

Examination efter läkares allmäntjänstgöring - Skriftligt prov

den 20 november 2015

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. (De frågor som avkräver flera svar t.ex. 4 stycken, kommer endast de första 4 svaren att rättas och övriga förslag lämnas utan rättning). 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. Motstridiga eller ovidkommande svar kan medföra poängavdrag. 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 10 delfrågor
Fall 3 20 poäng 14 delfrågor
Fall 4 20 poäng 13 delfrågor

Toalettbesök får göras mellan skrivningsfallen. Det finns en tom sida efter varje avslutat fall som ska ligga öppen vid besöket.

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

Johan, 68 år och tidigare frisk, inkommer på eftermiddagen till medicinakuten i ambulans. Han tar inga mediciner. Rökare. Han har idag spelat golf. Efter 45 minuters golfspel svimmade han. Enligt medföljande vän var han frånvarande ungefär en minut, inga kramper eller urinavgång. Johan berättar att varit tröttare än vanligt de senaste veckorna. I samband med ansträngning har han känt ett lindrigt tryck över bröstet och samtidigt känt sig andningspåverkad. Han har även känt att hjärtat slår extra hårt i samband med detta. Enligt ambulanspersonalen har Johan hela tiden varit klar och vaken. B-Glc i ambulans 6,5 (4,2-6,3 mmol/L). Saturationen har varit 95% och blodtrycket stabilt kring 130/85 mmHg under ambulanstransporten.

1.1.1 Med denna sparsamma anamnes, vilka differentialdiagnoser finner du mest troliga? Ange 3 differentialdiagnoser. (1,5p)

1.1.2 Vilka 4 frågor ter sig mest rimliga att komplettera anamnesen med? (1,5p)

1.1.3 Du tar en arteriell blodgas samt begär blodprover, Vilka 3 blodprover anser du viktigast nu i akutskedet och vilka 3 mätningar/undersökningar begär du för att om möjligt bekräfta eller förkasta dina differentialdiagnoser? Ange dessa 3 blodprover och 3 mätningar/undersökningar. (1,0p)

Johan, 68 år och tidigare frisk, inkommer på eftermiddagen till medicinakuten i ambulans. Han tar inga mediciner. Rökare. Efter 45 minuters golfspel svimmade han. Var frånvarande ungefär en minut, inga kramper. Varit tröttare än vanligt de senaste veckorna. I samband med ansträngning har han känt ett lindrigt tryck över bröstet och samtidigt känt sig andningspåverkad. Han har även känt att hjärtat slår extra hårt i samband med detta. Enligt ambulanspersonalen har Johan hela tiden varit klar och vaken. Saturationen har varit 95% och blodtrycket stabilt kring 130/85 mmHg under ambulanstransporten.

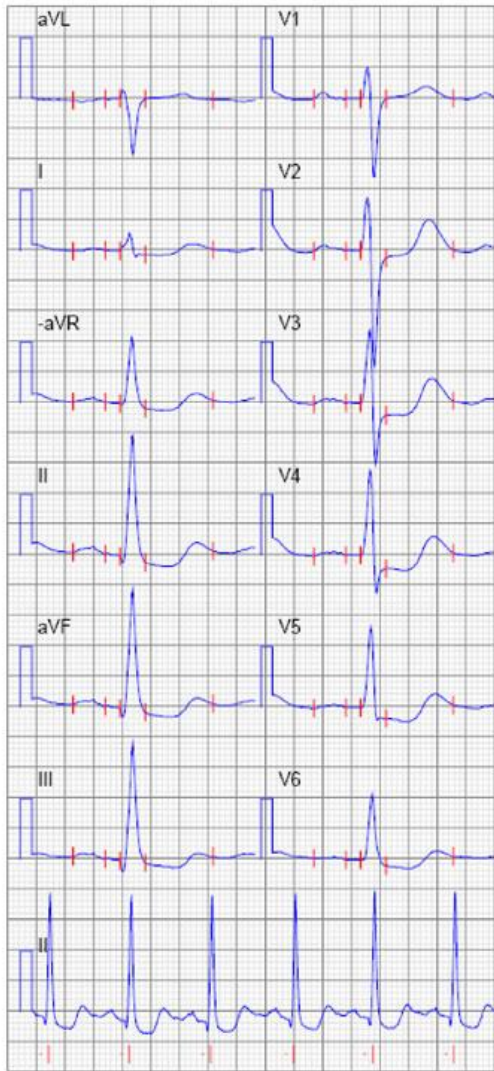
Johan berättar att minuterna innan han svimmade kände han tryck i bröstet, hjärklappning och påtaglig andfåddhet. Sedan i morse har han haft intermitterant tryck i bröstet med utstrålning mot käkarna, varit mer tungandad, upplevt hjärklappning samt varit yr. Senaste tiden har han känt av yrsel i samband med att han reser sig från sittande eller liggande.

Differentialdiagnoserna lungemboli, arytm, aortastenosen och hjärtinfarkt måste misstänkas. Du begär blodprover där troponin, D-dimer och Hb är mest viktiga. Na 142 (137-145 mmol/L), K 3,3 (3,5-4,4 mmol/L), kreatinin 100 (60-105 µmol/L), Hb 126 (134-170 g/L), P-Glukos 6,6 (4,2-6,3 mmol/L), CRP 26 (<3 mg/L), vita 9,0 (3,5-8,8 x10⁹/L), trombocyter 188 (145-348 x10⁹/L), troponin 38 (<15 ng/L), D-dimer 0,5 (<0,25 mg/L), pH 7,37 (7,35-7,45), pO₂ 7,9 (8-13 kPa), pCO₂ 5,9 (4,6-6,0 kPa), laktat 1,2 (0,5-1,6 mmol/L), BE.-1 (-3 – 3 mmol/L) Blodtryck 140/90 mmHg, saturation 95%, Hjärta auskulteras med svagt systoliskt blåsljud I2 dx utan utstrålning över karotiderna. Lungor auskulteras invändningsfritt. Buk palperas utan anmärkning.

1.2.1 Tolka Johans EKG. (0,5p)

1.2.2 Anser du att Johans EKG talar för eller emot lungemboli? Motivera. 1,0P

1.2.3 Vilken blir nu din arbetsdiagnos och varför? Förklara också varför du anser de andra differentialdiagnoserna mindre sannolika. (2,0p)



Id:
Namn:

Rem Avd:

Hjärtfrekvens 107/min

Intervall: PQ: 164 ms QT/QTc: 324/406 ms
 Durationer: P: 112 QRS: 88
 Axlar: P: 72° R: 85° T: 7°

Komplex: 50 mm/s

Johan, 68 år och tidigare frisk, inkommer på eftermiddagen till medicinakuten i ambulans. Efter 45 minuters golfspel svimmade han. Var frånvarande ungefär en minut, inga kramper. Varit tröttare än vanligt de senaste veckorna. I samband med ansträngning har han känt ett lindrigt tryck över bröstet och samtidigt känt sig andningspåverkad. Han har även känt att hjärtat slår extra hårt i samband med detta. Enligt ambulanspersonalen har Johan hela tiden varit klar och vaken. Saturationen har varit 95% och blodtrycket stabilt kring 130/85 mmHg under ambulanstransporten.

Johan berättar att minuterna innan han svimmade kände han tryck i bröstet, hjärtklappning och påtaglig andfåddhet. Sedan i morse har han haft intermittent tryck i bröstet med utstrålning mot käkarna, varit mer tungandad, upplevt hjärtklappning samt varit yr. Senaste tiden har han känt av yrsel i samband med att han reser sig från sittande eller liggande. Differentialdiagnoserna lungemboli, arytm, aortastenos och hjärtinfarkt måste misstänkas. Na 142 (137-145 mmol/L), K 3,3 (3,5-4,4 mmol/L), kreatinin 100 (60-105 µmol/L), Hb 126 (134-170 g/L), P-Glukos 6,6 (4,2-6,3 mmol/L), CRP 26 (<3 mg/L), vita 9,0 (3,5-8,8 x10⁹/L), trombocyter 188 (145-348 x10⁹/L), troponin 38 (<15 ng/L), D-dimer 0,5 (<0,25 mg/L), pH 7,37 (7,35-7,45), pO₂ 7,9 (8-13 kPa), pCO₂ 5,9 (4,6-6,0 kPa), laktat 1,2 (0,5-1,6 mmol/L), BE.-1 (-3 - 3 mmol/L) Blodtryck 140/90 mmHg, saturation 95%, Hjärta auskulteras med svagt systoliskt blåsljud I2 dx utan utstrålning över karotiderna. Lungor auskulteras invändningsfritt. Buk palperas utan anmärkning.

På EKG ses sinusrytm med ST-sänkningar anterolateralt och inferiort förenliga med ischemi. Din arbetsdiagnos blir nu subendokardiell hjärtinfarkt (NSTEMI). Lungemboli, är mindre sannolik då blodgasen är normal, avsaknad av högergrenblock och att ST-sänkningar inte finns på typisk lokalisering på EKG samt att d-dimer endast är lätt förhöjt. Aortastenos av lindrig grad sannolik med svagt blåsljud över I2 dx men avsaknad av utstrålning över karotiderna. Aortastenos kan därför knappast orsaka patientens händelse och symptom då anamnesen är kort. Arytmi mindre sannolikt som primär orsak då EKG inte påvisar någon arytm och då ischemiska förändringar ses i vila. Sekundär arytm orsakad av ischemi kan dock inte uteslutas.

1.3.1 Plötsligt tar sig Johan för bröstet och kippar efter andan. Efter 30 sekunder blir han okontaktbar. Du tittar på hjärtmonitoreringen. Vad ser du? 0,5P



1.3.2 Vad gör du nu? (0,5p)

1.3.3 Vid hjärtinfarkt förändras balansen av intra- respektive extracellulärt natrium, kalium och kalcium. På vilket sätt och vad blir konsekvensen för hjärtat? (1,0p)

Johan, 68 år och tidigare frisk, inkommer på eftermiddagen till medicinakuten i ambulans. Efter 45 minuters golfspel svimmade han. Var frånvarande ungefär en minut, inga kramper. I samband med ansträngning känt ett lindrigt tryck över bröstet och samtidigt känt sig andningspåverkad. Han har även känt att hjärtat slår extra hårt i samband med detta.

Johan berättar att minuterna innan han svimmade kände han tryck i bröstet, hjärtklappning och påtaglig andfåddhet. Sedan i morse har han haft intermittent tryck i bröstet med utstrålning mot käkarna, varit mer tungandad, upplevt hjärtklappning samt varit yr. Senaste tiden har han känt av yrsel i samband med att han reser sig från sittande eller liggande. Differentialdiagnoserna lungemboli, arytm, aortastenosis och hjärtinfarkt måste misstänkas. Na 142 (137-145 mmol/L), K 3,3 (3,5-4,4 mmol/L), kreatinin 100 (60-105 µmol/L), Hb 126 (134-170 g/L), P-Glukos 6,6 (4,2-6,3 mmol/L), CRP 26 (<3 mg/L), vita 9,0 (3,5-8,8 x10⁹/L), trombocyter 188 (145-348 x10⁹/L), troponin 38 (<15 ng/L), D-dimer 0,5 (<0,25 mg/L), pH 7,37 (7,35-7,45), pO₂ 7,9 (8-13 kPa), pCO₂ 5,9 (4,6-6,0 kPa), laktat 1,2 (0,5-1,6 mmol/L), BE.-1 (-3 - 3 mmol/L) Blodtryck 140/90 mmHg, saturation 95%, Hjärta auskulteras med svagt systoliskt blåsljud I2 dx utan utstrålning över karotiderna. Lungor auskulteras invändningsfritt. Buk palperas utan anmärkning. På EKG ses sinusrytm med ST-sänkningar förenliga med ischemi. Din arbetsdiagnos blir nu subendokardiell hjärtinfarkt.

På hjärtmonitoreringen ser du ventrikeltakykardi. Eftersom Johan är okontaktbar defibrillerar du direkt. Du får omslag till sinusrytm efter första defibrilleringen.

1.4.1 Du begär omedelbart ett nytt EKG. Vad ser du på detta? 1,0 P



Johan, 68 år inkommer till akuten i ambulans. Efter 45 minuters golfspel svimmade han. Var frånvarande ungefär en minut, inga kramper. I samband med ansträngning känt ett lindrigt tryck över bröstet och samtidigt känt sig andningspåverkad. Han har även känt att hjärtat slår extra hårt i samband med detta. Johan berättar att minuterna innan han svimmade kände han tryck i bröstet, hjärtklappning och påtaglig andfåddhet. Sedan i morse har han haft intermittent tryck i bröstet med utstrålning mot käkarna, varit mer tungandad, upplevt hjärtklappning samt varit yr. Senaste tiden har han känt av yrsel i samband med att han reser sig från sittande eller liggande. Differentialdiagnoserna lungemboli, arytm, aortastenosis och hjärtinfarkt måste misstänkas.. På EKG ses sinusrytm med ST-sänkningar förenliga med ischemi. Din arbetsdiagnos blir nu subendokardiell hjärtinfarkt.

På hjärt monitoreringen ser du en ventrikeltakykardi och eftersom Johan är okontaktbar defibrillerar du direkt. Du får omslag till sinusrytm efter första defibrilleringen.

Blodtrycket är nu 100/60 mmHg och saturationen 95%. Johan har ont i bröstet med utstrålning mot ryggen och är illamående. Lätt andningspåverkad med andningsfrekvens 20/min. På EKG ser du nu förändringar förenliga med anterior transmural hjärtinfarkt (STEMI). Du ordinerar perifer nål samt 1000 ml Ringeracetat med infusionstakt på 4-6 timmar.

1.5.1 Förklara patofysiologin bakom transmural hjärtinfarkt? (1.0p)

1.5.2 Vilka åtgärder vidtar du under de närmaste 10 minuterna efter fyndet på senaste EKG? (2,0p)

1.5.3 Vilka komplikationer med hög mortalitet efter hjärtinfarkt känner du till? (2,0p)

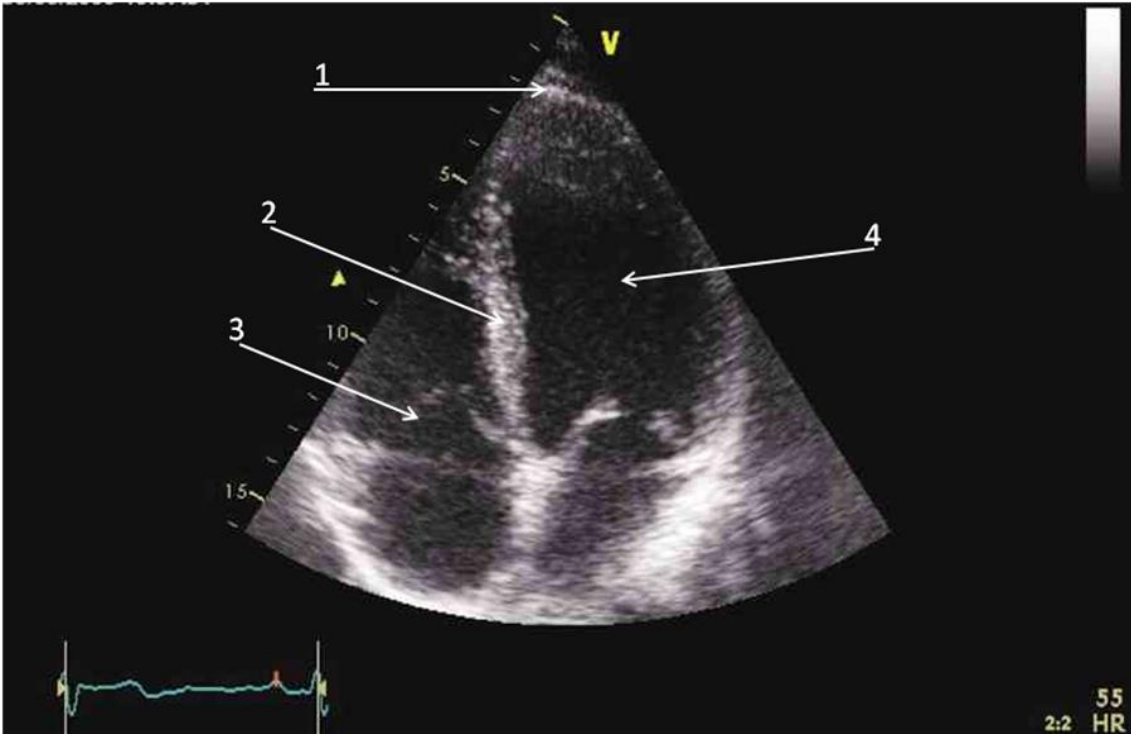
Johan, 68 år inkommer till akuten i ambulans. Efter 45 minuters golfspel svimmade han. Var frånvarande ungefär en minut, inga kramper. I samband med ansträngning känt ett lindrigt tryck över bröstet och samtidigt känt sig andningspåverkad. Han har även känt att hjärtat slår extra hårt i samband med detta. Johan berättar att minuterna innan han svimmade kände han tryck i bröstet, hjärtklappning och påtaglig andfåddhet. Sedan i morse har han haft intermittent tryck i bröstet med utstrålning mot käkarna, varit mer tungandad, upplevt hjärtklappning samt varit yr. Senaste tiden har han känt av yrsel i samband med att han reser sig från sittande eller liggande. Differentialdiagnoserna lungemboli, arytm, aortastenosen och hjärtinfarkt måste misstänkas.. På EKG ses sinusrytm med ST-sänkningar förenliga med ischemi. Din arbetsdiagnos blir nu subendokardiell hjärtinfarkt.

På hjärt monitoreringen ser du en ventrikeltakykardi och eftersom Johan är okontaktbar defibrillerar du direkt. Du får omslag till sinusrytm efter första defibrilleringen. Blodtryck är nu 100/60 mmHg och saturation 95%. Johan har ont i bröstet med utstrålning mot ryggen. Är illamående. Lätt andningspåverkad med andningsfrekvens 20. På EKG ser du nu förändringar förenliga med anterior transmural hjärtinfarkt (STEMI). Du ordinerar perifer nål samt 1000 ml ringer-acetat med infusionstakt på 4-6 timmar.

Orsaken bakom STEMI är akut ocklusion till följd av trombotisering som orsakas av underliggande, plaqueruptur, ulceration eller dissektion. Du ordinerar morfin och antiemetika (primperan eller ondansatron) iv. Diagnosen STEMI föranleder snabb revaskularisering, dvs omgående PCI. Patienten erhåller 500 mg acetylsalicylsyra, 180 mg (2 tabl 90 mg) ticagrelor och atorvastatin 80 mg. Eftersom blodtrycket nu sjunkit från 140/90 till 100/60 mmHg och STEMI verifierats misstänker du att patienten är på väg in i kardiogen chock. Du ordinerar därför blodtryck varannan minut alternativt ber narkosjouren sätta artärnål.

PCI utförs komplikationsfritt inom 40 minuter mot ockluderad LAD. Patienten utvecklade aldrig kardiogen chock tack vare snabb revaskularisering. Dagen efter träffar du patienten som nu är välmående. Han har precis genomgått UKG som visar normalstor vänster kammare med hypokinesi apikalt. EF 40-45%. Lindrig aortastenosen med maxgradient på 32 mmHg samt lindrig mitralisinsufficiens. Inga flöden i septum. Normalstora förmak. Johan har således inte fått någon av komplikationerna tamponad, VSD, papillarmuskelruptur, arytm eller kardiogen chock.

1.6.1 Vilka strukturer (pil 1-4) markeras i ultraljudsbilden? (2,0p)



Johan, 68 år inkommer akut efter svimning. I samband med ansträngning känt ett lindrigt tryck över bröstet och samtidigt känt sig andningspåverkad. Han har även känt att hjärtat slår extra hårt i samband med detta.

Johan berättar att minuterna innan han svimmade kände han tryck i bröstet, hjärtklappning och påtaglig andfåddhet. Sedan i morse har han haft intermittent tryck i bröstet med utstrålning mot käkarna, varit mer tungandad, upplevt hjärtklappning samt varit yr. Senaste tiden har han känt av yrsel i samband med att han reser sig från sittande eller liggande. På EKG ses sinusrytm med ST-sänkningar förenliga med ischemi. Din arbetsdiagnos blir nu subendokardiell hjärtinfarkt.

På hjärt monitoreringen ser du en ventrikeltakykardi och eftersom Johan är okontaktbar defibrillerar du direkt. Du får omslag till sinusrytm efter första defibrilleringen. På det nya EKG:t ser du anterior transmural hjärtinfarkt. Johan har ont i bröstet med utstrålning mot ryggen. Lätt andningspåverkad med andningsfrekvens 20. Diagnosen STEMI föranleder snabb revaskularisering, dvs omgående PCI. Patienten erhåller 500 mg acetylsalicylsyra, 180 mg (2 tabl 90 mg) ticagrelor och atorvastatin 80 mg. Eftersom blodtrycket nu sjunkit från 140/90 till 100/60 mmHg och STEMI verifierats misstänker du att patienten är på väg in i kardiogen chock. Du ordinerar därför blodtryck varannan minut alternativt ber narkos sätta artärnål.

PCI utförs komplikationsfritt inom 40 minuter mot ockluderad LAD. Patienten utvecklade aldrig kardiogen chock tack vare snabb revaskularisering. Dagen efter träffar du patienten som nu är välmående. Han har precis genomgått UKG som visar normalstor vänster kammare med hypokinesi apikalt. EF 40-45%. Lindrig aortastenosis med maxgradient på 32 mmHg samt lindrig mitralisinsufficiens. Inga flöden i septum. Normalstora förmak. Johan har således inte fått någon av komplikationerna tamponad, VSD, papillarmuskelruptur, arytmier eller kardiogen chock.

På UKG sågs lindrigt nedsatt EF vilken du tillskriver som sannolikt sekundärt till hibernerande myokard. Du vet att hibernering efter hjärtinfarkt restitueras efter 4-8 veckor varför du beställer ett nytt UKG till det planerade återbesöket om 8 veckor. På avdelningen har man tagit HbA1c som var 41 (31-46 mmol/mol), kolesterol 4,6 (3,9-7,8 mmol/L) samt LDL 2,3 (2,0-5,3 mmol/L). Inneliggande behandling påbörjas med läkemedel som är viktiga i sekundärpreventivt syfte.

1.7.1 Vilka sekundärpreventiva läkemedel är viktiga att behandla en patient med ischemisk hjärtsjukdom med redan under vårdtiden. Ange verkningsmekanism och hur den positiva effekten erhålls? (2,5p)

EPILOG

För att minska risken för ny hjärtinfarkt påbörjades sekundärpreventiv behandling under vårdtiden. Ramipril 2,5 mg 1x2 (ACEi) för att sänka blodtrycket och för att minska remodelling vilket ökar myokardiets förmåga att återhämta kammarfunktionen. Metoprolol 50 mg 1x1 (B-blockad) för att sänka blodtryck och puls. Atorvastatin 80 mg 1x1 för lipidsänkning, framför allt LDL. Trombocythämning, genom att hämma tromboxan A2, med ASA 75 mg 1x1 samt genom att hämma ADP receptorn med Brilique 90 mg 1x2 (behandlingstid 1 år). Icke farmakologisk behandling såsom rökstopp, motion och kost är viktigt att påbörja så fort som möjligt efter utskrivningen. Därför kallades Johan till kranskärlssjuksköterska och sjukgymnast 2 veckor efter utskrivningen. Vid återbesöket till läkare på hjärtmottagningen, 8 veckor efter vårdtillfället, mår Johan bra. Inga allvarliga komplikationer i samband eller efter hjärtinfarkten. UKG visade EF 40% dagen efter hjärtinfarkten men efter att hiberneringen släppt visade nytt UKG efter 6 veckor att EF normaliserats.

Fall 2

Patient 1:

En 42-årig man kommer till akuten med kraftiga buksmärtor en söndagkväll. Han uppger att de började akut under förmiddagen, på eftermiddagen står han inte längre ut. VAS 8 (0-10). Han är frisk sedan tidigare, han har kräkts men inte haft diarré. Känner sig litet febrig.

2.1.1 Ange fem akut livshotande kirurgiska diagnoser av olika genes som kan vara aktuella i detta fall. Beskriv typiska symtom för respektive diagnos. (1p per korrekt diagnos med god beskrivning, max 5p)

En 42-årig man kommer till akuten med kraftiga buksmärtor en söndagkväll. Han uppger att de började hastig under förmiddagen, på eftermiddagen står han inte längre ut. VAS 8 (0-10). Han är frisk sedan tidigare, han har kräkts men inte haft diarré. Känner sig litet febrig.

Du vill utesluta rupturerat aortaaneurysm, tarmischemi, ileus, perforerat ulkus och pankreatit.

Du börja med en noggrann anamnes där patienten berättar att han inte tar medicin, har inga allergier, han har druckit 4 starköl och 6 shots igår med några gamla vänner.

Brukar inte dricka mycket annars. Han arbetar som byggnadsarbetare och har fru och tre barn. Alla är friska och det finns ingen hereditet för hjärt-kärl-sjukdomar eller inflammatorisk tarmsjukdom. Smärtorna kom snabbt under förmiddagen, strålar ut mot ryggen och ligger som en band strax under epigastriet.

Vid palpation finner du en lokal peritoneal retning i epigastriet. Patienten är subfebril och har ett blodtryck på 100/75 mmHg, puls 95 slag/min.

2.2.1 Vilken diagnos misstänker du i första hand? (1p)

En 42-årig man kommer till akuten med kraftiga buksmärtor en söndagkväll. Han uppger att de började hastig under förmiddagen, på eftermiddagen står han inte längre ut. VAS 8 (0-10). Han är frisk sedan tidigare, han har kräkts men inte haft diarré. Känner sig litet febrig.

Du vill utesluta rupturerat aortaaneurysm, tarmischemi, ileus, perforerat ulkus och pankreatit.

Du börja med en noggrann anamnes där patienten berättar att han inte tar medicin, har inga allergier, han har druckit 4 öl och 6 shots igår med några gamla vänner. Brukar inte dricka mycket annars. Han arbetar som byggnadsarbetare och har fru och tre barn. Alla är friska och det finns ingen hereditet för hjärt-kärl-sjukdomar eller inflammatorisk tarmsjukdom. Smärtorna kom snabbt under förmiddagen, strålar ut mot ryggen och ligger som en band strax under epigastriet.

Vid palpation finner du en lokal peritoneal retning i epigastriet. Patienten är subfebril och har ett blodtryck på 100/75 mmHg, puls 95 slag/min.

Du misstänker en pankreatit.

2.3.1 Vilka blodprover begär du? (1,5p)

En 42-årig man kommer till akuten med kraftiga buksmärter en söndagkväll. Han uppger att de började hastig under förmiddagen, på eftermiddagen står han inte längre ut. VAS 8 (0-10). Han är frisk sedan tidigare, han har kräkts men inte haft diarré. Känner sig litet febrig.

Du vill utesluta rupturerat aortaaneurysm, tarmischemi, ileus, perforerat ulkus och pankreatit.

Du börja med en noggrann anamnes där patienten berättar att han inte tar medicin, har inga allergier, han har druckit 4 öl och 6 shots igår med några gamla vänner. Brukar inte dricka mycket annars. Han arbetar som byggnadsarbetare och har fru och tre barn. Alla är friska och det finns ingen hereditet för hjärt-kärl-sjukdomar eller inflammatorisk tarmsjukdom. Smärtorna kom snabbt under förmiddagen, strålar ut mot ryggen och ligger som en band strax under epigastriet.

Vid palpation finner du en lokal peritoneal retning i epigastriet. Patienten är subfebril och har ett blodtryck på 100/75 mmHg, puls 95 slag/min.

Du misstänker en pankreatit.

Du begär CRP, Vita, Pankreasamylas, Urea, Hb, Kreatinin, Na, K, Ca, ASAT, ALAT, GT, ALP, Bilirubin och B-glukos.

2.4.1: Vad blir dina åtgärder på akutmottagningen? (1,5p)

En 42-årig man kommer till akuten med kraftiga buksmärtor en söndagkväll. Han uppger att de började hastig under förmiddagen, på eftermiddagen står han inte längre ut. VAS 8 (0-10). Han är frisk sedan tidigare, han har kräkts men inte haft diarré. Känner sig litet febrig.

Du vill utesluta rupturerat aortaaneurysm, tarmischemi, ileus, perforerat ulkus och pankreatit.

Du börja med en noggrann anamnes där patienten berättar att han inte tar medicin, har inga allergier, han har druckit 4 öl och 6 shots igår med några gamla vänner. Brukar inte dricka mycket annars. Han arbetar som byggnadsarbetare och har fru och tre barn. Alla är friska och det finns ingen hereditet för hjärt-kärl-sjukdomar eller inflammatorisk tarmsjukdom. Smärtorna kom snabbt under förmiddagen, strålar ut mot ryggen och ligger som en band strax under epigastriet.

Vid palpation finner du en lokal peritoneal retning i epigastriet. Patienten är subfebril och har ett blodtryck på 100/75 mmHg, puls 95 slag/min.

Du misstänker en pankreatit.

Du begär CRP (171, norm: <5 mg/L), Vita (21,3, norm: 3,5-8,8x10⁹ L), Pankreasamylas (6,3, norm: 0,15-1,10 µkat/L), Urea (9,85, norm: 3,2-8,1 mmol/L), Hb (146, norm: 134-170 g/L), Kreatinin (136, norm: 60-100 µmol/L), Na (145, norm: 137-145 mmol/L), K (4,5, norm: 3,6-4,6 mmol/L), Ca (1,9, norm: 2,15-2,50 mmol/L), ASAT (1,67, norm: <0,76 µkat/L), ALAT (1,1, norm: <1,2 µkat/L), GT (2,3, norm: <2,0 µkat/L), ALP (1,3, norm: 0,6-1,8 µkat/L), Bilirubin (0,9, norm: 0,6-1,8 µkat/L) och B-glukos (6,3, norm: 4,2-6,0 mmol/L).

Du ordnar med smärtlindring, snabb vätskebehandling med timdiures (15ml/h, *norm: 70-150ml/h*) och inläggning med regelbundna kontroller (Saturation: 90%, Andningsfrekvens 26, Puls: 95, Temp: 38,6).

2.5.1 Nämn de två vanligaste och minst två mindre vanliga orsaker till pankreatit, vad kan vara orsaken i detta fall? (2 p)

2.5.2 I det här läget är det viktigt att bedöma prognosen för den aktuella patienten. Vilka fyra allvarliga tecken i detta fall kan vara tecken på allvarlig pankreatit? (2p)

2.5.3 Vilken undersökning/vilka prover är viktiga för att följa förloppet av en pankreatit?

Vilken ytterligare behandling kan behövas vid svår pankreatit? (2p)

En 42-årig man kommer till akuten med kraftiga buksmärter en söndagkväll. Han uppger att de började hastig under förmiddagen, på eftermiddagen står han inte längre ut. VAS 8 (0-10). Han är frisk sedan tidigare, han har kräkts men inte haft diarré. Känner sig litet febrig.

Du vill utesluta rupturerat aortaaneurysm, tarmischemi, ileus, perforerat ulkus och pankreatit.

Du börja med en noggrann anamnes där patienten berättar att han inte tar medicin, har inga allergier, han har druckit 4 öl och 6 shots igår med några gamla vänner. Brukar inte dricka mycket annars. Han arbetar som byggnadsarbetare och har fru och tre barn. Alla är friska och det finns ingen hereditet för hjärt-kärl-sjukdomar eller inflammatorisk tarmsjukdom. Smärtorna kom snabbt under förmiddagen, strålar ut mot ryggen och ligger som en band strax under epigastriet.

Vid palpation finner du en lokal peritoneal retning i epigastriet. Patienten är subfebril och har ett blodtryck på 100/75 mmHg, puls 95 slag/min.

Du misstänker en pankreatit.

Du begär CRP (171, norm: <5 mg/L), Vita (21,3, norm: 3,5-8,8x10⁹/L), Pankreasamylas (6,3, norm: 0,15-1,10 µkat/L), Urea (9,85, norm: 3,2-8,1 mmol/L), Hb (146, norm: 134-170 g/L), Kreatinin (136, norm: 60-100 µmol/L), Na (145, norm: 137-145 mmol/L), K (4,5, norm: 3,6-4,6 mmol/L), Ca (1,9, norm: 2,15-2,50 mmol/L), ASAT (1,67, norm: <0,76 µkat/L), ALAT (1,1, norm: <1,2 µkat/L), GT (2,3, norm: <2,0 µkat/L), ALP (1,3, norm: 0,6-1,8 µkat/L), Bilirubin (0,9, norm: 0,6-1,8 µkat/L) och B-glukos (6,3, norm: 4,2-6,0 mmol/L).

Du ordnar med smärtlindring, snabb vätskebehandling med timdiures (15ml/h, norm: 70-150ml/h) och inläggning med regelbundna kontroller (Saturation: 90%, Andningsfrekvens 26, Puls: 95, Temp: 38,6).

På grund av ett ovanlig stort alkoholintag kvällen innan insjuknade patienten i en alkoholutlöst pankreatit. Han hade ingen hereditet för gallstenar (som inte heller visade sig i en ultraljudundersökning) och inte heller någon mindre vanlig orsak. Han lades in på Intensivavdelning pga misstanke på en allvarlig pankreatit enligt BISAP-kriterier (Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis). Efter en veckas vårdtid på IVA med forcerad diures, parenteral näring, antibiotika samt abscessdränage kunde han flyttas till en vanlig vårdavdelning. 3 veckor senare kunde han skrivas hem utan bestående men.

Patient 2:

Du är kirurgjour på ett litet sjukhus utan barnjour på natten. På akuten träffar du en 26-årig mamma med en ca 8 månader gammal pojke i famnen som verkar ha kraftiga buksmärtor.

Mamman berättar att smärtorna började plötsligt och pojken skrek otröstligt. Där emellan verkar han inte så påverkad men sedan börjar han gråta igen. Intervallerna har nu blivit tätare.

Pojken har nyligen haft en kraftig förkylning. Nu är han ganska trött, litet frånvarande och uppges ha kräkts flera gånger. Han har litet blodtillblandad slem i blöjan, magen känns spänd och verkar ömma vid palpation.

2.6.1 Vad misstänker du i första hand? (1p)

Du träffar en 26-årig mamma med en ca 8 månader gammal pojke i famnen som verkar ha kraftiga buksmärtor.

Mamman berättar att smärtorna började plötsligt och pojken skrek otröstligt. Där emellan verkar han inte så påverkad men sedan börjar han gråta igen. Intervallerna har nu blivit tätare.

Pojken har nyligen haft en kraftig förkylning. Nu är han ganska trött, litet frånvarande och uppges ha kräkts flera gånger. Han har litet blodtillblandad slem i blöjan, magen känns spänd och verkar ömma vid palpation.

Du misstänker en invaginationsileus.

2.7.1 Hur handlägger du patienten de närmaste timmarna? Vad ordinerar du? (2p)

Du träffar en 26-årig mamma med en ca 8 månader gammal pojke i famnen som verkar ha kraftiga buksmärtor.

Mamman berättar att smärtorna började plötsligt och pojken skrek otröstligt. Där emellan verkar han inte så påverkad men sedan börjar han gråta igen. Intervallerna har nu blivit tätare.

Pojken har nyligen haft en kraftig förkylning. Nu är han ganska trött, litet frånvarande och uppges ha kräkts flera gånger. Han har litet blodtillblandad slem i blöjan, magen känns spänd och verkar ömma vid palpation.

Du misstänker en invaginationsileus.

Du ordinerar smärtstillning och dropp innan du skicka barnet till en kolonröntgen (som diagnostisk och terapeutisk undersökning).

2.8.1 Vad är fysiologin bakom en invagination hos barn och varför blir en kolonröntgen terapeutisk i detta fall? (2p)

Fall 3

Anders, en 63-årig överviktig rökande man, söker din vård/hälsocentral då han två gånger den sista veckan noterat rödfärgad urin vid miktion där han själv misstänker blod i urinen. Anders berättar att han haft sparsamt med kontakter med sjukvården tidigare och att han anser vara tidigare frisk.

3.1.1 Vilka fem kompletterande anamnestiska frågor ställer du för att kunna gå vidare i dina diagnostiska överväganden kring den rödfärgade urinen? Motivera. (2,5p)

3.1.2 Specificera vad du önskar undersöka i ditt status. Motivera (2p)

Anders, en 63-årig överviktig rökande man, söker din vård/hälsocentral då han tre gånger den senaste månaden noterat rödfärgad urin vid miktion där han själv misstänker blod i urinen.

Anders är en normalbyggd man med viss bukfetma som anser sig vara tidigare frisk. Anders tar inga läkemedel eller naturläkemedel. Han förnekar viktnedgång, smärta i buk, rygg eller flank. Anders uppger dock symtom i form av suprapubisk smärta i samband med miktion en av de gånger han haft rödfärgad urin. Det finns inga symtom från urinvägarna i övrigt, möjligen lite trögare stråle vid miktion. Han förnekar intag av rödbetor eller liknande som kan rödfärga urinen. Anamnestiskt framkommer inga aktuella infektionssymtom. Anders hade senaste episoden med rödfärgad urin imorse. Allmäntillståndet är gott, det finns ingen feber eller ikterus. Buken palperas utan anmärkning, ingen dunkömhet över njurloger. Prostata palperas förstorad utan resistenser, normal till konsistens, oömmade och med bevarad mittfåra. Yttre genitalia palperas utan anmärkning

3.2.1 Vilka tre prover tar du som direkt kan analyseras på ditt lokala laboratorium (ej central laboratorium)? Motivera (1p)?

Anders, en 63-årig överviktig rökande man, söker din vård/hälsocentral då han tre gånger den senaste månaden noterat rödfärgad urin vid miktion där han själv misstänker blod i urinen.

Anders är en normalbyggd man med viss bukfetma som anser sig vara tidigare frisk. Anders tar inga läkemedel eller naturläkemedel. Han förnekar viktnedgång, smärta i buk, rygg eller flank. Anders uppger dock symtom i form av suprapubisk smärta i samband med miktion en av de gånger han haft rödfärgad urin. Det finns inga symtom från urinvägarna i övrigt, möjligen lite trögare stråle vid miktion. Han förnekar intag av rödbetor eller liknande som kan rödfärga urinen. Anamnestiskt framkommer inga aktuella infektionssymtom. Anders hade senaste episoden med rödfärgad urin i mornen. Allmäntillståndet är gott, det finns ingen feber eller ikterus. Buken palperas utan anmärkning, ingen dunkömhet över njurloger. Prostata palperas förstörad utan resistenser, normal till konsistens, oömma och med bevarad mittfåra. Yttre genitalia palperas utan anmärkning

Kapillärt Hb är 142 g/l, CRP 7 mg/l, Urinsticka visar 3+ för röda blodkroppar, 1+ för vita blodkroppar, 2+ albumin, neg nitrit-test.

3.3.1 Nämn två orsaker till falskt positivt utslag för erythrocyter på en urinsticka? (1p)

3.3.2 Nämn fyra ytterligare laboratorieprover som är väsentliga att få analyserade i detta fall? Motivera! (2p)

Anders, en 63-årig överviktig rökande man, söker din vård/hälsocentral då han tre gånger den senaste månaden noterat rödfärgad urin vid miktion där han själv misstänker blod i urinen.

Anders är en normalbyggd man med viss bukfetma som anser sig vara tidigare frisk. Anders tar inga läkemedel eller naturläkemedel. Han förnekar viktnedgång, smärta i buk, rygg eller flank. Anders uppger dock symtom i form av suprapubisk smärta i samband med miktion en av de gånger han haft rödfärgad urin. Det finns inga symtom från urinvägarna i övrigt, möjligen lite trögare stråle vid miktion. Han förnekar intag av rödbetor eller liknande som kan rödfärga urinen. Anamnestiskt framkommer inga aktuella infektionssymtom. Anders hade senaste episoden med rödfärgad urin i morse.

Allmäntillståndet är gott, det finns ingen feber eller ikterus. Buken palperas utan anmärkning, ingen dunkömhet över njurloger. Prostata palperas förstorad utan resistenser, normal till konsistens, oömmade och med bevarad mittfåra. Yttre genitalia palperas utan anmärkning

Kapillärt Hb är 142 g/l, CRP 7 mg/l, Urinsticka visar 3+ för röda blodkroppar, 1+ för vita blodkroppar, 2+ albumin, neg nitrit-test. Du avtalar med Anders att du hör av dig efter svar på proverna.

Under veckan får du även in följande svar på laboratorie-analyser: Hb 140 g/l (130-170), PK(INR) 1,0 (<1,2) APTT 30 s (28-40), Trombocyter 220 x10⁹/L (145-348), Kreatinin 82 µmol/L (<100), PSA 2,1 µg/L (<3,0), PSA-kvot 0,26 (>0,18). Urinsediment visar 10 röda blodkroppar/synfält (normalt 1-3), inga cylindrar. Urinodling visar ingen växt av bakterier.

3.4.1 Vilka tre differentialdiagnoser till Anders hematuri överväger du i detta läge? (1,5p)

3.4.2 Du ringer Anders och informerar honom om fynden och ni beslutar tillsammans att remittera Anders till en urolog. Ni pratar om den kommande handläggningen och Anders undrar vad han kan förvänta sig för undersökningar. Vilka två viktiga diagnostiska undersökningar blir med största sannolikhet aktuella som led i hematuriutredningen? Motivera. (1p)

Anders ringer till dig efter två veckor och lämnar ett meddelande. På grund av ett återbud fick Anders ett snabbt besök på urologen. Anders har därför redan hunnit vara på uretrocystoskopi, där man sett en påtagligt förstörd prostata och plockat bort stenar i urinblåsan. Han har lite frågor som han glömde ställa till urologen, varför du ringer upp Anders.

3.5.1 Anders undrar varför man får urinvägskonkrement och vad som kan vara bakomliggande orsaker? Vad svarar du? (2,5p)

3.5.2 Vad kan Anders själv göra för att minska risken för urinvägskonkrement i framtiden? (1 p)

Efter cirka 6 veckor får du ett remissvar från urologmottagningen med ett önskemål om fortsatt uppföljning. Datortomografiundersökningen visade normala förhållande i urinvägarna. Urologen bedömer att Anders episoder med hematuri berodde på urinblåsestenarna och prostataförstoringen. Nivåerna av calcium och urat i blodet var normala. I remissvaret anger urologen att Anders har symtom som är relaterade till prostataförstoring och tidsmiktion cirka 15 sekunder.

3.6.1 Vad är tidsmiktion och hur värderar du tiden 15 sekunder? (1p)

3.6.2 Med anledning av kombinationen av urinblåsestenar och prostataförstoring kom urologen överens med Anders om att inleda behandling med finasterid. Vad tillhör finasterid för preparatgrupp och genom vilken mekanism minskar preparatet patientens symtom? (1,5p)

3.6.3 Vilka biverkningar är vanliga med finasterid och kan Anders förvänta sig att de blir permanenta?(1p)

Vid ett återbesök, 3 månader efter att Anders varit hos urologen uppger Anders inga ytterligare episoder med hematuri. På din direkta fråga uppger han att han har lite potensproblem, men han tycker att det redan börjat bli bättre. Han vill inte ha någon medicin för detta.

Han har dock två olika hudförändringar som han vill visa som debuterat de senaste dagarna efter att han kommit hem från en bilresa i Europa. Vid undersökningen noterar du två olika rodnader, värmeökade och ömmande. Anders har temp 37,9 grader. Kapillärt CRP är 42 mg/l.

Du tänker på två vanliga tillstånd som kan ha denna anamnes och uppvisa dessa provsvar. Låt oss tänka oss att Anders uppvisar dessa två olika statusfynd, som du ser i bild 1 och bild 2. Besvara frågorna under varje bild.



3.7.1 Vad är den mest sannolika diagnosen vid denna spridda rodnad medialt på låret där du under rodnaden palperar en avlång ömmande resistens? Hur behandlar du Anders?(1p)

Vid ett återbesök, 3 månader efter att Anders varit hos urologen uppger Anders inga ytterligare episoder med hematuri. På din direkta fråga uppger han att han har lite potensproblem, men han tycker att det redan börjat bli bättre. Han vill inte ha någon medicin för detta.

Han har dock två olika hudförändringar som han vill visa som debuterat de senaste dagarna efter att han kommit hem från en bilresa i Europa. Vid undersökningen noterar du två olika rodnader, värmeökade och ömmande. Anders har temp 37,9 grader. Kapillärt CRP är 42 mg/l.



3.8.1 Vad är den mest sannolika diagnosen vid detta ilsket rodnade, men välavgränsade tillstånd. Hur behandlar du Anders? (1p)

Fall 4

Patient 1:

Kristina 35 år gammal söker dig på vårdcentralen p.g.a. nedstämdhet, ångest och sömnproblem. Hon berättar gråtande att hennes mor dog för fyra månader sedan oväntat i hjärtinfarkt och Kristina har mått mycket sämre sedan dess. Kristina är lärare på grundskolenivå och trivs med sitt arbete. Nu är hon dock mycket orolig över hur hon ska klara jobbet och hon känner sig som en dålig mamma till sina två barn 8 och 10 år gamla.

4.1.1. Ange de fyra viktigaste problemområden som du utifrån den här patientens anamnes måste fråga mer kring. (1p)

Kristina 35 år gammal söker dig på vårdcentralen p.g.a. nedstämdhet, ångest och sömnproblem. Hon berättar gråtande att hennes mor dog för fyra månader sedan oväntat i hjärtinfarkt och Kristina har mått mycket sämre sedan dess. Kristina är lärare på grundskolenivå och trivs med sitt arbete. Nu är hon dock mycket orolig över hur hon ska klara jobbet och hon känner sig som en dålig mamma till sina två barn 8 och 10 år gamla.

Kristina berättar att hon sedan moderns död ofta har känt sig ledsen, trött och haft svårt att koncentrera sig. Aptiten är som vanligt men sömnen är fragmenterad och det tar en stund innan hon somnar. Hon har sedan tidigare haft ångestattacker men dessa har kommit oftare och blivit värre med hastigt insättande hjärklappning, andnöd och bröstsmärta. Hon känner ständig oro att drabbas av nya attacker och hon är orolig att hon också har hjärtsjukdom. Vad hon vet är hon somatiskt frisk och hon har aldrig sökt vård för psykiska besvär tidigare och aldrig mått så här pass dåligt. Socialt har hon ett relativt gott nätverk av vänner och har god kontakt med släktingar. Dock har hon ingen som kan avlasta henne med barnpassning. Barnens far bor utomlands och de har ingen kontakt.

Kristinas mamma hade alkoholproblem. Själv har Kristina tidigare druckit en halv flaska vin på fredag och lördagskvällar och då och då på söndagskvällen. De senaste månaderna tar hon ett par glas vin 4-5 ggr/vecka. Kristina säger att hon dricker för att slappna av och kunna sova. Dock dricker hon sig aldrig berusad och hon är nog med att poängtera att hon aldrig har försummat sitt arbete på grund av alkoholen.

Det finns ingen hereditet för suicid. Hon har aldrig övervägt suicid som utväg tidigare och har inte heller nu några suicidtankar. Hon vill leva men känner hopplöshet ibland. Hon är ensam vårdnadshavare för sina två barn 8 och 10 år gamla och skulle aldrig kunna tänka sig att överge dem. Hon blir inte mer impulsiv när hon dricker alkohol utan trött och avslappnad. Sammantaget bedömer du suicidrisken som låg.

4.2.1 Nämn fyra rimliga psykiatriska differentialdiagnoser. (2p)

4.2.2 Vad föreslår du för vidare utredning på vårdcentralen? Motivera dina utredningsförslag. (2p)

Kristina 35 år gammal söker dig på vårdcentralen p.g.a. nedstämdhet, ångest och sömnproblem. Hon berättar gråtande att hennes mor dog för fyra månader sedan oväntat i hjärtinfarkt och Kristinas har mått mycket sämre sedan dess. Kristina är lärare på grundskolenivå och trivs med sitt arbete. Nu är hon dock mycket orolig över hur hon ska klara jobbet och hon känner sig som en dålig mamma till sina två barn 8 och 10 år gamla.

Kristina berättar att hon sedan moderns död ofta har känt sig ledsen, trött och haft svårt att koncentrera sig. Aptiten är som vanligt men sömnen är fragmenterad och det tar en stund innan hon somnar. Hon har sedan tidigare haft ångestattacker men dessa har kommit oftare och blivit värre med hastigt insättande hjärtklappning, andnöd och bröstsmärta. Hon känner ständig oro att drabbas av nya attacker och hon är orolig att hon också har hjärtsjukdom. Vad hon vet är hon somatiskt frisk och hon har aldrig sökt vård för psykiatriska besvär tidigare och aldrig mått så här pass dåligt. Socialt har hon ett relativt gott nätverk av vänner och har god kontakt med släktingar. Dock har hon ingen som kan avlasta henne med barnpassning. Barnens far bor utomlands och de har ingen kontakt.

Kristinas mamma hade alkoholproblem. Kristinas alkoholkonsumtion har ökat sista månaderna från en halv flaska vin 2-3 ggr i veckan till par glas 4-5 ggr/vecka. Kristina dricker för att slappna av och kunna sova. Dock dricker hon sig aldrig berusad och hon är noga med att poängtera att hon aldrig har försummat sitt arbete på grund av alkoholen.

Det finns ingen hereditet för suicid. Hon har aldrig övervägt suicid som utväg tidigare och har inte heller nu några suicidtankar. Hon vill leva men känner hopplöshet ibland. Hon är ensam vårdnadshavare för sina två barn 8 och 10 år gamla och skulle aldrig kunna tänka sig att överge dem. Hon blir inte mer impulsiv när hon dricker alkohol. Sammantaget bedömer du suicidrisken som låg.

Du bedömer att Kristina har ett paniksyndrom och du överväger alkoholmissbruk, krisreaktion, depression och bakomliggande generaliserat ångestsyndrom som tänkbara diagnoser.

Kristina berättar att problemet inte är att hon ofta är ledsen utan istället alla hennes ångestattacker. Hon kan känna sig ganska glad när hon är på jobbet och när hon är tillsammans med andra människor. Du utreder Kristina med somatiskt status som är utan anmärkning och du tar EKG och prover för att utesluta bakomliggande somatisk sjukdom. Du låter Kristina fylla i en AUDIT där hon får 11 av 40 poäng. MADRS ger 14 p.

4.3.1. Hur värderar du Kristinas alkoholanamnes? (1p)

4.3.2 Ett av proven du kan ta är PEth, vad är det man mäter genom provet? (1p)

4.3.3 Hur förklarar du kort och lättförståeligt vad panikångest är för Kristina och vad föreslår du för icke farmakologisk behandling? (1p)

Kristina 35 år gammal söker dig på vårdcentralen p.g.a. nedstämdhet, ångest och sömnproblem. Hon berättar gråtande att hennes mor dog för fyra månader sedan oväntat i hjärtinfarkt och Kristinas har mått mycket sämre sedan dess. Kristina är lärare på grundskolenivå och trivs med sitt arbete. Nu är hon dock mycket orolig över hur hon ska klara jobbet och hon känner sig som en dålig mamma till sina två barn 8 och 10 år gamla.

Kristina berättar att hon sedan moderns död ofta har känt sig ledsen, trött och haft svårt att koncentrera sig. Aptiten är som vanligt men sömnen är fragmenterad och det tar en stund innan hon somnar. Hon har sedan tidigare haft ångestattacker men dessa har kommit oftare och blivit värre med hastigt insättande hjärtklappning, andnöd och bröstsmärta. Hon känner ständig oro att drabbas av nya attacker och hon är orolig att hon också har hjärtsjukdom. Vad hon vet är hon somatiskt frisk och hon har aldrig sökt vård för psykiatriska besvär tidigare och aldrig mått så här pass dåligt. Socialt har hon ett relativt gott nätverk av vänner och har god kontakt med släktingar. Dock har hon ingen som kan avlasta henne med barnpassning, Barnens far bor utomlands och de har ingen kontakt.

Kristinas mamma hade alkoholproblem. Kristinas alkoholkonsumtion har ökat sista månaderna från en halv flaska vin 2- 3 ggr i veckan till par glas 4-5 ggr/vecka. Kristina dricker för att slappna av och kunna sova. Dock dricker hon sig aldrig berusad och hon är noga med att poängtera att hon aldrig har försummat sitt arbete på grund av alkoholen.

Det finns ingen hereditet för suicid. Hon har aldrig övervägt suicid som utväg tidigare och har inte heller nu några suicidtankar. Hon vill leva men känner hopplöshet ibland. Hon är ensam vårdnadshavare för sina två barn 8 och 10 år gamla och skulle aldrig kunna tänka sig att överge dem. Hon blir inte mer impulsiv när hon dricker alkohol. Sammantaget bedömer du suicidrisken som låg.

Du låter Kristina fylla i en AUDIT där hon får 11/40 poäng. MADRS ger 14 poäng. Du bedömer att Kristina har ett paniksyndrom och ett riskbruk av alkohol. Du överväger även krisreaktion, depression och bakomliggande generaliserat ångestsyndrom som tänkbara diagnoser. Du utreder Kristina somatiskt med somatiskt status som är utan anmärkning och du tar EKG och prover för att utesluta bakomliggande somatisk sjukdom.

Kristina undrar om det finns medicin som kan hjälpa henne.

4.4.1 Vad skulle du föreslå för farmakologisk behandling i första hand? Beskriv verkningsmekanismen?(1p)

4.4.2 Ange en icke-farmakologisk intervention som är lämplig att arbeta med vid riskbruk av alkohol. (1p)

Kristina 35 år gammal söker dig på vårdcentralen p.g.a. nedstämdhet, panikångestattacker och sömnproblem. Hon berättar gråtande att hennes mor dog för fyra månader sedan oväntat i hjärtinfarkt och Kristina har mått mycket sämre sedan dess. Kristina är lärare på grundskolenivå och trivs med sitt arbete. Nu är hon dock mycket orolig över hur hon ska klara jobbet och hon känner sig som en dålig mamma till sina två barn 8 och 10 år gamla.

Kristina berättar att hon sedan moderns död har känt sig ledsen, trött och haft svårt att koncentrera sig. Sömmen är fragmenterad och det tar en stund innan hon somnar. Hon har sedan tidigare haft ångestattacker men dessa har kommit oftare och blivit värre med hastigt insättande hjärtklappning, andnöd och bröstsmärta. Hon känner ständig oro att drabbas av nya attacker och hon är orolig att hon också har hjärtsjukdom. Vad hon vet är hon somatiskt frisk och hon har aldrig sökt vård för psykiatriska besvär tidigare och aldrig mått så här pass dåligt. Socialt har hon ett relativt gott nätverk av vänner och har god kontakt med släktingar. Dock har hon ingen som kan avlasta henne med barnpassning, Barnens far bor utomlands och de har ingen kontakt.

Kristinas alkoholkonsumtion har ökat sista månaderna från en halv flaska vin 2-3 ggr/vecka till ett par glas 4-5 ggr/vecka. Dock dricker hon sig aldrig berusad och hon är noga med att poängtera att hon aldrig har försummat sitt arbete på grund av alkoholen.

Det finns ingen hereditet för suicid. Hon har aldrig övervägt suicid som utväg tidigare och har inte heller nu några suicidtankar. Hon vill leva men känner hopplöshet ibland. Hon är ensam vårdnadshavare för sina två barn 8 och 10 år gamla och skulle aldrig kunna tänka sig att överge dem. Hon blir inte mer impulsiv när hon dricker alkohol utan trött och avslappnad. Sammantaget bedömer du suicidrisken som låg.

Du låter Kristina fylla i en AUDIT där hon får 11/40 poäng. MADRS ger 14 poäng. Du bedömer att Kristina har ett paniksyndrom och ett riskbruk av alkohol. Du överväger även krisreaktion, depression och bakomliggande generaliserat ångestsyndrom som tänkbara diagnoser. Du utreder Kristina somatiskt med somatiskt status som är utan anmärkning och du tar EKG och prover för att utesluta bakomliggande somatisk sjukdom.

Du bedömer att Kristina kan ha nytta av läkemedel mot sina besvär och ni påbörjar behandling med sertralin i upptrappningsdos och hon får prova hydroxizin mot ångest och hon kan även ta detta för att sova bättre på nätterna. Vidare erbjuder du internremiss till vårdcentralens psykolog för KBT behandling för hennes paniksyndrom. Ni kommer överens om att halvtidssjukskrivning är en lämplig åtgärd för att avlasta Kristina men samtidigt behålla den struktur som arbetet innebär.

När du förklarar alkoholens skadliga effekter och att det kan hänga ihop med/förvärra hennes symtom vill Kristina gärna ha hjälp att minska på sin konsumtion som hon själv tycker är för hög.

Innan ni avslutar besöket bokar ni in en tid för uppföljning om fyra veckor.

4.5.1 Vilka är de 4 viktigaste frågorna du måste ställa till patienten i samband med återbesök? (1p)

Epilog:

Fem dagar efter besöket söker Kristina dig per telefon. Hon besväras av ökad ångest, mer frekventa panikattacker, huvudvärk och magbesvär. Hon undrar om hon ska höja medicinen som planerat. Hon tycker hydroxizin hjälper mot ångest men blir väldigt trött av dem varför hon mest använder dem till kvällen. Hon har bestämt sig för att inte dricka alkohol alls på minst en månad för att se om det förbättrar hennes mående.

Ni enas om att hennes besvär sannolikt är kopplade till medicineringen och att hon fortsätter ett par dagar till på sertralin 25 mg innan hon ökar dosen.

När Kristina kommer på återbesök efter fyra veckor berättar hon att hon mår lite bättre. Hon sover bättre och panikattackerna har minskat i frekvens och intensitet. Hon har hunnit med ett besök hos psykolog en vecka tidigare och tycker att hon hade nytta av psykoedukation kring panikångest. Det har fungerat bra att arbeta halvtid och hon känner sig redo att gå upp lite i tid. Ni bestämmer en uppföljningstid om månad och du sjukskriver henne 25% till dess. Dosen sertralin behåller ni oförändrad.

Patient 2: Du arbetar som legitimerad läkare på en psykiatrisk akutmottagning där du träffar patienten Sven. Han har påträffats då han gått längs med kanten till en större landsväg. Han är för årstiden tunt klädd och kan inte uppge sitt hela namn eller personnummer, eller var han bor. Han ser ut att vara i 70-årsåldern. Man har rapporterat att Sven inte ter sig helt adekvat. Han är tystlåten och verkar trött, men har stilla accepterat att följa med till akuten. Sven har ingen plånbok eller legitimation med sig.

4.6.1. Nämn tre viktiga åtgärder som du som legitimerad läkare på en psykiatrisk akutmottagning behöver säkerställa att de utförs för att patienten ska få adekvat vård (3p)

Du arbetar som legitimerad läkare på en psykiatrisk akutmottagning där du träffar patienten Sven. Han har påträffats då han gått längs med kanten till en större landsväg. Han är för årstiden tunt klädd och kan inte uppge sitt hela namn eller personnummer, eller var han bor. Han ser ut att vara i 70-årsåldern. Man har rapporterat att Sven inte ter sig helt adekvat. Han är tystlåten och verkar trött, men har stilla accepterat att följa med till akuten. Sven har ingen plånbok eller legitimation med sig.

Du kontaktar polismyndigheten på orten för att få med hjälp med att identifiera Sven. Du gör en fullständig somatisk undersökning och noterar att Svens allmäntillstånd är gott även om han verkar trött och tagen. Hjärt-lungstatus är utan anmärkning. Du noterar att han ter sig desorienterad, att han rör sig långsamt samt uppvisar en uttalad dysmetri vid finger-näs-testet.

Du vill lägga in Sven och väljer att inte skriva ett vårdintyg då Sven inte motsätter sig vården. Du kontaktar jousen på medicinakuten och skriver remiss för DT-hjärna. Ni kommer överens om att Sven överflyttas till medicinakuten.

Senare under kvällen ringer medicinjousen tillbaks till dig. Sven har blivit mer orolig under natten. Man tror att han hallucinerar då han pratar om "små elaka gubbar". Han går gång på gång ut i korridoren. Medicinjousen undrar om man kan "ge honom något så att han blir lugn".

4.7.1. Vad ger du medicinjousen för råd för att behandla hans oro? Nämn tre olika behandlingsalternativ. Beskriv för- och nackdelar med de olika alternativen. (3p)

Du kontaktar polismyndigheten på orten för att få med hjälp med att identifiera Sven. Du gör en fullständig somatisk undersökning och noterar att Svens allmäntillstånd är gott även om han verkar trött och tagen. Hjärt-lungstatus är utan anmärkning. Du noterar att han ter sig desorienterad, att han rör sig långsamt samt uppvisar en uttalad dysmetri vid finger-näs-testet.

Du vill lägga in Sven och väljer att inte skriva ett vårdintyg då Sven inte motsätter sig vården. Du kontaktar jousen på medicinakuten och skriver remiss för DT-hjärna. Ni kommer överens om att Sven överflyttas till medicinakuten.

Senare under kvällen ringer medicinjouren tillbaks till dig. Sven har blivit mer orolig under natten. Man tror att han hallucinerar då han pratar om "små elaka gubbar". Han går gång på gång ut i korridoren. Medicinjouren undrar om man kan "ge honom något så att han blir lugn".

Du påminner medicinjouren om vikten av en lugn och trygg miljö, exempelvis genom att tända en nattlampa och att ha någon som ser om Sven lite extra. Du nämner även att mindre dos benzodiazepiner, t ex oxazepam, som kan ha god ångestdämpande effekt men som ibland hos äldre kan bidra till ökad förvirring och även ökad fallrisk. Läkemedel med antikolinerg biverkningsprofil, exempelvis alimemazin (Theralen) eller prometazin (Lergigan) synes av denna anledning mindre lämpligt. Neuroleptika kan övervägas men bör ses som ett sekundärt alternativ med tanke på att orsaken till Svens konfusion är okänd.

Under samtalet väcks frågan om lämplig vårdform. Du råder medicinjouren att skriva ett vårdintyg trots allt då Sven nu uppenbarligen ter sig mer förvirrad.

Påföljande dag arbetar du på en vårdavdelning. Sven har under tiden varit inlagd på MAVÅ, genomgått EKG och labdiagnostik som varit väsentligen ua. DT-hjärna visade inte några tecken till tumör eller stroke men väl en kortikal atrofi och förstörade ventriklar. Man har fortfarande inte lyckats identifiera honom. Eftersom man inte hittat någon underliggande somatisk orsak som kunnat förklara hans beteende kommer han nu till din avdelning för fortsatt slutenvård. Intagningsbeslutet är fattat av konsulterande psykiater på MAVÅ.

Du pratar med Sven som är lugn och stillsam under samtalet men han är fortfarande desorienterad och perplex. Det här är din sammanfattning av hans psykiska status:

"Vaken men ej helt klar. Desorienterad till samtliga modaliteter. Avvikande formell kontakt då han är kortfattad och tystlåten. Flack emotionell kontakt. Förlångsammad psykomotorik och stel mimik. Ter sig eutym. Ger inte uttryck för ledsnad eller ångest. Hallucinerar. Berättar om "små elaka gubbar". Vare sig bekräftar eller förnekar suicidtankar".

4.8.1 Nämn de två viktigaste differentialdiagnoserna med olika genes som kan komma ifråga? Motivera ditt svar. (2p)

Du kontaktar polismyndigheten på orten för att få med hjälp med att identifiera Sven. Du gör en fullständig somatisk undersökning och noterar att Svens allmäntillstånd är gott även om han verkar trött och tagen. Hjärt-lungstatus är utan anmärkning. Du noterar att han ter sig desorienterad, att han rör sig långsamt samt uppvisar en uttalad dysmetri vid finger-näs-testet.

Du vill lägga in Sven och väljer att inte skriva ett vårdintyg då Sven inte motsätter sig vården. Du kontaktar jousen på medicinakuten och skriver remiss för DT-hjärna. Ni kommer överens om att Sven överflyttas till medicinakuten.

Senare under kvällen ringer medicinjousen tillbaks till dig. Sven har blivit mer orolig under natten. Man tror att han hallucinerar då han pratar om "små elaka gubbar". Han går gång på gång ut i korridoren. Medicinjousen undrar om man kan "ge honom något så att han blir lugn".

Du påminner medicinjousen om vikten av en lugn och trygg miljö, exempelvis genom att tända en nattlampa och att ha någon som ser om Sven lite extra. Du nämner även att mindre dos benzodiazepiner, t ex oxazepam, som kan ha god ångestdämpande effekt men som ibland hos äldre kan bidra till ökad förvirring och även ökad fallrisk. Läkemedel med antikolinerg biverkningsprofil, exempelvis alimemazin (Theralen) eller prometazin (Lergigan) synes av denna anledning mindre lämpligt. Neuroleptika kan övervägas men bör ses som ett sekundärt alternativ med tanke på att orsaken till Svens konfusion är okänd.

Under samtalet väcks frågan om lämplig vårdform. Du råder medicinjousen att skriva ett vårdintyg trots allt då Sven nu uppenbarligen ter sig mer förvirrad.

Påföljande dag arbetar du på en vårdavdelning. Sven har under tiden varit inlagd på MAVA, genomgått EKG och labdiagnostik som varit väsentligen ua. DT-hjärna visade inte några tecken till tumör eller stroke men väl en kortikal atrofi och förstorade ventrikler. Man har fortfarande inte lyckats identifiera honom. Eftersom man inte hittat någon underliggande somatisk orsak som kunnat förklara hans beteende kommer han nu till din avdelning för fortsatt slutenvård. Intagningsbeslutet är fattat av konsulterande psykiater på MAVA.

Du pratar med Sven som är lugn och stillsam under samtalet men han är fortfarande desorienterad och perplex. Det här är din sammanfattning av hans psykiska status:

"Vaken men ej helt klar. Desorienterad till samtliga modaliteter. Avvikande formell kontakt då han är kortfattad och tystlåten. Flack emotionell kontakt. Förlångsammad psykomotorik och stel mimik. Ter sig eutym. Ger inte uttryck för ledsnad eller ångest. Hallucinerar. Berättar om "små elaka gubbar". Vare sig bekräftar eller förnekar suicidtankar".

Ni blir avbrutna av en sköterska som kommer in och berättar att polisen har identifierat Sven. Han bor på ett demensboende. Boendepersonal och anhöriga är på väg till avdelningen. Sven har en känd långt gången demens av Lewy-Body-typ.

4.9.1 Finns det någon behandling som kan vara mindre lämplig för en patient med Lewy-body-demens och varför? (1p)

.

Epilog:

Här drar du dig till minnes hur patienter med Lewy-body-demens är speciellt känsliga för antipsykotika. Risken finns att man redan med låga doser antipsykotiska läkemedel, särskilt av äldre sort, kan utlösa ett malignt neuroleptikasyndrom med potentiellt dödlig utgång för patienten.

Under den fortsatta vårddagen tas kontakt med patientens anhöriga som varit mycket oroliga. I samfällad planering med Svens läkare på neurologen görs ett försök att till hans tidigare behandling med acetylkolinesterashämmare även lägga till Quetiapin i låg dos mot hans nattliga oro och synhallucinationer. Detta antipsykotiska läkemedel har mycket låg affinitet för D2-receptorer och tolereras ofta bättre. Då Sven efterhand ter sig mindre orolig planerar man för utskrivning till hans tidigare vårdboende.