

## Inhaltsverzeichnis

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

## 1. Zielsetzung

- Der Patient erfährt Linderung/Beseitigung der Rasselatmung
- Die Angehörigen haben die Möglichkeit, ihre Ängste, Unsicherheiten und Befürchtungen zu äussern

## 2. Zielgruppe

Palliativ-Patienten mit Rasselatmung

## 3. Definition

Die Rasselatmung wird definiert als geräuschvolle Atmung, verursacht durch Luftturbulenzen in den Sekreten, die sich bei terminalen Patienten im Oropharynx und in den Bronchialästen ansammeln, wenn diese nicht mehr in der Lage sind, diese durch Husten oder Schlucken zu eliminieren.

In den letzten Lebenstagen und Lebensstunden sind die Patienten durch zunehmende Entkräftung oder Bewusstseinsstörung oft nicht mehr in der Lage, angesammeltes Sekret oder Speichel zu schlucken oder abzu husten. Die Patienten können eine „Rasselatmung“ entwickeln. Gemäss einer durchgeführten Cochrane Review tritt diese Rasselatmung (noisy breathing) bei 23 - 92 % der Patienten in terminalen Phasen auf (Bee & Hillier, 2010).

## 4. Ursachen von Rasselatmung in der Palliative Care

Entsprechend der Lokalisation werden zwei Arten der Rasselatmung unterschieden:

### Typ I

- Rasche Zunahme von Speichelsekretion
- Patient ist bewusstseinsgetrübt oder bewusstlos, Verlust des Schluckreflexes
- Entsteht rasch in den letzten Lebensstunden
- Gute Ansprechbarkeit auf Anticholinergika

### Typ II

- Bronchiale Schleimsekretion, welche über Tage entsteht
- Wachter Patient, welcher zunehmend schwächer wird und damit unfähig, kraftvoll Sekret abzu husten
- Möglichkeit einer Pneumonieentwicklung mit zusätzlicher Belastung
- Symptomlinderung und Ansprechbarkeit auf Anticholinergika sind vermindert
- Auftreten ist häufiger bei Patienten mit Lungentumoren und Hirntumoren

## 5. Entscheidungsfindung

Die Betreuenden nehmen in der Phase der Entscheidung über Behandlungsmassnahmen einen wichtigen Stellenwert ein. Die Angehörigen erschrecken oftmals über die geräuschvolle, rasselnde Atmung. Sie befürchten, dass der Sterbende ersticken könnte. Hinzu kommt, dass das Geräusch der Rasselatmung den Angehörigen nach dem Tod des Patienten in unangenehmer Erinnerung bleibt. Es ist wichtig, den Angehörigen zu erklären, dass die Rasselatmung ein typisches Symptom der Endphase ist und der Patient dabei im Allgemeinen keine Dyspnoe hat. Inwieweit der Sterbende durch die Rasselatmung tatsächlich beeinträchtigt ist, ist ungeklärt. Vermutlich nimmt er selbst die Rasselatmung nicht mehr wahr. Die Angehörigen werden ausreichend, fortlaufend und vorausschauend informiert.

## 6. Interventionsvorschläge bei Rasselatmung in der Palliative Care

### Pflegerische Interventionen

- Die Hydratation auf das für den Stoffwechsel Notwendigste reduzieren
- Das Absaugen wird allgemein nicht empfohlen, weil es die Sekretionsbildung fördert
- Gute Mundpflege (Xerostomie wird durch Anticholinergika verstärkt)
- Begleitung und Unterstützung der Angehörigen

Die geräuschvolle Atmung kann abhängig sein von der Position des Patienten. Mit gezielter Lagerung kann das Wohlbefinden des Patienten unterstützt und die Rasselatmung vermindert werden:

- Eine leichte Oberkörperhochlagerung mit dem Fussende leicht nach unten gestellt, kann schon genügen, um die geräuschvolle Atmung zu verringern und die Atmung im Gesamten zu erleichtern
- Der Patient kann in eine bequeme kinästhetische 30 Grad seitliche Schräglage gebracht werden. Dadurch kann der Patient den störenden Schleim leichter abhusten
- Die Unterarme des Patienten können auf weiche, modellierbare Kissen gelegt werden. Dies erleichtert die Atemarbeit
- Unter den Knien können zusätzlich weiche Kissen positioniert werden, was die Arbeit der Bauchmuskulatur unterstützt
- Der Kopf sollte nicht zu sehr nach hinten überstreckt werden, da die Zunge zurückfallen und die Atmung behindern könnte

### Komplementäre Interventionen

#### Aromaanwendung

Die kontrollierte und bewusste Anwendung von ätherischen Ölen in der Pflege soll der Verbesserung des Allgemeinzustandes des Patienten und seinen Wohlbefinden dienen.

#### Allgemeine Hinweise

- Ätherische Öle dürfen nur im Einverständnis des Patienten und/oder seinen Angehörigen angewendet werden. Bei der Pflegeanamnese werden die Patienten über die Möglichkeit der Anwendung von ätherischen Ölen informiert. Die Patienten werden jeweils gefragt, ob sie deren Anwendung wünschen.

- Bei der ersten Anwendung werden 1 Tropfen ätherisches Öl auf die Innenseite des Unterarms aufgetragen. Nach 30 Minuten wird geprüft, ob eine Unverträglichkeit oder Allergie auftritt (Ist die Stelle gerötet, fühlt sich warm an oder juckend?). Bei Patienten, welche zu allergischen Reaktionen neigen, ist die Aromapflege nur mit einem vorherigen Verträglichkeitstest anzuwenden.
- Bei Patienten mit obstruktiven Lungenerkrankungen (wie COPD, Asthma bronchiale etc.) und Epilepsie oder Patientinnen mit Tumoren, welche Östrogen produzieren, ist die Anwendung der Aromapflege verboten.
- Bei Patienten mit Hirndrucksymptomatik (erhöhter Hirndruck, Hirntumor, Hirnödem, Hirnblutung etc.) dürfen die ätherischen Öle Fenchel, Pfefferminze, Rosmarin nicht angewendet werden.
- Bei bewusstlosen oder somnolenten Patienten sollen ätherische Öle nur nach Absprache und im Einverständnis mit den Angehörigen angewendet werden. Nach der Anwendung unbedingt nonverbale Reaktionen beobachten und die Wirkung entsprechend dokumentieren.
- Jedes ätherische Öl muss mit dem Datum der Erstentnahme versehen sein. Die ätherischen Öle haben unterschiedliche Haltbarkeiten (Zitrusöle 6 Monate, alle anderen 1 Jahr). Im Falle einer Veränderung (zähflüssiger/harziger) des ätherischen Öls, sollte es nicht mehr verwendet werden, auch wenn das Verfallsdatum noch nicht abgelaufen ist.

## Einreibung

Die sanften Berührungen bei einer Einreibung können entspannend und wohltuend wirken. Durch das Beifügen eines passenden ätherischen Öls wird die Wirkung der Einreibung verstärkt und nachhaltiger.

**Dosierung:** 4 Tropfen ätherisches Öl in 10ml Mandelöl in einen sterilen Becher geben (2% Mischung).

**Haltbarkeit:** Die ätherische Ölmischung ist maximal sechs Wochen haltbar.

**Häufigkeit:** 1-3 Anwendungen pro Tag

**Nachbereitung:** Circa 30 Minuten Nachruhen ist zu empfehlen.

**Beschriftung:** Der sterile Becher wird mit den ausgewählten ätherischen Ölen sowie dem Datum beschriftet.

Keine Anwendung auf betroffenen Hautareale:

- Bei Hauterkrankungen / Wunden
- Vor, während und nach einer Radiotherapie
- Patienten mit einer Neutropenie
- Patienten mit invasiven Medizinprodukten (Beispiel: Katheter, Sonden, Tracheotomien usw.)

## Papiertaschentuch/Kompresse/Waschlappen

**Dosierung:** 1-2 Tropfen ätherisches Öl unverdünnt auf ein Papiertaschentuch / unsterile Kompresse / Waschlappen träufeln und in unmittelbarer Nähe des Kopfes legen.

**Häufigkeit:** Diese Aromaanwendung kann mehrmals täglich angewendet werden, nach 24 Stunden wird das Material entsorgt bzw. versorgt.

## Riechstift

**Anwendung:** Die Farbe des Riechstiftes ist individuell wählbar und ist für den Einmalgebrauch vorgesehen. Der Riechstift soll nicht nachgefüllt werden und spätestens nach einem Monat ausgewechselt werden.

**Dosierung:** 4-6 Tropfen ätherisches Öl senkrecht aus der Flasche auf den Wattestift tropfen lassen. Die befeuchtete Seite des Wattestiftes zeigt zur Öffnung des inneren Teils des Riechstiftes. Der Wattestift wird in den inneren Teil des Riechstiftes eingesetzt und zum sicheren Schliessen des

Riechstiftes wird der Boden mit der kleinen Kunststoffkappe festgedrückt. Danach wird der Riechstift sofort verschlossen mit der Kappe, damit der Duft nicht aus dem Riechstift entweicht.

## Raumbeduftung

**Dosierung:** 4-6 Tropfen ätherisches Öl

**Anwendung:** Frotteetuch wird mit Wasser angefeuchtet und die ätherischen Tropfen werden darauf appliziert. Das Frotteetuch wird über den Bettbügel angebracht und täglich durch den Frühdienst gewechselt.

## Schleimansammlung in der Lunge

Jeweils 1 Tropfen **Eukalyptus, Lavendel, Teebaum, Lemongrass** und **Thymian** in 10ml Mandelöl

- Die Mischung auf beide Fusssohlen auftragen (Haut an den Fusssohlen ist sehr dünn, daher gesteigerte Wirkung)
- 4ml der fertigen Mischung auf beide Fusssohlen auftragen.

## Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit

Jeweils 1 Tropfen **Weihrauch, Kamille, Rose** in 10 ml Basisöl.

- Fertige Mischung auf die Fusssohlen verteilen
- Möglicherweise bevorzugt der Patient eine sanfte Rücken- oder Nackeneinreibung

## Medikamentöse Interventionen

Laut der Bigorio-Empfehlung von palliative.ch (2003) ist die medikamentöse Behandlung bei 80% der betroffenen Patienten wirksam. Bei 20% schlägt die medikamentöse Therapie nicht an, insbesondere bei Lungenödemem und pulmonalen Infekten. Bei einer Pneumonie kann eine Antibiotika-Therapie eingesetzt werden.

Bei der folgenden Tabelle werden häufig verwendete Medikamente dargestellt. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Die Verordnung der Medikamente liegt in der Verantwortung des zuständigen Arztes.

### Anticholinergika

Anticholinergika tragen zur Hemmung der Bronchialsekretion bei. Wichtig ist, dass mit dem Einsatz von Anticholinergika frühzeitig, sobald sich dezent erste Rasselgeräusche bemerkbar machen, begonnen wird.

#### Butylscopolamin (Buscopan®)

- 20mg i.v. oder s.c. alle 4-6 Std.
- Falls 1 Stunde nach der 1. Buscopan®-Gabe eine Wirkung eintritt, kann eine Dauerinfusion mit kontinuierlich 80-120mg i.v. oder s.c. eingerichtet werden

#### Scopolamin (Transcop® TTS)

- Transcop® TTS 1.5mg
- Wechsel alle 72h
- Das Medikament muss von den öffentlichen Apotheken über eine nationale Apotheke bestellt oder direkt im Ausland bezogen werden

## Diuretika

Um eine Mitverursachung durch kardiale Dekompensation auszuschliessen, können Diuretika versucht werden.

## Furosemid (Lasix®)

- 20-40mg i.v. oder s.c., zu wiederholen bei Ansprechen

## 7. Dokumentation

- Dokumentation von Beobachtungen und Komplikationen im Pflegebericht
- Verweis auf Pflegediagnose

## 8. Querverweise

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

## 9. Literaturverzeichnis

- Aulbert, E., Nauck, F., & Radbruch, L. (Hrsg.). (2007). *Lehrbuch der Palliativmedizin* (2.Aufl.). Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.
- Bee, W. & Hillier, R. (2010). Interventions for noisy breathing in patients near to death. *Cochrane Library*, 1, 1-18.
- Neuenschwander H. & Cina C. (Hrsg.). (2015). *Handbuch Palliativmedizin*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Palliativ ch. (2003). *Bigorio Dyspnoe*. Abgerufen von <http://www.palliative.ch>.
- Knipping, C. (2017). Palliative Betreuung in den letzten Lebenstagen und -stunden. In B. Steffen-Bürgi, E. Schärer-Santschi, D. Staudacher & S. Monteverde (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3. vollst. überarb. u. erw. Aufl., S.139-150). Bern: Hogrefe Verlag.

## 10. Autoren

- Susanne Colombo und Michaela Escher in Zusammenarbeit mit Doris Bittel-Passeraub/MAS P.C., Dr. Catherine Mengis Bay und Netzwerk Palliative Care Oberwallis
- Aktuelle Version angepasst durch Andrea Juon und Sandra Zurbriggen in Zusammenarbeit mit Dr. Catherine Mengis Bay und Netzwerk Palliative Care Oberwallis