

Tischversion

Chronisch obstruktive Bronchitis

Eine **chronische Bronchitis** liegt vor, wenn Husten und Auswurf über mindestens 3 Monate in 2 aufeinander folgenden Jahren bestehen (WHO-Definition). Die **chronisch obstruktive Bronchitis** ist zusätzlich durch eine permanente Atemwegsobstruktion gekennzeichnet. Heilung ist nicht möglich.

Ziele der Therapie sind u. a.: Verminderung der Progression der Symptome, Symptomlinderung, Vorbeugung von Exazerbationen, Erhöhung der körperlichen Belastbarkeit und Verbesserung der Lebensqualität.

Hausärztliche Aufgaben

- Raucherentwöhnung
- Schulung im Gebrauch der Inhalationssysteme

Nichtmedikamentöse Maßnahmen sind auf jeder Stufe auszuschöpfen:

Körperliches Training, Physikalische Therapie, Atemgymnastik, Inhalationstherapie, Grippe- und Pneumokokkenimpfung und Normalisierung des Gewichts.

			Stufe 4 sehr schwer FEV 1 < 30 %
		Stufe 3 schwer FEV 1 ≥ 30 % - < 50 %	Dauertherapie: inhalative langwirksame β_2 -Sympathomimetika und/oder Anticholinergika Bei unzureichendem Therapieeffekt <i>retardiertes</i> Theophyllin plus ICS, wenn Therapieerfolg (Kontrolle nach Versuch über 3 Monate) plus Langzeitsauerstofftherapie bei chronischer resp. Insuffizienz
	Stufe 2 mittelschwer FEV 1 ≥ 50 % - < 80 %	Dauertherapie: inhalative langwirksame β_2 -Sympathomimetika und/oder Anticholinergika Bei unzureichendem Therapieeffekt <i>retardiertes</i> Theophyllin	
Stufe 1 leicht FEV 1 ≥ 80 % Soll	Bedarfsmedikation: rasch wirksame inhalative β_2 -Sympathomimetika und/oder Anticholinergika		
keine medikamentöse Dauertherapie Ausschöpfung aller allgemeinen Maßnahmen			

Die Langzeittherapie der COPD ist in Abhängigkeit vom Schweregrad eine Stufentherapie wie beim Asthma bronchiale. Mit einer medikamentösen

Therapie lässt sich eine weitere Verschlechterung der Lungenfunktion i. d. R. nicht verhindern.

Praxishinweise zur Behandlung der COPD

- Die Behandlung mit Theophyllin soll wegen der geringen Effizienz, zahlreicher Interaktionen und der relativ geringen therapeutischen Breite erst nach Einsatz von langwirksamen β_2 -Sympathomimetika und/oder Anticholinergika erfolgen.
- Inhalative Glukokortikoide sind nur indiziert bei 10-15% der COPD-Patienten („Responder“): Therapiekontrolle über FEV₁ (Anstieg gegenüber Ausgangswert: >15% und 200 ml) und/oder klinische Symptomatik (Dyspnoe, Husten, Auswurf). Bei Langzeitanwendung höherer Dosierungen ist gehäuft mit Heiserkeit und Mundsoor zu rechnen und auch einer Abnahme der Knochendichte ist möglich.
- Eine orale Glucocorticoid-Dauertherapie sollte vermieden werden.
- Bei respiratorischer Insuffizienz ist die Sauerstofflangzeittherapie (Nasensonde, Maske) effektiv und sollte rechtzeitig eingeleitet werden.
- Unterernährung findet sich häufig bei Patienten mit schwerer COPD und verschlechtert die Prognose (Achtung: Circulus vitiosus: vermehrte Atemarbeit, vermehrter Grund- und Energieumsatz). Patienten haben häufig keinen Appetit. Neben gesteigerter Kalorienzufuhr soll die Muskelkraft (Atemmuskulatur) durch körperliches Training bzw. Training der Atemmuskulatur gekräftigt werden.
- Patienten mit COPD profitieren von körperlichem Training. Vor der Teilnahme am ambulanten Lungensport ist eine ärztliche Untersuchung notwendig. Voraussetzung zur Teilnahme in Lungensportgruppen sind:
 - Mindestbelastbarkeit: 50 Watt über 3 min;
 - ggf. 30 min. nach 2 Hüben eines rasch wirkenden β_2 -Sympathomimetikums;
 - FEV₁ > 60% Soll;
 - arterieller pO₂ > 55 mmHg unter Belastung (50 Watt);
 - syst. RR < 220 mmHg, diast. RR < 120 mmHg unter maximaler Belastung.

Behandlung der Exazerbation

- Antibiotika: primär z. B. Amoxicillin, Makrolide, Tetracykline; bei Stufe 3 und 4 Oralcephalosporine der 3. Generation (z. B. Cefpodoxim); Reserve: Gyrasehemmer.
- Rasch wirksame inhalative β_2 -Sympath. (200 μ g Salbutamol) und/oder Anticholinergika max. Tagesdosis beachten.
- Theophyllin wegen der geringen therapeutischen Breite nachrangig einsetzen. Cave: Tachykardie, Tachyarrhythmie.
- Orale Glucocorticoide (0,5 mg Prednisolon/kg KG, ggf. verteilt auf 2 x tgl. – bei schwerer Exazerbation 1 mg bis 2 mg Prednisolon/kg KG) maximal 14 Tage (längere Behandlung bringt keine Vorteile).
- Kurzzeitsauerstofftherapie über Nasensonde oder Gesichtsmaske in schwereren Fällen. O₂-Sättigung sollte auf > 90-92% angehoben werden.

Wenn keine Besserung eintritt, ist evtl. mechanische Beatmungstherapie notwendig, schon wegen der muskulären Erschöpfung. In der Regel ist dann eine stationäre Einweisung oder zumindest Hinzuziehung eines Pulmologen erforderlich.

Schwerer, anhaltender Reizhusten

Grundsätzlich gilt: **Kein Einsatz von Codein/Dihydrocodein bei obstruktiver Ventilationsstörung oder Kindern mit Reizhusten.** Wegen des protektiven Effektes eines erhaltenen Hustenreflexes wird der regelmäßige Einsatz von Codein (60 mg) oder Dihydrocodein (20 mg) nicht empfohlen.

Adressen für Informationen:

Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärzteschaft, Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung, Herbert-Lewin-Platz 1, 510623 Berlin.

www.bundesaerztekammer.de; Fortbildungsmaterial zur Raucherberatung für Ärzte: »Frei von Tabak«.

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft,

Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin; www.akdae.de:

Therapieempfehlungen Tabakabhängigkeit

www.patienten-information.de

www.gesundheitsinformation.de

Korrespondenzadresse

PMV forschungsgruppe
Fax: 0221-478-6766
Email: pmv@uk-koeln.de
<http://www.pmvforschungsgruppe.de>

Ausführliche Leitlinie im Internet

www.pmvforschungsgruppe.de
> publikationen > leitlinien
www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/deutsch/pdf/hessenasthma

Hausärztliche Leitlinie

»Therapie des Asthma bronchiale und der COPD«
Tischversion 1.0 Mai 2006