

Asthma bronchiale

Ursache:

Häufig entsteht das Asthma auf dem Boden eines hyperreaktiven Bronchialsystems, z.B. im Zuge von multiplen Allergien. Staubexpositionen aller Art können ebenfalls zu dem Krankheitsbild führen wie eine chronische Bronchitis z.B. bei Nikotinabusus. Familiäre Prädisposition ist eine weitere Ursache.

Verkrampfung der Bronchialmuskulatur, Schleimhautödem und Produktion von zähem Schleimhautsekret führen zunächst in der Ausatemungsphase zu einer Verlegung der kleinen Atemwege.

Symptome:

Das klassische Symptom ist der expiratorische Stridor mit Luftnot. Auskultatorisch imponieren Giemen und Brummen, im Status asthmaticus kann das Atemgeräusch nahezu fehlen (silent lung). Agitation und Angst sind Zeichen einer beginnenden psychischen Dekompensation. Mit zunehmendem Sauerstoffmangel droht die Somnolenz und der Bewußtseinsverlust. Die meisten Patienten weisen eine stark erhöhte Herzfrequenz auf. Die Tachycardie ist Ausdruck des Sauerstoffbedarfes und bessert sich sobald der Sauerstofftransport wieder gelingt. Ein Blutdruckabfall ist meist Zeichen einer akuten Herzinsuffizienz.

Vorgehen:

Die erste Maßnahme besteht in der verbalen Beruhigung des Patienten. Der Patient sollte in einen ruhigen Raum gebracht werden. Die Erkrankung ist den Patienten meistens bekannt, viele nehmen automatisch die Haltung ein, die ihnen die Atmung erleichtert. Der Patient sollte nicht in eine im unbequeme Lagerung gezwungen werden! Die Sauerstoffgabe sollte schnellstmöglich erfolgen. Der Patient erhält danach inhalative Medikamente: β_2 -Mimetika und ein Corticoid, evt. Adrenalin als Inhalationsspray (Infektokrupp). Die Vitalparameter werden überwacht. Stellt sich keine Besserung ein, so erfolgt die Alarmierung des Rettungsdienstes 112 und die Anlage eines Venenzuganges.

Therapie:

Die weitere Therapie besteht aus konsequenter Fortführung der Betreuung und der Gabe schnellwirksamer Medikamente intravenös:
Die Gabe von Theophyllin (200-400 mg) sollte fraktioniert erfolgen im Wechsel mit einem β_2 -Mimetikum iv. Häufig wird die bestehende Tachycardie hierdurch verstärkt.
Prednisolon wird in einer Dosierung von 250-500mg iv eingesetzt. Der Wirkeintritt erfolgt oft erst nach 15 min., Patienten, die mit Kortikoiden vorbehandelt sind, verspüren schneller Erleichterung.
Eine Sedierung darf bei diesen Patienten nur zurückhaltend eingesetzt werden. Atosil ist wegen der geringen Gefahr der Atemdepression das Mittel der Wahl, in der Regel sind 25 mg ausreichend

Vorgehen des Rettungsdienstes:

Die begonnene Therapie wird von den Rettungskräften fortgesetzt. Der Patient benötigt weiterhin Ruhe und das Personal Geduld. Läßt sich ein Asthmaanfall nicht beherrschen, so gilt als Ultima Ratio die Narkose und Intubation:
Bronchodilatierend und gleichzeitig narkotisierend bietet Ketanest S (1-2 mg/kg KG iv) gegenüber anderen Medikamenten einen Vorteil. Zur Vermeidung von akustischen Wahrnehmungsstörungen sollte Dormicum (2,5-5mg) supplementiert werden. Die Intubation muß schonend erfolgen.

Voraussetzungen in der Klinik:

Internistische Intensivstation

Leitsymptom Luftnot

Allg. Maßnahmen:

Anamnese

Patienten beruhigen

Patienten die bequemste Haltung einnehmen lassen oder OK hochlagern,

O₂-Zufuhr

Monitoring

Aerosole

i.v. Zugang

Therapie:

Theophyllin iv: 200-400 mg

β_2 -Mimetikum iv: z.B. Bronchospasmin

0,09 mg
Prednisolon 250 mg

Atosil iv: 25 mg

GEDULD

Spezifische Therapie:

Narkose: Ketanest S
1-2 mg/kg/kg
Dormicum 2,5-5 mg

Evt. Adrenalin

Zielklinik:

Internistische
Intensivstation