

1. ANESTESI OCH INTENSIVVÅRD (SKRIVNING MEQ T8 - HT 2010)

Du har just påbörjat din tredje arbetsvecka som AT-läkare på kirurgiska kliniken vid det nyöppnade länssjukhuset i Hundskall. Och nu är det akutmottagningen som gäller. Du har precis hunnit dit på måndag morgon när det piper i sökaren. Två bilar har varit inblandade i en trafikolycka på motorvägsavfarten in till Hundskall, och nu är ambulansen på väg in med den svårast skadade.

Du beger dig snabbt till akutrummet, och strax efter att du kommit dit öppnas dörrarna, och ambulanspersonalen kommer in med en skadad kvinna. Hon skulle kunna vara i 40-årsåldern där hon ligger på spineboard med huvudändan lätt tippad nedåt. Det är inte så lätt att avgöra. Ögonen är slutna och hon jämrar sig svagt när ambulanspersonalen snabbt lyfter över henne på britsen mitt i akutrummet.

Ambulanspersonalen berättar nu snabbt, att kvinnan färdats ensam i en bil som för ca 20 minuter sedan bakifrån kört in en stillastående stadsbuss strax efter avfarten in till Hundskall. Sedan räddningspersonal kom till platsen har kvinnan hela tiden varit vid medvetande, men hon minns inget från själva olyckan.

1:1 Vilken klinisk diagnos (inte fler!) kan du ställa enbart med ledning av ambulanspersonalens beskrivning av förhållandena på olycksplatsen och på vilket kriterium baserar du din diagnos? Ange också ett annat (inte fler!) möjligt kliniskt kriterium (som i detta fall varken kan verifieras eller uteslutas) för samma diagnos.

Svar:

0
0,5
1

Du har just påbörjat din tredje arbetsvecka som AT-läkare på kirurgiska kliniken vid länssjukhuset i Hundskall. Och nu är det akutmottagningen som gäller. Du har precis hunnit dit på måndag morgon när det piper i sökaren. Två bilar har varit inblandade i en trafikolycka på motorvägsavfarten in till Hundskall, och nu är ambulansen på väg in med den svårast skadade. Du beger dig snabbt till akutrummet, och strax efter att du kommit dit öppnas dörrarna, och ambulanspersonalen kommer in med en skadad kvinna. Hon skulle kunna vara i 40-årsåldern där hon ligger på spineboard med huvudändan lätt tippad nedåt. Det är inte så lätt att avgöra. Ögonen är slutna och hon jämrar sig svagt när ambulanspersonalen snabbt lyfter över henne på britsen mitt i akutrummet. Ambulanspersonalen berättar snabbt, att kvinnan färdats ensam i en bil som för ca 20 min sedan bakifrån kört in en stillastående stadsbuss strax efter avfarten in till Hundskall. Hon har hela tiden varit vid medvetande men minns inget från själva olyckstillfället.

Patientens amnesi för själva olyckan talar för att hon ådragit sig en hjärnskakning oavsett om hon samtidigt varit avsvimmad eller inte. Eftersom blodtrycket på olycksplatsen uppmättes till 80/50 med puls på 110, har kvinnan under transporten fått ligga med lätt sänkt huvudända. På akutrummet är nu blodtrycket 90/60 och pulsen 120, och hon klagar över smärtor till vänster i bröstet och upptill i buken. Hon andas ansträngt med 26-28 andetag per minut.

1:2 Vilken medicinsk effekt (inte fler!) bedömer du att ambulanspersonalen mest sannolikt försökt uppnå genom att låta patienten ligga med sänkt huvudända och varför? Förklara kortfattat hur denna effekt i sammanhanget skulle kunna uppnås genom just sänkt huvudända.

Svar:

0
0,5
1

1:3 Ange tre (inte fler!) principiellt olika (engagerande olika organsystem) medicinska risker med sänkt huvudända som du tidigt bör väga in vid beslut att sänka huvudändan på en akut skadad patient med smärtor i bröstet och buken utan tecken till yttre blödning.

Svar:

0
0,5
1

Du har just påbörjat din tredje arbetsvecka som AT-läkare på kirurgiska kliniken vid länssjukhuset i Hundskall. Och nu är det akutmottagningen som gäller. Du har precis hunnit dit på måndag morgon när det piper i sökaren. Två bilar har varit inblandade i en trafikolycka på motorvägsavfarten in till Hundskall, och nu är ambulansen på väg in med den svårast skadade. Du beger dig snabbt till akutrummet, och strax efter att du kommit dit öppnas dörrarna, och ambulanspersonalen kommer in med en skadad kvinna. Hon skulle kunna vara i 40-årsåldern där hon ligger på spineboard med huvudändan lätt tippad nedåt. Det är inte så lätt att avgöra. Ögonen är slutna och hon jämrar sig svagt när ambulanspersonalen snabbt lyfter över henne på britsen mitt i akutrummet. Ambulanspersonalen berättar snabbt, att kvinnan färdats ensam i en bil som som för ca 20 min sedan bakifrån kört in en stillastående stadsbuss strax efter avfarten in till Hundskall. Hon har hela tiden varit vid medvetande men minns inget från själva olyckstillfället. Patientens amnesi för själva olyckan talar för att hon ådragit sig en hjärnskakning oavsett om hon samtidigt varit avsvimrad eller inte. Eftersom blodtrycket på olycksplatsen uppmättes till 80/50 med puls på 110, har kvinnan under transporten fått ligga med lätt sänkt huvudända. På akutrummet är nu blodtrycket 90/60 och pulsen 120, och hon klagar över smärtor till vänster i bröstet och upptill i buken. Hon andas ansträngt med 26-28 andetag per minut.

Kroppsläget ökar det venösa återflödet från nedre kroppshalvan till hjärtat och kan därmed bidra till förbättrad genomblödning av vitala organsystem vid kritisk hypovolemi/blödning. Man bör dock som läkare vara medveten om att sänkt huvudända bl a kan påskynda en inre blödning, försvåra patientens spontanandning, öka risken för regurgitation och försämra hjärnans venösa avflöde. Utöver att patienten är påtagligt snabbbandad noterar du att pulsoximetern visar värden mellan 60 och 95 % med oxygen 5 l/min på ansiktsmask, och din unga läkarstudent från termin 8 (som nu är inne på sin andra landsortsvecka i kirurgi) ser bekymrad ut...

1:4 Vilken förklaring (inte fler!) till patientens varierande saturationsvärden bedömer du som mest sannolik? Föreslå samtidigt tre (inte fler!) i sammanhanget relevanta och enkla åtgärder för att på akutrummet snabbt kunna få en bättre uppfattning om patientens faktiska syresättning.

Svar:

0
0,5
1

Du har just påbörjat din tredje arbetsvecka som AT-läkare på kirurgiska kliniken vid länssjukhuset i Hundskall. Och nu är det akutmottagningen som gäller. Du har precis hunnit dit på måndag morgon när det piper i sökaren. Två bilar har varit inblandade i en trafikolycka på motorvägsavfarten in till Hundskall, och nu är ambulansen på väg in med den svårast skadade. Du beger dig snabbt till akutrummet, och strax efter att du kommit dit öppnas dörrarna, och ambulanspersonalen kommer in med en skadad kvinna. Hon skulle kunna vara i 40-årsåldern där hon ligger på spineboard med huvudändan lätt tippad nedåt. Det är inte så lätt att avgöra. Ögonen är slutna och hon jämrar sig svagt när ambulanspersonalen snabbt lyfter över henne på britsen mitt i akutrummet. Ambulanspersonalen berättar snabbt, att kvinnan färdats ensam i en bil som som för ca 20 min sedan bakifrån kört in en stillastående buss strax efter avfarten in till Hundskall. Hon har hela tiden varit vid medvetande men minns inget från själva olyckstillfället. Patientens amnesi för själva olyckan talar för att hon ådragit sig en hjärnskakning oavsett om hon samtidigt varit avsvimmad eller inte. Eftersom blodtrycket på olycksplatsen uppmättes till 80/50 med puls på 110, har kvinnan under transporten fått ligga med lätt sänkt huvudända. På akutrummet är nu blodtrycket 90/60 och pulsen 120, och hon klagar över smärtor till vänster i bröstet och upp till i buken. Hon andas ansträngt med 26-28 andetag per minut. Kroppsläget ökar det venösa återflödet från nedre kroppshalvan till hjärtat och kan därmed bidra till förbättrad genomblodning av vitala organsystem, i synnerhet vid kritisk hypovolemi/blödning. Man bör dock som läkare alltid vara medveten om att sänkt huvudända även kan påskynda en inre blödning, försvåra patientens spontanandning, öka risken för regurgitation och försämra hjärnans venösa avflöde. Utöver att patienten är påtagligt snabbandad noterar du att pulsoximetern visar värden mellan 60 och 95 % med oxygen 5 l/min på ansiktsmask, och din unga läkarstudent från termin 8 (som nu är inne på sin andra landsortsvecka i kirurgi) ser bekymrad ut...

Du lugnar din blivande kollega med att patientens varierande syresättningsvärden sammanhänger med bristfällig registrering, vilket framgår av den dåliga signalkvaliteten, och justerar oximeterprobens läge på patientens långfinger. Studenten undrar om inte patientens frånvaro av läppcyanos talar i samma riktning, och du ger henne en uppmuntrande klapp på axeln. I samma ögonblick kräks patienten där hon ligger med huvudändan sänkt.

1:5 Vilken fruktad medicinsk komplikation vill du nu till varje pris undvika? Föreslå två (inte fler!) omedelbara enkla åtgärder för att under pågående regurgitation/kräkning försöka förebygga denna komplikation?

Svar:

0
0,5
1

Du har just påbörjat din tredje arbetsvecka som AT-läkare på kirurgiska kliniken vid länssjukhuset i Hundskall. Och nu är det akutmottagningen som gäller. Du har precis hunnit dit på måndag morgon när det piper i sökaren. Två bilar har varit inblandade i en trafikolycka på motorvägsavfarten in till Hundskall, och nu är ambulansen på väg in med den svårast skadade. Du beger dig snabbt till akutrummet, och strax efter att du kommit dit öppnas dörrarna, och ambulanspersonalen kommer in med en skadad kvinna. Hon skulle kunna vara i 40-årsåldern där hon ligger på spineboard med huvudändan lätt tippad nedåt. Det är inte så lätt att avgöra. Ögonen är slutna och hon jämrar sig svagt när ambulanspersonalen snabbt lyfter över henne på britsen mitt i akutrummet. Ambulanspersonalen berättar snabbt, att kvinnan färdats ensam i en bil som som för ca 20 min sedan bakifrån kört in en stillastående buss strax efter avfarten in till Hundskall. Hon har hela tiden varit vid medvetande men minns inget från själva olyckstillfället. Patientens amnesi för själva olyckan talar för att hon ådragit sig en hjärnskakning oavsett om hon samtidigt varit avsvimmad eller inte. Eftersom blodtrycket på olycksplatsen uppmättes till 80/50 med puls på 110, har kvinnan under transporten fått ligga med lätt sänkt huvudända. På akutrummet är nu blodtrycket 90/60 och pulsen 120, och hon klagar över smärtor till vänster i bröstet och upptill i buken. Hon andas ansträngt med 26-28 andetag per minut. Kroppsläget ökar det venösa återflödet från nedre kroppshalvan till hjärtat och kan därmed bidra till förbättrad genomblodning av vitala organsystem, i synnerhet vid kritisk hypovolemi/blödning. Man bör dock som läkare alltid vara medveten om att sänkt huvudända även kan påskynda en inre blödning, försvåra patientens spontanandning, öka risken för regurgitation och försämra hjärnans venösa avflöde. Utöver att patienten är påtagligt snabbbandad noterar du att pulsoximetern visar värden mellan 60 och 95 % med oxygen 5 l/min på ansiktsmask, och din unga läkarstudent från termin 8 (som nu är inne på sin andra landsortsvecka i kirurgi) ser bekymrad ut... Du lugnar din blivande kollega med att patientens varierande syresättningsvärden sammanhänger med bristfällig registrering, vilket framgår av den dåliga signalkvaliteten, och justerar oximeterprobens läge på patientens långfinger. Studenten undrar om inte patientens frånvaro av läppcyanos talar i samma riktning, och du ger henne en uppmuntrande klapp på axeln. I samma ögonblick kräks patienten där hon ligger med huvudändan sänkt.

Du bibehåller huvudändan sänkt, vänder försiktigt hela patienten på sidan och suger rent i munhåla och svalg för att försöka förebygga aspiration av ventrikelinnehåll. Kvinnan andas fortfarande bra, och du fortsätter din kliniska undersökning. Du diagnostiserar snabbt en klinisk nyckelbensfraktur samt palperar multipla revbensfrakturer inom ett drygt handflatestort område på höger sida. Samtidigt börjar patienten plötsligt hosta kraftigt och ihållande. Andningen blir allt mer ansträngd för varje andetag och patienten försöker förgäves resa sig från den tippade britsen. Du försöker assistera ventilationen, men det är fruktansvärt tungt. Venerna på halsen framträder nu tydligt. Blodtrycket kan inte längre mätas med den automatiska manschetten, och saturationen faller snabbt...

1:6 Vilken komplikation – som kan förklara hela den plösligt uppkomna kliniska bilden – misstänker Du nu att patienten utvecklat? Förklara samtidigt via vilka två (inte fler!) mekanismer denna allvarliga primära komplikation (som i detta fall) ger upphov till livshotande cirkulationspåverkan.

Svar:

0
0,5
1

Du har just påbörjat din tredje arbetsvecka som AT-läkare på kirurgiska kliniken vid länssjukhuset i Hundskall. Och nu är det akutmottagningen som gäller. Du har precis hunnit dit på måndag morgon när det piper i sökaren. Två bilar har varit inblandade i en trafikolycka på motorvägsavfarten in till Hundskall, och nu är ambulansen är på väg in med den svårast skadade. Du beger dig snabbt till akutrummet, och strax efter att du kommit dit öppnas dörrarna, och ambulanspersonalen kommer in med en skadad kvinna. Hon skulle kunna vara i 40-årsåldern där hon ligger på spineboard med huvudändan lätt tippad nedåt. Det är inte så lätt att avgöra. Ögonen är slutna och hon jämrar sig svagt när ambulanspersonalen snabbt lyfter över henne på britsen mitt i akutrummet. Ambulanspersonalen berättar snabbt, att kvinnan färdats ensam i en bil som som för ca 20 min sedan bakifrån kört in en stillastående buss strax efter avfarten in till Hundskall. Hon har hela tiden varit vid medvetande men minns inget från själva olyckstillfället. Patientens amnesi för själva olyckan talar för att hon ådragit sig en hjärnskakning oavsett om hon samtidigt varit avsvimnad eller inte. Eftersom blodtrycket på olycksplatsen uppmättes till 80/50 med puls på 110, har kvinnan under transporten fått ligga med lätt sänkt huvudända. På akutrummet är nu blodtrycket 90/60 och pulsen 120, och hon klagar över smärter till vänster i bröstet och upptill i buken. Hon andas ansträngt med 26-28 andetag per minut. Kroppsläget ökar det venösa återflödet från nedre kroppshalvan till hjärtat och kan därmed bidra till förbättrad genomblödning av vitala organsystem, i synnerhet vid kritisk hypovolemi/blödning. Man bör dock som läkare alltid vara medveten om att sänkt huvudända även kan påskynda en inre blödning, försvåra patientens spontanandning, öka risken för regurgitation och försämra hjärnans venösa avflöde. Utöver att patienten är påtagligt snabbbandad noterar du att pulsoximetern visar värden mellan 60 och 95 % med oxygen 5 l/min på ansiktsmask, och din unga läkarstudent från termin 8 (som nu är inne på sin andra landsortsvecka i kirurgi) ser bekymrad ut... Du lugnar din blivande kollega med att patientens varierande syresättningsvärden sammanhänger med bristfällig registrering, vilket framgår av den dåliga signalkvaliteten, och justerar oximeterprobens läge på patientens långfinger. Studenten undrar om inte patientens frånvaro av läppcyanos talar i samma riktning, och du ger henne en uppmuntrande klapp på axeln. I samma ögonblick kräks patienten där hon ligger med huvudändan sänkt. Du bibehåller huvudändan sänkt, vrider försiktigt patientens huvud åt sidan och suger rent i munhålan och svalget för att försöka förebygga aspiration av ventrikelinnehåll. Kvinnan andas fortfarande bra, och du fortsätter din kliniska undersökning. Du diagnostiserar snabbt en klinisk nyckelbensfraktur samt palperar multipla revbensfrakturer inom ett drygt handflate stort område på höger sida. Samtidigt börjar patienten plötsligt hosta kraftigt och ihållande. Andningen blir allt mer ansträngt för varje andetag och patienten försöker förgäves resa sig från den tippade britsen. Du försöker assistera ventilationen, men det är fruktansvärt tungt. Motståndet är enormt. Venerna på halsen framträder nu tydligt. Blodtrycket kan inte längre mätas med den automatiska manschetten, och saturationen faller... Du misstänker ventilpneumothorax (övertryckspneumothorax) med cirkulationskollaps (pga försämrat centralvenöst återflöde och sänkt kardiell compliance). Som tur är kan du med ledning av kliniska iakttagelser med stor sannolikhet avgöra vilken sida som drabbats.

1:7 Ange tre (inte fler!) kliniska fynd som hjälper dig att avgöra vilken sida som drabbats.

Svar:

0
0,5
1

1:8 Vad måste du nu som läkare omedelbart göra? Svara med det du tycker är allra viktigast i denna situation för att rädda patienten och beskriv i korthet hur du går tillväga.

Svar:

0
0,5
1

Du har just påbörjat din tredje arbetsvecka som AT-läkare på kirurgiska kliniken vid länssjukhuset i Hundskall. Och nu är det akutmottagningen som gäller. Du har precis hunnit dit på måndag morgon när det piper i sökaren. Två bilar har varit inblandade i en trafikolycka på motorvägsavfarten in till Hundskall, och nu är ambulansen är på väg in med den svårast skadade. Du beger dig snabbt till akutrummet, och strax efter att du kommit dit öppnas dörrarna, och ambulanspersonalen kommer in med en skadad kvinna. Hon skulle kunna vara i 40-årsåldern där hon ligger på spineboard med huvudändan lätt tippad nedåt. Det är inte så lätt att avgöra. Ögonen är slutna och hon jämrar sig svagt när ambulanspersonalen snabbt lyfter över henne på britsen mitt i akutrummet. Ambulanspersonalen berättar snabbt, att kvinnan färdats ensam i en bil som som för ca 20 min sedan bakifrån kört in en stillastående buss strax efter avfarten in till Hundskall. Hon har hela tiden varit vid medvetande men minns inget från själva olyckstillfället. Patientens amnesi för själva olyckan talar för att hon ådragit sig en hjärnskakning oavsett om hon samtidigt varit avsvimmad eller inte. Eftersom blodtrycket på olycksplatsen uppmättes till 80/50 med puls på 110, har kvinnan under transporten fått ligga med lätt sänkt huvudända. På akutrummet är nu blodtrycket 90/60 och pulsen 120, och hon klagar över smärtor till vänster i bröstet och upp till i buken. Hon andas ansträngt med 26-28 andetag per minut. Utöver att patienten är påtagligt snabbandad noterar du att pulsoximetern visar värden mellan 60 och 95 % med oxygen 5 l/min på ansiktsmask, och din unga läkarstudent från termin 8 (som nu är inne på sin andra landsortsvecka i kirurgi) ser bekymrad ut... Du lugnar din blivande kollega med att patientens varierande syresättningsvärden sammanhänger med bristfällig registrering, vilket framgår av den dåliga signalkvaliteten, och justerar oximeterprobens läge på patientens långfinger. Du bibehåller huvudändan sänkt, vänder försiktigt hela patienten på sidan och suger rent i munhåla och svalg för att försöka förebygga aspiration av ventrikelinnehåll. Kvinnan andas fortfarande bra, och du fortsätter din kliniska undersökning. Du diagnostiserar snabbt en klinisk nyckelbensfraktur samt palperar multipla revbensfrakturer inom ett drygt handflate stort område på höger sida. Samtidigt börjar patienten plötsligt hosta kraftigt och ihållande. Andningen blir allt mer ansträngd för varje andetag och patienten försöker förgäves resa sig från den tippade britsen. Du försöker assistera ventilationen, men det är fruktansvärt tungt. Motståndet är enormt. Venerna på halsen framträder nu tydligt. Blodtrycket kan inte längre mätas med den automatiska manschetten, och saturationen faller. Du misstänker ventilpneumothorax (övertryckspneumothorax) med cirkulationskollaps (pga försämrat centralvenöst återflöde och sänkt kardiell compliance och diastolisk fyllnad). Som tur är kan du med ledning av kliniska iakttagelser med stor sannolikhet avgöra vilken sida som drabbats. På skadesidan kan du vid trubbigt våld ibland finna tecken på bröstkorgsskada, hudskada, nedsatt andningljud, hypersonor perkussion, nedsatt rörlighet och uttalad expansion samt lokalt subkutant emfysem. Dessutom kan i uttalade fall dämpade hjärttoner auskulteras, och trakea palperas, förskjutna från skadesidan. Du punkterar omedelbart lungsäcken på skadesidan med grov venflon (grå eller helst orange) medioklavikulärt mellan andra och tredje (eller tredje och fjärde) revbenet intill övre revbenskanten. Det pyser till, andningen lättar och halsvenstasen klingar av. Även du och din vetgiriga läkarstudent drar några djupa andetag av lättnad, men i samma ögonblick blir patienten okontaktbar, och oscilloskopet visar regelbunden supraventrikulär takykardi på 150-160. Fortfarande kan du inte palpera några perifera pulsar, och läkarstudenten konstaterar att patienten nu ser ”grymt blek” ut...

1:9 Patienten verkar ha en pågående inre blödning. I detta läge vill du nu snabbt tillföra en lämplig infusionslösning under övertryck. Föreslå tre alternativa kolloidala infusionslösningar som du i detta läge skulle kunna tänka dig att ge patienten. Förklara samtidigt via vilka två (inte fler) mekanismer snabb intravenös infusion av en kolloidlösning kan förväntas ha kliniskt hemodynamiska fördelar framför lika snabb tillförsel av samma volym kristalloid infusionslösning till en svårt utblödd patient med kritiskt hotad vital cirkulation.

Svar:

0
0,5
1

2. HANDKIRURGI

En äldre, 72-årig, gentleman som haft ett skrivbordsarbete i sitt tidigare yrkesliv kommer till Din mottagning på en vårdcentral pga att han under ca tre år noterat att höger hands ring- och lillfinger sakta böjt sig i MCP- och PIP-lederna. Han har svårt att sträcka ut fingrarna, vilket gör det svårt att hälsa med högerhanden, få på sig handskar och att tvätta sig i ansiktet. Du palperar två långsträckta strukturer i handflatan och som sträcker sig ut mot PIP-lederna.

2:1 Vilket tillstånd har denne herre drabbats av, och vilken information ger Du honom beträffande bakgrunden till tillståndet? **0**
0,5

1

En äldre, 72-årig, gentleman som haft ett skrivbordsarbete i sitt tidigare yrkesliv kommer till Din mottagning på en vårdcentral pga att han under ca tre år noterat att höger hands ring- och lillfinger sakta böjt sig i MCP- och PIP-lederna. Han har svårt att sträcka ut fingrarna, vilket gör det svårt att hälsa med högerhanden, få på sig handskar och att tvätta sig i ansiktet. Du palperar två långsträckta strukturer i handflatan och som sträcker sig ut mot PIP-lederna.

Du ställer diagnosen Dupuytrens kontraktur, och det framkommer att flera släktingar har haft samma sjukdom.

Patienten upplever att kontrakturen påverkar handfunktionen och hans dagliga liv – socialt, funktionellt och praktiskt. Strängarna kan bitvis inte helt tydligt palperas i handflatan och ut på fingrarna, och de nappar frikostigt i huden. Extensionsdefekterna i MCP- och PIP-lederna är 60 respektive 90 grader i båda fingrarna.

2:2 Vilken behandling föreslår Du patienten?

0
0,5
1

En äldre, 72-årig, gentleman som haft ett skrivbordsarbete i sitt tidigare yrkesliv kommer till Din mottagning på en vårdcentral pga att han under ca tre år noterat att höger hands ring- och lillfinger sakta böjt sig i MCP- och PIP-lederna. Han har svårt att sträcka ut fingrarna, vilket gör det svårt att hälsa med högerhanden, få på sig handskar och att tvätta sig i ansiktet. Du palperar två långsträckta strukturer i handflatan och som sträcker sig ut mot PIP-lederna.

Du ställer diagnosen Dupuytrens kontraktur, och det framkommer att flera släktingar har haft samma sjukdom.

Patienten upplever att kontrakturen påverkar handfunktionen och hans dagliga liv – socialt, funktionellt och praktiskt. Strängarna kan bitvis inte helt tydligt palperas i handflatan och ut på fingrarna, och de nappar frikostigt i huden. Extensionsdefekterna i MCP- och PIP-lederna är 60 respektive 90 grader i båda fingrarna.

Patienten genomgår operation med partiell fasciektomi med gott resultat.

Ett år senare kommer Din patient tillbaka tillsammans med sin 67 åriga hustru. Hon har under senaste året haft domningar i pek- och långfinger samt fumlighet i höger hand, till en början bara under natten men nu även dagtid med nedsatt känsel i de båda fingrarna men inga atrofier. Du misstänker att hon drabbats av det relativt vanliga karpaltunnelssyndromet.

- 2:3** Med hjälp av vilka fyra (inte fler!) enkla tester verifierar Du vid Din kliniska undersökning att det rör sig om ett karpaltunnelssyndrom? **0**
0,5
1

En äldre, 72-årig, gentleman som haft ett skrivbordsarbete i sitt tidigare yrkesliv kommer till Din mottagning på en vårdcentral pga att han under ca tre år noterat att höger hands ring- och lillfinger sakta böjt sig i MCP- och PIP-lederna. Han har svårt att sträcka ut fingrarna, vilket gör det svårt att hälsa med högerhanden, få på sig handskar och att tvätta sig i ansiktet. Du palperar två långsträckta strukturer i handflatan och som sträcker sig ut mot PIP-lederna.

Du ställer diagnosen Dupuytrens kontraktur, och det framkommer att flera släktingar har haft samma sjukdom.

Patienten upplever att kontrakturen påverkar handfunktionen och hans dagliga liv – socialt, funktionellt och praktiskt. Strängarna kan bitvis inte helt tydligt palperas i handflatan och ut på fingrarna, och de nappar frikostigt i huden. Extensionsdefekterna i MCP- och PIP-lederna är 60 respektive 90 grader i båda fingrarna.

Patienten genomgår operation med partiell fasciektomi med gott resultat.

Ett år senare kommer Din patient tillbaka tillsammans med sin 67 åriga hustru. Hon har under senaste året haft domningar i pek- och långfinger samt fumlighet i höger hand, till en början bara under natten men nu även dagtid med nedsatt känsel i de båda fingrarna men inga atrofier. Du misstänker att hon drabbats av det relativt vanliga karpaltunnelssyndromet.

Du verifierar positiv Phalen, Tinel´s tecken, nedsatt sensibilitet i pek- och långfingrarna (ev med hjälp av monofilament el 2.PD) och nedsatt kraft i musculus abductor pollicis brevis (övriga muskler u a).

2:4 Vilken (inte fler!) behandling föreslår Du patienten, och vilken information ger Du henne beträffande prognosen? **0**


0,5

1

Epilog

Du föreslår operation med karpaltunnelsklyvning pga hennes konstanta symtom, vilket ger god effekt på symtomen i form av förbättrad känsel, ökad muskelkraft och inte längre någon fumlighet. Hon får också information om att en ömhet i handflatan och en nedsatt kraft kan förekomma en tid efter operationen.

Hon opereras några veckor senare med gott resultat, och både hon och hennes make är glada och besvärsfria när Du en solig vårdag träffar dem på stadens torg ett halvår senare.



Man, född 1929, som har anginösa besvär och behandlas av sin distriktsläkare med acetylsalicylsyra (Trombyl®) 160 mg x 1). Är appendektomerad i barndomen. Har ett bräck sedan länge men har avböjt erbjudande om operation.

Söker nu på akutmottagningen därför att han relativt plötsligt fått smärtor högt i epigastriet förenade med kraftigt illamående. Har kräpts en gång.

EKG är oförändrat jämfört med tidigare. Patientens illamående tilltar och han kräks igen.

Du lägger in patienten, tar blodprover och får följande svar: LPK 9,2, CRP 80, Na 128, K 3,5, kreatinin 89, Hb 152.

Du ordinerar V-sond och intravenös vätska och börjar med 2 liter.

3:2 Vilken infusionslösning (inte flera!) väljer du?

0
1

Svar:

|

Man, född 1929, som har anginösa besvär och behandlas av sin distriktsläkare med acetylsalicylsyra (Trombyl®) 160 mg x 1). Är appendektomerad i barndomen. Har ett bräck sedan länge men har avböjt erbjudande om operation.

Söker nu på akutmottagningen därför att han relativt plötsligt fått smärtor högt i epigastriet förenade med kraftigt illamående. Har kräcks en gång.

EKG är oförändrat jämfört med tidigare. Patientens illamående tilltar och han kräcks igen.

Du lägger in patienten, tar blodprover och får följande svar: LPK 9,2, CRP 80, Na 128, K 3,5, kreatinin 89, Hb 152. Du ordinerar V-sond och intravenös vätska och börjar med 2 liter.

Du får strax lite bättre anamnes av patientens hustru, som just kommit till akutmottagningen. Det visar sig att patienten mått dåligt i nästan en hel vecka. Han har mestadels druckit och inte haft avföring de senaste tre dygnen. Du misstänker nu att patienten kan ha ett ileus.

3:3 Nämn tre (inte fler!) tänkbara orsaker till ileus hos patienten.

0
0,5
1

Svar:

|

Man, född 1929, som har anginösa besvär och behandlas av sin distriktsläkare med acetylsalicylsyra (Trombyl®) 160 mg x 1). Är appendektomerad i barndomen. Har ett bräck sedan länge men har avböjt erbjudande om operation.

Söker nu på akutmottagningen därför att han relativt plötsligt fått smärtor högt i epigastriet förenade med kraftigt illamående. Har kräcks en gång.

EKG är oförändrat jämfört med tidigare. Patientens illamående tilltar och han kräcks igen.

Du lägger in patienten, tar blodprover och får följande svar: LPK 9,2, CRP 80, Na 128, K 3,5, kreatinin 89, Hb 152. Du ordinerar V-sond och intravenös vätska och börjar med 2 liter.

Du får strax lite bättre anamnes av patientens hustru, som just kommit till akutmottagningen. Det visar sig att patienten mått dåligt i nästan en hel vecka. Han har mestadels druckit och inte haft avföring de senaste tre dygnen. Du misstänker nu att patienten kan ha ett ileus.

Vid fysikalisk undersökning är patienten relativt opåverkad. Munslemhinnan är torr och patienten har nedsatt hudturgor. Cor/pulm u a. Bltr 140/80. Buk: Centralt spänd, tympanistisk och med högfrekvent klingande tarmljud. Bråcket går att reponera. Ömmar lite i epigastriet. PR: Tom ampull med lite mörkrött blod på handsken.

Du rektoskoperar patienten på akutmottagningen upp till 20 cm med fynd utöver lite blodtillblandat slem.

3:4 Hur stort vätskedeficit bedömer Du att patienten har vid undersökningstillfället? Ange patientens uppskattade deficit i såväl antal liter som i procent av kroppsvikten.

Svar:

0
0,5
1

Du går vidare med en röntgenundersökning

3:5 Vilka två (inte fler!) röntgenundersökningar överväger Du i första hand i denna situation?

Svar:

0
0,5
1

Man, född 1929, som har anginösa besvär och behandlas av sin distriktsläkare med acetylsalicylsyra (Trombyl®) 160 mg x 1). Är appendektomerad i barndomen. Har ett bräck sedan länge men har avböjt erbjudande om operation.

Söker nu på akutmottagningen därför att han relativt plötsligt fått smärtor högt i epigastriet förenade med kraftigt illamående. Har kräcks en gång.

EKG är oförändrat jämfört med tidigare. Patientens illamående tilltar och han kräcks igen.

Du lägger in patienten, tar blodprover och får följande svar: LPK 9,2, CRP 80, Na 128, K 3,5, kreatinin 89, Hb 152. Du ordinerar V-sond och intravenös vätska och börjar med 2 liter.

Du får strax lite bättre anamnes av patientens hustru, som just kommit till akutmottagningen. Det visar sig att patienten mått dåligt i nästan en hel vecka. Han har mestadels druckit och inte haft avföring de senaste tre dygnet. Du misstänker nu att patienten kan ha ett ileus.

Vid fysikalisk undersökning är patienten relativt opåverkad. Munslemhinnan är torr och patienten har nedsatt hudturgor. Cor/pulm u a. Bltr 140/80. Buk: Centralt spänd, tympanistisk och med högfrekvent klingande tarmljud. Bräcket går att reponera. Ömmar lite i epigastriet. PR: Tom ampull med lite mörkrött blod på handsken. Du rektoskoperar patienten på akutmottagningen upp till 20 cm med fynd utöver lite blodtillblandat slem.

Du beställer CT med peroral kontrast och får följande svar:

”Levern är även undersökt före iv kontrastinjektion. Inga gamla undersökningar finns för jämförelse. Inom de nedersta delar av lungorna som omfattas av us anas dorsobasalt på höger sida en knappt 3,5 cm stor emfysemlåsa och basalt inom vänster lunga smärre ospecifika parenkymförändringar. Ingen fri gas i buken. Kraftigt utspänd ventrikel innehållande stor del av tillförd po kontrast. Dilatation av större delen av tunntarmspaketet. Tunntarmen är vidgad och innehåller ett flertal nivåer. Väggförtjockad tunntarm ses framför allt i lilla bäckenet, där även ödem i mesenteriet samt fri vätska ses. Liten subkutan vätskeförändring strax lateralt om symfyssen – vätskefyllt inguinalbräck? Rektum gastom.”

3:6 Nämn tre (inte fler!) fynd i röntgenutlåtandet som stödjer diagnosen ileus.

Svar:

0
0,5
1

Man, född 1929, som har anginösa besvär och behandlas av sin distriktsläkare med acetylsalicylsyra (Trombyl®) 160 mg x 1). Är appendektomerad i barndomen. Har ett bräck sedan länge men har avböjt erbjudande om operation.

Söker nu på akutmottagningen därför att han relativt plötsligt fått smärtor högt i epigastriet förenade med kraftigt illamående. Har kräcks en gång.

EKG är oförändrat jämfört med tidigare. Patientens illamående tilltar och han kräcks igen.

Du lägger in patienten, tar blodprover och får följande svar: LPK 9,2, CRP 80, Na 128, K 3,5, kreatinin 89, Hb 152. Du ordinerar V-sond och intravenös vätska och börjar med 2 liter.

Du får strax lite bättre anamnes av patientens hustru, som just kommit till akutmottagningen. Det visar sig att patienten mått dåligt i nästan en hel vecka. Han har mestadels druckit och inte haft avföring de senaste tre dygnet. Du misstänker nu att patienten kan ha ett ileus.

Vid fysikalisk undersökning är patienten relativt opåverkad. Munslemhinnan är torr och patienten har nedsatt hudturgor. Cor/pulm u a. Bltr 140/80. Buk: Centralt spänd, tympanistisk och med högfrekvent klingande tarmljud. Bräcket går att reponera. Ömmar lite i epigastriet. PR: Tom ampull med lite mörkrött blod på handsken. Du rektoskoperar patienten på akutmottagningen upp till 20 cm med fynd utöver lite blodtillblandat slem.

Du beställer CT med peroral kontrast och får följande svar: "Levern är även undersökt före iv kontrastinjektion. Inga gamla undersökningar finns för jämförelse. Inom de nedersta delar av lungorna som omfattas av us anas dorsobasalt på höger sida en knappt 3,5 cm stor emfysemlåsa och basalt inom vänster lunga smärre ospecifica parenkymförändringar. Ingen fri gas i buken. Kraftigt utspänd ventrikel innehållande stor del av tillförd po kontrast. Dilatation av större delen av tunntarmspaketet. Tunntarmen är vidgad och innehåller ett flertal nivåer. Väggförtjockad tunntarm ses framför allt i lilla bäckenet, där även ödem i mesenteriet samt fri vätska ses. Liten subkutan vätskeförändring strax lateralt om symfyssen – vätskefyllt inguinalbräck? Rektum gastom."

Röntgenkollegan föreslår att undersökningen kompletteras med ett kontrastlavemang.

I samband härmed får man inte upp kontrast mer än till 30 cm. Man påpekar även att tunntarmen och kolon verkar öka i storlek. När patienten återvänder från röntgen verkar buksmärtorna ha tilltagit och patienten ömmar generellt i hela buken.

3:7 Vad misstänker du nu har hänt?

Svar:

0
0,5
1

3:8 Vilket viktigt beslut (inte flera!) fattar Du nu omedelbart (dvs vilket blir nästa avgörande steg i handläggningen av patientens tillstånd)?

0
1

Svar:

Man, född 1929, som har anginösa besvär och behandlas av sin distriktsläkare med acetylsalicylsyra (Trombyl®) 160 mg x 1). Är appendektomerad i barndomen. Har ett bräck sedan länge men har avböjt erbjudande om operation.

Söker nu på akutmottagningen därför att han relativt plötsligt fått smärtor högt i epigastriet förenade med kraftigt illamående. Har kräcks en gång.

EKG är oförändrat jämfört med tidigare. Patientens illamående tilltar och han kräcks igen.

Du lägger in patienten, tar blodprover och får följande svar: LPK 9,2, CRP 80, Na 128, K 3,5, kreatinin 89, Hb 152. Du ordinerar V-sond och intravenös vätska och börjar med 2 liter.

Du får strax lite bättre anamnes av patientens hustru, som just kommit till akutmottagningen. Det visar sig att patienten mått dåligt i nästan en hel vecka. Han har mestadels druckit och inte haft avföring de senaste tre dygnet. Du misstänker nu att patienten kan ha ett ileus.

Vid fysikalisk undersökning är patienten relativt opåverkad. Munslemhinnan är torr och patienten har nedsatt hudturgor. Cor/pulm u a. Bltr 140/80. Buk: Centralt spänd, tympanistisk och med högfrekvent klingande tarmljud. Bräcket går att reponera. Ömmar lite i epigastriet. PR: Tom ampull med lite mörkrött blod på handsken. Du rektoskoperar patienten på akutmottagningen upp till 20 cm med fynd utöver lite blodtillblandat slem.

Du beställer CT med peroral kontrast och får följande svar: "Levern är även undersökt före iv kontrastinjektion. Inga gamla undersökningar finns för jämförelse. Inom de nedersta delar av lungorna som omfattas av us anas dorsobasalt på höger sida en knappt 3,5 cm stor emfysemlåsa och basalt inom vänster lunga smärre ospecifica parenkymförändringar. Ingen fri gas i buken. Kraftigt utspänd ventrikel innehållande stor del av tillförd po kontrast. Dilatation av större delen av tunntarmspaketet. Tunntarmen är vidgad och innehåller ett flertal nivåer. Väggförtjockad tunntarm ses framför allt i lilla bäckenet, där även ödem i mesenteriet samt fri vätska ses. Liten subkutan vätskeförändring strax lateralt om symfyssen – vätskefyllt inguinalbräck? Rektum gastom."

Röntgenkollegan föreslår att undersökningen kompletteras med ett kontrastlavemang.

I samband härmed får man inte upp kontrast mer än till 30 cm. Man påpekar även att tunntarmen och kolon verkar öka i storlek. När patienten återvänder från röntgen verkar buksmärtorna ha tilltagit och patienten ömmar generellt i hela buken.

På basen av dessa fynd och patientens kliniska status beslutar du om akut operation.

3:9	Hur förbereder du nu patienten inför operation utöver den intravenösa vätska som pågår? Ange fyra (inte fler!) viktiga preoperativa åtgärder.	0 0,5 1 1,5 2
------------	---	--

Svar:

Vid operationen finner man inte oväntat en tumör i sigmoideum.

3:10	Vilket kirurgiskt ingrepp (inte flera!) bör man i denna situation i första hand överväga?	0 0,5 1
-------------	---	------------------------------------

Svar:

En 56-årig kvinna (158 cm, 77 kg) kommer till akutmottagningen, och uppger att hon i morse, på väg till sitt arbete, fick akut svår smärta längst ner till vänster på halsen och kände en nytillkommen knuta där. Vid undersökning har pat åldersadekvat utseende, är måttligt smärtpåverkad, svettas ymnigt och är påtagligt andfådd även i vila med lätt inslag av stridor. Ingen läppcyanos. När patienten presenterar sig, noterar du att hon har en påfallande mörk, nästan hes stämma. Röstförändringen, berättar hon med tårar i ögonen, är hon bekymrad över då hon sedan ett år inte kan sjunga längre i Frälsningsarméns kör. Hon är rädd att den nytillkomna knutan på halsen är cancer, då hon dessutom gått ner 8 kg i vikt senaste halvåret.

- 3:11** Anamnesen behöver nu utvidgas beträffande patientens aktuella besvär. **0**
Föreslå fyra (inte fler!) korta kompletterande frågor! **0,5**
1
1,5
2

Svar:

|

En 56-årig kvinna (158 cm, 77 kg) kommer till akutmottagningen, och uppger att hon i morse, på väg till sitt arbete, fick akut svår smärta längst ner till vänster på halsen och kände en nytillkommen knuta där. Vid undersökning har patienten utseende som är åldersadekvat, är måttligt smärtpåverkad, svettas ymnigt och är påtagligt andfådd även i vila med lätt inslag av stridor. Ingen läppcyanos. När patienten presenterar sig, noterar du att hon har en påfallande mörk, nästan hes stämma. Röstförändringen, berättar hon med tårar i ögonen, är hon bekymrad över då hon sedan ett år inte kan sjunga längre i Frälsningsarméns kör. Hon är rädd att den nytillkomna knutan på halsen är cancer, då hon dessutom gått ner 8 kg i vikt senaste halvåret.

Det framkommer att patienten är adopterad i spädbarnsåldern och inte vet något om sina biologiska föräldrar. Hon arbetar på konditori sedan 35 år tillbaka. Maken är busschaufför. En frisk dotter. Menopaus för 8 år sedan, problemfritt, relaterar inte svettningarna till detta. Ingen aktuell medicinering. Har sökt läkare vid ett enda tillfälle för tre år sedan, då hon i samband med en förkylning ”svalt fel” och hade svårt att få luft. Bedömdes som pollenallergi (maj månad). Informerades då även att hon hade en liten struma som var ofarlig men rekommenderades att återkomma om hon inte längre skulle kunna knäppa sitt halsband. Patientens hjärtklappningsproblem började för cirka ett år sedan och kommer med oregelbundna intervaller. Hon känner sig allmänt ”skakig” emellanåt. Enligt omgivningen har hon blivit besvärlig till humöret. Förnekar bröstsmärtor. Har alltid varit överviktig.

Du vill nu komplettera med en adekvat kroppsundersökning fokuserad på patientens aktuella besvär.

3:12 Ange fyra (inte fler!) organsystem som du särskilt skulle vilja inrikta dig på i Din kroppsundersökning och motivera Dina val. **0**
0,5
1
1,5
2

Svar:

|

En 56-årig kvinna (158 cm, 77 kg) kommer till akutmottagningen, och uppger att hon i morse, på väg till sitt arbete, fick akut svår smärta längst ner till vänster på halsen och kände en nytillkommen knuta där. Vid undersökning har pat åldersadekvat utseende, är måttligt smärtpåverkad, svettas ymnigt och är påtagligt andfådd även i vila med lätt inslag av stridor. Ingen läppcyanos. När patienten presenterar sig, noterar du att hon har en påfallande mörk, nästan hes stämma. Röstförändringen, berättar hon med tårar i ögonen, är hon bekymrad över då hon sedan ett år inte kan sjunga längre i Frälsningsarméns kör. Hon är rädd att den nytillkomna knutan på halsen är cancer, då hon dessutom gått ner 8 kg i vikt senaste halvåret.

Det framkommer att patienten är adopterad i spädbarnsåldern och inte vet något om sina biologiska föräldrar. Hon arbetar på konditori sedan 35 år tillbaka. Maken är busschaufför. En frisk dotter. Menopaus för 8 år sedan, problemfritt, relaterar inte svettningarna till detta. Ingen aktuell medicinering. Har sökt läkare vid ett enda tillfälle för tre år sedan, då hon i samband med en förkylning ”svalt fel” och hade svårt att få luft. Bedömdes som pollenallergi (maj månad). Informerades då även att hon hade en liten struma som var ofarlig men rekommenderades att återkomma om hon inte längre skulle kunna knäppa sitt halsband.

Patientens hjärtklappningsproblem började för cirka ett år sedan och kommer med oregelbundna intervaller. Hon känner sig allmänt ”skakig” emellanåt. Enligt omgivningen har hon blivit besvärlig till humöret. Förnekar bröstsmärtor. Har alltid varit överviktig.

Du vill nu komplettera med en adekvat kroppsundersökning fokuserad på patientens aktuella besvär.

Du har nu undersökt din patient. Kroppsbyggnaden gör det inte helt enkelt att undersöka hennes hals, men du har lyckats palpera båda sköldkörtelloberna inkl istmus oregelbundet förstörade med viss övervikt för den vänstra. Du kan inte avgränsa sköldkörteln nedåt på någon sida, och vänster lob är delvis uppgången i en på halsen cirka 3x4 cm stor ömmande, välavgränsad förändring, som i kaudal riktning sträcker sig nedanför klavikeln. På båda sidor går sköldkörteln upp till skallbasen. Sköldkörteln är inte adherent till omgivningen och följer med sväljningsakten. Strax ovan jugulum svänger trakea över åt höger. Blodtrycket är 175/80 och pulsen regelbunden ca 120/minut. Du hör inga blåsljud över prekordiet, och det låter fritt över trakea när patienten andas normalt. För hittar du inget anmärkningsvärt. Du lägger in patienten på akutvårdsavdelningen.

3:13 Varför är du så angelägen att behålla patienten på sjukhuset?

Svar: 0
0,5
1

3:14 Innan du kommer vidare i din utredning vill du ge patienten symtomatisk akut behandling. Smärtstillande vill hon inte ha. Ange två (inte fler!) andra typer av läkemedel som du nu skulle kunna ordinera för att minska patientens akuta besvär? Förklara samtidigt, med utgångspunkt från vad du känner till om verkningsmekanismerna, hur Du förväntar Dig att respektive medicinering kan hjälpa patienten i denna situation. 0
0,5
1
1,5
2

Svar: |

En 56-årig kvinna (158 cm, 77 kg) kommer till akutmottagningen, och uppger att hon i morse, på väg till sitt arbete, fick akut svår smärta längst ner till vänster på halsen och kände en nytillkommen knuta där. Vid undersökning har pat åldersadekvat utseende, är måttligt smärtpåverkad, svettas ymnigt och är påtagligt andfådd även i vila med lätt inslag av stridor. Ingen läppcyanos. När patienten presenterar sig, noterar du att hon har en påfallande mörk, nästan hes stämma. Röstförändringen, berättar hon med tårar i ögonen, är hon bekymrad över då hon sedan ett år inte kan sjunga längre i Frälsningsarméns kör. Hon är rädd att den nytillkomna knutan på halsen är cancer, då hon dessutom gått ner 8 kg i vikt senaste halvåret.

Patientens hjärtklappningsproblem började för cirka ett år sedan och kommer med oregelbundna intervaller. Hon känner sig allmänt "skakig" emellanåt. Enligt omgivningen har hon blivit besvärlig till humöret. Förnekar bröstsmärtor. Har alltid varit överviktig.

Du vill nu komplettera med en adekvat kroppsundersökning fokuserad på patientens aktuella besvär.

Du har nu undersökt din patient. Kroppsbyggnaden gör det inte helt enkelt att undersöka hennes hals, men du har lyckats palpera båda sköldkörtelloberna inkl istmus oregelbundet förstörade med viss övervikt för den vänstra.

Du kan inte avgränsa sköldkörteln nedåt på någon sida, och vänster lob är delvis uppgången i en på halsen cirka 3x4 cm stor ömmande, välavgränsad förändring, som i kaudal riktning sträcker sig nedanför klavikeln. På båda sidor går sköldkörteln upp till skallbasen. Sköldkörteln är inte adherent till omgivningen och följer med sväljningsakten. Strax ovan jugulum svänger trakea över åt höger. Blodtrycket är 175/80 och pulsen regelbunden ca 120/minut. Du hör inga blåsljud över prekordiet, och det låter fritt över trakea när patienten andas normalt. För hittar du inget anmärkningsvärt. Du lägger in patienten på akutvårdsavdelningen.

Patienten är inlagd på akutvårdsavdelningen och har fått 100 mg hydrokortison (Solu-Cortef[®]) iv med god effekt på andningen. Dessutom har propranolol (Inderal[®]) 80 mg peroralt sänkt pulsfrekvensen från 120 till 85 och gjort att hon känner sig lite mindre skakig.

Laboratoriemässigt har patienten normala värden på Hb, PK, TPK och elektrolytstatus inklusive kalcium och albumin. Saturationen på luft är 92 % men stiger snabbt till 98 % med oxygen 2 l/min.

3:15 Med vilka tre grupper (inte fler) av blodprover vill Du nu i första hand komplettera utredningen? Ange vilka analyser Du är mest intresserad av inom respektive grupp av prover.

Svar:

0
0,5
1

3:16 Ytterligare en enkel och helt ofarlig undersökning kan Du ordinera i kväll utan att behöva besvära patienten särskilt mycket. Vilken?

Svar:

0
1

En 56-årig kvinna (158 cm, 77 kg) kommer till akutmottagningen, och uppger att hon i morse, på väg till sitt arbete, fick akut svår smärta längst ner till vänster på halsen och kände en nytillkommen knuta där. Vid undersökning har pat åldersadekvat utseende, är måttligt smärtpåverkad, svettas ymnigt och är påtagligt andfådd även i vila med lätt inslag av stridor. Ingen läppcyanos. När patienten presenterar sig, noterar du att hon har en påfallande mörk, nästan hes stämma. Röstförändringen, berättar hon med tårar i ögonen, är hon bekymrad över då hon sedan ett år inte kan sjunga längre i Frälsningsarméns kör. Hon är rädd att den nytillkomna knutan på halsen är cancer, då hon dessutom gått ner 8 kg i vikt senaste halvåret.

Patientens hjärtklappningsproblem började för cirka ett år sedan och kommer med oregelbundna intervaller. Hon känner sig allmänt "skakig" emellanåt. Enligt omgivningen har hon blivit besvärlig till humöret. Förnekar bröstsmärtor. Har alltid varit överviktig. Kroppsbyggnaden gör det inte helt enkelt att undersöka hennes hals, men du har lyckats palpera båda sköldkörtelloberna inkl istmus oregelbundet förstörade med viss övervikt för den vänstra. Du kan inte avgränsa sköldkörteln nedåt på någon sida, och vänster lob är delvis uppgången i en på halsen cirka 3x4 cm stor ömmande, välavgränsad förändring, som i kaudal riktning sträcker sig nedanför klavikeln. På båda sidor går sköldkörteln upp till skallbasen. Sköldkörteln är inte adherent till omgivningen och följer med sväljningsakten. Strax ovan jugulum svänger trakea över åt höger. Blodtrycket är 175/80 och pulsen regelbunden ca 120/minut. Du hör inga blåsljud över prekordiet, och det låter fritt över trakea när patienten andas normalt. För hittar du inget anmärkningsvärt. Du lägger in patienten på akutvårdsavdelningen.

Patienten är inlagd på akutvårdsavdelningen och har fått 100 mg hydrokortison (Solu-Cortef®) iv med god effekt på andningen. Dessutom har propranolol (Inderal®) 80 mg peroralt sänkt pulsfrekvensen från 120 till 85 och gjort att hon känner sig lite mindre skakig. Laboratoriemässigt har patienten normala värden på Hb, PK, TPK och elektrolytstatus inklusive kalcium och albumin. Saturationen på luft är 92 % men stiger snabbt till 98 % med oxygen 2 l/min.

EKG visar regelbunden sinustakykardi men inget annat anmärkningsvärt. TSH är helt suppresserat och fritt T3 och fritt T4 båda klart förhöjda. Du tycker att Du fått en god förklaring till patientens svettningar, takykardiattacker, humörsvängningar och skakighet och bedömer det hela som en toxisk autonom kolloidstruma. För säkerhets skull har du även tagit TRAK, som är helt normalt.

Nästa dag görs en larynxundersökning, som visar förträngning av trakeallumen i jugulumhöjd till en minsta diameter på 4 mm med retningsfri slemhinna utan malignitetsmisstanke. Lungröntgen visar en stor välavgränsad mjukdelskomponent i mediastinum, framför allt på vänster sida som kraftigt dislocerar trakea åt höger och sträcker sig ner till arcus aortae. Via punktion har den cystiska förändringen i anslutning till vänster tyreoidalob tömts på cirka 8 ml blodtillblandad vätska utan cytologiska belägg för malignitet. Du har adekvat utrett och symptomatiskt behandlat en patient med en stor toxisk, huvudsakligen intratorakal, struma med akut blödning, som utgjort ett potentiellt högt andningshinder. För att garantera definitiv bot har överläkaren beslutat om kirurgisk behandling i form av total tyroidektomi.

3:17 Du har skött i stort sett hela utredningen och får nu i uppdrag att informera patienten inför operationen. Vilka är de tre (ange inte fler!) vanligaste komplikationerna till tyreoidaekirurgi? **0**
0,5
1

Svar: |

3:18 Vad är Du som läkare alltid skyldig att i förväg noggrant klargöra beträffande framtiden för den patient som ska genomgå en total thyroidektomi? **0**
0,5
1

Kod:

4. UROLOGI

Du arbetar som AT-läkare på akutmottagningen i Malmö. En 13-årig pojke söker med sin mamma. Sjuksköterskan tycker att du ska ta honom som din nästa patient då han är smärtpåverkad. På akutkortet står det 'Ont höger testis'.

4:1 Vilken diagnos (inte flera!) misstänker Du i första hand?

0
1

Du arbetar som AT-läkare på akutmottagningen i Malmö. En 13-årig pojke söker med sin mamma. Sjuksköterskan tycker att du ska ta honom som din nästa patient då han är smärtpåverkad. På akutkortet står det: Ont höger testis.

Du misstänker testistorsion och undersöker omgående pojken, som är tidigare frisk och inte står på några mediciner. Han ligger på britsen, är rejält smärtpåverkad och håller sig hela tiden för pungen. Du finner testikeln på höger sida uppdragen och horisontalställd. Din misstanke på testistorsion är stärkt.

4:2 Vilka två (inte fler!) behandlingsåtgärder vidtar Du nu omedelbart? **0**
0,5
1

Du arbetar som AT-läkare på akutmottagningen i Malmö. En 13-årig pojke söker med sin mamma. Sjuksköterskan tycker att du ska ta honom som din nästa patient då han är smärtpåverkad. På akutkortet står det: Ont höger testis. Du misstänker testistorsion och undersöker omgående pojken, som är tidigare frisk och inte står på några mediciner. Han ligger på britsen, är rejält smärtpåverkad och håller sig hela tiden för pungen. Du finner testikeln på höger sida uppdragen och horisontalställd. Din misstanke på testistorsion är stärkt.

Du ordinerar omedelbart smärtlindring och anmäler patienten för akut operation.

Din nästa patient är en 19-årig pojke, som kommer tillsammans med sin flickvän. På akutkortet står det 'Knuta i scrotum'. Du finner en frisk yngling som inte tar några mediciner. I samband med duschning har han lagt märke till en knuta som han tycker sitter i eller intill den ena testikeln. Han har inte ont och har inte upplevt några vattenkastningssvårigheter.

4.3. Nämn tre (inte fler!) kliniskt relevanta differentialdiagnoser.

0

0,5

1

Din nästa patient är en 19-årig pojke, som kommer tillsammans med sin flickvän. På akutkortet står det 'Knuta i scrotum'. Du finner en frisk yngling som inte tar några mediciner. I samband med duschning har han lagt märke till en knuta som han tycker sitter i eller intill den ena testikeln. Han har inte ont och har inte upplevt några vattenkastningssvårigheter.

Du misstänker i första hand testistumör. Alternativa differentialdiagnoser är hydrocele, spermatocoele eller varikocoele.

Vid din undersökning finner du att vänster testikel är något större än höger och oregelbunden i sin kaudala pol. I övrigt är status helt invändningsfritt.

Din misstanke om att detta är en testikeltumör är stark.

4:4 Vilka tre (inte fler) blodprover vill du helst ha svar på i detta skede?

0
0,5
1

4:5 Vilken undersökning beställer Du för att ytterligare bekräfta eller avfärda misstanken om testistumör, och hur snabbt vill du få undersökningen gjord?

0
0,5
1

Din nästa patient är en 19-årig pojke, som kommer tillsammans med sin flickvän. På akutkörtet står det 'Knuta i scrotum'. Du finner en frisk yngling som inte tar några mediciner. I samband med duschning har han lagt märke till en knuta som han tycker sitter i eller intill den ena testikeln. Han har inte ont och har inte upplevt några vattenkastningssvårigheter. Du misstänker i första hand testistumör. Alternativa differentialdiagnoser är hydrocele, spermatocele eller varikocele. Vid din undersökning finner du att vänster testikel är något större än höger och oregelbunden i sin kaudala pol. I övrigt är status helt invändningsfritt. Din misstanke om att detta är en testikeltumör är stark.

Du ordinerar blodprovstagning för analys av i första hand AFP, LD och HCG, samt ser till att en ultraljudsundersökning av testikeln genomförs inom en vecka.

Några år senare vikarierar Du på urologiska kliniken vid samma sjukhus, och på din mottagning kommer på remiss en 70-årig kvinna. Hon har hypertoni, hyperkolesterolemi samt polymyalgia rheumatica, för vilken hon under ett års tid behandlats med prednisolon utan märkbar förbättring. Enligt blodprover tagna inför mottagningsbesöket är Hb 95, kreatinin 130 och elektrolyter ua. Patienten besväras av smärtor i höger flank.

4.6 Vilken diagnos (inte flera!) misstänker Du i första hand, och vilken utredning (inte flera!) vill du nu genomföra för att ev kunna stärka din misstanke?

0
0,5
1

Några år senare vikarierar Du på urologen, och på din mottagning kommer på remiss en 70-årig kvinna. Hon har hypertoni, hyperkolesterolemi samt polymyalgia rheumatica (för vilken hon under ett år behandlats med prednisolon utan märkbar förbättring). Enligt blodprover tagna inför mottagningsbesöket är Hb 95, kreatinin 130 och elektrolyter ua. Patienten besväras av smärtor i höger flank.

Du misstänker njurtumör. Vid palpation av buken ömmar patienten i höger flank, och vid bimanuell palpation kan en resistens palperas. Du beställer en CT thorax/buk, som verifierar din misstanke och påvisar en 6 cm stor misstänkt njurtumör.

4.7 Vilken är den vedertagna behandlingsmetoden för denna tumör?

0
1

Några år senare vikarierar Du på urologen, och på din mottagning kommer på remiss en 70-årig kvinna. Hon har hypertoni, hyperkolesterolemi samt polymyalgia rheumatica (för vilken hon under ett år behandlats med prednisolon utan märkbar förbättring). Enligt blodprover tagna inför mottagningsbesöket är Hb 95, kreatinin 130 och elektrolyter ua. Patienten besväras av smärtor i höger flank. Du misstänker njurtumör. Vid palpation av buken ömmar patienten i höger flank, och vid bimanuell palpation kan en resistens palperas. Du beställer en CT thorax/buk, som verifierar din misstanke och påvisar en 6 cm stor misstänkt njurtumör.

Vedertagen behandling för en sådan tumör är nefrektomi.

När du samma kväll som så många gånger förr jourar på akutmottagningen, söker en 30-årig man med hastigt påkommen högersidig flanksmärta. Patienten är tidigare frisk och tar inga mediciner. Han vandrar runt i undersökningsrummet när du kommer in och håller sig för sidan. Han har frekventa trängningar men ingen sveda vid vattenkastning. Urinstickan visar 2+ för erythrocyter men är för övrigt blank. Niturtestet är negativt. Buken palperas mjuk, och du misstänker uretärsten. Du ordinerar akut smärtlindring med diklofenak (Voltaren) 50 mg iv.

4.8 Nämn sex (inte fler!) enkla blodprover som du i detta läge snabbt skulle vilja (och kan) få svar på?

0

0,5

1

När du samma kväll som så många gånger förr jourar på akutmottagningen, söker en 30-årig man med hastigt påkommen högersidig flanksmärta. Han är tidigare frisk och tar inga mediciner. Han vandrar runt i undersökningsrummet när du kommer in och håller sig i sidan. Han har frekventa trängningar men ingen sveda vid vattenkastning. Urinstickan visar 2+ för erythrocyter men är för övrigt blank. Niturtestet är negativt. Buken palperas mjuk, och du misstänker uretärsten.

Du har ordinerat smärtstillande med i princip omedelbar effekt och fått svar på dina prover (Na, K, Kreatinin, Urat, Ca, Hb, CRP och LPK), som alla är normala. Patienten är nu smärtfri och vill återgå hem.

4:9

Hur följer du nu upp detta?

0
0,5
1

Du följer upp detta med CT-thorax-buk eller urografi inom 2-3 veckor.

5. ORTOPEDI

Det är vanligt att man som kandidat blir tillfrågad av personer i ens omgivning, liksom deras anhöriga, om olika sjukdomar. Ibland kan det vara svårt att balansera professionalism med socialt umgänge! Kan det vara något farligt? Hur mycket kan och bör jag svara på utan adekvat status? Sannolikt betyder de råd vi ger mer än vi kan ana i det enskilda fallet.

Här handlar det om Gertrud och Ture, ett gift äldre pensionärspär utan större tidigare kontakt med vården, som finns i din periferi och som hört att du går kursen i ortopedi. Efter en stunds kort samtal efter en tillfällig träff dryftar de en del funderingar kring sin hälsa i leder och skelett. Ture som varit egenförtagare och ger ett korpulent uttryck tycker inte att hans knän fungerar som tidigare. Han märker att det "maler" lite när han anstränger sig, vilket han i och för sig inte gör så ofta. Han förlägger framförallt besvären till medialsidan, ibland i höger och ibland i vänster knä. Litet stel kan han vara på morgonen, men det brukar gå över när han "ledat upp" knäna.

Gertrud å sin sida är spenslig, egentligen ganska smal, och har inga speciella ledproblem. Hon har ett gips vid handleden efter ett fall nyligen. Vid senaste mottagningsbesöket nämnde någon att hon kanske skulle undersöka sitt skelett.

5:1	Nämn en sannolik ortopedisk åkomma (inte fler!) hos Ture och en (inte fler!) hos Gertrud. Ange också en anamnestisk faktor (inte fler!) hos Ture respektive Gertrud som du noterat vid samtalet och som du tycker har hjälpt dig i dina misstankar.	0 0,5 1 1,5 2
------------	---	--

Svar:

Ture som varit egenföretagare och ger ett korpulent uttryck tycker inte att hans knän fungerar som tidigare. Han märker att det "maler" litet när han anstränger sig, vilket han i och för sig inte gör så ofta. Han förlägger framförallt besvären till medialsidan, ibland i höger och ibland i vänster knä. Litet stel kan han vara på morgonen men det brukar gå över när han "ledat upp" knäna.

Gertrud å sin sida är spenslig, egentligen ganska smal, och har inga speciella ledproblem. Hon har ett gips vid handleden efter ett fall nyligen. Vid senaste mottagningsbesöket nämnde någon att hon kanske skulle undersöka sitt skelett.

Du noterar att Ture har högt BMI och är otränad med en anamnes som är förenlig med artros, samt att Gertrud sannolikt ådragit sig en radiusfraktur, är smal och är äldre och postmenopausal talande för osteoporos. Du meddelar dem detta.

Gertrud undrar nu vilken undersökning man kan göra för att bedöma hennes skelett.

5:2	Vad kallas denna undersökning?	0
	Hur förklarar Du för Gertrud det svar man får vid undersökningen, och hur definieras osteoporos i detta sammanhang?	0,5
		1
		1,5
		2

Svar:

|

Ture som varit egenförtagare och ger ett korpulent uttryck tycker inte att hans knän fungerar som tidigare. Han märker att det "maler" litet när han anstränger sig, vilket han i och för sig inte gör så ofta. Han förlägger framförallt besvären till medialsidan, ibland i höger och ibland i vänster knä. Litet stel kan han vara på morgonen men det brukar gå över när han "ledat upp" knäna.

Gertrud å sin sida är spenslig, egentligen ganska smal, och har inga speciella ledproblem. Hon har ett gips vid handleden efter ett fall nyligen. Vid senaste mottagningsbesöket nämnde någon att hon kanske skulle undersöka sitt skelett.

Du noterar att Ture har högt BMI och är otränad med en anamnes som är förenlig med artros, samt att Gertrud sannolikt ådragit sig en radiusfraktur, är smal och är äldre och postmenopausal talande för osteoporos. Du meddelar dem detta.

Gertrud undrar nu vilken undersökning man kan göra för att bedöma hennes skelett.

Du svarar DEXA-mätning och förklarar att osteoporos definieras som ett bentäthetsvärde som ligger mer än 2,5 standardavvikelse under värdet för jämförbar ålder (Z-värde eller Z-score).

Samtidigt noterar Du nu att Gertruds fingrar är svullna på den gipsade sidan och frågar vad hon fått för instruktioner och råd. Gertrud vet inte riktigt om hon förstått informationen.

5:3	Nämn två (inte fler!) enkla instruktioner/råd mot svullna fingrar som Gertrud borde ha fått redan i samband med gipsningen (men som hon alltså inte är helt säker på att hon förstått)?	0 0,5 1
------------	---	------------------------------------

Svar:

|

Ture som varit egenförtagare och ger ett korpulent uttryck tycker inte att hans knän fungerar som tidigare. Han märker att det "maler" litet när han anstränger sig, vilket han i och för sig inte gör så ofta. Han förlägger framförallt besvären till medialsidan, ibland i höger och ibland i vänster knä. Litet stel kan han vara på morgonen men det brukar gå över när han "ledat upp" knäna.

Gertrud å sin sida är spenslig, egentligen ganska smal, och har inga speciella ledproblem. Hon har ett gips vid handleden efter ett fall nyligen. Vid senaste mottagningsbesöket nämnde någon att hon kanske skulle undersöka sitt skelett.

Du noterar att Ture har högt BMI och är otränad med en anamnes som är förenlig med artros, samt att Gertrud sannolikt ådragit sig en radiusfraktur, är smal och är äldre och postmenopausal talande för osteoporos. Du meddelar dem detta.

Gertrud undrar nu vilken undersökning man kan göra för att bedöma hennes skelett.

Du svarar DEXA-mätning och förklarar att osteoporos definieras som ett bentäthetsvärde som ligger mer än 2,5 standardavvikelser under värdet för jämförbar ålder (Z-värde eller Z-score).

Samtidigt noterar Du nu att Gertruds fingrar är svullna på den gipsade sidan och frågar vad hon fått för instruktioner och råd. Gertrud vet inte riktigt om hon förstått informationen.

Hon ska hålla handen högt, röra på fingrarna och om det inte blir bättre söka hjälp av en sjukgymnast.

Av en slump kommer Gertrud vid ett senare tillfälle till akutmottagningen när du har jour.

Hon har nyligen trillat och kommer nu haltande med smärtor och stora svårigheter att stödja på sitt ena ben. Väl på britsen beskriver hon smärtor från höger höft ner mot knäet. Du noterar ingen säker felställning av benet och knäet verkar inte svullet. Du funderar på möjliga differentialdiagnoser. Kan det vara knäet? Sitter det i höften?

5:4	Nämn en vanlig frakturtyp (inte fler!) i knäet hos den åldrade populationen. Nämn även två (inte fler!) vanliga och helt olika frakturtyper i höftregionen som är förenliga med Gertruds symtom och Dina undersökningsfynd.	0 0,5 1
------------	---	------------------------------------

Svar:

|

Ture som varit egenförtagare och ger ett korpulent uttryck tycker inte att hans knän fungerar som tidigare. Han märker att det "maler" litet när han anstränger sig, vilket han i och för sig inte gör så ofta. Han förlägger framförallt besvären till medialsidan, ibland i höger och ibland i vänster knä. Litet stel kan han vara på morgonen men det brukar gå över när han "ledat upp" knäna.

Gertrud å sin sida är spenslig, egentligen ganska smal, och har inga speciella ledproblem. Hon har ett gips vid handleden efter ett fall nyligen. Vid senaste mottagningsbesöket nämnde någon att hon kanske skulle undersöka sitt skelett.

Du noterar att Ture har högt BMI och är otränad med en anamnes som är förenlig med artros, samt att Gertrud sannolikt ådragit sig en radiusfraktur, är smal och är äldre och postmenopausal talande för osteoporos. Du meddelar dem detta.

Gertrud undrar nu vilken undersökning man kan göra för att bedöma hennes skelett.

Du svarar DEXA-mätning och förklarar att osteoporos definieras som ett bentäthetsvärde som ligger mer än 2,5 standardavvikelse under värdet för jämförbar ålder (Z-värde eller Z-score).

Samtidigt noterar Du nu att Gertruds fingrar är svullna på den gipsade sidan och frågar vad hon fått för instruktioner och råd. Gertrud vet inte riktigt om hon förstått informationen.

Hon ska hålla handen högt, röra på fingrarna och om det inte blir bättre söka hjälp av en sjukgymnast.

Av en slump kommer Gertrud vid ett senare tillfälle till akutmottagningen när du har jour. Hon har nyligen trillat och kommer nu haltande med smärtor och stora svårigheter att stödja på sitt ena ben. Väl på britsen beskriver hon smärtor från höger höft ner mot knäet. Du noterar ingen säker felställning av benet och knäet verkar inte svullet. Du funderar på möjliga differentialdiagnoser. Kan det vara knäet? Sitter det i höften?

I knäet tänker du främst på lateral tibikondylfraktur och i höftregionen på inkilad cervikal höftfraktur eller bäckenfraktur.

5:5	Vad i status gör att Du inte tror att det föreligger någon intraartikulär fraktur i knäet, och vad kallas ett fenomen där smärtor som kommer från höften förläggs till knäet?	0 0,5 1
------------	---	------------------------------------

Svar:

Ture som varit egenförtagare och ger ett korpulent uttryck tycker inte att hans knän fungerar som tidigare. Han märker att det "maler" litet när han anstränger sig, vilket han i och för sig inte gör så ofta. Han förlägger framförallt besvären till medialsidan, ibland i höger och ibland i vänster knä. Litet stel kan han vara på morgonen men det brukar gå över när han "ledat upp" knäna.

Gertrud å sin sida är spenslig, egentligen ganska smal, och har inga speciella ledproblem. Hon har ett gips vid handleden efter ett fall nyligen. Vid senaste mottagningsbesöket nämnde någon att hon kanske skulle undersöka sitt skelett.

Du noterar att Ture har högt BMI och är otränad med en anamnes som är förenlig med artros, samt att Gertrud sannolikt ådragit sig en radiusfraktur, är smal och är äldre och postmenopausal talande för osteoporos. Du meddelar dem detta.

Gertrud undrar nu vilken undersökning man kan göra för att bedöma hennes skelett.

Du svarar DEXA-mätning och förklarar att osteoporos definieras som ett bentäthetsvärde som ligger mer än 2,5 standardavvikelser under värdet för jämförbar ålder (Z-värde eller Z-score).

Samtidigt noterar Du nu att Gertruds fingrar är svullna på den gipsade sidan och frågar vad hon fått för instruktioner och råd. Gertrud vet inte riktigt om hon förstått informationen.

Hon ska hålla handen högt, röra på fingrarna och om det inte blir bättre söka hjälp av en sjukgymnast.

Av en slump kommer Gertrud vid ett senare tillfälle till akutmottagningen när du har jour. Hon har nyligen trillat och kommer nu haltande med smärtor och stora svårigheter att stödja på sitt ena ben. Väl på britsen beskriver hon smärtor från höger höft ner mot knäet. Du noterar ingen säker felställning av benet och knäet verkar inte svullet. Du funderar på möjliga differentialdiagnoser. Kan det vara knäet? Sitter det i höften?

I knäet tänker du främst på lateral tibikondylfraktur och i höftregionen på inkilad cervikal höftfraktur eller bäckenfraktur.

Det föreligger ingen säker svullnad av knäet, vilket talar emot intraartikulärt engagemang. Du koncentrerar dig därför nu istället på höftregionen.

5:6	Vad i den fortsatta fysikaliska undersökningen (inte mer än ett förslag!) skulle bäst kunna hjälpa Dig att avgöra om det är en höftfraktur eller en bäckenfraktur. Motivera kortfattat ditt svar.	0 0,5 1
------------	---	------------------------------------

Svar:

|

Ture som varit egenförtagare och ger ett korpulent uttryck tycker inte att hans knän fungerar som tidigare. Han märker att det "maler" litet när han anstränger sig, vilket han i och för sig inte gör så ofta. Han förlägger framförallt besvären till medialsidan, ibland i höger och ibland i vänster knä. Litet stel kan han vara på morgonen men det brukar gå över när han "ledat upp" knäna.

Gertrud å sin sida är spenslig, egentligen ganska smal, och har inga speciella ledproblem. Hon har ett gips vid handleden efter ett fall nyligen. Vid senaste mottagningsbesöket nämnde någon att hon kanske skulle undersöka sitt skelett.

Du noterar att Ture har högt BMI och är otränad med en anamnes som är förenlig med artros, samt att Gertrud sannolikt ådragit sig en radiusfraktur, är smal och är äldre och postmenopausal talande för osteoporos. Du meddelar dem detta.

Gertrud undrar nu vilken undersökning man kan göra för att bedöma hennes skelett.

Du svarar DEXA-mätning och förklarar att osteoporos definieras som ett bentäthetsvärde som ligger mer än 2,5 standardavvikelser under värdet för jämförbar ålder (Z-värde eller Z-score).

Samtidigt noterar Du nu att Gertruds fingrar är svullna på den gipsade sidan och frågar vad hon fått för instruktioner och råd. Gertrud vet inte riktigt om hon förstått informationen.

Hon ska hålla handen högt, röra på fingrarna och om det inte blir bättre söka hjälp av en sjukgymnast.

Av en slump kommer Gertrud vid ett senare tillfälle till akutmottagningen när du har jour. Hon har nyligen trillat och kommer nu haltande med smärtor och stora svårigheter att stödja på sitt ena ben. Väl på britsen beskriver hon smärtor från höger höft ner mot knäet. Du noterar ingen säker felställning av benet och knäet verkar inte svullet. Du funderar på möjliga differentialdiagnoser. Kan det vara knäet? Sitter det i höften?

I knäet tänker du främst på lateral tibikondylfraktur och i höftregionen på inkilad cervikal höftfraktur eller bäckenfraktur. Det föreligger ingen säker svullnad av knäet, vilket talar emot intraartikulärt engagemang. Du koncentrerar dig därför nu istället på höftregionen.

Smärta vid (inåt)rotation föreligger ofta vid en höftfraktur men vanligen inte vid en bäckenfraktur.

5:7 Vad finns det i allmänhet för två (inte fler!) ytterligare kliniska tecken i status hos en patient med höftfraktur förutom att det gör ont att röra på höften? **0**
0,5
1

Svar:

Ture som varit egenförtagare och ger ett korpulent uttryck tycker inte att hans knän fungerar som tidigare. Han märker att det "maler" litet när han anstränger sig, vilket han i och för sig inte gör så ofta. Han förlägger framförallt besvären till medialsidan, ibland i höger och ibland i vänster knä. Litet stel kan han vara på morgonen men det brukar gå över när han "ledat upp" knäna.

Gertrud å sin sida är spenslig, egentligen ganska smal, och har inga speciella ledproblem. Hon har ett gips vid handleden efter ett fall nyligen. Vid senaste mottagningsbesöket nämnde någon att hon kanske skulle undersöka sitt skelett.

Du noterar att Ture har högt BMI och är otränad med en anamnes som är förenlig med artros, samt att Gertrud sannolikt ådragit sig en radiusfraktur, är smal och är äldre och postmenopausal talande för osteoporos. Du meddelar dem detta.

Gertrud undrar nu vilken undersökning man kan göra för att bedöma hennes skelett.

Du svarar DEXA-mätning och förklarar att osteoporos definieras som ett bentäthetsvärde som ligger mer än 2,5 standardavvikelser under värdet för jämförbar ålder (Z-värde eller Z-score).

Samtidigt noterar Du nu att Gertruds fingrar är svullna på den gipsade sidan och frågar vad hon fått för instruktioner och råd. Gertrud vet inte riktigt om hon förstått informationen.

Hon ska hålla handen högt, röra på fingrarna och om det inte blir bättre söka hjälp av en sjukgymnast.

Av en slump kommer Gertrud vid ett senare tillfälle till akutmottagningen när du har jour. Hon har nyligen trillat och kommer nu haltande med smärtor och stora svårigheter att stödja på sitt ena ben. Väl på britsen beskriver hon smärtor från höger höft ner mot knäet. Du noterar ingen säker felställning av benet och knäet verkar inte svullet. Du funderar på möjliga differentialdiagnoser. Kan det vara knäet? Sitter det i höften?

I knäet tänker du främst på lateral tibikondylfraktur och i höftregionen på inkilad cervikal höftfraktur eller bäckenfraktur. Det föreligger ingen säker svullnad av knäet, vilket talar emot intraartikulärt engagemang. Du koncentrerar dig därför nu istället på höftregionen. Smärta vid inåtrotation föreligger ofta vid en höftfraktur men vanligen inte vid en bäckenfraktur.

En höftfraktur kännetecknas ofta av utåtrotation och förkortning av benet. Efter din undersökning av Gertrud visar det sig att hon har rörelsesmärta och du misstänker således en inkilad cervikal höftfraktur. Denna kan möjligen bekräftas vid konventionell röntgenundersökning, men radiologen är ibland osäker på diagnosen.

Du har möjlighet att komplettera utredningen med MR (och avstår därmed från alternativen CT eller scintigrafi) med normalt resultat, möjligen med lätt ökad signal kring trokantern, talande för hematom.

Du överväger att lägga in Gertrud, men hon vill absolut gå hem, eftersom hon tycker att hon blivit bättre. Du noterar att så är fallet, men en avlastande krycka vore inte helt fel.

5:9 Vilken sida ska Gertrud använda kryckan på?

0

1

Svar:

|

Ture som varit egenförtagare och ger ett korpulent uttryck tycker inte att hans knän fungerar som tidigare. Han märker att det "maler" litet när han anstränger sig, vilket han i och för sig inte gör så ofta. Han förlägger framförallt besvären till medialsidan, ibland i höger och ibland i vänster knä. Litet stel kan han vara på morgonen men det brukar gå över när han "ledat upp" knäna.

Gertrud å sin sida är spenslig, egentligen ganska smal, och har inga speciella ledproblem. Hon har ett gips vid handleden efter ett fall nyligen. Vid senaste mottagningsbesöket nämnde någon att hon kanske skulle undersöka sitt skelett.

Du noterar att Ture har högt BMI och är otränad med en anamnes som är förenlig med artros, samt att Gertrud sannolikt ådragit sig en radiusfraktur, är smal och är äldre och postmenopausal talande för osteoporos. Du meddelar dem detta.

Gertrud undrar nu vilken undersökning man kan göra för att bedöma hennes skelett.

Du svarar DEXA-mätning och förklarar att osteoporos definieras som ett bentäthetsvärde som ligger mer än 2,5 standardavvikelse under värdet för jämförbar ålder (Z-värde eller Z-score).

Samtidigt noterar Du nu att Gertruds fingrar är svullna på den gipsade sidan och frågar vad hon fått för instruktioner och råd. Gertrud vet inte riktigt om hon förstått informationen.

Hon ska hålla handen högt, röra på fingrarna och om det inte blir bättre söka hjälp av en sjukgymnast.

Av en slump kommer Gertrud vid ett senare tillfälle till akutmottagningen när du har jour. Hon har nyligen trillat och kommer nu haltande med smärtor och stora svårigheter att stödja på sitt ena ben. Vål på britsen beskriver hon smärtor från höger höft ner mot knäet. Du noterar ingen säker felställning av benet och knäet verkar inte svullet. Du funderar på möjliga differentialdiagnoser. Kan det vara knäet? Sitter det i höften?

I knäet tänker du främst på lateral tibikondylfraktur och i höftregionen på inkilad cervikal höftfraktur eller bäckenfraktur. Det föreligger ingen säker svullnad av knäet, vilket talar emot intraartikulärt engagemang. Du koncentrerar dig därför nu istället på höftregionen. Smärta vid inåtrotation föreligger ofta vid en höftfraktur men vanligen inte vid en bäckenfraktur.

En höftfraktur kännetecknas ofta av utåtrotation och förkortning av benet. Efter din undersökning av Gertrud visar det sig att hon har rörelsesmärta och du misstänker således en inkilad cervikal höftfraktur. Denna kan möjligen bekräftas vid konventionell röntgenundersökning, men radiologen känner sig osäker på diagnosen.

Du kompletterar utredningen med CT och MR (men avstår från scintigrafi), och båda är normala, möjligen med lätt ökad signal på MR kring trokantern talande för hematom. Du överväger att lägga in Gertrud, men hon vill absolut gå hem, eftersom hon tycker att hon blivit bättre. Du noterar att så är fallet, men en krycka vore inte helt fel.

Gertud ska använda kryckan på vänster sida (motsatta sidan mot där hon har ont).

På din nästa jour dyker Ture upp. Han har fått mer ont efter ett litet snedtramp under helgens övningar. Han har pratat med en granne, som säger att det är en meniskskada han har fått och att han ska ha en "magnetrontgen" gjord och sedan en titthålsoperation.

I din undersökning av knäet kan du förvisso notera att det gör ont medialt men i övrigt saknas specifika tecken på meniskskada liksom någon säker hydrops. Ture har inga låsningar utan bara mer ont än när du såg honom senast. Eftersom du är påläst, vet du att vare sig en magnetkameraundersökning eller en artroskopi tillför något hos denna typ av patienter.

5:10 Om du ska beställa en utredning av knäet, vilken undersökning kan vara aktuell, hur genomförs i så fall undersökningen tekniskt och när tidsmässigt bör den göras?

0
0,5
1
1,5
2

Svar:

Ture som varit egenförtagare och ger ett korpulent uttryck tycker inte att hans knän fungerar som tidigare. Han märker att det "maler" litet när han anstränger sig, vilket han i och för sig inte gör så ofta. Han förlägger framförallt besvären till medialsidan, ibland i höger och ibland i vänster knä. Litet stel kan han vara på morgonen men det brukar gå över när han "ledat upp" knäna.

.....

Du noterar att Ture har högt BMI och är otränad med en anamnes på artros.

.....

På din nästa jour dyker Ture upp. Han har fått mer ont efter ett litet snedtramp under helgens övningar. Han har pratat med en granne som säger att det är en meniskskada han har och att han ska ha en "magnetrontgen" gjord och sedan en titthålsoperation. I din undersökning av knäet kan du förvisso notera att det gör ont medialt men i övrigt saknas specifika meniskecken liksom någon säker hydrops. Han har inga låsningar, bara mer ont än när du såg honom senast. Eftersom du är påläst vet du att vare sig en magnetkameraundersökning eller en artroskopi tillför något hos denna typ av patienter.

En röntgenundersökning av knäet med belastade bilder kan bli aktuell, främst för att utesluta annan åkomma än artros, t ex tumör, men undersökningen behöver (och bör) inte göras akut. Du känner dig osäker på diagnosen och ordnar ett återbesök med röntgen.

Vid återbesöket bekräftas dina misstankar – det finns lindriga tecken på artros medialt, minimalt sänkt ledspringa och osteofyter.

5:11 Vad vill du ordinera Ture nu? Nämn tre (inte fler!) relevanta råd eller behandlingar. **0**
0,5

Svar:

1

Epilog

Ture som varit egenförtagare och ger ett korpulent uttryck tycker inte att hans knän fungerar som tidigare. Han märker att det "maler" litet när han anstränger sig, vilket han i och för sig inte gör så ofta. Han förlägger framförallt besvären till medialsidan, ibland i höger och ibland i vänster knä. Litet stel kan han vara på morgonen men det brukar gå över när han "ledat upp" knäna.

.....

Du noterar att Ture har högt BMI och är otränad med en anamnes på artros

.....

På din nästa jour dyker Ture upp. Han har fått mer ont efter ett litet snedtramp under helgens övningar. Han har pratat med en granne som säger att det är en meniskskada han har och att han ska ha en "magnetrontgen" gjord och sedan en titthålsoperation. I din undersökning av knäet kan du förvisso notera att det gör ont medialt men i övrigt saknas specifika meniskecken liksom någon säker hydrops. Han har inga låsningar, bara mer ont än när du såg honom senast. Eftersom du är påläst vet du att vare sig en magnetkameraundersökning eller en artroskopi tillför något hos denna typ av patienter.

En röntgenundersökning av knäet med belastade bilder kan bli aktuell, främst för att utesluta annan åkomma än artros, t ex tumör, men undersökningen behöver (och bör) inte göras akut. Du känner dig osäker på diagnosen och ordnar ett återbesök med röntgen.

Vid återbesöket bekräftas dina misstankar – det finns lindriga tecken på artros medialt, minimalt sänkt ledspringa och osteofyter.

Lämpliga råd och behandlingar kan vara artrosskola (sjukdomsinformation och copingstrategier), sjukgymnastik, lårmuskelträning, neuromuskulär träning, smärtstillande och antiinflammatoriska läkemedel samt viktkontroll.

6. ONKOLOGI

Brita är en 51-årig kvinna, tidigare väsentligen frisk. Hon har känt en knöl i höger bröst för ett halvår sedan. Denna knöl har vuxit till de senaste månaderna. Hon har dessutom blivit mera trött, fått smärtor i ryggen, höfter och axlar samt fått en envis hosta på sistone. Hon söker till dig som gör din tjänstgöring på vårdcentralen i en universitetsstad under AT. Du undersöker patienten och finner normalt fynd på cor och pulm, bltr 140/75, buk ua. Du undersöker bröstet och kan känna knutan i höger bröst.

6:1 Ge fem (inte fler!) exempel på i vilka avseenden du bör beskriva dina undersökningsfynd betr bröstet i journalen?

Svar:

0
0,5
1
1,5
2

6:2 Vilka två (inte fler!) undersökningar beställer du med anledning av fyndet i bröstet?

Svar:

0
0,5
1

Brita är en 51-årig kvinna, tidigare väsentligen frisk. Hon har känt en knöl i höger bröst för ett halvår sedan. Denna knöl har vuxit till de senaste månaderna. Hon har dessutom blivit mera trött, fått smärtor i ryggen, höfter och axlar samt fått en envis hosta på sistone. Hon söker till dig som gör din tjänstgöring på vårdcentralen i en universitetsstad under AT. Du undersöker patienten och finner normalt fynd på cor och pulm, bltr 140/75, buk ua. Du undersöker bröstet och kan känna knutan i höger bröst.

I journalen beskriver du en ca 2,5 cm stor knuta i hö bröstets övre laterala kvadrant klockan 2. Knutan är belägen ca 4 cm från mamillen som ser normal ut. Den är fritt rörlig mot underlaget och det finns inga hudindragningar. Axiller och fossa supra- och infraclavicularis palperas ua.

Mammografi visar en ca 2,3 cm stor resistens i höger bröst motsvarande palpationsfyndet som har malignt utseende. Finnålspunktion visar invasiv duktal cancer.

.

6:3 Vad misstänker du med ledning av patientens övriga symtom (ökad allmän trötthet, nytillkomna skelettsmärter, hosta)?

Svar:

0
0,5
1

6:4 Vilka två (inte fler!) undersökningar beställer du?

Svar:

0
0,5
1

Kod:

Brita är en 51-årig kvinna, tidigare väsentligen frisk. Hon har känt en knöl i höger bröst för ett halvår sedan. Denna knöl har vuxit till de senaste månaderna. Hon har dessutom blivit mera trött, fått smärtor i ryggen, höfter och axlar samt fått en envis hosta på sistone. Hon söker till dig som gör din tjänstgöring på vårdcentralen i en universitetsstad under AT. Du undersöker patienten och finner normalt fynd på cor och pulm, bltr 140/75, buk ua. Du undersöker bröstet och kan känna knutan i höger bröst.

I journalen beskriver du en ca 2,5 cm stor knuta i hö bröstets övre laterala kvadrant klockan 2. Knutan är belägen ca 4 cm från mamillen som ser normal ut. Den är fritt rörlig mot underlaget och det finns inga hudindragningar. Axiller och fossa supra- och infraclavicularis palperas ua.

Mammografi visar en ca 2,3 cm stor resistens i höger bröst motsvarande palpationsfyndet som har malignt utseende. Finnålspunktion visar invasiv ductal cancer.

Du misstänker att patientens bröstcancer har spridit sig och att hon eventuellt har metastaser i skelettet och i lungorna. Du beställer CT thorax-buk samt skelettscintigrafi (eller MR skelett). På CT thorax-buk ser man metastassuspekta förändringar bilateralt i lungorna. Skelettscintigrafi visar kraftigt ökat upptag på flera ställen i skelettet bl a i kotpelare, revben, axlar och höfter.

Du informerar patienten om att hon har en misstänkt spridning av sin bröstcancer och att du kommer att remittera henne vidare till Onkologiska kliniken för palliativ behandling.

6:5 Nämn tre (inte fler!) av de vanligaste typerna av palliativ behandling som används vid bröstcancer

Svar:

0
0,5
1

Brita är en 51-årig kvinna, tidigare väsentligen frisk. Hon har känt en knöl i höger bröst för ett halvår sedan. Denna knöl har vuxit till de senaste månaderna. Hon har dessutom blivit mera trött, fått smärtor i ryggen, höfter och axlar samt fått en envis hosta på sistone. Hon söker till dig som gör din tjänstgöring på vårdcentralen i en universitetsstad under AT. Du undersöker patienten och finner normalt fynd på cor och pulm, bltr 140/75, buk ua. Du undersöker bröstet och kan känna knutan i höger bröst.

I journalen beskriver du en ca 2,5 cm stor knuta i hö bröstets övre laterala kvadrant klockan 2. Knutan är belägen ca 4 cm från mamillen som ser normal ut. Den är fritt rörlig mot underlaget och det finns inga hudindragningar. Axiller och fossa supra- och infraclavicularis palperas ua.

Mammografi visar en ca 2,3 cm stor resistens i höger bröst motsvarande palpationsfyndet som har malignt utseende. Finnålspunktion visar invasiv ductal cancer.

Du misstänker att patientens bröstcancer har spridit sig och att hon eventuellt har metastaser i skelettet och i lungorna. Du beställer CT thorax- buk samt skelettscintigrafi. På CT thorax-buk ser man metastassuspekta förändringar bilateralt i lungorna. Skelettscintigrafi visar kraftigt ökat upptag på flera ställen i skelettet bl a i kotpelare, revben, axlar och höfter.

Du informerar patienten om att hon har en misstänkt spridning av sin bröstcancer och att du kommer att remittera henne vidare till Onkologiska kliniken för palliativ behandling.

Du berättar för patienten att det kan bli aktuellt med cytostatikabehandling, strålbehandling, hormonbehandling eller targetterapi (Herceptin).

Några dagar senare ringer patienten och klagar över nytillkomna gångsvårigheter och tilltagande ryggsmärtor.

6:6 Vad misstänker du?

Svar:

**0
1**

Brita är en 51-årig kvinna, tidigare väsentligen frisk. Hon har känt en knöl i höger bröst för ett halvår sedan. Denna knöl har vuxit till de senaste månaderna. Hon har dessutom blivit mera trött, fått smärtor i ryggen, höfter och axlar samt fått en envis hosta på sistone. Hon söker till dig som gör din tjänstgöring på vårdcentralen i en universitetsstad under AT. Du undersöker patienten och finner normalt fynd på cor och pulm, bltr 140/75, buk ua. Du undersöker bröstet och kan känna knutan i höger bröst.

I journalen beskriver du en ca 2,5 cm stor knuta i hö bröstets övre laterala kvadrant klockan 2. Knutan är belägen ca 4 cm från mamillen som ser normal ut. Den är fritt rörlig mot underlaget och det finns inga hudindragningar. Axiller och fossa supra- och infraclavicularis palperas ua.

Mammografi visar en ca 2,3 cm stor resistens i höger bröst motsvarande palpationsfyndet som har malignt utseende. Finnålspunktion visar invasiv ductal cancer.

Du misstänker att patientens bröstcancer har spridit sig och att hon eventuellt har metastaser i skelettet och i lungorna. Du beställer CT thorax- buk samt skelettscintigrafi. På CT thorax-buk ser man metastassuspekta förändringar bilateralt i lungorna. Skelettscintigrafi visar kraftigt ökat upptag på flera ställen i skelettet bl a i kotpelare, revben, axlar och höfter.

Du informerar patienten om att hon har en misstänkt spridning av sin bröstcancer och att du kommer att remittera henne vidare till Onkologiska kliniken för palliativ behandling.

Du berättar för patienten att det kan bli aktuellt med cytostatikabehandling, strålbehandling, hormonbehandling eller targetterapi (Herceptin).

Några dagar senare söker patienten akut på grund av nyttillkomna gångsvårigheter och tilltagande ryggsmärtor.

Du misstänker medulla-/cauda-equinakompression och undersökningen av patienten förstärker din misstanke.

6:7 Förutom nedsatt motorik i benen, vilka är de andra två (inte fler!) vanliga kliniska neurologiska fynden vid akut medullakompression?

Svar:

0
0,5
1

7. KÄRLKIRURGI

Du jobbar på akutmottagningen och en 54-årig tidigare frisk man kommer in med ambulans p g a plötslig mycket svår smärta i bröstet. Vid ankomsten är patienten ordentligt smärtpåverkad, kallsvettig och blek. Cor RR inga biljud, lungor ua, BT 180/110. EKG i akutrummet visar inget patologiskt, och hjärtenzymer visar sig snabbt vara normala. Hb är 134 g/l och B-glukos 8,7 mmol/l. Medan du inväntar svar på dessa prover uppger patienten att smärtan delvis förflyttat sig bakåt mot ryggen.

7.1 Föreslå två (inte fler!) kliniskt relevanta differentialdiagnoser i detta skede?

0
0,5
1

Du jobbar på akutmottagningen och en 54-årig tidigare frisk man kommer in med ambulans p g a plötslig mycket svår smärta i bröstet. Vid ankomsten är patienten ordentligt smärtpåverkad, kallsvettig och blek. Cor RR inga biljud, lungor ua, BT 180/110.

EKG i akutrummet visar inget patologiskt, och hjärtenzymer visar sig snabbt vara normala. Hb är 134 g/l och B-glukos 8,7 mmol/l. Medan du inväntar svar på dessa prover uppger patienten att smärtan delvis förflyttat sig bakåt mot övre och mellersta delen av ryggen.

Du kan, trots frånvaro av EKG- och enzymförändringar, fortfarande inte kliniskt utesluta en akut hjärtinfarkt eller svår kardiell ischemi. En annan relevant differentialdiagnos är aortadissektion. Även lungembolisering eller gastroesofagit kan differentialdiagnostiskt övervägas.

7.2 Med vilken fysikalisk undersökning (inte flera!) vill du nu i första hand komplettera ditt intagningsstatus vid klinisk misstanke på aortadissektion, och vilken akut undersökning (inte flera!) beställer du för att kunna verifiera eller avfärda denna misstanke?

0
0,5
1

Du jobbar på akutmottagningen och en 54-årig tidigare frisk man kommer in med ambulans p g a plötslig mycket svår smärta i bröstet. Vid ankomsten är patienten ordentligt smärtpåverkad, kallsvettig och blek. Cor RR inga biljud, lungor ua, BT 180/110. EKG i akutrummet visar inget patologiskt, och hjärtenzymer visar sig snabbt vara normala. Hb är 134 g/l och B-glukos 8,7 mmol/l. Medan du inväntar svar på dessa prover uppger patienten att smärtan delvis förflyttat sig kât mot övre och mellersta delen av ryggen. Du kan, trots frånvaro av EKG- och enzymförändringar, fortfarande inte kliniskt utesluta en akut hjärtinfarkt eller svår kardiell ischemi. En annan relevant differentialdiagnos är aortadissektion. Även lungembolisering eller gastroesofagit kan differentialdiagnostiskt övervägas.

Du kompletterar din kliniska undersökning med distalt kärlstatus, för att kontrollera att pulsar i karotider, radial- och femoralartärer är normala, ordinerar smärtlindring och beställer en spiral-CT thorax-buk (och behöver därmed inte beställa transesofageal Dopplerundersökning).

Spiral-CT-undersökningen verifierar en aortadissektion typ A.

7.3 Diskutera kortfattat uppkomstmekanismerna för två (inte fler!) livshotande medicinska komplikationer till denna typ av dissektion.

0
0,5
1

7.4 Vilket strategiskt beslut fattar du nu mot bakgrund av risken för dessa komplikationer?

0
0,5
1

Du jobbar på akutmottagningen och en 54-årig tidigare frisk man kommer in med ambulans p g a plötslig mycket svår smärta i bröstet. Vid ankomsten är patienten ordentligt smärtpåverkad, kallsvettig och blek. Cor RR inga biljud, lungor ua, BT 180/110. EKG i akutrummet visar inget patologiskt, och hjärtenzymer visar sig snabbt vara normala. Hb är 134 g/l och B-glukos 8,7 mmol/l. Medan du inväntar svar på dessa prover uppger patienten att smärtan delvis förflyttat sig kåt mot övre och mellersta delen av ryggen. Du kan, trots frånvaro av EKG- och enzymförändringar, fortfarande inte kliniskt utesluta en akut hjärtinfarkt eller svår kardiell ischemi. En annan relevant differentialdiagnos är aortadissektion. Även lungembolisering eller gastroesofagit kan differentialdiagnostiskt övervägas. Du kompletterar din kliniska undersökning med distalt kärlstatus, för att kontrollera att pulsar i karotider, radial- och femoralartärer är normala, ordinerar smärtlindring och beställer en spiral-CT thorax-buk (och behöver därmed inte beställa transesofageal Dopplerundersökning). Spiral CT-undersökningen verifierar en aortadissektion typ A.

En aortadissektion typ A omfattar aorta ascendens, och risken finns att dissektionen stryper den koronara cirkulationen, påverkar aortaklaffen och rupturerar och ger en hjärttamponad. Risken för sådan utveckling är mycket stor, och patienten ska därför omedelbart diskuteras med och överföras till thoraxkirurgisk avdelning. Han genomgår framgångsrikt operation i hjärt-lungmaskin med rak graft i aorta ascendens, och varken koronarkärl eller aortaklaff behöver rekonstrueras.

Femton år senare återkommer han, 69 år gammal, med två dagars anamnes på lätt vänstersidig kraftnedsättning i armen och något i benet. I status finner du gott allmäntillstånd, regelbunden härtrytm 78/min, BT 185/100 (kvarstår under flera dygn, lika i armarna) samt ett blåsljud på halsen motsvarande höger karotid. Kärlstatus visar goda pulsar i a radialis och a carotis bilateralt liksom normala pulsar i nedre extremiteterna.

Laboratoriemässigt finner du B-Hb 131 g/l, S-Kreatinin 128 µmol/l, fP-Glc 5,2 mmol/l, S-Kolesterol 6,6 mmol/l och S-LDL-kolesterol 4,2 mmol/l. EKG är ua.

7.5 Vilka två (inte fler!) utredningar vill du nu komplettera med?

0
0,5
1

7.6 Föreslå tre (inte fler!) typer av läkemedel som du skulle vilja ge för att optimera patientens tillstånd och beskriv deras viktigaste effekter i detta sammanhang.

0
0,5
1

Epilog

Du jobbar på akutmottagningen och en 54-årig tidigare frisk man kommer in med ambulans p g a plötslig mycket svår smärta i bröstet. Vid ankomsten är patienten ordentligt smärtpåverkad, kallsvettig och blek. Cor RR inga biljud, lungor ua, BT 180/110. EKG i akutrummet visar inget patologiskt, och hjärtenzymer visar sig snabbt vara normala. Hb är 134 g/l och B-glukos 8,7 mmol/l. Medan du inväntar svar på dessa prover uppger patienten att smärtan delvis förflyttat sig kåt mot övre och mellersta delen av ryggen. Du kan, trots frånvaro av EKG- och enzymförändringar, fortfarande inte kliniskt utesluta en akut hjärtinfarkt eller svår kardiell ischemi. En annan relevant differentialdiagnos är aortadissektion. Även lungembolisering eller gastroesofagit kan differentialdiagnostiskt övervägas. Du kompletterar din kliniska undersökning med distalt kärlstatus, för att kontrollera att pulsar i karotider, radial- och femoralartärer är normala, ordinerar smärtlindring och beställer en spiral-CT thorax-buk (och behöver därmed inte beställa transesofageal Dopplerundersökning). Spiral CT-undersökningen verifierar en aortadissektion typ A. En aortadissektion typ A omfattar aorta ascendens, och risken finns att dissektionen stryper den koronara cirkulationen, påverkar aortaklaffen och rupturerar och ger en hjärttamponad. Risken för sådan utveckling är mycket stor, och patienten ska därför omedelbart diskuteras med och överföras till thoraxkirurgisk avdelning. Han genomgår framgångsrikt operation i hjärt-lungmaskin med rak graft i aorta ascendens, och varken koronarkärl eller aortaklaff behöver rekonstrueras.

Femton år senare återkommer han, 69 år gammal, med två dagars anamnes på lätt vänstersidig kraftnedsättning i armen och något i benet. I status finner du gott allmäntillstånd, regelbunden härtrytm 78/min, BT 185/100 (kvarstår under flera dygn, lika i armarna) samt ett blåsljud på halsen motsvarande höger karotid. Kärlstatus visar goda pulsar i a radialis och a carotis bilateralt liksom normala pulsar i nedre extremiteterna. Laboratoriemässigt finner du B-Hb 131 g/l, S-Kreatinin 128 µmol/l, fP-Glc 5,2 mmol/l, S-Kolesterol 6,6 mmol/l och S-LDL-kolesterol 4,2 mmol/l. EKG är ua.

Du föranstaltar om CT hjärna (skalle), som är u a, och om duplex karotider, som visar 80 % stenosis med ulceration på vänster sida och på höger ett kalktätt plack i karotisbifurkationen med 50 % stenosis i interna. Båda vertebralartärerna är något stenotiska, men flödesriktningen i a ofthalmica är normal bilateralt. Patienten hade vänstersidiga bortfallssymtom, och den högra karotiden var inte kraftigt stenotisk. Den icke-symtomgivande karotiden hade mer uttalad stenosis, och här skulle man möjligen ha kunnat överväga operation. Åldern talar dock emot detta, och patienten fortsätter istället med farmakologisk behandling och profylax enligt nedan.

Du påbörjar farmakologisk behandling/profylax med statiner (t ex T Simvastatin 40 mg 1x1) för att sänka blodfetterna, med selektiv betablockerare (t ex T Tenormin 50 mg 1x1) för att sänka blodtrycket, och med acetylsalicylsyra/ASA (t ex T Trombyl 160 mg 1x1) för trombocyttaggregationshämmning.

Redan några dagar efter insjuknandet har patienten återfått normala funktioner i armen och benet.