

## Delprov 2 Kliniska case - 190507

---

### Question #: 1

En 66-årig man ska planeras för årligt läkarbesök på hälsocentralen för uppföljning av sin diabetes. I patientjournalen finns diagnoserna hypertoni, divertikulos, astma och typ 2-diabetes noterade. Diabetessköterskan berättar att patienten uteblivit från planerade besök och att hon fått känslan av att patienten kan ha alkoholproblem trots att han förnekat att han dricker alkohol. Du bestämmer dig för att komplettera provtagningen inför läkarbesöket.

Vilket blodprov avspeglar bäst patientens alkoholkonsumtion den senaste veckan?

- A. P-ASAT/ALAT
- B. S-CDT
- C. B-MCV
- D. P-GT
- ✓E. B-PEth

---

**Question #: 2**

*En 66-årig man ska planeras för årligt läkarbesök på hälsocentralen för uppföljning av sin diabetes. I patientjournalen finns diagnoserna hypertoni, divertikulos, astma och typ 2-diabetes noterade.*

*Diabetessköterskan berättar att patienten uteblivit från planerade besök och att hon fått känslan av att patienten kan ha alkoholproblem trots att han förnekat att han dricker alkohol. Du bestämmer dig för att komplettera provtagningen inför läkarbesöket.*

Du kompletterade provtagningen med B-PEth för att få en uppfattning om patienten druckit alkohol senaste veckan. Patienten står sedan diabetesdebuten för åtta år sedan på T. metformin 850 mg 1×3. Du vet att metformin kan orsaka ett bristtillstånd och vill komplettera provtagningen.

Vad bör du i första hand utesluta brist på med tanke på metforminbehandlingen?

- A. Erytropoetin
- ✓B. B12
- C. Tiamin
- D. Folat
- E. Järn

---

**Question #: 3**

*En 66-årig man ska planeras för årligt läkarbesök på hälsocentralen för uppföljning av sin diabetes. I patientjournalen finns diagnoserna hypertoni, divertikulos, astma och typ 2-diabetes noterade.*

*Diabetessköterskan berättar att patienten uteblivit från planerade besök och att hon fått känslan av att patienten kan ha alkoholproblem trots att han förnekat att han dricker alkohol. Du bestämmer dig för att komplettera provtagningen inför läkarbesöket.*

*Du kompletterade provtagningen med B-PEth för att få en uppfattning om patienten druckit alkohol senaste veckan. Patienten står sedan diabetesdebuten för åtta år sedan på T. metformin 850 mg 1×3. Du vet att metformin kan orsaka ett bristtillstånd och vill komplettera provtagningen.*

*Metforminbehandling ökar risken för B12-brist.*

*Patienten har normalt kreatinin men du vill ändå utesluta att han har begynnande diabetesnefropati.*

Vilket av nedanstående är bäst för att tidigt hitta diabetesnefropati?

- A. Mikroalbuminuri
- B. Ketonuri
- C. Glukosuri
- D. Hematuri
- E. Nitrit i urinen

---

**Question #: 4**

*En 66-årig man ska planeras för årligt läkarbesök på hälsocentralen för uppföljning av sin diabetes. I patientjournalen finns diagnoserna hypertoni, divertikulos, astma och typ 2-diabetes noterade.*

*Diabetessköterskan berättar att patienten uteblivit från planerade besök och att hon fått känslan av att patienten kan ha alkoholproblem trots att han förnekat att han dricker alkohol. Du bestämmer dig för att komplettera provtagningen inför läkarbesöket.*

*Du kompletterade provtagningen med B-PEth för att få en uppfattning om patienten druckit alkohol senaste veckan. Patienten står sedan diabetesdebuten för åtta år sedan på T. metformin 850 mg 1×3. Du vet att metformin kan orsaka ett bristtillstånd och vill komplettera provtagningen.*

*Metforminbehandling ökar risken för B12-brist.*

*Patienten har normalt kreatinin men du vill ändå utesluta att han har begynnande diabetesnefropati.*

*Du tar prov för mikroalbuminuri.*

*U-albumin/kreatininkvoten är förhöjd liksom föregående år och ligger på en nivå som vid mikroalbuminuri.*

*Patienten har alltså tecken på begynnande nefropati, så kallad incipient nefropati.*

*P-kreatinin är normalt och eGFR beräknas till 92 mL/min/1,73m<sup>2</sup> (referensintervall >60). Blodstatus är normalt.*

*HbA1c var för ett år sedan 55 mmol/mol (referensintervall 31-46) och är nu 66 mmol/mol. Vikten är oförändrad det senaste året, 89 kg med BMI 29 kg/m<sup>2</sup>. Blodtrycket är 126/78 mmHg.*

*Övriga läkemedel på patientens medicinlista är: T. acetylsalicylsyra 75 mg 1×1, T. sitagliptin 10 mg 1×1. T. metoprolol depot 100 mg 1×1, T. amlodipin 5 mg 1×1, T. atorvastatin 40 mg 1×1.*

Vad är viktigast att fokusera på vid en begynnande nefropati?

- A. Reducera proteinintaget
- B. Reducera HbA1c-nivån
- ✓C. Blodtrycksbehandlingen
- D. Viktreduktion
- E. Lipidbehandlingen

---

**Question #: 5**

*En 66-årig man ska planeras för årligt läkarbesök på hälsocentralen för uppföljning av sin diabetes. I patientjournalen finns diagnoserna hypertoni, divertikulos, astma och typ 2-diabetes noterade.*

*Diabetessköterskan berättar att patienten uteblivit från planerade besök och att hon fått känslan av att patienten kan ha alkoholproblem trots att han förnekat att han dricker alkohol. Du bestämmer dig för att komplettera provtagningen inför läkarbesöket.*

*Du kompletterade provtagningen med B-PEth för att få en uppfattning om patienten druckit alkohol senaste veckan. Patienten står sedan diabetesdebuten för åtta år sedan på T. metformin 850 mg 1×3. Du vet att metformin kan orsaka ett bristtillstånd och vill komplettera provtagningen.*

*Metforminbehandling ökar risken för B12-brist.*

*Patienten har normalt kreatinin men du vill ändå utesluta att han har begynnande diabetesnefropati.*

*Du tar prov för mikroalbuminuri.*

*U-albumin/kreatininkvoten är förhöjd liksom föregående år och ligger på en nivå som vid mikroalbuminuri.*

*Patienten har alltså tecken på begynnande nefropati, så kallad incipient nefropati.*

*P-kreatinin är normalt och eGFR beräknas till 92 mL/min/1,73m<sup>2</sup> (referensintervall >60). Blodstatus är normalt.*

*HbA1c var för ett år sedan 55 mmol/mol (referensintervall 31-46) och är nu 66 mmol/mol. Vikten är oförändrad det senaste året, 89 kg med BMI 29 kg/m<sup>2</sup>. Blodtrycket är 126/78 mmHg.*

*Övriga läkemedel på patientens medicinlista är: T. acetylsalicylsyra 75 mg 1×1, T. sitagliptin 10 mg 1×1. T. metoprolol depot 100 mg 1×1, T. amlodipin 5 mg 1×1, T. atorvastatin 40 mg 1×1.*

*Utifrån att acetylsalicylsyra och metoprolol verkar ha tillkommit på medicinlistan sedan föregående läkarbesök frågar du patienten vad som hänt. Han berättar att han haft en hjärtinfarkt för ca 1½ år sedan.*

Vilken kombination av läkemedel bör du i första hand överväga att sätta in hos denne patient?

- A. Pioglitazon och bendroflumetazid
- B. Pioglitazon och hydroklortiazid
- C. Pioglitazon och candesartan
- D. Empagliflozin och hydroklortiazid
- ✓E. Empagliflozin och candesartan

---

**Question #: 6**

En 72-årig tidigare lastbilschaufför kommer till hälsocentralen. Han är PCI-behandlad två gånger för ischemisk hjärtsjukdom, senast för 9 år sedan. Han har haft en lättare andfåddhet sedan åtminstone 5 år tillbaka, men den har ökat successivt och framför allt tilltagit sista året. Han besväras av torrhosta sedan flera år och även den har blivit värre. Han får inte upp något slem. Vid förkylningar blir andningen jobbigare. Det framkommer att han rökt cirka 1 paket cigaretter per dag från 15 års ålder fram till för 10 år sedan. Han blir lättare andfådd än sin hustru men promenerar 4 km på plan mark varje dag. Dock försöker han undvika uppförsbackar som blir allt mer jobbiga. Han medicinerar med T. acetylsalicylsyra 75 mg  $\times$ 1 och tar nitroglycerinspray enstaka gånger, men tycker att den inte har någon större effekt. Han har haft hypertonimedicinering som han har slutat med.

**Status:**

Allmäntillstånd: Opåverkad i vila. Andfådd vid gång. Inga benödem.

Cor: Regelbunden rytm, 82 /minut utan biljud.

Pulm: Torra knaster och krepitationer över lungorna framför allt dorsalt och lateralt.

Blodtryck: 130/90 mmHg.

Vilket tillstånd bör du framför allt misstänka?

- A. Astma
- B. Angina pectoris
- C. Lungemboli
- ✓D. Lungfibros
- E. Pulmonell arteriell hypertension

---

**Question #: 7**

*En 72-årig tidigare lastbilschaufför kommer till hälsocentralen. Han är PCI-behandlad två gånger, senast för 9 år sedan. Han har haft en lättare andfåddhet sedan åtminstone 5 år tillbaka, men den har ökat successivt och framför allt tilltagit sista året. Han besväras av torrhosta sedan flera år och även den har blivit värre. Han får inte upp något slem. Vid förkylningar blir andningen jobbigare. Det framkommer att han rökt cirka 1 paket cigaretter per dag från 15 års ålder fram till för 10 år sedan. Han blir lättare andfådd än sin hustru men promenerar 4 km på plan mark varje dag. Dock försöker han undvika uppförsbackar som blir allt mer jobbiga. Han medicinerar med T. acetylsalicylsyra 75 mg ×1 och tar Nitroglycerinspray enstaka gånger, men tycker att den inte har någon större effekt. Han har haft hypertoni medicinering som han har slutat med.*

**Status:**

*Allmäntillstånd: Opåverkad i vila. Andfådd vid gång. Inga benödem.*

*Cor: regelbunden rytm, 82 /minut utan biljud.*

*Pulm: Torra knaster och krepitationer över lungorna framför allt dorsalt och lateralt.*

*Blodtryck: 130/90 mmHg.*

*Du misstänker lungfibros i första hand.*

Vilken undersökning är nu mest motiverad vid misstanke på lungfibros?

- A. Lungscintigrafi
- ✓B. Lungröntgen
- C. PEF kurva
- D. Ekokardiografi
- E. Spirometri

---

**Question #: 8**

*En 72-årig tidigare lastbilschaufför kommer till hälsocentralen. Han är PCI-behandlad två gånger, senast för 9 år sedan. Han har haft en lättare andfåddhet sedan åtminstone 5 år tillbaka, men den har ökat successivt och framför allt tilltagit sista året. Han besväras av torrhosta sedan flera år och även den har blivit värre. Han får inte upp något slem. Vid förkylningar blir andningen jobbigare. Det framkommer att han rökt cirka 1 paket cigaretter per dag från 15 års ålder fram till för 10 år sedan. Han blir lättare andfådd än sin hustru men promenerar 4 km på plan mark varje dag. Dock försöker han undvika uppförbackar som blir allt mer jobbiga. Han medicinerar med T. acetylsalicylsyra 75 mg ×1 och tar Nitroglycerinspray enstaka gånger, men tycker att den inte har någon större effekt. Han har haft hypertoni medicinering som han har slutat med.*

**Status:**

*Allmäntillstånd: Opåverkad i vila. Andfådd vid gång. Inga benödem.*

*Cor: regelbunden rytm, 82 /minut utan biljud.*

*Pulm: Torra knaster och krepitationer över lungorna framför allt dorsalt och lateralt.*

*Blodtryck: 130/90 mmHg.*

*Du misstänker lungfibros i första hand.*

*Du beställer en lungröntgen som visar på utbredda lunginfiltrat förenliga med lungfibros. Det finns också en 3 cm stor rundad förändring som ligger mot pleuran i vänster underlob.*

Vilket tillstånd misstänker du i första hand förutom lungfibros?

- A. Pleurit
- B. SLE
- C. Lungemboli
- ✓D. Lungcancer
- E. Pneumoni



---

**Question #: 9**

En 72-årig tidigare lastbilschaufför kommer till hälsocentralen. Han är PCI-behandlad två gånger, senast för 9 år sedan. Han har haft en lättare andfåddhet sedan åtminstone 5 år tillbaka, men den har ökat successivt och framför allt tilltagit sista året. Han besväras av torrhosta sedan flera år och även den har blivit värre. Han får inte upp något slem. Vid förkylningar blir andningen jobbigare. Det framkommer att han rökt cirka 1 paket cigaretter per dag från 15 års ålder fram till för 10 år sedan. Han blir lättare andfådd än sin hustru men promenerar 4 km på plan mark varje dag. Dock försöker han undvika uppforsbackar som blir allt mer jobbiga. Han medicinerar med T. acetylsalicylsyra 75 mg  $\times$ 1 och tar Nitroglycerinspray enstaka gånger, men tycker att den inte har någon större effekt. Han har haft hypertoniemedicinering som han har slutat med.

**Status:**

Allmäntillstånd: Opåverkad i vila. Andfådd vid gång. Inga benödem.

Cor: regelbunden rytm, 82 /minut utan biljud.

Pulm: Torra knaster och krepitationer över lungorna framför allt dorsalt och lateralt.

Blodtryck: 130/90 mmHg.

Du misstänker lungfibros i första hand.

Du beställer en lungröntgen som visar på utbredda lunginfiltrat förenliga med lungfibros. Det finns också en 3 cm stor rundad förändring som ligger mot pleuran i vänster underlob.

Patienten bedöms på lungklinik och bromsmedicinering sätts in mot lungfibrosen. En positronemissionstomografi/datortomografi visar hög metabol aktivitet i den rundade pleuranära förändringen vilket ger hög misstanke om lungcancer och punktion genomförs.

Spirometri visar lätt sänkta lungvolymmer avseende FEV1 (64%), FVC (55%), TLC (53%) och diffusionskapacitet för CO (DLCO) (40%).

Normalvärden är ca 80-120% för samtliga.

Vilken terapeutisk åtgärd bedöms INTE vara möjlig oavsett tumörtypering på PAD?

- ✓A. Pulmektomi
- B. Palliation
- C. Cytostatikabehandling
- D. Specifik cancer-mutationsbehandling med ALK-hämmare
- E. Strålbehandling

---

**Question #: 10**

En 72-årig tidigare lastbilschaufför kommer till hälsocentralen. Han är PCI-behandlad två gånger, senast för 9 år sedan. Han har haft en lättare andfåddhet sedan åtminstone 5 år tillbaka, men den har ökat successivt och framför allt tilltagit sista året. Han besväras av torrhosta sedan flera år och även den har blivit värre. Han får inte upp något slem. Vid förkylningar blir andningen jobbigare. Det framkommer att han rökt cirka 1 paket cigaretter per dag från 15 års ålder fram till för 10 år sedan. Han blir lättare andfådd än sin hustru men promenerar 4 km på plan mark varje dag. Dock försöker han undvika uppforsbackar som blir allt mer jobbiga. Han medicinerar med T. acetylsalicylsyra 75 mg  $\times$ 1 och tar Nitroglycerinspray enstaka gånger, men tycker att den inte har någon större effekt. Han har haft hypertoniemedicinering som han har slutat med.

**Status:**

Allmäntillstånd: Opåverkad i vila. Andfådd vid gång. Inga benödem.

Cor: regelbunden rytm, 82 /minut utan biljud.

Pulm: Torra knaster och krepitationer över lungorna framför allt dorsalt och lateralt.

Blodtryck: 130/90 mmHg.

Du misstänker lungfibros i första hand.

Du beställer en lungröntgen som visar på utbredda lunginfiltrat förenliga med lungfibros. Det finns också en 3 cm stor rundad förändring som ligger mot pleuran i vänster underlob.

Patienten bedöms på lungklinik och bromsmedicinering sätts in mot lungfibrosen. En positronemissionstomografi/datortomografi visar hög metabol aktivitet i den rundade pleuranära förändringen vilket ger hög misstanke om lungcancer och punktion genomförs.

Spirometri visar lätt sänkta lungvolymmer avseende FEV1 (64%), FVC (55%), TLC (53%) och diffusionskapacitet för CO (DLCO) (40%).

Normalvärden är ca 80-120% för samtliga.

På grund av den dåliga lungfunktionen är pulmektomi inte möjlig att genomföra.

PAD på lungtumören visar adenocarcinom. Patienten undrar om hans tumörtyp är den mest aggressiva och farliga tumörtypen.

Vilken av följande är den mest aggressiva och farliga tumörtypen, med kortast överlevnad obehandlad?

- A. Thymom
- ✓B. Småcellig lungcancer
- C. Skivepitelcancer
- D. Storcellig lungcancer
- E. Adenocarcinom

---

Question #: 11

En ung man blir attackerad bakifrån och slagen med ett hårt föremål mot dorsala sidan av vänstra överarmen. Han upplever omedelbart smärta och ringer efter ambulans via sin mobil. Inne på akutmottagningen konstateras inget benbrott på humerus men väl en kraftig svullnad av dorsala delen av överarmen. Denna svullnad känns hård vid palpation. Vid inkomsten klagar mannen inte bara över smärtan utan även att han känner domningar och pirningar ut i handen.

Du misstänker ett compartmentsyndrom och anmäler mannen till operation.

Compartmentsyndrom i överarmens dorsalsida innebär en tryckökning i muskulaturen, men vad omsluts den dorsala muskulaturen av?

- A. Fascia intermusculare och fascia antebrachii
- ✓B. Fascia brachii och septum intermusculare
- C. Fascia brachii och antebrachii
- D. Septum intermusculare och fascia lata
- E. Septum intermusculare laterale och mediale

---

**Question #: 12**

*En ung man blir attackerad bakifrån och slagen med ett hårt föremål mot dorsala sidan av vänstra överarmen. Han upplever omedelbart smärta och ringer efter ambulans via sin mobil. Inne på akutmottagningen konstateras inget benbrott på humerus men väl en kraftig svullnad av dorsala delen av överarmen. Denna svullnad känns hård vid palpation. Vid inkomsten klagar mannen inte bara över smärtan utan även att han känner domningar och pinnningar ut i handen.*

*Du misstänker ett compartmentsyndrom och anmäler mannen till operation.*

*Fascia brachii och septum intermusculare omsluter den dorsala muskulaturen.*

*Du oroar dig för att det ska uppstå allvarlig nervpåverkan och dålig cirkulation om du inte får komma till operation med patienten mycket snart.*

Varför uppstår denna snabba tryckstegring efter traumatisk vävnadsskada i ett compartment?

- ✓A. Blödning i ett slutet rum komprimerar det venösa avflödet trots att det arteriella fortsätter
- B. Allt blodflöde upphör på grund av att blodkärlen gått sönder i ett compartment
- C. Det bildas en djup ventrombos på grund av trasig muskel
- D. Skadad muskulatur orsakar kärlspasm i ett slutet rum
- E. Venös blödning i ett slutet rum stoppar det arteriella inflödet

---

Question #: 13

*En ung man blir attackerad bakifrån och slagen med ett hårt föremål mot dorsala sidan av vänstra överarmen. Han upplever omedelbart smärta och ringer efter ambulans via sin mobil. Inne på akutmottagningen konstateras inget benbrott på humerus men väl en kraftig svullnad av dorsala delen av överarmen. Denna svullnad känns hård vid palpation. Vid inkomsten klagar mannen inte bara över smärtan utan även att han känner domningar och pirningar ut i handen.*

*Du misstänker ett compartmentsyndrom och anmäler mannen till operation.*

*Fascia brachii och septum intermusculare omsluter den dorsala muskulaturen.*

Du oroar dig för att det ska uppstå allvarlig nervpåverkan och dålig cirkulation om du inte får komma till operation med patienten mycket snart eftersom trycket stiger på grund av arteriellt inflöde men upphört venöst avflöde.

Han har än så länge känsel i handen, kapillär återfyllnad och palpabel perifer puls, men väldigt, väldigt ont trots att han fått morfin flera gånger.

Du funderar över vad som talar för att compartmentsyndrom föreligger eller ej.

Vilket av följande alternativ skulle vara det starkaste argumentet för att compartmentsyndrom föreligger?

- A. Om pulsen inte skulle vara palpabel
- B. Han har domningar och pirningar
- ✓C. Smärtan är svår och morfinresistent
- D. Slaget mot muskeln var hårt
- E. Huden är blek och har pittingödem

---

Question #: 14

*En ung man blir attackerad bakifrån och slagen med ett hårt föremål mot dorsala sidan av vänstra överarmen. Han upplever omedelbart smärta och ringer efter ambulans via sin mobil. Inne på akutmottagningen konstateras inget benbrott på humerus men väl en kraftig svullnad av dorsala delen av överarmen. Denna svullnad känns hård vid palpation. Vid inkomsten klagar mannen inte bara över smärtan utan även att han känner domningar och pinnningar ut i handen.*

*Du misstänker ett compartmentsyndrom och anmäler mannen till operation.*

*Fascia brachii och septum intermusculare omsluter den dorsala muskulaturen.*

*Du oroar dig för att det ska uppstå allvarlig nervpåverkan och dålig cirkulation om du inte får komma till operation med patienten mycket snart eftersom trycket stiger på grund av arteriellt inflöde men upphört venöst avflöde.*

*Han har än så länge känsel i handen, kapillär återfyllnad och palpabel perifer puls, men väldigt, väldigt ont trots att han fått morfin flera gånger.*

*Då han har en svår morfinresistent smärta så talar det för att ett compartmentsyndrom föreligger.*

*Den här unge mannen hade tur och fick korrekt vård snabbt. Om han blivit slagen medvetslös och vaknat till först efter mer än 12 timmar, hade det varit betydligt allvarligare även för armen.*

Vilket alternativ beskriver bäst vilka rörelser nedom armbågsleden han fortfarande hade kunnat göra om nerverna i bakre compartment slutat fungera helt på grund av den långvariga tryckökningen?

- A. Extension av handleden, fingrarna och tummen. Flexion av DIP dig IV-V. Adduktion av tummen.
- B. Extension och flexion av handleden. Abduktion av tummen.
- C. Extension av handleden och fingrarna. Opposition av tummen.
- D. Extension av fingrarna och tummen. Flexion/ulnardeviation av handleden. Adduktion av tummen.
- ✓E. Flexion/radialdeviation i handleden och fingrarna. Opposition av tummen.

---

**Question #: 15**

*En ung man blir attackerad bakifrån och slagen med ett hårt föremål mot dorsala sidan av vänstra överarmen. Han upplever omedelbart smärta och ringer efter ambulans via sin mobil. Inne på akutmottagningen konstateras inget benbrott på humerus men väl en kraftig svullnad av dorsala delen av överarmen. Denna svullnad känns hård vid palpation. Vid inkomsten klagar mannen inte bara över smärtan utan även att han känner domningar och pinnningar ut i handen.*

*Du misstänker ett compartmentsyndrom och anmäler mannen till operation.*

*Fascia brachii och septum intermusculare omsluter den dorsala muskulaturen.*

*Du oroar dig för att det ska uppstå allvarlig nervpåverkan och dålig cirkulation om du inte får komma till operation med patienten mycket snart eftersom trycket stiger på grund av arteriellt inflöde men upphört venöst avflöde.*

*Han har än så länge känsel i handen, kapillär återfyllnad och palpabel perifer puls, men väldigt, väldigt ont trots att han fått morfin flera gånger.*

*Då han har en svår morfinresistent smärta så talar du för att ett compartmentsyndrom föreligger.*

*Den här unge mannen hade tur och fick korrekt vård snabbt. Om han blivit slagen medvetslös och vaknat till först efter mer än 12 timmar, hade det varit betydligt allvarligare även för armen.*

*Om han inte hade fått vård snabbt hade endast flexion/radialdeviation i handleden och fingrarna samt opposition av tummen varit de rörelser han kunnat göra nu.*

*Efter fasciotomi av posteriora compartment och vård kan patienten skrivas ut från sjukhuset efter fem dagar. Du har inte träffat honom under vårdtiden men ska ha utskrivningssamtalet. Det visar sig att han efter operationen ändå fått en radialisnervpåverkan med så kallad dropphand trots att nerven inspekterades i kontinuitet och utan synliga skador. Du utgår ifrån att det är det direkta slaget mot nerven som orsakat detta. Vid undersökningen på akuten gick det inte att undersöka detta på grund av smärtan. Han tycker att det är svårt att greppa med fingrarna.*

*Du bedömer att det kommer ta ungefär 3 månader innan extensionsfunktionen kommer tillbaka.*

Vad bör han få som hjälpmedel under tiden tills extensorfunktionen kommer tillbaka?

- A. Träningsredskap för extension
- ✓B. Handledsortos för extensionsläge
- C. Träningsredskap för greppstyrka
- D. Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS)
- E. Collar-and-cuff

---

Question #: 16

Sara, 24 år, kommer till hälsocentralen på grund av nedstämdhet och att hon sedan en tid fått allt mindre lust att göra saker hon tidigare tyckt var roligt.

Hon bor i en villa tillsammans med sin man och deras dotter som är 2,5 år gammal. Sara arbetar som designer och har ett eget företag.

Sara har haft regelbunden kontakt med primärvården på grund av klåda. Hon var atopiker som barn, men har nu bara generellt torr hud och varierande grad av klåda från olika delar av kroppen. Klådan blir oftast värre när hon är stressad.

Hon behandlas med mjukgörande krämer och när det är värre även med kortisonsalva. Hon har också i perioder haft svårt att sova, framförallt med insomning och behandlas för det med T. prometazin 25 mg till natten.

Hon har också nedsatt lust att ha sex med sin make. Detta gör att relationen dem emellan är lite irriterad. Hon har också skuld och skamkänslor för att hon inte får så mycket gjort, och för att hon är så energilös att maken får ta huvudansvaret för deras dotter.

Vilken diagnos är mest trolig?

- A. Personlighetssyndrom
- B. Reaktion på svår stress
- ✓C. Depressivt syndrom
- D. Läkemedelsbiverkan av kortison och prometiazin
- E. Generaliserat ångestsyndrom



---

**Question #: 17**

*Sara, 24 år, kommer till hälsocentralen på grund av nedstämdhet och att hon sedan en tid fått allt mindre lust att göra saker hon tidigare tyckt var roligt.*

*Hon bor i en villa tillsammans med sin man och deras dotter som är 2,5 år gammal. Sara arbetar som designer och har ett eget företag.*

*Sara har haft regelbunden kontakt med primärvården på grund av klåda. Hon var atopiker som barn, men har nu bara generell torr hud och varierande grad av klåda från olika delar av kroppen. Klådan blir oftast värre när hon är stressad.*

*Hon behandlas med mjukgörande krämer och när det är värre även med kortisonsalva. Hon har också i perioder haft svårt att sova, framförallt med insomning och behandlas för det med T. prometazin 25 mg till natten.*

*Hon har också nedsatt lust att ha sex med sin make. Detta gör att relationen dem emellan är lite irriterad. Hon har också skuld och skamkänslor för att hon inte får så mycket gjort, och för att hon är så energilös att maken får ta huvudansvaret för deras dotter.*

Symtomen stämmer bäst med depressivt syndrom, men du måste utesluta andra möjliga orsaker till hennes nedstämdhet.

Du utreder med blodprover och utvidgad anamnes. Hennes somatiska status är gott. Däremot så berättar hon nu att hon ända sedan puberteten haft liknande depressiva symtom men att hon inte har sökt vård för detta.

Hur handlägger du hennes tillstånd bäst nu?

- A. Bokar en ny tid tillsammans med maken för att få en bättre uppfattning om patienten
- B. Remitterar till psykiatri, sätter in SSRI och kognitiv beteendeterapi till dess att hon får tid hos psykiater
- ✓C. Gör en skattning av svårighetsgrad, remitterar för psykologisk behandling samt sätter in SSRI
- D. Sjukskriver två veckor och ger avslappningsråd samt ordinerar fysisk aktivitet
- E. Avvaktar hur det utvecklar sig och ger henne en ny tid redan inom två veckor för att följa förloppet

---

Question #: 18

Sara, 24 år, kommer till hälsocentralen på grund av nedstämdhet och att hon sedan en tid fått allt mindre lust att göra saker hon tidigare tyckt var roligt.

Hon bor i en villa tillsammans med sin man och deras dotter som är 2,5 år gammal. Sara arbetar som designer och har ett eget företag.

Sara har haft regelbunden kontakt med primärvården på grund av klåda. Hon var atopiker som barn, men har nu bara generellt torr hud och varierande grad av klåda från olika delar av kroppen. Klådan blir oftast värre när hon är stressad.

Hon behandlas med mjukgörande krämer och när det är värre även med kortisonsalva. Hon har också i perioder haft svårt att sova, framförallt med insomning och behandlas för det med T. prometazin 25 mg till natten.

Hon har också nedsatt lust att ha sex med sin make. Detta gör att relationen dem emellan är lite irriterad. Hon har också skuld och skamkänslor för att hon inte får så mycket gjort, och för att hon är så energilös att maken får ta huvudansvaret för deras dotter.

Symtomen stämmer bäst med depressivt syndrom, men du måste utesluta andra möjliga orsaker till hennes nedstämdhet.

Du utreder med blodprover och utvidgad anamnes. Hennes somatiska status är gott. Däremot så berättar hon nu att hon ända sedan puberteten haft liknande depressiva symptom men att hon inte har sökt vård för detta.

Du skattar svårighetsgraden med det standardiserade frågeformuläret MADRS där hon fick 29 poäng. Din sammantagna bedömning är att hon har en medelsvår depression. Du sätter in antidepressiv behandling och remitterar för snabb tid hos mottagningens psykolog/kurator för psykologisk behandling.

Under denna behandling framkommer det att hon haft mestadels relativt långvariga depressioner men också episoder som varat flera veckor då hon varit mycket kreativ och glad samt behövt väldigt lite sömn. Vid ett tillfälle har hon också haft megalomana vanföreställningar. Hennes dåvarande sambo lyckades hantera situationen, som gick över efter två jobbiga dygn.

Vilken diagnos är nu mest trolig?

- A. Schizofreni
- B. Personlighetssyndrom
- C. Vanföreställningssyndrom
- D. Atypisk neuropsykologisk störning
- ✓E. Bipolärt syndrom typ 1

---

**Question #: 19**

Sara, 24 år, kommer till hälsocentralen på grund av nedstämdhet och att hon sedan en tid fått allt mindre lust att göra saker hon tidigare tyckt var roligt.

Hon bor i en villa tillsammans med sin man och deras dotter som är 2,5 år gammal. Sara arbetar som designer och har ett eget företag.

Sara har haft regelbunden kontakt med primärvården på grund av klåda. Hon var atopiker som barn, men har nu bara generellt torr hud och varierande grad av klåda från olika delar av kroppen. Klådan blir oftast värre när hon är stressad.

Hon behandlas med mjukgörande krämer och när det är värre även med kortisonsalva. Hon har också i perioder haft svårt att sova, framförallt med insomning och behandlas för det med T. prometazin 25 mg till natten.

Hon har också nedsatt lust att ha sex med sin make. Detta gör att relationen dem emellan är lite irriterad. Hon har också skuld och skamkänslor för att hon inte får så mycket gjort, och för att hon är så energilös att maken får ta huvudansvaret för deras dotter.

Symtomen stämmer bäst med depressivt syndrom, men du måste utesluta andra möjliga orsaker till hennes nedstämdhet.

Du utreder med blodprover och utvidgad anamnes. Hennes somatiska status är gott. Däremot så berättar hon nu att hon ända sedan puberteten haft liknande depressiva symtom men att hon inte har sökt vård för detta.

Du skattar svårighetsgraden med det standardiserade frågeformuläret MADRS där hon fick 29 poäng. Din sammantagna bedömning är att hon har en medelsvår depression. Du sätter in antidepressiv behandling och remitterar för snabb tid hos mottagningens psykolog/kurator för psykologisk behandling.

Under denna behandling framkommer det att hon haft mestadels relativt långvariga depressioner men också episoder som varat flera veckor då hon varit mycket kreativ och glad samt behövt väldigt lite sömn. Vid ett tillfälle har hon också haft megalomana vanföreställningar. Hennes dåvarande sambo lyckades hantera situationen, som gick över efter två jobbiga dygn.

Sara utreds inom psykiatrin och bedöms ha bipolärt syndrom typ 1. Hon får regelbunden kontakt inom öppenvård psykiatrin och får läkemedelsbehandling med litium samt antihistamin till natten. Hon får också en samtalskontakt.

Sara svarar bra på litiumprofylaxen. Dock finns det biverkningar av litiumbehandling.

Vilka organsystem bör kontrolleras regelbundet vid litiumbehandling?

- A. Lever och hjärta
- B. Lever och lungor
- ✓C. Njure och thyroidea
- D. Lever och parathyroidea
- E. Njure och lever

---

**Question #: 20**

Sara, 24 år, kommer till hälsocentralen på grund av nedstämdhet och att hon sedan en tid fått allt mindre lust att göra saker hon tidigare tyckt var roligt.

Hon bor i en villa tillsammans med sin man och deras dotter som är 2,5 år gammal. Sara arbetar som designer och har ett eget företag.

Sara har haft regelbunden kontakt med primärvården på grund av klåda. Hon var atopiker som barn, men har nu bara generellt torr hud och varierande grad av klåda från olika delar av kroppen. Klådan blir oftast värre när hon är stressad.

Hon behandlas med mjukgörande krämer och när det är värre även med kortisonsalva. Hon har också i perioder haft svårt att sova, framförallt med insomning och behandlas för det med T. prometazin 25 mg till natten.

Hon har också nedsatt lust att ha sex med sin make. Detta gör att relationen dem emellan är lite irriterad. Hon har också skuld och skamkänslor för att hon inte får så mycket gjort, och för att hon är så energilös att maken får ta huvudansvaret för deras dotter.

Symtomen stämmer bäst med depressivt syndrom, men du måste utesluta andra möjliga orsaker till hennes nedstämdhet.

Du utreder med blodprover och utvidgad anamnes. Hennes somatiska status är gott. Däremot så berättar hon nu att hon ända sedan puberteten haft liknande depressiva symptom men att hon inte har sökt vård för detta.

Du skattar svårighetsgraden med det standardiserade frågeformuläret MADRS där hon fick 29 poäng. Din sammantagna bedömning är att hon har en medelsvår depression. Du sätter in antidepressiv behandling och remitterar för snabb tid hos mottagningens psykolog/kurator för psykologisk behandling.

Under denna behandling framkommer det att hon haft mestadels relativt långvariga depressioner men också episoder som varat flera veckor då hon varit mycket kreativ och glad samt behövt väldigt lite sömn. Vid ett tillfälle har hon också haft megalomana vanföreställningar. Hennes dåvarande sambo lyckades hantera situationen, som gick över efter två jobbiga dygn.

Sara utreds inom psykiatrin och bedöms ha bipolärt syndrom typ 1. Hon får regelbunden kontakt inom öppenvård psykiatrin och får läkemedelsbehandling med litium samt antihistamin till natten. Hon får också en samtalskontakt.

Sara svarar bra på litiumprofylaxen. Dock finns det biverkningar av litiumbehandling.

Sara går på regelbundna kontroller av njurfunktion och thyroidea. Efter ett år börjar proverna visa tecken på sviktande njurfunktion. Du sätter ut litium för att ej riskera njursvikt, och sätter in ett alternativt preparat.

Vilket av nedanstående är det bästa alternativet nu?

- ✓A. Antiepileptika
- B. SNRI (serotonin-noradrenalin återupptagshämmare)
- C. Dopaminagonist
- D. Långtidsverkande antihistamin
- E. Bensodiazepin

---

**Question #: 21**

Selma, 11 år kommer till barnmottagningen tillsammans med sina föräldrar på grund av ont i magen sedan flera år tillbaka. Avföringen har varit omväxlande lös och hård, på senare tid allt mer lös. Smärtan lättar ibland efter avföring.

Vilket av följande alternativ är starkast kopplat till att besvären har en organisk förklaring?

- A. Flickan mår illa varje dag
- B. Avföringen kan växla samma dag mellan hård och lös
- C. Smärtorna sitter runt naveln
- ✓D. Flickan har diarréer på natten
- E. Flickan har inte börjat menstruera än

---

**Question #: 22**

*Selma, 11 år kommer till barnmottagningen tillsammans med sina föräldrar på grund av ont i magen sedan flera år tillbaka. Avföringen har varit omväxlande lös och hård, på senare tid allt mer lös. Smärtan lättar ibland efter avföring.*

Att ha nattliga diarréer är det symptom som är starkast kopplat till underliggande organisk sjukdom.

För 3 månader sedan var Selma med familjen i Turkiet på semesterresa. Hela familjen drabbades av diarréer som försvann när man kom hem. Selma är fortsatt lös i magen. Sedan två månader har hon gått upp på natten för att bajsas. Hon har aldrig sett blod i avföringen.

Vilket av nedanstående prov är rimligast att ta i detta skede av utredningen?

- ✓A. Avföringsodling
- B. Pricktest födoämnen
- C. Svetttest
- D. S-Ig E för komjölk
- E. Avföringsprov för elastas

---

**Question #: 23**

*Selma, 11 år kommer till barnmottagningen tillsammans med sina föräldrar på grund av ont i magen sedan flera år tillbaka. Avföringen har varit omväxlande lös och hård, på senare tid allt mer lös. Smärtan lättar ibland efter avföring.*

*Att ha nattliga diarréer är det symptom som är starkast kopplat till underliggande organisk sjukdom.*

*För 3 månader sedan var Selma med familjen i Turkiet på semesterresa. Hela familjen drabbades av diarréer som försvann när man kom hem. Selma är fortsatt lös i magen. Sedan två månader har hon gått upp på natten för att bajsas. Hon har aldrig sett blod i avföringen.*

Det rimligaste provet att ta i början av utredningen är avföringsodling. Man tar också andra prover:

**Provsvar** (referensvärden):

Avföringsodling och avföringsprov för cystor och maskägg är normala

Prov för glutenintolerans (IgA mot transglutaminas) är normalt

F-Kalprotektin 1250 µg/kg (<100)

B-Hb 101 g/L (115-132)

B-SR 26 mm/h (<20)

P-CRP 3,9 mg/L (<3)

Vilket av nedanstående är bästa nästa steg i den fortsatta handläggningen?

- A. Meckelscintigrafi
- ✓B. Endoskopisk undersökning av tarmen
- C. Komjölksfri kost i 4 veckor
- D. Passageröntgen
- E. Metronidazol i 14 dagar

---

**Question #: 24**

Selma, 11 år kommer till barnmottagningen tillsammans med sina föräldrar på grund av ont i magen sedan flera år tillbaka. Avföringen har varit omväxlande lös och hård, på senare tid allt mer lös. Smärtan lättar ibland efter avföring.

Att ha nattliga diarréer är det symptom som är starkast kopplat till underliggande organisk sjukdom.

För 3 månader sedan var Selma med familjen i Turkiet på semesterresa. Hela familjen drabbades av diarréer som försvann när man kom hem. Selma är fortsatt lös i magen. Sedan två månader har hon gått upp på natten för att bajsas. Hon har aldrig sett blod i avföringen.

Det rimligaste provet att ta i början av utredningen är avföringsodling. Man tar också andra prover:

**Provsvår** (referensvärden):

Avföringsodling och avföringsprov för cystor och maskäggl är normala

Prov för glutenintolerans (IgA mot transglutaminas) är normalt

F-Kalprotektin 1250 µg/kg (<100)

B-Hb 101 g/L (115-132)

B-SR 26 mm/h (<20)

P-CRP 3,9 mg/L (<3)

Det bästa alternativet för fortsatt handläggning är att göra endoskopiska undersökningar av mag-tarmkanalen.

Vilket av nedanstående skulle starkast tala för Crohns sjukdom?

- A. Inflammation i colon men inte i rektum
- B. Hela colon är inflammerad vid diagnos (totalcolit)
- C. Eosinofila granulocyter påvisas i ökat antal med inlagring av kollagen under basalmembranet
- ✓D. Epiteloidcellsgranulom som inte sitter kryptnära
- E. Ökat antal intracellulära lymfocyter i colon



---

**Question #: 25**

Selma, 11 år kommer till barnmottagningen tillsammans med sina föräldrar på grund av ont i magen sedan flera år tillbaka. Avföringen har varit omväxlande lös och hård, på senare tid allt mer lös. Smärtan lättar ibland efter avföring.

Att ha nattliga diarréer är det symptom som är starkast kopplat till underliggande organisk sjukdom.

För 3 månader sedan var Selma med familjen i Turkiet på semesterresa. Hela familjen drabbades av diarréer som försvann när man kom hem. Selma är fortsatt lös i magen. Sedan två månader har hon gått upp på natten för att bajsas. Hon har aldrig sett blod i avföringen.

Det rimligaste provet att ta i början av utredningen är avföringsodling. Man tar också andra prover:

**Provsvår** (referensvärden):

Avföringsodling och avföringsprov för cystor och maskägg är normala

Prov för glutenintolerans (IgA mot transglutaminas) är normalt

F-Kalprotektin 1250 µg/kg (<100)

B-Hb 101 g/L (115-132)

B-SR 26 mm/h (<20)

P-CRP 3,9 mg/L (<3)

Det bästa alternativet för fortsatt handläggning är att göra endoskopiska undersökningar av mag-tarmkanalen.

Vid den endoskopiska undersökningen tar man biopsier som visar icke-perikryptala epiteloidcellsgranulom vilket starkt talar för Crohns sjukdom.

Flickan sätts in på behandling med bland annat azatioprin. Efter tre veckor kommer man akut till barnmottagningen då flickan har kraftiga smärtor i epigastriet som strålar mot ryggen. Hon kräks och mår illa.

Provtagning visar S-Amylas 2,3 µkat/L (referens 0,10-0,60).

Vilken av följande åtgärder måste göras omgående?

- ✓A. Sätta ut azatioprin
- B. Ge omeprazol intravenöst
- C. Ge prednisolon peroralt
- D. Genomföra en ny endoskopisk undersökning
- E. Sätta in parenteral nutrition