AKADEMISKA BARNSJUKHUSET

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

Viktig information - Läs noggrant

Det här är 2018 års specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin skapad av ST-studierektorer och ST-chefer i Stockholm sjukvårdsregion. Det är en "open-book" skrivning, d v s det är tillåtet att använda hjälpmedel (böcker, PM, internet) på samma sätt som vid kliniskt arbete. Det är inte tillåtet att ta hjälp av annan person.

Skrivningen har två delar;

Del 1 är uppbyggd av Modified Essay Questions (MEQ) baserade på patientfall. Informationen ges gradvis och frågor ställs på basen av den information som finns. När du besvarat frågorna klickar du dig vidare (utan möjlighet att gå tillbaka och ändra). På nästa sida upprepas relevanta delar av initial beskrivning av problemet tillsammans med viss återkoppling på föregående sidas frågor samt mer information, nya frågor, etc.

Tidigare information upprepas med liten stil
Svar på tidigare frågor ges med kursiv stil
Ny information ges med vanlig stil
Den nya frågan ställs med fet stil

Det är sju fall där antalet delfrågor respektive poäng varierar enligt följande:
Fall 1 -7 delfrågor, 9 p
Fall 2 - 6 delfrågor, 16,5 p
Fall 3 - 7 delfrågor, 11,5 p
Fall 4 - 5 delfrågor, 9 p
Fall 5 - 5 delfrågor, 9,5 p
Fall 6 - 5 delfrågor, 9 p
Fall 7 - 10 delfrågor, 11 p

Del 2 består av 21 frågor utformade som Multiple Choice Questions (MCQ) där ett svarsalternativ ska markeras. Varje rätt svar ger 1 poäng.

Under skrivningens gång kan du, längst ned på varje sida, följa hur många sidor som du fullföljt respektive hur många sidor som återstår av skrivningen.

Skrivningen är öppen under tre timmar - var noggrann med tiden så du hinner skicka in dina svar innan 180 minuter passerat. Räkna med cirka 30 minuter för MCQ-frågorna som kommer på slutet. Observera att svaren skickas in först när du klickat på avsedd knapp på sista sidan och att skrivningen stänger automatiskt när tiden passerat!

Lycka till!

önskar ST-studierektorer och ST-chefer Visby och Stockholm

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

1.1

Liam är en 12-årig kille, andra barnet till separerade föräldrar, som bor hos sin mamma i en lägenhet i en förort till Stockholm. Inga pälsdjur hos mamman men pappans nya partner har en katt. Storasyster är nötallergisk, även Liam undviker nötter.

Liam hade äggallergi och eksem som liten, han tål numera ägg men har fortsatt lindriga eksembesvär framförallt vintertid. Han fick en astmadiagnos vid tre års ålder då han hade astmasymtom i samband med infektioner och kattexponering, och har sedan dess stått på inhalationssteroider dagligen samt beta-2-agonist vid behov. Vid kontroller på barnläkarmottagningen och har man sett spirometriresultat typiska för underbehandlad astma varje besök de senaste åren.

Beskriv kortfattat en spirometriundersökning vid frågeställningen astma!
Vilken typ av spirometri utförs? Vilka mätvärden plottas på x- respektive y-axeln?
Vilka är de viktigaste uppmätta parametrarna som bedöms?
Vad visar en typisk spirometriundersökning vid underbehandlad astma (både visuellt och hur typiska mätparametrar är förändrade jämfört med normalt)? (2p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

1.2

Liam är en 12-årig kille, andra barnet till separerade föräldrar, som bor hos sin mamma i en lägenhet i en förort till Stockholm. Inga pälsdjur hos mamman men pappans nya partner har en katt. Storasyster är nötallergisk, även Liam undviker nötter. Liam hade äggallergi och eksem som liten, han tål numera ägg men har fortsatt lindriga eksembesvär framförallt vintertid. Han fick en astmadiagnos vid tre års ålder då han hade astmasymtom i samband med infektioner och kattexponering, och har sedan dess stått på inhalationssteroider dagligen samt beta-2-agonist vid behov. Vid kontroller på barnläkarmottagningen och har man sett spirometriresultat typiska för underbehandlad astma varje besök de senaste åren.

Beskriv kortfattat en spirometriundersökning vid frågeställningen astma! Vilken typ av spirometri utförs? Vilka mätvärden plottas på x- respektive y-axeln? Vilka är de viktigaste uppmätta parametrarna som bedöms? Vad visar en typisk spirometriundersökning vid underbehandlad astma (både visuellt och hur typiska mätparametrar är förändrade jämfört med normalt)? (2p)

Dynamisk spirometri: y-axeln: luftflöde (L/s), x-axeln: luftvolym (L)

Viktigaste parametrarna: Forcerad exspiratorisk volym på en sekund (FEV1) och Forcerad vitalkapacitet (FVC)

Vid underbehandlad astma ses en kurva med typisk "hängmatteform" d v s lägre flöden än förväntat vid ökande utandad volym. FEV1 är sänkt, oftast under 80% av förväntat, FVC är normal eller sänkt (p g a ökad residualvolym). Vid ett positivt reversibilitetstest, med t ex fyrdubbel dos av beta-2-agonist och sedan ny spirometri efter 15 min, ses en normalisering av kurvan och FEV1 stiger med minst 12%

Redan för ca två år sedan ändrades Liams medicinering och man gick upp ett steg i den sk astmabehandlingstrappan, från steg 2 till steg 3.

Vilken var indikationen för att ändra medicineringen och hur ändrades den för Liams del förutsatt att behandlingstrappan följdes? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

1.3

Liam är en 12-årig kille, andra barnet till separerade föräldrar, som bor hos sin mamma i en lägenhet i en förort till Stockholm. Inga pälsdjur hos mamman men pappans nya partner har en katt. Storasyster är nötallergisk, även Liam undviker nötter. Liam hade äggallergi och eksem som liten, han tål numera ägg men har fortsatt lindriga eksembesvär framförallt vintertid. Han fick en astmadiagnos vid tre års ålder då han hade astmasymtom i samband med infektioner och kattexponering, och har sedan dess stått på inhalationssteroider dagligen samt beta-2-agonist vid behov. Vid kontroller på barnläkarmottagningen och har man sett spirometriresultat typiska för underbehandlad astma varje besök de senaste åren.

Beskriv kortfattat en spirometriundersökning vid frågeställningen astma! Vilken typ av spirometri utförs? Vilka mätvärden plottas på x- respektive y-axeln? Vilka är de viktigaste uppmätta parametrarna som bedöms? Vad visar en typisk spirometriundersökning vid underbehandlad astma (både visuellt och hur typiska mätparametrar är förändrade jämfört med normalt)? (2p)

Dynamisk spirometri: y-axeln: luftflöde (L/s), x-axeln: luftvolym (L)
Viktigaste parametrarna: Forcerad exspiratorisk volym på en sekund (FEV1) och Forcerad vitalkapacitet (FVC)
Vid underbehandlad astma ses en kurva med typisk "hängmatteform" d v s lägre flöden än förväntat vid ökande utandad volym. FEV1 är sänkt, oftast under 80% av förväntat, FVC är normal eller sänkt (p g a ökad residualvolym). Vid ett positivt reversibilitetstest, med t ex fyrdubbel dos av beta-2-agonist och sedan ny spirometri efter 15 min, ses en normalisering av kurvan och FEV1 stiger med minst 12%.

Redan för ca två år sedan ändrades Liams medicinering och man gick upp ett steg i den sk astmabehandlingstrappan, från steg 2 till steg 3.

Vilken var indikationen för att ändra medicineringen och hur ändrades den för Liams del förutsatt att behandlingstrappan följdes? (1p)

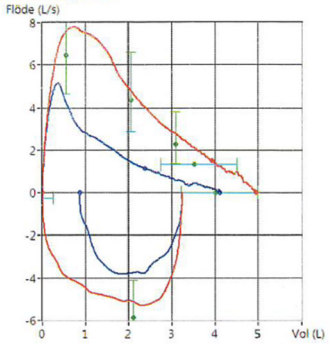
Indikationen att öka från steg 2 till steg 3 är otillräcklig astmakontroll vid steg 2-behandling. Liam ordinerades en medelhög dos inhalationssteroid samt sattes in på långverkande beta-2-agonist (eventuellt i form av ett kombinationspreparat), även tillägg av leukotrienantagonist (krävs ej för full poäng) och som tidigare kortverkande beta-2-agonist vid behov.

Trots detta ser man fortsatt dåliga spirometrier vid återbesöken på barnläkarmottagningen och remiss skickades till barnallergimottagningen dit nu Liam och hans mamma kommer på nybesök och träffar dig. Liam har innan du träffar honom genomfört en dynamisk spirometriundersökning med reversibilitetstest och man har uppmätt utandat NO på 59 ppb. Spirometrikurvan enligt nedan. Liams mamma säger att han mår bra och att hon inte märker av hans astma. Astma kontrolltest (ACT) visar 20 poäng (max 25).

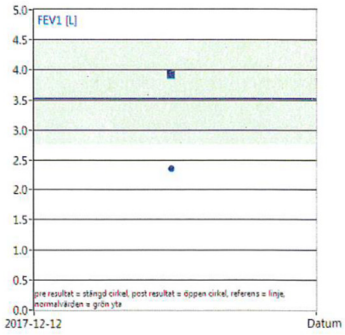
TESTRESULTAT

Förk.	Enhet	Ref värde Solymar_m	Pre abs	Pre %ref	Post abs	Post %ref	Förändr abs	Förändr %pre	Normalt område (-----) Pre (O) & Post (X) Resultat (20 40 60 80 100 120 140 160 180)	95% område %ref
FVC	L	4.02	4.12	102	4.97	123	*0.85	*21	----O----X	80-124
FEV1	L	3.52	2.37	*67 *	3.93	111	*1.56	*66	O ------X----	78-128
FEV6	L		4.11		4.97		0.85	21		-
FEV1%(FVC)	%	86.00	57.43	*67 *	79.03	92	21.61	38	O X----	89-111
PEF	L/s	6.46	4.84	75	7.65	118	2.81	58	-O--------X----	72-139
MEF50	L/s	4.35	1.45	*33 *	4.78	110	3.32	228	O ---------X--------	66-152
MEF25	L/s	2.29	0.56	*25 *	2.78	121	2.22	393	O ----------X---------	60-167
MMEF	L/s		1.29		4.48		3.19	247		-
FIVC	L	4.02	2.38	*59 *	3.24	81	0.86	36	O X---------	80-124
FIV1	L	3.78	2.38	*63 *	3.24	86	0.86	36	O -X--------	79-126
FIV1%(FIVC)	%	91.80	100.00	109	100.00	109	0.00	0	----*	89-111
PIF	L/s	5.88	3.95	*67 *	5.27	90	1.32	34	O----X----------	70-142

BÄSTA KURVORNA



SERIEJÄMFÖRELSE



Hur tolkar du spirometrikurvan och utandat NO (59 ppb)? Redogör för hur du tänker kring vilka faktorer som kan ligga bakom resultaten! (2p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

1.4

Liam är en 12-årig kille, andra barnet till separerade föräldrar, som bor hos sin mamma i en lägenhet i en förort till Stockholm. Inga pälsdjur hos mamman men pappans nya partner har en katt. Storasyster är nötallergisk, även Liam undviker nötter. Liam hade äggallergi och eksem som liten, han tål numera ägg men har fortsatt lindriga eksembesvär framförallt vintertid. Han fick en astmadiagnos vid tre års ålder då han hade astmasymtom i samband med infektioner och kattexponering, och har sedan dess stått på inhalationssteroider dagligen samt beta-2-agonist vid behov. Vid kontroller på barnläkarmottagningen och har man sett spirometriresultat typiska för underbehandlad astma varje besök de senaste åren.

Beskriv kortfattat en spirometriundersökning vid frågeställningen astma! Vilken typ av spirometri utförs? Vilka mätvärden plottas på x- respektive y-axeln? Vilka är de viktigaste uppmätta parametrarna som bedöms? Vad visar en typisk spirometriundersökning vid underbehandlad astma (både visuellt och hur typiska mätparametrar är förändrade jämfört med normalt)? (2p)

Dynamisk spirometri: y-axeln: luftflöde (L/s), x-axeln: luftvolym (L)
Viktigaste parametrarna: Forcerad exspiratorisk volym på en sekund (FEV1) och Forcerad vitalkapacitet (FVC)
Vid underbehandlad astma ses en kurva med typisk "hängmatteform" d v s lägre flöden än förväntat vid ökande utandad volym. FEV1 är sänkt, oftast under 80% av förväntat, FVC är normal eller sänkt (p g a ökad residualvolym). Vid ett positivt reversibilitetstest, med t ex fyrdubbel dos av beta-2-agonist och sedan ny spirometri efter 15 min, ses en normalisering av kurvan och FEV1 stiger med minst 12%.

Redan för ca två år sedan ändrades Liams medicinering och man gick upp ett steg i den sk astmabehandlingstrappan, från steg 2 till steg 3.

Vilken var indikationen för att ändra medicineringen och hur ändrades den för Liams del förutsatt att behandlingstrappan följdes? (1p)

Indikationen att öka från steg 2 till steg 3 är otillräcklig astmakontroll vid steg 2-behandling. Liam ordinerades en medelhög dos inhalationssteroid samt sattes in på långverkande beta-2-agonist (eventuellt i form av ett kombinationspreparat), även tillägg av leukotrienantagonist (krävs ej för full poäng) och som tidigare kortverkande beta-2-agonist vid behov.

Trots detta ser man fortsatt dåliga spirometrier vid återbesöken på barnläkarmottagningen och remiss skickades till barnallergimottagningen dit nu Liam och hans mamma kommer på nybesök och träffar dig. Liam har innan du träffar honom genomfört en dynamisk spirometriundersökning med reversibilitetstest och man har uppmätt utandat NO på 59 ppb. Spirometrikurvan enligt nedan. Liams mamma säger att han mår bra och att hon inte märker av hans astma. Astma kontrolltest (ACT) visar 20 poäng (max 25).

Hur tolkar du spirometrikurvan och utandat NO (59 ppb)? Redogör för hur du tänker kring vilka faktorer som kan ligga bakom resultaten! (2p)

Kurvan visar en obstruktiv bild med hängmatteform och sänkning av FEV1 (67% av förväntat) och en tydlig reversibilitet med ökning av FEV1 med 66% efter beta-2-agonist. Tänkbara orsaker: Bristande compliance. Otillräcklig medicinering. Stor allergenexponering tex pälsdjur, kvalster. Kunskapsbrist hos föräldrar och barn kring astma och allergier.

Det framkommer att Liam endast tagit sina astmamediciner sporadiskt och mamma tycker inte heller att Liam har så stora besvär. Du lägger nästan hela besökstiden på att berätta om astmasjukdomen och förklara vikten av att ta medicinerna som ordinerat. Liam sätts upp för återbesök en månad senare. Liam berättar att han mår mycket bättre, han orkar nu springa till bussen utan att känna av astman.

Du bestämmer dig för att göra en förnyad allergiutredning på Liam, inga prover är tagna på många år. Liam undrar dessutom om han verkligen är allergisk mot jordnötter som sin storasyster – han har aldrig ätit nötter. Du beställer en delad Phadiatop samt IgE mot jordnöt, och resultatet visar:

S-katt mjäll IgE	73 kU_A/L	S-cladosp. herbarum IgE	0,23 kU_A/L
S-häst mjäll IgE	0,85 kU_A/L	S-kvalster der. pteron. IgE	8,0 kU_A/L
S-hund mjäll IgE	7,0 kU_A/L	S-kvalster der. farinae. IgE	10 kU_A/L
S-björk IgE	68 kU_A/L	S-gråbo IgE	0,49 kU_A/L
S-timotej IgE	7,4 kU_A/L	S-jordnöt IgE	8,7 kU_A/L

Vilket/vilka allergen är mest troliga som trigger/s till Liams astma? (1p)

Vad ger du för råd kring eventuellt jordnötsintag? (1p)

Bör du göra någon ytterligare utredning med anledning av provsvaren? Motivera kortfattat! (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

1.5

Liam är en 12-årig kille, andra barnet till separerade föräldrar, som bor hos sin mamma i en lägenhet i en förort till Stockholm. Inga pälsdjur hos mamman men pappans nya partner har en katt. Storasyster är nötallergisk, även Liam undviker nötter. Liam hade äggallergi och eksem som liten, han tål numera ägg men har fortsatt lindriga eksembesvär framförallt vintertid. Han fick en astmadiagnos vid tre års ålder då han hade astmasymtom i samband med infektioner och kattexponering, och har sedan dess stått på inhalationssteroider dagligen samt beta-2-agonist vid behov. Vid kontroller på barnläkarmottagningen och har man sett spirometriresultat typiska för underbehandlad astma varje besök de senaste åren.

Beskriv kortfattat en spirometriundersökning vid frågeställningen astma! Vilken typ av spirometri utförs? Vilka mätvärden plottas på x- respektive y-axeln? Vilka är de viktigaste uppmätta parametrarna som bedöms? Vad visar en typisk spirometriundersökning vid underbehandlad astma (både visuellt och hur typiska mätparametrar är förändrade jämfört med normalt)? (2p)

Dynamisk spirometri: y-axeln: luftflöde (L/s), x-axeln: luftvolym (L)
Viktigaste parametrarna: Forcerad exspiratorisk volym på en sekund (FEV1) och Forcerad vitalkapacitet (FVC)
Vid underbehandlad astma ses en kurva med typisk "hängmatteform" d v s lägre flöden än förväntat vid ökande utandad volym. FEV1 är sänkt, oftast under 80% av förväntat, FVC är normal eller sänkt (p g a ökad residualvolym). Vid ett positivt reversibilitetstest, med t ex fyrdubbel dos av beta-2-agonist och sedan ny spirometri efter 15 min, ses en normalisering av kurvan och FEV1 stiger med minst 12%.

Redan för ca två år sedan ändrades Liams medicinering och man gick upp ett steg i den sk astmabehandlingstrappan, från steg 2 till steg 3.

Vilken var indikationen för att ändra medicineringen och hur ändrades den för Liams del förutsatt att behandlingstrappan följdes? (1p)

Indikationen att öka från steg 2 till steg 3 är otillräcklig astmakontroll vid steg 2-behandling. Liam ordinerades en medelhög dos inhalationssteroid samt sattes in på långverkande beta-2-agonist (eventuellt i form av ett kombinationspreparat), även tillägg av leukotrienantagonist (krävs ej för full poäng) och som tidigare kortverkande beta-2-agonist vid behov.

Trots detta ser man fortsatt dåliga spirometrier vid återbesöken på barnläkarmottagningen och remiss skickades till barnallergimottagningen dit nu Liam och hans mamma kommer på nybesök och träffar dig. Liam har innan du träffar honom genomfört en dynamisk spirometriundersökning med reversibilitetstest och man har uppmätt utandat NO på 59 ppb. Spirometrikurvan enligt nedan. Liams mamma säger att han mår bra och att hon inte märker av hans astma. Astma kontrolltest (ACT) visar 20 poäng (max 25).

Hur tolkar du spirometrikurvan och utandat NO (59 ppb)? Redogör för hur du tänker kring vilka faktorer som kan ligga bakom resultaten! (2p)

Kurvan visar en obstruktiv bild med hängmatteform och sänkning av FEV1 (67% av förväntat) och en tydlig reversibilitet med ökning av FEV1 med 66% efter beta-2-agonist. Tänkbara orsaker: Bristande compliance. Otillräcklig medicinering. Stor allergenexponering tex pälsdjur, kvalster. Kunskapsbrist hos föräldrar och barn kring astma och allergier.

Det framkommer att Liam endast tagit sina astmamediciner sporadiskt och mamma tycker inte heller att Liam har så stora besvär. Du lägger nästan hela besökstiden på att berätta om astmasjukdomen och förklara vikten av att ta medicinerna som ordinerat. Liam sätts upp för återbesök en månad senare. Liam berättar att han mår mycket bättre, han orkar nu springa till bussen utan att känna av astman. Du bestämmer dig för att göra en förnyad allergiutredning på Liam, inga prover är tagna på många år. Liam undrar dessutom om han verkligen är allergisk mot jordnötter som sin storasyster – han har aldrig ätit nötter. Du beställer en delad Phadiatop samt IgE mot jordnöt, och resultatet visar:

S-katt mjäll IgE	73 kU_A/L	S-cladosp. herbarum IgE	0,23 kU_A/L
S-häst mjäll IgE	0,85 kU_A/L	S-kvalster der. pteron. IgE	8,0 kU_A/L
S-hund mjäll IgE	7,0 kU_A/L	S-kvalster der. farinae. IgE	10 kU_A/L
S-björk IgE	68 kU_A/L	S-gråbo IgE	0,49 kU_A/L
S-timotej IgE	7,4 kU_A/L	S-jordnöt IgE	8,7 kU_A/L

Vilket/vilka allergen är mest troliga som trigger/s till Liams astma? (1p)

Katt, björk och eventuellt kvalster är de allergen som är mest troliga som trigger till Liams astma.

Vad ger du för råd kring eventuellt jordnötsintag? (1p)

Jordnöts-IgE på 8,7 kU_A/L kan antingen stå för primär (äkta) eller pollenrelaterad korsallergi. Några säkra råd kan inte ges med ledning av provet.

Bör du göra någon ytterligare utredning med anledning av provsvaren? Motivera kortfattat! (1p)

Ytterligare utredning görs med komponentanalys avseende jordnöt (Ara h 2, Ara h 8) och dessutom görs en miljöanalys i Liams hem av allergen-nivåer (kvalster, katt, hund).

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

Miljöanalysen visar höga halter av kvalsterallergen och lätt förhöjda nivåer av kattallergen i Liams säng. Komponentanalysen avseende jordnöt visar IgE mot Ara h 2: <0,1 kU_A/L och mot Ara h 8: 23 kU_A/L..

Vad ger du för information och råd till Liam och hans mamma? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

Slutkommentar fråga 1

Vad ger du för information och råd till Liam och hans mamma? (1p)

Man bör se över ventilationen i bostaden och städa den ordentligt, tvätta bäddtextilier i minst 60 grader. I Stockholmstrakten är kvalsterförekomsten i hemmet normalt sett låg.

Man bör även försöka kartlägga om exponering för kattallergen äger rum och ger symptom – i skolan? Hemma hos pappan? – och om möjligt minska denna.

Vad gäller jordnötsintag: provsvaren tyder på en ofarlig björkpollenrelaterad korsallergi mot jordnöt, Liam kan försiktigt introducera jordnöt i kosten, börja med ca 1/8 jordnöt och sedan öka gradvis från dag till dag

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

2.1

Du arbetar på barnkliniken på ett länssjukhus. Idag är du på en vårdcentral på en mindre ort på landsbygden för BVC. Din BHV-sjuksköterska informerar dig om att du idag kommer träffa barn för ordinarie läkarbedömningar inom barnhälsovårdens nationella program samt några barn som satts in extra p g a oro för sjukdom eller avvikelser vid bedömning av BHV-sjuksköterskan.

Vid vilka åldrar rekommenderas läkarbedömning på BVC enligt det nationella programmet? (0,5p)

Eftersom du just idag inte känner dig upplagd för BVC och hellre skulle velat ta hand om de prematura barnen på din ordinarie placering inom neonatologin på länssjukhuset så börjar du fundera över vad som egentligen är meningen med alla dessa kontroller på BVC.

Beskriv kortfattat målen med den svenska barnhälsovården? (1p)

Som lök på laxen visar det sig att din första patient är ett extrainsatt besök där föräldrarna inte vill vaccinera sin helt friska 2 månader gamla dotter. De har läst på internet att barn kan få autism och sömnsjukan av de vaccin som ingår i det svenska vaccinationsprogrammet

Vilka sjukdomar vaccinerar vi för i det allmänna barnvaccinationsprogrammet på BVC? (1p)

Redogör kortfattat för om det finns några belägg för det familjen läst om på internet? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

2.2

Du arbetar på barnkliniken på ett länssjukhus. Idag är du på en vårdcentral på en mindre ort på landsbygden för BVC. Din BHV-sjuksköterska informerar dig om att du idag kommer träffa barn för ordinarie läkarbedömningar inom barnhälsovårdens nationella program samt några barn som satts in extra p g a oro för sjukdom eller avvikelser vid bedömning av BHV-sjuksköterskan.

Beskriv kortfattat målen med den svenska barnhälsovården? (1p)

Barnhälsovårdens mål är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn. Detta genom att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn, samt tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem med barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö.

Som lök på laxen visar det sig att din första patient är ett extrainsatt besök där föräldrarna inte vill vaccinera sin helt friska 2 månader gamla dotter. De har läst på internet att barn kan få autism och sömnsjukan av de vaccin som ingår i det svenska vaccinationsprogrammet.

Vilka sjukdomar vaccinerar vi för i det allmänna barnvaccinationsprogrammet på BVC? (1p)

Det svenska allmänna barnvaccinationsprogrammet på BVC innehåller vaccin mot difteri, tetanus, pertussis, polio, hemofilus influensae B, pneumokocker, mässling, påssjuka och röda hund, samt i de flesta landsting/regioner även hepatit B och rotavirus.

Redogör kortfattat för om det finns några belägg för det familjen läst om på internet? (1p)

Det finns inga belägg för att MPR-vaccinationen skulle öka risken för autism. Den artikel som publicerades i Lancet 1998 och påstod sig kunna visa ett samband har i efterhand blivit hårt kritiserad och uppföljande populationsstudier har inte kunnat visa något samband. Upphovsmannen till Lancetartikeln har sedan även blivit fälld för jäv och för att ha manipulerat resultaten och artikeln är återkallad. Däremot finns det evidens för att frekvensen av narkolepsi bland barn och ungdomar ökade efter vaccination med Pandemrix mot H1N1. Detta vaccin finns dock inte med i det allmänna barnvaccinationsprogrammet.

Nästa patient får dig på bättre humör då det är en till synes frisk välmående 4 veckor gammal gosse som ännu inte fått något namn. Mamma säger att amningen fungerar bra och gossen har bra aptit. Han uppvisar normal utveckling. Vad som dock oroar dig är att gossen är gul i ögonvitorna samt i ansiktet och över hela bålen. Mamma säger att gossen varit gul sedan födseln.

Vilken diagnos har gossen? (0,5p)

Vilket tillstånd är viktigt att utesluta och vilken riktad fråga ställer du till föräldrarna med tanke på det? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

2.3

Du arbetar på barnkliniken på ett länssjukhus. Idag är du på en vårdcentral på en mindre ort på landsbygden för BVC. Din BHV-sjuksköterska informerar dig om att du idag kommer träffa barn för ordinarie läkarbedömningar inom barnhälsovårdens nationella program samt några barn som satts in extra p g a oro för sjukdom eller avvikelser vid bedömning av BHV-sjuksköterskan.

Nästa patient får dig på bättre humör då det är en till synes frisk välmående 4 veckor gammal gosse som ännu inte fått något namn. Mamma säger att amningen fungerar bra och gossen har bra aptit. Han uppvisar normal utveckling. Vad som dock oroar dig är att gossen är gul i ögonvitorna samt i ansiktet och över hela bålen. Mamma säger att gossen varit gul sedan födseln.

Vilken diagnos har gossen? (0,5p)

Gossen har prolongerad neonatal ikterus.

Vilket tillstånd är viktigt att utesluta och vilken riktad fråga ställer du till föräldrarna med tanke på det? (1p)

Du blir orolig för att han kanske har neonatal kolestas, och du frågar därför vilken färg det är på avföringen för att utesluta avfärgad avföring.

Det framkommer att avföringen är knallgul och riklig.

Vad vill kontrollera närmare direkt på BVC? (0,5p)

Vilken ytterligare utredning behövs? Hur snart/snabbt bör den ske? (0,5p)

När du undersöker gossen närmare hör du även ett maskinellt pansystoliskt blåsljud under vänster klavikel, grad III, utan fortledning.

Vad är den troligaste orsaken till detta blåsljud? (0,5p)

Med anledning av fyndet – vilka två saker bör du kontrollera direkt på BVC? (1p)

Vilken ytterligare utredning planerar du? Motivera! (0,5p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

2.4

Du arbetar på barnkliniken på ett länssjukhus. Idag är du på en vårdcentral på en mindre ort på landsbygden för BVC. Din BHV-sjuksköterska informerar dig om att du idag kommer träffa barn för ordinarie läkarbedömningar inom barnhälsovårdens nationella program samt några barn som satts in extra p g a oro för sjukdom eller avvikelser vid bedömning av BHV-sjuksköterskan.

Nästa patient får dig på bättre humör då det är en till synes frisk välmående 4 veckor gammal gosse som ännu inte fått något namn. Mamma säger att amningen fungerar bra och gossen har bra aptit. Han uppvisar normal utveckling. Vad som dock oroar dig är att gossen är gul i ögonvitorna samt i ansiktet och över hela bålen. Mamma säger att gossen varit gul sedan födseln.

Vilken diagnos har gossen? (0,5p)
Gossen har prolongerad neonatal ikterus.

Vilket tillstånd är viktigt att utesluta och vilken riktad fråga ställer du till föräldrarna med tanke på det? (1p)
Du blir orolig för att han kanske har neonatal kolestas, och du frågar därför vilken färg det är på avföringen för att utesluta avfärgad avföring.

Det framkommer att avföringen är knallgul och riklig.

Vad vill kontrollera närmare direkt på BVC? (0,5p)
Vilken ytterligare utredning behövs? Hur snart/snabbt bör den ske? (0,5p)
När du undersöker gossen närmare hör du även ett maskinellt pansystoliskt blåsljud under vänster klavikel, grad III, utan fortledning.

Vad är den troligaste orsaken till detta blåsljud? (0,5p)
Med anledning av fyndet – vilka två saker bör du kontrollera direkt på BVC? (1p)
Vilken ytterligare utredning planerar du? Motivera! (0,5p)
Svar i löpande text nedan.

Trots att tillväxtkurvan ser bra ut, gossen är välmående och avföringen inte är avfärgad kan en neonatal kolestas inte uteslutas på att sätt än med provtagning för konjugerat bilirubin. Trots att blåsljudet låter typiskt för PDA, POX-undersökningen på BB var normal och pulsarna är normala hos den välmående gossen kan du utifrån hans ålder inte vara säker på att blåsljudet inte står för ett allvarligare vitium. Detta behöver uteslutas med en ultraljudsundersökning av hjärtat. Den behöver inte ske samma dag, men gärna så snart som möjligt. Rutinerna kring detta varierar dock mellan olika landsting och regioner.

Två dagar senare förundras du över effektiviteten i den svenska sjukvården då du har fått såväl provsvar som svar på ultraljudsundersökningen. UL hjärta visar en öppetstående ductus arteriosus med en liten vänster till höger shunt, utan hemodynamisk påverkan.

Gossen har normalt blodstatus, bilirubin 256 µmol/l varav konjugerat bilirubin 33 µmol/l.

Vad talar bilirubinvärdena för? Hur vill du gå vidare? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

2.5

Du arbetar på barnkliniken på ett länssjukhus. Idag är du på en vårdcentral på en mindre ort på landsbygden för BVC. Din BHV-sjuksköterska informerar dig om att du idag kommer träffa barn för ordinarie läkarbedömningar inom barnhälsovårdens nationella program samt några barn som satts in extra p g a oro för sjukdom eller avvikelser vid bedömning av BHV-sjuksköterskan.

Vad talar bilirubinvärdena för? Hur vill du gå vidare? (1p)

Det mesta talar för att gossen har en bröstmjölksinducerad prolongerad ikterus. Nu för tiden rekommenderas inte uppehåll i amningen om inte bilirubin-nivåerna är över 350 µmol/l. Du bör dock följa upp patienten med ett nytt bilirubin och konjugerat bilirubin om 4 veckor för att se att totalt bilirubin minskat betydligt. Om detta är fallet behövs ingen ytterligare uppföljning.

Nästa patient är Freja, 4 år och 7 månader gammal, som är en frisk tjej med normal tillväxt och utveckling. Freja kommer på besök eftersom hon fortfarande har blöja dag som natt trots upprepade försök att sluta med blöja. Föräldrarna är väldigt oroliga för detta och hela släkten tjatar på dem att Freja måste sluta med blöja.

Vad mer du vill veta från föräldrarna? Motivera! (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

2.6

Du arbetar på barnkliniken på ett länssjukhus. Idag är du på en vårdcentral på en mindre ort på landsbygden för BVC. Din BHV-sjuksköterska informerar dig om att du idag kommer träffa barn för ordinarie läkarbedömningar inom barnhälsovårdens nationella program samt några barn som satts in extra p g a oro för sjukdom eller avvikelser vid bedömning av BHV-sjuksköterskan.

Nästa patient är Freja, 4 år och 7 månader gammal, som är en frisk tjej med normal tillväxt och utveckling. Freja kommer på besök eftersom hon fortfarande har blöja dag som natt trots upprepade försök att sluta med blöja. Föräldrarna är väldigt oroliga för detta och hela släkten tjatar på dem att Freja måste sluta med blöja.

Vad mer du vill veta från föräldrarna? Motivera! (1p)

Du vill veta hur ofta hon bajsar och vilken konsistens bajset har enligt Bristolskalan eftersom obstipation alltid måste uteslutas vid urininkontinens.
Du vill veta hur ofta Freja dricker och kissar för att se eventuellt patologiskt miktionsmönster.
Du vill veta om Freja haft några urinvägsinfektioner då detta skulle föranleda aktivare åtgärder.

Det visar sig att Freja alltid haft hård avföring, ofta typ 1 till 2 enligt Bristolskalan. För stunden bajsar Freja som mest 2 gånger i veckan. Vidare framkommer det att Freja inte heller kissar så ofta. Kanske bara 3-4 gånger per dygn. Freja har inte haft några urinvägsinfektioner.

Hur handlägger du Frejas problem och vilken information ger du till föräldrarna? (2p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

2.7

Du arbetar på barnkliniken på ett länssjukhus. Idag är du på en vårdcentral på en mindre ort på landsbygden för BVC. Din BHV-sjuksköterska informerar dig om att du idag kommer träffa barn för ordinarie läkarbedömningar inom barnhälsovårdens nationella program samt några barn som satts in extra p g a oro för sjukdom eller avvikelser vid bedömning av BHV-sjuksköterskan.

Hur handlägger du Frejas problem och vilken information ger du till föräldrarna? (2p)

Du börjar med att ge lugnande besked angående Frejas urininkontinens då det inte anses som något patologiskt att kissa på sig i Frejas ålder. Freja har dock en förstoppning som behöver behandlas då all urininkontinens är en förstoppning till motsatsen bevisats. Du ger allmänna råd kring lösande och förstoppande kost samt ökat vätskeintag och ordinerar oral laxantia t ex makrogol.

Det börjar nu närma sig lunch när två väldigt oroliga föräldrar kommer in i rummet. Med sig har de Julius 3 månader. Julius har en avvikande huvudform och föräldrarna är säkra på att han har en allvarlig hjärnmissbildning, för det har de läst på Familjeliv. Julius är påtagligt platt baktill på höger sida av skallen sedan ett par veckor tillbaka.

Vilken ytterligare information vill du ha? (1p)

Beskriv vad du undersöker hos Julius? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

2.8

Du arbetar på barnkliniken på ett länssjukhus. Idag är du på en vårdcentral på en mindre ort på landsbygden för BVC. Din BHV-sjuksköterska informerar dig om att du idag kommer träffa barn för ordinarie läkarbedömningar inom barnhälsovårdens nationella program samt några barn som satts in extra p g a oro för sjukdom eller avvikelser vid bedömning av BHV-sjuksköterskan.
Det börjar nu närma sig lunch när två väldigt oroliga föräldrar kommer in i rummet. Med sig har de Julius 3 månader. Julius har en avvikande huvudform och föräldrarna är säkra på att han har en allvarlig hjärnmissbildning, för det har de läst på Familjeliv. Julius är påtagligt platt baktill på höger sida av skallen sedan ett par veckor tillbaka.

Vilken ytterligare information vill du ha? (1p)

Du vill veta hur Julius huvudomfångskurva ser ut.
Du frågar föräldrarna kring eventuella komplikationer i samband med förlossningen.
Du vill veta hur Julius håller huvudet hemma.
Du vill veta hur Julius utveckling varit hittills.

Beskriv vad du undersöker hos Julius? (1p)

Du inspekterar huvudformen noga.
Du palperar sedan igenom suturerna och känner efter fluktuation mellan benplattorna.
Du kontrollerar fontanellernas storlek och om de buktar eller är insjunkna.
Du undersöker sedan Julius rörlighet i nacken aktivt och passivt.
Du palperar igenom muskulaturen i nacken.

Julius huvudomfångskurva ser helt normal ut. Föräldrarna berättar att förlossningen var ganska traumatiskt och att Julius förlöstes med sugklocka med flera dragningar. Ända sedan födseln har Julius velat ha huvudet år höger sida och han tittar alltid åt höger när han ligger på rygg i sängen eller vagnen.
Du tittar sedan närmare på Julius huvudform och konstaterar att han är ordentligt platt baktill på höger sida, höger öra är något framskjutet och höger sida av pannan ser lite prominent ut. Främre och bakre fontanellen känns normalstora och är vare sig buktande eller insjunkna. När du kontrollerar suturerna känner du en diskret ås vid sutura sagittalis, men vid palpation fluktuerar de bägge parietalplattorna fint gentemot varandra. Du palperar igenom muskulaturen på nacken och noterar en spänd och förkortad sternocleidomastoideus på höger sida. Så har Julius alltid haft säger då föräldrarna

Angående hans avvikande huvudform, vilken diagnos är det troligast att Julius har? (0,5p)

Vad är den bakomliggande orsaken? (0,5p)

Behövs någon ytterligare utredning? (0,5p)

Vilken behandling föreslår du? (0,5p)

Vad ger du för information om fortsatt handläggning och prognos? (0,5p)

Slutkommentar fråga 2

Angående hans avvikande huvudform, vilken diagnos är det troligast att Julius har? (0,5p)

Det troligaste är att Julius har en lägesorsakad plagiocefali.

Vad är den bakomliggande orsaken? (0,5p)

Troligaste orsaken till denna är en högersidig kongenital muskulär torticollis.

Behövs någon ytterligare utredning? (0,5 p)

Utifrån normal utveckling, normal huvudomfångskurva och inga andra tecken till kraniosynostos känner du att någon ytterligare utredning inte behövs.

Vilken behandling föreslår du? (0,5 p)

Utifrån att Julius fortfarande har en torticollis behövs dock en snar bedömning av sjukgymnast för hjälp med stretchningsövningar. Vidare ger du allmänna råd kring lägesorsakad plagiocefali vad gäller liten kudde i sängen, magläge i vaket tillstånd samt att få Julius att titta åt vänster så mycket som möjligt.

Vad ger du för information om fortsatt handläggning och prognos? (0,5p)

Du beskriver att Julius mycket väl kommer fortsätta att vara sned, men om föräldrarna följer dina råd är ändå prognosen god att skallen ska bli mer symmetrisk. Någon ytterligare uppföljning planeras inte nu.

Julius föräldrar känner sig avsevärt mycket tryggare och lugnare när de går hem och själv känner du att BVC trots allt nog inte är så dumt ändå.

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

3.1

Du är primärjour under natten på barnkliniken vid ett länssjukhus och blir uppringd av en barnmorska på BB. Barnmorskan vill att du kommer och bedömer en pojke som är född i v 39+6 vaginalt med hjälp av sugklocka. Pojken är nu 19 h gammal, irritabel och otröstbar. Dessutom undrar barnmorskan om pojken kan amma då mamman behandlats med T. Zoloft 50 mg x 1 under hela graviditeten.

Kan pojken ammas av sin mamma? (0,5p)

Utifrån mammans medicinering – vilka symtom kan barnet uppvisa och hur skall barnet kontrolleras? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

3.2

Du är primärjour under natten på barnkliniken vid ett länssjukhus och blir uppringd av en barnmorska på BB. Barnmorskan vill att du kommer och bedömer en pojke som är född i v 39+6 vaginalt med hjälp av sugklocka. Pojken är nu 19 h gammal, irritabel och otröstbar. Dessutom undrar barnmorskan om pojken kan amma då mamman behandlats med T. Zoloft 50 mg x 1 under hela graviditeten.

Kan pojken ammas av sin mamma? (0.5p)

Ja, risken för ett friskt fullgånget barn anses vara låg vid terapeutiska doser. Det föreligger ingen ökad risk för spädbarnsdödlighet om modern använt SSRI under graviditet. Studier med tydliga långtidseffekter saknas.

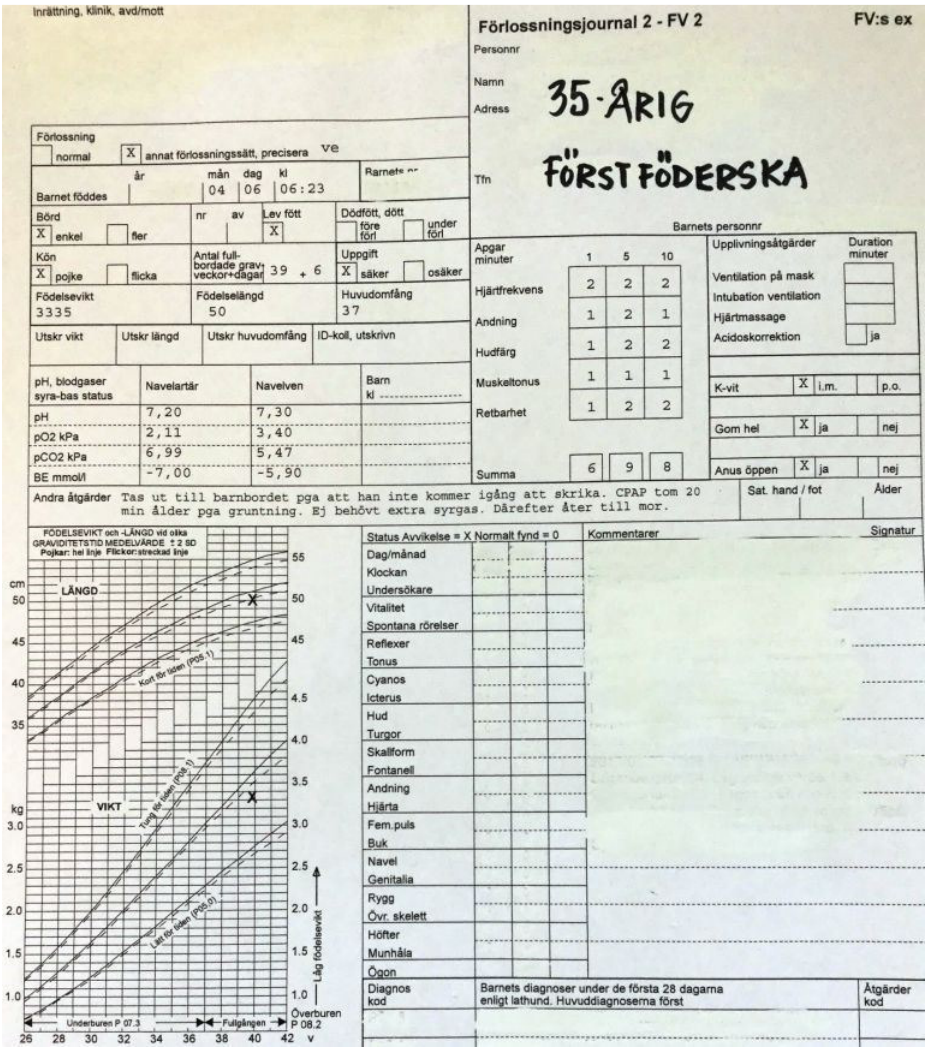
Utifrån mammans medicinering – vilka symtom kan barnet uppvisa och hur skall barnet kontrolleras? (1p)

Dyspné, cyanos, minskad sugreflex, hypoglykemi, kräkningar, tillmatningssvårigheter, hypo-/hypertermi, slö, irritabel, hypo-/hypertonus, darrningar, ryckningar, kramper, förstärkta reflexer. Barnet kan under det första dygnet ha/få persisterande pulmonell hypertension. Symtomen är i regel snabbt övergående och allvarliga symtom är mycket sällsynta, men barnen behöver oftare vård på neonatalavdelning men risken för svåra komplikationer är liten.

Sedvanliga BB kontroller

Kommentar: Om symtom – kontrollera p-glukos, andningsfrekvens, saturation, puls, kroppstemperatur samt gör läkarbedömning. Ingen tidig hemgång från förlossning/BB, bör vara kvar till ca 48 timmars ålder

Du läser följande i FV 2



Förlossningsjournal 2 - FV 2 FV:s ex

Personnr

Namn

Adress 35-ÅRIG

Tfn FÖRSTFÖDERSKA

Förlossning: normal [ ] annat förlossningssätt, precisera ve

Barnet föddes: år / mån 04 / dag 06 / kl 06:23

Barnets nr

Börd: [X] enkel [ ] fler

nr av

Lev fött [X]

Dödfött, dött: [ ] före förl [ ] under förl

Kön: [X] pojke [ ] flicka

Antal fullbordade graviditetsveckor+dagar 39 + 6

Uppgift: [X] säker [ ] osäker

Födelsevikt 3335

Födelselängd 50

Huvudomfång 37

Utskr vikt | Utskr längd | Utskr huvudomfång | ID-koll, utskrivn

pH, blodgaser syra-bas status	Navelartär	Navelven	Barn kl
pH	7,20	7,30	
pO2 kPa	2,11	3,40	
pCO2 kPa	6,99	5,47	
BE mmol/l	-7,00	-5,90	

Barnets personnr

Apgar minuter	1	5	10
Hjärtfrekvens	2	2	2
Andning	1	2	1
Hudfärg	1	2	2
Muskeltonus	1	1	1
Retbarhet	1	2	2
Summa	6	9	8

Upplivningsåtgärder	Duration minuter
Ventilation på mask	
Intubation ventilation	
Hjärtmassage	
Acidoskorrektion	[ ] ja

K-vit [X] i.m. [ ] p.o.

Gom hel [X] ja [ ] nej

Anus öppen [X] ja [ ] nej

Andra åtgärder: Tas ut till barnbordet pga att han inte kommer igång att skrika. CPAP tom 20 min ålder pga gruntning. Ej behövt extra syrgas. Därefter åter till mor.

Sat. hand / fot | Ålder

FÖDELSEVIKT och -LÄNGD vid olika GRAVIDITETSTID MEDELVÄRDE ± 2 SD Pojkar: hel linje Flickor: streckad linje

LÄNGD cm 50 45 40 35

VIKT kg 3.0 2.5 2.0 1.5 1.0

Kort för tider (P08.1)

Tung för tider (P08.1)

Lätt för tider (P08.0)

55 50 45 4.5 4.0 3.5 3.0 2.5 2.0 1.5 1.0

Låg födelsevikt

Underburen P 07.3 | Fullgången | Överburen P 08.2

26 28 30 32 34 36 38 40 42 v

Status Avvikelse = X Normalt fynd = 0				Kommentarer	Signatur
Dag/månad					
Klockan					
Undersökare					
Vitalitet					
Spontana rörelser					
Reflexer					
Tonus					
Cyanos					
Icterus					
Hud					
Turgor					
Skallform					
Fontanell					
Andning					
Hjärta					
Fem.puls					
Buk					
Navel					
Genitalia					
Rygg					
Övr. skelett					
Höfter					
Munhåla					
Ögon					

Diagnos kod	Barnets diagnoser under de första 28 dagarna enligt lathund. Huvuddiagnosema först	Åtgärder kod

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

Ytterligare anamnes: Förstföderska, okomplicerad graviditet. Mor fick värkar i v 39+5, amniotomi ca 7 h före partus p g a CTG påverkan, mekoniumfärgat fostervatten. Vakuumextraktion p g a hotande fosterasfyxi. Pojken föddes efter 3 dragningar. Pojken hade egenandning men var tyst, CPAP stöd ungefär i 20 min med luft.

När du undersöker pojken finner du en skrikande otröstbar pojke med andningsfrekvens ca 80/min, inga indragningar. Systoliskt blåsljud prekordialt grad 2/6 PM I4 sin. Femoralispulsar palperas livliga. Saturation 97%. Vitalitet, spontana rörelser, reflexer, tonus, cyanos, icterus, hud, turgor, buk, navel, genitalia, rygg, munhåla – samtliga utan anmärkning. Till vänster på bakhuvudet finns ett rött märke, lätt upphöjt efter sugklocka.

Mamman är mycket orolig och berättar att när de kom till BB avdelningen var allt ”frid och fröjd” med pojken och att de hade det jättemysigt. Sedan ca 10 tim ålder har han blivit tilltagande skrikig. De trodde att han kanske hade ont från sugklockan och han har fått 60 mg paracetamol rektalt, vilket inte har hjälp det minsta.

Vilka differentialdiagnoser tänker du på nu? (1p)

Vad gör du just nu på BB givet den information du har (ange vårdnivå, ev prover, ev kontroller, ev behandling)? (1p)

Vad ger du för information till den oroliga mamman? (0.5p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

3.3

Du är primärjour under natten på barnkliniken vid ett länssjukhus och blir uppringd av en barnmorska på BB. Barnmorskan vill att du kommer och bedömer en pojke som är född i v 39+6 vaginalt med hjälp av sugklocka. Pojken är nu 19 h gammal, irritabel och otröstbar. Dessutom undrar barnmorskan om pojken kan amma då mamman behandlats med T. Zoloft 50 mg x 1 under hela graviditeten.

Kan pojken ammas av sin mamma? (0.5p)

Ja, risken för ett friskt fullgånget barn anses vara låg vid terapeutiska doser. Det föreligger ingen ökad risk för spädbarnsdödlighet om modern använt SSRI under graviditet. Studier med tydliga långtidseffekter saknas.

Utifrån mammans medicinering – vilka symtom kan barnet uppvisa och hur skall barnet kontrolleras? (1p)

Dyspné, cyanos, minskad sugreflex, hypoglykemi, kräkningar, tillmatningssvårigheter, hypo-/hypertermi, slö, irritabel, hypo-/hypertonus, darrningar, ryckningar, kramper, förstärkta reflexer. Barnet kan under det första dygnet ha/få persisterande pulmonell hypertension. Symtomen är i regel snabbt övergående och allvarliga symtom är mycket sällsynta, men barnen behöver oftare vård på neonatalavdelning men risken för svåra komplikationer är liten.
Sedvanliga BB kontroller.

Du läser följande i FV 2
Ytterligare anamnes: Förstföderska, okomplicerad graviditet. Mor fick värkar i v 39+5, amniotomi ca 7 h före partus p g a CTG påverkan, mekoniumfärgat fostervatten. Vakuumextraktion p g a hotande fosterasfyxi. Pojken föddes efter 3 dragningar. Pojken hade egenandning men var tyst, CPAP stöd ungefär i 20 min med luft. När du undersöker pojken finner du en skrikande otröstbar pojke med andningsfrekvens ca 80/min, inga indragningar. Systoliskt blåsljud prekordialt grad 2/6 PM I4 sin. Femoralispulsar palperas livliga. Saturation 97%. Vitalitet, spontana rörelser, reflexer, tonus, cyanos, icterus, hud, turgor, buk, navel, genitalia, rygg, munhåla – samtliga utan anmärkning. Till vänster på bakhuvudet finns ett rött märke, lätt upphöjt efter sugklocka. Mamman är mycket orolig och berättar att när de kom till BB avdelningen var allt "frid och fröjd" med pojken och att de hade det jättemysigt. Sedan ca 10 tim ålder har han blivit tilltagande skrikig. De trodde att han kanske hade ont från sugklockan och han har fått 60 mg paracetamol rektalt, vilket inte har hjälp det minsta.

Vilka differentialdiagnoser tänker du på nu? (1p)

Hypoglykemi, smärta, påverkan av SSRI, infektion, andningsstörning, pneumothorax

Vad gör du just nu på BB givet den information du har (ange vårdnivå, ev prover, ev kontroller, ev behandling)? (1p)

Kvar på BB, vårdad hud mot hud och om möjligt amningsförsök
Prover: p-glukos, CRP, (blodgas om möjligt)
Kontroll av saturation, andningsfrekvens, puls, temp, AT bedömning var 4:e timme. POX test
Optimera smärtlindring med paracetamol, med laddningsdos 20-30 mg/kg. Gärna 1-2 ml glukos 300 mg/ml lösning po inför provtagning.

Kommentar: Evidens för doseringsanvisningar är svårt att hitta hos detta välstuderade preparat. Vid vissa center förekommer högre doser utan att biverkningar noterats. Pojken väger 3,3 kg och kan få ½ supp Alvedon à 60 mg till eller 1,7 ml Mixt Alvedon 24 mg/ml för att få full laddningsdos. Mixtur är att föredra då det är oklart hur läkemedlet är fördelat i ett stolpiller och därför skall man undvika att dela stolpiller. Därefter underhållsdos av Alvedon 20 mg/kg x 3 po/pr. Efter 3 dygn skall dygnsdosen reduceras med 25%. Sämre upptag rektalt än med oralt givet Alvedon.

Vad ger du för information till den oroliga mamman? (0.5p)

Lugnar henne genom att säga att du ser att han verkar vara irritabel, kanske har han ont från klockmärket/hungrig men han syresätter sig bra och har bra "kraft". Han andas lite snabbt, men har inga andra tecken på påverkan av lungorna. Provtagning skall göras för att kontrollera socker och infektionsprov samt täta kontroller av hur han mår. Optimera smärtlindring, hud-mot-hud. Han är så pass pigg och fin att han kan vara kvar på BB och kommer att följas noggrant tills att han blir bättre. Ny kontakt med barnläkare om avvikande provsvar eller om han försämras.

Barnmorskan rapporterar att p-glukos är 2,0 mmol/L och POX test visar 96% i höger hand, 95% i höger fot samt att hon skickat övriga prover.

Vilka blir dina åtgärder närmsta två timmarna? (1p)

Nämn fyra maternella riskfaktorer för hypoglykemi hos barnet. (1p)

Nämn fyra neonatala riskfaktorer för hypoglykemi hos nyfödd. (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

Vilka är de olika gränsvärdena för patologiskt POX test och hur skall BB-personalen agera på dessa? (1p)

Nämn tre orsaker till patologiskt POX test! (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

3.4

Du är primärjour under natten på barnkliniken vid ett länssjukhus och blir uppringd av en barnmorska på BB. Barnmorskan vill att du kommer och bedömer en pojke som är född i v 39+6 vaginalt med hjälp av sugklocka. Pojken är nu 19 h gammal, irritabel och otröstbar. Dessutom undrar barnmorskan om pojken kan amma då mamman behandlats med T. Zoloft 50 mg x 1 under hela graviditeten.

Kan pojken ammas av sin mamma? (0.5p)

Ja, risken för ett friskt fullgånget barn anses vara låg vid terapeutiska doser. Det föreligger ingen ökad risk för spädbarnsdödlighet om modern använt SSRI under graviditet. Studier med tydliga långtidseffekter saknas.

Utifrån mammans medicinering – vilka symtom kan barnet uppvisa och hur skall barnet kontrolleras? (1p)

Dyspné, cyanos, minskad sugreflex, hypoglykemi, kräkningar, tillmatningssvårigheter, hypo-/hypertermi, slö, irritabel, hypo-/hypertonus, darrningar, ryckningar, kramper, förstärkta reflexer. Barnet kan under det första dygnet ha/få persisterande pulmonell hypertension. Symtomen är i regel snabbt övergående och allvarliga symtom är mycket sällsynta, men barnen behöver oftare vård på neonatalavdelning men risken för svåra komplikationer är liten.
Sedvanliga BB kontroller.

Du läser följande i FV 2
Ytterligare anamnes: Förstföderska, okomplicerad graviditet. Mor fick värkar i v 39+5, amniotomi ca 7 h före partus p g a CTG påverkan, mekoniumfärgat fostervatten. Vakuumextraktion p g a hotande fosterasfyxi. Pojken föddes efter 3 dragningar. Pojken hade egenandning men var tyst, CPAP stöd ungefär i 20 min med luft. När du undersöker pojken finner du en skrikande otröstbar pojke med andningsfrekvens ca 80/min, inga indragningar. Systoliskt blåsljud prekordialt grad 2/6 PM I4 sin. Femoralispulsar palperas livliga. Saturation 97%. Vitalitet, spontana rörelser, reflexer, tonus, cyanos, icterus, hud, turgor, buk, navel, genitalia, rygg, munhåla – samtliga utan anmärkning. Till vänster på bakhuvudet finns ett rött märke, lätt upphöjt efter sugklocka. Mamman är mycket orolig och berättar att när de kom till BB avdelningen var allt ”frid och fröjd” med pojken och att de hade det jättemysigt. Sedan ca 10 tim ålder har han blivit tilltagande skrikig. De trodde att han kanske hade ont från sugklockan och han har fått 60 mg paracetamol rektalt, vilket inte har hjälp det minsta.

Vilka differentialdiagnoser tänker du på nu? (1p)

Hypoglykemi, smärta, påverkan av SSRI, infektion, andningsstörning, pneumothorax

Vad gör du just nu på BB givet den information du har (ange vårdnivå, ev prover, ev kontroller, ev behandling)? (1p)

Kvar på BB, vårdad hud mot hud och om möjligt amningsförsök
Prover: p-glukos, CRP, (blodgas om möjligt)
Kontroll av saturation, andningsfrekvens, puls, temp, AT bedömning var 4:e timme. POX test
Optimera smärtlindring med paracetamol, med laddningsdos 20-30 mg/kg. Gärna 1-2 ml glukos 300 mg/ml lösning po inför provtagning.

Vad ger du för information till den oroliga mamman? (0.5p)

Lugnar henne genom att säga att du ser att han verkar vara irritabel, kanske har han ont från klockmärket/hungrig men han syresätter sig bra och har bra ”kraft”. Han andas lite snabbt, men har inga andra tecken på påverkan av lungorna. Provtagning skall göras för att kontrollera socker och infektionsprov samt täta kontroller av hur han mår. Optimera smärtlindring, hud-mot-hud. Han är så pass pigg och fin att han kan vara kvar på BB och kommer att följas noggrant tills att han blir bättre. Ny kontakt med barnläkare om avvikande provsvar eller om han försämras.

Barnmorskan rapporterar att p-glukos är 2,0 mmol/L och POX test visar 96% i höger hand, 95% i höger fot samt att hon skickat övriga prover.

Vilka blir dina åtgärder närmsta två timmarna? (1p)

Ordinera glukosgel samt tillmatning ny kontroll av p-glukos en timme efter tillmatning och om det är ua, nytt p-glukos innan andra tillmatningen.

Nämn fyra maternella riskfaktorer för hypoglykemi hos barnet. (1p)

Maternell diabetes/avvikelser i glukostoleranstest under graviditeten, preeklampsi och maternell hypertension, tidigare graviditet med stort barn, behandling med antidepressiva läkemedel, behandling med tokolytika, behandling med betablockare, drogmissbruk

Nämn fyra neonatala riskfaktorer för hypoglykemi hos nyfödd. (1p)

Prematur födsel (<37 v), intrauterin tillväxthämning (IUGR/SGA), stora barn (LGA), perinatal asfyxi, hypotermi, andningsstörning, sepsis, polycytemi, sen amningsstart, diabetesfetopati, medfödd metabol eller endokrin sjukdom

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

Vilka är de olika gränsvärdena för patologiskt POX test och hur skall BB-personalen agera på dessa? (1p)
- Saturation <95% i hand och/eller fot
- Differens>3% mellan hand och fot
- PI <0,7
Om patologiska värden och opåverkat allmäntillstånd ska undersökningen upprepas med en timmes mellanrum. Vid tre på varandra följande patologiska undersökningar ska barnläkare tillkallas.
Om saturationen är <90% eller PI <0,5 kontakta barnjouren omedelbart för bedömning och inläggning på neonatalavdelningen.

Nämn tre orsaker till patologiskt POX test! (1p)
Hjärtfel, neonatal lungsjukdom, pulmonell hypertension, svår infektion

Du blir på nytt uppringd av barnmorskan på BB som berättar att hon gav barnet glukosgel och 10 ml Baby Semp 1, en timme senare var p-glukos 4,5 mmol/L. Nu, inför nästa mål, är p-glukos 1,9 mmol/L. Pojken har blivit slö, gruntar, andas snabbt och ser blekgrå ut. POX är 90% höger hand, 94% vänster fot. CRP är 102 mg/L.

Pojkens mamma har dessutom fått feber, temp 38,9˚C.

Vilken/vilka diagnos/-er misstänker du? Förklara vad du gör avseende vårdnivå, provtagning/utredning och behandling (inga doser) de närmaste två timmarna! (2p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

3.5

Du är primärjour under natten på barnkliniken vid ett länssjukhus och blir uppringd av en barnmorska på BB. Barnmorskan vill att du kommer och bedömer en pojke som är född i v 39+6 vaginalt med hjälp av sugklocka. Pojken är nu 19 h gammal, irritabel och otröstbar. Dessutom undrar barnmorskan om pojken kan amma då mamman behandlats med T. Zoloft 50 mg x 1 under hela graviditeten.

Kan pojken ammas av sin mamma? (0.5p)

Ja, risken för ett friskt fullgånget barn anses vara låg vid terapeutiska doser. Det föreligger ingen ökad risk för spädbarnsdödlighet om modern använt SSRI under graviditet. Studier med tydliga långtidseffekter saknas.

Utifrån mammans medicinering – vilka symtom kan barnet uppvisa och hur skall barnet kontrolleras? (1p)

Dyspné, cyanos, minskad sugreflex, hypoglykemi, kräkningar, tillmatningssvårigheter, hypo-/hypertermi, slö, irritabel, hypo-/hypertonus, darrningar, ryckningar, kramper, förstärkta reflexer. Barnet kan under det första dygnet ha/få persisterande pulmonell hypertension. Symtomen är i regel snabbt övergående och allvarliga symtom är mycket sällsynta, men barnen behöver oftare vård på neonatalavdelning men risken för svåra komplikationer är liten.
Sedvanliga BB kontroller.

Du läser följande i FV 2
Ytterligare anamnes: Förstföderska, okomplicerad graviditet. Mor fick värkar i v 39+5, amniotomi ca 7 h före partus p g a CTG påverkan, mekoniumfärgat fostervatten. Vakuumextraktion p g a hotande fosterasfyxi. Pojken föddes efter 3 dragningar. Pojken hade egenandning men var tyst, CPAP stöd ungefär i 20 min med luft. När du undersöker pojken finner du en skrikande otröstbar pojke med andningsfrekvens ca 80/min, inga indragningar. Systoliskt blåsljud prekordialt grad 2/6 PM I4 sin. Femoralispulsar palperas livliga. Saturation 97%. Vitalitet, spontana rörelser, reflexer, tonus, cyanos, icterus, hud, turgor, buk, navel, genitalia, rygg, munhåla – samtliga utan anmärkning. Till vänster på bakhuvudet finns ett rött märke, lätt upphöjt efter sugklocka. Mamman är mycket orolig och berättar att när de kom till BB avdelningen var allt ”frid och fröjd” med pojken och att de hade det jättemysigt. Sedan ca 10 tim ålder har han blivit tilltagande skrikig. De trodde att han kanske hade ont från sugklockan och han har fått 60 mg paracetamol rektalt, vilket inte har hjälp det minsta.

Vilka differentialdiagnoser tänker du på nu? (1p)

Hypoglykemi, smärta, påverkan av SSRI, infektion, andningsstörning, pneumothorax

Vad gör du just nu på BB givet den information du har (ange vårdnivå, ev prover, ev kontroller, ev behandling)? (1p)

Kvar på BB, vårdad hud mot hud och om möjligt amningsförsök
Prover: p-glukos, CRP, (blodgas om möjligt)
Kontroll av saturation, andningsfrekvens, puls, temp, AT bedömning var 4:e timme. POX test
Optimera smärtlindring med paracetamol, med laddningsdos 20-30 mg/kg. Gärna 1-2 ml glukos 300 mg/ml lösning po inför provtagning.

Vad ger du för information till den oroliga mamman? (0.5p)

Lugnar henne genom att säga att du ser att han verkar vara irritabel, kanske har han ont från klockmärket/hungrig men han syresätter sig bra och har bra ”kraft”. Han andas lite snabbt, men har inga andra tecken på påverkan av lungorna. Provtagning skall göras för att kontrollera socker och infektionsprov samt täta kontroller av hur han mår. Optimera smärtlindring, hud-mot-hud. Han är så pass pigg och fin att han kan vara kvar på BB och kommer att följas noggrant tills att han blir bättre. Ny kontakt med barnläkare om avvikande provsvar eller om han försämras.

Barnmorskan rapporterar att p-glukos är 2,0 mmol/L och POX test visar 96% i höger hand, 95% i höger fot samt att hon skickat övriga prover.

Vilka blir dina åtgärder närmsta två timmarna? (1p)

Ordinera glukosgel samt tillmatning ny kontroll av p-glukos en timme efter tillmatning och om det är ua, nytt p-glukos innan andra tillmatningen.

Nämn fyra maternella riskfaktorer för hypoglykemi hos barnet. (1p)

Maternell diabetes/avvikelser i glukostoleranstest under graviditeten, preeklampsi och maternell hypertension, tidigare graviditet med stort barn, behandling med antidepressiva läkemedel, behandling med tokolytika, behandling med betablockare, drogmissbruk

Nämn fyra neonatala riskfaktorer för hypoglykemi hos nyfödd. (1p)

Prematur födsel (<37 v), intrauterin tillväxthämning (IUGR/SGA), stora barn (LGA), perinatal asfyxi, hypotermi, andningsstörning, sepsis, polycytemi, sen amningsstart, diabetesfetopati, medfödd metabol eller endokrin sjukdom

Vilka är de olika gränsvärdena för patologiskt POX test och hur skall BB-personalen agera på dessa? (1p)

- Saturation <95% i hand och/eller fot
- Differens>3% mellan hand och fot
- PI <0,7
Om patologiska värden och opåverkat allmäntillstånd ska undersökningen upprepas med en timmes mellanrum. Vid tre på

varandra följande patologiska undersökningar ska barnläkare tillkallas.
Om saturationen är <90% eller PI <0,5 kontakta barnjouren omedelbart för bedömning och inläggning på neonatalavdelningen.

Nämn tre orsaker till patologiskt POX test! (1p)
Hjärtfel, neonatal lungsjukdom, pulmonell hypertension, svår infektion

Du blir på nytt uppringd av barnmorskan på BB som berättar att hon gav barnet glukosgel och 10 ml Baby Semp 1, en timme senare var p-glukos 4,5 mmol/L. Nu, inför nästa mål, är p-glukos 1,9 mmol/L. Pojken har blivit slö, gruntar, andas snabbt och ser blekgrå ut. POX är 90% höger hand, 94% vänster fot. CRP är 102 mg/L.
Pojkens mamma har dessutom fått feber, temp 38,9°C.
Vilken/vilka diagnos/-er misstänker du? Förklara vad du gör avseende vårdnivå, provtagning/utredning och behandling (inga doser) de närmaste två timmarna! (2p)
Misstänkt sepsis/hjärtfel då barnet initialt mådde bra, hade ett fritt intervall och sedan blev dålig.

Vårdnivå:
Neonatalavdelning och kontakt med bakjour

Provtagning/utredning:
- Infarter och ta prover: blodstatus, blodgas, CRP
- Hyperoxitest (100% O2) för att utesluta ductusberoende hjärtfel
- Odling från blod, likvor (gärna nph, urin). GBS antigen i urin. LP med celler, odling samt PCR för bakterier och virus
- Blodtryckskontroll i höger arm och ett ben.
- Lungröntgen, remiss till ultraljud hjärta när möjligt

Behandling:
- Antibiotika; bensylpenicillin, aminoglykosid
- Glukosinfusion
Kommentar: Noggrann anamnes från moder om ev HSV infektion eller andra infektioner, kontrollera ev odlingar samt serologi tagna från mamman. + noggrann hudstatus av barn-vid minsta misstanke om Herpes simplex virus infektion behandlas barnet med Acyclovir iv.
Val av antibiotika vid misstänkt sepsis måste föregås av obstetrisk anamnes innefattande riskfaktorer som tidig vattenavgång, infektionssymtom, odlingsfynd och eventuell antibiotikabehandling av modern. Förstahandsbehandling vid misstänkt neonatal sepsis vid ≤ 72 timmar postnatal ålder, oavsett gestationsålder, är bensylpenicillin och aminoglykosid som har effekt mot de vanligaste patogenerna hos dessa patienter

Pojken stabiliseras på insatt behandling och CRP var som högst 154 ml/L. På andra dygnet växer det ännu ingenting i blododlingen. Mamman har postpartalt fått konstaterat GBS i urin och cervix, och pojkens urinprov är positivt för GBS antigen. Röntgen pulm och ultraljud hjärta: ua

Mamma vill gärna amma så mycket som det går men pojken orkar inte dia fullt.

Vad ska man ha för ”matstrategi” för att främja amning? Beskriv kortfattat! (0,5p)

Slutkommentar fråga 3

Vad ska man ha för "matstrategi" för att främja amning? Beskriv kortfattat. (0,5p)

Undvika napp - visar barnet tecken på att vilja suga lägg barnet till mammas bröst i första hand. Amma först och därefter tillmata via kopp eller ventrikelsond. Efter amningen pumpar mamman ut mjölk.

Amningsobservation för att skapa goda förutsättningar för en individanpassad amningsvägledning.

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

4.1

Du blir under ett nattjourspass larmad till barnavdelningen där det finns en patient som plötsligt försämrats. Ahmed 5 år gammal och har ett flerfunktionshinder med en CP- skada av bilateral spastisk typ med inslag av dyskinesi, epilepsi, svår intellektuell funktionsnedsättning på basen av lissencefali. Han har haft frekventa pneumonier med andningsbesvär på basen av slemproblematik. Han nutrieras helt via gastrostomi med kontinuerlig sondnäring. Ahmed saknar egen kommunikationsmöjlighet, mor talar enbart arabiska. Ahmed har försämrats akut med svåra hostattacker under natten och har haft ett ökat syrgasbehov upp till ca 10 liter/min därefter. Verkat smärtpåverkad, fått ibuprofen och därefter kunnat sova en stund. Nu kl 04:00 blivit cyanotisk och kraftigt allmänpåverkad i samband med en inhalation.

När du kommer fram finner du följande i status:
Temp: 38,9˚C. Central kapillär återfyllnad ca 4 sek.
Hjärta: Frekvens ca 170-180 slag/min.
Lungor: Rikligt med rassel bilateralt, vibrerar i bröstkorgen av slem. Av och till jugulära indragningar och näsvingespel. Andningsfrekvens 70 andetag/min.

Vilka blir dina åtgärder nu? Beskriv kortfattat! (2p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

4.2

Du blir under ett nattjourspass larmad till barnavdelningen där det finns en patient som plötsligt försämrats. Ahmed 5 år gammal och har ett flerfunktionshinder med en CP- skada av bilateral spastisk typ med inslag av dyskinesi, epilepsi, svår intellektuell funktionsnedsättning på basen av lissencefali. Han har haft frekventa pneumonier med andningsbesvär på basen av slemproblematik. Han nutrieras helt via gastrostomi med kontinuerlig sondnäring. Ahmed saknar egen kommunikationsmöjlighet, mor talar enbart arabiska. Ahmed har försämrats akut med svåra hostattacker under natten och har haft ett ökat syrgasbehov upp till ca 10 liter/min därefter. Verkat smärtpåverkad, fått ibuprofen och därefter kunnat sova en stund. Nu kl 04:00 blivit cyanotisk och kraftigt allmänpåverkad i samband med en inhalation.
När du kommer fram finner du följande i status:
Temp: 38,9˚C. Central kapillär återfyllnad ca 4 sek.
Hjärta: Frekvens ca 170-180 slag/min.
Lungor: Rikligt med rassel bilateralt, vibrerar i bröstkorgen av slem. Av och till jugulära indragningar och näsvingespel. Andningsfrekvens 70 andetag/min.

Vilka blir dina åtgärder nu? Beskriv kortfattat! (2p)

Eftersom åtgärder för att säkerställa fri luftväg (A) och andning (B) redan är bedömda och åtgärdade börjar behandlingen nu att säkerställa cirkulationen (C). Ge vätska i bolusdoser om 10-20 ml/kg, och förbered därefter en underhållsinfusion.
Stoppa all tillförsel via gastrostomin för att minska enteral tillförsel.
Eftersom barnet är allvarligt sjuk och har en svår funktionsnedsättning i grunden finns det risk för att tillståndet ytterligare kan försämras så bakjour och narkos/IVA jour kontaktas för att diskutera den fortsatta handläggningen.
Provtagning: blodgas, CRP, blodstatus, blododling.

IVA/narkosjour kommer och ni bedömer att barnet behöver en högre vårdnivå med intubationsberedskap, men IVA/narkosjouren frågar först om det finns behandlingsbegränsningar.

Vad innebär behandlingsbegränsningar? (1p)

Vem är ansvarig för beslutet? (1p)

Vad innebär lissencefali? (0,5p)

Hur utreder man detta tillstånd? (0,5 p)

Vad innebär att en patient har en bilateral spastisk CP? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

4.3

Du blir under ett nattjourspass larmad till barnavdelningen där det finns en patient som plötsligt försämrats. Ahmed 5 år gammal och har ett flerfunktionshinder med en CP- skada av bilateral spastisk typ med inslag av dyskinesi, epilepsi, svår intellektuell funktionsnedsättning på basen av lissencefali. Han har haft frekventa pneumonier med andningsbesvär på basen av slemproblematik. Han nutrieras helt via gastrostomi med kontinuerlig sondnäring. Ahmed saknar egen kommunikationsmöjlighet, mor talar enbart arabiska. Ahmed har försämrats akut med svåra hostattacker under natten och har haft ett ökat syrgasbehov upp till ca 10 liter/min därefter. Verkat smärtpåverkad, fått ibuprofen och därefter kunnat sova en stund. Nu kl 04:00 blivit cyanotisk och kraftigt allmänpåverkad i samband med en inhalation.
När du kommer fram finner du följande i status:
Temp: 38,9˚C. Central kapillär återfyllnad ca 4 sek.
Hjärta: Frekvens ca 170-180 slag/min.
Lungor: Rikligt med rassel bilateralt, vibrerar i bröstkorgen av slem. Av och till jugulära indragningar och näsvingespel. Andningsfrekvens 70 andetag/min.

Vilka blir dina åtgärder nu? Beskriv kortfattat! (2p)

Eftersom åtgärder för att säkerställa fri luftväg (A) och andning (B) redan är bedömda och åtgärdade börjar behandlingen nu att säkerställa cirkulationen (C). Ge vätska i bolusdoser om 10-20 ml/kg, och förbered därefter en underhållsinfusion. Stoppa all tillförsel via gastrostomin för att minska enteral tillförsel.
Eftersom barnet är allvarligt sjuk och har en svår funktionsnedsättning i grunden finns det risk för att tillståndet ytterligare kan försämras så bakjour och narkos/IVA jour kontaktas för att diskutera den fortsatta handläggningen.
Provtagning: blodgas, CRP, blodstatus, blododling.

IVA/narkosjour kommer och ni bedömer att barnet behöver en högre vårdnivå med intubationsberedskap, men IVA/narkosjouren frågar först om det finns behandlingsbegränsningar.

Vad innebär behandlingsbegränsningar? (1p)

Behandlingsbegränsningar innebär att man tagit ställning till om en patient ska erhålla alla nivåer av vård, tex om HLR ska utföras, dialys ska genomföras, ventilation med invasiv ventilator, iv antibiotika. Behandlingsbegränsningar dokumenteras på en särskild blankett. Dokumentet bygger på Socialstyrelsen föreskrifter SOSFS 2011:7.
Behandlingsbegränsningarna ska utfärdas i samråd med patient, eller anhöriga (vårdnadshavare).

Vem är ansvarig för beslutet? (1p)

Det är den medicinska professionen och sjukvården som ansvarar för besluten. Två läkare ska underteckna dokumentet, helst patientens fasta vårdkontakt. Dokumentet ska uppdateras i samband med varje vårdtillfälle.
Om det inte finns möjlighet att fast vårdkontakt deltar i samtalet då dokumentet upprättas får den som är ansvarig för vården vid detta tillfälle underteckna dokumentet. Sjukvården och anhöriga kan ha olika uppfattningar om vilken vårdnivå som är aktuell och vilka åtgärder som ska genomföras. Om möjligt bör dessa samtal ske dagtid med närvaro av fast vårdkontakt, och läkare och ansvarig personal på aktuell IVA enhet. I det aktuella exemplet bör man diskutera att erbjuda en högre vårdnivå så att fast vårdkontakt (PAL eller annan ansvarig läkare) kan delta i samtal följande dag med helst båda vårdnadshavare närvarande och med tolk.

Vad innebär lissencefali? (0,5p)

Lissencefali innebär en tidig missbildning av hjärnan där antalet fåror är kraftigt minskad så ytan blir utslätad (lissencefali= slät hjärna).

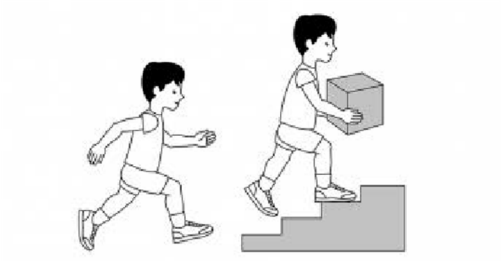
Hur utreder man detta tillstånd? (0,5 p)

Diagnosen fastställs med MRT/ CT undersökning av hjärna. Etiologisk utredningen kan kompletteras med genetisk utredning, utredning avseende kongenitala virusinfektioner eller andra möjliga prenatala händelser.

Vad innebär att en patient har en bilateral spastisk CP? (1p)

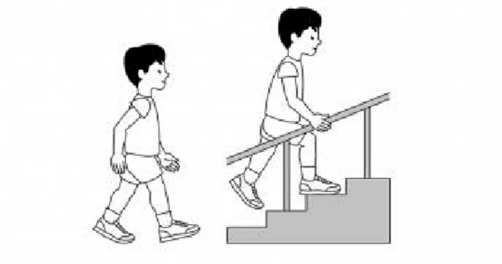
En spastisk bilateral CP skada innebär att man har ökad muskeltonus, livliga reflexer och ibland klonus i såväl övre som nedre extremitet bilateralt.
(Om den motoriska påverkan är större i benen än i armarna benämndes bilateral CP skada tidigare för spastisk diplegi. Om påverkan på motorik är lika stor eller större i armar än ben är det en CP skada

som med tidigare nomenklatur benämndes tetraplegi. Patienter med tetraplegi har nästan samtliga flerfunktionsnedsättningar som intellektuell funktionsnedsättning, epilepsi.)



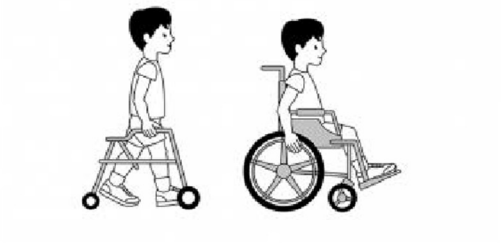
GMFCS Level I

Children walk at home, school, outdoors and in the community. They can climb stairs without the use of a railing. Children perform gross motor skills such as running and jumping, but speed, balance and coordination are limited.



GMFCS Level II

Children walk in most settings and climb stairs holding onto a railing. They may experience difficulty walking long distances and balancing on uneven terrain, inclines, in crowded areas or confined spaces. Children may walk with physical assistance, a handheld mobility device or used wheeled mobility over long distances. Children have only minimal ability to perform gross motor skills such as running and jumping.

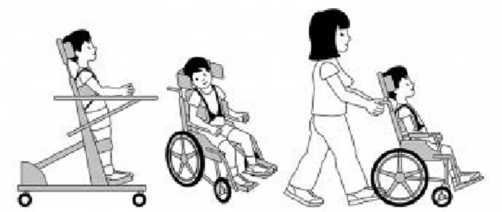


GMFCS Level III

Children walk using a hand-held mobility device in most indoor settings. They may climb stairs holding onto a railing with supervision or assistance. Children use wheeled mobility when traveling long distances and may self-propel for shorter distances.

GMFCS Level IV

Children use methods of mobility that require physical assistance or powered mobility in most settings. They may walk for short distances at home with physical assistance or use powered mobility or a body support walker when positioned. At school, outdoors and in the community children are transported in a manual wheelchair or use powered mobility.



GMFCS Level V

Children are transported in a manual wheelchair in all settings. Children are limited in their ability to maintain antigravity head and trunk postures and control leg and arm movements.

Vad är ovanstående skala och hur använder man den? (1p)

Vilken nivå (level) tror du att Ahmed i fallet ovan har? (1p)

Beskriv kortfattat vad som menas med habilitering? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

Slutkommentar fråga 4

Vad är ovanstående skala och hur använder man den? (1p)

GMFCS = Gross motor function classification system. Genom att gradera den motoriska funktionen enligt ovanstående skala kan man snabbt få en uppfattning om hur omfattande den grovmotoriska funktionsnedsättningen är.

Vilken nivå (level) tror du att Ahmed i fallet ovan har? (0,5p)

Ahmeds CP skada torde klassificeras grovmotoriskt som GMFCS nivå IV-V

Beskriv kortfattat vad som menas med habilitering? (1p)

Habilitering innebär att barn med medfödda funktionsnedsättningar får det stöd och hjälp vederbörande behöver för att funktionsnedsättningens konsekvenser ska bli så ringa som möjligt, att funktionsnedsättningen blir en nedsättning och inte hinder om det är möjligt.
För att nå dessa mål behövs ett tvärprofessionellt omhändertagande av till exempel fysioterapeuter (sjukgymnaster), arbetsterapeuter, logopeder, kuratorer, psykologer, specialpedagoger och läkare som antingen är anställda eller knutna dit som konsulter. Ibland finns även sjuksköterskor och dietister inom habiliteringsorganisationen.

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

5.1

Du jobbar på barnakuten en sensommardag och träffar där Edvin 5 år gammal som sitter i pappas knä. Pappa berättar att Edvin inte vill stödja på höger ben och när han försöker haltar han ordentligt. Innan du gick in i rummet började du fundera på differentialdiagnoser till bensmärtor och hälta hos barn.

Nämn fem olika diagnoser som du funderar kring i detta fall! (1,5p)

Vilka anamnestiska frågor är viktiga för att börja sortera i differentialdiagnostiken? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

5.2

Du jobbar på barnakuten en sensommardag och träffar där Edvin 5 år gammal som sitter i pappas knä. Pappa berättar att Edvin inte vill stödja på höger ben och när han försöker haltar han ordentligt. Innan du gick in i rummet började du fundera på differentialdiagnoser till bensmärtor och hälta hos barn.

Nämn fem olika diagnoser som du funderar kring i detta fall! (1,5p)

Möjliga diagnoser är trauma/skelettskada, osteomyelit, coxitis simplex, septisk artrit, Perthes sjukdom, JIA och Henoch Schönleins purpura.

Vilka anamnestiska frågor är viktiga för att börja sortera i differentialdiagnostiken? (1p)

Du frågar kring
-duration
-andra symtom än hälta
-infektionstecken, både aktuella eller föregående infektion
-trauma

Du får till svar att föräldrarna inte sett eller hört om något trauma. Edvin själv vet inte vad trauma betyder men när du frågar om han slagit sig berättar han att Axel knuffade honom på förskolan igår. Han har ingen feber nu, men var lite förkyld för två veckor sedan. Han haltade lite igår med betydligt mer idag.

Du funderar kring infektiösa skelettsjukdomar.

Vad skulle du undersöka i status och vilka prover skulle du ta initialt på akuten för att utreda det? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

5.3

Du jobbar på barnakuten en sensommardag och träffar där Edvin 5 år gammal som sitter i pappas knä. Pappa berättar att Edvin inte vill stödja på höger ben och när han försöker haltar han ordentligt. Innan du gick in i rummet började du fundera på differentialdiagnoser till bensmärtor och hälta hos barn.

Nämn fem olika diagnoser som du funderar kring i detta fall! (1,5p)

Möjliga diagnoser är trauma/skelettskada, osteomyelit, coxitis simplex, septisk artrit, Perthes sjukdom, JIA och Henoch Schönleins purpura.

Vilka anamnestiska frågor är viktiga för att börja sortera i differentialdiagnostiken? (1p)

Du frågar kring
-duration
-andra symtom än hälta
-infektionstecken, både aktuella eller föregående infektion
-trauma

Du får till svar att föräldrarna inte sett eller hört om något trauma. Edvin själv vet inte vad trauma betyder men när du frågar om han slagit sig berättar han att Axel knuffade honom på förskolan igår. Han har ingen feber nu, men var lite förkyld för två veckor sedan. Han haltade lite igår med betydligt mer idag.
Du funderar kring infektiösa skelettsjukdomar.

Vad skulle du undersöka i status och vilka prover skulle du ta initialt på akuten för att utreda det? (1p)

Du skulle inspektera gångmönster. Ledstatus från höft och ner och även rygg. Lokalstatus över hela benet, svullnader, ömhet, rodnad, hudutslag? Du skulle ta CRP och blodstatus.

Du börjar undersöka Edvin och finner en svullen fotled med lokal ömhet och ett upphöjt spritt utslag på benet enligt bild.

Vilken är diagnosen? (0,5p)

Vilka prover tar du? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

5.4

Du jobbar på barnakuten en sensommardag och träffar där Edvin 5 år gammal som sitter i pappas knä. Pappa berättar att Edvin inte vill stödja på höger ben och när han försöker haltar han ordentligt. Innan du gick in i rummet började du fundera på differentialdiagnoser till bensmärtor och hälta hos barn.

Nämn fem olika diagnoser som du funderar kring i detta fall! (1,5p)

Möjliga diagnoser är trauma/skelettskada, osteomyelit, coxitis simplex, septisk artrit, Perthes sjukdom, JIA och Henoch Schönleins purpura.

Vilka anamnestiska frågor är viktiga för att börja sortera i differentialdiagnostiken? (1p)

Du frågar kring
-duration
-andra symtom än hälta
-infektionstecken, både aktuella eller föregående infektion
-trauma

Du får till svar att föräldrarna inte sett eller hört om något trauma. Edvin själv vet inte vad trauma betyder men när du frågar om han slagit sig berättar han att Axel knuffade honom på förskolan igår. Han har ingen feber nu, men var lite förkyld för två veckor sedan. Han haltade lite igår med betydligt mer idag.
Du funderar kring infektiösa skelettsjukdomar.

Vad skulle du undersöka i status och vilka prover skulle du ta initialt på akuten för att utreda det? (1p)

Du skulle inspektera gångmönster. Ledstatus från höft och ner och även rygg. Lokalstatus över hela benet, svullnader, ömhet, rodnad, hudutslag? Du skulle ta CRP och blodstatus.

Du börjar undersöka Edvin och finner en svullen fotled med lokal ömhet och ett upphöjt spritt utslag på benet enligt bild.

Vilken är diagnosen? (0,5p)

Du ställer diagnosen Henoch-Schönleins purpura på den kliniska bilden.

Vilka prover tar du? (1p)

Du kontrollerar urinsticka, CRP och blodstatus.

Edvin har inte ont i magen och urinstickan är blank. CRP <5mg/l, Hb 132 g/L, LPK 11,3x109/L, TPK 180 x109/L.

Hur planerar du din uppföljning och varför planerar du den? (2p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

5.5

Du jobbar på barnakuten en sensommardag och träffar där Edvin 5 år gammal som sitter i pappas knä. Pappa berättar att Edvin inte vill stödja på höger ben och när han försöker haltar han ordentligt. Innan du gick in i rummet började du fundera på differentialdiagnoser till bensmärtor och hälta hos barn.

Nämn fem olika diagnoser som du funderar kring i detta fall! (1,5p)

Möjliga diagnoser är trauma/skelettskada, osteomyelit, coxitis simplex, septisk artrit, Perthes sjukdom, JIA och Henoch Schönleins purpura.

Vilka anamnestiska frågor är viktiga för att börja sortera i differentialdiagnostiken? (1p)

Du frågar kring
-duration
-andra symtom än hälta
-infektionstecken, både aktuella eller föregående infektion
-trauma

Du får till svar att föräldrarna inte sett eller hört om något trauma. Edvin själv vet inte vad trauma betyder men när du frågar om han slagit sig berättar han att Axel knuffade honom på förskolan igår. Han har ingen feber nu, men var lite förkyld för två veckor sedan. Han haltade lite igår med betydligt mer idag.

Du funderar kring infektiösa skelettsjukdomar.

Vad skulle du undersöka i status och vilka prover skulle du ta initialt på akuten för att utreda det? (1p)

Du skulle inspektera gångmönster. Ledstatus från höft och ner och även rygg. Lokalstatus över hela benet, svullnader, ömhet, rodnad, hudutslag? Du skulle ta CRP och blodstatus.

Du börjar undersöka Edvin och finner en svullen fotled med lokal ömhet och ett upphöjt spritt utslag på benet enligt bild.

Vilken är diagnosen? (0,5p)

Du ställer diagnosen Henoch-Schönleins purpura på den kliniska bilden.

Vilka prover tar du? (1p)

Du kontrollerar urinsticka, CRP och blodstatus.

Edvin har inte ont i magen och urinstickan är blank. CRP <5mg/l, Hb 132 g/L, LPK 11,3x109/L, TPK 180 x109/L.

Hur planerar du din uppföljning och varför planerar du den? (2p)

Svar i löpande text nedan

Du remitterar till barnmottagning i öppenvård/VC för uppföljning med U-stickor och U-alb/krea index 1 gång per vecka i 4 veckor sedan månad 2,3 och 6 efter debut. Detta för att hitta en eventuell nefrit. Du berättar för föräldrarna att de ska söka igen om Edvin får ont i magen eller försämrat AT (p g a risk för gastrointestinala komplikationer)

Föreställ dig att Edvin redan efter några dagar började få en proteinuri som kvarstår vid 2-månadersuppföljningen med ett U-alb/krea index på 125 mg/mmol

Vad skulle du behandla med och varför? (1p)

Njurskadan orsakad av Henoch Schöneins purpura är en glomerulonefrit. Den kan orsaka både akut nefritisk och nefrotiskt syndrom.

Hur skiljer du dessa kliniskt och labmässigt? (1,5p)

Slutkommentar fråga 5

Föreställ dig att Edvin redan efter några dagar började få en proteinuri som kvarstår vid 2-månadersuppföljningen med ett U-alb/krea index på 125 mg/mmol

Vad skulle du behandla med då och varför? (1,5p)

RAAS-blockad: Angiotensin Converting Enzyme inhibitor (ACEi), och Angiotensin II receptor blockerare (ARB) för att minska proteinuri och minska risk för utveckling av glomeruloskleros. Behandling med både ACEi och ARB kan vara mer effektivt än monoterapi. När proteinurin minskat till mikroalbuminuri reduceras eller seponeras behandlingen.

Njurskadan orsakad av Henoch Schöneins purpura är en glomerulonefrit. Den kan orsaka både akut nefritisk och nefrotiskt syndrom.

Hur skiljer du dessa kliniskt och labmässigt? (1,5p)

Nefrit -Hematuri, Hypertoni, Njursvikt

Nefros -Proteinuri (massiv, u-alb/krea >400), Hypoalbuminemi (S-alb <25, ofta <10), Ödem (måttliga-massiva), Hyperlipidemi, normal njurfunktion

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

6.1

Det är fredagskväll i början av juni och du är jour på barnakuten. Det har varit en lugn natt hittills med dominans av pollenallergi. Du är primärjour med bakjour i hemmet. Det kommer ett larm via ambulanstelefonen, larmet lyder ”15-årig flicka som hittats medvetslös, temp 35,4, okontaktbar, vi ankommer om fyra minuter”

Vad blir dina åtgärder i väntan på ambulansens ankomst? (1p)

Vilka differentialdiagnoser har du i tankarna när du förbereder dig? (2p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

6.2

Det är fredagskväll i början av juni och du är jour på barnakuten. Det har varit en lugn natt hittills med dominans av pollenallergi. Du är primärjour med bakjour i hemmet. Det kommer ett larm via ambulanstelefonen, larmet lyder ”15-årig flicka som hittats medvetslös, temp 35,4, okontaktbar, vi ankommer om fyra minuter”

Vad blir dina åtgärder i väntan på ambulansens ankomst? (1p)

Larma lämplig personal, inkl narkosläkare
Fördela arbetsuppgifter
Estimera rimlig vikt
Förbered och ta fram läkemedel

Vilka differentialdiagnoser har du i tankarna när du förbereder dig? (2p)

Meningit/sepsis/infektion, intoxikation, diabetes, andningsinsufficiens, subarachnoidalblödning, trauma, status epilepticus

Ambulansen ankommer. Enligt rapporten har flickan hittats utomhus, medvetslös med stabil puls och egen andning. En kamrat har befunnit sig i närheten och är på väg in i taxi. Flickan rullas in i akutrummet och flyttas till britsen. Narkospersonal som står på ett larm på en vuxenavdelning har ännu inte anlänt.

Hur lägger du upp din bedömning av patienten i nuläget och vad undersöker du kliniskt (2p)?

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

6.3

Det är fredagskväll i början av juni och du är jour på barnakuten. Det har varit en lugn natt hittills med dominans av pollenallergi. Du är primärjour med bakjour i hemmet. Det kommer ett larm via ambulanstelefonen, larmet lyder ”15-årig flicka som hittats medvetslös, temp 35,4, okontaktbar, vi ankommer om fyra minuter”

Vad blir dina åtgärder i väntan på ambulansens ankomst? (1p)

Larma lämplig personal, inkl narkosläkare
Fördela arbetsuppgifter
Estimera rimlig vikt
Förbered och ta fram läkemedel

Vilka differentialdiagnoser har du i tankarna när du förbereder dig? (2p)

Meningit/sepsis/infektion, intoxikation, diabetes, andningsinsufficiens, subarachnoidalblödning, trauma, status epilepticus

Ambulansen ankommer. Enligt rapporten har flickan hittats utomhus, medvetslös med stabil puls och egen andning. En kamrat har befunnit sig i närheten och är på väg in i taxi. Flickan rullas in i akutrummet och flyttas till britsen. Narkospersonal som står på ett larm på en vuxenavdelning har ännu inte anlänt.

Hur lägger du upp din bedömning av patienten i nuläget och vad undersöker du kliniskt (2p)?

A – airway - fria luftvägar? Inspektera munnen
B – breathing – rör sig lungorna, andningsfrekvens, lungauskultation
C – circulation - kapillär återfyllnad, hjärtfrekvens, rytm, blodtryck
D – disability - reagerar på tilltal? pupillstorlek? reagerar för ljus?
E – exposure - inspektera hudkostym, titta efter skador

Din undersökning visar att patienten har fria luftvägar, inga synliga främmande kroppar, andas själv, central kapillär återfyllnad 4 sekunder, reagerar på smärta.

Utifrån ovanstående fynd, vad blir dina åtgärder nu? Vilka prover vill du ta nu? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

6.4

Det är fredagskväll i början av juni och du är jour på barnakuten. Det har varit en lugn natt hittills med dominans av pollenallergi. Du är primärjour med bakjour i hemmet. Det kommer ett larm via ambulanstelefonen, larmet lyder ”15-årig flicka som hittats medvetslös, temp 35,4, okontaktbar, vi ankommer om fyra minuter”

Vad blir dina åtgärder i väntan på ambulansens ankomst? (1p)

Larma lämplig personal, inkl narkosläkare
Fördela arbetsuppgifter
Estimera rimlig vikt
Förbered och ta fram läkemedel

Vilka differentialdiagnoser har du i tankarna när du förbereder dig? (2p)

Meningit/sepsis/infektion, intoxikation, diabetes, andningsinsufficiens, subarachnoidalblödning, trauma, status epilepticus

Ambulansen ankommer. Enligt rapporten har flickan hittats utomhus, medvetslös med stabil puls och egen andning. En kamrat har befunnit sig i närheten och är på väg in i taxi. Flickan rullas in i akutrummet och flyttas till britsen. Narkospersonal som står på ett larm på en vuxenavdelning har ännu inte anlänt.

Hur lägger du upp din bedömning av patienten i nuläget och vad undersöker du kliniskt (2p)?

A – airway - fria luftvägar? Inspektera munnen
B – breathing – rör sig lungorna, andningsfrekvens, lungauskultation
C – circulation - kapillär återfyllnad, hjärtfrekvens, rytm, blodtryck
D – disability - reagerar på tilltal? pupillstorlek? reagerar för ljus?
E – exposure - inspektera hudkostym, titta efter skador

Din undersökning visar att patienten har fria luftvägar, inga synliga främmande kroppar, andas själv, central kapillär återfyllnad 4 sekunder, reagerar på smärta.

Utifrån ovanstående fynd, vad blir dina åtgärder nu? Vilka prover vill du ta nu? (1p)

Åtgärder: koppla syrgas, etablera infart, ge vätska, övervakning med EKG och saturation
Prover: blodgas, glukos, intoxprover

Kamraten anländer och berättar att flickan varit nedstämd en längre tid samt att hon nog tagit någon form av tabletter i ganska stora mängder ikväll. Kompisen hittade små vita runda tabletter och en tom spritflaska.

Vad blir dina åtgärder nu? Vilken vårdnivå väljer du? (2p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

6.5

Det är fredagskväll i början av juni och du är jour på barnakuten. Det har varit en lugn natt hittills med dominans av pollenallergi. Du är primärjour med bakjour i hemmet. Det kommer ett larm via ambulanstelefonen, larmet lyder ”15-årig flicka som hittats medvetslös, temp 35,4, okontaktbar, vi ankommer om fyra minuter”

Vad blir dina åtgärder i väntan på ambulansens ankomst? (1p)

Larma lämplig personal, inkl narkosläkare
Fördela arbetsuppgifter
Estimera rimlig vikt
Förbered och ta fram läkemedel

Vilka differentialdiagnoser har du i tankarna när du förbereder dig? (2p)

Meningit/sepsis/infektion, intoxikation, diabetes, andningsinsufficiens, subarachnoidalblödning, trauma, status epilepticus

Ambulansen ankommer. Enligt rapporten har flickan hittats utomhus, medvetslös med stabil puls och egen andning. En kamrat har befunnit sig i närheten och är på väg in i taxi. Flickan rullas in i akutrummet och flyttas till britsen. Narkospersonal som står på ett larm på en vuxenavdelning har ännu inte anlänt.

Hur lägger du upp din bedömning av patienten i nuläget och vad undersöker du kliniskt (2p)?

A – airway - fria luftvägar? Inspektera munnen
B – breathing – rör sig lungorna, andningsfrekvens, lungauskultation
C – circulation - kapillär återfyllnad, hjärtfrekvens, rytm, blodtryck
D – disability - reagerar på tilltal? pupillstorlek? reagerar för ljus?
E – exposure - inspektera hudkostym, titta efter skador

Din undersökning visar att patienten har fria luftvägar, inga synliga främmande kroppar, andas själv, central kapillär återfyllnad 4 sekunder, reagerar på smärta.

Utifrån ovanstående fynd, vad blir dina åtgärder nu? Vilka prover vill du ta nu? (1p)

Åtgärder: koppla syrgas, etablera infart, ge vätska, övervakning med EKG och saturation,
Prover: blodgas, glukos, intoxprover

Kamraten anländer och berättar att flickan varit nedstämd en längre tid samt att hon nog tagit någon form av tabletter i ganska stora mängder ikväll. Kompisen hittade små vita runda tabletter och en tom spritflaska.

Vad blir dina åtgärder nu? Vilken vårdnivå väljer du? (2p)

Inläggning IVA för övervakning, följa vitalparametrar, kontakt giftinformationscentralen

Flickan vårdas på IVA under natten med stabila vitalparametrar. Dagen efter vaknar hon och bedöms vara medicinskt färdigbehandlad.

Vad blir dina åtgärder före hennes hemgång? (1p)

Slutkommentar fråga 6

Vad blir dina åtgärder innan hemgång? (1p)

Suicidbedöming, socialtjänstanmälan och remiss till BUP

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

7.1

Du arbetar som primärjour på barnakuten vid ett länssjukhus och har gått på din första nattjour efter sportlovet. Väntrummet är fullt av förkylda och magsjuka barn och deras trötta föräldrar. När du hälsar på dina arbetskamrater får du en fråga av prioriteringsansvarig sjuksköterska. Hon berättar att det är lång väntetid idag och undrar...

Hur snabbt vill du se Kalle, 3 år, som har diabetes sedan 1 år och nu kräkts några gånger sedan i natt? (0,5p)

Vill du redan nu ordinera några prover eller kontroller och i så fall vilka? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

7.2

Du arbetar som primärjour på barnakuten vid ett länssjukhus och har gått på din första nattjour efter sportlovet. Väntrummet är fullt av förkylda och magsjuka barn och deras trötta föräldrar. När du hälsar på dina arbetskamrater får du en fråga av prioriteringsansvarig sjuksköterska. Hon berättar att det är lång väntetid idag och undrar...

Hur snabbt vill du se Kalle, 3 år, som har diabetes sedan 1 år och nu kräkts några gånger sedan i natt? (0,5p)

Du svarar att du vill se honom inom 15 min. Kräkningar hos en diabetiker är en ketoacidos tills motsatsen är bevisad!

Vill du redan nu ordinera några prover eller kontroller och i så fall vilka? (1p)

Ja, du vill att de kontrollerar vitalparametrar och tar en vikt. Du vill även att de tar p-glukos, p-ketoner och ev en blodgas.

Kalle väger 14 kg (senaste vikten från diabetesmottagningen för en månad sedan var 15 kg).
Saturation 96%. Hjärtfrekvens 130 slag/min. Temp 38,2°C
P-glukos 8 mmol/l, P-ketoner 2 mmol/L, BE -8 mmol/L, pH 7,32, pCO2 3,4 kPa, K 6,1 mmol/L, Na 140 mmol/L.

Hur tolkar du provsvaren och kontrollerna? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

7.3

Du arbetar som primärjour på barnakuten vid ett länssjukhus och har gått på din första nattjour efter sportlovet. Väntrummet är fullt av förkylda och magsjuka barn och deras trötta föräldrar. När du hälsar på dina arbetskamrater får du en fråga av prioriteringsansvarig sjuksköterska. Hon berättar att det är lång väntetid idag och undrar...

Hur snabbt vill du se Kalle, 3 år, som har diabetes sedan 1 år och nu kräkts några gånger sedan i natt? (0,5p)

Du svarar att du vill se honom inom 15 min. Kräkningar hos en diabetiker är en ketoacidos tills motsatsen är bevisad!

Vill du redan nu ordinera några prover eller kontroller och i så fall vilka? (1p)

Ja, du vill att de kontrollerar vitalparametrar och tar en vikt. Du vill även att de tar p-glukos, p-ketoner och ev en blodgas.

Kalle väger 14 kg (senaste vikten från diabetesmottagningen för en månad sedan var 15 kg). Saturation 96%.
Hjärtfrekvens 130 slag/min. Temp 38,2°C
P-glukos 8 mmol/l, P-ketoner 2 mmol/L, BE -8 mmol/L, pH 7,32, pCO2 3,4 kPa, K 6,1 mmol/L, Na 140 mmol/L.

Hur tolkar du provsvaren och kontrollerna? (1p)

Kalle är måttligt dehydrerad (viktförlust ca 7,5 %) och lite takykard. Han har ingen ketoacidos just nu även om han har en lättare metabol acidos med respiratorisk kompensering. Elektrolyterna ser ok ut även om kalium är högt men det beror troligen på stas av fingret när provet togs.

Du går nu in till Kalle och tar en närmare anamnes.

Nämn tre viktiga anamnestiska uppgifter i detta specifika fall. (1,5p)

Vad undersöker du i status? Motivera kortfattat varför! (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

7.4

Du arbetar som primärjour på barnakuten vid ett länssjukhus och har gått på din första nattjour efter sportlovet. Väntrummet är fullt av förkylda och magsjuka barn och deras trötta föräldrar. När du hälsar på dina arbetskamrater får du en fråga av prioriteringsansvarig sjuksköterska. Hon berättar att det är lång väntetid idag och undrar...

Hur snabbt vill du se Kalle, 3 år, som har diabetes sedan 1 år och nu kräkts några gånger sedan i natt? (0,5p)

Du svarar att du vill se honom inom 15 min. Kräkningar hos en diabetiker är en ketoacidos tills motsatsen är bevisad!

Vill du redan nu ordinera några prover eller kontroller och i så fall vilka? (1p)

Ja, du vill att de kontrollerar vitalparametrar och tar en vikt. Du vill även att de tar p-glukos, p-ketoner och ev en blodgas.

Kalle väger 14 kg (senaste vikten från diabetesmottagningen för en månad sedan var 15 kg). Saturation 96%.
Hjärtfrekvens 130 slag/min. Temp 38,2°C
P-glukos 8 mmol/l, P-ketoner 2 mmol/L, BE -8 mmol/L, pH 7,32, pCO2 3,4 kPa, K 6,1 mmol/L, Na 140 mmol/L.

Hur tolkar du provsvaren och kontrollerna? (1p)

Kalle är måttligt dehydrerad (viktförlust ca 7,5 %) och lite takykard. Han har ingen ketoacidos just nu även om han har en lättare metabol acidos med respiratorisk kompensering. Elektrolyterna ser ok ut även om kalium är högt men det beror troligen på stas av fingret när provet togs.

Du går nu in till Kalle och tar en närmare anamnes.

Nämn tre viktiga anamnestiska uppgifter i detta specifika fall. (1,5p)

I anamnesen är det viktigt att få reda på vilken insulinregim Kalle har (pump/penna), om familjen kontrollerat ketoner och glukos samt hur mycket insulin Kalle har fått?
Du behöver få en uppfattning om hans vätskebalans. Hur mycket vätska de fått i honom och vilken sort? Har han kissat? Har han diarré och i så fall hur mycket? Hur många kräkningar? Finns det någon annan i omgivningen som är sjuk? Utlandsresa?

Vad undersöker du i status? Motivera kortfattat varför! (1p)

I status tittar du efter kliniska dehydreringstecken d v s bedömer allmäntillstånd, slemhinnor, hudturgor och central kapillär återfyllnad.
Du gör bukstatus inkl genitalia och översiktligt neurologiskt status för att utesluta andra förklaringar till kräkningar kirurgisk buk, testikeltorsion resp neurologisk skada.

Du får fram att Kalle är enda barnet och tidigare frisk förutom sin DM. Kalle behandlas med insulin via pennor och det fungerar bra. Föräldrarna har snabbt lärt sig hur behandlingen går till och Kalle accepterar både sprutor och blodsockerkontroller. Kalle har hållit sig frisk det senaste året förutom några mindre förkylningar. På Kalles förskola har flera barn senaste veckan insjuknat i magsjuka och varit hemma flera dagar. Föräldrarna är friska. De har inte varit utomlands senaste året.

Igår kväll märkte föräldrarna att Kalle åt lite sämre och natten till idag kräktes han cirka 5 gånger. Idag har Kalle haft cirka 5-10 vattentunna diarréer och kräkts ytterligare 5-6 gånger. Han har inte velat äta något och druckit sparsamt. Föräldrarna har försökt ge saft och mjölk, men han har kräkts upp det på en gång. Han har kissat mindre än vanligt. De gav basinsulinet imorse men har inte vågat ge måltidsinsulin. De har följt sockret som legat under 10 mmol/L hela dagen. De har kontrollerat blodketoner en gång och då var de 1 mmol/L. Kalle kräktes en gång i undersökningsrummet när föräldrarna precis gett vätskeersättning.

Kalle ser trött och lite blek ut. Han vill inte bli undersökt och sitter i mors famn, han protesterar men inte särskilt högt. Han rör extremiteterna symmetriskt. Central kapillär återfyllnad är knappt 3 sek. Pupillerna likstora och reagerar ua för ljus. Slemhinnorna är svårbedömda. Svalget oretat. Öron bilateralt ua. Cor/pulm ua förutom att han är något takycard. Buken är mjuk och har livliga tarmljud. Ömmar inte något särskilt. Pungen är normalstor och oöm.

Hur tänker du nu kring fortsatt utredning och ev inläggning? (0,5p)

Behöver Kalle någon behandling och i så fall vad? (0,5p)

Hur ska Kalle ta sitt insulin närmaste 12 timmarna? (0,5p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

7.5

Du arbetar som primärjour på barnakuten vid ett länssjukhus och har gått på din första nattjour efter sportlovet. Väntrummet är fullt av förkylda och magsjuka barn och deras trötta föräldrar. När du hälsar på dina arbetskamrater får du en fråga av prioriteringsansvarig sjuksköterska. Hon berättar att det är lång väntetid idag och undrar...

Hur snabbt vill du se Kalle, 3 år, som har diabetes sedan 1 år och nu kräkts några gånger sedan i natt? (0,5p)

Du svarar att du vill se honom inom 15 min. Kräkningar hos en diabetiker är en ketoacidos tills motsatsen är bevisad!

Vill du redan nu ordinera några prover eller kontroller och i så fall vilka? (1p)

Ja, du vill att de kontrollerar vitalparametrar och tar en vikt. Du vill även att de tar p-glukos, p-ketoner och ev en blodgas.

Kalle väger 14 kg (senaste vikten från diabetesmottagningen för en månad sedan var 15 kg). Saturation 96%. Hjärtfrekvens 130 slag/min. Temp 38,2°C

P-glukos 8 mmol/l, P-ketoner 2 mmol/L, BE -8 mmol/L, pH 7,32, pCO2 3,4 kPa, K 6,1 mmol/L, Na 140 mmol/L.

Hur tolkar du provsvaren och kontrollerna? (1p)

Kalle är måttligt dehydrerad (viktförlust ca 7,5 %) och lite takykard. Han har ingen ketoacidos just nu även om han har en lättare metabol acidos med respiratorisk kompensering. Elektrolyterna ser ok ut även om kalium är högt men det beror troligen på stas av fingret när provet togs.

Du går nu in till Kalle och tar en närmare anamnes.

Nämn tre viktiga anamnestiska uppgifter i detta specifika fall. (1,5p)

I anamnesen är det viktigt att få reda på vilken insulinregim Kalle har (pump/penna), om familjen kontrollerat ketoner och glukos samt hur mycket insulin Kalle har fått?

Du behöver få en uppfattning om hans vätskebalans. Hur mycket vätska de fått i honom och vilken sort? Har han kissat? Har han diarré och i så fall hur mycket? Hur många kräkningar? Finns det någon annan i omgivningen som är sjuk? Utlandsresa?

Vad undersöker du i status? Motivera kortfattat varför! (1p)

I status tittar du efter kliniska dehydreringstecken d v s bedömer allmäntillstånd, slemhinnor, hudturgor och central kapillär återfyllnad.

Du gör bukstatus inkl genitalia och översiktligt neurologiskt status för att utesluta andra förklaringar till kräkningar kirurgisk buk, testikeltorsion resp neurologisk skada.

Du får fram att Kalle är enda barnet och tidigare frisk förutom sin DM. Kalle behandlas med insulin via pennor och det fungerar bra. Föräldrarna har snabbt lärt sig hur behandlingen går till och Kalle accepterar både sprutor och blodsockerkontroller. Kalle har hållit sig frisk det senaste året förutom några mindre förkylningar. På Kalles förskola har flera barn senaste veckan insjuknat i magsjuka och varit hemma flera dagar. Föräldrarna är friska. De har inte varit utomlands senaste året. Igår kväll märkte föräldrarna att Kalle åt lite sämre och natten till idag kräktes han cirka 5 gånger. Idag har Kalle haft cirka 5-10 vattentunna diarréer och kräkts ytterligare 5-6 gånger. Han har inte velat äta något och druckit sparsamt. Föräldrarna har försökt ge saft och mjölk, men han har kräkts upp det på en gång. Han har kissat mindre än vanligt. De gav basinsulinet imorse men har inte vågat ge måltidsinsulin. De har följt sockret som legat under 10 mmol/L hela dagen. De har kontrollerat blodketoner en gång och då var de 1 mmol/L. Kalle kräktes en gång i undersökningsrummet när föräldrarna precis gett vätskeersättning.

Kalle ser trött och lite blek ut. Han vill inte bli undersökt och sitter i mors famn, han protesterar men inte särskilt högt. Han rör extremiteterna symmetriskt. Central kapillär återfyllnad är knappt 3 sek. Pupillerna likstora och reagerar ua för ljus. Slemhinnorna är svårbedömda. Svalget oretat. Öron bilateralt ua. Cor/pulm ua förutom att han är något takycard. Buken är mjuk och har livliga tarmljud. Ömmar inte något särskilt. Pungen är normalstor och oöm.

Hur tänker du nu kring fortsatt utredning och ev inläggning? (0,5p)

Du väljer att lägga in Kalle då han behöver rehydreras men även för att bättre kunna övervaka utveckling ketoacidos och hypoglykemi. Du vill ha en perifer infart och passar då på att ta blodstatus, CRP och fullständigt elektrolytstatus.

Behöver Kalle någon behandling och i så fall vad? (0,5p)

Du ordinerar ett uppvätskningsdropp (Ringer) med 5 % av kroppsvikten på fyra timmar och samtidigt ett glukosdropp 100 mg/ml och 40 mmol Na/20 mmol K enligt maxlista (dygnsunderhållsdos). Man kan även tänka sig att underhållsdroppet har ett högre natriuminnehåll enligt de senaste rekommendationerna från läkemedelsverket.

Hur ska Kalle ta sitt insulin närmaste 12 timmarna? (0,5p)

Du väljer att behandla med kortverkande insulin som infusion på samma sätt som vid nydebuterad DM. Du hade även kunnat välja att fortsätta med sc insulin och ge smådoser kortverkande insulin (1/4-1/2 måltidsdos) vb var tredje timme om p-glukos >8-10 mmol/l samt fortsätta med basinsulinet.

När du ringer upp till avdelningen och lämnar rapport undrar sjuksköterskan vilka kontroller du vill ha?

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

Vad svarar du? (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

7.6

Du arbetar som primärjour på barnakuten vid ett länssjukhus och har gått på din första nattjour efter sportlovet. Väntrummet är fullt av förkylda och magsjuka barn och deras trötta föräldrar. När du hälsar på dina arbetskamrater får du en fråga av prioriteringsansvarig sjuksköterska. Hon berättar att det är lång väntetid idag och undrar...

Hur snabbt vill du se Kalle, 3 år, som har diabetes sedan 1 år och nu kräkts några gånger sedan i natt? (0,5p)

Du svarar att du vill se honom inom 15 min. Kräkningar hos en diabetiker är en ketoacidos tills motsatsen är bevisad!

Vill du redan nu ordinera några prover eller kontroller och i så fall vilka? (1p)

Ja, du vill att de kontrollerar vitalparametrar och tar en vikt. Du vill även att de tar p-glukos, p-ketoner och ev en blodgas.

Kalle väger 14 kg (senaste vikten från diabetesmottagningen för en månad sedan var 15 kg). Saturation 96%.
Hjärtfrekvens 130 slag/min. Temp 38,2°C
P-glukos 8 mmol/l, P-ketoner 2 mmol/L, BE -8 mmol/L, pH 7,32, pCO2 3,4 kPa, K 6,1 mmol/L, Na 140 mmol/L.

Hur tolkar du provsvaren och kontrollerna? (1p)

Kalle är måttligt dehydrerad (viktförlust ca 7,5 %) och lite takykard. Han har ingen ketoacidos just nu även om han har en lättare metabol acidos med respiratorisk kompensering. Elektrolyterna ser ok ut även om kalium är högt men det beror troligen på stas av fingret när provet togs.

Du går nu in till Kalle och tar en närmare anamnes.

Nämn tre viktiga anamnestiska uppgifter i detta specifika fall. (1,5p)

I anamnesen är det viktigt att få reda på vilken insulinregim Kalle har (pump/penna), om familjen kontrollerat ketoner och glukos samt hur mycket insulin Kalle har fått?
Du behöver få en uppfattning om hans vätskebalans. Hur mycket vätska de fått i honom och vilken sort? Har han kissat? Har han diarré och i så fall hur mycket? Hur många kräkningar? Finns det någon annan i omgivningen som är sjuk? Utlandsresa?

Vad undersöker du i status? Motivera kortfattat varför! (1p)

I status tittar du efter kliniska dehydreringstecken d v s bedömer allmäntillstånd, slemhinnor, hudturgor och central kapillär återfyllnad.
Du gör bukstatus inkl genitalia och översiktligt neurologiskt status för att utesluta andra förklaringar till kräkningar kirurgisk buk, testikeltorsion resp neurologisk skada.

Du får fram att Kalle är enda barnet och tidigare frisk förutom sin DM. Kalle behandlas med insulin via pennor och det fungerar bra. Föräldrarna har snabbt lärt sig hur behandlingen går till och Kalle accepterar både sprutor och blodsockerkontroller. Kalle har hållit sig frisk det senaste året förutom några mindre förkylningar. På Kalles förskola har flera barn senaste veckan insjuknat i magsjuka och varit hemma flera dagar. Föräldrarna är friska. De har inte varit utomlands senaste året. Igår kväll märkte föräldrarna att Kalle åt lite sämre och natten till idag kräktes han cirka 5 gånger. Idag har Kalle haft cirka 5-10 vattentunna diarréer och kräkts ytterligare 5-6 gånger. Han har inte velat äta något och druckit sparsamt. Föräldrarna har försökt ge saft och mjölk, men han har kräkts upp det på en gång. Han har kissat mindre än vanligt. De gav basinsulinet imorse men har inte vågat ge måltidsinsulin. De har följt sockret som legat under 10 mmol/L hela dagen. De har kontrollerat blodketoner en gång och då var de 1 mmol/L. Kalle kräktes en gång i undersökningsrummet när föräldrarna precis gett vätskeersättning.
Kalle ser trött och lite blek ut. Han vill inte bli undersökt och sitter i mors famn, han protesterar men inte särskilt högt. Han rör extremiteterna symmetriskt. Central kapillär återfyllnad är knappt 3 sek. Pupillerna likstora och reagerar ua för ljus. Slemhinnorna är svårbedömda. Svalget oretat. Öron bilateralt ua. Cor/pulm ua förutom att han är något takycard. Buken är mjuk och har livliga tarmljud. Ömmar inte något särskilt. Pungen är normalstor och oöm.

Hur tänker du nu kring fortsatt utredning och ev inläggning? (0,5p)

Du väljer att lägga in Kalle då han behöver rehydreras men även för att bättre kunna övervaka utveckling ketoacidos och hypoglykemi. Du vill ha en perifer infart och passar då på att ta blodstatus, CRP och fullständigt elektrolytstatus.

Behöver Kalle någon behandling och i så fall vad? (0,5p)

Du ordinerar ett uppvätskningsdropp (Ringer) med 5 % av kroppsvikten på fyra timmar och samtidigt ett glukosdropp 100 mg/ml och 40 mmol Na/20 mmol K enligt maxlista (dygnsunderhållsdos). Man kan även tänka sig att underhållsdroppet har ett högre natriuminnehåll enligt de senaste rekommendationerna från läkemedelsverket.

Hur ska Kalle ta sitt insulin närmaste 12 timmarna? (0,5p)

Du väljer att behandla med kortverkande insulin som infusion på samma sätt som vid nydebuterad DM. Du hade även kunnat välja att fortsätta med sc insulin och ge smådoser kortverkande insulin (1/4-1/2 måltidsdos) vb var tredje timme om p-glukos >8-10 mmol/l samt fortsätta med basinsulinet.

När du ringer upp till avdelningen och lämnar rapport undrar sjuksköterskan vilka kontroller du vill ha?

Vad svarar du? (1p)

Svar i löpande text nedan

Vid överrapporteringen till avdelningen ordinerar du p-glukos varje timme, p-ketoner och ny blodgas om 4 timmar. Puls, andningsfrekvens, BT, saturation var 4-6 timme.

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

Kalle har nu fått en iv infart och droppet är kopplat. Han väntar på transport till avdelningen. Du ska precis börja diktera journalen då du istället funderar på vilket agens som kan ha orsakat Kalles besvär.

Nämn tre vanliga agens till Kalles magsjukesymtom! (1p)

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

7.7

Du arbetar som primärjour på barnakuten vid ett länssjukhus och har gått på din första nattjour efter sportlovet. Väntrummet är fullt av förkylda och magsjuka barn och deras trötta föräldrar. När du hälsar på dina arbetskamrater får du en fråga av prioriteringsansvarig sjuksköterska. Hon berättar att det är lång väntetid idag och undrar...

Hur snabbt vill du se Kalle, 3 år, som har diabetes sedan 1 år och nu kräkts några gånger sedan i natt? (0,5p)

Du svarar att du vill se honom inom 15 min. Kräkningar hos en diabetiker är en ketoacidos tills motsatsen är bevisad!

Vill du redan nu ordinera några prover eller kontroller och i så fall vilka? (1p)

Ja, du vill att de kontrollerar vitalparametrar och tar en vikt. Du vill även att de tar p-glukos, p-ketoner och ev en blodgas.

Kalle väger 14 kg (senaste vikten från diabetesmottagningen för en månad sedan var 15 kg). Saturation 96%.
Hjärtfrekvens 130 slag/min. Temp 38,2°C
P-glukos 8 mmol/l, P-ketoner 2 mmol/L, BE -8 mmol/L, pH 7,32, pCO2 3,4 kPa, K 6,1 mmol/L, Na 140 mmol/L.

Hur tolkar du provsvaren och kontrollerna? (1p)

Kalle är måttligt dehydrerad (viktförlust ca 7,5 %) och lite takykard. Han har ingen ketoacidos just nu även om han har en lättare metabol acidos med respiratorisk kompensering. Elektrolyterna ser ok ut även om kalium är högt men det beror troligen på stas av fingret när provet togs.

Du går nu in till Kalle och tar en närmare anamnes.

Nämn tre viktiga anamnestiska uppgifter i detta specifika fall. (1,5p)

I anamnesen är det viktigt att få reda på vilken insulinregim Kalle har (pump/penna), om familjen kontrollerat ketoner och glukos samt hur mycket insulin Kalle har fått?
Du behöver få en uppfattning om hans vätskebalans. Hur mycket vätska de fått i honom och vilken sort? Har han kissat? Har han diarré och i så fall hur mycket? Hur många kräkningar? Finns det någon annan i omgivningen som är sjuk? Utlandsresa?

Vad undersöker du i status? Motivera kortfattat varför! (1p)

I status tittar du efter kliniska dehydreringstecken d v s bedömer allmäntillstånd, slemhinnor, hudturgor och central kapillär återfyllnad.
Du gör bukstatus inkl genitalia och översiktligt neurologiskt status för att utesluta andra förklaringar till kräkningar kirurgisk buk, testikeltorsion resp neurologisk skada.

Du får fram att Kalle är enda barnet och tidigare frisk förutom sin DM. Kalle behandlas med insulin via pennor och det fungerar bra. Föräldrarna har snabbt lärt sig hur behandlingen går till och Kalle accepterar både sprutor och blodsockerkontroller. Kalle har hållit sig frisk det senaste året förutom några mindre förkylningar. På Kalles förskola har flera barn senaste veckan insjuknat i magsjuka och varit hemma flera dagar. Föräldrarna är friska. De har inte varit utomlands senaste året. Igår kväll märkte föräldrarna att Kalle åt lite sämre och natten till idag kräktes han cirka 5 gånger. Idag har Kalle haft cirka 5-10 vattentunna diarréer och kräkts ytterligare 5-6 gånger. Han har inte velat äta något och druckit sparsamt. Föräldrarna har försökt ge saft och mjölk, men han har kräkts upp det på en gång. Han har kissat mindre än vanligt. De gav basinsulinet imorse men har inte vågat ge måltidsinsulin. De har följt sockret som legat under 10 mmol/L hela dagen. De har kontrollerat blodketoner en gång och då var de 1 mmol/L. Kalle kräktes en gång i undersökningsrummet när föräldrarna precis gett vätskeersättning.
Kalle ser trött och lite blek ut. Han vill inte bli undersökt och sitter i mors famn, han protesterar men inte särskilt högt. Han rör extremiteterna symmetriskt. Central kapillär återfyllnad är knappt 3 sek. Pupillerna likstora och reagerar ua för ljus. Slemhinnorna är svårbedömda. Svalget oretat. Öron bilateralt ua. Cor/pulm ua förutom att han är något takycard. Buken är mjuk och har livliga tarmljud. Ömmar inte något särskilt. Pungen är normalstor och oöm.

Hur tänker du nu kring fortsatt utredning och ev inläggning? (0,5p)

Du väljer att lägga in Kalle då han behöver rehydreras men även för att bättre kunna övervaka utveckling ketoacidos och hypoglykemi. Du vill ha en perifer infart och passar då på att ta blodstatus, CRP och fullständigt elektrolytstatus.

Behöver Kalle någon behandling och i så fall vad? (0,5p)

Du ordinerar ett uppvätskningsdropp (Ringer) med 5 % av kroppsvikten på fyra timmar och samtidigt ett glukosdropp 100 mg/ml och 40 mmol Na/20 mmol K enligt maxlista (dygnsunderhållsdos). Man kan även tänka sig att underhållsdroppet har ett högre natriuminnehåll enligt de senaste rekommendationerna från läkemedelsverket.

Hur ska Kalle ta sitt insulin närmaste 12 timmarna? (0,5p)

Du väljer att behandla med kortverkande insulin som infusion på samma sätt som vid nydebuterad DM. Du hade även kunnat välja att fortsätta med sc insulin och ge smådoser kortverkande insulin (1/4-1/2 måltidsdos) vb var tredje timme om p-glukos >8-10 mmol/l samt fortsätta med basinsulinet.

När du ringer upp till avdelningen och lämnar rapport undrar sjuksköterskan vilka kontroller du vill ha?

Vad svarar du? (1p)

Svar i löpande text nedan

Vid överrapporteringen till avdelningen ordinerar du p-glukos varje timme, p-ketoner och ny blodgas om 4 timmar. Puls, andningsfrekvens, BT, saturation var 4-6 timme.

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

Kalle har nu fått en iv infart och droppet är kopplat. Han väntar på transport till avdelningen. Du ska precis börja diktera journalen då du istället funderar på vilket agens som kan ha orsakat Kalles besvär.

Nämn tre vanliga agens till Kalles magsjukesymtom! (1p)

Det är vanligast med virala gastroenteriter i Sverige och då ffa Rota, Calici, Adeno men ibland kan även bakteriella enteriter ställa till med besvär bla Salmonella och Campylobacter.

På en del håll i Sverige har man nu infört Rotavirusvaccin. Det administreras oralt och första dosen ges redan vid 6 veckors ålder. Man ger den första dosen så tidigt för att minska risken för en allvarlig biverkan.

Vilken biverkan? Vilka symtom ger den? (1p)

Slutkommentar fråga 7

Vilken biverkan? Vilka symtom ger den? (1p)

Tarminvagination, och risken är som störst efter första.
Symtomen är buksmärta med intervallskrik. Efter hand tillstöter kräkningar, uppspänd buk, blod från ändtarmsöppningen och allmänpåverkan.

Hur ställer man diagnosen? (0,5p)

Diagnosen ställs genom ultraljud eller kolonröntgen, den senare är även ofta kurerande

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

Markera det alternativ som du anser korrekt.

Varje rätt svar ger 1 poäng.

1. Vad visar nedanstående blodgas?
pH 7,49
pO2 11 kPa
pCO2 3,1 kPa
BE +3 mmol/L
HCO3 24 mmol/L

- ☐ Metabol acidos med respiratorisk kompensation
- ☐ Kronisk respiratorisk alkalos
- ☐ Blandad respiratorisk- och metabol alkalos
- ☐ Akut respiratorisk alkalos

2. Barn har dåligt utvecklade bihålor från födseln och får normalt endast infektioner i vissa. Vilka bihålor utvecklas sist - i tonåren (allra tidigast 8 års ålder) och framåt?

- ☐ Maxillarsinus
- ☐ Ethmoidalsinus
- ☐ Frontalsinus
- ☐ Sphenoidalsinus

3. En 7-åring har smärtbehandling med bl.a. morfininfusion. Denna plus övriga opioider ger en dygnsdos motsvarande 60mg morfin i.v. Barnet har återigen fått genombrottssmärta. Vad är en lämplig ordination nu vad gäller morfin?

- ☐ Öka snabbt morfininfusionen med ca 10%
- ☐ Ge 1mg morfin och öka morfininfusionen
- ☐ Ge 2mg morfin och upprepa denna dos om barnet får ont igen närmsta timmen
- ☐ Ge 10mg morfin och öka morfininfusionen

4. Vad stämmer bäst in på absensepilepsi?

- ☐ EEG visar 3,5–6 Hz multipla spike-and-wave-komplex som aktiveras av fotostimulering och sömnbrist. Bakgrundsaktiviteten är normal. Barnets utveckling är normal
- ☐ EEG visar korta (<30 sekunder) episoder med generaliserad synkron 3 Hz spike-and-wave-aktivitet som aktiveras av hyperventilation. Bakgrundsaktiviteten är normal. Barnets utveckling är normal
- ☐ EEG visar en kaotisk bild: Multifokala högvoltiga spikes och slow-waves. Bakgrundsaktiviteten är klart förlångsammad. Barnets mentala utveckling och sociala interaktionsförmåga påverkas
- ☐ EEG visar sidoskiftande spikes och sharp-waves med hög amplitud, centralt och midtemporalt samtidigt, ffa under sömn. Bakgrundsaktiviteten är normal. Barnets utveckling är normal

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

5. Vilken hör inte till Halls kriterier?

- ☐ Korta breda fötter
- ☐ Platt ansikte
- ☐ För tidigt född/och eller underviktig
- ☐ Atrioventrikulär septumdefekt (AVSD)

6. Vad ingår inte i Centorkriterierna?

- ☐ Temperatur ≥39 grader
- ☐ Ömmande käkvinkeladeniter
- ☐ Beläggningar på tonsiller
- ☐ Frånvaro av hosta

7. Flicka 2 år, ont i magen av och till senaste två månaderna men inga symptom i övrigt. Vid undersökning: lätt utspänd buk och palpabel konsistensökning övre högra kvadranten. Urinsticka pos för blod och protein. Vilken diagnos är mest trolig?

- ☐ Cystit
- ☐ Mesoblastiskt nefrom
- ☐ Neuroblastom
- ☐ Wilms tumör

8. Vilken av följande behandlingar mot pågående RS-infektion är säkerställt effektiv?

- ☐ Inhalationssteroid
- ☐ Bronkdilaterare
- ☐ Syrgas
- ☐ Monoklonala antikroppar (Synagis)

9. Vilken av följande lab-avvikelser brukar inte förekomma vid EBV-infektion?

- ☐ Heterofila antikroppar
- ☐ Hyperkalemi
- ☐ Atypiska lymfocyter med basofil cytoplasma
- ☐ Förhöjda transaminaser

10. Vilket av följande tillstånd kan inte ge buktande fontanell?

- ☐ Hydrocefalus
- ☐ Tredagarsfeber
- ☐ Iatrogen övervätskning
- ☐ Meningit

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

11. Vilken av följande behandlingar har starkast evidens vid viral krupp?

- ☐ Adrenalin
- ☐ Dexametason
- ☐ Syrgas
- ☐ Lepheton (i dubbla FASS-dosen)

12. Vilken av följande test har högst specificitet för att diagnostisera TBE hos immunkompetenta individer?

- ☐ PCR i serum
- ☐ Serologi i likvor
- ☐ Serologi i serum
- ☐ PCR på NPH-sekret

13. Hur många procent blaster får man normalt ha i perifert blod?

- ☐ 0%
- ☐ 2%
- ☐ 5%
- ☐ 10%

14. Vilket av nedanstående symtom är inte ett kriterium för Kawasakis sjukdom?

- ☐ Konjunktivit
- ☐ Spruckna läppar
- ☐ Påverkat allmäntillstånd
- ☐ Lymfkörtel på halsen >1,5 cm

15. Vad ingår inte i Fallots tetrad?

- ☐ Pulmonalisstenos
- ☐ VSD
- ☐ Bicuspid aortaklaff
- ☐ Högerkammarhypertrofi

16. Vid vilken sjukdom uppkommer Kopliks fläckar?

- ☐ Henoch-Schönleins purpura
- ☐ Mässling
- ☐ Kawasakis sjukdom
- ☐ Femte sjukan/Parvovirus B19

17. Skafocefali uppstår vid synostos av…

- ☐ Ena coronara suturen
- ☐ Båda coronara suturerna
- ☐ Sagittala suturen
- ☐ Metopica suturen

Specialistskrivning i Barn- och ungdomsmedicin 2018

18. Vilket av följande barn bör kontrolleras efter genomgången AOM för att upptäcka hörselnedsättning?

- ☐ 2-åring med ensidig AOM och SOM på andra örat
- ☐ 5-åring med bilateral AOM, rörbehandlad
- ☐ 1-åring med ensidig AOM
- ☐ 13-åring med bilateral AOM

19. Vad är inte en viktig åtgärd hos en patient med känd primär kortisolbrist som läggs in på grund av akut infektion?

- ☐ Ökning av kortisondosen
- ☐ Monitorering av S-Na
- ☐ Monitorering av S-K
- ☐ Ökning av dosen mineralokortikoid

20. Vilket av följande alternativ kring pubertetsutveckling bör föranleda utredning?

- ☐ 9-årig flicka med menarche med bröstutveckling Tanner B1, ingen påbörjad tillväxtspurt
- ☐ 13-årig pojke med genitalia enligt Tanner G1, pubesbehåring PH1, testikelvolym 5 ml
- ☐ 15-årig flicka med bröstutveckling B4, pubesbehåring PH3, ingen menarche
- ☐ 14-årig pojke med bilateral gynekomasti, genitalia enligt Tanner G4, pubesbehåring PH3