

Schmerztherapie

Dr. Hanne Trapp

St. Jakobus Hospiz gGmbH



Agenda

- **Definition Schmerz**
- **Schmerz allgemein**
- **Schmerzarten**
- **Schmerz die vier Dimensionen**
- **WHO Stufenschema**
- **10 Regeln der palliativen Schmerztherapie**
- **Merkregeln**
- **Schmerztherapie**
- **Ceilingeffekt**
- **No Go's WHO**
- **Unterstützende Maßnahmen**
- **Morphinmythos**



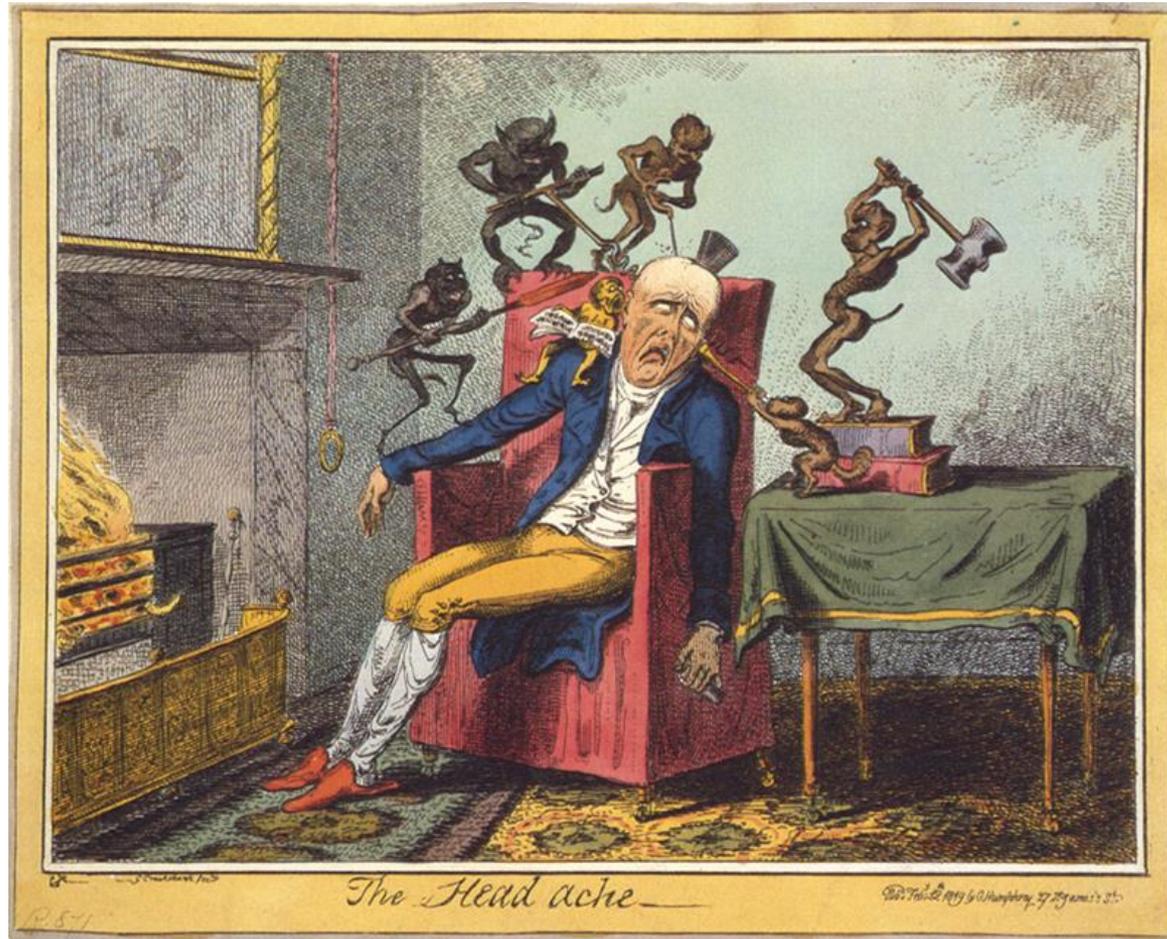


Definition Schmerz

Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer echten potentiellen Gewebeschädigung einhergeht oder als solches beschrieben wird.

Schmerz allgemein

- **Schmerzen sind grundsätzlich immer subjektiv und werden durch biologische, psychische, soziale und spirituelle Aspekte moduliert**
- **Basisfragen der Schmerzanamnese:**
 - Wo? = Lokalisation**
 - Wohin? = Ausstrahlung**
 - Wie? = Intensität, Qualität**
 - Wann? = Zeitlicher Verlauf**
 - Wodurch? = modulierende Faktoren**
 - Warum ? = Kausalzusammenhänge**



Schmerz allgemein

Schmerz ist das, was der Patient als Schmerz angibt!

Er existiert immer dann, wenn der Patient ihn äußert!

Oder platt gesagt : Wenn ein Patient Schmerzen hat , dann hat er Schmerzen.

Schmerzarten I

- **Akuter Schmerz (Warnfunktion)**
- **Chronischer Schmerz (Schmerzgedächtnis)**

Schmerzarten II

- **Unterscheide nozizeptiven (80%) von neuropathischem (34%) Schmerz**
- **Nozizeptiver Schmerz ist eine Reaktion auf mechanische, thermische oder chemische Reize. Er wird unterteilt in somatischen (Knochen, Haut, Muskulatur, Weichteile) und viszeralen (Organe) Schmerz.**

Schmerzarten III

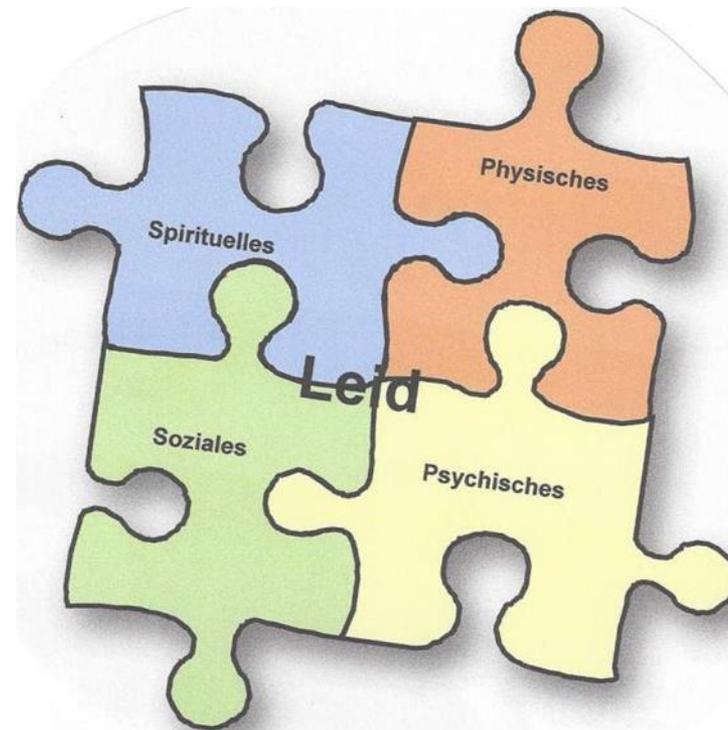
- **Somatischer Schmerz:**
gut lokalisierbar, dumpf-bohrend oder scharf-spitz, oft bewegungsabhängig (z.B. Knochenmetastasen)
- **Viszeraler Schmerz:**
schwer lokalisierbar, unscharf begrenzt, dumpf-drückend, teils kolikartig (z.B. Peritonealcarcinose)
- **Therapie:**
NSAR und Opioide, selten Koanalgetika

Schmerzarten IV

- **Neuropathischer Schmerz**
blitzartig einschließender (neuralgischer)
Schmerz sowie brennender Dauerschmerz
- **Ursachen**
Kompression, Irritation oder Schäden von
Nerven, Spinalganglien, Rückenmark, ZNS
(z.B. chemotherapieinduzierte
Polyneuropathien)
- **Therapie**
Opioide + Koanalgetika (Antikonvulsiva, Kortikosteroide,
Antidepressiva)

Schmerzen: vier Dimensionen

- **Soziale**
- **Körperliche**
- **Spirituelle**
- **Psychische**



**Diese Multidimensionalität von Schmerz wurde
von Cicely Saunders bezeichnet als**

„Total Pain“

WHO Stufenschema

Stufe 1:	Nicht-opioides Analgetikum, ggf. in Kombination mit Adjuvanzien	NSAP, Metamizol, Paracetamol
Stufe 2:	Schwaches Opioid, ggf. in Kombination mit nicht-opioiden Analgetika und/oder Adjuvanzien	Tramadol, Tilidin (+ Stufe 1)
Stufe 3:	Starkes Opioid, ggf. in Kombination mit nicht-opioiden Analgetika und/oder Adjuvanzien	Morphin, Hydromorphon, Oxycodon, Fentanyl, Buprenorphin, Tapentadol, Methadon (+ Stufe 1)
Stufe 4:	Invasive Techniken	Peridurale Injektion, spinale Injektion, periphere Lokalanästhesie, Rückenmarksstimulation, Ganglienblockade

10 Regeln der palliativen Schmerztherapie

- **Ganzheitlichkeit: Geist, Seele und Körper**
- **Integration: Einbeziehen des Patienten in Therapieentscheidungen**
- **Pathophysiologie beachten bei Therapieauswahl**
- **Dauerschmerzbehandlung mit Retardpräparaten**
- **Bedarfsmedikation für Durchbruchschmerzen bereitstellen**
- **Unerwünschte Arzneimittelwirkungen reduzieren oder therapieren**
- **Autonomie erhaltende Therapieform wählen**
- **Glauben das der Patient Schmerzen hat und wie stark sie empfunden werden**
- **Erreichbarkeit insbesondere in der Initial- und Umstellungsphase sicherstellen**

Merkregeln für die Schmerztherapie

- **Nichtinvasiv („by the mouth“)**
- **Nach dem Stufenkonzept („by the ladder“)**
- **Nach festem Einnahmeintervall
entsprechend („by the clock“)**
- **Individuell titrieren („look for the details“)**

Schmerztherapie

- **Möglichst lange nichtinvasiv**
- **Individuelle Dosierung**
- **Einhaltung eines Zeitschemas**
- **Exakte Einnahmeanleitung**
- **Begleitmedikation (Laxans, Antiemetika, Magenschutz)**
- **Koanalgetika (Antikonvulsiva, Antidepressiva, Kortikosteroide...)**
- **Zusatzmedikation für den Bedarfsfall**
- **Regelmäßige Kontrollen (Wirkungen u. Nebenwirkungen)**
- **Nach WHO Stufenschema**

Ceilingeffekt:

- **Ab einer bestimmten Tageshöchstdosis ist nicht mit weiterer Schmerzlinderung, wohl aber mit Nebenwirkungen zu rechnen**
- **Z.B. Tapentadol (Palexia retard) 500mg**

No go's WHO

- **Verordnung einer reinen Bedarfsmedikation**
- **Kombinationen verschiedener NSAR**
- **Kombinationen aus Stufe II und III (Rezeptormix)**
- **Retardierte Präparate zur Behandlung von Durchbruchschmerzen oder allein zur Dosisfindung**
- **Überschreitung der Ceilingdosis (z.B. Tramadol >600mg)**

Unterstützende Maßnahmen

- **Lagerung und Gestaltung des Bettplatzes**
- **Entspannungstechniken**
- **Massagen mit Aromaölen (Tonkaöl, Aconit, Schmerzöl)**
- **Wärmeanwendungen (Wickel, Auflagen, Bäder, z.B. Aurum Lavendual, Salbenaufgabe mit Wärmequelle)**
- **Atemstimulierende Einreibung**
- **Basale Stimulation**

Morphinmythos

- **Morphin ist ein sehr gefährliches Medikament**
 - **Führt zur Sucht**
 - **Rasche Toleranz mit Wirkungsverlust**
 - **Morphin macht dauernde Bewusstseinstäubung**
 - **Morphin = Endstadium**
 - **Schmerzen sind bei Krebs ein zu erduldetes Schicksal**
- **Folgen: Aufsparen der Dosis, Nicht-Einnahme**

Richtig ist:

- **Frühzeitige gute Symptomkontrolle verlängert das Leben (Temel 2010)**
- **Sucht gibt es bei korrekter Schmerztherapie so gut wie nie**
- **Eine körperliche Abhängigkeit tritt dagegen ein: daher langsame Dosisreduktion**
- **Praktisch keine Organtoxizität: „ Es gibt kaum sicherere Medikamente in der Langzeitanwendung“**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit