

I. ĐỊNH NGHĨA

- Tiểu tồn lưu sau sanh, sau mổ là tình trạng người bệnh không có khả năng làm trống hoàn toàn bàng quang một cách tự nhiên từ 6 giờ trở lên.
- Có hai dạng tiểu tồn lưu:
 - Có triệu chứng (bí tiểu): người bệnh không thể tiểu tự nhiên trong vòng 6 giờ đầu sau sanh, sau mổ hoặc sau rút thông tiểu.
 - Không triệu chứng: sau tiểu tự nhiên, người bệnh có nước tiểu tồn lưu (NTTL) ≥ 150 ml.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Phương pháp vô cảm: gây tê, gây mê.
- Sản khoa
 - Giúp sanh
 - Sanh 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, sanh kiểu thế sau, sanh 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 bàng quang
 - Các phẫu thuật can thiệp thành trước âm đạo.
 - Tổn thương thần kinh chi phối vận động và cảm giác bàng quang.

III. CHẨN ĐOÁN

- Triệu chứng cơ năng: từ 6 giờ sau sanh, 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 tràn 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 bàng quang
 - Có thể đẩy tử cung bị đẩy lên cao
- Xác định chẩn đoán: nước tiểu tồn lưu ≥ 150 ml bằng các phép đo như:
 - Thông tiểu
 - Siêu âm đo thể tích bàng quang
 - 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

SẢN KHOA

1

PHỤ KHOA

2

IV. 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 bàng quang

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

a. Do tắc nghẽn đường ra BQ

- Thuốc dẫn cổ BQ: Alfuzosin 10mg, ngày uống 1 lần, lần 1 viên
- Thuốc giảm phù nề vùng cổ BQ:
 - Dexamethason 0,5mg, ngày uống 2 lần, lần 2 viên.
 - Và/hoặc Alphachymotrypsin 21 microkatal ngậm dưới lưỡi 2 viên x 3 lần/ngày.
- Thuốc giảm đau: Paracetamol hoặc NSAIDs
- Nong niệu đạo trong trường hợp thông tiểu khó khăn trên BN có PT đặt mảnh ghép hoặc may sửa thành trước AD, đặt TOT/TVT: dùng bộ nong CTC, 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.

b. Do BQ co bóp kém

- 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, xối 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 ≥ 1000 ml: lưu thông tiểu liên tục 48 giờ, không kẹp/xả ống luân phiên, để BQ nghỉ ngơi hoàn toàn.
 - VLTL BQ ngay sau rút thông tiểu.
 - Sau rút thông tiểu 6 giờ, đánh giá lại tình trạng tiểu tồn lưu:
 - + Nếu NTTL ≥ 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 ≥ 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.
 - ≥ 400 ml: chuyển đơn vị Niệu Phụ Khoa.
 - + Nếu NTTL < 400 ml: ngưng theo dõi
 - + Thuốc tăng co bóp bàng quang (cho đến khi NTTL < 400 ml thì ngưng)
 - Neostigmin 0,5 mg x 1 ống TB 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.
 - + ≥ 400 ml: chuyển đơn vị Niệu Phụ Khoa.
 - Thuốc tăng co bóp BQ.
 - Sau 24 giờ thông tiểu ngắt quãng mà NTTL vẫn ≥ 400 ml: chuyển đơn vị Niệu Phụ Khoa đánh giá và điều trị.

SÀN KHOA

1

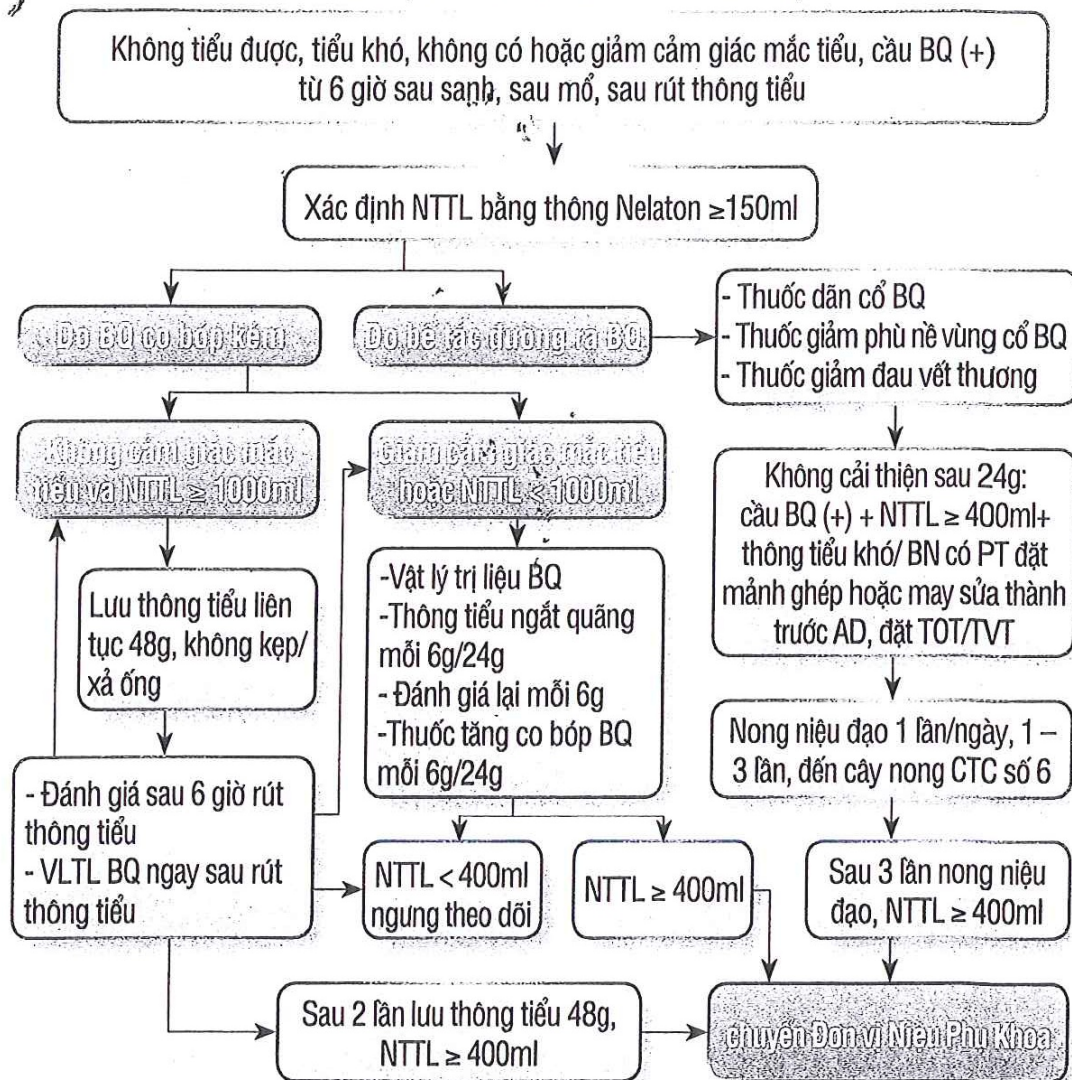
PHỤ KHOA

2

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 NMC, rặn sanh, sanh giúp, nếu đang có thông tiểu lưu thì nên rút thông ra để tránh tổn thương cổ BQ lúc sanh.
- Lưu thông tiểu sau sanh, sau mổ 12 giờ trong các trường hợp
 - Sau mổ: mổ lấy thai, mổ phụ khoa
 - Sanh gây tê giảm đau sản khoa
 - Sanh giúp
 - Bóc nhau bằng tay
 - Máy phục hồi rách TSM 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 luôn 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 SANH, SAU MỔ



SẢN KHOA

1

PHỤ KHOA

2

Lưu ý:

- Sau gây tê, gây mê, may rách TSM từ độ 3, sanh giúp, nên lưu thông tiểu liên tục 12 giờ mới rút.
- Vật lý trị liệu BQ thực hiện ngay sau sanh, 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.