

Gegründet von: H. Herxheimer, M. Schwab, H.-W. Spier**Herausgeber:** D. von Herrath, W. Thimme**Schriftleitung:** D. von Herrath, W.-D. Ludwig,

W. Oelkers, J. Schuler, W. Thimme

Mitarbeiter: A. Michalsen**Beirat:** J. Bircher, Meikirch (Schweiz); H. Coper, Berlin; W. Creutzfeldt, Göttingen; M. Gregor, Tübingen; R. Gross, Köln; U. Hagemann, Berlin; H. Hahn, Berlin; H. Kewitz, Berlin; H. Kolbe, Hannover; J. Kotwas, Berlin; C. Lauritzen, Ulm; M. Rothmund, Marburg; T. Schaberg, Rotenburg/Wümme; W. Schwab, München; G. Stüttgen, Berlin; W. Thies, Berlin; H.-U. Wahn, Berlin; H. Zeidler, Hannover; M. Zeitz, Berlin

Schriftleitung: Potsdamer Straße 17, 12205 Berlin, Telefon (030) 84 3143 61, Fax (030) 84 3143 62, Internet: www.der-arzneimittelbrief.de · **Verlag:** Westkreuz-Verlag GmbH Berlin/Bonn, Töpchiner Weg 198/200, 12309 Berlin, Telefon (030) 745 20 47, Fax (030) 745 30 66, Internet: www.westkreuz.de, E-mail: vertrieb@westkreuz.de
 Konto: Postbank Berlin 47428-101 (BLZ 10010010) · Jährlicher Bezugspreis für 12 Ausgaben inklusive Internetzugang inklusive Versandkosten im Inland 44 €, Preis des Jahresabonnements für Studenten 26,40 € · Erscheinungsweise monatlich · ISSN 1611-2733 · Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Herausgeber gestattet · Kündigung des Abonnements jeweils 3 Monate zum Jahresende · Gerichtsstand: Berlin

Jahrgang 37 · Nr. 3

Berlin

März 2003

Therapie der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD).

Teil 2: Sauerstofftherapie, nicht-pharmakologische Therapie und Prophylaxe

Zusammenfassung: Die Sauerstofftherapie ist bei akuten Verschlechterungen (Exazerbationen) der COPD und als Langzeittherapie bei bestehender Hypoxämie – ein nachgewiesener Therapieeffekt vorausgesetzt – indiziert. Bei richtiger Indikation senkt die Langzeit-Sauerstofftherapie die Letalität. Patienten mit respiratorischer Insuffizienz können nicht-invasiv (d. h. über spezielle Masken) oder invasiv (nach trachealer Intubation) beatmet werden. Die operativen Verfahren (Volumenresektions-Operation, Lungentransplantation) bleiben ausgewählten Patienten mit Lungemphysem vorbehalten. Die pneumologische Rehabilitation ist mittlerweile in die Behandlungsstrategie bei COPD-Patienten integriert. Bei Rauchern führt eine dauerhafte Entwöhnung zu einer klinisch bedeutsamen Reduktion des progredienten Verlusts der Lungenfunktion. N-Acetylcystein verringert die Zahl der Exazerbationen. Impfungen (gegen Influenza, Pneumokokken) reduzieren die Morbidität der Patienten mit COPD. (Thema eines Vortrags vor der Berliner Medizinischen Gesellschaft im Oktober 2002).

Einleitung: Die Pharmakotherapie der COPD wurde im Teil 1 (s. AMB 2003, 37, 9) ausführlich besprochen. In diesem Teil 2 werden die Langzeit-Sauerstofftherapie, palliative sowie nicht-pharmakologische therapeutische Maßnahmen und die Prophylaxe dargestellt.

Sauerstofftherapie: Die Indikation für eine Sauerstofftherapie ergibt sich bei einer Hypoxämie, die sich nach adäquater Pharmakotherapie nicht bessert. Ein Therapieerfolg wird beim Erreichen eines $\text{PaO}_2 > 60$ mmHg (7,98 kPa) oder bei einer Sauerstoffsättigung $> 90\%$ angenommen (1, 2) Eine weitere Steigerung des PaO_2 ist wegen des Verlaufs der Sauerstoff-Bindungskurve nicht sinnvoll. Es muß zwischen der im Notfall notwendigen Sauerstofftherapie und der Langzeit-Sauerstofftherapie bei Patienten in stabiler Erkrankungsphase unterschieden werden.

Sauerstofftherapie bei Exazerbation der COPD: Die Hypoxie macht neben der Pharmakotherapie und Allgemeinmaßnahmen eine Sauerstofftherapie erforderlich. Folgendes Vorgehen wird empfohlen:

O_2 -Applikation bei $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg (7,98 kPa) und $\text{pH} = 7,35$; Kontrolle der Blutgase 20 Minuten und 3 Stunden nach Therapiebeginn zum Ausschluß einer Hyperkapnie.

Inhalt dieser Ausgabe

Therapie der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD).	
Teil 2: Sauerstofftherapie, nicht-pharmakologische Therapie und Prophylaxe	17
Nochmal: PTCA oder Thrombolyse beim akuten Myokardinfarkt	20
Verbesserung der Prognose durch multifaktorielle Interventionen bei Typ-2-Diabetikern	21
Fludarabin plus Rituximab bei chronischer lymphatischer Leukämie: Ergebnisse einer randomisierten Phase-II-Studie	22
Pravastatin-Wirksamkeit in der ALLHAT-LLT-Studie nicht nachweisbar	22
Lebensbedrohliche Arzneimittelwirkungen nach Gabe von Gefitinib bei Patienten mit nichtkleinzelligem Bronchialkarzinom	23
Postkoitale („Notfall-“) Kontrazeption mit nur einer Dosis Levonorgestrel ist sehr effektiv	24
Nochmal: Rituximab zur Therapie der idiopathischen membranösen Glomerulopathie	24
Leserbrief	
Apomorphin bei erektiler Dysfunktion?	24
Dosisangaben ohne Gewähr!	

Zielwert unter O_2 -Applikation: $\text{PaO}_2 = 60$ mmHg (7,98 kPa). Falls $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg (7,98 kPa) und $\text{pH} < 7,35$ ($< 7,26$ nach 4); Indikation vorzugsweise für nicht-invasive Beatmung oder Intubation und maschinelle Beatmung (s. u.). Ein pH-Abfall und/oder ein PaCO_2 -Anstieg ist eine Indikation zur Beatmungstherapie und mit einer verschlechterten Prognose assoziiert (3).

Langzeit-Sauerstofftherapie: Pulmonale Erkrankungen mit Hypoxämie verschlechtern die „Lebensqualität“, vermindern die Leistungsfähigkeit und erhöhen Morbidität und Letalität. Ziel der Langzeit-Sauerstofftherapie ist es, diese vier Parameter zu verbessern. Die Langzeit-Sauerstofftherapie ist die einzige Therapieform bei COPD, bei der unter den u. g. Voraussetzungen (Patientenselektion, Anwendungsdauer) eine Lebensverlängerung gesichert ist (Evidenzgrad A). Eine Indikation für eine Langzeit-Sauerstofftherapie liegt vor:

- Wenn unter Ruhebedingungen bei behandelten Patienten in einer stabilen Erkrankungsphase eine chronische Hypoxämie, d. h. mindestens dreimal innerhalb von ca. 4 Wochen ein $\text{PaO}_2 < 55$ mmHg (7,3 kPa), nachgewiesen wurde (Evidenzgrad A). In zwei kontrollierten Studien führte die Langzeit- O_2 -Gabe unter den genannten

Zs.B
1375
ZB MED