

3. Methodik:

3.1 Studiendesign:

Die Studie ist eine retrospektiv und prospektiv angelegte Untersuchung. In einem Zeitraum von 51 Monaten wurden nicht randomisiert 100 operierte Karpaltunnelsyndrome einbezogen. Dabei war der Beginn der prospektiven Untersuchung Juni 2005. Operiert wurden 86 Patienten, bei 14 Patienten wurde im genannten Zeitraum auch die 2. Seite operiert.

Voraussetzung für eine Einbeziehung der Patienten war zunächst eine vollständige Akte. Statusbogen inkl. Anamnese und Narkose-Protokoll, CTS-Bogen (s.u.), neurologische Messung und OP-Bericht waren Pflichtbestandteile. Die Summe der Befunde musste ein eindeutiges Karpaltunnelsyndrom ergeben. Hierbei mussten bei der Durchsicht der Unterlagen einige Fälle ausgeschlossen werden, da einige Befunde verloren gegangen waren. Absichtlich inkludiert sind alle Patienten, die Vor- und Nebenerkrankungen der unter Punkt 1.5.1 genannten Erkrankungen angaben, um einen Hinweis der Nebenerkrankung auf die Veränderung des peritendinösen Gewebes nicht zu verpassen.

Ambulante oder stationäre Operationen wurden hierbei berücksichtigt, wobei dies nicht zwangsläufig ein Hinweis auf die Schwere der Vorerkrankungen war, denn einige Patienten wurden nur stationär versorgt, weil eine postoperative Betreuung Zuhause oder der Transport dorthin nicht gewährleistet war.

Alle Operationen wurden offen chirurgisch durchgeführt. Die endoskopische Variante wird in unserer Klinik nicht praktiziert. Alle Patienten hatten eine Vollnarkose oder eine Regionalanästhesie (Plexus-Anästhesie), da die Operationen prinzipiell unter Blutleere durchgeführt wurden. Insgesamt waren an den Operationen 12 Operateure beteiligt, wobei 6 hiervon unter der Führung eines der 6 anderen erfahrenen Fachärzte operierten.

Die Auswertung der retrospektiven Fälle wurde ohne histologische Untersuchung vorgenommen. Bei den meisten Fällen der prospektiv Untersuchten wurde eine histologische Untersuchung durchgeführt.

3.2 Material:

Die in der Folge erhobenen Befunde werden auf dem unter 3.2.5 aufgeführten Patienten-Fallbogen zusammengefasst.

3.2.1 Operationsberichte:

Als erstes wurden in den Akten die OP-Berichte gesichtet. Fälle ohne einen vollständigen OP-Bericht mussten aussortiert werden, da der intraoperative Befund nach einer Zeit von 3 Jahren nicht mehr zu erheben ist.

Die Berichte wurden analysiert auf folgende Veränderungen:

- Veränderung des Nerven: Ist der Nerv verändert? Wie ist er verändert?
- Peritendinöses Gewebe: Wurde es inspiziert? Ist es verändert? Wie?
- Andere Befunde: Tumore, knöcherne Veränderungen etc.
- Histologie? Wurde eine Gewebsprobe entnommen und histologisch untersucht?

3.2.2 Status und Anamnese:

Beim Status wurde der allgemeine Status des Patienten erhoben und Nebenerkrankungen notiert(s. ambulanter und stationärer Anamnesebogen). Dabei wurde der CTS-Bogen (s.u.) für die genaue Erhebung des krankheitsbezogenen Status herangezogen und seine Ergebnisse im Fallbogen berücksichtigt.

Die Vorerkrankungen wurden alle genauso wie Voroperationen erhoben, wie schon unter 3.1 bemerkt. Ein Ausschluss erfolgte nicht wegen einer Vorerkrankung.

Zusätzlich wurde aus Sprechstundenerfahrung der Anamnese- und Aufklärungsbogen der Anästhesie (s.u.) gesichtet und die hierbei aufgelisteten Vor- und Nebenerkrankungen notiert. Lücken bei der Anamnese waren problemlos bei der Nachbefragung der Patienten am Telefon zu erheben.

**DRK-Kliniken Köpenick
Ambulanter OP
Unfallchirurgie**

**Einweisender Arzt:
Datum:**

OP-Datum:

Allgemeine Anamnese:

Allergien	Diabetes
Glaukom	Leberleiden
Struma	Varizen
Adipositas	Thrombosen
Herzleiden	Arteriosklerose
TBC	Raucher

Status:

AZ	EZ
Alter:	Größe:
Gewicht:	
Cor: Aktion	un-regelmäßig/Töne un-rein
Pulmo: vesiculäres AG/sonorer KS	
RR	/ mmHg

Voruntersuchung:

EKG: bestellt/vorhanden/befundet
Thorax: bestellt/vorhanden/befundet
Labor:

Lokalbefund:

Diagnose:

Arztunterschrift

Abb. 20 : ambulanter Status-Bogen

FAMILIEN-/BERUFSANAMNESE:

VEGETATIVE ANAMNESE

Stuhlgangsauffälligkeit nein ja: Alkohol nein ja:

Miktionsauffälligkeit nein ja: Nikotin nein ja:

Andere Drogen nein ja:

BERUF:

MEDIKAMENTE:

Art	Dosis	Art	Dosis
		Thrombo-aggreg. ja	abgesetzt am:
		Metformin ja	abgesetzt am:
		Cumarinderivate ja	abgesetzt am:

TETANUS IMPFSTATUS:

keine offene Verletzung voller Impfschutz Simultanimmunisierung erfolgt Boosterung mit Tetanosrat erfolgt

LETZTE NAHRUNGS-AUFNAHME:

Um: _____ Uhr Art der Nahrung: _____

UNFALLCHIRURGISCHER STATUS

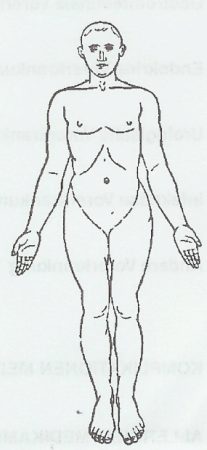
Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> schlecht:
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> unauf.	<input type="checkbox"/> auf.:	
Psychopath. Befund	<input type="checkbox"/> unauf.	<input type="checkbox"/> auf.:	
Bewusstseinslage	<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> schläfrig	<input type="checkbox"/> komatös:
Orientierung	<input type="checkbox"/> unauf.	<input type="checkbox"/> auf.: (Zeit/Ort/Person):	
Haut/Schleimhaut	<input type="checkbox"/> unauf.	<input type="checkbox"/> auf.:	
Atmung	<input type="checkbox"/> unauf.	<input type="checkbox"/> auf.:	
Auskultation	<input type="checkbox"/> unauf.	<input type="checkbox"/> auf.:	
Herztöne	<input type="checkbox"/> unauf.	<input type="checkbox"/> auf.:	
Herzfrequenz	<input type="checkbox"/> normfreq.	<input type="checkbox"/> bradycard	<input type="checkbox"/> tachycard
Herzrhythmus	<input type="checkbox"/> rhythmisch	<input type="checkbox"/> arrhythmisch:	

Blutdruck: _____ mmHg Puls: _____ /min Temp: _____ °C

LOKALBEFUNDE

KOPF/HALS/HWS:

<input type="checkbox"/> Blutung	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> re Ohr	<input type="checkbox"/> li Ohr
<input type="checkbox"/> Liquorrhoe	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> re Ohr	<input type="checkbox"/> li Ohr
<input type="checkbox"/> Pupillen (eng-mittel-weit)		<input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> li



Seite 2

Abb. 22: stationärer Statusbogen, Seite 2