

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

MAYER S

Ernährungstherapie bei Dekubitus

*Journal für Ernährungsmedizin 2002; 4 (4) (Ausgabe für Schweiz)
9-10*

*Journal für Ernährungsmedizin 2002; 4 (4) (Ausgabe für
Österreich), 11-12*

Homepage:

**[www.kup.at/
ernaehrungsmedizin](http://www.kup.at/ernaehrungsmedizin)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Mit Nachrichten der



**INTERDISZIPLINÄRES ORGAN FÜR PRÄVENTION UND
THERAPIE VON KRANKHEITEN DURCH ERNÄHRUNG**

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Ernährungstherapie bei Dekubitus

S. Mayer

Chronische Wundpatienten weisen einen deutlich höheren Verbrauch an Energie, Eiweiß, Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen auf und benötigen deshalb spezifische ernährungstherapeutische Maßnahmen.

Energiezufuhr, Körpergewicht

Neben Immobilität und erhöhter Druckbelastung an bestimmten Körperstellen stellt Mangelernährung bzw. ein zu niedriger Body Mass Index (BMI) einen eigenständigen Risikofaktor für die Entstehung eines Dekubitus dar [1, 2].

Bei liegenden gesunden Patienten soll die Zufuhr den Grundsatz von 25–30 kcal/kg Körpergewicht (mindestens 1500 kcal/Tag) auf keinen Fall unterschreiten [1].

Bei Ulzera oder Krankheit erhöht sich der Energiebedarf auf 35–50 kcal/kg Körpergewicht [1].

Ernährungstherapeutische Empfehlungen

- ✚ Feststellen des Ernährungszustandes und des Gewichtsverlaufes durch Monitorisierung des aktuellen Körpergewichtes und BMI; eventuell Messung der Hautfaltendicke
- ✚ Erhebung der individuellen Ernährungsgewohnheiten
- ✚ Bereits bei RisikopatientInnen laufende Evaluierung und Kontrolle der qualitativen und quantitativen Nahrungszufuhr
- ✚ Bei Bedarf (klinischer Verdacht einer Malnutrition) Bestimmung laborchemischer Parameter zum Protein-, Fett- und Glukosestoffwechsel
- ✚ Gewährleistung einer optimierten Ernährung, d. h. energiereiche (kohlenhydrat- und eiweißreiche) Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten sollten angeboten werden. Grundsätzlich sollen die PatientInnen solange wie möglich konventionell oral ernährt werden
- ✚ Der Einsatz von spezifischen (Protein-)Ergänzungsnahrungen bei unterernährten PatientInnen sollte möglichst frühzeitig beginnen
- ✚ Bei Kauproblemen kann auf vollbilanzierte Trinknahrungen ausgewichen werden. Bei Schluckproblemen sollte (vorübergehend) eine Ernährung über Sonde erfolgen. Bei Resorptionsschwierigkeiten ist eine Spezial-Sondennahrung zu verwenden. Vollparenterale Ernährung ist speziellen Einzelfällen über beschränkte Zeit vorbehalten [1].

Proteinstoffwechsel

Der einfachste laborchemische Indikator für einen längerdauernden Proteinmangel ist das Serumalbumin (untere Normgrenze: 3,5 g/dl).

Ein Albuminmangel erweist sich unter experimentellen Bedingungen eindeutig als eigenständiger und zusätzlicher Risikofaktor in der Dekubitusentstehung [3]. Bei bereits bestehenden Ulzera bewirkt Albuminmangel eine verzögerte Wundheilung [4]. Zur Förderung der Wundheilung ist in diesen Fällen eine wesentliche Erhöhung der Eiweißzufuhr notwendig [5].

Ernährungstherapeutische Empfehlungen

- ✚ Man rechnet mit einem Eiweißbedarf von 1,5 g/kg Körpergewicht, max. 120 g/Tag [1]. Hochwertigen Eiweißträgern ist der Vorzug zu geben
- ✚ Der Anteil an natürlichen Eiweißlieferanten, wie Milch und Milchprodukten, Fleisch und Fisch, soll erhöht werden
- ✚ Eiweißreiche Zusatznahrungen bzw. Trinknahrungen (Fertigprodukte) und frisch zubereitete Eiweiß-Cocktails können als Zwischenmahlzeit und besonders als Spätmahlzeit angeboten werden. Zum Beispiel schmackhaftes Rezept für einen Eiweiß-Cocktail: 100 ml Vollmilch, 100 g Topfen, 20 g Schlagobers, 100 g Früchte und Zucker
- ✚ Bei Sondenpatienten bevorzugt eiweißreiche Sondernahrungen (Eiweiß ca. 25 % der Energie) zuführen
- ✚ Speisen können mit geschmacksneutralen Eiweißkonzentraten in Pulverform angereichert werden
- ✚ Zusätzliche Gaben von Arginin erhöhen die Zunahme der Kollagenmenge [6]

Vitaminversorgung

Vitamin C

Der Verbrauch des Organismus an Vitamin C für die Kollagenbildung steigt während der Wundheilung um ein Vielfaches [7]. Bei Vitamin C-Mangel kommt es zu verzögerter Wundheilung.

Eine zusätzliche Gabe von 500–1500 mg Vitamin C täglich wäre wünschenswert [4].

Nur ein Teil des Bedarfs kann durch den Verzehr von Obst und Obstsaften, Salat und Gemüse gedeckt werden. An eine Substitution muß gedacht werden.

Vitamin A

Bei der Wundheilung ist der Vitamin A-Bedarf stark erhöht.

Vitamin A-reiche bzw. Beta-Carotin-reiche Lebensmittel sind: Leber, Eidotter, Karotten, Salat, Marillen. Die gesamte benötigte Menge kann mit der Nahrung aber nicht aufgenommen werden. Eine übliche Tagesdosis von Beta-Carotin bei chronischen Wunden ist 15–20 mg [4].

Vitamin E

Vitamin E wirkt in der Dekubitustherapie als Antioxidans. Vitamin E-hältige Lebensmittel sind Pflanzenöle, Nüsse und Vollkorngetreide. Eine übliche Tagesdosis von Vitamin E bei chronischen Wunden ist 200–400 mg [4].

Ernährungstherapeutische Empfehlung

☞ Zur Supplementierung der Vitamine A, C und E wird anstelle der Gabe von Einzelpräparaten die Verabreichung eines ACE-Vitaminpräparates empfohlen [1].

Vitamin B-Gruppe

Ein möglicher Hinweis für einen Vitamin B12- bzw. Folsäuremangel ist eine erhöhte Homocysteinkonzentration im Serum, die jedoch nicht routinemäßig gemessen wird. Ein Vitamin B12-Mangel kommt bei einem Drittel der geriatrischen Patienten vor und ist ein Parameter für Mangelernährung [1]. Vitamine des B-Komplexes, insbesondere Vitamin B12, beteiligen sich an der Kollagensynthese [1].

Ein Vitamin B-Mangel kann mit einem entsprechenden Vitamin-B-Komplex-Präparat ausgeglichen werden.

Mineralstoffe und Spurenelemente

Zink

Zink ist das wichtigste Spurenelement bei der Wundheilung. Bei Dekubituspatienten mit Malnutrition liegt besonders häufig (60 %) ein Zinkmangel vor [1]. Ein Min-

destwert von > 11 mmol/l Serum-Zink soll angestrebt werden.

Ernährungstherapeutische Empfehlung

☞ Für die Heilung von Ulzera ist die tägliche Aufnahme von 15–20 mg Zink notwendig [1]. Zink ist in der Nahrung vor allem in Fleisch, Fisch, Vollkorngebäck, Eiern und Käse enthalten. Es gibt auch mit Zink angereicherte Sondennahrungen. Bei Dekubitus bzw. Zinkmangel wird eine zusätzliche Verabreichung empfohlen.

Außerdem für die Wundheilung unbedingt notwendige Mineralstoffe und Spurenelemente sind Natrium, Kalium, Kalzium, Phosphor, Chlorid, Selen und Eisen.

Literatur:

1. Seiler WO. Geriatriische Univ. Klinik Basel.
2. Breslow RA, Bergstrom N. Nutritional prediction of pressure ulcers. J Am Diet Ass 1994; 94: 1301–4.
3. Takeda T, Koyama T, Izawa Y, Makita T, Nkmue N. Effects of malnutrition on development of experimental pressure sores. J Dermatol 1992; 19: 602–9.
4. Kammerlander G. Lokale therapeutische Standards für chronische Hautwunden. Springer, Wien, New York, 1998.
5. Breslow RA, Hallfrisch J, Guy DG, Grawley B, Goldberg AP. The importance of dietary protein in healing pressure ulcers. J Am Geriatric Soc 1993; 41: 357–62.
6. Barbul A, et al. Arginine enhances wound healing and lymphocyte immune response in humans. Surgery 1990; 108: 331–7.
7. Sedlarik KM (Hrsg). Wundheilung. Gustav Fischer, Jena, 1993.