

Braun/Dormann Klinikleitfaden Innere Medizin mit Zugang zum Elsevier-Portal

Leseprobe

[Klinikleitfaden Innere Medizin mit Zugang zum Elsevier-Portal](#)

von [Braun/Dormann](#)

Herausgeber: Elsevier Urban&Fischer Verlag



<http://www.narayana-verlag.de/b7397>

Im [Narayana Webshop](#) finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Email info@narayana-verlag.de
<http://www.narayana-verlag.de>



4.1 Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose

4.1.1 Retrosternaler Schmerz

Häufigste Ursachen sind KHK (instabile Angina pectoris, Myokardinfarkt), Pleuritis, Refluxösophagitis, vertebragen, funktionell.

Diagnostische Leitfragen

Zunächst Ausschluss lebensbedrohlicher Ursachen:

- Akutes Koronarsy.: Eher drückender Schmerz, „thorakale Enge“, Ausstrahlung in Arme, Oberbauch, Hals-/Kieferregion. Oft belastungsabhängige Beschwerden, kardiales Ereignis in der Anamnese, kardiale Risikofaktoren, z.B. Rauchen, Übergewicht, arterieller Hochdruck, Diabetes mellitus, Hyperlipoproteinämie, genetische Belastung.
- Aortendissektion: Plötzlicher, heftiger evtl. reißender Schmerz, oft interskapulär, arterielle Hypertonie in der Anamnese, Schocksymptome, Pulsstatus? Mediastinalverbreiterung im Rö, Perikarderguss.
- Lungenembolie: Akuter Brustschmerz mit Luftnot, evtl. atemabhängige Schmerzen, Beinvenenthrombose oder Risiko für Beinvenenthrombose? BGA, D-Dimere. Daran denken!!
- Spannungspneumothorax: Plötzlicher Schmerz, oft mit Dyspnoe, Lungenerkrankung in der Anamnese, ggf. asthenischer Habitus. Perkussion, Auskultation, Rö-Thorax.
- Ulkusperforation: Ulkuskrankheit in der Anamnese, akuter Oberbauchschmerz, bei alten Pat. auch mit geringer Symptomatik, NSAID-Einnahme. Palpation, Auskultation.
- Ösophagusschmerz: Heftiges Erbrechen, retrosternaler Vernichtungsschmerz, Dyspnoe, Zyanose, Schock, Haut-/Mediastinalemphysem bei Perforation (Boerhaave-Sy.) oder Hämatemesis bei Mallory-Weiss-Sy. Rö-Thorax, Rö-Abdomenübersicht.

Dann andere Ursachen abklären:

Vertebragen (bewegungsabhängiger Schmerz, muskuloskelettale Untersuchung), Pleuritis oder Perikarditis (atemabhängiger Schmerz), Refluxkrankheit mit Ösophagitis („Sodbrennen“, meist postprandial), Pankreatitis (akuter, oft gürtelförmiger Oberbauchschmerz), Gallenkolik (akuter Oberbauchschmerz rechts).

90 4 Herz

- Bis zum sicheren Ausschluss einer lebensbedrohlichen Ursache muss der Pat. lückenlos überwacht werden.
- Jeder akute retrosternale Schmerz bedarf bis zur ätiologischen Klärung der klin. Überwachung (z.B. EKG-Monitor). Bei Zweifel an kardialer Schmerzgenese konsequente weiterführende Diagnostik in ärztlicher Begleitung (z.B. Röntgen-Thorax, Echo, evtl. transösophageales Echo, Lungenzintigraphie, Oberbauchsono, Gastroskopie).
- Funktionelle Herzbeschwerden sind eine Ausschlussdiagnose.

Er Vorgehen bei akutem retrosternalem Schmerz (Angina pectoris)

- Labor: U.a. CK, CK-MB, GOT, HBDH, Troponin I oder T, nach 6 und 12 h wiederholen. Initial zusätzlich Troponin-Schnelltest.
- Bettruhe für 24-48 h, bei Dyspnoe C>2 über Nasensonde, Sedierung z.B. Diazepam 2-5 mg i.v. (z.B. Valium®).
- Initial Nitroglycerinspray 2-3 Hübe, dann Nitroperfusor (»21.9); NW: Hypotonie -> RR-Kontrolle in kurzen Abständen! Schmerzlinderung binnen 5 Min. spricht für Angina pectoris; bei fehlendem Ansprechen und V.a. Infarkt evtl. Fentanyl 0,05 mg i.v.
- EKG zum Infarktausschluss. Cave: EKG bis 6 h nach Infarkt in 50% un auffällig, daher Überwachung bei infarktverdächtigem Schmerz auch bei nicht infarkttypischem EKG.
- Vorgehen bei V.a. akutes Koronarsy. t» 4.4.

Weiterführende Diagnostik

- Röntgen-Thorax: Z.B. Herzgröße, Stauungszeichen, Mediastinalverbreiterung (Aortendissektion?), pneumonisches Infiltrat, Pneumothorax, Hiatushernie, Rippenfraktur.
- Echo: Regionale Wandbewegungsstörungen, Vitium, LV-Funktion. Bei V.a. Aortendissektion TEE und ggf. Angio-CT.
- Sono: Cholezystolithiasis, Pleura-, Perikarderguss, BAA.
- Spiral-CT, Pulmonalisangiographie bzw. Perfusions-/Ventilationsszintigraphie zum Ausschluss Lungenembolie.
- Notfall-Koronarangiographie bei V.a. akutes Koronarsy.
- Nach Stabilisierung z.B. Belastungs-EKG, Stress-Echo oder Myokardszintigraphie (zum Ischämienachweis), LZ-EKG ggf. mit ST-Streckenanalyse, Gastroskopie, HWS in 2 Ebenen.

Differenzialdiagnosen

- Angina pectoris: Thorakales Druckgefühl, Beklemmung, Atemnot. Schmerz ausstrahlung typischerweise in li Axilla und li Arm (meist ulnar), aber auch re Arm, Unterkiefer, Oberbauch. Auslösung durch körperliche und psychische Belastung, Kälte, Mahlzeiten. Besserung nach Nitroglycerin. Ätiol.: Meist KHK (t» 4.3), Aortenvitium, art. Hypertension, Kardiomyopathie. DD zum Herzinfarkt: Kürzere Dauer, fehlende Infarktzeichen im EKG (J» 4.4), kein Anstieg von CK, CK-MB, GOT, HBDH, Troponin neg. Hohes Risiko bei instabiler Angina pectoris und pos. Troponinschnelltest -> Überwachung wie bei akutem Myokardinfarkt.

4.1 Leitsymptome und ihre Differenzialdiagnose 91

- Status anginosus: Anhaltender Schmerz > 15 Min., Übergang zum Präinfarktstadium fließend, im EKG meist ST-Strecken-Senkung.
- Prinzmetal-Angina: Ruheschmerzen mit rasch reversiblen EKG-Veränderungen (ST-Hebung). **Ätiol.:** Koronarspasmen. Keine Enzymserhöhung, Arrhythmien häufig.
- **Myokardinfarkt:** Lang anhaltender thorakaler Schmerz (fehlt beim „stummen Myokardinfarkt“), evtl. mit Ausstrahlung wie bei Angina pectoris. To desangst, vagale Reaktion (z.B. Schweißausbruch, Erbrechen). Oft atypische Verläufe mit Kollaps, Übelkeit, abdomineller Symptomatik bei Hinterwandinfarkt (> 4.4).
- **Lungenembolie:** Schmerzen v.a. bei Inspiration, trockener Husten, meist Dyspnoe. **Diagn.:** Anamnese (Bettlägerigkeit, Thrombose, vorausgegangene OP), EKG (nur in 50% path. mit Tachykardie, SiQm-Typ, Rechtsdrehung der Herzachse, RSR,-Muster), BGA, Rö-Thorax, Spiral-CT, Lungenszintigraphie, ggf. Pulmonalisangiographie. Vorgehen bei Lungenembolie > 6.7.1.
- **Spontanpneumothorax:** Plötzliche Dyspnoe, tympanitischer Klopfeschall, abgeschwächtes Atemgeräusch, typisches Rö-Bild, Vorgehen bei Pneumothorax »6.9.1.
- **Perforiertes Ulcus ventriculi:** Abd. Abwehrspannung, „bretthartes“ Abdomen; Abdomenleeraufnahme im Stehen oder in Linksseitenlage zeigt in 70% freie Luft (> 7.1.1, » 7.4.3). Ulkuserforation mit EKG-Bild eines Hinterwandinfarkts möglich!
- **Akute Pankreatitis** (» 7.5.1): Gürtelförmiger Oberbauchschmerz, in den Rücken ausstrahlend; a-Amylase und Lipase im Serum t. Sono und CT Abdomen.
- **Funktionelle Herzbeschwerden:** Meist scharf umschriebene, schneidende Schmerzen von kurzer Dauer, oft über der Herzspitze lokalisiert, eher in Ruhe auftretend. Bei Verdacht Ausschluss organischer Ursachen, psychosomatische Diagnostik.
- **Tachykardie Herzrhythmusstörungen:** Retrosternales Druckgefühl, Palpitationen, evtl. Hypotonie und Synkope.
- **Perikarditis:** Pat. sitzt leicht vornübergebeugt, präkordialer Schmerz bei Inspiration verstärkt. Tachypnoe, flache Atmung. Evtl. perikardiales Reibegeräusch. EKG zeigt ST-Hebung in fast allen Ableitungen. Rö: Bei Perikarderguss Herz-Zwerchfell-Winkel verstrichen, evtl. Bocksbeutelform der Herzsilhouette. **Diagn.:** Auskultation, EKG, Echo.
- **Aneurysma dissecans** (> 5.4.5): Stärkste Schmerzen mit Ausstrahlung in Rücken, Beine und Nacken. Organdurchblutung von Herz, Gehirn, Nieren, Darm und Extremitäten gestört, dadurch z.B. Hemiparesen, ANV, Schock oder Herzinfarkt. **Diagn.:** Rö-Thorax, Sono, CT, Aortographie.
- **Aneurysma verum** (thorakales Aortenaneurysma): **Ätiol.:** Atherosklerose, Marfan-Sy., Trauma. Häufig ohne Symptome, Zufallsbefund im Rö-Thorax. Thorakale Schmerzen, Husten, Dyspnoe durch Kompression der Hauptbronchien, Dysphagie. Rekurrensparese mit Heiserkeit. Horner-Symptomatik (Ptosis, Miosis, Enophthalmus). **Diagn.:** Rö-Thorax, CT, Aortographie. **ther.:** Operativ, Gefäßprothese.
- **Erkrankungen der Pleura:** Pleuraerguss, Pleuritis sicca (>> 6.9.3), Pleuraemphysem, benigne und maligne Pleuratumoren.

- Zwerchfellhernie: Überwiegend nächtliche, im Liegen verstärkte Schmerzen.
- Vom Ösophagus ausgehende Schmerzen (z.B. heftiges Sodbrennen).
- Weitere: Mediastinitis, Mediastinaltumor, hypertone Krise, Gallenkolik, muskuloskeletale Schmerzen.

4.1.2 Zyanose

Blaurote Färbung v.a. von Lippen und Akren. Tritt auf, wenn Konzentration des reduzierten Hb > 50 g/l. Bei Anämie daher schwer beurteilbar.

- Zentrale Zyanose: O₂-Sättigung des arteriellen Blutes vermindert (blaue Zunge).
- Periphere Zyanose (Akrozyanose): Verstärkte O₂-Ausschöpfung = vergrößerte arteriovenöse Oa-Differenz des Blutes, z.B. bei Herzinsuff. (durch periphere Hypoperfusion). Zunge bleibt rot.

Differenzialdiagnosen

Die diagnostische Zuordnung erfolgt durch Anamnese, körperliche Untersuchung, EKG, Röntgen-Thorax, BGA, Lufu und Echo.

- Lungenerkr. (häufiger zentrale Zyanose): Ventilationsstörung (z.B. Lungenemphysem (27) Asthma bronchiale, Pneumothorax); Diffusionsstörungen (z.B. Pneumonie, Lungengerüsterkrankungen); intrapulmonale arteriovenöse Shunts (z.B. bei Obstruktion, Gefäßvarianten). Störungen des Atemantriebs (z.B. Pickwick-Sy.).
- Herzerkr.: Periphere „Ausschöpfungszyanose“ bei Herzinsuff. Zentrale Zyanose bei Vermischung von venösem und arteriellem Blut durch Re-li-Shunt (z.B. bei Fallot-Anomalie, Pulmonalstenose mit Vorhofseptumdefekt, Eisenmenger-Komplex, Transposition der großen Gefäße, Ebstein-Anomalie mit Vorhofseptumdefekt). Meist Spätsymptom.
- Andere Ursachen: Methämoglobinämie, z.B. durch Nitrosegase, Nitrit, G6PD-Mangel, Hämoglobinopathien (>> 14.2), vegetative Dystonie (kühle, schwitzende, bläuliche Haut durch Dilatation der Venolen bei eng gestellten Arteriolen), Polyglobulie, Kryoglobulinämie, Kälteagglutininkrankheit.

Diagnostik

- Anamnese: Kardiale und pulmonale Vorerkr.
- Klinik: Uhrglasnägel und Trommelschlägelfinger bei chron. Hypoxämie, „maulvoller“ Auswurf bei Bronchiektasen. Emphysemthorax?
- Auskultation: Lunge (Spastik, Pneumonie, Emphysem), Herz (DD »> 4.2.1).
- Labor: BGA, BSG, CRP (bei Infekt T), BB (Polyglobulie bei chron. Hypoxie).
- EKG (>> 4.2.4): Rechtsherzbelastung, Hypertrophie, Rhythmusstörungen.
- Lungenfunktionsdiagnostik »> 6.2.3.
- Röntgen-Thorax: Lungenstauung? Pleuraerguss? Herzgröße? Hinweis auf Herzvitium?
- Evtl. Echokardiographie, Thorax-CT, Linksherzkatheter.



Braun/Dormann

[Klinikleitfaden Innere Medizin mit Zugang zum Elsevier-Portal](#)

960 Seiten, geb.
erschienen 2009



Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise
www.narayana-verlag.de