

Dyspnoe/Atemnot

Vorbemerkungen, begleitende Gedanken

Dyspnoe oder Atemnot ist ein Symptom, dessen Schwere nur der Patient selbst beurteilen kann.

Die Hälfte aller Patienten mit einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung klagen zeitweise über Dyspnoe, die Zahl steigt auf 70% der Patienten in den letzten 6 Wochen des Lebens an. In den letzten 24 Stunden vor dem Tod beklagen ca. 80% der Patienten Dyspnoe. (HUSEBÖ S, KLASCHIK E: Palliativmedizin 3. Auflage, Springer Verlag 2003).

Die Wahrnehmung von Atemnot entsteht in der Regel durch erhöhte Atemarbeit bei unzureichender Atemreserve. Die Reaktion auf die Atemnot ist häufig ein unmittelbares Erleben von Todesangst, wie sie kaum von einem anderen Symptom ausgelöst wird.

Dyspnoe kann langsam entstehen, sich aber auch sehr schnell entwickeln und wird in der Nacht meist intensiver erlebt, da die Situation durch Dunkelheit und Stille noch bedrohlicher wirkt.

Häufig entsteht ein „circulus vitiosus“, wobei Dyspnoe Angst, und diese wiederum die Dyspnoe verstärkt.

Leitgedanken im Umgang mit dem Symptom Dyspnoe

Der Patient

Das Gefühl nicht mehr genügend Luft zu bekommen und die Vorstellung qualvoll ersticken zu müssen ist bedrohend und kann beim Patienten starke Todesangst und Unruhe auslösen. Die Atmung ist lebens – notwendig, eine Einschränkung oder Behinderung kann als unmittelbare Lebens -bedrohung erlebt werden. Der Patient erlebt, wie die Angst vor der Dyspnoe gleichzeitig zum Auslöser für diese wird. Zusätzlich haben eigene, in der Regel negative Erfahrungen mit Dyspnoe oder auch Ereignisse innerhalb der Familie (z.B. Angehörige mit Asthma), einen prägenden Einfluss auf das Erleben dieses Symptoms und den Umgang damit. Die eigene Hilflosigkeit und die des begleitenden Umfeldes verstärken die Angst des Patienten und erzeugen häufig das Gefühl, der Krankheit machtlos ausgeliefert zu sein.

Der Grat zwischen kontrollierbarer Atemnot und Panikattacke ist meist sehr schmal.

Geringste physische Belastungen (Toilettengang), psychische Anspannung oder Konflikte im näheren sozialen Umfeld können zum Auslöser für eine „Atemnotattacke“ beim Patienten werden. Bei Belastungsdyspnoe ist das Auftreten von Atemnot eng mit körperlicher Aktivität verbunden, somit für den Patienten vorhersehbar und teilweise kontrollier- und einschätzbar.

Die Möglichkeit verbaler Kommunikation wird durch Atemnot stark erschwert. Es entsteht zusätzlicher Leidensdruck, wenn der Patient verbal kommunizieren möchte aber über keine weiteren Reserven verfügt.

Die Angehörigen

Das Erleben von Dyspnoe führt zu hoher Anspannung bei Angehörigen und erweckt oft die Assoziation qualvollen Erstickens.

Pflegeleitlinie Dyspnoe

Die eigene Hilflosigkeit, verbunden mit dem Gefühl „hier und jetzt etwas tun zu müssen“, löst großen Leidens – und Handlungsdruck aus.

Das Erleben von Dyspnoe unterliegt mehreren Sinneseinflüssen. Neben der akustischen Wahrnehmung ist das Erkennen der Anstrengung und der Angst bis hin zur Panik im Gesicht des Patienten eine Belastung, die Angehörige an ihre Grenzen führen.

Ist die Dyspnoe z.B. mit Tachypnoe verknüpft, überträgt sich die schnelle Atmung leicht auf die Angehörigen.

Sie übernehmen oft unbewußt den zu schnellen Atemrhythmus und damit gleichzeitig die damit verbundenen Gefühle wie Angst, Nervosität und Unruhe. Dies löst häufig einen Fluchtreflex aus, um sich der Situation zu entziehen.

Gerade im häuslichen Bereich, in dem Angehörige über längere Zeiträume mit dem Patienten alleine sind, ohne auf professionelle Hilfe zurückgreifen zu können, ist die Angst vor der Verantwortung und die vor Versagen sehr groß. Dieses Erleben hat oft zur Folge, dass sich Angehörige überfordert fühlen und Verantwortung an Pflegende und Ärzte abgeben möchten.

Die Pflegenden

Dyspnoe zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich auf das Umfeld übertragen kann.

Der eigene Umgang mit dem Symptom ist durch Erfahrungen im persönlichen wie aber auch beruflichem Leben geprägt. Diese Erlebnisse führen unreflektiert oftmals zu vielfältigen Ängsten, die wiederum dafür verantwortlich sind, Patienten mit Atemnot zu meiden.

Im Rahmen professionellen Handelns ist es deshalb hilfreich, eine emotionale Distanz in der akuten Situation herzustellen, um gezielt und sicher handeln zu können. Die Auseinandersetzung mit eigenen Unsicherheiten und Ängsten, sowie medizinisch-pflegerisches Wissen führen zu einem „unerschrockeneren“ Umgang mit dem Symptom Dyspnoe. So kann verhindert werden, dass Atemnot und Angst des Patienten in eine Panikattacke münden.

Entscheidend ist ebenfalls die Einsicht, dass Atemnot ein subjektives Gefühl ist, das auch ernst zu nehmen ist, wenn es nicht für Außenstehende sichtbar ist. Es ist wichtig, den Angaben des Patienten zu glauben, ihn ernst zu nehmen und nicht an seiner Dyspnoe zu zweifeln. Dieses Verständnis schafft Vertrauen und ist oft die Basis für Gespräche über die Mehrdimensionalität des Symptoms.

Ziele in Bezug auf Dyspnoe

Der Patient

- erhält medizinisch - pflegerische Hilfe im Umgang und Erleben seiner Dyspnoe
- weiß um den Teufelskreis von Angst und Atemnot
- darf Ängste, Unsicherheiten und eigene negative Erfahrungen offen ansprechen
- erhält ergänzende Hilfen (Physiotherapie und Verhaltensmaßnahmen)
- wird in Phasen von Dyspnoe nicht allein gelassen

Pflegeleitlinie Dyspnoe

Die Angehörigen

- erhalten Informationen und werden ggf. im Rahmen ihrer Möglichkeiten in die Behandlung integriert
- lernen zu verstehen, welche Bedeutung die Dyspnoe für den Patienten hat
- lernen, die Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung (an) zu erkennen
- fühlen sich mit den von ihnen als negativ empfundenen Gefühlen wie Furcht verstanden und dürfen diese äußern

Die Pflegenden

- erkennen die Ursache von Dyspnoe, wählen entsprechende medizinisch/pflegerische Maßnahmen aus und kennen die medikamentöse Therapie der Dyspnoe,
- wissen um deren Wirkungsweisen und Nebenwirkungen und verabreichen verordnete Bedarfsmedikation selbständig
- wissen um den „Circulus vitiosus“ aus Angst und Dyspnoe und können diesen durch medizinisch - pflegerische Maßnahmen durchbrechen
- erkennen, was Dyspnoe für das soziale Umfeld bedeutet
- betreuen in gleichem Maße Patient und Angehörige und unterweisen diese im Umgang mit dem Symptom Dyspnoe
- bedenken, dass sich hinter dem Symptom Dyspnoe immer auch eine psychische oder spirituelle Problematik verbergen kann
- reflektieren eigene Ängste und Verhaltensstrategien
- kennen die Möglichkeit der palliativen Sedierung

Ursachen von Dyspnoe

Pulmonal

- bronchiale tumoröse Obstruktion
- Atelektase
- Pleuraerguß
- Lymphangiosis carcinomatosa
- Lungenembolie
- Pneumothorax
- Brustwandinfiltration
- Pneumonie
- chronisch-obstruktive Lungenerkrankung
- Lungenfibrose (nach Bestrahlung)

Kardial

- Linksherzinsuffizienz
- Perikarderguß
- Perikardinfiltration
- obere Einflußstauung

Pflegeleitlinie Dyspnoe

Neuromuskulär

- amyotrophe Lateralsklerose
- muskuläre Schwäche bei Kachexie

Andere Ursachen

- Anämie
- Aszites
- Hepatomegalie
- Obstruktion der oberen Luftwege
- Fieber
- Angst, Einsamkeit

(aus AULBERT E, ZECH D: Lehrbuch der Palliativmedizin, Schattauer Verlag 1997)

Kriterien zur Beurteilung von Dyspnoe

- Beobachtung der Atemfrequenz -und tiefe (Tachypnoe, Bradypnoe, Atemzugvolumen)
- Atemgeräusche (Stridor, pfeifend, brodelnd, ziehend, schnarchend)
- Beobachtung der Hautfarbe (Zyanose)
- Beobachtung der bewusstseinslage
- Wirkung des Gesamteindrucks (Angst, Stress), Beobachtung des Gesichtsausdruckes

Medizinisch-Pflegerische Maßnahmen

- Adäquate medizinische und medikamentöse Hilfe
- Ruhige, sichere Atmosphäre schaffen
- Patient nicht alleine lassen
- Zufuhr von frischer Luft, Fenster öffnen
- Raum geben, genügend Raum lassen
- Einsatz eines Ventilators
- Ggf. Einsatz von Sauerstoff über Sonde/Maske stärker bewerten (siehe Leitgedanken Pflegende)
- Spezielle Lagerung: Patient so abstützen, dass er entspannt und bequem sitzt / mit erhöhtem Oberkörper liegt (Luftballons)

(Ausführliche Übersicht der medikamentösen Behandlung siehe BAUSEWEIN, C. et al.: Leitfaden Palliativmedizin. 2. Auflage. München. Jena 2004)

Literatur

- AULBERT E, ZECH D (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin, Schattauer Verlag 1997
- HUSEBÖ S, KLASCHIK E (Hrsg.): Palliativmedizin, 3. Auflage, Springer Verlag 2003