

TỈ LỆ BÍ TIỂU SAU SINH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở SẢN PHỤ SINH NGẢ ÂM ĐẠO TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Trần Minh Quang¹, Tô Mai Xuân Hồng²,
Ngô Minh Hưng¹, Nguyễn Thị Minh Huyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bí tiểu sau sinh (BTSS) là một trong những biến chứng thường gặp sau sinh. Sự chèn ép lên các cơ quan và các dây thần kinh ở vùng chậu trong suốt quá trình chuyển dạ có thể dẫn đến rối loạn chức năng bàng quang. Phù nề các mô xung quang niệu đạo và âm đạo có thể dẫn đến tắc nghẽn niệu đạo, từ đó dẫn đến bí tiểu sau sinh.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ và các yếu tố sản khoa có liên quan đến bí tiểu sau sinh ở sản phụ sinh ngã âm đạo.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 281 sản phụ sinh ngã âm đạo tại Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 12/2019 đến tháng 02/2020.

Kết quả: Tỉ lệ bí tiểu sau sinh ngã âm đạo là 10,32%, KTC 95% [6,76-13,88], trong đó bí tiểu hoàn toàn chiếm 2,85%, KTC 95% [1,84-3,83] và bí tiểu không hoàn toàn chiếm 7,48%, KTC 95% [4,83-10,05]. Các yếu tố liên quan bao gồm: sinh con so (OR=3,70; KTC 95% [1,16-11,87]; p=0,03), không đặt thông niệu đạo - bàng quang (OR=5,43; KTC 95% [1,49-19,80]; p=0,01), giảm đau sản khoa (OR= 4,47; KTC 95% [1,53 – 13,16]; p<0,01), sinh thủ thuật (OR=

5,01; KTC 95% [1,21 – 20,73]; p=0,03), trọng lượng con $\geq 4000g$ (OR= 6,80; KTC 95% [1,04 – 44,70]; p=0,04), chu vi vòng đầu con $\geq 35cm$ (OR= 6,87; KTC 95% [1,43 – 32,86]; p=0,02).

Kết luận: Bí tiểu sau sinh khá thường gặp ở sản phụ sinh ngã âm đạo. Có nhiều yếu tố sản khoa liên quan đến bí tiểu sau sinh nhưng đa số có thể dự phòng hiệu quả.

Từ khóa: bí tiểu sau sinh, sinh ngã âm đạo.

SUMMARY

PREVALENCE OF POSTPARTUM URINARY RETENTION AFTER VAGINAL DELIVERY AND SOME RELATED FACTORS AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Background: Postpartum urinary retention is one of the common complications. Compression of pelvic organs and their nerves during vaginal delivery can lead to bladder dysfunction. Edema of tissues surrounding the urethra and vulva can lead to obstruction of the urethra and thus leads to urinary retention.

Objective: To evaluate prevalence and obstetric related factors of postpartum urinary retention in women undergoing vaginal delivery.

Methods: Cross-sectional study on 281 women with vaginal delivery at Nhan Dan Gia Dinh Hospital from 12/2019 to 02/2020.

Results: The rate of urinary retention after vaginal delivery is 10.32%, 95% CI (6.76-13.88), in which, complete urinary retention 2.85%, 95% CI [1.84-3.83] and incomplete urinary retention 7.48%, 95% CI [4.83-10.05]. Related factors

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

²Bộ môn Phụ Sản – Đại học Y Dược Tp.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Quang

Email: bs.tranminhquang@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2022

Ngày duyệt bài: 10.11.2022

include: first vaginal delivery (OR=3.70; 95%CI [1.16-11.87]; p=0.03), non urinary catheterization (OR=5.43; 95%CI (1.49-19.80); p=0.01), epidural analgesia during labor (OR= 4.47; 95%CI [1.53 – 13.16]; p<0.01), assisted delivery (OR= 5.01; 95%CI [1.21 – 20.73]; p=0.03), birth weight \geq 4000g (OR= 6.80; 95%CI [1.04 – 44.70]; p=0.04), head circumference \geq 35cm (OR= 6.87; 95%CI [1.43 – 32.86]; p=0.02).

Conclusions: Postpartum urinary retention is frequent in women undergoing vaginal delivery. There are many obstetric factors relating to postpartum urinary retention but most of them can be prevented effectively.

Keywords: Postpartum urinary retention, vaginal delivery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyển dạ là vấn đề hết sức khó khăn đối với phụ nữ, đôi khi gặp những tai biến khó lường. Vấn đề chăm sóc hậu sản không kém phần quan trọng trong thực hành sản khoa, giai đoạn này cũng hay xảy ra nhiều tai biến và biến chứng. Bí tiểu sau sinh (BTSS) là một trong những biến chứng thường gặp trong thời gian hậu sản, nhất là ở sản phụ sinh ngã âm đạo. Quá trình chuyển dạ và sỏ thai đã làm ảnh hưởng đến các cơ quan trong tiểu khung và đáy chậu. Bàng quang và niệu đạo bị chèn ép, đung dập, phù nề dẫn đến tình trạng BTSS (7).

Một số nghiên cứu trước đây cho thấy tỉ lệ BTSS khá phổ biến, dao động từ 8,1% đến 13,5%. Năm 2011, Kekre và cộng sự nghiên cứu tỉ lệ bí tiểu sau sinh đường âm đạo tại Vellore (Ấn Độ) cho kết quả 10,9% có bí tiểu sau sinh (3). Năm 2014, Sabri Cavkaytar và cộng sự đã theo dõi 234 sản phụ sinh ngã âm đạo tại bệnh viện Foch (Pháp), tỉ lệ bí tiểu sau sinh là 8,1% (1). Tại Việt Nam, năm

2002 tác giả Nguyễn Thị Quý Khoa nghiên cứu cắt ngang 384 trường hợp sinh đường âm đạo tại Bệnh viện Từ Dũ cho tỉ lệ bí tiểu sau sinh là 13,5%. Năm 2014, tác giả Đặng Thị Bình nghiên cứu cắt ngang 1122 sản phụ sinh đường âm đạo tại Bệnh viện Hùng Vương ghi nhận tỉ lệ bí tiểu sau sinh là 12,3% (2).

Tình trạng BTSS có thể xảy ra sớm ngay sau sinh hay xảy ra sau khi sinh vài ngày. Nếu được phát hiện sớm thì việc điều trị sẽ cho kết quả nhanh chóng. Nếu phát hiện muộn thì việc điều trị sẽ kéo dài và khó khăn hơn. Vấn đề đặt ra là cần phải có kế hoạch sàng lọc sản phụ sau sinh để chẩn đoán sớm tình trạng bí tiểu sau sinh.

Sau sinh 6 giờ, nếu sản phụ chưa đi tiểu được thì lựa chọn đầu tiên là biện pháp không xâm lấn. Các biện pháp hỗ trợ bao gồm: tư vấn tâm lý, tạo không gian riêng tư khi đi tiểu, tắm nước ấm, mát xa bụng. Nếu thất bại thì cần áp dụng biện pháp xâm lấn như: đặt thông niệu đạo - bàng quang, dùng thuốc giảm viêm, giảm phù nề.

Bệnh viện Nhân Dân Gia Định là bệnh viện đa khoa hạng I, trong đó Sản Phụ Khoa là một trong những khoa trọng điểm của bệnh viện. Mỗi năm tổng số sinh tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định ước tính tổng số sinh hơn 6.000 trường hợp, trong đó có hơn 3.000 trường hợp sinh ngã âm đạo. Vấn đề bí tiểu sau sinh được ghi nhận khá phổ biến ở khoa hậu sản nhưng cho đến hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu nào khảo sát về vấn đề này.

Với mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho sản phụ trước và sau khi sinh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Tỉ 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”. Với câu hỏi nghiên cứu: Tỉ

lệ bí tiểu sau sinh qua ngã âm đạo là bao nhiêu và những yếu tố nào ảnh hưởng đến tình trạng này?

Mục tiêu nghiên cứu

-Xác định tỉ lệ bí tiểu sau sinh trên sản phụ sinh ngã âm đạo tại Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định.

-Đánh giá sự ảnh hưởng của các yếu tố liên quan đến bí tiểu sau sinh ngã âm đạo tại Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định: số lần sinh, thời gian chuyển dạ, giảm đau sản khoa, dùng oxytocin trong chuyển dạ, đặt thông niệu đạo - bàng quang, cách sinh, tổn thương tầng sinh môn, trọng lượng con, chu vi vòng đầu con.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Sản phụ sinh ngã âm đạo tại Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định trong thời gian từ 12/2019 đến 02/2020.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng

- Sản phụ sinh ngã âm đạo, ngôi đầu.
- Thai đủ tháng có tuổi thai 37 - 41 tuần theo siêu âm 3 tháng đầu.
- Con sống.
- Sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Sản phụ có tiền căn mổ lấy thai.
- Sản phụ mắc các bệnh lý gây rối loạn đi tiểu: chấn thương cột sống, sỏi bàng quang, sỏi niệu đạo, sa bàng quang.
- Sản phụ phải lưu thông niệu đạo - bàng quang theo chỉ định bệnh lý: sản giật, tiền sản giật nặng, các trường hợp có choáng, băng huyết sau sinh.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times P \times (1 - P)}{d^2}$$

Với $\alpha = 0,05$ (độ tin cậy 95%), do đó $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$.

P là tỉ lệ bí tiểu sau sinh, theo Nguyễn Thị Quý Khoa (2002), P = 13,5%.

d: sai số tương đối với tỉ lệ của nghiên cứu tương tự, chúng tôi chọn d = 0,04.

Thay các giá trị đã trình bày phía trên vào công thức trên, chúng tôi tính được cỡ mẫu n=280,37. Vậy cỡ mẫu tối thiểu là 281 trường hợp.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Trước đây, BTSS được định nghĩa là tình trạng không thể đi tiểu tự nhiên trong vòng 6 giờ sau sinh ngã âm đạo, hoặc trong vòng 6 giờ sau khi rút thông tiểu lưu trong trường hợp sinh mổ. Tiêu chuẩn này giúp phát hiện bí tiểu sau sinh có triệu chứng, nhưng dễ bỏ sót các trường hợp rối loạn chức năng bàng quang với thể tích nước tiểu tồn lưu $\geq 150\text{ml}$ (12, 13).

Hiện nay, chẩn đoán BTSS dựa vào thể tích nước tiểu tồn lưu (TTNTTL). Sự gia tăng TTNTTL cho thấy có một sự mất cân bằng giữa sức co bóp của bàng quang và kháng lực của đường tiểu. Do đó, khi TTNTTL lớn, nhiều khả năng đã có sự bất thường chức năng bàng quang, nhờ vậy mà TTNTTL được dùng để chẩn đoán. BTSS là tình trạng thể tích nước tiểu tồn lưu $\geq 150\text{ml}$ sau khi sinh 6 giờ.

Có hai dạng BTSS:

- Bí tiểu hoàn toàn: Là dạng bí tiểu cấp tính đi kèm với những triệu chứng khá rõ ràng. Bí tiểu cấp sau sinh là trạng thái sản phụ cảm giác buồn tiểu nhưng không tiểu được sau nhiều giờ mặc dù đã gắng sức, có thể gây đau tức vùng hạ vị, khiến sản phụ rất khó chịu, cầu bàng quang (CBQ) nổi hẳn rõ

trên thành bụng, khi ấn vào sản phụ căng tức, rất mắc tiểu.

- Bí tiểu không hoàn toàn: được xác định bởi việc đánh giá TTNTTL bằng siêu âm hoặc bằng thông tiểu. Những sản phụ vẫn đi tiểu được nhưng TTNTTL ≥ 150 ml thì được phân loại BTSS không hoàn toàn.

Chọn mẫu

- Phương pháp chọn mẫu: ngẫu nhiên đơn. Đối với ngày thứ 2, thứ 4, thứ 6, chủ nhật: chúng tôi chọn các trường hợp sinh ngã âm đạo thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, có chữ số cuối cùng trong số bệnh án là số chẵn (0, 2, 4, 6, 8). Đối với ngày thứ 3, thứ 5, thứ 7: chúng tôi chọn các trường hợp sinh ngã âm đạo thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu có chữ số cuối cùng trong số bệnh án là số lẻ (1, 3, 5, 7, 9). Chúng tôi tiến hành chọn mẫu theo phương pháp trên cho đến khi đủ số lượng 281 trường hợp.

- Sau khi sinh 2 giờ, sản phụ sẽ được chuyển từ phòng sanh về phòng hậu sản để chăm sóc sau sinh. Những sản phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được tác giả mời tham

gia nghiên cứu, được phỏng vấn trực tiếp theo bảng câu hỏi và thăm khám.

- Sau khi sinh 6 giờ, tất cả các sản phụ sẽ được cho đi tiểu và được chỉ định siêu âm ngã bụng đo thể tích nước tiểu tồn lưu. Nếu TTNTTL <150 ml, tiến hành chăm sóc hậu sản thường quy và hoàn thành phiếu thu thập số liệu. Nếu TTNTTL ≥ 150 ml, chẩn đoán BTSS. Các trường hợp này cần được thực hiện xét nghiệm để loại trừ nhiễm trùng tiểu, nếu sản phụ có nhiễm trùng tiểu sẽ được loại khỏi nghiên cứu. Các sản phụ được chẩn đoán BTSS sẽ được báo cho khoa điều trị để được xử trí thích hợp.

Phân tích số liệu

- Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

- Các phép tính toán thống kê được thực hiện với độ tin cậy 95%. Các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định theo Quyết định số 37-2019/ NDGD-HĐĐĐ ngày 27/05/2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm kinh tế - văn hóa – xã hội

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi		
<18 tuổi	3	1,07
18-35 tuổi	235	83,63
>35 tuổi	43	15,30
Địa chỉ		
TP.HCM	136	48,40
Tỉnh khác	145	51,50
Nghề nghiệp		
Nội trợ	94	33,45
Buôn bán	30	10,68
Công nhân	79	28,11
LĐ trí thức	55	19,57

Khác	23	8,19
Trình độ		
Mù chữ	1	0,36
Học cấp 1	35	12,46
Học cấp 2	146	51,96
Học cấp 3	47	16,72
Trên cấp 3	52	18,50

Trong mẫu nghiên cứu, đa số các sản phụ trong độ tuổi từ 18 đến 35 tuổi. Trong đó, tuổi trung bình là $29,05 \pm 5,75$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 15 tuổi, tuổi lớn nhất là 43 tuổi. Tỷ lệ sản phụ sống ở tỉnh thành khác chiếm lớn hơn tỷ lệ các sản phụ sống tại TP.HCM. Nhóm sản phụ có nghề nghiệp là nội trợ chiếm tỷ lệ cao nhất, kế đến là công nhân.

Các nghề nghiệp như lao động trí thức, buôn bán và nghề nghiệp khác chiếm tỷ lệ thấp hơn. Nhóm sản phụ có trình độ học vấn cấp 2 chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 51,96%. Trình độ trên cấp 3 chiếm 18,50%, trình độ cấp 3 chiếm 16,72%, trình độ cấp 1 chiếm 12,46%. Chỉ có 1 sản phụ mù chữ, chiếm tỷ lệ 0,36%.

Bảng 2. Đặc điểm thai kỳ và chuyển dạ

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền thai		
Con so	125	44,48
Con rạ	156	55,52
Tuổi thai		
≥37 – 38 tuần	47	16,73
>38 – 39 tuần	85	30,25
>39 – 40 tuần	122	43,42
>40 tuần	27	9,60
CD giai đoạn 1		
<12 giờ	224	79,72
≥12 giờ	57	20,28
CD giai đoạn 2		
<1 giờ	266	94,66
≥1 giờ	15	5,34
Dùng oxytocin		
Có	63	22,42
Không	218	77,58
Giảm đau sản khoa		
Có	82	29,18
Không	199	70,82
Đặt thông NĐ-BQ		
Có	248	88,26
Không	33	11,74

Cách sinh		
Sinh thường	262	93,24
Sinh thủ thuật	19	6,76
Kiểm soát tử cung		
Có	4	1,42
Không	277	98,58
Kiểm tra CTC		
Có	12	4,27
Không	269	95,73
Tổn thương TSM		
Đơn giản	276	98,22
Phức tạp	5	1,78
Cân nặng con		
<4000 g	274	97,51
≥4000 g	7	2,49
Vòng đầu con		
<35 cm	264	93,95
≥35 cm	17	6,05

Trong mẫu nghiên cứu, nhóm sản phụ sinh con so chiếm tỉ lệ ít hơn nhóm sản phụ sinh con Ạ. Tuổi thai trung bình là 39,01 ± 0,94 tuần, tuổi thai nhỏ nhất là 37 tuần, tuổi thai lớn nhất là 40,43 tuần, nhóm tuổi thai >39 – 40 tuần chiếm tỉ lệ cao nhất (43,42%). Thời gian chuyển dạ giai đoạn 1 trung bình là 10,86 ± 1,87 giờ, trong đó thời gian chuyển dạ giai đoạn 1 ngắn nhất là 4,25 giờ, thời gian chuyển dạ giai đoạn 1 dài nhất là 21,67 giờ. Nhóm sản phụ có thời gian chuyển dạ giai đoạn 1 ngắn hơn 12 giờ chiếm đa số (79,64%). Thời gian chuyển dạ giai đoạn 2 trung bình là 0,42 ± 0,18 giờ, trong đó thời gian chuyển dạ giai đoạn 2 ngắn nhất là 0,25 giờ, thời gian chuyển dạ giai đoạn 2 dài nhất là 1,17 giờ, nhóm sản phụ có thời gian chuyển dạ giai đoạn 2 ngắn hơn 1 giờ chiếm đa số (94,66%). Nhóm sản phụ dùng oxytocin trong chuyển dạ (22,42%) chiếm tỉ lệ thấp hơn nhóm sản phụ có dùng oxytocin trong chuyển dạ (77,58%). Phần lớn các sản phụ được đặt thông niệu đạo – bàng quang trong chuyển dạ (88,26%). Nhóm sản

phụ có giảm đau sản khoa chiếm 29,18%, thấp hơn nhóm sản phụ không giảm đau sản khoa 70,82%.

Quan sát trong 281 trường hợp sản phụ sinh ngã âm đạo, đa số các sản phụ sinh thường (93,24%), tỉ lệ sản phụ sinh thủ thuật chỉ chiếm (6,76%). Đa số các sản phụ sinh ngã âm đạo không phải kiểm soát lòng tử cung. Tỉ lệ phải thực hiện thủ thuật kiểm soát tử cung là 1,42%. Phần lớn các sản phụ sinh ngã âm đạo không có kiểm tra CTC bằng dụng cụ. Tỉ lệ phải thực hiện kiểm tra CTC bằng dụng cụ chiếm 4,27%. Đa số các sản phụ có mức độ tổn thương TSM đơn giản, tỉ lệ sản phụ có mức độ tổn thương TSM phức tạp chỉ chiếm 1,78%. Cân nặng con lúc sinh trung bình là 3124,20 ± 352,11 g, trong đó cân nặng con nhỏ nhất là 2100 g, cân nặng con lớn nhất là 4100 g, đa số cân nặng con lúc sinh < 4000 g (97,51%). Chu vi vòng đầu con lúc sinh trung bình là 33,71 ± 0,76 cm, trong đó chu vi vòng đầu con nhỏ nhất là 31,2 cm, chu vi vòng đầu con lớn nhất là 35,8 cm, đa số chu vi vòng đầu con < 35 cm (93,95%).

Bảng 3. Tỷ lệ bí tiểu sau sinh

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
BTSS hoàn toàn	8	2,85
BTSS không hoàn toàn	21	7,47
Không BTSS	252	89,68

Trong 281 sản phụ sinh ngã âm đạo đồng thuận tham gia nghiên cứu, có 252 sản phụ đi tiểu bình thường, được tiến hành chăm sóc hậu sản thường quy, chiếm tỉ lệ 89,68%, KTC 95% [86,12 - 93,24], và 29 sản phụ bí tiểu sau sinh, được tiến hành biện pháp điều trị hỗ trợ, chiếm tỉ lệ 10,32%, KTC 95%

[6,76 - 13,88]. Trong đó, có 8 sản phụ bí tiểu hoàn toàn, không đáp ứng với biện pháp điều trị hỗ trợ, phải đặt thông tiểu lưu 48 giờ, chiếm tỉ lệ 2,85%, KTC 95% [1,84 - 3,33], và 21 sản phụ bí tiểu không hoàn toàn, tự tiểu được sau khi áp dụng biện pháp hỗ trợ, chiếm tỉ lệ 7,47%, KTC 95% [4,83-10,05].

Bảng 4. Phân tích đơn biến

Đặc điểm	OR	KTC 95%	p
Con so	2,62	1,17-5,86	0,02
CD giai đoạn 1 \geq 12giờ	3,25	1,45-7,27	<0,01
CD giai đoạn 2 \geq 1giờ	9,70	3,22-29,28	<0,01
Dùng oxytocin trong CD	2,47	1,10-5,56	0,03
Giảm đau sản khoa	6,81	2,95-15,73	<0,01
Không thông NĐ-BQ	5,24	2,18-12,61	<0,01
Sinh thủ thuật	10,8	3,97-29,88	<0,01
Kiểm soát tử cung	2,96	0,29-29,47	0,33
Kiểm tra CTC sau sinh	4,88	1,37-17,36	0,01
Rách TSM phức tạp	2,21	0,24-20,50	0,47
Cân nặng con \geq 4000g	7,15	1,52-33,72	<0,01
Chu vi vòng đầu \geq 35cm	4,17	1,35-12,83	0,01

Qua phân tích đơn biến, chúng tôi ghi nhận 10 yếu tố có liên quan ($p < 0,25$) bao gồm: tiền thai, chuyển dạ giai đoạn 1 dài hơn 12 giờ, chuyển dạ giai đoạn 2 dài hơn 1 giờ, dùng oxytocin trong chuyển dạ, giảm đau sản khoa, không đặt thông NĐ - BQ, sinh thủ

thuật, kiểm tra CTC bằng dụng cụ, cân nặng con \geq 4000 g, chu vi vòng đầu con \geq 35 cm. Để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu và đồng tác lên bí tiểu sau sinh, chúng tôi kiểm định các yếu tố này bằng hồi quy đa biến.

Bảng 5. Phân tích hồi quy đa biến

Đặc điểm	OR	KTC 95%	p
Con so	3,70	1,16-11,87	0,028
CD giai đoạn 1 \geq 12 giờ	2,37	0,82-6,86	0,111
CD giai đoạn 2 \geq 1 giờ	4,95	0,87-28,12	0,071
Dùng oxytocin trong CD	2,29	0,68-7,72	0,179

Giảm đau sản khoa	4,47	1,53-13,16	0,006
Không đặt thông NĐ-BQ	5,43	1,49-19,80	0,013
Sinh thủ thuật	5,01	1,21-20,73	0,026
Kiểm tra CTC sau sinh	2,30	0,36-14,53	0,436
Cân nặng con ≥ 4000 g	6,80	1,04-44,70	0,046
Chu vi vòng đầu ≥ 35 cm	6,87	1,43-32,86	0,016

Qua phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi nhận thấy có sự thay đổi odds-ratio ở tất cả các yếu tố với 2 chiều hướng: 4 yếu tố (gồm thời gian chuyển dạ giai đoạn 1, thời gian chuyển dạ giai đoạn 2, dùng oxytocin trong chuyển dạ, kiểm tra CTC bằng dụng cụ) thay đổi kết quả với mức độ ảnh hưởng trên BTSS không có ý nghĩa thống kê. 6 yếu tố (gồm sinh con so, giảm đau sản khoa, không đặt thông NĐ – BQ, sinh thủ thuật, cân nặng con ≥ 4000 g, chu vi vòng đầu con ≥ 35 cm) là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tùy thuộc vào đặc điểm quốc gia và điều kiện thực hành sản khoa, tùy thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán và thiết kế nghiên cứu mà tỉ lệ BTSS thay đổi. Trên thế giới, nghiên cứu của tác giả Yip SK và cộng sự khảo sát 691 trường hợp sinh ngã âm đạo ghi nhận tỉ lệ BTSS là 14,6%. Nghiên cứu của Cavtarvay và cộng sự ghi nhận tỉ lệ BTSS là 8,1%⁽¹⁾. Tại Việt Nam, tỉ lệ BTSS trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Quý Khoa là 13,5%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BTSS chiếm tỉ lệ 10,3%, gần tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trước đó.

Quá trình mang thai và chuyển dạ dẫn đến những thay đổi ở cơ quan vùng chậu. Sinh ngã âm đạo làm tăng đáng kể nguy cơ chấn thương vùng đáy chậu dù không thấy rõ bằng mắt, đặc biệt là ở những lần sinh đầu tiên. Ở sản phụ sinh con so, tăng sinh môn chắc hơn, thời gian chuyển dạ kéo dài hơn,

khiến cho cuộc sinh gặp nhiều khó khăn hơn^(6, 8). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sản phụ sinh con so tăng nguy cơ BTSS 3,70 lần so với sản phụ sinh con ra. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với OR=3,70; KTC 95% [1,16– 11,87]; $p=0,028$. Nghiên cứu của các tác giả Yip SK, Nguyễn Thị Quý Khoa cũng ghi nhận kết quả tương tự.

Phương pháp gây tê ngoài màng cứng là phương pháp hiệu quả nhất giúp giảm đau trong quá trình chuyển dạ. Giảm đau bằng gây tê ngoài màng cứng gây một số tác dụng phụ như ngứa, buồn nôn và nôn, bí tiểu, suy hô hấp. Ngoài ra, thuốc giảm đau còn gây ảnh hưởng chức năng của bàng quang, làm giảm chức năng của bàng quang bằng cách gây ra ức chế phụ thuộc khả năng co bóp và giảm cảm giác của bàng quang⁽⁸⁾. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sản phụ giảm đau sản khoa là 29,18%. Qua phân tích hồi quy đa biến, giảm đau sản khoa làm tăng nguy cơ BTSS 4,47 lần so với không giảm đau sản khoa, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với OR= 4,47; KTC 95% [1,53 – 13,16]; $p=0,006$. Trong nghiên cứu của Đặng Thị Bình, tỉ lệ có giảm đau trong chuyển dạ là 34,5%, phân tích hồi quy đa biến có sự liên quan giữa giảm đau sản khoa và BTSS với OR= 6,06, $p < 0,01$ ⁽²⁾.

Trong quá trình chuyển dạ, bàng quang căng đầy làm cản trở sự xuống của ngôi thai⁽⁷⁾. Làm trống BQ trước khi sinh giúp giảm nguy cơ tổn thương cơ BQ, làm giảm các rối loạn tiết niệu sau sinh. Trong thực hành lâm sàng, đặt thông niệu đạo - bàng quang được

chỉ định trước sinh, đặc biệt là trước sinh thủ thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận số sản phụ trong có tỉ lệ không đặt thông NĐ - BQ trước sinh là 11,74%. Qua phân tích hồi quy đa biến, không đặt thông NĐ - BQ trong chuyển dạ làm tăng nguy cơ BTSS 5,43 lần so với sản phụ được đặt thông NĐ - BQ trong chuyển dạ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,013$. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Quý Khoa cũng cho kết luận tương tự với $p=0,001$.

Quá trình chuyển dạ là một quá trình cần được chăm sóc và theo dõi sát để có những can thiệp kịp thời. Sinh thủ thuật được chỉ định trong các trường hợp mẹ rặn không chuyển, mẹ có bệnh lý nội khoa nặng, có vết mổ lấy thai cũ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sinh thủ thuật là 6,76%. Qua phân tích hồi quy đa biến tìm mối liên quan giữa cách sinh và BTSS, sinh thủ thuật làm tăng nguy cơ BTSS 5,01 lần so với sản phụ sinh thường. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $OR= 5,01$; KTC 95% [1,21 – 20,73]; $p=0,026$. Kết quả tương tự với nghiên cứu của Đặng Thị Bình và Nguyễn Thị Quý Khoa⁽²⁾.

Hiện nay, một trong các yếu tố thể chất được nhiều sản phụ quan tâm là cân nặng con lúc sinh. Tuy vậy, cân nặng con lúc sinh lớn không hẳn là điều kiện đảm bảo trẻ khỏe mạnh hoàn toàn. Đối với những trường hợp sinh con to, quá trình chuyển dạ thường khó khăn, và thời gian chuyển dạ thường kéo dài hơn. Việc sinh con to sẽ làm cho bàng quang - niệu đạo bị chèn ép trong quá trình xuống và sổ thai, gây tổn thương hệ thống thần kinh quanh bàng quang - niệu đạo, phù nề bàng quang, cổ bàng quang và niệu đạo, gây sang chấn vùng sàn chậu nhiều hơn dẫn đến BTSS⁽⁵⁾. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trọng lượng con lúc sinh trung bình là $3124,20 \pm$

$352,11$ g. Qua phân tích đa biến, sinh con ≥ 4000 g làm tăng nguy cơ BTSS 6,80 lần so với sinh con < 4000 g. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $OR= 6,80$; KTC 95% [1,04 – 44,70]; $p=0,046$. Trong nghiên cứu của Đặng Thị Bình, trọng lượng con ≥ 3800 gam là yếu tố nguy cơ với bí tiểu sau sinh qua phân tích hồi quy đa biến thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $OR= 2,25$; KTC 95% [1,09 - 5,84]; $p < 0,05$ ⁽²⁾.

Thông thường, trẻ sơ sinh đủ tháng có chu vi vòng đầu khoảng 33-35 cm. Trẻ có chu vi vòng đầu lớn khi số đo chu vi vòng đầu > 35 cm⁽⁴⁾. Khi trọng lượng của con lớn thì chu vi vòng đầu cũng lớn. Tuy nhiên, cũng có khi trọng lượng con bình thường nhưng chu vi vòng đầu lớn. Nghiên cứu của chúng tôi có 2,49% sản phụ sinh con to ≥ 4000 g, nhưng lại có 6,05% sản phụ sinh con có chu vi vòng đầu ≥ 35 cm. Con to và chu vi vòng đầu con lớn thường kèm theo chuyển dạ kéo dài, khiến thời gian chèn ép của ngôi thai lên niệu đạo và đáy bàng quang sẽ kéo dài⁽⁷⁾. Trong quá trình sổ thai, chu vi vòng đầu lớn làm căng dẫn sản chậu nhiều, gây dẫn, rách các cân cơ nâng đỡ sàn chậu, tổn thương nhiều cho thần kinh bàng quang - niệu đạo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, qua phân tích hồi quy đa biến, sinh con có chu vi vòng đầu con ≥ 35 cm tăng nguy cơ BTSS 6,87 lần so với sản phụ sinh con có chu vi vòng đầu con < 35 cm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,016$. Các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Quý Khoa cũng có chung kết luận, chu vi vòng đầu con lớn đều có liên quan đến bí tiểu sau sinh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cắt ngang trên 281 sản phụ sinh ngã âm đạo tại Bệnh Viện Nhân

Dân Gia Định từ 12/2019 đến 02/2020, chúng tôi đưa ra một số kết luận sau:

-Tỷ lệ bí tiểu sau sinh ngã âm đạo là 10,32%, KTC 95% [6,76-13,88], trong đó bí tiểu hoàn toàn 2,85%, KTC 95% [1,84-3,83] và bí tiểu không hoàn toàn 7,48%, KTC 95% [4,83-10,05].

-Các yếu tố liên quan bao gồm: sinh con so (OR=3,70; KTC 95% [1,16-11,87]; p=0,03), không đặt thông niệu đạo- bàng quang (OR=5,43; KTC 95% (1,49-19,80); p=0,01), giảm đau sản khoa (OR= 4,47; KTC 95% [1,53 – 13,16]; p<0,01), sinh thủ thuật (OR= 5,01; KTC 95% [1,21 – 20,73]; p=0,03), trọng lượng con \geq 4000g (OR= 6,80; KTC 95% [1,04 – 44,70]; p=0,04), chu vi vòng đầu con \geq 35cm (OR= 6.87; KTC 95% [1,43 – 32,86]; p=0,02).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cavkaytar S et al** (2014). "Postpartum urinary retention after vaginal delivery: Assessment of risk factors in a case-control study", Journal of the Turkish German Gynecological Association, 15(3), pp. 140.
2. **Đặng Thị Bình** (2013). Tỷ lệ bí tiểu sau sinh và một số yếu tố liên quan ở sản phụ sinh ngã âm đạo tại Bệnh Viện Hùng Vương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh, tr. 53-69.
3. **Kekre et al** (2011). "Postpartum urinary retention after 543 vaginal delivery", International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the 544 International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 112(112-115), pp. 545.
4. **Lê Diễm Hương** (2011), "Trẻ sơ sinh đủ tháng", Sản Phụ Khoa, Nhà xuất bản Y học TP Hồ Chí Minh, tập 2, tr. 565.
5. **Lê Diễm Hương** (2011), "Trẻ sơ sinh quá to", Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học TP Hồ Chí Minh, tập 2, tr. 595-597.
6. **Lê Thị Kiều Dung** (2011), "Thay đổi giải phẫu và sinh lý người mẹ trong lúc mang thai", Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học TP Hồ Chí Minh, tr. 442.
7. **Nguyễn Ngọc Thoa** (2011). "Sinh lý chuyển dạ trong sản phụ khoa", Bài giảng sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học TP Hồ Chí Minh, tập 1, tr. 112.
8. **Nguyễn Thị Hồng Vân** (2012). "Giảm đau, gây tê ngoài màng cứng và tùy sống cho chuyển dạ và sinh ngã âm đạo", Gây mê sản khoa lý thuyết và lâm sàng, Nhà xuất bản Y học TP Hồ Chí Minh, tr. 439-443