bệnh nhân tỉnh, một số khác lại bắt đầu bằng soi thanh quản trực tiếp khi bệnh nhân còn tỉnh.

Để dễ dàng hơn, nên đặt một gối bên dưới phần trên cơ thể của bệnh nhân sao cho dễ quan sát thanh quản nhất. Trong trường hợp đặt nội khí quản thất bại, mặt nạ thanh quản là thiết bị cứu hộ thay thế.

Sau phẫu thuật, không nên rút ống nội khí quản sớm vì có thể có những hậu quả nguy hiểm. Nên chờ đến khi bệnh nhân hoàn toàn tỉnh dậy trước khi rút ống để đảm bảo rằng tự thở tốt. Rút ống nội khí quản ở tư thế bán thẳng đứng nhằm giảm thiểu sự chèn ép cơ hoành bởi những thành phần trong ổ bụng.

PHƯƠNG THỨC PHẪU THUẬT

Tư thế và thiết bị

Xoay trở tư thế bệnh nhân béo phì khó khăn và nên hết sức cẩn trọng vì nguy cơ bệnh nhân bị rơi và lệch vị trí. Cần bàn mổ, giường chuyển bệnh, thang máy chuyên biệt dành cho những bệnh nhân này. Những bàn mổ theo tiêu chuẩn thông thường có khả năng chịu tải khoảng 227kg, trong khi bàn mổ cho bệnh nhân béo phì có khả năng chịu tải đến 454kg.

Để tránh chèn ép tĩnh mạch chủ dưới, nên nghiêng bàn mổ sang trái 15° hoặc sử dụng đệm chèn vùng thắt lưng bên phải để đạt được 15° nghiêng sang trái.

Tư thế bệnh nhân thích hợp cũng rất quan trọng để hạn chế hậu quả sinh lí bất lợi khác (ví dụ: rối loạn chức năng hô hấp), tạo phẫu trường tối ưu cho tiến trình phẫu thuật, làm giảm nguy cơ chấn thương dây thần kinh, khớp và mô mềm trong khi phẫu thuật. Nên độn nệm vào những vùng có nguy cơ hoại tử do chèn ép.

Một máy đo huyết áp có kích thước phù hợp là cần thiết

để theo dõi huyết áp. Đôi khi, huyết áp có thể được theo dõi xâm lấn nếu đo bên ngoài không đáng tin cậy. Thiết bị ép tĩnh mạch bằng khí phù hợp đối với những bệnh nhân có cẳng chân quá lớn. Những dụng cụ dài và banh lớn cần thiết cho việc can thiệp phẫu thuật những tổ chức sâu vùng chậu.

Đường rạch da

Đánh giá cẩn thận về thể trạng cơ thể của bệnh nhân. Chọn đường rạch có thể giúp dễ dàng trong việc bắt con, ít đau sau mổ, không làm vết khâu quá căng.

Đường rạch da dọc hay ngang ưu thế hơn ở bệnh nhân béo phì vẫn còn bàn cãi, hiện chưa có bằng chứng mạnh về đường rạch da ở bệnh nhân béo phì.

Một vài báo cáo hồi cứu cho thấy tỉ lệ biến chứng vết mổ ở nhóm bệnh nhân có đường rạch da dọc cao hơn so với đường ngang (nhiễm khuẩn vết mổ ở nhóm có đường rạch da dọc là 35-46%, đường ngang là 9-21%). Tuy nhiên, các yếu tố nguy cơ biến chứng vết mổ cũng có khác biệt giữa hai nhóm nên kết quả không có giá trị cao. Những nghiên cứu khác đã không quan sát thấy một sự khác biệt trong kết quả theo loại vết mổ sau khi kiểm soát yếu tố gây nhiễu.

Khi rạch da, định vị mốc để rạch da là quan trọng. Đối với những trường hợp thành bụng dày và lỏng lẻo, rốn có thể chảy xuống ngang mào chậu, do vậy, không nên lấy rốn

làm điểm mốc. Đỉnh xương mu và mào chậu là hai mốc đáng tin cậy bất kể mức độ béo phì của bệnh nhân.

Những đường rạch da được lựa chọn

- *Đường rạch trên xương mu:* mô mỡ hai đốt ngón tay trên xương mu là không đặc biệt dày, thậm chí ở những phụ nữ béo phì trầm trọng. Đối với phụ nữ có cân nặng ít hơn 181,2kg, dùng băng Elastoplast hoặc dây đai Montgomery để kéo thành bụng lên trên ngực bệnh nhân; sau đó, có thể rạch da đường Pfannenstiel hoặc dọc giữa thấp. Bất lợi của đường rạch da này là vết thương bị lấp đầy bởi mô mỡ (phần da mỡ thừa trên đường rạch da đổ xuống) nên khó lành và dễ nhiễm trùng sau đó.
- *Đường rạch da trên rốn:* đối với những bệnh nhân có cân nặng trên 181,2kg, đường rạch ngang trên rốn có vài ưu điểm: lợi thế sửa chữa theo chiều ngang, tránh chôn lấp vết thương dưới 1 tầng mô lớn và vào bụng dễ dàng. Tuy nhiên, đường rạch này chưa được chứng minh là ít biến chứng hơn so với đường rạch da Pfannenstiel truyền thống. Đường rạch da dọc giữa trên rốn giúp tránh đường tăng mô mỡ bụng dày, mốc chọn là xương mu và hai mào chậu. Một bất lợi của đường rạch da trên rốn là tiếp cận đoạn dưới tử cung khó khăn, có thể phải rạch dọc đáy tử cung để bắt con.

Kỹ thuật rạch da

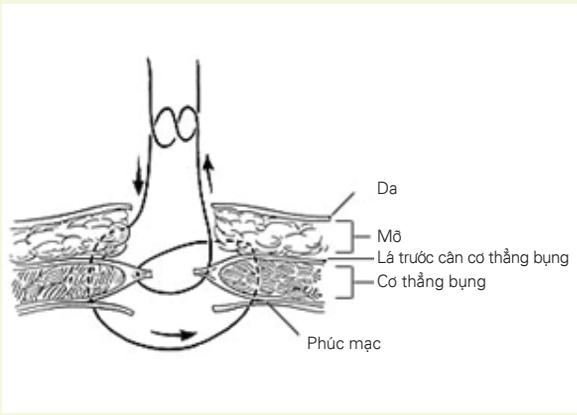
Đường rạch da phải đủ rộng để cho phép bắt con dễ dàng không bị sang chấn. Phụ nữ béo phì có tỉ lệ cao bị sinh con to, mặt khác, thành bụng quá dày làm việc tiếp cận tử cung sẽ khó khăn hơn.

Tránh rạch làm nhiều đường vì sẽ làm tổn thương mô nhiều và khó lành vết mổ.

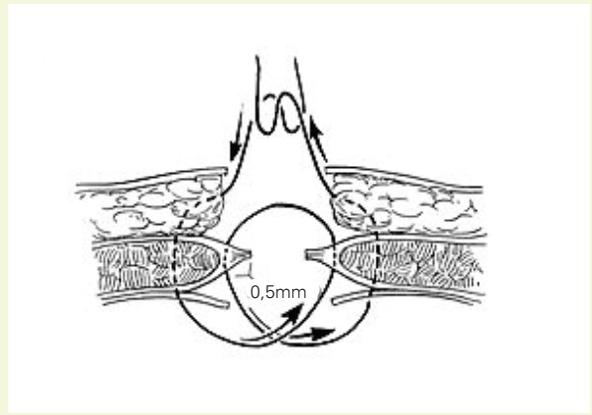
Rạch cơ tử cung

Rạch ngang đoạn dưới tử cung lấy thai được ưa thích vì





Hình 1. Mũi khâu Smead-jones cổ điển (xa-xa-gắn-gắn)



Hình 2. Khâu xa-gắn-gắn-xa

giảm nguy cơ vỡ tử cung ở thai kì sau.

Lấy thai khó khăn do vị trí đường rạch cơ thấp khi thành bụng quá dày, trợ thủ viên không đủ lực để đẩy đáy tử cung. Vài lựa chọn để lấy thai thuận lợi hơn như: kéo chân như trong ngôi mông, dùng forceps hoặc giác hút.

Khâu cân

Khâu cân theo kĩ thuật Smead-jones cổ điển (xa-xa-gắn-gắn) (Hình 1) hoặc cách khác (xa-gắn-gắn-xa) (Hình 2) nhằm giảm tình trạng rách cân hoặc thoát vị thành bụng về sau. Điểm chủ yếu là khâu cân đúng lớp mà không quá căng.

Khi khâu, nên lấy một phần lớp mỡ dưới da, một ít tổ chức cơ thẳng bụng, cân, phúc mạc để tránh bung thành bụng và thoát vị thành bụng sau này.

Khâu bằng chỉ không tiêu (polypropylene - 0) hoặc tiêu chậm (PDS - 0 hoặc PDS - 1) đã được chứng minh là an toàn và hiệu quả như nhau trong các nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên.

Khâu mô dưới da

Lớp mỡ dưới da nên được khâu lại khi dày $\geq 2\text{cm}$. Trong nghiên cứu phân tích gộp những thử nghiệm ngẫu

nhien, khâu lớp mỡ dưới da khi mổ lấy thai giảm bung vết mổ 1/3 phụ nữ có lớp mỡ dày $\geq 2\text{cm}$ nhưng không giảm khi lớp mỡ $< 2\text{cm}$.

Dẫn lưu lớp dưới da

Không cần thiết dẫn lưu lớp dưới da. Những thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng cho thấy dẫn lưu lớp dưới da trong mổ lấy thai không giảm biến chứng vết mổ ở dân số chung và phụ nữ béo phì. Trong một nghiên cứu quan sát cho thấy những phụ nữ có lớp mỡ dày $\geq 4\text{cm}$, dẫn lưu lớp dưới da làm tăng nguy cơ biến chứng vết thương.

Đóng da

Đóng da bằng cách khâu hoặc kẹp.

Đóng da bằng kẹp thời gian ngắn hơn khâu nhưng dễ hở vết thương hơn vì tháo kẹp sớm (ngày 3 sau mổ), nếu để kẹp quá lâu, có thể gây hoại tử mô. Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng cho thấy nhóm bệnh nhân được khâu da dễ chịu hơn dùng kẹp giai đoạn 6 tuần sau mổ. Về mặt thẩm mỹ, đánh giá sau 6 tháng ở 2 nhóm tương đương nhau.

Khâu trong da bằng chỉ tan hoặc không tan đều an toàn như nhau.

CHĂM SÓC HẬU PHẪU

Biến chứng thường gặp sau sinh mổ ở những bệnh nhân béo phì bao gồm: bung vết mổ và nhiễm khuẩn, băng huyết sau sinh, huyết khối tĩnh mạch và những vấn đề về hô hấp.

Chăm sóc chung

Bệnh nhân béo phì yêu cầu được theo dõi sát sau mổ. Những bệnh nhân bị OSA, OHS hoặc bệnh tim nặng nên được theo dõi tại đơn vị chăm sóc đặc biệt có máy theo dõi tim - phổi liên tục 24 giờ.

Ngoài việc đánh giá thường xuyên các dấu hiệu sinh tồn, sử dụng các máy đo oxy xung liên tục và biểu đồ CO₂ có thể phát hiện tình trạng giảm oxy và thông khí. Tất cả bệnh nhân phải được đánh giá thường xuyên về chức năng hô hấp trong khi tỉnh và ngủ. Khi có dấu hiệu suy hô hấp (ví dụ: nhịp thở < 8-10 nhịp/phút; thiếu oxy máu [oxy bão hòa ≤ 95%]; carbonic tăng), thở ngáy; cần đánh thức bệnh nhân ngay lập tức và hướng dẫn họ thở sâu. Điều quan trọng là theo dõi chặt chẽ những bệnh nhân này cho đến khi chức năng hô hấp được phục hồi hoàn toàn.

Theo dõi dịch vào và ra để duy trì ổn định thể tích tuần hoàn, đặc biệt ở những bệnh nhân có bệnh tim phổi.

Cho bệnh nhân nằm đầu cao 30° để thông khí đạo và giảm thiểu nguy cơ ảnh hưởng đến chức năng hô hấp. Hướng dẫn bệnh nhân đi lại sớm và vật lý trị liệu hô hấp là hữu ích cho họ. Đi lại sớm giúp cải thiện chức năng ruột, giảm nguy cơ huyết khối. Vật lý trị liệu cần thiết cho những bệnh nhân bị giới hạn vận động.

Chăm sóc vết thương

Nếu vết rạch bị tăng mô (thành bụng dày) che lấp, nên đặt khăn sạch cuộn lại bên dưới tầng mô này giúp vết

thương được thông khí. Luôn giữ vết thương sạch và khô để được lành tốt.

Kiểm soát đau

Dùng giảm đau đa phương thức. Dùng nhiều loại thuốc giảm đau với những cơ chế hoạt động và tác dụng phụ khác nhau. Kiểm soát đau tốt giúp bệnh nhân đi lại sớm, đủ tỉnh táo và tinh thần tốt để chăm sóc con cũng như giảm thiểu những nguy cơ do nằm lâu gây nên (viêm phổi, loét vẩy mực, huyết khối, liệt ruột cơ năng...).

Giảm đau đa phương thức bằng cách kết hợp bơm thuốc qua ống thông vào khoang ngoài màng cứng và thuốc kháng viêm nonsteroid là cách tiếp cận an toàn nhất. Điều này đặc biệt quan trọng đối với bệnh nhân có tiền sử OSA hoặc OHS, vì thuốc giảm đau opioid có thể gây suy hô hấp nghiêm trọng. Tuy nhiên, nhiều đơn vị hậu phẫu - hậu sản không có khả năng theo dõi những bệnh nhân giảm đau qua ống thông ngoài màng cứng. Cách giảm đau đa phương thức khác bằng kết hợp opioid với acetaminophen, NSAIDs hoặc chất ức chế COX-2 nhằm giảm liều morphine.

Opioid có thể được dùng qua nhiều đường khác nhau, kể cả đường uống, tiêm và trực thần kinh. Hướng dẫn thực hành hiện tại trong gây mê sản khoa đề nghị dùng opioid neuraxial giảm đau sau sinh mổ. Opioid neuraxial được ưa thích hơn opioid tiêm, vì nó giảm thiểu nguy cơ suy hô hấp và cải thiện cho việc giảm đau.

Khi dùng opioid giảm đau, cần theo dõi sát khí máu động mạch mỗi giờ trong 24 giờ đầu và mỗi 2 giờ trong 24 giờ kế tiếp sau mổ.

Theo dõi biến chứng vết thương

Theo dõi vết mổ: đánh giá các dấu hiệu của nhiễm khuẩn và bung vết may, ngay cả sau khi xuất viện. Trong một nghiên cứu gồm 194 phụ nữ có BMI ≥ 50 kg/m² được mổ

lấy thai thì có đến 30% có biến chứng vết mổ; trong đó, 90% bị bung vết mổ và 86% được chẩn đoán sau khi xuất viện.

TÓM TẮT

- Mổ lấy thai cho phụ nữ béo phì cần có sự lưu ý về trang thiết bị, kĩ thuật vô cảm, kĩ thuật mổ để đạt kết quả tốt.
- Dùng kháng sinh dự phòng trước mổ cho tất cả trường hợp sinh mổ.
- Nên dự phòng huyết khối tĩnh mạch, lựa chọn phương pháp cơ học hoặc dùng thuốc (hoặc cả hai), tùy thuộc vào từng cá thể.
- Tham vấn về vấn đề vô cảm cho những bệnh nhân này từ giữa tam cá nguyệt III của thai kì. Ưu tiên cho gây tê kết hợp tủy sống-ngoài màng cứng hoặc gây tê ngoài màng cứng – điều này giúp kiểm soát đau sau mổ thuận lợi hơn. Nếu khó vào khoang ngoài màng cứng hoặc mổ khẩn thì nên tiến hành CSA.
- Đánh giá đường thở cẩn thận là bắt buộc. Nếu nghi ngờ đặt nội khí quản khó khăn, không nên khởi mê, không phụ thuộc vào tình trạng của thai nhi.
- Chuẩn bị oxy đầy đủ và đặt tư thế bệnh nhân phù hợp là rất cần thiết trước khi khởi mê. Một mặt nạ thanh quản (LMA) nên có sẵn như là một thiết bị cứu hộ trong trường hợp đặt nội khí quản thất bại.
- Rạch da, chú ý mớ chọn là mào chậu và xương mu, không nên chọn rốn vì rốn thường bị lệch xuống sâu bên dưới.
- Đối với bệnh nhân < 181,2kg, nên rạch da đường Pfannenstiel; khi cân nặng > 181,2kg, nên rạch da đường ngang hoặc dọc trên rốn.
- Đóng cân bằng mũi Smead-Jones cổ điển (xa-xa-gân-gân) hoặc (xa-gân-gân-xa), với chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm để tránh bung cân hoặc thoát vị thành bụng.
- Nên đóng lớp mỡ dưới da khi lớp này dày ≥ 2 cm, không nên đặt dẫn lưu lớp mỡ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alexander CI, Liston WA (2006). Operating on the obese woman - A review. *BJOG*; 113:1167.
2. Altermatt FR, Muñoz HR, Delfino AE, Cortínez LI (2005). Pre-oxygenation in the obese patient: effects of position on tolerance to apnoea. *Br J Anaesth*; 95:706.
3. Gunatilake RP, Perlow JH (2011). Obesity and pregnancy: clinical management of the obese gravida. *Am J Obstet Gynecol*; 204:106.
4. Loubert C, Fernando R (2011). Cesarean delivery in the obese parturient: anesthetic considerations. *Womens Health (Lond Engl)*; 7:163.
5. Marshall NE, Guild C, Cheng YW et al. (2012). Maternal superobesity and perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol*; 206:417.e1.
6. McDaid C, Maund E, Rice S et al. (2010). Paracetamol and selective and non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for the reduction of morphine-related side effects after major surgery: a systematic review. *Health Technol Assess*; 14:1.
7. McLean M, Hines R, Polinkovsky M et al. (2012). Type of skin incision and wound complications in the obese parturient. *Am J Perinatol*; 29:301.
8. Nuthalapaty FS, Kuper SG, Higdon HL 3rd (2011). Staples compared with subcuticular suture for skin closure after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*; 118:166.
9. Pevzner L, Swank M, Krepel C et al. (2011). Effects of maternal obesity on tissue concentrations of prophylactic cefazolin during cesarean delivery. *Obstet Gynecol*; 117:877.
10. Poobalan AS, Aucott LS, Gurung T et al. (2009). Obesity as an independent risk factor for elective and emergency caesarean delivery in nulliparous women - systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Obes Rev*; 10:28.
11. Roofthoof E (2009). Anesthesia for the morbidly obese parturient. *Curr Opin Anaesthesiol*; 22:341.
12. Soens MA, Birnbach DJ, Ranasinghe JS, van Zundert A (2008). Obstetric anesthesia for the obese and morbidly obese patient: an ounce of prevention is worth more than a pound of treatment. *Acta Anaesthesiol Scand*; 52:6.
13. Stannard JP, Gabriel A, Lehner B (2012). Use of negative pressure wound therapy over clean, closed surgical incisions. *Int Wound J*; 9 Suppl 1:32.
14. Vricella LK, Louis JM, Mercer BM, Bolden N (2010). Anesthesia complications during scheduled cesarean delivery for morbidly obese women. *Am J Obstet Gynecol*; 203:276.e1.
15. WHO Expert Consultation (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*; 363:157.
16. World Health Organization (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO convention, Geneva, 1999. WHO technical report series 894, Geneva.