

DAS BAUCHTRAUMA

Das isolierte Bauchtrauma ist eher selten anzutreffen, ebenso ist das offene bzw. perforierende Bauchtrauma in Friedenszeiten in unserem Raum durch die geringe Zahl echter Großstädte und der noch geringeren Gewalttätigkeit ein eher seltenes Ereignis.

Hingegen findet man bei ca. 30% der Polytraumen eine Mitbeteiligung des Bauches. Verkehrsunfälle sind mit über 60% die weitaus häufigsten Unfallursachen. Gerade bei den weniger häufigen Ursachen (Sportunfälle, Schlag) wird allerdings bisweilen die Schwere der Organverletzung unterschätzt.

Bei Polytrauma im Rahmen eines Verkehrsunfalles immer ans Bauchtrauma denken!

Traumatisierte Patienten geraten häufig sehr schnell in einen Zustand manifester oder drohender Vitalgefährdung. Notfalltherapeutische Maßnahmen müssen dann unter relativem Zeitdruck erfolgen. Das zentrale Problem in der Versorgung von Patienten mit traumatisiertem Abdomen stellt die Kreislaufinsuffizienz - der Schock dar. In der Frühphase äußert sich dies in Form einer Tachykardie, im weiteren Verlauf kommt es zum Blutdruckabfall, Kreislaufzentralisation, Oligurie und in Abhängigkeit von Schwere und Dauer des Verlaufs zu weiteren Organinsuffizienzen und Stoffwechselentgleisungen. In der Regel wird dieser Zustand vor allem durch die Kombination von Hypovolämie und peripherer Kreislaufinsuffizienz verursacht, wobei zu Anfang die Hypovolämie, hauptsächlich bei Patienten mit Verletzungen der parenchymatösen Organe, im Vordergrund steht. Dem zu Folge besteht die Therapie zunächst vor allem in der Zufuhr von Flüssigkeit.

Hämorrhagisch traumatisch verursachte Schockzustände führen in einem hohen Prozentsatz der Fälle zu einer mehr oder minder schweren respiratorischen Insuffizienz mit den röntgenologischen Zeichen einer Schocklunge. Unzweifelhaft sind Schwere und Dauer des vorangegangenen Schockereignisses Hauptfaktoren für die Entstehung und den Verlauf der akuten posttraumatischen respiratorischen Insuffizienz. Daraus lassen sich vor allem beim Polytrauma die Indikationen zur frühzeitigen Intubation und apparativen Beatmung neben der Kreislaufstabilisierung ableiten.

Der Notarzt hat es somit im wesentlichen mit den Auswirkungen der intraabdominellen Blutung - dem Schockgeschehen - zu tun.

Die rasche Stabilisierung der Kreislaufverhältnisse sowie die adäquate Oxygenierung und CO₂-Elimination sind für den weiteren Verlauf von entscheidender Bedeutung.

Medikamentöse Maßnahmen sind - abgesehen von sedierenden, hypnotischen und analgetischen Medikamenten- im Rahmen der Erstbehandlung traumatisierter Patienten von eher untergeordneter Bedeutung.

Bei jedem Verdacht auf ein intraabdominelles Trauma sollte man nach der Orientierung über die Gesamtverletzung, der Beurteilung von Atem- und Kreislauffunktion, eine kurze neurologische Gesamtbeurteilung durchführen.

Diagnostische Möglichkeiten am Unfallort sind:

- kurze Anamnese
- Inspektion von Patient und Abdomen
- Palpation des Abdomens

Gurtmarken, Hämatome oder Kontusionsmarken sind zwar wichtige Hinweise auf ein stattgehabtes Bauchtrauma, ihr Fehlen schließt ein solches aber nicht aus. - Äußerlich unverletzte Bauchdecken bedeuten noch lange nicht das Fehlen von intraabdominellen Verletzungen.

Beim wachen Patienten können spontane Schmerzäußerungen, Druckschmerz oder Bauchdeckenspannung bei der Palpation sehr wohl auf eine intraabdominelle Verletzungen hinweisen. Diese Zeichen sind aber auch bei Hämatomen in den Bauchdecken, Rippen-, Wirbel-, Beckenfrakturen oder Verletzung retroperitonealer Organe positiv. Bei bewußtlosen Patienten, bei Patienten mit Querschnittslähmung und bei alkoholisierten Patienten darf dem unauffälligen Palpationsbefund aber keine Bedeutung zugemessen werden.

Ergibt sich durch die klinische Symptomatik in Kombination mit den Zeichen der Hypovolämie (Tachykardie, Hypotonie) der Verdacht auf ein stumpfes Bauchtrauma, so ist zunächst über mehrere großlumige periphere Venenzugänge mit der massiven Infusionstherapie zu beginnen. Es muss dabei darauf geachtet werden, dass eine adäquate Flüssigkeitsmenge pro Zeiteinheit infundiert wird. Das langsame Tropfen einer Infusion ist eine Alibihandlung.

In der Regel wird man mit der Verabreichung von kristalloiden und kolloidalen Volumenersatzmitteln bis zur Aufnahme in der Notfallambulanz das Auslangen finden.

Während des Transportes ist die frühzeitige Bestimmung der Blutgruppe durch einen Schnelltest und die Übermittlung per Funk an das Zielkrankenhaus sicherlich eine sinnvolle Maßnahme.

In der Regel wird der polytraumatisierte Patient intubiert und beatmet, ist dies aber, wie es z.B. beim isolierten Bauchtrauma sein kann, nicht der Fall, dann darf auf eine ausreichende Schmerzbekämpfung mittels Opiaten nicht vergessen werden. Die Angst, die klinische Symptomatik durch Analgesierung zu verschleiern, ist in der heutigen Zeit nicht mehr berechtigt.

Der Transport in das nächste Krankenhaus ist natürlich in notärztlicher Begleitung unter laufender Überwachung der vitalen Funktionen und Fortführung der Therapie notwendig. Das Setzen einer Magensonde bzw. eines transurethralen Dauerkatheters ist je nach klinischem Zustandsbild bzw. Länge des Transportweges eine sinnvolle Maßnahme.

Bei der Übergabe in der Notfallambulanz sind der Primärbefund, alle relevanten Veränderungen und therapeutischen Maßnahmen während des Transportes dem diensthabenden Aufnahmearzt mitzuteilen und zu protokollieren.

ZUSAMMENFASSUNG - BEHANDLUNGSREGIME

1. Anamnese, Umstände am Unfallort
2. Klinisch orientierende Untersuchung des Patienten (Inspektion, Palpation)
Notfalldiagnose
3. Primärversorgung
 - Wenn notwendig Intubation, Relaxierung, Beatmung.
 - Infusionstherapie mit kristalloiden und kolloidalen Volumenersatzmitteln, wenn möglich über mehrere periphere venöse Zugänge.
 - Ausreichende Analgesierung mit Opiaten (z.B. Fentanyl)
 - Eventuell Magensonde, Harnkatheter.
 - Dringlicher Transport unter ständiger Observanz durch den Notarzt an ein Unfallschwerpunktkrankenhaus oder an eine rund um die Uhr besetzte, operationsbereite chirurgische Abteilung.

Die Überlebenschance des polytraumatisierten Patienten ist mit notärztlicher Versorgung dreimal so groß wie ohne.

Beim Bauchtrauma ist die Überlebenschance mit einer präklinischen Therapie mehr als doppelt so hoch wie ohne.

Polytraumatisierte Patienten, die mit stabilem Kreislauf ins Krankenhaus eingeliefert werden, haben eine siebenmal so hohe Überlebenschance, wie jene, die im Schock das Krankenhaus erreichen.

Perforierende Bauchverletzung

Die perforierende Bauchverletzung ist sehr selten, meistens durch Schuß oder Stich verursacht. Bei Schußverletzungen ist fast zu 100% eine Mitbeteiligung der intraabdominellen Organe gegeben. Bei Stichverletzungen ist nur zu 25% auch ein Organ verletzt, 75% enden in den Bauchdecken bzw. perforieren das Peritoneum ohne Organverletzung.

Bei offenen Bauchverletzungen ist lediglich ein steriler Verband anzulegen, eingedrungene Fremdkörper sollen auf keinen Fall entfernt werden, vorgefallene Darmanteile sollen nicht reponiert, sondern steril abgedeckt werden. Volumenzufuhr (siehe oben) je nach klinischem Befund.