

Delprov 2 kliniska case

of Questions: 28

Question #: 1

Lars är en 54-årig lärare på gymnasiet. Han är ensamstående. Bor i lägenhet utanför Stockholm. Har bra ekonomi. Har tre barn med tre olika mödrar. Träffar barnen så ofta han kan. Medicinerar med tre olika blodtrycksmediciner samt antihistaminer samt bensodiazepiner mot oro och sömnstörning. Han tar dessutom cannabis (illegalt) i samma syfte (enligt egen utsago några bloss kvällstid ett par helger i månaden). Sedan en tid tillbaka har förutsättningarna på arbetsplatsen förändrats. Skolan har fått en ny rektor och det ställs högre krav på lärarna att prestera mer och anpassa sig till läroplanen, vilket Lars uppfattar som "fyrkantigt". Han kommer nu till dig på Hälsocentralen då han har problem med koncentrationen och uppmärksamheten. Dessutom har han en oro i kroppen som han uppfattar som hyperaktivitet som han inte får utlopp för. Han har tränat mycket tidigare men nu har han problem med ett knä som begränsar träningen. Han har också enligt egen utsago problem med impuls kontroll, blir lätt irriterad och utan att tänka sig för kan han uttala sig både i lärargruppen och mot elever på ett sätt som uppfattas som kränkande. Han tror själv att han har en odiagnostiserad ADHD. Omgivningen har flera gånger sagt att Lars har ADHD och borde söka vård för detta. Som barn betraktades han som bråkig och omogen och fick vänta ett år med skolstarten.

Vad talar starkast för att han INTE har ADHD?

- A. Att han har problem med oro och impulsivitet
 - B. Arbetsplatsförändringen
 - ✓C. Ålder och utbildning
 - D. Cannabis-bruk och medicinering mot högt blodtryck
 - E. Att han har problem med oro och koncentration
-

Question #: 2

Lars är en 54-årig lärare på gymnasiet. Han är ensamstående. Bor i lägenhet utanför Stockholm. Har bra ekonomi. Har tre barn med tre olika mödrar. Träffar barnen så ofta han kan. Medicinerar med tre olika blodtrycksmediciner samt antihistaminer samt bensodiazepiner mot oro och sömnstörning. Han tar dessutom cannabis (illegalt) i samma syfte (enligt egen utsago några bloss kvällstid ett par helger i månaden).

Sedan en tid tillbaka har förutsättningarna på arbetsplatsen förändrats. Skolan har fått en ny rektor och det ställs högre krav på lärarna att prestera mer och anpassa sig till läroplanen, vilket Lars uppfattar som "fyrkantigt".

Han kommer nu till dig på Hälsocentralen då han har problem med koncentrationen och uppmärksamheten.

Dessutom har han en oro i kroppen som han uppfattar som hyperaktivitet som han inte får utlopp för. Han har tränat mycket tidigare men nu har han problem med ett knä som begränsar träningen. Han har också enligt egen utsago problem med impuls kontroll, blir lätt irriterad och utan att tänka sig för kan han uttala sig både i lärargruppen och mot elever på ett sätt som uppfattas som kränkande.

Han tror själv att han har en odiagnostiserad ADHD. Omgivningen har flera gånger sagt att Lars har ADHD och borde söka vård för detta. Som barn betraktades han som bråkig och omogen och fick vänta ett år med skolstarten. Lars ålder och att han klarat sin funktionsförmåga under så lång tid av sitt liv talar för att han inte har ADHD.

Vad talar starkast FÖR att han har en odiagnostiserad ADHD?

- A. Att han har hypertoni i kombination med sömnstörning och oro
 - ✓B. Att han har problem med koncentration, hyperaktivitet och impulsivitet
 - C. Att han självmedicinerar med cannabis
 - D. Att han har tre barn med tre olika mödrar och har tecken på svårigheter med impuls kontroll
 - E. Att han har så hög funktionsförmåga och hypertoni
-

Question #: 3

Lars är en 54-årig lärare på gymnasiet. Han är ensamstående. Bor i lägenhet utanför Stockholm. Har bra ekonomi. Har tre barn med tre olika mödrar. Träffar barnen så ofta han kan. Medicinerar med tre olika blodtrycksmediciner samt antihistaminer samt bensodiazepiner mot oro och sömnstörning. Han tar dessutom cannabis (illegalt) i samma syfte (enligt egen utsago några bloss kvällstid ett par helger i månaden).

Sedan en tid tillbaka har förutsättningarna på arbetsplatsen förändrats. Skolan har fått en ny rektor och det ställs högre krav på lärarna att prestera mer och anpassa sig till läroplanen, vilket Lars uppfattar som "fyrkantigt".

Han kommer nu till dig på Hälsocentralen då han har problem med koncentrationen och uppmärksamheten.

Dessutom har han en oro i kroppen som han uppfattar som hyperaktivitet som han inte får utlopp för. Han har tränat mycket tidigare men nu har han problem med ett knä som begränsar träningen. Han har också enligt egen utsago problem med impuls kontroll, blir lätt irriterad och utan att tänka sig för kan han uttala sig både i lärargruppen och mot elever på ett sätt som uppfattas som kränkande.

Han tror själv att han har en odiagnostiserad ADHD. Omgivningen har flera gånger sagt att Lars har ADHD och borde söka vård för detta. Som barn betraktades han som bråkig och omogen och fick vänta ett år med skolstarten. Lars ålder och att han klarat sin funktionsförmåga under så lång tid av sitt liv talar för att han inte har ADHD.

Lars har också symtom som är förenliga med ADHD-diagnos och det är inte ovanligt att äldre personer med ADHD har klarat sig någorlunda väl genom livet trots sin ADHD. Olika kompensationsmekanismer kan göra att man klarar sig väl trots ADHD. Du tänker nu att han trots allt kan ha en tidigare odiagnostiserad ADHD.

Det finns dock ett antal tillstånd som kan ge liknande symtombild.

Vilken är den vanligaste orsaken till liknande symtombild som vid ADHD i vuxen ålder?

- A. Demens
 - ✓B. Depression
 - C. Sent debuterande schizofreni
 - D. Bipolär sjukdom
 - E. Parkinsons sjukdom
-

Question #: 4

Lars är en 54-årig lärare på gymnasiet. Han är ensamstående. Bor i lägenhet utanför Stockholm. Har bra ekonomi. Har tre barn med tre olika mödrar. Träffar barnen så ofta han kan. Medicinerar med tre olika blodtrycksmediciner samt antihistaminer samt bensodiazepiner mot oro och sömnstörning. Han tar dessutom cannabis (illegalt) i samma syfte (enligt egen utsago några bloss kvällstid ett par helger i månaden).

Sedan en tid tillbaka har förutsättningarna på arbetsplatsen förändrats. Skolan har fått en ny rektor och det ställs högre krav på lärarna att prestera mer och anpassa sig till läroplanen, vilket Lars uppfattar som "fyrkantigt".

Han kommer nu till dig på Hälsocentralen då han har problem med koncentrationen och uppmärksamheten.

Dessutom har han en oro i kroppen som han uppfattar som hyperaktivitet som han inte får utlopp för. Han har tränat mycket tidigare men nu har han problem med ett knä som begränsar träningen. Han har också enligt egen utsago problem med impuls kontroll, blir lätt irriterad och utan att tänka sig för kan han uttala sig både i lärargruppen och mot elever på ett sätt som uppfattas som kränkande.

Han tror själv att han har en odiagnostiserad ADHD. Omgivningen har flera gånger sagt att Lars har ADHD och borde söka vård för detta. Som barn betraktades han som bråkig och omogen och fick vänta ett år med skolstarten.

Lars ålder och att han klarat sin funktionsförmåga under så lång tid av sitt liv talar för att han inte har ADHD.

Lars har också symtom som är förenliga med ADHD-diagnos och det är inte ovanligt att äldre personer med ADHD har klarat sig någorlunda väl genom livet trots sin ADHD. Olika kompensationsmekanismer kan göra att man klarar sig väl trots ADHD. Du tänker nu att han trots allt kan ha en tidigare odiagnostiserad ADHD.

Det finns dock ett antal tillstånd som kan ge liknande symtombild.

Depression med inslag av ångest och agitation kan ge en mycket likartad symtomatologi. Du gör en screening för olika psykiatriska tillstånd och då du inte kan finna någon bättre förklaring än ADHD till Lars symtomatologi skriver du en remiss till specialistmottagningen för neuropsykiatriska tillstånd.

Lars måste före utredning genomgå tester för droger och sluta med cannabisbruket. Detta utförs och visar enbart bruk av cannabis och bensodiazepiner. Han kan mycket lätt sluta med cannabis. Därefter gör en psykolog på mottagningen en neuropsykiatrisk undersökning.

Vilken är den viktigaste frågeställningen som psykologen utreder?

- A. Psykosociala faktorer
 - B. Aktuella sömnsstörningar
 - C. Nuvarande eller tidigare neurologiska symtom
 - ✓D. Anamnes på uppmärksamhet och hyperaktivitet/impulsivitet
 - E. Anamnes på relationsproblematik
-

Question #: 5

Lars är en 54-årig lärare på gymnasiet. Han är ensamstående. Bor i lägenhet utanför Stockholm. Har bra ekonomi. Har tre barn med tre olika mödrar. Träffar barnen så ofta han kan. Medicinerar med tre olika blodtrycksmediciner samt antihistaminer samt bensodiazepiner mot oro och sömnstörning. Han tar dessutom cannabis (illegalt) i samma syfte (enligt egen utsago några bloss kvällstid ett par helger i månaden).

Sedan en tid tillbaka har förutsättningarna på arbetsplatsen förändrats. Skolan har fått en ny rektor och det ställs högre krav på lärarna att prestera mer och anpassa sig till läroplanen, vilket Lars uppfattar som "fyrkantigt". Han kommer nu till dig på Hälsocentralen då han har problem med koncentrationen och uppmärksamheten. Dessutom har han en oro i kroppen som han uppfattar som hyperaktivitet som han inte får utlopp för. Han har tränat mycket tidigare men nu har han problem med ett knä som begränsar träningen. Han har också enligt egen utsago problem med impuls kontroll, blir lätt irriterad och utan att tänka sig för kan han uttala sig både i lärargruppen och mot elever på ett sätt som uppfattas som kränkande.

Han tror själv att han har en odiagnostiserad ADHD. Omgivningen har flera gånger sagt att Lars har ADHD och borde söka vård för detta. Som barn betraktades han som bråkig och omogen och fick vänta ett år med skolstarten. Lars ålder och att han klarat sin funktionsförmåga under så lång tid av sitt liv talar för att han inte har ADHD. Lars har också symtom som är förenliga med ADHD-diagnos och det är inte ovanligt att äldre personer med ADHD har klarat sig någorlunda väl genom livet trots sin ADHD. Olika kompensationsmekanismer kan göra att man klarar sig väl trots ADHD. Du tänker nu att han trots allt kan ha en tidigare odiagnostiserad ADHD.

Det finns dock ett antal tillstånd som kan ge liknande symtombild.

Depression med inslag av ångest och agitation kan ge en mycket likartad symtomatologi. Du gör en screening för olika psykiatriska tillstånd och då du inte kan finna någon bättre förklaring än ADHD till Lars symtomatologi skriver du en remiss till specialistmottagningen för neuropsykiatriska tillstånd.

Lars måste före utredning genomgå tester för droger och sluta med cannabisbruket. Detta utförs och visar enbart bruk av cannabis och bensodiazepiner. Han kan mycket lätt sluta med cannabis. Därefter gör en psykolog på mottagningen en neuropsykiatrisk undersökning.

Psykologen koncentrerar sig framförallt på om symtombilden har varit ett genomgående drag under Lars livstid. Många andra omständigheter som kan bidra till Lars symtom utreds ingående. Det är viktigt att inte en ADHD-diagnos ställs i vuxen ålder utan ingående utredning.

Psykologen samt Lars psykiater kommer efter ingående utredning fram till att Lars har en tidigare odiagnostiserad ADHD. Dessutom kommer man fram till att många omständigheter bidrar till att Lars nu har en ADHD med typisk symtomatologi.

Hur bör du nu fortsatt hjälpa Lars på bästa sätt?

- A. ADHD-medicin, som initialt ges i hög dos och därefter trappas ner. Kontinuerlig substansscreening och utvärdering av effekt och funktionsförmåga.
 - B. Psykologisk intervention samt öka dosen av lugnande medel
 - C. I första hand sjukskrivning och därefter göra en ny utvärdering
 - ✓D. Psykologisk intervention med tillägg av lågdos ADHD-medicin
 - E. Psykologisk intervention samt en kortare tids sjukskrivning.
-

Question #: 6

Sofia, 58 år kommer till dig på hälsocentralen på grund av långvarig hosta. Hon är personalchef i kommunal förvaltning, gift och har två vuxna barn och två barnbarn. Hon är rökare sedan 17 års ålder, har rökt ett halvt paket per dag. Hon använder måttligt med alkohol, 2-3 glas vin per helg. Hon medicinerar med T. bendroflumetiazid 2,5 mg ×1 och T. enalapril 10 mg ×1 mot hypertoni. Hon är fysiskt aktiv med hundpromenad nästan varje kväll. Hostan har pågått i 3 veckor. De senaste vintrarna har hon haft återkommande långdragna förkylningar med slemhosta och tror att det kanske beror på att hon ofta träffar sina barnbarn, som nu är 4 och 6 år gamla. Hon hostar ofta upp ofärgat slem på morgonen.

Hon har provat olika receptfria hostdämpande mediciner med begränsad effekt. Hon tycker att orken har blivit lite sämre på senare år men skyller det på försämrad kondition och några kilos viktuppgång efter klimakteriet. Hon efterfrågar nu en penicillinkur för att bli kvitt denna långdragna hosta.

Status:

Allmäntillstånd: Gott, opåverkad. Normalviktig. Ingen dyspné i vila. Temp 36,9° C. Syrgasmättnad 96%.

Cor: Regelbunden rytm utan biljud, frekvens 82 /minut.

Pulm: Andningsfrekvens 14 /minut, sidlika andningsljud utan ronki eller krepitationer men något förlängt expirium

Blodtryck: 150/95 mmHg.

Mun och svalg: Oretade slemhinnor.

Du finner inga hållpunkter för något akut allvarligt eller behandlingskrävande tillstånd. Du funderar på fortsatt utredning.

Vilken av nedanstående undersökningar är mest adekvat att beställa i detta läge?

- A. Arbetsprov
 - B. PEF (Peak Expiratory Flow) - kurva
 - C. Nasofarynxodling
 - ✓D. Spirometri
 - E. Ekokardiografi
-

Question #: 7

Sofia, 58 år kommer till dig på hälsocentralen på grund av långvarig hosta. Hon är personalchef i kommunal förvaltning, gift och har två vuxna barn och två barnbarn. Hon är rökare sedan 17 års ålder, har rökt ett halvt paket per dag. Hon använder måttligt med alkohol, 2-3 glas vin per helg. Hon medicinerar med T. bendroflumetiazid 2,5 mg \times 1 och T. enalapril 10 mg \times 1 mot hypertoni. Hon är fysiskt aktiv med hundpromenad nästan varje kväll.

Hostan har pågått i 3 veckor. De senaste vintrarna har hon haft återkommande långdragna förkylningar med slemhosta och tror att det kanske beror på att hon ofta träffar sina barnbarn, som nu är 4 och 6 år gamla. Hon hostar ofta upp ofärgat slem på morgonen.

Hon har provat olika receptfria hostdämpande mediciner med begränsad effekt. Hon tycker att orken har blivit lite sämre på senare år men skyller det på försämrad kondition och några kilos viktuppgång efter klimakteriet.

Hon efterfrågar nu en penicillinkur för att bli kvitt denna långdragna hosta.

Status:

Allmäntillstånd: Gott, opåverkad. Normalviktig. Ingen dyspné i vila. Temp 36,9° C. Syrgasmättnad 96%.

Cor: Regelbunden rytm utan biljud, frekvens 82 /minut.

Pulm: Andningsfrekvens 14 /minut, sidlika andningsljud utan ronki eller krepitationer men något förlängt expirium

Blodtryck: 150/95 mmHg.

Mun och svalg: Oretade slemhinnor.

Du finner inga hållpunkter för något akut allvarligt eller behandlingskrävande tillstånd. Du funderar på fortsatt utredning.

Du överväger att beställa en spirometri med reversibilitetstest eftersom du misstänker att Anna kan ha utvecklat KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom). KOL brukar indelas i olika svårighetsgrader enligt GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease).

Vilka två parametrar, utöver spirometresultatet, ingår i klassificering av KOL enligt GOLD A-D?

- A. Blodgasanalys + antal exacerbationer per år
 - B. 6 minuters gångtest + lungröntgen
 - C. Antal paketår rökning + blodgasanalys
 - ✓D. Antal exacerbationer per år + symtomskattning
 - E. Symtomskattning + antal paketår rökning
-

Question #: 9

Sofia, 58 år kommer till dig på hälsocentralen på grund av långvarig hosta. Hon är personalchef i kommunal förvaltning, gift och har två vuxna barn och två barnbarn. Hon är rökare sedan 17 års ålder, har rökt ett halvt paket per dag. Hon använder måttligt med alkohol, 2-3 glas vin per helg. Hon medicinerar med T. bendroflumetiazid 2,5 mg ×1 och T. enalapril 10 mg ×1 mot hypertoni. Hon är fysiskt aktiv med hundpromenad nästan varje kväll.

Hostan har pågått i 3 veckor. De senaste vintrarna har hon haft återkommande långdragna förkylningar med slemhosta och tror att det kanske beror på att hon ofta träffar sina barnbarn, som nu är 4 och 6 år gamla. Hon hostar ofta upp ofärgat slem på morgonen.

Hon har provat olika receptfria hostdämpande mediciner med begränsad effekt. Hon tycker att orken har blivit lite sämre på senare år men skyller det på försämrad kondition och några kilos viktuppgång efter klimakteriet. Hon efterfrågar nu en penicillinkur för att bli kvitt denna långdragna hosta.

Status:

Allmäntillstånd: Gott, opåverkad. Normalviktig. Ingen dyspné i vila. Temp 36,9° C. Syrgasmättnad 96%.

Cor: Regelbunden rytm utan biljud, frekvens 82 /minut.

Pulm: Andningsfrekvens 14 /minut, sidlika andningsljud utan ronki eller krepitationer men något förlängt expirium

Blodtryck: 150/95 mmHg.

Mun och svalg: Oretade slemhinnor.

Du finner inga hållpunkter för något akut allvarligt eller behandlingskrävande tillstånd. Du funderar på fortsatt utredning.

Du överväger att beställa en spiometri med reversibilitetstest eftersom du misstänker att Anna kan ha utvecklat KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom). KOL brukar indelas i olika svårighetsgrader enligt GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease).

KOL kan indelas i olika svårighetsgrader enligt GOLD utifrån spiometriresultat, symtomskattning (till exempel med hjälp av frågeformuläret CAT) och antal exacerbationer/år.

Vid besöket frågar du Anna om hon funderat på sin rökning och ett eventuellt samband med luftvägsbesvären och det framkommer att hon tänkt ganska mycket på detta. Hon oroar sig över att utveckla KOL och lungcancer och har gjort flera försök att sluta röka, men återfallit inom några veckor. Ni överenskommer om att hon ska få göra en spiometri med reversibilitetstest och fylla i ett symtomformulär avseende KOL.

Förutom KOL finns det ett antal differentialdiagnoser, samt diagnoser som är överrepresenterade vid KOL (samsjuklighet), som du också bör överväga.

Vanlig samsjuklighet vid KOL är depression, lungcancer, osteoporos och ischemisk hjärtsjukdom.

Genomförd utredning, inklusive lungröntgen och viss provtagning talar för KOL, svårighetsgrad GOLD B. Inga tecken på någon betydande samsjuklighet utöver patientens kända hypertoni.

Anna lyckas minska rökningen till 5 cigaretter per dag. Du förskriver inhalationsläkemedlet indakaterol (långverkande beta-2-stimulerare) och ordnar uppföljning hos KOL-sköterska.

Anna återkommer på ett akutbesök fem veckor senare, nu med några dagars anamnes på kraftig hosta, missfärgade upphostningar, andnöd och pip i bröstet.

Vilket av nedanstående alternativ utgör de viktigaste parametrarna för att bedöma svårighetsgraden av en akut exacerbation av KOL?

- A. CRP, temperatur, blodtryck, PEF
 - B. Allmäntillstånd, andningsfrekvens, hjärtfrekvens, saturation
 - C. Allmäntillstånd, hjärtfrekvens, blodtryck, cyanos
 - D. PEF, blodtryck, andningsljud, halsvenstas
 - E. Syrgasmättnad, andningsfrekvens, CRP, PEF
-

Question #: 10

Sofia, 58 år kommer till dig på hälsocentralen på grund av långvarig hosta. Hon är personalchef i kommunal förvaltning, gift och har två vuxna barn och två barnbarn. Hon är rökare sedan 17 års ålder, har rökt ett halvt paket per dag. Hon använder måttligt med alkohol, 2-3 glas vin per helg. Hon medicinerar med T. bendroflumetiazid 2,5 mg ×1 och T. enalapril 10 mg ×1 mot hypertoni. Hon är fysiskt aktiv med hundpromenad nästan varje kväll.

Hostan har pågått i 3 veckor. De senaste vintrarna har hon haft återkommande långdragna förkylningar med slemhosta och tror att det kanske beror på att hon ofta träffar sina barnbarn, som nu är 4 och 6 år gamla. Hon hostar ofta upp ofärgat slem på morgonen.

Hon har provat olika receptfria hostdämpande mediciner med begränsad effekt. Hon tycker att orken har blivit lite sämre på senare år men skyller det på försämrad kondition och några kilos viktuppgång efter klimakteriet.

Hon efterfrågar nu en penicillinkur för att bli kvitt denna långdragna hosta.

Status:

Allmäntillstånd: Gott, opåverkad. Normalviktig. Ingen dyspné i vila. Temp 36,9° C. Syrgasmättnad 96%.

Cor: Regelbunden rytm utan biljud, frekvens 82 /minut.

Pulm: Andningsfrekvens 14 /minut, sidlika andningsljud utan ronki eller krepitationer men något förlängt expirium
Blodtryck: 150/95 mmHg.

Mun och svalg: Oretade slemhinnor.

Du finner inga hållpunkter för något akut allvarligt eller behandlingskrävande tillstånd. Du funderar på fortsatt utredning.

Du överväger att beställa en spirometri med reversibilitetstest eftersom du misstänker att Anna kan ha utvecklat KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom). KOL brukar indelas i olika svårighetsgrader enligt GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease).

KOL kan indelas i olika svårighetsgrader enligt GOLD utifrån spirometriresultat, symtomskattning (till exempel med hjälp av frågeformuläret CAT) och antal exacerbationer/år.

Vid besöket frågar du Anna om hon funderat på sin rökning och ett eventuellt samband med luftvägsbesvären och det framkommer att hon tänkt ganska mycket på detta. Hon oroar sig över att utveckla KOL och lungcancer och har gjort flera försök att sluta röka, men återfallit inom några veckor. Ni överenskommer om att hon ska få göra en spirometri med reversibilitetstest och fylla i ett symtomformulär avseende KOL.

Förutom KOL finns det ett antal differentialdiagnoser, samt diagnoser som är överrepresenterade vid KOL (samsjuklighet), som du också bör överväga.

Vanlig samsjuklighet vid KOL är depression, lungcancer, osteoporos och ischemisk hjärtsjukdom.

Genomförd utredning, inklusive lungröntgen och viss provtagning talar för KOL, svårighetsgrad GOLD B. Inga tecken på någon betydande samsjuklighet utöver patientens kända hypertoni.

Anna lyckas minska rökningen till 5 cigaretter per dag. Du förskriver inhalationsläkemedlet indakaterol (långverkande beta-2-stimulerare) och ordnar uppföljning hos KOL-sköterska.

Anna återkommer på ett akutbesök fem veckor senare, nu med några dagars anamnes på kraftig hosta, missfärgade upphostningar, andnöd och pip i bröstet.

Efter att Anna har fått inhalera ipratropium/salbutamol och fått T. betametason per os känner hon sig bättre och parametrarna (allmäntillstånd, andningsfrekvens, hjärtfrekvens och syrgasmättnad) förbättras. Hon vill då passa på att fråga om en sak som hände för 4 dagar sedan: när hon satt med mobiltelefonen hemma på kvällen ville plötsligt höger hand inte lyda. Hon kunde inte skriva klart det sms hon höll på med. Armen kändes avdomnad och tung och hon lade märke till att hon inte orkade trycka ifrån ordentligt mot armstödet då hon skulle resa sig ut fåtöljen. Inga smärtor i armen, men brukar ha lite ont i nacken av och till. Efter en kvart hade det hela gått över och sedan dess har allt fungerat normalt. Vid din undersökning hittar du inte några avvikelser.

Hur bör du handlägga detta?

- ✓A. Skicka patienten akut till sjukhus
 - B. Beställa en datortomografi av hjärnan inom 2 veckor
 - C. Boka ett återbesök om 2 veckor
 - D. Hänvisa till sjukgymnast för bedömning
 - E. Be patienten höra av sig om det inträffar igen
-

Question #: 11

Du har full planerad mottagning på barnvårdscentralen. Sjuksköterskan ber dig träffa Armand 4 år, nyinflyttad från ett krigshärjat Kongo som en extra patient. Han kommer tillsammans med föräldrarna. Mamman talar enstaka ord svenska, pappan inte alls. Föräldrarna har låg skolutbildning och pappan har varit med i kriget. Armand har en längre tid varit trött, hängig, blek och subfebril. Han sover oroligt på nätterna, har mardrömmar och svettas mycket. Du känner att du har ont om tid.

Vilket av följande är bästa handläggningen nu?

- A. Kroppundersökning av patienten och planera för ett snabbt återbesök med tolk
 - B. Be familjen att återkomma på jourtid och beställa ett tolksamtal
 - C. Ta infektionsprover och remittera patienten till barnklinik
 - D. Beställa ett tolksamtal och ta patienten som extra besök efter att barnvårdscentralen har stängt för dagen
 - E. Ringa ambulans och skicka patienten akut till barnklinik
-

Question #: 12

Du har full planerad mottagning på barnvårdscentralen. Sjuksköterskan ber dig träffa Armand 4 år, nyinflyttad från ett krigshärjat Kongo som en extra patient. Han kommer tillsammans med föräldrarna. Mamman talar enstaka ord svenska, pappan inte alls. Föräldrarna har låg skolutbildning och pappan har varit med i kriget. Armand har en längre tid varit trött, hängig, blek och subfebril. Han sover oroligt på nätterna, har mardrömmar och svettas mycket.

Du känner att du har ont om tid.

Du undersöker patienten och planerar för att patienten får ett snabbt återbesök med tolk.

I anamnesen framkommer det att Armand har magrat och varit småfebrig i flera månader. Mamman tycker inte att han leker så mycket som andra barn och att han är trött. I status finner du att han ligger på $-1\frac{1}{2}$ SD i längd och vikt enligt den svenska referensen. Han är blek, subfebril och magerlagd. Han har flertalet förstörade lymfkörtlar. Han har en hjärtfrekvens på 110 /minut. Lungorna auskulteras utan anmärkning.

Du väljer att utreda honom vidare.

Vilket av följande är viktigast att ta med i din utredning?

- A. Blodstatus, CRP samt HIV-test
 - B. Plasmaelektrofores med immunglobuliner, PPD eller IGRA (*Interferon Gamma Release Assay*) samt blododling
 - C. Lungröntgen, CRP samt plasmaelektrofores med immunglobuliner
 - D. Lungröntgen, CRP och sputumodling med mikroskopi
 - E. Lungröntgen, PPD eller IGRA (*Interferon Gamma Release Assay*) samt HIV-test
-

Question #: 13

Du har full planerad mottagning på barnavårdscentralen. Sjuksköterskan ber dig träffa Armand 4 år, nyinflyttad från ett krigshärjat Kongo som en extra patient. Han kommer tillsammans med föräldrarna. Mamman talar enstaka ord svenska, pappan inte alls. Föräldrarna har låg skolutbildning och pappan har varit med i kriget. Armand har en längre tid varit trött, hängig, blek och subfebril. Han sover oroligt på nätterna, har mardrömmar och svettas mycket.

Du känner att du har ont om tid.

Du undersöker patienten och planerar för att patienten får ett snabbt återbesök med tolk.

I anamnesen framkommer det att Armand har magrat och varit småfebrig i flera månader. Mamman tycker inte att han leker så mycket som andra barn och att han är trött. I status finner du att han ligger på $-1\frac{1}{2}$ SD i längd och vikt enligt den svenska referensen. Han är blek, subfebril och magerlagd. Han har flertalet förstörade lymfkörtlar. Han har en hjärtfrekvens på 110 /minut. Lungorna auskulteras utan anmärkning.

Du väljer att utreda honom vidare.

I din utredning tar du med lungröntgen, PPD alternativt IGRA (Interferon Gamma Release Assay) och HIV-test.

Du får svar att det finns ett misstänkt ospecifikt infiltrat på lungröntgen och PPD mäter 17 mm. Du har inte tillgång till IGRA. HIV är negativt.

Hur bör du handlägga patienten nu?

- A. Anmäler till smittskyddsläkaren
 - B. Kompletterar utredningen med ett sputumprov
 - C. Påbörjar behandling för aktiv TBC
 - D. Påbörjar smittspårning på flyktingförläggningen
 - ✓E. Remitterar till barnkliniken
-

Question #: 14

Du har full planerad mottagning på barnavårdscentralen. Sjuksköterskan ber dig träffa Armand 4 år, nyinflyttad från ett krigshärjat Kongo som en extra patient. Han kommer tillsammans med föräldrarna. Mamman talar enstaka ord svenska, pappan inte alls. Föräldrarna har låg skolutbildning och pappan har varit med i kriget. Armand har en längre tid varit trött, hängig, blek och subfebril. Han sover oroligt på nätterna, har mardrömmar och svettas mycket.

Du känner att du har ont om tid.

Du undersöker patienten och planerar för att patienten får ett snabbt återbesök med tolk.

I anamnesen framkommer det att Armand har magrat och varit småfebrig i flera månader. Mamman tycker inte att han leker så mycket som andra barn och att han är trött. I status finner du att han ligger på $-1\frac{1}{2}$ SD i längd och vikt enligt den svenska referensen. Han är blek, subfebril och magerlagd. Han har flertalet förstora lymfkörtlar. Han har en hjärtfrekvens på 110 /minut. Lungorna auskulteras utan anmärkning.

Du väljer att utreda honom vidare.

I din utredning tar du med lungröntgen, PPD alternativt IGRA (Interferon Gamma Release Assay) och HIV-test.

Du får svar att det finns ett misstänkt ospecifika infiltrat på lungröntgen och PPD mäter 17 mm. Du har inte tillgång till IGRA. HIV är negativt.

På barnkliniken gör man en kompletterande utredning.

Barn från krigshärjade områden har ofta flera sjukdomar eller tillstånd som förvärrar TBC-infektionen.

Vilket tillstånd är vanligast hos barn från krigshärjade områden?

- A. Posttraumatiskt stressyndrom
 - B. Malaria
 - C. Karies
 - D. Mässling
 - ✓E. Malnutrition
-

Question #: 15

Du har full planerad mottagning på barnavårdscentralen. Sjuksköterskan ber dig träffa Armand 4 år, nyinflyttad från ett krigshärjat Kongo som en extra patient. Han kommer tillsammans med föräldrarna. Mamman talar enstaka ord svenska, pappan inte alls. Föräldrarna har låg skolutbildning och pappan har varit med i kriget. Armand har en längre tid varit trött, hängig, blek och subfebril. Han sover oroligt på nätterna, har mardrömmar och svettas mycket.

Du känner att du har ont om tid.

Du undersöker patienten och planerar för att patienten får ett snabbt återbesök med tolk.

I anamnesen framkommer det att Armand har magrat och varit småfebrig i flera månader. Mamman tycker inte att han leker så mycket som andra barn och att han är trött. I status finner du att han ligger på $-1\frac{1}{2}$ SD i längd och vikt enligt den svenska referensen. Han är blek, subfebril och magerlagd. Han har flertalet förstörade lymfkörtlar. Han har en hjärtfrekvens på 110 /minut. Lungorna auskulteras utan anmärkning.

Du väljer att utreda honom vidare.

I din utredning tar du med lungröntgen, PPD alternativt IGRA (Interferon Gamma Release Assay) och HIV-test.

Du får svar att det finns ett misstänkt ospecifika infiltrat på lungröntgen och PPD mäter 17 mm. Du har inte tillgång till IGRA. HIV är negativt.

På barnkliniken gör man en kompletterande utredning.

Barn från krigshärjade områden har ofta flera sjukdomar eller tillstånd som förvärrar TBC-infektionen.

Det är viktigt att utesluta malnutrition.

Några blodprover måste ingå i en utredning av misstänkt malnutrition. Vilka är viktigast?

- A. HbA1c, D-vitamin
 - B. Tillväxthormon, Tyroideastatus
 - C. Immunglobuliner, CRP
 - ✓D. Blodstatus, Albumin
 - E. Leverstatus, Kreatinin
-

Question #: 16

Eva, 63 år, kommer till dig på hälsocentralen på grund av muskelvärk och trötthet sedan cirka 6 veckor tillbaka. Hon har tidigare varit frisk förutom att hon ådrog sig en underarmsfraktur för två år sedan när hon snubblade på en trottoarkant och ramlade. Ingrid arbetar som sjuksköterska, har aldrig rökt och har 3 friska vuxna barn och 2 barnbarn. Hon har tagit T. ibuprofen 400 mg vid behov mot värken med otillräcklig effekt och hon har kontrollerat blodprov på sitt arbete. B-SR var 78 mm/h (referens <30) vilket påskyndade beslutet att boka ett läkarbesök. Det framkommer inga tecken på aktuell eller tidigare infektion, hon har inte varit på någon utlandsresa det senaste året.

Status:

Allmäntillstånd: Gott.

Cor: Auskulteras utan anmärkning.

Pulm: Auskulteras utan anmärkning.

Blodtryck 140/90 mmHg.

Buk: Palperas mjuk och oöm.

Ytliga lymfkörtlar: Palperas utan anmärkning på hals, axillärt samt inguinalt.

Rörelseapparaten: Inga artriter, men har svårt att lyfta armarna, samt att resa sig från stolen. Normal passiv rörlighet i höfter och axlar.

Vilken diagnos är mest sannolik?

- A. Sjögrens syndrom
 - B. Psoriasisartrit
 - C. Reumatoid artrit
 - D. Fibromyalgi
 - ✓E. Polymyalgia reumatika
-

Question #: 17

Eva, 63 år, kommer till dig på hälsocentralen på grund av muskelsmärk och trötthet sedan cirka 6 veckor tillbaka. Hon har tidigare varit frisk förutom att hon ådrog sig en underarmsfraktur för två år sedan när hon snubblade på en trottoarkant och ramlade. Ingrid arbetar som sjuksköterska, har aldrig rök och har 3 friska vuxna barn och 2 barnbarn. Hon har tagit T. ibuprofen 400 mg vid behov mot värken med otillräcklig effekt och hon har kontrollerat blodprov på sitt arbete. B-SR var 78 mm/h (referens <30) vilket påskyndade beslutet att boka ett läkarbesök. Det framkommer inga tecken på aktuell eller tidigare infektion, hon har inte varit på någon utlandsresa det senaste året.

Status:

Allmäntillstånd: Gott.

Cor: Auskulteras utan anmärkning.

Pulm: Auskulteras utan anmärkning.

Blodtryck 140/90 mmHg.

Buk: Palperas mjuk och oöm.

Ytliga lymfkörtlar: Palperas utan anmärkning på hals, axillärt samt inguinalt.

Rörelseapparaten: Inga artrit, men har svårt att lyfta armarna, samt att resa sig från stolen. Normal passiv rörlighet i höfter och axlar.

Du misstänker i första hand polymyalgia reumatica (PMR). Din preliminära diagnos baseras på patientens ålder, hög SR, besvär från skuldror och bäckenregion och inga tecken på infektion.

Vilken behandling är mest lämplig att påbörja nu?

- A. T. prednisolon 5 mg 6 tabl. på kvällen
 - B. T. ketoprofen retard 200 mg 1 tabl. på kvällen
 - C. T. prednisolon 5 mg 1 tabl. på morgonen
 - D. T. betametason 0,5 mg 10 tabl. på morgonen
 - ✓E. T. prednisolon 5 mg 4 tabl. på morgonen
-

Question #: 18

Eva, 63 år, kommer till dig på hälsocentralen på grund av muskelvärk och trötthet sedan cirka 6 veckor tillbaka. Hon har tidigare varit frisk förutom att hon ådrog sig en underarmsfraktur för två år sedan när hon snubblade på en trottoarkant och ramlade. Ingrid arbetar som sjuksköterska, har aldrig rökt och har 3 friska vuxna barn och 2 barnbarn. Hon har tagit T. ibuprofen 400 mg vid behov mot värken med otillräcklig effekt och hon har kontrollerat blodprov på sitt arbete. B-SR var 78 mm/h (referens <30) vilket påskyndade beslutet att boka ett läkarbesök. Det framkommer inga tecken på aktuell eller tidigare infektion, hon har inte varit på någon utlandsresa det senaste året.

Status:

Allmäntillstånd: Gott.

Cor: Auskulteras utan anmärkning.

Pulm: Auskulteras utan anmärkning.

Blodtryck 140/90 mmHg.

Buk: Palperas mjuk och oöm.

Ytliga lymfkörtlar: Palperas utan anmärkning på hals, axillärt samt inguinalt.

Rörelseapparaten: Inga artriter, men har svårt att lyfta armarna, samt att resa sig från stolen. Normal passiv rörlighet i höfter och axlar.

Du misstänker i första hand polymyalgia reumatica (PMR). Din preliminära diagnos baseras på patientens ålder, hög SR, besvär från skuldror och bäckenregion och inga tecken på infektion.

Du påbörjar behandling med T. prednisolon 20 mg på morgonen.

Med tanke på patientens sjukhistoria så överväger du även att starta en annan behandling.

Vilken tablettbehandling bör du ge patienten förutom prednisolon?

- A. Acetylsalicylsyra och omeprazol
 - B. Kolekalciferol och vitamin D samt paracetamol
 - C. Paracetamol och oxacepam
 - ✓D. Alendronsyra, kolekalciferol och vitamin D
 - E. Acetylsalicylsyra och hydroklortiazid
-

Question #: 19

Eva, 63 år, kommer till dig på hälsocentralen på grund av muskelvärk och trötthet sedan cirka 6 veckor tillbaka. Hon har tidigare varit frisk förutom att hon ådrog sig en underarmsfraktur för två år sedan när hon snubblade på en trottoarkant och ramlade. Ingrid arbetar som sjuksköterska, har aldrig rökt och har 3 friska vuxna barn och 2 barnbarn. Hon har tagit T. ibuprofen 400 mg vid behov mot värken med otillräcklig effekt och hon har kontrollerat blodprov på sitt arbete. B-SR var 78 mm/h (referens <30) vilket påskyndade beslutet att boka ett läkarbesök. Det framkommer inga tecken på aktuell eller tidigare infektion, hon har inte varit på någon utlandsresa det senaste året.

Status:

Allmäntillstånd: Gott.

Cor: Auskulteras utan anmärkning.

Pulm: Auskulteras utan anmärkning.

Blodtryck 140/90 mmHg.

Buk: Palperas mjuk och oöm.

Ytliga lymfkörtlar: Palperas utan anmärkning på hals, axillärt samt inguinalt.

Rörelseapparaten: Inga artriter, men har svårt att lyfta armarna, samt att resa sig från stolen. Normal passiv rörlighet i höfter och axlar.

Du misstänker i första hand polymyalgia reumatica (PMR). Din preliminära diagnos baseras på patientens ålder, hög SR, besvär från skuldror och bäckenregion och inga tecken på infektion.

Du påbörjar behandling med T. prednisolon 20 mg på morgonen

Med tanke på patientens anamnes på underarmsfraktur efter fall i samma plan, lågenergifraktur, överväger du insättning på alendronsyra och kolekalciferol samt vitamin D samt remitterar patienten för DXA (Dual-energy X-ray absorptiometry) -undersökning.

Hur snabbt efter insättning på prednisolon brukar en patient med PMR normalt känna en påtaglig förbättring?

- A. 2 månader
 - ✓B. 2 dagar
 - C. 2 veckor
 - D. 3 timmar
 - E. 6 veckor
-

Question #: 20

Eva, 63 år, kommer till dig på hälsocentralen på grund av muskelsmärk och trötthet sedan cirka 6 veckor tillbaka. Hon har tidigare varit frisk förutom att hon ådrog sig en underarmsfraktur för två år sedan när hon snubblade på en trottoarkant och ramlade. Ingrid arbetar som sjuksköterska, har aldrig rökt och har 3 friska vuxna barn och 2 barnbarn. Hon har tagit T. ibuprofen 400 mg vid behov mot värken med otillräcklig effekt och hon har kontrollerat blodprov på sitt arbete. B-SR var 78 mm/h (referens <30) vilket påskyndade beslutet att boka ett läkarbesök. Det framkommer inga tecken på aktuell eller tidigare infektion, hon har inte varit på någon utlandsresa det senaste året.

Status:

Allmäntillstånd: Gott.

Cor: Auskulteras utan anmärkning.

Pulm: Auskulteras utan anmärkning.

Blodtryck 140/90 mmHg.

Buk: Palperas mjuk och oöm.

Ytliga lymfkörtlar: Palperas utan anmärkning på hals, axillärt samt inguinalt.

Rörelseapparaten: Inga artrit, men har svårt att lyfta armarna, samt att resa sig från stolen. Normal passiv rörlighet i höfter och axlar.

Du misstänker i första hand polymyalgia reumatica (PMR). Din preliminära diagnos baseras på patientens ålder, hög SR, besvär från skuldror och bäckenregion och inga tecken på infektion.

Du påbörjar behandling med T. prednisolon 20 mg på morgonen

Med tanke på patientens anamnes på underarmsfraktur efter fall i samma plan, lågenergifraktur, överväger du insättning på alendronsyra och kolekalciferol samt vitamin D samt remitterar patienten för DXA (Dual-energy X-ray absorptiometry) -undersökning.

Vid polymyalgia reumatika förbättras patienten vanligen påtagligt efter 2 dagar.

Patienten kommer på ett återbesök efter två månader och berättar att hon känner sig piggare och muskelsmärken har minskat. Hon tar nu 10 mg prednisolon på morgonen och B-SR ligger på 42 mm/h (referens <30). Hon berättar att ett knä och några fingerleder har svullnat och hon har svårt att böja fingrarna. I status finner du synoviter i höger knäled, mcp led II, III och V höger hand och mcp-led II och III vänster hand liksom vänster handled.

Vilken sjukdom är det mest troligt att patienten har utvecklat?

- A. Reumatoid artrit
 - B. Psoriasisartrit
 - C. Virusrelaterad artrit
 - D. Reaktiv artrit
 - E. Polymyositis
-

Question #: 21

Eva, 63 år, kommer till dig på hälsocentralen på grund av muskelsmärk och trötthet sedan cirka 6 veckor tillbaka. Hon har tidigare varit frisk förutom att hon ådrog sig en underarmsfraktur för två år sedan när hon snubblade på en trottoarkant och ramlade. Ingrid arbetar som sjuksköterska, har aldrig rök och har 3 friska vuxna barn och 2 barnbarn. Hon har tagit T. ibuprofen 400 mg vid behov mot värken med otillräcklig effekt och hon har kontrollerat blodprov på sitt arbete. B-SR var 78 mm/h (referens <30) vilket påskyndade beslutet att boka ett läkarbesök. Det framkommer inga tecken på aktuell eller tidigare infektion, hon har inte varit på någon utlandsresa det senaste året.

Status:

Allmäntillstånd: Gott.

Cor: Auskulteras utan anmärkning.

Pulm: Auskulteras utan anmärkning.

Blodtryck 140/90 mmHg.

Buk: Palperas mjuk och oöm.

Ytliga lymfkörtlar: Palperas utan anmärkning på hals, axillärt samt inguinalt.

Rörelseapparaten: Inga artrit, men har svårt att lyfta armarna, samt att resa sig från stolen. Normal passiv rörlighet i höfter och axlar.

Du misstänker i första hand polymyalgia reumatica (PMR). Din preliminära diagnos baseras på patientens ålder, hög SR, besvär från skuldror och bäckenregion och inga tecken på infektion.

Du påbörjar behandling med T. prednisolon 20 mg på morgonen

Med tanke på patientens anamnes på underarmsfraktur efter fall i samma plan, lågenergifraktur, överväger du insättning på alendronsyra och kolekalciferol samt vitamin D samt remitterar patienten för DXA (Dual-energy X-ray absorptiometry) -undersökning.

Vid polymyalgia reumatika förbättras patienten vanligen påtagligt efter 2 dagar.

Patienten kommer på ett återbesök efter två månader och berättar att hon känner sig piggare och muskelsmärken har minskat. Hon tar nu 10 mg prednisolon på morgonen och B-SR ligger på 42 mm/h (referens <30). Hon berättar att ett knä och några fingerleder har svullnat och hon har svårt att böja fingrarna. I status finner du synoviter i höger knäled, MCP led II, III och V höger hand och MCP-led II och III vänster hand liksom vänster handled.

Patienten har utvecklat en symmetrisk polyartrit med dominerande småledsengagemang och har även laboriemässig inflammatorisk aktivitet. Du misstänker att hon har utvecklat en reumatoid artrit. Du påbörjar en utredning och kontrollerar bland annat reumatoid faktor (RF) i blodet.

Vilket annat prov är nu lämpligast för diagnos och bedömning av prognos?

- A. ANA
 - B. ENA
 - ✓C. Anti-CCP
 - D. Anti-MPO
 - E. Anti-SSA
-

Question #: 22

Eva, 63 år, kommer till dig på hälsocentralen på grund av muskelvärk och trötthet sedan cirka 6 veckor tillbaka. Hon har tidigare varit frisk förutom att hon ådrog sig en underarmsfraktur för två år sedan när hon snubblade på en trottoarkant och ramlade. Ingrid arbetar som sjuksköterska, har aldrig rökt och har 3 friska vuxna barn och 2 barnbarn. Hon har tagit T. ibuprofen 400 mg vid behov mot värken med otillräcklig effekt och hon har kontrollerat blodprov på sitt arbete. B-SR var 78 mm/h (referens <30) vilket påskyndade beslutet att boka ett läkarbesök. Det framkommer inga tecken på aktuell eller tidigare infektion, hon har inte varit på någon utlandsresa det senaste året.

Status:

Allmäntillstånd: Gott.

Cor: Auskulteras utan anmärkning.

Pulm: Auskulteras utan anmärkning.

Blodtryck 140/90 mmHg.

Buk: Palperas mjuk och oöm.

Ytliga lymfkörtlar: Palperas utan anmärkning på hals, axillärt samt inguinalt.

Rörelseapparaten: Inga artrit, men har svårt att lyfta armarna, samt att resa sig från stolen. Normal passiv rörlighet i höfter och axlar.

Du misstänker i första hand polymyalgia reumatica (PMR). Din preliminära diagnos baseras på patientens ålder, hög SR, besvär från skuldror och bäckenregion och inga tecken på infektion.

Du påbörjar behandling med T. prednisolon 20 mg på morgonen

Med tanke på patientens anamnes på underarmsfraktur efter fall i samma plan, lågenergifraktur, överväger du insättning på alendronsyra och kolecalciferol samt vitamin D samt remitterar patienten för DXA (Dual-energy X-ray absorptiometry) -undersökning.

Vid polymyalgia reumatika förbättras patienten vanligen påtagligt efter 2 dagar.

Patienten kommer på ett återbesök efter två månader och berättar att hon känner sig piggare och muskelvärken har minskat. Hon tar nu 10 mg prednisolon på morgonen och B-SR ligger på 42 mm/h (referens <30). Hon berättar att ett knä och några fingerleder har svullnat och hon har svårt att böja fingrarna. I status finner du synoviter i höger knäled, MCP led II,III och V höger hand och MCP-led II och III vänster hand liksom vänster handled.

Patenten har utvecklat en symmetrisk polyartrit med dominerande småledsengagemang och har även laboriemässig inflammatorisk aktivitet. Du misstänker att hon har utvecklat en reumatoid artrit.

Du påbörjar en utredning och kontrollerar bland annat reumatoid faktor (RF) och CCP-antikroppar i blodet. Både RF och CCP-antikroppar utfaller starkt positiva.

Hur bör patienten handläggas?

- A. Öka dosen prednisolon till 60 mg på morgonen och ringa medicinjouren för inläggning på reumatologisk avdelning samma dag
 - B. Remiss för lungröntgen och påbörja behandling med metotrexat
 - C. Remiss till arbetsterapeut för handträning och påbörja behandling med ketoprofen retard
 - D. Remiss för röntgen av händer och fötter samt sätta in rituximab
 - ✓E. Remiss till reumatologiklinik på misstanke om tidig reumatoid artrit
-

Question #: 23

Anna är 5 år och kommer med sin mamma till hälsocentralen. Mamma berättar att Anna ofta säger ”va?” och vill ha högre ljudvolym när hon tittar på TV jämfört med sina syskon. Föräldrarna börjar bli oroliga och undrar över om hon har dålig hörsel.

Vilken är den vanligaste orsaken till hörselnedsättning hos en 5-åring?

- ✓A. Sekretorisk mediaotit
 - B. Genetisk hörselnedsättning
 - C. Sensoneurinal hörselnedsättning
 - D. Bullerskada
 - E. Akut mediaotit
-

Question #: 24

Anna är 5 år och kommer med sin mamma till hälsocentralen. Mamma berättar att Anna ofta säger "va?" och vill ha högre ljudvolym när hon tittar på TV jämfört med sina syskon. Föräldrarna börjar bli oroliga och undrar över om hon har dålig hörsel.

Du misstänker i första hand vätska i mellanörat, sekretorisk mediaotit, och undersöker hennes öron med ett öronmikroskop.

Hur ser en sekretorisk mediaotit oftast ut vid undersökning i öronmikroskop?

- A. Trumhinnorna är buktande, rodnade eller vita i färgen. Ibland ses en perforation. Ökad kärlteckning.
 - ✓B. Trumhinnorna är indragna, bleka eller gråaktiga i färgen, men mindre genomskinliga än normalt. Ibland ses en vätskenivå eller luftbubblor. Ökad kärlteckning.
 - C. Trumhinnorna är normalställda, bleka och transparenta. Normal kärlteckning över hammarskaftet.
 - D. Trumhinnorna är buktande, bleka men mindre genomskinliga än normalt. Minskad kärlteckning.
 - E. Trumhinnorna är indragna framför allt ovanför hammarskaftet, rodnad kan förekomma. Ibland ses en perforation med eller utan sekretion. Minskad kärlteckning.
-

Question #: 25

Anna är 5 år och kommer med sin mamma till hälsocentralen. Mamma berättar att Anna ofta säger "va?" och vill ha högre ljudvolym när hon tittar på TV jämfört med sina syskon. Föräldrarna börjar bli oroliga och undrar över om hon har dålig hörsel.

Du misstänker i första hand vätska i mellanörat, sekretorisk mediaotit, och undersöker hennes öron med ett öronmikroskop.

Vid öronmikroskopi ser du att Anna bilateralt har indragna trumhinnor, det är en ökad kärlteckning. Trumhinnorna är inte rodnade utan bleka och gråaktiga. De är mindre genomskinliga än normalt men du kan se en vätskenivå och en del luftbubblor bakom trumhinnan.

Du vill nu testa trumhinnerörligheten.

Med vilket test förutom tympanometri kan man testa trumhinnerörligheten utan att patienten själv behöver medverka?

- A. Rinnes test
 - B. Webers test
 - ✓C. Test med Siegles tratt
 - D. Audiogram
 - E. Valsalvas manöver
-

Question #: 26

Anna är 5 år och kommer med sin mamma till hälsocentralen. Mamma berättar att Anna ofta säger "va?" och vill ha högre ljudvolym när hon tittar på TV jämfört med sina syskon. Föräldrarna börjar bli oroliga och undrar över om hon har dålig hörsel.

Du misstänker i första hand vätska i mellanörat, sekretorisk mediaotit, och undersöker hennes öron med ett öronmikroskop.

Vid öronmikroskopi ser du att Anna bilateralt har indragna trumhinnor, det är en ökad kärleteckning. Trumhinnorna är inte rodnade utan bleka och gråaktiga. De är mindre genomskinliga än normalt men du kan se en vätskenivå och en del luftbubblor bakom trumhinnan.

När du testar rörligheten med Siegles tratt så ser du att trumhinnorna rör sig dåligt. Du utför också en tympanometri där undersökningen visar ett rakt streck, det vill säga dålig trumhinnerörlighet.

Du vill nu behandla Anna för hennes bilaterala sekretoriska mediaotit och överväger olika behandlingssätt.

Vilket av följande är bästa handläggning i första skedet?

- A. Audiogram
 - B. Behandling med Penicillin i 5 dagar och sedan uppföljning
 - ✓C. Expektans i 3 månader med samtidig Otoventbehandling (näsballong för förenklad tryckutjämning i mellanörat) och sedan uppföljning
 - D. Expektans i 2 veckor och sedan behandling med penicillin i 5 dagar om besvären kvarstår
 - E. Expektans, patienten får höra av sig själv om besvären fortsätter
-

Question #: 27

Anna är 5 år och kommer med sin mamma till hälsocentralen. Mamma berättar att Anna ofta säger "va?" och vill ha högre ljudvolym när hon tittar på TV jämfört med sina syskon. Föräldrarna börjar bli oroliga och undrar över om hon har dålig hörsel.

Du misstänker i första hand vätska i mellanörat, sekretorisk mediaotit, och undersöker hennes öron med ett öronmikroskop.

Vid öronmikroskopi ser du att Anna bilateralt har indragna trumhinnor, det är en ökad kärleteckning. Trumhinnorna är inte rodnade utan bleka och gråaktiga. De är mindre genomskinliga än normalt men du kan se en vätskenivå och en del luftbubblor bakom trumhinnan.

När du testar rörligheten med Siegle tratt så ser du att trumhinnorna rör sig dåligt. Du utför också en tympanometri där undersökningen visar ett rakt streck, det vill säga dålig trumhinneörlighet.

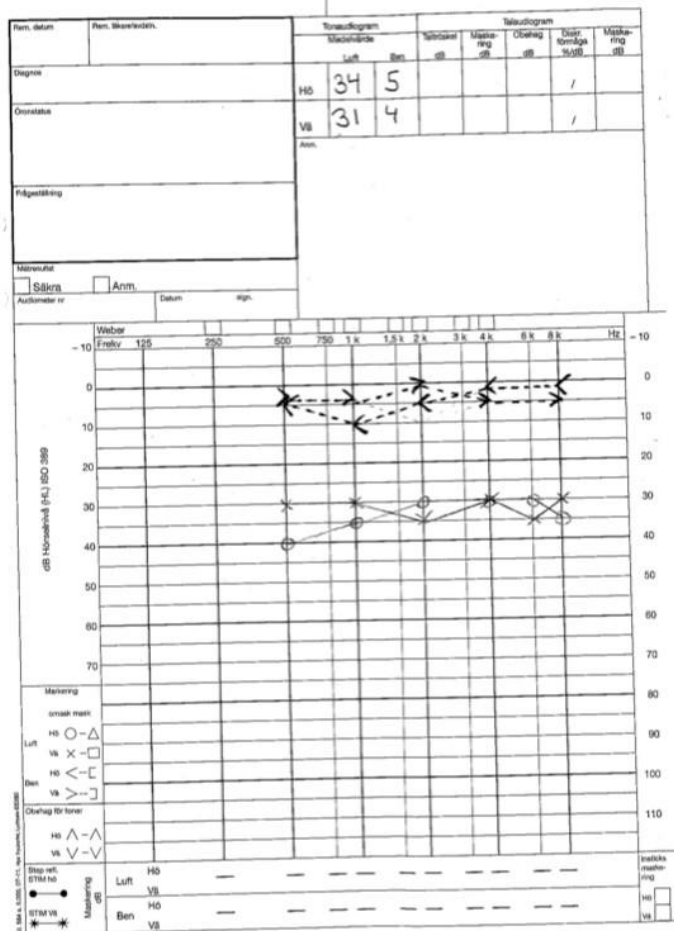
Du överväger aktiv exspektans där du kallar Anna på återbesök om 3 månader för att göra ett nytt status. Valsalvas manöver inser du är svår att utföra för en 5-åring så därför rekommenderar du Otoventbehandling för att öppna örontrumpeten så att vätskan i mellanörat snabbare kan försvinna. Du överväger att remittera till Öron-näsa-hals-kliniken för ställningstagande till att sätta ventilationsrör men vill gärna avvakta då detta tillstånd ofta läker av sig självt.

När Anna kommer på återbesök till dig 3 månader senare upplever föräldrarna att hon fortfarande hör dåligt. Du remitterar då patienten till Öron-näsa-hals-klinik. Där kan man bekräfta den försämrade hörseln med ett hörselprov. Du får en kopia av audiogrammet och gör en tolkning av det.

NORRLANDS
UNIVERSITETSSJUKHUS
Öron-näs- och halsklinik
Audiologiska ovd.

AUDIOGRAM
Patienten

♀ Anna, 5år



Hur bör audiogrammet tolkas?

- A. Normalt audiogram, ingen signifikant hörselnedsättning
 - B. Sensoneurinal hörselnedsättning på båda öronen, påverkad benledning
 - C. Ledningshinder på båda öronen, påverkad benledning
 - D. Sensoneurinal hörselnedsättning på båda öronen, normal benledning
 - ✓E. Ledningshinder på båda öronen, normal benledning
-

Question #: 28

Anna är 5 år och kommer med sin mamma till hälsocentralen. Mamma berättar att Anna ofta säger "va?" och vill ha högre ljudvolym när hon tittar på TV jämfört med sina syskon. Föräldrarna börjar bli oroliga och undrar över om hon har dålig hörsel.

Du misstänker i första hand vätska i mellanörat, sekretorisk mediaotit, och undersöker hennes öron med ett öronmikroskop.

Vid öronmikroskopi ser du att Anna bilateralt har indragna trumhinnor, det är en ökad kärleteckning. Trumhinnorna är inte rodnade utan bleka och gråaktiga. De är mindre genomskinliga än normalt men du kan se en vätskenivå och en del luftbubblor bakom trumhinnan.

När du testar rörligheten med Siegles tratt så ser du att trumhinnorna rör sig dåligt. Du utför också en tympanometri där undersökningen visar ett rakt streck, det vill säga dålig trumhinnerörlighet.

Du överväger aktiv exspektans där du kallar Anna på återbesök om 3 månader för att göra ett nytt status. Valsalvas manöver inser du är svår att utföra för en 5-åring så därför rekommenderar du Otovent för att öppna örontrumpeten så att vätskan i mellanörat snabbare kan försvinna. Du överväger att remittera till Öron-näsa-hals-kliniken för ställningstagande till att sätta ventilationsrör men vill gärna avvakta då detta tillstånd ofta läker av sig självt.

När Anna kommer på återbesök till dig 3 månader senare upplever föräldrarna att hon fortfarande hör dåligt. Du remitterar då patienten till Öron-näsa-hals-klinik. Där kan man bekräfta den försämrade hörseln med ett hörselprov.

Du tolkar audiogrammet och ser att Anna har ett ledningshinder på båda öronen. Benledningen är helt normal vilket också stödjer diagnosen sekretorisk mediaotit.

Då Anna fortsatt har en sekretorisk mediaotit bilateralt efter 3 månaders uppföljning så beslutar läkaren på Öron-näsa-hals-kliniken att de ska sätta ventilationsrör i Annas trumhinnor. Annas pappa undrar varför operationen behöver genomföras.

Varför bör man sätta in ventilationsrör i Annas öra?

- A. För att undvika risken för kolesteatom
- B. För att innerörat ska bli luftat
- C. För att minska på bakterieförekomsten i innerörat
- ✓D. För att mellanörat ska bli luftat
- E. För att vätskan ska kunna rinna ut i hörselgången

* En fråga från delprov 2 har utgått