

Auch ältere Menschen sollten Luftnot ernst nehmen

Dyspnoe ist der fachliche Begriff für Atemnot. Betroffene, die darunter leiden, haben häufig das Gefühl, trotz verstärkter Atmung nicht genügend Luft zu bekommen. Die Palette der möglichen Ursachen ist breit.

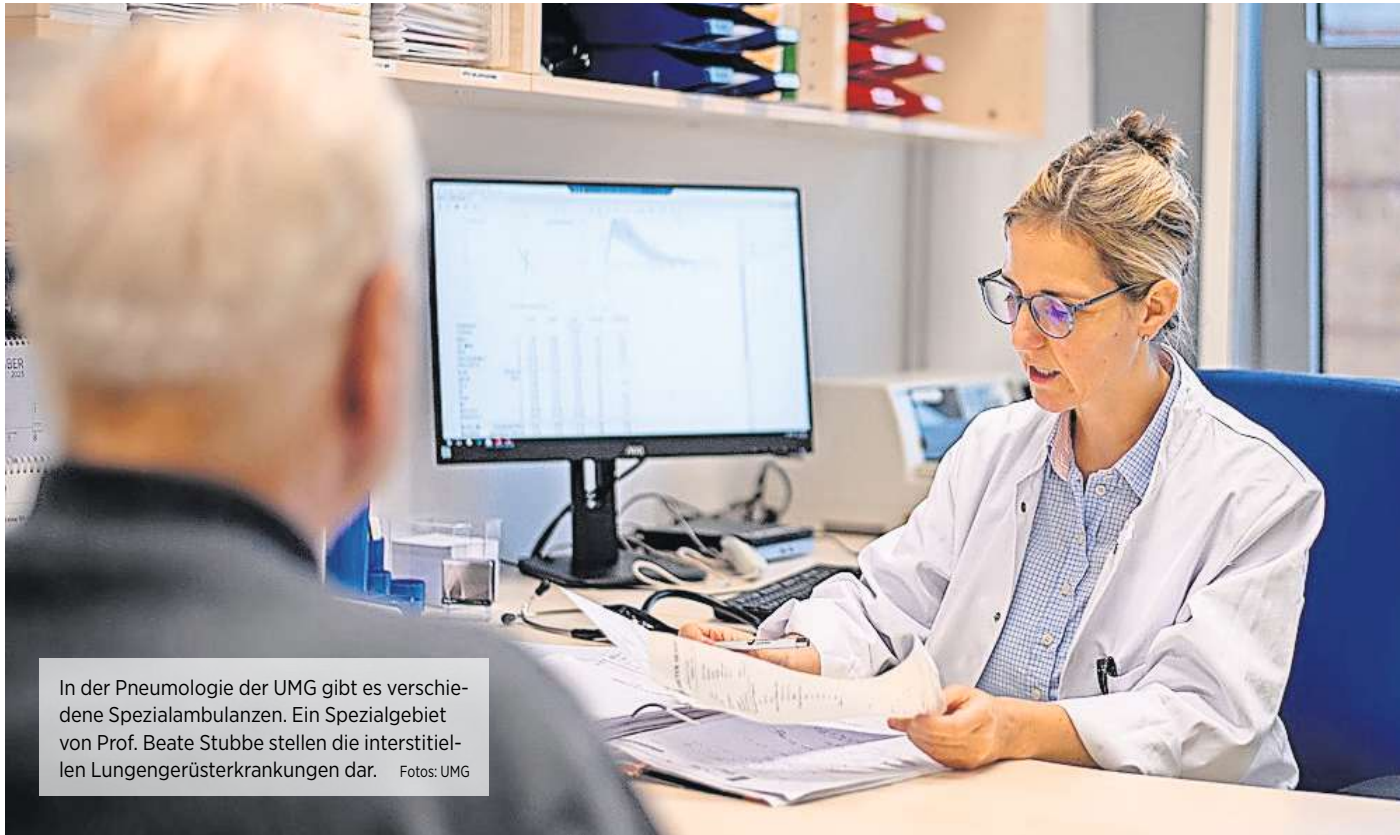
Angelika L. (69) genießt ihre Zeit als Rentnerin. Mit ihrem Mann geht sie gern auf Reisen. Mit Freunden und Bekannten unternimmt sie Ausflüge. Ab und an hat sie kleinere Wehwehen – alles das Alter. Mit ihren Freundinnen spaziert sie regelmäßig eine Runde im Park. Zwischendurch muss sie Pausen einlegen und einmal durchatmen – alles das Alter. „Doch irgendwann habe ich gemerkt, dass ich mit Gleichaltrigen im Schrittempo nicht mehr mithalten kann“, blickt sie zurück. Bei jeder Belastung habe sie das Gefühl gehabt, ihr würde regelrecht der Atem geraubt.

„Es kommt nicht selten vor, dass gerade ältere Patienten schon zwei oder drei Jahre lang unter Luftnot leiden, sie aber anfangs noch gar nicht aktiv wahrnehmen und die Beschwerden stets auf das Alter schieben“, erklärt Prof. Beate Stubbe von der Unimedizin Greifswald die Situation von Angelika L. Die Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie warnt jedoch davor, das subjektive Gefühl des erschweren Atmens auf die leichte Schulter zu nehmen: „Insbesondere, wenn die Lebensqualität beeinträchtigt ist, sollte man das ärztlich abklären lassen.“

Fast nie habe Luftnot etwas mit dem Alter zu tun. Denn hinter dem Symptom stecken häufig organische Ursachen, die für den Patienten sogar lebensbedrohlich sein könnten. Neben Erkrankungen der Lunge und Atemwege können ebenso Herzerkrankungen, eine Nierenschwäche, neuromuskuläre Erkrankungen, eine Anämie, HNO-Erkrankungen bis hin zu Somatisierungsstörungen wie Angst und Panik ursächlich für Luftnot sein. „Das differentialdiagnostische Spektrum ist sehr breit“, betont Stubbe. Ihre Patienten haben nicht selten eine längere Odyssee hinter sich.

Eine umfangreiche Anamnese ist das A und O

Die Odyssee von Angelika L. begann zunächst einmal bei ihrem Hausarzt. „Als ich eines Tages so starke Luftnot bekam, dass ich Erstickungsängste hatte, war mir klar: Ich muss zum Arzt“, erzählt sie. Dadurch, dass Atemnot stets unterschiedlich wahrgenommen wird, versuchte der Hausarzt zunächst einmal, im Rahmen der Anamnese das Subjektive zu objektivieren. Hierzu werden Fragebögen ausgefüllt sowie körperliche Untersuchungen und Bluttests durchgeführt. Angelika L.'s Hausarzt überwies sie schließlich an den



In der Pneumologie der UMG gibt es verschiedene Spezialambulanz. Ein Spezialgebiet von Prof. Beate Stubbe stellen die interstitiellen Lungengerüsterkrankungen dar. Fotos: UMG

Lungenfacharzt, um weitere diagnostische Untersuchungen durchführen zu lassen. Die dort durchgeführte Röntgendiagnostik brachte jedoch noch keine eindeutigen Hinweise für die Ursache der Luftnot. Nicht selten komme es vor, dass Patienten mit vielen verschiedenen Untersuchungsergebnissen zu ihr in die Sprechstunde kommen, berichtet Beate Stubbe, „aber noch niemand diese Befunde gebündelt und auf den Punkt gebracht hat“.



„Luftnot ist immer ein wichtiger Hinweis.“

Prof. Dr. Beate Stubbe
Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie

Als Angelika L. schließlich an die Pneumologie der UMG überwiesen wurde, standen unterschiedliche zunächst nichtinvasive Untersuchungsmethoden auf dem Programm. In einer Glaskabine wurde ihre Lungenfunktion überprüft. Hier können verschiedene Komponenten Erkenntnisse darüber liefern, ob zum Beispiel die Atemwege verengt sind, die Lunge versteift ist oder aber eine Gasaustauschstörung vorliegt. Auch die Fahrradbelastungsuntersuchung (Spiroergometrie) spiele bei der Diagnostik eine wesentliche Rolle: „Durch diese können wir unter anderem erkennen, ob wir eher nach pulmonalen

oder kardialen Ursachen für die Beschwerden suchen müssen“, so Stubbe. Man müsse immer breit denken und andere Fachbereiche mit einbeziehen. Auch beim Ultraschall müssen Lunge und Herz unter die Lupe genommen werden. „Unsere Pneumologie ist apparativ sehr gut ausgerüstet und die Zusammenarbeit mit den Kardiologen ist eng“, berichtet die Fachärztin weiter. Das sei auch bei den invasiven Maßnahmen vonnöten. So werden bei den Patienten

ten, je nach Verdachtsdiagnose, auch Rechts- und/oder Linksherzkatheter-Untersuchungen durchgeführt.

Die Untersuchungen bei Angelika L. gingen über das Maß der Ambulanz hinaus. Für solche Fälle stehen Betten auf der Normalstation der Pneumologie bereit. Von hier können die weiterführenden invasiven Untersuchungen sowie Computertomographien oder Szintigraphien der Lunge veranlasst werden. Die Länge des stationären Aufenthalts hänge davon ab, welche Befunde die Patienten bereits mitbringen und welche Fachbereiche bei der Diagnostik mit einbezogen werden müssen. „Die Koordi-

nation verschiedener Untersuchungen und der interdisziplinäre Austausch mit den Kollegen gelingt uns hier an einer Universitätsmedizin sehr gut“, erzählt Beate Stubbe zufrieden. Neben den Lungenärzten und Kardiologen wurde im Fall von Angelika L. auch der Rheumatologe hinzugezogen, denn hinter ihrer Luftnot steckte letztlich ein komplexes rheumatologisches Krankheitsbild.

Die Diagnose bestimmt die Therapie

Die 69-Jährige leidet unter dem sogenannten Sjögren-Syndrom. Dabei handelt es sich um eine entzündlich-rheumatische Erkrankung, die einen Bindegewebsumbau in ihrer Lunge verursacht hat. „Man bezeichnet diese Veränderung des Lungengewebes zunächst als interstitielle Lungengerüsterkrankung, später kann durch Vernarbung daraus eine Lungenfibrose entstehen“, erklärt Beate Stubbe. Dabei werde das funktionierende Lungengewebe zunehmend durch funktionsloses Bindegewebe ersetzt. Das verhärtete und vernarbte die Lunge, sodass sie immer weniger dehnbar ist. Es sei ein fortschreitender Prozess, durch den Betroffene zunächst nur unter Belastung, später aber auch in Ruhephasen eine Atemnot verspüren. „Umsowichtiger ist es, die Erkrankung möglichst frühzeitig zu erkennen“, betont Stubbe weiter. Bereits narbig umgebautes Gewebe bleibe dauerhaft bestehen. Bedingt durch die strukturelle Lungenerkrankung wurde bei Angelika L. außerdem ein Lungenhoch-

druck festgestellt. Das bedeutet, dass der Blutdruck im Lungenkreislauf erhöht ist.

Angelika L. war letztlich froh, dass sie ihre Luftnot ernst genommen hat und zum Arzt gegangen ist. Am Ende ihrer Odyssee hatte sie endlich eine Diagnose. Zwar weiß sie, dass ihre Lungenerkrankung nicht heilbar ist, „aber zumindest gibt es Therapiemöglichkeiten, die ein Fortschreiten meiner Erkrankung verlangsamen“. Gemeinsam mit ihren behandelnden Ärzten habe sie eine medikamentöse Therapieform gefunden, die ihr bereits Linderung verschafft hat. Neben der medikamentösen Behandlung sei der Lebensstil die zweite wesentliche Säule der Therapie. „Hier gilt für Raucher natürlich in erster Linie: mit dem Rauchen aufhören“, so Beate Stubbe. Zudem sei regelmäßiger Lungensport wichtig: „Gerade bei den nicht heilbaren Bindegewebskrankungen ist eine kräftige Atemhilfsmuskulatur essenziell.“ Spaziergänge, Gartenarbeit oder Fahrradfahren verbessern die körperliche Belastbarkeit.

Nicht zuletzt sei es wichtig, sich gegen Grippe, Pneumokokken und Corona impfen zu lassen. Durch die Bindegewebskrankung sei die Lunge ohnehin bereits geschädigt. „Wenn dann noch ein Infekt hinzukommt, kann es für die Patienten schnell lebensbedrohlich werden“, warnt Stubbe.

Das Gefühl, nicht genügend Luft zu bekommen – es ist eben nicht alles das Alter. Es sollte nicht unterschätzt werden. Die Ursache frühzeitig zu erkennen, kann Leben retten.

Was tun bei akuter Luftnot?

- bei plötzlich schwerer und zunehmender Luftnot: Notarzt rufen
- auf weitere Symptome achten: z.B. Husten, Auswurf, Atemgeräusche, Blaufärbung von Haut, Lippen, Nägeln oder Schleimhäuten, veränderter Blutdruck und Puls, Engegefühl oder Schmerzen im Brustkorb, Kältschweißigkeit, Zittern, Bewusstseinsstörung oder Schwindel
- bei bekannten Erkrankungen an Notfallplan halten (Notfallsprays, Bedarfsmedikamente einnehmen)
- Ruhe bewahren, Erste-Hilfe-Leistende sollten die Betroffenen möglichst beruhigen
- Eine aufrechte Körperhaltung einnehmen, Arme auf den Oberschenkel abstützen (Kutschersitz)

Forschung an der UMG Greifswald

Die Universitätsmedizin Greifswald hat vier zentrale Aufgaben: Wissenschaftliche Forschung zu betreiben, den medizinischen Nachwuchs bestmöglich aus- und weiterzubilden, die Patientinnen und Patienten optimal zu versorgen sowie maßgeblich zur medizinischen Versorgung der Menschen in der Region beizutragen.

Herausforderungen der bevölkerungsbezogenen Gesundheit gehören wie die Molekulare Medizin zu den Forschungsschwerpunkten der Universitätsmedizin Greifswald. Sie ermöglichen individuelle, auf die einzelne Person zugeschnittene Behandlungsmethoden.

Allgemein anerkannt sind unter anderem die Arbeiten zur Infektionsforschung, zur frühzeitigen Erkennung und erfolgreichen Behandlung von Sepsis, zur Krebsforschung, zur Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie psychischer und neurologischer Erkrankungen.

Chronische Atemwegserkrankungen

Erkrankungen der Atemwege sind insbesondere in den Wintermonaten keine Seltenheit. Sind die Beschwerden jedoch konstant vorhanden, kann eine chronische Atemwegserkrankung ursächlich sein. Zu den häufigsten chronischen Atemwegserkrankungen gehören chronische Bronchitis, die chronisch-obstruktive Lun-

generkrankung (COPD) mit oder ohne Lungenüberblähung (Lungenemphysem) sowie das Asthma bronchiale. Aufgrund der Atemwegsverengung leiden die Betroffenen typischerweise unter Atemnot, Husten und Auswurf, Müdigkeit sowie eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit. Die Ursachen für chronische Atem-

wegserkrankungen sind oft Rauchen, Umweltverschmutzung, genetische Faktoren und wiederholte Atemwegsinfektionen. Die Behandlung konzentriert sich darauf, Symptome zu lindern, die Lebensqualität zu verbessern und den Krankheitsverlauf zu verlangsamen. Zu den wichtigsten therapeutischen Maßnahmen ge-

hören das Meiden von Schadstoffen, die Inhalation von atemwegserweiternden Medikamenten, körperliche Aktivität und Lungensport sowie der regelmäßige Arztbesuch und die Optimierung der ambulanten Versorgung. In fortgeschrittenen Fällen umfasst die Behandlung ebenso eine Sauerstofftherapie.

Kontakt



Universitätsmedizin Greifswald
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin B
Tel.: 03834/86-80595 (Sekretariat Pneumologie)
E-Mail: innereb@med.uni-greifswald.de
Web: www.medizin.uni-greifswald.de/inn_b/leistungsspektrum/pneumologie