
GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

H. Leskowschek, LKH Hochsteiermark / Leoben

Oberer GI Trakt

Allgemeines

- Anamnese
- Untersuchungen
- Pitfalls

Beispiele

Fremdkörper, Ösoph - Tumor
Magenblutung
PEG
Der hepatobiliäre Notfall
Vaskuläre Notfälle

Unterer GI Trakt

Allgemeines

- Anamnese
- Untersuchungen
- Pitfalls

Beispiele

Enteritis / CED Patienten
Darmblutung
Appendicitis
Divertikulitis
Vasculäre Notfälle

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

H. Leskowschek, LKH Hochsteiermark / Leoben

Oberer GI Trakt

Allgemeines

- Anamnese
- Untersuchungen

Beispiele

Fremdkörper, Ösoph - Tumor

Magenblutung

PEG

Der hepatobiliäre Notfall

Vaskuläre Notfälle

- *Pitfalls*

Anamnese
Untersuchungen

Vaskuläre Notfälle

Unterer GI Trakt

Allgemeines

- Anamnese
- Untersuchungen

Beispiele

Enteritis /CED Patienten

Appendicitis

Divertikulitis,

Darmblutung

Vasculäre Notfälle

- *Pitfalls*

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

7% der Notfallpatienten in einer Notfallambulanz kommen wegen Bauchschmerzen*

Anamnese

Seit wann
Wer noch
Schon einmal gehabt
Ausland
Medikamente
Essen
Stuhl
Harn
Genussmittel
Essverhalten
Lifestyle
Gewicht

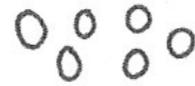
Vorgeschichte

Familienanamnese
Schon einmal
Wie oft
Behandlungen
Änderungen (*Kindheit?*)
Medika? Lifestyle? Gewicht?
Stuhlverhalten?
OPs, Erkrankungen

*2006 emergency department summery. *Natl Health Stat Report*. 2008;7:1-38

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Anamnese:



Typ 1:
separate hard lumps, like nuts (hard to pass) | einzelne feste Kügelchen, wie Nüsse (schwer auszuscheiden)



Typ 2:
sausage-shaped but lumpy | wurstförmig, aber klumpig



Typ 3:
like a sausage but with cracks on the surface | wie eine Wurst, aber mit Rissen auf der Oberfläche



Typ 4:
like a sausage or snake, smooth and soft | wie eine Wurst oder Schlange, glatt und weich (Anm.: wie Zahnpasta)



Typ 5:
soft blobs with clear-cut edges | weiche Kleckse mit klar abgetrennten Rändern



Typ 6:
fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool | flockige Stückchen mit zerklüfteten Rändern, breiiger Stuhl



Typ 7:
watery, no solid pieces. Entirely liquid | wässrig, keine festen Bestandteile. Komplette flüssig.

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Syndrom des falschen Freundes

Ungewollter Abgang von Stuhl

Der ungewollte Abgang von [Stuhl](#) bei der Flatulenz wird als sogenannter *Falscher Freund* oder umgangssprachlich *Schurz*, österr. *Materialschas* bezeichnet.

Dies kann insbesondere in Anfangsstadien einer [Durchfallerkrankung](#) auftreten, wenn man sich des Problems noch nicht bewusst ist. Ein vermehrtes Auftreten (vor allem in Kombination mit [Obstipation](#) und [Diarrhoe](#) oder Bleistiftstühlen) kann aber auch ein Hinweis auf einen [Darmkrebs](#) sein.^[3]

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

7% der Notfallpatienten in einer Notfallambulanz kommen wegen Bauchschmerzen*

Anamnese

Seit wann
Wer noch
Schon einmal gehabt
Ausland
Medikamente
Essen
Stuhl
Harn
Genussmittel
Essverhalten
Lifestyle
Gewicht

Vorgeschichte

Familienanamnese
Schon einmal
Wie oft
Behandlungen
Änderungen (*Kindheit?*)
Medika? Lifestyle? Gewicht?
Stuhlverhalten?
OPs, Erkrankungen

*2006 emergency department summary. *Natl Health Stat Report*. 2008;7:1-38

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Untersuchungen

Physikalische US

Ultraschall

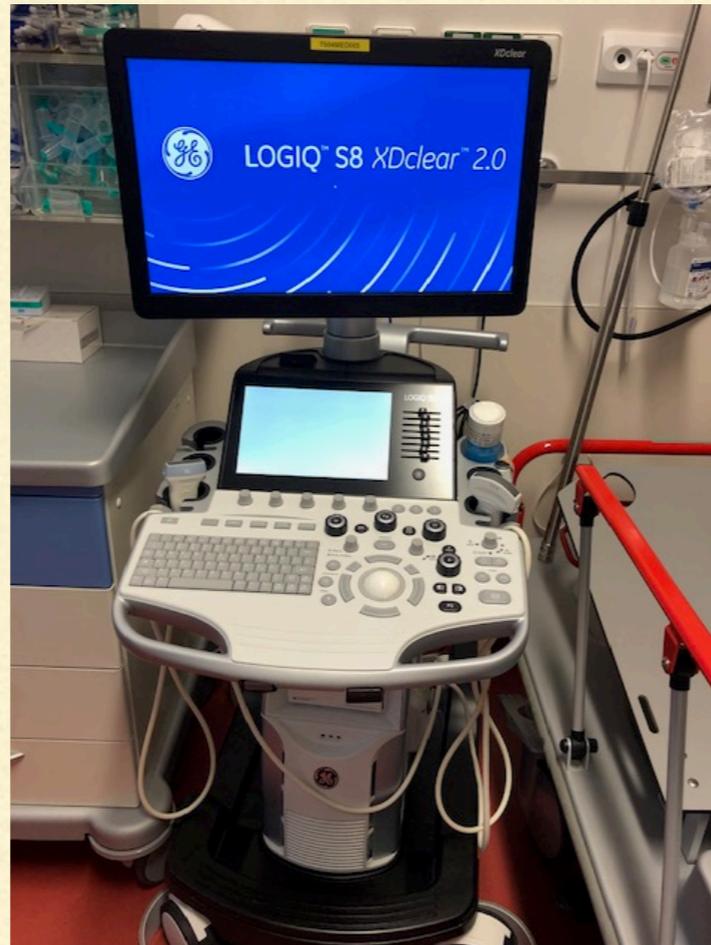
Labor

Portables US Gerät mit Akku
Curved Array/Linear

Vier (5) Freunde

Stethoskop
Handschuh
Gel
Spatel
Fiebermesser
Blutdruckmessgerät

Ambulanzlaborbefund



Hämatologie: Kl. BB			
Leuko	10 ⁹ /L	3.90-10.40	5.13
Ery	10 ¹² /L	4.00-5.20	4.99
Hb	g/dL	11.6-15.5	14.4
Hkt	%	35.0-45.0	41.1
MCV	fL	80.0-95.5	82.4
MCH	pg	28.0-33.0	28.9
MCHC	g/dL	32.0-36.0	35.0
Thrombo	10 ⁹ /L	140-440	287
MPV	fL	9.2-12.5	8.4/-
P-LCR	%	13.0-43.0	12.7/-
Hämatologie: Diff. BB, mech			
Neutro %	%	40.0-75.0	92.6/+
Neutro abs	10 ⁹ /L	1.80-7.30	4.75
Eo %	%	0.0-7.0	0.2
Eo abs	10 ⁹ /L	0.00-0.44	0.01
Baso %	%	0.0-1.5	0.2
Baso abs	10 ⁹ /L	0.00-0.08	0.01
Mono %	%	2.0-12.0	0.4/-
Mono abs	10 ⁹ /L	0.20-1.00	0.02/-
Ly %	%	17.0-47.0	6.6/-
Ly abs	10 ⁹ /L	1.10-3.60	0.34/-
Erythrobl%	/100 Leu		0
Erythrobl#	10 ⁹ /L		0.00
Entzündung			
CRP	mg/L	-5.0	7.0/+
Elektrolyte			
Na+	mmol/L	135-145	136
K+	mmol/L	3.50-5.00	3.21/-
Chlorid	mmol/L	98-107	95/-
Ca2+ ges.	mmol/L	2.20-2.65	2.55
Niere			
Kreatinin	mg/dL	0.50-0.90	0.79
Harnstoff	mg/dL	17-49	29
Harnsäure	mg/dL	2.4-5.7	6.1/+
GFR-CKDEKr	mL/min	90.0-	73.3/- *
Leber/Herz			
Bili ges	mg/dL	0.10-1.20	1.28/+
Bili dir	mg/dL	0.00-0.30	
AP 37°C	U/L	35-105	227/+
GGT 37°C	U/L	-40	713/+
CHE 37°C	U/L	3900-11000	7743
AST 37°C	U/L	-35	1273/+++
ALT 37°C	U/L	-35	726/+
LDH 37°C	U/L	-250	974/++
Pankreas			
a-Amylase	U/L	0-99	776/+
Lipase	U/L	-60	2531/+++

Kohlenhydrat-Stw			
Glucose	mg/dL	70-99	104/+ *
Gerinnung: Basisdiagnostik			
PZ	%	70-130	94
PZ INR			1.02
aPTT	s	27-36	19/-
Serumproteine			
Ges. Eiweiß	g/dL	6.60-8.30	7.21
Albumin	g/dL	3.50-5.20	4.53
Eisen-Stw			
Eisen	µg/dL	35-190	96
Trf	g/L	2.00-3.60	2.71
Trf-Sättig	%	16-45	25
Schilddrüse			
TSH	µU/mL	0.270-4.200	0.978
ft4	pmol/L	12.00-22.00	22.70/+
ft3	pmol/L	3.10-6.80	3.91
Virologie: SARS-Diagnostik			
CoV2-AGe		-neg	

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Untersuchungen

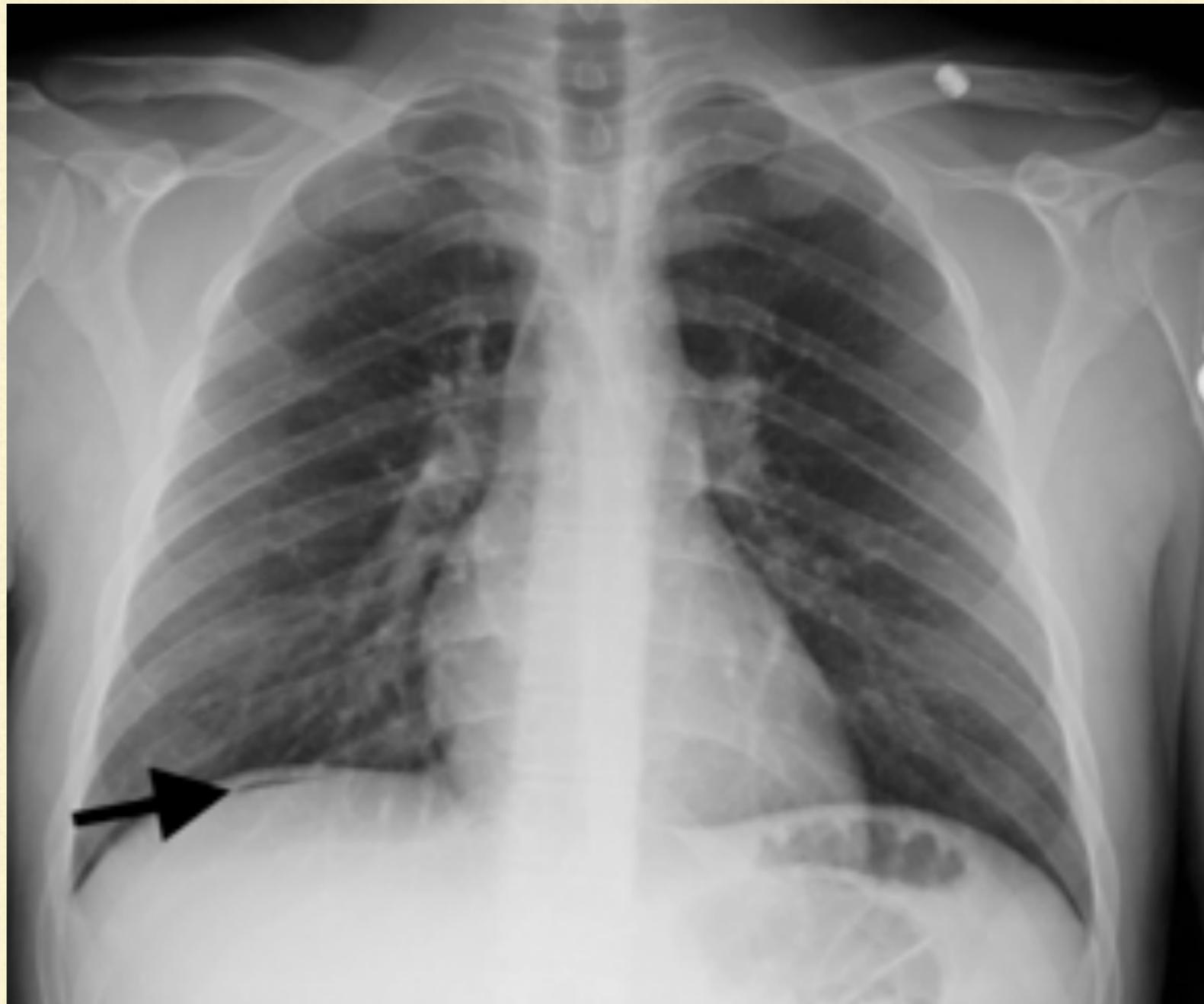
(Notfall-) Endoskopie
Beispiel: obere GI Blutung

(Konvent. Rö) CT / MR

Stationäre Observation/Abklärung

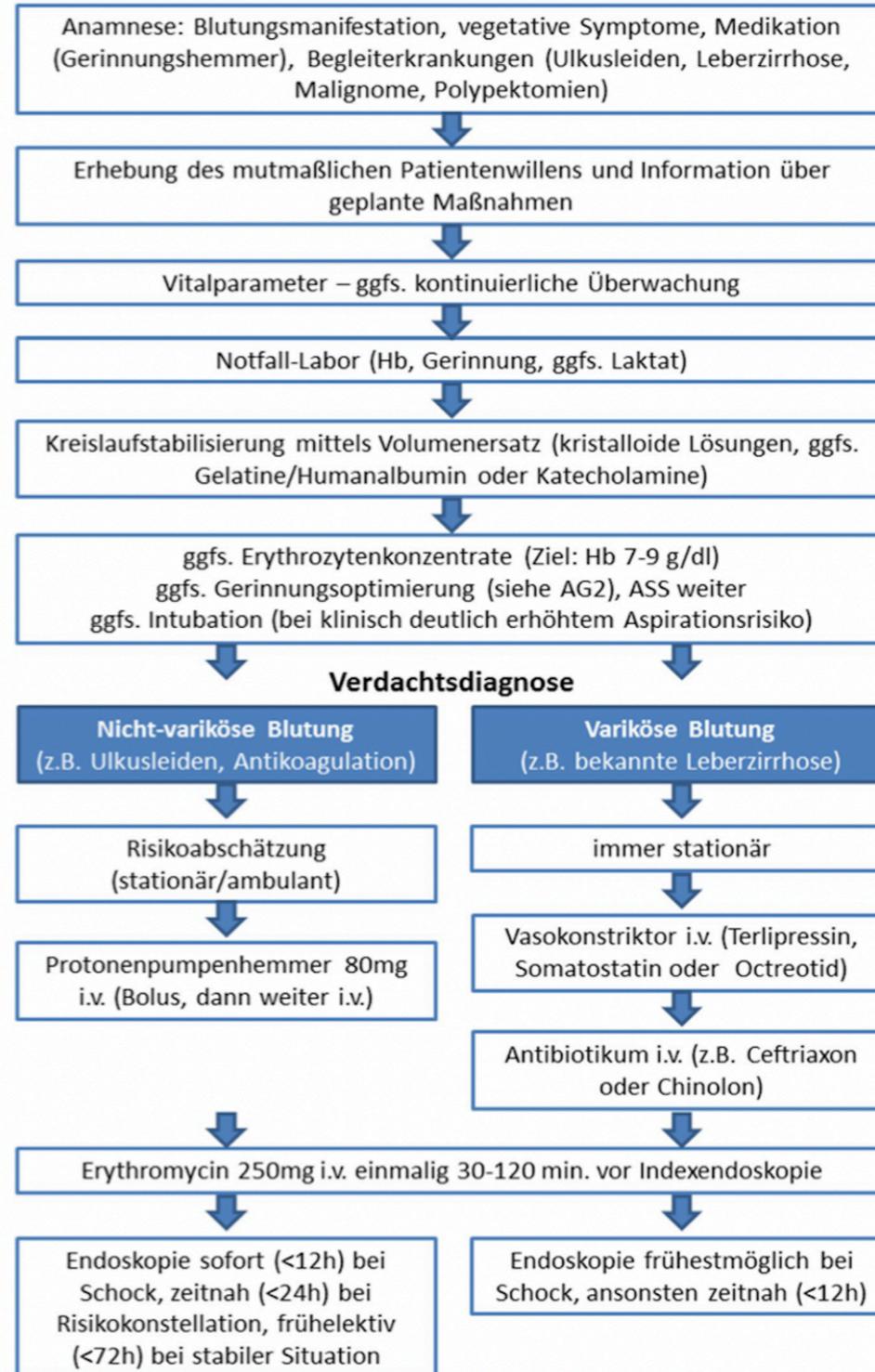
GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Untersuchungen
(Konvent. Rö) CT / MR



GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Notfallendoskopie



GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

für nicht-variköse obere GI Blutungen

Markus Wehler
NOWTOGO

modifizierter Glasgow-Blatchford-Score (mGBS)

Kriterium	Ausprägung	Punkte
Herzfrequenz	≥ 100/min.	1
Systol. RR	100 - 109 mmHg	1
	90 - 99 mmHg	2
	< 90 mmHg	3
Harnstoff (mg/dl)	≥ 18,2 und < 22,4 mg/dl	2
	≥ 22,4 und < 28 mg/dl	3
	≥ 28 und < 70 mg/dl	4
	≥ 70 mg/dl	6
Hämoglobin (♂)	≥ 12 und < 13 g/dl	1
	≥ 10 und < 12 g/dl	3
	< 10 g/dl	6
Hämoglobin (♀)	≥ 10 und < 12 g/dl	3
	< 10 g/dl	6

nicht für ITS pt
nicht für post-OP

Anmerkung:

Harnstoff als Blood urea nitrogen (BUN) angegeben:

Harnstoff in mg/dl/2,142 = BUN in mg/dl.

Bewertung:

Niedrigrisiko-Gruppe: 0 - 1 Punkt **ambulante Abklärung**
Maximale Punktzahl: 16 Punkte

Cheng DW, et al. Aliment
Pharmacol Ther 2012



GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Empfehlung 8:

Bei vermuteter variköser oberer gastrointestinaler Blutung sollte eine kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter sowie zeitnah (<12h) eine Endoskopie erfolgen. Bei vermuteter variköser Blutung mit hämodynamischer Instabilität sollte frühestmöglich eine Notfall-Endoskopie erfolgen. Empfehlung, starker Konsens.

Bei vermuteter variköser oberer gastrointestinaler Blutung mit hämodynamischer Instabilität sollte die Aufnahme auf eine Intensivstation erfolgen, bei hämodynamischer Stabilität sollte bis zur Endoskopie zumindest eine kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter gewährleistet sein. Nach hämodynamischer Stabilisierung, intravenöser Applikation einer vasoaktiven Substanz und eines Breitspektrumantibiotikums und ggf. nach endotrachealer Intubation (siehe Empfehlungen unten) sollte zeitnah (<12h) eine Gastroskopie erfolgen [25-28]. Hämodynamisch instabile Patienten sollten frühestmöglich (d.h. sobald es der Allgemeinzustand des Patienten zulässt) einer Notfall-Endoskopie zugeführt werden

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Empfehlung 9:

Bei hämorrhagischem Schock bei vermuteter unterer gastrointestinaler Blutung sollten nach Maßnahmen zur Kreislaufstabilisierung unmittelbar (innerhalb von 12h) endoskopische Untersuchungen (Gastroskopie plus ggfs. Rekto-Sigmoido- oder Koloskopie) erfolgen. Bei hämodynamischer Stabilität und vermuteter unterer gastrointestinaler Blutung sollte eine Koloskopie erst nach entsprechender Vorbereitung erfolgen.

Empfehlung, starker Konsens.

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding

Lau et al. NEJM 2020

RCT mit 516 Patienten mit Glasgow-Blatchford score ≥ 12 mit Endoskopie innerhalb von 6 Stunden vs. 6-24 Stunden.

	< 6 h	6-24h
30 Tage Mortalität	8,9%	6,6%
Aktive Blutung	66%	48%
Blutstillung	60%	48%

Es besteht kein Unterschied in der Mortalität der oberen GI Blutung bei Endoskopie innerhalb von 6 oder 24 Stunden.

Table 1 Common causes of oropharyngeal dysphagia

Structural Lesions	Examples
Pharyngeal diverticula	Zenker diverticulum
	Lateral pharyngeal pouch or diverticula
Intrinsic lesions	Oropharyngeal or laryngeal carcinoma
	Surgical resection
	Cricopharyngeal achalasia
	Cricopharyngeal bar and rings
	Proximal esophageal webs (Plummer-Vinson)
	Radiation injury
Extrinsic compression	Osteophytes, skeletal abnormalities
	Thyromegaly
Neuromuscular Diseases	Examples
Central nervous system	Cerebrovascular accidents, head injury, neoplasm, Parkinson disease, multiple sclerosis, amyotrophic lateral sclerosis, Huntington chorea
Peripheral nervous system	Poliomyelitis, amyotrophic lateral sclerosis
	Tabes dorsalis
	Glossitis, pharyngitis, thrush (sensory)
Neuromuscular transmission myopathies	Myasthenia gravis
	Polymyositis, dermatomyositis
	Muscular dystrophies
	Alcoholic myopathy
	Thyrotoxicosis, hypothyroidism
	Amyloidosis, Cushing syndrome

Table 2 Common causes of esophageal dysphagia

Structural Lesions	
Intrinsic lesions	Peptic stricture, Schatzki ring
	Esophageal carcinoma
	Leiomyoma, lymphoma
	Hiatal hernia
Extrinsic compression	Mediastinal tumors (lung cancer, lymphoma)
	Vascular structures (dysphagia lusoria)
	Surgical changes (fundoplication)
Motor Disorders	
Primary motor disorders	Achalasia
	DES
	Hypertensive LES
	Nutcracker esophagus
	Ineffective esophageal motility
Secondary motor disorders	Collagen vascular diseases or scleroderma, CREST
	Diabetes mellitus
	Alcoholism
Mucosal Diseases	
Esophagitis	GI reflux diseases
	Infectious esophagitis
	Pill induced
	Radiation injury
	Caustic ingestion

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

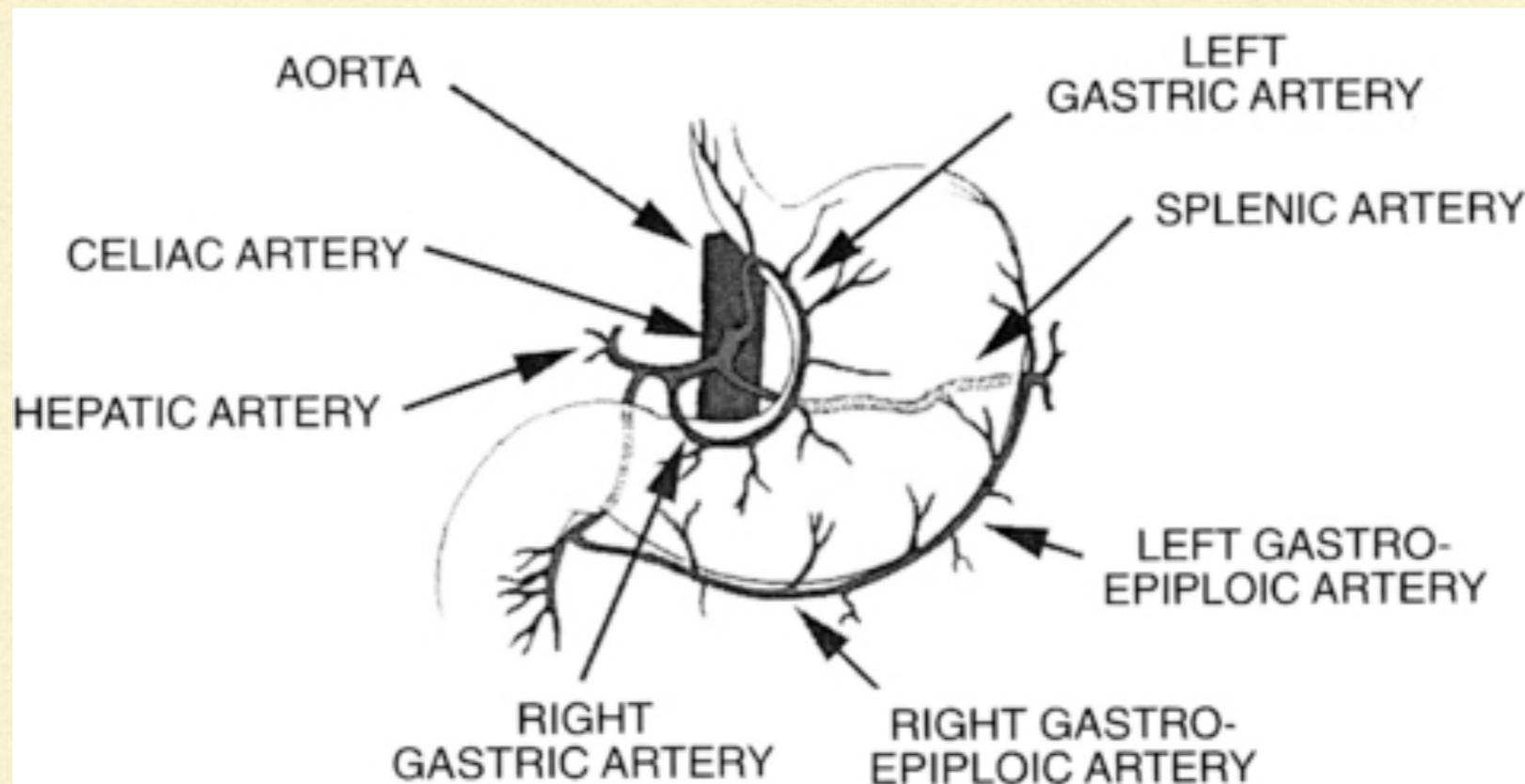
Dysphagie

Table 3 Esophageal dysphagia: mechanical versus motor disorders

History	Mechanical Disorder	Motor Disorder
Onset	Gradual or sudden	Usually gradual
Progression	Often	Usually not
Type of bolus	Solid (unless high-grade obstruction)	Solids or liquids
Response to bolus	Often must be regurgitated	Usually passes with repeated swallowing or drinking liquids
Temperature dependent	No	Worse with cold liquids; may improve with warm liquids

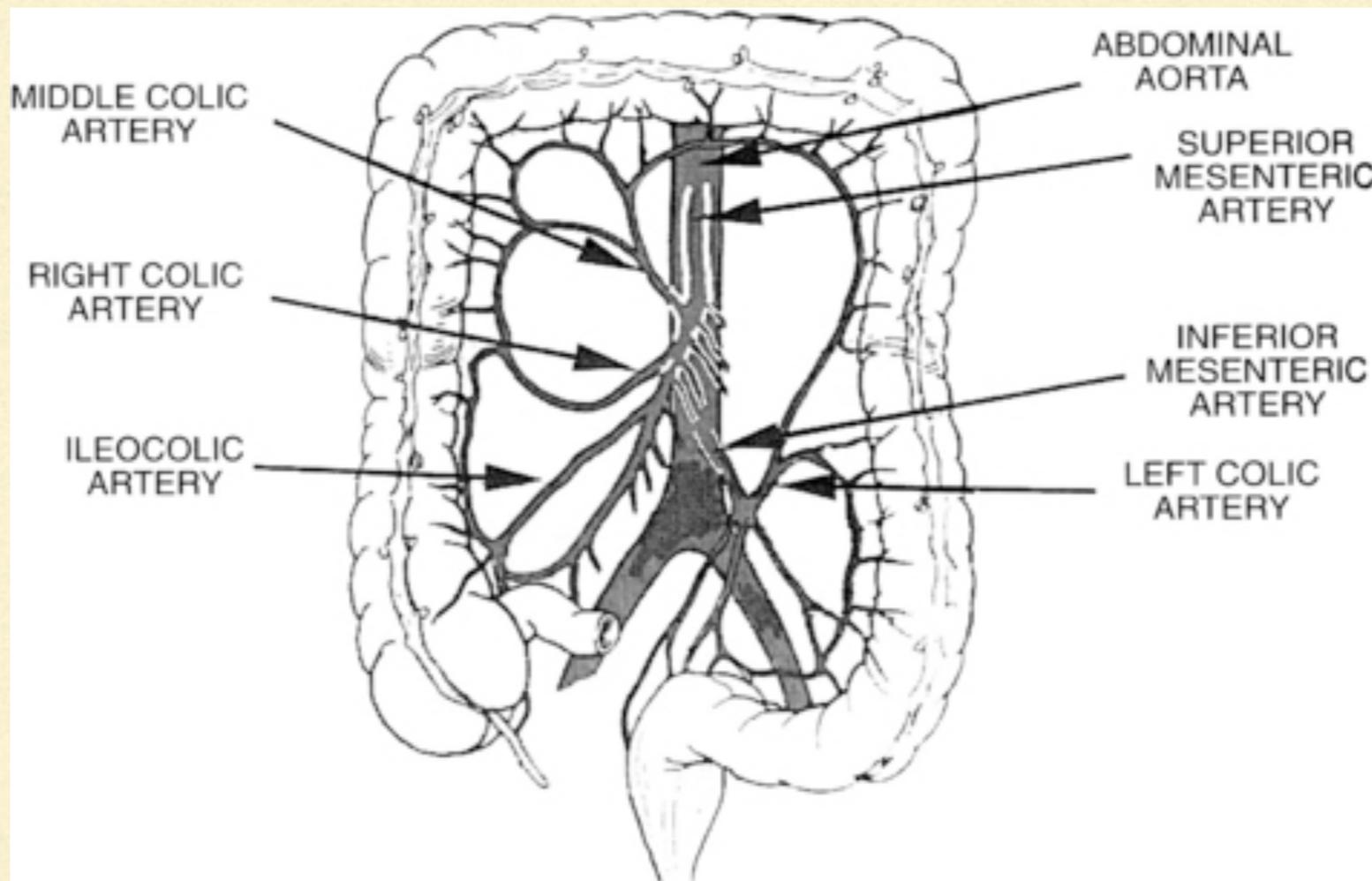
GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Vasculäre abdominelle Notfälle



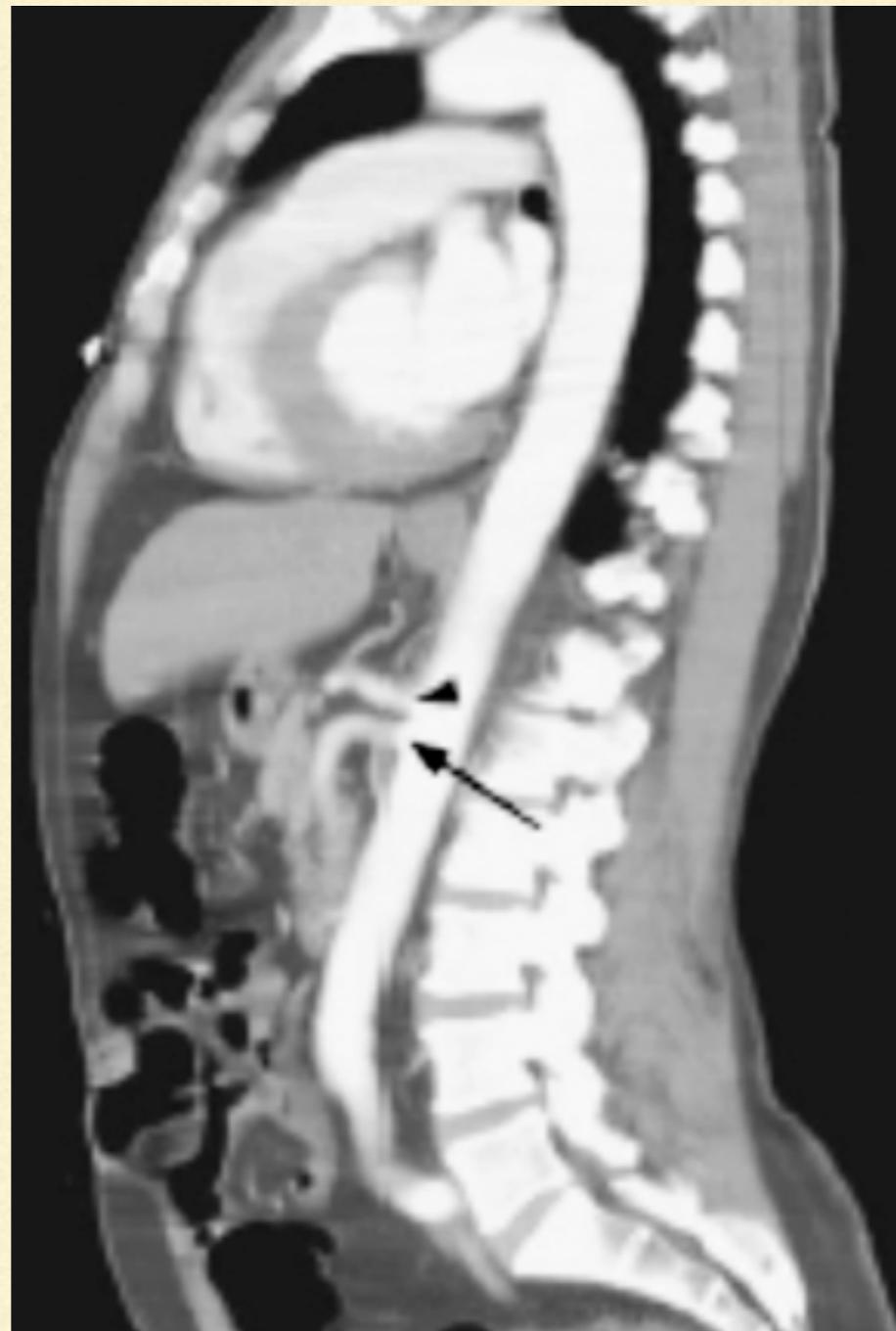
GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Vasculäre abdominelle Notfälle



GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Vasculäre abdominelle Notfälle



GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Vasculäre abdominelle Notfälle

Table 1 Associated positive and negative factors for AAA

Factors	Odds Ratio (95% Confidence Interval)
Smoking	5.07 (4.13–6.21)
Family history of AAA	1.94 (1.63–2.32)
Age, per 7 y	1.71 (1.61–1.82)
History of atherosclerotic disease	1.66 (1.49–1.84)
Female sex	0.18 (0.07–0.48)
Diabetes	0.52 (0.45–0.61)
Black race	0.53 (0.40–0.69)

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

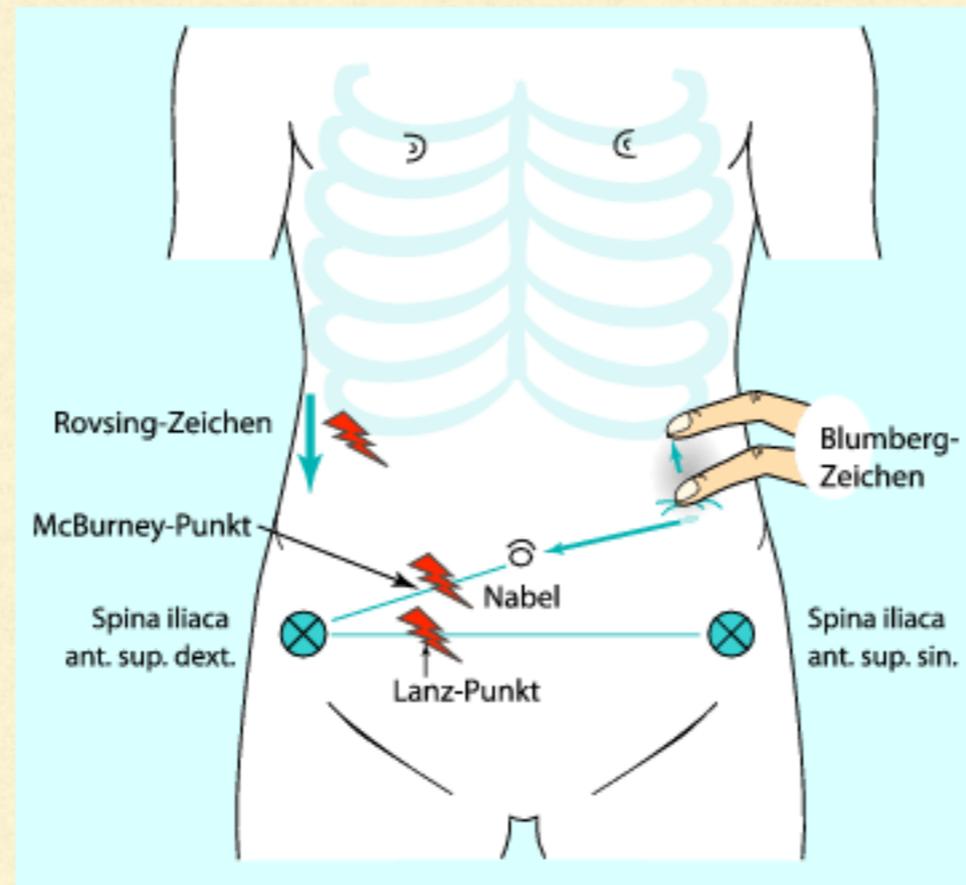
Divertikulitis

TABELLE		
Klassifikation der Divertikulitis/Divertikelkrankheit (CDD)		
Typ 0	asymptomatische Divertikulose	Zufallsbefund; asymptomatisch keine Krankheit
Typ 1	akute unkomplizierte Divertikelkrankheit/Divertikulitis	
Typ 1a	Divertikulitis/Divertikelkrankheit ohne Umgebungsreaktion	auf die Divertikel beziehbare Symptome Entzündungszeichen (Labor): optional typische Schnittbildgebung
Typ 1b	Divertikulitis mit phlegmonöser Umgebungsreaktion	Entzündungszeichen (Labor): obligat Schnittbildgebung: phlegmonöse Divertikulitis
Typ 2	akute komplizierte Divertikulitis wie 1b, zusätzlich:	
Typ 2a	Mikroabszess	gedeckte Perforation, kleiner Abszess (≤ 1cm); minimale parakolische Luft
Typ 2b	Makroabszess	para- oder mesokolischer Abszess (>1cm)
Typ 2c	freie Perforation	freie Perforation, freie Luft / Flüssigkeit generalisierte Peritonitis
Typ 2c1	eitrige Peritonitis	
Typ 2c2	fäkale Peritonitis	
Typ 3	chronische Divertikelkrankheit rezidivierende oder anhaltende symptomatische Divertikelkrankheit	
Typ 3a	symptomatische unkomplizierte Divertikelkrankheit (SUDD)	typische Klinik Entzündungszeichen (Labor): optional
Typ 3b	rezidivierende Divertikulitis ohne Komplikationen	Entzündungszeichen (Labor) vorhanden Schnittbildgebung: typisch
Typ 3c	rezidivierende Divertikulitis mit Komplikationen	Nachweis von Stenosen, Fisteln, Konglomerat
Typ 4	Divertikelblutung	Nachweis der Blutungsquelle

Quelle: Gastroenterol. 2014; 52: 663–710

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Unterer GI Trakt Appendicitis



GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Enteritis

Cave: Exsikkose, E-lyte!

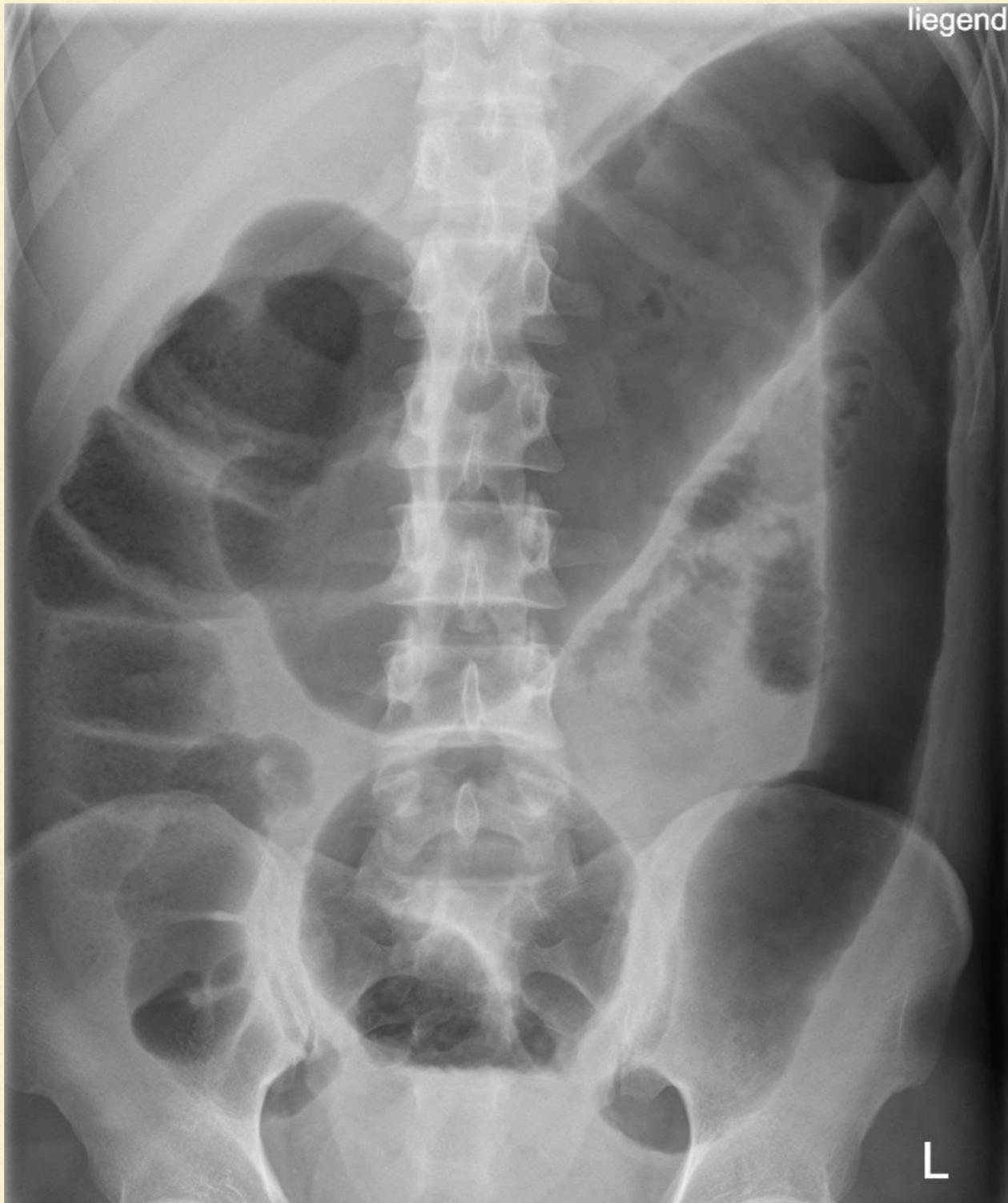
Stationär bei Infusionsbedarf (Erbrechen!)

Akute Stuhluntersuchungen: Bakt (aerob/anaer)- Viren

Schmerzmittel: Metamizol, Paracetamol

Cave: Morphine, Spasmolytika





Notfall Toxisches Megacolon

Bei CU (46%),
infektiöser Colitis (34%):
C.diff., Sigellen, Salmoellen, EHEC
Interdisziplinäre Intensivtherapie,
ev. Colektomie
Legalität 30%

DD: Megacolon bei ausgeprägter chron. Obstipation
(Parkinsonpatienten)
Kokain

Kennz. Legende				siehe Text *	
Hämatologie: Kl. BB					
Leuko	10 ⁹ /L	3.90-10.40	5.13		27.07/++
Ery	10 ¹² /L	4.00-5.20	4.99		4.07
Hb	g/dL	11.6-15.5	14.4		11.8
Hkt	%	35.0-45.0	41.1		33.6/-
MCV	fL	80.0-95.5	82.4		82.6
MCH	pg	28.0-33.0	28.9		29.0
MCHC	g/dL	32.0-36.0	35.0		35.1
Thrombo	10 ⁹ /L	140-440	287		259
MPV	fL	9.2-12.5	8.4/-		8.6/-
P-LCR	%	13.0-43.0	12.7/-		13.8
Hämatologie: Diff. BB, mech					
Neutro %	%	40.0-75.0	92.6/+		93.5/+
Neutro abs	10 ⁹ /L	1.80-7.30	4.75		25.33/+
Eo %	%	0.0-7.0	0.2		0.1
Eo abs	10 ⁹ /L	0.00-0.44	0.01		0.03
Baso %	%	0.0-1.5	0.2		0.3
Baso abs	10 ⁹ /L	0.00-0.08	0.01		0.07
Mono %	%	2.0-12.0	0.4/-		3.1
Mono abs	10 ⁹ /L	0.20-1.00	0.02/-		0.84
Ly %	%	17.0-47.0	6.6/-		3.0/-
Ly abs	10 ⁹ /L	1.10-3.60	0.34/-		0.80/-
Erythrobl%	/100 Leu		0		0
Erythrobl#	10 ⁹ /L		0.00		0.00
Entzündung					
CRP	mg/L	-5.0	7.0/+		137.0/++
Elektrolyte					
Na+	mmol/L	135-145	136		133/-
K+	mmol/L	3.50-5.00	3.21/-		3.70
Chlorid	mmol/L	98-107	95/-		94/-
Ca2+ ges.	mmol/L	2.20-2.65	2.55		2.36
Niere					
Kreatinin	mg/dL	0.50-0.90	0.79		1.24/+
Harnstoff	mg/dL	17-49	29		37
Harnsäure	mg/dL	2.4-5.7	6.1/+		7.0/+
GFR-CKDEK	mL/min	90.0-	73.3/- *		42.8/- *
Leber/Herz					
Bili ges	mg/dL	0.10-1.20	1.28/+		4.23/+
Bili dir	mg/dL	0.00-0.30			3.00/+
AP 37°C	U/L	35-105	227/+		184/+
GGT 37°C	U/L	-40	713/+		678/+
CHE 37°C	U/L	3900-11000	7743		6342
AST 37°C	U/L	-35	1273/+++		640/+++
ALT 37°C	U/L	-35	726/+		730/+
LDH 37°C	U/L	-250	974/++		475/+
Pankreas					
a-Amylase	U/L	0-99	776/+		306/+
Lipase	U/L	-60	2531/+++		210/++
Kohlenhydrat-Stw					

Kohlenhydrat-Stw					
Glucose	mg/dL	70-99	104/+ *		
Gerinnung: Basisdiagnostik					
PZ	%	70-130	94		
PZ INR			1.02		
aPTT	s	27-36	19/-		
Serumproteine					
Ges. Eiweiß	g/dL	6.60-8.30	7.21		4.10
Albumin	g/dL	3.50-5.20	4.53		
Eisen-Stw					
Eisen	µg/dL	35-190	96		
Trf	g/L	2.00-3.60	2.71		
Trf-Sättig	%	16-45	25		
Schilddrüse					
TSH	µU/mL	0.270-4.200	0.978		
FT4	pmol/L	12.00-22.00	22.70/+		
FT3	pmol/L	3.10-6.80	3.91		
Virologie: SARS-Diagnostik					
CoV2-AGe	-neg			negativ ; PC	

PC : auf Station/Ambulanz gemessen (Point of Care)

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Oberer GI Trakt

Allgemeines

- Anamnese
- Untersuchungen

Beispiele

Fremdkörper, Ösoph - Tumor

Magenblutung

PEG

Der hepatobiliäre Notfall

Pitfalls

Unterer GI Trakt

Allgemeines

- Anamnese
- Untersuchungen Beispiele

Enteritis

Darmblutung

Appendicitis

Divertikulitis

Pitfalls

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Pitfalls

Oberer GI Trakt

Blutung ohne wesentlichen Hb Abfall
Buscopan/Novalgin Kurzinfusion
PPI gegen Magenschmerzen
PPI als (Stress-) Ulcusprophylaxe

Unterer GI Trakt

Paradoxe Diarrhö
Ileus und normales RÖ
(Beginnende) Enteritis bei Obstipation
Antibiotikum bei Diarrhö

NoGo's

Antibiose bei CRP>
Voltaren gegen Magenschmerzen
Keine rektale US
Patienten nicht anschauen

Stressulcusprophylaxe

2 Risikofaktoren signifikant*:

- Mechanische Beatmung > 48 Stunden
- Koagulopathie (Thrombozy <50/nl, pTT > 2x, INR >1,5
- *Kombination mechanische Beatmung und Niereninsuffizienz***

*Cook D Heyland D, Griffith L, Cook R, et al. Risk factors for clinically important upper gastrointestinal bleeding in patients requiring mechanical ventilation. Crit Care Med 1999;27:2812-7

**Canadian Critical Care Trials Group. N Engl J Med 1994; 330: 377 - 81

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

- **2.** Don't prescribe medications for stress ulcer prophylaxis to medical inpatients unless at high risk for GI complications.
- According to published guidelines, medications for stress ulcer prophylaxis are not recommended for adult patients in non-ICU settings. Histamine-2 receptor antagonists (H2RAs) and proton-pump inhibitors (PPIs), commonly used to treat stress ulcers, are associated with adverse drug events and increased medication costs, and commonly enhance susceptibility to community-acquired nosocomial pneumonia and Clostridium difficile. Adherence to therapeutic guidelines will aid health care providers in reducing treatment of patients without clinically important risk factors for gastrointestinal bleeding.

www.choosingwisely.org

NSAR und Magenschutz

- bei Langzeittherapie
- Corticoide+
- T-ASS+
- SSRI+
- >65a
- Ulcusanamnese<5a

Konsensusbeschluss der ÖGGH und der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie 2001
Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen , 2004;2(4) 12-15

ASS und Magenschutz

- 70a bei Erstverschreibung
- 75a bei bereits laufender Verschreibung
- Ulcusanamnese
- Kombinationstherapie mit

NSAR

Kortikosteroide

Antikoagulantien

andere Thrombozytenfunktionshemmer

SSRI

- Konsensusstatement 2008 Thrombozytenaggregationshemmer und Magenschutz: Current Principles in Medicine Vol 1. 2008
- Brauser et al; Lancet 2009 (FAMOUS trial)

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Pitfalls

Oberer GI Trakt

Blutung ohne wesentlichen Hb Abfall
Buscopan/Novalgin Kurzinfusion
PPI gegen Magenschmerzen
PPI als (Stress-) Ulcusprophylaxe

Unterer GI Trakt

Paradoxe Diarrhö
Ileus und normales RÖ
(Beginnende) Enteritis bei Obstipation
Antibiotikum bei Diarrhö

NoGo's

Antibiose bei (nur) CRP>
Voltaren gegen Magenschmerzen
Keine rektale US
Patienten nicht anschauen

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

Frühzeitige Intervention < 6 Stunden

Oberer GI Trakt

Fremdkörper/Bolus
Cholangitis

Unterer GI Trakt

Eventuell
Entlastungssonde

GASTROENTEROLOGIE IM (NACHT-)DIENST

