

Darmmanagement bei Querschnittlähmung

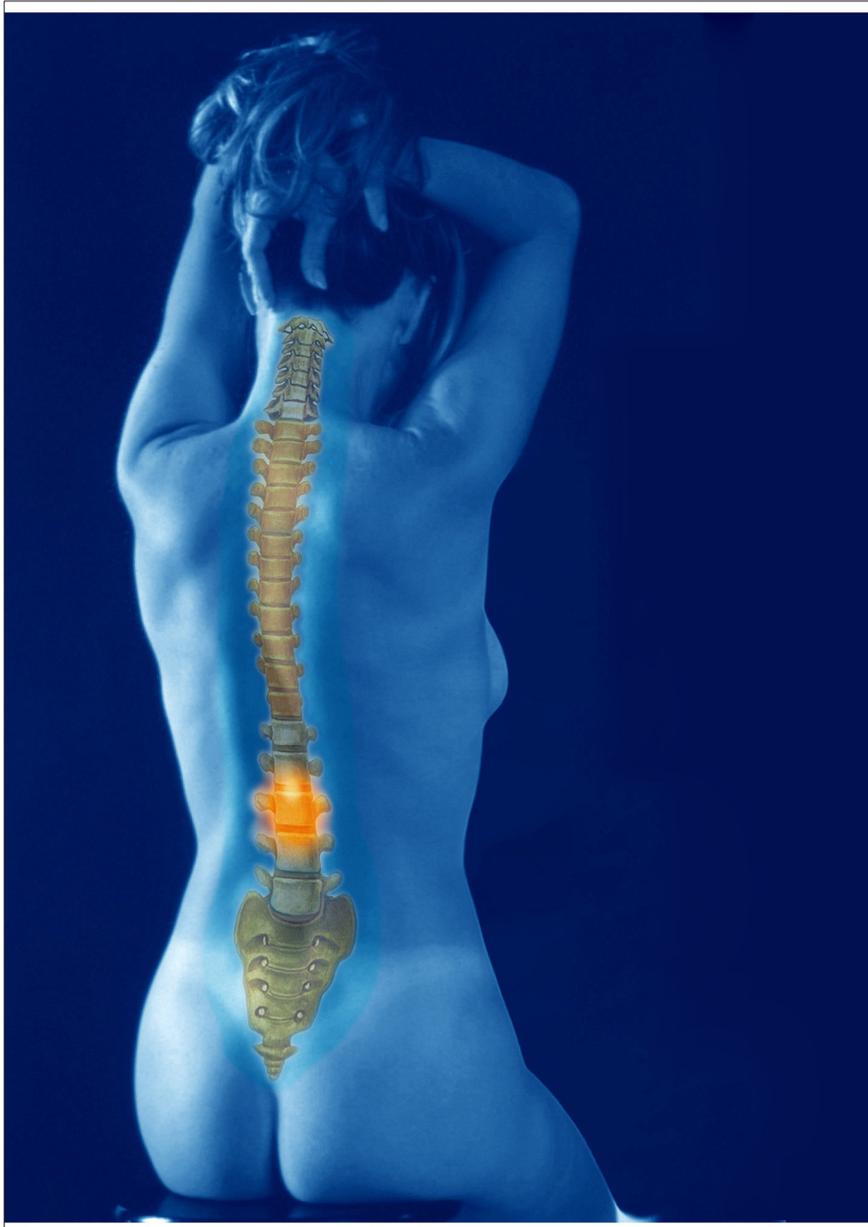


Bild: AdobeStock @ Henrie

*Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Artikel das generische Maskulinum verwendet.
Die in diesem Artikel verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.*

Die Querschnittlähmung ist ein lebensverändernder Gesundheitszustand. In Deutschland leben inzwischen etwa 140.000 Menschen mit einem Querschnittssyndrom. Jährlich kommen etwa 2.400 Querschnittslähmungen dazu (vgl. Seifert, J., 2021, S. 551). Mit 70 Prozent ist die häufigste Ursache ein Autounfall. Im Anschluss wird der Patient in ein Querschnittsgelähmtenzentrum gebracht, wo die medizinische und therapeutische Versorgung darauf ausgerichtet ist, frühzeitige Folgeschäden zu erkennen beziehungsweise zu verhindern (vgl. Hetzer, F., 2020, S. 373).

Was bedeutet Querschnittlähmung?

Die Auswirkungen einer Querschnittlähmung sind vielfältig und individuell. Unterschieden wird unter anderem zwischen einer angeborenen Lähmung, wo eine Fehlbindung des Rückenmarks vorliegt und einer erworbenen Lähmung. Hierbei ist die Lähmung die Folge einer Schädigung des Rückenmarks (vgl. Köpcke, J.L., 2018, S. 16). Diese stellt die Verbindung zwischen Gehirn und dem im ganzen Körper laufenden Nervenbahnen, das sogenannte periphere Nervensystem, dar. Das Rückenmark hat die Aufgabe der Weiterleitungsfunktion und der Reflexfunktion. Mittels der Leitungsbahnen kann das Gehirn Signale empfangen und senden. Reize, wie zum Beispiel Kälte, Wärme und Schmerz, werden von der Haut aufgenommen und an das Gehirn weitergegeben. Ebenfalls wird das Aussenden von Impulsen an ausführende Organe oder initiierte Bewegungen dadurch gesteuert. Unbewusste Reaktionen werden Reflexe genannt, die das Gehirn nicht steuern kann. Es kann die Reflexe nur mehr oder weniger bewusst hemmen und/oder korrigieren, wie zum Beispiel den Blasenentleerungsreflex (vgl. Kampmeier, A.S., 2006, S. 198). Drei wesentliche Kriterien unterscheiden die Schwere der neurologischen Ausfälle. Hierzu zählen das Ausmaß der Schädigung des Rückenmarks (komplett oder inkomplett), die Höhe der Lähmung (Tetraplegie oder Paraplegie) und die Qualität der neurologischen Ausfälle (motorisch, sensibel oder autonom) (vgl. Lang, M., 2015, S. 5 - 6). Des Weiteren wird in akuten und chronisch-progredienten Verlauf unterschieden (vgl. Kapmaier, A.S., 2006, S. 205 - 210). Ein grobes Ausmaß der Rückenmarksverletzung lässt sich im Allgemeinen folgend erläutern: Je tiefer die Lähmungshöhe, desto besser sind die Überlebenschancen und eine eigenständige Lebensweise möglich (vgl. Köpcke, J.L., 2018, S. 18; vgl. Kiefer, K., 2016, S. 3).

Neurogene Darmfunktionsstörung

Bei einer neurogenen Darmfunktionsstörung handelt es sich um eine Schädigung des Rückenmarks oder der Cauda equina auf unterschiedlichem Niveau. Die Darmentleerung wird bei einer Querschnittlähmung stark beeinträchtigt. Hierbei ist von entscheidender klinischer Bedeutung, wie die Veränderungen des oberen und unteren Gastrointestinaltrakts sowie die Peristaltik, die Fähigkeit zur Entleerung des Rektums und der anale Verschlussmechanismus, funktionieren. Das Gehirn kann keine Impulse zum Darm senden und somit keinen Entleerungsreflex auslösen. Die klinischen Auswirkungen einer neurogenen Darmfunktionsstörung bei Querschnittlähmung können sowohl eine Obstipation als auch Inkontinenz sein. Komplikationen wie zum Beispiel abdominelle Schmerzen oder Missempfindungen, autonome und vegetative Dysreflexie (Läsion oberhalb Th4 bis Th7) oder der spinale Schock können auftreten (vgl. Geng, V., Lienhard, H., 2021, S. 183 - 184).

Darmmanagement

Unter dem Begriff „Darmmanagement“ versteht man die Gesamtheit aller Aktivitäten, die eine regelmäßige, planbare und zeitlich begrenzte Darmentleerung (nicht länger als 60 Minuten) mit ausreichend Stuhlgang ermöglichen. Ebenso gehören dazu die Gesundheit und das Wohlbefinden bei der Entleerung zu erhalten und Komplikationen sowie ungeplante Stuhlentleerungen zu vermeiden. Der Patient soll

seine größtmögliche Selbständigkeit erhalten und somit die teilweise oder vollständige Selbstpflege ermöglicht bekommen (vgl. Geng, V., Lienhard, H., 2021, S. 179 - 184). Durch eine Einschränkung der Darmfunktion entsteht oft die Angst einer Inkontinenz und dadurch eine erhebliche Beeinträchtigung im Zusammenhang mit sozialen Aktivitäten und der Lebensqualität der Betroffenen (vgl. Kiefer, K., 2016, S. 6). Die Durchführung eines erfolgreichen Darmmanagements benötigt immer die Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams (vgl. Geng, V. et al, 2019, S. 5).

Etablieren

Das Erreichen einer sekundären Inkontinenz steht als übergeordnetes Ziel des Darmmanagements.

Die Etablierung findet in einem regelmäßigen und planbaren zyklischen Prozess statt und wird innerhalb eines akzeptablen Zeitraums durchgeführt. Die Ersteinschätzung ist für das Darmmanagement sehr wichtig, so können sich die nachfolgenden Maßnahmen planen lassen.

Eine lebenslange Nachsorge ist wichtig, da durch ein gutes Darmmanagement neurogene Darmfunktionsstörungen therapiert und beherrscht werden können (vgl. Geng, V. et al, 2019, S. 11 - 12).

Therapiemöglichkeiten

In der S2k-Leitlinie „Neurogenen Darmfunktionsstörung bei Querschnitt“ der AWMF zeigt die Therapie-Pyramide eine mögliche Behandlung, die im wissenschaftlichen und internationalen Raum verbreitet ist (vgl. Geng, V. et al, 2019, S. 13).

Zu den konservativen Methoden gehören die Ernährung, Entleerungstechniken, den Abdominaldruck zu erhöhen, Ampullenkontrolle, Analdehnung, Anus und Dammbeklopfung, Einläufe, digitale Stimulation, Transanale Irrigation und digitale Ausräumung. Zu den physikalischen Maßnahmen zählen Kolonmassage, Beckenbodengymnastik/Biofeedback und Wärmeapplikation. Des Weiteren bilden rektale Entleerungshilfen und orale Laxanzien die medikamentösen Methoden ab. Als letzte Methode werden die chirurgischen Interventionen aufgeführt. Diese umfassen eine Botulinumtoxin-A-Injektion oder externen analen Sphinkter, sakrale Neuromodulation/- stimulation, sakrale Deafferentation und sakrale Vorderwurzelstimulation, Colostoma und das Malone-Stoma. Daraus mögliche resultierende Komplikationen wären unter anderem Meteorismus, autonome Dysreflexie, Blutabgänge, paradoxe Diarrhoe, spezifische Diarrhoe sowie lokale Komplikationen (vgl. Geng, V., et al, 2019, S. 14 - 22, vgl. Geng, V., Lienhard, H., 2021, S.199).

Lebensqualität

Die WHO (1997) definiert die Lebensqualität wie folgt: „Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die sozialen Beziehungen, die persönlichen Überzeugung und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt.“(Renneberg,

B., Lippke, S., 2006, S. 29). Die Lebensqualität teilt sich in vier Bereiche auf: In das physische, psychische, soziale und funktionale Befinden.

Es handelt sich also um ein multidimensionales Konstrukt, das die Menschen in Wechselwirkungen von Personen und Umwelt sieht.

Das Konzept der „ganzheitlichen Pflege“ ist wichtig für das Thema Lebensqualität. Ganzheitliche Pflege bezeichnet das Zusammentreffen der Bedürfnisse des Menschen aus emotionaler, geistiger, physischer, umweltbedingter, sozialer und wirtschaftlicher Sicht. Das Ziel ist, dem Patienten pflegerisch zu helfen und die Einschränkungen in Bezug auf seine früheren Lebensgewohnheiten zu bewältigen (vgl. Kunzmann, E. et al., 1992, S. 185 - 186).

Seelische und psychische Belastung

Für betroffene Menschen bedeutet das Eintreten der Querschnittlähmung eine plötzliche und unerwartete, je nach Grad der Auswirkungen und nach Ausmaß der Schädigung, auch eine vollständige Veränderung seiner Lebenssituation. Von einer Sekunde auf die andere wird aus einem gesunden Menschen einer mit Behinderung (vgl. Kampmeier, A.S., 2006, S. 208 - 209). Hierbei ist vor allem die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen und die Selbsthilfe in einem multiprofessionellen Team wichtig, mit dem Ziel, das Bestmögliche für den Patienten zu erreichen. Die Inkontinenz bedeutet den Verlust der Kontrolle über die Ausscheidungen. Durch die Verwendung von bestimmten Hilfsmitteln (Stomaproducte) wird das Körperbild verändert und die körperliche Aktivität beeinflusst. Dies kann zu Verunsicherungen führen und eventuell Auswirkungen auf das Sexualleben haben (vgl. Ofner, M., Ofner, T., 2017, S. 227 - 234).

Selbstwahrnehmung und Selbstbild

Bei den meisten querschnittsgelähmten Menschen kann durch ihre Schädigung das Körperbild beeinflusst sein. Durch den Eintritt der Lähmung wird der Betroffene mit zahlreichen Veränderungen und damit verbundenen Funktionsdefiziten des Körpers, vor allem in der Frühphase, konfrontiert. Diese Defizite werden in der Gesellschaft verpönt und die Menschen werden auf das reduziert, was sie nicht können, anstatt hervorzuheben, was sie können. Die Enkopresis, das wiederholte willkürliche oder unwillkürliche Einkoten, kann kaum kaschiert werden und der Geruch ist unangenehm – für andere, wie auch für den Betroffenen selbst. Die Inkontinenz ist immer noch grundsätzlich ein Tabuthema in der Gesellschaft. Erfolgt keine optimale Versorgung der Inkontinenz, kann dies dazu führen, dass sich der Betroffene immer mehr zurückzieht und sich sozial isoliert (vgl. Koch, A-K., 2021, S. 353 - 358).

Verbesserung durch gutes Darmmanagement

Um die Lebensqualität zu erhöhen und die Selbständigkeit zu fördern, sollte der Patient die Technik der jeweilig gewählten Darmmanagementtechnik beherrschen. Dies setzt eine professionelle Anleitung durch geschultes Pflegefachpersonal voraus. Für die Beratung und Anlernphasen sollte ausreichend Zeit eingeplant werden, damit der Betroffene das Prinzip anschließend optimal beherrscht. Ergebnisse zeigen, dass die Lebensqualität deutlich ansteigt, wenn der Patient die Ausscheidung beherrscht (vgl. Tieggers, S. et al, 2018, S. 4 - 6).

Gegenüberstellung endständige Kolostomaanlage mit Transanaler Irrigation

Transanale Irrigation (TAI)

Bei der analen Irrigation wird rektal ein Katheter in den Enddarm eingeführt und mit lauwarmem Wasser gespült. Je nach Hersteller kann ein mit Luft oder Wasser gefüllter Ballon geblockt werden. Eine andere Möglichkeit stellt das Spülen über einen Konus dar. Durch die Volumenzufuhr kommt es zur Dehnung der Darmwand und somit zum Entleerungsreflex (vgl. Geng, V., Lienhard, H., 2021, S. 201). Voraussetzung für die Durchführung der Irrigation ist die ärztliche Anordnung (nach spinalem Schock/Akutphase), Delegation durch qualifiziertes Fachpersonal mit Produktschulung und ein zuverlässiger und motivierter Patient. Das Ziel der analen Irrigation ist eine effektive Darmentleerung zur selbstbestimmten Zeit und Ort mit anschließend ausscheidungsfreier Zeit von 24 bis 48 Stunden. Daraus resultiert eine Zeitersparnis durch verkürzte Ausscheidungszeit und durch vorübergehende „Kontinenz“. Eventuelle Hautschäden werden vermieden (vgl. Spahn, F., 2022, S. 66 - 73). Die Irrigation mittels Ballonkatheter wurde im Jahr 2005 durch die Initiative von Querschnittszentren in Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden speziell für Rückenmarksgeschädigte entwickelt (vgl. Papenkordt, P., 2021).

Material

Die TAI kann entweder mit einem Schwerkraft-Konus-System, mit einem elektrischen Konus-Pumpsystem oder einem Rektal-Katheter-Pumpsystem (manuell oder elektrisch) durchgeführt werden (vgl. Spahn, F., 2022, S. 78; vgl. Papenkordt, P., 2021). Alle Systeme arbeiten nach demselben Wirkungsprinzip und enthalten einen Wasserbehälter, der eine Aufhängevorrichtung mit deutlicher Graduierung und Temperaturanzeige hat, einen Verbindungsschlauch zwischen Wasserbehälter und Fließgeschwindigkeitsregler und zwischen Flüssigkeitsregler. Ebenso gehört der eben benannte Fließgeschwindigkeitsregler (manuell oder elektrisch) und Ballonkatheter oder Konus dazu. Jedem Patienten kann zweimal jährlich ein komplettes Irrigationsset verordnet werden. Die Verordnung dazu sollte auf ein separates Rezept mit angekreuztem Feld sieben für Hilfsmittel erfolgen. Dabei sind im Verordnungsfeld Angaben zum Produktname oder die Hilfsmittelnnummer, Produktmenge, Irrigationshäufigkeit, Diagnose und Begründung und der Verordnungszeitraum mit Tag, Monat und Quartal von Relevanz (vgl. Spahn, F., 2022, S. 78 - 93). Die Kostenübernahme seitens der Krankenkasse ist zurzeit aufgrund der Akzeptanz noch relativ gering, was häufig zu Lasten der Patienten und dessen Versorgungssituation geht, denn diese stellen unterschiedliche Anforderungen (vgl. Tieggers, S., 2018, S. 6 - 7).

Anwendung

Nach dem Einlaufen des Wassers in das Kolon dauert die Entleerung anfangs zwischen 45 und 60 Minuten. Nach der erfolgreichen Entleerung wird die normale Hautreinigung durchgeführt und der Wasserbehälter und das Schlauchsystem ausgetrocknet und belüftet (Schimmelgefahr). Ebenfalls muss der Ballonkatheter im Hausmüll entsorgt werden (vgl. Spahn, F., 2022, S. 22).

Anleitung, Schulung und Beratung

Die Anwendung zur TAI wird circa dreimal durch geschultes Pflegefachpersonal gezeigt. Hierbei werden mit dem Betroffenen und eventuell An- und Zugehörigen Termine vereinbart und unter anderem das eventuelle Vorwissen hierzu abgefragt, um ein Bild von der Gesamtsituation zu erfahren (sanitäre Gegebenheiten, Zeit und Ruhe, Gelegenheit die TAI in gleichmäßigen Abständen und zur gleichen Tageszeit zu wiederholen). Bei der ersten Anleitung wird theoretisch der Ablauf besprochen und die benötigten Materialien vorgestellt. Es wird das Lernziel definiert, was nach jeder Anleitung verinnerlicht werden soll. Die praktische Durchführung und Erklärungen erfolgen ebenfalls durch das Pflegefachpersonal. Die ärztlich angeordnete Spülmenge (15-18ml/kg) und Blockungsintensität werden ausprobiert und die optimale Durchführungsposition wird herausgefunden (Toilettensitz oder Duschrollstuhl). Bei der zweiten Anleitung führt der Patient die Irrigation selbständig durch, gegebenenfalls mit An- oder Zugehörigen zusammen. Das bedeutet, dass der Patient die Systemvorbereitung, das Wasser einfüllen (Trinkwasserqualität), das Beachten der Wassertemperatur (ca. 37 Grad Celsius) und die Befestigung des Katheters übernimmt. Den Katheter optimal einzuführen, wird zusammen mit dem Pflegefachpersonal geübt. Bei der gesamten praktischen Durchführung steht dieses unterstützend zur Seite und beantwortet die aufkommenden Fragen (vgl. Spahn, F., 2022, S. 7 - 78; vgl. Pleitgen, M., 2022, S. 13 - 20). Beim dritten Beratungstermin wird die praktische Durchführung vom Patienten bzw. vom An- und Zugehörigen komplett selbständig übernommen. Die Pflegefachperson steht beratend zur Seite und kann bei Bedarf die Technik optimieren oder die Spülmenge anpassen. Während der gesamten Anleitungstermine sollte genügend Zeit für Fragen eingeplant werden. Jede Anleitung kann unterschiedlich sein, denn die Individualität jedes Patienten oder Angehörigen ist zu beachten. Während der ersten Durchführungen ist auf Komplikationen oder mögliche Risiken zu achten (vgl. Tiegges, S., 2018, S. 4 - 5). Am Ende der drei Anleitungstage sollte die Zielerreichung überprüft und ein Feedbackgespräch geführt werden. Zum Schluss wird der gesamte Schulungsverlauf dokumentiert (vgl. Pleitgen, M., 2022, S. 13 - 20).

Physische Belastung

Das Darmmanagement in Form von einer Transanalen Irrigation kann bis zu sechs Wochen andauern. Das Einlassen auf den Lern- und Anpassungsprozess ist deswegen meist für den Betroffenen und ebenso für die An- und Zugehörigen eine Herausforderung (vgl. Geng, V., 2018, S. 1). Entscheidend hierfür ist die adäquate Unterweisung durch geschultes Pflegefachpersonal und die Geduld des Patienten, um sich an das Antriggern der Reflexe zu gewöhnen. Ebenso wichtig ist die konsequente Einhaltung der Ernährungs- und Lebensstilanpassung, um einen völligen Erfolg zu erzielen (vgl. Papenkordt, U., 2021).

Endständige Kolostomaanlage

Zehn Prozent der Querschnittsgelähmten lassen sich im Langzeitverlauf ein Stoma anlegen. Dies kann zu erheblicher Steigerung der Lebensqualität führen. Als definitive Lösung sollte auf jeden Fall ein endständiges Kolostoma angelegt werden (vgl. Geng, V. et al, 2019, S. 19).

Operation

Die meisten Kolostomaanlagen werden im linken Unterbauch, im Colon Descendes oder Colon Sigmoidum angelegt. Die Anlage bei einem querschnittsgelähmten Menschen ist jedoch anders und individuell zu betrachten. Bei der Stomaanlage sollte auch in Abhängigkeit der Lähmungshöhe und demzufolge bestehende Innervation der Bauchdecke oder Spasmen die Einlage eines Netzes zu dem prophylaktischen Schutz einer parastomalen Hernie in Erwägung gezogen werden (vgl. Seifert, J. et al, 2021, S. 555). Die Risiken dieser Operation belaufen sich auf die gleichen, wie wenn ein Tumor oder eine entzündliche Darmerkrankung der Grund wäre (vgl. Geng, V., Lienhard, H., 2021, S. 216).

Stomamarkierung

Die Stomamarkierung wird nach der Handlungsanweisung „präoperative Markierung“ durch die Fachgesellschaft für Stoma, Kontinenz und Wunde vorgegeben. Ein Augenmerk sollte jedoch auf den Musculus rectus abdominis gelegt werden, da dieser bei Querschnittsgelähmten nicht einfach zu ertasten ist. Normalerweise wird die Markierung im Sitzen, Liegen, Stehen und in einer gebeugten Haltung durchgeführt. Bei einem querschnittsgelähmten Menschen ist das Stehen und das im Stehen Vorbeugen nicht möglich. Hier ist die Positionierung im Rollstuhl sitzend wichtig und das eventuell zu tragende Hartschalengerüst (vgl. Lücke, S., 2022, S. 28 - 29; vgl. Gruber, G., 2012, S. 17).

Versorgung

Im Verlauf des Aufenthalts muss herausgefunden werden, mit welchem Versorgungssystem und welchen Hilfsmöglichkeiten der Patient zurecht kommen würde. Das Versorgungssystem kann hierbei auch von der üblichen Verwendung abweichen. Eine Möglichkeit wäre zum Beispiel das Verwenden von einem einteiligen Ausstreifbeutel oder einem zweiteiligen System mit Klebekopplung. Die Patienten entwickeln passende Lösungen, wie das Lösen der Folie von der Basisplatte mithilfe von den Zähnen, mit einem Bindfaden die Lochgröße ausschneiden oder das Aufmalen von Orientierungspunkten auf die Haut (vgl. Hoffmann, G., Summa, S., 2017, S. 95 - 100).

Anleitung, Schulung und Beratung

Die erste Anleitung sollte unter ruhigen Bedingungen im Patientenzimmer geschehen. Die Feststellung des Vorwissens sollte erfragt werden, da die meisten querschnittsgelähmten Menschen sich im Vorfeld schon informiert haben. Das Ziel ist, nach mehrmaligen Anleitungen, individuell auf den Patienten angepasst, die selbständige Versorgung oder das Miteinbinden von An- und Zugehörigen sicher zu stellen (vgl. Pleitgen, M., 2022, S. 13 - 18). Die benötigten Materialien beim ersten Versorgungswechsel sind: Ausstreifbares Stomaversorgungssystem (ein- oder zweiteilig), weiche unsterile Vlieskompressen (trocken und feucht mit Trinkwasserqualität), Schablone zur Ermittlung der Stomagröße, bei Bedarf Abdichtungsmaterial in Form von beispielsweise Stomapaste, Hautschutzringe/-streifen oder Stomapuder, Bettschutz, Schere (abgerundet und gebogen), eventuell Pflasterentferner und Einmalrasierer, ggf. pH-hautneutrale Waschlotion/

Reinigungs lotion vom beispielsweise Hersteller oder Handspiegel, Handschuhe für das Pflegefachpersonal und Entsorgungsbeutel. Beim ersten Wechsel informiert die Pflegefachperson über das geplante Vorgehen und macht aufmerksam, dass es zur Geruchsentwicklung beim Entfernen des Beutels kommt.

Der Patient kann direkt zur Mithilfe der Versorgung aufgefordert werden. Im ersten Schritt werden die Hände desinfiziert und die Handschuhe vom Pflegefachpersonal angezogen. Der Bettschutz wird untergelegt und der blickdichte Entsorgungsbeutel bereitgelegt. Anschließend wird kontrolliert, ob sich Ausscheidung im Beutel befindet. Dieser wird gegebenenfalls ausgeleert. Anschließend wird das Wechseln der Versorgung Schritt für Schritt durchgeführt: Stomaplatte wird entfernt mit anschließender Begutachtung der Rückseite der Hautschutzplatte auf eventuelle Unrichtigkeiten, daraufhin erfolgt die Reinigung der Haut mit feuchten und zuletzt trockenen Vliesstoffkompressen, eventuell muss die parastomale Haut mithilfe eines Einmalrasierers rasiert werden. Mittels Schablonenmaterial wird die Stomaversorgung angepasst und zurechtgeschnitten, eventuell ist eine Abdichtung mit einem Hautschutzring, -streifen oder Stomapaste notwendig. Schließlich wird das Stomaversorgungssystem angebracht und der Patient aufgefordert, einige Minuten die Hand auf das Stoma bzw. die Versorgung zu legen, damit sich diese mit der Wärme gut an die Haut anschmiegt. Der Auslass des Beutels sollte so angebracht werden, dass der Querschnittsgelähmte diesen selbst leeren kann (vgl. Hoffmann, G., Summa, S., 2017, S. 85 - 100). Am Ende wird der gesamte Versorgungsvorgang dokumentiert.

Ebenso sollten beide Parteien ein Feedback über den Ablauf und das Verständnis der Durchführung abgeben (vgl. Pleitgen, M., 2022, S.19 - 20).

Psychische Belastung

Eine Stomaanlage hat psychische Auswirkungen auf den Patienten.

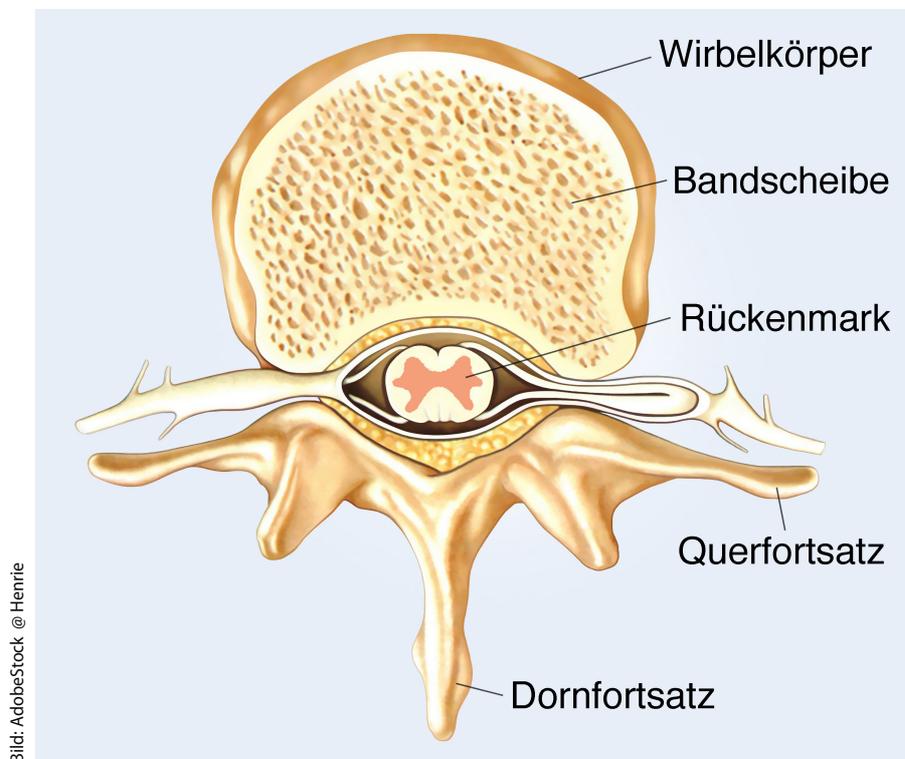
Die Annahme und Bewältigung dieses Lebenschnittes ist von der fachlichen Aufklärung, Betreuung und Unterstützung abhängig. Psychische Auswirkungen wären unter anderem eine Körperbildstörung (vgl. Kutzner, C., 2012, S. 5).

Querschnittsgelähmte, die wegen eines Dekubitus eine Stoma-anlage erhalten haben, kommen mit dieser sehr gut zurecht. 90 Prozent der Patienten entscheiden sich, die Rückverlegung ihres doppelläufigen Stomas nicht durchzuführen, da sie mit ihrem Stoma eine bessere Lebensqualität erlangt haben als zuvor ohne (vgl. Geng, V., Leinhard, H., 2021, S. 216).

Fazit

Die Frage, welches Darmmanagement bei Querschnittslähmung besser ist, kann nicht pauschal beantwortet werden. Hierbei muss immer individuell als auch ganzheitlich die betroffene Person betrachtet werden, mit der Höhe seiner Lähmung und des kognitiven Zustands. Die Vorteile einer TAI sind die ausscheidungsfreie Zeit von bis zu 48 Stunden. Außerdem wird kein Eingriff, wie beispielsweise eine Operation, benötigt. Der enorme Zeitaufwand, Disziplin und die Dauer des Prozesses, bis sich ein Erfolg zeigt, werden als negative Eigenschaften gesehen. Das zunehmende Alter und somit die geminderte Fingerfertigkeit und erschwerte Umsetzung auf die Toilette oder den Duschstuhl erschwert die TAI zusätzlich. Bei der Kolostomaanlage ist die Handhabung durch die bessere Sicht leichter und es kann mit unterschiedlichen Hilfsmitteln gearbeitet werden. Somit ist eine nicht so gute Handarbeit

auszugleichen. Hier ist der Nachteil, dass eine Operation stattfinden muss und somit die allgemeinen OP-Risiken gelten, ebenso wie eine erhebliche Körperbildeinschränkung. Da die Lebensqualität im Vordergrund steht, muss durch fachlich gute Beratung, Anleitung und Schulung mit dem Betroffenen und eventuell An- und Zugehörigen der individuelle richtige Weg gefunden werden. In einigen Studien (Mary, I. C., November 2003; Waddell, O., August 2018 und Seifert, J. et al, April 2021) wird berichtet, dass die Grundvoraussetzung die richtige Aufklärung des Patienten sei. Es sollten alle Möglichkeiten aufgezeigt werden und die Lage des Stomas an letzter Stelle der Therapiepyramide der S2k-Leitlinie „Neurogene Darmfunktionsstörung bei Querschnittlähmung“ überdacht werden. Die bisherige Evidenz spricht für eine frühzeitige Kolostomaanlage, wenn diese von den Betroffenen gewünscht ist. Trotz eventuell eintretender Stomakomplikationen waren die Betroffenen in vielen Fällen froh, diesen Schritt gemacht zu haben. Ein wichtiger Punkt ist, dass die Unabhängigkeit durch die Stomaanlage wiedererlangt worden ist.



Bei Recherchen in diversen Onlineportalen, wie zum Beispiel das „Stoma-Forum.de“ oder „Wir leben mit einem Stoma“ – beides von der Selbsthilfeorganisation Stoma-Welt e.V. ausgehend – wird oftmals berichtet, dass das Thema Stomaanlage erst relativ spät oder gar nicht seitens des ärztlichen Personals erwähnt wurde. Denn durch positive Rückmeldungen einer verbesserten Lebensqualität wird das Stoma, vor allem das endständige Kolostoma, immer präsenter werden. Somit stellt sich die Frage, inwiefern eine Platzierung einer Stomaanlage an letzter Stelle der Therapiepyramide kritisch zu hinterfragen ist. Das Ergebnis der Studie „Top Spinal Cord Inj Rehabil“ von Bouchner M. et al, Winter 2019, führt auf, dass eine frühe Kolostomie während der Rehabilitation nach einer Querschnittlähmung vorteilhafter ist. Es kann die Unabhängigkeit des Betroffenen erhöhen und den Bedarf an Pflegefachpersonal oder das Einbinden der An- und Zugehörigen verringern. Die

Umstellung auf eine frühere Kolostomaanlage wird nicht mehr nur zur Linderung hartnäckiger Darmkomplikationen eingesetzt, sondern um eine Unabhängigkeit nach der Schädigung des Rückenmarks zu erleichtern und die Darmpflege für den Betroffenen akzeptabler zu machen. Es ist eine Option, von der jeder Patient während der Frührehabilitation in Kenntnis gesetzt werden sollte. Zusammengefasst heißt dies, dass der Nutzen einer Kolostomaanlage in der frühen Rehabilitation einer Rückenmarksverletzung für die Erhöhung der Lebensqualität und der Unabhängigkeit weiter erforscht werden muss (vgl. Boucher, M., 2018; vgl. Mary, L.C., 2003; vgl. Waddell, O., 2020; vgl. Seifert, J., 2021).

Besonderer Dank gilt Frau Sabine Finke, Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde im BG Klinikum Hamburg, die durch ihre fachliche Expertise die Erstellung der Abschlussarbeit bereichert hat.

Literaturverzeichnis

Boucher, Michelle et al. (2018): Eine frühzeitige Colostomiebildung kann die Unabhängigkeit nach einer Rückenmarksverletzung verbessern und die Akzeptanz des Darmmanagements erhöhen. Online-Publikation [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6368110/#i1082-0744-25-1-23-b4>] 09.05.2023, 06:00 Uhr.

Geng, Veronika et al. (2019): Neurogene Darmfunktionsstörung bei Querschnittlähmung. Leitlinie der deutschsprachigen medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie, AWMF-Register-Nr: 179-004. Berlin: DMPG-Selbstverlag; S.11 – 22.

Geng, Veronika, Lienhard, Heiko (2021): Funktionelles Gesundheitsverhaltensmuster „Ausscheidung“-Darm. Pathophysiologie. In: Haas, Ute (Hrsg., 2021): Pflege von Menschen mit Querschnittlähmung. Assessment, Probleme, Interventionen und Evaluation. Bern: Hogrefe Verlag; S. 179 – 184.

Geng, Veronika, Lienhard, Heiko (2021): Funktionelles Gesundheitsverhaltensmuster „Ausscheidung“-Darm. Intervention beim Darmmanagement. In: Haas, Ute (Hrsg., 2021): Pflege von Menschen mit Querschnittlähmung. Assessment, Probleme, Interventionen und Evaluation. Bern: Hogrefe Verlag; S. 184,199,201

Geng, Veronika, Lienhard, Heiko (2021): Funktionelles Gesundheitsverhaltensmuster „Ausscheidung“-Darm. Colonchirurgie. In: Haas, Ute (Hrsg., 2021): Pflege von Menschen mit Querschnittlähmung. Assessment, Probleme, Interventionen und Evaluation. Bern: Hogrefe Verlag; S. 216.

Gruber, Gabriele (2012): Handlungsanweisung präoperative Markierung überarbeitet durch die FgSKW, März 2012. In MagSi, 04/2012, Nr. 58, S. 17.

Hetzer, Franc (2020): Darmfunktionsstörung bei Querschnittlähmung. In: Online-Publikation [s00053-020-00485-2 (springermedizin.de)] 29.04.2023 14:22 Uhr, S. 373.

Hoffman, Gabriele, Summa, Scarlett (2017): Anleitung zur Stomaversorgung. Anleitung im Krankenhaus. In: Gruber, MSc Gabriele (Hrsg., 2017): Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma. Praxis und Beratung - stationär und ambulant. Berlin: Springer-Verlag GmbH; S. 85 – 91.

Hoffman, Gabriele, Summa, Scarlett (2017): Anleitung zur Stomaversorgung. Schulung und Anleitung zur Selbstversorgung. In: Gruber, MSc Gabriele (Hrsg., 2017): Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma. Praxis und Beratung stationär und ambulant. Berlin: Springer-Verlag GmbH; S. 95 – 103.

Kampmeier, Anke S. (2006): Querschnittlähmung- Ursachen, Folgen, Rehabilitation. Medizinische Aspekte. In: Kallenbach, Prof. Dr. Kurt (Hrsg., 2006): Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogischrehabilitative Maßnahmen. Deutschland: Julius Klinkhardt; S. 198.

Kampmeier, Anke S. (2006): Querschnittlähmung- Ursachen, Folgen, Rehabilitation. Die Rehabilitation. In: Kallenbach, Prof. Dr. Kurt (Hrsg., 2006): Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogischrehabilitative Maßnahmen. Deutschland: Julius Klinkhardt; S.208-209

Kiefer, Klaus (2016). Definition Querschnittlähmung, Definition Darmmanagement. In: Darmmanagement bei Menschen mit einer Querschnittlähmung und die Veränderung der Lebensqualität (Bachelorarbeit), Graz; S. 3 – 6.

Kiefer, Klaus (2016). Definition Querschnittlähmung, Einteilung der Querschnittssyndrome. In: Darmmanagement bei Menschen mit einer Querschnittlähmung und die Veränderung der Lebensqualität (Bachelorarbeit), Graz; S. 2 – 6.

Koch, Anna-Katharina (2021): Funktionelles Gesundheitsverhaltensmuster „Selbstwahrnehmung und Selbstbild“ -Körperbild. Einleitung. In: Haas, Ute (Hrsg., 2021): Pflege von Menschen mit Querschnittlähmung. Assessment, Probleme, Interventionen und Evaluation. Bern: Hogrefe Verlag; S. 353 – 354.

Koch, Anna-Katharina (2021): Funktionelles Gesundheitsverhaltensmuster „Selbstwahrnehmung und Selbstbild“ -Körperbild. Funktionsverlust ihre Folgen für das Körperbild. In: Haas, Ute (Hrsg., 2021): Pflege von Menschen mit Querschnittlähmung. Assessment, Probleme, Interventionen und Evaluation. Bern: Hogrefe Verlag; S. 354 – 358.

Köpcke, Jessica Lilli (2018): Einführung. Menschen mit Querschnittlähmung als Experten in eigener Sache. In: Köpcke, Prof. Dr. Jessica Lili, Schöning, Arne (Hrsg., 2018): Menschen mit Querschnittlähmung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; S. 16 – 18.

Kunzmann, Elvira, Drzin-Schilling, Bärbel, Dennig, Karl (1992): Ganzheitliche Pflege als Hilfe zum Erhalt und Rückgewinnung von Lebensqualität bei Querschnittlähmung. In: Zäch, Dr. med. Guido Alfons (Hrsg., 1992): Rehabilitation beginnt am Unfallort. Multidisziplinäre Beratung Querschnittgelähmter in der Akutphase, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; S. 185 – 186.

Kutzner, Corinne (2012): Das Colostoma. Informationen rund um das Colostoma - Ein Informationsheft für Betroffene- In: MagSi, 04/2012, Nr. 58, S. 5.

Lang, Maja (2015): Paraplegie Rehabilitation bei Querschnittlähmung. Einleitung. Hamburg: Diplomic Verlag GmbH; S. 5 – 6.

Lücke, Stephan (2022): Oft ein echter Gewinn an Lebensqualität. Patienten mit Querschnittlähmung. Viele Menschen mit Querschnittlähmung haben Probleme mit der Darmentleerung. Eine Stomaanlage kann hier häufig eine Entlastung darstellen, wie Pflegeexperte Sabine Finke berichtet. In: Die Schwester Der Pfleger, 08/2022, Nr. 61, S. 28 – 29.

Mary, I. Carven (2003): Übersicht über die Ergebnisse der Stomapatienten mit Rückenmarksverletzungen. Online-Publikation [<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.1998.00582.x>] 09.05.2023, 06:30 Uhr.

Ofner, Markus, Ofner, Tina (2017): Patientenorientierte Beratung bei Stoma. Einleitung. In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma. Praxis und Beratung- stationär und ambulant. Berlin: Springer-Verlag GmbH; S. 227.

Ofner, Markus, Ofner, Tina (2017): Patientenorientierte Beratung bei Stoma. Unterstützungsbedarf und -angebote bei psychosozialen Belastungen. In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma. Praxis und Beratung- stationär und ambulant. Berlin: Springer-Verlag GmbH; S. 233 – 234.

Papenkordt, Uwe (2021): Blasen- und Darmmanagement bei Rückenmarksverletzungen. Darmmanagement. Online-Publikation [Blasen- und Darmmanagement bei Rückenmarkverletzungen - Verlag Orthopädie-Technik (360-ot.de)] 30.04.2023. 18:00 Uhr.

Pleitgen, Michaela (2022): Modul 4: Pflegeexperte Stoma, Kontinenz und Wunde. Patientenedukation. Schulung/Anleitung. Dornstadt: Unterrichtsmaterial; S. 13 - 20.

Renneberg, Babette, Lippke, Dr. Sonia (2006): Lebensqualität. Begriffsbestimmung. In: Renneberg, PD Dr. Babette, Hammelstein, PD Dr. Philipp (Hrsg., 2006): Gesundheitspsychologie. Berlin: Springer-Lehrbuch; S. 29.

Seifert, Julia, et al. (2021): Der Querschnittgelähmte Patient - Besonderheiten der viszeralkirurgischen Diagnostik und Therapie. Colostomaanlage. Online-Publikation [Der-Querschnittgelähmte-Patient-Besonderheiten-der-viszeralkirurgischen-Diagnostik-und-Therapie-The-paraplegic-patient-Characteristics-of-diagnostics-and-treatment-in-visceral-surgery.pdf (researchgate.net)] 29.04.2023, 18:15 Uhr, S. 553 – 555.

Spahn, Florian (2022): Darmmanagement. Klyisma, Irrigation, transanale Irrigation. Dornstadt: Unterrichtsmaterial; S. 7 – 93.

Tiegers, Svenja et al. (2018): Anale Kontinenzstörung. Die Transanale Irrigation als mögliche Therapiewahl. In: MagSi, 04/2018, Nr. 76, S. 4 – 7.

Waddell, Oliver., McCombie, Andrew, Frizelle, Frank (2020): Kolostomie und Lebensqualität nach Rückenmarksverletzung: systematische Überprüfung. Online-Publikation [<https://bjssjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs5.50339>] 09.05.23, 07:00 Uhr.



Bild: Andreas Wanke

Autorin: Franziska Sauter

Pflegepreisgewinnerin der FgSKW

für das Jahr 2023

Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde Wundexpertin ICW

Gesundheits- und Krankenpflegerin

Kontakt

Kreiskliniken Günzburg–Krumbach

Mail: franziska.sauter@kliniken-gz-kru.de