

**Examination efter läkares allmäntjänstgöring
- samlat skriftligt prov**

RÄTTNINGSMALL TILL AT-PROV DEN 20 MAJ 2011

INSTRUKTION

Vid rättning kan flera svar vara rätt, än de som finns upptagna i rättningssmallen. Det är t ex aldrig "fel" att remittera en patient till annan vårdform om man är osäker. Det *optimala* kan emellertid vara att själv ha kunskaper som gör att man kan ta ansvar för den uppkomna situationen. I rättningssmallen anges vad som fordras för full poäng. Från denna kan avdrag göras, i första hand hela poäng men också halva poäng vid tveksamheter.

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

Fall 1 Allmänmedicin 20 poäng

1.1.1. Vilka frågor är viktigast i din anamnes (max åtta)? (1,5p)

Oro (farhågor), utredning (förväntningar) 0,5 p

Hereditet, medicinering, naturliga funktioner (avföring, törst, urin), viktpåverkan 0,5 p

Andfåddhet, psykisk påverkan 0,5 p

1.2.1 Vilka undersökningar är viktigast när du gör status? Ange högst fem och motivera. (1,5p)

Cor, pulm, blodtryck, 0,5 p. Buk 0,5 p. PR 0,5 p.

1.3.1 Vilka laboratorieprover, som du kan få direkt svar om på vårdcentralen, beställer du som en första orientering? Lämpligt antal är fyra stycken. Motivera. (1p)

Hb, SR, p-glukos, urinsticka. Två prover 0,5 p. Inget Hb 0 p.

1.4.1 Vad gör du närmast på vårdcentralen (ej labprover)? Motivera.(2p)

EKG 1 p. Rektoskopi 1 p

1.5.1 Du tänker nu beställa ytterligare prover med tanke på Hb-värdet, som du bedömer som sänkt. Vilka övriga prover är lämpliga för att bedöma typ av anemi? Motivera. (2,5p)

Lpk, tpk 0,5 p. MCV, MCH 0,5 p. Fe/s, TIBC 0,5 p. Ferritin/s 0,5 p.

1.6.1 Provsvarerna gör att du kan få en uppfattning om vilken sorts anemi patienten kan ha. Hur tolkar du dessa provsvar? Vill du ordinera ytterligare prover för att kunna klargöra hans anemi och kunna insätta rätt behandling? Motivera. (2,5p)

Megaloblastisk anemi 1,0 p. B12 0,5 p. folsyra 0,5 p. MMA, homocystein 0,5 p.

1.7.1 Du bedömer att din patient kan ha en B12-brist. Vad kan vara den troliga orsaken, och hur kan du stärka den diagnosen med ytterligare laboratorieprover? Motivera. (3,0p)

Kronisk atrofisk gastrit 0,5 p. Helicobacter pylori 0,5 p. Parietalcellsantikroppar 0,5 p.

Celiaki 0,5 p. S-gastrin 0,5 p. S-pepsinogen I 0,5 p.

1.8.1 Hur tolkar du det och vilken blir din nästa åtgärd? (1p)

Kronisk atrofisk gastrit 0,5 p. Vitamin B12 0,5 p.

1.9.1 Vilken form av vitamin B12 är lämpligast hos denna patient? Motivera. (0,5p)

Tablettbehandling.

1.9.2 Vad gör du när du fått dessa värden? (1,5p)

Livstilsbehandling, motion 1,0 p. Lipidkontroll 0,5 p.

1.10.1 Trots din behandling verkar patienten inte vara helt återställd. Hur bedömer du att du bör gå vidare?(0,5p)

Thyr.status + thyr prover.

1.11.1 Hur tolkar du dessa svar, och hur handlägger du det? (1p)

Hypothyreos 0,5 p. Thyroxin 0,5 p.

1.12.1 Vilka fynd hos denna patient kan förklaras av hans hypothyreos? Finns det något samband mellan hans sjukdomar? Hur länge skall han behandlas med vitamin B12 och tyroxin? (1,5p)

Anemi, hypertoni, trötthet 0,5 p..Autoimmuna sjukdomar 0,5 p.

Livslång behandling med B12 och thyroxin 0,5 p.

Fall 2 Kirurgifrågan 20p

2.1.1 Hur vill du komplettera anamnesen? Motivera. (1p)

Tidigare sjukdom inklusive operationer, allergi, smärtanamnes inklusive utveckling, gastrointestinala symtom/funktioner, urinvägssymtom/funktioner.

2.1.2 Vad vill du speciellt fokusera på i status? Motivera. (1p)

At, puls, bltr, andn frekvens, pox, cor, pulm, nyanserat bukstatus (inspektion, palpation, auskultation, perkussion), rektalundersökning.

2.2.1 Vilken åtgärd vidtar du? Motivera. (1p)

Uteslut urinretention. Avdrag för att göra t ex CT buk eller annat som fördröjer handläggning av urinretention.

2.3.1 Vad gör du? (1p)

Du gör ett försök att sätta sk Tiemann-kateter och slutligen suprapubisk kateter.

2.4.1 Beskriv hur du genomför ingreppet. (1p)

Lokalanestesi. Med denna nål punkteras blåsan och urin aspireras. I samma riktning punkteras blåsan med speciell nål och katetern förs in; nålen dras tillbaka och katetern fästs och ansluts till påse.

2.4.2 När två liter urin tömts blir patienten kallsvettig och blek. Vad gör du? (1p)

Stoppa dränet från blåsan. Höjer benen.

2.5.1 Vad ligger troligen bakom att patienten blev påverkad och att han förbättrades då benen lyftes? (1p)

Blodtrycksfall. Ökat venöst återflöde.

2.5.2 Blåsan innehöll 5 liter urin och S-Kreatinin var 360. Hur vill du fortsätta att handlägga Erik? Motivera. (1,5p)

Inläggning. Kontroll av kateterflöde, lab. och förvirring.

2.6.1 Du upplyses om att urologen har tre månaders väntetid. Hur hanterar du detta? (1p)

Du kontrollerar själv att s-krea sjunker. Kateterskötsel hos distriktssköterskan.

2.6.2 Eriks fru är med vid utskrivningen och undrar om maken inte bör ha antibiotikabehandling så länge katetern ligger kvar. Vad avgör om du förskriver antibiotika till Erik? (1p)

Antibiotika enbart indicerat om det finns positiv odling initialt eller om patienten uppvisar kliniska tecken på infektion.

2.7.1 Vilka möjligheter för utredning av nedre gastrointestinal blödning finns i ett fall som detta? (1,5p)

Anemiutredning (blodstatus, järnpaket); koloskopi; konventionell röntgen eller med CT-kologafi; dessa undersökningar skall då kombineras med rektoskopi.

2.8.1 Vad fokuserar du din kliniska undersökning på? Motivera. (2p)

Att värdera konsekvensen av iatrogen perforation. Vitalparametrar och bukstatus där omfattningen av peritonit värderas.

2.9.1 Vad är troligen orsaken till palpationsfyndet? (1p)

Lokal peritonit

2.9.2 Vilka fyra behandlingsordinationer ger du till mottagningsköterskan? (2p)

Syrgas, kristalloid vätska, blododl + antibiotika, smärtstillande.

2.9.3 Hur sluthandlägger du patienten på akutmottagningen?(1p)

Inläggning, rapport till mellanjour, röntgen med frågeställning fri gas.

2.10.1 Hur bedömer du situationen och hur fortsätter du din handläggning? Motivera. (2p)

Lokal peritonit som förefaller bli alltmer generaliserad. Säkraste handläggningen är operation.
Förberedelser för detta. Provtagning, information, v-sond, (KAD; han har suprapubisk kateter), trombonprofylax.

Fall 3 Medicinfrågan 20 poäng

3.1.1 Vilka differentialdiagnoser bedömer du mest sannolika? Motivera! (1,5p)

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), Hjärtsvikt, Pneumoni, ev Lungemboli.

3.2.1 Vad tittar du särskilt efter i status och vilka enkla bedside-undersökningar vill du komplettera med för att kunna differentiera mellan ovanstående diagnoser och få en bättre bakgrund inför behandling? Motivera! (1,5p)

Saturation, blodtryck, EKG, temp, perifera ödem? Halsvenstas?

3.3.1 Vad visar EKG?(2p)

Sinusrytm, Högergrenblock (RBBB) och vänster främre hemiblock (LAH).

3.3.2 Initial behandling? Motivera!(1,5p)

Syrgas, luftrörsvidgande (antikolinergika och beta 2 stimulerare) steroider och diuretika.

3.3.3 Ytterligare provtagning på akuten? (1p)

Arteriell blodgas.

3.4.1 Tolka blodgasen! (1p)

Metabolt kompenserad respiratorisk acidosis och lätt hypoxi.

3.4.2 Efter en stund tillkallas du igen då patienten försämrats och sjunker i pox till 75%. Vilken ytterligare behandling (ej läkemedel) överväger du? Motivera! (1p)

CPAP behandling

3.5.1 Vilken preliminär diagnos bedömer du nu mest sannolik? Motivera! (1p)

KOL.

3.5.2 Vilka prover och undersökningar ordinerar du för närmaste dygnet? Motivera! (1,5p)

Hb, (LPK, TPK) Elstatus, CRP och NT-pro-BNP, ev lungrtg.

3.6.1 Ge minst två sannolika orsaker till högt Hb i detta fall. (1p)

Kronisk hypoxi, Polycytomia Vera, Intorkning.

3.7.1 Vilket blodprov kan differentiera mellan dessa förklaringar till högt Hb värde? Redogör också för förväntat utfall av detta prov vid respektive diagnos! (2p)

S-Erythropoetin, högt vid kronisk hypoxi, lågt vid Polycytomia Vera. (JAK2 mutation positiv hos 955 av polycytomia vera patienter)

3.8.1 Ytterligare behandling indicerad med tanke på nytillkommen information? Preparatval, beredningsform och motivering med sannolik genes! (2p)

Antibiotika som täcker haemophilus ex po amoxicillin, doxycyklin eller iv bensyl-pc.

3.9.1 Vilken undersökning beställer du att göras i lugnt skede? (1p)

Spirometri.

3.10.1 Vilka fynd förväntar du dig vid spirometri undersökningen för att verifiera KOL diagnosen? (1p)

Sänkt FEV1 och FEV %. Ingen reversibilitet av resultat efter bronkvidgare

3.10.1 Vilka fynd förväntar du dig vid spirometri undersökningen för att verifiera KOL diagnosen? (1p)

Rökstopp

Fall 4 Psykiatrifrågan 20p

4.1.1 Vilken är den troligaste diagnosen? Motivera! (1p)

Egentlig depression. Två månaders anamnes på glädjelöshet, hämning, dygnsrytm och koncentrationsstörning och inga symtom som talar emot.

4.1.2 Vad måste Du mer bedöma innan Du kan avgöra om Göran kan skickas hem eller måste läggas in?(1p)

Du måste göra en suicidriskbedömning.

4.2.1 För att bedöma suicidrisken använde Du Dig av suicidstegen. Vilka frågor ställde Du då? (2p)

Fråga om hopplöshet, dödstankar, dödsönskan, självmordstankar, självmordsförsök, självmordsplaner, självmordsförberedelse och

4.2.2 Du frågade också om statistiska riskfaktorer. Nämn minst fyra sådana. (2p)

Psykisk sjukdom, kön där suicid är vanligare hos män, särskilt yngre och äldre, tidigare suicidförsök, suicid i slakten, ensamstående eller de som blivit ensamma, finns suicidredskap, missbruk?

4.3.1 Vilka förstahandsbehandlingar är möjliga och evidensbaserade? (2p)

Psykoterapi i form av KBT (kognitiv beteendeterapi) eller IPT (interpersonell terapi) eller antidepressiv medicinering i form av SSRI, exempelvis Sertralin som har få biverkningar.

4.3.2 Vad finns det för risker med en obehandlad depression? (3p)

En depression kan vara förenad med suicidrisk. Ju längre en depression varar ju svårare är det att få den att läka ut. Depression är ofta förenad med ett stresspåslag som kan ha negativ påverkan på hjärta och kärl. Det kan vidare ha en neurotoxisk effekt.

4.4.1 Nämn de två mest närliggande orsakerna till hans besvär. Motivera! (2p)

Symtombilden, att han haft ett riskyrke, puls och blodtryck kan tyda på alkoholabstinens. Symtomen kan även stämma in på serotonergt syndrom, där han rätt snabbt ökat sertralin till 150 mg.

4.4.2 Vilka labprover kan Du ha hjälp av för diagnostiken? (2p)

ASAT, ALAT, GT och CDT. Även MCV kan vara förhöjt pga alkoholkonsumtion. Thyreoideaprover kan vara av värde då thyreoidearubbningar kan bidra till depression.

4.5.1 Vilket skattningsinstrument kan Du ha hjälp av för att eventuellt bekräfta ett alkoholmissbruk? (1p)

Audit och CAGE är ett instrument för att skatta alkoholkonsumtion.

4.5.2 Vad ger Du Göran för att lindra hans abstinens? (1p)

Oxazepam är mest lämpat för att dämpa hans abstinens som inte är allför svår.

4.5.3 Vad finns det för olika mediciner som långsiktigt kan hjälpa honom med hans alkoholproblem och vilka verkningsmekanismer, effekter har de? (3p)

Disulfiram (Antabus) som aversionsbehandling (hämmar nedbrytning av acetaldehyd), akamprosat (Campral) för att minska alkoholsuget (blockad av NMDA-receptorer i hjärnans belöningssystem) eller naltrexon för att dämpa kickeffekten av alkohol (blockad av opioidreceptorer). Dessa mediciner kan användas var för sig eller i kombination, beroende på vilken effekt som önskas.