



Akute Luftnot – Präklinische Notfallversorgung bei Erwachsenen

Dr. Michael Rust, Arzt im Ärztlichen Notdienst und im Rettungsdienst, Frankfurt

Akute Atemnot beim Erwachsenen ist einer der häufigsten Gründe, dass notfallmäßig der Arzt gerufen wird. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass sich dieser Beitrag wie auch die Fragen nur auf Maßnahmen in der präklinischen Situation beziehen.

Differenzialdiagnostisch sind neben kardialen Ursachen (nicht Thema dieser Fortbildung) die in Tabelle 1 aufgeführten pulmonalen Erkrankungen zu erwägen. Unabhängig von der Genese klagt der Patient über Dyspnoe, also das subjektive Empfinden einer erschwerten Atmung. Die Angaben des Patienten werden durch die bei der orientierenden Untersuchung erhobenen Befunde (Auskultationsbefund der Lunge, Perkussionsbefund, Farbe der Haut und Schleimhäute, Blutdruck und Herzfrequenz, Bewusstseinslage) ergänzt. Symptome und Befunde dienen zugleich zur ersten Einschätzung, ob akute Gefahr für den Patienten besteht.

Berichte über frühere Atemnotanfälle können für eine obstruktive Atemwegserkrankung sprechen, Symptome einer Infektion wie z.B. Fieber für eine Pneumonie. Eine längere Zeit der Immobilisation, eine längere Reise, operative Eingriffe sowie Gipsverbände der Extremitäten oder klinische Symptome einer Thrombose deuten auf eine Lungenembolie hin. Frühere Episoden eines Spontanpneumothorax, Rippenfrakturen, vorangegangene Injektionen im Be-

reich der Thoraxwand oder Stichverletzungen legen die Diagnose eines Pneumothorax nahe. Bei der körperlichen Untersuchung muss vor allem auf Symptome einer respiratorischen Insuffizienz geachtet werden. Sie kann zur Hypoxämie führen, die sich in der Regel durch Sauerstoffinsufflation bessert, oder zu einer Kombination aus schwerer Hypoxämie bei Hyperkapnie. In diesem Fall wird oft eine Beatmung bereits in der präklinischen Situation erforderlich.

Das Ausmaß der Hypoxämie ist leicht und sicher zu beurteilen, da preiswerte kleine Pulsoxymeter zur Verfügung stehen und von vielen Rettungswagen mitgeführt werden. Eine Hyperkapnie hingegen ist oft nur anhand der Anamnese und des klinischen Eindrucks einer Hypoventilation zu vermuten. Kapnometer stehen präklinisch in der Regel nicht zur Verfügung, solange noch kein Notarzteinsetzfahrzeug beim Patienten ist. Außerdem kann mit vielen Geräten das expiratorische CO₂ nur beim intubierten Patienten zuverlässig gemessen werden.

Was blockiert die großen Atemwege?

Typische Erkrankungen, die zu akuter Atemnot durch Verlegung der großen Atemwege führen, sind:

- Glottisödem,
- Fremdkörperaspiration,
- Parese beider Stimmbänder,
- Tracheomalazie,
- Trachealstenose, die sich durch Schleimverlegung oder Schleimhautschwellung – z.B. bei einem banalen Infekt – akut verschlechtert.

Leitsymptom für eine Verlegung der großen Atemwege ist die Atemnot mit Stridor. Anamnestisch sollte versucht werden, die Ursache der Stenose zu klären.

Als Erstmaßnahmen kommen physikalische Maßnahmen wie das Anfeuchten der Atemluft und das Hochlagern des Oberkörpers in Frage, wodurch die Effizienz der Atemhilfsmuskulatur steigt. Im Falle einer Fremdkörperaspiration kann durch Manöver wie den Handgriff nach Heimlich (Abbildung 1) versucht werden, den Fremdkörper zu entfernen oder zumindest in eine Position zu bringen, in der er die Atmung weniger beeinträchtigt.

Eine medikamentöse Therapie muss zum Ziel haben, die Schleimhaut so abzuschwellen, dass die Stenose behoben

Tabelle 1 Differenzialdiagnosen der akuten Atemnot des Erwachsenen – Pulmonale Ursachen

1. Verlegung der großen Atemwege
 - Glottisödem
 - Tracheomalazie
 - Trachealstenose
 - Fremdkörperaspiration
2. Obstruktive Lungenerkrankung
 - Schwerer Asthmaanfall
 - Akute Verschlechterung einer vorbestehenden chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung
3. Hyperventilationssyndrom
4. Pneumonie
5. Lungenembolie
6. Toxisches Lungenödem
7. Pneumothorax

ZS. B.
88514
ZB MED