

UNTERSUCHUNGS- UND ANAMNESEBOGEN KARDIALE DEKOMPENSATION

ANAMNESEBOGEN

Patientendaten:

Name: Magret
Nachname: Seiter
Geburtsdatum: 12.07.1952 (71 Jahre)
Wohnort: Lüneburg

Vitalparameter:

RR links	200/100 mmHg
RR rechts	200/100 mmHg
Pulsfrequenz	100/Minute
Spo2 (O, Sättigung)	92%
AF	22/Minute
Temperatur	37,1°C
Schmerz Score	0
BZ	110 / dl (nicht-nüchtern)

Aktuelle Beschwerden/Aufnahmeanlass:

Vorstellung in unserer Notaufnahme mit seit 3 Tagen bestehender stärkster Dyspnoe, auch in Ruhe, Orthopnoe und Herzrasen vor. Begleitende nächtliche Hustenepisoden (Schlafen nur mit deutlich erhöhtem Oberkörper möglich). Seit ca. zwei Wochen Umfangszunahme von Beinen und Bauch.

Vegetative Anamnese:

Gewicht / Gewichtsverlauf: 67kg (Gewichtszunahme von 4 kg in den letzten 2 Wochen)
Appetit: i.d.R. gut (seit gestern kaum)
Durst: gut
Fieber: nein
Allergie / Unverträglichkeit: Metamizol (Exanthem)
Nachtschweiß: nein
Alkohol: am Wochenende 2-3 Gläser Wein
Nikotin: seit 8 Jahren Nichtraucherin, davor 10py
Drogen: keine
Schlaf: Insomnie, insb. aufgrund von Nykturie
Miktion (Frequenz, Beschwerden, Kontinenz): Nykturie (3-4x/Nacht)

Atmung (Husten, Auswurf, Dyspnoe): Tachypnoe, Dyspnoe, Orthopnoe

Stuhlgang (Frequenz, Beschaffenheit, Aussehen): unauffällig

Magen & Darm (Übelkeit, Erbrechen, Sodbrennen, Bauchschmerzen): unauffällig

Herz / Kreislauf (Belastbarkeit, Thoraxschmerzen, HRST, Schwindel, Nykturie, Ödeme): Herzrasen, Nykturie, deutliche Ödeme an Unterschenkeln, Aszites, deutlich herabgesetzte Belastbarkeit, zunehmende Belastungsdyspnoe bis zuletzt Ruhedyspnoe

Gynäkologische Anamnese: Menopause mit 52 Jahren

Sexuelanamnese: unauffällig

FA:

1. Vater: verstarb an einem Myokardinfarkt im Alter von 65 Jahren
2. Mutter: Verstarb 2021 im Alter von 93 Jahren an Covid-19
3. Geschw.: 2 ältere Brüder, beide mit arterieller Hypertonie, weitere Krankheiten unklar
4. Kinder: 2 gesunde Töchter, 1 Sohn mit Down-Syndrom (30 Jahre alt, wird von ihr und ihrem Mann betreut)

EA (Eigenanamnese: Vorerkrankungen und Operationen):

Arterielle Hypertonie seit 6 Jahren, KHK seit 4 Jahren mit Z.n. Bypass-OP sowie Stent-Implantation vor 4J. bekannt. Keine weiteren Voroperationen.

Soz. A (Tätigkeit (Beruf/Ausbildung), Kontaktpersonen, Patientenverfügung, Wohnsituation, Familienstand, Pflegestufe, Hilfsmittel, Belastungsfaktoren): Rentnerin, lebt mit Ehemann und Sohn bei Lüneburg

Medikamente:

ASS 100mg (1-0-0)

Simvastatin 40 mg (0-0-1)

Bisoprolol 2,5 mg (1-0-0)

BEFUND

Allg.:

Az: reduziert, aber gepflegt

Ez: gut

Größe (cm): 165

Gewicht (kg): 67

Impfstatus / Reiseanamnese: vollständiger Impfstatus, Reiseanamnese leer

Bewusstsein: wach, allseits orientiert zu Ort, Zeit und Person

Ikterus: /

Exanthem: /

Lymphome: /

Ödeme: deutliche Ödeme an den Unterschenkeln und Füß bds., deutlicher Aszites

Zyanose: Lippenzyanose

Hautkolorit: blass

Hände (Haut, Nägel, Trommelschlegelfinger): /

Foetor: /

Vigilanz (wach, somnolent, soporös, komatös): wach, GCS 15

Kopf:

Augen: unauffällig

Rachen: unauffällig

Gebiss: intakt, unauffällig

Zunge: feucht, ohne Beläge

Nase: reizlos

Sehkraft: unauffällig

Tonsillen: reizlos

Ohr äußerlich: unauffällig

Hals:

Halsvenen: deutlicher Halsvenenrückstau

Carotisgeräusch: keines

Schilddrüse: nicht vergrößert tastbar, regelrecht verschieblich

Thorax:

Form: normal

Exkursionen: beschleunigt

Grenzen: Lungengrenzen nicht klar abgrenzbar

Verschieblich: nein

Stridor: nein

Perkussion: gedämpfter Klopfeschall basal bds

Auskultation: feuchte, hochfrequente Rasselgeräusche bds mittig-basal, abgeschwächte

Atemgeräusche bds basal

Herz:

Aktion: 100/min

Töne: rein, rhythmisch

Geräusch: unauffällig

ar-/rhythmisch: rhythmisch

Pulsdefizit: kein Pulsdefizit

Spitzenstoß: Orthotop

Punc. max: max. 2 ICR parasternal links

Abdomen:

Allgemein: . Vorgewölbter Bauch mit unverhältnismäßig erscheinendem Bauchumfang bei Aszites

Druckschmerz: nein

Peristaltik: lebhaft über allen vier Quadranten

Leber: nicht vergrößert

Nierenlager re. / li. : Nierenlager nicht klopf-schmerzhaft

Leiste: unauffällig

Rectal: DRU unauffällig

Resistenz: keine Resistenzen

Loslassschmerz: nein

Milz: nicht tastbar

Wirbelsäule:

Form: unauffällig

Beweglichkeit: frei

Klopf-/Stauchungsschmerz: nein

Extremit.:

Beweglichkeit: uneingeschränkt frei beweglich

Schwellung: bd. US und Füße

Varizen re. / li.: nein

Ulcus / Hyperpigment: nein

Deformität: nein

Schmerz: nein

Hauttemperatur: DMS intakt, Hauttemperatur normal

Pulse: a. carotis, a. subclavia, a. radialis, a. femoralis, a. poplitea, a. tib. post. , a. dors. Pedis:

Pulsstatus unauffällig

ZNS:

Meningismus: nein

Blasen- /Darmfunktion: unauffällig

Sprache: flüssig, nicht eingeschränkt

Pupillenreflex: direkte und indirekte Lichtreaktion bds. auslösbar

Paresen: nein

Koordination: unauffällig

Diadochokinese: unauffällig

Rhomberg: negativ

Lasegue: negativ

Psyche: unauffällig

Hirnnerven Nr.: unauffällig

Gesichtsfeld: nicht eingeschränkt

Stationäre Aufnahme:

Indikation / Aufnahm Anlass:

Zunehmende Belastungsdyspnoe, zuletzt Ruhedyspnoe, Orthopnoe und Tachykardie. Begleitet von nächtlichen Hustenanfällen und Wassereinlagerungen viszeral (Aszites) sowie in den Beinen. Insgesamt hochgradig verdächtig auf eine globale kardiale Dekompensation.

Vorläufige Diagnose / Verdachtsdiagnose: globale kardiale Dekompensation

Differentialdiagnose:

- Lungenembolie
- Myokardinfarkt
- COPD
- Niereninsuffizienz
- Pulmonale Hypertonie
- Pneumonie

Diagnostik:

- Labor: Kleines Blutbild, Elektrolyte, NT-proBNP, Troponin, CK, CK-MB, Myoglobin, D-Dimere, Nierenwerte, ALT, AST, LDH
- Basismonitoring (EKG, RR-Messung, Pulsoxymetrie)
- Echokardiographie
- Pleurasono und Sono-Abdomen
- Röntgen-Thorax im Verlauf

Therapie / Weiteres Prozedere / Behandlungsplan:

- Allgemeine Maßnahmen: Lagerung im Sitzen, O₂-Gabe bei SpO₂ ≤ 95%, Anxiolyse (Morphin)
- Medikamentöse Therapie mit Nitroglycerin, Furosemid, Thromboseprophylaxe
- Ggf. bei nicht zu kontrollierender Gesamtsituation zu erwägende Optionen: Punktion von Aszites oder Pleuraerguss, CPAP-Beatmung, Ultrafiltration, bei nicht zu beherrschendem kardiogenem Schock: ECMO

Prognose:

Die Prognose hängt stark von der genauen Ursache der globalen kardialen Dekompensation ab. Wenn die spezifische Ursache identifiziert und angemessen behandelt wird, können sich die Symptome verbessern und die allgemeine Prognose positiver ausfallen. Es ist jedoch wichtig anzumerken, dass dies eine Einschätzung auf der Grundlage der vorliegenden Informationen ist und eine genaue Prognose nur durch eine umfassende Untersuchung und Beurteilung durch medizinisches Fachpersonal erfolgen kann.

Datum / Ort

Unterschrift