

Klinisk retningslinie
For akut indlagte, voksne patienter med apopleksia cerebri
Behovsområde: Udskillelse af fæces.
Problemstilling: Obstipation

Arbejdsgruppe	Doris Christensen, Forskningssygeplejerske, Apopleksiafsnittet, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital (dorch@as.aaa.dk). Susanne Zielke, Klinisk oversygeplejerske MHSce (N), Neurologisk afdeling, Bispebjerg Hospital (sz02@bbh.regionh.dk). * kontaktpersoner og tværfaglig baggrundsgruppe se sidste side.		
Godkendt af	Udarbejdet Januar 2008		Opdateres senest Januar 2010
Baggrund	<p>Obstipation defineres ifølge ROME kriterierne II som utilstrækkelig defækation, karakteriseret ved afføring <3 gange om ugen eller anstrengelse ved defækation eller begge dele. Tilstanden betegnes kronisk når den varer gennemsnitlig mere end 3 måneder på et år (1-3).</p> <p>Kendetegn (4-6):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besværet og nedsat defækations hyppighed med regelmæssig brug af laksantia • Langt tidsforbrug i forbindelse med defækation > 30 minutter • Udtamponering af fæces i rektum • Form af afføring: type 1 og 2 ifølge Bristol skalaen <p>Et aktuelt studie har vist at kronisk obstipation opstået som en direkte følge af apopleksi forekommer hos 30% af patienter med hemiparese (7). Blandt 2188 danske apopleksipatienter registreret i NIP databasen (Tidl. HS og Århus amt) er forekomsten af obstipation registreret hos 153 patienter (6,99%). I NIP databasen er obstipation registreret når patienten er behandlet med olie/fosfat indhældning svarende til kendetegnet udtamponering af fæces i rectum (8). Forekomsten af kronisk obstipation er ca. 15% i en almindelig befolkning, hyppigere hos kvinder og ældre (2).</p> <p>Med baggrund i litteraturen kan det forventes at en del patienter er obstiperet ved indlæggelsen og at nogle er i risiko for at blive det i løbet af indlæggelsen. Systematisk dataindsamling til vurdering af problemet med efterfølgende tilpasset behandling har vist en øget andel af patienter med normalt afføringsmønster i forhold til kontrolgruppen efter tre til 6 6 måneders intervention (4). Der er ikke udviklet screeningsredskaber til at identificere obstipation specifikt hos patienter med apopleksi. Neurogen Tarm Dysfunktion (NTD) score kan anvendes som screeningsredskab til identifikation af risikopatienter og som et evalueringsredskab til at vurdere effekten af interventionsprogrammet (5).</p> <p>Risikofaktorer (9, 10):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dehydrering • Immobilitet • Medicin der influerer på udvikling af obstipation¹ • Afhængighed af hjælp 		
Formål	At normalisere patientens afføringsmønster		
Anbefalinger	<u>Identifikation af patienter med udtamponering og patienter i risiko for udvikling af obstipation</u> <ul style="list-style-type: none"> • Screening ifølge Neurogen Tarm Dysfunktion score (5) C* 		

¹ Diuretika, jerntilskud, antihypertensiver, antipsykotika, anticholinergika, antacida, antiepileptika, opioidanalgetika, ganglioblokerende stoffer

	<ul style="list-style-type: none"> • Rektal eksploration til undersøgelse for fæces i rektum (4) B* • Funktion af bækkenbund og lukkemuskel (4) B* <p><u>Udtømming af fæces i rektum ved udtamponering</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suppositorium Glycerol 1,2 g, umiddelbart før defækation (4) B* eller • Digital stimulation (1, 11, 12) B* <p>Ved manglende effekt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suppositorium Dulcolax 10 mg, umiddelbart før defækation (4) B* <p>Ved fortsat manglende effekt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olieklysma 250 ml på lang sonde (12 timer før defækation) √D • Fosfatklysma 240 ml på lang sonde, umiddelbart før defækation (4) B* <p><u>Forebyggelse og behandling ved risiko for udvikling af obstipation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Planlægge toiletbesøg i forhold til patientens daglige vaner (3, 13) B* • Defækation på tilpasset toilet eller bækkenstol evt. med fodstøtte (4) B* • Privathed (4) B* • Sufficent væskeindgift fra dag 1 (9, 10) √D <p>Ved svag bækkenbund/lukkemuskel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bækkenbundstræning, vurdering v. fysioterapeut B* <p>Ved defækation <3 gange ugentlig</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suppositorium Glycerol 1,2 g dagligt (4) eller B* • Digital stimulation (1, 11, 12) √D <p>Ved manglende effekt suppleres med</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supp. Dulcolax 10 mg dagligt eller efter behov (4) B* <p>Ved fortsat manglende effekt suppleres med</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movicol 1-3 breve a 13 g dagligt B* (i forhold Bristol skalaens formtyper) (14) <p><u>Vejledning om forebyggende tiltag</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Specifik vejledning rettet mod patientens problemer (4) B*
Monitorering	<p><u>Kvalitetsindikatorer ved udskrivelsen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Andel af patienter med normal defækation (> 3 gange om ugen, uden anstrengelse, formtype 3 og 4) ifølge afføringsdagbog/plejeplan. • Andel af patienter med normal tarmkontrol ifølge Barthel Index 100 (BI), Modificeret BI (MBI) (15).
Referencer	<p>(1) American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. An evidence- based approach to the management of chronic constipation in North America. American Journal of Gastroenterology 2005;100(1):1-4 (Ia).</p> <p>(2) Brandt LJ, Prather CM, Quigley EMM, Schiller LR, Schoenfeld P, N.J. T. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. American Journal of Gastroenterology 2005;100(1):5-22 (Ia).</p> <p>(3) Coggrave M, Wiesel PH, Norton C. Management of faecal incontinence and constipation in adults with central neurological diseases (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2006(2):1-40 (Ia).</p> <p>(4) Harari D, Norton C, Lockwood L, Swift C. Treatment of constipation and fecal incontinence in stroke patients. Stroke 2004;35:2549-2555 (Ib).</p> <p>(5) Krogh K, Christensen P, Sabroe S, Lauerberg S. Neurogenic bowel</p>

	<p>dysfunction score. Spinal Cord 2006;44(10):625-631 (III).</p> <p>(6) Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. Gastroenterology 2006;130:1480-1491 (IV).</p> <p>(7) Bracci F, Badiali D, Pezzotti P, Scivoletto G, Fuoco U, Lucente LD, et al. Chronic constipation in hemiplegic patients. World J Gastroenterol 2007;13(29):3967-3972.</p> <p>(8) NIP. Rapport til afdelinger og regioner fra Det Nationale Indikatorprojekt. Sygdomsområde apopleksi. Supplerende data og indikatorer i det gamle H:S og Århus Amt. 2006:1-22 (IIb).</p> <p>(9) Winge K, Rasmussen D, Werdelin L. Constipation in neurological diseases. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003;74:13-19 (IV).</p> <p>(10) Leung FW. Etiologic factors of chronic constipation- Review of the scientific evidence. Dig Dis Sci 2007;52:313-316 (Ia).</p> <p>(11) Addison R, Smith M. Digital rectal examination and manual removal of faeces. Royal College of Nursing 2004:1-9 (IV).</p> <p>(12) Korsten MA, Singal AK, Monga A, Charala G, Khan AM, Palmon R. Anorectal stimulation causes increased colonic motor activity in subjects with spinal cord injury. Journal Spinal Cord Med 2007;31(1):31-35 (III).</p> <p>(13) Venn MR, Taft L, Carpentier B, Applebaugh G. The influence of timing and suppository use on efficiency and effectiveness of bowel training after a stroke. Rehabilitation Nursing 1992;17(3):116-20 (Ib).</p> <p>(14) DiPalma JA, Cleveland M, McGovan J, Herrera JL. A randomized multicenter placebo-controlled trial of polyethylene glycol laxative for chronic treatment of chronic constipation. Am J Gastroenterol 2007;102:1-6 (Ia).</p> <p>(15) Schepers VPM, Ketelaar M, van de Port IGL, Visser-Meily JMA, Lindeman E. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. Disability & Rehabilitation 2007;29(3):221 - 230 (IV).</p>																																	
Evidensberegning	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="413 1592 1225 1626">Publikationstype</th> <th data-bbox="1225 1592 1366 1626">Evidens</th> <th data-bbox="1366 1592 1473 1626">Styrke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="413 1626 1225 1659">Metaanalyse, systematisk oversigt</td> <td data-bbox="1225 1626 1366 1659">Ia</td> <td data-bbox="1366 1626 1473 1659">A</td> </tr> <tr> <td data-bbox="413 1659 1225 1693">Randomiseret kontrolleret studie</td> <td data-bbox="1225 1659 1366 1693">Ib</td> <td data-bbox="1366 1659 1473 1693">A</td> </tr> <tr> <td data-bbox="413 1693 1225 1727">Kontrolleret ikke randomiseret studie</td> <td data-bbox="1225 1693 1366 1727">IIa</td> <td data-bbox="1366 1693 1473 1727">B</td> </tr> <tr> <td data-bbox="413 1727 1225 1760">Kohorteundersøgelse</td> <td data-bbox="1225 1727 1366 1760">IIb</td> <td data-bbox="1366 1727 1473 1760">B</td> </tr> <tr> <td data-bbox="413 1760 1225 1794">Diagnostisk test (direkte diagnostisk test)</td> <td data-bbox="1225 1760 1366 1794">IIb</td> <td data-bbox="1366 1760 1473 1794">B</td> </tr> <tr> <td data-bbox="413 1794 1225 1827">Case-kontrol undersøgelse</td> <td data-bbox="1225 1794 1366 1827">III</td> <td data-bbox="1366 1794 1473 1827">C</td> </tr> <tr> <td data-bbox="413 1827 1225 1861">Diagnostisk test (indirekte diagnostisk metode)</td> <td data-bbox="1225 1827 1366 1861">III</td> <td data-bbox="1366 1827 1473 1861">C</td> </tr> <tr> <td data-bbox="413 1861 1225 1895">Beslutningsanalyse</td> <td data-bbox="1225 1861 1366 1895">III</td> <td data-bbox="1366 1861 1473 1895">C</td> </tr> <tr> <td data-bbox="413 1895 1225 1928">Deskriptiv undersøgelse</td> <td data-bbox="1225 1895 1366 1928">III</td> <td data-bbox="1366 1895 1473 1928">C</td> </tr> <tr> <td data-bbox="413 1928 1225 1962">Mindre serier, oversigtsartikel, ekspertvurdering, ledende artikel</td> <td data-bbox="1225 1928 1366 1962">IV</td> <td data-bbox="1366 1928 1473 1962">D</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="413 1962 1473 1973">Kilde: www.nip.dk</p>	Publikationstype	Evidens	Styrke	Metaanalyse, systematisk oversigt	Ia	A	Randomiseret kontrolleret studie	Ib	A	Kontrolleret ikke randomiseret studie	IIa	B	Kohorteundersøgelse	IIb	B	Diagnostisk test (direkte diagnostisk test)	IIb	B	Case-kontrol undersøgelse	III	C	Diagnostisk test (indirekte diagnostisk metode)	III	C	Beslutningsanalyse	III	C	Deskriptiv undersøgelse	III	C	Mindre serier, oversigtsartikel, ekspertvurdering, ledende artikel	IV	D
Publikationstype	Evidens	Styrke																																
Metaanalyse, systematisk oversigt	Ia	A																																
Randomiseret kontrolleret studie	Ib	A																																
Kontrolleret ikke randomiseret studie	IIa	B																																
Kohorteundersøgelse	IIb	B																																
Diagnostisk test (direkte diagnostisk test)	IIb	B																																
Case-kontrol undersøgelse	III	C																																
Diagnostisk test (indirekte diagnostisk metode)	III	C																																
Beslutningsanalyse	III	C																																
Deskriptiv undersøgelse	III	C																																
Mindre serier, oversigtsartikel, ekspertvurdering, ledende artikel	IV	D																																

	Når der ikke er fundet brugbar evidens, angives god klinisk praksis som D med en vinge (D ^v). En stjerne (*) markerer at studiet er nedgraderet, fordi det enten ikke er relateret til patienter med apopleksia cerebri, eller at der er metodiske problemer.
Tværfaglig baggrundsgrupper og kontaktpersoner	<p>Århus Sygehus: Tværfaglig baggrundsgruppe: Birgitte Blicher Pedersen (biblp@as.aaa.dk)*, klinisk sygeplejespecialist cand scient san., Vibeke Bock, specialeansvarlig sygeplejerske, Anne Alsted, specialeansvarlig fysioterapeut, Mette Skærbæk, specialeansvarlig ergoterapeut, Hanne Søndergaard afdelingssygeplejerske, Tine H. Andersen, farmaceut, Klaus Krogh, dr.med. PhD., Grethe Andersen, overlæge dr. med.</p> <p>Bispebjerg Hospital, Apopleksiklinikken: Tværfaglig baggrundsgruppe: *Karin Wogensen (kw09@bbh.regionh.dk), klinisk sygeplejespecialist, Jeanne Woll, klinisk sygeplejespecialist, Lone Steffensen, social og sundhedsassistent, nøgleperson, Ane Hjærtshøj sygeplejerske, nøgleperson, Per Meden overlæge PhD.</p> <p>* Kontakt personer</p>