

14.2 Atemnot

Susanne Kränzle

In Kürze

»Dyspnoe ist das subjektive Symptom der Atemnot, dessen Schwere allein der Patient beurteilen kann. Dyspnoe ist wie der Schmerz ein duales Phänomen, nämlich zum einen die Wahrnehmung der Atemnot, zum anderen die Reaktion auf die Atemnot.« (Husebø u. Klaschik 2003)

- Häufigkeit:
 - Ca. 50% aller Patienten mit einem fortgeschrittenen Tumorleiden
 - Ca. 70% aller Patienten mit Lungentumoren oder -metastasen
 - Ca. 80% aller Patienten in den letzten 24 h ihres Lebens
 - »Todesrasseln« bei bis zu 90% aller Sterbenden
- Ursachen:
 - Pulmonal: Asthma bronchiale, Bronchitis, Trachealstenose, tracheoösophageale Fistel, Pleuraergüsse, Pleuritis carcinomatosa, thorakaler Tumor, Pneumothorax, Fibrose, Atelektasen, Bronchiektasen, Pneumonie
 - Kardial: Herzinsuffizienz
 - Abdominelle Raumforderung: Aszites, Peritonealkarzinose
 - Mechanische Obstruktion: Schleim, Tumor
 - Azidose (Stoffwechselentgleisung), Anämie
 - Neuromuskulär: z. B. bei ALS
 - Psychogen: Angstzustände, Depressionen, Schmerzen, als bedrängend empfundene Angehörige
 - Iatrogen: Strahlenfibrose, Überwässerung
- Krankenbeobachtung:
 - Sekret
 - Atemgeräusche
 - Atemfrequenz
 - Zyanose
 - Puls, evtl. Blutdruck
 - Gesichtsausdruck

! Atemnot löst Angst aus, Angst begünstigt Atemnot.

Pflegerische und medikamentöse Maßnahmen haben deshalb das Ziel, die Atemnot zu erleichtern und die Möglichkeiten des Patienten im Umgang mit diesem Symptom zu verbessern.

Mögliche pflegerische Maßnahmen:

- Für Frischluftzufuhr sorgen (Fenster, Ventilator, ätherische Öle – Aromatherapie)
- Beengende Kleidung vermeiden
- Atemerleichternde Lagerung mit dem Ziel, die Lungenoberfläche zu vergrößern, z. B. durch T-Lagerung auf hufeisenförmigem Stillkissen, Knierolle, Oberkörperhochlagerung
- Stressfaktoren und Ängste ansprechen, versuchen, Abhilfe zu schaffen
- Anbieten von Einreibungen oder Fußmassagen (»weg von oben«), dies ist z. B. auch eine gute Möglichkeit für Angehörige, »etwas tun zu können«
- Entspannungsübungen, autogenes Training anbieten

! Zur medikamentösen Therapie stehen Opiode und Nichtopioide zur Verfügung. Opiode müssen zumeist nicht sehr hoch dosiert werden, um einen atemerleichternden Effekt zu erzielen (ca. 5–15 mg alle 4 h). Erhält ein Patient bereits Opiode zur Kontrolle von Schmerzen, so ist die Dosis um bis zu 50% zu erhöhen (Husebø u. Klaschik 2003).

Medikamentöse Therapie bei

- Dyspnoe intermittierend: Opiode bei Bedarf
- Dyspnoe kontinuierlich: Opiode regelmäßig, am besten als Retardpräparat
- Nichtopioide medikamentöse Therapie mit Bronchodilatoren, Glukokortikoiden, evtl. Diuretika, Digitalis, Anticholinergika
- Außerdem können indiziert sein Neuroleptika, Benzodiazepine (z. B. Tavor; Dormicum), Barbiturate
- Die Gabe von Sauerstoff sollte, sofern der Patient nicht schon Sauerstoff erhält und darauf fixiert ist, nur nach entsprechender Indikati-

onstellung erfolgen. Häufig wird Sauerstoff sehr unreflektiert angeboten. Atemnot bei gleichzeitigem Auftreten von Zyanose ist die einzige Indikation für die Verabreichung von Sauerstoff. Oft erleben Patienten zwar eine subjektive Erleichterung ihrer Beschwerden durch Sauerstoffzufuhr, diese entspricht aber in der Regel einem Placeboeffekt. Erlebt ein Patient die Gabe von Sauerstoff als subjektiv erleichternd, sollte sie ihm natürlich nicht vorenthalten werden, zumal viele Patienten bereits als »O₂-pflichtig« aufgenommen werden.

- Reizhusten und Husten sollten in angemessener Form behandelt werden: entweder mit hustendämpfenden Mitteln (Silomat, Paracodein) oder, je nach Produktivität des Hustens, unterstützend mit schleimlösenden Mitteln – wichtig ist dabei, sich über das Ziel klar zu sein: Dämpfung eines nichtproduktiven Hustens oder Lösens von Sekret, Ermöglichen der Nachtruhe durch Gabe von hustendämpfenden Mitteln trotz Vorhandensein von Sekret usw.

Das sog. »Todesrasseln« entsteht durch das Unvermögen des bewusstlosen Menschen, das produzierte Sekret schlucken oder abhusten zu können. Es bewegt sich in der Luftröhre mit jedem Atemzug auf und ab und klingt dabei für die Begleitenden sehr

bedrohlich, so, als ob der Sterbende ersticken würde. Wichtig ist die Aufklärung der Angehörigen und Begleitenden durch Pflegenden. Das Wissen um die Ursache und darüber, dass das »Rasseln« den Sterbenden vermutlich nicht belastet, schaffen Erleichterung und die Möglichkeit, die Geräusche auszuhalten.

Therapie: Frühzeitige Gabe von Scopolamin s.c. (nur noch in der internationalen Apotheke erhältlich): meist 1,2–2,4 mg/24 h oder 0,4 mg 4-stündlich oder Scopolamin-Pflaster.

Absaugen ist bei Todesrasseln in der Regel nicht indiziert, da das Sekret viel zu tief sitzt, um nach oben transportiert werden zu können. Nur wenn sich Schleim in der Mundhöhle befindet, kann dieser mit dem Absauggerät entfernt werden, ohne den Patienten allzu sehr zu belasten.

Pflegende und betreuende Personen können beim Anblick eines Menschen, der um jeden Atemzug ringt, leicht selber »außer Atem« geraten. Hier ist es wichtig, nicht mit dem Atem des Sterbenden »mitschwingen« zu wollen, sondern bewusst den eigenen Atemrhythmus beizubehalten. Auch das bewusste »Sich-Erden«, indem die Aufmerksamkeit auf den Stand der eigenen Füße auf dem Boden gelenkt wird, befreit davon, sich mit dem Sterbenden zu identifizieren und dessen Atemnot zu übernehmen. Am Bett sitzend sich die eigenen Füße zu massieren kann den gleichen Effekt haben.

14.3 Übelkeit und Erbrechen

Ulrike Schmid

In Kürze

Übelkeit und Erbrechen sind bei Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung häufige Symptome. Mindestens jeder zweite Patient leidet punktuell oder längerfristig daran. Eine Vielzahl äußerer und innerer Faktoren spielen bei der Entstehung von Übelkeit und Erbrechen eine Rolle. Um diese äußerst belastende Symptomatik lindern zu können, müssen die Ursachen so genau wie möglich geklärt werden.

14.3.1 Ursachen

- Medikamentös: Opioide, Zytostatika, Steroide, nichtsteroidale Antiphlogistika, Antibiotika, Carbamazepin
- Gastrointestinal: Gerüche, schmerzhafter, borkiger Mund, Soor (► Kap. 13.1), Ösophagusobstruktion, Magenulkus, -tumor, Raumforderungen im Abdomen durch Tumoren, Metastasen und Aszites, Obstipation, Ileus

- Stoffwechsel: Hyperkalzämie, Urämie, Infektionen
- Veränderungen im ZNS: erhöhter Hirndruck durch Raumforderung von Tumor oder Metastasen, dies macht Druck auf das Brechzentrum im Hirnstamm
- Psychisch: Schmerzen, Angst, Stress, Depression, Gerüche, Geschmack, bedrückende Angehörige

Je nach Ursache der Übelkeit bzw. des Erbrechens sind unterschiedliche Maßnahmen notwendig. Deshalb ist eine gute pflegerische Wahrnehmungsfähigkeit unerlässlich, um die Suche nach der Ursache zu beschleunigen.

14.3.2 Beobachtung

Pflegepersonen verbringen in der Regel mehr Zeit mit Patienten und Bewohnern als Ärzte und können oft, bevor der Betroffene die Übelkeit überhaupt äußert, schon wahrnehmen, dass sich an Haltung, Bewegungen, Mimik und Appetit des Patienten etwas verändert hat. Mit Kenntnis über das Krankheitsbild des Betroffenen (auch alte Menschen sind in der Regel von unterschiedlichen Krankheiten betroffen) und der Ursachenliste von Übelkeit im Hinterkopf können bereits gezielte Vermutungen gemacht und vor allem gezielte Fragen nach der Befindlichkeit des zu Pflegenden gestellt werden.

Fragen nach

- Auslöser der Übelkeit
- Dauer (konstant oder intermittierend, seit wann)
- Möglicher Abhilfe (wenn überhaupt)
- Aussehen und Menge des Erbrochenen
- Weiteren Symptomen (z. B. Durst und Schläfrigkeit als Hinweis auf mögliche Hyperkalzämie; Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Doppelbilder als Hinweis auf möglichen erhöhten Hirndruck)

Auch hier ist ein Hand-in-Hand arbeiten von Medizin und Pflege unerlässlich, um die Zeitspanne bis zur Abhilfe für den Patienten zu verkürzen. Beobachtungen können während einer Pflegemaßnahme gemacht werden, gefolgt von einer gründlichen Untersuchung durch die behandelnden Ärzte, um die mögliche Ursache der Übelkeit einzugrenzen.

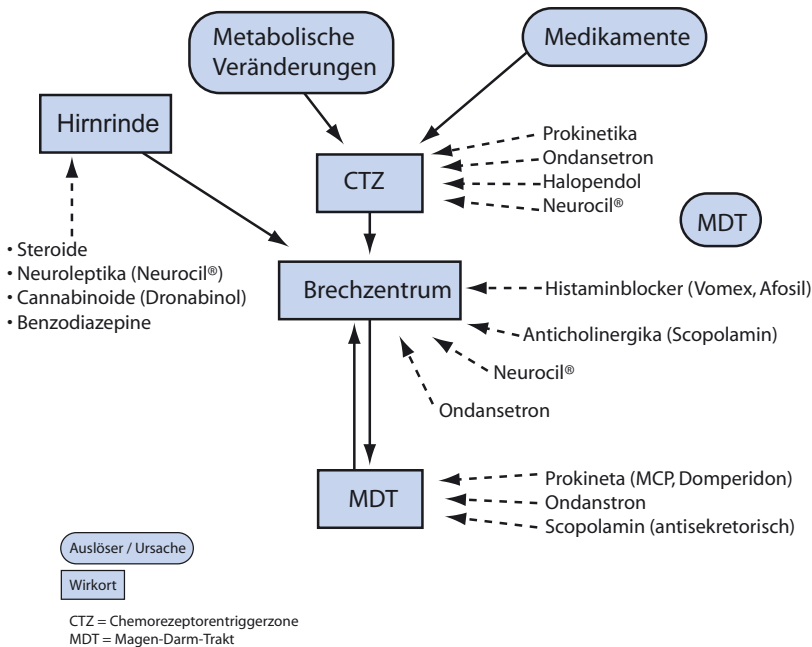
14.3.3 Pflegerische Maßnahmen und Möglichkeiten

- Bewusstsein dafür entwickeln, dass auch Gerüche, die wir Professionellen gar nicht (mehr) wahrnehmen, bereits Übelkeit auslösen können
- Düfte und Gerüche jeglicher Art so gut wie möglich dämmen. Dies wird beim Essenaus-teilen oder Tragen einer persönliche Duftnote bereits relevant. Rauchende sollten besonders penibel auf Geruchsbeseitigung achten
- Vielleicht gibt es einen Duft (nicht süßlich, eher frisch, z. B. Zitrone oder Minze), der bei dem Betroffenen die Übelkeit reduziert. Düfte sind sehr individuell, und Menschen reagieren auf unterschiedliche Düfte sehr unterschiedlich!
- Eventuell stark duftende Blumen auf Distanz stellen
- Für ausreichend Frischluft sorgen
- Gute und konsequente Mundpflege; hier besteht eine gute Möglichkeit, Angehörige in die Pflege mit einzubeziehen
- Essen nur in kleinen Mengen und möglichst gezielt (Wunschkost) anbieten. Oft werden kalte Speisen bevorzugt
- Gefühle und Befindlichkeit des Patienten oder Bewohners ernst nehmen, auch wenn »es eigentlich gar nicht sein kann«. Das Erleben des schwer kranken Menschen ist in der Regel anders als unsere Vorstellung und Logik
- Die Sorgen der Angehörigen anhören. Angehörige machen sich immer viele Gedanken, wenn ihr schwer kranker Angehöriger nicht essen kann/möchte
- Kopfteil etwas höher stellen, um Reflux zu vermeiden
- Beteiligung an der Anamnese, um die Ursache(n) der Übelkeit zu klären
- Die Bedürfnisse des Betroffenen achten, auch wenn sie nicht der professionellen Vorstellung entsprechen. Oft wird der Wunsch nach Ruhe und Rückzug ausgesprochen, ein anderer Patient wünscht sich vielleicht nichts sehnlicheres, als auf den Balkon gebracht zu werden, um dort Frischluft tanken zu dürfen

! So wie unsere Patienten unterschiedlich auf Gerüche reagieren, geht es auch uns in der



14.3 · Übelkeit und Erbrechen



■ **Abb. 14.5.** Wirkorte der Antiemetika. (Ulrike Schmid 2005, adaptiert nach Bausewein et al. 2004)

Pflege. Je nach eigener Befindlichkeit und Geruchssensibilität sind auch wir nicht von Übelkeit verschont, z. B. im Zusammenhang mit exulzierenden Tumoren (► Kap. 14.10). Hier ist bei übergroßer eigener Übelkeit keine professionelle Pflege mehr möglich. Deshalb ist es für beide Teile hilfreich, möglichst ehrlich mit der Situation umzugehen, nach Möglichkeit die eigene Befindlichkeit anzusprechen und die pflegerische Tätigkeit innerhalb des Teams weiterzugeben.

14.3.4 Medikamentöse Therapie

Die Wahl des Antiemetikums ist von der Ursache der Übelkeit abhängig. Medikamenteninduzierte Übelkeit z. B. wird von der Chemorezeptortriggerzone (CTZ) im Gehirn »erkannt« und über das Brechzentrum zum Magen-Darm-Trakt weitergeleitet. Hier schafft ein Medikament Abhilfe, das direkt auf die CTZ einwirkt. Die von einer Raumforderung im Gehirn ausgelöste Übelkeit wird vom ZNS zum Brechzentrum und zum Magen-Darm-Trakt geleitet, hier werden Medikamente helfen, die direkt auf das ZNS wirken oder den raumfordernden Tumor (oder Metastase) abschwellen lassen und so den Hirndruck senken. Oft ist es sinnvoll,

zwei verschiedene Antiemetika zu kombinieren. ■ Abb. 14.5 zeigt, wo die wichtigsten Wirkgruppen angreifen.

Wirkmechanismen

Antiemetika wirken über die Blockade von Neurotransmittern an verschiedenen Rezeptoren. Im Gastrointestinaltrakt, der Chemorezeptortriggerzone und dem Brechzentrum.

- Prokinetika (Metoclopramid/Paspertin; Motilium): beschleunigen Magenentleerung und Transport durch den Gastrointestinaltrakt, auch zentrale Wirkung auf CTZ. NW von MCP: extrapyramidale Störungen
- Histaminblocker (Vomex; Atosil): wirken auf das Brechzentrum. NW: Sedierung
- Anticholinergika (Scopolamin): Brechzentrum. NW: Sedierung
- Neuroleptika (Haldol; Neurocil): breite antiemetische Wirkung (zentral)
- Steroide (Dexamethason/Fortecortin): zentrale Wirkung; abschwellende Wirkung bei Ödemen)
- Cannabinoide (Dronabinol): zentrale Wirkung über Cannabinoidrezeptoren, gute antiemetische Wirkung nachgewiesen

14.3.5 Fazit

Übelkeit und Erbrechen sind belastende Symptome, die die Lebensqualität eines schwer kranken Menschen gegen Null reduzieren können. Es gibt vielfältige Ursachen. Eine standardmäßige Bedarfsmedikation für alle Patienten ist in der Regel nicht ausreichend. Pflegende sollten mögliche Ursachen für Übelkeit kennen, pflegerisch darauf eingehen können und darüber hinaus die Angriffspunkte der wichtigsten Antiemetika wissen. Nur dann ist eine zielgerichtete Beobachtung möglich, um in Koope-

ration mit den behandelnden Ärzten dem Patienten möglichst rasch Abhilfe und damit wieder eine höhere Lebensqualität verschaffen zu können.

Literatur

- Bausewein C, Roller S, Voltz R (2004) Leitfaden Palliativmedizin, 2. Auflage. Urban & Fischer, München
 Husebø S, Klaschik E (2003) Palliativmedizin. 3. Auflage. Springer, Heidelberg
 Twycross R, Lack S (1990) Therapeutics in terminal cancer. 2nd edition, Churchill Livingstone

14.4 Obstipation

Ulrike Schmid

In Kürze

Obstipation ist ein häufig auftretendes Problem bei schwer Kranken und Sterbenden und somit auch ein Problem für die Pflegenden. Patienten erleben durch die Symptomatik der Obstipation eine deutliche Reduzierung ihrer Lebensqualität. Leider ist Obstipation noch zu häufig ein hausgemachtes Problem: Ein Zusammenhang zwischen der Einnahme von Opioiden und Obstipation ist zwar bekannt, wird aber oft erst beachtet, wenn bereits ein dickes Problem besteht. Hier können Pflegende eine wichtige Rolle spielen, nicht nur im Umgang mit Obstipation, sondern auch durch *antizipatives* (vorausschauendes) Handeln und Mitdenken, damit es möglichst gar nicht zur Obstipation kommen muss. Dazu ist es notwendig, dass Pflegefachkräfte über die möglichen Ursachen von Obstipation Bescheid wissen und diese kontinuierlich im Auge behalten.

14

Definition. Erschwerte bzw. fehlende Darmentleerung, oft mit Schmerzen und starkem Völlegefühl und Unwohlsein verbunden.

! Die Stuhlfrequenz ist *individuell*. Häufigkeiten von mehrmals täglich bis zu einmal pro Woche liegt im Bereich des Normalen.

14.4.1 Häufigkeit

Etwa 30–50% aller Menschen in Palliativtherapie leiden unter Obstipation. Bei Opioidaufnahme ohne Obstipationsprophylaxe ist die Häufigkeit 100%. Bei einer opioidbedingten Obstipation entsteht *keine* Toleranzentwicklung, deshalb muss die

Gabe von Laxanzien solange fortgesetzt werden, wie die Schmerztherapie währt.

14.4.2 Ursachen

- Flüssigkeitsmangel: durch Fieber, Übelkeit und Erbrechen, geringe Trinkmenge
- Bewegungsmangel: bei Schwäche, Inaktivität, Verlust der Bauchpresse
- Veränderungen in der Ernährung: einseitige oder ballaststoffarme Nahrung, geringe Mengen an Nahrungszufuhr
- Veränderungen im Tagesablauf
- Krankheitsbedingt: durch Hyperkalzämie, Hypokaliämie, Dialyse