

Akute Bauchschmerzen

Wo lauern die Fallstricke?

Mitunter machen uns Bauchschmerzen ein Problem: zum Beispiel nachts, im Notfalldienst, bei unbekanntem Patienten, in schwierigem Umfeld, misstrauisch beäugt von Angehörigen, die ihre Angst in Forderungen packen. Da muss jetzt sofort was passieren! Doch nicht immer sind sofortige Einweisung und eine Maximaldiagnostik die beste Lösung.

DIETHARD STURM

Natürlich müssen wir bei akuten Bauchschmerzen immer die abwendbar gefährlichen Verläufe ausschliessen. Erscheint der Patient schwer krank? Wie stark ist der Leidensdruck, welche Rolle spielt die Angst? Blässe, Stimmung, Schwitzen, Atmungsbeschleunigung oder -vertiefung erfassen wir mit dem ersten Blick.

Der erste Eindruck

Bei schlechtem Allgemeinzustand, etwa hohem Fieber oder schlechten Kreislaufverhältnissen, rezidivierenden Kollapszuständen, trockener Mundhöhle ist die Wahrscheinlichkeit einer ernsten Erkrankung hoch. Freilich kann auch ein akuter Durchfall ein dramatisches Bild mit den meisten dieser Symptome zeigen. Spritzende Durchfälle führen oft zu einem schlechten Allgemeinzustand, der allein schon eine Hospitalisation erforderlich machen kann, vor allem bei Kindern und geriatrischen Patienten. Doch einen Moment noch bitte.

Merksätze

- ❖ Legen Sie sich nie aufgrund der Schilderung des Patienten auf eine Lokalisation oder einen Organbezug fest!
- ❖ Das Erfassen der Misserfolge des Patienten bei seinen Versuchen der Selbstbehandlung hilft uns, falsche Wege zu vermeiden.
- ❖ Bei «abwartendem Offenlassen» sollten Kontrolltermine immer dokumentiert werden.
- ❖ Unter der Hypothese eines «Reizdarmsyndroms» verbergen sich oft bis anhin nicht diagnostizierte Nahrungsmittelunverträglichkeiten.

Was ist trotz der Eile zu tun?

Die Anamnese wollen wir schon wissen. Was, wann, wo, wie, warum? Schon wiederholt, bei welchen Anlässen, andere Krankheiten, besondere Belastungen, Unfälle, Eingriffe? Erbrechen? Wie sah das aus? Vielleicht erst einmal offener: War in der letzten Zeit etwas Besonderes los?

Wir brauchen die Inspektion, Palpation und Auskultation des Abdomens, Blutdruck und Puls, möglichst rektale Untersuchung und Temperaturmessung oder -schätzung.

Wann schrillen die Alarmglocken?

Bei Abwehrspannung (peritoneale Reizung) bestehen oft penetrierende Infektionen oder Stoffe im Bauchraum: Perforation des Magens oder Darmes (Divertikel), Penetration einer Appendizitis. Besonders verdächtig auf Perforation ist eine kurze vorübergehende Besserung der Schmerzen.

Gab es eventuell ein Bauchtrauma in den letzten Wochen? Dann könnte sich eine Blutung aus Leber und Milz entwickelt haben, die dann bei Ruptur der Kapsel zu einer dramatischen Verschlechterung führt. Nimmt der Patient Medikamente ein, zum Beispiel Thrombozytenaggregationshemmer oder Antikoagulanzen?

Bei älteren Menschen besteht auch die Möglichkeit einer Aortendissektion oder einer Mesenterialvenenthrombose oder Embolie, bei Marcumarisierung eine Blutung bei banalem Trauma. Schock bei Bauchschmerzen lässt an eine akute nekrotisierende Pankreatitis denken – aber dann ist es schon sehr spät.

Das alles ist nichts zum Abwarten, am allerwenigsten beim Hausbesuchspatienten im Notfalldienst. Patienten mit den beschriebenen Warnzeichen gehören in die stationäre Betreuung mit der Möglichkeit rascher chirurgischer Intervention. Wir trennen jetzt aber nicht nach Zuständigkeiten von Internisten oder Chirurgen – die Rettungsstellen der Krankenhäuser sind immer interdisziplinär besetzt. Unsere Aufgabe ist es hier nicht, eine gute Diagnose zu stellen, sondern den Patienten rasch in die fachkundige Diagnostik, Beobachtung und Therapie zu vermitteln. «Akuter Bauch» reicht als Einweisungsgrund. Das ist keine Diagnose, aber eine Aufforderung zum Handeln.

Was geht auch ambulant?

Manches lässt sich auch im Notfalldienst eigenständig bewältigen: Gallenkoliken haben meist ein typisches Bild. Bei ungenügendem Effekt eines Spasmolytikums beziehungsweise Analgetikums empfiehlt sich die Dicksche Quaddel: Das Setzen einer Quaddel an den Punkt des stärksten

Schmerzes mit Aqua dest. löscht reflektorisch innerhalb von Minuten den Krampf. Ist das nicht der Fall oder rezidiert die Kolik rasch, dann liegt ein komplizierter Verlauf vor, etwa eine Cholezystitis, eine Pankreatitis oder ein Verschluss des Choledochus, also doch eine Einweisungindikation. Entsprechendes gilt auch bei Nieren- oder Ureterkolik. Die Quaddel tut weh, aber wenn sie effektiv wirkt, wird Ihnen der Patient den Schmerz rasch verzeihen. Auch bei Patienten mit Antikoagulation ist die Quaddel gut anwendbar, wenn sich intramuskuläre Injektionen verbieten oder Interaktionen mit den Gerinnungshemmern drohen.

Bei unklarer Symptomatik, aber weniger dramatischen Beschwerden ist es bei einem verlässlichen sozialen Umfeld eventuell zu rechtfertigen, die Familie zu instruieren, den Patienten gut zu beobachten und bei Verschlimmerung erneut den Arzt zu kontaktieren. Das gilt aber nicht für alle Krankheitsbilder. So verschlechtert sich zum Beispiel bei einer fortschreitenden Pankreatitis die Prognose dramatisch. Bei entsprechendem Verdacht sollten wir die Indikation zur Krankenhausweisung nicht zu eng stellen, wenn wir nicht selbst zu einer engmaschigen Kontrolle in der Lage sind.

Analyse des Patientenproblems

Bauchschmerz – was ist das? Eine akademische Frage: Die Patienten sagen es uns schon. Oft aber auch schon bedenklich und oft falsch eingeschränkt: «Mein Magen tut weh.» Der Patient kann recht damit haben, aber der Hausarzt sollte immer den ganzen Bauchraum und die angrenzenden Regionen im Blick haben.

Er sollte also die Krankheitsauffassung des Patienten (und der Angehörigen) registrieren, dann aber ablegen, um unvoreingenommen analysieren zu können. Sprechen wir mit Braun¹ von der «Abdomenopathie». Das kommt freilich in der ICD-10 nicht vor, es ist «allgemeinmedizinischer Jargon». Aber so uncharakteristisch und vielfältig sind die Krankheitsbilder in der Allgemeinmedizin, in der hausärztlichen Betreuung.

Oft konsultiert der Patient nicht sofort den Arzt, sondern hat schon selbst herumgedoktert, mit Tee, Wärme und Medikamenten. Diese Angaben können uns schon die Richtung weisen: Wenn Wärme hilft, ist eine Entzündung unwahrscheinlich. Wenn aber Wärme nicht vertragen wird, ist es eine Entzündung oder noch Ärgeres.

Aber Bauchschmerzen kommen nicht immer so dramatisch daher. Oft werden wir mit chronischen oder rezidivierenden Beschwerden konfrontiert. Hilfestellung bei der Analyse des Patientenproblems bietet die «programmierte Diagnostik» (1), hier die Programme 38 bis 40. Dort wird man auch auf solche Fragen wie Erkrankungen der Urogenitalorgane, der Thoraxregion und der Ohren aufmerksam gemacht – dies verschafft eine grosse Sicherheit, nichts zu übersehen.

Welche Fragen stellen?

Die Schmerzanalyse, die banalen Fragen systematisch aufzuarbeiten, schützt vor zu späten Erkenntnissen.

❖ *Wo tut es weh?* Der spontan angegebene Schmerzort ist nicht verlässlich. Im Epigastrium («mein Magen») sam-

eln sich zunächst alle vegetativ vermittelten Schmerzen im Abdomen. Wichtig ist der Verlauf. Bei weiterem Fortschreiten verlagern sich die Schmerzen bei Entzündungen mehr zum Ort des Geschehens, etwa in den rechten Unterbauch bei Appendizitis, in die Nabelregion bei Pankreatitis oder in den linken Oberbauch bei Ulcus ventriculi.

- ❖ *Wie tut es weh?* Krampfend, drückend, bohrend, brennend, zerstörerisch nagend?
- ❖ *Wann tut es weh, wann nicht?* Stuhlentleerung, körperliche Belastung oder Besserung in Abhängigkeit von der Körperhaltung, der Entspannung.
- ❖ *Was beeinflusst den Schmerz?* Nahrungsaufnahme bessert zumeist beim Ulcus duodeni die Beschwerden, während Hunger sie verstärkt. Auch ein starkes Sodbrennen kann sich bei Zufuhr von Getränken (Milch!) bessern. Kommt es zur Besserung nach Erbrechen, nach Stuhlgang (bei Divertikulitis), bei Bewegung beziehungsweise Haltung (Anziehen der Beine bei entzündlichen Prozessen im Bauchraum, Bewegungsdrang bei Koliken)? Wärme verschlechtert (bei Entzündungen), eher Neigung zum Kühlen?
- ❖ *Begleitsymptome?* Durchfall oder Verstopfung? Stuhlveränderungen hinsichtlich Farbe, Konsistenz, Geruch, Häufigkeit?
- ❖ *Wie steht es um die anderen vegetativen Funktionen:* Appetit, Durst, Miktion, Gewichtsverlauf, Fieber, Menstruation?
- ❖ *Unfälle, Verletzungen, Gefährdungen durch Reisen?*
- ❖ *Was war sonst noch verändert?* Bisherige Erkrankungen und ihre Therapie?
- ❖ *Haben Sie Ähnliches schon gehabt?* Gibt es Erkrankungen in der Umgebung?
- ❖ *Was wurde bereits veranlasst beziehungsweise versucht?*
- ❖ *Eigene Einschätzung, Vermutungen und Ängste?*

Es gibt selten Einzelbefunde, die die Diagnose sichern. Erst die einzelnen Puzzlestücke ergeben ein Gesamtbild, das bestimmte Diagnosen wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher macht.

Körperliche Untersuchung

Nach Inspektion des Abdomens wird leise perkutiert, um regional unterschiedliche Blähungen des Darmes zu ermitteln. Beim Ileus ist das oft deutlich. Mit der Palpation beginnen wir im vermutlich schmerzfreien Quadranten und arbeiten uns dann vorsichtig in die Schmerzzone vor, mit minimalem Druck. Dann ist das Tastempfinden am besten und der Schmerz des Patienten am geringsten. Die Auskultation kann uns überaktive oder aufgehobene Peristaltik offenbaren oder die plätschernden Darmgeräusche des Ileus. Nicht zu vergessen: die Bruchpforten und die rektale Untersuchung.

Auch bei völlig normalem Tastbefund oder gerade bei einer solchen Diskrepanz sollten wir wachsam sein. Herzinfarkt (Hinterwand), pulmonale beziehungsweise pleuritische Erkrankungen, Wirbelsäulenstörungen und anderes projizieren ihre Schmerzen in den Bauchraum. Bei Kindern gehört die Gesamtuntersuchung dazu.

Von Fall zu Fall benötigen wir Laboruntersuchungen (z.B. Blutbild, Urin, Blutzucker, Leberwerte, BSG), Endoskopie oder bildgebende Diagnostik, aber gezielt und begründet und in Erwartung therapeutischer Konsequenzen.

¹ Robert N. Braun (1924–2007) war ein Pionier der Forschung im Bereich Allgemeinmedizin.

Abwartendes Offenlassen

Meist entschliessen wir uns zunächst zum «abwartenden Offenlassen», das heisst zu einer vorläufigen symptomatischen Therapie mit Vereinbarung eines Kontrolltermins und mit dem Hinweis, bei Verschlechterung oder Veränderungen des Krankheitsbildes unbedingt zu informieren, zumindest telefonisch. Dieser Hinweis sollte ebenso wie der Kontrolltermin dokumentiert werden, um juristischen Komplikationen aus dem Wege zu gehen.

Vielleicht ist bei der nächsten Konsultation schon eine vertiefende Diagnostik indiziert, oder das Problem hat sich erledigt. Auslöser von Bauchschmerzen sind schliesslich oft genug «Diätfehler», also der Missbrauch des Verdauungstraktes zum hemmungslosen Lustgewinn durch Essen und Trinken. Das werden wir nicht immer erfahren. Aber das gewaltige Selbstheilungspotenzial lässt die Beschwerden abklingen, manchmal mit nachhaltiger Reue. Wenn diese ausbleibt und sich die gleichen Beratungsanlässe häufen, sollten wir dann doch einmal das Gespräch auf die zu erwartenden Spätschäden lenken und dem Patienten ein bisschen einheizen.

Bei einem unerwarteten Verlauf sind die Diagnostik und gegebenenfalls auch die Therapie zu eskalieren. Oft werden Kollegen anderer Fachrichtungen bemüht werden müssen.

Psychosomatische Erkrankung

Nicht nur uns, auch den Patienten machen Probleme Bauchschmerzen. Die Volksweisheit weiss, dass sich viele Probleme auf die körperliche Befindlichkeit auswirken, im Fachchinesisch der «psychosomatische Zusammenhang». Das fängt bei Schluckstörungen an («der Bissen blieb mir im Halse stecken»), belastet den Magen («es ist mir auf den Magen geschlagen», «es liegt mir wie ein Stein im Magen»), führt zur Dyspepsie («die Sache stösst mir dauernd auf», «es ist zum Kotzen» oder «der Kakao von vorgestern kommt wieder hoch») oder es schlägt auf die Galle oder die Leber («die Galle läuft mir über», «mir ist eine Laus über die Leber gelaufen»). Beim Reizdarm «geht auch mal was in die Hosen».

Zweckmässig sind diese Redewendungen in der Gesprächsführung, um unverfänglich und ganz ergebnisoffen die möglichen Ursachen im psychischen Unbehagen anzusprechen. So erspart man viele unnötige und wirkungslose Medikation und Apparatediagnostik und natürlich Folgekonsultationen. Ausserdem macht ein erfolgreiches Gespräch, die rasche Problemlösung ohne Umwege, auch ein bisschen zufrieden. Sprechen wir es also gleich an.

Wenn schon nicht beim Erstkontakt mit diesen Beschwerden, so sollte doch spätestens beim dritten Kontakt mit unbefriedigendem Verlauf eine auf die Psyche orientierte Exploration erfolgen. Die Redewendungen können uns den Einstieg in diese Fragen erleichtern. Konflikte, Ängste, permanente Unzufriedenheit mit der persönlichen Situation machen krank. Depressionen erfassen wir zunächst mit dem «Zwei-Fragen-Test» (nach Härter²):

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?

2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Werden beide Fragen mit «Ja» beantwortet, sollte man die Diagnostik mithilfe der Hamilton-Skala vertiefen.

Aber auch die berufliche Frustration durch eine nicht zufriedenstellende Arbeit, eine unlösbar erscheinende Konfliktkonstellation, Gewalt in der Familie oder Mobbing können Ursache der Beschwerden sein. Patienten wissen das oft beziehungsweise ahnen es, ohne mit irgendjemandem darüber sprechen zu können oder zu wollen. Sie sind sehr dankbar, darauf angesprochen zu werden. Schon das nimmt Spannung und mindert Beschwerden.

Divertikulitis

Die Häufigkeit der Koloskopien lässt uns auch häufiger an die Divertikulitis denken. Übergewicht, Fehlernährung und Bewegungsmangel tun das Ihre dazu. Jedenfalls handelt es sich bei der Divertikulitis um kein seltenes Krankheitsbild. Patienten sollten um ihre Gefährdung wissen. Ein der Appendizitis ähnliches Krankheitsbild im linken Unterbauch mit allen Problemen und Gefahren bis hin zur Perforation lässt sich bei häufigem Auftreten nur durch die Resektion des befallenen Kolonabschnitts behandeln – der Patient muss entscheiden.

Reizdarm und Reizmagen

Viele dauernde oder rezidivierende Beschwerden finden keine Erklärung. Reizdarm oder Reizmagen heisst es dann, und die therapeutischen Optionen sind spärlich. Die Angst läuft immer mit. Eine Problemlösung ist nicht in Sicht. Der Hausarzt kann sich jedoch durch eine konsequente Strategie bei unklaren Verläufen viel Mühe durch Therapieversuche und dem Patienten Schmerzen und Verluste an Lebensqualität ersparen.

Viele Nahrungsmittelunverträglichkeiten verstecken sich unter der «Fluchtdiagnose» Reizdarm. Einerseits ist Überdiagnostik fatal, weil sie den Patienten auf die Krankheit fixiert. Andererseits verbergen sich verschiedene Erkrankungen wie Allergien und andere Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln unter diesem Mantel. «Was dem Schmied bekommt, zerreisst den Schneider» – also Vorsicht mit generellen Empfehlungen von Rohkost und so weiter, sie muss gut bekömmlich sein. Im Übrigen kann man mit Suchkost mögliche Bösewichter eliminieren, etwa Klebereiweiss. Mancher mutet seinem Verdauungsapparat einfach zu viel zu, vor allem zu viel Fleisch und Fett.

Extraabdominelle Ursachen

Bei normalen Befunden im Bauchraum sind wenigstens drei Möglichkeiten der extraabdominellen Verursachung in Betracht zu ziehen:

- ❖ Wirbelsäulenblockierungen
- ❖ Störfelder, insbesondere aus Narben
- ❖ Depressionen und andere psychosomatische Störungen.

Alle drei Gruppen sind funktionelle Störungen. Sie sind alle nicht weit von der Psychosomatik entfernt, aber auch nicht genau dasselbe. Auch der psychosomatische Zusammenhang muss positiv belegt werden.

²Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Ein Hausbesuch wird angemeldet. Seit dem Morgen Unwohlsein, etwas Bauchschmerzen, nichts Schlimmes. Ob ich doch einmal kommen könnte? Irgendetwas treibt mich noch vor der Hausbesuchszeit hin. Der Patient erbricht mittlerweile, schwitzt, reduzierter Allgemeinzustand. Nichts für mich, Einweisung mit Rettungswagen. Diagnose in der Klinik: gedeckte Darmperforation bei Divertikulitis, jetzt Peritonitis. Das Dilemma: Der Patient nimmt Antikoagulanzen wegen eines Aortenthrombus. Nach zwei Tagen erst konnte operiert werden. Der Patient ist knapp entkommen. Die Antikoagulation sehe ich jetzt kritischer und kläre entsprechend auf.

Störfeldwirkungen

Meist sind es Narben an der Körperoberfläche, die durch ständige unkoordinierte Depolarisation ihrer Spannungspotenziale das vegetative Nervensystem belasten und unabhängig vom Entstehungsort Beschwerden in irgendeiner Körperregion verursachen. Häufig sind es Narben im Bauchraum, etwa nach Operationen, die immer wieder Schmerzen, Krämpfe und Unbehagen auslösen. Das «Postcholestektomiesyndrom» ist so ein Gespenst. Übrigens lösen die kleinen Narben nach «Schlüsselloch-OP» ebenso Störfeldwirkungen aus wie die grossen Narben nach Bauchschnitt, allerdings sind es nun vier, darunter die sehr heikle Narbe im Nabel.

Es spricht nichts dagegen, weder von der Technik noch von Gefahren der Verschleierung her, die Narben probatorisch mit einem Lokalanästhetikum zu infiltrieren und den Effekt zu begutachten. Starke Schmerzen beim Einspritzen und eine deutliche Blutung aus dem Stichkanal trotz der üblicherweise verwendeten feinen Kanüle weisen schon auf die Aktivität als Störfeld hin. Vegetative Reaktionen auf die Infiltration, mitunter als «Sekundenphänomen», erhärten den Verdacht, und über mehr als zwei Stunden anhaltende Beschwerdeminderung ist in diesem Sinne beweisend. Bei Folgeinfiltrationen sollte die Beschwerdefreiheit immer länger anhalten – nach drei bis fünf Behandlungen ist das Störfeld meist gelöscht. Unter besonderen Krankheitsumständen kann es erneut aktiv werden, eine Löschung in gleicher Weise ist aber problemlos möglich.

Einen evidenzbasierten Wirksamkeitsnachweis gibt es nicht, aber es ist einen Versuch wert. Wir haben ein Patientenproblem gelöst.

Bauchschmerzen bei Wirbelsäulenstörungen

Dazu ein Fallbeispiel: Eine gut 80-jährige Patientin kam ausserhalb der Routineterminen und klagte über seit dem Vortag plötzlich ohne erkennbare Ursache eingetretene heftige Bauchschmerzen. Diese waren konstant unabhängig von der Nahrungsaufnahme und Stuhlausscheidung, es gab keine Veränderungen der vegetativen Funktionen. Der Untersuchungsbefund am Abdomen lieferte keinen Befund.

Unter abwartendem Offenlassen, anfangs engmaschiger Kontrolle und symptomatischer Schmerztherapie klangen die Schmerzen innerhalb von vier Wochen ab. Aber nach einem Vierteljahr wiederholte sich das Ganze. Jetzt fiel mir aber eines auf: Die Patientin wirkte kleiner. In der Tat war sie

2 cm kleiner als vor einem Jahr. Die Schmerzen rührten von osteoporotischen Wirbelfrakturen der LWS. Eine Röntgenaufnahme der LWS seitlich bestätigte den Verdacht und öffnete die Möglichkeit zur spezifischen Therapie.

Wirbelsäulenblockierungen bereiten häufig Schmerzen im Segment. Das Zusammenspiel von Achsenorgan und Störungen innerer Organe wird als Verkettungssyndrom bezeichnet. Die chronische Appendizitis entpuppt sich als eine solche Störung im Rahmen des «Verkettungssyndroms»: Eine initiale Entzündung löst die Blockierung im korrespondierenden Segment aus. Diese unterhält nun ihrerseits einen ständigen oder rezidivierenden Schmerz eben in diesem Segment, am Ort der früheren Entzündung. Für den Patienten ist das kaum zu unterscheiden. Die fehlenden Zeichen sollen an der «chronischen Appendizitis» zweifeln lassen.

Der Bauchraum korrespondiert fast ausschliesslich mit der mittleren und unteren Brustwirbelsäule (BWS): Leber, Galle und Magen projizieren auf das Segment Th 8 und umgekehrt, Dünn- und Dickdarm auf Th 10 bis 12.

So verursachen Erkrankungen im Bauchraum Blockierungen, deren Lokalisation frühzeitig auf noch unerkannte Prozesse hinweist. Rückenschmerzen können ein Frühzeichen ernster Erkrankungen sein: Eine 21-jährige Frau wurde mir zur Chirotherapie überwiesen, aber untypische Blockierungslokalisation, Blässe und unklarer abdomineller Befund liessen mich zögern und eine Diagnostik veranlassen. So wurde ein Kolonkarzinom früh entdeckt und entfernt, vor irgendwelchen abdominellen Beschwerden. ❖

Dr. med. Diethard Sturm

Facharzt für Allgemeinmedizin, Chirotherapie

D-09125 Chemnitz

Interessenkonflikte: keine deklariert

1. Robert N. Braun (†), Frank H. Mauer: Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin 4. Auflage 2003, Springer-Verlag, ISBN 3-54041823-7

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 17/2010.

Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.