

## Richtlinien zur palliativen Symptomkontrolle – Das Wichtigste in Kürze!

---

Die Richtlinien der Region Oberaargau zur palliativen Symptomkontrolle sind Richtlinien vom Spital SRO AG, die im Rahmen anderer Datenquellen zusammengestellt wurden. Sie sind für den täglichen Gebrauch geeignet und werden regelmässig überprüft und an Neuerungen/Änderungen angepasst.

---

### Empfehlungen für Nausea/Emesis

#### 1. Allgemeines

Nausea ist häufig und tritt in 40-70% in der Palliative Care auf.

Nausea tritt häufig ohne Erbrechen auf, umgekehrt ist Erbrechen ohne vorhergehende Nausea möglich.

#### 2. Ursachen

##### Gastrointestinal:

- Subileus/Ileus
- Obstipation
- Magen-/Duodenalulcus u.a.

Wenn die Übelkeit nach dem Erbrechen nachlässt, ist in erster Linie an eine intestinale Ursache zu denken.

##### ZNS:

- Hirndruck, Meningeosis carcinomatosa
- Erkrankungen des Vestibularorgans
- Erkrankung von Labyrinth, Mittelohr, Kleinhirn

##### Sensorik:

Schmerz, Geschmack, Geruch, Vagusreiz (u. a. Abdomen, Angina pectoris), sensorische Konflikte (Bewegung, Visus)

##### Reizung im Pharynx-Bereich:

- Entzündung
- Sekret
- Husten u.a.

##### Indirekt durch Tumor bedingt:

(z.B. paraneoplastisch, Anorexie/Kachexie)

##### Metabolisch:

- Niereninsuffizienz
- Leberinsuffizienz
- Hyperkalzämie
- Dehydratation
- Anorexie/Kachexie u.a.

Verfasst von: Dr. med. Astrid Schönenberger (Onkologin Spital SRO AG), kontrolliert durch Dr. med. Bettina Gujer (Hausärztin Langenthal), Zustimmung durch Pflegefachpersonen.

# Palliative Care Oberaargau

Bei anhaltender Übelkeit v.a. an metabolische oder toxische Ursachen denken!

## Psyche:

- Angst
- antizipatorisches Erbrechen
- Stress

## **3. Spezielle Syndrome**

### Regurgitation:

**Merkmal:** Das herausgewürgte Material ist unverdautes Essen, oft verbunden mit Schmerzen im oberen Abdomen oder Thoraxbereich

**Ursache:** Obstruktion oder andere Pathologie im Ösophagus, Parkinsonismus, Parkinson-Medikamente

### Magenausgangsstenose:

**Merkmal:** Fehlende Gallebeimischung, Essen kann noch Stunden nach der Mahlzeit erkennbar sein, nach Erbrechen sofort Verbesserung des AZ

### Syndrom des gedrückten Magens:

**Merkmal:** Das Erbrochene ist unverdaut, Gallebeimischung fehlt, im Gegensatz zur Magenausgangsstenose kleine Volumen, häufiges Erbrechen und häufig begleitet durch Singultus

**Ursache:** u.a. Hepatomegalie, kleiner Magen, Linitis plastica, Aszites

Häufig Verschlechterung der Symptome durch Opioiden, Anticholinergika, Antidepressiva und Neuroleptika.

### Ileus:

Primär Unterscheidung zwischen paralytischem und mechanischem Ileus nötig.  
Häufig Miserere (je distaler die Obstruktion, umso wahrscheinlicher ist Miserere)

### Erhöhter intrakranieller Druck:

**Merkmal:** Erbrechen ohne Übelkeit, gehäuft am frühen Morgen, schwallartiges Erbrechen, vermehrtes Erbrechen bei Lagewechsel  
Oft zusätzlich Kopfschmerzen

### Übelkeit in Kombination mit (Dreh-)Schwindel:

**Ursache:** Vestibulär oder im Kleinhirn und Mittelhirn

# Palliative Care Oberaargau

## 4. Diagnose

### Anamnese:

Die Übelkeit und das Erbrechen müssen durch eine genaue Anamnese erfasst werden. Dadurch sollte die Ursache gefunden werden. Nausea und Erbrechen sollten kontinuierlich erfasst und dokumentiert werden, ebenso die Reaktion auf eine medikamentöse oder nicht-medikamentöse Intervention.

Zur Differentialdiagnose der Ursache sind folgende Fragen wichtig:

- Wann?
- Wie? (Unerwartet? Vorgängig Übelkeit? Bringt das Erbrechen Linderung?)
- Wie viel?
- Was?
- Womit verbunden?
- Wodurch verstärkt?
- Begleitphänomene? (u.a. Schwindel, Nystagmus, Doppelbilder, Kopfschmerzen)
- Stärke?

### Untersuchungen:

- Körperliche Untersuchung
- Überprüfung der Medikamente
- Labor (Leber-, Nierenwerte, Elektrolyte und Blutzucker)
- Radiologie (Abdomen leer-Bild ist oft sinnvoll, DD Ileus, massive Koprostase)
- Sonographie (Ileus, Retentionsmagen, Metastasenleber)
- Schädel-MRI (oder -CT) bei Verdacht auf zentrale Ursache

## 5. Therapie

### Allgemeines:

- Prophylaxe ist einfacher als Therapie!
- „Friede dem Darm!“, d.h. 24-48 Std. alles parenteral (i.v./s.c.) verabreicht, sowohl Medikamente wie Flüssigkeit.
- Beeinflussbare Ursachen, wie z.B., Hirndruck, Hyperkalzämie, gezielt behandeln.
- Die Therapie richtet sich immer nach der Ursache (siehe Tabelle 1).
- Es wird immer eine Grundmedikation und eine Reservemedikation verschrieben.
- Nebst der medikamentösen Therapie müssen auch nicht-medikamentöse Massnahmen erfolgen.
- Bei Therapieresistenz zusätzlich Psychoonkologie, Seelsorge, Ernährungsberatung.

## 6. Dosierung der Medikamente gegen Nausea/Erbrechen

Arzneimittel	Indikation	Applikat. weg	Anfangsdosis/ Maximaldosis	Wirkort	Rezeptoren
<b>Prokinetika</b>					
Metoclopramid Primperan®	Gastroparese Paralytischer Ileus metabolisch, toxisch	po=iv=sc kontin.	10 mg ED 100 mg/24h	Magendarmtrakt Chemotriggerzone	D2, 5HT4, (3) D2, (5HT3)
Domperidon Motilium®	Gastroparese Paralytischer Ileus	po, sl	30 mg/24h 80 mg/24h	Magendarmtrakt Chemotriggerzone	D2 D2
<b>Neuroleptika</b>					
Haloperidol Haldol®	metabolisch, toxisch	po=iv=sc	1,5 mg/24h 10 mg (20)/24h	Chemotriggerzone	D2
Levomepromazin Nozinan®	Gastroenterologisch metabolisch, toxisch Schwindel + Nausea	po=iv=sc	6,25 mg/24h 25 mg/24h (1 Trpf. = 1 mg)	Magendarmtrakt Chemotriggerzone Gleichgewicht Breachzentrum	D2 D2 H1, Ach H1, Ach, 5HT2
Olanzapin Zyprexa®	Gastroenterologisch metabolisch, toxisch	po=sl	1,25 mg ED 5 (10) mg/24h	Magendarmtrakt Chemotriggerzone Breachzentrum	D2 D2, Ach H1, Ach, 5HT2
<b>Anticholinergika</b>					
Butylscopolamine Buscopan®	Ileus	po=iv=sc=rektal	20 mg/24h 100 mg/24h	antisekretorisch	Ach
Atropin Bellafit N Tropfen®	(Hirndruck) Schwindel + Nausea Ileus	po	3 x 0,1 mg/ max. 3 x 0,5 mg 4 Tr = 0,1 mg	Breachzentrum Gleichgewicht antisekretorisch	Ach Ach Ach
<b>Antihistaminika (exkl. Antihistamin wirkende Neuroleptika)</b>					
Diphenhydramin Kaugummi Trawell®	Nausea mit Schwin- del	po Kaugummi	20 mg ED	Breachzentrum Gleichgewicht	H1 H1
<b>weitere</b>					
Glucocorticosteroide Dexamethason	Hirndruck Kombination mit and. Antiemetika	po=iv=sc	4 mg/24h 16 mg/24h	Unklar, unbekannt	
Benzodiazepine: Lorazepam Temesta Expidet®	Antizipatorisches Erbrechen Kombination mit and. Antiemetika	sl	1 mg 3 mg/24h	Whs höhere Hirn- strukturen	
<b>Weitere verwendete Antiemetika für spezielle Situationen oder Reservemedikamente</b>					
<b>Setrone</b>					
Ondansetron Zofran®	terminale Nierenin- suffizienz Chemotherapie Radiotherapie	po=iv=sc	8 mg	Chemotriggerzone Magendarmtrakt	5HT3 5HT3

Die Setrone haben bei chronischer Nausea keinen Platz. Sie verlieren nach 2-3 Tagen die Wirkung und führen zu starker Obstipation. Ausserdem besteht keine Kassenpflicht.

Verfasst von: Dr. med. Astrid Schönenberger (Onkologin Spital SRO AG), kontrolliert durch Dr. med. Bettina Gujer (Hausärztin Langenthal), Zustimmung durch Pflegefachpersonen.

# Palliative Care Oberaargau

## 7. Ursache der Übelkeit/Erbrechen

## Behandlung

<b>Antizipatorisches Erbrechen:</b>	→	Benzodiazepine: Lorazepam (Temesta®)
<b>Metabolische Ursache:</b> Hypercalcämie, Hyponatriämie, Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz	→	1. Wahl: Haloperidol (Haldol®) 2. Wahl: Levomepromazin (Nozinan®), Ondansetron (Zofran®) bei Urämie 3. Wahl: Mirtazapin (Remeron®)
<b>Erhöhter intrakranieller Druck:</b>	→	1. Wahl: Dexamethason 2. Wahl: Atropin (Bellafit N Tropfen®), Dimenhydrinat (Trawell Kaugummi®)
<b>Gastrointestinale Ursache:</b>		Metoclopramid (Primperan®) oder Domperidon (Motilium®)
Ileus	→	paralytisch → obstruktiv →
Gastroparese	→	1. Wahl: Butylscopolamine (Buscopan®), Octreotid (Sandostatin®) : CAVE teuer, KoGu nötig ! 2. Wahl: Neuroleptikum (z.B. Haldol®),
Obstipation	→	Metoclopramid (Primperan®) oder Domperidon (Motilium®)
Ulcus duodeni / ventriculi	→	Laxantien, allenfalls mit Metoclopramid (Primperan®)
Regurgitation	→	1. Wahl: Protonenpumpenblocker 2. Wahl: Ranitidin, Sucralfat (Ulcogant®)
Magenausgangstenose	→	Versuch Neuroleptika: Haloperidol (Haldol®), Levomepromazin (Nozinan®)
gedrückter Magen	→	Magensonde, PEG (Einführung bis Duodenum)
Medikamente: Opioide, NSAR, Digoxin, Antibiotika etc.	→	schwierig behandelbar; Versuch: Neuroleptika oder Magensonde
<b>Medikamente:</b> Opioide, NSAR, Digoxin, Antibiotika etc.	→	1. Wahl: Neuroleptika (Haloperidol u.a.) 2. Wahl: Metoclopramid (Primperan®)
<b>Vestibulärer Schwindel:</b> (Drehschwindel): mit Übelkeit	→	1. Wahl: Antihistaminika: Dimenhydrinat, (Trawell Kaugummi®), Cyclizin (Marzine®) 2. Wahl: Atropin (Bellafit N Tropfen®), Levomepromazin (Nozinan®)
<b>Unbekannt / unklare Pathogenese:</b>	→	1. Wahl: Haloperidol (Haldol®) 2. Wahl: Metoclopramid (Primperan®) 3. Wahl: Haloperidol oder Metoclopramid und Dexamethason 4. Wahl: breites Neuroleptikum (Levomepromazin (Nozinan®), Olanzapin (Zyprexa®))

# Palliative Care Oberaargau

## 8. Nicht-medikamentöse Ansätze:

- Auf Wünsche des Patienten eingehen.
- Pflegerische Massnahmen: frische Luft, Gerüche vermeiden (Kaffeersatz oder Rasierschaum binden Gerüche), keine beengende Kleidung.
- **Massnahmen bei Mundgeruch:** Spülungen mit Pfefferminzöl, Salbeitee/-öl, australisches Teebaumöl, Thymianöl, Bitter Lemon, Schwarztee, Zitronenwasser; regelmässige Mund- und Zahnpflege mit erfrischenden Substanzen, z. B. Pfefferminztee, Weisswein, Sekt, ätherische Öle (z.B. Eukalyptus, Thymian, Minze, Teebaum), als Trägerlösung Wasser oder Bepanthenlösung.
- **Ernährungsbedingte Massnahmen:** Stress vom Essen wegnehmen, keine oder kleine Mahlzeiten, kalte Speisen und Getränke werden meist besser toleriert, Ingwer hat eine antiemetische Wirkung, z.B. Ginger Ale, getrocknete Ingwer-Stückchen.  
**Unterstützende Tees:** Fenchel, Kamille, Pfefferminz, Eisenkraut (Verveine).
- Komplementäre Massnahmen: Autogenes Training, Entspannung, Musik, Ablenkung. Wickel oder Kompressen mit Pfefferminzöl, Lavendel oder Kamille. Entspannungs-massage.

## 9. Literatur/Quellen

Doyle D. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, 3<sup>rd</sup> Ed.  
C. Bausewein Leitfaden Palliative Care, 4. Auflage  
Unterlagen des Palliative Care-Kurses St. Gallen