#  **Blåsövervakning** (Reviderad 201120)

**Denna text gäller vuxna. För barn kan specifika riktlinjer finnas.**

Urinretention innebär att man inte kan tömma blåsan. Överfylld blåsa innebär en blåsvolym >400 ml. Överfylld blåsa kan medföra kvarstående skada om den inte åtgärdas inom 1–2 timmar.

Bedömning och åtgärd vid risk för urinretention

|  |
| --- |
| Observera – innan mätning ska patienten ges tillfälle att tömma blåsan om möjligt sittande eller stående i ostörd miljö. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Situation** | **Åtgärd** |
| **Allmän risk** | * Tecken på avflödeshinder eller tidigare blåstömningsbesvär som kan påverka urinering
* Kognitiv svikt (med eller utan förvirring)
* Immobilisering (framförallt vid sängläge)
* Drog- och alkoholpåverkan (framförallt vid medvetslöshet)
* Diabetes mellitus, även nydebuterad
* Akut buksjukdom, inklusive förstoppning
* Neurologisk sjukdom, inklusive TIA (Transitorisk Ischemisk Attack) och stroke
* Läkemedel som påverkar urinblåsan, till exempel opiater och antikolinergika
* Kronisk smärta
* Ålder över 75 år
 | Ultraljudskontroll med blåsscanner efter miktion:* Om residualurin <200 ml och besvärsfrihet, ingen ytterligare kontroll
* Om residualurin> 200 ml, övergå till hög risk
 |
| **Hög risk** | * Residualurin >200 ml (uppmätt vid första blåsscanningen)
* Trauma, svår smärta, immobilisering
* Hinder i urinrör, urinblåsa eller prostata (till exempel tumör).
* Medvetandesänkning, medvetslös
* Parenteral vätska i stora doser alternativt diuretika i hög dos
* EDA – smärtlindrande läkemedel i epiduralkateter
* Avslutad KAD-behandling
* Pareser
* Förlossning (lokala instruktioner bör följas på grund av risk för felkällor vid blåsscanning).
 | Kontroll av blåstömning enligt schema (se Schema för kontroll av blåstömning). Hög risk avslutas när blåsscanning visar <200 ml vid två efterföljande mätningar. |
| **Operation** | Ultraljudskontroll med blåsscanner rekommenderas inför en operation | Lokala instruktioner |

Observera – innan mätning ska patienten ges tillfälle att tömma blåsan om möjligt sittande eller stående i ostörd miljö.

**Schema för kontroll av blåstömning, med blåsscanner**

* + Tidsintervallet gäller enbart för patienter som inte besväras av urinträningar

|  |  |
| --- | --- |
| **Residualurin** | **Kontroll** |
| 100 – 150 ml | Ny kontroll efter 3 timmar |
| 150 – 300 ml | Ny kontroll efter 2 timmar |
| 300 – 400 ml | Ny kontroll efter 1 timme. Vidta åtgärder för att stimulera blåstömning |
| >500 ml | Urintömning med hjälp av kateter |

Vid residualurinvolym >500 mL bör intermittent kateterisering övervägas i första hand. Därefter ställningstagande till [KAD](https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/kateterisering-av-urinblasa/oversikt/) eller [suprapubiskateter](https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/kateterisering-av-urinblasa/suprapubisk/).

## Allmänt

Vid övertänjning av urinblåsan förlorar de muskelfibrer som urinblåsan består av sin förmåga att dra ihop sig, detta leder till att urinblåsan inte kan tömma sig. Blåsmuskelskadan kan bli bestående redan vid 500ml. Om övertänjningen är mycket uttalad, urinvolym över 1500 ml, eller om den pågår under en längre tid blir skadan nästan alltid bestående. Patienter kan av olika anledningar ha svårt att själva känna när det är kissnödiga och behöver därför sjukvårdspersonalens hjälp med blåsövervakning.



**Blåsövervakning i samband med operation**

Patienter som genomgår operation har en ökad risk för blåsöverfyllnad och urinretention. Smärta, stress och

sängläge försvårar urintömningen och många patienter har stora blåsvolymer redan innan operationsstart. För att förebygga överfyllnad av urinblåsan bör alla patienter blåsövervakas i samband med operation. Risk för postoperativ urinretention föreligger hos alla patienter oavsett ålder men vid vissa ingrepp är risken högre

**Inför operation**

Patienten ska tömma urinblåsan **på vårdavdelningen** så nära transport till operationsavdelning som möjligt.Blåsscanning ska göras före anestesistart:

* om blåsvolymen överstiger 200 ml bör patienten tömma blåsan och åter blåsscannas
* om blåsvolymen därefter överstiger 200 ml sätts en kvarkateter (KAD) efter läkarordination
* Behandlingstiden bör inte överstiga 24 timmar

Om patienten bedöms ha hög risk för urinretention bör KAD sättas, lämpligen efter det att anestesin inletts.

KAD-behandling ska alltid ordineras av läkare. Suprapubisk kateter är ett fullvärdigt alternativ till uretrakateter.

**Hög risk för urinretention i samband med operation:**

* Residualurin >200 ml vid den preoperativa blåsscanningen.
* Långa operationer - mer än 3 timmar från preoperativ blåstömning till ingreppets avslutande.
* Ingrepp i bäckenet.
* Höft- och lårbensoperationer.
* Ingrepp i spinalanestesi med upprepad tillförsel av bedövningsmedel.
* Ingrepp i epiduralanestesi.

**Under operation**

Om operationstiden blir oväntat lång bör blåsscanning göras när högst 3 timmar har gått sedan den preoperativa

blåsscanningen. Tänk på möjligheten att använda sterilt ultraljudsskydd.

**På vårdavdelning - utan KAD**

Blåsscanning ska göras vid patientens ankomst till vårdavdelningen och blåsscanning upprepas

**varannan timme** tills blåstömning skett.

När patienten själv tömt blåsan ska kontrollscanning ske:

* om blåsvolymen understiger 200 ml avslutas blåsövervakning
* om blåsvolymen överstiger 200 ml sker fortsatt blåsövervakning

Om patienten inte själv kan tömma blåsan ska blåstappning ske när blåsvolymen överstiger 500 ml

**Blåsövervakning vid KAD**

* Katetertid längre än 1 dygn efter operation bör undvikas
* Mobiliserad smärtfri patient kan i regel bli av med katetern operationsdagens eftermiddag
* För övriga patienter dras katetern klockan 06 dagen efter operation
* Om KAD-behandlingen behöver pågå längre än 24 timmar ska daglig utvärdering av behandlingsbehovet utföras. Behandlingstid ska ordineras av läkare

Efter borttagning av KAD ska blåsan kontrolleras enligt instruktioner i texten ***Bedömning och åtgärd vid risk för urinretention.***