



Empfehlungen der  
Deutschen Atemwegsliga e.V.  
in der Deutschen Gesellschaft  
für Pneumologie und  
Beatmungsmedizin (DGP)



# Messung der Atemmuskelfunktion

H.-J. Kabitz, S. Walterspacher,  
U. Mellies, C.P. Criée und W. Windisch



DUSTRI-Verlag Dr. Karl Feistle

# Messung der Atemmuskelfunktion

H.-J. Kabitz, S. Walterspacher, U. Mellies, C.P. Criée und W. Windisch

## Zusammenfassung

Der atemmuskulären Funktionsdiagnostik kommt aufgrund der klinischen Bedeutung der (Patho-)Physiologie der Atempumpe in weiten Teilen der Pneumologie, Beatmungs- sowie Intensivmedizin eine entscheidende Rolle zu. Neben differentialdiagnostischen Überlegungen – z.B. im prolongierten Weaning und der Quantifizierung der atemmuskulären Einschränkung oder bei angeborenen und erworbenen neuromuskulären Erkrankungen, bei COPD oder ventilatorinduziertem Zwerchfellschaden – ermöglicht diese Diagnostik auch klinische Verlaufskontrollen (z.B. bei spezifischem Atemmuskeltraining).

Grundsätzlich müssen zwei Arten von Techniken unterschieden werden: von der Patientenmitarbeit abhängige versus mitarbeitsunabhängige Verfahren. Als Orientierungshilfe dienen zunächst die weniger komplexen, nicht invasiven mitarbeitsabhängigen Verfahren. Bei pathologischen Ergebnissen unterhalb des jeweiligen nicht pathologischen Grenzwertes kommen hiernach die komplexeren, (nicht invasiven und invasiven) mitarbeitsunabhängigen Techniken inklusive sonographischer Verfahren sowie der Elektromyographie zum Einsatz. Durch dieses Vorgehen lässt sich zwischen Mitarbeitsschwierigkeiten (i.e. falsch-niedrige Messwerte) und manifester Atemmuskelschwäche differenzieren.

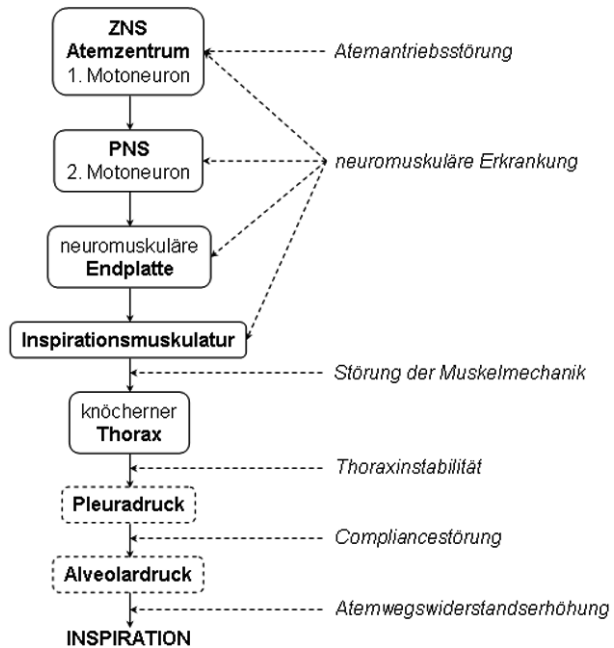
Einige Methoden sind komplementär bzw. additiv in Ihrer Aussagekraft. Für eine komplette Diagnostik der Atemmuskelfunktion ist daher häufig die Kombination diverser Verfahren notwendig.

Diese Empfehlungen beinhalten Erläuterungen und Handlungsanweisungen zu den diversen mitarbeitsabhängigen und -unabhängigen Verfahren, welche der atemmuskulären Funktionsdiagnostik dienen.

## Einleitung

Die Atemgase werden durch das ventilatorische System an- und abtransportiert [1, 2]. Kommt es zu einer Einschränkung der Ventilation, so resultiert hieraus eine alveoläre Hypoventilation mit konsekutiver Hyperkapnie sowie Hypoxämie (i.e. hyperkapnische respiratorische Insuffizienz oder auch ventilatorische Insuffizienz). Die in Abbildung 1 näher beschriebene neuronalen, muskulären und thorakalen Komponenten stellen in ihrer Gesamtheit die Atempumpe dar und repräsentieren das ventilatorische System [3].

Kommt es zu Einschränkungen der Zwerchfellfunktion oder der nicht diaphragmalen Inspirationsmuskulatur, so kann hieraus ein myogenes Atempumpversagen resultieren. Entscheidend ist hierbei, inwieweit das Gleichgewicht zwischen der verfügbaren Kapazität der Atempumpe und



**Abb. 1.** Die Atempumpe mit unterschiedlichen Lokalisationen möglicher Funktionsstörungen. PNS peripheres Nervensystem; ZNS zentrales Nervensystem. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlag, Stuttgart.

der ihr auferlegten Last gestört ist [1, 2, 4]. So können Lasterhöhungen wie beispielsweise bei interstitiellen Lungenerkrankungen oder auch Kapazitätsminderungen wie beispielsweise bei einer Muskeldystrophie dieses Gleichgewicht verschieben. Darüber hinaus existieren Krankheitsbilder wie z.B. die COPD, welche beide Komponenten zugleich negativ beeinflussen [3].

Besonderheiten müssen bzgl. der Atemmuskelfunktion bei Kindern beachtet werden: Diese haben einerseits eine geringere Atemmuskelfunktion als Erwachsene und andererseits wegen ihrem höheren Grundumsatz und Sauerstoffverbrauch einen höheren Atemantrieb. Die eingeschränkte Kapazität der Atempumpe ist dafür verantwortlich, dass die Ventilation – insbesondere von Säuglingen und Kleinkindern, bei einer Erhöhung der atemmuskulä-

ren Last (z.B. im Rahmen einer Pneumonie, bzw. eines Asthmaanfalls) – rasch dekompensiert.

Die Messung der Atemmuskelfunktion hat zwei Ziele:

- Klärung, ob eine atemmuskuläre Einschränkung vorliegt und wenn ja, in welchem Ausmaß,
- Klärung, ob und in welchem Maße der Atempumpe eine erhöhte Last auferlegt ist [2, 4].

Hierdurch kann eine latente oder manifeste Atemmuskelschwäche diagnostiziert und differentialdiagnostisch eingegrenzt werden. Des Weiteren existiert die Möglichkeit, klinische Verlaufskontrollen der Atemmuskelfunktion durchzuführen, wie sie z.B. im Rahmen von spezifischem Atemmuskeltraining oder bei neuro-muskulären Erkrankungen zum Einsatz kommen [3].

## Messung der Atemmuskelfunktion

Es sind die Symptome des Patienten, welche initial den Verdacht auf eine mögliche ventilatorische Insuffizienz lenken. Hierzu gehören z.B. Luftnot bei Belastung, im Liegen oder Eintauchen des Körpers in Wasser, aber auch eine beschleunigte Ruheatmung, vermehrter Einsatz der Atemhilfsmuskulatur oder paradoxe Atemanstrengungen. Bei fortgeschrittenen Erkrankungen mit chronischer ventilatorischer Insuffizienz kommen klinische Zeichen der Hyperkapnie hinzu – wie morgendliche Kopfschmerzen, Schlafstörungen und periphere Ödeme – sowie Zeichen der Rechtsherzinsuffizienz.

Apparativ sollte stets eine kapilläre bzw. arterielle Blutgasanalyse sowie eine Lungenfunktionsdiagnostik durchgeführt werden. Hiernach kommen diverse Verfahren zum Einsatz, welche entweder die atemmuskuläre Kraft oder deren Funktion ermitteln [4, 5]. Hierbei müssen mitarbeitersabhängige von -unabhängigen Methoden abgegrenzt werden. Aufgrund der Tatsache, dass einige dieser Verfahren additiv zu verstehen sind, erlaubt erst die Kombination diverser Verfahren eine umfassende Diagnosestellung. So kann z.B. eine isolierte Zwerchfellschwäche bei Nervus phrenicus Parese bei eher auf die globale Atemmuskelfunktion abzielenden Verfahren unerkannt bleiben [3]. Ferner gilt es zu beachten, dass erst die Kombination unterschiedlicher Testverfahren dazu in der Lage ist, die diagnostische Präzision zu erhöhen und die Menge an falsch positiven Befunden in Bezug auf eine mögliche Atemmuskelschwäche relevant zu reduzieren [6].

Eine erste Orientierung in Bezug auf die Atemmuskelfunktion liefern die mitarbeitersabhängigen, zumeist weni-

ger komplexen und nicht invasiven Verfahren. Wenn methodenspezifische Grenzwerte unterschritten werden, kann dies auf eine tatsächliche Atemmuskelschwäche hindeuten, oder mitarbeitsbedingt eine solche vortäuschen. Der sichere Nachweis einer Atemmuskelschwäche kann dann nur durch den Einsatz von mitarbeitersunabhängigen Verfahren, welche zumeist einen komplexeren und teils invasiven Charakter aufweisen, gelingen [3, 4, 5, 7].

Für die Ermittlung der Atemmuskelfunktion bei Kindern ergeben sich die folgenden Besonderheiten: Analog zur Lungenfunktion kann die Atemmuskelfunktion zumeist ab einem Alter von sechs Jahren zuverlässig gemessen werden. Die Mitarbeitersabhängigkeit der Messmethoden ist bei Kindern verständlicherweise noch ausgeprägter als bei Erwachsenen. Auch die Interpretation der mitarbeitersabhängigen Verfahren ist – wegen der hohen inter-individuellen Variabilität – schwieriger als bei Erwachsenen. Die intra-individuelle Variabilität ist mit ca. 10% akzeptabel und ermöglicht deshalb auch bei Kindern eine gute Verlaufsbeurteilung.

## Mitarbeitersabhängige Erfassung der Atemmuskelfunktion

### Der Mundverschlussdruck 0,1 Sekunden nach Inspirationsbeginn [P<sub>0,1</sub>]

Zur Bestimmung der Last hat sich der Mundverschlussdruck 100 Millisekunden nach Inspirationsbeginn P<sub>0,1</sub> bewährt. Hierbei wird zu Beginn einer Inspiration nach vorheriger normaler Expiration während Ruheatmung ein Ventil vor dem Mund für 120 Millisekunden verschlossen und der Munddruck 100 Millisekunden nach

### Durchführungsempfehlungen $P_{0,1}$ [2, 3, 5]

- Auf Ruheatmung des Patienten achten
- Okklusion der Atemwege (inklusive Einsatz einer Nasenklemme) für mindestens 120 Millisekunden
- Keine Vorankündigung der Okklusion, um Anpassungen des Atemmusters vor Registrierung des  $P_{0,1}$  zu vermeiden
- Registrierung des  $P_{0,1}$  100 Millisekunden nach Inspirationsbeginn bei geschlossener Klappe (Verschlussdruck)
- Mindestens zwei Atemzüge trennen zwei  $P_{0,1}$  Messungen voneinander
- Registrierung des Median aus mindestens 5 Messungen

Inspirationsbeginn bestimmt. Nach anschließender Öffnung des Ventils erfolgt der weitere Atemvorgang unbeeinträchtigt. Es sollen dabei 5 – 10 Verschlussmanöver in 90 Sekunden durchgeführt werden. Wenn während des Manövers Atemnot auftritt, sollte dies in 2 Zyklen geschehen. Als Parameter der Last soll der Mittelwert oder besser noch der Median des  $P_{0,1}$  aus 5 – 6 Verschlüssen verwendet werden. Wenn der Mittelwert verwendet wird, müssen „Ausreißer“ (besonders hohe Drücke) eliminiert werden. Die Verschlüsse sollten unregelmäßig und zufällig erfolgen, um ein bewusstes oder unbewusstes Reagieren auf den Verschluss zu verhindern.

Der  $P_{0,1}$  ist ein Surrogatparameter für den mittleren Inspirationsdruck, der bei jedem Atemzug aufgebracht werden muss. Damit ist er einerseits ein Parameter der Last der Inspirationsmuskeln, andererseits aber auch ein Parameter des zentralen Atemantriebs. Der  $P_{0,1}$  hängt u.a. auch von der Druck-

übertragung von der Inspirationsmuskulatur zum Mund und vom Ausmaß der Ventilation ab, so dass diese Faktoren berücksichtigt werden müssen (s.u.).

### Besonderheiten bei Kindern

Der zentrale Atemantrieb (und damit der  $P_{0,1}$ ) nimmt parallel zum spezifischen Grundumsatz und Sauerstoffverbrauch, vom Neugeborenenalter bis zur Pubertät kontinuierlich ab. Der  $P_{0,1}$  von Mädchen und Jungen unterscheidet sich nicht. Bei Schulkindern ist ein  $P_{0,1} < 0,45$  kPa nicht pathologisch [9].

### Maximaler inspiratorischer/expiratorische Mundverschlussdruck: $P_{\text{Imax}}/P_{\text{Emax}}$

Während einer maximalen in- bzw. expiratorischen Kraftentwicklung bei kurzzeitig am Munde verschlossenen Atemwegen erfolgt die Aufzeichnung des maximalen statischen in- bzw. expiratorischen Mundverschlussdrucks ( $P_{\text{Imax}}$  bzw.  $P_{\text{Emax}}$ ). Hierbei muss ein Druckverlust über die Nasenöffnung durch Einsatz einer Nasenklemme vermieden werden. Diese Werte dienen zur Abschätzung der globalen Atemmuskelfraft und sind aufgrund der wenig komplexen Anforderungen an Patienten, Untersucher sowie Technik vergleichsweise weit verbreitet. Zudem sind die notwendigen technischen Voraussetzungen zur Messung bereits häufig z.B. in Bodyplethysmographen integriert oder als simple Handgeräte verfügbar. Von Vorteil ist hierbei, dass aufgrund der fehlenden intrathorakalen Volumenänderung bei isometrischer Atemmuskulaturkontraktion Störungen der Compliance bzw. Resistance des respiratorischen Systems

ohne relevanten Einfluss bleiben. Um einen möglichen Verschluss der Glottis mit gestörter Druckübertragung bei einer rein statischen Druckentwicklung ebenso wie den Einsatz der buccalen Muskulatur mit falsch hohen Messwerten verhindern zu können, bedient man sich folgender Technik: Eine normierte Leckage in Form einer Kanüle (Länge: 4 cm, Innendurchmesser: 1 mm) garantiert einen minimalen Atemfluss [3, 5].

Der P<sub>I</sub>max kann zum einen von der funktionellen Residualkapazität (FRC), zum anderen vom Residualvolumen (RV) aus registriert werden. Während bei der FRC-Registrierung die thorakalen Retraktionskräfte keine Beachtung finden müssen, addieren sich diese bei der Messung vom RV aus. Da vielen Patienten die statische Inspiration vom RV aus leichter gelingt und die Streuung der Messwerte keinen relevanten Unterschied aufweist [10], wird der P<sub>I</sub>max zumeist vom RV aus gemessen. Die Registrierung des P<sub>I</sub>max kann darüber hinaus entweder als Spitzen- oder als Plateauwert (über 1 Sekunde gehaltener P<sub>I</sub>max) erfasst werden. Obgleich im Ausland unüblich, erfolgt in Deutschland die Registrierung zumeist als Spitzenwert (P<sub>I</sub>max<sub>peak</sub> RV) [2, 3, 5, 10].

Der P<sub>E</sub>max wird als Spitzendruck von der totalen Lungenkapazität (TLC) aus erfasst. Leckagen am Mundstück, bedingt durch das positive Druckgefälle vom Mund zum Messgerät müssen vermieden werden. Die buccale Muskulatur darf nicht zum Druckaufbau genutzt werden – dies sollte ausschließlich durch die expiratorische Atemmuskulatur geschehen [3, 5].

### Besonderheiten bei Kindern

Jungen generieren bereits vor der Pubertät einen höheren P<sub>I</sub>max und

P<sub>E</sub>max als Mädchen. Beide Werte korrelieren am besten mit dem Alter. Bei Jungen steigt der P<sub>I</sub>max von etwa 5 kPa im Alter von 6 Jahren auf 9 kPa im Alter von 16 Jahren und bei Mädchen von ca. 4,5 kPa auf 7,5 kPa [9].

Die 5%-Perzentile des P<sub>I</sub>max liegt für Kinder von 6 – 16 Jahren zwischen 3 und 4 kPa; d.h. 95% der untersuchten Kinder konnten einen höheren inspiratorischen Druck generieren. Ein P<sub>I</sub>max > 4 kPa wird als nicht pathologisch eingestuft.

Altersabhängige Normwerte P<sub>I</sub>max bei Kindern [9]:

- Jungen:  $2,58 + (\text{Alter} \times 0,39)$  [kPa]
- Mädchen:  $2,43 + (\text{Alter} \times 0,28)$  [kPa]

Altersabhängige Normwerte P<sub>E</sub>max bei Kindern [11]:

- Jungen:  $3,5 + (\text{Alter} \times 5,5)$  [kPa]
- Mädchen:  $2,4 + (\text{Alter} \times 4,8)$  [kPa]

### Respiratorische Kapazität:

#### P<sub>0,1</sub>/P<sub>I</sub>max [Rechenwert]

Bei Interpretation der Maximaldrücke als Ausdruck der maximalen Inspirationskraft muss das Lungenvolumen als Index der Länge der Inspirationsmuskulatur beachtet werden. Je höher das Lungenvolumen bei Bestimmung des maximalen Inspirationsdruckes ist, desto kürzer ist die Inspirationsmuskulatur und umso geringer ist der maximale Inspirationsdruck, obwohl keinerlei Kontraktionsstörung besteht. Somit muss beachtet werden, dass bei Patienten mit Lungenüberblähung geringere Inspirationsdrücke erreicht werden, obwohl die Kontraktibilität der Inspirationsmuskulatur ungestört ist. Da sich aber das erhöhte Lungenvolumen sowohl bei der Inspirationsdruckentwicklung in Ruhe als auch bei der forcierten Inspiration gleichermaßen

### Durchführungsempfehlungen P<sub>0,1</sub>/P<sub>I</sub>max [2, 3, 4, 5, 10]

- Maximaler Druckaufbau inspiratorisch (P<sub>I</sub>max – vom RV) bzw. expiratorisch (P<sub>E</sub>max – von der TLC) bei am Mundstück verschlossenen Atemwegen (inklusive Einsatz einer Nasenklemme)
- Motivation des Patienten durch den Untersucher zur Erbringung einer Maximalleistung
- Es sollten mindestens 5 – 7 Versuche durchgeführt und der höchste erzielte Wert registriert werden
- Fortsetzung der Messreihe, falls der finale Messwert den Maximalwert darstellt
- Die Differenz der beiden höchsten erzielten Maximalwerte sollte < 10% liegen
- Zwei Einzelmessungen werden von einer Pause getrennt (ca. 15 – 30 Sekunden)

auswirkt, ist der Quotient  $P_{0,1}/P_{I\max}$  als ein vom Lungenvolumen unabhängiger Parameter der Beanspruchung zu akzeptieren.

Eine Beanspruchung  $P_{0,1}/P_{I\max}$  von über 4,5% bei Ruheatmung ist sicher erhöht. Der kritische Grenzwert bzgl. eines drohenden Atempumpversagen liegt bei rund 20 – 25% [2, 3].

**Effektive inspiratorische Impedanz:**  
 $P_{0,1} \times t_i/V_T$  [Rechenwert]

Da der  $P_{0,1}$  bei Hyperventilation mit zunehmenden Atemminutenvolumen ( $V_E$ ) bzw. zunehmenden inspiratorischen Atemfluss ( $V_T/t_i$ ) ansteigt, werden unterschiedliche Atemminutenvolumina bzw. unterschiedliche Inspirationsgeschwindigkeiten bei Ru-

heatmung durch die Quotienten korrigiert, so dass die Quotienten weniger variieren als der Absolutwert des  $P_{0,1}$ .

Multipliziert man den  $P_{0,1}$  mit der Inspirationszeit ( $t_i$ ) und dividiert diesen Term durch das Tidalvolumen ( $V_T$ ), erhält man physikalisch das Korrelat eines Widerstandes (vgl. Einheit der Atemwegwiderstände). Anders gesagt: Der  $P_{0,1}$  entspricht dem notwendigen Druck, welcher in der Lage ist, einen definierten inspiratorischen Fluss ( $V_T/t_i$ ) aufzubauen. Die effektive inspiratorische Impedanz ist demnach ein Surrogat für die Last, welche der Inspirationsmuskulatur aktuell auferlegt ist. Dieser Term berücksichtigt – im Gegensatz zum  $P_{0,1}$  – das Ausmaß der aktuellen Ventilation und kann daher die momentane atemmuskuläre Last abbilden [3]. Diese kann auch vereinfacht durch den Quotienten aus  $P_{0,1}$  und Minutenventilation ( $V_E$ ) abgeschätzt werden ( $P_{0,1}/V_E$ ).

### Sniff-Drücke – Sn P

Die Sniff Drücke repräsentieren – ungleich der bisher abgehandelten Kenngrößen – dynamisch ermittelte Parameter, welche zudem eine höhere Zwerchfellspezifität aufweisen. Die Bezeichnung leitet sich von der Durchführung als kurzes, scharfes und maximales inspiratorisches Atemmanöver durch die Nase ab (engl. to sniff: durch die Nase einziehen, schniefen). Dieses physiologische Atemmanöver wird zumeist wesentlich besser toleriert als die (unphysiologischen) statischen Manöver (siehe oben). Auch die Standardabweichung der Messwerte fällt für die Sniff-Drücke günstiger aus als z.B. für die P<sub>I</sub>max-Werte [3, 5].

Nasaler Sniff-Druck – Sn P<sub>na</sub>: Der nicht invasiv ermittelte nasale Sniff

**Durchführungsempfehlung****Sn P** [3, 4, 5]

- Maximale, scharfe und kurze Inspiration (Dauer < 500 ms) von der FRC bei geschlossenem Mund
- Motivation des Patienten zur Erbringung einer Maximalleistung durch den Untersucher
- Mindestens 5 – 7 Versuche und Registrierung des höchsten erzielten Wertes
- Fortsetzung der Messreihe falls Maximalwert während finaler Messung vorliegt
- Die beiden höchsten erzielten Maximalwerte sollten < 10% differieren
- Trennung zweier Einzelmessungen durch eine Pause (ca. 15 – 30 Sekunden)

Druck (Sn Pna) repräsentiert einen verlässlichen Parameter zur Messung der inspiratorischen Atemmuskelfkraft. Es muss jedoch beachtet werden, dass die tatsächliche inspiratorische Druckentwicklung unterschätzt wird, falls eine gestörte pleurale Druckübertragung vorliegt. Dies kann z.B. bei schwergradiger obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) oder relevanten naso-pharyngealen bzw. laryngealen Pathologien der Fall sein [3, 5].

Transdiaphragmaler Sniff-Druck – Sn Pdi: Mit dem Ziel der Unabhängigkeit von einer gestörten pleuralen Druckübertragung kann die Registrierung der Sniff-Drücke auch invasiv als so genannter transdiaphragmaler Sniff-Druck (Sn Pdi) erfolgen. Transnasal applizierte Ballonkatheter erlauben die Messung der Druckdifferenz zwischen distalem Ösophagus und Magen (siehe auch Abschnitt „Twitch Drücke“) [3, 5].

Besonderheiten bei Kindern: Aufgrund der einfachen Durchführung

wird die Messung des Sniff-Drucks von Kindern sehr gut toleriert; die intra- und interindividuelle Variabilität ist geringer als beim P<sub>Imax</sub> und auch atemmuskelschwache Kinder sind oft noch in der Lage, reproduzierbare Sniff-Manöver durchzuführen. Bei 180 Kindern im Alter von 6 – 17 Jahren betrug der Sn Pna  $10,4 \pm 2,6$  kPa bei Jungen und  $9,3 \pm 2,3$  kPa bei Mädchen [12].

Die nicht pathologischen Grenzwerte der jeweiligen mit arbeitsabhängigen Verfahren zur Messung der Atemmuskelfunktion (Ermittlung unter Einsatz eines Flansch-Mundstücks) sind in Tabelle 1 wiedergeben. Grundlage sind publizierte Daten der einzelnen Verfahren sowie Einschätzungen der Expertengremien [2, 3, 4, 5, 7, 10, 13].

### Hustenspitzenfluss (engl. Peak cough Flow): PCF

Die Atemmuskulatur hat eine wesentliche Bedeutung für die Hustenfunktion, wobei durch eine Schwäche von Inspirations-, Expirations- oder Glottismuskulatur bzw. einer Kombination aus diesen – insbesondere bei neuromuskulären Erkrankungen – eine Hustenschwäche resultieren kann. Diagnostisch kommt hier neben der Messung des P<sub>E<sub>max</sub></sub> (s. oben) die Erfassung des Hustenspitzenflusses (engl. peak cough flow; PCF) in Betracht. Dieser kann durch Husten in ein handelsübliches „Peakflowmeter“ (wie es z.B. zur Asthma-Kontrolle eingesetzt wird) einfach bestimmt werden, wobei auch hier eine Nasenklemme verwendet werden sollte. PCF-Werte von < 270 l/min gelten für Erwachsene als pathologisch [14]. Bei Kindern und Jugendlichen ist ein PCF < 160 l/min mit dem gehäuftem Auftreten von Pneumonien verbunden, während Werte von > 200 l/min negativ prädiktiv sind [15].



**Tab. 1.** Nicht pathologische Grenzwerte der diagnostischen Verfahren zur Messung der Atemmuskelfunktion [3]. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlag, Stuttgart.

		Frauen	Männer
		nicht pathologischer Grenzwert	nicht pathologischer Grenzwert
$P_{0,1}$	[kPa]	< 0,3	< 0,3
$Pl_{max_{1,0} RV}$	[kPa]	> 6,0	> 7,0
$Pl_{max_{peak} RV}$	[kPa]	> 7,0	> 8,0
$PE_{max}$	[kPa]	> 7,0	> 10,0
$P_{0,1} / Pl_{max_{1,0} RV}$	[%]	< 4,5	< 4,5
$P_{0,1} / Pl_{max_{peak} RV}$	[%]	< 2,0	< 2,0
$P_{0,1} * t_i / V_T$	[kPa*s/l]	< 0,5	< 0,5
$Sn Pna$	[kPa]	> 6,0	> 7,0
$Sn Pdi$	[kPa]	> 8,0	> 10,0
$Tw Pmo$	[kPa]	> 1,0	> 1,0
$Tw Pdi$	[kPa]	> 1,8	> 1,8
<b>Zwerchfellbewegung</b>	[mm]	≥ 10,0	≥ 10,0
<b>Zwerchfelldicke</b>	[mm]	≥ 2,0	≥ 2,0

$P_{0,1}$ : Mundverschlussdruck nach 0.1 Sekunden Inspiration;  $Pl_{max_{1,0}}$  bzw.  $Pl_{max_{peak}}$  RV: vom Residualvolumen aus bestimmter maximaler inspiratorischer Mundverschlussdruck über 1.0 Sekunden bzw. Spitzenwert;  $PE_{max}$ : maximaler expiratorischer Mundverschlussdruck;  $P_{0,1} / Pl_{max}$ : respiratorische Kapazität;  $P_{0,1} * t_i / V_T$ : effektive inspiratorische Impedanz;  $Sn Pna$ : nasaler Sniff-Druck;  $Sn Pdi$ : transdiaphragmaler Sniff-Druck;  $Tw Pmo$ : Twitch-Munddruck;  $Tw Pdi$ : transdiaphragmaler Twitch-Druck.

## Mitarbeitsunabhängige Erfassung der Atemmuskelfunktion

Sämtliche oben abgehandelte Verfahren zur Messung der Atemmuskelfunktion sind in hohem Maße von der Kooperation und Mitarbeit des Patienten abhängig. Während hierbei (hoch-) normale Werte eine klinisch relevante Atemmuskelschwäche mit hoher

Verlässlichkeit ausschließen können, bereiten Werte unterhalb eines nicht pathologischen Grenzwertes Schwierigkeiten: So bleibt hierbei unklar, ob mit arbeitsbedingt falsch-niedrige Werte registriert wurden, oder ob tatsächlich eine manifeste Schwäche der Atemmuskulatur vorliegt. Die im Folgenden diskutierten mit arbeitsunabhängigen Verfahren sind in der Lage, diese Befunde zu objektivieren [3].



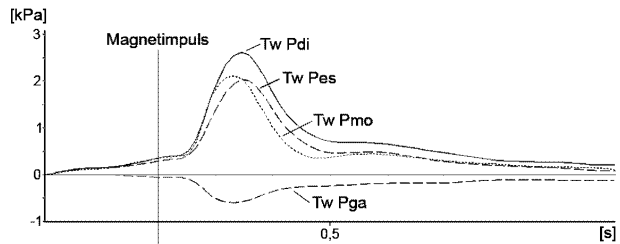
**Abb. 2.** Messanordnung bei bilateraler anteriorer Magnetstimulation des Nervus phrenicus (BAMPS) [3]. Spulenplatzierung: Hinterrand der Mm. sternocleidomastoidei auf Höhe der Cartilago Cricoidea. Neben dem Twitch-Munddruck lässt sich bei unveränderter Messanordnung nach Applikation von Ballonkathetern auch der transdiaphragmale Twitch-Druck registrieren. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlag, Stuttgart.

### Twitch-Drücke: Tw P

Den aktuellen Goldstandard in der Diagnostik der Atemmuskelfunktion bilden Druckaufzeichnungen nach elektromagnetischer (früher: elektrischer) Stimulation des Nervus phrenicus. Via kurzzeitigem (wenige ms) Stromfluss im Nervus phrenicus nach Erzeugung eines hochenergetischen Magnetfeldes wird eine singuläre Zwerchfellkontraktion herbeigeführt. Diese kurzzeitige „Zuckung“ der innervierten Muskeln führte zur Namensgebung des Verfahrens (engl. to twitch: zucken). Als zuverlässigste Stimulationsart hat sich die bilaterale anteriore Magnetstimulation des Nervus phrenicus (BAMPS) herausgestellt. Die Platzierung der Stimulationsspulen erfolgt hierbei am dorsalen Rand der Mm. sternocleidomastoidei auf Höhe der Cartilago cricoidea [13, 16, 17].

Das sichere Erreichen einer so genannten „Supramaximalität“ der Stimulation ist essentiell: Nur in diesem Fall würde eine weitere Erhöhung der Impulsstärke nicht in einer weiteren Erhöhung der Druckantwort resultieren, da sämtliche motorischen Einheiten innerviert wurden [3]. In Abbildung 2 ist die Versuchsanordnung bei BAMPS wiedergegeben.

End-expiratorisch beträgt der transdiaphragmale Druck bei Ruheatmung per definitionem 0 kPa [18]. Ferner steigt der registrierte Twitch-Druck linear mit abnehmendem Lungenvolumen in Richtung des RV (zunehmende Vordehnung der Muskelfasern) [19, 20]. Aus diesen Gründen muss sichergestellt werden, dass der Twitch-Druck bei der FRC gemessen wird und die Einhaltung dessen sollte überprüft werden [13, 17]. Wird ein Mus-



**Abb. 3.** Druck-Zeit-Kurven für die Twitch-Drücke bei bilateraler anteriorer Magnetstimulation des Nervus phrenicus (BAMPS; inspiratorischer, druckgesteuerter Trigger) [3].

Tw Pdi: transdiaphragmaler Twitch-Druck; Tw Pes: ösophagealer Twitch-Druck; Tw Pga: gastraler Twitch-Druck; Tw Pmo: Twitch-Munddruck.

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlag, Stuttgart.

kel stark innerviert, so ist kurze Zeit später seine Kontraktilität erhöht (so genannte „Twitch-Potentiation“). Dies muss entsprechende Berücksichtigung finden (z.B. durch eine standardisierte Ruhepause vor Messung oder durch vorherige maximale willentliche Kontraktionen) [3]. Exemplarische Druck-Zeit-Kurven für die Twitch-Drücke sind in Abbildung 3 wiedergegeben.

### Twitch-Munddruck: Tw Pmo

Grundvoraussetzung der adäquaten Messung des nicht invasiven Twitch-Munddrucks (Tw Pmo) ist die ungestörte Druckübertragung von der Pleura an den Mund. Erfolgt die Stimulation end-expiratorisch in Atemruhelage (i.e. FRC), kann ein inkonsistenter Verschluss der Glottis die Validität der Messung gefährden. Daher wird ein so genannter „Triggermechanismus“ eingesetzt: Erst nach Erreichen eines minimalen Atemflusses bzw. Atemwegsdrucks durch das oben genannte Leckagesystem erfolgt die automatisierte Applikation des Magnet-

impulses. Am zuverlässigsten hat sich hierbei ein druckgesteuerter inspiratorischer Triggermechanismus erwiesen [3, 13, 17].

### Transdiaphragmaler Twitch-Druck: Tw Pdi

Der invasiv zu ermittelnde transdiaphragmale Twitch Druck (Tw Pdi) erfordert die transnasale Einlage von Ballonkathetern in Magen und den distalen Ösophagus [4, 13]. Aus einer Punkt-zu-Punkt-Subtraktion der gastralen (TwPga, ca. 1/3 des Tw Pdi) von den ösophagealen (TwPes, ca. 2/3 des Tw Pdi) Druckwerten errechnet sich der Tw Pdi gemäß folgender Gleichung (1) [3]:

$$\text{TwPdi [kPa]} = \text{TwPes [kPa]} - \text{TwPga [kPa]} \quad (\text{Gl. 1})$$

Unter Beachtung der jeweiligen Druck-Dehnungs-Kurven erfolgt eine standardisierte Luftbefüllung der Ballons (näherungsweise etwa 1,0 ml für den ösophagealen und etwa 2,0 ml für den gastralen Ballon [21]). Nur hier-

### Durchführungsempfehlungen Tw P [3, 5]

- Überprüfung Kontraindikationen (Magnetfeld): u.a. Herzschrittmacher sowie im Kopf-Hals-Bereich befindliche elektronische und metallene Implantate; Schwangerschaft
- Platzierung der Ballonkatheter (nur bei Tw Pdi Messung):
  - Transnasaler Vorschub beider Ballons in den Magen
  - Rückzug des proximalen Ballons bis ösophago-gastraler Übergang (Druckumkehr)
  - Rückzug um weitere 10 cm und anschließende Fixierung
  - Überprüfung der korrekten Katheterlage anhand „Sniff-Manöver“ (siehe oben)
- 15 – 20 Minuten Ruhepause ohne übermäßige Zwerchfellbeanspruchung (z.B. lautes Sprechen oder körperliche Belastung) bzw. vorsätzliche Potenzierungsmanöver (PI<sub>max</sub>-Manöver) aufgrund „Twitch-Potentiation“
- Zwei Einzelmessungen werden durch eine Pause getrennt (ca. 30 Sekunden)
- Registrierung des Mittelwerts aus 5 Messungen (da mitarbeitsunabhängig)

durch lässt sich eine adäquate Druckübertragung gewährleisten. Aufgrund der Tatsache, dass der Öffnungszustand der Glottis die Druckübertragung von der Pleura auf Ösophagus und Magen nicht beeinflusst, erfordert die Registrierung des Tw Pdi keinen Triggermechanismus [3].

### Elektromyographie

Die Elektromyographie (EMG) der Atemmuskulatur erlaubt – teils in Kombination mit der elektromagnetischen Nervenstimulation – eine detaillierte Analyse der peripheren und der zentralen nervalen Anteile der Atempumpe, des neuromuskulären Übergangs sowie spezifischer Muskelerkrankungen. Die Ableitung kann invasiv (Nadelelektroden, Ösophagus-EMG) oder nicht invasiv (Klebelektroden) erfolgen. EMG-Messungen unterliegen zahlreichen Störfaktoren wie z.B. durch die Elektrodenlokalisierung, -charakteristik, Umgebungsrauschen, cross-talk benachbarter Muskulatur und Bewegungsartefakten [22].

Das EMG der Atemmuskulatur kann an der Atemhilfsmuskulatur und dem Zwerchfell abgeleitet werden. Die so genannte „parasternale Muskulatur“ (2. Interkostalraum parallel des Sternums) stellt einen einfach zugänglichen Messpunkt dar, welcher in klinischen Studien mehrfach validiert wurde. Das Zwerchfell kann an mehreren Oberflächenlokalisationen abgeleitet werden, unterliegt jedoch einer hohen Störanfälligkeit. Als robuster Ableiteort hat sich die Positionierung der ableitenden Elektrode 5 cm oberhalb des Xiphoid und der Referenzelektrode in einem Radius von 16 cm am rechten unteren Rippenbogens erwiesen [23].

Durch die EMG wird das Überlagerungssignal der einzelnen Aktionspotentiale dargestellt (CMAP; engl. compound muscle action potential). Neben Erfassung der Dauer bis zur Signalantwort auf eine Stimulation sowie der Amplitude, erfolgt zumeist auch eine mathematische Verarbeitung des Signals. Bei Registrierung von Spontanatmung bzw. forciertes Atmung erfolgt dies in einem definierten Aktivierungszeitfenster (z.B. 200 ms) um

das Aktivitätsmaximum. Hier hat sich die so genannte „Root-Mean-Square“-Berechnung etabliert, welche auch als Parameter für die globale Muskelfaseraktivierung dienen kann. Es ist zu beachten, dass RMS-Werte nicht interindividuell verglichen werden können. Der Quotient aus dem RMS-Wert während Ruheatmung und maximaler Aktivierung (willkürlich und/oder durch Stimulation) erlaubt Aussagen bezüglich des Ausmaßes des zentralen Atemantriebs und erlaubt somit auch den interindividuellen Vergleich von EMG-Daten.

Normwerte hinsichtlich der Nervenleitgeschwindigkeit des N. phrenicus sind abhängig von Stimulationstechnik sowie dem Stimulationsort und der Ableitart, so dass an dieser Stelle auf weiterführende Literatur verwiesen wird [24].

## Bildgebende Verfahren

Von den bildgebenden Verfahren wird hier aufgrund der Komplexität bzw. Fachzugehörigkeit nicht auf die Magnetresonanztomographie sowie auf Techniken eingegangen, welche ionisierende Strahlung zur Anwendung bringen (z.B. Röntgen-Aufnahmen inkl. Durchleuchtung, Computertomographie). Gleichwohl können diese Verfahren teils wertvolle Informationen zur Atemmuskelfunktion liefern.

Eine vergleichsweise wenig komplexe, nicht invasive und zudem kosteneffiziente Möglichkeit der Untersuchung der Atemmuskelfunktion bietet die Ultraschalluntersuchung des Zwerchfells. Hierbei lässt sich die Auslenkung des Zwerchfells beurteilen, wobei Werte  $< 10$  mm als Zwerchfelldysfunktion gewertet werden [25]. Dieses Verfahren kann z.B. bei langzeitbeatmeten Patienten auch bettseitig angewendet

## Durchführungsempfehlung Zwerchfellultraschall

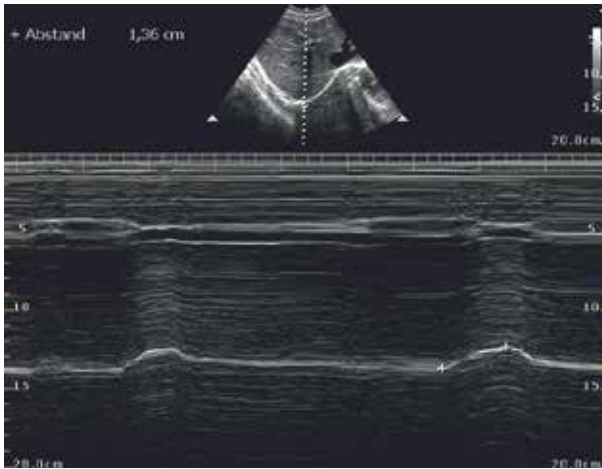
[25, 26, 27]

- Den Patienten in liegende Körperposition bringen
- Zeit-Bewegungs-Modus („(T)M-Mode“) wählen und Hemidiaphragma-Exkursionen in mm rechts und links über den unteren Interkostalräumen bzw. unterhalb des Xiphoids messen (Schallfenster: Leber bzw. Milz)
- Schallwinkel  $\geq 70^\circ$  beachten
- Zur Messung der Zwerchfelldicke helligkeitsmodulierenden Modus („B-Mode“) bzw. zweidimensionalen Echtzeitmodus wählen
- Einstellung der Appositions-Zone des Zwerchfells in der mittleren Axillarlinie
- Messung end-expiratorisch an der dicksten Stelle zwischen diaphragmaler und der peritonealer Pleuralinie

werden und besitzt einen ähnlichen prädiktiven Wert im Hinblick auf ein mögliches Weaning-Versagen wie der klinisch etablierte „Rapid-Shallow-Breathing-Index“ (Verhältnis von Atemfrequenz zu Atemzugvolumen) [25]. Abbildung 4 illustriert die sonographische Messung der Zwerchfellexkursion an einem gesunden Probanden.

Zusätzlich kann sonographisch die Zwerchfelldicke ermittelt werden und so z.B. im Rahmen einer invasiven Beatmungstherapie deren mögliche Abnahme kontrolliert werden [26]. Exemplarisch zeigt Abbildung 5 die Ausmessung der Zwerchfelldicke bei einem gesunden Probanden.

Sämtliche der hier vorgestellten Verfahren zur Messung der Atemmuskelfunktion sind mit den jeweiligen Charakteristika in Tabelle 2 nochmals zusammengefasst [3].



**Abb. 4.** Sonographisch ermittelte Zwerchfellbeweglichkeit [28]. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlag, Stuttgart.

M-Mode während Ruheatmung im Liegen. Die Zwerchfellexkursion (weiße Linie: diaphragmale Pleura) beträgt  $\geq 10$  mm (i.e. kein Hinweis auf diaphragmale Dysfunktion). Anschallwinkel  $\geq 70^\circ$  unmittelbar unterhalb des Xiphoids (Schallfenster: Leber).



**Abb. 5.** Sonographisch ermittelte Zwerchfelldicke [28]. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlag, Stuttgart.

Zweidimensionaler Echtzeitmodus mit end-expiratorischer Dicke des Zwerchfells rechts. Schallfenster: mittlere Axillarlinie auf Höhe der diaphragmalen Appositions-Zone. Messpunkte: diaphragmale und peritoneale Pleuralinie. Stern-Markierung (\*): Recessus costodiaphragmaticus.

**Tab. 2.** Kenngrößen der Messverfahren zur Diagnostik der Atemmuskelfunktion [3]. Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Thieme Verlag, Stuttgart.

	mitarbeitsabhängig	invasive Messung	technischer Aufwand	Reproduzierbarkeit der Messung	Streueung der Normwerte	Datenlage zu den Normwerten
$P_{0,1}$	ja	nein	↓	↑	↔	hervorragend
$PI_{max}$	ja	nein	↔	↔	↑	hervorragend
$PE_{max}$	ja	nein	↔	↓	↑	ausreichend
$P_{0,1}/PI_{max}$	ja	nein	↔	↔	↑	ausreichend
$P_{0,1} \times t_V/V_T$	ja	nein	↓	↑	↔	unzureichend
Sn Pna	ja	nein	↔	↑↑	↓↓	ausreichend
Sn Pdi	ja	ja	↑↑	↑↑	↓↓	ausreichend
Tw Pmo	nein	nein	↑	↑↑	↓	unzureichend
Tw Pdi	nein	ja	↑↑	↑↑	↓	unzureichend
Ultraschall	nein	nein	↑	↑↑	↔	unzureichend
EMG	nein	nein	↑↑	↑	↑	unzureichend

EMG: Elektromyographie (Oberfläche);  $P_{0,1}$ : Mundverschlussdruck nach 0.1 Sekunden Inspiration;  $PI_{max}$ : maximaler inspiratorischer Mundverschlussdruck;  $PE_{max}$ : maximaler expiratorischer Mundverschlussdruck;  $P_{0,1}/PI_{max}$ : respiratorische Kapazität;  $P_{0,1} \times t_V/V_T$ : spezifische inspiratorische Impedanz; Sn Pna: nasaler Sniff-Druck; Sn Pdi: transdiaphragmaler Sniff-Druck; Tw Pmo: Twitch-Munddruck; Tw Pdi: transdiaphragmaler Twitch-Druck.

## Literatur

- [1] Crieé C-P, Laier-Groeneveld G. Die Atempumpe: Atemmuskulatur und intermittierende Selbstbeatmung. Stuttgart: Thieme; 1995.
- [2] Crieé C-P; German Airway League. Empfehlungen der Deutschen Atemwegsliga zur Messung der inspiratorischen Muskelfunktion. Pneumologie. 2003; 57: 98-100.
- [3] Kabitz H-J, Windisch W. Diagnostik der Atemmuskelfunktion: state of the art. Pneumologie. 2007; 61: 582-587.
- [4] Moxham J. Respiratory Muscles. In: Hughes JMB, Pride NB (Hrsg). Lung function tests, New York: WB Saunders; 1999, 57-72.
- [5] American Thoracic Society/European Respiratory Society. ATS/ERS Statement on respiratory muscle testing. Am J Respir Crit Care Med. 2002; 166: 518-624.
- [6] Steier J, Kaul S, Seymour J, Jolley C, Rafferty G, Man W, Luo YM, Roughton M, Polkey MI, Moxham J. The value of multiple tests of respiratory muscle strength. Thorax. 2007; 62: 975-980.
- [7] Polkey MI, Green M, Moxham J. Measurement of respiratory muscle strength. Thorax. 1995; 50: 1131-1135.
- [8] Whitelaw WA, Derenne JP. Airway occlusion pressure. J Appl Physiol (1985). 1993; 74: 1475-1483.
- [9] Mellies U, Schultze S, Schwake C, Ragette R, Teschler H. Respiratory muscle function in 300 healthy children. Eur Respir J. 2001; 18: 827. Abstract
- [10] Windisch W, Hennings E, Sorichter S, Hamm H, Crieé CP. Peak or plateau maximal inspiratory mouth pressure: which is best? Eur Respir J. 2004; 23: 708-713.
- [11] Wilson SH, Cooke NT, Edwards RH, Spiro SG. Predicted normal values for maximal

- respiratory pressures in caucasian adults and children. *Thorax*. 1984; 39: 535-538.
- [12] *Stefanutti D, Fitting JW*. Sniff nasal inspiratory pressure. Reference values in Caucasian children. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999; 159: 107-111.
- [13] *Kabitz H-J, Walker D, Walterspacher S, Windisch W*. Controlled twitch mouth pressure reliably predicts twitch esophageal pressure. *Respir Physiol Neurobiol*. 2007; 156: 276-282.
- [14] *Bach JR, Ishikawa Y, Kim H*. Prevention of pulmonary morbidity for patients with Duchenne muscular dystrophy. *Chest*. 1997; 112: 1024-1028.
- [15] *Dohna-Schwake C, Ragette R, Teschler H, Voit T, Mellies U*. Predictors of severe chest infections in pediatric neuromuscular disorders. *Neuromuscul Disord*. 2006; 16: 325-328.
- [16] *Mills GH, Kyroussis D, Hamnegard CH, Polkey MI, Green M, Moxham J*. Bilateral magnetic stimulation of the phrenic nerves from an anterolateral approach. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996; 154: 1099-1105.
- [17] *Windisch W, Kabitz H-J, Sorichter S*. Influence of different trigger techniques on twitch mouth pressure during bilateral anterior magnetic phrenic nerve stimulation. *Chest*. 2005; 128: 190-195.
- [18] *Thews G*. Lungenatmung. In: Schmidt RF, Thews G (Hrsg) *Physiologie des Menschen*, 27. Aufl. Springer 1997: 565–591. 2000.
- [19] *Polkey MI, Hamnegård CH, Hughes PD, Rafferty GF, Green M, Moxham J*. Influence of acute lung volume change on contractile properties of human diaphragm. *J Appl Physiol* (1985). 1998; 85: 1322-1328.
- [20] *Walker DJ, Walterspacher S, Schlager D, Ertl T, Roecker K, Windisch W, Kabitz HJ*. Characteristics of diaphragmatic fatigue during exhaustive exercise until task failure. *Respir Physiol Neurobiol*. 2011; 176: 14-20.
- [21] *Milic-Emili J, Mead J, Turner JM, Glauser EM*. Improved technique for estimating pleural pressure from esophageal balloons. *J Appl Physiol*. 1964; 19: 207-211.
- [22] *Bolton CF*. AAEM minimonograph #40: clinical neurophysiology of the respiratory system. *Muscle Nerve*. 1993; 16: 809-818.
- [23] *Dionne A, Parkes A, Engler B, Watson BV, Nicolle MW*. Determination of the best electrode position for recording of the diaphragm compound muscle action potential. *Muscle Nerve*. 2009; 40: 37-41.
- [24] *Bolton CF, Chen R, Wijedicks EFM, et al*. *Neurology of breathing*. Elsevier 2004
- [25] *Kim WY, Suh HJ, Hong S-B, Koh Y, Lim CM*. Diaphragm dysfunction assessed by ultrasonography: influence on weaning from mechanical ventilation. *Crit Care Med*. 2011; 39: 2627-2630.
- [26] *Grosu HB, Lee YI, Lee J, Eden E, Eikermann M, Rose KM*. Diaphragm muscle thinning in patients who are mechanically ventilated. *Chest*. 2012; 142: 1455-1460.
- [27] *Nason LK, Walker CL, McNeeley MF, Burivong W, Fligner CM, Godwin JD*. Imaging of the diaphragm: anatomy and function. *Radiographics*. 2012; 32: E51-E70.
- [28] *Kabitz H-J, Windisch W, Schönhofer B*. Ventilator induzierter Zwerchfellschaden: ein Update. *Pneumologie*. 2013; 67: 435-441.

PD Dr. Hans-Joachim Kabitz  
Abteilung Pneumologie,  
Universitätsklinik Freiburg,  
Killianstraße 5, 79106 Freiburg  
E-mail: hans-joachim.kabitz@  
uniklinik-freiburg.de

Dr. S. Walterspacher  
Abteilung Pneumologie,  
Universitätsklinik Freiburg,  
Killianstrasse 5, 79106 Freiburg  
stephan.walterspacher@  
uniklinik-freiburg.de

Prof. Dr. U. Mellies  
Abteilung Pädiatrische Pneumologie und  
Schlafmedizin, Universitätsklinikum  
Essen Hufelandstraße 55, 45147 Essen  
uwe.mellies@uk-essen.de

Prof. Dr. C.P. Criée  
Evangelisches Krankenhaus Göttingen-  
Weende e.V. Abteilung Pneumologie,  
37120 Bovenden-Lenglern  
criee@ekweende.de

Prof. Dr. W. Windisch  
Kliniken der Stadt Köln gGmbH – Lun-  
genklinik, Abteilung Pneumologie,  
Universität Witten/Herdecke, Ostmerhei-  
mer Strasse 200, 51109 Köln  
windischw@kliniken-koeln.de