

Leitsymptom Atemnot beim Kind

Antje Schuster



Vorstellungen in der Notaufnahme wegen akuter Atemnot sind in der Kinderheilkunde häufig. Krankheitsbilder mit Atemnot bergen immer die Gefahr der Hypoxie, die es dringend zu vermeiden gilt. Ein strukturiertes, zielgerichtetes Vorgehen ist essenziell, um die Symptomatik differenzialdiagnostisch richtig einzuordnen und die adäquaten Therapiemaßnahmen – zum Beispiel Sauerstoffsupplementierung oder Inhalationstherapie – zeitnah einzuleiten.

Einleitung

Wie immer in der Pädiatrie hat man es typischerweise zum einen mit dem jungen Patienten selbst und zum anderen mit seinen Eltern zu tun. Kinder mögen sowohl die Krankheitserscheinungen als auch die Situation in der Notaufnahme angstvoll als bedrohlich erleben, und Eltern eines unter akuter Atemnot leidenden Kindes können ggf. „verrückt vor Sorge“ irrational mit dem Klinikpersonal interagieren. In der Regel ist es nicht sinnvoll, Kind und Eltern zu trennen. Vielmehr gilt es, unter Ausstrahlung von Ruhe und Kompetenz zügig zielführend zu arbeiten, um der Akutsituation Herr zu werden. Berechtigte Wünsche des Kindes sind zu berücksichtigen: Wenn es beispielsweise eine sitzende Position einnehmen möchte, weil es so besser atmen kann, muss es nicht auf die Untersuchungs- liege gezwungen werden. Säuglinge mögen eventuell im Arm der Mutter am ruhigsten sein und so am besten untersucht und behandelt werden. Sofern sich die Situation des Kindes stabil darstellt, besteht keine Indikation zu schmerzhaften Maßnahmen wie einer primären i. v. Zugangsanlage oder einer Blutabnahme, welche die Akuität der Situation eher verschlimmern würden.

Merke

Strukturiertes, kompetentes und zügiges Vorgehen mit Augenmaß und Ruhe hilft, die Akutsituation des dyspnoischen Kindes zu beherrschen.

Es gibt eine ganze Reihe von Erkrankungen, die im Kindesalter zu Atemnot führen können. In diesem Artikel sollen die folgenden Differenzialdiagnosen bearbeitet werden:

- Akute Bronchiolitis,
- akuter Asthmaanfall/obstruktive Bronchitis,
- Anaphylaxie,
- Pneumonie,
- stenosierende Laryngotracheitis (Pseudokrupp),
- akute Epiglottitis,
- Fremdkörperaspiration.

Intensivmedizinische Therapie akut lebensbedrohlicher Dyspnoe wird hier nicht abgehandelt werden; hier sei auf weiterführende Literatur verwiesen [1].

Primäres Vorgehen

- **Inspektion:** Hohe Priorität hat die Einschätzung des initial zu beurteilenden Gesamteindrucks des Patienten:
 - Ist der Patient bewusstseinsklar, interagiert er angemessen?
 - Wie ist das Hautkolorit?
 - Scheint der Patient mit zu schneller Atmung zu hecheln? Ist die Atmung flach?
 - Zeigt er Dyspnoezeichen wie Nasenflügeln oder juguläre, interkostale, subkostale, epigastrische Einziehungen oder Einsatz der Atemhilfsmuskulatur?
 - Hört man mit bloßem Ohr Atemnebengeräusche?
- **Erste Untersuchungen:** Hier gilt es, sich rasch ein objektives Bild über die akut relevanten Befunde zu verschaffen.
 - Pulsoxymetrie (→ O₂-Gabe, wenn ≤ 92%),
 - Bestimmung der Vitalparameter, v. a. zunächst Atem- und Herzfrequenz, Körpertemperatur,
 - Auskultation der Lungen, ggf. Inspektion von Mundhöhle und Rachen,
 - Rekapillarierungszeit.
- **Orientierende Anamnese:**
 - Seit wann besteht die Atemnot, wie war der Verlauf?
 - Bestehen Begleitsymptome, Vorerkrankungen?
 - Gibt es einen vermuteten Auslöser?
 - Welche Maßnahmen wurden mit welchem Erfolg schon ergriffen?

Mit diesen wenigen Maßnahmen lässt sich die Akutsituation im Sinne der klassischen ABCD-Notfallkriterien (Airway, Breathing, Circulation, Disability) einordnen.

GESPANNT, WIE ES WEITER GEHT?

Holen Sie sich jetzt das Abo zum Einführungspreis plus Geschenk!
Mit vielen weiteren Themen – passgenau für
Ihren herausfordernden Alltag in der Notaufnahme.



NEU

MOBIL LESEN
ONLINE & OFFLINE
mit der kostenlosen eRef App

Blättern Sie [hier](#) durch eine Ausgabe.

[Hier](#) klicken und zum Einführungspreis plus Geschenk bestellen.

up2date – Fortbildung mit dem roten Faden

 Thieme