

Skrivning 1 juni 2005

T6 Malmö

(kl 08.30-12.00)

Skriv läsligt!

Svårtolkad handstil kan ge poängbortfall

OBS!

Om du inte angivit ditt personnummer längst ner på någon sida, kommer sidan inte att rättas!

Du får inte skriva ut i högermarginalen där de möjliga poängalternativen, som du kan uppnå på respektive fråga, finns angivna.

Självvald kod.....

Lycka till!

Personnummer:

Referensområden

ALAT: Kvinnor < 0,8 resp män < 1,2
µkat/l
ALP: 0,6-1,8 µkat/l
Pancreasamylas: 0,15-1,10 µkat/l
APT-tid: 24-37 sek
ASAT: Kvinnor < 0,65 resp män < 0,80
µkat/l
Bilirubin: < 26 µmol/l
CKMB < 5 µg /L
CRP: < 5 mg/l
Ferritin: 20-300 µg/l
P-Folat > 6,8 nmol/l
fP-Glukos: 4,2-6,3 mmol/l
GT Kvinnor < 40 år: 0,80 µkat/l
Kvinnor ≥40 år: 1,30 µkat/l
män < 40 år: 1,40 µkat/l
män ≥ 40 år: 2,00 µkat/l
Haptoglobin 0,45-2,75 g/l
Hb: Kvinnor 117 - 153 g/l; Män 134 - 170
g/l
HbA_{1c}: < 50 år: 3,6-5,0
> 50 år: 4,0-5,3
S-PTH: 0,7-5,6 pmol/L
Järnmättnad: ~0,15-0,60 (ålders- och
könsberoende)
Kobalamin (B₁₂) 120-700 pmol/l
Totalkolesterol (åldersberoende): 3,3-6,9
mmol/l; Terapiindikation vid
sekundärprevention av ischemisk
hjärt sjukdom och/eller diabetes >5
Kreatinin: Kvinnor 50-90 µmol/l; Män 60-
100 µmol/l
Leukocyter: 3,5-8,8 x 10⁹/L
LDL-HDL-kvot: helst < 3,0
MCV: 82-98 fl
MCHC: 317-357 g/l
MCH 28-35 pg
Na: 137-145 mmol/l
Orosomukoid: 0,52-1,17 g/l
PaCO₂ 4,6 - 6,0 kPa
PaO₂: < 50 år = 10,0-13,0; > 50 år 8,0-13,0
kPa
P-Albumin: 36-48 g/L (åldersberoende)
P-Ca: 2,15-2,50 mmol/L (åldersberoende)
P-Fosfat: ~ 0,70-1,60 mmol/L (ålders- och
könsberoende)

kP-Glukos: 3,8-6,0 mmol/l (åldersberoende)
pH: 7,37-7,47
P-K: 3,5-4,4 mmol/l
PSA: < 4 µg/l
PK (INR): < 1,2
Reticulocyter: Kvinnor: 28-90 x 10⁹/l; Män:
30-120 x 10⁹/l
Röda: Kvinnor 3,9 – 5,2; Män: 4,2 – 5,7 x
10¹²/l
S-ACTH: 2 – 10 pmol/L
S-Fe 9-34 µmol/l (åldersberoende)
S-kortisol: 200 – 800 nmol/L (morgonprov)
S-Na: 137-145 mmol/l
SR: Kvinnor: 2 - 24; Män: 2 - 15 mm
(åldersberoende)
Fritt T₃: 2,8 – 6,5 pmol/L
Fritt T₄: 8 – 14 pmol/L
Total T₃: 1,3-2,7 nmol/L
Total T₄: 75-160 nmol/L
Totalurin Ca: 2,5-8,0 mmol/d
tU-kortisol fritt: < 183 nmol/d
TIBC: 47 - 80 µmol/l (åldersberoende)
TPO-ak (tyreoidea peroxidase-ak): < 35
KIE/L
TRAK (TSH receptor-ak): < 10 arb.enh.
Triglycerider: 0,4-2,6 mmol/l
Trombocyter (TPK): Kvinnor: 165-387 x
10⁹/l
Män: 145-348 x 10⁹/L
Troponin I: < 0,03 µg/l
TSH: 0,4 – 3,5 mIE/L
Urat: Kvinnor 155-350 µmol/l; Män 230-
480 µmol/l
Vita (B-LPK): 3,5 – 8,8 x 10⁹/l
(Differentialräkning: N 1,7-7,5; E 0,1-0,6; B
< 0,2; L 1,1-4,8; M 0,1-1,0 x 10⁹/l)

Personnummer:

FALL 1

22-årig tidigare frisk kvinna remitteras till Endokrin mottagningen för utredning. Sedan ett halvår har pat finvågig tremor, gått ner 6 kg i vikt. Sedan fyra veckor ökande besvär från ögonen i form av ljuskänslighet, tårögdhet, periorbital svullnad och lätt retrobulbär värk. Palpatoriskt finner man en lätt diffust förstorad tyreoida.

1:1 Vad kallas patientens ögonsymtom?

Svar:

0
0,5

1:2 Hur vill Du utreda patientens symtom?

Svar:

0
0,5
1
1,5
2
2,5

Personnummer:

22-årig tidigare frisk kvinna remitteras till Endokrin mottagningen för utredning. Sedan ett halvår har pat finvågig tremor, gått ner 6 kg i vikt. Sedan fyra veckor ökande besvär från ögonen i form av ljuskänslighet, tårögdhet, periorbital svullnad och lätt retrobulbär värk. Palpatoriskt finner man en lätt diffust förstorad tyreoidea.

Patienten har drabbats av hypertyreos med exoftalmopati. Du beställer tyreoideaproverna fT3, fT4, TSH och TRAK för att bekräfta diagnosen. Du beställer dessutom en thyreoideascintigrafi med frågeställning ökat upptag.

1:3 Ange ytterligare tre symtom som förväntas vid hypertyreos?

Svar:

0
0,5
1
1,5

1:4 Hur förväntas fT3, fT4, TSH och TRAK att vara vid Graves sjukdom? (förhöjt/sänkt/normalt)

Svar:

0
0,5
1
1,5
2

Personnummer:

22-årig tidigare frisk kvinna remitteras till Endokrin mottagningen för utredning. Sedan ett halvår har pat finvågig tremor, gått ner 6 kg i vikt. Sedan fyra veckor ökande besvär från ögonen i form av ljuskänslighet, tårögdhet, periorbital svullnad och lätt retrobulbär värk. Palpatoriskt finner man en lätt diffust förstorad tyreoida.

Patienten har drabbats av hypertyreos med exoftalmopati. Du beställer tyreodeaproverna fT3, fT4, TSH och TRAK för att bekräfta diagnosen. Du beställer dessutom en thyreoideascintigrafi med frågeställning ökat upptag.

Patienten har lågt TSH, men förhöjt fT3, fT4 och TRAK.

1:5 Vad betyder struma

Svar:

0

1

1:6 Vilka tre behandlingsalternativ finns mot hypertyreos?

Svar:

0

0,5

1

1,5

Personnummer:

FALL 2

En 38-årig kvinna har beställt tid på vårdcentralen pga trötthet, huvudvärk och nedstämdhet. Under samtalets gång kommer det fram att det känns konstigt när hon går, precis som att hon gick på kuddar. Ibland har hon stickningar i händerna och fötterna. Besvären har suttit i ett bra tag. Tycker nu att hon har allt svårare att orka med arbetet som barnsköterska på ett dagis.

Har aldrig rökt. Måttligt alkoholintag. Opererad för Mb Crohn med ileocekalresektion för 10 år sedan. Sedan dess mått bra i sin tarm. Tar inga mediciner.

Status AT: Ngt blek, ser trött ut.

Ytl lgl: palperas ua.

Cor: regelbunden rytm med frekvens 90. Inga blåsljud.

Pulm: normala andningsljud.

BT: 125/80

Buk: mjuk och oöm. Operationsärr.

Ekg: sinusrytm utan ST-T-förändringar.

Neurologstatus. Reflexer ua. Grasset ua. Babinskis tecken saknas. Nedsatt vibrationssinne upptill knäet.

2:1 Vilken är din preliminära diagnos? Motivera?

Svar:

0
0,5
1

Personnummer:

En 38-årig kvinna har beställt tid på vårdcentralen pga trötthet, huvudvärk och nedstämdhet. Under samtalets gång kommer det fram att det känns konstigt när hon går, precis som att hon gick på kuddar. Ibland har hon stickningar i händerna och fötterna. Besvären har suttit i ett bra tag. Tycker nu att hon har allt svårare att orka med arbetet som barnsköterska på ett dagis.

Har aldrig rökt. Måttligt alkoholintag. Opererad för Mb Crohn med ileocecalresektion för 10 år sedan. Sedan dess mått bra i sin tarm. Tar inga mediciner.

Status AT: Ngt blek, ser trött ut.

Ytl lgl: palperas ua.

Cor: regelbunden rytm med frekvens 90. Inga blåsljud.

Pulm: normala andningsljud.

BT: 125/80

Buk: mjuk och oöm. Operationsärr.

Ekg: sinusrytm utan ST-T-förändringar.

Neurologstatus. Reflexer ua. Grasset ua. Babinskis tecken saknas. Nedsatt vibrationssinne upptill knäet.

Du kontrollerar lab.prover.

Hb är 85 g/L, vid omkontroll 87g/L. Elektrolyter, inf-och leverstatus är normala.

2:2 Hur kompletterar du provtagningen?

Svar:

0
0,5
1
1,5
2
2,5

2:3 Vad är viktigt att veta anamnestiskt i en anemiutredning?

Svar:

0
0,5
1
1,5
2

Personnummer:

En 38-årig kvinna har beställt tid på vårdcentralen pga trötthet, huvudvärk och nedstämdhet. Under samtalets gång kommer det fram att det känns konstigt när hon går, precis som att hon gick på kuddar. Ibland har hon stickningar i händerna och fötterna. Besvären har suttit i ett bra tag. Tycker nu att hon har allt svårare att orka med arbetet som barnsköterska på ett dagis.

Har aldrig rökt. Måttligt alkoholintag. Opererad för Mb Crohn med ileocecalresektion för 10 år sedan. Sedan dess mått bra i sin tarm. Tar inga mediciner.

Status AT: Ngt blek, ser trött ut.

Ytl lgl: palperas ua.

Cor: regelbunden rytm med frekvens 90. Inga blåsljud.

Pulm: normala andningsljud.

BT: 125/80

Buk: mjuk och oöm. Operationsärr.

Ekg: sinusrytm utan ST-T-förändringar.

Neurologstatus. Reflexer ua. Grasset ua. Babinskis tecken saknas. Nedsatt vibrationssinne upptill knäet.

Du kontrollerar lab.prover.

Hb är 85 g/L, vid omkontroll 87g/L. Elektrolyter, inf-och leverstatus är normala.

Du kompletterar provtagningen med leukocyter 3,2 med normal diff; Trombocyter 270; Erytrocyter 4,0; MCV 107; Retikulocyter 40; Järn 15; TIBC 40; Järnmättnad 0,40; Kobalamin 85; Folat 9,3. Anamnestiskt är det viktigt att känna till hur länge patienten känt sig dålig, om det föreligger viktnedgång, svart avföring eller blödning, eller nedsatt aptit.

2:4 Hur klassificerar du patientens anemi?

Svar:

0
1

Pat har en kobalamin brist.

2:5 Hur vill du behandla patienten? Ange vilken/vilka läkemedel och administrationssätt

Svar:

0
0,5
1

Personnummer:

2:6 Motivera och förklara mekanismen bakom kobalamin homeostasen och varför denna patient har utvecklat anemi.

Svar:

0
0,5
1

Personnummer:

En 38-årig kvinna har beställt tid på vårdcentralen pga trötthet, huvudvärk och nedstämdhet. Under samtalets gång kommer det fram att det känns konstigt när hon går, precis som att hon gick på kuddar. Ibland har hon stickningar i händerna och fötterna. Besvären har suttit i ett bra tag. Tycker nu att hon har allt svårare att orka med arbetet som barnsköterska på ett dagis.

Har aldrig rökt. Måttligt alkoholintag. Opererad för Mb Crohn med ileocecalresektion för 10 år sedan. Sedan dess mått bra i sin tarm. Tar inga mediciner.

Status AT: Ngt blek, ser trött ut.

Ytl lgl: palperas ua.

Cor: regelbunden rytm med frekvens 90. Inga blåsljud.

Pulm: normala andningsljud.

BT: 125/80

Buk: mjuk och oöm. Operationsärr.

Ekg: sinusrytm utan ST-T-förändringar.

Neurologstatus. Reflexer ua. Grasset ua. Babinskis tecken saknas. Nedsatt vibrationssinne upptill knäet.

Du kontrollerar lab.prover.

Hb är 85 g/L, vid omkontroll 87g/L. Elektrolyter, inf-och leverstatus är normala.

Du kompletterar provtagningen med leukocyter 3,2 med normal diff; Trombocyter 270; Erytrocyter 4,0; MCV 107; Retikulocyter 40; Järn 15; TIBC 40; Järnmättnad 0,40; Kobalamin 85; Folat 9,3. Anamnestiskt är det viktigt att känna till hur länge patienten känt sig dålig, om det föreligger viktnedgång, svart avföring eller blödning, eller nedsatt aptit.

Patienten erhåller inj Behepan initialt 10 injektioner därefter 1 injektion v a månad. Behepan ges parenteralt då distala ileum är bortopererad och pat ej kan absorbera peroral behandling. Patienten blir snabbt piggare, men domningarna och stickningarna i extremiteterna kvarstår.

2:7 Vilka andra tänkbara orsaker kan finnas till kobalaminbrist?

Svar:

0
0,5
1
1,5
2

2:8 Vilka generella orsaker finns till järnbristanemi?

Svar:

0
0,5
1
1,5

Personnummer:

2:9 Vilken är den bästa undersökningsmetoden (ej blodprov) resp blodprovstagning för att bestämma kroppens järnförråd

Svar:

0
0,5
1

Personnummer:

FALL 3

Det är lördag morgon klockan 06.15 och Du tjänstgör som primärjour på medicin akuten i Simrishamn. Utan förvarning blir du störd i ditt morgonkaffe av syster som genast vill att du tittar till en ”dålig patient”. Du tar dig genast till undersökningsrummet och möts av en, lätt agiterad, 56-årig man. BT 180/100, puls 80/minut. Mannen hävdar att han har ont i bröstet. Du auskulterar hjärta och hör en regelbunden rytm utan hörbara bi eller blåsljud, lungorna auskulteras och du hör normala andningsljud överallt.

3:1 Vilka ytterligare upplysningar frågar Du efter i anamnesen?

Svar:

0
0,5
1
1,5
2

3:2 Tycker du att det saknas något i status för att Du skall kunna göra en adekvat bedömning?

Svar:

0
0,5
1

Personnummer:

Det är lördag morgon klockan 06.15 och Du tjänstgör som primärjour på medicin akuten i Simrishamn. Utan förvarning blir du störd i ditt morgonkaffe av syster som genast vill att du tittar till en "dålig patient". Du tar dig genast till undersökningsrummet och möts av en, lätt agiterad, 56-årig man. BT 180/100, puls 80/minut. Mannen hävdar att han har ont i bröstet. Du auskulterar hjärta och hör en regelbunden rytm utan hörbara bi eller blåsljud, lungorna auskulteras och du hör normala andningsljud överallt.

Patienten svarar villigt, om än något högljutt, på dina frågor. Han är gift och har två barn. Arbetar som fiskeguide i eget företag. Uppger att det senaste tiden varit mycket stressigt med oregelbundna tider och långa "fiskepass". Medger också att han röker sedan 20 års ålder, ibland cigaretter, men oftast pipa. Nyttjar i princip alkohol endast nyår, påsk samt midsommar. Negerar ärftlighet för några sjukdomar. Tror ej heller att han är allergisk mot några mediciner, men har ju faktiskt aldrig tagit något mer än huvudvärkstabletter. Uppger sig helt frisk tidigare i livet, och inte varit hos någon läkare sen 1979.

Han beskriver nu att han sedan kanske någon timme tillbaka, precis innan han skulle köra ut med ett gäng som chartrat hans båt för laxfiske utanför Simrishamn, fått centrala kraftiga bröstsmärtor med utstrålning upp emot käkarna. Gruppen såg till att han utan fördröjning transporterades upp till det sjukhus som ligger i nära angränsning till hamnen. Patienten är märkbart irriterad över att vara på sjukhus, menar att "det snart går över" och vill helst tillbaka till hamnen. Medger dock att det fortfarande gör rejält ont bröstet.

I status noterar Du att patienten inte är cyanotisk eller dyspnoisk. Dock något rödbrusig. Inga perifera ödem syns. Ingen halsvenstas. Goda perifera pulsar bilateralt. Afebril 37,0 grader.

3:3 Tolka patientens EKG. (Bifogas **nästa sida**)!

Svar:

0
0,5
1

:3:4 Vilken diagnos misstänker Du i första hand?

Svar:

0
0,5
1

Personnummer:

Kardiogram

Personnummer:

Det är lördag morgon klockan 06.15 och Du tjänstgör som primärjour på medicin akuten i Simrishamn. Utan förvarning blir du störd i ditt morgonkaffe av syster som genast vill att du tittar till en ”dålig patient”. Du tar dig genast till undersökningsrummet och möts av en, lätt agiterad, 56-årig man. BT 180/100, puls 80/minut. Mannen hävdar att han har ont i bröstet. Du auskulterar hjärta och hör en regelbunden rytm utan hörbara bi eller blåsljud, lungorna auskulteras och du hör normala andningsljud överallt.

Patienten svarar villigt, om än något högljutt, på dina frågor. Han är gift och har två barn. Arbetar som fiskeguide i eget företag. Uppger att det senaste tiden varit mycket stressigt med oregelbundna tider och långa ”fiskepass”. Medger också att han röker sedan 20 års ålder, ibland cigaretter, men oftast pipa. Nyttjar i princip alkohol endast nyår, påsk samt midsommar. Negerar ärftlighet för några sjukdomar. Tror ej heller att han är allergisk mot några mediciner, men har ju faktiskt aldrig tagit något mer än huvudvärkstabletter. Uppger sig helt frisk tidigare i livet, och inte varit hos någon läkare sen 1979.

Han beskriver nu att han sedan kanske någon timme tillbaka, precis innan han skulle köra ut med ett gäng som chartrat hans båt för laxfiske utanför Simrishamn, fått centrala kraftiga bröstsmärtor med utstrålning upp emot käkarna. Gruppen såg till att han utan fördröjning transporterades upp till det sjukhus som ligger i nära angränsning till hamnen. Patienten är märkbart irriterad över att vara på sjukhus, menar att ”det snart går över” och vill helst tillbaka till hamnen. Medger dock att det fortfarande gör rejält ont bröstet.

I status noterar Du att patienten inte är cyanotisk eller dyspnoisk. Dock något rödbrusig. Inga perifera ödem synes. Ingen halsvenstas. Goda perifera pulsar bilateralt. Afebril 37,0 grader.

EKG visar sinusrytm. ST-höjningar i V1-V6 med dålig R-progression V1-V3. Du misstänker akut hjärtinfarkt eftersom både anamnes och EKG talar för detta.

3:5 Vilken blir Din akuta handläggning av fallet (diagnostik, lab etc samt terapeutiskt)

Svar:

0
0,5
1
1,5
2

Personnummer:

Patienten svarar villigt, om än något högljutt, på dina frågor. Han är gift och har två barn. Arbetar som fiskeguide i eget företag. Uppger att det senaste tiden varit mycket stressigt med oregelbundna tider och långa "fiskepass". Medger också att han röker sedan 20 års ålder, ibland cigaretter, men oftast pipa. Nyttjar i princip alkohol endast nyår, påsk samt midsommar. Negerar ärftlighet för några sjukdomar. Tror ej heller att han är allergisk mot några mediciner, men har ju faktiskt aldrig tagit något mer än huvudvärkstabletter. Uppger sig helt frisk tidigare i livet, och inte varit hos någon läkare sen 1979.

Han beskriver nu att han sedan kanske någon timme tillbaka, precis innan han skulle köra ut med ett gäng som chartrat hans båt för laxfiske utanför Simrishamn, fått centrala kraftiga bröstsmärtor med utstrålning upp emot käkarna. Gruppen såg till att han utan fördröjning transporterades upp till det sjukhus som ligger i nära angränsning till hamnen. Patienten är märkbart irriterad över att vara på sjukhus, menar att "det snart går över" och vill helst tillbaka till hamnen. Medger dock att det fortfarande gör rejält ont bröstet.

I status noterar Du att patienten inte är cyanotisk eller dyspnoisk. Dock något rödbrusig. Inga perifera ödem synes. Ingen halsvenstas. Goda perifera pulsar bilateralt. Afebril 37,0 grader. EKG visar sinusrytm. ST-höjningar i V1-V6 med dålig R-progression V1-V3. Du misstänker akut hjärtinfarkt eftersom både anamnes och EKG talar för detta.

Patienten erhåller syrgas 2l på gramma, ASA i form av Magnecyl^R 500 mg p.o, samt Nitro i form av Suscard^R 2,5 mg under läppen samt 5 mg B-blockad i.v. Patienten blir därefter inte helt smärtfri, men uppger att det lättat betydligt. Därefter ringer du upp din bakjour som anmodar dig att genast ta kontakt med kardiologjouren i Lund. Denne vill att du utan fördröjning transporterar patienten till Lund för direkt perkutan coronar intervention (PCI). På anmodan av kardiologjouren ger du nu också Clopidogrel i form av T Plavix^R 4 tabletter á 75 mg. Du ordinerar provtagning för rutinprover (Na, K, Krea, Hb), infektionsprover (CRP,vita) kontrollerar glukose samt koronarenzymer (TnI, CKMB) Patienten transporteras därefter direkt till Lund för vidare vård.

Två dagar senare tjänstgör du på medicin avdelningen. Patienten har då kommit tillbaka ifrån Lund för eftervård. Enligt epikrisen därifrån har patienten genomgått direkt-PCI emot tät proximal stenosis i LAD. Två stycken Taxus stent (läkemedelsbärande stent) inopererades. I övrigt sågs inga signifikanta stenoser. CKMB max 95. Det framgår också när patienten pressas på anamnesen att han haft bröstsmärtorna sedan två dygn tillbaka innan han sökte sjukhus och att han aldrig skulle sökt för detta om inte läkarna varit så ihärdiga.

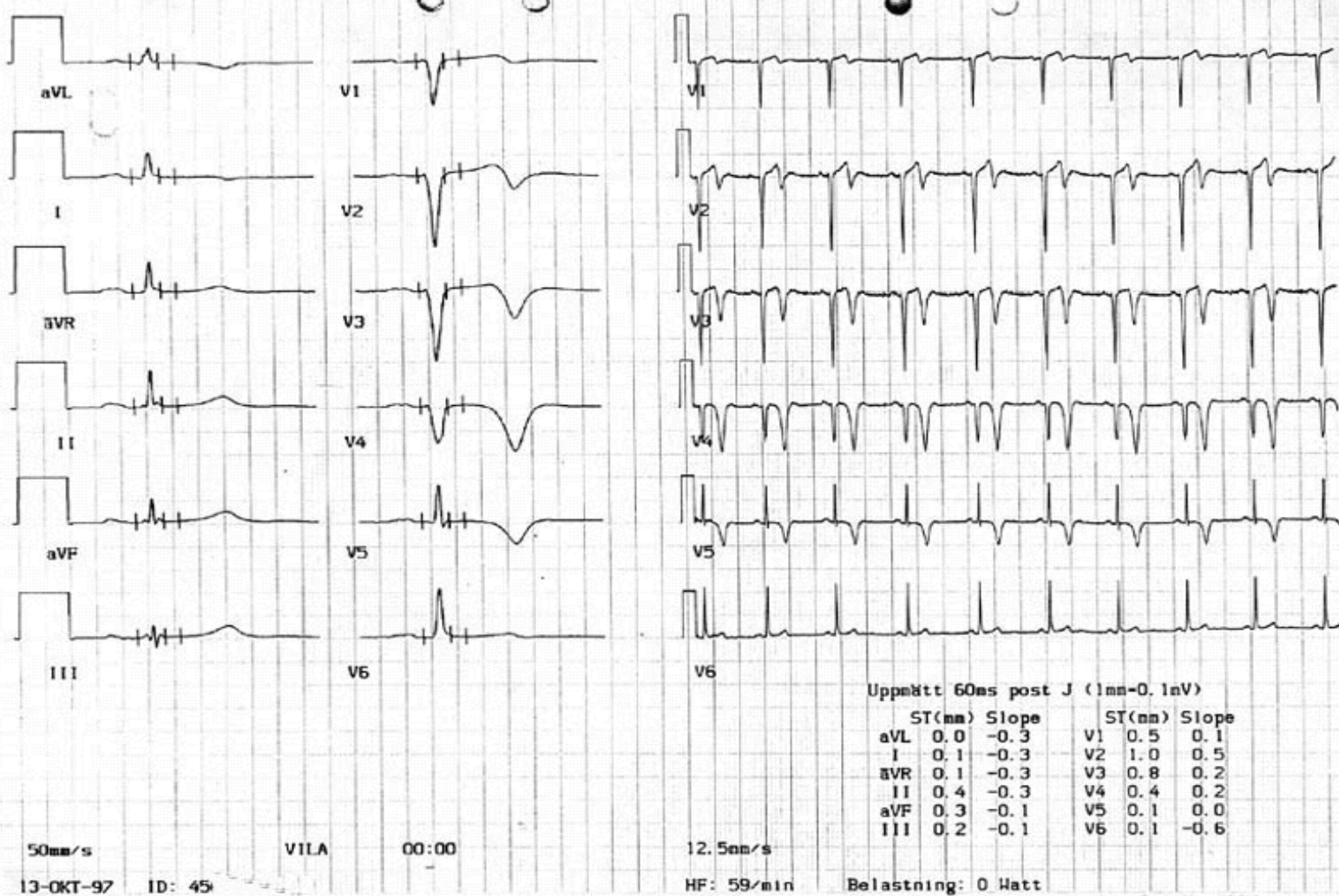
3:6 Tolka patientens EKG (nästa sida) som tagits i samband med återinskrivningen idag.

Svar:

0
0,5
1

Personnummer:

Personnummer:



Kardiogram

Personnummer:

Två dagar senare tjänstgör du på medicinavdelningen. Patienten har då kommit tillbaka ifrån Lund för eftervård. Enligt epikrisen därifrån har patienten genomgått direkt-PCI emot tät proximal stenosis i LAD. Två stycken Taxus stent (läkemedelsbärande stent) inopererades. I övrigt sågs inga signifikanta stenoser. CKMB max 95. Det framgår också när patienten pressas på anamnesen att han haft bröstsmärtorna sedan två dygn tillbaka innan han sökte sjukhus och att han aldrig skulle sökt för detta om inte läkarna varit så ihärdiga.

EKG visar normal sinusrytm. Status post anterior hjärtinfarkt med R-vågs förlust och negativa T i V2-V5. Således transmural hjärtinfarkt.

Pat är välmående och har ingen restangina eller hjärtinkompensation. Blodtryck 135/80 i vila. Inga arytmier på övervakning vare sig här eller i Lund enligt medföljande epikris.

Du beställer även ett UKG som göres under vårdtiden. Denna visar lätt nedsatt EF ca 40 % med dyskinesi septalt och anteriort. I övrigt normalstora hjärtrum samt inga signifikanta vitier. Rtg cor/pulm är gjort i Lund och visar helt normal förhållande.

Du har nu fått svar på faste B-glucos, HbA1c samt Lipidstatus. Faste B-glucos är 9,1 mmol/l HbA1c 8,2% T-kolesterol 6,5 mmol/l . HDL 0,72 mmol/l samt LDL 5,2 mmol/l

3:7 Ange nu vilken farmakologisk behandling Du bör sätta in patienten på under vårdtiden. Ange preparattyp eller preparatnamn. Ange även om preparatet/preparaten påverkar prognosen på lång sikt.

Svar:

0
0,5
1
1,5
2
2,5
3

Personnummer:

Två dagar senare tjänstgör du på medici avdelningen. Patienten har då kommit tillbaka ifrån Lund för eftervård. Enligt epikrisen därifrån har patienten genomgått direkt-PCI emot tät proximal stenosis i LAD. Två stycken Taxus stent (läkemedelsbärande stent) inopererades. I övrigt sågs inga signifikanta stenoser. CKMB max 95. Det framgår också när patienten pressas på anamnesen att han haft bröstsmärtorna sedan två dygn tillbaka innan han sökte sjukhus och att han aldrig skulle sökt för detta om inte läkarna varit så ihärdiga.

EKG visar post anterior hjärtinfarkt med R-vågs förlust och negativa T i V2-V5.

Pat är välmående och har ingen restangina eller hjärtinkompensation. Blodtryck 135/80 i vila. Inga arytmier på övervakning vare sig här eller i Lund enligt medföljande epikris.

Du beställer även ett UKG som göres under vårdtiden. Denna visar lätt nedsatt EF ca 40 % med dyskinesi septalt och anteriort. I övrigt normalstora hjärtrum samt inga signifikanta vitier. Rtg cor/pulm är gjort i Lund och visar helt normal förhållande.

Du har nu fått svar på faste B-glucos, HbA1c samt Lipidstatus. Faste B-glucos är 9,1 mmol/l HbA1c 8,2% T-kolesterol 6,5 mmol/l . HDL 0,72 mmol/l samt LDL 5,2 mmol/l

Patienten har under vårdtiden blivit insatt på T Trombyl 75 mg 1x1, T Plavix 75 mg 1x1 (sex månaders behandling p g a läkemedelsbärande stent), T Seloken Zoc 100 mg 1x1, T Triatec 5 mg 1x2, T Simvastatin 40 mg 1 tn, samt R Nitromex 0,5 mg 1 vb.

3:8 Vilka förhållningsregler/ordinationer ger vid utskrivningen?

Svar:

0
0,5
1

3:9 Behövs någon ytterligare uppföljning och i så fall vilken?

Svar:

0
0,5
1

Personnummer:

EPILOG

Således utvecklar patienten, trots Din snabba handläggning med direkt-PCI, en transmural anteroseptal hjärtinfarkt. UKG i efterförloppet visade en ejectionfraktion på ca 40%. Överstår dock det hela väl och har vare sig svikt symtom eller arytmier under observationstiden. Utskrives i gott skick till hemmet. Patienten sjukskrives fram till återbesök som planeras inom 6-8 veckor på hjärtmottagningen. Får instruktioner om hur man bör förfara vid nya bröstsmärtor (Nitromex administration, akut sökande etc.) Erbjudes deltagande i hjärtgymnastik. Erhåller livsstilsråd (kost, motion, rökning, stress, alkoholo, bilkörning, vinterbad etc).

Får även återbesök hos sköterska om två veckor för klinisk kontroll och kontroll elektrolyter (insatt på ACE-hämmare, risk för hyperkalemi). Med största sannolikhet har patienten också en nyupptäckt diabetes, remiss har därför avgått till endokrin kliniken för utredning och behandling av detta.

Personnummer:

FALL 4

Du sitter på en vårdcentral en eftermiddag och får som patient en 22-årig kvinna, Maria, som söker för trötthet som tilltagit sedan några veckor men tröttheten idag har betydligt förvärrats. Har även druckit mycket vätska de senaste dagarna och känner sig påtagligt törstig. Maria är sambo, har inga barn och arbetar som bibliotekarie. Är väsentligen frisk sedan tidigare.

4:1 Vilka viktiga frågor vill du ställa till Maria för att ta ställning till diagnos (minst 2 frågor)?

Svar:

0
0,5
1

4:2 Vilka akuta labprover vill du ta på VC?

Svar:

0
0,5
1
1,5
2

Personnummer:

Du sitter på en vårdcentral en eftermiddag och får som patient en 22-årig kvinna, Maria, som söker för trötthet som tilltagit sedan några veckor men tröttheten idag har betydligt förvärrats. Har även druckit mycket vätska de senaste dagarna och känner sig påtagligt törstig. Maria är sambo, har inga barn och arbetar som bibliotekarie. Är väsentlig frisk sedan tidigare.

Som svar på dina frågor säger Maria att hon har haft ökade urinmängder sedan en vecka och att hon minskat 5 kg i vikt på en vecka (aktuell vikt 50 kg på en längd på 169 cm).

Maria ser trött, blek och tagen ut. Du inspekterar munhåla och du hittar torra slemhinnor. Hjärtfrekvens på 98/min. Blodtryck 100/70. Normala fynd vid lungauskultation och bukstatus. Vid inspektion ser du att pat andas snabbt andningsfrekvens (22/min) och drar djupa andetag. Ingen speciell doft eller lukt från pat.

4:3

Svar: Hela sidan ska bort

0
0,5
1
1,5
2

Du sitter på en vårdcentral en eftermiddag och får som patient en 22-årig kvinna, Maria, som söker för trötthet som tilltagit sedan några veckor men tröttheten idag har betydligt förvärrats. Har även druckit mycket vätska de senaste dagarna och känner sig påtagligt törstig. Maria är sambo, har inga barn och arbetar som bibliotekarie. Är väsentlig frisk sedan tidigare.

Som svar på dina frågor säger Maria att hon har haft ökade urinmängder sedan en vecka och att hon minskat 5 kg i vikt på en vecka (aktuell vikt 50 kg på en längd på 169 cm).
Maria ser trött, blek och tagen ut. Du inspekterar munhåla och du hittar torra slemhinnor. Hjärtfrekvens på 98/min. Blodtryck 100/70. Normala fynd vid lungauskultation och bukstatus. Vid inspektion ser du att pat andas snabbt andningsfrekvens (22/min) och drar djupa andetag. Ingen speciell doft eller lukt från pat.

Du hittar blodsocker på ett värde på 20,4 mmol/l. Hb 158 g/l. Urinsticka visar 2+ för glukos och 3+ för ketonkroppar. CRP är på 10.

4:3 Vilken diagnos och vilka ev. komplikationer kan vara relevanta ?
Motivera!

Svar:

0
0,5
1
1,5

4:5 Hur vill du handlägga patienten vidare de närmaste timmarna ?
Motivera!

Svar:

0
0,5
1

4:6 Denna fråga ska bort
Svar:

Du sitter på en vårdcentral en eftermiddag och får som patient en 22-årig kvinna, Maria, som söker för trötthet som tilltagit sedan några veckor men tröttheten idag har betydligt förvärrats. Har även druckit mycket vätska de senaste dagarna och känner sig påtagligt törstig. Maria är sambo, har inga barn och arbetar som bibliotekarie. Är väsentlig frisk sedan tidigare.

Som svar på dina frågor säger Maria att hon har haft ökade urinmängder sedan en vecka och att hon minskat 5 kg i vikt på en vecka (aktuell vikt 50 kg på en längd på 169 cm). Maria ser trött, blek och tagen ut. Du inspekterar munhåla och du hittar torra slemhinnor. Hjärtfrekvens på 98/min. Blodtryck 100/70. Normala fynd vid lungauskultation och bukstatus. Vid inspektion ser du att pat andas snabbt andningsfrekvens (22/min) och drar djupa andetag. Ingen speciell doft eller lukt från pat.

Du hittar blodsocker på ett värde på 20,4 mmol/l. Hb 158 g/l. Urinsticka visar 2+ för glukos och 3+ för ketonkroppar. CRP är på 10.

Du tänkte på diagnosen diabetes mellitus med ketoacidosis och uttorkning. Du ger dropp på VC och därefter kontaktar du medicinklinken och remitter Maria akut då du bedömer tillståndet som allvarligt. Acidosis, uttorkning och ev elektolyttrubbning är det mest akuta problemet för denna pat. Sätt dig nu in i situationen att du tar emot pat på medicinska akutintaget på sjukhuset! Du ordinerar blodgaser samt andra prover.

4:6 Hur kan blodgasbilden se ut vid detta tillstånd? Förklara mekanismen bakom denna blodgasbild ?

Svar:

0
0,5
1
1,5
2

4:7 Vilka andra prover vill du komplettera med?

Svar:

0
0,5
1
1,5
2

Personnummer:

Du sitter på en vårdcentral en eftermiddag och får som patient en 22-årig kvinna, Maria, som söker för trötthet som tilltagit sedan några veckor men tröttheten idag har betydligt förvärrats. Har även druckit mycket vätska de senaste dagarna och känner sig påtagligt törstig. Maria är sambo, har inga barn och arbetar som bibliotekarie. Är väsentlig frisk sedan tidigare.

Som svar på dina frågor säger Maria att hon har haft ökade urinmängder sedan en vecka och att hon minskat 5 kg i vikt på en vecka (aktuell vikt 50 kg på en längd på 169 cm). Maria ser trött, blek och tagen ut. Du inspekterar munhåla och du hittar torra slemhinnor. Hjärtfrekvens på 98/min. Blodtryck 100/70. Normala fynd vid lungauskultation och bukstatus. Vid inspektion ser du att pat andas snabbt andningsfrekvens (22/min) och drar djupa andetag. Ingen speciell doft eller lukt från pat.

Du hittar blodsocker på ett värde på 20,4 mmol/l. Hb 158 g/l. Urinsticka visar 2+ för glukos och 3+ för ketonkroppar. CRP är på 10.

Du tänkte på diagnosen diabetes mellitus med ketoacidosis och uttorkning. Du kontaktade medicinkliniken och remitterade Maria akut då du bedömde tillståndet som allvarligt. Acidosis, uttorkning och ev elektrolyttrubbning är det mest akuta problemet för denna pat. Sätt dig nu in i situationen att du tar emot pat på medicinska akutintaget på sjukhuset! Du ordinerar blodgaser samt andra prover.

På sjukhuset tas en rad prover: Blodgaser (PO₂ 11,6 kPa, PCO₂ 2,5 kPa, Ph 7,10, Base Excess -18 mmol/l). S-Na 146 mmol/l, S-K 5,1 mmol/l, S.krea 107 umol/l, S-albumin 47g/l, Hb 154 g/l, EVF 44%, LPK 7,2 · 10⁹/l, Trombocyter 375 · 10⁹/l, S-CRP 12 mg/l. Leverstatus och amylas är normala. Patienten har en insulinbrist med nedsatt glukosupptag och ökad lipolys. Ketoner bildas vid nedbrytning av fria fettsyror och som följd av detta blir det en metabol acidosis som kompenseras av kroppen med hyperventilation, vilket ger sänkt pCO₂ och därmed höjer ph. Base-Excess och Standardbikarbonat är lågt.

4:8 Detta akuta tillstånd måste behandlas, beskriv behandlingen?
Vilken vårdnivå är mest lämplig?

Svar:

0
0,5
1
1,5
2
2,5
3

Personnummer:

Du sitter på en vårdcentral en eftermiddag och får som patient en 22-årig kvinna, Maria, som söker för trötthet som tilltagit sedan några veckor men tröttheten idag har betydligt förvärrats. Har även druckit mycket vätska de senaste dagarna och känner sig påtagligt törstig. Maria är sambo, har inga barn och arbetar som bibliotekarie. Är väsentlig frisk sedan tidigare.

Som svar på dina frågor säger Maria att hon har haft ökade urinmängder sedan en vecka och att hon minskat 5 kg i vikt på en vecka (aktuell vikt 50 kg på en längd på 169 cm). Maria ser trött, blek och tagen ut. Du inspekterar munhåla och du hittar torra slemhinnor. Hjärtfrekvens på 98/min. Blodtryck 100/70. Normala fynd vid lungauskultation och bukstatus. Vid inspektion ser du att pat andas snabbt andningsfrekvens (22/min) och drar djupa andetag. Ingen speciell doft eller lukt från pat.

Du hittar blodsocker på ett värde på 20,4 mmol/l. Hb 158 g/l. Urinsticka visar 2+ för glukos och 3+ för ketonkroppar. CRP är på 10.

Du tänkte på diagnosen diabetes mellitus med ketoacidosis och uttorkning. Du kontaktade medicinklinken och remitterade Maria akut då du bedömde tillståndet som allvarligt. Acidosis, uttorkning och ev elektolyttrubbning är det mest akuta problemet för denna pat. Sätt dig nu in i situationen att du tar emot pat på medicinska akutintaget på sjukhuset! Du ordinerar blodgaser samt andra prover.

På sjukhuset tas en rad prover: Blodgaser (PO₂ 11,6 kPa, PCO₂ 2,5 kPa, Ph 7,10, Base Excess – 18 mmol/l). S-Na 146 mmol/l, S-K 5,1 mmol/l, S-krea 107 μmol/l, S-albumin 47g/l, Hb 154 g/l, EVF 44%, LPK 7,2 · 10⁹/l, Trombocyter 375 · 10⁹/l, S-CRP 12 mg/l. Leverstatus och amylas är normala. Patienten har en insulinbrist med nedsatt glukosupptag och ökad lipolys. Ketoner bildas vid nedbrytning av fria fettsyror och som följd av detta blir det en metabol acidosis som kompenseras av kroppen med hyperventilation, vilket ger sänkt pCO₂ och därmed höjer ph. Base-Excess och Standardbikarbonat är lågt.

Pat inlägges på sjukhuset. Pat får initialt 1 liter vätska (NaCl lösning) första timmen samt insulin och därefter insulininfusion. Rikligt med vätsketillförsel. B-glukos och S-Kalium följs. När blodglukos sjunker övergång till glukosinfusion.

Efter ett dygn har Marias tillstånd stabiliserats och hon insättes på subkutana insulininjektioner.

4:9 Hur kommer denna pat att följas upp i försättningen efter sjukhusutskrivningen?

Svar:

0
0,5
1
1,5
2

Personnummer:

FALL 5

Du tjänstgör som AT-läkare på en vårdcentral ute på landet. Du har fått i uppdrag att hantera ett remissfall som har inkommit från kirurgakuten, remisstexten lyder: 42-årig sjukpensionerad tvåbarnsmamma. Överviktig. Vikt 105 kg, Längd 165 cm. Lider av myotonika dystrofia, följs upp via neurologen i Lund. Sökte akut med en veckas anamnes på tilltagande trötthet, illamående samt epigastriska smärtor. Friades kirurgiskt. Ultraljud över lever, gallvägar och pankreas som gjordes som led i utredningen, visade uttalad steatos (fettinlagring) i både lever och pankreas. Tacksam för omhändertagande.

DU SLÅR SNABBT UPP MYOTONIKA DYSTROFIA I EN NEUROLOGIBOK: NEUROMUSKULÄR SJUKDOM, MED MUSKELSVAGHET, MUSKELKRAMP SAMT ÖKAD RISK FÖR INSULIN RESISTENS.

5:1 Den kortfattade presentationen väcker misstanke om ett väletablerat syndrom, vilket?

Svar:

| 1

Du tjänstgör som AT-läkare på en vårdcentral ute på landet. Du har fått i uppdrag att hantera ett remissfall som har inkommit från kirurgakuten, remisstexten lyder: 42-årig sjukpensionerad tvåbarnsmamma. Överviktig. Lider av myotonika dystrofia, följs upp via neurologen i Lund. Sökte akut med en veckas anamnes på tilltagande trötthet, illamående samt epigastriska smärtor. Friades kirurgiskt. Ultraljud över lever, gallvägar och pankreas som gjordes som led i utredningen, visade uttalad steatos (fettinlagring) i både lever och pankreas. Tacksam för omhändertagande.

DU SLÅR SNABBT UPP MYOTONIKA DYSTROFIA I EN NEUROLOGIBOK: NEUROMUSKULÄR SJUKDOM, MED MUSKELSVAGHET, MUSKELKRAMP SAMT ÖKAD RISK FÖR INSULIN RESISTENS.

Uppgifter om patientens övervikt, grundsjukdomen samt fettinlagring i lever och pancreas leder tankarna till det metabola syndromet.

5:2 Vilka kriterier ingår i definitionen av det metabola syndromet?

Svar:

| **3**

Personnummer:

Du tjänstgör som AT-läkare på en vårdcentral ute på landet. Du har fått i uppdrag att hantera ett remissfall som har inkommit från kirurgakuten, remisstexten lyder: 42-årig sjukpensionerad tvåbarnsmamma. Överviktig. Lider av myotonika dystrofia, följs upp via neurologen i Lund. Sökte akut med en veckas anamnes på tilltagande trötthet, illamående samt epigastriska smärtor. Friades kirurgiskt. Ultraljud över lever, gallvägar och pankreas som gjordes som led i utredningen, visade uttalad steatos (fettinlagring) i både lever och pankreas. Tacksam för omhändertagande.

DU SLÅR SNABBT UPP MYOTONIKA DYSTROFIA I EN NEUROLOGIBOK: NEUROMUSKULÄR SJUKDOM, MED MUSKELSVAGHET, MUSKELKRAMP SAMT ÖKAD RISK FÖR INSULINRESISTENS.

Uppgifter om patientens övervikt, grundsjukdomen samt fettinlagring i lever och pankreas leder tankarna till det metabola syndromet där följande kriterier ingår:

Insulinresistens, hyperinsulinemi, glukosintolerans, överviktig (bukfetma), hypertension, dyslipidemi, mikroalbuminuri, pro-trombotisk och pro-inflammatorisk aktivitet.

5:3 Vilka är senkomplikationerna till det metabola syndromet?

Svar:

| 2

5:4 Nämn några orsaker till sekundär dyslipidemi.

Svar:

| 2

Personnummer:

Du tjänstgör som AT-läkare på en vårdcentral ute på landet. Du har fått i uppdrag att hantera ett remissfall som har inkommit från kirurgakuten, remisstexten lyder: 42-årig sjukpensionerad tvåbarnsmamma. Överviktig. Lider av myotonika dystrofia, följs upp via neurologen i Lund. Sökte akut med en veckas anamnes av tilltagande trötthet, illamående samt epigastriska smärtor. Friades kirurgiskt. Ultraljud över lever, gallvägar och pankreas som gjordes som led i utredningen, visade uttalad steatos (fettinlagring) i både lever och pankreas. Tacksam för omhändertagande.

DU SLÅR UPP SNABBT MYOTONIKA DYSTROFIA I EN NEUROLOGIBOK: NEUROMUSKULÄR SJUKDOM, MED MUSKELSVAGHET, MUSKELKRAMP SAMT ÖKAD RISK AV BL A INSULINRESISTENS.

Uppgifter om patientens övervikt, grundsjukdomen samt fettinlagring i lever och pankreas leder tankarna till det metabola syndromet där följande kriterier ingår:

Insulin resistens, hyperinsulinemi, glukosintolerans, överviktig (bukfetma), hypertension, dyslipidemi, mikroalbuminuri, pro-trombotisk och pro-inflammatorisk aktivitet.

Det metabola syndromet medför ökad risk för: Cardiovasculära sjukdomar, Typ 2 diabetes, fettlever, kolesterol gallstenar, störd sömn, vissa typer av cancer. Orsaker till dyslipidemi inkluderar: diabetes, hypotyreos, leversjukdomar, uremi, infektion, inflammation, alkoholism, vissa läkemedel.

5:5 Vilka anamnestiska uppgifter vill du kompletterar med, när det gäller det metabola syndromet? (ytterligare riskfaktorer)

Svar:

| 3

Du tjänstgör som AT-läkare på en vårdcentral ute på landet. Du har fått i uppdrag att hantera ett remissfall som har inkommit från kirurgakuten, remisstexten lyder: 42-årig sjukpensionerad tvåbarnsmamma. Överviktig. Lider av myotonika dystrofia, följs upp via neurologen i Lund. Sökte akut med en veckas anamnes av tilltagande trötthet, illamående samt epigastriska smärtor. Friades kirurgiskt. Ultraljud över lever, gallvägar och pankreas som gjordes som led i utredningen, visade uttalad steatos (fettinlagring) i både lever och pankreas. Tacksam för omhändertagande.

DU SLÅR UPP SNABBT MYOTONIKA DYSTROFIA I EN NEUROLOGIBOK: NEUROMUSKULÄR SJUKDOM, MED MUSKELSVAGHET, MUSKELKRAMP SAMT ÖKAD RISK AV BL A INSULINRESISTENS.

Uppgifter om patientens övervikt, grundsjukdomen samt fettinlagring i lever och pankreas leder tankarna till det metabola syndromet där följande kriterier ingår:

Insulin resistens, hyperinsulinemi, glukosintolerans, överviktig (bukfetma), hypertension, dyslipidemi, mikroalbuminuri, pro-trombotisk och pro-inflammatorisk aktivitet.

Det metabola syndromet medför ökad risk för: Cardiovasculära sjukdomar, Typ 2 diabetes, fettlever, kolesterol gallstenar, störd sömn, vissa typer av cancer. Orsaker till dyslipidemi inkluderar: diabetes, hypotyreo, leversjukdomar, uremi, infektion, inflammation, alkoholism, vissa läkemedel.

Patienten har begränsad fysisk aktivitet, barnen är fosterhemplacerade (lite förtegen om orsaken) vilket betungar henne. Begränsad umgängeskrets. Du uppskattar hennes tobaksrökning till 10 paket/år. Dricker ett par öl dagligen. Medger ogynnsamma matvanor. Viss hereditär belastning för hjärtkärlsjukdomar samt diabetes.

Somatiskt tidigare frisk förutom hennes grundsjukdom. Negerar bröstsmärta samt andningsbesvär. Kliniskt eutyroid, Äter mindre ändå går upp i vikt. Sug efter söta saker. Lätt huvudvärk före kvällsmaten. Inga ändrade avföringsvanor. Inga vattenkastningsbesvär. Gynkontroll, nyligen genomförd ua. Inga P-piller. Störd sömn, ibland tidigt uppvaknande.

5:6 Övervikt är starkt relaterad till insulinresistens samt hypertension. Vilka mått används i kliniskt bruk för att bedöma övervikt (2 st).

Svar:

| 2

5:7 Vilka diagnostiska åtgärder, inklusive laboratorieprover, bör ingå i en basutredning av patienten.

Svar:

| 3

Personnummer:

Du tjänstgör som AT-läkare på en vårdcentral ute på landet. Du har fått i uppdrag att hantera ett remissfall som har inkommit från kirurgakuten, remisstexten lyder: 42-årig sjukpensionerad tvåbarnsmamma. Överviktig. Lider av myotonika dystrofia, följs upp via neurologen i Lund. Sökte akut med en veckas anamnes av tilltagande trötthet, illamående samt epigastriska smärtor. Friades kirurgiskt. Ultraljud över lever, gallvägar och pankreas som gjordes som led i utredningen, visade uttalad steatos (fettinlagring) i både lever och pankreas. Tacksam för omhändertagande.
**DU SLÅR UPP SNABBT MYOTONIKA DYSTROFIA I EN NEUROLOGIBOK:
NEUROMUSKULÄR SJUKDOM, MED MUSKELSVAGHET, MUSKELKRAMP(...)ÖKAD
RISK AV BL A INSULINRESISTENS.**

Uppgifter om patientens övervikt, grundsjukdomen samt fettinlagring i lever och pankreas leder tankarna till det metabola syndromet där följande kriterier ingår:

Insulin resistens, hyperinsulinemi, glukosintolerans, överviktig (bukfetma), hypertension, dyslipidemi, mikroalbuminuri, pro-trombotisk , pro-inflammatorisk. Det metabola syndromet medför ökad risk för : Cardiovasculära sjukdomar, Typ 2 diabetes, fettlever, kolesterol gallstenar, störd sömn, vissa typ av ca... Orsaker till dyslipidemi inkluderar: diabetes, hypotyreos, leversjukdomar, uremi, infektion, inflammation, alkoholism, vissa läkemedel.

Patienten har begränsad fysisk aktivitet, barnen är fosterhemplacerade(lite förtegen om orsaken) vilket betungar henne. Begränsad umgängeskrets. Du uppskattar hennes tobaksrökning till 10 Paket/år. Dricker ett par öl dagligen. Medger ogynnsamma matvanor .Viss hereditär belastning för hjärtkärlsjukdomar samt diabetes.

Somatiskt tidigare frisk förutom hennes grundsjukdom. Negerar bröstsmärta samt andningsbesvär. Kliniskt eutyroid, Äter mindre ändå går upp i vikt. Sug efter söta saker. Lätt huvudvärk före kvällsmaten. Inga ändrade avföringsvanor. Inga vattenkastningsbesvär. Gynkontroll, nyligen genomförd ua. Inga P-piller. Störd sömn, ibland tidigt uppvaknande. Du antecknar i din status:

AT: Gott och opåverkad, klar och orienterad, tystlåten, något orolig. Ej cyanotisk, dyspnoisk eller takypnoisk. Inga perifera ödem. Ej ikterisk, afebril. Går med käpp. På- och avklädning obehindrad. Psykstatus: inget depressivt eller psykotiskt framkommer.

MoS: uaYtlf: uaThyroida: uaCor: regelbunden rytm, 90 slag/min.Inga säkra blåsljud.

BT. Ligande 155/95. efter upprepade mätningar. Pulm: normala andningsljud.

Buk: normal konfigurerad, adipös. Normala tarmljud. Inga palpabla resistenser.

Lokalstatus: Kärlstatus intakt.

BMI 29, MIDJESTUSS KVOT 1,2

EKG: Anger viss misstanke om vänsterkammarhypertrofi

U-redia: ua. U- alb/krea index: lätt proteinuri.

CRP, SR, LPK, TPK, Na, K, Alb, Ca, TSH, ASAT,ALAT,GT,ALP,AMYLAS, (CDT): samtliga inom referensgränser.

S-Tgd: 4,2 mmol/L, t.kol: 7,8 mmol/l, LDL: 3,9 mmol/L, HDL: 1,1 mmol/L

fP-Glukos: 8,9 mmol/L, S-HbA1c: 7,3 %. Krea: 96 mmol/L.

5:8 Tidig intervenering förefaller indicerat hos denna patient, med tanke på hennes högriskprofil, vilka icke-medikamentella åtgärder vill du implementera?

Svar:

| 3

Personnummer:

Du tjänstgör som AT-läkare på en vårdcentral ute på landet. Du har fått i uppdrag att hantera ett remissfall som har inkommit från kirurgakuten, remisstexten lyder: 42-årig sjukpensionerad tvåbarnsmamma. Överviktig. Lider av myotonika dystrofia, följs upp via neurologen i Lund. Sökte akut med en veckas anamnes av tilltagande trötthet, illamående samt epigastriella smärtor. Friades kirurgiskt. Ultraljud över lever, gallvägar och pankreas som gjordes som led i utredningen, visade uttalad steatos (fettinlagring) i både lever och pankreas. Tacksam för omhändertagande.

**DU SLÅR UPP SNABBT MYOTONIKA DYSTROFIA I EN NEUROLOGIBOK:
NEUROMUSKULÄR SJUKDOM, MED MUSKELSVAGHET,
MUSKELKRAMP(...)ÖKAD RISK AV BL A INSULINRESISTENS.**

Uppgifter om patientens övervikt, grundsjukdomen samt fettinlagring i lever och pankreas leder tankarna till det metabola syndromet där följande kriterier ingår:

Insulin resistens, hyperinsulinemi, glukosintolerans, överviktig (bukfetma), hypertension, dyslipidemi, mikroalbuminuri, pro-trombotisk , pro-inflammatorisk. MS medför ökad risk för : CVD, Typ 2 diabetes, fettlever, kolesterol gallstenar, störd sömn, vissa typ av ca... Orsaker till dyslipidemi inkluderar: diabetes, hypotyreos, leversjukdomar, uremi, infektion, inflammation, alkoholism, vissa läkemedel.

Patienten har begränsad fysisk aktivitet, barnen är fosterhemplacerade(lite förtegen om orsaken) vilket betungar henne. Begränsad umgängeskrets. Du uppskattar hennes tobaksrökning till 10 Paket/år. Dricker ett par öl dagligen. Medger ogynnsamma matvanor. Viss hereditär belastning för hjärtkärlsjukdomar samt diabetes.

Somatiskt tidigare frisk förutom hennes grundsjukdom. Negerar brsm , samt andningsbesvär. Kliniskt eutyroid, Äter mindre ändå går upp i vikt. Sug efter söta saker. Lätt huvudvärk före kvällsmaten. Inga ändrade avföringsvanor. Inga vattenkastningsbesvär. Gynkontroll, nyligen genomförd ua. Inga P-piller. Störd sömn, ibland tidigt uppvaknande. Du antecknar i din status: AT: Gott och opåverkad, klar och orienterad, tystlåten, något orolig. Ej cyanotisk, dyspnoisk eller takypnoisk. Inga perifera ödem. Ej ikterisk, afebril. Går med käpp. På- och avklädning obehindrad. Psykstatus: inget depressivt eller psykotiskt framkommer.

MoS: uaYtlf: uaThyroida: uaCor: regelbunden rytm, 90 slag/min. Inga säkra blåsljud.

BT. Ligande 155/95. efter upprepade mätningar. Pulm: normala andningsljud.

Buk: normal konfigurerad, adipös. Normala tarmljud. Inga palpabla resistenser.

Lokalstatus: Kärllstatus intakt.

BMI 29, MIDJESTUSS KVOT 1,2.

EKG: Anger viss misstanke om vänsterkamarhypertrofi

U-redia: ua. U- alb/krea index: lätt proteinuri.

CRP, SR, LPK, TPK, Na, K, Alb, Ca, TSH, ASAT,ALAT,GT,ALP,AMYLAS, (CDT): samtliga inom referensgränser.

S-Tgd: 4,2 mmol/L, t.kol: 7,8 mmol/l, LDL: 3,9 mmol/L, HDL: 1,1 mmol/L

fp-Glukos: 8,9 mmol/L, S-HbA1c: 7,3 %. Krea: 96 mmol/L.

Patienten remitteras till ögonkliniken för att inlemmas i programmet för ögonbottenkontroll. Hänvisas till en specialiserad sjukgymnastik enhet med tanke på hennes sjukdom för fysisk rehabilitering. Även till diabetessköterska för kostgenomgång. Rökstopp är primordial i din riskfaktor-sanering och bör prioriteras.

fortsättning nästa sida

Personnummer:

5:9 Ange förslag till farmakologisk behandling (preparatgrupp) med avseende på:

Svar: Patientens höga blodtryck:

| **3**

Patientens dyslipidemi:

Patientens diabetes:

Patienten får ACE-hämmare, Simvastatin, Biguanider (Glitazoner)

Personnummer:

FALL 6

På din vårdcentral söker 58-åriga Stina pga trötthet sedan tre månader. Hon känner sig orkeslös, och blir lätt andfådd, förnekar värk och feber. I status.

AT: gott och opåverkad . Ingen dyspné i vila eller vid samtal. Kardiell kompenserad.

Mos: ua

Cor: regelbunden rytm, normofrekvent, inga hörbara blåsljud.

BT: liggande 140/85.

6:1 Hur vill du komplettera din anamnes med avseende på Stinas trötthet?

Svar:

| 3

6:2 Hur vill du komplettera status?

Svar:

| 2

Personnummer:

På din vårdcentral söker 58-åriga Stina pga trötthet sedan tre månader. Hon känner sig orkeslös, och blir lätt andfådd, förnekar värk och feber.

I status.

AT: gott och opåverkad . Ingen dyspné i vila eller vid samtal. Kardiell kompenserad.

Mos: ua

Cor: regelbunden rytm, normofrekvent, inga hörbara blåsljud.

BT: liggande 140/85.

Stina är tidigare somatiskt frisk. Arbetar deltid som kontorist. Gift, har tre vuxna barn. Inga stressiga arbetsförhållanden, harmonisk hemsituation, stor umgängeskrets. Röker ca 15 cig/dagen sedan 30 år tillbaka, festdrickare. Äter allsidig kost. Bevarad aptit, 2 kg ofrivillig viktnedgång. Inga ändrade avföringsvanor, ingen subfebrilitet, inga nattsvettningar. Klinisk euthyroid. Menopaus vid 50 årsåldern. Gyn ua. Negerar bröstsmärtor, andningskorrelerad smärta, ingen hemoptys eller aktuell hosta. Blir andfådd när hon går uppför trappor. Kan inte avsluta sin golfrunda.

Du kompletterar din status med. Thyroideapalpation, inspektion av rutin lymfkörtelstationer, mammarpalpation, bukstatus, Rektal palpation, samt psykiskt status som utfaller ua.

6:3 Ange några sannolika differentialdiagnoser med avseende på hennes trötthet.

Svar:

| 2

6:4 Vilka fler undersökningar vill du göra på vårdcentralen

Svar:

| 1,5

6:5 Vilka labanalyser är relevanta med tanke på hennes symtom?
(laborera lagom)

Svar:

| 3

Personnummer:

På din vårdcentral söker 58-åriga Stina pga trötthet sedan tre månader. Hon känner sig orkeslös, och blir lätt andfädd, förnekar värk och feber.

I status.

AT: gott och opåverkad . Ingen dyspné i vila eller vid samtal. Kardiell kompenserad.

Mos: ua

Cor: regelbunden rytm, normofrekvent, inga hörbara blåsljud.

BT: liggande 140/85.

Stina är tidigare somatiskt frisk. Arbetar deltid som kontorist. Gift, har tre vuxna barn.

Inga stressiga arbetsförhållanden, harmonisk hemsituation, stor umgängeskrets. Röker

ca 15 cig/ dagen sedan 30 år tillbaka, festdrickare. Äter allsidig kost. Bevarad aptit, 2

kg ofrivillig viktnedgång. Inga ändrade avföringsvanor, ingen subfebrilitet, inga

nattsvettningar. Klinisk euthyroid. Menopaus vid 50 årsåldern. Gyn ua. Negerar

bröstsmärtor, andningskorrelerad smärta, ingen hemoptys eller aktuell hosta. Blir

andfädd när hon går uppför trappor. Kan inte avsluta sin golfgrunda.

Du kompletterar din status med. Thyroideapalpatation, inspektion av rutin

lymfkörtelstationer, mammarpalpatation, bukstatus, RP,samt psykiskt status som

utfaller ua.

Du misstänker i första hand lungobstruktivitet, anemi,

hyperparathyroidism, hypothyreos, infektion, hjärtsjukdom, malignitet är

tänkbara differentialdiagnoser. Du ombesörjer: PEF 240, SaO₂ 94%,

EKG: ua.

Provsvaren har anlänt och visar CRP 9, Hb 145, LPK 5, SR 10, TSH 3,

krea 69, Ca 2,2 leverstatus ua, fp-glukos 5,3. U-redia blank.

Vid förnyad anamnes, drar sig Stina till minnes att hon har haft

upprepade luftvägsinfektioner senaste året, erhållit antibiotika. Har haft

utdragna episoder med upphostningar mest på morgonen.

6:6 Vilka diagnostiska åtgärder väljer du att beställa nu?

Svar:

| 2

Personnummer:

På din vårdcentral söker 58-åriga Stina pga trötthet sedan tre månader. Hon känner sig orkeslös, och blir lätt andfådd, förnekar värk och feber.

I status.

AT: gott och opåverkad . Ingen dyspné i vila eller vid samtal. Kardiell kompenserad.

Mos: ua

Cor: regelbunden rytm, normofrekvent, inga hörbara blåsljud.

BT: liggande 140/85.

Stina är tidigare somatiskt frisk. Arbetar deltid som kontorist. Gift, har tre vuxna barn.

Inga stressiga arbetsförhållanden, harmonisk hemsituation, stor umgängeskrets. Röker

ca 15 cig/ dagen sedan 30 år tillbaka, feströkar. Äter allsidig kost. Bevarad aptit, 2

kg ofrivillig viktning. Inga ändrade avföringsvanor, ingen subfebrilitet, inga

nattsvettningar. Klinisk euthyroid. Menopaus vid 50 årsåldern. Gyn ua. Negerar

bröstsmärtor, andningskorrelerad smärta, ingen hemoptys eller aktuell hosta. Blir

andfådd när hon går uppför trappor. Kan inte avsluta sin golfgrunda.

Du kompletterar din status med. Thyroideapalpation, inspektion av rutin

lymfkörtelstationer, mammarpalpation, bukstatus, RP, samt psykiskt status som

utfaller ua.

Du misstänker i första hand lungobstruktivitet, anemi, hyperparathyroidism,

hypothyreos, infektion, hjärtsjukdom, malignitet är tänkbara differentialdiagnoser. Du

ombesörjer: PEF 240, SaO₂ 94%, EKG: ua.

Provsvaren har anlänt och visar CRP 9, Hb 145, LPK 5, SR 10, TSH 3, krea 69, Ca

2,2 leverstatus ua, fp-glukos 5,3. U-redia blank.

Vid förnyad anamnes, drar sig Stina till minnes att hon har haft upprepade

luftvägsinfektioner

senaste året, erhållit antibiotika. Har haft utdragna episoder med upphostningar mest på morgonen.

Du beställer en Rtg-pulm som visar inget anmärkningsvärt, samt en spirometri med reversibilitetstest.

6:7 Vad är ett reversibilitetstest?

Svar:

| 1

Personnummer:

På din vårdcentral söker 58-åriga Stina pga trötthet sedan tre månader. Hon känner sig orkeslös, och blir lätt andfådd, förnekar värk och feber.

I status.

AT: gott och opåverkad . Ingen dyspné i vila eller vid samtal. Kardiell kompenserad.

Mos: ua

Cor: regelbunden rytm, normofrekvent, inga hörbara blåsljud.

BT: liggande 140/85.

Stina är tidigare somatiskt frisk. Arbetar deltid som kontorist. Gift, har tre vuxna barn.

Inga stressiga arbetsförhållanden, harmonisk hemsituation, stor umgängeskrets. Röker

ca 15 cig/ dagen sedan 30 år tillbaka, feströkrökare. Äter allsidig kost. Bevarad aptit, 2

kg ofrivillig viktnedgång. Inga ändrade avföringsvanor, ingen subfebrilitet, inga

nattsvettningar. Klinisk euthyroid. Menopaus vid 50 årsåldern. Gyn ua. Negerar

bröstsmärtor, andningskorrelerad smärta, ingen hemoptys eller aktuell hosta. Blir

andfådd när hon går uppför trappor. Kan inte avsluta sin golfgrunda.

Du kompletterar din status med. Thyroideapalpation, inspektion av rutin

lymfkörtelstationer, mammarpalpation, bukstatus, RP, samt psykiskt status som

utfaller ua.

Du misstänker i första hand lungobstruktivitet, anemi, hyperparathyroidism,

hypothyreos, infektion, hjärtsjukdom, malignitet är tänkbara differentialdiagnoser. Du

ombesörjer: PEF 240, SaO₂ 94%, EKG: ua.

Provsvaren har anlänt och visar CRP 9, Hb 145, LPK 5, SR 10, TSH 3, krea 69, Ca

2,2 leverstatus ua, fp-glukos 5,3. U-redia blank.

Vid förnyad anamnes , drar sig Stina till minnes att hon har haft upprepade

luftvägsinfektioner senaste året, erhållit antibiotika. Har haft utdragna episoder med

upphostningar mest på morgonen.

Du beställer en Rtg-pulm som visar inget anmärkningsvärt, samt en

spirometri med reversibilitettest för att fastställa KOL, som

differentialdiagnostik gentemot astma, för att göra en prognostisk

bedömning, samt för att påvisa en behandlingsbar komponent.

Spirometrin visar medelsvår KOL, med vissa inslag av reversibilitet.

6:8 Vilket blir din första behandlingsrekommendation? (icke medikamentell)

Svar:

1

6:9 Vilken symtomlindrande farmakologisk behandling bör du överväga?
Ange preparatgrupp.

Svar:

2

Personnummer:

På din vårdcentral söker 58-åriga Stina pga trötthet sedan tre månader. Hon känner sig orkeslös, och blir lätt andfådd, förnekar värk och feber.

I status.

AT: gott och opåverkad . Ingen dyspné i vila eller vid samtal. Kardiell kompenserad.

Mos: ua

Cor: regelbunden rytm, normofrekvent, inga hörbara blåsljud.

BT: liggande 140/85.

Stina är tidigare somatiskt frisk. Arbetar deltid som kontorist. Gift, har tre vuxna barn. Inga stressiga arbetsförhållanden, harmonisk hemsituation, stor umgängeskrets. Röker ca 15 cig/ dagen sedan 30 år tillbaka, festdrickare. Äter allsidig kost. Bevarad aptit, 2 kg ofrivillig viktnedgång. Inga ändrade avföringsvanor, ingen subfebrilitet, inga nattsvettningar. Klinisk euthyroid. Menopaus vid 50 årsåldern. Gyn ua. Negerar bröstsmärtor, andningskorrelerad smärta, ingen hemoptys eller aktuell hosta. Blir andfådd när hon går uppför trappor. Kan inte avsluta sin golfgrunda.

Du kompletterar din status med. Thyroideapalpation, inspektion av rutin lymfkörtelstationer, mammarpalpation, bukstatus,RP,samt psykiskt status som utfaller ua.

Du misstänker i första hand lungobstruktivitet, anemi, hyperparathyroidism, hypothyreos, infektion, hjärtsjukdom, malignitet är tänkbara differentialdiagnoser. Du ombesörjer: PEF 240, SaO2 94%, EKG: ua.

Provsvaren har anlänt och visar CRP 9, Hb 145, LPK 5, SR 10, TSH 3, krea 69, Ca 2,2 leverstatus ua, fp-glukos 5,3. U-redia blank.

Vid förnyad anamnes , drar sig Stina till minnes att hon har haft upprepade luftvägsinfektioner senaste året, erhållit antibiotika. Har haft utdragna episoder med upphostningar mest på morgonen.

Du beställer en Rtg-pulm som visar inget anmärkningsvärt, samt en spirometri med reversibilitettest för att faställa KOL, som Differentialdiagnostik gentemot astma, för att göra en prognostisk bedömning, samt för att påvisa en behandlingsbar komponent.

Spirometrin visar medelsvår KOL, med viss inslag av reversibilitet.

Du rekommenderar rökstopp. Stina får börja med inhalationer av antikolinergikum, ev långverkande B-2-stimulerare. Remiss till sjukgymnast för träningsprogram samt andningsteknik. Vaccinationer mot influensa samt pneumokock kan övervägas.

Du träffar Stina tre år senare på medicinintaget, hon var kraftigt andfådd med distansronki, Temp 38,9. SaO2 87 % med 3L O2 via gramma.

Auskultatoriskt. Generellt nedsatta andningsljud med spridda ronki, övrigt status ua

6:10 Vad är det du misstänker i första hand?

Svar:

| 1

6:11 Vilken symtomlindrande farmakologisk behandling vill du överväga vid det skedet? (endast preparatgrupp)

Svar:

| 2

Personnummer:

Personnummer:

FACIT MEQ-SKRIVNING TERMIN 6, VÅRTERMINEN, 1 JUNI 2005

1:1	Endokrin exophthalmopati
1:2	Provtagning fT3, fT4, TSH, TRAK. Beställer thyreoideascintigrafi med frågeställning: ökat upptag?
1:3	Hjärtklappning, (arytmi ex. tachykardi), svettningar, värmeintolerans, sömnlöshet, muskelsvaghet, varma o fuktiga händer, ökad aptit, viktförlust, ökad avföringsfrekvens, tendens till lös avföring, oro, nervositet
1:4	fT3 ↑, fT4 ↑, TSH↓TRAK ↑
1:5	Förstorad thyreoidea, oberoende av funktion, dvs pat kan vara euthyreoid, hyperthyreoid eller hypothyreoid.
1:6	Radiojodbeh., thyreostatika, thyreodektomi
2:1	Kobalaminbrist med anemi
2:2	Järn och järnmättnad, haptoglobin, retikulocyter, kobalaminer och folat alt homocystein, MCV
2:3	Svart avföring, blödning och kost (förluster och intag), tidsaspekten, viktnedgång
2:4	Makrocytär anemi
2:5	Parenteral kobalamin. Po behandling ger 0,5 p.
2:6	IF och absorptionen i terminala ileum 2 nödvändiga faktorer för homeostasen. Kronisk anemi. Har stort förråd av kobalaminer i levern.
2:7	Atrofisk gastrit, veganer, malabsorption, ökad konsumtion i tarmen.
2:8	Dåligt intag, malabsorption, förluster vid blödning.
2:9	Bil högt, LD högt, haptoglobin lågt, MCV och MCHC normalt, Retikulocyter högt, Hb lågt
2:10	STP och Ferritin
3:1	Heriditet för hjärtsjukdom, diabetes, hyperlipidemi, hypertoni, övervikt. Social förhållande. Förfrågan om rökning, stress, alkohol, motion, mediciner. Allergi och överkänslighet efterforskas. Fördjupad anamnes kring tidigare samt aktuella sjukdomar. Fördjupad anamnes angående den aktuella smärtans typ, lokalisation, duration, utlösande faktorer samt övriga symtom i samband med smärtan.
3:2	Allmäntillstånd, smärtpåverkan, feber, cyanos, saturation, perifera ödem, halsvenstas, perifera pulsar.
3:3	EKG visar sinusrytm. ST-höjningar i V1-V6 med dålig R-progression V1-V3.
3:4	Hjärtinfarkt. Akut ST-höjninginfarkt med anterolateral lokalisation.
3:5	Patienten erhåller syrgas 2l på grimma, ASA i form av Magnecyl ^R 500 mg p.o, samt Nitro i form av Suscard ^R 2,5 mg under läppen samt 5 mg B-blockad i.v. Patienten blir därefter inte helt smärtfri, men uppger att det lättat betydligt. Därefter ringer du upp din bakjour som anmodar dig att

Personnummer:

	genast ta kontakt med kardiologjouren i Lund. Denne vill att du utan fördröjning transporterar patienten till Lund för direkt PCI. På anmodan av kardiologjouren ger du nu också Clopidogrel i form av T Plavix ^R 4 tabletter á 75 mg. Du ordinerar provtagning för rutinprover (Na, K, Krea, Hb), infektionsprover (CRP,vita) kontrollerar glukose samt koronarenzymer (TnI, CKMB) Patienten transporteras därefter direkt till Lund för vidare vård.
3:6	EKG visar normal sinusrytm. Status post anterior hjärtinfarkt med R-vågs förlust och negativa T i V2-V5. Således transmural hjärtinfarkt.
3:7	Patienten har under vårdtiden blivit insatt på T Trombyl 75 mg 1x1 (ASA), T Plavix 75 mg 1x1 (tre månaders behandling) (Clopidogrel), T Seloken Zoc 100 mg 1x1 (B-blockad), T Triatec 5 mg 1x2 (ACE-hämmare), T Simvastatin 40 mg 1 tn (Statiner), samt R Nitromex 0,5 mg 1 vb (kortverkande nitrater). ASA, Clopidogrel, B-Blockad, ACE-hämmare samt Statiner har dokumenterad effekt efter hjärtinfarkt.
3:8	Patienten sjukskrives fram till återbesök som planeras inom 6-8 veckor på hjärtmottagningen. Får instruktioner om hur man bör förfara vid nya bröstsmärtor (Nitromex administration, akut sökande etc.) Erbjudes deltagande i hjärtgymnastik. Erhåller livsstilsråd (kost, motion, rökning, stress, alkohol bilkörning, vinterbad etc)
3:9	Återbesök hos sköterska om två veckor för klinisk kontroll och kontroll elektrolyter (insatt på ACE-hämmare, risk för hyperkalemi). Återbesök på specialist hjärtmottagning 6-8 veckor för kliniks kontroll, EKG och provtagning.). Med största sannolikhet har patienten också en nyupptäckt diabetes, remiss har därför avgått till endokrin kliniken för utredning och behandling av detta.
4:1	Urinmängder (vaknar upp på nätterna för att kasta vatten), viktnedgång, feber, hereditet.
4:2	Allmäntillstånd-Tecken på uttorkning (torra slemhinnor, hud, turgor och färg), andningsfrekvens, acetondoft, hjärtfrekvens och blodtryck (uttorkning, chock), bukstatus, lungstatus.
4:3	Hb, b-glukos, CRP, urinstatus (ketonkroppar, nitrit, leukocyter och glukos
4:4	Diabetes mellitus med ketoacidosis och uttorkning.
4:5	Pat skall remitteras akut till det närmaste sjukhus för att tillståndet är farligt med risk för hjärnödemed samt hjärtpåverkan.
4:6	Acidosis, uttorkning och elektrolyttrubbning är mest akuta.
4:7	Insulinbrist med nedsatt glukosupptag och påbörjad lipolys. Ketoner bildas vid nedbrytning av fria fettsyror och detta ger metabol acidosis. Kroppen kompensera detta med hyperventilation med sänkt p CO ₂ .Ph och S-bik lågt.
4:8	S-Na, S-Ka, S-krea, s-alb, blodstatus(Hb, EVF,LPK, TPK),CRP,

Personnummer:

	leverstatus, amylas.
4:9	Fall för intensivvård eller (lätt intensivvård) t ex akutvårdavdelning med övervakningsmöjligheter. Iv infart. Riklig vätsketillförsel (Na Cl) särskilt de två första timmarna och bolusdos Actrapid iv och därefter insulininfusion med kaliumtillsats med kontroll av diures och krea. B-glukos värdekontroll och sedan byte till glukosinfusion. Därefter övergår till insulin inj subcutant i fortsättningen.
4:10	Självkontroll av b-glukos i hemmet och vb justering av insulindos. Återbesök till mottagningen (snart inom dagar till någon vecka) för att se att pat klarar behandlingen, ev dagvårdsvecka. När Marias tillstånd är stabilt görs kontroller varje halvår hos diabetessjuksköterska och varje halvår hos läkare. Kontroll av B-glukos, Hb-A1C och kliniskt status med blodtrycksmätning samt mikroalbuminuri. Ögonbottenkontroll med tanke på diabeteskomplikationer.
5:1	Det metabola syndromet.
5:2	Insulinresistens, hyperinsulinemi, glukosintolerens, övervikt (förhöjd midja/stuss- kvot, BMI), hypertension, dyslipidemi, mikroalbuminuri, protrombotisk, och proinflammatorisk aktivitet.
5:3	Kardiovaskulära sjukdomar, diabetes typ 2, fettlever, kolesterol gallstenar, störd sömn, vissa typer av cancer.
5:4	Diabetes, hypotyreos, leversjukdomar, uremi, infektion, inflammation, alkoholism, vissa läkemedel.
5:5	Sociala förhållanden, stressnivå, psykisk ohälsa, hereditet, rökning, alkohol konsumtion, fysisk aktivitet, kostvanor. Tidigare sjukdomar, anamnes med avseende på endokrina sjukdomar, infektion, ledvärk, diabetes, hjärtkärlsjukdomar.
5:6	Body mass index (BMI), midje/stuss-kvoten.
5:7	Fullständig status, Kärlstatus, BT-mätningar, EKG, U-redia, U- alb/krea index, CRP, SR, elstatus, leverstatus, TSH, S-lipider, Sf-glukos, HbA1c.
5:8	Fysisk rehabilitering, RÖKSTOPP, kostgenomgång.
5:9	ACE-hämmare (AT2-receptor antagonist), simvastatin, Biguanider (Glitazoner).
6:1	Arbetsförhållanden, hemsituation, stress, rökning, alkohol, kost, fysisk aktivitet, somatiska sjukdomar, hereditet. Viktnedgång, ändrade avföringsvanor, febrilitet, blödningsbenägenhet, andningsbesvär, hosta, hemoptys, thyroidea funktion, bortfall symtom, gynanamnes.
6:2	Thyroidea palpation, lymfkörtel palpation, bröst palpation, bukstatus samt Rektal palpation.
6:3	Lungobstruktivitet, bronkiektasier, anemi, hyperparathyroidism, hypothyreos, infektion, inflammation, hjärtsjukdom, malignitet.
6:4	PEF, SaO2, EKG.
6:5	CRP, LPK, TPK, SR, Hb, TSH, Elstatus, S-Ca, fp-glukos, leverstatus, U-redia.

Personnummer:

6:6	Röntgen Cor-pulm, spirometri md reversibilitetest.
6:7	Lungfunktionen mäts före och efter inhalatin av bronkodilaterare alternativt steroider. Signifikant reversibilitet föreligger vid en procentuell förbättring av Fev1 > 12%.
6:8	Rökstopp.
6:9	Antikolinergikum samt ev en långverkande B2-stimulerare.
6:10	Exacerbation av KOL, sannolikt betingad av en bakomliggande infektion.
6:11	O2 (blodgas styrt flöde), antibiotika, perorala steroider, bronkodilaterare, hostmedicin samt slemlösnde medel kan bli aktuella.

Personnummer: