

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir berichten über unsere gemeinsame Patientin Frau Erna Schröder, geb. am 17.07.1938, die vom 11.01.-14.01.2016 auf unserer unfallchirurgischen Station 4 behandelt wurde.

**Anamnese**

Z.n. Sturz a. d. linke Körperhälfte im Bad des Pflegeheims. Die stationäre Einweisung erfolgte durch den Notarzt. Die Patientin berichtet bei Aufnahme über starken Belastungs- und Bewegungsschmerz sowie eine Bewegungsunfähigkeit der linken Schulter. Der Arm wird von der Verletzten mit der gesunden Hand am Körper gehalten. Des Weiteren klagte sie über Schmerzen an der linken Körperseite, explizit Ellenbogen, Rippen, Hüfte, Oberschenkel sowie Außenknöchel des linken Fußes.

Diagnosen:

* Bekannte arterielle Hypertonie
* Bekannte Osteoporose
* Aktuell proxymale Humeruskopffraktur links, diverse Schürfwunden und Hämatome der linken Körperhälfte

**Körperliche Untersuchung**

Patientin in mäßig reduziertem Allgemeinzustand und gutem Ernährungszustand.

Pulmo: vesikuläres Atemgeräusch bds. Abdomen: Bauchdecken eindrückbar, Darmgeräusche vorhanden, keine Abwehrspannung, kein Druckschmerz, Nierenlager nicht klopfschmerzhaft. Leber und Milz nicht palpabel. Neurologischer Befund: Pupillen mittelweit, prompt auf Licht reagierend, neurologische Untersuchung unauffällig.

**Lokalbefund**: Es zeigte sich im Bereich des betroffenen Gelenks eine schmerzhafte Einschränkung der Beweglichkeit. Druckschmerz am Humeruskopf, beginnende Blutergüsse in der Achselhöhle, seitlich an der Thoraxwand und auf der medialen Seite des Oberarms. DMS peripher intakt. Hämatome und kleinere Schürfwunden an Ellenbogen, Hüfte Kniegelenk, sowie Außenknöchel.

**Röntgen** in 2 Ebenen:

Es zeigt sich eine extraartikulare, unifokale (proximale) Fraktur des Humeruskopfes links.

Die Ultraschalluntersuchung zeigte keine Hinweise auf Schäden an der Rotatorenmanschette.

**Labor** bei Aufnahme:

CRP 2,6 mg/dl, Hb 12,6 mg/dl, Leukozyten 6400/μl, Glucose 113mg/dl, HbA1c 6,5%, Kreatinin 1,2 mg/dl, Elektrolyte, Gerinnung, Transaminasen, gGT, TSH, Cholesterin und Trigylceride unauffällig.

**Therapie und Verlauf**

Die stationäre Aufnahme erfolgte unter dem klinischen Bild einer Humeruskopffraktur. Die Patientin hatte sich die Verletzung im Rahmen eines Sturzereignisses zugezogen. Die konservative Therapie der leicht x-förmig eingestauchten und stabilen Fraktur erfolgt durch Anlage eines Gilchrist-Verbandes für ca. 1 Woche, Röntgenkontrolle und zunehmende Bewegungsübungen (Pendeln). Die sich zunehmend entwickelnden Hämatome werden konservativ durch Kühlung und Auftragen von Heparinsalbe therapiert. Die Schürfwunden sind nach mechanischer Reinigung abgetrocknet und bedürfen keiner weiteren Versorgung.

Wir führten in Zusammenarbeit mit unserer physiotherapeutischen Abteilung nach dem Eingriff eine Frühmobilisation durch.

Die vorbestehende Vormedikation wurde hier fortgesetzt.

**Procedere:**

Analgesie mit 3x Ibu 600mg

Regelmäßige Kontrollen des Röntgenbefundes und eine effektive Frühmobilisation, um eine Versteifungstendenz der Schulter zu vermeiden.

Wir bitten um regelmäßige Wundkontrollen (Infektion?)

Versorgung der Hämatome mit Heparinsalbe 2x täglich

Orthopädische Vorstellung zur weiteren Behandlung.

Die Entlassung erfolgt in Ihre weitere ambulante Betreuung, die Patientin wird in das Pflegeheim zurückverlegt.

Mit kollegialem Gruß

