

Examination efter läkares allmäntjänstgöring

- samlat skriftligt prov

RÄTTNINGSMALL TILL e-AT-PROV DEN 22 FEBRUARI 2013

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

Rättningsmall Medicinfrågan 20 poäng

1:1:1 Vilka ytterligare frågor vill du ställa till honom? (2 p)

Karaktären på yrseln och dess tidsförlopp i detalj?

Andra samtidiga symtom? T. ex synpåverkan, hörselpåverkan, tinnitus, illamående, kräkning, sväljningspåverkan? Bröstmärtor? Kranialnervssymtom.

Utlösande eller provocerande moment till yrseln?

Bakgrundsfaktorer: Rökning + alkohol? Riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom.

Socialt: pensionär, gift, bostad?

1:2:1 Vad är det du särskilt vill bedöma i status och varför? (2 p)

Nystagmus, kranialnervstatus, finger-nästest och övrig nervstatus – Typ av yrsel?

Blodtryck och hjärta, carotider – Cirkulatoriskt sjuk? Förmaksflimmer? Stenosblåsljud? un och svalg. – Sväljningssvårigheterna? Pares? Tecken på infektion? Lungor – Rökare. Andningsbiljud? Buk – Alkohol svårbedömt; leverstorlek?

1:3:1 Vilka är dina preliminära huvuddiagnoser? Motivera! (2 p)

Perifer otogen yrsel- anamnes, spontan horisontell nystagmus, tinnitus, eventuell hörselnedsättning, svårbedömt nervstatus. Central, t ex lillhjärnsinfarkt.

Cirkulatorisk- förhöjt BT

Alkohol-abstinens?

1:4:1 Vilka blodprover och andra undersökningar är motiverade att ta nu, med akutsvar? (1 p)

B-Hb, B-Lpk, B-Tpk, S-Na, S-K och S-Krea, P-Troponin, CRP.

EKG. CT Skalle.

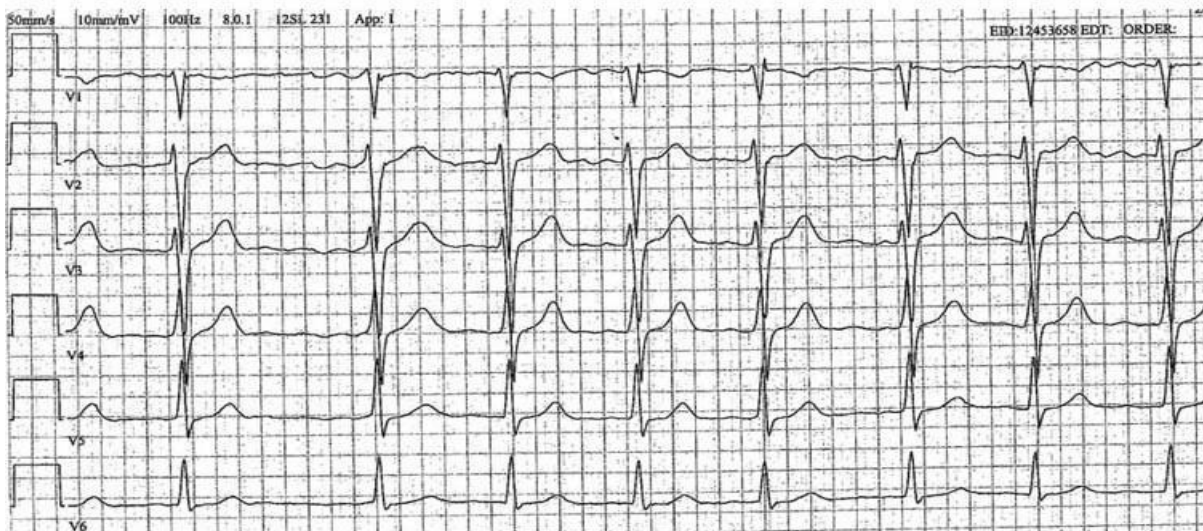
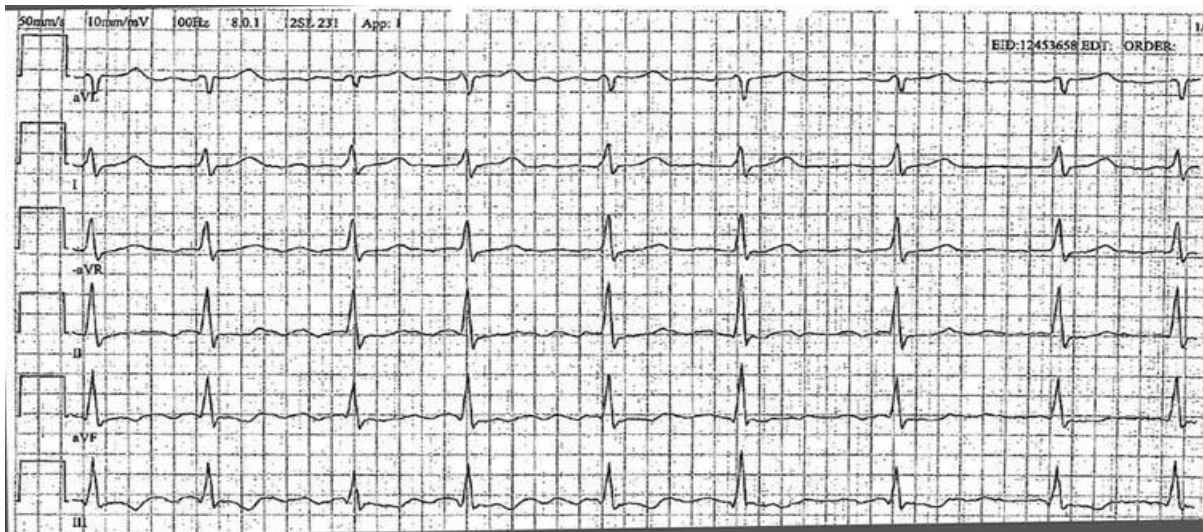
1:5:1 Huruvida patienten har nystagmus, är svårbedömt. Om du hade sett en tydligt högerslående nystagmus, vad hade du kunnat göra för att testa huruvida otogen yrsel föreligger? (1 p)

Fixationstest, dvs testa om fixation av blicken reducerar intensiteten av nystagmus (talar för perifer genes)

Impulstest, dvs gör ett impulstest till höger och till vänster. Om ögat inte stannar kvar och fixerar objektet då huvudet plötsligt rörs till höger eller vänster utan hoppar med och går tillbaka (gör en sk saccad) är det minst 50 % nedsättning av den perifera labyrinthära funktionen åt det håll man snodde huvudet.

1:6:1 Det togs ett ekg vid ankomsten till Akutmottagningen.
Tolka det! (1 p)

Förmaksflimmer.



1:7:1 Medan du tittar på ekg:t som visar en snabb flimmer rytm, blir pat allt mer yr och klagar över illamående. När du på nytt försöker värdera nystagmus ser du till din förvåning en vertikalt slående nystagmus.

Vad talar detta för? (1 p)

Lillhjärnsinfarkt.

1:8:1 Du överväger trombolys på grund av patientens ischemiska stroke.
Vilket blir ditt beslut? Motivera. (1 p)

Ingen trombolys, det har gått för lång tid. Litet att vinna vid etablerad infarkt och fr.a. hög risk för blödningskomplikation

1:9:1 Vilka läkemedel ordinerar du att ge fram till nästa morgon? (1 p)

Acetylsalicylsyra (tex Bamyl 500 mg brus)

1:9:2 När du rapporterar patienten till avdelningen frågar sköterskan om det finns några särskilda restriktioner vad gäller mobilisering eller äta/dricka. Vad svarar du? (1p)

Det anges att patienten har vissa sväljningssvårigheter. Får inte ta något per os innan man gjort ett sväljningstest (Tesked vatten) på grund av risk för senare pneumoni mm.

1:9:3 Vilken komplikation till lillhjärninfarkt är man särskilt uppmärksam på under de närmaste dagarna och som kan vara skäl till särskild övervakning? (1 p)

Risk för inklämning.

1:10:1 Hur vill du behandla blodtrycket i detta skede? Motivera ditt beslut. (1 p)

Ingen akut blodtryckssänkning. Ökar risken för symptomprogress på grund av hypoperfusion i infarktens randzon (penumbran)

1:11:1 Vilken utredning bör man utföra vid nyupptäckt förmaksflimmer (anamnes, status, lab, undersökningar)? (2 p)

Bröstmärtor, dyspnoé, subj arbetsförmåga, anamnes på arytmier Alkoholanamnes(0,5p), Hjärtauskultation, Lungauskultation (0,5p) B-Hb, Elektrolyter, Thyreoideaprov, (0,5p), Leverprover. Ekocardiografi. (0,5p) (B-glukos, PK-INR , men redan utfört här).

1:11:2 Vilka läkemedelsbehandlingar bör du överväga att sätta in under vårdtiden som sekundärprevention och relaterat till förmaksflimmer? Ange hur respektive läkemedel minskar risken för återinsjuknande och läkemedlets respektive handelsnamn eller substansnamn, dos ej nödvändig. (2 p)

Metoprolol eller annan betablockerare för att sänka ventrikelfrekvensen och sänka blodtrycket.
Atorvastatin eller annan statin som sekundärprevention efter stroke
Waran för att förebygga embolisering, alternativt Pradaxa (1,0p för alla tre, 0,5 p för två)

1:12:1 Vilken information behöver du ge till patienten angående Waranbehandlingen innan han lämnar sjukhuset? (1 p)

Informera tydligt om blödningsrisk (0,5 p). Informera om vikten av provtagning, förklara vad PK-INR är (0,5 p). Berätta om risken för läkemedelsinteraktioner och särskilt poängtera interaktion med receptfria läkemedel som ASA, NSAID och paracetamol. Alltid informera läkare vid konsultationer att han äter Waran. Kostinformation. (0,5 p)

Rättningsmall Allmänmedicinfrågan 20 poäng

2:1:1 Hur vill du komplettera anamnesen? (2 p)

1. Smärtans karaktär och lokalisation
2. Trauma?
3. Hosta/dyspne/andningsrelaterat?
4. Ansträngnings eller rörelsekorrelerad?

2:2:1 Hur kompletterar du status? Motivera! (2 p)

1. Undersök huden
2. Kompressionömheter över revben/undersök thoraxryggen
3. Bukundersökning – subfrenisk process vä som förklaring (referred pain)
4. Mammae och lymfkörtelstationer

2:3:1 Vilken diagnos sätter du mot bilden nedan och anamnesen?(1 p)

Herpes zoster.



2:3:2 Finns det indikation för behandling? Och i så fall vilken? (1 p)

Ja –behandling inom 72 timmar med Aciclovir/valaciclovir per os.

2:4:1 Hur vill du komplettera anamnesen? (2 p)

1. Dygnsvariation/stelhet
2. Tuggclaudicatio/ muskelsvaghet
3. Läkemedelsanamnes (tar hon Im som ordinerat? Provat OTC Im?)
4. Social situation (bor ensam? klarar sig själv?)
- 5.

2:5:1 Vad är detta?

Hur behandlar du detta tillstånd? Motivera. (1 p)

Biceps longus-ruptur

Patientens ålder motiverar ingen åtgärd.



2:5:2 Vilken är den troliga diagnosen?

Ange även alternativa orsaker till Agnes muskelsmärk (1 p)

Polymyalgia reumatica.

Rabdomyolys, dvs muskelcellssönderfall som biverkan till Simvastatin.

Polymyosit.

2:5:3 Vilka prover vill du komplettera med? (2 p)

S-Krea, S-CK, PK-INR, urinsticka

2:6:1 Du går tillbaka i journalen och ser att Agnes för ca 5 månader sedan hade 80 i serumkreatinin.

Vad tror du kreatininsteget beror på? (1 p)

Påverkan av Diklofenak är en sannolik orsak.

2:6:2 Agnes är en späd dam på 50 kg. Utifrån vad du vet om Agnes, vilket alternativ nedan tror du representerar hennes GFR (glomerular filtration rate)? Motivera! (1 p)

1. 60 ml/min
2. 30 ml/min
3. 15 ml/min

Rätt svar alternativ 2, dvs 30 ml/min. Njurfunktionen sjunker med åldern och påverkas av muskelmassan. Agnes har i förhållande till muskelmassa och ålder ett högt kreatinin.

2:7:1 Vilken behandling sätter du in? Ange också ungefärlig dos. (1 p)

Sätt in Prednisolon i hög dos 20-30 mg/dag.

2:7:2 Du ser också över hennes läkemedelslista. Vilka förändringar gör du och varför? (2 p)

Sätt ut Diklofenak pga att det är olämpligt att kombinera med Waranbehandling samt pga risk för njurpåverkan.

Sätt in Omeprazol som skydd mot magblödning

Sätt in Bisfosfonat för att motverka osteoporos.

Ge tillskott av Calcium/Vitamin D3 profylaktiskt mot osteoporos.

2:7:3 Ytterligare en till undersökning måste göras tidigt i förloppet. Vilken och varför? (1 p)

Lungröntgen med tanke på eventuellt genomgången TBC inför kortisonbehandling.

2:7:4 När följer du upp insatt behandling? Och hur följer du upp behandlingen? (1 p)

Uppföljning inom en vecka. Fortsatt uppföljning med avseende på symtom samt återkommande provtagning SR och B-glukos.

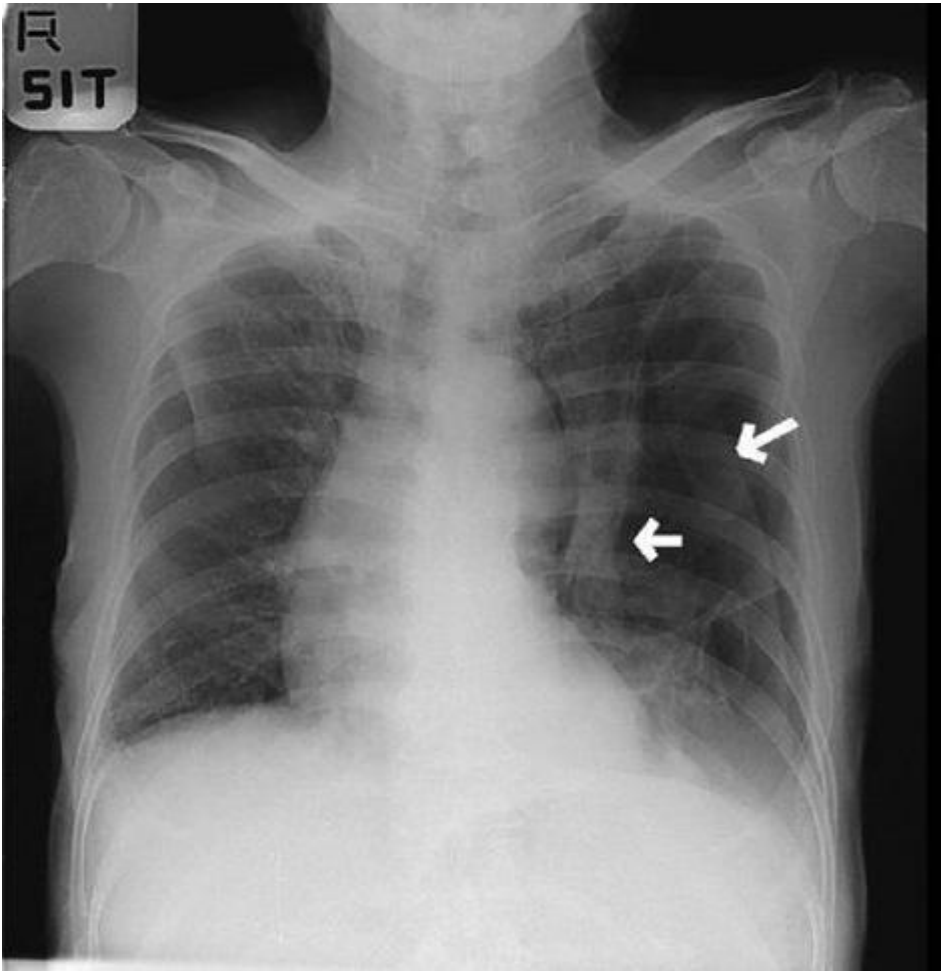
2:7:5 Hur länge får man räkna med att behandla Agnes?

Det är viktigt att titrera ut minsta effektiva dos och att smyga ut behandlingen för att minska risken för en komplikation. Vilken? (1 p)

Behandling krävs ofta 1,5 till 2,5 år. Och risken för binjurebarksinsufficiens minskar om dosen hålls låg och fasas ut långsamt

Rättningsmall Kirurgifrågan 20 poäng

Patient 1 (Mjältraktur)



3:1:1 Vilka 2 rimliga förklaringar finns det för patientens anemi? (1 p)
Blödning pga trauma alt. sfärocytos med hemolytisk anemi.

3:1:2 Vilken eller vilka skador misstänker du? (1 p)
Mjältraktur, sternum/costafraktur, pneumothorax, leverruptur, aortaskada.

3:1:3 Vilken undersökningsmetod väljer du och varför? (1 p)
Skiktröntgen pga högenergitrauma (Även Trauma-CT ok men inget skalltrauma föreligger). Ej UL då pat är kraftigt adipös vilket försvårar diagnostiken och man kan förlora tid.

3:1:4 Vilken potentiellt livshotande och svårdiagnostiserad skada måste man ha i åtanke vid en kollision och kraftigt bröstorgstrauma mot en bilratt? (1 p)
Aortruptur

3:2:1 Hur skulle du vilka behandla en patient med mjältraktur som är helt stabil i puls, blodtryck, andning och där upprepad Hb-kontroll inte talar för pågående blödning?(1 p)
En stabil patient med liten mjältraktur kan behandlas konservativt med regelbundna kontroller första dygnet. Patient med splenomegali som denna är kandidat för framtida splenectomi.

3:2:2 Vilka åtgärder skulle du vidta om patienten plötsligt förlorade medvetandet vid rondan? (1 p)

Chockbehandling; Syrgas, säkra infarter, vätska, tippa sängen, ffa kalla på hjälp!

3:2:3 Ni inser att patienten måste opereras pga. sin mjältruftur och sköterskan undrar om hon skall ta en blodgruppering, BAS-test och korstest, vad är ett BAS-test? (1 p)

Bastestet är en datoriserad förenlighetsprövning för kontroll av patientens blodgrupp och antikroppsscreening inför eventuell blodtransfusion.

3:2:4 Vad måste man tänka på efter en splenectomi med tanke på framtida infektioner? (1p)

Pneumokockvaccin.

3:2:5 Vad finns det för risker med en obehandlad pneumothorax och hur bör man handlägga patientens pneumothorax? (1 p)

Röntgenkontroll av pneumothorax. Ventilpneumothorax är ett akut tillstånd som kan leda till cirkulationssvikt och måste avlastas.

3:2:6 Patienten undrar hur länge han kommer att ha ont i bröstkoragsväggen och om det finns någon behandling för detta? (1 p)

Ett revben läker normalt fullständigt på ca 6-10 veckor. Max smärta 5-7 dagar efter traumat. Smärtstillning med Paracetamol och tillägg av opioid alt. NSAID. Nervblockad.

3:2:7 Vad skulle kunna vara mekanismen och etiologin till gallstenarna? (1 p)

Hemolytisk anemi och utfall av bilirubinstenar.

Patient 2 (Skallbasfraktur samt Leishmaniasis)



3:3:1 På bakgrund av misshandeln och dina kliniska fynd vad vill du utesluta för viktig skada utifrån anamnes och status? (1 p)

Skallbasfraktur

3:4:1 Du misstänker att patienten kan ha fått en skallbasfraktur. Vilka ytterligare symptom kan man ha vid skallbasfraktur förutom bilaterala Brillenhematom? (1 p)

Liquorré från öron, svalg och näsa, lockkänsla för öronen (hematotympanon), kranialnervsskada, palpabel fraktur. Hematom kring mastoidutskottet (Battle's sign).

3:4:2 Vad vill du göra för undersökning för att stödja din diagnosmisstanke? (1 p)

Röntgen CT-skalle, Glukossticka

3:4:3 Vad innebär commotiokontroller?(1 p)

Regelbundna kontroller av vakenhetsgrad, puls, BT, pupillernas storlek och kontraktionsförmåga.

3:4:4 Hur behandlar man en okomplicerad skallbasfraktur? (1 p)

Konservativ behandling. Ev. antibiotikaproylax vid liquorré.

3:4:5 Vad är prognosen för en okomplicerad skallbasfraktur på sikt? (1 p)

De flesta blir helt återställda på sikt.

3:4:6 Vad tänker du att patienten kan ha råkat ut för angående de runda kraterformade sårn? Vad gör du åt detta? (1 p)

Leishmaniasis. Remiss till Infektionskliniken.

3:4:7 Vad är Postcommotionellt Syndrom (PCS)? Nämn några av de vanligaste symptomen (1 p)

Postcommotionellt Syndrom (PCS); Kliniska symptom som varar månader efter kraftigt skalltrauma. Vanligaste symptomen är uttalad trötthet, huvudvärk, minnes- och koncentrationssvårigheter.

3:4:8 Vad ger du patienten för råd angående alkoholkonsumtion den närmaste tiden? (1 p)

Patienten bör avstå från alkohol i ett par veckor.

Rättningsmall Psykiatrifrågan 20 poäng

Patient A

4:1:1 Vilka orsaker till ångest bör man utesluta innan man bestämmer sig för medicinsk och/eller psykologisk behandling av ångestsyndrom? Ange fyra olika orsaker till att ångest kan uteslutas eller bekräftas? (1 p)

Missbruk/beroende

1. Somatisk orsak (t.ex. hypertyreos, hjärtsjukdom, lungsjukdom, diabetes)
2. Krisreaktion/sorgereaktion
3. Depression

4:2:1 Just nu: vad är den mesta sannolika preliminärdiagnosen? (1 p)

Generaliserat ångestsyndrom (Social fobi vore en möjlighet, men observera att patientens ångest finns även när hon är hemma och trygg)

4:2:2 Hur utesluter du alkoholmissbruk/beroende?

Ange tre effektiva sätt att screena för alkoholmissbruk/beroende: (1 p)

1. AUDIT
2. Labprover: CDT, S-Peth, övriga labprover utan tillräcklig specificitet/sensitivitet)
3. CAGE, mMAST

4:2:3 Vilka olika farmakologiska behandlingsalternativ finns för behandling av de olika ångestsyndromen? Ange fyra olika läkemedelsgrupper som är tillämpliga i primärvården (preparatnamn och doser ska inte anges). (1 p)

1. SSRI
2. Betablockare
3. Antihistaminer
4. Bensodiazepiner

4:3:1 Beskriv en strukturerad suicidriskbedömning enligt Socialstyrelsens riktlinjer. (3 p)

Sammanfattning av patientens diagnos, pågående behandling.

Risikfaktorer som ökar suicidrisken (psykiatrisk sjukdom, somatisk sjukdom, smärttillstånd, bristande behandlingseffekt, kön, ålder, social utsatthet som fattigdom, ensamhet, suicidstegen).

Faktorer som minskar suicidrisken (gynnsamma sociala förhållanden: familj, barn, stöd; effektiv behandling, kontakt med vård, vilja att leva, hopp om framtiden, mm)

Sammanfattande bedömning.

4:3:2 Du bestämmer dig för att behandla patientens ångest. Skriv en behandlingsplan som ska innehålla vilket/vilka läkemedel du vill använda (substans, läkemedelsgrupp eller preparat accepteras som svar), hur du sätter in preparatet, när och hur du utvärderar behandlingens effekt och hur lång tid behandlingen med de valda preparaten ska fortgå. Beskriv också vilken/vilka psykologiska behandlingsmetoder som du vill välja. (3 p)

1. Info om diagnos, behandlingsmöjligheter, prognos, etc
2. Remiss till kurator/psykolog/terapeut för KBT
3. Info om läkemedelsbehandling, biverkningar, ökad ångest initialt, etc.
4. Förskrivning av SSRI och sömnmedel (en förpackning, max för 30 dagar)
5. Uppföljning och utvärdering efter två, sex veckor, därefter efter ytterligare 3 månader och 12 månader.

Patient B

4:4:1 Vilken preliminär diagnos ställer du? *Motivera* ditt val! (1 p)

Bipolär sjukdom, manisk fas
Motivering: finns i texten.

4:4:2 Ange två differentialdiagnoser. *Motivera* kort de valda differentialdiagnoserna. Frånvaro av motivering betyder att delfrågan inte får poäng! (2 p)

1. Återfall i missbruk: t.ex. centralstimulerande (just nu), opiater (tidigare).
Uppvarvat beteende, riskbeteenden t.ex. flirtighet, huvudvärk (hypertoni), mm.
Det finns droger som inte kan påvisas vid urinscreening.
2. Mani (men inte del av bipolär sjukdom)

4:5:1 Vad är skillnaden mellan en manisk och en hypoman episod? Ange två särskiljande egenskaper! (1 p)

1. Symtomens svårighetsgrad (mani: betydligt mer funktionsnedsättande symtom)
2. Duration: mani: 5 dagar eller mer, hypomani: kortare än 5 dygn

4:5:2 Ange fem olika läkemedel eller droggrupper som kan orsaka maniska eller hypomana tillstånd! (1 p)

1. SSRI, SNRI
2. Kortikosteroider
3. Tyreoideahormon
4. Centralstimulantia (amfetamin, metylfenidat, m.fl.)
5. Ketamin
6. Bensodiazepiner (paradoxal reaktion)
7. Bensodiazepinliknande sömnmedel
8. Alkohol

4:6:1 Ange minst två olika behandlingsalternativ för att dämpa patientens *akuta* symtom. Namn på läkemedelsgrupp, läkemedelsnamn eller substans godkänns. (1 p)

1. Neuroleptika
2. Litium

4:6:2 Ange två olika läkemedel för att på lång sikt behandla patientens bipolära sjukdom. Namn på läkemedelsgrupp, läkemedelsnamn eller substans godkänns. (1 p)

1. Litium
2. Lamotrigin
3. Valproat
4. Karbamazepin

4:7:1 Är patienten ur medicinsk synpunkt lämplig att ha körkort?

Markera ”Ja” resp ”Nej” och *motivera* ditt svar. Om motivering saknas ges inga poäng! Om motiveringen är fel ges inga poäng! (1 p)

Ja

Motivering:

- Anmälan måste ske om en patient är i manisk fas.
- Anmälan behöver inte ske om en patient inte haft återfall i bipolär sjukdom i 12 månader.

4:7:2 Gör du en anmälan till Transportstyrelsen?

Markera ”Ja” resp ”Nej” och *motivera* ditt svar. Om motivering saknas ges inga poäng! Om motiveringen är fel ges inga poäng! (1 p)

Ja

Motivering:

- Anmälan måste ske om en patient är i manisk fas.
- Anmälan behöver inte ske om en patient inte haft återfall i bipolär sjukdom i 12 månader, vilket inte är uppfyllt för denna patient.

4:7:3 Gör du en anmälan enligt Vapenlagen?

Markera ”Ja” resp ”Nej” och *motivera* ditt svar. Om motivering saknas ges inga poäng! Om motiveringen är fel ges inga poäng! (1 p)

Ja

Motivering:

- Anmälan måste ske om en patient är i manisk fas.
- Anmälan behöver inte ske om en patient inte haft återfall i bipolär sjukdom i 12 månader, vilket inte är uppfyllt för denna patient.