

Nghiên cứu

Hiệu quả điều trị bí tiểu sau phẫu thuật vùng tầng sinh môn dưới gây tê tủy sống bằng phương pháp chườm ấm

Phạm Thị Minh Thư*, Bùi Thị Thúy Nga, Lê Văn Long, Nguyễn Văn Vĩnh, Trần Thị Ngọc Linh, Thái Thị Thanh Thủy, Tống Chiêu Quân, Nguyễn Anh Quân, Nguyễn Minh Hiếu, Bùi Hoàng Ngọc Diệp
Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

*Tác giả liên hệ: Phạm Thị Minh Thư; Email: pmtthu@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 14/11/2025; Ngày duyệt đăng (Accepted): 07/02/2026; Ngày xuất bản (Published): 28/06/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.3.739

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Bệnh lý vùng tầng sinh môn là bệnh phổ biến trên toàn thế giới, điều trị ngoại khoa với phương pháp gây mê thường dùng là gây tê tủy sống. Bệnh lý vùng này thường gây bí tiểu sau phẫu thuật, kết hợp với gây tê tủy sống thì tỷ lệ bí tiểu càng tăng lên, điều trị bằng chườm ấm, thuốc, đặt sonde tiểu.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị bí tiểu sau phẫu thuật tầng sinh môn dưới gây tê tủy sống bằng phương pháp chườm ấm. Nghiên cứu được thực hiện trên 98 bệnh nhân phẫu thuật tầng sinh môn có gây tê tủy sống, khi bệnh nhân có triệu chứng bí tiểu sẽ được chườm ấm vùng hạ vị trong 2-3 giờ, trong thời gian chườm ấm nếu đau tức tiểu không chịu được thì tiến hành can thiệp biện pháp khác cho bệnh nhân (tiêm thuốc neostigmin, đặt sonde tiểu).

Kết quả: Tỷ lệ bí tiểu sau phẫu thuật rất cao với 48,9%. Những yếu tố liên quan đến bí tiểu sau phẫu thuật bao gồm: giới tính nam, thời gian mổ > 50 phút, truyền dịch trọng mổ > 700 ml, có phối hợp morphin khoảng dưới nhận. Hiệu quả điều trị bí tiểu sau phẫu thuật bằng phương pháp chườm ấm chiếm tỷ lệ thành công cao với 60,4%. Trong các thành công với phương pháp chườm ấm ghi nhận thời gian đi tiểu lần đầu tiên trung bình là 1,5 giờ, với thời gian ngắn nhất là 0,33 giờ và thời gian dài nhất là 3,33 giờ. Thời gian đi tiểu lại như bình thường là 3,33 giờ, ngắn nhất là 0,33 giờ và dài nhất là 13 giờ.

Kết luận: Chườm ấm là biện pháp điều trị bí tiểu sau phẫu thuật hiệu quả và ít xâm lấn trên bệnh nhân.

Từ khóa: bí tiểu; phẫu thuật tầng sinh môn; gây tê tủy sống.

Effectiveness of warm compress therapy in treating postoperative urinary retention following perineal surgery under spinal anesthesia

Phạm Thị Minh Thư*, Bùi Thị Thúy Nga, Lê Văn Long, Nguyễn Văn Vĩnh, Trần Thị Ngọc Linh, Thái Thị Thanh Thủy, Tống Chiêu Quân, Nguyễn Anh Quân, Nguyễn Minh Hiếu, Bùi Hoàng Ngọc Diệp
Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Perineal diseases are common worldwide, and surgical treatment often requires spinal anesthesia. Urinary retention is a frequent complication after spinal anesthesia, and management options include warm compresses, medications, and urinary catheterization.

Objectives: To evaluate the effectiveness of warm compress therapy in managing urinary retention after perineal surgery under spinal anesthesia.

Methods: Ninety-eight patients undergoing perineal surgery with spinal anesthesia who developed urinary retention were treated with warm compresses applied to the suprapubic region for 2–3 hours. If patients experienced unbearable pain or urgency during the warming period, alternative interventions such as neostigmine injection or urinary catheterization were performed.

Results: The incidence of postoperative urinary retention was high at 48.9%. The factors associated with postoperative urinary retention include: male gender, surgery duration longer than 50 minutes, intraoperative fluid infusion greater than 700 ml, and concomitant use of intrathecal morphine. Warm compress therapy achieved a relatively high success rate of 60.4% in resolving urinary retention. Among successful cases, the mean time to first urination was 1.5 hours, ranging from 0.33 to 3.33 hours. The mean time to return to normal voiding was 3.33 hours, with a minimum of 0.33 hours and a maximum of 13 hours.

Conclusion: Warm compress therapy is an effective and minimally invasive method for the treatment of postoperative urinary retention in patients undergoing perineal surgery under spinal anesthesia.

Keywords: urinary retention; perineal surgery; spinal anesthesia.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý vùng tầng sinh môn là bệnh phổ biến trên toàn thế giới, hầu hết được điều trị nội khoa. Tuy nhiên nếu điều trị nội khoa không hiệu quả thì cần can thiệp phẫu thuật (trĩ, rò hậu môn, áp-xe hậu môn,...). Phẫu thuật tầng sinh môn là loại phẫu thuật khá an toàn, tuy nhiên không tránh khỏi các biến chứng, trong đó bí tiểu là vấn đề phổ biến. Tỷ lệ bí tiểu sau phẫu thuật tầng sinh môn được báo cáo là 5 - 70% [1]. Các nguyên nhân phối hợp có thể gây bí tiểu sau phẫu thuật hậu môn trước tràng là dùng thêm NSAIDs, nhét gạc vào hậu môn, truyền dịch trong và sau phẫu thuật,... Đối với phẫu thuật vùng tầng sinh môn, gây tê tủy sống là kỹ thuật thường được áp dụng nhất. Bí tiểu là một trong những tác dụng không mong muốn sau gây tê tủy sống, tỷ lệ này càng tăng cao khi phối hợp opioid khoảng dưới nhận nhằm mục đích kéo dài thời gian giảm đau sau phẫu thuật cho bệnh nhân. Khi phối hợp 2 yếu tố: phẫu thuật và gây tê tủy sống thì tỷ lệ bí tiểu ở nhóm này càng tăng hơn (hơn 50%). Biến chứng này không gây nguy hiểm cho bệnh nhân nhưng làm bệnh nhân rất khó chịu thậm chí là đau nếu thời gian bí tiểu kéo dài.

Các biện pháp can thiệp để ngăn ngừa hoặc điều trị bí tiểu bao gồm xoa vùng hạ vị, chườm ấm và chườm ấm hay dùng thuốc như thuốc cholinergic, thuốc chẹn alpha-adrenergic, biện pháp cuối cùng là đặt sonde tiểu. Việc đặt sonde tiểu đem lại nhiều nguy cơ cho bệnh nhân như sây sát, chấn thương niệu đạo, nhiễm trùng đường tiểu nếu thực hiện không đúng quy trình và kỹ thuật nên mọi người đều muốn hạn chế đặt sonde tiểu cho bệnh nhân.

Trong các phương pháp trên thì chườm ấm là một phương pháp hiệu quả và ít xâm lấn trên bệnh nhân. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả điều trị của phương pháp này trên bệnh nhân bí tiểu sau phẫu thuật tầng sinh môn dưới gây tê tủy sống. Do đó chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu **“Hiệu quả điều trị bí tiểu sau phẫu thuật vùng tầng sinh môn dưới gây tê tủy sống bằng phương pháp chườm ấm”** với mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân phẫu thuật vùng tầng sinh môn có gây tê tủy sống và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân bí tiểu sau phẫu thuật.*

- *Đánh giá hiệu quả điều trị bí tiểu bằng phương pháp chườm ấm ở nhóm bệnh nhân này.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

98 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật vùng tầng sinh môn có gây tê tủy sống.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên có bệnh lý vùng tầng sinh môn được chỉ định phẫu thuật có gây tê tủy sống.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bí tiểu trước phẫu thuật.

- Bí tiểu do các bệnh lý thực thể: tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, u bàng quang, dị vật bàng quang, sỏi niệu quản, sỏi niệu đạo, hẹp niệu đạo...

- Kèm theo các bệnh khác như: suy tim, suy gan, bệnh thận mạn, bệnh tâm thần, rối loạn đông máu...

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 05/2024 đến tháng 7/2025 tại Khoa Gây mê Hồi sức Cấp cứu Chống độc và khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có theo dõi.

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.3.3. Phương tiện nghiên cứu

- Phiếu thu thập số liệu.

- Đồng hồ có kim giây, ống nghe, thước VAS, túi chườm ấm, sonde tiểu (phối hợp cùng khoa Ngoại Tiêu Hóa).

2.3.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bệnh nhân được khám, chẩn đoán và phẫu thuật theo quy trình của bệnh viện. Sau khi chuyển về bệnh phòng, chúng tôi khai thác các thông tin trên phiếu thu thập bằng cách hỏi bệnh nhân và tra cứu hồ sơ bệnh án.

- Khi bệnh nhân cảm giác bí tiểu (bệnh nhân có cảm giác buồn tiểu nhưng không tiểu được, đau và khó chịu vùng hạ vị ± cầu bàng quang), tiến hành chườm ấm vùng hạ vị trong 2 - 3 giờ.

- Trong quá trình theo dõi và chườm ấm nếu bệnh nhân đau tức tiểu không chịu được thì tiến hành can thiệp cho bệnh nhân này.

2.3.5. Các biến số nghiên cứu

2.3.5.1. Biến số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi bệnh nhân, nhóm tuổi, giới tính, địa dư, hút thuốc lá, phân loại BMI.

2.3.5.2. Biến số bí tiểu sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn tiêu chuẩn chẩn đoán bí tiểu như sau: Triệu chứng 1 + triệu chứng 2 và/hoặc 3:

1. Cảm giác buồn tiểu nhưng không tiểu được.
2. Đau và khó chịu ở vùng hạ vị.
3. Khám có cầu bàng quang.

2.3.5.3. Một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân bí tiểu sau phẫu thuật vùng tầng sinh môn có gây tê tủy sống

Giới tính, thói quen hút thuốc lá, bệnh lý phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, lượng dịch truyền tĩnh mạch, vị trí gây tê tủy sống, liều thuốc tê,...

2.3.5.4. Biến số liên quan đến phương pháp điều trị bí tiểu bằng chườm ấm trên xương mu

- Thời gian bệnh nhân tiểu được lần đầu tiên sau khi bắt đầu chườm ấm.
- Đánh giá cải thiện của triệu chứng bí tiểu.
- Số bệnh nhân phải can thiệp bằng phương pháp điều trị khác.

2.3.6. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng y đức của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 98)

	Đặc điểm trước phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	21 - 39	39	39,8
	40 - 59	39	39,8
	≥ 60	20	20,4
Giới tính	Nam	58	59,2
	Nữ	40	40,8
Địa dư	Thành thị	60	61,2
	Nông thôn	38	38,8
BMI	Gầy (< 18,5)	9	9,2
	Bình thường (18,5 - 22,9)	51	52
	Thừa cân (23 - 24,9)	19	19,4
	Béo phì (≥ 25)	19	19,4

Nhóm tuổi 21 - 39 và nhóm tuổi 40 - 59 cùng có 39 bệnh nhân và chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 39,8%, bên cạnh đó có 20 bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 20,4%.

Tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ lần lượt là 59,2% và 40,8%.

Nhóm bệnh nhân sinh sống ở thành thị chiếm tỷ lệ khá cao 61,2% so với nhóm bệnh nhân sinh sống ở nông thôn chiếm tỷ lệ 38,8%.

Nhóm bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể (BMI) bình thường chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 52%. Nhóm có chỉ số khối cơ thể (BMI) thừa cân và béo phì cùng chiếm tỷ lệ 19,4%.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

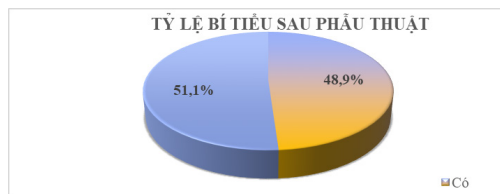
Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu (n = 98)

	Đặc điểm	Số lượng (%)
Chẩn đoán	Trĩ (số ca, %)	68 (68,4%)
	Rò hậu môn (số ca, %)	22 (22,4%)
	Sa trực tràng (số ca, %)	3 (3,06%)
	Polyp hậu môn (số ca, %)	3 (3,06%)
	Hẹp hậu môn (số ca, %)	1 (1,02%)
	Áp xe hậu môn (số ca, %)	2 (2,04%)

Phương pháp phẫu thuật	Longo	58 (59,2%)
	Longo + Milligan Morgan	1 (1%)
	Milligan Morgan	9 (9,18%)
	Cắt rò hậu môn	24 (24,5%)
	Cắt polyp hậu môn	3 (3,06%)
	Phẫu thuật cắt vòng xơ, tạo hình hậu môn	1 (1,02%)
	Altemeier	2 (2,04%)

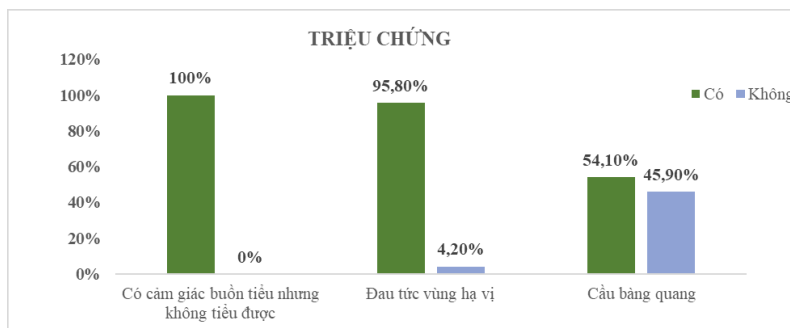
Chẩn đoán trước phẫu thuật trĩ chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,4%, thấp nhất là áp xe hậu môn và hẹp hậu môn với tỷ lệ lần lượt là 2,04% và 1,02%.

3.3. Tỷ lệ bí tiểu sau phẫu thuật vùng tầng sinh môn có gây tê tử sống



Hình 1. Tỷ lệ bí tiểu sau phẫu thuật vùng tầng sinh môn có gây tê tử sống (n=98)

Tỷ lệ bí tiểu sau phẫu thuật chiếm gần một nửa với 48,9%, không bí tiểu sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 51,1%.



Hình 2. Triệu chứng bí tiểu sau phẫu thuật (n=48)

Trong số 48 bệnh nhân có bí tiểu, 100% bệnh nhân đều có triệu chứng có cảm giác buồn tiểu nhưng không tiểu được, triệu chứng đau tức vùng hạ vị chiếm tỷ lệ 95,8% (46/48), triệu chứng cầu bàng quang với tỷ lệ 54,1% (26/48).

3.4. Các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân bí tiểu sau phẫu thuật vùng tầng sinh môn có gây tê tử sống

Bảng 3. Một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân bí tiểu sau phẫu thuật vùng tầng sinh môn có gây tê tử sống

Đặc điểm	Bí tiểu sau phẫu thuật				Tổng (n)	
	Có		Không			
	n	%	N	%		
Giới tính	Nam	34	58,6	24	41,4	58
	Nữ	14	35	26	65	40
OR (95% CI)		2,4 (1,1 - 5,4)				
p		0,037				
Thời gian phẫu thuật (phút)	≤ 50	37	44,6	46	55,4	83
	> 50	11	73,3	4	26,7	15
OR (95% CI)		3,4 (1,0 - 11,6)				
P		0,04				

Lượng dịch truyền tĩnh mạch (ml)	< 700	12	33,3	24	66,7	36
	≥ 700	36	58,1	26	41,9	62
OR (95% CI)		2,8 (1,2 - 6,5)				
P		0,018				
Phối hợp morphin	Có	45	57,0	34	43,0	79
	Không	3	15,8	16	84,2	19
OR (95% CI)		7,1 (1,9 - 26,2)				
P		0,003				

Tỷ lệ bí tiểu ở nhóm nam giới là 57,9% trong khi đó tỷ lệ bí tiểu trong nhóm nữ giới chỉ chiếm 36,6%. Bệnh nhân có giới tính nam có nguy cơ bí tiểu cao gấp 2,4 lần so với giới tính nữ với khoảng tin cậy 95% (1,1 - 5,4) và có ý nghĩa thống kê với $p = 0,037$.

Tỷ lệ bí tiểu ở nhóm bệnh nhân có thời gian phẫu thuật ≤ 50 phút chiếm 44,6%, trong khi đó nhóm bệnh nhân có thời gian phẫu thuật > 50 phút chiếm 73,3%. Bệnh nhân có thời gian phẫu thuật > 50 phút có nguy cơ bí tiểu cao gấp 3,4 lần so với bệnh nhân có thời gian phẫu thuật ≤ 50 phút với khoảng tin cậy 95% (1,0 - 11,6) và $p = 0,04$.

Nhóm bệnh nhân có lượng dịch truyền tĩnh mạch ≥ 700 ml có tỷ lệ bí tiểu 58,1% trong khi đó nhóm bệnh nhân có lượng dịch truyền tĩnh mạch

< 700 ml có tỷ lệ bí tiểu 33,3%, nhóm bệnh nhân có lượng dịch truyền tĩnh mạch ≥ 700 ml làm tăng nguy cơ bí tiểu gấp 2,8 lần so với nhóm bệnh nhân có lượng dịch truyền tĩnh mạch < 700 ml với khoảng tin cậy 95% (1,2 - 6,5) và $p = 0,018$.

Trong nhóm bệnh nhân gây tê tùy sống có phối hợp morphin khoang dưới nhện tỷ lệ bí tiểu chiếm 57%, nhóm không có phối hợp morphin tỷ lệ bí tiểu chiếm 15,8%. Bệnh nhân có phối hợp morphin khoang dưới nhện có nguy cơ bí tiểu cao gấp 7,1 lần so với bệnh nhân không có phối hợp morphin với khoảng tin cậy 95% (1,9 - 26,2) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Các yếu tố khác như phân loại phẫu thuật tăng sinh môn, các liều thuốc tê sử dụng trong phẫu thuật vùng tăng sinh môn, không liên quan đến tình trạng bí tiểu.

3.5. Hiệu quả điều trị của phương pháp chườm ấm

3.5.1. Số bệnh nhân đi tiểu được sau khi tiến hành các phương pháp điều trị

Bảng 4. Tỷ lệ điều trị thành công của các phương pháp điều trị

Đặc điểm	Số lượng	
Chườm ấm (n = 48)	Thành công (Số ca, %)	29 (60,4%)
	Thất bại (Số ca, %)	19 (39,6%)
Can thiệp khác	Tiêm Neostigmin 0,5 mg, lần 1 (n = 19)	2 (10,5%)
	Tiêm Neostigmin 0,5 mg, lần 2 (n = 17)	6 (35,6%)
	Đặt sonde tiểu (n = 11)	11 (100%)

Trong 48 bệnh nhân bí tiểu có đến 60,4% (29/48) trường hợp thành công và 39,6% (19/48) trường hợp thất bại với phương pháp chườm ấm.

3.5.2. Thời gian bệnh nhân đi tiểu được sau khi áp dụng phương pháp chườm ấm

Bảng 5. Thời gian bệnh nhân đi tiểu được sau khi áp dụng phương pháp chườm ấm thành công (n = 29)

Thời gian (giờ)	Trung vị	25th – 75th	Min	Max
Đi tiểu lần đầu tiên	1,5	1,2 - 1,9	0,3	3,3
Đi tiểu lại bình thường	3,3	2,3 - 4,2	0,3	13

Thời gian đi tiểu lần đầu tiên có giá trị trung vị là 1,5 giờ. Thời gian đi tiểu lại như bình thường có trung vị là 3,3 giờ.

3.5.3. Đánh giá cải thiện triệu chứng bí tiểu sau khi tiểu được lần đầu tiên sau chườm ấm

Bảng 6. Đánh giá cải thiện triệu chứng bí tiểu sau khi tiểu được lần đầu tiên (n=29)

Triệu chứng	Có		Không		Tổng (n)
	N	%	n	%	
Cảm giác nặng ở vùng hạ vị	23	79,3	6	20,7	29
Cảm giác tiểu không hết	22	75,9	7	24,1	29
Đau tức vùng hạ vị	18	62,1	11	37,9	29

Sau đi tiểu lần đầu tiên các triệu chứng bí tiểu gồm nặng vùng hạ vị, tiểu không hết, đau tức vùng hạ vị vẫn còn tồn tại với tỷ lệ cao lần lượt với 79,3%, 75,9% và 62,1%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật vùng tầng sinh môn dưới gây tê tủy sống

4.1.1. Tuổi và giới tính

Đối tượng phẫu thuật vùng tầng sinh môn có gây tê tủy sống trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở những bệnh nhân có độ tuổi từ 20 tuổi trở lên, chiếm tỷ lệ nhiều nhất là những bệnh nhân có nhóm tuổi từ 21 - 39 và 40 - 59 tuổi đều chiếm tỷ lệ cao với 38,3%, nhóm tuổi > 60 chiếm 20,4%. Tỷ lệ mắc bệnh nam/nữ là 1,4 với nam (59,2%) và nữ (40,8%). Điều đó cho thấy rằng, hầu hết các bệnh nhân phẫu thuật vùng tầng sinh môn trong nghiên cứu này thường gặp ở độ tuổi lao động và tỷ lệ mắc bệnh của nam cao hơn so với nữ, điều này phù hợp với tình hình dịch tễ của các bệnh lý mà chúng tôi ghi nhận được trong nghiên cứu (trĩ, rò hậu môn, áp xe hậu môn,...).

4.1.2. Chẩn đoán trước phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật

Trong các bệnh nhân bí tiểu thuộc nghiên cứu, bệnh nhân được chẩn đoán trĩ chiếm tỷ lệ nhiều nhất (68,4%), đứng thứ hai là rò hậu môn (22,4%). Kết quả này cũng khá tương đương với nghiên cứu của Bin Liu và cộng sự với tỷ lệ 77,59% là trĩ [2]. Điều này cho thấy rằng phẫu thuật trĩ là phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao trong số các phẫu thuật tầng sinh môn.

Trong các bệnh nhân bí tiểu trong nghiên cứu bệnh nhân phẫu thuật bằng phương pháp Longo chiếm tỷ lệ cao nhất (59,2%), phẫu thuật Milligan Morgan đứng thứ hai (24,5%) (bảng 2). Kết quả này cho thấy phương pháp phẫu thuật Longo là phương pháp được áp dụng nhiều nhất, có thể do tính hiệu quả hoặc phù hợp với tình trạng bệnh nhân.

4.1.3. Tỷ lệ bí tiểu sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bí tiểu sau phẫu thuật vùng tầng sinh môn có gây tê tủy sống là 48,9%. Một số nghiên cứu khác về bí tiểu trên bệnh nhân phẫu thuật hậu môn trực tràng trên thế giới cho tỷ lệ là 16,7% ở nghiên cứu của Takayuki Toyonaga và cộng sự [3], còn nghiên cứu của Hoon Yoon Jeong và

cộng sự cho tỷ lệ 13,7% bí tiểu trên bệnh nhân phẫu thuật trĩ có gây tê tủy sống [4]. Như vậy tỷ lệ bí tiểu trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao và có sự khác biệt với tỷ lệ bí tiểu của các nghiên cứu trên, điều này là do có sự khác nhau về các đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu trong từng nghiên cứu như chủng tộc, điều kiện sống, kinh tế, độ tuổi, giới tính... Ngoài ra còn có sự khác nhau về định nghĩa bí tiểu trong nghiên cứu, bằng triệu chứng lâm sàng, bằng lượng nước tiểu sau đặt sonde hoặc thông qua siêu âm.

4.1.4. Một số yếu tố liên quan đến bí tiểu sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có giới tính nam có nguy cơ bí tiểu cao gấp 2,4 lần so với giới tính nữ. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Hong Yoon Jeong và cộng sự ghi nhận nam giới có nguy cơ bí tiểu cao gấp 1,64 lần so với nữ giới [4] và nghiên cứu của tác giả S Zaheer và cộng sự ghi nhận giới tính nam làm tăng nguy cơ bí tiểu cao gấp 1,8 lần so với giới tính nữ [5].

Về thời gian phẫu thuật, chúng tôi thấy rằng trong nhóm bệnh nhân có thời gian phẫu thuật > 50 phút có tỷ lệ bí tiểu (73,3%) cao gấp 3,4 lần so với nhóm bệnh nhân có thời gian phẫu thuật ≤ 50 phút (44,6%). Một số nghiên cứu khác như của tác giả Keita và cộng sự ghi nhận thời gian phẫu thuật ≥ 60 phút và < 60 phút có liên quan đến tỷ lệ bí tiểu [6]. Nghiên cứu của S Zahher thì dùng mốc thời gian phẫu thuật 25 phút [5]. Từ đó có thể thấy được rằng thời gian phẫu thuật kéo dài có thể gây tăng nguy cơ bí tiểu sau phẫu thuật.

Những bệnh nhân có lượng dịch truyền tĩnh mạch > 700 ml có khả năng bí tiểu cao gấp 2,8 lần so với nhóm truyền < 700 ml. Không có sự đồng thuận rõ ràng về giới hạn đối với thể tích dịch truyền trong khi nhiều tác giả sử dụng các giá trị khác nhau, nghiên cứu của tác giả S Zaheer và cộng sự cho kết quả bệnh nhân có lượng dịch truyền trong phẫu thuật > 600 ml có nguy cơ bí tiểu cao gấp 2,6 lần [5]. Nghiên cứu của tác giả Keita và cộng sự ghi nhận bệnh nhân có lượng dịch truyền tĩnh mạch trong phẫu thuật > 750 ml có

nguy cơ bí tiểu cao gấp 2,3 lần [6]. Vậy nên, việc hạn chế dịch chu phẫu, bao gồm dịch truyền tĩnh mạch trong phẫu thuật làm giảm đáng kể tình trạng bí tiểu.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có kết hợp morphin khoảng dưới nhện có nguy cơ bí tiểu cao gấp 7,1 lần so với nhóm không kết hợp morphin. Vẫn chưa có các nghiên cứu về mối liên quan giữa morphin khoảng dưới nhện với tỷ lệ bí tiểu sau phẫu thuật vùng tầng sinh môn, tuy nhiên một số nghiên cứu trên động vật và trên người đã cho thấy rằng opioid tùy sống ảnh hưởng đến chức năng bàng quang và gây bí tiểu. Từ đó có thể thấy rằng, morphin khoảng dưới nhện có tác dụng giảm đau sau phẫu thuật tuy nhiên làm tăng đáng kể tình trạng bí tiểu ở những bệnh nhân này.

4.2. Hiệu quả điều trị bí tiểu của phương pháp chườm ấm

Tỷ lệ thành công của phương pháp chườm ấm là 60,4% (biểu đồ 2). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Afazel MR và cộng sự (59,5%) [7] và thấp hơn so với nghiên cứu Gonullu NN và cộng sự (77%) [8]. Điều này cho thấy rằng việc điều trị bí tiểu bằng phương pháp chườm ấm đạt được hiệu quả cao trên lâm sàng.

Trong 60,4% trường hợp thành công với phương pháp chườm ấm ghi nhận thời gian đi tiểu lần đầu tiên là 1,5 giờ, với thời gian ngắn nhất là 0,33 giờ và thời gian dài nhất là 3,33 giờ. Kết quả này lớn hơn so với thời gian trung bình ở nghiên cứu của Afazel và cộng sự là $15,45 \pm 3,15$ phút [7]. Sự khác biệt của giữa hai nghiên cứu này có thể do nghiên cứu của Afazel và cộng sự được tiến hành trên các

bệnh nhân phẫu thuật tiết niệu và phẫu thuật tổng quát còn chúng tôi chỉ tiến hành trên các bệnh nhân phẫu thuật tầng sinh môn. Mặt khác, nhiệt độ của túi chườm ấm trong nghiên cứu của chúng tôi là 40-45°C theo nghiên cứu của Gönüllü thay vì 50°C như ở nghiên cứu của Afazel MR và cộng sự. Trên thực tế, các ca phẫu thuật khác nhau có thể liên quan đến các mức độ bí tiểu sau phẫu thuật khác nhau.

Sau khi đi tiểu lần đầu tiên, các triệu chứng của bí tiểu vẫn còn chiếm tỷ lệ khá cao, cụ thể với nặng vùng hạ vị chiếm tới 79,3% tiểu không hết chiếm 75,9% và đau tức vùng hạ vị là 62,1%. Các triệu chứng này gây khó chịu cho bệnh nhân và làm giảm chất lượng điều trị. Sở dĩ có sự chênh lệch giữa các bệnh nhân có thể do việc sử dụng túi chườm ấm với nhiều cách khác nhau, có trường hợp chườm liên tục nhưng lại có một số trường hợp chỉ chườm ngắt quãng. Ngoài ra, sự đáp ứng với kích thích nhiệt độ của mỗi bệnh nhân là khác nhau. Vì vậy để nâng cao hiệu quả điều trị trên thực tế lâm sàng cần đảm bảo thực hiện chườm ấm liên tục với túi chườm có nhiệt độ 40 - 45°C.

5. KẾT LUẬN

Bí tiểu là một biến chứng thường gặp sau phẫu thuật vùng tầng sinh môn dưới gây tê tùy sống. Một số yếu tố nguy cơ của bí tiểu sau phẫu thuật bao gồm giới tính nam, thời gian phẫu thuật > 50 phút, lượng dịch truyền sau phẫu thuật > 700 ml và sử dụng morphin khoảng dưới nhện. Chườm ấm vùng hạ vị là một phương pháp điều trị bí tiểu ít xâm lấn có tỷ lệ thành công 60,4%. Thời gian chườm ấm hiệu quả là 1,5 giờ với nhiệt độ túi chườm là 40 - 45°C.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pomajzl AJ, Siref LE. Postoperative Urinary Retention. StatPearls: StatPearls Publishing Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC.; 2025.
2. Liu B, Chen Y, Zhang P, Long W, He H, Li X, et al. Risk factors for postoperative urinary retention in patients underwound surgery for benign anorectal diseases: a nested case-control study. BMC Anesthesiol. 2024;24(1):272.
3. Toyonaga T MM, Sogawa N, Jiang SF, Matsumura N, Shimojima Y, Tanaka Y, Suzuki K, Masuda J, Tanaka M,. Postoperative urinary retention after surgery for benign anorectal disease: Potential risk factors and strategy for prevention. Int J Colorectal Dis 21. 2006:676–82.
4. Jeong HY, Song SG, Lee JK. Predictors of postoperative urinary retention after semiclosed hemorrhoidectomy. Ann Coloproctol. 2022;38(1):53-9.
5. Zaheer S, Reilly WT, Pemberton JH, Ilstrup D. Urinary retention after operations for benign anorectal diseases. Dis Colon Rectum. 1998;41(6):696-704.
6. Keita H, Diouf E, Tubach F, Brouwer T, Dahmani S, Mantz J, et al. Predictive factors of early postoperative urinary retention in the postanesthesia care unit. Anesth Analg. 2005;101(2):592-6.
7. Afazel MR, Jalali E, Sadat Z, Mahmoodi H. Comparing the effects of hot pack and lukewarm-water-soaked gauze on postoperative urinary retention; a randomized controlled clinical trial. Nurs Midwifery Stud. 2014;3(4):e24606.
8. Gönüllü NN, Gönüllü M, Utkan NZ, Dülger M, Gökgöz S, Karsli B. Postoperative retention of urine in general surgical patients. Eur J Surg. 1993;159(3):145-7.