 <small>Haukeland Universitetssjukehus</small>	<h2>Urinretensjon</h2>	
	Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra: 25.10.2023
Dok. ansvarlig: Ingrid Borthen Forfatter Ferenc Macsali	Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklubben/Fødeavdelingen	Versjon: 6.02
		Retningslinje

Urinretensjon er et problem som kan oppstå både etter vaginal fødsel og etter sectio.

Anbefalinger

Alle bør ha dokumentert at vannlating er kommet i orden innen tre timer etter fødselen
 Ved resturin mellom 150 og 1000 ml engangskateterisering hver 2.-4. time til spontan vannlating med resturin <150 ml er kommet i gang
 Ved resturin >1000 ml permanent kateter i 1 til 2 dager opp til en uke

Definisjon

En vanlig definisjon er ”Manglende spontan vannlating innen maksimalt seks timer etter fødsel eller fra fjerning av kateter etter keisersnitt”.

Etiologi/patogenese

Blærens kapasitet øker og følsomheten for overstrekning nedsettes i løpet av graviditeten. Normaliseres de første ukene postpartum
 Økt diurese de første dagene etter fødsel på grunn av utskillelse av retinert interstitiell væske under graviditeten

Risikofaktorer

- Epidural/spinalanalgesi.
- Pudendal kan gi bedøvelse av urinblæren med tømningproblemer som følge.
- Operativ forløsning.
- Langvarig fødsel.
- Episiotomi, ødem, hematom, rifter – spesielt fortilrifter.
- Nullipara.
- Langvarig oxytocinstimulering
- Store mengder intravenøs væske under/etter fødsel.
- Behov for kateterisering under fødselen.

Oppfølging/behandling

Under fødsel

Kvinnen bør late vannet regelmessig under fødsel. Dersom hun ikke føler vannlatingstrang (og det er flere timer siden siste vannlating), eller hun ikke klarer å gå på toalettet, må jordmor kateterisere. Hvor ofte må vurderes ut fra pasientens væskeinntak (per os/intravenøst) i forhold til diuresen. Vær oppmerksom på at oksytocin har en svak antidiuretisk effekt. Blæren bør være tømt før utdrivningstiden. Dette gjelder spesielt ved operativ forløsning.

Etter fødsel

Alle skal ha dokumentert at vannlating er kommet i orden innen tre timer etter fødselen
 Tidspunkt og evt. resturinnmengde føres opp. Resturin måles ved blærescanner eller engangskateter. Ved resturin 100- 500 ml kommer vannlatingen oftest i gang av seg selv.

Merk: Oxytocin tilførsel, under og etter fødselen vil kunne gi økt urinmengde når virkningen opphever. Kvinner etter fødsler med ristimulering med oxytocin har derfor økt risiko for urinretensjon.

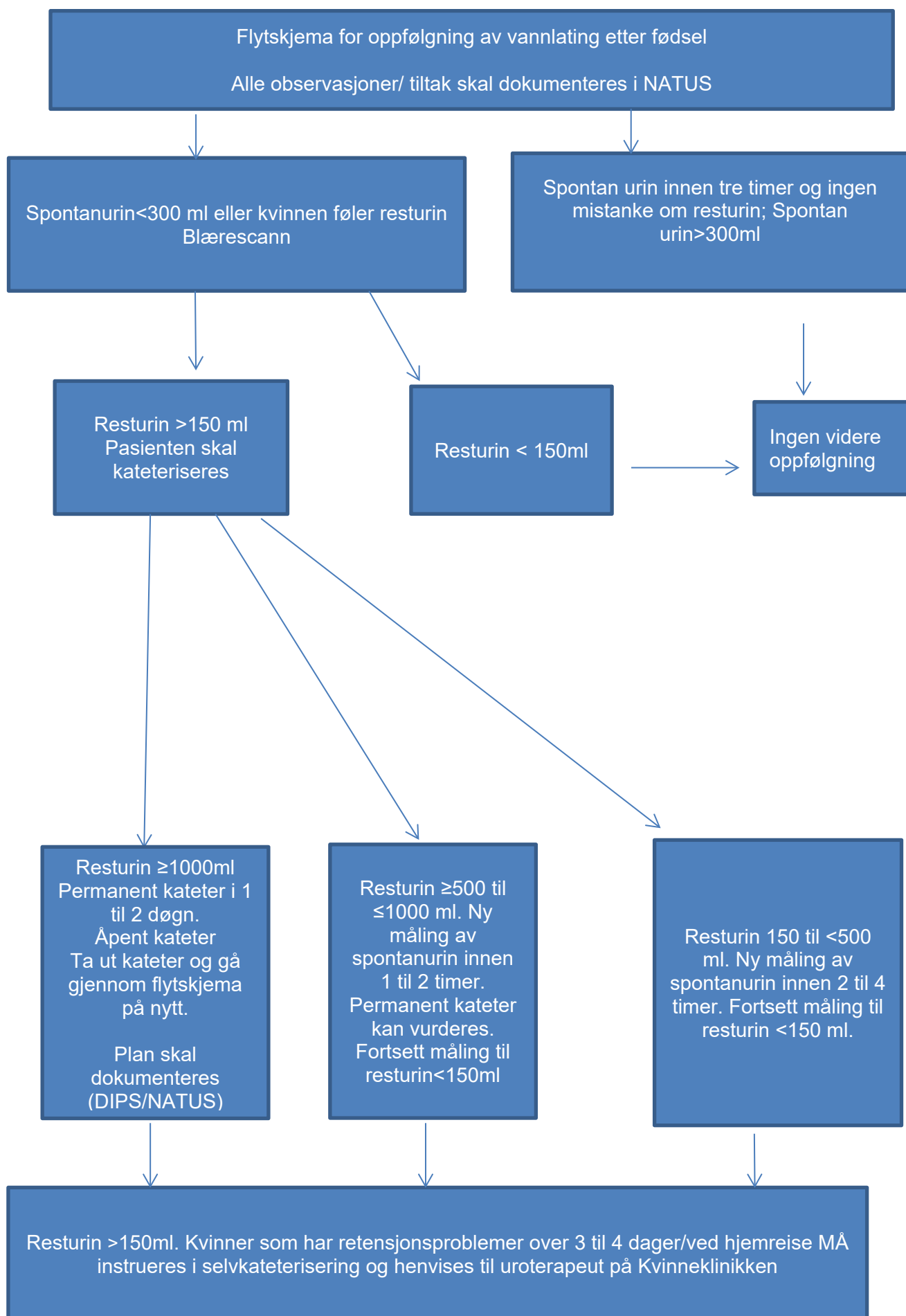
Det optimale væskeinntak er 2-2,5 liter/døgn. Inntak av mer enn 1 liter vann/time eller mer enn 3-4 liter/dag innebærer risiko for vannintoksikasjon og hyponatriemi hos mor. Det er viktig med informasjon om dette underveis i fødsel og i barseltiden.

Flytskjema for oppfølging(se neste side)

Kateterisering utføres dersom det er resturin som overskrider grensen for hva som anses som normalt (se flytskjemaet). Vær oppmerksom på at flytskjemaet er veiledende. Man må gjøre en helhetsvurdering ut fra hvor mye pasienten har fått i seg under og etter fødsel (per os/intravenøst), tidspunkt for vannlating under fødsel og ikke minst symptomer på mulig resturin (høytstående uterus, smerter over symfyssen, generell uro, blodtrykksfall). Man kan godt ha en spontan vannlating på omkring 300 ml og likevel ha mye resturin. I tvilstilfeller (dersom man forventet en større mengde spontanurin) bør man bruke blæreskanner.

Ved vedvarende problemer med vannlating og store mengder resturin bør det lages en plan for overvåkning/sikring av blæretømming de neste døgnene. Dersom pasienten må fortsette med kateterisering etter hjemreise, instrueres hun i selvkateterisering på avdelingen eller av uroterapeut. Videre oppfølging hos gynekolog evt. i samarbeid med urolog.

Bakteriologisk dyrkingsprøve tas før hjemreise hvis kvinnen har vært tappet mer enn en gang etter fødselen eller hvis hun har symptomer på urinveisinfeksjon.



Symptomer på full/overfylt blære:

Smerter i magen
Uterus står høyt ved palpasjon.
Blødning hos nyforløst kvinner.
Generell uro, udefinerbar smerte

Vurdering av vannlatingsmengde:

Den første spontane vannlatning etter fødsel må vurderes klinisk, blærescannes ved tvil. Den første spontane vannlatning etter kateterisering må vurderes klinisk, blærescannes ved tvil. Den første spontane vannlatning etter permanent kateter må vurderes med blærescanning. På barselavdelingen må jordmor forsikre seg om at kvinnen tisser rikelig, ikke bare småskvetter. Kvinnen må få informasjon om å tømme blæren jevnlig. Ved tvil undersøkes blæren med palpasjon, og det utføres evt en blærescanning

Blæreskanning bør utføres så snart som mulig etter vannlating.

Resturin

Resturin over 150ml - kvinnen må kateteriseres. Ved neste spontane vannlating må blæren undersøkes med blæreskanner etter vannlating. Vurder å gi smertestillende ved smertefulle og hovne rifter. Akupunktur kan være et godt tiltak i denne fasen.

Ved rifter fortil, bruk Xylocain® (lidocain) gel. Ved ødem kan for eksempel Ibux® (ibuprofen) 400 mg x 3 anvendes.

Ved resturin over 150ml kateteriseres kvinnen regelmessig hver 2.- 4.t. avhengig av om hun har fått mye væske i løpet av fødselen, hatt epidural/spinal/pudendal analgesi eller drikker mye eller lite selv. Kateteriser så ofte at man unngår at total blærevolum (inkluderer spontan mengde og kateterisert mengde) vanligvis ikke overstiger 400 ml. Vurderingen er og avhengig av urinmengden ved kateterisering. Observer kvinnens ødemer. Plan for hvor hyppig man skal kateterisere og resturins mengde dokumenteres i Natus. Ved resturin under 100ml avsluttes behandlingen.

Urinmengde over 1000 ml.

I tilfelle av overdistendert blære (urinmengde over 1000 ml) skal det som regel anlegges permanent kateter (Foley kateter) i 1 til 2 døgn - opp til en uke (se flytskjema). Permanent kateter kan også være aktuelt hos kvinner med store blødninger, store rifter og hvor kvinnen er immobil og du vurderer intermitterende kateterisering som en større belastning enn permanent kateter. Første dag etter seponering måles kvinnens spontane urinmengde og resturin.

Ved hjemreise og videre oppfølging

Hvis kvinnen har hatt ett tilfelle av resturin på over 1000 ml konfereres oppfølging med uroterapeut.

Kvinner som har urinretensjon ved hjemreise, må få opplæring i selvkateterisering av uroterapeut. Ring sekretær i Gynekologisk poliklinikk for time på telefon 801308 (Glasblokkene) eller søk opp på rolletelefon. Det er satt av ØH timer til barselkvinner mandag, onsdag og fredag

Utstyr til RIK (ren intermitterende kateterisering) får du hos uroterapeut, det finnes ett sett på medisinerrommet på hver barselavdeling til de kvinner som reiser ut i helgen.

[1.2.1.15-02](#) Ren intermitterende kateterisering RIK

Er du i tvil om noe tar du kontakt med *uroterapeut*, som kan kontaktes på tlf 801308 (Gynekologisk poliklinikk) eller søk uroterapeuten opp på rolletlf.

Kvinner som reiser hjem med RIK skal ha BLÅ resept på utstyr. Kateter størrelse må spesifiseres (størrelsen kan byttes på apoteket). Husk koding for urinretensjon og utskrivningsnotat i epikrisen. Kvinnen følges opp ved Gynekologisk poliklinikk.

Kvinnen bør få informasjon om at dette er et problem som vil kunne vare en stund (fra 2 uker til 1 år).

Bakteriologisk dyrkningsprøve tas før hjemreise på klinisk indikasjon.

Komplikasjoner.

Urinveisinfeksjon.

I sjeldne tilfeller vedvarende problemer med å tømme blæren på grunn av skadet destrusormuskulatur

Link til: Forebygging av kateterassosiert urinveisinfeksjoner, i hygienehåndboka:

<http://handbok.helse-bergen.no/eknet/docs/pub/dok00861.pdf>

Link til: Håndhygiene, i hygienehåndboka:

<http://handbok.helse-bergen.no/eknet/docs/pub/dok00844.pdf>

[1.2.1.15-02](#)

[Ren intermitterende katetrisering RIK](#)

[12.3.4.3.11-03](#)

[Medikamenter uten ordinasjon - til voksne](#)

Link til: Veileder i fødselshjelp 2014:

<http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Barselpleie---urinretensjon-etter-fodsel/>