

- Akinesie inferobasal wie nach Infarkt
- Ischämische Kardiomyopathie, ED 04/2012
- Gering reduzierte systolische linksventrikuläre Funktion (EF: 45-50 %, 08/2012)
- kardialer Dekompensation 10/16

- Kardiale Dekompensation mit großem Pleuraerguss re. 02/2017
- Pleuradrainage re. am 08.02.17 (1550 ml Pleurapunktat)
- Pleurapunktion am 15.02.2017 (1000 ml)

Permanentes Vorhofflimmern, ED 06/2010

- Orale Antikoagulation abgesetzt bei rezidivierender transfusionspflichtiger Anämie

Pulmonal-arterielle Hypertonie Grad II

pAVK

- Z. n. Unterschenkelamputation links 1996 mit rez. Phantomschmerz
- Z. n. Stentimplantation A. femoralis rechts 2004
- Z. n. Ballondilatation der A. femoralis und A. poplitea rechts 03/2012
- Z. n. DII-Amputation am rechten Fuß 07/2012
- Z. n. Ballonangioplastie distale AFS und P2-Segment von A. poplitea am 05.02.2015
- Z. n. Amputation Dig. III-V rechter Fuß am 06.02.2015
- Z. n. DCB-PTA distale AFS, DES-PTA proximale AFS
- Chronische Wunde am rechten Vorfuß

Infrarenales Bauchaaortenaneurysma (3 cm)

Poplitealaneurysma Segment PI

Erster generalisierter Krampfanfall 10/2017

Chronische Niereninsuffizienz Stadium 2

Skoliose

CVRF:

- Arterielle Hypertonie
- Diabetes mellitus Typ 2
- Hyperlipidämie
- Ex-Nikotinabusus

Verlauf:

Herr Strasser wurde mit transfusionspflichtiger, mikrozytärer Anämie (Hb 5,9 g/dl) vom Hausarzt eingewiesen. Im Verlauf des stationären Aufenthalts erhielt er drei Erythrozytenkonzentrate und einmalig eine Eisen-Infusion. Gastroskopisch zeigten sich im Duodenum Angiodysplasien, die koaguliert wurden. Unter o.g. Therapie kam zum Hb-Anstieg (9,5 g/dl).

Auf Grund von Schmerzen im rechten OSG wurde eine röntgenologische Untersuchung durchgeführt, bei der akute Frakturen ausgeschlossen werden konnten. Unter Schmerztherapie waren die Beschwerden rückläufig.

Am 12.12.2018 entließen wir Herrn Strasser in verbesserten AZ. Wir bitten um weitere Hb-Kontrollen im Verlauf

Dem Patienten wurde bei Entlassung bereits ein vorläufiger Arztbericht mitgegeben.

Medikationsplan

| Wirkstoff | Handelsname | Einheit | Form | mo | mi | ab | na | Bedarf |
|--------------------------------|------------------------------------|---------|------|-----|-----|----|----|--------|
| Pantoprazol-Natrium | PANTOPRAZOL-PUREN 40mg Tabl | | TBL | 1 | | | | |
| Eisen(II)-glycinsulfat-Komplex | FERRO SANOL DUODENAL 100mg Kps | | KPS | 1 | | | | |
| Bisoprololfumarat | BISOHEXAL 5mg Filmtabl | | TBL | 1/2 | | | | |
| Torasemid | TORASEMID HEXAL 10mg Tabletten | | TBL | 1 | | | | |
| Simvastatin | SIMVAHEXAL 40mg Filmtabl | | TBL | | | 1 | | |
| Folsäure | FOLSÄURE RATIOPHARM 5.0mg Tabl | | TBL | | 1/2 | | | |
| Gabapentin | GABAPENTIN HEXAL 400mg Hartkaps | | KPS | 2 | 1 | 1 | 2 | |

| Wirkstoff | Handelsname | Einheit | Form | mo | mi | ab | na | Bedarf |
|--|---|---------|------|----|----|----|----|--------|
| Oxycodon-HCl | OXYCODON HCL RATIOPHARM 5mg Retardtbl | | TBL | 1 | | | 1 | |
| Calciumcarbonat / Vitamin D 3 | CALCIUM D3 RATIOPHARM 600mg/400 IE Brausetbl | | TBL | | 1 | | | |
| Kaliumchlorid / Macrogol / Natriumchlorid | MOVICOL BEUTEL Pulver | | BTL | 1 | | | | |
| Zopiclon | ZOPICLON 7.5mg Filmtabl | | TBL | | | | | 1 |
| Hinweis: zur Nacht | | | | | | | | |
| Metamizol-Na | NOVAMINSULFON-RATIO 500mg/ml 50ml Tropfen | | FL. | 1 | 1 | 1 | 1 | 30° |
| Hinweis: bei Schmerzen | | | | | | | | |

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

Anamnese:

Einweisung durch HA Dr. Deißler bei erneuter anämischer Laborkonstellation (Hb am 06.12.18 bei 5,9g/dl). In der Vorgeschichte rezidivierende transfusionspflichtige Anämien bei multiplen gastrointestinalen Angiodysplasien. Letzte gastroscopische Untersuchung im Juli 2018 (LOK), hier wurde aufgrund fehlender Blutungszeichen und der Angiodysplasiequantität auf eine APC-Behandlung verzichtet. Patient habe bis auf Schmerzen im rechten Sprunggelenk (Z.n. Distorsion) aktuell keine Beschwerden, insbesondere werden Erbrechen, Teerstuhl, Hämatochezie und B- sowie AP-Symptomatik verneint.
CRVF: Arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Hyperlipidämie, Ex-Nikotinabusus

Sozialanamnese: Lebt seit ca. 1 Jahr im Emmi-Seeh-Heim.

Vegetative Anamnese: Normaler Appetit, normaler Durst. Miktion unauffällig, keine Nykturie, Stuhlgang unauffällig. Keine Schlafprobleme, kein Nikotinkonsum, kein Alkoholkonsum. Keine Allergien bekannt.

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Vitalparameter bei Aufnahme: RR 95/60mmHg, HF 66/min, Temp. 35,6°C, AF 12/min, sPO2 99% RL, Gewicht 68 kg, Größe 186 cm.

89-jähriger Patient in gutem EZ und gutem AZ

Neuro: zum Zeitpunkt der Aufnahme wach und ansprechbar, situativ, zu Ort/Person und Zeit orientiert, Pupillen isokor, lichtreagibel, kein Meningismus, kein fokales neurologisches Defizit

Cor: Herzaktion arrhythmisch bei VHF, normofrequent, 2/6-Systolikum mit p.m. über Erb und Spitze

Pulmo: Lunge bds. belüftet, sonorer KS, VAG bds., keine RGs, expiratorisches Brummen

Abdomen: weich, nicht druckdolent, keine Abwehrspannung, rege DG über allen 4 Quadranten, negatives Murphyzeichen, Leber und Milz nicht vergrößert tastbar, Rektusdiastase

Muskuloskelettal: kein KS über WS oder Nierenlogen

Haut/Schleimhäute: normaler Hautturgor, etwas blasses Hautkolorit, intakte Haut; Schleimhäute feucht und rosig

Extremitäten: keine peripheren Beinödeme, keine Zyanose, Motorik, Sensibilität und Durchblutung erhalten, Fuß- und Radialispulse beidseits palpabel.

Labor:

s. Befundkopie

EKG:

Bei Aufnahme:

VHF, Indifferenz- bis Steiltyp, HF 63/min, QRS-Komplexe schmal, R/S-Umschlag in V3/V4, VES, horizontale ST-Senkung in V5, Niedervoltage über den Extremitätenableitungen

Ösophago-Gastro-Duodenoskopie:

Vom 11.12.2018:

Untersucher: Dr. Backhaus

Assistenz: Fr. Hodapp, Fr. Reimold

Prämedikation: 80 mg Propofol 1% fraktioniert, kontinuierliche O₂-Messung während der Untersuchung, kontinuierliche RR-Messung, Werte siehe Ausdruck. Kont. O₂-Gabe 2 l per Nasensonde.

Gerät: GIF-H 190

Indikation: Anämie

Ösophagus: Hiatus und gastroösophagealer Übergang bei 40 cm ab Zahnreihe und scharf begrenzt. Schleimhaut des Ösophagus unauffällig, normale Peristaltik.

Magen: Blasse Schleimhaut des Magens. Falten von Corpus und Fundus unauffällig. Magensaftsekret klar, Pylorus normal. Konzentrisch durchschnürende Peristaltik.

Duodenum: Kleine Angiodysplasien im Bulbus duodeni und in der Pars 2 duodeni, ansonsten pflastersteinartiges Schleimhautrelief mit Zottenatrophie.

Therapie: APC-Koagulation der Angiodysplasien mit 30 Watt Argongas.

Diagnose: 1. Angiodysplasie des Bulbus duodeni und der Pars 2 duodeni, 2. Zottenatrophie des Duodenum

Biopsien: Keine

Dokumentation: 6 Endoskopiebilder.

Procedere: Keins

Radiologiebefunde:

Röntgen OSG in 2 Ebenen, rechts und Röntgen Thorax im Liegen durchgeführt am 07.12.2018

Rechtes OSG:

Eingeschränkte Beurteilbarkeit bei nicht frei projiziertem lateralem Gelenkspalt in der AP-Projektion und verdrehter seitlicher Aufnahme.

Generalisierte Knochendichteminderung, am ehesten bei Osteoporose. Kein Nachweis dislozierter Frakturen am rechten Sprunggelenk, keine Schwellung über der Malleolengabel als indirekter Frakturhinweis. Keine Aufweitung der Malleolengabel. Girlandenartige Mehrsklerosierung am kranialen Tuber calcanei unklarer Genese, DD alte knöcherne Verletzung. Kein Nachweis scharfkantiger Frakturlinien oder knöcherner Dehiszenzen. Vasosklerose.

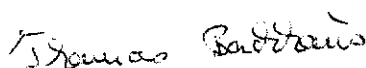
Thorax:

Vergrößertes Herz und kranio-kardiale Umverteilung der Lungengefäßzeichnung im Sinne geringer pulmonalvenöser Stauungszeichen. Keine großen Ergüsse, keine umschriebenen Infiltrate. Apikale Pleuraschwien bds.. Kein Hinweis auf einen Pneumothorax in der Liegendaufnahme.

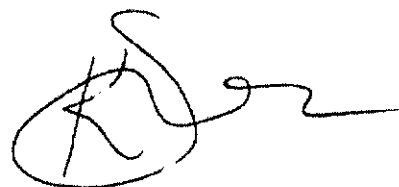
Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Konrad van Aaken
Kommissarischer Leiter



Dr. med. Thomas Backhaus
Oberarzt



Barbara Songin
Assistenzärztin