

# COPD

	Allgemein	Fachbegriff
<b>(Verdachts-)Diagnose</b>	Akute Exazerbation einer COPD GOLD III	
<b>Patient</b>	Herr Kristoph Lehmann, 70 Jahre	
<b>Vorstellungsgrund</b>	Notfallmäßige Vorstellung wegen zunehmender Atemnot	Notfallmäßige Vorstellung wegen progredienter Dyspnoe
<b>Leitsymptome / Anamnese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seit 4 Tagen zunehmende Atemnot</li> <li>• Husten mit gelbgrünlichem Auswurf</li> <li>• Verminderte Belastbarkeit</li> <li>• Nächtliche Atembeschwerden im Liegen</li> <li>• Keine Besserung durch eigene Inhalationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seit 4 Tagen progrediente Dyspnoe</li> <li>• Produktiver Husten mit purulentem Sputum</li> <li>• Reduzierte Belastungstoleranz</li> <li>• Orthopnoische Beschwerden</li> <li>• Keine subjektive Besserung nach inhalativer Bedarfsmedikation</li> </ul>
<b>Vorerkrankungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COPD GOLD III seit 2018</li> <li>• Arterielle Hypertonie</li> <li>• Gastroösophageale Refluxkrankheit</li> <li>• Pneumonie 2022</li> </ul>	
<b>Medikation bei Aufnahme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiotropium 18 µg 1× täglich</li> <li>• Salbutamol 100 µg inhalativ bei Bedarf</li> <li>• Ramipril 5 mg 1× täglich</li> <li>• Pantoprazol 40 mg 1× täglich</li> </ul>	
<b>Allergien</b>	Keine bekannt	
<b>Sozialanamnese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenleben mit Lebensgefährtin</li> <li>• Ex-Raucher mit 30 Packungsjahren</li> <li>• Ehemaliger Lagerarbeiter</li> </ul>	
<b>Familienanamnese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vater mit COPD</li> <li>• Mutter mit Herzschwäche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vater mit COPD</li> <li>• Mutter mit Herzinsuffizienz</li> </ul>
<b>Vitalparameter (Aufnahme)</b>	RR 145/85 mmHg, HF 96/min	
	AF 28/min, SpO <sub>2</sub> 89 % unter Raumluft, Temp. 37,5 °C	
<b>Körperliche Untersuchung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belastungsdyspnoe</li> <li>• Lippenzyanose</li> <li>• Verlängertes Expirium</li> <li>• Expiratorisches Giemen und basale Rasselgeräusche</li> <li>• Hypersonorer Thorax</li> </ul>	
<b>Herzbefund</b>	Tachykarder Herzrhythmus, keine Herzgeräusche	
<b>Bildgebung</b>	Thoraxröntgen mit Zeichen der Überblähung, kein Infiltrat	

[youtube.com/@Fach.Leiter](https://youtube.com/@Fach.Leiter)  
[t.me/Fachleiter](https://t.me/Fachleiter)  
[t.me/Fachleiterinfo](https://t.me/Fachleiterinfo)  
[fachleiterinfo@gmail.com](mailto:fachleiterinfo@gmail.com)  
[instagram.com/fachleiterinfo](https://instagram.com/fachleiterinfo)  
[tiktok.com/@fachleiter](https://tiktok.com/@fachleiter)

<b>Labor / BGA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CRP 85 mg/l</li> <li>• Leukozytose 12.500/μl</li> <li>• BGA: pO<sub>2</sub> 61 mmHg, pCO<sub>2</sub> 49 mmHg, pH 7,36</li> </ul>
<b>Therapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sauerstoffgabe 2–3 l/min bei Ziel-SpO<sub>2</sub> 90–92 %</li> <li>• Salbutamol + Ipratropiumbromid via Vernebler</li> <li>• Prednisolon 50 mg i.v.</li> <li>• Amoxicillin/Clavulansäure oral</li> </ul>
<b>Stationärer Verlauf</b>	Klinische Stabilisierung innerhalb von 48 Stunden
<b>Entlassungsplanung</b>	Entlassung mit optimierter Medikation, hausärztlicher Kontrolle sowie COPD-Schulung und Atemtherapie vorgesehen

## Begrüßung + Anamnese

Guten Tag, Herr Prof. Dr. Hofmann.

Ich möchte Ihnen Herrn Lehmann, 70 Jahre alt, vorstellen, (1) \_\_\_\_\_ sich notfallmäßig (2) \_\_\_\_\_ einer progredienten Dyspnoe im (3) \_\_\_\_\_ einer akuten (4) \_\_\_\_\_ einer bekannten COPD GOLD III vorgestellt hat.

Der Patient berichtete über seit 4 Tagen (5) \_\_\_\_\_ Dyspnoe sowie produktiven Husten (6) \_\_\_\_\_ gelblich-grünlichem Sputum. Zusätzlich beklagte er eine (7) \_\_\_\_\_ reduzierte Belastbarkeit sowie orthopnoische Beschwerden (8) \_\_\_\_\_ der Nacht. Eine relevante Besserung (9) \_\_\_\_\_ die eigene inhalative Bedarfsmedikation habe nicht bestanden.

(10) \_\_\_\_\_ Vorerkrankungen sind eine COPD GOLD III seit 2018, eine arterielle Hypertonie, eine gastroösophageale Refluxkrankheit sowie eine Pneumonie (11) \_\_\_\_\_ Jahr 2022 bekannt.

Die Dauermedikation (12) \_\_\_\_\_ Tiotropium 18 μg einmal täglich, Salbutamol inhalativ (13) \_\_\_\_\_ Bedarf, Ramipril 5 mg einmal täglich sowie Pantoprazol 40 mg einmal täglich. Allergien (14) \_\_\_\_\_ nicht bekannt.

Sozialanamnestisch lebe der Patient (15) \_\_\_\_\_ seiner Lebensgefährtin (16) \_\_\_\_\_. Er sei Ex-Raucher mit etwa 30 (17) \_\_\_\_\_ und habe früher als (18) \_\_\_\_\_ gearbeitet.

Familienanamnestisch seien eine COPD (19) \_\_\_\_\_ Vater sowie eine Herzinsuffizienz bei (20) \_\_\_\_\_ Mutter bekannt.

## Körperliche Untersuchung

Bei Aufnahme (21) \_\_\_\_\_ sich der Patient tachydyspnoisch (22) \_\_\_\_\_ einer Atemfrequenz von 28/min. Die Sauerstoffsättigung betrug 89 % unter Raumluft. Der Blutdruck lag (23) \_\_\_\_\_ 145/85 mmHg, die Herzfrequenz bei 96/min, die Körpertemperatur bei 37,5 °C.

Bei der (24) \_\_\_\_\_ Untersuchung fanden (25) \_\_\_\_\_ eine Belastungsdyspnoe, Lippenzyanose, ein verlängertes Expirium sowie beidseitiges expiratorisches Giemen mit basalen Rasselgeräuschen.

## Weiteres Vorgehen

(26) \_\_\_\_\_ zeigten sich (27) \_\_\_\_\_ Entzündungsparameter mit einem CRP von 85 mg/l sowie einer Leukozytose. In der Blutgasanalyse zeigte sich eine hypoxämische respiratorische (28) \_\_\_\_\_ sowie (29) \_\_\_\_\_ milden Hyperkapnie.

Im (30) \_\_\_\_\_ fanden sich Zeichen einer pulmonalen Überblähung (31) \_\_\_\_\_ Hinweis auf ein Infiltrat.

(32) \_\_\_\_\_ handelt es sich (33) \_\_\_\_\_ ehesten um eine (34) \_\_\_\_\_ infektexazerbierte COPD GOLD III mit hypoxämischer respiratorischer Insuffizienz.

(35) \_\_\_\_\_ erfolgten bereits eine kontrollierte Sauerstoffgabe mit Ziel-SpO<sub>2</sub> von 90–92 %, inhalative Bronchodilatation (36) \_\_\_\_\_ Salbutamol und Ipratropiumbromid, eine systemische Glukokortikoidtherapie mit Prednisolon sowie eine antibiotische Therapie mit Amoxicillin/Clavulansäure.

(37) \_\_\_\_\_ der bisherigen Therapie zeigte sich bereits eine klinische Stabilisierung mit (38) \_\_\_\_\_ Dyspnoe. Geplant sind die Fortführung der inhalativen Therapie, Atemtherapie, COPD-Schulung sowie die Entlassung mit optimierter Medikation und hausärztlicher Verlaufskontrolle.

## Antowrten

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. der</li> <li>2. aufgrund</li> <li>3. Rahmen</li> <li>4. Exazerbation</li> <li>5. zunehmende</li> <li>6. mit</li> <li>7. subjektiv</li> <li>8. während</li> <li>9. durch</li> <li>10. An</li> <li>11. im</li> <li>12. umfasst</li> <li>13. bei</li> <li>14. seien</li> <li>15. mit</li> <li>16. zusammen</li> <li>17. Packungsjahren</li> <li>18. Lagerarbeiter</li> <li>19. beim</li> <li>20. der</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>21. zeigte</li> <li>22. mit</li> <li>23. bei</li> <li>24. körperlichen</li> <li>25. sich</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>26. Laborchemisch</li> <li>27. erhöhte</li> <li>28. Insuffizienz</li> <li>29. einer</li> <li>30. Thoraxröntgen</li> <li>31. ohne</li> <li>32. Zusammenfassend</li> <li>33. am</li> <li>34. akute</li> <li>35. Therapeutisch</li> <li>36. mittels</li> <li>37. Unter</li> <li>38. rückläufiger</li> </ol>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

