

berst wirksame Formen der Regionalanästhesie auf, die zunehmend Verbreitung fänden.

Zum Thema „Grenzen der Behandlungspflicht aus kinderchirurgischer Sicht“ nahm der Kinderchirurg Thomasson (Stockholm) in einem tiefgründigen Referat Stellung. Er schilderte seinen Weg vom jugendlichen, idealistischen, krankheitsorientierten, pflichtethisch geprägten Kinderchirurgen zum demütigeren Konsequenzethiker, der besonders bei schweren zerebralen Mißbil-

den mit Blick auf die Folgen auch auf operative Korrekturen anderer Mißbildungen bei diesen Kindern verzichtet. Operationen sollten dann vermieden werden, wenn dadurch das Leiden nur verlängert wird. Dem stimmte der Kinderanästhesist Holzki (Köln) zu. Kein Arzt fälle gern Entscheidungen über Leben und Tod eines Patienten. Oft muß aber festgestellt werden, daß eine mit großer Sorgfalt getroffene vermeintlich gute Entscheidung nur zur Leidensverlängerung führe. In jedem Falle

müsse aber die Entscheidung durch die behandelnden Ärzte selbst und nicht durch ein Gremium, bestehend etwa aus Ärzten, Theologen und Juristen, getroffen werden.

Zahlreiche weitere Vorträge zu spezielleren Fragestellungen von Kinderanästhesie und Kinderchirurgie rundeten das Programm ab.

Dr. med. Franz Josef Kretz  
PD Dr. med. Felix Schier  
Universitätsklinikum Steglitz  
Hindenburgdamm 30  
W-1000 Berlin 45

## Behandlung der instabilen Angina pectoris

In Linköping, Schweden, wurden in einer randomisierten, doppelblinden und plazebokontrollierten Studie 796 Männer mit instabiler koronarer Herzkrankheit (instabiler Angina oder Nicht-Q-Zacken-Herzinfarkt) mit Acetylsalicylsäure (75 mg/Tag oral) und/oder fünf Tage intermittierend mit Heparin intravenös behandelt.

Unter Acetylsalicylsäuregabe verminderte sich sowohl das Herzinfarktrisiko als auch das Mortalitätsrisiko. Es kamen sowohl Nicht-Q-Zacken-Herzinfarkte als auch instabile Angina seltener vor, unabhängig von elektrokardiographischen Veränderungen oder einer medikamentösen

Begleittherapie. Die intravenöse Heparintherapie in Form intermittierender Bolusinjektionen allein hatte keinen signifikanten Einfluß auf die Erkrankungsfolgen, hingegen wies die mit Acetylsalicylsäure und Heparin behandelte Gruppe die geringste Anzahl von Zwischenfällen in den ersten fünf Tagen auf. Bei der Behandlung traten insgesamt nur wenige Nebenwirkungen auf. Die positiven Wirkungen (Risiko für Myokardinfarkt) unter Acetylsalicylsäuregabe waren auch drei Monate nach einer Episode mit instabiler Angina pectoris noch nachweisbar. nkl

The Research Group on Instability in Coronary Artery Disease (RISC): Risk of myocardial infarction and death during treatment with low dose aspirin and intravenous heparin in men with instabile coronary artery disease. *Lancet* 1990; 336: 827-830.

Dr. L. Valentin, Division of Cardiology University Hospital, S-58185 Linköping, Schweden.

## Was steckt hinter Dyspepsie?

Dyspeptische Symptome sind außerordentlich häufig; etwa ein Drittel der „gesunden“ Bevölkerung klagt im Laufe eines Jahres über Oberbauchbeschwerden, wobei in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle keine organische Ursache gefunden wird. Aus Norwegen kommt jetzt eine fallkontrollierte Studie an über 300 Patienten mit einer Reizmagensymptomatik, die ebenso wie eine gleich große alters- und ge-

schlechtkorellierte Kontrollgruppe ohne Beschwerden einer endoskopischen Untersuchung unterzogen wurde. Zwei Fragen waren für die Aufnahme in die Reizmagengruppe entscheidend.

Frage 1: Hatten Sie jemals abdominelle Beschwerden von mindestens zwei Wochen Dauer? Wenn ja, war der Schmerz im Oberbauch lokalisiert? Und die 2. Frage: Hatten Sie je Sodbrennen oder Säureregurgitationen täglich während einer mindestens einwöchigen Periode?

Im Rahmen der endoskopischen Untersuchung wurden Gewebspro-

ben aus Antrum, Corpus und Duodenum entnommen, von der Biopsie umschriebener Läsionen abgesehen. Peptisches Ulkus, endoskopische Duodenitis und aktive chronische Gastritis wurden signifikant häufiger bei Personen mit Dyspepsie diagnostiziert. 30 bis 50 Prozent der Diagnosen Schleimhautentzündung und peptisches Ulkus wurden bei Probanden ohne Symptomatik gestellt. Nur zehn Prozent aller Personen mit und ohne Dyspepsie hatten einen unauffälligen endoskopischen Befund.

Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß mit Ausnahme des peptischen Geschwürleidens und der endoskopischen Duodenitis keine Assoziation von klinischer Bedeutung mit dyspeptischen Symptomen besteht. Überraschend ist sicher die geringe Rate von nur zehn Prozent normaler endoskopischer Befunde, die noch dazu in gleicher Häufigkeit bei symptomatischen und asymptomatischen Patienten gefunden wurden. W

Johnsen R., B. Bernersen, B. Straume, O. H. Førde, L. Bostad, P. G. Burhol: Prevalences of endoscopic and histological findings in subjects with and without dyspepsia. *Er. med. j.* 302: 749-752, 1991.

University of Tromsø, 9000 Tromsø, Norwegen.