

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | Zielsetzung | 2 |
| 2. | Zielgruppe..... | 2 |
| 3. | Definition..... | 2 |
| 4. | Ursachen und Entstehung von Obstipation in der Palliative Care..... | 2 |
| 5. | Mögliche Folgen der Obstipation..... | 3 |
| 6. | Entscheidungsfindung..... | 3 |
| 7. | Interventionsvorschläge bei Obstipation in der Palliative Care | 4 |
| 8. | Obstipation bedingt durch Opiate..... | 9 |
| 9. | Obstipation in der terminalen Phase | 9 |
| 10. | Dokumentation..... | 9 |
| 11. | Querverweise..... | 10 |
| 12. | Literatur | 10 |
| 13. | Autoren | 10 |

1. Zielsetzung

- Der Patient hat Stuhlentleerungen ohne Anstrengung oder Schmerzen
- Der Stuhlgang des Patienten ist weder zu hart noch zu weich
- Der Patient weist, entsprechend seinen früheren Stuhlgewohnheiten, mindestens 2 bis 3 Stuhlentleerungen pro Woche auf. Eine tägliche Stuhlentleerung ist nicht obligat.
- Der Patient äussert das Gefühl einer kompletten Entleerung
- Die Pflegefachpersonen erkennen gemeinsam mit dem Arzt die Ursache(n) der Obstipation
- Der Patient äussert sich in Bezug auf Obstipation und deren Einfluss auf seine Lebensqualität ernst genommen

2. Zielgruppe

Palliativ-Patienten mit Obstipation

3. Definition

Die Obstipation wird definiert als erschwerte oder seltene Darmentleerung, weniger als 1 Stuhlgang alle 3 Tage oder Abnahme der Stuhlgangfrequenz im Vergleich zur üblichen Frequenz- Der Stuhl kann dabei verhärtet und / oder die Entleerung unvollständig sein.

Es kann auch dünner Stuhl, eventuell begleitet von harten Stuhlballen auftreten (sogenannte paradoxe Diarrhö).

4. Ursachen und Entstehung von Obstipation in der Palliative Care

| | |
|-------------------------------------|---|
| Mechanische Störung | <ul style="list-style-type: none"> • Divertikulose, Divertikulitis • Gastrointestinale Obstruktion durch Tumor • Kompression durch Tumore ausserhalb des Darms (Lymphknotenmetastasen, peritoneale Metastasen) • Peritonealkarzinose • Aszites • Kotstein • Nach Radiotherapie (zum Beispiel Strahlenfibrose) • Bauchmuskelschwäche |
| Verminderter Wassergehalt | <ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Flüssigkeitszufuhr • Dehydratation: Erbrechen, Diarrhö, Hyperkalzämie, Diabetes mellitus |
| Verminderte Nahrungsaufnahme | <ul style="list-style-type: none"> • Anorexie primär / sekundär • Schmerz • Erschwerte Nahrungsaufnahme durch andere Symptome |
| Bedingt durch Medikamente | <ul style="list-style-type: none"> • Insbesondere Opiate, Zytostatika, Antiemetika, Spasmolytika, Antidepressiva, Antihypertensiva, Sedativa, Anticholinergika, Eisenpräparate, Diuretika |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Neuromuskuläre Störung | <ul style="list-style-type: none"> • Rückenmarksläsionen (Paraplegie/Paraparese/Tetraplegie) • Nervenläsionen im Bereich des Beckenbodens • Hirnläsionen (Hirntumor/Hirnmetastasen) • Störungen der peripheren Nerven bei Neuropathie (medikamentös, paraneoplastisch) • Rückenmarksinfiltration durch Tumore/Metastasierung (spinale Kompression, Cauda equina) • Hypokaliämie, Hyperkalzämie, Hypothyreose • Nikotinentzug |
| Metabolisch / endokrin bedingt | <ul style="list-style-type: none"> • Hyperkalzämie/Hypokaliämie/Urämie • Hypothyreose, Diabetes mellitus |
| Psychisch bedingt | <ul style="list-style-type: none"> • Angst/Stress/Aufregung • Depression • Erschöpfung • Verwirrung |
| Bedingt durch Immobilisation | <ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Aktivität bis zur Bettlägerigkeit • Sedierung |
| Allgemein | <ul style="list-style-type: none"> • Stuhlinkontinenz • Fehlende Intimsphäre • Ungewohnte fremde Umgebung • Angst vor Diarrhö |
| Bedingt durch Schmerzen | <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen im Allgemeinen • Rektalanalerkrankungen (Hämorrhoiden, Analfissuren, Druckulzera) |
| Bedingt durch Erkrankungen | <ul style="list-style-type: none"> • z.B. amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Demenz |

5. Mögliche Folgen der Obstipation

- Abdominale Schmerzen, Koliken
- Flatulenz
- Nausea/Emesis
- Inappetenz
- Unruhe
- Kognitive Einschränkungen und/oder Verwirrung bei älteren Patienten
- In schweren Fällen Symptome wie bei der Obstruktion oder beim paralytischen Ileus

6. Entscheidungsfindung

Eine Obstipation kann die Lebensqualität der Patienten stark einschränken.

Daher erfordert es vom Betreuungsteam eine hohe Aufmerksamkeit und ein tägliches Nachfragen, da das Symptom oft nicht spontan von den Patienten erwähnt wird.

Anamnese der Stuhlgewohnheiten

- Wie waren die letzten Stuhlentleerungen (Häufigkeit, Konsistenz, Menge, Farbe, Schmerzen, Beimischung von Blut/Schleim, Diarrhoe)?
- Wie waren die früheren Stuhlgewohnheiten?
- Früherer und jetziger Gebrauch von Laxantien? (Bei Frauen häufig in Gebrauch zum Gewicht halten/reduzieren)
- Suche nach anderen assoziierten Symptomen
- Funktionelle Defizite (Immobilisation, Inkontinenz)
- Medikamentenanamnese
- Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme
- Bedeutung für den Patienten

Spezifische Untersuchungen

- Körperliche Untersuchung mit Palpation des Darmes / Auskultation des Darmes (Darmgeräusche sind bei Obstipation rege bis spärlich oder fehlend, hoch klingend oder spritzend)
- Ultraschall und/oder Röntgenbild des Abdomens.

Wichtig für die Behandlung der Obstipation ist die **Klärung der Ursache(n)**!
Diese erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Arzt.

7. Interventionsvorschläge bei Obstipation in der Palliative Care

Allgemeine Interventionen

- Patient und/oder Angehörige über Ursachen, mögliche Komplikationen und Interventionen aufklären
- Den Toilettengang ermöglichen, Intimsphäre wahren, Zeitdruck vermeiden
- Alternative Methoden / Hausmittel der Patienten berücksichtigen
- Auf genügend Flüssigkeitszufuhr achten
- Patient und/oder Angehörige anleiten im Umgang mit Obstipation
- Behandlung von Schmerzen, Analfissuren, Hämorrhoiden und anderen Symptomen
- Vorbeugen möglicher Komplikationen (z.B. Ileus)

Bemerkung

Die manuelle Ausräumung stellt einen enormen Stressor dar und ist ein schmerzhafter und unangenehmer Eingriff in die Intimsphäre. Durch Prophylaxe und rechtzeitiges Handeln beim Auftreten einer Obstipation kann dieser Eingriff vermieden werden.

Bei notwendiger manueller Ausräumung Indikation und Kontraindikation (Fissuren/Hämorrhoiden) beachten und ärztlich verordnen lassen.

Komplementäre Interventionen

Aromaanwendung

Die kontrollierte und bewusste Anwendung von ätherischen Ölen in der Pflege soll der Verbesserung des Allgemeinzustandes des Patienten und seinen Wohlbefinden dienen.

Allgemeine Hinweise

- Ätherische Öle dürfen nur im Einverständnis des Patienten und/oder seinen Angehörigen angewendet werden. Bei der Pflegeanamnese werden die Patienten über die Möglichkeit der Anwendung von ätherischen Ölen informiert. Die Patienten werden jeweils gefragt, ob sie deren Anwendung wünschen.
- Bei der ersten Anwendung werden 1 Tropfen ätherisches Öl auf die Innenseite des Unterarms aufgetragen. Nach 30 Minuten wird geprüft, ob eine Unverträglichkeit oder Allergie auftritt (Ist die Stelle gerötet, fühlt sich warm an oder juckend?). Bei Patienten, welche zu allergischen Reaktionen neigen, ist die Aromapflege nur mit einem vorherigen Verträglichkeitstest anzuwenden.
- Bei Patienten mit obstruktiven Lungenerkrankungen (wie COPD, Asthma bronchiale etc.) und Epilepsie oder Patientinnen mit Tumoren, welche Östrogen produzieren, ist die Anwendung der Aromapflege verboten.
- Bei Patienten mit Hirndrucksymptomatik (erhöhter Hirndruck, Hirntumor, Hirnödem, Hirnblutung etc.) dürfen die ätherischen Öle Fenchel, Pfefferminze, Rosmarin nicht angewendet werden.
- Bei bewusstlosen oder somnolenten Patienten sollen ätherische Öle nur nach Absprache und im Einverständnis mit den Angehörigen angewendet werden. Nach der Anwendung unbedingt nonverbale Reaktionen beobachten und die Wirkung entsprechend dokumentieren.
- Jedes ätherische Öl muss mit dem Datum der Erstentnahme versehen sein. Die ätherischen Öle haben unterschiedliche Haltbarkeiten (Zitrusöle 6 Monate, alle anderen 1 Jahr). Im Falle einer Veränderung (zähflüssiger/harziger) des ätherischen Öls, sollte es nicht mehr verwendet werden, auch wenn das Verfallsdatum noch nicht abgelaufen ist.

Einreibung

Die sanften Berührungen bei einer Einreibung können entspannend und wohltuend wirken. Durch das Beifügen eines passenden ätherischen Öls wird die Wirkung der Einreibung verstärkt und nachhaltiger.

Dosierung: 4 Tropfen ätherisches Öl in 10ml Mandelöl in einen sterilen Becher geben (2% Mischung).

Haltbarkeit: Die ätherische Ölmischung ist maximal sechs Wochen haltbar.

Häufigkeit: 1-3 Anwendungen pro Tag

Nachbereitung: Circa 30 Minuten Nachruhen ist zu empfehlen.

Beschriftung: Der sterile Becher wird mit den ausgewählten ätherischen Ölen sowie dem Datum beschriftet.

Keine Anwendung auf betroffenen Hautareale:

- Bei Hauterkrankungen / Wunden
- Vor, während und nach einer Radiotherapie
- Patienten mit einer Neutropenie
- Patienten mit invasiven Medizinprodukten (Beispiel: Katheter, Sonden, Tracheotomien usw.)

Papiertaschentuch/Kompresse/Waschlappen

Dosierung: 1-2 Tropfen ätherisches Öl unverdünnt auf ein Papiertaschentuch / unsterile Kompresse / Waschlappen träufeln und in unmittelbarer Nähe des Kopfes legen.

Häufigkeit: Diese Aromaanwendung kann mehrmals täglich angewendet werden, nach 24 Stunden wird das Material entsorgt bzw. versorgt.

Riechstift

Anwendung: Die Farbe des Riechstiftes ist individuell wählbar und ist für den Einmalgebrauch vorgesehen. Der Riechstift soll nicht nachgefüllt werden und spätestens nach einem Monat ausgewechselt werden.

Dosierung: 4-6 Tropfen ätherisches Öl senkrecht aus der Flasche auf den Wattestift tropfen lassen. Die befeuchtete Seite des Wattestiftes zeigt zur Öffnung des inneren Teils des Riechstiftes. Der Wattestift wird in den inneren Teil des Riechstiftes eingesetzt und zum sicheren Schliessen des Riechstiftes wird der Boden mit der kleinen Kunststoffkappe festgedrückt. Danach wird der Riechstift sofort verschlossen mit der Kappe, damit der Duft nicht aus dem Riechstift entweicht.

Raumbeduftung

Dosierung: 4-6 Tropfen ätherisches Öl

Anwendung: Frotteetuch wird mit Wasser angefeuchtet und die ätherischen Tropfen werden darauf appliziert. Das Frotteetuch wird über den Bettbügel angebracht und täglich durch den Frühdienst gewechselt.

Sanfte Kolonmassage mit ätherischen Ölen

- Jeweils 1 Tropfen Mandarin, Rosmarin und Ingwer in 10 ml Mandelöl
 - Kreisende Bewegungen mit leichtem Druck, beginnend vom Colon ascendens über das Colon transversum hin zum Colon descendens. Die Bewegungen einhändig mehrmals wiederholen. Bei Schmerzäusserung weniger Druck anwenden oder stoppen. Kontraindiziert bei: **Aszites und gastrointestinaler Obstruktion !**

Weitere komplementäre Interventionen

- **Hoher Milch/Honigeinlauf:** 500ml lauwarme Milch und 2 Esslöffel Honig als hohen Einlauf (Wirkung nach 20-60min)
- **Stuhlfördernde Tees, entblähende Tees** (z.B. Fencheltee, Melisse, Pfefferminz)
- **Teemischung** 2-3 Tassen täglich: je 30g Pfefferminzblätter, Schafgarbenkraut, Kamillenblüten
- 1-2 EL Lein- oder Flohsamen in etwas Naturjoghurt einnehmen, viel Flüssigkeit nachtrinken (pro EL ¼ Liter). Sollte die Trinkmenge von 1,5Lt unterschritten werden, wird diese Massnahme nicht empfohlen, da die Obstipation dadurch noch verschlimmert wird. In diesem Fall, kann auf **Optifibre®** zurückgegriffen werden. Es eignet sich sehr gut für Personen, die wenig trinken, da bei diesem Produkt nicht nachgetrunken werden muss. Die Dossierung sollte gemäss Packungsbeilage erfolgen.

Interventionen durch die Physiotherapie

- Fussreflexzonenmassage
- Kolonmassage
- Leichte Mobilisation

Medikamentöse Interventionen

Bei der folgenden Tabelle werden häufig verwendete Medikamente dargestellt. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Die Verordnung der Medikamente liegt in der Verantwortung des zuständigen Arztes.

Osmotisch wirksame Laxantien (Weichmacher)

- Wirken vor allem im Colon
- Künstliche Zucker (Lactulose, Sorbitol, Lactitol, etc.)
- Salinische Laxantien (Macrogolum, Magnesiumsalze, Phosphatverbindungen)

Macrogolum

- Movicol® 1 Sachet (13g), Beginn mit 1 Sachet (max. 2 Sachets/Tag)
- Transipeg® 1 Sachet (3g), Beginn mit 1 Sachet, Wirkungseintritt nach 2-3 Tagen (max. 4 Sachets/Tag)
- Transipeg Forte® 1 Sachet (6g), Beginn mit 1 Sachet, Wirkungseintritt nach 2-3 Tagen (max. 2 Sachets/Tag)

Die Einnahme von Transipeg® und Transipeg Forte® sollte so kurz wie möglich gehalten werden und 14 aufeinanderfolgende Tage nicht überschreiten.

Lactulose (Duphalac®)

- Beginn mit 15ml bis 45ml (max. 3 Tage in 1-2 Dosen), Erhaltungsdosis (max. 25ml/Tag)
- Wirkungseintritt nach 1-2 Tagen

Stimulierende/ Laxantien (Kontaktlaxantien)

- Wirken nur im Colon, stimulieren den Plexus myentericus und die Darmsekretion (Biscodyl, Napicosulfat, Senna, Phenophtalein in Pflaumen, etc)

Natriumpicosulfat monohydrat (Laxoberon®)

- Beginn mit 10 Tropfen entsprechen 5mg, Wirkungseintritt nach 6-12 Std (max. 20 Trpf./Tag)

Senna-Präparate

- Valverde Sirup®, Beginn mit 10ml, Wirkungseintritt nach 8 Std (max. 20ml/Tag)
- X-Prep®, Beginn mit ½-1 Flasche à 75ml, Wirkungseintritt nach 8-12 Std (max. an zwei Tagen je ½ Flasche)

| |
|--|
| Gleitmittel |
| <ul style="list-style-type: none"> • Penetrieren in den Stuhl und machen ihn gleitfähig |
| Paraffin (Paragol N®) <ul style="list-style-type: none"> • Beginn mit 10ml, Wirkungseintritt nach 6-8 Stunden • Dosierung 15-45ml als Akuttherapie • Nicht für langfristiger Einsatz |
| Rektale Laxantien/Einlauf |
| Glycerin (Bulboid®) <ul style="list-style-type: none"> • Beginn mit 1 Supp, Wirkungseintritt 15-60Min |
| Sorbit, Na-Citrat (Microlax®) <ul style="list-style-type: none"> • Beginn mit 1 Klistier, Wirkungseintritt 15-60Min |
| Nahydrogenphosphat (Clyssie Klistier®) <ul style="list-style-type: none"> • Beginn mit 1 Klistier, Wirkungseintritt 10-20Min |

Die medikamentösen Interventionen sollen patientenbezogen erfolgen und die pathophysiologischen Bedingungen berücksichtigen. Das folgende Stufentherapieschema hat sich vor allem bei der opiatbedingten Obstipation bewährt. Zu Beginn der medikamentösen Intervention sollte nur mit einem Laxativum begonnen und dieses bei guter Verträglichkeit bis zur maximalen Tagesdosis gesteigert werden. Bleibt der Erfolg aus, kann nach Ablauf des normalen Wirkungseintrittes des Laxativums eine Kombinationsbehandlung in Erwägung gezogen werden.

| | |
|----------------|--|
| Stufe 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Osmotisch wirkende Laxantien (zum Beispiel Movicol®) |
| Stufe 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Osmotisch wirkende Laxantien + Kontaktlaxantien (zum Beispiel Movicol® + Laxoberon® Tropfen) |
| Stufe 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Osmotisch wirkende Laxantien + Senna (zum Beispiel Movicol® + Valverde® Sirup) |
| Stufe 4 | <ul style="list-style-type: none"> • Osmotisch wirkende Laxantien + Senna + Gleitmittel (zum Beispiel Movicol® + Valverde® Sirup + Paraffine) |
| Stufe 5 | <ul style="list-style-type: none"> • Osmotisch wirkende Laxantien + Senna + Gleitmittel + Glycerol (zum Beispiel Movicol® + Valverde® Sirup+ Paraffine + Bulboid®) |

| | |
|----------------|---|
| Stufe 6 | <ul style="list-style-type: none">• Osmotisch wirkende Laxantien + Senna + Gleitmittel + Einlauf (zum Beispiel Movicol® + Valverde® Sirup+ Paraffine + Clyssie®) |
| Stufe 7 | <ul style="list-style-type: none">• Darmentleerung vor Eingriffen (Moviprep®) |

CAVE:

- Laxantien sind kontraindiziert bei Darmobstruktion, Darmperforation und entzündlichen Darmerkrankungen
- Suppositorien sind kontraindiziert bei schwerer Thrombozytopenie, lokalen Infektionen und Fisteln

8. Obstipation bedingt durch Opiate

- Patienten und/oder Angehörige müssen bei Beginn einer Opiattherapie über die Nebenwirkung einer Obstipation aufgeklärt werden und vor allem, dass diesbezüglich keine Toleranzentwicklung stattfindet
- Bei einer Opiattherapie muss parallel fix ein Laxantium verabreicht werden und ggf. im Verlauf nach Stufenschema angepasst werden

9. Obstipation in der terminalen Phase

Während den letzten Tagen/Wochen des Lebens sind Beschwerden aufgrund von Obstipation selten. Deshalb ist darauf zu achten, zurückhaltend mit abführenden Massnahmen zu sein. Die orale Nahrungsaufnahme ist häufig eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich und Laxantien können abgesetzt werden. Bei Unsicherheit kann eine abdominelle Untersuchung durch abtasten und abhören des Abdomens durch einen Arzt hilfreich sein zur Einleitung einer eventuellen Intervention.

Wichtig: Den Nutzen einer Intervention abwägen, um den Patienten nicht unnötig zu belasten! Unruhe, Anspannung, Verkrampfung können ein Zeichen von Obstipation sein.

10. Dokumentation

- Dokumentation der Interventionen in den Pflegeplanungen Obstipation, subjektive Obstipation, Obstipationsgefahr
- Erfassung in der Kurve

11. Querverweise

- Obstipationsgefahr, Pflegediagnose NANDA
- Obstipation, Pflegediagnose NANDA
- Subjektive empfundene Obstipation, Pflegediagnose NANDA

12. Literatur

- BIGORIO. (2007). Empfehlung zu Obstipation, Darmverschluss und Paralytischem Ileus. Stand 12/2010. Palliative ch. Abgerufen von <https://www.palliative.ch>
- Bornand, D. (2016). Vergleich Laxantien. Universitätsspital Basel. Abgerufen von https://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Bereiche/Querschnittsfunktionen/Spital-Pharmazie/vergleichstabelle_laxantien
- Bühring, U. & Sonn, A. (2013). *Heilpflanzen in der Pflege* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Hans Huber Verlag
- Margulies, A., Kroner, T., Gaisser, A., & Bachmann-Mettler, I. (Hrsg.). (2011). *Onkologische Krankenpflege* (5. Aufl.). Heidelberg: Springer Verlag
- Neuenschwander H. & Cina C. (Hrsg.). (2015). *Handbuch Palliativmedizin*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Price, S. & Price, L. (2009). *Aromatherapie* (2. Aufl.). Bern. Hans Huber Verlag.
- Schaefer. (2009). *Empfehlungen Obstipation bei palliativen Patienten*. Stand 12/2010. Abgerufen von http://inneremedizinCare/Empfehlung_Obstipation.pdf
- Steffen-Bürgi, B., Schärer-Santschi, E., Staudacher, D., & Monteverde S. (Hrsg.). (2017). *Lehrbuch Palliative Care*. (3., überarb. Aufl.). Bern: Hogrefe Verlag.

13. Autoren

- Jennifer Blötzer-Anthamatten und Anja Abgottspon-Nanzer in Zusammenarbeit mit Doris Bittel-Passeraub/MAS P.C., Dr. Catherine Mengis Bay und Netzwerk Palliative Care Oberwallis
- Aktuelle Version angepasst durch Jennifer Blötzer-Anthamatten und Karin Schnydrig-Zenkhusen in Zusammenarbeit mit Dr. Catherine Mengis Bay und Netzwerk Palliative Care Oberwallis