



St. Josefskrankenhaus
Loretto-Krankenhaus

Akademische Lehrkrankenhäuser
der Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg

St. Josefskrankenhaus · Sautierstraße 1 · 79104 Freiburg

Herrn
Dr. med. Florentin Thum
Facharzt für Allgemeinmedizin
Moosmattenstr. 23
79117 Freiburg im Breisgau

Innere Medizin

Klinik für Pneumologie und Beatmungsmedizin WeaningZentrum RKK

Chefarzt Prof. Dr. med. S. Sorichter

Telefon: 0761 / 2711 - 1
Durchwahl: 0761 / 2711 - 2751
Telefax: 0761 / 2711 - 782751
E-Mail: Pneumologie@rkk-klinikum.de

23.07.2019
91929515

Vorläufiger Arztbrief / Endgültiger Brief folgt

Strasser, Heinrich, * 13.10.1929
79102 Freiburg, Runzstr. 77

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen über o.g. Patienten, der sich vom 06.07.2019 bis zum 12.07.2019 bei uns in stationärer Behandlung befand.

Diagnosen:

- Pneumonie OL rechts DD Aspirationspneumonie
- mit Begleiterruss
 - Anlage einer Matthydrainage vom 10.07.-12.07.2019
 - Antibiotikatherapie mit Piperacillin/Tazobactam vom 06.07.-11.07.2019
 - Akute respiratorische Partialinsuffizienz

Harnwegsinfekt

- Nachweis von Enterobacter aerogenes in der Urinkultur
- Cotrimoxazol seit 10.07.2019

Obstipation

Hypoalbuminämie

Hypotonie unter antihypertensiver Medikation

- Reduktion des Betablockers

Epilepsie

- generalisierter Epileptischer Anfall 2017

Rez. GI-Blutungen bei Angiodysplasien und Ulcus Duodeni

Permanentes Vorhofflimmern ED 06/10

- keine OAK bei rez. GI-Blutungen

pAVJK IIB links, pAVK IV rechts

- Z.n. US-Amputation links 1996 mit Phantomschmerz
- Z.n. Stent A.fem. re. 2004
- Z.n. PTA der A. femoralis und A. poplitea re 03/2012
- Z.n. D3-Amputation am Fuß re. 07/2012
- Nekrotische Ulzerationen D3/4 re 02/2015
- Angiografie mit Nachweis von hochgradigen Stenosen der AFS sowie Stenose der

A. pop. und AFP 01/2015

Dilatative Kardiomyopathie ED 04/2012

- EF 45-50% 08/12

Pneumologische Privatambulanz/
Sekretariat
Jasmin Depner

Pneumologische
Normalstation 2K
Tel.: 0761/2711-2761
Fax: 0761/2711-782761

Interdisziplinäre
Überwachungs-Intensivstation
3M St. Vinzenz
Tel.: 0761/2711-2425
Fax: 0761/2711-782425

Wahlleistungsstation
4M St. Louise
Tel.: 0761/2711-2441
Fax: 0761/2711-782441

WeaningZentrum RKK
24 Stunden-Hotline
Tel.: 0761/2711-5599
Fax: 0761/2711-786599

Endoskopie

Lungenfunktionslabor

Pat.: **Heinrich Strasser**, Geb.Dat.: **13.10.1929**, M

KHK

- Akinesie inferobasal

Stuhl- und Harninkontinenz

CVRF:

Arterielle Hypertonie

Diabetes mellitus Typ 2

- diabetisches Fußsyndrom

Dyslipidämie

Ex-Nikotinabusus

Anamnese:

Die Übernahme erfolgte aus der Universitätsklinik Freiburg zur weiteren Therapie bei Pneumonie im Oberlappen rechts sowie einem Harnwegsinfekt. Dort sei er bei AZ-Verschlechterung im Pflegeheim vorgestellt worden. Eine empirische Antibiotikatherapie mit Piperacillin/Tazobactam war in der Uniklinik bereits begonnen worden.

Aktuelle Medikation bei Aufnahme:

- Bisoprololfumarat, BISOHEXAL 5mg Filmtabl, TBL, 1/2-0-0-0
- Folsäure, FOLSÄURE RATIOPHARM 5.0mg Tabl, TBL, 0-1/2-0-0
- Gabapentin, GABAPENTIN HEXAL 400mg Hartkaps, KPS, 2-1-1-2
- Pantoprazol-Natrium, PANTOPRAZOL-PUREN 20mg Tabl, TBL, 1-0-0-0
- Simvastatin, SIMVAHEXAL 40mg Filmtabl, TBL, 0-0-1-0
- Torasemid, TORASEMID HEXAL 10mg Tabletten, TBL, 1-0-0-0
- Eisen(II)-glycinsulfat-Komplex, FERRO SANOL DUODENAL 100mg Kps, KPS, 1-0-0-0
- Oxycodon-HCl, OXYCODON HCL RATIOPHARM 5mg Retardtabl, TBL, 2-0-1-0

Körperlicher Untersuchungsbefund:

RR: 99 / 59 mmHg, **SpO₂:** 89 % unter 0.0 l O₂/min., **Atemfrequenz:** 15 /min., **Herzfrequenz:** 71 /min., .

Pat. in rez. AZ und mageren EZ. US-Amputation links.

Cor: HT rein, nicht rhythmisch

Pulmo: Bds. belüftet, links apikal und mittig RGs

Abdomen: weich, kein DS, DG in allen 4 Quadranten

EKG:

AA bei Vorhofflimmern, ST, periphere Niedervoltage, R/S-Umschlag V4/V5, verzögerte R-Progression über der VW, keine akuten ERBS, 1 VES

Pulmo:

Pleurapunktion mit Sonographie vom 10.07.2019

Sonographische Darstellung des Ergusses auf der rechten Seite, Markierung der Punktionsstelle.

Gründliche Desinfektion, steriles Abdecken, Lokalanästhesie mit 5 ml Mecain 1%. Nach Punktion der Pleura entleert sich gelbes klares Sekret. Abnahme einer BGA, hier kein Nachweis von Hämoglobin oder Empyem.

Inzision mittels Skalpell. Komplikationsloses Einbringen des Throkars und Verschieben der Drainage Matthys A.

Kein Hinweis auf blutigen Erguss oder Luft. Es entleert sich Sekret. Fixierung mittels Einzelknopfnah.

Abdeckung mittels Schlitzkomresse und Pflasterverband. Röntgen-Kontrolle angemeldet.

Pleura vom 12.07.2019

Kleiner Pleuraerguss rechts, hier können noch ca 80 ml Erguss abgezogen werden. Hiernach Drainagezug. Abdeckung mit Jodsalbe und Komresse.

Pathologie vom 11.07.2019:

Vorbefunde: H/2017/014799, H/2016/031578, H/2014/024665, H/2013/000015, H/2012/025281 Klinische Angabe/Fragestellung:

Pneumonie rechts. Verdacht auf parapneumonischen Erguss.

Material:

Ca. 900 ml orangefarbenes Ergusspunktat.

Bearbeitung: zweistufige Bearbeitung, zunächst Zytocentrifugation, HE, PAS, MGG, nachgeschaltet Zytoblockpräparation.

Diagnostische Beurteilung:

Neutrophiler, hämorrhagischer Pleuraerguss.

Im Hintergrund Mesothel, teils reaktiv verändert und Histiocyten.

Befund passt gut zu parapneumonischem, d.h. reaktiv entzündlichem Pleuraerguss.

Kein Hinweis für spezifische Entzündung.

Keine Malignität.

Pat.: Heinrich Strasser, Geb.Dat.: 13.10.1929, M

Röntgen:

Röntgen Thorax im Liegen, durchgeführt am 10.07.2019 um 16:11

VA vorliegend vom 06.07.2019 (UKL Freiburg).

Der Patient konnte nicht stehen, daher nur Liegendaufnahme möglich.

Neu einliegende Matthysdrainage rechts basal, die Spitze projiziert sich epidiaphragmal auf den kardiophrenischen Winkel. Aufnahme in LAO verdreht, dadurch betont zur Darstellung kommendes rechtes Herz und Mediastinum. Kein Pneumothorax abgrenzbar. Annähernd pleuraparallel verlaufende Hautfalte im rechten Mittelfeld mit etwa 3 cm Distanz zur Thoraxwand. Postspezifische Pleurakuppenschwielen bds.. Keine floriden Infiltrate. Herz biventrikulär vergrößert u. breit aufsitzend. Aortensklerose.

Konsile:

Dysphagieabklärung vom 08.07.2019

in der klinischen Schluckuntersuchung mit Flüssigkeit und Wackelpudding zeigen sich klinisch keine Anzeichen von Verschlucken oder Aspiration, Reflextriggerung erfolgt prompt, kein Husten oder Räuspern, die Stimmqualität ist allerdings durchgehend etw. belegt und rau (Pat. erhält aber auch O₂ über die Nasenbrille), mit ca. 4 Minuten Abstand kommt es nach dem letzten Schluck zum leichten Husteln, fragl. postdeglutitive Penetration? festere Konsistenzen wurden nicht getestet, da Patient eine Glutenunverträglichkeit angab und kein glutenfreies Schluckgut vorhanden war.

Beurteilung: weitere Schluckkontrolle mit festeren Konsistenzen geplant, ausreichende Vigilanz und aufrechte Sitzposition bei der Nahrungsaufnahme beachten

Verlauf:

Die bereits in der Universitätsklinik begonnene Antibiotikatherapie mit Piperacillin/Tazobactam führten wir bei erhöhten Entzündungsparametern und V.a. Infiltrat im rechten Oberlappen sowie Begleiterguss fort. Bei uns war der Patient fieberfrei.

Der U-Status war positiv auf Leukozyten und Bakterien. In der U-Kultur fand sich ein Enterobacter aerogenes, welcher nicht auf Piperacillin/Tazobactam sensibel war. Wir beendeten daher die Antibiotikatherapie nach 7 Tagen und begannen bei Dysurie und Pollakisurie und weiterhin erhöhten Entzündungsparametern mit Cotrimoxazol. Diese sollte für weitere 3 Tage fortgesetzt werden.

Sonographisch fand sich großer Pleuraerguss auf der rechten Seite. Hier legten wir am 10.07.2019 eine Matthysdrainage ein, die insgesamt 1300 ml gelblich klaren Erguss förderte. Hier fand sich laborchemisch ein Transudat. Histologisch fand sich ein neutrophiler hämorrhagischer Erguss, welcher eher zu einem zu parapneumonischem, d.h. reaktiv entzündlichem Pleuraerguss passen würde. Die Mikrobiologie ist zum Zeitpunkt der Entlassung noch ausstehend und wird bei relevantem Ergebnis nachgereicht. Radiologisch sowie klinisch war der Patient nicht gestaut.

Die Entzündungsparameter waren unter der antibiotischen Therapie fallend. Der klinische Aspekt von Herrn Strasser besserte sich kontinuierlich. Die Nahrungsaufnahme war insgesamt jedoch reduziert, es fand sich eine Hypalbuminämie, so dass wir hochkalorische Trinknahrung verordneten sowie auf eine eiweißreiche Ernährung hinwiesen.

Bei eher hypotonen Blutdruckwerten und stabiler Herzfrequenz um die 70/min reduzierten wir die Dosis des Betablockers und bitten um ambulante Kontrollen im Verlauf.

Aufgrund der Medikation mit Oxycodon und eher hartem Stuhl ergänzten wir die vorbestehende Medikation um Lactulose und bitten auf regelmäßigen Stuhlgang zu achten. Gegebenfalls muss die Medikation noch um Movicol ergänzt werden.

Wir entlassen Herrn Strasser in stabilem Allgemeinzustand in Ihre weitere ambulante Betreuung und stehen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Medikationsplan

Wirkstoff	Handelsname	Einheit	Form	mo	ml	ab	na	Bedarf
Bisoprololfumarat	BISOHEXAL 5mg Filmtabl		TBL	1/4				
Hinweis: reduziert, ggf. wieder steigern								
Folsäure	FOLSÄURE RATIOPHARM 5.0mg Tabl		TBL		1/2			
Gabapentin	GABAPENTIN HEXAL 400mg Hartkaps		KPS	2	1	1	2	

Pat.: Heinrich Strasser, Geb.Dat.: 13.10.1929, M

Wirkstoff	Handelsname	Einheit	Form	mo	mi	ab	na	Bedarf
Pantoprazol-Natrium	PANTOPRAZOL-PUREN 20mg Tabl		TBL	1				
Simvastatin	SIMVAHEXAL 40mg Filmtabl		TBL			1		
Torasemid	TORASEMID HEXAL 10mg Tabletten		TBL	1				
Oxycodon-HCl	OXYCODON HCL RATIOPHARM 5mg Retardtabl		TBL	2		1		
Lactulose	LACTULOSE HEXAL 200ml Sirup		FL.	10				
	Ressource multi fibre		ST.	1	1	1		

Legende: mo = morgens / mi = mittags / ab = abends / na = nachts

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Stephan Sorichter
ChefarztDr. med. Tobias Scholz
OberarztSarah Hermle
Assistenzärztin**Nachrichtlich an:**

Herrn Strasser, Heinrich, Runzstr. 77, 79102 Freiburg