

Examination efter läkares allmäntjänstgöring – Skriftligt prov

SVARSFÖRSLAG TILL AT-PROV DEN 25 november 2016

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

Svarsförslag Internmedicin 20 poäng

1.1.1 Ange 3 möjliga differentialdiagnoser (2p)

Sepsis, / Pneumoni, / hypo-/hyperglykemi, / njursvikt/hyponatremi, / calciumrubbning, / läkemedelsbiverkan. (2p sepsis/1p annat)

1.1.2 Hur du vill utreda patienten akut, utöver prover som redan är tagna. (2p)

Blodgas, odlingar, övervakning, pulmrtg

1.1.3 Hur behandlar du patienten på akutmottagningen? Motivera. (2p)

Syrgas, vätska och ev antibiotika. (2p för 2 av 3)

1.2.1 Ytterligare akut behandling? (2p)

Ge 1-2 liter vätskebolus på ca 60 minuter.

1.2.2 Vilken vårdnivå föreslår du. (1p)

Kontaktar IVA jour/MIG team, inläggning på avd med särskild övervakning

1.2.3 Motivera val av antibiotika utifrån vanligaste agens (inga doser). (2p)

Cefotaxim/piperacillin-tazobactam/meropenem/imipenem +/- aminoglykosid
=1 p för bredspektrum antibiotika

1.3.1 Finns det anledning att ändra något bland de mediciner patienten vanligen använder? T.Trombyl 75 mg x1, T.Enalap. Motivera. (2p)

Sätt ut Enalapril och Metformin pga lågt blodtryck och kreastegring. Sätt in insulin vb (2p för 3 av 5)

1.4.1 Finns indikation för bildiagnostik? Motivera. (1p)

Lungröntgen

1.4.2 Finns indikation för ytterligare provtagning? Motivera. (2p)

Pneumokockantigen

1.5.1 Hur skulle man ha kunnat minska risken för insjuknande hos denna patient? (1p)

Pneumokockvaccin erbjuds till alla över 65 års ålder skyddar dock huvudsakligen mot invasiv allvarlig pneumokocksjukdom

1.6.1 Vilken sort? Motivera. (1p)

Amoxicillin / Kåvepenin (1 p för kåve, ½ för amoxi)

1.6.2 Hur länge? Motivera. (2p)

Nationella riktlinjer rekommenderar 7 dagars total behandling med hänsyn tagen till miljön, resistensutveckling, och biverkningar

Svarsförslag Psykiatri frågan totalt 20 poäng

2.1.1 Ge förslag på ytterligare tre viktiga anamnestiska uppgifter som bör redas ut på akutmottagningen. (3p)

- Somatisk sjukdomshistorik, viktigt med information om tidigare EP/DT.
- Symptom på aktuell infektion.
- Konsumtion av alkohol och/eller narkotika. Missbruk av läkemedel.
- Möjligt trauma i anamnesen.

2.1.2 Ange tre olika provtagningar/somatiska undersökningar som du bör komplettera med på akutmottagningen. (3p)

- S-etanol/alkohol i utandningsluft. S-glukos/plasma-glukos mmol/L.
- Neurologstatus; diplopi/ögonmotorikrubbning.
- Temperatur.

2.2.1 Vad blir din arbetshypotes diagnostiskt? Motivera ditt svar. (1p)

Delirium tremens; Konfusion, tremor, takykard, hyperten, känt alkoholmissbruk.

2.3.1 Vad ordinerar du för läkemedel nu på akutmottagningen? Motivera dina ordinationer. (3p)

Betabion/Neurobion för Wernicke-Korsakoff prevention. Förslagsvis 200-500mg Tiamin intramuskulärt.

Ex. Diazepam iv 20-40mg ev. Tillägg av neuroleptika ex. Haloperidol 5mg iv. för sedation/sömn.

Ej antiepileptika.

Neuroleptika är inte förstahandsval.

2.4.1 Ange en relevant biverkning du måste tänka på i samband med din medicinering? Ange även vilka åtgärder du vidtar med anledning av detta. (2p)

Biverkningar måste monitoreras noggrant då Stesolid (diazepam) kan deprimera andningen. Puls och saturation behöver följas. (Kramprisk bör beaktas).

2.5.1 Förklara mekanismen bakom symptombilden vid Wernicke-Korsakoff. (2p)

Beror på tiaminbrist (vitamin B1) pga malnutrition, ses vanligen vid alkoholberoende. Vitamin B1 är ett essentiellt co-enzym som är nödvändigt i glukos metabolismen. För lite tiamin ger energibrist i delar av hjärnan med efterföljande hjärnskador.

Diagnos ställs på klinisk bild som baseras på triaden: ögonmotorikstörning, cerebellär ataxi samt konfusion.

2.5.2 Vilka strukturer är det som drabbas i hjärnan? (2p)

Mamillära kropparna (limbiska systemet/hypothalamus), thalamus (anteriort/medialt dorsalt) och cerebellum.

2.6.1 Förklara kortfattat verkningsmekanismen för dessa behandlingar? (2p)

Akamprosot-minskar alkoholsug. Disulfiram-ger illamående vid intag av alkohol

2.6.2 Beskriv för patienten en relevant fördel respektive nackdel med var och en av dessa läkemedelsbehandlingar? (2p)

Akamprosot; Ger fler nyktra dagar. Diarré vanlig biverkan. Bör kompletteras med psykosocialt stöd.

Disulfiram: Ger leverpåverkan. Snabb effekt. Bör ofta ges under övervakning.

Svarsförslag Allmänmedicin totalt 20 poäng

3.1.1 Hur vill du komplettera anamnesen? Nämn 4 relevanta frågeställningar och motivera dessa. (2p)

Social anamnes, hereditet (ffa diabetes, hjärtkärl sjukdomar, blodsjukdom, thyreoidea, depression), sjukdomsanamnes (tidigare/nuvarande sjukdomar: diabetes, thyreoidea, depression, blodsjukdomar, viktnedgång, avföringsvanor, miktion, törst, bröstsmärtor) aktuella mediciner, rökning

3.1.2 Vad kan förklara symtomen? Ange 4 sannolika diagnoser. (2 p)

Försämrad syretransport: Hjärt-lungdysfunktion (exempelvis hjärtarytmi, hjärtvitium, hjärtsvikt, astma, KOL, oträning), Anemi

3.2.1 Vilka laboratorieprov finns anledning att kontrollera. Nämn 4 och motivera varför. (2p)

Hb, Pglukos, TSH, ev Pro-BNP

3.2.2 Vilka ytterligare undersökningar kan vara aktuella på vårdcentralen och vilka beställer du? (2p)

EKG, PEF eller COPD-6 mätning, spirometri, rtg pulm

3.3.1 Vad visar EKG-undersökningen? (1p)

Regelbunden sinusrytm. Normalt EKG

3.4.1 Vilken undersökning kan göras på vårdcentralen för att utreda andningsbesvären mera? (1p)

Spirometri

3.5.1 Vilken diagnos ställer du utifrån spirometrifynden? (1p)

KOL. (Nedsatt FEV1 och kvot FEV1/VC<0,7 utan reversibilitet).

3.6.1 Vilken farmakologisk behandling vill du rekommendera kvinnan? (1p)

Inhalation med LAMA (t ex Spiriva), LABA eller kombinationsläkemedel med båda (t ex Ultibro Breezhaler). (Förutom farmakologisk behandling kan även fysiskt träning vara gynnsamt).

3.7.1 Vilken typ av behandling är aktuell nu? (1p)

Tillägg med inhalation ICS. Ev även roflumilast (T Daxas) (Pat har KOL-stadium GOLD D)

3.8.1 Ange två viktiga uppgifter du vill komplettera anamnesen med utifrån skelettfyndet på lungröntgen. (1p)

Tidigare fraktur, höftfraktur hos förälder, BMI < 20 eller viktnedgång > 10 kg sedan 25 års ålder, rökning, reumatoid artrit, insulinbehandlad, diabetes menopaus<45års ålder, fysisk inaktivitet, peroral kortisonbehandling, fallrisk.

3.8.2 Hur värderar du om patienten behöver utredas vidare? (1p)

Om FRAX visar 10-årig frakturrisik >15% bör patienten utredas vidare med bentäthetsmätning.

3.9.1 Vilka ytterligare laboratorieprov finns anledning att kontrollera. Nämn 4 laboratorieprover och motivera varför (1p)

Den tidigare provtagningen kompletteras med SR ALP Ca Alb för att bättre kunna bedöma om vidare utredning avseende sekundär osteoporos med ökad bennedbrytning såsom vid myelom hyperparathyreoidism mm kan vara befogad.

3.9.2 Hur utreder du patienten vidare? (1p)

DXA mätning (bentäthetsmätning i höft och ländrygg). Röntgen bröst ländrygg med anledning av kotkompressionerna.

3.10.1 Vilken diagnos har patienten? (1p)

Osteoporos

3.10.2 Hur handlägger du patienten utifrån DXA svaret? (1p)

T-score $< -2,5$ motiverar tillsammans med riskfaktorerna för behandling med bisfosfonat, calcium och d-vitamin.

3.11.1 Hur följer du upp patienten? Hur länge bör behandlingen fortsätta? (1p)

Behandling med bisfosfonater kan pågå 3-5 år. Om ny DXA visar T-score lägre än $-2,5$ till $-2,0$ kan fortsatt behandling övervägas. Efter utsatt behandling kan årlig omprövning av behandling ske utifrån bentäthetsmätning, nya frakturer och riskbedömning.

Svarsförslag Kirurgi totalt 20 poäng

4.1.1 Vilka två markörer bedömer du har vitalparametrar som talar för dålig prognos när du rapporterar till ledningsläkaren? (1p)

A & B

4.1.2 Hur vill du behandla eller hantera de skadade med de begränsade resurser du och sköterskan har till ert förfogande? Gå igenom patient för patient i prioriteringsordning. Strukturera ditt svar. (4p)

A ges analgetika, en filt, syrgas. B får en filt över sig. C får en infart med Ringer-Acetat, syrgas på näsan, ett förband över sårskadan samt smärtlindring. D får hjälp med att fria sin luftväg medelst hak-drag, svalgtub, syrgas, ev framstupa sidoläge. Patient E får ett förband över skadan och lugnas ner.

4.1.3 En ambulans finns i övningen tillgänglig för avtransport med *en* av dina patienter om ca 15 minuter. Vem får åka? Motivera. (2p)

Patient C bedöms vara i chock och i behov av omedelbar, livräddande kirurgi och får därför åka med ambulansen.

4.2.1 Man finner inga ytterligare blodkärl för infusioner på akutrummet. Nämn två olika möjligheter för att skapa kärlaccess akut på akutrummet för vätskebehandling? (2p)

Intraosseös infusion och friläggning av ven.

4.2.2 Vilken plats väljer du för att skapa kärlaccess i det här fallet? Var exakt i din anatomiska angivelse och vilken sida som avses. (1p)

Vena saphena magna sin eller tuberositas tibiae sin. Kärlaccess bör ej skapas på höger ben eftersom patienter företer skador där. (Ett svar och rätt sida för full poäng.)

4.2.3 En arteriell blodgas tas på akutrummet. Den visar följande bl.a.: pH 7,22 (7,35-7,45), pCO₂ 3,7 (4,6-6,0 kPa), pO₂ 10 (>10 kPa), Base Excess, BE, -6 (-3-3 mmol/l), syremättnad 94%. Vad tyder den på? Motivera! (2p)

Blodgasen tyder på en metabol acidosis, troligen en laktacidosis som uttryck för hemorragisk chock.

4.2.4 En kollega föreslår att det är bäst att gå till datortomografin innan ni går vidare till operationsavdelningen. Vad svarar du? Motivera! (2p)

Patienten är i chock och behöver laparotomeras snarast. En datortomografi skulle fördröja handläggningen.

4.3.1 AT-läkaren på salen frågar varför man inte vill anastomosera kolonändarna. Kirurgen förklarar att man vid allvarliga skador, skall arbeta efter "skademinimeringskonceptet" (Damage Control) och lägger upp tarmändarna som stomier. Vad innebär detta koncept och varför vill man inte anastomosera i det här läget? (2p)

Konceptet innebär att man fokuserar på att rädda livet på patienten och vidtar definitiva åtgärder efter att patienten stabiliserats i ett senare skede. Att anastomosera tarmändar i en infekterad miljö, hos en patient som befinner sig i chock med hypoperfusion är mycket riskabelt.

4.3.2 Narkosläkaren meddelar under operationen att den centrala kroppstemperaturen är 34,5°C? Hur påverkar temperaturen operationslagets fortsatta omhändertagande av patienten? Motivera! (2p)

Hypotermi utgör en del av vad som kallas den dödliga triaden inom traumakirurgi: acidosis, koagulationsrubbnings och hypotermi. När patienten börjar bli hypoterm, sker ofrivillig huttring, som leder till ytterligare metabol acidosis. Dessutom försämras koagulationsförmågan med sjunkande temperatur. Detta är en varningssignal till operationslaget om att tiden håller på att rinna ut och operationen måste avslutas, så snart som möjligt, så att patienten kan värmas upp på IVA och tas tillbaka till operationsavdelningen i ett senare skede om så behövs.

4.3.3 Vid återbesöket efter operationen berättar du för patienten igen om ingreppet. Hon undrar vilka komplikationer som kan uppträda på lång sikt även efter att stomierna lagts ned. Vad svarar du henne? (2p)

Ärrbräck, adhärensileus, lösare avföring, infertilitet. (Två svar för full poäng)