

- 1 Bertil, 53 år, har lätt övervikt och är rökare (½ paket/dag). Vid ett besök på Företagshälsovården uppmättes ett blodtryck på 149/91 mmHg. Han är tidigare frisk och har inga symtom. Han kommer nu till Hälsocentralen för uppföljning. Vilken åtgärd bör du vidta med anledning av det förhöjda blodtrycket?

Välj bäst svar:

- ☐ utesluta sekundär hypertoni med lämplig provtagning
- ☐ ordinera blodtryckssänkande läkemedel
- ☐ boka återbesök med ny blodtrycksmätning om 6 månader
- ☒ ordinera 24-timmars ambulatorisk blodtrycksmätning
- ☐ utfärda remiss för ekokardiografi och arbets-EKG

Totalpoäng: 1

- 2 Bertil, 53 år, har lätt övervikt och är rökare (½ paket/dag). Vid ett besök på Företagshälsovården uppmättes ett blodtryck på 149/91 mmHg. Han är tidigare frisk och har inga symtom. Han kommer nu till Hälsocentralen för uppföljning.

Ambulatorisk blodtrycksmätning genomförs. Ett bra alternativ hade kunnat vara manuell blodtrycksmätning i hemmet ("hemblodtrycksmätning").

Blodtrycksmedelvärdet visar sig vara 148/92 mmHg.

Patienten är fortsatt symptomfri.

Vad bör bli nästa steg i vården av Bertil?

Välj bäst svar:

- ☒ rökstopp och ökad fysisk aktivitet
- ☐ remiss till kardiolog
- ☐ en kombination av två blodtryckssänkande läkemedel
- ☐ statiner och ASA
- ☐ blodtryckssänkande läkemedel i monoterapi

Totalpoäng: 1

- 3 Bertil, 53 år, har lätt övervikt och är rökare (½ paket/dag). Vid ett besök på Företagshälsovården uppmättes ett blodtryck på 149/91 mmHg. Han är tidigare frisk och har inga symtom. Han kommer nu till Hälsocentralen för uppföljning.
Ambulatorisk blodtrycksmätning genomförs (men manuell blodtrycksmätning i hemmet - "hembloodtrycksmätning" - är bra alternativ). Blodtrycksmedelvärdet visar sig vara 148/92 mmHg. Patienten är fortsatt symptomfri.

Under tre månader har patienten följt din rekommendation (rökstopp och ökad fysisk aktivitet) men blodtrycket kvarstår vid 147/90 mmHg.

Det är nu motiverat att överväga läkemedelsbehandling.

Vilken är den lämpligaste initiala läkemedelsbehandlingen vid okomplicerad lätt hypertoni?

Välj bäst svar:

- ☐ alfablockerare
- ☒ angiotensin II-receptorblockerare
- ☐ betablockerare
- ☐ loopdiuretika
- ☐ spironolakton



Totalpoäng: 1

- 4 Bertil, 53 år, har lätt övervikt och är rökare (½ paket/dag). Vid ett besök på Företagshälsovården uppmättes ett blodtryck på 149/91 mmHg. Han är tidigare frisk och har inga symtom. Han kommer nu till Hälsocentralen för uppföljning.
- Ambulatorisk blodtrycksmätning genomförs (men manuell blodtrycksmätning i hemmet - "hembloodtrycksmätning" - är bra alternativ). Blodtrycksmedelvärdet visar sig vara 148/92 mmHg. Patienten är fortsatt symtomfri.
- Under tre månader har patienten följt din rekommendation (rökstopp och ökad fysisk aktivitet) men blodtrycket kvarstår vid 147/90 mmHg. Det är nu motiverat att överväga läkemedelsbehandling.
- Efter sex månader av behandling med en angiotensin II-receptorblockerare har patientens blodtryck sjunkit till 136/84 mmHg.
- Han undrar nu över det långsiktiga behandlingsmålet.
- Vilket blodtrycksmål rekommenderas generellt för patienter av hans typ?

Välj bäst svar:

- ☐ <125/75 mmHg
- ☐ <130/80 mmHg
- ☐ <135/85 mmHg
- ☐ <140/90 mmHg
- ☐ <145/90 mmHg



Totalpoäng: 1

- 5 Bertil, 53 år, har lätt övervikt och är rökare (½ paket/dag). Vid ett besök på Företagshälsovården uppmättes ett blodtryck på 149/91 mmHg. Han är tidigare frisk och har inga symtom. Han kommer nu till Hälsocentralen för uppföljning.

Ambulatorisk blodtrycksmätning genomförs (men manuell blodtrycksmätning i hemmet - "hembloodtrycksmätning" - är bra alternativ). Blodtrycksmedelvärdet visar sig vara 148/92 mmHg. Patienten är fortsatt symptomfri.

Under tre månader har patienten följt din rekommendation (rökstopp och ökad fysisk aktivitet) men blodtrycket kvarstår vid 147/90 mmHg. Det är nu motiverat att överväga läkemedelsbehandling. Efter sex månader av behandling med en angiotensin II-receptorblockerare har patientens blodtryck sjunkit till 136/84 mmHg. Han undrar nu över det långsiktiga behandlingsmålet.

Det rekommenderade blodtrycksmålet är <130/80 mmHg.

Efter ytterligare tre månaders behandling har patientens blodtryck stabiliserats vid 128/78 mmHg och han mår bra.

Vad är den lämpligaste uppföljningsstrategin för denna patient?

Välj bäst svar:

- ☐ kontroller månadsvis under sex månader på Hälsocentralen
- ☒ årliga kontroller med blodtrycksmätning
- ☐ remiss till kardiolog
- ☐ utsättning av läkemedel och uppföljning varje månad
- ☐ förnyad ambulatorisk blodtrycksmätning om 3 månader



Totalpoäng: 1

6 Sven, 67 år, har bokat tid på Vårdcentralen på grund av förändrade avföringsvanor.

Han har noterat att avföringen blivit växlande lös och vattnig och däremellan kan den vara smal eller som små hårda kulor. Det kan vara uppehåll 3-4 dagar och dagar med lös diarré 3-4 ggr/dag. Ett par gånger under senaste månaden har han blivit uppblåst och spänd i buken och han beskriver att tarmarna har 'bullrat' samtidigt som han hade lindriga krampsmärtor, men under dessa episoder har det inte kommit ut något. Fram till för 3 månader sedan har hans tarm fungerat regelbundet 'som klockan' varje morgon.

Han ingår i det nationella screeningprogrammet för tarmcancer och han skickade in senaste avföringsprovet för två veckor sedan, där han nu fått svar att det finns spår av blod i avföringen. Själv har han inte sett något blod i avföringen.

I övrigt har han varit frisk. Han har ingen medicineringsmen följs upp med mätningar av blodtrycket för att det varit förhöjt vid något enstaka tillfälle.

Vad är mest lämpligt att göra nu?

Välj bäst svar:

- ☐ akut remiss till Akutmottagning
- ☐ beställa en ultraljudsundersökning av buken med begäran att få den inom 2 veckor
- ☒ klinisk undersökning inkluderande palpation per rektum och rektoskopi 
- ☐ ordinera bulk-laxeringsmedel som binder vatten för att patienten ska få jämnare och mjuk avföring
- ☐ beställa ett nytt Feces-Hb prov för att verifiera screeningtestet

Totalpoäng: 1

- 7 Sven, 67 år, har bokat tid på Vårdcentralen på grund av förändrade avföringsvanor. Han har noterat att avföringen blivit växlande lös och vattnig och däremellan kan den vara smal eller som små hårda kulor. Det kan vara uppehåll 3-4 dagar och dagar med lös diarré 3-4 ggr/dag. Ett par gånger under senaste månaden har han blivit uppblåst och spänd i buken och han beskriver att tarmarna har 'bullrat' samtidigt som han hade lindriga krampsmärtor, men under dessa episoder har det inte kommit ut något. Fram till för 3 månader sedan har hans tarm fungerat regelbundet 'som klockan' varje morgon. Han ingår i det nationella screeningprogrammet för tarmcancer och han skickade in senaste avföringsprovet för två veckor sedan, där han nu fått svar att det finns spår av blod i avföringen. Själv har han inte sett något blod i avföringen. I övrigt har han varit frisk. Han har ingen medicinerings men följs upp med mätningar av blodtrycket för att det varit förhöjt vid något enstaka tillfälle.

Du gör en klinisk undersökning och finner följande:

Hjärt- och lungauskultation med normala hjärt- och andningsljud.

Blodtryck 140/75 mmHg, puls 80/minut, jämn rytm.

Buken mjuk vid palpation men konstateras lätt ömhet i höger fossa iliaca vid djupare palpation.

Buken är lätt utspänd. Tarmljuden är livliga.

Palpation per rektum: Normalt sfinktertonus, mjuk slemhinna, inga tumörer känns, ingen ömhet, normal prostata och inget blod på handsken.

Rektoskopi: Kommer upp 12 cm varefter det är stopp i en tvär krök. Slemhinnan ser normal ut, lite slem i rektum, inget synligt blod. Grad 2 hemorrojder i analkanalen.

Vad är lämpligaste åtgärd efter den kliniska undersökningen?

Välj bäst svar:

- ☐ remittera till IBS (irritabel tarm) specialist
- ☐ remittera till datortomografiundersökning av buken (DT buköversikt)
- ☐ remittera till magnetkameraundersökning av buken
- ☒ remittera för koloskopi
- ☐ beställa blodprover inkluderande blodstatus, leverprover, elektrolyter, kreatinin, albumin och CRP

Totalpoäng: 1

- 8 Sven, 67 år, har bokat tid på Vårdcentralen på grund av förändrade avföringsvanor. Han har noterat att avföringen blivit växlande lös och vattnig och däremellan kan den vara smal eller som små hårda kulor. Det kan vara uppehåll 3-4 dagar och dagar med lös diarre 3-4 ggr/dag. Ett par gånger under senaste månaden har han blivit uppblåst och spänd i buken och han beskriver att tarmarna har 'bullrat' samtidigt som han hade lindriga krampsmärtor, men under dessa episoder har det inte kommit ut något. Fram till för 3 månader sedan har hans tarm fungerat regelbundet 'som klockan' varje morgon. Han ingår i det nationella screeningprogrammet för tarmcancer och han skickade in senaste avföringsprovet för två veckor sedan, där han nu fått svar att det finns spår av blod i avföringen. Själv har han inte sett något blod i avföringen. I övrigt har han varit frisk. Han har ingen medicineringsmen följs upp med mätningar av blodtrycket för att det varit förhöjt vid något enstaka tillfälle.

Du gör en klinisk undersökning och finner följande: Hjärt- och lungauskultation med normala hjärt- och andningsljud. Blodtryck 140/75 mmHg, puls 80/minut, jämn rytm. Buken mjuk vid palpation men konstateras lätt ömhet i höger fossa iliaca vid djupare palpation. Buken är lätt utspänd.

Tarmljuden är livliga. Palpation per rektum: Normalt sfinktertonus, mjuk slemhinna, inga tumörer känns, ingen ömhet, normal prostata och inget blod på handsken. Rektoskopi: Kommer upp 12 cm varefter det är stopp i en tvär krök. Slemhinnan ser normal ut, lite slem i rektum, inget synligt blod. Grad 2 hemorroider i analkanalen.

Sven blir kallad till en koloskopiundersökning och vid koloskopin ser man en obstruerande tumör i rektosigmoidala övergången, 12 cm från anus. Biopsier tas från tumören och den fotodokumenteras och beskrivs i journalen som misstänkt cancer. Tumören kan passeras med lite trixande och man kunde skopera hela kolon. Man såg några divertiklar i sigmoideum men i övrigt såg kolon normal ut oralt om tumören och även distalt i rektum såg det normalt ut.

Vilken information bör patienten delges då koloskopin är genomförd?

Välj bäst svar:

- ☒ att besked om huruvida förändringen är benign eller malign avgörs av mikroskopundersökningen av biopsierna ✓
- ☐ att det blir aktuellt med palliativ vård för symtomlindring vid cancersjukdom som ej går att bota
- ☐ att han remitteras till onkologkliniken med hög prioritet (inom en vecka)
- ☐ att förändringen i ändtarmen högst sannolikt är av benign karaktär
- ☐ att han skrivs in på kirurgkliniken nu direkt för akutoperation av tumören

Totalpoäng: 1

- 9 Sven, 67 år, har bokat tid på Vårdcentralen på grund av förändrade avföringsvanor. Han har noterat att avföringen blivit växlande lös och vattnig och däremellan kan den vara smal eller som små hårda kulor. Det kan vara uppehåll 3-4 dagar och dagar med lös diarré 3-4 ggr/dag. Ett par gånger under senaste månaden har han blivit uppblåst och spänd i buken och han beskriver att tarmarna har 'bullrat' samtidigt som han hade lindriga krampsmärtor, men under dessa episoder har det inte kommit ut något. Fram till för 3 månader sedan har hans tarm fungerat regelbundet 'som klockan' varje morgon. Han ingår i det nationella screeningprogrammet för tarmcancer och han skickade in senaste avföringsprovet för två veckor sedan, där han nu fått svar att det finns spår av blod i avföringen. Själv har han inte sett något blod i avföringen. I övrigt har han varit frisk. Han har ingen medicineringsmen följs upp med mätningar av blodtrycket för att det varit förhöjt vid något enstaka tillfälle.

Du gör en klinisk undersökning och finner följande: Hjärt- och lungauskultation med normala hjärt- och andningsljud. Blodtryck 140/75 mmHg, puls 80/minut, jämn rytm. Buken mjuk vid palpation men konstateras lätt ömhet i höger fossa iliaca vid djupare palpation. Buken är lätt utspänd.

Tarmljuden är livliga. Palpation per rektum: Normalt sfinktertonus, mjuk slemhinna, inga tumörer känns, ingen ömhet, normal prostata och inget blod på handsken. Rektoskopi: Kommer upp 12 cm varefter det är stopp i en tvär krök. Slemhinnan ser normal ut, lite slem i rektum, inget synligt blod. Grad 2 hemorrojder i analkanalen.

Sven blir kallad till en koloskopiundersökning och vid koloskopin ser man en obstruerande tumör i rektosigmoidala övergången, 12 cm från anus. Biopsier tas från tumören och den fotodokumenteras och beskrivs i journalen som misstänkt cancer. Tumören kan passeras med lite trixande och man kunde skopera hela kolon. Man såg några divertiklar i sigmoideum men i övrigt såg kolon normal ut oralt om tumören och även distalt i rektum såg det normalt ut.

Tumörbiopsierna undersöks och mikroskopi visar lågt differentierat adenocarcinom. I väntan på PAD svaret har läkaren på endoskopin skrivit remisser för kompletterande diagnostik.

Vilken kompletterande diagnostik bör ingå i detta skede av utredningen?

Välj bäst svar:

- ☐ endoskopisk ultraljudsundersökning (EUS)
- ☐ teknetium scintigrafi
- ☒ magnetresonanstomografi (MR) bäcken (rektum)
- ☐ positronsemissionstomografi (PET-DT) helkropp
- ☐ ultraljud (UL) buk



Totalpoäng: 1

- 10 Sven, 67 år, har bokat tid på Vårdcentralen på grund av förändrade avföringsvanor. Han har noterat att avföringen blivit växlande lös och vattnig och däremellan kan den vara smal eller som små hårda kulor. Det kan vara uppehåll 3-4 dagar och dagar med lös diarré 3-4 ggr/dag. Ett par gånger under senaste månaden har han blivit uppblåst och spänd i buken och han beskriver att tarmarna har 'bullrat' samtidigt som han hade lindriga krampsmärtor, men under dessa episoder har det inte kommit ut något. Fram till för 3 månader sedan har hans tarm fungerat regelbundet 'som klockan' varje morgon. Han ingår i det nationella screeningprogrammet för tarmcancer och han skickade in senaste avföringsprovet för två veckor sedan, där han nu fått svar att det finns spår av blod i avföringen. Själv har han inte sett något blod i avföringen. I övrigt har han varit frisk. Han har ingen medicinering men följs upp med mätningar av blodtrycket för att det varit förhöjt vid något enstaka tillfälle.

Du gör en klinisk undersökning och finner följande: Hjärt- och lungauskultation med normala hjärt- och andningsljud. Blodtryck 140/75 mmHg, puls 80/minut, jämn rytm. Buken mjuk vid palpation men konstateras lätt ömhet i höger fossa iliaca vid djupare palpation. Buken är lätt utspänd. Tarmlyuden är livliga. Palpation per rektum: Normalt sfinktertonus, mjuk slemhinna, inga tumörer känns, ingen ömhet, normal prostata och inget blod på handsken. Rektoskopi: Kommer upp 12 cm varefter det är stopp i en tvär krök. Slemhinnan ser normal ut, lite slem i rektum, inget synligt blod. Grad 2 hemorrojder i analkanalen.

Sven blir kallad till en koloskopiundersökning och vid koloskopin ser man en obstruerande tumör i rektosigmoidala övergången, 12 cm från anus. Biopsier tas från tumören och den fotodokumenteras och beskrivs i journalen som misstänkt cancer. Tumören kan passeras med lite trixande och man kunde skopera hela kolon. Man såg några divertiklar i sigmoideum men i övrigt såg kolon normal ut oralt om tumören och även distalt i rektum såg det normalt ut. Tumörbiopsierna undersöks och mikroskopi visar lågt differentierat adenocarcinom. I väntan på PAD svaret har läkaren på endoskopin skrivit remisser för kompletterande diagnostik.

Enligt rutin gjordes datortomografi (DT) thorax och buk samt magnetresonanstomografi (MR) bäcken (rektum).

Varför vill man göra MR bäcken?

Välj bäst svar:

- ☒ ger en bra bild av möjlig överväxt av tumör till andra organ ✓
- ☐ görs för att få besked om tumören är känslig för gamma- eller protonstrålning
- ☐ kan utesluta ytterligare tumörer och metastaser ända ner till 1 mm storlek
- ☐ ger en bra tumörbiologisk bild av cancer och styr den onkologiska behandlingen
- ☐ ger en mycket tillförlitlig prognos av tumörens känslighet för cytostatika

Totalpoäng: 1

- 11 Sven, 67 år, har bokat tid på Vårdcentralen på grund av förändrade avföringsvanor. Han har noterat att avföringen blivit växlande lös och vattnig och däremellan kan den vara smal eller som små hårda kulor. Det kan vara uppehåll 3-4 dagar och dagar med lös diarré 3-4 ggr/dag. Ett par gånger under senaste månaden har han blivit uppblåst och spänd i buken och han beskriver att tarmarna har 'bullrat' samtidigt som han hade lindriga krampsmärtor, men under dessa episoder har det inte kommit ut något. Fram till för 3 månader sedan har hans tarm fungerat regelbundet 'som klockan' varje morgon. Han ingår i det nationella screeningprogrammet för tarmcancer och han skickade in senaste avföringsprovet för två veckor sedan, där han nu fått svar att det finns spår av blod i avföringen. Själv har han inte sett något blod i avföringen. I övrigt har han varit frisk. Han har ingen medicinering men följs upp med mätningar av blodtrycket för att det varit förhöjt vid något enstaka tillfälle.

Du gör en klinisk undersökning och finner följande: Hjärt- och lungauskultation med normala hjärt- och andningsljud. Blodtryck 140/75 mmHg, puls 80/minut, jämn rytm. Buken mjuk vid palpation men konstateras lätt ömhet i höger fossa iliaca vid djupare palpation. Buken är lätt utspänd. Tarmlyuden är livliga. Palpation per rektum: Normalt sfinktertonus, mjuk slemhinna, inga tumörer känns, ingen ömhet, normal prostata och inget blod på handsken. Rektoskopi: Kommer upp 12 cm varefter det är stopp i en tvär krök. Slemhinnan ser normal ut, lite slem i rektum, inget synligt blod. Grad 2 hemorrojder i analkanalen.

Sven blir kallad till en koloskopiundersökning och vid koloskopin ser man en obstruerande tumör i rektosigmoidala övergången, 12 cm från anus. Biopsier tas från tumören och den fotodokumenteras och beskrivs i journalen som misstänkt cancer. Tumören kan passeras med lite trixande och man kunde skopera hela kolon. Man såg några divertiklar i sigmoideum men i övrigt såg kolon normal ut oralt om tumören och även distalt i rektum såg det normalt ut. Tumörbiopsierna undersöks och mikroskopi visar lågt differentierat adenocarcinom. I väntan på PAD svaret har läkaren på endoskopin skrivit remisser för kompletterande diagnostik. Enligt rutin gjordes datortomografi (DT) thorax och buk samt magnetresonanstomografi (MR) bäcken (rektum).

MR bäcken gjordes för att få en bra bild av möjlig överväxt av tumör till andra organ.

Efter koloskopiundersökningen togs också blodprover för blodstatus, P-kreatinin och P-CEA.

När svar från blodprover och radiologiska undersökningar var tillhanda behandlades patientens ärende på en multidisciplinär konferens där specialister i patologi, radiologi, kirurgi och onkologi deltog.

Det framkom att tumören bedömdes radiologiskt som lokal i rektalväggen (rT3a) utan genomväxt till andra organ och man kunde inte påvisa några metastaser i andra organ. Avståndet från tumörens nedre begränsning till analöppningen mättes till 12 cm.

Man kom fram till en rekommendation för fortsatt behandling av Sven.

Hur bör den fortsatta behandlingen av Sven planeras?

Välj bäst svar:

- ☐ transanal endoskopisk mikrokirurgi (TEM)
- ☐ endoskopisk mucosaresektion (EMR)
- ☐ palliativ onkologisk behandling med både strålning och cytostatika
- ☒ hög främre resektion av rektum
- ☐ kurativ strålbehandling av rektum med högdos gammastrålning

Totalpoäng: 1

- 12** Stina, en 63-årig kvinna med typ 2 diabetes, kommer för blodtryckskontroll och årskontroll för sin diabetes.

Hon tycker sig må bra. Hon medicinerar sedan flera år med statin, ACE-hämmare och metformin. Längd 160 och vikt 65 kg.

Provsvar (referensvärden):

B-HbA1C 52 mmol/mol (31-46)
B-Hb 140 g/L (117-153)
P-HDL-kolesterol 2,5 mmol/L (3,9-7,8)
P-triglycerider 3,0 mmol/L (<2,6)
P-ALAT 0,7 µkat/L (0,75)
P-ALP 4 µkat/L (0,7-1,9)
P-gamma-GT 5 µkat/L (<1,2)

Som synes visar provsvaren leverpåverkan.

Vilken är den mest troliga orsaken till detta?

Välj bäst svar:

- ☐ alkohollevversjukdom
- ☐ fettlever
- ☐ hypertyreos
- ☐ läkemedelskada
- ☐ primär biliär kolangit



Totalpoäng: 1

- 13** Stina, en 63-årig kvinna med typ 2 diabetes, kommer för blodtryckskontroll och årskontroll för sin diabetes. Hon tycker sig må bra. Hon medicinerar sedan flera år med statin, ACE-hämmare och metformin. Längd 160 och vikt 65 kg. Provsvar (referensvärden): B-HbA1C 52 mmol/mol (31-46); B-Hb 140 g/L (117-153); P-HDL-kolesterol 2,5 mmol/L (3,9-7,8); P-triglycerider 3,0 mmol/L (<2,6); P-ALAT 0,7 µkat/L (0,75); P-ALP 4 µkat/L (0,7-1,9); P-gamma-GT 5 µkat/L (<1,2). Som synes visar provsvaren leverpåverkan.

De patologiska levervärdena bör i första hand väcka misstanke om primär biliär kolangit.

Vilka blodprov kan styrka den misstänkta diagnosen?

Välj bäst svar:

- ☐ apoA och apoB
- ☐ bilirubin
- ☐ IgG och glattmuskelantikroppar
- ☐ IgM och mitokondrieantikroppar
- ☐ PETH eller CDT



Totalpoäng: 1

- 14** Stina, en 63-årig kvinna med typ 2 diabetes, kommer för blodtryckskontroll och årskontroll för sin diabetes. Hon tycker sig må bra. Hon medicinerar sedan flera år med statin, ACE-hämmare och metformin. Längd 160 och vikt 65 kg. Provsvar (referensvärden): B-HbA1C 52 mmol/mol (31-46); B-Hb 140 g/L (117-153); P-HDL-kolesterol 2,5 mmol/L (3,9-7,8); P-triglycerider 3,0 mmol/L (<2,6); P-ALAT 0,7 µkat/L (0,75); P-ALP 4 µkat/L (0,7-1,9); P-gamma-GT 5 µkat/L (<1,2). Som synes visar provsvaren leverpåverkan.

De patologiska levervärdena bör i första hand väcka misstanke om primär biliär kolangit.

Misstanken styrks av ett förhöjt IgM och positiva mitokondrieantikroppar.

Stina är intresserad av behandling och du väljer att sätta in ett läkemedel för att bromsa sjukdomen.

Vilket läkemedel?

Välj bäst svar:

- ☐ adalumimab
- ☐ karvedilol
- ☐ prednisolon
- ☐ rifaximin
- ☐ ursodeoxicholsyra



Totalpoäng: 1

- 15** Stina, en 63-årig kvinna med typ 2 diabetes, kommer för blodtryckskontroll och årskontroll för sin diabetes. Hon tycker sig må bra. Hon medicinerar sedan flera år med statin, ACE-hämmare och metformin. Längd 160 och vikt 65 kg. Provsvar (referensvärden): B-HbA1C 52 mmol/mol (31-46); B-Hb 140 g/L (117-153); P-HDL-kolesterol 2,5 mmol/L (3,9-7,8); P-triglycerider 3,0 mmol/L (<2,6); P-ALAT 0,7 µkat/L (0,75); P-ALP 4 µkat/L (0,7-1,9); P-gamma-GT 5 µkat/L (<1,2). Som synes visar provsvaren leverpåverkan.

De patologiska levervärdena bör i första hand väcka misstanke om primär biliär kolangit.

Misstanken styrks av ett förhöjt IgM och positiva mitokondrieantikroppar. Stina är intresserad av behandling och du väljer att sätta in ett läkemedel för att bromsa sjukdomen.

Du ordinerar ursodeoxicholsyra T. 500 mg 1×2.

Nästa gång du möter Stina är hon 70 år.

Hon är orolig för att hon har utvecklat ärrömvandling i levern eller till och med skrumplever.

Vilken metod används i första hand för att följa fibrosutvecklingen hos en leversjuk patient?

Välj bäst svar:

- ☐ datortomografi
- ☐ elastografi
- ☐ gastroskopi
- ☐ leverbiopsi
- ☐ ultraljud lever



Totalpoäng: 1

- 16** Stina, en 63-årig kvinna med typ 2 diabetes, kommer för blodtryckskontroll och årskontroll för sin diabetes. Hon tycker sig må bra. Hon medicinerar sedan flera år med statin, ACE-hämmare och metformin. Längd 160 och vikt 65 kg. Provsvar (referensvärden): B-HbA1C 52 mmol/mol (31-46); B-Hb 140 g/L (117-153); P-HDL-kolesterol 2,5 mmol/L (3,9-7,8); P-triglycerider 3,0 mmol/L (<2,6); P-ALAT 0,7 μ kat/L (0,75); P-ALP 4 μ kat/L (0,7-1,9); P-gamma-GT 5 μ kat/L (<1,2). Som synes visar provsvaren leverpåverkan.

De patologiska levervärdena bör i första hand väcka misstanke om primär biliär kolangit.

Misstanken styrks av ett förhöjt IgM och positiva mitokondrieantikroppar. Stina är intresserad av behandling och du väljer att sätta in ett läkemedel för att bromsa sjukdomen.

Du ordinerar ursodeoxicholsyra T. 500 mg 1×2. Nästa gång du möter Stina är hon 70 år. Hon är orolig för att hon har utvecklat ärrbildning i levern eller till och med skrumplever.

Du har möjlighet att följa henne regelbundet med elastografi på din mottagning men även röntgenavdelningen har möjlighet till elastografi om man ber om det på remissen.

När hon just fyllt 72 år mår hon på det hela bra, men har utvecklat Sjögrens syndrom.

Lever-elastografin visar höga värden (20 Kpa), PK-INR har stigit till 1,5 (referensvärde <1,3), trombocyterna har sjunkit under referensvärdet och du får nu misstanke om att det kan föreligga portal hypertension.

Vilken åtgärd bör du vidta?

Välj bäst svar:

- ☐ remittera för gastro- och koloskopi
- ☐ ordinera bezafibrat
- ☐ ordinera ögongel (t.ex. Viscotears)
- ☒ ordinera karvedilol och remittera för gastroskopi
- ☐ remittera för levertransplantation



Totalpoäng: 1

- 17 Stina, en 63-årig kvinna med typ 2 diabetes, kommer för blodtryckskontroll och årskontroll för sin diabetes. Hon tycker sig må bra. Hon medicinerar sedan flera år med statin, ACE-hämmare och metformin. Längd 160 och vikt 65 kg. Provsvar (referensvärden): B-HbA1C 52 mmol/mol (31-46); B-Hb 140 g/L (117-153); P-HDL-kolesterol 2,5 mmol/L (3,9-7,8); P-triglycerider 3,0 mmol/L (<2,6); P-ALAT 0,7 μ kat/L (0,75); P-ALP 4 μ kat/L (0,7-1,9); P-gamma-GT 5 μ kat/L (<1,2). Som synes visar provsvaren leverpåverkan.

De patologiska levervärdena bör i första hand väcka misstanke om primär biliär kolangit.

Misstanken styrks av ett förhöjt IgM och positiva mitokondrieantikroppar. Stina är intresserad av behandling och du väljer att sätta in ett läkemedel för att bromsa sjukdomen.

Du ordinerar ursodeoxicholsyra T. 500 mg 1×2. Nästa gång du möter Stina är hon 70 år. Hon är orolig för att hon har utvecklat ärrbildning i levern eller till och med skrumplever.

Du har möjlighet att följa henne regelbundet med elastografi på din mottagning men även röntgenavdelningen har möjlighet till elastografi om man ber om det på remissen. När hon just fyllt 72 år mår hon på det hela bra, men har utvecklat Sjögrens symtom. Lever-elastografin visar höga värden (20 Kpa), PK-INR har stigit till 1,5 (referensvärde <1,3), trombocyterna har sjunkit under referensvärdet och du får nu misstanke om att det kan föreligga portal hypertension.

Gastroskopin visar åderbräck i matstrupen och du ökar karvedilol-dosen du satte in som primärprofylax mot varicerblödning.

På sin 75-årsdag börjar hon plötsligt kräkas blod i hemmet, ambulans tillkallas och under transport till sjukhus fortsätter hon att kräkas blod och kapillärt Hb visar på 85 g/L. Du misstänker varicerblödning.

Vilken åtgärd bör du vidta akut?

Välj bäst svar:

- ☐ genomföra akut gastroskopi för diagnos och behandling
- ☐ intubera för att säkra fria luftvägar
- ☐ ordinera 40 mg omeprazol i.v. och 2 enheter blod (blodgrupp 0, Rh-)
- ☐ ordinera 1000 ml Ringer-Acetat i.v., tranexamsyra och omeprazolinfusion
- ☐ ordinera terlipressin och cefotaxim



Totalpoäng: 1

- 18** Lina, 45 år, söker vård på Psykiatriska akutmottagningen tillsammans med sin make på grund av en stressad situation.

Hon har skyddad identitet på grund av att en tidigare pojkvän har hotat och misshandlat henne, men hon har inte träffat honom på flera år. Hon är nu omgift och har ett stressigt arbetsliv med skiftarbete, både dag- och nattpass.

Sedan några månader känner hon sig rädd att före detta pojkvännen ska hitta henne igen. Hon berättar att hon är övervakad via mobilen och igår observerade hon en mystisk man i en bil utanför huset. Maken tycker detta är orimligt och vill att hon söker hjälp. När du träffar henne är hon skärrad och ångestfylld.

Vad bör vara din arbetsdiagnos?

Välj bäst svar:

- ☒ akut psykos
- ☐ depression
- ☐ generaliserat ångestsyndrom
- ☐ posttraumatiskt stressyndrom
- ☐ stressreaktion



Totalpoäng: 1

- 19 Lina, 45 år, söker vård på Psykiatriska akutmottagningen tillsammans med sin make på grund av en stressad situation. Hon har skyddad identitet på grund av att en tidigare pojkvän har hotat och misshandlat henne, men hon har inte träffat honom på flera år. Hon är nu omgift och har ett stressigt arbetsliv med skiftarbete, både dag- och nattpass. Sedan några månader känner hon sig rädd att före detta pojkvännen ska hitta henne igen. Hon berättar att hon är övervakad via mobilen och igår observerade hon en mystisk man i en bil utanför huset. Maken tycker detta är orimligt och vill att hon söker hjälp. När du träffar henne är hon skärrad och ångestfylld.

Du bedömer att Lina har paranoida vanföreställningar och din arbetsdiagnos blir akut psykos.

När du går igenom anamnesen med Lina framkommer att hon med början i tonåren rökte marijuana under flera år men att hon är "ren" sedan 20 år tillbaka.

Hon har epilepsi och medicinerar med lamotrigin och har varit anfallsfri i många år.

Under senaste månaden har hon besvärats av återkommande kraftig hjärklappning och har propranolol vid behov.

Lina medicinerar även med metylfenidat för ADHD sedan ett halvår och har escitalopram för panikångest sedan flera år. Hon köper Omega-3 via ett internet-apotek.

Vilken är den största riskfaktorn för hennes aktuella psykotiska symtom?

Välj bäst svar:

- ☐ epilepsi
- ☒ metylfenidat
- ☐ oregelbundna arbetstider
- ☐ propranolol
- ☐ tidigare cannabisberoende



Totalpoäng: 1

20 Lina, 45 år, söker vård på Psykiatriska akutmottagningen tillsammans med sin make på grund av en stressad situation. Hon har skyddad identitet på grund av att en tidigare pojkvän har hotat och misshandlat henne, men hon har inte träffat honom på flera år. Hon är nu omgift och har ett stressigt arbetsliv med skiftarbete, både dag- och nattpass. Sedan några månader känner hon sig rädd att före detta pojkvännen ska hitta henne igen. Hon berättar att hon är övervakad via mobilen och igår observerade hon en mystisk man i en bil utanför huset. Maken tycker detta är orimligt och vill att hon söker hjälp. När du träffar henne är hon skärrad och ångestfylld. Du bedömer att Lina har paranoida vanföreställningar och din arbetsdiagnos blir akut psykos. När du går igenom anamnesen med Lina framkommer att hon med början i tonåren rökte marijuana under flera år men att hon är "ren" sedan 20 år tillbaka. Hon har epilepsi och medicinerar med lamotrigin och har varit anfallsfri i många år. Under senaste månaden har hon besvärats av återkommande kraftig hjärtklappning och har propranolol vid behov. Lina medicinerar även med metylfenidat för ADHD sedan ett halvår och har escitalopram för panikångest sedan flera år. Hon köper Omega-3 via ett internet-apotek.

Du bedömer att den största riskfaktorn för psykos är metylfenidat som är relativt nyinsatt.

På grund av patientens psykotiska symtom och bristande sjukdomsinsikt lägger du in Lina på en av sjukhusets psykiatriska slutenvårdsavdelningar på tvångsvård. Maken går hem.

Lina berättar då att hon länge har plågats av tankar att vilja avsluta sitt liv. Att hon till och med har planerat att hoppa från en specifik plats.

Vad blir din viktigaste åtgärd när du lägger in Lina på avdelningen?

Välj bäst svar:

- ☐ kontakta maken som får komma tillbaka och stötta patienten
- ☐ ordinera antipsykotisk medicin
- ☐ ordinera extravak 
- ☐ planera för snar elektrokonvulsiv behandling (ECT)
- ☐ sätta ut metylfenidat

Totalpoäng: 1

21 Lina, 45 år, söker vård på Psykiatriska akutmottagningen tillsammans med sin make på grund av en stressad situation. Hon har skyddad identitet på grund av att en tidigare pojkvän har hotat och misshandlat henne, men hon har inte träffat honom på flera år. Hon är nu omgift och har ett stressigt arbetsliv med skiftarbete, både dag- och nattpass. Sedan några månader känner hon sig rädd att före detta pojkvännen ska hitta henne igen. Hon berättar att hon är övervakad via mobilen och igår observerade hon en mystisk man i en bil utanför huset. Maken tycker detta är orimligt och vill att hon söker hjälp. När du träffar henne är hon skärrad och ångestfylld. Du bedömer att Lina har paranoidea vanföreställningar och din arbetsdiagnos blir akut psykos. När du går igenom anamnesen med Lina framkommer att hon med början i tonåren rökte marijuana under flera år men att hon är "ren" sedan 20 år tillbaka. Hon har epilepsi och medicinerar med lamotrigin och har varit anfallsfri i många år. Under senaste månaden har hon besvärats av återkommande kraftig hjärtklappning och har propranolol vid behov. Lina medicinerar även med metylfenidat för ADHD sedan ett halvår och har escitalopram för panikångest sedan flera år. Hon köper Omega-3 via ett internet-apotek. Du bedömer att den största riskfaktorn för psykos är metylfenidat som är relativt nyinsatt. På grund av patientens psykotiska symtom och bristande sjukdomsinsikt lägger du in Lina på en av sjukhusets psykiatriska slutenvårdsavdelningar på tvångsvård. Maken går hem. Lina berättar då att hon länge har plågats av tankar att vilja avsluta sitt liv. Att hon till och med har planerat att hoppa från en specifik plats.

Den viktigaste åtgärden blir att ordinera extravak med tanke på akut suicidrisk. Men du ordinerar även sömnmedicin, antipsykotika och pausar metylfenidat. Lina får också lämna ett urinprov för drogscreening.

En vecka senare har du en uppföljning inbokad med Lina som skrevs ut från avdelningen dagen före. Hon mår bättre och har sovit en natt hemma. Du har ett provsvar framför dig med en verifiering av urinprovet som togs för drogscreening i samband med att patienten lades in på avdelningen: U-Kreatinin 2,5 mmol/L (ref: $\geq 2,0$ mmol/L) U-Amfetamin: positiv.

Hur bedömer du urinprovet?

Välj bäst svar:

- ☒ amfetaminintag hos patienten
- ☐ falskt positivt på grund av korsreaktion propranolol
- ☐ omega-3 orsakar felaktigt utslag
- ☐ positivt på grund av behandling metylfenidat
- ☐ utspädd urinprov ger felvärde



Totalpoäng: 1

22 Lina, 45 år, söker vård på Psykiatriska akutmottagningen tillsammans med sin make på grund av en stressad situation. Hon har skyddad identitet på grund av att en tidigare pojkvän har hotat och misshandlat henne, men hon har inte träffat honom på flera år. Hon är nu omgift och har ett stressigt arbetsliv med skiftarbete, både dag- och nattpass. Sedan några månader känner hon sig rädd att före detta pojkvännen ska hitta henne igen. Hon berättar att hon är övervakad via mobilen och igår observerade hon en mystisk man i en bil utanför huset. Maken tycker detta är orimligt och vill att hon söker hjälp. När du träffar henne är hon skärrad och ångestfylld. Du bedömer att Lina har paranoidea vanföreställningar och din arbetsdiagnos blir akut psykos. När du går igenom anamnesen med Lina framkommer att hon med början i tonåren rökte marijuana under flera år men att hon är "ren" sedan 20 år tillbaka. Hon har epilepsi och medicinerar med lamotrigin och har varit anfallsfri i många år. Under senaste månaden har hon besvärats av återkommande kraftig hjärtklappning och har propranolol vid behov. Lina medicinerar även med metylfenidat för ADHD sedan ett halvår och har escitalopram för panikångest sedan flera år. Hon köper Omega-3 via ett internet-apotek.

Du bedömer att den största riskfaktorn för psykos är metylfenidat som är relativt nyinsatt. På grund av patientens psykotiska symtom och bristande sjukdomsinsikt lägger du in Lina på en av sjukhusets psykiatriska slutenvårdsavdelningar på tvångsvård. Maken går hem. Lina berättar då att hon länge har plågats av tankar att vilja avsluta sitt liv. Att hon till och med har planerat att hoppa från en specifik plats.

Den viktigaste åtgärden blir att ordinera extravak med tanke på akut suicidrisk. Men du ordinerar även sömnmedicin, antipsykotika och pausar metylfenidat. Lina får också lämna ett urinprov för drogscreening. En vecka senare har du en uppföljning inbokad med Lina som skrevs ut från avdelningen dagen före. Hon mår bättre och har sovit en natt hemma. Du har ett provsvar framför dig med en verifiering av urinprovet som togs för drogscreening i samband med att patienten lades in på avdelningen: U-Kreatinin 2,5 mmol/L (ref: $\geq 2,0$ mmol/L) U-Amfetamin: positiv.

Du bedömer att urinprovet som är positivt för amfetamin beror på att patienten tagit amfetamin och att det skulle kunna bidra till psykosgenombrottet. Patienten medger att hon har köpt tabletter med dexamfetamin via en bekant för att orka med sina nattliga arbetspass. Hon mår mycket bättre nu sedan amfetaminintaget har upphört och metylfenidat har satts ut.

Mycket tyder på att Lina har haft en substansutlöst psykos.

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO:s) klassifikationssystem ICD-10 så skiljer man på skadligt bruk och beroende av narkotiska substanser och vissa kriterier ska vara uppfyllda för diagnos substansberoende.

Vilken fråga bör du ställa för att specifikt fånga in om Lina har ett beroende av amfetamin?

Välj bäst svar:

- ☐ Finns det amfetaminberoende eller missbruk av andra droger hos släktingar?
- ☐ Har din make eller andra familjemedlemmar varit bekymrade över ditt mående?
- ☒ Har du ökat dosen amfetamin för att uppnå samma effekt som tidigare? ✔
- ☐ Hur många dagar per vecka har du tagit amfetamin?
- ☐ Vid vilken ålder tog du amfetamin för första gången?

Totalpoäng: 1

- 23** Som läkare vid Primärvårdens jourmottagning träffar du en 8 år gammal pojke med flera månaders anamnes på minskad energi och ork. Han söker nu vård tillsammans med sina föräldrar på grund av att han sedan i morse klagat på magsmärtor, huvudvärk och även kräkts vid ett tillfälle.

Han är sedan tidigare frisk men har nyligen börjat följas på Skolhälsovården på grund av obesitas. Medföljande föräldrar tycker att han har gått ner i vikt en aning, även om han fortfarande uppfattas som överviktig. Aptiten är bra, men under de senaste två veckorna har han klagat på ökad törst och har börjat dricka stora mängder vätska, även nattetid. Föräldrarna har noterat att han går på toaletten betydligt oftare än vanligt.

Vilken diagnos bör du i första hand misstänka och utreda för?

Välj bäst svar:

- ☐ obstipation
- ☐ celiaki
- ☐ CMV-infektion
- ☐ gastroenterit
- ☐ diabetes



Totalpoäng: 1

- 24** Som läkare vid Primärvårdens jourmottagning träffar du en 8 år gammal pojke med flera månaders anamnes på minskad energi och ork. Han söker nu vård tillsammans med sina föräldrar på grund av att han sedan i morse klagat på magsmärtor, huvudvärk och även kräkts vid ett tillfälle. Han är sedan tidigare frisk men har nyligen börjat följas på Skolhälsovården på grund av obesitas. Medföljande föräldrar tycker att han har gått ner i vikt en aning, även om han fortfarande uppfattas som överviktig. Aptiten är bra, men under de senaste två veckorna har han klagat på ökad törst och har börjat dricka stora mängder vätska, även nattetid. Föräldrarna har noterat att han går på toaletten betydligt oftare än vanligt.

Du misstänker diabetes.

Status:

Allmäntillstånd: Han har fin färg, är afebril och har lite kalla händer.

Cor: Regelbunden rytm, ca 110/min och rena toner.

Pulm: Auskulteras med lätt takypné och rena andningsljud.

Buk: Mjuk och oöm utan palpabla resistenser.

ISO-BMI 37 kg/m².

Vilken ytterligare utredning eller provtagning behöver du nu primärt göra för att kunna bekräfta eller utesluta diabetes?

Välj bäst svar:

- ☐ specifika autoantikroppar
- ☐ urinsticka
- ☒ kapillärt glukos
- ☐ HbA1c
- ☐ OGTT



Totalpoäng: 1

- 25** Som läkare vid Primärvårdens jourmottagning träffar du en 8 år gammal pojke med flera månaders anamnes på minskad energi och ork. Han söker nu vård tillsammans med sina föräldrar på grund av att han sedan i morse klagat på magsmärtor, huvudvärk och även kräkts vid ett tillfälle. Han är sedan tidigare frisk men har nyligen börjat följas på Skolhälsovården på grund av obesitas. Medföljande föräldrar tycker att han har gått ner i vikt en aning, även om han fortfarande uppfattas som överviktig. Aptiten är bra, men under de senaste två veckorna har han klagat på ökad törst och har börjat dricka stora mängder vätska, även nattetid. Föräldrarna har noterat att han går på toaletten betydligt oftare än vanligt. Du misstänker diabetes. Status: Allmäntillstånd: Han har fin färg, är afebril och har lite kalla händer. Cor: Regelbunden rytm, ca 110/min och rena toner. Pulm: Auskulteras med lätt takypné och rena andningsljud. Buk: Mjuk och oöm utan palpabla resistenser. ISO-BMI 37 kg/m². Du kontrollerar två kapillära glukos som visar värden på 14,9 mmol/L samt 15,2 mmol/L. Dessutom får du svar på ett kapillärt blodgasprov som sjuksköterskan analyserade av bara farten:

Provsvär (referensvärden):

pH: 7,29 (7,35 - 7,45)
pCO₂: 30 mmHg (32 - 45)
Bikarbonat (HCO₃⁻): 15 mmol/L (22 - 27)
Base excess (BE): - 5 mmol/L (± 3)
P-Glukos: 15,8 mmol/L (4 - 8)

Med vilken diagnos i åtanke bör du fortsätta handläggningen?

Välj bäst svar:

- ☐ MODY 3
- ☐ typ-2 diabetes med lindrig ketoacidosis
- ☐ typ-1 diabetes med lindrig ketoacidosis
- ☐ typ-1 diabetes utan ketoacidosis
- ☐ typ-2 diabetes utan ketoacidosis



Totalpoäng: 1

26 Som läkare vid Primärvårdens jourmottagning träffar du en 8 år gammal pojke med flera månaders anamnes på minskad energi och ork. Han söker nu vård tillsammans med sina föräldrar på grund av att han sedan i morse klagat på magsmärtor, huvudvärk och även kräkts vid ett tillfälle. Han är sedan tidigare frisk men har nyligen börjat följas på Skolhälsovården på grund av obesitas. Medföljande föräldrar tycker att han har gått ner i vikt en aning, även om han fortfarande uppfattas som överviktig. Aptiten är bra, men under de senaste två veckorna har han klagat på ökad törst och har börjat dricka stora mängder vätska, även nattetid. Föräldrarna har noterat att han går på toaletten betydligt oftare än vanligt.

Du misstänker diabetes. Status: Allmäntillstånd: Han har fin färg, är afebril och har lite kalla händer. Cor: Regelbunden rytm, ca 110/min och rena toner. Pulm: Auskulteras med lätt takypné och rena andningsljud. Buk: Mjuk och oöm utan palpabla resistenser. ISO-BMI 37 kg/m².

Du kontrollerar två kapillära glukos som visar värden på 14,9 mmol/L samt 15,2 mmol/L.

Dessutom får du svar på ett kapillärt blodgasprov som sjuksköterskan analyserade av bara farten: Provsvär (referensvärden): pH: 7,29 (7,35 - 7,45), pCO₂: 30 mmHg (32 - 45), Bikarbonat (HCO₃⁻): 15 mmol/L (22 - 27), Base excess (BE): - 5 mmol/L (± 3), P-Glukos: 15,8 mmol/L (4 - 8).

Du bedömer att pojken kan ha en nydebuterad typ-1 diabetes med lindrig ketoacidosis.

Han mår ganska bra, är opåverkad och känns nu varm i händer och fötter och har fortsatt fin färg. Du kontrollerar ett blodtryck som är 100/60 mmHg och kapillär återfyllnad som är max 2 sekunder.

När du informerar familjen om det höga blodsockret berättar pappan att pojken fått saft och en bulle strax innan de gav sig i väg till jourmottagningen.

Vilket nästa steg i handläggningen är korrekt?

Välj bäst svar:

- ☐ ge insulin 1 E/kg subkutan som en bolusdos
- ☐ ta prover för HbA1c och C-peptid
- ☐ ta venöst fasteglukos dagen därpå
- ☐ ge insulin 0,5 E/kg subkutan som en bolusdos
- ☐ skicka patienten akut till barnklinik för fortsatt vård



Totalpoäng: 1

27 Som läkare vid Primärvårdens jourmottagning träffar du en 8 år gammal pojke med flera månaders anamnes på minskad energi och ork. Han söker nu vård tillsammans med sina föräldrar på grund av att han sedan i morse klagat på magsmärtor, huvudvärk och även kräkts vid ett tillfälle. Han är sedan tidigare frisk men har nyligen börjat följas på Skolhälsovården på grund av obesitas. Medföljande föräldrar tycker att han har gått ner i vikt en aning, även om han fortfarande uppfattas som överviktig. Aptiten är bra, men under de senaste två veckorna har han klagat på ökad törst och har börjat dricka stora mängder vätska, även nattetid. Föräldrarna har noterat att han går på toaletten betydligt oftare än vanligt.

Du misstänker diabetes. Status: Allmäntillstånd: Han har fin färg, är afebril och har lite kalla händer. Cor: Regelbunden rytm, ca 110/min och rena toner. Pulm: Auskulteras med lätt takypné och rena andningsljud. Buk: Mjuk och oöm utan palpabla resistenser. ISO-BMI 37 kg/m².

Du kontrollerar två kapillära glukos som visar värden på 14,9 mmol/L samt 15,2 mmol/L.

Dessutom får du svar på ett kapillärt blodgasprov som sjuksköterskan analyserade av bara farten: Provsvar (referensvärden): pH: 7,29 (7,35 - 7,45), pCO₂: 30 mmHg (32 - 45), Bikarbonat (HCO₃⁻): 15 mmol/L (22 - 27), Base excess (BE): - 5 mmol/L (± 3), P-Glukos: 15,8 mmol/L (4 - 8).

Du bedömer att pojken kan ha en nydebuterad typ-1 diabetes med lindrig ketoacidosis. Han mår ganska bra, är opåverkad och känns nu varm i händer och fötter och har fortsatt fin färg. Du kontrollerar ett blodtryck som är 100/60 mmHg och kapillär återfyllnad som är max 2 sekunder. När du informerar familjen om det höga blodsockret berättar pappan att pojken fått saft och en bulle strax innan de gav sig i väg till jourmottagningen.

När pojken kommer fram till Akutmottagningen på barnkliniken får han omedelbart hjälp eftersom du ringde innan och förvarnade om att han skulle skickas in akut med en misstänkt typ-1 diabetes och lindrig ketoacidosis.

Ny blodgas (referensvärden):

pH: 7,2 (7,35 - 7,45)

pCO₂: 30 mmHg (32 - 45)

Bikarbonat (HCO₃⁻): 15 mmol/L (22 - 27)

Base excess (BE): -5 mmol/L (± 3)

P-Glukos: 22 mmol/L (4 - 8)

Vilken behandling bör ges omedelbart med högsta prioritet på sjukhuset?

Välj bäst svar:

☐ natriumbikarbonat intravenöst

☐ insulin intravenöst

☒ natriumklorid intravenöst



☐ glukagon subkutan

☐ insulin subkutan

Totalpoäng: 1