

## Delprov 2 Kliniska case - 180908

---

### \*\* Question #: 1

Du är läkare på barnvårdscentralen. Mamman till Frans, 4 månader gammal har ringt upp akut till sjuksköterskan och beskrivit akuta utslag, möjligen urticaria (nässelutslag), efter att Frans ätit en liten smakportion. Du ringer upp Frans mamma.

Vilket av följande alternativ beskriver urticaria bäst?

- A. Blodfyllda blåsor, ingen klåda
  - ✓B. Klåda, små grupperade blåsor samt rodnad som kommer och går
  - C. Klåda med rivmärken, förtjockad hud samt sårbildning
  - D. Klåda och små vindlande gångar
  - E. Klåda med enstaka små vätskefyllda blåsor spridda över kroppen
-

## Question #: 2

*Du är läkare på barnvårdscentralen. Mamman till Frans, 4 månader gammal har ringt upp akut till sjuksköterskan och beskrivit akuta utslag, möjligen urticaria (nässelutslag), efter att Frans ätit en liten smakportion. Du ringer upp Frans mamma.*

Symtomen stämmer med urticaria vilket är en immunologisk process.

Vilket av följande påståenden beskriver bäst den immunologi som orsakar Frans urtikaria?

- A. Låg nivå IgA-antikroppar i saliven ger möjlighet för födoämnen att direkt påverka endotelceller till histaminfrisättning
  - B. Frans är bara 4 månader och hans akuta allergiska reaktion baseras uteslutande på antikroppar vilka bildades under fosterlivet
  - C. IgE-antikroppar korsbinder med kapillärväggen vilket ger rodnad och klåda som följd
  - D. Bakomliggande immunbrist med låg andel IgG-antikroppar, det vill säga dåligt immunsvär
  - ✓E. IgE-antikroppar på mastceller korsbinder vilket medför frisättning av histamin
-

### Question #: 3

*Du är läkare på barnvårdscentralen. Mamman till Frans, 4 månader gammal har ringt upp akut till sjuksköterskan och beskrivit akuta utslag, möjligen urticaria (nässelutslag), efter att Frans ätit en liten smakportion. Du ringer upp Frans mamma.*

Symtomen stämmer med urticaria vilket är en immunologisk process där IgE-antikroppar på mastceller korsbinder vilket medför frisättning av histamin. Symptomen kom efter födoämnesintag. Nu gäller det att strukturera en kostanamnes.

Vad är det viktigaste i kostanamnesen när det gäller misstänkta allergiska reaktioner?

- A. Reagerar någon förälder på något födoämne och i så fall på vilket sätt?
  - B. Har Frans någon annan allergi?
  - C. Har Frans ätit detta födoämne vid något annat tillfälle?
  - ✓D. Vad innehöll måltiden och tid mellan intag och reaktion.
  - E. Hur länge har Frans helammats?
-

#### Question #: 4

*Du är läkare på barnvårdscentralen. Mamman till Frans, 4 månader gammal har ringt upp akut till sjuksköterskan och beskrivit akuta utslag, möjligen urticaria (nässelutslag), efter att Frans ätit en liten smakportion. Du ringer upp Frans mamma. Symtomen stämmer med urticaria vilket är en immunologisk process där IgE-antikroppar på mastceller korsbinder vilket medför frisättning av histamin. Symptomen kom efter födoämnesintag. Nu gäller det att strukturera en kostenamnes.*

Smakportionen av gröt var baserad på ris och mjölk samt smaksatt med banan. Du fortsätter med din utredning.

Hur bör du göra med provtagning?

- ✓A. Ingen provtagning är nödvändig akut. Prover tas inför återbesök inom 6 månader
  - B. Provtagning nu av IgE-antikroppar för mjölk, ris och banan samt även hela födoämnespanelen
  - C. Provtagning nu av IgE-antikroppar bara för banan
  - D. Provtagning nu av IgE-antikroppar för mjölk, ris och banan
  - E. Provtagning nu av IgE-antikroppar bara för mjölk
-

### Question #: 5

*Du är läkare på barnvårdscentralen. Mamman till Frans, 4 månader gammal har ringt upp akut till sjuksköterskan och beskrivit akuta utslag, möjligen urticaria (nässelutslag), efter att Frans ätit en liten smakportion. Du ringer upp Frans mamma. Symtomen stämmer med urticaria vilket är en immunologisk process där IgE-antikroppar på mastceller korsbinder vilket medför frisättning av histamin. Symptomen kom efter födoämnesintag. Nu gäller det att strukturera en kostanames. Smakportionen av gröt var baserad på ris och mjölk samt smaksatt med banan. Du fortsätter med din utredning. Du tar inga prover akut utan väntar till återbesöket.*

Vilket av följande alternativ är bästa fortsatt handläggning?

- A. Ingen medicinsk uppföljning krävs
  - ✓B. Elimination av födoämnen i 2-6 månader, dietistkontakt och därefter provokation av de olika födoämnen
  - C. Eliminerar fortsättningsvis mjölk, ris, banan och alla proteiner som korsreagerar mot banan
  - D. Provtagning inför återbesöket, och vid positiva prover inte aktuellt med provokation under barnåren
  - E. Provokation med i första hand mjölk
-

## Question #: 6

*Du är läkare på barnvårdscentralen. Mamman till Frans, 4 månader gammal har ringt upp akut till sjuksköterskan och beskrivit akuta utslag, möjligen urticaria (nässelutslag), efter att Frans ätit en liten smakportion. Du ringer upp Frans mamma. Symtomen stämmer med urticaria vilket är en immunologisk process där IgE-antikroppar på mastceller korsbinder vilket medför frisättning av histamin. Symptomen kom efter födoämnesintag. Nu gäller det att strukturera en kostanames. Smakportionen av gröt var baserad på ris och mjölk samt smaksatt med banan. Du fortsätter med din utredning. Du tar inga prover akut utan väntar till återbesöket. Vid provokation med komjölk vid 10 månaders ålder utvecklade Frans kraftiga buksmärtor. Han fortsätter med komjölkfri kost. Vid 1 års ålder inkommer Frans till barnmottagningen akut med andningspåverkan under samtidig infektion. Han är obstruktiv vid lungauskultation.*

Du misstänker astma, kan du sätta den diagnosen direkt?

- A. Nej, små barn får inte astmadiagnos vid andningspåverkan under infektion
  - B. Nej, diagnos kräver en provbehandling med  $\beta_2$ -stimulerare under två veckor
  - C. Ja, om behandling med  $\beta_2$ -stimulerare akut ger förbättring
  - D. Nej, det krävs två tidigare obstruktiva tillfällen vid infektion för diagnosen astma om barnet är yngre än 2 år
  - ✓E. Ja, för barn under 2 år medför obstruktivitet under infektionsepisod redan vid första tillfället en astmadiagnos om patienten har en annan allergi
-

**Question #: 7**

Selma, 56 år, har noterat en knöl till vänster på halsen sedan 3 veckor. Den verkar sitta i sköldkörteln och följer med vid sväljning. Knölen har eventuellt blivit något större, hon är orolig samt har klara besvär på halsen när hon sväljer och ligger på rygg.

Vilken kombination av prover bör du i första hand ta inför mottagningsbesöket?

- ✓A. TSH, Ca
  - B. Ca, fT4
  - C. Krea, TSH
  - D. T3, PTH
  - E. K, PTH
-

**Question #: 8**

*Selma, 56 år, har noterat en knöl till vänster på halsen sedan 3 veckor. Den verkar sitta i sköldkörteln och följer med vid sväljning. Knölen har eventuellt blivit något större, hon är orolig samt har klara besvär på halsen när hon sväljer och ligger på rygg.*

Du har screenat henne med TSH samt Ca och det finns ingen misstanke på onormal tyreoidfunktion eller samtidig hyperparatyreoidism.

Du gör en klinisk undersökning. Hur bör du ytterligare utreda hennes knöl i tyreoida?

- A. Datortomografi utan kontrast, finspetscytologi
  - B. Scintigrafi, mellanålsbiopsi
  - C. Scintigrafi, finspetscytologi
  - D. Datortomografi med kontrast, finspetscytologi
  - ✓E. Ultraljud, finspetscytologi
-



**Question #: 9**

*Selma, 56 år, har noterat en knöl till vänster på halsen sedan 3 veckor. Den verkar sitta i sköldkörteln och följer med vid sväljning. Knölen har eventuellt blivit något större, hon är orolig samt har klara besvär på halsen när hon sväljer och ligger på rygg.*

*Du har screenat henne med TSH samt Ca och det finns ingen misstanke på onormal tyreoidfunktion eller samtidig hyperparatyreoidism.*

Du har utrett henne enligt nationella riktlinjer med ultraljud och finspetscytologi.

Ultraljud visar en lågekogen och välavgränsad knöl med viss ökad vaskularisering och cytologin anges som follikulär neoplasi, Bethesdakategori 4.

Hur bör du nu gå vidare?

- A. Total tyreoidektomi
  - ✓B. Vänstersidig hemityreoidektomi
  - C. Mellannålsbiopsi
  - D. E nukleation av tumören
  - E. Tyreoidektomi samt central lymfkörtelutrymning
-

**Question #: 10**

*Selma, 56 år, har noterat en knöl till vänster på halsen sedan 3 veckor. Den verkar sitta i sköldkörteln och följer med vid sväljning. Knölen har eventuellt blivit något större, hon är orolig samt har klara besvär på halsen när hon sväljer och ligger på rygg.*

*Du har screenat henne med TSH samt Ca och det finns ingen misstanke på onormal tyreoidfunktion eller samtidig hyperparatyreoidism.*

*Du har utrett henne enligt nationella riktlinjer med ultraljud finspetscytologi.*

*Ultraljud visar en lågekogen och välavgränsad knöl med viss ökad vaskularisering i vänster lob och höger är helt normal. Cytologin anges som follikulär neoplasi, Bethesda 4.*

*Du har genomfört en diagnostisk vänstersidig hemityreoidectomi.*

*PAD visar ett benigt follikulärt adenom*

Vilket postoperativt prov bör i första hand tas till återbesöket efter 4 veckor?

- A. Calcium
  - B. Calcitonin
  - C. Chromogranin A
  - D. Tyreoglobulin
  - ✓E. TSH
-

**Question #: 11**

*Selma, 56 år, har noterat en knöl till vänster på halsen sedan 3 veckor. Den verkar sitta i sköldkörteln och följer med vid sväljning. Knölen har eventuellt blivit något större, hon är orolig samt har klara besvär på halsen när hon sväljer och ligger på rygg.*

*Du har screenat henne med TSH samt Ca och det finns ingen misstanke på onormal tyreodeafunktion eller samtidig hyperparatyreoidism.*

*Du har utrett henne enligt nationella riktlinjer med ultraljud finspetscytologi.*

*Ultraljud visar en lågekogen och välavgränsad knöl med viss ökad vaskularisering i vänster lob och höger är helt normal. Cytologin anges som follikulär neoplasi, Bethesda 4.*

*Du har genomfört en diagnostisk vänstersidig hemityreoidectomi.*

*PAD visar ett benigt follikulärt adenom*

*Du har kontrollerat hennes TSH efter 4 veckor, det är normalt och ingen postoperativ hypotyreos föreligger.*

Hur bör denna patient följas upp?

- ✓A. Ingen uppföljning är nödvändig
  - B. Ingen uppföljning är nödvändig, men hon bör ta levotyroxin med TSH-suppression i 5 år
  - C. Klinisk kontroll årligen i 5 år
  - D. Ultraljudskontroll årligen i 5 år
  - E. Ingen uppföljning är nödvändig, men hennes barn bör MEN-2 screenas
-

**Question #: 12**

Anna Svensson, 73 år, kommer till hälsocentralen tillsammans med sin dotter på grund av trötthet och dålig sömn, något hon periodvis haft tidigare. Dottern berättar också att modern har fått sämre minne och hon är tveksam till om modern får i sig tillräckligt med mat. Det är inte längre samma ordning och reda i hemmet, och det brister till viss del avseende hygien. Anna är änka, bor ensam i ett radhus och kör bil. Hon röker ej, och intar små mängder alkohol. Genom åren har Anna haft återkommande depressiva episoder som präglats av framför allt initiativlöshet och sömnproblem. Vid något tillfälle har hon varit inlagd vid psykiatrisk klinik.

Vilket av följande är bästa fortsatt handläggning?

- ✓A. Ta ställning till om en depression föreligger
  - B. Starta demensutredning på vårdcentralen
  - C. Ordinerar sömnmedicinering
  - D. Avvakta då trötthetsepisoderna tidigare har gått över utan specifika åtgärder
  - E. Remittera till specialistmottagning för demensutredning
-

**Question #: 13**

*Anna Svensson, 73 år, kommer till hälsocentralen tillsammans med sin dotter på grund av trötthet och dålig sömn, något hon periodvis haft tidigare. Dottern berättar också att modern har fått sämre minne och hon är tveksam till om modern får i sig tillräckligt med mat. Det är inte längre samma ordning och reda i hemmet, och det brister till viss del avseende hygien. Anna är änka, bor ensam i ett radhus och kör bil. Hon röker ej, och intar små mängder alkohol. Genom åren har Anna haft återkommande depressiva episoder som präglats av framför allt initiativlöshet och sömnproblem. Vid något tillfälle har hon varit inlagd vid psykiatrisk klinik.*

Du låter Anna besvara Geriatric Depression Scale och fördjupar anamnesen om hennes depressiva symtom. Du bedömer att Anna inte är deprimerad.

Vilket av följande alternativ är bästa fortsatt handläggning?

- A. Tillsammans med dottern besluta om att påbörja en demensutredning på hälsocentralen
  - B. Ge besked till Anna att hon sannolikt är dement och påbörja behandling
  - C. Föreslå Anna att hon innan vidare demensutredning ska prova mirtazapin i 6 månader för bättre sömn
  - ✓D. Fråga Anna hur hon ställer sig till en demensutredning
  - E. Skriva remiss till en specialistmottagning för demensutredning
-

**Question #: 14**

*Anna Svensson, 73 år, kommer till hälsocentralen tillsammans med sin dotter på grund av trötthet och dålig sömn, något hon periodvis haft tidigare. Dottern berättar också att modern har fått sämre minne och hon är tveksam till om modern får i sig tillräckligt med mat. Det är inte längre samma ordning och reda i hemmet, och det brister till viss del avseende hygien. Anna är änka, bor ensam i ett radhus och kör bil. Hon röker ej, och intar små mängder alkohol. Genom åren har Anna haft återkommande depressiva episoder som präglats av framför allt initiativlöshet och sömnproblem. Vid något tillfälle har hon varit inlagd vid psykiatrisk klinik.*

*Du låter Anna besvara Geriatric Depression Scale och fördjupar anamnesen om hennes symtom. Du bedömer att Anna inte är deprimerad.*

Hon ställer sig positiv till demensutredning.

Vilket av följande alternativ bör du prioritera nu?

- A. Fluorodeoxyglucose-Positronemissionstomografi (FDG-PET) av hjärnan
  - B. Lumbalpunktion
  - C. Synachtentest
  - ✓D. Minimental test (MMT)
  - E. Rorschachtest
-

## Question #: 15

*Anna Svensson, 73 år, kommer till hälsocentralen tillsammans med sin dotter på grund av trötthet och dålig sömn, något hon periodvis haft tidigare. Dottern berättar också att modern har fått sämre minne och hon är tveksam till om modern får i sig tillräckligt med mat. Det är inte längre samma ordning och reda i hemmet, och det brister till viss del avseende hygien. Anna är änka, bor ensam i ett radhus och kör bil. Hon röker ej, och intar små mängder alkohol. Genom åren har Anna haft återkommande depressiva episoder som präglats av framför allt initiativlöshet och sömnproblem. Vid något tillfälle har hon varit inlagd vid psykiatrisk klinik.*

*Du låter Anna besvara Geriatric Depression Scale och fördjupar anamnesen om hennes symtom. Du bedömer att Anna inte är deprimerad.*

Du inleder en basal demensutredning på hälsocentralen. Vid minimental test (MMT) får hon 25 av 30 poäng, hon missar 2 av 3 poäng på fördröjd återgivning och 2 av 5 poäng på tidsorienteringsfrågorna. Figurkopieringsuppgiften klarar hon inte alls. Hon klarar inte heller av klocktestet. Blodprovtagning utfaller normalt och det finns inga avvikelser vid kroppsundersökning.

Vilket av följande alternativ är bästa fortsatta handläggning för att ställa en demensdiagnos?

- ✓A. Datortomografi av hjärnan
  - B. Fördjupad neuropsykologisk utredning
  - C. Underlaget är redan tillräckligt
  - D. Följa utvecklingen och planera för ett nytt återbesök om 3 månader
  - E. Remiss till en geriatrisk specialistmottagning
-

Question #: 16

*Anna Svensson, 73 år, kommer till hälsocentralen tillsammans med sin dotter på grund av trötthet och dålig sömn, något hon periodvis haft tidigare. Dottern berättar också att modern har fått sämre minne och hon är tveksam till om modern får i sig tillräckligt med mat. Det är inte längre samma ordning och reda i hemmet, och det brister till viss del avseende hygien. Anna är änka, bor ensam i ett radhus och kör bil. Hon röker ej, och intar små mängder alkohol. Genom åren har Anna haft återkommande depressiva episoder som präglats av framför allt initiativlöshet och sömnproblem. Vid något tillfälle har hon varit inlagd vid psykiatrisk klinik.*

*Du låter Anna besvara Geriatric Depression Scale och fördjupar anamnesen om hennes symtom. Du bedömer att Anna inte är deprimerad.*

*Du inleder en basal demensutredning på hälsocentralen. Vid minimental test (MMT) får hon 25 av 30 poäng, hon missar 2 av 3 poäng på fördröjd återgivning och 2 av 5 poäng på tidsorienteringsfrågorna.*

*Figurkopieringsuppgiften klarar hon inte alls. Hon klarar inte heller av klocktestet. Blodprovtagning utfaller normalt och det finns inga avvikelser vid kroppsundersökning.*

*Du remitterar Anna för datortomografi av hjärnan som en visar generell måttlig substansförlust med lätt vidgade kortikala fåror. Inga tecken till hydrocefalus, inga infarkter, ingen blödning och inga tumörtecken.*

Vilken av följande diagnoser är rimligast att misstänka?

- A. Vaskulär demens
  - B. Lewy body demens
  - C. Frontotemporallobsdemens
  - D. Creutzfeldt-Jakobs sjukdom
  - ✓E. Demens av Alzheimerstyp
-



## Question #: 17

*Anna Svensson, 73 år, kommer till hälsocentralen tillsammans med sin dotter på grund av trötthet och dålig sömn, något hon periodvis haft tidigare. Dottern berättar också att modern har fått sämre minne och hon är tveksam till om modern får i sig tillräckligt med mat. Det är inte längre samma ordning och reda i hemmet, och det brister till viss del avseende hygien. Anna är änka, bor ensam i ett radhus och kör bil. Hon röker ej, och intar små mängder alkohol. Genom åren har Anna haft återkommande depressiva episoder som präglats av framför allt initiativlöshet och sömnproblem. Vid något tillfälle har hon varit inlagd vid psykiatrisk klinik.*

*Du låter Anna besvara Geriatric Depression Scale och fördjupar anamnesen om hennes symtom. Du bedömer att Anna inte är deprimerad.*

*Du inleder en basal demensutredning på hälsocentralen. Vid minimal test (MMT) får hon 25 av 30 poäng, hon missar 2 av 3 poäng på fördröjd återgivning och 2 av 5 poäng på tidsorienteringsfrågorna.*

*Figurkopieringsuppgiften klarar hon inte alls. Hon klarar inte heller av klocktestet. Blodprovtagning utfaller normalt och det finns inga avvikelser vid kroppsundersökning.*

*Du remitterar Anna för datortomografi av hjärnan som en visar generell måttlig substansförlust med lätt vidgade kortikala fåror. Inga tecken till hydrocefalus, inga infarkter, ingen blödning och inga tumörtecken.*

*Du bedömer att hon har en demensutveckling av Alzheimerstyp.*

Vilket av följande alternativ är bästa fortsatt handläggning?

- A. Skriver brev till Anna och informerar om sjukdomen och ber henne boka återbesök efter 3 månader för ställningstagande till läkemedelsbehandling
  - B. Kontakt med demensprofilerad sjuksköterska inom primärvården som tar över den fortsatta uppföljningen
  - C. Informationssamtal med anhöriga och återbesök med Anna efter 3 månader för bedömning av bilkörningsförmåga
  - ✓D. Snart återbesök med Anna och hennes anhöriga för information och bedömning av bilkörningsförmåga och behov av läkemedelsbehandling
  - E. Remiss till specialistmottagning för ställningstagande till läkemedelsbehandling
-

Question #: 18

*Anna Svensson, 73 år, kommer till hälsocentralen tillsammans med sin dotter på grund av trötthet och dålig sömn, något hon periodvis haft tidigare. Dottern berättar också att modern har fått sämre minne och hon är tveksam till om modern får i sig tillräckligt med mat. Det är inte längre samma ordning och reda i hemmet, och det brister till viss del avseende hygien. Anna är änka, bor ensam i ett radhus och kör bil. Hon röker ej, och intar små mängder alkohol. Genom åren har Anna haft återkommande depressiva episoder som präglats av framför allt initiativlöshet och sömnproblem. Vid något tillfälle har hon varit inlagd vid psykiatrisk klinik.*

*Du låter Anna besvara Geriatric Depression Scale och fördjupar anamnesen om hennes symtom. Du bedömer att Anna inte är deprimerad.*

*Du inleder en basal demensutredning på hälsocentralen. Vid minimal test (MMT) får hon 25 av 30 poäng, hon missar 2 av 3 poäng på fördröjd återgivning och 2 av 5 poäng på tidsorienteringsfrågorna.*

*Figurkopieringsuppgiften klarar hon inte alls. Hon klarar inte heller av klocktestet. Blodprovtagning utfaller normalt och det finns inga avvikelser vid kroppsundersökning.*

*Du remitterar Anna för datortomografi av hjärnan som en visar generell måttlig substansförlust med lätt vidgade kortikala fåror. Inga tecken till hydrocefalus, inga infarkter, ingen blödning och inga tumörtecken.*

*Du bedömer att hon har en demensutveckling av Alzheimerstyp.*

*Du kommer i samförstånd med Anna fram till att hon skulle ha nytta av läkemedelsbehandling.*

Vilken av följande behandlingar bör du erbjuda mot hennes Alzheimer demens?

- A. Tablett haloperidol 1 mg ×2
  - ✓B. Tablett donepezil 5 mg ×1
  - C. Tablett risperidon 0,5 mg ×2
  - D. Tablett amitryptilin 25 mg ×1
  - E. Tablett levodopa 50 mg ×2
-

Question #: 19

Ronny, 23 år, är en känd blandmissbrukare som inkommer med polis till psykiatriska akutmottagningen för avgiftning.

Ronny berättar att han tagit "allt som han fått tag i". Han har tagit amfetamin flera gånger per vecka i några månader; rökt hasch dagligen i snart ett år; oxycodon dagligen sista veckan; bensodiazepiner någon gång per vecka och kokain då och då. Han har dessutom druckit alkohol dagligen i snart 12 månader.

Du vill ta prover innan du fortsätter din handläggning. Vilket av följande alternativ bör du prioritera?

- A. B-PEth och drogscreening (blod)
  - ✓B. Etanol (utandning) och drogscreening (urin)
  - C. Drogscreening (urin) och leverstatus
  - D. B-PEth och drogscreening (urin)
  - E. B-PEth och CDT
-

Question #: 20

Ronny, 23 år, är en känd blandmissbrukare som inkommer med polis till psykiatriska akutmottagningen för avgiftning.

Ronny berättar att han tagit "allt som han fått tag i". Han har tagit amfetamin flera gånger per vecka i några månader; rökt hasch dagligen i snart ett år; oxycodon dagligen sista veckan; bensodiazepiner någon gång per vecka och kokain då och då. Han har dessutom druckit alkohol dagligen i snart 12 månader.

Ronny blåser 1,1 promille och lämnar ett urinprov som är positivt för amfetamin, THC (tetrahydrocannabinol), opiater och bensodiazepiner.

Du tar även ett blodstatus och ett leverstatus (inklusive PEth), men dessa prover är inte lika viktiga för den akuta handläggningen.

Du utför ett somatiskt status som utfaller normalt, dock noteras märken från nålstick i armveck.

Under samtalet noterar du att Ronny verkar rädd och arg. Ronny berättar att han de senaste dygnet "sett ett flertal mystiska bilar passera utanför hans lägenhet och misstänker att kameror har placerats ut i hans lägenhet". Han uppger att han tror att "polisen kan ha planerat att skjuta honom" om han gick ut ur lägenheten.

Du misstänker att Ronny har utvecklat en psykos under de senaste dagarna.

Vad av följande är den mest troliga orsaken till hans psykotiska symtom?

- ✓A. Amfetamin
  - B. Schizofreni
  - C. Cannabis
  - D. Opiater
  - E. Alkohol
-

## Question #: 21

Ronny, 23 år, är en känd blandmissbrukare som inkommer med polis till psykiatriska akutmottagningen för avgiftning.

Ronny berättar att han tagit "allt som han fått tag i". Han har tagit amfetamin flera gånger per vecka i några månader; rökt hasch dagligen i snart ett år; oxycodon dagligen sista veckan; bensodiazepiner någon gång per vecka och kokain då och då. Han har dessutom druckit alkohol dagligen i snart 12 månader.

Ronny blåser 1,1 promille och lämnar ett urinprov som är positivt för amfetamin, THC (tetrahydrocannabinol), opiater och bensodiazepiner.

Du tar även ett blodstatus och ett leverstatus (inklusive PEth), men dessa prover är inte lika viktiga för den akuta handläggningen.

Du utför ett somatiskt status som utfaller normalt, dock noteras märken från nålstick i armveck.

Under samtalet noterar du att Ronny verkar rädd och arg. Ronny berättar att han de senaste dygnet "sett ett flertal mystiska bilar passera utanför hans lägenhet och misstänker att kameror har placerats ut i hans lägenhet". Han uppger att han tror att "polisen kan ha planerat att skjuta honom" om han gick ut ur lägenheten.

Du misstänker att Ronny har utvecklat en psykos under de senaste dagarna.

I det här läget misstänker du att Ronny har paranoidea vanföreställningar på grund av sitt omfattande amfetaminintag. Du lägger in Ronny för observation på avdelning. Då han är opåverkad väljer du att avvakta med medicinering.

Under natten ringer man från avdelningen. Han har varken ätit eller druckit. Det är oklart om han sovit.

När du träffar Ronny är han fortsatt misstänksam och rädd. Han ter sig lätt förvirrad och det är möjligt att han hallucinerar. I status noteras att han är röd i ansiktet och skakig, pulsen är cirka 100 /minut och blodtrycket 180/105 mmHg.

Vilket av följande är bästa handläggning nu?

- A. Ordinerar betablockerare
  - B. Lugna ned Ronny med hjälp av samtal och gott bemötande
  - C. Ordinerar neuroleptika
  - ✓D. Ordinerar bensodiazepiner
  - E. Ordinerar regelbundna blodtryckskontroller
-

## Question #: 22

Ronny, 23 år, är en känd blandmissbrukare som inkommer med polis till psykiatriska akutmottagningen för avgiftning.

Ronny berättar att han tagit "allt som han fått tag i". Han har tagit amfetamin flera gånger per vecka i några månader; rökt hasch dagligen i snart ett år; oxycodon dagligen sista veckan; bensodiazepiner någon gång per vecka och kokain då och då. Han har dessutom druckit alkohol dagligen i snart 12 månader.

Ronny blåser 1,1 promille och lämnar ett urinprov som är positivt för amfetamin, THC (tetrahydrocannabinol), opiater och bensodiazepiner.

Du tar även ett blodstatus och ett leverstatus (inklusive PEth), men dessa prover är inte lika viktiga för den akuta handläggningen.

Du utför ett somatiskt status som utfaller normalt, dock noteras märken från nålstick i armveck.

Under samtalet noterar du att Ronny verkar rädd och arg. Ronny berättar att han de senaste dygnet "sett ett flertal mystiska bilar passera utanför hans lägenhet och misstänker att kameror har placerats ut i hans lägenhet". Han uppger att han tror att "polisen kan ha planerat att skjuta honom" om han gick ut ur lägenheten.

Du misstänker att Ronny har utvecklat en psykos under de senaste dagarna.

I det här läget misstänker du att Ronny har paranoida vanföreställningar på grund av sitt omfattande amfetaminintag. Du lägger in Ronny för observation på avdelning. Då han är opåverkad väljer du att avvakta med medicinering.

Under natten ringer man från avdelningen. Han har varken ätit eller druckit. Det är oklart om han sovit.

När du träffar Ronny är han fortsatt misstänksam och rädd. Han ter sig lätt förvirrad och det är möjligt att han hallucinerar. I status noteras att han är röd i ansiktet och skakig, pulsen är cirka 100 /minut och blodtrycket 180/105 mmHg.

Du misstänker att Ronny håller på att utveckla ett Delirium Tremens. Ett nytt utandningstest kan inte påvisa någon etanol. Du sätter in honom på diazepam i hög dos. Målet är att få honom att sova.

Du ordinerar 10 mg diazepam, vilket inte hjälper. Efter ytterligare 10 mg normaliseras hans puls och blodtryck, han blir lugnare och börjar känna sig sömning. Han tackar för hjälpen och ber om något att äta och dricka.

Du sätter nu in honom på ett bensodiazepinschema och går ner till akuten för att träffa en ny patient.

På väg ner till akuten kommer du plötsligt på att du glömt bort Wernicke's encefalopati. Du rusar omedelbart tillbaka till avdelningen och stoppar den trötta sköterskan som är på väg in till patienten med en macka och ett glas juice.

Med andan i halsen förmedlar du vad du vill att patienten ska få innan han äter.

Vad bör du ordinera för att förebygga Wernicke's encefalopati?

- A. Vitamin C
  - ✓B. Vitamin B1
  - C. Vitamin B6
  - D. Vitamin B12
  - E. Vitamin D
-

## Question #: 23

Ronny, 23 år, är en känd blandmissbrukare som inkommer med polis till psykiatriska akutmottagningen för avgiftning.

Ronny berättar att han tagit "allt som han fått tag i". Han har tagit amfetamin flera gånger per vecka i några månader; rökt hasch dagligen i snart ett år; oxycodon dagligen sista veckan; bensodiazepiner någon gång per vecka och kokain då och då. Han har dessutom druckit alkohol dagligen i snart 12 månader.

Ronny blåser 1,1 promille och lämnar ett urinprov som är positivt för amfetamin, THC (tetrahydrocannabinol), opiater och bensodiazepiner.

Du tar även ett blodstatus och ett leverstatus (inklusive PEth), men dessa prover är inte lika viktiga för den akuta handläggningen.

Du utför ett somatiskt status som utfaller normalt, dock noteras märken från nålstick i armveck.

Under samtalet noterar du att Ronny verkar rädd och arg. Ronny berättar att han de senaste dygnet "sett ett flertal mystiska bilar passera utanför hans lägenhet och misstänker att kameror har placerats ut i hans lägenhet". Han uppger att han tror att "polisen kan ha planerat att skjuta honom" om han gick ut ur lägenheten.

Du misstänker att Ronny har utvecklat en psykos under de senaste dagarna.

I det här läget misstänker du att Ronny har paranoida vanföreställningar på grund av sitt omfattande amfetaminintag. Du lägger in Ronny för observation på avdelning. Då han är opåverkad väljer du att avvakta med medicinering.

Under natten ringer man från avdelningen. Han har varken ätit eller druckit. Det är oklart om han sovit.

När du träffar Ronny är han fortsatt misstänksam och rädd. Han ter sig lätt förvirrad och det är möjligt att han hallucinerar. I status noteras att han är röd i ansiktet och skakig, pulsen är cirka 100 /minut och blodtrycket 180/105 mmHg.

Du misstänker att Ronny håller på att utveckla ett Delirium Tremens. Ett nytt utandningstest kan inte påvisa någon etanol. Du sätter in honom på diazepam i hög dos. Målet är att få honom att sova.

Du ordinerar 10 mg diazepam, vilket inte hjälper. Efter ytterligare 10 mg normaliseras hans puls och blodtryck, han blir lugnare och börjar känna sig sömning. Han tackar för hjälpen och ber om något att äta och dricka.

Du sätter nu in honom på ett bensodiazepinschema och går ner till akuten för att träffa en ny patient.

På väg ner till akuten kommer du plötsligt på att du glömt bort Wernicke's encefalopati. Du rusar omedelbart tillbaka till avdelningen och stoppar den trötta sköterskan som är på väg in till patienten med en macka och ett glas juice.

Med andan i halsen förmedlar du vad du vill att patienten ska få innan han äter.

Han hinner få vitamin B1 innan han äter, vilket minskar risken att han utvecklar Wernicke's encefalopati. Han får fortsatt injektioner med tiamin under de närmaste dagarna och hans diazepam trappas gradvis ut. Han uppvisar inga tecken till någon opiatabstinens.

Några dagar efter inläggning är Ronny dock fortsatt paranoid. Man misstänker även att han hör "röster" då och då. Han sätts in på neuroleptika, men trots behandling kvarstår hans psykotiska symtom under de kommande tre månaderna.

Du börjar känna dig tveksam till att detta "bara" rör sig om en amfetaminutlöst psykos.

Vilket av följande alternativ är skälet till att du bör ifrågasätta diagnosen amfetaminutlöst psykos?

- ✓A. En amfetaminutlöst psykos sitter oftast i några dagar
  - B. Bensodiazepiner är en vanligare orsak till långvariga psykostillstånd
  - C. Han har sannolikt utvecklat en Korsakoff-psykos
  - D. En amfetaminutlöst psykos brukar svara på behandling med neuroleptika
  - E. En amfetaminutlöst psykos sitter oftast i 2-4 veckor
-

**Question #: 24**

En 65-årig kvinna kommer till akutmottagningen på grund av tilltagande dyspné både i vila och vid promenader. Hon har under en förkylning blivit allt mer andfådd och hostar grönt slem. Hon brukar ha promenerat med sin make, men det senaste året har hon fått allt mer svårt att gå i samma takt på grund av andfåddhet och trötthet. Hon brukar bli förkyld 3-4 gånger om året, och blir då mer andfådd och hostig. Hon har rökt ett paket cigaretter dagligen sedan 20 års ålder.

**Status:**

Allmäntillstånd: Magerlagd, vilodyspné, andningsfrekvens 26 /minut. Saturation 84 % på luft. Temp 37,6° C. Inga benödem.

Cor: Regelbunden rytm, puls 88 /minut. Normala toner. Inga biljud.

Pulm: Avlägsna andningsljud med förlängt expirium och hörbara ronki över båda lungorna.

Blodtryck: 155/74 mmHg

**Laboratorieprover (referensvärden):**

P-CRP 12 mg/L (<3).

Normalt blodstatus och elektrolyter.

Hon bedöms behöva läggas in på avdelning.

Vilken är den mest troliga diagnosen?

- A. Pneumoni
  - B. Kronisk lungembolisering
  - C. Akut lungfibros
  - D. Akut lungemboli
  - ✓E. Exacerbation av kroniskt obstruktiv lungsjukdom
-



**Question #: 25**

*En 65-årig kvinna kommer till akutmottagningen på grund av tilltagande dyspné både i vila och vid promenader. Hon har under en förkylning blivit allt mer andfådd och hostar grönt slem. Hon brukar ha promenerat med sin make, men det senaste året har hon fått allt mer svårt att gå i samma takt på grund av andfåddhet och trötthet. Hon brukar bli förkyld 3-4 gånger om året, och blir då mer andfådd och hostig. Hon har rökt ett paket cigaretter dagligen sedan 20 års ålder.*

**Status:**

*Allmäntillstånd: Magerlagd, vilodyspné, andningsfrekvens 26 /minut. Saturation 84 % på luft. Temp 37,6° C. Inga benödem.*

*Cor: Regelbunden rytm, puls 88 /minut. Normala toner. Inga biljud.*

*Pulm: Avlägsna andningsljud med förlängt expirium och hörbara ronki över båda lungorna.*

*Blodtryck: 155/74 mmHg*

**Laboratorieprover (referensvärden):**

*P-CRP 12 mg/L (<3).*

*Normalt blodstatus och elektrolyter.*

*Hon bedöms behöva läggas in på avdelning.*

Du bedömer att hon har en exacerbation av en kroniskt obstruktiv lungsjukdom, och lägger in henne på lungavdelningen.

Vad bör du ordinera förutom inhalation av  $\beta$ -2-stimulerare och antikolinergika vid inläggningen?

- A. Syrgas + antikoagulantia
  - B. Syrgas + oral kortisonkur + intravenös antibiotika
  - C. Syrgas + intravenös kortisonkur + intravenös antibiotika
  - D. Intravenös antibiotika + betablockad
  - ✓E. Syrgas + oral kortisonkur + oral antibiotika
-

**Question #: 26**

*En 65-årig kvinna kommer till akutmottagningen på grund av tilltagande dyspné både i vila och vid promenader. Hon har under en förkylning blivit allt mer andfådd och hostar grönt slem. Hon brukar ha promenerat med sin make, men det senaste året har hon fått allt mer svårt att gå i samma takt på grund av andfåddhet och trötthet. Hon brukar bli förkyld 3-4 gånger om året, och blir då mer andfådd och hostig. Hon har rökt ett paket cigaretter dagligen sedan 20 års ålder.*

**Status:**

*Allmäntillstånd: Magerlagd, vilodyspné, andningsfrekvens 26 /minut. Saturation 84 % på luft. Temp 37,6° C. Inga benödem.*

*Cor: Regelbunden rytm, puls 88 /minut. Normala toner. Inga biljud.*

*Pulm: Avlägsna andningsljud med förlängt expirium och hörbara ronki över båda lungorna.*

*Blodtryck: 155/74 mmHg*

**Laboratorieprover (referensvärden):**

*P-CRP 12 mg/L (<3).*

*Normalt blodstatus och elektrolyter.*

*Du bedömer att hon har en exacerbation av en kroniskt obstruktiv lungsjukdom, och lägger in henne på lungavdelningen.*

*Hon får syrgas, inhalationer samt peroralt kortison och antibiotika vid inläggningen.*

*Efter 7 dygns behandling på vårdavdelningen har patienten återhämtat sig och kan skrivas ut.*

Hur bör patienten följas upp?

- A. "High-resolution" datortomografi (HRCT) thorax om 6 veckor och om denna är bra behövs inga kontroller
  - ✓B. Återbesök på hälsocentralen om 4-6 veckor
  - C. Återbesök på hälsocentralen om 3-6 månader
  - D. Får söka sjukvård vid behov
  - E. Lungröntgen om 6 veckor och om denna är bra behövs inga kontroller
-

**Question #: 27**

*En 65-årig kvinna kommer till akutmottagningen på grund av tilltagande dyspné både i vila och vid promenader. Hon har under en förkylning blivit allt mer andfådd och hostar grönt slem. Hon brukar ha promenerat med sin make, men det senaste året har hon fått allt mer svårt att gå i samma takt på grund av andfåddhet och trötthet. Hon brukar bli förkyld 3-4 gånger om året, och blir då mer andfådd och hostig. Hon har rökt ett paket cigaretter dagligen sedan 20 års ålder.*

**Status:**

*Allmäntillstånd: Magerlagd, vilodyspné, andningsfrekvens 26 /minut. Saturation 84 % på luft. Temp 37,6° C. Inga benödem.*

*Cor: Regelbunden rytm, puls 88 /minut. Normala toner. Inga biljud.*

*Pulm: Avlägsna andningsljud med förlängt expirium och hörbara ronki över båda lungorna.*

*Blodtryck: 155/74 mmHg*

**Laboratorieprover (referensvärden):**

*P-CRP 12 mg/L (<3).*

*Normalt blodstatus och elektrolyter.*

*Du bedömer att hon har en exacerbation av en kroniskt obstruktiv lungsjukdom, och lägger in henne på lungavdelningen.*

*Hon får syrgas, inhalationer samt peroralt kortison och antibiotika vid inläggningen.*

*Efter 7 dygns behandling på vårdavdelningen har patienten återhämtat sig och kan skrivas ut.*

*Ett återbesök till hälsocentralen planeras om 4-6 veckor.*

Vilken undersökning är mest prioriterad vid det kommande återbesöket?

- A. Lungröntgen
  - ✓B. Spirometri
  - C. "High resolution" datortomografi (HRCT) thorax
  - D. Blodprover med CRP, blodstatus, vätskestatus och NT-pro-BNP
  - E. EKG
-

**Question #: 28**

*En 65-årig kvinna kommer till akutmottagningen på grund av tilltagande dyspné både i vila och vid promenader. Hon har under en förkylning blivit allt mer andfådd och hostar grönt slem. Hon brukar ha promenerat med sin make, men det senaste året har hon fått allt mer svårt att gå i samma takt på grund av andfåddhet och trötthet. Hon brukar bli förkyld 3-4 gånger om året, och blir då mer andfådd och hostig. Hon har rökt ett paket cigaretter dagligen sedan 20 års ålder.*

**Status:**

*Allmäntillstånd: Magerlagd, vilodyspné, andningsfrekvens 26 /minut. Saturation 84 % på luft. Temp 37,6° C. Inga benödem.*

*Cor: Regelbunden rytm, puls 88 /minut. Normala toner. Inga biljud.*

*Pulm: Avlägsna andningsljud med förlängt expirium och hörbara ronki över båda lungorna.*

*Blodtryck: 155/74 mmHg*

**Laboratorieprover (referensvärden):**

*P-CRP 12 mg/L (<3).*

*Normalt blodstatus och elektrolyter.*

*Du bedömer att hon har en exacerbation av en kroniskt obstruktiv lungsjukdom, och lägger in henne på lungavdelningen.*

*Hon får syrgas, inhalationer samt peroralt kortison och antibiotika vid inläggningen.*

*Efter 7 dygns behandling på vårdavdelningen har patienten återhämtat sig och kan skrivas ut.*

*Ett återbesök till hälsocentralen planeras om 4-6 veckor.*

*Inför återbesöket beställer du en spirometri.*

Förutom mediciner, vilken åtgärd är nu mest motiverad?

- A. Psykologkontakt
- B. Kuratorskontakt
- C. Fysioterapi
- D. Dietistkontakt
- ✓E. Rökstopp

---

\*\* 1 fråga från delprov 2 har utgått