

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

RÄTTNINGSMALL TILL AT-PROV DEN 16 NOVEMBER 2012

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

Rättningsmall Medicinfrågan 20 poäng

1:1:1 Vilka enkla undersökningar som kan utföras på akutrummet begär du? Motivera. (1p)
EKG, Pox

1:2:1 Vad är anmärkningsvärt med ovanstående medicinlista? Motivera! (3p)
Dubblerad betablockad och ACE-hämmare, två sorters diuretika, kortverkande morfin utan tydlig indikation. Gabapentin tveksam indikation och dos. Stående NSAID.

1:3:1 Tolka EKG (1p)
AV-block II.

1:3:2 Med den information du fått hittills inkl EKG- bild: Vilken preliminär diagnos bedömer du mest sannolik? Motivera! (2p)
Medicin överdosering till följd av både överbehandling och njursvikt sek till dehydrering.

1:3:3 Vilka prover ordinerar du? Motivera! (1p)
Hb, Elstatus, S-digoxin, Blodgas.

1:4:1 Hur handlägger du patienten i väntan på provsvar? Motivera. (1p)
Telemetriövervakning och intravenös vätska. Sätt ut all medicin utom Sobril, Panodil och möjligen Morfin.

1:5:1 Tolka och redogör för möjlig uppkomstmekanism till avvikande laboratoriedata. (3p)
Kreatininstegring (njursvikt) till följd av intorkning som aggraverats av ACE-hämning. Hyperkalemi pga ACE hämmare vid njursvikt. Metabol acidosis till följd av njursvikten, Digoxin intoxication pga njursvikten.

1:5:2 Föranleder provsvaren någon ytterligare åtgärd? Motivera. (2p)
Infusion Glukos/insulin mot hyperkalemin med tanke på arrytmi, urinmätning.

1:6:1 Vad gör du härnäst? Motivera! (1p)
Lungröntgen.

1:7:1 Hur tolkar du röntgenbilden? (1p)
Högersidig pleuravätska.

1:7:2 Vilken är den mest sannolika förklaringen till röntgenfyndet? Motivera! (2p)
Malignitet.

1:8:1 Beskriv kortfattat hur du gör och vilka moment som ingår vid pleuratappningen. (2p)
Steril teknik, bakre axillarlinjen, längs övre revbenskant, lokalbedövning, rtg kontroll.

Rättningsmall Kirurgifrågan 20 poäng

2:1:1 Beskriv de moment som ingår i Din bukundersökning. Vilka frågeställningar vill Du i första hand ha svar på under respektive moment? (4p)

1. Inspektion (svullnadsgrad, asymetri, ärr, synliga bråck)
2. Auskultation (värdering av tarm ljud, ökade, minskade, frånvaro av)
3. Palpation (lokal eller generell ömhet, defense, bråck, pulsar, resistenser.)
4. Perkussion (sonor eller dämpad ton = gas eller vätska)
5. Per rectum (utfyllnad, resistenser, ömhet)

2:2:1 Vilka är dina tre främsta differentialdiagnoser? (1,5p)

Appendicit, divertikulit, urinvägsinfektion.

2:3:1 Mot bakgrund av den kliniska bilden och resultatet av röntgenutredningen, hur går Du vidare? (2p)

Information till patienten om att bilden talar för divertikulit, men colon behöver utredas med koloskopi eller med rektoskopi + CT-kolografi.

Utskrivning. Åter om han får ökande smärtor/feber. Telefonkontakt efter utredningen. Det saknas evidens för att antibiotikabehandling påverkar förloppet vid lindrig divertikulit.

2:4:1 a. Vad svarar Du? Motivera!

b. Vilka indikationer finns för elektiv operation efter genomgången divertikulit? (1,5p)

Ingen indikation för operation efter en episod.

Indikation för elektiv operation är upprepade säkra episoder av divertikulit, symptomgivande striktur (inklusive att cancer inte kan uteslutas), fistel.

2:5:1 Vilka är Dina frågeställningar? (1p)

Fri gas? Abscess eller annan inflammatorisk process? Tarmdilatation?

Med tanke på anamnesen: divertikulit?

2:6:1 Du misstänker att abscessen beror på divertikulit, men även andra orsaker är möjliga. Ange två andra möjliga bakomliggande orsaker till abscessen. (1p)

Appendicit, Mb Crohn.

2:6:2 Vilken är Din strategi för hans kommande vårdtid? (1,5p)

Vätskebehandling, blododling + antibiotika, percutant dränage av abscessen.

2:6:3 Vilka ordinationer skriver Du på Ditt meddelande till vårdavdelningen? (1,5p)

1000 ml Ringeracetat eller motsv., provtagning (blododling, PK, APTT), antibiotikabehandling (kombinationsbehandling där ett anaerobmedel ingår). Informera om att remiss skrivs för percutant dränage.

2:7:1 Hur tolkar Du röntgenbilden? (1p)

Utöver abscessen finns tecken på ileus.

2:8:1 Han undrar hur Du tänker behandla honom nu. Vad svarar Du? (2p)

Som tidigare planerat, med dränage av abscessen + antibiotika. Detta eftersom ileusproblematiken i första hand bedöms som sekundär till abscessen. Vid illamående kan v-sond övervägas. Fortsatt vätskebehandling så länge han inte kan försörja sig per os.

2:8:2 Vilka mekanismer kan vara orsak till utvecklingen av ileus? (1p)

Mest troligt är ileusproblematiken paralytisk och sekundär till en alltmer betydande abscessproblematik. G-I kanalen reagerar stereotypt med paralytisk på infektionen i buken. Det kan även finnas ett inslag av mekanisk problematik om abscessen påverkar distala colon.

2:9:1 Han undrar vad som hänt. Vad svarar Du? (1p)

Skummig urin = pneumaturi. Det föreligger en förbindelse mellan mag-tarm kanalen och urinvägarna. Mest troligt en colovesical fistel med divertikuliten som bakomliggande sjukdom.

2:9:2 Bertil undrar över kommande behandling. Vad svarar Du? (1p)

Operation med resektion av fistelbärande tarmsegment.

Rättningsmall Psykiatrifrågan 20 poäng

3.1.1 Vilka två psykiatriska diagnoser är mest troliga? Motivera! (2p)

Egentlig depression, kan ha sänkt stämningsläge, motorisk och viljemässig hämning, ev aptitförlust, Vanföreställningssyndrom, har isolerat sig, umgås inte med vänner

3.2.1 Vilken är den troliga diagnosen? Motivera. (1p)

Egentlig depression med melankoliskt djup, han finner inte glädje i ngt, han har störd dygnsrytm, ångest, aptitförlust, depressiva vanföreställningar, skuld känslor, trötthet och värk.

3.2.2 Vad är viktigt att komplettera anamnesen med för den akuta handläggningen? (2p)

Att göra en suicidriskbedömning och utesluta somatisk sjukdom.

3.3.1 Vilka hjälpmedel har Du för att göra en strukturerad suicidriskbedömning? (2p)

Suicidstegen, statistiska riskfaktorer, depressionsskattningsskala, suicidintentionsskala.

3.3.2 Utifrån det Du nu fått reda på, hur bedömer Du suicidrisken? Motivera! (1,5p)

Det föreligger en hög suicidrisk. Håkan har funderat ut metod, har en melankolisk depression, är man och i riskålder och är nyligen pensionerad.

3.3.3 Hur handlägger Du Håkan som inte vill bli inlagd? Motivera! (1p)

Håkan behöver läggas in, Du kontaktar Din bakjour och en legitimerad kollega måste skriva vårdintyg.

3.4.1 Vilka kriterier måste vara uppfyllda för att skriva vårdintyg? (1,5p)

Det skall föreligga en allvarlig psykisk störning, vara ett oundgängligt behov av kvalificerad psykiatrisk slutenvård dygnet om och att patienten motsätter sig vården eller inte kan fatta grundat ställningstagande till vården.

3.4.2 Vilken behandling föreslår Du? Motivera! (1p)

Håkan ordinerar ECT, eftersom han har en djup depression och hög suicidrisk.

3.5.1 Håkan undrar vilka biverkningar som han kan få av ECT. Vad berättar Du? (1p)

Du berättar att man kan få minnesstörning och förvirring som brukar gå över inom ngn dagar till en vecka.

3.5.2 Hur kan Du minska risken för biverkningar? (1p)

Att ge unilateral ECT.

3.5.3 Vilka alternativ finns för den uppföljande behandlingen? (2p)

Antingen antidepressiv medicinering, ev i kombination med litium, eller att fortsätta att ge underhålls ECT.

3.6.1 Vad har hänt? (1p)

Han har växlat till en manisk fas.

3.6.2 Hur behandlar Du honom? (3p)

Utsättning av venlafaxin. Ge stämningsstabiliserande medicin, ex i form av litium, valproat eller ngt av andra generationens antipsykosmedel. Antimanisk medicinering där litium, valproat liksom antipsykotisk medicinering kan användas.

Rättningsmall Allmänmedicinfrågan 20 poäng

4.1.1 Hur vill du komplettera anamnesen? Ange högst fyra viktiga frågor. (2p)

Arbete 0,5 p, ute i trädgård och natur 0,5 p, utlandsresa 0,5 p, bett av insekt 0,5 p.

4.2.1 Vad heter detta utslag? Vad är trolig etiologi? (2p)

Erytema migrans 1,0 p, borrelia 1,0 p.

4.3.1 Ordinerar du några prover och i så fall vilka? Motivera. (1p)

Ingen provtagning.

4.4.1. Patienten som inte har några egentliga besvär, frågar dig om det behövs någon behandling och i så fall varför. Vad svarar du? (1p)

Rekommenderar behandling för att undvika komplikationer ex neuroborrelios.

4.5.1. Vilken behandling ger du? Ange förstahandspreparat, dos och behandlingstid. (2p)

Penicillin 1,0 p, 1 g x 3 0,5 p, 10 dagars behandling 0,5 p.

4.6.1. Hur verkar penicillin på borreliabakterien? Vad är orsaken till att det doseras x 3 och inte x 1, eller x 2? (2p)

Penicillin hämmar bakteriens cellväggssyntes 1,0 p, dosering x 3 på grund av dess korta halveringstid 0,5 p och att nå MIC-värde 0,5 p.

4.6.2 Pat berättar att hon är överkänslig för penicillin. Fick som barn svåra utslag och ledsvullnader. Vad föreslår du för preparat i stället som förstahandsalternativ? (1p)

Doxycyklin.

4.7.1. Vilken grupp av antibiotika hör doxycyklin till? Hur verkar de?

Är det något du skall fråga henne om innan du förskriver det? Motivera. (2p)

Tetracykliner 0,5 p, Påverkar bakteriers proteinsyntes 0,5 p, Fråga om graviditet med tanke på biverkningar hos foster på tandanlag 0,5 p, Fråga om hon planerar ny solsemester under behandlingstiden med tanke på risk för fototoxisk biverkan som kan bli allvarlig 0,5 p.

4.8.1. Vilka alternativ finns i övrigt till penicillin och doxycyklin vid borreliainfektion? (1p)

Azithromycin 0,5 p eller cefalosporin 0,5 p.

4.9.1 Är något av dessa preparat möjligt eller olämpligt att ge till din patient? Motivera. (1p)

Azithromycin är lämpligt 0,5 p, men cefalosporin är olämpligt eftersom det kan korsreagera och ge allergisk reaktion som för penicillin 0,5 p.

4.10.1. Vad är detta för prov och vad visar det? Förklara. (2p)

Immunglobuliner eller antikroppar mot borrelia 0,5 p. IgM ökar vid den akuta infektionen för att sedan minska 0,5 p, IgG ökar senare i förloppet och ligger kvar och kan reaktiveras 0,5 p. I detta fall finns en blygsam ökning av IgG som möjligen kan tala för en infektion längre tillbaka i tiden 0,5 p.

4.11.1 Vad säger till du patienten med tanke på svaret? Motivera. (1p)

Ingen aktuell borreliainfektion 0,5 p. Du rekommenderar expectans med en telefonkontakt om några veckor 0,5 p.

4.12.1. Patienten frågar dig under samtalet om vaccination. Finns det möjlighet att vaccinera sig mot fästingburna sjukdomar? (1p)

Vaccin finns mot TBE (tickborne encephalitis).

4.13.1 Vad är det för skillnad på etiologiskt agens för tbe och borrelia? Vilken behandling finns för tbe? (1p)

Tbe är ett virus av flavityp, borrelia är en bakterie 0,5 p. Mot tbe finns endast symptomatisk behandling 0,5 p