Asthmaanfall

VON H. S. FÜEßL

Asthmaanfälle gehören zu den häufigsten Notfallsituationen, die Sie als Hausarzt erleben. Sowohl für den Betroffenen als auch für seine Umgebung erscheint die akute Atemnot meist bedrohlicher, als sie objektiv betrachtet ist. Dennoch sollten Sie Asthmaanfälle nicht unterschätzen, vor allem wenn Sie die Vorgeschichte des Patienten nicht kennen. Von ihm selbst erfahren Sie in diesem Zustand wenig, da Patienten mit schwerer Luftnot nicht viel sprechen.

Foto: Science Photo Library/Focus

Situation

Asthmaanfälle entstehen meist nicht „aus heiterem Himmel“. Oft kommt es in den Tagen zuvor bereits zu einer schrittweisen Verschlechterung der Atemfunktion. Am häufigsten treten die Anfälle am Ende der Nacht, d. h. in den frühen Morgenstunden auf (Parasympathikotonus!). Die Patienten kennen in der Regel die Diagnose, da bereits früher Anfälle auftraten. Typische Medikamente wie Beta-Sympathomimetika und inhalative Kortikoide werden meistens schon angewendet, bevor der Arzt gerufen wird. Nicht selten erfolgt die Anwendung aus Angst und nicht lege artis. Oder die Medikamente sind ausgegangen.

Notfall-Anamnese und Sofortdiagnostik

- Wann begann die Symptomatik? Laufende Zunahme der Luftnot?
- Asthma bekannt? Allergien? Infekte? Sputumfarbe? Nikotin? Reizgase? Begleiterkrankungen?
- Peak-Flow-Protokoll vorhanden? Aktuelle Dauermedikation? Bereits verwendete Medikamente?
- Atemfrequenz, verlängertes Expirium, Zyanose (→ Pulsoxymetrie); Bewusstseinslage?
- RR, Puls (Bradykardie Alarmzeichen!), Pulsoxymetrie;
- Auskultation: beidseits expiratorisches Giemen, Brummen; leises Atemgeräusch Alarmzeichen! Bei schwerster Obstruktion „Silent Chest“;
- Perkussion: tief stehende Zwerchfelle, hypersonorer Klopfeschall, geringe Verschieblichkeit der Lungengrenzen.

Meistens Blickdiagnose, wenig Diagnostik erforderlich, Therapie steht im Vordergrund.

Therapeutische Sofortmaßnahmen

- Einschätzung der Gefährdung; welcher Asthmagrad liegt vor?
- Patient beruhigen; Lippenbremse versuchen;
- Sauerstoffgabe (falls vorhanden)
- β_2 -Mimetikum als Aerosol (0,1 mg Salbutamol oder 0,1 mg Fenoterol, z. B. 2–3 Hub Berotec®, evtl. mit Spacer; cave: Patient hat Spray meist schon reichlich benutzt!) und/oder 0,25–0,5 mg Terbutalin (Bricanyl®) s. c. oder i. v.; wenn i. v., dann über i. v. Dauerzugang
- 50–100 mg Prednisolon i. v. (z. B. Solu-Decortin H®)
- 200 mg Theophyllin-Lsg. oral (z. B. Euphylong® quick 200) oder ohne Vorbehandlung mit Theophyllin 4–5 mg/kg KG mit Vorbehandlung 2–2,5 mg/kg KG Theophyllin langsam (20–30 min) i. v. (z. B. Euphylong® i. v. 200; 1 Amp. = 10 ml = 200 mg)
- Evtl. Sedierung mit Diazepam 2,5–5 mg i. v. (Valium®); cave: Atemdepression! Patient muss nach Gabe von Sedativa unbedingt länger überwacht werden.

Klinikeinweisung

- Bei mangelnder Besserung der Symptomatik innerhalb von 30–60 Minuten
- Wenn der Patient nicht durch einen Erwachsenen in der Wohnung betreut werden kann
- Erneute Verschlimmerung innerhalb von zwei Stunden
- Transport immer mit Notarztwagen!

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. H. S. Fießl, Internistische Abteilung, Bezirkskrankenhaus Haar, Ringstr. 33 A, Postfach 1111, D-85540 Haar, E-Mail: fueessl@krankenhaus-haar.de