

Question #: 1

Karl, 35 år och undersköterska, söker vårdcentralen för att han plötsligt för två dagar sedan fick ont i ryggen med utstrålning i vänster ben ända ner i foten. Smärtorna blir värre när han sitter, är lite bättre i liggande men han har svårt att vända sig. Söker nu då han dessutom har börjat känna sig domnad på utsidan av foten. I övrigt känner han sig helt frisk.

Vilken fråga bör du ställa för att avgöra om du kan handlägga patienten helt inom primärvården eller måste remittera vidare akut?

- A. Har du nedsatt känsel i underlivet eller svårt att känna när du är kissnödig?
 - B. Har du nedsatt känsel också i höger fot?
 - C. Har du svårt att böja foten uppåt på vänster sida?
 - D. Har du svårt att gå på toaletten själv?
 - E. Får du mycket svåra smärtor när du nyser?
-

Question #: 2

Karl, 35 år och undersköterska, söker vårdcentralen för att han plötsligt för två dagar sedan fick ont i ryggen med utstrålning i vänster ben ända ner i foten. Smärtorna blir värre när sitter, är lite bättre i liggande men han har svårt att vända sig. Söker nu då han dessutom har börjat känna sig domnad på utsidan av foten. I övrigt känner han sig helt frisk.

I status framkommer: Karl är mycket stel, närmast låst i ryggen och har svårt att böja eller vrida sig åt något håll. Straight Leg Raise test är positivt vänster ben. Karl kan inte gå på tå med vänster fot, han är särskilt svag i 4:e och 5:e tån. Akillesreflexen är utslagen. Känseln i perineum är u a men han har nedsatt känsel på utsidan av foten och vaden. Han förnekar vattenkastnings- eller avföringsbesvär.

Vilken neurologisk påverkan visar din undersökning?

- A. Central motorneuronskada.
- B. Påverkan på L5-roten.
- C. Påverkan på S1-roten.
- D. Påverkan på L4-roten.
- E. Påverkan på *n. peroneus superficialis*.

* Question #: 3

Karl, 35 år och undersköterska, söker vårdcentralen för att han plötsligt för två dagar sedan fick ont i ryggen med utstrålning i vänster ben ända ner i foten. Smärtorna blir värre när sitter, är lite bättre i liggande men han har svårt att vända sig. Söker nu då han dessutom har börjat känna sig domnad på utsidan av foten. I övrigt känner han sig helt frisk.

I status framkommer: Karl är mycket stel, närmast låst i ryggen och har svårt att böja eller vrida sig åt något håll. Straight Leg Raise test är positivt vänster ben. Karl kan inte gå på tå med vänster fot, han är särskilt svag i 4:e och 5:e tån. Akillesreflexen är utslagen. Känseln i perineum är u a men han har nedsatt känsel på utsidan av foten och vaden. Han förnekar vattenkastnings- eller avföringsbesvär.

Din diagnos blir att Karl har lumbago ischias med påverkan på S1-roten. Sannolikt har han ett diskbräck. Planerar du redan nu för vidare medicinsk utredning? I så fall vad?

- A. Ingen utredning
- B. Slätröntgen ländrygg
- C. CT ländrygg
- D. MR ländrygg
- E. Bladderscan

Question #: 4

Karl, 35 år och undersköterska, söker vårdcentralen för att han plötsligt för två dagar sedan fick ont i ryggen med utstrålning i vänster ben ända ner i foten. Smärtorna blir värre när sitter, är lite bättre i liggande men han har svårt att vända sig. Söker nu då han dessutom har börjat känna sig domnad på utsidan av foten. I övrigt känner han sig helt frisk.

I status framkommer: Karl är mycket stel, närmast låst i ryggen och har svårt att böja eller vrida sig åt något håll. Straight Leg Raise test är positivt vänster ben. Karl kan inte gå på tå med vänster fot, han är särskilt svag i 4:e och 5:e tån. Akillesreflexen är utslagen. Känseln i perineum är u a men han har nedsatt känsel på utsidan av foten och vaden. Han förnekar vattenkastnings- eller avföringsbesvär.

Din diagnos blir att Karl har lumbago ischias med påverkan på S1-roten. Sannolikt har han ett diskbräck. Du ordinerar ingen utredning.

Karl har mycket ont och undrar vad han kan ta för medicin mot smärtan. Han har provat enstaka tabletter Paracetamol men det hjälper inte tillräckligt. Karl har inga allergier och dricker inte alkohol.

Vad ordinerar du för mediciner i första hand?

- A. Tramadol (opioidagonist)
- B. Paracetamol i kombination med NSAID
- C. Paracetamol i kombination med kodein
- D. Morfin i plåster eller stolpiller
- E. Spasmofen i stolpiller (kombination av kodein, morfin, skopolamin)

Rationale: Exempelvis läkemedelsboken: I första hand paracetamol, i andra hand NSAID + evt paracetamol, i tredje hand paracetamol/kodein alt tramadol.

Question #: 5

Karl, 35 år och undersköterska, söker vårdcentralen för att han plötsligt för två dagar sedan fick ont i ryggen med utstrålning i vänster ben ända ner i foten. Smärtorna blir värre när sitter, är lite bättre i liggande men han har svårt att vända sig. Söker nu då han dessutom har börjat känna sig domnad på utsidan av foten. I övrigt känner han sig helt frisk.

I status framkommer: Karl är mycket stel, närmast låst i ryggen och har svårt att böja eller vrida sig åt något håll. Straight Leg Raise test är positivt vänster ben. Karl kan inte gå på tå med vänster fot, han är särskilt svag i 4:e och 5:e tån. Akillesreflexen är utslagen. Känseln i perineum är u a men han har nedsatt känsel på utsidan av foten och vaden. Han förnekar vattenkastnings- eller avföringsbesvär.

Din diagnos blir att Karl har lumbago ischias med påverkan på S1-roten. Sannolikt har han ett diskbråck. Du ordinerar ingen utredning.

Karl har mycket ont och undrar vad han kan ta för medicin mot smärtan. Han har provat enstaka tabletter Paracetamol men det hjälper inte tillräckligt. Karl har inga allergier och dricker inte alkohol.

Du ordinerar Paracetamol i kombination med NSAID.

Hur gör du med sjukskrivning och vilka råd ger du till Karl angående vila?

- A. Sjukskriver fram till återbesök om 2-3 veckor och uppmanar Karl att röra sig mycket försiktigt och vila mycket.
- B. Sjukskriver i 2-3 veckor och uppmanar Karl att gå på gym och träna ryggen ordentligt.
- C. Sjukskriver i 2-3 veckor och uppmanar Karl att vila och att undvika allt som gör ont så länge han känner av symtomen.
- D. Sjukskriver inte, säger att hans arbetskamrater får ta de tunga momenten.
- ✓E. Sjukskriver fram till återbesök om 2-3 veckor och uppmanar Karl att promenera och röra på sig så mycket som möjligt.

Question #: 6

Karl, 35 år och undersköterska, söker vårdcentralen för att han plötsligt för två dagar sedan fick ont i ryggen med utstrålning i vänster ben ända ner i foten. Smärtorna blir värre när sitter, är lite bättre i liggande men han har svårt att vända sig. Söker nu då han dessutom har börjat känna sig domnad på utsidan av foten. I övrigt känner han sig helt frisk.

I status framkommer: Karl är mycket stel, närmast låst i ryggen och har svårt att böja eller vrida sig åt något håll. Straight Leg Raise test är positivt vänster ben. Karl kan inte gå på tå med vänster fot, han är särskilt svag i 4:e och 5:e tån. Akillesreflexen är utslagen. Känseln i perineum är u a men han har nedsatt känsel på utsidan av foten och vaden. Han förnekar vattenkastnings- eller avföringsbesvär.

Din diagnos blir att Karl har lumbago ischias med påverkan på S1-roten. Sannolikt har han ett diskbråck. Du ordinerar ingen utredning.

Karl har mycket ont och undrar vad han kan ta för medicin mot smärtan. Han har provat enstaka tabletter Paracetamol men det hjälper inte tillräckligt. Karl har inga allergier och dricker inte alkohol.

Du ordinerar Paracetamol i kombination med NSAID.

Du sjukskriver Karl fram till ett återbesök om 2-3 veckor och uppmanar honom att promenera och röra på sig så mycket som möjligt.

Vad ger du för besked till Karl angående prognos och behov av operativ behandling?

- A. Han bör bli smärtfri inom 3 veckor, annars måste han opereras för att inte få bestående smärtor och handikapp.
 - B. Om inte den nedsatta känseln i foten försvunnit inom 3 veckor måste han opereras för att rädda nervens funktion.
 - C. Prognosen är dålig, operation hjälper inte utan smärtan och den nedsatta känseln kommer att kvarstå.
 - ✓D. Han bör bli bättre inom 3-6 veckor, men det kan ta längre tid. Nedsatt känsel kan ibland bli kvarstående. Operation blir sällan aktuell.
 - E. Ett diskbräck måste alltid opereras.
-

Question #: 7

Du är jourhavande läkare en kväll på medicinakuten. Oskar, 68 år, är tidigare väsentligen frisk. Vid en nylig hälsokontroll fick han veta att blodtrycket låg något högt. Han röker ½-1 paket cigaretter per dag. Hans yngre bror avled i hjärtinfarkt för ett år sedan.

Tidigare på dagen arbetade Oskar i skogen och på vägen hem började han känna av en smärta över bröstet med viss utstrålning mot rygg och höger arm. Han fick också tungt att andas och fick stanna upp en stund. När han kom hem blev smärtan intensivare och blev kallsvettig. Hustrun tyckte att Oskar såg dålig ut och skjutsade in honom till sjukhuset. När du ser honom 20 min senare är han fortfarande smärtpåverkad men smärtorna börjar släppa. Besvären har pågått en dryg timme. Blodtryck 138/86 mmHg, puls 62/min. EKG visar lätta ST-sänkningar inferiort samt lateralt.

Vilket blir ditt beslut angående den fortsatta vården?

- A. Inläggning på observationsavdelning för ny bedömning nästa morgon.
 - ✓B. Inläggning på hjärtinfarktavdelning.
 - C. Remiss till kirurg för bedömning av eventuell aortadissektion.
 - D. Avvakta för att se om smärtorna släpper och i så fall remiss för uppföljning via distriktsläkare.
 - E. Avvakta för att se om smärtorna släpper och i så fall hemskrivning och åter vid behov.
-

Question #: 8

Du är jourhavande läkare en kväll på medicinakuten. Oskar, 68 år, är tidigare väsentligen frisk. Vid en nylig hälsokontroll fick han veta att blodtrycket låg något högt. Han röker ½-1 paket cigaretter per dag. Hans yngre bror avled i hjärtinfarkt för ett år sedan.

Tidigare på dagen arbetade Oskar i skogen och på vägen hem började han känna av en smärta över bröstet med viss utstrålning mot rygg och höger arm. Han fick också tungt att andas och fick stanna upp en stund. När han kom hem blev smärtan intensivare och blev kallsvettig. Hustrun tyckte att Oskar såg dålig ut och skjutsade in honom till sjukhuset. När du ser honom 20 min senare är han fortfarande smärtpåverkad men smärtorna börjar släppa. Besvären har pågått en dryg timme. Blodtryck 138/86 mmHg, puls 62/min. EKG visar lätta ST-sänkningar inferiort samt lateralt.

Du lägger in patienten på hjärtinfarktavdelning för vidare observation och utredning.

Vilket blodprov kan snabbast säkra diagnosen hjärtinfarkt?

- ✓A. Troponin T (TnT)
 - B. Kreatinkinas (CK)
 - C. Aspartataminotransferas (ASAT)
 - D. C-reaktivt protein (CRP)
 - E. N-terminalt pro-BNP (NT pro-BNP)
-

* **Question #:** 9

Du är jourhavande läkare en kväll på medicinakuten. Oskar, 68 år, är tidigare väsentligen frisk. Vid en nylig hälsokontroll fick han veta att blodtrycket låg något högt. Han röker ½-1 paket cigaretter per dag. Hans yngre bror avled i hjärtinfarkt för ett år sedan.

Tidigare på dagen arbetade Oskar i skogen och på vägen hem började han känna av en smärta över bröstet med viss utstrålning mot rygg och höger arm. Han fick också tungt att andas och fick stanna upp en stund. När han kom hem blev smärtan intensivare och blev kallsvettig. Hustrun tyckte att Oskar såg dålig ut och skjutsade in honom till sjukhuset. När du ser honom 20 min senare är han fortfarande smärtpåverkad men smärtorna börjar släppa. Besvären har pågått en dryg timme. Blodtryck 138/86 mmHg, puls 62/min. EKG visar lätta ST-sänkningar inferiort samt lateralt.

Du lägger in patienten på hjärtinfarktavdelning för vidare observation och utredning.

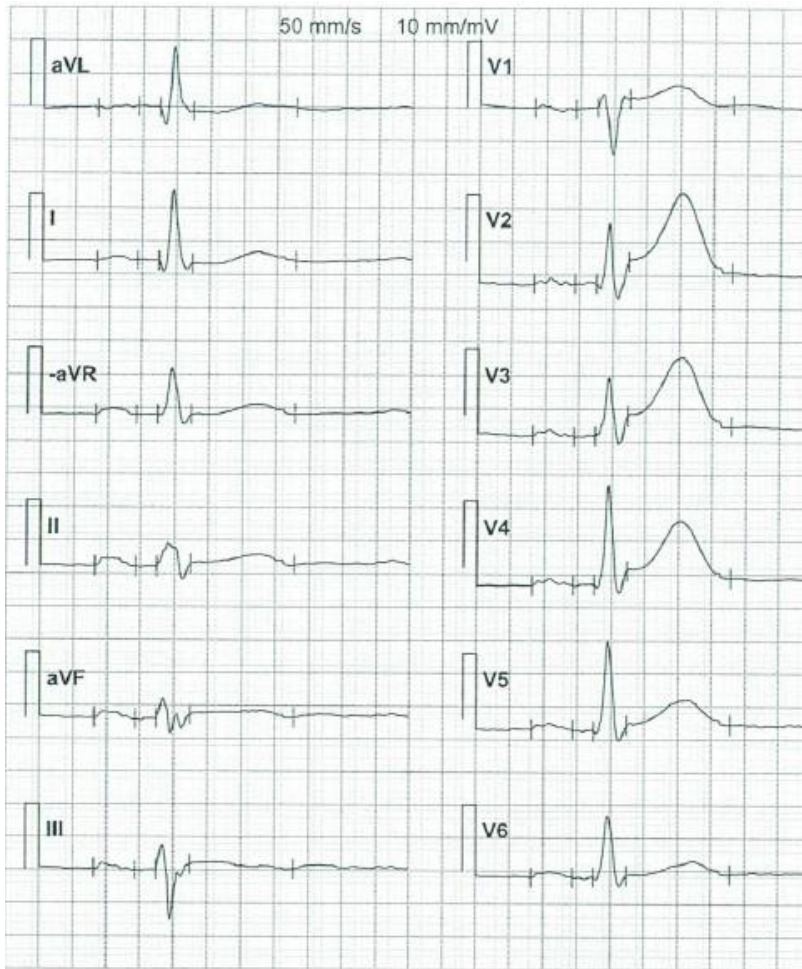
Troponin T är förhöjt och EKG visar lätta ST-sänkningar.

Vilken trombocythämmande behandling skall ordineras?

- ✓A. Acetylsalicylsyra (ASA) samt ticagrelor
- ✓B. Acetylsalicylsyra (ASA) samt clopidogrel
- C. Acetylsalicylsyra (ASA) samt fondaparinux
- D. Ticagrelor samt prasugrel
- E. Clopidogrel samt bivalirudin

Rationale: Rätt alternativ är ASA + ticagrelor, men många internationella guidelines har ännu inte uppdaterats och rekommenderar fortfarande ASA + clopidogrel.

Question #: 10



Oskar ligger på hjärtinfarktavdelningen och har varit smärtfri. Han har fått dubbel trombocythämmande behandling. Nu ringer ansvarig sjuksköterska och meddelar att han har fått rejält ont i bröstet och ett nytt EKG är taget. Se bifogat.

Vad visar EKG:t?

- A. Icke ST-höjnings infarkt (NSTEMI) septalt
- B. ST-höjnings infarkt (STEMI) lateralt
- ✓ C. ST-höjnings infarkt (STEMI) anterior
- D. Icke ST-höjnings infarkt (NSTEMI) lateralt
- E. ST-höjnings infarkt (STEMI) inferiort

Question #: 11

Du är jourhavande läkare en kväll på medicinakuten. Oskar, 68 år, är tidigare väsentligen frisk. Vid en nylig hälsokontroll fick han veta att blodtrycket låg något högt. Han röker ½-1 paket cigaretter per dag. Hans yngre bror avled i hjärtinfarkt för ett år sedan.

Tidigare på dagen arbetade Oskar i skogen och på vägen hem började han känna av en smärta över bröstet med viss utstrålning mot rygg och höger arm. Han fick också tungt att andas och fick stanna upp en stund. När han kom hem blev smärtan intensivare och blev kallsvettig. Hustrun tyckte att Oskar såg dålig ut och skjutsade in honom till sjukhuset. När du ser honom 20 min senare är han fortfarande smärtpåverkad men smärtorna börjar släppa. Besvären har pågått en dryg timme. Blodtryck 138/86 mmHg, puls 62/min. EKG visar lätta ST-sänkningar inferiort samt lateralt.

Du lägger in patienten på hjärtinfarktavdelning för vidare observation och utredning.

Troponin T är förhöjt och EKG visar initialt lätta ST-sänkningar.

Oskar ligger på hjärtinfarktavdelningen. Efter att först ha blivit smärtfri har han nu fått kraftig bröstsmärta och nytt EKG visar ST-höjningsinfarkt (STEMI) anteriort.

Vilken åtgärd är nu mest angelägen?

- A. Infusion av nitroglycerin
- B. Laddningsdos av ticagrelor
- C. Heparininfusion
- D. Injektion av metoprolol
- ✓E. Primär perkutan koronar intervention (PCI)

Question #: 12

Du är jourhavande läkare en kväll på medicinakuten. Oskar, 68 år, är tidigare väsentligen frisk. Vid en nylig hälsokontroll fick han veta att blodtrycket låg något högt. Han röker ½-1 paket cigaretter per dag. Hans yngre bror avled i hjärtinfarkt för ett år sedan.

Tidigare på dagen arbetade Oskar i skogen och på vägen hem började han känna av en smärta över bröstet med viss utstrålning mot rygg och höger arm. Han fick också tungt att andas och fick stanna upp en stund. När han kom hem blev smärtan intensivare och blev kallsvettig. Hustrun tyckte att Oskar såg dålig ut och skjutsade in honom till sjukhuset. När du ser honom 20 min senare är han fortfarande smärtpåverkad men smärtorna börjar släppa. Besvären har pågått en dryg timme. Blodtryck 138/86 mmHg, puls 62/min. EKG visar lätta ST-sänkningar inferiort samt lateralt.

Du lägger in patienten på hjärtinfarktavdelning för vidare observation och utredning.

Troponin T är förhöjt och EKG visar initialt lätta ST-sänkningar.

Oskar ligger på hjärtinfarktavdelningen och har fått kraftig bröstsmärta. EKG visar anterior STEMI och man genomför omedelbar primär PCI.

I efterförloppet bedöms hjärtat med ekokardiografi. Undersökningen visar en måttligt vidgad vänster kammare med segmentell dysfunktion septalt-apikalt och ejektionsfraktion ca 35-40 %. Vilken behandling är i första hand indicerad med tanke på ultraljudsfyndet?

- A. Angiotensinreceptorblockerare samt långverkande nitroglycerin
 - B. Betablockerare samt acetylsalicylsyra (ASA)
 - C. ACE-hämmare samt statin
 - ✓D. Betablockerare samt ACE-hämmare
 - E. Angiotensinreceptorblockerare samt ACE-hämmare
-

Question #: 13

Oskar har mobiliserats efter sin hjärtinfarkt och du skall skriva hem honom. Du noterar i laboratorielistan ett low-density lipoprotein (LDL) kolesterol på 2,9 mmol/l. Blodtryckskontroller har visat ett systoliskt blodtryck på ca 145 mmHg. Du ser över Oskars medicinering och skall i epikrisen ange målvärden för LDL-kolesterol och systoliskt blodtryck. Vilka målvärden gäller?

- A. LDL <2,6 mmol/L samt systoliskt blodtryck <150 mmHg
 - ✓B. LDL <1,8 mmol/L samt systoliskt blodtryck <140 mmHg
 - C. LDL <2,6 mmol/L samt systoliskt blodtryck <130 mmHg
 - D. LDL <2,2 mmol/L samt systoliskt blodtryck <140 mmHg
 - E. LDL <1,8 mmol/L samt systoliskt blodtryck <130 mmHg
-

Question #: 14

Gustav 20 år inkommer till den psykiatriska akutmottagningen med symtom på intensiv ångest som debuterade akut när han stod och väntade på en busshållplats. Han fick då svårt att få luft, hade kraftig hjärklappning och upplevde att han skulle svimma. Gustav uppger sig vara helt frisk och har aldrig varit i kontakt med sjukvården för psykiska eller somatiska besvär. Han har haft liknande symtom av ångest och rädsla vid flera tillfällen varje vecka under det senaste halvåret. Varje "attack" har debuterat akut, varat mellan 5-30 minuter, och patienten förstår inte varför. Somatisk undersökning är ua. Gustav är inte alkoholpåverkad och rutinprover är ua. Blodtryck 160/90 mmHg, regelbunden puls 95/min. Vad har Gustav mest troligt drabbats av?

- ✓A. Paniksyndrom
- B. Epileptiskt anfall
- C. Kortvarig psykos
- D. Konversionssyndrom
- E. Posttraumatiskt stressyndrom

Question #: 15

Gustav 20 år inkommer till den psykiatriska akutmottagningen med symtom på intensiv ångest som debuterade akut när han stod och väntade på en busshållplats. Han fick då svårt att få luft, hade kraftig hjärklappning och upplevde att han skulle svimma. Gustav uppger sig vara helt frisk och har aldrig varit i kontakt med sjukvården för psykiska eller somatiska besvär. Han har haft liknande symtom av ångest och rädsla vid flera tillfällen varje vecka under det senaste halvåret. Varje "attack" har debuterat akut, varat mellan 5-30 minuter, och patienten förstår inte varför. Somatisk undersökning är ua. Gustav är inte alkohelpåverkad och rutinprover är ua. Blodtryck 160/90 mmHg, regelbunden puls 95/min.

Gustav fick den korrekta diagnosen paniksyndrom och ni kom överens om att en initial farmakologisk behandling med ett serotonergt verkande antidepressivt preparat vore av värde.

Hur påbörjas bäst farmakologisk behandling?

- A. Sederande antihistamin, att ta vid behov vid ångestattack, och om nödvändigt lägg sedan till ett antidepressivt preparat.
- B. Kortverkande bensodiazepin-preparat, att ta vid behov vid ångestattack, och om nödvändigt lägg sedan till ett antidepressivt preparat.
- C. Låg dos av ett antidepressivt preparat under några dagar, vilket kombineras med en låg dos kortverkande bensodiazepin-preparat.
- D. Antidepressivt preparat, med doser som rekommenderas vid egentlig depression.
- ✓E. Låg dos av ett antidepressivt preparat under några dagar, för att sedan försiktigt titrera upp dosen.

Question #: 16

Gustav 20 år inkommer till den psykiatriska akutmottagningen med symtom på intensiv ångest som debuterade akut när han stod och väntade på en busshållplats. Han fick då svårt att få luft, hade kraftig hjärklappning och upplevde att han skulle svimma. Gustav uppger sig vara helt frisk och har aldrig varit i kontakt med sjukvården för psykiska eller somatiska besvär. Han har haft liknande symtom av ångest och rädsla vid flera tillfällen varje vecka under det senaste halvåret. Varje "attack" har debuterat akut, varat mellan 5-30 minuter, och patienten förstår inte varför. Somatisk undersökning är ua. Gustav är inte alkohelpåverkad och rutinprover är ua. Blodtryck 160/90 mmHg, regelbunden puls 95/min.

Gustav fick den korrekta diagnosen paniksyndrom och ni kom överens om att en initial farmakologisk behandling med ett serotonergt verkande antidepressivt preparat vore av värde.

Patienten ordinerades ett SSRI preparat, fick en initial ångestförstärkning som avtog inom 2-3 veckor. Vid återbesök efter 6 veckor hade patienten endast minimala kvarvarande symtom.

Den initiala behandlingen med enbart ett antidepressivt preparat ifrågasattes av patienten som menade att ett initialt tillägg av ett kortverkande bensodiazepinpreparat hade varit bättre.

I särskilda situationer kan det vara motiverat att genomföra en kombinationsbehandling, med ett initialt tillägg av ett kortverkande bensodiazepinpreparat. I vilken situation kan det vara befogat?

- ✓A. När symtomen menligt påverkar patientens möjligheter att sköta sitt arbete eller skolgång.
 - B. När patient uppvisar en samtidig depressiv symtombild.
 - C. När patienten har en samtidig specifik fobi.
 - D. När det saknas resurser för att kombinera den farmakologiska antidepressiva behandlingen med kognitiv beteendeterapi (KBT).
 - E. Hos patienter där det saknas uppenbar risk för missbruk.
-

Question #: 17

Gustav 20 år inkommer till den psykiatriska akutmottagningen med symtom på intensiv ångest som debuterade akut när han stod och väntade på en busshållplats. Han fick då svårt att få luft, hade kraftig hjärklappning och upplevde att han skulle svimma. Gustav uppger sig vara helt frisk och har aldrig varit i kontakt med sjukvården för psykiska eller somatiska besvär. Han har haft liknande symtom av ångest och rädsla vid flera tillfällen varje vecka under det senaste halvåret. Varje "attack" har debuterat akut, varat mellan 5-30 minuter, och patienten förstår inte varför. Somatisk undersökning är ua. Gustav är inte alkoholpåverkad och rutinprover är ua. Blodtryck 160/90 mmHg, regelbunden puls 95/min. Gustav fick den korrekta diagnosen paniksyndrom och ni kom överens om att en initial farmakologisk behandling med ett serotonergt verkande antidepressivt preparat vore av värde. Patienten ordinerades ett SSRI preparat, fick en initial ångestförstärkning som avtog inom 2-3 veckor. Vid återbesök efter 6 veckor hade patienten endast minimala kvarvarande symtom. Den initiala behandlingen med enbart ett antidepressivt preparat ifrågasattes av patienten som menade att ett initialt tillägg av ett kortverkande bensodiazepinpreparat hade varit bättre. Gustav får rådet att behandla sig i åtminstone 1 år enligt gängse rekommendation. Du träffar honom efter 1 år. Det framkommer att uppföljningen har varit sporadisk, oftast på patients initiativ. Det visar sig att han efter ca 3 månaders behandling med SSRI har ordinerats bensodiazepiner, vilka har itererats utan kontroll av dosintervall. Han har vid flera tillfällen försökt sätta ut bensodiazepin-preparatet men inte lyckats p.g.a. abstinensbesvär. Gustav är nu sjukskriven för ett depressivt syndrom med sömnstörningar. Det har med största sannolikhet utvecklats ett beroende och en toleransökning. Misstanke finns även om att bensodiazepin-preparatet även kan ha inducerat och underhållit det depressiva syndromet. En utsättning av bensodiazepin-preparatet förefaller indicerad. Hur fortsätter du bäst hans behandling?

- A. Minskning av bensodiazepindosen med 10 % per månad och fortsätta med SSRI-behandlingen tills vidare.
- B. Fördubbling av SSRI-dosen och får fortsätta med samma bensodiazepindos tills vidare.
- C. Fördubbling av SSRI-dosen och utsättning av bensodiazepinpreparatet inom 1-2 veckor.
- ✓D. Initial reduktion av bensodiazepindosen med 50 % och fastställande av tidsperiod för nedtrappning. Fortsätta med SSRI-behandlingen tills vidare.
- E. Fortsätta med oförändrade doser av båda medicinerna och påbörja utsättning av bensodiazepinpreparatet när det depressiva syndromet har gått i regress.

Question #: 18

Gustav 20 år inkommer till den psykiatriska akutmottagningen med symtom på intensiv ångest som debuterade akut när han stod och väntade på en busshållplats. Han fick då svårt att få luft, hade kraftig hjärklappning och upplevde att han skulle svimma. Gustav uppger sig vara helt frisk och har aldrig varit i kontakt med sjukvården för psykiska eller somatiska besvär. Han har haft liknande symtom av ångest och rädsla vid flera tillfällen varje vecka under det senaste halvåret. Varje "attack" har debuterat akut, varat mellan 5-30 minuter, och patienten förstår inte varför. Somatisk undersökning är ua. Gustav är inte alkoholpåverkad och rutinprover är ua. Blodtryck 160/90 mmHg, regelbunden puls 95/min.

Gustav fick den korrekta diagnosen paniksyndrom och ni kom överens om att en initial farmakologisk behandling med ett serotonergt verkande antidepressivt preparat vore av värde.

Patienten ordinerades ett SSRI preparat, fick en initial ångestförstärkning som avtog inom 2-3 veckor.

Vid återbesök efter 6 veckor hade patienten endast minimala kvarvarande symtom.

Den initiala behandlingen med enbart ett antidepressivt preparat ifrågasattes av patienten som menade att ett initialt tillägg av ett kortverkande bensodiazepinpreparat hade varit bättre.

Gustav får rådet att behandla sig i åtminstone 1 år enligt gängse rekommendation. Du träffar honom efter 1 år. Det framkommer att uppföljningen har varit sporadisk, oftast på patients initiativ. Det visar sig att han efter ca 3 månaders behandling med SSRI har ordinerats bensodiazepiner, vilka har itererats utan kontroll av dosintervall. Han har vid flera tillfällen försökt sätta ut bensodiazepin-preparatet men inte lyckats p.g.a. abstinensbesvär. Gustav är nu sjukskriven för ett depressivt syndrom med sömnstörningar. Det har med största sannolikhet utvecklats ett beroende och en toleransökning. Misstanke finns även om att bensodiazepin-preparatet även kan ha inducerat och underhållit det depressiva syndromet. En utsättning av bensodiazepin-preparatet förefaller indicerad.

En överenskommelse nåddes som innebar en initial reduktion av bensodiazepindosen med 50 % och fastställande av en 18 veckors nedtrappningsperiod med bibehållande av SSRI-medicineringen.

Dessutom byttes det kortverkande ut mot ett långverkande bensodiazepinpreparat (i ekvipotent dos) i syfte att minska eventuella abstinenssymtom. För en minoritet kommer inte detta utsättningsschema att fungera. Det gäller särskilt de patienter som har behandlats längre än 1 år.

Tyvärr drabbas Gustav av bensodiazepin-utsättningsyndrom med symtom som irritabilitet, sömnsvårigheter, trötthet och muskulära spänningar. Du bedömer att utsättningen bör vara längre än gängse 6-18 veckor.

Ordinera läkemedel för denna utsättning av bensodiazepiner hos Gustav.

- A. Gör ett tillägg med ett antiepileptikum (karbamazepin) och justera bensodiazepindosen med beaktande av patientens subjektiva symtom under några månader.
- ✓B. Fastställ en utsättningsperiod på 12-18 månader och minska dosen försiktigt (vanligtvis 10 % åt gången) med beaktande av patientens subjektiva symtom.
- C. Gör ett tillägg med ett modernt antipsykotikum (t.ex. olanzapin) och minska bensodiazepindosen med beaktande av patientens subjektiva symtom under några månader.
- D. Fastställ en utsättningsperiod på 12-18 månader och minska dosen försiktigt (vanligtvis 10 % åt gången) med beaktande av patientens subjektiva symtom. Om patienten har tillfälliga utsättningsymtom kan patienten behandlas med vid behovs-behandling med ett kortverkande bensodiazepinpreparat.
- E. Öka bensodiazepindosen tillfälligt till uppnådd symtomfrihet och ordinera därefter kognitiv terapi (KBT) i syfte att motivera patienten till att följa den gängse kortare utsättningsperioden (6-12 veckor). Om tillräcklig motivation anses vara uppnådd så återremitteras patienten till ordinarie läkare som gör ett nedtrappningsförsök under 6-18 veckor.

Question #: 19

En 58-årig man inkommer akut med smärta i vänster flank. Smärtan kom under dagen. Han har försökt att kureras sig hemma med paracetamol utan att lyckas. Vid inkomsten till akutmottagningen rör han sig smärtpåverkad i rummet och alternerar mellan att vara framåtböjd och att ta sig åt sidan.

Status:

AT: Cirkulatoriskt stabil. Temp 37,5°C

Blodtryck: 180/95 mmHg, puls 90/min

Buk: Mjuk, men klart ont över vänster njurloge vid försiktig djuppalpation

Provsvar (referensvärden inom parentes):

P-Kreatinin 67 mmol/L (45-90)

P-CPR 15 mg/L (<3)

Urintestrensa normal

Vad har han mest troligt drabbats av?

- A. Njurcancer
- B. Njurcancer
- C. Inklämt ljumskbräck vänster
- D. Divertikulit med begynnande perforation
- ✓E. Njur- eller uretärsten

Question #: 20

En 58-årig man inkommer akut med smärta i vänster flank. Smärtan kom under dagen. Han har försökt att kureras sig hemma med paracetamol utan att lyckas. Vid inkomsten till akutmottagningen rör han sig smärtpåverkad i rummet och alternerar mellan att vara framåtböjd och att ta sig åt sidan.

Status:

AT: Cirkulatoriskt stabil. Temp 37,5°C

Blodtryck: 180/95 mmHg, puls 90/min

Buk: Mjuk, men klart ont över vänster njurloge vid försiktig djuppalpation

Provsvar (referensvärden inom parentes):

P-Kreatinin 67 mmol/L (45-90)

P-CPR 15 mg/L (<3)

Urintestrensa normal

Du misstänker att patienten har en njursten.

Vad erbjuder du patienten för akut åtgärd?

- ✓A. Diklofenak im.
- B. Morfin iv.
- C. Paracetamol i kombination med kodein po.
- D. Spasmofen i stolpiller (kombination av kodein, morfin, skopolamin)
- E. Dilaudidatropin (hydromorfon) im.

Question #: 21

En 58-årig man inkommer akut med smärta i vänster flank. Smärtan kom under dagen. Han har försökt att kureras hemma med paracetamol utan att lyckas. Vid inkomsten till akutmottagningen rör han sig smärtpåverkad i rummet och alternerar mellan att vara framåtböjd och att ta sig åt sidan.

Status:

AT: Cirkulatoriskt stabil. Temp 37,5°C

Blodtryck: 180/95 mmHg, puls 90/min

Buk: Mjuk, men klart ont över vänster njurloge vid försiktig djuppalpation

Provsvär (referensvärden inom parentes):

P-Kreatinin 67 mmol/L (45-90)

P-CPR 15 mg/L (<3)

Urintestrensa normal

Du misstänker att patienten har en njursten.

Efter att han har fått sin första injektion diklofenak om 75 mg im. så är han relativt smärtlindrad. Han ligger kvar en timme på akutmottagningen då han inte är helt smärtfri och börjar få mer ont igen.

Patienten får ytterligare en injektion diklofenak (75 mg) – och då är maxdosen/dygn uppnådd. Trots detta så avtar inte värken, utan ökar ytterligare.

Vad är ditt nästa steg utöver ytterligare smärtlindring?

- A. Ultraljud över urinblåsan (Bladderscan)
- B. Urografi (konventionell urinvägsöversikt med kontrast)
- ✓C. CT urinvägsöversikt
- D. EKG
- E. Ultraljud njurar

Question #: 22

En 58-årig man inkommer akut med smärta i vänster flank. Smärtan kom under dagen. Han har försökt att kureras hemma med paracetamol utan att lyckas. Vid inkomsten till akutmottagningen rör han sig smärtpåverkad i rummet och alternerar mellan att vara framåtböjd och att ta sig åt sidan.

Status:

AT: Cirkulatoriskt stabil. Temp 37,5°C

Blodtryck: 180/95 mmHg, puls 90/min

Buk: Mjuk, men klart ont över vänster njurloge vid försiktig djuppalpation

Provsvär (referensvärden inom parentes):

P-Kreatinin 67 mmol/L (45-90)

P-CPR 15 mg/L (<3)

Urintestrensa normal

Du misstänker att patienten har en njursten.

Efter att han har fått sin första injektion diklofenak om 75 mg im. så är han relativt smärtlindrad. Han ligger kvar en timme på akutmottagningen då han inte är helt smärtfri och börjar få mer ont igen.

Patienten får ytterligare en injektion diklofenak (75 mg) – och då är maxdosen/dygn uppnådd. Trots detta så avtar inte värken, utan ökar ytterligare.

CT-urinvägsöversikt visade ett distalt uretärkonkrement uppmätt till 8 x 11 mm med en magnifik hydronefros på vänster sida. Smärta och värk har stabiliserats men är inte borta. Han har haft några frossbrytningar samt har börjat svettas. Aktuell temperatur 38,9°C. Vilka åtgärder bör genomföras förutom urinodling, blododling och intravenös antibiotikabehandling?

- A. Uretärkateter-uppläggning
 - B. Hydrokortison i hög dos iv. (SoluCortef 250 mg x 1)
 - C. Urinvägskateter (KAD)
 - D. Inget ytterligare
 - ✓E. Nefropyelostomi-inläggning
-

Question #: 23

En 58-årig man inkommer akut med smärta i vänster flank. Smärtan kom under dagen. Han har försökt att kureras hemma med paracetamol utan att lyckas. Vid inkomsten till akutmottagningen rör han sig smärtpåverkad i rummet och alternerar mellan att vara framåtböjd och att ta sig åt sidan.

Status:

AT: Cirkulatoriskt stabil. Temp 37,5°C

Blodtryck: 180/95 mmHg, puls 90/min

Buk: Mjuk, men klart ont över vänster njurloge vid försiktig djuppalpation

Provsvär (referensvärden inom parentes):

P-Kreatinin 67 mmol/L (45-90)

P-CPR 15 mg/L (<3)

Urintestrensa normal

Du misstänker att patienten har en njursten.

Efter att han har fått sin första injektion diklofenak om 75 mg im. så är han relativt smärtlindrad. Han ligger kvar en timme på akutmottagningen då han inte är helt smärfri och börjar få mer ont igen.

Patienten får ytterligare en injektion diklofenak (75 mg) – och då är maxdosen/dygn uppnådd. Trots detta så avtar inte värken, utan ökar ytterligare.

CT-urinvägsöversikt visade ett distalt uretärkonkrement uppmätt till 8 x 11 mm med en magnifik hydronefros på vänster sida. Smärta och värk har stabiliserats men är inte borta. Han har haft några frossbrytningar samt har börjat svettas. Aktuell temperatur 38,9°C.

Efter en avlastande nefropyelostomikateter blir patienten plötsligt sämre på natten.

Avdelningssjuksköterskan ringer och berättar att han nu har ett blodtryck på 80/65 mmHg, är blek och tagen, illamående och ångestfylld samt har upprepade frossbrytningar.

Hur vill du hantera den nu uppkomna situationen förutom mer intravenös vätska och höjd fotända på sängen?

- A. Morfin och ångestdämpande medicin. Tillägg av aminoglykosid.
 - ✓B. Kontakt med IVA-jour/MIG-team (mobil intensivvårdsgrupp)
 - C. Morfin och ångestdämpande medicin. Akut anmälan till operation för stenextraktion.
 - D. Morfin och ångestdämpande medicin. Urinvägsöversikt.
 - E. Byte av antibiotika och insättande av antiemetika
-

Question #: 24

En 58-årig man inkommer akut med smärta i vänster flank. Smärtan kom under dagen. Han har försökt att kureras sig hemma med paracetamol utan att lyckas. Vid inkomsten till akutmottagningen rör han sig smärtpåverkad i rummet och alternerar mellan att vara framåtböjd och att ta sig åt sidan.

Status:

T: Cirkulatoriskt stabil. Temp 37,5°C

Blodtryck: 180/95 mmHg, puls 90/min

Buk: Mjuk, men klart ont över vänster njurloge vid försiktig djuppalpation

Provsvär (referensvärden inom parentes):

P-Kreatinin 67 mmol/L (45-90)

P-CPR 15 mg/L (<3)

Urintestremsa normal

Du misstänker att patienten har en njursten.

Efter att han har fått sin första injektion diklofenak om 75 mg im. så är han relativt smärtlindrad. Han ligger kvar en timme på akutmottagningen då han inte är helt smärtfri och börjar få mer ont igen.

Patienten får ytterligare en injektion diklofenak (75 mg) –och då är maxdosen/dygn uppnådd. Trots detta så avtar inte värken, utan ökar ytterligare.

CT-urinvägsöversikt visade ett distalt uretärkonkrement uppmätt till 8 x 11 mm med en magnifik hydronefros på vänster sida. Smärta och värk har stabiliserats men är inte borta. Han har haft några frossbrytningar samt har börjat svettas. Aktuell temperatur 38,9°C.

Efter en avlastande nefropyelostomikateter blir patienten plötsligt sämre på natten.

Avdelningssjuksköterskan ringer och berättar att han nu har ett blodtryck på 80/65 mmHg, är blek och tagen, illamående och ångestfylld samt har upprepade frossbrytningar.

Patienten stabiliseras cirkulatoriskt efter överflytt till IVA. IVA-jouren undrar över din plan avseende det vänstersidiga uretärkonkrementet som behöver behandlas.

När är det mest rimligt att genomföra stenbehandlingen?

- A. Inom en vecka.
- B. Under andra dygnet.
- C. Inom ett dygn.
- ✓D. Efter mer än två veckor.
- E. Omedelbart samtidigt med behandlingen av hans feber, frossa och dunkömhet.

Question #: 25

En 7-årig pojke kommer med ambulans till akutmottagningen. Han insjuknade med feber 40°C, ont i kroppen och huvudvärk för fyra timmar sedan. Han är blek, händer och fötter är kalla. Han andas snabbt men håller SaO₂ 95 % med syrgas på mask. Hjärtfrekvensen är 155/minut och blodtrycket 95/55 mmHg. Kapillär återfyllnad 5 sekunder. På benen ser du petekier. Han värjer sig vid undersökningen. Neurologiskt status är normalt för övrigt.

Barnet får akut en intravenös infart för blodprovstagning men vad gör du sedan?

- ✓A. Tar blododling och ger därefter vätska och bredspektrumantibiotika intravenöst.
 - B. Tar blododling och ger därefter bredspektrumantibiotika intravenöst.
 - C. Sätter sond för peroral vätska.
 - D. Ger snarast möjligt bredspektrumantibiotika intravenöst och paracetamol mot febern.
 - E. Tar blododling, ger intravenös vätska och paracetamol mot febern.
-

Question #: 26

En 7-årig pojke kommer med ambulans till akutmottagningen. Han insjuknade med feber 40°C, ont i kroppen och huvudvärk för fyra timmar sedan. Han är blek, händer och fötter är kalla. Han andas snabbt men håller SaO2 95 % med syrgas på mask. Hjärtfrekvensen är 155/minut och blodtrycket 95/55 mmHg. Kapillär återfyllnad 5 sekunder. På benen ser du petekier. Han värjer sig vid undersökningen. Neurologiskt status är normalt för övrigt.

Pojken är cirkulatoriskt påverkad och en intravenös infart sätts för provtagning, blododling och intravenös vätska.

Vilken vätskeordination nedan är korrekt?

- A. Ringer-Acetat 50 ml/kg iv i bolusdos (under 15-20 min)
 - B. Ringer-Acetat 12,5 ml/kg i bolusdos (under 15-20 min)
 - C. Glukos 100 mg/ml med 40 Na och 20K/1000 ml, 20 ml/kg iv i bolusdos (under 15-20 min)
 - ✓D. Ringer-Acetat 20 ml/kg iv i bolusdos (under 15-20 min)
 - E. Glukos 100 mg/ml med 40 Na och 20K/1000 ml, 12,5 ml/kg iv på 4 timmar
-

Question #: 27

En 7-årig pojke kommer med ambulans till akutmottagningen. Han insjuknade med feber 40°C, ont i kroppen och huvudvärk för fyra timmar sedan. Han är blek, händer och fötter är kalla. Han andas snabbt men håller SaO2 95 % med syrgas på mask. Hjärtfrekvensen är 155/minut och blodtrycket 95/55 mmHg. Kapillär återfyllnad 5 sekunder. På benen ser du petekier. Han värjer sig vid undersökningen. Neurologiskt status är normalt för övrigt.

Pojken är cirkulatoriskt påverkad och en intravenös infart sätts för provtagning, blododling och intravenös vätska.

Du ger Ringer-Acetat 20 ml/kg iv i bolusdos (under 15-20 min) och utvärderar effekten.

Vilket av följande alternativ kommer sent i förloppet vid cirkulationssvikt hos barn?

- A. Förhöjd hjärtfrekvens
- ✓B. Sjunkande blodtryck
- C. Förlängd kapillär återfyllnad
- D. Kall hud
- E. Blekhet

Question #: 28

En 7-årig pojke kommer med ambulans till akutmottagningen. Han insjuknade med feber 40°C, ont i kroppen och huvudvärk för fyra timmar sedan. Han är blek, händer och fötter är kalla. Han andas snabbt men håller SaO₂ 95 % med syrgas på mask. Hjärtfrekvensen är 155/minut och blodtrycket 95/55 mmHg. Kapillär återfyllnad 5 sekunder. På benen ser du petekier. Han värjer sig vid undersökningen. Neurologiskt status är normalt för övrigt.

Pojken är cirkulatoriskt påverkad och en intravenös infart sätts för provtagning, blododling och intravenös vätska.

Du ger Ringer-Acetat 20 ml/kg iv i bolusdos (under 15-20 min) och utvärderar effekten och är speciellt vaksam på att sjunkande blodtryck är ett sent tecken på cirkulationssvikt hos barn.

Pojken stabiliseras cirkulatoriskt efter given bolusdos Ringer-Acetat intravenöst.

Det finns kontraindikationer som gör att man avstår lumbalpunktion på barn.

Vilket av följande alternativ är **inte** en kontraindikation för lumbalpunktion på barn?

- A. Nyttillkommen svaghet i höger arm
- B. Nyttillkommen talrubbing
- C. Infektion på insticksstället
- ✓D. Allergi mot lokalbedövningsmedel
- E. Pågående kramp

Question #: 29

En 7-årig pojke kommer med ambulans till akutmottagningen. Han insjuknade med feber 40°C, ont i kroppen och huvudvärk för fyra timmar sedan. Han är blek, händer och fötter är kalla. Han andas snabbt men håller SaO₂ 95 % med syrgas på mask. Hjärtfrekvensen är 155/minut och blodtrycket 95/55 mmHg. Kapillär återfyllnad 5 sekunder. På benen ser du petekier. Han värjer sig vid undersökningen. Neurologiskt status är normalt för övrigt.

Pojken är cirkulatoriskt påverkad och en intravenös infart sätts för provtagning, blododling och intravenös vätska.

Du ger Ringer-Acetat 20 ml/kg iv i bolusdos (under 15-20 min) och utvärderar effekten och är speciellt vaksam på att sjunkande blodtryck är ett sent tecken på cirkulationssvikt hos barn.

Pojken stabiliseras cirkulatoriskt efter given bolusdos Ringer-Acetat intravenöst.

Du försöker göra en lumbalpunktion men lyckas inte.

Vad gör du nu?

- A. Ger Midazolam inför nytt försök till lumbalpunktion senare, därefter antibiotika intravenöst i meningitdos.
 - B. Väntar på provsvar innan ytterligare åtgärd.
 - ✓C. Ger skyndsamt antibiotika intravenöst i meningitdos.
 - D. Kallar in bakjouren från hemmet (ca 30 min bilresa till sjukhuset) för att göra en lumbalpunktion.
 - E. Beställer en akut datortomografi av hjärnan.
-

* I samband med rättning har vi noterat att totalt 2 frågor hade fler än ett möjligt korrekt svarsalternativ, vilket har tagits hänsyn till i rättningen.