



## Akutes Abdomen im ZAD

6.04.05

Version E1

Änderungen gegenüber der letzten Fassung:

### 1 Ziel und Zweck

Sofort einsetzende Diagnostik und Behandlung bei Akutem Abdomen

### 2 Anwendung

akut einsetzendes Syndrom, das eine schwerste, potentiell lebensbedrohliche Erkrankung des Abdomens vermuten lässt.

rasche Verschlechterung des Allgemeinzustandes

- heftigster Bauchschmerz
- Abwehrspannung
- Ileuszeichen
- Schockzeichen

### 3 Beschreibung

#### 3.1 Vordiagnostik

Bei „Bauchschmerz unklarer Ursache“ wird zeitnah (20 – 30 Minuten) ein Behandlungsraum zugewiesen.

Nach Anamnese und körperlicher Untersuchung wird eine Sonografie des Abdomens durchgeführt.

Blutentnahme, bei Frauen mit Schwangertest. Obligate Urinuntersuchung (Status, Sediment) und gynäkologische Konsiluntersuchung werden veranlasst. In Absprache mit den verantwortlichen Visceralchirurgen wird das weitere Procedere (ambulante Behandlung oder stationäre Aufnahme) festgelegt.

Ätiologie

- Perforation von Hohlorganen
- Organinfektion, intraabdomineller Abszess
- Peritonitis (lokal oder diffus)
- Ileus (mechanisch oder paralytisch)
- Durchblutungsstörung, Torsion innerer Organe
- extraabdominelle Erkrankungen

### **3.2 Management „akutes Abdomen“**

Bei dem Vollbild eines „akuten Abdomens“ sofortige Raumzuweisung.

Anamnese (z. B. Trauma, Tumor, Voroperationen) und körperliche Untersuchung (Pulsstatus, Auskultation von Abdomen und Thorax, obligate Leisteninspektion und rektal- digitale Untersuchung) Bestimmung der Vitalparameter ( RR , Puls, O<sub>2</sub> Sättigung und BZ). Zeitgleiche Ableitung eines EKG (Herzinfarkt, TAA).

Schaffung eines großvolumigen Zuganges mit Blutentnahme mit erweitertem Labor (Lipase, Bilirubin, alkalische Phosphatase, Troponin , LDH ggf. nach gründlichem Abwägen Laktat). Schmerztherapie z. B mit Dipidolor oder Morphin. Bereitstellung von Kapazität im Röntgen, dann Abdomen in LSL und Thorax a.p. Bei Hohlorganperforation umgehende Operationsvorbereitung mit Aufklärung und Information Anästhesie.

Patienten nüchtern lassen, neben üblicher Blutentnahme an Gerinnung und Kreuzblut denken

- Blasenkatheter, Flüssigkeitsbilanzierung
- adäquates Monitoring, engmaschige Nachuntersuchung

Falls noch kein richtungsweisender Befund erhoben wurde, in Rücksprache mit dem Visceralchirurgen CT Abdomen mit KM rektal , oral und i. v. Falls nötig

Kontaktaufnahme Intensivstation.

Bei septischem Krankheitsbild sofortige kalkulierte i. v. antibiotische Therapie nach Rücksprache mit dem Visceralchirurgen erwägen.

### **3.3 Weitere Maßnahmen**

## **4 Dokumentation**

Anamnesebogen

Verlaufsbogen

**5 Ressourcen**

**6 Zuständigkeit, Qualifikation**

**7 Hinweise und Anmerkungen**

**8 Mitgeltende Unterlagen**

**8.1 Literatur**

**8.2 Begriffe**

**9 Anlagen**

Anlage 1:

---

Freigabevermerk:

Erstelldatum:

Ersteller: Dr. Debus