

**Examination efter läkares allmäntjänstgöring
- Skriftligt prov**

**den 15 november 2013
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 räcka.

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

Fall 1 20 poäng 15 delfrågor
Fall 2 20 poäng 16 delfrågor
Fall 3 20 poäng 17 delfrågor
Fall 4 20 poäng 15 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

Gerhard Krok är en 82-årig gentleman med ett förflutet som yrkesmilitär. Han och hustrun Klara har nyligen flyttat från sin gamla villa till en nyproducerad trerumslägenhet. Gerhard har tidigare vårdats efter hjärtinfarkt, han har intermittent förmaksflimmer och medicinerar med Waran. Sedan flera år har Gerhard prostatismproblem som tilltagit senaste året. Sedan ett dygn är han inlagd för planerad TUR-P.

Ingreppet blev mer segdraget än väntat och den regionala smärtlindringen gav otillräcklig effekt. Du blir i egenskap av AT-läkarjour på kirurgkliniken kontaktad av nattsköterskan vid 23-tiden. Problemet är att Gerhard som kommit tillbaka från uppvakningsavdelningen en timma tidigare nu börjat gorma, skrika glåpord och handgripligt givit sig på sjuksköterskan i hennes försök att lugna patienten. Det är uppenbart att Gerhard känner sig rädd och han skriker på hjälp för att stoppa Stalins hantlangare. Framför allt vill Gerhard Krok gå hem och han gör kraftfulla försök att komma upp i stående.

1:1:1 Vad har Gerhard Krok troligen drabbats av? (1p)

Gerhard Krok har drabbats av konfusion.

1:2:1 Nämn fyra viktiga faktorer som kan ha bidragit till konfusion (2p)

**1:2:2 Vilka a) omvårdnadsprinciper gäller vid konfusion (1p), och
b) vilka akuta åtgärder vidtar du? (1p). (2p)**

I första hand gäller att säkerställa en lugn och trygg miljö, och god omvårdnad? De akuta åtgärderna innebär att säkerställa att patienten inte skadar sig samtidigt som utlösande orsak eftersöks och adekvat smärtstillning säkerställs?

1:3:1 Om de omvårdnadsmissiga åtgärderna är otillräckliga och situationen kräver ett läkemedel för att lugna Gerhard. Vad väljer du? Motivera ditt läkemedelsval. (1p)

Gerhard Kroks tillstånd lugnas med handfast och vänligt bemötande. Hb talar emot blödning, inget talar för att han drabbats av stroke eller att han har ont. Efter ordination Klometiazol 300 mg somnar han.

Efter fem timmar, klockan fyra på natten blir du åter kontaktad. Gerhard har rest sig upp, dragit ut katetern och skriker att alla ska söka skydd för fienden. Han har kommit i handgemäng med sjuksköterskan och han är fast beslutsam om att han ska lämna avdelningen. Inget kan lugna honom och få honom att vilja stanna på avdelningen. Han vet inte var han är – för honom är det krig.

1:4:1 Du ser att patientens tillstånd förvärrats och överväger vård med stöd av Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Bedömer du att LPT är tillämpligt i detta fall? Motivera ditt svar utifrån kriterier för LPT. (2p)

1:4:2 Vem får utfärda ett vårdintyg för vård enligt LPT? (1p)

1:4:3 Beslut om intagning ska avgöras skyndsamt efter att vårdintyget utfärdats och patienten har kommit till vårdinrättningen. Hur länge har man rätt att kvarhålla en patient? (1p)

Gerhard Krok bedömdes uppfylla kriterier för LPT-vård, intyg utfärdades och vården initierades efter att intagningsprövning gjorts. Formellt är han nu inskriven på den psykiatriska kliniken men vårdas fortfarande rent tekniskt på kirurgklinikens vårdavdelning. Ytterligare utredning av tänkbara orsaker till konfusionen har inte givit indikation om allvarlig sjukdom.

Dagen efter det tumultartade insjuknandet kommer patientens hustru Klara till avdelningen. Hon blir förskräckt över att se sin make i det skick han befinner sig. Du informerar nu fru Krok om makens situation.

1:5:1 Vilken information ger du avseende konfusionstillståndets förmodade förlopp? (1p)

1:5:2 Vilken information ger du avseende varaktigheten av vården enligt LPT? (1p)

Klara Krok går hem och funderar över vad som hänt. Det har varit många påfrestningar för henne de senaste månaderna och hon har oroat sig inför Gerhards operation. Under flera veckor har hon känt sig nedstämd och haft svårt att ta sig för saker som hon vanligtvis brukar tycka om. Både sömnen och aptiten har varit usel. Hon kan inte koncentrera sig. Nu orkar hon inte riktigt med längre. Hon fattar telefonen och ringer sin husläkare och ber om en akut tid. Du får nu rollen att fullgöra din AT på husläkarmottagningen.

1:6:1 Vilken diagnos har Klara troligen drabbats av? Motivera! (1p)

1:6:2 Flera diagnostiska hjälpmedel kan användas för att rätt ställa diagnos depression. Ange något. (1p)

1:6:3 Flera skattningsinstrument kan användas för att bedöma depressionsdjup och följa förloppet över tid? Ange något. (1p)

Husläkaren känner Klara väl. Hon har haft två depressioner efter klimakteriet och fått behandling för dem. En MINI intervju stödjer depressionsdiagnos. På MADRS skattning får Klara 26 poäng, vilket tolkas vara en medelsvår depression.

1:7:1 Vilken farmakologisk behandling föreslår du för Klaras depression? Motivera ditt svar! (2p)

1:7:2 Hur lång tid antidepressiv behandling bör du rekommendera Klara? Motivera ditt svar! (1p)

1:7:3 Om patienten ovan var en 30 årig kvinna, och hon var helt avvisande till tanken på antidepressivt läkemedel. Vad har du för behandlingsalternativ? Motivera ditt svar. (2p)

Epilog:

Efter tre dygn är Gerhard inte längre förvirrad. Han kan snart lämna sjukhuset. Klara får medicinering med ett SSRI läkemedel och ett par veckor senare börjar krafterna återvända. Det gamla paret kan skratta åt eländet och glädjer sig åt livet. Kanske går de på restaurang och firar.

FALL 2

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länssjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärter sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom. När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvaret (defence) och släppömhet i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

2:1:1 Ange den diagnos du finner troligast och två differentialdiagnoser? Motivera Dina svar. (1p)

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länssjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärter sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom. När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvar (defence) och släppömhet i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisation av smärta, palpationsömhet och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärter hos tidigare opererad bör inge misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder.

2:2:1 Du minns nu att Du under läkarutbildningen någon gång läst att divertiklar drabbar äldre. Förklara varför Du ändå misstänker divertikulit med hänsyn till (a). Din patients ålder, (b). smärtlokalisationen, och (c). patientens kön. (1.5p)

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länssjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärtor sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom. När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärteaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvar (defence) och släppömhet i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisation av smärta, palpationsömhet och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärtor hos tidigare opererad bör inge misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder.

Divertiklar förekommer frekvent från 30 års ålder och divertiklarna är oftast lokaliserade till sigmoideum vilket överensstämmer med smärtlokalisationen. Divertiklar är lika vanliga hos män och kvinnor.

Efter undersökningen och efter att ha tagit del av labstatus som visar en CRP stegring till 88 mg/L (ref. värde <10) och leucocytos på $16.5 \cdot 10^9/L$ (ref. intervall 3.5–9.0) ställer Du diagnosen divertikulit.

2:3:1 Beskriv två förklaringsmodeller varför divertiklar uppkommer? Ange också en orsak till att en inflammation kan uppkomma i divertiklar? (1p)

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länssjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärter sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom. När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvar (defence) och släppömhet i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisering av smärta, palpationsömhet och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärter hos tidigare opererad bör inte misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder.

Divertiklar förekommer frekvent från 30 års ålder och divertiklarna är oftast lokaliserade till sigmoideum vilket överensstämmer med smärtlokaliseringen. Divertiklar är lika vanliga hos män och kvinnor.

Efter undersökningen och efter att ha tagit del av labstatus som visar en CRP-stegring till 88 mg/L (ref. värde <10) och leucocytos på $16.5 \cdot 10^9/L$ (ref. intervall 3.5–9.0) ställer Du diagnosen divertikulit.

Divertiklar anses uppstå genom herniering av kolonvägg i det svaga området invid tillförande arterioli (vasa recta). Tryckökning i kolon på grund av defekt kolonmotorik förmodas vara en bidragande orsak. Inflammation uppstår genom obstruktion och stagnation av innehåll i divertiklar.

2:4:1 Du beslutar nu om inläggning, men vill först verifiera diagnosen divertikulit. Hur gör Du det? (1p)

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länssjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärtor sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom. När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvar (defence) och släppömhet i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisering av smärta, palpationsömhet och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärtor hos tidigare opererad bör inte misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder.

Divertiklar förekommer frekvent från 30 års ålder och divertiklarna är oftast lokaliserade till sigmoideum vilket överensstämmer med smärtlokaliseringen. Divertiklar är lika vanliga hos män och kvinnor.

Efter undersökningen och efter att ha tagit del av labstatus som visar en CRP stegring till 88 mg/L (ref. värde <10) och leucocytos på $16.5 \cdot 10^9/L$ (ref. intervall 3.5–9.0) ställer Du diagnosen divertikulit.

Divertiklar anses uppstå genom herniering av kolonvägg i det svaga området invid tillförande arterioli (vasa recta). Tryckökning i kolon på grund av defekt kolonmotorik förmodas vara en bidragande orsak. Inflammation uppstår genom obstruktion och stagnation av innehåll i divertiklar.

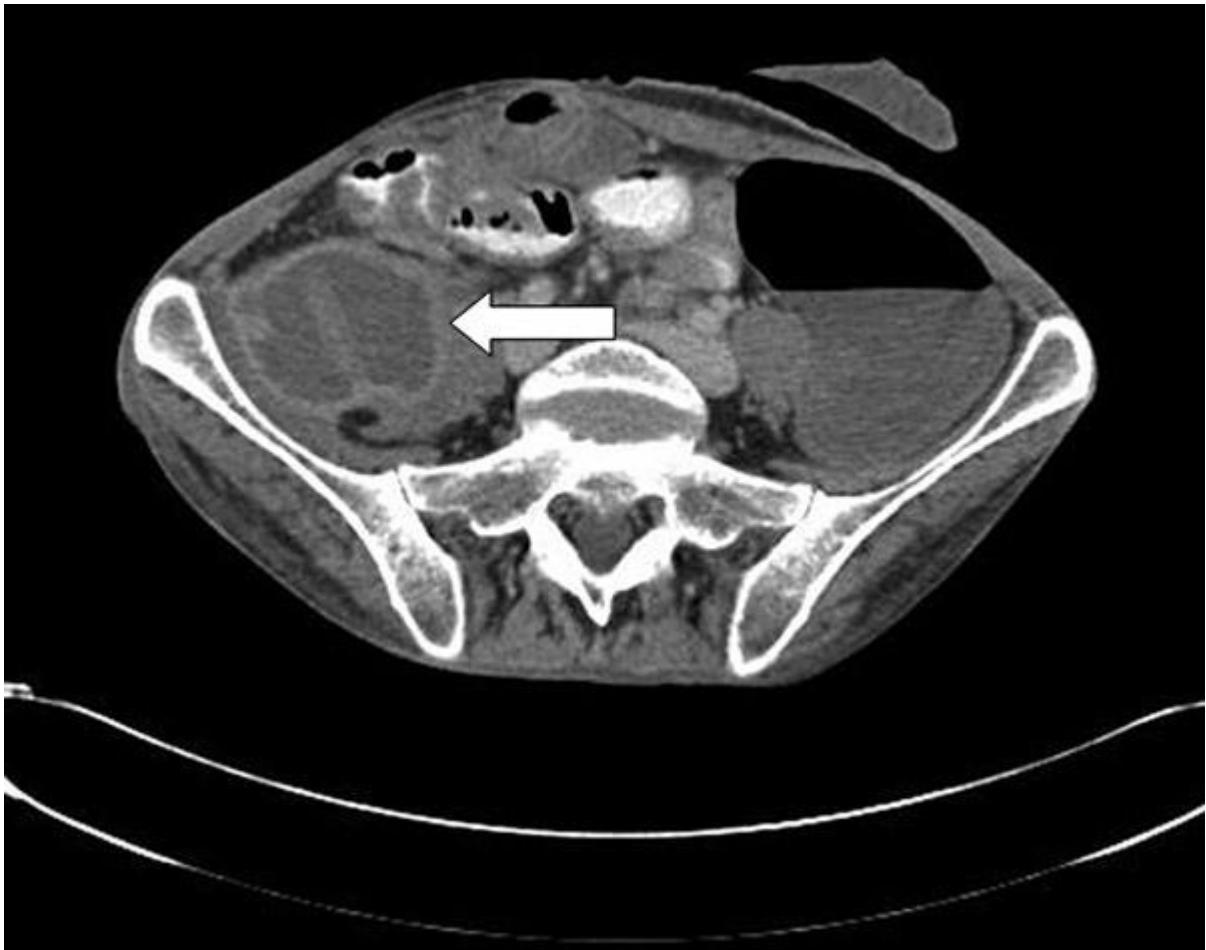
För att verifiera diagnosen remitterar Du patienten för en akut CT buk med kontrast, men blir uppringd av röntgensköterskan eftersom Du inte fyllt i den datoriserade röntgenremissen fullständigt.

2:5:1 Ange 3 viktiga överväganden Du måste göra för att bedöma kort- och långsiktiga risker med undersökningen? (1.5p)

2:6:1 CT buk visar stråkighet i fettet kring sigmoideum och förtjockad tarmvägg vilket överensstämmer med divertikulit (bild 1, pil).



Dessutom ses till höger i bäckenet ett septerat vätskefyllt hålrum (största diameter 8 cm) omgivet av en kapsel (bild 2, pil).



Detta indikerar en känd komplikation till divertikulit. Ange denna komplikation och ytterligare 2 kända komplikationer. (1,5p)

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länssjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärter sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom.

När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvär (defence) och släppömhet i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisering av smärta, palpationsömhet och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärter hos tidigare opererad bör inte misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder. Divertiklar förekommer frekvent från 30 års ålder och divertiklarna är oftast lokaliserade till sigmoideum vilket överensstämmer med smärtlokaliseringen. Divertiklar är lika vanliga hos män och kvinnor.

Efter undersökningen och efter att ha tagit del av labstatus som visar en CRP stegring till 88 mg/L (ref. värde <10) och leucocytos på 16.5 10⁹/L (ref. intervall 3.5–9.0) ställer Du diagnosen divertikulit. Divertiklar anses uppstå genom herniering av kolonvägg i det svaga området invid tillförande arterioli (vasa recta). Tryckökning i kolon på grund av defekt kolonmotorik förmodas vara en bidragande orsak. Inflammation uppstår genom obstruktion och stagnation av innehåll i divertiklar. Du remitterar patienten för en akut CT buk med kontrast.

CT buk visar stråklighet i fett kring sigmoideum och förtjockad tarmvägg vilket överensstämmer med divertikulit och en abscess i bäckenet. Ytterligare tänkbara komplikationer till divertikulit är perforation och kolonblödning. Du lägger in patienten på kirurgavdelning 31. Han är illamående och har kräcks upprepade gånger under dagen, kroppstemperatur är 38.0°C. Klagar över kontinuerliga smärter i nedre delen av buken och beskriver även att han kissat ”mindre än vanligt” och att urinen är mörk.

2:7:1 Vilka principiella ordinationer (ej preparatval utan endast vilken typ av ordination) ger Du till avdelningssköterskan, ange minst 2 ordinationer och motivera dessa (2p).

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länssjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärter sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom.

När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvär (defence) och släppömhet i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisering av smärta, palpationsömhet och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärter hos tidigare opererad bör inte misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder. Divertiklar förekommer frekvent från 30 års ålder och divertiklarna är oftast lokaliserade till sigmoideum vilket överensstämmer med smärtlokaliseringen. Divertiklar är lika vanliga hos män och kvinnor.

Efter undersökningen och efter att ha tagit del av labstatus som visar en CRP stegring till 88 mg/L (ref. värde <10) och leucocytos på $16.5 \cdot 10^9/L$ (ref. intervall 3.5–9.0) ställer Du diagnosen divertikulit. Divertiklar anses uppstå genom herniering av kolonvägg i det svaga området invid tillförande arterioli (vasarecta). Tryckökning i kolon på grund av defekt kolonmotorik förmodas vara en bidragande orsak. Inflammation uppstår genom obstruktion och stagnation av innehåll i divertiklar. Du remitterar patienten för en akut CT buk med kontrast.

CT buk visar stråklighet i fett kring sigmoideum och förtjockad tarmvägg vilket överensstämmer med divertikulit och en abscess i bäckenet. Ytterligare tänkbara komplikationer till divertikulit är perforation och kolonblödning. Du lägger in patienten på kirurgavdelning 31. Han är illamående och har kräkt uppprepade gånger under dagen, kroppstemperatur är 38.0°C. Klagar över kontinuerliga smärtor i nedre delen av buken och beskriver även att han kissat ”mindre än vanligt” och att urinen är mörk.

Du ordinerar intravenös vätska med motiv att pats kräkning och oliguri indikerar paralytisk och oförmåga att upprätthålla peroral hydrering och analgetika i injektionsform vid behov mot smärta med motiv att flera tecken i status och undersökningsfynd påvisar peritonit som är smärtsamt.

2:8:1 Du bedömer att patienten behöver vara fastande åtminstone till nästa dag och Du ordinerar 2 l iv vätska. Ange vilka dropp Du ordinerar och motivera Dina val. (2p)

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länssjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärtor sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom.

När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvär (defence) och släppömhet i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisation av smärta, palpationsömhet och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärtor hos tidigare opererad bör inge misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder. Divertiklar förekommer frekvent från 30 års ålder och divertiklarna är oftast lokaliserade till sigmoideum vilket överensstämmer med smärtlokalisationen. Divertiklar är lika vanliga hos män och kvinnor.

Efter undersökningen och efter att ha tagit del av labstatus som visar en CRP stegring till 88 mg/L (ref. värde <10) och leucocytos på 16.5 10⁹/L (ref. intervall 3.5–9.0) ställer Du diagnosen divertikulit. Divertiklar anses uppstå genom herniering av kolonvägg i det svaga området invid tillförande arterioli (vasarecta). Tryckökning i kolon på grund av defekt kolonmotorik förmodas vara en bidragande orsak. Inflammation uppstår genom obstruktion och stagnation av innehåll i divertiklar. Risk för njurfunktionsnedsättning, kontrastmedelsallergi, och risk för strålskada är viktiga kort- och långsiktiga bieffekter av undersökningen. Du remitterar patienten för en akut CT buk med kontrast.

CT buk visar strålkighet i fett kring sigmoideum och förtjockad tarmvägg vilket överensstämmer med divertikulit och en abscess i bäckenet. Ytterligare tänkbara komplikationer till divertikulit är perforation och kolonblödning. Du lägger in patienten på kirurgavdelning 31. Han är illamående och har kräcks upprepade gånger under dagen, kroppstemperatur är 38.0°C. Klagar över kontinuerliga smärtor i nedre delen av buken och beskriver även att han kissat ”mindre än vanligt” och att urinen är mörk.

Du ordinerar intravenös vätska med motiv att pats kräkning och oliguri indikerar paralys och oförmåga att upprätthålla peroral hydrering och analgetika i injektionsform vid behov mot smärta med motiv att flera tecken i status och undersökningsfynd påvisar peritonit som är smärtsamt.

En liter NaCl gives för att ersätta vätske, Natrium och Klorid förluster via kräkning. En liter 5 eller 10 %ig glucos gives för att ge kalorier för att undvika katabolism och frisättning av stresshormoner.

Du söks 02,30 av nattsjuksköterskan som berättar att patienten plötsligt försämrats med ökande buksmärtor trots intramuskulärt Morfin. När Du undersöker honom ligger han med uppdragna knän, buken som tidigare varit mjuk är nu generellt spänd och hård. Andningen är kort och snabb, puls 130 och blodtryck 140/80.

2:9:1 Vad är Din första misstanke? (1p)

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länssjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärter sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom.

När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvär (defence) och släppömhet i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisering av smärta, palpationsömhet och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärter hos tidigare opererad bör inte misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder. Divertiklar förekommer frekvent från 30 års ålder och divertiklarna är oftast lokaliserade till sigmoideum vilket överensstämmer med smärtlokaliseringen. Divertiklar är lika vanliga hos män och kvinnor.

Efter undersökningen och efter att ha tagit del av labstatus som visar en CRP stegring till 88 mg/L (ref. värde <10) och leucocytos på 16.5 10⁹/L (ref. intervall 3.5–9.0) ställer Du diagnosen divertikulit. Divertiklar anses uppstå genom herniering av kolonvägg i det svaga området invid tillförande arterioli (vasarecta). Tryckökning i kolon på grund av defekt kolonmotorik förmodas vara en bidragande orsak. Inflammation uppstår genom obstruktion och stagnation av innehåll i divertiklar. Risk för njurfunktionsnedsättning, kontrastmedelsallergi, och risk för strålskada är viktiga kort- och långsiktiga bieffekter av undersökningen. Du remitterar patienten för en akut CT buk med kontrast.

CT buk visar strålkighet i fett kring sigmoideum och förtjockad tarmvägg vilket överensstämmer med divertikulit och en abscess i bäckenet. Ytterligare tänkbara komplikationer till divertikulit är perforation och kolonblödning. Du lägger in patienten på kirurgavdelning 31. Han är illamående och har kräkt upprepade gånger under dagen, kroppstemperatur är 38.0°C. Klagar över kontinuerliga smärter i nedre delen av buken och beskriver även att han kissat ”mindre än vanligt” och att urinen är mörk.

Du ordinerar intravenös vätska med motiv att pats kräkning och oliguri indikerar paralys och oförmåga att upprätthålla peroral hydrering och analgetika i injektionsform vid behov mot smärta med motiv att flera tecken i status och undersökningsfynd påvisar peritonit som är smärtsamt.

En liter NaCl gives för att ersätta vätske, Natrium och Klorid förluster via kräkning. En liter 5 eller 10 % ig glucos gives för att ge kalorier för att undvika katabolism och frisättning av stresshormoner.

Du söks 02,30 av nattsjuksköterskan som berättar att patienten plötsligt försämrats med ökande buksmärter trots intramuskulärt Morfin. När Du undersöker honom ligger han med uppdragna knän, buken som tidigare varit mjuk är nu generellt spänd och hård. Andningen är kort och snabb, puls 130 och blodtryck 140/80.

Du misstänker perforation till fri bukhåla.

Nattsjuksköterskan framhåller att patienten är för ”dålig” för att på ett tillfredsställande sätt kunna övervakas på en kirurgavdelning. Du kommer ihåg att en systematisk bedömning kan användas för att med hjälp av ett antal parametrar objektivisera patientens tillstånd, den benämns MEWS (modified early warning score) och består av ett antal parametrar som poängsätts och bildar en score.

2:10:1 Ange minst 4 av de parametrar som ligger till grund för MEWS. (1p)
(OBS felaktig parameter ger –poäng)

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länssjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärter sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom.

När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvär (defence) och släppömheter i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisering av smärta, palpationsömheter och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärter hos tidigare opererad bör inte misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder. Divertiklar förekommer frekvent från 30 års ålder och divertiklarna är oftast lokaliserade till sigmoideum vilket överensstämmer med smärtlokaliseringen. Divertiklar är lika vanliga hos män och kvinnor.

Efter undersökningen och efter att ha tagit del av labstatus som visar en CRP-stegring till 88 mg/L (ref. värde <10) och leucocyter på 16,5 10⁹/L (ref. intervall 3,5–9,0) ställer Du diagnosen divertikulit. Divertiklar anses uppstå genom herniering av kolonvägg i det svaga området invid tillförande arterioli (vasa recta). Tryckökning i kolon på grund av defekt kolonmotorik förmodas vara en bidragande orsak. Inflammation uppstår genom obstruktion och stagnation av innehåll i divertiklar. Risk för njurfunktionsnedsättning, kontrastmedelsallergi, och risk för strålskada är viktiga kort- och långsiktiga bieffekter av undersökningen. Du remitterar patienten för en akut CT buk med kontrast.

CT buk visar strålkighet i fett kring sigmoideum och förtjockad tarmvägg vilket överensstämmer med divertikulit och en abscess i bäckenet. Ytterligare tänkbara komplikationer till divertikulit är perforation och kolonblödning. Du lägger in patienten på kirurgavdelning 31. Han är illamående och har kräkt upprepade gånger under dagen, kroppstemperatur är 38,0°C. Klagar över kontinuerliga smärter i nedre delen av buken och beskriver även att han kissat ”mindre än vanligt” och att urinen är mörk.

Du ordinerar intravenös vätska med motiv att pats kräkning och oliguri indikerar paralytisk och oförmåga att upprätthålla peroral hydrering och analgetika i injektionsform vid behov mot smärta med motiv att flera tecken i status och undersökningsfynd påvisar peritonit som är smärtsamt.

En liter NaCl ges för att ersätta vätske, Natrium och Klorid förluster via kräkning. En liter 5 eller 10 %ig glucos ges för att ge kalorier för att undvika katabolism och frisättning av stresshormoner.

Du söks 02,30 av nattsjuksköterskan som berättar att patienten plötsligt försämrats med ökande buksmärter trots intramuskulärt Morfin. När Du undersöker honom ligger han med uppdragna knän, buken som tidigare varit mjuk är nu generellt spänd och hård. Andningen är kort och snabb, puls 130 och blodtryck 140/80.

Du misstänker perforation till fri bukhåla.

Nattsjuksköterskan framhåller att patienten är för ”dålig” för att på ett tillfredsställande sätt kunna övervakas på en kirurgavdelning. Du kommer ihåg att en systematisk bedömning kan användas för att med hjälp av ett antal parametrar objektivisera patientens tillstånd, den benämns MEWS (modified early warning score) och består av ett antal parametrar som poängsätts och bildar en score.

Scoren består av andningsfrekvens, hjärtfrekvens, blodtryck, temperatur, urinproduktion, vakenhet

Du misstänker en perforation och gör en akut CT buköversikt som visar fri gas (bild 3, pil).



2:11:1 Vilken behandling bör nu ges? (1p)

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länsjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärter sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom.

När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvär (defence) och släppömhets i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisation av smärta, palpationsömhets och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärter hos tidigare opererad bör inte misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder. Divertiklar förekommer frekvent från 30 års ålder och divertiklarna är oftast lokaliserade till sigmoideum vilket överensstämmer med smärtlokalisationen. Divertiklar är lika vanliga hos män och kvinnor.

Efter undersökningen och efter att ha tagit del av labstatus som visar en CRP stegring till 88 mg/L (ref. värde <10) och leucocytos på 16.5 10⁹/L (ref. intervall 3.5–9.0) ställer Du diagnosen divertikulit. Divertiklar anses uppstå genom herniering av kolonvägg i det svaga området invid tillförande arterioli (vasarecta). Tryckökning i kolon på grund av defekt kolonmotorik förmodas vara en bidragande orsak. Inflammation uppstår genom obstruktion och stagnation av innehåll i divertiklar. Risk för njurfunktionsnedsättning, kontrastmedelsallergi, och risk för strålskada är viktiga kort- och långsiktiga bieffekter av undersökningen. Du remitterar patienten för en akut CT buk med kontrast.

CT buk visar strålkighet i fett kring sigmoideum och förtjockad tarmvägg vilket överensstämmer med divertikulit och en abscess i bäckenet. Ytterligare tänkbara komplikationer till divertikulit är perforation och kolonblödning. Du lägger in patienten på kirurgavdelning 31. Han är illamående och har kräkts upprepade gånger under dagen, kroppstemperatur är 38.0°C. Klagar över kontinuerliga smärter i nedre delen av buken och beskriver även att han kissat ”mindre än vanligt” och att urinen är mörk.

Du ordinerar intravenös vätska med motiv att pats kräkning och oliguri indikerar paralys och oförmåga att upprätthålla peroral hydrering och analgetika i injektionsform vid behov mot smärta med motiv att flera tecken i status och undersökningsfynd påvisar peritonit som är smärtsamt.

En liter NaCl gives för att ersätta vätske, Natrium och Klorid förluster via kräkning. En liter 5 eller 10 % ig glucos gives för att ge kalorier för att undvika katabolism och frisättning av stresshormoner.

Du söks 02,30 av nattsjuksköterskan som berättar att patienten plötsligt försämrats med ökande buksmärter trots intramuskulärt Morfin. När Du undersöker honom ligger han med uppdragna knän, buken som tidigare varit mjuk är nu generellt spänd och hård. Andningen är kort och snabb, puls 130 och blodtryck 140/80.

Du misstänker perforation till fri bukhåla.

Nattsjuksköterskan framhåller att patienten är för ”dålig” för att på ett tillfredsställande sätt kunna övervakas på en kirurgavdelning. Du kommer ihåg att en systematisk bedömning kan användas för att med hjälp av ett antal parametrar objektivisera patientens tillstånd, den benämns MEWS (modified early warning score) och består av ett antal parametrar som poängsätts och bildar en score.

Scoren består av andningsfrekvens, hjärtfrekvens, blodtryck, temperatur, urinproduktion, vakenhet

Du misstänker en perforation och gör en akut CT buköversikt som visar fri gas. Omedelbar operation är nu indicerad.

Du och Din bakjour Dr Kneg opererar gemensamt patienten och lägger ett medellinjessnitt.

2:12:1 Vilken muskel skärs igenom vid detta snitt? (1p)

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länsjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärter sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom.

När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvär (defence) och släppömhets i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisering av smärta, palpationsömhets och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärter hos tidigare opererad bör inte misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder. Divertiklar förekommer frekvent från 30 års ålder och divertiklarna är oftast lokaliserade till sigmoideum vilket överensstämmer med smärtlokaliseringen. Divertiklar är lika vanliga hos män och kvinnor.

Efter undersökningen och efter att ha tagit del av labstatus som visar en CRP stegring till 88 mg/L (ref. värde <10) och leucocytos på 16.5 10⁹/L (ref. intervall 3.5–9.0) ställer Du diagnosen divertikulit. Divertiklar anses uppstå genom herniering av kolonvägg i det svaga området invid tillförande arterioli (vasarecta). Tryckökning i kolon på grund av defekt kolonmotorik förmodas vara en bidragande orsak. Inflammation uppstår genom obstruktion och stagnation av innehåll i divertiklar. Risk för njurfunktionsnedsättning, kontrastmedelsallergi, och risk för strålskada är viktiga kort- och långsiktiga bieffekter av undersökningen. Du remitterar patienten för en akut CT buk med kontrast.

CT buk visar strålkighet i fett kring sigmoideum och förtjockad tarmvägg vilket överensstämmer med divertikulit och en abscess i bäckenet. Ytterligare tänkbara komplikationer till divertikulit är perforation och kolonblödning. Du lägger in patienten på kirurgavdelning 31. Han är illamående och har kräkts upprepade gånger under dagen, kroppstemperatur är 38.0°C. Klagar över kontinuerliga smärter i nedre delen av buken och beskriver även att han kissat ”mindre än vanligt” och att urinen är mörk.

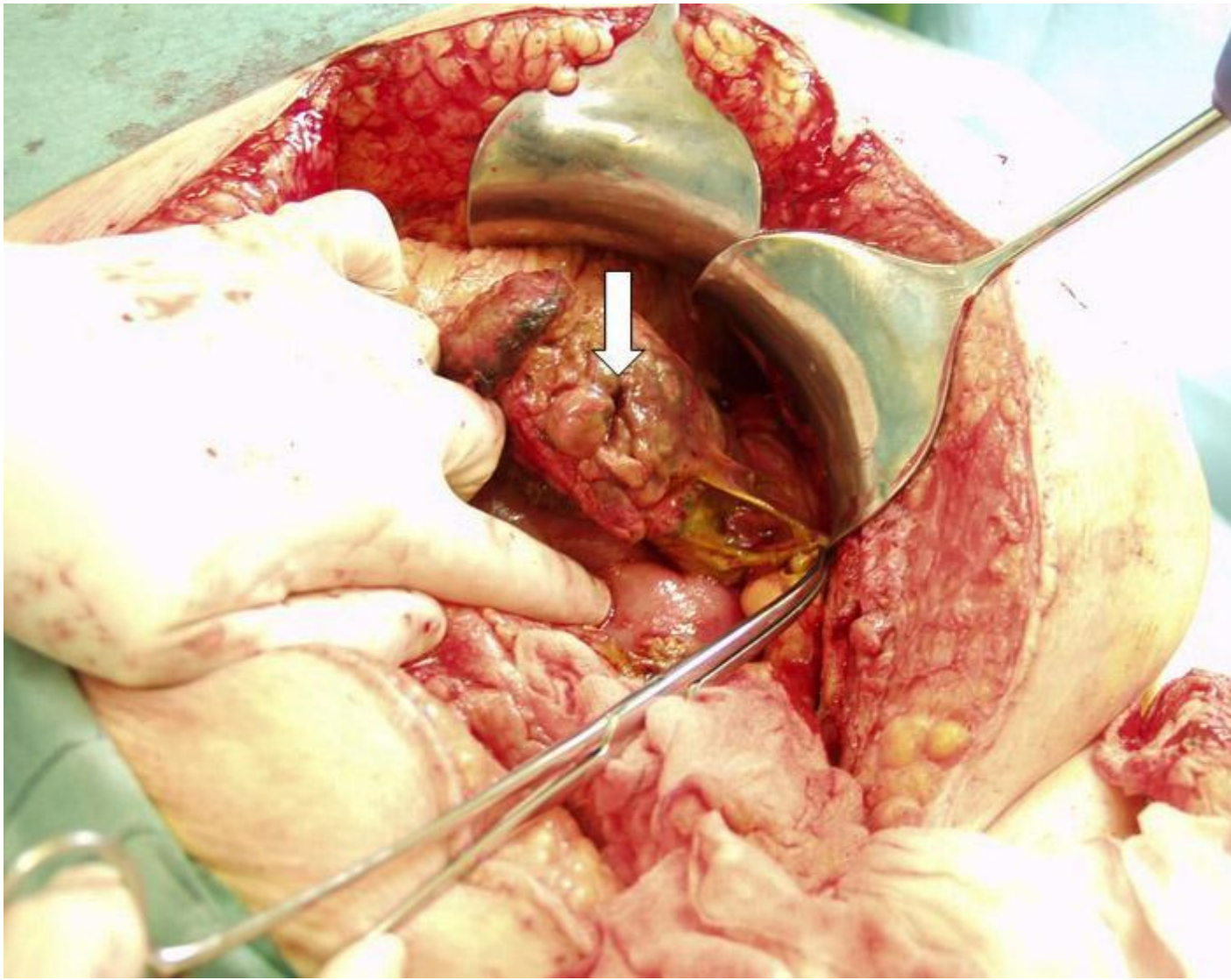
Du ordinerar intravenös vätska med motiv att pats kräkning och oliguri indikerar paralys och oförmåga att upprätthålla peroral hydrering och analgetika i injektionsform vid behov mot smärta med motiv att flera tecken i status och undersökningsfynd påvisar peritonit som är smärtsamt.

En liter NaCl gives för att ersätta vätske, Natrium och Klorid förluster via kräkning. En liter 5 eller 10 %ig glucos gives för att ge kalorier för att undvika katabolism och frisättning av stresshormoner.

Du söks 02,30 av nattsjuksköterskan som berättar att patienten plötsligt försämrats med ökande buksmärter trots intramuskulärt Morfin. När Du undersöker honom ligger han med uppdragna knän, buken som tidigare varit mjuk är nu generellt spänd och hård. Andningen är kort och snabb, puls 130 och blodtryck 140/80. Du misstänker perforation till fri bukhåla.

Nattsjuksköterskan framhåller att patienten är för ”dålig” för att på ett tillfredsställande sätt kunna övervakas på en kirurgavdelning. Du kommer ihåg att en systematisk bedömning kan användas för att med hjälp av ett antal parametrar objektivisera patientens tillstånd, den benämns MEWS (modified early warning score) och består av ett antal parametrar som poängsätts och bildar en score som består av andningsfrekvens, hjärtfrekvens, blodtryck, temperatur, urinproduktion och vakenhet. Du misstänker en perforation och gör en akut CT buköversikt som visar fri gas. Omedelbar operation är nu indicerad. Du och Din bakjour Dr Kneg opererar gemensamt patienten och lägger ett medellinjesnitt. Denna incision går endast igenom hud, subkutant fett, fascia, fett och peritoneum, det vill säga ingen muskel genomskäres.

Ni finner avföring i buken utanför tarmen och en stor perforation på sigmoideum (bild 4, pil).



Ni gör en resektion av sigmoideum, stomi, förslutning av rektum, och sköljning av bukhålan.

2:13:1 Genom vilken del av bukväggen passerar vanligen en sigmoideostomi? (1p)

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länsjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärtor sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom.

När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvär (defence) och släppömhet i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisering av smärta, palpationsömhet och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärtor hos tidigare opererad bör inte misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder. Divertiklar förekommer frekvent från 30 års ålder och divertiklarna är oftast lokaliserade till sigmoideum vilket överensstämmer med smärtlokaliseringen. Divertiklar är lika vanliga hos män och kvinnor.

Efter undersökningen och efter att ha tagit del av labstatus som visar en CRP stegring till 88 mg/L (ref. värde <10) och leucocyts på 16.5 10⁹/L (ref. intervall 3.5–9.0) ställer Du diagnosen divertikulit. Divertiklar anses uppstå genom herniering av kolonvägg i det svaga området invid tillförande arterioli (vasarecta). Tryckökning i kolon på grund av defekt kolonmotorik förmodas vara en bidragande orsak. Inflammation uppstår genom obstruktion och stagnation av innehåll i divertiklar. Risk för njurfunktionsnedsättning, kontrastmedelsallergi, och risk för strålskada är viktiga kort- och långsiktiga bieffekter av undersökningen. Du remitterar patienten för en akut CT buk med kontrast.

CT buk visar strålkighet i fett kring sigmoideum och förtjockad tarmvägg vilket överensstämmer med divertikulit och en abscess i bäckenet. Ytterligare tänkbara komplikationer till divertikulit är perforation och kolonblödning. Du lägger in patienten på kirurgavdelning 31. Han är illamående och har kräkts upprepade gånger under dagen, kroppstemperatur är 38.0°C. Klagar över kontinuerliga smärtor i nedre delen av buken och beskriver även att han kissat ”mindre än vanligt” och att urinen är mörk.

Du ordinerar intravenös vätska med motiv att pats kräkning och oliguri indikerar paralys och oförmåga att upprätthålla peroral hydrering och analgetika i injektionsform vid behov mot smärta med motiv att flera tecken i status och undersökningsfynd påvisar peritonit som är smärtsamt.

En liter NaCl gives för att ersätta vätske, Natrium och Klorid förluster via kräkning. En liter 5 eller 10 % ig glucos gives för att ge kalorier för att undvika katabolism och frisättning av stresshormoner.

Du söks 02,30 av nattsjuksköterskan som berättar att patienten plötsligt försämrats med ökande buksmärtor trots intramuskulärt Morfin. När Du undersöker honom ligger han med uppdragna knän, buken som tidigare varit mjuk är nu generell spänd och hård. Andningen är kort och snabb, puls 130 och blodtryck 140/80. Du misstänker perforation till fri bukhåla.

Nattsköterskan framhåller att patienten är för ”dålig” för att på ett tillfredsställande sätt kunna övervakas på en kirurgavdelning. Du kommer ihåg att en systematisk bedömning kan användas för att med hjälp av ett antal parametrar objektivisera patientens tillstånd, den benämns MEWS (modified early warning score) och består av ett antal parametrar som poängsätts och bildar en score som består av andningsfrekvens, hjärtfrekvens, blodtryck, temperatur, urinproduktion och vakenhet. Du misstänker en perforation och gör en akut CT buköversikt som visar fri gas. Omedelbar operation är nu indicerad. Du och Din bakjour Dr Kneg opererar gemensamt patienten och lägger ett medellinjessnitt. Denna incision går endast igenom hud, subkutant fett, fascia, fett och peritoneum, det vill säga ingen muskel genomskäres.

Ni finner avföring i buken utanför tarmen och en stor perforation på sigmoideum. Ni gör en resektion av sigmoideum, stomi, förslutning av rektum, och sköljning av bukhålan. Sigmoideostomin lägges i nedre rektusskidan till vänster, vänster fossa iliaca.

Patienten tillfrisknar och kan skrivas ut efter urinkatetern har avlägnats efter 3 dygn och han lärt sig hantera stomin, cirka 1 vecka efter operationen. När Du har Din nästkommande jour 3 veckor efter denna nattoperation, söker han igen med feber, låga buksmärtor, och urinträngningar.

2:14:1 Ange två möjliga orsaker som kan ge denna bild. (1p)

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länsjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärter sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom.

När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvär (defence) och släppömhet i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisering av smärta, palpationsömhet och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärter hos tidigare opererad bör inte misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder. Divertiklar förekommer frekvent från 30 års ålder och divertiklarna är oftast lokaliserade till sigmoideum vilket överensstämmer med smärtlokaliseringen. Divertiklar är lika vanliga hos män och kvinnor.

Efter undersökningen och efter att ha tagit del av labstatus som visar en CRP stegring till 88 mg/L (ref. värde <10) och leucocyts på 16.5 10⁹/L (ref. intervall 3.5–9.0) ställer Du diagnosen divertikulit. Divertiklar anses uppstå genom herniering av kolonvägg i det svaga området invid tillförande arterioli (vasarecta). Tryckökning i kolon på grund av defekt kolonmotorik förmodas vara en bidragande orsak. Inflammation uppstår genom obstruktion och stagnation av innehåll i divertiklar. Risk för njurfunktionsnedsättning, kontrastmedelsallergi, och risk för strålskada är viktiga kort- och långsiktiga bieffekter av undersökningen. Du remitterar patienten för en akut CT buk med kontrast.

CT buk visar strålkighet i fett kring sigmoideum och förtjockad tarmvägg vilket överensstämmer med divertikulit och en abscess i bäckenet. Ytterligare tänkbara komplikationer till divertikulit är perforation och kolonblödning. Du lägger in patienten på kirurgavdelning 31. Han är illamående och har kräkts upprepade gånger under dagen, kroppstemperatur är 38.0°C. Klagar över kontinuerliga smärter i nedre delen av buken och beskriver även att han kissat ”mindre än vanligt” och att urinen är mörk.

Du ordinerar intravenös vätska med motiv att pats kräkning och oliguri indikerar paralytisk och oförmåga att upprätthålla peroral hydrering och analgetika i injektionsform vid behov mot smärta med motiv att flera tecken i status och undersökningsfynd påvisar peritonit som är smärtsamt.

En liter NaCl gives för att ersätta vätske, Natrium och Klorid förluster via kräkning. En liter 5 eller 10 %ig glucos gives för att ge kalorier för att undvika katabolism och frisättning av stresshormoner.

Du söks 02,30 av nattsjuksköterskan som berättar att patienten plötsligt försämrats med ökande buksmärter trots intramuskulärt Morfin. När Du undersöker honom ligger han med uppdragna knän, buken som tidigare varit mjuk är nu generellt spänd och hård. Andningen är kort och snabb, puls 130 och blodtryck 140/80. Du misstänker perforation till fri bukhåla.

Nattsjuksköterskan framhåller att patienten är för ”dålig” för att på ett tillfredsställande sätt kunna övervakas på en kirurgavdelning. Du kommer ihåg att en systematisk bedömning kan användas för att med hjälp av ett antal parametrar objektivisera patientens tillstånd, den benämns MEWS (modified early warning score) och består av ett antal parametrar som poängsätts och bildar en score som består av andningsfrekvens, hjärtfrekvens, blodtryck, temperatur, urinproduktion och vakenhet. Du misstänker en perforation och gör en akut CT buköversikt som visar fri gas. Omedelbar operation är nu indicerad. Du och Din bakjour Dr Kneg opererar gemensamt patienten och lägger ett medellinjesnitt. Denna incision går endast igenom hud, subkutant fett, fascia, fett och peritoneum, det vill säga ingen muskel genomskäres. Ni finner avföring i buken utanför tarmen och en stor perforation på sigmoideum. Ni gör en resektion av sigmoideum, stomi, förslutning av rektum, och sköljning av bukhålan. Sigmoidostomi läggs i nedre rektusskidan till vänster, vänster fossa iliaca.

Patienten tillfrisknar och kan skrivas ut efter urinkatetern har avlägnats efter 3 dygn och han lärt sig hantera stomin, cirka 1 vecka efter operationen. När Du har Din nästkommande jour 3 veckor efter denna nattoperation, söker han igen med feber, låga buksmärter, och urinträngningar. Dessa symptom kan orsakas av urinvägsinfektion eller bäckenabscess.

9 månader senare dyker patienten upp på Din mottagning på remiss från husläkare med fråga om nedläggning av stomin. Du vet att ni har en ny klinikchef på anestesi som är mycket noggrann avseende den preoperativa riskbedömningen.

2:15:1 Du får narkosens preoperativa riskbedömning som meddelar att patienten bedöms som ASA klass 2. Vad innebär det? (1p)

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länsjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärtor sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom.

När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvär (defence) och släppömhets i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisation av smärta, palpationsömhets och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärtor hos tidigare opererad bör inte misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder. Divertiklar förekommer frekvent från 30 års ålder och divertiklarna är oftast lokaliserade till sigmoideum vilket överensstämmer med smärtlokalisationen. Divertiklar är lika vanliga hos män och kvinnor.

Efter undersökningen och efter att ha tagit del av labstatus som visar en CRP stegring till 88 mg/L (ref. värde <10) och leucocytos på 16.5 10⁹/L (ref. intervall 3.5–9.0) ställer Du diagnosen divertikulit. Divertiklar anses uppstå genom herniering av kolonvägg i det svaga området invid tillförande arterioli (vasarecta). Tryckökning i kolon på grund av defekt kolonmotorik förmodas vara en bidragande orsak. Inflammation uppstår genom obstruktion och stagnation av innehåll i divertiklar. Risk för njurfunktionsnedsättning, kontrastmedelsallergi, och risk för strålskada är viktiga kort- och långsiktiga bieffekter av undersökningen. Du remitterar patienten för en akut CT buk med kontrast.

CT buk visar strålkighet i fett kring sigmoideum och förtjockad tarmvägg vilket överensstämmer med divertikulit och en abscess i bäckenet. Ytterligare tänkbara komplikationer till divertikulit är perforation och kolonblödning. Du lägger in patienten på kirurgavdelning 31. Han är illamående och har kräkts upprepade gånger under dagen, kroppstemperatur är 38.0°C. Klagar över kontinuerliga smärtor i nedre delen av buken och beskriver även att han kissat ”mindre än vanligt” och att urinen är mörk.

Du ordinerar intravenös vätska med motiv att pats kräkning och oliguri indikerar paralys och oförmåga att upprätthålla peroral hydrering och analgetika i injektionsform vid behov mot smärta med motiv att flera tecken i status och undersökningsfynd påvisar peritonit som är smärtsamt.

En liter NaCl gives för att ersätta vätske, Natrium och Klorid förluster via kräkning. En liter 5 eller 10 %ig glucos gives för att ge kalorier för att undvika katabolism och frisättning av stresshormoner.

Du söks 02,30 av nattsjuksköterskan som berättar att patienten plötsligt försämrats med ökande buksmärtor trots intramuskulärt Morfin. När Du undersöker honom ligger han med uppdragna knän, buken som tidigare varit mjuk är nu generellt spänd och hård. Andningen är kort och snabb, puls 130 och blodtryck 140/80. Du misstänker perforation till fri bukhåla.

Nattsjuksköterskan framhåller att patienten är för ”dålig” för att på ett tillfredsställande sätt kunna övervakas på en kirurgavdelning. Du kommer ihåg att en systematisk bedömning kan användas för att med hjälp av ett antal parametrar objektivisera patientens tillstånd, den benämns MEWS (modified early warning score) och består av ett antal parametrar som poängsätts och bildar en score som består av andningsfrekvens, hjärtfrekvens, blodtryck, temperatur, urinproduktion och vakenhet. Du misstänker en perforation och gör en akut CT buköversikt som visar fri gas. Omedelbar operation är nu indicerad. Du och Din bakjour Dr Kneg opererar gemensamt patienten och lägger ett medellinjessnitt. Denna incision går endast igenom hud, subkutant fett, fascia, fett och peritoneum, det vill säga ingen muskel genomskäres.

Ni finner avföring i buken utanför tarmen och en stor perforation på sigmoideum. Ni gör en resektion av sigmoideum, stomi, förslutning av rektum, och sköljning av bukhålan. Sigmoideostomi läggs i nedre rektusskidan till vänster, vänster fossa iliaca.

Patienten tillfrisknar och kan skrivas ut efter urinkatetern har avlägnats efter 3 dygn och han lärt sig hantera stomin, cirka 1 vecka efter operationen. När Du har Din nästkommande jour 3 veckor efter denna nattoperation, söker han igen med feber, låga buksmärtor, och urinträngningar. Dessa symptom kan orsakas av urinvägsinfektion eller bäckenabscess.

9 månader senare dyker patienten upp på Din mottagning på remiss från husläkare med fråga om nedläggning av stomin. Du vet att ni har en ny klinikchef på anestesin som är mycket noggrann avseende den preoperativa riskbedömningen. Du får narkosens preoperativa riskbedömning som meddelar att patienten bedöms som ASA klass 2 som innebär en lindrig systemsjukdom utan funktionsinskränkning.

Patienten får sin stomi nedlagd med en öppen operation där man går in i buken via det tidigare medellinjesnittet med ett normalt postoperativt förlopp. Ett år senare opereras han för ett litet bråck i naveln vid snittets övre begränsning. Även denna operation går bra och han skrivs ut efter 3 dygns vård. Vid utskrivningen berättar han att han arbetar med att reparera kraftledningar och önskar därför sjukskrivning 4 månader.

**2:16:1 Vilket officiellt dokument kan Du ta del av för att bedöma om detta är rimligt?
(0,5p)**

Du gör en av Dina första kirurgjourer på ett mellansvenskt länssjukhus när en 40-årig man som genomgått appendektomi i barndomen men i övrigt varit helt frisk söker akut med kräkningar och låga buksmärter sedan morgonen. Smärtan ökar vid rörelser och han känner inga urinvägssymptom.

När Du undersöker honom ligger han på rygg med böjda knän och anger kraftig smärtreaktion vid palpation nedom naveln på vänster sida. Du uppfattar att övre delen av buken är mjuk men ett ökat muskelförsvär (defence) och släppömhets i vänstra nedre delen av buken. Hela buken är utspänd.

Denna kliniska bild talar i första hand för divertikulit eftersom det är en av de vanligaste akutkirurgiska sjukdomarna för män i denna åldersgrupp och lokalisation av smärta, palpationsömhets och peritonit stämmer med diagnosen. Ileus eller pancreatit är tänkbara differentialdiagnoser. Kräkningar och buksmärter hos tidigare opererad bör inte misstanke om ileus. Pancreatit är också en vanlig diagnos hos män i denna ålder. Divertiklar förekommer frekvent från 30 års ålder och divertiklarna är oftast lokaliserade till sigmoideum vilket överensstämmer med smärtlokalisationen. Divertiklar är lika vanliga hos män och kvinnor.

Efter undersökningen och efter att ha tagit del av labstatus som visar en CRP stegring till 88 mg/L (ref. värde <10) och leucocyts på 16.5 10⁹/L (ref. intervall 3.5–9.0) ställer Du diagnosen divertikulit. Divertiklar anses uppstå genom herniering av kolonvägg i det svaga området invid tillförande arterioli (vasarecta). Tryckökning i kolon på grund av defekt kolonmotorik förmodas vara en bidragande orsak. Inflammation uppstår genom obstruktion och stagnation av innehåll i divertiklar. Risk för njurfunktionsnedsättning, kontrastmedelsallergi, och risk för strålskada är viktiga kort- och långsiktiga bieffekter av undersökningen. Du remitterar patienten för en akut CT buk med kontrast.

CT buk visar strålkighet i fett kring sigmoideum och förtjockad tarmvägg vilket överensstämmer med divertikulit och en abscess i bäckenet. Ytterligare tänkbara komplikationer till divertikulit är perforation och kolonblödning. Du lägger in patienten på kirurgavdelning 31. Han är illamående och har kräkts upprepade gånger under dagen, kroppstemperatur är 38.0°C. Klagar över kontinuerliga smärter i nedre delen av buken och beskriver även att han kissat ”mindre än vanligt” och att urinen är mörk.

Du ordinerar intravenös vätska med motiv att pats kräkning och oliguri indikerar paralys och oförmåga att upprätthålla peroral hydrering och analgetika i injektionsform vid behov mot smärta med motiv att flera tecken i status och undersökningsfynd påvisar peritonit som är smärtsamt.

En liter NaCl gives för att ersätta vätske, Natrium och Klorid förluster via kräkning. En liter 5 eller 10 %ig glucos gives för att ge kalorier för att undvika katabolism och frisättning av stresshormoner.

Du söks 02,30 av nattsjuksköterskan som berättar att patienten plötsligt försämrats med ökande buksmärter trots intramuskulärt Morfin. När Du undersöker honom ligger han med uppdragna knän, buken som tidigare varit mjuk är nu generellt spänd och hård. Andningen är kort och snabb, puls 130 och blodtryck 140/80. Du misstänker perforation till fri bukhåla.

Nattsköterskan framhåller att patienten är för ”dålig” för att på ett tillfredsställande sätt kunna övervakas på en kirurgavdelning. Du kommer ihåg att en systematisk bedömning kan användas för att med hjälp av ett antal parametrar objektivisera patientens tillstånd, den benämns MEWS (modified early warning score) och består av ett antal parametrar som poängsätts och bildar en score som består av andningsfrekvens, hjärtfrekvens, blodtryck, temperatur, urinproduktion och vakenhet. Du misstänker en perforation och gör en akut CT buköversikt som visar fri gas. Omedelbar operation är nu indicerad. Du och Din bakjour Dr Kneg opererar gemensamt patienten och lägger ett medellinjessnitt. Denna incision går endast igenom hud, subkutant fett, fascia, fett och peritoneum, det vill säga ingen muskel genomskäres.

Ni finner avföring i buken utanför tarmen och en stor perforation på sigmoideum. Ni gör en resektion av sigmoideum, stomi, förslutning av rektum, och sköljning av bukhålan. Sigmoideostomin läggs i nedre rektusskidan till vänster, vänster fossa iliaca.

Patienten tillfrisknar och kan skrivas ut efter urinkatetern har avlägnats efter 3 dygn och han lärt sig hantera stomin, cirka 1 vecka efter operationen. När Du har Din nästkommande jour 3 veckor efter denna nattoperation, söker han igen med feber, låga buksmärter, och urinträngningar. Dessa symptom kan orsakas av urinvägsinfektion eller bäckenabscess.

9 månader senare dyker patienten upp på Din mottagning på remiss från husläkare med fråga om nedläggning av stomin. Du vet att ni har en ny klinikchef på anestesin som är mycket noggrann avseende den preoperativa riskbedömningen. Du får narkosens preoperativa riskbedömning som meddelar att patienten bedöms som ASA klass 2 som innebär en lindrig systemsjukdom utan funktionsinskränkning.

Patienten får sin stomi nedlagd med en öppen operation där man går in i buken via det tidigare medellinjesnittet med ett normalt postoperativt förlopp. Ett år senare opereras han för ett litet bråck i naveln vid snittets övre begränsning. Även denna operation går bra och han skrivs ut efter 3 dygns vård. Vid utskrivningen berättar han att han arbetar med att reparera kraftledningar och önskar därför sjukskrivning 4 månader.

Med hänvisning till Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd framhåller Du att detta är för lång tid och ni enas om 2 månaders sjukskrivning. Härefter lever patienten ett långt och lyckligt liv.

FALL 3

Monica 24 år är lärare i grundskolans senare årskurser. Hon har sedan några månader ett förhållande med Samuel som är revisor. Monica söker idag vid allmänläkarmottagningen för sveda vid miktion och viss ökad vaginal flytning sedan ett par dagar. Sista mens för 5 veckor sedan. Monica undrar om hon behöver antibiotika. Vid din undersökning är buken mjuk och oöm utan dunkömhet över njurloger, vagina ses med gulvit fluor och ej rodnat epitel, uterus är oöm och sidor fria.

3:1:1 Du föreslår två laboratorieprover med snabbsvar, vilka? (1p)

Monica 24 år är lärare i grundskolans senare årskurser. Hon har sedan några månader ett förhållande med Samuel som är revisor. Monica söker idag vid allmänläkarmottagningen för sveda vid miktion och viss ökad vaginal flytning sedan ett par dagar. Sista mens för 5 veckor sedan. Monica undrar om hon behöver antibiotika. Vid din undersökning är buken mjuk och oöm utan dunkömhet över njurloger, vagina ses med gulvit fluor och ej rodnat epitel, uterus är oöm och sidor fria.

Urintestremsa visar förhöjt antal vita blodkroppar, lätt ökat antal röda blodkroppar och nitrit negativ. På direktprov/wet smear visar inga svampmycelier eller trichomonader och 5 vita blodkroppar/synfält.

3:2:1 Vilka två differentialdiagnoser är troligast? (1p)

Monica 24 år är lärare i grundskolans senare årskurser. Hon har sedan några månader ett förhållande med Samuel som är revisor. Monica söker idag vid allmänläkarmottagningen för sveda vid miktion och viss ökad vaginal flytning sedan ett par dagar. Sista mens för 5 veckor sedan. Monica undrar om hon behöver antibiotika. Vid din undersökning är buken mjuk och oöm utan dunkömhet över njurloger, vagina ses med gulvit fluor och ej rodnat epitel, uterus är oöm och sidor fria.

Urintestrensa visar förhöjt antal vita blodkroppar, lätt ökat antal röda blodkroppar och nitrit negativ. På direktprov/wet smear visar inga svampmycelier eller trichomonader och 5 vita blodkroppar/synfält.

Monica funderar över antibiotikabehandling. Du säger att vi måste invänta ytterligare provtagning.

3:3:1 Vilka ytterligare tre analyser är av värde? (1p)

Monica 24 år är lärare i grundskolans senare årskurser. Hon har sedan några månader ett förhållande med Samuel som är revisor. Monica söker idag vid allmänläkarmottagningen för sveda vid miktion och viss ökad vaginal flytning sedan ett par dagar. Sista mens för 5 veckor sedan. Monica undrar om hon behöver antibiotika. Vid din undersökning är buken mjuk och oöm utan dunkömhet över njurloger, vagina ses med gulvit fluor och ej rodnat epitel, uterus är oöm och sidor fria.

Urintestrensa visar förhöjt antal vita blodkroppar, lätt ökat antal röda blodkroppar och nitrit negativ. På direktprov/wet smear visar inga svampmycelier eller trichomonader och 5 vita blodkroppar/synfält. Monica funderar över antibiotikabehandling. Du säger att vi måste invänta ytterligare provtagning.

Provsvaren visar negativ urin- och gonorréodling men Chlamydiatestet positivt. Du kontaktar Monica och meddelar resultatet och föreslår åtgärder.

3:4:1 Vilka fyra åtgärder vidtar du? (1p)

3:5:1 Vilka rättigheter och skyldigheter har Monica enligt smittskyddslagen vid Chlamydiainfektion? (2p)

3:5:2 Vilka komplikationer kan Chlamydiainfektion i underlivet orsaka hos kvinna respektive man? (1p)

Efter tre år tillsammans med Monica söker nu Samuel dig då han i ett halvår noterat en svullnad till vänster i pungen. Svullnaden ger ringa besvär men Samuel är orolig om det kan vara något allvarligt men även om förändringen kan skada hans fertilitet. Vid din undersökning finner du en klart genomlysningbar, oöm plommonstor förändring till vänster i scrotum där testikel och bitestikel palperas u.a.

3:6:1 Vilken är den troligaste diagnosen? (1p)

Efter tre år tillsammans med Monica söker nu Samuel dig då han i ett halvår noterat en svullnad till vänster i pungen. Svullnaden ger ringa besvär men Samuel är orolig om det kan vara något allvarligt men även om förändringen kan skada hans fertilitet. Vid din undersökning finner du en klart genomlysningbar, oöm plommonstor förändring till vänster i scrotum där testikel och bitestikel palperas u.a.

3:7:1 Vilket besked får Samuel angående fertiliteten? (1p)

Du meddelar Samuel att vattenbräck är ofarligt och inte påverkar fertiliteten. Du rekommenderar expektans, men du nämner att det finns anledningar att Samuel bör komma tillbaka.

3:8:1 Nämn två relevanta anledningar? (1p)

Monica och Samuel får en gemensam son, Emil, som nu är 1½ år. Emil har hittills varit frisk förutom enstaka förkylning och han är på dagis sedan 1 års ålder. Monica söker dig då Emil sedan fem dagar har hög feber, är trött och kinkig. Hon har tittat i Emils mun och sett att tandköttet är rodnat. Monica är orolig då Emil varken vill äta eller dricka. Hon undrar om det finns någon behandling som kan hjälpa. Vid din undersökning är Emil feberwarm, han vill ogärna medverka vid undersökningen men du känner förstörade lymfkörtlar cervicalt och vid den korta stund du får inspektera munnen ser du tandköttet ilsket rodnat.

3:9:1 Vad är den troligaste orsaken till Emils smärta i munnen? (1p)

Monica och Samuel får en gemensam son, Emil, som nu är 1½ år. Emil har hittills varit frisk förutom enstaka förkylning och han är på dagis sedan 1 års ålder. Monica söker dig då Emil sedan fem dagar har hög feber, är trött och kinkig. Hon har tittat i Emils mun och sett att tandköttet är rodnat. Monica är orolig då Emil varken vill äta eller dricka. Hon undrar om det finns någon behandling som kan hjälpa. Vid din undersökning är Emil feberfritt, han vill ogärna medverka vid undersökningen men du känner förstörade lymfkörtlar cervicalt och vid den korta stund du får inspektera munnen ser du tandköttet ilsket rodnat.

Emils infektion med svårigheter att äta och dricka beror troligast på primär herpes simplex-stomatit.

3:10:1 Vilken behandling/omvårdnad erbjuder du Emil? (1p)

Monicas mor Stina är 53 år och glad över att vara mormor. Men sedan ett drygt ett år besväras hon av svettningar och vällningar framförallt nattetid. Besvären nattetid stör sömnen och ger dagtrötthet. Stina hade hoppats att symtomen skulle lugna sig men så har det inte blivit. Stina söker dig och funderar över östrogenbehandling.

3:11:1 Vilka ytterligare basdata från anamnes och status är nödvändiga inför ställningstagande till substitutionsbehandling? (2p)

Monicas mor Stina är 53 år och glad över att vara mormor. Men sedan ett drygt ett år besväras hon av svettningar och vallningar framförallt nattetid. Besvären nattetid stör sömnen och ger dagtrötthet. Stina hade hoppats att symtomen skulle lugna sig men så har det inte blivit. Stina söker dig och funderar över östrogenbehandling.

Stina känner inte till att någon av de närmaste haft blodproppssjukdom eller hormonkänslig tumör. Stina har själv inte haft någon blodproppssjukdom eller tumörsjukdom. Vid din undersökning palperar du mammae ua, mäter blodtrycket till 140/85 och vid gynekologisk undersökning bedömer du att corpus uteri är knappt normalstor och sidor är fria.

Du diskuterar behandlingsalternativ med Stina. Ni överenskommer att försöka behandling med östrogensubstitution.

3:12:1 Nämn tre olika administrationssätt för östrogensubstitution och väsentliga skillnader dem emellan? (2p)

Monicas mor Stina är 53 år och glad över att vara mormor. Men sedan ett drygt ett år besväras hon av svettningar och vallningar framförallt nattetid. Besvären nattetid stör sömnen och ger dagtrötthet. Stina hade hoppats att symtomen skulle lugna sig men så har det inte blivit. Stina söker dig och funderar över östrogenbehandling.

Stina känner inte till att någon av de närmaste haft blodproppssjukdom eller hormonkänslig tumör. Stina har själv inte haft någon blodproppsjukdom eller tumörsjukdom. Vid din undersökning palperar du mammae ua, mäter blodtrycket till 140/85 och vid gynekologisk undersökning bedömer du att corpus uteri är knappt normalstor och sidor är fria.

Du diskuterar behandlingsalternativ med Stina. Ni överenskommer att försöka behandling med östrogensubstitution.

3:13:1 Du vet att risken för hyperplasi och cancer i endometriet ökar med östrogensubstitution. Hur reducerar du risken? (1p)

Samuels far heter Martin och är 63 år. Martin arbetar som lastbilschaufför. Martin söker dig då han under senare år har noterat allt svagare urinstråle vid vattenkastning men inga symtom för övrigt när han kissar. Martin undrar om det finns något som kan underlätta besvären.

För din bedömning gör du en klinisk undersökning och beställer laboratorietest.

3:14:1 Vilka två relevanta kliniska test och tre laboratorietest vill du komplettera bilden med? (1p)

Samuels far heter Martin och är 63 år. Martin arbetar som lastbilschaufför. Martin söker dig då han under senare år har noterat allt svagare urinstråle vid vattenkastning men inga symtom för övrigt när han kissar. Martin undrar om det finns något som kan underlätta besvären.

För din bedömning gör du en klinisk undersökning och beställer laboratorietest.

Vid din undersökning finner du prostata måttligt förstorad med fast elastisk konsistens utan hårda partier, sidor fria och övre polen palpabel. Urinstickan är blank, PSA 3 µg/l (ref <3) och PSA-kvoten 0,25 (ref >0.2). Efter en vecka ser du Martin igen och han lämnar dig sin tidsmiktionslista där det i genomsnitt tagit Martin 12 sekunder (ref <10s.) för att kissa första deciliteren urin.

3:15:1 Ange en trolig diagnos? (1p)

3:15:2 Nämn två olika medicinska behandlingar och deras effekt som du kan erbjuda Martin? (1p)

FALL 4

Elisabeth 33 år söker sin vårdcentral pga tilltagande irritation och rodnad i ögonen sedan flera veckor tillbaka. Hon har känt sig trött i ögonen och har en viss värk i pannan. Elisabeth undrar vad som orsakar besvären, och undrar om inte vila och sjukskrivning skulle kunna vara av värde.

4:1:1 Beskriv fynd som du uppfattar som avvikande hos dessa tre patienter



som har en liknande men något svårare klinisk bild än den som Elisabeth har (1p). Ge också förslag på den underliggande diagnosen (1p). (2p)

4:1:2 Du behöver komplettera din information. Vilka specifika frågor beträffande riskfaktorer (1p) och symptom (1p) ställer du? Motivera. (2p)

4:1:3 Vilka statusfynd letar du efter? (1p)

4:1:4 Vilka prover är relevanta att beställa och vilket utfall på proverna förväntar du dig? (1.5p)

Du remitterar Elisabeth från vårdcentralen till sjukhusets medicinklinik.

Elisabeth, som var ensamstående sedan ett år, arbetar som lärare på grundskolan. Hon har under hösten fått en ny klass att vara föreståndare för och tagit på sig att vara extralärare vid läxläsning. Aptiten var bra, konditionen hade försämrats, mer andfådd vid ansträngning jämfört med tidigare, ej någon hosta eller bröstsmärta, hade planerat att sluta röka men ej klarat detta pga all stress.

4:2:1 Elisabeth frågar dig om vad som orsakar sjukdomen. Vilket svar ger du? (1p)

4:3:1 Vilken autoantikropp är av särskild betydelse vid Graves sjukdom med endokrin oftalmopati? (1p) Förklara varför?(1p). (2p)

Patienten hade förhöjda tyreoidhormonvärden och påvisbara TSH-receptor antikroppar och erhöll behandling med tyreostatika och tyroxin i kombination ('tyreoidavila'). Hon förbättrades under sex månaders behandling, avbokade sedan ett återbesök pga en utlandsresa och slutade med medicineringen.

4:4:1 Efter ytterligare fem månader söker patienten på nytt, nu med förvärrade ögonbesvär och allmänpåverkan, har gått ned i vikt, är trött och känner sig nervös. Proverna visar recidiv och tilltagande tyreotoxikos, antikroppar mot TSH-receptorn har stigit. Specialistläkaren återinsätter då tyreostatika och tyroxin i kombination, sjukskriver 4 veckor, betonar vikten av compliance och ger ett bestämt livsstilsråd med tanke på ögonbesvären. Förklara vilket! (1p)

Pat gavs steroider under en period, ögonbesvären förbättrades gradvis och symptomen försvann. Pat rekommenderades och genomgick total tyreoidektomi. Efter operationen har patienten livslång tyroxinsubstitution.

4:4:2 Patienter som har drabbats av en autoimmun tyreoidesjukdom har ökad risk att få andra invärtes autoimmuna sjukdomar. Ge exempel på två sådana åkommor som kan utvecklas. (2p)

Ny Patient

En 40 årig kvinna söker vårdcentralen med ömmande knölar på benen



och svullnad över fotlederna. Distriktsläkaren finner en hög sänka och remitterar patienten till

lungröntgen och får denna bild?



4:5:1 Är bilden normal? Om inte, beskriv vad som avviker. (1p)

I hiluskörtlarna föreligger hos en sådan patient typiska förändringar.

4:5:2 Vad kallas förändringen (0.5p) och vad pekar pilen på (0.5p)? (1.5p)

4:5:3 Vilken diagnos rör det sig om? (1p)

4:5:4 Vilken behandling är den vanligaste? Vad är ACE, har det ngn relevans här? (1p)

4:5:5 En elektrolytrubbning förekommer ibland vid sarkoidos, vilken? (1p)

Patienten hade en lindrig hyperkalcemi, parathormon (PTH) värdet var inte förhöjt utan snarast lägre än normalt.

4:6:1 Vad beror hypercalcemin vid sarkoidos på? (1p)

4:6:2 Denna kombination av högt kalk och låga PTH värden förekommer även vid några andra tillstånd som kan vara viktiga att känna till? Vilka? (1p)