



Gastroskopie/Duodenoskopie	INN/DIA 01 Version 01
-----------------------------------	---------------------------------

Änderungen gegenüber der letzten Fassung:

1 Zweck und Ziel

Untersuchung mit Darstellung von Oesophagus, Magen und oberem Duodenum bis zur Pars duodeni, Abklärung und Beurteilung der Schleimhäute u./o. Entfernung von Fremdkörpern oder Abtragung von Polypen

Jede endoskopische Untersuchung bereitet dem Patienten Ängste und Sorgen. Deshalb bedarf es sowohl bei der Aufklärung und Vorbereitung, als auch bei der Durchführung einer besonderen Sensibilität des medizinisch-pflegerischen Personals.

2 Anwendungsbereich

2.1 Indikation

Diagnostisch: Dysphagie, persistierende Oberbauchbeschwerden, Anämieabklärung, Tumorsuche, Tumorstherapie (z.B. Patienten mit Typ-A-Gastritis), Tumornachsorge, Therapiekontrolle, z. B. bei Ulcera, Zustand nach Magenresektion, akute gastrointestinale Blutung, portale Hypertension, Barrett-Oesophagus u.a.

Therapeutisch: Endoskopische Blutstillung, Polypektomie, Oesophagusvarizensklerosierung in der Sekundärprophylaxe nach Blutung, endoskopische Behandlung (peptischer) Stenosen, Entfernung verschluckter Fremdkörper u.a.

2.2 Kontraindikation

Unkooperative Patienten, relative Kontraindikation sind kurz zurückliegender Herzinfarkt, ausgeprägte Herzrhythmusstörungen, Aortenaneurysma, Zenker'sches Divertikel u.a.

3 Beschreibung

3.1 Anmeldung

Am Vortag telefonisch (App. 374 oder 375) von montags - freitags zwischen 8.00 und 16.00 Uhr mit

Angaben von Name und Geburtsdatum des Patienten, sowie ggf. über das Vorliegen einer Infektion u./o. eines Diabetes mellitus bzw. Marcumareinnahme

Termin in der Kurve vermerken, Patienten rechtzeitig an Untersuchungstermin erinnern und darauf hinweisen, dass er ab 24.00 Uhr nüchtern bleiben muss

- überprüfen, ob Einverständniserklärung vorliegt; Gerinnungswerte (wenn älter als 7 Tage) ggf. neu bestimmen

Wichtig: Aufklärung des Patienten durch den Arzt (Aufklärungsbogen incl. Einverständniserklärung);

Die Fragestellung wird vom Arzt im Anmeldeschein eingetragen. Er muss vor der Untersuchung vollständig ausgefüllt und unterschrieben vorliegen bzw. dem Patienten am Tag der Untersuchung mitgegeben werden. Notfallendoskopien sind mit dem ärztlichen Dienst zu vereinbaren.

Einwilligungserklärung und dokumentierte Patientenaufklärung auf dem entsprechenden Aufklärungsbogen des Perimed-Verlages. Zu unterscheiden ist zwischen der dokumentierten Patientenaufklärung bei normaler Oesophagus-Gastro-Duodenoskopie oder der Notfallspiegelung.

Anforderungsschein (Vordruck unseres Hauses bezüglich oberer Intestinoskopie) mit genauen Angaben muß vorliegen.

Patienten, die Acetylsalicylsäure, Marcumar, Heparin i.v. bekommen, sollte diese Therapie (falls klinisch vertretbar) einen entsprechenden Zeitraum zuvor abgesetzt werden. Bei Rückfragen steht die Endoskopie zur Auskunft bereit. Patienten, die Heparin subkutan und niedermolekulare Heparine wie z.B. Clexane bekommen, bekommen am Tag der Untersuchung keine Injektionen. Bei Patienten, die unter einer oben aufgeführten Therapie stehen, müssen aktuelle Gerinnungswerte vorhanden sein.

Der Patient bzw. die Patientin sollte ab 22.00 Uhr nüchtern sein (nicht rauchen, essen oder trinken).

Der Patient kann am Vorabend um 22.00 Uhr 10 mg Valium je nach Fall bekommen.

3.2 Voruntersuchungen

Quick, PTT, kleines Blutbild

3.3 Untersuchungstag

Der Heparin-Perfusor muß 4 bis 6 Stunden vor der Untersuchung abgestellt werden.

Clexane-Spritzen werden am Tag der Untersuchung morgens nicht verabreicht.

Sollte der Patient zur Untersuchung eine Prämedikation (z.B. Dormicum oder Disoprivan) erhalten, so muss ihm vorher auf der Station ein venöser Zugang gelegt werden.

Der Patient wird durch das Endoskopie-Personal abgerufen.

3.4 Prämediktion:

Heute in der Regel nicht mehr erforderlich. Falls erforderlich je nach Patienten-Risikoeinschätzung Sedation mit Midazolam (Dormicum) oder Propofol (Disoprivan), dabei Anlage einer Viggo mit laufender Infusion.

Am Untersuchungstag Patienten nüchtern lassen und auf Abruf zur Untersuchung bringen; vorher Darm- und Blasenentleerung ermöglichen, ggf. Zahnprothese in Prothesenschale ablegen; vollständige Unterlagen mitnehmen bzw. mitgeben.

Am Wochenende und/oder nach Ambulanzschluss ist die Anwesenheit einer Pflegeperson während der Untersuchung erforderlich (S 2).

3.5 Untersuchung

Entfernung von evtl. vorhandenem Zahnersatz/Prothesen. Nach Schleimhaut-Anästhesie des Rachens mit z.B. Gingicain und Gabe von Paractol Emulsion Einführung des Endoskopes. Bei älteren Patienten, Risiko-Patienten oder Patienten mit Sedierung (Disoprivan, Propofol) erfolgt Monitoring mit Blutdruck -Kontrolle, Herzfrequenz-Kontrolle, EKG-Kontrolle und Pulsoxymetrie und ebenfalls eine entsprechende Befunddokumentation auf dem Überwachungsbogen. Ein venöser Zugang mit laufender Infusion sollte vorliegen.

Die Spiegelung erfolgt mit einem voll-flexiblen Fieberglasinstrument (Vorausblickoptik) der Firma Olympus. Fortführen des Instrumentes unter Sicht bis in die Pars descendens duodeni, beim Zurückspiegeln Inversion im Antrum und Corps ventriculi, hier sowohl über die große als auch über die kleine Krümmung. Sorgfältigste Inspektion aller Darmwandabschnitte. Biopsien von umschriebenen Befunden zur histologischen Untersuchung. Bei Schleimhautveränderungen mit Verdacht auf Befall durch *Helicobacter pylori* entsprechende Probenentnahme für Histologie aus Antrum- und Corpusbereich, Incl. Probeentnahme für den CLO-Test.

3.6 Nachbetreuung

Der Patient muss 2 Stunden nach der Untersuchung nüchtern bleiben. Bei Risiko-Patienten oder Patienten mit Sedierung erfolgt eine Nachsorge mit Nachbeobachtung und entsprechender Dokumentation auf dem Überwachungsbogen (hausinterner endoskopischer Überwachungsbogen) in der Regel mit Blutdruck- und Herzfrequenzkontrollen über 2 Stunden, nach Anordnung entsprechend länger. Evtl. werden, falls erforderlich, weitere Kontrollen empfohlen, wie z.B. Hb-Kontrollen usw.

Wegen erfolgter Rachenanaesthesie darf der Patient frühestens nach einer Stunde essen und trinken (Aspirationsgefahr).

Wenn Sedierung: blutdruck und Puls nach 30 Minuten, 60 Minuten

Nach Polypektomie oder PE auf Nachblutung achten, d.h. bei Bed. Vitalzeichenkontrolle (Klingel in Reichweite anbringen) sowie auf Aussehen u. Hautfarbe achten (Kollapsgefahr).

4 Dokumentation

Auf den Formularen

5 Zuständigkeiten

Ein erfahrener, in der Endoskopie eingewiesener Arzt unter Aufsicht eines Facharztes bzw. Untersuchung direkt durch Facharzt/Internist.

Ein in der Endoskopie erfahrener Pfleger/Schwester. Gastroskopie bei Risiko-Patienten:

Bei Risiko-Patienten, älteren Patienten oder Patienten unter Gabe von Disoprivan oder Profolol Hinzuziehung eines weiteren Arztes zur Überwachung sowie weiteres Hinzuziehung einer zweiten erfahrenen Pflegekraft aus dem Endoskopiebereich

6 Hinweise und Anmerkungen

Hinweis: Mögliche Komplikation: Aspiration, Blutung, Perforation; Anzeichen hierfür beobachten und ggf. bei Verdacht sofort Arzt informieren. Auf folgende Symptome achten: Schmerzen, Übelkeit, Bluterbrechen, Kollapsneigung.

7 Mitgeltende Unterlagen

7.1 Literatur, Vorschriften

7.2 Begriffe

8 Anlagen

Anmeldeschein

Aufklärungsbogen

Überwachungsbogen)

Befundbericht

Hamburg, den

Autor