Invasive Schmerztherapie zu Hause

Autor(en): **Weber, Andreas**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): **- (2004-2005)**

Heft 85

PDF erstellt am: **25.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-789962

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Invasive Schmerztherapie zu Hause

Dr.med. Andreas Weber, FMH Anästhesie, MediX Gruppenpraxis, Rotbuchstr. 36, 8037 Zürich
Frei praktizierender Anästhesist und Schmerztherapeut, Vorstandsmitglied des palliative care NETZWERK ZÜRICH

Ein gutes Leben. Ein guter Tod. Ein Thema, das zunehmend enttabuisiert wird. Sowohl in der Bevölkerung, wie auch unter den Gesundheitsfachleuten.

Wenn man die Leute fragt, was sie sich am Lebensende wünschen, so steht der Wunsch, keine Schmerzen und keine Atemnot zu erleiden, bei 80% der Befragten ganz zuvorderst (BMJ 2003:327;180). In Wirklichkeit sterben aber 42% der Leute mit Schmerzen (Nurs Res 2000:49;310, N Engl J Med 1994:330;592).

Dabei könnten 80%–90% der Schmerzen bei konsequenter Anwendung des WHO Stufenschemas zur Schmerztherapie genügend behandelt werden. Die jüngsten Anstrengungen des Gesundheits- und Umweltdepartements, Palliative Care in den Pflegheimen und zu Hause zu fördern, werden uns diesem Ziel näher bringen. In 10%–20 % der Fälle werden aber perorale und transkutane Opiate und adjuvante Mittel versagen. Hier können invasivere Schmerztherapien wie Nervenblockaden, Spinalanästhesie oder PCA Pumpen[1] mit systemisch verabreichten Opiaten und anderen Medikamenten helfen.

Bei einem 64-jährigen Patienten mit Lungenkrebs und Metastasen in verschiedenen Organen und den Lendenwirbelköpern sowie Infiltration des Plexus Sacralis konnte weder die lokale Bestrahlung noch die Umstellung der peroralen Opiate auf transkutanes Fentanyl und später intravenös verabreichtes Morphium eine Linderung bringen. Eine zu Hause implantierte, subkutan tunnelisierte Spinalanästhesie reduzierte die Schmerzen auf der Visuell-Analogskala von 10 auf 2 – 3. Der Patient konnte

[1] PCA = patient controlled anesthesia. Es handelt sich um ein Pumpe, die der Patient selbst steuert und sich so die individuell notwenige Menge von Opiaten oder andern Medikamenten intravenös, subkutan oder intraspinal verabreicht.

wieder gehen, der Appetit kam zurück und er konnte die letzten drei Wochen bis zum Tod zu Hause und in seinem Garten verbringen. Die spinale Verabreichung von Opiaten, kombiniert mit Lokalanästhetika ist eine etablierte und günstige Methode für refraktäre Tumorschmerzen, vor allem in der unteren Körperhälfte. Infektionen sind auch bei mehrwöchiger Therapie selten. Häufiger werden Prästhesien (50%), Paresen (30%) und Urinretention (30%) beobachtet. Der Patient kann die Schmerztherapie über eine PCA Pumpe selbst steuern, dann treten diese Nebenwirkungen seltener auf. Bei mehrmonatiger Behandlung sollte eine transkutan steuerbare Pumpe implantiert werden.

In einem anderen Beispiel wurden starke Unterbauchschmerzen bei einem Rektumkarzinom mit Metastasen und erfolgloser Chemotherapie mit bis zu 1200 mg peroralem Morphium behandelt, ohne nennenswerte Schmerzlinderung. Andere, auch systemisch verabreichte Opiate und adjuvante Analgetika führten nicht zum Ziel. Über eine PCA Pumpe intravenös appliziertes Ketamin reduzierte die Schmerzen innert wenigen Stunden von 7-8 auf der Visuell-Analogskala auf 1-2. Die damit verbundene Sedation wurde vom Patienten und seinen Angehörigen in Kauf genommen. Zwei Tage später starb der Patient schmerzfrei und im Kreis der Angehörigen. Ketamin ist ein intravenös injizierbares Allgemeinanästhetikum mit starker analgetischer Wirkung. Im Unterschied zu anderen Narkosemitteln, ist die Sedation gering und der Muskeltonus sowie der Atemantrieb bleiben erhalten.

Viele dieser PatientInnen mit therapierefraktären Schmerzen befinden sich in der Endphase ihres Lebens. Oft sind sie bettlägerig. Der Transport in ein Spital zwecks Evaluation und Installation einer invasiven Schmerztherapie ist kompliziert und beschwerlich und führt häufig dazu, dass die Leute dann gleich im Spital bleiben. Damit wird das von 70% der Leute gehegte Ziel, zu Hause zu sterben, kurz vor Schluss verfehlt.

Die Schmerztherapie sollte deshalb zu Hause oder im Pflegheim, d.h. am vertrauten Ort des Patienten erfolgen. Dies ist durchaus möglich. Voraussetzung ist eine gute Schulung der PatientInnen und der Angehörigen, sowie eine enge und sorgfältig geplante Zusammenarbeit von Schmerztherapeut, Hausarzt, Spitex und anderen palliativ tätigen Organisationen.

Entscheidend ist, die Schmerzen der PatientInnen ernst zu nehmen. Schmerzen sind ein Notfall und sollten rasch und konsequent behandelt werden. Wenn man sie kausal nicht behandeln kann und mit dem WHO Schema „by the mouth, by the clock and by the ladder[2]“ nicht innert Stunden bis wenigen Tagen Erfolg hat, sollten – allenfalls auch nur vorübergehend – invasive Schmerztherapien in Betracht gezogen werden. Damit könnten wir wieder einigen Menschen ihren wichtigsten Wunsch am Lebensende erfüllen.

Welches sind für Sie die 3 wichtigsten Umstände für einen guten Tod?	Laienpflegende, Angehörige / Freunde (%)	Professionell Pflegende / Betreuende (%)
Wahl des Sterbeortes	32	30
Wahl des Zeitpunkts (mit Option, diesen selbst zu bestimmen)	42	27
Sterbebegleitung	28	25
Linderung von unangenehmen Nebenwirkungen (Schmerzen, Atemnot)	80	77
Keine medizinischen Interventionen	20	35
Palliative Care	15	17
Linderung seelischen Leidens	19	28
Psychologische Unterstützung / Begleitung	15	10
Klärung finanzielle Angelegenheiten	18	22
Begleitung der Familienangehörigen nach dem Tod	26	24
Wo möchten Sie am liebsten sterben?		
• Zuhause	67	76
• Hospiz	7	6
• Spital	2	12
• Keine Äusserung	23	15
BMJ 2003: 327;180		

[2] Orale, regelmässig, entsprechend Wirkdauer verabreichte Medikamente. Stufe I: nicht-Opioide (NSAD), Stufe II: schwache Opioide, Stufe III: starke Opioide