

ARZTBRIEF

AKUTER MYOKARDINFARKT (STEMI)

ARZTBRIEF - INNERE MEDIZIN

Herr Dr. Tilling
Hausarzt

Klinik für Innere Medizin
Chefarzt Prof. Dr. med. Internist

Entlassungsbericht

26.01.20XX

Sehr geehrter Herr Kollege,

nachfolgend berichten wir Ihnen über Herr **Mario Schröder**, geb. am **16.04.1947**, **wohnhaft im Marenweg 6 in Stade**, die sich vom **16.01.20XX** bis zum **26.01.20XX** in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnose(n):

Hauptdiagnose:

ST-Strecken-Hebungsinfarkts (STEMI) der Vorderwand.

Nebendiagnosen:

Arterielle Hypertonie seit 2009

DM Typ 2 seit 2015

Hyperlipidämie seit 2015

Therapie:

Perkutane koronare Intervention mit Implantation eines Drug-eluting Stents in die RIVA am 16.01.20XX

Anamnese:

Die Vorgeschichte des Patienten möchten wir freundlicherweise als bekannt voraussetzen. Herr Schröder stellte sich in unserer Notaufnahme mit seit 1,5 Stunden bestehenden belastungsabhängigen linksthorakalen starken Schmerzen vor. Der Patient berichtete weiterhin von einer Ausstrahlung in den Kiefer und Oberbauch sowie Übelkeit und Erbrechen. Zudem litt der Pat. unter massiver Angst, Kaltschweißigkeit und Dyspnoe.

Körperliche Untersuchung:

76-jähriger Pat. in reduziertem, gepflegtem Allgemein- und gutem Ernährungszustand.

Haut kaltschweißig, Schleimhäute feucht und rosig, keine Ödeme, keine Zyanose, kein Ikterus.

Schilddrüse nicht vergrößert tastbar. Jugularvenen nicht gestaut.

Bei der Auskultation ergaben sich bilaterale basale feuchte Atemgeräusche mit abgeschwächtem

Atemgeräusch, die insgesamt zu einem Lungenödem passen. Herztöne rein und rhythmisch bei einer HF von 110/min. Epigastrische Schmerzen ohne Zunahme bei Palpation, Darmgeräusche regelhaft; Abdomen weich, keine Abwehrspannung. Neurologische Untersuchung orientierend ohne pathologischen Befund.

Diagnostik 1:

EKG am 16.01.20XX

12-Kanal-EKG mit 50mm/s Vorschub. Sinusrhythmus. Kammerfrequenz ca. 110/min. Linkstyp. Zeiten unauffällig: PQ ca. 170ms, QRS ca. 90ms, QT ca. 400ms. ST-Strecken-Hebungen in aVL von ca. 0,3mV und V1-V5 \geq 0,2mV, sichtbares Pardee-Q in aVL. Insgesamt zu werten als akute Ischämiezeichen im Rahmen eines ST-Strecken-Hebungsinfarkts (STEMI) der Vorderwand.

Diagnostik 2:

Labor am 16.01.20XX 16:10 Uhr

Troponin T 2,56 μ g/L, CK-Gesamt 230 U/L, CK-MB 88 U/L, LDH 270 U/L, Myoglobin 50 μ g/L, AST 241 U/L, ALT 66 U/L

Diagnostik 3:

Labor am 16.01.20XX 20:30 Uhr

Troponin T 3,18 μ g/L, CK-Gesamt 1734 U/L, CK-MB 168 U/L, LDH 193 U/L, Myoglobin 48 μ g/L, AST 443 U/L, ALT 83 U/L

Epikrise:

Die stationäre Aufnahme in unsere Abteilung erfolgte aufgrund des Verdachts auf einen akuten Myokardinfarkt bei typischer Klinik und dazu passendem Risikoprofil. Die notfallmäßig durchgeführte Diagnostik erbrachte Ischämiezeichen in Form von ST-Streckenhebungen in aVL und in den Ableitungen V1-V5, die sich insgesamt mit einem STEMI vereinbaren lassen. Auch das Labor zeigte dazu stimmige erhöhte Parameter es Zellzerfalls durch den Myokardschaden sowie eine entsprechende Dynamik. Wir entschieden uns daher in Absprache mit Herr Schröder zur Durchführung einer PCI über einen radialen Zugang links mit Stent-Implantation (Drug-eluting) in die RIVA am selben Tag. Zeitgleich leiteten wir die duale Plättchenhemmung mit ASS und Ticagrelor sowie UFH ein.

Postinterventionell war der Pat. beschwerdefrei und durchgehend kardiopulmonal stabil. Eine weitere relevante CK-Erhöhung trat nicht auf. Eine postinterventionell durchgeführte Echokardiographie zeigte keine Rezidive in Form von abnormalen Wandbewegungsstörungen, so dass wir Herr S. beschwerdefrei in Ihre weitere ambulante Betreuung entlassen konnten.

Therapievorschlag / Weiteres Prozedere:

Wir bitten um die Fortführung der dualen Plättchenhemmung mit ASS und Clopidogrel sowie. Die Fortführung der Therapie mit Statinen und ACE-Hemmer unter Hinzunahme eines β -Blockers. Außerdem möchten wir um die Einleitung einer poststationären Rehabilitation bitten und empfehlen die dringende Durchführung eines Raucherstopps unter Ihrer Anleitung. Eine Wiedervorstellung des Patienten ist in 6 Wochen vereinbart.

Wir danken für das Vertrauen in unser Haus und verbleiben mit freundlichen, kollegialen Grüßen.

Prof. Dr. med. Internist (Chefarzt)

Dr. med. Internist (Oberarzt)

Dr. med. Assistenzarzt