

1

Martin är en 52-årig högstadielärare som akut söker vård på din primärvårdsmottagning. Han har tre skilsmässor bakom sig och två barn i vardera äktenskap, men har aldrig lyckats behålla några nära relationer till vare sig sina fruar eller sina barn.

Så länge han minns har han i perioder dragit sig tillbaka och isolerat sig från omgivningen och familjen. Det som "håller honom uppe" och "ger energi" är utlandsresor, som han företar på egen hand. Han har några få vänner, men känner sig för det mesta ensam. Pandemin har inte påverkat honom särskilt mycket. Han har inte brytt sig om att vaccinera sig då han varken tillhör någon riskgrupp eller har något större behov av att umgås med andra.

Martin tog tjänstledigt under 6 veckor, före och efter julhelgen för att ha "goda dagar" i Mexico. Han brukar åka dit för att få energi genom "partylivet", och det passade ju bra nu då Mexico inte krävde vaccination för inresa. Första semesterveckorna var bra med bad, dykning och sena kvällar på barer. Han kände sig mycket "välmående".

Veckan efter nyår fick patienten kraftiga symtom på Covid och blev tvungen att stanna 2 veckor extra. Att behöva betala en ny flygbiljett försatte honom i en besvärlig ekonomisk situation.

Vid hemkomsten blev han av arbetsgivaren anmodad att arbeta hemifrån tills vidare och fick mindre signifikanta arbetsuppgifter. Han tolkade detta som en reprimand för att han hade semestrat ovaccinerad.

Martin utvecklade inom kort en känsla av förtvivlan, ensamhet, rädsla och hjälplöshet förutom tomhet och meningslöshet. Han fick svårt att koncentrera sig, sov mer än vanligt och fick minskad aptit. Han säger att han har en känsla av att omgivningen inte bryr sig och börjar känna att folk vill honom illa.

Status:

Cor/Pulm: utan anmärkning, regelbunden hjärtrytm

Blodtryck: 145/85 mmHg

Psykiskt: God formell men sämre emotionell kontakt. Nedsatt psykomotorik. Ger ett intryck av tomhet. Grundstämningen är svårbedömd, men är inte förhöjd. Hjälpökande men har svårt att uttrycka sig. Inga uppenbara psykotiska symtom men har paranoida tankar. Har inga tankar på döden eller att skada sig själv

Vilket tillstånd är mest sannolikt?

Välj ett alternativ:

- Sent debuterande schizofreni
- Postcovid syndrom
- Akut stressreaktion
- Postpartum psykos
- Autistiskt syndrom



Totalpoäng: 1

2

Martin är en 52-årig högstadielärare som akut söker vård på din primärvårdsmottagning. Han har tre skilsmässor bakom sig och två barn i vardera äktenskap, men har aldrig lyckats behålla några nära relationer till vare sig sina fruar eller sina barn.

Så länge han minns har han i perioder dragit sig tillbaka och isolerat sig från omgivningen och familjen. Det som "håller honom uppe" och "ger energi" är utlandsresor, som han företar på egen hand. Han har några få vänner, men känner sig för det mesta ensam. Pandemin har inte påverkat honom särskilt mycket. Han har inte brytt sig om att vaccinera sig då han varken tillhör någon riskgrupp eller har något större behov av att umgås med andra.

Martin tog tjänstledigt under 6 veckor, före och efter julhelgen för att ha "goda dagar" i Mexico. Han brukar åka dit för att få energi genom "partylivet", och det passade ju bra nu då Mexico inte krävde vaccination för inresa. Första semesterveckorna var bra med bad, dykning och sena kvällar på barer. Han kände sig mycket "välmående".

Veckan efter nyår fick patienten kraftiga symtom på Covid och blev tvungen att stanna 2 veckor extra. Att behöva betala en ny flygbiljett försatte honom i en besvärlig ekonomisk situation.

Vid hemkomsten blev han av arbetsgivaren anmodad att arbeta hemifrån tills vidare och fick mindre signifikanta arbetsuppgifter. Han tolkade detta som en reprimand för att han hade semestrat ovaccinerad.

Martin utvecklade inom kort en känsla av förtvivlan, ensamhet, rädsla och hjälplöshet förutom tomhet och meningslöshet. Han fick svårt att koncentrera sig, sov mer än vanligt och fick minskad aptit. Han säger att han har en känsla av att omgivningen inte bryr sig och börjar känna att folk vill honom illa.

Status:

Cor/Pulm: utan anmärkning, regelbunden hjärtrytm

Blodtryck: 145/85 mmHg

Psykiskt: God formell men sämre emotionell kontakt. Nedsatt psykomotorik. Ger ett intryck av tomhet. Grundstämningen är svårbedömd, men är inte förhöjd. Hjälpökande men har svårt att uttrycka sig. Inga uppenbara psykotiska symtom men har paranoida tankar. Har inga tankar på döden eller att skada sig själv

Du bedömer att patienten har en akut stressreaktion (akut krisreaktion).

Vilken vårdnivå bedömer du vara mest lämplig?

Välj ett alternativ:

- Egenvård och vila, sjukskrivning 2 veckor
- Tät samtalskontakt initialt på mottagningen ✔
- Remiss psykiatrisk mottagning
- Insättning av SSRI, insomningsmedicin initialt och återbesök inom en vecka
- Akut inläggning på psykiatrisk klinik

Totalpoäng: 1

3

Martin är en 52-årig högstadielärare som akut söker vård på din primärvårdsmottagning. Han har tre skilsmässor bakom sig och två barn i vardera äktenskap, men har aldrig lyckats behålla några nära relationer till vare sig sina fruar eller sina barn.

Så länge han minns har han i perioder dragit sig tillbaka och isolerat sig från omgivningen och familjen. Det som "håller honom uppe" och "ger energi" är utlandsresor, som han företar på egen hand. Han har några få vänner, men känner sig för det mesta ensam. Pandemin har inte påverkat honom särskilt mycket. Han har inte brytt sig om att vaccinera sig då han varken tillhör någon riskgrupp eller har något större behov av att umgås med andra.

Martin tog tjänstledigt under 6 veckor, före och efter julhelgen för att ha "goda dagar" i Mexico. Han brukar åka dit för att få energi genom "partylivet", och det passade ju bra nu då Mexico inte krävde vaccination för inresa. Första semesterveckorna var bra med bad, dykning och sena kvällar på barer. Han kände sig mycket "välmående".

Veckan efter nyår fick patienten kraftiga symtom på Covid och blev tvungen att stanna 2 veckor extra. Att behöva betala en ny flygbiljett försatte honom i en besvärlig ekonomisk situation.

Vid hemkomsten blev han av arbetsgivaren anmodad att arbeta hemifrån tills vidare och fick mindre signifikanta arbetsuppgifter. Han tolkade detta som en reprimand för att han hade semestrat ovaccinerad.

Martin utvecklade inom kort en känsla av förtvivlan, ensamhet, rädsla och hjälplöshet förutom tomhet och meningslöshet. Han fick svårt att koncentrera sig, sov mer än vanligt och fick minskad aptit. Han säger att han har en känsla av att omgivningen inte bryr sig och börjar känna att folk vill honom illa.

Status:

Cor/Pulm: utan anmärkning, regelbunden hjärtrytm

Blodtryck: 145/85 mmHg

Psykiskt: God formell men sämre emotionell kontakt. Nedsatt psykomotorik. Ger ett intryck av tomhet. Grundstämningen är svårbedömd, men är inte förhöjd. Hjälpökande men har svårt att uttrycka sig. Inga uppenbara psykotiska symtom men har paranoida tankar. Har inga tankar på döden eller att skada sig själv

Du bedömer att patienten har en akut stressreaktion (akut krisreaktion).

Då patienten har ett mycket glest socialt nätverk kommer du och patienten överens om att han initialt ska komma för täta samtal. Syftet är både att avlasta patientens symtom och för att du ska lära känna honom bättre om krisen drar ut på tiden eller senare kompliceras av depression med suicidala tankar.

Efter två veckors samtal förbättras patientens tillstånd. Han återgår i arbete och får en uppföljningstid om 2 månader men uppmanas att söka vård tidigare om han blir försämrad.

Inför återbesöket med patienten inser du att du har missat att inhämta anamnes om alkoholbruk och ta blodprov för att bedöma patientens alkoholkonsumtion.

Vilket blodprov borde du ha tagit?

Välj ett alternativ:

- P-PTH
- S-etanol
- P-ASAT och P-ALAT
- P-gamma-GT
- B-PEth



Totalpoäng: 1

4

~~Martin är en 52-årig högstadielärare som akut söker vård på din primärvårdsmottagning. Han har tre skilsmässor bakom sig och två barn i vardera äktenskap, men har aldrig lyckats behålla några nära relationer till vare sig sina fruar eller sina barn.~~

~~Så länge han minns har han i perioder dragit sig tillbaka och isolerat sig från omgivningen och familjen. Det som "håller honom uppe" och "ger energi" är utlandsresor, som han företar på egen hand. Han har några få vänner, men känner sig för det mesta ensam. Pandemin har inte påverkat honom särskilt mycket. Han har inte brytt sig om att vaccinera sig då han varken tillhör någon riskgrupp eller har något större behov av att umgås med andra.~~

~~Martin tog tjänstledigt under 6 veckor, före och efter julhelgen för att ha "goda dagar" i Mexico. Han brukar åka dit för att få energi genom "partylivet", och det passade ju bra nu då Mexico inte krävde vaccination för inresa. Första semesterveckorna var bra med bad, dykning och sena kvällar på barer. Han kände sig mycket "välmående".~~

~~Veckan efter nyår fick patienten kraftiga symtom på Covid och blev tvungen att stanna 2 veckor extra. Att behöva betala en ny flygbiljett försatte honom i en besvärlig ekonomisk situation.~~

~~Vid hemkomsten blev han av arbetsgivaren anmodad att arbeta hemifrån tills vidare och fick mindre signifikanta arbetsuppgifter. Han tolkade detta som en reprimand för att han hade semestrat ovaccinerad.~~

~~Martin utvecklade inom kort en känsla av förtvivlan, ensamhet, rädsla och hjälplöshet förutom tomhet och meningslöshet. Han fick svårt att koncentrera sig, sov mer än vanligt och fick minskad aptit. Han säger att han har en känsla av att omgivningen inte bryr sig och börjar känna att folk vill honom illa.~~

~~Status:~~

~~Cor/Pulm: utan anmärkning, regelbunden hjärtrytm~~

~~Blodtryck: 145/85 mmHg~~

~~Psykiskt: God formell men sämre emotionell kontakt. Nedsatt psykomotorik. Ger ett intryck av tomhet. Grundstämningen är svårbedömd, men är inte förhöjd. Hjälpsökande men har svårt att uttrycka sig. Inga uppenbara psykotiska symtom men har paranoida tankar. Har inga tankar på döden eller att skada sig själv~~

~~Du bedömer att patienten har en akut stressreaktion (akut krisreaktion).~~

~~Då patienten har ett mycket glest socialt nätverk kommer du och patienten överens om att han initialt ska komma för täta samtal. Syftet är både att avlasta patientens symtom och för att du ska lära känna honom bättre om krisen drar ut på tiden eller senare kompliceras av depression med suicidala tankar.~~

~~Efter två veckors samtal förbättras patientens tillstånd. Han återgår i arbete och får en uppföljningstid om 2 månader men uppmanas att söka vård tidigare om han blir försämrad.~~

~~Inför återbesöket med patienten inser du att du har missat att inhämta anamnes om alkoholbruk och ta blodprov för att bedöma patientens alkoholkonsumtion.~~

~~Vid återbesöket frågar du patienten om du får ta prover för alkoholbruk och patienten samtycker. P-PEth ligger under referensintervallet för riskbruk.~~

~~Men patienten har sedan sist försämrats och har signifikant sänkt stämningsläge, nedsatt koncentration, skam och skuldkänslor, bristande glädje och nedsatt aptit och ingen sexlust samt sover överdrivet mycket.~~

~~I status stämmer alla fynd med en depression (MADRS 32) men patienten har inga suicidtankar. Ni diskuterar hur tillståndet kan förbättras och kommer överens om att inleda sedvanlig depressionsbehandling med SSRI, psykologisk terapi samt fysisk aktivitet.~~

~~Under följande veckor försämrats patientens tillstånd markant och några veckor senare har patienten en mycket låg funktionsnivå (MADRS 45) motsvarande en djup depression. Patienten har även uppenbara psykotiska inslag av paranoida vanföreställningar.~~

~~Ni kommer överens om inläggning på psykiatrisk slutenvård. Patienten tas väl om hand och utreds inläggande.~~

~~Man hittar i anamnesen tidigare orapporterade långa episoder av nedstämdhet ända sedan puberteten. Enligt en tidigare hustru har det under dessa perioder även funnits psykotiska inslag.~~

Martin har dessutom haft episoder då han "mått riktigt bra", men dessa har varit kortvariga.

Vilken diagnos är troligast?

Välj ett alternativ:

- Bipolär sjukdom typ 1
- Schizoaffektivt syndrom
- Paranoid personlighetsstörning
- Bipolär sjukdom typ 2
- Frontalt långsamväxande gliom



Totalpoäng: 1

5

Martin är en 52-årig högstadielärare som akut söker vård på din primärvårdsmottagning. Han har tre skilsmässor bakom sig och två barn i vardera äktenskap, men har aldrig lyckats behålla några nära relationer till vare sig sina fruar eller sina barn.

Så länge han minns har han i perioder dragit sig tillbaka och isolerat sig från omgivningen och familjen. Det som "håller honom uppe" och "ger energi" är utlandsresor, som han företar på egen hand. Han har några få vänner, men känner sig för det mesta ensam. Pandemin har inte påverkat honom särskilt mycket. Han har inte brytt sig om att vaccinera sig då han varken tillhör någon riskgrupp eller har något större behov av att umgås med andra.

Martin tog tjänstledigt under 6 veckor, före och efter julhelgen för att ha "goda dagar" i Mexico. Han brukar åka dit för att få energi genom "partylivet", och det passade ju bra nu då Mexico inte krävde vaccination för inresa. Första semesterveckorna var bra med bad, dykning och sena kvällar på barer. Han kände sig mycket "välmående".

Veckan efter nyår fick patienten kraftiga symtom på Covid och blev tvungen att stanna 2 veckor extra. Att behöva betala en ny flygbiljett försatte honom i en besvärlig ekonomisk situation.

Vid hemkomsten blev han av arbetsgivaren anmodad att arbeta hemifrån tills vidare och fick mindre signifikanta arbetsuppgifter. Han tolkade detta som en reprimand för att han hade semestrat ovaccinerad.

Martin utvecklade inom kort en känsla av förtvivlan, ensamhet, rädsla och hjälplöshet förutom tomhet och meningslöshet. Han fick svårt att koncentrera sig, sov mer än vanligt och fick minskad aptit. Han säger att han har en känsla av att omgivningen inte bryr sig och börjar känna att folk vill honom illa.

Status:

Cor/Pulm: utan anmärkning, regelbunden hjärtrytm

Blodtryck: 145/85 mmHg

Psykiskt: God formell men sämre emotionell kontakt. Nedsatt psykomotorik. Ger ett intryck av tomhet. Grundstämningen är svårbedömd, men är inte förhöjd. Hjälpökande men har svårt att uttrycka sig. Inga uppenbara psykotiska symtom men har paranoida tankar. Har inga tankar på döden eller att skada sig själv

Du bedömer att patienten har en akut stressreaktion (akut krisreaktion).

Då patienten har ett mycket glest socialt nätverk kommer du och patienten överens om att han initialt ska komma för täta samtal. Syftet är både att avlasta patientens symtom och för att du ska lära känna honom bättre om krisen drar ut på tiden eller senare kompliceras av depression med suicidala tankar.

Efter två veckors samtal förbättras patientens tillstånd. Han återgår i arbete och får en uppföljningstid om 2 månader men uppmanas att söka vård tidigare om han blir försämrad.

Inför återbesöket med patienten inser du att du har missat att inhämta anamnes om alkoholbruk och ta blodprov för att bedöma patientens alkoholkonsumtion.

Vid återbesöket frågar du patienten om du får ta prover för alkoholbruk och patienten samtycker. P-PEth ligger under referensintervallet för riskbruk.

Men patienten har sedan sist försämrats och har signifikant sänkt stämningsläge, nedsatt koncentration, skam- och skuld känslor, bristande glädje och nedsatt aptit och ingen sexlust samt sover överdrivet mycket.

I status stämmer alla fynd med en depression (MADRS 32) men patienten har inga suicidtankar. Ni diskuterar hur tillståndet kan förbättras och kommer överens om att inleda sedvanlig depressionsbehandling med SSRI, psykologisk terapi samt fysisk aktivitet.

Under följande veckor försämras patientens tillstånd markant och några veckor senare har patienten en mycket låg funktionsnivå (MADRS 45) motsvarande en djup depression. Patienten har även uppenbara psykotiska inslag av paranoida vanföreställningar.

Ni kommer överens om inläggning på psykiatrisk slutenvård. Patienten tas väl om hand och utreds inneliggande.

Man hittar i anamnesen tidigare orapporterade långa episoder av nedstämdhet ända sedan puberteten. Enligt en tidigare hustru har det under dessa perioder även funnits psykotiska inslag.

Martin har dessutom haft episoder då han "mått riktigt bra", men dessa har varit kortvariga.

Patienten får diagnosen bipolärt syndrom typ 1 och ordineras litium.

Vilket organ är känsligt för biverkningar av litium?

Välj ett alternativ:

- Hypofys
- Levern
- Njurar ✓
- Bukspottkörteln
- Prostatakörteln

Totalpoäng: 1

6

En kvinna kommer in på förlossningen i graviditetsvecka 28+0 med värkar och förkortad cervix.

Vilket/vilka läkemedel bör ges till kvinnan vid hotande förtidsbörd för att förbättra prognosen för barnet?

Välj ett alternativ:

- Dexametason
- Högdos D-vitamin
- Betametason och magnesiumsulfat ✓
- Bensylpenicillin och gentamycin
- Misoprostol

Totalpoäng: 1

7

En kvinna kommer in på förlossningen i graviditetsvecka 28+0 med värkar och förkortad cervix.

Du ordinerar betametason och magnesiumsulfat på grund av den hotande förtidsbörden.

Förlossningen går inte att hejda utan barnet föds vaginalt en timme senare. Du är barnläkare i teamet som tar hand om barnet efter födelsen. En minut efter födelsen andas barnet och gnyr men är cyanotiskt och har nedsatt muskeltonus.

Du behöver vidta ett flertal åtgärder.

Vilken av nedanstående åtgärder behöver du INTE vidta omedelbart?

Välj ett alternativ:

- Lägga barnet i "plastpåse" (*Neo Help*)
- Koppla EKG och pulsoxymeter
- Ge CPAP med 30 % syrgas
- Använda strålvärme och värmedyna
- Ge surfaktant



Totalpoäng: 1

8

En kvinna kommer in på förlossningen i graviditetsvecka 28+0 med värkar och förkortad cervix. Du ordinerar betametason och magnesiumsulfat på grund av den hotande förtidsbörden. Förlossningen går inte att hejda utan barnet föds vaginalt en timme senare. Du är barnläkare i teamet som tar hand om barnet efter födelsen. En minut efter födelsen andas barnet och gnyr men är cyanotiskt och har nedsatt muskeltonus.

Du stabiliserar barnet med CPAP och extra O₂, kopplar EKG och pulsoxymeter och transporterar det till neonatalavdelningen där barnets kroppsvärme upprätthålls med hjälp av plastpåse, strålvärme och värmedyna. Vid 60 minuters ålder kräver barnet 25 % O₂ i CPAP. Du har just satt en navelartärkateter och får en blodgas som visar: pH 7.30, pCO₂ 7.9 kPa, Hb 195 g/L, Na 135 mmol/L, glukos 2.2 mmol/L.

Vilket av dessa provsvar motiverar en snabb åtgärd?

Välj ett alternativ:

pCO₂

Glukos

Hb

Na

pH



Totalpoäng: 1

9

En kvinna kommer in på förlossningen i graviditetsvecka 28+0 med värkar och förkortad cervix. Du ordinerar betametason och magnesiumsulfat på grund av den hotande förtidsbörden. Förlossningen går inte att hejda utan barnet föds vaginalt en timme senare. Du är barnläkare i teamet som tar hand om barnet efter födelsen. En minut efter födelsen andas barnet och gnyr men är cyanotiskt och har nedsatt muskeltonus.

Du stabiliserar barnet med CPAP och extra O_2 , kopplar EKG och pulsoxymeter och transporterar det till neonatalavdelningen där barnets kroppsvärme upprätthålls med hjälp av plastpåse, strålvärme och värmedyna.

Vid 60 minuters ålder kräver barnet 25 % O_2 i CPAP. Du har just satt en navelartärkateter och får en blodgas som visar: pH 7.30, pCO_2 7.9 kPa, Hb 195 g/L, Na 135 mmol/L, glukos 2.2 mmol/L.

Du behandlar barnets hypoglykemi.

Barnet vägs och visar sig ligga strax under medelvikt för sin gestationsålder (28 veckor + 0 dagar).

Vilken ungefärlig födelsevikt har barnet?

Välj ett alternativ:

- 500 g
- 1000 g
- 1500 g
- 2000 g
- 2500 g



Totalpoäng: 1

10

En kvinna kommer in på förlossningen i graviditetsvecka 28+0 med värkar och förkortad cervix.

Du ordinerar betametason och magnesiumsulfat på grund av den hotande förtidsbörden.

Förlossningen går inte att hejda utan barnet föds vaginalt en timme senare. Du är barnläkare i teamet som tar hand om barnet efter födelsen. En minut efter födelsen andas barnet och gnyr men är cyanotiskt och har nedsatt muskeltonus.

Du stabiliserar barnet med CPAP och extra O₂, kopplar EKG och pulsoxymeter och transporterar det till neonatalavdelningen där barnets kroppsvärme upprätthålls med hjälp av plastpåse, strålvärme och värmedyna.

Vid 60 minuters ålder kräver barnet 25 % O₂ i CPAP. Du har just satt en navelartärkateter och får en blodgas som visar: pH 7.30, pCO₂ 7.9 kPa, Hb 195 g/L, Na 135 mmol/L, glukos 2.2 mmol/L.

Du behandlar barnets hypoglykemi.

Barnet vägs och visar sig ligga strax under medelvikt för sin gestationsålder (28 veckor + 0 dagar).

Barnet som väger 1000 g är nu 1½ timme gammalt och du ska nu ordinera nutrition till barnet.

Vad ordinerar du?

Välj ett alternativ:

- Donerad bröstmjök och glukosdropp
- Prematurformula och parenteral nutritionslösning
- Donerad bröstmjök och parenteral nutritionslösning
- Fasta och total parenteral nutrition
- Prematurformula och glukosdropp



Totalpoäng: 1

11

En 32-årig, tidigare frisk man, icke-rökare, söker på vårdcentralen för trötthet, viktnedgång, stora urinvolymer och ökad törst sedan 1 månad.

Status:

AT: Opåverkad, längd 180 cm, vikt 71 kg, temp 37,3 °C, inga perifera ödem. Tyreoidea och ytliga lymfkörtlar palperas normala.

Cor: Regelbunden rytm 100/minut, inga blåsljud.

Pulm: normala andningsljud.

Blodtryck: 100/55 mmHg.

Buk: Mjuk, oöm.

Vilken undersökning på vårdcentralen ger sannolikt mest information i nuläget?

Välj ett alternativ:

- B-CRP
- B-SR
- B-Hemoglobin
- EKG
- B-glukos



Totalpoäng: 1

12

En 32-årig, tidigare frisk man, icke-rökare, söker på vårdcentralen för trötthet, viktnedgång, stora urinvängder och ökad törst sedan 1 månad.

Status: AT: Opåverkad, längd 180 cm, vikt 71 kg, temp 37,3 °C, inga perifera ödem. Tyreoidea och ytliga lymfkörtlar palperas normala. Cor: Regelbunden rytm 100/minut, inga blåsljud. Pulm: normala andningsljud. Blodtryck: 100/55 mmHg. Buk: Mjuk, oöm.

Kapillärt B-glukos på vårdcentralen var 38 mmol/L.

Vilken åtgärd är nu mest lämplig?

Välj ett alternativ:

- Starta behandling med SGLT-2 hämmare, råd om kost och motion. Återbesök om 1 vecka.
- Remiss till akutmottagningen ✓
- Starta behandling med metformin, råd om kost och motion. Återbesök om 1 vecka.
- Råd om kost och motion. Återbesök om 3 veckor.
- Starta behandling med långverkande insulin (t.ex. glargin 10 E subcutant på kvällen). Återbesök om 1 vecka.

Totalpoäng: 1

13

En 32-årig, tidigare frisk man, icke-rökare, söker på vårdcentralen för trötthet, viktnedgång, stora urinvolymer och ökad törst sedan 1 månad.

Status: AT: Opåverkad, längd 180 cm, vikt 71 kg, temp 37,3 °C, inga perifera ödem. Tyreoidea och ytliga lymfkörtlar palperas normala. Cor: Regelbunden rytm 100/minut, inga blåsljud. Pulm: normala andningsljud. Blodtryck: 100/55 mmHg. Buk: Mjuk, oöm.

Kapillärt B-glukos var 38 mmol/L.

Patienten remitterades till akutmottagningen på närmaste sjukhus under frågeställning nydebuterad diabetes. På akuten mår han sämre och kräks, blodtrycket är 95/50 mmHg. Man tar rutinprover (elektrolytstatus, blodstatus, CRP, P-glukos).

Viket prov är viktigast för fortsatt handläggning just nu?

Välj ett alternativ:

C-peptid

B-pH



HbA1c

U-albumin

Anti-GAD och anti-IA-2

Totalpoäng: 1

14

En 32-årig, tidigare frisk man, icke-rökare, söker på vårdcentralen för trötthet, viktnedgång, stora urinmängder och ökad törst sedan 1 månad.

Status: AT: Opåverkad, längd 180 cm, vikt 71 kg, temp 37,3 °C, inga perifera ödem. Tyreoidea och ytliga lymfkörtlar palperas normala. Cor: Regelbunden rytm 100/minut, inga blåsljud. Pulm: normala andningsljud. Blodtryck: 100/55 mmHg. Buk: Mjuk, oöm.

Kapillärt B-glukos var 38 mmol/L.

Patienten remitterades till akutmottagningen på närmaste sjukhus under frågeställning nydebuterad diabetes. På akuten mår han sämre och kräks, blodtrycket är 95/50 mmHg. Man tar rutinprover (elektrolytstatus, blodstatus, CRP, P-glukos).

Övriga provsvar (referensvärden):

P-Na 135 mmol/L (137–145)
 P-K 4,5 mmol/L (3,6–4,6)
 P-kreatinin 110 µmol/L (60–105)
 Hb 152 g/L (117–153)
 LPK $7,1 \times 10^9/L$ (3,5–8,8)
 TPK $267 \times 10^9/L$ (145–348)
 CRP 5 mg/L (<3)
 P-glukos 31 mmol/L
 B-ketoner 4 mmol/L.

Artärblodgas:

pH 7,25 (7,35–7,45)
 pO₂ 13 kPa (10–13)
 pCO₂ 4,2 kPa (4,5–6,0)
 BE -6 (-3 – +3).

Vilken vidare handläggning är nu mest lämplig?

Välj ett alternativ:

- Inläggning på vårdavdelning med s.c. insulin och kontroller av B-glukos nästa dag.
- Inläggning på intensivvårdsavdelning med i.v. insulin och i.v. infusion NaCl 0,9 % m^l tillskott av kalium. Kontroller av B-glukos och elektrolyter varje timme. ✓
- Inläggning på vårdavdelning med s.c. insulin och kontroller av B-glukos var annan timme.
- Inläggning på intensivvårdsavdelning med s.c. insulin och i.v. infusion NaCl 0,9 %. Kontroller av B-glukos och elektrolyter varje timme.
- Starta behandling med tabl. Metformin, återbesök till diabetessjuksköterska nästa dag.

Totalpoäng: 1

15

En 32-årig, tidigare frisk man, icke-rökare, söker på vårdcentralen för trötthet, viktnedgång, stora urinnängder och ökad törst sedan 1 månad.

Status: AT: Opåverkad, längd 180 cm, vikt 71 kg, temp 37,3 °C, inga perifera ödem. Tyreoidea och ytliga lymfkörtlar palperas normala. Cor: Regelbunden rytm 100/minut, inga blåsljud. Pulm: normala andningsljud. Blodtryck: 100/55 mmHg. Buk: Mjuk, oöm.

Kapillärt B-glukos var 38 mmol/L.

Patienten remitterades till akutmottagningen på närmaste sjukhus under frågeställning nydebuterad diabetes. På akuten mår han sämre och kräks, blodtrycket är 95/50 mmHg. Man tar rutinprover (elektrolytstatus, blodstatus, CRP, P-glukos).

Övriga provsvar (referensvärden): P-Na 135 mmol/L (137–145); P-K 4,5 mmol/L (3,6–4,6); P-kreatinin 110 µmol/L (60–105); Hb 152 g/L (117–153); LPK 7,1 x 10⁹/L (3,5–8,8); TPK 267 x 10⁹/L (145–348); CRP 5 mg/L (<3); P-glukos 31 mmol/L; B-ketoner 4 mmol/L.

Artärbloodgas: pH 7,25 (7,35–7,45); pO₂ 13 kPa (10–13); pCO₂ 4,2 kPa (4,5–6,0); BE -6 (-3 – +3).

Patienten bedöms ha en diabetes-ketoacidosis och läggs in på intensivvårdsavdelning för behandling med i.v. insulin-infusion samt i.v. NaCl 0,9 % med tillägg av kalium. P-glukos sjunker kontrollerat med 3 mmol/L/timme. Nästa dag kan han flyttas till en vanlig vårdavdelning. Kompletterande provtagning visar C-peptid 0,15 nmol/L (0,37 - 1,47) och titrarna av anti-GAD och anti-IA2 är båda höga.

Vilken läkemedelsbehandling är nu lämplig?

Välj ett alternativ:

- Långverkande insulin på kvällen och en SGLT-2 hämmare
- Mix-insulin (30/70) till frukost och middag
- Långverkande insulin på kvällen och en GLP-1 analog
- Långverkande insulin på kvällen och metformin
- Långverkande insulin på kvällen samt kortverkande insulin till måltider



Totalpoäng: 1

16

En 32-årig, tidigare frisk man, icke-rökare, söker på vårdcentralen för trötthet, viktnedgång, stora urinmängder och ökad törst sedan 1 månad.

Status: AT: Opåverkad, längd 180 cm, vikt 71 kg, temp 37,3 °C, inga perifera ödem. Tyreoidea och ytliga lymfkörtlar palperas normala. Cor: Regelbunden rytm 100/minut, inga blåsljud. Pulm: normala andningsljud. Blodtryck: 100/55 mmHg. Buk: Mjuk, oöm.

Kapillärt B-glukos var 38 mmol/L.

Patienten remitterades till akutmottagningen på närmaste sjukhus under frågeställning nydebuterad diabetes. På akuten mår han sämre och kräks, blodtrycket är 95/50 mmHg. Man tar rutinprover (elektrolytstatus, blodstatus, CRP, P-glukos).

Övriga provsvar (referensvärden): P-Na 135 mmol/L (137–145); P-K 4,5 mmol/L (3,6–4,6); P-kreatinin 110 µmol/L (60–105); Hb 152 g/L (117–153); LPK 7,1 x 10⁹/L (3,5–8,8); TPK 267 x 10⁹/L (145–348); CRP 5 mg/L (<3); P-glukos 31 mmol/L; B-ketoner 4 mmol/L.

Artärbloodgas: pH 7,25 (7,35–7,45); pO₂ 13 kPa (10–13); pCO₂ 4,2 kPa (4,5–6,0); BE -6 (-3 – +3).

Patienten bedöms ha en diabetes-ketoacidosis och läggs in på intensivvårdsavdelning för behandling med i.v. insulin-infusion samt i.v. NaCl 0,9 % med tillägg av kalium. P-glukos sjunker kontrollerat med 3 mmol/L/timme. Nästa dag kan han flyttas till en vanlig vårdavdelning. Kompletterande provtagning visar C-peptid 0,15 nmol/L (0,37 - 1,47) och titrarna av anti-GAD och anti-IA2 är båda höga.

Patienten bedömdes ha en typ 1 diabetes och startade behandling med långverkande basinsulin på kvällen och måltidsinsulin till måltider. Han får lära sig att injicera detta subkutant och att mäta kapillärt b-glukos och har kontakt med diabetessköterskan på diabetesmottagningen.

Du ser honom nu 1 år efter diabetesdebuten på diabetesmottagningen. Han mår bra och har en acceptabel frekvens av lindriga hypoglykemier som han kan hantera väl. HbA1c är 54 mmol/mol, blodtryck 145/95 mmHg. Du finner ett normalt fotstatus med fina perifera pulsar, vibrationssinne och plantar sensibilitet för monofilament och en aktuell ögonbottenfotografering visar inga tecken till diabetesretinopati.

Vilken ytterligare undersökning är viktigast för bedömning av mikrovaskulära diabeteskomplikationer?

Välj ett alternativ:

- S-TSH
- S-kreatinin
- U-albumin/kreatinin-kvot
- S-pro-BNP
- EKG



Totalpoäng: 1

17

En 32-årig, tidigare frisk man, icke-rökare, söker på vårdcentralen för trötthet, viktnedgång, stora urinvolymer och ökad törst sedan 1 månad.

Status: AT: Opåverkad, längd 180 cm, vikt 71 kg, temp 37,3 °C, inga perifera ödem. Tyreoidea och ytliga lymfkörtlar palperas normala. Cor: Regelbunden rytm 100/minut, inga blåsljud. Pulm: normala andningsljud. Blodtryck: 100/55 mmHg. Buk: Mjuk, oöm.

Kapillärt B-glukos var 38 mmol/L.

Patienten remitterades till akutmottagningen på närmaste sjukhus under frågeställning nydebuterad diabetes. På akuten mår han sämre och kräks, blodtrycket är 95/50 mmHg. Man tar rutinprover (elektrolytstatus, blodstatus, CRP, P-glukos).

Övriga provsvar (referensvärden): P-Na 135 mmol/L (137–145); P-K 4,5 mmol/L (3,6–4,6); P-kreatinin 110 µmol/L (60–105); Hb 152 g/L (117–153); LPK 7,1 x 10⁹/L (3,5–8,8); TPK 267 x 10⁹/L (145–348); CRP 5 mg/L (<3); P-glukos 31 mmol/L; B-ketoner 4 mmol/L.

Artärblodgas: pH 7,25 (7,35–7,45); pO₂ 13 kPa (10–13); pCO₂ 4,2 kPa (4,5–6,0); BE -6 (-3 – +3).

Patienten bedöms ha en diabetes-ketoacidosis och läggs in på intensivvårdsavdelning för behandling med i.v. insulin-infusion samt i.v. NaCl 0,9 % med tillägg av kalium. P-glukos sjunker kontrollerat med 3 mmol/L/timme. Nästa dag kan han flyttas till en vanlig vårdavdelning.

Kompletterande provtagning visar C-peptid 0,15 nmol/L (0,37 - 1,47) och titrarna av anti-GAD och anti-IA2 är båda höga.

Patienten bedömdes ha en typ 1 diabetes och startade behandling med långverkande basinsulin på kvällen och måltidsinsulin till måltider. Han får lära sig att injicera detta subkutant och att mäta kapillärt b-glukos och har kontakt med diabetesköterskan på diabetesmottagningen.

Du ser honom nu 1 år efter diabetesdebuten på diabetesmottagningen. Han mår bra och har en acceptabel frekvens av lindriga hypoglykemier som han kan hantera väl. HbA_{1c} är 54 mmol/mol, blodtryck 145/95 mmHg. Du finner ett normalt fotstatus med fina perifera pulsar, vibrationssinne och plantar sensibilitet för monofilament och en aktuell ögonbottenfotografering visar inga tecken till diabetesretinopati.

Som screening för diabetesnefropati tas även U-Albumin/kreatininkvot som är 10 mg/mmol (ref: <3,0). Upprepade urinprov på olika dagar visar 8,3 respektive 11 mg/mmol och blodprover visar: P-Na 140 mmol/L (137–145), P-K 3,9 mmol/L (3,6–4,6), P-Kreatinin 76 mmol/L (60–105). P-Kolesterol 4,4 mmol/L (3,3–6,9), LDL 2,3 mmol/L (1,4 - 4,7), triglycerider 2,3 mmol/L (<2,6).

Förutom intensifiering av blodsockerkontrollen, vilken behandling är nu viktigast?

Välj ett alternativ:

- Metformin
- Statin
- Furosemid
- Angiotensinreceptorblockerare
- Minskat proteinintag i kosten



Totalpoäng: 1

18

En 32-årig, tidigare frisk man, icke-rökare, söker på vårdcentralen för trötthet, viktnedgång och ökad törst sedan 1 månad. Status: AT: Opåverkad, längd 180 cm, vikt 71 kg, temp 37,3°C, inga perifera ödem. Tyreoidea och ytliga lymfkörtlar palperas normala. Cor: Regelbunden rytm 100/minut, inga blåsljud. Pulm: normala andningsljud. Blodtryck: 100/55 mmHg. Buk: Mjuk, oöm. Kapillärt B-glukos var 38 mmol/L. Patienten remitterades till akutmottagningen på närmaste sjukhus under frågeställning nydebuterad diabetes. På akuten mår han sämre och kräks och blodtryck är 95/50 mmHg och prover på akuten visar ketoacidosis med lågt pH 7,25, förhöjda B-ketoner 4 mmol/L, normalt P-K 4,5 mmol/L, lätt förhöjt P-kreatinin 110 µmol/L (60–105)

Patienten bedömdes ha en diabetes ketoacidosis och vårdades initialt på intensivvårdsavdelning med i.v. insulin-infusion samt i.v. NaCl 0,9% med tillägg av kalium. Nästa dag flyttades han till en vanlig vårdavdelning där provtagning visade lågt C-peptid 0,15 nmol/L (0,37 - 1,47) och höga titrarna av anti-GAD och anti-IA2. Patienten bedömdes ha en typ 1 diabetes och startade behandling med långverkande basinsulin på kvällen och måltidsinsulin till måltider, får lära sig att injicera detta subkutant och att mäta kapillärt b-glukos och har kontakt med diabetessköterskan på diabetesmottagningen.

Vid kontroll 1 år efter diabetesdebuten mår han bra och hade en acceptabel frekvens av lindriga hypoglykemier som han kan hantera väl. HbA1c var 54 mmol/mol, blodtryck 145/95 mmHg. Fotstatus och ögonbottenfoto var normala, men U-albumin/kreatinin-kvot var förhöjd, vilket indikerade begynnande diabetesnefropati.

Som screening för diabetesnefropati tas även U-Albumin/kreatininkvot som är 10 mg/mmol (ref: <3,0). Upprepade urinprov på olika dagar visar 8,3 respektive 11 mg/mmol och blodprover visar: P-Na 140 mmol/L (137–145), P-K 3,9 mmol/L (3,6–4,6), P-Kreatinin 76 µmol/L (60–105). P-Kolesterol 4,4 mmol/L (3,3–6,9), LDL 2,3 mmol/L (1,4 - 4,7), triglycerider 2,3 mmol/L (<2,6).

Man intensifierade glukoskontrollen, gav honom en flash-glucose monitor och startade behandling med candesartan 16 mg x 1, vilket minskade blodtrycket till 125/75 mmHg och mikroalbuminurin upphörde.

Ett år senare kontaktar han diabetesmottagningen då han sedan 3 månader har minskat sina insulindoser med 30 % pga påtagliga besvär med hypoglykemier. Han besväras vidare av trötthet, yrsel vid uppresning, aptitlöshet, viktnedgång 5 kg och har noterat ökad pigmentering i huden. Blodtryck är 95/60 mmHg trots att han slutat med candesartan.

Vilken är den mest sannolika orsaken till hans nytillkomna symtom?

Välj ett alternativ:

- Addisons sjukdom
- Anorexia nervosa
- Bristande compliance till insulinbehandlingen
- Depression
- Celiaki

Totalpoäng: 1

19

En 32-årig, tidigare frisk man, icke-rökare, söker på vårdcentralen för trötthet, viktnedgång och ökad törst sedan 1 månad. Status: AT: Opåverkad, längd 180 cm, vikt 71 kg, temp 37,3°C, inga perifera ödem. Tyreoidea och ytliga lymfkörtlar palperas normala. Cor: Regelbunden rytm 100/minut, inga blåsljud. Pulm: normala andningsljud. Blodtryck: 100/55 mmHg. Buk: Mjuk, oöm. Kapillärt B-glukos var 38 mmol/L. Patienten remitterades till akutmottagningen på närmaste sjukhus under frågeställning nydebuterad diabetes. På akuten mår han sämre och kräks och blodtryck är 95/50 mmHg och prover på akuten visar ketoacidosis med lågt pH 7,25, förhöjda B-ketoner 4 mmol/L, normalt P-K 4,5 mmol/L, lätt förhöjt P-kreatinin 110 µmol/L (60–105)

Patienten bedömdes ha en diabetes ketoacidosis och vårdades initialt på intensivvårdsavdelning med i.v. insulin-infusion samt i.v. NaCl 0,9% med tillägg av kalium. Nästa dag flyttades han till en vanlig vårdavdelning där provtagning visade lågt C-peptid 0,15 nmol/L (0,37 - 1,47) och höga titrarna av anti-GAD och anti-IA2. Patienten bedömdes ha en typ 1 diabetes och startade behandling med långverkande basinsulin på kvällen och måltidsinsulin till måltider, får lära sig att injicera detta subkutant och att mäta kapillärt b-glukos och har kontakt med diabetessköterskan på diabetesmottagningen.

Vid kontroll 1 år efter diabetesdebuten mår han bra och hade en acceptabel frekvens av lindriga hypoglykemier som han kan hantera väl. HbA1c var 54 mmol/mol, blodtryck 145/95 mmHg. Fotstatus och ögonbottenfoto var normala, men U-albumin/kreatinin-kvot var förhöjd, vilket indikerade begynnande diabetesnefropati.

Som screening för diabetesnefropati tas även U-Albumin/kreatininkvot som är 10 mg/mmol (ref: <3,0). Upprepade urinprov på olika dagar visar 8,3 respektive 11 mg/mmol och blodprover visar: P-Na 140 mmol/L (137–145), P-K 3,9 mmol/L (3,6–4,6), P-Kreatinin 76 µmol/L (60–105). P-Kolesterol 4,4 mmol/L (3,3–6,9), LDL 2,3 mmol/L (1,4 - 4,7), triglycerider 2,3 mmol/L (<2,6).

Man intensifierade glukoskontrollen, gav honom en flash-glucose monitor och startade behandling med candesartan 16 mg x 1, vilket minskade blodtrycket till 125/75 mmHg och mikroalbuminurin upphörde.

Ett år senare kontaktar han diabetesmottagningen då han sedan 3 månader har minskat sina insulindoser med 30 % pga påtagliga besvär med hypoglykemier. Han besvärar sig vidare av trötthet, yrsel vid uppresning, aptitlöshet, viktnedgång 5 kg och har noterat ökad pigmentering i huden. Blodtryck är 95/60 mmHg trots att han slutat med candesartan.

Du misstänker att mannen har drabbats av en annan autoimmun endokrin sjukdom nämligen Addisons sjukdom (primär binjurebarksinsufficiens).

Vilket test används för att bekräfta eller utesluta binjurebarksinsufficiens?

Välj ett alternativ:

- saliv-kortisol kl. 23
- P-aldosteron / P-renin-kvot
- ACTH-test (Synacthen-test)
- dexametasonhämningstest
- dygns-U-kortisol (24-tim)



Totalpoäng: 1

20

En 70-årig man har kommit med ambulans efter att ha suttit vid köksbordet, svimmat och blivit okontakbar. Enligt hustrun hade han varken kramper eller urinavgång.

Mannen är tidigare frisk frånsett hypertoni som behandlas med en kalciumantagonist. Han röker inte och har ingen känd neurologisk sjukdom.

Han berättar att han sedan drygt en vecka fått yrselanfall som kommit plötsligt, utan förvarning och utan relation till fysisk aktivitet.

Status:

Allmäntillstånd: Vaken och adekvat och kan redogöra för det inträffade

Blodtryck: 120/80 mmHg i båda armarna

Hjärta och lungor: Inga blåsljud eller biljud. Patientens halsvener fylls oregelbundet för att sedan sammanfalla utan relation till puls eller andning.

EKG:



Hur ska EKG-registreringen tolkas?

Välj ett alternativ:

- AV-block grad II
- AV-block grad III
- Bifascikulärt block
- SA-block
- Vänster skänkelblock



Totalpoäng: 1

21

En 70-årig man har kommit med ambulans efter att ha suttit vid köksbordet, svimmat och blivit okontaktbar. Enligt hustrun hade han varken kramper eller urinavgång.

Mannen är tidigare frisk frånsett hypertoni som behandlas med en kalciumantagonist. Han röker inte och har ingen känd neurologisk sjukdom.

Han berättar att han sedan drygt en vecka fått yrselanfall som kommit plötsligt, utan förvarning och utan relation till fysisk aktivitet.

Status:

Allmäntillstånd: *Vaken och adekvat och kan redogöra för det inträffade*

Blodtryck: *120/80 mmHg i båda armarna*

Hjärta och lungor: *Inga blåsljud eller biljud.*

EKG-registreringen visade AV-block grad III.

Vad är det bästa pacemakervalet för denne man?

Välj ett alternativ:

- DDD
- ICD
- VVI
- CRT
- AAI



Totalpoäng: 1

22

En 70-årig man har kommit med ambulans efter att ha suttit vid köksbordet, svimmat och blivit okontaktbar. Enligt hustrun hade han varken kramper eller urinavgång.

Mannen är tidigare frisk frånsett hypertoni som behandlas med en kalciumantagonist. Han röker inte och har ingen känd neurologisk sjukdom.

Han berättar att han sedan drygt en vecka fått yrselanfall som kommit plötsligt, utan förvarning och utan relation till fysisk aktivitet.

Status:

Allmäntillstånd: Vaken och adekvat och kan redogöra för det inträffade

Blodtryck: 120/80 mmHg i båda armarna

Hjärta och lungor: Inga blåsljud eller biljud.

EKG-registreringen visade AV-block grad III.

Han behöver en pacemaker av typ DDD.

När du iaktar patienten noterar du något du inte har sett förut: hans halsvenerna fylls oregelbundet för att sedan sammanfalla utan relation till puls eller andning.

Vad förklarar detta fenomen?

Välj ett alternativ:

- Höger förmak kontraheras mot stängd trikuspidalisklaff ✔
- Insufficiens i tricuspidalisklaffen
- Vänster förmak kontraheras mot stängd trikuspidalisklaff
- Insufficiens i mitralisklaff
- Höger förmak kontraheras mot stängd mitralisklaff

Totalpoäng: 1

23

En 70-årig man har kommit med ambulans efter att ha suttit vid köksbordet, svimmat och blivit okontaktbar. Enligt hustrun hade han varken kramper eller urinavgång.

Mannen är tidigare frisk frånsett hypertoni som behandlas med en kalciumantagonist. Han röker inte och har ingen känd neurologisk sjukdom.

Han berättar att han sedan drygt en vecka fått yrselanfall som kommit plötsligt, utan förvarning och utan relation till fysisk aktivitet.

Status:

Allmäntillstånd: Vaken och adekvat och kan redogöra för det inträffade

Blodtryck: 120/80 mmHg i båda armarna

Hjärta och lungor: Inga blåsljud eller biljud.

EKG-registreringen visade AV-block grad III. Han behöver en pacemaker av typ DDD.

När du iakttar patienten noterar du något du inte har sett förut: hans halsvenerna fylls oregelbundet för att sedan sammanfalla utan relation till puls eller andning.

Att hans halsvenerna fylls oregelbundet för att sedan sammanfalla utan relation till puls eller andning beror att höger förmak ibland kontraheras mot stängd trikuspidalisklaff.

I väntan på pacemakerbehandling kan läkemedel behövas för att normalisera hjärtrytmen.

Vilket läkemedel är i så fall lämpligt?

Välj ett alternativ:

- metoprolol
- acetylsalicylsyra
- isoprenalin
- levosimidan
- atorvastatin



Totalpoäng: 1

24

En 70-årig man har kommit med ambulans efter att ha suttit vid köksbordet, svimmat och blivit okontaktbar. Enligt hustrun hade han varken kramper eller urinavgång.

Mannen är tidigare frisk frånsett hypertoni som behandlas med en kalciumantagonist. Han röker inte och har ingen känd neurologisk sjukdom.

Han berättar att han sedan drygt en vecka fått yrselanfall som kommit plötsligt, utan förvarning och utan relation till fysisk aktivitet.

Status:

Allmäntillstånd: Vaken och adekvat och kan redogöra för det inträffade

Blodtryck: 120/80 mmHg i båda armarna

Hjärta och lungor: Inga blåsljud eller biljud.

EKG-registreringen visade AV-block grad III. Han behöver en pacemaker av typ DDD.

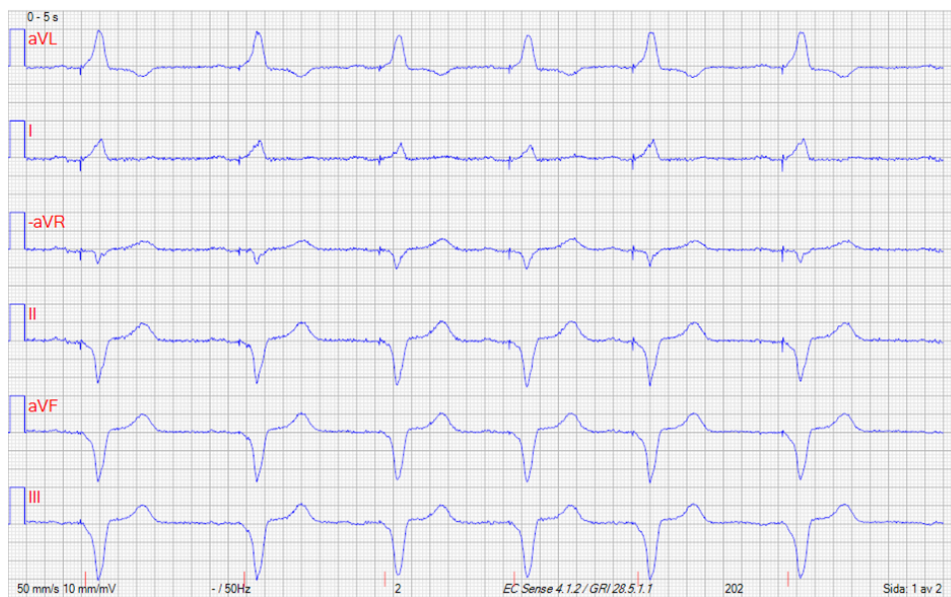
När du iakttar patienten noterar du något du inte har sett förut: hans halsvenerna fylls oregelbundet för att sedan sammanfalla utan relation till puls eller andning.

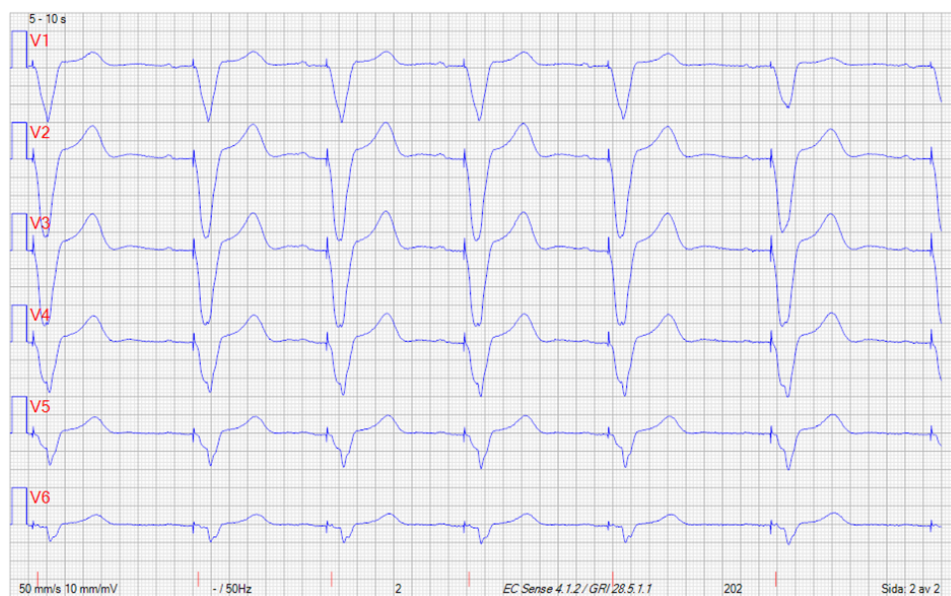
Att hans halsvenerna fylls oregelbundet för att sedan sammanfalla utan relation till puls eller andning beror att höger förmak ibland kontraheras mot stängd trikuspidalklaff.

För att normalisera hjärtrytmen kan isoprenalin användas (metoprolol är kontraindicerat vid AV-block III, levosimidans inotropa effekt kan utnyttjas vid akut försämrad kronisk hjärtsvikt, medan varken acetylsalicylsyra (hämmer trombocytaggregationen) eller atorvastatin (sänker total kolesterol) har någon relevant effekt).

En pacemaker implanteras komplikationsfritt.

EKG:





Vad säger detta EKG om pacemakers funktion?

Välj ett alternativ:

- Så kallat exit-block föreligger, eftersom pacemakern ej förmår stimulera i kammaren
- Stimulerar både i förmaket och i höger kammare
- EKG visar att patienten har så kallad svikt-pace eller CRTs
- Känner av p-vågor i förmaket och stimulerar i höger kammare
- Ingen pacemaker aktivitet pågår

Totalpoäng: 1

25

En 70-årig man har kommit med ambulans efter att ha suttit vid köksbordet, svimmat och blivit okontaktbar. Enligt hustrun hade han varken kramper eller urinavgång.

Mannen är tidigare frisk frånsett hypertoni som behandlas med en kalciumantagonist. Han röker inte och har ingen känd neurologisk sjukdom.

Han berättar att han sedan drygt en vecka fått yrselanfall som kommit plötsligt, utan förvarning och utan relation till fysisk aktivitet.

Status:

Allmäntillstånd: Vaken och adekvat och kan redogöra för det inträffade

Blodtryck: 120/80 mmHg i båda armarna

Hjärta och lungor: Inga blåsljud eller biljud.

EKG-registreringen visade AV-block grad III. Han behöver en pacemaker av typ DDD.

När du iakttar patienten noterar du något du inte har sett förut: hans halsvenerna fylls oregelbundet för att sedan sammanfalla utan relation till puls eller andning.

Att hans halsvenerna fylls oregelbundet för att sedan sammanfalla utan relation till puls eller andning beror att höger förmak ibland kontraheras mot stängd trikuspidalisklaff.

För att normalisera hjärtrytmen kan isoprenalin användas.

En pacemaker implanteras komplikationsfritt.

Uppföljande EKG visar att pacemakern fungerar som den ska och känner av p-vågor i förmaket och därefter stimulerar höger kammare.

Patient ska nu skrivas ut till hemmet. Han är skogsägare och har körkort för både personbil och tunga timmerbilar.

Vilket råd bör du ge beträffande bilkörning?

Välj ett alternativ:

- Mannen får köra både person- och timmerbil direkt
- Mannen får köra personbil direkt men bör vänta 2 veckor med att köra timmerbilen ✓
- Mannen får efter pacemakerimplantation inte köra vare sig person- eller timmerbil
- Mannen måste beställa tid för nya förarprov innan han får köra
- Mannen får aldrig mer köra person- eller timmerbil

Totalpoäng: 1

26

Du träffar Niklas, 67 år, som är rökare och kommer till din vårdcentral på grund av hosta, andfåddhet och mycket slem i halsen. Du misstänker att han har KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom).

Vad i patientens anamnes talar mest för att patienten har KOL?

Välj ett alternativ:

- Patienten är rökare
- Patienten är astmatiker
- Andfåddhet/dyspné
- Slem i halsen
- Hosta



Totalpoäng: 1

27

Du träffar Niklas, 67 år, som är rökare och kommer till din vårdcentral på grund av hosta, andfåddhet och mycket slem i halsen. Du misstänker att han kan ha KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom).

Det som särskilt styrker misstanken om KOL är att han är rökare.

Du bestämmer dig för att utreda om Niklas har KOL och beställer en spirometriundersökning.

Vilket spirometriresultat skulle tala för KOL?

Välj ett alternativ:

- FEV1/FVC<0,9
- FEV1<80% av förväntat värde
- FEV1/FVC<0,7
- VC 95% av förväntat värde
- FEV1/FVC<0,9 och FVC 50 % av förväntat värde



Totalpoäng: 1

28

Du träffar Niklas, 67 år, som är rökare och kommer till din vårdcentral på grund av hosta, andfåddhet och mycket slem i halsen. Du misstänker att han har KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom).

Det som särskilt styrker misstanken om KOL är att han är rökare.

Du bestämmer dig för att utreda om Niklas har KOL och beställer en spirometri.

Spirometri visar att FEV1/FVC-kvoten $< 0,7$. Dessutom kunde inte reversibilitet påvisas.

Du konstaterar därför att Niklas uppfyller kriterier för KOL.

Vilken är den viktigaste behandlingsåtgärden?

Välj ett alternativ:

- Nutritionskontroll
- LAMA (Long Acting Muscarinreceptor Antagonist)
- Rökstopp
- Fysisk aktivitet
- SABA (Short Acting Beta-2-Agonist)



Totalpoäng: 1

29

Du träffar Niklas, 67 år, som är rökare och kommer till din vårdcentral på grund av hosta, andfåddhet och mycket slem i halsen. Du misstänker att han har KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom).

Det som särskilt styrker misstanken om KOL är att han är rökare.

Du bestämmer dig för att utreda om Niklas har KOL och beställer en spirometri.

Spirometri visar att FEV1/FVC-kvoten $< 0,7$ och att det inte föreligger någon reversibilitet. Du konstaterar därför att Niklas uppfyller kriterier för KOL.

Niklas får stöd att sluta röka och lyckas också med sitt rökstopp.

Efter några månader återkommer han på grund av nytillkomna symtom. Du bedömer att han har en KOL-exacerbation.

Vad är den viktigaste indikationen för antibiotikabehandling vid en KOL-exacerbation?

Välj ett alternativ:

- Plötslig debut av dyspné samt bröstsmärta
- Måttligt förhöjt CRP samt dyspné
- Purulenta upphostningar samt ökad dyspné
- Ansträngningsrelaterad bröstsmärta samt hosta
- Tilltagande halsont, hosta samt snuva



Totalpoäng: 1

30

Du träffar Niklas, 67 år, som är rökare och kommer till din vårdcentral på grund av hosta, andfåddhet och mycket slem i halsen. Du misstänker att han har KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom).

Det som särskilt styrker misstanken om KOL är att han är rökare.

Du bestämmer dig för att utreda om Niklas har KOL och beställer en spirometri.

Spirometri visar att FEV1/FVC-kvoten $< 0,7$ och att det inte föreligger någon reversibilitet. Du konstaterar därför att Niklas uppfyller kriterier för KOL.

Niklas för stöd att sluta röka och lyckas också med sitt rökstopp.

Efter några månader återkommer han på grund av nytillkomna symtom. Du bedömer att han har en KOL-exacerbation.

Patienten saknar både purulenta upphostningar och ökad dyspné eller andra indikationer för antibiotikabehandling.

Förutom eventuellt inhalation av β_2 -stimulerare och antikolinergika, vilken annan läkemedelsbehandling ska övervägas vid en akut exacerbation av KOL?

Välj ett alternativ:

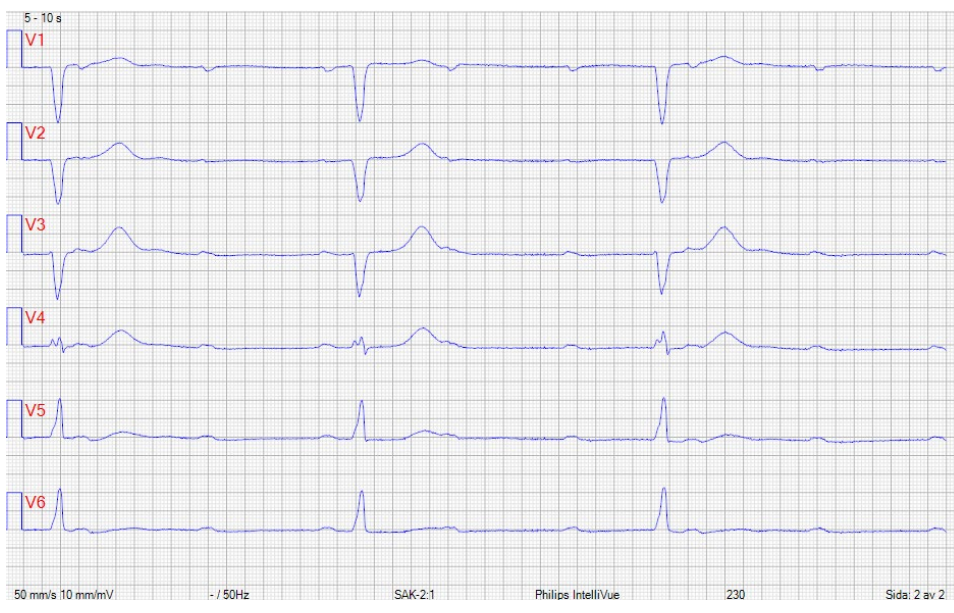
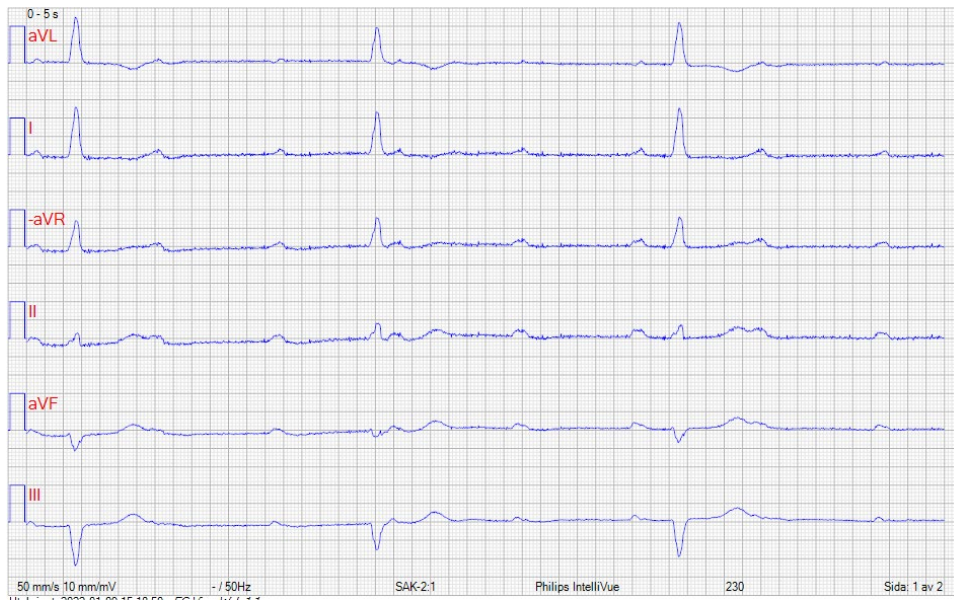
- Diuretika intravenöst
- Acetylcystein intravenöst
- Adrenalin intravenöst
- Kortison peroralt
- Antihistamin peroralt



Totalpoäng: 1

Question 20
Attached





Question 24
Attached



