

Richtlinien zur palliativen Symptomkontrolle – Das Wichtigste in Kürze!

Die Richtlinien der Region Oberaargau basieren auf den Best Practice Bigorio Empfehlungen von palliative.ch und sind eine Kurzform davon. Sie sind für den täglichen Gebrauch geeignet und werden regelmässig überprüft und an Neuerungen/Änderungen angepasst.

Empfehlungen zur Atemnot

1. Allgemeine Massnahmen

- Lagerung (z.B. „Stillkissen“, Aufsitzen mit Abstützen der Arme auf Tisch oder Stuhllehne)
- Keine einengende Kleidung
- Luftstrom in der Nähe des Gesichtes (Ventilator, Fächer, Fenster öffnen), allgemein gute Zimmerluft
- Gute Mund- und Lippenpflege
- Entsprechende Kommunikation mit dem Patienten, d.h. nicht vergessen, sprechen braucht Luft. Kommunikation so halten, dass Patient nicht viel sprechen muss, nur einzelne Worte oder „Ja/Nein“
- Hilfe beim Atmen/Entspannen, z.B. von hinten Hände an Flanken oder Rücken legen und verbale Instruktion zum guten Ausatmen
- Entspannung: Von hinten Nacken/Schultern massieren
- Anwesend sein
- Verabreichung der Reservemedikation

2. Behandlung der Ursache (falls möglich)

- Zusätzlicher Lungeninfekt: Antibiotika
- Lungenembolie: Antikoagulation
- Pleuraerguss: Drainage, Pleurodese
- Perikarderguss, Aszites: Drainage
- Bronchiale Tumorobstruktion: Kortikosteroide, endobronchialer Stent und Laser oder Tracheostomie diskutieren (in speziellen Situationen)
- Lymphangiosis carcinomatosa: Kortikosteroide
- Dekompensierte COPD: Antibiotika, Kortikosteroide, Bronchodilatoren optimieren
- Kardiale Dekompensation, Diuretika, Vasodilatoren, Digitalis?
- Obere Einflusstauung: Kortikosteroide, Antitumor-Therapie erwägen (Radiotherapie falls noch möglich und sinnvoll)
- Anämie: Transfusion diskutieren

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

Palliative Care Oberaargau

3. Pharmakologische Symptombehandlung

3.1 Sauerstoff

- Die Indikation von O₂ hängt von der Klinik und nicht von der O₂-Sättigung ab
- Bei Hypoxie ist die O₂-Sättigung wenn möglich über 90% zu halten (Vorsicht bei COPD Patienten bei Gefahr der Hyperkapnie)

3.2 Opiate

- Ohne Opiat-Basis-Therapie: 2.5 mg Morphin alle 4h per os oder 1.25 mg alle 4h s.c., vor allem bei älteren und fragilen Patienten mit dieser Dosierung starten, Dosis gemäss Erfolg und Nebenwirkung entsprechend anpassen.
Bei Opiat-Basis-Dosis erfolgt auch bei Dyspnoe eine Reserve-Medikation mit 10% der Opiat-Tages-Dosis, evtl. prophylaktische Gabe vor entsprechender Provokation (z.B. Morgentoilette).
Bei Misserfolg mit dem angestammten Opioid Wechsel auf Morphin oder Hydromorphon, da diese beiden Opiode bei der Dyspnoe am besten untersucht wurden.

3.3 Anxiolytika

- Falls die Angst der primäre Auslöser für die Dyspnoe ist oder die Angst gleichzeitig ein wichtiger Co-Faktor darstellt, dann gleichzeitig Lorazepam (Temesta®) 0.5-1 mg alle 8h sublingual Dosis titrieren. Wenn gleichzeitig ein Delir besteht, keine Benzodiazepine sondern Einsatz von Neuroleptika
Niedrig dosierte Neuroleptika: Levomepromazin (Nozinan®) 6.25-12.5 mg alle 6-8h peroral oder s.c. Das Nozinan hat einen evtl. zusätzlichen positiven Effekt zur Reduktion des broncho-trachealen Sekretes

3.4 Physiotherapeutische Interventionen

- Befreiung von Sekret (Vibration, Lagerung)
- Hyperventilation bekämpfen (gutes Ausatmen, Atemübungen, Training, frühzeitiger Start!)
- Muskelentspannung

Wenn alle Massnahmen ungenügend sind, kann eine Sedation evaluiert/diskutiert werden.

4. „Terminales Rasseln“

4.1 Allgemeine Massnahmen:

- Erklärung der Ursache zur Beruhigung der Angehörigen
- Seitliche oder sitzende Lagerung
- Das Absaugen wird im Allgemeinen nicht empfohlen
- Infusion möglichst reduzieren (z.B. 500 ml/24h)
- Mundpflege

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

Palliative Care Oberaargau

4.2 Medikamentöse Massnahmen

- Erwägen einer Diuretika-Testdosis um eine mitverursachte kardiale Dekompensation auszuschliessen (z.B. Lasix)
- Scopolaminbutylbromid (Buscopan®) 20 mg s.c. Falls nach 1h eine Wirkung eintritt, Dauer-Infusion mit 60-120 mg/24h oder Buscopan regelmässig s.c. fix verabreichen
- Levomepromazin (Nozinan®) 6.25 mg s.c., max. 2-3 x/24h
- Scopolamin (Transcop® Patch alle 72h; Problem: in der Schweiz nicht erhältlich, Wirkungseintritt erst nach 12h, Delir-Gefahr, trockene Schleimhäute)

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