

Inhaltsverzeichnis

- Seite 4 : Erklärung der Symptome im Harntrakt
- Seite 6 : Steuerung der Harnblase
- Seite 8 : Risikofaktoren
- Seite 12 : Anamnese
- Seite 16 : Miktionsprotokoll
- Seite 18 : Kontinenzprofil
- Seite 20 : Einteilung der Harninkontinenzen
- Seite 25 : Harninfektionsprophylaxe
- Seite 26 : Inkontinenz bei Demenz
- Seite 27 : Maßnahmen zur Kontinenzförderung
- Seite 28 : Toilettentraining
- Seite 29 : Festgelegte Entleerungszeiten
- Seite 29 : Individuelle Entleerungszeiten
- Seite 30 : Angebotener Toilettengang
- Seite 31 : Blasentraining
- Seite 34 : Weitere Maßnahmen. zur Kontinenzförderung
- Seite 38 : Intermittierender Selbstkatheterismus
- Seite 39 : Kondomurinal
- Seite 40 : TUK - Transurethraler Dauerkatheter
- Seite 46 : SPK - Suprapubischer Blasenkatheeter
- Seite 47 : Andere Harnableitungen
- Seite 49 : Hautpflege
- Seite 50 : Inkontinenz-Material
- Seite 53 : Schmerzen in der Urologie

Zweiter Teil

Seite 55: Stuhlinkontinenz

Seite 58: Obstipation

Seite 59: Obstipationsprophylaxe

Seite 50: Ernährung bei Ileostoma

Seite 60: Colostomie

Seite 62: Ileostomie

Seite 63: Stoma und Ernährung

Seite 64: Stomaversorgung

Seite 67: Komplikationen bei Stoma

Seite 69: Irrigation bei Stoma

Seite 71: Analtampon

Seite 72: Fäkalkollektor

Seite 73: Klistier / Klyisma / Mikroklister

Seite 75: Digitale Enddarmausräumung

Seite 76: Sieben Übungen zur Beckenbodengymnastik

Steuerung der Harnblase

(Vereinfachte Darstellung)

Detrusor vesicae ist der Muskel der Blasenwand.

- Durch die Füllung werden **Dehnungsreize** in der Blasenwand aktiviert und über das **Rückenmark ans Gehirn (kortikales Miktionskontrollzentrum)** weitergeleitet.
- Damit sich die Blase nicht sofort entleert, wird die Entleerung durch das **Miktionskontrollzentrum** unterdrückt (**Hemmung**).
- Diese Unterdrückung der Blasenentleerung wird erst auf der Toilette **bewusst** aufgehoben.
- Durch den **bewussten** Entleerungsbefehl zieht sich die Blasenmuskulatur (Detrusor) zusammen um den Urin auszutreiben.
- Gleichzeitig öffnet sich der **innere** Schließmuskel (Sphinkter),
- die Beckenbodenmuskulatur senkt sich (erschläfft) und öffnet damit den äußeren Blasen-schließmuskel (Sphinkter) der Teil der Beckenbodenmuskulatur ist, sodass der Urin abfließen kann.

Zur Verstärkung des Harnstrahls kann zusätzlich die Bauchpresse betätigt werden.

Der gesunde Mensch kann die Blase meist vollständig (bis auf eine normale Restharmenge von max. 30 ml) entleeren.

Weiter

Klistier / Klysma / Mikroklistier

Bei Obstipation, die nicht anders zu behandeln ist.

Grundsätzlich: Wenn es trotz prophylaktischer Maßnahmen zur Obstipation kommt, werden Maßnahmen nötig, welche die Stuhlausscheidung unterstützen.

Um lediglich die Entleerung des Endabschnittes des Darms zu bewirken, ist in den meisten Fällen die Verabreichung eines Klistier / Mikroklistiers ausreichend.

Reinigungseinlauf, großer Einlauf, hoher Einlauf sind Begriffe für eine vollständige Entleerung des Dickdarms.

Digitales Ausräumen ist notwendig, bei Vorhandensein von Kotsteinen.

Wichtig: Alle Maßnahmen (Einlauf, Klistier, Klysma, digitale Enddarmausräumung) sollten nicht ohne ärztliche Anordnung verabreicht werden.

Die Art des Einlaufs und die zu verwendende Flüssigkeit / Zusätze bedürfen einer ärztlichen Anordnung. Der Patient muss gründlich über die Art, Wirkungsweise und erforderlichen Verhaltensweisen bzgl. vor- während und nach dem Einlauf informiert werden.

Kontraindikation:

- ungeklärte Beschwerden des Bauchraumes
- mechanischer Darmverschluss
- Blutungen im Magen-Darmtrakt
- akute Unterleibserkrankungen

Weiter

Analtampon

Die Anwendung ist eigentlich einfach und kann von fast Jedem durchgeführt werden.

Zunächst wird der der Analbereich gereinigt.

Der Analtampon wird aus der Schutzfolie entfernt und der Rückholfaden aus der Innenbohrung gezogen.

Nun wird der Tampon im warmen Wasser kurz eingeweicht und überschüssiges Wasser leicht ausgedrückt (je nach Produkt unterschiedlich).

Jetzt wird der Tampon mit der Innenbohrung auf den Dorn des Applikators aufgesteckt, je nach Bedarf kann Vaseline auf die Tamponkuppe aufgetragen werden, um ein besseres Gleiten zu erreichen.

Nun den Tampon mit Applikator weit genug in den Darmkanal einführen, sodass der Rückholfaden sichtbar ist.

Beim Herausziehen des Applikators die Gesäßbacken etwas mit der Hand zusammenkneifen.

Der Rückholfaden wird mit einem Heftpflaster an der Gesäßbacke festgeklebt.

Vor dem Einführen des Analtampons sollte der Darm entleert werden. Der Tampon sollte nach maximal 6 bis 8 Stunden durch Ziehen am Rückholfaden aus dem Analkanal entfernt werden.

Bei Diarrhöe ist der Analtampon sehr schnell an seine Grenzen gekommen und bietet dann nur noch wenig Schutz.

Weiter

Hautschutzmaßnahmen

- Produkte mit hautfreundlichem Material
- Angepasste Lochgröße
- Vollständiges Abdecken der Haut um das Stoma (peristomale Haut)
- Evtl. mit Hautschutzpaste
- Dem Ausscheidungsrythmus angepasste Wechselintervalle
- Druckstellenvermeidung bei Gürteln
- Einsatz von konvexer Versorgung bei Retraktion (zurückgezogenem Stoma)

Welche Versorgungsmittel?

Kriterien zur Auswahl:

- Basisplatte mit oder ohne Pflasterrand?
- Beutel transparent o. Hautfarben?
- Wie ist der Verschluss u. die Flexibilität, vor allem beim Zweiteiler?
- Filterfunktion?
- Form u. Größe der Beutel?
- Ausschneidefläche beim Hautschutz?
- Wie lässt sich die Klammer beim Ileobeutel handhaben?
- Eingeschränkte Fähigkeiten des Pat. beachten, (Sehen, Hände, Feinmotorik)!!
- Den Pat. bei der Auswahl mit einbeziehen!!

Einteilige Systeme

Beutel und Haftfläche (gerade oder gewölbt) bilden eine Einheit, das heißt, sie sind fest miteinander verschweißt:

Weiter

Zusammenfassen aller Informationen zum Erstellen eines Kontinenzprofils u. Maßnahmenplans

- Festgestellte Risiken für eine Harninkontinenz
- Reversible Risiken (heilbar z. B. durch Beckenbodentraining u .a.):
- Irreversible Risiken (unumkehrbar):
- Symptome u. wichtige Befunde für die Pflege
- Noch durchzuführende / notwendige diagnostische Maßnahmen
- Welche Auswirkungen hat die Inkontinenz auf die Lebensführung des Bewohners / Patienten.
- Fähigkeiten / Abhängigkeiten, personelle u. materielle Hilfestellung, individuelle Voraussetzungen für das Erreichen von Kontinenz.
- Kontinenzprofil in der Nacht:
- Individuelle Maßnahmenplanung mit beteiligten Berufsgruppen, Ärzten, Bewohner/Pat., Angehörigen:
- Allgemeine Maßnahmen: (Gewicht, Flüssigkeit, Mobilität usw.)
- Spezielle Maßnahmen: (Toilettentraining, Beckenbodentraining, usw.)
- Genaue Beschreibung des Kontinenzprofils

Weiter

Bei häufigen Kotsteinen, Obstipationsprophylaxe:

- **Steigern Sie die Ballastmenge** in der Nahrung mit viel Gemüse, Salat bzw. faserreichem Obst (z. B. Orangen, Ananas). Zu jeder Mahlzeit etwas Obst o. Gemüse essen, mehr Vollkornbrot, Müsli, Sauermilchprodukte essen.
- **Trinkmenge steigern, mindestens 1,5 - 2 l** (Einfuhrkontrolle)
- **Nehmen Sie 2 x täglich (morgens u. abends) 1-2 Esslöffel Leinsamen, nicht** geschrotet, nicht gemahlen o. Weizenkleie als Beigabe z. B. zu Joghurt, Buttermilch, Müsli, Apfelmus, Kartoffelbrei, usw. **Körner nicht kauen.**
- **Leinsamenbrot reicht nicht!** Die darin enthaltenen Körner quellen nicht mehr. Geschroteter Leinsamen hat ebenfalls keine Wirkung.
- **Morgens im Bett Bauchmassage / Druckmassage** (mit Fingerspitzen, flacher Hand, Faust o. Handballen) es darf dabei kein Schmerz entstehen mindestens fünf Minuten:
 - **Im Kreis** von rechts unten => nach rechts oben
=> nach links oben => nach links unten =>
u.s.w.
- **Auf nüchtern Magen ein Glas Sauerkrautsaft o. Pampelmusensaft** o. warmes Wasser trinken.
- **Morgens eine Tasse Kaffee** o. bei Rauchern eine Zigarette.
- **Auf Bewegung achten**, tägl. Spaziergang, Treppe laufen. Stärken Sie die Bauchmuskulatur durch eine **einfache gymnastische Übung**: Auf den Rücken legen, Beine anziehen, Hände in den Nacken legen, Oberkörper aufrichten.

Weitere Maßnahmen zur Kontinenzförderung

1. Beckenbodentraining

Ziele:

- Förderung der Durchblutung und somit Energiegewinn für die geschwächte Beckenbodenmuskulatur
- Kräftigung des Harnblasen-Schließmuskels

Nicht überanstrengen

Eine Faustregel, wie oft Sie die einzelnen Übungen durchführen sollten, gibt es nicht.

Richten Sie die Intensität Ihres Trainings nach Ihrem persönlichen Befinden und achten Sie darauf, dass Sie sich nicht überfordern (ältere Patientinnen tun sich schwer mit Übungen im Vierfüßlerstand!).

In der Regel reichen 6-8 (besser mehr) Anleitungstermine beim Therapeuten, um verschiedene Übungen zu erlernen.

Wenn sie oft genug wiederholt werden, sind zwei bis drei individuelle Übungen für eine wirkungsvolle Therapie ausreichend.

Unterstützende Maßnahmen

Die Betroffenen müssen lernen, die Belastung des Beckenbodens auch im täglichen Leben zu vermindern. Durch den Einsatz der richtigen Hebetekniken wird der Druck auf die Beckenbodenmuskulatur reduziert. Zudem sollten auch bestimmte druckmindernde Bewegungsabläufe eingeübt werden (z. B. das richtige Aufstehen aus dem Bett).

Auch die Reduzierung von Übergewicht wirkt sich positiv auf den Erfolg des Beckenbodentrainings aus.

Weiter

Medikamentöse Maßnahmen

Bei Dranginkontinenz:

Bei nicht ausreichendem Erfolg von Blasentraining, je nach Detrusor- oder Sphinkterfunktion zusätzliche Medikation. Da bei Dranginkontinenz Mischformen häufig sind, muss der Hausarzt die Pharmakotherapie probatorisch auswählen, indem er (nach Infektausschluss) die Detrusorfunktion steigert oder hemmt, auch wenn eine urologische Spezialdiagnostik (Zystoskopie, Zystomanometrie, Miktionsurografie, Urinkultur usw.) nicht vorliegt oder nicht möglich ist. Versuchsweise mit zeitlicher Begrenzung Anticholinergika (Tonussenkung):

z. B.. Oxybutynin, Tolterodin, Trosipiumchlorid, Solifenacin (Vesikur®) und Darifenacin (Emselex®) gehören zu den Anticholinergika und werden als selektive Muskarin-M3-Rezeptor-Antagonisten (M3-SRA) beschrieben. Es ist nicht bekannt, ob diese Selektivität bei der Behandlung eines überaktiven Harnblasensyndroms zu einem klinischen Vorteil führt (lt. Fachinfo).

Nebenwirkungen: Anticholinergikasyndrom bei bis zu 2/3 der Patienten!

Nebenwirkungen im Einzelnen: kardiale NW, Tachykardie, Kopfschmerz, Mundtrockenheit, Sehstörungen, Schwindel, Obstipation, Blasenentleerungsstörungen mit Restharn, kognitive Störungen (Verschlimmerung der Demenz), Depression.

Cave: Anticholinergika bei Glaukom, Prostatahyperplasie und Urethrastrikturen.

Zitat: Hausärztliche Leitlinie Geriatrie

Weiter

Intermittierender Selbstkatheterismus (ISK)

Querschnittlähmung, Multiple Sklerose, Bandscheibenvorfall, Spina bifida führen häufig zu Blasenentleerungsstörungen und Restharnbildung.

- Unbehandelt können diese Blasenfunktionsstörungen zu Infektionen der Harnwege und zur Schädigung der Nieren führen.
- Um diese zu verhindern, wird der zwischenzeitliche (intermittierende) Katheterismus angewandt.
- Der Einmalkatheter hat deutliche Vorteile gegenüber dem Einsatz von Dauerkathetern.
- Durch die Verwendung von Einmalkathetern reduziert sich die Gefahr von Verletzungen der Harnröhre und von Harnwegsinfektionen.

Um Verletzungen der Harnröhre zu vermeiden, werden für den Einmalkatheterismus gleitbeschichtete Katheter verwendet.

Es gibt Katheter, die bereits vorbeschichtet sind und Katheter mit separatem Gleitmittel.

Bereits beschichtete Einmalkatheter müssen nur ca. 30 Sekunden gewässert werden. Dann sind sie so gleitfähig, dass sie sanft in die Harnröhre eingeführt werden können.

Weiter

TUK legen beim Mann

- Das Glied wird mit einem sterilen Lochtuch abgedeckt.
- Wiederholte Desinfektion von äußerer Harnröhrenmündung, Eichel und Vorhaut.
- Einspritzen von etwa 2 ml Gleitmittel in die Harnröhre.
- Blasenverweilkatheter (Außendurchmesser etwa 16 - 22 Charrier), langsam und unter Beachtung der Harnröhrenanatomie vorsichtig in die Harnblase vorschieben. Dazu wird das Glied zunächst in die Höhe gestreckt und anschließend zur Passage der Schließmuskelregion, welche unterhalb der Harnblase liegt, abgesenkt. Die korrekte Lage des Katheters erkennt man am abfließenden Urin.
- Nachdem der Katheter korrekt liegt, wird er noch etwa 1 bis 2 cm vorsichtig vorgeschoben und
- mit etwa 10 ml Flüssigkeit geblockt (verwendet wird physiologische Natriumchloridlösung oder Aqua-Glycerin-Gemisch).
- Dann wird der Katheter mit einem Urinsammelbeutel verbunden oder mit einem Spezialstöpsel versehen.

Weiter

