

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ELECTRO-ACUPUNCTURE COMBINED WITH URINARY EXERCISE IN TREATMENT OF POST-BIRTH URINARY RETENTION

Nguyen Thi Nhu Thuy^{1*}, Phan Quan Chi Hieu²

¹University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, Ward 11, Dist 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, Ward An Khanh, Dist Ninh Kieu, Can Tho City, Vietnam

Received: 10/10/2024

Revised: 01/11/2024; Accepted: 24/03/2025

ABSTRACT

Objective: Evaluate the effectiveness of electroacupuncture combined with urinary training in the treatment of postpartum urinary retention compared to urine training alone, thereby determining whether electroacupuncture can become a viable alternative method, effective in treating postpartum urinary retention.

Subjects and methods: Clinical trial, prospective study, using acupoints quan nguyen, qi hai, trung pole, khuc cot and tam yin giao on both sides to perform electroacupuncture with frequency of 60 Hz, intensity 2-10 mA for 20 minutes. Main variables include: residual urine volume, continence recovery rate, and continence recovery effectiveness.

Keywords: Electroacupuncture, postpartum urinary retention, bladder ultrasound, bladder training.

Results: After 2-3 hours of treatment, the percentage of residual urine volume in the electroacupuncture group decreased by 53.21%, more than the control group (reduced by 32.52%), but the difference was not significant statistical significance ($p > 0.05$); the electroacupuncture group had higher urination recovery results (85.53%) than the control group (59.21%) with $p < 0.05$; the electroacupuncture group had good and fair recovery results (84.21%) than the control group (77.64%) with $p < 0.05$.

Conclusions: The recovery rate after electroacupuncture combined with urinary exercises to treat postpartum urinary retention in pregnant women reached 85.53%. Electroacupuncture is a safe and effective method of treating postpartum urinary retention and can be used instead of traditional methods such as catheterization.

Keywords: Postpartum urinary retention, electroacupuncture, urinary training.

*Corresponding author

Email: nhuthuy1002@ump.edu.vn Phone: (+84) 363818713 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD2.2235>

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP TẬP TIỂU ĐIỀU TRỊ BÍ TIỂU SAU SINH

Nguyễn Thị Như Thủy^{1*}, Phan Quan Chí Hiếu²

¹Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, P. 11, Q. 5, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, P. An Khánh, Q. Ninh Kiều, Tp. Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/10/2024

Chỉnh sửa ngày: 01/11/2024; Ngày duyệt đăng: 24/03/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp điện châm kết hợp tập tiểu trong điều trị bí tiểu sau sinh so với phương pháp tập tiểu đơn thuần, qua đó xác định liệu điện châm có thể trở thành một phương pháp thay thế khả thi, hiệu quả trong điều trị bí tiểu sau sinh.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, tiến cứu, sử dụng các huyết quan nguyên, khí hải, trung cực, khúc cốt và tam âm giao 2 bên để thực hiện điện châm với tần số 60 Hz, cường độ 2-10 mA trong 20 phút. Các biến số chính bao gồm: thể tích nước tiểu tồn lưu, tỷ lệ phục hồi tiểu tiện, hiệu quả phục hồi tiểu tiện.

Kết quả: Sau 2-3 giờ điều trị, tỷ lệ thể tích nước tiểu tồn lưu của nhóm điện châm giảm 53,21%, nhiều hơn so với nhóm chứng (giảm 32,52%), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$); nhóm điện châm có kết quả phục hồi tiểu tiện (85,53%) cao hơn nhóm chứng (59,21%) với $p < 0,05$; nhóm điện châm có kết quả phục hồi tốt và khá (84,21%) cao hơn nhóm chứng (77,64%) với $p < 0,05$.

Kết luận: Tỷ lệ phục hồi sau điện châm kết hợp tập tiểu điều trị bí tiểu sau sinh của sản phụ đạt 85,53%. Điện châm là phương pháp điều trị bí tiểu sau sinh an toàn và hiệu quả, có thể sử dụng thay thế các phương pháp truyền thống như thông tiểu.

Từ khóa: Bí tiểu sau sinh, điện châm, tập tiểu.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bí tiểu sau sinh là một trong những biến chứng phổ biến sau khi sinh ngã âm đạo, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của sản phụ. Theo nhiều báo cáo, tỷ lệ mắc bí tiểu sau sinh dao động từ 5-15% tùy thuộc vào điều kiện y tế và phương pháp chăm sóc [1], [2]. Mặc dù không gây nguy hiểm trực tiếp đến tính mạng sản phụ, bí tiểu sau sinh có thể gây ra những triệu chứng khó chịu như tiểu khó, tiểu không hết hoặc thậm chí không thể tiểu tiện. Điều này làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu và các biến chứng liên quan nếu không được điều trị kịp thời.

Hiện tại, các phương pháp điều trị bí tiểu sau sinh theo y học hiện đại chủ yếu là tập tiểu và thông tiểu. Tuy nhiên, tỷ lệ thành công của các phương pháp này không cao. Đặc biệt, việc thông tiểu nhiều lần có thể dẫn đến tổn thương niệu đạo và nhiễm khuẩn ngược dòng.

Y học cổ truyền đã phát triển nhiều phương pháp điều trị không xâm lấn, trong đó điện châm đã chứng minh hiệu quả trong việc điều trị bí tiểu sau sinh. Điện châm kích thích các huyết đạo, giúp tăng cường lưu thông khí huyết và cải thiện chức năng bàng quang. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của điện châm kết hợp tập tiểu trong điều trị bí tiểu sau sinh ngã âm đạo.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, không mù, có đối chứng nhằm xác định tỷ lệ phục hồi bí tiểu sau sinh của điện châm kết hợp tập tiểu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

*Tác giả liên hệ

Email: nhuthuy1002@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 363818713 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD2.2235>

Nghiên cứu thực hiện tại Khoa Hậu sản A, Bệnh viện Hùng Vương, thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 12/2014 đến tháng 7/2015.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Sản phụ từ 18 tuổi trở lên, sau sinh ngã âm đạo, có chẩn đoán bí tiểu sau sinh.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*: sản phụ từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán là bí tiểu sau sinh, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: sản phụ đang đặt thông tiểu điều trị bí tiểu sau sinh; sản phụ có tai biến sản khoa (sản giật, tăng sinh môn rách sâu hay phức tạp); bệnh viêm tiết niệu hoặc bệnh lý khác ở đường tiết niệu có bí tiểu trước sinh; mắc các bệnh nội khoa cấp tính; viêm loét da ở vùng châm cứu; sinh mổ; sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn ngưng nghiên cứu*: sau điện châm 2-3 giờ kết hợp tập tiểu nhưng sản phụ không tiểu được phải chỉ định đặt thông tiểu hoặc điều trị bằng phương pháp khác; sản phụ không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu; bác sỹ điều trị thấy cần ngưng điện châm hoặc quyết định thay bằng phương pháp điều trị khác nếu sản phụ có tai biến sản khoa mới phát hiện cần có phương pháp điều trị thích hợp.

2.4. Phương pháp chọn mẫu, cỡ mẫu

Chọn mẫu nghiên cứu cho 2 nhóm: nhóm can thiệp (sản phụ được điện châm kết hợp tập tiểu) và nhóm chứng (sản phụ chỉ tập tiểu đơn thuần).

Công thức tính cỡ mẫu cho mỗi nhóm:

$$n = \frac{\{z_{1-\beta}\sqrt{\pi_1(1-\pi_1) + \pi_2(1-\pi_2)} + z_{1-\alpha/2}\sqrt{2\pi(1-\pi)}\}^2}{(\pi_1 - \pi_2)^2}$$

Trong đó:

+ $\pi_1 = 0,83$ (tỷ lệ phục hồi mong muốn của nhóm nghiên cứu);

+ $\pi_2 = 0,63$ (tỷ lệ phục hồi của nhóm đối chứng);

+ $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ($\alpha = 0,05$);

+ $1-\beta = 0,8$, $Z_{1-\beta} = 0,84$.

Thay các giá trị vào công thức, tính được cỡ mẫu $n = 75,9$. Như vậy, đối tượng cần thiết cho mỗi nhóm là 76 sản phụ.

2.5. Phương pháp điều trị

- **Nhóm chứng**: thực hiện tập tiểu gồm trấn an và động viên tinh thần sản phụ, tạo không gian riêng, tập vận động, tập ngồi xổm, rặn nhẹ kèm ấn bàng quang, xịt nước ấm hoặc xông hơi ấm vùng hội âm, chườm ấm vùng bàng quang và có thể dùng thuốc giảm đau, chống phù nề.

- **Nhóm can thiệp**: ngoài tập tiểu như trên, sản phụ được điện châm các huyệt quan nguyên, khí hải, trung cực, khúc cốt, tam âm giao cả 2 bên. Sử dụng dòng điện xung tần số 60 Hz, cường độ từ 2-10 mA tùy ngưỡng đau của sản phụ tác động lên các huyệt qua kim châm hoặc qua các điện cực nhỏ đặt lên da vùng huyệt, thời gian tác động điện 20 phút.

2.6. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Nghiên cứu đặc điểm của đối tượng nghiên cứu về độ tuổi, phân loại bí tiểu sau sinh (là biến định tính gồm 2 giá trị là bí tiểu có triệu chứng và bí tiểu không có triệu chứng).

- Đánh giá kết quả điều trị căn cứ vào thể tích nước tiểu tồn lưu, kết quả phục hồi tiểu tiện, phân loại phục hồi tiểu tiện sau điều trị theo 3 mức:

+ **Tốt**: sau 1 lần điện châm bệnh nhân tự đi tiểu được, không có cầu bàng quang, kiểm tra siêu âm thấy nước tiểu trong bàng quang < 50 ml hoặc không còn nước tiểu, không tái phát trong sau 6 giờ tiếp theo.

+ **Khá**: sau 1 lần điện châm bệnh nhân tự đi tiểu được, không có cầu bàng quang, kiểm tra siêu âm trong bàng quang thấy nước tiểu còn 50-100 ml hoặc không còn nước tiểu, không tái phát trong sau 6 giờ tiếp theo.

+ **Trung bình**: sau 1 lần điện châm bệnh nhân tự đi tiểu được chưa dễ dàng, nước tiểu tồn lưu 101-150 ml.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm STATA 12.0. Các biến định tính được mô tả dưới dạng tỷ lệ phần trăm. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được mô tả dưới dạng $\bar{X} \pm SD$; phân phối không chuẩn được mô tả dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị 25%-75%).

So sánh thể tích nước tiểu tồn lưu trước và sau điều trị bằng phép kiểm T bắt cặp nếu thể tích nước tiểu tồn lưu có phân phối chuẩn, so sánh bằng phép kiểm Wilcoxon nếu phân phối không chuẩn.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh theo Quyết định số 383/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 4/12/2014.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố tuổi sản phụ

Tuổi	Nhóm can thiệp (n = 76)	Nhóm chứng (n = 76)	Cộng (n = 152)
≤ 30 tuổi	64 (84,21%)	59 (77,63%)	123 (80,92%)
> 30 tuổi	12 (15,79%)	17 (22,37%)	29 (19,08%)
p	0,302		

Nhận xét: Sự khác biệt về tuổi sản phụ giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,302$). Tỷ lệ sản phụ ≤ 30 tuổi (80,92%) chiếm tỷ lệ cao hơn tỷ lệ sản phụ trên 30 tuổi (19,08%).

Bảng 2. Phân loại bí tiểu sau sinh

Loại bí tiểu	Nhóm can thiệp (n = 76)	Nhóm chứng (n = 76)	Cộng (n = 152)
Bí tiểu có triệu chứng	20 (26,32%)	23 (30,26%)	43 (28,29%)
Bí tiểu không có triệu chứng	56 (73,68%)	53 (69,74%)	109 (71,71%)
p	0,589		

Nhận xét: 2 nhóm nghiên cứu có phân loại bí tiểu không triệu chứng chiếm đa số (71,71%), bí tiểu có triệu chứng chỉ chiếm 28,29%. Sự khác biệt về phân bố tỷ lệ bí tiểu giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,589$).

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3. Thể tích nước tiểu tồn lưu

Chỉ số				
Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		P
$\bar{X} \pm SD$ (ml)	Trung vị (ml)	$\bar{X} \pm SD$ (ml)	Trung vị (ml)	
Thể tích nước tiểu tồn lưu trước điều trị				
245,381 ± 86,000	245 (152-421)	269,289 ± 83,329	269 (156-451)	

Chỉ số				
Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		P
$\bar{X} \pm SD$ (ml)	Trung vị (ml)	$\bar{X} \pm SD$ (ml)	Trung vị (ml)	
Thể tích nước tiểu tồn lưu sau điều trị				
114,802 ± 187,300	115 (19-539)	181,710 ± 174,184	181 (35-550)	
p				
< 0,05		< 0,05		
Thể tích nước tiểu tồn lưu trung bình trước và sau 2-3 giờ điều trị				
130,578 ± 180,990	131 (-175 ± 337)	87,57 ± 166,255	88 (-300 ± 277)	0,094

Nhận xét: Sau điều trị, thể tích nước tiểu tồn lưu trong từng nhóm đều có sự khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau điều trị, lượng thể tích nước tiểu tồn lưu ở nhóm chứng giảm 32,52%, nhóm can thiệp giảm 53,21%; thể tích nước tiểu tồn lưu của nhóm can thiệp giảm nhiều hơn nhóm chứng, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,094$).

Bảng 4. Kết quả phục hồi tiểu tiện

Kết quả	Nhóm can thiệp (n = 76)	Nhóm chứng (n = 76)	Cộng (n = 152)
Phục hồi	65 (85,53%)	45 (59,21%)	110 (72,37%)
Không phục hồi	11 (14,47%)	31 (40,79%)	42 (27,63%)
p	0,00		

Nhận xét: Sau điều trị, nhóm can thiệp có tỷ lệ phục hồi rất cao (85,53%), thất bại chỉ chiếm 14,47%. Nhóm chứng có tỷ lệ phục hồi 59,21%, tỷ lệ thất bại là 40,79%. Sự khác biệt về tỷ lệ thông tiểu và không thông tiểu ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p = 0,00$).

Bảng 5. Phân loại phục hồi tiểu tiện

Kết quả	Nhóm can thiệp (n = 76)	Nhóm chứng (n = 76)	Cộng (n = 152)
Tốt	37 (48,68%)	15 (19,74%)	52 (34,21%)
Khá	27 (35,53%)	44 (57,90%)	71 (46,71%)
Trung bình	12 (15,79%)	17 (22,37%)	29 (19,08%)
p	0,015		

Nhận xét: Sau điều trị, nhóm can thiệp có tỷ lệ phục hồi tốt và khá (84,21%) cao hơn nhóm chứng (77,64%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,015$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đa số sản phụ trẻ ≤ 30 tuổi chiếm 80,92%, phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà (78,69%) [3]. Lứa tuổi càng trẻ thì khả năng bí tiểu sau sinh càng tăng có thể do sản phụ trẻ nên thường sinh con lần đầu (con so) và cũng phù hợp với sinh lý bệnh học của bí tiểu sau sinh thường gặp nhiều ở độ tuổi ≤ 30 .

Về phân loại bí tiểu sau sinh, bí tiểu có triệu chứng trong nghiên cứu là 28,29% và bí tiểu không có triệu chứng là 71,71%, phù hợp ghi nhận của Carley M.E và Rizvi R.M [4], [5]. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với ý kiến là bí tiểu sau sinh không triệu chứng chiếm 70%, điều này dễ làm bỏ sót bí tiểu sau sinh dẫn đến điều trị muộn nếu không có thiết bị chẩn đoán chính xác lượng nước tiểu tồn lưu trong bàng quang.

4.2. Về kết quả điều trị bí tiểu sau sinh

- Thể tích nước tiểu tồn lưu: sản phụ được đo thể tích nước tiểu tồn lưu trước khi điều trị theo tiêu chuẩn chẩn đoán; sau 2-3 giờ điều trị, sản phụ được đo lại thể tích nước tiểu tồn lưu sau khi đi tiểu. Chúng tôi ghi nhận, cả nhóm chứng và nhóm can thiệp đều có thể tích nước tiểu tồn lưu sau điều trị thấp hơn trước điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau điều trị, tỷ lệ thể tích nước tiểu tồn lưu của nhóm điện châm giảm 53,21%, nhiều hơn so với nhóm chứng (giảm 32,52%), nhưng sự khác biệt về hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), nên biến định lượng này chưa cho thấy hiệu quả rõ ràng của điện châm điều trị bí tiểu sau sinh. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu nhỏ, hoặc do hiệu quả 2 phương pháp điều trị có hiệu quả tương đương nhau, hoặc do sản phụ ở nhóm can thiệp uống nhiều nước hơn, hoặc có thể do chênh lệch về thời gian đo thể tích nước tiểu tồn lưu (thời gian đúng phải là ≤ 30 phút sau khi đi tiểu).

- Về tỷ lệ phục hồi tiểu tiện sau sinh: nhóm can thiệp được điện châm kịp thời 1 lần có kết quả phục hồi tiểu tiện đạt tỷ lệ 85,53%, cao hơn nhóm chứng có tỷ lệ 59,21% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,00 < 0,05$).

So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà (2012) thực hiện điện châm trên 61 ca tiểu khó, thấy tỷ lệ phục

hồi của chúng tôi thấp hơn, có thể do nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà không có phương tiện đo lượng thể tích nước tiểu tồn lưu sau tiểu nên không phát hiện những trường hợp bí tiểu sau sinh không triệu chứng sau khi đã được điều trị [3].

Nghiên cứu của Phạm Thị Xuân Mai (2003) đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trị bí tiểu không do nguyên nhân cơ học ở 35 sản phụ, kết quả thành công 80% đối với các trường hợp sang chấn sản khoa sau khi sinh làm cho sản phụ không đi tiểu được và thành công 70% đối với các trường hợp liệt bàng quang do những nguyên nhân về sọ não, tủy sống hoặc phẫu thuật vùng bụng [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đối phù hợp với Phạm Thị Xuân Mai.

Zhang Y và cộng sự (2019) châm cứu điều trị 36 sản phụ bí tiểu do các nguyên nhân khác nhau (chấn thương, phẫu thuật ổ bụng hoặc phụ khoa, sau sinh). Kết quả có 30 trường hợp khỏi, 4 trường hợp cải thiện và 2 trường hợp thất bại, hiệu quả khỏi và cải thiện đạt tỷ lệ 94,44% [7]. Tiêu chuẩn phục hồi trong nghiên cứu của Zhang Y và cộng sự có theo dõi thể tích nước tiểu tồn lưu giúp đánh giá kết quả chính xác hơn.

So với các nghiên cứu trước đây, tỷ lệ thành công của chúng tôi khi điện châm can thiệp bí tiểu sau sinh phù hợp với một số nghiên cứu dựa vào số lượng nước tiểu sản phụ tiểu ra, nhưng cũng thấp hơn một số nghiên cứu là do nghiên cứu này dựa vào thể tích nước tiểu tồn lưu để đánh giá nên có phần chính xác hơn, điều trị kịp thời nên số lần châm cứu ít mà hiệu quả điều trị vẫn cao.

- Về phân loại phục hồi bí tiểu sau sinh: nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm can thiệp điện châm đạt kết quả phục hồi tốt và khá (84,21%) cao hơn nhóm chứng (77,64%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,015 < 0,05$).

So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà, số lần châm cứu của chúng tôi ít hơn nhưng hiệu quả điều trị cao hơn. So với các nghiên cứu khác thì tiêu chuẩn nghiên cứu của chúng tôi góp phần đánh giá kết quả điều trị khách quan hơn và kết quả này có thể làm giảm thời gian cũng như chi phí điều trị bí tiểu sau sinh.

Về những yếu tố làm cho đáp ứng điều trị điện châm không tốt, qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy đa số là do sản phụ còn đau nhiều (dù đã được sử dụng thuốc giảm đau) làm ảnh hưởng đến sự cố gắng tập tiểu, và những sản phụ có nhiều yếu tố nguy cơ thúc đẩy bí tiểu sau sinh đi kèm (trẻ dưới 30 tuổi, cân nặng con trên 3000g, thể tích nước tiểu tồn lưu lúc chẩn đoán trên 300 ml). Để khắc phục tình trạng này, cần kiểm soát tốt hơn các yếu tố nguy cơ, đặc biệt là các yếu tố nguy

cơ thay đổi được, nhất là theo dõi sát hơn quá trình tập tiểu của sản phụ.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phục hồi sau điện châm kết hợp tập tiểu điều trị bí tiểu sau sinh ngã âm đạo của sản phụ là 85,53%, cao hơn nhóm chứng chỉ tập tiểu đơn thuần (59,21%).

Điện châm là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị bí tiểu sau sinh, có thể là một giải pháp điều trị không xâm lấn thay thế các phương pháp truyền thống như thông tiểu.

Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi kiến nghị cần tiến hành nghiên cứu đa trung tâm để có kết luận chính xác hơn trước khi đưa vào phác đồ điều trị cho sản phụ bí tiểu sau sinh ngã âm đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Philip Rahmanou et al, Postpartum Bladder Care: Background, practice and complications, Obs Gynae & Midwifery News - Incorporating Womens' Health, 2012.
- [2] South Australian Perinatal Practice Guidelines postpartum bladder dysfunction, WCHN - PPG, 18092012.
- [3] Nguyễn Thị Thanh Hà, Đánh giá hiệu quả điều trị châm cứu tiểu khó, bí tiểu ở sản phụ sau sinh (chuyên đề y học cổ truyền), Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2012, tập 16 (phụ bản của số 1), tr. 118-123.
- [4] Carley M.E, Carley J.M, Vasdev G, Lesnick T.G, Webb M.J, Ramin K.D et al, Factors that are associated with clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery, Am J Obstet Gynecol, 2002, 187: 430-433.
- [5] Rizvi R.M, Khan Z.S, Khan Z, Diagnosis and management of postpartum urinary retention, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2005, 91: 71-2.
- [6] Phạm Thị Xuân Mai, Đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trị bí tiểu tiện không do nguyên nhân cơ học ở người lớn, Tạp chí Khoa học và Công nghệ, Trường Đại học Khoa học, Đại học Huế, 2003, số 15, tr. 27-33.
- [7] Zhang Y, Li X, Wang Z, Effects of Electroacupuncture on Postpartum Urinary Retention: A Randomized Controlled Study, Journal of Traditional Chinese Medicine, 2019, 39 (3), 389-393.