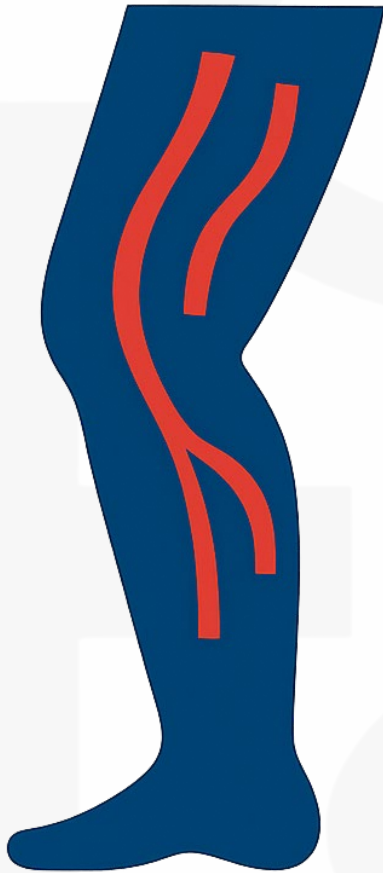


PERIPHERE ARTERIELLE VERSCHLUSSKRANKHEIT

Fachleiter Medizin



Anamnese



Untersuchung



Therapie



Prüfung

2 pAVK

Inhalt

Einleitung	3
Konjunktiv I	4
Begrüßung	6
Aktuelle Anamnese.....	6
Die vegetative Anamnese	7
Vorerkrankungen	7
Voroperationen	8
Gynäkologie	8
Medikamente	9
Allergien	9
Noxen.....	9
Sozialanamnese.....	10
Familienanamnese.....	10
Verdachts- und Differentialdiagnose.....	10
Diagnostische Abklärung	11
körperliche Untersuchung.....	11
Laboruntersuchungen	13
EKG	13
Farbduplexsonographie (Routine).....	13
Angiographie.....	14
Konsile	15
Behandlung:	15
Medikamentöse Therapie.....	16
Komplikationen:	16
Extra	17
Fragen	18

3 pAVK

Einleitung

Der Fall enthält verschiedene Erfahrungen, aber das bedeutet nicht unbedingt, dass all diese Informationen in der Prüfung vorkommen. Ich habe versucht, alle möglichen Fragen abzudecken. Es ist empfehlenswert, sich umfassend vorzubereiten, jedoch lässt sich nicht vorhersagen, wie viel davon Sie tatsächlich in der Prüfung anwenden werden. Bei der Prüfung kann es vorkommen, dass Sie keine vollständige Anamnese durchführen können. Machen Sie sich jedoch keine Sorgen.

Es ist von großer Bedeutung, die Aussagen des Patienten wortwörtlich wiederzugeben.

In einer ärztlichen Prüfung spielt ein Arzt die Rolle des Patienten, wobei er detailliert eine vorbereitete Vorlage mit vollständiger Anamnese nutzt. Dies geschieht weder spontan noch systematisch: Er arbeitet mit einer strukturierten Vorlage, in der alle Aspekte der Anamnese enthalten sind, und versucht gleichzeitig, durch unstrukturierte Angaben den Prüfling zu verwirren. Der Prüfling muss daher unbedingt die Gesprächsführung übernehmen, gezielt nachfragen und den "Patienten" höflich, aber bestimmt steuern, um eine klare und strukturierte Anamnese zu gewährleisten.

Sie können die Zeit wie folgt einteilen: In den ersten 10 Minuten, genauer gesagt nach der Frage „Was führt Sie zu uns?“, sollten Sie eine Verdachtsdiagnose sowie zwei Differenzialdiagnosen in Betracht ziehen und gezielte Fragen dazu stellen, einschließlich der vegetativen Anamnese. Anschließend können Sie entscheiden, welche Informationen Sie zuerst erheben.

In einem Arztbrief sollten bei den Punkten Allergien, Sozialanamnese, Familienanamnese und Medikation Stichwörter verwendet werden. Achten Sie jedoch darauf, bei der mündlichen Vorstellung vollständige Sätze zu nutzen.

Viel Erfolg

Morteza Soltani

4 pAVK

Konjunktiv I

Patient (direkte Rede):

„Ich hatte heftige Kopfschmerzen.“

✗ Falsch:

Er **habe** angegeben, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **seien** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

✓ Richtig:

Er **gab** an, dass er heftige Kopfschmerzen gehabt habe.

Laut Angaben des Patienten **sind** heftige Kopfschmerzen aufgetreten.

Bei Schlussfolgerungen, radikulären Schmerzen, konservativer Therapie oder B-Symptomatik kein Konjunktiv I verwenden.

Gültig in der Prüfung (FSP): Ich habe alles im Konjunktiv I formuliert, weil ich die Angaben nicht objektiv bestätigen kann!!!!!!

Bei der Wiedergabe brauchen wir einen einleitenden Satz mit Verben wie sagen, berichten, angeben, mitteilen, äußern, anführen, nennen usw.

Artikels im Singular: **der** (maskulin), **die** (feminin), **das** (neutral)

Patientenaussage: „Ich bin gestern auf der Treppe gestürzt.“

- 📄 Arztbrief (formell, schriftlich): Die Patientin berichtet, dass sie gestern auf der Treppe gestürzt sei.
- 🗣️ Fallvorstellung (mündlich, kompakt): Die Patientin berichtet, sie sei gestern auf der Treppe gestürzt.

Präsens		Vergangenheit
Originalsatz: „Er geht nach Hause.“ → Konjunktiv I: Er gehe nach Hause. Originalsatz: „Sie nimmt die Tablette.“ → Konjunktiv I: Sie nehme die Tablette. Originalsatz: „Es gibt Probleme.“ → Konjunktiv I: Es gebe Probleme.		Originalsatz: „Er hat die Tablette eingenommen.“ → Konjunktiv I: Er habe die Tablette eingenommen. Originalsatz: „Es wurde erfolgreich behandelt.“ → Konjunktiv I: Es sei erfolgreich behandelt worden. Originalsatz: „Es ist größer geworden.“ → Konjunktiv I: Es sei größer geworden. Originalsatz (Plural): „Sie nahmen stark zu.“ → Konjunktiv I: Sie hätten stark zugenommen. Originalsatz (Plural): „Die Schmerzen traten gestern auf.“ → Konjunktiv I: Die Schmerzen seien gestern aufgetreten.
Futur		
Originalsatz: „Er wird morgen einkaufen.“ → Konjunktiv I: Er werde morgen einkaufen. Originalsatz: „Sie werden abnehmen.“ → Konjunktiv I: Sie würden abnehmen.		
Sein	Präsens	ich sei, du seiest, er sei, wir seien, ihr seiet, sie seien
	Vergangenheit	Präsensform + gewesen
Haben	Präsens	ich hätte, du hättest, er habe wir hätten, ihr hättet, sie hätten
	Vergangenheit	Präsensform + gehabt

Modalverben (Präsens):

„Er/ Ich kann das erklären.“

→ Konjunktiv I: Er/ Ich könne das erklären. (solle, wolle, müsse, dürfe)

Originalsatz (Plural): „Sie können das erklären.“

→ Konjunktiv I: Sie könnten das erklären. (müssten/ sollten/ wollten/ dürften)

Modalverben (Vergangenheit)

Originalsatz: „Er wollte das Medikament einnehmen.“

→ Konjunktiv I: Er habe das Medikament einnehmen wollen.

Originalsatz: „Er konnte nicht kommen.“

→ Konjunktiv I: Er habe nicht kommen können.

6 pAVK

Begrüßung

Guten Tag, sehr geehrter Herr Professor Doktor ...,

ich möchte Ihnen nun den Patienten Alfons Ziegler vorstellen.

Er ist 69 Jahre alt, ein Meter dreiundsiebzig groß und wiegt etwa 89 kg. Sein Body-Mass-Index (BMI) beträgt 27 kg/m² und liegt damit im Bereich des Übergewichts.

Aktuelle Anamnese

Der Patient stellte sich heute bei uns aufgrund seit etwa vier Wochen, progredienter, belastungsabhängiger, ziehender Schmerzen im Bereich des rechten Unterschenkels, insbesondere an der dorsalen Wade, vor.

Nach seinen Angaben haben sich die Beschwerden seit heute Morgen deutlich verstärkt. Die Schmerzen strahlen vom Unterschenkel distal bis in den Fuß aus.

Die Schmerzintensität ist unter Belastung nahezu doppelt so stark wie in Ruhe.

Er berichtete, dass er nach etwa 100 Metern Gehen oder nach dem Treppensteigen über eine Etage in der Regel eine Pause von mehreren Minuten einlegen müsse. Heute habe diese Belastungsgrenze bereits nach etwa 50 Metern bestanden.

(Der Patient berichtete, dass sich die Beschwerden besserten, wenn er sich in einen Sessel setze und die Beine herunterhängen lasse.)

Der Patient gab an, dass Ibuprofen 400 mg keine Wirkung gezeigt habe.

Die Haut ist blass und kühl, die Oberfläche trocken und schuppig. Oberhalb des Malleolus zeigt sich ein Effluvium. Außerdem besteht eine Onychorrhösis, insbesondere am Hallux.

Im Interdigitalraum zwischen Digitus I und II ist es beim Barfußgehen im Garten zur Ausbildung eines schlecht heilenden Ulcus gekommen.

Zudem hat er über Parästhesien an beiden Füßen sowie über eine orthostatische Hypotonie berichtet.

Folgende Symptome wurden verneint: Pyrexie, Zyanose, Ödeme, Tachykardie, Tachypnoe, Traumaereignisse, Orthopnoe sowie Synkopen.

7 pAVK

Es bestehen keine Hinweise auf eine tiefe Venenthrombose (TVT), ein Erysipel, Varizen bzw. eine venöse Insuffizienz, Radikulopathie oder spinale Kanalstenose.

Aufgrund der schwierigen Terminlage ist er direkt zu uns gekommen.

Die vegetative Anamnese

Die vegetative Anamnese ist unauffällig, abgesehen von einer Polyphagie mit vermehrtem Hungergefühl. Der Patient berichtete, in den letzten sechs Monaten kein stabiles Körpergewicht gehabt zu haben.

Zudem besteht seit etwa vier Jahren eine chronische Obstipation.

Weiterhin leidet er unter einer Insomnie in Form von Durchschlafstörungen, bedingt durch die nächtliche Belastung bei der Pflege seiner Frau.

Vorerkrankungen

Anamnestisch sind folgende Vorerkrankungen bekannt:

Der Patient leidet seit 15 Jahren an einem Diabetes mellitus Typ 2, der wegen unregelmäßiger Therapie momentan schlecht eingestellt ist.

Die Blutzuckerwerte schwanken: nüchtern zwischen 130 und 160 mg/dl, nach dem Essen manchmal bis 200 mg/dl. Außerdem hat er eine diabetische Polyneuropathie.

	Kein Diabetes	Prädiabetes	Diabetes
Nüchternblutzucker	< 100 mg/dl	100–125 mg/dl	≥ 126 mg/dl
Zufälliger Blutzucker	–	–	≥ 200 mg/dl
HbA1c	< 5,7 %	5,7–< 6,5 %	≥ 6,5 %
OGTT (2 h-Wert)	< 140 mg/dl	140–199 mg/dl	≥ 200 mg/dl

Eine arterielle Hypertonie ist ebenfalls seit 15 Jahren bekannt und derzeit ausreichend eingestellt.

	systolisch (mmHg)	diastolisch (mmHg)	Behandlung
Normaler Blutdruck	< 120	< 70	-
Erhöhter Blutdruck	120–139	70–89	+

Eine **Hypercholesterinämie** ist seit 15 Jahren bekannt.

Der Patient hat vor etwa vier Jahren belastungsabhängige und postprandiale thorakale Schmerzen im Sinne einer Angina pectoris verspürt. Damals ist eine Koronarstenose – vermutlich der rechten Koronararterie – mittels Ballondilatation behandelt und ein Stent implantiert worden.

Im Interdigitalraum zwischen Digitus I und II ist es beim Barfußgehen im Garten zur Ausbildung eines schlecht heilenden Ulcus gekommen. In diesem Zusammenhang sind Amoxicillin 1000 mg, Ibuprofen 400 mg bei Bedarf sowie eine lokale Behandlung mit Betaisodona verordnet worden.

Seit etwa fünf Jahren besteht eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (**COPD**). Exazerbationen treten selten auf und sind zumeist im Zusammenhang mit Infektionen der oberen Atemwege zu beobachten.

Der Patient hat belastungsabhängige **Rückenschmerzen** angegeben. Eine weiterführende Diagnostik ist bislang nicht erfolgt.

Voroperationen

Hinweis: Wenn eine Aussage durch eine ärztliche Untersuchung objektiv bestätigt werden kann – zum Beispiel durch sichtbare Narben – ist der Indikativ angebracht. (In der Fachsprachprüfung findet keine körperliche Untersuchung statt.)

Gynäkologie

9 pAVK

Medikamente

Folgende Medikamente stehen auf seinem Rezept:

- Icandra® 1-0-1
- Metoprolol 50 mg morgens
- Lisinopril 10 mg einmal täglich
- Atorvastatin 40 mg abends
- Ibuprofen 400 mg bei Bedarf
- Tamsulosin 0,4 mg einmal täglich
- Aspirin 81 mg einmal täglich
- Symbicort® Spray regelmäßig
- Salbutamol Spray bei Bedarf
- Nitrolingual® Spray bei Bedarf
- Betailsodona® Salbe äußerlich

Früher:

Clopidogrel 75 mg einmal täglich

Amoxicillin (zeitlich befristet, falls aktuell verschrieben)

Hinweis: Wenn eine Aussage durch eine ärztliche Beobachtung objektiv bestätigt werden kann – zum Beispiel anhand eines Rezepts – ist der Indikativ angebracht.

Allergien

Der Patient hat eine Kontaktallergie gegen Latex angegeben, die sich in Form eines vesikulären, teils nässenden Exanthems äußert.

Zudem besteht eine allergische Rhinokonjunktivitis auf Gräser- und Birkenpollen.

Noxen

Der Patient ist Nichtraucher seit fünf Jahren. Zuvor hat er über einen Zeitraum von 20 Jahren täglich 10 bis 15 Zigaretten geraucht, was einem Raucherstatus von ca. 12,5 Packungsjahren entspricht.

10 pAVK

Der Patient trinkt zwei- bis dreimal pro Woche eine Weinschorle.

Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Der Patient ist aktuell im Ruhestand. Zuvor hat er als Chefkoch in einer italienischen Großküche in der Altstadt von Nürnberg gearbeitet.

Er lebt gemeinsam mit seiner Ehefrau, die nach einem Apoplex an einer Paraplegie leidet.

Er hat einen Sohn und eine Tochter sowie vier Enkelkinder.

Familienanamnese

Der Vater ist 93 Jahre alt und lebe mit einer Demenzerkrankung in einem Pflegeheim.

Die Mutter ist vor etwa 25 Jahren im Alter von 63 Jahren an einem Apoplex verstorben.

Verdachts- und Differentialdiagnose

Nach meiner Einschätzung passen die beschriebenen Schmerzen und deren Lokalisation zu einer Durchblutungsstörung. Wegen der bestehenden Risikofaktoren spricht vieles für eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK).

Auch eine tiefe Venenthrombose (TVT) erscheint weniger wahrscheinlich, da weder ein Umfangsunterschied der Beine vorliegt noch ein eindeutiger auslösender Faktor erkennbar ist.

Bei chronisch-venöser Insuffizienz berichten Betroffene typischerweise über ein Schweregefühl in den Beinen – insbesondere nach längerem Stehen –, was hier nicht der Fall ist. Der Patient weist jedoch Risikofaktoren wie Bewegungsmangel, Übergewicht und höheres Alter auf.

Bei Cellulitis oder Lymphangitis erwarten wir Rötung, Überwärmung und Schmerzen.

11 pAVK

Bei superfizieller Phlebitis sind Rötung, tastbarer Venenstrang und lokale Druckschmerzen zu erwarten.

Das Fehlen radikulärer Beschwerden und neurologischer Ausfälle spricht gegen eine spinale Stenose oder einen Bandscheibenprolaps. Außerdem stehen bei diesen Erkrankungen in der Regel Rückenschmerzen im Vordergrund.

Diagnostische Abklärung

Da der Patient über akut aufgetretene, starke Schmerzen berichtet, sollte ein akuter arterieller Verschluss in Betracht gezogen werden. In diesem Fall ist eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich.

Bei einem rein chronischen Verlauf mit belastungsabhängigen Beschwerden und stabiler Symptomatik wäre eine ambulante Abklärung möglich.

körperliche Untersuchung

Nach der Anamnese sollte eine strukturierte körperliche Untersuchung erfolgen. Diese beginnt mit der Erhebung der Vitalparameter (Herzfrequenz, **Blutdruck**, **Atemfrequenz**, **Sauerstoffsättigung** und **Temperatur**), gefolgt von der Inspektion der betroffenen Extremität.

Dabei sind Hautveränderungen wie Blässe, Zyanose, Schwellungen, trophische Störungen sowie das Vorliegen von Ulzera (Lokalisation, Größe, Ränder, Sekretion, Geruch) zu beurteilen. Hinweise auf eine mykotische Infektion, wie z. B. eine Interdigitalmykose, sollten ebenfalls erfasst werden.

Bei einem akuten arteriellen Verschluss sind typische Zeichen wie blasse, kühle Haut, fehlende periphere Pulse, Zyanose, Parästhesien und gegebenenfalls motorische Einschränkungen zu erwarten.

Die Palpation dient der Überprüfung der peripheren Pulse und der Kapillarfüllungszeit.

- Arterie femoralis: in der Leiste, etwa auf halbem Weg zwischen Spina iliaca anterior superior und Symphyse
- Arterie poplitea: in der Kniekehle bei leicht gebeugtem Knie, schwer tastbar

12 pAVK

- Arterie **tibialis posterior**: hinter dem Innenknöchel (medialer Malleolus)
- Arterie **dorsalis pedis**: auf dem Fußrücken, lateral der Sehne des M. extensor hallucis longus (Sie ist am besten tastbar, wenn der Patient die große Zehe nach oben streckt bzw. dorsal extendiert.)



Zusätzlich sollten Sensibilität und Motorik der betroffenen Region beurteilt werden. Bei vorhandenen Ödemen ist zu überprüfen, ob diese eindrückbar sind. Eine Auskultation über den Gefäßen kann pathologische Strömungsgeräusche (z. B. über der A. femoralis) aufzeigen.

Bei bekanntem Diabetes mellitus sollten ergänzend eine diabetische Fußuntersuchung sowie eine Funduskopie durchgeführt werden.

Zur weiteren Abklärung bei Verdacht auf pAVK sind funktionelle Tests wie die **Ratschow-Lagerungsprobe** und die Messung des **Knöchel-Arm-Index (ABI)** obligat.

Fontaine-Klassifikation		
Stadium	Bezeichnung	Beschreibung
I	Asymptomatisch	Keine Beschwerden trotz nachweisbarer Durchblutungsstörung
II	a	Schmerzfremie Gehstrecke > 200 m
	b	Schmerzfremie Gehstrecke < 200 m
III	Ruheschmerz / nächtlicher Schmerz	Schmerzen in Ruhe, meist im Liegen (z. B. nachts)
IV	Nekrose / Gangrän	Gewebeuntergang, Ulzera, Schwarzfärbung, evtl. Infektion

Laboruntersuchungen

Zur weiteren Abklärung sollten ein kleines **Blutbild**, **CRP**, **BSG**, D-Dimere, Nüchternblutzucker (FBS), HbA1c, ein Lipidprofil (Gesamtcholesterin, LDL, HDL, Triglyzeride), Nierenparameter (Kreatinin, Harnstoff, GFR) sowie ein Proteinurietest durchgeführt werden.

EKG

Farbduplexsonographie (Routine)

Die Farbduplexsonographie ist eine nichtinvasive Ultraschallmethode, die Gefäßstrukturen und den Blutfluss farbcodiert darstellt. So lassen sich Gefäßverengungen, Verschlüsse und Thrombosen zuverlässig erkennen. Gleichzeitig können Blutflussrichtung und -geschwindigkeit beurteilt werden: Rot zeigt einen Fluss zur Sonde hin, Blau einen Fluss von ihr weg. Helle Farbtöne stehen für einen schnellen, dunkle für einen langsamen Fluss. Bei turbulentem Blutfluss, etwa im Bereich einer Stenose, entstehen bunte Mischfarben. Grundlage dieses Prinzips ist der Dopplereffekt, bei dem sich die reflektierte Ultraschallfrequenz in Abhängigkeit von der Bewegungsrichtung der Blutzellen verändert.

14 pAVK

Zu Beginn wird ein spezielles Kontaktgel auf die Haut aufgetragen, um die Schallwellenübertragung zu verbessern. Anschließend wird die Ultraschallsonde über die betroffenen Gefäßabschnitte geführt. Die Untersuchung ist schmerzfrei und dauert in der Regel etwa 20 Minuten.

Angiographie

Die Angiographie ist ein minimalinvasives bildgebendes Verfahren, das zur Diagnose und ggf. auch zur interventionellen Behandlung von Gefäßerkrankungen eingesetzt wird.

Bei pAVK wird unter lokaler Betäubung ein dünner Katheter über die Arteria femoralis bis zur stenosierten Gefäßregion vorgeschoben. Anschließend wird ein jodhaltiges Kontrastmittel injiziert, das mithilfe von Röntgenstrahlen (Digitale Subtraktionsangiographie) oder Magnetfeldern (MR-Angiographie) sichtbar gemacht wird.

Die Untersuchung dauert je nach Befund und eventueller therapeutischer Intervention (z. B. Ballondilatation, Stentimplantation) zwischen 30 Minuten und 2 Stunden.

Vor der Angiographie sollte der Patient nüchtern sein, eine mögliche Kontrastmittelallergie sowie die Nierenfunktion (z. B. GFR) müssen überprüft werden. Bei Diabetikern ist eine Metforminpause zu erwägen.

Mögliche Komplikationen sind lokale Hämatome, Nachblutungen an der Punktionsstelle, Kontrastmittelallergien, eine vorübergehende Nierenfunktionsstörung sowie – sehr selten – vaskuläre Komplikationen wie Embolien.

Die konventionelle Kontrastangiographie bleibt der Goldstandard, doch Duplexsonographie, CT-Angiographie (CTA) und MR-Angiographie (MRA) haben die Katheterangiographie bei der anatomischen Beurteilung vor Revaskularisation weitgehend ersetzt.

Indikationen für eine CT- oder MR-Angiographie bei pAVK bestehen bei unklaren Befunden in der Duplexsonographie – etwa bei adipösen Patienten oder

15 pAVK

tiefliegenden Gefäßen – sowie im Rahmen der präoperativen Planung vor einer geplanten Revaskularisation.

Konsile

Gefäßchirurgie, Radiologie / interventionelle Radiologie, Anästhesiologie, Innere Medizin / Kardiologie, Diabetologie / Endokrinologie

Behandlung:

Maßnahmen zur Senkung kardiovaskulärer Risikofaktoren bei pAVK:

- Gewichtsreduktion bei Übergewicht
- Regelmäßige körperliche Aktivität (Gehtraining, mindestens 3×/Woche)
- Rauchstopp (ggf. Nikotinersatztherapie oder Verhaltenstherapie)
- Diabetes mellitus:
FBS < 130 mg/dl
HbA1c < 7 %
- Arterielle Hypertonie:
Zielwert: < 130/80 mmHg oder < 120/80 mmHg
- Hypercholesterinämie:
LDL-Zielwert < 70 mg/dl bei hohem kardiovaskulären Risiko
- Konsequente Fußpflege:
Tägliche Kontrolle, Vermeidung von Druckstellen und Infektionen

Patienten mit irreversibler Extremitätenischämie sollen keine Angiographie mehr erhalten, sondern direkt zur Amputation eingeplant werden.

Die häufigsten Ursachen der akuten Extremitätenischämie sind Thrombose oder Embolie.

Alle anderen Patienten mit akuter Ischämie, deren Extremität noch vital erscheint, sollten notfallmäßig angiographiert werden, um die Ursache zu identifizieren und wenn möglich endovaskulär zu behandeln.

16 pAVK

Medikamentöse Therapie

- Thrombozytenaggregationshemmung
Aspirin: 75–325 mg/Tag
Clopidogrel: 75 mg/Tag (wenn ASS nicht vertragen wird)
- Cilostazol (Phosphodiesterase-III-Hemmer):
50–100 mg zweimal täglich
verbessert die maximale Gehstrecke bei Claudicatio

Komplikationen:

Ruhschmerzen, Ulzera, Nekrosen, chronische Wundheilungsstörungen, Gangrän / Nekrose, Infektionen, Amputation

Fachleiter

17 pAVK

Extra

Namen:

Renate Wirthmann, Paul Breitner, Stephan Baum, Edeltraut Böhm, Richard Wagner, Ferdinand Sauerbruch, Reiner Obermaier, Annemarie Spiegelberg, Frau Lessing, Sophia Mayer, Susanne Krämer, Waltraud Böhm, Anna Fülller, Leopold Henkel, Alfons Böhmermann, Rosa Bier, Petra Henkelmann, Martin Löffler

Einzelheiten:

Insomnie in Form von Ein- (wegen Stress nach dem Tod seiner Frau).

Zusätzlich berichtet die Patientin über frühere Krampfepisoden, gegen die sie Magnesium eingenommen habe.

Er hat als Hilfskoch gearbeitet.

Kneipenleiterin

Floristin

Tierpflegerin

in der Metzgerei

Vorerkrankungen:

Atrial fibrillation

Pilonidalsinus vor 20 Jahren

Asthma bronchiale mit 49 Jahren !!!

Perforierte Appendizitis

Zöliakie seit dem 20. Lebensjahr.

Kahnbeinfraktur

Im Kindesalter habe sie sich einer Tonsillektomie und vor 13 Jahren einer Sectio caesarea unterzogen.

Hundebiss vor drei Jahren am linken Bein.

Familialanamnese:

Meine Mutter ist an einem geplatzten Gefäß im Gehirn gestorben.

Ihr Sohn hat vor drei Jahren Suizid begangen.

Der Enkelsohn leidet an einer kongenitalen Anämie, mögliche Diagnose:

Thalassämie oder hereditäre Sphärozytose. Der Vater hat eine Niereninsuffizienz.

18 pAVK

Die Mutter verstarb vor 40 Jahren an einer Aortendissektion.

Der Vater ist an Myokardinfarkt verstorben.

Vater an Larynxkarzinom verstorben

Medikamente:

Hexal 20 mg

Statin morgens!!!!

Candesartan

Allergie:

Krustentierenallergie (Pruritus im Mund, Hypästhesie an der Zunge, Abdominalgie)

Laktoseintoleranz mit Diarrhö und Bauchschmerzen.

Fragen

1. Muss ich denn wirklich im Krankenhaus bleiben? Ich muss mich um meine Frau kümmern.

Ich verstehe, dass Sie schnell wieder nach Hause möchten und Ihre Frau versorgen müssen. Wir wollen nur sicherstellen, dass bei Ihnen nichts Ernstes übersehen wird – es besteht der Verdacht auf eine Gerinnung, und das sollten wir vorsichtshalber genauer abklären.

2. Was bedeutet trophische Störungen?

Trophische Störungen sind Veränderungen der Haut, Nägel oder Haare, die durch eine gestörte Durchblutung oder Nervenschädigung entstehen. Dazu gehören trockene, dünne Haut, schlecht heilende Wunden, Ulzera, brüchige Nägel und Haarausfall an den betroffenen Körperstellen.

3. Muss mein Bein amputiert werden?

Im Moment können wir das noch nicht sicher sagen. Wir tun alles, um die Durchblutung zu verbessern – dafür brauchen wir aber noch weitere Untersuchungen

4. Mein Nachbar hat Diabetes und bekommt Insulin. Mein Hausarzt hat mir so etwas nicht verschrieben – ist das normal?

19 pAVK

Das ist durchaus normal. Nicht jeder Diabetiker braucht Insulin. Bei Ihnen reicht derzeit eine Behandlung mit Tabletten aus, weil Ihre Bauchspeicheldrüse noch ausreichend Insulin produziert. Wir beobachten regelmäßig, ob sich das verändert.

5. Meine Mutter ist an einem geplatzten Gefäß im Gehirn gestorben – ist mein Zustand vergleichbar?

Es tut mir leid, das zu hören. Ein geplatztes Gefäß im Gehirn – also eine Hirnblutung – ist meist eine andere Erkrankung als das, was Sie gerade haben. Nach dem, was wir bisher wissen, sieht es bei Ihnen nicht nach einer ähnlichen Situation aus. Wir werden alles genau untersuchen, um sicherzugehen.

6. Was sind die Symptome einer Hirnblutung?

Typische Symptome einer Hirnblutung sind plötzlich auftretende starke Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen, Sprachstörungen, Lähmungen oder Bewusstseinsveränderungen. In manchen Fällen kann es auch zu Krampfanfällen kommen.

7. Wie nennt man eine Lähmung nur auf einer Körperseite? Wie heißt es, wenn beide Beine gelähmt sind? Gibt es einen Fachbegriff für eine Lähmung aller vier Gliedmaßen?

Halbseitige Lähmung:

- Hemiparese (unvollständige Lähmung)
- Hemiplegie (vollständige Lähmung einer Körperhälfte)

Lähmung beider unteren Extremitäten:

- Paraparese (unvollständig)
- Paraplegie (vollständig)

Lähmung aller vier Extremitäten:

- Tetraparese (unvollständig)
- Tetraplegie (vollständig)

8. Was sind typische Symptome einer Prostatahyperplasie?

20 pAVK

Typische Symptome einer gutartigen Prostatavergrößerung (benigne Prostatahyperplasie) sind: abgeschwächter Harnstrahl, Startschwierigkeiten beim Wasserlassen, Nachträufeln, das Gefühl einer unvollständigen Blasenentleerung, häufiges Wasserlassen (besonders nachts) und plötzlicher Harndrang

9. Was ist der Unterschied zwischen Polakisurie, Oligurie und Anurie?

Polakisurie bedeutet häufiges Wasserlassen in kleinen Mengen.

Oligurie ist eine deutlich verminderte Urinmenge, also weniger als 500 ml pro Tag.

Anurie bezeichnet eine fast vollständige Harnverhaltung – weniger als 100 ml Urin pro Tag.

10. Warum bessern sich die Schmerzen bei pAVK durch Tieflagerung und bei TVT durch Hochlagerung?

Bei pAVK verbessert die Tieflagerung die Durchblutung durch die Schwerkraft. Bei TVT reduziert die Hochlagerung die venöse Stauung und somit die Schwellung und den Schmerz.

11. Welche Medikamente sind für Diabetiker mit Risiko für Hypoglykämie geeignet?

Medikamente mit geringem Hypoglykämierisiko sind z. B. Metformin, DPP-4-Hemmer, GLP-1-Analoga und SGLT2-Hemmer. Sulfonylharnstoffe und Insulin erhöhen das Risiko.

12. Was ist der Unterschied zwischen einem Konditor und einem Bäcker?

Ein Bäcker stellt hauptsächlich Brot, Brötchen und andere Backwaren aus Teig her.

Ein Konditor hingegen ist auf Süßwaren spezialisiert – z. B. Torten, Kuchen, Pralinen, Desserts und feine Backwaren.

13. Was sind Gemüse und warum verbessern sie die Verdauung

Gemüse sind essbare Pflanzenteile wie Blätter, Wurzeln oder Früchte. Sie enthalten viele Ballaststoffe, die den Darm anregen, die Verdauung fördern und Verstopfung vorbeugen.

21 pAVK

14. Wie nennt man eine Gefäßausstülpung, wenn das Gefäß nicht gerissen ist?

Ein Aneurysma ist eine umschriebene Erweiterung oder Ausstülpung eines Blutgefäßes – meist einer Arterie – ohne direkten Einriss der Gefäßwand.

15. Welche Komplikationen bei Diabetes zählen zu den mikro- und welche zu den makroangiopathischen Läsionen?

Zu den Mikroangiopathien zählen diabetische Retinopathie (Auge), Nephropathie (Niere) und Neuropathie (Nerven).

Makroangiopathien betreffen große Gefäße und äußern sich z. B. als KHK, pAVK oder Schlaganfall.

16. Für welche Krankheiten ist übermäßiger Alkoholkonsum ein Risikofaktor?

Übermäßiger Alkoholkonsum erhöht das Risiko für Lebererkrankungen (z. B. Fettleber, Leberzirrhose), Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, bestimmte Krebserkrankungen (z. B. Mund, Speiseröhre, Leber), Pankreatitis sowie psychische Störungen und Abhängigkeit.

17. kurz über Hyperthyreose

youtube.com/@Fach.Leiter
t.me/Fachleiter
t.me/Fachleiterinfo
fachleiterinfo@gmail.com
instagram.com/fachleiterinfo
tiktok.com/@fachleiter

Fachleiter