

**Examination efter läkares allmäntjänstgöring
- Skriftligt prov**

**den 22 februari 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 15 delfrågor

Fall 3 20 poäng 20 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

Folke 61 år söker sent på kvällen på akutmottagningen för yrsel och ostadighetskänsla. Han har haft symtomen sedan några dagar tillbaka.

Du är medicinjour och tar emot honom på ett av undersökningsrummen. Folke är en storvuxen man som ser överviktig ut och har en rödbrusig ansiktsfärg. Han ligger ner på undersökningsbränsen när du kommer in på rummet. Vid förfrågan säger han att han tidigare varit frisk och att han inte tar några mediciner. Han har ingen fast läkarkontakt.

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

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

|

Folke 61 år söker sent på kvällen på akutmottagningen för yrsel och ostadighetskänsla. Han har haft symtomen sedan några dagar tillbaka.

Du är medicinjour och tar emot honom på ett av undersökningsrummen. Folke är en storvuxen man som ser överviktig ut och har en rödbrusig ansiktsfärg. Han ligger ner på undersökningsbritten. När du kommer in på rummet. Vid förfrågan säger han att han tidigare varit frisk och att han inte tar några mediciner. Han har ingen fast läkarkontakt.

Folke har svårt att karaktärisera sin yrsel. Han tycker att det både snurrar och gungar. När det snurrar känner han sig ostadig. Symtomen kom plötsligt för två dagar sedan och har varit oförändrade sedan dess.

För något år sedan hade han haft en episod med liknande symtom som spontant gick över efter någon dag. I samband med de aktuella symtomen tycker han att det flimrat för ögonen och han berättar att det susat i öronen sedan lång tid tillbaka, men att hörseln är lika dålig som vanligt. Han nämner också att han haft svårt att svälja och satt i halsen flera gånger idag. Han undrar om han är influensasjuk?

Folke är frånskild. Har 3 vuxna barn. Pensionerad fd chef för en stor bilfirma. Han röker 10-15 cigaretter om dagen. Svårfångad alkoholanamnes, uppger att han tar ett glas whisky då och då och en flaska vin till helgen.

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

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

Folke 61 år söker sent på kvällen på akutmottagningen för yrsel och ostadighetskänsla. Han har haft symtomen sedan några dagar tillbaka.

Du är medicinjour och tar emot honom på ett av undersökningsrummen. Folke är en storvuxen man som ser överviktig ut och har en rödbrusig ansiktsfärg. Han ligger ner på undersökningsbritten när du kommer in på rummet. Vid förfrågan säger han att han tidigare varit frisk och att han inte tar några mediciner. Han har ingen fast läkarkontakt.

Folke har svårt att karaktärisera sin yrsel. Han tycker att det både snurrar och gungar. När det snurrar känner han sig ostadig. Symtomen kom plötsligt för två dagar sedan och har varit oförändrade sedan dess.

För något år sedan hade han haft en episod med liknande symtom som spontant gick över efter någon dag. I samband med de aktuella symtomen tycker han att det flimrat för ögonen och han berättar att det susat i öronen sedan lång tid tillbaka, men att hörseln är lika dålig som vanligt. Han nämner också att han haft svårt att svälja och satt i halsen flera gånger idag. Han undrar om han är influensasjuk?

Folke är fränskild. Har 3 vuxna barn. Pensionerad fd chef för en stor bilfirma. Han röker 10-15 cigaretter om dagen. Svårfångad alkoholanamnes, uppger att han tar ett glas whisky då och då och en flaska vin till helgen.

I status finner du: Blickriktningsnystagmus åt båda håll. Pat vill bara blunda. Rombergs test: Falltendens bakåt. Finger-näs test: Grov felpökning åt hö. BT: 170/105 Cor: Oregelbunden rytm. Inga blåsljud. Carotider: Inga hörbara blåsljud. Lungor: Lätta rassel basalt bilat. AF 20. MoS: Retningsfritt. Buk: Adipös. Mjuk och oöm. Levern 2 tvf nedom arcus.

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

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

Folke 61 år söker sent på kvällen på akutmottagningen för yrsel och ostadighetskänsla. Han har haft symtomen sedan några dagar tillbaka.

Du är medicinjour och tar emot honom på ett av undersökningsrummen. Folke är en storvuxen man som ser överviktig ut och har en rödbrusig ansiktsfärg. Han ligger ner på undersökningsbritten när du kommer in på rummet. Vid förfrågan säger han att han tidigare varit frisk och att han inte tar några mediciner. Han har ingen fast läkarkontakt.

Folke har svårt att karaktärisera sin yrsel. Han tycker att det både snurrar och gungar. När det snurrar känner han sig ostadig. Symtomen kom plötsligt för två dagar sedan och har varit oförändrade sedan dess.

För något år sedan hade han haft en episod med liknande symtom som spontant gick över efter någon dag. I samband med de aktuella symtomen tycker han att det flimrat för ögonen och han berättar att det susat i öronen sedan lång tid tillbaka, men att hörseln är lika dålig som vanligt. Han nämner också att han haft svårt att svälja och satt i halsen flera gånger idag. Han undrar om han är influensasjuk?

Folke är fränskild. Har 3 vuxna barn. Pensionerad fd chef för en stor bilfirma. Han röker 10-15 cigaretter om dagen. Svårfångad alkoholanamnes, uppger att han tar ett glas whisky då och då och en flaska vin till helgen.

I status finner du: Blickriktningsnystagmus åt båda håll. Pat vill bara blunda. Rombergs test: Falltendens bakåt. Finger-näs test: Grov felpkning åt hö. BT: 170/105 Cor: Oregelbunden rytm. Inga blåsljud. Carotider: Inga hörbara blåsljud. Lungor: Lätta rassel basalt bilat. AF 20. MoS: Retningsfritt. Buk: Adipös. Mjuk och oöm. Levern 2 tvf nedom arcus.

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

0,0

0,5

1,0

Folke 61 år söker sent på kvällen på akutmottagningen för yrsel och ostadighetskänsla. Han har haft symtomen sedan några dagar tillbaka.

Du är medicinjour och tar emot honom på ett av undersökningsrummen. Folke är en storvuxen man som ser överviktig ut och har en rödbrusig ansiktsfärg. Han ligger ner på undersökningsbritten när du kommer in på rummet. Vid förfrågan säger han att han tidigare varit frisk och att han inte tar några mediciner. Han har ingen fast läkarkontakt.

Folke har svårt att karaktärisera sin yrsel. Han tycker att det både snurrar och gungar. När det snurrar känner han sig ostadig. Symtomen kom plötsligt för två dagar sedan och har varit oförändrade sedan dess.

För något år sedan hade han haft en episod med liknande symtom som spontant gick över efter någon dag. I samband med de aktuella symtomen tycker han att det flimrat för ögonen och han berättar att det susat i öronen sedan lång tid tillbaka, men att hörseln är lika dålig som vanligt. Han nämner också att han haft svårt att svälja och satt i halsen flera gånger idag. Han undrar om han är influensasjuk?

Folke är fränksild. Har 3 vuxna barn. Pensionerad fd chef för en stor bilfirma. Han röker 10-15 cigaretter om dagen. Svårfångad alkoholanamnes, uppger att han tar ett glas whisky då och då och en flaska vin till helgen.

I status finner du: Blickriktningsnystagmus åt båda håll. Pat vill bara blunda. Rombergs test:

Falltendens bakåt. Finger-näs test: Grov felpekning åt hö. BT: 170/105 Cor: Oregelbunden rytm. Inga blåsljud. Carotider: Inga hörbara blåsljud.

Lungor: Lätta rassel basalt bilat. AF 20. MoS: Retningsfritt. Buk: Adipös. Mjuk och oöm. Levern 2 tvf nedom arcus.

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)

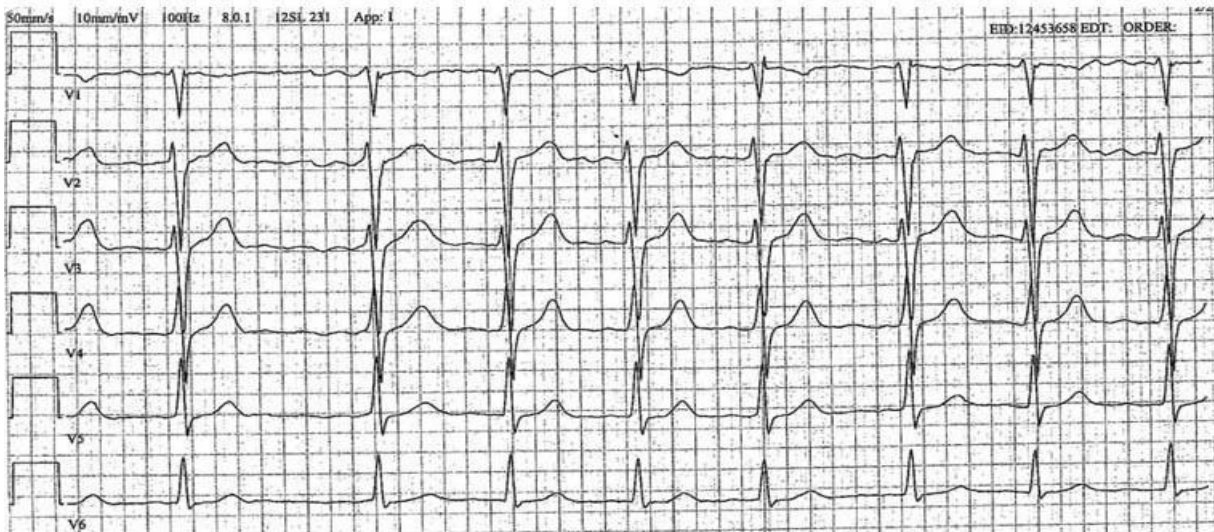
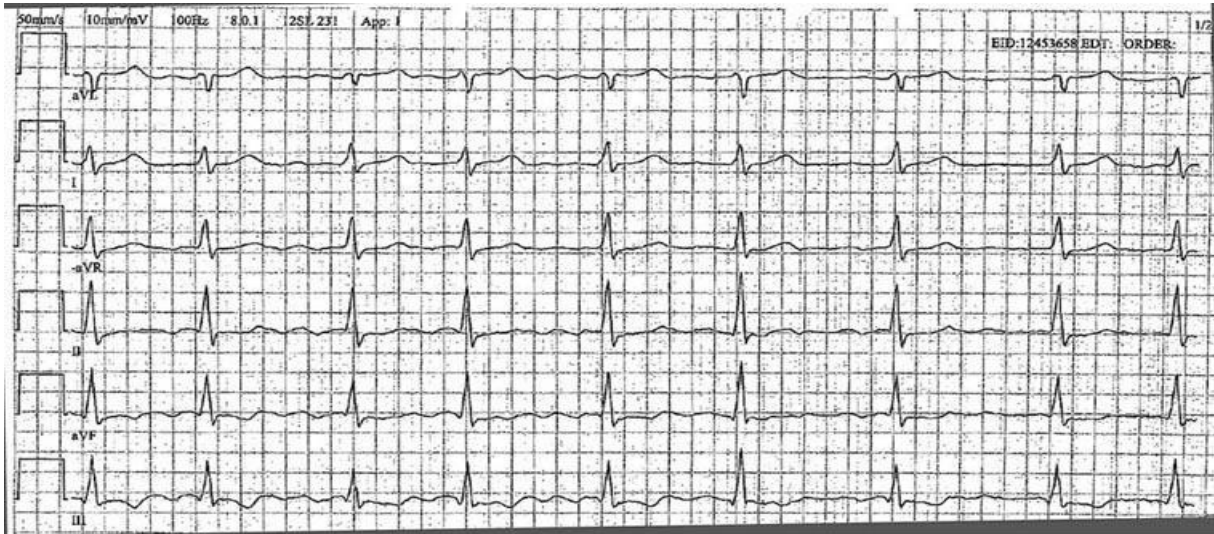
0,0

0,5

1,0

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

0,0
0,5
1,0



Folke 61 år söker sent på kvällen på akutmottagningen för yrsel och ostadighetskänsla. Han har haft symtomen sedan några dagar tillbaka.

Du är medicinjour och tar emot honom på ett av undersökningsrummen. Folke är en storvuxen man som ser överviktig ut och har en rödbrusig ansiktsfärg. Han ligger ner på undersökningsbritten när du kommer in på rummet. Vid förfrågan säger han att han tidigare varit frisk och att han inte är några mediciner. Han har ingen fast läkarkontakt.

Folke har svårt att karaktärisera sin yrsel. Han tycker att det både snurrar och gungar. När det snurrar känner han sig ostadig. Symtomen kom plötsligt för två dagar sedan och har varit oförändrade sedan dess.

För något år sedan hade han haft en episod med liknande symtom som spontant gick över efter någon dag. I samband med de aktuella symtomen tycker han att det flimrat för ögonen och han berättar att det susat i öronen sedan lång tid tillbaka, men att hörseln är lika dålig som vanligt. Han nämner också att han haft svårt att svälja och satt i halsen flera gånger idag. Han undrar om han är influensasjuk?

Folke är frånskild. Har 3 vuxna barn. Pensionerad fd chef för en stor bilfirma. Han röker 10-15 cigaretter om dagen. Svårfångad alkoholanamnes, uppger att han tar ett glas whisky då och då och en flaska vin till helgen.

I status finner du: Blickriktningnystagmus åt båda håll. Pat vill bara blunda. Rombergs test: Falltendens bakåt. Finger-näs test: Grov felpekning åt hö. BT: 170/105 Cor: Oregelbunden rytm. Inga blåsljud. Carotider: Inga hörbara blåsljud. Lungor: Lätta rassel basalt bilat. AF 20. MoS : Retningsfritt. Buk: Adipös. Mjuk och oöm. Levern 2 tvf nedom arcus.

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)

0,0
0,5
1,0

Folke 61 år söker sent på kvällen på akutmottagningen för yrsel och ostadighetskänsla. Han har haft symtomen sedan några dagar tillbaka.

Du är medicinjour och tar emot honom på ett av undersökningsrummen. Folke är en storvuxen man som ser överviktig ut och har en rödbrusig ansiktsfärg. Han ligger ner på undersökningsbritten när du kommer in på rummet. Vid förfrågan säger han att han tidigare varit frisk och att han inte tar några mediciner. Han har ingen fast läkarkontakt.

Folke har svårt att karaktärisera sin yrsel. Han tycker att det både snurrar och gungar. När det snurrar känner han sig ostadig. Symtomen kom plötsligt för två dagar sedan och har varit oförändrade sedan dess.

För något år sedan hade han haft en episod med liknande symtom som spontant gick över efter någon dag. I samband med de aktuella symtomen tycker han att det flimrat för ögonen och han berättar att det susat i öronen sedan lång tid tillbaka, men att hörseln är lika dålig som vanligt. Han nämner också att han haft svårt att svälja och satt i halsen flera gånger idag. Han undrar om han är influensasjuk?

Folke är frånskild. Har 3 vuxna barn. Pensionerad fd chef för en stor bilfirma. Han röker 10-15 cigaretter om dagen. Svårfångad alkoholanamnes, uppger att han tar ett glas whisky då och då och en flaska vin till helgen.

I status finner du: Blickriktingsnystagmus åt båda håll. Pat vill bara blunda. Rombergs test: Falltendens bakåt. Finger-näs test: Grov felpekning åt hö. BT: 170/105 Cor: Oregelbunden rytm. Inga blåsljud. Carotide: Inga hörbara blåsljud. Lungor: Lätta rassel basalt bilat. AF 20. MoS Retningsfritt. Buk: Adipös. Mjuk och oöm. Levern 2 tvf nedom arcus.

Du beställde akut DT hjärna. Du hade föredragit MR eftersom du letar efter patologi i bakre skallgropen men det är svårt att få denna undersökning akut på ditt sjukhus.

Datortomografi av hjärnan utan kontrast visar en liten ischemi i lillhjärnan. Inget ödem/expansivt inslag. Du har då också hunnit få svar på prover enligt nedan:

B-Hb 154g/l, B-LPK 8,8, B-TPK 334, S-Krea 77 $\mu\text{mol/l}$, P-hs Troponin T 8,0 ng/L (normalt < 14,5), PK-INR 1,0. P-glukos 6,2 mmol/l

Du informerar patienten om fyndet och gör en riktad undersökning, finner patienten helt vaken och klar, dålig balans, står ostadigt och ramlar om han sluter ögonen. Har en dysmetri höger arm, inga tecken till kranialsnervspåverkan men svårbedömd nystagmus som tidigare. Blodtryck nu 160/100 mm Hg

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

0,0

0,5

1,0

Du avstår från trombolys, patienten insjuknade för två dygn sedan, varför risken för blödningskomplikationer överstiger fördelarna. Du skriver in patienten på strokeenheten.

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

0,0
0,5
1,0

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? (1 p)

0,0
0,5
1,0

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

0,0
0,5
1,0

Folke 61 år söker sent på kvällen på akutmottagningen för yrsel och ostadighetskänsla. Han har haft symtomen sedan några dagar tillbaka.

Du är medicinjour och tar emot honom på ett av undersökningsrummen. Folke är en storvuxen man som ser överviktig ut och har en rödbrusig ansiktsfärg. Han ligger ner på undersökningsbritten när du kommer in på rummet. Vid förfrågan säger han att han tidigare varit frisk och att han inte tar några mediciner. Han har ingen fast läkarkontakt.

Folke har svårt att karaktärisera sin yrsel. Han tycker att det både snurrar och gungar. När det snurrar känner han sig ostadig. Symtomen kom plötsligt för två dagar sedan och har varit oförändrade sedan dess.

För något år sedan hade han haft en episod med liknande symtom som spontant gick över efter någon dag. I samband med de aktuella symtomen tycker han att det flimrat för ögonen och han berättar att det susat i öronen sedan lång tid tillbaka, men att hörseln är lika dålig som vanligt. Han nämner också att han haft svårt att svälja och satt i halsen flera gånger idag. Han undrar om han är influensasjuk?

Folke är fränksild. Har 3 vuxna barn. Pensionerad fd chef för en stor bilfirma. Han röker 10-15 cigaretter om dagen. Svårfångad alkoholanamnes, uppger att han tar ett glas whisky då och då och en flaska vin till helgen.

I status finner du: Blickriktningsnystagmus åt båda håll. Pat vill bara blunda. Rombergs test: Falltendens bakåt. Finger-näs test: Grov felpekning åt hö. BT: 170/105 Cor: Oregelbunden rytm. Inga blåsljud. Carotider: Inga hörbara blåsljud. Lungor: Lätta rassel basalt bilat. AF 20. MoS : Retningsfritt. Buk: Adipös. Mjuk och oöm. Levern 2 tvf nedom arcus.

Du beställde akut DT hjärna. Du hade föredragit MR eftersom du letar efter patologi i bakre skallgropen men det är svårt att få denna undersökning akut på ditt sjukhus.

Datortomografi av hjärnan utan kontrast visar en liten ischemi i lillhjärnan. Inget ödem/expansivt inslag.

Du har då också hunnit få svar på prover enligt nedan:

B-Hb 154g/l, B-LPK 8,8, B-TPK 334, S-Krea 77 umol/l, P-hs Troponin T 8,0 ng/L (normalt < 14,5), PK-INR 1,0. P-glukos 6,2 mmol/l

Du informerar patienten om fyndet och gör en riktad undersökning, finner patienten helt vaken och klar, dålig balans, står ostadigt och ramlar om han sluter ögonen. Har en dysmetri höger arm, inga tecken till kranialsnervspåverkan men svårbedömd nystagmus som tidigare. Blodtryck nu 160/100 mm Hg

Patienten erhöll acetylsalicylsyra i laddningsdos (Bamyl Brus 500 mg) . Du ger inga restriktioner för mobilisering, men däremot att personal följer med patienten vid förflyttning/toalettbesök till dess man gjort en bedömning av fallrisk.

Patienten får ej inta något per os innan sväljningstest utförts.

Nästa morgon uppger patienten att han mår något bättre. Han har utrustats med rullator men går tämligen obehindrat. Vi undersökning har han fortfarande felpekning men ingen annan egentlig nytillkommen neurologi. Har möjligen lite sväljningssvårigheter men klarar att dricka vatten utan att svälja fel. Blodtrycket nästa morgon är 165/95 mmHg. Han bedöms på morgonen av sjukgymnast och arbetsterapeut.

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

0,0

0,5

1,0

Patienten erhöill acetylsalicylsyra i laddningsdos (Bamyl Brus 500 mg) . Du ger inga restriktioner för mobilisering, men däremot att personal följer med patienten vid förflyttning/toalettbesök till dess man gjort en bedömning av fallrisk.

Patienten får ej inta något per os innan sväljningstest utförts.

Nästa morgon uppger patienten att han mår något bättre. Han har utrustats med rullator men går tämligen obehindrat. Vid undersökning har han fortfarande felpkning men ingen annan egentlig nytillkommen neurologi. Har möjligen lite sväljningssvårigheter men klarar att dricka vatten utan att svälja fel. Blodtrycket nästa morgon är 165/95 mmHg. Han bedöms på morgonen av sjukgymnast och arbetsterapeut.

Du avstår från blodtrycksbehandling i detta akuta skede. Det finns risk för att genomblödningen i infarktens randzoner (penumbran) försämras.

Patienten har kvar sitt förmaksflimmer. På avdelningen ligger kammarfrekvensen c:a 70/min.

Han har inga symptom av detta och det går inte att få fram några uppgifter om hur länge han haft det.

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

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

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

0,0

0,5

1,0

1,5

2,0

Folke 61 år söker sent på kvällen på akutmottagningen för yrsel och ostadighetskänsla. Han har haft symtomen sedan några dagar tillbaka.

Du är medicinjour och tar emot honom på ett av undersökningsrummen. Folke är en storvuxen man som ser överviktig ut och har en rödbrusig ansiktsfärg. Han ligger ner på undersökningsbritten när du kommer in på rummet. Vid förfrågan säger han att han tidigare varit frisk och att han inte tar några mediciner. Han har ingen fast läkarkontakt.

Folke har svårt att karaktärisera sin yrsel. Han tycker att det både snurrar och gungar. När det snurrar känner han sig ostadig. Symtomen kom plötsligt för två dagar sedan och har varit oförändrade sedan dess.

För något år sedan hade han haft en episod med liknande symtom som spontant gick över efter någon dag. I samband med de aktuella symtomen tycker han att det flimrat för ögonen och han berättar att det susat i öronen sedan lång tid tillbaka, men att hörseln är lika dålig som vanligt. Han nämner också att han haft svårt att svälja och satt i halsen flera gånger idag. Han undrar om han är influensasjuk?

Folke är frånskild. Har 3 vuxna barn. Pensionerad fd chef för en stor bilfirma. Han röker 10-15 cigaretter om dagen. Svårfångad alkoholanamnes, uppger att han tar ett glas whisky då och då och en flaska vin till helgen.

I status finner du: Blickriktningsnystagmus åt båda håll. Pat vill bara blunda. Rombergs test: Falltendens bakåt. Finger-näs test: Grov felpekning åt hö. BT: 170/105 Cor: Oregelbunden rytm. Inga blåsljud. Carotider: Inga hörbara blåsljud. Lungor: Lätta rassel basalt bilat. AF 20. MoS : Retningsfritt. Buk: Adipös. Mjuk och oöm. Levern 2 tvf nedom arcus. Du beställde akut DT hjärna. Du hade föredragit MR eftersom du letar efter patologi i bakre skallgropen men det är svårt att få denna undersökning akut på ditt sjukhus.

Datortomografi av hjärnan utan kontrast visar en liten ischemi i lillhjärnan. Inget ödem/expansivt inslag.

Du har då också hunnit få svar på prover enligt nedan:

B-Hb 154g/l, B-LPK 8,8, B-TPK 334, S-Krea 77 umol/l, P-hs Troponin T 8,0 ng/L (normalt < 14,5), PK-INR 1,0. P-glukos 6,2 mmol/l

Du informerar patienten om fyndet och gör en riktad undersökning, finner patienten helt vaken och klar, dålig balans, står ostadigt och ramlar om han sluter ögonen. Har en dysmetri höger arm, inga tecken till kranialsnervpåverkan men svårbedömd nystagmus som tidigare. Blodtryck nu 160/100 mm Hg

Patienten erhöll acetylsalicylsyra i laddningsdos (Bamyl Brus 500 mg) . Du ger inga restriktioner för mobilisering, men däremot att personal följer med patienten vid förflyttning/toalettbesök till dess man gjort en bedömning av fallrisk.

Patienten får ej inta något per os innan sväljningstest utförts.

Nästa morgon uppger patienten att han mår något bättre. Han har utrustats med rullator men går tämligen obehindrat. Vid undersökning har han fortfarande felpekning men ingen annan egentlig nytillkommen neurologi. Har möjligen lite sväljningssvårigheter men klarar att dricka vatten utan att svälja fel. Blodtrycket nästa morgon är 165/95 mmHg. Han bedöms på morgonen av sjukgymnast och arbetsterapeut.

Du avstår från blodtrycksbehandling i detta akuta skede. Det finns risk för att genombildningen i infarktens randzoner (penumbran) försämrats. Patienten har kvar sitt förmaksflimmer. På avdelningen ligger kammarfrekvensen c:a 70/min. Han har inga symptom av detta och det går inte att få fram några uppgifter om hur länge han haft det.

Patienten blir successivt bättre med minskande yrsel och ostadighet. Går efter några dagar utan hjälpmedel. Han klarar sin ADL själv och kommer att skrivas hem efter en dryg veckas vård. Blodtrycket ligger kring 160/100 mm Hg. S-Kolesterol är 6,1 mmol/l med LDL på 4,0 mmol/l. Han kommer att behöva recept på Waran, Bisoprolol och Atorvastatin vid utskrivningen.

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

0,0

0,5

1,0

FALL 2

Agnes 83 år söker för smärta i vänstra delen av bröstet sedan en dag tillbaka. Agnes står på Waran för förmaksflimmer sedan ett tiotal år tillbaka. Behandlas även med Simvastatin 40 mg och Metoprolol 50 mg dagligen efter en liten hjärtinfarkt för 7 år sedan.

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

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

Agnes 83 år söker för smärta i vänstra delen av bröstet sedan en dag tillbaka. Agnes står på Waran för förmaksflimmer sedan ett tiotal år tillbaka. Behandlas även med Simvastatin 40 mg och Metoprolol 50 mg dagligen efter en liten hjärtinfarkt för 7 år sedan.

Agnes har inte ramlat eller gjort illa sig. Hon visar med handen att smärtan sitter vid nedre laterala delen av bröstet på vänster sida. Hon upplever ingen rörelse eller andningskorrelation. Smärtan är blixtrande/huggande och intensiv till karaktären. Hjärtstatus visar oregelbunden rytm med frekvens 70/minut men i övrigt ua. Lungstatus är utan anmärkning. Blodtrycket är 150/95 mm Hg.

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

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

Agnes 83 år söker för smärta i vänstra delen av bröstet sedan en dag tillbaka. Agnes står på Waran för förmaksflimmer sedan ett tiotal år tillbaka. Behandlas även med Simvastatin 40 mg och Metoprolol 50 mg dagligen efter en liten hjärtinfarkt för 7 år sedan.

Agnes har inte ramlat eller gjort illa sig. Hon visar med handen att smärtan sitter vid nedre laterala delen av bröstkorgen på vänster sida. Hon upplever ingen rörelse eller andningskorrelation. Smärtan är blixtrande/huggande och intensiv till karaktären. Hjärtstatus visar oregelbunden rytm med frekvens 70/minut men i övrigt ua. Lungstatus är utan anmärkning. Blodtrycket är 150/95 mm Hg.

Mammae och lymfkörtelstationer palperas ua. Buken palperas mjuk och utan resistenser. Vid undersökningen lyckas du inte framkalla någon smärta vid revbenskompression. Normal rörlighet i bröstryggen.

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

0,0
0,5
1,0

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

0,0
0,5
1,0



Agnes kommer tillbaka efter två veckor. När du hämtar henne i väntrummet ser du att hon har svårt att resa sig från stolen. Hon har inte längre besvär med smärtan hon sökte för ursprungligen. Sedan en vecka har hon problem med generell muskelvärk och trötthet. Under anamnesen framkommer att hon har ont i stora muskelgrupper. Hon har inte haft någon hosta, feber eller andra infektionstecken. Aptiten har blivit sämre men magen sköter sig som vanligt.

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

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

Agnes kommer tillbaka efter två veckor. När du hämtar henne i väntrummet ser du att hon har svårt att resa sig från stolen. Hon har inte längre besvär med smärtan hon sökte för ursprungligen. Sedan en vecka har hon problem med generell muskelvärk och trötthet. Under anamnesen framkommer att hon har ont i stora muskelgrupper. Hon har inte haft någon hosta, feber eller andra infektionstecken. Aptiten har blivit sämre men magen sköter sig som vanligt.

Agnes berättar att hon har muskelvärk dygnet runt men upplever sig mer stel på morgonen. Hon bor ensam men dottern bor på granngården. Agnes vill inte bli inlagd. Dottern har gett henne Diclofenac men det hjälpte inte särskilt mycket. I status noteras inskränkt rörlighet pga smärta i skuldergördel/axlar. Normalt ledstatus. Ingen palpatorisk muskelömhets. Neurologi och allmänstatus i övrigt ua, men du noterar en knöl på höger överarm (se bild)

**2:5:1 Vad är detta? (bild på biceps longus-ruptur)
Hur behandlar du detta tillstånd? Motivera. (1 p)**

0,0
0,5
1,0



Du tar akutprover där SR visar sig vara 70 mm och Hb 114 g/l.

**2:5:2 Vilken är den troliga diagnosen?
Ange även alternativa orsaker till Agnes muskelvärk (1 p)**

0,0
0,5
1,0

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

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

Du bedömer att det sannolikt rör sig om polymyalgia reumatica. Som differentialdiagnoser överväger du rabdomyolys, dvs muskelcellssönderfall, som biverkan till simvastatin. Även polymyosit ska övervägas. S-CK är dock normalt vilket i praktiken utesluter differentialdiagnoserna. Kreatinin är 97. Urinstickan är blank och PK-INR är 2.8.

2:6:1 Du går tillbaka i journalen och ser att Agnes för ca 5 månader sedan hade 80 i serumkreatinin. Vad tror du kreatininstegringen beror på? (1 p)

0,0
0,5
1,0

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! (1p)

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

0,0
0,5
1,0

Agnes 83 år söker för smärta i vänstra delen av bröstet sedan en dag tillbaka. Agnes står på Waran för förmaksflimmer sedan ett tiotal år tillbaka. Behandlas även med Simvastatin 40 mg och Metoprolol 50 mg dagligen efter en liten hjärtinfarkt för 7 år sedan.

Agnes har inte ramlat eller gjort illa sig. Hon visar med handen att smärtan sitter vid nedre laterala delen av bröstkorgen på vänster sida. Hon upplever ingen rörelse eller andningskorrelation. Smärtan är blixtrande/huggande och intensiv till karaktären. Hjärtstatus visar oregelbunden rytm med frekvens 70/minut men i övrigt ua. Lungstatus är utan anmärkning. Blodtrycket är 150/95 mm Hg.

Mammae och lymfkörtelstationer palperas ua. Buken palperas mjuk och utan resistenser. Vid undersökningen lyckas du inte framkalla någon smärta vid revbenskompression. Normal rörlighet i brösttryggen.

Agnes kommer tillbaka efter två veckor. När du hämtar henne i väntrummet ser du att hon har svårt att resa sig från stolen. Hon har inte längre besvär med smärtan hon sökte för ursprungligen. Nu har hon problem med generell muskelsmärta och trötthet. Under anamnesen framkommer att hon har ont i stora muskelgrupper. Hon har inte haft någon hosta, feber eller andra infektionstecken. Aptiten har blivit sämre men magen sköter sig som vanligt.

Agnes berättar att hon har muskelsmärta dygnet runt men upplever sig mer stel på morgonen. Hon bor ensam men dottern bor på granngården. Agnes vill inte bli inlagd. Dottern har gett henne Diclofenac men det hjälpte inte särskilt mycket. I status noteras inskränkt rörlighet pga smärta i skuldergördel/axlar. Normalt ledstatus. Ingen palpatorisk muskelömheter. Neurologi och allmänstatus i övrigt ua, men du noterar en knöl på höger överarm.

Du bedömer att det sannolikt rör sig om polymyalgia reumatica. Som differentialdiagnoser överväger du rabdomyolys, dvs muskelcellssönderfall, som biverkan till simvastatin. Även polymyositis ska övervägas. S-CK är dock normalt vilket i praktiken utesluter differentialdiagnoserna. Kreatinin är 97. Urinstickan är blank och PK-INR är 2.8.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

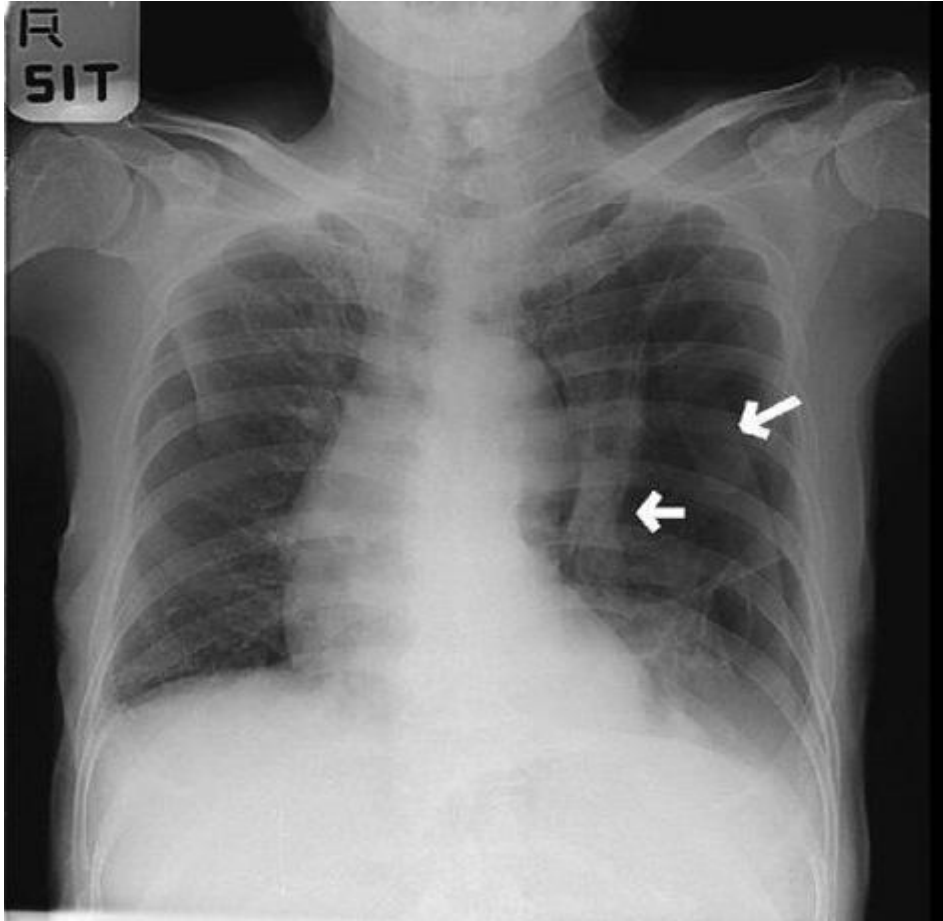
Det är viktigt att titrera ut minsta effektiva dos och att smyga ut behandlingen för att minska risken för en komplikation. Vilken? (1 p)

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

FALL 3

Du gör din AT-tjänstgöring på ett litet mellansvenskt sjukhus och har precis börjat sista veckan på Kirurgen. Akutläkarna har idag på måndagsmorgonen lagt in 2 nya jourfall på din avdelning. Överrapporteringen från akutläkarna har varit lite bristfällig eftersom nattens kirurgjour haft mycket annat att stå i på morgontimmarna. Laborationsprover samt vissa röntgenundersökningar skall vara beställda men inte kontrollerade. Överläkaren på din avdelning ber dig börja med rondens eftersom hon måste skynda sig till operationsavdelningen. Du börjar rondens med avdelningssköterskan.

Patient 1 (11 p)



Inkomstorsak; Trafikolycka.

28-årig man med kraftig övervikt. Socialt; Bor i lägenhet, något av en ensamvarg. Röker ej och har astma. Har dålig ork och skyller på sin fetma. Opererat polyper som barn. Även en nyupptäckt sfärocytos med måttlig splenomegali. Läkemedel; Astmamediciner.

Aktuellt; Föregående kväll skulle patienten åka och handla i sin bil. Sittandes obältad blev han påkörd av en annan bil när han stannat vid en korsning. Vid sammanstötningen träffade han ratten snett mot magen och bröstkorgen men han förlorade inte medvetandet. Det gjorde dock väldigt ont och smärtan har bara förvärrats sedan dess. Även värk i vänster axel och tror att han måste ha sträckt sig.

Status: AT Orienterad x3, BMI 37, lite blek. Cor RR, inga blåsljud. Puls 90, BT 118/80. Perifera pulsar u.a. Pulm; Liksidiga andningsljud med basala krepitationer. Buk Rejält adipös och svårundersökt.

Ömmar upptill och eventuellt mer på vänster sida. PR; Prostata u.a. Normalfärgad lite hård avföring i ampullen, inget blod. Lokalt; Halvmåneformat hematoma i huden över vänster thoraxväggs framsida.

Ömmar vid bimanuell kompression till vänster lateralt i thorax. Hudavskrap på knäna bilateralt.

Lab; B-Hb 88 g/L (ref 120-170), B-TPK 250 10E9/L (ref 145-348), B-EVF 35 (ref 0,39-0,50) B-LPK 11 10E9/L (ref 3,5-8,8), ERY-MCV 75 fL (ref 82-98), P-ALAT 0,41 ukat/L (ref <1,1), P-ASAT 0,39 ukat/L (ref <75), P-Bilirubin tot 40 mmol/l (ref 5-25) P-Kreatinin 66 umol/l (ref 60-105), P-Kalium 4,9 mmol/L (3,6-4,6) , P-Natrium 140 mmol/L (ref 137-145)

3:1:1 Vilka 2 rimliga förklaringar finns det för patientens anemi? (1 p)

0,0
0,5
1,0

3:1:2 Vilken eller vilka skador misstänker du? (1 p)

0,0
0,5
1,0

3:1:3 Vilken undersökningsmetod väljer du och varför? (1 p)

0,0
0,5
1,0

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

0,0
0,5
1,0

28-årig man med kraftig övervikt. Socialt; Bor i lägenhet, något av en ensamvarg. Röker ej och har astma. Har dålig ork och skyller på sin fetma. Opererat polyper som barn. Även en nyupptäckt sfärocytos med måttlig splenomegali. Läkemedel; Astmamediciner.

Aktuellt; Föregående kväll skulle patienten åka och handla i sin bil. Sittandes obältad blev han påkörd av en annan bil när han stannat vid en korsning. Vid sammanstötningen träffade han ratten snett mot magen och bröstkorgen men han förlorade inte medvetandet. Det gjorde dock väldigt ont och smärtan har bara förvärrats sedan dess. Även värk i vänster axel och tror att han måste ha sträckt sig.

Status: AT Orienterad x3, BMI 37, lite blek. Cor RR, inga blåsljud. Puls 90, BT 118/80. Perifera pulsar u.a. Pulm; Liksidiga andningsljud med basala krepirationer. Buk Rejält adipös och svårundersökt. Ömmar upptill och eventuellt mer på vänster sida. PR; Prostata u.a. Normalfärgad lite hård avföring i ampullen, inget blod. Lokalt; Halvmåneformat hematoma i huden över vänster thoraxväggs framsida. Ömmar vid bimanuell kompression till vänster lateralt i thorax. Hudavskrap på knäna bilateralt.

Lab; B-Hb 88 g/L (ref 120-170), B-TPK 250 10E9/L (ref 145-348), B-EVF 35 (ref 0,39-0,50) B-LPK 11 10E9/L (ref 3,5-8,8), ERY-MCV 75 fL (ref 82-98), P-ALAT 0,41 ukat/L (ref <1,1), P-ASAT 0,39 ukat/L (ref <75), P-Bilirubin tot 40 mmol/l (ref 5-25) P-Kreatinin 66 umol/l (ref 60-105), P-Kalium 4,9 mmol/L (3,6-4,6), P-Natrium 140 mmol/L (ref 137-145)

Anemin kan bero på blödning alternativt hemolytisk anemi pga sfärocytosen. På denna patient är CT-buk att rekommendera framför ultraljud pga. adipositas. Du misstänker i första hand en mjältruftur men även kanske costafaktur, sternumfraktur eller leverruptur.

Man måste tänka på aortaruptur vid högenergiskt thoraxtrauma. Röntgen hos denna patient visade inget breddökat mediastinum och ingen misstanke fanns på aortaskada.

CT av thorax och buk visar en förstorad mjälte och en mjältruftur. En synlig revbensfraktur med en benbredds felställning samt en minimal pneumothorax på vänster sida som mäter 1 cm apikalt. Som bifynd noteras ett flertal stenar i gallblåsan.

3:2:1 Hur skulle du vilka behandla en patient med mjältruftur som är helt stabil i puls, blodtryck, andning och där upprepad Hb-kontroll inte talar för pågående blödning? (1 p)

0,0

0,5

1,0

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

0,0

0,5

1,0

Du kallar genast på dagbakjouren på kirurgen och narkosjouren. Patienten är blek, kladdig och kall. Du känner på radialispulsen som är trådsomal och svår att finna. Du tänker ABC och hjälper till att sätta två grova infarter i vardera arm (rosa nål) och kopplar syrgas.

Du har nu fått hjälp och patienten svarar bra på infusion Ringer-Acetat, kvicknar till och återfår medvetandet. Blodtrycket är 100/70 och pulsen 88.

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

0,0
0,5
1,0

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

0,0
0,5
1,0

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

0,0
0,5
1,0

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

0,0
0,5
1,0

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

0,0
0,5
1,0

EPILOG:

Patienten bör så småningom splenectomeras då han lider av splenomegali pga. sfärocytosen med sönderfall av röda blodkroppar. För en mindre mjältraktur, hos för övrigt frisk och cirkulatoriskt stabil patient, kan man behandla konservativt (d.v.s. utan operation) under regelbunden övervakning med regelbundna kontroller av Hb, puls och blodtryck. Glöm inte pneumokockvaccin efter splenectomi. Man kan tänka sig att avlägsna patientens gallblåsa i samma operationsseans.

Bastestet är en elektronisk förenlighetsprovning för patientens blodgrupp inför eventuell blodtransfusion.

En ventilpneumothorax kan orsaka en akut cirkulationskollaps. Lungröntgenkontroll för att se att inte patientens pneumothorax blir större och kräver dränage. Smärtan i vänster axel kan bero på s.k. 'referred pain', d.v.s. smärtutstrålning till axeln pga. blod som retar mot diafragma. En revbensfraktur läker på mellan 6-10 veckor, smärtan som värst efter ca 5-7 dagar. Behandlas med Paracetamol i full dos med tillägg av antingen opioid eller NSAID (lokala traditioner). I svårbehandlade fall kan man ge en lokal intercostalnervsblockad.

Gallstenarna beror troligast på sönderfall av blodkroppar pga sfärocytosen, utfällning till bilirubinstenar i gallblåsan (patienten har förhöjt bilirubin i lab-proverna).

Patient 2 (9 p)



Nästa patient du undersöker är en tidigare, efter hockeytrauma, splenektomerad 23-årig soldat som nyligen vistats i Afghanistan. Hade befattning som skyttesoldat och vistades långa perioder i öknen och bergsområden. Nu hamnat i krogslagsmål och erhållit diverse knytnävsslag och kanske även sparkar mot huvudet och kroppen, minns inte riktigt vad som hände. Mår hyfsat men har huvudvärk och säger att han nog blivit förkyld och känner sig snorig och har lock för öronen.

Status AT; RLS 1, luktar sprit. Övrigt status förutom blåmärken kring ögonen är enligt journalen utan anmärkning (u.a).

Commotiokontroller på avdelningen har varit invändningsfria. Patienten säger att han känner sig ”bakfull” och vill gärna åka hem så fort som möjligt. På hans armar observerar du runda, kraterformade sår och vid förfrågan berättar patienten att de börjat som finnar för en vecka sedan och sedan tillvuxit. Flera soldater på hans pluton hade liknande sår och de trodde att de berodde på insektsbett.

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

0,0
0,5
1,0

Nästa patient du undersöker är en tidigare, efter hockeytrauma, splenektomerad 23-årig soldat som nyligen vistats i Afghanistan. Hade befattning som skyttesoldat och vistades långa perioder i öknen och bergsområden. Nu hamnat i krogslagsmål och erhållit diverse knytnävsslag och kanske även sparkar mot huvudet och kroppen, minns inte riktigt vad som hände. Mår hyfsat men har huvudvärk och säger att han nog blivit förkyld och känner sig snorig och har lock för öronen.

Status AT; RLS 1, luktar sprit. Övrigt status förutom blåmärken kring ögonen är enligt journalen utan anmärkning (u.a). Commotiokontroller på avdelningen har varit invändningsfria. Patienten säger att han känner sig "bakfull" och vill gärna åka hem så fort som möjligt. På hans armar observerar du runda, kraterformade sår och vid förfrågan berättar patienten att de börjat som finnar för en vecka sedan och sedan tillvuxit. Flera soldater på hans pluton hade liknande sår och de trodde att de berodde på insektsbett.

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)

0,0

0,5

1,0

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

0,0

0,5

1,0

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

0,0

0,5

1,0

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

0,0

0,5

1,0

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

0,0

0,5

1,0

Nästa patient du undersöker är en tidigare, efter hockeytrauma, splenektomerad 23-årig soldat som nyligen vistats i Afghanistan. Hade befattning som skyttesoldat och vistades långa perioder i öknen och bergsområden. Nu hamnat i krogslagsmål och erhållit diverse knytnävsslag och kanske även sparkar mot huvudet och kroppen, minns inte riktigt vad som hände. Mår hyfsat men har huvudvärk och säger att han nog blivit förkyld och känner sig snorig och har lock för öronen.

Status AT; RLS 1, luktar sprit. Övrigt status förutom blåmärken kring ögonen är enligt journalen utan anmärkning (u.a). Commotiokontroller på avdelningen har varit invändningsfria. Patienten säger att han känner sig "bakfull" och vill gärna åka hem så fort som möjligt. På hans armar observerar du runda, kraterformade sår och vid förfrågan berättar patienten att de börjat som finnar för en vecka sedan och sedan tillvuxit. Flera soldater på hans pluton hade liknande sår och de trodde att de berodde på insektsbett.

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

0,0

0,5

1,0

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

0,0

0,5

1,0

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

0,0

0,5

1,0

EPILOG:

Indirekta symptom vid skallbasfraktur kan vara; Liquorré från öron, svalg och näsa, lockkänsla för öronen (hematotympanon), kranialnervsskada, palpabel fraktur. Hematom kring mastoidutskottet (Battle's sign). Klar vätska från näsa, svalg eller öron kan kontrolleras med sticka för Glukos. Om positivt fynd talar det för likvorläckage.

Övervakningstiden startar från det att patienten kommer till avdelningen.

På de flesta sjukhus innebär det kontroller en gång varje halvtimme de första 6 timmarna och efter det en gång per timme fram till tolv timmar. Tätare kontroller är oftast svårt att hinna med. Vid svåra fall övervakas patienten på intensivvårdsavdelning. Idealt vore förstas var 15:e minut med tanke på blödningsfysiologin och den snabba tryckstegringen i kraniet.

Vakenhetsgrad enligt RLS. Sänkt medvetande (slö/förvirring, $RLS \geq 2$) är det första tecknet på allvarlig hjärnskada!

Pupillernas storlek, symmetri och ljusreflex.

Grovmotorik i armar och ben samt eventuella pareser kontrolleras.

Cirkulation: Blodtryck och puls kontrolleras.

Behandlingen av skallbasfrakturer är oftast konservativ, d.v.s. behöver inte opereras. Vid liquorläckage (otorre, rinorre) brukar man ibland tillsammans med infektionskliniken ordinera antibiotikaproylax, men detta görs inte rutinmässigt på alla kliniker i landet. Oftast räcker sängläge i några dagar för läckaget ev. i kombination med lumbaldrän. Om persisterande läckage eller felställd benfraktur kan en operation vara nödvändig. De flesta patienter med skallbasfraktur blir helt återställda på sikt.

Du misstänker att patienten blivit biten av sandloppor (också kallad sandmygga eller sandfluga) och smittats med en parasit av familjen Leishmania som orsakar sjukdomen Leishmaniasis som återfinns i störst utsträckning i Afghanistan och som sakta men säkert numera sprider sig i de europeiska medelhavsländerna. Patienten skall remitteras till infektionskliniken för detta.

Postcommotionellt Syndrom (PCS) är kliniska symptom som kvarstår månader efter kraftigt skalltrauma. De vanligaste symptomen är Uttalad trötthet, huvudvärk, minnes- och koncentrationssvårigheter.

Patienten bör avstå från alkohol i några veckor.

FALL 4

Patient A

Du har just avslutat din AT-tjänst och blivit legitimerad läkare och arbetar på Mellanstads hälsocentral. Det är tisdag förmiddag, du har just fikat. Din nästa patient är en 34-årig kvinna. Noteringen på bokningen säger ”ångest”. Tidigare endast ett par besök på hälsocentralen för ÖLI (3 månader sedan) respektive ryggsnitt (2 år sedan). Bland de sociala uppgifterna noteras att patienten är gift, arbetar framgångsrikt som mellanstadielärare på ortens skola, har två barn (5 resp 2 år). Ingen pågående medicinering noterad på läkemedelslistan. Innan du träffar patienten funderar du helt automatiskt på diagnostisering av ångestsyndrom.

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)

0,0

0,5

1,0

Du har just avslutat din AT-tjänst och blivit legitimerad läkare och arbetar på Mellanstads hälsocentral. Det är tisdag förmiddag, du har just fikat. Din nästa patient är en 34-årig kvinna. Noteringen på bokningen säger ”ångest”. Tidigare endast ett par besök på hälsocentralen för ÖLI (3 mån sedan) respektive ryggskott (2 år sedan). Bland de sociala uppgifterna noteras att patienten är gift, arbetar framgångsrikt som mellanstadielärare på ortens skola, har två barn (5 resp 2 år). Ingen pågående medicinering noterad på läkemedelslistan.

Patienten kommer in i rummet. Du tar upp anamnesen och observerar patienten. Patienten berättar att ångesten har börjat för ungefär ett halvår sedan och har med tiden ökat. Just nu vaknar patienten varje morgon med ångest: hjärklappning, dunkande puls, lätt andnöd, tankar av oro, känsla av hotande katastrof. Patienten vill helst inte gå till jobbet, men tvingar sig att gå upp och genomföra morgonrutinerna, gå till jobbet. Detta minska ångesten och gör den hanterbar.

På jobbet är patienten rädd att misslyckas, undviker kontakter med kollegorna. Inför klassen är ångesten betydligt mindre, men hon har själv noterat att hon inte arbetar lika bra och effektivt som tidigare. Framåt kvällen blir ångesten mer uttalad och patienten har svårt att somna. Hon vaknar ofta vid 3 – 4 tiden och har svårt att somna om. Patienten har inte provat medicinera med något läkemedel, men har noterat att två - tre glas vin dämpar ångesten. Patienten vill dock inte använda alkohol i detta syfte, är rädd att bli alkoholist. Patienten har en bror som dricker för mycket.

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

0,0
0,5
1,0

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

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

0,0
0,5
1,0

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)

0,0
0,5
1,0

Du har just avslutat din AT-tjänst och blivit legitimerad läkare och arbetar på Mellanstads hälsocentral. Det är tisdag förmiddag, du har just fikat. Din nästa patient är en 34-årig kvinna. Noteringen på bokningen säger ”ångest”. Tidigare endast ett par besök på hälsocentralen för ÖLI (3 mån sedan) respektive ryggsnitt (2 år sedan). Bland de sociala uppgifterna noteras att patienten är gift, arbetar framgångsrikt som mellanstadie lärare på ortens skola, har två barn (5 resp 2 år). Ingen pågående medicinering noterad på läkemedelslistan.

Patienten kommer in i rummet. Du tar upp anamnesen och observerar patienten. Patienten berättar att ångesten har börjat för ungefär ett halvår sedan och har med tiden ökat. Just nu vaknar patienten varje morgon med ångest: hjärklappning, dunkande puls, lätt andnöd, tankar av oro, känsla av hotande katastrof. Patienten vill helst inte gå till jobbet, men tvingar sig att gå upp och genomföra morgonrutinerna, gå till jobbet. Detta minskar ångesten och gör den hanterbar.

På jobbet är patienten rädd att misslyckas, undviker kontakter med kollegorna. Inför klassen är ångesten betydligt mindre, men hon har själv noterat att hon inte arbetar lika bra och effektivt som tidigare. Framåt kvällen blir ångesten sämre och patienten har svårt att somna. Hon vaknar ofta vid 3 – 4 tiden och har svårt att somna om. Patienten har inte provat medicinera med något läkemedel, men har noterat att två - tre glas vin dämpar ångesten. Patienten vill dock inte använda alkohol i detta syfte, är rädd att bli alkoholist. Har en bror som dricker för mycket.

Du uppfattar att du har fullgoda skäl för att ställa diagnosen ”generaliserat ångestsyndrom”. AUDIT ger endast 3 poäng, vilket talar starkt emot att patienten skulle missbruka alkohol. Du noterar att ångesten har påverkat patientens funktion och att den representerar ett tydligt lidande. Ångesten är – i alla fall till en del – avledbar. Du har inte fått fram någon lätt identifierbar orsak till ångesten (trauma, kris, somatisk sjukdom, mm).

Innan du bestämmer dig för en behandling ska du bedöma suicidrisken. Patienten förnekar suicidtankar, men säger att hon inte vill leva med denna ångest.

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

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

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)

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

Epilog Patient A:

Patienten fick behandling med Sertralin och Zopiklon. Sertralin trappades upp från 25 mg till 100mg/dygn inom loppet av två veckor. Patienten fick 10 tabletter Zopiklon att använda vid behov. Du remitterade patienten till en psykolog för KBT.

Du ringde patienten efter två veckor och diskuterade hennes biverkningar, som var milda. Hon hade då endast en måttlig effekt av läkemedlet. Patienten kom på återbesök efter ytterligare 4 veckor och mådde då betydligt bättre, var i det närmaste symtomfri. Hon hade då 2 tabletter Zopiklon kvar. Kognitiv beteendeterapi (KBT) skulle starta 4 veckor senare. Du planerade behandlingen för 12 månader, i alla fall till dess att KBT var klar. Eftersom patienten skulle träffa psykologen under denna tid planerade du ett nytt återbesök efter cirka 1 år efter det första besöket i syfte att bedöma om behandling med Sertralin skulle vara kvar eller om den skulle avslutas.

Patient B

Du har just fått din legitimation som läkare och vikarierar nu på den psykiatriska kliniken akutteam. Till mottagningen kommer en 42 årig man med sin sambo.

Genomläsning av journalen ger följande fakta: patienten vårdas för ett avancerat opiatberoende med substitutionsbehandling med metadon via opiatmottagningen sedan 4 år. Under hela denna tid fungerat mycket väl, alla urintoxikologiska prover (utom de tre första för 4 år sedan) har varit utan tecken på intag av droger. Har eget företag, ett vårdshus, som han och sambon sköter och som de försörjer sig väl på. Har tre barn som går i skola. Regelbunden kontakt med socialtjänsten som utvärderar behandlingen. Får sina läkemedel veckovis på opiatmottagningen, lämnar då även urinprover.

Sedan cirka 3 månader noteras i opiatmottagningens journal att patienten ter sig mer nedstämd. Patienten har vid läkarsamtal för två månader sedan dock avböjt behandling med SSRI mot depression. Patienten berättar att han nu söker eftersom sambon uppfattar att han är uppvarvad, okoncentrerad och att han inte avslutar det han påbörjar. Detta tillstånd har pågått sedan 5 dagar. Vid besöket uppger sambon att hon tycker att patienten inte mår bra. Patienten själv tycker att han är i fin form: han säger att han är effektiv, behöver inte sova så mycket, är pigg och ”har mycket på gång”. Sambon säger att hon inte tycker om att patienten kramar om den kvinnliga serveringspersonalen och att han är så flirtig. Patienten kontrar med att sambon så ofta har huvudvärk och att han ”har sina behov”. Det märks dock tydligt att relationen mellan sambon och patienten är bra, de är öppna mot varandra och har en tydlig kommunikation.

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

0,0
0,5
1,0

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

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

Till mottagningen kommer en 42 årig man med sin sambo.

Genomläsning av journalen ger följande fakta: patienten vårdas för ett avancerat opiatberoende med substitutionsbehandling med metadon via opiatmottagningen sedan 4 år. Under hela denna tid fungerat mycket väl, alla urintoxikologiska prover (utom de tre första för 4 år sedan) har varit utan tecken på intag av droger. Har eget företag, ett vårdshus, som han och sambon sköter och som de försörjer sig väl på. Har tre barn som går i skola. Regelbunden kontakt med socialtjänsten som utvärderar behandlingen. Får sina läkemedel veckovis på opiatmottagningen, lämnar då även urinprover.

Sedan cirka 3 månader noteras i opiatmottagningens journal att patienten ter sig mer nedstämd. Patienten har vid läkarsamtal för två månader sedan dock avböjt behandling med SSRI mot depression. Patienten berättar att han nu söker eftersom sambon uppfattar att han är uppvarvad, okoncentrerad och att han inte avslutar det han påbörjar. Detta tillstånd har pågått sedan 5 dagar. Vid besöket uppger sambon att hon tycker att patienten inte mår bra. Patienten själv tycker att han är i fin form: han säger att han är effektiv, behöver inte sova så mycket, är pigg och ”har mycket på gång”. Sambon säger att hon inte tycker om att patienten kramar om den kvinnliga serveringspersonalen och att han är så flirtig. Patienten kontrar med att sambon så ofta har huvudvärk och att han ”har sina behov”. Det märks dock tydligt att relationen mellan sambon och patienten är bra, de är öppna mot varandra och har en tydlig kommunikation.

Du misstänker bipolär sjukdom eftersom patienten uppvisade dokumenterade depressiva symtom och nu ter sig manisk. Han har under lång tid varit dokumenterat drogfri och han och sambon har haft en hög funktionsgrad fram till för ett antal månader sedan. Man kan dock misstänka en begynnande psykos eller effekt av ett enstaka intag av centralstimulantia eller en manisk episod.

4:5:1 Vad är skillnaden mellan en manisk och en hypoman episod?

Ange två särskiljande egenskaper! (1 p)

0,0
0,5
1,0

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

0,0
0,5
1,0

Till mottagningen kommer en 42 årig man med sin sambo.

Genomläsning av journalen ger följande fakta: patienten vårdas för ett avancerat opiatberoende med substitutionsbehandling med metadon via opiatmottagningen sedan 4 år. Under hela denna tid fungerat mycket väl, alla urintoxikologiska prover (utom de tre första för 4 år sedan) har varit utan tecken på intag av droger. Har eget företag, ett vårdshus, som han och sambon sköter och som de försörjer sig väl på. Har tre barn som går i skola. Regelbunden kontakt med socialtjänsten som utvärderar behandlingen. Får sina läkemedel veckovis på opiatmottagningen, lämnar då även urinprover.

Sedan cirka 3 månader noteras i opiatmottagningens journal att patienten ter sig mer nedstämd. Patienten har vid läkarsamtal för två månader sedan dock avböjt behandling med SSRI mot depression. Patienten berättar att han nu söker eftersom sambon uppfattar att han är uppvarvad, okoncentrerad och att han inte avslutar det han påbörjar. Detta tillstånd har pågått sedan 5 dagar. Vid besöket uppger sambon att hon tycker att patienten inte mår bra. Patienten själv tycker att han är i fin form: han säger att han är effektiv, behöver inte sova så mycket, är pigg och ”har mycket på gång”. Sambon säger att hon inte tycker om att patienten kramar om den kvinnliga serveringspersonalen och att han är så flirtig. Patienten kontrar med att sambon så ofta har huvudvärk och att han ”har sina behov”. Det märks dock tydligt att relationen mellan sambon och patienten är bra, de är öppna mot varandra och har en tydlig kommunikation.

Du misstänker bipolär sjukdom eftersom patienten uppvisade dokumenterade depressiva symtom och nu ter sig manisk. Han har under lång tid varit dokumenterat drogfri och han och sambon har haft en hög funktionsgrad fram till för ett antal månader sedan. Man kan dock misstänka en begynnande psykos eller effekt av ett enstaka intag av centralstimulantia eller en manisk episod.

Urinprovet visar att patienten inte har några droger i urinprovet. Frånvaro av andra symtom gör det osannolikt att patienten har en hypertyreos. Du vet också, att opiatmottagningen inte behandlar annan psykiatrisk samsjuklighet, så du ringer dem och berättar att du gör ett behandlingsförsök.

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

0,0
0,5
1,0

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)

0,0
0,5
1,0

Genomläsning av journalen ger följande fakta: patienten vårdas för ett avancerat opiatberoende med substitutionsbehandling med metadon via opiatmottagningen sedan 4 år. Under hela denna tid fungerat mycket väl, alla urintoxikologiska prover (utom de tre första för 4 år sedan) har varit utan tecken på intag av droger. Har eget företag, ett vårdshus, som han och sambon sköter och som de försörjer sig väl på. Har tre barn som går i skola. Regelbunden kontakt med socialtjänsten som utvärderar behandlingen. Får sina läkemedel veckovis på opiatmottagningen, lämnar då även urinprover.

Sedan cirka 3 månader noteras i opiatmottagningens journal att patienten ter sig mer nedstämd. Patienten har vid läkarsamtal för två månader sedan dock avböjt behandling med SSRI mot depression. Patienten berättar att han nu söker eftersom sambon uppfattar att han är uppvarvad, okoncentrerad och att han inte avslutar det han påbörjar. Detta tillstånd har pågått sedan 5 dagar. Vid besöket uppger sambon att hon tycker att patienten inte mår bra. Patienten själv tycker att han är i fin form: han säger att han är effektiv, behöver inte sova så mycket, är pigg och ”har mycket på gång”. Sambon säger att hon inte tycker om att patienten kramar om den kvinnliga serveringspersonalen och att han är så flirtig. Patienten kontrar med att sambon så ofta har huvudvärk och att han ”har sina behov”. Det märks dock tydligt att relationen mellan sambon och patienten är bra, de är öppna mot varandra och har en tydlig kommunikation.

Du misstänker bipolär sjukdom eftersom patienten uppvisade dokumenterade depressiva symtom och nu ter sig manisk. Han har under lång tid varit dokumenterat drogfri och han och sambon har haft en hög funktionsgrad fram till för ett antal månader sedan. Man kan dock misstänka en begynnande psykos eller effekt av ett enstaka intag av centralstimulantia eller en manisk episod.

Urinprovet visar att patienten inte har några droger i urinprovet. Frånvaro av andra symtom gör det osannolikt att patienten har en hypertyreos. Du vet också, att opiatmottagningen inte behandlar annan psykiatrisk samsjuklighet, så du ringer dem och berättar att du gör ett behandlingsförsök.

Du inleder behandlingen med att förskriva – mot de akuta symtomen – ett neuroleptikum. Som långsiktig behandling påbörjar du, efter vederbörlig provtagning, behandling med Litium. Patienten har körkort, är jägare och har vapenlicens.

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
- Nej

Motivering:

0,0
0,5
1,0

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
- Nej

Motivering:

0,0
0,5
1,0

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
- Nej

Motivering:

0,0
0,5
1,0

Epilog Patient B:

Patientens bipolära sjukdom behandlades framgångsrikt med en initial kombination av olanzapin och litium. Efter 7 månader hade patienten samma funktionsnivå som tidigare. Sedermera visade sig att patienten hade milda depressiva episoder då och då, men endast en hypoman episod under de 4 efterföljande åren. Patienten är kontinuerlig missbruksfri (nu på 9:e året), och är en framgångsrik vårdshusvärd någonstans i Sverige.