

KLINIK UND POLIKLINIK FÜR INNERE MEDIZIN I					
Gastrointestinale Blutungen				Gebiet: Gastroenterologie	
				Ausrichtung: diagnostisch therapeutisch	
Version:	Gültig ab:	Revision:	Verfasser:	Geprüft:	Genehmigt:
3.0 (6 Seiten)	01.10.2010	01.10.2012	FKL	FKL	JS (2.0)

Cave: Annahme von aktiven GI-Blutern aus auswärtigen Häusern/Leitstelle nur nach Rücksprache mit dem Endoskopie-OA und dem Intensiv-OA, sofortige Verständigung beider, sobald der Patient im Haus ist – bei aktiver GI-Blutung Intensivbett nötig.

Allgemeinmaßnahmen bei akuter GI-Blutung

- Mindestens zwei periphere großlumige Zugänge, oder, falls ein ZVK bereits vorhanden ist, noch ein großlumiger peripherer Zugang, Volumengabe
- Monitorüberwachung
- Bereitstellung von EK (Faustregel: 14-Hb = Zahl der benötigten EK; aber: bei aktiver Blutung Hb-Bedarf evtl. höher, insbesondere bei Varizenblutung!, verzögerten Hb-Abfall beachten!)
- Kreislaufoptimierung
- Bei Massentransfusion: pro 5 EK ca. 2 FFP

Melaena/Haematemesis/Haematochezie

- Differentialdiagnostisch an Hämoptyse/-ptoe und Blutung im Nasen-Rachen-Raum denken!
- Lagerung: Oberkörperhochlagerung bei fehlendem Schock, sonst stabile Seitenlage
- Terlipressin [1-2 mg i.v. als Bolus; Wiederholung alle 4-6 h mit 1 mg; max. Tagesdosis 6 x 20 µg/kg KG] bei V.a. Varizenblutung (Alternative: Somatostatingabe: 250 µg als Bolus, dann 250 µg/h als Perfusor über 48 h). Bei signifikanter Blutung, d.h. wenn angenommen werden muss, dass Blutkoagel im Magen sind, oder bei nicht-nüchternem Patienten (innerhalb der letzten 4 h) prokinetische Therapie mit Erythromycin 250 mg i.v. 20 - 30 min vor Endoskopie
- keine Anlage einer Magensonde, bei bereits liegender Magensonde Spülung mit körperwarmer oder raumtemperierter Flüssigkeit
- bei V.a. aktive Blutung und Kreislaufstabilität sofortige endoskopische Untersuchung, bei Instabilität Versuch der Stabilisierung (aber kein Abwarten von EK aus der Blutbank) und Intensivverlegung
- Protonenpumpenhemmergabe (Standarddosierung sofort i.v., weiter nach ÖGD-Befund, bei verzögerter Durchführung der ÖGD PPI in Standarddosierung 2 x/d i. v.)

Ulcus

Forrest-Klassifikation

Ia	Ulcus mit spritzender Blutung
Ib	Ulcus mit Sickerblutung
IIa	Ulcus mit Gefäßstumpf
IIb	Ulcus mit Blutkoagel
IIc	Ulcus mit hämatinbelegtem Grund
III	Fibrinbelegtes Ulcus

- Helicobacter-Testung und bei pos. Befund Eradikation (siehe dort)

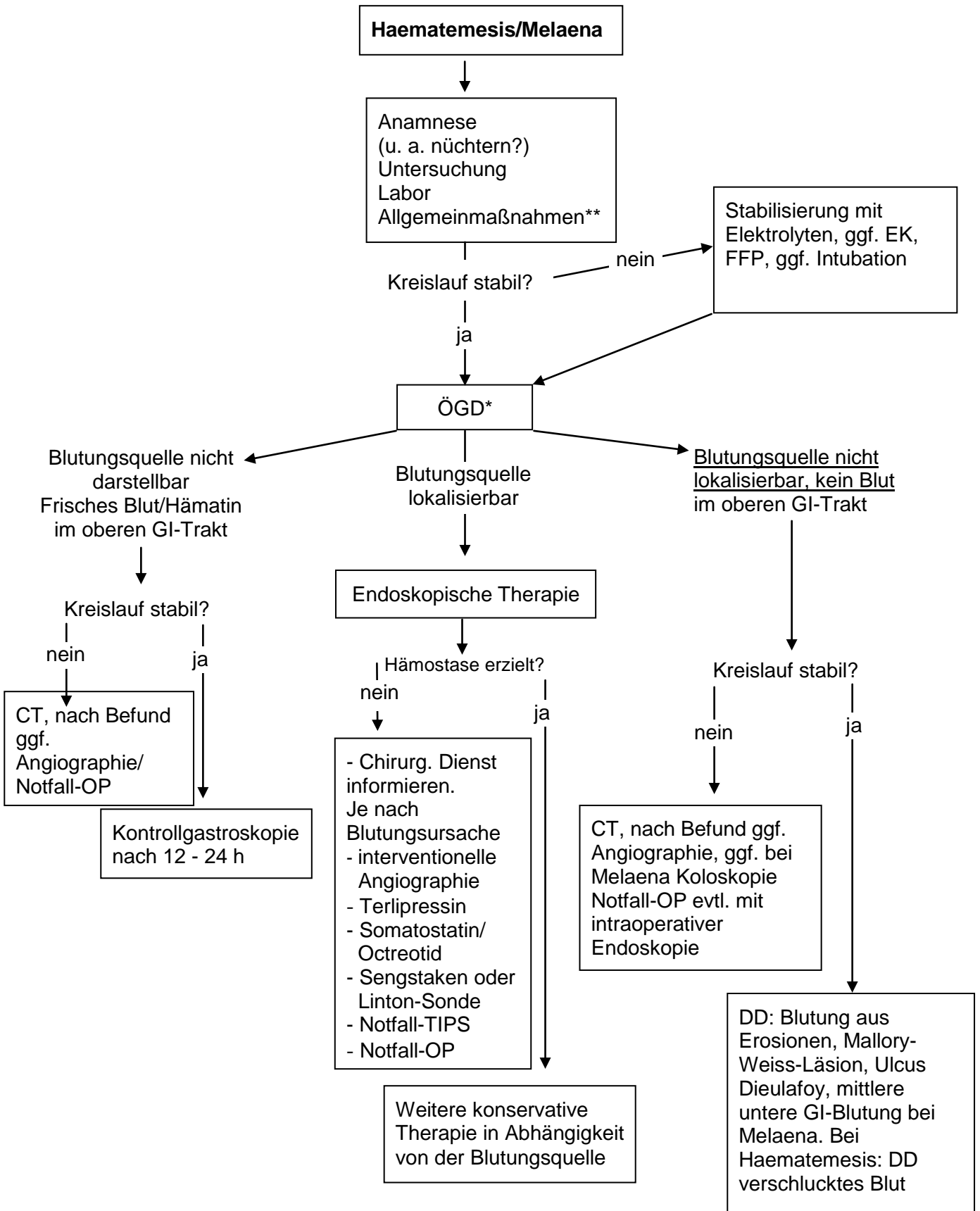
- Protonenpumpenhemmer: PPI 2x/d über 2 Wochen, dann PPI 1 x/d (in Ausnahmefällen Dauerinfusion 7,3 - 8 mg/h, Omeprazol oder Pantoprazol über 72h/nach initialer loading dose (40 mg) – nach Festlegung durch Endoskopiedienst).
- Bei Helicobacter-Negativität oder Persistenz von Risikofaktoren Langzeitrezidivprophylaxe (H.p.-Eradikation ausreichend bei Hp + und niedrig-dosiertem ASS und Fehlen weiterer Risikofaktoren)

Erosionen

- Bei aktiver Blutung (endoskopisch nicht stillbar) Somatostatin (Dosierung s. o.), bei portal-hypertensiver Gastropathie alternativ Terlipressin möglich
- Protonenpumpenhemmer

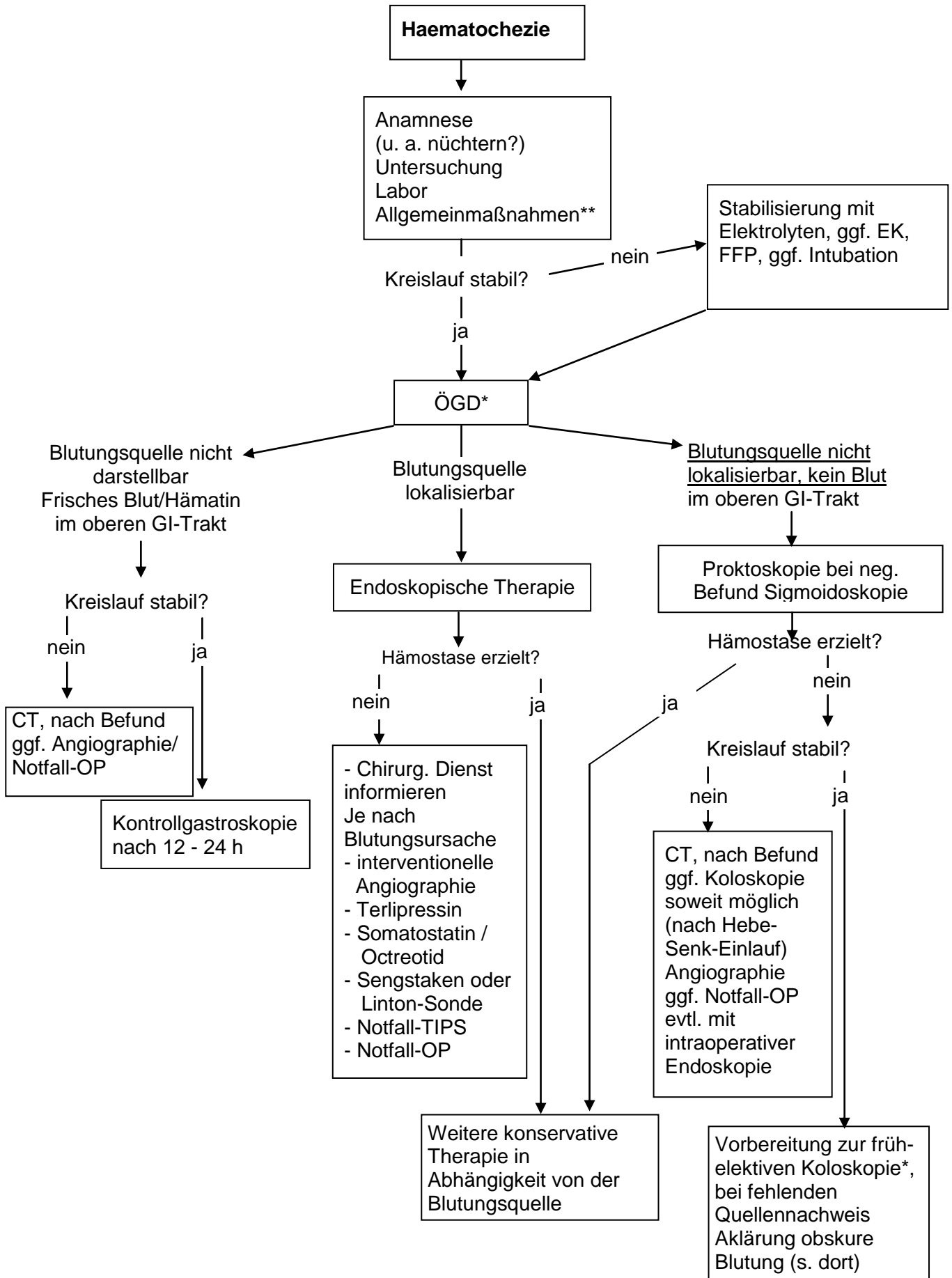
Varizen

- akut: Kombination endoskopische plus medikamentöse Therapie (Somatostatin oder Terlipressin, siehe oben unter Allgemeinmaßnahmen)
- Bei endoskopisch nicht stillbarer Blutung Ballonsonde (Sengstaken-Blakemore bei Ösophagusvarizen, Linton-Nachlas-Sonde bei Magenvarizen) (Alternativ bei Ösophagusvarizen: Ösophagusstent)
- TIPS-Anlage bei Versagen der endoskopischen und medikamentösen Therapie (anhaltende Blutung oder signifikante Rezidivblutung innerhalb von 48 h; Kontraindikationen in der Blutungssituation relativ), bei nicht möglicher TIPS-Anlage chirurgischer Shunt
- Lactulose zur Prävention bzw. Therapie einer Enzephalopathie
- Antibiose (z.B. Aminopenicillin + Clavulansäure, Cephalosporin Gr. 3 oder Fluorochinolon Gr. 2 oder 3)
- Rezidivprophylaxe (nicht-selektiver Beta-Blocker (und/oder ISMN) Dosierung am Besten nach Lebervenenverschlussdruckmessung, sonst nach Herzfrequenz und RR (sinnvollerweise mind. 4 x 10 mg Propranolol) und Ligatur, Alternativ bei geeignetem Patienten TIPS)
- Korrektur der Säure-Basen-Haushalte



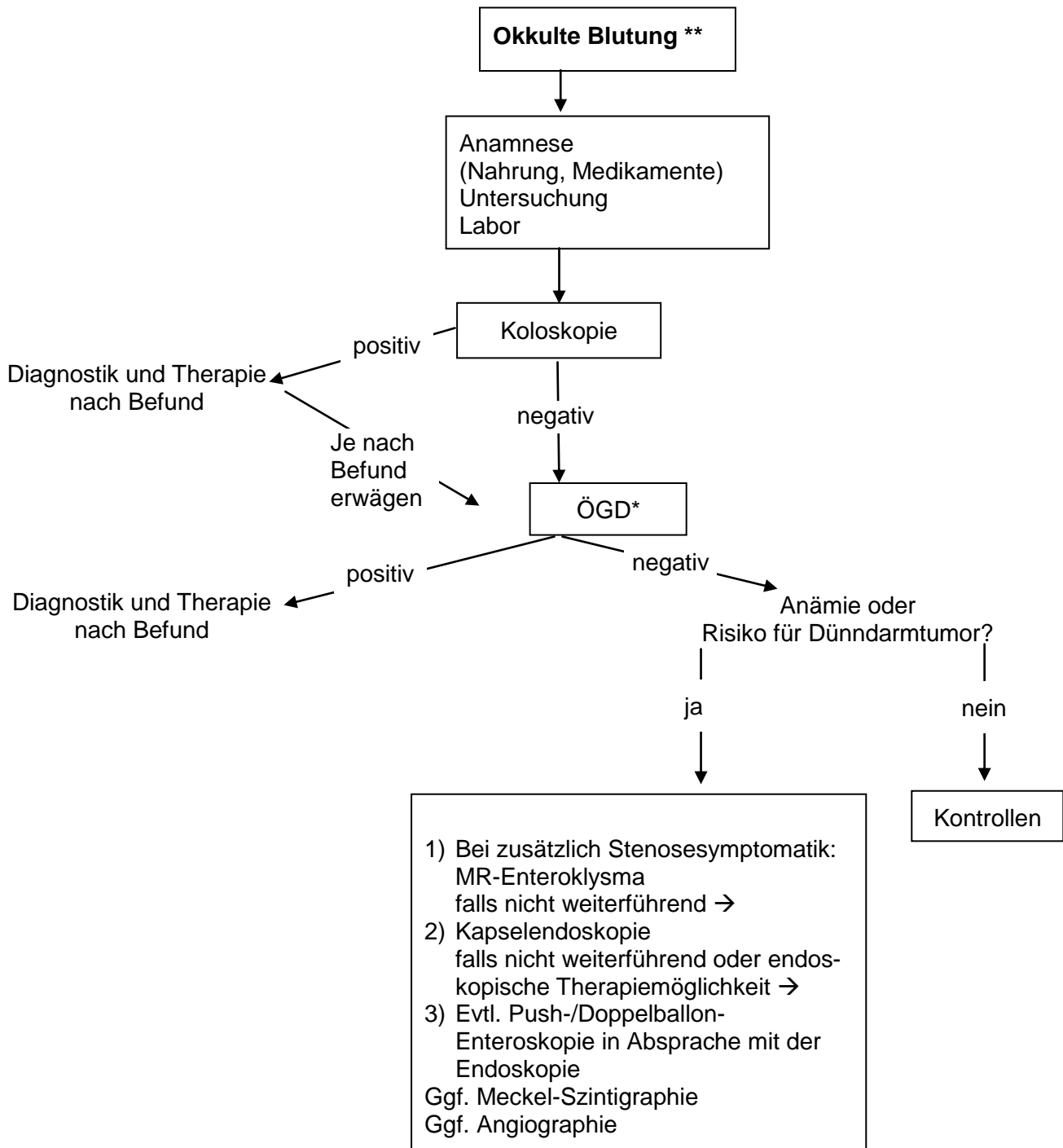
*Festlegung des Zeitpunkts der Endoskopie in Absprache mit dem Endoskopiedienst

** siehe Beiblatt



* Festlegung des Zeitpunkts der Endoskopie in Absprache mit dem Endoskopiedienst.
Ausnahme: Keine ÖGD bei eindeutigem anamnestischen Hinweis auf untere GI-Blutung.

** siehe Beiblatt



* bei fehlender Blutungsquelle mit Entnahme tiefer Dünndarmbiopsien (Sprue?)

** Δ Im Stuhltest nachweisbarer Blutverlust ohne makroskopisch sichtbaren Blutungszeichen

© Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I des Universitätsklinikums Regensburg, 08.09.2010

Verfasser

E-mail: frank.klebl@klinik.uni-regensburg.de

Hausfunk: 1501

Literatur

AWMF Leitlinien: (keine)

Internationale Leitlinien: Gastrointest Endosc 2010; 72: 471-479.

Gastrointest Endosc 2010; 71: 663-668.

Ann Intern. Med 2010; 152: 101-113.

BMJ 2008; 337: a1832.

Aktuelle Übersichtsartikel: Best Pract Res Clin Gastroenterol 2008; 22: 373-387.

Gastroenterol Clin Biol 2007; 31: 970-974.

Empfehlungen ohne Gewähr, Verantwortung liegt bei behandelnder Ärztin/Arzt!