

Palliative Care Oberwallis

Leitfaden Dyspnoe

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Definition	1
3.	Ursachen	1
4.	Entscheidungsfindung	2
	4.1 Assessment	2
	4.1.1 Skala nach Borg	2
	4.2 Spezifische Untersuchungen	2
5.	Behandlung	2
	5.1 Pflegerische Massnahmen	2
	5.2 Ätiologische Behandlung	2
	5.3 Sauerstoffgabe	3
	5.4 Medikamentöse Massnahmen	3

Palliative Care Oberwallis

Leitfaden Dyspnoe

5.4.1	Morphin.....	3
5.4.2	Anxiolytika	3
5.4.3	Diuretika	4
5.4.4	Neuroleptika	4
6.	Bemerkungen.....	4
7.	Anhang	5
	Borg-Skala	
8.	Literaturverzeichnis.....	6

Palliative Care Oberwallis

Leitfaden Dyspnoe

Leitfaden Dyspnoe

1. Einleitung

Atemprobleme sind bei Palliativpatienten eine häufig auftretende Begleiterscheinung und nehmen bei fortschreitender Grundkrankheit an Bedeutung zu. Bei den erwähnten Atemproblemen ist vor allem die Dyspnoe zu betrachten, welche bei den Betroffenen und ihren Angehörigen grosse Angst, teilweise sogar Todesangst, auslösen kann.

2. Definition

«Der Begriff «Dyspnoe» bezeichnet eine subjektive Erfahrung von Unwohlsein beim Atmen. Diese kommt in qualitativ unterschiedlichen Formen und Intensitäten vor.

Dazu tragen physiologische, psychologische und soziale Faktoren bei. Dyspnoe kann auch physiologische und verhaltensmässige Sekundärreaktionen hervorrufen.» (palliative ch. Bigorio Dyspnoe, 2003)

3. Ursachen

Bei der Dyspnoe wird zwischen pulmonal und nicht pulmonal bedingten Ursachen unterschieden:

pulmonal	nicht pulmonal
<ul style="list-style-type: none">· Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)· Asthma bronchiale· Atelektase· Pleuraerguss· Perikarderguss· Lungenembolien· Tumor, Metastasen, Lymphangiosis· Pneumothorax· Lungenfibrose· St. n. Lungenresektion· Pneumonie· Bronchitis· u. w.	<p>kardial</p> <ul style="list-style-type: none">· Herzinsuffizienz· Lungenödem· Perikarderguss· Perikardinfiltration· Pulmonale Hypertension <p>neuromuskulär</p> <ul style="list-style-type: none">· Brustwandinfiltration und -schmerz· Muskuläre Schwäche bei Kachexie· Zwerchfellschwäche (Lähmung) <p>abdominal</p> <ul style="list-style-type: none">· Aszites· Tumor, Metastasen· Obstipation <p>zentrale Ursachen</p> <ul style="list-style-type: none">· Medikamentös induzierte Atemdepression· Stoffwechselstörung (Fieber, Anämie)· Hirnverletzungen <p>weitere Ursachen</p> <ul style="list-style-type: none">· Husten· Infekte· Sepsis· Schmerzen· Hepatomegalie· psychosozialbedingte Ursachen (Angst, Trauer)

Palliative Care Oberwallis

Leitfaden Dyspnoe

4. Entscheidungsfindung

Das Betreuungsteam stellt sich zusammen mit dem Patienten die Frage, wie viel Diagnostik und welche Invasivität an Diagnostik dem Patienten für die Verbesserung der Lebensqualität zuzumuten ist. Die Angehörigen werden unterstützt und miteinbezogen.

4.1 Assessment

Um die Dyspnoe zu erfassen, ist es wichtig, eine Anamnese durchzuführen. Nur dadurch kann der Betroffene ganzheitlich erfasst werden. Dabei ist der Einbezug der biologischen, psychosozialen und spirituellen Aspekte von grosser Wichtigkeit:

- Verlauf der Symptome
- akut oder langsam progredient
- qualitative Beschreibung
- verschlimmernde Faktoren, lindernde Faktoren
- frühere Behandlungen
- Auswirkungen auf den Alltag, psychisches Erleben (Befürchtungen, psychosoziale und spirituelle Stressoren, Umfeld, Lebensqualität, Pläne-Vorhaben)

4.1.1 Skala nach Borg

Mit Hilfe der Skala nach Borg «Rate of perceived exertion» (RPE-Skala) (siehe Anhang 1) kann die Schwere der Dyspnoe erfasst werden. Der betroffene Patient teilt seine Atemnot auf einer Skala von 1-10 ein.

Dabei gilt zu beachten, dass jeder betroffene Patient, sowie jede Fachperson, welche den Patienten nach der Schwere seiner Dyspnoe anhand der Borg-Skala befragt haben, ihre individuelle Vorstellung von einer milden Dyspnoe oder einer sehr schweren Dyspnoe haben. Die Dyspnoe ist eine subjektive Erfahrung.

4.2 Spezifische Untersuchungen

Weiter können folgende Untersuchungen bei der Entscheidungsfindung hilfreich sein:

Vitalzeichen: Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, O₂-Sättigung, Hautfarbe, Blutdiagnostik, Röntgen, Lungenfunktion, Endoskopie

5. Behandlung

Die abgeschlossene multidimensionale Erfassung bildet die Grundlage für eine gezielte Behandlung der Dyspnoe.

5.1 Pflegerische Massnahmen

Das Ziel der Behandlungen ist die Eliminierung oder Verminderung der auslösenden und verschlimmernden Faktoren.

- Ruhige Atmosphäre, Ruhe bewahren. Dem Patienten die Situation erklären. (Coping-Strategien)
- Bequeme Lagerung und Kleidung (Wunsch des Patienten respektieren)
- Räume lüften
- Regelmässige Mund- und Lippenpflege
- Verteilung der Pflege während des Tages
- Urinflasche oder eventuell Blasenkatheter (um ermüdende Wege zu ersparen)
- Entspannungstechniken wie z. B. basale Stimulation, Instruktion von Atemtechniken
- Atem-Physiotherapie
- Nicht zu viele Besuche
- Angehörige unterstützen und einbeziehen, auf eine ruhige Atmung aufmerksam machen
- Haltung des Betreuungsteams, vor dem Eintritt ins Zimmer auf normale Atmung achten

5.2 Ätiologische Behandlung

Die Ursache der Dyspnoe ist ausschlaggebend für eine ätiologische Behandlung.

Beispiele:

- Zusätzliche Lungeninfekte: Antibiotika, Atemphysiotherapie
- Kardiale Dekompensation: Diuretika, Digitalis, Sauerstoff

Palliative Care Oberwallis

Leitfaden Dyspnoe

- Pleuraerguss, Aszites: Drainage, eventuell Pleurodese
- Lungenembolie: Antikoagulation
- Anämie: Transfusionen
- Dekompensierte COPD: Kortikosteroide, Bronchialdilatoren
- u. w.

5.3 Sauerstoffgabe

Die Sauerstoffverabreichung ist indiziert, wenn die Dyspnoe mit einer Hypoxie verbunden ist (Sauerstoffmangel, Sauerstoffsättigung im Blut unter 90%). Bei einer bestehenden Ruhedyspnoe oder bei Wunsch des Patienten ist die Sauerstoffapplikation eine adjuvante Massnahme zur Linderung der Dyspnoe.

Es sollte beachtet werden, dass die Sauerstoffverabreichung nicht als Reflexhandlung, sondern sehr bewusst eingesetzt wird. Die Sauerstoffgabe von 2l-6l/Minute mittels Nasenbrille oder Nasensonde ist zu bevorzugen, da eine Gesichtsmaske zu zusätzlichen Beklemmungsgefühlen führen kann.

Vorsicht besteht bei der Sauerstoffverabreichung bei Patienten mit der Diagnose COPD und Asthma bronchiale. Die Sauerstoffgabe wird ärztlich verordnet.

5.4 Medikamentöse Massnahmen

Für die Behandlung der Dyspnoe stehen folgende Medikamente zur Verfügung:

5.4.1 Morphin

Die erste Wahl bei Opiaten ist Morphin. Kann dieses wegen Nebenwirkungen nicht eingesetzt werden, kann Hydromorphon angewendet werden.

Morphin wirkt auf das Atemzentrum und bewirkt, dass eine rasche, oberflächliche Atmung ruhiger, langsamer und tiefer wird.

Bei der Verabreichungsweise ist die aktuelle Situation des Patienten ausschlaggebend. Zu berücksichtigen sind Schluckprobleme, Übelkeit und/oder Erbrechen, sowie Resorptionsprobleme bei Ödemen.

Applikationsmöglichkeiten

- Morphin Tropfen
Morphin Tropfen können auch unverdünnt gegeben werden.
1 ml= 20 Tropfen
1 %= 10 mg pro ml
2 %= 20 mg pro ml
4 %= 40 mg pro ml
- Morphin subkutan oder intravenös
- Morphin als Einzeldosis oder Dauerinfusion

Anfangsdosis

- ohne vorherige Opiattherapie:
peros: Morphin 5 mg-10 mg alle vier Stunden und zusätzlich bei Bedarf (stündlich wiederholbar)
subkutan: 50 % der oralen Dosierung
- mit vorangegangener Opiat-Schmerzbehandlung:
Erhöhung der Morphin-Tagesdosis um 20-30 %

Reservedosierung

Die Reservemedikation beträgt 1/6-1/10 der Tagesdosis.

Anpassung der Behandlung

Die Tages- und Reservedosis kann alle 24 Stunden um je 20-30 % gesteigert werden.

5.4.2 Anxiolytika

Anxiolytika reduzieren das Empfinden von Atemnot und wirken sedierend. Bei einem zusätzlichen Delirium sind Benzodiazepine zu vermeiden und ein Neuroleptikum vorzuziehen.

Lorazepam

- Temesta 0,5 mg-1 mg sublingual alle 6-8 Stunden

Palliative Care Oberwallis

Leitfaden Dyspnoe

Midazolam

- Dormicum 5 mg peros
- Dormicum 2.5 mg-5 mg subkutan oder intravenös
- kontinuierlich: Dormicum 10 mg-30 mg pro Tag subkutan oder intravenös

5.4.3 Diuretika

Bei eindeutigen kardialen Komponenten sind Diuretika indiziert, vor allem in akuten Situationen.

Furosemid

- Lasix 20 mg-40 mg subkutan oder intravenös
- kontinuierlich: Lasix 96 mg-192 mg pro Tag subkutan oder intravenös

5.4.4 Neuroleptika

Neuroleptika können bei schwersten Atemnotzuständen, welche eine starke Sedierung erforderlich machen und wenn eine mögliche Atemdepression (z. B. bei COPD-Patienten) vorliegt, eingesetzt werden.

Levomepromazine

- Nozinan 6.25 mg-12.5 mg peros oder subkutan alle 6-8 Stunden

Haloperidol

- Haldol 5 mg-10 mg alle 6 Stunden peros oder subkutan

6. Bemerkungen

Wird der Patient zu Hause weiter gepflegt, sollte ein Notfallplan erstellt werden, um Ängste bei den betroffenen Patienten und seinem Betreuungsumfeld zumindest verringern zu können und um Sicherheit und Betreuungskontinuität zu vermitteln und zu gewährleisten.

Palliative Care Oberwallis

Leitfaden Dyspnoe

7. Anhang

Borg-Skala

Beurteilung	Ausmass der Dyspnoe-Empfindung
0	überhaupt keine Dyspnoe
0.5	sehr, sehr milde (knapp wahrnehmbar)
1	sehr milde
2	milde
3	mässig
4	recht schwer
5	schwer
6	
7	sehr schwer
8	
9	sehr, sehr schwer (fast maximal)
10	maximale Dyspnoe

Palliative Care Oberwallis

Leitfaden Dyspnoe

8. Literaturverzeichnis

Aulbert, E., Nauck, F. (Radbruch, L. (Hrsg.) (2007). Lehrbuch der Palliativmedizin (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.

Knipping, C. (Hg.) (2007). Lehrbuch Palliative Care (2.Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.

Neuenschwander, H. et al. (2006). Palliativmedizin (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Herausgeber Krebsliga Schweiz.

palliative.ch. Bigorio Dyspnoe (2003).
[http:// www.palliative.ch](http://www.palliative.ch) [Stand Januar 2009]

Schweizerisches Medizin-Forum (2001). Dyspnoe. Teil 2: Klinik, besondere Beispiele, Abklärung, Therapie.
<http://www.medicalforum.ch> [Stand März 2009]

SMZ Oberwallis (2006). Standard Dyspnoe in der palliativen Betreuung, 1. Version.

Spitalregion Rheintal, Werdenberg, Sarganserland (2006). Palliative Care. Respiratorische Symptome.
<http://www.spitalgrabs.ch> [Stand Januar 2009]