

# **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 Kostenaufbau
- 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 kontinenz-erhaltender 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 kontinenzerhaltender 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 Diätassistentenz**
- 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**