

PREVALENCE AND MANAGEMENT OF POSTPARTUM URINARY RETENTION IN PREGNANT WOMEN: AN OVERVIEW

Huynh Thao Nguyen, Huynh Thanh Phong*

Vo Truong Toan University - National Highway 1A, Thanh Xuan commune, Can Tho city, Vietnam

Received: 27/05/2026

Revised: 02/06/2026; Accepted: 23/07/2026

ABSTRACT

Objectives: This narrative review aims to evaluate the prevalence, risk factors, and management outcomes of postpartum urinary retention in pregnant women.

Method: A narrative review.

Results: A synthesis of 8 studies indicates that the prevalence of postpartum urinary retention ranges from 10.2-24.7%. Prominent mechanical and obstetric intervention risk factors include: primiparity (accounting for an overwhelming 29.1-87.2% of cases in the affected group), instrumental delivery (31.1-35.5%), and the use of obstetric analgesia (epidural analgesia increases the risk by 3.1 times). Severe perineal trauma and a prolonged second stage of labor also significantly increase the risk of the condition. Regarding management, non-invasive conservative measures (voiding guidance, warm compresses) are the first-line and most common strategies (71.6-100%). The condition has a highly favorable recovery prognosis, with an average treatment duration of 2.0 to 4.18 days; the proportion of postpartum women regaining normal voiding ability within 48 hours is exceptionally high, ranging from 92.2-97.7%.

Conclusion: Postpartum urinary retention is a common postpartum complication closely associated with primiparity, instrumental delivery, and regional anesthesia. Proactive early screening in high-risk groups and prioritizing non-invasive interventions yield high efficacy, helping the majority of postpartum women recover completely and rapidly.

Keywords: Postpartum urinary retention, risk factors, catheterization, postpartum period, obstetric analgesia.

*Corresponding author

Email: htphong@vttu.edu.vn **Phone:** (+84) 775128666 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i7.5984

TỔNG QUAN THỰC TRẠNG VÀ QUẢN LÝ BÍ TIỂU SAU SINH Ở PHỤ NỮ MANG THAI

Huỳnh Thảo Nguyên, Huỳnh Thanh Phong*

Trường Đại học Võ Trường Toản - Quốc lộ 1A, xã Thạnh Xuân, thành phố Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/05/2026

Ngày chỉnh sửa: 02/06/2026; Ngày duyệt đăng: 23/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tổng quan mô tả nhằm đánh giá thực trạng tỷ lệ mắc, các yếu tố nguy cơ và kết quả quản lý điều trị bí tiểu sau sinh ở phụ nữ mang thai.

Phương pháp: Nghiên cứu tổng quan mô tả.

Kết quả: Tổng hợp từ 8 nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bí tiểu sau sinh dao động từ 10,2-24,7%. Các yếu tố nguy cơ mang tính cơ học và can thiệp sản khoa nổi bật bao gồm: sinh con so (chiếm tỷ lệ áp đảo từ 29,1-87,2% trong nhóm bệnh), sinh thủ thuật (31,1-35,5%) và sử dụng giảm đau sản khoa (gây tê ngoài màng cứng làm tăng nguy cơ gấp 3,1 lần). Tổn thương tăng sinh môn phức tạp và thời gian sổ thai kéo dài cũng làm tăng đáng kể nguy cơ mắc bệnh. Về xử trí, các biện pháp bảo tồn không xâm lấn (hướng dẫn tiểu tiện, chườm ấm) là chiến lược đầu tay và phổ biến nhất (71,6-100%). Bệnh có tiên lượng phục hồi rất khả quan với thời gian điều trị trung bình từ 2,0-4,18 ngày; tỷ lệ sản phụ lấy lại khả năng tiểu tiện bình thường sau 48 giờ đạt rất cao, từ 92,2-97,7%.

Kết luận: Bí tiểu sau sinh là một biến chứng hậu sản thường gặp, liên quan mật thiết đến sinh con so, sinh thủ thuật và gây tê vùng. Việc chủ động tầm soát sớm ở nhóm nguy cơ cao và ưu tiên áp dụng các biện pháp can thiệp không xâm lấn mang lại hiệu quả cao, giúp phần lớn sản phụ hồi phục hoàn toàn và nhanh chóng.

Từ khóa: Bí tiểu sau sinh, yếu tố nguy cơ, thông tiểu, hậu sản, giảm đau sản khoa.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bí tiểu sau sinh là một biến chứng tiết niệu thường gặp nhưng lại ít được nhận diện đúng mức trong thực hành sản khoa. Theo định nghĩa lâm sàng, bí tiểu sau sinh (BTSS) là tình trạng không thể tự đi tiểu trong vòng 6 giờ sau sinh thường hoặc sau khi rút sonde tiểu ở bệnh nhân sinh mổ, hoặc có lượng tồn lưu nước tiểu từ 150-200 mL. Tỷ lệ mắc BTSS được báo cáo dao động từ 1,5-17,9% tùy theo tiêu chí chẩn đoán.

Hậu quả của BTSS không được điều trị bao gồm giãn căng bàng quang, tổn thương cơ Detrusor, nhiễm trùng đường tiểu, thậm chí vỡ bàng quang. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về BTSS còn rải rác và chủ yếu mang tính mô tả đơn lẻ. Trong bối cảnh đó, việc tổng hợp các vấn đề liên quan đến chẩn đoán và điều trị BTSS là cần thiết nhằm cung cấp cái nhìn toàn diện, nâng cao chất lượng chăm sóc hậu sản.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu tổng quan mô tả nhằm đánh giá thực trạng tỷ lệ mắc, các yếu tố nguy cơ và kết quả quản lý điều trị bí tiểu sau sinh ở phụ nữ mang thai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: nghiên cứu có nội dung liên quan đến thực trạng, yếu tố nguy cơ, xử trí và kết quả điều trị BTSS ở phụ nữ mang thai. Các nghiên cứu thuộc cơ sở dữ liệu của PubMed, Google Scholar, tạp chí y khoa, luận văn, luận án của các trường đại học y trong và ngoài nước, xuất bản trong giai đoạn 2010-2025.

- Tiêu chuẩn loại trừ: các nghiên cứu không có dữ liệu hậu sản, không nghiên cứu trên người, không tách riêng

biến chứng BTSS, thiết kế không đủ chất lượng (báo cáo ca bệnh, ý kiến chuyên gia), hoặc không trích xuất được số liệu rõ ràng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tổng quan mô tả (a narrative review).

- Chiến lược nghiên cứu: tài liệu, dữ liệu được tìm kiếm từ Google Scholar, PubMed với các từ khóa: “postpartum urinary retention”, “risk factors”, “management”, “bí tiểu sau sinh”.

2.3. Lựa chọn nghiên cứu

Sau khi tìm kiếm được tài liệu đáp ứng với tiêu chí (2.468 bài báo ban đầu), tiến hành sàng lọc qua tiêu đề và tóm tắt (còn 78 bài). Tiến hành đọc toàn văn và thu thập dữ kiện theo các tiêu chí: cỡ mẫu, yếu tố nguy cơ, kết quả can thiệp. Dựa vào các dữ kiện đó tiến hành phân tích và đưa ra kết luận.

STT	Tác giả (năm), quốc gia	Thiết kế nghiên cứu, cỡ mẫu	Mục tiêu chính, đặc điểm dân số
1	Phan Thị Hằng và cộng sự (2016), Việt Nam	Đoàn hệ tiến cứu, n = 553	Xác định tỷ lệ và các yếu tố nguy cơ của BTSS ở sản phụ được giảm đau sản khoa.
2	Nguyễn Thanh Phong và cộng sự (2016), Việt Nam	Mô tả cắt ngang, n = 360	Đánh giá thực trạng tiểu tiện khó và các yếu tố liên quan ở sản phụ sau sinh tại bệnh viện.
3	Trần Minh Quang (2020), Việt Nam	Mô tả cắt ngang, n = 281	Xác định tỷ lệ BTSS và các yếu tố nguy cơ ở sản phụ sinh ngã âm đạo.

*Tác giả liên hệ

Email: htphong@vttu.edu.vn Điện thoại: (+84) 775128666 DOI: 10.52163/vhc.v67i7.5984

4	Nguyễn Thị Lan Hương và CS (2023), Việt Nam	Mô tả cắt ngang, n = 54	Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả xử trí BTSS bằng can thiệp đặt sonde tiểu.
5	Sen Li và cộng sự (2023), Trung Quốc	Đoàn hệ hồi cứu, n = 462	Đánh giá tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến BTSS ở sản phụ có gây tê ngoài màng cứng.
6	Cavkaytar S và cộng sự (2014), Thổ Nhĩ Kỳ	Bệnh - chứng, n = 200	Phân tích các yếu tố nguy cơ sản khoa liên quan đến BTSS sau sinh thường.
7	Ain Q.U và cộng sự (2021), Ấn Độ	Mô tả cắt ngang, n = 200	Đánh giá các yếu tố nguy cơ của BTSS ở phụ nữ sinh đủ tháng.
8	Vitner D và cộng sự (2023), Israel	Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, n = 147	So sánh hiệu quả các chiến lược thông tiểu tối ưu trong xử trí BTSS cấp sau sinh.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ BTSS

STT	Tác giả (năm), quốc gia	Cỡ mẫu (n)	Tỷ lệ BTSS
1	Nguyễn Thanh Phong và cộng sự (2016), Việt Nam	360	24,7% (89 ca)
2	Phan Thị Hằng và cộng sự (2016), Việt Nam	553	21,9% (121 ca)
3	Ain Q.U và cộng sự (2021), Ấn Độ	200	15,0% (30 ca)
4	Trần Minh Quang (2020), Việt Nam	281	10,3% (29 ca)
5	Sen Li và cộng sự (2023), Trung Quốc	462	10,2% (47 ca)
6	Cavkaytar S và cộng sự (2014), Thổ Nhĩ Kỳ	200	_*
7	Nguyễn Thị Lan Hương và cộng sự (2023), Việt Nam	54	_**
8	Vitner D và cộng sự (2023), Israel	147	_***

Ghi chú: *Thiết kế bệnh - chứng (100 ca bệnh, 100 ca chứng); **Nghiên cứu chỉ khảo sát trên nhóm 54 sản phụ đã mắc BTSS; ***Nghiên cứu tập trung đánh giá hiệu quả can thiệp điều trị.

Qua tổng hợp 8 nghiên cứu, có 5 nghiên cứu báo cáo tỷ lệ mắc BTSS trên quần thể sản phụ, dao động từ 10,2-24,7%; tỷ lệ cao nhất ghi nhận tại Việt Nam (24,7%) và thấp nhất tại Trung Quốc (10,2%). 3 nghiên cứu còn lại không báo cáo tỷ lệ hiện mắc chung do đặc thù thiết kế nghiên cứu.

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử sản khoa và thai kỳ

Đặc điểm	Tác giả (năm)	Nhóm BTSS	Nhóm không BTSS	Nhận xét
Số con	Phan Thị Hằng (2016)	Con so: 104 (29,1%) Con rạ: 17 (8,7%)	Con so: 253 (70,9%) Con rạ: 179 (91,3%)	Tỷ lệ BTSS ở con so cao hơn rõ rệt
	Sen Li (2023)	Con so: 41 (87,2%) Con rạ: 6 (12,8%)	Con so: 351 (84,6%) Con rạ: 64 (15,4%)	Con so chiếm tỷ lệ áp đảo
	Trần Minh Quang (2020)	Con so: 19 (65,5%) Con rạ: 10 (34,5%)	Con so: 106 (42,1%) Con rạ: 146 (57,9%)	Con so chiếm đa số trong nhóm BTSS
	Ain Q.U (2021)	Ghi nhận tăng nguy cơ	-	Đồng thuận là yếu tố nguy cơ

Đặc điểm	Tác giả (năm)	Nhóm BTSS	Nhóm không BTSS	Nhận xét
Tiền sử bệnh nền	Phan Thị Hằng (2016)	Không có: 84,2% Tăng huyết áp, tim mạch: 15,0% Đái tháo đường: 0,8%	Không có: 90,5% Tăng huyết áp, tim mạch: 8,6% Đái tháo đường: 0,9%	Tỷ lệ tăng huyết áp, tim mạch cao hơn ở nhóm BTSS
Giục sinh	Phan Thị Hằng (2016)	22,6%	21,5%	Không khác biệt rõ
	Trần Minh Quang (2020)	18,0%	82,0%	Kết quả không đồng nhất
Trọng lượng thai	Cavkaytar S (2014)	Thai > 3500g tăng nguy cơ	-	Thai to làm tăng nguy cơ
	Ain Q.U (2021)	Thai to là yếu tố nguy cơ độc lập	-	Đồng thuận kết luận

Đặc điểm tiền sử sản khoa cho thấy sinh con so là yếu tố nguy cơ nổi bật và có sự đồng thuận cao nhất, chiếm tỷ lệ áp đảo trong nhóm mắc BTSS ở các báo cáo. Bên cạnh đó, yếu tố cơ học như trọng lượng thai lớn (> 3500g) và tiền sử bệnh lý nội khoa (tăng huyết áp, bệnh tim mạch) cũng được ghi nhận làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Ngược lại, can thiệp giục sinh không cho thấy mối liên hệ rõ ràng và đồng nhất với tình trạng BTSS qua các nghiên cứu.

Bảng 3. Mối liên quan các yếu tố nguy cơ BTSS

Yếu tố nguy cơ	Phân nhóm, chỉ số	Tác giả (năm)	Nhóm BTSS	Nhóm không BTSS	OR(KTC 95%), nhận xét
Giảm đau sản khoa (gây tê NMC)	Có	Nguyễn Thanh Phong (2016)	34 (23,0%)	114 (77,0%)	OR = 3,10 (1,15-8,38)
	Không		5 (8,8%)	52 (91,2%)	Có ý nghĩa thống kê
Tổn thương tầng sinh môn	Phức tạp	Sen Li (2023)	5 (22,7%)	17 (77,3%)	OR = 3,59 (1,26-10,28)
			42 (9,6%)	398 (90,4%)	Có ý nghĩa thống kê
	Đơn giản	Phan Thị Hằng (2016)	3 (75,0%)	1 (25,0%)	OR = 9,52 (0,98-91,90)
			118 (22,2%)	413 (77,8%)	Chưa có ý nghĩa
	Phức tạp	Trần Minh Quang (2020)	1 (20,0%)	4 (80,0%)	OR = 2,21 (0,24-20,50)
			27 (9,8%)	249 (90,2%)	Chưa có ý nghĩa
Phương pháp sinh	Sinh thủ thuật	Phan Thị Hằng (2016)	43 (35,5%)	60 (13,9%)	Nguy cơ BTSS tăng > 2 lần
	Sinh thường	Trần Minh Quang (2020)	78 (64,5%)	372 (86,1%)	
	Sinh thủ thuật		9 (31,1%)	10 (4,0%)	Tỷ lệ BTSS cao rõ rệt
	Sinh thường	Cavkaytar S (2014); Ain Q.U (2021)	20 (68,9%)	242 (96,0%)	
	Sinh thủ thuật		-	-	Yếu tố nguy cơ độc lập mạnh

Yếu tố nguy cơ	Phân nhóm, chỉ số	Tác giả (năm)	Nhóm BTSS	Nhóm không BTSS	OR(KTC95%), nhận xét
Tiền sử sinh sản	Con so	Trần Minh Quang (2020)	19 (65,5%)	106 (42,1%)	BTSS cao ở con so
	Con rạ		10 (34,5%)	146 (57,9%)	
	Con so	Phan Thị Hằng (2016)	104 (29,1%)	253 (70,9%)	Nguy cơ cao hơn rõ rệt
	Con rạ		17 (8,7%)	179 (91,3%)	
	Con so	Sen Li (2023)	41 (87,2%)	351 (84,6%)	Tỷ lệ áp đảo
	Con rạ		6 (12,8%)	64 (15,4%)	
Đặc điểm chuyển dạ	Thời gian số thai (phút)	Phan Thị Hằng (2016)	52,5 ± 46,9	29,3 ± 34,4	Số thai kéo dài làm tăng nguy cơ
		Sen Li (2023)	90,9 ± 63,9	77,8 ± 50,78	Tương tự
	Tổng dịch truyền (mL)	Phan Thị Hằng (2016)	1309 ± 457	1176 ± 317	Nhóm BTSS cao hơn
		Sen Li (2023)	1512 ± 440	1285 ± 552	Truyền nhiều dịch làm tăng nguy cơ

Các nghiên cứu cho thấy sự đồng thuận cao về các yếu tố nguy cơ của BTSS, trong đó nổi bật là sinh con so, thời gian số thai kéo dài và sinh thủ thuật. Ngoài ra, gãy tử cung ngoài màng cứng (OR = 3,10), tổn thương tầng sinh môn phức tạp (OR: 2,21-9,52) và truyền dịch nhiều cũng làm tăng đáng kể nguy cơ mắc bệnh. Kết quả khẳng định vai trò trung tâm của yếu tố cơ học, can thiệp sản khoa và tổn thương mô mềm trong cơ chế bệnh sinh của BTSS.

Bảng 4. Phương pháp xử trí BTSS

Phương pháp xử trí	Nguyễn Thị Lan Hương (2023)	Nguyễn Thanh Phong (2016)	Phan Thị Hằng (2016), Vitner D (2023)
Biện pháp không xâm lấn (hướng dẫn tiểu tiện, chườm ấm, vận động)	100% (54/54 ca)	71,6% (64/89 ca)	Không báo cáo tỷ lệ chi tiết, nhưng là biện pháp đầu tay.
Điều trị nội khoa (thuốc tăng co bóp cơ trơn bằng quang)	53,7% (29/54 ca)	3,4% (3/89 ca)	Không báo cáo tỷ lệ chi tiết.
Can thiệp thông tiểu ngắt quãng (đặt sonde bàng quang, bơm Glycerin)	100% (54/54 ca)	5,7% (5/89 ca)	Phan Thị Hằng: 47,9% sản phụ BTSS cần thông tiểu 1 lần; 3,3% thông 2 lần. Vitner D: thông tiểu ngắt quãng mang lại hiệu quả tương đương lưu sonde.
Can thiệp lưu ống thông tiểu (lưu sonde bàng quang)	17,2% (9/54 ca)	2,3% (2/89 ca)	Vitner D: khuyến cáo sử dụng khi các biện pháp khác thất bại hoặc bàng quang quá căng giãn.

Các biện pháp không xâm lấn là chiến lược ưu tiên hàng đầu trong xử trí BTSS, được áp dụng với tỷ lệ 71,6-100%. Thông tiểu ngắt quãng là can thiệp phổ biến và hiệu quả khi điều trị bảo tồn không đáp ứng, trong khi lưu sonde bàng quang chỉ được sử dụng ở một tỷ lệ thấp.

Bảng 5. Kết quả và thời gian điều trị

STT	Tác giả (năm)	Thiết kế, nhóm nghiên cứu	Thời gian điều trị (ngày)	Tỷ lệ tiểu bình thường sau 48 giờ
1	Nguyễn Thị Lan Hương (2023)	Cắt ngang, 54 ca can thiệp sonde	2,0 ± 1,2 (X ± SD)	92,6% (50/54 ca)
2	Nguyễn Thanh Phong (2016)	Cắt ngang, 360 sản phụ (n = 89)	Không báo cáo chi tiết	97,7% (87/89 ca)
3	Phan Thị Hằng (2016)	Đoàn hệ tiến cứu, 553 sản phụ (n = 121)	4,18 ± 1,09 (X ± SD)	92,2%*
4	Vitner D và cộng sự (2023)	Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (n = 147)	3,6 (3-4) (trung vị, IQR)	> 90,0%

Ghi chú: *Đánh giá trên nhóm sản phụ có can thiệp thông tiểu.

Tiền lượng phục hồi của BTSS nhìn chung rất tốt. Thời gian điều trị trung bình ngắn, dao động từ 2 đến hơn 4 ngày, và trên 90% sản phụ phục hồi chức năng tiểu tiện bình thường trong vòng 48 giờ sau can thiệp.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mắc BTSS

Sự dao động đáng kể về tỷ lệ mắc BTSS từ 10,2-24,7% [1-2], [4-5] phản ánh tính phức tạp trong việc thống nhất tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng hiện nay. Các tỷ lệ cao được ghi nhận trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Phong và cộng sự (24,7%) [2] và Phan Thị Hằng và cộng sự (21,9%) [1] có thể được lý giải bởi đặc thù quần thể nghiên cứu. Cụ thể, nghiên cứu của Phan Thị Hằng và cộng sự tập trung vào nhóm sản phụ có sử dụng giảm đau sản khoa, vốn là một yếu tố đã được chứng minh làm gia tăng nguy cơ BTSS.

Ngược lại, các nghiên cứu của Sen Li và cộng sự (10,2%) [7] và Trần Minh Quang (10,3%) [4] đánh giá trên quần thể sản phụ sinh ngã âm đạo rộng hơn, phản ánh chính xác hơn tỷ lệ hiện mắc trong cộng đồng. Bên cạnh đó, sự khác biệt trong tiêu chuẩn chẩn đoán cũng đóng vai trò quan trọng. Việc chẩn đoán chỉ dựa trên triệu chứng lâm sàng (bí tiểu rõ ràng - overt postpartum urinary retention) có nguy cơ bỏ sót một tỷ lệ lớn các trường hợp bí tiểu tiềm ẩn (covert postpartum urinary retention), trong đó sản phụ vẫn có thể tiểu tiện nhưng lượng nước tiểu tồn lưu sau tiểu (PVR) > 150 mL. Việc ứng dụng siêu âm đo PVR thường quy giúp nâng cao khả năng phát hiện bệnh, qua đó góp phần giải thích sự chênh lệch tỷ lệ giữa các nghiên cứu và các trung tâm y tế.

4.2. Các yếu tố nguy cơ

BTSS không xuất phát từ một nguyên nhân đơn lẻ mà là hệ quả của sự tương tác phức tạp giữa các cơ chế cơ học, thần kinh và được lý.

Sinh con so: dữ liệu từ các nghiên cứu cho thấy sự đồng thuận cao rằng sinh con so là một yếu tố nguy cơ quan trọng, chiếm 87,2% trong nhóm mắc BTSS theo Sen Li và cộng sự [7] và 65,5% theo Trần Minh Quang [4]. Về mặt giải phẫu - sinh lý, tầng sinh môn và cơ hoành chậu ở sản phụ sinh con lần đầu chưa từng trải qua sự giãn nở cực độ, tạo ra lực cản lớn hơn khi thai nhi đi qua ống sinh, kéo dài thời gian đầu thai nhi chèn ép lên cổ bàng quang và niệu đạo sau. Sự chèn ép kéo dài này gây thiếu máu cục bộ mô mềm, phù nề niệu đạo và tổn thương tạm thời

các nhánh thần kinh thẹn (neuropaxia), dẫn đến rối loạn phản xạ tiểu tiện sau sinh.

Giảm đau sản khoa (gây tê ngoài màng cứng): nghiên cứu của Nguyễn Thanh Phong và cộng sự cho thấy gây tê ngoài màng cứng làm tăng nguy cơ BTSS gấp 3,10 lần (OR = 3,10; KTC 95%: 1,15-8,38) [2]. Về cơ chế, thuốc tê phong bế trực tiếp các rễ thần kinh cùng (S2-S4), làm gián đoạn dẫn truyền xung động hướng tâm từ các thụ thể căng giãn của bàng quang, khiến sản phụ mất cảm giác buồn tiểu. Đồng thời, ức chế luồng ly tâm phó giao cảm làm giảm trương lực và khả năng co bóp của cơ Detrusor, gây liệt bàng quang tạm thời. Tình trạng này có thể kéo dài nhiều giờ sau khi ngừng truyền thuốc tê, đặc biệt khi kết hợp với các yếu tố nguy cơ khác.

Tổn thương cơ học và sinh thủ thuật: giai đoạn sổ thai kéo dài (52,5-90,9 phút ở nhóm mắc BTSS) [2], [5] kết hợp với sinh can thiệp (giác hút, forceps) làm gia tăng đáng kể tổn thương cơ học lên cấu trúc vùng đáy chậu và đường tiểu dưới. Việc sử dụng thủ thuật làm tăng nguy cơ rách tầng sinh môn phức tạp độ III-IV, với chỉ số nguy cơ OR dao động từ 2,21-9,52 [2], [4-5].

Các tổn thương này gây đau dữ dội và phù nề mô mềm, kích hoạt phản xạ giao cảm làm co thắt cơ vòng niệu đạo, đồng thời yếu tố tâm lý sợ đau khi tiểu tiện càng làm trầm trọng thêm tình trạng ứ đọng nước tiểu.

Quản lý dịch truyền trong chuyển dạ: các dữ liệu từ Phan Thị Hằng và cộng sự [1], Sen Li và cộng sự [7] cho thấy nhóm BTSS có lượng dịch truyền trung bình cao (> 1300-1500 mL). Truyền dịch tốc độ cao, đặc biệt khi phối hợp với Oxytocin - thuốc có tác dụng chống bài niệu nhẹ, sau khi ngừng truyền gây đa niệu phản ứng, khiến bàng quang nhanh chóng bị đổ đầy. Khi kết hợp với giảm cảm giác do gây tê, bàng quang dễ bị căng giãn quá mức (overdistension), phá vỡ cấu trúc sắp xếp của sợi cơ trơn, dẫn đến suy yếu cơ Detrusor thứ phát.

4.3. Quản lý và kết quả điều trị

Các nghiên cứu cho thấy việc quản lý BTSS tuân thủ tốt nguyên tắc tiếp cận theo bậc thang, từ biện pháp bảo tồn đến can thiệp xâm lấn.

Biện pháp không xâm lấn: các biện pháp như vận động sớm, chườm ấm vùng hạ vị, kích thích âm thanh nước chảy được áp dụng với tỷ lệ rất cao (71,6-100%) [1], [7]. Các phương pháp này giúp giảm căng thẳng tâm lý, làm giãn cơ vòng niệu đạo và kích thích phản xạ phó giao cảm sinh lý, từ đó hỗ trợ phục hồi chức năng tiểu tiện.

Can thiệp xâm lấn: khi các biện pháp bảo tồn thất bại hoặc bàng quang căng giãn quá mức, thông tiểu trở thành chỉ định bắt buộc. Các nghiên cứu ưu tiên thông tiểu ngắt quãng hơn so với lưu ống thông liên tục (2,3-17,2%) [1], [7], nhằm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan catheter (CAUTI). Kết quả từ thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên của Vitner D và cộng sự (2023) [8] cho thấy thông tiểu ngắt quãng mang lại hiệu quả tương đương lưu ống trong kiểm soát BTSS cấp tính, đồng thời an toàn hơn.

Tiền lượng phục hồi: một điểm nổi bật trong quản lý BTSS là tiền lượng phục hồi rất khả quan. Thời gian điều trị trung bình chỉ kéo dài từ 2,0-4,18 ngày [2], [7-8], trong khi tỷ lệ hồi phục hoàn toàn chức năng tiểu tiện sau 48 giờ đạt 92,2-97,7% [1-2], [7]. Kết quả này khẳng định rằng tổn thương thần kinh và cơ bàng quang trong BTSS chủ yếu mang tính tạm thời (neuropaxia và phù nề). Khi được theo dõi sát trong 6 giờ đầu sau sinh và can thiệp kịp thời, nguy cơ tiến triển thành rối loạn chức năng bàng quang mạn tính là rất thấp.

5. KẾT LUẬN

BTSS là một biến chứng hậu sản thường gặp với tỷ lệ mắc dao động từ 10,2-24,7%. Tình trạng này có mối liên hệ mật thiết với các yếu tố cơ học và can thiệp sản khoa, đặc biệt nổi bật ở nhóm thai phụ sinh con so, có thời gian sổ thai kéo dài, sinh thủ thuật, tổn thương tầng sinh môn phức tạp và sử dụng gây tê ngoài màng cứng. Trong thực hành lâm sàng, các biện pháp bảo tồn không xâm lấn (hướng dẫn và kích thích tiểu tiện tự nhiên) luôn được ưu tiên hàng đầu và mang lại hiệu quả cao. Khi được phát hiện sớm và can thiệp giải áp bàng quang kịp thời, bệnh có tiền lượng phục hồi rất xuất sắc, với hơn 90% sản phụ lấy lại chức năng tiểu tiện hoàn toàn bình thường trong vòng 48 giờ.

Nghiên cứu này được tài trợ của Trường Đại học Võ Trường Toản để thực hiện bài tổng quan này.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phan Thị Hằng, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang. Bí tiểu sau sinh và yếu tố nguy cơ trên thai phụ có giảm đau sản khoa. Tạp chí Phụ Sản, 2016, 14 (3): 59-62. doi: 10.46755/vjog.2016.3.750
- [2] Nguyễn Thanh Phong, Hoàng Thị Lan Hương, Hoàng Thu Hương và cộng sự. Thực trạng tiểu tiện khó của sản phụ sau sinh tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, năm 2015-2016. Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở, Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội, 2016.
- [3] Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Thanh Phong. Thực trạng bí tiểu có can thiệp sonde bàng quang của sản phụ sau sinh tại Khoa Sản thường, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 533 (1B): 160-164. doi: 10.51298/vmj.v533i1B.7835
- [4] Trần Minh Quang. Tỷ lệ bí tiểu sau sinh và các yếu tố liên quan ở sản phụ sinh ngã âm đạo tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2020.
- [5] Cavkaytar S, Kokanali M.K, Baylas A et al. Postpartum urinary retention after vaginal delivery: assessment of risk factors in a case-control study. Journal of the Turkish-German Gynecological Association, 2014, 15 (3): 140-143. doi: 10.5152/jtgga.2014.13102
- [6] Ain Q.U et al. Postpartum urinary retention and its associated obstetric risk factors among women undergoing vaginal delivery in tertiary care hospital. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, 2021, 50 (2): 101837. doi: 10.1016/j.jogoh.2020.101837.
- [7] Li S, Zhang X, Liu Y et al. The occurrence and factors associated with overt urinary retention among postpartum women after vaginal delivery with labor epidural analgesia. International Journal of General Medicine, 2023, 16: 5333-5341. doi: 10.2147/IJGM.S440161
- [8] Vitner D, Kabakov E, Lauterbach R et al. Management of postpartum urinary retention: a multi-center randomized controlled trial. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2023, 228 (1 Suppl): S67-S68. doi: 10.1016/j.ajog.2022.11.093