

# ACHTUNG! Siehe Seite 3

Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz  
II. Medizinische Abteilung  
Vorstand: Prim. Prof. Dr. Georg Biesenbach

AKH



Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Universitäten Wien und Innsbruck  
Krankenhausstraße 9, A-4021 Linz  
Tel.: +43 (0)732/7806-6322  
Fax: +43 (0)732/7806-6135  
E-mail: interne2@akh.linz.at  
Internet: <http://www.akh.linz.at/>  
Mailboxnr.: ME961262

ORIGINAL  
Zuweiser: Station C 2.1 (IN2)

## Weber, Rosemarie

geb.: 20.07.1953

A-4470 Enns  
Mühlenstr 16

SVNr.: 1321200753 Fall: 2006007372

Aufnahme: 14.01.2006

Versicherung: Gew wirt oö  
Behandlungskat.: AGK

## Arztbrief

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Wir danken für die Zuweisung Ihrer o.a. Patientin, welche im folgenden Zeitraum an unserer Abteilung in stationärer Behandlung stand.

### Aufenthalt

14.01.2006 - 29.01.2006 Int. 2 - C2.1 (Durchwahl: 6322)

### Diagnosen

1. Pneumonie bds. - J18.0
2. Abszess paravertebral rechts L4-S1 - L02.9
3. Diabetes mellitus Typ 2 - E11.7
4. Mikrozytäre hypochrome Anämie - D50.9
5. Uterus myomatosus - Hypermenorrhoe
6. Steatosis hepatis

### Therapieempfehlung

Pantoloc 40 mg 1-0-0  
Myolastan 50 mg 0-0-0-1/2  
Seractil 300 mg 1-0-1  
Hydal 1,3 mg bei Schmerzspitzen  
Hydal 4 mg 1-0-1  
250 mg Nacl + 2 Amp. Ludiomil + 1 Amp. Gewacalm 0-0-0-1  
Zyroxid 600 mg 1-0-1  
Metronidazol 500 mg 1-0-1  
Zienam 1 g 1-0-1  
250 mg Nacl + 1 Amp. Profenid 0-1-0-1  
Klacid 500 mg i.v. 1-0-1



DVR-Nummer: 2112562

Seite: 1/->2

18

Lovenox 40 mg 1-0-0

**Weitere Therapie:**

Verlegung auf OP-Intensiv bei zunehmender respiratorischer Insuffizienz.

Diät: 3 x 4 BE

**Anamnese**

EWD: Pneumonie und neu diagnostizierter Diabetes mellitus Typ 2

FA: Mutter: Diabetes mellitus Typ 2

KK: die Üblichen

FK: Pneumonie re. Unterlappen und li. Oberlappen, Diabetes mellitus Typ 2 - Neumanifestation

OP: vor 20 AE,

Allergien: keine bekannt

Medikation: Augmentin 2,2 g i.v. 1-1-1, Schmerzinfusion 0-1-0,

Perfalganinfusion 1-0-1, Pantoloc 40 mg 1-0-0, Myolastan 50 mg 0-0-0-1,

Lovenox 40 mg s.c. 1x tgl., Insulin Novo Mix 14 E morgens,

**Jetzige Erkrankung:**

Die Pat. hatte Ende Dezember eine Grippe, seither fühlt sie sich schwach, hatte rezidivierend subfebrile Temp. Am Freitag wurde die Pat. an unserer orthopädischen Abteilung vorstellig aufgrund starker plötzlich auftretender sakraler bzw. lumbosakraler Schmerzen ohne Hebetauma. Im Rahmen der Routineabklärung fand sich eine Pneumonie sowie ein Diabetes mellitus wurde diagnostiziert. Aufgrund der internistischen Haupterkrankungen wurde die Pat. an unsere Abteilung verlegt.

**Status**

AZ mäßig aufgrund der Lumboischialgie, EZ gut, Bewusstsein, Psyche: unauff., Atmung: Eupnoe in Ruhe, Caput/Collum: unauff., Gebiss: saniert, Zunge: bland, Thorax/Pulmo: SKS, Rg's, trocken re. basal, Cor: HT rein, rhythm., tachykard mit einer Frequenz von 110/min., Abdomen: weich, keine Resistenzen, kein DS, Leber: nicht palp., NL: frei, WS: kein KS; Pat. grobneurologisch unauff., keine Varizen, keine Ödeme bds., Pulse: bds. gut tastbar.

**Therapie und Verlauf**

Frau Weber wurde von der Orthopädischen Abteilung u.H., wo sie wegen Schmerzen im Lumbosacralbereich stationär war, wegen einer Pneumonie übernommen.

Wir leiteten zusätzlich zur bestehenden antibiotischen Therapie mit Augmentin eine Therapie mit Ciproxin ein. Weiters wurde eine parenterale analgetische Therapie durchgeführt.

Im Abdomen- und Becken-CT fanden sich mehrere kleine mesenteriale und retroperitoneale Lymphknoten sowie degenerative WS-Veränderungen.

Da die lumbosacralen Schmerzen therapieresistent waren, wurde ergänzend ein MR durchgeführt, das einen paravertebralen Abszess rechts in der Höhe L4-S1 ergab. Es wurde eine CT-gezielte Abszesspunktion komplikationslos durchgeführt. Entsprechend dem neurochirurgischen

Konsil ist eine Intervention derzeit nicht sinnvoll. Da nur minimales Material gewonnen wurde, wurde darauf verzichtet, einen Drain zu legen. Da es trotz breiter antibiotischer Therapie immer wieder zu Fieberschüben kam, wurde die Therapie auf Zienam, Metronidazol und Klacid sowie Zyvoxid geändert.

Nach kurzfristiger Besserung kam es neuerlich zur Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit Fieberanstieg. Im Thorax-CT zeigte sich eine deutliche Progredienz der Pneumonie.



Im Thorax-CT zeigte sich eine deutliche Progredienz der Pneumonie. Da es auch zu einer zunehmenden respiratorischen Insuffizienz kam, wurde die Patientin am 28.1. zur weiteren Therapie auf die Operative Intensivstation unseres Hauses verlegt. Wir danken für die Übernahme.

Mit kollegialer Hochachtung

OA Dr. Hubmann, Rainer

Ass. Dr. Bodlaj, Gerd

Prim. Prof. Dr. Biesenbach, Georg

**Dokument ohne Unterschrift ungültig!**

Angelegt am: 01.02.2006/PLA  
Gedruckt: 01.02.2006/UAIN202  
Dok.Typ/-Nr.: SZBARZTB/10000000000003473034 000 00  
Dokument ergeht an: Dr.Med. Schöniger Harald, Flurstraße 13, 4470 Enns  
Nachrichtlich: Station OP-Intensiv 1

Zu Ihrer Information: Elektronischer Befundversand ist möglich, fordern Sie das Anmeldeformular an unter Tel. +43 (0)732/7806-6631 oder E-mail ange.ka.sigl@akh.linz.at, wir senden es umgehend zu. Sie erhalten dort auch Unterstützung bei Versandproblemen.

