

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Åse Frisk, (asefr2), Överläkare

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-06-26

Giltig till: 2026-06-30

Urinretention postpartum - handläggning

Revideringar i denna version

Revideringar markerade med gult.

Bakgrund, syfte och mål

Det är viktigt att tidigt uppmärksamma eventuella blåstömningssvårigheter hos de som fött barn, då övertänjning av blåsmuskeln kan leda till bestående blåstömningssvårigheter.

Arbetsbeskrivning

Riskfaktorer

- Tidigare blåstömningssvårigheter.
- Uttagen förlossning.
- Uttaget utdrivningsskede.
- EDA eller spinal.
- Instrumentell förlossning.
- Upprepade blåstappningar ska inge misstanke om urinretention.
- Omfattande eller smärtande perineal bristning.
- Parenteral infusion och/eller stort vätskeintag under förlossning.
- **Oxytocininfusion.**

Symtom

- Misstanke om blåsretention vid yttre palpation.
- Miktionsträngningar.
- Tömningssvårigheter.
- Upplevelse av blåsfyllnad.
- Smärta, obehag i nedre delen av uterus.

- Högt stående uterus ovan navelplan.

Förebyggande åtgärder

- Regelbunden blåstömning under förlossning, åtminstone var tredje timma.
- Patienten bör kissa **alternativt urintappas inom 2 timmar efter förlossningen.**
- **Urintappa eller ta upp patienten att kissa efter sutureringar som tagit längre tid än 45 minuter.**
- **Många patienter föredrar att kissa i duschen efter förlossningen då det svider mindre och det är lättare att slappna av. Om patienten inte vill eller kan kissa i duschen bör hon sätta sig på toaletten och försöka kissa.**
- Lugn och ro vid toalettbesök. Viktigt att sitta så man når ner med fötterna, stadigt i golvet, luta sig framåt med armbågarna på knäna och invänta tömningsreflexen.
- Vid svårighet att kissa så kan patienten ställa sig upp och trampa en stund på stället och sitta ned och försöka kissa igen (dubbel-tömning).
- **Akupunktur kan sättas för att främja blåstömning. Detta får dock inte fördröja kontroller.**
- Tidig mobilisering främjar blåstömningen.
- Patienten ska inte uppmanas att öka vätskeintaget om hon inte kan kissa, utan dricka och äta som vanligt.
- Om patienten har ont av en bristning, ge korrekt smärtlindring (gel och analgetika). Patienten kan prova att spola underlivet med handdusch i samband med blåstömning. Hon kan även prova att kissa i duschen. Isbinda om vävnaderna är ödematösa.

Handläggning

- Dokumentera noggrant data om blåstömning, tid och mängd. På förlossningen dokumenteras i partogramet **under förlossningen.** **Efter partus dokumentera i efterskötningen och/eller i fritext,** på BB dokumenteras i OBS-listan. Rapportera över från förlossningen till BB. Dessutom i fritext om avvikande.
- **Bladderscan kan användas för att identifiera residualurin.**
- **Om patienten inte kunnat kissa på förlossningen ska "texashatt" användas.**

Vid tecken på urinretention eller om patienten inte kan kissa inom 2 timmar efter förlossningen ska urintappning genomföras. Om miss-

tanke om liten urinmängd kan en kontroll med bladderscan dock föregå urintappningen.

Residualurin-volym	Åtgärd bladderscan	Åtgärd tappad urin
< 300 ml	Nytt försök att kissa inom 1–3 timmar.	Ingen åtgärd (förutsatt att patienten har kissat mer än vad som finns kvar i blåsan. I de fall resurinmängden är större är mikterad urinmängd: nytt miktionsförsök inom 1–3 timmar med efterföljande kontroll av resurin.
300–499 ml	Urintappa	Nytt miktionsförsök inom 1–3 timmar med efterföljande kontroll av resurin.
500–1000 ml	Urintappa	Nytt miktionsförsök inom 1(–3) timmar med efterföljande kontroll av resurin. Om fortsatt 500–1000 ml sätt öppen KAD 3 dagar.
> 1000 ml	Sätt KAD enligt steril metod	Sätt KAD enligt steril metod. Öppen KAD i 7(–28) dagar. Bedöms individuellt efter kontakt med läkare alternativt uroterapeut. Patienten ska få en tid till BB-mottagningen för att följas upp (måndag eller torsdag). Om ej fungerar med att avveckla KAD – kontakta uroterapeut, ring gärna direkt, telefon 313 95. RIK (ren intermitterad kateterisering) kan övervägas. Komplicerande faktorer som kan föranleda förlängd tid med KAD är exempelvis tidigare blåstömningssvårigheter, att patienten inte känt sig kissnödig trots stor mängd i blåsan eller ovanligt stor mängd resurin.

Vid upprepat behov av KAD

- Om avveckling inte lyckas bör tiden med KAD förlängas.
 - Om patienten haft KAD 3 dagar bör nästa KAD-sättning vara minst 7 dagar.
 - Om patienten vid första tillfället haft KAD > 3 dagar bör nästa KAD-sättning sannolikt vara minst 14 dagar.
 - BB-läkare kan gärna rådgöra med uroterapeut eller urogynekolog i dessa fall för att undvika långvariga besvär för patienten.

- Inför återinsättning, värdefullt att stämma av patientens vätskeintag, normalt mellan 1,5–2,5 liter per dygn. Kan behövas mer vid riklig amning. Bör styras av törsten.

Vid avveckling av KAD

I samband med första avveckling av KAD som suttit kort tid, 3–7 dagar, kan sannolikt ovan gränser avseende resurin i tabellen vara aktuella. Det vill säga om < 300 ml och mikterad mängd är större än resurin, kan KAD avvecklas. Patienten bör få information att söka sin vårdcentral om hon senare får svårt att kissa eller känna om det är tomt.

Om försök att avveckla KAD görs för andra gången eller om KAD suttit > 7 dagar bör gränserna rimligen vara mer stränga då detta i sig är indikator på ett förlopp skiljt ifrån det normala. Här föreslås att uroterapeut som avvecklar KAD i dessa fall planerar för att lära patienten RIK om resurin är > 150 ml och sedan följer upp med patienten. Om resurin 100–150 ml kan kontroll av resurin inom 7 dagar utföras.

Individuell bedömning bör alltid appliceras och om det exempelvis kan vara svårt för patienten att kontakta vården eller förstå instruktioner, kan ytterligare planerad uppföljning vara indicerad alternativt om det finns komplicerande medicinska faktorer som ökar risken för patienten att få resurin.

Referenser

Bergum D, Lonnée H, Hakli TF. Oxytocin infusion: acute hyponatraemia, seizures and coma. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53:826-7.

Christer,C & Anckers, L. (2014). Akupunktur och TENS inom obstetrik. 2:2 uppl., Studentlitteratur.

Glavind K, Björk J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int Urogynecol J* 2003;14:119-21.

Muellner SR. Physiological bladder changes during pregnancy and the puerperium. *J Urology* 1939;41:691-5.

Saultz JW, Toffler WL, Shackles JY. Postpartum urinary retention. *J Am Board Fam Pract* 1991;4:341-4.

Zaki MM, Pandit M, Jackson S. National survey for intrapartum and postpartum bladder care: assessing the need for guidelines. *BJOG* 2004;111:874-6.

Arbetsgrupp

Cecilia Evertsson, Hanna Bergqvist, Åse Frisk, Jeanette Ring och
Marinko Maric.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Åse Frisk, (asefr2), Överläkare

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Processchef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-287

Version: 12.0

Giltig från: 2024-06-26

Giltig till: 2026-06-30