

Chronische Bronchitis und chronisch- obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Autor:



heilpraktikerkurse.de
EIN ANGEBOT VON EXAMIO UND HAUG

Chronische Bronchitis und chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Der Beitrag zur Bronchitis und COPD nennt Ursachen, Symptome, diagnostische und therapeutische (schulmedizinischen und naturheilkundlichen) Maßnahmen.



HINWEIS

Chronische Bronchitis und COPD

Von einer **chronischen Bronchitis** spricht man, wenn in den letzten 2 Jahren mindestens 3 Monate pro Jahr Husten mit Auswurf bestanden hat.

Der Begriff „**chronisch-obstruktive Lungenerkrankung**“ („*chronic obstructive pulmonary disease*“ = **COPD**) umfasst chronische Krankheiten der Lunge, die mit einer zunehmenden und nicht reversiblen Atemwegsverlegung einhergehen.

Die COPD ist eine der häufigsten chronischen Lungenerkrankungen und die vierthäufigste Todesursache weltweit. Sie tritt mit dem Alter vermehrt auf.



MERKE

Leitsymptom der chronischen Bronchitis

Morgendlicher Husten mit schleimig-weißem Auswurf (Raucherhusten).



MERKE

Leitsymptome der COPD

- Frühstadium: Atemnot bei mäßiger Belastung (z. B. Treppensteigen), Engegefühl in der Brust, nächtlicher Husten, Auswurf von zähem Schleim, Anfälligkeit für Atemwegsinfekte
- im weiteren Verlauf: Atemnot als Dauerzustand (auch in Ruhe), Keuchen, massiver Auswurf, fassförmiges Aussehen der Brust, oft Gewichtsverlust
- Spätstadium: bläuliche Verfärbung von Haut und Schleimhäuten, evtl. Unruhe und Zittern

Pathophysiologie

Der wichtigste Risikofaktor einer COPD ist das **Rauchen**. Die meisten COPD-Patienten sind aktive

oder ehemalige Raucher. Sogar Passivrauchen erhöht das Risiko. Deutlich seltener sind andere Schadstoffe in der Atemluft (z. B. Feinstaub, Bergbau), häufige virale Atemwegsinfekte während der Kindheit oder eine gestörte Lungenentwicklung während der Fetalzeit. Auch genetische Faktoren können eine Rolle spielen (z. B. α 1-Antitrypsin-Mangel oder IgA-Mangel).

Die Schadstoffe (allen voran der **Zigarettenrauch**) irritieren und schädigen die Schleimhaut. Die Schleimhautdrüsen reagieren mit einer Hypertrophie und bilden vermehrt einen zähflüssigen Schleim. Dieser kann nicht mehr abtransportiert werden, da auch die Flimmerhärchen ihre Funktion verlieren. Mit der Zeit werden die Bronchien enger. Es entsteht eine **chronische Bronchitis**, noch ohne manifeste Obstruktion. Wirken die Schadstoffe weiter auf die Schleimhaut ein, bleibt die Entzündung bestehen. Die chronische Schleimhautreizung führt dann dazu, dass sich das **Gewebe dauerhaft verändert** und die Bronchien irreversibel eng bleiben. Wie beim Asthma bronchiale sind die Bronchien überempfindlich und die Schleimhaut verdickt, was den **Bronchospasmus** zusätzlich fördert. Es entsteht eine **chronisch-obstruktive Bronchitis**. Durch die chronischen Entzündungen werden außerdem aggressive Enzyme (sog. Proteasen) freigesetzt, welche die Alveolenwand angreifen und Bindegewebe zerstören. Sie tragen zur Entstehung eines Lungenemphysems bei (große, funktionslose Lufträume in der Lunge).

Symptome

Zunächst haben die Patienten eine **chronische Bronchitis**. In diesem Stadium ist die Erkrankung reversibel, d. h., die Symptome gehen zurück, wenn die Patienten mit dem Rauchen aufhören. Zeichen einer chronischen Bronchitis ist regelmäßiger **Husten mit Auswurf (Sputum)**. Der Husten ist v. a. **morgens** ausgeprägt und die Patienten husten ein dünnflüssiges bis zähes, meist weißliches Sekret aus. Bei bakterieller Infektion kann der Auswurf auch eitrig sein.

Mit zunehmender Erkrankung (beginnende **COPD**) wird der Husten stärker und besteht ganztägig. Zusätzlich bekommen die Patienten schlechter Luft. Zunächst besteht die **Atemnot** v. a. bei körperlicher Betätigung (**Belastungsdyspnoe**), später auch beim Sprechen oder in Ruhe (**Ruhedyspnoe**). Mit fortschreitender Erkrankung sind die Patienten in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit immer mehr eingeschränkt.

Komplikationen

Unter **Exazerbation** versteht man die plötzliche Verschlechterung des Zustands (die Atemnot nimmt stark zu). Sie wird sehr häufig durch Atemwegsinfekte oder auch durch feuchte Witterung oder zusätzliche Umweltbelastung (z. B. Smog) ausgelöst. Die Patienten fühlen sich krank, haben Fieber, Atemnot, Husten und Auswurf nehmen deutlich zu. Bei einer eitrigen Infektion ist der Auswurf gelblich-grünlich.

Weitere **Komplikationen**:

- **Entwicklung einer schweren, chronischen Lungenerkrankung** mit respiratorischer Insuffizienz, Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie) und Cor pulmonale
- **pulmonale Kachexie**: Durch die starke Atemanstrengung nehmen die Patienten an Gewicht ab.



VORSICHT

Virale und bakterielle Infektionen der Bronchien sowie **Lungenentzündungen** zählen zu den häufigsten und gefährlichsten Komplikationen einer COPD, da sie meist eine deutliche Verschlimmerung der Symptome (infektiöse Exazerbation) bis hin zum Versagen der Atemmuskulatur oder sogar des Herzens (in Folge

der Belastung des rechten Herzens) nach sich ziehen. Entwickeln Patienten mit bekannter COPD eine Atemwegsinfektion, sollten sie umgehend zum Facharzt geschickt werden. Anzeichen einer bedrohlichen Komplikation sind über 20 Atemzüge pro Minute und eine aufrechte atemunterstützende Haltung des Patienten mit vornübergebeugtem Oberkörper und aufgestützten Armen.

Diagnostik

Anamnese

Hier müssen zunächst die **Rauchgewohnheiten** des Patienten abgeklärt werden (Pack Years). Außerdem sollte nach den Beschwerden des Patienten (insbesondere nach Husten, Auswurf und Atemnot) und der Anzahl der **Exazerbationen** pro Jahr gefragt werden. Es gibt für die COPD-Diagnostik **spezielle Fragebögen**, in denen die Patienten ihre selbst wahrgenommenen Beschwerden angeben können. Die Fragebögen werden zur Einschätzung des Schweregrads herangezogen.

Körperliche Untersuchung

Bei fortgeschrittener COPD erkennt man Zeichen der chronischen Lungenüberblähung (Brustkorb hat die Form eines Fasses), da die Luft nur erschwert ausgeatmet werden kann, und Zeichen einer nachlassenden Herzleistung (geschwollene Knöchel und Unterschenkel). Die Ausatemphase (**Expirium**) ist **verlängert**, man hört ein **expiratorisches Giemen**, Pfeifen und Brummen. Zudem setzen die Patienten die Lippenbremse ein. Liegt bereits ein Sauerstoffmangel vor, treten Zeichen einer **Zyanose** auf (bläuliche Haut und Schleimhäute, Trommelschlägelfinger und Uhrglasnägel). Bei einem Lungenemphysem hört man die Atemgeräusche nur ganz leise („silent chest“) und der Klopfeschall klingt hypersonor.

Lungenfunktionsanalyse

Wie beim Asthma bronchiale erkennt man auch hier deutliche Zeichen einer **obstruktiven Ventilationsstörung**, die sich allerdings – anders als beim Asthma – im **Bronchospasmolysetest nicht zurückbilden**. Je nachdem wie weit die **Einsekundenkapazität** eingeschränkt ist, unterscheidet man 4 verschiedene COPD-Schweregrade (auch GOLD-Stadien nach der „Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease“):

- **GOLD-Stadium 1:** leichte COPD (Einsekundenkapazität ist höher als 80 % des Soll-Werts)
- **GOLD-Stadium 2:** mittelschwere COPD (Einsekundenkapazität ist zwischen 50 % und 80 % des Soll-Werts)
- **GOLD-Stadium 3:** schwere COPD (Einsekundenkapazität ist zwischen 30 % und 50 % des Soll-Werts)
- **GOLD-Stadium 4:** sehr schwere COPD (Einsekundenkapazität ist niedriger als 30 % des Soll-Werts).

Weitere Untersuchungen

Bei Patienten mit langjähriger COPD sieht man im **EKG** Anzeichen eines übermäßig beanspruchten rechten Herzens. In der **Blutgasanalyse** kann man feststellen, ob schon eine Ateminsuffizienz eingetreten ist. Im **Röntgenthorax** sowie im **CT** erkennt man, ob ein Emphysem besteht oder ob der Patient eine Lungenentzündung hat. Bei akuten Exazerbationen lässt sich im **Sputum** der Erreger nachweisen.

Schulmedizinische Therapie

Am allerwichtigsten ist es, mit dem **Rauchen aufzuhören** sowie andere Schadstoffe zu meiden. Eine Therapie mit Medikamenten kann nicht erfolgreich sein, wenn die Ursache für die Erkrankung nicht beseitigt wird.

Medikamentöse Langzeittherapie

Die medikamentöse Langzeittherapie erfolgt nach einem festgelegten Stufenplan. Bevor man mit der Therapie beginnt, werden die Patienten in **4 Risikogruppen** eingeteilt. Hierfür werden folgende Kriterien herangezogen: der Befund der Lungenfunktion (GOLD-Stadium), die aktuellen Beschwerden (gemessen an Fragebögen, die die Patienten ausfüllen) und die Anzahl der Exazerbationen (Verschlechterung der Symptomatik) im Jahr. Jede Risikogruppe wird nach einem speziellen Therapieplan behandelt. COPD-Patienten sollten bevorzugt **Bronchodilatoren** wie Anticholinergika und β 2-Sympathomimetika inhalieren. Anders als beim Asthma bronchiale werden **inhalative Glukokortikoide** nur bei Patienten mit hohem Risiko eingesetzt. Wenn diese Medikamente keine Besserung bringen, kann in jeder Risikogruppe auf alternative Medikamente bzw. Medikamentenkombinationen ausgewichen werden.

Sauerstoffbehandlung

Ist der Sauerstoffgehalt des Blutes trotz optimaler medikamentöser Behandlung zu niedrig (chronische Hypoxämie), müssen die Patienten zusätzlich Sauerstoff bekommen. Wichtig ist es, dass der Sauerstoff über **mindestens 16 Stunden** am Tag zugeführt wird (**Langzeittherapie**). Hierfür stehen auch spezielle Heimgeräte zur Verfügung. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Langzeittherapie das Überleben verlängert.



VORSICHT

*Bei Patienten mit chronischem Sauerstoffmangel funktioniert der Atemtrieb über den niedrigen Sauerstoffgehalt im Blut. Beim Gesunden treibt ein zu hoher Kohlendioxidspiegel im Blut die Atmung an. Bei Patienten mit chronischer COPD fällt dieser **Antrieb** jedoch **aus**, da sich der Körper an die höheren CO₂-Werte bereits gewöhnt hat. Gibt man dem Patienten in dieser Situation unkontrolliert Sauerstoff, nimmt man ihm den letzten Atemtrieb weg, da kein niedriger Sauerstoffgehalt im Blut erreicht wird. Es kann zum **lebensbedrohlichen Atemstillstand** kommen!*

Falls der Kohlendioxidpartialdruck im Blut weiter steigt (**Hyperkapnie**), wird eine **nächtliche Selbstbeatmung** über eine Nasen- oder Nasen-Mund-Maske durchgeführt (nicht invasive Beatmung, abgekürzt NIV). Die Atemmuskulatur kann sich dann während der Nacht erholen, damit sie tagsüber wieder „einsatzbereit“ ist.

Therapie der akuten Exazerbation

Während einer akuten Exazerbation wird die **antiobstruktive Therapie** (β 2-Sympathomimetika, Anticholinergika) **intensiviert**. Bei starken Beschwerden erhalten die Patienten systemische **Glukokortikoide**. Eventuell müssen die Patienten vorübergehend Sauerstoff bekommen oder beatmet werden. Bei eitrigem Sputum müssen **Antibiotika** entsprechend dem wahrscheinlichsten Erreger verabreicht werden (kalkulierte Antibiose): Bei einer leichten Exazerbation werden die Patienten

ambulant mit Aminopenicillinen (alternativ: Makrolide) behandelt, bei schweren Formen müssen sie stationär aufgenommen werden und eine i. v.-Antibiose z. B. mit Cephalosporinen bekommen.

Weitere Behandlungsmaßnahmen

Alle COPD-Patienten sollten sich regelmäßig gegen **Pneumokokken** und **Influenza impfen** lassen.

- Um die körperliche Leistungsfähigkeit zu fördern, wird die Teilnahme an Lungensportgruppen, **Atemgymnastik** und **Physiotherapie** Jeder COPD-Patient sollte an einer **Patientenschulung** teilnehmen. Dort lernt er den Umgang mit seiner Erkrankung und Inhalationsgeräten. Dem Patienten muss unbedingt klargemacht werden, wie wichtig es für den weiteren Erkrankungsverlauf ist, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Ein fortgeschrittenes Lungenemphysem kann eventuell **operativ** behandelt werden.

Prognose

Die Prognose hängt ganz entscheidend davon ab, ob der Patient es schafft, mit dem Rauchen aufzuhören. Gelingt dies nicht, verringern sich Lebenserwartung und Lebensqualität deutlich.

Naturheilkundliche Therapie

Das Therapiekonzept besteht zunächst darin, die Noxen (in den meisten Fällen Nikotin) auszuschalten und zugleich die Entgiftungsventile (Cave: geschwächte Patienten) mithilfe einer Entgiftungskur zu öffnen. Hierzu werden Leber-, Nieren- und Haut- bzw. Schleimhautmittel im 3-tägigen Wechsel verabreicht. Die weitere Therapie sieht vor, das Immunsystem mit Infusions- und Injektionstherapie zu stärken.

Ab- und ausleitende Therapieverfahren: Bei chronischer Bronchitis werden die entsprechenden Reflexzonen im Bereich des oberen Rückens, entlang der Rippenbögen dorsal und ventral und unterhalb der Schlüsselbeine (Lungen- und Bronchialzone, Tonsillendreieck) 1-mal wöchentlich über zweieinhalb Monate baunscheidtiert. Erzielt wird die reflektorische Beeinflussung der inneren Organe und ein Lymphdrainageeffekt.

Biochemie nach Dr. Schüßler: Bei chronisch obstruktiver Bronchitis und als Langzeittherapie bei Lungenemphysem sind folgende Schüßler-Salze angezeigt: Nr. 1 Calcium fluoricum D 3/6/12 mit monatlichen Wechsel der Potenz, als Zwischenmittel Nr. 11 Silicea D 6 mit monatlichen Pausen (als Schutz vor Elastizitätsverlust und Gewebsverhärtung).

Colon-Hydro-Therapie: Der Darm, das größte Abwehrorgan des Menschen, sollte bei jedem Patienten mitbehandelt werden, der unter einer chronischen Erkrankung leidet. Nach einer Ernährungsumstellung für die Therapiedauer (Verzicht auf Industriezucker und tierisches Eiweiß) werden über 6–10 Wochen 1-bis 2-mal pro Woche Darmspülungen durchgeführt. Nach 3 Wochen erfolgt zusätzlich die Symbioselenkung. In der Zeit der Behandlung verringert sich die Belastung des Organismus durch im Darm stattfindende Gärungs- und Fäulnisprozesse (Auto-Intoxikation). Zusätzlich wird der abdominelle Lymphapparat entlastet.

Ernährungstherapie: Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr (mindestens 2 Liter tgl.) fördert die Schleimverflüssigung, hält die Schleimhäute feucht und fördert so die Abwehrfunktion. Zudem wird die Wirkung der auswurfördernden Pflanzen (Kräutertee) unterstützt. Da Milchprodukte die Verschleimung fördern, sind diese zu meiden.

Eigenblutbehandlung: Zur Steigerung der Abwehrreaktion sowie bei Allergien wird eine Serie von Eigenblutbehandlung verabreicht, die 2-mal verabfolgt wird; erst dann sind die Erfolge nachhaltig. Die Mischinjektionen enthalten eine bestimmte Menge an Eigenblut, das aufsteigend dosiert wird und je nach Beschwerden Zubereitungen aus Sonnenhut oder Präparate zur Behandlung der allergischen Diathese. Bei einer allergischen Komponente der Erkrankung sollte die Behandlung vor der zu

erwartenden Belastung beginnen. Bei anderen Ursachen sollte der Therapiebeginn vor der jährlichen „Erkältungssaison“ im Spätsommer gewählt werden.

Phytotherapie: Unterschieden werden Rezepturen bei trockenem, unproduktivem und bei produktivem Husten. Bei trockenem Husten kommen schleimhaltige Pflanzen zum Einsatz, sog. Muzilaginosa. Sie haben reizmildernde und antientzündliche Eigenschaften. Beispiele für Muzilaginosa sind Spitzwegerich, Malve, Isländisch Moos, Königskerze, Eibisch und Huflattich. Bei produktivem Husten werden Pflanzen eingesetzt, die ätherische Öle oder Saponine enthalten. Beispiele für einzusetzende Ätherisch-Öl-Drogen sind Thymian, Kiefer, Fichte, Bibernelle und Eukalyptus, Beispiele für Saponindrogen sind Efeu, Königskerze bzw. Schlüsselblume.

<https://www.heilpraktikerkurse.de>

Stand: 20.09.2019