

Differentialdiagnose Thoraxschmerz

W.Dänschel
Chemnitz

Thoraxschmerz - Immer ein Notfall??

„Ja“

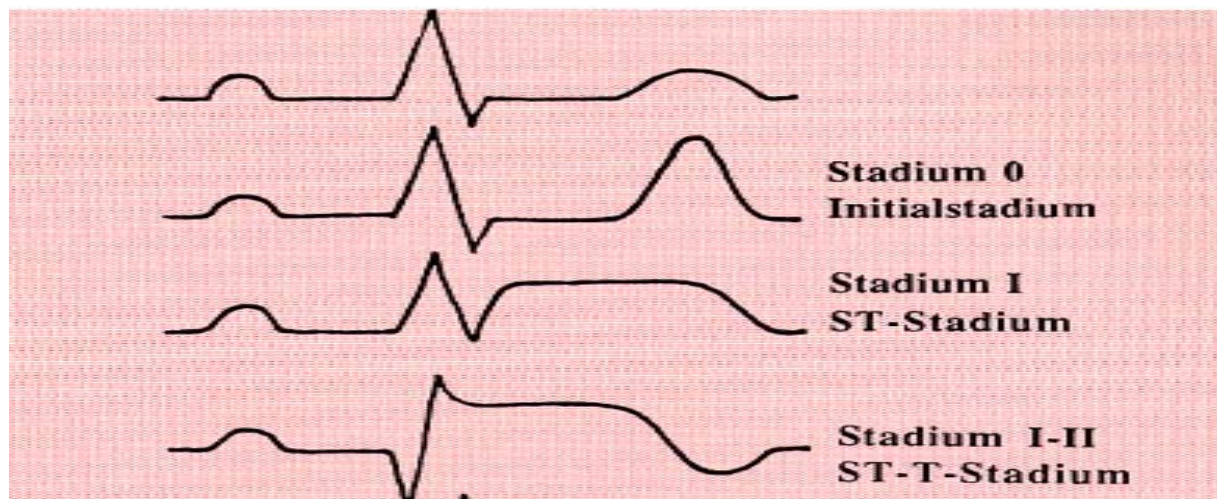
„Nein“

„Ab und zu“

„Einsatzmeldung Brustschmerz“

Häufigster Dispositionsgrund der Leitstellen

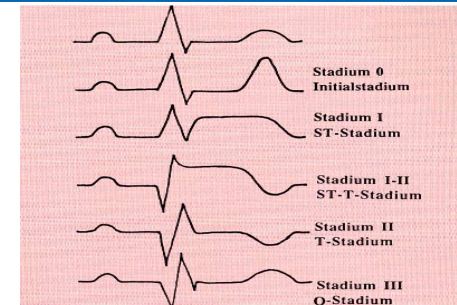
25% - 30% aller Einsätze



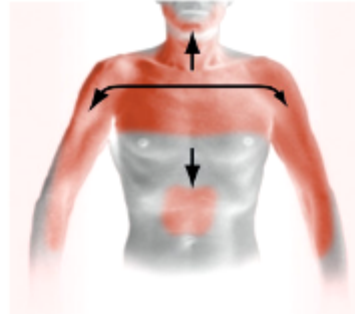
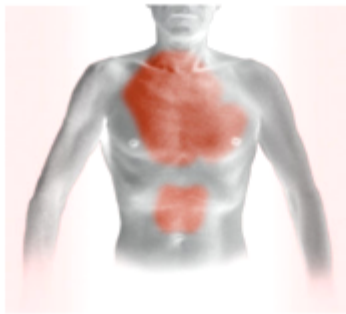
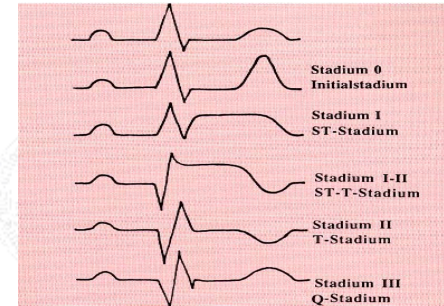
ICD10	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
								+770%		
R07 Hals- und Brustschmerzen	17.701	70.323	81.589	90.036	107.917	112.601	117.036	125.012	135.065	136.204
R07.0 Halsschmerzen	166	77	105	109	153	176	194	202	259	266
R07.1 Brustschmerzen bei der Atmung	511	839	1.330	1.657	2.063	2.079	2.130	2.306	2.613	2.421
R07.3 Sonstige Brustschmerzen	1.353	9.671	12.707	16.908	22.111	23.979	27.942	32.377	37.489	40.515
R07.4 Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	13.340	42.550	47.171	42.645	51.668	53.104	53.549	55.436	59.124	58.579

- **Untersuchung**

- Ausziehen!
- Sehen
 - Patient krank?
 - Hautcolorit
 - Diaphoresis
 - Atemposition + Atemfrequenz
- Hören
 - Sprache
 - Herztöne / Geräusche
 - Atemgeräusche / Rasselgeräusche
 - Darmgeräusche
 - Perkussion
- Fühlen
 - Thorax / Abdomen



Symptome des Herzinfarktes



Starke Brustschmerzen

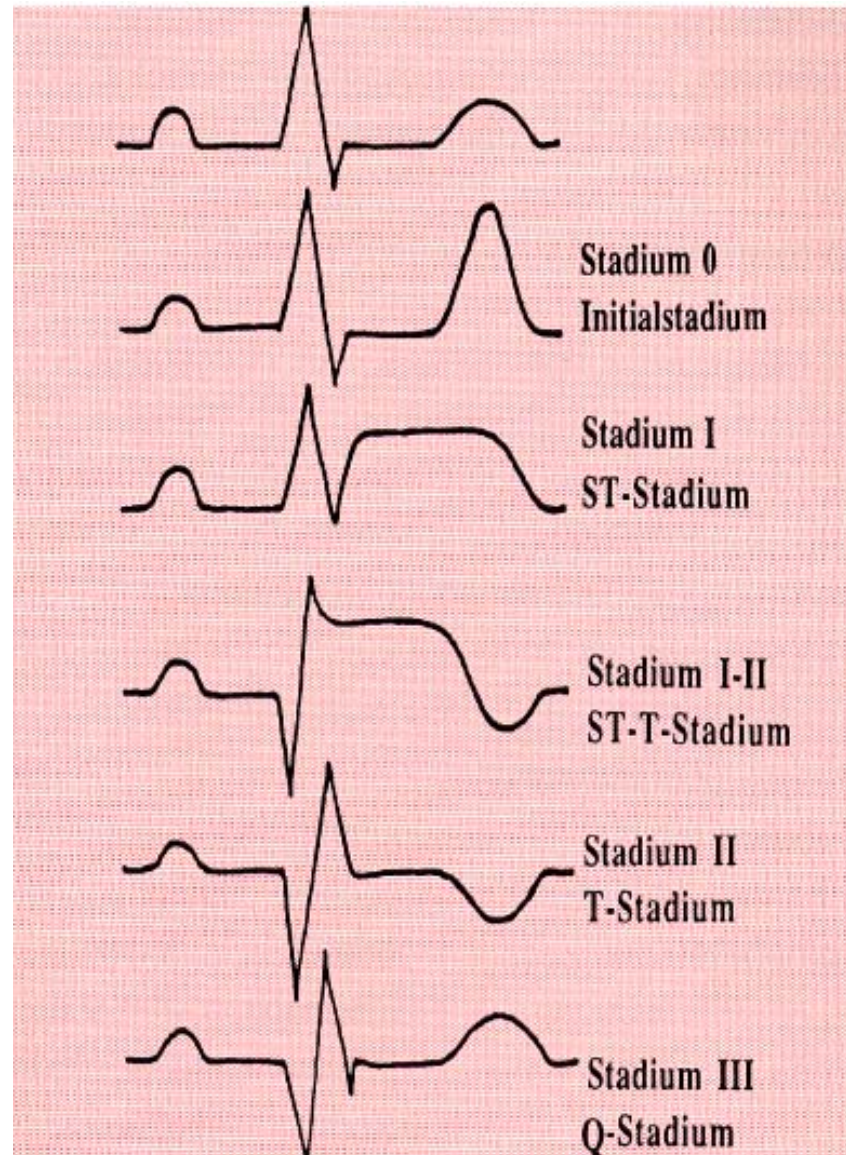
Oft **ausstrahlend** in Arme, Oberbauch, Schulterblätter, in den Rücken oder in den Hals und Kiefer.

Massives Engegefühl

Oft tritt ein Herzinfarkt mit einem heftigen Druck oder einem sehr starken Einschnürungsgefühl im Herzbereich in Erscheinung („Elefant auf der Brust steht“).

Heftiges Brennen

Oft handelt es sich bei den Schmerzen eines Herzinfarkts auch um ein stark brennendes Gefühl.



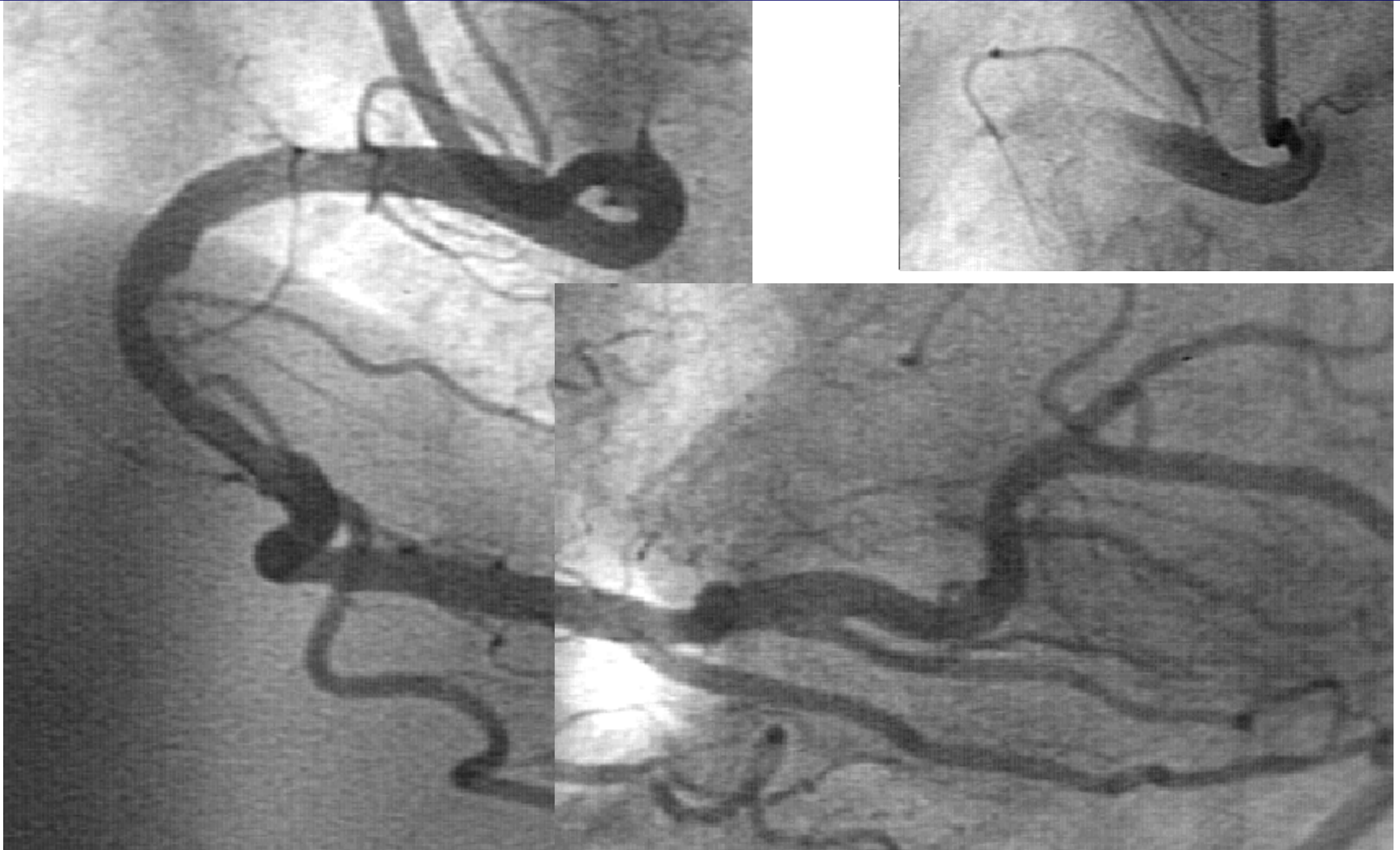
➤ **akutes Koronarsyndrom**

Anhaltender thorakaler Schmerz über 20 min. !

- **Venöser Zugang**
- **Analgesie:** Opiate sind Mittel der ersten Wahl. Die Dosis wird nach Wirkung unter Kontrolle von Atmung und Blutdruck gewählt,(ca.2-10mg Morphin sulf. i.v.) keine i.m. Injektionen
- **Sauerstoffsonde**(2-4 l/min)
- **Nitrospray** (2 Hub, evtl. wiederholen),RR-Senkung, Schmerzreduktion
- **5000 I.E. Heparin i.v.**
- **Aspisol 1g/i.v**

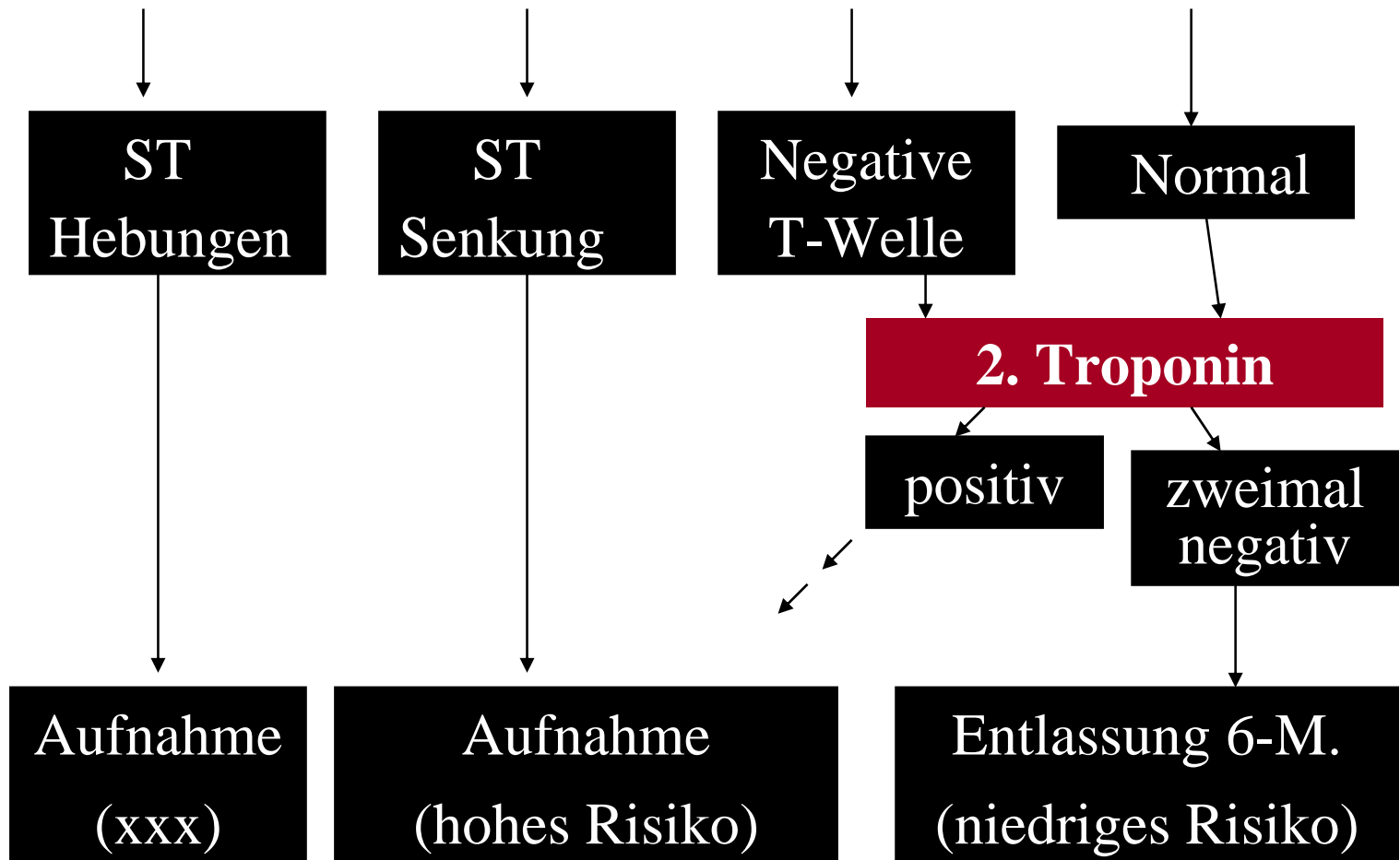
Zeitgleiche Organisation des Rettungswesens/Notarzt, evtl. durch Hilfsperson !

Akutes Koronarsyndrom



Risikostratifizierung

1. EKG





BLS Algorithmus - Erwachsene

Bewusstseinskontrolle

um Hilfe rufen

Atemwege öffnen

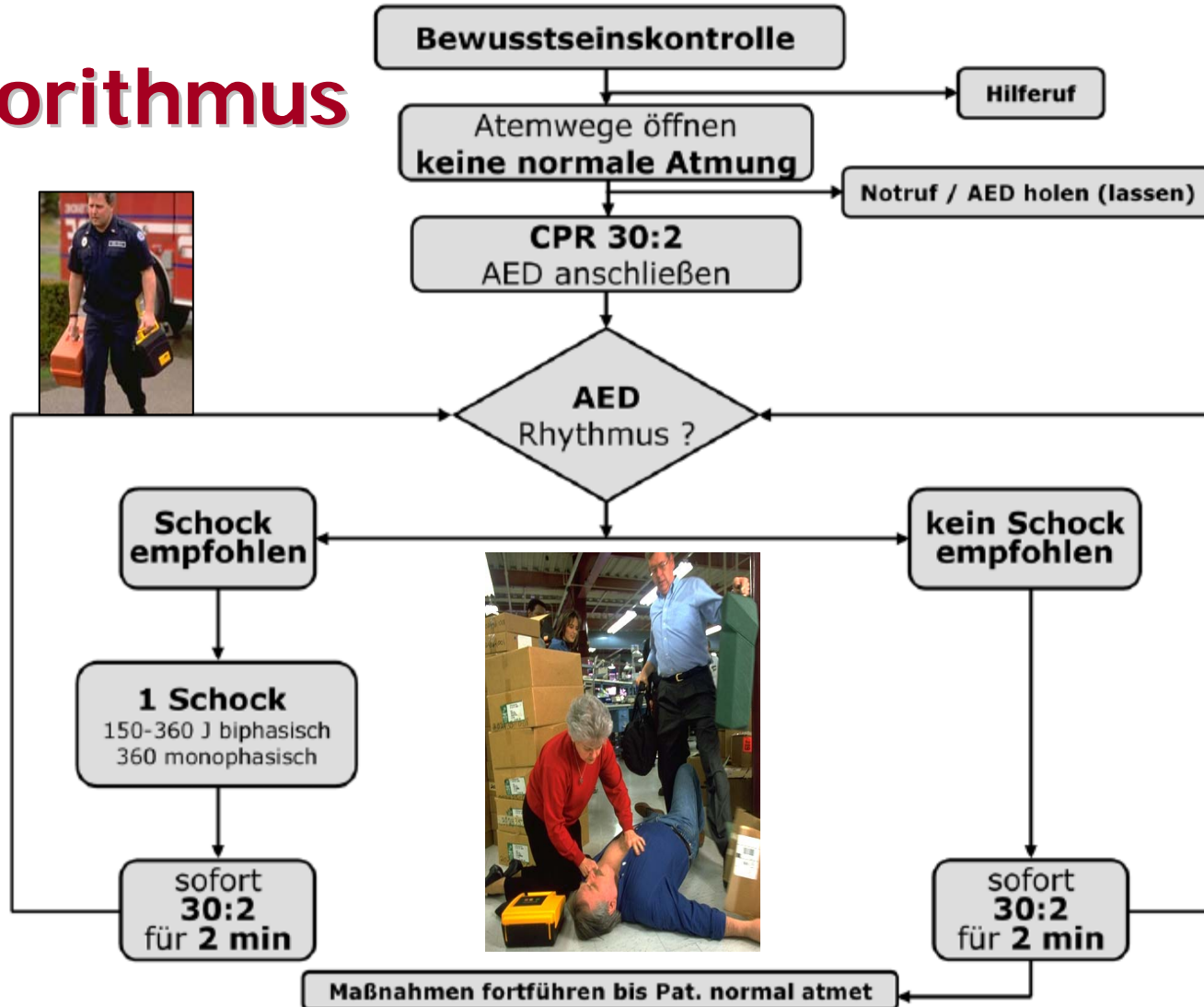
KEINE normale Atmung ?

definitiven Notruf absetzen

30 Thoraxkompressionen

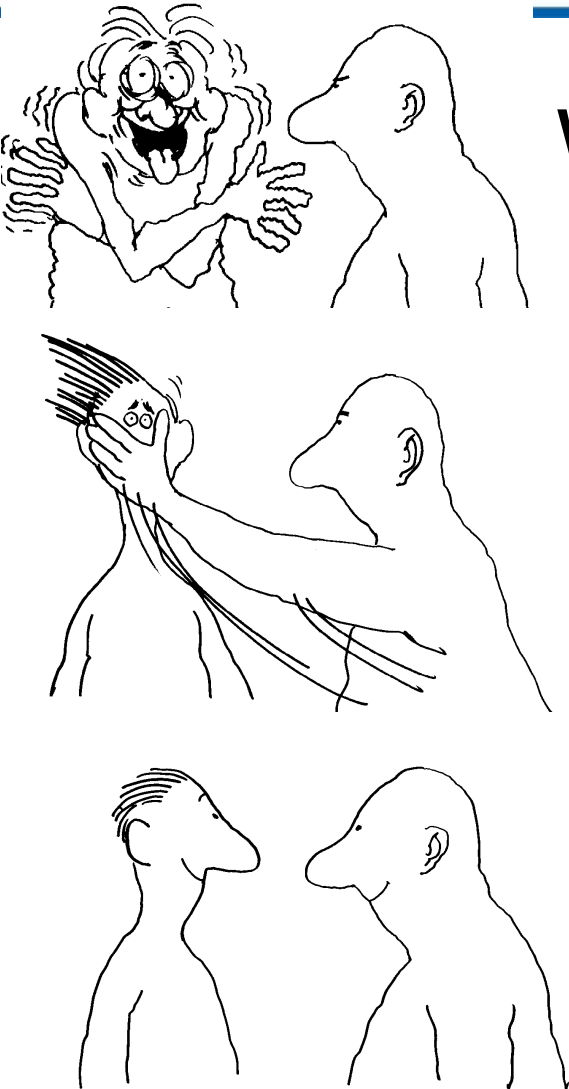
2 Beatmungen
30 Thoraxkompressionen

AED Algorithmus



Was bewirkt eine Defibrillation?

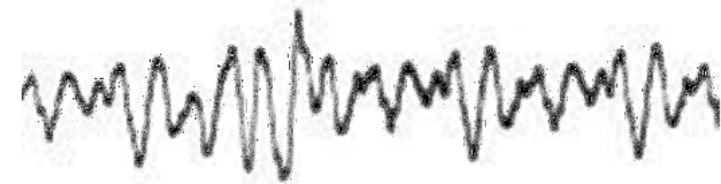
- Der elektrische Schock bewirkt den „**Neustart**“ des Herzens
- Die Störung der Reizleitung wird behoben, das Herz kann wieder geregelt schlagen



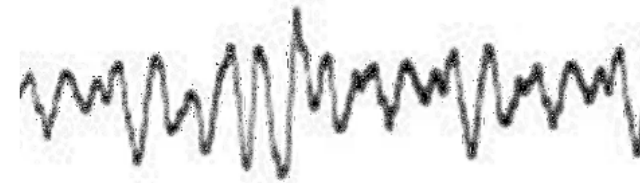
„Danke, das hab ich gebraucht“



Frühbehandlungsmaßnahmen und Zeit sind entscheidend!



Wann erreichen Infarktpatienten die Klinik



$\frac{3}{4}$
der Verzögerung



$\frac{1}{4}$
der Verzögerung

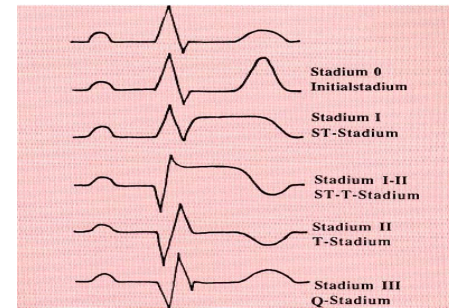
Thoraxschmerz - Differentialdiagnose

➤ **Kardiovaskuläre Erkrankungen:**

○ **Aortendissektion:**

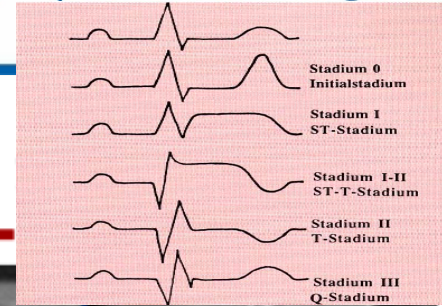
- sofort stat. Einweisung (Hubschrauber)
- i.v. Zugang
- RR-Senkung (Nifedipin)
- Analgesie (Opioide)





Akuter Thoraxschmerz

Denken Sie auch bitte an ...

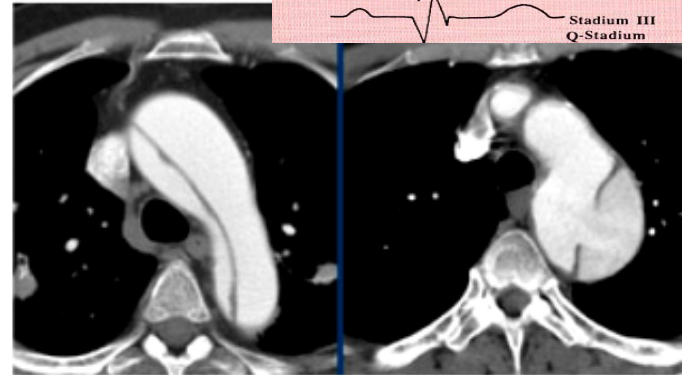


Lungenembolie (Symptome und Risikofaktoren)

Plötzliche Luftnot, (atemabhängiger) Thoraxschmerz,
Synkope

- Maligne Erkrankungen
- Gerinnungsstörungen
- Schwangerschaft
- Orale Kontrazeption
- Rauchen
- Immobilisation (3 Tage bzw. Chirurgie in den letzten 4 Wochen)

90% der Todesfälle innerhalb von 1 bis 2 h nach
Symptombeginn



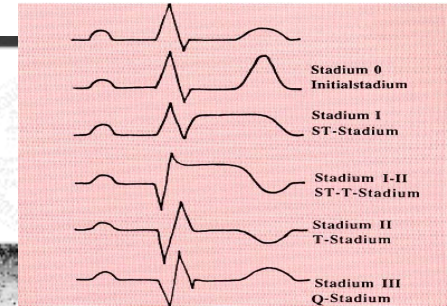
Aortendissektion (Symptome)

Heftiger, plötzlicher reißender Schmerz
Unspezifische Ausstrahlung, wandernder
Charakter, Neurologische Symptome,
Dyspnoe / kardiogener Schock
Ischämieschmerz

Bei V. a. Aortendissektion sinkt die
Überlebenschance von ohnehin nur 50%
weiter, wenn die Chirurgische Klinik auf
Umwegen erreicht wird.

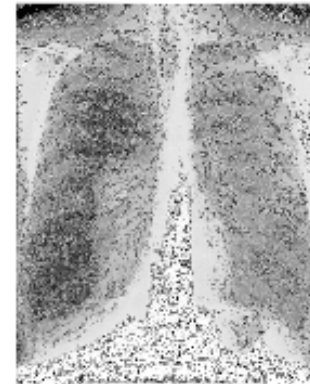
Akuter Thoraxschmerz

Denken Sie auch bitte an ...



Ösophagusruptur (Symptome)

postemetischer retrosternaler Vernichtungsschmerz
Ausstrahlung in den Rücken
Hämatesis
evtl. Dyspnoe
Schockzeichen
Evtl. Emphysem



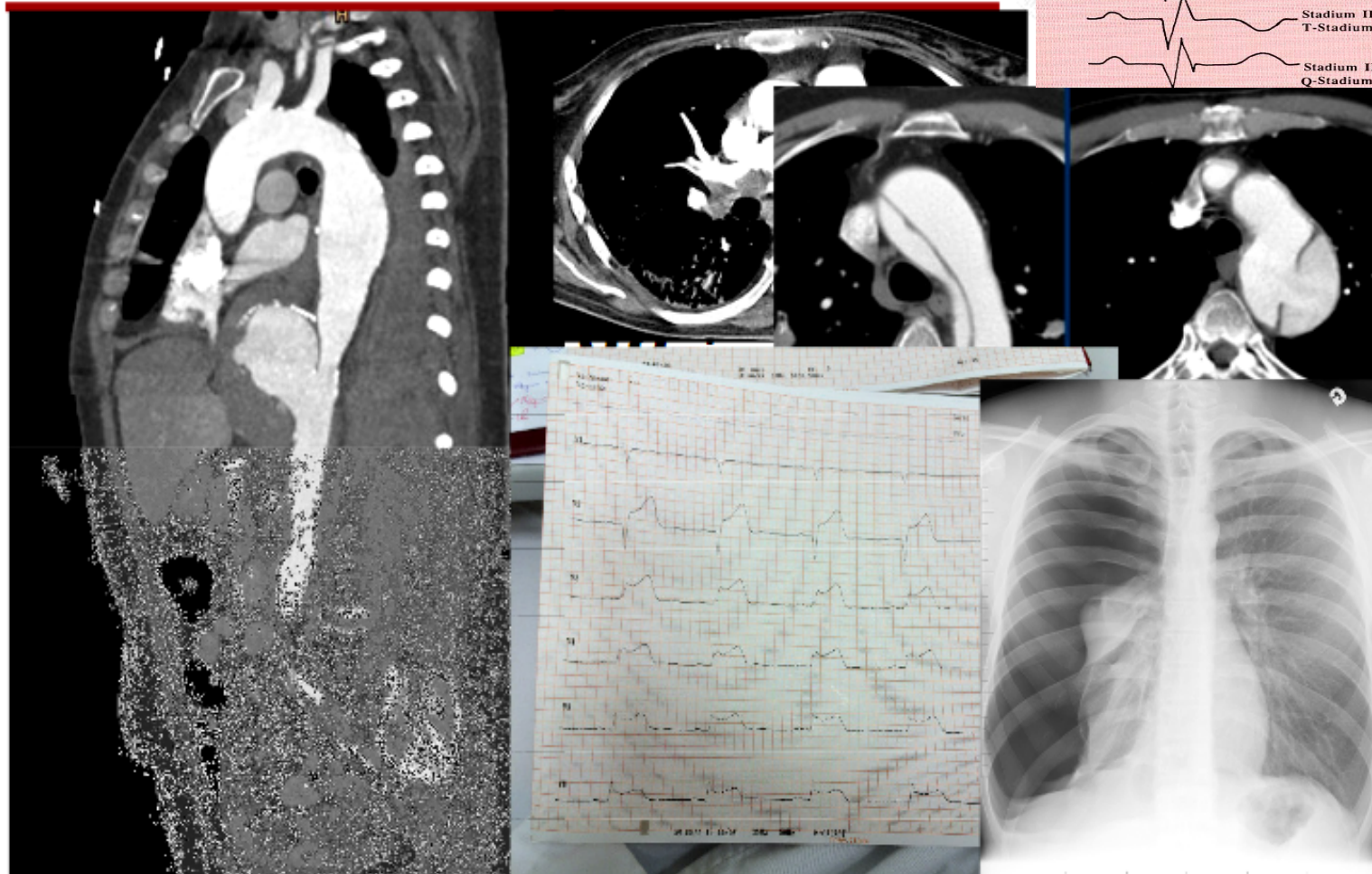
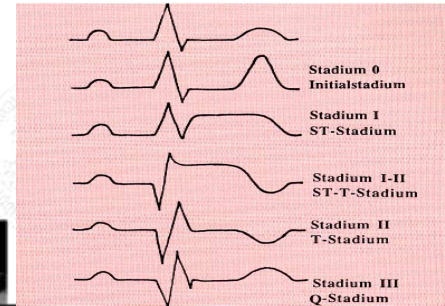
Pneothorax (Symptome)

Atemnot ggf. schon in Ruhe
Zyanose
Thoraxschmerzen

Bei Spannungskomponente
Tachykardie,
Hypotonie
Schock

Bei Verdacht → sofort entlasten!

Akuter Thoraxschmerz Notarztindikation?



Thoraxschmerz - Differentialdiagnose

➤ Pulmonale Erkrankungen:

○ Lungenembolie :

Bei 10% aller Verstorbenen wird autoptisch eine LE festgestellt !

- variable Symptomatik, meist umschriebene, atemabhängige Thoraxschmerzen (70%)
- Atemnot, Schweißausbruch, Angst
- Tachycardie, Dyspnoe/Tachypnoe(90%)
- bei ca. 50 % der Fälle Husten, RGs, Hämoptysen

Lungenembolie

Diagnostik und Therapie

- Def.: Verschuß von Lungenarterien durch Einschwemmung von Thromben, (Fett, Luft oder Fremdkörper)
- Inzidenz: 1:500, 1-2% aller stationären Patienten
- Mehr als 90% der LE aus Bereich V. cava inferior (30% Becken, 60% Oberschenkel) davon 2/3 links (Beckenarterie überkreuzt V.femoralis)
- Ursache: Virchow Trias (Stase, Endothelschädigung, Viskosität)
- **CAVE: Bis zu 70% aller größeren Lungenembolien werden klinisch übersehen!**

Thoraxschmerz - Differentialdiagnose

➤ Pulmonale Erkrankungen:

○ Lungenembolie :

- betonter 2. Herzton („Galopprrhythmus“)
- lokal feuchter RG über der Lunge
- evtl. Pleurareiben

- Leukozytose, BSR, LDH
- Fibrinogen-Fibrin- Spaltprodukte (z.B. D-Dimere)
(Sensitivität 100%)
- EKG/ Echo z.A. anderer Erkrankungen
- Spiral-CT mit KM / Perfuionsszinthigrafie
- Nachweis einer Phlebothrombose (Sono)

Thoraxschmerz - Differentialdiagnose

➤ Pulmonale Erkrankungen:

○ Lungenembolie :

70 % der letalen Lungenembolien verlaufen in Schüben !

- halbsitzende Lagerung + vorsichtiger Transport zur Klinik
- Sedierung (ev. 5 mg Diazepam langsam i.v.)
- Sauerstoff (6 l/min.) und Pulsoxymetrie
- 5000- 10000 I.E. Heparin i.v.
- ev. Schockbehandlung (Dopamin 2-6 mikrogr./kg/min.
Dobutamin 4-8 mikrogr./kg/min.)

Keine i.m. Injektionen !

Risikofaktoren

- Chirurgie:
 - Immobilisation
 - Frakturen und andere Verletzungen der unteren Extremität
 - Operationen und postoperative Zustände
- Internistisch:
 - Immobilisation, Alter, Adipositas
 - Herzinsuffizienz, Exsikkose
 - Kreislaufschock, Myokardinfarkt, Schlaganfall
 - Östrogene, Antikonzeptiva (4-fach erhöht!)
 - Rauchen, Malignome
 - AT III Mangel, Leberzirrhose, Enteropathie, APS...
- Hereditär:
 - APC Resistenz (ca. 1/3 aller Thrombosepatienten!)
 - Faktor II Mutation (10% aller Thrombosepatienten)
 - Protein S oder C Mangel, Hyperhomozysteinämie

Klinische Zeichen

- Dyspnoe/Tachypnoe (85%)
- Atemabhängige Thoraxschmerzen (85%)
- Sinustachykardie/SVES (60%)
- Angst, thorakale Beklemmung (60%)
- Husten (50%)
- Schweißausbruch (30%)
- Hämoptysen
- Schwindel, Synkope, Schock, Fieber

Schweregrade (Grosser)

- Schweregrad I:
 - 80 % klinisch stumm, leichte Luftnot, atemabhängiger Thoraxschmerz
 - RR normal, PA normal, PaO² >75mmHg
 - Verschuß peripherer Äste
- Schweregrad II:
 - Akute Dyspnoe/Tachypnoe, thorakale Schmerzen, Angst, Tachykardie, Pleuraerguss, Fieber
 - RR normal bis erniedrigt, PA meist normal, PaO² leicht reduziert
 - Verschuß von Segmentarterien
- Schweregrad III:
 - Akute Dyspnoe/Tachypnoe, thorakale Schmerzen, Angst, Tachykardie, Pleuraerguss, Fieber
 - RR erniedrigt, PA 25-30mmHg, PaO² <70mmHg
 - Verschuß von Pulmonalarterienast oder mehrere Lappenarterien
- Schweregrad IV:
 - Zusätzlich Schock, Herz-Kreislauf-Versagen
 - RR kritisch, PA >30mmHg, PaO² <60mmHg
 - Verschuß Pulmonalarterienstamm/-ast plus mehrer Lappenarterien

Diagnostik

- BGA: meist Hypoxämie und Hypokapnie mit resp. Alkalose
- D-Dimere: nahezu Ausschluß TVT oder Lungenembolie, unspezifisch
- Troponin: 30% Troponin pos., v.a. bei höhergradiger LE -> Risiko steigt
- EKG: nur in 50% der Fälle Veränderungen (SIQIII, RSB, SVES...)

Diagnostik

- BGA: meist Hypoxämie und Hypokapnie mit resp. Alkalose
- D-Dimere: nahezu Ausschluß TVT oder Lungenembolie, unspezifisch
- Troponin: 30% Troponin pos., v.a. bei höhergradiger LE -> Risiko steigt
- EKG: nur in 50% der Fälle Veränderungen (SIQIII, RSB, SVES...)
- Echokardiographie: > 90% Nachweis von III/IV Grad
 - Dilatation/Hypokinesie von RV
 - Vorwölbung des IVS in den linken Ventrikel, paradoxe Bewegung
 - Höhergradige TI mit PA Erhöhung
 - Evtl. Nachweis von Embolienmaterial in den Hauptstämmen
- Szintigrafie: gute Sensitivität und mit komb. Ventilationsszintigrafie auch akzeptable Spezifität Röntgen
- Thorax: Atelektasen, kleine Ergüsse, Infiltrat
- Thorax CT: Zentral und auf Lappenebene 90-100%, segmental 60-30%
- MRT=CT
- Pulmonalisangiographie: Sicherster Nachweis, invasiv, interventionell

Therapie

- Symptomatisch:
 - O₂ Gabe, leichte Sedierung, 5000-10000IE Heparin, evtl. Katecholamine, Intubation, CPR (prolongiert!)
- Antikoagulation:
 - Vollheparinisierung, ggf. NMH (cave: Zulassung)
 - Überlappen zur oraler Antikoagulation
 - Reversibler RF und Erstereignis: 3 Monate
 - Idiopathisch: 6 Monate
 - Rezidivierend und erhöhten RF: ggf. lebenslang
- Fibrinolyse:
 - Nutzen in keiner großen prospektiven Studie erwiesen!
 - Aber bei n=256 (2002) mit submassiver LE konnte mittels Alteplase – Lyse der primäre Endpunkt gesenkt werden, jedoch nicht KH-Mortalität
 - Lokale Lyse zeigt keinen Vorteil gegenüber systemischer
- Interventionell: nur Einzelfallberichte
- Chirurgie: ultima ratio Stadium IV, mit HLM 50% sonst 90% Mortalität

Prophylaxe

- Primär:
 - Rasche Mobilisation postoperativ
 - Kompressionsbehandlung
 - Aufklärung (cave: Kontrazeptiva und Rauchen)
 - Antikoagulation bei Hospitalisierung nach Risikoprofil
- Sekundär:
 - Orale Antikoagulation nach Schema
 - Vena cava Filter
 - Rate an LE kurzzeitig rückläufig
 - Längerfristiger Anstieg der Thromboserate
 - Indikation: rez. LE mit KI für orale Antikoagulation oder Embolien unter suff. Antikoagulation

Thoraxschmerz - Differentialdiagnose

➤ Pulmonale Erkrankungen:

○ Pleuritis sicca:

Auskultation, Rö.-Thorax, Sono Pleura, Labor

○ Pneumothorax:

Auskultation/Perkussion, Rö.-Thorax

○ Pneumonie

Auskultation, Perkussion, Rö.-Thorax

○ Mediastinaltumoren

Rö.-Thorax, CT/MRT

Thoraxschmerz - Differentialdiagnose

➤ gastrointestinale Erkrankungen:

○ Refluxösophagitis :

- brennende retrosternale Schmerzen, „Sodbrennen“(75%)
- brennende retrosternale Schmerzen – „heart-burn“
- Luftaufstoßen(60%)
- Schmerzverstärkung im Liegen, nach Mahlzeiten
- Reizhusten, ev. Heiserkeit (Refluxlaryngitis)

Thoraxschmerz - Differentialdiagnose

➤ **gastrointestinale Erkrankungen:**

- **Hiatushernie**
ÖGD, Ösophagus Breischluck
- **Ösophagusspasmus**
ÖGD
- **peptisches Ulcus**
ÖGD
- **Pankreatitis**
Sono Abdomen, Labor
- **Roemheld-Syndrom**
Anamnese

Thoraxschmerz - Differentialdiagnose

- **Nerven-, Skeletterkrankungen:**
 - **HWS/BWS- Syndrom**
Anamnese, klin. US, ggf. Rö./MRT
 - **Zoster thoracicus**
Inspektion, Anamnese
 - **Interkostalneuralgien/Blockierungen**
klin. US
 - **Tietze Syndrom**
Inspektion, klein. US

Thoraxschmerz - Differentialdiagnose

➤ Vegetative und psychische Erkrankungen:

- autonome somatoforme Funktionsstörungen: Herzneurose
„Ich hab`bestimmt `nen Herzinfarkt!“
- Diskrepanz zwischen Befinden und Befund
- Problematik der erfolglosen Suche nach organpathologischen Veränderungen

Thoraxschmerz - Differentialdiagnose

➤ akutes Koronarsyndrom

Anhaltender thorakaler Schmerz über 20 min. !

- **Venöser Zugang**
- **Analgesie:** Opiate sind Mittel der ersten Wahl. Die Dosis wird nach Wirkung unter Kontrolle von Atmung und Blutdruck gewählt, (ca. 2-10mg Morphin sulf. i.v.) keine i.m. Injektionen
- **Sauerstoffsonde**(2-4 l/min)
- **Nitrospray** (2 Hub, evtl. wiederholen), RR-Senkung, Schmerzreduktion
- **5000 I.E. Heparin i.v.**
- **Aspisol 1g/i.v**
- **8 Tbl. Clopidogrel (Loading dosis)**

Zeitgleiche Organisation des Rettungswesens/Notarzt, evtl. durch Hilfsperson !

CPU – Chest Pain Unit



Eine Chest Pain Unit (CPU) dient der Versorgung von Patienten mit unklarem Brustschmerz. Für diese Einrichtungen gab es bisher keine Qualitätsstandards, so dass die DGK Kriterien zum Betrieb von CPUs erstellt hat und nach diesen interessierte Kliniken und Krankenhäuser zertifiziert, um einen einheitlichen Standard zu einführen.

BSA – Brustschmerzambulanz



Die Brustschmerzambulanzen im Rahmen von kardiologischen Praxen, Krankenhäusern und Kliniken werden als Ergänzung und wichtigste Kooperationspartner der klinischen Chest Pain Units (CPUs) im Rahmen eines integrierten regionalen Versorgungskonzeptes für Patienten mit akuter Brustschmerzsymptomatik angesehen.



Zertifizierung von Brustschmerz-Ambulanzen (BSA) durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.

- Das Zertifizierungsverfahren basiert auf Konsensuspapier der Task Force „Brustschmerzambulanz“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (S. Perings N. Smetak, M. Block, E. Erdmann, F. Haan, G. Heusch, K. Rybak, M. Stopp, H. Darius; Der Kardiologe 2010, Band 4, Nr. 3; Der Kardiologe 2010: 4:208 – 213).

Die Brustschmerzambulanzen im Rahmen von kardiologischen Praxen, Krankenhäusern und Kliniken werden als Ergänzung und wichtigste Kooperationspartner der klinischen Chest Pain Units (CPUs) im Rahmen eines integrierten regionalen Versorgungskonzeptes für Patienten mit akuter Brustschmerzsymptomatik angesehen. Dabei sollen sie für die ambulante Abklärung diagnostisch unklarer Brustschmerzen zuständig sein und mögliche kardiale oder thorakalvaskuläre Ursachen zeitnah und mit hoher fachlicher Kompetenz abklären.

Ziel der BSAs ist es, Patienten eine strukturierte Sofortabklärung zu bieten.

Aus einer flächendeckenden Vernetzung von Brustschmerzambulanzen und CPUs kann – bei schneller und unverändert optimierter Versorgung akuter Infarkte – eine effizientere und schnellere Versorgung der nicht akut bedrohten Patienten erreicht werden.

Zertifizieren lassen können sich kardiologische Praxen, Krankenhäuser und Kliniken. Wesentliche Voraussetzung ist, dass eine schriftlich fixierte vernetzte Versorgungsstruktur mit der Notfallambulanz eines kooperierenden, invasiv tätigen Krankenhauses beziehungsweise einer CPU besteht. Hierfür müssen definierte Versorgungspfade nachgewiesen werden. Außerdem muss die Brustschmerzambulanz zu den regulären Sprechzeiten (werktags von 8:00–18:00 Uhr) verfügbar sein.



Priv.-Doz. Dr. S. Perings



Anzahl der Zertifizierten
Brustschmerz-Ambulanzen: **69
BSAs**

Anzahl der Re-Zertifizierten
Brustschmerz-Ambulanzen:

1. Re-Zertifizierung: **39 BSAs**

2. Re-Zertifizierung: **7 BSA**

(Stand: 21.09.2020)



2. Räumliche und zeitliche Voraussetzungen

Räumlichkeit

Behandlungsraum, integriert in eine bereits bestehende Praxis-/Ambulanzstruktur mit Rhythmusüberwachungsmöglichkeit

* Ja Nein

Eigene Räumlichkeiten (Warteraum, Behandlungsraum, Besprechungsraum)

Ja Nein

Erreichbarkeit

Verfügbar zu den regulären Öffnungszeiten der Praxis/Ambulanz

* Ja Nein

Ganztägig

Ja Nein

Öffnungszeiten sind erkennbar (z.B. Eingang, Homepage)

* Ja Nein

Vertretung

Vertretung der BSA im Urlaubs-/Krankheitsfall durch eine andere BSA, CPU oder die Notaufnahme eines kooperierenden Krankenhauses

* Ja Nein

Notdienst

CPU/kardiologische Klinik - Vernetzung

* Ja Nein

Eigener 7-Tage-/24-h-Bereitschaftsdienst

Ja Nein



3. Gerätevoraussetzungen

1. 12-Kanal-EKG	Ständige Verfügbarkeit	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
2. Blutdruckmessung	Pro Behandlungsplatz vorhanden	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	NIBP	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3. TTE	Permanente Verfügbarkeit	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
4. TEE	Permanente Verfügbarkeit / oder in Kooperation	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5. CT/MRT/MSZG	Zugriffsmöglichkeit vor Ort oder im kooperierenden Institution, bzw. der klinischen CPU	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Eigenes Gerät	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
6. Rhythmusüberwachung	Monitor	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
7. Reanimationseinheit	Ständige Verfügbarkeit einer eigenen Notfalleinrichtung inkl. Defibrillator	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
8. Pulsoxymeter	Ständige Verfügbarkeit	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

9. ICD/SM-Abfrage	In Brustschmerzambulanz oder Zugriffsmöglichkeit in kooperierender Klinik/CPU	* <input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Eigene Programmiergeräte	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
10. Externer Herzschrittmacher	Fakultativ	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
11. O₂-Gabe	Ständige Verfügbarkeit	* <input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
12. Labor	POCT mit Troponin und D-Dimere, „Turn-around-time“ < 30 min	* <input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Myoglobin, BNP, nt-proBNP, Copeptin	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein



4. Diagnostik

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Labor | Schnelltestgerät mit Bestimmung von Troponin, D-Dimere innerhalb von < 30 min durchführbar | * <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | CK, CK-MB, Myoglobin, BNP, nt-proBNP, Multimarker | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2. Zeitpunkt kard. Labordiagnostik | Unmittelbar und nach frühestens 6 h (Ausnahmen s. Konsensuspapier, Abschnitt 3) | * <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 3. EKG | 12-Kanal-EKG < 10 min und nach frühestens 6 h (Ausnahmen s. Konsensuspapier, Abschnitt 3)
Auswertung unmittelbar | * <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | Rechtskardial, dorsal, Nehb | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 4. TTE | Bei jedem Patienten durchführbar | * <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 5. Belastungstest | Fahrradergometrie innerhalb von 3 Tagen möglich | * <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | Stress-Echo oder Stress-MR oder Kardio-CT oder SPECT innerhalb von 5 Tagen möglich | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

Bemerkungen:

|



5. Personelle und strukturelle Voraussetzungen

1. Leitung durch Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie

Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie zu den Ambulanzzeiten ständig verfügbar

* Ja Nein

2. Medizinische Fachangestellte

Präsenz zu den Ambulanzzeiten

* Ja Nein

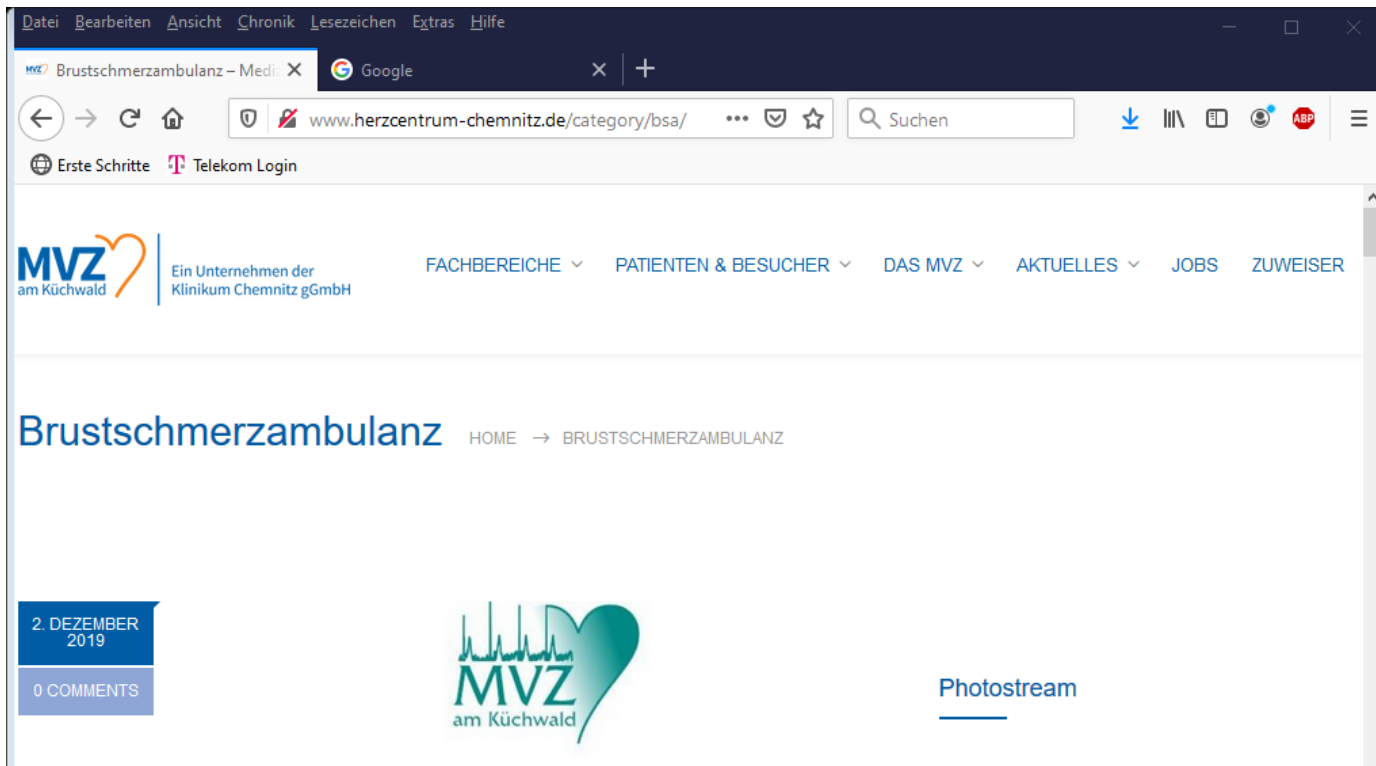
3. Training

Notfalltraining (ALS), Fallkonferenzen

* Ja Nein

Training gemeinsam mit Rettungsdienst

Ja Nein



The screenshot shows a web browser window with the following elements:

- Browser Tab:** "Brustschmerzambulanz - Medi: X" and "Google".
- Address Bar:** "www.herzcentrum-chemnitz.de/category/bsa/" with a search box containing "Suchen".
- Navigation:** "Erste Schritte" and "Telekom Login" links.
- Header:** MVZ am Küchwald logo and navigation menu: "FACHBEREICHE", "PATIENTEN & BESUCHER", "DAS MVZ", "AKTUELLES", "JOBS", "ZUWEISER".
- Breadcrumbs:** "Brustschmerzambulanz" followed by "HOME → BRUSTSCHMERZAMBULANZ".
- Content Area:** A large teal heart logo with an ECG line and the text "MVZ am Küchwald".
- Metadata:** "2. DEZEMBER 2019" and "0 COMMENTS" in a blue box.
- Footer:** "Photostream" link.

The screenshot shows a web browser window with the address bar displaying www.herzcentrum-chemnitz.de/category/bsa/. The page header includes the MVZ logo and navigation links: FACHBEREICHE, PATIENTEN & BESUCHER, DAS MVZ, AKTUELLES, JOBS, and ZUWEISER. The main content area features a date stamp '2. März 2019' and '0 COMMENTS'. The central focus is a large octagonal logo with a red border. Inside the octagon, the text 'HFU-SCHWERPUNKTPRAXIS' is written along the top edge, and 'HEART FAILURE UNIT' is written in the center. Below the center, the word 'ZERTIFIZIERT' is written along the bottom edge. The logo also contains three overlapping hearts in red, blue, and light blue.

Zertifizierte Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz

File Edit View Chronik Lesezeichen Extras Hilfe

Brustschmerzambulanz - Medi X Google

www.herzcentrum-chemnitz.de/category/bsa/ Suchen

Erste Schritte Telekom Login

MVZ am Küchwald Ein Unternehmen der Klinikum Chemnitz gGmbH

FACHBEREICHE PATIENTEN & BESUCHER DAS MVZ AKTUELLES JOBS ZUWEISER


Der Notfallpatient in unserer Brustschmerz-Ambulanz

Unsere zertifizierte Brustschmerzambulanz ergänzt unsere Kardiologische Ambulanz Leipziger Straße 137/137a. Eine Brustschmerz-Ambulanz ist für die ambulante Abklärung diagnostisch unklarer Brustschmerzen zuständig und klärt mögliche kardiale oder thorakalvaskuläre Ursachen zeitnah und mit hoher fachlicher Kompetenz ab. Wir können uns seit 2013 zu einer der derzeit 52 Brustschmerz-Ambulanzen in Deutschland zählen und wurden am 16.06.2016 erfolgreich rezertifiziert. [Read more](#) →

MVZ | BRUSTSCHMERZAMBULANZ, KARDIOLOGISCHE AMBULANZ

15. AUGUST 2018

0 COMMENTS



Patient:



06.11.1943
125 Chemnitz

Patientin G.E.geb. 1943

Sehr geehrte Frau Kollegin,

vielen Dank für die Überweisung Ihrer Patientin, die am 11.02.2020 hier ambulant untersucht wurde.

Diagnosen:

- zunehmende Belastungsdyspnoe (R06.0)
- Z. n. Subarachnoidalblutung links, von Aneurysma der A. communicans anterior ausgehend (I60.2) mit Ventrikeleinbruch (I61.5) und Mittellinienverlagerung nach rechts 2018
- koronare Eingefäßkrankung (I25.11)
- hypertensive Herzkrankheit (I11.90)
- Linksherzinsuffizienz (I50.19)

Nebendiagnosen:

- Hydrocephalus occlusus
- Vasospasmen bei Subarachnoidalblutung
- akute respiratorische Insuffizienz
- Nosokomiale Pneumonie mit Nachweis von E. coli, Streptokokken der Gruppe B, Haemophilus influenzae und Staphylokokken
- Hydrocephalus malresortivus bei Zustand nach SAB
- akutes Nierenversagen, Stadium 2
- Hemiparese und Hemiplegie rechts
- Stuhlinkontinenz
- Dysphagie bei absaugpflichtigem Tracheostoma mit teilweise geblockter Trachealkanüle
- gemischte Hyperlipidämie (E78.2)
- Presbyakusis beidseits
- Z. n. Varizen-OP
- Morbus Meniere
- pAVK
- Z. n. Apoplex 01/16

Ruhe-EKG: Sinusrhythmus, Linkstyp, Herzfrequenz 79/min, PQ 166 ms, QRS 80 ms, QT 358 ms, unauffälliger Erregungsablauf. Blutdruck 140/60 mmHg.

Echokardiographie: Septum 11 mm, LVEDD 41 mm, linker Vorhof 44 mm, geschätzte EF um 65 %, geringe Mitral- und Tricuspidalregurgitation, Rechtsdrucke 26 mmHg + ZVD.

Empfohlenes weiteres Vorgehen: Zunächst pulmologische Vorstellung, sofern sich pulmologisch ein unauffälliger Befund ergibt, sollte am ehesten doch eine nochmalige Invasivdiagnostik diskutiert werden. Dies wurde im Beisein der Tochter besprochen, wobei die Erhebung der Anamnese von der Patientin insgesamt schwer fällt, da auch doch deutliche Erinnerungslücken vorhanden sind.

Sehr geehrter Herr Kollege,

ich berichte über unsere gemeinsame Patientin:

E [REDACTED] 1943
F [REDACTED] 81.898

die sich am 14.09.2020 in unserer Sprechstunde vorstellte.

Diagnosen:

- unklare Belastungsdyspnoe
- koronare Eingefäßerkrankung
- hypertensive Herzkrankheit
- Linksherzinsuffizienz
- Nierenversagen Stadium 2
- Zustand nach Subarachnoidalblutung links
 - Hemiparese und Hemiplegie rechts
 - Hydrocephalus malresortivus bei Zustand nach SAB
- gemischte Hypelipidämie, Presbyakusis beidseits, Zustand nach Varizen OP, Morbus Meniere, pAVK, Zustand nach Apoplex 01/2016

Anamnese:

Die ambulante Vorstellung der Patientin erfolgte wegen unklarer Belastungsdyspnoe, nachdem die Voruntersuchungen eine hypertensive Herzkrankheit, als Ursache für die Belastungsdyspnoe ausgeschlossen haben.

Bewertung / Vorgehen:

In Anbetracht der Multimorbidität, des Alters der Patientin und der eindrücklichen Symptomatik, entschlossen wir uns, die notwendige Diagnostik unter klinischen Bedingungen durchzuführen, da die Leistungsfähigkeit für eine Abfolge von mehreren ambulanten Untersuchungen nicht ausreichend ist.

Die Patientin ist mit diesem Vorgehen einverstanden. Über die Ergebnisse werden wir Sie gesondert informieren.

Rezepte:

Keine

Vielen Dank für die Überweisung der Patientin.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. [REDACTED]

Chefarzt der Klinik für Innere Medizin
Pneumologie und außerklinische Beatmung

Bürgerstraße 33 · 09113 Chemnitz

Sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für die Überweisung Ihres o. g. Patienten, der am 29.05.2020 hier ambulant untersucht wurde.

Diagnosen:

- Verdacht auf tiefe Beinvenenthrombose (**I80.2+V**)
- Verdacht auf Lungenembolie (**I26.9+V**)
- Sinustachykardie mit einer Herzfrequenz von aktuell 107/min (**R00.0**)
- AV-Block I. Grades (**I44.0**)

Nebendiagnosen:

- Diabetes mellitus

Empfohlenes weiteres Vorgehen: Vorstellung auf der KINA.

Aktuelle medikamentöse Therapie:

Medikament	F	M	A
Blutdruckregulation	1	0	0
Behandlung von Diabetes	1	0	1
Pat. kann über Namen der Medikamente keine Angaben machen			

Selbstverständlich sind statt der empfohlenen Medikation auch gleichwertige Präparate anderer Firmen möglich.

Anamnese: Die ausführliche Anamnese dürfen wir als bekannt voraussetzen. Der Patient stellte sich heute zur kardiologischen Verlaufskontrolle vor. Er klagt über thorakale Beschwerden mit Belastungsdyspnoe und eine linksseitige Unterschenkelanschwellung. Dies bestehe seit 6 Monaten. Die Schwellung des Beins wurde vom Hausarzt mit Wassertabletten behandelt.

Ruhe-EKG: Sinusrhythmus, Herzfrequenz 107/min, Indifferenztyp, AV-Block I. Grades, PQ 218 ms, QRS 90 ms, QT 324 ms, Blutdruck 120/80 mmHg.

D-Dimer: 6820 µg/l

Echokardiographie: Linker Vorhof normal groß, linker Ventrikel normal groß, keine Wandhypertrophie, Septum 11 mm, normale linksventrikuläre Pumpfunktion, EF nach Simpson 65 %, diastolische Dysfunktion vom Typ Compliancestörung, E/A=0,5, normale RV-Funktion, TAPSE 19 mm, unauffällige Morphologie und Funktion der Aorten-, Mitrals- und Tricuspidalklappe, keine pulmonale Hypertonie, kein Perikarderguss.

Patient D.G. geb.: 1942



der sich vom **29.05.2020 bis 04.06.2020** in unserer stationären Behandlung befand. Dieser Arztbrief ist endgültig.

Diagnosen

- Zentrale Lungenarterienembolie bds. ohne Rechtsherzbelastung
- Tiefe Mehretagenvenenthrombose links mit proximal Thrombusende in der Vena femoralis communis links
- Diabetes mellitus Typ 2 (OAD)
- Arterielle Hypertonie
- AV-Block I

Patient D.G. geb.: 1942

Thorax - 2 Ebenen, linksseitig anliegend (2 Ebenen, im Stehen) vom 29.05.2020 (20:00):

Befund:

Es liegen keine Voraufnahmen zum Vergleich vor.
Herzgröße im Normbereich. Mediastinum nicht verbreitert, Trachea mittelständig und weit.
Unauffällige zentrale Lungenzeichnung. Partiiell gering vermehrte interstitielle Lungenzeichnung peripher beidseits ohne Nachweis konfluierender Verschattungen oder pathologischer Lungenrundherde. Zwerchfell glatt abgrenzbar, Sinus frei. Thoraxskelett mit rechtskonvexer Skoliose sowie vermehrter Kyphose der BWS mit vorderer Längsbandverkalkung.

Beurteilung:

Keine typischen bronchopneumonischen Infiltrate, Pleuraergüsse oder Stauungszeichen.
Geringe fibröse Lungenveränderungen beidseits.

CT des Thorax - Embolie (KM) vom 29.05.2020 (19:56):

Befund:

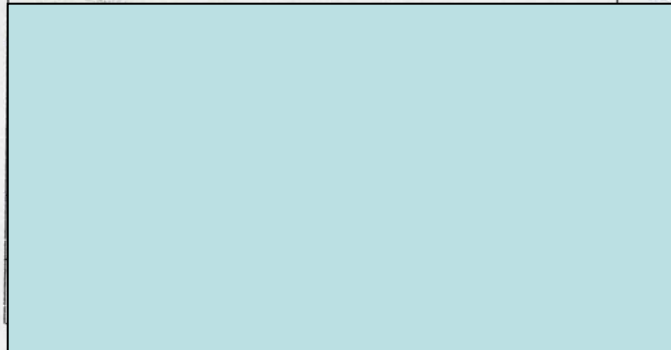
Spiral-CT des Thorax in transversaler Schichtung nach intravenöser Kontrastmittelapplikation (früharterielle Phase). Koronare und sagittale Rekonstruktionen. Darstellung im Weichteil- und Lungenfenster.

Es liegt eine Röntgenaufnahme des Thorax vom heutigen Tag vor. In Ergänzung dazu ergibt sich aktuell folgender Befund:

Beurteilung:

1. Zentrale Pulmonalarterienembolie im Abgangsbereich der Unterlappenarterie rechts sowie geringer und wandständig im Abgangsbereich der Unterlappenarterien links. Bildmorphologisch keine beweisbare Rechtsherzbelastung.
2. Rundliche Belüftungsstörung / Infiltrat in der Lingula, minimale Stauung beidseits. Keine Pleuraergüsse oder bronchopneumonischen Infiltrate. Diskrete fibröse Lungenveränderungen beidseits.
3. Keine malignomsuspekten Herde oder pathologischen Lymphknoten im abgebildeten Bereich.

Krankenkasse bzw. Kostenträger



Überweisungsschein

06BF
Quartal

Kurativ Präventiv Behandl. gemäß § 116b SGB V bei belegärztl. Behandlung

3 | 20
Geschlecht

Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

M

Überweisung an FA Kardiologie

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchung Mit-/Weiterbehandlung AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Patient D.G. geb.: 1942

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Verdacht auf Linksseitiger Hemiblock a.n.k. (I44.6 V)

Schulderschmerzen li

Befund/Medikation

pos Fam. Anamnese MI lt Pat Herzinfarkt vor 14 J

Auftrag

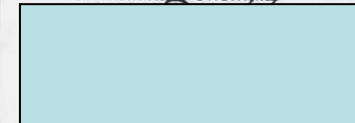
Erbitten fachärztliche Behandlung

Echokardiographie

Herzkatheter !

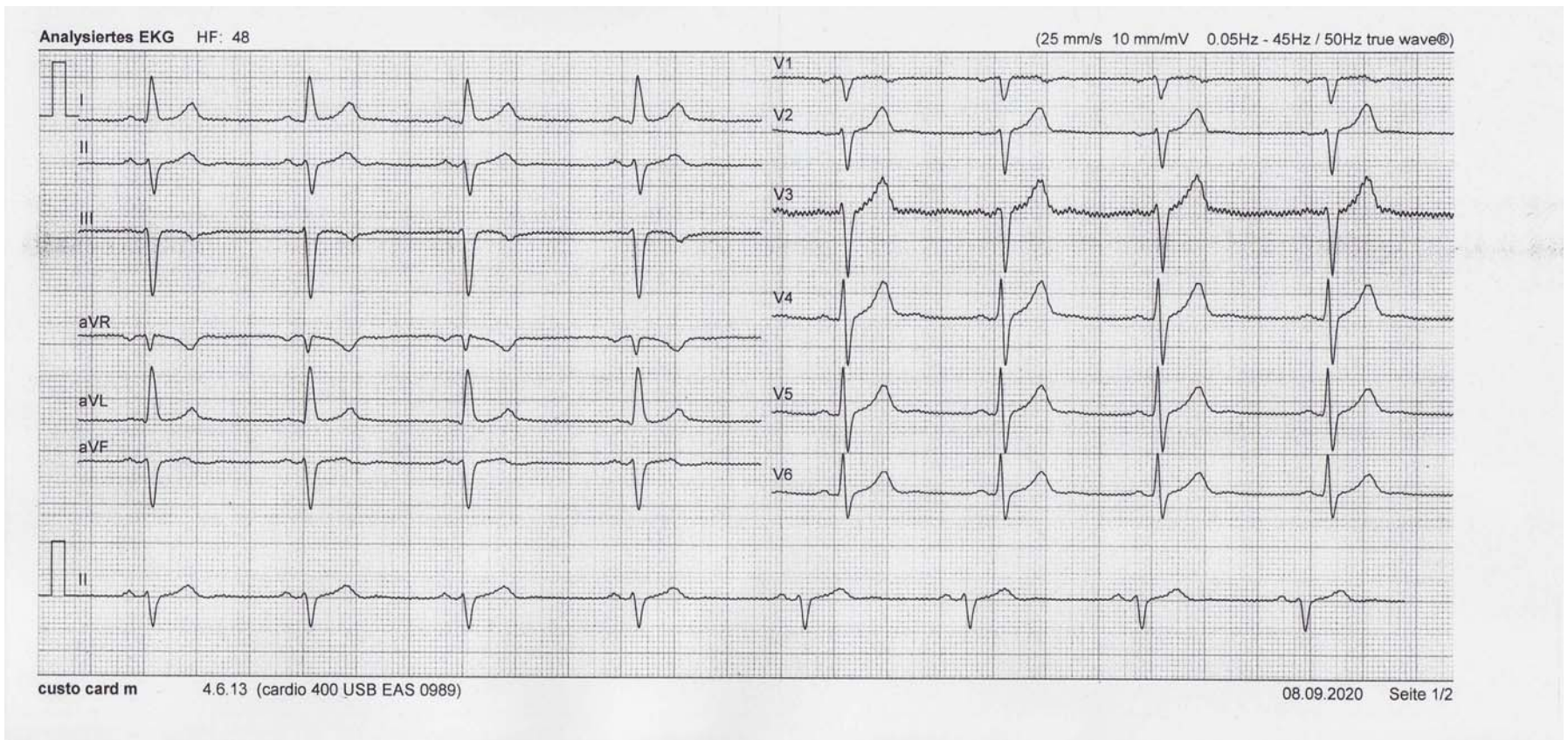


Internationale Praxis
am Klinikum Chemnitz



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Patient D.G. geb.: 1942

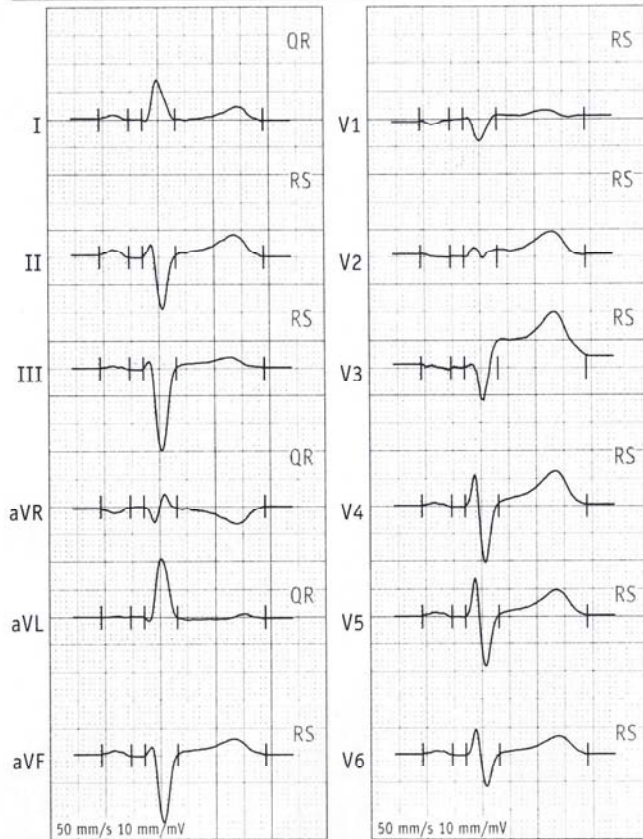


HF [BPM]
44

Patient
Geburtsdat. 01.01.1962 (58 Jahre)
Zuordnung
Ges./Gr./Gew. männlich / 84 cm / 178 kg

Aufnahme vom: 10.09.2020 11:27:27
Blutdruck 150 / 90mmHg

MVZ am Küchwald GmbH Ambulantes Herzcentrum Chemnitz
Leipziger Straße 137
09113 Chemnitz
Aufnehmer
Befunder



Befund

HF 44 /Min.
RR 1338 ms QT 438 ms
P 106 ms QTc(B) 375 ms
PQ 156 ms QTc(F) 397 ms
QRS *120 ms QTc(H) 97 %

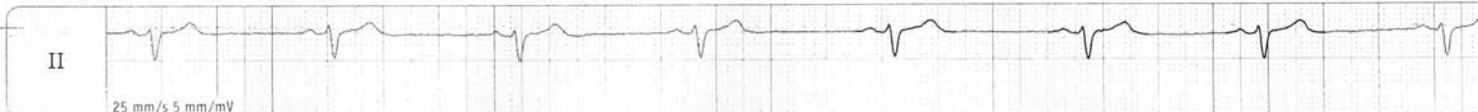


Überdrehter Linkstyp

P 55° T 51°
QRS -68°

Patient D.G. geb.: 1942

	Dauer [ms]			max. Amplitude [mV]								[mV/s]	
	Q	R	S	P _{pos}	P _{neg}	Q	R	S	T _{pos}	T _{neg}	J	ST	ST
I	20	98		0,06		-0,02	0,70		0,24		0,02		0,20
II		42	78	0,12			0,24	-0,94	0,40		0,11	0,09	0,35
III		32	88	0,05			0,14	-1,47	0,20		0,10	0,09	0,20
aVR	54	62			-0,09	-0,28	0,22			-0,32	-0,06	-0,05	-0,30
aVL	28	88				-0,08	1,04		0,07		-0,04	-0,04	
aVF		36	84	0,08			0,17	-1,19	0,29		0,10	0,09	0,30
V1	20	96			-0,06		0,02	-0,40	0,12		0,04	0,05	-0,20
V2		48	58		-0,02		0,15	-0,03	0,42		0,10	0,10	-0,25
V3		36	84			-0,04		0,05	-0,64	0,82	0,42	0,42	-0,35
V4		48	72	0,06			0,56	-1,03	0,60		0,16	0,14	0,65
V5		50	70	0,07			0,69	-0,90	0,46		0,12	0,10	0,50
V6		52	68	0,06			0,47	-0,58	0,33		0,08	0,07	0,35



Patient D.G. geb.: 1942

www.herzcentrum-chemnitz.de

MVZ
am Küchwald

Ein Unternehmen der
Klinikum Chemnitz gGmbH

AUSGANG
A-A
10. SEP. 2020

MVZ am Küchwald GmbH · Leipziger Str. 137/137a · 09113 Chemnitz

Herrn
Zaher Shaher
Flemmingstr. 2
09113 Chemnitz

Ambulanzen
Leipziger Straße 137/137a · 09113 Chemnitz
Telefon: 0371 37442-0 Fax: 37442-40
Mail: rezeption.amb@herzcentrum-chemnitz.de

Ambulanz · Zweigstelle Burgstädt
Bertolt-Brecht-Straße 2a · 09217 Burgstädt
Telefon: 03724 66678-25 Fax: 66678-26
Mail: rezeption.bgst@herzcentrum-chemnitz.de

Zusammenfassung: Die Vorstellung erfolgte notfallmäßig, wobei in einem freundlicher Weise zur Verfügung gestellten Ruhe-EKG mit einer Frequenz von 48/min eine nur diskrete Veränderung im Vorderwandbereich zu sehen war. Bei der Ableitung unseres EKGs deutlich gehobene ST-Strecken, insbesondere in V3, sodass im Zusammenhang mit der Klinik und dem Echokardiographiebefund der dringende Verdacht auf einen Vorderwandinfarkt besteht.

vielen Dank für die Überweisung Ihres Patienten, der am 10.09.2020 hier ambulant untersucht wurde.

Diagnosen:

- Vorderwandinfarkt/ST-Hebungsinfarkt bei vorher unauffälliger Anamnese (I21.0)

Empfohlenes weiteres Vorgehen: Unmittelbare Aufnahme auf unsere Belegstation. Wir würden anschließend erneut berichten.

Aktuelle medikamentöse Therapie: Keine.

Anamnese: Die ausführliche Anamnese dürfen wir als bekannt voraussetzen. Die Vorstellung erfolgte akut bei anhaltenden thorakalen Schmerzen, Schwäche und Schwindel, Schmerzen die ausstrahlen zum Kieferwinkel. Bei Nichtbeherrschen der deutschen Sprache ist eine Kommunikation und Anamnese vollständig nicht zu erheben. Die Vorstellung erfolgte über die Notfallpraxis am Klinikum.

Ruhe-EKG: Überdrehter Linkstyp, Herzfrequenz 44/min, PQ 156 ms, QRS 120 ms, QT 438 ms, sattelförmige ST-Hebung V1 – V3, Blutdruck 150/90 mmHg.

Echokardiographie: Normale Größe der Herzhöhlen, diskrete apikale Hypokinesie, geringe Mitral- und Tricuspidalregurgitation. Kein Perikarderguss.

Patient R.H. geb.: 1941

AOK PLUS 98 **Krankenhausbehandlung**
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Name, Vorname des Versicherten
[Redacted]

Belegarzt-
behandlung Notfall

Unfall,
Unfallfolgen Versorgungs-
leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser
Boddenklinik oder HST

[Barcode]

Diagnose
Angina pectoris

VD Lungenembolie

[Redacted]

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Die Kostenverpflichtungserklärung gegenüber dem Krankenhaus bleibt der Krankenkasse vorbehalten; deshalb bitte diese Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses der zuständigen Krankenkasse vorlegen.

Geschieht das nicht, so kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse abgelehnt werden; es sei denn, es liegt ein Notfall vor, und ein Leistungsanspruch besteht.

Vom Krankenhaus auszufüllen:

Krankenshausaufnahme erfolgt(e) am
(Tag)

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten

Muster 2a/E (10.2014)
KBV-PRF.NR. Y/9/1901/35216

AOK PLUS 98 **Krankenhausbehandlung**
(Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)

Name, Vorname des Versicherten
Hempel

Belegarzt-
behandlung Notfall

Unfall,
Unfallfolgen Versorgungs-
leiden (BVG)

Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser
Boddenklinik oder HST

[Barcode]

Diagnose
Angina pectoris

VD Lungenembolie

[Redacted]

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Bitte dem Patienten gesondert mitgeben!

Untersuchungsergebnisse
Brustschmerzen, Dyspnoe

Eisherige Maßnahmen (z. B. Medikation)

Fragestellung/Hinweise (z. B. Allergie)
card. Ursachen?

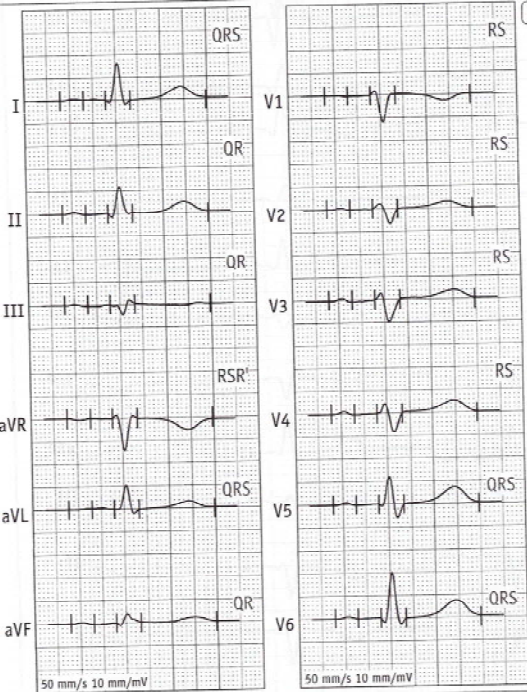
Mitgegebene Befunde
Urlauber, hat Medplan bei

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt.
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten

Muster 2b/E (10.2014)
KBV-PRF.NR. Y/9/1901/35216

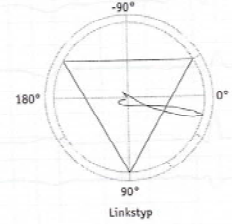
Ausfertigung für den Krankenhausarzt ! Vertraulich!

Patient R.H. geb.: 1941



Befund

HF 60 /
RR 994 m
P 100 m
PQ 198 m
QRS *110 ms QTr(H) 113 %



	Dauer [ms]			max. Amplitude [mV]						[mV/s]			
	Q	R	S	P _{pos}	P _{neg}	Q	R	S	T _{max}	T _{neg}	J	ST	ST
I	26	54	30	0,02	-0,06	0,80	-0,11	0,25			-0,01	-0,02	0,15
II	28	70		0,05	-0,08	0,59		0,22			-0,00	-0,01	-0,10
III	64	36		0,03	-0,22	0,11				-0,04	0,01	-0,20	
aVR	26	56			-0,04	0,07	-0,70			-0,24	0,00	0,01	-0,05
aVL	24	52	32		-0,02	0,50	-0,11	0,14		-0,00	-0,01	0,20	
aVF	22	82		0,04	-0,05	0,20		0,10			0,02	0,02	-0,10
V1		30	80			0,10	-0,59			-0,14	0,02	0,02	-0,10
V2		50	60	0,04		0,12	-0,33	0,14			0,02	0,02	0,10
V3		40	70	0,07		0,15	-0,47	0,18			0,04	0,04	0,05
V4		42	58	0,07		0,12	-0,41	0,26			0,04	0,04	0,05
V5	18	46	42	0,06	-0,04								
V6	26	52	32	0,04	-0,10								

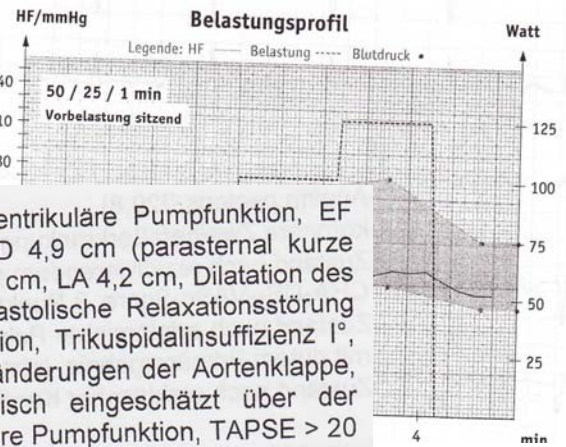
RADIOMETER AOT90 FLEX

AQT90 FLEX AQT 137a 08:53 26.08.2020
 Patientenbericht Probe Nr. 647

Identifikation
 Patienten ID 145014
 Auftrag ID
 Nachname (Pat.)
 Vorname (Pat.)

Tnl <0,010 µg/L [- 0,014]
 ‡ NT-proBNP 138 ng/L [- 125]
 D-dimer 237 µg/L [- 500]

Meldungen
 ‡ Wert(e) oberhalb oberer kritischer Grenze



Start: 26.08.2020 09:17

Gesamtdauer	4 min
Belastungsdauer	4 min
Erholungsdauer	1 min
Belastung, max.	1,6 W/kg 125 W
Zielerreichung, Last	98 % von 127 W
HF-Ruhe	67 /min
Herzfrequenz, max.	107 /min
Zielerreichung, HF	75 % von 142
ST-Abweichung, max. in III	-0,11 mV
Blutdruck, Ruhe	130/80 mmHg
Blutdruck, max.	175/95 mmHg
Blutdruck, Erholung	130/80 mmHg
RPP, max.	18725
Ist[W] LF[W/Kg] Soll[W] % Soll	
PWC ₁₇₀	--
PWC ₁₅₀	--
PWC ₁₃₀	--

Echokardiographie vom 11.09.2019/ Ambulanz: Gute linksventrikuläre Pumpfunktion, EF nach Teichholz 68 % ohne regionale Kinetikstörungen, LVEDD 4,9 cm (parasternal kurze Achse), 5,6 cm (4-Kammerblick), IVSD 1,13 cm, Aortenwurzel 3,7 cm, LA 4,2 cm, Dilatation des linken Vorhofes, restliche Herzhöhlen normal dimensioniert, diastolische Relaxationsstörung des linken Ventrikels Grad I, minimale Aortenklappenregurgitation, Trikuspidalinsuffizienz I°, Mitralklappe funktionell unauffällig, beginnend degenerative Veränderungen der Aortenklappe, Tricuspidalklappe und Mitralklappe relativ zart, PAP systolisch eingeschätzt über der Tricuspidalklappe 38 mmHg + ZVD (erhöht), gute rechtsventrikuläre Pumpfunktion, TAPSE > 20 mm, kein Perikarderauss. keine sichtbaren intrakardialen Thromben oder Raumforderungen.

Patient R.H. geb.: 1941

Jetzige Untersuchung/Therapie: Linksherzkatheterismus mit selektiver Coronarangiographie. Untersuchung über die A. radialis rechts.

Beurteilung:

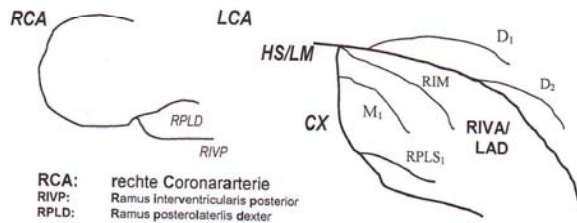
Rechte Coronararterie: geschlängelter Gefäßverlauf wie bei arterieller Hypertonie, am Übergang von proximal nach medial 50%.

Linke Coronararterie: geschlängelter Gefäßverlauf wie bei arterieller Hypertonie. Hauptstamm: o.B..

Riva/ LAD: medial 50%.

CX: Wandunregelmäßigkeiten.

Laevocardiographie: aktuell nicht durchgeführt bei vorliegender



MRT- Befund



Patient:

Sehr geehrter Kollege,

anbei erlaube ich mir, über den MRT-Befund Ihres Patienten zu berichten.

Anamnese/Klinik: Pat berichtet aktuell über ab und an aufgetretenes thorakales Druckgefühl, belastungsunabhängig, eher in Ruhe auftretend. Verschlechterung der Luftnotsymptomatik, Herzsrasen, Schwindel oder Synkope wurde vom Patienten verneint.

EKG: Sinusrhythmus, Herzfrequenz 50/min, Linkstyp, T-Negativierung in III, aVR und V1, RR 140/70mmHg, inkompletter Linksschenkelblock

Befund: Linker Ventrikel mit 162 ml normal, nicht hypertrophiert mit normaler linksventrikulärer Pumpfunktion (61% EF gemessen monoplan nach Simpson). Während Adenosin keine signifikant verzögerte KM-Anflutung. In den post-KM Spätaufnahmen („late enhancement“) keine infarkttypische Anreicherung.

Zusammenfassende Beurteilung: Kein Hinweis für eine Ischämierrelevanz der bekannten KHK.

Procedere: konservativ. Regelmäßige kardiologische Verlaufskontrollen.

Mit freundlichen Grüßen

Patient : G.C.E

Alter 75J

in der Praxis behandelt seit: 17.01.01

Akutvorstellung durch Hausarzt wegen Herzrasen

Beschwerden:

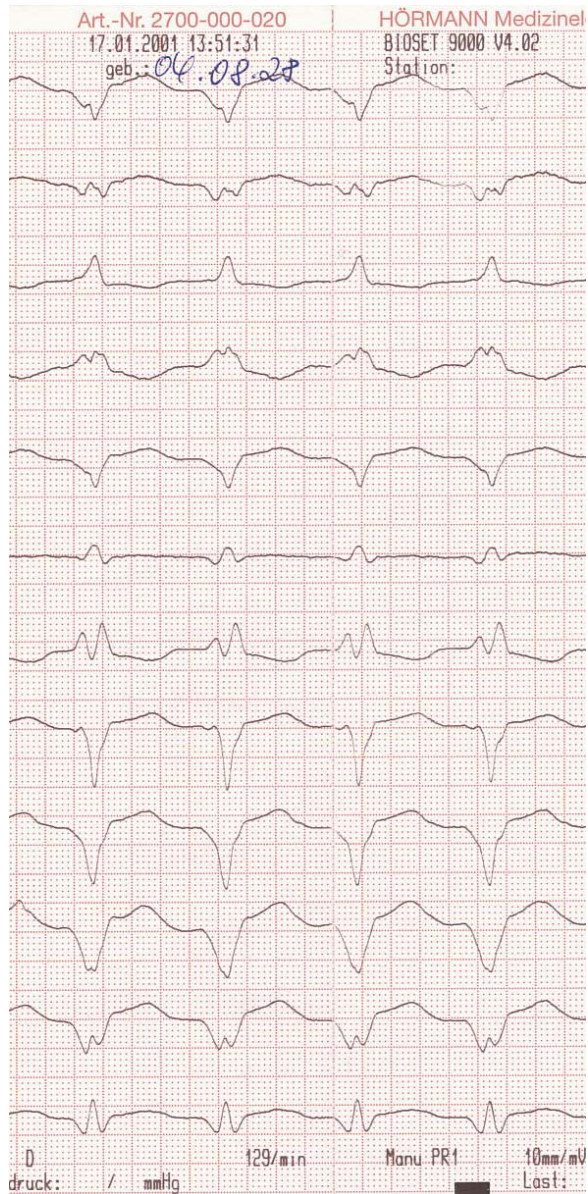
seit 3Tagen anhaltend,Dyspnoe,Leistungsschäche

Anamnese:seit ca. 5Jahren behandelter Hypertonus

**damals wohl „stummer“ Myokardinfarkt
mit R-Verlust V2-V3**

**unauff. Familienanamnese ; Nichtraucher;
Ges.Chol:159; LDL 101; TSH 1,32**

bei Aufnahme



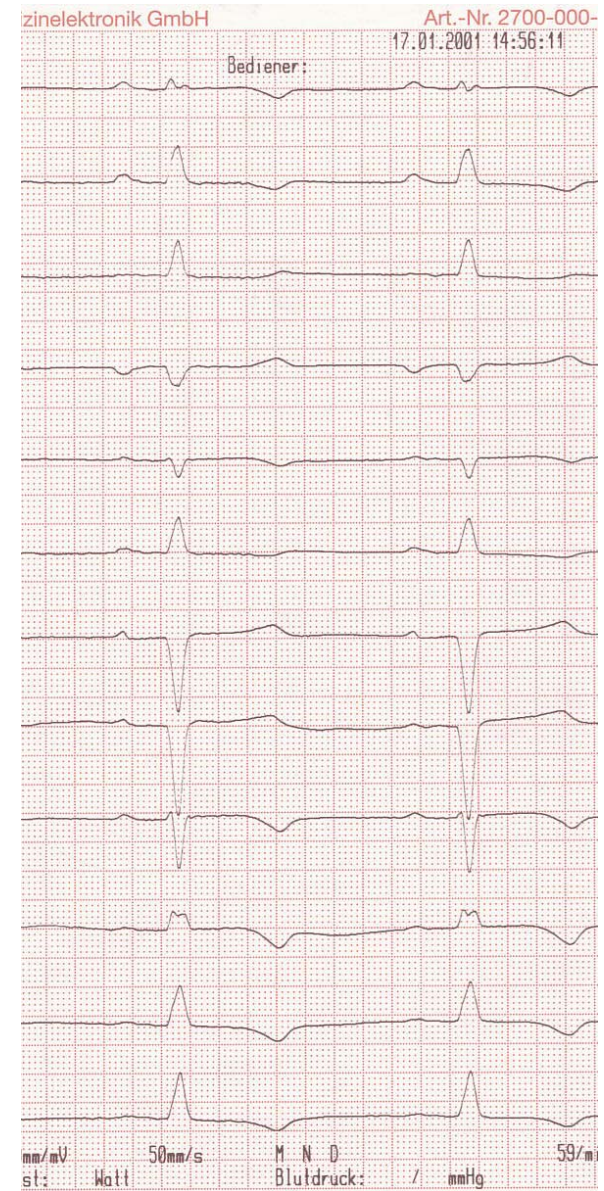
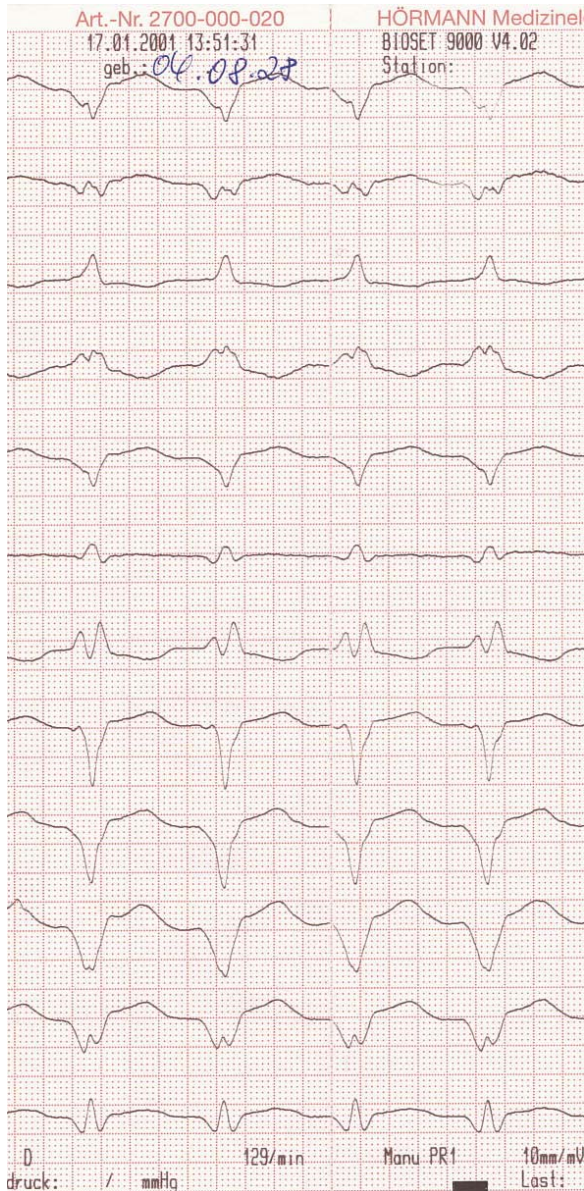
**EKG: Tachykardie Frequenz 129/min, P-Welle nicht erkennbar, QRS 140ms, RSB ,
üRechtstyp**

Echo: von apikal praktisch nicht schallbar, von parasternal VD apikales Aneurysma, sonst gute Pumpfunktion, unauff. Klappen

**nach Gabe von 50mg Gilurhythmial fortbestehende Tachykardie
nach Gabe von 2 Amp.Cordarex fortbestehende Tachykardie
Sedierung Kardioversion**

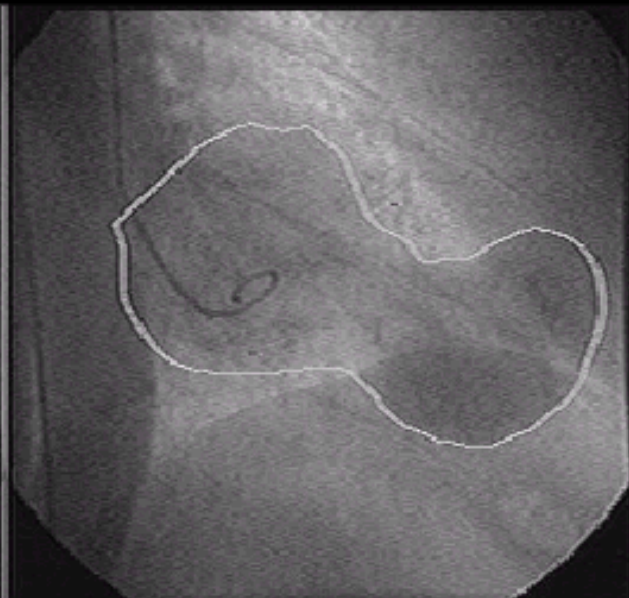
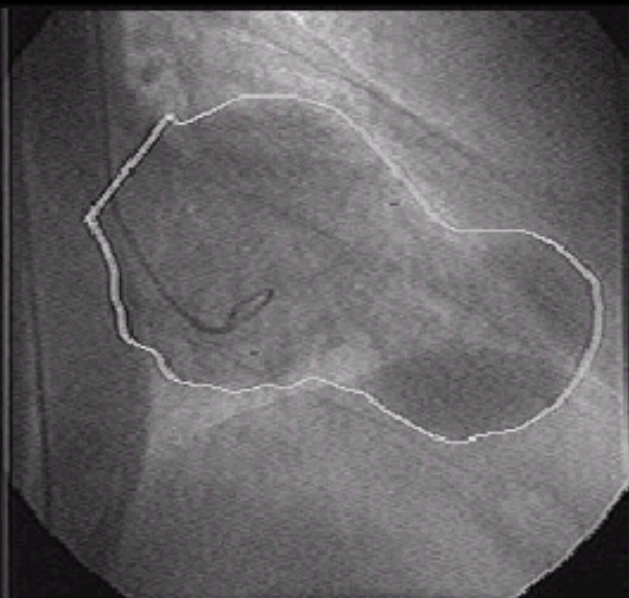
bei Aufnahme

nach Kardioversion



Medikamente bei Erstvorstellung:

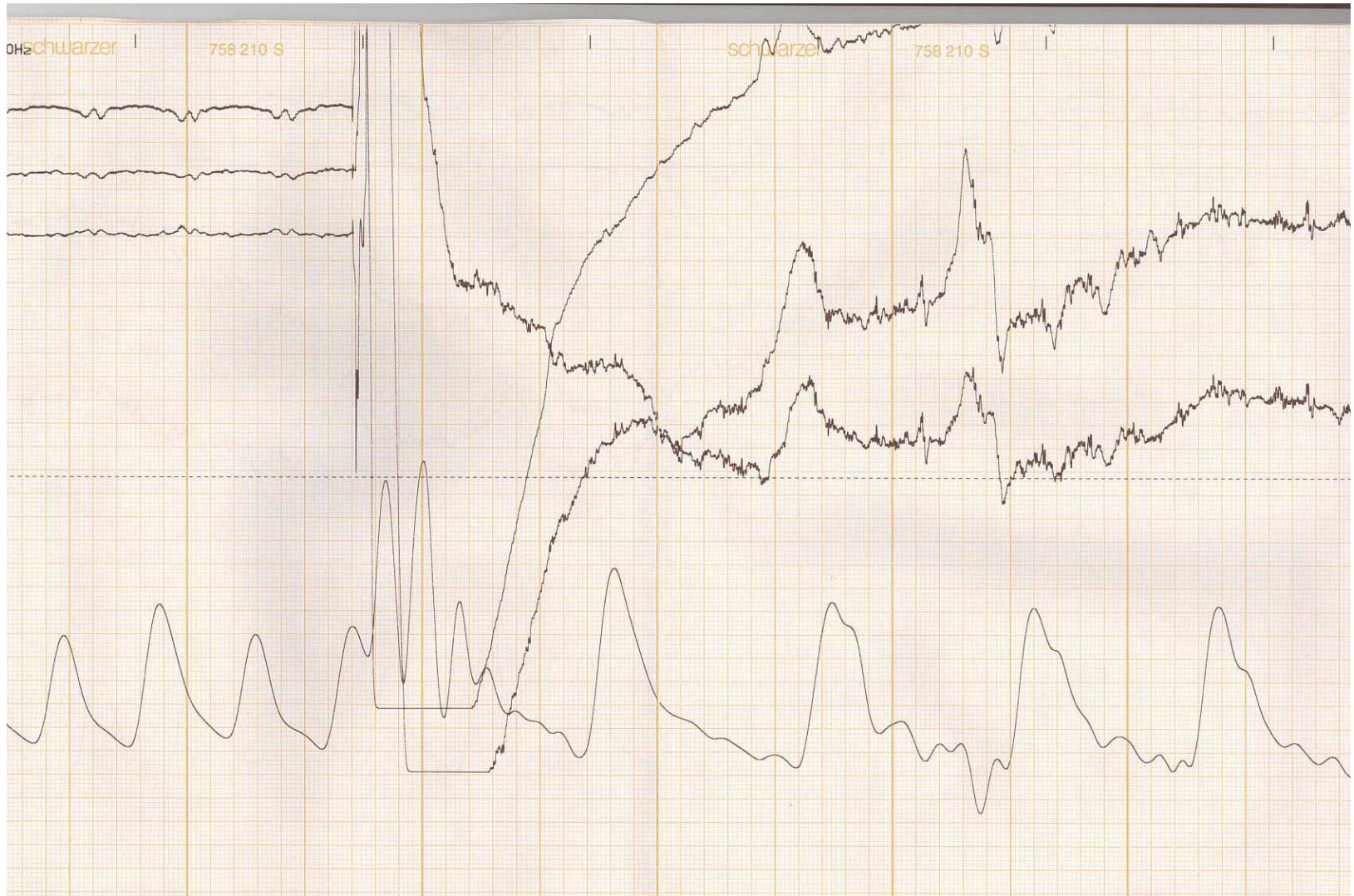
Ass 100	1-0-0
Pentalong	1-1-1
Spirocomp rat.	1-0-0
Beloc zok	1-0-1/2
Acercomp mite	1-0-0



LV ANALYSIS REPORT

EF	26%	EDV	0.0 ml
SV	0.0 ml	ESV	0.0 ml

Amb. Herzzentrum Chemnitz



Verlauf: dringliche Vorstellung HZ Leipzig
Fragestellung linksventr. Ablation oder
Resektion des Ventrikelaneurysmas

2/01 Aneurysma-Resektion und Dor-Plastik

Medikamente nach OP:

Falithrom	nach INR
Sotalol80	1-0-1
Lasix 20	1-0-0
Zocor 20	0-0-1
Delix 5	1-0-0

während der AHB schwer beeinflussbares VH-Flimmern daher Amiodaroneinstellung

derzeitige Medikamente:

Amiodaron	1-0-0
Lisinopril5	1/2-0-0
Lasix 40	1-0-0
Falithrom n.TPZ	

Aktuell:

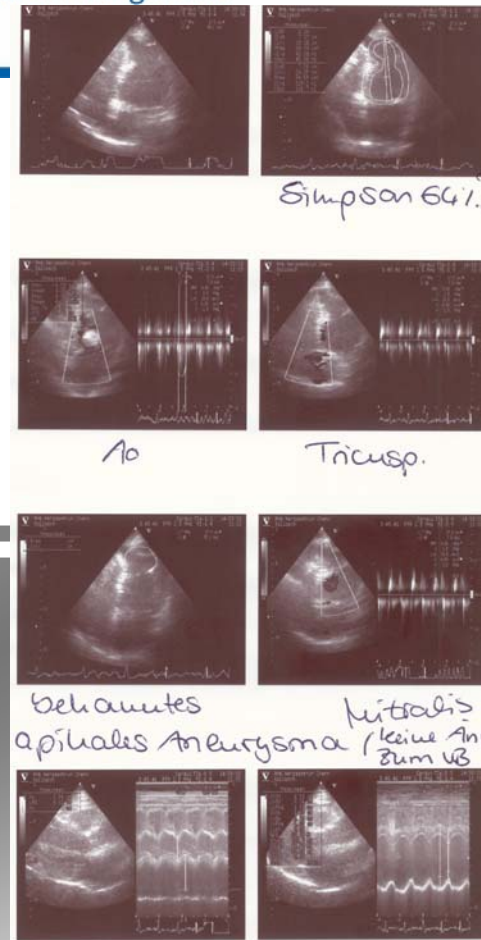
subj. beschwerdefrei

Ergometrie bis 100W o.B.

im Echo geschätzte EF nach Simpson um 60%

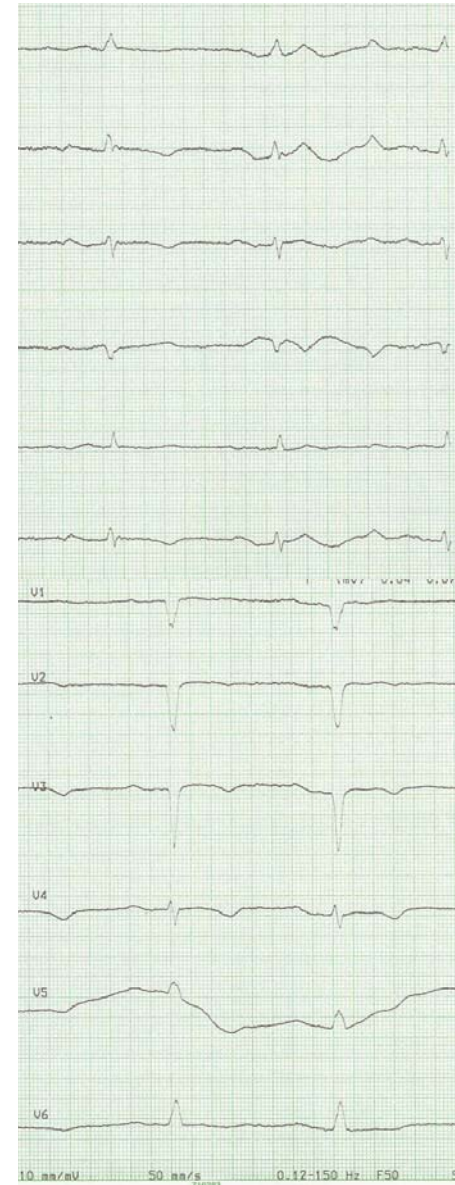
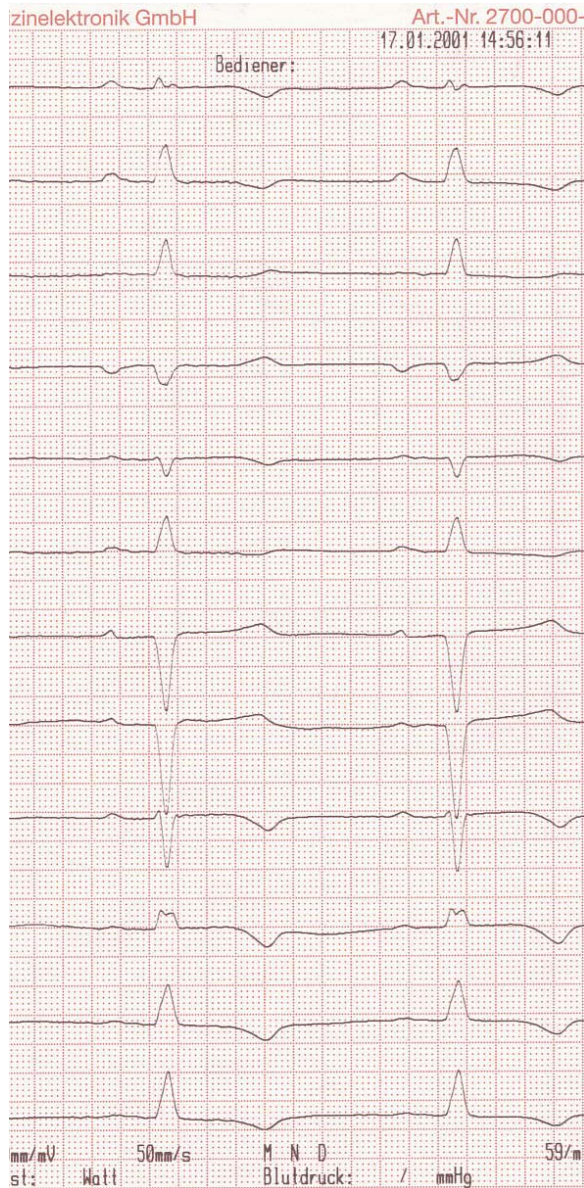
in diversen L-EKG's zahlreiche SVES

keine höhergradigen vent. Arrhythmien



Jan.2001

Jan.2003



Vielen Dank

