

Klinisches Praktikum Allgemeinmedizin 2- 6.J. PatientInnen Bericht

Studierender/e- Name: Alexander Oelzant **Matrikelnummer:** 9301547

Ordination

Lehrpraxisleiter: Dr Gustav Kamenski, 2261 Angern an der March

Klinisches Praktikum- Datum:

28. 3. 2013, 4. 4. 2013

PatientIn

Initialen: E. M.	Erstkontakt / Neuer Patient: nein
Alter: 63	Bekannter Patient / Kontrollbesuch: ja
Geschlecht: weiblich	Dringlichkeit aus ärztlicher Sicht:
Muttersprache: Deutsch	<input type="checkbox"/> dringend <input checked="" type="checkbox"/> nein
	Routine

Klinische Information

Beratungsanlass: Schulter Schmerzen, Bluthochdruck

Symptome und Symptomentwicklung Schulter Schmerzen: Sturz, Bluthochdruck: seit Tod der Mutter 1992

Untersuchungsergebnis- erhobener Befund: Bewegungseinschraenkung, RR hoch (189/107)

Relevante Tests/Untersuchungen: Blutdruckmessung, Nierenwerte

Relevantes aus der Anamnese- Diagnosen: RR seit 1992 erhoelt (Krise nach Tod der Mutter) Diabetes seit 2005, Sturz vor 2 Wochen

Aktuelle und laufende Medikation: Glucophage 1000 1-0-0, Acecomb 1-0-0 Vicard 2 mg 1-1-1, Seroquel 100 0-0-1, TASS 1-0-0, Crestor 1/2 d, Moxonibene
aktuell Paracetamol-Infusionen

Weitere relevante Informationen (spezielle Bedürfnisse, Behinderungen, Beruf-Familie,...)

Beratungsergebnis: Bluthochdruck in Abklaerung, Schmerzbehandlung

Weitere Vorgangsweise- Diagnostik 24h-Harn, Nieren MRT

Weitere Vorgangsweise- Therapie Schmerzbehandlung, Blutdrucksenkung

Schwierigkeiten/Herausforderungen dieser Konsultation aus studentischer/ärztl. Sicht: (zB. Compliance, Medikation- Wechselwirkungen, Kassensystem, ADL, Prävention,...)

Frau M. war sehr kooperativ, wegen der nicht geringen Zahl an Medikamenten und Beschwerden war ein Ueberblick allerdings nicht leicht

Relevantes aus der Literatur- Suche zum Beratungsanlass/-ergebnis: (Textbuch, review, Leitlinien,..) v. A. Nierenarterienstenose? keine NSAID bei Verdacht auf Niereninsuffizienz

Ich berichte hier ueber die **1949** geborene 63-jährige Frau **Elisabeth M.**, die am **28. 3. 2013** in der Ordination **Dr Gustav Kamenski** vorstellig geworden ist. Die Patientin ist in der Praxis seit längerem bekannt und wegen mehrerer Probleme in Behandlung.

Der Praxisbesuch erfolgte zur Schmerztherapie eines Schulterproblems, das sich schon seit einigen Monaten in Schmerzen bei der Abduktion und Innenrotation geäußert hatte. Nach einem Krankenhausaufenthalt um den 1. 2. (8 Wochen zuvor) wegen einer Schleimbeutelentzündung wurde das Problem am 12. Februar (6 Wochen zuvor) durch einen Sturz (“wie ein Frosch”) aggraviert. Die Patientin berichtet, dass seit 2 Wochen (3 Wochen nach dem Sturz) ein morgendliches “Schnalzen” im Schultergelenk aufgetreten ist. Die Behandlung erfolgte ursprünglich mit Voltaren (Diclofenac) 2 x 50 mg, wurde aber wegen nicht ausreichender Wirkung und wegen Verdachts auf Niereninsuffizienz (siehe unten) auf Paracetamol und Tramadol (Tramal/Tramabene) umgestellt, eine Infusionstherapie mit 1000 mg Paracetamol wurde fortgesetzt. Eine Abklärung der Schultergelenksbeschwerden mittels MRT-Untersuchung war terminlich für 16. 4. 2013 vereinbart.

Frau M. ist auch wegen einer Hypertonie in Behandlung, die sich seit Mitte November 2012 mit Blutdruckspitzen bis 210/110 manifestiert hat und trotz einer Fünffachkombination (Vicard = Terazosin, Acecomb = Lisinopril + Hydrochlorothiazid, Moxonidin, Seloken = β -Blocker Metoprolol) noch nicht vollständig unter Kontrolle gebracht werden konnte. Der Kreatininwert war ebenso unauffällig wie der Nieren-Ultraschallbefund, ein 24h-Harn zur Kreatininclearance wurde durchgeführt, aber noch nicht ausgewertet, ein weiterer MRT-Termin für die Abdominalregion war ebenfalls in Planung. Am Tag des Praxisbesuchs konnte ein Druck von 189/107 gemessen werden.

Ferner ist ein Diabetes Mellitus bekannt, der mit Glucophage (Metformin) 1000 mg/d gut eingestellt ist (HbA1c 6.4 %). Die Patientin nimmt auch an einer Selbsthilfegruppe teil und hält eine zuckerarme Diät mit wenig Mono- und Disacchariden ein.

Wegen einer Erhöhung der Triglyceride und LDL-Cholesterins wird mit Crestor (Rosuvastatin) ein HMG-CoA-Reduktase-Hemmer zur Cholesterinsenkung gegeben.

Anamnestisch sind ein Hinterwandinfarkt 2004 mit darauffolgender Implantation von drei Koronarstents erhebbbar, zeitlich besteht ein Zusammenhang mit Problemen in der Firma um diese Zeit, seither erfolgt auch die Behandlung mit Thrombo ASS (Acetylsalicylsäure) zur irreversiblen Hemmung der Thrombozytenaggregation. Die Mutter ist 1992 ebenfalls an einem Myokardinfarkt verstorben, was bei der Patientin einen Zusammenbruch auslöste und die ersten Bluthochdruckepisoden (bereits damals 200/100) provozierte, die damals jedoch gut kontrollierbar war. Seit der der Scheidung 1999 lebt sie alleine und hat zwei Kinder, zu denen sie ein gutes Verhältnis hat, sowie einen Enkel, der an Diabetes Typ 1 leidet. Der Bruder ist 1967 mit 33 Jahren an einem bösartigen Carcinom (Pankreas-CA) verstorben,

der Vater mit 76 Jahren an einem Schlaganfall.

Als weitere Vorgehensweise ist eine Abklärung der Nierenfunktion (Kreatinin-clearance über 24-Stunden-Harn, MRT) wegen Verdachts auf eine Nierenarterienstenose als Ursache der Hypertonie sowie eine radiologische Untersuchung der schmerzhaften Schulter vorgesehen. Eine psychische Aggravation von Schmerzen und Blutdruck muss in Betracht gezogen werden, scheint zum Zeitpunkt der Konsultation jedoch nicht vordergründig.

Medikament	morgens	mittags	abends
Gucophage 1000 mg	1		
Acecomb	1		
Vicard 2 mg			1
Seloken 95 mg	1		
Thrombo ASS 100 mg	1		
Crestor 10 mg	alle 2 Tage morgens		
Moxonidin 0.4 mg	1		
Tramabene 100 mg	1		1
Paracetamol Genericon 500 mg	1	1	1