

## Atemnot

Ein belastendes, therapierbares Symptom

Methode: Vortrag

Zeit: 45 Minuten

Atemnot ist ein subjektiv vom Patienten empfundener Luftmangel, der als sehr bedrohlich empfunden werden kann. Rund ein Drittel aller Schwerverkranken und Sterbenden leiden im Verlauf ihrer Erkrankung unter Atemnot. Bei Patienten mit einer Tumorerkrankung steigt bei Voranschreiten der Erkrankung die Inzidenz des Symptoms Atemnot an, bis hin zu 80% in der letzten Lebensphase.

Atemnot tritt in unterschiedlichen Formen auf:

als Kurzatmigkeit, anfallsweise oder als beständiges Symptom.

Sie kann chronisch verlaufen, aber auch akut auftreten - in Ruhe und unter Belastung.

Die Ursachen von Luftnot können sowohl direkt krankheitsbezogen sein, z. B. Tumorwachstum, als auch indirekt, z.B. im Rahmen einer Anämie, zu finden sein. Atemnot ist oft begleitet von Tachypnoe.

### Lernziele

- Die Teilnehmer kennen Grundprinzipien der Symptomkontrolle bei Atemnot.
- Die Teilnehmer kennen Medikamente in der Atemnottherapie.
- Die Teilnehmer kennen pflegerische Interventionen.

### Beispiele für Ursachen von Atemnot

#### Pulmonal:

- Tumorwachstum
- Lymphangiosis carcinomatosa
- Atelektasen, Fibrosen
- Pneumonie

#### Kreislauf:

- Anämie
- Herzinsuffizienz
- Vena-Cava-Obstruktion

#### Mechanisch:

- Pleuraerguss
- Pneumothorax
- Aszites

Entscheidend für eine kurative oder palliativmedizinische Vorgehensweise (Abheilung der Ursache oder Linderung der Symptomatik) ist die Unterscheidung in reversible oder irreversible Ursachen der Atemnot unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums des Palliativpatienten.

So kann eine Pneumonie, bei entsprechend stabilem Zustand des Palliativpatienten, durch eine gezielte Antibiotikatherapie im Sinne einer Symptomkontrolle behandelt werden.

Die Entscheidung für oder gegen eine solche Therapie in der letzten Lebenszeit ist oft schwer zu treffen (Abwägung Nutzen/Belastung für den Patient) und bedarf der regelmäßigen Neubewertung durch das Team.

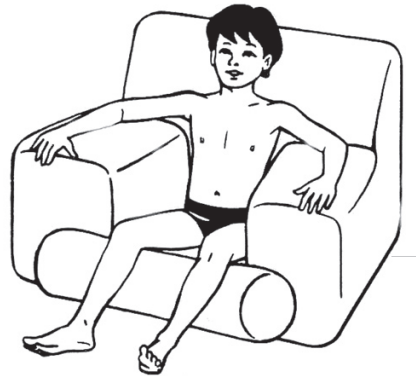
Ziel der palliativmedizinisch- und pflegerischen Maßnahmen ist die Abnahme der Tachypnoe und die Beeinflussung der Wahrnehmung der Atemnot.

### Pflegerische Maßnahmen

1. adäquate medizinische und medikamentöse Hilfe
2. ruhige, sichere Atmosphäre schaffen
3. Patienten nicht alleine lassen
4. Zufuhr von frischer Luft, Fenster öffnen
5. Raum geben, genügend Raum lassen
6. Einsatz eines Ventilators (siehe Bild)
7. spezielle Lagerung  
Patient so abstützen, dass er entspannt und bequem sitzt oder mit erhöhtem Oberkörper liegt (Kissen oder Luftballons)<sup>1</sup>
8. ggf. Einsatz von Sauerstoff über Sonde/Maske



Handventilator



entspannte Sitzhaltung

<sup>1</sup> [http://www.dgpalliativmedizin.de/ag-pf\\_leitlinienl.html](http://www.dgpalliativmedizin.de/ag-pf_leitlinienl.html))

## Medikamentöse Therapie der Dyspnoe

Die medikamentöse Therapie der Atemnot folgt den gleichen Grundsätzen wie die Therapie von Schmerzen (z.B. regelmäßige Gabe bei anhaltender Luftnot, Dosisanpassung, Bereitstellen einer Bedarfsmedikation).  
(→ *Schmerztherapie*)

Bei der Therapie der Atemnot kommen im Wesentlichen vier Gruppen von Medikamenten, zum Teil in Kombination, zum Einsatz.

### Opioide

Grundlage ist eine individuelle Basismedikation, z.B. mit einem retardierten Opioid der WHO Stufe 3 und einem schnell wirkenden Opioid als Bedarfsmedikation.

Als Richtlinie gilt: Morphin 5-10mg oral alle 4 Stunden, wenn der Patient bisher keine starken Opioide erhalten hat. Bei bestehender Opioidtherapie (z.B. Schmerzen) erhält der Patient 1/10 - 1/6 der Opioidtagesdosis.

### Benzodiazepine

z.B. Lorazepam (Tavor®) 1–2,5mg sublingual  
Sedierend - Verminderung des Sauerstoffbedarfs

Midazolam (Dormicum®) 5-10 mg intravenös  
Wirkung: Angstlösend - Verminderung der Atemarbeit  
Sedierung - Verminderung des Sauerstoffbedarfs

### Neuroleptika

z.B. Promethazin (Atosil®) 10-25 mg p.o.  
Sedierung - Verminderung des Sauerstoffbedarfs

### Kortikosteroide

Dexamethason (Fortecortin®) 4mg p.o.,  
Wirkung: Bronchodilatation, Ödemreduzierung

### Dyspnoeattacke

Morphin 5-10mg s.c., Dosistitration, evtl. intravenöse Applikation. Bei Patienten, die bereits mit starken Opioiden (Morphin) vorbehandelt sind, 1/10 - 1/6 der bisherigen Tagesdosis zusätzlich applizieren.

(→ *die letzte Lebenszeit*)

**Bedeutung der Sauerstoffgabe in der Palliativmedizin**

Die Indikation zur Behandlung von Luftnot mit Sauerstoff spielt bei Palliativpatienten eine untergeordnete Rolle, da die Luftnot meist Ausdruck einer Schwäche der Atemmuskulatur ist und seltener aufgrund von Sauerstoffmangel auftritt.

Die Gabe von Sauerstoff ist sinnvoll bei plötzlich eintretendem, zentral sichtbarem Sauerstoffmangel (Nase, Lippen, Zungengrund zyanotisch). Von vielen Patienten wird er subjektiv in der Atemnotattacke als sehr hilfreich empfunden.

Die Indikation zur Sauerstoffgabe muss individuell gestellt werden. Keinesfalls sollte eine Sauerstoffgabe eine Art „Reflexhandlung“ zur Behandlung von Patienten mit Atemnot sein und die Ursache der Atemnot muss abgeklärt werden.



Patient mit Bronchialkarzinom, Atemnot in Ruhe  
Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum  
Aachen, 2003

Vorteile der Sauerstoffgabe	Nachteile der Sauerstoffgabe
bei zentraler Zyanose und Sauerstoffmangel ursächliche Linderung der Atemnot	psychische/ körperliche Abhängigkeit vom Schlauch/ Fixierung ans Bett
guter (psychischer) Effekt in der Atemnotattacke	Austrocknung der Schleimhäute
im Krankenhaus sofort verfügbar	laute Sauerstoffkonzentratoren in der häuslichen Versorgung
	evtl. gestörte Kommunikation durch Gesichtsmaske

**Die Sauerstoffgabe kann kontraindiziert sein:**

Bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (z.B. Asthma) ist die Gefahr des verminderten Atemantriebs durch Sauerstoffgabe zu bedenken.

Das trifft besonders bei ALS-Patienten mit eingeschränkter Atemfunktion zu.

Quelle: Eisele, U, Wolf, E., Bausewein, C., Albrecht, E.: Atemnot bei Schwerstkranken und Sterbenden. Reihe Palliativmedizin/Palliativpflege Broschüre, Hrsg: Christophorus Hospiz Verein e.V München, 11