Respiratorisches System

Respiratorische Anamnese

Hauptsymptome bei Präsentation

◗ ***Husten:*** Husten stellt eine reflektorische Antwort auf eine Reizung der tracheobronchialen Schleimhaut durch Entzündungen, Fremdkörper oder Raumforderungen dar. Oftmals können aber auch extrapulmonale Erkrankungen oder Medikamente die Ursache dieses für den Patienten oft sehr störenden Symptoms sein. Wichtige Charakteristika sind daher **Dauer** und **tageszeitliches Auftreten** des Hustens sowie der Auswurf von **Sputum**.

Tabelle 53

DD Husten

Ursache	*Charakteristika*
Virale Infektion, Interstitielle Lungenerkrankung, Allergien, Medikamente (ACE-Hemmer)	trocken (kein Auswurf)
Akute / chronische Bronchitis, chronische Sinusitis, COPD, Pneumonie, Bronchiektasen, Tbc, Neoplasie	produktiv (mit Auswurf)
Chronischer Raucherhusten, COPD	morgens, produktiv
Herzinsuffizienz	nachts, oft rötliches Sputum
Gastroösophagaler Reflux	Husten nach Mahlzeiten oder flachem Liegen

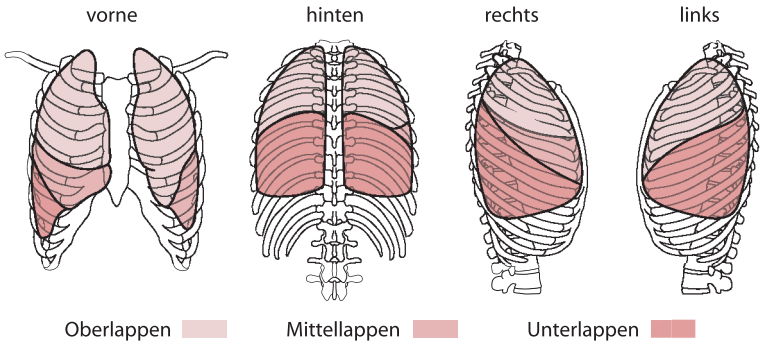
◗ ***Dyspnoe*** *(Def.: Atemnot / Luftnot / Kurzatmigkeit):* Die Differentialdiagnose der Atemnot umfasst nicht nur zahlreiche Krankheitsbilder des Respirationstraktes, sondern auch kardiovaskuläre, metabolische, neurologische sowie psychiatrische Erkrankungen, die durch genaue Symptomevaluation gegeneinander abgegrenzt werden müssen (vgl. Kapitel Kardiovaskuläres System, S. 29).

Wichtig ist zunächst die Frage nach der **Dauer** der Dyspnoe – hierbei sollte festgelegt werden, ob die Atemnot ein **akutes** oder ein **chronisches** Problem darstellt bzw. die Beschwerden seit Minuten / Stunden / Tagen oder gar Wochen bis Jahren bestehen. Eine akute, innerhalb von Minuten auftretende Dyspnoe kann beispielsweise durch eine Lungenembolie, einen Pneumothorax, Fremdkörperaspiration oder auch einen akuten Asthmaanfall bedingt sein. Dagegen klagen Patienten mit COPD oder Lungenfibrose oft über monate- bis jahrelange Atembeschwerden und können den genauen Beginn der Symptome oft nicht mehr festlegen. Um den Schweregrad bewerten zu können, sind zudem Fragen nach der körperlichen Belastbarkeit oft hilfreich: Tritt die Atemnot bereits in Ruhe auf (**Ruhedyspnoe**) oder nur bei körperlicher Belastung (**Belastungsdyspnoe**)? Wieviele Treppenstufen / Etagen kann der Patient ohne Auftreten von Dyspnoe bewältigen? Wird die Atemnot durch flaches Liegen verstärkt (**Orthopnoe**) bzw. wie viele Kissen braucht der Patient zum Schlafen (kardiales Lungenödem)?

Auch die Frage nach der **Variabilität der Beschwerden** kann wichtige Hinweise geben: Besteht die Atemnot **dauernd** oder tritt sie **anfallsweise** auf (z. B. bei Asthma bronchiale)? Ist die Atemnot **tagsüber** oder **nachts** verschlimmert (z. B. paroxysmale nächtliche Dyspnoe bei kardialem Lungenödem; Pollenexposition tagsüber bei allerg. Asthma) oder gibt es bestimmte **auslösende Faktoren** wie z. B.

Abbildung 25

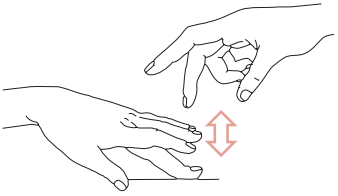
Lungengrenzen



Technik: Zur Perkussion wird der Mittelfinger der nicht-dominanten Hand des Untersuchers überstreckt und parallel zu den Interkostalräumen fest auf die Thoraxwand des Patienten gelegt (Plessimeter-Finger). Die Spitze des Mittelfingers der anderen Hand wird dann leicht gekrümmt in schnellen kurzen Bewegungen aus dem Handgelenk heraus auf den distalen Teil des Plessimeterfinger geklopft und rasch zurückgezogen.

Abbildung 26

Technik der Perkussion



Normalbefund: seitengleich sonorer Klopfschall, atemabhängige Verschieblichkeit des Zwerchfells 5–6cm.

Pathologischer Befund: hyposonor / gedämpfter Klopfschall, hypersonorer Klopfschall (s. Tabelle 62).

Tabelle 62

DD Perkussionsbefunde am Thorax

Schallqualität	*Charakteristika*	*Pathophysiologie*	*DD*
sonor	tief, laut, lang	Normalbefund	
hyposonor / gedämpft	hoch, gedämpft, kurz	verdichtetes Gewebe	Pneumonie, Erguss, Atelektase
hypersonor	tief, sehr laut, lang anhaltend	pathologisch vermehrter Luftgehalt	Lungenemphysem, Pneumothorax
tympanitisch	musikalisch, laut	vermehrter Luftgehalt	Magenblase