

Skype-Konferenz „ Thema: Nieren- und Gallenkolik“

Datum: 15.01.2016

Teilnehmer: Dieter Schoder, Irmengard Schoder, Wolfgang Blank, Dora Takacs, Sarah Weinberger

Wie soll in der Praxis und vor allem beim HB mit kolikartigen Bauchschmerzen umgegangen werden?

Typische Klinik Gallenkolik:

Schmerz rechter OB, epigastrisch, in den Rücken und ggf. rechte Scapula ausstrahlend; Murphy-Zeichen +, häufig mit Erbrechen (DD Pankreatitis: stärkster gürtelförmiger OB-Schmerz)

Typische Klinik Nierenkolik:

Flankenschmerzen, in Leiste ausstrahlend, Schmerz beim Wasserlassen verstärkt

Beiträge:

WB: Gabe von Dolantin-(Pethidin-)Zäpfchen (BTM-pflichtig! Hinweis → BTM-Block, Giftbuch führen). Laut Lehrbuch: Pethidin 50 mg i.v.; hat WB 1x gemacht, was zu einer starken Kreislaufreaktion geführt hat, daher inzwischen Zäpfchen. Wirkverzögerung gegenüber i.v. von nur ca. 5 Min.

WS: Schmerztherapie, Sanka bestellen → In die Klinik schicken. Wenn der Patient nicht in die Klinik möchte, trotzdem Einweisung bei ihm lassen; Falls er erneut anruft nicht mehr hinfahren, sondern direkt in die Klinik schicken. Schmerztherapie bei Gallenkolik: NSAR, Buscopan (Butylscopolamin; Erfahrung mit Buscopan: bringt nicht allzu viel). Nierenkolik: Erfahrung: Infusionen bringen nicht mehr/weniger als viel Trinken. Ausnahme ist ein erbrechender Patient.

DT: Leitlinien: Metamizol, evtl. auch Buprenorphin oder Pethidin. In Leitlinien steht noch Nitro zur Relaxation. DT, WB, DS und IS haben damit noch keine Erfahrung

SW: Nachfrage bei Dr. Popp, Viechtach: Nitro wirkt, allerdings schwächer als Metamizol oder ähnliches → Wenn anderes Mittel verfügbar, dann besser anderes verwenden. Leitlinienrecherche: Bei Nierenkolik sollte Pethidin wegen den NW nicht eingesetzt werden. Außerdem wird in den Leitlinien ggf. empfohlen, α -Blocker oder Ca-Antagonisten bei Harnleitersteinen einzusetzen, um den Schmerzmittelbedarf zu senken und um einen häufigeren und schnellen Steinabgang herbeizuführen (keine Erfahrung damit von DT, WB, DS, IS). Laut Dr. Popp, Viechtach, macht dies nicht viel Sinn, da sich α -Rezeptoren zwar in der Blase, nicht aber im Harnleiter befinden. Warum das in den LL steht, konnte er sich auch nicht erklären.

→ Unser Algorithmus für den Umgang mit Koliken:

Akut:

- Metamizol per os/i.v. oder/und Dolantin-Zäpfchen (*Achtung im Sommer: Koffer nicht in der Hitze stehen lassen, Zäpfchen schmelzen!*)
- Besserung tritt in der Regel ab ca. 10 Minuten ein

Falls keine Besserung oder Wunsch des Patienten/Einschätzung des Arztes:

- Patient soll ins KH → Braunüle legen (evtl. darüber langsame Metamizol-Gabe)

Chronisch/Rezidivierend

- Rezidivierende Koliken → Patient Zäpfchen mit nach Hause geben, die er bei Beschwerden einnehmen kann

Weiteres Vorgehen

- Hat der Patient jedoch einen anderen HA und rezidivierende Koliken, soll sich der Patient am nächsten Tag bei seinem HA vorstellen
- Hatte der Patient am Vortag Symptome, ist dann aber in der Praxis nichts mehr zu sehen (kein Stein, kein Stau) → Überweisung zum Urologen

Abwendbar Gefährliche Verläufe immer bedenken:

- Blutung
- Magen-Darmerkrankungen
- Myokardinfarkt
- Aortenaneurysma
- EUG
- Ovarialzysten

Tipp

Nachts oft gleich den Sanka hinschicken (je nach Entfernung vom HA und vom KH) oder Einweisungsdokumente dalassen für den Fall der fehlenden Besserung