

- Alkohol- und Nikotinabusus, übermäßiger Kaffee- und Teekonsum.

► Diagnostische Möglichkeiten in der Praxis

Bei allen Herzrhythmusstörungen, die nicht eine sofortige Krankenhauseinweisung erfordern, muss entschieden werden, ob die Diagnostik in der Allgemeinpraxis ausreichend oder eine Überweisung zum Kardiologen nötig ist. Auch wenn sich bei einer großen Zahl von Patienten keine Hinweise für einen ernsten organischen Grund der geklagten Herzsensationen finden lassen, muss doch jede Herzrhythmusstörung abgeklärt werden. Dazu gehören:

- Gründliche **Anamnese** mit besonderer Berücksichtigung des Herz-Kreislauf-Systems (kardiovaskuläre Vorerkrankungen, Risikofaktoren), möglicher Grundkrankheiten (Schilddrüse, Anämie, Lungenerkrankung, Fokus etc.), der psychosozialen Vorgeschichte und Belastungen sowie der Medikamenten- und Genussmitteleinnahme.
- Gründliche **körperliche Untersuchung** mit besonderer Berücksichtigung des Herz-Kreislauf-Systems und möglicher Grundkrankheiten.
- **EKG.**
- **Ergometrie** (Kontraindikationen und Durchführung, Kap. 4.89): allgemein gilt, dass physiologisch oder funktionell bedingte Rhythmusstörungen unter Belastung verschwinden; organisch-kardial bedingte unter Belastung und/oder in der Erholungsphase auftreten und/oder sich verschlimmern.
- **Labor:** BSG, Kalium, Blutzucker, Cholesterin, Triglyceride. Weiteres Labor nach vermuteter Grundkrankheit: Blutbild, TSH etc.

► Ergänzende Diagnostik

- Langzeit-EKG,
- Röntgenthorax (Herzform, Herzgröße, Lungenerkrankungen),
- weitere Diagnostik nach vermuteter Grundkrankheit, z.B. Sonographie der Schilddrüse, Lungenfunktion etc.,
- kardiologische Spezialdiagnostik, z.B. Echokardiographie, Herzkatheter.



Abwendbar gefährlicher Verlauf

Bedrohliche Herzrhythmusstörungen, die zumeist mit einfachen Mitteln beim Hausbesuch diagnostiziert werden müssen, sind immer Grund für eine akute Krankenhauseinweisung. Inwieweit die nicht bedrohlichen Herzrhythmusstörungen (der weitaus überwiegende Teil in der Praxis) vom Allgemeinarzt vollständig abgeklärt und ggf. auch therapiert werden können (! *nicht indizierte Übertherapie, proarrhythmische Wirkung einiger Antiarrhythmika*) hängt vom kardiologischen Wissen und der Erfahrung des Einzelnen ab. Da sowohl Diagnostik als auch Therapie der Herzrhythmusstörungen sehr schwierig und vielschichtig sein können, sollte bei Unklarheiten oder Unsicherheiten immer ein Kardiologe eingeschaltet werden.

3.2.11 Übelkeit und Erbrechen

K.-Chr. Münter

► Definition und Epidemiologie

Übelkeit und Erbrechen sind häufige Symptome, die beim Patienten eine erhebliche Beunruhigung hervorrufen. Gemeinsam oder allein treten sie als Allgemeinbeschwerden bei einer Reihe von Erkrankungen auf. Neben organischen (abdominellen, zerebralen, thorakalen) Erkrankungen und Infektionen spielen Befindensstörungen, funktionelle Beschwerden sowie Medikamenten- oder Alkoholeinnahme als Ursache für Übelkeit und Erbrechen in der Allgemeinpraxis eine große Rolle, während Intoxikationen bei der Arbeit mit chemischen Substanzen hier seltener vorkommen.

► Schweregrade

Übelkeit tritt zumeist in leichter Form in der Allgemeinpraxis auf, kann sich aber bis zum Erbrechen steigern. Das Erbrechen kann alle Schweregrade von leichten Verläufen bis hin zum unstillbaren Erbrechen aufweisen.

► Differenzialdiagnostische Überlegungen

Hinweise ergeben sich aus der Art des Auftretens der Symptome, z.B. morgendlich bei Stoffwechselstörungen und Schwangerschaft, postprandial

bei Magenausgangsstenose oder schwallartig ohne Übelkeit bei zerebralen Ursachen. Das Erbrochene kann aus unverdauter Nahrung bestehen, blutig, kaffeesatzartig oder kotig sein.

- **Häufig** in der Allgemeinpraxis vorkommende Gründe für Übelkeit und Erbrechen sind:
 - gastrointestinale Ursachen, z.B. Enteritis, Ulkus, Gastritis, Appendizitis, Cholelithiasis, Hepatitis, Pankreatitis u. a.,
 - funktionelle Störungen, z.B. Reizmagen,
 - zerebrale Ursachen, z.B. Commotio cerebri, Migräne, Morbus Menière, Schlaganfall,
 - kardiale Ursachen, z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt,
 - Genussmittelmissbrauch, besonders von Alkohol,
 - Medikamentennebenwirkungen (Digitalispräparate, Diuretika, Antirheumatika, Antibiotika, Opiate, Zytostatika etc.),
 - Harnleiterkoliken,
 - (Früh-) Gravidität.
- **Seltener** in der Allgemeinpraxis auftretende Gründe für Übelkeit und Erbrechen sind:
 - Ösophagusstenose, Peritonitis, Ileus, Magenkarzinom, gastrointestinale Blutung,
 - akuter Glaukomanfall,
 - Adnexitis, Eklampsie,
 - Hodentorsion,
 - Hitzschlag,
 - allergischer Schock,
 - Pyelonephritis,
 - Meningoenzephalitis, intrakranielle Druckerhöhung,
 - Störungen des Essverhaltens (Extrem: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa mit selbstinduzierten und verheimlichten Erbrechen),
 - andere psychische Ursachen: z.B. Schmerz- und Angstreaktionen,
 - stoffwechselbedingte Ursachen: z.B. Nebennierenrindeninsuffizienz (Morbus Addison), Thyreotoxikose, Urämie und entgleister Diabetes mellitus.

Übelkeit allein kann auch bei fast allen oben genannten Störungen bestehen, insbesondere bei Befindensstörungen, bei leichteren Irritationen des Gastrointestinaltraktes, bei Dysmenorrhö, bei psychomotorischen Anfällen, bei Synkopen und anderen Grunderkrankungen.

► Diagnostische Möglichkeiten in der Praxis

Ursachen von Übelkeit und Erbrechen können meist mit folgendem Vorgehen in der Praxis abgeklärt werden.

● Anamnese:

Zu fragen ist nach:

- Stuhlgang, Appetit, Genussmitteleinnahme, Regelanamnese, Rückkehr von Auslandsreisen,
- Welche Medikamente werden in welcher Dosis eingenommen?
- Bestehen ähnliche Symptome im Umfeld des Patienten, z.B. Familie, Arbeitsplatz, Schule?
- Bestehen Hinweise auf Verzehr verdorbener Speisen?
- Frage nach Art, Intensität und Verlauf, z.B. akut (kürzer als 24 Stunden) oder chronisch,
- Bestehen Begleitsymptome wie z.B. Fieber, Durchfall, Bewusstseinsstörungen, Nackensteifigkeit, Schwindel, Brust- oder Bauchschmerzen?
- Beschaffenheit des Erbrochenen (z.B. unverdaute Speisereste bei Ösophagusstenose, blutig bei Ösophagusvarizenblutung),
- Liegen psychosoziale Belastungssituationen vor?

● Körperliche Untersuchung:

Die körperliche Untersuchung richtet sich nach der vermuteten Grundkrankheit. Sie umfasst die Beurteilung des Allgemeinzustands, die Messung von Puls, Blutdruck und Körpertemperatur, die Untersuchung von Pupillen, Skleren, Bulbus (einschließlich Blickrichtungsnystagmus), Nackenbeweglichkeit, die Mund- und Racheninspektion, Thorax- und Abdomenuntersuchung. Zu achten ist besonders auf Zeichen der peritonealen Reizung, Exsikkose sowie der intrazerebralen Druckerhöhung. Es muss ggf. die Koordination geprüft werden (Zeigefinger-Nasen-Versuch, Romberg-Versuch, Unterberger-Zeichen) zum Ausschluss eines Morbus Menière (s. Kap. 4.107).

● Labor:

Obligate Laboruntersuchungen sind: BSG, Blutbild, Blutzuckerbestimmung, Urinstatus, eventuell Schwangerschaftstest. Weitere Parameter richten sich nach den vorgefundenen Begleitsymptomen und der vermuteten Grunderkrankung. Bei Verdacht auf Intoxikation Asservierung des Erbrochenen.

► Ergänzende Diagnostik

Bei unkompliziertem gastrointestinalem Infekt: zunächst abwartendes Offenlassen, bei Beschwerdezunahme erneute Untersuchung. Bei Verdacht auf Abdominalerkrankung: Sonographie, eventuell endoskopische Untersuchung und Laborkontrollen. Bei unklaren Fällen und/oder Verdacht auf funktionelle Beschwerden: engmaschige Verlaufsbeobachtungen. Das weitere Vorgehen ist abhängig von der vermuteten Grunderkrankung.



Abwendbar gefährlicher Verlauf

Patienten mit Ileus, Peritonitis, einer perforierenden Appendizitis oder anderen Ursachen des akuten Abdomens müssen unverzüglich stationär eingewiesen werden. Zu denken ist ferner an eine mögliche Stoffwechselentgleisung mit Elektrolyt- und pH-Verschiebungen (metabolische Alkalose). Besonders bei Kleinkindern ist eine Exsikkose rechtzeitig zu erkennen. Dyspepsie-Verdacht bei Säuglingen muss zur frühzeitigen Klinikeinweisung führen. Intrakranielle Prozesse, ein akuter Myokardinfarkt oder Malignome dürfen nicht übersehen werden.

3.2.12 Durchfall

K.-Chr. Münter

► Definition

Durchfall bezeichnet das Auftreten von dünnen, mehrmals täglich abgesetzten Stühlen, wobei vielerlei Ursachen infrage kommen (infektiös, toxisch, entzündlich, funktionell, neoplastisch, endokrin, medikamentös, vaskulär). Die Ursachen des akuten und kurz dauernden Durchfalls können in der Allgemeinpraxis meist nicht geklärt werden, da häufig ein selbst limitierter Verlauf (innerhalb von 1–3 Tagen) vorliegt. Durchfälle können mit oder ohne vermehrter Wasserausscheidung verlaufen. Zu beachten ist, dass auch die normale Darmtätigkeit großen interindividuellen Schwankungen unterliegt. So beträgt die Stuhlfrequenz in der Normalbevölkerung zwischen 2- bis 3-mal pro Tag und 2- bis 3-mal pro Woche.

► Differenzialdiagnostische Überlegungen

● Häufige Gründe können in der Allgemeinpraxis sein:

- akuter, flüchtiger viraler Infekt des Gastrointestinaltraktes,
- Salmonellose,
- Toxine aus Lebensmitteln,
- Laxanzien, Antibiotikaeinnahme oder weitere Medikamente,
- funktionelle Unterbauchbeschwerden (z. B. Reizkolon),
- Pankreaserkrankungen wie Insuffizienz oder Entzündung,
- cholestatische Syndrome bei Hepatitis oder Choledochusobstruktion mit Steatorrhö,
- endokrine Erkrankungen: Hyperthyreose, Diabetes.

● Seltene Gründe können in der Allgemeinpraxis sein:

- Enteritis durch bakterielle Infektionen: z. B. Shigellen, Campylobacter, Yersinien, Tuberkulose,
- Enteritis durch Bakterientoxine: Choleraeribrien, Clostridien, E. coli, Staphylokokken,
- Enteritis durch Parasiten: z. B. Lamblien, Entamoeben,
- Malignome (Kolon- oder Rektumkarzinom),
- chronische Kolitis,
- ischämische Kolitis,
- Malabsorption (z. B. bei Lactasemangel, Sprue) oder Mukoviszidose,
- Nahrungsmittelallergien,
- Immunschwäche: AIDS, IgA-Mangel,
- Fehlernährung: Marasmus, Kwashiorkor.

Bei der sog. **Säuglingsdyspepsie** handelt es sich um eine akute Ernährungsstörung mit häufigen, durchfälligen Stühlen, subfebrilen Temperaturen und Erbrechen, deren Ursachen Ernährungsfehler, Malabsorption, Infektionen einschließlich Mittelohrentzündung oder Pneumonie sein können.

► Diagnostische Möglichkeiten in der Praxis

Wichtig zur Diagnosestellung in der hausärztlichen Praxis sind:

● Anamnese:

Die Fragen orientieren sich an den differenzialdiagnostischen Überlegungen:

- Sind Kinder oder Erwachsene betroffen?
- Trat Durchfall in der Familie, am Arbeitsplatz oder in der Schule auf? Hat eine Auslandsreise stattgefunden?
- Ist der Verlauf akut oder chronisch?
- Treten Begleitsymptome auf (z.B. Fieber, Erbrechen, Blut im Stuhl, Schleim-, Eiter- oder Fettbeimengung)?
- Besteht eine Auslösung durch Nahrungs- oder Medikamenteneinnahme (z. B. Durchfall durch verdorbene Speisen, Antibiotika, Laxanzienabusus, Metoclopramid, Magnesium enthaltende Antazida oder exzessiv eingenommene Zuckeraustauschstoffe, Dosis von Medikamenten erfragen)?
- Bestehen Hinweise auf mögliche funktionelle Störungen (bekannt ist der „nervöse“ Durchfall in psychischen Belastungssituationen)?
- Gingen Operationen voraus (z. B. ausgeschaltete Darmschlingen)?
- **Körperliche Untersuchung:**
Sie umfasst die Beurteilung des Allgemeinzustands, die Puls-, Blutdruck- und Körpertemperaturmessung, die Mund- und Racheninspektion und die Abdomenuntersuchung mit Auskultation der Darmgeräusche, einschließlich rektaler Untersuchung (Resistenz, Blut im Stuhl?). Zu achten ist besonders auf Zeichen der peritonealen Reizung und der Exsikkose.
- **Labor:**
 - BSG, Blutbild, TSH,
 - Stuhl auf okkultes Blut und pathogene Keime. Bei der häufigen viralen Enteritis zunächst 3 Tage abwarten und dann erst bei Persistenz des Durchfalls Stuhlproben einschicken. Weitere Laborparameter je nach vermuteter Grunderkrankung.

► Ergänzende Diagnostik

Je nach vermuteter Grundkrankheit, z. B. Sonographie, Magen-Darm-Passage, Koloskopie mit Biopsieentnahme zur histologischen Untersuchung, endoskopische (ERCP) oder röntgenologische Untersuchungen, abdominelles Computertomogramm.



Abwendbar gefährlicher Verlauf

Bei Beschwerdepersistenz sind Malignome oder eine geschwürige Darmentzündung auszuschließen. Bei anhaltendem Durchfall können Exsikkose, Elektrolyt- und Stoffwechselentgleisungen und ein Ileus auftreten, die der stationären Behandlung bedürfen. Aus den gleichen Gründen sollte die Säuglingsdyspepsie stationär überwacht werden. Auszuschließen sind eine entgleisende Hyperthyreose oder Tropenerkrankungen bei entsprechender Exposition.

3.2.13 Verstopfung

K.-Chr. Münter

► Definition

Verstopfung oder Obstipation bezeichnet das Auftreten von zu harten oder zu selten abgesetzten Stühlen. Schon die normale Stuhlentleerung weist eine große Variationsbreite hinsichtlich Volumen und Frequenz auf, wobei familiäre, soziale und diätetische Gewohnheiten individuelle Unterschiede mitbestimmen. So sind 3 bis ca. 14 Stuhlentleerungen pro Woche als normal zu bezeichnen. Da Abführmittel mit festgelegten Ausnahmen (z. B. Zustand nach Kolonoperation, Kolonkarzinom) in den Bereich der Selbstmedikation fallen und nicht mehr verschrieben werden dürfen, kommen Patienten mit **akuten Obstipationsbeschwerden** nur zu einem kleinen Teil in die Praxis. Der **chronischen Verstopfung** können organische, funktionelle, habituelle (z. B. aufgrund einer schlackenarmen Kost) oder iatrogene (unerwünschte Medikamentenwirkungen) zugrunde liegen. Im Alter kommt es meist zu einer multifaktoriell bedingten Tonusabnahme der Darmmuskulatur.

► Differenzialdiagnostische Überlegungen

Häufig bestehen keine organischen Ursachen, sondern die Verstopfung beruht auf **falschen Lebensgewohnheiten**, z. B. Verzehr einer hoch raffinierten, schlackenarmen Kost, zu geringe Flüssigkeitsaufnahme, Unterdrückung des Stuhlganges oder unregelmäßige Ess- und Lebensgewohnheiten. Auch spielen **falsche Normvorstellungen** eine Rolle, z. B. die, sich bei nicht täglichem Stuhlgang aus