

Gemeinschaftspraxis
Dres. med. Sägebrecht, Schiebelbein und Schnitter
Munkenstraße 8
28001 Bremen

3.11.2005

Patientin: Schulz , Henriette, geb. 18.08.1923
Karbunkelweg 29, 28007 Bremen

Sehr geehrte Kollegen Sägebrecht, Schiebelbein und Schnitter,

mit herzlichem Dank für die freundliche Zuweisung berichten wir über o.g. Patientin, die sich vom 28.10. bis 8.11.2005 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnose: Pneumonie bds. bei bekannter COPD
Reizloses Ulcus Dig. IV linker Fuß
Kompensierte rechtsführende Herzinsuffizienz bei Cor pulmonale
Arterielle Hypertonie
Diabetes mellitus Typ 2, IDDM
Niereninsuffizienz im Stadium der kompensierten Retention (Stad. III n. MDRD) bei Verdacht auf benigne Nephrosklerose
Steroidosteoporose

Anamnese: Aufnahme der Patientin mit zunehmender Luftnot und fieberhaften Temperaturen um 39 °C. Begleitend besteht grünlich fingierter Auswurf bei bekannter COPD.

Vorgeschichte: COPD. Herzinsuffizienz bei Cor pulmonale. Arterielle Hypertonie. Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Nephropathie. Steroidosteoporose. Adipositas. Sigmadivertikulose. Zustand nach Knie-TEP bds. Zustand nach OP Zwerchfellhernie. Zustand nach OP Tränensäcke. Zustand nach Gürtelrose 10/04. Zustand nach Appendektomie. Vormedikation: Simvahexal 20, Atosil, Movicol 1x1, Lasix 125 1x1, ACC 1x1, Calcium D Brause 1x1, Euphyllong 250 1x1, Lorzaar 50 1x1, Furosemid 40 1x1. Vegetativum: Stuhlgang eher Obstipationsneigung, Miktio: vier-bis fünfmalige Nykturie, keine Dysurie, keine Algurie.

Aufnahmebefund: Adipöse Patientin in akut und chronisch reduziertem Allgemeinzustand, Schleimhäute feucht, Hals Lymphknoten frei, allenfalls diskrete Unterschenkelöedeme, keine Cyanose, S02 93%. Pupillen mit Zustand nach Katarakt-OP, Lichtreaktion träge, konsensual ob. Zunge feucht. Schilddrüse

Patientin: Schulz , Henriette, geb. 18.08.1923
Karbunkelweg 29, 28007 Bremen

Schilddrüse vergrößert palpabel. Pulmo: sonorer Klopfeschall, vesikuläres Atemgeräusch, deutlich Giemen und Brummen, deutliche Bronchospastik, basale ohrnahe RG bds. Cor: Herztöne leise bei lautem Atemgeräusch, Herztöne wohl rein, Frequenz rhythmisch, Frequenz 90/min, RR 140/80 mmHg. Abdomen: massi.v adipös, deutlicher Meteorismus, kein Druckschmerz, keine Abwehrspannung, Darmgeräusche regelrecht. Leber und Milz nicht palpabel vergrößert, Nierenlager frei, rectal Schleimhaut glatt, kein Blut, kein Teerstuhl. Extremitäten: Malon perforans am linken Fuß Dig. IV, wirkt leicht infiziert, Beweglichkeit bds. eingeschränkt seitengleich, nicht palpable Pulse der A. dorsalis pedis und poplitea bds. ZNS/PNS grobneurologisch unauffällig,]-,eine pathologischen Reflexe, unauffällige Muskeleigenreflexe, Sensibilität: diabetische PNP mit Kribbelparaesthesien der unteren Extremität/Füße.

Labor: siehe Anlage.

EKG: 28.10.: Sinusrhythmus, Linkstyp, Frequenz 97/min, einzelne sVES, descendierende ST-Senkung mit praeterterminal negativem T in I, aVL (vorbekannt).

Röntgen Thorax: 28.10.: Beide Zwerchfelle abgeflacht und tiefstehend.

Im Quer- und Tiefendurchmesser vergrößertes, rechtsbetontes Herz. Aorta sklerosiert und verkalkt.

Deutliche zentrale, geringer ausgeprägt auch periphere Stauungszeichen.

Im Bereich des Lungenober- und -mittelfeldes beiderseits kein eindeutiger Nachweis entzündlicher pulmonaler Infiltrate.

Kein Pleuraerguss.

Röntgen linker Fuß: Kein sicherer Nachweis ostitischer/osteomyelitischer Veränderungen bei Malum perforans.

Nebenbefundlich hochgradige degenerative Veränderungen im Großzehengrundgelenk, leichtgradige degenerative Veränderungen in den weiteren Grundgelenken.

Verlauf und Therapie: Bei zunehmender Dyspnoe und fieberhaften Temperaturen lag mit deutlichen basalen ohrnahen RG eine Pneumonie bds. vor. Radiologisch konnte sich dieses zunächst nicht zeigen, da sich der infiltrative Prozess hinter beiden Zwerchfellkuppen befand. Unter einer Antibiose mit Cefuroxim und Ciprobay konnte eine schnelle Entfieberung erreicht werden. Auch die deutlich erhöhten Entzündungsparameter waren unter der parenteralen Antibiose zügig rückläufig. Aufgrund der initialen deutlichen Bronchospastik erhöhten wir vorübergehend die Cortisondosis und bitten diese weiterhin im Verlauf zu reduzieren. Die Spastik war unter Behandlung des Infektes deutlich rückläufig.

Patientin: Schulz , Henriette, geb. 18.08.1923
Karbunkelweg 29, 28007 Bremen

Begleitend bestand weiterhin das schon aus dem Voraufenthalt bekannte Ulcus am Dig. IV links, das keinen ausgeprägten Infekt aufwies. Unter konsiliarischer Mittherapie unserer Chirurgen wurde das weitere Wundmanagement mit lokal antibiotischer Therapie mittels Neomycin festgelegt. Danach Versorgung mit Repithel und Hydrocolloidverbänden. Der bekannte Diabetes mellitus war unter der Fortführung der Insulintherapie auch während des Infektes weitgehend gut eingestellt.

Wir entlassen Frau Schulz in Ihre weitere ambulante Therapie in nun deutlich gebessertem Zustand bei sicherlich chronisch fortbestehender Dyspnoe bei bekannter COPD. Bezüglich der Herzinsuffizienz zeigte sich ein kompensierter Zustand. Das Entlassungsgewicht lag diesmal bei 93,8 kg.

Medikation bei Entlassung:

Nexium 20 1-0-0
Mucosolvan 3 x 4 ml
Decortin H 10 1-0-1/2
Atosil Tr. 10-10-15
Lasix 40 2-1-0
Calcium D Brause 1-0-0
Viani DA 1-0-1
Spiriva DA 1-0-0
Afonilum ret. 250 1-0-1
ACC 600 1-0-0
Lorzaar 50 plus 1-0-0
Simvahexal 20 0-0-1
Norvasc 5 1-0-1

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. G. v. Haubensack
Chefarzt

Dr. med. S. Schmidt
Stationsarzt