

BÍ TIỂU SAU SINH VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ TRÊN THAI PHỤ CÓ GIẢM ĐAU SẢN KHOA

Phan Thị Hằng⁽¹⁾, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang⁽²⁾
(1) Bệnh viện Hùng Vương, (2) Đại học Y dược TP.HCM

Từ khóa: Bí tiểu sau sinh, bí tiểu sau sinh lâm sàng, yếu tố nguy cơ.
Keywords: Postpartum urinary retention, clinical post partum urinary retention, risk factors.

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Giảm đau sản khoa (GĐSK) làm gia tăng nguy cơ bí tiểu sau sinh (BTSS). Chẩn đoán BTSS trong vòng 6 giờ đầu bằng các triệu chứng lâm sàng như không thể tự tiểu hoặc buộc phải thông tiểu là phương pháp thường dùng tại các bệnh viện chuyên khoa sản tại Việt Nam.

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ BTSS lâm sàng trên nhóm sản phụ có làm giảm đau sản khoa và tìm các yếu tố nguy cơ.

Phương pháp: Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu, triển khai tại bệnh viện Hùng Vương trên những sản phụ có làm giảm đau sản khoa đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Sau sinh 6 giờ, sản phụ sẽ được thăm khám và hỏi các triệu chứng lâm sàng về khả năng tự tiểu sau sinh.

Kết quả: BTSS lâm sàng có tỉ lệ 21.9%, Khoảng tin cậy 95%: 18.4-25.3%. Sản phụ sinh con đầu lòng, sinh giúp, có thời gian chuyển dạ giai đoạn 2 kéo dài, lượng máu mất nhiều lúc sinh làm gia tăng nguy cơ BTSS lâm sàng.

Kết luận: cần chủ động thăm khám xác định những sản phụ có nguy cơ cao BTSS trong vòng 6 giờ nhằm hướng dẫn tập tiểu, thông tiểu giải áp khi cần nhằm hạn chế biến chứng BTSS.

Từ khóa: Bí tiểu sau sinh, bí tiểu sau sinh lâm sàng, yếu tố nguy cơ.

Abstract

POSTPARTUM URINARY RETENTION AND RISK FACTORS FOR EPIDURAL ANESTHESIA IN LABOUR

Introduction: Epidural anesthesia increased risk of postpartum urinary retention (PUR)xxx. Diagnosis PUR with clinical symptoms are frequently used in Viet Nam.

Objectives: Determine incidence and risk factors of clinical PUR in pregnant women had epidural anesthesia and vaginal delivery.

Methodology: Prospective cohort study conducted at Hung Vuong hospital included 553 pregnant women had epidural anesthesia and

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Phan Thị Hằng,
email: bshangphan@gmail.com
Ngày nhận bài (received): 10/06/2016
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
24/06/2016
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 30/06/2016

vaginal delivery agreed to enrol. All women was examined and interviewed PUR symptoms at postpartum 6 hours.

Results: Clinical PUR was 21.9%, 95% CI: 18.4-25.3%, risk factors were primipara, vaginal operation delivery, prolonged second stage of labour, blood lost more than 300 ml. Conclusion: Examination to determine women had high risks of PUR and prevention of complications of prolonged PUR were encouraged.

Keywords: postpartum urinary retention, clinical post partum urinary retention, risk factors.

1. Đặt vấn đề

Bí tiểu sau sinh (BTSS) là tình trạng rất phổ biến trong sản khoa. Tỷ lệ BTSS rất thay đổi tùy thuộc vào định nghĩa và các phương tiện chẩn đoán sử dụng, dao động từ 7.1% đến 47% (3-6). BTSS là tình trạng không thể đi tiểu được trên lâm sàng trong vòng 6 giờ sau sinh hoặc sau khi tự tiểu, lượng nước tiểu còn lại trong bàng quang từ 150ml trở lên. Tại Bệnh viện Hùng Vương và Từ Dũ, các nghiên cứu khảo sát BTSS bằng các triệu chứng lâm sàng với tỷ lệ được phát hiện từ 12.3 - 13,5% (7, 8).

Giảm đau sản khoa (GĐSK) là một yếu tố nguy cơ khá thường gặp của BTSS. Tổng quan Cochrane năm 2011 cho thấy BTSS cao gấp 17 lần ở những phụ nữ có thực hiện GĐSK bằng gây tê ngoài màng cứng (khoảng tin cậy 95% (KTC95%): 4,8 - 60,4) (9). Mặt khác, nguy cơ bí tiểu với dung tích tồn lưu bàng quang (DTTLBQ) nhiều hơn 500ml ở nhóm có gây tê ngoài màng cứng để làm GĐSK cao hơn 10 lần so với nhóm không làm GĐSK (KTC 95%: 2,5-43,0) (10). Nguy cơ tổn thương cơ chóp bàng quang có thể xảy ra khi dung tích tồn lưu cao trên 700 ml. Trong quá trình chuyển dạ, nhu cầu giải áp bàng quang bằng thông tiểu ngắt quãng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có gây tê ngoài màng cứng so với nhóm không gây tê (60,6% so với 52,5%, $p = 0,01$) (11). Tại Việt Nam, nhu cầu GĐSK ngày càng tăng cao nhưng việc chăm sóc bàng quang trong và sau chuyển dạ vẫn chưa được chú ý nhiều. Chẩn đoán bí tiểu sau sinh bằng lâm sàng như hỏi triệu chứng, sờ và tìm cầu bàng quang và thông tiểu giải áp là phương pháp rất phổ biến hiện nay tại các cơ sở sản khoa tại Việt Nam.

Có nhiều dữ liệu cho thấy nếu chẩn đoán sớm BTSS có thể làm giảm những biến chứng lâu dài của bệnh (12). Với chẩn đoán xác định từ giai đoạn 6 giờ sau sinh bằng xác định các triệu chứng lâm sàng trên những sản phụ có làm giảm đau sản khoa, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ BTSS có triệu chứng trên thai phụ sinh thường có GĐSK

2. Xác định một số yếu tố nguy cơ của BTSS trên nhóm đối tượng này.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu được thực hiện tại Bệnh viện Hùng Vương từ 04/2015 – 11/2015. Thai phụ có thai là ngôi đầu, đơn thai được thực hiện giảm đau sản khoa chấp thuận tham gia vào nghiên cứu đều được thu nhận. Nghiên cứu loại trừ những trường hợp có chỉ định mổ sinh, có vết mổ cũ, có chỉ định đặt thông tiểu lưu để theo dõi lượng nước tiểu do bệnh lý khác như bệnh nội khoa nặng, tiền sản giật nặng, băng huyết sau sinh cần truyền máu. Tất cả thai phụ thu nhận vào nghiên cứu sau khi được làm giảm đau sản khoa sẽ được: theo dõi và đánh giá cầu bàng quang, hướng dẫn tự tiểu trong chuyển dạ, đều được truyền tối thiểu 1000ml dịch truyền trong chuyển dạ.

Trong trường hợp sờ có cầu bàng quang, thai phụ tự tiểu không được hoặc khó khăn, hộ sinh sẽ tiến hành thông tiểu giải áp, ghi nhận nước tiểu bằng ca đong vạch. Số lần thông tiểu, thể tích nước tiểu, lượng dịch truyền trong chuyển dạ được ghi nhận cụ thể. Sản phụ được nhắc nhở tự tiểu sau sinh 4 giờ. Sau sinh 6 giờ, nhân viên nghiên cứu sẽ

phòng vấn và hướng dẫn sản phụ tự tiểu, sau đó sẽ xác nhận có cầu bàng quang hay không và đo kích thước của cầu bàng quang bằng thước dây kẻ từ trên xương mu (nếu sờ thấy). Sản phụ được theo dõi sau sinh cho đến khi xuất viện, những kết quả điều trị cho tất cả sản phụ có tham gia nghiên cứu được ghi nhận vào thời điểm xuất viện.

Tiêu chuẩn xác định chẩn đoán: Những sản phụ có các triệu chứng sau sinh 6 giờ như không tiểu được lần nào kể từ sau sinh hoặc có cầu bàng quang cần phải thông tiểu. Biến chứng của BTSS được xác định bằng các dữ liệu điều trị như có đặt thông tiểu lưu, thời gian nằm viện kéo dài và các rối loạn đường tiểu xác định vào thời điểm sau sinh 48 giờ.

Cỡ mẫu được ước tính theo công thức ước tính một tỉ lệ với độ chính xác của ước lượng là 0,05, tỉ lệ ước tính của bí tiểu sau sinh là 21% và lực của nghiên cứu là 80%.

Dữ liệu nghiên cứu được thu thập qua phiếu thông tin, hồ sơ bệnh án và phỏng vấn bệnh nhân. Nhập liệu bằng phần mềm Excel, quản lý và phân tích bằng Stata 11. Các yếu tố nguy cơ được phân tích bằng mô hình hồi quy đa biến, các yếu tố được xem như có ảnh hưởng lên bí tiểu sau sinh được xác định khi chỉ số $P < 0.05$ và khoảng giá trị tin cậy 95% khác 1.

3. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1, Bảng 2, Bảng 3

4. Bàn luận

Nghiên cứu ghi nhận tuổi thai phụ trung bình 27 ± 4.8 tuổi, tuổi thai trung bình là 38.6 ± 1.2 tuần. Có 188 (33%) sản phụ ở nội thành TPHCM, 57 (10%) ngoại thành (bảng 1).

Vào thời điểm sau sinh 6 giờ, ghi nhận có 121 (21,9%) sản phụ có các triệu chứng và chưa đi tiểu được lần nào hoặc buộc phải đặt thông tiểu giải áp. Nhóm này được chẩn đoán là BTSS trên lâm sàng, tỉ lệ 21,9%. Nghiên cứu của tác giả Phượng (13) năm 2012 thực hiện tại BVHV là 12.3%. Khác biệt giữa hai nghiên cứu ở thời điểm ghi nhận có triệu chứng của tác giả Phượng là trong 24 giờ và ngoài ra, nghiên cứu này không chủ động phỏng vấn sản phụ ở thời điểm sau sinh 6 giờ như chúng tôi. Trong quá trình chuyển dạ có làm GĐSK có đến 541 (97.7%) sản phụ cần được thông tiểu giải

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Dân số chung	Bí tiểu lâm sàng	
		Có	Không
Số sản phụ	553	121	432
Số con đã có			
Con sơ	357 (64.6)	104 (29.1)	17 (8.7)
Con ra	196 (35.4)	253 (70.9)	179 (91.3)
Bệnh nội khoa			
Không có	490 (89)	101 (84.2)	389 (90.5)
Cao huyết áp, tim, khác	55 (10)	18 (15)	37 (8.6)
Tiểu đường	5 (1)	1 (0.83)	4 (0.93)
Giục sinh	195 (35.3)	44 (22.6)	77 (21.5)
Thời gian từ khi CTC mở hết đến số thai (phút)	34.4 ± 38.6	52.5 ± 46.9	29.3 ± 34.4
Thời gian từ GĐSK đến sinh (giờ)	3.79 ± 2.46	4.34 ± 2.46	3.64 ± 2.44
Số lần thông tiểu trong chuyển dạ			
0	12 (2.3)	1 (8.3)	11 (2.7)
1	387 (74.9)	82 (72.6)	305 (75.5)
2	99 (19.1)	27 (23.9)	72 (17.8)
3	19 (3.7)	3 (2.6)	16 (4.0)
Phương pháp sinh ngã âm đạo			
Sinh thường	450 (81)	78 (64.5)	372 (86.1)
Sinh hút	80 (15)	31 (25.6)	49 (11.3)
Sinh kèm	23 (4)	12 (9.9)	11 (2.5)
Tổng dịch truyền (ml)	1205 ± 357	1309 ± 457	1176 ± 317
Máu mất lúc sinh (ml)	281 ± 135	328 ± 187	268 ± 112
Mức độ tổn thương TSM			
Độ 1	17 (3.07)	5 (4.1)	12 (2.8)
Độ 2	514 (92.95)	113 (93.4)	401 (92.8)
Độ 3	4 (0.72)	3 (2.5)	1 (0.2)
Thời điểm từ sinh đến khám lâm sàng	5.51 ± 1.12	5.4 ± 0.9	5.5 ± 1.2
Số thấy cầu bàng quang			
Có	141 (25.7)	76 (63.3)	65 (15.1)
Không rõ	64 (11.7)	19 (15.8)	45 (10.5)
Kích thước trung bình cầu bàng quang sờ thấy được (cm)	8.31 ± 3.10	8.8 ± 3.2	7.8 ± 2.9

Bảng 2. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Tổng sản phụ nghiên cứu	Bí tiểu lâm sàng
Số trường hợp quan sát	553	121
Tổng số lần thông tiểu giải áp sau sinh		
0	447 (80.8)	58 (47.9)
1	101 (18.3)	59 (47.9)
2	4 (0.7)	4 (3.3)
3	1 (0.2)	1 (0.83)
Số lần lưu thông tiểu điều trị		
0	514 (92.9)	94 (77.7)
1	37 (6.7)	26 (21.5)
2	2 (0.4)	1 (0.83)
Tỉ lệ bí tiểu có triệu chứng sau sinh 48 giờ	125 (22.98)	43 (7.8)
Thời gian nằm viện sau sinh (ngày)	3.80 ± 0.8	4.18 ± 1.09
Số cas lưu thông tiểu điều trị BTSS (%)	39 (100%)	27 (22.3)

Bảng 3. Yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	OR	aOR
Con sơ	4.3 (2.5-7.5)	2.97 (1.65-5.21)
Sinh giúp	3.42 (2.15-5.42)	2.02 (1.21-3.34)
Máu mất lúc sinh ⁽¹⁾	1.15 (1.07-1.23)	1.09 (1.06-1.17)
Thời gian từ CTC mở hết đến số thai (phút)	1.14 (1.09-1.20)	1.08 (1.03-1.14)

(1): nguy cơ cho mỗi 50gr máu mất tăng thêm

áp ít nhất 1 lần. Trong nghiên cứu của Evron và cộng sự, tỉ lệ sản phụ cần đặt thông tiểu giải áp là 91% (14). Tỉ lệ này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu chúng tôi. Nhu cầu cần giải áp bàng quang trong chuyển dạ thực sự rất cần thiết. Vì vậy, việc theo dõi, nhắc nhở thai phụ rặn tiểu trong chuyển dạ cũng đã được khuyến cáo trong các hướng dẫn chăm sóc chuyển dạ ở nhiều quốc gia (15-17).

Kết quả nghiên cứu cho thấy số sản phụ phải đặt thông tiểu lưu là 39 trường hợp trong khi nếu chẩn đoán bằng thăm khám lâm sàng chỉ phát hiện 26 trường hợp, đặc biệt có 1 trường hợp không được chẩn đoán BTSS lâm sàng nhưng vẫn phải đặt thông tiểu lưu 2 lần và mang ống thông tiểu về nhà lưu thêm 1 tuần. Những nghiên cứu khác cũng cho thấy nếu chỉ thăm khám, hỏi triệu chứng đơn thuần vẫn có khả năng bỏ sót bệnh và dẫn đến tình trạng chẩn đoán và điều trị muộn (12). Vì vậy chủ động chẩn đoán và can thiệp điều trị sớm hơn đang được khuyến khích bằng phương tiện scan bàng quang (6), không để tình trạng tổn thương khó hồi phục của bàng quang.

Những sản phụ đã có GĐSK có con so, có thời gian chuyển dạ kéo dài, gia tăng máu mất mỗi 50gr, sinh giúp trong nghiên cứu chúng tôi là những người có nguy cơ cao hơn những sản phụ có giảm đau sản khoa thông thường khác. Điều này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác đã công bố (13, 18, 19).

Nghiên cứu xác định tỉ lệ và các yếu tố nguy cơ của BTSS lâm sàng giúp xác định những đối tượng cần được quan tâm chăm sóc và theo dõi tích cực nhằm phòng tránh biến chứng bí tiểu kéo dài gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của sản phụ sau sinh. Việc triển khai các biện pháp tích cực phát hiện sớm BTSS rất cần thiết và cấp bách.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 553 thai phụ sinh thường có GĐSK ghi nhận: (1) Tỉ lệ BTSS có triệu chứng lâm sàng 21,9% KTC95%[18.4-25.3]; (2) Yếu tố nguy cơ liên quan BTSS: con so aOR=2.97 (1.65-5.21), có thời gian chuyển dạ kéo dài aOR= 1.08 (1.03-1.14), máu mất nhiều hơn 50gr aOR=1.09 (1.06-1.17), sinh giúp aOR= 2.02 (1.21-3.34).

Tài liệu tham khảo

1. Camus E PC, Goffinet F, Wainer B, Merlet F, Nisand I, et al. 1999; Pregnancy rates after in-vitro fertilization in cases of tubal infertility with and without hydrosalpinx: a meta-analysis of published comparative studies. *Hum Reprod.* 1999;14:1243-9.
2. Amesse LS, Pfaff-Amesse T, Leonardi R, Uddin D, French JA, 2nd. Oral contraceptives and DDAVP nasal spray: patterns of use in managing vWD-associated menorrhagia: a single-institution study. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2005 Jul;27(7):357-63.
3. Mulder FE, Oude Rengerink K, van der Post JA, Hakvoort RA, Roovers JP. Delivery-related risk factors for covert postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int Urogynecol J.* 2016 Jan;27(1):55-60.
4. Cavkaytar S, Kokanali MK, Baylas A, Topcu HO, Laleli B, Tasci Y. Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2014;15(3):140-3.
5. Kekre AN, Vijayanand S, Dasgupta R, Kekre N. Postpartum urinary retention after vaginal delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011 Feb;112(2):112-5.
6. Marie Blomstrand RB, Lennart Christensson and Peter Blomstrand. Systematic bladder scanning identifies more women with postpartum urinary retention than diagnosis by clinical signs and symptoms. *International Journal of Nursing and Midwifery.* 2015;7(6):108-15.
7. Trần Thị Lợi NGK. Tần suất bí tiểu sau sinh và một số yếu tố liên quan trên sản phụ tại bệnh viện Từ Dũ Tạp chí y học Tp Hồ Chí Minh. 2003;7(1):5-8.
8. Đặng Thị Bình HNK. Tỷ lệ bí tiểu sau sanh và một số yếu tố liên quan trên sản phụ tại bệnh viện Hùng Vương. *Y học thành phố Hồ Chí Minh.* 2014;18(1):183-8.
9. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane database of systematic reviews.* [Meta-

Analysis Review]. 2011(12):CD000331.

10. Liang CC, Wong SY, Tsay PT, Chang SD, Tseng LH, Wang MF, et al. The effect of epidural analgesia on postpartum urinary retention in women who deliver vaginally. *Int J Obstet Anesth.* 2002 Jul;11(3):164-9.
11. Dickinson JE, Paech MJ, McDonald SJ, Evans SF. The impact of intrapartum analgesia on labour and delivery outcomes in nulliparous women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2002 Feb;42(1):59-66.
12. Groutz A, Levin I, Gold R, Puzner D, Lessing JB, Gordon D. Protracted postpartum urinary retention: the importance of early diagnosis and timely intervention. *NeuroUrol Urodyn.* 2011 Jan;30(1):83-6.
13. Trần Thị Mỹ Phượng VTN. Gây tê ngoài màng cứng trong chuyển dạ và nguy cơ bí tiểu cấp sau sanh ngã âm đạo Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2014;18: 5:161-5.
14. Evron S, Dimitrochenko V, Khazin V, Sherman A, Sadan O, Boaz M, et al. The effect of intermittent versus continuous bladder catheterization on labor duration and postpartum urinary retention and infection: a randomized trial. *J Clin Anesth.* 2008 Dec;20(8):567-72.
15. Bladder Care Postpartum and Management of Urinary Retention, (2010).
16. Intrapartum and Postnatal Bladder Care Guideline, HSTHCL250 (2010).
17. Leach S. 'Have you had a wee yet?' Postpartum urinary retention. *Pract Midwife.* [Review]. 2011 Jan;14(1):23-5.
18. Humburg J, Troeger C, Holzgreve W, Hoesli I. Risk factors in prolonged postpartum urinary retention: an analysis of six cases. *Arch Gynecol Obstet.* 2009 Dec 19.
19. Mulder FE, Schoffemeer MA, Hakvoort RA, Limpens J, Mol BW, van der Post JA, et al. Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. *Bjog.* [Meta-Analysis Review]. 2012 Nov;119(12):1440-6.