

Larsen
Ziegenfuß



Beatmung

5. Auflage

- Indikationen
- Techniken
- Krankheitsbilder

Beatmung

Reinhard Larsen
Thomas Ziegenfuß

Beatmung

Indikationen – Techniken – Krankheitsbilder

Mit 121 Abbildungen

5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

 Springer

Prof. Dr. med. Reinhard Larsen
Homburg, Saarland
Deutschland

Dr. med. Thomas Ziegenfuß
St. Josef Krankenhaus, Moers
Deutschland

ISBN 978-3-642-29661-1
DOI 10.1007/978-3-642-29662-8

ISBN 978-3-642-29662-8 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

SpringerMedizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 1997, 1999, 2004, 2009, 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Ulrike Hartmann

Projektmanagement: Gisela Schmitt

Lektorat: Michaela Mallwitz, Tairnbach

Projektkoordination: Cécile Schütze-Gaukel

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © Oleg Kozlov / shutterstock

Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Für die Neuauflage wurde der Inhalt des Buches grundlegend umstrukturiert und in kleinere Einheiten aufgeteilt, mit dem Ziel, dem Leser die Orientierung und das Aneignen der für die Praxis wesentlichen Fakten zu erleichtern. Da die komplizierte Terminologie und Klassifikation der Beatmungsformen und der Beatmungsgeräte schwer zu verstehen und noch schwerer im Gedächtnis zu behalten ist, wurde sie radikal vereinfacht. Außerdem wurde mittlerweile Entbehrliches und Überholtes gestrichen und durch neueste Ergebnisse der evidenzbasierten Beatmungsmedizin ersetzt. Die bereits vorhandenen Empfehlungen und Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften wurden aktualisiert, inzwischen neu erstellte Leitlinien zusätzlich in das Buch aufgenommen. Hierzu gehören u. a. Leitlinien zu Asthma, COPD, NIV, ARDS, Sepsis und Analgosedierung. In diesem Zusammenhang sei aber betont, dass Leitlinien lediglich einen Informationscharakter für Ärzte haben und keine verbindlichen Handlungsanleitungen, geschweige denn unumstößliche, letzte Weisheiten für den Praktiker sind. Dem steht, wie der Jurist K. Ulsenheimer hervorhebt, die anhaltende Diskussion um ihre Legitimität, unterschiedliche Qualität und Aktualität entgegen. Im Mittelpunkt der Patientenbehandlung sollte vielmehr die individuell ausgerichtete Fürsorge stehen, nicht die zwanghafte Erfüllung von Leitlinien um jeden Preis.

Wie immer gilt es, den Mitarbeitern des Springer Verlages zu danken: Frau Ulrike Hartmann für ihre engagierte, niemals nachlassende Unterstützung des Projekts und Frau Michaela Mallwitz für ihr kompetentes und akribisches Lektorat.

Nicht zuletzt danken wir den Lesern für kritische Anmerkungen, Fehlermeldungen und Verbesserungsvorschläge.

Reinhard Larsen
Thomas Ziegenfuß
Homburg, im Herbst 2012

Inhaltsverzeichnis

I Repetitorium der Grundlagen

1	Anatomie der Atmungsorgane	3
2	Physiologie der Atmung	19
3	Blutgase	55
4	Säure-Basen-Haushalt	71
5	Respiratorische Insuffizienz – Allgemeine Pathophysiologie	87

II Basistechniken

6	Endotracheale Intubation	103
7	Tracheotomie	139
8	Fiberoptische Bronchoskopie	157
9	Atemgaskonditionierung, endotracheale Absaugung, physikalische Therapie	163
10	Analgesie, Sedierung und Muskelrelaxierung	177
11	Thoraxdrainagen	189

III Praxis der Beatmung

12	Beatmungsformen: Übersicht	201
13	Einstellgrößen am Beatmungsgerät	215
14	Standardformen der Beatmung	237
15	Alternative Beatmungsformen: IRV, APRV, BIPAP; ASV, PAV, ATC, ILV	253
16	Hochfrequenzbeatmung, CFT, ECMO, IVOX	285
17	Nicht invasive Beatmung (»non-invasive ventilation«, NIV)	297
18	Indikationen, Ziele und Durchführung der Beatmung	307
19	Überwachung der Beatmung	317
20	Auswirkungen und Komplikationen der Beatmung	339
21	Entwöhnung von der Beatmung (Weaning)	361

IV Krankheitsbilder und besondere Situationen

22	Akutes Lungenversagen (ARDS)	371
23	Akute respiratorische Insuffizienz bei chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD)	391
24	Status asthmaticus	409
25	Beatmung beim Thoraxtrauma	419
26	Beatmung bei Schädel-Hirn-Trauma und erhöhtem intrakraniellen Druck	427
27	Beatmung von Kindern	433
28	Intra- und postoperative Beatmung	441
	Stichwortverzeichnis	451

Autoren

Prof. Dr. med. Reinhard Larsen

Fasanenweg 26,
66424 Homburg/Saar
Deutschland

Dr. med. Thomas Ziegenfuß

Chefarzt der Abteilung für
Anästhesie und Intensivmedizin
St. Josef Krankenhaus Moers
Asberger Str. 4, 47441 Moers
Deutschland

Repetitorium der Grundlagen

Kapitel 1	Anatomie der Atmungsorgane – 3
Kapitel 2	Physiologie der Atmung – 19
Kapitel 3	Blutgase – 55
Kapitel 4	Säure-Basen-Haushalt – 71
Kapitel 5	Respiratorische Insuffizienz – Allgemeine Pathophysiologie – 87

Anatomie der Atmungsorgane

1.1 Atemwege – 4

1.1.1 Trachea – 4

1.1.2 Extrapulmonale Hauptbronchen – 5

1.2 Lungen – 6

1.2.1 Lungenlappen – 6

1.2.2 Lungensegmente, Segmenta bronchopulmonalia – 6

1.2.3 Lungenläppchen, Lobuli pulmonalis – 6

1.2.4 Azinus – 8

1.2.5 Bronchialbaum der Lunge – 9

1.2.6 Alveolen, Ort des Gasaustausches – 11

1.2.7 Blutgefäßsystem der Lunge – 14

1.2.8 Innervation der Lunge – 15

1.3 Pleura und Pleurahöhlen – 15

1.3.1 Lungen- und Pleuragrenzen – 17

1.4 Thoraxskelett – 17

1.5 Atemmuskulatur – 17

Literatur – 18

? Fragen zum Einstieg

1. Was bezeichnen die drei Begriffe äußere Atmung, innere Atmung und Ventilation?
2. Wie lang ist der rechte Hauptbronchus, wie lang der linke?
3. Aus welchen Lappen besteht die rechte Lunge, aus welchen die linke?
4. Welche Bronchen können ihren Innendurchmesser durch Kontraktion der Wandmuskulatur stark verkleinern und vergrößern?
5. Wie viel ml Blut befinden sich im Lungenkreislauf?
6. Wie groß in cm ist die Atemverschieblichkeit der Lungen an der vorderen Thoraxwand und wie groß an der Axillar- und der Skapularlinie?
7. Welches ist der Hauptmuskel der Atmung?
8. Welche Interkostalmuskeln wirken inspiratorisch, welche expiratorisch?
9. Welche Muskeln gehören zu den Atemhilfsmuskeln, und wann treten sie in Funktion?

Die Atmungsorgane bestehen aus den Atemwegen und den Lungen. Wichtigste Funktion der Atmungsorgane ist die **äußere Atmung**, die Aufnahme von Sauerstoff und die Abgabe von Kohlendioxid. Hierbei dienen die Atemwege dem Transport der Atemgase sowie der Reinigung, Anfeuchtung und Erwärmung der Inspirationsluft, weiterhin der Laut- und Sprachbildung. Der Austausch der Atemgase erfolgt in den Alveolen durch Diffusion, der Gaswechsel durch Volumenänderungen der Lunge. Die Belüftung der Lungen wird als **Ventilation** bezeichnet.

1.1 Atemwege

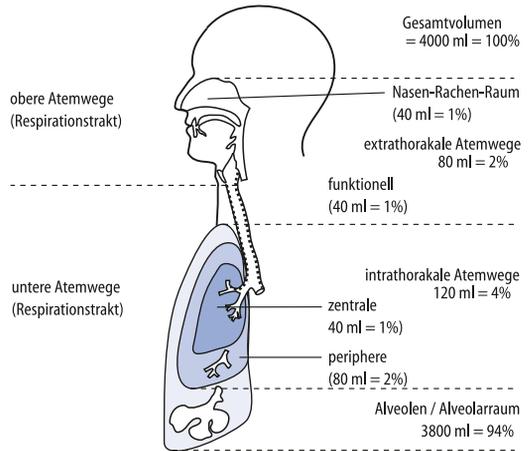
Topographisch werden obere und untere Atemwege unterschieden (■ Abb. 1.1):

- **obere Atemwege:** Nasenhöhle (10–14 cm lang), Pharynx (12–15 cm lang), Kehlkopf,
- **untere Atemwege:** Trachea, Bronchialsystem der Lunge.

Funktionell werden die Atmungsorgane in luftleitende und respiratorische, d. h. gasaustauschende Abschnitte unterteilt:

- **luftleitende Abschnitte:** Nasenhöhle, Pharynx, Kehlkopf, Trachea, Bronchen, Bronchiolen, Bronchioli terminales,
- **gasaustauschende Abschnitte:** Bronchioli respiratorii, Alveolen.

Die Atemwege beginnen mit den beiden Nasenlöchern und enden in den Alveolen. Zwischen Nase und



■ **Abb. 1.1** Einteilung des Respirationstrakts und Verteilung der Luftvolumina bei Atemmittellage. Der Respirationstrakt besteht aus den extra- und intrathorakalen Atemwegen und dem Alveolarraum. Der Kehlkopf trennt den oberen vom unteren Respirationstrakt. Der Durchmesser der peripheren Atemwege beträgt weniger als 2 mm

Alveolen sind die luftleitenden Abschnitte geschaltet. Sie leiten die Atemluft, am Gasaustausch sind sie dagegen nicht beteiligt.

Der Tracheobronchialbaum mit seiner zunehmenden Aufzweigung kann in verschiedene Generationen von luftleitenden Wegen eingeteilt werden, beginnend bei der Trachea als Generation 0 und endend in den Alveolarbläschen als Generation 23.

1.1.1 Trachea

Die Trachea ist eine ca. 10–12 cm lange Röhre mit einem Durchmesser von 1,8–2 cm. Sie beginnt extrathorakal unterhalb des Ringknorpels (Pars cervicalis), in Höhe des 4.–7. Halswirbelkörpers und verläuft intrathorakal (Pars thoracica) durch das obere Mediastinum bis zur Verbindung zwischen Corpus und Manubrium des Sternums, 5–7 cm von der Haut entfernt; dort, an der Bifurkation, verzweigt sie sich in die beiden Hauptbronchen. Die Bifurkation befindet sich – abhängig vom Alter – in Höhe des 4.–5. Brustwirbels (beim Neugeborenen: 2. BW, beim Älteren: 7. BW).

Aufbau der Wand Die äußere Wand besteht aus 16–20 elastisch miteinander verbundenen, hufeisenförmigen Knorpeln. Die Hinterwand dagegen wird von der knorpelfreien, bindegewebig-muskulösen Pars membranacea gebildet. Diese membranöse Hinterwand liegt über den ganzen Verlauf der Tra-

chea dem Ösophagus an. Durch die Knorpelspangen bleibt das Lumen der Trachea ständig geöffnet, allerdings genügen bereits Drücke von ca. 40 cm H₂O (1 cm H₂O=98,07 Pa), um die Trachea im extrathorakalen, d. h. Halsbereich vollständig zu verschließen. Diese Gefahr besteht z. B. bei Nachblutungen von Schilddrüsenoperationen. Im Thorax kann die Trachea durch hohe intrathorakale Drücke, z. B. beim Husten, komprimiert werden.

Aufgrund ihrer hohen Elastizität verlängert sich die Trachea bei tiefer Inspiration um bis zu 5 cm, auch folgt sie allen Kopf-, Kehlkopf- und Halsbewegungen.

Schleimhaut Die innere Schicht der Trachea wird von einer Schleimhaut mit Flimmerepithel und einer drüsenreichen Lamina propria gebildet. Die Schleimhaut ist fest mit den Knorpelspangen verbunden, über der Pars membranacea dagegen verschieblich. Die Drüsen bilden ein seromuköses Sekret, das als dünnflüssiger Film direkt dem Epithel aufliegt. In diesem Schleimfilm schlagen die Kinozilien in Richtung Kehlkopf und befördern einen eingedickten Film mit Staubteilchen und Mikroorganismen nach oben. Dieser Mechanismus, der selbst in den kleinsten Bronchiolen vorhanden ist, wird als **mukoziliäre Clearance** bezeichnet.

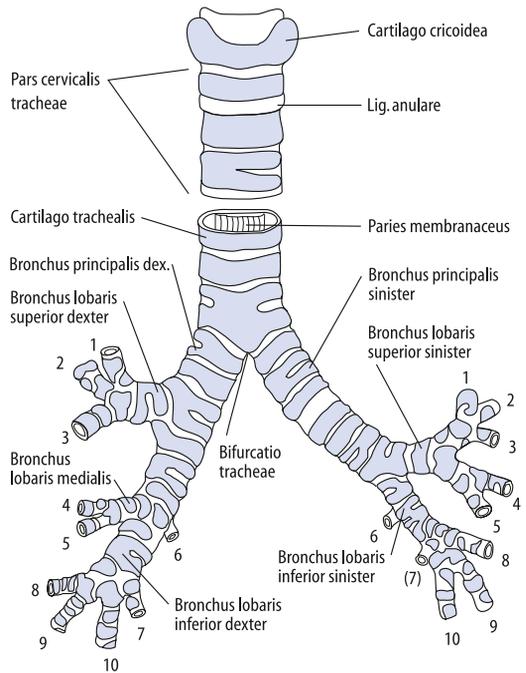
Zu den Zellen ohne Zilien gehören die schleimproduzierenden Becherzellen, weiterhin Basalzellen – kleine Zellen mit ovalem Kern.

Innervation und Gefäßversorgung Der M. trachealis der Pars membranacea wird vom N. vagus über Äste des N. laryngeus recurrens innerviert, im unteren Bereich durch direkte Äste. Die sensible und sekretorische Innervation der Schleimhaut erfolgt ebenfalls durch den N. vagus. Die Gefäße der Schleimhaut werden von sympathischen Fasern des Grenzstrangs innerviert, die z. T. mit Vagusästen zur Trachea ziehen.

Die Blutversorgung der Trachea erfolgt überwiegend aus der A. thyroidea inferior.

1.1.2 Extrapulmonale Hauptbronchen

An der Bifurkation der Trachea springt vom letzten Trachealknorpel ein halbmondförmiger Sporn, die Carina, in die Lichtung vor. Hier beginnt die gabelförmige Aufteilung in den rechten und linken Hauptbronchus, die beide am jeweiligen Lungenhilus in ihre Lunge eintreten und sich unmittelbar danach weiter aufzweigen, beginnend mit dem Oberlappenbronchus (Abb. 1.2).



■ **Abb. 1.2** Trachea, Haupt-, Lappen- und Segmentbronchien. Der mittlere Trachealabschnitt wurde weggelassen, um den Pars membranacea darzustellen. (Aus Schiebeler 2005)

Zwischen rechtem und linkem Hauptbronchus bestehen folgende klinisch wichtigen Unterschiede:

- rechter Hauptbronchus: kurz, 1–2,5 cm lang; etwas größerer Durchmesser (ca. 14 mm); Winkel zwischen Trachea und Bronchus: nur 22°,
- linker Hauptbronchus: 4,5–5 cm lang; Durchmesser ca. 12,5 mm; stärkere Abwinkelung: mindestens 35°,
- Winkel zwischen beiden Bronchen: variabel, meist 55°–65°.

Wegen der geringeren Abwinkelung gelangen Fremdkörper oder ein zu tief eingeführter Tubus beim Erwachsenen leichter in den rechten Hauptbronchus als in den linken.

Bei tiefer Inspiration erweitern sich die Hauptbronchen um 2–3 mm.

Wandaufbau und Schleimhaut Der Aufbau von Wand und Schleimhaut der Hauptbronchen entspricht dem der Trachea: rechts 6–8, links 9–12 hufeisenförmige Knorpelspangen an den Vorder- und Seitenwänden, bindegewebig-muskulöse Membran an der Hinterseite mit hoher Elastizität, Schleimhaut aus zy-

lindrischem Epithel mit Flimmerzellen und schleimproduzierenden Becherzellen.

Innervation und Gefäßversorgung Innervation s. Trachea; die Gefäßversorgung der Hauptbronchen erfolgt überwiegend aus Rr. bronchiales.

1.2 Lungen

Die beiden Lungen, Pulmo dexter und Pulmo sinister, gliedern sich in Lappen, Segmente, Läppchen und Azini (■ Abb. 1.3). Jede Lunge füllt eine der beiden Pleurahöhlen aus und ist, bis auf den Lungenhilus, vollständig mit der **Pleura visceralis**, dem Lungenfell, überzogen. Die Pleura visceralis ist von der glatten mesothelialen Auskleidung der Pleurahöhle, der **Pleura parietalis** oder dem Rippenfell, durch den Pleuraspalt getrennt. Im Pleuraspalt befindet sich ein Flüssigkeitsfilm, der die Verschieblichkeit der Lunge ermöglicht.

Die Lungen sind durch das Mesopneumonium am Mediastinum befestigt.

Beide Lungen sind grundsätzlich ähnlich gestaltet und gegliedert, allerdings besteht die rechte Lunge aus 3 Lappen, die linke hingegen nur aus 2.

1.2.1 Lungenlappen

Beide Lungen werden durch Spalten, Fissurae interlobares, die fast bis zum Hilus einschneiden, in Lungenlappen getrennt. Die Lungenlappen sind von der Pleura visceralis überzogen, die in der Tiefe der Spalten auf den Nachbarlappen übergeht.

Rechte Lunge Die rechte Lunge besteht aus 3 Lappen:

- Oberlappen, Lobus superior,
- Mittellappen, Lobus medius,
- Unterlappen, Lobus inferior.

Der Unterlappen wird von den beiden anderen Lappen durch die Fissura obliqua getrennt, Mittel- und Oberlappen durch die Fissura horizontalis.

Linke Lunge Im Gegensatz zur rechten besteht die linke Lunge nur aus 2 Lappen:

- Oberlappen, Lobus superior,
- Unterlappen, Lobus inferior.

Getrennt werden die beiden Lappen nur durch die Fissura obliqua. Der Oberlappen der linken Lunge entspricht dem Ober- und Mittellappen der rechten.

Er ist allerdings, bedingt durch das Herz, kleiner als diese beiden Lappen.

Lungenhilus Hauptbronchus, Gefäße und Nerven bilden im Lungenhilus die **Lungenwurzel**, Radix pulmonis. Am weitesten dorsal liegt der Hauptbronchus; vor dem Bronchus verläuft die eintretende Pulmonalarterie. Die Lungenvenen verlaufen unterhalb der Lungenarterie und fließen im Hilus zu 2 Stämmen zusammen. Zwischen den Gefäßen liegen die Hiluslymphknoten; um den Hauptbronchus und die Pulmonalgefäße ziehen die Äste des Plexus pulmonalis, die Rr. bronchiales, in die Lunge, während die Vv. bronchiales und die Lymphgefäße den Hilus verlassen.

1.2.2 Lungensegmente, Segmenta bronchopulmonalia

Segmente sind pyramiden- bis kegelförmige Einheiten der Lunge, deren Spitze zur Hilusregion gerichtet ist (■ Abb. 1.4). Die Segmente werden von einem Segmentbronchus, seinen Ästen und einem stets begleitenden Ast der A. pulmonalis gebildet und voneinander – allerdings unvollständig – durch Bindegewebssepten abgegrenzt. An der äußeren Oberfläche der Lunge können die Segmente nicht erkannt werden. Die rechte Lunge besteht in der Regel aus 10 Segmenten, die linke hingegen aus 9 (■ Tab. 1.1).

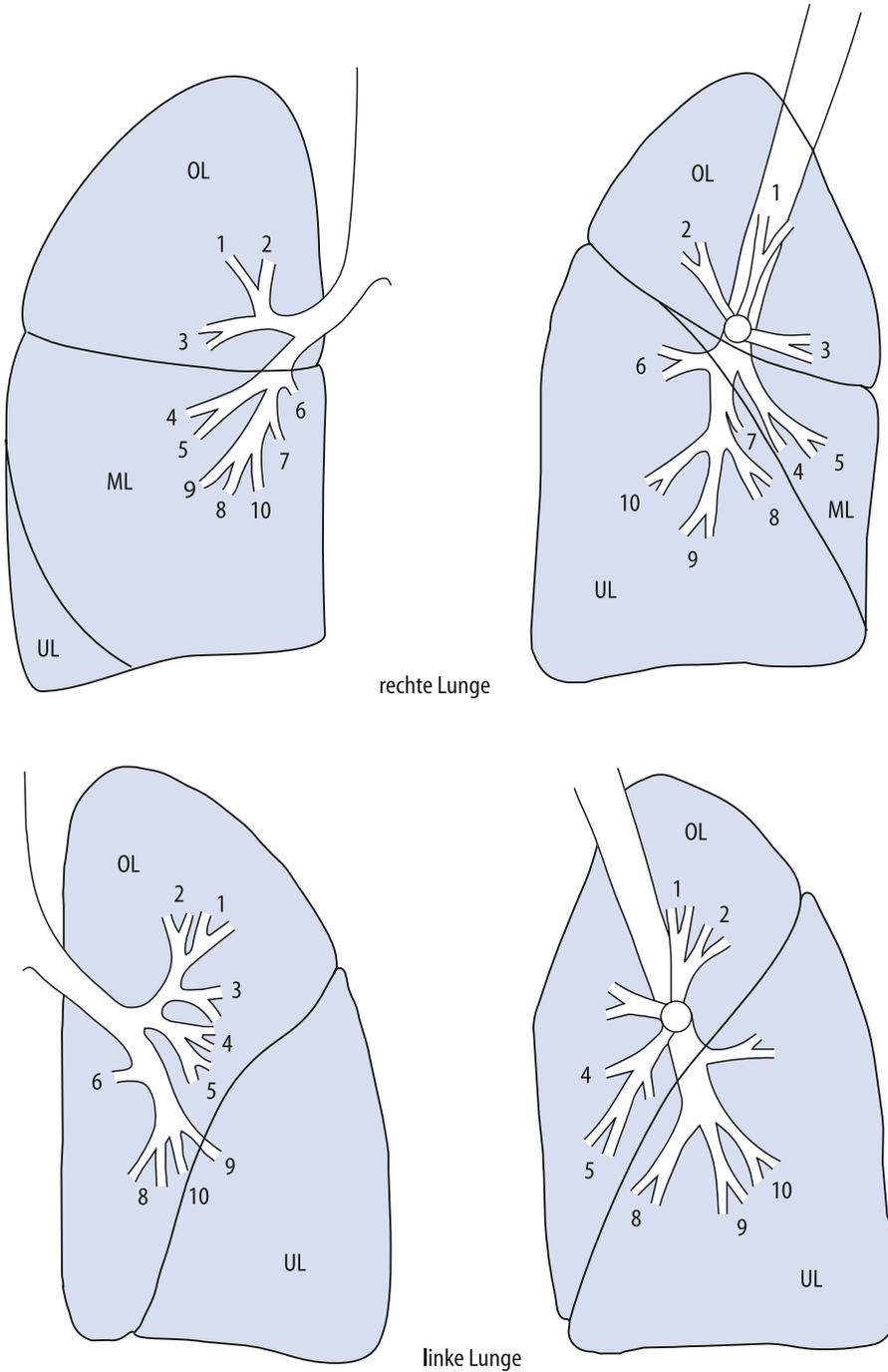
Die Segmentbronchen treten am Hilus ein und verlaufen in der Segmentachse; sie verzweigen sich im Segment mit 6–12 dichotomen Aufteilungen in die mittleren und kleinen Bronchen, auf die schließlich die Bronchiolen folgen.

Anzahl der in beiden Lungen enthaltenen Segmente

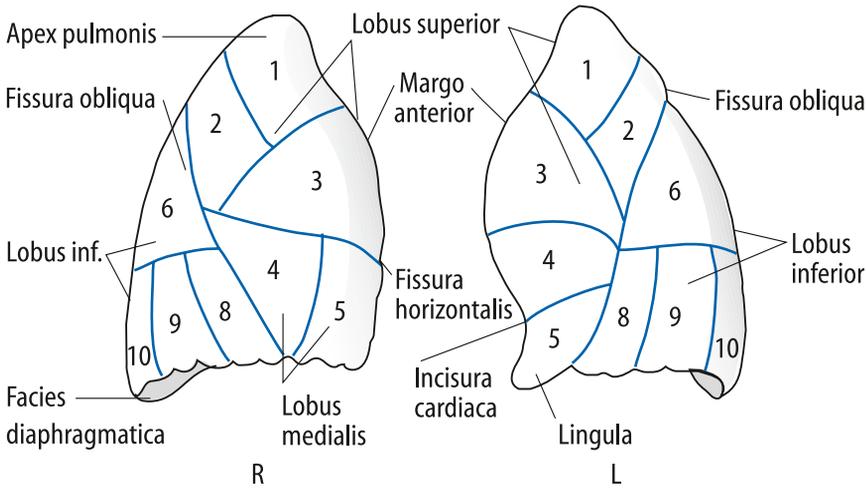
- Rechte Lunge: 10 Segmente, davon 3 im Oberlappen, 2 im Mittellappen und 5 im Unterlappen
- Linke Lunge: 9 Segmente, davon 5 im Oberlappen und 4 im Unterlappen

1.2.3 Lungenläppchen, Lobuli pulmonalis

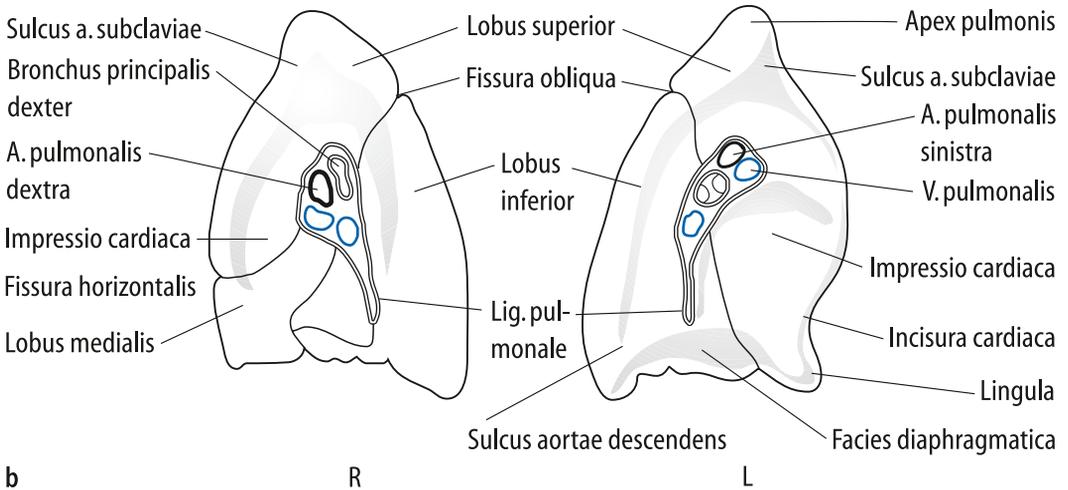
Die Lungenläppchen (■ Abb. 1.5) sind durch lockeres Bindegewebe voneinander abgegrenzt, allerdings nur in der mittleren Zone der Lungenlappen zu erkennen. Hier bilden sie polygonale Felder mit einem Durch-



■ **Abb. 1.3** Topographie der Lungenlappen und -segmente; links Ansicht von vorn, rechts Seitenansicht. Der rechte Mittellappen liegt der vorderen Thoraxwand an, der Unterlappen der lateralen und hinteren Wand. Die Zahlen kennzeichnen die entsprechenden Segmente. Die Lingulasegmente der linken Lunge weisen einen gemeinsamen Stamm auf, vergleichbar dem des rechten Mittellappenbronchus. Das 7. Segment ist links meist nicht ausgebildet



a



b

Abb. 1.4 Seitenansicht (Facies costalis) der rechten und linken Lunge; Segmentgrenzen rot, Lungensegmente durch Ziffern gekennzeichnet; Felderung der Lungenoberfläche entsprechend den Lobuli. b Mediale Ansicht der rechten und linken Lunge; Lungenhilus mit Arterien (schwarz), Venen (blau) und Bronchen (linker Hauptbronchus nicht bezeichnet). (Aus Schiebler 2005)

messer von 1–4 cm, während im Lappenkern keine lobuläre Unterteilung vorhanden ist.

Ein Läppchen wird von Bronchiolen der 1. Generation versorgt, die sich im Läppchen 3- bis 4-mal aufteilen. Die letzte Generation sind die Bronchioli terminales. Aus ihnen gehen die Endaufzweigungen des Bronchialbaums hervor, auf denen sich die Alveolen befinden.

1.2.4 Azinus

Ein Azinus umfasst die aus einem Bronchiolus terminalis hervorgehende Endaufzweigung mit den zugehörigen Alveolen, den kammerartigen Lungenbläschen. Die Azini sind voneinander nicht durch Bindegewebe abgegrenzt. Ein Acinus pulmonalis umfasst 1500–4000 Alveolen, der Durchmesser beträgt 2,5–5, maximal 8 mm.

Tab. 1.1 Lungensegmente und zugeordnete Bronchen

Rechte Lunge	
Lobus superior	Bronchus lobaris superior dexter
Segmentum apicale (1)	Bronchus segmentalis apicalis
Segmentum posterius (2)	Bronchus segmentalis posterior
Segmentum anterior (3)	Bronchus segmentalis anterior
Lobus medius	Bronchus lobaris medius dexter
Segmentum laterale (4)	Bronchus segmentalis lateralis
Segmentum mediale (5)	Bronchus segmentalis medialis
Lobus inferior	Bronchus lobaris inferior dexter
Segmentum superius (6)	Bronchus segmentalis superior
Segmentum basale mediale (7)	Bronchus segmentalis basalis medialis
Segmentum basale anterior (8)	Bronchus segmentalis basalis anterior
Segmentum basale laterale (9)	Bronchus segmentalis basalis lateralis
Segmentum basale posterius (10)	Bronchus segmentalis basalis posterior
Linke Lunge	
Lobus superior	Bronchus lobaris superior sinister
Segmentum apicoposterius (1+2)	Bronchus segmentalis apicoposterior
Segmentum anterior (3)	Bronchus segmentalis anterior
Segmentum lingulare superius (4)	Bronchus lingularis superior
Segmentum lingulare inferius (5)	Bronchus lingularis inferior
Lobus inferior	Bronchus lobaris inferior sinister
Segmentum superius (6)	Bronchus segmentalis superior
Segment fehlt meist	
Segmentum basale anterior (8)	Bronchus segmentalis basalis anterior
Segmentum basale laterale (9)	Bronchus segmentalis basalis lateralis
Segmentum basale posterius (10)	Bronchus segmentalis basalis posterior

1.2.5 Bronchialbaum der Lunge

Der Bronchialbaum besteht aus einem proximalen, **konduktiven** Abschnitt, der die Atemluft lediglich leitet, und einem distalen Abschnitt, in dem der **Gas-austausch** stattfindet (■ Abb. 1.6).

Der konduktive Abschnitt entspricht dem Totraumanteil des Atemzugvolumens. Insgesamt lassen sich folgende luftleitende Abschnitte des Bronchialbaums unterscheiden:

- rechter und linker Hauptbronchus (► s. oben),
- Lappenbronchen,
- Segmentbronchen,
- Bronchiolen,
- terminale Bronchiolen.

Nach Weibel kann der Tracheobronchialbaum auch in »Generationen« unterteilt werden, wobei sich mit jeder neuen Generation die Anzahl der Luftwege etwa verdoppelt:

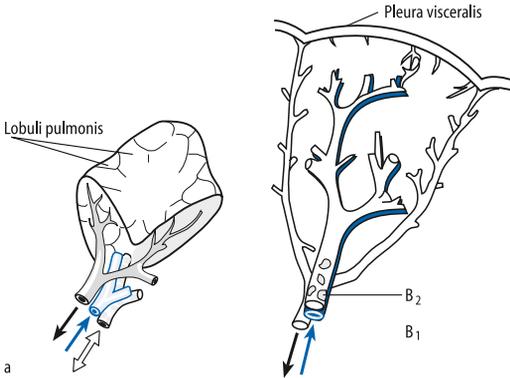


Abb. 1.5 a Bronchopulmonales Segment. Die Segmentarterie und der Bronchus segmentalis treten an der Kante in das keilförmige Segment ein, die Vene (blau) verläuft intersegmental. Lobuli durch eingelagerten Kohlenstaub scharf abgegrenzt. b Schematische Darstellung eines Lobulus. B1 kleiner Bronchus, B2 Bronchiolus. (Aus Schiebler 2005)

- Bronchiolen: Generation 12–16,
- respiratorische Bronchiolen: Generation 17–19.

Lappenbronchen

Die Lappenbronchen, Bronchi lobares, entspringen aus dem Hauptbronchus; den Lungenlappen entsprechend gibt es rechts 3 und links 2. Ihr Durchmesser beträgt 8–12 mm. Der rechte Oberlappenbronchus entspringt direkt im Hilus, also extrapulmonal, Mittel- und Unterlappenbronchus im weiteren Verlauf des Stammbronchus. Der linke Oberlappenbronchus verlässt ebenfalls extrapulmonal den Hauptbronchus. In beiden Lungen setzen jeweils nur die Unterlappenbronchen den Verlauf und Bau des Hauptbronchus fort und bilden mit ihm zusammen die großen Bronchen. Die anderen Lappenbronchen und die Bronchen des Unterlappens umfassen hingegen die mittleren Bronchen.

Segmentbronchen

Die Segmentbronchen, Bronchi segmentales, entstehen aus den Lappenbronchen. Sie teilen sich zunächst in 6–12 mittlere Bronchen auf, wobei der Durchmesser bis auf 2 mm abnimmt. Es folgen dann die kleinen Bronchen, bei denen der kleinste Durchmesser nur noch 1 mm beträgt. Die beiden Hauptbronchen und die großen Bronchen besitzen, wie die Trachea, U-förmige Knorpelspannen, die mittleren und kleinen Bronchen hingegen nur noch unregelmäßig geformte Knorpelplatten.

Bronchiolen

Bronchiolen entspringen aus den kleinen Bronchen; sie teilen sich 3- bis 4mal dichotom und versorgen mit ihren Aufzweigungen jeweils ein Lungenläppchen. Knorpelanteile sind in den Bronchiolen nicht mehr vorhanden, jedoch ist die glatte Muskulatur hier kräftig entwickelt.

Bronchioli terminales Dies sind die Endaufzweigungen der Bronchiolen, das Ende des konduktiven Bronchialbaums. Ihr Durchmesser beträgt 0,3–0,4 mm.

Bronchioli respiratorii

Die Bronchioli respiratorii entstehen durch weitere, dichotome Aufteilung der Bronchioli terminales. Ihr mittlerer Durchmesser beträgt 0,4 mm. Mit ihnen als Übergangszone beginnt der respiratorische Bronchialbaum. Die Bronchioli respiratorii teilen sich in 5–8 gleichförmige Aufzweigungen, den Ductus alveolares, die vollständig aus aneinanderliegenden Alveolen bestehen. Die lichte Weite der Alveolargänge be-

extrathorakal		Z	S(z) cm ²
luftleitende Zone	Trachea	0	2,54
	HBr	1	2,33
	Br	2	2,13
	BrI	3	
	BrI	4	2,48
Übergangs- und respiratorische Zone	TBrI	16	180,0
	RBrI	17 19	944,0
	AD		5880,0
	AS		
		23	

Abb. 1.6 Durchmesser der verschiedenen Anteile des Bronchialbaums; Gesamtquerschnitt S(z) bezogen auf die jeweiligen Teilungsgenerationen. Hbr Hauptbronchus, Br mittlere und kleine Bronchen, BrI Bronchiolen, TBrI Bronchioli terminales, RBrI Bronchioli respiratorii, AD Ductus alveolares, AS Alveolarsäckchen. (Aus Matthys u. Seeger 2008)

- Trachea: Generation 0,
- Haupt-, Lappen- und Segmentbronchien: Generation 1–4,
- kleine Bronchen: Generation 5–11,

trägt 0,25–0,4 mm. Meist enden die Gänge in 2 kurzen Sacculi alveolares von gleicher Struktur.

Wandaufbau des konduktiven Bronchialbaums

Bronchen Alle Bronchen sind prinzipiell wie die Trachea aufgebaut, jedoch besitzen die Lappen- und Segmentbronchen keine hufeisenförmigen Knorpelspannen, sondern nur noch unregelmäßig geformte, immer kleiner werdende Knorpelstücke. Die Knorpelstücke sind in eine Faserschicht aus Kollagenfasern und elastischen Netzen eingebettet, mit denen sie die Tunica fibrocartilaginea bilden. Innen schließt sich eine dünne Schicht glatter Muskulatur, die Tunica muscularis, an. In den großen Bronchen verläuft die Muskulatur ringförmig, in den kleinen Bronchen wird sie kräftig und verläuft spiralig in sich überkreuzenden Windungen.

In der Lamina propria der Schleimhaut verlaufen die zahlreichen seromukösen Bronchialdrüsen, weiterhin die Lymphfollikel (Abwehrfunktion) und Venenplexus. Das peribronchiale Bindegewebe (Tunica adventitia) führt Nerven sowie Blut- und Lymphgefäße. Dieses lockere Bindegewebe ermöglicht gleitende Verschiebungen des Bronchialbaums gegen das umgebende Lungengewebe während der Atembewegungen. Es erstreckt sich bis zu den Bronchioli respiratorii.

Bronchiolen Die Bronchiolen enthalten keinen Knorpel, auch keine Drüsen; die Muskulatur ist kräftiger und verläuft in zirkulären bis schraubigen Windungen. Mit dem Lungengewebe sind die Bronchiolen über eine Bindegewebsschicht mit elastischen Faseranteilen verspannt. Bei Erschlaffung der Muskulatur hält der elastische Zug das Lumen der Bronchiolen offen; Kontraktion der Muskulatur kann hingegen das Lumen vollständig verschließen.

➤ **Kleine Bronchen und Bronchiolen können ihren Durchmesser durch Kontraktion der Muskulatur erheblich verändern, große und mittlere Bronchen hingegen nur wenig.**

Bronchioli terminales Der Wandaufbau entspricht dem der Bronchiolen.

Bronchioli respiratorii Sie gehen, wie bereits beschrieben, aus den Bronchioli terminales hervor und sind ähnlich wie diese aufgebaut. Allerdings befinden sich in der Muskulatur und in der elastischen Tunica mucosa Lücken, durch die sich Alveolen einzeln oder in Gruppen in das umgebende Lungengewebe vorwöl-

ben. Die Wände der Alveolen sind mit Plattenepithel ausgekleidet.

Ductus alveolares Die Alveolargänge schließen sich an die Bronchioli respiratorii an; ihr Lumen wird von den aneinandergereihten Öffnungen der Alveolen gebildet. Die Wandabschnitte der Ductus sind von einschichtigem kubischem Epithel bedeckt. In den distalen Abschnitten ist keine Muskulatur mehr vorhanden, und die Alveolen besitzen nur noch elastische und kollagene Fasern.

Bronchialschleimhaut und mukoziliäre Clearance

Schleimfilm und Flimmerepithel Die Schleimhaut des konduktiven Bronchialbaums besteht aus einem mehrreihigen Flimmerepithel, das sich auf einer Lamina propria aus lockerem Bindegewebe und elastischen Fasern befindet. Die Schleimhaut ist glatt angespannt, legt sich aber bei stärkerer Kontraktion der Muskulatur in Längsfalten. In den großen, mittleren und kleineren Bronchen enthält die Schleimhaut zahlreiche Becherzellen und Bronchialdrüsen. In den Bronchiolen wird das zylindrische Flimmerepithel einreihig, in den Bronchioli respiratorii kubisch. Bronchialdrüsen fehlen in den Bronchiolen.

Becherzellen und Bronchialdrüsen produzieren ein gemischtseromuköses Sekret, den **Schleimfilm**, der aus einer Sol- und einer Gelphase besteht und der Reinigung der Lunge von Staub und pathogenen Keimen dient.

In der basalen Solphase schlagen die Kinozilien und transportieren die oberflächliche Gelphase zusammen mit Staubpartikeln zur Trachea. Die Schlagfrequenz beträgt 15–25/s, die Transportgeschwindigkeit in den kleinen Luftwegen 1 mm/min, in der Trachea 2 cm/min.

Dieser Mechanismus wird als mukoziliäre Clearance bezeichnet.

1.2.6 Alveolen, Ort des Gasaustausches

In den Alveolen, den Lungenbläschen, findet der Gasaustausch statt. Die Alveolen sind allerdings keine Bläschen, sondern sechskantige bis kugelförmige Lufträume mit einem mittleren Durchmesser von 250–300 µm bei maximaler Entfaltung. Die Wände der Alveolen werden von den Interalveolarepten gebildet, wobei benachbarte Alveolen jeweils eine gemeinsame Wand besitzen. Dies gilt auch für die aneinandergrenzenden Alveolen der benachbarten Ductus und Sacculi.

Die Gesamtzahl der Alveolen jeder Lunge wird auf durchschnittlich 300 Millionen geschätzt, beträgt jedoch in Abhängigkeit von der Größe 200–600 Millionen. Die Größe der Alveolen hängt vom Lungenvolumen ab. Bei voller Entfaltung sind alle Alveolen von der Basis bis zur Spitze gleich groß, ansonsten aber im oberen Teil größer als im unteren. Die geringere Größe der Alveolen in den abhängigen Lungenpartien ist für den pulmonalen Gasaustausch von Bedeutung. Die von den Alveolarwänden gebildete Gasaustauschfläche beträgt 70–140 m², abhängig von Geschlecht, Körpergröße, Alter und Trainingszustand.

Interalveolarsepten

Die Interalveolarsepten, die Wände der Alveolen, bestehen aus folgenden Strukturen (Abb. 1.7):

- Bindegewebsseptum,
- alveoläres Kapillarnetz,
- Alveolarepithel.

Bindegewebsseptum Das Bindegewebe der Interalveolarsepten besteht aus kollagenen und retikulären Bindegewebsfasern und einem dichten elastischen Fasernetz, der Fortsetzung des elastischen Fasersystems der Wände von Bronchiolen und peribronchiolärem Gewebe. Hierdurch sind die Interalveolarsepten zwischen dem Bronchialbaum und der Lungenoberfläche elastisch ausgespannt.

Bei tiefer Inspiration werden die Kollagenfasern vollständig gestreckt und verhindern jede weitere Dehnung; gleichzeitig werden die elastischen Fasern etwa auf das Doppelte ihrer Ursprungslänge gedehnt und können nun bei abnehmender Entfaltung der Lunge auf ca. 60% ihrer Länge verkürzt werden, ohne dass hierdurch der gestreckte Verlauf verlorenginge. Dieses Verhalten ist für die Interalveolarsepten von Bedeutung, denn sie bleiben hierdurch bis zu einer Verkleinerung der Alveolen auf 20% ihres maximalen Volumens gestreckt und legen sich erst bei einer weiteren Abnahme des Lungenvolumens in Falten.

Die elastischen und kollagenen Fasern der Interalveolarsepten sind in eine dünne Schicht von interstitieller Grundsubstanz eingebettet, in der sich Fibroblasten, Makrophagen, Mastzellen und Leukozyten befinden. An der Grenze zum Alveolarepithel verdichtet sich das Bindegewebe an beiden Seiten zu einer **Basalmembran**.

Insgesamt bildet das Bindegewebe der Interalveolarsepten keine geschlossene Schicht, sondern eine Platte mit zahlreichen großen Löchern und einem Netzwerk aus weitmaschigen Faserbündeln.

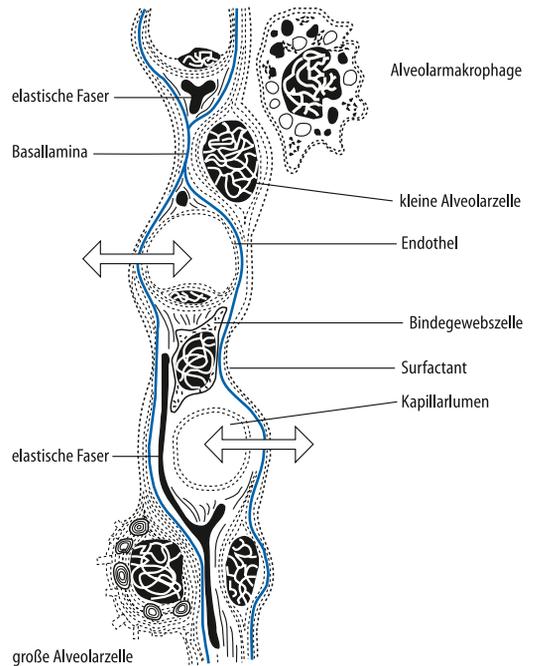
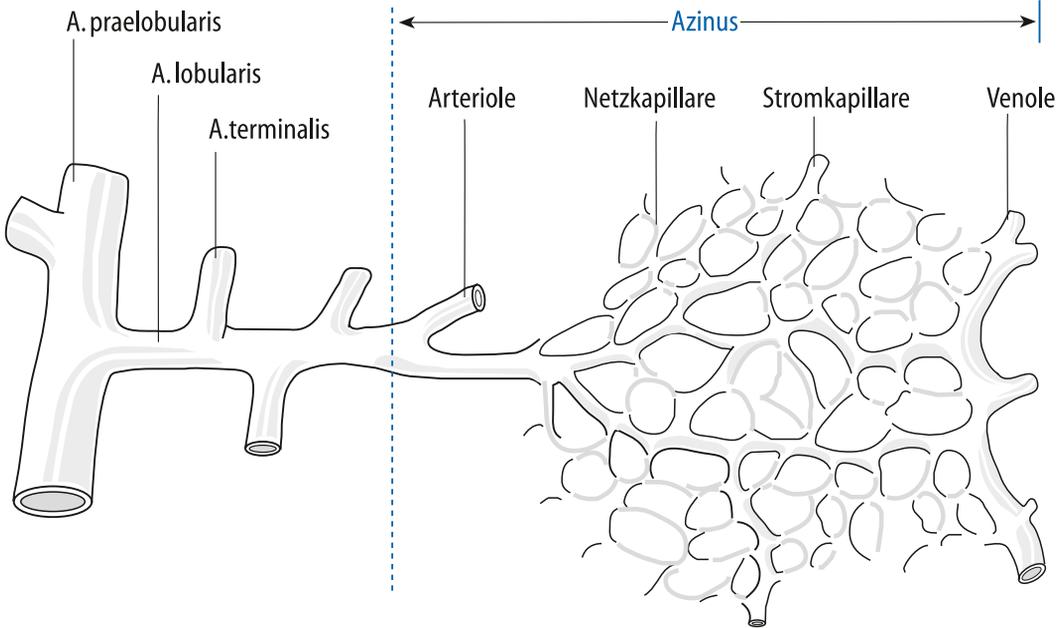


Abb. 1.7 Interalveolarseptum. 3 Kapillarquerschnitte im Bindegewebe. Die Basalmembran (blau) der Kapillaren und Alveolarepithelzellen sind an der Kontaktzelle zu einer gemeinsamen Membran verschmolzen. Pfeile: Weg des Gasaustausches

Alveoläres Kapillarnetz (Abb. 1.8) Das flächenhafte, einschichtige Kapillarnetz der Alveolen wird von der Bindegewebsplatte getragen. Die Kapillaren ziehen durch die Löcher der Platte und verlaufen teilweise auf der einen, teilweise auf der anderen Seite der Platte, jedoch immer so, dass sie an keiner Stelle der Bindegewebsplatte von beiden Seiten anliegen. Eine Kapillarseite ist also mit der Platte verbunden, die andere wölbt sich in den Alveolarraum vor.

Alveolarepithel Die Alveolen werden vollständig von Alveolarepithel ausgekleidet. Das Alveolarepithel bedeckt beide Seiten der Bindegewebsplatte, außerdem das mit der Platte verflochtene Kapillarnetz. Zwei Typen von Epithelzellen (Pneumozyten) können unterschieden werden: Alveolarepithelzellen Typ I (Pneumozyten Typ I) und Alveolarepithelzellen Typ II (Pneumozyten Typ II).

Alveolarepithelzellen Typ I sind klein, dünn (50–150 nm) und flach ausgezogen. Sie bilden eine kontinuierliche Zelllage und werden daher auch als **Deckzellen** der Interalveolarsepten bezeichnet. Obwohl gering an Zahl, bedecken diese Zellen mehr als 90% der Oberfläche der Interalveolarsepten. Der Kern



■ **Abb. 1.8** Endstrombahn der Lunge mit Netz- und Stromkapillaren

dieser Zellen befindet sich in einer Masche des Kapillarnetzes; die Zellfortsätze breiten sich großflächig aus und überziehen die Kapillaren und das Bindegewebsseptum. An der direkten Auflagestelle von Epithelzelle und Kapillare verschmelzen ihre beiden Basallamina miteinander, sodass eine extrem dünne, fest miteinander verbundene Austauschbarriere entsteht. Ein Teil der Fortsätze der Typ-I-Zellen zieht zusammen mit einer Kapillare durch die Löcher der Bindegewebsplatte und gelangt auf deren andere Seite, wo sie ebenfalls eine großflächige Epithelbekleidung bildet. Die Fortsätze der Epithelzellen sind durch »**tight junctions**« fest miteinander verbunden. Hierdurch wird der interstitielle Raum gegen das Alveolarlumen abgedichtet. Einige benachbarte Interalveolarsepten sind durch **Alveolarporen** verbunden; diese Poren sind durch Fortsätze der Alveolarepithelzellen ausgekleidet.

Alveolarzellen Typ II sind große Zellen, die meist einzeln zwischen den Typ-I-Epithelzellen liegen und nur ca. 7% der Alveolaroberfläche bedecken. Typ-II-Zellen produzieren v. a. Phospholipide, außerdem spezifische Proteine, die zusammen mit den Phospholipiden sezerniert werden und sich als gemeinsamer, monomolekularer Protein-Phospholipid-Film über der gesamten Oberfläche der Alveolen ausbreiten. Dieser sog. **Surfactant** setzt die Oberflächenspannung der Lunge ganz wesentlich herab und stabilisiert die Alveolen (Einzelheiten ► Kap. 2.3.4). Der Surfactant

wird von Typ-I-Zellen und Alveolarmakrophagen resorbiert und von Typ-II-Zellen laufend neu gebildet. Daneben bilden Typ-II-Zellen neue Typ-I-Zellen, die selbst nicht teilungsfähig sind.

Bürstenzellen Hierbei handelt es sich um einen Epithelzelltyp, der einen Bürstensaum besitzt. Die Zellen kommen nicht nur in den Alveolen vor, sondern auch verstreut im gesamten Bronchialbaum. Sie sollen Rezeptorfunktionen aufweisen und Stickstoffmonoxid produzieren können.

Alveolarmakrophagen Diese Zellen werden als Monozyten im Knochenmark gebildet. Sie wandern über das Blut in die Interalveolarsepten, verlassen dort die Kapillaren, durchdringen den Epithelbelag und kriechen auf der Oberfläche von Typ-I-Epithelzellen voran. Sie nehmen Keime sowie Staub- und Rußpartikel auf, weiterhin ausgetretene Erythrozyten und zerstörtes Alveolargewebe. Aktivierte Makrophagen können zudem eine Vielzahl sog. »proinflammatorischer Mediatoren« bilden, denen u. a. eine Schlüsselrolle in der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung bestimmter Lungenerkrankungen wie z. B. ARDS zugeschrieben wird.

Blut-Luft-Schranke

In den Interalveolarsepten befindet sich die Grenze zwischen Blut und Luft, die Diffusionsbarriere, an der

die Gase durch einfache Diffusion ausgetauscht werden. Die dünnste und damit kürzeste Strecke für den Gasaustausch liegt dort, wo die Kapillaren dem Alveolarepithel angelagert sind, d. h. an der Verschmelzungsstelle der Basalmembranen des Alveolarepithels und der Kapillaren. In diesem für den Gasaustausch bevorzugten Bereich mit einer Dicke von 0,2–0,4 mm müssen die Gase folgende Barrieren überwinden:

- das Plasma zwischen Erythrozyt und Endothel,
- das Zytoplasma der Kapillarendothelzellen,
- die miteinander verschmolzenen Basalmembranen von Kapillare und Alveolarepithel,
- das Zytoplasma der Alveolarepithelzellen Typ I,
- den Surfactant der Alveolen.

Auf der dem Bindegewebsseptum zugewandten Seite der Kapillaren ist die Barriere hingegen am dicksten: Hier müssen zusätzlich das Septum mit seinen Fasern und Zellfortsätzen sowie die Endothelzellkerne überwunden werden; entsprechend ist auch das Ausmaß des Gasaustausches in diesem Bereich geringer.

1.2.7 Blutgefäßsystem der Lunge

Das Blutgefäßsystem der Lunge besteht aus den Vasa publica und den Vasa privata. Die Vasa publica führen das Körperblut zum Gasaustausch durch die alveolären Kapillaren, die Vasa privata hingegen dienen der O₂-Versorgung des überwiegenden Anteils der Lunge, d. h. der Bronchen bis zu den Bronchioli terminales und des Gewebes der Lungenarterien sowie des peribronchialen Gewebes. Dagegen werden die Bronchioli respiratorii, die Ductus alveolares und die Bindegewebssepten und das subpleurale Gewebe von den Vasa publica versorgt.

Blutgefäßsystem der Lunge

- Die **Vasa publica** umfassen:
 - Pulmonalarterien mit ihren Ästen
 - alveoläres Kapillarnetz
 - Vv. pulmonales
- Zu den **Vasa privata** gehören:
 - Rr. bronchiales (Aa. bronchiales) des Körperkreislaufs
 - Vv. bronchiales des Körperkreislaufs
 - Anastomosen zwischen A. pulmonalis und Rr. bronchiales sowie zwischen Rr. bronchiales und Vv. bronchiales

Die Vasa publica werden auch als **Lungenkreislauf** oder kleiner Kreislauf bezeichnet. Der Lungenkreislauf muss jeweils das gesamte Schlagvolumen des rechten Ventrikels aufnehmen. Aufgrund der kurzen Gefäßstrecke und des großen Gesamtquerschnitts ist der Gefäßwiderstand im Lungenkreislauf sehr niedrig: Er beträgt etwa $\frac{1}{10}$ des Widerstands der Körpergefäße. Lungenkreislauf, Körpervenen und rechter Vorhof gehören zum **Niederdrucksystem** des Kreislaufs.

Aa. pulmonalis

Die beiden Pulmonalarterien entspringen aus dem Truncus pulmonalis. Jede Lungenarterie tritt in den Lungenhilus ein und folgt mit ihren Aufteilungen den Lappen-, Segment- und anschließenden Bronchen und Bronchiolen. Nach Eintritt in den Lungenhilus kreuzt die Pulmonalarterie den Hauptbronchus von ventral; die Äste lagern sich den Bronchusverzweigungen von lateral an, den Unterlappenbronchen hingegen von dorsal. Die Arterien sind in das lockere peribronchiale Bindegewebe eingebettet und gegen die Bronchen und das Lungengewebe während der Atembewegungen verschieblich. Die Endäste der Pulmonalarterien verlaufen als Arteriolen zwischen den Ductus alveolares in den Inter-alveolarsepten und versorgen die Kapillarnetze aller umliegenden Alveolen. Die Äste der Aa. pulmonales sind Enderarterien, d. h. zwischen ihnen gibt es keine Anastomosen von funktioneller Bedeutung.

Wandaufbau Die Aa. pulmonales sind bis zu den kleinen Ästen Arterien vom elastischen Typ, da sie zum Niederdrucksystem gehören, allerdings mit dünnerer Wand als die entsprechenden Arterien des Körperkreislaufs. Die Endverzweigungen der Arterien gehören ab einem Durchmesser von 2–3 mm zum muskulären Bautyp.

Arteriolen Die Lungenarteriolen sind keine typischen Widerstandsgefäße. Sie besitzen nur noch spiralige Muskelzellbündel, die durch muskelfreie Streifen unterbrochen werden und verlaufen bereits in den Inter-alveolarsepten. Ihr Durchmesser beträgt 150–50 µm.

Alveolarkapillaren Die Arteriolen gehen über muskelfreie Präkapillaren mit einem Durchmesser von 70–40 µm in die Alveolarkapillaren mit einem Durchmesser von 6–9 µm über. Die Kapillaren bilden in den Inter-alveolarsepten engmaschige, flächige Netze mit einer großen Oberfläche für den Gasaustausch.

Lungenvenen

Das Blut der Alveolarkapillaren fließt über muskel-freie Postkapillaren in 50–80 µm weite Venolen, dann in kleine Venen mit einer dünnen Muskelzellschicht, schließlich in größere Venen, die in den Bindegewebslamellen zwischen den Segmenten oder unter der Pleura zum Lungenhilus verlaufen. Alle intersegmentalen Venen fließen im Hilus zu den beiden Lungenvenen zusammen. Die beiden Lungenvenen verlassen den Hilus ventral und kaudal vom Hauptbronchus und der A. pulmonalis. Die Vv. pulmonales sind relativ dünnwandig und weisen keine Klappen auf. Sie münden in den linken Vorhof.

Blutmenge im Lungenkreislauf

Im Lungenkreislauf befinden sich etwa 450 ml Blut, davon mehr als 50% in leicht dehnbaren Venen und ca. 100 ml im Kapillarbett. Bei körperlicher Anstrengung kann die Blutmenge im Kapillarbett auf 150–200 ml ansteigen. Intrathorakale Druckerhöhungen können die Lungenblutmenge hingegen drastisch reduzieren.

Vasa privata

Vasa privata sind Gefäße des großen Kreislaufs. 1–3 Rr. bronchiales jeder Lunge entspringen entweder direkt aus der thorakalen Aorta oder aus der 3. oder 4. Interkostalarterie. Sie versorgen die Wand der Bronchen und die Wand der Pulmonalarterien.

Aus den Kapillarnetzen der Rr. bronchiales sammeln sich die Vv. bronchiales, die in Nähe des Hilus zu 2 Venenstämmen zusammenfließen und in die V. azygos und V. hemiazygos münden. Die weiter peripher gelegenen Vv. bronchiales münden in die Vv. pulmonales.

Anastomosen Äste der Rr. bronchiales versorgen über arteriovenöse Anastomosen die Venenplexus der Schleimhaut kleiner Bronchen. Diese Plexus fließen in den Vv. pulmonales ab. Außerdem bestehen im Bereich der kleinen Bronchen Verbindungen zwischen Ästen der Rr. bronchiales und der A. pulmonalis, sog. Rr. pulmbronchiales, also Verbindungsäste zwischen Lungen- und Körperkreislauf. Sie sind normalerweise geschlossen, können aber unter bestimmten Bedingungen geöffnet werden, z. B., wenn ein Lungenbezirk nicht belüftet ist.

Lymphgefäße

Zwei Lymphgefäßsysteme der Lungen können unterschieden werden:

- peribronchiales Lymphgefäßsystem,
- oberflächlich-segmentales Lymphgefäßsystem.

Diese beiden Systeme sind voneinander getrennt und fließen erst im Hilusbereich zusammen.

Peribronchiales Lymphsystem Dieses System verläuft im Zentrum der Segmente; es beginnt im lockeren Bindegewebe der proximalen Bronchioli respiratorii mit Lymphkapillaren und verläuft über Lymphspalten und muskelfreie klappentragende Lymphgefäße. Zwischengeschaltet sind die Nodi lymphatici bronchopulmonales und die Nodi lymphatici tracheobronchiales superiores und inferiores («Hiluslymphknoten»).

Oberflächlich-segmentales Lymphgefäßsystem Das System beginnt mit Lymphkapillaren im Bindegewebe der Subserosa und der interlobulären und intersegmentalen Bindegewebssepten. Die Lymphkapillaren laufen zu Strängen zusammen entlang der Pulmonalvenenäste, mit denen sie bis zum Hilus ziehen. Erste Lymphknoten des Systems sind die Nodi lymphatici tracheobronchiales im Hilus. Hier fließen beide Lymphsysteme der Lunge zusammen.

1.2.8 Innervation der Lunge

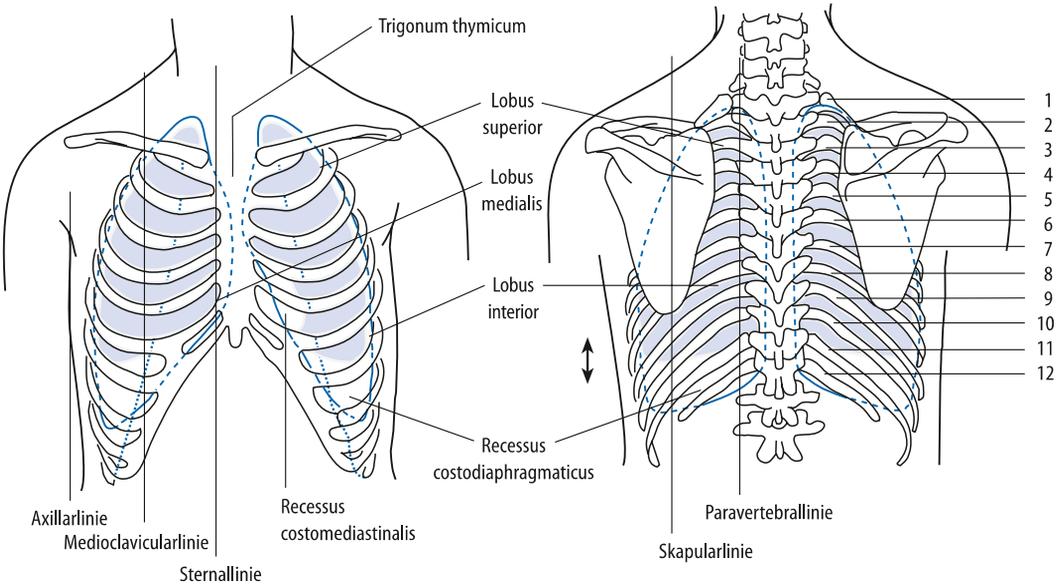
Die efferenten Nervenfasern der Lunge stammen aus dem sympathischen Brustgrenzstrang (2., 3. und 4. Ganglion des Truncus sympathicus) und dem parasympathischen N. vagus. Sie vereinigen sich im Lungenhilus zum **Plexus pulmonalis** und ziehen mit ihren Ästen im peribronchialen Bindegewebe zu Muskulatur, Blutgefäßen, Drüsen und Pleura visceralis.

Die Äste des N. vagus enthalten auch **afferente Fasern**, über die Erregungen von den Dehnungsrezeptoren in Trachea, Bronchen, Bronchiolen und Pleura zu den Atemzentren in der Medulla oblongata laufen.

1.3 Pleura und Pleurahöhlen

Die Pleura ist eine seröse Haut aus Mesothel, einem einschichtigen Plattenepithel, und Lamina propria, die Lungen und Pleurahöhle überzieht. Unterschieden werden Pleura parietalis und Pleura visceralis.

Pleura parietalis (Brust- oder Rippenfell) Die Pleurahöhle wird vollständig von der Pleura parietalis ausgekleidet. Die Pleura mediastinalis überzieht seitlich das Mediastinum, die Pleura costalis die Innenfläche der Brustwand und die Pleura diaphragmatica die Oberseite des Zwerchfells. Die Umschlagstellen von der Pleura mediastinalis und der Pleura diaphragmatica in die Pleura costalis werden als **Pleuragrenzen** bezeichnet.



■ **Abb. 1.9** Lungen- und Pleuragrenzen (blau). Links: Ansicht von vorn, rechts: Ansicht von hinten. Pfeile: Verschiebung der Lungengrenzen bei forcierter Atmung. Parallel zur 4. Rippe verläuft die Fissura horizontalis. Zwischen Lungen- und Pleuragrenzen befinden sich die Komplementäräume. (Aus Schiebler 2005)

Pleura visceralis Das Lungenfell überzieht die gesamte Lunge mit Ausnahme des Hilus; der Aufbau entspricht derjenigen der Pleura parietalis.

Pleurahöhlen Die Pleurahöhlen sind geschlossene Räume ohne Verbindung zur umgebenden Atmosphäre. Sie werden von Rippen, Zwerchfell und Mediastinum begrenzt. Jede Pleurahöhle, Cavitas pleuralis, ist vollständig von einer Lunge ausgefüllt und mit parietaler Pleura ausgekleidet. Die innere, der Lunge zugewandte Schicht der Pleura parietalis besteht aus Mesothel, die äußere Schicht aus Kollagen und elastischen Fasern. An der Lungenwurzel gehen Pleura parietalis und Pleura visceralis ineinander über.

Zwischen Pleura parietalis und Pleura visceralis besteht ein kapillärer Spalt, der mit geringer Menge, ca. 5 ml, seröser Flüssigkeit gefüllt ist. Diese Flüssigkeit wird vom Mesothel beider Pleuren gebildet und auch resorbiert.

Die seröse Flüssigkeit im Pleuraspalt ermöglicht die Verschiebung der Lunge gegen die Brustwand und fixiert außerdem die Lunge adhäsiv an der Wand der Pleurahöhle.

Innervation der Pleura Nur die Pleura parietalis ist sensibel versorgt, die Pleura costalis durch die Interkostalnerven, die Pleurae mediastinalis und diaphragmatica durch den N. phrenicus.

Reserveräume – Recessus pleurales Diese Komplementär- oder Reserveräume entstehen an den Übergängen eines Pleuraabschnitts auf den anderen. Teilweise liegen die Pleuraablätter übereinander und heben sich bei tiefer Inspiration voneinander ab, sodass die Lunge sich in den erweiterten (Reserve-)Raum ausdehnen kann. Folgende Recessus sind von Bedeutung:

Recessus costomediastinalis In der linken Pleurahöhle bilden die beiden Pleuraablätter durch das nach links verschobene Perikard v. a. kaudal zwischen Perikard und Brustwand einen breiten Recessus, in der rechten Pleurahöhle hingegen nur einen schmalen. Durch das Anheben der Rippen bei tiefer Inspiration werden die Recessus eröffnet und können mit ihren vorderen Rändern dort hineingleiten.

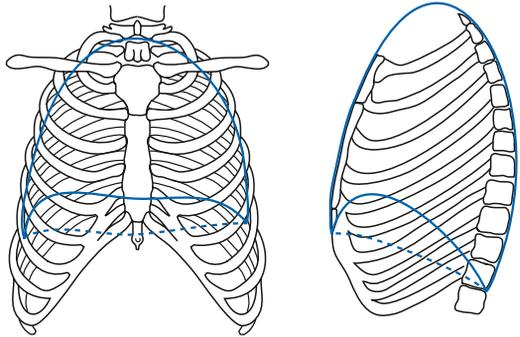
Recessus costodiaphragmaticus Tiefer Komplementärraum zwischen Zwerchfell und Brustwand (Sinus phrenicostalis), der eine wesentliche Ausdehnung der Lunge bei tiefer Inspiration ermöglicht.

Bei tiefer In- und Expiration verschiebt sich der untere Lungenrand vorn jeweils um 2–3 cm, seitlich und hinten um 5 cm. Hieraus ergibt sich bei jungen gesunden Erwachsenen eine Gesamtverschieblichkeit der Lungen gegen die Thoraxwand vorn um 5–6 cm, seitlich in Axillarlinie und dorsal in der Skapularlinie um 10 cm.

Die Atemverschieblichkeit der linken Lunge ist größer als die der rechten.

Pleura und Lunge stehen in enger topographischer Beziehung, wobei die Grenzen der Pleura parietalis fixiert sind, während sich die Lungengrenzen während der Atmung verschieben. Für die Bestimmung der Lungen- und Pleuragrenzen sind folgende Hilfslinien wichtig (■ Abb. 1.9):

- Linea sternalis,
- Linea medioclavicularis,
- Linea axillaris media,
- Linea scapularis,
- Linea paravertebralis.



■ **Abb. 1.10** Topographische Lage des Zwerchfells bei Inspiration (- -) und bei Expiration (—)

1.3.1 Lungen- und Pleuragrenzen

In Atemmittellage ergeben sich folgende Lungengrenzen (■ Abb. 1.9):

Rechte Lunge Die Lungenspitze liegt in Höhe des 1. Brustwirbels 3–5 cm oberhalb der Klavikula. Von hier aus verläuft die Lungengrenze hinter Manubrium und Corpus sterni abwärts, schneidet in der Sternallinie die 6. Rippe und folgt ihr bis zur Linea medioclavicularis. In der mittleren Axillarlinie wird die 8., in der Skapularlinie die 10. und in der Paravertebrallinie die 11. Rippe gekreuzt.

Linke Lunge Der Verlauf entspricht, bis auf die Incisura cardiaca, dem der rechten Lunge: Links von der Sternallinie folgt die Lungengrenze der 4. Rippe, zieht dann bogenförmig nach unten, erreicht in der Medioclavikularlinie die 6. Rippe und verläuft dann wie die rechte Lunge.

Pleuragrenzen Der Verlauf entspricht im Wesentlichen dem der Lungengrenzen; wesentliche Abweichungen ergeben sich nur im Bereich der Reserveräume; am stärksten ist der Unterschied in der Axillarlinie (■ Abb. 1.9).

1.4 Thoraxskelett

Der knöcherne Thorax besteht aus den 12 Brustwirbeln, Sternum und Rippen. Die Rippen sind hinten mit den Wirbeln durch Gelenke verbunden, vorn mit dem Brustbein durch hyalinen Knorpel, die 8.–10. Rippe allerdings nur indirekt, da sie sich vorher mit der 7. Rippe vereinigt. Insgesamt verlaufen die Rippen

von hinten oben nach vorne unten, d. h. schräg. Durch Kontraktion der äußeren Interkostalmuskeln werden die Rippen bei der Inspiration angehoben, und der Thorax erweitert sich in Quer- und Tiefendurchmesser (■ Abb. 1.9 und ■ Abb. 1.10).

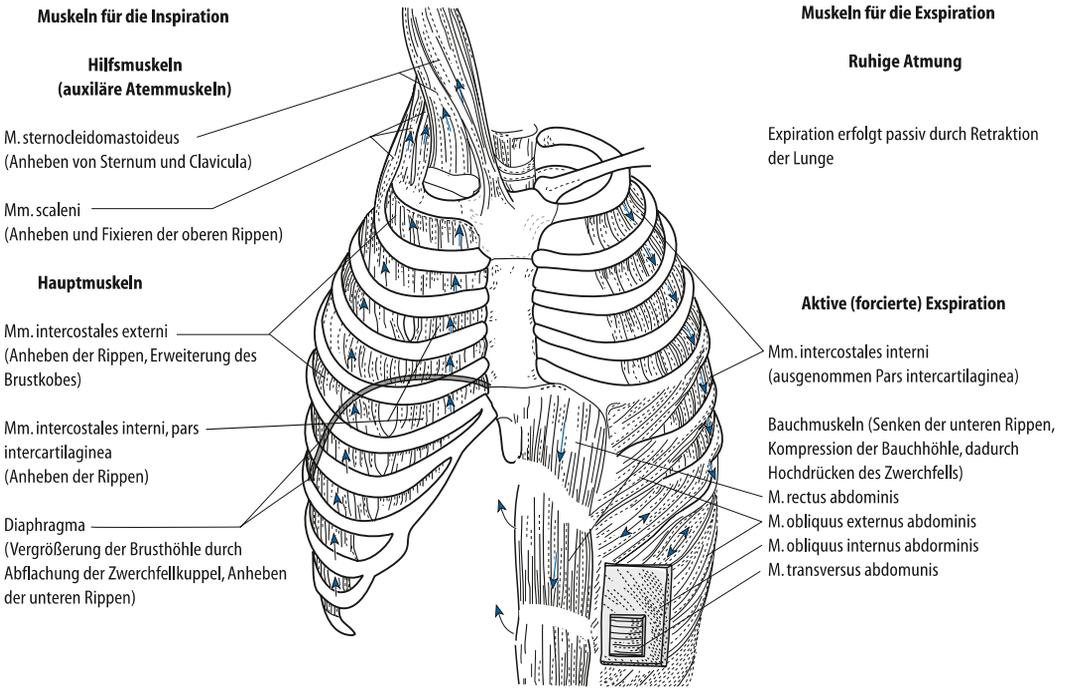
1.5 Atemmuskulatur

Zwerchfell und Interkostalmuskulatur sind die Hauptmuskeln der Atmung. Daneben gibt es noch die Atemhilfsmuskulatur.

Zwerchfell Das Zwerchfell, der wichtigste Atemmuskel, ist eine 3–5 mm dünne Muskelplatte, die den Thorax von der Bauchhöhle trennt. Der Muskel ragt kuppelförmig in den Thorax hinein und ist an Sternum, Rippen und lumbaler Wirbelsäule befestigt. Die Mitte des Zwerchfells besteht aus einer V-förmig gelappten Sehnenplatte, dem Centrum tendineum, in das die Muskelfasern konvergierend einstrahlen. Das Centrum tendineum ist oben mit dem Perikard, unten mit der Area nuda der Leber verwachsen.

Im Zwerchfell befinden sich 3 große Öffnungen, durch die jeweils der Ösophagus, die V. cava und die Aorta ziehen. An der Oberseite wird das Zwerchfell von der Fascia phrenicopleuralis überzogen, die wiederum von der Pleura diaphragmatica bedeckt wird. An der Unterseite befindet sich, bis auf die Anheftung an der Leber, das Peritoneum parietale.

Die **Innervation** des Zwerchfells erfolgt durch den N. phrenicus (C3–C4) und die Nebenphrenici, die arterielle Gefäßversorgung aus der A. thoracica interna über die A. pericardiophrenica und A. musculophrenica sowie kleine Äste aus der Aorta.



▣ **Abb. 1.11** Haupt- und Hilfsmuskeln der Atmung

➤ **Das Zwerchfell ist der wichtigste Atemmuskel.**

Seine Kontraktion führt zur **Abflachung der Kuppel und Zunahme des Thoraxraums in Längsrichtung** (▣ Abb. 1.10). Die hierdurch hervorgerufene **Volumenzunahme entspricht etwa $\frac{2}{3}$ des Ruheatemzugvolumens.**

Interkostalmuskulatur (▣ Abb. 1.11) Sie besteht aus einer äußeren und einer inneren Schicht, die sich überkreuzen und in entgegengesetzte Richtung verlaufen. Die äußeren Interkostalmuskeln verlaufen schräg von oben, dem Unterrand der Rippe, nach unten zum Oberrand der nächsten Rippe. Demgegenüber verlaufen die inneren Interkostalmuskeln vom Seitenrand des Sternums zum Angulus costae, also nach hinten unten. Die Innervation der Interkostalmuskeln erfolgt durch die entsprechenden Interkostalnerven.

➤ **Die äußeren Interkostalmuskeln heben die Rippen und wirken inspiratorisch, die inneren Interkostalmuskeln verengen den Thorax und wirken expiratorisch.**

Atemhilfsmuskulatur (▣ Abb. 1.11) Hierzu gehören die Bauchmuskeln, Erector spinae, Scaleni, Sternocleidomastoidei und Serrati. Diese Muskeln treten bei gesteigerter Atmung oder erschwelter Inspiration, z. B. bei COPD, in Funktion.

Literatur

Beachey W (2007) Respiratory care anatomy and physiology. Mosby, St. Louis
 Ferlinz R (1994) Pneumologie in der Praxis. Thieme, Stuttgart
 Matthys H, Seeger W (Hrsg) (2008) Klinische Pneumologie. Springer, Berlin Heidelberg New York
 Rohen JW, Lütjen-Drecoll E (2005) Funktionelle Anatomie des Menschen, 11. Aufl. Schattauer, Stuttgart
 Schiebler TH (Hrsg) (2005) Anatomie, 9. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York

Physiologie der Atmung

- 2.1 Lungenvolumina – 21**
 - 2.1.1 Totalkapazität der Lunge – 22
 - 2.1.2 Sollwerte und Bedeutung der Lungenvolumina – 23
- 2.2 Ventilation der Lunge – 24**
 - 2.2.1 Atemfrequenz – 25
 - 2.2.2 Atemzugvolumen – 25
 - 2.2.3 Anatomischer Totraum – 25
 - 2.2.4 Physiologischer Totraum – 25
 - 2.2.5 Atemminutenvolumen – 26
 - 2.2.6 Alveoläre Ventilation – 26
- 2.3 Atemmechanik – 26**
 - 2.3.1 Atemmuskulatur – 26
 - 2.3.2 Warum strömt die Atemluft? – 27
 - 2.3.3 Welche Faktoren bestimmen das Füllvolumen der Lunge? – 28
 - 2.3.4 Elastizität der Lunge – 29
 - 2.3.5 Elastizität des Thorax – 30
 - 2.3.6 Compliance des Atemapparats – 30
 - 2.3.7 Atemwegwiderstand – 32
 - 2.3.8 Gewebewiderstand und Atembewegungswiderstand – 34
 - 2.3.9 Atemarbeit – 34
- 2.4 Lungenkreislauf – 35**
 - 2.4.1 Drücke im Lungenkreislauf – 35
 - 2.4.2 Pulmonaler Gefäßwiderstand – 37
 - 2.4.3 Lungendurchblutung – 38
- 2.5 Ungleichmäßige Verteilung der alveolären Ventilation – 40**
- 2.6 Verhältnis von Ventilation und Perfusion – 40**
 - 2.6.1 Alveolärer Totraum – 41
 - 2.6.2 Shuntdurchblutung – 41
- 2.7 Pulmonaler Gasaustausch – 41**
 - 2.7.1 Zusammensetzung der Inspirationsluft – 41
 - 2.7.2 Partialdrücke der Atemgase – 42
 - 2.7.3 Alveoläre Ventilation – 42
 - 2.7.4 CO₂-Abgabe, O₂-Aufnahme und alveoläre Atemgasfraktionen – 43
 - 2.7.5 Alveoläre Partialdrücke – 44

2.8 Regulation der Atmung – 49

2.8.1 Zentrale Rhythmogenese – 49

2.8.2 Chemische Regulation der Atmung – 50

2.8.3 Beeinflussung der Atmung durch zentrale und reflektorische Faktoren – 51

2.8.4 Atemanhalten – 53

2.9 Nichtrespiratorische Funktionen der Lunge – 53

2.9.1 Schutzfunktionen und Infektionsabwehr – 53

2.9.2 Metabolische und Speicherfunktionen der Lunge – 54

Literatur – 54

7 Fragen zum Einstieg

1. Welche 4 Teilprozesse der Atmung werden unterschieden?
2. Welche Bedeutung hat die funktionelle Residualkapazität (FRC), und wie wirkt sich eine Abnahme der FRC auf den alveolären pO_2 aus?
3. Wie hoch ist der anatomische Totraumanteil am Atemzugvolumen in % und in ml/kg Körpergewicht?
4. Welche Faktoren bestimmen das Füllvolumen der Lunge?
5. Welchen Einfluss hat der Surfactant auf die Struktur der Alveolen?
6. In welchem Teil der Atemwege ist der Atemwegswiderstand am größten?
7. Wie ist die Atemarbeit definiert?
8. Aus welchen Teilen besteht der Lungenkreislauf?
9. Aus welchen Parametern wird der pulmonale Gefäßwiderstand berechnet?
10. Was beschreibt das Ventilations-Perfusions-Verhältnis, und wie groß ist es unter Normalbedingungen?
11. Aus welchen Gasen ist die Atemluft zusammengesetzt, und wie hoch sind die einzelnen Fraktionen dieser Gase?
12. Was bezeichnet der Begriff alveolärer Totraum?
13. Wie ist der respiratorische Quotient definiert, und wie hoch ist er unter Normalbedingungen?
14. Was versteht man unter einem physiologischen und einem anatomischen Shunt?
15. Welche 4 Faktoren bestimmen die Diffusion des Sauerstoffs von den Alveolen in das gemischtenvenöse Blut?
16. Was beschreibt die pulmonale Diffusionskapazität?
17. Was versteht man unter der pCO_2 - und der pO_2 -Antwortkurve?

Wesentliche Aufgabe der Atmung ist die Versorgung der Körperzellen mit Sauerstoff und die Entfernung des im Stoffwechsel gebildeten Kohlendioxids aus dem Körper. An der Atmung sind 2 Funktionssysteme beteiligt: die Lunge und das Herz-Kreislauf-System. Die Lunge dient dem Austausch der Atemgase, das Herz-Kreislauf-System ihrem Transport. 4 Teilprozesse der Atmung können unterschieden werden:

- **Ventilation:** die Belüftung der Alveolen mit Frischgas aus der Umgebung während der Inspiration und ihre Entlüftung während der Expiration. Sie geschieht durch Konvektion.
- **Pulmonaler Gasaustausch:** die Diffusion von Sauerstoff aus den Alveolen in das Lungenkapillarblut und von Kohlendioxid aus dem Lungenkapillarblut in die Alveolen.

- Transport von Sauerstoff zu den Geweben und von Kohlendioxid aus den Geweben zur Lunge mit dem zirkulierenden Blut.
- Regulation der Atmung.

Ventilation und Gasaustausch in der Lunge werden auch als **äußere Atmung** bezeichnet, der Verbrauch von Sauerstoff und die Bildung von Kohlendioxid im Stoffwechsel als **innere Atmung**. Beide Vorgänge sind durch den Blutkreislauf als Transportsystem miteinander verknüpft.

Im vorliegenden Kapitel wird die Physiologie der äußeren Atmung, also die Lungenfunktion beschrieben. Sie besteht aus folgenden Teilprozessen:

- Ventilation der Alveolen,
- Diffusion der Atemgase in den Alveolen,
- Perfusion der Lunge,
- Abstimmung von Belüftung und Durchblutung.

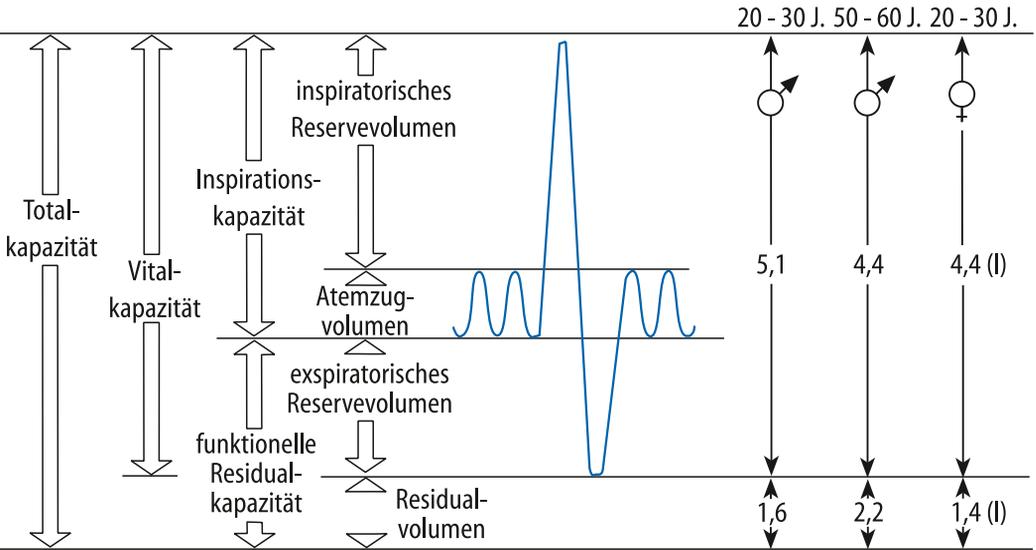
Verwendete Abkürzungen

V = Gasvolumen
 \dot{V} = Gasmenge pro Zeiteinheit
 Q = Blutvolumen
 \dot{Q} = Blutmenge pro Zeiteinheit
 p = Druck
 F = fraktionelle Konzentration
 A = Alveolarraum
 I = Inspirationsluft
 E = Expirationsluft
 D = Totraum (»deadspace«)
 a = arterielles Blut
 v = venöses Blut
 \bar{V} = gemischtvenöses Blut
 c = Gehalt
 S = Sättigung

2.1 Lungenvolumina

Lungenvolumen ist das in der Lunge befindliche Gas, Atemvolumen das ein- und ausgeatmete Gasvolumen (▣ Abb. 2.1). Bei den Lungenvolumina kann zwischen statischen und dynamischen Volumina sowie zwischen mobilisierbaren und nicht mobilisierbaren Volumina unterschieden werden.

- **Dynamische Lungenvolumina:** Volumina, deren Größe vom zeitlichen Verlauf bzw. der Atemstromstärke abhängig ist.
- **Statische Lungenvolumina:** Volumina, deren Größe nicht von der Atemstromstärke abhängig ist.



■ **Abb. 2.1** Lungenvolumina und Lungenkapazitäten. Die Größen hängen vom Alter und vom Geschlecht ab. (Nach Schmidt et al. 2011)

- **Mobilisierbare Lungenvolumina:** Volumina, die durch die Aktivität der Atemmuskulatur ein- und ausgeatmet werden können.
- **Nichtmobilisierbares Lungenvolumen:** das auch nach maximaler Ausatmung in der Lunge verbleibende Residualvolumen.
- **Kapazität:** Lungenvolumina, die aus mehreren spirometrisch abgrenzbaren Teilvolumina zusammengesetzt sind.

Die mobilisierbaren Lungenvolumina können direkt mit einem Spirometer gemessen werden, das Residualvolumen hingegen nur indirekt, da es nicht ausgeatmet werden kann.

2.1.1 Totalkapazität der Lunge

Als Totalkapazität (»total lung capacity«, TLC) wird das nach einer maximalen Inspiration in der Lunge befindliche Volumen bezeichnet. Die Totalkapazität ist aus 2 großen Teilvolumina zusammengesetzt: der Vitalkapazität und dem Residualvolumen (■ Abb. 2.1).

Vitalkapazität

Die Vitalkapazität (VC) ist die Volumendifferenz zwischen maximaler Ein- und Ausatmung, d. h. die Luftmenge, die nach einer maximalen Inspiration maximal ausgeatmet werden kann, also die Summe aus Atemzugvolumen, inspiratorischem Reservevolumen und expiratorischem Reservevolumen. Die Vitalka-

pazität wird spirometrisch bestimmt und kann weiter unterteilt werden in:

- **Inspiratorische Vitalkapazität (VCI):** Volumen, das nach einer maximalen Ausatmung maximal eingeatmet werden kann.
- **Expiratorische Vitalkapazität (VCE):** Volumen, das nach maximaler Inspiration maximal ausgeatmet werden kann.
- **Atemzugvolumen:** Volumen, das bei jedem Atemzug ein- und ausgeatmet wird. Es beträgt beim Erwachsenen ca. 500 ml bzw. 7 ml/kg KG.
- **Inspiratorisches Reservevolumen (IRV):** Luftvolumen, das nach einer normalen Inspiration noch zusätzlich eingeatmet werden kann. Normalwert ca. 3 l.
- **Expiratorisches Reservevolumen (ERV):** Volumen, das nach einer normalen Expiration noch zusätzlich ausgeatmet werden kann. Normalwert ca. 1 l.

Der Anteil der Vitalkapazität an der Totalkapazität der Lunge beträgt etwa 74%.

Residualvolumen

Das Residualvolumen (RV) ist die Luftmenge, die nach maximaler Expiration in der Lunge verbleibt und daher spirometrisch nicht erfasst werden kann. Der Anteil des Residualvolumens an der Totalkapazität der Lunge beträgt ca. 26%. Das Residualvolumen kann mit Körperplethysmographie oder mit Fremdgasverdünnungsmethoden bestimmt werden.

■ **Tab. 2.1** Lungenvolumina bei gesunden jungen Männern und Frauen (Maßeinheit: l)

Parameter	Männer	Frauen
Totalkapazität, TLC	7,0	6,2
Vitalkapazität, VC	5,6	5,0
Residualvolumen, RV	1,4	1,2
Funktionelle Residualkapazität, FRC	3,2	2,8

Funktionelle Residualkapazität (FRC) Dies ist die Summe aus Residualvolumen und expiratorischem Reservevolumen, also das endexpiratorische Lungenvolumen: $RV + IRV$. Bei Lungengesunden entspricht das intrathorakale Gasvolumen (IGV) der FRC.

2.1.2 Sollwerte und Bedeutung der Lungenvolumina

Totalkapazität, Vitalkapazität und Residualvolumen hängen von Körpergröße, Geschlecht, Alter und Trainingszustand ab, während der Anteil der Vitalkapazität und des Reservevolumens an der Totalkapazität weitgehend unabhängig von Geschlecht und Größe ist. Bei Frauen sind alle angeführten Volumina und Kapazitäten um 20–25% niedriger als bei Männern. Insgesamt ist die Schwankungsbreite der Messwerte selbst bei vergleichbaren Gruppen relativ groß; auch ändern sich selbst bei einigen schweren Lungenerkrankungen die Messwerte nicht wesentlich; außerdem können größere Abweichungen von den Normwerten auch durch extrapulmonale Störungen hervorgerufen werden.

Klinisch ist daher Folgendes wichtig:

Lungenvolumina sind anatomische Messgrößen; sie ermöglichen keine Aussagen über den pulmonalen Gasaustausch. Nur ausgeprägte Veränderungen können diagnostisch verwertet werden. Für die Lungenfunktion sind Veränderungen der Ventilation und Perfusion von größerer Bedeutung als Veränderungen der Lungenvolumina.

In ■ Tab. 2.1 sind die Normwerte der Lungenvolumina zusammengestellt.

Die Lungenvolumina werden von der Temperatur und vom Atmosphärendruck beeinflusst; daher sollten die gemessenen Werte auf BTSP-Bedingungen umgerechnet werden.

Klinische Bedeutung der Vitalkapazität

Wie bereits dargelegt, hängt die Vitalkapazität sehr stark vom Lebensalter und der Körpergröße ab. Daneben sind aber noch andere Faktoren zu berücksichtigen. Hierzu gehören:

- tageszeitliche Schwankungen: um etwa 3–5% des Absolutwerts,
- Körperlage: im Liegen 20% niedriger als im Sitzen,
- extrapulmonale Einflüsse,
- pulmonale Erkrankungen.

Extrapulmonale Einflüsse Bestimmte außerpulmonale Faktoren können die Vitalkapazität vermindern. Hierzu gehören:

- Behinderungen der Thoraxbeweglichkeit durch Deformitäten,
- Störungen der Ventilation durch Paresen der Atemmuskulatur,
- Einschränkung der Zwerchfellbeweglichkeit, z. B. durch Aszites,
- Schmerzen im Bereich von Pleura oder Abdomen,
- Pleuraerguss, Pleuraverwachsungen.

Pulmonale Erkrankungen Von Bedeutung sind v. a. Erkrankungen, die zum Verlust der Lungendehnbarkeit führen. So geht die Lungenfibrose mit einer Abnahme der Vitalkapazität einher, diagnostisch verwertbar allerdings erst in fortgeschrittenen Stadien. Atemwegobstruktionen können ebenfalls die Vitalkapazität einschränken, jedoch sind die Veränderungen diagnostisch nicht verwertbar.

➤ **Erst eine reproduzierbare Abnahme der Vitalkapazität um >25% des Sollwerts weist auf eine wesentliche Funktionsstörung hin, ohne dass hieraus auf die Ursache geschlossen werden könnte.**

Bedeutung der funktionellen Residualkapazität

Das Residualvolumen, also das nach maximaler Expiration in der Lunge verbleibende Volumen, hängt vom Alter ab (■ Abb. 2.2). So nimmt im höheren Lebensalter der prozentuale Anteil des Residualvolumens an der Totalkapazität auf 23–35% zu. Die funktionelle Residualkapazität, Residualvolumen + expiratorisches Reservevolumen, verändert sich hingegen weniger mit dem Alter, kann aber im Einzelfall erheblich zunehmen. Große Menschen haben eine größere FRC als kleine; Adipositas und Schwangerschaft vermindern

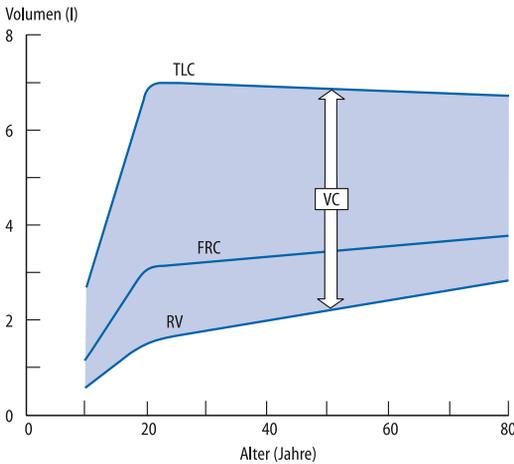


Abb. 2.2 Altersabhängigkeit der Vitalkapazität (VC), Totalkapazität (TLC), funktionellen Residualkapazität (FRC) und des Residualvolumens (RV) beim Mann. (Nach Schmidt et al. 2011)

die FRC erheblich; im Liegen ist die FRC kleiner als im Stehen, bedingt durch den Druck der Eingeweide auf das Zwerchfell. Insgesamt wirken also zahlreiche Faktoren auf die Größe der FRC ein, sodass entsprechend starke Schwankungen zu erwarten sind.

Die funktionelle Residualkapazität wirkt normalerweise als Puffer gegen zu starke Schwankungen der alveolären und arteriellen O_2 - und CO_2 -Partialdrücke im Verlauf des Atemzyklus. Außerdem verhindert das Residualvolumen einen Kollaps der Alveolen während der Expiration.

Verkleinerung der funktionellen Residualkapazität Bei einer Abnahme der FRC schwankt der alveoläre O_2 -Partialdruck in größerem Maße: Während der Expiration nähert er sich dem pO_2 des venösen Mischbluts an, während der Inspiration dem der Inspirationsluft. Dieser Effekt entspricht dem einer ungleichmäßigen Ventilation, und es entwickelt sich eine leichte Hypoxie.

Vergrößerung der funktionellen Residualkapazität Zwischen Residualvolumen und Belüftung der Alveolen besteht keine direkte Beziehung. Daher hat eine Zunahme des Residualvolumens und der FRC über die Normwerte hinaus keinen wesentlichen Einfluss auf den pulmonalen Gasaustausch. Allerdings wirkt eine große FRC als **Puffer** gegen starke Schwankungen der alveolären O_2 - und CO_2 -Partialdrücke. Insgesamt kann jedoch eine Zunahme der FRC mit folgenden **Nachteilen** einhergehen:

- Eine Erhöhung der inspiratorischen O_2 -Konzentration führt nicht so rasch zu einem Anstieg des alveolären pO_2 wie bei normaler FRC, denn der Sauerstoff wird in dem vergrößerten Raum zunächst stärker verdünnt.
- Bei einer vergrößerten funktionellen Residualkapazität sind die Lungen bei ruhiger Atmung überbläht.
- Ist das Residualvolumen erhöht, so sind die Lungen auch nach einer maximalen Expiration noch überbläht.
- Eine Überblähung der Lungen erhöht den anatomischen Totraum (► s. unten), eine stärkere Zunahme der FRC führt zur Weitstellung des Thorax mit Behinderung der Atemmechanik.
- Eine erhebliche Zunahme der FRC verkleinert die Inspirationskapazität, wenn nicht gleichzeitig die Totalkapazität der Lunge vergrößert ist. Hierdurch kann der Patient sein Inspirationsvolumen nicht nach Bedarf steigern; d. h. die Ventilationsreserve ist vermindert.

Klinisch ist Folgendes wichtig:

- **Obstruktive Lungenerkrankungen erhöhen, restriktive Lungenerkrankungen verkleinern das Residualvolumen. Eine genaue Beurteilung der Befunde ist allerdings nur zusammen mit anderen Ventilationsparametern möglich. Daher ist die alleinige Messung von Residualvolumen und FRC diagnostisch nicht sinnvoll.**

2.2 Ventilation der Lunge

Als Ventilation oder Belüftung der Lunge wird der zyklische Vorgang der Ein- und Ausatmung der Atemluft bezeichnet. Wichtigste Aufgabe der Ventilation ist die Aufrechterhaltung physiologischer O_2 - und CO_2 -Partialdrücke in der Alveolarluft und im arteriellen Blut. Da aus der Alveolarluft ständig Sauerstoff in das gemischtvenöse Blut aufgenommen und Kohlendioxid aus diesem Blut in die Alveolarluft abgegeben wird, muss die Alveolarluft ständig erneuert werden, und zwar durch die Einatmung von Frischluft und die Ausatmung von Alveolarluft.

- **Die Ventilation wird so gesteuert, dass in der Alveolarluft ein pO_2 von ca. 100 mm Hg und ein pCO_2 von ca. 40 mm Hg herrschen.**

Bei der Ventilation muss zwischen Atemzugvolumen und alveolärer Ventilation unterschieden werden. Das