

Asthma bronchiale

Autor:



heilpraktikerkurse.de
EIN ANGEBOT VON EXAMIO UND HAUG

Asthma bronchiale

Dargestellt sind die Pathophysiologie und Symptome sowie die Diagnostik, schulmedizinische und naturheilkundliche Therapie des Asthma bronchiale.



HINWEIS

Asthma bronchiale

*Asthma bronchiale ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung der Atemwege, die durch eine gesteigerte Überempfindlichkeit (Hyperreagibilität) des Bronchialsystems entsteht. Asthma tritt typischerweise anfallsartig auf und ist durch akute Atemnot gekennzeichnet. Durch die richtige Behandlung und/oder spontan ist es zumindest teilweise **reversibel** (umkehrbar).*



MERKE

Leitsymptome des Asthma bronchiale

- Kurzatmigkeit
- Atemnot mit typisch erschwerter, verlängerter Ausatmung und pfeifenden Nebengeräuschen (häufig nachts auftretend)
- Unruhe, Angst, evtl. Sprechschwierigkeiten und bläuliche Verfärbung der Lippen
- Bevorzugung einer aufrechten Sitzhaltung mit vornübergeneigtem Oberkörper und aufgestützten Armen



MERKE

Wann zum Arzt?

Innerhalb der nächsten Tage, wenn immer wieder Atemprobleme oder krampfartige Hustenattacken auftreten, für die es keine Erklärung (z. B. Atemwegsinfekt) zu geben scheint, wenn Zahl oder Schwere der Asthmaanfälle zunehmen.

Sofort den Notarzt rufen, wenn

- erstmals ein Atemnotanfall auftritt,
- bei bekanntem Asthma im Atemnotanfall die Notfallmedikamente nicht mehr wirken,
- der Atemnotfall mit ausgeprägter Erstickenangst, starker Erschöpfung oder Bewusstseinsstrübung einhergeht.

1.1.1.1 Pathophysiologie

In Deutschland leiden ca. 5 % der Bevölkerung an Asthma. Im Kindesalter ist das Asthma bronchiale die häufigste chronische Erkrankung.

Beim Asthma spielen einerseits die **genetische Veranlagung**, andererseits verschiedene Auslöser (z. B. Allergene, Infekte, inhalative Reizstoffe) eine Rolle. Letztere lösen eine chronische Entzündungsreaktion aus, welche wiederum zur Überempfindlichkeit der Bronchien führt (= **bronchiale Hyperreagibilität**). Die Bronchialschleimhaut schwillt infolge der Entzündung an und die Muskulatur verkrampft sich. Außerdem bilden die Drüsen einen zähen Schleim, der nur schwer abgehustet werden kann. Diese Faktoren führen neben der bronchialen Überempfindlichkeit dazu, dass sich die Bronchien verengen (**Bronchospasmus**). Dadurch kann die Luft schlechter entweichen und die Patienten verspüren vermehrt Probleme beim Ausatmen. Unter Umständen kann es sogar zur Überblähung der Lunge kommen. Wird das Asthma nicht richtig behandelt und besteht die Entzündungsreaktion dauerhaft, kommt es im weiteren Verlauf zu Umbauprozessen in den Bronchien. Die Folge sind dann chronische und irreversible Atemprobleme wie bei der COPD.

Auslöser und Asthmaformen

Es gibt 2 Hauptformen des Asthmas, wobei die meisten Asthmatiker im Laufe ihres Lebens eine Mischform entwickeln.

Allergisches (extrinsisches) Asthma bronchiale

Das allergische Asthma **beginnt** meistens im **Kindesalter**. Die betroffenen Kinder leiden oft auch an anderen Erkrankungen des atopischen Formenkreises (allergischer Schnupfen und Neurodermitis). Die häufigsten Auslöser (= Allergene) sind **Pollen**, **Hausstaub** oder **Tierhaare**, seltener sind Nahrungsmittel- und Berufsallergene (z. B. das Bäckerasthma durch Mehle). Das allergische Asthma beruht auf einer IgE-vermittelten allergischen Sofortreaktion. Das bedeutet, nach dem Allergenkontakt werden spezifische IgE-Antikörper gebildet, die dann dafür sorgen, dass aus den Mastzellen verschiedene Mediatoren wie z. B. Histamin, Leukotriene und Prostaglandine freigesetzt werden. Diese führen dann nach wenigen Minuten (→ „allergische Sofortreaktion“) zum Bronchospasmus und damit zum Asthmaanfall. 6 – 8 Stunden später entwickeln etwa 60 % der Patienten eine sog. „entzündliche Spätreaktion“. Die während der Sofortreaktion freigesetzten Entzündungsmediatoren locken weitere Entzündungszellen (Leukozyten, Makrophagen) an, die zu einer entzündlichen Gewebereaktion führen, durch die die Symptome aufrechterhalten werden.

Nicht allergisches (intrinsisches) Asthma bronchiale

Das nicht allergische Asthma **beginnt** meistens im **Erwachsenenalter**. Ausgelöst wird es durch verschiedene **unspezifische Reize**, z. B.:

- Virusinfektionen der Atemwege („Infektasthma“)
- kalte Luft
- psychische Belastungen
- körperliche Anstrengung („Anstrengungsasthma“)
- Luftverschmutzung wie Zigarettenrauch, Ozon oder Nitrosegase
- verschiedene Medikamente wie NSAR (sog „Analgetikaasthma“) oder β -Sympathomimetika



MERKE

Im Säuglings- und Erwachsenenalter ist das Infektasthma am häufigsten. Bei Kindern und Jugendlichen überwiegt das allergische Asthma!

Symptome

Asthmaanfälle treten auf, wenn die Patienten den oben genannten Triggerfaktoren ausgesetzt waren (z. B. bei Pollenallergie, wenn die Pollen fliegen, oder bei Infektasthma, wenn ein Virusinfekt besteht). Zwischen den Anfällen sind die Patienten beschwerdefrei. Ein Asthmaanfall ist gekennzeichnet durch:

- **plötzliche und anfallsartige Atemnot**
- **Attacken** von trockenem **Husten**
- **Atemgeräusche beim Ausatmen:** Pfeifen (wenn auf die Entfernung hörbar = **Stridor**), Giemen, Brummen
- **Engegefühl** im Brustkorb

Die Patienten sind sehr **ängstlich** und **atmen schnell**. Damit das Atmen leichter fällt, setzen sie die Atemhilfsmuskeln ein, d. h., sie stützen den Oberkörper auf (**Orthopnoe**). Es hilft ihnen ebenfalls, wenn sie durch die zusammengepressten Lippen ausatmen (sog. **Lippenbremse**). Dadurch erhöht sich nämlich der Druck in den Atemwegen, sodass diese während der Expiration länger geöffnet bleiben. Die **Ausatemphase** ist wesentlich **länger** als normal.

Bei einem schweren Asthmaanfall müssen die Patienten zwischen jedem Wort „nach Luft schnappen“ (sog. „**Sprechdyspnoe**“). Die Anfälle treten oft **nachts** oder **frühmorgens** auf. Die **Herzfrequenz** ist im Asthmaanfall deutlich **erhöht**.

Komplikationen

- **Akutkomplikationen:** Die wichtigste Komplikation ist der **Status asthmaticus**, der lebensbedrohlich ist. Ein Status asthmaticus ist ein Asthmaanfall, der mehrere Stunden dauert und sich auch mit Medikamenten nicht durchbrechen lässt.
- **Langzeitkomplikationen:** Werden Asthmatiker über lange Zeit nicht richtig behandelt, kann sich infolge der chronischen Entzündung eine dauerhafte Atemwegsobstruktion ausbilden. Die Symptome bestehen dann dauerhaft und bilden sich nur teilweise zurück. Ähnlich wie bei der COPD droht den Patienten eine chronisch-respiratorische Insuffizienz, ein Lungenemphysem oder eine pulmonale Hypertonie.



HINWEIS

Schwerstes Bild ist der **Status asthmaticus**, ein langanhaltender oder in kurzer Folge wiederkehrender Asthmaanfall. Er ist immer ein Notfall: Der Patient muss häufig intubiert und künstlich beatmet werden. Nahezu alle Asthmatiker, die an ihrer Erkrankung sterben, ersticken im Status asthmaticus.

Diagnostik

Anamnese

Fragen nach der Art und Häufigkeit von Asthmaanfällen, ihrem zeitlichen Auftreten sowie nach Einflussfaktoren (Medikamente, Kälte, Stress etc.) stehen im Vordergrund.

Körperliche Untersuchung während des Anfalls

Auskultation: Typische Befunde sind ein **verlängertes Expirium** (verlängerte Ausatemphase) mit **trockenen Rasselgeräuschen** („expiratorisches Giemen, Brummen und Pfeifen“).

Perkussion: Der Klopfeschall ist hypersonor, die Lungengrenzen sind nur sehr eingeschränkt

atemverschiebbar (Zewerchelltiefstand).

Die Atem- (**Tachypnoe**) und Herzfrequenz (**Tachykardie**) sind deutlich erhöht; manchmal lässt sich auch ein **paradoxe Puls** nachweisen, d. h., der Blutdruck steigt während des Einatmens nicht wie normal an, sondern fällt ab. Asthmatiker setzen die Atemhilfsmuskeln (**Orthopnoe**) und **Lippenbremse** ein. Bei einem schweren Asthmaanfall kann man evtl. überhaupt keine Atemgeräusche hören, wenn die Lunge maximal überbläht ist („silent chest“).

Lungenfunktionsprüfung („Lufu“)

Die Lungenfunktion liefert die entscheidenden Ergebnisse für die Diagnostik.

- Typisch ist die **obstruktive Ventilationsstörung**. Das bedeutet, die Einsekundenkapazität ist bei Asthmatikern deutlich zu niedrig (**FEV₁** ↓), während der Atemwegswiderstand (Resistance) zu hoch ist.
- Ebenso typisch ist, dass die obstruktive Ventilationsstörung **reversibel** Die Reversibilität prüft man im Bronchospasmodolysetest. Dabei lässt man den Asthmatiker eine bronchienerweiternde Substanz inhalieren, wodurch sich die Einsekundenkapazität vollständig normalisiert.
- Im anfallsfreien Intervall kann man im sog. **Metacholintest** prüfen, ob eine bronchiale Hyperreagibilität vorliegt. Dazu lässt man den Patienten Metacholin inhalieren. Metacholin wirkt bronchospastisch, verengt also die Bronchien. Liegt eine bronchiale Hyperreagibilität vor, sinkt die Einsekundenkapazität deutlich ab und der Atemwegswiderstand (Resistance) nimmt zu.

„Peak-Flow“-Messung

Mit dem Peak-Flow-Meter können die Patienten ihre Atmung selbstständig messen und so den Verlauf ihrer Erkrankung überprüfen. Dieses Gerät bestimmt den **Atemspitzenstoß** (peak expiratory flow; PEF). Hierfür müssen die Patienten zuerst maximal ein- und dann, so schnell und so kräftig es geht, in das Gerät ausatmen. Das Gerät gleicht den Atemspitzenstoß mit altersentsprechenden Normwerten ab und zeigt das Ergebnis in l/min an. Am Morgen lassen sich die niedrigsten und am Abend die höchsten Werte messen (Abb. 9.28).

Blutgasanalyse (BGA)

Während eines Asthmaanfalls sollte immer eine BGA abgenommen werden. Meistens zeigt sich hier eine **respiratorische Partialinsuffizienz**, d. h. eine Hypoxämie ($pO_2 \downarrow$) bei normalem oder erniedrigtem pCO_2 (durch die gesteigerte Atmung wird viel CO_2 abgeatmet). Steigt der Kohlendioxidpartialdruck an (Hyperkapnie), ist das ein Hinweis auf eine Erschöpfung der Atemmuskulatur – ein Atemstillstand droht!

Weitere Untersuchungen

- **Röntgenthorax:** Im Röntgenbild des Thorax ist eine Lungenüberblähung erkennen. Röntgenuntersuchungen sind in erster Linie sinnvoll, um andere Ursachen einer Atemnot auszuschließen.
- **Blutuntersuchung:** Bei den meisten Patienten mit allergischem Asthma findet man im Blutbild eine erhöhte Zahl eosinophiler Granulozyten (sog. Eosinophilie).
- **Allergiediagnostik:** Diese ist bei Verdacht auf ein allergisches Asthma (bekannte Allergien, Auslöser, positive Familienanamnese) sinnvoll. Im beschwerdefreien Intervall versucht man dann, eine Sensibilisierung für verdächtige Allergene nachzuweisen, z. B. mit Hauttests oder Laboruntersuchungen.

Schulmedizinische Therapie

Bei der Asthmabehandlung gibt es 2 wesentliche Therapieansätze:

- **Akuttherapie:** Behandlung der akuten Beschwerden (sog. „Bedarfsmedikation“) bzw. Behandlung eines Asthmaanfalls
- **Dauertherapie:** langfristige Behandlung, um Asthmaanfälle zu vermeiden

In der Behandlung spielen zum einen Medikamente eine wichtige Rolle, zum anderen ist es aber auch entscheidend, den Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung zu schulen. In den **Schulungen** sollen die Patienten lernen, wie sie richtig mit der Erkrankung und ihrer Medikation umgehen, potenzielle Triggerfaktoren meiden und ihre Symptome einzuschätzen haben. Wichtig sind dabei auch regelmäßige **Selbstkontrollen** mit dem **Peak-Flow-Meter**.

Grad der Asthmakontrolle

Wichtig für die Auswahl der Medikamente sind der Schweregrad der Erkrankung und der **Grad der Asthmakontrolle**. Hier spielen folgende Faktoren eine Rolle:

- Treten Asthmasymptome auf, insbesondere nachts?
 - Sind die Patienten in ihrer körperlichen Aktivität eingeschränkt?
 - Müssen sie Medikamente einnehmen, die die Bronchien erweitern (z. B. Inhalieren eines β_2 -Sympathomimetikums)?
 - Wie sieht die aktuelle Lungenfunktion aus (FEV₁-Wert und Peak-Flow-Messung)?
 - Wie oft verschlimmern sich die Beschwerden (Zahl der Asthmaanfälle)?
- Nach dem aktuellen Zustand des Patienten ergeben sich 3 verschiedene Grade der Asthmakontrolle:
- **„gute Kontrolle“** → Der Patient hat geringe Beschwerden, eine normale Lungenfunktion, muss selten Medikamente nehmen und ist in seiner Aktivität nicht eingeschränkt.
 - **„teilweise Kontrolle“** → Der Patient hat 1 von folgenden Symptomen in der Woche: häufige Beschwerden, eingeschränkte Lungenfunktion, Notwendigkeit von Bedarfsmedikamenten, Einschränkung körperlicher Aktivität.
 - **„schlechte Kontrolle“** → Der Patient hat mindestens 3 Symptome des teilkontrollierten Asthmas.

Behandlungsplan

Abhängig vom Grad der Asthmakontrolle wird der Patient nach einem **festgelegten Stufenplan** behandelt. Bei guter Asthmakontrolle behält man die Therapie bei bzw. kann sie sogar verringern, bei teilweise kontrolliertem Asthma sollte man überlegen, ob eine Therapieintensivierung sinnvoll wäre, und bei schlechter Asthmakontrolle sollte die Behandlung unbedingt intensiviert werden.

Applikationsformen

Die Medikamente werden in erster Linie **inhaliert**, da sie so am schnellsten an ihren Wirkort (Bronchien) gelangen und zudem die Wirkdosis deutlich niedriger gehalten werden kann als bei einer systemischen Gabe. Es gibt prinzipiell folgende Möglichkeit der Inhalation:

- **Dosieraerosole:** Dosieraerosole sind Sprays, bei denen pro Sprühstoß („Hub“) eine definierte Menge des Medikaments abgegeben wird. Insbesondere bei Kindern verwendet man eine sog. Vorschaltkammer, damit die zeitliche Koordination zwischen Sprühen und Einatmen erleichtert wird. Über den Spacer wird das Aerosol in mehreren Atemzügen tief eingeatmet.
- **Pulverinhalatoren:** Hier wird das Medikament in Form eines feinen Pulvers eingeatmet, sozusagen aus dem Inhalator gesaugt. Sie sind für die Patienten etwas leichter zu bedienen als die Dosieraerosole. Da der Patient bei diesen Systemen selbst das Pulver einsaugen

muss, sind Pulverinhalatoren im Asthmaanfall nicht geeignet.

- **Vernebler:** Beim „Vernebeln“ wird das Medikament in einer Kochsalzlösung unter Druckluft, die von einem Kompressor erzeugt wird, nass vernebelt (in ein Aerosol umgewandelt). Diese Inhalationsmethode dauert deutlich länger (ca. 15 min), ist jedoch für alle Patienten geeignet.

Akuttherapie

Bei akuten Asthmapbeschwerden setzt man Medikamente ein, die die Bronchien rasch erweitern und so den Spasmus lösen. Man spricht von **Relievern** oder eben Bedarfsmedikamenten. Zur Akuttherapie bevorzugt eingesetzt werden die sog. **inhalativen kurzwirksamen β_2 -Sympathomimetika** wie z. B. Salbutamol (Sultanol), Fenoterol (Berotec) oder Terbutalin (Bricanyl).

Dauertherapie

Es ist wichtig, dass Asthmapatienten nicht nur bei akuten Symptomen Medikamente nehmen, sondern **kontinuierlich behandelt** werden, damit weitere Asthmaanfälle und Folgeerkrankungen vermieden werden. Die Medikamente zur Dauertherapie nennt man **Controller**. Ihre Wirkung setzt erst langsam ein, hält dafür langfristig an. Sie müssen aus diesem Grund regelmäßig eingenommen werden und sind für den akuten Anfall nicht geeignet.

Die wichtigsten „Controller“ sind **Glukokortikoide**, die stark antientzündlich wirken. Glukokortikoide werden zunächst **inhaliert** (ICS, „inhalative Kortikosteroide“), bei zunehmender Asthmaschwere auch **oral** verabreicht. Zu den ICS zählen z. B. Budesonid (Pulmicort) oder Fluticason (Flutide), zu den oralen Glukokortikoiden Prednisolon.

Weitere Controller sind **langwirksame β_2 -Sympathomimetika** zum Inhalieren wie Formoterol oder Salmeterol. Sie wirken bronchodilatatorisch wie die kurzwirksamen β_2 -Sympathomimetika, jedoch bei verzögertem Wirkeintritt und längerer Wirkdauer. Auch **Anticholinergika** wie Ipratropiumbromid können zur inhalativen Dauertherapie eingesetzt werden, haben hier jedoch keinen so hohen Stellenwert wie in der Behandlung einer COPD. Speziell bei Kindern verwendet man auch **Montelukast** (Leukotrienantagonist), das ebenfalls antientzündlich wirkt. Montelukast wird per os gegeben. Eine weitere Möglichkeit sind sog. **Mastzellstabilisatoren** wie Cromoglycinsäure. Sie haben jedoch nur eine geringe antientzündliche Wirkung und müssen mehrmals täglich inhaliert werden. Sie haben rein prophylaktische Wirkung und nützen nicht gegen akute Beschwerden. Als Reservemittel kann in schweren Fällen auch **Theophyllin** (p. o. als Retardkapsel) verabreicht oder beim therapieresistenten allergischen Asthma auch ein **IgE-Antikörper** s. c. injiziert werden, der die Sensibilisierung von Mastzellen verhindern soll.



MERKE

Reliever bessern rasch die Beschwerden, da sie die Bronchien erweitern. Sie haben aber keinen Einfluss auf die eigentliche Entzündung. Controller wirken erst verzögert, dafür aber deutlich länger. Vor allem Glukokortikoide müssen konsequent und regelmäßig eingenommen werden, damit sie ihre antientzündliche Wirkung entfalten können.

Therapie des Asthmaanfalls

Asthmaanfälle können leicht (Patient kann noch normal sprechen), schwer (Patient hat Atemnot beim Sprechen) und lebensbedrohlich (Patient ist zyanotisch, hypoton und atmet schnell und schwer) verlaufen.

Bei einem **leichten Asthmaanfall** kann die Atemnot mit **2 – 4 Hüben** eines schnell wirksamen β_2 -Sympathomimetikums (z. B. **Salbutamol**) zumeist gut in den Griff bekommen werden (evtl. nach 10 – 15 Minuten wiederholen). Die Patienten sollten ruhig atmen, die Lippenbremse und die Atemhilfsmuskeln einsetzen. Beruhigt sich die Symptomatik nicht, sollte man den **Notarzt** rufen. Die Patienten erhalten dann **Sauerstoff** über eine Nasenbrille, **systemische Kortikosteroide** (abhängig vom Schweregrad oral oder i. v.) sowie **erneut 2 – 4 Hübe** eines kurzwirksamen β_2 -Sympathomimetikums. Falls vorhanden, können auch inhalative Anticholinergika verabreicht werden. Bessert sich der Anfall nicht, müssen die Patienten sitzend in die **Klinik transportiert** werden. Beim lebensbedrohlichen Asthmaanfall und im Status asthmaticus muss der Patient auf die Intensivstation gebracht werden. **Theophyllin** darf aufgrund seiner Nebenwirkungen erst in der Klinik verabreicht werden, wenn sich der Zustand unter β_2 -Sympathomimetika nicht bessert. Bevor Theophyllin verabreicht wird, muss geklärt werden, ob der Patient dieses Medikament bereits zu Hause eingenommen hat, damit es nicht zur Überdosierung kommt.



VORSICHT

Da β_2 -Sympathomimetika die Herzfrequenz beschleunigen, dürfen die Hübe nicht unkontrolliert und nicht zu häufig appliziert werden.

Prognose

Die Prognose ist inzwischen sehr gut. Bei optimaler medikamentöser Behandlung ist die Lebensqualität kaum eingeschränkt.

Naturheilkundliche Therapie

Chinesische Medizin: Verschiedene Syndrome, wie z.B. Wind-Kälte-Invasion in die Lunge oder Lungen- und Milz-Qi-Mangel, können Asthma bronchiale verursachen. Die Differenzierung der Syndrome erfolgt u.a. nach Sputum, Atembegleitgeräuschen, Allgemeinsymptomen sowie nach Zungenbelag und Pulsbefund. Im akuten Anfall sind mit Akupunktur gute Erfolge zu erzielen. Durch eine Behandlung im beschwerdefreien Zeitraum kann die Anfallshäufigkeit gesenkt werden. Bei chronischem Verlauf ist eine Therapie mit Kräutern einer Akupunkturbehandlung vorzuziehen.

Homöopathie: Nach verschiedenen Erfahrungsberichten lindert eine individuell abgestimmte Konstitutionstherapie die Beschwerden und wirkt sich positiv auf Häufigkeit und Schwere der Anfälle aus. Infrage kommen folgende Konstitutionsmittel: Arsenicum album, Bryonia, Calcium carbonicum, Causticum, Ignatia, Kalium bichromicum, Kalium carbonicum, Kalium sulfuricum, Lycopodium, Medorrhinum, Natrium muriaticum, Nux vomica, Phosphorus, Pulsatilla, Psorinum, Silicea. Charakteristische Allgemein- und Gemütssymptome können allerdings auch auf ein anderes konstitutionelles Mittel verweisen.

Biochemie nach Dr. Schüßler: Im Akutfall bis zu dreimal das Schüßler-Salz Nr. 7 als "Heiße 7" zur Entkrampfung der Bronchien anwenden. Zur Prophylaxe kann das Schüßler-Salz auch dauerhaft eingenommen werden.

Mikrobiologische Therapie: Häufig ist die Darmmikrobiota nachweislich gestört. Eine Ernährungsumstellung und mikrobiologische Therapie je nach Stuhlbefund bewirken meist eine deutliche Besserung der Symptomatik. Die Nr. 9 Natrium phosphoricum ist bei chronischem Asthma anzeigt, zusammen mit der Nr. 10 Natrium sulfuricum.

Physikalische Therapie: Patienten sollten die dosierte Lippenbremse üben, um sich das Atmen unter Belastung zu erleichtern. Empfehlen Sie Patienten mit chronischem Asthma vorwiegend warme

Anwendungen, z.B. warme oder heiße Brustwickel, zur Entspannung auch ansteigende Armbäder (Temperatursteigerung von 35 auf 39 °C innerhalb von ca. 5 bis 10 Minuten). Intensive Warm- oder Kaltreize dürfen nur im beschwerdefreien Intervall bei stabilem Zustand gesetzt werden. Für Patienten mit allergischem Asthma haben sich Klimakuren im Gebirge oder an der See als sehr hilfreich erwiesen. Das Reizklima der Nordsee ist stärker als das Klima an der Ostsee, denn durch den stärkeren Wellengang gelangen entzündungshemmende Salzwasserpartikel als Aerosol vermehrt in die Atemwege und lindern die Beschwerden.

Phytotherapie: Bevorzugt anzuwenden sind Zubereitungen aus bronchospasmolytisch und expektorierend wirkenden Heilpflanzen, wie z.B. Bischofskraut oder Khella, Thymian, Efeu, Spitzwegerich. Therapieziel ist die Verringerung der Asthmaanfälle. Schleimdrogen, wie z.B. Malve und Huflattich sind zuzusetzen, falls spastische Beschwerden im Vordergrund stehen und kein Schleim vorhanden ist. Sie wirken reizmildernd und verringern die Hustenanfälle. Bei starker psychischer Komponente können auch sedierend wirkende Pflanzen hilfreich sein, wie z.B. Passionsblume, Baldrian, Melisse oder Johanneskraut in Kombination.

<https://www.heilpraktikerkurse.de>

Stand: 20.09.2019