

## Pankreatitisdiagnostik: Bestimmung von Serumamylase und Serumlipase ausreichend

Zur Diagnostik der akuten Pankreatitis werden eine Reihe von Serum- und Urinuntersuchungen empfohlen. In einer prospektiven Studie wurde anhand von 19 Patienten mit einem akuten Pankreatitisschub der diagnostische Wert von Serumamylase und -lipase untersucht und mit Befunden von Patienten mit akutem Abdomen sowie sich gesund fühlenden Freiwilligen verglichen. Für die Diagnostik der akuten Pankreatitis ergab sich bei der Serumamylase eine gute Sensitivität, jedoch eine Spezifität, die derjenigen der Serumlipase unterlegen war. Gegenüber den Serumenzymbestimmungen ergaben Urinuntersuchungen (Spontanurin und 2-Stunden-Sammelurin) keinen wesentlichen zusätzlichen Gewinn. Für die diagnostische Routine kann deshalb nach wie vor die kombinierte Bestimmung von Serumamylase und -lipase empfohlen werden. W

Haffter, D.; Meyer, N.; Scholer, A.; Gyr, K.: Der diagnostische Wert der Bestimmung von Serumamylase und Serumlipase bei Verdacht auf akuten Schub einer akuten und chronischen Pankreatitis, *Schweiz. med. Wschr.* 113 (1983) 184–188, Gastroenterologische Abteilung des Department für innere Medizin, Kantonsspital, CH-4031 Basel

## Kritische Analyse der Appendizitisdiagnostik

Bei der Diagnose der akuten Appendizitis, die ja zumeist unter dem Bild des akuten Abdomens verläuft, werden offensichtlich im Rahmen der Routinediagnostik eine Reihe von Maßnahmen vorgenommen, die einer kritischen Kosten-Nutzen-Analyse nicht standhalten. Die Autoren werteten retrospektiv 329 Notfall-Appendektomien aus, die während eines Zeitraums von 2 Jahren durchgeführt worden waren. Die Bestimmung der Leukozytenzahl, die Serum-elektrolyte und die Amylasebe-

stimmung im Serum trugen nichts zur Diagnosestellung bei, desgleichen die Abdomenübersichtsaufnahme. Hier kam es sogar relativ häufig zu Fehlinterpretationen durch die Chirurgen. Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß man bei klinischem Verdacht auf eine akute Appendizitis aus Gründen der Kostenersparnis auf die genannten Untersuchungen verzichten könne, ohne daß eine klinische Information verlorengehe. W

Feeley, T. M.; McFarlane, D. E.; Devlin, H. B.: Acute appendicitis: are any investigations cost effective? *Irish Medical Journal* 75 (1982) 475–476, Mercer's Hospital, Dublin, und North Tees General Hospital

## Arteriosklerose: Nichtinvasive Diagnostik

In der klinischen Routine und Forschung haben sich in den letzten Jahren zur Diagnostik peripherer arteriosklerotischer Gefäßveränderungen neben der Angiographie eine Reihe nichtinvasiver Untersuchungsmethoden bewährt. Der Autor bewertet kritisch die Indikation, Sensitivität und Spezifität der wichtigsten Verfahren, wie digitale Subtraktionsangiographie, Okuloplethysmographie, Phonoangiographie, Gefäßsonographie und Doppleruntersuchung. Die Kostenanalyse zeigt, daß sich die Kosten in der Diagnostik zerebraler Durchblutungsstörungen durch den Einsatz der digitalen Subtraktionsangiographie um knapp die Hälfte senken lassen. Mit Hilfe von Ultraschall-Sonographie und Doppler (duplex scanning) werden etwa zwei Drittel der Kosten einer Karotisangiographie gespart. Nicht zuletzt deswegen eignet sich gerade diese Methode bei einer relativ hohen Aussagekraft und geringer Patientenbelästigung, außer in der präoperativen Diagnostik, auch für epidemiologische Studien. müb

Strandness, D. E.: Noninvasive Evaluation of Arteriosclerosis, *Arteriosclerosis* 3 (1983) 103–116, Dept. of Surgery, University of Washington School of Medicine, Seattle, Washington 98195, USA

## Frühe Gabe von Atenolol bei Verdacht auf akuten Myokardinfarkt

Die Wirkung von intravenöser und oraler Atenolol-(Tenormin®)-Gabe bei Ventrikulararrhythmien und Verdacht auf akuten Myokardinfarkt wurde bei 182 Patienten, die innerhalb von 12 Stunden nach Einsetzen der Brustschmerzen eingeliefert wurden, untersucht. In der randomisierten Studie erhielten 95 Patienten 5 mg Atenolol i. v., unmittelbar anschließend 50 mg oral und 50 mg Atenolol nach 12 Stunden; im Anschluß daran wurden 10 Tage lang 100 mg/Tag Atenolol gegeben; 87 Patienten dienten als Kontrollgruppe. Die behandelten Patienten hatten bedeutend weniger ventrikuläre Extrasystolen, 58 Kontrollpatienten (67 Prozent) hatten Ventrikelextrasystolen mit R-auf-T-Phänomen im Vergleich zu 25 unbehandelten Patienten (26 Prozent) ( $2p < 0,0001$ ); wiederholte Ventrikulararrhythmien wurden bei 64 Kontrollpatienten (74 Prozent) und bei 55 behandelten Patienten (58 Prozent) ( $2p < 0,05$ ) gemessen. Die Herzfrequenz war in der ersten Stunde nach der i. v. Gabe von Atenolol von  $77 \pm 1$  Schläge/Minute vor Medikation auf  $65 \pm 1$  Schläge/Minute ( $2p < 0,001$ ) deutlich reduziert, und die Herzfrequenz unterschied sich signifikant von der der Kontrollgruppe. In der Häufigkeit des Vorkommens von Herzinsuffizienz gab es keinen Unterschied, in der Gruppe der behandelten Patienten erhielten jedoch weniger Patienten andere Antiarrhythmika oder Digoxin. Diese Ergebnisse zeigen, daß frühe intravenöse und orale Gaben von Atenolol Auftreten und Häufigkeit schwerer Ventrikulararrhythmien in den ersten 24 Stunden eines vermuteten akuten Myokardinfarkts reduzieren können. Dpe

Rossi, P. R., et al.: Reduction of ventricular arrhythmias by early intravenous atenolol in suspected acute myocardial infarction, *British Medical Journal* 286 (1983) 506–510, Dr. P. R. Rossi, University Department of Cardiovascular Medicine, John Radcliffe Hospital, Headington, Oxford, England