

Symptome in der Primärversorgung

Der akute Bauchschmerz: zwischen banal und hochgefährlich

Hagen Sandholzer¹, Thomas Lipp¹, Peggy Bungert-Kahl¹, Maximilian A. Sandholzer¹, Thomas Karg²

¹ Selbstständige Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Leipzig

² Professur für Allgemeinmedizin der Universität Gießen

NOTFALL & HAUSARZTMEDIZIN 2006; 32: 238–243

Bauchschmerzen sind eines der häufigsten Symptome in Praxis, Notfallsprechstunde und Klinik. In der präklinischen Versorgung von Patienten mit akuten Bauchschmerzen ist jedoch die Differentialdiagnose schwierig, weil Anamnese und Befund nicht so aussagefähig sind wie allgemein erwartet. Das zeigt zumindest die Analyse der Post-Testwahrscheinlichkeit verschiedener Tests unter Auswertung der SESAM-Studie und der einschlägigen Literatur.

Bauchschmerzen sind eines der häufigsten Symptome überhaupt und führen keineswegs immer zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Die meisten der akuten abdominellen Beschwerden werden mit Hausmitteln im außermmedizinischen Bereich behandelt. Wenn aber Diät, warme Wickel, die Wärmflasche oder in der Apotheke besorgte freiverkäufliche Arzneimittel nicht (mehr) helfen, sind die Praxis von niedergelassenen Haus- und Fachärzten, der ärztliche Notfalldienst oder die Krankenhausambulanz erste Anlaufstellen der Kranken. Kommen Patienten mit akuten Bauchschmerzen zum Arzt, muss vor Einleitung einer symptomatischen Therapie (z.B. Schmerzmittelgabe) ein abwendbar gefährlicher Verlauf („Akutes Abdomen“) ausgeschlossen werden. Diese Notwendigkeit ergibt sich zunächst aus der schmerzhaften Beeinträchtigung und dem Fehlen einer plausiblen Erklärung für die Bauchschmerzen, hintergründig aber auch aus der Angst des Patienten, seiner Bezugspersonen oder des Arztes selbst, eine gravierende Krankheitsursache zu übersehen. Eine schnelle oder starke Entwicklung von Bauchschmerzen führt die Patienten zum Arzt. Dieser muss dann entscheiden, ob er einen Chirurgen, einen Gynä-

kologen oder einen anderen Kollegen hinzuziehen muss oder nicht (10) (Abb. 1).

■ Differentialdiagnose

Die Liste der Erkrankungen, die nach Lehrbüchern und Publikationen Bauchschmerzen verursachen können, ist umfangreich, dementsprechend ist die Differentialdiagnostik schwierig (5). In der Praxis des Allgemeinarztes, des ärztlichen Notdienstes und der präklinischen Versorgung dominieren einige wenige Krankheitsbilder das klinische Spektrum (4, 13, 14).

Unkomplizierter Bauchschmerz

Quantitativ ist der unkomplizierte Bauchschmerz am bedeutendsten: Er ist gekennzeichnet durch das Fehlen von Alarmsymptomen, die hohe Spontanheilungsquote beziehungsweise auch das gute Ansprechen auf einfache Diät, Hausmittel oder kleine Analgetika (2, 10). Meistens kann keine Diagnose gestellt werden.

Gastroenteritis

Als zweithäufigste Ursache spielt die Gastroenteritis eine wichtige Rolle, sie kommt in unseren Breiten jahreszeitlich gehäuft im ersten und dritten Quartal vor, was mit dem Auftreten viraler Erkrankungen kor-



Hagen Sandholzer

reliert. Im Initialstadium kann die Abgrenzung von der Appendizitis, dem peptischen Ulcus und anderen gefährlichen Erkrankungen schwierig sein: somit nimmt der Arzt die Gastroenteritis erleichtert zur Kenntnis, wenn sich die typische Begleitsymptomatik einstellt.

Zu der Differentialdiagnose von Bauchschmerzen – sei es in der Hausarztpraxis oder in der Notfallambulanz – gehören auch immer Harnwegsinfektionen, funktionelle Beschwerden (Irritables Colon, somatoforme Störungen des oberen und unteren Gastrointestinaltrakts) und gynäkologische Krankheitsbilder. Einzelne schwere Krankheitsbilder wie die Nierenkolik, schwere gynäkologische Krankheiten und Geschwüre kommen in Krankenhausambulanzen doppelt bis viermal häufiger vor als in der Praxis des niedergelassenen Hausarztes (14), weswegen im ersteren Arbeitsbereich auch dreimal so häufig eine stationäre Aufnahme oder Operation veranlasst wird (Tab. 1). Das differentialdiagnostische Spektrum, an das der Notarzt denken muss, ist in Abbildung 2 zusammengefasst.

Patientenmanagement nach SESAM

Nach der Sächsischen Studie für Allgemeinmedizin (SESAM) muss der Hausarzt immer folgende abwendbar gefährlichen Verläufe beim Patientenmanagement berücksichtigen:

- Appendizitis
- Ileus
- Hernien

- Magen- und Duodenalulcus
- Cholezystitis, -lithiasis
- Pankreatitis
- Gynäkologische Ursachen (Adnexitis, Schwangerschaft)
- Harnwegsinfekte, -steine
- Divertikulitis
- Alkoholische Leberkrankheit.

Extraabdominelle Ursachen und Stoffwechselstörungen, zum Beispiel die Porphyrie gehören zu den Kolibris, an die im Rahmen der allgemeinen medizinischen Primärversorgung deswegen zuletzt gedacht werden muss (10).

Appendizitis

Die zu spät erkannte Appendizitis gehört auch heutzutage noch zu den häufigsten Behandlungsfehlern im hausärztlichen Bereich. Andererseits werden auch immer Vorwürfe gegenüber Hausärzten und Spezialisten erhoben, es würde zu großzügig operiert. So können auch Schäden durch eine Überdiagnostik und Übertherapie banaler oder psychosomatisch bedingter Bauchschmerzen zu Schäden führen. Das Heraussieben der Appendizitis im Rahmen der Primärversorgung gehört damit zu den wesentlichen Punkten in der präklinischen Triage.

Vorsicht in der präklinischen Diagnostik

Die andersgeartete Prävalenz (Vortestwahrscheinlichkeit) hat großen Einfluss auf die Aussage eines klinisch etablierten diagnostischen Tests – anamnestiche Fragen oder Untersuchungsbefunde – der im unausgelesenen Patientengut der Praxis angewandt wird. Die Tabelle 2 zeigt, wie der Ausfall eines Tests die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Erkrankung im positiven Fall erhöht beziehungsweise im negativen Fall erniedrigt (Ausschlussdiagnostik). Die Daten basieren auf verschiedenen Studien zur Validität der Tests sowie der SESAM-Studie und dem Bayes'schem Theorem.

Beispiel Appendizitis

Kommt ein Patient mit Bauchschmerzen in eine Praxis, so besteht die Wahrscheinlichkeit von 2,8% für eine Appendizitis. Da die klinischen

Zeichen für eine Appendizitis insgesamt nicht sehr aussagekräftig sind, lässt sich die Wahrscheinlichkeit nur auf 9% heben, wenn der Eindruck des Arztes für eine Appendizitis spricht und nur auf 1,3% senken, wenn er dagegen spricht. Das beste einzelne Zeichen ist die Frage nach dem zeitlichen Verlauf: tritt zuerst Erbrechen und dann der Bauchschmerz auf (Test -), ist eine Appendizitis mit 0,06% sehr unwahrscheinlich. Tritt zuerst der Bauchschmerz und dann Erbrechen auf, handelt es sich zu 7% um eine Appendizitis.

Beispiel Cholezystitis

Für die Peritonitis gilt ähnliches wie für die Appendizitis: sie ist schwierig zu diagnostizieren. Bei Verdacht auf akute Cholezystitis ist Fieber das beste Zeichen in der Anamnese: 40% der Patienten mit Fieber haben eine Cholezystitis. Zum Ausschluss schneidet das Murphy'sche Zeichen am besten ab: ist es negativ, haben nur 0,03% eine Cholezystitis. Trotz verschiedener Versuche, mehrere klinische Zeichen in Scores zu berechnen, gibt es keinen reliablen Algorithmus, nachdem sich der Kliniker richten kann (und muss). Unverständlich bleibt die Haltung vieler Kliniker, die einen bestimmten Test kategorisch fordern.

Bei der Beurteilung von diagnostischen Fehlern von Ärzten in der Primärversorgung muss berücksichtigt werden, dass aufgrund der in der Tabelle 2 dargestellten großen Restunsicherheit einem Kollegen kein Vorwurf gemacht werden dürfte, wenn er beispielweise zur Schonung der meist kleinen Patienten auf eine rektale Untersuchung verzichtet hat. Richter, Rechtsanwälte und Krankenkassen sollten damit leben, dass in der Vorfelddiagnostik im unausgelesenen Patientengut sowohl Patienten mit Bauchschmerz unnötig in die Klinik eingewiesen werden als auch, dass in Einzelfällen die Diagnose der Appendizitis zu spät gestellt wird. Der präklinisch tätige Notarzt und Hausarzt ist gut beraten, einen Patienten mit Bauchschmerzen gründlich zu untersuchen, um am Ende seinem klinischen Globaleindruck zu folgen.

Abb. 1 Erster Eindruck: Schonhaltung bei Bauchschmerzen



Diagnostische Strategie: Das Ampel-Modell

Die diagnostische Strategie lässt sich gut mit dem Ampel-Modell zusammenfassen (Abb. 3).

Rot

Bei „Rot“ liegen Leitsymptome für ein akutes Abdomen vor. Hier ist eine Notfallversorgung oder eine Klinikeinweisung notwendig (Tab. 3). Manche Patienten müssen bei einem Spezialisten abgeklärt werden, um den abwendbar gefährlichen Verlauf auszuschließen. Das heißt Situationen, in denen keine Lebensgefahr vorliegt, jedoch eine gravierende Erkrankung (z.B. Darmkrebs) zwingend ausgeschlossen werden muss.

Fallstrick: Appendizitis

Ein 13-jähriges Mädchen wird nach Appendektomie wegen Bauchschmerzen entlassen. Nach dem histologischen Befund war die Appendix ungeschuldig. Am nächsten Tag berichtet sie, dass die Regelblutung eingesetzt habe! Zwei Jahre später klagt sie über leichte Bauchschmerzen, Durchfall und Erbrechen. Der abdominelle Untersuchungsbefund ist mit Ausnahme lebhafter Darmgeräusche unauffällig. Die Medikation erfolgt mit einem pflanzlichen Präparat und Teepause. Zwei Tage später leidet sie erneut unter heftigsten Bauchschmerzen. Bei der Untersuchung zeigt sich eine leichte Abwehrspannung und glucksende Darmgeräusche. Es folgt eine Operation unter Verdacht des akuten Abdomens. Bei der Laparotomie zeigt sich ein Bridenileus infolge der ersten, wahrscheinlich unnötigen Laparotomie. Vermutlich hat die Gastroenteritis dazu beigetragen, dass sich eine flüssigkeitsgefüllte Darmschlinge eingeklemmt hat. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt die Vorstellung beim Arzt beim kleinsten Bauchschmerz.

Tab. 1 Unterschiede zwischen Hausarztpraxis und klinischer Notfallambulanz (14)

Diagnose	Allgemeinpraxis (%)	Notfallambulanz (%)
Unkomplizierter Bauchschmerz	50	40
Gastroenteritis	9	7
Colon irritabile	7	7
Refluxösophagitis, Gastritis, Hiatushernie	2	1
Gynäkologische Ursache (Salpingitis, Schwangerschaft, Mittelschmerz)	5	10
Harnwegsinfekt, Urolithiasis	7	7
Peptisches Geschwür	1	2
Sonstige benigne Störungen (z.B. Diarrhoe ohne Ursache, Muskelzerrung)	5	0
Cholezystitis	2	4
Appendizitis	1	4
Divertikulitis	2	0
Urolithiasis	1	4
Pankreatitis	0	1
Bauchaortenaneurysma	0	1
Epidymitis	0	1
Obstruktionsileus	0	3
Restliche Ursachen	8	8
Zusammen	100	100
Krankenhauseinweisung	9	27
Operation	5	15

Abb. 2 Differentialdiagnosen bei nicht-traumatischen Bauchschmerzen

Aus urheberrechtlichen Gründen wird die Grafik nur in der Print-Version veröffentlicht.

Differentialdiagnosen und abwendbar gefährliche Verläufe bei nicht-traumatischen akuten Bauchschmerzen. Eingezeichnet ist auch die Lokalisation der Schmerzen bei Palpation.

Gelb

Bei der gelben Ampel ist Vorsicht bezüglich zuviel Diagnostik und Therapie geboten: es handelt sich um funktionelle Störungen und psychosomatische Krankheitsbilder. Hier kann die Diagnostik zur somatischen Fixierung beitragen, wodurch ein Teufelskreis aus Verdachtsdiagnosen, fachärztlicher Abklärung und Behandlungsversuchen, negativem Ergebnis (Ausschluss von) und weiterer Verunsicherung des Patienten mit erneuter Diagnostik entsteht. Hier ist es sinnvoll, unter Anwendung nicht invasiver Verfahren initial gründlich zu untersuchen. Danach ist mit dem Patienten eine Wait-and-see-Strategie mit regelmäßigen Verlaufskontrollen zu vereinbaren. Dabei sollte eine psychosomatische Diagnose vom Arzt zwar aktiv gesichert werden, dem Patienten allerdings nicht mitgeteilt werden, da oft wenig Verständnis und Krankheitseinsicht vorliegen (PSGV/psychosomatische Grundversorgung).

Grün

Bei Grün besteht die Möglichkeit für eine symptomatische Therapie und Abwarten der Spontanheilung.

Beratungsanlass und Begleitsymptomatik

Die erste Befragung eröffnet die Konsultation und klärt den Beratungsanlass (Tab. 4). Dabei sollte der Patient genug Zeit zur Schilderung der Symptomatik erhalten. Wichtig ist, die Botschaft des ersten Satzes zu beachten. „Mein Kind hat ganz plötzlich Bauchschmerzen bekommen, sodass ich mir Sorgen mache, es könnte eine Blinddarmentzündung haben“ löst ein grundsätzlich anderes Vorgehen aus als „Herr Doktor, gut dass Sie sich Zeit nehmen, ich möchte mal ganz ausführlich über meinen Darm sprechen.“ Kommt der Patient nicht von sich aus darauf zu sprechen, muss die Anamnese vertieft werden. Zu den obligatorischen Fragen gehören Begleitsymptomatik, insbesondere Vorliegen von Fieber (weist auch auf die Appendizitis hin). Aus der begleitenden Beobachtung der Mimik (schmerzverzerrtes Gesicht, Schwitzen), der Gestik und des Verhaltens entsteht bei dem zu-

hörenden Arzt ein erster Eindruck über die Bedrohlichkeit und Art der Symptomatik.

Weiteres diagnostisches Vorgehen: der erste Eindruck

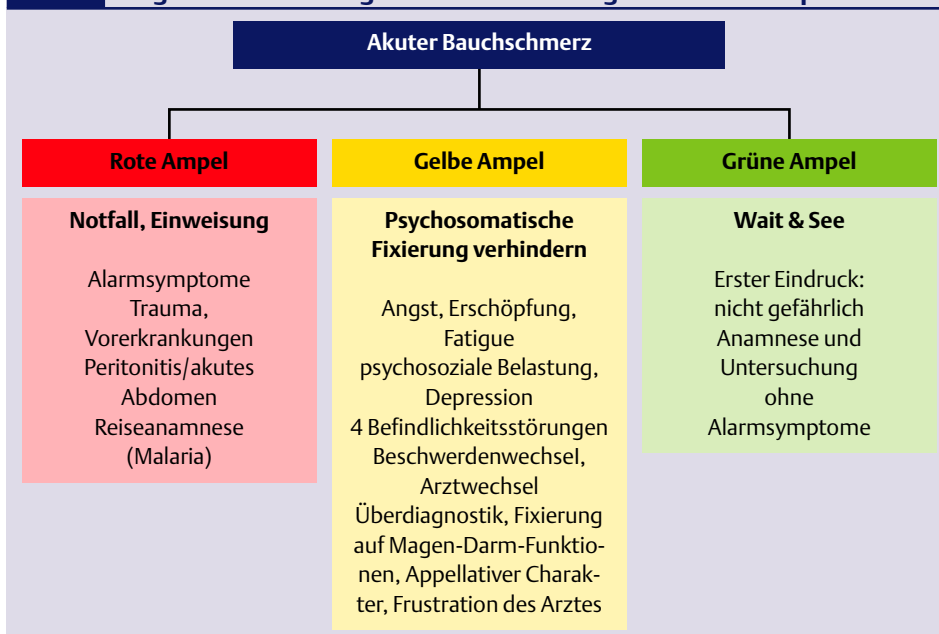
Am Ende der Basisanamnese und Basisbeobachtung kann die Entscheidung fallen, direkt zur Untersuchung überzugehen. Wichtig ist eine weiterführende Anamnese und Untersuchung erst dann, wenn der erste Eindruck vermittelt, dass es sich nicht um eine banale Erkrankung wie eine Magenverstimmung oder eine Gastroenteritis handeln könnte.

Besteht jedoch noch Unklarheit, sollte dringend eine systematische Vertiefung der Anamnese erfolgen. Ansonsten gerät der Arzt in eine schwierige Gesprächssituation. In der Hoffnung, Zeit zu sparen und durch die körperliche Untersuchung rasch die Ursache zu finden, tritt eine ausgesprochen schwierige Beratungssituation auf, wenn die Untersuchung ebenfalls unauffällig ist. Dies hinterlässt beim Patienten, der eine Diagnosemitteilung erwartet, den Eindruck diagnostischer Unsicherheit, wenn der Arzt von vorne beginnt, um die unvollständige Anamnese zu erheben. Wichtig ist die Ankündigung, was nachfolgend untersucht wird, weil viele Patienten vor einer schmerzenden Palpation des Abdomens oder der rektalen Untersuchung Angst haben.

Untersuchung

Zur körperlichen Untersuchung gehört die Beurteilung des Allgemeinzustandes und der Körpertemperatur sowie die Inspektion, Auskultation und Palpation des Abdomens. Bei jüngeren Kindern sollten immer Befunde an Kopf und Hals erhoben werden, bei älteren Menschen auch die der Leistenregion. Bei reduziertem Allgemeinzustand, Fieber, auffälliger Blässe oder Unruhe beziehungsweise stärkeren Bauchschmerzen müssen auch die Kreislaufparameter (Puls, Blutdruck) festgestellt werden. Bei Husten, Luftnot oder Fieber muss zudem der Thorax untersucht werden. Bei etwa jedem dritten Patienten mit Bauchbeschwerden ist ein Basislabor erforderlich. Entzündungsparameter wie

Abb. 3 Diagnostische Strategie in der Praxis: Triage nach dem Ampel-Modell



Leukozytenzählungen beziehungsweise Bestimmung des C-Reaktiven-Proteins (CRP) sind wichtig zum Ausschluss der Appendizitis und bakterieller Infektionen, Stuhluntersuchungen zur Erregerdiagnostik u.ä. Aus den meisten Praxen müssen diese aber in eine Laborpraxis verschickt werden (Tab. 5).

Sonographie

Die Sonographie hat einen hohen Stellenwert bei akuten Bauchschmerzen:

- Bei kolikartigen Schmerzen Nachweis von Konkrementen in Gallenblase und Nieren, gegebenenfalls auch Ureteren

Tab. 2 Appendizitis: was bringen Anamnese und Untersuchung an diagnostischem Gewinn?

Diagnostischer Test	Vortestwahrscheinlichkeit (Prävalenz %)	Wahrscheinlichkeit nach Test bei positivem Ausfall (+ TEST)	Wahrscheinlichkeit nach Test bei negativem Ausfall (Test -)
Eindruck des Arztes	2,8%	9,2	1,3
Psoas-Zeichen	2,8%	8,4	2,5
Fieber	2,8%	8,4	1,2
Erst Schmerz, dann Erbrechen	2,8%	7,3	0,06 (Erst Erbrechen dann Schmerz)
Abwehrspannung	2,8%	5,7	2,4
Loslassschmerz	2,8%	5,5	1,5
Rektal-Tasten schmerzhaft	2,8%	4,9	2,2
Schmerzen im rechten unteren Quadranten	2,8%	4,7	1,0
Bislang ungekannter Schmerz	2,8%	3,8	1,3
Appetitlosigkeit	2,8%	3,0	2,5
Übelkeit	2,8%	2,8	2,8

Tab. 3 Leitsyndrom Akutes Abdomen (Rote Ampel)

Verlauf	Wenige Stunden; akut einsetzende Schmerzen
Schmerzform	Spontanschmerz (Kolik- oder Dauerschmerz)
Schmerzlokalisierung/ Intensität	Lokale/Diffuse Abwehrspannung („Peritonitis“) „Chirurgisches“ Abdomen: Deutlich Peritonitis „Internistisches“ Abdomen: Schwach Peritonitis
Darmmotorikstörungen	Ileuszeichen: Wind-/Stuhlverhalt, Übelkeit/Erbrechen, fehlende/hochgestellte Darmgeräusche, geblähtes (meteoristisches) Abdomen
Kreislauf	Schocksymptomatik: Tachykardie, beschleunigter/fadenförmiger Puls, Blutdruckabfall, Unruhe, kalter Schweiß
Allgemeinzustand	Trockene Zunge, quälender Durst, Exsikkose, eingefallene Wangen

- Freie Flüssigkeit im Peritonealraum bei Hohlorganperforationen oder bei Aszites
- Beurteilung der Milz, beispielsweise bei hochfieberhaften Infekten (z.B. Pfeiffer'sches Drüsenfieber) oder nach Bauchtrauma
- Organvergrößerungen zum Beispiel bei Fettleber, Lymphknotenaneurysmen, Bauchaortenaneurysmen, Harnstau u.a. können rasch und belastungsarm erfasst werden
- Diagnostisch verwertbar ist auch der sonographisch ausgelöste Druckschmerz mit Darstellung der Struktur.

Die sonographische Beurteilung des Darmes (z. B. bei Appendizitis, Invagination, Darmfehlagen, Darm-

wandauffälligkeiten) und des weiblichen Genitales setzt technisch anspruchsvolle Geräte und viel Expertenwissen voraus. Hier ist eine Überweisung zum Spezialisten zur Konsiliaruntersuchung (evtl. auch einschließlich Endoskopie) ratsam.

Ärztliche Entscheidungsfindung

In der Allgemeinpraxis und Notfallsprechstunde spielt der Ausschuss abwendbar gefährlicher Verläufe eine viel größere Rolle als beim Gastroenterologen. Vor allem deshalb, weil akute Bauchschmerzen bei Kindern und Jugendlichen sehr häufig vorkommen und chirurgische Erkrankungen in der Primärversorgung noch nicht ausgesiebt sind. Auf der anderen Seite bringt es das un-
ausgelesene Patientengut mit sich,

dass die Masse der Patienten harmlose Beschwerden hat, auf der anderen Seite darf ein akutes Abdomen nicht übersehen werden.

Gerade kleinen Kindern und ihren Eltern möchte man gerne eine Einweisung ersparen. Viele Patienten mit psychosomatischer Krankheitsdisposition tut man mit aufwändiger Diagnostik keinen Gefallen. Der kluge Hausarzt geht daher nach dem Ampel-Modell vor, bestellt den Patienten immer (1) zur Verlaufskontrolle wieder ein und trägt Patienten beziehungsweise deren Eltern auf, den Zustand zu beobachten und sich gegebenenfalls auch kurzfristig wieder zu melden. Die Devise lautet daher oft „Wait and See“.

Dafür spricht im Einzelnen:

- Erster Eindruck ist nicht gefährlich
- Guter Allgemeinzustand, kein Fieber
- Leichte bis mittelstarke Symptomatik
- Kein Stuhl- oder Windverhalt
- Keine fieberhaften oder blutigen Durchfälle
- Kein Auslandsaufenthalt, Schwangerschaft unwahrscheinlich
- Kein Bauchtrauma, keine richtungsweisenden Vorerkrankungen, Bauchoperationen

Tab. 4 Klinische Kernfragen bei gastrointestinalen Beschwerden

Einfache Anamnese der Leitsymptome	Mögliche Vertiefung
Beratungsanlass „Was fehlt ihnen?“	Wie schlimm sind die Beschwerden? – Seit wann (schon mal gehabt)? – Auslösung durch (Trauma, bestimmtes Nahrungsmittel, Bewegung etc.)? – Was hat schon geholfen? – Können sie sich die Beschwerden erklären (Grund, Befürchtungen des Patienten)? – Haben Sie dagegen schon Tabletten oder eine andere Behandlung ergriffen? – Schränken die Beschwerden sie im Alltag ein (Arbeitsfähigkeit, bei Kindern Spielverhalten)? – Gibt es sonst noch etwas, was ich für sie tun kann?
Schmerzform/-lokalisierung „Wo tut es weh?“	Schmerzlokalisierung nach Abdominalquadranten, Charakter: (Sod-) Brennen, Drücken, Spannen, Kolik; Dynamik: Kolikartig/wellenförmig, freies Intervall, Dauerschmerz o.ä. Linderungsfaktoren: Lage, Wärme, Bewegung, Beinhaltung Schmerzhaft-krampfartige Stuhl-/Harnentleerung/Blähungen Ausstrahlung/Wanderung der Beschwerden, Druckempfindlichkeit, Abwehrspannung
Durchfall/Stuhlgang „Wie sieht es mit dem Stuhlgang aus?“	Frequenz und Menge, wässrig/breiig/schleimig/fettig/(alt-)blutig/(übel-)riechend Wind-/Stuhlverhalt, meteoristisches (geblähtes-gespanntes) Abdomen
Erbrechen/Übelkeit „Haben sie erbrochen?“	Übelkeit ohne Erbrechen, Würgereiz, Singultus, Formen des Erbrechens Schwallartig/gallig/(un-)verdaut/glasig/schleimig/(frisch/alt-)blutig/kaffeesatzartig (hämatinhaltig); Miserere (Erbrechen von Darminhalt), Hypersalivation (Zeichen eines hohen Parasympathikotonus)
Fieber „Haben sie Fieber (gemessen)? Wie hoch ist es?“	Leichtes Fieber bis 38,5° C Hohes Fieber über 38,5° C

- Druckschmerz, aber keine Abwehrspannung
- Darmgeräusche lebhaft
- Murphy negativ, Nierenlager frei, McBurney, Loslass-, Psoas-, Hüpfschmerz negativ
- Keine Exsikkose
- Patient oder Angehörige sind nicht ängstlich
- Verlässlicher Patient, (Nach-)Beobachtung möglich.

Im Falle eines akuten Abdomens – besonders bei Verdacht auf eine Extrateringravidität – ist eine Standardversorgung mit großlumigem intravenösen Zugang (gegebenenfalls auch zwei), Schmerzbehandlung und ärztlicher Begleitung im Rettungstransportwagen beziehungsweise Transport mit dem Notarztwagen erforderlich. Der Flüssigkeitsverlust beim akuten Abdomen ist oft nicht nach außen sichtbar, kann aber durch Sequestration in den Darm erheblich sein und wird daher oft unterschätzt. Bei Kindern und sehr alten Menschen sollte man auch beim Fehlen eines eindeutigen akuten Abdomens im Notdienst eher auf Nummer sicher gehen (Zweitmeinung) und sicherstellen, dass der Patient nachuntersucht wird.

Symptoms in primary care medicine – acute abdominal pain ranging between harmless and very serious

Abdominal pain is one of the more frequent symptoms seen in the doctor's office, medical emergency centres and hospitals. With regard to the pre-hospital management of patients with acute abdominal pain, however, the differential diagnosis proves difficult, since the medical history and the current findings are not as informative as is generally expected. This, at least, is the finding of an analysis of the post-test probability of a range of tests in the evaluation of the SESAM study and in the relevant literature.

Key words

abdominal pain – primary care – emergency care – bayes analysis – medical decision making

Literatur

1. Adedeji OA, McAdam WA. Murphy's sign, acute cholecystitis and elderly people. J

Tab. 5 Gezielte Labordiagnostik

- Schwangerschaftstest
- CRP, evtl. auch Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS), Blutbild (Hb, Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten). Eine hohe Leukozytose- oder CRP/BKS-Erhöhung, Thrombozytopenie und Anämie sind Alarmsymptome für abwendbar gefährliche Verläufe bei Bauchbeschwerden
- Urinteststreifen, ggf. Urinsediment und -kultur mit Resistenzbestimmung bei Harnwegsinfekten und Nierenkrankheiten
- Leberprofil (Bilirubin, g-GT, GOT, GPT, alkalische Phosphatase) zum Ausschluss oder Verlaufsbeobachtung von Leberentzündungen, Alkoholismus, Gallenwegserkrankungen
- Serum-Kreatinin, Serum-Elektrolyte zur Verlaufsbeobachtung bei Nierenkrankheiten, sowie zur Beurteilung von Elektrolyt- und Wasserverlusten bei Durchfällen
- Pankreasenzymbestimmung (Lipase) zum Ausschluss einer akuten Pankreatitis
- Troponin-T-Test zum Ausschluss eines Herzhintwandinfarktes bei atypischen Bauchschmerzen bei Risikopatienten
- Stuhluntersuchung auf Infektionserreger: Rotavirus-, Adenovirus-Antigen im Stuhl; Lamblienzysten, Kryptosporidien; bakteriologische Stuhluntersuchung bei seuchenhygienischen Fragestellungen (Salmonellen, Shigellen), gelegentlich auch zur Ursachenklärung bei blutig-schleimigen Durchfällen, kindlichen Gedeihstörungen und rezidivierenden Durchfällen
- Helicobacter-pylori-Antigen-Nachweis im Stuhl (oder ¹³C-Harnstoffatmetest)
- H₂-Atemtest (Laktose, Saccharose, Fruktose, Glukose, Sorbit)
- bei Verdacht auf bakterielle Dünndarmüberwucherung oder Intoleranz (Malabsorption) von Disacchariden (Laktose, Saccharose) oder Monosacchariden

R Coll Surg Edinb. 1996; 41 (2): 88–89

2. BEACH Program, AIHW General Practice Statistics and Classification Unit Presentations of abdominal pain in Australian general practice. Aust Fam Physician 2004; 33 (12): 968–969

3. Bennett DH, Tambour LJ, Campbell WB. Use of coughing test to diagnose peritonitis. BMJ 1994; 308 (6940): 1336

4. Bodger K, Eastwood PG, Mannings SI et al. Dyspepsia workload in urban general practice and implications of the British Society of Gastroenterology Dyspepsia Guidelines. Aliment Pharmacol Ther 2000; 14: 413–420

5. Britt H, Bridges-Webb C, Sayer GP et al. The diagnostic difficulties of abdominal pain. Aust Fam Physician 1994; 23 (3): 375–382

6. Eskelinen M, Ikonen J, Lipponen P. Contributions of history-taking, physical examination, and computer assistance to diagnosis of acute small-bowel obstruction. A prospective study of 1333 patients with acute abdominal pain. Scand J Gastroenterol. 1994; 29 (8): 715–721

7. Gruber PJ, Silverman RA, Gottesfeld S, Flaster E. Presence of fever and leukocytosis in acute cholecystitis. Ann Emerg Med. 1996; 28 (3): 273–277

8. Liddington MI, Thomson WH. Rebound tenderness test. Br J Surg. 1991; 78 (7): 795–796

9. Priebe WM, DaCosta LR, Beck IT. Is epigastric tenderness a sign of peptic ulcer disease?

10. Sandholzer H, Voigt R, Dietrich AJ, Grethe H. Vergessen sie die Kolibris, denken sie an das Wahrscheinlichste! – bei Bauchschmerzen sind unzählige Diagnosen denkbar. MMW Fortschritte der Medizin 2006; 148 (13): 28–30

11. Schuster MM. Defining and diagnosing

irritable bowel syndrome. Am J Man Care 2001; 7 (8): 246–251

12. Singer AJ, McCracken G, Henry MC et al. Correlation among clinical, laboratory, and hepatobiliary scanning findings in patients with suspected acute cholecystitis. Ann Emerg Med. 1996; 28 (3): 267–272

13. Sloane PD, Slatt LM, Ebell MH, Jaques LB. Essentials of Family Medicine. 4 ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2002

14. Smucny JJ, Becker LA. Abdominal pain. In: Sloane PD, Slatt LM, Curtis P, Ebell MH (eds). Essentials of family medicine. 2nd Edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993: 221–242

15. Talley NJ, McNeil D, Piper DW. Discriminant value of dyspeptic symptoms: a study of the clinical presentation of 221 patients with dyspepsia of unknown cause, peptic ulceration, and cholelithiasis. Gut. 1987; 28 (1): 40–46

16. Wade DS, Marrow SE, Balsara ZN et al. Accuracy of ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis compared with the surgeon's clinical impression. Arch Surg. 1993; 128 (9): 1039–1044

17. Wasson JH, Sox HC, Jr., Sox CH. The diagnosis of abdominal pain in ambulatory male patients. Med Decis Making 1981; 1 (3): 215–224

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Hagen Sandholzer
Selbstständige Abteilung für Allgemeinmedizin
Universität Leipzig
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig