

# Richtlinie Dyspnoe in der Palliative Care

## Inhaltsverzeichnis

1.	Zielsetzung .....	2
2.	Zielgruppe .....	2
3.	Definition .....	2
4.	Ursachen von Dyspnoe in der Palliative Care .....	2
5.	Entscheidungsfindung .....	3
6.	Interventionsvorschläge bei Dyspnoe in der Palliative Care .....	4
7.	Dokumentation .....	9
8.	Querverweise .....	9
9.	Literaturverzeichnis .....	9
10.	Autoren.....	10
11.	Dokumenteigner .....	10

# Richtlinie Dyspnoe in der Palliative Care

## 1. Zielsetzung

- Der Patient erfährt Linderung/Beseitigung der Dyspnoe
- Die subjektiv empfundene Dyspnoe des Patienten wird ernst genommen
- Das Betreuungsteam erkennt die Ursachen der Dyspnoe und handelt gezielt
- Die Angehörigen haben die Möglichkeit, ihre Ängste, Unsicherheiten und Befürchtungen zu äussern

## 2. Zielgruppe

Patienten, die eine palliative Betreuung in Anspruch nehmen und unter Dyspnoe leiden

## 3. Definition

„Der Begriff «Dyspnoe» bezeichnet eine subjektive Erfahrung von Unwohlsein beim Atmen. Diese kommt in qualitativ unterschiedlichen Formen und Intensitäten vor.

Dazu tragen physiologische, psychologische und soziale Faktoren bei. Dyspnoe kann auch physiologische und verhaltensmässige Sekundärreaktionen hervorrufen“ (palliativ ch, 2003).

Atemprobleme sind bei Palliativpatienten eine häufig auftretende Begleiterscheinung und nehmen bei fortschreitender Grundkrankheit an Bedeutung zu. Bei den erwähnten Atemproblemen ist vor allem die Dyspnoe zu betrachten, welche bei den Betroffenen und ihren Angehörigen grosse Angst, teilweise sogar Todesangst, auslösen kann.

## 4. Ursachen von Dyspnoe in der Palliative Care

Bei der Dyspnoe wird zwischen pulmonal und nicht pulmonal bedingten Ursachen unterschieden:

Ursachen	Bemerkungen
<b>pulmonal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</li><li>• Asthma bronchiale</li><li>• Atelektase</li><li>• Pleuraerguss</li><li>• Lungenembolien</li><li>• Tumor, Metastasen, Lymphangiosis</li><li>• Pneumothorax</li><li>• Lungenfibrose</li><li>• Lungenresektion</li><li>• Pneumonie</li><li>• Bronchitis</li><li>• Schlafapnoe</li><li>• Pleuritis</li><li>• Obere Einflusstauung</li></ul>
<b>kardial</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Herzinsuffizienz</li></ul>

## Richtlinie Dyspnoe in der Palliative Care

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lungenödem</li> <li>• Perikarderguss</li> <li>• Perikardinfiltration</li> <li>• Pulmonale Hypertension</li> </ul>
<b>neuromuskulär</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brustwandinfiltration und -schmerz</li> <li>• Muskuläre Schwäche bei Kachexie</li> <li>• Zwerchfellschwäche (Lähmung)</li> <li>• Myopathie</li> </ul>
<b>abdominal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aszites</li> <li>• Tumor, Metastasen</li> <li>• Obstipation</li> <li>• Hepatomegalie</li> <li>• Harnverhalt mit Retentionsblase</li> </ul>
<b>zentral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentös induzierte Atemdepression</li> <li>• Stoffwechselstörung (Fieber, Anämie)</li> <li>• Metabolisch z.B. Azidose</li> <li>• Hirnverletzungen</li> <li>• Anämie</li> </ul>
<b>Weitere</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Husten</li> <li>• Infekte</li> <li>• Sepsis</li> <li>• Schmerzen</li> <li>• psychosozialbedingte Ursachen (Angst, Trauer)</li> <li>• Gastroösophagale Refluxkrankheit</li> <li>• Trockene Raumluf</li> </ul>

### 5. Entscheidungsfindung

Das Betreuungsteam stellt sich zusammen mit dem Patienten die Frage, wie viel Diagnostik und welche Invasivität an Diagnostik dem Patienten für die Verbesserung der Lebensqualität zuzumuten ist. Die Angehörigen werden unterstützt und mit einbezogen.

# Richtlinie Dyspnoe in der Palliative Care

Um die Dyspnoe zu erfassen, ist es wichtig, eine gute Anamnese durchzuführen. Nur dadurch kann der Betroffene ganzheitlich erfasst werden. Dabei ist der Einbezug der biologischen, psychosozialen und spirituellen Aspekte von grosser Wichtigkeit:

- Verlauf der Symptome: Wann tritt Dyspnoe auf? Zeitpunkt, Dauer, Intensität?
- akut oder langsam progredient
- qualitative Beschreibung
- verschlimmernde Faktoren, lindernde Faktoren
- frühere Behandlungen/Interventionen
- Auswirkungen auf den Alltag, psychisches Erleben (Befürchtungen, psychosoziale und spirituelle Stressoren, Umfeld, Lebensqualität, Pläne-Vorhaben)
- Wie gehen die Angehörigen mit der Dyspnoe des Patienten um?

## Spezifische Untersuchungen

Weiter können folgende Untersuchungen bei der Entscheidungsfindung hilfreich sein: Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, O<sub>2</sub>-Sättigung, Hautfarbe, Labordiagnostik, Röntgen, Lungenfunktion.

## 6. Interventionsvorschläge bei Dyspnoe in der Palliative Care

Die abgeschlossene multidimensionale Erfassung bildet die Grundlage für eine gezielte Behandlung der Dyspnoe.

## Pflegerische Interventionen

Das Ziel der Behandlungen ist die Eliminierung oder Verminderung der auslösenden und verschlimmernden Faktoren.

- Dem Patienten die Situation erklären (Coping-Strategien)
- Ruhige Atmosphäre, Ruhephasen
- Bequeme, atemerleichternde Lagerung und Kleidung (Wunsch des Patienten respektieren)
- Räume lüften
- Regelmässige Mund- und Lippenpflege
- Urinflasche oder eventuell Blasenkatheter (um ermüdende Wege zu ersparen)
- Entspannungstechniken wie z. B. basale Stimulation, Instruktion von Atemtechniken
- Nicht zu viele oder zu lange Besuche
- Angehörige unterstützen und einbeziehen, auf eine ruhige Atmung aufmerksam machen
- Haltung des Betreuungsteams: vor dem Eintritt ins Zimmer auf normale Atmung achten
- Atem-Physiotherapie anmelden (je nach Wunsch des Patienten)

# Richtlinie Dyspnoe in der Palliative Care

## Sauerstoffgabe

Die Sauerstoffverabreichung ist indiziert, wenn die Dyspnoe mit einer Hypoxie verbunden ist (Sauerstoffmangel, Sauerstoffsättigung im Blut unter 90%). Bei einer bestehenden Ruhedyspnoe oder bei Wunsch des Patienten ist die Sauerstoffapplikation eine adjuvante Massnahme zur Linderung der Dyspnoe. Eine subjektive Besserung/Linderung der Dyspnoe durch die Gabe von O<sub>2</sub> wurde auch durch die Ergebnisse der Studie von Cranston et al. (2009) untermauert.

Ausschlaggebend ist der klinische Benefit.

Es sollte beachtet werden, dass die Sauerstoffverabreichung nicht als Reflexhandlung, sondern sehr bewusst eingesetzt wird. Die Sauerstoffgabe von 2-6l/Minute mittels Nasenbrille oder Nasensonde ist zu bevorzugen, da eine Gesichtsmaske zu zusätzlichen Beklemmungsgefühlen führen kann.

Gabe von 2l als Faustregel, mehr als 4-6l nasal bringt keinen zusätzlichen Benefit.

**Die Sauerstoffgabe wird bei Patienten mit der Diagnose, COPD und neuromuskuläre Erkrankungen (CO<sub>2</sub>-Retention) ärztlich verordnet.**

## Beobachtung und Kontrolle

- Einstellung der Sauerstoffmenge (Bei der Sauerstoffregulierung mit Kugel oder Konus ist die Oberkante massgebend!)
- Systemkontrolle
- Bewusstseinslage
- Haut (z. B. Zyanose)
- Nasenschleimhäute, Nasenpflege bei Bedarf
- Kontrolle der Fixation der Sauerstoffsonde oder Sauerstoffbrille auf Druckstellen

## Komplementäre Interventionen

### Aromaanwendung

Düfte und Gerüche können unsere Stimmungen beeinflussen und sich auf unser Wohlbefinden auswirken. Genau das macht sich die so genannte „Aromaanwendung“ zunutze. Sie ist eine gute Unterstützung im Wohlbefinden der Patienten in der palliativen Pflege. Es werden **ätherische Öle** eingesetzt, um bestimmte Wirkungen bei Symptomen wie: z.B Schleimhautansammlung in der Lunge, Unruhe/Angst, Obstipation zu erzielen.

Wesentlich für die Qualität eines ätherischen Öls ist die Reinheit. Grösste Sicherheit und damit Gewähr für Reinheit und Naturbelassenheit garantieren ätherische Markenöle aus der Apotheke oder von ausgewiesenen Fachhändlern, die auch über ein entsprechendes Fachwissen hinsichtlich der Anwendung verfügen.

# Richtlinie Dyspnoe in der Palliative Care

## Schleimansammlung in der Lunge

- 25 Trpf. Eukalyptus + 10 Trpf. Balsamtanne + 5 Trpf. Eukalyptus radiata +5 Trpf. Lavendel + 5 Trpf Teebaumöl + 5 Trpf Lemongrass + 5 Trpf Thymian. Mit der Trägerlösung Olivenöl/Rapsöl mischen (Menge der Trägerlösung kann selbst bestimmt werden.)
  - 4ml der fertigen Mischung auf beide Fusssohlen auftragen. Die Haut an den Fusssohlen ist sehr dünn, daher gesteigerte Wirkung!

## Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit

- 40Trpf Weihrauch + 40Trpf Kamille + 40Trpf Rose
  - Fertige Mischung auf die Fusssohlen verteilen.
  - Möglicherweise bevorzugt der Patient eine sanfte Rücken- oder Nackenmassage!

## Ätiologische Interventionen

Die Ursache der Dyspnoe ist ausschlaggebend für ihre Behandlung.

Beispiele:

- Bronchopulmonale Infekte: Antibiotika, Atemphysiotherapie
- Kardiale Dekompensation: Diuretika, Digitalis, Nitrate
- Pleuraerguss, Aszites: Drainage, eventuell Pleurodese
- Lungenembolie: Antikoagulation
- Anämie: EC-Bluttransfusionen
- Dekompensierte COPD: Kortikosteroide, Bronchialdilatatoren

## Medikamentöse Interventionen

Medikamentöse Interventionen sollen patientenbezogen erfolgen unter Berücksichtigung der pathophysiologischen Bedingungen.

### Morphin®

Das Dyspnoe Management bei Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen ist noch immer schwierig und komplex. Nach Steffen et al. (2010) ist **Morphin® die erste Wahl** bei der Behandlung von Dyspnoe. Auch die aktuelle, systematische Literaturübersicht von Simon et al. (2012) zeigte deutlich auf, dass **Opioide** als einzige Medikamentengruppe einen signifikanten Rückgang der Dyspnoe vorwiesen.

Morphin® wirkt auf das Atemzentrum und bewirkt, dass eine rasche, oberflächliche Atmung ruhiger, langsamer und tiefer wird. Ausserdem reduzieren sie die Perzeption der Dyspnoe und wirken anxiolytisch und sedieren.

Bei der Verabreichungsweise ist die aktuelle Situation des Patienten ausschlaggebend. Zu berücksichtigen sind Schluckprobleme, Übelkeit und/oder Erbrechen, sowie Resorptionsprobleme bei Ödemen.

# Richtlinie Dyspnoe in der Palliative Care

## Applikationsmöglichkeiten

- Morphin® Tropfen (Trpf )-, per os (p.o.)
- Morphin® subcutan (s.c.) oder intravenös ( i.v.)
- Morphin® als Einzeldosis oder Dauerinfusion

## Morphin® Tropfen

Ist der Schluckreflex der Patienten beeinträchtigt oder nicht mehr vorhanden (terminale Situation) können die Morphin Tropfen unverdünnt in die Backetasche verabreicht werden. Die Verabreichung vom Morphin wird durch die Anwendung einer kleinen Spritze, welche in den Mund eingeführt werden kann, erleichtert.

**Die ärztlichen Verordnungen der Morphin® Trpf Dosierung sollten in mg und nicht in Anzahl Tropfen abgegeben werden.**

## Morphin® Trpf 1ml = 20Trpf

<b>Morphin® 1% Trpf</b> Morphin® 1% = 10mg pro ml	<b>Morphin® 2% Trpf</b> Morphin® 2% = 20mg pro ml	<b>Morphin® 4% Trpf</b> Morphin® 4% = 40mg pro ml
Morphin® 1% 5Trpf = 2.5mg Morphin® 1% 10Trpf = 5mg Morphin® 1% 20Trpf = 10mg	Morphin® 2% 5Trpf = 5mg Morphin® 2% 10Trpf = 10mg Morphin® 2% 20Trpf = 20mg	Morphin® 4% 5Trpf = 10mg Morphin® 4% 10Trpf = 20mg Morphin® 4% 20Trpf = 40mg

## Anfangsdosis der Morphintherapie

- ohne vorherige Opioidtherapie:
  - 5mg-10mg p.o. oder 2.5-5mg s.c. alle vier Stunden und zusätzlich bei Bedarf, max. stündlich
  - 2.5mg-5mg i.v. stündlich und zusätzlich bei Bedarf

## Reservedosierung

- mit Morphin-Vorbehandlung
  - Die Reservemedikation beträgt 10-16% der Tagesdosis

## Anpassung der Morphinbehandlung

- Spätere Umstellung auf retardierte Medikamente, z.B. Fentanyl® oder andere
- Die Tages- und Reservedosis kann alle 24 Stunden um je 20-30% gesteigert werden

# Richtlinie Dyspnoe in der Palliative Care

## Weitere medikamentöse Interventionen

### Benzodiazepine

wirken anxiolytisch, reduzieren das Empfinden von Atemnot und wirken sedierend. Keine eindeutige Evidenz, dass Benzodiazepine bei Atemnot helfen, in Kombination mit Opiaten ist der Nutzen wahrscheinlich vorhanden. Keine Hinweise für vermehrte Atemdepression/Hypoxie unter Benzodiazepinen. Sind vor allem dann sinnvoll, wenn der Patient tachypnoisch ist. Bei einem zusätzlichen Delirium sind Benzodiazepine zu vermeiden und ein Neuroleptikum vorzuziehen (cava paradoxe Reaktion).

### Lorazepam (Temesta®)

- 0.5mg-1mg sublingual bis 8 stündlich

### Midazolam (Dormicum®)

- 5mg p.o.
- 1-2.5mg s.c. oder langsam i.v.
- kontinuierlich: 10mg-30mg pro Tag s.c. oder i.v.

### Diuretika

Bei eindeutigen kardialen Komponenten sind Diuretika indiziert, vor allem in akuten Situationen.

### Furosemid (Lasix®)

- 20mg-40mg s.c. oder i.v.
- kontinuierlich: 96mg-192mg pro Tag s.c. oder i.v.

### Neuroleptika

Neuroleptika können bei schwersten Atemnotzuständen, welche eine starke Sedierung erforderlich machen und wenn eine mögliche Atemdepression (z. B. bei COPD-Patienten) vorliegt, eingesetzt werden.

### Haloperidol (Haldol®)

- 2-5mg kontinuierlich i.v. über 24 Stunden beginnen, Anpassung im Verlauf

### Steroide

- Wirken antiödematös, bronchodilatatorisch und entzündungshemmend
- Indikation bei
  - obstruktiver Ventilationsstörung
  - oberer Einflusstauung (Dexamethason® 12-16mg/d)
  - Strahlenpneumonitis
  - Lymphangiosis carcinomatosa

### Weitere

- Inhalative Bronchodilatoren (Ventolin®/Atrovent®)
- Antitussiva (Codein®)



# Richtlinie Dyspnoe in der Palliative Care

## Bemerkungen

Wird der Patient zu Hause weiter gepflegt, sollte ein Notfallplan erstellt werden, um Ängste bei den betroffenen Patienten, den Angehörigen und seinem Betreuungsumfeld zumindest verringern zu können und um Sicherheit und Betreuungskontinuität zu vermitteln und zu gewährleisten.

## 7. Dokumentation

- Kurve: Rubrik Sauerstoff/Minute
- Dokumentation von Beobachtungen und Komplikationen im Pflegebericht
- Verweis auf Pflegediagnose

## 8. Querverweise

- Beeinträchtigter Gasaustausch, Pflegediagnose NANDA
- Unwirksame Selbstreinigungsfunktion der (unteren) Atemwege, Pflegediagnose NANDA
- Unwirksamer Atemvorgang, Pflegediagnose NANDA
- Angst, Pflegediagnose NANDA

## 9. Literaturverzeichnis

- Aulbert, E., Nauck, F. & Radbruch, L. (Hrsg.). (2007). *Lehrbuch der Palliativmedizin* (2. Aufl.). Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
- Edmonton Zone Palliative Care Program. (2013). *Edmonton Symptom Assessment System Revised*. Abgerufen von <http://www.palliative.org>.
- Knipping, C. (Hrsg.). (2007). *Lehrbuch Palliative Care* (2.Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Neuenschwander, H. et al. (2006). *Palliativmedizin* (2.Aufl.). Bern: Herausgeber Krebsliga Schweiz.
- Palliativ ch. (2003). *Bigorio Dyspnoe*. Abgerufen von <http://www.palliative.ch>.
- Spitalzentrum Oberwallis. (2012). *Richtlinie Verabreichung von Sauerstoff* (2.Vers.).
- Steffen, T. (2010). *Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non malignant diseases in adult*. Abgerufen von <http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007354.pub2.abstract>.
- Simon, St. et al. (2012). *Pharmalogical therapy of refractory dyspnoea: A systematic literature review*. Abgerufen von [http://www.medline.ch/medline/Onkologie/medline\\_ch\\_Onkologie.php](http://www.medline.ch/medline/Onkologie/medline_ch_Onkologie.php).
- Cranston, J. M. et. al. (2009). *Oxygen therapy for dyspnoea in adults*. Abgerufen von <http://www.cochrane.org>.

# Richtlinie Dyspnoe in der Palliative Care

## 10. Autoren

- Karin Schnydrig-Zenklusen, Andrea Salzmann
- Michaela Escher und Nicole Clemenz in Zusammenarbeit mit Doris Bittel-Passeraub/MAS P.C., Dr. Catherine Mengis Bay und Palliative Care Oberwallis

## 11. Dokumenteigner

- Susanne Colombo, Fachverantwortliche Onkologie/Palliativpflege