

Digital- rektale Untersuchung Schleimhaut verschieblich, Sphinktertonus unauffällig, brauner Stuhl am Fingerling, keine Raumforderung, kein Teerstuhl oder Blut am Fingerling.
Lymphknoten nicht vergrößert palpabel oder druckschmerzhaft.
Kein Klopfeschmerz oder Druckschmerz über der Wirbelsäule und der Nierenlager.
Extremitäten: Frei beweglich, Pulsstatus allseits unauffällig, keine peripheren Ödeme. Dekubitus und Nekrose li. Ferse und li Knöchel lat.
Neurologischer Status: Muskeltonus regelrecht, Pupillen isokor und rund, direkte und konsensuelle Lichtreaktion beidseits prompt und seitengleich, Mimik seitengleich, grobneurologische Untersuchung unauffällig.
Vitalparameter: Blutdruck: 13/70mmHg, Puls: 64/Min., Körpertemperatur:36,4 °C, periphere Sauerstoffsättigung: 98%,

Labor bei Aufnahme 12.07.2018

Leukozyten $13,4 \times 10^3/\mu\text{l}$, Blutzucker im Serum 192mg/dl, Lactat 2,8mmol/l.
Die übrigen routinemäßig erhobenen Laborwerte befanden sich im Normbereich.
Arterielle BGA: pO2 mmHg, pCO2 mmHg, pH, sO2 %, BE mmol/l, mit/ohne O2 in Ruhe.

Ruhe-EKG 12.07.2018

Sinusrhythmus, Steiltyp, Herzfrequenz 41 bpm, verlängerte QT-Zeit keine relevanten Erregungsrückbildungsstörungen oder ST-Streckenveränderungen.

Neurocranium Nativ 14.07.2018

Altersentsprechend unauffälliges Schädel-CT. Insbesondere kein Nachweis eines ischämischen Infarktes oder einer intrakraniellen Blutung. Keine Raumforderungszeichen. Nebenbefundlich fehlende Anlage/Pneumatisation der Sinus frontales beidseit, im übrigen erfasste NNH frei.

Langzeit-Blutdruck-Messung 17.07.2018

24-Std. Mittelwert 122/78 mm Hg syst/diast., Tagesmittelwert 133/86 mm Hg syst/diast., Nachtmittelwert 110/71 mm Hg syst./diast.

24-Stunden-Langzeit-EKG 17.07.2018

Normal frequenzmodulierter SR. Keine Rhythmusstörung

Beurteilung und Verlauf 12.07.2018

Die Aufnahme des Patienten erfolgte am 12.07.2018 mit Schwindel und Übelkeit.

Laborchemisch bestand bis auf einen erhöhten Blutglucosewert 192 mg/dl) kein wegweisender Befund. In der Anamnese stellte sich heraus, dass die Übelkeit a.e. durch den Schwindel ausgelöst wurde. Es erfolgte eine intravenöse Therapie mit Dimenhydrinat, unter welcher sich die Beschwerden zurückbildeten.

Aufgrund einer bestehenden Sinusbradykardie bei Aufnahme erfolgte eine Langzeit-EKG-Messung. In dieser bestand ein normal frequenzmodulierter Sinusrhythmus.

Während des Aufenthaltes gab der Patient zudem plötzlich aufgetretene Schmerzen im Nacken mit begleitendem Taubheitsgefühl im rechten Gesichts- und Thoraxbereich an. In einem cCT bestand kein Hinweis auf eine Ischämie oder Blutung. Die Beschwerden bildeten sich, bis auf leichte bewegungsabhängige Schmerzen im Nackenbereich vollständig zurück. Die Genese konnte nicht eindeutig geklärt werden, wir gehen am ehesten von Beschwerden bei einer muskuloskelettalen Genese aus.

In Zusammenschau der Befunde gehen wir am ehesten von einem BPLS aus. Wir empfehlen eine HNO-ärztliche Vorstellung im ambulanten Bereich zur weiteren Exploration der Genese des