

Ernaehrung 2004

- **Klinikum Großhadern**
 - **München**
 - **6.-8- Mai 2004**

Edeltraut Hund-Wissner
LTD.Diätassistentin mit
Zusatzqualifikation VDD für
gastroenterologische Ernährungstherapie

Klinikum der Universität München-
Großhadern

Kostaufbau nach Magen- Darmresektion

- **Sinnvolles**
- **und**



» **Unsinniges**

Sinnvolles

- Vermeidung von Mangelzuständen in der frühen postoperativen Phase
- Empfehlungen beim postoperativen Kostenaufbau mit Hinweis auf einen möglichst raschen Übergang auf volle orale Ernährung
- Berücksichtigung individueller Unverträglichkeiten

Unsinniges

- Starre Richtlinien
- Dogmatische Empfehlungen
- Sie blockieren diese positiven Aspekte

Ist dies Sinnvoll??

Für alle?

- Es empfiehlt sich vorab schluckweise Tee über den Tag zu verteilen, evtl. mit Zucker gesüßt,
- Dann
- Langsamer Übergang zu Schleimsuppen und Zwieback,
- Evtl. Milchbreie sofern vertragen
- Dann
- Übergang auf eine leichte passierte Kost
- Dann
- ??????????

Warum???

- Warum muss es immer Haferschleim sein?
- Warum muss die Kost püriert werden, wenn es sich um Patienten handelt, die Kauen können und auch wollen?
- Zwieback darf ja auch gekaut werden
- oder?

Sinnvoll

Fast Track Konzepte

Sie sind

Kosteneffektiv

Und

Verringern die Liegezeit

Die Philosophie, die dahintersteckt ist:

**Patienten nach abdominal chirurgischen Eingriffen
das Leben leichter machen**

Die Eckpfeiler sind

- Kombinierte rückenmarksnahe Schmerztherapie durch einen Periduralkatheter
- Forcierte Mobilisation bereits am Operationstag
- Rascher postoperativer Kostaufbau
- Nachstationäre ambulante Kontrolle und Ernährungstherapeutische Betreuung

Der Patient steht im Mittelpunkt

- Durch die enge Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte mit
- Den Pflegekräften
- Den Therapeuten
- Den Ernährungsfachkräften

Ziele der Ernährungstherapie sind

- Eine **bedarfsgerechte** Nährstoff- und Energiezufuhr
- Eine **maximale** Lebensqualität
- **Minimale** Einschränkungen
- **Optimale** Patientenbetreuung unter Berücksichtigung **spezieller** Wünsche und Unverträglichkeiten

Schneller Kostaufbau oral

- **Post OP**

O

- **Tee oder Wasser**
 - **Schluckweise**

Schneller Kostaufbau oral

- **Post OP 1**
- **Tee oder Wasser über den Tag verteilt**
- **Trinknahrung der Indikation angepasst**
(Ca. 2x 200 ml)

Fettarme Brühe mit Einlage/Tagessuppe(LVK)

Naturjoghurt oder Fruchtjoghurt

(kein Sahnejoghurt und Joghurt mit Körner)

Schneller Kostaufbau

oral

- **Post-OP** **2-3**
- **Tee und Wasser über den Tag verteilt**
- **Ballaststoffarme Leichte Vollkost***
 - **Mit Zwischenmahlzeiten**
- **Trinknahrung der Indikation angepasst**
- ***Bei Bedarf** **konsistenzdefiniert**
- **laktosearm**
- **evtl. MCT-Fette**
- **kohlenhydratmodifiziert**

Leichte Vollkost

- Die Leichte Vollkost entspricht in ihrer Nährstoffrelation und Zusammensetzung
- den Prinzipien der Vollkost
- **Energie 2000 kcal**
- **Eiweiß 15 Energie %**
- **Fett 30 Energie %**
- **Kohlenhydrate 55 Energie %**

Ernährungsempfehlungen der Leichten Vollkost

**Lebensmittel, die im allgemeinen schlecht vertragen
werden:**

Stark oder mit Speck angebratene, geröstete und frittierte Lebensmittel

Fette Fleisch-Wurst-und Fischwaren

Fette Brühen, Suppen und Soßen

Vollfette Milchprodukte in großen Mengen

große Mengen Streich-und Kochfett

Schwerverdauliche oder **blähende** Gemüsesorten

Steinobst, Nüsse in großen Mengen, Avocados

große Mengen an scharfen Gewürzen, Zwiebel-oder Knoblauchpulver

Aber grundsätzlich gilt

Erlaubt ist was bekommt

Sinnvoll

- **Basisernährung in der Chirurgie**

Die Leichte Vollkost

Langfristige Behandlungsziele und diätetische Maßnahmen/Ernährungstherapie

- bei
- **Zustand nach kontinenzershaltender
Dickdarmteilresektion**
- **Zustand nach Gastrektomie**
- **Kurzdarmsyndrom**

Nach kontinenzzerhaltender Dickdarmteilresektion

- **Behandlungsziele**
- Erreichen einer normalen Defäkation
- (hinsichtlich der Konsistenz und Frequenz)
- Ausgeglichene Elektrolyt- und Flüssigkeitsbilanz
- Bedarfsgerechte Energie- und Nährstoffversorgung
- Erreichen bzw. Halten des Körperwichts
- Steigerung des psychischen und sozialen Wohlbefindens

Nach kontinenzzerhaltender Dickdarmteilresektion

- **Diätetische
Maßnahmen/Ernährungstherapie**
- **Individuell zusammengestellte vollwertige leichte Vollkost unter Berücksichtigung individueller Lebensmittelintoleranzen**
- **Flüssigkeit ca. 2500 ml/Tag um eine Urinausscheidung von 1l/Tag zu erzielen**
- **Natrium: 6-9g/Tag**
- **Ballaststoffe > 30g/ Tag**

Nach kontinenzzerhaltender Dickdarmteilresektion

- **Wichtige Information für die Diätassistenz**
- **Ausmaß der Resektion**
- **Verordnete Medikamente, z.B. Vit B12 bei Ileumresektion**
- **Ileo-analer Pouch**
- **Gallensäure-Verlust-Syndrom**
- **Sekundäre Erkrankungen**

Nach Gastrektomie

- **Behandlungsziele**

- Gewichtsstabilisierung und ggf.
- Gewichtszunahme bis zur Erreichung eines akzeptablen Körpergewichtes
- **Behebung bzw. Linderung des Postgastrektomie-Syndroms**
 - **Appetitlosigkeit, Schluckstörungen, Erbrechen, Früh- und Spätdumping,**
 - **Biliopankreatischer ösophageler Reflux, biliopancreocibale Asynchronie**
 - **Diarrhoe, Exikose, Laktoseintoleranz u.s.w.**
 - **Verbesserung des meist schlechten Ernährungszustandes**
 - **Steigerung des Wohlbefindens**

Nach Gastrektomie

- **Diätetische Maßnahmen/Ernährungstherapie**
- Individuell zusammengestellte vollwertige Leichte Vollkost (partielle Wunschkost) unter Berücksichtigung individueller Lebensmittelintoleranzen und Unverträglichkeiten
- Anpassung der Mahlzeitenfrequenz,-menge und-konsistenz
- Energie: 25-40 kcal/kg KG
- Grobfaserstoffarme Kohlenhydrate, unter Berücksichtigung des Spätdumping, Verzicht auf Zucker
- Trinknahrung je nach Akzeptanz und Verträglichkeit
- Ggf. Supplementierung von Calcium und Vitaminen der B-Gruppe, Vitamin C und D

Nach Gastrektomie

- **Wichtige Information für die Diätassistenz**
- TNM Stadium
- Tumorprogression
- Sekundäre Erkrankungen

Kurzdarmsyndrom

- **Behandlungsziele**
- Gewichtsstabilisierung und ggf. Gewichtszunahme bis zur Erreichung eines akzeptablen Körpergewichtes
- Behebung bzw. Linderung der postoperativen Symptome
- Ausgleich von Vitamin- und Mineralstoffdefiziten
- Bedarfsgerechte Energie- und Nährstoffversorgung
- Weitgehende Symptommfreiheit
- Steigerung des Wohlbefindens

Kurzdarmsyndrom

- **Diätetische Maßnahmen/Ernährungstherapie**
- **Restlänge des Dünndarmes** **30-50 cm**
- **Parenterale Ernährung auf Dauer und zuhause**

Kurzdarmsyndrom

- **Restlänge des Dünndarmes**
- **ab 60 cm**
- Beginnend mit Formuladiät
- Übergang zur Leichten Vollkost
- Meiden oxalsäurereicher Lebensmittel
- Fettbedarf zu 50-70 % mit MCT-Fetten decken
- Flüssigkeitszufuhr ca. 1 Stunde nach Nahrungsaufnahme
- Anpassung der Mahlzeitenfrequenz
- Laktose und Monosaccharide limitieren
- Nach Entfernung des terminalen Ileums parenterale B12 –Substitution
- Ggf. Supplementierung von fettlöslichen Vitaminen, Calcium, Magnesium, Zink

Kurzdarmsyndrom

- **Wichtige Informationen für die Diätassistenz**
- Aktueller Ernährungs- und Gesundheitszustand
- Zeitpunkt der OP
- Ausmaß der OP
- Individuelle Unverträglichkeiten

Zum Nachdenken

- **Die meisten Beschränkungen existieren nur in unserer Vorstellung nicht im Leben**