

Akuter Husten



AWMF-Register-Nr. 053/013

Kurzversion

Definition

Von einem akuten Husten wird in dieser Leitlinie gesprochen, wenn der Husten nicht länger als 8 Wochen besteht. Unter akutem Husten wird auch der subakute Husten (Dauer 3 bis 8 Wochen) zusammengefasst. Die Leitlinie behandelt das Symptom beim Erwachsenen.

Gefährliche Verläufe

- Lungenembolie (Tachykardie, Tachypnoe, Dyspnoe, Thoraxschmerz)
- Lungenödem (Tachypnoe, Dyspnoe, verschärftes Atemgeräusch, feuchte RGs)
- Status asthmaticus (expiratorischer Stridor, trockene RGs; CAVE: „silent chest“)
- Pneumothorax (stechender Thoraxschmerz, asymmetrische Thoraxbewegung, einseitig abgeschwächtes Atemgeräusch, hypersonorer Klopfeschall)
- Fremdkörperaspiration (inspiratorischer Stridor)

In Notfallsituationen sofortiges Handeln mit Wiederherstellung und Sicherung der Vitalfunktionen; in der Regel Einweisung in ärztlicher Begleitung.

Basisdiagnostik

Die meisten Diagnosen können mittels Anamnese und körperlicher Untersuchung gestellt werden. Vorrang besitzt die Abgrenzung des harmlosen vom schwerwiegenden Husten und das Erkennen von zugrunde liegenden Erkrankungen.

Anamnese und Begleitsymptome

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Art und Dauer des Hustens • Fieber • Auswurf (Menge, Konsistenz, Hämoptoe) • Atembeschwerden (Dyspnoe, Stridor) • Raucheranamnese • Vorausgegangene Atemwegsinfekte, chron. Bronchitis/Sinusitis • Allergien, Asthma, COPD | <ul style="list-style-type: none"> • Heiserkeit • Schmerzen (Thorax, Kopf, Ohren, Rachen, Gliedmaßen) • Schnupfen, Krankheitsgefühl • Medikamenteneinnahme • Begleiterkrankungen • Exposition gegenüber inhalativen Noxen • Atemwegserkrankungen in der Familie |
|--|--|

Körperliche Untersuchung

- Inspektion der Haut (Blässe, Zyanose, Schwitzen)
- Inspektion von Mund und Rachen, behinderte Nasenatmung, Klopfeschmerz NNH
- Untersuchung des Thorax (Inspektion, Perkussion und Auskultation der Lunge, Atemfrequenz, Auskultation des Herzens)
- Palpation des Abdomens in Abhängigkeit von Anamnese und Klinik
- Inspektion und Palpation der Beine (Ödeme, Thrombosezeichen)

Allgemeine Hinweise

- Kein Hinweis auf einen gefährlichen Verlauf: Verzicht auf technische Untersuchungen. **B**
- Die Farbe des Sputums ist keine Indikation für eine Antibiotika-Therapie.
- Eine CRP-Untersuchung gibt keine Sicherheit zur Differenzierung viraler von bakteriellen Infektionen.
- Kein Labor, Röntgen-Thorax oder Sputumdiagnostik bei akuter unkomplizierter Bronchitis. **A**

Weiteres Vorgehen bei akutem Husten

Häufige Erkrankungen	
	<i>Erkältungskrankheiten (Common Cold)</i>
<i>Typische Befunde</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Kein oder geringes Fieber • Mäßige Halsschmerzen/Husten • Schnupfen (anfangs wässrig, nach 3-4 Tagen purulent) • Kopf- und Gliederschmerzen /Abgeschlagenheit
<i>Diagnostisches Vorgehen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese und körperliche Untersuchung • Bestätigung der Diagnose durch Nachlassen der Symptome nach 2-3 Tagen
<i>Allgemeine Therapiemaßnahmen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Antibiotika A • Aufklärung des Patienten über den Spontanverlauf eines akuten Erkältungshustens A • Ausreichende Trinkmenge • Wasserdampfinhalationen bei 43 Grad • Analgetika bei Bedarf zur Symptomlinderung (z.B. Paracetamol, Ibuprofen) • Therapie mit Expektoranzen nicht notwendig B • Antitussiva nur in Ausnahmefällen (stark gestörter Nachtschlaf; kurzfristig) B • Phytopharmaka können möglicherweise zur Symptomlinderung beitragen Cave: mögliche Hepatotoxizität beachten

	<i>Akute Bronchitis</i>	<i>Pneumonie</i>	<i>Influenza</i>
<i>Typische Befunde</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Husten erst trocken, dann produktiv • Häufig Fieber • Halsschmerzen und Schnupfen • Zuweilen Zeichen einer bronch. Obstruktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Produktiver Husten • Fieber >38.5 °C • Abgeschlagenheit • Tachypnoe, Tachykardie • Atemabhängige Schmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Plötzlicher Beginn mit hohem Fieber • Starkes Krankheitsgefühl, Muskelschmerzen
<i>Diagnostisches Vorgehen</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese und körperliche Untersuchung 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese und körperliche Untersuchung • Röntgen-Thorax, insb. bei differentialdiagnostischer Unklarheit, schwerer Erkrankung oder Begleiterkrankungen • Keine routinemäßige Sputumdiagnostik bei ambulant erworbener Pneumonie B 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese und körperliche Untersuchung • Serologie oder Direktnachweis (Abstrich) nicht routinemäßig B
<i>Therapie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Allgem. Maßn.: s.o. • Keine antibiotische Therapie bei akuter unkomplizierter Bronchitis (virale Genese) A 	<ul style="list-style-type: none"> • Allgem. Maßn.: s.o. • Rasche Einleitung einer Antibiose • Aminopenicilline (z.B. Amoxicillin), alternativ Makrolide oder Doxycyclin B • Bei Vorliegen von Risikofaktoren* Aminopenicilline + Betalaktamasehemmer, alternativ Cephalosporine oral (z.B. Cefuroxim) B <p><small>*antibiotische Behandlung in den letzten 3 Monaten, schwere Begleiterkrankung, Pflegeheimbewohner</small></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Allgem. Maßn.: s.o • Nur im Einzelfall Neuraminidaseinhibitoren (schlechte Kosten-Nutzen-Relation, nur bis 48h nach Symptombeginn sinnvoll) B • Bei alten u. multimorbiden Patienten stat. Einweisung erwägen

Weitere Erkrankungen mit akutem Husten

- Husten, verbunden mit lokalisiertem frontalem Kopfschmerz, verstopfter Nase und eitriger Rhinorrhoe weist auf eine akute Sinusitis hin.
- Bei bekannter Atopie, Rhinitis, Konjunktivitis und Allergenexposition an allergische Rhinosinusitis oder allergisches Asthma als Hustenursache denken.
- Pertussis: bellender Husten, besonders wahrscheinlich bei Erkrankungen im Umfeld, oft atypischer Verlauf bei Erwachsenen. Therapie mit Makroliden zur Verkürzung der Ansteckungsfähigkeit, obwohl der Erkrankungsverlauf meist nicht verkürzt wird.
- Die Exacerbation einer bekannten COPD ist wahrscheinlich, wenn verstärkter Dyspnoe und Husten, vermehrtes und /oder visköseres Sputum, Brustenge u. gelegentlich Fieber auftreten. Die Spirometrie ist zur Diagnostik der Exazerbation ungeeignet. Eine mikrobiologische Sputumuntersuchung wird nur bei COPD-Patienten mit häufigen Exazerbationen (>= 3 / Jahr), Therapieversagern und / oder bei besonders schweren Erkrankungen mit Verdacht auf multiresistente Bakterien empfohlen. Bei schwerem Verlauf akute stationäre Einweisung und langfristig Kooperation mit Pneumologen.

Autoren: S. Beck, L. Dini, C. Heintze, F. Holzinger, C. Stöter

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: M. Beyer, M. Scherer, A. Wolny

Stand 2014 © DEGAM, <http://leitlinien.degam.de>

DEGAM Leitlinien

Hilfen für eine gute Medizin

