

Urinretention postpartum

Gäller för: Kvinnokliniken

Förutsättningar

Under graviditeten samlas vätska utanför blodbanan. Direkt postpartum leder hormonella förändringar till att vätska snabbt tas tillbaka till blodbanan och utsöndras som urin. Extra tillförsel av intravenös vätska under förlossningen leder till ytterligare ökad urinproduktion. Oxytocin, både kroppseget och tillfört, har en antidiuretisk effekt vilket innebär att urinproduktionen minskar under värkarbetet. Under förlossningen sparas därmed vätska i kroppen, som direkt postpartum kommer att snabbt utsöndras som urin. Det kan bildas upp till 1000 ml urin på bara en timme efter förlossningen.

Nedsatt känsel i underliv och urinblåsa i samband med förlossning och därefter är vanligt förekommande; i synnerhet vid långdragna skeden, stora bristningar och smärtlindring. Detta gör att patienten har svårt att själv uppmärksamma blåsfyllnad och även att tömma blåsan adekvat. Kombinationen av kraftigt ökad urinproduktion och blåstömningssvårigheter bäddar för stora mängder residualurin.

Ansvar och roller

Ansvarig barnmorska har till uppgift att övervaka patient under och efter förlossningen gällande vätskeintag, infusioner och urinmängder. Dokumentera i fortlöpande text i journal. Barnmorska som handlägger patienten på förlossningen är ansvarig för att minimera risken att patienten drabbas av urinretention.

Under förlossningen bör patienten kissa med 2–3 timmars mellanrum, var frikostig med tappning eller bladderscan vid misstanke om ofullständigt tömd blåsa.

Indikation på residualurin

- Inte kissat inom 2 timmar postpartum
- Patienten upplever blåsfyllnad eller trängningar
- Endast kissat liten mängd
- Plötslig atoni
- Smärtor som inte kan härledas till eftervärkar

Riskfaktorer för urinretention postpartum

- Förstföderska
- Långdragna förlossningar
- Oxytocindropp
- EDA/Spinal
- Opiater
- Instrumentellt avslutande av förlossning
- Långt krystningsskede
- Stora bristningar, episiotomi
- Pudendusblockad
- Tidigare urinretention
- Upprepade blåstappningar

Åtgärd vid risk för urinretention

Blåsan måste tömmas **inom 1–2 timmar postpartum!**

För patienter med en eller flera riskfaktorer enligt ovan bör kontroll med bladderscan ske senast 1 timme postpartum, vid många eller starka riskfaktorer t.ex. långvarigt oxytocindropp + sugklocka bör kontroll ske ännu tidigare.

Överväg KAD-sättning vid förväntad långdragen suturering.

Blåstappning **ska** utföras om patienten inte har kissat ordentligt med god stråle 2 timmar efter förlossningen. **OBS!** Det är viktigt att **ej** ge rådet att dricka rikligt och försöka igen om en stund

Åtgärd vid residualurin

Residualurin	Åtgärd
<300 ml	Ingen åtgärd
300-500 ml	Kissa inom en timme, därefter ultraljud eller tappning
>500 ml x 2, eller >800 ml	Öppen KAD i 3 dagar
>1000 ml	Öppen KAD i 7 dagar

Uppföljning på BB

- Rapport till BB-barnmorska om patienten är tappad under eller efter förlossning.
- Rapport gällande när patienten kissat, hur mycket och om patienten upplevde att hon kissade med stråle och om blåsan kändes tömd.
- Rapport om patientens vätskebalans under förlossningen. På BB är det barnmorska som ansvarar för att patienter med tömningssvårigheter under/efter förlossning följs upp.
- Uppföljning under närmaste dygnet är viktigt för alla vaginalförlösta patienter.

Symtom att vara uppmärksam på

Om patienten har kissat men trots det upplever blåsfyllnad, trängningar eller lågt sittande buksmärta som inte kan härledas till eftervärkar. Kontrollera med bladderscan/ultraljud.

KAD-avveckling på BB

Patient som erhållit KAD i samband med operation och ska avveckla denna på BB: Efter varje miktionsstillfälle genomförs en bladderscan. Alternativt max 2–3 timmar efter KAD-avveckling om patienten inte mikterat. Kontroller kan avslutas först när residualurin är <300 ml två mätningar efter varandra.

- Vid residualurin på 300-500 ml, kissa inom en timme, därefter bladderscan ånyo.
- Vid residualurin >500 ml, följ schema för urinretention enligt ovan.

KAD-avveckling på gynnottagning

KAD avvecklas på gynnottagningen hos dagsjuksköterska under vardagar. Patient behöver inte komma till avdelning på jourtid – de kan vänta till nästkommande vardag. Patient ska informeras om att KAD ska stängas 2 timmar innan besök med klämma som patienten får med sig från BB.

Efter KAD-avveckling

Vid första miktionsstillfället ska urinmängd kontrolleras med mätpotta. Därefter kontrolleras patienten med ultraljud av dagjour/libero på gynnottagningen för att utesluta residualurin.

- Om patienten inte kan kissa direkt efter KAD-avveckling, avvakta 1-2 timmar. Kontroller kan avslutas om patienten upplever att hon kan tömma blåsan och residualurin är <300 ml.

- Om patienten känner att hon inte kan tömma blåsan eller inte känner någon blåsfullnad ska hon kissa var 3–4 timme och ny kontroll av residualurin på gynmottagningen inom 1 vecka.
- Vid residualurin på 300 ml-500 ml, tappning.
- Vid residualurin >500 ml, tappning – kontakta läkare
- Om patient får en KAD igen är rekommendationen att KAD ska vara öppen i 7 dagar. Den ska därefter avvecklas på gynmottagningen hos sjuksköterska enligt ovan.
- Om patienten behöver lära sig att utföra RIK ta kontakt med uroterapeut/urogynekolog.

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.