

Die 49-jährige Gerda Scheer litt seit ihrer Jugend unter Rückenschmerzen. Sie begleiteten sie durch ihr ganzes Leben, mal mehr mal weniger. Sie hatte so ziemlich alles schon versucht. In jungen Jahren war sie durchaus sportlich aktiv, ging auch wegen ihres Rückens eine Zeit lang regelmäßig schwimmen, weil ein Orthopäde ihr dazu geraten hatte. Es wurde damit tatsächlich besser, doch dann kamen Familie und Beruf und für sportliche Aktivitäten war keine Zeit mehr. Als die Schmerzen wieder einmal unerträglich waren, tauschte sie die Bettmatratze, was ihr eine gewisse Erleichterung gab. Bei einem anderen Orthopäden ließ sie sich gelegentlich einrenken, ein Hausarzt verschrieb ihr eine Weile Krankengymnastik, wieder ein anderer setzte ihr immer wieder Spritzen in den Rücken. Letztlich waren fast alle Maßnahmen zumindest für eine Weile wirksam, aber die Rückenschmerzen kamen immer wieder zurück. Beim Röntgen wurden schon vor einigen Jahren Verschleißerscheinungen festgestellt. Sie musste sich offenbar zu dem großen Teil der Bevölkerung mit chronischen Rückenschmerzen zählen und lernen, damit zu leben.

Früher hatte sie, wenn die Schmerzen zu stark wurden, Tramal-Tropfen genommen. In der Zwischenzeit halfen sie aber nicht mehr. Nun nahm sie Schmerzpflaster. Ein Orthopäde hatte ihr gesagt, sie seien sehr gut verträglich. Und außer ein wenig Übelkeit in den ersten beiden Tagen, hatte sie auch zunächst keinen Grund zum Klagen, vor allem weil diese Pflaster ihr die Schmerzen deutlich linderten. Manchmal waren sie sogar ganz weg.

Zu ihrer Hausärztin ging sie eigentlich nur wegen einer Verstopfung unter der sie bereits seit 5 Tagen litt. Außerdem hatte sie seit dem Vortage starke Bauchschmerzen. Obwohl sie Stuhldrang empfand, konnte sie jedoch auch bei stärkstem Pressen nur wenig steinharten Stuhl absetzen.



REFLEXION

Krankheitsentstehung. Die Frequenz der Verdauung ist von dreimal täglich bis dreimal wöchentlich normal. Hat ein Patient weniger als dreimal pro Woche Stuhlgang, spricht man von Verstopfung. Der Stuhl ist dann meistens hart und seine Entleerung schwierig, evtl. schmerzhaft. Die Ursachen für die Obstipation sind vielfältig, darunter z.B.

- funktionelle Darmstörungen mit der Kombination aus zu geringer Flüssigkeitszufuhr, zu wenig Ballaststoffen in der Nahrung und mangelnder körperlicher Bewegung.
- neurogene Störungen, wenn sie das enterische Nervensystem betreffen, wie etwa bei autonomer Neuropathie im Rahmen eines Diabetes oder bei der Hirschsprung-Krankheit (hier sind von Geburt an die Ganglien im Dickdarm nicht angelegt)
- medikamenteninduzierte Störung z.B. durch Antidepressiva, Codein, Opiate, Clonidin und auch Medikamente, die den Kaliumhaushalt beeinflussen.
- verschiedene Darmerkrankungen selbst das Obstipationsrisiko in sich, so z.B. Tumore, Stenosen, Entzündungen, Würmer, Fremdkörper, Gallensteine oder Missbildungen.

Viele andere Ursachen können zur Obstipation führen: Angst vor Schmerzen bei Anuserkrankungen, gewohnheitsmäßige Unterdrückung des Defäkationsimpulses aus unterschiedlichsten Gründen (wie z.B. dass der Zeitpunkt ungünstig oder eine Toilette nicht sauber ist), Ernährungsstellung, fieberhafte Erkrankungen, Schwangerschaft, Hypothyreose uvm. Weil der Stuhl bei Obstipation i.d.R. sehr hart ist und regelrechte Kotsteine entstehen, kommt es häufig zu Schmerzen bei der Defäkation. Die Angst vor diesen Schmerzen kann dann zu einer Unterdrückung des Stuhldrangs.

Wie kann geholfen werden? Die Behandlung richtet sich nach der Erkrankungursache. Eine funktionelle Obstipation kann initial sehr gut mit Laxantien behandelt werden. Es gibt oral osmotisch wirksame Substanzen, die das Wasser im Darm binden, damit es nicht resorbiert wird. Dadurch kommt es zu einer Art Spüleffekt des Darms. Wenn jedoch ein mechanisches Hindernis die Darmpassage verhindert, muss dieses meist zunächst, operativ, beseitigt werden.

Klistiere oder Zäpfchen sind nur bei harten Kotballen im Enddarm indiziert, weil sie gar nicht weiter im Darm heraufreichen, um ihre Wirkung zu entfalten. Wenn Kotballen auch nach unterstützenden Maßnahmen nicht ausgeschieden werden können, kommt die digitale Ausräumung des Enddarms in Betracht.

Was tut die Pflege bei Obstipation? In vielen Fällen ist eine falsche Vorstellung über die normale Stuhlfrequenz der Grund für das Abgleiten eines Patienten in den Teufelskreis von Laxantieneinsatz und Obstipation. In jedem Fall muss eine sorgfältige Stuhlkontrolle erfolgen, die folgende Punkte berücksichtigt:

- Stuhlfrequenz als Maßstab der Obstipation,
- Stuhlfarbe und –konsistenz mit Blick auf eine Organerkrankung,
- Befragung des Patienten, ob der Stuhlgang schwierig und/oder schmerzhaft war.

Bei funktionellen Störungen muss der Patient immer wieder auf die Bedeutung von Flüssigkeit, Ballaststoffen und körperlicher Bewegung für eine normale Verdauung hingewiesen werden. Eine Kolonmassage kann zur Obstipationsprophylaxe indiziert sein.

Die zugeführte Flüssigkeitsmenge von 2l täglich sollte nicht unterschritten werden. Eine Diätassistentin kann wichtige Aufklärungsarbeit im Hinblick auf eine ballaststoffreiche Ernährung leisten. Ebenso sollte sie der Patientin mitteilen, welche Nahrungsmittel stopfende Eigenschaften besitzen und zu meiden sind. Durch Führung eines Stuhlprotokolls kann die Patientin den Erfolg ihrer Maßnahmen genauer beurteilen (s. Abb. 8.3, S. 55). Nach Möglichkeit sollte für reichlich Bewegung gesorgt werden, da diese die Verdauung anregt und fördert. Die Patientin muss sich darüber im Klaren sein, dass Verdauung in einem weiten Rahmen normal sein kann, ohne dass direkt eine krankhafte Veränderung zu Grunde liegen muss.

Fall: Nach 3 Tagen in der Klinik konnte Gerda Scheer wieder entlassen werden. Anfänglich hatten die üblichen Maßnahmen mit Laxanzien keinen Erfolg gebracht. Es kam zur digitalen Ausräumung, bei der sie vor Schmerzen und auch vor Scham sehr weinen musste. Die Pflegenden bemühten sich, Frau Scheer den Eindruck zu vermitteln, dass es eine normale Behandlung ist und führten diese auch einfühlsam und rücksichtsvoll durch. Anschließend war Frau Scheer sehr erleichtert. Es ging ihr bald sehr viel besser.

Gemeinsam mit ihrer Hausärztin wollte sie später noch einmal eine ambulante Reha-Maßnahme versuchen, um durch gezieltes Muskeltraining doch die Schmerzmedikation reduzieren zu können. Die Empfehlungen zur Ernährung sowie den Hinweis auf die Kombination des Opiat-Pflasters mit einem fein dosierbaren Abführmittel nahm sie dankbar an. Dennoch war ihr alles so unangenehm, dass sie auch beim Verlassen der Station es kaum schaffte, den Pflegenden in die Augen zu schauen.