

Examination efter läkares allmäntjänstgöring - Skriftligt prov

den 26 augusti 2011
tid 9.00 – 14.00

INSTRUKTION

Skrivningen består av fyra fall och har totalt 80 poäng. I varje fall kommer sjukdomsbild och fakta att tillföras successivt med nya delfrågor. Den mindre texten repeterar basinformationen.

Frågorna behandlar inte bara fakta och lärobokslösningar. Minst lika stor vikt kommer att läggas vid *det kliniska resonemanget*. Det räcker således inte vid *vissa* frågor att bara redovisa vidtagna åtgärder utan vi vill också att du redovisar dina skäl för valda åtgärder.

I frågornas konstruktion ligger att du måste begränsa dina svar. Vid rättningen kommer vi att värdera hur du avgränsat problemställningar i svaret. Det bör således inte vara för snävt men ej heller för vidlyftigt och omfattande. Uppräknande av oväsentliga fakta ger avdrag. Skrivutrymmet efter varje delfråga bör räcka. I *nödfall* får du skriva på baksidan. **SKRIV INTE UTANFÖR HÖGERMARGINALEN!**

Frågorna skall ligga till vänster om dig, så långt upp mot bordshörnet som möjligt, - upp och ned - och du börjar med att ta det översta bladet och vända det rätt. **DET FÅR BARA FINNAS ETT FÄRGAT RÄTTVÄNT ARK FRAMME ÅT GÅNGEN!**

Besvarat ark läggs, upp och ned på påskuverten på golvet till höger om dig. Tag därefter fram nästa fråga och vänd den rätt. Det är inte tillåtet att gå fram och tillbaka i skrivningen. Lagt ark ligger! Som kladdpapper används vitt papper. Skulle någon sida vara suddig, svårsläslig etc, meddela skrivvakten!

Fall 1	20 poäng	13 delfrågor	sidor	1 - 8
Fall 2	20 poäng	13 delfrågor	sidor	9 - 17
Fall 3	20 poäng	15 delfrågor	sidor	18 - 24
Fall 4	20 poäng	13 delfrågor	sidor	25 - 38

Efter varje fall finns en ENKÄT som frågekonstruktören gärna ser att Du besvarar.

När du är färdig med provet: Uppmärksamma skrivvakten när du ska stoppa varje fall för sig i respektive vitt förtryckt påskuvert, som du skrivit skrivort och personnummer på. *Tack för hjälpen!*

Lärarna tackar på förhand för att du *skriver tydligt och läsvänligt*. ***Oläslig handstil gör att poängbedömning uteblir.***

Vi önskar dig LYCKA TILL med skrivningen och hoppas att du skall finna frågorna relevanta för den tjänstgöring du genomgått eller håller på att avsluta.

Låt denna sida ligga kvar på bordet under provtiden.

NÄMNDEN FÖR PROV EFTER LÄKARES ALLMÄNTJÄNSTGÖRING
Universiteten i Göteborg, Linköping, Lund, Umeå och Uppsala samt
Karolinska Institutet

FALL 1

**Lägg detta ark på golvet -
det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.**

Robert, en 70 årig man, inkommer med ambulans kl 06.30 när du är medicinjour.

Föregående kväll satt Robert i TV-soffan. Han reste sig upp för att koka kaffe efter Rapportnyheterna. Ramlade då i golvet, kände ingen direkt smärta men kunde inte ta sig upp. Lyckades sedan under stor möda under c:a en halvtimme sparka sig på rygg till sovrummet och ta sig upp i sängen. Först då noterade han att han var svag i vänster arm och ben och anade att han fått en stroke. Han försökte nå telefonen men kom ihåg att den låg på köksbordet och konstaterade att han inte skulle kunna ta sig dit. Robert somnade och vaknade vid femtiden på morgonen, kände sig något bättre och kunde då med hjälp av en stol ta sig till köket och ringa 112.

När du träffar honom på akutmottagningen har man konstaterat att han är fullt vaken men svag i vänster kroppshalva. Man har registrerat ett blodtryck på 195/100 mm Hg, puls 76/minut och transkutan syrgasmättnad 96 %. Temp 36,8 grader.

1.1.1 (2 p)
När du nu träffar patienten, vad frågar du efter? Motivera! Vad letar du efter i status?

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0

1.1.2 (2 p)
Vilka diagnoser överväger du?

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0

Robert, en 70 årig man inkommer med ambulans kl 06.30 när du är medicinjour.

Föregående kväll satt Robert i TV-soffan. Han reste sig upp för att koka kaffe efter Rapportnyheterna. Ramlade då i golvet utan direkt smärta men kunde inte ta sig upp. Lyckades sedan under stor möda under c:a en halvtimme sparka sig på rygg till sovrummet. Tog sig upp i sängen med stor möda. Först då förstod han att han var svag i vänster arm och ben och anade att han fått en stroke. Han försökte nå telefonen men kom ihåg att den var på köksbordet och han konstaterade att han inte skulle kunna ta sig dit. Robert somnade och vaknade vid femtiden på morgonen, kände sig något bättre och kunde då med hjälp av en stol ta sig till köket och ringa 112. När du träffar honom på akutmottagningen har man konstaterat att patienten är fullt vaken men är svag i vänster kroppshalva. Man har registrerat ett blodtryck på 195/100 mm Hg, puls 76/minut och transkutan syrgasmättnad 96 %. Temp 36,8 grader.

Vid anamnestagandet framkommer att Robert är ensamstående utan barn. Han har rökt sedan tonåren och har arbetat som fastighetsskötare. Han hade problem med artros i knä- och axelleder de sista åren i arbete men är nu bättre ”slutade jobba och fick medicin”. Beskriver sig för övrigt som frisk, är aktiv i flera föreningar. Medicinerar med Diklofenak 50 mg 1x2 för sin artros.

Han förnekar huvudvärk eller infektionstecken. Inte haft några förkänningar, yrsel, pareser eller annat den senaste tiden. Är övertygad om att han inte svimmat vid insjuknandet. Upplever att svagheten i vänster arm och ben förbättrats sedan själva insjuknandet, särskilt benet. Känner inte till om blodfetter kontrollerats och tror inte att blodtrycket legat högt.

Vid undersökningen noteras att patienten är normalviktig, har en lätt kraftnedsättning i vänster arm, hand och ben. Finmotorik i handen är nedsatt. Känsln är nedsatt i vänster arm, oklart om så i benet. Tenderar att falla åt vänster vid Rombergs test. Inga talsvårigheter, ingen synpåverkan. Hjärtat har regelbunden rytm utan blåsljud. Pox 96 %.

1.2.1 **(2 p)**
Vilka undersökningar/prover beställer du från akutmottagningen?

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0

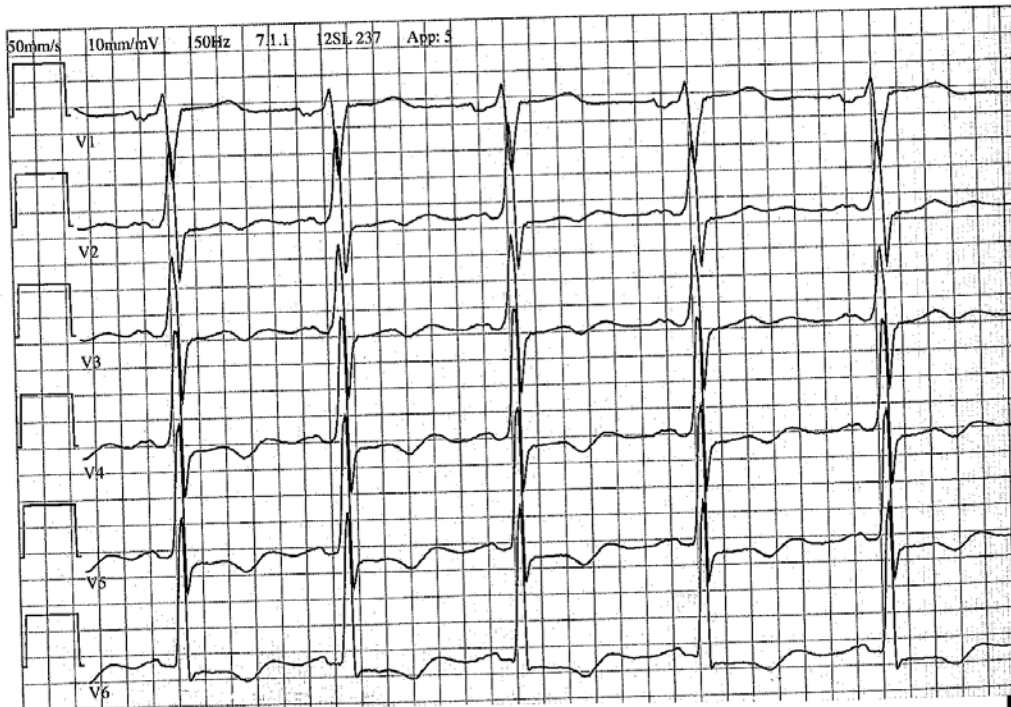
1.3.1
Tolka EKG

(1 p)

0,0

0,5

1,0



Robert, en 70 årig man inkommer med ambulans kl 06.30 när du är medicinjour.

Föregående kväll satt Robert i TV-soffan. Han reste sig upp för att koka kaffe efter Rapportnyheterna. Ramlade då i golvet utan direkt smärta men kunde inte ta sig upp. Lyckades sedan under stor möda under c:a en halvtimme sparka sig på rygg till sovrummet. Tog sig upp i sängen med stor möda. Först då förstod han att han var svag i vänster arm och ben och anade att han fått en stroke. När du träffar honom på akutmottagningen nästa morgon har man konstaterat att patienten är fullt vaken men är svag i vänster kroppshalva. Man har registrerat ett blodtryck på 195/100 mm Hg, puls 76/minut och transkutan syrgasmättnad 96 %. Temp 36,8 grader.

Vid anamnestagandet framkommer att Robert är ensamstående utan barn. Han har rökt sedan tonåren och har arbetat som fastighetsskötare. Han hade problem med artros i knä- och axelleder de sista åren i arbete men nu bättre ”slutade jobba och fick medicin”. Beskriver sig för övrigt frisk, är aktiv i flera föreningar. Medicinerar med Diklofenak 50 mg 1x2 för sin artros. Han förnekar huvudvärk eller infektionstecken. Inte haft några förkänningar, yrsel, pareser eller annat den senaste tiden. Är övertygad om att han inte svimmat vid insjuknandet. Upplever att svagheten i vänster arm och ben förbättrats sedan insjuknandet, särskilt benet. Känner inte till om blodfetter kontrollerats och har inte hört om blodtrycket legat högt. Vid undersökning noteras att patienten är normalviktig, har en lätt kraftnedsättning i vänster arm, hand och ben. Finmotorik i handen nedsatt. Känsln är nedsatt i vänster arm, oklart om så i benet. Tenderar att dra åt vänster vid Rombergs test. Inga talsvårigheter, ingen synpåverkan. Hjärtat har regelbunden rytm utan blåsljud. Pox 96 %.

DT hjärna visar en liten ischemi i basala ganglierna på höger sida. EKG visar bild som vid vänsterkammarhypertrofi. Hb 145 g/l, LPK 8,2, Tpk 202, hs-Troponin 8 (normalt), CRP 8 mg/l, S-Kreatinin 88umol/l, B-glukos 5,0 mmol/l.

1.4.1 **(1 p)**
Vilken är den mest sannolika förklaringen till patientens vänsterkammarhypertrofi?
0,0
0,5
1,0

1.4.2 **(1 p)**
Vilken behandling vill du initiera akut?
0,0
0,5
1,0

Patienten bedöms senare samma dag på avdelningen av Stroketeamet och ni diskuterar nu vilken utredning/behandling som är aktuell inför eventuella sekundärpreventiva åtgärder.

1.5.1 **(2 p)**

Vill du ta del av eller beställa ytterligare undersökningar som hjälp för beslut om sekundärprevention? Hur bråttom är det att utföra dem? Motivera!

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du hade ordinerat brustablett med 500 mg acetylsalicylsyra att ges omedelbart på avdelningen men avstod från att ge trombolysbehandling. Redan vid ankomsten till sjukhuset kl 06.30 hade det förflutit minst 10 timmar sedan han insjuknade och man skall ge intravenös trombolys så snart som möjligt, allra senast inom 4,5 timmar från insjuknandet. Du följer blodtrycket under vårdtiden, beställer lipidprover, helst till nästa morgon eftersom värdena sjunker vid akut sjukdom. Du beställer också ultraljud av halskärlen. Ni får ultraljud av aa.carotis utförd redan samma eftermiddag. Patienten får dock ett krampanfall i sängen under transport upp till avdelningen och du blir tillkallad till avdelningens behandlingsrum. Robert har nu ett generellt grand-malanfall. Du ser till att luftvägar är fria och kopplar syrgas.

1.6.1 **(1 p)**

Om anfallet nu inte viker på någon minut, vad ger du för att bryta det?

(Preparat och dos)

0,0

0,5

1,0

Krampanfallet släpper spontant och patienten vaknar snabbt till och återhämtar sig fint. Ni diskuterar om patienten skall behandlas med antiepileptika men bedömer att det inte är nödvändigt när han haft endast ett anfall och särskilt i akutskedet av en stroke.

Blodtrycket pendlar mellan 155-170/85-95 mm Hg. S-Kolesterol var 6,2 mmol/l med LDL-kolesterol 3,3 mmol/l. Ultraljud av halskärlen visade minimala plaque i vänster arteria carotis interna och en 67 % -ig stenosis i proximala arteria carotis interna på höger sida.

1.6.2 **(2 p)**

Vilka sekundärpreventiva åtgärder vill du initiera och hur snabbt bör respektive åtgärd utföras?

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Patienten förbättras snabbt, går utan stöd påföljande dag men har kvar lätt pares i vänster arm och även lite känselnedsättning. Kärlkirurgerna träffar patienten under dagen och beslutar om operation som utförs ytterligare en dag senare. Operationen gick bra och patienten återkommer efter några dagar till avdelningen för en avslutande värdering av stroketeamet. När patienten kommer från kärlkirurgiska avdelningen granskar du medicinlistan. Så här ser den ut: Diklofenak 50 mg 1x2, Trombyl 75 mg 1x1, Simvastatin 40 mg tn. Alvedon 500 mg v.b.

1.7.1 **(2 p)**

Vill du göra några förändringar i listan innan patienten skrivs ut? Motivera.

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

1.7.2 **(1 p)**

Vilket målblodtryck bör man sträva efter på lång sikt för denne patient?

0,0

0,5

1,0

1.8.1 (1 p)

Det är väl känt att om blodtillförseln till ett område i hjärnan avbryts så dör hjärnans nervceller mycket snart (infarcerar) och detta är en irreversibel process. Hur kan det komma sig att patienten nu så snabbt förbättras? Vilka är mekanismerna?

0,0

0,5

1,0

1.8.2 (2 p)

Han har fortfarande lätta symptom från vänster hand och arm men går obehindrat. Han kommer att behandlas av strokeenhetens hemrehabgrupp efter utskrivningen. Patienten frågar dig vid utskrivningen om han kan leva som vanligt. Finns några begränsningar som patienten måste känna till med tanke på att han nyligen haft en hjärninfarkt? Ger du patienten några livsstilsråd?

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

FALL 2

**Lägg även detta ark på golvet -
det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.**

Introduktion

Denna sjukhistoria spänner över en period på ungefär tre år. Du kommer att ha olika läkarroller under denna tid.

Fallet:

Du arbetar som AT-läkare på psykiatriska kliniken akutteam. Nästa patient är en man, 39 år gammal, lätt överviktig, välklädd och proper. Mannen ser nedstämd ut, rör sig något långsamt och är något svettig. Efter att ha pratat med patienten tänker du igenom vad som hittills kommit fram: patientens hustru har för två dagar sedan avlidit här på sjukhuset. Hon var omtöcknad när patienten körde in henne till akuten, hennes tillstånd blev sämre och hon dog efter ca 6 timmar. Det visade sig att hustrun hade en massiv lunginflammation och att hon också fått flera små infarkter i hjärnan. Patienten hade efter ett tag gått hem, men nu orkade han inte vara hemma: han var förtvivlad, ledsen, funderade över varför detta drabbade henne och honom. Patienten berättade också att han hade svårt att sova: han vaknade ofta – då med tankar på hustrun och hade då mycket svårt att somna om.

Det framkom vidare att patienten arbetade som distriktsläkare på en vårdcentral ca 40 km från sjukhuset, att hans och hans hustrus föräldrar levde och stöttade honom och den 12-åriga dottern, att dottern nu var hos morföräldrarna. Patienten hade sökt hjälp själv eftersom han fruktade att han i en impulshandling skulle ta livet av sig. Patienten kände också skuld över att han inte sett vad som pågick och eftersom hustruns och hans relation inte varit så bra de sista månaderna.

2.1.1 Hur ser den naturliga sorgprocessen ut: ange vilka stadier det finns och hur långa dessa kan vara.

(1p)
0
0,5
1,0

2.1.2 Vilken preliminär diagnos ställer du i detta fall? Ange också en differentialdiagnos!

(1p)

Preliminärdiagnos:

0
0,5
1,0

Differentialdiagnos:

2.1.3 Patienten beklagar sig över sömnbesvär. Hur behandlar du dessa sömnbesvär?

(1p)

0

0,5

1,0

Du arbetar som AT-läkare på psykiatriska kliniken akutteam. Nästa patient är en man, 39 år gammal, lätt överviktig, välklädd och proper, arbetar som distriktsläkare. Mannen ser nedstämd ut, rör sig något långsamt och är något svettig. Patientens hustru har för två dagar sedan avlidit här på sjukhuset efter en akut sjukdom. Patienten orkade inte vara hemma: han var förtvivlad, ledsen, funderade över varför detta drabbade honom; han funderade på om livet var värt att leva, han hade klara tankar på självmord och självmordsplaner. Patientens anhöriga stöttade familjen. Dottern var hos morföräldrarna. Patienten hade en hel del skuld-känslor och hade sökt hjälp själv.

Du inser att patienten var i djup sorg och att han nu kommit i reaktionsfasen i sorgprocessen. Du befärar att han också kan glida in i en depressiv episod eftersom du vet att han har jobbat i sitt yrke, är överlastad och ordentligt under stress. Patienten hade skuld-känslor över att han levde och hustrun var död. Han funderade på om livet var värt att leva, han hade klara tankar på självmord och funderade på att ta tabletter i detta syfte. Det som hindrade honom att begå självmord var omsorgen om deras 12-åriga dotter, som han inte kunde tänka sig att överge.

Sjuksköterskan tar över samtalet och genomför ett kort initialt krissamtal med patienten. Han erbjuds fortsatta samtal. Patienten är tacksam och säger att det känns betydligt lättare nu och att han kommer till mottagningen för nästa samtal i morgon klockan 10:30. Efter att ha förankrat denna handläggning med ansvarig överläkare kommer ni överens om att patienten får gå hem.

2.2.1 Patienten har klara suicidtankar. Ange fyra faktorer (även sådana som inte förekommer i anamnesen ovan) som ökar självmordsrisken. (2p)

0
0,5
1,0
1,5
2,0

2.2.2 Skriv ned en strukturerad suicidriskbedömning såsom du skulle göra i en journal! (2p)

0
0,5
1,0
1,5
2,0

Drygt 3½ år senare: du är ST-läkare, nu placerad på regionsjukhusets psykiatriska klinik. Det kommer en konsultremiss från IVA angående en 43-årig man, som igår inkom medvetslös till akuten. Undersökning och provtagning visade att patienten hade tagit en överdos av tramadol och kodein. Patienten är nu vaken och ditt uppdrag är att bedöma suicidrisken och att undersöka om fortsatt vård på psykiatrisk klinik är indicerad. Snabb genomläsning av journalen visar att du träffat denna patient tidigare: han var distriktsläkare och hade då kommit till akutteamet med en allvarlig krisreaktion efter hustruns oväntade dödsfall.

Patienten är nu kraftigt överviktig. Sedan ungefär 3 veckor hade han varit tilltagande nedstämd. Han har för två veckor sjukskrivit sig med motiveringen att han var trött, sliten och orkeslös. Patienten sov dåligt: det tog ofta 1 – 1½ timma att somna och han vaknade efter 3 – 4 timmars sömn vid 03-tiden. Under senaste tiden hade tankarna på hans hustrus död blivit mer och mer starka och igår bestämde han sig att ta livet av sig. Han skrev ut tramadol åt sig själv och tog alla 100 tablettorna och alla kodeintablettorna han hade hemma. Enl. journalen har patienten haft perioder av nedstämdhet under de senaste tre åren: perioderna varade oftast i 3 månader. Därefter blev han bättre och kunde vara till synes helt frisk i ungefär 4 – 6 månader. Patienten hade då självmedicinerat med citalopram; han hade tagit detta kontinuerligt under det senaste året.

Patienten säger att han dricker en – två gånger i veckan, oftast på fredagar och lördagar; då brukar han ta 1 – 2 glas vin med sin nya särbo. På semestrarna brukar patienten dricka mer, då kunde det gå åt två flaskor vin per vecka. Patienten nekar till intag av droger.

Patienten säger att det är svårt att hålla självmordstankarna borta, detta var inte det första suicidförsöket: han hade försökt en gång tidigare för ett år sedan men då vaknat av sig själv. Han vill egentligen inte dö, men han vill inte heller leva längre med de besvär han har. Han är ambivalent till att ha överlevt: dels är han besviken över att vara i samma eländiga situation igen, dels är han glad att han inte dött.

2.3.1 Vad är din preliminära psykiatriska diagnos? Motivera. Ange också två (2) differential-diagnoser!

(1p)

Preliminärdiagnos:

0
0,5
1,0

Differentialdiagnos 1:

Differentialdiagnos 2:

Du är på IVA och bedömer en patient som försökt att ta livet av sig genom förgiftning med tramadol och kodein. Det visar sig, att du träffat denna patient tidigare: han var distriktsläkare och hade då kommit till akutteamet med en allvarlig krisreaktion efter hustruns oväntade dödsfall.

Patienten är nu kraftigt överviktig, sedan ungefär 3 veckor hade han varit tilltagande nedstämd, sover dåligt med insomningsbesvär och tidigt uppvaknande. Under senaste tiden hade tankarna på hans hustrus död blivit mer och mer starka och igår bestämde han sig att ta livet av sig. Enligt journalen har patienten haft perioder av nedstämdhet under de senaste tre åren: perioderna varade oftast i 3 månader. Därefter blev han bättre och kunde vara till synes helt frisk i ungefär 4 – 6 månader. Patienten hade då självmedicinerat med citalopram; han hade tagit detta kontinuerligt under det senaste året. Patienten sade att det är svårt att hålla självmordstankarna borta, detta var inte det första suicidförsöket: han hade försökt en gång tidigare för ett år sedan men då vaknat av sig själv. Han vill egentligen inte dö, men han vill inte heller leva längre med de besvär han har. Han är ambivalent till att ha överlevt: dels är han besviken över att vara i samma eländiga situation igen, dels är han glad att han inte dött.

Patientens alkoholkonsumtion är rimlig under arbetsperioder, men närmar sig riskkonsumtion på semestrarna. Patienten nekar till intag av droger.

Du bedömer att patienten har en svår och recidiverande depression. Du funderar som alternativ på en bipolär sjukdom eller ett posttraumatiskt stressyndrom eller ett opiatmissbruk, eftersom detta kan orsaka depression.

2.4.1 Du bestämmer dig att lägga in patienten. Eftersom kliniken är överbelagd måste du motivera ditt beslut: skriv en kort motivering och målsättningen med vården. Ordinera också 1:a dygnets medicinerings: (3p)

Motivering för inläggning:

0
0,5
1,0
1,5
2,0
2,5
3,0

Målet för vården:

Första dygnets medicinerings:

Du är ST-läkare och nu placerad på regionsjukhusets psykiatriska klinik. Det kommer en konsultremiss från IVA angående en 43-årig man, som igår inkom medvetslös till akuten; patienten hade tagit en överdos av tramadol och kodein. Du hade träffat denna patient tidigare: han var distriktsläkare och hade då kommit till akutteamet med en allvarlig krisreaktion efter sin hustrus oväntade dödsfall.

Du undersöker patienten på IVA. Han är kraftigt överviktig. Han uppvisar tydliga symtom på depression och har igår försökt att ta livet av sig med hjälp av tramadol och kodein. Vid samtalet framkommer att patienten behandlat sin depression själv med citalopram under det senaste året.

Patientens alkoholkonsumtion är rimlig under arbetsveckorna men ökar under semestrarna. Han nekar till drogintag.

Detta var patientens andra suicidförsök: han hade försökt en gång tidigare för ett år sedan. Han vill egentligen inte dö, men han vill inte heller leva längre med de besvär han har. Han är ambivalent till att ha överlevt: han är besviken över att vara i samma eländiga situation igen, han är glad att han inte dött.

Du bedömer att patienten har en svår depression och att suicidrisken är stor. Du vill lägga in patienten i suicidpreventivt syfte och för att starta en effektiv behandling av depressionen. Målet för vården är att förebygga suicid, att minska de depressiva symtomen, att minska suicidrisken och – på längre sikt – att få patienten arbetsför. Patienten motsätter sig inläggning och säger att han inte kommer att ta livet av sig. När du försöker motivera patienten till inläggning blir han mer och mer agiterad, orolig och högljudd. Du bestämmer dig att skriva ett vårdintyg eftersom du ser, att patienten i detta skick är mycket instabil.

2.5.1 Detta är näst sista sidan i vårdintygsblanketten. Fyll i den baserat på din kunskap om patienten. (3p)

SAMMANFATTNING	De uppgifter och iakttagelser som ligger till grund för läkarens bedömning om förutsättningarna för tvångsvård. Avser vårdintyget 4 eller 11 § lagen om psykiatrisk tvångsvård skall förutsättningarna redovisas under 1, 2a och 3 samt även under 4 om vårdintyget avser 11 §.	0 0,5 1,0
	1) Den undersökte lider av allvarlig psykisk störning p.g.a.:	1,5 2,0 2,5 3,0
	2 a) Den undersökte är i oundgängligt behov av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård och går inte att behandla i öppenvård (t.ex. i hemmet, i särskilda boendeformer, på behandlingshem eller på en sjukvårdsinrättning för somatisk vård) p.g.a.:	
	2 b) Den undersökte är i behov av rättspsykiatrisk vård och går inte att behandla där denne nu är frihetsberövad(häkte, särskilt ungdomshem eller kriminalvårdsanstalt) p.g.a.: (inte aktuellt)	
	3) Den undersökte har följande inställning till erbjuden vård:	
4) Den undersökte kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan p.g.a.:		

Du är ST-läkare och nu placerad på regionsjukhusets psykiatriska klinik. Det kommer en konsultremiss från IVA angående en 43-årig man, som igår inkom medvetslös till akuten; patienten hade tagit en överdos av tramadol och kodein. Du hade träffat denna patient 3 år tidigare: han var distriktsläkare och hade då kommit till akutteamet med en allvarlig krisreaktion efter sin hustrus oväntade dödsfall.

Du undersöker patienten på IVA. Han uppvisar tydliga symtom på depression och har igår försökt att ta livet av sig med hjälp av tramadol och kodein. Vid samtalet framkommer att patienten behandlat sin depression själv med citalopram under det senaste året. Patientens alkoholkonsumtion är rimlig under arbetsveckorna men ökar under semestrarna. Han nekar till drogintag.

Detta var patientens andra suicidförsök: han hade försökt en gång tidigare för ett år sedan. Han vill egentligen inte dö, men han vill inte heller leva längre med de besvär han har. Han är ambivalent till att ha överlevt: han är besviken över att vara i samma eländiga situation igen, han är glad att han inte dött.

Du bedömer att patienten har en svår depression och att suicidrisken är stor. Du vill lägga in patienten i suicidpreventivt syfte och för att starta en effektiv behandling av depressionen. Du funderar också om patienten kan ha en bipolär sjukdom eller ett posttraumatiskt stressyndrom. Patienten motsätter sig inläggning. När du försöker motivera patienten till inläggning blir han mer och mer agiterad, orolig och högljudd. Du skriver ett vårdintyg eftersom du ser, att patienten i detta skick är mycket instabil.

Väl på psykiatriska kliniken akutavdelning blir det klart att patientens tillstånd är instabilt: tidvis visar han symtom på depression, tidvis är han psykomotorisk orolig, vid något tillfälle agiterad, han är inte alls desorienterad och han hallucinerar inte heller. Han är dock omväxlande svettig och frusen, har gåshud, ont i leder och muskler, har ordentlig snuva och visst tårflöde. Status visar inga patologiska tecken vad gäller hjärta, lunga, munhåla och svalg, patienten ömmar generellt och diffust över buken. Pupillerna är vidgade, men nervstatus för övrigt är utan patologiska fynd. Akut CRP är inom referensgränser. Du kommer ihåg att patienten genomgått extensiv provtagning och blivit medicinskt frikänd på IVA.

2.6.1 Du tänker igenom hela anamnesen, de fysiska fynden och kommer fram till två möjliga diagnoser: en diagnos av det just nu pågående akuta tillståndet och en diagnos som är mer långvarig.

Motivera. Vilka diagnoser är det?

(1p)

Akuta tillståndets diagnos:

0
0,5
1,0

Mer långvariga tillståndets diagnos:

Du är ST-läkare och nu placerad på regionsjukhusets psykiatriska klinik. Du har på IVA bedömt en patient som har en djup depression och som försökt att begå självmord vid två tillfällen. Du bedömer att patienten har en svår depression och att suicidrisken är stor. Du vill lägga in patienten i suicidpreventivt syfte och för att starta en effektiv behandling av depressionen. Du funderar också om patienten kan ha en bipolär sjukdom eller ett posttraumatiskt stressyndrom. Patienten motsätter sig inläggning. När du försöker motivera patienten till inläggning blir han mer och mer agiterad, orolig och högljudd. Du skriver ett vårdintyg eftersom du ser, att patienten i detta skick är mycket instabil.

Väl på psykiatriska kliniken akutavdelning blir det klart att patienten tidvis visar symtom på depression, tidvis är han psykomotorisk orolig, vid något tillfälle agiterad, han är inte alls desorienterad och han hallucinerar inte heller. Han är dock omväxlande svettig och frusen, har gåshud, ont i leder och muskler, har ordentlig snuva och visst tårflöde. Status visar inga patologiska tecken vad gäller hjärta, lunga, munhåla och svalg, patienten ömmar generellt och diffust över buken. Pupillerna är vidgade, men nervstatus för övrigt är utan patologiska fynd. Akut CRP är inom referensgränser. Patienten har genomgått extensiv provtagning och blivit medicinskt frikänd på IVA.

Du kommer fram till att patientens akuta tillstånd är en klassisk opiatabstinens och det mer långvariga tillståndet kan vara en depressiv episod möjligen som en del av en bipolär sjukdom.

2.7.1 Du förankrar diagnosen med avdelningens överläkare som ber dig att ordinera läkemedel för de närmaste dygnet. Överläkaren ber dig också att skriva ned de närmaste fem dagarnas vårdplan (vilket krävs enligt LPT): ange målet för vården, vilka åtgärder du vill ska vidtas, vilka läkemedel som ska användas och hur dessa läkemedel ska doseras. (2p)

0
0,5
1,0
1,5
2,0

Du är ST-läkare och nu placerad på regionsjukhusets psykiatriska klinik. Du har på IVA bedömt en patient som har en djup depression och som försökt att begå självmord vid två tillfällen. Du bedömer att patienten har en svår depression och att suicidrisken är stor. Du vill lägga in patienten i suicidpreventivt syfte och för att starta en effektiv behandling av depressionen. Du funderar också om patienten kan ha en bipolär sjukdom eller ett posttraumatiskt stressyndrom. Patienten motsätter sig inläggning. När du försöker motivera patienten till inläggning blir han mer och mer agiterad, orolig och högljudd. Du skriver ett vårdintyg eftersom du ser, att patienten i detta skick är mycket instabil. Du bedömer att patienten har en svår depression och att suicidrisken är stor. Du lägger in patienten för vård enl. LPT i suicidpreventivt syfte och för att starta en effektiv behandling av depressionen. Patientens tillstånd är instabilt: tidvis visar han symtom på depression, tidvis är han psykomotorisk orolig, vid något tillfälle agiterad, han är inte alls desorienterad och han hallucinerar inte heller. Han är dock omväxlande svettig och frusen, har gåshud, ont i leder och muskler, har ordentlig snuva och visst tårflöde och han har vidgade pupiller.

Patienten genomgår ett klassiskt opiatabstinenssyndrom. Du ordinerar buprenorfin (Subutex eller Buprenotex) och patienten blir inom en timme nästan helt symtomfri. Målet för vården de närmaste dagarna är att dämpa abstinenssyndromet och att utreda om patienten har ett beroende. Du skriver ett nedtrappningsschema. När du träffar patienten senare samma dag och tar en fördjupad anamnes får du veta följande: Patienten hade börjat använda tramadol efter en trafikolycka för 10 år sedan då han fick ont i nacken. Han har därefter fortsatt med tramadol och förskrivit detta själv i ökande doser. Patienten tog senaste 6 månaderna 800-1000 mg tramadol per dygn. Efter 10 dagar är patienten avgiftad. Tvångsvården har övergått till vård enl. Hälso- och Sjukvårdslagen när patientens anamnes blev klar och patienten inte längre kunde gömma sitt beroende, och blev motiverad för fortsatt vård.

Du har nyss träffat patienten för ett längre utredande samtal och vet nu följande: Patienten har haft 2 – 3 depressiva episoder i stort sett årligen sedan 22 års ålder, vilket inte framkommit vid tidigare undersökningar. Mellan dessa depressiva episoder mår patienten bra. Vid tre tillfällen i livet, första gången när han var 25 år gammal, har patienten haft episoder då han mårde mycket bra, var glad, energirik, initiativrik, positiv; då behövde han endast 3-4 timmars sömn. Dessa episoder varade i max en vecka och orsakade honom inga problem ekonomiskt eller relationsmässigt. Den första av dessa episoder inträffade innan patienten börjat missbruka tramadol.

Dagen efter är det fördjupningsrond och denna patients journal granskas. Man kommer fram till diagnos och behandling av grundsjukdomen. Efter ytterligare 10 dagar blir patienten utskriven. Läkemedelsbehandlingen har börjat och patienten är betydligt mer stabil. Du skriver epikrisen.

2.8.1 Skriv alla diagnoser som är aktuella för denna patient och detta vårdtillfälle. (1p)

0
0,5
1,0

2.8.2 Vilket/vilka läkemedel skriver du ut för behandling av grundsjukdomen? Substans eller läkemedelsnamn räcker, dosering behöver inte anges. (1p)

0
0,5
1,0

2.8.3 Nu har du kommit till rubriken ”Planerad uppföljning och fortsatt vård”. På vilken/vilka enhet/enheter skall patientens vård fortsätta? När ska patienten till nästa återbesök? (1p)

0
0,5
1,0

Slutord

Fallet avser att illustrera följande aspekter:

- Vikten av en så komplett och korrekt anamnes som det går att få.
- Vikten av att inte bara fråga efter alkohol och droger, men också efter läkemedelsintag,
- Läkemedelsberoende är ett folkhälsoproblem: under de senaste 6 åren har prevalensen stigit från 6% till 8% av Sveriges befolkning.
- Sjukvårdspersonal är en riskgrupp för just läkemedelsberoende.
- Bipolära sjukdomar är svåra att identifiera; ofta är det missbruket som leder läkaren på rätt spår. Patienter med bipolära sjukdomar löper en 50-60% livstidsrisk att hamna i missbruk eller beroende.

Alla frågor är grundade på målbeskrivningen enl. SOSFS 1999:5, 5 kap, § 2 och § 3.

FALL 3

Lägg även detta ark på golvet -

det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.

Del A

Frans, 60 år, söker dig på vårdcentralen för en hälsokontroll. Han mår bra, är frisk sedan tidigare och tar inga mediciner. Frans tycker att det är rimligt med en ”besiktning” vid hans ålder och vill att du kontrollerar om han är frisk.

3.1.1 Vad frågar du Frans för att kartlägga hans risk- och friskfaktorer?

(2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Frans ,60 år, söker dig på vårdcentralen för en hälsokontroll. Han mår bra, är frisk sedan tidigare och tar inga mediciner. Frans tycker att det är rimligt med en "besiktning" vid hans ålder och vill att du kontrollerar om han är frisk.

Frans är gift och paret har två vuxna barn. Han äger och driver ett konditori i staden. Företagandet tar mycket tid och som fritidsintressen nämner han underhåll av sekelskiftesvillan och bridge med vännerna. Frans är överviktig men säger att det ska märkas på en konditor att han tycker om bakverk. Motion blir det i form av den dagliga promenaden på två km till jobbet. Frans rökte i sin ungdom, men slutade för 30 år sedan. Alkohol blir det bara på helgen och då i form av något enstaka glas vin. Ingen känd ärftlighet för diabetes och hjärtkärlsjukdom. Du undersöker Frans och hör ett blåsljud som du misstänker kan vara tecken på en aortastenosis.

3.2.1 Beskriv auskultationsfynden vid aortastenosis.

(1 p)

0,0

0,5

1,0

Frans visar upp ett "födelsemärke" på ryggen och frågar om det behöver tas bort. Hustrun är rädd att det kan vara ett malignt melanom.

3.2.2 Du tittar på och bedömer Frans födelsemärke. Nämn fem egenskaper hos födelsemärket som kan tyda på att det är malignt och behöver tas bort.

(1 p)

0,0

0,5

1,0

Frans, 60 år, söker dig på vårdcentralen för en hälsokontroll. Han mår bra, är frisk sedan tidigare och tar inga mediciner. Frans tycker att det är rimligt med en "besiktning" vid hans ålder och vill att du kontrollerar om han är frisk.

Frans är gift och paret har två vuxna barn. Han äger och driver ett konditori i staden. Företagandet tar mycket tid och som fritidsintressen nämner han underhåll av sekelskiftesvillan och bridge med vännerna. Frans är överviktig, men säger att det ska märkas på en konditor att han tycker om bakverk. Motion blir det i form av den dagliga promenaden på två km till jobbet. Frans rökte i sin ungdom men slutade för 30 år sedan. Alkohol blir det bara på helgen och då i form av något enstaka glas vin. Ingen känd ärftlighet för diabetes och hjärtkärlsjukdom.

Du remitterar Frans till hjärtultraljud med tanke på blåsljudet. Hans födelsemärke lämnas utan åtgärd, då det är ett typiskt seborrhiskt nevus.

Ett par dagar senare får du svar på proverna du beställde med anledning av hälsokontrollen.

Du ringer som avtalat upp Frans för att meddela proverna. Frans är särskilt intresserad av om han har diabetes eller inte med tanke på övervikten. Frans har fasteplasmaglukos 6,3 mmol/L.

3.3.1 Hur värderar du hans glukosvärde? Motivera. (1 p)

0,0

0,5

1,0

Dina frågor om släktsjukdomar väckte Frans intresse. Han har nu tagit reda på att det finns hemokromatos i släkten. Frans mår ju bra, men vill veta hur man märker om man har hemokromatos.

3.3.2 Vad svarar du Frans? Felaktiga svar ger avdrag. (1 p)

0,0

0,5

1,0

3.3.3 Med vilka vanliga laborietest undersöker du om Frans har hemokromatos? (1 p)

0,0

0,5

1,0

Frans, 60 år, söker dig på vårdcentralen för en hälsokontroll. Han mår bra, är frisk sedan tidigare och tar inga mediciner. Frans tycker att det är rimligt med en "besiktning" vid hans ålder och vill att du kontrollerar om han är frisk.

Frans är gift, och paret har två vuxna barn. Han äger och driver ett konditori i staden. Företagandet tar mycket tid och som fritidsintressen nämner han underhåll av sekelskiftesvillan och bridge med vännerna. Frans är överviktig men säger att det ska märkas på en konditor att han tycker om bakverk. Motion blir det i form av den dagliga promenaden på två km till jobbet. Frans rökte i sin ungdom, men slutade för 30 år sedan. Alkohol blir det bara på helgen och då i form av något enstaka glas vin. Ingen känd ärftlighet för diabetes och hjärtkärlsjukdom. Du remitterar Frans till hjärtultraljud med tanke på blåsljudet. Hans födelsemärke lämnas utan åtgärd, då det är ett typiskt seborrhiskt nevus. Ett par dagar senare får du svar på proverna du beställde med anledning av hälsokontrollen.

Du ringer som avtalat upp Frans för att meddela proverna. Frans är särskilt intresserad av om han har diabetes eller inte med tanke på övervikten. Frans har fasteplasmaglukos 6,3 mmol/L.

Proverna visar att ferritin är 730 ug/L och järnmättnaden 65% så Frans tycks faktiskt ha hemokromatos. Frans Hb är 147 g/L. Du kompletterar med en genetisk kartläggning som visar att Frans är homozygot för mutationen C282Y i HFE genen. Du berättar att hemokromatos är en autosomt recessivt ärftlig sjukdom och rekommenderar att Frans uppmanar sina barn att screena sig. Frans undrar om det finns risk att hans syskon också drabbas av hemokromatos.

3.4.1 Förklara vad autosomt recessiv ärftlighet innebär och ange hur stor risken är för att hans syskon skall drabbas av hemokromatos. (2 p)

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0

3.4.2 Varför ansamlas järn vid hemokromatos? (1 p)

0,0
0,5
1,0

3.4.3 Hur behandlar du Frans hemokromatos? (1 p)

0,0
0,5
1,0

3.4.4 Hur följer du upp Frans i övrigt med tanke på eventuella komplikationer till hemokromatos? (1 p)

0,0
0,5
1,0

Del B

Anna, 11 år, söker med sin mamma på vårdcentralen för feber och hosta. Nu på morgonen hade Anna temp 38,1.

3.5.1 Hur vill du komplettera anamnesen? Motivera!

(2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Anna ,11 år, söker med sin mamma på vårdcentralen för feber och hosta. Nu på morgonen hade Anna temp 38,1.

Hela Annas familj är eller har nyss varit sjuka med hosta och feber. Enstaka klasskamrater är sjuka också. Anna blev sjuk för 11 dagar sedan och har snarast försämrats sista dagarna. Frånsett feber och hosta hade hon lite ont i halsen till en början. Anna är lungfrisk sedan tidigare.

3.6.1 Vad letar du efter i status? Motivera!

(2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

3.6.2 Vilka test/prover tar du på vårdcentralen? Välj två. Motivera!

(1 p)

0,0

0,5

1,0

Anna, 11 år, söker med sin mamma på vårdcentralen för feber och hosta. Nu på morgonen hade Anna temp 38,1. Hela Annas familj är eller har nyss varit sjuka med hosta och feber. Enstaka klasskamrater är sjuka också. Anna blev sjuk för 11 dagar sedan och har snarast försämrats sista dagarna. Frånsett feber och hosta har hon haft lite ont i halsen till en början. Anna är lungfrisk sedan tidigare.

Anna ser lite blek och trött ut och du noterar att hennes andningsfrekvens är 36 andetag per minut. CRP är 56 och pulsoximetri visar en syrgasspänning på 89%. Anna låter måttligt obstruktiv över båda lungfälten.

3.7.1 Vilken diagnos misstänker du i första hand? Motivera! (1 p)

0,0
0,5
1,0

3.7.2 Hur handlägger du vidare? Motivera! (2 p)

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0

FALL 4

**Lägg även detta ark på golvet -
det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.**

Det är vår och du är i slutet av din AT-tjänstplacering på ett mellanstort länsdelssjukhus och har jour på akuten. På det här sjukhuset finns ett system där man går som ensam kirurgjour men har en bakjour i hemmet med 20 minuters inställelsetid. Det finns en erfaren ST-läkare som står upptagen på operationsavdelningen. Kl 21.05 kommer sköterskan och berättar att en ambulans har åkt iväg för att hämta en man som ramlat ner från en byggställning.

Du får snart mer information via ambulansradion där de berättar att det är en medelålders man som fallit ganska illa från en ca 5m hög byggställning. Patienten har en del sår men ingen större blödning och är cirkulatoriskt stabil och vaken men har enligt sina arbetskompisar varit avsvimmad en kort stund. Han har mycket ont och ambulanspersonalen vill ha en ordination på smärtstillande.

4.1.1 Vad ordinerar du? Motivera.

(1 p)

0,0

0,5

1,0

Du får veta efter 7 min att 5 mg morfin i.v haft god effekt och att patienten känns mycket lugnare. När de strax anländer efter en kort resväg står du beredd på akutrummet och tar emot den muntliga rapporten från ambulanspersonalen. Det här är vad de berättar:

Mannen heter Fredrik Olsson och är född 1965 (46 år). Gift byggnadsarbetare med 2 barn. Tidigare tablettbehandlad hypertoni som har varit svårinställd. Han har haft en knäskada i ungdomen, är appendectomerad samt har en pollen- och pälsdjursallergi. Slutat att röka för ca 2 år sedan. Dricker ibland på helgerna och snusar. Medicinerar med antihistamin, Alvedon, NSAID och blodtrycksmediciner. Förutom ordentliga skrapmärken ser vänster handled lite svullen och misstänkt felställd ut. 5 mg morfin är allt han fått av ambulanspersonalen, som även kopplat dropp och syrgas på mask under transporten. När ambulanspersonalen lämnat sin rapport och lämnat salen, börjar du din undersökning.

4.2.1 Redogör för hur du metodiskt undersöker ovanstående traumapatient. Vid det här laget har även en oerfaren narkosläkare anslutit tillsammans med en narkosköterska. Patienten får nålar, kopplas till EKG och får syrgas. Traumarutinprover tas. (2 p)

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0

Du pratar med patienten som svarar kort men adekvat på dina frågor (masken och halskragen verkar irritera) (Airway-A). Du auskulterar lungorna, räknar andningsfrekvens och hör andningsljud bilateralt, skrapmärken t v på thx (Breathing-B). Hjärtat slår regelbundet och patientens EKG ser normalt ut. Pulsar i ljumskar, popliteae samt a.dorsalis pedis på fottryggarna palperas normala (Circulation-C). Efter att ha bekräftat misstänkt radiusfraktur på vä sida och säkerställt goda radialisartärpulsar bilateralt ordinerar du en elastisk linda som stöd. När du palperar över thorax på vä sida har patienten trots 5 mg morfin distinkt ont lågt lateralt över costae. Efter att du palperat bäckenet, som förefaller stabilt undersöker du buken. Inspektion u.a. Auskultation svårt då patienten andas och har svårt att ligga tyst och stilla men du tycker att du uppfattar en del normala tarmljud. Vid palpation av bukens kvadranter spänner patienten emot och det börjar bli svårt att värdera bukpalpationen, den känns dock lite hård och spänd. Grov kraft och nervstatus u.a. (Disability-D). Du skall just påbörja en stockvändning (engelska; log-roll) (Exposure-E), då narkosläkaren säger att saturationen sjunker.

4.3.1 Vad gör du i den här situationen?

(2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du kontrollerar att saturationsmätaren är på plats och kontrollerar att luftvägarna fortfarande är fria, dvs kontrollerar åter A, B (C).

Röntgenpersonal har väntat på att få ta sina traumabilder (slätröntgen thorax, bäcken) men patienten börjar vid det här laget bli blå i ansiktet och narkos vill att du gör något (bakjouren är sökt men har minst 10 min resväg kvar). Du hör sämre andningsljud på vä sida.

4.4.1 Vad kan detta tillstånd bero på? Vad i din tidigare undersökning styrker misstanken? (1 p)

0,0

0,5

1,0

Patienten har costafrakturet på vänster sida, som tillsammans med anamnesen styrker tanken kring kraftigt våld med påföljande ventilpneumothorax. En första åtgärd kan vara att punktera pleura med en grov kanyl, men ett thoraxdrän måste sättas.

4.5.1 Var placerar du ett thoraxdrän? Redogör för hur man går tillväga och redogör även för de anatomiska förutsättningarna att beakta vid thoraxdränageplacering. (2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du får en bedövningsspruta som du snabbt bedövar huden med över intercostalrum 5 i mittaxillarlinjen på vä sida. Du gör ett snitt med skalpellen i huden och debriderar med en kraftig peang mellan revbenets överkant för att ej skada intercostalnerv och kärl som löper i ovanliggande revbens underkant (du övervägde kort att använda troacharen i thoraxdränsetet men du har lärt dig denna metod). Sedan känner du med fingret mellan revbenen, det tömmer sig genast luft och du för in det grova dränet med hjälp av peangen och sedan sätter du en förankringssutur i hudkanten för att hålla dränet på plats. Narkospersonalen är nöjd, patienten har åter fin färg och bra saturation.

4.6.1 Vad gör du härnäst? Motivera.

(1 p)

0,0

0,5

1,0

Ni gör en stockvändning, men hittar inget annat än ett hematom i vä flank. Patienten har god sfinktertonus och kotpelaren är symmetrisk och oöm vid palpation av spinalutskotten.

Du har nu undersökt patienten och räddat honom från en ventilpneumothorax genom ditt thoraxdrän.

Patienten är stabil cirkulatoriskt och andningsmässigt och bakjouren, som nu anlant tycker att du har skött det hela mycket fint och bedömer att han kan gå till sitt rum och låta dig fortsätta sköta patienten.

Du har nu fått svar på snabb-Hb som är 112.

4.7.1 Vad gör du härnäst? Motivera.

(1 p)

0,0

0,5

1,0

Du gör en trauma-CT, som inte visar tecken på intrakraniell blödning eller fraktur. Svullnad i ethmoidalsinus. Halsryggen u.a. Multipla revbensfrakturer på vä sida. Ett hematom kring mjälten (grad 1). En cm-stor förändring i hö binjure av oklar genes och ett misstänkt smalt subkapsulärt hematom kring levern. Man ser gas i tunn-tjocktarm och rektum. Inga frakturer i bäckenet. Komplettering med slät-rtg visar en odislocerad radiusfraktur på vä sida. Gott läge på thorax-dränet med minimal spalt kvarvarande pneumothorax.

4.8.1 Var på sjukhuset bör denna patient helst ligga efter röntgen? Motivera. Vad gör du med halskragen? (2 p)

0,0
0,5
1,0
1,5
2,0

Patienten övervakas på IVA. Du plockar av halskragen efter att ha dubbelkontrollerat med röntgenläkaren att halsryggraden är friad. För säkerhets skull har du även palperat över spinalutskotten innan patienten försiktigt rör i nacken. Patienten känner sig lättad över att ha blivit av med halskragen men börjar åter få ont i bröstkorgen och där dränet irriterar.

4.9.1 Vad ordinerar du? Han frågar hur länge det kommer att göra ont efter revbensfrakturerna, vad svarar du? (2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

Du svarar att revbensfrakturer brukar göra mest ont under de första 5-6 dagarna och att de brukar läka på 4-6 veckor.

5 mg morfin har tappat sin effekt. Du ordinerar bassmärtlindring med paracetamol och opiat som tillägg. Du diskuterar även möjligheter kring snar intercostalblockad tillsammans med narkosläkaren, men just nu fungerar bassmärtlindringen bra. Ortopederna har sagt sig vara skeptiska till NSAID vid revbensfrakturer men du minns från andra patienter att NSAID har god effekt på smärta som tilläggsbehandling.

Ortopedjouren hjälper dig med en gipsskena för radiusfrakturen.

Proverna har nu anlänt och ser ut som följer;

Hb 109

S-Alb 40

S-Calcium, total 2,40

B-EVF 0,37

B-TPK 242

S-K 3,0

S-Na 138

4.10.1 Vad ordinerar du för kontroller resten av natten? Motivera.

(2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du ordinerar BT och pulsavläsningar regelbundet samt Hb kontroller x3 för att kunna uppmärksamma eventuell pågående blödning.

Nästa dag mår patienten riktigt bra efter omständigheterna, men blodtrycket ligger högt (140/105). IVA-ansvarig läkare är nöjd och tycker att patienten gott kan ligga på en vårdavdelning och behandlas konservativt (utan bukoperation) efter diskussion med kirurgen. Du är lite orolig, då CT visat ett hematom kring mjälten och levern och tittar därför lite extra noggrant på morgonens prover;

Hb 115

S-Alb 42

S-Calcium. Total 2,42

B-EVF 0,39

B-TPK 321

S-K 2,7

S-Na 140

4.11.1 Med de uppgifter du nu har från anamnes, undersökningsfynd och lab-prover, finns det något du misstänker som skulle förklara patientens hypokalemi och som även ger hypertoni?

(1 p)

0,0

0,5

1,0

Primär hyperaldosteronism (Conns sjukdom) med liten binjuretumör på CT, hypokalemi samt svårbehandlad hypertoni.

4.12.1 Man brukar använda ett speciellt sorts läkemedel vid detta tillstånd. Vilket är läkemedlet och vilken mekanism vill man påverka?

(1 p)

0,0

0,5

1,0

Spironolakton som har en kaliumsparande och blodtryckssänkande effekt. Ett annat vanligt sätt är att även tillföra kalium med t ex. Kaleorid.

Patienten tillfrisknar successivt och kan skrivas ut till hemmet efter 7 dagar med endast Alvedon som smärtlindring.

Då du känner dig osäker vad gäller utredning av en eventuell hyperaldosteronism väljer du att remittera patienten till endokrinologerna på medicinkliniken för utredning. En ny binjureriktad CT-undersökning visar en 10 mm stor välavgränsad och homogen rundad förändring i hö binjue som mäter 10 Hounsfield units och har 67% Wash Out, dvs benigna karakteristika. Vänster binjue är lite oregelbunden i formen, varför en venkatetrisering utförs för att utesluta bilateral hyperplasi. En venkatetrisering utförs och visar tydligt övervikt för aldosteronöverproduktion på höger sida.

När du träffar patienten på ett återbesök har du även fått svar på din remiss till endokrinologerna och du känner dig stolt över att både ha räddat patientens liv i det akuta skedet samt hittat en förklaring på hans hypertoni. Patienten berättar att medicindoktorn erbjudit honom en remiss till kirurgen för diskussion avseende kirurgi och han frågar nu dig hur en sådan operation går till.

4.13.1 Vad svarar du? Patienten vill veta hur länge det ungefär kan dröja innan han får börja gräva och plantera i sin trädgård, men också när han kan återvända till sitt arbete.

(2 p)

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

INGEN FRÅGA PÅ DENNA SIDA

Den vanligaste operationsmetoden är i dag laparoskopisk adrenalectomi. Patienterna går oftast hem dagen efter med några ”plåsterlappar” på buken och kan göra vad de själv orkar, dvs lättare trädgårdsarbete bör kunna utföras närmaste dagarna om det inte vore för hans radius- och revbensfraktur som brukar läka på 3-4 veckor. Patienter opererade för Conns sjukdom är oftast helt återställda efter 2 veckor. Kaliumsparande diuretika sätts ut i samband med operationen och blodtrycket följs för att se om patienten kan bli helt medicinfri, vilket ofta är fallet om man inte haft en långvarig hypertoni.