

Examination efter läkares allmäntjänstgöring - Skriftligt prov

den 16 november 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 räckas. 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 | 12 delfrågor | sidor | 1 - 9 |
| Fall 2 | 20 poäng | 13 delfrågor | sidor | 10 - 19 |
| Fall 3 | 20 poäng | 13 delfrågor | sidor | 20 - 26 |
| Fall 4 | 20 poäng | 14 delfrågor | sidor | 27 - 39 |

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.**

Asta, 87 år, har inkommit med sin dotter till medicinakuten där du är jour. Dottern berättar att hennes mor har tacklat av sista veckorna. Hon hade "vinterkräksjuka" för några veckor sedan, men trots att diarréer och kräkningar slutade efter bara någon dag har hon bara blivit sämre och klarar sig nu inte längre hemma. Hon mår illa, har svimmat flera gånger och har bl.a. sagt att synen förändrats. Innan du träffat patienten har man kontrollerat BT: 90/50 och puls 38/min.

Status AT: Magerlagd kvinna, trött, afebril, nedsatt hudturgor.

Hjärta: Regelbunden rytm, 40/min, inga blåsljud

Lungor (auskulteras i liggande): Basala krepitationer

Buk: Palperas mjuk, men ömmar diffust

Neurologi: Pupillreaktion ua, rör på alla extremiteter

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

0
0,5
1

Asta, 87 år, har inkommit med sin dotter till medicinakuten där du är jour. Dottern berättar att hennes mor har tacklat av sista veckorna. Hon hade "vinterkräksjuka" för några veckor sedan, men trots att diarréer och kräkningar slutade efter bara någon dag har hon bara blivit sämre och klarar sig nu inte längre hemma. Hon mår illa, har svimmat flera gånger och har bl.a. sagt att synen förändrats. Innan du träffat pat har man kontrollerat BT: 90/50 och puls 38/min.

Status AT: Magerlagd kvinna, trött, afebril, nedsatt hudturgor.

Hjärta: Regelbunden rytm, 40/min, inga blåsljud

Lungor (auskulteras i liggande): Basala krepitationer

Buk: Palperas mjuk, men ömmar diffust

Neurologi: Pupillreaktion ua, rör på alla extremiteter

Asta berättar med hjälp av sin dotter att hon har högt blodtryck och begynnande minnesproblem. Hon har även haft en del hjärtproblem och kroniska smärtor och medicinerar nu enligt bifogade lista. Dottern antyder att det varit problem med Astas mediciner. Hon har gått hos flera olika doktorer och dottern undrar om det inte blivit för mycket mediciner.

Asta har ätit och druckit mycket dåligt sista veckorna. Hon har kissat små mängder.

Medicinlista:

T Metoprolol 100mg x 1

T Digoxin 0,13 mg x 1

T Furix 40 mg 2x1

T Enalapril 10 mg x 1

T Salures 2,5 mg x 1

T Bisoprolol 5 mg x 2

T Ramipril 2,5 mg x 2

T CalcichewD3 1 x 3

T Morfin 10 mg 1 x 3

T Panodil 2 x 3

T Sobril 10 mg 1x 3

T Gabapentin 300 mg x 3

T Diklofenak 25 mg x 3

1:2:1 Vad är anmärkningsvärt med ovanstående medicinlista? Motivera! (3p)

0

0,5

1

1,5

2

2,5

3

Asta, 87 år, har inkommit med sin dotter till medicinakuten där du är jour. Dottern berättar att hennes mor har tacklat av sista veckorna. Hon hade "vinterkräksjuka" för några veckor sedan, men trots att diarréer och kräkningar slutade efter bara någon dag har hon bara blivit sämre och klarar sig nu inte längre hemma. Hon mår illa, har svimmat flera gånger och har bl.a. sagt att synen förändrats. Innan du träffat pat har man kontrollerat BT: 90/50 och puls 38/min.

Status AT: Magerlagd kvinna, trött, afebril, nedsatt hudturgor.

Hjärta: Regelbunden rytm, 40/min, inga blåsljud

Lungor (auskulteras i liggande): Basala krepitationer

Buk: Palperas mjuk, men ömmar diffust

Neurologi: Pupillreaktion ua, rör på alla extremiteter

Asta berättar med hjälp av sin dotter att hon har högt blodtryck och begynnande minnesproblem. Hon har även haft en del hjärtproblem och kroniska smärtor och medicinerar nu enligt bifogade lista. Dottern antyder att det varit problem med Astas mediciner. Hon har gått hos flera olika doktörer och dottern undrar om det inte blivit för mycket mediciner.

Asta har ätit och druckit mycket dåligt sista veckorna. Hon har kissat små mängder.

T Metoprolol 100mg x 1, T Digoxin 0,13 mg x 1, T Furix 40 mg 2x1, T Enalapril 10 mg x 1, T Salures 2,5 mg x 1, T Bisoprolol 5 mg x 2, T Ramipril 2,5 mg x 2, T CalcichewD3 1 x 3, T Morfin 10mg x 3, T Panodil 2 x 3, T Sobril 10 mg 1 x 3, T Gabapentin 300 mg x 3, T Diklofenak 25 mg x 3

Du har begärt ett EKG. Pox ger mycket varierande värden och emellanåt inga utslag vilket du tror beror på dålig perifer cirkulation.

1:3:1 Tolka EKG. (1p)

0
0,5
1

1:3:2 Med den information du fått hittills inkl EKG- bild: Vilken preliminär diagnos bedömer du mest sannolik? Motivera! (2p)

0
0,5
1
1,5
2

1:3:3 Vilka prover ordinerar du? Motivera! (1p)

0
0,5
1

Asta, 87 år, har inkommit med sin dotter till medicinakuten där du är jour. Dottern berättar att hennes mor har tacklat av sista veckorna. Hon hade "vinterkräksjuka" för några veckor sedan, men trots att diarréer och kräkningar slutade efter bara någon dag har hon bara blivit sämre och klarar sig nu inte längre hemma. Hon mår illa, har svimmat flera gånger och har bl.a. sagt att synen förändrats. Innan du träffat pat har man kontrollerat BT: 90/50 och puls 38/min.

Status AT: Magerlagd kvinna, trött, afebril, nedsatt hudturgor.

Hjärta: Regelbunden rytm, 40/min, inga blåsljud

Lungor (auskulteras i liggande): Basala krepitationer

Buk: Palperas mjuk, men ömmar diffust

Neurologi: Pupillreaktion ua, rör på alla extremiteter

Asta berättar med hjälp av sin dotter att hon har högt blodtryck och begynnande minnesproblem. Hon har även haft en del hjärtproblem och kroniska smärtor och medicinerar nu enligt bifogade lista. Dottern antyder att det varit problem med Astas mediciner. Hon har gått hos flera olika doktorer och dottern undrar om det inte blivit för mycket mediciner.

Asta har ätit och druckit mycket dåligt sista veckorna. Hon har kissat små mängder.

T Metoprolol 100mg x 1, T Digoxin 0,13 mg x 1, T Furix 40 mg 2x1, T Enalapril 10 mg x 1, T Salures 2,5 mg x 1, T Bisoprolol 5 mg x 2, T Ramipril 2,5 mg x 2, T CalcichewD3 1 x 3, T Morfin 10mg x 3, T Panodil 2 x 3, T Sobril 10 mg 1 x 3, T Gabapentin 300 mg x 3, T Diklofenak 25 mg x 3

Du har begärt ett EKG. Pox ger mycket varierande värden och emellanåt inga utslag vilket du tror beror på dålig perifer cirkulation.

EKG visar AV-block II. Du misstänker att detta är medicin utlöst till följd av intorkning och överbehandling och kontrollerar Blodgas, S-digoxin och S-Na, S-K och S-Kreatinin.

1:4:1 Hur handlägger du patienten i väntan på provsvar? Motivera. (1p)

0
0,5
1

Asta, 87 år, har inkommit med sin dotter till medicinakuten där du är jour. Dottern berättar att hennes mor har tacklat av sista veckorna. Hon hade "vinterkräksjuka" för några veckor sedan, men trots att diarréer och kräkningar slutade efter bara någon dag har hon bara blivit sämre och klarar sig nu inte längre hemma. Hon mår illa, har svimmat flera gånger och har bl.a. sagt att synen förändrats. Innan du träffat pat har man kontrollerat BT: 90/50 och puls 38/min.

Status AT: Magerlagd kvinna, trött, afebril, nedsatt hudturgor.

Hjärta: Regelbunden rytm, 40/min, inga blåsljud

Lungor (auskulteras i liggande): Basala krepitationer

Buk: Palperas mjuk, men ömmar diffust

Neurologi: Pupillreaktion ua, rör på alla extremiteter

Asta berättar med hjälp av sin dotter att hon har högt blodtryck och begynnande minnesproblem. Hon har även haft en del hjärtproblem och kroniska smärtor och medicinerar nu enligt bifogade lista. Dottern antyder att det varit problem med Astas mediciner. Hon har gått hos flera olika doktorer och dottern undrar om det inte blivit för mycket mediciner.

Asta har ätit och druckit mycket dåligt sista veckorna. Hon har kissat små mängder.

T Metoprolol 100mg x 1, T Digoxin 0,13 mg x 1, T Furix 40 mg 2x1, T Enalapril 10 mg x 1, T Salures 2,5 mg x 1, T Bisoprolol 5 mg x 2, T Ramipril 2,5 mg x 2, T CalcichewD3 1 x 3, T Morfin 10mg x 3, T Panodil 2 x 3, T Sobril 10 mg 1x 3, T Gabapentin 300 mg x 3, T Diklofenak 25 mg x 3

Du har begärt ett EKG. Pox ger mycket varierande värden och emellanåt inga utslag vilket du tror beror på dålig perifer cirkulation. EKG visar AV-block II. Du misstänker att detta är medicin utlöst till följd av intorkning och överbehandling och kontrollerar Blodgas, S-digoxin och S-Na, S-K och S-Kreatinin.

Du lägger in Asta på övervakningsavdelning med telemetri. Sätter ut samtliga mediciner förutom Sobril och Panodil och ger iv vätska. Elstatus visar S-Na 143, S-K 6,8 och S-Krea 479. S-Digoxin 3,5 (terapeutisk konc < 1,4). Blodgas visar pH 7,28, pCO₂ 3,7, pO₂ 9,5, syrgasmättnad 97%, standard bikarbonat 19 mmol. Base excess -5. (Telemetri visar kvarstående AV-block II med HF 30-40 / min)

1:5:1 Tolka och redogör för möjlig uppkomstmekanism till avvikande laboratoriedata. (3p)

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

1:5:2 Föranleder provsvaren någon ytterligare åtgärd? Motivera. (2p)

0
0,5
1
1,5
2

Asta, 87 år, har inkommit med sin dotter till medicinakuten där du är jour. Dottern berättar att hennes mor har tacklat av sista veckorna. Hon hade "vinterkräksjuka" för några veckor sedan, men trots att diarréer och kräkningar slutade efter bara någon dag har hon bara blivit sämre och klarar sig nu inte längre hemma. Hon mår illa, har svimmat flera gånger och har bl.a. sagt att synen förändrats. Innan du träffat pat har man kontrollerat BT: 90/50 och puls 38/min.

Status AT: Magerlagd kvinna, trött, afebril, nedsatt hudturgor.

Hjärta: Regelbunden rytm, 40/min, inga blåsljud

Lungor (auskulteras i liggande): Basala krepitationer

Buk: Palperas mjuk, men ömmar diffust

Neurologi: Pupillreaktion ua, rör på alla extremiteter

Asta berättar med hjälp av sin dotter att hon har högt blodtryck och begynnande minnesproblem. Hon har även haft en del hjärtproblem och kroniska smärtor och medicinerar nu enligt bifogade lista. Dottern antyder att det varit problem med Astas mediciner. Hon har gått hos flera olika doktorer och dottern undrar om det inte blivit för mycket mediciner.

Asta har ätit och druckit mycket dåligt sista veckorna. Hon har kissat små mängder.

T Metoprolol 100mg x 1, T Digoxin 0,13 mg x 1, T Furix 40 mg 2x1, T Enalapril 10 mg x 1, T Salures 2,5 mg x 1, T Bisoprolol 5 mg x 2, T Ramipril 2,5 mg x 2, T CalcichewD3 1 x 3, T Morfin 10mg x 3, T Panodil 2 x 3, T Sobril 10 mg 1x 3, T Gabapentin 300 mg x 3, T Diklofenak 25 mg x 3

Du har begärt ett EKG. Pox ger mycket varierande värden och emellanåt inga utslag vilket du tror beror på dålig perifer cirkulation. EKG visar AV-block II. Du misstänker att detta är medicin utlöst till följd av intorkning och överbehandling och kontrollerar blodgas, S-digoxin och S-Na, S-K och S-Kreatinin. Du lägger in Asta på övervakningsavdelning med telemetri. Sätter ut samtliga mediciner förutom Sobril och Panodil och ger iv vätska. Elstatus visar S-Na 143, S-K 6,8 och S-Krea 479. S-Digoxin 3,5 (terapeutisk konc < 1,4). Blodgas visar pH 7,28, pCO₂ 3,7, pO₂ 9,5, syrgasmättnad 97%, standard bikarbonat 19 mmol. Base excess -5. (Telemetri visar kvarstående AV-block II med HF 30-40 / min)

Lab data talar för njursvikt, metabol acidosis, hyperkalemi och digoxin intoxikation. Patienten får rikligt med vätska, insulin-glukos infusion mot hyperkalemin och efter några dygn har hon återgått i sinusrytm med normal kammarfrekvens. Kalium normaliseras snabbt och kreatinin börjar också normaliseras. Hon mår betydligt bättre, men hon och dottern påpekar att hon sedan en längre tid haft obehag till höger i bröstkorgen. Vid auskultation och perkussion är det tydligt nedsatta andningsljud och dämpning höger lungbas.

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

0
0,5
1

Asta, 87 år, har inkommit med sin dotter till medicinakuten där du är jour. Dottern berättar att hennes mor har tacklat av sista veckorna. Hon hade "vinterkräksjuka" för några veckor sedan, men trots att diarréer och kräkningar slutade efter bara någon dag har hon bara blivit sämre och klarar sig nu inte längre hemma. Hon mår illa, har svimmat flera gånger och har bl.a. sagt att synen förändrats. Innan du träffat pat har man kontrollerat BT: 90/50 och puls 38/min.

Status AT: Magerlagd kvinna, trött, afebril, nedsatt hudturgor.

Hjärta: Regelbunden rytm, 40/min, inga blåsljud

Lungor (auskulteras i liggande): Basala krepitationer

Buk: Palperas mjuk, men ömmar diffust

Neurologi: Pupillreaktion ua, rör på alla extremiteter

Asta berättar med hjälp av sin dotter att hon har högt blodtryck och begynnande minnesproblem. Hon har även haft en del hjärtproblem och kroniska smärtor och medicinerar nu enligt bifogade lista. Dottern antyder att det varit problem med Astas mediciner. Hon har gått hos flera olika doktorer och dottern undrar om det inte blivit för mycket mediciner.

Asta har ätit och druckit mycket dåligt sista veckorna. Hon har kissat små mängder.

T Metoprolol 100mg x 1, T Digoxin 0,13 mg x 1, T Furix 40 mg 2x1, T Enalapril 10 mg x 1, T Salures 2,5 mg x 1, T Bisoprolol 5 mg x 2, T Ramipril 2,5 mg x 2, T CalcichewD3 1 x 3, T Morfin 10mg x 3, T Panodil 2 x 3, T Sobril 10 mg 1x 3, T Gabapentin 300 mg x 3, T Diklofenak 25 mg x 3

Du har begärt ett EKG. Pox ger mycket varierande värden och emellanåt inga utslag vilket du tror beror på dålig perifer cirkulation. EKG visar AV-block II. Du misstänker att detta är medicin utlöst till följd av intorkning och överbehandling och kontrollerar Blodgas, S-digoxin och S-Na, S-K och S-Kreatinin. Du lägger in Asta på övervakningsavdelning med telemetri. Sätter ut samtliga mediciner förutom Sobril och Panodil och ger iv vätska. Elstatus visar S-Na 143, S-K 6,8 och S-Krea 479. S-Digoxin 3,5 (terapeutisk konc < 1,4). Blodgas visar pH 7,28, pCO₂ 3,7, pO₂ 9,5, syrgasmättnad 97%, standard bikarbonat 19 mmol. Base excess -5. (Telemetri visar kvarstående AV-block II med HF 30-40 / min)

Lab data talar för njursvikt, metabol acidosis, hyperkalemi och digoxin intoxication. Patienten får rikligt med vätska, insulin-glukos infusion mot hyperkalemin och efter några dygn har hon återgått i sinusrytm med normal kammarfrekvens. Kalium normaliseras snabbt och kreatinin börjar också normaliseras. Hon mår betydligt bättre, men hon och dottern påpekar att hon sedan en längre tid haft obehag till höger i bröstkorget. Vid auskultation och perkussion är det tydligt nedsatta andningsljud och dämpning höger lungbas.

Du beställer en lungröntgen.

1:7:1 Hur tolkar du röntgenbilden? (1p)

0
0,5
1

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

0
0,5
1
1,5
2

Asta, 87 år, har inkommit med sin dotter till medicinakuten där du är jour. Dottern berättar att hennes mor har tacklat av sista veckorna. Hon hade "vinterkräksjuka" för några veckor sedan, men trots att diarréer och kräkningar slutade efter bara någon dag har hon bara blivit sämre och klarar sig nu inte längre hemma. Hon mår illa, har svimmat flera gånger och har bl.a. sagt att synen förändrats. Innan du träffat pat har man kontrollerat BT: 90/50 och puls 38/min.

Status AT: Magerlagd kvinna, trött, afebril, nedsatt hudturgor.

Hjärta: Regelbunden rytm, 40/min, inga blåsljud

Lungor (auskulteras i liggande): Basala krepitationer

Buk: Palperas mjuk, men ömmar diffust

Neurologi: Pupillreaktion ua, rör på alla extremiteter

Asta berättar med hjälp av sin dotter att hon har högt blodtryck och begynnande minnesproblem. Hon har även haft en del hjärtproblem och kroniska smärtor och medicinerar nu enligt bifogade lista. Dottern antyder att det varit problem med Astas mediciner. Hon har gått hos flera olika doktorer och dottern undrar om det inte blivit för mycket mediciner.

Asta har ätit och druckit mycket dåligt sista veckorna. Hon har kissat små mängder.

T Metoprolol 100mg x 1, T Digoxin 0,13 mg x 1, T Furix 40 mg 2x1, T Enalapril 10 mg x 1, T Salures 2,5 mg x 1, T Bisoprolol 5 mg x 2, T Ramipril 2,5 mg x 2, T CalcichewD3 1 x 3, T Morfin 10mg x 3, T Panodil 2 x 3, T Sobril 10 mg 1x 3, T Gabapentin 300 mg x 3, T Diklofenak 25 mg x 3

Du har begärt ett EKG. Pox ger mycket varierande värden och emellanåt inga utslag vilket du tror beror på dålig perifer cirkulation. EKG visar AV-block II. Du misstänker att detta är medicin utlöst till följd av intorkning och överbehandling och kontrollerar Blodgas, S-digoxin och S-Na, S-K och S-Kreatinin. Du lägger in Asta på övervakningsavdelning med telemetri. Sätter ut samtliga mediciner förutom Sobril och Panodil och ger iv vätska. Elstatus visar S-Na 143, S-K 6,8 och S-Krea 479. S-Digoxin 3,5 (terapeutisk konc < 1,4). Blodgas visar pH 7,28, pCO₂ 3,7, pO₂ 9,5, syrgasmättnad 97%, standard bikarbonat 19 mmol. Base excess -5. (Telemetri visar kvarstående AV-block II med HF 30-40 / min).

Lab data talar för njursvikt, metabol acidosis, hyperkalemi och digoxin intoxication. Patienten får rikligt med vätska, insulin-glukos infusion mot hyperkalemin och efter några dygn har hon återgått i sinusrytm med normal kammarfrekvens. Kalium normaliseras snabbt och kreatinin börjar också normaliseras. Hon mår betydligt bättre, men hon och dottern påpekar att hon sedan en längre tid haft obehag till höger i bröstkorget. Vid auskultation och perkussion är det tydligt nedsatta andningsljud och dämpning höger lungbas. Du beställer en lungröntgen

Denna visar hö-sidig pleuravätska upp till hilushöjd. Övriga lungparenkymet är ua. Detta fynd ger stor misstanke om malignitet och du planerar att göra en pleuratappning i diagnostiskt syfte.

1:8:1 Beskriv kortfattat hur du gör och vilka moment som ingår vid pleuratappningen. (2p)

0
0,5
1
1,5
2

EPILOG:

Cytologi på pleuravätskan visade förekomst av maligna celler som vid små-cellig lungcancer. Patienten remitterades till Lungklinik för bedömning.

FALL 2

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

Du tjänstgör som AT-läkare på ett länsdelssjukhus. Under ett arbetspass på akutmottagningen söker en måndag Bertil, 58 år. Han har under den gångna helgen haft ont i magen. Egentligen var smärtan som sämst under lördagen, men han var bortrest under helgen och söker därför först i dag.

Du kompletterar anamnesen och undersöker sedan Bertil. Din undersökning inkluderar ett komplett bukstatus.

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)

0

0,5

1

1,5

2

2,5

3

3,5

4

Du tjänstgör som AT-läkare på ett länsdelssjukhus. Under ett arbetspass på akutmottagningen söker en måndag Bertil, 58 år. Han har under den gångna helgen haft ont i magen. Egentligen var smärtan som sämst under lördagen, men då han var bortrest under helgen söker han först i dag.

I Din kompletterande anamnes framkommer att Bertil sedan tidigare är väsentligen frisk. Han är inte tidigare bukopererad. Han insjuknade smygande under torsdag eftermiddag. Smärtan är lokaliserad i nedre delen av buken; han kan inte säkert säga om höger eller vänster sida dominerar. Han har inte mått illa eller kräkts, men kanske haft lite sämre aptit. Tarmfunktion och vattenkastning tycker han har fungerat som vanligt. Han kände sig kanske lite frusen under lördagen, men mätte aldrig sin temperatur.

När Du undersöker Bertil uppfattar du en patient med i stort sett opåverkat allmäntillstånd, temp 38,1°C. Hjärta och lungor auskulteras ua och blodtrycket är 150/80. Buken är sammanfallen och mjuk. Bertil signalerar med viss smärtareaktion vid djup palpation i bukens nedre del. PR är ua. Basala lab. värden är redan tagna: Hb 134; LPK 12,1; CRP 67; Na 135; K 4,3; Krea 86. U-sticka 1+ för erythrocyter.

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

0

0,5

1

1,5

Du tjänstgör som AT-läkare på ett länsdelssjukhus. Under ett arbetspass på akutmottagningen söker en måndag Bertil, 58 år. Han har under den gångna helgen haft ont i magen. Egentligen var smärtan som sämst under lördagen, men då han var bortrest under helgen söker han först i dag.

I Din kompletterande anamnes framkommer att Bertil sedan tidigare är väsentligen frisk. Han är inte tidigare bukopererad. Han insjuknade smygande under torsdag eftermiddag. Smärtan är lokaliserad i nedre delen av buken; han kan inte säkert säga om höger eller vänster sida dominerar. Han har inte mått illa eller kräkts, men kanske haft lite sämre aptit. Tarmfunktion och vattenkastning tycker han har fungerat som vanligt. Han kände sig kanske lite frusen under lördagen, men mätte aldrig sin temperatur.

När Du undersöker Bertil uppfattar du en patient med i stort sett opåverkat allmäntillstånd, temp 38,1°C. Hjärta och lungor auskulteras ua och blodtrycket är 150/80. Buken är sammanfallen och mjuk. Bertil signalerar med viss smärta vid djup palpation i bukens nedre del. PR är ua. Lab: Hb 134; LPK 12,1; CRP 67; Na 135; K 4,3; Krea 86. U-sticka 1+ för erythrocyter.

Nästa morgon går Du rond på intagningsavdelningen. En kollega till dig har kvällen innan sluthandlagt Bertil på akutmottagningen. Han har observerats över natten och tidigt på morgonen undersökts med CT av buken. Undersökningen visar: "Ingen tarmdilatation eller fri vätska i buken. Antydning till svullnad av colon sigmoideum och dess omgivande fett".

Bertil upplever ytterligare förbättring och tycker egentligen inte han har ont längre. Temp 37,1°C.

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

0

0,5

1

1,5

2

Du tjänstgör som AT-läkare på ett länsdelssjukhus. Under ett arbetspass på akutmottagningen söker en måndag Bertil, 58 år. Han har under den gångna helgen haft ont i magen. Egentligen var smärtan som sämst under lördagen, men då han var bortrest under helgen söker han först i dag.

I Din kompletterande anamnes framkommer att Bertil sedan tidigare är väsentligen frisk. Han är inte tidigare bukopererad. Han insjuknade smygande under torsdag eftermiddag. Smärtan är lokaliserad i nedre delen av buken; han kan inte säkert säga om höger eller vänster sida dominerar. Han har inte mått illa eller kräkts, men kanske haft lite sämre aptit. Tarmfunktion och vattenkastning tycker han har fungerat som vanligt. Han kände sig kanske lite frusen under lördagen, men mätte aldrig sin temperatur.

När Du undersöker Bertil uppfattar du en patient med i stort sett opåverkat allmäntillstånd, temp 38,1°C. Hjärta och lungor auskulteras ua och blodtrycket är 150/80. Buken är sammanfallen och mjuk. Bertil signalerar med viss smärta vid djup palpation i bukens nedre del. PR är ua.

Basala lab. värden är redan tagna: Hb 134; LPK 12,1; CRP 67; Na 135; K 4,3; Krea 86. U-sticka 1+ för Erythrocyter.

Nästa morgon går Du rond på intagningsavdelningen. En kollega till dig har dagen innan sluthandlagt Bertil på akutmottagningen. Han har observerats över natten och tidigt på morgonen undersökts med CT av buken. Undersökningen visar: "Ingen tarmdilatation eller fri vätska i buken. Antydning till svullnad av colon sigmoideum och dess omgivande fett".

Du informerar Bertil om att det troligaste är att han drabbats av lindrig divertikulit. Du tycker han kan skrivas ut, men behöver genomgå kolonutredning och remitterar till koloskopi.

Denna genomförs efter 8 veckor och visar "Inga tumörsuspekta förändringar. Relativt uttalad divertikulos i vänstercolon".

När Du fått svaret ringer Du Bertil. Du berättar att han har divertikulos. Bertil säger att han nu mår bra men har läst att man kan opereras om man har fickor på tarmen. "Då slipper man väl problem i framtiden?", säger han.

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

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

0

0,5

1

1,5

Bertil, 58 år har tidigare vårdats för vad som kliniskt och röntgenologiskt tolkats som lindrig divertikulit. Han har genomgått en koloskopi som visar divertikulos i colon sigmoideum.

Fyra månader senare möter Du Bertil på nytt; även denna gång söker han akut. Han har mått bra ända till fram till för ca 10-12 dagar sedan, då han på nytt började få ont i nedre delen av buken. Han har inte haft någon riktig aptit och i dag kräktes han vid ett tillfälle. Han tror att han tappat ”ett eller ett par kilo” i vikt. Han har också haft feber ibland, framför allt på kvällarna.

När Du undersöker Bertil, upplever Du honom lätt allmänpåverkad; temp 38,7°C. Buken är tympanistisk och det finns ett visst muskelförsvär i nedre delen; övriga delar av buken är oömma. PR: ua. Hb 143; LPK 15,6; CRP 215; Na 133; K 4,4; Krea 112.

Du utreder Bertil med CT av buken.

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

0

0,5

1

Bertil, 58 år, har tidigare vårdats för vad som kliniskt och röntgenologiskt tolkats som lindrig divertikulit. Han har genomgått en koloskopi som visar divertikulos i colon sigmoideum.

Fyra månader senare möter Du Bertil på nytt; även denna gång söker han akut. Han har mått bra ända till fram till för ca 10-12 dagar sedan då han på nytt började få ont i nedre delen av buken. Han har inte haft någon riktig aptit och i dag kräktes han vid ett tillfälle; han tror att han tappat "ett eller ett par kilo" i vikt. Han har också haft feber ibland, framför allt på kvällarna.

När Du undersöker Bertil, upplever Du honom lätt allmänpåverkad; temp 38,7°C. Buken är tympanistisk och det finns ett visst muskelförsvär i nedre delen av buken; övriga delar av buken är oömma. PR: ua. Hb 143; LPK 15,6; CRP 215; Na 133; K 4,4; Krea 112. Du utreder Bertil med CT av buken.

Efter preliminärgranskning av CT-undersökningen får Du svaret: "Preliminärt utlåtande: 8x5 cm stor abscess lokaliserad centralt i nedre delen av buken. Definitivt svar följer"

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)

0

0,5

1

Du beslutar Dig för att lägga in Bertil.

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

0

0,5

1

1,5

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

0

0,5

1

1,5

Bertil, 58 år, har tidigare vårdats för vad som kliniskt och röntgenologiskt tolkats som lindrig divertikulit. Han har genomgått en koloskopi som visar divertikulos i colon sigmoideum.

Fyra månader senare möter Du Bertil på nytt; även denna gång söker han akut. Han har mått bra ända till fram till för ca 10-12 dagar sedan då han på nytt började få ont i nedre delen av buken. Han har inte haft någon riktig aptit och i dag kräktes han vid ett tillfälle; han tror att han tappat "ett eller ett par kilo" i vikt. Han har också haft feber ibland, framför allt på kvällarna.

När Du undersöker Bertil, upplever Du honom lätt allmänpåverkad; temp 38,7°C. Buken är tympanistisk och det finns ett visst muskelförsvär i nedre delen av buken; övriga delar av buken är oömma. PR: ua. Hb 143; LPK 15,6; CRP 215; Na 133; K 4,4; Krea 112. Du utreder Bertil med CT av buken.

Undersökningen preliminärgranskas: "Preliminärt utlåtande: 8x5 cm stor abscess lokaliserad centralt i nedre delen av buken. Definitivt svar följer".

Bertil läggs in. Han erhåller dropp och efter odlingar även antibiotikabehandling. Du skriver remiss till röntgenavdelningen för perkutant dränage av abscessen. Efter ytterligare två timmar är CT-undersökningen slutgranskad. "Abscess i nedre delen av buken såsom tidigare beskrivits. Utöver detta föreligger måttlig generell dilatation av både tunntarm och colon".

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

0

0,5

1

Bertil, 58 år, har tidigare vårdats för vad som kliniskt och röntgenologiskt tolkats som lindrig divertikulit. Han har genomgått en koloskopi som visar divertikulos i colon sigmoideum.

Fyra månader senare möter Du Bertil på nytt; även denna gång söker han akut. Han har mått bra ända till fram till för ca 10-12 dagar sedan då han på nytt började få ont i nedre delen av buken. Han har inte haft någon riktig aptit och idag kräktes han vid ett tillfälle; han tror att han tappat "ett eller ett par kilo" i vikt. Han har också haft feber ibland, framför allt på kvällarna.

När Du undersöker Bertil upplever Du honom lätt allmänpåverkad; temp 38,7°C. Buken är tympanistisk och det finns ett visst muskelförsvär i nedre delen av buken; övriga delar av buken är oömma. PR: ua. Hb 143; LPK 15,6; CRP 215; Na 133; K 4,4; Krea 112. Du utreder Bertil med CT av buken.

Undersökningen preliminärgranskas: "Preliminärt utlåtande: 8x5 cm stor abscess lokaliserad centralt i nedre delen av buken. Definitivt svar följer".

Bertil läggs in. Han erhåller dropp och efter odlingar även antibiotikabehandling. Du skriver remiss till röntgenavdelningen för perkutant dränage av abscessen. Efter ytterligare två timmar är CT-undersökningen slutgranskad. "Abscess i nedre delen av buken såsom tidigare beskrivits. Utöver detta föreligger måttlig generell dilatation av både tunntarm och colon".

Undersökningen visar utöver bukabscess bild som vid måttlig ileus.

Du startar Ditt arbetspass som jour kl 21.00. Av avgående jour har Bertil fått reda på att han utöver "bölden i buken även drabbats av tarmvred".

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

0

0,5

1

1,5

2

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

0

0,5

1

Bertil, 58 år, har tidigare vårdats för vad som kliniskt och röntgenologiskt tolkats som lindrig divertikulit. Han har genomgått en koloskopi som visar divertikulos i colon sigmoideum.

4 månader efter ovanstående episod söker han på nytt. Kliniskt och röntgenologiskt har han en abscess i bukens nedre del och tarmparalys sekundärt till detta.

Bertil behandlas nästa morgon på röntgenavdelningen; via ultraljud inläggs ett dränage i abscessen. Dränaget kvarliggertre dygn. Under denna tid släpper Bertils tarmparalys och han kan skrivas ut.

Fem veckor senare kontaktar Bertil Dig igen när Du har telefontid. Han berättar att han efter utskrivningen upplevt sig bättre, men att han senaste 10 dagarna haft urinrängningar och i förrgår morse noterat att ”urinen blivit skummig av luftbubblor”.

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

0

0,5

1

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

0

0,5

1

Epilog:

Skummig urin (pneumatURI) innebär att det föreligger en förbindelse mellan mag-tarmkanalen och urinvägarna. Med tanke på hans tidigare anamnes är det mest sannolikt att han drabbats av en colovesikal fistel där fistelbärande tarmsegment är colon sigmoideum. Behandlingen är i de allra flesta fall operation med resektion av fistelbärande tarmsegment.

FALL 3

Lägg även detta ark på golvet -

det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen

Som jour på psykiatriska kliniken träffar Du Håkan, som är 65 år och gick i pension för 6 månader sedan. Han hade då arbetat som överläkare på röntgenavdelningen i sju år. Innan dess arbetade han på universitetssjukhus, men flyttade till sjukhuset i Xstad efter en skilsmässa. Han är ensamstående och har två vuxna barn. Du har träffat honom på röntgenrönder under Din medicinplacering och minns honom som en engagerad person. Det är en fd kollega som nu fått med honom till sjukhuset. Efter pensioneringen har Håkan mest gått hemma. Han har slutat att umgås med sina vänner och han har isolerat sig alltmer. Den senaste månaden har han inte kommit till tennisen på torsdagskvällarna. Han är tystlåten, avmagrad och en skugga av sitt forna jag.

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

0
0,5
1
1,5
2

Som jour på psykiatriska kliniken träffar Du Håkan, som är 65 år och gick i pension för 6 månader sedan. Han hade då arbetat som överläkare på röntgenavdelningen i sju år. Innan dess arbetade han på universitetssjukhus, men flyttade till sjukhuset i Xstad efter en skilsmässa. Han är ensamstående och har två vuxna barn. Du har träffat honom på röntgenrönder under Din medicinplacering och minns honom som en engagerad person. Det är en fd kollega som nu fått med honom till sjukhuset. Efter pensioneringen har Håkan mest gått hemma. Han har slutat att umgås med sina vänner och han har isolerat sig alltmer. Den senaste månaden har han inte kommit till tennisen på torsdagskvällarna. Han är tystlåten, avmagrad och en skugga av sitt forna jag.

Vid Ditt samtal med Håkan får Du fram att han inte längre finner glädje i något. Han orkar inte ta tag i att sköta hemmet och han har ingen matlust. Hans sömn är dålig och han vaknar tidigt och har då mycket ångest. Han är övertygad om att han måste sälja sitt hus för att hans pension inte räcker till för att han skall ha råd att bo kvar i det. Han har skuld känslor för alla fel som han gjort. Han är trött och har värk i hela kroppen.

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

0
0,5
1

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

0
0,5
1
1,5
2,0

Som jour på psykiatriska kliniken träffar Du Håkan, som är 65 år och gick i pension för 6 månader sedan. Han hade då arbetat som överläkare på röntgenavdelningen i sju år. Innan dess arbetade han på universitetssjukhus, men flyttade till sjukhuset i Xstad efter en skilsmässa. Han är ensamstående och har två vuxna barn. Du har träffat honom på röntgenrönder under Din medicinplacering och minns honom som en engagerad person. Det är en fd kollega som nu fått med honom till sjukhuset. Efter pensioneringen har Håkan mest gått hemma. Han har slutat att umgås med sina vänner och han har isolerat sig alltmer. Den senaste månaden har han inte kommit till tennisen på torsdagskvällarna. Han är tystlåten, avmagrad och en skugga av sitt forna jag.

Vid Ditt samtal med Håkan får Du fram att han inte längre finner glädje i något. Han orkar inte ta tag i att sköta hemmet och han har ingen matlust. Hans sömn är dålig och han vaknar tidigt och har då mycket ångest. Han är övertygad om att han måste sälja sitt hus för att hans pension inte räcker till för att han skall ha råd att bo kvar i det. Han har skuld känslor för alla fel som han gjort. Han är trött och har värk i hela kroppen.

Håkan har en depression med melankoliskt djup och har suicidtankar och har funderat på att hänga sig, då han tycker att livet inte längre har någon mening. Han vill absolut inte bli inlagd.

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

0
0,5
1
1,5
2

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

0
0,5
1
1,5

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

0
0,5
1

Som jour på psykiatriska kliniken träffar Du Håkan, som är 65 år och gick i pension för 6 månader sedan. Han hade då arbetat som överläkare på röntgenavdelningen i sju år. Innan dess arbetade han på universitetssjukhus, men flyttade till sjukhuset i Xstad efter en skilsmässa. Han är ensamstående och har två vuxna barn. Du har träffat honom på röntgenrönder under Din medicinplacering och minns honom som en engagerad person. Det är en fd kollega som nu fått med honom till sjukhuset. Efter pensioneringen har Håkan mest gått hemma. Han har slutat att umgås med sina vänner och han har isolerat sig alltmer. Den senaste månaden har han inte kommit till tennisen på torsdagskvällarna. Han är tystlåten, avmagrad och en skugga av sitt forna jag.

Vid Ditt samtal med Håkan får Du fram att han inte längre finner glädje i något. Han orkar inte ta tag i att sköta hemmet och han har ingen matlust. Hans sömn är dålig och han vaknar tidigt och har då mycket ångest. Han är övertygad om att han måste sälja sitt hus för att hans pension inte räcker till för att han skall ha råd att bo kvar i det. Han har skuld känslor för alla fel som han gjort. Han är trött och har värk i kroppen.

Håkan har en depression med melankoliskt djup och har suicidtankar och har funderat på att hänga sig, då han tycker att livet inte längre har någon mening. Han vill absolut inte bli inlagd.

Håkan läggs in enligt LPT, en legitimerad kollega skrev vårdintyget.

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

0
0,5
1
1,5

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

0
0,5
1

Som jour på psykiatriska kliniken träffar Du Håkan, som är 65 år och gick i pension för 6 månader sedan. Han hade då arbetat som överläkare på röntgenavdelningen i sju år. Innan dess arbetade han på universitetssjukhus, men flyttade till sjukhuset i Xstad efter en skilsmässa. Han är ensamstående och har två vuxna barn. Du har träffat honom på röntgenrönder under Din medicinplacering och minns honom som en engagerad person. Det är en fd kollega som nu fått med honom till sjukhuset. Efter pensioneringen har Håkan mest gått hemma. Han har slutat att umgås med sina vänner och han har isolerat sig alltmer. Den senaste månaden har han inte kommit till tennisen på torsdagskvällarna. Han är tystlåten, avmagrad och en skugga av sitt forna jag.

Vid Ditt samtal med Håkan får Du fram att han inte längre finner glädje i något. Han orkar inte ta tag i att sköta hemmet och han har ingen matlust. Hans sömn är dålig och han vaknar tidigt och har då mycket ångest. Han är övertygad om att han måste sälja sitt hus för att hans pension inte räcker till för att han skall ha råd att bo kvar i det. Han har skuld känslor för alla fel som han gjort. Han är trött och har värk i kroppen.

Håkan har en depression med melankoliskt djup och har suicidtankar och har funderat på att hänga sig, då han tycker att livet inte längre har någon mening. Han vill absolut inte bli inlagd.

Håkan läggs in enligt LPT, en legitimerad kollega skrev vårdintyget.

Håkan ordinerades behandling med ECT. Efter åtta behandlingar var han återställd från sin depression.

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

0
0,5
1,0

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

0
0,5
1,0

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

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

Som jour på psykiatriska kliniken träffar Du Håkan som gick i pension för 6 månader sedan. Han hade då arbetat som överläkare på röntgenavdelningen i sju år. Innan dess arbetade han på universitetssjukhus, men flyttade till sjukhuset i Xstad efter en skilsmässa. Du har träffat honom på röntgenronder under Din medicinplacering och minns honom som en engagerad person. Det är en fd kollega som nu fått med honom till sjukhuset. Efter pensioneringen har Håkan mest gått hemma, han har slutat att umgås med vänner och isolerat sig alltmer. Senaste månaden har han inte kommit till tennisen på torsdagskvällarna. Han är tystlåten, avmagrad och en skugga av sitt forna jag.

Vid samtal med Håkan får Du fram att han inte finner glädje i något, orkar inte ta tag i något därhemma, har ingen matlust, har dålig sömn, vaknar tidigt, med mycket ångest. Tror att han måste sälja sitt hus, att hans pension inte räcker till för att han skall ha råd att bo kvar i det och att hans ekonomi helt kommer att raseras. Han har skuldkänslor för alla fel han gjort. Är trött och har värk i hela kroppen.

Håkan har en depression med melankoliskt djup och har suicidtankar och har funderat på att hänga sig, då han tycker att livet inte längre har någon mening. Han vill absolut inte bli inlagd.

Håkan läggs in enligt LPT, en legitimerad kollega skrev vårdintyget.

Håkan ordinerades behandling med ECT. Efter åtta behandlingar var han återställd från sin depression.

Som fortsatt behandling fick Håkan venlafaxin 150 mg. En månad senare återkommer Håkan, han sover endast två timmar per natt, talar oavbrutet, har köpt ny bil och är på väg att köpa ett sommarställe för några miljoner. Han förstår att allt inte står rätt till och kan gå med på inläggning och behandling.

3.6.1 Vad har hänt? (1p)

0
0,5
1

3.6.2 Hur behandlar Du honom? (3p)

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

Epilog

Håkan hade en bipolär sjukdom som han inte berättade om. Han hade inte varit sjuk på 30 år och fungerat bra på profylaktisk litiummedicinering som han slutade med i samband med att han flyttade till Xstad och inte hittade någon psykiater som han hade förtroende för. Han ordinerades på nytt medicinering med litium och mådde fortsatt bra och kunde sedan av och till vikariera som läkare på röntgenkliniken som hade läkarbrist.

FALL 4

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

Du är AT-läkare på en vårdcentral i södra Sverige. En kvinna på 29 år söker vårdcentralen i början av oktober för ett rodnat utslag sedan två veckor. Det har sakta ökat i storlek och är nu 10 cm i diameter och beläget i höger knäveck. Ger inga besvär i övrigt. Hon är tidigare frisk och använder inga mediciner. Ingen känd allergi.

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

0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du är AT-läkare på en vårdcentral i södra Sverige. En kvinna på 29 år söker vårdcentralen i början av oktober för ett rodnat utslag sedan två veckor. Det är 10 cm i diameter och beläget i höger knäveck. Ger inga besvär i övrigt. Hon är tidigare frisk och använder inga mediciner. Ingen känd allergi.

Hon berättar att hon har kontorsarbete. Är mycket ute i sin trädgård och plockar också svamp ganska ofta. Hon har varit utomlands i juni då hon var på solsemester i Grekland under en vecka. Har inte noterat några bett av insekter eller haft djurkontakt.

Du undersöker utslaget.

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

0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du är AT-läkare på en vårdcentral i södra Sverige. En kvinna på 29 år söker vårdcentralen i början av oktober för ett rodnat utslag sedan två veckor. Det är 10 cm i diameter och beläget i höger knäveck. Ger inga besvär i övrigt. Hon är tidigare frisk och använder inga mediciner. Ingen känd allergi.

Du bedömer det som erytema migrans orsakad av en infektion med borrelia efter fästingbett.

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

0

0,5

1,0

Du är AT-läkare på en vårdcentral i södra Sverige. En kvinna på 29 år söker vårdcentralen i början av oktober för ett rodnat utslag sedan två veckor. Det är 10 cm i diameter och beläget i höger knäveck. Ger inga besvär i övrigt. Hon är tidigare frisk och använder inga mediciner. Ingen känd allergi.
Du bedömer det som erytema migrans orsakad av en infektion med borrelia.

Du bedömer att provtagning inte tillför något ytterligare i detta läge.

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)

0

0,5

1,0

Du är AT-läkare på en vårdcentral i södra Sverige. En kvinna på 29 år söker vårdcentralen i början av oktober för ett rodnat utslag sedan två veckor. Det är 10 cm i diameter och beläget i höger knäveck. Ger inga besvär i övrigt. Hon är tidigare frisk och använder inga mediciner. Ingen känd allergi.

Du bedömer det som erytema migrans orsakad av en infektion med borrelia.

Du svarar att man rekommenderar behandling för att undvika komplikationer i form av exempelvis neuroborrelios.

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

0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du är AT-läkare på en vårdcentral i södra Sverige. En kvinna på 29 år söker vårdcentralen i början av oktober för ett rodnat utslag sedan två veckor. Det är 10 cm i diameter och beläget i höger knäveck. Ger inga besvär i övrigt. Hon är tidigare frisk och använder inga mediciner. Ingen känd allergi.

Du bedömer det som erytema migrans orsakad av en infektion med borrelia.

Du sätter in fenoxymetylpencillin i dos 1 g x 3 som ges under 10 dagar.

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)

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

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)

0
0,5
1,0

Du är AT-läkare på en vårdcentral i södra Sverige. En kvinna på 29 år söker vårdcentralen i början av oktober för ett rodnat utslag sedan två veckor. Det är 10 cm i diameter och beläget i höger knäveck. Ger inga besvär i övrigt. Hon är tidigare frisk och använder inga mediciner. Ingen känd allergi.

Du bedömer det som erytema migrans orsakad av en infektion med borrelia.

Penicillin hämmar bakteriens cellväggssyntes. Det doseras x 3 på grund av dess korta halveringstid och för att komma över aktuellt MIC-värde

Du förskriver 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)

0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du är AT-läkare på en vårdcentral i södra Sverige. En kvinna på 29 år söker vårdcentralen i början av oktober för ett rodnat utslag sedan två veckor. Det är 10 cm i diameter och beläget i höger knäveck. Ger inga besvär i övrigt. Hon är tidigare frisk och använder inga mediciner. Ingen känd allergi.

Du bedömer det som erytema migrans orsakad av en infektion med borrelia.

Du förskriver doxycyklin

Doxycyklin hör till gruppen tetracykliner. Påverkar bakteriers proteinsyntes. Du frågar om hon är gravid med tanke på biverkningar hos foster på tandanlag. Du frågar också om hon planerar ny solsemester under behandlingstiden med tanke på risk för fototoxisk biverkan som kan bli allvarlig.

Hon är inte gravid. Ska åka på solsemester till Thailand men först om fem veckor varför du sätter in doxycyklin.

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

0

0,5

1,0

Du är AT-läkare på en vårdcentral i södra Sverige. En kvinna på 29 år söker vårdcentralen i början av oktober för ett rodnat utslag sedan två veckor. Det är 10 cm i diameter och beläget i höger knäveck. Ger inga besvär i övrigt. Hon är tidigare frisk och använder inga mediciner. Ingen känd allergi.
Du bedömer det som erytema migrans orsakad av en infektion med borrelia.

Man kan använda azithromycin eller cefalosporinpreparat.

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

0

0,5

1,0

Du är AT-läkare på en vårdcentral i södra Sverige. En kvinna på 29 år söker vårdcentralen i början av oktober för ett rodnat utslag sedan två veckor. Det är 10 cm i diameter och beläget i höger knäveck. Ger inga besvär i övrigt. Hon är tidigare frisk och använder inga mediciner. Ingen känd allergi.

Du bedömer det som erytema migrans orsakad av en infektion med borrelia.

Du kan skriva ut azithromycin men cefalosporiner är olämpligt eftersom det kan korsreagera och ge allergisk reaktion liknande den som hon beskrev för dig. Azitromycin går bra, men cefalosporiner kan ge korsallergi med tanke på tidigare reaktion mot penicillin.

Efter några veckor söker patientens man. Han berättar att hans fru blivit helt bra men han är också orolig för borreliainfektion som han läst om på internet. Vill ta ett "borreliaprov". Han har inte noterat några fästingar eller utslag men känner sig tröttare och har ospecifik värk i kroppen sedan några veckor. Han har ingen feber eller annan påverkan. Han är tidigare frisk.

Du finner inget anmärkningsvärt i status. Du tar några allmänna prover som är normala samt ett mer specifikt prov för borrelia. Du får följande svar:

s-IgM 8 AU/ml < 22 negativt

s-IgG 23 AU/ml < 15 negativt

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

0

0,5

1,0

1,5

2,0

Du är AT-läkare på en vårdcentral i södra Sverige. En kvinna på 29 år söker vårdcentralen i början av oktober för ett rodnat utslag sedan två veckor. Det är 10 cm i diameter och beläget i höger knäveck. Ger inga besvär i övrigt. Hon är tidigare frisk och använder inga mediciner. Ingen känd allergi.

Du bedömer det som erytema migrans orsakad av en infektion med borrelia.

Immunglobuliner eller antikroppar mot borrelia. IgM ökar vid den akuta infektionen för att sedan minska. IgG ökar senare i förloppet och ligger kvar och kan reaktiveras.

I detta fall finns en blygsam ökning av IgG som möjligen kan tala för en infektion längre tillbaka i tiden.

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

0

0,5

1,0

Du är AT-läkare på en vårdcentral i södra Sverige. En kvinna på 29 år söker vårdcentralen i början av oktober för ett rodnat utslag sedan två veckor. Det är 10 cm i diameter och beläget i höger knäveck. Ger inga besvär i övrigt. Hon är tidigare frisk och använder inga mediciner. Ingen känd allergi.
Du bedömer det som erytema migrans orsakad av en infektion med borrelia.

Bedöms ej som någon aktuell borreliainfektion. Du rekommenderar expektans med en telefonkontakt om några veckor. Du kontaktar patienten efter några veckor och han känner sig då helt återställd.

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

0

0,5

1,0

Du är AT-läkare på en vårdcentral i södra Sverige. En kvinna på 29 år söker vårdcentralen i början av oktober för ett rodnat utslag sedan två veckor. Det är 10 cm i diameter och beläget i höger knäveck. Ger inga besvär i övrigt. Hon är tidigare frisk och använder inga mediciner. Ingen känd allergi.
Du bedömer det som erytema migrans orsakad av en infektion med borrelia.

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

0

0,5

1,0