

Examination efter läkares allmäntjänstgöring
- Skriftligt prov

RÄTTNINGSMALL TILL AT-PROV DEN 24 MAJ 2013

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

Rättningsmall Kirurgifrågan 20 poäng

1:1:1 Hur förklarar du för patienten tillvägagångssättet för en rutinmässig gastric bypass i Sverige 2013 (ej sleeve, ej duodenal switch)? Beskriv huvuddragen av en sådan operation. Strukturera ditt svar! (2p)

Laparoskopiskt (1p), korrekt förklaring (1p).

1:1:2. Patienten är intresserad och vill att du remitterar till en kirurgisk klinik för bedömning. Du förklarar då att man i Sverige följer strikta kriterier för vilka som kan accepteras för överviktskirurgi. Nämn fyra (4) sådana kriterier. (max 2p)

Förstår principer för behandlingen (0,5p), inser nödvändigheten av postop kontroller (0,5p), vikten av postop substitution (0,5p), kost- och motionsvanor (0,5p), frånvaro av drogmissbruk 2 år preop (0,5p), svår mental sjukdom som inte svarat på behandling (inklusive personlighetsstörningar, ätstörningar)(0,5p), BMI >35 (0,5p).

1:1:3 Vilka riskfaktorer med avseende på eventuell kirurgi och det postoperativa förloppet bör efterfrågas och omnämnas i remissen till kirurgmottagningen hos en patient som denna? (max1p)

Blödningsbenägenhet (0,5p), tromboser i den egna sjukhistorien eller i familjen (0,5p), p-piller (0,5p), rökning (0,5p).

1:2:1 Innan du skriver remissen undersöker du patienten. Hon är 170 cm lång och väger 102 kg. Vad är hennes body mass index (BMI)? Visa uträkningen. (1p)

BMI=35,3.

1:2:2 Du fördjupar anamnesen och efterfrågar tillstånd och besvär som kan vara associerade med fetma och ökar indikationen för kirurgi. Nämn 4 (fyra) sådana tillstånd och hur man utreder dessa. (max 2p)

Typ 2-diabetes (0,5p), sömnapné (0,5p), hypertoni (0,5p), dyslipidemi (0,5p), smärta i vikt bärande leder inklusive nacke och rygg (0,5p), infertilitet (0,5p), urininkontinens (0,5p), gastroesofageal reflux (0,5p).

1:2:3 Patienten accepteras för kirurgi. Operationen går bra, men tre dagar senare återkommer hon och klagar på lätt smärta i ena underbenet. Vad misstänker du i första hand och hur vill du gå vidare? Motivera! (2p)

DVT med tanke på habitus, operation, rökning och konvalescens. Utredds med ultraljud/duplex eller flebografi.

1:3:1 Vilket tillstånd måste uteslutas med hänsyn till den operation patienten genomgått? Motivera och förklara patogenes! (2p)

Inre herniering (1p). Tunntarm som hernierar in genom onaturliga bräckportar skapade av operationen efter uttalad vikt nedgång (1p).

1:3:2 Vilken typ av bilddiagnostisk utredning beställer du? Motivera! (max 2p)

DT buk med kontrast (1p). DT buk utan kontrast (0,5p). UL, MR, BÖS (0p). DT är numer en ganska snabb undersökning, som ger god överblick (0,5p) i bukhålan och lilla bäckenet. DT med kontrast möjliggör bedömning av cirkulationen i centrala kärl (0,5p) och, som i det här fallet, perfusionen till tarmen.

1:3:3 Röntgenjouren ringer och meddelar dig att undersökningen får anstå till följande dag. Vad svarar du? Motivera (1p)

Du svarar röntgenjouren att du bedömer detta som ett potentiellt livshotande tillstånd och att patienten därför måste ges högsta möjliga prioritet.

1:4:1 Beskriv huvuddragen av din fortsatta medicinska handläggning av patienten på akutmottagningen. Strukturera ditt svar! (max 3p)

V-sond (1p), uppvätskning (1p), blodgruppering och bastest (1p), antibiotikaproylax (1p), analgesi (1p).

1:4:2 Narkosjouren ringer och föreslår att patienten ges en EDA (epidural anestesi) inför operationen. Hur fungerar det och varför skulle det kunna vara av värde här? (max 2p)

Kateterburen ryggbedövning genom vilken lokalanestetikum eller opioider ges (1p). Effektiv analgesi postoperativt (0,5p), underlättar mobilisering (0,5p), minskar behovet av po eller iv opioider postoperativt (0,5p). En nackdel är att pat måste bära KAD under pågående EDA, då urinblåsan blir funktionellt denerverad.

Rättningsmall Psykiatrifrågan 20 poäng

2.1.1 Vad är den mest sannolika diagnosen? Motivera ditt svar! (1p)

Paniksyndrom/ångestattacker. Symptombild enligt kriterier i DSM-IV.

2.1.2 Vad är viktigt att komplettera anamnesen med? Motivera! (3p)

Utesluta somatisk orsak (EKG, blodstatus, tyreoidaprover)

Psykiatrisk; hereditet, depressiva markörer, missbruk (alkohol, narkotika), suicidalitet(tankar, planer, tidigare försök).

2.2.1 Vad föreslår du för *evidensbaserad* behandling utöver livsstilsförändring för Kalle för att hjälpa honom på sikt? (2p)

KBT (terapeut/datorbaserad) och/eller SSRI är förstahandsvalet för evidensbaserad behandling av paniksyndrom/ångest.

2.2.2 Hur uppfattar du Kalles alkoholkonsumtion? Nämn två strukturerade instrument att penetrera alkoholanamnes med? (2p)

Över riskbruk(>60cl starksprit/vecka) samt även kriterier för intensivkonsumtion (>20cl starksprit/tillfälle). AUDIT, CAGE.

2.3.1 Du är bekymrad över Kalles alkoholkonsumtion och gör bedömningen att det föreligger ett alkoholberoende. För att framgångsrikt hjälpa honom att bli av med sin panikångest måste du också behandla hans alkoholberoende. Beskriv två olika läkemedelsbehandlingar samt två andra behandlingsmetoder för att *evidensbaserat* behandla alkoholberoende/missbruk? (2p)

Naltrexon (oselektiv opioidantagonist)-ökar antalet nyktra dagar, minskar berusningsdrickande.

Akamprosat (blockad NMDA receptorer?)- ökar helnyktra dagar.

Disulfiram (Antabus)-(hämmar nedbrytning av acetaldehyd)-obehag i samband med alkoholintag.

Återfallsprevention- bygger på kognitiv beteendeterapi.

Motivationshöjande samtal.

Tolvstegsprogram.

Community Reinforcement Approach- (CRA)aktivering av patientens nätverk.

2.4.1 Vad är speciellt viktigt att komplettera anamnesen med? Motivera! (2p)

Suicidplaner och tidigare suicidförsök måste penetreras för att kunna göra en fullständig suicidriskbedömning! Förhöjd s-risk är ett psykiatriskt akuttillstånd.

2.4.2 Hur handlägger du ärendet? Motivera ditt svar! (2p)

Inläggning (HSL), ångestdämpande (ex. BZ, hydroxizin, alimemazin), någon form av utökad tillsyn utifrån förhöjd s-risk, bakjourskontakt.

2.5.1 Vad gör du? Motivera ditt svar! (3p)

Vårdintyg (konvertering), kontakta bakjour-informerar om situation, handläggning, ev. utökad tillsyn, extravak? lugnande medicinering (tvångsinjektion?).

VÅRDINTYG

enligt 4 och 11 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 5 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

Detta intyg avser

4 § lagen om psykiatrisk tvångsvård

Börja här

11 § lagen om psykiatrisk tvångsvård

5 § lagen om rättspsykiatrisk vård

Vårdintyget utfärdat den

Rensa

Den undersökte

Efternamn och förnamn		Personnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Utdelningsadress	Postnummer	Postort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Folkbokföringsort		Identiteten styrkt genom	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Läkarens redogörelse för de omständigheter som föranleder vårdbehovet

ANAMNES	BAKGRUND Ange relevanta uppgifter för bedömning av vårdbehovet, t.ex. tidigare ohälsa och vård samt sociala förhållanden
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.6.1 Vilken paragraf i Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) använder du? Vilken ruta kryssar du i (bild)? Motivera varför! (1p)

11 § pga konvertering från HSL till LPT.

2.7.1 Vilka 4 kriterier måste Anna uppfylla för att man skall kunna konvertera Anna från HSL till LPT? (2p)

Allvarlig psykisk störning, nödvändigt behov av psykiatrisk dygnet runt vård, medverkar ej, risk för allvarlig skada (fysisk/psykisk) av sig själv eller andra.

Rättningsmall Internmedicinfrågan 20 poäng

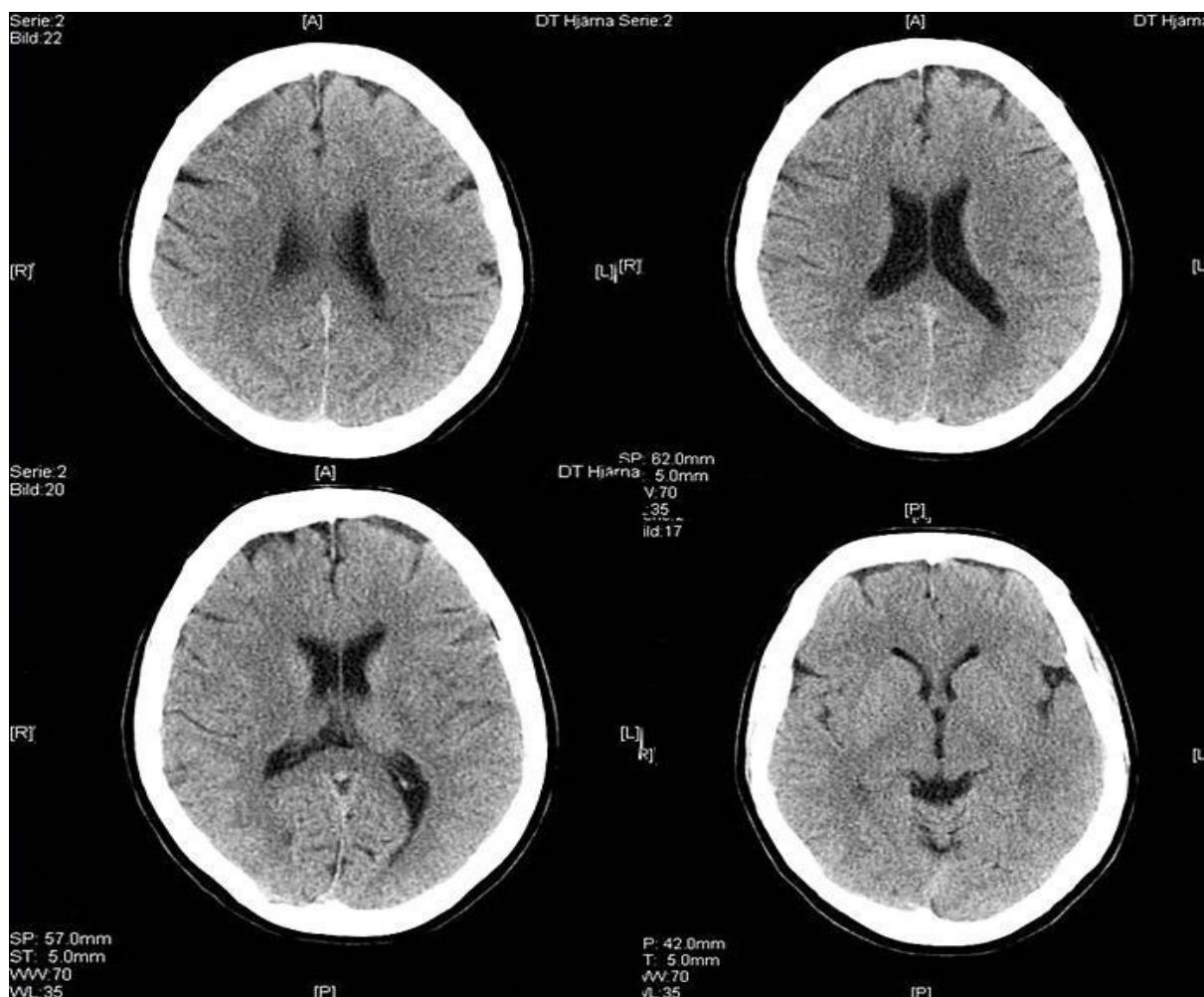
3.1.1 Vad bör göras på akutrummet, vad kan vänta lite? Motivera! (3p)

Du bekräftar stroke-misstanken med ett översiktligt **nerstatus**, remiss till akut **DT-hjärna** (datortomografi), PVK (perifer ven kateter), **stroke-larm** → röntgen.

Time is brain, det är viktigt med **snabb handläggning**.

Eftersom resultaten inte påverkar den akuta handläggningen kan EKG, prover, noggrant NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)samt fördjupad anamnes vänta tills efter DT. Kontakta **bakjour** i tidigt skede för att inte fördröja behandlingen.

3.2.1 Ser du några patologiskt på DT-undersökningen? (1p)



DT är **normal**.

3.3.1 Vad vill du göra akut, och vad kan vänta till senare? Vad gör du med tanke på blodtrycket?

Motivera! (2p)

Patienten har inga kontraindikationer för trombolys, så efter att ha vägt, eller **uppskattat vikten**, diskuterat med **bakjour**, ordinerar du **trombolys**. På en del sjukhus ingår DT-angio i det akuta strokeprotokollet, men det är viktigt att utökad diagnostik inte fördröjer behandlingen.

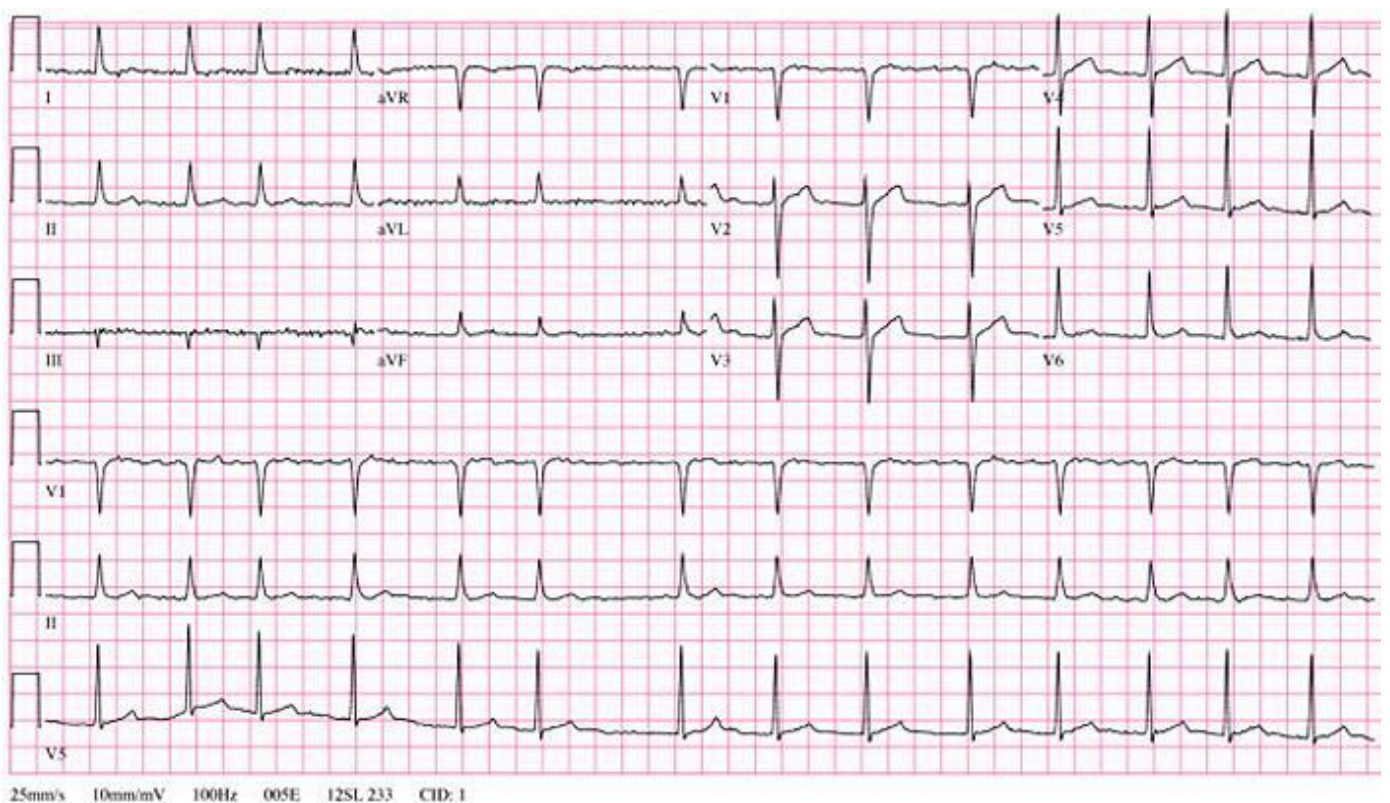
BT behöver inte sänkas akut. Provsvar och EKG kan tas senare då undersökningens resultatet inte påverkar den akuta behandlingen.

3.4.1 Beskriv kortfattat Alteplas verkningsmekanism. (1p)

Alteplas är en plasminogenaktivator, dvs ett glukoprotein, som efter bindning till fibrin aktiverar en till omvandling av **plasminogen** till **plasmin**, vilket i sin tur leder till **upplösning av fibrintromben**

3.5.1 Vad ser du på bifogat EKG? (1p)

Förmaksflimmer.



3.6.1 Vad ger dig detta fynd för information om möjlig uppkomstmekanism till patientens stroke? (1p)

Vid Förmaksflimmer bildas **tromber i vä förmak/hjärtöra** som **transporteras med blodet till hjärnan**

3.6.2 Föreligger indikation för förebyggande farmakologisk behandling? Motivera! (2p)

CHADS₂ -> CHA₂DS₂VASc

CHADS2 Risk	Score
CHF	1
Hypertension	1
Age > 75	1
Diabetes	1
Stroke or TIA	2

CHA2DS2-VASc Risk	Score
CHF or LVEF ≤ 40%	1
Hypertension	1
Age ≥ 75	2
Diabetes	1
Stroke/TIA	2
Vascular Disease	1
Age 65 - 74	1
Female	1

From ESC AF Guidelines

<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/GuidelinesDocuments/guidelines-afib-FT.pdf>

Du använder dig av CHADS riskfaktor värderings instrument.

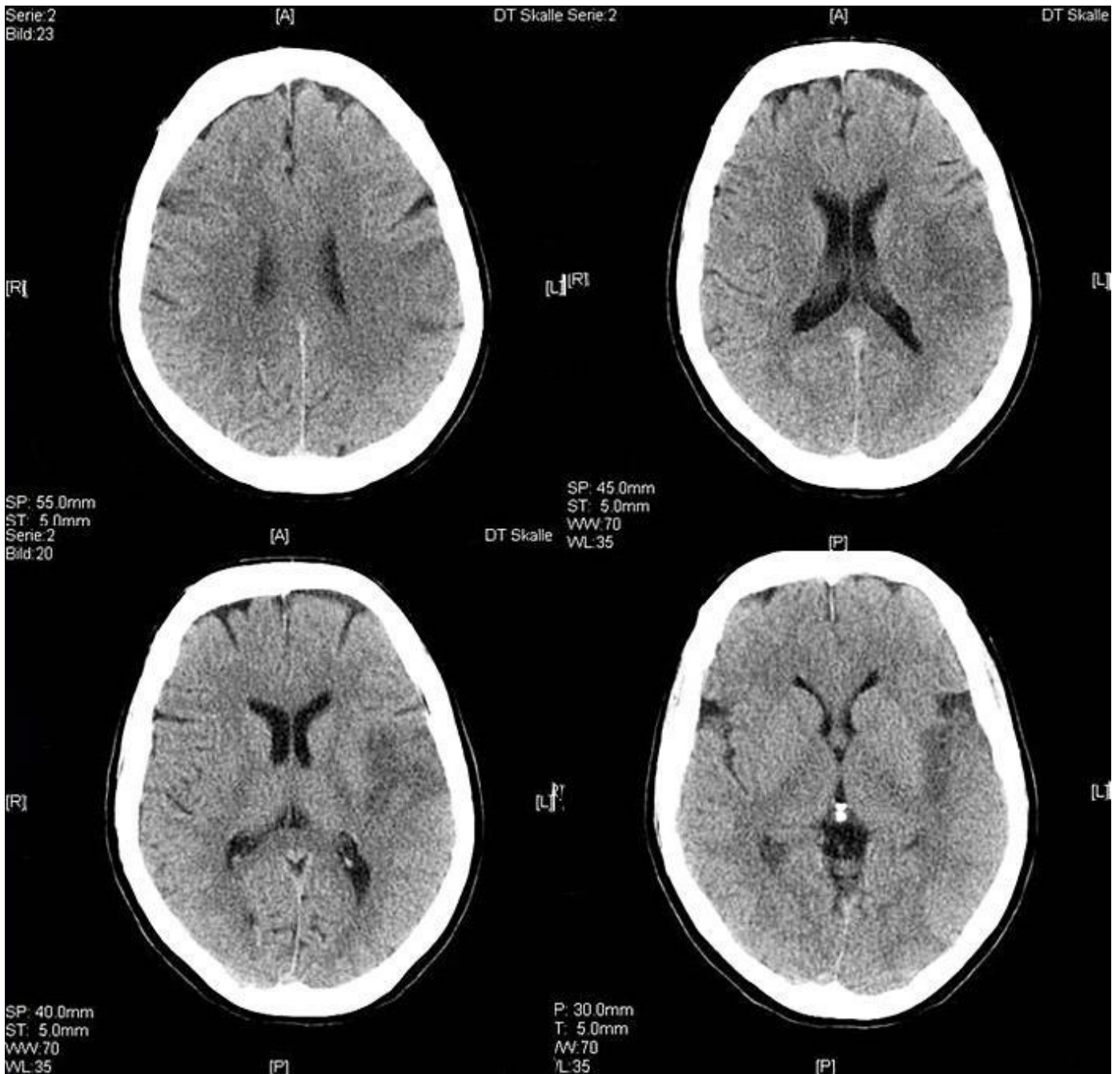
Din patient får 4p på CHADS och 6 på CHADS vasc, således klar indikation för ak (antikoagulantia) **som emboliprofylax**.

Det är lämpligt att **vänta** 1-2 veckor, då cerebrala embolier har en ökad risk för **hemorragisk** omvandling.

3.7.1 Vilka ytterligare ställningstaganden gör du med anledning av beskrivna fynd? Motivera ditt svar! (1p)

Det föreligger **ingen indikation för elkonvertering**, du vet inte hur länge flimret varat och **indikationen för ak kvarstår** även om patienten slår om till sinusrytm vid ett försök till elkonvertering. **Risken för återfall** i flimmer hos denna patient är stor.

3.8.1 Ett dygn efter trombolys gör du en kontroll DT, ser du något avvikande/pathologiskt fynd?
Beskriv. (1p)



Nu syns ett lågattenuerande område **temporalt på vä sida**, dvs **infarktutveckling**

3.9.1 Vilka allmänna råd och livsstilsråd ger du? (1p)

Rökstopp till rökare
Avstå från bilkörning tillfälligt
regelbunden motion

3.9.2 Vilka läkemedel ordinerar du och varför?(2p)

Waran alt dabigatran/ ximelogatran som emboliprofylax.
Någon blodtryckssänkare exempelvis ACE eller ca-antagonist.
Statiner minskar risken för ny stroke i ett 5-års perspektiv.

3.10.1 Motivera för patienten varför hon inte får köra bil. (1p)

Uppmärksamhet, reaktionsförmåga kan vara nedsatt, **risk för återfall/ny stroke**, liksom risk för **postapoplektisk ep**, dvs kramp som komplikation efter stroke, är störst i direkt anslutning till den första händelsen

3.11.1 Vilket råd ger du husläkaren? Hur motiverar du det? (1p)

Du vet att **Waran förhindrar embolisk stroke** ända upp mot **80%** men **Trombyl inte alls**. Fallrisk och kognitiv svikt anförs ofta som skäl att avstå Waran men patienten måste falla flera gånger per dag för att effekten skall uppvägas.

Du minns att njurfunktionen var normal under vårdtiden, och funderar på insättning av de nya antikoagulantia (**NOAK**) typ Dabigatran (Pradaxa)

3.12.1 Vilka uppgifter om patienten behöver du känna till för att kunna beräkna e-GFR? (1p)

Vid beräkning av e-GFR enl MDRD- ekvationen,(Modification of Diet in Renal Disease) tas hänsyn till **ålder, kön, och serumkreatinin**

3.13.1 Vilka rekommendationer ger du tandläkaren? (1p)

Halveringstiden är kort, så om man sätter ut läkemedlet 1-2 dagar innan så är det ingen ökad blödningsrisk

Rättningsmall Allmänmedicinfrågan 20 poäng

4.1.1 Hur vill Du komplettera anamnesen beträffande den nytilkomna tröttheten? (2 p)

Andningsbesvär, symtom på ämnesomsättningsrubbning, törst, miktionsbesvär, magbesvär. rökvanor, nedstämdhet? (0,5p/st, max 2p)

4.1.2 Vilka förklaringar till tröttheten är mest sannolika? Nämn fyra! (2 p)

Anemi, diabetes. hypothyreos, hjärtsvikt.

4.2.1 Vilka laboratorieprov finns anledning att kontrollera. Nämn de fyra viktigaste och motivera! (2p)

Hb Pglukos TSH krea (ev BNP vid hjärtsvikt).

4.2.2 Vilka ytterligare undersökningar är mest relevanta mot bakgrund av dina fynd? Nämn två! (1p)

EKG, kontroll av blodtrycket vid tre tillfällen hos distriktssköterskan.

4.3.1 Hur handlägger du patienten i första hand utifrån de aktuella blodprovsvaren? (1p)

Patienten kontrollerar två fastande Pglukos. Vid fPglukos ≥ 7 mmol/l vid två olika mättillfällen kan diagnosen diabetes ställas. Som led i behandlingen kan då kostråd och motionsråd ges av distriktssköterskan, ev även FAR recept.

4.3.2 Hur handlägger du patienten med avseende på blodtrycket? (2p)

De förhöjda blodtrycken behandlas med enalapril där en rekommendera startdos kan vara 10 mg dagl.

4.3.3 Hon har idag ingen behandling för sitt förmaksflimmer. Hur kommer det sig och vad rekommenderar du i fortsättningen? (2p)

Insättning av antikoagulantia (warfarin) som emboliprofylax.

4.4.1 Vad bör kontrolleras regelbundet vid diabetes? Nämn sex prover eller undersökningar! (3p)

fpglukos, HbA1c, lipider .blodtryck, ögonbottenfoto, BMI fotstatus mikroalbuminuri.

4.4.2 Vilken vanlig biverkan av enalapril informerar du patienten om att höra av sig om den inträffar? Vad gör du iså fall? (1p)

Rethosta kan förekomma i 4-5% av fallen. I så fall byte till angiotensinreceptorblockerare t ex losartan eller candersatan.

4.5.1 Hur handlägger du patienten med ledning av blodtrycksvärdena? (1p)

Öka dosen enalapril till 20mg.

4.5.2 Hur handlägger du patienten med ledning av urinprovet? Motivera! (1p)

Behandling med ACE hämmare (eller A2 blockerare) med kontroll av s-k och krea. Målblodtryck $\leq 130/80$. Diabetesbehandling så att metabol kontroll med HhA1c mål ≤ 60 mmol/mol uppnås.

4.5.3 Hur handlägger du patienten med ledning av lipidvärdena? Motivera! (1p)

Behandling med simvastatin så att behandlingsmålen för S-kolesterol $<4,5$ mmol/l och LDL 2,5 mmol/l nås.

4.5.4 Hur handlägger du patientens diabetes? Motivera! (1p)

Med HbA1c 60 mmol/mol har patienten redan nått behandlingsmålet. Patienten får kontrolleras regelbundet.