

*Berufung
Leben*

 **Klinikum**
Wels-Grieskirchen

Eine Patientin mit... **Dyspnoe**

Dr. Kristina Pinter
HNO



 **Klinikum**
Wels-Grieskirchen

AVA Triage um 22:51

Patient: Frau H. A., 44 Jahre

Triage Anamnese: Atemnot, seit ca 5 Tagen Heiserkeit,
hat das Gefühl, dass der Hals zu eng ist, Hustenreiz

RR rechts: 126/56, Puls 94/min

Temperatur: 36,9°C

O2-Sättigung: 97%

Triage-Stufe: 4

In der HNO-Ambulanz

- Halsschmerzen und Heiserkeit seit 5 Tagen, Dyspnoe
- neu: Globusgefühl
- kein Fieber
- Raucherin - 32 packyears
- GERD
- gerade aus der Türkei gekommen, war dort beim Arzt

Mitgebrachte Verordnung:

Laryngitis acuta
GERD

- *Antitussivum*
- *PPI*
- *Cortison*

Untersuchung

Ohren/Nase/Mund/Rachen: bland

Epipharynx/Hypopharynx/Larynx: Begutachtung mit dem flexiblen Endoskop (auf Wunsch der Patientin ohne Lokalanästhesie)

Es kommt zu einer Dyspnoe-Attacke...

Stationäre Aufnahme

- **Status:** internistisch unauffällig
- **Aufnahmelabor:** CRP 13
- **Anamnese:** rezenter Tod von Mutter und Onkel

Stationäre Aufnahme

Medikamente:

- Thrombo ASS
- PPI (Name nicht rememberlich), gelegentlich eingenommen
- „Asthmasprays“, nicht dabei
- Oleovit D3

Stationäre Aufnahme



Diagnose: Laryngitis acuta?

Therapie:

- Cortison i.v.
- PPI
- Inhalation mit Kochsalz

Der erste Schritt zur Heilung ist meistens,
das Gegenüber ernst zu nehmen.

Differentialdiagnose Dyspnoe

AKUT

Fremdkörper

Pneumothorax

Asthmaanfall

PAE

Akutes

Lungenödem

SUBAKUT

Asthma

Parenchymale
Lungenerkrankungen
(Alveolitis, Pneumonie)

Erguss

CHRONISCH

COPD

Chron. parenchymale
Lungenerkrankungen

Nicht-respiratorische
Genese, zB kardial

Übersetzt nach: Longmore, M.; Wilkinson, I.B.; Davidson, E.H. et al: Oxford Handbook of Clinical Medicine, p49

Dyspnoe ist das subjektive Gefühl der Atemnot
und soll ernst genommen werden.

Verlauf

HNO-fachärztliche Untersuchung:

endoskopisch Stimmlippen verdickt mit weißlichen Auflagerungen

→ Bild einer chronischen Laryngitis

Verlauf

Lungenfachärztliches Konsil:

COPD II (DD Asthma – ACOS) mit Infektexacerbation

→ *Inhalative Therapie + Prednisolon + stationäre Reha empfohlen*

Internistisches Konsil:

Belastung-EKG

Langzeit-RR

Eine Patientin, die nichts hat

Aktuell: Atemwegsinfekt, Heiserkeit, psychische Belastung

Chronisch:

- COPD II
- GERD
- fragliche AP-Symptomatik
- Nikotinabusus

Eine Patientin, die „nichts hat“?

Aktuell: Atemwegsinfekt, Heiserkeit, psychische Belastung

Chronisch:

- COPD II → stationäre Reha
- GERD → Pantoprazol
- fragliche AP-Symptomatik → weitere Abklärung eingeleitet
- Nikotinabusus → beendet
- schlechte medizinische Anbindung

Compliance setzt eine gemeinsame Sprache voraus.

Beispielfrage

Eine Ihnen gut bekannte 50-jährige Raucherin kommt in Ihre Ordination. Sie berichtet über seit ca. 1 Woche bestehende Halsschmerzen und Heiserkeit. Sie hat kein Fieber, keinen Schüttelfrost, keine Dyspnoe. Sie war am letzten Wochenende spazieren und ist dabei in einen Regenschauer gekommen. Was raten Sie der Patientin?

- körperliche Schonung
- Stimmschonung
- ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Nikotinstopp
- Wiedervorstellung bei ausbleibender Besserung oder Auftreten von Fieber, Dyspnoe

