

Delprov 2 Kliniska case – 2017-11-14

Question #: 1

Eva, 42 år, har återbesök till dig på vårdcentralen. Hon är orolig för att hon har fel på hjärtat. Hon har återkommande episoder med intensiv hjärklappning och tryck över bröstet. Dessutom får hon svårt att andas och känner att hon tappar kontrollen över sitt tänkande och beteende. Detta gör att hon mer och mer isolerar sig. Vågar inte gå och handla och träffar inte sina bekanta. På jobbet undviker hon också att vistas i personalrummet.

Man har sammanlagt under senaste året gjort 5 EKG –som alla visat sig vara normala. Man har tagit blodprover enligt rutin som inte heller visat något sjukligt. Blodtryck 130/85 mmHg. Puls cirka 85 /min.

Hon är gift, röker ej, dricker alkohol som ”folk gör mest”. Arbetar som kontorist och har två välmående barn.

Du har nu enligt egen bedömning uteslutit kardiell genes till Evas besvär och oro.

Du tror att det rör sig om stress/oro/ångest, vilket Eva inte själv pratar om.

Vid ångestsyndrom med de symtom Eva har så tillskrivs dessa i huvudsak vissa hormoner.

Vilket av följande alternativ är mest troligt i hennes fall?

- A. Dopamin
- B. TSH
- C. T4/T3
- D. FSH/LH
- ✓E. Noradrenalin

Item ID: 3317 / 1

Question #: 2

Eva, 42 år, har återbesök till dig på vårdcentralen. Hon är orolig för att hon har fel på hjärtat. Hon har återkommande episoder med intensiv hjärtklappning och tryck över bröstet. Dessutom får hon svårt att andas och känner att hon tappar kontrollen över sitt tänkande och beteende. Detta gör att hon mer och mer isolerar sig. Vågar inte gå och handla och träffar inte sina bekanta. På jobbet undviker hon också att vistas i personalrummet.

Man har sammanlagt under senaste året gjort 5 EKG –som alla visat sig vara normala. Man har tagit blodprover enligt rutin som inte heller visat något sjukligt. Blodtryck 130/85 mmHg. Puls cirka 85 /min.

Hon är gift, röker ej, dricker alkohol som ”folk gör mest”. Arbetar som kontorist och har två välmående barn.

Du har nu enligt egen bedömning uteslutit kardiell genes till Evas besvär och oro.

Du tror att det rör sig om stress, oro och ångest, vilket Eva inte själv pratar om.

Man tillskriver hennes besvär vanligtvis som en överaktivitet av noradrenalin och adrenalin. Det kan finnas andra varianter, men mindre vanligt.

Du beskriver för Eva att det troligtvis handlar om stress/oro/ångest.

Vilket av följande preparat är lämpligast för att motverka effekten av noradrenalin/adrenalin vid stressade situationer?

- A. Alprazolam
- ✓B. Propranolol
- C. Olanzapin
- D. Klorpromazin
- E. L-dopa

Item ID: 3318 / 1

Question #: 3

Eva, 42 år, har återbesök till dig på vårdcentralen. Hon är orolig för att hon har fel på hjärtat. Hon har återkommande episoder med intensiv hjärklappning och tryck över bröstet. Dessutom får hon svårt att andas och känner att hon tappar kontrollen över sitt tänkande och beteende. Detta gör att hon mer och mer isolerar sig. Vågar inte gå och handla och träffar inte sina bekanta. På jobbet undviker hon också att vistas i personalrummet.

Man har sammanlagt under senaste året gjort 5 EKG –som alla visat sig vara normala. Man har tagit blodprover enligt rutin som inte heller visat något sjukligt. Blodtryck 130/85 mmHg. Puls cirka 85 /min.

Hon är gift, röker ej, dricker alkohol som ”folk gör mest”. Arbetar som kontorist och har två välmående barn.

Du har nu enligt egen bedömning uteslutit kardiell genes till Evas besvär och oro.

Du tror att det rör sig om stress, oro och ångest, vilket Eva inte själv pratar om.

Man tillskriver hennes besvär vanligtvis som en överaktivitet av noradrenalin och adrenalin. Det kan finnas andra varianter, men mindre vanligt.

Du förskriver T. propranolol (20-40 mg) att tas en till två timmar före förväntade stressande situationer. Beskriver att det inte påverkar kognitiva funktioner utan bara de kroppsliga symtomen. Du har försäkrat dig om att Eva ej lider av astma.

Vilket av följande är mest rimlig preliminär diagnos för Eva?

- A. Konversionssyndrom
- ✓B. Paniksyndrom
- C. Primär hjärtsjukdom
- D. Sömnstörning
- E. Depression

Item ID: 3319 / 1

Question #: 4

Eva, 42 år, har återbesök till dig på vårdcentralen. Hon är orolig för att hon har fel på hjärtat. Hon har återkommande episoder med intensiv hjärtklappning och tryck över bröstet. Dessutom får hon svårt att andas och känner att hon tappat kontrollen över sitt tänkande och beteende. Detta gör att hon mer och mer isolerar sig. Vågar inte gå och handla och träffar inte sina bekanta. På jobbet undviker hon också att vistas i personalrummet.

Man har sammanlagt under senaste året gjort 5 EKG –som alla visat sig vara normala. Man har tagit blodprover enligt rutin som inte heller visat något sjukligt. Blodtryck 130/85 mmHg. Puls cirka 85 /min.

Hon är gift, röker ej, dricker alkohol som "folk gör mest". Arbetar som kontorist och har två välmående barn.

Du har nu enligt egen bedömning uteslutit kardiell genes till Evas besvär och oro.

Du tror att det rör sig om stress, oro och ångest, vilket Eva inte själv pratar om.

Man tillskriver hennes besvär vanligtvis som en överaktivitet av noradrenalin och adrenalin. Det kan finnas andra varianter, men mindre vanligt.

Du förskriver T. propranolol (20-40 mg) att tas en till två timmar före förväntade stressande situationer. Beskriver att det inte påverkar kognitiva funktioner utan bara de kroppsliga symtomen. Du har försäkrat dig om att Eva ej lider av astma.

Du bedömer att Eva lider av paniksyndrom av en grad som ger upphov till lidande och funktionsnedsättning. Hon är lite tveksam till att det handlar om ett psykiskt/psykologiskt fenomen. Hon är dock villig att prova "din medicin".

Eva har nu provat T. propranolol i en vecka utan tillräcklig effekt och kommer för återbesök.

Vilken är den vanligaste rekommenderade behandlingen för denna åkomma?

- A. Kognitiv beteendearbets- och SSRI
- B. Samtalsterapi
- C. Fördjupad undersökning med arbets-EKG
- D. Kognitiv beteendearbets- och SSRI
- E. SSRI

Question #: 5

Eva, 42 år, har återbesök till dig på vårdcentralen. Hon är orolig för att hon har fel på hjärtat. Hon har återkommande episoder med intensiv hjärtklappning och tryck över bröstet. Dessutom får hon svårt att andas och känner att hon tappar kontrollen över sitt tänkande och beteende. Detta gör att hon mer och mer isolerar sig. Vågar inte gå och handla och träffar inte sina bekanta. På jobbet undviker hon också att vistas i personalrummet.

Man har sammanlagt under senaste året gjort 5 EKG –som alla visat sig vara normala. Man har tagit blodprover enligt rutin som inte heller visat något sjukligt. Blodtryck 130/85 mmHg. Puls cirka 85 /min.

Hon är gift, röker ej, dricker alkohol som ”folk gör mest”. Arbetar som kontorist och har två välmående barn.

Du har nu enligt egen bedömning uteslutit kardiell genes till Evas besvär och oro.

Du tror att det rör sig om stress, oro och ångest, vilket Eva inte själv pratar om.

Man tillskriver hennes besvär vanligtvis som en överaktivitet av noradrenalin och adrenalin. Det kan finnas andra varianter, men mindre vanligt.

Du förskriver T. propranolol (20-40 mg) att tas en till två timmar före förväntade stressande situationer. Beskriver att det inte påverkar kognitiva funktioner utan bara de kroppsliga symtomen. Du har försäkrat dig om att Eva ej lider av astma.

Du bedömer att Eva lider av paniksyndrom av en grad som ger upphov till lidande och funktionsnedsättning. Hon är lite tveksam till att det handlar om ett psykiskt/psykologiskt fenomen. Hon är dock villig att prova ”din medicin”.

Eva har nu provat T. propranolol i en vecka utan tillräcklig effekt och kommer för återbesök.

Eva ordinerar i första hand KBT med exponering samt ett tillägg av SSRI.

Vad innebär exponering i terapi?

- ✓A. Att gradvis utsätta patienten för situationer där patienten upplever ångest, följt av veckovisa utvärderingar
- B. Att genomföra terapin i grupp där patienten får diskutera sina tankar och känslor kring det som ger ångest inför andra
- C. Att visa patienten hur andra patienter har reagerat efter att ha följt dina råd, gärna i grupp
- D. Att utsätta patienten för fysisk ansträngning för att övertyga henne om att hon inte har fel på sitt hjärta
- E. Gradvis upptrappning av läkemedel för att minska risken för biverkningar

Question #: 6

Sami, 46 år, söker akut på din hälsocentral då han behöver sjukintyg. Han har känt sig sjuk, varit hes, haft färgade upphostningar, sveda i halsen, tryck över ena örat. Han har tidigare även haft andningskorrelerad smärta till vänster i bröstkorgen men detta är bättre nu. Subfebril till och från. Han säger att han har haft upp till 8 långdragna luftvägsinfektioner de senaste åren då han sjukskrivit sig själv någon eller några dagar. Han känner sig ofta trött på dagarna, har svårt att koncentrera sig och få saker gjorda. Han svettas ofta nattetid och vaknar alltid flera gånger per natt för att kissa.

Han röker ej, medicinerar sedan 4 år med T. enalapril/hydroklortiazid 20/12,5 mg och T. amlodipin 10 mg för hypertoni. Han hade peritonsillit för 5 år sedan. Som barn besvärades han av atopiskt eksem och migrän.

Status:

At: Ser trött ut. Påtagligt hes, hostar. Rodnade utslag på kinder och näsa. Temp 36,8° C. BMI 30 kg/m²

Mun och svalg: Rodnad i svalget, tungan har tvärgående fissurer, tonsiller u.a, uvula-hypertrofi.

Öron: Trumhinnor u.a. bilateralt. Ömmande men ej förstörade lymfkörtlar längs halsen.

Pulm: Antytt dämpade andningsljud vänster lunga basalt dorsalt och enstaka slembiljud hörs i båda lungorna.

Cor: Auskulteras u.a., puls 80 /min.

Blodtryck 160/105 mmHg.

PR: Prostata palperas utan ömhet, normalstor och med bevarad mittfåra.

Lab: P-CRP 15 mg/L (referens <3)

Vad är bästa nästa steg i handläggningen?

- A. Blodstatus med diff, nasopharynxodling och lungröntgen
- B. Blodstatus med diff, snabbtest för streptococcus pyogenes (Strep A) och lungröntgen
- ✓C. Saturation, andningsfrekvens och lungröntgen
- D. Andningsfrekvens, nasofarynxodling och blodstatus med diff
- E. Blodstatus, saturation, snabbtest för streptococcus pyogenes (Strep A)

Item ID: 3322 / 1

Question #: 7

Sami, 46 år, söker akut på din hälsocentral då han behöver sjukintyg. Han har känt sig sjuk, varit hes, haft färgade upphostningar, sveda i halsen, tryck över ena örat. Han har tidigare även haft andningskorrelerad smärta till vänster i bröstkorgen men detta är bättre nu. Subfebril till och från. Han säger att han har haft upp till 8 långdragna luftvägsinfektioner de senaste åren då han sjukskrivit sig själv någon eller några dagar. Han känner sig ofta trött på dagarna, har svårt att koncentrera sig och få saker gjorda. Han svettas ofta nattetid och vaknar alltid flera gånger per natt för att kissa.

Han röker ej, medicinerar sedan 4 år med T. enalapril/hydroklortiazid 20/12,5 mg och T. amlodipin 10 mg för hypertoni. Han hade peritonsillit för 5 år sedan. Som barn besvärades han av atopiskt eksem och migrän.

Status:

At: Ser trött ut. Påtagligt hes, hostar. Rodnade utslag på kinder och näsa. Temp 36,8° C. BMI 30 kg/m²

Mun och svalg: Rodnad i svalget, tungan har tvärgående fissurer, tonsiller u.a, uvula-hypertrofi.

Öron: Trumhinnor u.a. bilateralt. Ömmande men ej förstörade lymfkörtlar längs halsen.

Pulm: Antytt dämpade andningsljud vänster lunga basalt dorsalt och enstaka slembiljud hörs i båda lungorna.

Cor: Auskulteras u.a., puls 80 /min.

Blodtryck 160/105 mmHg.

PR: Prostata palperas utan ömhet, normalstor och med bevarad mittfåra.

Lab: P-CRP 15 mg/L (referens <3)

Mot bakgrund av auskultationsfynd och anamnes på andningskorrelerad bröstsmärta beställde du akut lungröntgen som var u.a. Saturationen var 95 % på rumsluft. Du beräknade andningsfrekvensen till 18 andetag/minut.

Hur bör du behandla patientens luftvägsinfektion?

- ✓A. Symtomlindring och allmänna råd om vätskeintag och paracetamol vid behov
- B. T. doxycyklin 100 mg 2 x 1 i 3 dagar och därefter 1 x 1 i 4 dagar
- C. T. amoxicillin 500 mg 1 x 2 i 10 dagar
- D. T. penicillin V 1 g x 3 i 7 dagar
- E. Inh. budesonid 200 µg 1 x 2 i 4 veckor

Item ID: 3323 / 1

Question #: 8

Sami, 46 år, söker akut på din hälsocentral då han behöver sjukintyg. Han har känt sig sjuk, varit hes, haft färgade upphostningar, sveda i halsen, tryck över ena örat. Han har tidigare även haft andningskorrelerad smärta till vänster i bröstkorgen men detta är bättre nu. Subfebril till och från. Han säger att han har haft upp till 8 långdragna luftvägsinfektioner de senaste åren då han sjukskrivit sig själv någon eller några dagar. Han känner sig ofta trött på dagarna, har svårt att koncentrera sig och få saker gjorda. Han svettas ofta nattetid och vaknar alltid flera gånger per natt för att kissa.

Han röker ej, medicinerar sedan 4 år med T. enalapril/hydroklortiazid 20/12,5 mg och T. amlodipin 10 mg för hypertoni. Han hade peritonsillit för 5 år sedan. Som barn besvärades han av atopiskt eksem och migrän.

Status:

At: Ser trött ut. Påtagligt hes, hostar. Rodnade utslag på kinder och näsa. Temp 36,8° C. BMI 30 kg/m²

Mun och svalg: Rodnad i svalget, tungan har tvärgående fissurer, tonsiller u.a, uvula-hypertrofi.

Öron: Trumhinnor u.a. bilateralt. Ömmande men ej förstörade lymfkörtlar längs halsen.

Pulm: Antytt dämpade andningsljud vänster lunga basalt dorsalt och enstaka slembiljud hörs i båda lungorna.

Cor: Auskulteras u.a., puls 80 /min.

Blodtryck 160/105 mmHg.

PR: Prostata palperas utan ömhet, normalstor och med bevarad mittfåra.

Lab: P-CRP 15 mg/L (referens <3)

Mot bakgrund av auskultationsfynd och anamnes på andningskorrelerad bröstsmärta beställde du akut lungröntgen som var u.a. Saturationen var 95 % på rumsluft. Du beräknade andningsfrekvensen till 18 andetag/minut.

Du bestämmer dig för att symtomlindring och allmänna råd om vätskeintag och paracetamol vid behov är rätt behandling av luftvägsinfektionen. Du bestämmer dig också för att sjukskriva patienten i en vecka och planerar in ett återbesök om 2 veckor med tanke på hans långdragna besvär.

Men innan du avslutar detta akuta besök - patientens blodtryck var 160/105 mmHg. Hur bör du handlägga det?

- A. Ber honom mäta blodtrycket hemma med sin egen blodtrycksmätare vid några tillfällen innan återbesöket
- B. Avvaktar, inga ytterligare kontroller
- C. Ökar T. amlodipin till 15 mg x 1
- D. Sätter in T. candesartan 8 mg x 1 i tillägg till de mediciner han har
- E. Sätter in T. metoprolol 50 mg x 1 i tillägg till de mediciner han har

Item ID: 3324 / 1

Question #: 9

Du ber patienten mäta blodtrycket hemma vid några tillfällen innan återbesöket.

Patienten har en egen blodtrycksmätare (OMRON, överarmsmätare, inköpt på Apoteket) Vad är rekommenderat målvärde för blodtrycket vid hemmamätning?

- A. 140/90 mmHg
- ✓B. 135/85 mmHg
- C. 145/95 mmHg
- D. 160/100 mmHg
- E. 130/80 mmHg

Item ID: 3325 / 1

Question #: 10

Sami, 46 år, söker akut på din hälsocentral då han behöver sjukintyg. Han har känt sig sjuk, varit hes, haft färgade upphostningar, sveda i halsen, tryck över ena örat. Han har tidigare även haft andningskorrelerad smärta till vänster i bröstkorgen men detta är bättre nu. Subfebril till och från. Han säger att han har haft upp till 8 långdragna luftvägsinfektioner de senaste åren då han sjukskrivit sig själv någon eller några dagar. Han känner sig ofta trött på dagarna, har svårt att koncentrera sig och få saker gjorda. Han svettas ofta nattetid och vaknar alltid flera gånger per natt för att kissa.

Han röker ej, medicinerar sedan 4 år med T. enalapril/hydroklortiazid 20/12,5 mg och T. amlodipin 10 mg för hypertoni. Han hade peritonsillit för 5 år sedan. Som barn besvärades han av atopiskt eksem och migrän.

Status:

At: Ser trött ut. Påtagligt hes, hostar. Rodnade utslag på kinder och näsa. Temp 36,8° C. BMI 30 kg/m²

Mun och svalg: Rodnad i svalget, tungan har tvärgående fissurer, tonsiller u.a, uvula-hypertrofi.

Öron: Trumhinnor u.a. bilateralt. Ömmande men ej förstörade lymfkörtlar längs halsen.

Pulm: Antytt dämpade andningsljud vänster lunga basalt dorsalt och enstaka slembiljud hörs i båda lungorna.

Cor: Auskulteras u.a., puls 80 /min.

Blodtryck 160/105 mmHg.

PR: Prostata palperas utan ömhet, normalstor och med bevarad mittfåra.

Lab: P-CRP 15 mg/L (referens <3)

Mot bakgrund av auskultationsfynd och anamnes på andningskorrelerad bröstsmärta beställde du akut lungröntgen som var u.a. Saturationen var 95 % på rumsluft. Du beräknade andningsfrekvensen till 18 andetag/minut.

Du bestämde dig för att symtomlindring och allmänna råd om vätskeintag och paracetamol vid behov var rätt behandling av luftvägsinfektionen. Du bestämmer dig också för att sjukskriva patienten i en vecka och planerar in ett återbesök om 2 veckor med tanke på hans långdragna besvär.

Han har kontrollerat sitt blodtryck hemma och det har legat mellan 135-145/85-95 mmHg vid mätningarna, alltså något över det önskvärda <135/85 mmHg. Du avvaktar utan medicinändring nu direkt, men lovar följa upp blodtrycket parallellt med övrig utredning.

Innan du fortsätter prata om hans symptom är det några saker till du vill veta om hans sociala liv.

Vilket av följande alternativ innehåller de viktigaste sociala aspekterna som du behöver fråga patienten om vid detta besök?

- A. Familjesituation, kostvanor, alkoholvanor
- B. Arbetsituation, alkoholvanor, kostvanor
- C. Kostvanor, arbetsituation, motionsvanor
- D. Arbetsituation, familjesituation, alkoholvanor
- E. Motionsvanor, kostvanor, alkoholvanor

Question #: 11

Vid återbesöket efter 2 veckor har Sami tillfrisknat från sin luftvägsinfektion men beskriver alltjämt irritation i halsen, dagtrötthet, nedsatt koncentration, nykturi och svettningar nattetid. Även om han bara haft peri-tonsillit en gång för 5 år sedan är han fortsatt bekymrad över sina ständigt återkommande och besvärande luftvägsinfektioner. Han har behandlats för högt blodtryck i 4 år. Som barn besvärades han av atopiskt eksem och migrän. I status har du vid förra besöket noterat: ser trött ut, påtagligt hes, hostar. Rodnade utslag på kinder och näsa. Rodnad i svalget, tvärgående fissurer på tungan, tonsiller u.a., uvula-hypertrofi. Trumhinnor u.a. bilateralt. Ömmande men ej förstörade lymfkörtlar palperas längs halsen. Du finner antytt dämpade andningsljud vänster lunga basalt dorsalt och enstaka slembiljud hörs i båda lungorna när du lyssnar. Hjärta auskulteras utan anmärkning, puls 80 /min. vikt 98 kg, BMI 30 kg/m², blodtryck 160/105 mmHg, prostata u.a. Du frågade om hans arbetssituation, familjesituation och alkoholvanor. Han arbetar på bibliotek (är bibliotekarie) och bor tillsammans med sin fru och deras 2 döttrar, 7 respektive 10 år gamla. Hustrun arbetar på dagis men är sjukskriven sedan flera månader på grund av värk. Han använder inte alkohol och som du redan visste så röker han inte.

Status:

At: Vikt 98 kg. Opåverkad men ser trött ut. Rodnade utslag på kinder och näsa.

Mun och svalg: Lätt rodnad i svalget, tvärgående fissurer på tungan, tonsiller u.a., uvula-hypertrofi.

Lymfkörtlar: u.a.

Cor: auskulteras u.a., puls 70/min.

Pulm: ua

Hem blodtryck var nyligen 135-145/85-95 mmHg

Det faktum att Sami är överviktig, har irritation i halsen och dagtrötthet får dig att undra om han snarkar och har andningsuppehåll. Sami bekräftar att han snarkat i många år och därför sover han i eget rum för att inte störa sin fru. Han märker inte själv att han snarkar och vet inte om han har andningsuppehåll.

I anamnes och status har det framkommit flera andra symptom och omständigheter (förutom övervikt, irritation i halsen och dagtrötthet) som kan vara relaterade till obstruktivt sömnapné syndrom (OSA). Vilka?

- A. Upprepade luftvägsinfektioner, hypertoni, utslag i ansiktet och tidigare eksem
- B. Hypertoni, upprepade luftvägsinfektioner, tvärgående fissurer på tungan och utslag i ansiktet
- C. Nykturi, genomgången peri-tonsillit, utslag i ansiktet och tidigare eksem
- D. Uvula-hypertrofi, nykturi, svettningar nattetid och anamnes på migrän i barndomen
- ✓E. Hypertoni, uvula-hypertrofi, nykturi och svettningar nattetid

Question #: 12

Det faktum att Sami är överviktig, irritation i halsen och dagtrötthet fick dig att undra om Sami snarkar och har andningsuppehåll. Du frågade honom om det och han bekräftade att han snarkat i många år och därför sover i egen rum för att inte störa sin fru. Han märker inte själv att han snarkar och vet inte om han har andningsuppehåll. Sami har även hypertoni, uvula-hypertrofi, nykturi och svettningar nattetid vilka alla kan ha samband med snarkning och andningsuppehåll (OSA).

Vilken åtgärd bör du i nuläget föreslå Sami med anledning av din misstanke om OSA?

- A. Använda näsvingetejp nattetid
- B. Behandling med avsvällande nässprej
- C. Sova med höga kuddar under huvudet eller ha en tennisboll i pyjamasen för att hindra att han sover på rygg
- D. Viktnedgång, skickar en remiss till dietist för att Sami ska få hjälp med detta
- ✓E. Remiss för sömnapnéutredning

Item ID: 3328 / 1

Question #: 13

Som barnjour blir du kontaktad från förlossningsavdelningen dit man väntar in en gravid kvinna som kan förväntas föda ett extremt prematurfött barn (före 28 fullbordade gestationsveckor).

Vilket är den lägsta gestationsålder vid vilken man kan överväga att erbjuda intensivvård till ett extremt prematurfött barn i Sverige?

- A. 24 veckor
- ✓B. 22 veckor
- C. 20 veckor
- D. 26 veckor
- E. 18 veckor

Item ID: 3329 / 1

Question #: 14

Som barnjour blir du kontaktad från förlossningsavdelningen dit man väntar in en gravid kvinna som kan förväntas föda ett extremt prematurfött barn (före 28 fullbordade gestationsveckor).

I Sverige kan man erbjuda intensivvård till prematurt födda barn från 22 veckor.

En gravid kvinna, som tidigare haft en okomplicerad graviditet, inkommer till förlossningsavdelningen i graviditetsvecka 26 på grund av värkar och vattenavgång sedan två timmar. Redan en timme senare föds ett välskapt flickebarn vaginalt som sprattlar och gnyr. Du stabiliserar barnet med hjälp av värme, plastpåse runt kroppen och CPAP, initialt med 30 % syrgas som ökas gradvis till 100 %. Vid 10 minuters ålder är syrgas-saturationen 60 % och andningsfrekvensen är 100 per minut.

Vilket läkemedel bör du överväga att ge barnet akut i denna situation?

- A. Betametason
- B. Bensylpenicillin
- ✓C. Surfactant
- D. Adrenalin
- E. Koffeincitrat

Item ID: 3330 / 1

Question #: 15

Som barnjour blir du kontaktad från förlossningsavdelningen dit man väntar in en gravid kvinna som kan förväntas föda ett extremt prematurfött barn (före 28 fullbordade gestationsveckor).

I Sverige kan man erbjuda intensivvård till prematurt födda barn från 22 veckor.

En gravid kvinna, som tidigare haft en okomplicerad graviditet, inkommer till förlossningsavdelningen i graviditetsvecka 26 på grund av värkar och vattenavgång sedan två timmar. Redan en timme senare föds ett välskapt flickebarn vaginalt som sprattlar och gnyr. Du stabiliserar barnet med hjälp av värme, plastpåse runt kroppen och CPAP, initialt med 30 % syrgas som ökas gradvis till 100 %. Vid 10 minuters ålder är syrgas-saturationen 60 % och andningsfrekvensen är 100 per minut.

Du ger surfaktant till barnet.

Vilken verkningsmekanism har surfaktant?

- ✓A. Ytspänningsnedsättande effekt i alveolerna
- B. Inotrop effekt genom stimulering av beta-1 receptorer
- C. Slemlösande effekt i luftvägarna
- D. Luftrörsvidgande effekt genom stimulering av beta-2 receptorer
- E. Förbättrat syreupptag genom förskjutning av hemoglobinet syrgas-dissociationskurva

Item ID: 3331 / 1

Question #: 16

Som barnjour blir du kontaktad från förlossningsavdelningen dit man väntar in en gravid kvinna som kan förväntas föda ett extremt prematurfött barn (före 28 fullbordade gestationsveckor).

I Sverige kan man erbjuda intensivvård till prematurt födda barn från 22 veckor.

En gravid kvinna, som tidigare haft en okomplicerad graviditet, inkommer till förlossningsavdelningen i graviditetsvecka 26 på grund av värkar och vattenavgång sedan två timmar. Redan en timme senare föds ett välskapt flickebarn vaginalt som sprattlar och gnyr. Du stabiliserar barnet med hjälp av värme, plastpåse runt kroppen och CPAP, initialt med 30 % syrgas som ökas gradvis till 100 %. Vid 10 minuters ålder är syrgas-saturationen 60 % och andningsfrekvensen är 100 per minut.

Barnet intuberas och får surfaktant med god effekt. Efter några minuter är sygasmättnaden 90 % och barnet kan snabbt extuberas. Efter den initiala stabiliseringen på förlossningen förs barnet till neonatalavdelningen. Flickans födelsevikt var 830 g.

Vilken av nedanstående komplikationer är det MINST sannolikt att flickan drabbas av under de första tre levnadsdagarna?

- A. Respiratory distress syndrome
- ✓B. Prematuritetsretinopati
- C. Hyperglykemi
- D. Hypoglykemi
- E. Intraventrikulär hemorrhagi

Item ID: 3332 / 1

Question #: 17

Som barnjour blir du kontaktad från förlossningsavdelningen dit man väntar in en gravid kvinna som kan förväntas föda ett extremt prematurfött barn (före 28 fullbordade gestationsveckor).

I Sverige kan man erbjuda intensivvård till prematurt födda barn från 22 veckor.

En gravid kvinna, som tidigare haft en okomplicerad graviditet, inkommer till förlossningsavdelningen i graviditetsvecka 26 på grund av värkar och vattenavgång sedan två timmar. Redan en timme senare föds ett välskapt flickebarn vaginalt som sprattlar och gnyr. Du stabiliserar barnet med hjälp av värme, plastpåse runt kroppen och CPAP, initialt med 30 % syrgas som ökas gradvis till 100 %. Vid 10 minuters ålder är syrgas-saturationen 60 % och andningsfrekvensen är 100 per minut.

Barnet intuberas och får surfaktant med god effekt. Efter några minuter är sygasmättnaden 90 % och barnet kan snabbt extuberas. Efter den initiala stabiliseringen på förlossningen förs barnet till neonatalavdelningen. Flickans födelsevikt var 830 g.

Vid 6 veckors ålder genomgår flickan screening för prematuritetsretinopati (ROP) och man finner tecken till ROP stadium I i vänster öga.

Vilket påstående är INTE korrekt avseende ROP?

- A. Syrgastillförsel är en riskfaktor för ROP
- ✓B. ROP drabbar cirka 5 % av barn som föds före 28 graviditetsveckor
- C. ROP kan leda till näthinneavlossning
- D. Den första fasen av ROP-utveckling utgörs av en avstannad kärltillväxt
- E. Förbättrat näringsintag kan skydda mot ROP

Item ID: 3333 / 1

Question #: 18

En 73-årig man som rökt 20 cigaretter per dag i 45 år kommer till vårdcentralen för tilltagande dyspne och hosta. Han är tidigare frisk men de senaste åren blir han mycket mer andfådd i samband med förkylningar vilket brukar inträffa 3-4 gånger per år. Han har ingen medicinering.

Status:

At: Opåverkad i vila. Inga benödem.

Cor: Regelbunden rytm 56 /min utan billjud.

Pulm: Normala andningsljud.

Blodtryck: 135/80 mmHg.

Vilken undersökning är mest motiverad med tanke på sannolika differentialdiagnoser?

- A. Hjärtkateterisering
- B. Lungröntgen
- ✓C. Spirometri
- D. NT-pro-BNP
- E. Ekokardiografi

Item ID: 3334 / 1

Question #: 19

En 73-årig man som rökt 20 cigaretter per dag i 45 år kommer till vårdcentralen för tilltagande dyspne och hosta. Han är tidigare frisk men de senaste åren blir han mycket mer andfådd i samband med förkylningar vilket brukar inträffa 3-4 gånger per år. Han har ingen medicinering.

Status:

At: Opåverkad i vila. Inga benödem.

Cor: Regelbunden rytm 56 /min utan billjud.

Pulm: Normala andningsljud.

Blodtryck: 135/80 mmHg.

Spirometri görs på vårdcentralen och visar följande, procent av normalvärde inom parantes: FEV1 1,5 L (44 %) FVC 3,2 L (77 %), FEV1/FVC 0,46 efter 2 doser Bricanyl 0,5 mg

Vad är mest sannolik diagnos ?

- ✓A. KOL
- B. Astma
- C. Lungfibros
- D. Lungcancer
- E. Pulmonell hypertension

Item ID: 3335 / 1

Question #: 20

En 73-årig man som rökt 20 cigaretter per dag i 45 år kommer till vårdcentralen för tilltagande dyspne och hosta. Han är tidigare frisk men de senaste åren blir han mycket mer andfådd i samband med förkylningar vilket brukar inträffa 3-4 gånger per år. Han har ingen medicinering.

Status:

At: Opåverkad i vila. Inga benödem.

Cor: Regelbunden rytm 56 /min utan billjud.

Pulm: Normala andningsljud.

Blodtryck: 135/80 mmHg.

Spirometri görs på vårdcentralen och visar följande, procent av normalvärde inom parentes: FEV1 1,5 L (44 %)

FVC 3,2 L (77 %), FEV1/FVC 0,46 efter 2 doser Bricanyl 0,5 mg.

KOL diagnos ställs på en kvot klart under 0,7 efter bronkdilatation.

Komorbidityter är betydelsefulla vid KOL.

Vilket av följande är INTE en vanlig komorbidityt vid KOL?

- A. Osteoporos
- ✓B. Lungembolisering
- C. Nedsatt fysisk kapacitet och muskelstyrka
- D. Viktnedgång
- E. Hjärtkärlsjukdom

Item ID: 3336 / 1

Question #: 21

En 73-årig man som rökt 20 cigaretter per dag i 45 år kommer till vårdcentralen för tilltagande dyspne och hosta. Han är tidigare frisk men de senaste åren blir han mycket mer andfådd i samband med förkylningar vilket brukar inträffa 3-4 gånger per år. Han har ingen medicinering.

Status:

At: Opåverkad i vila. Inga benödem.

Cor: Regelbunden rytm 56 /min utan billjud.

Pulm: Normala andningsljud.

Blodtryck: 135/80 mmHg.

Spirometri görs på vårdcentralen och visar följande, procent av normalvärde inom parentes: FEV1 1,5 L (44 %)

FVC 3,2 L (77 %), FEV1/FVC 0,46 efter 2 doser Bricanyl 0,5 mg.

KOL diagnos ställs på en kvot klart under 0,7 efter bronkdilatation.

Viktnedgång, osteoporos, hjärtkärlsjukdom och nedsatt fysisk kapacitet är vanligt vid KOL.

Vilken åtgärd är mest motiverad för att förbättra livskvaliteten vid KOL?

- A. CT thorax
- ✓B. Patientutbildning
- C. Bioimpedansmätning
- D. Daglig PEF-mätning
- E. Dexamätning

Item ID: 3337 / 1

Question #: 22

En 73-årig man som rökt 20 cigaretter per dag i 45 år kommer till vårdcentralen för tilltagande dyspne och hosta. Han är tidigare frisk men de senaste åren blir han mycket mer andfådd i samband med förkylningar vilket brukar inträffa 3-4 gånger per år. Han har ingen medicinering.

Status:

At: Opåverkad i vila. Inga benödem.

Cor: Regelbunden rytm 56 /min utan billjud.

Pulm: Normala andningsljud.

Blodtryck: 135/80 mmHg.

Spirometri görs på vårdcentralen och visar följande, procent av normalvärde inom parentes: FEV1 1,5 L (44 %)

FVC 3,2 L (77 %), FEV1/FVC 0,46 efter 2 doser Bricanyl 0,5 mg.

KOL diagnos ställs på en kvot klart under 0,7 efter bronkdilatation.

Viktnedgång, osteoporos, hjärtkärlsjukdom och nedsatt fysisk kapacitet är vanligt vid KOL och multidisciplinär patientutbildning har stor betydelse för patienterna.

Vilken av följande åtgärder är mest kostnadseffektiv?

- A. Behandling med β -2-agonist + antikolinergikum + inhalationssteroid + fosfodiesterashämmare
- ✓B. Rökstopp med hjälp av nikotinersättningsmedel och rökavvänjningssköterska
- C. Trippelbehandling med β -2-agonist + antikolinergikum + inhalationssteroid
- D. Dubbel bronkdilatation med β -2-agonist + antikolinergikum
- E. Behandling med β -2-agonist vid behov

Item ID: 3338 / 1

Question #: 23

En 32-årig kvinna kommer till akutmottagningen på ditt sjukhus där du tjänstgör som kirurgjour. Hon har sedan 6 timmar haft högt sittande smärtor i epigastriet. Från början kändes det som attacker av krampsmärtor men övergick sedan till konstant värk i epigastriet, mest till höger, hon känner sig varm och tempen är 37,9° C. Hon är sedan tidigare frisk och använder inga mediciner regelbundet. Hon har haft lättare anfallsvisa smärtor högt upp i epigastriet vid ett par tillfällen de senaste 2 månaderna, smärtorna har avklingat spontant efter 1-2 timmar och hon har alltså inte sökt läkare tidigare.

Vilken av följande diagnoser är mest trolig?

- A. Cholecystit
- B. Ileus
- C. Diverticulit
- D. Ulcus
- E. Appendicit

Item ID: 3339 / 1

Question #: 24

En 32-årig kvinna kommer till akutmottagningen på ditt sjukhus där du tjänstgör som kirurgjour. Hon har sedan 6 timmar haft högt sittande smärtor i epigastriet. Från början kändes det som attacker av krampsmärter men övergick sedan till konstant värk i epigastriet, mest till höger, hon känner sig varm och tempen är 37,9° C. Hon är sedan tidigare frisk och använder inga mediciner regelbundet. Hon har haft lättare anfallsvisa smärtor högt upp i epigastriet vid ett par tillfällen de senaste 2 månaderna, smärtorna har avklingat spontant efter 1-2 timmar och hon har alltså inte sökt läkare tidigare.

Du misstänker cholecystit.

Vilken kombination av laboratorieprover är nu mest relevant?

- A. CRP, elektrolytstatus, graviditetstest
- B. CRP, blodgruppering, leverstatus
- ✓C. CRP, blodstatus, leverstatus
- D. Leverstatus, elektrolytstatus, graviditetstest
- E. CRP, blodstatus, elektrolytstatus

Item ID: 3340 / 1

Question #: 25

En 32-årig kvinna kommer till akutmottagningen på ditt sjukhus där du tjänstgör som kirurgjour. Hon har sedan 6 timmar haft högt sittande smärtor i epigastriet. Från början kändes det som attacker av krampsmärtor men övergick sedan till konstant värk i epigastriet, mest till höger, hon känner sig varm och tempen är 37,9° C. Hon är sedan tidigare frisk och använder inga mediciner regelbundet. Hon har haft lättare anfallsvisa smärtor högt upp i epigastriet vid ett par tillfällen de senaste 2 månaderna, smärtorna har avklingat spontant efter 1-2 timmar och hon har alltså inte sökt läkare tidigare.

Du misstänker cholecystit och ordinerar laboratorieprover inkluderande CRP, blodstatus och leverstatus.

Som avvikande provsvar får du (referensvärden inom parentes):

P-CRP 81 mg/L (<3)

B-LPK $14,3 \cdot 10^9/L$ (3,5-8,8)

P-ASAT 2,3 $\mu\text{kat/L}$ (<0,61)

P-ALAT 1,2 $\mu\text{kat/L}$ (<0,76)

P-ALP 3,5 (<1,9)

Patienten är måttligt smärtpåverkad, i bukstatus finns antytt muskelförsvär lokalt höger sida subcostalt. Klockan är nu 20.30.

Vad bör nästa steg i handläggningen av denna patient vara?

- A. Inläggning för fortsatt observation, smärtlindring, ytterligare utredning med akut ultraljud av buken och eventuell operation.
- B. Ge adekvat smärtlindring och skicka hem för polikliniskt ultraljud av buken. Planera återbesök till kirurgmottagningen efter detta för operationsbeslut.
- C. Skicka hem med recept på supp Diklofenak 50 mg vb, max 3 st/dag. Ingen ytterligare uppföljning inplanerad men får återkomma vid försämring.
- D. Inläggning för akut operation.
- E. Ge adekvat smärtlindring och skicka hem. Planera tillbaka till akutmottagningen imorgon kl. 08.00 för kontrollpalpation.

Question #: 26

En 32-årig kvinna kommer till akutmottagningen på ditt sjukhus där du tjänstgör som kirurgjour. Hon har sedan 6 timmar haft högt sittande smärtor i epigastriet. Från början kändes det som attacker av krampsmärtor men övergick sedan till konstant värk i epigastriet, mest till höger, hon känner sig varm och tempen är 37,9° C. Hon är sedan tidigare frisk och använder inga mediciner regelbundet. Hon har haft lättare anfallsvisa smärtor högt upp i epigastriet vid ett par tillfällen de senaste 2 månaderna, smärtorna har avklingat spontant efter 1-2 timmar och hon har alltså inte sökt läkare tidigare.

Du misstänker cholecystit och ordinerar laboratorieprover inkluderande CRP, blodstatus och leverstatus.

Som avvikande provsvar får du (referensvärden inom parentes):

P-CRP 81 mg/L (<3)

B-LPK $14,3 \cdot 10^9/L$ (3,5-8,8)

P-ASAT 2,3 $\mu\text{kat/L}$ (<0,61)

P-ALAT 1,2 $\mu\text{kat/L}$ (<0,76)

P-ALP 3,5 (<1,9)

Patienten är måttligt smärtpåverkad, i bukstatus finns antytt muskelförsvär lokalt höger sida subcostalt. Klockan är nu 20.30.

Du lade in henne på din akutmottagningsavdelning och akut ultraljud av buken bekräftade akut cholecystit, inga påtagligt vida gallvägar och i övrigt inget väsentligt avvikande. Klockan har nu blivit 23.30 och hennes temperatur är 38,0° C. Hon är adekvat smärtlindrad efter 2,5 mg morfin i.v.

Hur bör du handlägga henne nu?

- A. Anmäl för akut öppen cholecystektomi inatt
- B. Fortsätt observation över natten, sätt in i.v. antibiotika, planera hemgång imorgon och poliklinisk laparoskopisk cholecystektomi inom 4-6 veckor
- C. Fortsätt observation över natten, sätt in i.v. antibiotika, anmäl för öppen cholecystektomi imorgon bitti
- ✓D. Fortsätt observation över natten, anmäl för laparoskopisk cholecystektomi imorgon bitti
- E. Anmäl för akut laparoskopisk cholecystektomi inatt

Item ID: 3342 / 1

Question #: 27

Den 32-åriga kvinnan med akut cholecystit har haft en relativt lugn natt men behövde ytterligare 2,5 mg morfin iv.

Klockan är nu 08.15 nästföljande dag och den laparoskopiska cholecystektomin pågår för fullt.

Man utför som ett delmoment i denna operation en peroperativ cholangiografi. Varför?

- A. För att försäkra sig om normal gallvägsanatomy och förebygga postoperativ pancreatit
- B. För att utesluta gallvägsmalignitet och utesluta sten i ductus choledochus
- C. För att utesluta sten i ductus choledochus och förebygga postoperativ pancreatit
- ✓D. För att försäkra sig om normal gallvägsanatomy och utesluta sten i ductus choledochus
- E. För att förebygga postoperativ pancreatit och utesluta gallvägsmalignitet

Item ID: 3343 / 1