

Delprov Kliniska case – 2020-09-10

Question #: 1

Mia, en 8 år gammal flicka kommer till dig på hälsocentralen på ett planerat besök. Hon har haft återkommande ont i magen sedan ungefär ett år tillbaka. Besväret sitter i hela magen, ej tydligt relaterat till måltider. Hon blir ofta gasig i magen, har haft något lösare avföring men ingen riktig diarré. Inget blod eller slem i avföringen. Mias mamma tycker att flickan lätt har blivit trött och irritabel den senaste tiden. Man har på egen hand försökt med mjölkfri kost under en månad vilket inte gjort någon skillnad alls. Annars äter Mia vanlig kost.

På viktkurvan ser du att hennes viktuppgång har planat av: -1 SD vid 7 års ålder, -2,5 SD idag. Längden håller sig på -1 SD.

Mia har en 13 år gammal syster med nyligen debuterad diabetes typ 1. Föräldrarna är friska.

Innan besöket har Mia lämnat ett blod- och avföringsprov som visar (referensvärden inom parentes):

B-Hb 95 g/L (118-148)

B-MCV 69 fL (74-87)

S-Ferritin 5 µg/L (10-150)

P-CRP 3 mg/L (<5)

F-Kalprotektin: Låg

Vilken diagnos bör i första hand utredas?

- A. Diabetes mellitus typ 2
 - B. Magsår
 - ✓C. Celiaki
 - D. Laktosintolerans
 - E. Ulcerös kolit
-

Question #: 2

Mia, en 8 år gammal flicka kommer till dig på hälsocentralen på ett planerat besök. Hon har haft återkommande ont i magen sedan ungefär ett år tillbaka. Besväret sitter i hela magen, ej tydligt relaterat till måltider. Hon blir ofta gasig i magen, har haft något lösare avföring men ingen riktig diarré. Inget blod eller slem i avföringen. Mias mamma tycker att flickan lätt har blivit trött och irriterad den senaste tiden. Man har på egen hand försökt med mjölkfri kost under en månad vilket inte gjort någon skillnad alls. Annars äter Mia vanlig kost. På viktcurvan ser du att hennes viktuppgång har planat av: -1 SD vid 7 års ålder, -2,5 SD idag. Längden håller sig på -1 SD.

Mia har en 13 år gammal syster med nyligen debuterad diabetes typ 1. Föräldrarna är friska.

Innan besöket har Mia lämnat ett blod- och avföringsprov som visar (referensvärden inom parentes):

B-Hb 95 g/L (118-148)

B-MCV 69 fL (74-87)

S-Ferritin 5 µg/L (10-150)

P-CRP 3 mg/L (<5)

F-Kalprotektin: Låg

Du misstänker i första hand att hon har drabbats av celiaki.

Vilka extra prover eller undersökningar är mest avgörande för den vidare utredningen (även om fler beställs)?

- A. Total IgE + Allergenspecifikt IgE (mjölk)
 - B. Koloskopi i narkos
 - C. Antigen för *Helicobacter pylori* i avföring
 - ✓D. Total IgA + IgA-anti-transglutaminas
 - E. Ultraljud buk
-

Question #: 3

Mia, en 8 år gammal flicka kommer till dig på hälsocentralen på ett planerat besök. Hon har haft återkommande ont i magen sedan ungefär ett år tillbaka. Besväret sitter i hela magen, ej tydligt relaterat till måltider. Hon blir ofta gasig i magen, har haft något lösare avföring men ingen riktig diarré. Inget blod eller slem i avföringen. Mias mamma tycker att flickan lätt har blivit trött och irriterad den senaste tiden. Man har på egen hand försökt med mjölkfri kost under en månad vilket inte gjort någon skillnad alls. Annars äter Mia vanlig kost.

På viktcurvan ser du att hennes viktuppgång har planat av: -1 SD vid 7 års ålder, $-2,5$ SD idag. Längden håller sig på -1 SD.

Mia har en 13 år gammal syster med nyligen debuterad diabetes typ 1. Föräldrarna är friska.

Innan besöket har Mia lämnat ett blod- och avföringsprov som visar (referensvärden inom parentes):

B-Hb 95 g/L (118-148)

B-MCV 69 fL (74-87)

S-Ferritin 5 μ g/L (10-150)

P-CRP 3 mg/L (<5)

F-Kalprotektin: Låg

Du misstänker i första hand att hon har drabbats av celiaki.

Totalt IgA visar sig vara normalt medan IgA-anti-transglutaminas var förhöjt: 125 E/ml (referens <7).

Enligt ultraljudsundersökning av buken är det rikligt med gas i magen, annars utan anmärkning.

Hur bör du gå vidare nu?

- A. Påbörja glutenfri kost samt järnbehandling direkt, nytt prov av IgA-anti-transglutaminas inom 6 månader
 - B. Beställa gastro- och koloskopi i narkos med biopsier i multipla lokaler
 - ✓C. Ta nytt prov av IgA-anti-transglutaminas direkt
 - D. Påbörja glutenfri kost direkt, beställer nytt prov av IgA-anti-transglutaminas inom 6 månader
 - E. Beställa gastroskopi i narkos med biopsier i multipla lokaler
-

Question #: 4

Mia, en 8 år gammal flicka kommer till dig på hälsocentralen på ett planerat besök. Hon har haft återkommande ont i magen sedan ungefär ett år tillbaka. Besväret sitter i hela magen, ej tydligt relaterat till måltider. Hon blir ofta gasig i magen, har haft något lösare avföring men ingen riktig diarré. Inget blod eller slem i avföringen. Mias mamma tycker att flickan lätt har blivit trött och irriterad den senaste tiden. Man har på egen hand försökt med mjölkfri kost under en månad vilket inte gjort någon skillnad alls. Annars äter Mia vanlig kost. På viktkurvan ser du att hennes viktuppgång har planat av: -1 SD vid 7 års ålder, -2,5 SD idag. Längden håller sig på -1 SD.

Mia har en 13 år gammal syster med nyligen debuterad diabetes typ 1. Föräldrarna är friska.

Innan besöket har Mia lämnat ett blod- och avföringsprov som visar (referensvärden inom parentes):

B-Hb 95 g/L (118-148)

B-MCV 69 fL (74-87)

S-Ferritin 5 µg/L (10-150)

P-CRP 3 mg/L (<5)

F-Kalprotektin: Låg

Du misstänker i första hand att hon har drabbats av celiaki.

Totalt IgA visar sig vara normalt medan IgA-anti-transglutaminas var förhöjt: 125 E/ml (referens <7).

Enligt ultraljudsundersökning av buken är det rikligt med gas i magen, annars utan anmärkning.

Du tar ett nytt prov för IgA-anti-transglutaminas direkt, eftersom två prover som är >10 ggr förhöjda jämfört övre gräns för normalvärde ger diagnosen celiaki utan behov av biopsier och glutenfri kost kan påbörjas.

Vilka 3 livsmedel behöver hon nu utesluta ur kosten?

- ✓A. Vete, korn och råg
 - B. Havre, hirs och bovete
 - C. Hirs, korn och havre
 - D. Vete, råg, och hirs
 - E. Vete, havre, och bovete
-

Question #: 5

Mia, en 8 år gammal flicka kommer till dig på hälsocentralen på ett planerat besök. Hon har haft återkommande ont i magen sedan ungefär ett år tillbaka. Besväret sitter i hela magen, ej tydligt relaterat till måltider. Hon blir ofta gasig i magen, har haft något lösare avföring men ingen riktig diarré. Inget blod eller slem i avföringen. Mias mamma tycker att flickan lätt har blivit trött och irriterad den senaste tiden. Man har på egen hand försökt med mjölkfri kost under en månad vilket inte gjort någon skillnad alls. Annars äter Mia vanlig kost. På viktcurvan ser du att hennes viktuppgång har planat av: -1 SD vid 7 års ålder, -2,5 SD idag. Längden håller sig på -1 SD.

Mia har en 13 år gammal syster med nyligen debuterad diabetes typ 1. Föräldrarna är friska.

Innan besöket har Mia lämnat ett blod- och avföringsprov som visar (referensvärden inom parentes):

B-Hb 95 g/L (118-148)

B-MCV 69 fL (74-87)

S-Ferritin 5 µg/L (10-150)

P-CRP 3 mg/L (<5)

F-Kalprotektin: Låg

Du misstänker i första hand att hon har drabbats av celiaki.

Totalt IgA visar sig vara normalt medan IgA-anti-transglutaminas var förhöjt: 125 E/ml (referens <7).

Enligt ultraljudsundersökning av buken är det rikligt med gas i magen, annars utan anmärkning.

Du tar ett nytt prov för IgA-anti-transglutaminas direkt, eftersom två prover som är >10 ggr förhöjda jämfört övre gräns för normalvärde ger diagnosen celiaki utan behov av biopsier och glutenfri kost kan påbörjas.

Mia får besked att hon ska undvika vete, korn och råg, och alla produkter som innehåller något av dessa spannmål.

Vilken av följande grupper har *lägst* risk att utveckla celiaki

- A. Barn med typ 1 diabetes, tyroidea- eller leversjukdom
 - B. Barn som har förstagrads släkting med celiaki
 - C. Barn med Downs, Turners eller Williams syndrom
 - D. Barn med selektiv IgA-brist
 - ✓E. Barn med Klinefelters syndrom
-

Question #: 6

Maria, 32 år, kommer till dig på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen på remiss från primärvården. Hon är gift, har tre barn, arbetar som ekonomiansvarig på ett försäkringsbolag.

Enligt remissen har hon behandlats för depression vid två tillfällen under de senaste tre åren. Första gången med samtalsterapi och SSRI, andra gången med SNRI. Behandlingen hjälpte Maria första gången, men nu har den inte hjälpt nämnvärt varför remiss utfärdats till psykiatrin.

I anamnesen hittar du ingen somatisk problematik, inga problem med smärta. Enligt remissen finns ingen tidigare psykiatrisk problematik. Hon dricker mycket måttligt med alkohol och har aldrig använt droger.

Status:

Allmäntillstånd: Gott

Cor: Regelbunden rytm, puls 72 /minut.

Blodtryck: 120/82 mmHg

Blodprover för TSH/T4 samt kobalamin/folat är inom referensintervallet. B-Hb 132 g/L (referens 117-153)

MADRS visar ett värde på 32 = medelsvår depressiv episod (trots behandling). Hon rapporterar ingen uppenbar oro eller ångest.

Maria berättar sedan du frågat noggrant att hon har sömnproblem. Hon har svårt att somna och vaknar upp flera gånger per natt. Hon sover totalt i genomsnitt 4-5 timmar/natt. Detta gör att hon är trött och okoncentrerad på dagen.

Förutom sömnhygien, vilket läkemedel hjälper Maria bäst med att en tid få förbättrad sömn?

- A. Olanzapin
 - B. Lamotrigin
 - C. Propranolol
 - D. Metylfenidat
 - ✓E. Zopiklon
-

Question #: 7

Maria, 32 år, kommer till dig på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen på remiss från primärvården. Hon är gift, har tre barn, arbetar som ekonomiansvarig på ett försäkringsbolag.

Enligt remissen har hon behandlats för depression vid två tillfällen under de senaste tre åren. Första gången med samtalsterapi och SSRI, andra gången med SNRI. Behandlingen hjälpte Maria första gången, men nu har den inte hjälpt nämnvärt varför remiss utfärdats till psykiatrin.

I anamnesen hittar du ingen somatisk problematik, inga problem med smärta. Enligt remissen finns ingen tidigare psykiatrisk problematik. Hon dricker mycket måttligt med alkohol och har aldrig använt droger.

Status:

Allmäntillstånd: Gott

Cor: Regelbunden rytm, puls 72 /minut.

Blodtryck: 120/82 mmHg

Blodprover för TSH/T4 samt kobalamin/folat är inom referensintervallet. B-Hb 132 g/L (referens 117-153)

MADRS visar ett värde på 32 = medelsvår depressiv episod (trots behandling). Hon rapporterar ingen uppenbar oro eller ångest.

Maria berättar sedan du frågat noggrant att hon har sömnproblem. Hon har svårt att somna och vaknar upp flera gånger per natt. Hon sover totalt i genomsnitt 4-5 timmar/natt. Detta gör att hon är trött och okoncentrerad på dagen.

Maria får råd om sömnhygien och en tablett zopiklon till natten. Sömnen blir förbättrad, även om hon fortfarande är nedstämd och har tappat lusten till många saker som hon tidigare tyckt varit roliga. Hon har svårt att koncentrera sig på jobbet.

Hennes nuvarande depression (som primärvården inte har lyckats hjälpa till med) och ditt försök med bättre sömn (som inte har givit någon lindring) gör att du bestämmer dig för att utvidga diagnostiken.

Du misstänker nu att det kan finnas en allvarligare psykisk störning bakom hennes symtombild.

Vilken psykisk störning är mest trolig?

- A. Emotionellt instabil personlighetsstörning
 - B. Utmattningssyndrom
 - ✓C. Bipolär sjukdom typ 2
 - D. Schizofreniformt syndrom
 - E. ADHD
-

Question #: 8

Maria, 32 år, kommer till dig på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen på remiss från primärvården. Hon är gift, har tre barn, arbetar som ekonomiansvarig på ett försäkringsbolag.

Enligt remissen har hon behandlats för depression vid två tillfällen under de senaste tre åren. Första gången med samtalsterapi och SSRI, andra gången med SNRI. Behandlingen hjälpte Maria första gången, men nu har den inte hjälpt nämnvärt varför remiss utfärdats till psykiatrin.

I anamnesen hittar du ingen somatisk problematik, inga problem med smärta. Enligt remissen finns ingen tidigare psykiatrisk problematik. Hon dricker mycket måttligt med alkohol och har aldrig använt droger.

Status:

Allmäntillstånd: Gott

Cor: Regelbunden rytm, puls 72 /minut.

Blodtryck: 120/82 mmHg

Blodprover för TSH/T4 samt kobalamin/folat är inom referensintervallet. B-Hb 132 g/L (referens 117-153)

MADRS visar ett värde på 32 = medelsvår depressiv episod (trots behandling). Hon rapporterar ingen uppenbar oro eller ångest.

Maria berättar sedan du frågat noggrant att hon har sömnproblem. Hon har svårt att somna och vaknar upp flera gånger per natt. Hon sover totalt i genomsnitt 4-5 timmar/natt. Detta gör att hon är trött och okoncentrerad på dagen.

Maria får råd om sömnhygien och en tablett zopiklon till natten. Sönnen blir förbättrad, även om hon fortfarande är nedstämd och har tappat lusten till många saker som hon tidigare tyckt varit roliga. Hon har svårt att koncentrera sig på jobbet.

Hennes nuvarande depression (som primärvården inte har lyckats hjälpa till med) och ditt försök med bättre sömn (som inte har givit någon lindring) gör att du bestämmer dig för att utvidga diagnostiken.

Du misstänker nu att det kan finnas en allvarligare psykisk störning bakom hennes symtombild.

Den mest troliga diagnosen som skulle kunna tänkas förklara att depressionerna är svårbehandlade är bipolär sjukdom av någon typ. En annan förklaring skulle kunna vara stressrelaterad psykisk ohälsa men det har inte framkommit symptom på detta i anamnesen.

Du genomför en noggrann anamnes utifrån hela livshistorien. Det visar sig att hon redan tidigt efter puberteten har haft perioder med nedstämdhet och skam och skuld känslor. Hon har känt sig annorlunda än sina kamrater, men accepterat att hon har denna personlighet. Hon känner igen sig i sin mormor, som hon för övrigt känner stor kärlek till.

Du frågar då naturligtvis efter om hon haft episoder med "överdriven upprymdhet" då hon har haft stor livsglädje och kunnat göra mycket utan att behöva sova.

Hon tycker inte det, förutom att hon själv säger att hon haft perioder när hon mått riktigt bra. Tyvärr har dessa perioder inte varat speciellt länge. Som mest upp till några veckor.

Du bedömer att hon har ett bipolärt syndrom typ 2.

Vilken medicinering förutom psykologisk terapi är mest lämplig vid denna diagnos?

- A. Klonazepam
 - B. Alimemazin
 - C. Metylfenidat
 - D. Lithionit
 - ✓E. Lamotrigin
-

Question #: 9

Maria, 32 år, kommer till dig på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen på remiss från primärvården. Hon är gift, har tre barn, arbetar som ekonomiansvarig på ett försäkringsbolag.

Enligt remissen har hon behandlats för depression vid två tillfällen under de senaste tre åren. Första gången med samtalsterapi och SSRI, andra gången med SNRI. Behandlingen hjälpte Maria första gången, men nu har den inte hjälpt nämnvärt varför remiss utfärdats till psykiatrin.

I anamnesen hittar du ingen somatisk problematik, inga problem med smärta. Enligt remissen finns ingen tidigare psykiatrisk problematik. Hon dricker mycket måttligt med alkohol och har aldrig använt droger.

Status:

Allmäntillstånd: Gott

Cor: Regelbunden rytm, puls 72 /minut.

Blodtryck: 120/82 mmHg

Blodprover för TSH/T4 samt kobalamin/folat är inom referensintervallet. B-Hb 132 g/L (referens 117-153)

MADRS visar ett värde på 32 = medelsvår depressiv episod (trots behandling). Hon rapporterar ingen uppenbar oro eller ångest.

Maria berättar sedan du frågat noggrant att hon har sömnproblem. Hon har svårt att somna och vaknar upp flera gånger per natt. Hon sover totalt i genomsnitt 4-5 timmar/natt. Detta gör att hon är trött och okoncentrerad på dagen.

Maria får råd om sömnhygien och en tablett zopiklon till natten. Sömnen blir förbättrad, även om hon fortfarande är nedstämd och har tappat lusten till många saker som hon tidigare tyckt varit roliga. Hon har svårt att koncentrera sig på jobbet.

Hennes nuvarande depression (som primärvården inte har lyckats hjälpa till med) och ditt försök med bättre sömn (som inte har givit någon lindring) gör att du bestämmer dig för att utvidga diagnostiken.

Du misstänker nu att det kan finnas en allvarligare psykisk störning bakom hennes symtombild.

Den mest troliga diagnosen som skulle kunna tänkas förklara att depressionerna är svårbehandlade är bipolär sjukdom av någon typ. En annan förklaring skulle kunna vara stressrelaterad psykisk ohälsa men det har inte framkommit symptom på detta i anamnesen.

Du genomför en noggrann anamnes utifrån hela livshistorien. Det visar sig att hon redan tidigt efter puberteten har haft perioder med nedstämdhet och skam och skuld känslor. Hon har känt sig annorlunda än sina kamrater, men accepterat att hon har denna personlighet. Hon känner igen sig i sin mormor, som hon för övrigt känner stor kärlek till.

Du frågar då naturligtvis efter om hon haft episoder med "överdriven upprymdhet" då hon har haft stor livsglädje och kunnat göra mycket utan att behöva sova.

Hon tycker inte det, förutom att hon själv säger att hon haft perioder när hon mått riktigt bra. Tyvärr har dessa perioder inte varat speciellt länge. Som mest upp till några veckor.

Du bedömer att hon har ett bipolärt syndrom typ 2.

Maria får behandling med psykologisk terapi, sömnhygien samt medicineras med zopiklon och lamotrigin. Hon mår allt bättre och efter en månad känner hon sig "normal". Hon har levnadslust och sover gott. Motionerar regelbundet, både i trädgården och simmar tre gånger i veckan på badhuset. Hon arbetar heltid och maken och barnen är glada över att Maria nu fungerar både hemma och på arbetet.

Sex månader senare kontaktas du av maken som ånyo är oroad för Marias psykiska mående.

Du bokar då in en tid för Maria tillsammans med maken. Detta för att inte gå bakom ryggen på Maria som har förtroende för dig som läkare.

Vid besöket berättar maken att Maria varit mycket aktiv under senaste veckan och istället för att sova efter jobbet arbetat med motorsåg i trädgården. Hon har under tre dagars tid avverkat 15 träd för att förbättra utsikten mot havet och för att få in mer sol på kvällen. Hon har under flera dagar inte sovit mer än cirka tre timmar i genomsnitt. Hon har även fällt träd på grannens mark. Trots att både grannar och maken försökt lugna ner henne har hon fortsatt och vid något tillfälle har maken inte fått "kontakt" med Maria. Maria har sagt att hon gjort en bra sak för familjen och för grannarna. Detta trots att grannarna anmält henne till polisen för det hon gjort.

Maria har vid detta tillfälle ett snabbt taltempo, lyssnar vare sig på maken eller dig och säger dessutom att kommunledningen mailat henne och uppmanat henne till trädfällningen.

Du bedömer nu att Maria troligen har en gravare form av bipolärt syndrom, typ 1, manisk fas med psykotiska symptom.

Hur handlägger du nu bäst situationen?

- A. Ger Maria råd om att försöka sova och lägger till dubbel dos zopiklon
 - B. Avvaktar utvecklingen och lägger till ett lugnande medel
 - C. Avvaktar utvecklingen och kontaktar polisen för att lägga ner polisanmälan
 - D. Avvaktar utvecklingen, men har ett snabbt återbesök
 - ✓E. Läger in Maria för sluten psykiatrisk vård
-

Question #: 10

Maria, 32 år, kommer till dig på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen på remiss från primärvården. Hon är gift, har tre barn, arbetar som ekonomiansvarig på ett försäkringsbolag.

Enligt remissen har hon behandlats för depression vid två tillfällen under de senaste tre åren. Första gången med samtalsterapi och SSRI, andra gången med SNRI. Behandlingen hjälpte Maria första gången, men nu har den inte hjälpt nämnvärt varför remiss utfärdats till psykiatrin.

I anamnesen hittar du ingen somatisk problematik, inga problem med smärta. Enligt remissen finns ingen tidigare psykiatrisk problematik. Hon dricker mycket måttligt med alkohol och har aldrig använt droger.

Status:

Allmäntillstånd: Gott

Cor: Regelbunden rytm, puls 72 /minut.

Blodtryck: 120/82 mmHg

Blodprover för TSH/T4 samt kobalamin/folat är inom referensintervallet. B-Hb 132 g/L (referens 117-153)

MADRS visar ett värde på 32 = medelsvår depressiv episod (trots behandling). Hon rapporterar ingen uppenbar oro eller ångest.

Maria berättar sedan du frågat noggrant att hon har sömnproblem. Hon har svårt att somna och vaknar upp flera gånger per natt. Hon sover totalt i genomsnitt 4-5 timmar/natt. Detta gör att hon är trött och okoncentrerad på dagen.

Maria får råd om sömnhygien och en tablett zopiklon till natten. Sönnen blir förbättrad, även om hon fortfarande är nedstämd och har tappat lusten till många saker som hon tidigare tyckt varit roliga. Hon har svårt att koncentrera sig på jobbet.

Hennes nuvarande depression (som primärvården inte har lyckats hjälpa till med) och ditt försök med bättre sömn (som inte har givit någon lindring) gör att du bestämmer dig för att utvidga diagnostiken.

Du misstänker nu att det kan finnas en allvarligare psykisk störning bakom hennes symtombild.

Den mest troliga diagnosen som skulle kunna tänkas förklara att depressionerna är svårbehandlade är bipolär sjukdom av någon typ. En annan förklaring skulle kunna vara stressrelaterad psykisk ohälsa men det har inte framkommit symtom på detta i anamnesen.

Du genomför en noggrann anamnes utifrån hela livshistorien. Det visar sig att hon redan tidigt efter puberteten har haft perioder med nedstämdhet och skam och skuld känslor. Hon har känt sig annorlunda än sina kamrater, men accepterat att hon har denna personlighet. Hon känner igen sig i sin mormor, som hon för övrigt känner stor kärlek till.

Du frågar då naturligtvis efter om hon haft episoder med "överdriven upprymdhet" då hon har haft stor livsglädje och kunnat göra mycket utan att behöva sova.

Hon tycker inte det, förutom att hon själv säger att hon haft perioder när hon mått riktigt bra. Tyvärr har dessa perioder inte varat speciellt länge. Som mest upp till några veckor.

Du bedömer att hon har ett bipolärt syndrom typ 2.

Maria får behandling med psykologisk terapi, sömnhygien samt medicineras med zopiklon och lamotrigin. Hon mår allt bättre och efter en månad känner hon sig "normal". Hon har levnadslust och sover gott. Motionerar regelbundet, både i trädgården och simmar tre gånger i veckan på badhuset. Hon arbetar heltid och maken och barnen är glada över att Maria nu fungerar både hemma och på arbetet.

Six månader senare kontaktas du av maken som ånyo är oroad för Marias psykiska mående.

Du bokar då in en tid för Maria tillsammans med maken. Detta för att inte gå bakom ryggen på Maria som har förtroende för dig som läkare.

Vid besöket berättar maken att Maria varit mycket aktiv under senaste veckan och istället för att sova efter jobbet arbetat med motorsåg i trädgården. Hon har under tre dagars tid avverkat 15 träd för att förbättra utsikten mot havet och för att få in mer sol på kvällen. Hon har under flera dagar inte sovit mer än cirka tre timmar i genomsnitt. Hon har även fällt träd på grannens mark. Trots att både grannar och maken försökt lugna ner henne har hon fortsatt och vid något tillfälle har maken inte fått "kontakt" med Maria. Maria har sagt att hon gjort en bra sak för familjen och för grannarna. Detta trots att grannarna anmält henne till polisen för det hon gjort.

Maria har vid detta tillfälle ett snabbt taltempo, lyssnar inte till varken maken eller dig och säger dessutom att kommunledningen mailat henne och uppmanat henne till trädfällningen.

Du bedömer nu att Maria troligen har en gravare form av bipolärt syndrom, typ 1, manisk fas med psykotiska symtom.

Du beslutar nu att Maria är i behov av sluten psykiatrisk vård och skriver vårdintyg enligt LPT. Hon accepterar detta motvilligt.

På vårdavdelningen får Maria ECT och förbättras mycket snabbt.

Vilket läkemedel bör sättas in under vårdtiden och fortsätta med efter utskrivning?

- A. Propofol
 - B. Benserazid och levodopa
 - C. Alprazolam
 - ✓D. Litium
 - E. Metylfenidat
-

Question #: 11

Alice, 72 år, kommer till dig på hälsocentralen på grund av smärta från ländryggen med utstrålning i båda benen. Smärtan började för 9 månader sedan, blir mindre om hon sitter framåtböjd. Hon har svårt att gå mer än 100 meter och använder rullator.

Sedan tidigare har hon en tablettbehandlad hypertoni, parkinsonliknande tremor, är opererad för ljumskbråck flera gånger samt har opererat knäprotes höger sida för 3 år sedan.

Status:

Lokalstatus ländrygg: God flexion, smärta vid extension. Lasegues test/Straight Leg Rise test svårtolkad. Sensorik och motorik i benen utan anmärkning. Patellarreflexer svårutlösta, akillesreflexer utan anmärkning.

Höftstatus: God rörlighet bilateralt i samtliga plan.

Perifera pulsar: *A. dorsalis pedis* palpabel bilateralt.

Vad är bästa handläggningen nu?

- A. Remittera till neurologspecialist
 - B. Ordinera smärtstillande läkemedel
 - ✓C. Skriva remiss till slätröntgen av ryggen
 - D. Hänvisa till fysioterapeut
 - E. Skriva remiss till ortopedspecialist
-

Question #: 12

Alice, 72 år, kommer till dig på hälsocentralen på grund av smärta från ländryggen med utstrålning i båda benen. Smärtan började för 9 månader sedan, blir mindre om hon sitter framåtböjd. Hon har svårt att gå mer än 100 meter och använder rullator.

Sedan tidigare har hon en tablettbehandlad hypertoni, parkinsonliknande tremor, är opererad för ljumskbråck flera gånger samt har opererat knäprotes höger sida för 3 år sedan.

Status:

Lokalstatus ländrygg: God flexion, smärta vid extension. Lasegues test/Straight Leg Rise test svårtolkad. Sensorik och motorik i benen utan anmärkning. Patellarreflexer svårutlösta, akillesreflexer utan anmärkning.

Höftstatus: God rörlighet bilateralt i samtliga plan.

Perifera pulsar: A. dorsalis pedis palpabel bilateralt.

Du remitterade Alice till slätröntgen av ryggen och den undersökningen visade för åldern normala förslitningsförändringar men inga tecken till skelettdestruktioner eller kotfrakturer.

Vilken diagnos är mest trolig?

- ✓A. Spinal stenosis
 - B. Lumbago
 - C. Malign process i ryggen
 - D. Muskelsträckning
 - E. Diskbråck
-

Question #: 13

Alice, 72 år, kommer till dig på hälsocentralen på grund av smärta från ländryggen med utstrålning i båda benen. Smärtan började för 9 månader sedan, blir mindre om hon sitter framåtböjd. Hon har svårt att gå mer än 100 meter och använder rullator.

Sedan tidigare har hon en tablettbehandlad hypertoni, parkinsonliknande tremor, är opererad för ljumskbråck flera gånger samt har opererat knäprotes höger sida för 3 år sedan.

Status:

Lokalstatus ländrygg: God flexion, smärta vid extension. Lasegues test/Straight Leg Rise test svårtolkad. Sensorik och motorik i benen utan anmärkning. Patellarreflexer svårutlösta, akillesreflexer utan anmärkning.

Höftstatus: God rörlighet bilateralt i samtliga plan.

Perifera pulsar: A. dorsalis pedis palpabel bilateralt.

Du remitterade Alice till slätröntgen av ryggen och den undersökningen visade för åldern normala förslitningsförändringar men inga tecken till skelettdestruktioner eller kotfrakturer.

Du kontaktar Alice, ger besked om vad röntgen visar och informerar henne om din bedömning att det rör sig om spinal stenosis.

Vad bör din nästa åtgärd vara?

- A. Hänvisa henne till fysioterapeut för bedömning, behandling och egen träning
 - B. Skriva remiss till ortopedspecialist för bedömning och ställningstagande till operation
 - C. Skriva remiss till neurolog
 - ✓D. Efterhöra hur hon ställer sig till eventuell operation alternativt konservativ behandling
 - E. Skriva remiss till magnetresonanstomografi av ryggen
-

Question #: 14

Alice, 72 år, kommer till dig på hälsocentralen på grund av smärta från ländryggen med utstrålning i båda benen. Smärtan började för 9 månader sedan, blir mindre om hon sitter framåtböjd. Hon har svårt att gå mer än 100 meter och använder rullator.

Sedan tidigare har hon en tablettbehandlad hypertoni, parkinsonliknande tremor, är opererad för ljumskbråck flera gånger samt har opererat knäprotes höger sida för 3 år sedan.

Status:

Lokalstatus ländrygg: God flexion, smärta vid extension. Lasegues test/Straight Leg Rise test svårtolkad. Sensorik och motorik i benen utan anmärkning. Patellarreflexer svårutlösta, akillesreflexer utan anmärkning.

Höftstatus: God rörlighet bilateralt i samtliga plan.

Perifera pulsar: A. dorsalis pedis palpabel bilateralt.

Du remitterade Alice till slätröntgen av ryggen och den undersökningen visade för åldern normala förslitningsförändringar men inga tecken till skelettdestruktioner eller kotfrakturer.

Du kontaktar Alice, ger besked om vad röntgen visar och informerar henne om din bedömning att det rör sig om spinal stenosis.

Du pratar med Alice och frågar hur hon ställer sig till en eventuell operation. Hon känner sig tveksam och vill prova med smärtstillande läkemedel först.

Vilket läkemedelsalternativ föreslår du i första hand?

- A. T. Gabapentin 300 mg ×1, upptitreras till 300 mg ×3
 - B. T. Oxikodon 10 mg ×2
 - C. T. Ibuprofen 400 mg ×3 samt T. Oxikodon 10 mg ×2
 - ✓D. T. Paracetamol 1 g ×4
 - E. T. Ibuprofen 400 mg ×3
-

Question #: 15

Alice, 72 år, kommer till dig på hälsocentralen på grund av smärta från ländryggen med utstrålning i båda benen. Smärtan började för 9 månader sedan, blir mindre om hon sitter framåtböjd. Hon har svårt att gå mer än 100 meter och använder rullator.

Sedan tidigare har hon en tablettbehandlad hypertoni, parkinsonliknande tremor, är opererad för ljumskbråck flera gånger samt har opererat knäprotes höger sida för 3 år sedan.

Status:

Lokalstatus ländrygg: God flexion, smärta vid extension. Lasegues test/Straight Leg Rise test svårtolkad. Sensorik och motorik i benen utan anmärkning. Patellarreflexer svårutlösta, akillesreflexer utan anmärkning.

Höftstatus: God rörlighet bilateralt i samtliga plan.

Perifera pulsar: A. dorsalis pedis palpabel bilateralt.

Du remitterade Alice till slätröntgen av ryggen och den undersökningen visade för åldern normala förslitningsförändringar men inga tecken till skelettdestruktioner eller kotfrakturer.

Du kontaktar Alice, ger besked om vad röntgen visar och informerar henne om din bedömning att det rör sig om spinal stenos.

Du pratar med Alice och frågar hur hon ställer sig till en eventuell operation. Hon känner sig tveksam och vill prova med smärtstillande läkemedel först.

Du ordinerade T. Paracetamol 1 g \times 4, Alice berättar vid kontakt efter några veckor att det inte fungerar så bra med enbart Paracetamol.

Vad är bästa handläggning nu?

- A. Lägger till T. Ibuprofen 400 mg \times 3
 - B. Lägger till T. Oxikodon 10 mg \times 2
 - C. Sätter ut Paracetamol och ordinerar enbart T. Oxikodon 10 mg \times 2
 - D. Lägger till T. Gabapentin 300 mg \times 1, upptitreras till 300 mg \times 3
 - E. Sätter ut Paracetamol och ordinerar enbart T. Gabapentin 300 mg \times 1, upptitreras till 300 mg \times 3
-

Question #: 16

Alice, 72 år, kommer till dig på hälsocentralen på grund av smärta från ländryggen med utstrålning i båda benen. Smärtan började för 9 månader sedan, blir mindre om hon sitter framåtböjd. Hon har svårt att gå mer än 100 meter och använder rullator.

Sedan tidigare har hon en tablettbehandlad hypertoni, parkinsonliknande tremor, är opererad för ljumskbråck flera gånger samt har opererat knäprotes höger sida för 3 år sedan.

Status:

Lokalstatus ländrygg: God flexion, smärta vid extension. Lasegues test/Straight Leg Rise test svårtolkad. Sensorik och motorik i benen utan anmärkning. Patellarreflexer svårutlösta, akillesreflexer utan anmärkning.

Höftstatus: God rörlighet bilateralt i samtliga plan.

Perifera pulsar: A. dorsalis pedis palpabel bilateralt.

Du remitterade Alice till slätröntgen av ryggen och den undersökningen visade för åldern normala förslitningsförändringar men inga tecken till skelettdestruktioner eller kotfrakturer.

Du kontaktar Alice, ger besked om vad röntgen visar och informerar henne om din bedömning att det rör sig om spinal stenosis.

Du pratar med Alice och frågar hur hon ställer sig till en eventuell operation. Hon känner sig tveksam och vill prova med smärtstillande läkemedel först.

Du ordinerade T. Paracetamol 1 g \times 4, Alice berättar vid kontakt efter några veckor att det inte fungerar så bra med enbart Paracetamol.

Du lägger till T. Gabapentin 300 mg \times 1, upptitreras till 300 mg \times 3 tillsammans med hennes T. Paracetamol 1 g \times 4. Vid förnyad kontakt efter ytterligare några veckor berättar Alice att det fungerar relativt bra, den värsta smärtan har avtagit.

Vilken handläggning är nu bäst?

- A. Avvakta, planera kontakt efter en månad, tidigare vid behov
 - B. Remittera till ortopedspecialist för second opinion
 - C. Remittera till magnetresonanstomografiundersökning av ryggen
 - D. Remittera till neurologspecialist för second opinion
 - E. Avvakta, Alice får ta kontakt vid behov
-

Question #: 17

Anna, 89 år, inskickas akut på natten med ambulans från ett äldreboende. Hon är enligt en fåordig handskriven remiss dement men uppegående och har inte velat äta under dagen. Nu har hon kräkts under kvällen. Anna kan inte ge någon närmare anamnes men hon kräks upprepade gånger på akutmottagningen, utan spår av blod.

Status:

Allmäntillstånd: Trött, magerlagd, medtagen och förefaller intensivt smärtpåverkad.

Cor: Regelbunden rytm, puls 109 /minut. Inga biljud.

Pulm: Auskulteras utan anmärkning.

Blodtryck: 150/90 mmHg.

Buk: Utspänd, ömmar diffust vid palpation men inga tecken på peritonit.

Laboratorieprover tagna på akuten är väsentligen normala.

Vilken preliminär diagnos är mest trolig?

- A. Akut appendicit
 - B. Akut gastroenterit
 - C. Akut divertikulit
 - D. Akut pankreatit
 - ✓E. Mekanisk ileus
-

Question #: 18

Anna, 89 år, inskickas akut på natten med ambulans från ett äldreboende. Hon är enligt en fåordig handskriven remiss dement men uppegående och har inte velat äta under dagen. Nu har hon kräcks under kvällen. Anna kan inte ge någon närmare anamnes men hon kräks upprepade gånger på akutmottagningen, utan spår av blod.

Status:

Allmäntillstånd: Trött, magerlagd, medtagen och förefaller intensivt smärtpåverkad.

Cor: Regelbunden rytm, puls 109 /minut. Inga biljud.

Pulm: Auskulteras utan anmärkning.

Blodtryck: 150/90 mmHg.

Buk: Utspänd, ömmar diffust vid palpation men inga tecken på peritonit.

Laboratorieprover tagna på akuten är väsentligen normala.

Utifrån de statusfynd du redan har misstänker du ett mekaniskt ileus.

Vilken fortsatt handläggning är bäst?

- A. Remiss för datortomografi buköversikt följt av passageröntgen med peroral kontrast
 - B. Remiss för ultraljud buk
 - C. Lyssna efter tarmljud med stetoskop, remiss för ultraljud buk
 - D. Remiss för passageröntgen med peroral kontrast
 - ✓E. Undersöka ljumskarna och utfärda remiss för datortomografi buköversikt
-

Question #: 19

Anna, 89 år, inskickas akut på natten med ambulans från ett äldreboende. Hon är enligt en fåordig handskriven remiss dement men uppegående och har inte velat äta under dagen. Nu har hon kräcks under kvällen. Anna kan inte ge någon närmare anamnes men hon kräks upprepade gånger på akutmottagningen, utan spår av blod.

Status:

Allmäntillstånd: Trött, magerlagd, medtagen och förefaller intensivt smärtpåverkad.

Cor: Regelbunden rytm, puls 109 /minut. Inga biljud.

Pulm: Auskulteras utan anmärkning.

Blodtryck: 150/90 mmHg.

Buk: Utspänd, ömmar diffust vid palpation men inga tecken på peritonit.

Laboratorieprover tagna på akuten är väsentligen normala.

Utifrån de statusfynd du redan har misstänker du ett mekaniskt ileus.

När du lyfter på täcket noterar du en mycket ömmande, icke reponibel resistens i vänster ljumske. Datortomografi buköversikt bekräftar din misstanke om tunntarmsileus med inklämt ljumskbråck.

Vilken primär handläggning är bäst nu?

- A. Inläggning för bukobservation med i.v. infusion (kristalloida lösningar), smärtlindring och ventrikelsond för avlastning
 - ✓B. Förbered för akut operation med i.v. infusion (kristalloida lösningar), smärtlindring, ventrikelsond för avlastning
 - C. Utfärda remiss för passageröntgen med peroral kontrast
 - D. Smärtlindring inför reponeringsförsök av det inklämda femoralbråcket
 - E. Fråga efter närmast anhöriga för diskussion om ambitionsnivå
-

Question #: 20

Anna, 89 år, inskickas akut på natten med ambulans från ett äldreboende. Hon är enligt en fåordig handskriven remiss dement men uppegående och har inte velat äta under dagen. Nu har hon kräcks under kvällen. Anna kan inte ge någon närmare anamnes men hon kräks upprepade gånger på akutmottagningen, utan spår av blod.

Status:

Allmäntillstånd: Trött, magerlagd, medtagen och förefaller intensivt smärtpåverkad.

Cor: Regelbunden rytm, puls 109 /minut. Inga biljud.

Pulm: Auskulteras utan anmärkning.

Blodtryck: 150/90 mmHg.

Buk: Utspänd, ömmar diffust vid palpation men inga tecken på peritonit.

Laboratorieprover tagna på akuten är väsentligen normala.

Utifrån de statusfynd du redan har misstänker du ett mekaniskt ileus.

När du lyfter på täcket noterar du en mycket ömmande, icke reponibel resistens i vänster ljumske. Datortomografi buköversikt bekräftar din misstanke om tunntarmsileus med inklämt ljumskbråck.

Anna förbereds nu för akut operation.

Vilken typ av inklämt bråck är det troligast att Anna har drabbats av?

- A. Lateralt bråck
 - B. Inguinalbråck
 - C. Medialt bråck
 - ✓D. Femoralbråck
 - E. Glidbråck
-

Question #: 22

En 81-årig kvinna körs in till hälsocentralen av en väninna efter att ha ramlat inomhus. De senaste veckorna har hon fått sämre balans och minne samt huvudvärk och illamående. Hon förnekar besvär från urinvägar och luftvägar. Väninnan uppger att hon medicinerar med citalopram, metformin, L-tyroxin, candesartan och hydrochlortiazid.

Status:

Allmäntillstånd: Orolig, kan uppge namn och personnummer, men är ej orienterad till tid eller rum. Inga perifera ödem eller hudförändringar. Temp 37,3 °C, saturation 97 %.

Mun och svalg: Inget avvikande förutom torra slemhinnor.

Hjärta: Regelbunden rytm 100 /minut, inga blåsljud.

Lungor: Normala andningsljud, frekvens 14 /minut. Blodtryck 100/65 mmHg.

Buk: Mjuk och oöm.

Neurologiskt: Pupiller likstora med normal ljusreaktion. Inga pareser. Normal sensibilitet proximalt och distalt.

Ingen nackstyvhet. Babinskis tecken saknas, normala extremitetsreflexer. Kan stå, men har nedsatt balans –Rombergs prov kan ej genomföras.

EKG: Sinusrytm 100 /minut, inget avvikande.

Laboratorieprover (referensvärden):

Kapillära prover: Hb 123 g/L (117-153)

CRP 17 mg/L (<3)

Vad bör vara första åtgärden på hälsocentralen?

- A. Skriva remiss för datortomografi hjärna inom 1 vecka
 - ✓B. Skriva remiss till akutmottagningen
 - C. Skriva remiss till neurologmottagningen
 - D. Beställa blodprover med elektrolytstatus, blodstatus, TSH, fT4, glukos, SR
 - E. Sätta ut blodtrycksmediciner och planera för återbesök inom 1 vecka
-

Question #: 23

En 81-årig kvinna körs in till hälsocentralen av en väninna efter att ha ramlat inomhus. De senaste veckorna har hon fått sämre balans och minne samt huvudvärk och illamående. Hon förnekar besvär från urinvägar och luftvägar. Väninnan uppger att hon medicinerar med citalopram, metformin, L-tyroxin, candesartan och hydrochlortiazid.

Status:

Allmäntillstånd: Orolig, kan uppge namn och personnummer, men är ej orienterad till tid eller rum. Inga perifera ödem eller hudförändringar. Temp 37,3 °C, saturation 97 %.

Mun och svalg: Inget avvikande förutom torra slemhinnor.

Hjärta: Regelbunden rytm 100 /minut, inga blåsljud.

Lungor: Normala andningsljud, frekvens 14 /minut. Blodtryck 100/65 mmHg.

Buk: Mjuk och oöm.

Neurologiskt: Pupiller likstora med normal ljusreaktion. Inga pareser. Normal sensibilitet proximalt och distalt.

Ingen nackstyvhet. Babinskis tecken saknas, normala extremitetsreflexer. Kan stå, men har nedsatt balans

–Rombergs prov kan ej genomföras.

EKG: Sinusrytm 100 /minut, inget avvikande.

Laboratorieprover (referensvärden):

Kapillära prover: Hb 123 g/L (117-153)

CRP 17 mg/L (<3)

Kvinnan remitterades till akutmottagningen där du är jour för snabb utredning av nytillkomna balanssvårigheter och konfusion. När du kommer till patienten har sköterskan hunnit sätta en KAD (50 ml mörk urin) och ta en urinsticka som är helt normal. Patienten är nu orolig och vill åka hem till sin mamma.

Vilken av nedanstående diagnostiska åtgärder bör göras först?

- A. Akut datortomografi hjärna
 - ✓B. Blodgas med elektrolyter
 - C. Urin-odling
 - D. Lumbalpunktion (cellräkning, glukos, albumin, laktat samt odling och gramfärgning)
 - E. Ordinera injektion thiamin
-

Question #: 24

En 81-årig kvinna körs in till hälsocentralen av en väninna efter att ha ramlat inomhus. De senaste veckorna har hon fått sämre balans och minne samt huvudvärk och illamående. Hon förnekar besvär från urinvägar och luftvägar. Väninnan uppger att hon medicinerar med citalopram, metformin, L-tyroxin, candesartan och hydrochlortiazid.

Status:

Allmäntillstånd: Orolig, kan uppge namn och personnummer, men är ej orienterad till tid eller rum. Inga perifera ödem eller hudförändringar. Temp 37,3 °C, saturation 97 %.

Mun och svalg: Inget avvikande förutom torra slemhinnor.

Hjärta: Regelbunden rytm 100 /minut, inga blåsljud.

Lungor: Normala andningsljud, frekvens 14 /minut. Blodtryck 100/65 mmHg.

Buk: Mjuk och oöm.

Neurologiskt: Pupiller likstora med normal ljusreaktion. Inga pareser. Normal sensibilitet proximalt och distalt.

Ingen nackstyvhet. Babinskis tecken saknas, normala extremitetsreflexer. Kan stå, men har nedsatt balans –Rombergs prov kan ej genomföras.

EKG: Sinusrytm 100 /minut, inget avvikande.

Laboratorieprover (referensvärden):

Kapillära prover: Hb 123 g/L (117-153)

CRP 17 mg/L (<3)

Kvinnan remitterades till akutmottagningen där du är jour för snabb utredning av nytillkomna balanssvårigheter och konfusion. När du kommer till patienten har sköterskan hunnit sätta en KAD (50 ml mörk urin) och ta en urinsticka som är helt normal. Patienten är nu orolig och vill åka hem till sin mamma.

En akut arteriell blodgas visar (referensvärden inom parentes):

pH 7,41 (7,35-7,45)

pO₂ 10 kPa (8-13)

pCO₂ 4,3 kPa (4,6-6,0)

Na 121 mmol/L (137-145)

K 3,9 mmol/L (3,5-4,4)

Hyponatremi är i de flesta fall ett hypoosmolärt tillstånd med låg P-osmolalitet. Ett viktigt och vanligt undantag finns dock då patienter med hög P-osmolalitet kan ha hyponatremi. Vilket?

- A. Hjärtsvikt
 - B. Njursvikt
 - C. Levercirrhos
 - D. Vattenintoxikation
 - ✓E. Hyperglykemi
-

* Question #: 25

En 81-årig kvinna körs in till hälsocentralen av en väninna efter att ha ramlat inomhus. De senaste veckorna har hon fått sämre balans och minne samt huvudvärk och illamående. Hon förnekar besvär från urinvägar och luftvägar. Väninnan uppger att hon medicinerar med citalopram, metformin, L-tyroxin, candesartan och hydrochlortiazid.

Status:

Allmäntillstånd: Orolig, kan uppge namn och personnummer, men är ej orienterad till tid eller rum. Inga perifera ödem eller hudförändringar. Temp 37,3 °C, saturation 97 %.

Mun och svalg: Inget avvikande förutom torra slemhinnor.

Hjärta: Regelbunden rytm 100 /minut, inga blåsljud.

Lungor: Normala andningsljud, frekvens 14 /minut. Blodtryck 100/65 mmHg.

Buk: Mjuk och oöm.

Neurologiskt: Pupiller likstora med normal ljusreaktion. Inga pareser. Normal sensibilitet proximalt och distalt.

Ingen nackstyvhet. Babinskis tecken saknas, normala extremitetsreflexer. Kan stå, men har nedsatt balans –Rombergs prov kan ej genomföras.

EKG: Sinusrytm 100 /minut, inget avvikande.

Laboratorieprover (referensvärden):

Kapillära prover: Hb 123 g/L (117-153)

CRP 17 mg/L (<3)

Kvinnan remitterades till akutmottagningen där du är jour för snabb utredning av nytillkomna balanssvårigheter och konfusion. När du kommer till patienten har sköterskan hunnit sätta en KAD (50 ml mörk urin) och ta en urinsticka som är helt normal. Patienten är nu orolig och vill åka hem till sin mamma.

En akut arteriell blodgas visar (referensvärden inom parentes):

pH 7,41 (7,35-7,45)

pO₂ 10 kPa (8-13)

pCO₂ 4,3 kPa (4,6-6,0)

Na 121 mmol/L (137-145)

K 3,9 mmol/L (3,5-4,4)

Du finner att patienten har en uttalad hyponatremi som sannolikt är orsaken till hennes konfusion, balanssvårigheter, huvudvärk och illamående. Du funderar om hon har högt blodsocker, som skulle kunna ge hyponatremi och samtidigt hög P-osmolalitet. Venösa prover bekräftar hyponatremi med P-Na 121 mmol/L men samtidigt låg P-osmolalitet 253 mosm/kg (280-300) och B-glukos 6,7 mmol/L.

Du behöver nu utreda orsaken till patientens hyponatremi. Enligt väninnan har patienten inte haft kräkningar och diarréer, men tror att hon börjat med en ny medicin för några veckor sedan.

Läkemedel är en vanlig orsak till hyponatremi. Vilket av patientens läkemedel är sannolikt den främsta orsaken till hyponatremi?

- A. Candesartan
 - B. Metformin
 - C. L-tyroxin
 - ✓D. Hydrochlortiazid
 - ✓E. Citalopram
-

Question #: 26

En 81-årig kvinna körs in till hälsocentralen av en väninna efter att ha ramlat inomhus. De senaste veckorna har hon fått sämre balans och minne samt huvudvärk och illamående. Hon förnekar besvär från urinvägar och luftvägar. Väninnan uppger att hon medicinerar med citalopram, metformin, L-tyroxin, candesartan och hydrochlortiazid.

Status:

Allmäntillstånd: Orolig, kan uppge namn och personnummer, men är ej orienterad till tid eller rum. Inga perifera ödem eller hudförändringar. Temp 37,3 °C, saturation 97 %.

Mun och svalg: Inget avvikande förutom torra slemhinnor.

Hjärta: Regelbunden rytm 100 /minut, inga blåsljud.

Lungor: Normala andningsljud, frekvens 14 /minut. Blodtryck 100/65 mmHg.

Buk: Mjuk och oöm.

Neurologiskt: Pupiller likstora med normal ljusreaktion. Inga pareser. Normal sensibilitet proximalt och distalt.

Ingen nackstyvhet. Babinskis tecken saknas, normala extremitetsreflexer. Kan stå, men har nedsatt balans –Rombergs prov kan ej genomföras.

EKG: Sinusrytm 100 /minut, inget avvikande.

Laboratorieprover (referensvärden):

Kapillära prover: Hb 123 g/L (117-153)

CRP 17 mg/L (<3)

Kvinnan remitterades till akutmottagningen där du är jour för snabb utredning av nytillkomna balanssvårigheter och konfusion. När du kommer till patienten har sköterskan hunnit sätta en KAD (50 ml mörk urin) och ta en urinsticka som är helt normal. Patienten är nu orolig och vill åka hem till sin mamma.

En akut arteriell blodgas visar (referensvärden inom parentes):

pH 7,41 (7,35-7,45)

pO₂ 10 kPa (8-13)

pCO₂ 4,3 kPa (4,6-6,0)

Na 121 mmol/L (137-145)

K 3,9 mmol/L (3,5-4,4)

Du finner att patienten har en uttalad hyponatremi som sannolikt är orsaken till hennes konfusion, balanssvårigheter, huvudvärk och illamående. Du funderar om hon har högt blodsocker, som skulle kunna ge hyponatremi och samtidigt hög P-osmolalitet. Venösa prover bekräftar hyponatremi med P-Na 121 mmol/L men samtidigt låg P-osmolalitet 253 mosm/kg (280-300) och B-glukos 6,7 mmol/L.

Du behöver nu utreda orsaken till patientens hyponatremi. Enligt väninnan har patienten inte haft kräkningar och diarréer, men tror att hon börjat med en ny medicin för några veckor sedan.

Patienten har inte kräkningar eller diarréer, men har fått en ny medicin för 1 vecka sedan. Du misstänker att nyligen insatt medicinering med Hydrochlortiazid orsakat patientens hyponatremi, men Citalopram och Candesartan kan ha bidragit och du sätter ut alla tre.

Du kommer ihåg att hyponatremi också kan orsakas av en ovanlig endokrin sjukdom. Vilken?

- A. Primär aldosteronism (Conns syndrom)
 - B. Feokromocytom
 - C. Akromegali
 - ✓D. Addisons sjukdom
 - E. Graves sjukdom
-

Question #: 27

En 81-årig kvinna körs in till hälsocentralen av en väninna efter att ha ramlat inomhus. De senaste veckorna har hon fått sämre balans och minne samt huvudvärk och illamående. Hon förnekar besvär från urinvägar och luftvägar. Väninnan uppger att hon medicinerar med citalopram, metformin, L-tyroxin, candesartan och hydrochlortiazid.

Status:

Allmäntillstånd: Orolig, kan uppge namn och personnummer, men är ej orienterad till tid eller rum. Inga perifera ödem eller hudförändringar. Temp 37,3 °C, saturation 97 %.

Mun och svalg: Inget avvikande förutom torra slemhinnor.

Hjärta: Regelbunden rytm 100 /minut, inga blåsljud.

Lungor: Normala andningsljud, frekvens 14 /minut. Blodtryck 100/65 mmHg.

Buk: Mjuk och oöm.

Neurologiskt: Pupiller likstora med normal ljusreaktion. Inga pareser. Normal sensibilitet proximalt och distalt.

Ingen nackstyvhet. Babinskis tecken saknas, normala extremitetsreflexer. Kan stå, men har nedsatt balans –Rombergs prov kan ej genomföras.

EKG: Sinusrytm 100 /minut, inget avvikande.

Laboratorieprover (referensvärden):

Kapillära prover: Hb 123 g/L (117-153)

CRP 17 mg/L (<3)

Kvinnan remitterades till akutmottagningen där du är jour för snabb utredning av nytillkomna balanssvårigheter och konfusion. När du kommer till patienten har sköterskan hunnit sätta en KAD (50 ml mörk urin) och ta en urinsticka som är helt normal. Patienten är nu orolig och vill åka hem till sin mamma.

En akut arteriell blodgas visar (referensvärden inom parentes):

pH 7,41 (7,35-7,45)

pO₂ 10 kPa (8-13)

pCO₂ 4,3 kPa (4,6-6,0)

Na 121 mmol/L (137-145)

K 3,9 mmol/L (3,5-4,4)

Du finner att patienten har en uttalad hyponatremi som sannolikt är orsaken till hennes konfusion, balanssvårigheter, huvudvärk och illamående. Du funderar om hon har högt blodsocker, som skulle kunna ge hyponatremi och samtidig hög P-osmolalitet. Venösa prover bekräftar hyponatremi med P-Na 121 mmol/L men samtidigt låg P-osmolalitet 253 mosm/kg (280-300) och B-glukos 6,7 mmol/L.

Du behöver nu utreda orsaken till patientens hyponatremi. Enligt väninnan har patienten inte haft kräkningar och diarréer, men tror att hon börjat med en ny medicin för några veckor sedan.

Patienten har inte kräkningar eller diarréer, men har fått en ny medicin för 1 vecka sedan. Du misstänker att nyligen insatt medicinering med Hydrochlortiazid orsakat patientens hyponatremi, men Citalopram och Candesartan kan ha bidragit och du sätter ut alla tre.

Du tar också ett akut P-kortisol som är 760 nmol/L, vilket utesluter Addisons sjukdom. Röntgen av höger höft visar ingen fraktur.

Du beslutar att lägga in patienten på en medicinavdelning på grund av konfusion och hyponatremi.

Vilken behandling och uppföljning är lämpligast avseende hyponatremi?

- ✓A. NaCl 0,9% i.v. 1000 ml på 10 timmar. Uppföljning av P-Na varannan timme
 - B. NaCl 3% i.v. 100 ml på 5 minuter. Uppföljning av P-Na efter 20 minuter
 - C. NaCl 0,9% i.v. 1000 ml på 10 timmar. Uppföljning av P-Na var 8:e timme
 - D. Vätskekarens –maxdryck 1000 ml /24 tim. Uppföljning av P-Na varannan timme
 - E. Vätskekarens –maxdryck 1000 ml /24 tim. Uppföljning av P-Na var 8:e timme
-

Question #: 28

En 81-årig kvinna körs in till hälsocentralen av en väninna efter att ha ramlat inomhus. De senaste veckorna har hon fått sämre balans och minne samt huvudvärk och illamående. Hon förnekar besvär från urinvägar och luftvägar. Väninnan uppger att hon medicinerar med citalopram, metformin, L-tyroxin, candesartan och hydrochlortiazid.

Status:

Allmäntillstånd: Orolig, kan uppge namn och personnummer, men är ej orienterad till tid eller rum. Inga perifera ödem eller hudförändringar. Temp 37,3 °C, saturation 97 %.

Mun och svalg: Inget avvikande förutom torra slemhinnor.

Hjärta: Regelbunden rytm 100 /minut, inga blåsljud.

Lungor: Normala andningsljud, frekvens 14 /minut. Blodtryck 100/65 mmHg.

Buk: Mjuk och oöm.

Neurologiskt: Pupiller likstora med normal ljusreaktion. Inga pareser. Normal sensibilitet proximalt och distalt.

Ingen nackstyvhet. Babinskis tecken saknas, normala extremitetsreflexer. Kan stå, men har nedsatt balans –Rombergs prov kan ej genomföras.

EKG: Sinusrytm 100 /minut, inget avvikande.

Laboratorieprover (referensvärden):

Kapillära prover: Hb 123 g/L (117-153)

CRP 17 mg/L (<3)

Kvinnan remitterades till akutmottagningen där du är jour för snabb utredning av nytillkomna balanssvårigheter och konfusion. När du kommer till patienten har sköterskan hunnit sätta en KAD (50 ml mörk urin) och ta en urinsticka som är helt normal. Patienten är nu orolig och vill åka hem till sin mamma.

En akut arteriell blodgas visar (referensvärden inom parentes):

pH 7,41 (7,35-7,45)

pO₂ 10 kPa (8-13)

pCO₂ 4,3 kPa (4,6-6,0)

Na 121 mmol/L (137-145)

K 3,9 mmol/L (3,5-4,4)

Du finner att patienten har en uttalad hyponatremi som sannolikt är orsaken till hennes konfusion, balanssvårigheter, huvudvärk och illamående. Du funderar om hon har högt blodsocker, som skulle kunna ge hyponatremi och samtidig hög P-osmolalitet. Venösa prover bekräftar hyponatremi med P-Na 121 mmol/L men samtidigt låg P-osmolalitet 253 mosm/kg (280-300) och B-glukos 6,7 mmol/L.

Du behöver nu utreda orsaken till patientens hyponatremi. Enligt väninnan har patienten inte haft kräkningar och diarréer, men tror att hon börjat med en ny medicin för några veckor sedan.

Patienten har inte kräkningar eller diarréer, men har fått en ny medicin för 1 vecka sedan. Du misstänker att nyligen insatt medicinering med Hydrochlortiazid orsakat patientens hyponatremi, men Citalopram och Candesartan kan ha bidragit och du sätter ut alla tre.

Du tar också ett akut P-kortisol som är 760 nmol/L, vilket utesluter Addisons sjukdom. Röntgen av höger höft visar ingen fraktur.

Du beslutar att lägga in patienten på en medicinavdelning på grund av konfusion och hyponatremi.

En alltför snabb korrigerig av en kronisk hyponatremi kan ge en allvarlig biverkan. Vilken?

- A. Hjärnödem
 - B. Ventrikeltachykardi
 - C. Hjärtinfarkt
 - ✓D. Osmotiskt demyeliniserande syndrom
 - E. Akut njursvikt
-

* I samband med rättning har vi noterat att 1 fråga på detta delprov har fler än ett möjligt korrekt svarsalternativ, vilket har tagits hänsyn till i rättningen

** 1 fråga på detta delprov har utgått.