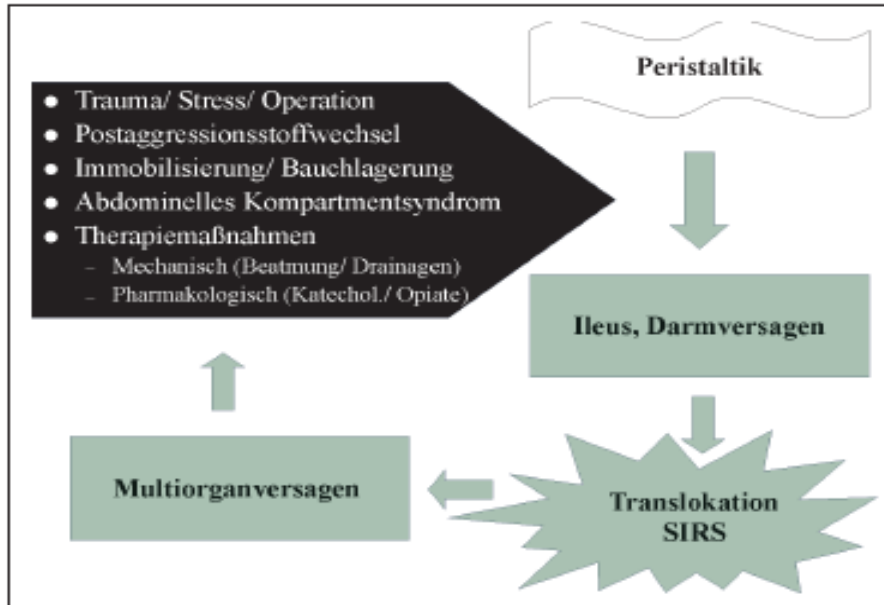




SOP (postoperative) Magen-Darm-Atonie

Auslöser der Magen-Darm-Atonie



<p>Prophylaxe</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Entfernung einer nasogastralen Sonde wenn keine Indikation für eine Sonde ➤ Indikation für Magensonde täglich prüfen ➤ Dauerableitung über liegende Magensonde täglich kritisch überprüfen ➤ Frühzeitige enterale Ernährung ➤ Frühzeitige Mobilisation ➤ Ausgeglichene Flüssigkeitsbilanz ➤ Adäquate Analgesie 	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Thorakale Epiduralanalgesie ➤ Systemische Opiatmedikation mit Laxans kombinieren (z.B. Bifiteral 3x10 ml p.o.)
--	--	---

<p>Diagnostik</p> <p>Mechanische Ursache?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinik ➤ Apparative Diagnostik nach Maßgabe operatives Fach 	<p>Abszeß, Anastomoseninsuffizienz, Adhäsion, mechanische Passagestörung, abdominelles Kompartmentsyndrom?</p> <p>✓</p> <p>✓</p>
---	--

Chirurgische Behandlungsoption?



SOP (postoperative) Magen-Darm-Atonie

Konservative Therapie

Allgemeine Behandlungsgrundsätze	
➤ Ausgeglichener Wasser- und Elektrolythaushalt	✓
➤ Aspirationsprophylaxe, strenge Oberkörperhochlagerung	✓
➤ Mobilisation	✓

Oberbauchatonie, Stufenschema <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anlage einer nasogastralen Magensonde ➤ Intermittierendes Abklemmen der Magensonde, sobald Rückstau tendenziell rückläufig ➤ Metoclopramid (MCP)* ➤ Erythromycin* 	✓ Peristaltischer Reflex 3x10 mg iv, Therapiebeginn sofort, Therapiedauer bis 3 Tage 4x75 mg iv (über 30 min), Therapiebeginn sofort in Kombination mit MCP, Therapiedauer bis 3 Tage
---	--

Distale Motilitätsstörungen, Stufenschema <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klyisma, Hebe-Senk-Einlauf ➤ Neostigmin/MCP* bei vorhandener Peristaltik <ul style="list-style-type: none"> ➤ Peritrast®-oral-GI 300mg I/ml ➤ Rizinusöl 	Peristaltischer Reflex 1x1,5 mg + 30 mg MCP in 50 ml NaCl 0,9% über 3-Stunden iv (Kontraindikation beachten!) 20-30 ml oral/via Magensonde 20-30 ml oral/via Magensonde
--	--

Praxistipp: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bei kombinierter medikamentöser Behandlung einer Oberbauchatonie <u>und</u> einer distalen Motilitätsstörung: Verzicht auf den Zusatz von MCP im Neostigmin-Perfusor. ➤ Bei Patienten, die unter den Nebenwirkungen von Neostigmin leiden bzw. klinisch symptomatisch werden, sollte die Laufzeit auf 6 Stunden verlängert werden. ➤ Bei Patienten mit z.B. Z.n. Hemikolektomie rechts oder OP nach Traverso-Longmire und hohen Magensondenrückstaumengen an „geschwollene“ Anastomose oder Pylorusstenose denken, hier keine propulsive medikamentöse Therapie. Rücksprache mit den Kollegen der AVC.

*der Einsatz von MCP und Erythromycin erfolgt als Off-label-use bei fehlender Zulassung!

Autor: Dr. M. Reyher Freigabe: Prof. Dr. A. Benzing Zuletzt bearbeitet: 11.07.2018	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin Prof. Dr. med. A. Benzing
--	---