

Examination efter läkares allmäntjänstgöring - Skriftligt prov

den 21 maj 2010
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 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	14 delfrågor	sidor	1- 11
Fall 2	20 poäng	12 delfrågor	sidor	12-16
Fall 3	20 poäng	11 delfrågor	sidor	17-23
Fall 4	20 poäng	10 delfrågor	sidor	24-28

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.

Del A

En 45-årig fastighetsmäklare, Peter Persson, söker akutmottagningen på sjukhuset en kväll i slutet av juli. Han har sedan en förkylning kring midsommar brännande central bröstsmärta som blir värre vid ansträngning. Han blir mer andfådd än vanligt vid lättare ansträngning och tycker att hjärtat slår hårdare än vanligt, har svårt att sova då det dunkar i hela kroppen. Det tar emot i bröstet, då han försöker dra djupa andetag. Dessa symptom har successivt blivit värre och värre den senaste månaden. Mottagande sjuksköterska finner en opåverkad man med andningsfrekvens 16/min, saturation 94% på luft, temp 37,1, puls 80/min, blodtryck 160/85 mm Hg.

1.1.1 Vilka ytterligare anamnestiska uppgifter är du främst intresserad av? Motivera! (1,5 p)

0
0,5
1
1,5

En 45-årig fastighetsmäklare, Peter Persson, söker akutmottagningen på sjukhuset en kväll i slutet av juli. Han har sedan en förkylning kring midsommar brännande central bröstsmärta som blir värre vid ansträngning. Han blir mer andfådd än vanligt vid lättare ansträngning och tycker att hjärtat slår hårdare än vanligt, har svårt att sova då det dunkar i hela kroppen. Det tar emot i bröstet, då han försöker dra djupa andetag. Dessa symptom har successivt blivit värre och värre den senaste månaden. Mottagningsköterskan finner en opåverkad man med andningsfrekvens 16/min, saturation 94% på luft, temp 37,1, puls 80/min, blodtryck 160/85 mm Hg.

Du ser patienten kl 22.00. Peter har inte haft någon feber eller andra infektionssymptom sedan förkylningen kring midsommar. Har arbetat och tränat på gym, men det har känts tyngre än vanligt. Inga läkemedel. Ingen hereditet för hjärtsjukdom. Är tidigare frisk.

Allmäntillstånd: Gott och opå. Inga inkompositionstecken i vila.

Hjärta: RR, frekvens c:a 80 slag/min. Kraftig 2:a ton I:2 dx samt tydligt blåsljud, systoliskt med PM apex och I:2 sin med fortledning över carotider samt även ett väl hörbart diastoliskt blåsljud längs vänster sternalrand. Lungor: Vesikulärt andningsljud bilat. Inga rassel eller ronki.

1.2.1 Vilken/vilka diagnoser misstänker du? Motivera! (1 p)

0
0,5
1

1.2.2 Vilka ytterligare undersökningar beställer du akut? Motivera! (1,5 p)

0
0,5
1
1,5

En 45-årig fastighetsmäklare, Peter Persson, söker akutmottagningen på sjukhuset en kväll i slutet av juli. Han har sedan en förkylning kring midsommar brännande central bröstsmärta som blir värre vid ansträngning. Han blir mer andfådd än vanligt vid lättare ansträngning och tycker att hjärtat slår hårdare än vanligt, har svårt att sova då det dunkar i hela kroppen. Det tar emot i bröstet, då han försöker dra djupa andetag. Dessa symptom har successivt blivit värre och värre den senaste månaden. Peter har inte haft någon feber eller andra infektionssymptom sedan förkylningen kring midsommar. Inga läkemedel. Ingen hereditet för hjärtsjukdom. Är tidigare frisk.

I status en opåverkad man med andningsfrekvens 16/min, saturation 94% på luft, temp 37,1, puls 80/min, blodtryck 160/85 mm Hg. Inga inkompensationstecken. Hjärta: RR, frekvens c:a 80 slag/min. Kraftig 2.a ton I:2 dx samt tydligt blåsljud, systoliskt med PM apex och I:2 sin med fortledning till carotider samt även ett diastoliskt blåsljud längs vänster sternalrand. Lungor: Ves andningsljud bilat. Inga rassel eller ronki.

Anamnes och blåsljud gör att du i första hand misstänker en aortainsufficiens som tillkommit relativt snabbt. Labstatus är följande: Na 140, K 4,0, Kreatinin 101, Hb 134, CRP 4, Vita 8,8. Troponin I 0,04 (normalt <0,03), d-dimer är <0,25 mg/ml (normalt <0,25). Du beställer ett EKG.

1.3.1 Vad visar EKG? (se baksidan) (1 p)

0
0,5
1

1.3.2 Klockan är nu 24.00. Hur handlägger du patienten fram till morgondagen? (1 p)

0
0,5
1

150Hz

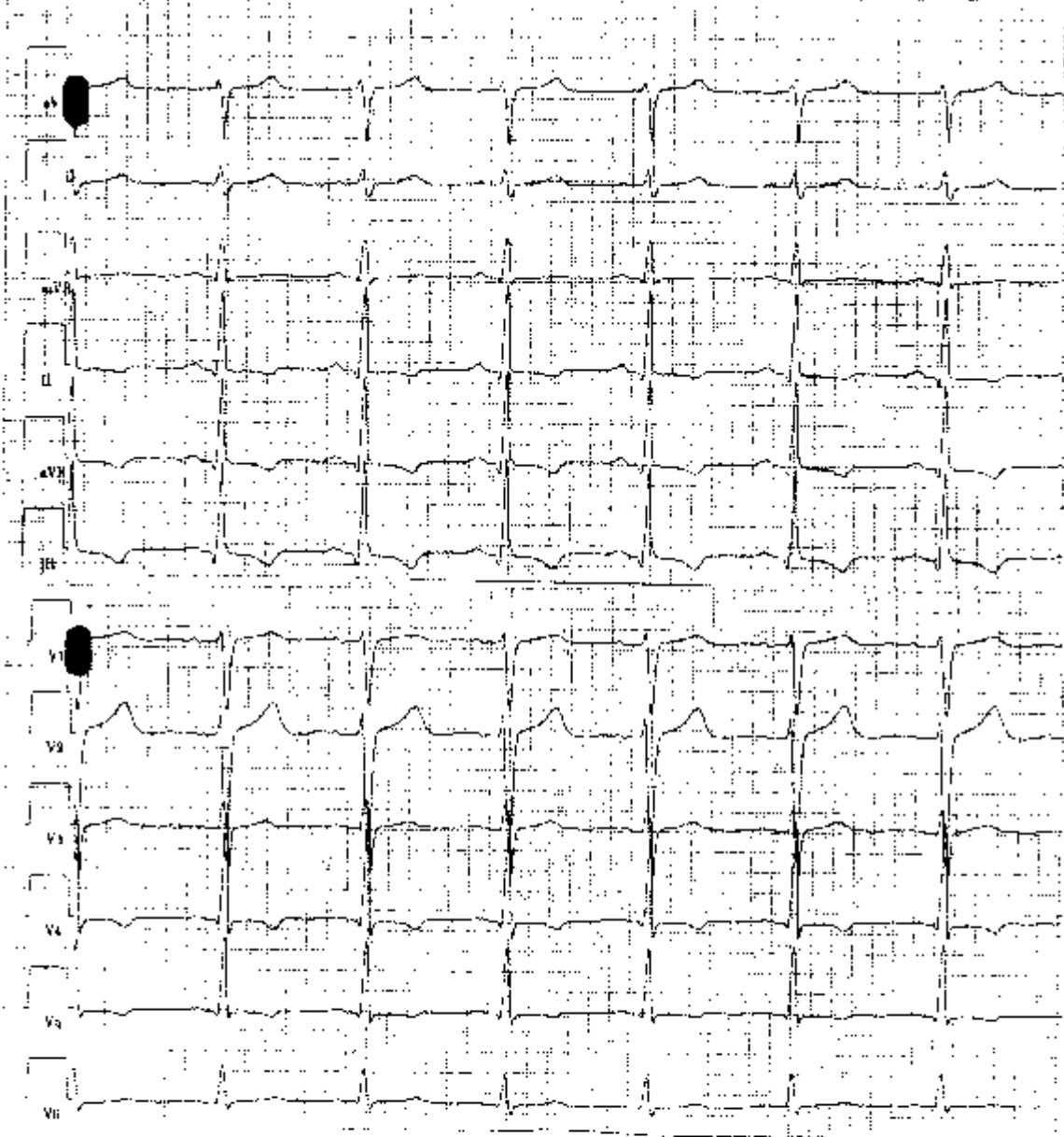
50.0mm/s

10.0mm/mV

H3 format

MARSH 0003

1987.07.27



En 45-årig fastighetsmäklare har sedan en förkylning kring midsommar haft brännande central bröstsmärta som blir värre vid ansträngning. Han blir mer andfådd än vanligt vid lättare ansträngning och tycker att hjärtat slår hårdare än vanligt, har svårt att sova då det dunkar i hela kroppen. Det tar emot i bröstet, då han försöker dra djupa andetag. Dessa symptom har successivt blivit värre och värre den senaste månaden.

Peter har inte haft någon feber eller andra infektionssymptom sedan förkylningen kring midsommar. Inga läkemedel. Ingen hereditet för hjärtsjukdom. Är tidigare frisk.

I status en opåverkad man med andningsfrekvens 16/min, saturation 94% på luft, temp 37,1, puls 80/min, blodtryck 160/85 mm Hg. Inga inkompensationstecken. Hjärta: RR, frekvens c:a 80 slag/min. Kraftig 2.a ton I:2 dx samt tydligt blåsljud, systoliskt med PM apex och I:2 sin med fortledning till carotider samt även ett diastoliskt blåsljud längs vänster sternalrand. Lungor: Ves andningsljud bilat. Inga rassel eller ronki.

Anamnes och blåsljud gör att du i första hand misstänker en aortainsufficiens som tillkommit relativt snabbt. Labstatus: Na 140, K 4,0, Kreatinin 101, Hb 134, CRP 4, Vita 8,8. Troponin I 0,04 (normalt <0,03), d-dimer är <0,25 mg/ml (normalt <0,25).

EKG visar sinusrytm, frekvens 85/min. T-negativitet i II, aVF, III samt V4- V5. Du lägger in patienten på avdelning med hjärtövervakning, kontroller av blodtryck, saturation och andningsfrekvens. Klockan 07.20 blir du av sköterskan tillkallad, då pat. tycker att det är ngt tyngre med andningen, känns som han måste ta djupare andetag. Tycker själv att han reagerade på den torra luften inne på avdelningen med att hosta och har sedan dess haft mer dyspné. Saturation 89% på luft. Pulm ausk med krepiterande rassel basalt, hjärta RR med blåsljud som tidigare. EKG: sinusrytm 80/min, även i ö oförändrat jämfört med tidigare.

1.4.1 Hur tolkar du patientens symptom? Vilka terapeutiska och diagnostiska åtgärder vidtar du? Motivera! (2 p)

0
0,5
1
1,5
2

En 45-årig fastighetsmäklare med central bröstsmärta som blir värre vid ansträngning. Han blir mer andfådd än vanligt vid lättare ansträngning och tycker att hjärtat slår hårdare än vanligt. Blodtryck 160/85 mm Hg. Hjärta: RR, frekvens c:a 80 slag/min. Kraftig 2.a ton I:2 dx samt tydligt blåsljud, systoliskt med PM apex och I:2 sin med fortledning till carotider samt även ett diastoliskt blåsljud längs vänster sternalrand. Lungor: Ves andningsljud bilat. Anamnes och blåsljud gör att du i första hand misstänker en aortainsufficiens som tillkommit relativt snabbt. Labstatus: Na 140, K 4,0, Kreatinin 101, Hb 134, CRP 4, Vita 8,8. Troponin I 0,04 (normalt <0,03), d-dimer är <0,25 mg/ml (normalt <0,25). EKG visar sinusrytm, frekvens 85/min. T-negativitet i II, aVF, III samt V4- V5.

Du lägger in patienten på avdelning med hjärtövervakning, kontroller av blodtryck, saturation och andningsfrekvens. Klockan 07.20 blir du av sköterskan tillkallad, då pat. tycker att det är ngt tyngre med andningen, känns som han måste ta djupare andetag. Saturation 89% på luft Pulm krepiterande rassel basalt, hjärta RR med blåsljud som tidigare. EKG: SR 80/min, oförändrat jämfört med tidigare.

Pat får syrgas på grimma 5 lit/min. samt 40 mg furosemid iv och förbättras. Genomgår CT-thorax som inte visar någon aortadissektion, inget aneurysm, visar dock bilat pleuravätska 1,5-2 cm dorsalt. Interstitiellt ödem som vid stas. Ekokardiografi visar att pat. har en maximal aortainsufficiens med begynnande vänsterkammarpåverkan. Ekokardiografiskt bikuspid aortaklaff med normalvid aortarot.

1.5.1 Vilken behandling ska patienten erbjudas avseende klaffelet? Förklara för patienten vad behandlingen innebär, vad det finns för olika varianter och vad dessa har för fördelar och nackdelar! (2 p)

0
0,5
1
1,5
2

Epilog:

Patienten måste opereras med klaffprotes. Han utreds innan detta med coronarangiografi där man inte finner några coronarstenoser. Peter erhåller en mekanisk klaff, då han helst vill slippa en framtida reoperation.

Postop glatt vårdförlopp.

Del B

50 årig tidigare frisk man söker för trötthet. Symtomen har kommit successivt sedan ca 2 månader. Husläkaren har idag konstaterat att patienten har ett Hb på 82 g/L. Inkommer nu på remiss till akutmottagningen på sjukhuset.

1.6.1 Hur vill du komplettera anamnesen? Vad frågar du efter och varför? (1,5 p)

0
0,5
1
1,5

1.6.2 I status letar du efter vissa fynd talande för underliggande orsak till patientens anemi. Vilka och varför? (1,5 p)

0
0,5
1
1,5

1.6.3 Vill du ge blodtransfusion till denna patient eller inte? Motivera! (1 p)

0
0,5
1

50 årig tidigare frisk man söker för trötthet. Symtomen har kommit successivt sedan ca 2 månader. Husläkaren har idag konstaterat att patienten har ett Hb på 82 g/L. Inkommer nu till akutmottagningen.

I anamnesen framkommer att han nyligen har skilt sig och har haft mycket att göra på jobbet. Han började känna sig litet trött för 2 månader sedan, även haft febertoppar och viktnedgång sista veckorna. Inte haft blödningssymtom från tarm, haft normal avföring utan färgförändringar. Har dock noterat blödningsbenägenhet de sista dagarna med spontana blåmärken. Sista provtagning var i samband med hälsokontroll för 1 år sedan och då var Hb 145 g/L, övriga prover utan anmärkning. I status noteras hjärtfrekvens på 102 med ett systoliskt blåsljud över apex. Blodtryck 124/68, feberfri, normal andningsfrekvens, saturation 98%. Inga lymfkörtelförstoringar, hepatosplenomegali eller petekier. Du bestämmer dig för att avvakta med blodtransfusion, eftersom patienten är relativt opåverkad och är cirkulatoriskt stabil.

1.7.1 Vilka blodprover vill du nu ta på akuten? Motivera! (1,5 p)

0
0,5
1
1,5

50 årig tidigare frisk man söker för trötthet. Symtomen har kommit successivt sedan ca 2 månader. Husläkaren har idag konstaterat att patienten har ett Hb på 82 g/L. Inkommer nu till akutmottagningen.

I anamnesen framkommer att han nyligen skilt sig och har haft mycket att göra på jobbet. Han började känna sig litet trött för 2 månader sedan, även haft febertoppar och viktnedgång sista veckorna. Inte haft blödningssymtom från tarm, haft normal avföring utan färgförändringar. Har dock noterat blödningsbenägenhet de sista dagarna med spontana blåmärken. Sista provtagning var för 1 år sedan och då var Hb 145 g/L, övriga prover utan anmärkning. I status noteras hjärtfrekvens på 102 med ett systoliskt blåsljud över apex. Blodtryck 124/68, feberfri, normal andningsfrekvens, saturation 98%. Inga lymfkörtelförstorningar, hepatosplenomegali eller petekier. Du bestämmer dig för att avvakta med blodtransfusion, eftersom patienten är relativt opåverkad och är cirkulatoriskt stabil.

Hos denna patient är du mycket intresserad av MCV, som kan ge dig en vägledning inför vidare diagnostik.

1.8.1 Vilken information ger MCV om röda blodkroppar? Hur använder du dig av MCV för differential diagnostik? Ge exempel på typer av anemi beroende på denna användning. (2,5 p)

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

50 årig tidigare frisk man söker för trötthet. Symtomen har kommit successivt sedan ca 2 månader. Husläkaren har idag konstaterat att patienten har ett Hb på 82 g/L. Inkommer nu till akutmottagningen.

I anamnesen framkommer att han nyligen skilt sig och har haft mycket att göra på jobbet. Han började känna sig litet trött för 2 månader sedan, även haft febertoppar och viktnedgång sista veckorna. Inte haft blödningssymtom från tarm, haft normal avföring utan färgförändringar. Har dock noterat blödningsbenägenhet de sista dagarna med spontana blåmärken. Sista provtagning var för 1 år sedan och då var Hb 145 g/L, övriga prover utan anmärkning. I status noteras hjärtfrekvens på 102 med ett systoliskt blåsljud över apex. Blodtryck 124/68, feberfri, normal andningsfrekvens, saturation 98%. Inga lymfkörtelförstorningar, hepatosplenomegali eller petekier. Du bestämmer dig för att avvakta med blodtransfusion eftersom patienten är relativt opåverkad och är cirkulatoriskt stabil. Hos denna patient är du mycket intresserad av MCV, som kan ge dig en vägledning inför vidare diagnostik.

När första provsvaren anländer ser du Hb 83 g/L, MCV 117, LPK 80, på diff noteras inga neutrofiler, en del omogna celler och 30% blaster, TPK 32. EI-status samt leverprover är normala. PK-INR och APTT är normala.

1.9.1 Diagnosförslag? Motivera! (1 p)

0
0,5
1

Sjuksköterskan meddelar nu att patienten har 38,8 graders feber men är opåverkad.

1.9.2 Vad ordinerar du för denna patient på akuten samt det närmaste dygnet. Motivera!(1 p)

0
0,5
1

Epilog:

Du inser att pat. har en akut leukemi, varför du lägger in honom på hematologavdelning. På grund av febern och samtidig neutropeni ordinerar du blododling samt bredspektrum antibiotika.

FALL 2

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

Som AT-läkare på en vårdcentral tar du emot en 27-årig kvinna som söker dig akut efter att ha ramlat, varvid hon tog emot sig med vänster hand i dorsalflektion. Hon har nu värk vid vänster handled.

2.1.1 Vad undersöker du särskilt i handleden? (1 p)

0
0,5
1,0

2.1.2 Vilken undersökning beställer du? Vad frågar du efter på remissen?(1 p)

0
0,5
1,0

Som AT-läkare på en vårdcentral tar du emot en 27-årig kvinna som söker dig akut efter att ha ramlat ,varvid hon tog emot sig med vänster hand i dorsalflektion. Hon har nu värk vid vänster handled.

I status noterar du viss svullnad vid handleden men ingen synlig felställning. Patienten upplever stelhet vid flektion och extension i handleden. Röntgenundersökning av handleden visar ingen skelettskada. När du trycker i fossa Tabatière, gör det särskilt ont.

2.2.1 Hur handlägger du patienten? Motivera varför! (3 p)

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

Som AT-läkare på en vårdcentral tar du emot en 27-årig kvinna som söker dig akut efter att ha ramlat, varvid hon tog emot sig med vänster hand i dorsalflektion. Hon har nu värk vid vänster handled.

I status noterar du viss svullnad vid handleden men ingen synlig felställning. Patienten upplever stelhet vid flektion och extension i handleden. Röntgenundersökning av handleden visar ingen skelettskada. När du trycker i fossa Tabatière gör det särskilt ont.

Om röntgenundersökning med frågeställning om scaphoideumfraktur inte kan påvisa någon skada men misstanken kvarstår, kan förnyad röntgenundersökning av os scaphoideum ske efter ca 2 veckor. Handleden ska fixeras med en dorsal radiusgipsskena. Patienten passar vid besöket också på att fråga om sina besvär med uppblåst mage, gaser och lös mage som hon haft periodvis sedan flera år. Besvären har nu på nytt känts av mera efter att hon kom hem från ett besök hos släktingarna i Algeriet för 2 veckor sedan. I status noterar du att buken palp mjuk och oöm

2.3.1 Hur vill du komplettera anamnesen? (2 p)

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

2.3.2 Vad kan förklara symtomen? Ange fyra möjliga diagnoser. (2 p)

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

2.3.3 Vilka laboratorieundersökningar gör du? Nämn 4 och motivera! (2 p)

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

Som AT-läkare på en vårdcentral tar du emot en 27-årig kvinna som söker dig akut efter att ha ramlat, varvid hon tog emot sig med vänster hand i dorsalflektion. Hon har nu värk vid vänster handled.

I status noterar du viss svullnad vid handleden men ingen synlig felställning. Patienten upplever stelhet vid flektion och extension i handleden. Röntgenundersökning av handleden visar ingen skelettskada. När du trycker i fossa Tabatière, gör det särskilt ont. Om röntgenundersökning med frågeställning om scaphoideumfraktur inte kan påvisa någon skada men misstanken kvarstår, kan förnyad röntgenundersökning av os scaphoideum ske efter ca 2 veckor. Handleden ska fixeras med en dorsal radiusgipsskena. Patienten passar vid besöket också på att fråga om sina besvär med uppblåst mage, gaser och lös mage som hon haft periodvis sedan flera år. Besvären har nu på nytt känts av mera efter att hon kom hem från ett besök hos släktingarna i Algeriet för 2 veckor sedan. I status noterar du att buken palp mjuk och oöm.

På dina frågor berättar patienten att hon inte gått ned i vikt eller märkt annan färg eller blod i avföringen. Hon röker 5 cigaretter per dag. Laboratorieproverna visade Hb 120, ALAT 0.7, ALP 3.0, F-Hb x 3 neg, Pglukos 5.8, K 4.2, Krea 90, TSH 1.0, CRP<8. Eftersom patienten varit utomlands, beställer du fecesodling samt prov avseende cystor och maskägg.

2.4.1 Hur kan du utreda magbesvären ytterligare? Motivera! (2 p)

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

2.4.2 Du bedömer att en koloskopiundersökning inte behöver utföras hos denna patient. Vilka differentialdiagnoser skulle en sådan undersökning ha kunnat utesluta? (2 p)

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

2.4.3 Vilka uppgifter i anamnesen och i laboratoriesvaren gör att du kan avstå från koloskopiundersökning i nuläget? Nämn fem! (2 p)

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

Som AT-läkare på en vårdcentral tar du emot en 27-årig kvinna som söker dig akut efter att ha ramlat varvid hon tog emot sig med vänster hand i dorsalflektion. Hon har nu värk vid vänster handled.

I status noterar du viss svullnad vid handleden men ingen synlig felställning. Patienten upplever stelhet vid flektion och extension i handleden. Röntgenundersökning av handleden visar ingen skelettskada. När du trycker i fossa Tabatière, gör det särskilt ont. Om röntgenundersökning med frågeställning os scaphoideumfraktur inte kan påvisa någon skada men misstanken kvarstår, kan förnyad röntgenundersökning av os scaphoideum ske efter ca 2 veckor. Handleden ska fixeras med en dorsal radiusgipsskena. Patienten passar vid besöket också på att fråga om sina besvär med uppblåst mage, gaser och lös mage som hon haft periodvis sedan flera år. Besvären har nu på nytt känts av mera efter att hon kom hem från ett besök hos släktingarna i Algeriet för 2 veckor sedan. I status noterar du att buken palp mjuk och oöm.

På dina frågor berättar patienten att hon inte gått ned i vikt eller märkt annan färg eller blod i avföringen. Hon röker 5 cigaretter per dag. Laboratorieproverna visade Hb 120, ALAT 0.7, ALP 3.0, F-Hb x 3 neg, Pglukos 5.8, K 4.2, Krea 90, TSH 1.0, CRP<8. Eftersom patienten varit utomlands, beställer du fecesodling samt prov avseende cystor och maskägg.

Du misstänker att besvären kan bero på laktosintolerans, vilket du kan verifiera med gentest eller med egenprovokation.

2.5.1 I vilka delar av världen är laktosintolerans ett normalt tillstånd? (1 p)

0
0,5
1,0

2.5.2 Vilket blodprov kan du ta vid misstanke om celiaki? (1 p)

0
0,5
1,0

2.5.3 Vilken ytterligare undersökning kan mer säkert bekräfta en celiakidiagnos? (1 p)

0
0,5
1,0

FALL 3

Lägg även detta ark på golvet -

det underlättar din uppdelning av skrivningen inför inlämningen.

Du tjänstgör som nylegitimerad läkare på en psykiatrisk klinik och är nattjour på dess akutmottagning. Vid midnatt inkommer Susanne, 24 år, i sällskap av sin sambo. Han berättar att han under kvällen var på middag med arbetskamraterna, men åkte snabbt hem efter att ha fått ett SMS med ordalydelsen ”Jag orkar inte mer. Förlåt.” Hemma fann han henne sittande i soffan. På soffbordet låg en tom tablettförpackning som innehållit 30 st. tabl. paracetamol à 500 mg samt en karta med oxazepam à 10 mg där det fattades sju tabletter.

Sambon kan inte svara på om tablettförpackningarna var fulla eller inte då han gick hemifrån.

Oxazepamtabletterna har han över huvud taget inte sett förut. Han har flera gånger frågat Susanne om hon tagit några tabletter, men hon har inte svarat.

Han berättar att Susanne varit litet tyst och sluten de senaste veckorna, vilket dock inte känts så anmärkningsvärt med tanke på omständigheterna. Hennes farmor har nyligen avlidit och hennes chef har satt igång med en omorganisation, vilket gett henne flera nya arbetsuppgifter som hon haft svårt att gå iland med. Dessförinnan trivts bra i leksaksaffären där hon arbetar. Hon har fått mycket uppskattning för att hon är spontan och trevlig och för ett halvår sedan fick hon fast anställning.

Du ställer upprepade gånger frågor direkt till Susanne, men hon är ytterst fåordig. Ter sig dock tämligen opåverkad.

3.1.1 Vilka symtom kan förväntas vid överdosering av ovan nämnda läkemedel? Hur behandlar man dem? (2 p)

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

3.1.2 Vilka blir dina omedelbara åtgärder? (2 p)

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

Du tjänstgör som nylegitimerad läkare på en psykiatrisk klinik och är nattjour på dess akutmottagning. Vid midnatt inkommer Susanne, 24 år, i sällskap av sin sambo. Han berättar att han under kvällen var på middag med arbetskamraterna, men åkte snabbt hem efter att ha fått ett SMS med ordalydelsen "Jag orkar inte mer. Förlåt." Hemma fann han henne sittande i soffan. På soffbordet låg en tom tablettförpackning som innehållit 30 st. tabl. paracetamol à 500 mg samt en karta med oxazepam à 10 mg där det fattades sju tabletter. Sambon kan inte svara på om tablettförpackningarna var fulla eller inte då han gick hemifrån. Oxazepamtabletterna har han över huvud taget inte sett förut. Han har flera gånger frågat Susanne om hon tagit några tabletter, men hon har inte svarat.

Han berättar att Susanne varit litet tyst och sluten de senaste veckorna, vilket dock inte känts så anmärkningsvärt med tanke på omständigheterna. Hennes farmor har nyligen avlidit och hennes chef har satt igång med en omorganisation, vilket gett henne flera nya arbetsuppgifter som hon haft svårt att gå iland med. Dessförinnan trivs bra i leksaksaffären där hon arbetar. Hon har fått mycket uppskattning för att hon är spontan och trevlig och för ett halvår sedan fick hon fast anställning. Du ställer upprepade gånger frågor direkt till Susanne, men hon är ytterst fåordig. Ter sig dock tämligen opåverkad.

Paracetamolintox innebär risk för leversvikt, varför Susanne omedelbart överföres till medicinkliniken för ställningstagande till antidotbehandling. Du bedömer att vården kan bedrivas på frivillig väg.

Efter ett par dagar är du dagjour och får då en remiss med önskemål om bedömning av samma patient. Remissen är kortfattad: "Behandlad för intoxication med 15 g paracetamol samt 30-40 mg oxazepam. Nu medicinskt frikänd. Tacksam för suicidriskbedömning/övertagning".

3.2.1 Vilka frågor behöver du ställa till patienten för att kunna bedöma suicidrisken? (1,5 p)

0
0,5
1,0
1,5

3.2.2 Beskriv kortfattat vilka övriga frågor du önskar besvarade! (1,5 p)

0
0,5
1,0
1,5

Du tjänstgör som nylegitimerad läkare på en psykiatrisk klinik. Under en av dina nattjourer söker 24-åriga Susanne i sällskap av sin sambo. Han berättar att han fått avbryta en middag med arbetskamraterna efter att ha fått ett SMS med ordalydelsen "Jag orkar inte mer. Förlåt." Han hittade henne sittande i soffan med en tom tablettförpackning som innehållit 30 st. tabl. paracetamol à 500 mg samt en karta med oxazepam à 10 mg där det fattades sju tabletter. Han berättar att Susanne varit litet tyst och sluten de senaste veckorna, vilket dock inte känts så anmärkningsvärt då hennes farmor nyligen avlidit och då hon fått nya arbetsuppgifter som hon haft svårt att gå iland med. Dessförinnan trivts bra i leksaksaffären där hon arbetar, fått mycket uppskattning för att hon är spontan och trevlig. På misstanke om paracetamolintox överföres Susanne omedelbart till medicinkliniken för ställningstagande till antidotbehandling. Du bedömer att vården kan bedrivas på frivillig väg. Efter ett par dagar är du dagjour och får då en remiss med önskemål om bedömning av samma patient. Remissen är kortfattad: "Behandlad för intoxication med 15 g paracetamol samt 30-40 mg oxazepam. Nu medicinskt frikänd. Tacksam för suicidriskbedömning/övertagning".

Susanne berättar att hon planerat att ta sitt liv i 3-4 dagar. Tagit oxazepamtabletterna från farmoderns hem och köpt paracetamol på apoteket. Valde den aktuella kvällen när sambon vanligtvis kommer hem först framåt morgonen då han är ute med sina vänner. Var säker på att tablett dosen var tillräcklig för att dö och trodde att hon inte skulle bli upptäckt i tid. Besviken över att ha misslyckats.

Under tonåren gjort några impulsartade tablettförgiftningar i samband med relationsproblem, men har inte haft någon kontakt med psykiatrin. Beskriver sig som en "rastlös själ", slutade gymnasiet i förtid och har sedan dess haft ca 15 olika arbeten. Det har rört sig om kortare vikariat, vissa har inte förlängts pga. svårigheter att passa tiden och konflikter med arbetskamrater, ibland har hon själv sagt upp sig pga. missnöje. Nu äntligen fått fast anställning. Tyckte till en början att chefen var jättebra, men hon har visat sig vara "helknäpp". Fått nya administrativa uppgifter och det blir fel hela tiden. Alltid haft ganska svårt att koncentrera sig, men nu är det helt hopplöst. Svårt att organisera upp det hela och glömmer detaljer. Rädd för att bli av med jobbet. Även rädd att sambon ska lämna henne. Haft många förhållanden tidigare, nu känner hon sig för första gången trygg. Trots det är det en del konflikter, Susanne blir lätt arg. Särskilt bråkigt kan det bli efter några glas alkohol. Dricker gärna "några glas vin" till middagen. Har alltid varit litet svängig i humöret, men de senaste veckorna har det varit mest nedåt. Känner sig fullständigt misslyckad. Ligger vaken på nätterna och grubblar, allt känns svart.

3.3.1 Vilka differentialdiagnostiska överväganden gör du beträffande den mångåriga symtombild som patienten beskriver? Motivera! (2 p)

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

3.3.2. Vilka diagnostiska överväganden gör du beträffande den symtombild som tillstött de senaste veckorna? Motivera! (1,5 p)

0
0,5
1,0
1,5

Du tjänstgör som nylegitimerad läkare på en psykiatrisk klinik. Under en av dina nattjourer söker 24-åriga Susanne i sällskap av sin sambo. Han berättar att han fått avbryta en middag med arbetskamraterna efter att ha fått ett SMS med ordalydelsen "Jag orkar inte mer. Förlåt." Han hittade henne sittande i soffan med en tom tablettförpackning som innehållit 30 st. tabl. paracetamol à 500 mg samt en karta med oxazepam à 10 mg där det fattades sju tabletter. Han berättar att Susanne varit litet tyst och sluten de senaste veckorna, vilket dock inte känts så anmärkningsvärt då hennes farmor nyligen avlidit och då hon fått nya arbetsuppgifter som hon haft svårt att gå iland med. Dessförinnan trivts bra i leksaksaffären där hon arbetar, fått mycket uppskattning för att hon är spontan och trevlig. På misstanke om paracetamolintox överföres Susanne omedelbart till medicinkliniken för ställningstagande till antidotbehandling. Du bedömer att vården kan bedrivas på frivillig väg. Efter ett par dagar är du dagjour och får då en remiss med önskemål om bedömning av samma patient. Remissen är kortfattad: "Behandlad för intoxication med 15 g paracetamol samt 30-40 mg oxazepam. Nu medicinskt frikänd. Tacksam för suicidriskbedömning/övertagning". Susanne berättar att hon planerat att ta sitt liv i 3-4 dagar. Tagit oxazepamtabletterna från farmoderns hem och köpt paracetamol på apoteket. Valde den aktuella kvällen när sambon vanligtvis kommer hem först framåt morgonen då han är ute med sina vänner. Var säker på att tablett dosen var tillräcklig för att dö och trodde att hon inte skulle bli upptäckt i tid. Besviken över att ha misslyckats. Under tonåren gjort några impulsartade tablettförgiftningar i samband med relationsproblem, men har inte haft någon kontakt med psykiatrin. Beskriver sig som en "rastlös själ", slutade gymnasiet i förtid och har sedan dess haft ca 15 olika arbeten. Det har rört sig om kortare vikariat, vissa har inte förlängts pga. svårigheter att passa tiden och konflikter med arbetskamrater, ibland har hon själv sagt upp sig pga. missnöje. Nu äntligen fått fast anställning. Tyckte till en början att chefen var jättebra, men hon har visat sig vara "helknäpp". Fått nya administrativa uppgifter och det blir fel hela tiden. Alltid haft ganska svårt att koncentrera sig, men nu är det helt hopplöst. Svårt att organisera upp det hela och glömmer detaljer. Rädd för att bli av med jobbet. Även rädd att sambon ska lämna henne. Haft många förhållanden tidigare, nu känner hon sig för första gången trygg. Trots det är det en del konflikter, Susanne blir lätt arg. Särskilt bråkigt kan det bli efter några glas alkohol. Dricker gärna "några glas vin" till middagen. Har alltid varit litet svängig i humöret, men de senaste veckorna har det varit mest nedåt. Känner sig fullständigt misslyckad. Ligger vaken på nätterna och grubblar, allt känns svart.

Du överväger borderline personlighetsstörning, ADHD samt depression.

Du ställer nu kompletterande frågor rörande omfattningen av Susannes alkoholkonsumtion.

3.4.1 Vilka frågor ställer du för att kunna bedöma huruvida patienten har ett alkoholberoende eller missbruk? (2 p)

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

Du tjänstgör som nylegitimerad läkare på en psykiatrisk klinik . Under en nattjour söker Susanne, 24 år, som du remitterar över till medicinkliniken pga. paracetamolintox. Efter ett par dagars behandling träffar du henne åter för suicidriskbedömning och ev. övertagning. Susanne berättar att hon planerat att ta sitt liv i 3-4 dagar. Tagit oxazepamtabletterna från farmoderns hem och köpt paracetamol på apoteket. Valde den aktuella kvällen när sambon vanligtvis kommer hem först framåt morgonen då han är ute med sina vänner. Var säker på att tablett dosen var tillräcklig för att dö och trodde att hon inte skulle bli upptäckt i tid. Besviken över att ha misslyckats. Under tonåren gjort några impulsartade tablettförgiftningar i samband med relationsproblem, men har inte haft någon kontakt med psykiatri. Beskriver sig som en ”rastlös själ”, slutade gymnasiet i förtid och har sedan dess haft ca 15 olika arbeten. Det har rört sig om kortare vikariat, vissa har inte förlängts pga. svårigheter att passa tiden och konflikter med arbetskamrater, ibland har hon själv sagt upp sig pga. missnöje. Nu äntligen fått fast anställning. Tyckte till en början att chefen var jättebra, men hon har visat sig vara ”helknäpp”. Fått nya administrativa uppgifter och det blir fel hela tiden. Alltid haft ganska svårt att koncentrera sig men nu är det helt hopplöst. Svårt att organisera upp det hela och glömmar detaljer. Rädd för att bli av med jobbet. Även rädd att sambon ska lämna henne. Haft många förhållanden tidigare, nu känner hon sig för första gången trygg. Trots det är det en del konflikter, Susanne blir lätt arg. Särskilt bråkigt kan det bli efter några glas alkohol. Dricker gärna ”några glas vin” till middagen. Har alltid varit litet svängig i humöret, men de senaste veckorna har det varit mest nedåt. Känner sig fullständigt misslyckad. Ligger vaken på nätterna och grubblar, allt känns svart. Du överväger borderline personlighetsstörning, ADHD samt depression.

Susanne uppfyller inte kriterierna för beroende eller missbruk av alkohol. Uppger att hon dricker 12-15 glas vin per vecka.

Du erbjuder Susanne inläggning på den psykiatriska kliniken. Susanne är ambivalent, tänker att det kanske vore skönt att få vila litet, men tror samtidigt inte att det finns någon hjälp att få. Har kvarstående dödstankar. Svarar undvikande på frågor om ev. konkreta suicidplaner.

3.5.1 Skriver du vårdintyg? Motivera med angivande av de förutsättningar som måste vara uppfyllda och huruvida Susanne uppfyller var och en av dem. (3,5 p)

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

3.5.2 Vilken bedömning gör du beträffande den uppgivna alkoholkonsumtionen? (1 p)

- 0
- 0,5
- 1,0

Du tjänstgör som nylegitimerad läkare på en psykiatrisk klinik . Under en nattjour söker Susanne, 24 år, som du remitterar över till medicinkliniken pga. paracetamolintox. Efter ett par dagars behandling träffar du henne åter för suicidriskbedömning och ev. övertagning. Susanne berättar att hon planerat att ta sitt liv i 3-4 dagar. Tagit oxazepamtabletterna från farmoderns hem och köpt paracetamol på apoteket. Valde den aktuella kvällen då sambon vanligtvis kommer hem först framåt morgonen då han är ute med sina vänner. Var säker på att tablett dosen var tillräcklig för att dö och trodde att hon inte skulle bli upptäckt i tid. Besviken över att ha misslyckats. Under tonåren gjort några impulsartade tablettförgiftningar i samband med relationsproblem, men har inte haft någon kontakt med psykiatrin. Beskriver sig som en ”rastlös själ”, slutade gymnasiet i förtid och har sedan dess haft ca 15 olika arbeten. Det har rört sig om kortare vikariat, vissa har inte förlängts pga. svårigheter att passa tiden och konflikter med arbetskamrater, ibland har hon själv sagt upp sig pga. missnöje. Nu äntligen fått fast anställning. Tyckte till en början att chefen var jättebra, men hon har visat sig vara ”helknäpp”. Fått nya administrativa uppgifter och det blir fel hela tiden. Alltid haft ganska svårt att koncentrera sig, men nu är det helt hopplöst. Svårt att organisera upp det hela och glömmar detaljer. Rädd för att bli av med jobbet. Även rädd att sambon ska lämna henne. Haft många förhållanden tidigare, nu känner hon sig för första gången trygg. Trots det är det en del konflikter, Susanne blir lätt arg. Särskilt bråkigt kan det bli efter några glas alkohol. Dricker gärna ”några glas vin” till middagen. Har alltid varit litet svängig i humöret, men de senaste veckorna har det varit mest nedåt. Känner sig fullständigt misslyckad. Ligger vaken på nätterna och grubblar, allt känns svart. Du överväger borderline personlighetsstörning, ADHD samt depression. Susanne uppfyller inte kriterierna för beroende eller missbruk av alkohol. Uppger att hon dricker 12-15 glas vin per vecka. Du erbjuder Susanne inläggning på den psykiatriska kliniken. Susanne är ambivalent, tänker att det kanske vore skönt att få vila litet, men tror samtidigt inte att det finns någon hjälp att få. Har kvarstående dödstankar. Svarar undvikande på frågor om ev. konkreta suicidplaner.

Du bedömer att Susanne har ett riskbruk av alkohol.

Du skriver vårdintyg och Susanne läggs in enligt LPT på den psykiatriska kliniken.

3.6.1 Vilken utredning bör ske på kort och lång sikt? (1,5 p)

0
0,5
1,0
1,5

3.6.2 Vilken farmakologisk och icke-farmakologisk behandling bör Susanne erbjudas på kort och lång sikt? (1,5 p)

0
0,5
1,0
1,5

EPILOG

Susanne bedömdes lida av en depression, förbättrades med stöd av samtal och antidepressiv medicinering. Skrevs ut från LPT och slutenvården, då suicidtankarna avklingat. Etablerade kontakt med psykiatrisk öppenvård där hon började i kognitiv beteendeterapi. Utredning genomfördes, befanns uppfylla kriterierna för såväl borderline personlighetsstörning som ADHD. Erbjuds medicinering för sistnämnda men avböjde. Har kunnat återgå till sitt arbete efter att arbetsuppgifterna anpassats något. På mottagningen försöker man nu motivera Susanne att skära ner på sin alkoholkonsumtion.

FALL 4

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

Du är primärjour på kirurgakuten på lasarettet i Y-län och tar emot en 18-årig kvinna, som inkommit pga buksmärtor sedan 1 dag.

Buksmärtorna var initialt diffusa och hon beskriver att avföringen varit normal, men att hon mått litet illa. Kvinnan, Mariam Al-Harty, tidigare helt frisk, har känt sig litet varm. Nu är smärtan mest framträdande i höger fossa iliaca. I status noteras en temperatur på 37,6°C, ömhet i bägge fossae, men mest på höger sida. Det noteras även indirekt ömhet och släppömhet i bägge fossae. Labmässigt ses Hb 105 (ref. 120-140), CRP 67 (ref. <5), LPK 11,1 (ref. 4-9). Elektrolyter och leverprover är ua. På urinstickan ses 1+ för leukocyter (ref. 0) och 4+ för erythrocyter (ref. 0).

4.1.1 Nämn 4 tänkbara, relevanta orsaker till patientens besvär. (2 p)

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

4.1.2 Vilken av dina angivna orsaker under fråga 1:1 är mest sannolik? Motivera! (2 p)

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

Mariam, 18 år, tidigare frisk. Söker med ett dygns anamnes på buksmärta, som lokaliserats till höger fossa, där hon ömmar vid palpation. Hon har en temperatur på 37,6°C och något förhöjda inflammatoriska parametrar och mikroskopisk hematuri.

Du misstänker i första hand appendicit m.h.t. den korta anamnesen, subfebrilitet, smärtvandring och förhöjda inflammationsparametrar. Bilden är dock litet oklar och du bestämmer dig för att driva differentialdiagnostiken vidare.

4.2.1 Mariam beskrev hur smärtorna initialt var diffusa men sedan lokaliserats till höger fossa, smärtvandring. Beskriv den patofysiologiska bakgrunden till detta fenomen vid appendicit. (2 p)

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

4.2.2 A. För att utesluta graviditet hos Mariam tas ett urinprov eller blodprov. Vilket? (1 p)
B. Vad är den fysiologiska bakgrunden till att provet stiger vid graviditet? (1 p)
C. Vad är den mest sannolika förklaringen till Mariams hematuri? (1 p)

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

Mariam, 18 år, tidigare frisk. Söker med ett dygns anamnes på buksmärta, som lokaliserats till höger fossa, där hon ömmar vid palpation. Hon har en temperatur på 37,6°C och något förhöjda inflammatoriska parametrar och mikroskopisk hematuri. Du misstänker i första hand appendicit, men vill utesluta andra relevanta differentialdiagnoser.

U-hCG var negativt och det visade sig vid fördjupad anamnes att menstruation pågår. Det är därmed fortsatt oklart vad buksmärtorna beror på.

4.3.1 Vilka två kliniska undersökningar, som ännu ej nämnts ovan, kan nu utföras för att driva diagnostiken vidare? Motivera fördelar och nackdelar, allmänt och specifikt för detta fall. (2 p)

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

4.3.2 Din överläkare tycker att den kliniska bilden är oklar och vill ha hjälp med bilddiagnostik. Vilka 2 vanliga väsensskilda bilddiagnostiska metoder står till buds? Beskriv fördelar och nackdelar med respektive metod. (1 p)

0
0,5
1,0

Mariam, 18 år, tidigare frisk. Söker med ett dygns anamnes på buksmärta, som lokaliserats till höger fossa, där hon ömmer vid palpation. Hon har en temperatur på 37,6°C och något förhöjda inflammatoriska parametrar och mikroskopisk hematuri. Du misstänker i första hand appendicit, men vill utesluta andra relevanta differentialdiagnoser. U-hCG är negativt och menstruation pågår.

Bakjouren utför själv en ultraljudsundersökning på akutmottagningen och påvisar litet ökad mängd vätska i bukhålan och en väggförtjockad tubulär struktur på platsen för appendix. Då patienten har klar ömhet i höger fossa, är subfebril och har stegrade inflammatoriska parametrar, bestämmer du tillsammans med specialistjouren om inläggning på misstanke om appendicit. Senare under natten tilltar Mariams buksmärtor.

4.4.1 Vilka behandlingsalternativ finns för akut appendicit? (1 p)

0
0,5
1,0

4.4.2 Beskriv fördelar och nackdelar med respektive alternativ! (2 p)

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

Mariam, 18 år, tidigare frisk. Söker med ett dygns anamnes på buksmärta, som lokaliserats till höger fossa, där hon ömmar vid palpation. Hon har en temperatur på 37,6°C och något förhöjda inflammatoriska parametrar och mikroskopisk hematuri. U-hCG är negativt och menstruation pågår. Ultraljud på akuten inger misstanke om appendicit.

Ni väljer att operera Mariam laparoskopiskt och finner en gangränös appendix, som uttages. Gyntrectus inspekteras ua. Huden sys intrakutant.

Postoperativt finns alltid risk för komplikationer. Första dagen efter operationen har Miriam en temperatur på 38,0 °C. Hon klagar på rörelsekorrelerad smärta från såren, men mår annars bra.

4.5.1 A. Hur tolkar du febern? (1 p)

B. Nämn 4 relevanta komplikationer tidigt (de först 2 veckorna) efter bukoperationer som t.ex. appendektomi (2 p).

C. Nämn 2 relevanta komplikationer sent (månader, år) i det postoperativa förloppet efter bukkirurgi som appendektomi (1 p).

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

4.5.2 Om Mariam varit 68 istället för 18 när hon fick sin appendicit, hade uppföljningen då blivit annorlunda? Motivera! (1 p)

0
0,5
1,0

Ingen fråga på denna sida

Mariam, 18 år, tidigare frisk. Söker med ett dygns anamnes på buksmärta, som lokaliserats till höger fossa, där hon ömmer vid palpation. Hon har en temperatur på 37,6°C och något förhöjda inflammatoriska parametrar och mikroskopisk hematuri. Du misstänker i första hand appendicit, men vill utesluta andra relevanta differentialdiagnoser. Ultraljud ingav misstanke om appendicit, vilket bekräftades vid laparoskopisk appendektomi.

Mariam skrivs hem andra dagen postoperativt med noggranna förhållningsråd, men utan planerad uppföljning.