

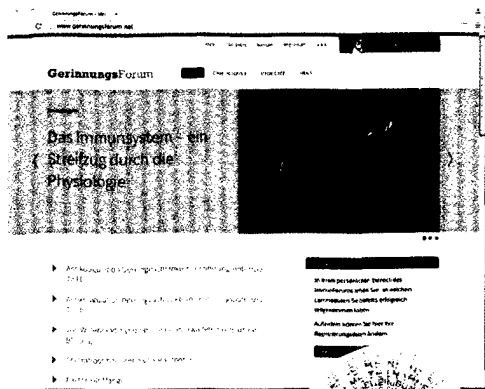
Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

diese Ausgabe soll anhand von bestehenden Beispielen ermuntern, dass möglichst viele Einrichtungen individuelle Algorithmen installieren. Sie sorgen u. a. für weitestgehende Standardisierung der Abläufe und somit der Sicherheit. Ein für die Versorgung von Patienten verantwortlicher Facharzt (oder nicht physisch anwesender Hintergrunddienst) muss sich möglichst sicher sein können, dass die hausinternen Vorgehensweisen jeder kennt und einhält. Dazu sind natürlich immer wieder entsprechende Schulungen vonnöten – besonders für die nachfolgenden Berufsanfänger. Ein Problem ist: Welche Messmethoden für die Erstellung eines Algorithmus stehen einer Einrichtung individuell zur Verfügung? Perfektes Equipment erleichtert die Zielsetzung natürlich. Aber lesen Sie, welchen Stellenwert auch Routineparameter haben ...

Und vergessen Sie nicht: Unter www.immun-forum.net können zum Bereich Immunologie ebenfalls bis zu 4 CME-Punkte pro Thema erzielt werden.

Dr. med. Peter Kohler
Facharzt für Anästhesiologie



Inhalt

CME-Teil 1

Der aktuelle Fall
Notfallmäßige Aufnahme bei
gastrointestinaler Blutung 1–3

Zum aktuellen Fall
Algorithmen bei Blutungen –
Ziele und Probleme 3–8

CME-Teil 2

Expertenforum
Erstellung klinikinterner Algorithmen für akut
blutende operative Patienten 9–12

Der aktuelle Fall

Algorithmen bei Blutungen – Notfallmäßige Aufnahme bei gastrointestinaler Blutung

Ein 79-jähriger Mann kommt am Nachmittag des 23.7. zur Notaufnahme. Er berichtet, seit dem frühen Morgen etliche Male Durchfall gehabt zu haben. Auf Nachfrage erklärt er, dass es dunkler Stuhl mit Blutbeimengungen gewesen sei. Er habe sich auch übergeben müssen, allerdings kein Bluterbrechen. Dunkler Stuhl sei immer wieder in den letzten 14 Tagen aufgetreten. Eine Magen- oder Darmerkrankung war nicht bekannt.

Der Patient war allerdings unter einer Therapie mit Apixaban und ASS. Denn es besteht in der Anamnese ein Vorhofflimmern, welches im letzten Jahr erfolglos durch eine Ablation zu therapieren versucht wurde. Der CHAD-VASc-Score beträgt 4. Eine Herzkatheteruntersuchung vor 3 Monaten hatte eine Dreifäßerkrankung, allerdings ohne interventionsbedürftige Stenosen ergeben.

Zustand bei Aufnahme

Bei der Aufnahme zeigte sich das **Abdomen weich** ohne Abwehrspannung und nicht schmerzhaft, Darmgeräusche regelrecht. Pulmonal bestand kein auffälliger Befund, die Herzaktionen waren der Vorerkrankung entsprechend arrhythmisch. Der Blutdruck betrug 90/60 mm Hg, die Herzfrequenz 104/min. Das Blutbild zeigte einen Hb von 7,5 g/dl. Der Patient

erhielt initial 1.000 ml Ringer-Lösung. Nach Vorliegen des Hb von 7,5 g/dl wurden zwei Erythrozytenkonzentrate transfundiert. Es erfolgte eine Blutbildkontrolle, die einen nicht adäquaten Hb-Anstieg auf 8,3 g/dl zeigte. Es wurde Rücksprache mit dem Endoskopiedienst genommen. Da die Situation als klinisch stabil eingeschätzt wurde, sollte (trotz der nach der Hb-Kontrolle vermutlich weiter bestehenden Blutung) der Patient über Nacht auf der Notaufnahmestation überwacht und erst am nächsten Tag elektiv endoskopiert werden.

Massive Blutung und hämorrhagischer Schock

Im Laufe der Nacht setzte der Patient mehrmals blutigen Stuhl ab. Es wurde ein weiteres EK transfundiert, der Hb sank trotzdem auf 7,5 g/dl. Der Patient wurde zur Ösophagus-Gastroduodenoskopie (ÖGD) auf die Intensivstation verlegt.

Hier zeigte sich folgender Befund: kleine axiale Hernie, Ösophagus sonst unauffällig, im Antrum ventriculi diffuse Rötung der Schleimhaut ohne Hinweis auf Blutungsquelle, kein Frischblut oder Altblut. Im Duodenum unauffällige Verhältnisse.

Der Patient war nach der ÖGD kreislaufstabil und wurde zurück auf die Notaufnahmestation verlegt. Hier setzte