

# Phytotherapeutische Möglichkeiten bei Mundschleimhautproblemen in der Palliative Care



Abschlussarbeit  
Höhere Fachschule Stufe I  
Schwerpunkt Palliative Care

Verfasserin: Miriam Rüsç  
Fachberaterin: Franziska Mathis-Jäggi  
Lernbegleiterin: Evelyn Gnädinger

Frauenfeld, 15. Februar 2007

## Zusammenfassung

Die Mundpflege in der Palliative Care ist ein wichtiges Thema. Diese Patientengruppe leidet oft an Mundschleimhautproblemen wie Stomatitis, Xerostomie, borkigen Belägen, Aphten oder Herpes labialis. Die Ursachen können sehr vielfältig sein, wie Nebenwirkungen von Radio- oder Chemotherapie, Immunschwäche, Mundatmung, Infektionen, fehlende oder verminderte Speichelproduktion, unzureichende Flüssigkeitszufuhr oder reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand.

Diese HöFa I- Abschlussarbeit befasst sich mit den phytotherapeutischen Möglichkeiten zur Linderung und Heilung dieser Beschwerden.

Eine kurze Einführung in die Phytotherapie gibt einen Überblick über die Anwendung von Heilpflanzen in der Mundpflege. Darauf aufgebaut ist die Literaturrecherche zu den einzelnen Schleimhautproblemen und den Behandlungsempfehlungen.

Die Autorin beurteilt die Angaben aus der Fachliteratur nach eigenen Fragestellungen bezüglich Wirksamkeit, einfacher und geeigneter Anwendung, sowie Verfügbarkeit zu Hause oder der Pflegeinstitution. Ergänzend werden auch wichtige, nicht-phytotherapeutische Möglichkeiten, genannt.

Ziel ist, Ideen und Anregungen zur Anwendung von Heilpflanzen in der Pflege von palliativen Patienten zu schaffen. Diese Möglichkeiten können von Pflegenden im ambulanten und stationären Bereich, sowie von pflegenden Angehörigen angewendet werden.

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
1.1	Kurze Begründung der Motivation.....	1
1.2	Zielsetzungen .....	1
1.3	Eingrenzung .....	1
1.4	Adressaten .....	2
1.5	Fragestellungen .....	2
1.6	Aufbau .....	2
2	Methodenwahl.....	3
3	Theroretischer Rahmen .....	4
3.1	Einführung in die Phytotherapie .....	4
3.2	Geschichte.....	4
3.3	Wirkstoffe .....	5
3.3.1	Gerbstoffe.....	5
3.3.2	Bitterstoffe.....	5
3.3.3	Schleimstoffe .....	5
3.3.4	Ätherische Öle.....	5
3.4	Zubereitungsformen .....	6
3.4.1	Aufguss .....	6
3.4.2	Abkochung.....	6
3.4.3	Kaltauszug .....	6
3.4.4	Tinktur .....	7
3.4.5	Extrakte.....	7
3.5	Darreichungsformen.....	8
3.6	Mundschleimhautprobleme in der Palliative Care.....	9
4	Ergebnisse .....	10
4.1	Phytotherapeutische Möglichkeiten bei Mundschleimhautproblemen in der Palliative care .....	10
4.1.1	Stellenwert der Phytotherapeutika .....	10
4.1.2	Stomatitis .....	11
4.1.2.1	Gradeinteilung der Stomatitis .....	11
4.1.2.2	Prophylaxe .....	12
4.1.2.3	Stomatitis Grad I.....	13

---

4.1.2.4	Stomatitis Grad II .....	14
4.1.2.5	Stomatitis Grad III und IV .....	15
4.1.2.6	Salbei und Kamille.....	15
4.1.2.7	Nicht- phytotherapeutische Massnahmen .....	17
4.1.3	Xerostomie .....	18
4.1.3.1	Bitterstoffpflanzen.....	18
4.1.3.2	Speichelersatzpräparate .....	19
4.1.3.3	Nicht- phytotherapeutische Massnahmen .....	19
4.1.4	Borken und Beläge der Mundschleimhaut .....	21
4.1.5	Aphten .....	22
4.1.6	Herpes labialis.....	23
5	Schluss teil.....	24
5.1	Konsequenzen für die Praxis .....	24
5.1.1	Stomatitis .....	24
5.1.2	Xerostomie .....	26
5.1.3	Borkige Beläge .....	28
5.1.4	Aphten .....	28
5.1.5	Herpes labialis.....	28
5.1.6	Leitfaden für die Praxis .....	29
5.2	Reflexion .....	31
5.3	Weiterführende Ideen .....	31
5.4	Gedanken zur eigenen Berufsrolle .....	32
6	Literaturverzeichnis.....	33

# **1 Einleitung**

## **1.1 Kurze Begründung der Motivation**

Bei der Pflege von Patienten in der Terminalphase fällt mir immer wieder auf, dass Arbeitskolleginnen wenig Wissen darüber haben, welche Mittel sie bei der Mundpflege einsetzen sollen. Es wird irgend ein Tee, Glycerinlösung oder Wasser benutzt. Die Schleimhautverhältnisse im Mund werden dabei kaum berücksichtigt. Vor zwei Jahren habe ich eine Weiterbildung in Phytotherapie abgeschlossen und möchte dieses Wissen gezielt in die Pflege einbringen. Mit dieser Arbeit soll herausgefunden werden, welche Heilpflanzen bei bestimmten Mundschleimhautproblemen wirksam und einfach anzuwenden sind.

## **1.2 Zielsetzungen**

Es entstehen Ideen und Anregungen für die Pflegenden, welche Heilpflanzen zur Mundpflege in der Palliative Care wirksam eingesetzt werden können. Die Empfehlungen sind auf die unterschiedlichen Mundschleimhautprobleme abgestimmt, welche bei dieser Patientengruppe gehäuft auftreten wie Stomatitis, Xerostomie, borkige Beläge, Aphten und Herpes labialis.

## **1.3 Eingrenzung**

Diese Arbeit beschränkt sich auf die Mundpflege bei Patienten, welche palliativ gepflegt werden. Vor allem werden Massnahmen für Patienten beschrieben, welche sich in der terminalen Phase ihres Lebens befinden. Es wird auf die spezifischen Probleme eingegangen, die sich dort in der Mundpflege ergeben. Homöopathische oder chemische Arzneimittel werden nicht beschrieben. Da es um den Einsatz von Heilpflanzen als Behandlungsmittel von Schleimhautproblemen in der Palliative Care geht, wird auf die basale Stimulation bei der Mundpflege nur ganz am Rand eingegangen.

Die gewählte männliche Form gilt jeweils für beide Geschlechter

## **1.4 Adressaten**

Diese Arbeit soll für Pflegende sein, die mit Patienten arbeiten, welche palliativ gepflegt werden. Dies kann im stationären, aber auch im ambulanten Bereich sein. Für Angehörige, die sterbende Patienten zu Hause pflegen, sollen auch einfache und wirksame Tipps geboten werden.

## **1.5 Fragestellungen**

Welche Heilpflanzen helfen bei den spezifischen Mundschleimhautproblemen in der Palliative Care?

Welche Anwendungsform ist die geeignetste? (Tee, Tinktur, ätherische Öle..)

Welche Möglichkeiten sind am einfachsten anzuwenden und normalerweise im Küchenschrank oder im Teesortiment der Station zu finden?

## **1.6 Aufbau**

Der theoretische Rahmen besteht aus einem Überblick über die Phytotherapie und das zur Mundpflege mit Phytotherapie relevante Wissen. Zudem wird die Bedeutung der Mundpflege in der Palliative Care beschrieben.

Im Hauptteil werden die Ergebnisse der Literaturrecherche aufgeführt und in die häufigsten Mundschleimhautprobleme der Palliative Care eingeteilt.

Im Schlussteil folgen die Gedanken der Autorin zur Umsetzung der Literatur in die Praxis. In einer Übersicht werden die geeignetsten Phytotherapeutika als Leitfaden aufgelistet.

## 2 Methodenwahl

Diese Arbeit ist eine Literaturrecherche.

Mit verschiedenen Personen, welche im Bereich der Phytotherapie tätig sind, wurde per E-Mail Kontakt aufgenommen. Die Adressen stammen aus der Phytolist (Bachmann, 2004), einem Nachschlagewerk für Phytotherapiepräparate. Zudem wurden diverse Institutionen und Gesellschaften kontaktiert: Phytopharma-Firmen, Zeitschriftenverlage, Professoren in Pharmakologie verschiedener Universitäten, die schweizerische medizinische Gesellschaft für Phytotherapie (SMGP) und die Gesellschaft für integrative Phytotherapie (GIP). Diese Stellen sind um Informationen und Fachartikel zu diesem Thema angefragt worden. Einige interessante Fachartikel konnten so gefunden werden. Herr Hasler der Firma Wild sandte Studien über Teebaumöl. Durch die Hilfe von Herrn Koradi, Dozent des „Seminars für integrative Phytotherapie“, konnten weiterführende Fragen geklärt werden.

Die SMGP verwies auf eine Tagung im November 2006 mit dem Thema „Phytotherapie in der Palliative Care“ was eine gute Ergänzung zu der bereits verwendeten Literatur war.

Die im Internet und in Buchhandlungen gefundene Fachliteratur zu den Themen Palliative Care und Phytotherapie wurden ausgewählt, da sie einen ausführlichen Teil über Mundpflege bei Schleimhautproblemen beinhalten.

Die zusammengetragenen Informationen wurde nach den häufigsten Schleimhautproblemen der Palliative Care geordnet und zusammengefasst.

### **3 Theroretischer Rahmen**

#### **3.1 Einführung in die Phytotherapie**

Phytotherapie wird auch Pflanzenheilkunde genannt und beinhaltet die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten und Befindungsstörungen durch Pflanzen. Verwendet werden dazu ganze Pflanzen, Bestandteile wie z. B. ätherische Öle oder Pflanzenteile wie Blatt, Blüte, Wurzel Frucht oder Samen. Es gibt verschiedene Zubereitungsformen, um die Pflanze als Heilmittel zu nutzen wie z. B. Tee, Tinktur, Trockenextraktion oder Presssäfte.

Arzneipflanzen oder ihre Teile werden als stoffliche Ganzheit verwendet. Sie sind Wirkstoffgemische. Isolierte Pflanzeninhaltsstoffe wie Atropin oder Digitoxin gelten im Sinne der Arzneimittelbehörde nicht als Phytopharmaka.

Pflanzliche Arzneimittel müssen den Grundanforderungen des Arzneimittelgesetzes im Blick auf Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit genügen.

(Fintelmann & Weiss, 2006; Schilcher & Kammerer, 2003)

#### **3.2 Geschichte**

Seit Menschengedenken werden Heilpflanzen für die Behandlung von Krankheiten verwendet. Dieses Wissen wurde von Generation zu Generation weitergegeben. In den letzten 200 Jahren wurde die Pflanzenheilkunde immer mehr verdrängt, was vor allem mit dem Aufkommen der Schulmedizin und der Herstellung von synthetischen Medikamenten zusammenhängt.

Dank der Neufassung des Deutschen Arzneimittelgesetzes (AMG) im Jahr 1978 bekam die Phytotherapie wieder einen festen Platz in der modernen Medizin als besondere Therapierichtung. Das neuerwachte Interesse an den Heilpflanzen führt zu Forschungen und damit auch zu neuen Erkenntnissen. Durch Überlieferung erhaltenes Wissen wird so wissenschaftlich untermauert.

(Fintelmann & Weiss, 2006)

### **3.3 Wirkstoffe**

Um Heilpflanzen gezielt anwenden zu können, ist es wichtig, ihre Wirkstoffe zu kennen. Hier wird beschrieben, wie die Stoffe auf den Schleimhäuten wirken und somit für die Mundpflege von Bedeutung sind. Jede Pflanze besteht aus verschiedenen Wirkstoffen in unterschiedlichen Konzentrationen.

Es gibt noch andere Stoffe, auf die nicht eingegangen wird, da in der Literatur keine Wirkung auf die Schleimhäute beschrieben ist.

#### **3.3.1 Gerbstoffe**

Gerbstoffe fällen Eiweiss im Speichel und auf den Schleimhäuten aus. Diese wirken so adstringierend (zusammenziehend), austrocknend, schwach antibakteriell und leicht blutstillend durch Abdichtung kleiner Blutgefäße. Angewendet werden Gerbstoffe bei Entzündungen und Blutungen im Mund-Rachenraum. Ebenfalls hemmen sie die Entstehung von Plaque.

#### **3.3.2 Bitterstoffe**

Bitterstoffe erzeugen einen bitteren Geschmack auf der Zunge und regen über den Nervus vagus eine Speichel- und Magensaftsekretion aus. Dies funktioniert jedoch nur, wenn die Speicheldrüsen intakt sind.

#### **3.3.3 Schleimstoffe**

Schleimstoffe quellen mit Wasser und bilden einen reaktionsträgen Schleim. Angewendet werden sie bei Entzündungen der Schleimhäute und wirken kühlend und befeuchtend. Sie bestehen aus Polysachariden, sogenannten Mehrfachzuckern.

#### **3.3.4 Ätherische Öle**

Ätherische Öle sind Substanzgemische, die aus flüchtigen, fettlöslichen und stark riechenden Wirkstoffen von ölartiger Konsistenz bestehen. Ihre Wirkungen sind sehr vielfältig und hängen von der Heilpflanze ab, von der sie produziert werden. Wegen ihrer Toxizität werden sie innerlich selten angewendet und wenn, dann nur stark verdünnt.

(Koradi, 1994)

### **3.4 Zubereitungsformen**

Im folgenden Kapitel werden die Zubereitungsformen kurz beschrieben, welche für die Herstellung von Mundpflegelösungen relevant sind.

#### **3.4.1 Aufguss**

Pflanzenteile werden mit kochendem Wasser übergossen und 5- 10 min zugedeckt stehen gelassen. Danach werden die Kräuterrückstände entfernt und leicht ausgepresst. Da sich ätherisches Öl schnell verflüchtigt, das Kondenswasser am Deckel zurück in den Tee schütten. Aufgüsse werden vor allem von Heilpflanzen hergestellt, deren Wirkstoffe sich beim Kochen zersetzen oder verflüchtigen würde.

#### **3.4.2 Abkochung**

Harte Pflanzenteile wie Rinden, Wurzeln und Hölzer werden abgekocht, wenn Gerbstoffe im Tee erwünscht sind. Dazu werden die Pflanzenteile in einem bedeckten Gefäß kalt angesetzt und zum kochen gebracht. Dann werden sie während 10- 15 min im leichten Sieden gehalten und vor dem Absieben noch etwa 15 min ziehen gelassen.

#### **3.4.3 Kaltauszug**

Für die Mundpflege kommt ein Kaltauszug oder Mazerat vor allem für einige schleimreiche Pflanzen in Frage. Dazu reicht es, wenn man die Pflanzenteile mit kaltem Wasser übergießt, zudeckt und während etwa einer Stunde stehen lässt.

Das spezielle bei den Eibischwurzeln ist, dass sie als Kaltauszug zubereitet werden sollen. Die Stärke um die Pflanzenstücke würde verkleistern, wenn sie mit kochendem Wasser übergossen werden. Somit wäre die Extraktion der Schleimstoffe erschwert

Das Problem bei dieser Methode ist der mikrobiologische Aspekt, da Keime im kalten Wasser nicht reduziert werden und sich weiter vermehren. Bei Stehzeiten von einer Stunde und rascher Weiterverwendung sollte dies jedoch kein

Problem darstellen. In der Literatur wird von einer problematischen Keimvermehrung von Stehzeiten über 5 Stunden geschrieben.

Der Kaltauszug kann aus mikrobiologischen Gründen auch ganz kurz bis zum Sieden erhitzt werden.

#### **3.4.4 Tinktur**

Tinkturen sind Auszüge aus Pflanzen, die mit Alkohol hergestellt werden. Die Wirkstoffkonzentration ist in einem alkoholischen Auszug viel höher als in einem Tee. Jedoch trocknet Alkohol die Schleimhäute aus.

#### **3.4.5 Extrakte**

Um einen Extrakt zu erhalten, wird einer Tinktur das Lösungsmittel, meist Alkohol, ganz oder teilweise entfernt.

Ein Extrakt enthält also weniger bis keinen Alkohol mehr. Es gibt Fluidextrakte (Flüssigextrakte) und Trockenextrakte.

(Koradi, 1994; Länger, 2005)

### 3.5 Darreichungsformen

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Mundpflegelösungen anzuwenden. Je nachdem, was mit dem Heilmittel erreicht werden soll, wird es anders angewendet. Der Gesundheitszustand des Patienten ist ein wichtiger Faktor bei der Anwendung der entsprechenden Lösung.

Entscheidend ist, dass die Mundpflegelösung genügend oft und genügend lang mit der Mundschleimhaut in Kontakt kommt, damit sie wirken kann.

**Mundspülungen:** führen durch eine lokale Wirkung zur Schmerzlinderung, Befeuchtung, Anregung des Speichelflusses und besseren Durchblutung der Mund- und Rachenschleimhaut und so zu einer Normalisierung der normalen Abwehrfunktion der Schleimhaut. Schwer zugängliche Stellen werden gereinigt und Krankheitserreger können ausgespült werden. Nach Möglichkeit sollte der Patient den Mund spülen. So kommt mehr Flüssigkeit an die Schleimhäute als mit Mundpflegestäbchen oder einem Spray. Die Spülung sollte mindestens 6 mal täglich ausgeführt werden, 30 Sekunden pro Schluck (nach jeder Mahlzeit und zur Nacht).

**Pinselungen:** Schleimhautdefekte können direkt mit dem Mundpflegemittel bepinselt werden.

**Lutschpastillen:** bei Erkrankungen mit Schluckbeschwerden oder zur Speichelanregung können auch das Lutschen von Pastillen und Bonbons helfen.

**Mundpflegestäbchen:** dienen zur Befeuchtung der Mundschleimhaut, wenn der Patient den Mund nicht mehr spülen kann. Sie bringen jedoch viel weniger Flüssigkeit an die Schleimhäute und sollten deshalb sehr häufig angewendet werden, mindestens stündlich.

**Mundspray:** eignet sich ebenfalls zur Befeuchtung der Schleimhäute.

**Pipette:** kann benutzt werden, um dem Patienten kleine Mengen Flüssigkeit in die Wangentaschen zu träufeln.

(Rostock, 2006; Schilcher & Kammerer, 2003)

### 3.6 Mundschleimhautprobleme in der Palliative Care

In der Palliative Care sind orale Schleimhautveränderungen ein häufiges Symptom. Dadurch sind die Nahrungsaufnahme und das Sprechen eingeschränkt, der Patient leidet an Schmerzen und die Lebensqualität wird stark beeinträchtigt. Dies kann für den Patienten und seine Angehörigen belastend sein.

Verursacht werden orale Schleimhautveränderungen durch :

- Zytostatika oder andere Medikamente wie z. B. Immunsuppressiva, Steroide oder Antibiotika
- Lokale Radiotherapie
- Ein reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand
- Immunschwäche
- Infektionen (z. B. Herpes simplex, Candidose)
- Fehlende oder verminderte Speichelbildung
- Ungenügende Mund- und Zahnpflege
- Unzureichende Flüssigkeitszufuhr
- Schlecht passende Zahnprothesen
- Mundatmung
- Reizung der Mundschleimhaut durch unkritischen Einsatz alkoholischer oder säurehaltiger Mundpflegemittel
- Tumore im HNO- Bereich

Wichtig ist ein sorgfältiges Mundassessment bei gefährdeten Patienten. Dies beinhaltet regelmässige Inspektion mit Taschenlampe und Spatel und genauer Dokumentation der Schleimhautveränderungen.

Die Mundinspektion soll nicht erst beginnen, wenn der Patient bereits über gestörtes Wohlbefinden oder Schmerzen im Mundbereich klagt. Vorzeichen für Schleimhautveränderungen können bereits Appetitlosigkeit, Nausea, unmerkliche Schwellungen oder Geschmacks- und Geruchsveränderungen sein. (Knipping et al., 2006)

## **4 Ergebnisse**

### **4.1 Phytotherapeutische Möglichkeiten bei Mundschleimhautproblemen in der Palliative Care**

Das folgende Kapitel enthält das Wesentliche der Literaturrecherche zu den ausgewählten Schleimhautproblemen.

#### **4.1.1 Stellenwert der Phytotherapeutika**

Je nach Schweregrad des Mundschleimhautdefektes können Phytopharmaka adjuvant oder als alleinige Therapie bei bakteriellen, viralen und unspezifischen Erkrankungen des Mund- und Rachenraumes eingesetzt werden, nicht aber bei mykotisch bedingten Beschwerden.

(Schilcher & Kammerer, 2003)

Schwere Infektionen des Mund- und Rachenraumes müssen mit Antibiotika behandelt werden. Auch in palliativen Situationen ist dies eine Überlegung wert, um dem Patienten Schmerz und Leid zu ersparen.

In der terminalen Phase muss die Mundpflege jedoch nicht mehr ein therapeutisches Ziel verfolgen, sondern dem Patienten kann angeboten werden, was er mag.

(Knipping et al., 2006; Schilcher & Kammerer, 2003)

### **4.1.2 Stomatitis**

Die Stomatitis ist eine Entzündung der Schleimhäute innerhalb der Mundhöhle. Vor allem Tumorpatienten sind durch verschiedenste Einflüsse für die Entwicklung einer Stomatitis prädisponiert. Dazu gehören ein reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand, ausgeprägte Xerostomie, stark herabgesetzte Abwehrlage und Toxizität der Chemo- und Radiotherapie.

(Knipping et al, 2006; Rostock, 2006)

#### **4.1.2.1 Gradeinteilung der Stomatitis**

Grad I: Rötung der Mundschleimhaut mit Wundgefühl.

Grad II: vereinzelte, kleine Ulzerationen oder weisse Flecken, keine wesentliche Probleme beim Essen und Trinken.

Grad III: ineinander fließende Ulzerationen oder Flecken, die mehr als 25% der Mundschleimhaut bedecken. Der Patient kann nur noch Flüssigkeit zu sich nehmen.

Grad IV: blutende Ulzerationen, die über 50% der Mundschleimhaut bedecken. Der Patient kann nicht mehr essen und trinken.

(Knipping et al., 2006)

Nach Rostock (2006) ist die Stomatitis ein Problem der täglichen Praxis, welches bis heute noch nicht befriedigend gelöst ist. Es sind kaum klinische Studien in diesem Kontext durchgeführt worden, jedoch spielt die Anwendung phytotherapeutischer Extrakte und Teezubereitungen in Prophylaxe und Therapie der Stomatitis eine wesentliche Rolle. Patienten berichten über gute Erfahrungen.

Phytotherapeutika können vor allem in der Prophylaxe und bei leicht- bis mittelschwerer Stomatitis eingesetzt werden.

(Schilcher & Kammerer, 2003)

In den folgenden Kapiteln werden die empfohlenen Massnahmen der Prophylaxe und den Gradeinteilungen, der Stomatitis zugeordnet. Die Grenzen sind jedoch fließend und es kommt darauf an, was dem Patienten in der jeweiligen Situation hilft und gut tut.

#### **4.1.2.2 Prophylaxe**

Zur Stomatitisprophylaxe bei gefährdeten Patienten (während der Radio- oder Chemotherapie) wurden in der Literatur folgende Angaben gefunden:

Nach Rostock (2006) stehen prophylaktisch, wie auch bei bereits bestehender Stomatitis, Salbeiblätter und Kamillenblüten im Vordergrund.

Ausserdem soll vorbeugend nach jeder Mahlzeit und zur Nacht der Mund mit Salzwasser, Salbeitee oder Olivenöl (zur Geschmacksverbesserung 3 Tropfen Zitronenöl auf 10ml Olivenöl) gespült werden, um die Schleimhäute feucht zu halten.

Es gibt eine randomisiert kontrollierte Studie zur Stomatitisprophylaxe, die aussagt, dass ein gewisser wirksamer Effekt bei proteolytischen (proteinspaltenden) Enzymen wie Ananas, bei Eiswürfeln und Honig nachweisbar war.

Keinen signifikant prophylaktischen Effekt zeigten Aloe vera Gel und Kamillenextrakt.

Bigler- Perrotin et al. (2005) empfehlen Mundspüllösungen mit Salzwasser (1 Teelöffel Salz auf einen Liter Wasser). So wird der Mund auch bei häufigem Spülen feucht gehalten. Zudem werden Ablagerungen ausgespült.

Nach Gottschalk et al. (2003) hängt die Wirkung zur Behandlung und Prophylaxe von Entzündungen im Mundraum weniger vom verwendeten Mittel als von der Häufigkeit der Anwendung ab. Eine häufig durchgeführte Mundspülung mit einem milden, keimarmen Mittel (Natrium- Chlorid, Wasser) hält die Schleimhaut sauber und feucht, vermindert Verkrustungen, erleichtert

das Ausspucken zähflüssigen Speichels und wirkt lindernd am entzündeten Zahnfleisch und der Schleimhaut. Es verhindert die Ansammlung von Partikeln und Bakterien im Mund.

#### 4.1.2.3 Stomatitis Grad I

(Rötung der Mundschleimhaut mit Wundgefühl)

Zusätzlich zu den bei Prophylaxe beschriebenen Massnahmen, werden bei einer beginnenden Stomatitis Gerbstoffpflanzen wie Salbeiblätter, Myrrhe, Ratanhiawurzel, Tormentillwurzelstock, Gänsefingerkraut und Heidelbeerfrüchte als wohltuend empfunden. (Rostock, 2006)

Knipping et al.(2006) beschreiben häufige Mundspülungen mit folgenden Tees:

- Kamille (Wirkt entzündungshemmend, schmerzstillend, wundheilungsfördernd, antibakteriell. Enthält vor allem Schleimstoffe, Bitterstoffe und ätherisches Öl.)
- Salbei (Wirkt desinfizierend, adstringierend, antibakteriell, virostatisch. Enthält vor allem Gerbstoffe, Bitterstoffe, ätherisches Öl.)
- Blutwurz (Wirkt adstringierend, bakterizid, entzündungshemmend, antiseptisch. Enthält vor allem Gerbstoffe.)

Bühring & Sonn (2004) empfehlen ebenfalls folgende Tees:

- Kamillentee
- Salbeitee

Zusätzlich nennen sie Thymiantee, da er durchblutungsfördernd, desinfizierend, desodorierend bei Entzündungen des Mund- und Rachenraums, Soorinfektionen und Mundgeruch wirkt.

Hasler (2006) schreibt in einem Fachartikel über Tebodont® Gel, Tebodont® Spray und Tebodont® Mundspülung mit Teebaumöl (Melaleuca Alternifolia) der Firma Wild:

In 2 verschiedenen Studien wurde die Wirkung von Teebaumöl auf orale Mikroorganismen nachgewiesen. Die Effizienz der Tebodont® Mundspülung wurde in einer randomisierten Doppelblindstudie bezüglich Plaquebildung und

Entzündung untersucht. Die Mundspülung mit 3% Teebaumöl reduzierte die Entzündung nach dreimonatiger Anwendung signifikant.

#### **4.1.2.4 Stomatitis Grad II**

(vereinzelte, kleine Ulzerationen oder weisse Flecken, keine wesentliche Probleme beim Essen und Trinken)

Fintelmann & Weiss (2006) empfehlen, Gerbstoffe und Schleimstoffe im Wechsel anzuwenden, da sich der Schleim als schützende Schicht auf die Schleimhäute legt und diese befeuchtet.

Als geeignete Schleimstoffe für die Mundpflege erachten Schilcher & Kammerer (2003) folgende Heilpflanzen:

- Eibischwurzeln und –blätter als Kaltauszug
- Isländisch Moos als Pastillen, Aufguss oder falls die Bitterstoffe nicht erwünscht sind, als Kaltauszug
- Malvenblätter und –blüten als Abkochung
- Kamillenblüten als Aufguss oder Kamillenextrakt

Nach Rostock (2006) wirken die Schleimstoffpflanzen wie Isländisch Moos, Eibischwurzel und Malvenblätter bei leichtgradiger Schmerzhaftigkeit reizmildernd. Dazu finden unter anderem Teebaumöl, Aloe vera Gel, Ringelblumenblüten, Hamamelis und Arnika therapeutische Anwendung.

Knipping et al. (2006) nennen auch Teebaumöl, da es antibakteriell, analgetisch und antimykotisch wirkt. Sie schlagen eine Zubereitung von 10 ml Bepanthen-Lösung mit 5 Tropfen Teebaumöl vor.

Eine Kombination von Schleimstoff- und Gerbstoffzubereitungen mit ätherisch-Öl- haltigen Pflanzen wie Gewürznelkenöl verstärkt nach Rostock (2006) die antimikrobielle Wirkung und hat zudem einen lokalanästhetischen Effekt.

Auch Schilcher & Kammerer (2003) erwähnen Gewürznelken in einer Lösung mit 1- 5% ätherischem Öl als analgetisch und lokalanästhetisch.

Melissen- und Myrrhentinktur wirkt antiseptisch, analgetisch und adstringierend. Betroffene Schleimhautareale können vorsichtig bepinselt werden.

(Knipping et al., 2006)

#### **4.1.2.5 Stomatitis Grad III und IV**

Bei schwerer Stomatitis ist eine alleinige phytotherapeutische Behandlung ungenügend. Es sollte dann auch nicht etwas ausprobiert werden. Neben einer genügenden Schmerztherapie und Spülungen mit Salzwasser, schreibt Rostock (2006): Bei ausgeprägter Stomatitis mit sehr schmerzhaften aphtösen Ulzerationen, wo eine systemische Schmerztherapie indiziert ist, berichten Patienten über einen deutlichen lokal schmerzstillenden und wundheilungsfördernden Effekt durch das Fruchtfleischöl des Sanddorns.

Nach Bigler- Perrotin et al. (2005) dürften Spülungen mit Wasser oder Salzwasser, ausgehend von den heute verfügbaren Daten, immer noch die beste Wahl für alle Phasen der Stomatitis darstellen.

#### **4.1.2.6 Salbei und Kamille**

Diese zwei Heilpflanzen tauchen am häufigsten in der Literatur zum Thema Mundpflege auf, vor allem im Zusammenhang mit Stomatitis. Deshalb werden diesen zwei Pflanzen ein eigenes Kapitel gewidmet.

Bigler- Perrotin et al. (2005) schreiben, dass von Pflegenden zur Mundpflege häufig Salbei- oder Kamillentee verwendet werden, obwohl keine Studie vorliegt, welche die Wirksamkeit einer solchen Massnahme stützt. Salbeitee trocknet durch den hohen Gerbstoffgehalt bei häufiger Anwendung die Schleimhäute aus.

Zu Kamille fanden Gottschalk et al. (2003) heraus, dass der Effekt einer spezifischen Anwendung von Kamille im Mundbereich bisher nicht ausreichend durch Studien bewiesen wurde. Es liegen zu wenige Studien vor, und die qualitativ am höchsten zu bewertende Studie erbrachte keinen Wirkungsnachweis zur Verminderung, der durch Chemotherapie induzierten Stomatitis. Die meisten der der Kamille zugeschriebenen Eigenschaften wurden nicht überprüft. Eine grosszügige Anwendung bei nahezu allen Mundschleimhautproblemen, wie sie gegenwärtig erfolgt, scheint nicht gerechtfertigt.

Beim Salbei liegen ebenfalls wenige Studien vor, welche zudem widersprüchliche Ergebnisse aufweisen, als dass seine Wirkung auf die Mundschleimhaut beurteilt werden könnte. Einige Autoren schreiben dem Salbei eine austrocknende Wirkung zu, andere jedoch empfehlen eine Anwendung bei Trockenheitsgefühl im Mund und zur Förderung des Speichelflusses. In den Studien wurden nur die antibakteriellen Eigenschaften untersucht, die anderen Eigenschaften des Salbeis sind unerforscht.

(Gottschalk et al., 2003)

Gottschalk et al. (2004) schreiben, dass zu überprüfen wäre, ob traditionell verwendete Mittel wie Salbei und Kamille nicht wirksamer wären, wenn sie eine längere Verweildauer im Mund hätten. Eine längere Kontaktzeit mit der Mundschleimhaut liesse sich beispielsweise durch die Anwendung der Wirkstoffe in Gel- oder Pastillenform erreichen.

#### **4.1.2.7 Nicht- phytotherapeutische Massnahmen**

- Speiseeis, Sorbet oder Eisstücke kann sich als kühlend und beruhigend erweisen
- auf weiche oder flüssige Kost umstellen
- Nikotinverzicht
- Säurehaltigen Lösungen und alkoholhaltige Mundwasser sind ungeeignet, da sie die Mundschleimhaut reizen (Fruchtsäfte und säurehaltige Tees meiden.)  
(Bigler- Perrotin et al., 2005)
  
- Eiswürfel wirken abschwellend (Rostock, 2006)
- Sorgfältige Mund- und Zahnpflege (Schilcher/ Kammerer, 2003)
- gute Lippenpflege (Brinkmann, 2005)
- Kleine gefrorene Honigwürfel zum Lutschen anbieten. (Knipping, 2006)

### **4.1.3 Xerostomie**

Durch Mundatmung, der Unfähigkeit, oral Flüssigkeit zu sich zu nehmen oder mangelnder Speichelproduktion, kann Mundtrockenheit entstehen. Eine trockene Schleimhaut neigt eher zu Rhagadenbildung und kann zu Infektionen und Schmerzen der Mundschleimhaut führen. Die betroffenen Patienten verspüren oft ein starkes Durstgefühl, auch wenn der Körper parenteral oder mittels Sonde mit Flüssigkeit abgedeckt ist.

(Hockauf, 2005)

Rostock (2006) schreibt, dass durch fehlende Speichelproduktion die Zähne anfälliger für Karies sind. Mundpflegeprodukte müssen pH-neutral sein, da Säure den Zahnschmelz angreift und Karies verursachen kann. Deshalb soll kein Zitronensaft, sondern ätherisches Zitronenöl verwendet werden.

Olivenöl mit ätherischem Zitronenöl lockt die Speichelproduktion und befeuchtet die Schleimhäute. (50 ml Olivenöl mit 2-6 Tropfen ätherischem Zitronenöl.)

Es kann auch Kokosfett verwendet werden, das im Geschmack angenehmer ist als Olivenöl.

Schleimstoffe wie Malvenblätter, Eibischwurzel oder Leinsamenschleim befeuchten die Schleimhäute. Die selbe Wirkung wird auch mit Sanddornfruchtfleischöl erzielt.

Knipping et al. (2006) empfehlen das Spülen mit Eibischwurzeltee (Kaltauszug), Teebaumöl (1- 2 Tropfen auf 250 ml Wasser genügt) oder Eibischteig-Bonbons.

#### **4.1.3.1 Bitterstoffpflanzen**

Nach Fintelmann & Weiss (2006) ist eine spezielle Indikation für Bitterstoffpflanzen die Xerostomie. Dafür eignet sich Tausendgüldenkraut, Bitterklee oder Enzian.

Dazu schreibt Koradi (1995): In der Phytoliteratur stehen Fintelmann & Weiss mit ihrer Empfehlung, Bitterstoffpflanzen bei Mundtrockenheit zur Anregung des Speichelflusses zu benutzen, vermutlich alleine da. Jedoch ist diese Überlegung interessant:

Die Bitterstoffe sollen die Schleimhäute zu besserer Reaktion bringen und die Speichel- und Schleimdrüsen anregen.

Auch nach Rostock (2006) regen Bitterstoffpflanzen die Speichelproduktion an (z.B. Enzianwurzel, Kalmuswurzelstock, Tausendgüldenkraut).

#### **4.1.3.2 Speichelersatzpräparate**

Wichtig erscheint der Autorin zu diesem Thema auch der Einsatz von Speichelersatz:

Die herkömmlichen Speichelersatzpräparate werden aus Schweinemukosa gewonnen. Es gibt aber auch solche auf pflanzlicher Basis wie z.B. Saseem® Mundspray, wo Carrageenan, ein natürliches Biomolekül aus Meeresalgen, als Gleitmittel verwendet wird.

(Hockauf, 2005)

#### **4.1.3.3 Nicht- phytotherapeutische Massnahmen**

In der Literatur sind einige zusätzliche, nicht phytotherapeutische Massnahmen zu finden, die auch mit Phytotherapeutika kombiniert werden können:

Nach Hockauf (2005) wird das Lutschen von Eiswürfeln als lindernd empfunden. Es wird das Trinken von kühlen Flüssigkeiten, häufiges Befeuchten mit einem Tupfer/ Mundpflegestäbchen oder Speichelersatzflüssigkeit in Sprayform empfohlen.

Knipping et al. (2006) nennen folgende Massnahmen:

- Süßes Mandelöl , Olivenöl, Butter, Schlagrahm
- Hydrogele, die für die Wundpflege benutzt werden, können auch zum feucht halten der Mundschleimhaut benutzt werden.

Nach Bigler- Perrotin et al. (2005) sind gute Mundpflege, Einsatz von Ersatzstoffen für Speichel, häufige Befeuchtung der Schleimhäute und vermehrte Flüssigkeitszufuhr von grundlegender Bedeutung zur Xerostomiebehandlung. Sie empfehlen Speichelerersatz vor den Mahlzeiten. Auch Nahrungsmittel mit proteolytischen Enzymen wie Ananas können püriert gegessen, getrunken oder für die Mundpflege verwendet werden. Zuckerfreie Bonbons oder Kaugummi helfen die Speichelproduktion anzuregen, sofern noch Speichel produziert wird, und der Patient dazu in der Lage ist.

Zur Anregung des Speichelflusses nennen Bühring & Sonn, (2004) auch gefrorene Getränke, Butterflocken, Sahne oder Olivenöl.

#### **4.1.4 Borken und Beläge der Mundschleimhaut**

Zu diesem Thema waren in der Literatur keine phytotherapeutischen Massnahmen zu finden.

Bühring & Sonn (2004) empfehlen Butter, Sahne, Olivenöl oder kleine Stücke einer Vitaminbrausetablette, womit sich mit etwas Wasser die Beläge durch Schaumbildung lösen.

Nach Knipping et al. (2006) lösen sich Beläge der Mundschleimhaut gut durch Mundpflege mit kohlenensäurehaltigen Flüssigkeiten wie Cola, Sekt, Brausepulver oder durch Fette wie Butter und Rahm. (Dazu ein kleines Stück Butter auf der Zunge zergehen lassen, danach gründlich mit Wasser spülen oder den Belag vorsichtig mit der Zahnbürste entfernen.) Die Gefahr der Aspirationspneumonie mit fetthaltigen Produkten wie Butter, Rahm oder Olivenöl besteht vor allem bei Atem- oder Schluckstörungen oder somnolenten Patienten. Deshalb sollte der Einsatz dieser Mittel sorgfältig überlegt werden.

Dazu schreiben Gottschalk et al. (2003): Vor allem in der deutschen Pflegeliteratur gibt es zahlreiche Empfehlungen zur Anwendung von Butter als Pflegemittel bei Xerostomie und zum lösen von borkigen Belägen. Es fehlt jedoch bis heute eine gesicherte, wissenschaftliche Grundlage, um die subjektiven Empfehlungen zu stützen.

#### **4.1.5 Aphten**

Aphten sind vereinzelte, scharf abgegrenzte, grau- weissliche, schmerzhafte, geplatzte Bläschen mit rotem Rand, die in allen Teilen des Mundes vorkommen können. Die Ursachen für die Entstehung sind unbekannt.

(Knipping et al., 2006)

Schilcher & Kammerer (2003) empfehlen Myrrhe und Salbeiblätter. Davon wird die Tinktur auf die betroffenen Stellen gepinselt.

#### 4.1.6 Herpes labialis

Herpes labialis ist eine Viruserkrankung, welche durch das Herpes-simplex-Virus Typ 1 hervorgerufen wird. Dabei entstehen an den Lippen kleine, nässende Bläschen. Diese Stellen sind empfindlich, schmerzen und jucken. Normalerweise verheilen sie ohne Narben, haben aber die Tendenz, wieder zu kommen. (Koradi, 1995)

Neuere Studien zeigen, dass durch die virostatistische Wirkung von Melissenblättern das Krankheitsbild des Herpes labialis erheblich gebessert wird. Diese Ergebnisse konnten mit einer placebobedingten Doppelblindstudie bestätigt werden. Diese Behandlung des Herpes labialis gilt heute als eine wirksame Alternative zur Anwendung entsprechender synthetischer Virostatika. (Fintelmann & Weiss, 2006)

Nach Koradi (1995) macht eine antivirale Therapie mit Gerbstoffen nur im Frühstadium Sinn, wenn sich Bläschen gebildet haben. Ringelblumen-, Echinacea-, Hamamelis- oder Melissentinktur sowie Teebaumöl wirken vor allem austrocknend und entzündungshemmend. Die Stellen können mit der Tinktur pur oder 1:1 verdünnt mit Wasser betupft werden.

Im Krustenstadium sollen die betroffenen Stellen gut gefettet werden, damit sie sich nicht frühzeitig ablösen und bluten. Zum Beispiel mit Ringelblumen-Hamamelis- oder Echinaceasalbe.

## **5 Schlussteil**

### **5.1 Konsequenzen für die Praxis**

Im folgenden Kapitel werden die Empfehlungen der Literatur zu den einzelnen Schleimhautproblemen nochmals aufgegriffen und diskutiert. Leitend für die Beurteilung sind die Fragestellungen und die Zielsetzung der Autorin. Zu den empfohlenen Phytotherapeutika werden ergänzend relevante, nicht-phytotherapeutische Massnahmen genannt.

#### **5.1.1 Stomatitis**

##### **Prophylaxe**

Von allen drei Autoren wurde Salzwasser zur Stomatitisprophylaxe empfohlen. Salz ist normalerweise in jedem Haushalt und auf den Stationen zu finden und kostengünstig. Wichtig ist, dass der Patient die Mundspülung regelmässig und häufig genug ausführt. Phytotherapeutische Massnahmen sind hier noch nicht indiziert.

##### **Stomatitis Grad I**

Es werden vor allem gerbstoffhaltige Pflanzen empfohlen. Mit ihrem adstringierenden Effekt hemmen sie Entzündungen und wirken abschwellend. Da diese Tees auch austrocknend auf die Schleimhäute wirken, sollte nicht nur mit diesen und nicht zu häufig gespült werden. Sinnvoll scheint, 4 mal täglich mit einem gerbstoffhaltigen Tee zu spülen und dazwischen den Mund mit Salzwasser zu befeuchten. Der Patient kann aussuchen, welcher gerbstoffhaltige Tee ihm am ehesten zusagt. Meistens ist Schwarztee oder Salbeitee in der Stationsküche oder im Küchenschrank zu finden. Bei Gerbstoffpflanzen ist der Aufguss die geeignetste Zubereitungsform für die Mundpflege.

Thymiantee kann verwendet werden, wenn ein desodorierender Effekt erwünscht ist, falls der Patient unter Mundgeruch leidet.

Da Myrrhe nur als Tinktur erhältlich ist, die Alkohol enthält und daher stark austrocknend wirkt, wird von der Anwendung als Mundspülung abgeraten.

Die Produkte mit Teebaumöl wie Tebodont® sind einfach anwendbar und benötigen keine aufwändige Zubereitung. Vor allem als Gel können sie auch in terminalen Situationen verwendet werden, da so ein längerer Kontakt mit den Schleimhäuten besteht als bei einer Mundspülung. Diese Produkte sind in Drogerien und Apotheken zu finden.

Falls der Patient wegen Schmerzen im Mundbereich oder erhöhter Blutungsgefahr wie Thrombopenie nicht mehr Zähneputzen kann, sind Gerbstoffpflanzen und Teebaumöl als nützlicher Nebeneffekt auch wirksam gegen Plaque. Auch schleimstoffhaltige Pflanzenauszüge können bei Wundgefühl der Schleimhäute wohltuend wirken und im Wechsel mit Gerbstoffdrogen oder Teebaumölprodukten angewendet werden. Mehr dazu ist im folgenden Teil beschrieben.

## **Stomatitis Grad II**

Es erscheint sinnvoll, Gerbstoff- und Schleimstoffpflanzen im Wechsel anzuwenden, wie es Fintemann & Weiss (2006) empfehlen. Sonst gilt dasselbe wie bei den Empfehlungen bei Stomatitis Grad I. Schleimstoffhaltige Tees können beliebig oft verwendet werden, da sie die Schleimhäute nicht austrocknen, sondern eine schützende und kühlende Schicht darüber legen. Am einfachsten sind Malvenblüten und –blätter anzuwenden, da Fertigteebeutel erhältlich sind. Sie können als Aufguss oder wie von Schilcher & Kammerer (2003) vorgeschlagen, als Abkochung verwendet werden.

Isländisch Moos gibt es als Pastillen, die gelutscht werden können und einfach aufzubewahren sind, was auf der Station praktisch ist, da keine aufwändige Zubereitung notwendig ist. Ansonsten ist ein Kaltauszug zu empfehlen, wenn die Bitterstoffe im Tee nicht erwünscht sind. So gelangen weniger Bitterstoffe in den Pflanzenauszug als bei einem Aufguss.

Einige Tropfen ätherisches Gewürznelkenöl oder Teebaumöl zur Mundspülung wirken analgetisch und lokalanästhetisch. Auf Ulzerationen kann Melissen- oder Myrrhetinktur lokal aufgetragen werden.

## **Stomatitis Grad III und IV**

Eine systemische und lokale Schmerztherapie ist unbedingt notwendig bei diesen schweren Formen der Stomatitis. Meist akzeptiert der Patient auch keine Mundspülung mehr, da so die Schmerzen verstärkt werden. Sinnvoll wäre die Spülung mit Salzwasser, um den Mund zu reinigen und Verkrustungen auszuspülen. Gerbstofftees können durch die adstringierende Wirkung Blutungen stillen und abschwellend wirken. Schleimstoffpflanzen wirken lindernd und kühlend an den Schleimhäuten. Gewürznelkenöl wirkt lokalanästhetisch und so schmerzlindernd. Myrren- und Melissentinkturen können auf Ulzerationen gepinselt werden. Man kann dem Patienten diese Massnahmen anbieten, er entscheidet dann selber, ob er etwas annehmen will oder nicht.

Sanddornfruchtfleischöl ist in der Schweiz in Drogerien oder Apotheken nicht erhältlich.

## **Salbei und Kamille**

Durch den hohen Gerbstoffgehalt und das thujonhaltige ätherische Öl wirkt Salbei ausrocknend, adstringierend und antimikrobiell. Kamillenblüten wirken an den Schleimhäuten in erster Linie antiphlogistisch, antibakteriell und fungizid, wie auch Rostock (2006) schreibt. Wenn diese zwei Pflanzen ihren Wirkstoffen entsprechend angewendet werden, ist ihre Anwendung in der Mundpflege gerechtfertigt.

### **5.1.2 Xerostomie**

Auch hier ist es wichtig, dass der Patient aus einer Palette von Möglichkeiten auswählen kann, was er mag und was ihm gut tut. Falls dies nicht möglich ist, können seine Angehörigen befragt werden. Da kühle oder gefrorene Getränke bei Xerostomie meist angenehmer sind als warme, können Ananassaft oder schleimstoffhaltige Tees aus Malvenblüten und – blättern auch eingefroren werden. Ebenfalls ist es möglich, dass die Lieblingsgetränke des Patienten eingefroren oder mit Eiswürfeln gekühlt werden.

Bitterstoffpflanzen können angewendet werden, wenn der Patient den sehr bitteren Geschmack akzeptiert. Eine Möglichkeit wäre ein Aufguss aus Isländisch Moos, der Schleim- und Bitterstoffe enthält.

An der SMGP- Tagung stellte die Firma Biomed einen befeuchtenden Mundspray mit dem Inhaltsstoff der Yerba Santa vor, einer Heilpflanze aus Nordamerika, welche schon den Ureinwohnern bekannt war. Der Hauptwirkstoff dieser Pflanze sind Glykoproteine, die denen der Schleimhaut gleichen. Sie legen sich wie ein schützender Film über die Schleimhautzellen und bauen so einen Feuchtigkeitsschutz auf. Sie spenden Feuchtigkeit, bewahren diese und lindern so die Beschwerden der Xerostomie. Das Produkt heisst „Hydro Santa® Biomed befeuchtender Mundspray“ und schmeckt nach Zitrone. Dieser Spray könnte eine Alternative zu Speichelersatzpräparaten sein, die aus tierischen Stoffen hergestellt werden. Das Produkt kam im August 2006 auf den Markt und ist in Apotheken und Drogerien erhältlich.

Der in der Literatur beschriebene Saseem® - Spray ist in der Schweiz nicht erhältlich. Es gibt auch kein Präparat mit dem selben Wirkstoff. Dieser Speichelersatzspray kam 2005 in Deutschland auf den Markt.

Interessant ist der Einsatz von Hydrogelen wie von Knipping et al. (2006) beschrieben, was vor allem für Patienten in der terminalen Phase geeignet ist und mit einem Mundpflegestäbchen aufgetragen werden kann. Ebenfalls ist der Schleim der Leinsamen, wie von Rostock (2006) beschrieben, durch den neutralen Geschmack geeignet. Die Leinsamen können, entweder mit gekochtem, leicht abgekühltem oder kaltem Wasser, etwa eine halbe bis eine Stunde angesetzt werden. Danach werden die Samen abgeseibt, und der geschmacksneutrale Schleim kann zur Befeuchtung der Mundschleimhäute verwendet werden. Ursel Bühring empfahl an der SMGP- Tagung, goldgelbe Leinsamen zu verwenden, da sie eine dünnere Schale besitzen und schneller quellen.

Der Vorteil des Hydrogels ist, dass er auf der Station vorhanden ist und nicht zuerst angesetzt werden muss.

### 5.1.3 Borkige Beläge

Die empfohlenen Massnahmen können ausprobiert werden. Sie sind leicht erhältlich und oft zu Hause oder auf der Station vorhanden. Wichtig ist, dass der Patient das jeweilige Produkt mag und akzeptiert. Wie Knipping et al. (2006) schreiben, ist wegen der Aspirationsgefahr die Entfernung des Belages und die gute Mundpflege mit Wasser sehr wichtig, kurz nachdem Butter, Öl oder Vitaminbrausetablette in den Mund gegeben wurden.

### 5.1.4 Aphten

In der Literatur waren neben Myrrhe und Salbeiblättern keine Angaben zu finden. Pyralvex® ist ein bekanntes Produkt zur Behandlung von Aphten mit Rhabarberwurzelextrakt, das Gerbstoffe enthält.

Eventuell wäre Gewürznelkenöl durch seinen analgetischen Effekt als Pinselung geeignet.

### 5.1.5 Herpes labialis

Die Empfehlung von Koradi (1995) scheint gut geeignet zu sein. Es können dazu handelsübliche Präparate, Teebaumöl oder eine gerbstoffhaltige Tinktur verwendet werden. Der virostatistische Effekt von Melissenblättern ist zur Zeit am besten untersucht, der Wirkstoff besteht jedoch aus Gerbstoffen, weshalb sich auch andere gerbstoffhaltige Pflanzenauszüge eignen.

Im Handel ist zum Beispiel die Parsenn Herpescreme® , die Weleda Fieberbläschensalbe® und die Valverde Melissensalbe® erhältlich.

### 5.1.6 Leitfaden für die Praxis

Als Übersicht werden die der Autorin am besten geeignet erscheinenden Möglichkeiten aufgeführt, die mit der Zielsetzung und den Fragestellungen übereinstimmen. Dieser Leitfaden kann als Anregung für den Stationsalltag oder zu Hause dienen. Die Zusammenstellung ist nicht vollständig und enthält vor allem Massnahmen, die einfach erhältlich und ohne aufwändige Zubereitung zu verwenden sind. Ergänzend sind auch wichtige nicht- phytotherapeutische Möglichkeiten aufgeführt.

#### **Stomatitis**

- gerbstoffhaltige Aufgüsse aus Schwarztee, Salbeiblättern
- schleimstoffhaltige Aufgüsse oder Abkochungen aus Malvenblüten- und blättern
- Kamillentee
- Thymiantee als Aufguss
- Isländisch Moos als Pastillen oder als Kaltauszug
- Gewürznelkenöl
- Melissen- oder Myrrhetinktur
- Tebodont® der Firma Wild, Mundspüllösung oder Gel
- Salzwasser (1 Teelöffel auf 1 Liter Wasser)
- Ananassaft

#### **Xerostomie**

- Malventee als Eiswürfel oder als kaltes Getränk
- Aufguss aus Isländisch Moos ( schleim- und bitterstoffhaltig)
- Hydro Santa® Biomed befeuchtender Mundspray
- Leinsamenschleim
- gekühlte oder gefrorene Getränke
- Ananassaft
- Hydrogel

**Borkige Beläge**

- kohlesäurehaltige Getränke wie Cola, Mineralwasser
- Butter, Rahm
- Brausepulver / Vitaminbrausetabletten
- Olivenöl

**Aphten**

- Myrrhen- oder Salbeitinktur
- Pyralvex®

**Herpes labialis**

- Parsenn Herpescreme®
- Weleda Fieberbläschensalbe®
- Valverde Melissensalbe®
- Teebaumöl

## 5.2 Reflexion

Diese HöFa I- Abschlussarbeit war eine spannende Erfahrung mit vielen Kontakten zu Fachpersonen der Phytotherapie, die geknüpft oder vertieft werden konnten.

Im theoretischen Rahmen ist eine kurze Übersicht über die Phytotherapie entstanden, der Pflegepersonen und Angehörigen helfen soll, die nachfolgenden Ergebnisse der Literaturrecherche zu verstehen und beurteilen zu können.

Im Ergebnisteil bestand die Schwierigkeit, die Literatur den verschiedenen Schleimhautproblemen zuzuordnen und das Wesentliche zu erkennen.

Die Zielsetzung und die Fragestellungen werden im Schlussteil bei den Konsequenzen für die Praxis berücksichtigt und beantwortet.

Die Vorgehensweise war rückblickend zum Teil ineffizient. Das Anschreiben der Fachpersonen war sehr zeitaufwändig und hätte verbessert werden können, indem nur die Phytotherapiegesellschaften angeschrieben worden wären. Denn diese kennen Fachpersonen der entsprechenden Spezialgebiete, an die sie weiterverweisen können. Die Literaturrecherche nahm den grössten Teil der Zeit in Anspruch.

## 5.3 Weiterführende Ideen

Das durch diese Arbeit neu erworbenes Wissen wird in Diskussionen und dem Vorstellen der Erkenntnisse in die Praxis einfließen.

Die auf der Station vorhandenen Phytopharmaka sollen so gezielt zur Mundpflege eingesetzt werden können. Vielleicht kann durch die erfolgreiche Anwendung von Phytotherapie das Angebot mit geeigneten Präparaten ergänzt werden.

Interessierten Patienten und Angehörigen können phytotherapeutische Massnahmen vorgeschlagen werden, und man sollte sie ermuntern, diese auszuprobieren.

#### **5.4 Gedanken zur eigenen Berufsrolle**

Als HöFa I sehe ich es als meine Aufgabe, neues Wissen in die Praxis einfließen zu lassen und meine Arbeitskollegen zu beraten.

In der Palliative Care soll dem Patienten angeboten werden, was ihm gut tut und sein Leiden lindert. Hier sehe ich den Einsatz von Phytotherapie als sehr sinnvoll. Wichtig ist, dass der Patient soweit als möglich mitbestimmen kann und selbst entscheidet, was er annehmen will und was nicht.

Die Entwicklung der Phytotherapie in der Pflege werde ich weiter verfolgen und neue Empfehlungen aus der Fachliteratur kritisch prüfen. Ich hoffe, dass die Heilpflanzen in Zukunft durch Studien evidenzbasiert eingesetzt werden können und so wieder einen festen Platz in der Pflege bekommen.

## 6 Literaturverzeichnis

Bachmann, Christoph (2004). Phytolist 2004 (2. Auflage). Neuhausen: Rosenfluh Publikationen.

Bigler- Perrotin, Lucienne; Marguelis, Anita & Willems Cavalli, Yvonne (2005). Orale Mukositis bei Patienten mit einer Tumortherapie. Konzept. In: Onkologiepflege Schweiz (Hrsg.) (2005). Standards in der Onkologiepflege.

Brinkmann, Klaus (2005). Die terminale Dehydration. Vor und Nachteile der künstlichen Flüssigkeitszufuhr bei sterbenden Patienten.  
Verfügbar unter: <http://www.bibliomed.de> [26.06.2006]

Bühning, Ursel & Sonn, Annegret (2004). Heilpflanzen in der Pflege (1. Auflage). Bern: Huber.

Fintelmann, Volker & Weiss, Rudolf Fritz (2006). Lehrbuch der Phytotherapie (11., durchgesehene Auflage). Stuttgart: Hippokrates.

Gottschalk, Thomas; Dassen, Theo & Zimmer, Stefan (2003). Untersuchung einiger häufig gebrauchter Mittel, Instrumente und Methoden zur Mundpflege hinsichtlich einer evidenzbasierten Anwendung. Pflege, Jg.16, S. 91- 102.

Gottschalk, Thomas; Dassen, Theo & Zimmer, Stefan (2004). Empfehlungen für eine evidenz- basierte Mundpflege bei Patienten in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Pflege, Jg.17, S. 78- 91.

Hasler, Andreas (2006). Teebaumöl in Oral Care. Schweizerische Medizinische Zeitschrift für Phytotherapie- für praktizierende Ärzte und Pharmazeuten, Sonderdruck aus Phytotherapie Nr. 1.

Hockauf, Herbert (2005). Pflegeproblem Mundtrockenheit. Massnahmen der Mundpflege zur Behebung trockener Mundschleimhäute.

Verfügbar unter: <http://www.bibliomed.de> [26.06.2006]

Koradi, Martin (1994). Wirkstoffkunde. Unterrichtsunterlagen Seminar für Integrative Phytotherapie, Winterthur.

Koradi, Martin (1995). Organsysteme. Unterrichtsunterlagen Seminar für Integrative Phytotherapie, Winterthur.

Knipping, Cornelia (Hrsg.) (2006). Lehrbuch Palliative Care (1. Auflage). Bern: Huber.

Länger, Reinhard (2005). Wenn das Zahnfleisch schmerzt oder die Stimme rau ist, haben sich Kamille, Salbei, Eibisch, Tormentilla und Co bestens bewährt.

Verfügbar unter: <http://www.universimed.com> [15.12.2006]

Rostock, Matthias (2006). Phytotherapie in Prävention und Therapie der Mukositis bei Tumorpatienten. Vortragsunterlagen 21. Schweizerische Tagung für Phytotherapie der SMGP, Baden.

Schilcher, Heinz & Kammerer, Susanne (2003). Leitfaden Phytotherapie (2. Auflage). München: Urban & Fischer.