

**Examination efter läkares allmäntjänstgöring
- Skriftligt prov**

**den 23 maj 2014
tid 9.00 – 14.00**

INSTRUKTION

Skrivningen består av fyra fall och har totalt 80 poäng. I varje fall kommer sjukdomsbild och fakta att tillföras successivt med nya delfrågor. Den mindre texten repeterar basinformationen.

Frågorna behandlar inte bara fakta och lärobokslösningar. Minst lika stor vikt kommer att läggas vid *det kliniska resonemanget*. Det räcker således inte vid *vissa* frågor att bara redovisa vidtagna åtgärder utan vi vill också att du redovisar dina skäl för valda åtgärder.

I frågornas konstruktion ligger att du måste begränsa dina svar. Vid rättningen kommer vi att värdera hur du avgränsat problemställningar i svaret. Det bör således inte vara för snävt men ej heller för vidlyftigt och omfattande. 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 8 delfrågor
Fall 2 20 poäng 13 delfrågor
Fall 3 20 poäng 14 delfrågor
Fall 4 20 poäng 11 delfrågor

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

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

Vi önskar dig LYCKA TILL med skrivningen och hoppas att du skall finna frågorna relevanta för den tjänstgöring du genomgått eller håller på att avsluta.

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

FALL 1

Du jobbar din första jour som legitimerad underläkare på psykiatrisk akutmottagning.

Kalle 23 år kommer med sin flickvän Lisa. De är sambo, läser båda på universitet, Kalle till grundskolelärare. Lisa berättar att senaste halvåret har Kalles prestationer blivit sämre, han drar sig undan vänner och han har blivit grubblande och misstänksam. Hon upplever att Kalle har förändrats på ett sätt som känns främmande för henne. Sista tre dagarna har Kalle stannat hemma utan att vara sjuk. De sökte vårdcentral men både somatisk undersökningen och rutinprover visade normala förhållanden och han fick en akutremiss till psykiatrin.

1:1:1 Nämn fyra psykiatriska diagnoser som är sannolika. Motivera respektive diagnos utifrån aktuell anamnesen. (4p)

Du jobbar din första jour som legitimerad underläkare på psykiatrisk akutmottagning. Kalle 23 år kommer med sin flickvän Lisa. De är sambo, läser båda på universitet, Kalle till grundskolelärare. Lisa berättar att senaste halvåret har Kalles prestationer blivit sämre, han drar sig undan vänner och han har blivit grubblande och misstänksam. Hon upplever att Kalle har förändrats på ett sätt som känns främmande för henne. Sista tre dagarna har Kalle stannat hemma utan att vara sjuk. De sökte vårdcentral men både somatisk undersökningen och rutinprover visade normala förhållanden och han fick en akutremiss till psykiatri.

Både Kalle och hans sambo förnekar missbruk av alkohol eller droger. Lisa har inte noterat att Kalle använt sprutor eller haft stickmärken. Inte heller har du hittar sådana märken vid undersökningen. Lisa berättar att Kalle har börjat röka, vilket han inte gjort förut. Kalle neget nedstämdhet, är dock ofta trött och har ibland en känsla av att det finns för många tankar i hans huvud.

Lisa har noterat att Kalle haft svårare att komma upp på morgnarna och att sätta igång med saker. Detta har lett till konflikter och i samband med dessa har Kalle i regel dragit sig undan. Vid ett par tillfällen har han blivit väldigt stressad, skrikit på Lisa och hållit för öronen. Ett sådant utbrott föranledde dagens besök. Kalle kan eller vill inte förklara varför han höll för öronen.

1:2:1 Vilken diagnos bedömer du i nuläget är mest sannolik och hur resonerar du? (2p)

Du jobbar din första jour som legitimerad underläkare på psykiatrisk akutmottagning. Kalle 23 år kommer med sin flickvän Lisa. De är sambo, läser båda på universitet, Kalle till grundskolelärare. Lisa berättar att senaste halvåret har Kalles prestationer blivit sämre, han drar sig undan vänner och han har blivit grubblande och misstänksam. Hon upplever att Kalle har förändrats på ett sätt som känns främmande för henne. Sista tre dagarna har Kalle stannat hemma utan att vara sjuk. De sökte vårdcentral men både somatisk undersökningen och rutinprover visade normala förhållanden och han fick en akutremiss till psykiatri.

Både Kalle och hans sambo förnekar missbruk av alkohol eller droger. Lisa har inte noterat att Kalle använt sprutor eller haft stickmärken. Inte heller har du hittat sådana märken vid undersökningen. Lisa berättar att Kalle har börjat röka, vilket han inte gjort förut. Kalle negerar nedstämdhet, är dock ofta trött och har ibland en känsla av att det finns för många tankar i hans huvud.

Lisa har noterat att Kalle haft svårare att komma upp på morgnarna och/eller att sätta igång med saker. Detta har lett till konflikter och i samband med dessa har Kalle i regel dragit sig undan. Vid ett par tillfällen har han blivit väldigt stressad, skrikit på Lisa och hållit för öronen. Ett sådant utbrott föranledde dagens besök. Kalle kan eller vill inte förklara varför han höll för öronen.

Du ber Kalle berätta varför han sista dagarna inte varit på universitetet och får veta att en av studenterna är terrorist. Lisa avbryter besväret Kalle och säger att han tjuvat om detta i över en månad men att det bara är dumt prat. På fråga svarar Lisa att Kalle sista månaderna börjat beskylla personer i vänkretsen för de mest konstiga ting. Kalle reagerar med ilska och undrar om Lisa också blivit värvad av terroristerna? Han börjar veva med armarna, blir hotfull och skriker. När du försöker lugna honom säger han att du också är inblandad i terrornätverket. Han rusar ut, ser en TV och skriker att den är en spionkamera och springer mot utgången.

1:3:1 Uppfyller Kalles tillstånd kriterierna så att du kan skriva ett vårdintyg? Hur resonerar du? (3p)

Du jobbar din första jour som legitimerad underläkare på psykiatrisk akutmottagning. Kalle 23 år kommer med sin flickvän Lisa. De är sambo, läser båda på universitet, Kalle till grundskolelärare. Lisa berättar att senaste halvåret har Kalles prestationer blivit sämre, han drar sig undan vänner och han har blivit grubblande och misstänksam. Hon upplever att Kalle har förändrats på ett sätt som känns främmande för henne. Sista tre dagarna har Kalle stannat hemma utan att vara sjuk. De sökte vårdcentral men både somatisk undersökningen och rutinprover visade normala förhållanden och han fick en akutremiss till psykiatri.

Både Kalle och hans sambo förnekar missbruk av alkohol eller droger. Lisa har inte noterat att Kalle använt sprutor eller haft stickmärken. Inte heller har du hittat sådana märken vid undersökningen. Lisa berättar att Kalle har börjat röka, vilket han inte gjort förut. Kalle neger nedstämdhet, är dock ofta trött och har ibland en känsla av att det finns för många tankar i hans huvud.

Lisa har noterat att Kalle haft svårare att komma upp på morgnarna och/eller att sätta igång med saker. Detta har lett till konflikter och i samband med dessa har Kalle i regel dragit sig undan. Vid ett par tillfällen har han blivit väldigt stressad, skrikit på Lisa och hållit för öronen. Ett sådant utbrott föranledde dagens besök. Kalle kan eller vill inte förklara varför han höll för öronen.

Du ber Kalle berätta varför han sista dagarna inte varit på universitetet och får veta att en av studenterna är terrorist. Lisa avbryter besväret Kalle och säger att han tjatat om detta i över en månad men att det bara är dumt prat. På fråga svarar Lisa att Kalle sista månaderna börjat beskylla personer i vänkretsen för de mest konstiga ting. Kalle reagerar med ilska och undrar om Lisa också blivit värvad av terroristerna? Han börjar veva med armarna blir hotfull och skriker. När du försöker lugna honom säger han att du också är inblandad i terrornätverket. Han rusar ut, ser en TV och skriker att den är en spionkamera och springer mot utgången.

Vårdintyg skrives, intagningsbeslut tas och Kalle blir inlagd för tvångsvård enligt LPT p g a psykotiskt tillstånd. Påföljande dag kommer Lisa på besök och ber att få prata med dig. Hon har med sig en plastpåse med tobaksliknande innehåll. Hon hittade påsen i Kalles ryggsäck. Du konfronterar Kalle med fyndet och förklarar att både alkohol och cannabis kan orsaka psykisk sjukdom. När Kalle lugnat ner sig medger han att pga pressade studier har han sista året mot sömnbesvär tagit ett litet glas vodka på kvällen. Sista året har han för att stressa ner regelbundet börjat röka cannabis. Och oron har ju inte blivit bättre av terroristernas sammansvärjning som han upptäckte för en månad sedan....

1:4:1 Beskriv lång- resp korttidseffekter av alkohol och cannabis med hänsyn hur det påverkar vårt psyke. (2p)

1:4:2 Du misstänker missbruk av andra droger än alkohol hos en patient. Vilka prover är lämpliga att ta och vad ger de för information om aktuellt och tidigare missbruk? (2p)

1:4:3 Beskriv tre viktiga initiala åtgärder/behandlinger som bör ingå i Kalles vård på den psykiatriska avdelningen? (3p)

Du jobbar din första jour som legitimerad underläkare på psykiatrisk akutmottagning. Kalle 23 år kommer med sin flickvän Lisa. De är sambo, läser båda på universitet, Kalle till grundskolelärare. Lisa berättar att senaste halvåret har Kalles prestationer blivit sämre, han drar sig undan vänner och han har blivit grubblande och misstänksam. Hon upplever att Kalle har förändrats på ett sätt som känns främmande för henne. Sista tre dagarna har Kalle stannat hemma utan att vara sjuk. De sökte vårdcentral men både somatisk undersökningen och rutinprover visade normala förhållanden och han fick en akutremiss till psykiatrin.

Både Kalle och hans sambo förnekar missbruk av alkohol eller droger. Lisa har inte noterat att Kalle använt sprutor eller haft stickmärken. Inte heller har du hittat sådana märken vid undersökningen. Lisa berättar att Kalle har börjat röka, vilket han inte gjort förut. Kalle negerar nedstämdhet, är dock ofta trött och har ibland en känsla av att det finns för många tankar i hans huvud.

Lisa har noterat att Kalle haft svårare att komma upp på morgnarna och/eller att sätta igång med saker. Detta har lett till konflikter och i samband med dessa har Kalle i regel dragit sig undan. Vid ett par tillfällen har han blivit väldigt stressad, skrikit på Lisa och hållit för öronen. Ett sådant utbrott föranledde dagens besök. Kalle kan eller vill inte förklara varför han höll för öronen.

Du ber Kalle berätta varför han sista dagarna inte varit på universitetet och får veta att en av studenterna är terrorist. Lisa avbryter besväret Kalle och säger att han tjatat om detta i över en månad men att det bara är dumt prat. På fråga svarar Lisa att Kalle sista månaderna börjat beskylla personer i vänkretsen för de mest konstiga ting. Kalle reagerar med ilska och undrar om Lisa också blivit värvad av terroristerna? Han börjar veva med armarna blir hotfull och skriker. När du försöker lugna honom säger han att du också är inblandad i terrornätverket. Han rusar ut, ser en TV och skriker att den är en spionkamera och springer mot utgången.

Vårdintyg skrives och Kalle blir inlagd enligt LPT p g a psykotiskt tillstånd. Påföljande dag kommer Lisa på besök och ber att få prata med dig. Hon har med sig en plastpåse med tobaksliknande innehåll. Hon hittade påsen i Kalles ryggsäck. Du konfronterar Kalle med fyndet och förklarar att både alkohol och cannabis kan orsaka psykisk sjukdom. När Kalle lugnat ner sig medger han att pga pressade studier har han sista året mot sömnbesvär tagit ett litet glas vodka på kvällen. Sista året har han för att stressa ner regelbundet börjat röka cannabis. Och oron har ju inte blivit bättre av terroristernas sammansvärjning som han upptäckte för en månad sedan....

Kalle får behandling med lugnande mediciner, han sover flera nätter i rad, blir lugnare och psykotiska/paranoida tankar klingar av. En kontakt med öppenvårdsmottagningen för uppföljning etableras. Ni diskuterar ev kontakt med kommunen för behandling av missbruk, men bedömer att detta i nuläget inte är det mest framträdande. Efter två veckors vård pratar du med dem både för att förbereda utskrivningen av Kalle. Kalle är i detta läge symptomfri och bedöms vara i remission. Lisa undrar hur stor risk det är att Kalle åter blir psykotisk och vad de kan göra för att minska risken för återfall?

1:5:1. Vad svarar du dem på Lisas frågor? (3p)

1:5:2 Kalle planeras för återbesök om två veckor. Vilken riskfaktor skall särskilt beaktas under första tiden? (1p)

FALL 2

Du tjänstgör på akutmottagningen som kirurgjour. Ambulansen kommer in med Anna Andersson, 71 år. Hon har svimmat i hemmet och kräkts upp mörkt och kletigt innehåll (ser ut som kaffesump). I ambulansen uppmättes; blodtryck 90/60, regelbunden puls 120, O₂-saturation 95 %. Anna är vid ankomst till akuten vaken och klar.

2:1:1 Formulera tre i sammanhanget viktiga frågor du vill ställa till patienten? (1,5 p)

2:1:2 I ditt primära omhändertagande ingår flera viktiga åtgärder. Nämn tre olika typer av åtgärder/ordinationer. (1,5 p)

Du tjänstgör på akutmottagningen som kirurgjour. Ambulansen kommer in med Anna Andersson, 71 år. Hon har svimmat i hemmet och kräkts upp mörkt och kletigt innehåll (ser ut som kaffesump). I ambulansen uppmättes; blodtryck 90/60, regelbunden puls 120, O₂-saturation 95 %. Anna är vid ankomst till akuten vaken och klar samt cirkulatoriskt stabil.

Anna är sedan tidigare väsentligen frisk, men p.g.a. smärtor i vänster axel har hon periodvis ätit Ipren. Sista månaden har hon blivit alltmer trött och yr samt noterat mörk avföring. Hon bor med make och har två vuxna barn samt tre barnbarn. Hon har ingen allergi eller överkänslighet, dricker sparsamt med alkohol och har aldrig rökt. Hon är pensionerad sjuksköterska.

De senaste tre månaderna har hon gått ner ca 5 kg i vikt och ätit sämre p.g.a. smärtor i magen vid födointag.

Status:

AT: Blek men klar och redig. Inga perifera inkomensationstecken. Lätt överviktig.

Hjärta: Regelbunden rytm, 120/min.

Lungor: u.a.

Buk: Mjuk men ömmar vid palpation i epigastriet. Inga palpabla resistenser, ingen dunkömhet över njurloger.

PR: Svart faeces på handsken.

Akutprover (med normalvärden inom parentes) visar: Hb 62 (117-166), Na 125 (137-145), K 4.2 (3,6–4,6), Kreatinin 143

Du misstänker övre gastrointestinal blödning.

2:2:1 Hur tolkar du provsvaren och vilka åtgärder föranleder detta? (2,5 p)

Du tjänstgör på akutmottagningen som kirurgjour. Ambulansen kommer in med Anna Andersson, 71 år. Hon har svimmat i hemmet och kräkts upp mörkt och kletigt innehåll (ser ut som kaffesump). I ambulansen uppmättes; blodtryck 90/60, regelbunden puls 120, O₂-saturation 95 %. Anna är vid ankomst till akuten vaken och klar samt cirkulatoriskt stabil.

Anna är sedan tidigare väsentligen frisk, men p.g.a. smärtor i vänster axel har hon periodvis ätit Ipren. Sista månaden har hon blivit alltmer trött och yr samt noterat mörk avföring. Hon bor med make och har två vuxna barn samt tre barnbarn. Hon har ingen allergi eller överkänslighet, dricker sparsamt med alkohol och har aldrig rökt. Hon är pensionerad sjuksköterska. De senaste tre månaderna har hon gått ner ca 5 kg i vikt och ätit sämre p.g.a. smärtor i magen vid födointag.

Status:

AT: Blek men klar och redig. Inga perifera inkomensationstecken. Lätt överviktig.

Hjärta: Regelbunden rytm, 120/min.

Lungor: u.a.

Buk: Mjuk men ömmar vid palpation i epigastriet. Inga palpabla resistenser, ingen dunkömhet över njurloger.

PR: Svart faeces på handsken.

Åkutprover (med normalvärden inom parentes) visar: Hb 62 (117-166), Na 125 (137-145), K 4.2 (3,6-4,6), Kreatinin 143 (50-90 för en kvinna i hennes ålder)

Du misstänker övre gastrointestinal blödning och sätter ventrikelsond, iv dropp med Ringeracetat och ordinerar 3 enheter blod när bastest och blodgruppering är klar.

2:3:1 Utifrån aktuell anamnes, vilka är de två troligaste orsakerna till hennes övre gastrointestinala blödning? (1 p)

2:3:2. Hur följs vätskebehandlingen upp i den aktuella situationen? Motivera. (2 p)

2:3:3. Diskutera lämplig vårdnivå för Anna. Motivera. (1 p)

Du tjänstgör på akutmottagningen som kirurgjour. Ambulansen kommer in med Anna Andersson, 71 år. Hon har svimmat i hemmet och kräcks upp mörkt och kletigt innehåll (ser ut som kaffesump). I ambulansen uppmättes; blodtryck 90/60, regelbunden puls 120, O₂-saturation 95 %. Anna är vid ankomst till akuten vaken och klar samt cirkulatoriskt stabil.

Anna är sedan tidigare väsentligen frisk, men p.g.a. smärtor i vänster axel har hon periodvis ätit Ipren. Sista månaden har hon blivit alltmer trött och yr samt noterat mörk avföring. Hon bor med make och har två vuxna barn samt tre barnbarn. Hon har ingen allergi eller överkänslighet, dricker sparsamt med alkohol och har aldrig rökt. Hon är pensionerad sjuksköterska. De senaste tre månaderna har hon gått ner ca 5 kg i vikt och ätit sämre p.g.a. smärtor i magen vid födointag.

Status:

AT: Blek men klar och redig. Inga perifera inkomensationstecken. Lätt överviktig.

Hjärta: Regelbunden rytm, 120/min.

Lungor: u.a.

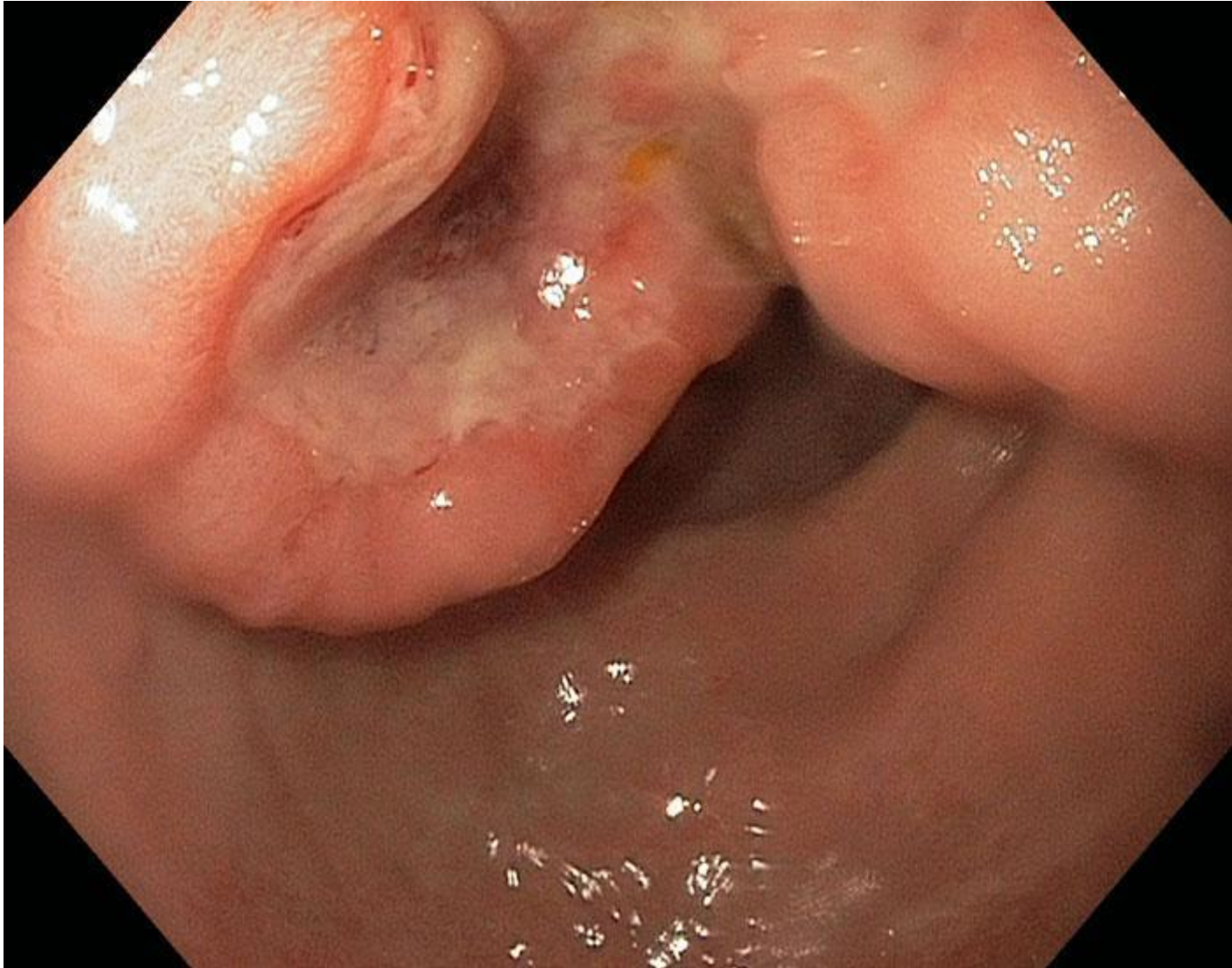
Buk: Mjuk men ömmar vid palpation i epigastriet. Inga palpabla resistenser, ingen dunkömhet över njurloger.

PR: Svart faeces på handsken.

Akutprover (med normalvärden inom parentes) visar: Hb 62 (117-166), Na 125 (137-145), K 4.2 (3,6–4,6), Kreatinin 143 (50-90 för en kvinna i hennes ålder)

Du misstänker övre gastrointestinal blödning och sätter ventrikelsond, iv dropp med Ringeracetat och ordinerar 3 enheter blod.

Nästföljande dag har Hb stigit till Hb 103 och Anna undersöks med gastroskopi. Du får vara med vid undersökningen som visar bild enligt nedan.



2:4:1 Syns något av intresse för handläggningen? Om så vad och hur är förändringen lokaliserad anatomiskt? (1 p)

Du tjänstgör på akutmottagningen som kirurgjour. Ambulansen kommer in med Anna Andersson, 71 år. Hon har svimmat i hemmet och kräkts upp mörkt och kletigt innehåll (ser ut som kaffesump). I ambulansen uppmättes; blodtryck 90/60, regelbunden puls 120, O₂-saturation 95 %. Anna är vid ankomst till akuten vaken och klar samt cirkulatoriskt stabil.

Anna är sedan tidigare väsentligen frisk, men p.g.a. smärtor i vänster axel har hon periodvis ätit Ipren. Sista månaden har hon blivit alltmer trött och yr samt noterat mörk avföring. Hon bor med make och har två vuxna barn samt tre barnbarn. Hon har ingen allergi eller överkänslighet, dricker sparsamt med alkohol och har aldrig rökt. Hon är pensionerad sjuksköterska. De senaste tre månaderna har hon gått ner ca 5 kg i vikt och ätit sämre p.g.a. smärtor i magen vid födointag.

Status:

AT: Blek men klar och redig. Inga perifera inkomensationstecken. Lätt överviktig.

Hjärta: Regelbunden rytm, 120/min.

Lungor: u.a.

Buk: Mjuk men ömmar vid palpation i epigastriet. Inga palpabla resistenser, ingen dunkömhet över njurloger.

PR: Svart faeces på handsken.

Akutprover (med normalvärden inom parentes) visar: Hb 62 (117-166), Na 125 (137-145), K 4.2 (3,6–4,6), Kreatinin 143 (50-90 för en kvinna i hennes ålder)

Du misstänker övre gastrointestinal blödning och sätter ventrikelsond, iv dropp med Ringeracetat och ordinerar 3 enheter blod. Nästföljande dag har Hb stigit till Hb 103 och Anna undersöks med gastroskopi. Du får vara med vid undersökningen.

Överläkaren förklarar att proximalt om pylorus syns ett ulcus med malignt utseende.

2:5:1 Vad bör endoskopisten göra under gastroskopin för att bekräfta/utesluta bakomliggande orsak(er) till fyndet i ventrikeln? (2 p)

2:5:2. Diskutera risken för ventrikelcancer (malignt ulcus) hos Anna. Vilka kompletterande utredningar rekommenderas? (2 p)

Du tjänstgör på akutmottagningen som kirurgjour. Ambulansen kommer in med Anna Andersson, 71 år. Hon har svimmat i hemmet och kräcks upp mörkt och kletigt innehåll (ser ut som kaffesump). I ambulansen uppmättes; blodtryck 90/60, regelbunden puls 120, O₂-saturation 95 %. Anna är vid ankomst till akuten vaken och klar samt cirkulatoriskt stabil.

Anna är sedan tidigare väsentligen frisk, men p.g.a. smärtor i vänster axel har hon periodvis ätit Ipren. Sista månaden har hon blivit alltmer trött och yr samt noterat mörk avföring. Hon bor med make och har två vuxna barn samt tre barnbarn. Hon har ingen allergi eller överkänslighet, dricker sparsamt med alkohol och har aldrig rökt. Hon är pensionerad sjuksköterska. De senaste tre månaderna har hon gått ner ca 5 kg i vikt och ätit sämre p.g.a. smärtor i magen vid födointag.

Status:

AT: Blek men klar och redig. Inga perifera inkompensationstecken. Lätt överviktig.

Hjärta: Regelbunden rytm, 120/min.

Lungor: u.a.

Buk: Mjuk men ömmar vid palpation i epigastriet. Inga palpabla resistenser, ingen dunkömhet över njurloger.

PR: Svart faeces på handsken.

Akutprover(med normalvärden inom parentes) visar: Hb 62 (117-166), Na 125 (137-145), K 4.2 (3,6–4,6), Kreatinin 143 (50-90 för en kvinna i hennes ålder)

Du misstänker övre gastrointestinal blödning och sätter ventrikelsond, iv dropp med Ringeracetat och ordinerar 3 enheter blod. Nästföljande dag har Hb stigit till Hb 103 och Anna undersöks med gastroskopi. Du får vara med vid undersökningen.

Överläkaren förklarar att proximalt om pylorus syns ett ulcer med malignt utseende. Px tas.

Anna har en Helicobacter Pyloriinfektion (HP-infektion).

2:6:1. Hur behandlar du Annas blödande ulkus akut och under de kommande veckorna? (1,5 p)

Du tjänstgör på akutmottagningen som kirurgjour. Ambulansen kommer in med Anna Andersson, 71 år. Hon har svimmat i hemmet och kräcks upp mörkt och kletigt innehåll (ser ut som kaffesump). I ambulansen uppmättes; blodtryck 90/60, regelbunden puls 120, O₂-saturation 95 %. Anna är vid ankomst till akuten vaken och klar samt cirkulatoriskt stabil.

Anna är sedan tidigare väsentligen frisk, men p.g.a. smärtor i vänster axel har hon periodvis ätit Ipren. Sista månaden har hon blivit alltmer trött och yr samt noterat mörk avföring. Hon bor med make och har två vuxna barn samt tre barnbarn. Hon har ingen allergi eller överkänslighet, dricker sparsamt med alkohol och har aldrig rökt. Hon är pensionerad sjuksköterska. De senaste tre månaderna har hon gått ner ca 5 kg i vikt och ätit sämre p.g.a. smärtor i magen vid födointag.

Status:

AT: Blek men klar och redig. Inga perifera inkomensationstecken. Lätt överviktig.

Hjärta: Regelbunden rytm, 120/min.

Lungor: u.a.

Buk: Mjuk men ömmar vid palpation i epigastriet. Inga palpabla resistenser, ingen dunkömhet över njurloger.

PR: Svart faeces på handsken.

Akutprover (med normalvärden inom parentes) visar: Hb 62 (117-166), Na 125 (137-145), K 4.2 (3,6–4,6), Kreatinin 143 (50-90 för en kvinna i hennes ålder)

Du misstänker övre gastrointestinal blödning och sätter ventrikelsond, iv dropp med Ringeracetat och ordinerar 3 enheter blod. Nästföljande dag har Hb stigit till Hb 103 och Anna undersöks med gastroskopi. Du får vara med vid undersökningen.

Överläkaren förklarar att proximalt om pylorus syns ett ulcer med malignt utseende. Px tas. Vanligaste orsaken till ventrikeltumor är HP-infektion varför trippelbehandling med protonpumpshämmare (PPI) samt två sorters antibiotika inleds.

Du arbetar på den avdelning där Anna vårdas. Efter ett par dagar kommer snabb svar på PAD som visar maligna celler. Anna har således en distal ventrikeltumor. Du ombeds att berätta för Anna om vilka fynd som gjorts och om planerade fortsatta utredningar och åtgärder.

2:7:1. Hur planerar du för detta samtal och hur dokumenterar du samtalet? (1 p)

Anna 71 år är sedan tidigare väsentligen frisk, men p.g.a. smärtor i vänster axel har hon periodvis ätit Ipren. Sista månaden har hon blivit alltmer trött och yr samt noterat mörk avföring. Hon bor med make och har två vuxna barn samt tre barnbarn. Hon har ingen allergi eller överkänslighet, dricker sparsamt med alkohol och har aldrig rökt. Hon är pensionerad sjuksköterska. De senaste tre månaderna har hon gått ner ca 5 kg i vikt och ätit sämre p.g.a. smärtor i magen vid födointag.

Status:

AT: Blek men klar och redig. Inga perifera inkomensationstecken. Lätt överviktig.

Hjärta: Regelbunden rytm, 120/min.

Lungor: u.a.

Buk: Mjuk men ömmar vid palpation i epigastriet. Inga palpabla resistenser, ingen dunkömhet över njurloger.

PR: Svart faeces på handsken.

Akutprover (med normalvärden inom parentes) visar: Hb 62 (117-166), Na 125 (137-145), K 4.2 (3,6–4,6), Kreatinin 143 (50-90 för en kvinna i hennes ålder)

Övre gastrointestinal blödning konstateras. Gastroskopi visar proximalt om pylorus syns ett ulcus med malignt utseende. Px tas. Vanligaste orsaken till ventrikeltumörer är HP-infektion varför trippelbehandling med protonpumpshämmare (PPI) samt två sorters antibiotika inleds. Efter ett par dagar kommer snabbt svar på PAD som visar maligna celler. Anna har således en distal ventrikeltumör.

Anna utreds med datortomografi av buken, tumörmarkörer samt med diagnostisk laparaskopi. Det finns inga tecken på spridning av tumören och kardiopulmonell bedömning är u.a. Anna rekommenderas därför radikal operation.

Anna mår bättre efter blodtransfusion och PPI behandling och blodvärdet är stabilt. Anna har fått tid för operation om tre veckor och skrivs därför ut med ordination på järntabletter, HP-eradikeringsbehandling och därefter fortsatt PPI-behandling i väntan på operationen. Dock besväras hon av molvärk i epigastriet och hon har svårt att äta. Fast föda får hon inte ner.

2:8:1. Vilken smärtlindring ordinerar Du? (1 p)

2:8:2 Vad gör du åt Annas nutritionssvårigheter? (2 p)

Tre veckor senare genomförs en planerad partiell ventrikelresektion samt lymfkörtelutrymning. Anna hemskrivs efter åtta dagar postoperativ vård. Till en början får hon hjälp i hemmet med omläggningar av såret. Kommer igång med ätandet allteftersom och återhämtar några kilon.

Vid återbesök till kirurgmottagningen en vecka senare får hon besked om att PAD visar att operationen var radikal, dvs all cancer togs bort, och det fanns inga metastaser i lymfkörtlarna.

FALL 3

Ove är en 57 år gammal gift man med två vuxna barn. Han bor på landet och arbetar som byggnadsingenjör. För tillfället är han platschef vid ett motorvägsbygge.

Efter älgjakten första veckan i november ringer han till vårdcentralen på grund av smärta i foten. Han får en tid till dig samma dag. När du hämtar honom i väntrummet ser du att han haltar och har sandaler trots att det är kallt ute.

Ove visar sig ha fått ont i höger fot vid stortåns grundled. Smärtan har kommit under natten. Det gör nu fruktansvärt ont och det är omöjligt att belasta den delen av foten. Till och med att sängtäcket ligger mot foten känns obehagligt. Huden är varm och det är svullet kring stortåns grundled. Han har inte skadat sig och har inte feber.



3:1:1 Vilken diagnos är mest sannolik? (0,5 p)

Ove är en 57 år gammal gift man med två vuxna barn. Han bor på landet och arbetar som byggnadsingenjör. För tillfället är han platschef vid ett motorvägsbygge.

Efter älgjakten första veckan i november ringer han till vårdcentralen på grund av smärta i foten. Han får en tid till dig samma dag. När du hämtar honom i väntrummet ser du att han haltar och har sandaler trots att det är kallt ute.

Ove visar sig ha fått ont i höger fot vid stortåns grundled. Smärtan har kommit under natten. Det gör nu fruktansvärt ont och det är omöjligt att belasta den delen av foten. Till och med att sängtäcket ligger mot foten känns obehagligt. Huden är varm och det är svullet kring stortåns grundled. Han har inte skadat sig och har inte feber.

Du misstänker att Ove har drabbats av ett akut gikthanfall och börjar utredningen med blodprover.

3:2:1 Vilka blodprover är i detta skede lämpliga att ta? Motivera varje prov. (1,5 p)

Ove är en 57 år gammal gift man med två vuxna barn. Han bor på landet och arbetar som byggnadsingenjör. För tillfället är han platschef vid ett motorvägsbygge.

Efter älgjakten första veckan i november ringer han till vårdcentralen på grund av smärta i foten. Han får en tid till dig samma dag. När du hämtar honom i väntrummet ser du att han haltar och har sandaler trots att det är kallt ute.

Ove visar sig ha fått ont i höger fot vid stortåns grundled. Smärtan har kommit under natten. Det gör nu fruktansvärt ont och det är omöjligt att belasta den delen av foten. Till och med att sängtäcket ligger mot foten känns obehagligt. Huden är varm och det är svullet kring stortåns grundled. Han har inte skadat sig och har inte feber.

Du har mot bakgrund av misstanke om akut giktanfall ordinerat blodprover och får följande svar (referensvärden inom parentes): CRP 17 (<5), urat 637 (230-480 umol/L), kreatinin 74 (50-100 umol/L).

3:3:1 Anna som är läkarstudent och med vid besöket frågar dig varför man vid en akut giktattack får ledsymptom och varför uratvärdet är förhöjt? Hur svarar du Anna? (1,5 p)

3:3:2 Gikt kan vara primär eller sekundär. Beskriv skillnaderna i patogenes och vilket som är mest sannolikt att Olle drabbats av? (1 p)

Ove är en 57 år gammal gift man med två vuxna barn. Han bor på landet och arbetar som byggnadsingenjör. För tillfället är han platschef vid ett motorvägsbygge.

Efter älgjakten första veckan i november ringer han till vårdcentralen på grund av smärta i foten. Han får en tid till dig samma dag. När du hämtar honom i väntrummet ser du att han haltar och har sandaler trots att det är kallt ute.

Ove visar sig ha fått ont i höger fot vid stortåns grundled. Smärtan har kommit under natten. Det gör nu fruktansvärt ont och det är omöjligt att belasta den delen av foten. Till och med att sängtäcket ligger mot foten känns obehagligt. Huden är varm och det är svullet kring stortåns grundled. Han har inte skadat sig och har inte feber.

Du har mot bakgrund av misstanke om akut giktanfall ordinerat blodprover och får följande svar (referensvärden inom parentes)
CRP 17 (<5), urat 637 (230-480 umol/L), kreatinin 74 (50-100 umol/L). Ett lätt förhöjt CRP och tydligt stegrad uratvärde stödjer din kliniska misstanke om akut giktanfall.

Ove är frisk sedan tidigare, har ingen allergi och använder inga läkemedel. Han är lätt överviktig, röker inte och uppger att han dricker måttligt med öl och vin, oftast på helgerna.

3:4:1 Vilka livsstilsråd kan du ge för att minska risken för nya giktanfall? Motivera! (1,5 p)

3:4:2. Vilken behandling föreslår du Ove i samband med det akuta giktanfallet? Motivera! (1 p)

Ove är en 57 år gammal gift man med två vuxna barn. Han bor på landet och arbetar som byggnadsingenjör. För tillfället är han platschef vid ett motorvägsbygge.

Efter älgjakten första veckan i november ringer han till vårdcentralen på grund av smärta i foten. Han får en tid till dig samma dag. När du hämtar honom i väntrummet ser du att han haltar och har sandaler trots att det är kallt ute.

Ove visar sig ha fått ont i höger fot vid stortåns grundled. Smärtan har kommit under natten. Det gör nu fruktansvärt ont och det är omöjligt att belasta den delen av foten. Till och med att sängtäcket ligger mot foten känns obehagligt. Huden är varm och det är svullet kring stortåns grundled. Han har inte skadat sig och har inte feber.

Du har mot bakgrund av misstanke om akut giktanfall ordinerat blodprover och får följande svar (referensvärden inom parentes)
CRP 17 (<5), urat 637 (230-480 umol/L), kreatinin 74 (50-100 umol/L). Ett lätt förhöjt CRP och tydligt stegrat uratvärde stödjer din kliniska misstanke om akut giktanfall.

Ove är frisk sedan tidigare, har ingen allergi och använder inga läkemedel. Han är lätt överviktig, röker inte och uppger att han dricker måttligt med öl och vin, oftast på helgerna.

Ove hade ingen allergi och använde inga läkemedel sedan tidigare. Därmed behövde du i Oves fall inte fundera över läkemedel som bakomliggande orsak till hans giktbesvär.

3:5:1 Vilken typ av läkemedel kan vara olämpliga vid gikt och varför? (1p)

3:5:2 Om Ove söker igen för ett akut giktanfall, vilken läkemedelsbehandling skulle då kunna vara aktuell och hur fungerar den? När sätts det in? (1p)

Ove är en 57 år gammal gift man med två vuxna barn. Han bor på landet och arbetar som byggnadsingenjör. För tillfället är han platschef vid ett motorvägsbygge.

Efter älgjakten första veckan i november ringer han till vårdcentralen på grund av smärta i foten. Han får en tid till dig samma dag. När du hämtar honom i väntrummet ser du att han haltar och har sandaler trots att det är kallt ute.

Ove visar sig ha fått ont i höger fot vid stortåns grundled. Smärtan har kommit under natten. Det gör nu fruktansvärt ont och det är omöjligt att belasta den delen av foten. Till och med att sängtäcket ligger mot foten känns obehagligt. Huden är varm och det är svullet kring stortåns grundled. Han har inte skadat sig och har inte feber.

Du har mot bakgrund av misstanke om akut giktanfall ordinerat blodprover och får följande svar (referensvärden inom parentes)
CRP 17 (<5), urat 637 (230-480 umol/L), kreatinin 74 (50-100 umol/L). Ett lätt förhöjt CRP och tydligt stegrad uratvärde stödjer din kliniska misstanke om akut giktanfall.

Ove är frisk sedan tidigare, har ingen allergi och använder inga läkemedel. Han är lätt överviktig, röker inte och uppger att han dricker måttligt med öl och vin, oftast på helgerna.

Ove 57 år söker på nytt vid vårdcentralen där du jobbar ett halvår efter det akuta giktanfallet i höger stortå. Besvären från höger stortå har försvunnit men han har nu besvär med värk i vänster knä. Ove har inte råkat ut för något aktuellt trauma men har i sin ungdom spelat fotboll i division 1 och fick sluta på grund av en knäskada. Ledstatus är vid dagens besök normalt.

3:6:1 Vilka två diagnoser är mest sannolika? Redovisa differentialdiagnostiskt resonemang. (1 p)

Ove är en 57 år gammal gift man med två vuxna barn. Han bor på landet och arbetar som byggnadsingenjör. För tillfället är han platschef vid ett motorvägsbygge.

Efter älgjakten första veckan i november ringer han till vårdcentralen på grund av smärta i foten. Han får en tid till dig samma dag. När du hämtar honom i väntrummet ser du att han haltar och har sandaler trots att det är kallt ute.

Ove visar sig ha fått ont i höger fot vid stortåns grundled. Smärtan har kommit under natten. Det gör nu fruktansvärt ont och det är omöjligt att belasta den delen av foten. Till och med att sängtäcket ligger mot foten känns obehagligt. Huden är varm och det är svullet kring stortåns grundled. Han har inte skadat sig och har inte feber.

Du har mot bakgrund av misstanke om akut giktanfall ordinerat blodprover och får följande svar (referensvärden inom parentes)
CRP 17 (<5), urat 637 (230-480 umol/L), kreatinin 74 (50-100 umol/L). Ett lätt förhöjt CRP och tydligt stegrad uratvärde stödjer din kliniska misstanke om akut giktanfall.

Ove är frisk sedan tidigare, har ingen allergi och använder inga läkemedel. Han är lätt överviktig, röker inte och uppger att han dricker måttligt med öl och vin, oftast på helgerna.

Ove 57 år söker på nytt vid vårdcentralen där du jobbar ett halvår efter det akuta giktanfallet i höger stortå. Besvären från höger stortå har försvunnit men han har nu besvär med värk i vänster knä. Ove har inte råkat ut för något aktuellt trauma men har i sin ungdom spelat fotboll i division 1 och fick sluta på grund av en knäskada. Ledstatus är vid dagens besök normalt.

Mot bakgrund av ålder och tidigare knäskada i anamnesen misstänker du nu i första hand artros som orsak till Oves värk i vänster knä.

3:7:1. På vilka anamnestiska uppgifter och kliniska fynd baserar du en artrosdiagnos? (3 p)

Ove är en 57 år gammal gift man med två vuxna barn. Han bor på landet och arbetar som byggnadsingenjör. För tillfället är han platschef vid ett motorvägsbygge.

Efter älgjakten första veckan i november ringer han till vårdcentralen på grund av smärta i foten. Han får en tid till dig samma dag. När du hämtar honom i väntrummet ser du att han haltar och har sandaler trots att det är kallt ute.

Ove visar sig ha fått ont i höger fot vid stortåns grundled. Smärtan har kommit under natten. Det gör nu fruktansvärt ont och det är omöjligt att belasta den delen av foten. Till och med att sängtäcket ligger mot foten känns obehagligt. Huden är varm och det är svullet kring stortåns grundled. Han har inte skadat sig och har inte feber.

Du har mot bakgrund av misstanke om akut giktanfall ordinerat blodprover och får följande svar (referensvärden inom parentes)
CRP 17 (<5), urat 637 (230-480 umol/L), kreatinin 74 (50-100 umol/L). Ett lätt förhöjt CRP och tydligt stegrad uratvärde stödjer din kliniska misstanke om akut giktanfall.

Ove är frisk sedan tidigare, har ingen allergi och använder inga läkemedel. Han är lätt överviktig, röker inte och uppger att han dricker måttligt med öl och vin, oftast på helgerna.

Ove 57 år söker på nytt vid vårdcentralen där du jobbar ett halvår efter det akuta giktanfallet i höger stortå. Besvären från höger stortå har försvunnit men han har nu besvär med värk i vänster knä. Ove har inte råkat ut för något aktuellt trauma men har i sin ungdom spelat fotboll i division 1 och fick sluta på grund av en knäskada. Ledstatus är vid dagens besök normalt. Mot bakgrund av ålder och tidigare knäskada i anamnesen misstänker du nu i första hand artros som orsak till Oves värk i vänster knä.

På hösten samma år träffar du Ove igen. Distriktssköterskan ber dig titta på ett sår som han ådragit sig för en dryg vecka sedan. Ove sökte då efter att ha skjutit sig i sig i kanten av skon men tur nog bara fått ett kötsår. Han sökte vård först dagen efter olyckan och hade inget tydligt svar på hur den gick till. Med tanke på att Ove tidigare haft giktbesvär utan någon klar orsak finner du det angeläget att åter ta en alkoholanamnes. Ove tillstår nu att hans alkoholkonsumtion stundtals kanske är i överkant. Du ber honom precisera. När han tänker efter så blir det nog 3-4 flaskor vin per vecka. På helgerna tillkommer det 4-6 starköl och ibland tar han sig någon whiskey efter maten.

3:8:1 Vilket screeningformulär kan du använda för att identifiera riskbruk eller missbruk av alkohol? Vad är din bedömning av Oves alkoholkonsumtion? Motivera. (1 p)

3:8:2 Ove och du kommer överens om att komplettera med blodprover för att få en bild av hans alkoholkonsumtion. Nämn tre prover och motivera varför du tar dem. (3 p)

Ove är en 57 år gammal gift man med två vuxna barn. Han bor på landet och arbetar som byggnadsingenjör. För tillfället är han platschef vid ett motorvägsbygge.

Efter älgjakten första veckan i november ringer han till vårdcentralen på grund av smärta i foten. Han får en tid till dig samma dag. När du hämtar honom i väntrummet ser du att han haltar och har sandaler trots att det är kallt ute.

Ove visar sig ha fått ont i höger fot vid stortåns grundled. Smärtan har kommit under natten. Det gör nu fruktansvärt ont och det är omöjligt att belasta den delen av foten. Till och med att sängtäcket ligger mot foten känns obehagligt. Huden är varm och det är svullet kring stortåns grundled. Han har inte skadat sig och har inte feber.

Du har mot bakgrund av misstanke om akut giktanfall ordinerat blodprover och får följande svar (referensvärden inom parentes)
CRP 17 (<5), urat 637 (230-480 umol/L), kreatinin 74 (50-100 umol/L). Ett lätt förhöjt CRP och tydligt stegrad uratvärde stödjer din kliniska misstanke om akut giktanfall.

Ove är frisk sedan tidigare, har ingen allergi och använder inga läkemedel. Han är lätt överviktig, röker inte och uppger att han dricker måttligt med öl och vin, oftast på helgerna.

Ove 57 år söker på nytt vid vårdcentralen där du jobbar ett halvår efter det akuta giktanfallet i höger stortå. Besvären från höger stortå har försvunnit men han har nu besvär med värk i vänster knä. Ove har inte råkat ut för något aktuellt trauma men har i sin ungdom spelat fotboll i division 1 och fick sluta på grund av en knäskada. Ledstatus är vid dagens besök normalt. Mot bakgrund av ålder och tidigare knäskada i anamnesen misstänker du nu i första hand artros som orsak till Oves värk i vänster knä.

På hösten samma år träffar du Ove igen. Distriktssköterskan ber dig titta på ett sår som han ådragit sig för en dryg vecka sedan. Ove sökte då efter att ha skjutit sig i sig i kanten av skon och tur nog bara fått ett köttår. Han sökte vård först dagen efter olyckan och hade inget tydligt svar på hur den gick till. Med tanke på att Ove tidigare haft giktbesvär utan någon klar orsak finner du det angeläget att åter ta en alkoholanamnes. Ove tillstår nu att hans alkoholkonsumtion stundtals kanske är i överkant. Du ber honom precisera. När han tänker efter så blir det nog 3-4 flaskor vin per vecka. På helgerna tillkommer det 4-6 starköl och ibland tar han sig någon whiskey efter maten.

Din bedömning är att Ove är alkoholberoende och ni diskuterar också olika möjligheter till stöd för Ove att komma till rätta med sitt beroende.

3:9:1 Nämn fyra kriterier som måste uppfyllas för att fastställa att Ove är alkoholberoende? (2 p)

3:9:2. Om Ove uppfyller kriterierna för alkoholberoende; vilka anmälningsskyldigheter har du som läkare och till vilka instanser ska du i Oves fall göra anmälan till? (1 p)

FALL 4

Du kallas som medicinjour via akutlarm till akutrummet då en allmänpåverkad kvinna väntas anlända inom kort med ambulans. På akutrummet får du besked om att det rör sig om en 85-årig kvinna som hittats på golvet hemma. Innan patienten anländer hinner du ta en kort titt i journalen som nämner hypertoni, förmaksflimmer behandlat med warfarin, kreatinin runt 130 $\mu\text{mol/L}$ och att patienten opererats för höftfraktur ett halvår tidigare. I samband med detta vårdtillfälle var hon förvirrad på ortopedavdelningen. Hemskrevs med rollator.

Sjuksköterskan från ambulansen rapporterar: Kvinna som bor ensam i en lite avsides belägen villa. Tidningsbudet reagerade på att brevlådan inte var tömd, gick fram till huset och såg genom fönstret kvinnan ligga på golvet. Hon hade sannolikt legat där tre dygn.

Status: klockan 05:05. AT: RLS 2. Svarar mumlande vid rop eller fysisk stimulering. Magerlagd. Nattninnet förorenat av urin och avföring. Temp 36,2° C. Kall perifert. Saturation 93% på luftandning, andningsfrekvens 20/minut. Inga perifera ödem. Stort, ytligt trycksår över sacrum. Blåmärken och ytliga hudavskrap på knäna bilateralt. Blåskimrande bula i pannan till vänster som reser sig 1,5-2 cm. Hjärta: Oregelbunden rytm, frekvens 110/minut, inga uppenbara blåsljud. Lungor: Avlyssnat liggande i flankerna. Lite sekretbiljud bilateralt. Buk: Mjuk och till synes oöm. Blodtryck: 80/40 mmHg, vänster arm. Neurologiskt: Ingen uppenbar pares men patienten medverkar ej till undersökningen. EKG: Förmaksflimmer med kammarfrekvens 120/minut. I övrigt oförändrat relativt tidigare EKG. Lokalstatus höftleder: Ingen benförkortning eller utåttrotation. Passiva rörelser i höftleder provocerar ej uppenbar smärta.

**4:1:1 Vad är din första åtgärd för att stabilisera patientens tillstånd?
Formulera dig som en ordination i svaret och motivera din åtgärd (2 p)**

Du kallas som medicinjour via akutlarm till akutrummet då en allmänpåverkad kvinna väntas anlända inom kort med ambulans. På akutrummet får du besked om att det rör sig om en 85-årig kvinna som hittats på golvet hemma. Innan patienten anländer hinner du ta en kort titt i journalen som nämner hypertoni, förmaksflimmer behandlat med warfarin, kreatinin runt 130 µmol/L och att patienten opererats för höftfraktur ett halvår tidigare. I samband med detta vårdtillfälle var hon förvirrad på ortopedavdelningen. Hemskrevs med rollator.

Sjuksköterskan från ambulansen rapporterar: Kvinna som bor ensam i en lite avsides villa. Tidningsbudet reagerade på att brevlådan inte var tömd, gick fram till huset och såg genom fönstret kvinnan ligga på golvet. Hade sannolikt legat där cirka tre dygn.

Status: klockan 05:05. AT: RLS 2. Svarar mumlande vid rop eller fysisk stimulering. Magerlagd. Nattlinnet förorenat av urin och avföring. Temp 36,2° C. Kall perifert. Saturation 93% på luftandning, andningsfrekvens 20/minut. Inga perifera ödem. Stort, ytligt trycksår över sacrum. Blåmärken och ytliga hudavskrap på knäna bilateralt. Blåskimrande bula i pannan till vänster som reser sig 1,5-2 cm. Hjärta: Oregelbunden rytm, frekvens 110/minut, inga uppenbara blåsljud.

Lungor: Avlyssnat liggande i flankerna. Lite sekretbiljud bilateralt.

Buk: Mjuk och till synes oöm.

Blodtryck: 80/40 mmHg, vänster arm.

Neurologiskt: Ingen uppenbar pares men patienten medverkar ej till undersökningen.

EKG: Förmaksflimmer med kammarfrekvens 120/minut. I övrigt oförändrat relativt tidigare EKG.

Lokalstatus höftleder: Ingen benförkortning eller utåtrotation. Passiva rörelser i höftleder provocerar ej uppenbar smärta.

Du bedömer patienten som intorkad med hypovolemi och cirkulationssvikt. Ringer Acetat ges snabbt intravenöst.

Akuta laboratoriesvar visar (referensintervall inom parentes):

Hb 148 g/L (117-153); Natrium 138 mmol/L (137-145); Kalium 5,9 mmol/L (3,2–

4,6); Kreatinin 332 µmol/L (45-90); Glukos 5,2 mmol/L (4,0–7,5);

Arteriell blodgas: pH 7,30 (7,36–7,44); pCO₂ 4,0 kPa (4,7–5,9); pO₂ 8,5 kPa (8,0–9,2);

Basöverskott -10 mmol/L (-3 - +3); Hb-Oxygenmättnad 93% (92-99); Bikarbonat, standard 14 mmol/L (22-26); Laktat 5,0 (0,5-1,6).

4:2:1 Karakterisera patientens syra-bas rubbning inklusive i vilken grad den är kompenserad (icke kompenserad, partiellt kompenserad, fullt kompenserad) (2 p)

Du kallas som medicinjour via akutlarm till akutrummet då en allmänpåverkad kvinna väntas anlända inom kort med ambulans. På akutrummet får du besked om att det rör sig om en 85-årig kvinna som hittats på golvet hemma. Innan patienten anländer hinner du ta en kort titt i journalen som nämner hypertoni, förmaksflimmer behandlat med warfarin, kreatinin runt 130 µmol/L och att patienten opererats för höftfraktur ett halvår tidigare. I samband med detta vårdtillfälle var hon förvirrad på ortopedavdelningen. Hemskrevs med rollator.

Sjuksköterskan från ambulansen rapporterar: Kvinna som bor ensam i en lite avsides villa. Tidningsbudet reagerade på att brevlådan inte var tömd, gick fram till huset och såg genom fönstret kvinnan ligga på golvet. Hade sannolikt legat där cirka tre dygn.

Status: klockan 05:05. AT: RLS 2. Svarar mumlande vid rop eller fysisk stimulering. Magerlagd. Nattlinnet förorenat av urin och avföring. Temp 36,2° C. Kall perifert. Saturation 93% på luftandning, andningsfrekvens 20/minut. Inga perifera ödem. Stort, ytligt trycksår över sacrum. Blåmärken och ytliga hudavskrap på knäna bilateralt. Blåskimrande bula i pannan till vänster som reser sig 1,5-2 cm. Hjärta: Oregelbunden rytm, frekvens 110/minut, inga uppenbara blåsljud.

Lungor: Avlyssnat liggande i flankerna. Lite sekretbiljud bilateralt.

Buk: Mjuk och till synes oöm.

Blodtryck: 80/40 mmHg, vänster arm.

Neurologiskt: Ingen uppenbar pares men patienten medverkar ej till undersökningen.

EKG: Förmaksflimmer med kammarfrekvens 120/minut. I övrigt oförändrat relativt tidigare EKG.

Lokalstatus höftleder: Ingen benförkortning eller utåtrotation. Passiva rörelser i höftleder provocerar ej uppenbar smärta.

Du bedömer patienten som intorkad med hypovolemi och cirkulationssvikt. Ringer-Acetat ges snabbt intravenöst.

Akuta laboratoriesvar visar (referensintervall inom parentes):

Hb 148 g/L (117-153); Natrium 138 mmol/L (137-145); Kalium 5,9 mmol/L (3,2-4,6); Kreatinin 332 µmol/L (45-90); Glukos 5,2 mmol/L (4,0-7,5);

Arteriell blodgas: pH 7,30 (7,36-7,44); pCO₂ 4,0 kPa (4,7-5,9); pO₂ 8,5 kPa (8,0-9,2);

Basöverskott -10 mmol/L (-3 - +3); Hb-Oxygenmättnad 93% (92-99); Bikarbonat, standard 14 mmol/L (22-26); Laktat 5,0 (0,5-1,6).

Baserat på syra-bas-status konstaterar du att patienten har en partiellt kompenserad metabol acidosis.

4:3:1 Förklara de huvudsakliga orsakerna du ser till patientens metabola acidosis. Beskriv också hur kaliumnivån i plasma påverkas av den metabola acidosen. (3 p)

Du kallas som medicinjour via akutlarm till akutrummet då en allmänpåverkad kvinna väntas anlända inom kort med ambulans. På akutrummet får du besked om att det rör sig om en 85-årig kvinna som hittats på golvet hemma. Innan patienten anländer hinner du ta en kort titt i journalen som nämner hypertoni, förmaksflimmer behandlat med warfarin, kreatinin runt 130 µmol/L och att patienten opererats för höftfraktur ett halvår tidigare. I samband med detta vårdtillfälle var hon förvirrad på ortopedavdelningen. Hemskrevs med rollator.

Sjuksköterskan från ambulansen rapporterar: Kvinna som bor ensam i en lite avsides villa. Tidningsbudet reagerade på att brevlådan inte var tömd, gick fram till huset och såg genom fönstret kvinnan ligga på golvet. Hade sannolikt legat där cirka tre dygn.

Status: klockan 05:05. AT: RLS 2. Svarar mumlande vid rop eller fysisk stimulering. Magerlagd. Nattninnet förorenat av urin och avföring. Temp 36,2° C. Kall perifert. Saturation 93% på luftandning, andningsfrekvens 20/minut. Inga perifera ödem. Stort, ytligt trycksår över sacrum. Blåmärken och ytliga hudavskrap på knäna bilateralt. Blåskimrande bula i pannan till vänster som reser sig 1,5-2 cm. Hjärta: Oregelbunden rytm, frekvens 110/minut, inga uppenbara blåsljud.

Lungor: Avlyssnat liggande i flankerna. Lite sekretbiljud bilateralt.

Buk: Mjuk och till synes öm.

Blodtryck: 80/40 mmHg, vänster arm.

Neurologiskt: Ingen uppenbar pares men patienten medverkar ej till undersökningen.

EKG: Förmaksflimmer med kammarfrekvens 120/minut. I övrigt oförändrat relativt tidigare EKG.

Lokalstatus höftleder: Ingen benförkortning eller utåtrotation. Passiva rörelser i höftleder provocerar ej uppenbar smärta.

Du bedömer patienten som intorkad med hypovolemi och cirkulationssvikt. Ringer-Acetat ges snabbt intravenöst.

Akuta laboratoriesvar visar (referensintervall inom parentes):

Hb 148 g/L (117-153); Natrium 138 mmol/L (137-145); Kalium 5,9 mmol/L (3,2-4,6); Kreatinin 332 µmol/L (45-90); Glukos 5,2 mmol/L (4,0-7,5);

Arteriell blodgas: pH 7,30 (7,36-7,44); pCO₂ 4,0 kPa (4,7-5,9); pO₂ 8,5 kPa (8,0-9,2);

Basöverskott -10 mmol/L (-3 - +3); Hb-Oxygenmättnad 93% (92-99); Bikarbonat, standard 14 mmol/L (22-26); Laktat 5,0 (0,5-1,6).

Baserat på syra-bas-status konstaterar du att patienten har en partiellt kompenserad metabol acidosis.

Patientens akuta försämring av njurfunktionen kan förklaras av hypovolemi på grund av intorkning med prerenal njurpåverkan efter sannolikt flera dygn på golvet utan tillgång till dryck. Du ordinerar KAD och vid katetersättning tömmer sig endast cirka 100 ml koncentrerad urin. Urinsticka visar 2+ för erythrocyter och spår av protein men är i övrigt negativ för glukos, nitrit och leukocyter. Du tittar fundersamt på kateterpåsen och undrar om det är det här man kallar coca-cola färgad urin eller om den bara är väldigt koncentrerad.

Första litern dropp har nu gått in och en andra liter pågår. Patienten är mer vaken, tittar upp och svarar med enstaka ord på direkta frågor kring eventuella symtom. Är inte orienterad. Känner sig trött och törstig. Verkar ha ont i hela kroppen och i huvudet. Blodtrycket nu stabilt cirka 100 mmHg systoliskt.

4:4:1 Om den mörka urinen inte förklaras av att den är koncentrerad; vad kan den då indikera för ytterligare orsak till patientens akuta njursvikt? Hur resonerar du och vilken provtagning ordinerar du för att styrka denna diagnos? (1,5 p)

4:4:2 Du bedömer nu patienten som stabil nog att flyttas från akutrummet och planerar för vidare akut utredning. Hur resonerar du angående vilken undersökning som utifrån aktuellt tillstånd skall utföras först? (2 p)

Du kallas som medicinjour via akutlarm till akutrummet då en allmänpåverkad kvinna väntas anlända inom kort med ambulans. På akutrummet får du besked om att det rör sig om en 85-årig kvinna som hittats på golvet hemma. Innan patienten anländer hinner du ta en kort titt i journalen som nämner hypertoni, förmaksflimmer behandlat med warfarin, kreatinin runt 130 µmol/L och att patienten opererats för höftfraktur ett halvår tidigare. I samband med detta vårdtillfälle var hon förvirrad på ortopedavdelningen. Hemskrevs med rollator.

Sjuksköterskan från ambulansen rapporterar: Kvinna som bor ensam i en lite avsides villa. Tidningsbudet reagerade på att brevlådan inte var tömd, gick fram till huset och såg genom fönstret kvinnan ligga på golvet. Hade sannolikt legat där cirka tre dygn.

Status: klockan 05:05. AT: RLS 2. Svarar mumlande vid rop eller fysisk stimulering. Magerlagd. Nattlinnet förorenat av urin och avföring. Temp 36,2° C. Kall perifert. Saturation 93% på luftandning, andningsfrekvens 20/minut. Inga perifera ödem. Stort, ytligt trycksår över sacrum.

Hjärta: Oregelbunden rytm, frekvens 110/minut, inga uppenbara blåsljud.

Lungor: Avlyssnat liggande i flankerna. Lite sekretbiljud bilateralt.

Buk: Mjuk och till synes oöm.

Blodtryck: 80/40 mmHg, vänster arm.

Neurologiskt: Ingen uppenbar pares men patienten medverkar ej till undersökningen.

EKG: Förmaksflimmer med kammarfrekvens 120/minut. I övrigt oförändrat relativt tidigare EKG.

Lokalstatus höftleder: Ingen benförkortning eller utåttrotation. Passiva rörelser i höftleder provocerar ej uppenbar smärta.

Du bedömer patienten som intorkad med hypovolemi och cirkulationssvikt. Ringer-Acetat ges snabbt intravenöst.

Akuta laboratoriesvar visar (referensintervall inom parentes):

Hb 148 g/L (117-153); Natrium 138 mmol/L (137-145); Kalium 5,9 mmol/L (3,2-4,6); Kreatinin 332 µmol/L (45-90); Glukos 5,2 mmol/L (4,0-7,5);

Arteriell blodgas: pH 7,30 (7,36-7,44); pCO₂ 4,0 kPa (4,7-5,9); pO₂ 8,5 kPa (8,0-9,2);

Basöverskott -10 mmol/L (-3 - +3); Hb-Oxygenmättnad 93% (92-99); Bikarbonat, standard 14 mmol/L (22-26); Laktat 5,0 (0,5-1,6).

Baserat på syra-bas-status konstaterar du att patienten har en partiellt kompenserad metabol acidosis.

Patientens akuta försämring av njurfunktionen kan förklaras av hypovolemi på grund av intorkning med prerenal njurpåverkan efter sannolikt flera dygn på golvet utan tillgång till dryck. Du ordinerar KAD och vid katetersättning tömmer sig endast cirka 100 ml koncentrerad urin. Urinsticka visar 2+ för erythrocyter och spår av protein men är i övrigt negativ för glukos, nitrit och leukocyter. Under misstanke om rhabdomyolys tar du prov för S-Myoglobin.

Första litern dropp har nu gått in och en andra liter pågår. Patienten är mer vaken, tittar upp och svarar med enstaka ord på direkta frågor kring eventuella symtom. Är inte orienterad. Känner sig trött och törstig. Verkar ha ont i hela kroppen och i huvudet. Blodtrycket nu stabilt cirka 100 mmHg systoliskt.

Med tanke på Waranbehandling, skalltraumat, som bulan i pannan talar för, huvudvärk och grumlat medvetande planerar du för en akut CT av hjärnan.

4:5:1 Sjuksköterskan på akutrummet undrar om patienten kan köras till röntgen med transportör eller om sjuksköterska ska gå med. Hur resonerar du? (1 p)

4:5:2 Är det aktuellt med hjärt-lung-räddning (HLR) om patienten skulle få cirkulationsstillestånd under transporten. Vad svarar du? Motivera. (2 p)

Du kallas som medicinjour via akutlarm till akutrummet då en allmänpåverkad kvinna väntas anlända inom kort med ambulans. På akutrummet får du besked om att det rör sig om en 85-årig kvinna som hittats på golvet hemma. Innan patienten anländer hinner du ta en kort titt i journalen som nämner hypertoni, förmaksflimmer behandlat med warfarin, kreatinin runt 130 µmol/L och att patienten opererats för höftfraktur ett halvår tidigare. I samband med detta vårdtillfälle var hon förvirrad på ortopedavdelningen. Hemskrevs med rollator.

Sjuksköterskan från ambulansen rapporterar: Kvinna som bor ensam i en lite avsides villa. Tidningsbudet reagerade på att brevlådan inte var tömd, gick fram till huset och såg genom fönstret kvinnan ligga på golvet. Hade sannolikt legat där cirka tre dygn.

Status: klockan 05:05. AT: RLS 2. Svarar mumlande vid rop eller fysisk stimulering. Magerlagd. Nattninnet förorenat av urin och avföring. Temp 36,2° C. Kall perifert. Saturation 93% på luftandning, andningsfrekvens 20/minut. Inga perifera ödem. Stort, ytligt trycksår över sacrum.

Hjärta: Oregelbunden rytm, frekvens 110/minut, inga uppenbara blåsljud.

Lungor: Avlyssnat liggande i flankerna. Lite sekretbiljud bilateralt.

Buk: Mjuk och till synes öm.

Blodtryck: 80/40 mmHg, vänster arm.

Neurologiskt: Ingen uppenbar pares men patienten medverkar ej till undersökningen.

EKG: Förmaksflimmer med kammarfrekvens 120/minut. I övrigt oförändrat relativt tidigare EKG.

Lokalstatus höftleder: Ingen benförkortning eller utåttrotation. Passiva rörelser i höftleder provocerar ej uppenbar smärta.

Du bedömer patienten som intorkad med hypovolemi och cirkulationssvikt. Ringer-Acetat ges snabbt intravenöst.

Akuta laboratoriesvar visar (referensintervall inom parentes):

Hb 148 g/L (117-153); Natrium 138 mmol/L (137-145); Kalium 5,9 mmol/L (3,2-4,6); Kreatinin 332 µmol/L (45-90); Glukos 5,2 mmol/L (4,0-7,5);

Arteriell blodgas: pH 7,30 (7,36-7,44); pCO₂ 4,0 kPa (4,7-5,9); pO₂ 8,5 kPa (8,0-9,2);

Basöverskott -10 mmol/L (-3 - +3); Hb-Oxygenmättnad 93% (92-99); Bikarbonat, standard 14 mmol/L (22-26); Laktat 5,0 (0,5-1,6).

Baserat på syra-bas-status konstaterar du att patienten har en partiellt kompenserad metabol acidosis.

Patientens akuta försämring av njurfunktionen kan förklaras av hypovolemi på grund av intorkning med prerenal njurpåverkan efter sannolikt flera dygn på golvet utan tillgång till dryck. Du ordinerar KAD och vid katetersättning tömmer sig endast cirka 100 ml koncentrerad urin. Urinsticka visar 2+ för erythrocyter och spår av protein men är i övrigt negativ för glukos, nitrit och leukocyter. Under misstanke om rhabdomyolys tar du prov för S-Myoglobin.

Första litern dropp har nu gått in och en andra liter pågår. Patienten är mer vaken, tittar upp och svarar med enstaka ord på direkta frågor kring eventuella symtom. Är inte orienterad. Känner sig trött och törstig. Verkar ha ont i hela kroppen och i huvudet. Blodtrycket nu stabilt cirka 100 mmHg systoliskt.

Med tanke på Waranbehandling, skalltraumat, som bulan i pannan talar för, huvudvärk och grumlat medvetande planerar du för en akut CT av hjärnan.

Du kontaktar nu din bakjour för diskussion och avstämning kring patienten. Ni bedömer att patienten i nuläget inte kräver IVA-vård utan ska behandlas initialt på sjukhusets akutvårdsavdelning med beredskap för flytt till IVA vid försämring. Ni går igenom patientens aktuella läkemedelslista:

Enalapril 20 mg 1x1

Amlodipin 10 mg 1x1

Waran enligt särskild ordination

Behapan 1 mg 1x1

Folacin 1 mg 1x1

Alvedon 665 mg 2x3

4:6:1 Bör några av patientens läkemedel sättas ut tillfälligt i den första ordinationen till avdelningen? I denna fråga får du bortse ifrån om patienten är i skick att svälja tabletter – det är de eventuella negativa effekterna av läkemedlen i patientens situation som eftersöks. Redovisa ditt patofysiologiska resonemang kring dina ställningstaganden rörande vidare ordination för respektive medicin. (3 p)

4:6:2 I din rapport till avdelningen, vilka parameterar och kliniska tecken skall följas under det första vård dygnet utöver puls och blodtryck? Frågan avser ej blodprover. (1,5 p)

Du kallas som medicinjour via akutlarm till akutrummet då en allmänpåverkad kvinna väntas anlända inom kort med ambulans. På akutrummet får du besked om att det rör sig om en 85-årig kvinna som hittats på golvet hemma. Innan patienten anländer hinner du ta en kort titt i journalen som nämner hypertoni, förmaksflimmer behandlat med warfarin, kreatinin runt 130 µmol/L och att patienten opererats för höftfraktur ett halvår tidigare. I samband med detta vårdtillfälle var hon förvirrad på ortopedavdelningen. Hemskrevs med rollator.

Sjuksköterskan från ambulansen rapporterar: Kvinna som bor ensam i en lite avsides villa. Tidningsbudet reagerade på att brevlådan inte var tömd, gick fram till huset och såg genom fönstret kvinnan ligga på golvet. Hade sannolikt legat där cirka tre dygn.

Status: klockan 05:05. AT: RLS 2. Svarar mumlande vid rop eller fysisk stimulering. Magerlagd. Nattlinnet förorenat av urin och avföring. Temp 36,2° C. Kall perifert. Saturation 93% på luftandning, andningsfrekvens 20/minut. Inga perifera ödem. Stort, ytligt trycksår över sacrum.

Hjärta: Oregelbunden rytm, frekvens 110/minut, inga uppenbara blåsljud.

Lungor: Avlyssnat liggande i flankerna. Lite sekretbiljud bilateralt.

Buk: Mjuk och till synes oöm.

Blodtryck: 80/40 mmHg, vänster arm.

Neurologiskt: Ingen uppenbar pares men patienten medverkar ej till undersökningen.

EKG: Förmaksflimmer med kammarfrekvens 120/minut. I övrigt oförändrat relativt tidigare EKG.

Lokalstatus höftleder: Ingen benförkortning eller utåtrotation. Passiva rörelser i höftleder provocerar ej uppenbar smärta.

Du bedömer patienten som intorkad med hypovolemi och cirkulationssvikt. Ringer-Acetat ges snabbt intravenöst.

Akuta laboratoriesvar visar (referensintervall inom parentes):

Hb 148 g/L (117-153); Natrium 138 mmol/L (137-145); Kalium 5,9 mmol/L (3,2-4,6); Kreatinin 332 µmol/L (45-90); Glukos 5,2 mmol/L (4,0-7,5);

Arteriell blodgas: pH 7,30 (7,36-7,44); pCO₂ 4,0 kPa (4,7-5,9); pO₂ 8,5 kPa (8,0-9,2);

Basöverskott -10 mmol/L (-3 - +3); Hb-Oxygenmättnad 93% (92-99); Bikarbonat, standard 14 mmol/L (22-26); Laktat 5,0 (0,5-1,6).

Baserat på syra-bas-status konstaterar du att patienten har en partiellt kompenserad metabol acidosis.

Patientens akuta försämring av njurfunktionen kan förklaras av hypovolemi på grund av intorkning med prerenal njurpåverkan efter sannolikt flera dygn på golvet utan tillgång till dryck. Du ordinerar KAD och vid katetersättning tömmer sig endast cirka 100 ml koncentrerad urin.

Första litern dropp har nu gått in och en andra liter pågår. Patienten är mer vaken, tittar upp och svarar med enstaka ord på direkta frågor kring eventuella symtom. Är inte orienterad. Känner sig trött och törstig. Verkar ha ont i hela kroppen och i huvudet. Blodtrycket nu stabilt cirka 100 mmHg systoliskt.

Med tanke på Waranbehandling, skalltraumat, som bulan i pannan talar för, huvudvärk och grumlat medvetande utföres akut CT av hjärnan, som visar normala förhållanden. Rhabdomyolys eftersöks med blodprov.

Patienten kräver i nuläget inte IVA-vård utan behandlas initialt på sjukhusets akutvårdsavdelning med beredskap för flytt till IVA vid försämring. Ni går igenom patientens aktuella läkemedelslista. Enalapril, Amlodipin och Waran sätts ut tillfälligt. Behepan, Folacin och Alvedon får kvarstå.

Efter drygt en vecka på sjukhus är patienten medicinskt färdigbehandlad inom slutenvården och det är dags att kalla till vårdplanering. Kognitivt fungerar hon betydligt bättre men är inte helt klar och redig. Fritt uppegående med rollator. Du tjänstgör nu som underläkare på patientens vårdavdelning.

4:7:1 Inför vårdplaneringen ber du arbetsterapeuten på avdelningen genomföra ett test som screening för kognitiv funktionsnedsättning. Ange ett relevant test. (1 p)

4:7:2 Låt oss anta att testet indikerar påtaglig kognitiv funktionsnedsättning. Hur förhåller du dig då till att i detta läge ställa diagnosen demens? (1 p)