

Examination efter läkares allmäntjänstgöring - Skriftligt prov

den 24 augusti 2012
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 basinformation.

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, svårläslig etc, meddela skrivvakten!

Fall 1	20 poäng	22 delfrågor	sidor	1 - 13
Fall 2	20 poäng	13 delfrågor	sidor	14 - 21
Fall 3	20 poäng	12 delfrågor	sidor	22 - 28
Fall 4	20 poäng	10 delfrågor	sidor	29 - 33

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.

Vera är 70 år och änka. Ikväll är hon på besök hos en väninna. De har ätit en delikat supé bestående av lax och smörsås. En halvtimme efter avslutad måltid reser sig Vera upp, håller händerna för magen, stapplar ut till toaletten och kräks, kryper sedan utmattad ihop på golvet där väninnan finner henne i en pöl av lös avföring. Eftersom hon själv inte fått samma besvär, tänker hon lättad att matförgiftning är det i alla fall inte. Hon ringer efter ambulans, skyndar sig att tvätta av Vera och ersätter hennes nersölade kläder med sin egen morgonrock och rena trosor. Vera ska inte behöva bli generad när hon kommer till lasarettet.

Det är din sista månad som AT-läkare på ett medelstort sjukhus. Du tjänstgör på kirurgkliniken och är placerad på akutavdelningen när Vera med väninna anländer. Det är ditt ansvar att göra den preliminära kliniska bedömningen av Vera och initiera akuta åtgärder. Att kalla på din bakjour i nuläget är ingen bra idé med hänsyn tagen till aktiviteterna på operationsavdelningen. Vid din sida har du en stabil och erfaren sjuksköterska.

Vera är fortfarande utmattad. Hon är också svårt smärtpåverkad och orkar inte svara på några frågor. Den chockade väninnan tror sig veta att Vera haft något ”problem med hjärtat” och hon har märkt att Vera blivit allt magrare sista tiden. Du inser att fullständig anamnes och status får vänta.

1:1:1 Du måste göra en snabb undersökning av Vera. Vad inriktar du dig på och varför? (1p)

0
0,5
1

1:1:2 Vilka uppgifter ger du sköterskan? (1p)

0
0,5
1

Vera ligger stilla på britsen och gråter av smärta. Hon är afebril och lite blek. Hudkostymen är alldeles för stor för den magra kroppen och ligger i torra veck. Hon har dålig kapillär återfyllnad. Inga matrester i munhålan. Egna tänder som förefaller hela. Andningen är något snabb, 24 andetag per minut, men andningsljuden är rena och hon saturerar sig väl; 95% av egen kraft och 100% med 3 liter syrgas. Hjärtfrekvensen är snabb och oregelbunden, omkring 95-100 slag per minut. Tonerna utan biljud. Blodtryck 120/60. Inga perifera ödem. Buken är sammanfallen och tarmljuden livliga. Du hör ett diskret blåsljud centralt i buken, som är mjuk utan patologiska resistenser. Den intensiva smärtan påverkas inte nämnvärt av palpationen. Inget blod på handsken vid rectalundersökning. Sköterskan har tagit blodprov. Hon har också satt två grova intravenösa nålar, och du har ordinerat 1 liter Ringer-Acetat i den ena och 1 liter 0.9% NaCl i den andra att gå in på cirka 4 timmar. KAD är satt för att följa urinproduktionen och grov V-sond för att avlasta magtarmkanalen och förhindra aspiration då Vera fortfarande mår illa. EKG visar förmaksflimmer och tecken på myocardischemi. Du är bekymrad över Veras svåra smärtor, som inte står i proportion till hennes bukstatus.

1:2:1 Varför är det viktigt att smärtstilla Vera nu, utan fullständig anamnes eller diagnos? (1p)

0
0,5
1

1:2:2 Hur smärtstillar du Vera? (1p)

0
0,5
1

1:2:3 Vilka laboratorieanalyser är indicerade i nuläget? (1p)

0
0,5
1

Smärtstillning redan i denna tidiga fas är inte bara en humanitär åtgärd utan också motiverad av att svår smärta utsätter hjärta och blodkärl för stress som i värsta fall kan leda till eller förvärra en myocardiemi, vilket Vera visat tecken på. Det kommer inte att påverka din fortsatta handläggning negativt. Du ordinerar små doser ren opioid i.v. i form av morfin 2.5 till 5 mg åt gången tills Vera är smärtstillad. Först efter 25 mg har smärtorna släppt och Vera somnar. Svar på de akuta blodproverna har nu anlänt: Hb 150g/l (117-153 g/l), CRP 12 mg/l (<3,0 mg/l), LPK $30 \times 10^9/l$ (3,5–8,8 $\times 10^9/l$). Kalium, kreatinin och leverstatus, inklusive PK och APT-tid, är utan anmärkning. Natrium ligger strax under och amylas strax över de normala gränsvärdena. Troponin är lätt stegrad. P-albumin 22 g/l (36-45 g/l).

1:3:1 Hur tolkar du provsvaren? (1,5p)

0
0,5
1
1,5

1:3:2 Vad gör du nu med Vera och vilka ytterligare provtagningar ordinerar du? (1,5p)

0
0,5
1
1,5

Veras höga Hb tyder på intorkning. Att kreatininkoncentrationen ändå är normal kan bero på hennes lilla muskelmassa. Natriumvärdet är sannolikt orsakat av att Vera kräcks. CRP behöver omkring 12 timmar för att stiga och ett normalvärde säger därför inte så mycket i nuläget. Graden av leukocytos är ovanlig vid akuta bukåkommor och du ser ännu inte någon uppenbar förklaring till denna. Amylasstegringen kan tyda på pankreatit, men den är inte högre än att det kan röra sig om en ospecifik förhöjning.

Troponinstegringen är förenlig med EKG-tecknen på myocardischemi. Det låga albuminvärdet tyder på dåligt nutritionsstatus, något som passar med dina fynd vid kroppundersökningen och den medföljande väninnans anmärkning att Vera magrat sista tiden.

Du har lagt in Vera på akutvårdsavdelningen under övervakning och ordinerat odlingar på blod, urin och avföring. Du tar nytt EKG och kontrollerar om LPK och troponin.

Vera har piggnat till efter behandlingen med vätska och morfin. De svåra smärtorna har inte återkommit, men ersatts av en molande ömhet i buken. Från V-sonden har det bara kommit lite mörkfärgad vätska.

Hon har fått feber på 38.5° C och LPK har stigit till 34 x 10⁹/l. EKG visar fortfarande förmaksflimmer, men tidigare tecken på myocardischemi har försvunnit.

1:4:1 Vad ordinerar du nu? Motivera. (1p)

0
0,5
1

1:4:2 När nu Vera kan svara på frågor – vilka anamnestiska uppgifter är av värde? (1,5p)

0
0,5
1
1,5

På grund av leukocytos och feber i förening med buksmärter ordinerar du antibiotika i.v. (t.ex. Tazocin 4 gram x 3) efter det att adekvata odlingar är tagna. Vera får också lågmolekylärt heparin i terapeutisk dos på grund av sitt förmaksflimmer. Du väljer Klexane 1 mg/kg kroppsvikt s.c. Vera har själv dragit ut sin V-sond som skavde i halsen. Hon mår inte illa längre. Buken är fortfarande sammanfallen. Du kan inte längre höra några tarmljud.

Vera berättar att hon haft en hjärtinfarkt för 3 år sedan och en propp i benet strax efteråt. Hon behandlades med Waran i ett halvår, men slutade med det på grund av blödande magsår. Sista året har hjärtat slagit oregelbundet, särskilt när hon varit stressad. Hon förnekar bröstsmärter. Av sin husläkare har hon fått utskrivet Trombyl 75 mg x 1, Omeprazol 20 mg x 1 och Atenolol 50 mg x 1. Vera har rökt i många år ”men aldrig mer än ett halvt paket cigaretter om dagen”. Hon är mycket förtjust i mat, men sista månaderna har hon ätit mindre och mindre på grund av magsmärter som kommer inom någon timme efter måltid (”värst är fet mat, men väninnans smörsås gick bara inte att motstå”). Ibland är smärtorna förenade med illamående och diarré ”med slamsor i”. Smärtorna beskriver Vera som intensiva i hela magen, som ”ett ilsket magknip som plötsligt försvinner efter en kvart eller så”. Du får inga belägg för att smärtan strålat ut åt något visst håll.

1:5:1 Vad är den vedertagna benämningen på den typ av smärter Vera beskriver? (0,5p)

0
0,5

1:5:2 Vad kan vara en allvarlig förklaring till att Veras illamående har upphört? (1p)

0
0,5
1

Vera har ”tarmangina” (angina abdominalis), som karaktäriseras av återkommande smärtor efter födointag. Att hennes illamående upphört beror på tarmparalys.

1:6:1 Vad är orsaken till ”tarmangina” och vad kan detta leda till? (1p)

0
0,5
1

1:6:2 Hur förklarar du smärtorna vid ”tarmangina”? (0,5p)

0
0,5

1:6:3 Hur hänger Veras ”tarmangina” ihop med hennes diarréer? (0,5p)

0
0,5

Vera har atheroscleros med kärlförträngning i tunntarmsmesenteriet. Blodflödet till tarmen har varit tillräckligt vid fasta, men det ökade behovet av blodtillförsel efter födointag har hennes kärl inte klarat av. Tarmen har då utsatts för ischemi. Denna har hittills varit reversibel, men lett till slemhinnenekroser som förklarar Veras diarréer ”med slamsor i”.

Vera verkar nu må bättre rent kliniskt. Hon är rehydrerad, smärtstillad och cirkulatoriskt stabil. Du är emellertid bekymrad över hennes feber och hennes tysta buk utan peritonitstatus. Du misstänker att Vera håller på att utveckla en permanent tarmischemi med gangrän. Hennes uttalade leukocytos passar in i bilden.

1:7:1 Det finns två andra blodanalyser som kan stärka din diagnos. Vilka? (1p)

0
0,5
1

1:7:2 Vad kan ha akutiserat Veras symptom? (1p)

0
0,5
1

Veras dramatiska insjuknande bedömer du bero antingen på trombotisering av eller embolisering till arteria mesenterica superior. Förutom den redan påvisade kraftiga leukocytosen skulle höga värden av D-dimer och laktat i blodprov stärka din misstanke på permanent tarmischemi. Du har utlovats provsvar inom ett par timmar, men Vera behöver sannolikt behandlas snabbare än så. Du kontakter röntgenjouren. Du berättar om dina misstankar och Vera tas om hand på röntgenavdelningen en halvtimme senare.

1:8:1 Vilken röntgenundersökning har du beställt? (0,5p)

0

0,5

Du har beställt CT buk med intravenös kontrast (CT-angio).

1:9:1 Vilken är din riktade frågeställning? (0,5p)

0

0,5

Din frågeställning är ”occlusion av arteria mesenterica superior?” Du vill följa med Vera till röntgenavdelningen och få fatt på din bakjour.

Röntgenundersökningen visar upphävd kontrastfyllnad av arteria mesenterica superior, nedsatt cirkulation i tunntarmen som delvis är väggförtjockad med enstaka vätskefyllda slingor.

Provsvaren på D-dimer och laktat har nu anlänt. D-dimer är skyhögt medan laktatvärdet är mera måttligt förhöjt, precis som du förväntat dig, och det beslutas om omedelbar explorativ laparotomi.

1:10:1 Man hade eventuellt kunnat tänka sig en annan typ av kurativt syftande åtgärd. Vilken? (1p)

0
0,5
1

Endovaskulär stentning av arteria mesenterica superior kan ibland leda till fullt funktionell revaskularisering.

1:11:1 Vad hade man med denna alternativa åtgärd kunnat vinna/förlora? (1p)

0
0,5
1

Endovaskulär stentning är en minimalinvasiv metod som är mindre påfrestande för patienten än öppen kirurgi. Nackdelen är emellertid att man inte kan bedöma tarmens viabilitet och eventuellt manifesta gangrän, och standardingreppet vid tarmischemi är som i Veras fall öppen kirurgi. Vid operationen fann man ett blåsvart devitaliserat tarmavsnitt i ileum och frånvaro av pulsationer i arteria mesenterica superior. 90 cm tunntarm måste avlägsnas. Det konstaterades att kvarvarande tarm var viabel och tillät anastomos end-to-end.

1:12:1 Vilket område av tarmen försörjs av arteria mesenterica superior? (0,5p)

0
0,5

1:12:2 Hur förklarar du att bara en mindre del av tunntarmen var devitaliserad? (0,5p)

0
0,5

EPILOG

Arteria mesenterica superior försörjer hela tarmpaketet från och med distala duodenum till och med de proximala 2/3 av colon transversum. Vera har under sin gradvis tilltagande atherosclerotiska förträngning av arteria mesenterica superior hunnit utveckla kollateralcirkulation som varit tillräcklig för att hålla det mesta av tarmen viabel.

Efterförloppet var komplikationsfritt och Vera kunde lämna sjukhuset efter 10 dagar insatt på livslång behandling med Waran. Idag, 3 år senare, mår hon utmärkt och njuter av maten. Och hon har slutat röka.

FALL 2

Lägg även detta ark på golvet -

det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.

Du tjänstgör som medicinjour på akutmottagningen. Du blir kallad till akutrummet där Elsa 57 år, precis anlant med ambulans. Hon är tungandad, kallsvettig och blek. Eftersom hon är så pass andfådd, tar du endast en mycket kort anamnes. Hon har blivit alltmer tungandad de senaste månaderna men framför allt de senaste dagarna. När det är som värst har hon känt ett tryck över bröstet. Andfåddheten förvärras när hon anstränger sig, men hon kan även vakna på natten och känna det tungt med andningen. Även besvärats av episoder med hjärklappning. Några mediciner tar hon inte. Röker sedan 16 års ålder. Temp 37,8. Saturation 85%. Andningsfrekvens 22/min. Puls 102. Blodtryck 100/60 mmHg. Hon är ensam på tillfälligt besök i stan, så några journalhandlingar har du inte att tillgå.

2:1:1 Vilka 5 mest sannolika diagnoser tänker du på? (2p)

0
0,5
1
1,5
2

2:1:2 Vilka relevanta akuta prover begär du och vilka undersökningar gör du på akutrummet? Varför? (2p)

0
0,5
1
1,5
2

Du tjänstgör som medicinjour på akutmottagningen. Du blir kallad till akutrummet där Elsa 57 år, precis anlänt med ambulans. Hon är tungandad, kallsvettig och blek. Eftersom hon är så pass andfådd, tar du endast en mycket kort anamnes. Hon har blivit alltmer tungandad de senaste månaderna men framför allt de senaste dagarna. När det är som värst har hon känt ett tryck över bröstet. Andfåddheten förvärras när hon anstränger sig, men hon kan även vakna på natten och känna det tungt med andningen. Även besvärats av episoder med hjärtklappning. Några mediciner tar hon inte. Röker sedan 16 års ålder. Temp 37,8. Saturation 85%. Andningsfrekvens 22/min. Puls 102. Blodtryck 100/60 mmHg. Hon är ensam på tillfälligt besök i stan, så några journalhandlingar har du inte att tillgå.

De mest sannolika diagnoser du tänker på är lungemboli, exacerbation av KOL, hjärtsvikt, kardiell ischemi, alternativt pneumoni. Du får snabbt ett Hb som är 120 g/L, D-dimer <0,2, CRP 48, Troponin T 30 (ref <15). Blodgas visar BE 4, pH 7.3 (7,35–7,45), laktat 2.6 (0,5-2,2 mmol/L), pCO₂ 6.2 (4,6–6,0 kPa), pO₂ 6.5 (8,0–13,0 kPa) och saturation 85%. På lungorna hör du rassel basalt bilateralt samt ronki och klart förlängt expirium. Hjärtat auskulteras med ett måttligt systoliskt blåsljud I:2 sin.

2:2:1 Hur tolkar du auskultationsfyndet på hjärtat? (0,5p)

0
0,5

2:2:2 Hur tolkar du blodgasen? (1p)

0
0,5
1

Elsa 57 år, precis anlänt med ambulans till akuten. Hon är tungandad, kallsvettig och blek. Hon har blivit alltmer tungandad de senaste månaderna men framför allt de senaste dagarna. När det är som värst har hon känt ett tryck över bröstet. Andfåddheten förvärras när hon anstränger sig, men hon kan även vakna på natten och känna det tungt med andningen. Även besvärats av episoder med hjärklappning. Några mediciner tar hon inte. Röker sedan 16 års ålder. Temp 37,8. Saturation 85%. Andningsfrekvens 22/min. BT 100/60 mmHg. Puls 102. Hon är ensam på tillfälligt besök i stan, så några journalhandlingar har du inte att tillgå.

De mest sannolika diagnoser du tänker på är lungemboli, exacerbation av KOL, hjärtsvikt, kardiell ischemi, alternativt pneumoni. Du får snabbt ett Hb som är 120 g/L, D-dimer <0,2, CRP 48, Troponin T 30 (ref <15). Blodgas visar BE 4, pH 7.3 (7,35–7,45), laktat 2,6 (0,5–2,2 mmol/L), pCO₂ 6.2 (4,6–6,0 kPa), pO₂ 6.5 (8,0–13,0 kPa) och saturation 85%. På lungorna hör du rassel basalt bilateralt samt ronki och klart förlängt expirium. Hjärtat auskulteras med ett måttligt systoliskt blåsljud I:2 sin.

EKG visar ett förmaksflimmer med frekvens 105 utan tecken på ischemi. Blåsljudet på hjärtat bedömer du som ett sannolikt pulmonalisvitie eftersom PM är beläget I:2 sin.

Blodgasen visar sänkt pO₂ som vid respiratorisk insufficiens vid pneumoni, lungfibros eller lungödem. Acidosis med pH 7,3. Således respiratorisk acidosis med metabol kompensation. Laktat är lätt förhöjt.

2:3:1 Vilken är nu din arbetsdiagnos och vilken differential diagnos har du fortfarande i åtanke? (1p)

0
0,5
1

Elsa 57 år, kommer in akut. Hon är tungandad, kallsvettig och blek. Hon har blivit alltmer tungandad de senaste månaderna men framför allt de senaste dagarna. När det är som värst har hon känt ett tryck över bröstet. Andfåddheten förvärras när hon anstränger sig, men hon kan även vakna på natten och känna det tungt med andningen. Även besvärats av episoder med hjärtklappning. Några mediciner tar hon inte. Röker sedan 16 års ålder. Temp 37,8. Saturation 85%. Andningsfrekvens 22/min. BT 100/60 mmHg. Puls 102. Hon är ensam på tillfälligt besök i stan, så några journalhandlingar har du inte att tillgå. De mest sannolika diagnoser du tänker på är lungemboli, exacerbation av KOL, hjärtsvikt, kardiell ischemi alternativt pneumoni. Du får snabbt ett Hb som är 120 g/L, D-dimer <0,2, CRP 48, Troponin T 30 (ref <15). Blodgas visar BE 4, pH 7,3 (7,35–7,45), laktat 2,6 (0,5–2,2 mmol/L), pCO₂ 6,2 (4,6–6,0 kPa), pO₂ 6,5 (8,0–13,0 kPa) och saturation 85%. På lungorna hör du rassel basalt bilateralt samt ronki och klart förlängt expirium. Hjärtat auskulteras med ett måttligt systoliskt blåsljud med PM I:2 sin motsvarande ett pulmonalisvitie. EKG visar ett förmaksflimmer med frekvens 105 utan tecken på ischemi. Blodgasen visar sänkt pO₂ som vid respiratorisk insufficiens vid pneumoni, lungfibros eller lungödem. Acidosis med pH 7,3. Således respiratorisk acidosis med metabol kompensation. Laktat är lätt förhöjt.

Din arbetsdiagnos blir nu exacerbation av KOL, men diff diagnosen pneumoni med begynnande sepsis kan du inte helt släppa.

2:4:1 Hur behandlar du nu patienten på akutrummet? (2p)

0
0,5
1
1,5
2

2:4:2 Patienten mår nu lite bättre efter behandling. Saturation 90%. Vill du komplettera med någon undersökning och/eller prov innan du lägger in patienten på avdelning? Varför? (1p)

0
0,5
1

Elsa 57 år, kommer in akut. Hon är tungandad, kallsvettig och blek. Hon har blivit alltmer tungandad de senaste månaderna men framför allt de senaste dagarna. När det är som värst har hon känt ett tryck över bröstet. Andfåddheten förvärras när hon anstränger sig, men hon kan även vakna på natten och känna det tungt med andningen. Även besvärats av episoder med hjärtklappning. Några mediciner tar hon inte. Röker sedan 16 års ålder. Temp 37,8. Saturation 85%. Andningsfrekvens 22/min. BT 100/60 mmHg. Puls 102. Hon är ensam på tillfälligt besök i stan, så några journalhandlingar har du inte att tillgå. De mest sannolika diagnoser du tänker på är lungemboli, exacerbation av KOL, hjärtsvikt, kardiell ischemi, alternativt pneumoni. Du får snabbt ett Hb som är 120 g/L, D-dimer <0,2, CRP 48, Troponin T 30 (ref <15). Blodgas visar BE 4, pH 7,3 (7,35–7,45), laktat 2,6 (0,5–2,2 mmol/L), pCO₂ 6,2 (4,6–6,0 kPa), pO₂ 6,5 (8,0–13,0 kPa) och saturation 85%. På lungorna hör du rassel basalt bilateralt samt ronki och klart förlängt expirium. Hjärtat auskulteras med ett måttligt systoliskt blåsljud med PM I:2 sin, motsvarande ett pulmonalisvitie. EKG visar ett förmaksflimmer med frekvens 105 utan tecken på ischemi. Blodgasen visar sänkt pO₂ som vid respiratorisk insufficiens som vid pneumoni, lungfibros eller lungödem. Acidosis med pH 7,3. Således respiratorisk acidosis med metabol kompensation. Laktat är lätt förhöjt. Din arbetsdiagnos blir nu exacerbation av KOL men diff diagnosen pneumoni med begynnande sepsis kan du inte helt släppa.

Patienten får på akutrummet behandling med syrgas, inhalation med B2-stimulerare och antikolinergikum, adrenalin 0,2–0,5 mg iv, diuretika iv, kortison, morfin och ev antiemetika. CPAP. Teofyllamin valde du bort, eftersom du vet att detta är kontraindicerat i akutskedet pga arytmirisk och risk för illamående. Inga gynnsamma effekter är ju noterade med Teofyllamin. Du tar en ny blodgas för att kontrollera att hon inte retinerar koldioxid, vilket hon inte gör, efter behandlingen med syrgas och CPAP. Patienten mår efter en stund lite bättre och läggs nu in på vårdavdelning. Dessförinnan låter du patienten genomgå lungröntgen, som inte påvisar infiltrat men lätt stas.

2:5:1 Förklara mekanismen med CPAP behandling samt risker för komplikationer. Indikation och kontraindikationer för behandling med CPAP? (3p)

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

2:5:2 Vilken/vilka undersökningar anser du vara mest indicerade härnäst? (1,5p)

0
0,5
1
1,5

Elsa 57 år, kommer in akut. Hon har blivit alltmer tungandad de senaste månaderna men framför allt de senaste dagarna. När det är som värst har hon känt ett tryck över bröstet. Andfåddheten förvärras när hon anstränger sig, men hon kan även vakna på natten och känna det tungt med andningen. Inga mediciner. Röker sedan 16 års ålder. Temp 37,8. BT 100/60 mmHg. Puls 102. Lungemboli, exacerbation av KOL, hjärtsvikt, kardiell ischemi, alternativt pneumoni bedömer du som möjliga diagnoser. Hb 120 g/L, D-dimer <0,2, CRP 48, Troponin T 30 (ref <15). Blodgas visar BE 4, Ph 7.3, laktat 2.6, pCO2 6.2, pO2 6.5 och saturation 85%. På lungorna hör du rassel basalt bilateralt samt ronki och klart förlängt expirium. Hjärtat auskulteras med ett måttligt systoliskt blåsljud med PM I:2 sin motsvarande ett pulmonalisvitie.

EKG visar förmaksflimmer med frekvens 105 utan tecken på ischemi. Blodgasen visar sänkt pO₂ som vid respiratorisk insufficiens vid pneumoni, lungfibros eller lungödem. Acidosis med pH 7,3. Således respiratorisk acidosis med metabol kompensation. Laktat är lätt förhöjt vilket kvarhåller misstanken på pneumoni med sepsis bild.

Din arbetsdiagnos blir nu exacerbation av KOL med diff diagnosen pneumoni. Efter behandling med syrgas, inhalation med B2-stimulerare och antikolinergikum, adrenalin 0,2-0,5 mg iv, diuretika iv, kortison, morfin, ev antiemetika och CPAP mår patienten bättre och du låter henne genomgå en lungröntgen som inte påvisar infiltrat men lätt stas. Du tar en ny blodgas för att kontrollera att hon inte retinerar koldioxid, vilket hon inte gör, efter behandlingen med syrgas och CPAP.

Patienten är nu på avdelningen och du bestämmer dig för att utreda patienten med en spirometri, ultraljud av hjärtat och ny röntgen av lungorna. Infektionsutredning påbörjas också.

2:6:1 Spirometri visar följande. Tolka vitalogrammet och ge patienten korrekt diagnos inklusive svårighetsgrad. (1p)

		Förväntat värde	Värde före Bronkdil	% av Förväntat	Värde efter Bronkdil.	% förändring
<i>Dynamisk Spirometri</i>	VC	5,5	3,9	71	4,0	3
	FEV1	4,1	2,0	49	2,3	15
	FEV1/VC	74	51		57	12

0
0,5
1

Elsa 57 år, kommer in akut. Inga mediciner. Temp 37,8. Saturation 85%. BT 100/60 mmHg. Puls 102. Lungemboli, exacerbation av KOL, hjärtsvikt, kardiell ischemi, alternativt pneumoni bedömer du som möjliga diagnoser. Hb 120 g/L, D-dimer <0,2, CRP 48, Troponin T 30 (ref <15). Blodgas visar BE 4, Ph 7.3, laktat 2.6, pCO₂ 6.2, pO₂ 6.5 och saturation 85%. På lungorna hör du rassel basalt bilateralt samt ronki och klart förlängt expirium. Hjärtat auskulteras med ett måttligt systoliskt blåsljud med PM I:2 sin, motsvarande ett pulmonalisvitie. EKG visar förmaksflimmer med frekvens 105 utan tecken på ischemi. Blodgasen visar sänkt pO₂ som vid respiratorisk insufficiens som vid pneumoni, lungfibros eller lungödem. Acidosis med pH 7,3. Således respiratorisk acidosis med metabol kompensation. Laktat är lätt förhöjt, vilket kvarhåller misstanken på pneumoni med sepsis bild. Din arbetsdiagnos blir nu exacerbation av KOL med diff diagnosen pneumoni. Efter behandling med syrgas, inhalation med B2-stimulerare och antikolinergikum, adrenalin 0,2-0,5 mg iv, diuretika iv, kortison, morfin, ev antiemetika och CPAP mår patienten bättre och du låter henne genomgå en lungröntgen som inte påvisar infiltrat men lätt stas. Du tar en ny blodgas för att kontrollera att hon inte reinerar koldioxid, vilket hon inte gör, efter behandlingen med syrgas och CPAP. På avdelningen påbörjas utredning med en spirometri, ekokardiografi och ny lungröntgen. Infektionsutredning påbörjas också.

Spirometrin visar FEV₁ är kraftigt sänkt och är mindre än 50% av förväntat vilket innebär att lungfunktionsnedsättningen ger en betydande inskränkning av patientens arbetsförmåga. FEV₁/VC (FEV%) är kraftigt sänkt vilket ger diagnosen obstruktiv lungfunktionsnedsättning, dvs KOL. Diagnosen är KOL i stadium III.

2:7:1 Vilken specifik förändring förväntar du dig att Ekokardiografi ska visa och varför? (1,5p)

0
0,5
1
1,5

2:7:2 Patienten har på avdelningen en saturation på 91%. Hur mycket syrgas ges lämpligast på avdelningen och varför? Förklara patofysiologin bakom resonemanget. (1,5p)

0
0,5
1
1,5

2:7:3 Hur långtidsbehandlar du patientens KOL icke farmakologiskt och hur behandlas KOL farmakologiskt vid de olika stadierna? (2p)

0
0,5
1
1,5
2

EPILOG

Ekokardiografin visade höger kammar påverkan (dilatation och/eller nedsatt HK EF) pga ökad resistens i lungkretsloppet samt ökat pulmonalstryck. Blåsljudet som du hörde visade sig vara pulmonalisstenos. Syrgas ges med 0,5-1,0 L/min. Om mer ges ökar risken för koldioxidretention markant. Andningsdriven slås ut eftersom hypoxin håller andningsdriven igång. När koldioxidnivåerna är kroniskt förhöjda blir andningscentrum mindre känslig för CO₂ som en stimulering av den respiratorisk driven och PaO₂ ger den primära stimulans för respiration. Behandling med extra syrgas kan potentiellt dämpa andningscentrum.

Patienten skrivs ut välmående med rekommendation och stöd för rökstopp och motion. Remiss har du skrivit till infektionskliniken vaccineringsmottagning för influensa- och pneumokockvaccinering. Medicinsk behandling får hon från och med utskrivningen med antikolinergika, inhalationssteroider och långverkande B2-stimulerare med tillägg av kortverkande B2 stimulerare.

FALL 3

Lägg även detta ark på golvet -

det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.

Patrik, en icke rökande man på 48 år, får en akuttid en fredagseftermiddag då, han uppgivit ett par veckors onormal trötthet och nu feber 39-39,5 sedan 5 dagar och hosta de sista 2 dyggen. Inga rhinitsymtom. Då det är en kombinerad sköterske- läkarmottagning, är prover redan tagna och klara när patienten kommer in till dig och visar Hb 121 CRP 118. BT 100/55.

3:1:1 Vilka fyra undersökningar bör ingå i ett fysikaliskt status av denna patient? (2p)

0
0,5
1
1,5
2

3:1:2 Vilken ytterligare parameter är av värde i akutskedet för att bedöma hur patienten ska handläggas? (1p)

0
0,5
1

Patrik 48 år, fick en akuttid en fredagseftermiddag då han uppgivit ett par veckors onormal trötthet och nu feber 39-39,5 sedan 5 dagar och hosta de sista 2 dyggen. Inga rhinitsymtom. Hb 121, CRP 118. BT 100/55.

Status: AT: Blek, mager, lite perifert kall. Ingen läppcyanos, ingen dyspné. Andningsfrekvens 17.

MoS/Öron: Retningsfritt. Lgl: palp ua. Cor RR 55 slag/min, inga biljud. Pulm: Krep och dämpning basalt höger lunga. Buk: Normala tarmljud. Mjuk. Diffust ömmande. Ingen dunkömhet över njurloger. Sat O₂/POX 98%.

3:2:1 Vad misstänker du och hur handlägger du fallet? Motivera. (1,5p)

0
0,5
1
1,5

Patrik 48 år, fick en akuttid en fredagseftermiddag då han uppgivit ett par veckors onormal trötthet och nu feber 39-39,5 sedan 5 dagar och hosta de sista 2 dyggen. Inga rhinitsymtom. Hb 121, CRP 118. BT 100/55. Status: AT: Blek, mager, lite perifert kall. Ingen läppcyanos, ingen dyspné. Andningsfrekvens 17. MoS/Öron : Retningsfritt. Lgl: palp ua. Cor RR 55 slag/min, inga biljud. BT 100/55. Pulm: Krep och dämpning basalt höger lunga. Buk: Normala tarmljud. Mjuk. Diffust ömmande. Ingen dunkömhet över njurloger. Sat O₂/POX 98%.

Du bedömde att Patrik har en pneumoni och sätter in honom på Kåvepenin 1gx3 i tio dagar. Redan på måndag eftermiddag är Patrik tillbaka. Febern är borta och hostan är möjligen bättre. Patrik känner sig dock helt slut och matt. Känner om möjligt sig ännu sämre. Senaste dagarna kräcks och mått illa. Klagar även på buksmärta. CRP är idag 55. Temp 37,5. BT 90/60, Sat/POX 97%.

3:3:1 Vilka differentaldiagnoser har du? Ange fyra stycken. (2p)

0
0,5
1
1,5
2

3:3:2 Vilka 5 relevanta lab-undersökningar kontrollerar du och med vilken frågeställning? Motivera. (2,5p)

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

3:3:3 Sjuksköterskan har även tagit ett EKG, då Patriks puls var lite oregelbunden. Tolka rytmen på Patriks EKG. (se baksidan) (1p)

0
0,5
1



Avi001.PDF

Patrik 48 år, fick en akuttid en fredagseftermiddag då han uppgivit ett par veckors onormal trötthet och nu feber 39-39,5 sedan 5 dagar och hosta de sista 2 dyggen. Inga rhinitsymtom. Status: AT: Blek, mager, lite perifert kall. Ingen läppcyanos, ingen dyspné. Andningsfrekvens 17. MoS/Öron: Retningsfritt. Lgl: palp ua. Cor RR 55 slag/min, inga biljud. Pulm: Krep och dämpning basalt höger lunga. Buk: Normala tarmljud. Mjuk. Diffust ömmande. Ingen dunkömhet över njurloger. Du bedömde att Patrik har en pneumoni och sätter in honom på Kåvepenin 1g_x3 i tio dagar. Redan på måndagen är Patrik tillbaka. Febern är borta och hostan är möjligen bättre. Patrik känner sig dock helt slut och matt. Känner om möjligt sig ännu sämre. Senaste dagarna kräkts och mått illa. Klagar även på buksmärter. CRP 55. Temp 37,5. BT 90/60, Sat/POX 97%.

EKG visar sinusrytm med skurar med supraventrikulära extraslag.

I de akuta blodproverna du får ses följande: Hb 125 , Natrium 117 (136-146), Kalium 6,5 (3,5-4,5), Kreat 120 (45-110), Calcium(joniserat) 2,42 (norm), fP-glukos 3,4.

3:4:1 Mot bakgrund av vad som framkommit hittills, vilken är den mest rimliga förklaringen till anemin?

Hur förväntar du dig att nedanstående parametrar utfaller (ovan, nedom eller inom referensområdet) (2,5p)

MCV	Fe	TIBC/Transferrin	Homocystein	
				0
				0,5
				1
				1,5
				2
				2,5

3:4:2 Vilket bakomliggande tillstånd bedömer du är förklaringen till patientens kliniska bild?(1p)

0
0,5
1

Patrik 48 år, fick en akuttid en fredagseftermiddag då han uppgivit ett par veckors onormal trötthet och nu feber 39-39,5 sedan 5 dagar och hosta de sista 2 dyggen. Inga rhinitsymtom. Status: AT: Blek, mager, lite perifert kall. Ingen läppcyanos, ingen dyspné. Andningsfrekvens 17. MoS/Öron: Retningsfritt. Lgl: palp ua. Cor: RR 55 slag/min, inga biljud. Pulm: Krep och dämpning basalt höger lunga. Buk: Normala tarmljud. Mjuk. Diffust ömmande. Ingen dunkömhet över njurloger. Du bedömde att Patrik har en pneumoni och sätter in honom på Kåvepenin 1gx3 i tio dagar. Redan på måndagen är Patrik tillbaka. Febern är borta och hostan är möjligen bättre. Patrik känner sig dock helt slut och matt. Känner om möjligt sig ännu sämre. Senaste dagarna kräcks och mått illa. Klagar även på buksmärter. CRP 55. Temp 37,5. BT 90/60, Sat/POX 97%. EKG visar sinusrytm med skurar med supraventrikulära extraslag. Hb 125 , Natrium 117 (136-146), Kalium 6,5 (3,5-4,5), Kreat 120 (45-110), Calcium(joniserat) 2,42 (norm), fP-glukos 3,4.

Du misstänker en bakomliggande binjurebarkssvikt, som förvärrats i samband med patientens pneumoni. När du undersöker Patrik igen, noterar du en viss hyperpigmentering på hans armbågar som du inte noterade innan.

3:5:1 Vad ger dig detta fynd för information angående genesen till binjurebarkssvikten och hur hänger detta ihop med hyperpigmenteringen? (2p)

0
0,5
1
1,5
2

3:5:2 Hur handlägger du patienten på hälsocentralen? (1,5p)

0
0,5
1
1,5

Patrik 48 år, fick en akuttid en fredagseftermiddag då han uppgivit ett par veckors onormal trötthet och nu feber 39-39,5 sedan 5 dagar och hosta de sista 2 dygnen. Inga rhinitsymtom. Status: AT: Blek, mager, lite perifert kall. Ingen läppcyanos, ingen dyspné. Andningsfrekvens 17. MoS/Öron: Retningsfritt. Lgl: palp ua. Cor: RR 55 slag/min, inga biljud. Pulm: Krep och dämpning basalt höger lunga. Buk: Normala tarmljud. Mjuk. Diffust ömmande. Ingen dunkömhet över njurloger. Du bedömde att Patrik har en pneumoni och sätter in honom på Kåvepenin 1g \times 3 i tio dagar. Redan på måndagen är Patrik tillbaka. Febern är borta och hostan är möjligen bättre. Patrik känner sig dock helt slut och matt. Känner om möjligt sig ännu sämre. Senaste dagarna kräkts och mått illa. Klagar även på buksmärtor. CRP 55. Temp 37,5. BT 90/60, Sat/POX 97%. EKG visar sinusrytm med skurar med supraventrikulära extraslag. Hb 125, Natrium 117 (136-146), Kalium 6,5 (3,5-4,5), Kreat 120 (45-110), Calcium(joniserat) 2,42 (norm), fP-glukos 3,4. Du misstänker en bakomliggande binjurebarksvikt, som förvärrats i samband med patientens pneumoni. När du undersöker Patrik igen noterar du en viss hyperpigmentering på hans armbågar som du inte noterade innan och misstänker därför Addisons sjukdom.

Du skickar Patrik till sjukhus i ambulans med tanke på de derangerade elektrolyterna. Solu-Cortef finns inte tillgängligt på alla Hälsocentraler och du påbörjar därför endast försiktig vätskerestitution.

3:6:1 Dagen efter kommer patientens övriga blodprover in där du noterar en makrocytär bild i anemiproverna med MCV 104 (ref 80-100) och B12 på 82 (ref 100-450). Mot bakgrund av patientens sannolika Addison, redogör för de två mest sannolika mekanismerna bakom hans B12-brist. (2p)

0
0,5
1
1,5
2

3:6:2 Nämn ytterligare två sjukdomar associerade med detta troliga sjukdomspanorama? (1p)

0
0,5
1

Epilog:

Patrik lider av ett autoimmunt polyglandulärt syndrom. Förutom Addison finns ytterligare autoimmuna sjukdomar associerade med detta sjukdomspanorama, såsom hypotyreos, coeliaki, pernicios anemi, vitiligo, Diabetes Mellitus typ I, och alopecia areata. Coeliaki och intrinsic factor-brist (perniciosa) kan i detta fall kan ligga bakom patientens anemi och B-12 brist. Patrik kommer efter sjukhusvistelsen på ett återbesök till dig efter tre månader. Han är insatt på hydrokortone 10 mg 1+0,5+0,5 och fludrokortison 0,1 mg 0,5+0+0+0 samt B12-sprutor. Han mår mycket bättre.

FALL 4

Lägg även detta ark på golvet -

det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.

Bosse Gladh, 59 år, har beställt tid på Vårdcentralen Bojen för att han har svåra sömnproblem. Du ser honom för första gången men i en kort anteckning i journalen framkommer att Bosse för ett par år sedan träffat en kollega som uppföljning efter en genomgången pankreatit. Han fortsatte aldrig kontakten. Bosse arbetade då som utbildare vid ett större statligt verk, nyskild.

Nu berättar han att han för ett par månader sedan kommit hem från en tvåmånaders semester i Thailand. Åkte dit för att glömma bekymren hemma: han hade blivit avskedad efter att ha uppträtt berusad på arbetsplatsen. Han är ingenjör och arbetat med avancerade konstruktioner, men fått byta arbetsuppgifter efter 25 år och sedan 5 år varit ansvarig för vidareutbildning vid samma företag. Skild sedan några år, sålt villan och bilen och bor nu hos "kompis". Han har alltid varit lite rastlös och orolig, men nu har det sedan thailandsvistelsen blivit värre och då framför allt med sömnen. Somnar kanske hyggligt men vaknar många gånger under natten och efter 5 på morgonen är det omöjligt att somna om. Alltid trött och törstig. Han avrundar med: "jag orkar inte längre, behöver något att sova på".

4:1:1 Hur går du vidare (anamnes, eventuell provtagning, preliminära diagnostiska alternativ)?
(4p)

0
0,5
1
1,5
2
2,5
3
3,5
4

Bosse Gladh, 59 år, har beställt tid på Vårdcentralen Bojen för att han har svåra sömnproblem. Bosse arbetade då som utbildare vid ett större statligt verk, nyskild. Nu berättar han att han för ett par månader sedan kommit hem från en tvåmånaders semester i Thailand. Han hade blivit avskedad efter att ha uppträtt berusad på arbetsplatsen. Han är ingenjör och arbetat i 25 år med avancerade konstruktioner, men fått byta arbetsuppgifter och sedan 5 år varit ansvarig för vidareutbildning vid samma företag. Skild sedan några år, sålt villan och bilen och bor nu hos "kompis". Han har alltid varit lite rastlös och orolig, men nu har det blivit värre, framför allt med sömnen. Sover oroligt och efter 5 på morgonen är det omöjligt att somna om. Alltid trött och "törstig". "- Jag orkar inte längre, behöver något att sova på".

Anamnestiskt framkommer att hustrun lämnade honom för att det blev för mycket alkohol, spriten gick före allt annat, sa hon. Hon tog barnen och flyttade, han bodde kvar och försökte behålla huset genom att "köpa ut" hustrun. Han redde dock inte ut det hela och efter en personlig konkurs flyttade han in till en kompis. Misskötte arbetet, man försökte hjälpa honom med ett enklare jobb som utbildare, men det höll inte och när att uppträtt berusad ett antal gånger på jobbet så erbjöds han behandlingshem, men tackade nej. Thailandresan blev heller ingen höjdpunkt. Åkte på en andra bukspottkörtelinflammation och fick även en näthinneavlossning. På senaste tiden har han känt ökad stress och oro. Minnet börjar bli allt sämre. Ser hur det går utför och kan inte "få tummarna loss" för att själv göra något åt livssituationen. Sover uruselt. Du får fram att Bosse intar cirka 70 cl starksprit dagligen (enligt *time line follow back*-konceptet) sedan mer än sex månader, konsumtionen har successivt ökat under de senaste åren, men har under många års tid varit hög. Han har vid besöket hos dig 1,02 promille (alkometer), men betar sig inte direkt påverkad. Han förnekar att han haft ep-anfall eller alkoholdelirium, men abstinensen på morgnarna har varit "grymt" svår. Han har aldrig använt narkotika eller missbrukat tabletter, även om han ibland tagit en stesolid ("lugnar ner") som han fått av kompis. Du tar bl.a. leverprover (inkl. GGT), CDT, PEth (fosfatidyletanol), blodsocker och även pankreasprover för säkerhets skull. Tillsammans går ni igenom AUDIT-frågeformuläret. Han uppnår 31 poäng.

4:2:1 När och hur används AUDIT bäst? Var går gränsen för skadligt bruk? Hur bedömer du Bosses AUDIT-poäng? (2p)

0
0,5
1
1,5
2

4:2:2 Diagnos för alkoholberoende sätts via ICD. Hur bedömer du Bosse enligt ICD-kriterierna? Vilka är kriterierna? (3)

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

4:2:3 Hur lång tid efter sista alkoholintaget är GGT respektive CDT användbart (förhöjda till följd av alkoholkonsumtion)? (1)

0
0,5
1

Bosse berättar han att han för ett par månader sedan kommit hem från en tvåmånaders semester i Thailand. Han hade blivit avskedad efter att ha uppträtt berusad på arbetsplatsen. Han är ingenjör och arbetat i 25 år med avancerade konstruktioner, men fått byta arbetsuppgifter och sedan 5 år varit ansvarig för vidareutbildning vid samma företag. Skild sedan några år, sålt villan och bilen och bor nu hos "kompis". Han har alltid varit lite rastlös och orolig, men nu har det blivit värre, framför allt med sömnen. Sover oroligt och efter 5 på morgonen är det omöjligt att somna om. Alltid trött och "törstig". "- Jag orkar inte längre, behöver något att sova på". Anamnestiskt framkommer att hustrun lämnade honom för att det blev för mycket alkohol, spriten gick före allt annat, sa hon. Hon tog barnen och flyttade. Thailandresan blev heller ingen höjdare. Åkte på en andra bukspottkörtelinflammation och fick även en näthinneavlossning. På senaste tiden har han känt ökad stress och oro. Minnet börjar bli allt sämre. Ser hur det går utför och kan inte "få tummarna loss" för att själv göra något åt livssituationen. Sover uruselt. Du får fram att Bosse intar cirka 70 cl starksprit dagligen (enligt *time line follow back*) sedan mer än sex månader, konsumtionen har successivt ökat under de senaste åren, men har under många års tid varit hög. Han har vid besöket hos dig 1,02 promille (alkometer), men betar sig inte direkt påverkad. Han förnekar att han haft ep-anfall eller alkoholdelirium, men abstinensen på morgnarna har varit "grymt" svår. Han har aldrig använt narkotika eller missbrukat tabletter, även om han ibland tagit en stesolid ("lugnar ner") som han fått av kompis. Du tar bl.a. leverprover (inkl. GGT), CDT, PEth (fosfatidyletanol), blodsocker och även pankreasprover för säkerhets skull. Tillsammans går ni igenom AUDIT-frågeformuläret. Han uppnår 31 poäng.

Bosse uppnår med råge diagnosen beroende enligt AUDIT och även enligt ICD-kriterierna. Du får fram fyra (abstinenssymtom, toleransökning, tilltagande ointresse och fortsatt konsumtion trots fysiska skador) av de sex kriterierna. Diagnos: alkoholberoende. Under samtalets gång framkommer en allvarlig önskan från Bosse att han vill ha hjälp för sina alkoholproblem och för sömnen. Samt kanske något som ger lite matlust. Du beslutar dig för att rekommendera en behandling som hjälper Bosse att avsluta alkoholkonsumtion. Bosse är nöjd men uttrycker oro över att sluta direkt, kan bli besvärligt.

4:3:1 Hur lägger du upp behandlingen? (1,5)

0
0,5
1
1,5

4:3:2 Farmakologiskt har du mot alkoholberoende tre möjligheter. Vilka? Bosse undrar vilka de vanligaste biverkningarna är för de olika preparaten. Vad svarar du? (3)

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

4:3:3 Oavsett bakgrund är sömnproblem vanligt. Vilken strategi har du för att hjälpa denna patientgrupp? (1,5)?

0
0,5
1
1,5

Du får fram att Bosse intar cirka 70 cl starksprit dagligen (enligt *time line follow back*) sedan mer än sex månader, konsumtionen har successivt ökat under de senaste åren, men har under många års tid varit hög. Han har vid besöket hos dig 1,02 promille (alkometer), men betar sig inte direkt påverkad. Han förnekar att han haft ep-anfall eller alkoholdelirium, men abstinensen på morgnarna har varit ”grymt” svår. Han har aldrig använt narkotika eller missbrukat tableter, även om han ibland tagit en stesolid (”lugnar ner”) som han fått av kompis. Bosse uppnår med råge (31 p)diagnosen beroende enligt AUDIT och även enligt ICD-kriterierna. Du får fram fyra (abstinenssymtom, toleransökning, tilltagande ointresse och fortsatt konsumtion trots fysiska skador) av de sex kriterierna. Diagnos: alkoholberoende. Under samtalets gång framkommer en allvarlig önskan från Bosse att han vill ha hjälp för sina alkoholproblem och för sömnen. Samt kanske något som ger lite matlust. Du beslutar dig för att rekommendera en behandling som hjälper Bosse att avsluta alkoholkonsumtion. Bosse är nöjd men uttrycker oro över att sluta direkt, kan bli besvärligt.

Du föreslår disulfiram (Antabus), att tas under de närmaste månaderna med början dagen efter besöket under förutsättning att Bosse klarar nykterheten (han påbörjar antabusbehandlingen). Samtidigt ger du naltrexon, eller acamprosat som Bosse fortsätter att ta efter det att disulfiram satts ut. Matlusten ger en vink om malnutrition; du ger redan nu behandling med tiamin. Mot abstinensen som kommer inom några timmar ger du ett lätt lugnande medel (exempelvis Atarax) och ett sömnmedel (exempel Propavan, ev. kort period zopiklon). Samtidigt föreslår du att Bosse sedermera deltar i den kognitiva terapigrupp som finns på vårdcentralen. Har han hört talas om AA? Du bestämmer en snar återbesökstid för uppföljning för att bedöma hur det går med behandlingen och då ska laboratoriedata gås igenom och se om ytterligare åtgärder krävs. Själv tänker du fördjupa frågorna kring signalen om den dåliga matlusten och minnesproblematiken.

4:4:1 Inför återbesöket om två veckor har du tillgång till laboratoriedata. GGT visar ett värde på 22,5 (enligt laboratoriet är ”övre normalgränsen” 2,0) och CDT är rejält förhöjt liksom PEth. Du ser också ett förhöjt blodsocker (7,3). Hur tänker du? Hur förändrar de nu anlända laborativärdena din diagnos? (1p)

0

0,5

1

4:4:2 Dålig matlust och minnesproblem. Vad kan malnutrition hos alkoholberoende bero på? Vilken allvarlig diagnos ska du fokusera på? (2 p)

0

0,5

1

1,5

2

4:4:3 Vitaminer spelar en allvarlig roll vid alkoholberoende. Vilka vitaminer? (1 p)

0

0,5

1

Epilog

Du ringer patienten direkt och ber honom avsluta disulfirammedicineringen tills du hunnit kontrollera GGT, som bör vara en bra bit under 10 för fortsatt disulfirambehandling. Du ber också patienten komma för att lämna ett fasteblodssockerprov. De anlända laboratorievärdena stärker diagnosen.

Malnutrition kan leda till tiaminbrist som kan resultera i Wernickes encefalopati/Korsakoff. Malnutrition kan framför allt bero på bristfälligt näringsintag, försenad ventrikeltömning, accelererad tunntarmstransport, steatorré, pankreasinsufficiens, tarmepitelskada, försämrat vitaminstatus, zinkförlust. Patienten uppfyllde inte kriterier för Wernicke-Korsakoff, men du fortsätter med vitaminbehandling ytterligare några veckor.

De vanligaste biverkningarna

- Disulfiram, (Antabus) - metallsmak, dåsighet, huvudvärk, gastro-intestinala besvär
- Naltrexon - illamående/magknip, förstoppning, slöhet/trötthet, huvudvärk, frossa/rinnande näsa, bröstsmärtor
- Akamprosat, (Campral) - diarré, flatulens, illamående/magknip, sänkt libido, frossa/rinnande näsa, klåda

Sömnhygieniskt samtal med rekommendationer: ex. undvik kaffe efter 16.00, inga tunga kvällsmåltider, kort promenad före sänggående, svalt i sängkammaren. Alkohol försämrar sömnens kvalitet. Insomningsproblem eller upprepade uppvaknanden under natten? Farmakologisk behandling: försök intala till temporära insatser (3-4 dygn högst och sedan pröva utan några nätter). Undvik alltid besodiazepiner. Vid aktuellt eller tidigare diagnos för beroende bör även z-preparaten (zopiklon, zolpidem och zaleplon) undvikas.