Vergleichende Untersuchung über die Notwendigkeit des Blasenkatheterismus sub partu und im Wochenbett

U.		Baumann
J.		Schmid
G.		Bass

Aus der **Universitäts-Frauenklinik** Zürich (Dir.: Prof. Dr. E. Held)

Adresse der Autoren: Dr. U. Baumann, Dr. J. Schmid und Dr. G. Bass, **Uníversitäts-Frauenklinik, CH-8006 Zürich (Schweiz)**

Es darf als erwiesen gelten, dass der im Wochenbett frisch auf-tretende Harnwegsinfekt fast ausschliesslich eine Folge des Blasenkatheterismus sub partu darstellt.

Die Angaben über die Häufigkeit der Bakteriurie im Wochenbett stimmen mit 20-30 % im Schrifttum weitgehend überein. Wir konn-ten in einer eigenen Untersuchung diese Infektionsfrequenz bestäti-gen.

Es handelt sich somit um einen iatrogenen Infekt, der sich am einfachsten dadurch vermeiden lässt, dass man sub partu und im Wochenbett möglichst selten katheterisiert.

Wir haben uns bei der vorliegenden Untersuchung die Frage ge-stellt, wie weit man in der Vermeidung des Katheters in der Geburts-hilfe gehen kann.

Versuchsanordnung

Nach dem Zeitpunkt des Klinikeintrittes wurden 1156 Patientinnen alternierend in 2 Gruppen eingeteilt. Gruppe A wurde nach der bis heute üblichen Routine katheterisiert bei der Aufnahme, in der Placentarperiode, evtl. vor der Verlegung auf die Wochenbettstation, vor Eingriffen, bei Urinretention sub partu oder im Wochenbett. Gruppe B wurde möglichst selten katheterisiert, wobei selbst ausge-prägte Retentionen sowohl sub partu wie im Wochenbett in Kauf genommen wurden.

Ergebnisse

In Gruppe B mit möglichster Vermeidung des Katheters stellte sich in 30 % der Fälle das Problem der Blasenentleerung sub partu über-haupt nicht, 62 % der Patientinnen konnten sub partu spontan urinie-ren und nur 8 % lösten trotz voller Blase nicht spontan Wasser. Diese Retention wurde häufig in Kauf genommen, nur ausnahmsweise durch Katheterismus beseitigt. Gesamthaft wurden in Gruppe B 22 (4%) Patientinnen sub partu katheterisiert, meist vor Forceps, immer vor Sectio caesarea.

Es stellt sich nun natürlich die Frage nach dem Geburtsverlauf, nachdem wir ja gelernt hatten, dass eine volle Blase sich als «Wehen-bremse» auswirke und auch die Blutungstendenz in der Placentar-

188

Baumann, Schmid, Bass

periode erhöhe. Wir konnten solche Zusammenhänge – mit einer Ausnahme – nicht bestätigen. So besteht keine statistisch signifikante Differenz zwischen beiden Gruppen in der Häufigkeit folgender Geburtsstörungen: Sekundäre Wehenschwäche, Forceps- oder Vakuumentbindung aus kindlicher Indikation, Sectio caesarea aus kindlicher Indikation, Febrís sub partu, Störungen der

kindlichen Herztöne, Zustand des Kindes bei der Geburt, Exítus des Kindes sub partu bis zum 7. Tag, Dauer der Er-öffnungsperiode bei den I-Parae, und Dauer der Eröffnungs- und Austreibungsperiode bei den Multí-Parae. Lediglich die lang dauernde Austreibungsperiode bei den I-Parae ist bei Gruppe B häufiger (22 Fälle) als bei Gruppe A (11 Fälle) und mit $P < 5\%$ statistisch signifikant.

In der Placentarperiode ist zwischen den beiden Gruppen kein Unterschied festzustellen in bezug auf Blutungsmenge und Anzahl der notwendigen Eingriffe, obwohl in Gruppe B keine einzige Patientin nach Geburt des Kindes katheterisiert wurde.

Im Wochenbett wurden lediglich 19 (3,5 %) Fälle der Gruppe B wegen primärer Ischurie katheterisiert, weiterhin 7 Fälle wegen sekundärer Retention und 2 Fälle aus anderen Gründen, so dass in dieser Gruppe gesamthaft weniger als 10 % aller Patientinnen während ihres Aufenthaltes auf der geburtshilflichen Abteilung mit dem Katheter berührt wurden.

Irgendeine nachteilige Auswirkung des expektativen Vorgehens in bezug auf die Blasenentleerung im Wochenbett haben wir nicht beobachtet, insbesondere auch keine atonischen Nachblutungen. Das späte Auftreten der Spontanmiktions im Wochenbett (in über 95 % der Fälle innerhalb 24 Stunden p. p.) ist durch die graviditäts- und geburtsbedingten Veränderungen der Blase hinreichend erklärt und stellt im allgemeinen keine Veranlassung für einen Katheterismus dar.

Wir haben auch sub partu den oft gefürchteten Einfluss der vollen Blase auf die Uterusfunktion im klinischen Versuch nicht bestätigt gefunden und zweifeln auf Grund unserer Beobachtungen an der Annahme, dass die volle Blase sich als «Wehenbremse» auswirke. Damit wird auch der Katheterismus zur Blasenentleerung bei Miktionsunmöglichkeit sub partu fragwürdig und sollte im Interesse der Infektophylaxe nicht mehr vorgenommen werden.