



*Die Druckversion  
finden Sie auf ...*

**[www.med-school.de](http://www.med-school.de)**

<p><b>Leitsymptome - Übelkeit und Erbrechen</b></p> <p><b>Ursachen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akute Gastritis, Gastroenteritis, Nahrungsmittelintoleranz, Medis</li> <li>• Wichtig: Herzinfarkt, Glaukomanfall</li> </ul> <p><b>Anamnese</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erbrechen akut oder chronisch, Grund- und Vorerkrankungen, SS, Reise</li> <li>• Begleitsymptome: Gewichtsverlust, Fieber, abd. Schmerzen, Diarrhö, Ikterus, Schwindel, Seh- und Hörstörungen</li> <li>• Medis, Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum</li> <li>• Zeitpunkt des Erbrechens: <ul style="list-style-type: none"> <li>• morgendlich: SS, Alkohol, Urämie</li> <li>• unmittelbar postprandial: funktionelle Nahrungsmittel-intoleranz, Ulkuskrankheit, Gastritis</li> <li>• Erbrechen 6-12h nach Nahrungsaufnahme: bei Magenausgangstenose durch Ulkus / Tumor oder bei Motilitätsstörungen; häufig Erleichterung nach Erbrechen</li> </ul> </li> <li>• Aussehen und Geruch des Erbrochenen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• unverdaute Nahrung ohne bitteren Geruch: kein Erbrechen, eher Regurgitation z. B. bei Ösophaguserkrankungen</li> <li>• fäkalentes Erbrechen: mechanischer Ileus</li> <li>• Beimengungen von Hämatin oder Blut: bei oberer gastrointestinaler Blutung</li> </ul> </li> <li>• schwallartiges Erbrechen ohne vorausgehende Übelkeit: bei intrakranieller Drucksteigerung.</li> </ul> <p><b>Körperliche Untersuchung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• abd. Befund (Druckschmerz, Abwehrspannung, Resistenz, Bruchpforte, DG), rektale Untersuchung, Herz- + Lungenauskultation, Nystagmus?, Koordinationsstörung?, Meningismus?, Exsikkose?</li> </ul> <p><b>Basisdiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Labor: BSG, BB, BZ, CK, Transaminasen, Bili, aP, Lipase, Crea, Elektrolyte, Quick, Urinstatus, (ß-HCG-Test)</li> <li>• EKG, Abdomensono</li> </ul> <p style="text-align: right;"><a href="http://www.med-school.de">www.med-school.de</a></p>	<p><b>Leitsymptome - Dysphagie</b></p> <p><b>Dysphagie:</b> Schluckstörung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oropharyngeal: "Verschlucken", oft mit Regurgitation und Aspiration von Nahrung und reflekt. Hustenanfall</li> <li>• Ösophageal: Passagebehinderung entlang Ösophagus</li> </ul> <p><b>mögliche Begleitbeschwerden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstruktionsgefühl: Druck- und Engegefühl beim Schlucken</li> <li>• Odynophagie: Schmerzen beim Schluckakt (Sodbrennen)</li> <li>• Regurgitation: Gefahr der Aspiration</li> </ul> <p><b>Ursachen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entzündliche, narbige oder maligne Stenosen im Ösophagus, zentralnervöse Schluckstörung, z. B. nach Apoplex</li> </ul> <p><b>Anamnese</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ?: Reflux, neuromusk. Erkr., syst. Sklerose, Z. n. Apoplex</li> <li>• Schluckbeschwerden abhängig von Konsistenz der Nahrung? <ul style="list-style-type: none"> <li>• fest: bei Einengung des Ösophaguslumens durch peptische Stenosen, Karzinome oder extraluminale Prozesse</li> <li>• fest + flüssig: Motilitätsstörung (diffuser Ösophagospasmus, Achalasie, systemische Sklerose), Zenker-Divertikel</li> </ul> </li> <li>• zeitlicher Verlauf: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wochen bis Monate progredient: Ösophaguskarzinom</li> <li>• Jahre progredient: peptische Stenosen</li> <li>• intermittierend: rezidiv. Ösophagitiden, Ösophagospasmus</li> </ul> </li> <li>• im Vordergrund stehende Beschwerden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstruktionsgefühl: peptische Stenose, Tm, extraluminale Proz.</li> <li>• Odynophagie: entz. Prozessen oder intermittierend mit heftigen Schmerzen bei diffusem Ösophagospasmus</li> <li>• Regurgitation:</li> </ul> </li> <li>• Risikofaktoren: Alkohol + Rauchen beim Ösophagus-Ca</li> </ul> <p><b>Diagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Basisdiagnostik bei V. a. oropharyngeale Dysphagie:</b> HNO-Konsil bei V. a. entzündlichen / tumorösen Prozess, ev. Röntgen des Schluckaktes (wasserlösliches KM wegen Aspirationsgefahr)</li> <li>• <b>Basisdiagnostik bei V. a. ösophageale Dysphagie:</b> Ösophagoskopie, Röntgen-Ösophagus mit KM</li> </ul> <p style="text-align: right;"><a href="http://www.med-school.de">www.med-school.de</a></p>
<p><b>Leitsymptome - Ileus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mechanischer Ileus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obturationsileus: Verlegung des Darmlumens</li> <li>• Strangulationsileus: zusätzlich Störung der Darmdurchblutung</li> <li>• Symp: Erbrechen, Abdominal-Sz, Meteorismus, Stuhlverhalt</li> </ul> </li> <li>• <b>Paralytischer Ileus:</b> Lähmung der Darmperistaltik</li> </ul> <p><b>Anamnese</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beginn: plötzlich / allmählich, Schmerzlokalisierung?, Voroperationen und Vorerkrankungen</li> <li>• Erbrechen: wie oft?, Beschreibung (Speisereste, fäkalent?), Stuhl: Zeitpunkt letzter Stuhlgang, Windverhalt?</li> </ul> <p><b>Untersuchung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exsikkose, Schocksymptomatik, Laparotomienarben</li> <li>• Abdomenpalpation: Resistenzen?, Druckschmerz?, Abwehrspannung?, Bruchpforten?</li> <li>• Abdomenauskultation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• metallisch klingende DG (mechanischer Ileus), fehlende DG (paralyt. Ileus, spätes Stad. Strangulationsileus)</li> </ul> </li> <li>• Perkussion (Meteorismus?), rektale Untersuchung</li> </ul> <p><b>Diagnostik</b></p> <p><b>Labor:</b> BSG, BB, BZ, Lipase, CK, GOT, GGT, Crea, Elektrolyte, Quick, PTT, Urinstatus, BGA, Blutgruppe, Kreuzblut</p> <p><b>Röntgen-Abdomen:</b> Stehen / Linksseitenlage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hoher – tiefer Dünndarmileus: anhand Lokalisation der Spiegel</li> <li>• Dünndarm – Dickdarmileus: anhand der Fiederung</li> </ul> <p><b>Abdomensono:</b> Ursache, Peristaltik (fehlend beim paralytischen, Pendelperistaltik beim mechanischen Ileus)</p> <p><b>EKG, Röntgen-Thorax</b></p> <p><b>Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infusion: Elektrolytlösungen, bei Hypokaliämie Substitution</li> <li>• Magensonde, absolute Nahrungskarenz</li> <li>• chirurgisch: bei mech. Ileus, Mesenterialinfarkt, paralytischer Ileus mit Peritonitis</li> <li>• Therapie bei paralytischem (Sub-)Ileus ohne Peritonitis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlung der Grunderkrankung, hohe Schwenkeinfäufe, medik. Anregung der Darmperistaltik</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: right;"><a href="http://www.med-school.de">www.med-school.de</a></p>	<p><b>Leitsymptome - Obstipation</b></p> <p><b>Definition</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstipation: &lt; 3 Stuhlentleerungen/Wo mit zu harten Stühlen und Schwierigkeiten bei Defäkation</li> </ul> <p><b>Ursachen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chronische habituelle Obstipation funktioneller Genese</li> <li>• vorübergehende Obstipation</li> <li>• Kolontumoren, Analerkrankungen, Medis</li> </ul> <p><b>Anamnese</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stuhlfrequenz ohne Laxanzien: Diff. tatsächlicher Obstipation und Ansprüchen an Stuhlfrequenz</li> <li>• Stuhlbeschaffenheit: Konsistenz, Farbe, Blutbeimengungen</li> <li>• Dauer der Obstipation, ggf. bei habitueller Obstipation Dauer der Änderung des Stuhlverhaltens</li> <li>• Schmerzen bei Defäkation, Ernährungsgewohnheiten</li> <li>• Genussmittel: Nikotin, Alkohol</li> <li>• Medikamente: Laxanzien?</li> </ul> <p><b>Körperliche Untersuchung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inkl. Abdomenpalpation (Resistenz?), Analinspektion, rektale Unters., Stuhlinnspektion</li> </ul> <p><b>Diagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Labor: BSG, BB, BZ, Diff-BB, Kreatinin, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup>, TSH, Urinstatus, okkultes Blut im Stuhl</li> <li>• Abdomensono, Proktoskopie, Koloskopie</li> <li>• Gynäkologische Untersuchung</li> <li>• Funktionsdiagnostik: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolon-Transitzeit: Gabe röntgendichter Marker in Kapselform für 6d, am 7.d Röntgen-Abdomen im Liegen</li> </ul> </li> <li>• Defäkographie: röntgenologische (Video-)Überwachung der Defäkation mit KM</li> </ul> <p style="text-align: right;"><a href="http://www.med-school.de">www.med-school.de</a></p>

<p><b>Leitsymptome - akutes Abdomen</b></p> <p><b>Leitsymptome</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Spontanschmerzen: <ul style="list-style-type: none"> <li>viszerale Schmerzen: dumpf, krampfartig, Intensität ↑+↓ (kolikartig), oft schlecht lokalisierbar</li> <li>somatische Schmerzen: scharf / brennend, gut lokalisierbar</li> </ul> </li> <li>Abwehrspannung: lokalisiert vs. diffus: gesamt (Peritonismus), Übelkeit und Erbrechen</li> <li>↓AZ, Symptome: Fieber, Unruhe, Schonatmung, Diarrhö / Wind- + Stuhlverhalt, Exsikkose, Kollaps, Schock</li> </ul> <p><b>Einteilung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>perakut: Vernichtungsschmerz, bretthartes Abdomen, Schock</li> <li>akut: heftige, ev. bereits abklingende Bauch-Sz, Peritonismus</li> <li>subakut / unklar: persist. / ↓Bauch-Sz mit geringer peritonealer Mitbeteiligung und ohne Kreislaufbeteiligung</li> </ul> <p><b>Ursachen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>jüngere Pat. meist Appendizitis, ältere Pat. meist (Sub) Ileus infolge inkarzerierten Hernien, Briden, Tm, Koprostase</li> <li>Cholezystolithiasis, Cholezystitis, Cholangitis, akute Pankrea-titis, Nierenkolik, Divertikulitis, Ulkus- / Divertikelperforation, Gastroenteritis, Herzinfarkt, gynäk. Ursachen</li> </ul> <p><b>Anamnese</b></p> <p><b>Schmerzanamnese:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perforations-Sz: akut+heftig, ev. Abklingen, später Peritonismus</li> <li>Kolikschmerz: an Intensität ↑+↓, z. B. Gallen- / Nierenkolik, mechanischer Ileus</li> <li>Entzündungsschmerz: langsam ↑, z. B. Appendizitis, Cholezystitis, Divertikulitis, Pankreatitis</li> <li>Schmerzlokalisierung + -ausstrahlung (somatischer Schmerz): <ul style="list-style-type: none"> <li>vom re Oberbauch in re Rücken (Cholezystitis), von Oberbauchmitte in re Schulter (Ulcus duodeni)</li> <li>von Oberbauchmitte in Rücken (akute Pankreatitis), re Unterbauch (akute Appendizitis)</li> <li>li Unterbauch (akute Sigmadivertikulitis), re / li Unterbauch → Leiste (perf. Kolon-Tm, Ovarialzyste, Tubargravidität)</li> <li>re / li Flanke mit Ausstrahlung in Leiste oder ins äußere Genitale: z. B. Nieren- / Uretersteinen</li> </ul> </li> <li>vorausgehende Ereignisse: Alkohol (akute Pankreatitis), fettreiches Essen (Gallenkolik), postprandiale Sz (Ischämie)</li> </ul> <p><b>Stuhlgang, Miktion, Regel, Medikamente, Nikotin- + Alkohol</b></p> <p><b>Begleitsymptome:</b> Fieber, Übelkeit, Erbrechen, Kollapsneigung</p> <p style="text-align: right;"><a href="http://www.med-school.de">www.med-school.de</a></p>	<p><b>Leitsymptome - Akutes Abdomen 2</b></p> <p><b>Untersuchung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Körperhaltung: unruhig (Gallen-/Nierenkolik), gekrümmt, kauernd (Pankreatitis, Appendizitis)</li> <li>Hautfarbe: Blässe (intraabd. Blutung / sympathikotone Reaktion), Hyperpigmentierung: Morbus Addison</li> <li>Schockzeichen: RR-Abfall, Tachykardie, Blässe</li> </ul> <p><b>Abdomen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inspektion: Vorwölbungen, Narben nach früheren OP</li> <li>Palpation: Bauchdecken (weich, eindrückbar, Abwehrspannung?), Klopf- / Loslassschmerz, Bruchpforten: geschlossen, offen, inkarzerierte Hernie?</li> <li>Auskultation aller 4 Quadranten: ↑DG (Enterokolitis), metallische DG (mechanischer Ileus), fehlende DG (paralyt. Ileus bei Mesenterialinfarkt / reflektorisch bei Pankreatitis, Nierenkolik, Stoffwechselstörung)</li> <li>Perkussion: Meteorismus? (Ileus)</li> </ul> <p><b>rektale Untersuch.:</b> druckschmerzhafter Douglasraum (Appendizitis, Adnexitis), Blut am Fingerling (Mesenterialinfarkt), palpable Resistenz: z. B. Rektum-Ca mit mech. Ileus</p> <p><b>Thorax:</b> Herzinsuffizienz, Pneumonie, Pleuritis?</p> <p><b>Appendizitiszeichen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>initial häufig epigastrische / periumbilicale Sz, später in re Unterbauch (McBurney- + Lanz), lokale Abwehrspannung</li> <li>rektal-axilläre Temperaturdiff. &gt; 0,6 °C</li> <li>Blumberg-Zeichen = kontralateraler Loslassschmerz</li> <li>Rovsing-Zeichen: Sz re Unterbauch bei retrogr. Ausstreichen</li> <li>Douglasschmerz: bei Palpation von rektal</li> </ul> <p><b>Diagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Labor:</b> BSG, CRP, BB, BZ, Lipase, CK, GOT, LDH, yGT, Bili, Krea, Elyte, Quick, PTT, Urinstatus, β-HCG-Test, Porphobilinogen im Urin, BGA, Blutgruppe, Kreuzblut</li> <li><b>EKG, Abdomensono</b></li> <li><b>Rö-Abdomen</b> (freie Luft bei Perforation: Stehen → subphrenische Luftsicheln, Linksseiten → freie Luft im Bereich rechter seil. Bauchwand), Spiegelbildung bei Ileus, Koprostase?, Verkalkungen? (Steine)</li> <li><b>Rö-Thorax:</b> Herzinsuffizienz, Pneumonie?</li> </ul> <p style="text-align: right;"><a href="http://www.med-school.de">www.med-school.de</a></p>
<p><b>Leitsymptome - Diarrhö 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>echte Diarrhö: zu häufig: &gt; 3/d, zu flüssig: &gt; 75% Wasser, zu viel: &gt; 250 g/d</li> <li>falsche = paradoxe Diarrhö: häufige, flüssige Stuhlgänge mit ↓Gesamtmenge v. a. bei stenosierenden Prozessen im distalen Kolon mit prästenotischer Koprostase</li> <li>Pseudodiarrhö: ↑Stuhlfrequenz ohne path. ↑Stuhlgewicht (&gt; 250 g/d), oft bei Reizdarmsyndrom</li> <li>Einteilung nach Dauer: akute (Tage bis Wochen), chronisch (&gt; 3 Wochen)</li> <li>Pathogenese: <ul style="list-style-type: none"> <li>Malabsorptiv: Besserung beim Fasten</li> <li>Sekretorisch: keine Besserung beim Fasten (Ausnahme Laxanzien), Darminfekt, chologene Diarrhö (Z.n. Ileumresektion), Laxanzien, chronisch entz. Darmerkr., neuro-endokrine Tm (VIPom, Gastrinom, Karzinoid), NSAID-induzierte Diarrhö, exsudative Form der sekretorischen Diarrhö bei Kolonkarzinom oder villösem Adenom</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ursachen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>akut:</b> Infektionen, Lebensmittelvergiftung, Medis</li> <li><b>chronisch:</b> Reizdarm-Sy, chron. entz. Darmerkr., Tm, Laktoseintoleranz, exokrine Pankreasinsuff., Infektionen</li> </ul> <p><b>Anamnese</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beschreibung nach Beginn, Häufigkeit, Aussehen: <ul style="list-style-type: none"> <li>häufige wässrige Durchfälle meist ohne Fieber bei akuter inf. Diarrhö durch Vibrio cholerae, Salmonellen, toxinbildende E. coli, Norwalk- und Rotaviren, Lamblien, Kryptosporidien (= nicht-dysenteritische Diarrhö)</li> <li>weniger voluminöse, dafür eitrig +/- blutige Stühle, meist mit Bauchschmerzen + Fieber bei Diarrhö durch Shigellen, Campylobacter, Yersinien, Clostridium difficile, Tropen = Amöben (= dysenteritische Diarrhö)</li> <li>blutige Stühle bei ischämischer Kolitis, Colitis ulcerosa, Crohn, Tm, akut bei gastrointest. Blutungen (Teerstuhl)</li> </ul> </li> <li>voluminöse ev. fettglänzende Durchfälle mit Meteorismus bei Maldigestion und Malabsorption</li> <li>häufige, flüssige Stühle mit ↓Menge bei Tm im distalen Kolon</li> <li>intermittierende breiige, flüssige Diarrhö v. a. morgens + postprandial bei langer Anamnese → funktionelle Genese</li> <li>Beziehung zur Nahrungsaufnahme: Besserung beim Fasten?</li> <li>begleitend: ↓Gewicht, Abdominal-Sz, Fieber, Mangelerscheinungen (Ödeme, Knochen-Sz, Blutungen, Parästhesien)</li> <li>Medis, Genussmittel, Vor-OP (Magen- / Darmresektion), Vorerkr. (Pankreatitis), Grunderkrankungen (D.m.), Reisen</li> </ul> <p style="text-align: right;"><a href="http://www.med-school.de">www.med-school.de</a></p>	<p><b>Leitsymptome – Diarrhö 2</b></p> <p><b>Untersuchung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Allgemeinzustand (Exsikkose, Kachexie, Ödeme?), Abdominalbefund, rektale Untersuchung, Stuhlinnspektion u. a.</li> </ul> <p><b>Diagnostik</b></p> <p><b>akute Diarrhö:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>BSG, CRP, Blutbild, Diff-BB, Blutzucker, Kreatinin, Elektrolyte</li> <li>Stuhluntersuchung auf pathogene Bakterien + Parasiten</li> <li>Erregernachweis im Blut bei V. a. bei Typhus abdominalis</li> <li>serologischer AK-Nachweis (↑Titer nach 2 Wo) z. B. bei Typhus, Yersinien-, Campylobacter-, Amöben- + Virusinfekt</li> </ul> <p><b>chronische Diarrhö:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fastenversuch über 48 h oder Bestimmung des Stuhlgewichts, Besserung der Diarrhö beim Fasten oder Stuhlgewicht &gt; 250 g/d bei für malabsorptive Diarrhö</li> <li>Labor inkl Mikrobiologie wie akute Diarrhö, zusätzlich aP, yGT, Bili, Serumeisen, Cholesterin, Gesamteiweiß, Serumelektrophorese, Quick, TSH-basal</li> <li>Abdomensono, Gastro inkl. tiefer Duodenalbiopsie</li> <li>Koloileoskopie inkl. histologischer + bakteriologischer Untersuchung von Biopsien</li> <li>Ausschluss seltener Ursachen: Gastrinom, VIPom, Karzinoid</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>für organisch bedingte chronische Diarrhö sprechen: plötzlicher Beginn, Dauer &lt; 3 Monate, kontinuierliche, auch nächtliche Diarrhö, ↑Stuhlgewicht, Gewichtsverlust &gt; 5 kg, pathologische Laborwerte: ↑BSG, ↓Hb, ↓Serumalbumin</li> </ul> <p style="text-align: right;"><a href="http://www.med-school.de">www.med-school.de</a></p>

<p><b>Leitsymptome - Hepatomegalie</b></p> <p><b>Definition</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Größe perkutorisch / sonographisch, Normbereich in rechter Medioklavikularlinie: 12-14cm</li> <li>oft gleichzeitige Milzvergrößerung</li> </ul> <p><b>Ursachen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fettleber, Stauungsleber bei Rechtsherzinsuffizienz, Virusinfekte, Lebermetastasen</li> </ul> <p><b>Anamnese</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vorerkrank. (Hepatitis, Tumore), Grundkrankheiten (D.m., Fettstoffwechsel, Cholezystolithiasis), ↓Gewicht, Alkohol-, Medis, Berufs- / Reiseanamnese</li> </ul> <p><b>Untersuchung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Haut: Ikterus, dunkle Hautpigmentierung bei Hämochromatose, Leberhautzeichen (Spider naevi, Palmarerythem)</li> <li>Hinweise für portale Hypertension</li> <li>Palpation der Leber: Hepatitis + Stauungsleber (weiche, glatte, ev. druckschmerzhaft Leber), Leberzirrhose (hart, unregelmäßig bis höckerig)</li> <li>Palpation der Milz: Splenomegalie?</li> <li>Rechtsherzinsuffizienz-Zeichen: Ödeme, hepatojugulärer Reflux</li> <li>Palpation aller Lymphknotenstationen</li> </ul> <p><b>Diagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Labor</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>BB, Diff-BB, Retikulos, BZ, Transaminasen, aP, CHE, Bili, LDH, Triglyzeride, Cholesterin, Eisen, Ferritin, Serumelektrophorese, Quick, Hepatitiserologie</li> <li>bei Hepatosplenomegalie: Haptoglobin, Coombs-Test, ANA</li> </ul> </li> <li><b>Abdomensonoson:</b> Milz, Leber, Gallenwege, Pfortadersystem, Lymphome?</li> <li><b>Rö-Th:</b> Herzvergrößerung, Lymphome, Pleuraerguss?</li> <li><b>ev. Leberpunktion</b></li> </ul> <p style="text-align: right;"><a href="http://www.med-school.de">www.med-school.de</a></p>	<p><b>Leitsymptome - Splenomegalie</b></p> <p><b>Definition</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Größenbestimmung am genauesten durch Sono</li> <li>Obere Grenzwerte: Dicke = 4 cm, Quer = 7 cm, Länge = 11 cm (4711)</li> </ul> <p><b>Ursachen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Virusinfektionen, portale Hypertension</li> </ul> <p><b>Anamnese</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vorerkrankungen (Infekte), Grundkrankheiten, Fieber, Nachtschweiß, ↓Gewicht (B-Symptome)</li> </ul> <p><b>körperliche Untersuchung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Palpation der LK-Stationen, Zeichen der portalen Hypertension</li> </ul> <p><b>Diagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Labor: BB, Differenzialblutbild, Retikulos, Transaminasen, CHE, Bili, LDH, Serumelektrophorese, Quick, ggf. auch Haptoglobin, Coombs-Test, Rheumafaktor, ANA</li> <li>Abdomensonoson: Milz, Leber, Pfortadersystem, Lymphome?</li> <li>Rö-Th: Hilus- und Mediastinal-LK, Sarkoidose?, Herzvergrößerung</li> <li>weitere nicht-invasive (CT, Echo) / invasive (KM-Punktion, LK-PE, Milz-PE, Rektum-PE, Laparoskopie, Angio)</li> </ul> <p style="text-align: right;"><a href="http://www.med-school.de">www.med-school.de</a></p>
<p><b>Leitsymptome - Ikterus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Ikterus:</b> Gelbfärbung von Skleren, Haut, SH</li> <li><b>“Falscher” Ikterus:</b> Gelbfärbung der Haut ohne Beteiligung von Skleren + SH bei normalem Bili (Karotten)</li> <li><b>Verschlussikterus = Cholestase:</b> Ausscheidungsstörung von Bili (hepatozellulär / kanalikulär) mit Ikterus, Pruritus + ↑Cholestaseenzyme (GGT, aP): <ul style="list-style-type: none"> <li>intrahepatisch: Störung der Bilirubinausscheidung in Leber</li> <li>extrahepatisch: Abflussstörung der Galle in großen Gallengängen</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ursachen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>akute Hepatitis</li> <li>Verschlussikterus: meist Gallenwegverschluss durch Steine/Tm</li> <li>Icterus intermittens juvenilis (Morbus Gilbert-Meulengracht)</li> </ul> <p><b>Anamnese</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>zeitliche Entwicklung: akut – schleichend</li> <li>Begleitsymptome: Schmerzen, Fieber, Abgeschlagenheit: <ul style="list-style-type: none"> <li>subfebrile Temp., Abgeschlagenheit: Virushepatitis</li> <li>Oberbauchkoliken, Übelkeit, Erbrechen: Choledocholithiasis</li> <li>Fieber, Sepsis: eitrige Cholangitis</li> <li>schmerzloser Ikterus: maligne Gallenwegsobstruktion</li> </ul> </li> <li>Farbveränderungen im Stuhl + Urin, ↓Gewichtsverlust (Tm?)</li> <li>frühere Erkrankungen, Grunderkrankungen, frühere Bluttransfusionen, i. v. Drogenkonsum (Hepatitis B, C)</li> <li>Alkohol-, Medis, Reiseanamnese (Hepatitis A?)</li> </ul> <p><b>Körperliche Untersuchung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leberhautzeichen (Spider naevi, Palmarerythem, Feminisierung, Caput medusae) → chron. Lebererkrankung</li> <li>Kratzspuren, Leberpalpation, Splenomegalie → portale Hypertension / hämolytischer Ikterus</li> </ul> <p><b>Basisdiagnostik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Labor: BSG, BB, Retikulos, GPT, GOT, yGT, aP, LDH, direktes / indirektes Bili, Serumelektrophorese, Quick</li> <li>Abdomensonoson</li> </ul> <p style="text-align: right;"><a href="http://www.med-school.de">www.med-school.de</a></p>	<p><b>Leitsymptome - Aszites</b></p> <p><b>Definition</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aszites: Ansammlung freier Flüssigkeit in Bauchhöhle</li> <li>empfindlichster Nachweis: Sono (ab 50 ml)</li> </ul> <p><b>Ursachen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Transsudat</b> (spezif. Gewicht &lt; 1015 g/l, Eiweiß &lt; 25 g/l): Leberzirrhose (am häufigsten), Rechtsherzinsuffizienz</li> <li><b>Exsudat</b> (spezifisches Gewicht &gt; 1015 g/l, Eiweiß &gt; 25 g/l): maligne Erkrankungen des Abdomens</li> </ul> <p><b>Anamnese</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>frühere Erkrankungen, Grunderkrankungen</li> <li>Alkohol, Medis</li> <li>Begleitsymptome: Dyspnoe, Schmerzen, Fieber, Ikterus</li> </ul> <p><b>Untersuchung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ödeme, Ikterus, Leberhautzeichen (Spider naevi, Palmarerythem), Feminisierung, Caput medusae</li> <li>Leberpalpation</li> </ul> <p><b>Diagnostik</b></p> <p><b>Basisdiagnostik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Labor: BSG, BB, GPT, GOT, yGT, aP, LDH, Lipase, Bili, Gesamteiweiß, Albumin, Crea, Elyte, Serumelektrophorese, Quick, Urinstatus</li> <li>Abdomensonoson, Rö-Th, Echo bei Herzvergrößerung</li> <li>diagnostische (ggf. therapeutische) Punktion, Differenzierung zw. Transsudat + Exsudat</li> <li>hämorrhagischer Aszites: tumorverdächtig</li> </ul> <p style="text-align: right;"><a href="http://www.med-school.de">www.med-school.de</a></p>