

Typ Diagnosen und Therapien

Betrifft

☒ "Betrifft" erscheint in der FK

Text

DAWE: DNR/DNI, keine ITS**- BSC****Procedere:****- BSC****Aktuell:***** Zunehmendes Leberversagen****bei großem Lebertumor im li. Leberlappen Segment II+III sowie disseminierten Metastasen rechts**

- AFP 7,3 pg/l; CA 19-9 6774 E/ml
- Leberpunktion am 17.07.2023
- Histo:

*** SBP bei Aszites**

- Pip/Taz 15.07.-
- Histologie: malignitätsverdächtiger zytologischer Befund

*** V.a. hepatorenales Syndrom mit akutem Nierenversagen***** Dringender Verdacht auf Peritonealkarzinose***** Ca. 3 mm große pulmonale Herdläsion im Segment I/II des li. Oberlappens (eher benigne)***** Pleuraerguss bds**

- Röntgen 17.07.23: regredienter Pleuraerguss links und progredienter Pleuraerguss rechts

*** Mb. Bechterew mit Schmerzeskalation**

- Opioid-Schmerzbehandlung
- NSAR

Vordiagnosen

- bekannte koronare 3-Gefäßerkrankung mit zuletzt erhaltener LV-EF (TTE 09/19)
 - diagnostische HKU 11/19 (KOB): funktionell relevante langstreckige Stenose des medianen RIVA und funktionell relevante Tandemstenose des RIVA Im Segment 8 - aufgrund einer periprozeduralen TIA-Symptomatik (sensomotorische Aphasie) vorzeitiger Abbruch der Untersuchung ohne Intervention
- TIA mit sensomotorischer Aphasie (DD atypische Kontrastmittelreaktion) ohne Nachweis einer relevanten frischen Hirnischämie im MRT
- Diabetes mellitus Typ II, medikamentös geführt
- ess. art. Hypertonie
- Ex-Nikotinabusus
- Helicobacter pylori-neg. Gastritis und Bulbitis duodeni
- Verdacht auf Long-Segment-Barrett-Ösophagus
- chron. Niereninsuffizienz KDOQI Stad. II
- bekannte atypische Parenchymwulstung der li. Niere (sonografische Diagnose, akt. CT-morphol. unauff. Parenchymdarstellung)
- Diuretika-induzierte Hypokaliämie

Visite

20.07.23 [REDACTED]

- Pat. beklagt Luftnot, Schmerzen nicht eruierbar
- laut PP über die Nacht weitere Verschlechterung des Zustandes, heute morgen RR syst. bei 77mmHg (jedoch bekannt niedrig). Toleriere Sauerstoff zunehmend schlechter. Gestern aszitespunktion ca. 2l, daher keine Albumingabe erfolgt.
- bei zunehmender verschlechterung des AZs ist ein zeitnahe versterben wahrscheinlich--> Proc.: symptomatische Behandlung, Beginn Morphin-Perfusor 2mg Bolus + 2mg/h Laufrate, Titrieren bis Beschwerdefreiheit, Info an Lebensgefährtin, restliche Medikation beenden
- Info ad Lebensgefährtin ([REDACTED]) erfolgt, auch, dass ein sehr zeitnahe bersterben möglich ist und es innerhalb von 24h zum tod kommen kann. kommt heute noch vorbei
- gegen viertel 3 Info von PP dass Patient verstorben ist. Zuletzt lebend gesehen gegen 13.40 Uhr. Patient leblos im Bett, keine Vitalzeichen, kein Puls. Lebensgefährtin noch nicht eingetroffen
- leichenschau (siehe sp. freitext) durchgeführt, lebensgefährtin im verlauf des nachmittags eingetroffen

19.07.23 [REDACTED]

- wach, stark red. AZ, c/p stabil
- letzter Stuhlgang heute morgen reichlich, flüssig
- Sonografie Abdomen: Aszites mit ungefähr 4-5cm saum, abdomen prall
- Patient gibt starke luftnot an, nicht zu objektivieren bei ruhigem, ruhig atmenden patienten, keine zeichen der zyanose. Sättigung 95% unter RL und in kap BGA bei 2l O2/min. Dyspnoe mglweise psychisch überlagert DD bei aszites. Gleichzeitig starke rüchenschmerzen (bekannt) bei bechterew. ---> Morphin s.c. bei schmerzen und dyspnoe
- RS [REDACTED] Beginn Palladon retard 4mg 1-0-1 und Palladon akut bei bedarf sowie heute symptomatische aszitespunktion OHNE anlage einer drainage. Gerinnung ok.
- > Komplikationslose Punktion am Nachmittag, Übergabe an DA erfolgt (RS PPP bzgl abgelassener aszitesmenge)

18.07.23 [REDACTED]

- wach, c/p stabil, fühlt sich deutlich geschwächt
- ausgepr. haut und sklerenikterus
- kontroll sonografie leber: kein hämatom
- heute gemeinsames Gespräch mit Ehefrau
- gemeinsames gespräch mit Lebensgefährtin des patienten [REDACTED] am nachmittag: nochmals ausführlich aktuelle diagnosen besprochen (carzinom der leber DD CCC mit aktuell lebersversagen, hierdurch bedingt ANV, keine option der CTx/OP). dies wird von ehfrau und patient verstanden. gemeinsames festlegen von DNR/DNI und keine ITS. Ehefrau und Patient wünschen prinzipiell nochmal entlassung nach hause, daher ausführliches gespräch über möglichkeit des baldigen versterbens und organisation SAPV Team/anderweitig unterstützende Maßnahmen. Ehefrau und Patient wünschen symptoamtische therapie bei schmerzen etc. Alle nicht unbedingt notwendigen Medikamente werden auch auf wunsch des patienten/ehfrau beendet. symptomorientierte therapie.
- Dixit [REDACTED] keine weiteren laborkontrollen, ASS, Kalinor, Nexium, Pentalong, Spironolacton, Dexamethason beenden, weiterhin Gabe von Citalopram, Ramipril, Pip/Taz (bei SBP), Metohexal (vermeidung reflex tachykardie), Bifiteral und Hepamerz, Insulin und schmerzmedikation. morgen KEINE erneute Albumingabe trotz SBP. KEINE Kontrollpunktion der Aszites, wenn dann symptomatische entlastung mittels aszitespunktion (patient aktuell diesbezüglich asymptomatisch)

17.07.23 [REDACTED]

- wach, adäquat, c/p stabil
- laut PP am wochenende eingetrübt und kognitiv verlangsamt. bei visite unverändert zu freitag, adäquat, kann dem gesagten folgen und antwortet prompt und sinnvoll.
- starke schmerzen bei bek bechterew--> Dynastat
- RS L [REDACTED] heute Leber Sono mit KM zur beurteilung des ausmaßes an lebertumor bzw ob leberzirrhose vorbestehend ist. wenn weit fortg. tumorleiden auf beiden leberseiten oder zirrhose dann Punktion nicht sinnvoll (zur histol. sicherung); da palliativsituation. zuvor punktion aszites auf station
- bauch weich, stuhlgang tgl, keine aws, keine resistenzen, kein ds, ausgeladenes abdomen, peristaltik spärlich
- keine peripheren ödeme
- ausgepr haut und sklerenikterus
- gangunsicherheit
- AB mit Pip/Taz d3
- aktuelle situation mit patient ausführlich besprochen (v.a. lebersversagen, ggf irreversibel, mit allen folgen bis zum tod, keine möglichkeit der OP/CTx bei lebersversagen): patient hat sich noch nicht über DNR/DNI gedanken gemacht, PV und VoVo zuhause bei Ehefrau, diese kommt frühestens morgen zu besuch. patient wünscht mehr bedenkezeit
- labor: akutes NV, CP steigend, ammoniak unverändert, cp steigend. Verdacht auf HRS
- komplikationslose aszitespunktion am bett von T. Thieme, Versandt ad MIBI, Patho, IKL. Ablassen von: ca. 3l, daher keine albumingabe erforderlich

- sono: dringender V.a. auf ccc in segment 2+3 sowie disseminiert rechts kl. mets, morgen sonokontrolle angemeldet, laut Sono kein hinweis auf zirrhose. bei großem und disseminierten Tumor aber dadurch lebersversagen erklärbar

---> SBP nach IKL

- RS [REDACTED] patient hat sbp, keine änderung der AB, weiter mit Pip/Taz. Fallende GFR, a.e. HRS und Lebersversagen. Dixit [REDACTED] Keine Albumingabe, kein Terli. heute 1,5l Infusion trotz Pleuraerguss. Morgen gespräch mit ehefrau und patient bzgl therapielimitierung. starke schmerzen bei bechterew, dynastat nicht mgl bei gfr <30; daher wieder dipi

- nach konferenz gegen 16.30 ruf durch PP, Patient habe sich die aszitesdrainage gezogen. Fäden noch einliegend. Fäden gezogen, leichte nachblutung--> Verband. Sandsack nach Leberpunktion nicht in richtiger Lage, halb runtergerutscht. Nochmals ausführlich über notwendigkeit des Sandsacks aufgeklärt und richtig positioniert. Pflaster leicht durchgeblutet. keine schmerzen im leberbereich. jedoch sandsacklage zunehmend erschwert bei erneuten starken rückenschmerzen bei bechterew, dadurch flach liegen erschwert. dipi s.c. PP ausführlich auf notwendigkeit der kontrollen der pflaster (blutig?) und korrekte lage sandsack hingewiesen. Hb kontrolle 18 Uhr, RS DA erfolgt.

- clexane heute pausiert

- erneutes gespräch mit patient am späten nachmittag gegen 16.45 über diagnose zunehmendes lebersversagen und diss tumor. Über unmöglichkeit der operativen versorgung und CTx aufgeklärt, keine kurative behandlung möglich. limitierte prognose und möglichkeit des zeitnahen versterbens besprochen, auf ITS/Reanimation oder wunsch (wunsch nach hause vs weiterbehandlung im KH) angesprochen kann der patient nach wie vor keine aussage tätigen, wirkt überfordert. sein schlimmstes problem seien die rückenschmerzen. will und kann sich aktuell nicht bzgl DNR/DNI äußern. Morgen kommt ehefrau mit PV und VoVo, dann gemeinsames gespräch mit [REDACTED]

DÄ [REDACTED]

- Info von PP bei erneut durchgebluteten Verband an ehemaliger Aszitesdrainage. Neben ehemaliger Aszitesdrainage durch Naht kleine venöse Sickerblutung eines Hautgefäßes. Trotz Druckverband + Adrenalininfuser keine Blutstillung -> Naht + Unterspritzung mit Adrenalin + Adrenalininfuser. Blutung steht.

- Hb Kontrolle stabil. Laktat in BGA bei langer Stauung erhöht. Pat. gibt keine abdominellen Schmerzen an, c/p stabil. -> Laktatkontrolle morgen

16.07.2023 DÄ [REDACTED]

- c/p stabil, kein Fieber, wach, ansprechbar, im Gespräch adäquat, wirkt nicht schläfrig. Heute Stuhlgang

- BGA: Kalium norm, Laktat fällt 2,7 (3,9)

- Mibi bislang blande, Ustix kein HWI, Röntgen Thx weiter ausstehend

- Volumenstatus eher trocken, keine peripheren Ödeme, stehende Hautfalten, Zunge eher trocken -> Lasix weiter pausiert

- gibt bekannte Schmerzen im Rücken bei M. bechterew an, ansonsten keine Beschwerden, insbesondere keine abdominellen schmerzen oder Husten. Habe zu Hause bereits Opioid therapie erhalten, habe nicht mehr geholfen, hier habe Dipi s.c. geholfen -> weiter bei Bedarf

- KU: regelrechte Peristaltik, Abdomen prall gespannt, aber weich, eindrückbar, kein DS, kein Loslassschmerz

- Subjektiv unter 2l O2 keine Dyspnoe, SpO2 94% peripher

- weiter hyperglykäm, gestern Lantus begonnen, vorsichtige Steigerung humalog

15.07.2023 DÄ [REDACTED]

- Pat. sehr müde aber orientiert, RR schwankend hypoton, erniedrigte po2 unter RL

- BGA unter 4l O2/min: pO2 8,5 kPa

- EZPs inkl. PCT erhöht, Urindiagnostik und Röntgen-Thorax ausstehend, Beginn Pip/Taz nach Abnahme peripherer BK

- Ammoniak erhöht -> Bifi und Hepamerz

- keine Ödeme, Zunge eher trocken, ausladendes Abdomen bei Aszites, steigendes Krea und Lactat -> Lasix Pause

- Konaktion bei eingeschränkter Gerinnung

- BZ >15 mmol/l, Beginn Langzeit-Insulin, weitere Anpassung im Verlauf

14.07.2023 [REDACTED]

- Übernahme auf [REDACTED]

- wach, adäquat, c/p stabil. keine zeichen einer HE (RS [REDACTED] kein hepamerz mehr)

- deutlicher Haut und Sklerenikterus

- RS [REDACTED] bei schmerzen bechterew beginn dynastat. Zur weiteren Abklärung: Lebersono mit KM+Punktion. Außerdem davor Aszitespunktion.