

tiền sử viêm mũi xoang chiếm tỷ lệ 96,5%. Theo như nghiên cứu của Miura và cộng sự có 77% trẻ bị VTG cấp có viêm mũi xoang [7]. Theo bảng 3 thì không thấy mối tương quan giữa tiền sử viêm mũi xoang với VTG cấp.

Hình thức rửa mũi ở đây là dùng các dụng cụ như bình rửa mũi, xylanh bơm nước muối thành dòng chảy vào mũi, đẩy dịch ở khe sàn mũi ra ngoài qua mũi bên đối diện hoặc qua cửa mũi sau xuống họng miệng. Theo bảng 3 tỷ lệ trẻ bị VTG cấp có rửa mũi gặp 78/142 trường hợp chiếm tỷ lệ 54,9%. Rửa mũi không đúng cách có thể đẩy các dịch tiết từ khe sàn mũi và vòm họng vào tai giữa. Đặc biệt ở trẻ em khi cấu trúc vòi tai chưa phát triển hoàn thiện, vòi nhĩ trẻ em ngắn hơn, nằm ngang hơn và rộng hơn vòi tai người lớn và thường xuyên ở tư thế mở. Nên dịch tiết từ mũi và vòm họng được đẩy với áp lực bơm nước có thể dễ dàng đi vào tai giữa. Đặc biệt khi trẻ đang bị viêm mũi họng, khe sàn mũi nhiều mủ bị bít tắc. Khi rửa mũi trẻ thường khóc, vòi nhĩ mở ra nên dịch rửa mũi dễ lọt vào vòi nhĩ, vào hòm nhĩ gây VTG cấp. Theo bảng 3 rửa mũi có liên quan với các đợt VTG cấp với OR = 0,494 và $p < 0,001$. Tức là rửa mũi có nguy cơ bị mắc VTG cấp cao hơn và tỷ lệ tái phát VTG cấp cao hơn.

Theo bảng 3, tỷ lệ gặp người bệnh được chẩn đoán trào ngược họng hầu - thanh quản là 42,2%. Biểu hiện ở trẻ thường buồn nôn và nôn trớ khi ăn hoặc nằm. Theo nghiên cứu của Miura có 62,9% trẻ bị trào ngược họng hầu - thanh quản trong số trẻ bị VTG cấp tái phát [6]. Trào ngược là hiện tượng xảy ra phổ biến ở trẻ nhỏ và sẽ tự khỏi khi trẻ lớn lên. Khi dịch trào ngược lên vùng mũi họng, do có điều kiện thuận lợi là vòi tai của trẻ ở vị trí nằm ngang, rộng hơn và thường xuyên ở tư thế mở nên dịch dạ dày dễ dàng trào ngược vào tai giữa, dẫn đến nguy cơ viêm tai giữa. Khi bị trào ngược họng hầu - thanh quản dễ bị viêm mũi họng cũng là điều kiện thuận lợi gây VTG cấp. Có mối tương quan giữa LPR và VTG cấp với OR = 0,383 ($p < 0,001$). Trào ngược họng hầu - thanh quản làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tái phát VTG cấp.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ gặp viêm tai giữa ở 2 tai là tương đương nhau. Hình ảnh điển hình khám tai là hình ảnh: màng nhĩ phồng hoặc có lỗ thủng và mủ ở ống tai. Thường có viêm mũi xoang kèm theo với VTG cấp mủ. Tuổi mắc bệnh lần đầu càng nhỏ thì nguy cơ tái phát càng cao. Có sự liên quan chặt chẽ giữa rửa mũi và tình trạng VTG cấp. Có mối liên quan chặt chẽ giữa trào ngược họng hầu - thanh quản với VTG cấp. Cần cho trẻ đi khám sớm để điều trị viêm mũi họng tránh biến chứng VTG cấp và cũng để phát hiện sớm VTG cấp để điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al.** The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2013;131(3):e964-999.
2. **Teele DW, Klein JO, Rosner B.** Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. *The Journal of Infectious Diseases*. 1989;160(1):83-94.
3. **Venekamp RP, Damoiseaux RAMJ, Schilder AGM.** Acute otitis media in children. *BMJ Clinical Evidence*. 2014;2014:0301.
4. **Kline. Otitis Media, Oski's Pediatrics, Principles and Practice.** 1999, pp.1302 – 1304.
5. **Lubianca Neto JF, Hemb L, Silva DB e.** Systematic literature review of modifiable risk factors for recurrent acute otitis media in childhood. *Jornal de Pediatria*. 2006;82(2), pp. 87-96.
6. **Miura MS, Mascaro M, Rosenfeld RM.** Association between Otitis Media and Gastroesophageal Reflux: A Systematic Review. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 2012;146(3):345-352.
7. **Kaur R, Morris M, Pichichero ME.** Epidemiology of Acute Otitis Media in the Postpneumococcal Conjugate Vaccine Era. *Pediatrics*. 2017;140(3). pp. 1-9.
8. **Nguyễn Văn Hưng.** Góp phần tìm hiểu vai trò của một số vi khuẩn hiếu khí gây viêm tai giữa cấp mủ ở trẻ em, Luận văn thạc sỹ y học. *Đại học y Hà Nội*. 1988.
9. **Cao Minh Nga.** Vi khuẩn gây viêm nhiễm đường hô hấp trên ở trẻ em và sự đề kháng kháng sinh, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2006; 10 (1), tr 41-46.
10. **Nguyễn Hữu Hải.** Đánh giá vai trò của ống dẫn lưu qua màng nhĩ trong điều trị viêm tai giữa cấp giai đoạn ứ mủ. Luận văn thạc sỹ. *Đại Học Y Hà Nội*. 2015.

THỰC TRẠNG BÍ TIỂU SAU PHẪU THUẬT NGOẠI KHOA TẠI TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC CẨM KHÊ, TỈNH PHÚ THỌ NĂM 2025 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Quang Phú¹, Nguyễn Thị Thùy Dung^{1*}, Vũ Thị Thu Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng bí tiểu sau phẫu thuật (POUR) ngoại khoa tại Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ năm 2025 và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc trên 384 người bệnh phẫu thuật ngoại khoa tại Trung tâm y tế khu vực Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ từ tháng 03/2025 đến tháng 10/2025. Thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án và phỏng vấn lâm sàng. **Kết quả:** Trong 384 người bệnh, 16,9% (65/384) có triệu chứng bí tiểu. Tỷ lệ bí tiểu cần can thiệp là 8,9%. Nam giới có nguy cơ bí tiểu cao hơn nữ giới (OR = 36,47; 95% CI: 11,38–116,96). Tiểu đường làm tăng đáng kể nguy cơ bí tiểu, với (OR = 12,6; 95% CI: 2,76–52,69). Bệnh lý tiết niệu làm tăng nguy cơ bí tiểu (OR = 4,25; 95% CI: 1,02–17,72). Phẫu thuật chấn thương làm tăng nguy cơ 5,02 lần (OR = 5,02; 95% CI: 1,65–15,24). Những người bệnh được gây tê tùy sống có nguy cơ bí tiểu cao hơn những người được gây mê (OR = 3,02; 95% CI: 1,01–8,08). **Kết luận:** Bí tiểu sau phẫu thuật ngoại khoa là một biến chứng phổ biến. Nam giới, bệnh lý nền, phẫu thuật chấn thương và phương pháp vô cảm gây tê tùy sống là các yếu tố nguy cơ chính. **Kết luận:** Cần có quy trình sàng lọc, theo dõi sớm và đầu tư máy siêu âm bàng quang để cải thiện chất lượng điều trị. **Từ khóa:** Bí tiểu sau phẫu thuật. Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê, yếu tố liên quan

SUMMARY

CURRENT STATUS OF URINARY RETENTION AFTER SURGICAL PROCEDURES AT CAM KHE REGIONAL MEDICAL CENTER, PHU THO PROVINCE IN 2025 AND SOME RELATED FACTORS

Objective: To describe the current status of urinary retention after surgical procedures (POUR) at Cam Khe Regional Medical Center, Phu Tho province in 2025 and some related factors. **Method:** A descriptive longitudinal study on 384 surgical patients at Cam Khe Regional Medical Center, Phu Tho province from March 2025 to October 2025. Data were collected through medical records and clinical interviews. **Results:** Of the 384 patients, 16.9% (65/384) had symptoms of urinary retention. The rate of urinary retention requiring intervention was 8.9%. Men have a higher risk of urinary retention than

women (OR = 36.47; 95% CI: 11.38–116.96). Diabetes significantly increases the risk of urinary retention, with (OR = 12.6; 95% CI: 2.76–52.69). Urological pathology increases the risk of urinary retention (OR = 4.25; 95% CI: 1.02–17.72). Trauma surgery increases the risk 5.02 times (OR = 5.02; 95% CI: 1.65–15.24). Patients who receive spinal anesthesia have a higher risk of urinary retention than those who receive general anesthesia (OR = 3.02; 95% CI: 1.01–8.08). Conclusion: Urinary retention after surgical surgery is a common complication. Male sex, underlying pathology, trauma surgery and spinal anesthesia are the main risk factors. Conclusion: There should be a screening process, early monitoring and investment in bladder ultrasound to improve the quality of treatment. **Keywords:** Postoperative urinary retention, Cam Khe Regional Medical Center, related factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bí tiểu sau phẫu thuật (Postoperative Urinary Retention - POUR) là tình trạng không thể đi tiểu khi bàng quang đầy nước tiểu sau phẫu thuật [1]. Đây là một biến chứng phổ biến, với tỷ lệ dao động rất lớn từ 5% đến 70%, tùy thuộc vào loại phẫu thuật, phương pháp vô cảm và đặc điểm bệnh nhân [2]. Sự chênh lệch đáng kể này phần lớn xuất phát từ phương pháp chẩn đoán. Các nghiên cứu dựa trên triệu chứng lâm sàng và việc đặt thông tiểu thường ghi nhận tỷ lệ thấp, trong nghiên cứu của Tammela và Stallard (1988) là 3,8%-6% [3], [4]. Ngược lại, các nghiên cứu sử dụng siêu âm bàng quang để chẩn đoán đã phát hiện tỷ lệ cao hơn nhiều, như nghiên cứu của Lamonerie (2004) ghi nhận tỷ lệ này lên đến 44% [5]. Đáng chú ý, Lamonerie cũng chỉ ra rằng phần lớn các trường hợp bí tiểu nặng (với thể tích >500ml) lại không có triệu chứng lâm sàng, khiến việc chẩn đoán dựa vào thăm khám đơn thuần bị bỏ sót [5]. Các yếu tố nguy cơ đã được xác định bao gồm tuổi tác, phương pháp vô cảm, lượng dịch truyền trong mổ và sử dụng thuốc nhóm opioid [6], [7]. POUR là một biến chứng thường bị đánh giá thấp và dễ bỏ sót, không chỉ gây khó chịu, đau đớn cho người bệnh mà còn có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như nhiễm trùng đường tiết niệu (UTI), tổn thương bàng quang, và kéo dài thời gian nằm viện [2].

¹Trung tâm y tế khu vực Cẩm Khê - Phú Thọ
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Dung
Email: dungdungthuy0719@gmail.com
Ngày nhận bài: 15.1.2026
Ngày phản biện khoa học: 5.2.2026
Ngày duyệt bài: 12.3.2026

Việc xác định sớm các yếu tố nguy cơ là vô cùng quan trọng để có chiến lược phòng ngừa và theo dõi hiệu quả. Các yếu tố nguy cơ đã được xác định bao gồm các yếu tố liên quan đến bệnh nhân, liên quan đến phương pháp vô cảm và liên quan đến phẫu thuật [4], [8]. Về phía bệnh nhân, tuổi tác (đặc biệt là bệnh nhân cao tuổi) và giới tính nam (thường liên quan đến các vấn đề như phì đại tuyến tiền liệt) là hai trong số các yếu tố được báo cáo phổ biến nhất [5], [8]. Bên cạnh đó, bệnh lý nền của bệnh nhân đóng vai trò quan trọng; các bệnh như tiểu đường, bệnh lý thần kinh, hoặc các bệnh lý tiết niệu có sẵn đều làm tăng đáng kể nguy cơ bí tiểu [3], [4]. Phương pháp vô cảm cũng là một yếu tố then chốt; nhiều bằng chứng cho thấy gây tê tủy sống có tỷ lệ POUR cao hơn so với gây mê toàn thân do tác dụng phong bế thần kinh cảm giác và vận động của bàng quang [4], [5]. Cuối cùng, các yếu tố liên quan đến phẫu thuật như loại phẫu thuật (ví dụ: phẫu thuật vùng chậu, chấn thương), lượng dịch truyền trong mổ và việc sử dụng thuốc giảm đau nhóm opioid (làm giảm trương lực cơ bàng quang và ức chế cảm giác muốn đi tiểu) đều được xác định là các yếu tố dự báo quan trọng [3], [5].

Tại Việt Nam, POUR đã được nghiên cứu ở các bệnh viện tuyến trung ương (như Bệnh viện Việt Đức, Chợ Rẫy) [8], nhưng chưa có nghiên cứu về nội dung này tại Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê. Hàng năm, trung tâm tiến hành phẫu thuật cho hơn 2000 ca ngoại khoa. Việc kiểm soát tốt POUR là nhiệm vụ quan trọng để nâng cao chất lượng chăm sóc, tăng sự hài lòng của người bệnh và giảm thời gian nằm viện. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ người bệnh bị bí tiểu sau phẫu thuật (POUR) ngoại khoa tại Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ năm 2025 và phân tích một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là những người bệnh phẫu thuật ngoại khoa tại Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ từ tháng 3-10/ 2025; tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu và có bệnh án đầy đủ các thông tin cần thiết. Loại trừ người bệnh có rối loạn tiểu tiện trước phẫu thuật (bí tiểu mạn tính, liệt bàng quang), không thể cung cấp thông tin hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3 đến tháng 10 năm 2025.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật- Gây mê hồi sức và Khoa Ngoại tổng hợp- Liên chuyên khoa, Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 384 người bệnh phẫu thuật ngoại khoa tại Trung tâm y tế khu vực Cẩm Khê theo kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} p(1-p)/d^2$$

Trong đó: $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy ở mức 95%; p: Tỷ lệ người bệnh bị bí tiểu sau phẫu thuật ngoại khoa (p=10%) [9]; d: Sai số tuyệt đối (3%).

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án và phỏng vấn lâm sàng.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS. Sử dụng thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình). Phân tích yếu tố liên quan bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test. Các yếu tố nguy cơ độc lập được xác định bằng phân tích hồi quy logistic đa biến

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học kỹ thuật Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê phê duyệt; người bệnh được giải thích và ký cam kết đồng thuận tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1: Phân bố đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=384)

Đặc điểm người bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	235, 61,2
	Nữ	149, 38,8
Tuổi	<40	79, 20,6
	≥40	305, 79,4
Bệnh mạn tính	Tiểu đường	78, 20,3
	Tăng huyết áp	215, 56,0
	Tim mạch	32, 8,3
	Bệnh phổi mạn tính	22, 5,7
	Bệnh lý đường tiết niệu	46, 12,0
	Bệnh thần kinh	5, 1,3
	Không có	112, 29,1

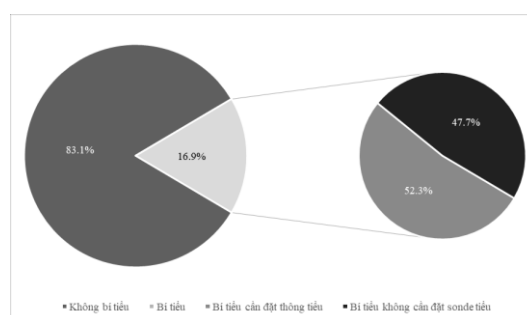
Trong 384 người bệnh tham gia nghiên cứu, đa số người bệnh là nam giới chiếm 61,2% (n=235). Nhóm tuổi từ 40 trở lên chiếm đa số với 79,4% (n=305). Về bệnh lý nền, 70,9% bệnh nhân có ít nhất một bệnh lý (n=272), phổ biến nhất là tăng huyết áp (56,0%) và tiểu đường (20,3%).

Bảng 2: Phân bố đặc điểm phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu (n=384)

Đặc điểm người bệnh		Số lượng	Tỷ lệ %
Loại phẫu thuật	Cấp cứu	48	12,5
	Phiên	336	87,5
Dịch sử dụng trong phẫu thuật	Dưới 750ml	108	28,1
	Từ 750ml trở lên	276	71,9
Loại phẫu thuật	Phẫu thuật chấn thương	160	41,7
	Phẫu thuật tiết niệu, nam học	74	19,3
	Phẫu thuật ổ bụng	94	24,5
	Phẫu thuật thần kinh	9	2,3
	Phẫu thuật tạo hình	47	12,2
Phương pháp vô cảm	Gây mê	181	47,1
	Gây tê tủy sống	203	52,9
Sử dụng gói giảm đau sau mổ	Có sử dụng	48	12,5
	Không sử dụng	336	87,5

Về đặc điểm phẫu thuật, phẫu thuật chấn thương chiếm 41,7% và phẫu thuật ổ bụng (24,5%) là hai nhóm phẫu thuật chính, phẫu thuật tiết niệu nam học chiếm 19,3%. Phương pháp vô cảm gây tê tủy sống chiếm 52,9%.

3.2. Thực trạng bí tiểu sau phẫu thuật ngoại khoa



Biểu đồ 1: Tỷ lệ bí tiểu của người bệnh sau phẫu thuật ngoại khoa (n=384)

Trong tổng số 384 người bệnh phẫu thuật ngoại khoa được khảo sát tại Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê, có 65 ca (chiếm tỷ lệ 16,9%) xuất hiện các triệu chứng bí tiểu sau phẫu thuật. Các triệu chứng bao gồm đau tức vùng bụng dưới, buồn tiểu nhưng không tiểu được, tiểu rất, tiểu khó, tiểu không kiểm soát. Trong số 65 ca có triệu chứng, chỉ 34 ca (52,3% trong nhóm có triệu chứng, hoặc 8,9% tổng số người bệnh) bí tiểu phải đặt thông tiểu để giải quyết. Sử dụng thông tiểu Foley số 16-18 Fr, rút sonde sau 24-48 giờ khi người bệnh tự tiểu >200 ml/lần. Không ghi nhận biến chứng lớn như nhiễm trùng, nhưng cần theo dõi chặt chẽ ở người bệnh lớn tuổi hoặc có bệnh lý nền. Các ca còn lại (31 ca, chiếm 47,7%) chỉ có triệu chứng nhẹ, được theo dõi và điều trị bảo tồn (như dùng thuốc giãn cơ trơn hoặc chườm ấm, hướng dẫn người bệnh vận động sớm, kích thích tiểu tiện: xoa bóp vùng bàng quang, chườm ấm).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến bí tiểu sau phẫu thuật ngoại khoa.

Bảng 3. Mối liên quan giữa một số yếu tố và bí tiểu sau phẫu thuật ngoại khoa (n=384)

Yếu tố	Tình trạng		Phân tích đơn biến OR (95%CI)	Phân tích đa biến OR (95%CI)
	Không bí tiểu Số lượng, %	Bí tiểu Số lượng, %		
Nhóm tuổi	<40	67 (84,8)	12 (15,2)	1
	≥40	252 (82,6)	53 (17,4)	1,17 (0,59-2,32)
Giới tính	Nữ	140 (94)	9 (6)	1
	Nam	179 (72,6)	56 (23,8)	4,87 (2,33-10,18)
Tiểu đường	Không	261 (85,3)	45 (14,7)	1
	Có	58 (74,4)	20 (25,6)	2,00 (1,10-3,64)
Tăng huyết áp	Không	129 (76,3)	40 (23,7)	1
	Có	190 (88,4)	25 (11,6)	0,42 (0,25-0,74)
Bệnh tiết niệu	Không	291 (86,1)	47 (13,9)	1
	Có	28 (60,9)	18 (39,1)	3,98 (2,04-7,76)
Phẫu thuật chấn thương	Không	187 (83,5)	37 (16,5)	1
	Có	132 (82,5)	28 (17,5)	1,07 (0,63-1,84)
Phẫu thuật tiết niệu nam học	Không	265 (85,5)	45 (14,5)	1
	Có	54 (73)	20 (27)	2,18 (1,19-3,98)
Phương pháp vô cảm	Gây mê	160 (88,4)	21 (11,6)	1
	Gây tê tủy sống	159 (78,3)	44 (21,7)	2,48 (1,27-4,83)

Trong phương trình hồi quy đa biến, một số yếu tố được xác định có liên quan chặt chẽ với bí tiểu. Nam giới có nguy cơ bí tiểu cao hơn nữ giới (OR = 36,47; 95% CI: 11,38–116,96). Tiểu đường làm tăng đáng kể nguy cơ bí tiểu với OR = 12,06; 95% CI: 2,76–52,69. Bệnh lý tiết niệu làm tăng nguy cơ bí tiểu 4,25 lần (OR = 4,25; 95% CI: 1,02–17,72). Phẫu thuật chấn thương làm tăng nguy cơ 5,02 lần (OR = 5,02; 95% CI: 1,65–15,24). Những người bệnh được gây tê tùy sống có nguy cơ bí tiểu cao hơn những người được gây mê 3,02 lần (OR = 3,02; 95% CI: 1,01–8,08). Các yếu tố khác như nhóm tuổi, tăng huyết áp và phẫu thuật tiết niệu nam học không liên quan chặt chẽ với nguy cơ bí tiểu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 384 người bệnh phẫu thuật ngoại khoa tại Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê ghi nhận tỷ lệ người bệnh có triệu chứng bí tiểu sau phẫu thuật (POUR) là 16,9%. Trong đó, tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán bí tiểu cần can thiệp đặt thông tiểu là 8,9%.

Tỷ lệ 8,9% của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu quốc tế trước đây, như nghiên cứu của Stallar và Prescott (6%) [4] hay Tammela T. (3,8%) [3]. Tuy nhiên, kết quả này lại thấp hơn đáng kể so với báo cáo của Lamonerie và cộng sự (44%) [5]. Sự khác biệt lớn này có thể được giải thích chủ yếu là do phương pháp chẩn đoán. Nghiên cứu của Lamonerie sử dụng siêu âm bàng quang, một phương pháp có độ chính xác cao, phát hiện tới 54% người bệnh bí tiểu không có triệu chứng lâm sàng [5]. Trong khi đó, tại Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê, do chưa được trang bị máy siêu âm bàng quang di động thường quy tại phòng hậu phẫu, nghiên cứu của chúng tôi chẩn đoán POUR chủ yếu dựa trên các triệu chứng lâm sàng (như đau tức vùng trên khớp mu, buồn tiểu không tiểu được) và quyết định can thiệp đặt thông tiểu. Phương pháp này có thể đã bỏ sót các trường hợp người bệnh không xuất hiện triệu chứng hoặc các triệu chứng bị che lấp bởi thuốc gây tê, thuốc giảm đau.

Tuy nhiên, so với các nghiên cứu trong nước về tình trạng bí tiểu sau phẫu thuật không sử dụng phương pháp siêu âm bàng quang để chẩn đoán POUR thì tỷ lệ 8,9% người bệnh phải đặt thông tiểu của chúng tôi là cao hơn với nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức (5,8%) [8]. Tỷ lệ này là phù hợp với đặc thù của một trung tâm y tế tuyến khu vực, nơi tiếp nhận đa dạng các loại phẫu thuật và có tỷ lệ người bệnh nhóm tuổi

≥40 cao (79,4%), tỷ lệ nam giới cao (61,2%) và nhiều bệnh lý nền (70,9%), vốn là các yếu tố làm tăng nguy cơ bí tiểu.

Phân tích các yếu tố liên quan cho thấy, giới tính nam là yếu tố nguy cơ mạnh nhất đối với bí tiểu sau phẫu thuật ngoại khoa (OR = 36,47). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, cho thấy nam giới dễ gặp bí tiểu do cấu trúc giải phẫu đường tiết niệu và tỷ lệ phì đại tuyến tiền liệt cao hơn [6]. Bệnh lý nền cũng đóng vai trò quan trọng. Tiểu đường làm tăng nguy cơ xuất hiện bí tiểu 12,6 lần (OR = 12,6; 95% CI: 2,76–52,69), trong khi các bệnh lý tiết niệu làm tăng nguy cơ bí tiểu 4,25 lần (OR = 4,25; 95% CI: 1,02–17,72). Các kết quả này phù hợp với cơ chế sinh lý, khi bệnh lý nền làm giảm trương lực bàng quang, ảnh hưởng dẫn truyền thần kinh và làm tăng nguy cơ bí tiểu sau phẫu thuật [6, 7]. Phẫu thuật chấn thương làm tăng nguy cơ bí tiểu 5,02 lần (OR = 5,02; 95% CI: 1,65–15,24). Những người bệnh được gây tê tùy sống có nguy cơ bí tiểu cao hơn những người được gây mê 3,02 lần (OR = 3,02; 95% CI: 1,01–8,08). Phẫu thuật chấn thương cũng được xác định là yếu tố nguy cơ trong nhiều nghiên cứu, nguyên nhân là do tình trạng bất động trước và sau phẫu thuật [8]. Do đó, "bàng quang chứa nước tiểu ở tư thế nằm nghiêng, cản trở việc làm trống bàng quang do áp lực dẫn tới ứ nước ở bàng quang, bể thận" [7]. Ngược lại, phương pháp vô cảm gây mê được xác định có tác dụng bảo vệ, với nguy cơ bí tiểu thấp hơn đáng kể so với gây tê tùy sống, phản ánh ảnh hưởng của tê tùy sống lên thần kinh vận động và cảm giác bàng quang [7].

V. KẾT LUẬN

Bí tiểu sau phẫu thuật ngoại khoa là một biến chứng phổ biến (16,9% có triệu chứng bí tiểu, 8,9% cần can thiệp đặt thông tiểu) tại Trung tâm Y tế khu vực Cẩm Khê. Giới tính nam, bệnh lý nền (tiết niệu, tiểu đường), phẫu thuật chấn thương và gây tê tùy sống là các yếu tố nguy cơ chính làm gia tăng tỷ lệ bí tiểu sau phẫu thuật. Cần sàng lọc người bệnh có nguy cơ cao, theo dõi sớm sau mổ và đầu tư trang thiết bị siêu âm bàng quang di động để phát hiện bí tiểu không triệu chứng nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abram P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21(2):167-78.