

Abführtee, Weizenkleie & Co.

Definition, Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten

Methode: Rundgespräch, Lehrvortrag

Zeit: 45 Minuten

Einleitung

Das Symptom Obstipation ist häufig sehr belastend für den Betroffenen. Eine Beeinträchtigung der Lebensqualität ist die Folge. Ein Drittel der Bevölkerung der westlichen Industriestaaten leidet zeitweise unter Obstipation. Die Obstipation ist jedoch keine „Zivilisationskrankheit“, die auf Grund der veränderten, modernen Lebensweise entstanden ist. In einigen Schriften des Altertums wurde bereits über Mittel zur Darmentleerung berichtet und nicht nur Hippokrates beschäftigte sich mit der Darmträgheit.

Für Menschen in fortgeschrittenem Stadium einer Erkrankung wird Obstipation zu einem oft hartnäckigen Begleiter. Dieses Symptom ist sehr komplex und sollte nicht aus Schamgefühl verschwiegen oder nicht angesprochen werden. Nicht nur im Rahmen palliativmedizinischer und –pflegerischer Kontexte müssen Betroffene und Begleiter einen sensiblen Umgang mit diesem Thema pflegen.

Damit dieses Symptom nicht zum unlösbaren Problem wird, ist es wichtig, die nachfolgenden Kenntnisse zu haben und diese nach den individuellen Bedürfnissen der Patienten in die Praxis umsetzen zu können.



Anwendung eines Klistier; Holzschnitt eines unbekannten Meisters um 1550 (Dresden, Kupferstichkabinett)

Impulse

- Wie definieren Sie Obstipation?
- Wie macht sich eine Obstipation bemerkbar?
- Welche Ursachen einer Obstipation kennen Sie?
- Beschreiben Sie mögliche therapeutische, pflegerische und physiotherapeutische Maßnahmen bei einer Obstipation!

Lernziele

- Die Teilnehmer wissen, dass es keine weltweit einheitliche und anerkannte Definition der Obstipation gibt.
- Die Teilnehmer erkennen mögliche Ursachen und Merkmale einer Obstipation.
- Die Teilnehmer erhalten einen Überblick über mögliche Therapie- und Pflegemaßnahmen bei Obstipation.

Eine Definition

Lt. Pschyrembel ist eine Obstipation eine Stuhlverstopfung, verzögerte Kotentleerung.

Es gibt verschiedene Formen:

1. akute Form (insbesondere bei stenosierenden Prozessen im Kolon)
2. die chronische Form (v.a. bei organischen oder funktionellen Störungen der Darmmotorik, verändertem Defäkationsrhythmus, ballaststoffarmer Ernährung)
3. vorübergehende (passagere) Obstipation (als Begleiterscheinung vieler Erkrankungen (z.B. Hypothyreose, Nierenkolik), exo- oder endogener Intoxikationen (z.B. Bleivergiftung, Porphyrie), medikamentös bedingt (z.B. durch Opiate) oder in der Schwangerschaft)
4. als Hauptsymptom des kongenitalen und idiopathischen Megakolons

Merkmale

Eine Definition, die sich allein an der Stuhlfrequenz orientiert, wird der Mehrzahl der Patienten, die über Verstopfung klagen, nicht gerecht. Obstipation beschreibt den subjektiven Eindruck, den Darminhalt

- nicht in adäquater Häufigkeit,
- nicht in ausreichender Menge,
- in zu harter Konsistenz oder
- nur unter Beschwerden ausscheiden zu können.

Die Abgrenzung zwischen dem Normalbereich der Stuhlentleerung und der Diagnose Obstipation ist nicht immer einfach. Nach den „Rom-Kriterien“ liegt eine chronische Verstopfung vor, wenn bei mindestens 25% der Defäkationen wenigstens zwei der unten aufgeführten Kriterien für mindestens drei Monate innerhalb des vergangenen Jahres bestehen:

- heftiges Pressen
- knollige und harte Stühle
- Gefühl der inkompletten Entleerung
- Gefühl der analen Blockierung
- manuelle Manöver zur Stuhlentleerung
- zwei oder weniger Stuhlentleerungen pro Woche

Grundsätzlich sollte zwischen akuter und chronischer Obstipation unterschieden werden. Die akute Obstipation entwickelt sich innerhalb von Stunden, Tagen oder wenigen Wochen. In der Regel basiert sie auf Änderungen der Kolonfunktion infolge von Abweichungen täglicher Gewohnheiten (z.B. Reisen, Bettlägerigkeit). Fast immer kommt es zur spontanen Reversibilität. Eine akute Obstipation ist selten Anlass für spezifische Interventionen.

Bei Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer Erkrankung hingegen ist es ein häufiges und zumeist chronisches Symptom. In der Palliativmedizin kommen oft mehrere Ursachen zusammen, die zur Obstipation führen (z.B. Dehydration, Schwäche, Immobilität, Opioidtherapie, psychovegetative Belastungen). Entgegen der weit verbreiteten Meinung, der Mensch habe keine (regelmäßige) Stuhlentleerung, wenn er nicht oder nur wenig isst, entsteht auch dann Stuhl durch Darmabschilferungen. Eine Obstipation ist deshalb auch in diesen Fällen möglich und eine Stuhlentleerung in Intervallen nötig.

Die Obstipation kann mit Völlegefühl und Unwohlsein einhergehen. Klinische Beschwerden wie Übelkeit und Erbrechen, Verwirrung, kolikartige Schmerzen und paradoxe Diarrhoe können die Folge sein. Inappetenz und mangelnde Nahrungszufuhr können weitere Merkmale des Symptoms Obstipation sein.

Ursachen

In der Palliativmedizin kommen häufig viele Ursachen zusammen, die zur Obstipation führen:

- organisch bedingte Ursachen (z.B. Divertikulitis, Tumor, Entzündungen im Analbereich, neurologische Erkrankungen, endokrine Erkrankungen, metabolische Erkrankungen, rekto–anale Erkrankungen)
- Verlangsamung der Darmpassage und/oder ein gestörter Defäkationsreflex
- Schwäche oder Fehlen der Bauchpresse
- verzögerte Magenentleerung
- reduzierter Allgemeinzustand (z.B. Schwäche, Immobilität)
- Nebenwirkung von Medikamenten, vor allem Opioiden
- Dehydrierung
- geringe Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, ballaststoffarme Ernährung

Nicht zu vergessen ist das Schamgefühl. Hilfe einzufordern in einer solch intimen Angelegenheit, kann bei manchen Menschen dazu führen, den Drang der Darmentleerung zu unterdrücken. Die Wichtigkeit, die Pflegekräfte, Ärzte und Angehörige der Defäkation zuweisen, indem der Patient täglich zu seinem Stuhlgang befragt wird, kann den Patienten unter einen enormen Erfolgsdruck setzen.

Medikamentöse Prophylaxe und Behandlung der Obstipation

Gruppe 1 – Quellstoffe

Diese sind quellfähige, nicht verdaubare Polysaccharide, die bei oraler Aufnahme die Stuhlmenge vergrößern.

Wirkgruppe	Handelsform	Dosis	Latenzzeit (h)
Weizenkleie	Normacol®	10g	10-24
Indischer Flohsamen	Agiolax®	5-10g	12-24
Leinsamen			

Cave: Medikamente dieser Wirkgruppe haben in der Palliativmedizin und -pflege wenig Relevanz, da sie unbedingt mit ausreichend Flüssigkeit eingenommen werden müssen, sonst verkleben sie und führen zu zusätzlicher Obstipation. Viele Palliativpatienten sind jedoch aufgrund ihrer progredienten Erkrankung nicht mehr in der Lage, die entsprechende Menge an Flüssigkeit zu sich nehmen.

Gruppe 2 - Osmotisch wirksame Laxanzien

Diese sind Substanzen, die den Stuhl aufweichen und/oder die Peristaltik anregen. Gemeinsames Merkmal der sonst heterogenen Stoffgruppe ist, dass die Substanzen während der Darmpassage nicht oder kaum resorbiert werden.

Wirkgruppe	Handelsform	Dosis	Latenzzeit (h)
Salinische Lösung	Magnesiumsulfat =Bittersalz Natriumsulfat = Glaubersalz	10-20g	2-8
Zuckeralkohole	Mannitol (10%/20%) (Mannit®) Sorbit (Mikroklist®)	1 Klysma 1 Klysma	0,5-2 0,5-2
Zucker	*Lactulose(Bifiteral®)	10-40g	initial 10-72 dann 8-24
Polyethylenglykol	Macrogol 3350 plus Elektrolyte (Movicol®)	13-40g	initial 48-72 dann 8-24

*mögliche Nebenwirkung: Meteorismus, Flatulenz

Quelle: KERN M.: Palliativpflege. Richtlinien und Pflegestandards. Pallia Med Verlag. Bonn 2006

Gruppe 3 – anti-resorptiv-hydragog wirkende Substanzen

Durch die direkte Stimulation des Plexus myentericus wird die propulsive Motorik verstärkt. Zudem hemmen die Substanzen die Resorption von Flüssigkeit und Natrium aus dem Darmlumen und fördern gleichzeitig den Einstrom von H₂O und Elektrolyten in das Darmlumen.

Wirkgruppe	Handelsform	Dosis	Latenzzeit (h)
Anthraglycosid	Sennosid B (Liquidepur®)	10-20 ml	8
Phenolphthalein	Bisacodyl (Dulcolax®) Na-Picosulfat (Laxoberal®)	10 mg 7,5-20 mg, 15-40 Tr.	oral 6-10, rektal 15min. 2-4 (8)
Rizinusöl	Rizinus kapseln (Pohl®)	4-6g	2-6

Gruppe 4 – Gleitmittel

Diese sind stuhlaufweichende Laxanzien. Paraffin erhöht die Gleitfähigkeit des Faeces, ohne pharmakologische Wirkung auf den Darm zu entfalten. Docusat Natrium erweicht den Stuhl durch H₂O-Anreicherung. Sorbit und Glycerol wirken in u.g. Darreichungsform auf den Defäkationsreflex. Gleitmittel (Paraffinöl) werden wegen einiger Nebenwirkungen wie z.B. der Malabsorption fettlöslicher Vitamine nur noch selten eingesetzt. Bei der Behandlung der Obstipation bei Palliativpatienten ist der Einsatz dieser Substanzen jedoch sinnvoll und hilfreich.

Wirkgruppe	Handelsform	Dosis	Latenzzeit (h)
Docusat-Na	Agarolekten®	25-50mg	12-48
Paraffin	Obstinol® mild	8-12ml	12-48
Alkohole	Sorbit (Mikroklist®) Glycerol (Glycilax®-supp.)	1 Klysma 1 Supp.	0,5-1 0,5-1

Quelle: KERN M.: Palliativpflege. Richtlinien und Pflegestandards. Pallia Med Verlag. Bonn 2006

Ein anderes Medikament mit zusätzlich laxierender Wirkung ist die Amidotrizesäure (Gastrografin®). Hierbei handelt es sich um ein Röntgenkontrastmittel, welches durch seine hohe osmotische Wasserbindungsfähigkeit im Darmlumen abführend wirkt. Wegen seines hohen Jodgehalts (**Cave: Entgleisung der Stoffwechsellage mit thyreotoxischer Krise**) ist der Einsatz dieses Medikaments nur im Ausnahmefall bei schwerster Obstipation indiziert.

Medikamentöses Stufenschema

Zur Therapie mit Laxanzien bei hartnäckiger Obstipation, z.B. bei Opioidgabe

Manuelle Ausräumung
Rizinusöl
Sennosid® B + Paraffin + Amidotrizesäure
Macrogol® 3350 / Elektrolyte + Sennosid® B + Paraffin + Suppositorium /+ Einlauf
Macrogol® 3350 / Elektrolyte + Sennosid® B + Paraffin
Macrogol® 3350 / Elektrolyte + Natriumpicosulfat
Macrogol® 3350 / Elektrolyte + Sennosid® B
Macrogol® 3350 / Elektrolyte

Quelle: Klaschik E. (2003): Symptome in der Palliativmedizin: Obstipation, S. 29

Das Stufenschema gilt als Richtlinie. Es können bei Bedarf auch Stufen übersprungen werden (z.B. Therapiebeginn mit Stufe 3).

Die Obstipationsprophylaxe nach Möglichkeit auch in der Finalphase beibehalten, dann Umstellung auf Laxo-beral® Tropfen (ggf. mit Pipette applizieren).

Es ist sinnvoll, alle 72 Stunden das Rektum auszutasten. Befindet sich Stuhl im der Rektumampulle, empfiehlt es sich, ein Bisacodyl (Ducolax®) supp. zu verabreichen, um die Bildung von Kotsteinen zu verhindern.

Quelle: KERN M.: Palliativpflege. Richtlinien und Pflegestandards. Pallia Med Verlag. Bonn 2006

Pflegerische Maßnahmen

Einläufe/Spüllösungen

Das Ziel ist eine sorgfältige und vollständige Entleerung des Dickdarms durch Applikation größerer Flüssigkeitsmengen mittels Darmrohr. Die Wirkung des Einlaufs hängt u.a. von der Menge und der Art der Flüssigkeit, deren Temperatur und den beigemischten Zusätzen (z.B. Glycerin, Kochsalz, Olivenöl) ab.

Beispiele:

- Milch und Honig (0,5 l warme Milch und 2 Esslöffel Honig) oder
- 20 ml Glycerin auf 1 l warmes Wasser

Dies kann als Hebe-Senk-Einlauf oder hoher Einlauf durchgeführt werden.

Wickel

- feucht-warmer Wickel auf den Unterbauch
- trocken-warmer Wickel auf den Unterbauch
- mit Schafgarbe oder Heilerde

weitere pflegerische Möglichkeiten

- Wärmflasche
- warmes Kirschkernkissen

Manuelle Ausräumung

Sind hartnäckige Kotsteine im Rektum tastbar, sollten diese manuell entfernt werden. Dies kann für den Patienten sehr schmerzhaft sein, weshalb ggf. vorab nach ärztlicher Anordnung eine Prämedikation verabreicht werden sollte (z.B. 5–10 mg Dormicum® s.c.).

Physiotherapeutische Maßnahmen

- Kolonmassage nach P. Vogler
- Fußzonenreflexmassage nach H. Marquard
- Rückenreflexzonenmassage nach E. Dicke
- passive bis aktive Mobilisation
- Zwerchfellatmung

Quelle: KERN M.: Palliativpflege. Richtlinien und Pflegestandards. Pallia Med Verlag. Bonn 2006

Literatur

- KLASCHIK E.: Symptome in der Palliativmedizin. Obstipation. Schlütersche. Hannover 2003
- FÜSGEN I.; WANITSCHKE R.: Obstipation Manual. Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Der ältere Patient in Praxis und Klinik. Geriatrie Schriftreihe. Vincentz Verlag. Hannover 2001