

Monooctanoin zur Auflösung von Gallengangssteinen

Die Instillation eines Monooctanoin-Gemisches (Capmul 8210) über ein T-Drain oder eine endoskopisch gelegte Verweilsonde in den Gallengang führt bei den meisten Patienten innerhalb weniger Tage zu einer Auflösung cholesterinhaltiger Steine. Thistle (Rochester) berichtete über 118 Patienten, die mit dieser Lösung behandelt wurden. Eine Dauerinfusion von 5 ml/Stunde führte in 54 Fällen (45,8 Prozent) zu einer vollständigen Auflösung der Konkremente, bei 24 Patienten (20,3 Prozent) nahmen die Steine an Größe und Zahl ab. Eine Änderung der Leberfunktionsproben wurde nicht beobachtet. Nebenwirkungen: Übelkeit, Erbrechen und Durchfälle. Bei den Gallengangssteinen, die sich einer Litholyse gegenüber als resistent erwiesen, handelt es sich wahrscheinlich um kalziumhaltige Bilirubinsteine (Pigmentsteine), für deren Behandlung Leuschner (Frankfurt) die Instillation einer alkalischen EDTA-Lösung vorschlug. R

(VI. International Bile Acid Meeting: Bile Acids and Lipids, Oktober 1980, Freiburg)

Gastroduodenale Streßblutungen: Prophylaxe und Therapie

Über eine prospektive kontrollierte Studie bei besonders blutungsgefährdeten Intensivpatienten mit mehrfacher Organinsuffizienz berichtete Zumtobel, München. Die Patienten erhielten entweder Antazida (2 l Gelusil-Lac/24 Std.), Cimetidin (8mal 200 mg/24 Std.) oder Cimetidin (8mal 200 mg) und Pirenzepin (2mal 10 mg/24 Std.). In der Antazidagruppe bluteten von 24 Patienten ohne Sepsis 3 (12,5 Prozent), von 14 Patienten mit Sepsis 6 (42,7 Prozent). In der Cimetidingruppe

bluteten von 122 Patienten ohne Sepsis 2 (1,6 Prozent) und von 44 Patienten mit Sepsis 6 (13,6 Prozent). Durch die Zugabe von 2mal 10 mg Pirenzepin i. v. ließ sich die Blutungsrate bei inzwischen 46 Patienten noch weiter reduzieren. Bei massiven Blutungen erwies sich die medikamentöse Therapie als wirkungslos. Nach mechanischer Blutstillung durch Laserkoagulation oder Operation konnte bei 12 von 15 Patienten eine Rezidivblutung vermieden werden. Zu einer gesicherten Cimetidin-bedingten allergisch-toxischen Agranulozytose kam es bei einem Schwerkranken. R

(VIII. Kongreß der Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern, November 1980, Schweinfurt)

Thromboseprophylaxe an Fremdoberflächen

Das Problem einer zufriedenstellenden Thromboseprophylaxe an Fremdoberflächen, die dem Blutstrom ausgesetzt sind, ist noch ungelöst (Lechner, Wien). Bei extrakorporaler Perfusion, Hämodialyse usw. wird das Blut heparinisiert, zusätzlich werden Plättchenaggregationshemmer oder neuerdings Prostazyklin gegeben. Bei inkorporierten Fremdoberflächen, speziell Herzklappenprothesen, muß – soweit es sich um künstliche Klappen aus technischem Material handelt – lebenslang antikoaguliert werden. Der Zusatz von Aggregationshemmern verstärkt den Effekt (Embolieverhütung), erhöht aber auch das Blutungsrisiko. Bioprothesen der Herzklappen bedürfen dagegen im allgemeinen nur einer mehrwöchigen Antikoagulation, selten der Dauertherapie. Im Schnitt ist das Embolierisiko bei Bioprothesen allein etwa so hoch wie bei künstlichen Klappen aus technischem Material plus gekannter Antikoagulation. KW

(Ludwig-Heilmeyer-Symposium der Gesellschaft für Fortschritte auf dem Gebiet der inneren Medizin, November 1980, Düsseldorf)

Parameter zur Überwachung von Schwangeren?

Von den biochemischen Parametern haben sich lediglich die Bestimmungen von Östriol und HPL durchgesetzt. Diese Bestimmungen sind jedoch nur bei der Überwachung von hochrisikoreicheren Schwangeren sinnvoll. Nach Knapstein und Melchert, Mainz, ist der Einsatz in der Routine-Schwangerenvorsorge nicht indiziert. Bedeutung kommt der Ultraschallmessung zu. Bei möglicher akuter Gefährdung des Feten soll die Kardiotokographie, nötigenfalls unter Oxitocin-Belastung, eingesetzt werden. Wichtig ist die gute klinische Überwachung mit herkömmlichen Untersuchungsmethoden. See

(151. Tagung der Mittelrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, Mai 1979, Mannheim)

Ausländische Patientinnen in einer Frauen-Poliklinik

Hetzler et al., Frankfurt, untersuchten retrospektiv die unterschiedliche medizinische Betreuung ausländischer Patientinnen aufgrund kultureller, sozialer und durch Gastarbeiterstatus bedingter Faktoren. Verglichen wurden Herkunft der Patientinnen, Art der Beschwerden, Diagnose und Verbleib der Patientinnen. Von 1915 Patientinnen waren 19,7 Prozent Ausländerinnen, in erster Linie Türkinnen, Jugoslawinnen, Italienerinnen, Spanierinnen, Portugiesinnen und Griechinnen. Ältere Patientinnen waren nur in geringer Zahl vertreten. Bei den ausländischen Patientinnen standen akute Beschwerden im Vordergrund gegenüber Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen; bei 9,7 Prozent war eine sprachliche Verständigung nicht möglich. PST

(43. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Oktober 1980, Hamburg)