

# Examination efter läkares allmäntjänstgöring - Skriftligt prov

den 20 maj 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, svårläslig etc, meddela skrivvakten!

Fall 1	20 poäng	13 delfrågor	sidor	1 - 13 (sid 13 ingen fråga)
Fall 2	20 poäng	16 delfrågor	sidor	14 - 24 (sid 24 ingen fråga)
Fall 3	20 poäng	15 delfrågor	sidor	25 - 34
Fall 4	20 poäng	11 delfrågor	sidor	35 - 40 (sid 40 ingen fråga)

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

Personnummer.....

# FALL 1

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

Du arbetar som AT-läkare på vårdcentralen i X-torp. En 59-årig man har bokat tid i december. Han har känt sig lite tröttare under hösten och tycker inte att han orkar röra sig lika mycket som förut. Han blir något mer andfådd, men upplever inga bröstsmärtor. Han är tidigare helt frisk och har ett kontorsarbete. Motionerar inte. Har aldrig rökt. Helnykterist. Säger att han haft hemorrojder sedan många år och får ibland lite blödningar vid defekation.

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

Du arbetar som AT-läkare på vårdcentralen i X-torp. En 59-årig man har bokat tid i december. Han har känt sig lite tröttare under hösten och tycker inte att han orkar röra sig lika mycket som förut. Han blir mer andfådd, men upplever inga bröstsmärtor. Han är tidigare helt frisk och har ett kontorsarbete. Motionerar inte. Har aldrig rökt. Helnykterist. Säger att han haft hemorrojder sedan många år och får ibland lite blödningar.

Han är orolig för att det kan vara någon sjukdom, som ligger bakom tröttheten (farhågor) och önskar framförallt en utredning (förväntningar), men tänker också att det kan vara enbart åldern, som ger en sämre kapacitet. Det framkommer ingen direkt hereditet för specifik sjukdom. Han berättar att avföringen mestadels är normal. Mindre mängder rött blod vid krystning kommer intermittent. Tar inga mediciner.

Hans vikt har minskat från 80 kg till 77 kg under hösten. Blir lite mer andfådd vid kraftigare uppförsbackar. Har inte noterat ökad törst. Psykiskt upplever han något sämre ork.

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

Du arbetar som AT-läkare på vårdcentralen i X-torp. En 59-årig man har bokat tid i december. Han har känt sig lite tröttare under hösten och tycker inte att han orkar röra sig lika mycket som förut. Han blir mer andfådd, men upplever inga bröstsmärtor. Han är tidigare helt frisk och har ett kontorsarbete. Motionerar inte. Har aldrig rökt. Helnykterist. Säger att han haft hemorrojder sedan många år och får ibland lite blödningar. Han är orolig för att det kan vara någon sjukdom, som ligger bakom tröttheten (farhågor) och önskar framförallt en utredning (förväntningar), men tänker också att det kan vara enbart åldern, som ger en sämre kapacitet. Det framkommer ingen direkt hereditet för specifik sjukdom. Han berättar att avföringen mestadels är normal. Mindre mängder rött blod vid krystning kommer intermittent. Hans vikt har minskat från 80 kg till 77 kg under hösten. Har inte noterat ökad törst. Psykiskt upplever han lite sämre ork.

Vid din undersökning finner du: Cor: regelbunden rytm, inga biljud, frekvens 64/min, pulm ua, blodtryck 160/90, buk ua, PR lite öm, smärre mängder rött blod på handsken, prostata ua.

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

Du arbetar som AT-läkare på vårdcentralen i X-torp. En 59-årig man har bokat tid i december. Han har känt sig lite tröttare under hösten och tycker inte att han orkar röra sig lika mycket som förut. Han blir mer andfådd men upplever inga bröstsmärtor. Han är tidigare helt frisk och har ett kontorsarbete. Motionerar inte. Har aldrig rökt. Helnykterist. Säger att han haft hemorrojder sedan många år och får ibland lite blödningar.

Han är orolig för att det kan vara någon sjukdom, som ligger bakom tröttheten (farhågor) och önskar framförallt en utredning (förväntningar), men tänker också att det kan vara enbart åldern, som ger en sämre kapacitet. Det framkommer ingen direkt hereditet för specifik sjukdom. Han berättar att avföringen mestadels är normal.

Mindre mängder rött blod vid krystning kommer intermittent.

Hans vikt har minskat från 80 kg till 77 kg under hösten. Har inte noterat ökad törst. Psykiskt upplever han lite sämre ork.

Vid din undersökning finner du: Cor: regelbunden rytm, inga biljud, frekvens 64/min, pulm ua, blodtryck 160/90, buk ua, PR lite öm, smärre mängder rött blod, prostata ua.

Du får följande svar på din ordination: Hb 125, SR 20, p-glukos 5,6, urinsticka neg. Patienten berättar att vid tidigare hälsokontroller på arbetet har Hb alltid varit 140-150.

#### **1.4.1 Vad gör du härnäst på vårdcentralen (ej labprover)? Motivera.(2p)**

Du arbetar som AT-läkare på vårdcentralen i X-torp. En 59-årig man har bokat tid i december. Han har känt sig lite tröttare under hösten och tycker inte att han orkar röra sig lika mycket som förut. Han blir mer andfädd, men upplever inga bröstsmärtor. Han är tidigare helt frisk och har ett kontorsarbete. Motionerar inte. Har aldrig rökt. Helnykterist. Säger att han haft hemorrojder sedan många år och får ibland lite blödningar.

Han är orolig för att det kan vara någon sjukdom, som ligger bakom tröttheten (farhågor) och önskar framförallt en utredning (förväntningar), men tänker också att det kan vara enbart åldern, som ger en sämre kapacitet. Det framkommer ingen direkt hereditet för specifik sjukdom. Han berättar att avföringen mestadels är normal.

Mindre mängder rött blod vid krystning kommer intermittent.

Hans vikt har minskat från 80 kg till 77 kg under hösten. Har inte noterat ökad törst. Psykiskt upplever han lite sämre ork.

Vid din undersökning finner du: Cor: regelbunden rytm, inga biljud, frekvens 64/min, pulm ua, blodtryck 160/90, buk ua, PR lite öm, smärre mängder rött blod, prostata ua.

Du tar ett EKG som är normalt. Du genomför en rektoskopi, som visar en mindre lättblödande hemorrojd men helt fritt uppåt (20 cm). Du ordinerar blodtryck x 3 hos distriktssköterskan.

**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)**

Du arbetar som AT-läkare på vårdcentralen i X-torp. En 59-årig man har bokat tid i december. Han har känt sig lite tröttare under hösten och tycker inte att han orkar röra sig lika mycket som förut. Han blir mer andfådd, men upplever inga bröstsmärtor. Han är tidigare helt frisk och har ett kontorsarbete. Motionerar inte. Har aldrig rökt Helnykterist. Säger att han haft hemorrojder sedan många år och får ibland lite blödningar. Du tar ett EKG som är normalt. Du genomför en rektoskopi, som visar en mindre lättblödande hemorrojd men helt fritt uppåt (20 cm). Du ordinerar blodtryck x 3 hos distriktssköterskan.

Du beställer följande prover och får dessa svar: Lpk 7,5, tpk 200, MCV 104 (82-98), MCH 38 (27-33), Fe/s 14 (9-34) , TIBC 60 (47-80), Ferritin/s 70 (15-150).

**1.6.1 Provsvaren 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)**



Du arbetar som AT-läkare på vårdcentralen i X-torp. En 59-årig man har bokat tid i december. Han har känt sig lite tröttare under hösten och tycker inte att han orkar röra sig lika mycket som förut. Han blir mer andfådd, men upplever inga bröstsmärtor. Han är tidigare helt frisk och har ett kontorsarbete. Motionerar inte. Har aldrig rökt. Helnykterist. Säger att han haft hemorrojder sedan många år och får ibland lite blödningar.

Du tar ett EKG som är normalt. Du genomför en rektoskopi, som visar en mindre lättblödande hemorrojd men helt fritt uppåt (20 cm). Du ordinerar blodtryck x 3 hos distriktssköterskan.

Du beställer följande prover och får dessa svar: Lpk 7,5, tpk 200, MCV 104 (82-98), MCH 38 (27-33), Fe/s 14 (9-34) , TIBC 60 (47-80), Ferritin/s 70 (15-150). F-Hb x3 neg.

Du misstänker en megaloblastisk anemi och kompletterar provtagningen med B12, folsyra, metylmalonsyra eller homocystein.

Du får som svar att B12 är 120 (140-500), MMA och homocystein lätt ökat. Folsyra ua.

**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)**

Du arbetar som AT-läkare på vårdcentralen i X-torp. En 59-årig man har bokat tid i december. Han har känt sig lite tröttare under hösten och tycker inte att han orkar röra sig lika mycket som förut. Han blir mer andfådd, men upplever inga bröstsmärtor. Han är tidigare helt frisk och har ett kontorsarbete. Motionerar inte. Har aldrig rökt. Helnykterist. Säger att han haft hemorrojder sedan många år och får ibland lite blödningar.

Du tar ett EKG som är normalt. Du genomför en rektoskopi, som visar en mindre lättblödande hemorrojd men helt fritt uppåt (20 cm). Du ordinerar blodtryck x 3 hos distriktssköterskan.

Du beställer följande prover och får dessa svar: Lpk 7,5, tpk 200, MCV 104 (82-98), MCH 38 (27-33), Fe/s 14 (9-34), TIBC 60 (47-80), Ferritin/s 70 (15-150), F-Hb x3 neg.

Du misstänker en megaloblastisk anemi och kompletterar med B12, folsyra, MMA eller homocystein.

Du får som svar att B12 är 120 (140-500), MMA och homocystein lätt ökat. Folsyra ua.

Du misstänker att patientens B12-brist kan bero på en kronisk atrofisk gastrit och tar s-gastrin, s-pepsinogen I samt parietalcellsantikroppar. En vanlig orsak är en tidigare ofta symtomlös infektion av helicobakter pylori, som också kan påverka en autoimmun gastrit. Du funderar också på celiaki och tar transglutaminas/gliadin antikroppar.

Din patient visar sig ha förhöjda värden på s-gastrin 477 (6-55) och sänkta värden på s-pepsinogen I 20 (<25) samt positiva parietalcellsantikroppar, medan övriga prover var normala.

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

Du arbetar som AT-läkare på vårdcentralen i X-torp. En 59-årig man har bokad tid i december. Han har känt sig lite tröttare under hösten och tycker inte att han orkar röra sig lika mycket som förut. Han blir mer andfädd, men upplever inga bröstsmärtor. Han är tidigare helt frisk och har ett kontorsarbete. Motionerar inte. Har aldrig rökt. Helnykterist. Säger att han haft hemorrojder sedan många år och får ibland lite blödningar. Du tar ett EKG som är normalt. Du genomför en rektoskopi, som visar en mindre lättblödande hemorrojd men helt fritt uppåt (20 cm). Du ordinerar blodtryck x 3 hos distriktssköterskan.

Du beställer följande prover och får dessa svar: Lpk 7,5, tpk 200, MCV 104 (82-98), MCH 38 (27-33), Fe/s 14 (9-34) , TIBC 60 (47-80), Ferritin/s 70 (15-150), F-Hb x3 neg. Du misstänker en megaloblastisk anemi och kompletterar med B12, folsyra, MMA eller homocystein. Du får som svar att B12 är 120 (140-500), MMA och homocystein lätt ökat. Folsyra ua.

Du misstänker att patienten kan ha en kronisk atrofisk gastrit och tar s-gastrin och s-pepsinogen I. Du funderar också på celiaki och tar transglutaminas/gliadin antikroppar. Din patient visar sig ha förhöjda värden på s-gastrin 477 (6-55) och sänkta värden på s-pepsinogen I 20 (<25) medan övriga prover var normala

Din preliminära diagnos stämmer med att patienten har en kronisk atrofisk gastrit av autoimmun typ och du sätter in vitamin B12.

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

Blodtrycket vid mätningar på din patient hos distriktssköterskan var 145/90, 150/95, 140/85.

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

Du arbetar som AT-läkare på vårdcentralen i X-torp. En 59-årig man har bokad tid i december. Han har känt sig lite tröttare under hösten och tycker inte att han orkar röra sig lika mycket som förut. Han blir mer andfådd, men upplever inga bröstsmärtor. Han är tidigare helt frisk och har ett kontorsarbete. Motionerar inte. Har aldrig rökt. Helnykterist. Säger att han haft hemorrojder sedan många år och får ibland lite blödningar.

Du tar ett EKG som är normalt. Du genomför en rektoskopi, som visar en mindre lättblödande hemorrojd men helt fritt uppåt (20 cm).

Du bedömer att patienten har en kronisk atrofisk gastrit och sätter in vitamin B12.

Du ordinerar blodtryck x 3 hos distriktssköterskan.

Blodtrycket vid mätningar hos distriktssköterskan var 145/90, 150/95, 140/85.

Hos denna patient kan du i samråd ordinera tablettbehandling med vitamin B12. Injektioner har inte bättre effekt.

Med tanke på blodtrycket ger du råd om livsstilsbehandling och ordinerar FAR-recept(motsvarande) för motion. Metabol kontroll görs med lipidstatus, som visar normala värden. Blodtrycksmätning görs varje månad tills nästa återbesök.

Du träffar patienten igen efter ett par månader. Han har då ändrat livsstil och är lite piggare, men känner sig inte riktigt som i gammal god form utan upplever fortfarande viss trötthet.

Status: Cor: 60/min, blodtryck 155/90. Hb 130. MCV 94 (82-98), MCH 30 (27-33).

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

Du arbetar som AT-läkare på vårdcentralen i X-torp. En 59-årig man har bokat tid i december. Han har känt sig lite tröttare under hösten och tycker inte att han orkar röra sig lika mycket som förut. Han blir mer andfådd men upplever inga bröstsmärtor. Han är tidigare helt frisk och har ett kontorsarbete. Motionerar inte. Har aldrig rökt. Helnykterist. Säger att han haft hemorrojder sedan många år och får ibland lite blödningar

Du tar ett EKG som är normalt. Du genomför en rektoskopi, som visar en mindre lättblödande hemorrojd men helt fritt uppåt (20 cm).

Du bedömer att patienten har en kronisk atrofisk gastrit och sätter in vitamin B12.

Du ordinerar blodtryck x 3 hos distriktssköterskan.

Blodtrycket vid mätningar hos distriktssköterskan var 145/90, 150/95, 140/85.

Hos denna patient kan du i samråd ordinera tablettbehandling med vitamin B12.

Med tanke på blodtrycket ger du råd om livsstilsbehandling och ordinerar FAR-recept(motsvarande) för motion. Metabol kontroll görs med lipidstatus, som visar normala värden.

Du palperar sköldkörteln som verkar atrofisk och tar thyreoideaprover, som visar s-TSH 25, s-FT4 9, s-TPO ak 500.

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

Du arbetar som AT-läkare på vårdcentralen i X-torp. En 59-årig man har bokat tid i december. Han har känt sig lite tröttare under hösten och tycker inte att han orkar röra sig lika mycket som förut. Han blir mer andfådd men upplever inga bröstsmärtor. Han är tidigare helt frisk och har ett kontorsarbete. Motionerar inte. Har aldrig rökt. Helnykterist. Säger att han haft hemorrojder.

Patienten har också en hypothyreos och du insätter tyroxin i upptrappande dos.

**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)**

Epilog: Hypertoni, anemi och olika symtom från anamnesen kan delvis bero på hans hypothyreos. Hör till gruppen autoimmuna sjukdomar. Patienten blev helt återställd efterhand. Livslång behandling ges av vitamin B12 och tyroxin.

## **FALL 2**

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



Du är AT-läkare vid kirurgiska kliniken på ett länsdelssjukhus och är jour på akuten en kväll. Erik, en 75-årig man, i sällskap med sin maka, söker för smärtor i buken. Av anamnesen framgår att patienten tidigare varit frisk och inte äter några mediciner. Hustrun är bekymrad över att maken, utöver smärtorna, även blivit tilltagande förvirrad sedan ett par dagar.

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

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

Du är AT-läkare vid kirurgiska kliniken på ett länsdelssjukhus och är jour på akuten en kväll. Erik, en 75-årig man, i sällskap med sin maka, söker för smärtor i buken. Av anamnesen framgår att patienten tidigare varit frisk och inte äter några mediciner. Hustrun är bekymrad över att maken, utöver smärtorna, även blivit tilltagande förvirrad sedan ett par dagar.

Sedan du uteslutit att patientens vitalparametrar är hotade tar du upp en smärtanamnes: Smärtorna har kommit successivt under dagen, är kontinuerliga och har tilltagit. Ingen utstrålning. Inga fria intervaller. Inga lindrande eller försvårande moment. Avföringen och miktionen vill du också få besked om, men Erik kan inte ge några klara besked. I status finner du en ömmande resistens centralt i bukens nedre del. Ingen peritonit föreligger. Vid rektalundersökning når du lätt prostata, som är något förstorad men har bibehållen mittfåra.

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

Du är AT-läkare vid kirurgiska kliniken på ett länsdelssjukhus och är jour på akuten en kväll. Erik, en 75-årig man, i sällskap med sin maka, söker för smärtor i buken. Av anamnesen framgår att patienten tidigare varit frisk och inte äter några mediciner. Hustrun är bekymrad över att maken, utöver smärtorna, även blivit tilltagande förvirrad sedan ett par dagar. Sedan du uteslutit att patientens vitalparametrar är hotade tar du upp en smärtanamnes: Smärtorna har kommit successivt under dagen, är kontinuerliga och har tilltagit. Ingen utstrålning. Inga fria intervaller. Inga lindrande eller försvårande moment. Avföringen och miktionen vill du också få besked om, men Erik kan inte lämna några klara besked.

I status finner du en ömmande resistens centralt i bukens nedre del. Ingen peritonit föreligger. Vid rektalundersökning når du lätt prostata som är något förstorad men har bibehållen mittfåra.

Du vill i detta läge främst utesluta urinretention och genomför en bladder-scan. Denna visar en uppskattad blåsvolym på mer än 2,5 liter; apparaten kan inte registrera en högre volym än så.

En undersköterska fick uppdraget att sätta en KAD, men lyckas inte med detta. Du gör själv ett försök, men även Du misslyckas.

### **2.3.1 Vad gör du? (1p)**

En 75-årig man söker akut med urinretention.

Vid rektalundersökning når du lätt prostata som är något förstorad men har bibehållen mittfåra. Du vill i detta läge främst utesluta urinretention och genomför en bladder-scan. Denna visar en uppskattad blåsvolym på mer än 2,5 liter; apparaten kan inte registrera en högre volym än så. Undersköterskan som fick uppdraget att sätta en uretrakateter lyckas inte med detta. Även du misslyckas.

Du gör ett försök med Tiemann-kateter, men lyckas inte med detta heller och bestämmer Dig därför för att anlägga en suprapubisk kateter.

**2.4.1 Beskriv hur du genomför ingreppet. (1p)**

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

Erik, en 75-årig man söker akut med urinretention.

Vid rektalundersökning når du lätt prostata som är något förstorad men har bibehållen mittfåra. Du vill i detta läge främst utesluta urinretention och genomför en bladder-scan som visar betydande sådan. Undersköterskan, som fick uppdraget att sätta en kateter lyckas inte och du anlägger suprapubisk kateter i lokalanestesi.

När patienten blir kallsvettig stoppar du flödet och låter sedan blåsan tömmas långsammare. Att höja patientens ben gör att han snabbt hämtar sig. Buksmärtorna är nu helt borta.

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

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

Erik, en 75-årig man söker akut med urinretention.

En bladder-scan visar betydande urinretention. Du sätter en suprapubisk kateter. När Erik blir kallsvettig, efter tömning av 2 liter stoppar du flödet och låter blåsan tömmas långsammare. Det fanns fem liter i blåsan.

Buksamrorna är helt borta nu. Kreatinin i serum är kraftigt förhöjt (360).

Övervakningen visade att patienten fick blodtrycksfall. Att höja patientens ben ökar det venösa återflödet till hjärtat och ökar via ökad hjärt-minutvolym systemtrycket. Patienten hämtar sig snabbt.

Risken för blödning från urinvägarna och elektrolytrubbningar under det första dygnet är betydande. Dessutom är Erik förvirrad. Du väljer därför att lägga in honom för att kontrollera flödet i katetern, följa elektrolyter och kreatinin och observera hans förvirringstillstånd.

Två dagar senare är Erik pigg och vill åka hem. Elstatus är normalt och kreatinin sjunker. Förvirringen är i stort sett borta. Du vill skriva ut honom med den suprapubiska katetern öppen och med remiss till urologen. Du kontrollerar PSA och för att remissen skall bli komplett gör du en ny prostatapalpation. Vid rektalundersökning når du lätt prostata som är något förstorad men har bibehållen mittfåra. Du får lite mörkrött blod på handsken. Pat berättar att han har hemorrojder.

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

**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)**

Erik, en 75-årig man söker akut med urinretention. Bladder-scan visar betydande urinretention och du sätter en suprapubisk kateter och tömmer 5 liter urin. Kreatinin i serum var kraftigt förhöjt (360). Buksmärtorna är borta. Två dagar senare är patienten pigg och vill hem. Elstatus är normalt och kreatinin sjunker. Förvirringen är i stort sett borta. Du skriver ut honom med katetern öppen och med en remiss till urologen. Vid rektalundersökning i samband med utskrivningen når du lätt prostata som är något förstorad men har bibehållen mittfåra. Du får lite mörkrött blod på handsken. Pat berättar att han har hemorrojder.

I väntan på urologbesöket kontrollerar du själv S-Kreatinin och patienten hänvisas till distriktssköterskan för skötsel av katetern. Antibiotika är enbart indicerat om det finns en 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)**

Erik, en 75-årig man söker akut med urinretention och rektal blödning. Du avser själv utreda förekomsten av blod vid rektalundersökning.

Du informerar Erik och sänder en remiss för koloskopi. Alternativa sätt att utreda kolon är med konventionell röntgen eller med CT-kolografi; dessa undersökningar skall då kombineras med palpation/rektoskopi.

Sex veckor senare är du åter kvällsjour på akuten. Då inkommer Erik på nytt. Han har under gårdagen genomgått den koloskopi du ordinerat. Du har tillgång till en koloskopiberättelse som anger att undersökningen var normal frånsett en polyp i kolon descendens som slyngats och sänds till PAD.

Patienten säger att han fick ont vid koloskopin. Smärtorna har sedan ökat.

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



Erik, en 75-årig man genomgår utredning för blod i avföringen. Du har remitterat för koloskopi. Sex veckor senare är du åter kvällsjour på akuten. Då inkommer Erik på nytt. Han har under gårdagen genomgått koloskopin. Du har tillgång till en koloskopiberättelse som anger att undersökningen var normal frånsett en polyp i kolon descendens som slyngats och sänds till PAD. Patienten säger att han fick ont vid koloskopin. Smärtorna har sedan ökat.

När du undersöker patienten finner du honom måttligt allmänpåverkad; han har lätt samtalsdyspné och är måttligt smärtpåverkad. Temp 38,8 och POX 92. Bltr 120/70 och pulsen är 105. Du uppfattar buken som lätt uppdriven och patienten spänner emot vid palpation i nedre delen; övre delen förefaller oöm.

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

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

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

Erik, en 75-årig man genomgår utredning för blod i avföringen. Du har remitterat för koloskopi. Sex veckor senare är du åter kvällsjour på akuten. Då inkommer Erik på nytt. Han har under gårdagen genomgått koloskopin. Du har tillgång till en koloskopiberättelse som anger att undersökningen var normal frånsett en polyp i kolon descendens som slyngats och sänds till PAD. Patienten säger att han fick ont vid koloskopin. Smärtorna har sedan ökat.

När du undersöker Erik finner du honom måttligt allmänpåverkad; han har lätt samtalsdyspné och är måttligt smärtpåverkad. Temp 38,8 och POX 92. Bltr 120/70 och pulsen är 105. Du uppfattar buken som lätt uppdriven och patienten spänner emot vid palpation i nedre delen; övre delen förefaller oöm.

Du uppfattar att patienten har lokal peritonit, men han är inte i septisk chock. Orsaken är sannolikt iatrogen kolonperforation. Du ordinerar kristalloid vätska, syrgas och efter blododling även antibiotika. Han får morfinpreparat mot smärtan. Du kontaktar din mellanjour och lägger in patienten. På vägen till avdelning genomgår han en CT-BÖS.

2 timmar efter det du slutfört handläggningen på akutmottagningen blir du uppringd av mellanjouren. Hon har tyvärr inte kunnat bedöma patienten pga en akut operation. Hon ber dig om förnyad bedömning.

När du kommer till avdelningen, läser du röntgenutlåtandet: ”Fri gas i buken och mindre mängd fri vätska. Samtliga tarmavsnitt uppvisar måttlig dilatation. Ingen synlig organförstoring eller annan uppenbar patologi”.

Erik anger att han trots ytterligare en smärtstillande spruta har mer ont; han har dessutom kräkts. Du uppfattar nu en ömhet även i bukens övre del.

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

Epilog:

Perforation av kolon är en välkänd komplikation till polypektomi.

Du uppfattar att Erik har peritonit som förefaller bli alltmer generaliserad. Säkraste handläggningen är operation och du förbereder patienten för detta. Du är med vid ingreppet där ni finner en perforation i vänsterkolon och peritonitretning i större delen av buken. Det finns däremot inget fekalt inslag, sannolikt beroende på att kolon var ren i samband med koloskopin.

Ni anlägger en kolostomi med förhoppning om att denna kan slutas när patienten rehabiliterats.

Du arbetar som primärjour på medicin akuten på ett länslasarett. Du kallas till akutrummet där man precis fått in en andningspåverkad man. Du finner en påverkad 70-årig magerlagd man som är så takypnoisk att anamnes knappt är möjlig att ta. Enligt ambulans personalen hade hustrun larmat då han varit dålig några dagar men akut försämrats idag. Inga journaluppgifter finns tillgängliga. Vid hjärtauskultation hörs en regelbunden snabb rytm. Vid lungauskultation hörs expiratoriska ronki och rassel över bägge lungfälten.

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

Du arbetar som primärjour på medicin akuten på ett länslasarett. Du kallas till akutrummet där man precis fått in en andningspåverkad man. Du finner en påverkad 70-årig magerlagd man som är så takypnoisk att anamnes knappt är möjlig att ta. Enligt ambulans personalen hade hustrun larmat då han varit dålig några dagar men akut försämrats idag. Inga journaluppgifter finns tillgängliga. Vid hjärtauskultation hörs en regelbunden snabb rytm. Vid lungauskultation hörs expiratoriska ronki och rassel över bägge lungfälten.

Du överväger i första hand KOL eller Hjärtsvikt som förklaring till hans problem.

**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)**

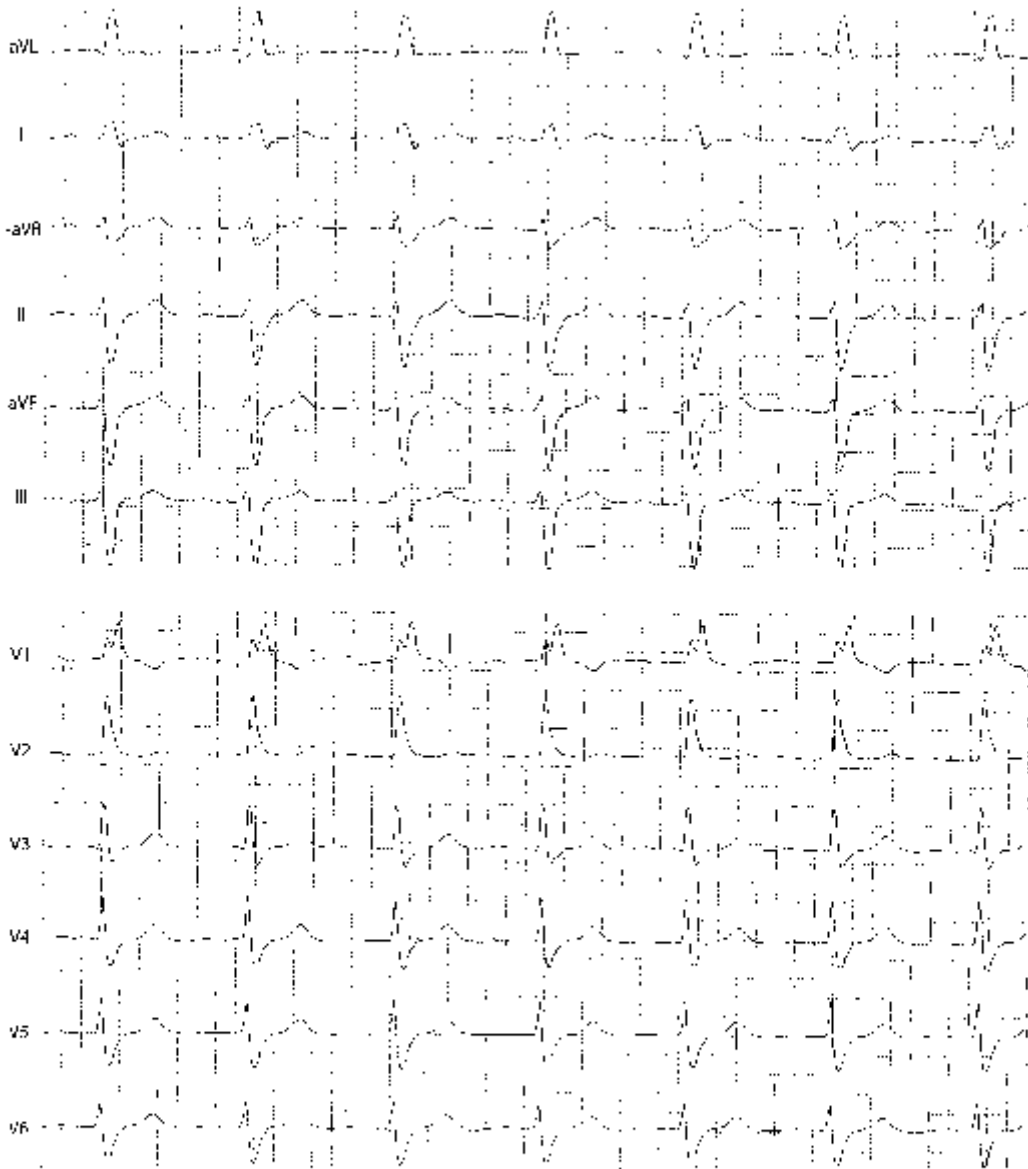
Du arbetar som primärjour på medicinakuten på ett länslasarett. Du kallas till akutrummet där man precis fått in en andningspåverkad man. Du finner en påverkad 70-årig magerlagd man som är så takypnoisk att anamnes knappt är möjlig att ta. Enligt ambulanspersonalen hade hustrun larmat då han varit dålig några dagar men akut försämrats idag. Inga journaluppgifter finns tillgängliga. Vid hjärtauskultation hörs en regelbunden snabb rytm. Vid lungauskultation hörs expiratoriska ronki och rassel över bägge lungfälten. Du överväger i första hand KOL eller Hjärtsvikt som förklaring till hans problem.

Du ber om temp: 37,1, saturationsmätning: 82%, blodtryck: 160/90 och ett EKG (se baksidan). Du noterar att han inte har någon halsvenstas och mycket diskreta pretibiala ödem.

### **3.3.1 Vad visar EKG?(2p)**

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

### **3.3.3 Ytterligare provtagning på akuten? (1p)**



Du arbetar som primärjour på medicinakuten på ett medelstort sjukhus. Du kallas till akutrummet där man rullat in en andningspåverkad man. Du finner en påverkad magerlagd man med så pass takypne´ att anamnes knappast går att ta. Enligt ambulanspersonalen hade hustrun larmat då han varit dålig några dagar men akut försämrats idag. Inga journaluppgifter finns tillgängliga. Hjärta ausk regelbunden snabb rytm. På lungor ausk exp rassel och ronki

Du överväger i första hand KOL eller Hjärtsvikt som förklaring till hans problem. Du ber om temp: 37,1, saturationsmätning: 82%, blodtryck: 160/90 och ett EKG. Du noterar att han inte har någon halsvenstas och mycket diskreta pretibiala ödem.

EKG visar sinusrytm, högergrenblock (RBBB) och vänster främre fascikelblock (LAH). Du ordinerar syrgas 3 liter på grimma. Han får inhalera luftrörsvidgande beta-2-stimulerare och antikolinergika (Combivent), injektion glukokortikosteroider och diuretika. Du kontrollerar en blodgas efter en stund med syrgas som visar pH 7,32 (7,35-7,45), pO<sub>2</sub> 7,5 (10,6-13,8), pCO<sub>2</sub> 7,5 (4,6-6,0) Base excess 5 (-3-3).

### **3.4.1 Tolka blodgasen! (1p)**

**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)**



Du arbetar som primärjour på medicinakuten på ett medelstort sjukhus. Du kallas till akutrummet där man rullat in en andningspåverkad man. Du finner en påverkad magerlagd man med så pass takypne´ att anamnes knappast går att ta. Enligt ambulanspersonalen hade hustrun larmat då han varit dålig några dagar men akut försämrats idag. Inga journaluppgifter finns tillgängliga. Hjärta ausk regelbunden snabb rytm. På lungor ausk exp rassel och ronki

Du överväger i första hand KOL eller Hjärtsvikt som förklaring till hans problem. Du ber om temp: 37,1, saturationsmätning: 82%, blodtryck: 160/90 och ett EKG. Du noterar att han inte har någon halsvenstas och mycket diskreta pretibiala ödem. EKG visar sinusrytm, högergrenblock (RBBB) och vänster främre fascikelblock (LAH). Du ordinerar syrgas 3 liter på grimma. Han får inhalera luftrörsvidgande beta-2-stimulerare och antikolinergika (Combivent), injektion glukokortikosteroider och diuretika. Du kontrollerar en blodgas efter en stund med syrgas som visar pH 7,32 (7,35-7,45), pO<sub>2</sub> 7,5 (10,6-13,8), pCO<sub>2</sub> 7,5 (4,6-6,0). Base excess 5 (-3-3).

Blodgas visar metabolt kompenserad respiratorisk acidosis och lätt hypoxi. Patientens hustru har nu anlänt till akutmottagningen och berättar att patienten tidigare varit frisk men sista halvåret fått allt jobbigare med andningen men inte velat söka sjukvård. Han har tidigare rökt 20 cig/dag men sista månaden minskat ner konsumtionen. Du beslutar att lägga in patienten på avdelning.

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

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

Du arbetar som primärjour på medicinakuten på ett medelstort sjukhus. Du kallas till akutrummet där man rullat in en andningspåverkad man. Du finner en påverkad magerlagd man med så pass takypne´ att anamnes knappast går att ta. Enligt ambulans personalen hade hustrun larmat då han varit dålig några dagar men akut försämrats idag. Inga journaluppgifter finns tillgängliga. Hjärta ausk regelbunden snabb rytm. På lungor ausk exp rassel och ronki

Du överväger i första hand KOL eller Hjärtsvikt som förklaring till hans problem. Du ber om temp: 37,1, saturationsmätning: 82%, blodtryck: 160/90 och ett EKG. Du noterar att han inte har någon halsvenstas och mycket diskreta pretibiala ödem. EKG visar sinusrytm, högergrenblock (RBBB) och vänster främre fascikelblock (LAH). Du ordinerar syrgas 3 liter på grimma. Han får inhalera luftrörsvidgande beta-2-stimulerare och antikolinergika (Combivent), injektion glukokortikosteroider och diuretika. Du kontrollerar en blodgas efter en stund med syrgas som visar pH 7,32 (7,35-7,45), pO<sub>2</sub> 7,5 (10,6-13,8), pCO<sub>2</sub> 7,5 (4,6-6,0). Base excess 5 (-3-3).

Blodgas visar metabolt kompenserad respiratorisk acidosis och lätt hypoxi. Patientens hustru har nu anlänt till akutmottagningen och berättar att patienten tidigare varit frisk men sista halvåret fått allt jobbigare med andningen men inte velat söka sjukvård. Han har tidigare rökt 20 cig/dag men sista månaden minskat ner konsumtionen.

Du beslutar att lägga in patienten på avdelning.

Med tanke på blodgasbilden och rökanamnesen bedömer du att KOL är den mest sannolika diagnosen och han sätts in på inh Combivent x 4, Acetylcystein och Prednisolon 30 mg x 1 samt diuretika inj vid behov. Får regelbundet andas mot motstånd. Provtagning visar högt Hb 187, LPK 11, TPK 450, normalt elstatus, CRP 120 och NT-pro-BNP normalt.

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

Du arbetar som primärjour på medicinakuten på ett medelstort sjukhus. Du kallas till akutrummet där man rullat in en andningspåverkad man. Du finner en påverkad magerlagd man med så pass takypne´ att anamnes knappast går att ta. Enligt ambulanspersonalen hade hustrun larmat då han varit dålig några dagar men akut försämrats idag. Inga journaluppgifter finns tillgängliga. Hjärta ausk regelbunden snabb rytm. På lungor ausk exp rassel och ronki

Du överväger i första hand KOL eller Hjärtsvikt som förklaring till hans problem. Du ber om temp: 37,1, saturationsmätning: 82%, blodtryck. 160/90 och ett EKG. Du noterar att han inte har någon halsvenstas och mycket diskreta pretibiala ödem. EKG visar sinusrytm, högergrenblock (RBBB) och vänster främre fascikelblock (LAH). Du ordinerar syrgas 3 liter på gramma. Han får inhalera luftrörsvidgande beta-2-stimulerare och antikolinergika (Combivent), injektion glukokortikosteroider och diuretika. Du kontrollerar en blodgas efter en stund med syrgas som visar pH 7,32 (7,35-7,45), pO<sub>2</sub> 7,5 (10,6-13,8), pCO<sub>2</sub> 7,5 (4,6-6,0). Base excess 5 (-3-3).

Blodgas visar metabolt kompenserad respiratorisk acidosis och lätt hypoxi. Patientens hustru har nu anlänt till akutmottagningen och berättar att patienten tidigare varit frisk men sista halvåret fått allt jobbigare med andningen men inte velat söka sjukvård. Han har tidigare rökt 20 cig/dag men sista månaden minskat ner konsumtionen.

Du beslutar att lägga in patienten på avdelning.

Med tanke på blodgasbilden och rökanamnesen bedömer du att KOL är den mest sannolika diagnosen och han sätts in på inh Combivent x 4, Acetylcystein och Prednisolon 30 mg x 1 samt diuretika inj vid behov. Får regelbundet andas mot motstånd. Provtagning visar högt Hb 187, LPK 11, TPK 450, normalt elstatus, CRP 120 och NT- pro-BNP normalt.

Du bedömer att kronisk hypoxi och Polycytemia kan förklara det höga blodvärdet.

**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)**

Du arbetar som primärjour på medicinakuten på ett medelstort sjukhus. Du kallas till akutrummet där man rullat in en andningspåverkad man. Du finner en påverkad magerlagd man med så pass takypne´ att anamnes knappast går att ta. Enligt ambulanspersonalen hade hustrun larmat då han varit dålig några dagar men akut försämrats idag. Inga journaluppgifter finns tillgängliga. Hjärta ausk regelbunden snabb rytm. På lungor ausk exp rassel och ronki

Du överväger i första hand KOL eller Hjärtsvikt som förklaring till hans problem. Du ber om temp: 37,1, saturationsmätning: 82%, blodtryck. 160/90 och ett EKG. Du noterar att han inte har någon halsvenstas och mycket diskreta pretibiala ödem. EKG visar sinusrytm, högergrenblock (RBBB) och vänster främre fascikelblock (LAH). Du ordinerar syrgas 3 liter på grimma. Han får inhalera luftrörsvidgande beta-2-stimulerare och antikolinergika (Combivent), injektion glukokortikosteroider och diuretika. Du kontrollerar en blodgas efter en stund med syrgas som visar pH 7,32 (7,35-7,45), pO<sub>2</sub> 7,5 (10,6-13,8), pCO<sub>2</sub> 7,5 (4,6-6,0). Base excess 5 (-3-3).

Blodgas visar metabolt kompenserad respiratorisk acidosis och lätt hypoxi. Patientens hustru har nu anlänt till akutmottagningen och berättar att patienten tidigare varit frisk men sista halvåret fått allt jobbigare med andningen men inte velat söka sjukvård. Han har tidigare rökt 20 cig/dag men sista månaden minskat ner konsumtionen.

Du beslutar att lägga in patienten på avdelning.

Med tanke på blodgasbilden och rökanamnesen bedömer du att KOL är den mest sannolika diagnosen och han sätts in på inh Combivent x 4, Acetylcystein och Prednisolon 30 mg x 1 samt diuretika inj vid behov. Får regelbundet andas mot motstånd. Provtagning visar högt Hb 187, LPK 11, TPK 450, normalt elstatus, CRP 120 och NT-pro-BNP normalt. Du bedömer att kronisk hypoxi och Polycytemia kan förklara det höga blodvärdet.

För att differentiera mellan dessa förklaringar kontrollerar du S-Erythropoetin. Du får sedan svar på lungrtg som visar ett högersidigt infiltrat och avplanade diafragmavalv. Pat har nu också fått feber.

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

Du arbetar som primärjour på medicinakuten på ett medelstort sjukhus. Du kallas till akutrummet där man rullat in en andningspåverkad man. Du finner en påverkad magerlagd man med så pass takypne´ att anamnes knappast går att ta. Enligt ambulans personalen hade hustrun larmat då han varit dålig några dagar men akut försämrats idag. Inga journaluppgifter finns tillgängliga. Hjärta ausk regelbunden snabb rytm. På lungor ausk exp rassel och ronki

Du överväger i första hand KOL eller Hjärtsvikt som förklaring till hans problem. Du ber om temp: 37,1, saturationsmätning: 82%, blodtryck. 160/90 och ett EKG. Du noterar att han inte har någon halsvenstas och mycket diskreta pretibiala ödem. EKG visar sinusrytm, högergrenblock (RBBB) och vänster främre fascikelblock (LAH). Du ordinerar syrgas 3 liter på grimma. Han får inhalera luftrörsvidgande beta-2-stimulerare och antikolinergika (Combivent), injektion glukokortikosteroider och diuretika. Du kontrollerar en blodgas efter en stund med syrgas som visar pH 7,32 (7,35-7,45), pO<sub>2</sub> 7,5 (10,6-13,8), pCO<sub>2</sub> 7,5 (4,6-6,0) Base excess 5 (-3-3).

Blodgas visar metabolt kompenserad respiratorisk acidosis och lätt hypoxi. Patientens hustru har nu anlänt till akutmottagningen och berättar att patienten tidigare varit frisk men sista halvåret fått allt jobbigare med andningen men inte velat söka sjukvård. Han har tidigare rökt 20 cig/dag men sista månaden minskat ner konsumtionen.

Du beslutar att lägga in patienten på avdelning.

Med tanke på blodgasbilden och rökanamnesen bedömer du att KOL är den mest sannolika diagnosen och han sätts in på inh Combivent x 4, Acetylcystein och Prednisolon 30 mg x 1 samt diuretika inj vid behov. Får regelbundet andas mot motstånd. Provtagning visar högt Hb 187, LPK 11, TPK 450, normalt elstatus, CRP 120 och NT-pro-BNP normalt. Du bedömer att kronisk hypoxi och Polycytemia kan förklara det höga blodvärdet. För att differentiera mellan dessa förklaringar kontrollerar du S-Erythropoetin. Du får sedan svar på lungrtg som visar ett högersidigt infiltrat och avplanade diafragmavalv. Pat har nu också fått feber.

Patienten får starta behandling med peroralt Amoxicillin på misstanke om bakteriell pneumoni. Efter några dagar är han betydligt förbättrad och syresätter sig väl utan syrgas. Du skall skriva ut honom och planerar att fortsätta behandlingen med Prednisolon och antibiotika i ytterligare några dagar. Han får dessutom luftrörsvidgande i form av Bricanyl som han upplever har god effekt.

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

Du arbetar som primärjour på medicinakuten på ett medelstort sjukhus. Du kallas till akutrummet där man rullat in en andningspåverkad man. Du finner en påverkad magerlagd man med så pass takypne´ att anamnes knappast går att ta. Enligt ambulanspersonalen hade hustrun larmat då han varit dålig några dagar men akut försämrats idag. Inga journaluppgifter finns tillgängliga. Hjärta ausk regelbunden snabb rytm. På lungor ausk exp rassel och ronki.

Du överväger i första hand KOL eller Hjärtsvikt som förklaring till hans problem. Du ber om temp: 37,1, saturationsmätning: 82%, blodtryck: 160/90 och ett EKG (se bilaga) Du noterar att han inte har någon halsvenstas och mycket diskreta pretibiala ödem. EKG visar sinusrytm, högergrenblock (RBBB) och vänster främre fascikelblock (LAH). Du ordinerar syrgas 3 liter på grimma. Han får inhalera luftrörsvidgande beta-2-stimulerare och antikolinergika (Combivent), injektion glukokortikosteroider och diuretika. Du kontrollerar en blodgas efter en stund med syrgas som visar pH 7,32 (7,35-7,45), pO<sub>2</sub> 7,5 (10,6-13,8), pCO<sub>2</sub> 7,5 (4,6-6,0). Base excess 5 (-3-3).

Blodgas visar metabolt kompenserad respiratorisk acidosis och lätt hypoxi. Patientens hustru har nu anlänt till akutmottagningen och berättar att patienten tidigare varit frisk men sista halvåret fått allt jobbigare med andningen men inte velat söka sjukvård. Han har tidigare rökt 20 cig/dag men sista månaden minskat ner konsumtionen.

Du beslutar att lägga in patienten på avdelning.

Med tanke på blodgasbilden och rökanamnesen bedömer du att KOL är den mest sannolika diagnosen och han sätts in på inh Combivent x 4, Acetylcystein och Prednisolon 30 mg x 1 samt diuretika inj vid behov. Får regelbundet andas mot motstånd. Provtagning visar högt Hb 187, LPK 11, TPK 450, normalt elstatus, CRP 120 och NT-pro-BNP normalt. Du bedömer att kronisk hypoxi och Polycytemia kan förklara det höga blodvärdet. För att differentiera mellan dessa förklaringar kontrollerar du S-Erythropoetin. Du får sedan svar på lungrtg som visar ett höger sidigt infiltrat och avplanade diafragmaalv. Pat har nu också fått feber.

Patienten får starta behandling med peroralt Amoxicillin på misstanke om bakteriell pneumoni. Efter några dagar är han betydligt förbättrad och syresätter sig väl utan syrgas. Du skall skriva ut honom och planerar att fortsätta behandlingen med Prednisolon och antibiotika i ytterligare några dagar. Han får dessutom luftrörsvidgande i form av Bricanyl som han upplever har god effekt.

Du beställer en spirometri.

### **3.10.1 Vilka fynd förväntar du dig vid spirometriundersökningen för att verifiera KOLdiagnosen? (1p)**

### **3.10.2 Om KOL diagnosen verifieras, vad är avgörande för patientens långtidsprognos? (1p)**

## **FALL 4**

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

På akuten möter Du som AT-läkare Göran, som är 55 år och kommer tillsammans med en god vän eftersom han ej fungerar hemma. Han är sjukpensionerad pga ryggbesvär och har tidigare arbetat som kock.

Sedan två månader tillbaka har han blivit mer passiv, får inget gjort hemma, tycker inte att ngt är roligt längre. Han har sämre aptit, men har inte märkt någon viktnedgång. Har fått sämre sömn och vaknar tidigt på morgonen. Sitter mest och ser på TV och röker. Kan inte koncentrera sig på att läsa.

Göran är frånskild med en vuxen son och har inte haft några psykiatriska besvär tidigare och det finns ej ngn psykiatrisk sjukdom i slakten. Har inte varit med om ngn psykisk belastning de senaste åren. Förutom den dåliga ryggen har han inte några kroppsliga besvär. Röker minst ett paket cigaretter per dag, dricker alkohol endast vid festliga tillfällen och då i form av vin, dricker aldrig starksprit.

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

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



På akuten möter Du som AT-läkare Göran, som är 55 år och kommer tillsammans med en god vän eftersom han ej fungerar hemma. Han är sjukpensionerad pga ryggbesvär och har tidigare arbetat som kock. Sedan två månader tillbaka har han blivit mer passiv, får inget gjort hemma, tycker inte att ngt är roligt längre. Han har sämre aptit, men har inte märkt någon viktnedgång. Har fått sämre sömn och vaknar tidigt på morgonen. Sitter mest och ser på TV och röker. Kan inte koncentrera sig på att läsa. Göran är frånskild med en vuxen son och har inte haft några psykiatriska besvär tidigare och det finns ej ngn psykiatrisk sjukdom i släkten. Har inte varit med om ngn psykisk belastning de senaste åren. Förutom den dåliga ryggen har han inte några kroppsliga besvär. Röker minst ett paket cigaretter per dag, dricker alkohol endast vid festliga tillfällen och då i form av vin, dricker aldrig starksprit.

Du gjorde bedömningen att det troligaste är att Göran har en egentlig depression och gjorde en suicidriskbedömning och kom fram till att det inte förelåg ngn suicidrisk och skickar därför hem Göran.

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

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

På akuten möter Du som AT-läkare Göran, som är 55 år och kommer tillsammans med en god vän eftersom han ej fungerar hemma. Han är sjukpensionerad pga ryggbesvär och har tidigare arbetat som kock. Sedan två månader tillbaka har han blivit mer passiv, får inget gjort hemma, tycker inte att ngt är roligt längre. Han har sämre aptit, men har inte märkt någon viktnedgång. Har fått sämre sömn och vaknar tidigt på morgonen. Sitter mest och ser på TV och röker. Kan inte koncentrera sig på att läsa. Göran är frånskild med en vuxen son och har inte haft några psykiatriska besvär tidigare och det finns ej ngn psykiatrisk sjukdom i släkten. Har inte varit med om ngn psykisk belastning de senaste åren. Förutom den dåliga ryggen har han inte några kroppsliga besvär. Röker minst ett paket cigaretter per dag, dricker alkohol endast vid festliga tillfällen och då i form av vin, dricker aldrig starksprit. Du gjorde bedömningen att det troligaste är att Göran har en egentlig depression och gjorde en suicidriskbedömning och kom fram till att det inte förelåg ngn suicidrisk och skickar därför hem Göran.

Du bedömde att Görans depression hade ett lätt till måttligt djup.

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

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

På akuten möter Du som AT-läkare Göran, som är 55 år och kommer tillsammans med en god vän eftersom han ej fungerar hemma. Han är sjukpensionerad pga ryggbesvär och har tidigare arbetat som kock. Sedan två månader tillbaka har han blivit mer passiv, får inget gjort hemma, tycker inte att ngt är roligt längre. Han har sämre aptit, men har inte märkt någon viktnedgång. Har fått sämre sömn och vaknar tidigt på morgonen. Sitter mest och ser på TV och röker. Kan inte koncentrera sig på att läsa. Göran är frånskild med en vuxen son och har inte haft några psykiatriska besvär tidigare och det finns ej ngn psykiatrisk sjukdom i släkten. Har inte varit med om ngn psykisk belastning de senaste åren. Förutom den dåliga ryggen har han inte några kroppsliga besvär. Röker minst ett paket cigaretter per dag, dricker alkohol endast vid festliga tillfällen och då i form av vin, dricker aldrig starksprit. Du gjorde bedömningen att det troligaste är att Göran har en egentlig depression och gjorde en suicidriskbedömning och kom fram till att det inte förelåg ngn suicidrisk och skickar därför hem Göran. Du bedömde att Görans depression hade ett lätt till måttligt djup.

Göran fick behandling med tabl Sertralin som gradvis höjdes till 150 mg per dag. Han blev ngt bättre, men söker sex veckor senare då förbättringen avstannat och han blivit mer skakig. Du noterar att han har lätt tremor och är svettig. Han har blodtryck på 140/90 och en puls på 100.

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

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

På akuten möter Du som AT-läkare Göran, som är 55 år och kommer tillsammans med en god vän eftersom han ej fungerar hemma. Han är sjukpensionerad pga ryggbesvär och har tidigare arbetat som kock. Sedan två månader tillbaka har han blivit mer passiv, får inget gjort hemma, tycker inte att ngt är roligt längre. Han har sämre aptit, men har inte märkt någon viktnedgång. Har fått sämre sömn och vaknar tidigt på morgonen. Sitter mest och ser på TV och röker. Kan inte koncentrera sig på att läsa. Göran är frånskild med en vuxen son och har inte haft några psykiatriska besvär tidigare och det finns ej ngn psykiatrisk sjukdom i släkten. Har inte varit med om ngn psykisk belastning de senaste åren. Förutom den dåliga ryggen har han inte några kroppsliga besvär. Röker minst ett paket cigaretter per dag, dricker alkohol endast vid festliga tillfällen och då i form av vin, dricker aldrig starksprit. Du gjorde bedömningen att det troligaste är att Göran har en egentlig depression och gjorde en suicidriskbedömning och kom fram till att det inte förelåg ngn suicidrisk och skickar därför hem Göran. Du bedömde att Görans depression hade ett lätt till måttligt djup. Göran fick behandling med tabl Sertralin som gradvis höjdes till 150 mg per dag. Han blev ngt bättre, men söker sex veckor senare då förbättringen avstannat och han blivit mer skakig. Du noterar att han har lätt tremor och är svettig. Han har blodtryck på 140/90 och en puls på 100.

Göran hade förhöjda värden på ASAT, ALAT, GT och CDT. Eftersom han nu också hade suicidtankar och suicidplaner lades han in. Du bedömde att han var abstinent.

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

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

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

## Epilog

Med Audit fick Du fram att Göran drack betydligt mer vin än vad han först berättade. När han fick hjälp med sina alkoholproblem svarade han på den antidepressiva behandlingen, som han kunde sluta med efter ett halvårs behandling