

Pitfalls aus dem Praxisalltag – Zentrale Notfallaufnahme Kantonsspital St.Gallen

25 jährig, männlich
Donnerstag, 18Uhr



Triage - Notfallpflege

- Selbstzuweisung
- Seit heute Morgen stechende Sz re Oberbauch/ unterhalb von Rippenbogen, ausstrahlend in re Schulter Rückenbereich
- Hat dann 8Trpf. Tinktur (SOS-Tropfen von Heilpraktikerin) genommen.
- Habe leichte Nausea.

Triage - Notfallpflege

- Vitalparameter:
 - Puls 78/min
 - SaO₂ 98% bei Raumluft
 - Temp 36,3°C
- Schmerzskala 1-10: VAS 4

-> Ihr Triageentscheid? Dringlichkeit?
-> Innere Medizin? Chirurgie? Notfallpraxis? ...?
-> Triage erfolgt in die Notfallpraxis (Prio 3)

Anamnese + Befunde NFP-Arzt

- „Klagt seit dem Morgen über stechende Schmerzen am rechten Rippenbogen bis ins Schulterblatt.“
- „Nach dem Erwachen während Drehung im Bett erstmalig verspürt, zuvor war noch alles gut.“
- Abdomen weich
- Darmgeräusche normal
- Rippenbogen (Gallenblasenkolikregion) druckschmerzhaft, jedoch nicht angespannt oder peritonitisch

Ihre erste Beurteilung bzw. Verdachtsdiagnose?

(Beginnende) Enteritis?
Gallenkolik? Nierenkolik?
Rippenblockade? Gastritis?
Weiss nicht... Rippenfraktur?
Muskelzerrung?

Sono Abdomen NFP-Arzt

- Leber homogen, Portalgefässe und Venen unauffällig
 - DHC normal weit
 - Gallenblase nicht darstellbar
 - Pankreas gut einsehbar und unauffällig
 - Beide Nieren unauffällig
 - Milz normal gross
- > Insgesamt unauffällige Sonographie

Labor

- Leuk 10.8G/l ohne Linksverschiebung, Hb, Thro normal
- D-Dimere negativ
- E'lyte, Krea, ASAT, ALAT, yGT, AP, Amyl und CRP jeweils im Normbereich

Beurteilung NFP-Arzt

- „Die Laborwerte von Leber, Pankreas und die Entzündungswerte inkl. D-Dimeren sind normal.“
- „Insgesamt sehe ich keinen Hinweis für einen Aufstau der Gallenwege, an den bei den Schmerzen natürlich gedacht werden muss.“
- Arbeitsdiagnose „Kolonreizung, evtl. Blähung“

Therapie

- „Symptomatische Behandlung der Schmerzen mit Dafalgan, evtl. Voltaren.“
- „Begleitend kann Buscopan eingesetzt werden.“
- „Wichtig ist jedoch eine Verlaufskontrolle.“

Procedere NFP-Arzt

- „Weil bei diesem jungen Mann die Gallenblase im Ultraschall nicht zu sehen war, die Beschwerden zu einer Gallenkolik hätten passen können, sollte die Sonographie im Verlauf wiederholt werden. Dann wird die GB gewiss gut zu sehen sein.“
- „Die heute perfekten Laborwerte lassen symptomatische Massnahmen ausreichend erscheinen (Dafalgan, Wärme rechter Oberbauch, leichte Kost für 3 Tage, viel Trinken).“

Verlauf

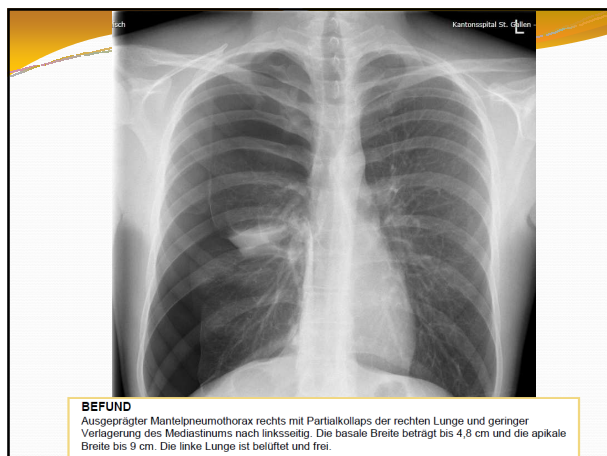
- Und nun? Wie ging es weiter?
- Patient kommt bei Beschwerdepersistenz 4 Tage später erneut auf den Notfall...
- Triage jetzt an Klinik Chirurgie

Zwischenanamnese – TA Chirurgie

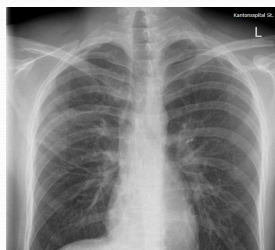
- Selbstzuweisung mit persistierenden Schmerzen rechter Oberbauch nach thorakal ziehend.
- Bereits 4 Tage zuvor sei es zu stechenden Sz im re OB gekommen, eine sonographische Abklärung in unserer NFP zeigte keine intraabdominellen Auffälligkeiten, sodass der Pat mit Analgesie nach Hause entlassen wurde.
- SysA: Keine Dyspnoe, kein Schwindel, kein Erbrechen, keine Diarrhoe, keine Obstipation

Status – TA Chirurgie

- 25 jähriger Pat in gutem AZ und EZ
- Wach und allseits orientiert
- Pulmo: im Seitenvergleich hypersonorer Klopfschall rechts, abgeschwächtes Atemgeräusch rechts; Links Vesikuläratmen
- Und nun? Nächster Schritt?
- EKG? Röntgen? Wiederholung der Sonographie? ...?



Röntgen nach Pleuracath-Einlage



BEFUND
Verglichen mit der Voruntersuchung von heute (14.17 Uhr) bei aktuell Status nach Pleuracath-Anlage mit Spitze apikal rechts. Subtotal regredienter Pneumothorax rechts mit geringem mantelförmigen Restbefund bis maximal 4 mm breit anterobasal rechts messend. Geringes Entspannungsödem in der rechten Lunge. Aktuell mittelständiges Mediastinum. Im Übrigen stationärer Befund.

Weiterer Verlauf

- Pleuracath wurde nach 2 Tagen entfernt
- Pat wurde am 3. Tag entlassen
- CT Thorax nach 2 Wochen zeigt kleine Bullae apikal bds

Kontrolle nach 4 Wochen

Anamnese

Aktuell geht es dem Patienten ausserordentlich gut. Er verspürt gelegentlich noch ein leichtes Ziehen im Bereiche des rechten Hemithorax. Keine Atemnot. Die CT-Untersuchung von heute zeigt beidseits diskrete Blebs apikal. Keine anderen parenchymalen Veränderungen.

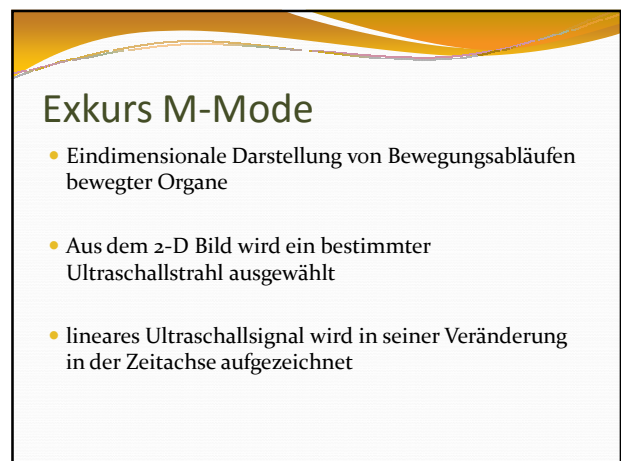
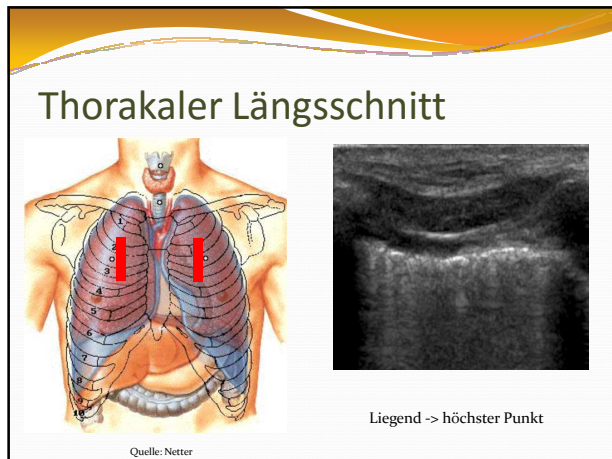
Beurteilung und Prozedere

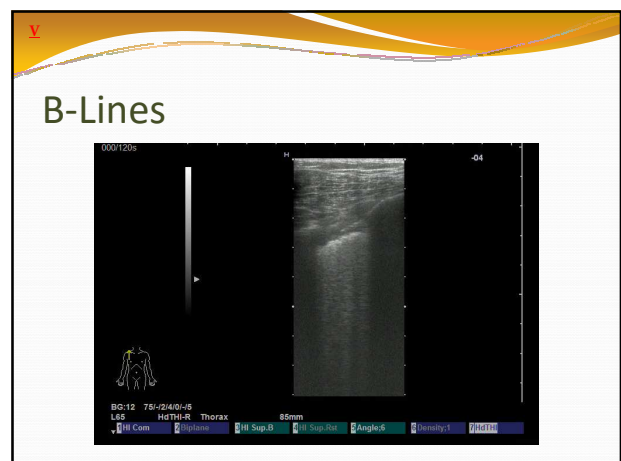
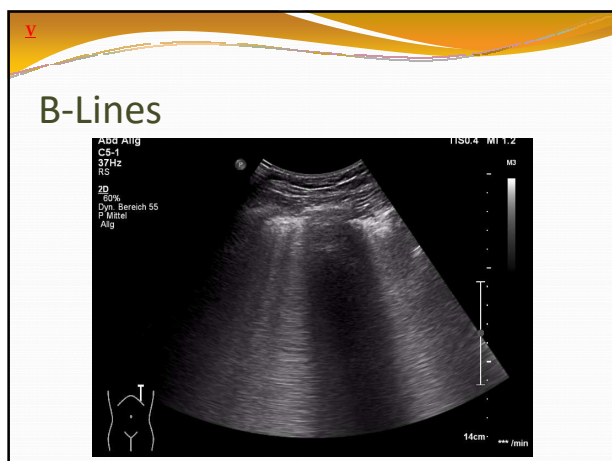
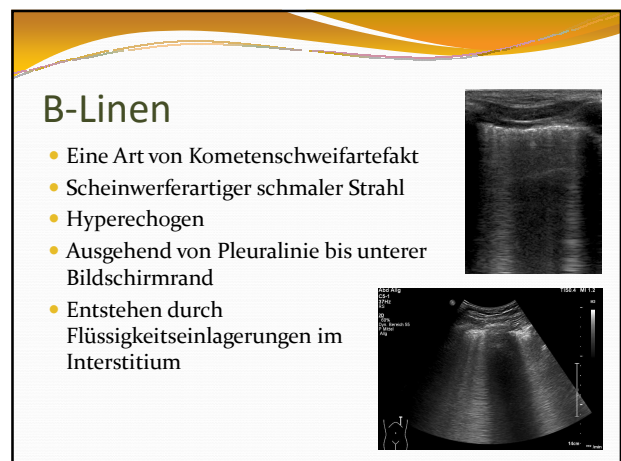
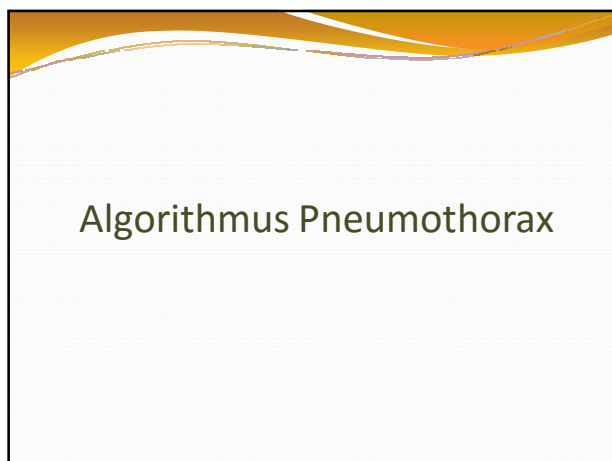
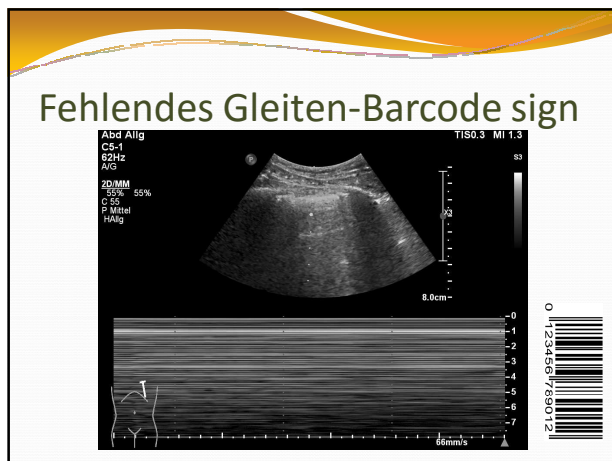
Ich habe die CT-Befunde mit dem Patienten besprochen. Aktuell besteht keine Indikation zur operativen Versorgung. Ich habe dem Patienten ein Risiko von ca. 20% für ein erstes Rezidiv erklärt. Nach dem ersten Rezidiv würden wir die operative Revision mittels Thorakoskopie-Resektion der apikalen Bullae und Abrasio bis zur 5. Rippe vorschlagen. In der aktuellen Situation sollte der Patient während sechs Wochen weder Fliegen noch Tauchen und während vier Wochen nur bis max. 80% an seine Leistungsgrenze gehen. Danach besteht keine Einschränkung mehr.

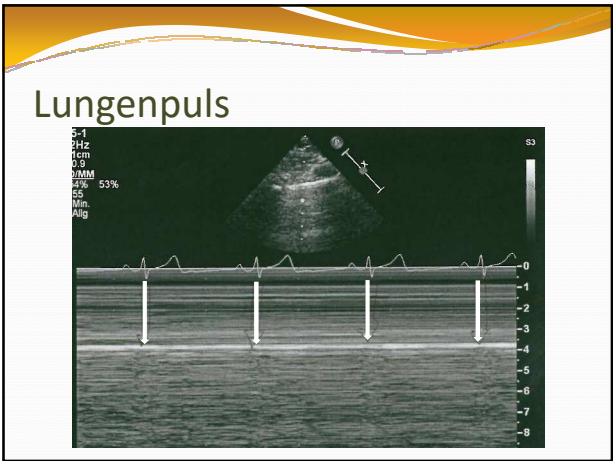
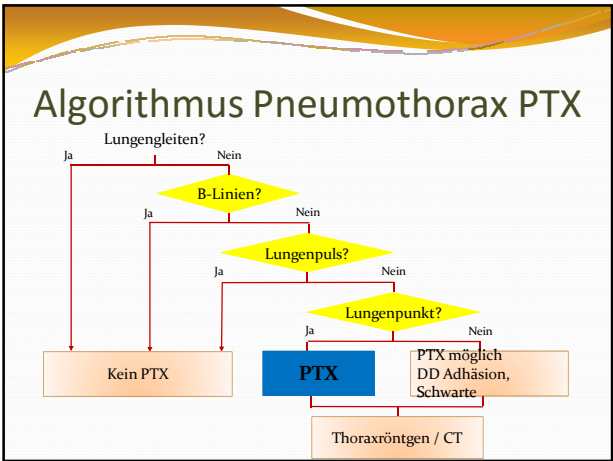
Thoraxsonographie

Pneumothorax









Fragen?