Ernährung des operierten Magen-Darm-Patienten

Autor(en): **Metzger, Urs**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): **- (1986-1987)**

Heft 16

PDF erstellt am: **24.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-790316

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Ernährung des operierten Magen-Darm-Patienten

PD Dr. med. Urs Metzger, Departement Chirurgie, Universitätsspital Zürich
(Direktion: Prof. Dr. med. F. Largiadèr)

Die zunehmende Überalterung der Bevölkerung macht sich auch am chirurgischen Patientengut bemerkbar. Von 1000 in unserer Klinik behandelten Tumorpatienten sind 275 älter als 70 Jahre. Bei Dickdarm-Operationen sind sogar mehr als die Hälfte aller Patienten über 70-jährig. Daraus erklärt sich, dass die Ernährung des operierten Magen-Darm-Patienten oft ein geriatrisches und weniger ein chirurgisches Problem darstellt. Verbesserte Operationstechniken und Narkoseverfahren sowie die Fortschritte in der Intensivpflege haben zu einer drastischen Reduktion der früher gefürchteten Operationsletalität geführt. Das heisst, es werden heute mehr Patienten – in höherem Alter, nach grösseren Operationen – das Spital nach einem bauchchirurgischen Eingriff wieder lebend verlassen als noch vor 10 oder 20 Jahren. Das Ziel jedes bauchchirurgischen Eingriffes ist die Entfernung des krankhaften Prozesses (meist Tumor oder Entzündung) nebst vollständiger Wiederherstellung der Darmkontinuität. Aus Gründen der Radikalität ist dabei gelegentlich die Anlage eines temporären oder dauernden künstlichen Ausgangs (Stoma) nicht zu umgehen.

In der Ernährungs-Betreuung von operierten Magen-Darm-Patienten unterscheiden wir drei Phasen:

1. Die postoperative Phase ist gekennzeichnet durch den vollständigen oder teilweisen Ausfall der normalen Darmfunktion. In dieser Akutphase nach der Operation ist der Patient auf eine möglichst vollständige, vorerst parenterale Substitution aller Nahrungsbausteine angewiesen. So früh wie möglich sollte von der parenteralen auf die enterale Ernährung übergegangen werden. Diese ist bezüglich der Effizienz, der Kosten und der unerwünschten Nebenwirkungen der Erstgenannten wesentlich überlegen. Bei grossen Oberbaucheingriffen (Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse) wird heute oft eine dünne Ernährungssonde durch die Bauchdecke direkt in den proximalen Dünndarm eingebracht (Katheter-Jejunostomie). Diese kann nach

Beginn der normalen oralen Nahrungsaufnahme ohne weiteren Eingriff herausgezogen werden. Neuere Studien zeigen auch, dass die früher vielfach zur postoperativen Entlastung eingelegte Magensonde gar nicht notwendig ist. Nach der parenteralen Ernährung (am 2. bis 5. postoperativen Tag) beginnt man mit einer unproblematischen Breiaufbaukost und geht dann auf eine ballastarme, leicht verdauliche Schonkost-Ernährung über.

2. Die Adaptationsphase ist die Zeitspanne, in welcher sich der Patient wieder langsam an eine normale, d.h. seine frühere Kost gewöhnen muss. Diese Phase kann – je nach Eingriff – zwei Wochen oder maximal zwölf Monate betragen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist diese Phase jedoch nach drei Monaten abgeschlossen, und es ist von besonderer Bedeutung, den Patienten zu beruhigen und ihn nicht durch unnötige Diätvorschriften krank zu machen. Als Grundsatz gilt: was vor der Operation gut vertragen wurde, wird auch nach der Operation wieder vertragen! Der Übergang von der postoperativen Schonkost auf die Normalkost muss progressiv erfolgen, besonders für Eingriffe an der Speiseröhre und am Magen empfehlen sich vorerst kleine, häufige (6-8) Mahlzeiten pro Tag. Für Patienten mit totaler Entfernung des Magens und für Stomaträger empfiehlt sich dabei das Führen eines Ernährungs-Tagebuches. Falls eine Speise wiederholt aufstösst, Darmblähung oder Durchfall bewirkt, muss sie aus dem Speisezettel gestrichen werden. Durch dieses Protokoll gewinnt man bald einen Überblick über unproblematische Nahrungsmittel und Störenfriede. Wichtigster Grundsatz bleibt jedoch: **im Prinzip keine Diät.** Da die Adaptationsphase gelegentlich über drei Monate dauern kann, sollte man die störenden Speisen der Anfangsperiode nicht unbedingt für immer streichen, sondern sie nach einiger Zeit ruhig wieder ausprobieren. Dadurch gelangt man in der Regel wieder zu einer normalen Vollkost und zur dritten postoperativen Phase, dem endgültigen Zustand.

3. Besondere Zustände

Patienten mit einer Speiseröhren-Endoprothese (Celestin-Tubus, Häring-Tubus) können in der Regel mit diesen Tuben auch nicht mehr als pürierte Kost zu sich nehmen. Bei fester Nahrung und ungenügendem Kauakt besteht die Gefahr der Obstruktion. Kann aus technischen Gründen kein Tubus mehr eingelegt werden, oder ist der

Wundenreinigung bei:
Ulcus cruris, Dekubitus, septischen Wunden

Vorteile von MESALT:

- Reinigt die Wunde schnell und gründlich
- Verursacht keine Mazeration des Wundrandes
- Der Verbandwechsel ist einfach und zeitsparend

Mölnlycke

Schluckakt vollkommen verunmöglicht, bleibt als Alternative lediglich die Anlage einer Gastrostomie zur Ernährung, wobei eine solche aus psychologischen Gründen wenn immer möglich vermieden werden sollte. Oftmals gelingt es noch, eine naso-gastrische Sonde einzubringen und den Patienten über diese zu ernähren. Die Industrie liefert heute bedarfdeckende, nährstoffdefinierte, hochmolekulare Sonden- und Trinknahrungen für diese bedauernswerten Patienten.

Der vollständig magenresezierte Patient benötigt eine Vitamin-B 12-Substitution (1 mg i.m. alle 3 Monate), sonst keine besonderen diätetischen Massnahmen nach Überwindung der Adaptationsphase. Wenn immer möglich wird heute chirurgisch aus dem proximalen Dünndarm ein Ersatzmagen konstruiert.

Bei operativer Entfernung der Bauchspeicheldrüse bedürfen die Patienten je nach Ausmass der endokrinen und exokrinen Unterfunktion einer Insulin- bzw. Pankreas-Ferment-Substitution. Nach einer länger dauernden Adaptationsphase kann die Fermentgabe oft sukzessive reduziert werden, wogegen die Einstellung des pankreopriven Diabetes mellitus wesentlich schwieriger ist. Diese Patienten benötigen eine fachärztliche internistische Betreuung.

Nur ganz wenig diätetische Einschränkungen sind wegen einer **Enterostomie** als solcher nötig. Der Sinn dieser Einschränkungen ist für "nasse" und "trockene" Stomata unterschiedlich. Bei den "nassen" Stomata, besonders bei der Ileostomie, geht es vor allem darum, den Wasser- und Salzverlust zu beherrschen und eine chemische Reizung des Stoma zu vermeiden. Eine Diät ist überflüssig, allerdings sollten Speisen und Getränke vermieden werden, die voraussehbar Durchfall, eine Reizung oder eine Verlegung des Stomas verursachen können. Ebenso wird besser auf eine schlackenreiche Kost verzichtet, da eine faserreiche Kost den Verlust von Wasser fördert. Auf genügende Zufuhr von Wasser und Natrium ist zu achten. Einschränkung der Wasserzufuhr hat nicht eine Stuhleindickung zur Folge, sondern eine Reduktion der Urinmenge. Diese sollte auf jeden Fall nie unter 1 Liter pro 24 Stunden liegen, d.h. bei Durchfällen muss deshalb die Trinkmenge entsprechend erhöht werden. Für Coecostomieträger gelten die gleichen Regeln wie für den Ileostomieträger. Bei den "trockenen" Stomata, besonders bei der endständigen Sigmoidostomie, liegt das Schwergewicht auf dem Komfort des Patienten, d.h. auf den Stuhlgewohnheiten, dem Windabgang und der Geruchsent-

wicklung. Eine spezifische Diät ist auch für diese Patienten vollkommen überflüssig. Den regelmässigsten Entleerungsrhythmus erreicht man mit regelmässigem Essen.

Nachstehend finden sich einige diätetische und medikamentöse Massnahmen zur Stuhlregulierung, besonders für Stoma-Patienten, aber auch für die übrigen am Dickdarm operierten Patienten.

4. Besondere Massnahmen zur Stuhlregulierung

4.1. Massnahmen bei Blähungsneigung und Geruchsbelästigung

Einschränken oder Vermeiden von:
- Kohl, Kraut, Hülsenfrüchte, Spargeln, Pilze, Lauch;
- Eier und Eiprodukte;
- Fisch;
- Hartkäse, Gewürze (Zwiebeln, Knoblauch, Paprika, Curry und anderes);
- Alkohol, Kaffee, koffeinhaltige Getränke, kohlensäurehaltige Getränke.

Geruchshemmend wirken:
- Joghourt, Heidelbeeren;
- Petersilie, Spinat, grüner Salat.

Medikamente:
- kolloidale Silikone, Enzympräparate, Chlorophylltabletten, Kohletabletten.

Für Stomaträger:
- filterhaltige Stomabeutel, Aktivkohle in den Beutel eingeben, Desodorantien;
- Spülbehandlung.

4.2. Massnahmen bei Durchfallneigung

Stopfende Nahrungsmittel:
- Weissbrot, Teigwaren, Haferflocken, Reis (geschält), Mais, Kartoffeln, gelbe Rüben, Bananen, Rosinen, Heidelbeeren, Schokolade, Kakao, Milch (gekocht), Rotwein.
- Vermeiden von abführenden Nahrungsmitteln (siehe Punkt 4.3.)

Medikamente:

– kolloidale Silikone, Kohletabletten, Belladonna-Präparate, Codein-Phosphat, Loperamid-HC1 (Imodium) oder Diphenoxylat-HC1 (Reasec). Antibiotika und Sulfonamide **nur** bei nachgewiesenem Darminfekt.

4.3. Massnahmen bei Verstopfungsneigung

Abführende Nahrungsmittel:

– vermehrte Flüssigkeitszufuhr (kaltes Wasser, laxierende Mineralwässer), Milch (roh), Kaffee, Fruchtsäfte (ausser Heidelbeeren), Süssmost, Bier, Fleischbouillon, Vollkornbrot, Weizenkleie, Reis (ungeschält), Gewürze, grüner Salat, Spinat, Sauerkraut, Pflaumen, Trauben, Feigen, Leinsamen (Schrot);
– Vermeiden von stopfenden Nahrungsmitteln (siehe Punkt 4.2.).

Medikamente:

– pflanzliche Abführmittel, durch Quellen wirkende Abführmittel und Gleitmittel.

Für Stomapatienten:

– Spülbehandlung.

5. Zusammenfassung

1. Im Prinzip keine Diät.
2. Probieren geht über Studieren.
3. Was vor der Operation vertragen wurde, wird auch nachher wieder vertragen.
4. Anfängliche Unverträglichkeiten normalisieren sich meist während der ersten sechs Monate nach der Operation.
5. Bei Auftreten von Störungen Ernährungsprotokoll anlegen.
6. Störungen möglichst diätetisch regeln, Medikamente nur zeitlich befristet bei stärkeren Belästigungen.
7. Essen und Trinken sind erfreuliche Anlässe, sie sollen es auch nach einer Operation bleiben.