

Peter Engeser

Schmerztherapie

Die Prävalenz von Schmerzen

nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu.

Klassifizierung von Schmerzen

nach Verlauf und Pathogenese

Schmerz ist eine der häufigsten Störungen des Organismus. Man unterscheidet akute und chronische Schmerzen. Eine strukturierte Schmerztherapie hilft, akute Schmerzen zu lindern und einer Chronifizierung vorzubeugen; zur Behandlung chronischer Schmerzen ist ein strukturiertes Vorgehen unerlässlich. Das Stufenschema zur Tumorschmerztherapie der WHO ist ein wichtiges Instrument zur strukturierten Schmerztherapie. Ziele jeder Schmerztherapie sind Schmerzlinderung und Verbesserung der Lebensqualität.

Schmerz ist ein Leitsymptom in der Praxis und eine der häufigsten Störungen des Organismus im alltäglichen Leben. In der Akutphase hat Schmerz eine wichtige Funktion als Warnzeichen für eine Bedrohung der körperlichen Integrität, in der chronischen Phase verselbstständigt sich dieses Phänomen dann allerdings.

In der Definition durch die Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes heißt es:

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer echten oder potenziellen Gewebeschädigung einhergeht oder als solches beschrieben wird. Schmerz ist immer subjektiv.“

Schmerzen haben großen Einfluss auf die gesundheitsbedingte Lebensqualität und das Wohlbefinden.

Sie sind ein sehr komplexes Problem, das oft stark durch psychische Komponenten beeinflusst wird.

Epidemiologie

Grundsätzlich kann Schmerz an jeder Stelle des Körpers auftreten. Der Gesundheitssurvey von 1998 gibt hierzu einen Überblick. Danach bestehen große geschlechts- und altersspezifische Unterschiede. Grundsätzlich zeigen Frauen unabhängig vom Alter eine höhere Schmerzprävalenz. Bei beiden Geschlechtern nimmt die Häufigkeit von Schmerzen in allen Körperregionen mit dem Alter zu. Nur die Häufigkeit von Kopfschmerzen nimmt mit steigendem Alter ab. Bei Männern stehen Rückenschmerzen (31 %), bei Frauen Kopfschmerzen (36 %) an erster Stelle [1].

Therapie

Schmerz entsteht bei einer Gewebeschädigung durch eine Noxe. Hierdurch werden spezifische Mediatoren freigesetzt, die zu einer Reizung spezieller Nozizeptoren führen. Diese Reizungen werden über afferente Nervenfasern im Bereich des Rückenmarks moduliert und dann zum Gehirn fortgeleitet. Häufig treten im Verlauf einer chronischen Erkrankung und besonders bei Tumorerkrankungen starke Schmerzen auf, die die Patienten sehr belasten und die Lebensqualität erheblich einschränken. Grundsätzlich werden dabei der **nozizeptive** (scharf, stechend, gut lokalisierbar), der **neuropathische** (brennend, einschneidend, elektrisierend) und der **zentrale** Schmerz (Thalamusschmerz, Phantomschmerz, Allodynie) unterschieden.

In der Therapie dieser Schmerzzustände sind gemäß WHO-Stufenschema peripher wirksame Analgetika, Nichtopioide und Opioide von zentraler Bedeutung. Darüber hinaus werden weitere Substanzen als Koanalgetika eingesetzt (Abb. 2.12.1.1). Zunächst werden alle Allgemeinmaßnahmen ausgeschöpft. Im Therapieverlauf wird dann Stufe um Stufe gesteigert (eskaliert) oder, sofern möglich, wieder gesenkt (de-eskaliert). Bei entsprechender Anamnese kann auch das Überspringen von Stufen gerechtfertigt sein.

Bezogen auf die Applikationsintervalle sind eine Basis- und eine Notfall- oder Rescuetherapie die

Abb. 2.12.1.1 Schmerztherapie, modifiziert nach dem WHO-Stufenschema

