

Leitfaden Palliative Care

Palliativmedizin und Hospizbetreuung

von

Claudia Bausewein, Susanne Roller, Raymond Voltz

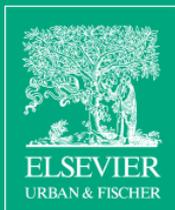
5. Auflage

Urban & Fischer (Elsevier) München 2015

Verlag C.H. Beck im Internet:

www.beck.de

ISBN 978 3 437 23313 5



C. Bausewein S. Roller R. Voltz

Leitfaden

Palliative Care

Palliativmedizin und Hospizbetreuung

5. Auflage

URBAN & FISCHER

Leseprobe



5

Respiratorische Symptome

Claudia Bausewein

- 5.1 Dyspnoe (Atemnot) 132
- 5.2 Husten 138
- 5.3 Hämoptoe (Bluthusten) 140

5.1 Dyspnoe (Atemnot)

Akute Atemnotattacken auch ▶ 13.4.

Häufigkeit

Tritt bei 40–60% aller fortgeschrittenen Tumorerkr. auf. Große Relevanz bei internistischen und neurolog. Erkr. (▶ 12.9).

Definition

- Dyspnoe (Atemnot) ist das subjektive Gefühl, nicht genügend Luft zu bekommen.
- Korreliert nicht zwangsläufig mit Blutgasuntersuchungen.
- Stellt sich nicht automatisch bei Änderungen des Atemmusters ein.
- Entscheidend ist die Aussage des Betroffenen bzw. die Beobachtung des Bewusstlosen.

Ursachen

- Auswirkungen der infausten Grunderkr. auf die Lunge: Lungentumor, -metastasen, Lymphangiosis carcinomatosa, maligner Pleuraerguss, Therapiefolgen (Strahlenfibrose, Lungenresektion); Schwäche der Atemmuskulatur bei neurolog. Erkr. (z. B. ALS).
- Zusätzliche Lungenerkr. bzw. -beteiligung: COPD, Lungenembolie, Pneumonie, dekompensierte Herzinsuff.
- Lungenembolie(n).
- Kachexie.
- Abdom. Raumforderung, Aszites.
- Psychosoziale Verstärkung durch ungelöste Probleme, Angst, „dicke Luft“.

Differenzialdiagnose: Veränderte Atmung

Eine beschleunigte oder vertiefte Atmung kann auch bei intakter Lungenfunktion bestehen. Dies ist nicht zwangsläufig mit Atemnot verbunden, kann eine bestehende Atemnot jedoch verstärken. Häufige Ursachen in der Palliativsituation: Schmerzen, Fieber, Anämie, Azidose, psychische Hyperventilation.

Teil des **physiolog. Sterbevorgangs** ist eine Veränderung des Atemmusters (z. B. Cheyne-Stokes-Atmung mit periodischer Zu- und Abnahme der Atemtiefe und intermittierenden Atempausen). Dies muss den Angehörigen erklärt werden. Nach derzeitigem Wissensstand handelt es sich hierbei **nicht** um einen Atemnotzustand (▶ 14.2).

Klinik

Psychosoziale Aspekte

- Teufelskreis: Atemnot ist beängstigend → Angst kann Atemnot auslösen. Deshalb verstärken sich Angst und Atemnot wie in einem Teufelskreis, es kommt typischerweise zur Atemnotattacke, deren Schwere weder somatisch erklärbar noch allein somatisch behandelbar ist.
- Todesangst: Pat. mit Lungenbeteiligung haben Angst vor dem Erstickten. Die meisten Pat. sprechen diese Angst von sich aus an; dann lohnt es sich, den natürlichen Verlauf eines Lungenversagens mit ihnen und ihren Angehörigen

zu klären (s. u.) sowie die medikamentöse Dämpfung der Atemnot anzubieten. Dieses Vorgehen ist wichtiger Teil der Therapie.

- Übertragung: Atemnot überträgt sich auf die Umstehenden, die unbewusst rascher atmen, und wird auch durch eine hektische Umgebung verstärkt. Dies sollte allen Beteiligten klar gemacht werden.

Natürlicher Verlauf des Lungenversagens Steigende Kohlendioxid(CO_2)-Konz. führt zu zunehmender Bewusstseinstörung. Noch bevor die sinkende Sauerstoffkonz. zum Tod führt, befindet sich der Pat. in der sog. CO_2 -Narkose: Er nimmt also sein Ersticken letztlich nicht mehr wahr. Ziel ist es, bis dahin medikamentös das Gefühl der Atemnot zu lindern. Unter dieser Behandlung gleitet der Pat. meist im Schlaf in die terminale CO_2 -Narkose, da der CO_2 -Spiegel physiologischerweise im Schlaf ansteigt. Der Pat. erstickt also nicht bei vollem Bewusstsein, sondern „schläft ein“.

Diagnostik

Wichtig ist einzuordnen, ob die Ursache der Dyspnoe reversibel oder irreversibel ist und ob der Pat. sich in der Sterbephase befindet.

Orientierende Grunddiagnostik

- Anamnese und „prima vista“: Schmerzen, Angst, Auslöser (z. B. Besuch von Angehörigen), Ruhedyspnoe oder Atemnotattacke, plötzliches oder allmähliches Auftreten.
- Körperliche Untersuchung:
 - Achten auf: Atemfrequenz und -tiefe, Zyanose (Lippen, Zunge), Stridor, Fieber, Schwitzen, Tachykardie, -arrhythmie.
 - Perkussion und Auskultation zum Ausschluss von Erguss, Pneumonie, Obstruktion, Lungenödem.
 - Orientierende abdom. Untersuchung: Druck auf Lunge durch Meteorismus, Aszites, Tumor.
 - Orientierende Untersuchung der Beine: Ausschluss einer tiefen Beinvenenthrombose.
- Bisherige Verordnungen überprüfen, um eine iatrogene Verschlechterung der Atemnot zu vermeiden:
 - Infusionsmenge verringern, um Überwässerung zu vermeiden.
 - Evtl. schleimlösende Medikamente absetzen (Acetylcystein führt zu vermehrter Schleimproduktion, an der ein moribunder Pat. fast ersticken kann).



- Bei atypischer Pneumonie und Lymphangiosis neg. Auskultationsbefund.
- Körperliche Untersuchung häufig wdh., da rasch Veränderungen eintreten können und dem Pat. dadurch Sicherheit vermittelt wird.

Weiterführende Diagnostik

- Röntgen-Thorax zur erstmaligen Diagnostik.
- Sono bei V. a. Erguss, zur Ergusskontrolle.
- Blutgasanalyse nur durchführen, wenn Konsequenzen daraus gezogen werden: z. B. zentrale Zyanose vor O_2 -Therapie, V. a. Lungenembolie beim Pat. in gutem AZ. Die Pulsoxymetrie ist der intraart. Messung vorzuziehen.
- Ggf. CT Thorax, Herzecho.

- Labor: Hb bei V. a. anämiebedingte Dyspnoe, wenn eine Transfusion sinnvoll und erwünscht ist.

! Ein Lungenfunktionstest ist in der palliativen Situation entbehrlich.

Therapie

! Lebensqualität bedeutet nicht nur Dämpfung der Atemnot, sondern die Möglichkeit, den Alltag mit wenig fremder Hilfe zu bewältigen. Auch bei eingeschränkter Lungenfunktion ist häufig eine Verbesserung der Mobilität möglich.

Vor der Entscheidung, welche Therapieoptionen bestehen, muss die Prognose des Pat. eingeordnet werden.

- **Reversible Ursache in der Rehabilitationsphase** des Pat.: Neben medikamentösen Maßnahmen kommen alle kausalen Therapieformen in Betracht (z. B. Strahlen-, Laser- und Kryotherapie).
- **Reversible Ursache in der Terminalphase** des Pat.: medikamentöse Maßnahmen wie z. B. Diuretika, Bronchodilatoren und Glukokortikoide, Punktion von Ergüssen oder Aszites.
- **Irreversible Ursachen und Sterbephase:** sympt. Strategien.

Kausale Therapie Die grundsätzliche Überlegung in der Palliativmedizin muss lauten: Werden die Beschwerden des Pat. durch die kausale Therapie gelindert? Oft ist Machbares nicht mehr sinnvoll und nur eine zusätzliche Belastung für den Pat. So ist z. B. beim moribunden Pat. abzuwägen, ob eine potenziell den Sterbevorgang verlängernde Therapie noch begonnen werden muss. Typische Situation: Pneumonie in den letzten Stunden → mit oder ohne Antibiotika? Die ärztliche Kunst besteht darin, übertriebenen Aktionismus genauso zu vermeiden wie ein verfrühtes fatalistisches Absetzen hilfreicher Therapien. Häufig stehen folgende Möglichkeiten zur Diskussion:

- Zusätzlich zur infausten Grunderkr. vorliegende behandelbare Störung der Atemnot nach internistischen Regeln behandeln, z. B. spastische Komponente, Herzinsuff., Infekt.
- Pleuraerguss: Punktion unter Sono-Kontrolle; bei großen Mengen Einlegen einer Drainage und fraktioniertes Ablassen; bei rezid. Ergüssen Pat. in gutem AZ evtl. in der Chir. zur Talkum-Pleurodese vorstellen.
- Transfusion bei Anämie: Die Entscheidung ist hier individuell zu treffen, da Pat. mit einem niedrigen Hb gut adaptiert sein können, andere wiederum von einer frühen Transfusion profitieren.
- Obere Einflusstauung: Dexamethason 16–24 mg/d p. o. für 5 d, dann reduzieren, Strahlentherapie.
- Aszites: Punktion (► 16.2).
- Palliative Tumortherapie: Auflaserung eines größeren Bronchus, externe oder interne (Afterloading) Bestrahlung eines Verschlusses, Chemotherapie bei disseminiertem Lungenbefall. Ziel ist dabei nicht eine partielle Remission, sondern eine Verbesserung der Dyspnoe.

Symptomatische Therapie Ziel der Therapie muss es sein, den Pat. zum Umgang mit seiner Atemnot zu befähigen und ihm Möglichkeiten aufzuzeigen, wie er Kontrolle über Situationen in Atemnot erlangt.

! Die Linderung der Atemnot gelingt meist nur in Zusammenarbeit aller Betreuer. Pflege, physikalische und medikamentöse Therapie müssen ineinandergreifen und auf jeden Pat. individuell abgestimmt werden.

Tipps für alle:

- Den Erfahrungen des Pat. und der Angehörigen zuhören.
- Information über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten.
- Erstellung eines Atemnotplans mit entspr. medikamentösen und nichtmedikamentösen Maßnahmen, damit Pat. und Angehörige genau wissen, was sie bei akuter Atemnot tun können.
- Anpassung des Tagesrhythmus mit einem guten Verhältnis zwischen Aktivität und Pausen.
- Teufelskreis Angst ↔ Atemnot berücksichtigen.
- Bei akuter Atemnotattacke Pat. nicht allein lassen. Die ruhigste Person bleibt bei ihm. Aufgeregte Angehörige hinausbitten.
- Übertragung (s. o.) berücksichtigen: selbst ruhig bleiben, ruhig atmen.
- „Viel Luft“: größerer Raum, Fenster öffnen, nicht zu dicht um das Bett stehen (Visiten!), Blick ins Freie, wenige Besucher auf einmal im Zimmer.
- „Frische Luft“: Luftzug auf das Gesicht durch kleinen Tischventilator, Handventilator anbieten, einige Tr. ätherische Öle oder Parfum unter die Nase (auf Wunsch des Pat.), kleines Riechkissen.
- „Dicke Luft“ vermeiden: keine Gerüche, Zimmer kühl halten, psychische Spannungen möglichst reduzieren (Spannungen, Streitigkeiten).
- Sicherheit vermitteln: lückenloses Betreuungsnetz aufbauen, v. a. für zu Hause, rechtzeitig von der Klinik aus vorbereiten.

Umgang und Pflege bei Atemnot

- Bestmögliche Lagerung, auch im Sitzen. Pat. so abstützen, dass er entspannt und bequem sitzt/mit erhöhtem Oberkörper liegt. Kissen oder Luftballons unter Arme/Knie.
- „Weg von der Atemnot“: einfache Massage an den Füßen, Fußzonenreflexmassage (► 17.3.1), möglichst nicht ventral am Oberkörper arbeiten.
- Einfühlsame Entlastung durch die Pflege.
- Ruhig dabei sein, Unterstützung und Anleiten der Angehörigen.

Nichtmedikamentöse Therapie

- Ermunterung zu körperlicher Aktivität und Bewegung, um einer zunehmenden Dekonditionierung und Fatigue entgegenzuwirken.
- Erlernen einer ökonomischen Mobilität unter physiother. Anleitung.
- Luftzug durch Hand- und Tischventilatoren, gerichtet auf den Nasen- und zentralen Gesichtsbereich.
- Rollator (Unterstützung der Atemhilfsmuskulatur durch Stabilisierung des Thorax); Pat. haben einen weiteren Bewegungsradius bei gleichzeitig weniger Atemnot.
- Physio- oder Atemtherapeuten können dem Pat. wertvolle Übungen, Positionen und Atemkontrolltechniken zeigen, die der Pat. zu Hause selbst zur Reduktion der Angst- und Panikkomponente einsetzen kann.
- **Entspannungstechniken:** v. a. für akute Notfallsituationen, die der Pat. selbst anwenden kann, z. B.: progressive Muskelrelaxation, geleitete Meditation, Hypnotherapie, katathymes Bilderleben.

- **Atemtherapie** durch Atemtherapeuten; als Therapieform mit Bewusstsein von körperlich-seelischen Zusammenhängen nur durch dafür ausgebildetes Personal (► 17.5)!
- Indir. hilfreich auch Musiktherapie (► 17.7), Kunsttherapie (► 17.8).
- Vernebeln und Inhalation von physiolog. Kochsalz-Lsg.: 3 x/d. Wird häufig als sehr angenehm empfunden und erleichtert die bronchiale Reinigung.
- Klopfmassagen zur Lockerung von Sekreten.

Mantra bei Atemnotattacken

Ihr Körper beruhigt sich ...

Lassen Sie Ihre Schultern sinken.

Atmen Sie langsam aus.

Erlauben Sie sich dabei ein wenig zu seufzen

... und ... aus

Sie hören Ihrem eigenen Ausatem zu: haaaah ...

... sanft und ruhig.

Sie fühlen, wie Sie die Kontrolle zurückgewinnen.

Friedlich und sicher.

Medikamentöse Therapie Anders als bei der Schmerztherapie existiert bei der Dyspnoe kein Stufenplan. Fast alle Medikamente, die das ZNS dämpfen, lindern auch das Gefühl von Atemnot (► Tab. 5.1). Nicht immer ist eine Dauertherapie notwendig. Wichtig: individuelle Einstellung, gute Schulung von Pat. und/oder Angehörigen, genaue Anweisung für den Fall einer Atemnotattacke (individuell vorbereitete Medikamente für Verschlechterung oder Atemnotattacke bereithalten).

5

Tab. 5.1 Medikamente zur Linderung der Atemnot

Substanz	Dauertherapie	Atemnotattacke
Opioide		
Morphin oral (nichtretardiert)	Morphin-Lsg. 2,5–5 mg/4 h p. o., Steigerung bis ca. 20 mg (= Morphin-Lsg. 2 % 1 ml)/4 h sinnvoll	4-h-Dosis als Lösung oder Supp.
Morphin oral (retardiert)	Bsp.: MST® 10–30 mg/12 h p. o.	Nicht geeignet
Morphin parenteral	1–5 mg s. c./4 h oder 10–30 mg s. c./d in Spritzenpumpe	1–5 mg s. c. bzw. entspr. 4-h-Dosis
Tranquilizer		
Lorazepam	Bsp.: Tavor® 1 mg/6–8 h p. o.	Tavor® expidet Plättchen, 1–2,5 mg bukkal
Diazepam	Bsp.: Valium® 5–10 mg p. o. abends oder alle 12 h	Diazemuls® 5 mg langsam i. v.
Midazolam	Bsp.: Dormicum® 10–30 mg/d s. c. in Spritzenpumpe	2,5 mg s. c.

Tab. 5.1 Medikamente zur Linderung der Atemnot (Forts.)		
Substanz	Dauertherapie	Atemnotattacke
Dämpfende Neuroleptika		
Promethazin	Bsp.: Atosil® 25–50 mg	
Levomepromazin	Bsp.: Neurocil® 5–10 mg p. o.	
Kortikosteroide		
Dexamethason	Fortecortin® 8–12 mg/d p. o. für 5 d, dann Reduktion auf 4–8 mg/d	

Opioide:

- Basismedikation mit Morphin bei opioidnaivem Pat.: Morphin-Tr. 2,5 mg alle 4 h, vorsichtige Steigerung bis 20 mg alle 4 h sinnvoll.
 - Bei kachektischem Pat. Dosis halbieren.
 - Bekommt der Pat. bereits Opiode zur Schmerztherapie: Dosis um 50 % steigern.
 - Von Beginn an Laxanzientherapie.
 - Hat ein Pat. ein Fentanyl-Pflaster, können die Morphin-Tr. trotzdem noch die Atemnot lindern. Vielversprechend sind auch Erfahrungen mit bukkalen oder transnasalen Fentanyl-Gaben.
- Bei Pat. mit nichtonkolog. Erkr., z. B. COPD, reicht oft schon Morphin 1 mg alle 4–6 h aus.

! Morphin ist bei Atemnot ein probates, wenn auch unkonventionelles Mittel (Off-Label-Use). Keine i. v., sondern vorsichtig dosierte orale oder s. c. Gabe. Durch langsames Anfluten ist bei diesem Vorgehen kein Atemstillstand zu erwarten.

Tranquilizer:

- Bei deutlicher Angstkomponente, sonst sinnvolle Ergänzung bei bereits bestehender Opioid-Therapie.
 - Lorazepam 1 mg alle 6–8 h: Benzodiazepin mit sehr guter anxiolytischer Wirkung. Tavor® expidet: lyophilisierte Plättchen, die sich im Mund auflösen, aber trotzdem über den GIT aufgenommen werden; daher kein schnellerer Wirkeintritt.
 - Diazepam 5–10 mg alle 12 h: gute Basismedikation, bei nächtlicher/morgendlicher Atemnot abendliche Gabe evtl. ausreichend.
 - Midazolam 2,5 mg s. c. alle 4 h, in Spritzenpumpe 10–30 mg/d; falls nicht ausreichend: Komb. mit niedrigpotenten Neuroleptika.

Kortikosteroide: Mittel der Wahl bei Lymphangiosis carcinomatosa; Reduktion des peritumorösen Ödems, bei peripheren und zentralen Obstruktionen sowie oberer Einflusstauung in der Terminalphase (Abschwellen des peritumorösen Ödems). 8–12 mg/d Dexamethason für 5 d, dann schrittweise Reduktion auf 4–8 mg/d.

! Bekämpfung von Atemnotattacken

(auch ▶ 13.4).

- Die meisten Atemnotattacken sind binnen 10 Min. selbstlimitierend.
- Pat. zu eingelernten Ritualen anleiten (s. Mantra bei Atemnotattacke, Handventilator).
- Patientenlagerung optimieren, Kleider lockern, Luftzug (Fenster auf).

Gabe von Sauerstoff (auch ▶ 15.1.4).

! Die Sauerstoffgabe muss individuell entschieden werden. Auf jeden Fall sollte Sauerstoff bewusst eingesetzt werden und nicht eine automatische Reflexhandlung bei Atemnot sein. Unter sympt. Therapie ist Sauerstoff meist entbehrlich. Ausschlaggebend sollte sein, ob der Pat. das Gefühl hat, dass der Sauerstoff hilft.

- Zu Applikation, KI und NW ▶ 15.1.4.
- Gesicherte Ind.: COPD und Hypoxie (O_2 -Sättigung < 90%): Langzeitgabe von O_2 in niedriger Dosierung, aber Vorsicht bei gleichzeitiger Hyperkapnie → Gefahr des verminderten Atemantriebs durch Sauerstoffgabe bedenken.

! Bei fehlender Hypoxämie keine Ind. für Sauerstoffgabe. Dann besser frischer Luftzug auf den zentralen Gesichtsbereich (Trigeminusbereich) durch Tisch- oder Handventilator.

5

- **Vorteil:** im Krankenhaus sofort verfügbar, guter psycholog. Effekt in der Atemnotattacke, bei zentraler Zyanose und Hypoxie kausale Linderung der Atemnot.
- **Nachteil:** psychische Abhängigkeit vom „Schlauch“, dadurch häufige unnötige Fixierung an das Bett; gestörte Kommunikation durch Gesichtsmasken; Entlassung nach Hause wird erschwert; keine Gewöhnung an niedrigen O_2 -Partialdruck im Blut.
- **Fazit:** O_2 wird häufig als „sinnvolles Placebo“ eingesetzt: Die Sicherheit des Pat., Sauerstoff zu bekommen, führt zu einer ruhigeren Atmung, selbst wenn auch ohne O_2 eine normale Sauerstoffsättigung vorliegt.

! Fixierung auf Atemnot bei sich und bei Pat. vermeiden: bewusste Förderung von bevorzugten Tätigkeiten, z. B. Fernsehen, Musik, gutes Essen.

5.2 Husten

Ursachen

- Bronchiale Obstruktion.
 - Durch Primärtumor oder Metastase.
 - Durch Raumforderung im Mediastinum, z. B. vergrößerte Lk.
- Lymphangiosis carcinomatosa der Lunge.
- Sek. bronchiale Infektion, Pneumonie oder nekrotisierendes Tumorgewebe mit Abszessbildung.
- Postradiogene Lungenfibrose.
- Ösophagealer Reflux.

- Linksherzinsuff. mit typischer Atemnot und nächtlichen Hustenattacken.
- Medikamenteninduziert: ACE-Hemmer, Betablocker.
- Rauchen.

Klinik

- Produktiver Husten mit Schleim, den der Pat. abhusten kann.
- Produktiver Husten, aber der Pat. ist zu schwach, um abzuhusten.
- Trockener Reizhusten (wird oft als sehr quälend empfunden) bei Bronchialtumoren, Raumforderung im Mediastinum und chron. Bronchitis.

! Psychische Verstärker des Hustens

- Wenn Husten zur Entdeckung der malignen Erkr. geführt hat: Jede Verstärkung des Hustens beunruhigt den Pat.
- Husten beim geschwächten/gelähmten Pat. kostet viel Kraft. Mögliche Folge: Angst vor dem Ersticken, wenn die Kraft zum Abhusten nicht mehr reicht.
- Husten kann Atemnot verstärken.
- Husten als nächtlicher Ruhestörer.

Diagnostik

- Auskultation: Schleimmenge, Stauung, Reizzustand.
- Sputum: Antibiogramm, falls Antibiose sinnvoll.
- Röntgen-Thorax: Pulmonale Stauung? Lymphangiosis carcinomatosa? Mediastinaltumor?

Therapie

Symptomorientierte Therapie

- **Erleichterung des produktiven Hustens.**
 - Für ausreichende Luftfeuchtigkeit im Raum sorgen, evtl. feuchte Handtücher aufhängen.
 - Zum Trinken ermuntern.
 - 3 ×/d Vernebler mit NaCl 0,9%, evtl. dazu Ambroxol (z. B. Inhalationslg. 1–2 × 2–3 ml), Salbutamol (Inhalationslg. 5–10 Tr. 3–4 ×/d).
 - Orale Expektoranzien, z. B. Acetylcystein (Brausetabletten 1 ×/d), Ambroxol (retardiert oder Tr.).
 - Lutsch-Tbl. oder Hustensirup lindern pharyngealen Reiz.
 - Evtl. zur Lockerung Klopfmassage durch Krankengymnastik 1 × tägl.

! Ist der Pat. zu schwach zum Abhusten (z. B. bei ALS), sollten orale Expektoranzien abgesetzt werden! Stattdessen Schleimreduktion und Übergang zur Hustendämpfung.

- **Schleimreduktion.**
 - Schleimlöser absetzen.
 - Antibiotika erwägen, z. B. Clarithromycin 1 × 500 mg/d (hat zusätzlich sekretreduzierenden Effekt).
 - Anticholinergika: Scopolamin, z. B. Scopoderm® Pflaster (häufig 2 Pflaster gleichzeitig erforderlich), Glykopyrroniumbromid s. c., Butylscopolamin (meist s. c. ca. 60 mg/d; ▶ 14.5.1).

- Anticholinerge NW anderer Medikamente ausnutzen, z. B. Amitriptylin abends 25 mg.
- **Hustendämpfung beim Reizhusten.**
 - Ind.: Reizhusten bei Nacht oder bei moribunden Pat.
 - Zentral wirkende Antitussiva: Codein (z. B. oder Dihydrocodein; Morphin ret. ab 2×10 mg); Laxanzien nicht vergessen.
 - Nur in Einzelfällen wirksam: periphere Hustendämpfung durch Lidocain über Vernebler: Lidocain 2% 5 ml bis $4 \times/d$ über Vernebler; vorher Pat. trinken lassen, danach Mund ausspülen zur Reduktion des von manchen Pat. als unangenehm empfundenen Geschmacks, ca. 1 h nichts essen oder trinken (etwas Wasser bleibt erlaubt). Die erste Inhalation wegen der Möglichkeit eines Bronchospasmus unter ärztlicher Aufsicht durchführen lassen.
 - Schwer behandelbarer Husten bei Irritation durch Tumor/Metastase: bestmögliche, Hustenreiz mindernde Lagerung; Versuch mit Dexamethason $8-12$ mg/d p. o., dann Reduktion; Überlegen, ob palliative Bestrahlung sinnvoll ist (z. B. hilusnaher großer Tumor). Bei pleuraler Reizung: intrapleurale Instillation von Lokalanästhetika, ca. 20 ml Bupivacain 0,5% $2 \times/d$ auf befallener Seite über Katheter verabreichen; kann Husten und thorakale Schmerzen reduzieren.

Ursachenorientierte Therapie

► Tab. 5.2.

Tab. 5.2 Ursachenorientierte Therapie bei Husten	
Ursache für Husten	Spezifische Therapie
Tumor, Lungenmetastasen	Strahlentherapie
Bakt. Bronchitis	Antibiotika (reduzieren Schleimmenge), Schleimlöser
Asthma/COPD	Bronchodilatoren, Kortikosteroide
Ösophagealer Reflux	Oberkörperhochlagerung, Metoclopramid, Omeprazol
Linksherzinsuff.	Diuretika, ACE-Hemmer
Medikamenteninduziert (ACE-Hemmer, Betablocker)	Änderung der Medikation

5.3 Hämoptoe (Bluthusten)

Ursachen

- Bronchitis, Pneumonie.
- Tumorprogression bei Bronchial-Ca, Lungenmetastasen.
- Lungenembolie.
- Unabhängig von Lungenerkr.: Blutungen aus Nase/Rachen bei HNO-Tumoren, hämorrhagischer Diathese.

Klinische Relevanz

- Bluthusten als neu aufgetretenes Symptom durch zusätzliche Lungenerkr., deshalb Abklärung notwendig (Lungenembolie? Bronchitis? Pneumonie? Tbc?).

- Bluthusten als lang bestehendes Symptom eines Bronchial-Ca: Falls es für den Pat. eine Belastung ist, Versuch palliativer Behandlung.
- „Bluthusten“ bei tracheotomierten Pat. mit HNO-Ca aus dem Tracheostoma, wenn Blut aus Larynx/Pharynx herunterläuft.
- Äußerst selten, aber gefürchtet: massiver Bluthusten als Todesursache, deshalb Ängste besprechen, rechtzeitig klären, ob lebenserhaltendes Vorgehen gewünscht wird; palliativmed. Symptomlinderung besprechen und bereitstellen.

Therapie

Mäßiger Bluthusten

- Zentral dämpfende Antitussiva.
- Kortikosteroide bei V. a. Tumorprogression: z. B. Dexamethason 2–4 mg/d.
- Versuch mit Rutosid, 50–100 mg 3 ×/d p. o., zur Kapillarabdichtung.
- Externe Bestrahlung: führt unabhängig von der zugrunde liegenden Histologie in über 80 % zu einer Reduktion der Hämoptoe.
- Bei tracheotomierten Pat.: falls Blutung aus Nasen-Rachen-Raum Trachealkanülen mit Cuff zum Blocken benutzen, damit Blut nicht ins Tracheobronchialsystem läuft.
- Inhalation (Pari-Boy) mit Epinephrin in NaCl 0,9 % (Infecto-Krupp®).

! Bei wiederholten mäßigen Hämoptysen Gespräch mit Pat. und Angehörigen, welche Maßnahmen im Fall eines massiven Bluthustens erfolgen sollen.

Massiver Bluthusten: seltene Notfallsituation (1 % aller Hämoptysen), die sich meist vorher ankündigt. Daher vorbesprechen und Notfallmedikamente bereitstellen. Ziel ist es, dem Pat. die Angst zu nehmen und ihn zu sedieren, dass er von diesem sehr belastenden Ereignis möglichst wenig mitbekommt.

- Rechtzeitig Abklärung, ob lokale Therapie (z. B. Laserkoagulation) als Prophylaxe sinnvoll ist.
- Im Notfall palliativmed. Symptomlinderung:
 - Pat. und Angehörige nicht allein lassen!
 - Lagerung: Ideal wäre stabile Seitenlage; oft ist Sitzen unumgänglich, dann Kopf nach vorn halten.
 - Midazolam (2,5–10 mg) und/oder Opioid (10–20 mg bzw. 25 % der Tagesdosis) i. v. oder tief i. m. injizieren, um Bewusstsein und Angst zu reduzieren (auch retrograde Amnesie). Keine Subkutangabe, da Blutung meist zum Schock, zur schlechteren Hautdurchblutung und zu unsicherer Resorption führt.
 - Dunkelfarbige Abdecktücher verwenden.
 - Evtl. Dauerinfusion mit Midazolam/Opioid anschließen.
 - Absaugen des Blutes, evtl. Epinephrin (1 : 5 mit NaCl 0,9 % verdünnt) endotracheal spülen, um Blutung zu stillen.
 - Selbst wenn die Blutung zum Stillstand kommt, kann bei wieder angestiegenem RR eine erneute Blutung auftreten.

! Nur in seltenen Fällen ist die Blutung so ausgeprägt, dass der Pat. sofort daran verstirbt. Aufgrund des Blutverlusts und damit sinkenden Blutdrucks kommt es häufig zum Sistieren der Blutung, die Pat. stabilisieren sich noch einmal auf niedrigerem Niveau. Wenn der Pat. bei einer massiven Hämoptyse verstirbt, dann nicht unbedingt am Blutverlust, sondern an der Aspiration von Blut.

Erhältlich in jeder Buchhandlung
oder im Elsevier Webshop



Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Stand 04/2015

Leitfaden Palliative Care

672 Seiten

ISBN: 978-3-437-23313-5

€ [D] 49,99 / € [A] 51,40,- / sFr 67,-

Empowering Knowledge

