

# TIÊU TỒN LƯU SAU SINH, SAU MỔ

## I. ĐỊNH NGHĨA

- Tiêu tồn lưu sau sinh, sau mổ là tình trạng người bệnh không có khả năng làm trống hoàn toàn bàng quang (BQ) một cách tự nhiên từ 6 giờ trở lên.

- Có hai dạng tiêu tồn lưu:

+ Có triệu chứng (bí tiểu): người bệnh không thể tiểu tự nhiên trong vòng 6 giờ đầu sau sinh, sau mổ hoặc sau rút thông tiểu.

+ Không triệu chứng: sau tiểu tự nhiên, người bệnh có nước tiểu tồn lưu (NTTL)  $\geq 150$  mL.

## II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Phương pháp vô cảm: gây tê, gây mê.

- Sản khoa

+ Giúp sinh

+ Sinh con so

+ Rách tầng sinh môn từ độ 3 trở lên

+ Đau vết may tầng sinh môn nhiều.

+ Giai đoạn sổ thai kéo dài > 1 giờ

+ Tổn thương BQ, cổ BQ hoặc BQ không được làm trống thích hợp

+ Tổn thương thần kinh cơ vùng tầng sinh môn do chuyển dạ kéo dài, sinh kiểu thể sau, sinh giúp.

+ Vận động kém

+ Tình trạng nhiễm trùng tiểu

+ Ảnh hưởng nội tiết tố thai kỳ

- Phẫu thuật vùng chậu

+ Phù nề, chèn ép vùng cổ BQ

+ Các phẫu thuật can thiệp thành trước âm đạo.

+ Tổn thương thần kinh chi phối vận động và cảm giác BQ

## III. CHẨN ĐOÁN

- Triệu chứng cơ năng: từ 6 giờ sau sinh, sau mổ hoặc sau rút thông tiểu người bệnh thấy:

+ Không tiểu được, tiểu phải rặn hoặc ra rất ít, lắt nhắt nhiều lần

+ Tia nước tiểu chậm, nhỏ giọt hoặc ngắt quãng kéo dài

+ Có cảm giác trần nặng, căng, đau tức vùng hạ vị

+ Không có cảm giác mắc tiểu, tiểu không hết...

- Triệu chứng thực thể:

+ Có thể có khối cầu BQ

+ Có thể đáy tử cung bị đẩy lên cao

- Xác định chẩn đoán: NTTL  $\geq 150$  mL bằng các phép đo như:

+ Thông tiểu

+ Siêu âm đo thể tích BQ

+ Máy siêu âm chuyên đo NTTL (Bladder Scan)

+ Xác định nguyên nhân tiểu tồn lưu:

+ Do tắc nghẽn đường ra BQ: người bệnh cảm giác căng tức hạ vị dữ dội, muốn đi tiểu mà tiểu không được, tiểu tồn lưu có triệu chứng, có cầu BQ.

+ Do BQ co bóp kém: cảm giác mắc tiểu giảm hoặc không có, tiểu phải rặn hỗ trợ, cảm giác tiểu không hết dù có tự tiểu được, tia nước tiểu chậm, có cầu BQ.

## **VI. BIẾN CHỨNG**

- BQ giảm cảm giác, giảm co bóp
- Nhiễm trùng tiểu
- Tiểu không kiểm soát tràn đầy
- Trào ngược BQ niệu quản, thận chướng nước, suy thận
- Vỡ BQ

## **V. ĐIỀU TRỊ**

### **5.1. Nguyên tắc**

- Thông tiểu giải áp khi có cầu BQ
- Kiểm soát tổng nước vào và ra của người bệnh trong 24 giờ
- Hướng dẫn người bệnh vận động sớm, tập tiểu.
- Điều trị nguyên nhân

Lưu ý:

- Không xem việc điều trị tiểu tồn lưu là lý do lưu người bệnh nằm lại viện khi tình trạng hậu sản, hậu phẫu đã ổn.

- Không xem việc lưu thông tiểu hoặc thông tiểu ngắt quãng là chỉ định cho kháng sinh dự phòng nhiễm trùng tiểu, chỉ cần cho thuốc sát khuẩn đường niệu: bột Malva 250 mg + Camphor monobromid 20 mg + Methylene blue 25 mg, uống 2 viên x 2-3 lần/ngày.

### **5.2. Điều trị**

#### **5.2.1. Do tắc nghẽn đường ra BQ**

- Thuốc dẫn cổ BQ: Alfuzosin 10 mg, ngày uống 1 lần, lần 1 viên
- Thuốc giảm phù nề vùng cổ BQ:
  - + Dexamethason 0,5 mg, ngày uống 2 lần, lần 2 viên, và/hoặc
  - + Alphachymotrypsin 21 microkatal ngâm dưới lưỡi 2 viên x 3 lần/ngày.
- Thuốc giảm đau: Paracetamol hoặc NSAIDs
- Nong niệu đạo trong trường hợp thông tiểu khó khăn nếu người bệnh có phẫu thuật đặt mảnh ghép hoặc may sửa thành trước âm đạo, đặt TOT/TVT: dùng bộ nong cổ tử cung, nong nhẹ nhàng đến số 6.
- Nếu nong niệu đạo 3 lần thất bại (mỗi ngày nong 1 lần): cắt chỉ, cắt mảnh ghép vùng cổ BQ, nếu sau 6 giờ cắt chỉ/mảnh ghép đánh giá có cầu BQ + NTTL  $\geq$  400 mL thì chuyển Đơn Vị Niệu Phụ Khoa.

#### **5.2.2. Do BQ co bóp kém**

##### **a) Vật lý trị liệu BQ**

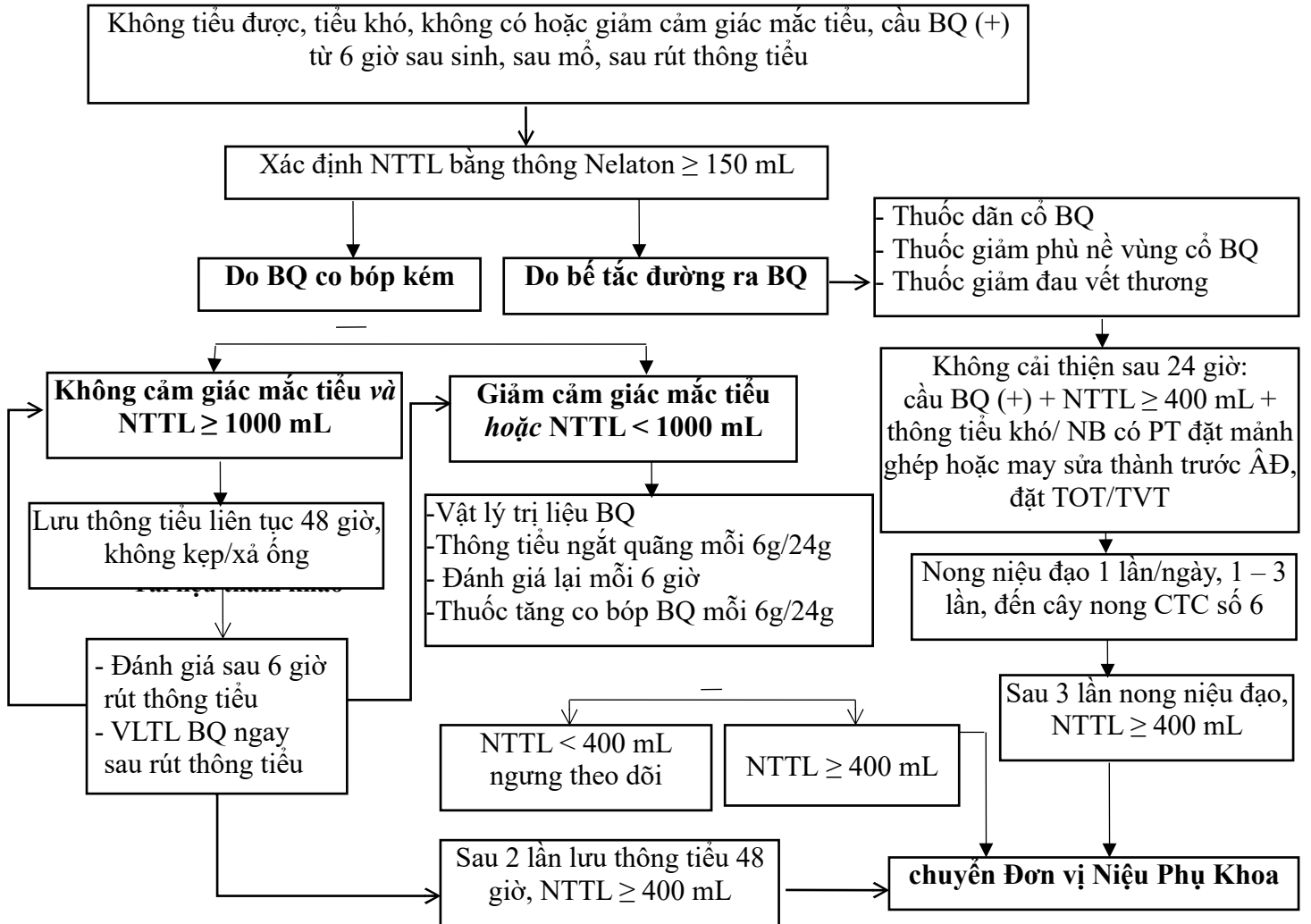
- Hướng dẫn người bệnh tự tập tiểu theo giờ, mỗi 3 giờ ngồi tiểu 1 lần dù có hay không cảm giác mắc tiểu.
- Tăng kích thích cảm giác muốn đi tiểu khi người bệnh tập tự tiểu theo giờ: xông hơi nóng, rửa nước ấm/lạnh vùng hội âm, tạo âm thanh tiếng nước chảy, bơm hậu môn.
- Hướng dẫn người bệnh tư thế ngồi tiểu đúng, hỗ trợ ép BQ trên xương mu khi tiểu, tiểu làm 2 lần.
- Tập mạnh cơ sàn chậu.
- Nếu người bệnh không có cảm giác mắc tiểu và NTTL  $\geq$  1000 mL: lưu thông tiểu liên tục 48 giờ, không kẹp/xả ống luân phiên, để BQ nghỉ ngơi hoàn toàn:
- Vật lý trị liệu BQ ngay sau rút thông tiểu.

- Sau rút thông tiểu 6 giờ, đánh giá lại tình trạng tiểu tồn lưu:
  - + Nếu NTTL  $\geq$  1000 mL và người bệnh vẫn không có cảm giác mắc tiểu: lưu thông tiểu liên tục thêm 48 giờ. NTTL 6 giờ sau rút thông tiểu vẫn  $\geq$  400 mL thì chuyển Đơn vị Niệu Phụ Khoa đánh giá và điều trị.
  - + Nếu NTTL < 1000 mL hoặc người bệnh có lại cảm giác mắc tiểu: thông tiểu ngắt quãng mỗi 6 giờ trong 24 giờ, đánh giá lại mỗi 6 giờ và bất cứ khi nào NTTL:
    - < 400 mL hoặc tiểu bình thường và cầu BQ (-): ngưng thông tiểu ngắt quãng.
    - $\geq$  400 mL: chuyển Đơn vị Niệu Phụ Khoa.
- + Nếu NTTL < 400 mL: ngưng theo dõi
- + Thuốc tăng co bóp BQ (cho đến khi NTTL < 400 mL thì ngưng)
  - Neostigmin 0,5 mg x 1 ống tiêm bắp mỗi 6 giờ
  - Pyridostigmin 60 mg 1-3 viên x 2-4 lần/ngày
  - Lưu ý: không cho thuốc tăng co bóp cơ trơn nếu BQ đang tổn thương, liệt, mất cảm giác và đang lưu thông tiểu liên tục để BQ nghỉ ngơi hoàn toàn
- + Nếu người bệnh có cảm giác mắc tiểu hoặc NTTL < 1000 mL:
  - Vật lý trị liệu BQ
  - Thông tiểu ngắt quãng mỗi 6 giờ trong 24 giờ, đánh giá lại mỗi 6 giờ và bất cứ khi nào NTTL:
    - < 400 mL hoặc tiểu bình thường và cầu BQ (-): ngưng thông tiểu ngắt quãng.
    - $\geq$  400 mL: chuyển Đơn vị Niệu Phụ Khoa.
  - Thuốc tăng co bóp BQ.
  - Sau 24 giờ thông tiểu ngắt quãng mà NTTL vẫn  $\geq$  400 mL: chuyển Đơn vị Niệu Phụ Khoa đánh giá và điều trị.

## VI. DỰ PHÒNG

- Chú ý làm trống BQ
  - + Mỗi 2-3 giờ trong quá trình chuyển dạ: khuyến khích sản phụ đi tiểu
  - + Ngay trước khi gây tê ngoài màng cứng, rặn sinh, sinh giúp, nếu đang có thông tiểu lưu thì nên rút thông ra để tránh tổn thương cổ BQ lúc sinh.
- Lưu thông tiểu sau sanh, sau mổ 12 giờ trong các trường hợp
  - + Sau mổ: mổ lấy thai, mổ phụ khoa
  - + Sinh gây tê giảm đau sản khoa
  - + Sinh giúp
  - + Bóc nhau bằng tay
  - + May phục hồi rách tầng sinh môn độ 3-4
  - + Trong trường hợp rút thông tiểu hoặc thực hiện thông tiểu ngắt quãng mà NTTL > 300 mL sau 22 giờ: nên lưu thông tiểu liên tục đến 6 giờ sáng hôm sau để tránh làm người bệnh mất ngủ.
- Kiểm soát lượng nước vào và ra của người bệnh trong 24 giờ.

## LƯU ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIỂU TỒN LƯU SAU SINH, SAU MỔ



### Lưu ý:

- Sau gây tê, gây mê, may rách tầng sinh môn từ độ 3, sinh giúp, nên lưu thông tiểu liên tục 12 giờ mới rút.
- Vật lý trị liệu BQ thực hiện ngay sau sinh, sau mổ, sau rút thông tiểu + người bệnh tự tập tiểu mỗi 3 giờ giữa các khoảng cách đánh giá NTTL mỗi 6 giờ sau tự tiểu.
- Không xem việc điều trị tiểu tồn lưu là lý do lưu người bệnh nằm lại viện khi tình trạng hậu sản, hậu phẫu đã ổn.
- Không xem việc lưu thông tiểu hoặc thông tiểu ngắt quãng là chỉ định cho kháng sinh dự phòng nhiễm trùng tiểu, chỉ cần cho thuốc sát khuẩn đường niệu.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Buckley, B. S. and M. C. M. Lapitan (2010). "Drugs for treatment of urinary retention after surgery in adults." Cochrane Database of Systematic Reviews(10).
- 2 Baldini, G., et al. (2009). "Postoperative urinary retention: anesthetic and perioperative considerations." Anesthesiology 110(5): 1139-1157.
- 3 Cavkaytar, S., et al. (2014). "Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study." J Turk Ger Gynecol Assoc 15(3): 140-143
- 4 Dr Asem Alsheikh Ali (ST7) and D. M. Das (Feb 2016). "GUIDELINE FOR POSTPARTUM BLADDER CARE." Nottingham University Hospitals NHS Trust.

5 Mulder, F. E., et al. (2016). "Delivery-related risk factors for covert postpartum urinary retention after vaginal delivery." *Int Urogynecol J* 27(1): 55-60.

6 Mulder F, et al. (2012). "Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2012;119:1440–1446." *BJOG* 119: 1440-1446.

7 Hooton, T. M., et al. (2010). "Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America." *Clin Infect Dis* 50(5): 625-663.

8 Tenke, P., et al. (2008). "European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infections." *Int J Antimicrob Agents* 31 Suppl 1: S68-78.

9 Groutz, A., et al. (2011). "Protracted postpartum urinary retention: the importance of early diagnosis and timely intervention." *Neurourol Urodyn* 30(1): 83-86.

10 Zaki, M. M., et al. (2004). "National survey for intrapartum and postpartum bladder care: assessing the need for guidelines." *BJOG* 111(8): 874-876.