

Examination efter läkares allmäntjänstgöring
–Skriftligt prov

SVARSFÖRSLAG TILL AT-PROV DEN 21 november 2014

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

Svarsförslag Psykiatrifrågan

1.1.1 Du ber Sara berätta mer. När hon har berättat klart behöver du komplettera anamnesen (om det inte redan framkommit i hennes berättelse). Vilka anamnestiska uppgifter vill du få reda på (näm 4 områden som du har nytta av för att skapa dig en bild av patientens bakgrund)? (2p)

För två poäng krävs minst att man frågat om fyra av följande:

1. Familjehistoria/hereditet,
2. Utbildning/arbete,
3. Tidigare psykiatrisk anamnes,
4. Droganamnes inklusive alkohol,
5. Somatisk sjukdom/medicinering.
6. Aktuellt psykosocialt,

1 poäng erhålls om man bara lyckats fånga 3 områden.

1.2.1 Vad frågar du om avseende det aktuella tillståndet för att kunna ställa arbetsdiagnosen depressiv episod (du skall inte beskriva handläggning)?

Ange minst 5 kriterier (=symtom) som krävs för att ställa diagnosen depressiv episod. (2p)

För två poäng krävs att man penetrerat de diagnostiska kriterierna för egentlig depression enligt DSM IV (5/8 symtom).

Om man bara har frågat om 4/8 av ges en poäng.

För någon poäng krävs att man svarat att minst ett av symtomen nedstämdhet eller minskat intresse/glädje måste föreligga (gäller ju både DSM IV och ICD 10). Missas detta ges 0 poäng!

1.3.1 Du har nu tagit en mera noggrann psykiatrisk anamnes och ställt arbetsdiagnosen depressiv episod. Du grannar över somatiska åkommor som kan ge påverkan på sinnesstämningen. Ge exempel på 3 vanliga somatiska tillstånd som kan ge depressionsliknande symptom. (1p)

För en poäng krävs att man nämnt minsta tre vanliga orsaker. Några orsaker som godkänns är anemi, B12/folsyra-brist, thyroidearubbning men även smärttillstånd är rätt. Ovanligare orsaker som malignitet, organisk hjärnpåverkan med flera ger också en poäng om man samtidigt angivit 2 vanliga tillstånd. Har man bara nämnt 2 vanliga somatiska tillstånd ges 0.5 poäng.

1.4.1 Du önskar fördjupa suicidriskfrågan. Då vill du först bedöma depressionens djup/svårighetsgrad. Benäm en strukturerad intervju som du kan använda som stöd för din sammantagna kliniska bedömning? (1p)

För 1 poäng krävs att man utfört en strukturerad intervju av typen MADRS/BDI (eller likvärdigt instrument) som stöd för den kliniska bedömningen av svårighetsgrad.

1.5.1 Du bör nu fortsätta fördjupa suicidriskfrågan. Vad behöver du ta reda på för att göra en strukturerad suicidriskbedömning? (2p)

För 2 poäng krävs att man gjort en strukturerad suicidriskbedömning. För full poäng skall man både ha använt suicidstegen samt strukturerat bedömt riskfaktorer respektive skyddande faktorer.

1,5 poäng för suicidstegen samt riskfaktorer ELLER skyddande faktorer.

1 poäng för suicidstegen.

0,5 poäng för riskfaktorer och skyddande faktorer, men missat suicidstegen.

1.6.1 Hur skulle du benämna Saras alkoholbruk? Motivera. (1p)

För ett poäng krävs att man identifierat/motiverat risken med detta alkoholbruk = riskbruk.

Uppfyller EJ kriterierna för missbruk eller beroende.

0.5 poäng utgår för svaret riskbruk utan motivering.

1.7.1 Ge två alternativa förslag till behandling av Saras depressiva tillstånd? (1p)

För en poäng krävs att man antingen psykologisk behandling (helst KBT eller IPT) eller antidepressivt läkemedel. 0.5 poäng ges om man enbart svarat SSRI eller psykologisk behandling (helst KBT/ITP).

1.8.1 Finns skäl till sjukskrivning? Resonera. (1p)

För 1 poäng krävs att man känner till att depression är en allvarlig sjukdom och sjukskrivning kan vara motiverat. Det krävs också att man överväger en kortare sjukskrivning, för att få en uppenbar möjlighet att kalla patienten för en snabb uppföljning. Deltidssjukskrivning är inte fel, åtminstone första gången.

Om man på ett fullgott sätt kan redogöra för att inte sjukskriva patienten ges 1 poäng.

1 poäng ges också för något längre tids sjukskrivning, men med täta uppföljningar och eventuellt fallande sjukskrivningsgrad

1.9.1 Vilken information ger du Sara angående prognos? (1p)

1 poäng för Information om att prognosen är god, men att det kan ta ett tag innan hon är helt återställd.

1.10.1 Vilken vårdnivå är lämplig? (1p)

För 1 poäng krävs att man svarar primärvård (hjälpökande kvinna med goda skyddsfaktorer och bedömd liten suicidrisk).

1.11.1 Hur behandlas depression och sömnstörning hos en gravid kvinna med Saras sjukdomsbild? (2p)

2 poäng ges för välbeprövade SSRI samt ordinerar psykologisk behandling och i första hand icke farmakologisk behandling mot sömnstörningen. Om man sätter in sömngivande läkemedel skall det vara antingen propiomazin eller prometazin.

Lika många poäng ges för psykologisk behandling (KBT/ITP) med täta besök samt ordinerar icke farmakologisk behandling för sömnen om patienten motsätter sig farmakologisk behandling.

1.12.1 Vilka differentialdiagnoser är aktuella i Saras fall? (1p)

För 1 poäng krävs att man identifierat recidiverande depressioner OCH som alternativ bipolär sjukdom. Enbart recidiverande depression eller bipolär sjukdom ger 0.5 poäng.

1.13.1 Hur bör Sara handläggas i den nuvarande situationen? (1p)

I detta läge är akutremiss till specialistpsykiatri (för behandling i slutna psykiatrisk vård) ett MÅSTE, detta ger 1 poäng.

1.14.1 Om patienten i detta läge motsätter sig frivillig slutna vård; kan hon då behandlas med tvång enligt LPT? Motivera. (2p)

För två poäng krävs att man svarar ja och motiverar: grav psykisk störning, behov av slutna psykiatrisk vård och motsäger sig frivillig vård. Svaret ja, utan bra motivering ger 1 poäng.

1.15.1 Vilka organsystem kan påverkas negativt av litium? Hur följs detta upp kliniskt? (1p)

För en poäng krävs att man identifierat sköldkörtel och njurar. För 0.5 poäng krävs att man identifierat ett av dessa organsystem. 0.5 poäng dras av om man angett ett eller flera organ som vanligen ej kan skadas.

Svarsförslag Intermedicinfrågan 20 poäng

2.1.1. Vilka blir dina initiala åtgärder? (3 p)

Väckbar? Spontanandas? Palpabel puls? (1 p) Blodtrycksmätning + syremättnadsbestämning (1 p) (Arytmi) EKG kopplas. B-glukos tages (1 p)

2.2.1 Vilka är de diagnoser som alltid ska övervägas (2,5 p)

M=meningit, sepsis (0,5 p), I=intoxikation (0,5 p), D=diabetes (0,5 p), A=andningsinsufficiens (0,5 p) och S=subarachnoidalblödning, subduralhämatom, skalltrauma (0,5 p)

2.3.1 Utifrån dessa möjliga orsaker till medvetslöshet, där du redan kunnat utesluta diabetes som orsak – vilka åtgärder vidtar du nu? (2,5 p)

Noggrant helkroppstatus inkluderande hjärt- lung- bukstatus samt neurologi (1 p)

Undersöker om nackstyhhet föreligger och ev trauma mot huvudet.

Tittar efter stickmärken (0,5 p)

Beställer lab. prover: CRP, Hb, LPK, intoxikationsprover, vätskestatus och S-kreatinin. (0,5 p)

Tar själv en arteriell blodgas (0,5 p)

2.4.1 Vad visar dessa undersökningar? (2 p) (Bild 1 + 2)

Blodgasen talar för en respiratorisk acidosis (1 p)

EKG visar en successiv förlängning av p-Q-tiden under flera slag till dess att ett bortfall av QRS-komplexet uppstår. Detta tolkar du som ett AV-block II, Mobitz typ 1 eller Wenckebach.

2.5.1 Hur uppstår en akut respiratorisk acidosis? (1 p)

En akut respiratorisk acidosis beror på en andningsinsufficiens/hypoventilation med ansamling av CO₂. (0,5 p) som sänker blodets pH-värde (0,5 p)

2.6.1 Hur genereras den elektriska impulsen i hjärtat och vilka anatomiska strukturer i hjärtat leder impulsen? (1 p)

Hjärtat har en inneboende pacemaker-funktion (0,5 p). Hjärtats retledningssystem består sinusknutan varifrån impulsgenerering sker vidare ut i hjärtmuskeln via AV-noden, His-bunten och Purkinjefibrerna. (0,5 p)

2.7.1 Vilken? Dosering? Motivera varför. (2 p)

Stark misstanke på bensodiazepinintox motverkar behandlingsförsök med Lanexat (flumazenil) 2 ml under 15 sekunder (2 p)

2.8.1 Vilken är verkningsmekanismen för Lanexat® (flumazenil)? (1 p)

Antagonistisk effekt på igenkänningsstället för benzodiazepiner på GABA-A-receptorn

2.9.1 Vad blir din nästa åtgärd? Motivera varför? (2 p)

IVA-jouren kommer nu ner till akuten och du säger till om övertagning till IVA för fortsatt övervakning av andning, puls och vakenhetsgrad samt vid behov kompletterande provtagning. Patientens tillstånd är ännu inte stabilt (2 p)

2.10.1 Man vill att du ser på dessa undersökningar – vad visar de? (2 p) (Bild 3 och 4) Ekg ser du på dataskärmen och sköterskan läser upp blodgasvärdena.

Normal blodgas (1 p) och normalt EKG (1 p)

2.11.1 Innan patienten lämnar sjukhuset, vad återstår att göra för patientansvarig läkare? (1 p)

Med en normal blodgas och även ett normalt EKG är det nu dags att ta kontakt med Psykiatriska kliniken för övertagning och fortsatt vård hos dem.

Svarsförslag Allmänmedicinfrågan 20 poäng

Delfråga 1

3.1.1 Vad vill veta ytterligare innan du går vidare med din utredning (förutom kroppsundersökning). Ge 3 exempel på vad du vill ta reda på. (2 p)

Svarsförslag:

- försöker **fördjupa anamnes** ang allmäntillstånd (orkar hon sitta uppe eller gå utan eller med stöd), dygnsrytm, stämningsläge (depression?), kroppsliga symtom (pares? feber? dyspne? smärta?), trauma skalle (subduralhematom?) mm (1 p)
- ordna fram **journal** (för att se om hon varit trött tidigare samt läkemedelsanamnes) (0,5 p)
- ta reda på **tidigare lab listor** (tidigare Hb, HbA1c, njurfunktionsprov, elektrolyter) och **EKG**. (0,5 p)

3.2.1 Utöver samtal med Asta och rutinmässig kroppsundersökning finns det andra undersökningar och analyser du önskar utföra, och i så fall vilka? (2,5 p)

Svarsförslag:

Lab: Vikt, Hb, njurfunktion, HbA1c (p-glucos), elektrolyter, SR/CRP, TSH, s-digoxin (0,5 för vardera av dessa prover upp till totalt max 1,5 p; skrivs enbart lab ges 0,5 p) (1,5 p)

EKG (0,5 p) Ortostatiskt prov (0,5 p)

3.3.1 Du tar del av nytaget EKG, se nedan! Vilken blir din tolkning av EKG:t! (1,5 p)

Svarsförslag:

På EKG:t noteras

- förmaksflimmer med långsam kammarfrekvens (0,5 p)
- (hängmattelikande) sänkning av ST-T-sträckor i avledning II och III (0,5 p)
- negativa T-vågor i aVL och V5-V6 (0,5 p)
- relativt uttalad slag till slag-variation med några långa uppehåll mellan kammarkomplexen (0 p)

3.4.1 Vad kan tänkas ligga bakom avvikelserna i ST-T-sträckor och T-vågor? (1 p)

Svarsförslag:

digitalispåverkan (0,5 p)

och/eller ischemi (0,5 p)

3.5.1 Du noterar att Asta har en elektrolytrubbning - vilken elektrolytrubbning avses och vilka av hennes läkemedel skulle kunna bidra till denna? (1 p)

Svarsförslag:

Hyperkalemi (0,5 p)

De läkemedel som kan bidra till Aastas hyperkalemi är Enalapril, Atacand (kandesartan) och Spironolakton (minst 2 av 3 rätt krävs för 0,5 p) (0,5 p)

3.6.1 Utifrån resultatet av dessa undersökningar (klinisk undersökning, EKG och lab), vilka överväganden gör du angående justeringar av Aastas läkemedelsbehandling?

Motivera dina svar. (3 p)

Svarsförslag:

Nitrazepam och Tradolan bör undvikas hos äldre (0,5 p för var och en). Detrusitol kan ge förvirring hos äldre (0,5 p), max 1 p totalt

minskning/utsättning av digoxin (låg kammarfrekvens, serumnivå i överkant, nedsatt njurfunktion) (0,5 p)

minskning/utsättning dos metoprolol (låg kammarfrekvens, lågt blodtryck) (0,5 p)

utsättning spironolakton (hyperkalemi, lågt blodtryck, nedsatt njurfunktion) (0,5 p)

minskning/utsättning Atacand eller Enalapril (hyperkalemi, lågt blodtryck, nedsatt njurfunktion) (0,5 p) *dosminskning/utsättning av Metformin (nedsatt njurfunktion)* (0,5 p) upp till max 2 p, dvs totalt max 3 p

(För full poäng krävs att metformin och spironolakton berörs – även avsaknad av eller felaktig motivering kan ge poängavdrag.)

Delfråga 2

3.7.1 Nämn ytterligare 4 viktiga anamnestiska uppgifter av betydelse för handläggningen. (3 p)

Svarsförslag:

1. Allmänna symtom (påverkat allmäntillstånd, ork, matthet samt feber)
2. Förlopp (dubbelinsjuknande, hur temperaturen legat under de 9 dyggen, smärtintensitet, skillnad om huvud böjs framåt eller biter ihop)?

3. Sekretoriska symtom (rinner snuva bak från nasopharynx ned längs bakre svalgväggen (=vargata), inslag av blod i snuvan, purulent hosta, förändring lukt och smak)?

Mindre viktigt för handläggningen (då anamnesen talar för infektiös genes) är en fördjupning av anamnesen kring arbetsmiljön (vad är det som luktar på industrin, skillnad i besvär under arbetstid jämfört med ledig tid?) men kan ändå vara rimligt för att bemöta patientens förväntan.

Det finns också skäl att fråga efter känd allergi och rökning.

Blir det aktuellt med antibiotika frågar du också om överkänslighet mot antibiotika.

(Rättningsmall: 1 p för belysning av vardera av 1, 2 och 3. Saknas någon av dessa kan någon av de senare nämnda punkterna ge 0,5 p)

3.8.1 Vilka symtom ska föreligga för att utifrån anamnes/status kunna ställa sannolikhetsdiagnosen akut bakteriell sinuit? (2 p)

Svarsförslag:

1. *Varig snuva (framåt eller ner i svalget från näshålans bakre del, vargata)*
2. *Ensidiga symtom*
3. *Uttalad smärta över bihåla*
4. *Dubbelinsjuknande.*

(Rättningsmall: Minst 2 rätt av 1-4 ger 1 p, 3 rätt ger 1,5 p, alla 4 rätt ger 2 p.)

[Perkussionsömhet över käkhålor är inte tillräckligt specifikt, har därmed svagt diagnostiskt värde och ger ej poäng. Definitiv diagnos fås vid käkhålepunktion med utbyte av varigt sekret men detta svar ger 0 p eftersom det var symtom som efterfrågades.]

3.9.1 Diskutera för och emot antibiotikabehandling i Berts fall? (2,5 p)

Svarsförslag:

För antibiotika:

Uppfyller diagnoskriterier för bakteriell sinuit (varig snuva, ensidiga symtom, dubbelinsjuknande). (0,5 p) Symtomen kan möjligen gå över snabbare. (0,5p)

Emot antibiotika:

Berit är opåverkad, feberfri och ej särskild smärtpåverkad (0,5 p)

4 av 5 patienter läker ut utan antibiotika (0,5 p)

Även om sinuiten är bakteriell och adekvat antibiotika ges tar det ofta flera dagar innan förbättring inträder (0,5 p)

Risk biverkningar (0,5 p)

Risk för resistensutveckling (0,5 p)

Max 2,5p

3.10.1 Vid en symtombild som initialt givit association till akut bakteriell rinosinuit, vilka "röda flaggor", dvs. allvarliga symtom eller anamnestiska faktorer, finns det?

När bör du vid sinuitsymtom överväga att remittera akut till Öron-näsa-halsklinik eller annan sjukhusklinik? (1,5 p)

Svarsförslag:

- 1. Svårt sjuk/högfebril/allmänpåverkad patient*
- 2. Allvarliga ögonsymtom: Orbitalt flegmone/abscess/förskjuten ögonglob/dubbelseende eller försämrad syn/påverkad ögonmuskulatur eller andra neurologiska symtom*
- 3. Mycket intensiv unilateral huvudvärk förutom sinuitsymtom*
- 4. Barn med misstänkt etmoidit*
- 5. Röntgenologiskt påvisad frontalsinuit och uttalad värk*
- 6. Sämre trots antibiotika*
- 7. Symtom som ger malignitetsmisstankar*

Svarsförslag kirurgifrågan 20 poäng

4.1.1. Ange principerna för ditt akuta omhändertagande och vad du initialt vill fokusera på/utesluta. (3 p)

Att systematiskt undersöka OCH åtgärda fortlöpande enligt ATLS eller motsvarande. I patientfallet är det viktigt att snarast stoppa blödningen från skalpen som redan kan ha orsakat stor blodförlust över tid. Symptom från andningen gör att man måste utesluta en ventilpneumothorax i tidigt skede.

4.2.1. Vad är särskilt viktigt i anamnestagandet och status med tanke på hans förmodade omkullkörning med cykel? Vilka orsaker kan finnas? (2 p)

Tänka på traumamekanismer och därpå tänkbara skador som t.ex mjältruptur, intrakraniell blödning samt att inte missa extremitetsfrakturer. Även utesluta medicinska orsaker till synkope som t.ex. hjärtarytmi, stroke, hypoglykemi etc.

4.3.1. Bedömning av Lung-rtg (bild 1) (1 p)

Normal lungröntgenbild. Traumaröntgenbilder på akutmottagningar kan vara av varierande kvalitet men grov patologi går oftast att bedöma. Vid pneumo/hemothorax kan det vara bra att snabbt få en översikt.

4.4.1. Du beslutar dig för att suturera sårskadan och den nya undersköterskan på akutmottagningen undrar vilken sutur och bedövning du vill ha? (2 p)

Lokalanestetikum motsv. Xylocain, Chirocain etc. Stark hudsutur enstaka stygn t.ex. Dermalon, Ethilon. Storlek 3-0 är ett minimum. Vid en ymnigt blödande skalpblödning med stor laceration fungerar inte lim som inte har förmågan att fästa. Målet i den akuta situationen skall vara en komprimerande suturering för att få stopp på blodförlusten.

4.5.1. Vad väljer du då att göra? (2 p)

Suturera utan LA, Narkos eller pröva annat lokalanestetikum med intubationsberedskap och anafylaxibehandling i beredskap som krav. Även intravenös smärtstillande behandling som opiater kan räcka. Man vill inte ge patienten medvetandesänkande läkemedel i akutskedet då det kan försvåra bedömningen av vakenhetsgraden.

4.6.1. Bör patienten röntgas ytterligare? I så fall vad väljer du att göra? (2 p)

Trauma-CT då det föreligger ett trauma av oklar orsak, samtidigt alkoholintag samt med misstänkt högenergetiskt våld. Riktad slätröntgen mot misstänkta extremitetsfrakturer(2p)

4.7.1. Vad tror du att patienten drabbats av? Vilka två diagnoser skulle man i första hand misstänka då man ser patientens lab-prover, rtg i kombination med kliniska fynd? (2 p)

Gallstensorsakad cholecystit/cholangit och pancreatit. (2p)

4.8.1. Vad skulle ett förhöjt Gamma-GT hos den här patienten kunna betyda som komplicerar bilden? (1 p)

Ett förhöjt Gamma-GT skulle i kombination med stasvärden och gallsten leda misstankarna till förekomst av konkrement i ductus choledochus. Ett långvarigt alkoholintag ger ibland också ett högt Gamma-GT. (1p)

4.9.1. Behövs någon ytterligare radiologisk undersökning? (1 p)

UL och/eller MRCP (1p)

4.10.1. Vilken operationsmetod är mest lämplig och vilka moment kan vara aktuella operationsmässigt? (2 p)

Lap-galla/mini galla + ERCP, choledochusexploration eller transcystisk stenextraktion. (2p)

4.11.1. Anatomi - Namnge de olika delarna av gallträdet 1-4 (Bild av gallträdet) (2 p)

Hö-Vä levergren, Ductus Hepaticus Communis, Ductus choledochus, Ductus cysticus (0,5p per rätt svar, sammanlagt 2p)

Bild 1 = Normal lungröntgen

Bild 2 = CT-buk med förkalkade gallstenar i gallblåsan

Bild 3 = MRCP

Bild 4 = ERCP

Bild 5 = Gallträdet anatomi