

## Delprov 2 kliniska case

2017-01-21

---

### Question #: 1

En tidigare frisk 16-årig pojke har för två timmar sedan cyklat omkull. Han har fått ett fult 5 cm långt och 1 cm brett sår på höger knäskål och ett annat lite mindre sår som är 4 cm långt och 0,5 cm brett mitt i pannan. Såret på höger knä är ett lacerationssår, ordentligt kontaminerat med jord, grus och enstaka tallbarr. Såret i pannan är ett rent skärsår och innehåller inga främmande material. Blödningen har avstannat i båda sår.

Vilket vaccinationsskydd bör patienter som har akuta kontaminerade sår ha?

- ✓A. Tetanus
- B. Hepatit B
- C. Salmonella
- D. Pneumokocker
- E. Mycobakterium tuberculosis

**Item ID:** 1909 / 1

**Item Weight:** 1.0

**Question #: 2**

*En tidigare frisk 16-årig pojke har för två timmar sedan cyklat omkull. Han har fått ett fult 5 cm långt och 1 cm brett sår på höger knäskål och ett annat lite mindre sår som är 4 cm långt och 0,5 cm brett mitt i pannan. Såret på höger knä är ett lacerationssår, ordentligt kontaminerat med jord, grus och enstaka tallbarr. Såret i pannan är ett rent skärsår och innehåller inga främmande material. Blödningen har avstannat i båda såren.*

Du kontrollerar att han har aktuellt vaccinationskydd mot tetanus.

Hur bör såret på höger knä handläggas?

- A. Anmäla patienten till operation för sårrevision.
- B. Ordinera peroral antibiotika före sårrengöring.
- C. Ordinera intravenöst antibiotika före sårrengöring.
- D. Lägga bandage över såret som får åtgärdas på mottagningen nästa dag.
- ✓E. Rengöra såret på höger knä.

**Item ID:** 1910 / 1

**Item Weight:** 1.0

### Question #: 3

*En tidigare frisk 16-årig pojke har för två timmar sedan cyklat omkull. Han har fått ett fult 5 cm långt och 1 cm brett sår på höger knäskål och ett annat lite mindre sår som är 4 cm långt och 0,5 cm brett mitt i pannan. Såret på höger knä är ett lacerationssår, ordentligt kontaminerat med jord, grus och enstaka tallbarr. Såret i pannan är ett rent skärsår och innehåller inga främmande material. Blödningen har avstannat i båda såren.*

*Du kontrollerar att han har aktuellt vaccinationsskydd mot tetanus.*

Du lokalbedövar och rengör såret på höger knä men avstår från antibiotika.

Vilken strategi väljer du för sårbehandlingen av såret på höger knä?

- A. Du skriver in patienten på vårdavdelning utan direkta akuta åtgärder men planerar för en plastikkirurgisk operation med lambå eller delhudstransplantation följande dag.
- B. Du suturerar såret och ordinerar att patienten ska undvika att belasta benet på minst 4 veckor. Suturtagning om 14 dagar hos distriktssköterska.
- C. Du suturerar såret och ordinerar fri mobilisering. Suturtagning om 14 dagar hos distriktssköterska.
- D. Du ordinerar omläggning med fuktbevarande sårbandage 2 ggr/dag och ordinerar att patienten ska undvika att belasta benet på minst 4 veckor.
- ✓E. Du ordinerar omläggning med fuktbevarande sårbandage 2 ggr/dag med återbesök till läkare om tre dagar för sannolik sekundärsuturering.

**Item ID:** 1911 / 1

**Item Weight:** 1.0

**Question #: 4**

*En tidigare frisk 16-årig pojke har för två timmar sedan cyklat omkull. Han har fått ett fult 5 cm långt och 1 cm brett sår på höger knäskål och ett annat lite mindre sår som är 4 cm långt och 0,5 cm brett mitt i pannan. Såret på höger knä är ett lacerationssår, ordentligt kontaminerat med jord, grus och enstaka tallbarr. Såret i pannan är ett rent skärsår och innehåller inga främmande material. Blödningen har avstannat i båda såren.*

*Du kontrollerar att han har aktuellt vaccinationsskydd mot tetanus.*

*Du lokalbedövar och rengör såret på höger knä men avstår från antibiotika.*

Hur bör du handlägga hans sår i pannan?

- A. Lämnas öppet för sekundärläkning.
- ✓B. Sutureras i lokalbedövning efter vanlig sårtvätt.
- C. Limmas ihop med Histoakryl vävnadslim.
- D. Revideras med en excision av hela sårytan.
- E. Steriliseras med laser eller vanlig diatermi.

**Item ID:** 1912 / 1

**Item Weight:** 1.0

### Question #: 5

*En tidigare frisk 16-årig pojke har för två timmar sedan cyklat omkull. Han har fått ett fult 5 cm långt och 1 cm brett sår på höger knäskål och ett annat lite mindre sår som är 4 cm långt och 0,5 cm brett mitt i pannan. Såret på höger knä är ett lacerationssår, ordentligt kontaminerat med jord, grus och enstaka tallbarr. Såret i pannan är ett rent skärsår och innehåller inga främmande material. Blödningen har avstannat i båda sår.*

*Du kontrollerar att han har aktuellt vaccinationsskydd mot tetanus.*

*Du lokalbedövar och rengör såret på höger knä men avstår från antibiotika.*

*Du ska suturera i lokalbedövning efter vanlig sårtvätt.*

Vilken suturtråd bör du välja för såret i pannan?

- A. Multifilament ej resorberbar suturtråd.
- B. Sätter små agraffer/clips.
- C. Monofil resorberbar suturtråd.
- ✓D. Monofil ej resorberbar suturtråd.
- E. Multifilament resorberbar suturtråd.

**Item ID:** 1913 / 1

**Item Weight:** 1.0

**Question #: 6**

Du får som AT-läkare på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning besök av Ali Hassan, 27 år. Trots sin ålder kommer Ali tillsammans med sina föräldrar, som är mycket oroliga eftersom Ali inte äter. Föräldrarna har noterat att han blivit allt magrare under de senaste två-tre månaderna. När de äter tillsammans sitter han och petar i maten. Ali är en duktig dansare, har tävlat i flera dansgrenar. Han har alltid velat ha en snygg kropp. Ali är mycket mager –BMI = 16. Föräldrarna tror att han har fått anorexi.

Vilken bedömning är mest relevant?

- A. Kan inte vara anorexia nervosa eftersom endast kvinnor får den sjukdomen
- ✓B. Kan finnas en somatisk sjukdom som först måste uteslutas via anamnes och provtagning
- C. Kan vara anorexia nervosa eftersom han är fixerad vid sin kropp
- D. Kan inte vara anorexia nervosa eftersom han är >25 år
- E. Kan vara anorexia nervosa eftersom han petar i maten och är underviktig

**Item ID:** 1914 / 1

**Item Weight:** 1.0

**Question #: 7**

*Du får som AT-läkare på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning besök av Ali Hassan, 27 år. Trots sin ålder kommer Ali tillsammans med sina föräldrar, som är mycket oroliga eftersom Ali inte äter. Föräldrarna har noterat att han blivit allt magrare under de senaste två-tre månaderna. När de äter tillsammans sitter han och petar i maten. Ali är en duktig dansare, har tävlat i flera dansgrenar. Han har alltid velat ha en snygg kropp. Ali är mycket mager –BMI = 16. Föräldrarna tror att han har fått anorexi.*

Prover tas och man kan utesluta somatisk genes. När du talar med Ali beskriver han att han upplever sig som mager och fysiskt svag, beskriver hunger, säger att han inte klarar dansens fysiska krav, skulle vilja gå upp i vikt och bygga muskler.

Hur bör du tänka diagnostiskt kring detta?

- A. Uppgiften saknar betydelse för att bedöma vilken sjukdom Ali kan lida av
- ✓B. Talar inte för anorexia nervosa
- C. Det han beskriver talar för ett depressivt tillstånd
- D. Typiskt vid störd kroppsuppfattning som vid anorexia nervosa
- E. Stärker hypotesen att det rör sig om anorexia nervosa

**Item ID:** 1915 / 1

**Item Weight:** 1.0

**Question #: 8**

*Du får som AT-läkare på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning besök av Ali Hassan, 27 år. Trots sin ålder kommer Ali tillsammans med sina föräldrar, som är mycket oroliga eftersom Ali inte äter. Föräldrarna har noterat att han blivit allt magrare under de senaste två-tre månaderna. När de äter tillsammans sitter han och petar i maten. Ali är en duktig dansare, har tävlat i flera dansgrenar. Han har alltid velat ha en snygg kropp. Ali är mycket mager –BMI = 16. Föräldrarna tror att han har fått anorexi. Prover tas och man kan utesluta somatisk genes. När du talar med Ali beskriver han att han upplever sig som mager och fysiskt svag, beskriver hunger, säger att han inte klarar dansens fysiska krav, skulle vilja gå upp i vikt och bygga muskler.*

Denna bild talar emot anorexia nervosa. Ali berättar att han grubblar mycket: han känner sig övervakad. Han har satt för datorns kameraöga. Han vet inte vilka som övervakar honom, men är säker på att det sker kontinuerligt.

Vilket diagnostiskt övervägande bör detta leda dig till?

- A. Detta är troligen tecken på någon form av missbruk
- B. Detta är tecken på tvångssyndrom
- C. Detta är tecken på dissociativa symtom
- ✓D. Detta är tecken på en paranoid vanföreställning
- E. Detta är symtom på stark ångest

**Item ID:** 1916 / 1

**Item Weight:** 1.0



### Question #: 9

Du får som AT-läkare på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning besök av Ali Hassan, 27 år. Trots sin ålder kommer Ali tillsammans med sina föräldrar, som är mycket oroliga eftersom Ali inte äter. Föräldrarna har noterat att han blivit allt magrare under de senaste två-tre månaderna. När de äter tillsammans sitter han och petar i maten. Ali är en duktig dansare, har tävlat i flera dansgrenar. Han har alltid velat ha en snygg kropp. Ali är mycket mager –BMI = 16. Föräldrarna tror att han har fått anorexi. Prover tas och man kan utesluta somatisk genes. När du talar med Ali beskriver han att han upplever sig som mager och fysiskt svag, beskriver hunger, säger att han inte klarar dansens fysiska krav, skulle vilja gå upp i vikt och bygga muskler.

Denna bild talar emot anorexia nervosa. Ali berättar att han grubblar mycket: han känner sig övervakad. Han har satt för datorns kameraöga. Han vet inte vilka som övervakar honom, men är säker på att det sker kontinuerligt.

Ali beskriver således tydliga paranoida vanföreställningar och plötsligt blir Ali misstänksam, frågar om du också är ute efter honom. Han reser sig och lämnar mottagningen. Hans föräldrar gråter. De säger att de aldrig kommer att få med honom till mottagningen igen. Det hade kämpat för att få med honom idag.

Hur bör du göra nu?

- A. Ger lugnande besked –bäst att avvakta och se om dessa problem kan gå över av sig själv
- ✓B. Konsulterar överläkare på mottagningen med frågeställning handräckningsbegäran till polisen för vårdintygsbedömning
- C. Ber föräldrarna åka hem till Ali och övertala honom att komma med till mottagningen
- D. Skickar ett brev med kallelse och ny mottagningstid inom en vecka till Alis studentrumsadress
- E. Hänvisar föräldrarna till anhörigföreningen för stöd

Item ID: 1917 / 1

Item Weight: 1.0

**Question #: 10**

*Du får som AT-läkare på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning besök av Ali Hassan, 27 år. Trots sin ålder kommer Ali tillsammans med sina föräldrar, som är mycket oroliga eftersom Ali inte äter. Föräldrarna har noterat att han blivit allt magrare under de senaste två-tre månaderna. När de äter tillsammans sitter han och petar i maten. Ali är en duktig dansare, har tävlat i flera dansgrenar. Han har alltid velat ha en snygg kropp. Ali är mycket mager –BMI = 16. Föräldrarna tror att han har fått anorexi. Prover tas och man kan utesluta somatisk genes. När du talar med Ali beskriver han att han upplever sig som mager och fysiskt svag, beskriver hunger, säger att han inte klarar dansens fysiska krav, skulle vilja gå upp i vikt och bygga muskler.*

*Denna bild talar emot anorexia nervosa. Ali berättar att han grubblar mycket: han känner sig övervakad. Han har satt för datorns kameraöga. Han vet inte vilka som övervakar honom, men är säker på att det sker kontinuerligt.*

*Ali beskriver således tydliga paranoida vanföreställningar och plötsligt blir Ali misstänksam, frågar om du också är ute efter honom. Han reser sig och lämnar mottagningen. Hans föräldrar gråter. De säger att de aldrig kommer att få med honom till mottagningen igen. Det hade kämpat för att få med honom idag.*

Så småningom blir Ali inlagd enligt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT) på en psykiatrisk avdelning där du är inskrivande läkare. Han är mycket ångestfylld, motoriskt orolig och misstänksam, negativ till medicinering. Den preliminära diagnosen är schizofreniformt syndrom med paranoida vanföreställningar.

Hur bör du behandla honom?

- A. Ger T. zopiklon till natten. Avvaktar med annan medicinering då han tidigare varit helt medicinfri.
- ✓B. Börjar med benzodiazepiner för ångestdämpning. Därefter T. risperidon som trappas upp till planerad slutdos på 6-8 mg.
- C. Börjar med benzodiazepiner för ångestdämpning. Avvaktar med annan medicinering för att få en tydlig bild av hans tillstånd.
- D. Börjar med T. risperidon som trappas upp till planerad slutdos på 6-8 mg.
- E. Ger injektion aripiprazol i.m. för att dämpa hans ångest.

**Item ID:** 1918 / 1

**Item Weight:** 1.0

**Question #:** 11

Shatila, 20 år, är tidigare frisk. Hon söker på din vårdcentral på grund av tilltagande besvär med blodtillblandad avföring och frekventa smärtsamma tarmtömningar under de senaste fyra veckorna. Nattsömnen är störd då hon måste gå och tömma tarmen.

**Status:**

AT: Opåverkad

Buk: Mjuk och oöm

Vad bör du göra som nästa steg i utredningen?

- A. Ordinerar F-odling och CEA (en tumörmarkör)
- B. Skriver remiss för koloskopi
- C. Ordinerar B-Hb, F-Hb och F-kalprotektin
- ✓D. Utför rektoskopi, och ordinerar B-Hb och S-CRP
- E. Ordinerar F-odling, F-Hb och F-kalprotektin

**Item ID:** 1919 / 1

**Item Weight:** 1.0

**Question #: 12**

*Shatila, 20 år, är tidigare frisk. Hon söker på din vårdcentral på grund av tilltagande besvär med blodtillblandad avföring och frekventa smärtsamma tarmtömningar under de senaste fyra veckorna. Nattsömnen är störd då hon måste gå och tömma tarmen.*

**Status:**

*AT: Opåverkad*

*Buk: Mjuk och oöm*

Du utför rektoskopi som visar blodtillblandad lös avföring och inflammerad tarmslemhinna.

**Provsvär** (referensvärden inom parentes):

B-Hb 105 g/L (117-153)

S-CRP 18 mg/L (<3)

Du misstänker att Shatila har ulcerös kolit.

Vilken av följande uppgifter särskiljer bäst mellan gastroenterit och inflammatorisk tarmsjukdom?

- A. Ärftlighet för inflammatorisk tarmsjukdom
- ✓B. Hur symtomen debuterade
- C. Om patienten nyligen börjat röka
- D. Förekomst av samtidig ryggvärk
- E. Förekomst av nattliga symtom

**Item ID:** 1920 / 1

**Item Weight:** 1.0

**Question #: 13**

*Shatila, 20 år, är tidigare frisk. Hon söker på din vårdcentral på grund av tilltagande besvär med blodtillblandad avföring och frekventa smärtsamma tarmtömningar under de senaste fyra veckorna. Nattsömnen är störd då hon måste gå och tömma tarmen.*

**Status:**

*AT: Opåverkad*

*Buk: Mjuk och oöm*

*Du utför rektoskopi som visar blodtillblandad lös avföring och inflammerad tarmslemhinna.*

**Provsvar (referensvärden inom parentes):**

*B-Hb 105 g/L (117-153)*

*S-CRP 18 mg/L (<3)*

*Du misstänker att Shatila har ulcerös kolit.*

Hennes smygande debut gör att gastroenterit är mindre trolig.

Vilket av följande påståenden är mest korrekt när det gäller ulcerös kolit?

- A. Kan även drabba övre gastrointestinalkanalerna
- B. Patienten kan förväntas bli bättre av laktovegetarisk kost
- C. Kan ge villusatrofi i tunntarmen
- D. KomPLICERAS ofta med anorektal fistlar
- ✓E. Långvarig sjukdom kan ge koloncancer

**Item ID:** 1921 / 1

**Item Weight:** 1.0

**Question #: 14**

*Shatila, 20 år, är tidigare frisk. Hon söker på din vårdcentral på grund av tilltagande besvär med blodtillblandad avföring och frekventa smärtsamma tarmtömningar under de senaste fyra veckorna. Nattsömnen är störd då hon måste gå och tömma tarmen.*

**Status:**

*AT: Opåverkad*

*Buk: Mjuk och oöm*

*Du utför rektoskopi som visar blodtillblandad lös avföring och inflammerad tarmslemhinna.*

**Provsvar (referensvärden inom parentes):**

*B-Hb 105 g/L (117-153)*

*S-CRP 18 mg/L (<3)*

*Du misstänker att Shatila har ulcerös kolit.*

*Hennes smygande debut gör att gastroenterit är mindre trolig.*

Långvarig sjukdom kan ge kolorektal cancer.

Vilken peroral behandling är lämpligast att börja med i Shatilas fall?

- A. 5-ASA och metotrexat
- B. Metotrexat och azatioprin
- ✓C. Prednisolon och 5-ASA
- D. Prednisolon och loperamid
- E. Azatioprin och loperamid

**Item ID:** 1922 / 1

**Item Weight:** 1.0

**Question #: 15**

*Shatila, 20 år, är tidigare frisk. Hon söker på din vårdcentral på grund av tilltagande besvär med blodtillblandad avföring och frekventa smärtsamma tarmtömningar under de senaste fyra veckorna. Nattsömnen är störd då hon måste gå och tömma tarmen.*

*Status:*

*AT: Opåverkad*

*Buk: Mjuk och oöm*

*Du utför rektoskopi som visar blodtillblandad lös avföring och inflammerad tarmslemhinna.*

*Provsvår (referensvärden inom parentes):*

*B-Hb 105 g/L (117-153)*

*S-CRP 18 mg/L (<3)*

*Du misstänker att Shatila har ulcerös kolit.*

*Hennes smygande debut gör att gastroenterit är mindre trolig.*

*Långvarig sjukdom kan ge kolorektal cancer.*

Du behandlar Shatila med en prednisolonkur samt 5-ASA 800 mg 4 tabletter per dag.

Shatila återkommer efter en vecka till akuten då hon blivit sämre. Hon får nu gå upp varannan timme för att tömma tarmen och tömmer då i princip bara blod.

**Status:**

AT: Blek och ser sjuk ut

Buk: Ömmar i buken i vänster fossa vid ytlig palpation

Cor: Regelbunden rytm, frekvens 100 /min

Blodtryck: 110/60 mmHg

**Provsvår** (referensvärden inom parentes):

B-Hb 91 g/L (117-153)

S-CRP 86 mg/L (<3)

Vilken av nedanstående åtgärder bör du välja?

- A. Ger blod, och beställer en akut koloskopi.
- ✓B. Läger in patienten, ordinerar fasta, parenteral nutrition. Beställer röntgen buköverskikt.
- C. Ger antibiotika och behandling med Anti TNF och sätter upp patienten på ett återbesök om tre dagar.
- D. Läger in patienten och ger högdos prednisolon intravenöst.
- E. Tar blododling och kontaktar infektionsläkare.

**Item ID:** 1923 / 1

**Item Weight:** 1.0

**\* Question #: 16**

*Shatila, 20 år, är tidigare frisk. Hon söker på din vårdcentral på grund av tilltagande besvär med blodtillblandad avföring och frekventa smärtsamma tarmtömningar under de senaste fyra veckorna. Nattsömnen är störd då hon måste gå och tömma tarmen.*

**Status:**

*AT: Opåverkad*

*Buk: Mjuk och oöm*

*Du utför rektoskopi som visar blodtillblandad lös avföring och inflammerad tarmslemhinna.*

*Provsvår (referensvärden inom parentes):*

*B-Hb 105 g/L (117-153)*

*S-CRP 18 mg/L (<3)*

*Du misstänker att Shatila har ulcerös kolit.*

*Hennes smygande debut gör att gastroenterit är mindre trolig.*

*Långvarig sjukdom kan ge kolorektal cancer.*

*Du behandlar Shatila med en prednisolonkur samt 5-ASA 800 mg 4 tabletter per dag.*

*Shatila återkommer efter en vecka till akuten då hon blivit sämre. Hon får nu gå upp varannan timme för att tömma tarmen och tömmer då i princip bara blod.*

**Status:**

*AT: Blek och ser sjuk ut*

*Buk: Ömmar i buken i vänster fossa vid yttlig palpation*

*Cor: Regelbunden rytm, frekvens 100 /min*

*Blodtryck: 110/60 mmHg*

*Provsvår (referensvärden inom parentes):*

*B-Hb 91 g/L (117-153)*

*S-CRP 86 mg/L (<3)*

*Röntgen buköversikt visar att tarmen har dilaterats. Du kontaktar därför kirurgjouren.*

*Shatila genomgår kolektomi med bevarande av rektum och ileostomi. Postoperativt har hon besvär med stora flöden i stomin. Du noterar att S-Na har sjunkit från 135 mmol/L till 115 mmol/L på ett dygn (referensvärde 137-145).*

**Status:**

*AT: Lätt medvetandesänkt och konfusorisk.*



Hur bör du behandla hyponatremin?

- A. Ordinerar vätskekarens samt iv NaCl 0,9% med försiktig infusionstakt.
- ✓B. Hyperton NaCl och strävar efter att höja S-Na till normalvärde så fort som möjligt.
- ✓C. I.v. NaCl 0,9% och sträver efter att höja S-Na till 124 mmol/L, därefter höjer du S-Na försiktigt för att undvika osmotiskt demyeliniserande syndrom.
- D. Du ger peroral behandling med vätskeersättning och mäter Na i avföringen från stomin.
- E. Du mäter urinosmolalitet och avföringsosmolalitet och skillnaden får avgöra din behandlingsstrategi.

**Item ID:** 1924 / 1

**Item Weight:** 1.0

## Question #: 17

*Shatila, 20 år, är tidigare frisk. Hon söker på din vårdcentral på grund av tilltagande besvär med blodtillblandad avföring och frekventa smärtsamma tarmtömningar under de senaste fyra veckorna. Nattsömnen är störd då hon måste gå och tömma tarmen.*

*Status:*

*AT: Opåverkad*

*Buk: Mjuk och oöm*

*Du utför rektoskopi som visar blodtillblandad lös avföring och inflammerad tarmslemhinna.*

*Provsvår (referensvärden inom parentes):*

*B-Hb 105 g/L (117-153)*

*S-CRP 18 mg/L (<3)*

*Du misstänker att Shatila har ulcerös kolit.*

*Hennes smygande debut gör att gastroenterit är mindre trolig.*

*Långvarig sjukdom kan ge kolorektal cancer.*

*Du behandlar Shatila med en prednisolonkur samt 5-ASA 800 mg 4 tabletter per dag.*

*Shatila återkommer efter en vecka till akuten då hon blivit sämre. Hon får nu gå upp varannan timme för att tömma tarmen och tömmer då i princip bara blod.*

*Status:*

*AT: Blek och ser sjuk ut*

*Buk: Ömmar i buken i vänster fossa vid ytlig palpation*

*Cor: Regelbunden rytm, frekvens 100 /min*

*Blodtryck: 110/60 mmHg*

*Provsvår (referensvärden inom parentes):*

*B-Hb 91 g/L (117-153)*

*S-CRP 86 mg/L (<3)*

*Röntgen visar att tarmen har dilaterats. Du kontaktar därför kirurgjouren.*

*Shatila genomgår kolektomi med bevarande av rektum och ileostomi. Postoperativt har hon besvär med stora flöden i stomin. Du noterar att S-Na har sjunkit från 135 mmol/L till 115 mmol/L på ett dygn (referensvärde 137-145).*

*Status:*

*AT: Lätt medvetandesänkt och konfusorisk.*

*Du korrigerar hyponatremi med hyperton NaCl och stomiflödet börjar att normaliseras. På eftermiddagen har dock Shatila fått feber 38,8°C och du misstänker att det kan röra sig om en infektion relaterad till operationen.*

Vilket antibiotika bör du välja?

- A. Flukloxacillin
- ✓B. Piperacillin/tazobactam
- C. Ciprofloxacin
- D. Bensylpenicillin
- E. Metronidazol

**Item ID:** 1925 / 1

**Item Weight:** 1.0

## Question #: 18

*Shatila, 20 år, är tidigare frisk. Hon söker på din vårdcentral på grund av tilltagande besvär med blodtillblandad avföring och frekventa smärtsamma tarmtömningar under de senaste fyra veckorna. Nattsömnen är störd då hon måste gå och tömma tarmen.*

*Status:*

*AT: Opåverkad*

*Buk: Mjuk och oöm*

*Du utför rektoskopi som visar blodtillblandad lös avföring och inflammerad tarmslemhinna.*

*Provsvår (referensvärden inom parentes):*

*B-Hb 105 g/L (117-153)*

*S-CRP 18 mg/L (<3)*

*Du misstänker att Shatila har ulcerös kolit.*

*Hennes smygande debut gör att gastroenterit är mindre trolig.*

*Långvarig sjukdom kan ge kolorektal cancer.*

*Du behandlar Shatila med en prednisolonkur samt 5-ASA 800 mg 4 tabletter per dag.*

*Shatila återkommer efter en vecka till akuten då hon blivit sämre. Hon får nu gå upp varannan timme för att tömma tarmen och tömmer då i princip bara blod.*

*Status:*

*AT: Blek och ser sjuk ut*

*Buk: Ömmar i buken i vänster fossa vid ytlig palpation*

*Cor: Regelbunden rytm, frekvens 100 /min*

*Blodtryck: 110/60 mmHg*

*Provsvår (referensvärden inom parentes):*

*B-Hb 91 g/L (117-153)*

*S-CRP 86 mg/L (<3)*

*Röntgen visar att tarmen har dilaterats. Du kontaktar därför kirurgjouren.*

*Shatila genomgår kolektomi med bevarande av rektum och ileostomi. Postoperativt har hon besvär med stora flöden i stomin. Du noterar att S-Na har sjunkit från 135 mmol/L till 115 mmol/L på ett dygn (referensvärde 137-145).*

*Status:*

*AT: Lätt medvetandesänkt och konfusorisk.*

*Du korrigerar hyponatremi med hyperton NaCl och stomiflödet börjar att normaliseras. På eftermiddagen har dock Shatila fått feber 38,8°C och du misstänker att det kan röra sig om en infektion relaterad till operationen.*

*Du sätter initialt in Piperacillin/tazobactam. Blododling visar växt av Staphylococcus Aureus utan avvikande resistensmönster.*

Vilket antibiotika bör du välja att fortsätta med efter svar på blododlingen?

- A. Bensylpenicillin
- B. Metronidazol
- C. Ciprofloxacin
- D. Piperacillin/tazobactam
- ✓E. Flukloxacillin

**Item ID:** 1926 / 1

**Item Weight:** 1.0

## Question #: 19

*Shatila, 20 år, är tidigare frisk. Hon söker på din vårdcentral på grund av tilltagande besvär med blodtillblandad avföring och frekventa smärtsamma tarmtömningar under de senaste fyra veckorna. Nattsömnen är störd då hon måste gå och tömma tarmen.*

*Status:*

*AT: Opåverkad*

*Buk: Mjuk och oöm*

*Du utför rektoskopi som visar blodtillblandad lös avföring och inflammerad tarmslemhinna.*

*Provsvår (referensvärden inom parentes):*

*B-Hb 105 g/L (117-153)*

*S-CRP 18 mg/L (<3)*

*Du misstänker att Shatila har ulcerös kolit. Hennes smygande debut gör att gastroenterit är mindre trolig. Långvarig sjukdom kan ge kolorektal cancer.*

*Du behandlar Shatila med en prednisolonkur samt 5-ASA 800 mg 4 tabletter per dag.*

*Shatila återkommer efter en vecka till akuten då hon blivit sämre. Hon får nu gå upp varannan timme för att tömma tarmen och tömmer då i princip bara blod.*

*Status:*

*AT: Blek och ser sjuk ut*

*Buk: Ömmar i buken i vänster fossa vid yttlig palpation*

*Cor: Regelbunden rytm, frekvens 100 /min*

*Blodtryck: 110/60 mmHg*

*Provsvår (referensvärden inom parentes):*

*B-Hb 91 g/L (117-153)*

*S-CRP 86 mg/L (<3)*

*Röntgen visar att tarmen har dilaterats. Du kontaktar därför kirurgjouren.*

*Shatila genomgår kolektomi med bevarande av rektum och ileostomi. Postoperativt har hon besvär med stora flöden i stomin. Du noterar att S-Na har sjunkit från 135 mmol/L till 115 mmol/L på ett dygn (referensvärde 137-145).*

*Status:*

*AT: Lätt medvetandesänkt och konfusorisk.*

*Du korrigerar hyponatremi med hyperton NaCl och stomiflödet börjar att normaliseras. På eftermiddagen har dock Shatila fått feber 38.8°C och du misstänker att det kan röra sig om en infektion relaterad till operationen.*

*Du sätter initialt in Piperacillin/tazobactam.*

*Blododling visar växt av Staphylococcus Aureus utan avvikande resistensmönster.*

*Du byter behandling till flukloxacillin.*

*Shatila blir långsamt bättre och skrivs hem.*

*Vid återbesöket ett år senare noterar du att S-ALP och S-GT är måttligt stegrad.*

Du bör misstänka en sjukdom som är associerad till ulcerös kolit. Vilken?

- A. Autoimmun hepatit
- B. Primär billiär cirros
- C. Gallsten
- ✓D. Primär skleroserande cholangit
- E. Crohns sjukdom

**Item ID:** 1927 / 1

**Item Weight:** 1.0

**Question #: 20**

En 80-årig man har sedan ett dygn upplevt sveda vid vattenkastning, haft täta urinträngningar och känt sig varm.

Fyra av följande anamnestiska uppgifter är av betydelse för den akuta handläggningen av urinvägsbesvären. Vilken anamnestisk uppgift är **irrelevant**?

- A. Tidigare och aktuella prostatabesvär
- √B. Om urinen är grumlig eller inte
- C. Nyligen genomgången behandling mot urinvägsinfektion
- D. Resultat av genomförd mätning av kroppstemperatur
- E. Tidigare känd överkänslighet mot antibiotika

**Item ID:** 1928 / 1

**Item Weight:** 1.0



**Question #: 21**

*En 80-årig man har sedan ett dygn upplevt sveda vid vattenkastning, haft täta urinträngningar och känt sig varm.*

Du ställer frågor kring eventuell antibiotikaöverkänslighet, mäter kroppstemperaturen, frågar om tidigare urinvägsinfektion och eventuella prostatabesvär.

Du bedömer att prover bör tas för att handlägga Ulfs akuta besvär.

Vilket av följande prover är **inte** nödvändigt för den primära handläggningen av urinvägsbesvären?

- ✓A. P-PSA
- B. U-Nitrit
- C. U-Leukocyter
- D. Urinodling
- E. P-CRP

**Item ID:** 1929 / 1

**Item Weight:** 1.0

**Question #: 22**

*En 80-årig man har sedan ett dygn upplevt sveda vid vattenkastning, haft täta urinträngningar och känt sig varm.*

*Du ställer frågor kring eventuell antibiotikaöverkänslighet, mäter kroppstemperaturen, frågar om tidigare urinvägsinfektion och eventuella prostatabesvär.*

*Du bedömer att prover bör tas för att handlägga Ulf's akuta besvär.*

Temp 37,5°C, P-CRP 10 mg/L (referens <3), U-Leukocyter 3+, U-Nitrit positiv (svar på urinodling har inte anlänt ännu).

Ulf har ett opåverkat allmäntillstånd, han känns inte varm, hans buk är mjuk utan dunkömhet över njurloger men att han ömmar vid palpation ovan symfyssen. Prostata är oöm, diffust allmänförstorad med homogen, obetydligt förhöjd konsistens utan hårda partier.

Du bedömer att Ulf har en nedre urinvägsinfektion. Vid ett liknande tidigare sjukdomstillfälle med nedre urinvägsinfektion ordinerades Ulf ciprofloxacin som antibiotikum.

Du bör denna gång av flera skäl inte välja ciprofloxacin.

Vilket av följande är **inte** ett bra skäl till att avstå ciprofloxacin?

- A. Ciprofloxacin bör sparas för att användas vid febrila urinvägsinfektioner.
- B. Ciprofloxacin har visat sig kunna ge svåra biverkningar.
- C. Ciprofloxacin bör sparas för att användas om infektionen även drabbat prostata.
- ✓D. Ciprofloxacin har ett spektrum som inte alltid leder till god effekt mot nedre urinvägsinfektioner.
- E. Resistensutveckling mot ciprofloxacin har ökat.

**Item ID:** 1930 / 2

**Item Weight:** 1.0

**Question #: 23**

En 55-årig man kommer med ambulans till akutmottagningen. Han har haft hosta och feber under några dagar och har blivit allt tröttare. Inga allergier. Tar inga läkemedel.

Status:

AT: Pratbar men förvirrad. Kallsvettig. Vikt 70 kg. Längd 175 cm.

Cor: Regelbunden rytm, hjärtfrekvens 120 /min. Normala hjärtoner, inga blåsljud. Kapillär återfyllnad 4 sekunder (nedsatt). Blodtryck 80/55 mmHg.

Pulm: Krepitationer basalt höger sida. I övrigt normala lungljud. Djupa och regelbundna andetag.

Andningsfrekvens 32 /min. Syrgas 2 l/min med näsgrimpa. Saturation 86% (pulsoximeter).

Buk: Enstaka tarmljud, mjuk buk.

Det initiala omhändertagandet sker på akutmottagningen.

Vilken åtgärd bör du göra först?

- ✓A. Byta syrgasgrimman till syrgasmask 60% O<sub>2</sub>
- B. Intubera patienten och påbörja respiratorbehandling
- C. Blododla och påbörjar antibiotikabehandling
- D. Sätta artärnål och ordinerar vasotropt och inotropt stöd
- E. Beställa lungröntgen

**Item ID:** 2108 / 1

**Item Weight:** 1.0

**Question #: 24**

*En 55-årig man kommer med ambulans till akutmottagningen. Han har haft hosta och feber under några dagar och har blivit allt tröttare. Inga allergier. Tar inga läkemedel.*

*Status:*

*AT: Pratbar men förvirrad. Kallsvettig. Vikt 70 kg. Längd 175 cm.*

*Cor: Regelbunden rytm, hjärtfrekvens 120 /min. Normala hjärttoner, inga blåsljud. Kapillär återfyllnad 4 sekunder (nedsatt). Blodtryck 80/55 mmHg.*

*Pulm: Krepitationer basalt höger sida. I övrigt normala lungljud. Djupa och regelbundna andetag.*

*Andningsfrekvens 32 /min. Syrgas 2 l/min med näsgrimpa. Saturation 86% (pulsoximeter).*

*Buk: Enstaka tarmljud, mjuk buk.*

*Det initiala omhändertagandet sker på akutmottagningen.*

Patienten har redan fria luftvägar. Patienten får som första åtgärd en syrgasmask som kan ge minst 60% syrgas.

Sjuksköterskorna har nu satt två perifera venkatetrar och tagit prover för blododling och för att skicka till lab (Blodstatus, P-Na, P-K, P-Kreatinin, P-Urea, P-CRP, P-Bilirubin, P-APTT, P-PK-INR).

Vad är bästa första steg på akutmottagningen för att stabilisera cirkulationen?

- ✓A. Ringer-Acetat 1-2 liter på 30 minuter
- B. Noradrenalininfusion, dosering enligt FASS
- C. Levosimendaninfusion, dosering enligt FASS
- D. Adrenalin bolusdos 0,1 mg iv
- E. Glukos 50 mg/ml buffrad, 1-2 liter på 30 minuter

**Item ID:** 2109 / 1

**Item Weight:** 1.0

## Question #: 25

En 55-årig man kommer med ambulans till akutmottagningen. Han har haft hosta och feber under några dagar och har blivit allt tröttare. Inga allergier. Tar inga läkemedel.

Status:

AT: Pratbar men förvirrad. Kallsvettig. Vikt 70 kg. Längd 175 cm.

Cor: Regelbunden rytm, hjärtfrekvens 120 /min. Normala hjärttoner, inga blåsljud. Kapillär återfyllnad 4 sekunder (nedsatt). Blodtryck 80/55 mmHg.

Pulm: Krepitationer basalt höger sida. I övrigt normala lungljud. Djupa och regelbundna andetag.

Andningsfrekvens 32 /min. Syrgas 2 l/min med näsgrimpa. Saturation 86% (pulsoximeter).

Buk: Enstaka tarmljud, mjuk buk.

Det initiala omhändertagandet sker på akutmottagningen.

Patienten har redan fria luftvägar. Patienten får som första åtgärd en syrgasmask som kan ge minst 60% syrgas.

Sjuksköterskorna har nu satt två perifera venkatetrar och tagit prover för blododling och för att skicka till lab (Blodstatus, P-Na, P-K, P-Kreatinin, P-Urea, P-CRP, P-Bilirubin, P-APTT, P-PK-INR).

Du ordinerar Ringer-Acetat 1-2 liter i.v. med mål att systoliskt blodtryck ska bli högre än 100 och att hjärtfrekvensen ska sjunka.

Nu sätter du en artärnål för att kontinuerligt kunna följa blodtryck och hur blodgaserna utvecklas.

Referensvärden artäriell blodgas:

pH 7,35-7,45

PO<sub>2</sub> >10 kPa

PCO<sub>2</sub> 4,6-6,0 kPa

BE ±3 mmol/l

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 22-26 mmol/l

Laktat <2 mmol/l

Patienten har nu fått syrgas och vätska under 5 minuter.

Vilken av följande blodgaser passar den kliniska bilden bäst?

- ✓A. pH 7,28, PCO<sub>2</sub> 3,5 kPa, PO<sub>2</sub> 22 kPa, laktat 6 mmol/l, BE -8 mmol/l
- B. pH 7,28, PCO<sub>2</sub> 6,5 kPa, PO<sub>2</sub> 22 kPa, laktat 6 mmol/l, BE -8 mmol/l
- C. pH 7,37, PCO<sub>2</sub> 3,5 kPa, PO<sub>2</sub> 22 kPa, laktat 2 mmol/l, BE -2 mmol/l
- D. pH 7,37, PCO<sub>2</sub> 6,5 kPa, PO<sub>2</sub> 22 kPa, laktat 2 mmol/l, BE -2 mmol/l
- E. pH 7,53, PCO<sub>2</sub> 5,0 kPa, PO<sub>2</sub> 22 kPa, laktat 0,7 mmol/l, BE 6 mmol/l

Item ID: 2110 / 1

Item Weight: 1.0

## Question #: 26

En 55-årig man kommer med ambulans till akutmottagningen. Han har haft hosta och feber under några dagar och har blivit allt tröttare. Inga allergier. Tar inga läkemedel.

Status:

AT: Pratbar men förvirrad. Kallsvettig. Vikt 70 kg. Längd 175 cm.

Cor: Regelbunden rytm, hjärtfrekvens 120 /min. Normala hjärttoner, inga blåsljud. Kapillär återfyllnad 4 sekunder (nedsatt). Blodtryck 80/55 mmHg.

Pulm: Krepitationer basalt höger sida. I övrigt normala lungljud. Djupa och regelbundna andetag.

Andningsfrekvens 32 /min. Syrgas 2 l/min med näsgrimpa. Saturation 86% (pulsoximeter).

Buk: Enstaka tarmljud, mjuk buk.

Det initiala omhändertagandet sker på akutmottagningen.

Patienten har redan fria luftvägar. Patienten får som första åtgärd en syrgasmask som kan ge minst 60% syrgas.

Sjuksköterskorna har nu satt två perifera venkatetrar och tagit prover för blododling och för att skicka till lab (Blodstatus, P-Na, P-K, P-Kreatinin, P-Urea, P-CRP, P-Bilirubin, P-APTT, P-PK-INR).

Du ordinerar Ringer-Acetat 1-2 liter i.v. med mål att systoliskt blodtryck ska bli högre än 100 och att hjärtfrekvensen ska sjunka.

Nu sätter du en artärnål för att kontinuerligt kunna följa blodtryck och hur blodgaserna utvecklas.

Referensvärden artäriell blodgas:

pH 7,35-7,45

PO<sub>2</sub> >10 kPa

PCO<sub>2</sub> 4,6-6,0 kPa

BE ±3 mmol/l

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 22-26 mmol/l

Laktat <2 mmol/l

Patienten har nu fått syrgas och vätska under 5 minuter.

Blodgasen visar pH 7,28, PCO<sub>2</sub> 3,5 kPa, PO<sub>2</sub> 22 kPa, laktat 6 mmol/l och BE -8. Den är förenlig med akut metabol acidosis.

Du ordinerar KAD (urinkateter) samt bredspektrumantibiotika.

Då patienten inte förbättras respiratoriskt och cirkulatoriskt tas patienten till intensivvårdsavdelningen. Där påbörjas övertrycksventilation med ansiktsmask startas (NIV, noninvasiv ventilation). På denna typ av patienter kan övertrycksventilation ibland ge försämrad cirkulation.

Vilken är den vanligaste orsaken till att övertrycksventilation sänker blodtrycket?

- ✓A. Otillräckliga venösa tryck
- B. Ventilpneumothorax
- C. Minskad sympatikusaktivitet
- D. Ökad afterload
- E. Ökad sympaticusaktivitet

**Item ID:** 2111 / 1

**Item Weight:** 1.0

---

\* I samband med rättning har vi noterat att en fråga hade fler än ett möjligt korrekt svarsalternativ, vilket har tagits hänsyn till i rättningen.