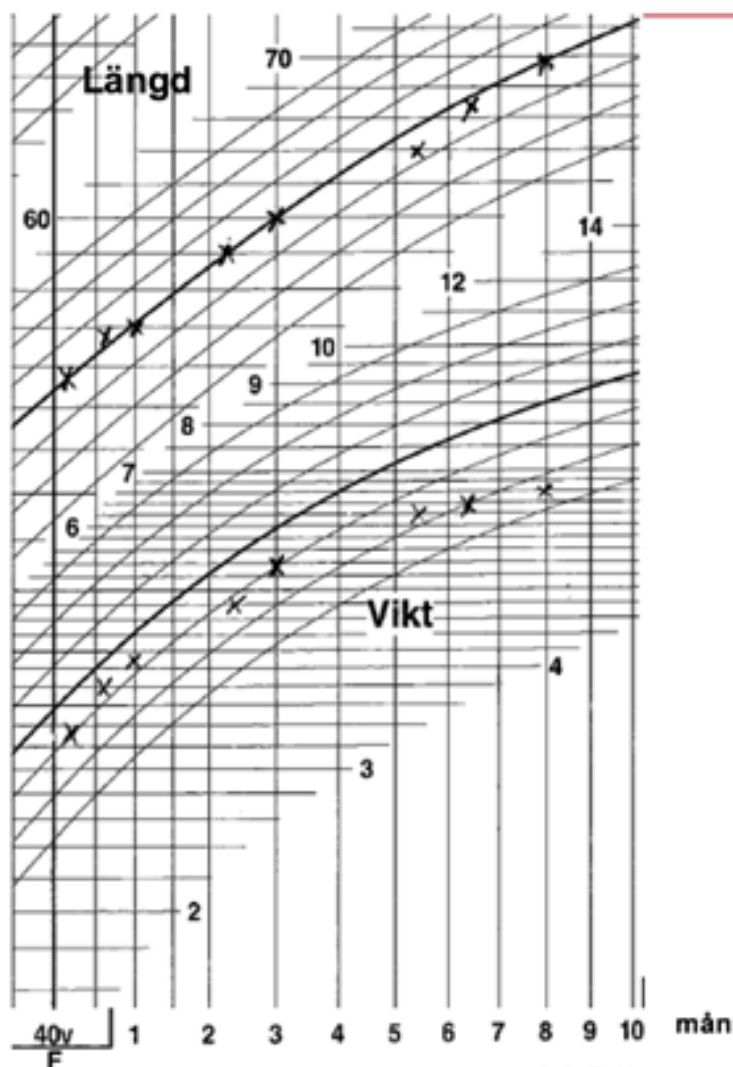


Delprov 2 Kliniska case

Namn: _____ Personnummer: _____

Question #: 1

Du är läkare på BVC och träffar Ellen på ett extra läkarbesök. Hon är 8 månader gammal. BVC-sköterskan är orolig eftersom Ellen har en avvikande tillväxt. Du gör en tillväxtsbedömning. Ellens längd och vikt ses på bifogad bild.



Vad är mest trolig orsak till Ellens avvikande tillväxt?

- A. Hereditet
- B. Plottat fel i kurvan
- C. Endokrin sjukdom
- D. Dålig nutrition
- E. Fel på vågen

Question #: 2

Du är läkare på BVC och träffar Ellen på ett extra läkarbesök. Hon är 8 månader gammal. BVC-sköterskan är orolig eftersom Ellen har en avvikande tillväxt. Du gör en tillväxtsbedömning.

Du vill utreda nutritionella orsaker till flickans bristande tillväxt. Du gör en kostanamnes.

Förutom 5 D-droppar (vitamin D) till lunch, vilket av följande alternativ bedömer du som en bra kost som ska ge förutsättningar för tillväxt hos Ellen 8 månader?

- A. Ammas på morgonen, ammas som mellanmål på förmiddagen. 1 portion gröt till lunch. Ammas som mellanmål på eftermiddagen. 1 barnmatsburk till middag.
 - B. 1 flaska välling på morgonen, 1 portion gröt till lunch och 1 barnmatsburk till middag. Ammar på natten.
 - C. 1 portion gröt på morgonen, 1 barnmatsburk till lunch och 1 barnmatsburk till middag. Mjök på kvällen. Sover genom hela natten.
 - D. Ammas på morgonen, lite kex till mellanmål med mjök. 1 portion gröt till lunch. Mellanmål med mosad banan eller bär på eftermiddagen. 1 portion gröt till middag. Ammar på natten.
 - E. 1 portion gröt på morgonen, 1 barnmatsburk till lunch och 1 barnmatsburk till middag. Mellanmål med mosad banan eller bär på eftermiddagen. 1 flaska välling på kvällen.
-

Question #: 3

Du är läkare på BVC och träffar Ellen på ett extra läkarbesök. Hon är 8 månader gammal. BVC-sköterskan är orolig eftersom Ellen har en avvikande tillväxt. Du gör en tillväxtsbedömning. Du vill utreda nutritionella orsaker till flickans bristande tillväxt. Du gör en kostanamnes.

Ellen har ett bra energiintag och får D-vitaminer. Du vill utreda celiaki som en tänkbar orsak till hennes viktnedgång.

Vilket av följande alternativ är viktigast i utredningen?

- A. Blodstatus, järnstatus
 - B. Leverstatus med ALP
 - C. IgG, IgA, IgM och IL-6
 - D. Transglutaminas-antikroppar (TGA) och IgA
 - E. Faecesodling med cystor och maskar
-

Question #: 4

Du är läkare på BVC och träffar Ellen på ett extra läkarbesök. Hon är 8 månader gammal. BVC-sköterskan är orolig eftersom Ellen har en avvikande tillväxt. Du gör en tillväxtsbedömning. Du vill utreda nutritionella orsaker till flickans bristande tillväxt. Du gör en kostanamnes.

Ellen har ett bra energiintag och får D-vitaminer. Du vill utreda celiaki som en tänkbar orsak till hennes viktnedgång.

Ellen har mycket hög nivå av transglutaminasantikroppar med normal halt IgA.

Varför är det viktigt att mäta totalmängden eller bakgrunds-nivån av IgA vid utredning av celiaki?

- A. IgA-brist är en ovanlig men allvarlig immunbristsjukdom
 - B. Alla immunoglobuliner är viktiga för tillväxten hos ett barn
 - C. Hög halt IgA kan maskera en celiaki
 - D. Barn med celiaki kan utveckla IgA-brist
 - E. Transglutaminasantikroppar är av IgA-typ, varför dessa kan vara låga trots celiaki hos patienter med IgA-brist
-

Question #: 5

Ellen har celiaki och detta tillstånd är vanligt vid en kromosomrubbing.

Vilken?

- A. Trisomi 9
 - B. Trisomi 8q
 - C. Trisomi 18
 - D. Trisomi 13
 - E. Trisomi 21
-

Question #: 6

En 30-årig kvinna, Petra, har under det senaste året haft en ätstörning. Besvären har förvärrats trots att hon haft kontakt med en specialist i psykiatri. Nu har hon blivit övertalad att lägga in sig på en psykiatrisk klinik.

Kvinnan är 170 cm lång och väger 40 kg (BMI 13,8 kg/m²). Hon medger att hon har gått ner i vikt, men tycker inte själv att hon är speciellt mager och anser sig äta som andra. Hon väljer dock bort fett och kolhydrater. Menstruationerna har upphört. Grundstämningen är neutral.

I vilket avseende avviker sjukdomsbilden från den klassiska bilden av anorexia nervosa?

- A. Ålder för insjuknande
 - B. BMI-värdet
 - C. Valet av födoämnen
 - D. Hennes självbild
 - E. Den neutrala grundstämningen
-

Question #: 7

En 30-årig kvinna, Petra, har under det senaste året haft en ätstörning. Besvären har förvärrats trots att hon haft kontakt med en specialist i psykiatri. Nu har hon blivit övertalad att lägga in sig på en psykiatrisk klinik.

Kvinnan är 170 cm lång och väger 40 kg (BMI 13,8 kg/m²). Hon medger att hon har gått ner i vikt, men tycker inte själv att hon är speciellt mager och anser sig äta som andra. Hon väljer dock bort fett och kolhydrater. Menstruationerna har upphört. Grundstämningen är neutral.

Det är mindre vanligt att man insjuknar i anorexia nervosa vid 30 års ålder.

Vilket av nedanstående kriterier ingår i diagnosen anorexia nervosa?

- A. BMI under 15,5 kg/m²
 - B. Schizoida personlighetsdrag
 - C. Avvikande provsvar för TSH/T3/T4
 - D. BMI under 17,5 kg/m²
 - E. Individens känsla att den har rätt vikt trots lågt BMI
-

Question #: 8

En 30-årig kvinna, Petra, har under det senaste året haft en ätstörning. Besvären har förvärrats trots att hon haft kontakt med en specialist i psykiatri. Nu har hon blivit övertalad att lägga in sig på en psykiatrisk klinik.

Kvinnan är 170 cm lång och väger 40 kg (BMI 13,8 kg/m²). Hon medger att hon har gått ner i vikt, men tycker inte själv att hon är speciellt mager och anser sig äta som andra. Hon väljer dock bort fett och kolhydrater. Menstruationerna har upphört. Grundstämningen är neutral. Det är mindre vanligt att man insjuknar i anorexia nervosa vid 30 års ålder.

Petra har förutom ett lågt BMI som på sikt kan vara livshotande, också somatiska symtom såsom amenorré. Det är uppenbart att Petra behöver behandling.

Vilket övervägande är mest rimligt i valet av behandling?

- A. Undvika att fokusera på livssituationen men däremot på diet- och viktfrågor i stort
 - B. Vikten är inte så låg att man måste starta med viktkorrigerande åtgärder
 - C. Behandla maskerad depression med neuroleptika
 - D. Behandla med en kombination av östrogen och progesteron för att Petra skall få en normal menstruationscykel
 - E. Ge testosteron för att förebygga benskörhet
-

Question #: 9

En 30-årig kvinna, Petra, har under det senaste året haft en ätstörning. Besvären har förvärrats trots att hon haft kontakt med en specialist i psykiatri. Nu har hon blivit övertalad att lägga in sig på en psykiatrisk klinik.

Kvinnan är 170 cm lång och väger 40 kg (BMI 13,8 kg/m²). Hon medger att hon har gått ner i vikt, men tycker inte själv att hon är speciellt mager och anser sig äta som andra. Hon väljer dock bort fett och kolhydrater.

Menstruationerna har upphört. Grundstämningen är neutral.

Det är mindre vanligt att man insjuknar i anorexia nervosa vid 30 års ålder.

Petra har förutom ett lågt BMI som på sikt kan vara livshotande, också somatiska symtom såsom amenorré. Det är uppenbart att Petra behöver behandling.

Petra har inte ett så lågt BMI att det behöver åtgärdas i detta skede. Däremot finns sannolikt en depression i bakgrunden som behöver behandlas på sedvanligt sätt med en kombination av psykoterapi och antidepressiv behandling (SSRI).

Vilket av följande påståenden om förloppet och utgången av anorexia nervosa är korrekt?

- A. Många behöver kontinuerlig behandling med benzodiazepiner för att undvika återfall
 - B. Prognosen är bäst om sjukdomen debuterar i tonåren
 - C. De flesta återfår inte normal vikt och menstruationer
 - D. Mortaliteten vid anorexia nervosa är tredubblad, jämfört med personer i samma ålder och kön i normalbefolkningen.
 - E. Fertiliteten blir nedsatt när sjukdomen gått tillbaka
-

Question #: 10

En 30-årig kvinna, Petra, har under det senaste året haft ätstörningar. Besvären har förvärrats trots att hon haft kontakt med en specialist i psykiatri. Nu har hon blivit övertalad att lägga in sig på en psykiatrisk klinik.

Kvinnan är 170 cm lång och väger 40 kg (BMI 13,8 kg/m²). Hon medger att hon har gått ner i vikt, men tycker inte själv att hon är speciellt mager och anser sig äta som andra. Hon väljer dock bort fett och kolhydrater.

Menstruationerna har upphört. Grundstämningen är neutral.

Det är mindre vanligt att man insjuknar i anorexia nervosa vid 30 års ålder.

Petra har förutom ett lågt BMI som på sikt kan vara livshotande, också somatiska symtom såsom amenorré. Det är uppenbart att Petra behöver behandling.

Petra har inte ett så lågt BMI att det behöver åtgärdas i detta skede. Däremot finns sannolikt en depression i bakgrunden som behöver behandlas på sedvanligt sätt med en kombination av psykoterapi och antidepressiv behandling (SSRI).

Patienten blir efter ett bra omhändertagande normalviktig, men efter något år utvecklar patienten en bulimia nervosa.

Vilken av följande behandlingar är mest effektiv vid bulimia nervosa?

- A. Neuroleptika
 - B. Psykodynamisk terapi
 - C. Kognitiv beteendeterapi
 - D. Centralstimulerande medel
 - E. L-dopa
-

Question #: 11

En 36-årig tidigare frisk man kommer till kirurgmottagningen då han har en hudförändring som börjat klia de sista månaderna på ryggen. Han har sedan barndomen haft en pigmentförändring i området, denna har nu kanske blivit något större och ändrat form.

Vilken av följande hudcancertyper har störst risk att uppkomma i en pigmentförändring?

- A. Desmoplastiskt nevus
 - B. Basalcellscancer
 - C. Aktinsk keratos
 - D. Malignt melanom
 - E. Aterom
-

Question #: 12

En 36-årig tidigare frisk man kommer till kirurgmottagningen då han har en hudförändring som börjat klia de sista månaderna på ryggen. Han har sedan barndomen haft en pigmentförändring i området, denna har nu kanske blivit något större och ändrat form.

Du undersöker patienten och misstänker att det kan vara ett malignt melanom.

Vilken undersökning bör du nu välja för att komma närmare diagnos?

- A. Skrapbiopsi
 - B. Spektrofotometri
 - C. Ultraljud
 - D. Stansbiopsi
 - E. Dermatoskopi
-

Question #: 13

En 36-årig tidigare frisk man kommer till kirurgmottagningen då han har en hudförändring som börjat klia de sista månaderna på ryggen. Han har sedan barndomen haft en pigmentförändring i området, denna har nu kanske blivit något större och ändrat form.

Du undersöker patienten och misstänker att det kan vara ett malignt melanom och beställer en dermatoskopisk bedömning av hudläkare. Enligt denna är förändringen ett misstänkt malignt melanom. Du vill nu göra en primär excision av förändringen.

Hur bör denna excision planeras?

- A. Primär excision med 2 mm sidomarginal och ner till muskelfascia
 - B. Primär excision med 2 mm sidomarginal och ner till subkutant fettskikt
 - C. Primär excision med 2 cm sidomarginal och ner till subkutant fettskikt
 - D. Primär excision med 2 cm sidomarginal och ner till muskelfascia
 - E. Stansbiopsi för att bekräfta diagnos innan excision
-

Question #: 14

En 36-årig tidigare frisk man kommer till kirurgmottagningen då han har en hudförändring som börjat klia de sista månaderna på ryggen. Han har sedan barndomen haft en pigmentförändring i området, denna har nu kanske blivit något större och ändrat form.

Du undersöker patienten och misstänker att det kan vara ett malignt melanom och beställer en dermatoskopisk bedömning av hudläkare. Enligt denna är förändringen ett misstänkt malignt melanom.

Du utför en primär excision med 2 mm sidomarginal ner till subkutant fettskikt. Du får svar på PAD som anger att det rör sig om ett radikalt avlägsnat nodulärt melanom, Breslow 3,5 mm, Clark 4 med ulceration.

Vad bör du göra nu?

- A. Utvidgad excision och lymfkörtelutrymning
 - B. Utvidgad excision och sentinel node biopsi
 - C. Uppföljning om 1 år, är kirurgiskt klar
 - D. Utvidgad excision
 - E. Sentinel node biopsi
-

Question #: 15

En 36-årig tidigare frisk man kommer till kirurgmottagningen då han har en hudförändring som börjat klia de sista månaderna på ryggen. Han har sedan barndomen haft en pigmentförändring i området, denna har nu kanske blivit något större och ändrat form.

Du undersöker patienten och misstänker att det kan vara ett malignt melanom och beställer en dermatoskopisk bedömning av hudläkare. Enligt denna är förändringen ett misstänkt malignt melanom.

Du utför en primär excision med 2 mm sidomarginal ner till subkutant fettskikt. Du får svar på PAD som anger att det rör sig om ett radikalt avlägsnat nodulärt melanom, Breslow 3,5 mm, Clark 4 med ulceration.

Då detta är ett högrisk melanom med Breslow >1,1 mm och ulceration utför du en utvidgad excision med 2 cm sidomarginal och ner till muskelfascia. Dessutom sentinel node biopsi för att stadieindela tumören.

Två veckor efter operationen kommer patienten till akuten på grund av svullnad och rodnad i området där melanomet opererades. Under såret kan man känna fluktuation. Han har temp 38,8 °C, P-CRP 34 mg/L (ref <5) , B-LPK $12,3 \cdot 10^9/L$ (ref. 3,5-8,8)

Vad är bästa handläggning av denna patient nu?

- A. Dränera misstänkt abscess och insätt antibiotika
 - B. Insätt antibiotika men rör inte såret
 - C. Ordinera anti-histamin
 - D. Akut remiss till onkolog
 - E. Ordinera anti-inflammatoriskt läkemedel
-

Question #: 16

En 55-årig, rökande kvinna besöker dig på hälsocentralen. Du mäter blodtrycket till 170/100 mmHg. Hennes mor fick stroke vid 62 års ålder.

Vad gör du nu med tanke på blodtrycket?

- A. Beställer vilo-EKG
 - B. Beställer ett blodsocker
 - C. Ordinerar dygnsblodtryck (24-timmars blodtrycksmätning)
 - D. Blodtrycket behöver inte åtgärdas eftersom det är ett mindre problem i förhållande till rökning och ärftlighet
 - E. Insätter omedelbart blodtrycksbehandling med läkemedel
-

Question #: 17

En 55-årig, rökande kvinna besöker dig på hälsocentralen. Du mäter blodtrycket till 170/100 mmHg. Hennes mor fick stroke vid 62 års ålder.

Patienten återkommer med resultaten från 24-timmars blodtrycksmätning. 75 % av mätningarna var godkända. Medelblodtrycket dagtid var 145/90 mmHg och nattetid 140/90 mmHg.

Hur bedömer du resultatet av 24-timmars blodtrycksmätningen?

- A. Blodtrycket är förhöjt och jag ställer diagnosen hypertoni
 - B. Blodtrycket dagtid och nattetid stämmer inte överens och jag underkänner mätningen
 - C. Gränsen för andelen godkända mätningar är 80 %. Jag underkänner mätningen och gör om den
 - D. Blodtrycket dagtid är lätt förhöjt men nattblodtrycket är acceptabelt
 - E. Blodtrycket är marginellt förhöjt och jag ställer inte diagnosen hypertoni
-

Question #: 18

En 55-årig, rökande kvinna besöker dig på hälsocentralen. Du mäter blodtrycket till 170/100 mmHg. Hennes mor fick stroke vid 62 års ålder.

Patienten återkommer med resultaten från 24-timmars blodtrycksmätning. 75 % av mätningarna var godkända. Medelblodtrycket dagtid var 145/90 mmHg och nattetid 140/90 mmHg.

I samband med att du ställer hypertoni diagnosen så gör du en riskvärdering, baserad på de uppgifter du har tillgängliga, det vill säga blodtrycksnivå, rökning, ålder, kön och hereditet. Dessutom har du fått provsvar som visar att faste P-Glukos samt kolesterol är normalt.

Hur bedömer du din patients risk för död i hjärtkärl-sjukdom inom 10 år?

- A. Risken är mycket hög (> 9 %)
 - B. Risken är hög (5 - 9 %)
 - C. Risken är måttlig (1 - 4 %)
 - D. Risken är låg (< 1 %)
 - E. Riskvärdering är inte möjlig att göra utifrån tillgängliga upplysningar
-

Question #: 19

En 55-årig, rökande kvinna besöker dig på hälsocentralen. Du mäter blodtrycket till 170/100 mmHg. Hennes mor fick stroke vid 62 års ålder.

Patienten återkommer med resultaten från 24-timmars blodtrycksmätning. 75 % av mätningarna var godkända. Medelblodtrycket dagtid var 145/90 mmHg och nattetid 140/90 mmHg.

I samband med att du ställer hypertoni diagnosen så gör du en riskvärdering, baserad på de uppgifter du har tillgängliga, det vill säga blodtrycksnivå, rökning, ålder, kön och hereditet. Dessutom har du fått provsvar som visar att faste P-Glucos samt kolesterol är normalt.

Du bedömer att hon har en måttlig risk för död i hjärt-kärlsjukdom.

Du bestämmer dig för att rekommendera livsstilsförändringar. Efter tre månader kommer patienten tillbaka till dig med oförändrat blodtryck.

Vad är lämpligt att göra nu?

- A. Remittera till kardiolog
 - B. Insätta angiotensinreceptorblockare (ARB) plus tiazid
 - C. Insätta tiazid
 - D. Insätta ACE-hämmare plus aldosteronantagonist
 - E. Insätta betablockerare
-

Question #: 20

En 55-årig, rökande kvinna besöker dig på hälsocentralen. Du mäter blodtrycket till 170/100 mmHg. Hennes mor fick stroke vid 62 års ålder.

Patienten återkommer med resultaten från 24-timmars blodtrycksmätning. 75 % av mätningarna var godkända. Medelblodtrycket dagtid var 145/90 mmHg och nattetid 140/90 mmHg.

I samband med att du ställer hypertoni diagnosen så gör du en riskvärdering, baserad på de uppgifter du har tillgängliga, det vill säga blodtrycksnivå, rökning, ålder, kön och hereditet. Dessutom har du fått provsvar som visar att fasta P-Glukos samt kolesterol är normalt.

Du bedömer att hon har en måttlig risk för död i hjärt-kärlsjukdom.

Du bestämmer dig för att rekommendera livsstilsförändringar. Efter tre månader kommer patienten tillbaka till dig med oförändrat blodtryck.

Du sätter in blodtrycksmedicinering med tiazid.

Vilket av nedanstående påståenden är mest korrekt?

- A. All uppföljning kan i fortsättningen göras av distrikssköterskor
 - B. Första återbesök bör göras efter några månader.
 - C. Biverkningar kan bedömas redan efter en vecka
 - D. Det är vanligt att blodtrycket skiljer sig markant åt mellan 3 månader och 6 månader
 - E. Första återbesök ett år efter insatt behandling rekommenderas
-

Question #: 21

En 55-årig, rökande kvinna besöker dig på hälsocentralen. Du mäter blodtrycket till 170/100 mmHg. Hennes mor fick stroke vid 62 års ålder.

Patienten återkommer med resultaten från 24-timmars blodtrycksmätning. 75 % av mätningarna var godkända. Medelblodtrycket dagtid var 145/90 mmHg och nattetid 140/90 mmHg.

I samband med att du ställer hypertoni diagnosen så gör du en riskvärdering, baserad på de uppgifter du har tillgängliga, det vill säga blodtrycksnivå, rökning, ålder, kön och hereditet. Dessutom har du fått provsvar som visar att faste P-Glukos samt kolesterol är normalt.

Du bedömer att hon har en måttlig risk för död i hjärt-kärlsjukdom.

Du bestämmer dig för att rekommendera livsstilsförändringar. Efter tre månader kommer patienten tillbaka till dig med oförändrat blodtryck.

Du sätter in blodtrycksmedicinering med tiazid.

Vid återbesöket klagar patienten över trötthet och svaghet. Du har tidigare gjort en utredning med blodprover.

Vilket är det första prov du bör överväga att ta eller ta om, med anledning av hennes hypertoni behandling?

- A. Urinprov för vanillin mandelsyra (HMA)
 - B. S-Kortisol
 - C. S-TSH
 - D. B-Hb
 - E. S-Kalium
-

Question #: 22

Du är dagjour på länsdelssjukhusets akutmottagning dit Frida, 72 år blivit skjutsad av sin dotter på morgonen. Frida har tidigare varit mestadels frisk, äter inga mediciner.

Igår kväll när hon tittade på TV vid 21.30-tiden fick hon plötsligt suddig syn på höger öga. Det blev som en rullgardin. Det satt i som längst 3-4 minuter och försvann därefter helt, sedan gick hon och la sig och sov. Hon ringde sin dotter på morgonen som kom och hämtade Frida och körde in henne till akutmottagningen.

Status:

AT: Gott, opåverkad, klar och redig.

Cor: Regelbunden normofrekvent rytm.

Blodtryck 165/105 mmHg.

Neurologiskt status är helt utan anmärkning.

Vilken diagnos är mest trolig?

- A. Ischemisk stroke
 - B. Näthinneavlossning
 - C. Glaukom
 - D. Glaskroppsgrumling ("floating")
 - E. Amaurosis fugax
-

Question #: 23

Du är dagjour på länsdelssjukhusets akutmottagning dit Frida, 72 år blivit skjutsad av sin dotter på morgonen. Frida har tidigare varit mestadels frisk, äter inga mediciner. Igår kväll när hon tittade på TV vid 21.30-tiden fick hon plötsligt suddig syn på höger öga. Det blev som en rullgardin. Det satt i som längst 3-4 minuter och försvann därefter helt, sedan gick hon och la sig och sov. Hon ringde sin dotter på morgonen som kom och hämtade Frida och körde in henne till akutmottagningen.

Status:

AT: Gott, opåverkad, klar och redig.

Cor: Regelbunden normofrekvent rytm.

Blodtryck 165/105 mmHg.

Neurologiskt status är helt utan anmärkning.

Du misstänker i första hand amaurosis fugax.

Vad är din nästa åtgärd?

- A. Remiss till TIA-klinik i primärvården, önskad handläggning närmaste veckan
 - B. Inläggning akut på sjukhusets strokeenhet och beställer skyndsamt DT hjärna
 - C. Skickar hem patienten, återbesök på sjukhusets mottagning närmaste veckan
 - D. Lugnande besked, skickar hem patienten, inget planerat återbesök
 - E. Akutremiss till ögon-jourläkare
-

Question #: 24

Du är dagjour på länsdelssjukhusets akutmottagning dit Frida, 72 år blivit skjutsad av sin dotter på morgonen. Frida har tidigare varit mestadels frisk, äter inga mediciner. Igår kväll när hon tittade på TV vid 21.30-tiden fick hon plötsligt suddig syn på höger öga. Det blev som en rullgardin. Det satt i som längst 3-4 minuter och försvann därefter helt, sedan gick hon och la sig och sov. Hon ringde sin dotter på morgonen som kom och hämtade Frida och körde in henne till akutmottagningen.

Status:

AT: Gott, opåverkad, klar och redig.

Cor: Regelbunden normofrekvent rytm.

Blodtryck 165/105 mmHg.

Neurologiskt status är helt utan anmärkning.

Du misstänker i första hand amaurosis fugax.

Datortomografi hjärna är utan anmärkning. Kemlab-prover (blodstatus, vätskestatus, första troponin-värdet) är utan anmärkning. EKG visar regelbunden sinusrytm.

Vilken antitrombotisk medicinering ordinerar du?

- A. Rivaroxaban
 - B. Warfarin
 - C. Acetylsalicylsyra
 - D. Ticagrelor
 - E. Dipyridamol
-

Question #: 25

Du är dagjour på länsdelssjukhusets akutmottagning dit Frida, 72 år blivit skjutsad av sin dotter på morgonen. Frida har tidigare varit mestadels frisk, äter inga mediciner. Igår kväll när hon tittade på TV vid 21.30-tiden fick hon plötsligt suddig syn på höger öga. Det blev som en rullgardin. Det satt i som längst 3-4 minuter och försvann därefter helt, sedan gick hon och la sig och sov. Hon ringde sin dotter på morgonen som kom och hämtade Frida och körde in henne till akutmottagningen.

Status:

AT: Gott, opåverkad, klar och redig.

Cor: Regelbunden normofrekvent rytm.

Blodtryck 165/105 mmHg.

Neurologiskt status är helt utan anmärkning.

Du misstänker i första hand amaurosis fugax.

Datortomografi hjärna är utan anmärkning. Kemlab-prover (blodstatus, vätskestatus, första troponin-värdet) är utan anmärkning. EKG visar regelbunden sinusrytm.

Du ordinerar acetylsalicylsyra.

Först är vårdförloppet okomplicerat, men på eftermiddagen blir hon plötsligt sämre. Allmäntillstånd klockan 16.12 lätt medvetandestänkt. Cor-pulm väsentligen utan anmärkning. Blodtryck 170/105 mmHg. Neurologi: se bifogad fil med NIH stroke-skala.

Vilken blir din åtgärd?

- A. God omvårdnad; sätter dropp. Ringer anhöriga
- B. Direkt överflyttning till regionsjukhuset
- C. Startar rädda-hjärnan-larm; hyper-akut datortomografi hjärna och DT-angio
- D. Beställer MR hjärna (ej akut)
- E. Förnyade täta kontroller av allmäntillstånd, puls, blodtryck och NIHSS

Attachment:

attachment_for_itemid_3648.pdf

Question #: 26

Du är dagjour på länsdelssjukhusets akutmottagning dit Frida, 72 år blivit skjutsad av sin dotter på morgonen. Frida har tidigare varit mestadels frisk, äter inga mediciner. Igår kväll när hon tittade på TV vid 21.30-tiden fick hon plötsligt suddig syn på höger öga. Det blev som en rullgardin. Det satt i som längst 3-4 minuter och försvann därefter helt, sedan gick hon och la sig och sov. Hon ringde sin dotter på morgonen som kom och hämtade Frida och körde in henne till akutmottagningen.

Status:

AT: Gott, opåverkad, klar och redig.

Cor: Regelbunden normofrekvent rytm.

Blodtryck 165/105 mmHg.

Neurologiskt status är helt utan anmärkning.

Du misstänker i första hand amaurosis fugax.

Datortomografi hjärna är utan anmärkning. Kemlab-prover (blodstatus, vätskestatus, första troponin-värdet) är utan anmärkning. EKG visar regelbunden sinusrytm.

Du ordinerar acetylsalicylsyra

Först är vårdförloppet okomplicerat, men på eftermiddagen blir hon plötsligt sämre. Allmäntillstånd klockan 16.12 lätt medvetandestänkt. Cor-pulm väsentligen utan anmärkning. Blodtryck 170/105 mmHg. Neurologi: se schablon.

DT hjärna 20 minuter efter försämringen är väsentligen utan anmärkning. DT-angio utan tecken på kärlförträngningar i hjärnans stora kärl.

Vilken blir din åtgärd nu?

- A. Beställer ny DT hjärna till imorgon (ej akut)
 - B. God omvårdnad; sätter dropp. Ringer anhöriga.
 - C. Förnyade täta kontroller av vakenhet, puls, blodtryck och NIHSS
 - D. Ordinerar alteplase intravenöst
 - E. Direkt överflyttning till regionsjukhuset
-

Question #: 27

Du är dagjour på länsdelssjukhusets akutmottagning dit Frida, 72 år blivit skjutsad av sin dotter på morgonen. Frida har tidigare varit mestadels frisk, äter inga mediciner. Igår kväll när hon tittade på TV vid 21.30-tiden fick hon plötsligt suddig syn på höger öga. Det blev som en rullgardin. Det satt i som längst 3-4 minuter och försvann därefter helt, sedan gick hon och la sig och sov. Hon ringde sin dotter på morgonen som kom och hämtade Frida och körde in henne till akutmottagningen.

Status:

AT: Gott, opåverkad, klar och redig.

Cor: Regelbunden normofrekvent rytm.

Blodtryck 165/105 mmHg.

Neurologiskt status är helt utan anmärkning.

Du misstänker i första hand amaurosis fugax.

Datortomografi hjärna är utan anmärkning. Kemlab-prover (blodstatus, vätskestatus, första troponin-värdet) är utan anmärkning. EKG visar regelbunden sinusrytm.

Du ordinerar acetylsalicylsyra.

Först är vårdförloppet okomplicerat, men på eftermiddagen blir hon plötsligt sämre. Allmäntillstånd klockan 16.12 lätt medvetandestänkt. Cor-pulm väsentligen utan anmärkning. Blodtryck 170/105 mmHg. Neurologi: se schablon.

DT hjärna 20 minuter efter försämringen är väsentligen utan anmärkning. DT-angio utan tecken på kärlförträngningar i hjärnans stora kärl.

Du startar trombolysbehandling med alteplas; patienten förbättras redan under pågående trombolysinfusion. Kontroll med datortomografi efter 24 timmar visar en liten (ca 1 cm i diameter) färsk ischemi kortikalt vänster cerebri medias försörjningsområde. NIHSS 2p. Fortsatt okomplicerat vårdförlopp; telemetri-övervakning visar en 40 sekunders episod med följande mönster.



Vilken blir din åtgärd?

- A. Kombinationsbehandling acetylsalicylsyra och klopidogrel
- B. Behåller acetylsalicylsyra. Sätter in NOAK
- C. Sätter ut acetylsalicylsyra. Sätter in NOAK
- D. Beställer 7 dygns Holter-EKG; oförändrad medicinering
- E. Sätter ut acetylsalicylsyra. Sätter in klopidogrel

Question #: 28

Du är dagjour på länsdelssjukhusets akutmottagning dit Frida, 72 år blivit skjutsad av sin dotter på morgonen. Frida har tidigare varit mestadels frisk, äter inga mediciner. Igår kväll när hon tittade på TV vid 21.30-tiden fick hon plötsligt suddig syn på höger öga. Det blev som en rullgardin. Det satt i som längst 3-4 minuter och försvann därefter helt, sedan gick hon och la sig och sov. Hon ringde sin dotter på morgonen som kom och hämtade Frida och körde in henne till akutmottagningen.

Status:

AT: Gott, opåverkad, klar och redig.

Cor: Regelbunden normofrekvent rytm.

Blodtryck 165/105 mmHg.

Neurologiskt status är helt utan anmärkning.

Du misstänker i första hand amaurosis fugax.

Datortomografi hjärna är utan anmärkning. Kemlab-prover (blodstatus, vätskestatus, första troponin-värdet) är utan anmärkning. EKG visar regelbunden sinusrytm.

Du ordinerar acetylsalicylsyra.

Först är vårdförloppet okomplicerat, men på eftermiddagen blir hon plötsligt sämre. Allmäntillstånd klockan 16.12 lätt medvetandestänkt. Cor-pulm väsentligen utan anmärkning. Blodtryck 170/105 mmHg. Neurologi: se schablon. DT hjärna 20 minuter efter försämringen är väsentligen utan anmärkning. DT-angio utan tecken på kärlförträngningar i hjärnans stora kärl.

Du startar trombolysbehandling med alteplas; patienten förbättras redan under pågående trombolysinfusion.

Kontroll med datortomografi efter 24 timmar visar en liten (ca 1 cm i diameter) färsk ischemi kortikalt vänster cerebri medias försörjningsområde. NIHSS 2p.

Fortsatt okomplicerat vårdförlopp; telemetri-övervakning visar dock en 40 sekunders episod med paroxysmalt förmaksflimmer. Du sätter ut acetylsalicylsyra och sätter in NOAK.

Blodtrycket har stabiliserats på cirka 145/85 mmHg.

Vilken blir din åtgärd?

- A. Fortsatta kontroller på avdelningen med puls och blodtryck fyra gånger dagligen
 - B. Avvaktar, remiss till vårdcentral för ställningstagande till blodtryckssänkande medicinsk behandling
 - C. Påbörjar intensiv blodtryckssänkande medicinsk behandling; målvärde under vårdtiden <130/<80 mmHg
 - D. Beställer 24-timmar blodtrycksmätning
 - E. Påbörjar försiktig blodtryckssänkande medicinsk behandling
-

Question #: 29

Du är dagjour på länsdelssjukhusets akutmottagning dit Frida, 72 år blivit skjutsad av sin dotter på morgonen. Frida har tidigare varit mestadels frisk, äter inga mediciner. Igår kväll när hon tittade på TV vid 21.30-tiden fick hon plötsligt suddig syn på höger öga. Det blev som en rullgardin. Det satt i som längst 3-4 minuter och försvann därefter helt, sedan gick hon och la sig och sov. Hon ringde sin dotter på morgonen som kom och hämtade Frida och körde in henne till akutmottagningen.

Status:

AT: Gott, opåverkad, klar och redig.

Cor: Regelbunden normofrekvent rytm.

Blodtryck 165/105 mmHg.

Neurologiskt status är helt utan anmärkning.

Du misstänker i första hand amaurosis fugax.

Datortomografi hjärna är utan anmärkning. Kemlab-prover (blodstatus, vätskestatus, första troponin-värdet) är utan anmärkning. EKG visar regelbunden sinusrytm.

Du ordinerar acetylsalicylsyra.

Först är vårdförloppet okomplicerat, men på eftermiddagen blir hon plötsligt sämre. Allmäntillstånd klockan 16.12 lätt medvetandestänkt. Cor-pulm väsentligen utan anmärkning. Blodtryck 170/105 mmHg. Neurologi: se schablon.

DT hjärna 20 minuter efter försämringen är väsentligen utan anmärkning. DT-angio utan tecken på kärlförträngningar i hjärnans stora kärl.

Du startar trombolysbehandling med alteplas; patienten förbättras redan under pågående trombolysinfusion.

Kontroll med datortomografi efter 24 timmar visar en liten (ca 1 cm i diameter) färsk ischemi kortikalt vänster cerebri medias försörjningsområde. NIHSS 2p.

Fortsatt okomplicerat vårdförlopp; telemetri-övervakning visar dock en 40 sekunders episod med paroxysmal förmaksflimmer. Du sätter ut acetylsalicylsyra och sätter in NOAK.

Blodtrycket har stabiliserats på cirka 145/85 mmHg.

Du påbörjar försiktig blodtryckssänkande behandling.

I provsvar noteras S-total kolesterol 5,2 mmol/L och S-LDL 2,8 mmol/L (dvs inom referensområde).

Vilken blir din åtgärd?

- A. Remiss till dietist
- B. Nytt lipidstatus om några veckor
- C. Påbörjar fibratbehandling
- D. Påbörjar statinbehandling
- E. Remiss till vårdcentralen för ställningstagande till medicinsk- och livsstilsbehandling