

Examination efter läkares allmäntjänstgöring - Skriftligt prov

den 29 augusti 2014
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. Motstridiga eller ovidkommande svar kan medföra poängavdrag. Skrivutrymmet efter varje delfråga bör räcka.

När Du har klickat på "SPARA OCH GÅ VIDARE TILL NÄSTA SIDA" kan Du INTE gå tillbaka i skrivningen.

Fall 1 20 poäng 12 delfrågor
Fall 2 20 poäng 13 delfrågor
Fall 3 20 poäng 11 delfrågor
Fall 4 20 poäng 9 delfrågor

Efter alla fall finns en ENKÄT som frågekonstruktören gärna ser att Du besvarar.

När du är färdig med provet: Uppmärksamma skrivvakten. *Tack för hjälpen!*

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.

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

FALL 1

Du tjänstgör som AT-läkare på en vårdcentral och tar emot Kenneth, 56 år. Han har haft rött blod i avföringen och önskar få detta utrett.

1.1.1 Hur vill Du komplettera anamnesen? (2,5p)

Du undersöker sedan Kenneth. Undersökningen inkluderar en komplett anorektal undersökning.

1.1.2 Vilka moment ingår i Ditt anorektala status? Vilka frågeställningar (diagnoser) söker Du under respektive moment? (2,5p)

Du tjänstgör på en vårdcentral och tar emot Kenneth 56, som har haft blod i avföringen och önskar få detta utrett.

Av anamnesen framgår att Kenneth noterat rött blod i avföringen av och till sedan ca två månader. Det har även förekommit att avföringen varit enbart mörk. Han har inte haft smärtor från ändtarmsöppningen eller buken, men upplevt att avföringen varit växlande senaste halvåret. Han är osäker på om vikten förändrats.

Kenneth är tidigare frisk och medicinfri. Han är inte opererad i buken och neget hereditet för kolorektalcancer.

När Du undersöker Kenneth fokuserar Du på att finna blödningskällan och genomför inspektion, palpation och prokto-rektoskopi. Du söker i första hand efter anal fissur, hemorrojder, proktit eller tumörförändringar.

Vid undersökningen är anorektalstatus normalt. Du når till 13 cm med rektoskopet, sedan blir det för mycket skymmande avföring. Du kanske tycker att avföringen förefaller något mörk, men Du ser inget blod eller blödningskälla.

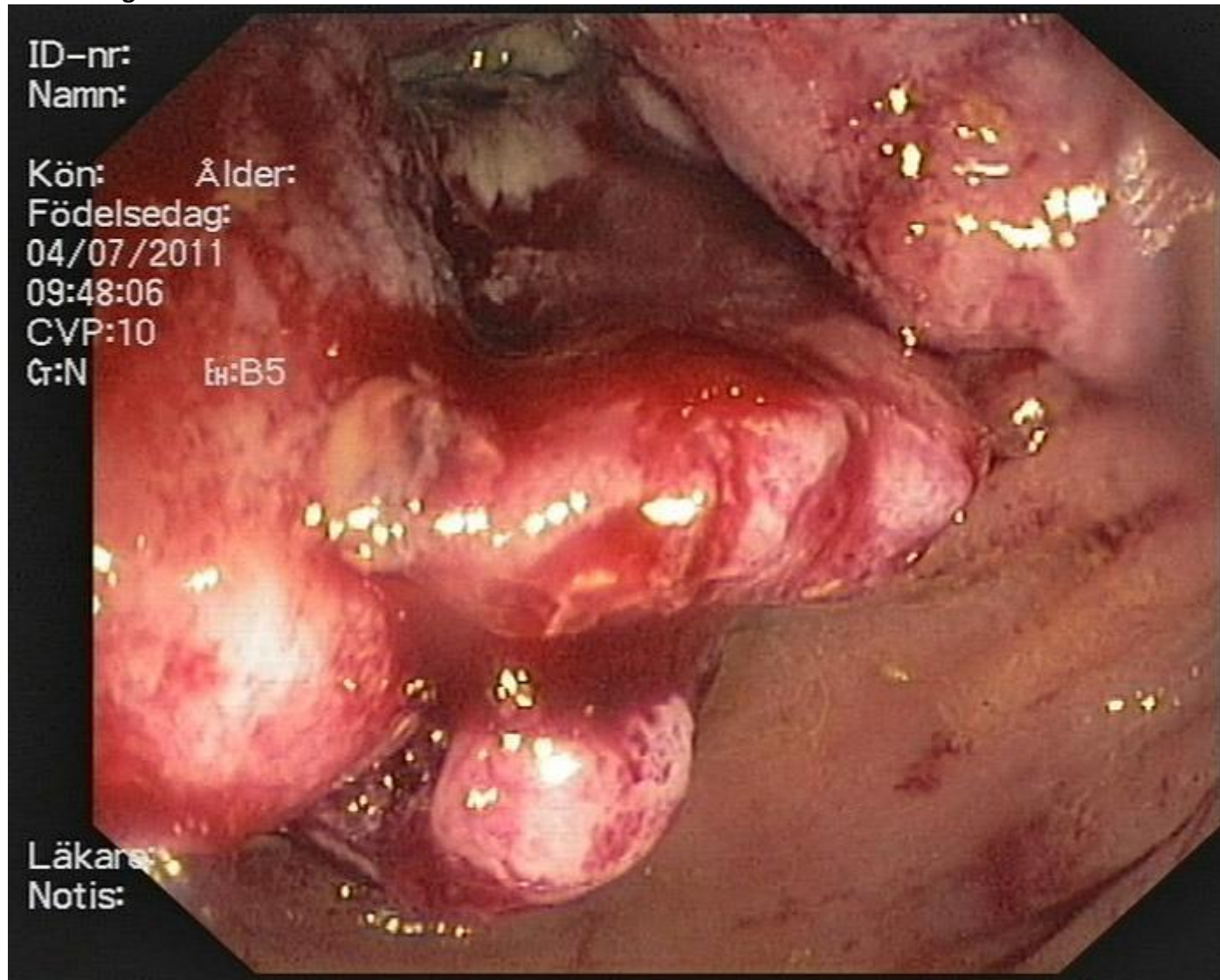
1.2.1 Distal blödningskälla ger ofta upphov till röd missfärgning av avföringen (hematochezi), medan avföringen, vid mer proximalt belägen blödningskälla kan vara svart (melena). Förklara varför den svarta färgen uppkommer. (1p)

1.2.2 Du beslutar Dig för att genomföra kolonutredning. Vilka möjligheter har Du för detta? (1p)

Du utreder Kenneth 56, som har noterat rött blod i avföringen sedan ca två månader. Ibland har avföringen varit mörk. Han har inte haft smärtor, men avföringen har varit växlande. Ingen säker viktnedgång. Han är tidigare frisk och utan hereditet för kolorektalcancer. Anorektalstatus, inklusive rektoskopi till 13 cm, är normalt.

Du remitterar Kenneth till koloskopi med hög prioritet. Under ditt AT-block roterar Du nu vidare till kirurgplaceringen och har därför möjlighet att möta Kenneth på nytt under hans koloskopi. Man gör två klara fynd under undersökningen (se bilder). Förändring 1 återfanns 18 cm från anus och förändring 2 strax distalt om vänster kolonflexur; båda förändringarna biopseras.

Förändring 1



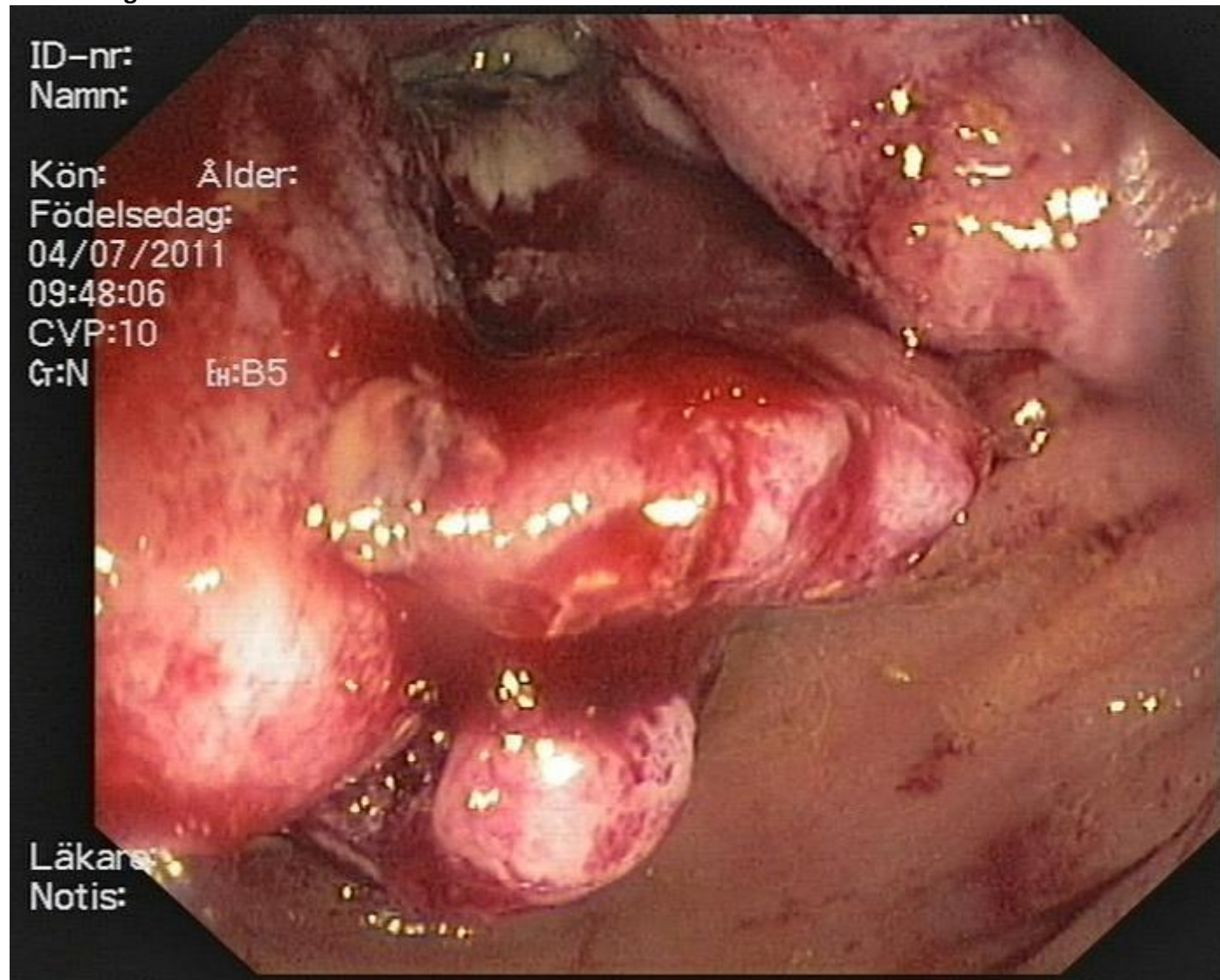
Förändring 2



1.3.1 Beskriv förändringarnas makroskopiska utseende och ange också vilka diagnoser de mest troligt representerar. (2p)

Du utreder Kenneth, 56 år som har noterat rött blod i avföringen sedan ca två månader. Ibland har avföringen varit mörk. Han har inte haft smärtor, men avföringen har varit växlande. Ingen säker viktnedgång. Han är tidigare frisk och utan hereditet för kolorektalcancer. Vid koloskopi återfinns förändring 1 på 18 cm höjd från anus och förändring 2 strax distalt om vänster kolonflexur; båda förändringarna biopseras.

Förändring 1



Förändring 2



Ytterligare en vecka senare kommer Kenneth tillbaka till mottagningen för uppföljning. PAD-svar har kommit.

*"Förändring 1, 18 cm från anus: Fyra biopsier som samtliga uppvisar ett epitel med grav dysplasi; i två biopsier klara tecken på invasion.
Diagnos: Adenocarcinom i colon".*

*"Förändring 2, vänsterkolon: En biopsi som uppvisar adenomvävnad med måttlig dysplasi.
Diagnos: Tubulovillöst adenom i colon".*

1.4.1 Du berättar för Kenneth att förändring 1 är en cancer. Vilken information ger Du honom om förändring 2? (1p)

1.4.2 Kenneth undrar hur Du tänker gå vidare med hans sjukdom. Skissera en vidare utrednings - och behandlingsplan. Motivera. (3p)

Du utreder Kenneth, 56 år som har noterat rött blod i avföringen sedan ca 2 månader. Vid coloskopi återfinns förändring 1 på 18 cm höjd från anus; PAD visar cancer. Förändring 2 finns strax distalt om vänster kolonflexur; PAD visar tubulovillöst adenom.

Du förklarar för Kenneth att han har två tumörer. Förändring 1 är en säkerställd cancer, medan biopsin från den andra tumören visar godartade förändringar. Du framhåller att enbart biopsimaterial är en osäker bedömningsgrund och att hela förändring 2 måste undersökas för säker diagnos.

Du remitterar Kenneth för CT av thorax – buk och förklarar att Du behöver få resultatet av denna undersökning för att kunna skissera behandlingsplanen, men att behandlingen av cancersjukdomen kan innefatta kirurgisk behandling, cytostatika, eller en kombination. Den mindre tumören kan förhoppningsvis inkluderas i samma resektat som canceren.

En vecka senare får du svaret på CT-undersökningen. Det finns inga förändringar i varken lever eller lungor. Du informerar Kenneth om att han med hög prioritet placeras på väntelistan för operation (vänstersidig hemikolektomi).

Tre veckor senare, kl. 21.00 under Din kvällsjour, söker Kenneth akut. Hans operation är planerad om fem dagar. Han klagar nu på förstoppning och sedan ca ett dygn har han även haft buksmärtor.

1.5.1 Vilken diagnos vill Du utesluta i första hand? Motivera. (1p)

Kenneth, 56 år är tidigare väsentligen frisk, men har nu en strikturerande cancer i kolon 18 cm från anus och ett adenom i anslutning till vänster kolonflexur. Han har inga metastaser och är planerad för vänstersidig hemikolektomi. Nu söker han akut kl 21.00 med förstoppning och buksmärtor.

Du vill i första hand utesluta kolonileus.

1.6.1 Vilka fynd i status (positiva och negativa) söker Du för att bekräfta diagnosen kolonileus? Motivera. (1,5p)

Kenneth, 56 år är tidigare väsentligen frisk, men har nu en strikturerande cancer i kolon 18 cm från anus och ett adenom i anslutning till vänster kolonflexur. Han har inga metastaser och är planerad för vänstersidig hemikolektomi. Nu söker han akut kl 21.00 med förstoppning och buksmärtor.

När Du undersöker Kenneth är allmäntillståndet väsentligen opåverkat, temperaturen 36,9°C. Buken är symmetriskt uppdriven, men utan peritoneal retning; ampullen tom. Din preliminära diagnos är kolonileus.

1.7.1 Du beslutar Dig för att lägga in Kenneth. Vilka ytterligare åtgärder planerar Du för natten? (1,5p)

Kenneth, 56 år är tidigare väsentligen frisk, men har nu en strikturerande cancer i kolon 18 cm från anus och ett adenom i anslutning till vänster kolonflexur. Han har inga metastaser och är planerad för vänstersidig hemikolektomi. Nu söker han akut. At är väsentligen opåverkat, temp 36,9. Buken är symmetriskt uppdriven, men utan peritoneal retning; ampullen tom. Du misstänker kolonileus.

Du kontrollerar basalt laboratoriestatus inklusive PK, APTT och bastest och ordinerar Ringeracetat och smärtstillande; vätskebalansen monitoreras bäst med KAD. Du skriver remiss för akut CT-BÖS.

CT visar att kolon är uppdriven fram till canceren i rektosigmoidala övergången. Din bakjour föreslår att Du planerar för operation kommande dag och att "Du observerar honom under natten".

1.8.1 Vad behöver Du göra för att Kenneth skall vara klar för operation kommande dag?

Hur informerar Du Kenneth? (1,5p)

1.8.2 Vad skall Du "observera under natten"? Motivera. (1,5p)

Epilog:

Påföljande morgon opereras Kenneth med hemikolektomi och anastomos. Det postoperativa förloppet är komplikationsfritt.

Tre veckor senare kommer han åter till mottagningen. Han mår allt bättre och PAD visar att cancer hade lymfkörtelmetastaser, men att den mindre förändringen var benign. Han erbjuds kompletterande cytostatikabehandling.

Fall 2

Du arbetar som medicinjour på ett medelstort lasarett en sommarkväll. Ledningssköterskan på akuten ber dig komma till akutrummet där man precis tagit in en svårt medtagen man i 50-års åldern som enligt rapport skall vara väsentligen frisk men sista dygnet varit dålig i vad man tolkat som "influensa" men sista timmarna blivit förvirrad, kräkts och inte kunnat stiga upp ur sängen.

2.1.1 Beskriv fem parametrar du värderar initialt när du bedömer patienten? (2,5p)

Du arbetar som medicinjour på ett medelstort lasarett en sommarkväll. Ledningssköterskan på akuten ber dig komma till akutrummet där man precis tagit in en svårt medtagen man i 50-års åldern som enligt rapport skall vara väsentligen frisk men sista dygnet varit dålig i vad man tolkat som "influensa" men sista timmarna blivit förvirrad, kräkts och inte kunnat stiga upp ur sängen.

Du bedömer pat enligt ABCD(E) och finner fria luftvägar (A), andningsfrekvens 26/min och pox 87% (B), puls 120/min blodtryck 80/50 mm Hg (C) Reaction Level Scale (RLS) 3 (D) Temp 39,5°C (E).

2.2.1 Vad blir din preliminärdiagnos? Motivera! (1p)

2.2.2 Vilka 2 terapeutiska åtgärder ordinerar du redan i detta läge? Motivera! (2p)

2.2.3 Vilka två laboratorieprover med snabbsvar ordinerar du nu? Motivera! (1p)

Du arbetar som medicinjour på ett medelstort lasarett en sommarkväll. Ledningssköterskan på akuten ber dig komma till akutrummet där man precis tagit in en svårt medtagen man i 50-års åldern som enligt rapport skall vara väsentligen frisk men sista dygnet varit dålig i vad man tolkat som "influensa" men sista timmarna blivit förvirrad, kräcks och inte kunnat stiga upp ur sängen.

Du bedömer pat enligt ABCD(E) och finner fria luftvägar (A), andningsfrekvens 26/min och pox 87% (B), puls 120/min blodtryck 80/50 mm Hg (C) Reaction Level Scale (RLS) 3 (D) Temp 39,5°C (E).

Du bedömer det som misstänkt sepsis med chock. Efter att ha ordinerat två grova infarter, iv vätska och syrgas ordinerar du blodgas och CRP. Ditt status omfattar: Hjärta: Regelbunden rytm 120/min utan blåsljud, Lungor: Rassel hö bas, Buk: palperas mjuk och oöm. Sköterska meddelar att CRP är 250 mg/l.

2.3.1 Några ytterligare moment i status som bör bedömas utifrån pat tillstånd? Motivera! (1p)

2.3.2 Blodgassvar anländer: pH 7,22 (7,35-7,45), pO₂ kPa 7,5 (10,6-13,8), pCO₂ kPa 3,5 (4,6-6,0) Base excess -7 mmol/l (-3-3), Laktat 5,6 mmol/l (0,38-1,34), Kalium 4,9 mmol/l (3,5-4,4). Hur tolkar du detta svar? Motivera! (1p)

2.3.3 Patienten har en septisk chock med takykardi och hypotoni. Redogör kortfattat för de patofysiologiska mekanismerna bakom detta? (2p)

Du arbetar som medicinjour på ett medelstort lasarett en sommarkväll. Ledningssköterskan på akuten ber dig komma till akutrummet där man precis tagit in en svårt medtagen man i 50-års åldern som enligt rapport skall vara väsentligen frisk men sista dygnet varit dålig i vad man tolkat som "influensa" men sista timmarna blivit förvirrad, kräkts och inte kunnat stiga upp ur sängen.

Du bedömer pat enligt ABCD(E) och finner fria luftvägar (A), andningsfrekvens 26/min och pox 87% (B), puls 120/min blodtryck 80/50 mm Hg (C) Reaction Level Scale (RLS) 3 (D) Temp 39,5°C (E). Du bedömer det som misstänkt sepsis med chock. Efter att ha ordinerat två grova infarter, iv vätska och syrgas ordinerar du blodgas och CRP. Ditt status omfattar: Hjärta: Regelbunden rytm 120/min utan blåsljud, Lungor: Rassel hö bas, Buk: palperas mjuk och oöm. Sköterska meddelar att CRP är 250 mg/l.

Du finner ingen nackstelhet eller petechier. Blodgasen visar metabol acidosis. Du beslutar att ordinera antibiotika.

2.4.1 Först vill du dock att man tar prover. Vilka? Motivera! (1,5p)

2.4.2 Ange preparat och beskriv kortfattat verkningsmekanismerna? Motivera! (3p)

Du arbetar som medicinjour på ett medelstort lasarett en sommarkväll. Ledningssköterskan på akuten ber dig komma till akutrummet där man precis tagit in en svårt medtagen man i 50-års åldern som enligt rapport skall vara väsentligen frisk men sista dygnet varit dålig i vad man tolkat som "influensa" men sista timmarna blivit förvirrad, kräkts och inte kunnat stiga upp ur sängen.

Du bedömer pat enligt ABCD(E) och finner fria luftvägar (A), andningsfrekvens 26/min och pox 87% (B), puls 120/min blodtryck 80/50 mm Hg (C) Reaction Level Scale (RLS) 3 (D) Temp 39,5°C (E).

Du bedömer det som misstänkt sepsis med chock. Efter att ha ordinerat två grova infarter, iv vätska och syrgas ordinerar du blodgas och CRP. Ditt status omfattar: Hjärta: Regelbunden rytm 120/min utan blåsljud, Lungor: Rassel hö bas, Buk: palperas mjuk och oöm. Sköterska meddelar att CRP är 250 mg/l.

Du finner ingen nackstelhet eller petechier. Blodgasen visar metabol acidosis. Du beslutar att ordinera antibiotika.

Efter att du blod och urinodlat pat får han bolusdos aminoglykosid och Cefotaxim då du bedömer det som oklar sepsis även om pneumoni kan vara förklaring. Efter en timma på akuten när två liter vätska har gått in har blodtrycket stigit något men patienten är fortfarande oklar och i KAD kommer ingen urin.

2.5.1 Hur planerar du den fortsatta handläggningen? Motivera? (2p)

Du arbetar som medicinjour på ett medelstort lasarett en sommarkväll. Ledningssköterskan på akuten ber dig komma till akutrummet där man precis tagit in en svårt medtagen man i 50-års åldern som enligt rapport skall vara väsentligen frisk men sista dygnet varit dålig i vad man tolkat som "influensa" men sista timmarna blivit förvirrad, kräkts och inte kunnat stiga upp ur sängen.

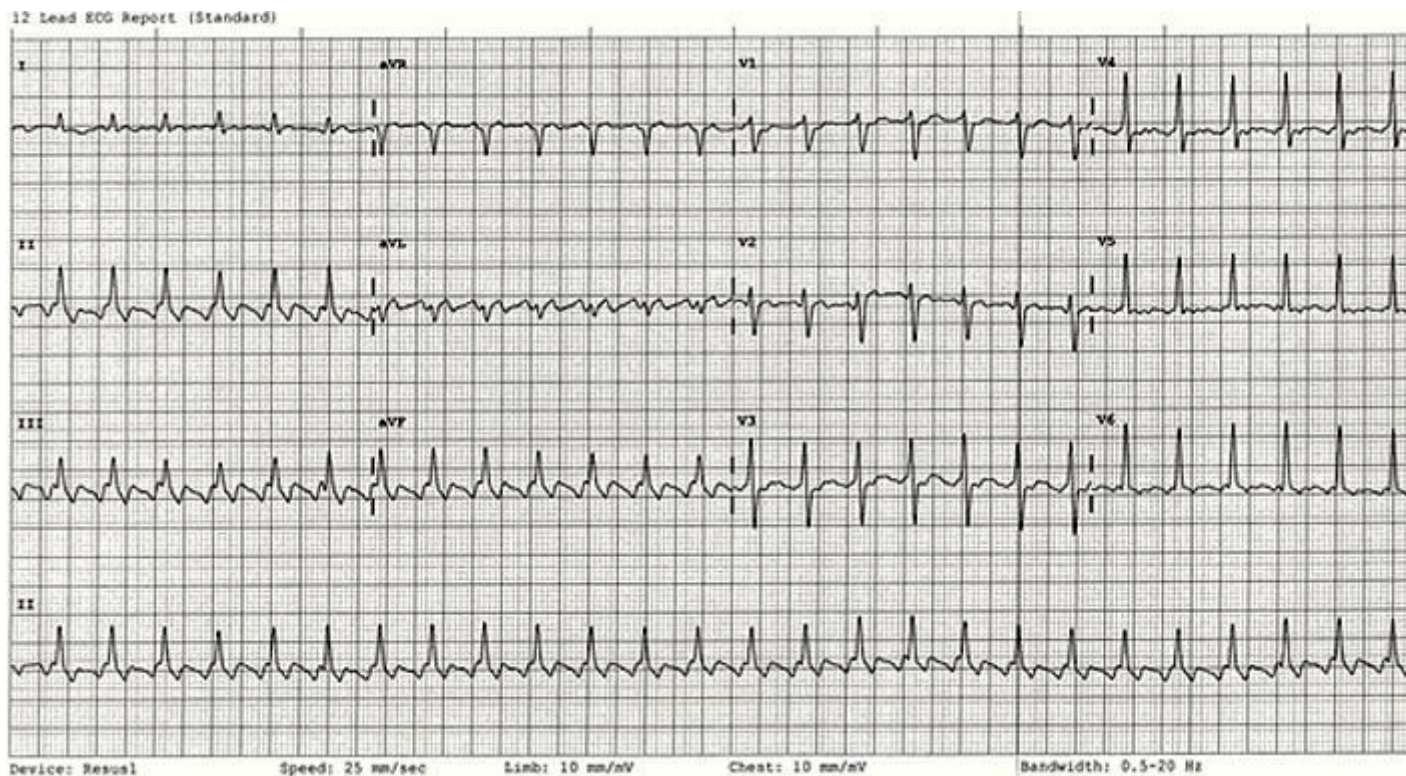
Du bedömer pat enligt ABCD(E) och finner fria luftvägar (A), andningsfrekvens 26/min och pox 87% (B), puls 120/min blodtryck 80/50 mm Hg (C) Reaction Level Scale (RLS) 3 (D) Temp 39,5°C (E).

Du bedömer det som misstänkt sepsis med chock. Efter att ha ordinerat två grova infarter, iv vätska och syrgas ordinerar du blodgas och CRP. Ditt status omfattar: Hjärta: Regelbunden rytm 120/min utan blåsljud, Lungor: Rassel hö bas, Buk: palperas mjuk och oöm. Sköterska meddelar att CRP är 250 mg/l.

Du finner ingen nackstelhet eller petechier. Blodgasen visar metabol acidosis. Du beslutar att ordinera antibiotika.

Efter att du blod och urinodlat pat får han bolusdos aminoglykosid och Cefotaxim då du bedömer det som oklar sepsis även om pneumoni kan vara förklaring. Efter en timma på akuten när två liter vätska har gått in har blodtrycket stigit något men patienten är fortfarande oklar och i KAD kommer ingen urin.

Med tanke på cerebral påverkan och anuri kontaktas IVA för fortsatt vård för att få adekvat monitorering och terapi. Ansvarig IVA läkare ringer efter en stund och ber dig titta på EKG.



Då ditt sjukhus inte har röntgenläkare på plats jourtid blir du också ombedd att göra en preliminär bedömning av lungröntgen.



2.6.1 Vad visar EKG? (1p)

2.6.2 Vad visar lungröntgen? (1p)

Du arbetar som medicinjour på ett medelstort lasarett en sommarkväll. Ledningssköterskan på akuten ber dig komma till akutrummet där man precis tagit in en svårt medtagen man i 50-års åldern som enligt rapport skall vara väsentligen frisk men sista dygnet varit dålig i vad man tolkat som "influensa" men sista timmarna blivit förvirrad, kräkts och inte kunnat stiga upp ur sängen.

Du bedömer pat enligt ABCD(E) och finner fria luftvägar (A), andningsfrekvens 26/min och pox 87% (B), puls 120/min blodtryck 80/50 mm Hg (C) Reaction Level Scale (RLS) 3 (D) Temp 39,5°C (E).

Du bedömer det som misstänkt sepsis med chock. Efter att ha ordinerat två grova infarter, iv vätska och syrgas ordinerar du blodgas och CRP. Ditt status omfattar: Hjärta: Regelbunden rytm 120/min utan blåsljud, Lungor: Rassel hö bas, Buk: palperas mjuk och oöm. Sköterska meddelar att CRP är 250 mg/l.

Du finner ingen nackstelhet eller petechier. Blodgasen visar metabol acidosis. Du beslutar att ordinera antibiotika.

Efter att du blod och urinodlat pat får han bolusdos aminoglykosid och Cefotaxim då du bedömer det som oklar sepsis även om pneumoni kan vara förklaring. Efter en timma på akuten när två liter vätska har gått in har blodtrycket stigit något men patienten är fortfarande oklar och i KAD kommer ingen urin.

Med tanke på cerebral påverkan och anuri kontaktas IVA för fortsatt vård för att få adekvat monitorering och terapi. Ansvarig IVA läkare ringer efter en stund och ber dig titta på EKG. Då ditt sjukhus inte har röntgenläkare på plats jourtid blir du också ombedd att göra en preliminär bedömning av lungröntgen.

Du tolkar EKG som 2-1 blockerat förmaksfladder och lungröntgen som höger sidigt infiltrat. Pat vårdas under några dygn på IVA med inotrop stöd och förbättras och flyttar efter några dygn till den medicin avd. där du tjänstgör som avd. läkare. Man har fått svar på blododlingar som visar växt av pneumokocker känsliga för sedvanliga antibiotika. Patienten har varit feberfri sista dygnet. Redan på IVA slog patientens hjärta om till sinusrytm. Pat mår nu ganska bra förutom att han är trött. Han uppger sig vara tidigare frisk och medicinfri. Har behandlats med iv Cefotaxim hela tiden men undrar nu om han kan börja ta tabletter istället.

2.7.1 Vilket peroralt antibiotikum ordinerar du? Motivera! (1p)

Du arbetar som medicinjour på ett medelstort lasarett en sommarkväll. Ledningssköterskan på akuten ber dig komma till akutrummet där man precis tagit in en svårt medtagen man i 50-års åldern som enligt rapport skall vara väsentligen frisk men sista dygnet varit dålig i vad man tolkat som "influensa" men sista timmarna blivit förvirrad, kräkts och inte kunnat stiga upp ur sängen.

Du bedömer pat enligt ABCD(E) och finner fria luftvägar (A), andningsfrekvens 26/min och pox 87% (B), puls 120/min blodtryck 80/50 mm Hg (C) Reaction Level Scale (RLS) 3 (D) Temp 39,5°C (E).

Du bedömer det som misstänkt sepsis med chock. Efter att ha ordinerat två grova infarter, iv vätska och syrgas ordinerar du blodgas och CRP. Ditt status omfattar: Hjärta: Regelbunden rytm 120/min utan blåsljud, Lungor: Rassel hö bas, Buk: palperas mjuk och oöm. Sköterska meddelar att CRP är 250 mg/l.

Du finner ingen nackstelhet eller petechier. Blodgasen visar metabol acidosis. Du beslutar att ordinera antibiotika.

Efter att du blod och urinodlat pat får han bolusdos aminoglykosid och Cefotaxim då du bedömer det som oklar sepsis även om pneumoni kan vara förklaring. Efter en timma på akuten när två liter vätska har gått in har blodtrycket stigit något men patienten är fortfarande oklar och i KAD kommer ingen urin.

Med tanke på cerebral påverkan och anuri kontaktas IVA för fortsatt vård för att få adekvat monitorering och terapi. Ansvarig IVA läkare ringer efter en stund och ber dig titta på EKG. Då ditt sjukhus inte har röntgenläkare på plats jourtid blir du också ombedd att göra en preliminär bedömning av lungröntgen.

Du tolkar EKG som 2-1 blockerat förmaksfladder och lungröntgen som höger sidigt infiltrat. Pat vårdas under några dygn på IVA med inotrop stöd och förbättras och flyttar efter några dygn till den medicin avd. där du tjänstgör som avd. läkare. Man har fått svar på blododlingar som visar växt av pneumokocker känsliga för sedvanliga antibiotika. Patienten har varit feberfri sista dygnet. Redan på IVA slog patientens hjärta om till sinusrytm. Pat mår nu ganska bra förutom att han är trött. Han uppger sig vara tidigare frisk och medicinfri. Har behandlats med iv Cefotaxim hela tiden men undrar nu om han kan börja ta tabletter istället.

Epilog:

Då du bedömer det som en samhällsförvärd pneumoni med pneumococker sätter du in T Kåvepenin.

Fall 3

Gustav som är 20 år inkommer till psykiatriska akutmottagningen tillsammans med en kompis på grund av intensiv ångest som började när de stod och väntade på en busshållplats. Han har svårt för att få luft, har hjärklappning, är skakig och känner sig svimfärdig. Han har haft liknande besvär flera gånger det senaste halvåret och oroar sig nu för om han och kompiserna skall kunna åka till Thailand kommande vecka som de planerat. Gustav arbetar som truckförare, och har tidigare varit frisk. Han bor hemma med två yngre bröder. Övriga i familjen är friska. Gustav blåser 0,0 promille på alkometer.

3.1.1 Vilken är Din preliminär diagnos? Motivera! (1p)

Gustav som är 20 år inkommer till psykiatriska akutmottagningen tillsammans med en kompis på grund av intensiv ångest som började när de stod och väntade på en busshållplats. Han har svårt för att få luft, har hjärklappning, är skakig och känner sig svimfärdig. Han har haft liknande besvär flera gånger det senaste halvåret och oroar sig nu för om han och kompiserna skall kunna åka till Thailand kommande vecka som de planerat. Gustav arbetar som truckförare, och har tidigare varit frisk. Han bor hemma med två yngre bröder. Övriga i familjen är friska. Gustav blåser 0,0 promille på alkometer.

Gustav bedöms ha ett panikångestsyndrom.

3.2.1 Vilka är Dina evidensbaserade behandlingsalternativ? (2p)

Gustav som är 20 år inkommer till psykiatriska akutmottagningen tillsammans med en kompis på grund av intensiv ångest som började när de stod och väntade på en busshållplats. Han har svårt för att få luft, har hjärklappning, är skakig och känner sig svimfärdig. Han har haft liknande besvär flera gånger det senaste halvåret och oroar sig nu för om han och kompiserna skall kunna åka till Thailand kommande vecka som de planerat. Gustav arbetar som truckförare, och har tidigare varit frisk. Han bor hemma med två yngre bröder. Övriga i familjen är friska. Gustav blåser 0,0 promille på alkometer.

Han bedöms ha ett panikångestsyndrom där behandling med serotonergt aktiva antidepressiva läkemedel som selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) eller serotonin och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI) liksom psykoterapi främst kognitiv beteendeterapi (KBT) har god dokumentation.

Tre dagar senare söker Gustav igen efter att ha fått en ny panikattack som börjar klinga av en stund efter att han kommit till akutmottagningen. Eftersom han skall resa till Thailand nästa vecka och vara där i en månad, vill han absolut ha ngn medicin.

3.3.1 Du bestämmer Dig för att behandla med SSRI. Föreslå preparat och dosering.

Vilken information om behandlingen ger Du patienten? (2p)

Gustav som är 20 år inkommer till psykiatriska akutmottagningen tillsammans med en kompis på grund av intensiv ångest som började när de stod och väntade på en busshållplats. Han har svårt för att få luft, har hjärklappning, är skakig och känner sig svimfärdig. Han har haft liknande besvär flera gånger det senaste halvåret och oroar sig nu för om han och kompiserna skall kunna åka till Thailand kommande vecka som de planerat. Gustav arbetar som truckförare, och har tidigare varit frisk. Han bor hemma med två yngre bröder. Övriga i familjen är friska. Gustav blåser 0,0 promille på alkometer.

Han bedöms ha ett panikångestsyndrom där behandling med serotonergt aktiva antidepressiva läkemedel som selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) eller serotonin och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI) liksom psykoterapi främst kognitiv beteendeterapi (KBT) har god dokumentation. Tre dagar senare söker Gustav igen efter att ha fått en ny panikattack som börjar klinga av en stund efter att han kommit till akutmottagningen. Eftersom han skall resa till Thailand nästa vecka och vara där i en månad, vill han absolut ha ngn medicin. Gustav fick utskrivet sertralin och började med 25mg de första dagarna som höjs till 50 mg efter en vecka vilket blir första måldos. Han fick information om att undvika att kombinera behandlingen med alkohol, åtminstone inga större mängder. Du ger dessutom information om preparatets vanligaste biverkningar såsom svettningar, sexuell dysfunktion och initial paradoxal ångest.

Sex veckor senare söker Gustav åter med sin kompis sent på kvällen. Han hade inte mått så bra i Thailand. Han hade ofta ångest, och ville inte gå ut där det fanns många andra människor. När de var ute och åt var han misstänksam och rädd att någon skulle ha förgiftat maten. Han var känslig för stark musik, sömnen var dålig och han hade svårt för att koncentrera sig. På fråga medger han att han av och till det senaste året hört röster. Han blir ofta tyst och verkar då försvinna in i sin egen värld.

3.4.1 Vilka två preliminära diagnoser är mest troliga? Motivera! (2p)

3.4.2 Vilken provtagning bör göras redan på kvällen? Motivera! (1p)

3.4.3 Vilka två anamnestiska uppgifter utöver symtom kan vara värdefulla att få för att ställa rätt diagnos? (1p)

Gustav som är 20 år inkommer till psykiatriska akutmottagningen tillsammans med en kompis på grund av intensiv ångest som började när de stod och väntade på en busshållplats. Han har svårt för att få luft, har hjärklappning, är skakig och känner sig svimfärdig. Han har haft liknande besvär flera gånger det senaste halvåret och oroar sig nu för om han och kompiserna skall kunna åka till Thailand kommande vecka som de planerat. Gustav arbetar som truckförare, och har tidigare varit frisk. Han bor hemma med två yngre bröder. Övriga i familjen är friska. Gustav blåser 0,0 promille på alkometer.

Han bedöms ha ett panikångestsyndrom där behandling med serotonergt aktiva antidepressiva läkemedel som selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) eller serotonin och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI) liksom psykoterapi främst kognitiv beteendeterapi (KBT) har god dokumentation. Tre dagar senare söker Gustav igen efter att ha fått en ny panikattack som börjar klinga av en stund efter att han kommit till akutmottagningen. Eftersom han skall resa till Thailand nästa vecka och vara där i en månad, vill han absolut ha ngn medicin. Gustav fick utskrivet sertralin och började med 25mg de första dagarna som höjs till 50 mg efter en vecka vilket blir första måldos. Han fick information om att undvika att kombinera behandlingen med alkohol, åtminstone inga större mängder. Du ger dessutom information om preparatets vanligaste biverkningar såsom svettningar, sexuell dysfunktion och initial paradoxal ångest.

Sju veckor senare söker Gustav åter med sin kompis sent på kvällen. Han hade inte mått så bra i Thailand. Han hade ofta ångest, och ville inte gå ut där det fanns många andra människor. När de var ute och åt var han misstänksam och rädd att någon skulle ha förgiftat maten. Han var känslig för stark musik, sömnen var dålig och han hade svårt för att koncentrera sig. På fråga medger han att han av och till det senaste året hört röster. Han blir ofta tyst och verkar då försvinna in i sin egen värld.

Gustav är hjälpsökande och vill bli inlagd. Du väljer att lägga in honom frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Drogscreening var negativ. Det finns inte ngn hereditet för psykisk sjukdom och han förnekar användning av droger. Han observerades på avdelningen där han var lite tillbakadragen, misstänksam och ofta försvann in i sin egen värld. Han hörde fortfarande röster mest som kritiska kommentarer till vad han gjorde. Du misstänker differentialdiagnoserna paranoid schizofreni alternativt drogutlöst psykos.

3.5.1 Du genomför en psykosutredning på Gustaf. Vad ingår i denna? (2p)

3.5.2 En väsentlig del i Ditt omhändertagande är en bedömning av suicidrisken. Vad skall ingå i en strukturerad suicidrisk bedömning? (3p)

Gustav som är 20 år inkommer till psykiatriska akutmottagningen tillsammans med en kompis på grund av intensiv ångest som började när de stod och väntade på en busshållplats. Han har svårt för att få luft, har hjärklappning, är skakig och känner sig svimfärdig. Han har haft liknande besvär flera gånger det senaste halvåret och oroar sig nu för om han och kompiserna skall kunna åka till Thailand kommande vecka som de planerat. Gustav arbetar som truckförare, och har tidigare varit frisk. Han bor hemma med två yngre bröder. Övriga i familjen är friska. Gustav blåser 0,0 promille på alkometer.

Han bedöms ha ett panikångestsyndrom där behandling med serotonergt aktiva antidepressiva läkemedel som selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) eller serotonin och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI) liksom psykoterapi främst kognitiv beteendeterapi (KBT) har god dokumentation. Tre dagar senare söker Gustav igen efter att ha fått en ny panikattack som börjar klinga av en stund efter att han kommit till akutmottagningen. Eftersom han skall resa till Thailand nästa vecka och vara där i en månad, vill han absolut ha ngn medicin. Gustav fick utskrivet sertralin och började med 25mg de första dagarna som höjs till 50 mg efter en vecka vilket blir första måldos. Han fick information om att undvika att kombinera behandlingen med alkohol, åtminstone inga större mängder. Du ger dessutom information om preparatets vanligaste biverkningar såsom svettningar, sexuell dysfunktion och initial paradoxal ångest.

Sex veckor senare söker Gustav åter med sin kompis sent på kvällen. Han hade inte mått så bra i Thailand. Han hade ofta ångest, och ville inte gå ut där det fanns många andra människor. När de var ute och åt var han misstänksam och rädd att någon skulle ha förgiftat maten. Han var känslig för stark musik, sömnen var dålig och han hade svårt för att koncentrera sig. På fråga medger han att han av och till det senaste året hört röster. Han blir ofta tyst och verkar då försvinna in i sin egen värld.

Gustav är hjälpsökande och vill bli inlagd. Du väljer att lägga in honom frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Drogscreening var negativ. Det finns inte ngn hereditet för psykisk sjukdom och han förnekar användning av droger. Han observerades på avdelningen där han var lite tillbakadragen, misstänksam och ofta försvann in i sin egen värld. Han hörde fortfarande röster mest som kritiska kommentarer till vad han gjorde. Du misstänker differentialdiagnoserna paranoid schizofreni alternativt drogutlöst psykos.

Gustav får diagnosen schizofreni utifrån anamnesen och den neuropsykologiska utredningen som bl a visade en störning av exekutiva funktioner. Magnetrontgen (MR) visade inte några patologiska fynd.

3.6.1 Du påbörjar anti-psykotisk behandling. Beskriv hur dessa läkemedel utövar sin farmakologiska effekt och hur biverkningar kan uppstå. (1p)

3.6.2 Ge förslag på ytterligare två behandlingsinsatser som är viktiga för Gustaf. (3p)

3.6.3 Gustaf visar sig inte ha vapenlicens men har körkort. Hur hanterar Du situationen? Motivera! (2p)

Epilog:

Den främsta verkningsmekanismen hos antipsykotiska läkemedel är dopamin-2-blockad. Flertalet second generation antipsychotics (SGA) blockerar även serotoninreceptorn 5HT_{2A}. Biverkningar kan dels bero på ovanstående och dels beroende av receptorpåverkan av icke önskade bansystem vilket kan ge motoriska, endokrina och kognitiva biverkningar. Metabola biverkningar är vanligt förekommande.

Två viktiga insatser är psykopedagogiska interventioner för både patient och anhöriga samt att erbjuda patienten psykosanpassad KBT.

Pat är inte i nuvarande tillstånd lämplig att inneha skjutvapen av medicinska skäl. Det skall anmälas till polismyndigheten även om han inte har vapenlicens. Anmälan till Transportstyrelsen skall göras då patienten inte uppfyller de medicinska kraven för körkortsinnehav.

Efter sex månader då Gustav genomgått ovanstående behandling är han väsentligen symtomfri och har börjat arbeta halvtid på sin arbetsplats. Han kör inte längre truck.

Fall 4

När du arbetar som AT-läkare på en vårdcentral söker Eva, en kvinna som är 63 år akut för halsont. Hon har varit förkyld och förutom lite snuva och feber på 38,5 grader C även fått ganska ordentligt ont nedtill höger på halsen sedan en dryg vecka. Självmedicinering med salicylpreparat och paracetamol har inte hjälpt så mycket. Hon har också hypertoni och typ 2 diabetes som hon regelbundet kontrollerar på vårdcentralen.

4.1.1 Vad inriktar du dig på i status. Ange fem delar och motivera varför! (2p)

När du arbetar som AT-läkare på en vårdcentral söker Eva, en kvinna som är 63 år akut för halsont. Hon har varit lite förkyld och förutom lite snuva och feber på 38,5 även fått ganska ordentligt ont nedtill höger på halsen sedan en dryg vecka. Självmedicinering med salicylpreparat och paracetamol har inte hjälpt så mycket. Hon har också hypertoni och typ 2 diabetes som hon regelbundet kontrollerar på vårdcentralen.

Du finner lätt rodnad i svalget, kraftig ömhet över höger sida av thyreoidea som är något förstorad. Puls 76/min, blodtryck 145/85 mm Hg.

4.2.1 Vilken blir din preliminära diagnos? (2p)

4.2.2 Ordinerar du några prover? Ange högst fyra. Motivera! (1p)

När du arbetar som AT-läkare på en vårdcentral söker Eva, en kvinna som är 63 år akut för halsont. Hon har varit lite förkyld och förutom lite snuva och feber på 38,5 grader Celcius även fått ganska ordentligt ont nedtill höger på halsen sedan en dryg vecka. Självmedicinering med salicylpreparat och paracetamol har inte hjälpt så mycket. Hon har också hypertoni och typ 2 diabetes som hon regelbundet kontrollerar på vårdcentralen. Din diagnos blir subakut thyreoidit (de Quervains thyreoidit)

Du tar s-TSH, fritt s-T4, SR och CRP

Patienten har en SR på 75 mm, CRP på 100. Svar på thyreoideaprover kommer nästa dag.

4.3.1 Hon har ganska ont över sköldkörteln. Finns det någon behandling du kan sätta in? Ange i så fall dos och behandlingstid. (2p)

När du arbetar som AT-läkare på en vårdcentral söker Eva, en kvinna som är 63 år akut för halsont. Hon har varit lite förkyld och förutom lite snuva och feber på 38,5 grader Celcius även fått ganska ordentligt ont nedtill höger på halsen sedan en dryg vecka. Självmedicinering med salicylpreparat och paracetamol har inte hjälpt så mycket. Hon har också hypertoni och typ 2 diabetes som hon regelbundet kontrollerar på vårdcentralen.

Du tar s-TSH, fritt s-T4, SR och CRP

Patienten har en SR på 75 mm, CRP på 100. Svar på thyroideaprover kommer nästa dag.

Du sätter in prednisolon 20-40 mg per dag i nedtrappande dos under 2-6 veckor med återbesök efter 1-2 veckor.

4.4.1 Vilka konsekvenser kan behandlingen medföra? Beskriv kort möjlig påverkan under denna kur jämfört med långtidsbehandling. (2p)

När du arbetar som AT-läkare på en vårdcentral söker Eva, en kvinna som är 63 år akut för halsont. Hon har varit lite förkyld och förutom lite snuva och feber på 38,5 även fått ganska ordentligt ont nedtill höger på halsen sedan en dryg vecka. Självmedicinering med salicylpreparat och paracetamol har inte hjälpt så mycket. Hon har också hypertoni och typ 2 diabetes som hon regelbundet kontrollerar på vårdcentralen. Blodtryck 145/85 mm Hg och puls 76/min.

Du sätter in prednisolon 20-40 mg per dag i nedtrappande dos under 2-6 veckor med återbesök efter 1-2 veckor.

4.5.1 Patientens provsvar för s-TSH är 0,1 (0,2-3,5) och fritt s-T4 25 (10-22). Hur tolkar du dessa och hur handlägger du patientens tyreoidesjukdom? (2p)

När du arbetar som AT-läkare på en vårdcentral söker Eva, en kvinna som är 63 år akut för halsont. Hon har varit lite förkyld och förutom lite snuva och feber på 38,5 även fått ganska ordentligt ont nedtill höger på halsen sedan en dryg vecka. Självmedicinering med salicylpreparat och paracetamol har inte hjälpt så mycket. Hon har också hypertoni och typ 2 diabetes som hon regelbundet kontrollerar på vårdcentralen. Blodtryck 145/85 mm Hg och puls 76/min. Du sätter in prednisolon 20-40 mg per dag i nedtrappande dos under 2-6 veckor med återbesök efter 1-2 veckor. Din diagnos blir subakut tyreoidit (de Quervains tyreoidit). Du sätter in prednisolon 20-40 mg per dag i nedtrappande dos under 2-6 veckor med återbesök efter 1-2 veckor.

4.6.1 Patienten blir snabbt förbättrad av din behandling och hennes prover normaliseras. Hur följer man vanligen upp detta tillstånd? (1p)

Eva är väldigt nöjd med din behandling och kommer senare på en vanlig kontroll för sitt blodtryck och diabetes typ 2. Hon står på följande mediciner:

Enalapril 20 mg x1

Felodipin 10 mg x1

Metformin 500 mg x2

Sitagliptin 100 mg x1

4.7.1 Hur utövar metformin och sitagliptin (DPP4-hämmare) sin blodglukossänkande effekt? Beskriv kortfattat. (4p)

Eva som är 63 år har ett blodtryck på 135/75 och p-glukos på 9,2 mmol/l, HbA1c är 53, K 4,3, kreatinin 84. Hennes värden har varit konstanta ganska länge. Hon har inga episoder av lågt blodsocker. Hon tänker åka till Egypten och resa runt i landet en del. Hon är orolig för magsjuka och frågar dig vad hon skall göra om hon får hög feber, diarrer och kräkningar under några dagar om hon inte kan söka akut sjukvård?

Medicinlista

Enalapril 20 mg x1
Felodipin 10 mg x1
Metformin 500 mg x2
Sitagliptin 100 mg x1

4.8.1. Vad bör du rekommendera beträffande hennes läkemedel? Motivera. (4p)