

Klinikum am Platz, 10000 Ort

Frau

Dr. med. Niedergelassen

Platz 3

10000 Ort

Entlassungsbrief

Sehr geehrte Frau Kollegin,

wir berichten Ihnen über unseren gemeinsamen Patienten, Herrn Patient, Armer, geboren am 01.01.1950, der sich vom 05.11.2001 bis 10.11.2001 in unserer Behandlung befand.

Diagnosen:

1. Dekompensierte kryptogene Leberzirrhose, Child C (Hauptdiagnose nach DRG-AR ICD10: K74.6) mit hepatischer Enzephalopathie Grad I – II (K72.9)
2. Diabetes mellitus Typ II, ED 2000 (E11.90)
3. Z.n. Verletzung Auge links

Therapie und Verlauf:

1994	TIPS-Anlage, anamnestisch bei rez. Ösophagusvarizenblutungen
1998	TIPS-Revision bei TIPS-Dysfunktion
02/00	ED Diabetes mellitus II, Therapiebeginn Actraphane 18-0-12.
11/00	Hepatische Enzephalopathie Grad I - II bei Diätfehler.
05/01	Hepatische Enzephalopathie Grad I - II bei Hämatom nach Motorradunfall.
11/01	Hepatische Enzephalopathie Grad I - II bei unklarem Infekt und ACE - Hemmergabe.

Anamnese:

Sie stellten sich am 05.11.01 wg. einer seit 2 Tagen zunehmenden AZ-Verschlechterung mit körperlicher Schwäche und begleitender intermittierender Schwindelsymptomatik mit Übelkeit und Erbrechen in unserer Notaufnahme vor. Dabei beschreiben Sie eine, im Verlauf der letzten 2 - 3 Wochen zunehmende Bauchumfangszunahme und zuletzt eine deutliche Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit, Vergeßlichkeit mit progredienter Müdigkeit und Schläfrigkeit. Gezielt verneint werden:

Bluterbrechen, Teerstuhl, übermäßiger Eiweißkonsum, Fieber, Infektzeichen. Aktuelles Vegetativum: Trinkmenge ca. 1 - 1,5 Liter/Tag (glaubhaft Alkoholabstinenz), Appetit reduziert (anamnestisch Eiweißrestriktion 60 g/d), Miktion und Defäkation o. B. Zur weiteren ausführlichen Vorgeschichte verweisen wir auf unseren letzten Arztbrief. Aktuelle Medikation: Pantozol 40 1-0-0, Bifiteral Meßbecher nach Bedarf, Aldactone 50 1-0-0, Lopirin cor 12,5 ½-0-½, Falkamin Pellets 1-1-1, Fraxiparin 0,3 mg s.c. jeden 2. Tag. 14 BE Diabetesdiät.

Klinische Untersuchung:

51-jähriger Patient in geringgradig reduziertem AZ und normalem EZ (184 cm, 84 kg). 3-fach orientiert. Pupille links weit entrundet, rechts mittelweit mit unauffälliger direkter und indirekter Lichtreaktion, Spider naevi disseminiert obere Thoraxapertur, Gynäkomastie beidseits, Weißnägel. Herz und Lunge ausk. regelrecht. RR 110/60 mmHg, HF 86/min. Abdomen weich, ausgeprägter Aszites mit Undulationsphänomen, kein Druckschmerz. Milz ca. 3 QF unterhalb des linken Rippenbogens vergrößert tastbar. Rektal-digital o. B. Neurolog. Untersuchungsbefund bis auf diskrete Verlangsamung, angedeutete Erstvarixes o. B.

Befunde:

Labor vom 5.11.01:

CRP 23,1 mg/l, Glucose 165 mg/dl, LDH 271 U/l, GOT 20 U/l, AP 336 U/l, CHE 1453 U/l, Bilirubin 6,85 mg/dl, Albumin 31,4 g/l, Hb 10,5 g/dl, Leukozyten 3,1/nl, Thrombozyten 48, Neutrophilie 80,6%, Lymphozyten 11,7%, Quick 69%, übrige Serumchemie, Blutbild, Diff.-BB, Gerinnungsstatus o. B. Eiweißelektrophorese bis auf Gammaglobulinfraktion 19,2%, Alpha1-Globulinfraktion 3,2% o. B. 24h-Sammelurin bis auf Natrium 247 mmol/24h, Albumin 26,6 mg/l o. B. Faktor V 44%. Unauffällig fanden sich HbA1c, TSH basal, AFP, IL6, Zink, Lipidprofil. Serologie: negativ fanden sich CMV-DNA-PCR.

Aszitespunktat:

Albumin 6,4 g/l, Leukozyten 0,14/nl, LDH 52 U/l. Histologie (H25440/01): Kein Nachweis von Tumorzellen.

Abdomensonographie:

mit Pfortaderduplex: Pfortader dilatiert mit 2,1 cm, Pfortaderfluß hepatopetal max. 30 cm/Sek., Flußvolumen 2,4 - 2,9 l/min., TIPS allseits offen, im mittleren Drittel Vmax. 70 cm/Sek. (Flußvolumen 1 - 1,5 Liter/min.), Milz 18,5 x 5 cm, mäßig Aszites.

Echokardiographie:

Bis auf geringgradige Mitralinsuffizienz und Trikuspidalinsuffizienz altersentsprechend unauffällig.

Psychometrische Tests:

Number-connection-Test: 81 Sek., Beurteilung -3, Line-Tracing-Test 105 Sek. (Beurteilung -1), 37 Fehler (Beurteilung -1).

Altersentsprechend unauffällige Normalbefunde fanden sich für EKG, Röntgen Thorax, Lungenfunktion.

Zusammenfassung und Beurteilung:

Sie stellten sich am 05.11.01 mit dem Bild einer hepatischen Enzephalopathie Grad I - II sowie prallem Aszites bei erneuter Dekompensation einer vorbekannten kryptogenen Leberzirrhose, im Child-Stadium C, in unserer Notaufnahme vor. Bei fehlendem klinischen sowie anamnestischen Hinweis auf eine auslösende Ursache und Ausschluß einer signifikanten TIPS-Dysfunktion sind als mögliche Auslöser der Dekompensation zu diskutieren: a) unklarer Infekt (bei laborchemisch aufgefallener mäßiggradiger Entzündungskonstellation), b) möglicherweise Verschlechterung der vorbestehenden Vasodilatation mit progredienter Hypotonie (Schwindelsymptomatik, RR 100/60 mmHg) unter ACE-Hemmer-Gabe. Unter Anwendung von Lactulose-Einläufen, Lactulose per os, passagerer Eiweißrestriktion von 40g/Tag (unter Substitution essentieller Aminosäuren), zusätzlicher Applikation von Ornitin-Aspartat sowie Intensivierung der diuretischen Kombinationstherapie (Spironolacton + Torasemid) und initial totaler Parazentese ließ sich eine rasche und zufriedenstellende Rekompensation erzielen. Wie Ihnen bereits bekannt, sollte im weiteren Verlauf zur Stuhlregulierung Lactulose nach Bedarf mit Ziel 2 - 4 Stühle/Tag eingenommen werden. Ferner sollte unter engmaschiger Körpergewichtskontrolle (z. B. täglich) eine Anpassung der Diuretikamedikation erfolgen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

weitere Therapie und Behandlungsvorschlag:

Lactulose, z. B. Bifiteral Meßbecher 1-1-1 (bzw. nach Bedarf)

Pantoprazol, z. B. Pantozol 40 mg 0-0-1

Spironolacton, z. B. Aldactone 100 mg 1-0-0

Torasemid, z. B. Unat 5 mg 1-0-0

Protaphane 30/70 0-0-0-6 IE s.c.

KEINE ACE-Hemmer!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

OA Dr. Ärztin