

FORUM 09/1994 – Asthma bronchiale

GRUNDLAGEN

Mit ca. 4% aller Erkrankungen der Bevölkerung ist das Asthma bronchiale eine häufig vorkommende Herausforderung für die tägliche Praxis. Unter den chronischen Erkrankungen im Kindesalter gilt Asthma sogar als die mit Abstand häufigste Erkrankung.

Unter Asthma versteht man eine veränderliche, rückbildungsfähige Verengung der Atemwege infolge Entzündung und Überempfindlichkeit. Die chronische Entzündung ist wahrscheinlich bestimmend für die Ausbildung einer Überempfindlichkeit der Atemwege, die die Ursache dafür ist, daß eine Vielzahl von Reizen zu einer Verengung der Atemwege und damit zu Atemnot führen. Man unterscheidet zwei häufige Asthma-Formen, die auf unterschiedliche Ursachen zurückgehen. Das extrinsische Asthma bronchiale beruht auf einer Überempfindlichkeit gegenüber Allergenen. Es ist an erhöhte allgemeine und spezifische IgE-Titer gekoppelt. Demgegenüber ist die Ursache des intrinsischen, nicht allergischen, Asthmas nicht bekannt. Es finden sich jedoch einige vorläufige Hinweise dafür, daß dieser nicht allergischen Form eine Autoimmunerkrankung gegen ein bislang unbekanntes Antigen des Bronchialepithels zugrunde liegen könnte.

Am chronischen Entzündungsprozess des Asthma bronchiale sind verschiedene körpereigene Entzündungszellen, z.B. Mastzellen und eosinophile bzw. neutrophile Granulozyten, beteiligt. Die freigesetzten Entzündungsmediatoren führen zur

- Verkrampfung der Bronchialmuskulatur,
- Produktion besonders zähen Schleims,
- Schwellung der Schleimhaut und Verdickung der Bronchialwand,
- Erregung freiliegender Nervenendigungen in der Bronchialschleimhaut,
- Anlockung weiterer Entzündungszellen.

Bei Asthmatikern findet man in den Bronchialwänden sehr viel mehr Entzündungszellen als bei Gesunden. Die Schleimhaut ist reizbarer, die Nerven reagieren schneller. Die Bronchialmuskulatur reagiert auf jeden Reiz innerhalb kürzester Zeit mit einer überproportionalen Verengung, - die Bronchien sind hyperreagibel. Typische Symptome sind Husten, Atemnot und Auswurf.

Zur Behandlung des Asthma bronchiale kommen im Rahmen der Biomolekularen vitOrgan-Therapie die immunmodulierenden entzündungshemmenden Präparate NeyDesib[®] (Nr. 78) und NeyNormin[®] (Nr. 65) zum Einsatz sowie zur Regeneration und Normalisierung der Bronchialschleimhaut die Präparate Lunge (Nr. 2) und NeyBronchin[®] (Nr. 44). Zusätzlich wird

immer ALLERGOSTOP® I (GEGENSENSIBILISIERUNG nach Theurer) durchgeführt.

DER INTERESSANTE FALL

Im September 1987 wurde die 7-jährige Patientin erstmals von ihrer Mutter in einer Naturheilpraxis vorgestellt. Seit drei Jahren auftretende rezidivierende Bronchitiden hatten mehrere Krankenhausaufenthalte notwendig gemacht. Die dort erstellte Diagnose lautete Asthma bronchiale. Die Untersuchung ergab ausgeprägte Rasselgeräusche mit Pfeifen und Giemen über beiden Lungenflügeln, eine sehr kurze, schnelle, oberflächliche Lungenatmung sowie ein spirometrisch ermitteltes stark reduziertes Lungenvolumen. Ferner bestand eine Tachykardie (150 Schläge/Min.) mit Rhythmusstörungen. Im Rahmen der Laboruntersuchungen wurde eine erhöhte Blutsenkung sowie erhöhte Lymphozyten- und eosinophile Granulozytenzahlen ermittelt. Sofort erfolgte die Blutabnahme für ALLERGOSTOP® I. Bis zum Eintreffen dieser Blutaufbereitung sollten die empfohlenen Dilutionen NeyDesib® (Nr. 78), NeyNormin® (Nr. 65), Lunge (Nr. 2) und NeyBronchin® (Nr. 44) injiziert werden.

Aus Rücksicht auf Kind und Mutter erfolgte die Anwendung jedoch oral. Die Dilutionen wurden in aufsteigender Konzentration dem Lingual-Präparat NeyNormin® (Nr. 65) zugesetzt und davon 3 x täglich 20 Tropfen streng sublingual eingenommen. Aufgrund der oralen Applikationsform mußte mit einer längeren Behandlungszeit gerechnet werden. Nach vier Monaten Therapie mit wechselhaftem Erfolg traten immer häufiger immer längere beschwerdefreie Intervalle auf. Acht Monate nach Beginn der ausschließlich oralen Behandlung mit Dilutionspräparaten und ALLERGOSTOP® I war das Kind vollkommen beschwerdefrei. Der Therapieerfolg hält seit 1988 an, lediglich bei starker Anstrengung hat die heute 14-jährige Patientin leichte asthmoide Beschwerden, die jedoch nicht behandlungsbedürftig sind.

DIAGNOSTIK

Das typische klinische Bild des Asthma bronchiale ist geprägt durch plötzlich einsetzende Atemnot, Giemen, Husten und zähen, schleimigen Auswurf.

- Eigen- und Familienanamnese.
- Physikalische Untersuchung
 - Auskultation
 - Perkussion
- Labordiagnostik
 - Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)
 - Blutbild
 - IgE (gesamt/spezifisch)

- Lungenfunktionsdiagnostik
 - Alveolarluft- und Blutgasanalyse
 - Spirometrie: Messung von Strömungswiderstand (Resistance), Lungenvolumina und -kapazitäten.
 - Ganzkörperplethysmographie: Messung von Strömungswiderständen (Resistance), Lungenvolumina und -kapazitäten in einer geschlossenen Kammer.

Spirometrische Messungen sind stark von der Mitarbeit des Patienten abhängig, dies muß bei der Beurteilung der Ergebnisse berücksichtigt werden. Unabhängig von der Mitarbeit des Patienten sind die Messungen mittels Ganzkörperplethysmograph.

Eine ausreichende Analyse der Lungenfunktion bzw. ihrer Störungen ist nur im Speziallabor möglich.

Bei Asthmapatienten sind folgende Werte verändert

- Residualvolumen (RV): erhöht.
- Vitalkapazität (VK): erniedrigt.
- funktionelles Residualvolumen (funktionelle Residualkapazität FRK): erhöht.
- Sekundenkapazität (forcierte Expirationskapazität FEK₁) = maximale Ausatmung in der 1. Sekunde bei forcierter Expiration: erniedrigt.
- Relative Sekundenkapazität ($\frac{FEK_1}{VK}$ in %): erniedrigt.
- peak flow = maximale Flußrate in l/min bei forcierter Expiration: erniedrigt.
- Atemstromwiderstand (Resistance): erhöht.

TIPS FÜR DIE PRAXIS

- Meiden auslösender Stimuli
 - Allergene (bei allergischem Asthma).
 - Nicht allergene Umweltnoxen wie **Tabakrauch**, Nebel, Kaltluft, Smog/erhöhte Ozonwerte.
- Empfehlen Sie den Patienten, mindestens 2-3 l Flüssigkeit pro Tag zu trinken → Sekretolyse.
- Störfelder verstärken ein bestehendes Asthma und beeinflussen den Therapieerfolg negativ → Störfeldsanierung.

- Injektion der Revitorgan-Präparate in die Akupunkturpunkte.
- Ist keine Injektionstherapie möglich, z. B. bei Kindern oder spritzenängstlichen Erwachsenen, empfiehlt sich die Inhalation sowohl der Dilutionspräparate als auch von ALLERGOSTOP® I. Grundsätzlich ist eine Injektionstherapie jedoch vorzuziehen.
- Das Blut zur Herstellung von ALLERGOSTOP® I **muß** aus dem Erkrankungsstadium stammen, die Blutabnahme erfolgt idealerweise während, oder kurz nach einem Asthmaanfall.