

Therapie von Luftnot

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

Koordinatoren:

Karl-Heinz Wagner, Dr. Martin Dreyhaupt

Konsentierung zuletzt am:

29.11.2016

Mitglieder der AG:

Dickel, Thomas; Dreyhaupt, Dr. Martin; Even, Dr. Klaus; Jabbour, Najib; Halama, Margarete;
Kloke, Dr. Marianne; Köhn Kathrin, Dr.; Kordes, Dr. Ulrich; Laubenthal, Peter; Rudolph, Dr. Bettina;
Rosenkranz, Katrin; Schöpfer, Dr. Thomas; Shammass, Youssef; Wagner, Karl-Heinz

Luftnot

Bedeutung: Häufiges Symptom der Endstadien vieler Erkrankungen.

Pathogenese: oft multifaktoriell (z. B. *kardial, pulmonal, urämisch, Kachexie, Fieber, Anämie*)

Erfassung: In der Sterbephase eines Patienten kann die Beurteilung, ob und in welcher Intensität eine Atemnot vorliegt, durch eine Fremdeinschätzung (*professionelle Begleiter, Angehörige*) auf der Basis vegetativer Zeichen und klinischer Symptome (*u. a. Schwitzen, Zyanose, schnelle, flache Atemzüge, körperliche Unruhe, mimische Ausdrucksformen von Unwohlsein und Anstrengung*) erfolgen.

Hilfreiche Handlungen

Wenn möglich und angemessen, auch in der Terminalphase *ursächliche Therapie* versuchen.

Beispiele:

- Diuretika und Nitroglycerin als Spray bei Lungenödem oder s.l.
- Kortikosteroide bei Lymphangiosis carcinomatosa;
- β -Sympathomimetica bei Spastik (z. B. *Bricanyl s.c.*)
- Fieber senken

Allgemeine Maßnahmen

- atemerleichternde Lagerung (*ausprobieren, Ziel Atemarbeit mindern*)
- Luftzufuhr (*Fenster öffnen, Hand-Ventilator anstellen*)
- Raum um den Patienten lassen
- ruhige Atmosphäre schaffen
- Flüssigkeitszufuhr (*parenteral*) überprüfen

Pharmakologische Therapie

Opiode sind in der Behandlung von Luftnot unverzichtbar, dennoch erfolgt ihr Einsatz mit dieser Indikation im Off-Label-Use. Eine klinisch relevante Atemdepression, einen Abfall der Sauerstoffsättigung oder Anstieg des pCO_2 konnte in keiner Studie nachgewiesen werden.

Alle Opiode sind gleich wirksam. Die Überlegenheit einer Applikations- oder Zubereitungsform konnte nicht bewiesen werden. Von daher ist kein Opioidwechsel in der Terminalphase erforderlich. Es kann hilfreich sein, zwischen dauerhafter Luftnot und Luftnotattacken zu unterscheiden.

Es gelten die gleichen pharmakologischen Überlegungen und Prophylaxen wie bei der Gabe eines Opioids zur Schmerztherapie (*Stichworte: Niereninsuffizienz, Interaktionen, Antiemese, Laxantiengabe*)

1



Therapie von Luftnot

Arbeitsgemeinschaft heimbetreuende (Palliativ-)Ärzte (AG HPA) des Netzwerkes Palliativmedizin Essen (npe)

Vorgehen beim opioidnaiven Patienten

- Startdosis Morphin: 2,5 – 5 mg 4 stdl. p.o. oder 1 – 2 mg 4 stdl. i.v./s.c.

Vorgehen beim Opioid gewohntem Patienten (*bestehender Basisopioidtherapie*)

- Startdosis ist die Basisopioiddosis + 1/6 der Tagesdosis

Bei Luftnotattacken

- Versuch mit transmukosalen Fentanylzubereitungen (*Nasenspray, s.l. oder buccal Tabletten*) sinnvoll (*Off-Label-Use*) Start mit der niedrigst verfügbaren Dosis. Alternativ normal freisetzende orale Opiatzubereitungen oder s.c./i.v. (*Wirkeintritt und -dauer s. Abschnitt Schmerz*)

Bei Angst und Atemnot

- Zugabe von Benzodiazepinen sinnvoll (*s. Abschnitt Angst und Unruhe*).
- Die Zugabe von anderen psychotrop wirkenden Substanzen (*z. B. Neuroleptica, Buspiron, Antidepressiva*) kann nicht empfohlen werden.

Nicht hilfreiche Handlungen

- Eine Erstanwendung von O₂ in der Sterbephase ist mit dem Ziel Linderung von Luftnot wenig hilfreich.
- Gabe von Diuretika bei fehlenden Zeichen der Überwässerung.