

Der Kranke mit Urininkontinenz : medizinische Grundlagen für Behandlung und Pflege

Autor(en): **Isenschmid, H.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Das Schweizerische Rote Kreuz**

Band (Jahr): **78 (1969)**

Heft 7

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-974378>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Der Kranke mit Urininkontinenz

Medizinische Grundlagen für Behandlung und Pflege

Dr. med. H. Isenschmid



Die Möglichkeit des gesunden erwachsenen Menschen, den Zeitpunkt der Blasenentleerung innerhalb gewisser Grenzen selbst zu bestimmen, ist so selbstverständlich, dass sie ohne besondere Beachtung hingenommen wird. Erst beim Verlust dieser Fähigkeit wird der Mensch inne, wie sehr sie mit seinem Selbstgefühl und seiner Selbständigkeit verknüpft ist und in welchem Masse die Inkontinenz das Zusammenleben stört. Urininkontinenz muss aber auch in ihren Beziehungen zu gefürchteten Komplikationen in Behandlung und Pflege von Alters- und Chronischkranken gesehen werden; ich denke insbesondere an Dekubitus und Infektion der Harnwege. Wer heute, im Zeitalter der sogenannten Ueberalterung der Bevölkerung, im Pflegeberuf steht, braucht nicht mehr auf die Wichtigkeit dieser Probleme hingewiesen zu werden — er erlebt sie jeden Tag.

Bau und Funktion der gesunden Harnblase

Die Harnblase ist ein musculo-membranöses Hohlorgan, welches als Reservoir für den Urin dient. Sie liegt hinter dem Schambein im kleinen Becken und steigt bei starker Füllung bis auf Nabelhöhe. Sie hat beim Mann Beziehungen zum Mastdarm und zur Prostata, bei der Frau zur Gebärmutter und zur Scheide. Die normale Blasenkapazität kann von 150 bis 500 cm³ variieren. Bei starker Füllung kann die Blase mehr als 1 Liter Flüssigkeit enthalten. Bei der Spülung einer normalen Blase wird die glatte Muskulatur bei Verwendung von mehr als 120 cm³ zur Kontraktion angeregt. Die äussere Oberfläche der Blase ist vom Bauchfell umgeben; dieses ist leicht verschieblich und passt sich dem Füllungsgrad an. Gegen innen folgt eine Schicht glatter Muskulatur (Musculus detrusor ve-

sicae), welche die Blase entleert. Zuinnerst kommt die Schleimhaut in Form des Uebergangsepithels, welches sich durch Dehnung beziehungsweise Zusammenschiebung seiner Zellen dem Füllungsgrad anpasst. Die Blasen-schleimhaut bildet zusammenhängende Falten.

Der Abfluss des Harns wird durch zwei Schliessmuskeln gehemmt. Es handelt sich um den oberen, aus glatter Muskulatur bestehenden Sphinkter am Blasenhal, welcher reflektorisch arbeitet; ferner um den unteren, quergestreiften und willkürlich innervierten Sphinkter im Bereiche des Beckenbodens. Beim Mann liegt zwischen beiden Sphinktern die Prostata.

Die Blasenwandmuskulatur und der obere Sphinkter sind vom autonomen Nervensystem versorgt. Der Sympathikus lässt die Blasenwandmuskulatur erschlaffen und den Sphinkter sich zusammenziehen; die Blase füllt sich. Unter dem Einfluss des Parasympathikus entleert sich die Blase durch Kontraktion der Wandmuskulatur und Erschlaffung des Sphinkters. Mit Hilfe des willkürlich innervierten unteren Sphinkters können wir der Entleerung entgegenwirken. Bekanntlich wirken bewusste und unbewusste seelische Faktoren auch auf den Tonus des vegetativen Nervensystems und beeinflussen auf diesem Wege auch den oberen Sphinkter und die Blasenwandmuskulatur.

Die Störungen der Blasenentleerung

Ihre Ursachen sind sehr verschiedenartig. Wir unterscheiden örtliche, neurologische, hormonale, kreislaufmässige und psychische Ursachen. Nicht selten sind mehrere Ursachen am Zustandekommen einer Entleerungsstörung beteiligt. Der Einfachheit halber wollen wir aber die verschiedenen Ursachengruppen einzeln besprechen. Ferner wollen wir, unserem Titel gemäss, den reinen Harnverhaltungen keine Beachtung schenken.

a) Oertliche Ursachen

Jede akute Entzündung, welche die Blasenwand isoliert oder im Zusammenhang mit anderen Abschnitten des Harnsystems befällt, verursacht eine Reizung aller an der Blasenentleerung beteiligten Organe und führt zum Bild der Dysurie (häufige Entleerung kleiner Urinportionen, krampfartige Schmerzen, Harndrang trotz leerer Blase). Die chronische Blasenentzündung geht zwar oft ohne wesentliche Beschwerden einher, nicht selten finden sich aber doch leichte Störungen, etwa im Sinne der sogenannten imperativen Inkontinenz (ungenügende Warnungszeit vor der unbedingt nötigen Entleerung). Manch-

mal ist die Reizschwelle zur Blasenentleerung einfach herabgesetzt, und es wird oft uriniert. Diese Vorstufen zur Inkontinenz sollen durch die Krankenschwester beachtet und dem Arzt gemeldet werden, weil dadurch unter Umständen ein ernstes Leiden aufgedeckt und sein Fortschreiten verhindert werden kann. Gelegentlich entwickelt sich die chronische Blasenentzündung bis zum Krankheitsbild der Schrumpfblase mit minimaler Kapazität. Dabei ist die Blasenwand derart geschädigt, dass sie ihre Elastizität und ihre Fähigkeit, sich dem Inhalt in gewissen Grenzen anzupassen, verloren hat.

Es braucht kaum besonders erwähnt zu werden, dass Blasensteine, Blasendivertikel und Blasenkarzinom ähnliche Entleerungsstörungen hervorrufen können. Häufig ist gleichzeitig eine Entzündung vorhanden, was das Leiden verschlimmert.

Zu den örtlichen Störungen müssen auch Scheiden- und Gebärmutter-senkung gerechnet werden, welche die unteren Blasenabschnitte und die Harnröhre in Form und Verlauf derart beeinträchtigen können, dass Inkontinenzerscheinungen die Folge sind.

Eine besondere Form von Inkontinenz rufen nicht selten Stenosen der Harnröhre, insbesondere die Prostatavergrößerung, hervor. Wird der Urinabfluss zunehmend gedrosselt, kann sich schliesslich das Bild der Ueberlaufblase zeigen. Die Blase ist dann überfüllt und entleert sich unter dem Zwang des übergrossen Druckes unkontrolliert und in kleinen Portionen. Es handelt sich also um eine Kombination von Harnverhaltung und Inkontinenz. Eine falsche Deutung dieses Zustandes kann Arzt und Pflegerin zu verhängnisvollen falschen Massnahmen verleiten.

b) Neurologische Ursachen

Durch Störungen des Nervensystems wird, ganz allgemein gesagt, der hemmende oder fördernde Einfluss übergeordneter Nervenzentren auf die Blasenentleerung ausgeschaltet, sei es, weil die Zentren selbst zerstört oder weil die Verbindungsbahnen unterbrochen sind. Als häufigste Störungen kommen Hirnarteriosklerose, Hirnschlag, senile Hirnatrophie, multiple Sklerose und Querschnittsläsion in Frage. Neben Inkontinenzerscheinungen kommt auch Harnverhaltung vor, ganz besonders nach plötzlich eintretenden neurologischen Störungen, wie Apoplexien oder Querschnittsläsionen. Da die Blasenwand selbst und auch die peripher gelegenen Ganglienzellen und Nervenbahnen bei sehr vielen der in Frage kommenden Krankheitsbilder intakt bleiben, stellt sich nicht selten nach einer gestörten Uebergangszeit ein neuer Reflexauto-

matismus der Blasenentleerung ein, den es mit allen Mitteln zu fördern gilt. Er hilft oftmals, einen neurologisch geschädigten Patienten vor den schweren Auswirkungen der Inkontinenz zu bewahren.

c) Hormonale und kreislaufbedingte Störungen

Im Vergleich mit den übrigen sind diese Ursachen von untergeordneter Bedeutung. Immerhin muss erwähnt werden, dass Frauen in den Wechseljahren gelegentlich unter leichten Inkontinenzerscheinungen leiden, ohne dass andere Ursachen gefunden werden könnten. Unter einer sachgemässen Hormonbehandlung gehen sie zurück. Herzranke leiden häufig unter Nykturie, das heisst nachts verstärkter Flüssigkeitsausscheidung im Vergleich zum Tage. Dies führt manchmal zu nächtlicher Inkontinenz. Medikamentös beeinflusste Ausscheidung kann mit den modernen Diuretika so stark sein, dass sie zu ungeordneter Blasenentleerung Anlass gibt. Solche Mittel sind deshalb so zu dosieren, dass die maximale Ausschwemmung tagsüber und bei Vorhandensein genügender Hilfe für den Patienten zustande kommt.

d) Psychische Ursachen

Wir kennen alle aus eigenem Erleben die grosse Rolle, welche der Ablenkung und der Stimmung bei der Blasenentleerung zukommt. Sind wir an einer befriedigenden Arbeit oder feiern wir gar ein Fest, vergessen wir unsere Blase, bis uns plötzlich eine überstarke Spannung bewusst wird, die uns zum raschen Austreten zwingt. Passivität und depressive Stimmung fördern Inkontinenzerscheinungen, Aktivität und gute Laune hemmen sie. Nicht ohne Grund ist das Bett nässen von Kindern über vier Jahren sehr häufig ein psychosomatisches Symptom, und zwar am ehesten Ausdruck einer depressiven Verstimmung. Das Kind kann ihr nicht anders als durch seine «weinende Blase» Geltung verschaffen.

Behandlung und Pflege

Urininkontinenz ist immer nur Symptom eines Grundleidens, und zwar aus verschiedenen Gründen ein alarmierendes Symptom, weist es doch oftmals hin auf ein behandlungsbedürftiges Grundleiden, wofür die Inkontinenz das erste und einzige Anzeichen ist. Alarmierend ist es aber auch deshalb, weil schwerwiegende Komplikationen körperlicher und psychischer Art aus diesem Symptom hervorgehen können. Ich denke an die für

Alters- und Chronischkranke so katastrophale Beeinträchtigung des Selbstgefühls; aber auch an die Dekubitusgefahr und die, falls nicht schon vorbestehende, so doch immer drohende Harnwegsinfektion. Diese drei Komplikationen können das labile Gleichgewicht eines Chronischkranken tiefgreifend stören und schliesslich zum schlimmsten Ende führen. Gute Krankenbeobachtung, Ernstnehmen auch der kleinen Vorstufen der Inkontinenz und Meldung an den Arzt sind wichtige Voraussetzungen für sachgemässe Abklärung und Behandlung. Behandlung der Inkontinenz heisst, wenn immer möglich, Behandlung des zugrundeliegenden Leidens. Oft ist dies nicht möglich, und man muss sich mit der Verhütung von Komplikationen begnügen.

Entzündungen sind heute sehr oft zu beseitigen, wenn dazu auch ein grosser Aufwand und viel Geduld von seiten des Patienten, der Schwester und des Arztes nötig sind. Zugrundeliegende Abflussstörungen und gynäkologische Leiden müssen selbstverständlich chirurgisch behandelt werden. Die meisten neurologischen Leiden sind hingegen schwer zu beeinflussen. Hier besonders können sich Kenntnisse, Phantasie und Ausdauer von Schwester und Arzt bewähren. Man soll sich nicht mit dem bequemen, aber folgenschweren Hilfsmittel des Dauerkatheters begnügen, sondern soll diesen für diejenigen Fälle aufsparen, bei welchen alle andern Möglichkeiten versagt haben. In erster Linie ist durch regelmässiges, geduldiges Aufnehmen des Patienten ein regelmässiger Entleerungsrhythmus der Blase anzustreben. Insbesondere die neurologisch gestörte Blase besitzt ja in der Regel noch eine natürliche Automatik, die ausgenutzt und gefördert werden kann. Durch spasmolytisch wirkende Medikamente gelingt es manchmal, die Frequenz der Blasenentleerung herabzusetzen. In gewissen Fällen können mit der Tidal-Drainage ein regelmässiger Rhythmus und eine grössere Blasenkapazität erreicht werden. Bei dieser Blasendrainage wird ein einfaches Röhrensystem mit Hebervorrichtung an den Dauerkatheter angeschlossen. Durch Heberwirkung wird die Blase entleert, sobald ein gewisser Druck im System erreicht ist. Der zur Entleerung notwendige Druck kann geregelt, also zum Beispiel langsam gesteigert werden.

Je nach dem Mobilitätsgrad und der Fähigkeit des Patienten, an den Massnahmen aktiv teilzunehmen oder sie doch zu verstehen, müssen andere Möglichkeiten gesucht werden, um Dekubitalgeschwüren und depressiven Verstimmungen vorzubeugen. Die Technik liefert uns heute zahlreiche Hilfsmittel: saugfähige Unterlagen, Gummibettpfannen, Bodenringe, Morpheusbetten, isolierende

Windeln für Erwachsene, Plastic-Hosen, Hautschutzmittel und anderes mehr. Hier und da verwenden wir bei Männern immer noch mit Erfolg das altbewährte Urinal. Ist der Katheter wegen Harnverhaltung oder zu Spülungszwecken nicht zu umgehen, lässt sich die Infektion eher durch zweimal tägliches Katheterisieren als durch Verwendung des Dauerkatheters vermeiden. Die Verwendung des Dauerkatheters ist trotz aller Vorsicht praktisch doch immer gleichbedeutend mit einem chronischen Infekt. Lässt sich der Dauerkatheter nicht umgehen, sollen möglichst dünne Exemplare verwendet und an ein geschlossenes steriles System angeschlossen werden. Aseptisches Arbeiten beim Dauerkatheterwechsel und bei der BlasenSpülung sollte selbstverständlich sein. Zur Vermeidung der Schrumpfblase soll auch im geschlossenen System der Urin nie kontinuierlich abfliessen; der Abfluss muss durch Abklemmen immer wieder für eine bis mehrere Stunden unterbrochen werden. Dies wird durch Spasmolytika und durch örtlich einwirkende urologische Lokalanästhetika erleichtert. Die Häufigkeit von Katheterwechsel und BlasenSpülung hat sich nach dem Urinbefund und nach eventueller Konkrementbildung zu richten. Mehr als einmaliges Spülen pro Woche bei makroskopisch klarem Urin ist ebenso falsch wie zu seltenes Spülen bei starker Infektion oder Konkrementbildung. Derselbe Dauerkatheter sollte nicht länger als zwei Wochen liegenbleiben. Bei den meisten Dauerkatheterträgern wird mit Vorteil ein leichtes Harndesinfiziens langfristig verabreicht. Antibiotika sind für schwere entzündliche Schübe zu reservieren.

Viele Formen der Inkontinenz sind durch seelische Faktoren verursacht oder doch mitbeeinflusst. Jedem, der sich mit Chronischkranken befasst, ist die Tatsache bekannt, dass Inkontinenzerscheinungen viel eher beim Bettlägerigen auftreten als bei demjenigen, der nicht ans Bett gebunden ist. Psychomotorische Aktivität hemmt die Blasenentleerung. Aus diesem Grunde ist die aktivierende Pflege, welche vom Chronischkranken ein Maximum an Selbständigkeit erwartet und ihm bei der Erlangung dieser Selbständigkeit hilft, eines der besten Mittel gegen die häufige mitbedingte Inkontinenz. Ablenkung, freudvolle Tätigkeit, zum Beispiel im Rahmen der Beschäftigungstherapie, bekämpfen die depressiven Verstimmungen und damit auch die begleitende Inkontinenz. Vorwürfe an den inkontinenten Patienten sind sicher immer fehl am Platz. Sie versetzen ihn in eine schädliche Erwartungsangst und lenken seine Aufmerksamkeit auf die Blase, was den Reizzustand nur verstärkt. Liebevolle überlegte Strenge kann hier und da angezeigt

Aus unserer Arbeit

sein, wenn Arzt oder Krankenschwester den Patienten sehr genau kennen und wenn sie die Gewissheit haben, dass er sauber bleiben kann, wenn er will.

Behandlung und Pflege inkontinenter Kranker sind mühsam, verlangen Kenntnisse, Geduld und Einfühlungsvermögen. Ueber Erfolg oder Misserfolg unserer Bemühungen entscheidet nicht zuletzt das Vertrautsein mit Begriff und Praxis der aktivierenden Pflege Chronischkranker. Gelingt es uns, von unseren Patienten immer wieder soviel Selbständigkeit als möglich zu erwarten, ohne uns von Misserfolgen entmutigen zu lassen, wird sich unser Optimismus auf die Kranken übertragen und reichlich Früchte bringen.

RÜCKBLICK UND VORSCHAU

Nachrichten des Verbandes für Chronischkrankenpflege

Ende August hat die Konferenz der Sanitätsdirektoren zu dem neuen Namen für die Chronischkrankenpflege Stellung genommen und den vom Schweizerischen Roten Kreuz beantragten Vorschlag genehmigt. Die Angehörigen des Pflegezweiges mit eineinhalbjähriger Ausbildung heissen nunmehr Krankenpflegerin und Krankenpfleger mit Fähigkeitsausweis des Schweizerischen Roten Kreuzes (F.A.SRK). Als neuer Name für die Ausbildungsstätten wurde die Bezeichnung «Schulen für praktische Krankenpflege» angenommen.

Die Sektion Bern des Verbandes für Chronischkrankenpflege teilt uns mit, dass am 29. Oktober 1969 im Asyl Gottesgnad in Langnau eine «Orientierung über richtige Fusspflege» stattfindet. Referent ist Herr Widmer von der Firma Scholl in Basel. Anmeldungen sind zu richten an: Schwester Rosmarie Meier, Asyl Gottesgnad, 3550 Langnau, Telefon 035 2 11 21.

HEUMANN
Bronchial-Tee
Solubifix®

auf rein pflanzlicher Basis

im Nu zubereitet

bei Erkältung
Husten
Heiserkeit
Grippe

HEUMANN
Heilmittel

Mit Vitamin C zur Steigerung der Abwehrkräfte

HILFSAKTIONEN

Tibetische Flüchtlinge

Am 25. August um 6.15 Uhr brachte eine Swissair-Kursmaschine 23 tibetische Flüchtlinge aus Indien nach Zürich, wo sie von Betreuerinnen des Schweizerischen Roten Kreuzes und zum Teil von ihren in der Schweiz lebenden Verwandten willkommen geheissen wurden. Es sind Familienangehörige von in der Schweiz angesiedelten Tibetern. Die 13 Erwachsenen und 10 Kinder wurden anschliessend an ihre Bestimmungsorte geführt, nämlich 14 nach Turbenthal, 7 nach Rüti ZH, 1 nach Samedan und 1 nach Reitnau. Damit obliegt heute dem Schweizerischen Roten Kreuz die Sorge für 491 tibetische Flüchtlinge in der Schweiz.

Erholungsaufenthalt für tschechoslowakische Kinder

Am 27. August traten die nahezu 500 Knaben und Mädchen, die in Familien der deutschen, französischen und italienischen Schweiz einen dreimonatigen Ferienaufenthalt verbracht hatten, ihre Heimreise an. Freiwillige aus den Sektionen begleiteten die Kinder in die Tschechoslowakei zurück. Man kann sich vorstellen, welche minuziöse Vorbereitungen es brauchte, um die Kinderschar, die auf das Gebiet von 56 Sektionen und das Fürstentum Lichtenstein verteilt war, samt ihrem Gepäck jeweils rechtzeitig an die Bahn und in den richtigen Wagen zu bringen. Die Schweizerischen Bundesbahnen stellten insgesamt 12 Wagen für den Transport bereit. Die 33 Kinder aus dem Waadtland und dem Wallis wurden ab Brig mit Autocar nach Buchs gebracht. In der Grenzsammelstelle Buchs gab es für alle noch ein währschaftes Mittagessen, bevor der Schweizer Boden verlassen wurde. In der Zugskomposition befand sich auch der Küchenwagen des Schweizerischen Roten Kreuzes, der für Verpflegung während der langen Fahrt sorgte.

Noch vor dieser grossen Ausreise, am 22. August, trafen 50 kleine Asthmatiker aus der Tschechoslowakei in der Schweiz ein, die das Schweizerische Rote Kreuz zu einem Kuraufenthalt eingeladen hatte. Die Kinder waren von einem Schweizer Arzt und einer Fürsorgerin in Zusammenarbeit mit dem Tschechoslowakischen Roten Kreuz ausgewählt worden. Die 50 Knaben und Mädchen werden etwa vier Monate in Kinderheimen des Berner Oberlandes und Graubündens verbringen.

Biafra

Die chirurgische Equipe in Aboh ist Ende August abgelöst worden; Leiter des neuen, sechsköpfigen Teams ist Dr. Jürg Hegglin. Wie der zurückgekehrte frühere Equipenchef, Dr. Papa, berichtete, waren in den letzten drei Monaten mehr als 1000 Operationen vorgenommen worden. Das Spital ist immer noch stark belegt, obwohl die Front nun weiter südlich verläuft und die Regenzeit begonnen hat, welche die Kampfhandlungen behindert.