

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

Blaastraining

Vraag 40. Heeft blaastraining zin? In sommige ziekenhuizen bestaat de gewoonte om bij patiënten die langer dan een bepaalde tijd in hun urineblaas een verblijfcatheter kregen, deze niet zonder meer te verwijderen wanneer hij niet meer nodig wordt geacht. Men klemt dan deze catheter gedurende 1 à 2 dagen intermitterend af gedurende steeds langere perioden. Deze volkomen passieve, door vulling met urine verkregen blaasrekking wordt merkwaardigerwijze in het spraakgebruik „blaastraining” genoemd. Is deze handelwijze zinvol of betreft het hier een — bacteriologisch gezien — niet onbedenkelijke verpleegtechnische traditie, die als obsoleet mag worden beschouwd?

Antwoord. De in de vraag omschreven „blaastraining”, die in feite geen blaastraining is, kan over het algemeen als weinig zinvol en derhalve obsoleet worden beschouwd. Het periodiek afklemmen van een verblijfcatheter, alvorens deze te verwijderen, heeft slechts zin na een operatieve ingreep aan de blaas, waarbij de behandelend arts de sterkte van de blaasnaad wil onderzoeken. Ook zal in een enkel geval, als een catheter vele maanden in situ is geweest, de capaciteit van de blaas soms tijdelijk verminderd zijn. Indien zulks wordt vermoed is het intermitterend afklemmen van de catheter aan te bevelen om de capaciteit van de blaas te vergroten opdat na verwijderen van de catheter geen hinderlijk frequente mictie optreedt. In deze gevallen is er vrijwel altijd een urineweginfectie: een verblijfcatheter voorzien van een steriel gesloten opvangsysteem waarin een terugslagventiel is geplaatst, heeft reeds bij 47% der patiënten na 10 dagen een urineweginfectie tot gevolg. Naarmate de catheter langer in situ blijft neemt het percentage patiënten met urineweginfectie geleidelijk aan toe. Het afklemmen, door op de catheter die aan een steriel receptaculum is aangesloten een klem te plaatsen, verhoogt de infectiekans niet noemenswaardig, mits voor een goede diurese wordt gezorgd en de catheter niet langer dan 1 à 2 uur afgesloten blijft.

In het algemeen dient het intermitterend afklemmen van een verblijfcatheter, alvorens deze definitief te verwijderen, slechts op indicatie van de behandelend arts te geschieden en meestal kan het achterwege blijven.

INGEZONDEN

Heeft Roots-schoeisel zin?

Het antwoord op vraag 22 (1978) gaat wel in op het lopen met deze schoenen, maar zwijgt over het staan. Of schoenen prettig lopen moet inderdaad ieder maar zelf uitvinden (tegen een vrij stevige prijs), maar lopen is heel wat anders dan staan. Mijn chirurgische chef adviseerde vroeger leer-

ling-verpleegsters geen platte hak te gebruiken, omdat ze daardoor bij het vele staan door hun voet zouden zakken. Hij prefereerde een middelhoge hak.

Zo bezien zou de verlaagde hak in Roots-schoenen verkeerd zijn. Er moet nu toch langzamerhand een orthopedisch oordeel bestaan over de invloed van staan op dit soort schoenen en over de voor- en nadelen daarvan?

Literatuur: Vraag 22 (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 993.

Wassenaar, juli 1978

W. REUNIERSE

Naar aanleiding van het antwoord op vraag 22 (1978) zou ik willen opmerken dat de werkzaamheid van een verhoging van de schoenzool t.o.v. de hak in het de-lordoserende effect op de lumbale wervelkolom moet worden gezocht. Genoemde schoenaanpassing, waarbij men als het ware bergopwaarts loopt, wordt voor deze indicatie reeds sinds lang voorgeschreven als het oprichten van het bekken met andere maatregelen niet slaagt.

Literatuur: Vraag 22 (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 993.

Middelbeers, juli 1978

C. V. M. JURGENS

Mijns inziens is vraag 22 (1978) zeer juist. Het antwoord is correct, doch ik zou hier het volgende nog aan toe willen voegen. Aangezien ik in mijn praktijk als orthopedisch schoentechnicus, regelmatig de vraag gesteld krijg, „zijn schoenen met een negatieve hakhoogte werkelijk zo gezond als de reclame wil doen geloven?” ben ik toch voorzichtig geworden met de uitspraak zoals in het antwoord vermeld is: „Of het prettig is kan ieder voor zich uitmaken”. Uit ervaring is mij namelijk gebleken, dat er een groot aantal mensen met een te korte achillespees rondlopen, dus te weinig dorsale flexie. Als ik zeg te kort, dan bedoel ik ook die groep die amper aan 90° komt. Bij het dragen van schoenen met een hak van 2 à 3 cm hebben deze mensen hier totaal geen hinder van. Op blote voeten lopen gaat al moeilijker. Maar wat gebeurt er nu bij een negatieve hakhoogte? Dorsale flexie, dus behoorlijke afwikkeling wordt onmogelijk. Men loopt constant bergopwaarts, wat veel meer energie kost. Gevolg: tijdens de afwikkeling van de schrede zal op het moment dat de voorvoet dorsaal zou moeten buigen, een drukverhoging plaatsvinden onder de hoofdjes van de metatarsalia, waardoor spreiding van de voorvoet bevorderd zou kunnen worden. Vervolgens zal de trek aan de achillespees dusdanig worden versterkt, dat irritatie en krampen niet denkbeeldig zijn. Ook het bekken zal een onnatuurlijke kanteling ondergaan, waaruit rugklachten kunnen voortvloeien. Om aan deze moeilijke manier van lopen te ontkomen, zullen velen een ander looppatroon kiezen. De enige mogelijkheid is dan, met beide voeten sterk geabduceerd te lopen, met als gevolg: afwikkeling over de mediale kant, verhoogde belasting van het mediale voetgewelf, doorzakking hiervan en valgusstand van de voeten in het verschieft.

Ik vraag mij af of het wel verantwoord is dat men met de reclame van dit soort produkten, die beslist niet voor iedereen geschikt zijn, probeert te suggeren dat de hele medische wereld hierachter staat of er zelfs om gevraagd heeft. Nog gevaarlijker vind ik deze situatie nu ook reeds enkele