

Stuhlentleerung gewährleisten

Wieso werden erst nach 3 Tagen Maßnahmen ergriffen um die Stuhlentleerung des Patienten zu gewährleisten?

Beantwortet am 30.06.2010 von CNE.experte Monika Hohdorf

Laut den Kriterien nach Rom* liegt eine Obstipation erst dann vor, wenn (zusammen mit anderen Kriterien) über einen längeren Zeitraum zwei oder weniger Stuhlentleerungen pro Woche - stattfinden. Eine normale Defäkation muss nicht täglich stattfinden. Als normal gilt auch eine Stuhlentleerung alle 2-3 Tage, sofern sie regelmäßig und ohne Beschwerden stattfindet. Eine bislang regelmäßige Entleerung kann sich durch die Umstellung alltäglicher Gewohnheiten kurzfristig (veränderte Ernährung, reduziertes Trinken, weniger Bewegung,) verändern. Ein Krankenhausaufenthalt kann durchaus Auswirkungen auf eine zuvor regelmäßige Stuhlentleerung haben. Allerdings

kommt es nach drei Tagen zu einem zunehmenden Völlegefühl, die Stuhlentleerung wird durch Koteindickung erschwert und kann mit Schmerzen verbunden sein. Daher die Empfehlung nach längstens drei Tagen erste Abführmaßnahmen einzuleiten um einer zunehmenden Koteindickung verbunden mit Schmerzen beim Abführen entgegenzuwirken. *1988 wurden auf dem 13. Internationalen Kongress für Gastroenterologie die so genannten Rom-Kriterien für das Reizdarmsyndrom zusammengestellt, die mehrfach aktualisiert und überarbeitet wurden. Heute gelten die Rom-II Diagnosekriterien für das Reizdarmsyndrom.

Literatur:

- Müller-Lissner S. (2009) Obstipation Pathophysiologie, Diagnose und Therapie. Deutsches Ärzteblatt Vol. 106 (25), S.424-432.

Stuhlentleerung gewährleisten

Wir erleben zunehmend, dass ältere Patienten oder Bewohner mit chronischer Obstipation ins Krankenhaus eingewiesen werden. Gibt es neue Erkenntnisse wie hier präventiv pflegerisch gearbeitet werden kann- egal ob im Pflegeheim oder Krankenhaus.

Beantwortet am 24.08.2010 von CNE.experte Regina Schmeer

Die Prävention der chronischen Obstruktion richtet sich in erster Linie nach den Ursachen. Da diese vielfältig sein können, gilt es abzuklären, ob Organerkrankungen (z.B. Darmtumor), metabolische Störungen (z.B. Hypokaliämie) oder Medikamente (z.B. Opiate) vorliegen, die zuerst im Focus der Therapie stehen sollten. Zusätzlich sollte anhand der Kolontransitzeit geklärt werden, ob es eine Normal - Transit - Obstipation (mehr als 50% der Betroffenen), eine „Outlet“ Obstipation (durch Beckenbodenfunktionsstörungen, ca. 25%) oder eine Slow - Transit - Obstipation (gut 10%) vorliegt. Bei allen Betroffenen ist eine Aufklärung über „normale“ Stuhlfrequenzen wichtig, denn oftmals ist die subjektive Wahrnehmung unterschiedlich. Eine funktionelle Obstipation wurde auf einer Konsensuskonferenz in Rom definiert anhand folgender Kriterien, von denen innerhalb des letzten Jahres, während mind. 3 Monaten mind. 2 dieser Symptome vorliegen müssen (alles bezogen bei wenigstens einem Viertel der Stuhlgänge):- heftiges Pressen- harter Stuhlgang - Gefühl der inkompletten Entleerung- Gefühl der analen Blockierung- manuelle Manöver, um eine Defäkation zu ermöglichen- weniger als 3 Stuhlgänge pro Woche. Der Aufenthalt im Krankenhaus führt häufig dazu, dass die Betroffenen ihre Defäkationsgewohnheiten ändern müssen, die Ernährung verändert ist und die Bewegung eingeschränkt wird. Deswegen sollten allgemeine präventive Maßnahmen dieses berücksichtigen, z.B. durch die Ermöglichung eines Toilettenganges 30-40 min nach dem Frühstück. Diätetische präventive Maßnahmen beziehen sich vor allem auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und ballaststoffreiche Kost. Allerdings konnte bisher nicht nachgewiesen werden, dass nur mit erhöhter Flüssigkeitsmenge eine Obstipa-

tion behandelt werden kann. Es scheint also eine Kombination aus verschiedensten Maßnahmen wichtig zu sein. Eine gesteigerte Ballaststoffzufuhr erhöht das Stuhlgewicht und verkürzt die Kolontransitzeit. In einer Studie wurde nachgewiesen, dass Betroffene mit einer normalen Kolontransitzeit hiervon am meisten profitieren. Bei Nebenwirkungen wie Meteorismus kann Flohsamenschalen (z.B. Mucofalk®) als Ballaststoffe gegeben werden. Auch die Aufklärung über die Vermeidung von obstipierenden Nahrungsmitteln (z.B. Weißmehlprodukten) ist geeignet zur Prävention. Eine Darmmassage, bei der der Dickdarm mit kreisenden Bewegungen unter leichtem Druck massiert wird, regt die Peristaltik an und kann ebenfalls präventiv eingesetzt werden. Allerdings sollte sie nicht unmittelbar nach der Nahrungseinnahme erfolgen, da es sonst zu Übelkeit kommen kann. Ebenfalls können warme Bauchwickel angewandt werden, die über eine Durchblutungsförderung eine Peristaltikförderung erreichen. Die Wirksamkeit von Maßnahmen, wie morgens nüchtern ein Glas Wasser zu trinken, konnten noch nicht nachgewiesen werden, können aber als Defäkationsgewohnheiten eine Bedeutung haben. Die Gabe von Laxantien sollte nur als letzte Möglichkeit gesehen werden, da es häufig zu Abhängigkeiten kommt. Osmotisch wirksame Laxantien wie Laktulose oder Salze ebenso wie hydragoge Laxantien wie z.B. Dulcolax® oder Laxoberal® führen durch die Bindung von Wasser zu einem höheren Stuhlvolumen und damit zu einer schnelleren Darmpassage. Beide Medikamentengruppen sind für Betroffene mit Normal- oder Slow-Transit-Obstipation geeignet. Betroffene mit einer Outlet-Obstipation benötigen eher rektale Entleerungshilfen wie Klistiere und Suppositorien.

Literatur:

- Frühauf, H. und Fox M. Obstipation. Gastroenterologie 2008. 3: 488-496
- Krammer, H., Schlieger, F. und Singer, M. Therapieoptionen der chronischen Obstipation. Internist 2005 • 46:1331-1338 DOI 10.1007/s00108-005-1509-3
- Lauber, A. und Schmalstieg, P.: Prävention und Rehabilitation. Stuttgart. Georg Thieme Verlag 2007. Dieses Buch finden Sie in der CNE Bibliothek unter folgendem Link: Prävention und Rehabilitation