

Handout - Dyspnoe

23.09.2021

Christine Zobrist, Palliativmedizin
Mirjam Link, SEOP

Dyspnoe

- Altgriechisch: ‘δυσ/dys’ = ‘schwierig‘; ‘πνοή/pnoe’ = Atmung
- Umgangssprachlich: Lufthunger, Atemlosigkeit, Atemnot, oder Kurzatmigkeit
- Subjektive Erfahrung von Atembeschwerden
- Besteht aus qualitativ unterschiedlichen Empfindungen
 - Meist wechselnde Intensität
 - Beruht auf physiologischen, sozialen und umweltbezogene Faktoren
 - Kann sekundäre physiologische und Verhaltensreaktionen auslösen (Angst, Schmerzen, Erschöpfung)

Dyspnoe - Anamnese

- Meist im Rahmen 'Systemanamnese'
 - Seit wann? In welchen Momenten? Plötzlich/langsam progredient
 - Wie stark? Verstärkende/lindernde Faktoren?
 - Einschränkungen im Alltag? ('Ressourcen' weiterhin möglich?)
 - Auswirkungen auf den Schlaf?
- Patient erzählen lassen

Dyspnoe - Anamnese

- Patient: 'Ich habe Luftnot' - dann hat der Patient Luftnot!
- Dyspnoe ist das 'was der Patient sagt'!!!
 - Unabhängig von klinisch messbaren Parametern (AF, SpO2, Atemmuster...)
 - Auch wenn für Aussenstehende dies nicht ersichtlich / messbar
- ~~'Der Patient sagt zwar, er habe Dyspnoe, aber die Parameter sind alle normal. Es braucht keine Behandlung.'~~

Dyspnoe - Anamnese

- Haben Sie Luftnot?
 - ‘Nein’
- Wie geht es mit der Atmung/’mit em schnufe’?
 - ‘Ich habe den Rhythmus beim Atmen verloren’
 - ‘Manchmal ist die Luft zu dünn/zu schwer’
 - ‘Meine Atmung ist müde’
 - ‘Ich muss denken beim Atmen, es geht wie nicht mehr von alleine’
 - ‘Die Luft kommt nicht mehr richtig rein’
 - ‘Ich habe Angst ersticken zu müssen’
- Beobachtungen im Gespräch ansprechen
 - Mir fällt auf, dass sie ihre Arme aufstützen

Dyspnoe – Therapie

Immer nach der Ursache fragen - auch in palliativen Situationen!

- Behebbar/beeinflussbar Ursachen? (Pleuraerguss, LE, Pneumonie...)
- Therapieziel definieren - nach Möglichkeit **vor** der Krise
- Diagnostik, weiteres Prozedere am Therapieziel orientieren

Dyspnoe – Medikamentös/symptomatisch

Opiate

- Ansprechen ↓ der Atmung
 - bei Hyperkapnie, Hypoxie & Anstrengung → Minderung Atemarbeit & Atemnot
- Bei bereits etablierter Opiattherapie + 15-20% der Tages-Grunddosis
Rotation?
- Therapie an Beschwerden anpassen
(‘nur’ Reserven, Reserven planen)

Dyspnoe - Medikamentös/symptomatisch

Opiate - **Erste Wahl:**

- **Morphinsulfat**
- **Hydromorphon** (bei Nieren- oder Leberinsuffizienz)
 - Potenz!!!

Beispiel Morphin:

Morphintropfen 2%: 3mg = 3 Tropfen alle 4h fix
und zusätzlich als Reserve bis stündlich po

oder

Morphin 10mg/24h iv
und als Reserve Morphin 2mg iv bis alle 15'

Verordnung: sind
die Medikamente
erhältlich?

Beispiel Hydromorphin:

Hydromorphintropfen (1ml=20Tropfen=1mg): 10 Tropfen alle 4h fix
und zusätzlich als Reserve bis stündlich po

oder

Hydromorphin 1mg/24h iv
und als Reserve Hydromorphin 0.2mg iv bis alle 15'

Dyspnoe - Medikamentös

- Auch bei bekannter Aetiologie symptomatische Therapie!!!
- Opiate: Nausea vermeiden
 - start low - go slow
 - Antiemese
- Kombination mit Anxiolyse?

Dyspnoe - Medikamentös

Nicht erste Wahl:

- Oxycodon-hydrochlorid/Naloxon
- Pflaster (Transtec, Durogesic)
- Methadon
- Dronabinol

Falls Opioidrotation:

- Umrechnungsfaktoren beachten (iv:sc:po = 3:2:1)
- Dosisreduktion 30-50% (Verfügbarkeit)
- Akute Dyspnoe - kurzwirksame Opiate, iv?

Dyspnoe - Medikamentös

- **Sauerstoff**
 - Therapieziel?
 - Verstärkung der Atemnot durch trockene Schleimhäute?
 - Engegefühl durch Schlauch
- **Verstärkende andere Symptome?**
 - Schmerzen
 - Nausea (Opiattherapie)
 - Mundtrockenheit
 - Obstipation

Husten

- **'Nur' Husten**
 - Resyl plus Trpf 3-4x/d 20-30 Tropfen
 - Codein Knoll 50mg Tbl 1-3x/d 1 Tablette
 - Hydrocodon Streuli 5/10mg Tbl 2-3x/d 5-10mg
- **Husten und Dyspnoe?**
 - Morphin
 - Kombination von Codein/Morphin nur falls deutlicher Profit für Patient

Was kann ich gegen Dyspnoe tun?

Nicht-medikamentös

- Allgemeine Massnahmen
 - Frische Luft, Fenster öffnen, Luftstrom, Ventilator
 - «dicke Luft» vermeiden, gute Zimmeratmosphäre
 - Bequeme Kleidung
 - Gute Verteilung der Aktivitäten, nicht zu viel aufs Mal
 - Energieschonende Mobilisation, Ausruhemöglichkeiten (Stuhl auf Treppe)
 - Beruhigende Massnahmen, hektische Umgebung vermeiden
- Lagerung
 - Oberkörper hochlagern/Kutschersitz
 - Stand an der Wand

Dyspnoe – Nicht medikamentös

- Atemunterstützende Massnahmen
 - Lippenbremse
 - Duftatmung
 - Packegriffe/Ausstreichungen
 - Kreismeditation

- Ernährung (-sberatung)
 - Kleine Portionen
 - Weiche, nicht blähende Kost

Pflegerische Aspekte

- Sicherheit vermitteln
- Edukation von Patient und Angehörigen - v.a. bei Dyspnoeattacke
 - ➔ damit sie möglichst ruhig die Situation managen können
- Lagerung, Frische Luft, Mund - und Lippenpflege
- Meiden von 'Enge', 'falschen Düften'
- Funktionierende Verdauung
- Besuche einschränken, Aktivitäten auf den Tag verteilen

Im ambulanten Setting zu beachten

- Patienten und Umfeld Sicherheit vermitteln durch:
 - Notfallplan mit dem Behandlungsteam erstellen
 - Ausführliche Gespräche und Instruktionen (Angst überträgt sich gerne)
- Analyse/Optimierung Wohnungsverhältnisse
 - Organisation von Hilfsmitteln
- Vermitteln von ambulanten Therapien/Unterstützung (nach sorgfältiger Bedarfsanalyse und Rücksprache mit Hausarzt)
 - Physiotherapie, evtl. Domizilbehandlung ([www. swissphysio.ch](http://www.swissphysio.ch))
 - Lungenliga, SOS Oxygen
 - Psychologische Unterstützung, auch für Angehörige
 - Seelsorgerische Unterstützung

Sterberasseln

- Geräuschvolle Atmung: Luftturbulenten in den Sekreten der Luftwege, bei sterbenden Patienten, fehlender Hustenstoss und Hustenreiz -> fehlendes Abhusten.
- Bewirkt oft Ängste bei den Angehörigen und Pflegenden: 'hörbare' Atmung oft mit 'Ersticken'/'starker Atemnot' in Verbindung gebracht
- Gute Kommunikation und Information der Angehörigen
- Allgemeine Massnahmen:
 - Seitliche oder sitzende Lagerung; Oberkörperhochlagerung
 - Absaugen nicht empfohlen
 - (mechanische Irritation -> vermehrte Sekretbildung)
 - Hydratation reduzieren (meist 250-500ml / 24h)
 - Regelmässige Mundpflege
 - CAVE: Mundtrockenheit - Dyspnoe verstärken

Sterberasseln

- Scopolaminbutylbromid (Buscopan®)
 - 20 mg sc als Bolus
 - Bei gutem Ansprechen: Evaluation Gabe Dauerinfusion mit 60-80mg/24h iv/sc.
iv-Gabe aufgrund der kurzen T1/2 nur als kontinuierliche Gabe sinnvoll.

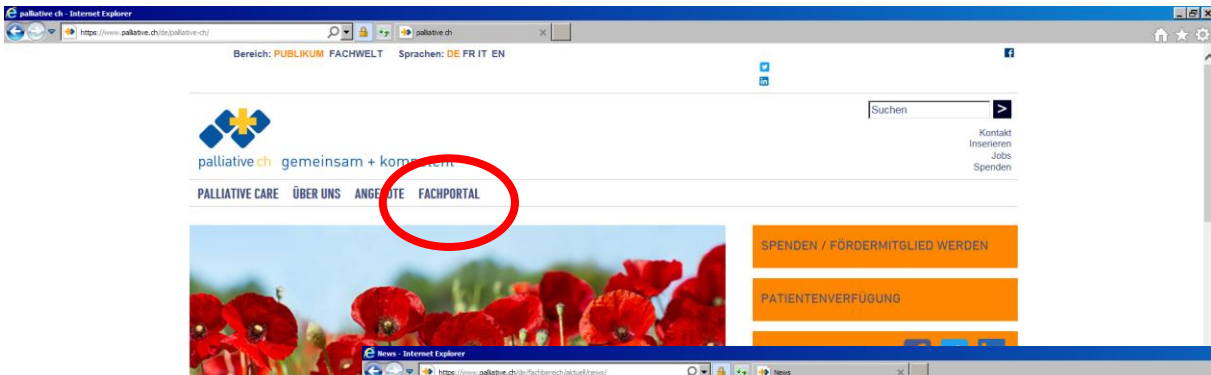
Palliative Sedation?

- Klare Indikation! Nur bei therapierefraktären Symptomen!!!
- Einschneidende medizinische Intervention - Dokumentation
- Keine Sedation mit Opiaten
- Erste Wahl: Midazolam!

Sterbender Patient

- Zum Patienten sitzen - beobachten
- Geschichte des Patienten
- Weiterführung ‚etablierter‘ Opiattherapie
 - Dosis-Anpassung? (auch Reduktion!)
 - Auch potentielle NW der Medikation behandeln!!! (Nausea)
 - Opiate ‚sparen‘ mit Anxiolyse?
- Krisen antizipieren
 - Reserven verordnen
 - Team vorbereiten
 - SEOP
 - (Verlegung in stationäres pallmed. Setting?)

-
- Gute Mund- und Lippenpflege



DYSPNOE

Consensus on best practice in Palliative Care in Switzerland – expert group Swiss Society for Palliative Care –

1. Wo liegt das Problem?

Bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen ist Dyspnoe eine häufige Erscheinung. Obwohl es Behandlungsmöglichkeiten gibt, wird Dyspnoe von den Patienten wenig erwähnt und von den Fachleuten zu selten diagnostiziert.¹

1.1. Definition

Der Begriff «Dyspnoe» bezeichnet «eine subjektive Erfahrung von Unwohlsein beim Atmen». Diese kommt in qualitativ unterschiedlichen Formen und Intensität vor. Dazu tragen physiologische, psychologische und soziale Faktoren bei. Dyspnoe kann auch physiologische und verhaltensmässige Sekundärreaktionen hervorrufen.²

2. Weshalb?

2.1. Welches sind die Ursachen?³

Pulmonale Ursachen

- Tumor/Atelektase
- Pleuraerguss
- Lymphangitis carcinomatosa
- Obere Einfluss-Stauung
- Lungenfibrose (Chemo- und Radiotoxizität)
- Status nach Lobektomie, Pulmektomie
- Rezidivierende Lungenembolie
- Lungeninfekt, Aspiration
- COPD/Asthma
- Aszites/Lebervergrößerung

Kardiale Ursachen

- Herzinsuffizienz
- Perikarderguss
- Pulmonale Hypertension

Muskuläre Ursachen

- Kachexie
- Myopathie
- Lahmung des Zwerchfells
- Lahmung der Stimmblätter

2.2. Evaluation

Spezifische Anamnese

- Verlauf des Symptoms
- Beginn: akut oder langsam progredient
- Qualitative Beschreibung
- Quantitative Skalen: visuelle oder verbale Analogskalen, de Borg-Skala
- Verschlimmernde Faktoren
- Lindernde Faktoren
- Frühere Behandlungen
- Auswirkungen auf den Alltag
- Psychisches Erleben: Befürchtungen, psychosoziale und spirituelle Stressoren
- Umfeld

Multidimensionale Anamnese

- ESAS
- Lebensgeschichte, Lebensqualität
- Plane, Vorhaben
- Prognose

Beobachtung, klinischer Untersuchung

Dyspnoe ist definitionsgemäss ein subjektives Gefühl und korreliert nicht notwendig mit objektiven klinischen Befunden (Tachypnoe, Verwendung Atemhilfsmuskulatur) oder Laborresultate (O2-Sättigung, Anämie).

Weitere Untersuchungen

– Möglichst vorbestehende Befunde verwenden
Zusätzliche Untersuchungen je nach klinisch vermuteter Ätiologie und realistischen Therapiemöglichkeiten vorschlagen (bspw. Röntgen).

3. Was tun?

Meist sind gleichzeitig mehrere therapeutische Ansätze nötig. Behandlungen sollen für eine begrenzte Zeit angesetzt und dann neu evaluiert werden. Kriterien für eine Neu-Evaluation sollen definiert werden. Wer macht die Neu-Evaluation? Wann?

3.1. Allgemeine Massnahmen⁵⁻⁷

