# PV

## Diabetes

Faktorer som kan påverka blodsockervärden: alkoholintag, kostintag, vikt, motion.

Behandlingstrappa: öka motion, viktnedgång, [kostbehandling; tablettbehandling;] insulinbehandling.

Diabeteskontroll: B-glukos, HbA1c, BT, kreatinin, U-protein [mikroalbuminuri] (njurfunktion), fotstatus, ögonbottenus.

### Alkoholinverkan

Alkoholkonsumption ökar insulinsekretionen, vilket ger hypoglykemi och kan även störa hormonsvaret som i ett annars nyktert tillstånd skulle normalisera blodsockret.

## Trötthet

Etiologi: anemi, diabetes, hypothyreos, infektion (borrelia?), inflammatorisk process; vanliga tillstånd som kan uteslutas mha blodprover. Depression, GAD, utmattningssyndrom, sömnapne, malignitet, alkoholriskbruk.

Prover: **Hb (bleka konjunktivae, tarmblödning, riklig mens, järnfattig kost), TSH (frusen/varm, tremor), b-glukos - obligata**, Kreatinin, ALAT, CRP.

## Utmattningssyndrom

Tillståndet uppstår sent i en process som börjar med stress och stressrelaterade symtom.

Symtom:

**identifierad** **stressor** med duration på minst 6 mån,

fysisk och psykisk **utmattning** sedan minst två veckor,

nedsatt psykisk uthållighet (**stresskänslighet**),

förlängd **återhämtningstid**,

**uttröttbar** “trötthet som ej kan vilas bort”,

uttalade **kognitiva** symtom.

Behandling:

Sjukskrivning med planering och innehåll.

Sömnreglering.

Diskutera med pat möjligheterna att återgå till arbetet och behov av arbetsanpassning.

Planera för snar kontakt med arbetsgivare för utredning av ev. rehabmöjligheter.

Samarbete med företagshälsovården.

Remiss psykoterapi.

Dfdx: Sömnapne

## Yrsel

Etiologi:

Godartad lägesyrsel (rotatorisk, 20-60s),

Stroke,

Vestibularisneurit (rotatorisk, dygn),

Mb Meniere (rotatorisk, min-tim),

Psykogen (ostadighet, kontinuerlig känsla samt mycket korta attacker av intensiv ostadighetskänsla)

Anamnes:

Rotatorisk, nautisk, svimningskänsla?

Kontinuerlig eller intermittent yrsel?

Tidsförlopp?

Rörelseutlösta?

Hörselpåverkan?

Neurologiska symtom? Huvudvärk?

**Undersökningar för att skilja mellan akut central och perifer yrsel:**

(Inriktning på inneröra och bakre skallgrop)

Neurostatus inkl kranialnerver, diadokokinesi, fingernäs, gångtest

Vestibulärt impulstest (vestibulär skada)

Ögonrörelser (centralskada alternativ akut skada i perifera systemet)

Covertest (hjärnstamsskada)

Nystagmus (spontan-, blickriktning-, läges-)

[Vid perifer: nystagmus tilltar vid blick i snabba fasens riktning och efter huvudskakning]

[Vid processer infratentoriellt: blickriktingsnystagmys åt båda hållen]

## Huvudvärk

Etiologi:

Subarak (plötslig debut?),

Stroke (associerade symtom?),

Migrän,

Meningit (plötslig, feber, nackstyvhet?),

Trångvinkelglaukom (synförsämring, öm över ögat, hårt öga?),

### “Huvudvärk” med tuggsmärta

Subduralhematom (trauma?),

Tumör (illamående, kräkning, kramper, andra neurologiska symtom?),

PMR/Temporalisartrit (tuggklaudicatio, muskelvärk, trötthet, synrubbning?),

Dental sinuit (feber, ensidig snuva).

ÖNH-status inkl. us av munhålan (tandstatus) och näshåla (före och efter avsvällning). Neurostatus inkl. ögonbottenus. Palp av a.temporalis.

### Spänningshuvudvärk

Anamnes:

Ingen illamående/kräkning,

dygnsvariation av huvudvärk (värst mot kvällen),

lockkänsla,

yrsel av ostadighetstyp,

koppling till psykosociala faktorer.

Handläggning: **Medvetandegöra** orsaker och mekanismer till spänningsvärken, ge **avslappningstips**, remittera till **sjukgymnastik**, **undvika farmaka.**

Information till patient: Vissa personer har en särskild känslighet och tendens att uppmärksamma kroppsliga fenomen. Ofta ger stress och oro mer besvär pga högre halt av stresshormoner i kroppen. Kropp och själ hänger ihop. Patientens tendens att reagera med huvudvärk kan förbättras med sjukgymnastik och avslappning.

## Öronlock

Exempel på vanliga orsaker till och behandling av lock för örat hos PV.

Vaxpropp - Revaxör, rensugning

SOM (sekretorisk mediaotit)

Färgförändrad, genomskinlig, (o)rörlig, indragen eller normalställd trumhinna. Vanligt symtom vid förkylning

**Expektans**. Vid kvarstående besvär överväg paracentes och rörbehandling. Vid ensidig SOM hos vuxna undersök tubarområdet.

AOM (akut mediaotit)

Varig inflammation ur mellanörat **(purulent sekret)**, plötslig debut, kortvarig. Buktande färgförändrad trumhinna ogenomskinlig eller chagrinerad och orörlig.

**Expektans** om 2-16 år, behandling med pcV i första hand i annat fall eller vid perforerad trumhinna.

## Smärta

Smärtanamnes: lokalisation (S), tidsaspekter (O), karaktär på smärta (C), rörelse- eller lägesrelaterad (E)

Bemötande (för att se personen bakom smärtan): låta pat berätta fritt, 3F, fråga om psykosociala situation, fråga öppet om hur de olika läkemedlen upplevts samt om andra åtgärder för att lindra smärta

## Sjukskrivning

För att få grund för en sjukskrivning, ta reda på **hur pats symtom nedsätter arbetsförmågan.** Vid sjukskrivning viktigt att planera för vad pat ska göra, tid hemma, slutdatum (tidsbegränsning), **uppföljning**.

Nackdel: Heltidssjukskrivning kan vara passiviserande och skapa utanförskap, ev. försämra psykiskt illabefinnande.

Fördel: sjukskrivning kan ge tid till mer ändamålsenlig träning, vila från belastning som påverkar smärta.

Deltidssjukskrivning kan vara en positiv lösning. Pat bibehåller social kontakt med arbetet och ev. rutiner.

## Körförbud

Anledningar efter förvärvad hjärnskada: Epilepsi, synfältsbortfall, kognitiv funktionsnedsättning.

## Patientcentrerat samtal

Sammanfattning och känslomässig bekräftelse.

Efterhöra farhågor (oro) t.ex. “har du oroat dig för något speciellt?”,

föreställningar (tanke) t.ex. “vad har du själv tänkt att det skulle kunna vara?”,

förväntningar (önskan) t.ex. “är det någon särskild utredning eller undersökning du har funderat på?”.

Fördelar: Kopplat till bra upplevt **bemötande** från läkare, slutet av konsultationen kunna svara på patientens frågor och tankar, inte missa patientens egentliga besöksorsak, få fram patientens bakomliggande oro, högre **adherence** till ordinationer.

## ÖNH

Möjliga undersökningar på VC: Inspektion av näskavitet och MoS (med spatel och ljus samt spegling av larynx med spegel och tunglapp), otoskopering, temp.

## Temporalisartrit

Symtom:

Lokaliserad ytlig huvudvärk, ömhet i hårbotten, tuggclaudicatio (tugga gör ont), ibland synpåverkan

Handläggning: fullständigt neurostatus inkl. ögonbottnar, palpation av a. temporalis.

Akut SR/CRP (PV). Remiss för temporalisbiopsi snarast samt DT-skalle om misstanke kvarstår. Ordinera omedelbart prednisolon 60 mg (om pat återkommer och framgår att den ej tagit mediciner, ge då iv kortison).

Komplikation: efterfråga synbesvär pga risk för blindhet. Utesluta artäroklusion (a.ophtalmica).

Associerade ögonsjukdomar: Centralartäroklusion, grenartäroklusion, AION, PION, olika ögonmuskelpareser.

### Kortisonbehandling

Kontroll av b-glukos innan behandlingsstart samt lugntröntgen med tanke på TBC (om äldre eller invandrare).

Monitorera behandlingensförloppet med SR och CRP. Substitutionsbehandling med calcium och bisfosfonat. Risk för ulcus. Dosen trappas ned långsamt pga nedreglering av endogent kortisol.

## Vattenkastningsbesvär

Etiologi: UVI, urinretention, diabetes, prostatahyperplasi

Undersökningar: bladderscan, u-sticka (nitrat, glukos), b-glukos

Provtagning: PSA, kreatinin

Palpera prostata. Sätt KAD om retention. Om misstanke kvarstår remiss för urologisk bedömning.

## Trauma

14. Ange två möjliga misstankar som du behöver följa upp med tanke på Anna sökt för två traumatiska skador mot huvudet inom en relativt kort tid. (2p)

Hur ser **hemsituationen** ut? **Missbruk** (alkohol, droger)? **Misshandel**? (H-M-M..)

# Psykiatri

## Hembesök

Fördelar – din ev. kännedom om pat kan underlätta kontakten och du kan relatera din bedömning till dennes tidigare tillstånd. Värde med kontinuitet.

Nackdelar – ev. vårdintyg, AT-läkare kan ej utfärda sådant.

## Suicidriskbedömning

Statiska riskfaktorer: Tidigare suicidförsök, manligt kön, högre ålder, ensamstående, självmord i familjen - hereditet, traumatisk barndom, våld.

Dynamiska riskfaktorer:

Aktiv psykisk sjukdom (depression, schizofreni, personlighetssyndrom, anorexia nervosa, PTSD),

Substansmissbruk (beroende),

Akuta sociala problem (subjektivt katastrofala/olösliga).

Suicidstegen: Suicidtankar, -avsikt, -planer, -förberedelser, genomfört -försök.

## Depression

Kriterier: ≥5 av följande symtom under samma två veckorsperiod. Kriterie 1 eller 2 måste föreligga.

**1.** **Nedstämdhet** under större delen av dagen

**2.** Påtagligt **minskat intresse**/glädje av (nästa) alla aktiviteter under större delen av dagen

3.    Betydande **viktnedgång/-uppgång**, eller **minskad/ökad aptit**

**4.** **Sömnstörning**

5.    **Psykomotorisk agitation eller hämning** (tydligt märkbar för omgivningen och inte enbart en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller tröghet)

6.    **Svaghetskänsla** eller brist på energi

7. Känsla av **värdelöshet** eller överdrivna/obefogade **skuldkänslor** (vilka kan ha vanföreställningskaraktär)

8.    Minskad tanke- eller **koncentrationsförmåga** eller **obeslutsamhet**

9.    Återkommande tankar på döden, **självmordstankar** utan någon särskild plan, gjort självmordsförsök eller har planerat för självmord.

Frågor till patient:

**• Fråga relaterande till nedstämdhet?**

**• Fråga relaterande till intresse för olika saker - arbetet, fritiden, särbon?**

• Fråga relaterande till patientens beskrivning "inte känna igen sig själv"

• Fråga relaterande till hur livslusten påverkats?

• Fråga relaterande till tidigare episoder; depression och bipolaritet.

Svårighetsgrad:

Bestäms av antal symtom för diagnosen “egentlig depression” DSM-V,

Psykotiska och/eller melankolisymtom,

Suicidalitet och polaritet,

Graden av funktionsnedsättning,

Enligt symtomskattningsskala MADRS

Behandlingstrappa:

Lindring: Aktiv expektans, probleminvertering, livsstilsparametrar, motion.

Medelsvår: KBT och/eller SSRI.

Svår: SSRI och/eller ECT.

Biverkningar SSRI: Initialt ångest, muntorrhet, huvudvärk, diarre, illamående, tremor. På längre sikt sexual dysfunktion.

Behandling: Insättning SSRI "halvdos" (Sertralin 25-50 mg [max en gång per vecka - 25-50 per gång - maxdos 200 mg/d], Escitalopram 5-10 mg, Citalopram, 10-20 mg) med ökning efter ca 3-4 dgr som trappas upp under 2-3 v.

Information om

fördröjd effekt,

initial försämring med ökad suicidrisk,

att dosökning kan bli aktuell,

total behandlingstid (6-12 mån samt 6-12 mån efter uppnådd effekt),

undvika intag av alkohol,

ej beroendeframkallande,

be patient vara observant på ev. biverkningar,

efter behandling långsam dosuttrappning för att undvika utsättningssymtom alternativt återfall.

Uppföljning: efter 1 v återbesök eller telefonkontakt (beroende på pats tillstånd och nätverk) för att följa upp biverkningar [och förebygga avbrott] samt övervaka ev. suicidrisk [och maniska tendenser]. Efter ca 3-4 v - värdering av effekt, ev. ställningstagande till dosjustering, tilläggsbehandling, preparatbyte, fundera över rätt diagnos?

Behandlingsmekanism: SSRI påverkar signalsubstansen serotonin (mer effektiv transmission) som deltar i regleringen av bl.a. sinnestämningen. Oavsett om depressionen bottnar i inre eller yttre faktorer eller en kombination, så kan SSRI ge effekt om depressionen är av en viss svårighetsgrad.

Orsaker till utebliven effekt: Bristande följsamhet, non-responder, hög alkoholkonsumtion, fel diagnos. Vid för låg dos brukar man vanligen ha någon effekt.

Kontroll av medicinering i slutet av behandling: noggrann **kartläggning** och **bedömning av effekten** av SSRI avs kvarvarande depressiva symtom kontra misstänkta biverkningar. Om inga depressiva symtom finns kvar, så har behandlingen pågått så pass länge att det kan vara meningsfullt att **trappa ut stegvis under flera veckors tid för att undvika utsättningssymtom.** Annars kan det vara aktuellt att fundera på ett byte av antidepressivum.

### Efter stroke

Kommunikationssvårigheter (afasi), symtomöverlappning (ex. trötthet, fatigue, koncentrationssvårigheter, energibrist, hypersomni) kan göra det svårt att känna igen att det föreligger en samtidig psykiatrisk problematik efter stroke. Överlappande symtomen behöver ej vara tecken på depression utan kan vara effekt av stroke och vice versa.

Depressiva symtom kan påverka förmågan till rehabilitering, minska överlevnaden, öka lidandet och minska livskvaliteten. Suicid ovanligt.

Behandlingsmotiverande åtgärd: Pedagogiskt beskriva depressionssjukdomen, vanligt efter stroke, viktigt med behandling för bästa rehabresultat, inte skadligt för hjärnan (snarare tvärtom).

Komplikation: Emotionalism - symtom som irritation eller gråtmildhet i samband på stroke kan vara hjärnskadebetingad emotionell instabilitet - emotional distress.

Behandling: SSRI (effekt redan efter någon dags behandling).

### Med melankoli

Kriterier

A) ≥1 av följande under svåraste perioden av depressionen.

1. förmåga att känna lust eller glädje i aktiviteter har (i stort sett) helt försvunnit.

2. reagerar inte på vanligtvis positiva stimuli.

B) ≥3 av följande

1. **Distinkt kvalitet på nedstämdhet** (som utmärks av djupt missmod, förtvivlan och/eller vresighet eller av en känsla av fullständig tomhet).

2. Nedstämdhet är genomgången **värst på morgonen**

**3.**   **Tidigt uppvaknande** (minst 2h före vanlig tid)

4. **Stark psykomotorisk** hämning eller agitation (svarslatens)

5. **Påtaglig aptitlöshet** **eller viktminskning**

6. Överdrivna eller obefogade **skuldkänslor**

## ECT

Indikation: Svårt depressiva patienter med eller utan psykostecken (90 procent får svar). ECT även indikation vid samtidig akut suicidalitet.

Även vid cykloid psykos och katatoni.

## Äldre

### Vanföreställningar

Etiologi: Demens, depression, konfusion, psykotiskt syndrom utlöst av somatisk sjukdom, substansbetingade psykotiska syndrom.

Patomekanism: Nedsatt sensorium och minnesproblem (sviktande aminsystem) kan göra att patienten upplever att intryck av omvärlden inte stämmer med den inre bilden, varvid den förlägger förklaringen till en hotfull/illasinnad annan.

### Antipsykotikum

Undvika ge äldre antipsykosmedel, om det är nödvändigt bör man dosera mycket försiktigt. Preparatval viktigt. Beakta interaktioner med andra läkemedel. Äldre kan vara mycket biverkningskänsliga, t.ex. vad avser EPS. (Ökad risk för stroke vid behandling med antipsykosmedel hos gamla.)

## Rättspsykiatri

### Misshandel

Vid misstanke om misshandel försöka utröna om patienten varit utsatt för våld och om det finns minderåriga barn med i bilden. Göra noggranna anteckningar av skadornas omfattning och kliniska fynd, dokumentera, för ev. framtida rättslig prövning.

### LPT

Förutsättningar för tvångsvård enligt LPT

3 § Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en **allvarlig psykisk störning** och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

1. har ett **oundgängligt behov av psykiatrisk vård**, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård **(sluten psykiatrisk tvångsvård),** eller

2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt denna lag är att **patienten motsätter sig sådan vård** som sägs i första stycket, eller det **till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.**

**Allvarlig psykiskt störning,** som antingen kräver

1. psykiatrisk dygnet runt vård (sluten psykiatrisk tvångsvård) [**oundgängligt behov av sluten psykiatrisk vård**], eller

2. särskilda villkor för psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård), och att **patienten motsätter sig vården**, eller sannolikt **inte kan medverka till frivillig vård**.

Exempel:

Skriva vårdintyg och begära polishandräckning. Oundgängligt behov av psykiatrisk vård då pat är farlig för sig själv och andra. Avsaknad av sjukdomsinsikt och vårdmotivation.

Exempel:

Bör innehålla förslag på att göra hembesök/är en psykiatrisk/medicinsk bedömning, möjligt alternativ kan vara att kontakta psykiatrisk mobilenhet, eventuellt polis om misstanke att maken är i fara. (1p) För ställningstagande till tvångsvård måste framgå att en bedömning först måste göras personligen och att telefonsamtalet i sig inte räcker för detta. (2p)

Exempel:

För kriterium 2 **oundgängliga behovet** av slutenvård som tydligt poängterar att behandling ej kan antas kunna komma till stånd i öppenvård och **att utebliven behandling kan innebära fara för patienten.**

Exempel:

Tvångsvård är indicerad då pat lider av allvarlig psykisk störning då den verkar en akut försämring i sin psykossjukdom med imperativ rösthallucinos, hotfull agiterad, sakna sjukdomsinsikt och negativ till vård och medicinering. Pat är störande i hemmet och bedöms inte kunna hjälpas med befintlig öppenvård.

### Polishandräckning

Om pat ovillig till transport till psykiatrisk mottagning, faxa/ringa begäran om polishandräckning.

### Akut bedömning

Bara leg läkare i allmän tjänst kan göra bedömningar.

Indikation för akut LPT-bedömning: vid aggressivitet, suicidalitet, kraftigt försämrad funktionsnivå, somatiska besvär av akut natur, om patienten inte sovit eller ätit.

Gör hembesök om så behövs!

## Haloperidol

Biverkning: Extrapyramidala symtom, akatasi [inre rastlöshet]

## Schizofreni

≥2 av följande symtom.

1.    vanföreställningar,

2.    hallucinationer,

3.    desorganiserat tal (t.ex. uppluckrade associationer, splittrat tal),

4.    påtagligt desorganiserat eller katatont beteende,

5.    negativ symtom (dvs känslomässigt avflackning eller viljelöshet).

Behandling: antipsykotikum (t.ex. munsönderfallande tablett, exv Zyprexa 10 mg), sömnmedicinering samt ev. något ångestlindrande. Vänligt bemötande, lugn vårdmiljö med lite stimuli initialt. Om tvångsbehandling blir nödvändig, ges tex Haldol + Stesolid.

Skov: Stressorer som exv. operationer, utredningar, sjukdomar kan utlösa skov hos schizofrena. Även om pat missat sina sprutor.

### Rösthallucinos

En eller flera röster? Imperativa – distansierbara? Rösternas karaktär (välvilliga eller ej, kommenterande), förändring avs rösterna, hur ofta, hört rösterna tidigare?

Tänk på att vanföreställningar kan hindra pat att lita på en, göra att pat ej kan tala ”sanning” om symtom – rösterna kan säga att inte ”berätta”. Kan också vantolka läkare och därför svara ”fel”.

## Bemötande

Vänligt, tydligt och respektfullt bemötande. Tänk på att patienten framförallt är rädd. Ge kortfattad och konkret information om vad som kommer att hända.

Man bör inte ge råd till patienten om konkreta livsval, att den misstänkta depressionen lyfts fram samt behandlingsalternativ. Att avstå från att fatta avgörande beslut i deprimerat tillstånd kan nämnas.

## Fråga

Vid ett återbesök efter en månad, och efter att det fungerat riktigt bra med nedtrappningen,

berättade Miriam följande. Dagen innan fick Max, hennes 20-årige son, ett utbrott hemma och

slog sönder sitt rum. Han hade hotat, men inte slagit henne. Detta har gjort henne orolig och

rädd, det känns osäkert att vara hemma och hon har önskat att hon hade fler tabletter för att

lugna sig. Sonen har aldrig varit våldsam tidigare, han har mest suttit hemma, faktiskt i flera år.

Han började gymnasiet, men hoppade av under första året och har därefter inte gjort någonting.

Har inte haft vänner sedan i början av tonåren och sitter mest vid datorn, är inte så pratsam.

Miriam försörjer honom helt, "men det är ju mest bara maten, han gör ju inget som kostar

pengar, har aldrig festat eller hängt ute och är ju snäll och lugn i vanliga fall".

18. Ange tre rimliga diagnoser att överväga utifrån det lilla du nu fått veta om  Max? Resonera kortfattat. (6 p)

Bedömningsmall:

Autismspektrumstörning- isolering, ej klarat av gymnasiet, om han fungerat väl fram till tidiga tonår, skulle det tala emot

Depression eller ångesttillstånd som gått odiagnosticerat - isolering, inte klarat skolan. Lång duration för en depressions episod.

Psykosinsjuknande, sannolikt schizofreni, men i huvudsak negativa symtom/prodromalsymtom , alt oupptäckta positiva symtom t ex hallucinos eller vanföreställningar

19. Vilka ytterligare anamnestiska uppgifter om Max behöver du inhämta från Miriam utifrån de diagnoser du övervägt, för att säkrare förstå vad det kan handla om? (6 p)

Bedömningsmall:

Knick i utvecklingen? Droger, alk? Kontakt med skolhälsovård eller BUP? Sömnvanor?

Autismspektrumstörning- alltid varit udda, haft svårt med kompisar, specialintressen?

Depression eller ångesttillstånd som gått odiagnosticerat - fungerat väl tidigare, oro för vissa situationer, verkat nedstämd, haft suicidtankar, skadat sig?

Psykosinsjuknande - tecken på hallucinos, avvikande ideer (vanföreställningar), tankestörning, känt sig förföljd?

Hur handlägger du som AT-läkare den situation som Miriam berättar om? Resonera kring tre olika sätt att gå tillväga i relation till olika vårdnivåer och vad du kan föreslå Miriam att göra. (6 p)

Bedömningsmall:

Du diskuterar den uppkomna situationen med din handledare. En möjlighet är att Miriamförsöker att ta med Max till psykakuten, men sannolikheten är stor att Max vägrar och kanske blir aggressiv igen.

En annan möjlighet är att Miriam kontaktar ett mobilt team för ett hembesök, alternativt att man från vårdcentralen gör ett hembesök. Du bör då ha med dig en legitimerad kollega om det skulle komma till att LPT är aktuell. Främmande personer som kommer hem kan också leda till en ytterligare urladdning.

Ett tredje alternativ är att Miriam får med sig Max till VC och går vidare där. Det handlar mycket om en bedömning av vad Miriam berättar.

21. Både du och din handledare undrar varför Miriam inte nämnt om problemen med Max tidigare. Nämn två rimliga förklaringar. (2 p)

Bedömningsmall:

Tablettmissbruket kan vara en sak; Miriam har varit inne i detta och också varit rädd för att missbruket skulle komma framom hon bad om hjälp. Stigmatisering, skam en annan förklaring. Det kan också finnas förnekelsemekanismer och att man vänjer sig. Max har ju tidigare inte varit utagerande.

## Narcissim

“Ur journalen framgår att han ofta insisterat på utvidgade utredningar av olika symtom och inte känt sig nöjd med tidigare besök.” Tomas undrar om du verkligen "kan det här". "AT-läkare, du är inte ens färdigutbildad, eller hur? Det är nog bara migränen som slagit till. Nu vill jag komma hem så fort som möjligt. Kan jag inte få träffa en riktig doktor, som kan intyga att det är ofarligt så att jag kan åka hem?"

“Du frågade först vidare om neurologiska symtom utöver domningama, men fick inte fram något säkert avvikande. När du efterhörde sjukdomar i familjen, framkom att Simons mor har MS. Simon ser då blek ut. "Du tror det är MS, va? Då ska jag ha en remiss direkt till en jävligt bra specialist, annars ringer jag min kompis på Expressen."

Resonera om möjliga förklaringar till Thomas "beteende", vid dagens besök liksom vid tidigare kontakter. Ge minst två alternativ. (2 p)

Bedömningsmall: Narcissistisk läggning eller personlighetsstörning, där dragen kan förstärkas av patientens rädsla för att vara (allvarligt) sjuk och inte kunna prestera.

Rädsla för sjukdom, upplevelser i samband med egna eller nära anhörigs sjukdom och vårdkontakter av negativ karaktär med upplevelser av att inte ha blivit tagen på allvar kan vara bidragande.

Bemötande: Viktigt att vara medveten om sin egen reaktion för att kunna reflektera över den i syfte att bemöta patienten på ett sätt som gagnar denne bäst. I enlighet med patientcentring efterhöra föreställningar, farhågor och förväntningar. Lyssna, sammanfatta, bekräfta patientens oro, inte gå i kamp med den.

## Panikattack

Plötsligt framvällande våg av intensiv rädsla eller intensivt obehag som når kulmen inom 10 minuter.

Uteslut hypertyreos, alkohol/drogbruk, abstinens.

Minst 4 av följande symtom:

Palpitationer (bultande hjärta eller hastig puls),

svettning,

darning/skakning,

känsla av att tappa andan,

kvävningskänsla,

smärta/obehag i bröst,

svindel/ostadighetskänslor/matthet,

frossa/värmevallningar,

derealisationskänslor/depersonalisationskänslor,

rädsla att mista kontrollen/bli tokig,

dödsrädsla.

Information till patienten: Välkänd kroppslig reaktion, pga stresspåslag i kroppen, kommer gärna i belastande livssituationer, inte farliga i sig, det farliga är att låta dem få för stort utrymme och inskränka på livet.

### Paniksyndrom

Ihållande oro/ängslan för att **få nya attacker** eller för **följderna,** betydande/maladaptiv **beteendeförändring** pga attackerna (**undvikande** av utlösande situationer)

Farmakologisk behandling: SSRI (inte beroendeframkallande, tar tid till effekt - flera veckor, ev. längre, biverkningar i form av bl.a. illamående, ev. initial ångestförstärkning. Behandlingen bör pågå under minst ett år, ev. längre).

Atarax vb symtomatiskt (lugnande/sederande; utan beroendepotential, Propavan vid sömnsvårigheter).

Benzodiazepiner (vid oro och/eller sömnsvårigheter) och besläktade medel (vid sömnsvårigheter) utgör andra alternativ (snabb effekt, beroendepotential, kan understödja undvikandebeteende).

Icke-farmakologisk behandling: Information, även skriftlig. KBT med ångesthantering och hjälp att inte låta katastroftankarna ta överhanden.

Bensodiazepiner har en mycket god ångestdämpande effekt men kräver en noggrann information om beroendepotential, begränsad behandlingstid, utsättningsplan och att läkaren har försäkrat sig om att patienten är insatt i ovanstående. Hereditet och underliggande GAD innebär en relativ kontraindikation. Kan understödja undvikandebeteende.

## GAD

Vanligt tillstånd. ”Förväntansoro”.

Överdriven (lättväckt) **rädsla och oro** inför ett antal **olika händelser/aktiviteter** (t.ex. skola- eller arbetsprestationer). Svårigheter att kontrollera oron. Rädsla och oron förknippas med ≥3 symtom: rastlös/uppskruvad/på helspänn,

uttröttbar,

koncentrationssvårigheter eller “tom i huvudet”,

irritabel,

muskelspänning,

sömnstörning.

Risk för **ond cirkel** där anspänningen gör att man får mer lättväckt ångest. **Risk för missbruk**, dvs att man tar till något (alkohol) för att **dämpa sin oro** och att bli **deprimerad**

Behandling: information till patienten, även skriftlig. KBT och/eller SSRI.

## X-kriterier

**Kliniskt signifikant lidande** eller funktionsnedsättning

Exempel: Har hon kunnat arbeta alls? Har hon hindrats att göra sådant hon annars vill? Lever hon ett inskränkt liv jämfört med tidigare? Lider hon påtagligt av det? Har någon klagat på jobbet eller hemma?

## Steroid-inducerad mani/psykos

Klinik:

förhöjd grundstämning,

irritabilitet,

vanföreställningar,

grandios självbild,

rastlöshet.

Anamnes: Tidigare psykiatrisk anamnes, hereditet, om han tagit sina mediciner.

Behandling: Sömninduktion, anti-manisk/-psykotisk behandling.

## Undvikande av vård

Social fobi: obehag i sociala situationer som pat skulle vilja delta i

Schizoid personlighetsstörning: ovilja att vara bland andra, saknar inte socialt samspel

Autismspektrumstörning: svårigheter att kommunicera och fungera socialt

Specifik fobi: obehag inför t.ex. läkare/sjukhus

Missbruk: oro för abstinens

## Sömnstörning

Behandling:

Propavan (ej beroendeframkallande, är långsamt insättande (ej insomning) och kan ge seghet).

Zopiklon (snabbt tillslag, beroendepotential, ibland ger den dålig smak i munnen).

Om Zopiklon förskrivs ge litet recept, utan iterering.

# Beroende

## Alkohol

### Beroende

Kriterier: Alkoholkonsumtion i **större mängd** eller under **längre period,** velat eller försökt sluta men inte kunnat **(kontrollförlust),** **mycket tid kretsar** runt alkohol, **alkoholsug**, **misslyckas** med jobbet/skolan eller i hemmet till följd av konsumtion, **problem av social** eller mellanmänsklig karaktär till följd av konsumtion, **viktiga aktiviteter överges** eller minskas pga drickandet, psykiska eller fysiska **besvär** till följd av konsumtion, tolerans, abstinens. Minst ett år.

Screeningsinstrument vid utredning av alkoholvanor:

CAGE, AUDIT, timeline-follow-back.

Behandlingsalternativ (effekt, verkningsmekanism):

Disulfiram/Antabus (aversionsterapi, hämmar nedbrytning av acetaldehyd)

Naltrexon (minskar sug på längre sikt, opiatantagonist)

Selincro (minskar sug men kan tas vb, opiatantagonist)

Campral (minskar sug, glutamaterg-antagonist)

Vid förskrivning av opiatantagonister som naltrexon viktigt att informera pat att opioida lm får **bristande effekt** samt att de kan **utlösa abstinens vid opioidberoende**.

Om patienten önskar Naltrexon måste man informera om dess opiatantagonistiska

effekt och att det kan;

1) trigga igång en abstinens vid samtidigt opioidbruk, dvs om man har stått på opiatanalgetika en tid innan. Om så inte är fallet måste man också informera om att

2) ifall patienten i ett senare skede har behov av smärtlindring med opiatanalgetika kan Naltrexon leda till minskad analgetisk effekt. Naltrexon kan då tillfälligt **sättas ut** alternativt ersättas med något annat.

### Thiamin

Malnutrition/minskad absorption av B1 är vanligt vid långvarig alkoholkonsumtion. Tiamin utgör ett koenzym i kolhydratmetabolismen och brist ger vid kolhydrattillförsel intracellulär cerebral **laktatansamling [EP/DT ger mycket mer].** Detta leder till hjärnskador (cellulär nekros och Wernicke-Korsakoffs syndrom).

Vid misstanke ordinera omgående tiamin **(50 mg/ml 2 ml betabion im)** som tillförs oavsett om man vet hur mycket och hur länge patienten har druckit alkohol.

### Riskbruk

Det är alltid skilt från alkoholmissbruk och alltid skilt från alkoholberoende.

Totala veckokonsiumtionen >14 standardglas för män respektive >9 för kvinnor och/eller om >5 standardglas för män respektive >4 för kvinnor konsumeras vid ett dryckestillfälle. Riskbruk kan även definieras utifrån ev. negativa konsekvenser, psykiskt och fysiskt av alkoholen.

Åtgärd: Hör med patienten om den vet om kopplingen mellan ev. symtom som lustlöshet, trötthet och alkohol. Utifrån detta och kopplingen till patientens ev. önskan om att må bättre, närmar man sig frågor om patientens egen alkoholkonsumtion. Ta alkoholanamnes (ställ enkla frågor) och erbjud screeningsformulär. Tillsammans med patientenfattar ni beslut om att han ska minska eller helt utesluta alkohol under en viss period. Detta bör sedan följas upp med ett återbesök.

### Hälsa

Alkohol kan bidra till sjukdomsutveckling av olika slag, liksom försvåra tillfrisknande och behandling. Olika individer är olika känsliga beroende på andra sårbarhetsfaktorer.

Tecken på riskfylld konsumption:

**Sömnstörning, med trötthet dagtid:** Alkoholen interagerar med de delar av hjärnan som styr sömnen och påverkar sömnrytmen kraftigt. (Första halvan av natten får man en hämning av drömsömnen, andra halvan av natten blir sömnen ytligare, med flera uppvaknanden)

ALKOHOL FÖRSÄMRAR SÖMNEN OCH VID MISSTANKE OM SÖMNSTÖRNING BÖR DET TAS UPP I ANAMNESEN.

**Förhöjt blodtryck:** Högkonsumtion av alkohol är en relativt **vanlig orsak** till högt blodtryck. Både **diastoliska och systoliska** blodtrycket påverkas. (Vid normalisering av en hög alkoholkonsumtion sjunker blodtrycket. Om man inte förändrar sina vanor kan blodtryckshöjningen leda vidare till både hjärtinfarkt och stroke.)

**Förhöjt MCV:** Alkoholen påverkar även **blodbildningen** så att **fler omogna RBK** kommer i omlopp. Detta är vanligare hos kvinnor.

**Bruten fotled:** **Skador i samband med berusning** är ökat. Även andra risker som att

komma i bråk med andra eller ta felaktiga beslut etc. är ökade.

**Upprepade korta sjukskrivningar:** **Bakrus** och symtom enligt ovan kan ge **oförmåga/ovilja** att gå till jobbet.

### Delirium tremens

Symtom som ökar risken:

Takykardi >120/min,

abstinenssymtom trots >1 promille etanol i utandningsluft (såsom aktuell abstinenshallucinos, uttalade ospecifika abstinenssymtom, aktuella abstinenskramper under de senaste 48h),

pågående infektion,

tidigare DT,

tidigare abstinenskramper,

minst 150 g/dag alkohol i minst tre veckor utan nyktra dagar,

misstänkt eller säkerställd organisk hjärnskada,

aktuella somatiska sjukdomstillstånd som påverkar AT,

dåligt nutritionstillstånd/AT

### Tolerans

Vid hög blodhalt etanol (>1,5 promille):

Somnolent? Ingen toleransutveckling, liten sannolikhet för fysiskt beroende.

Vaken? Tyder på avancerad toleransutveckling, ett fysiskt beroende.

Patomekanism: Kronisk exponering av alkohol ger **obalans** mellan olika hormonsystem i hjärnan. Hjärnan ställer in sig på ständig tillförsel av alkohol, vilket ger en substansberoende jämvikt (allostas). (t.ex. minskad känslighet hos receptorn, eller genom att nedbrytande enzymer uppregleras, även genernas aktivitet kan påverkas vilket kan leda till t.ex. minskad syntes av receptorer)

Symtom: Effekten av en viss dos avtar, eller högre dos krävs för samma effekt. En individ som utvecklat tolerans förefaller ganska opåverkad vid höga promillehalter, där individer utan tolerans skulle te sig berusade.

### Abstinens

Psykiatriska symtom: Rastlöshet, oro, ångest, sömnproblem.

Somatiska symtom: Illamående, darrningar, tremor, svettningar (förhöjd kroppstemperatur), ökad hjärtfrekvens, ökat blodtryck, ev. abstinenshallucinos (vanligen synhallucinos). Risk för EP och DT.

Behandling: korstoleranta preparat som oxascand, initialt 50-75 mg. Följs puls och BT för att ordinera ytterligare vb. Minst 5h sammanhållen sömn. Thiamin om inte redan ordinerat.

Patomekanism: Vid abrupt avslutad tillförsel av alkohol uppstår **obalans** mellan de olika hormonsystemen i hjärnan (GABA/NMDA). Obalansen ger upphov till somatiska och psykiatriska symptom. (Vid alkoholabstinens går hjärnan in i ett tillstånd av ökad retbarhet, eftersom stimulerande signalsubstanser, främst glutamat, inte längre dämpas av alkoholen.)

En vuxen man bryter ned 0,15-0,20 promille/h. Ursprunglig promillehalt avgörande för när alkoholhalt nere på noll. Hos individer med tolerans kan abstinens komma >1,0 promille.

### Anamnes

Hereditet, kontrollförlust, berusningsdrickande, abstinenssymtom, återställarbehov, somatiska/psykiska symtom kopplade till alkohol, oro från omgivning.

### Alkoholprover

Hög alkoholkonsumption över längre tid, långsam normalisering:

Följer man löpande - CDT, Peth

Ospecifika, kombinera - MCV, CGT, ALAT/ASAT

Hög alkoholkonsumption över längre tid, snabb normalisering:

U-ETG (avspeglar 3-4d nykterhet, optimalt om man vill stötta till helnykterhet), U-5-HTOL

## Bemötande

Det är centralt att man tar reda på mer och inte bara ger ett generellt svar. Det skulle kunna vara så att patienten vill hitta en öppning att få berätta mer om sin konsumtion, hen kanske har en överkonsumtion av smärtstillande läkemedel och vill få hjälp. Man behöver också veta vilka läkemedel patienten tar så du kan kolla upp möjliga interaktioner.

## Opioider

**Kartlägg** vad patienten tar, ungefärlig mängd och tidpunkt.

**Dosering** - undvik helt "vb-dosering". Fördela dosen jämt över dagenfrån morgon till sänggåendeför att uppnå en jämn nivå i kroppen och undvika fluktuationer med abstinens och oro som följd. Skriv små recept alternativt dela i dosett.

**Uttrappningshastigheten varierar** mellan olika preparat; kodein bör trappas ner relativt snabbt (halverad dos på ca 2 veckor) medan tramadol kan kräva en något längre utfasningstid.

Snabb nedtrappning jämfört med benzo. Mot slutet bättre att klippa av sista tabletterna eftersom lägre doser tenderar att stimulera suget och öka risken för återfall. Vid sviktande behandlingsmotivation eller svåra abstinenssymtom avvaktar man med ytterliggare nedtrappning - men höjer aldrig dosen. Informera pat om obehagliga abstinenssymtom som är obehagliga men ofarliga och kan behandlas symtomatiskt.

**Preparatval** - så långt det är möjligt ska man trappa ut på det preparat patienten använt men vissa kombinationspreparat som Citodon som innehåller kodein och paracetamol, gör det nödvändigt att byta så att man inte överskrider maxdosen av paracetamol.

**Vårdnivå** - behandlingen kan inledas på VC, under förutsättning att patienten är motiverad och har förstått syftet med nedtrappningen.

### Abstinens

Tidiga tecken: illamående, influensakänsla, värk, sekretion, diarre, myrkrypningar, irritabilitet, sömnstörningar, muskelvärk.

Protraherad abstinens: Efter 1-3 mån förekommer ibland nedstämdhet, depression, sömnsvårigheter, apati, tablettsug.

### Beroende

Tecken: Långvarigt bruk, toleransutveckling, preparatfixering, abstinenssymtom, flera förskrivare, oklarheter om indikation. Kick-känsla.

## Smärtbehandling

Åtgärder för att förhindra läkemedelsberoende:

Använd alternativ till opioider (fr.a. vid icke cancerrelaterad smärta); ta anamnes på tidigare beroende, samma läkare som ordinerar bör sedan följa patienten/vårdplanen; kort behandlingstid, små recept; om opioider behövs, välj långverkande

## Motiverande samtal

Behandlaren anpassar sin insats till patientens förändrings benägenhet, stimulerar och förstärker patientens egen kapacitet att förändra sitt beteende. Behandlaren hjälper patienten att förstå sitt problem och dess konsekvenser.

# Neurologi

## Polyneuropati

Etiologi: Diabetes, alkohol, läkemedel, tiaminbrist, B12-brist, folsyrabrist, GBS (motoriska symtom och snabbt förlopp).

Symtom: Distal, strumpformad känselnedsättning, reflexsvaghet

Klinik:

Fotstatus

-       Inspektion (sår, färg, svullnad, värmeökning, behåring, atrofier),

-       Palpation (palpöm, smärta, svaga pulsar),

-       Distalstatus: sensibilitet, motorik (gå på häl och tå), reflexer.

-       Sidoskillnader mellan fötter.

Behandling: Amitriptylin, Gabapentin, Injektionssubs (vid vitamin B-brist).

(Vid diabetespolyneuropati även ev. blåsatoni med overflowinkontinens.)

## Narkolepsi

Symtom: Obetvingligt sömnbegär, kataplexi, sömnparalys, hypnagoga hallucinationer.

## Parkinsons sjukdom

Parkinson bottnar i degeneration av dopaminerga banor.

Triad: vilotremor, hypokinesi, rigiditet.

Symtom: Mikrografi (handstilen minskar trots skakningar), nedsatt mimik, hypofoni [mjuk röst], bradyfreni [långsam tankegång].

Behandling: L-dopa (Madopark) om besvären är påtagliga och har gett sociala konsekvenser.

Behandlingsbiverkningar: Hallucinationer, psykossjukdom (tros betingad av dopaminerg överaktivitet, båda äger rum i fr. a. nigro-striatala bansystem). Beteendeavvikelser: Störd impulskontroll = spel, ovarsamhet med pengar, hypersexualitet [spel, sex, pengar]

Dopaminagonister kan vara en fördel vid depression och utgör inget bekymmer.

Vid samtidig psykotiska symtom behandla genom att börja minska dopaminstimulerande medicineringen. Om detta inte hjälper kan antipsykosmedicinering vara aktuell, helst sådana med mindre dopaminblockerande effekt, t.ex. klozapin.

## Rörelsestörning

### Tremor

Vilotremor: i vila, långsam (4-8 Hz), grovvågig tremor, reduceras/försvinner vid viljemässig rörelse av extremiteten. Vid Parkinsonism.

Postural tremor: ej i vila, kommer vid statisk aktivering (framsträckt hand), förvärras i stress och oro. Essentiell (behandlas med BB), senil, familjär eller pga tyreotoxikos (finvågig tremor, takykardi, svettning).

Intentionstremor: ej i vila, förstärks när extremitet rör sig mot ett mål, tex vid finger-näsprov. Uttryck för ataxi (cerebellär skada).

Ensidig grovvågig tremor kan vara resttillstånd efter stroke i basala ganglier eller uttryck för annan basalgangliesjukdom, t.ex. tumör. DT/MR-hjärna då motiverad.

## Subaraknoidal blödning

Handläggning: akut DT-hjärna utan kontrast, LP om DT normal. Kontakta neurokirurg, fortsatt övervak av **medvetandegrad** och **nervstatus**. Fortsatt utredning med DT-angiografi [utredning av aneurysm]. DT har 90-95% sensitivitet endast första dygnet, därefter sjunker snabbt. LP behövs som komplement.

Komplikationer: normaltryckshydrocefalus, epilepsi.

## Migrän

Återkommande huvudvärksanfall. Debuter ffa under tonåren, debut mycket sällsynt efter 50 åå.

Symtom: Minst 2 av följande kriterier: **Ensidig** huvudvärk, **pulserande** **bultande** karaktär, måttlig-svår intensitet, försämring av normal fysisk aktivitet, tillhörande symtom såsom **illamående/kräkning** och påtaglig **ljus- och ljudkänslighet**. Huvudvärken skiftar sida mellan anfall. Anfall pågår vanligtvis 4-72h.

Faser: Prodromal-, aura-, huvudvärksfas, resolutionsfas och återhämtning

Aurafas: Vanliga med **flimmerskot** i form av skarpt lysande zig-zag mönster, punkter eller blixtar följt av ett mer eller mindre utbrett synfältsbortfall, duration 15-30 min.

Handläggning: Klinisk diagnos.

Behandling: Primärbehandling av akuta anfall inkluderar information om och undanröjande av utlösande faktorer samt **stegvis** behandling med ASA, NSAID, triptaner.

## Temporallobsepilepsi

Klinik: Inledningsfas (”aura”) med **stereotypa upplevelser** exv. “epigastric rising sensation”, avvikande luktsensationer, en känsla av overklighet, dröm, déjà vu eller emotionella symtom (ffa ångest eller rädsla). Auran följs av en period med **medvetandepåverkan**, där pat ter sig frånvarande och svarar fåordigt, obegripligt eller inte alls på tilltal, även automatismer som ändamålslös motorisk aktivitet, exempelvis upprepade smackningar, sväljningar, tuggningar, stereotypa handrörelser eller upprepande av enstaka, meningslösa ord eller stavelser.  Symtomen utvecklas gradvis. Förändrad hudton, HF eller AF är vanligt förekommande. Durationen av anfallet är i allmänhet ett par minuter. **Postiktal** konfusion och huvudvärk är vanligt.

Handläggning: DT-hjärna med kontrast, MR.

## Hjärntumör

Handläggning: Lungröntgen. Kontakta neurokirurg.

Behandling: T. Betapred mot ödem (för att minska huvudvärken), karbamazepin mot ep-manifestationer.

## Demens

Personlighetsförändring kan vara debutsymtom

## Medvetandesänkning

Etiologi: strukturell eller metabal orsak –

spontan/traumatisk cerebral lesion,

intoxikation,

hypoglykemi,

infektion.

Klinik:

Vid strukturell skada - (akut och plötslig debut - anamnesfynd), **asymmetri i neurologiska fynd**, bortfall av funktioner hänförliga till specifik nivå i nervsystemet och **ögonpåverkan** (pupillasymmetri och icke-parallella ögonaxlar), samt allmänna symtom på **ökat ICP** som huvudvärk, illamående och kräkning.

Intoxikation - stickmärken, pupillstorlek.

Infektion - feber.

Hypoglykemi - b-glukos.

### Plötslig medvetandeförlust

Ep-anfall av tonisk-klonisk typ (ung pat), synkope av cirkulatorisk agens, subarak och encefalit bör alltid övervägas vid plötslig försämring/kramper, hypoglykemiattack, post-infektiös CNS-påverkan.

## Känselstörning

a. nackvärk, nedsatt tricepsreflex, påverkan av C7-dermatomet dvs. känselstörning (utstrålning) i handens **mellersta fingrar** (dig II-III) (2p)

SVAR: C7-rot (som vid lesion eller diskbråck)

b. ryggvärk, känselstörning i bägge benen upp till sensorisk nivå **vid navelplanet** (2p)

SVAR: Th10 (som vid spinal lesion)

c. känselstörning (och smärtsamma obehag) i hela **kroppshalvan** inkl. ansikte (1 p)

SVAR: Thalamus

c. Nedsättning av temperaturkänsel i vänster ansiktshalva och nedsättning av

känsla för temperatur i höger arm och ben/kroppshalva

Svar: Vänstersidig hjärnstamslesion

d. "handskformad" känselstörning i händer som föregåtts av "strumpformad" känselstörning i fötter (1 p)

SVAR: Distala perifera nervtrådar som vid polyneuropati

Domningar i en arm är helt ospecifikt och kan ha olika orsaker. Beskriv förväntad sensorisk påverkan i armar vid följande tillstånd:

a) MS

Utbredd **sensorisk påverkan** i extremitet, **utan koppling till dermatom** eller enskild nerv, tydande på central skada.

b) Skada på n. axillaris

Knappt handflatestort område proximalt på överarmens lateralsida (=axelområde).

c) ALS

Ibland rapporteras ospecifika sensoriska symtom, men ingen sensorisk påverkan ska kunna påvisas då sjukdomen drabbar motoriska neuron.

1.3 b) Normal känsel för temperatur men **oförmåga att identifiera föremål utifrån form och struktur (astereognosi)** som nyckel, mynt etc. när det läggs i hand och patienten blundar

Parietallob (2p)

1.3 d) Subjektivt rapporterad bandformad känselnedsättning, cirka 5 cm bred, från höger axel över thorax framsida till vänster höftben

Ingen organisk skadelokalisation utan funktionell eller psykogen sensorisk störning

1.3 e) En **15 x 25 cm** välavgränsad smärtsam pirrande känsla på **lårets proximala lateral del** utan motorisk påverkan eller ryggvärk

**N. cut. fem. lat.**

1.3 f) Känselnedsättning för smärta och temperatur i höger ben **nedom naveln**

**Lesion vänster sida nedre thorakalrygg**

## EP-anfall

Handläggning: Kolla fria andningsvägar, larma personal och ambulans, ge Stesolid intrarektalt [klysma] om kramperna inte avtar. Stesolid och Fosfenytoin. Akut DT-hjärna **med** kontrast alt MR-hjärna, remiss för polikliniskt EEG. Övriga orsaker till medvetandesänkning (MIDAS-HUSK) bör uteslutas. Normalt EEG utesluter inte epilepsi.

Kramptröskelsänkande faktorer: sömnbrist, feber, alkohol.

Okontaktbarhet kan betingas av postiktal fas eller pågående icke-konvulsiv epileptisk aktivitet.

Etiologi: infektiös spridning (cerebral abscess)

Om DT skalle ger hållpunkt för abscess, kontakta infektionsläkare och neurokirurg för val av antibiotika och ev. annan åtgärd. Om DT utesluter ökat ICP, sker likvorundersökning.

### Fokala anfall

Startar i en grupp neuron i ena hemisfären. Kan sprida sig till andra hemisfären och ger då upphov till ett bilateralt konvulsivt anfall = fokala anfall med sekundär generalisering, ibland svåra att skilja från tonisk-kloniska anfall utan fokal start.

Fokala anfall klassificeras med beskrivande av subjektiva och iakttagbara anfallsyttringar, samt enkla (utan medvetandepåverkan) och komplexa (med medvetandepåverkan).

### Tonisk-klonisk anfall

Klinik: Duration flera minuter, långvarig (timmar) postiktal påverkan, tungbett, ej avledbara bilaterala kramper, efterföljande muskelvärk.

Behandling: Ergenyl. Info om att lm är teratogent och att graviditet måste undvikas.

## Stroke

Incidens: 30-35 000 per år

Symtom: Utifrån skadans lokalisation till kärlterritorium:

Supratentoriell (karotis):

Motoriska och sensoriska symtom (kontralaterala till skadan)

Kortikala symtom: om skada i dominant hemisfär: afasi, apraxi, akalkuli, alexi, agrafi. Om skada i icke dominant hemisfär: störningar i spatial perception, neglekt, förändring i personligheten.

Ögonsymtom: homonym hemianopsi (kontralateral till skadan), deviation conjugée (blicken devierar mot skadade sidan)

Infratentoriell (vertebrobasilaris):

**Motoriska och sensoriska symtom (kontralateralt eller bilateralt)**

Cerebellära symtom (ipsilaterala till skadan), ataxi, nystagmus

**Kranialnervs- och hjärnstamssymtom:** yrsel, svalgpares, tungpares, dysartri, dysfagi, heshet, nystagmus, **känselnedsättning i ipsilateral ansiktshalva**

Ögonsymtom: Normalt synfält (synstrålarna går supratentoriellt och engagerar inte det drabbade området).

Handläggning: akut DT-hjärna (ischemiska stroke kan vara "osynliga" på initial DT under första dygnet efter insjuknandet). Om blödning utesluts kan trombolys påbörjas inom 4,5h efter symtomdebut. Fortsatt behandling med insättande av sekundär profylax samt riskfaktorsutredning.

Utredning: riskfaktorer (blodprover t.ex. blodfetter, hematokrit, blodsocker), blodtryck, arytmiutredning, hjärtauskultation (blåsljud över karotiderna?), rökning.

Behandling: Interventionell. Initiering av sekundär profylax beroende på utfall av riskfaktoranalys som t.ex. blodtrycksreglering, antikoagulantia (vid förmaksflimmer eller annan embolikänna; trombocythämmare, trombolys). Mobilisering med sjukgymnastik/arbetsterapi samt fortsatt rehabilitering.

Komplikation: I efterloppet av en stroke är depression den vanligaste psykiatriska störningen.

## Smärta

Etiologi: Spasticitetsorsakad, neuropatisk, nociceptiv smärta.

Smärta av neurogen dysestesikaraktär behandlas med amitriptylin.

## Neglekt

Neglekt kan vara anledning till att patienten stöter i sin arm och är ouppmärksam på var han har den

Tester: Rita klocka, kopiera kub.

## Restless legs syndrome

Klinik: Krypande känsla av obehag förlagd på djupet av benen vid stillaläge, sittande eller liggande. Förstärkas vid trötthet, lindras vid rörelse eller gång. Normalt nervstatus. Samtidig järnbrist(anemi) kan föreligga.

Behandling: L-dopa (Madopark/Sinemet) alt. pramipexol (dopaminagonist).

## Glasgow Coma Scale

Funktionsområden: Ögonöppning, svar på tilltal, motorisk reaktion

## Konfusion

Etiologi: ischemi efter operationen, vaskulär lesion, icke-konvulsiv epileptisk genes, icke-cerebral orsak (t ex infektion), psykiatrisk orsak.

Utredning: DT-skalle, screening av metabol/infektiös orsak, psykiatrisk bedömning.

**Skillnader mellan konfusion och demens.**

Konfusion vanligen är tillfälligt, reversibelt, vanligen med desorientering, kognitiva nedsättningar, medvetandestörning.

Demens är en långsammare sjukdomsprocess, vanligen progressiv, med minnesstörning som framträdande symtom.

## Normaltryckshydrocefalus

Kommunicerande hydrocefalus/normaltryckshydrocefalus, som orsakas av störd likvorresorption pga t.ex. blödning.

Icke-kommunicerande/obstruktiv hydrocefalus har mer dramatiskt förlopp och beror på störd likvorcirkulation pga obstruktion vid akvedukten, t.ex. av tumör eller infratentoriell blödning.

Symtomtriad: Kognitiv funktionsnedsättning, gångsvårigheter, urininkontinens (centralt ohämmad blåsa med plötslig tömning/inkontinens).

Ögonbedömning indicerat för kontroll av ev. staspapill och för att undersöka visus och synfält.

## Subduralhematom

Överväg vid huvudvärk hos äldre.

Klinik: Skalltrauma senaste månaderna, antikoagulantiabehandling, personlighetsförändring (slow cerebrated), gångrubbning.

## MS

Symtom: sensoriska symtom (ofta debut), motoriska symtom (centrala pareser, uttröttbarhet), **optikusneurit** (ofta debutsymtom), kranialnervssymtom, **sfinkterstörningar** (spastisk neurogen blåsa med imperiösa trängningar), kognitiv dysfunktion, **fatigue** (ihållande svår trötthet), **depression**.

Klinik: Stegrande reflexer, positiv babinski.

Handläggning: Anamnes och status. MR-hjärna-ryggmärg med kontrast (spridda lesioner med specifik lokalisation, spridning i tid visas med blandad bild inkl både kontrastladdande/icke-kontrastladdande lesioner), likvorprover (oligoklonala band, högt IgG-index, pleocytos).

MS inget hinder för graviditet.

Behandling: Metydprednisolon (Solymedrol) högdos. Initiering av bromsmedicin vid dubbelseende.

a. Lhermittesymtom (2p)

SVAR: Elstötsliknande förnimmelse vid flexion i nacke som tecken på cervikal lesion

### Internukleär oftalmoplegi

Skada belägen i hjärnstammen. Typisk vid MS.

Symtom: ögon inte rör sig koordinerat utan vid försök att se åt höger följer inte vänster öga med över medellinjen, och vid försök att se åt vänster sida stannar höger öga rakt fram, normal konvergensförmåga.

## Antikolinergika

Biverkningar: urinretention, förstoppning, torra ögon, dimsyn, förvirring, minnespåverkan.

## ALS

Motorneuronsjukdom som inte förväntas ha sensoriska symtom som främsta symtom.

Symtom: Tilltagande pareser och muskelatrofi, ffa i extremiteter. Symtomen börjar oftast fokalt i ett myotom med senare spridning och generalisering. Spasticitet, särskilt i benen. Symtom från mun och svalg, hos 80 % i senare skeden. Även symtom trunkalt och torakalt men inte ofta. Tungatrofi, tungfascikulationer, blandad bild med påverkan på både övre och nedre motorneuronen, uttröttbarhet.

Handläggning: Remiss till neurologen (PV)

## Borrelios

Klinik: Ensidig facialispares, smärtor, kranialnervspareser, sensibilitetsrubbningar

## CNS-skada

Typ: blödning, annat

Klinik: diplopi, neurologiska symtom, huvudvärk, medvetandepåverkan, minnesförlust, fokal neurologi

Undersökning: Medvetandegrad, fokalneurologi, puls, BT. Akut DT-skalle

## Trigeminusneuralgi

Klinik: Sekundkorta smärtattacker, triggerpunkter, drabbar främst NV:2-3. Normalt nervstatus.

Behandling: Karbamazepin.

# ÖNH

## Hörselrubbning

### Hörselnedsättning

Etiologi:

Central skada - Borrelios, kärlpropp hjärnstam,

Inneröra – Cochleär skada, traumatisk, kärloklusion,

Mellanöra - Förkylningsrelaterat, trumhinneperforation,

Ytteröra - Vaxpropp, extern otit.

Tester: Otoskopi av öron och trumhinnor,

hörseltester (konversations- och viskstämma),

Weber och Rinne,

ev. audiometri och tympanometri

Typer av hörselnedsättning:

Ledningshinder beror på att ljudet inte fortleds på ett optimalt sätt genom hörselgången, via trumhinnan och hörselbenskedjan in till innerörat.

Sensorineural hörselnedsättning innebär en nedsatt funktion i snäckan.

### Presbyacusis

Åldersbetingad hörselnedsättning.

Symtom: Bilaterala problem, hörselproblem i grupp.

Handläggning: remiss för hörselapparatutprovning

## Sjukdomar i näsa och bihålor

### Bakteriell rinosinuit

Komplikation till ÖLI.

Symtomkriterier:

Nästäppa,

Purulent snuva [främre/bakre],

Värk eller tryck över ansiktet,

**Ensidiga symtom,**

Kakosmi [dålig lukt i näsan],

Symtom >10 dagar,

Dubbelinsjuknande,

Hypo- eller anosmi.

Fynd: Vargata i meatus media (synlig efter avsvällning), (svullnad runt ögat)

Handläggning: Rinoskopi före och efter avsvällning, palpera muskelfästen och käkleder.

Behandling: Expektans. Lokal kortikosteroid sväller av, påskyndar utläkningen och smärtstillar. Smärtstillande tablett. Begränsad evidens för PcV initialt (makrolid vid pc-allergi), bra att spara till när det verkligen behövs pga risk för resistensutveckling. Åter vid försämring.

Vid utebliven förbättring efter antibiotika rör dig sig ofta om en

1. minskad känslighet hos HI-bakterien, eller
2. dålig penetration av antibiotika till varhärden i bihålan, eller
3. patienten inte tagit sin medicin.

Andrahandsbehandling vid terapisvikt är amoxicillin. Spektramox om penicillinasbildande patogen föreligger.

Komplikation: Etmoidit hos barn. Meningit via direkt spridning från en frontalsinuit och hjärnabscess hos vuxna.

Akut remissindikation:

Feber, svår huvudvärk, medvetandepåverkan, synpåverkan (diplopi, blindhet), periorbitalt ödem.

### Akut varig rinosinuit

Etiologi: pneumokocker eller HI som kan vara penicillinasbildande.

Handläggning: Remiss till ÖNH-akuten för DT-sinus, käkspolning (dränage) och överväga att göra en frontal trepanation.

Behandling: bredspektrum abx iv.

#### **Käkspolning**

Komplikation: Näsblödning pga att käkspolningsnålen träffar en stor gren till a. sphenopalatina. (Praktiskt sett klassat som en bakre näsblödning då man inte kan se en blödningskälla.)

## Luktnedsättning

Etiologi: Skalltrauma, ÖLI, inflammatorisk svullnad (yrkesrinit, allergi), tumör i främre skallgropen/näsan (bilat), degenerativ CNS-sjukdom.

Diagnostik: Luktsinnestest (Sniffin Sticks, UPSIT, SOIT, luktbricka).

## Ansiktsfraktur

Symtom:

asymmetri i ansiktet,

nedsatt sensibilitet i n. infraorbitalis utbredningsområde,

nedsatt gapförmåga,

bettet stämmer inte,

diplopi,

enophtalmus,

frakturhak,

svullnad.

Handläggning: palpation, DT-skalle

Typer: Zygomaticusfraktur, Mandibelfraktur - collum eller corpus, LeFort 1-3, orbitafraktur, frontalsinusfraktur.

### Zygomaticusfraktur

Handläggning: operation inom 14 dagar då svullnaden gått tillbaka.

## Stridor

Angioödem sekundärt till Enalapril. Beh med adrenalin, kortison.

Epiglottit: Beh med systemiskt abx, ev kortison.

Cancer i svalget: strålning o ev. kir, akut kortison och trakeotomiberedskap.

## Tumör

### Tungbascancer

Handläggning: inspektion och palpation av tungförändringen – storlek och djup? Konsistens? Adherens till mandibeln? Palpation av lymfkörtelstationer på halsen.

### Tonsillcancer

Behandling: strålning och operation.

Biverkningar av strålning: strålskada på slemhinna med infektioner, svampöverväxt, kraftig inflammation, strålskada på hud.

### Larynxcancer

Klinik: inspiratoriska stridor (=högt andningshinder), heshet.

Handläggning: Akut remiss till ÖNH för akut utredning med fiberskop och andningsobs.

Trakeotomi (i narkos, snitt mellan jugulum och krikoidbrosket, kanyl förs in mellan 2:a och 3:e trakealringarna) eller

Koniotomi (i narkos, snitt i membrana cricotyreoidea, mellan krikoid- och tyreoidbrosken).

Behandlingsalternativ: strålning, operation.

Prognos: Vid larynxcancer ses tidigt symtom och senare metastasering pga ringa lymfdränage i larynx.

Exogena faktorer kopplade till skivepitelcancer är t.ex. rökning, alkohol, HPV

### Knöl på halsen

Etiologi: Metastas från cancer i munhålan (vanligaste orsaken till en cystisk metastas på halsen är tonsillcancer), epifarynxcancer, lymfom

Symtom: Oöm fluktuerande knöl, viktnedgång, halsont.

Handläggning: ÖNH-status, remiss till ÖHN, snabb cytologpunktion, lungröntgen

## Leukoplaki

Vitaktiga förändringar på slemhinna. Associerad med hyperkeratos, malignitet, dysplasi, lichen ruber planus.

## Blod i örat

Etiologi:

**AOM** med perforation,

**traumatisk** trumhinneperforation p.g.a. våld via hörselgången (tops eller dylikt),

**skallbasfraktur** med trumhinneruptur,

**käkledsfraktur** med skada till hörselgången.

Handläggning:

Weber och Rinne (för att skilja en tvärfraktur som ger sensorineural hörselnedsättning från en längsfraktur som ger ledningshinder),

Inspektion av hörselgången (käkledsfraktur),

Inspektion av trumhinnan efter försiktig sugning (perforerad trumhinna talar för en längsgående skalbasfraktur),

Undersök facialispåverkan och eller nystagmus (skallbasfraktur).

## Perforerad trumhinna

Handläggning: Uteslut skada på innerörat via ovala fönstret, ge pc V, rekommendera vattenskydd för örat, uppföljande återbesök

## Perifer yrsel

Anamnes: tinnitus, hörselnedsättning, rotatorisk yrsel då omgivningen snurrar, nautisk yrsel, samtidigt illamående och kräkning, rörelse provocerar yrsel, yrsel bara i visst läge.

Tester: Nystagmusundersökning (spontan, blickriktning, läge) med Frenzells glasögon och bedömning av nystagmus efter huvudskakning, Dix Hallpike med us av nystagmus (godartad lägesyrsel), Head lmpulse Test, ÖNH-status med us av örat map förekomst av otit, kolesteatom, hörselprov eller informella hörseltester vid misstanke om hörselnedsättning.

## Menieres sjukdom

Klinik: Karaktär av timslånga (4-5h) yrselattacker kombinerat med hörselnedsättning, fyllnadskänsla i örat/hörselnedsättning (progredierande) och tinnitus. Kan också kompliceras av droppattacker.

## Godartad lägesyrsel

Patogenes: Kristallsjuka beror på kristaller som bildas i båggångarna och som vid rörelse aktiverar sinnescellerna i båggångarna. Den vanligaste typen beror på ansamling av kristallklumpar i den bakre båggången och leder till akut insättande yrsel ca 30 sek efter huvudvridning. Yrseln sitter i ungefär lika länge dvs. 30-40 sek och karaktäriseras av en kraftig karusellkänsla.

Behandling: Eppleys manöver kan leda till omedelbar bot. Om man inte behandlar går besvären över på ca 3-4 v

## Sömnapne (OSAS)

Obstruktiva apneer kombinerade med dagtrötthet.

Symtom: snarkningar, apneer, dagtrötthet, frekvent uppvaknande, ofrivilligt insomnande dagtid, irritabilitet, humörpåverkan, hypertoni, morgonhuvudvärk.

Fynd: Nedhängande gombåge

Prevalens: 4% män, 2% kvinnor.

Riskfaktorer: Viktuppgång, stora tonsiller, tungbashyperplasi, trängsel i näsan

Handläggning: **ÖNH-status** undersökning av MoS (näsa, munhåla med gombågar, uvula, tonsillstorlek, tungbasposition). Remiss för **sömnregistrering** nattetid. ESS-score.

Behandling: Bettskena, CPAP, viktnedgång.

Operation är ett behandlingsalternativ utan evidens som man utnyttjar i sista hand.

Komplikation: GERD (beror på en defek sfinkterfunktion i övre magmunnen typ hiatusbråck eller glidbråck).

## Ensidig huvudvärk

Etiologi: Bakteriell rinosinuit, migrän, tumör i näsan med avstängda bihålor, spänningshuvudvärk från nacken, främmande kropp, käkledsartros/bettdysfunktion, (inverterat papillom).

## Näsblödning

Klassifikation:

Främre (från locus Kisselbachi, beror på trauma),

Bakre (ofta äldre, ingen blödningskälla syns).

Handläggning: Koagulationsstatus, blödningsanamnes.

Främre kan ofta lokalbehandlas (etsas).

Bakre kräver ofta en tamponad (bakre tamponad i form av KAD alternativt rhapidrhino) och inläggning. Cyklokapron sätts in.

## Extern otit

Symtom: Klåda i örat, sekretion, smärta, lockkänsla.

Undersökning: Otoskopi, önh-status inkl svalginspektion, temp.

Behandling: Rengöring, terracortril på tamponad

Uppföljning: kontroll av öronstatus hos diabetespatienter för att utesluta kondrit-/osteitutveckling.

## Vestibularisneurit

Plötsligt insättande kraftig rotatorisk yrsel med illamående och kräkningar.

Handläggning: Tillståndet inte akut i sig, dock bör rörelseträning snart. Ev. sjukhusvård.

Behandling: symtomatisk med vätskesubstitution vb, vila och antiemetika. Sjukgymnastik, och systemiska steroider (anses kunna påskynda tillfrisknandet om behandling sätts in tidigt).

Patogenesen: oklar. Reaktivering av HSV alternativt ett virusangrepp i balansorganet.

# Ögon

## Ögonengagemang vid diabetes

Synnedsättning vid diabetes pga förändringar i refraktion och macula samt blödningar.

1) Ögonbottenförändringar - arterioler och venoler blir ockluderade och läcker vilket leder till retinal ischemi.

Fynd i ögonbotten: Småblödningar, mikroaneurysm, hårda och mjuka exudat, retinalt ödem, arteriovenösa shuntar, neovaskularisation i retina papill och iris, katarakt.

2) Ögonmuskelpareser - ischemi i n. oculomotorius och n. abducens.

Behandling:

Metabol kontroll viktigast.

Kärlnybildning och exudat: laserbehandling

Blödning: operation (vitrektomi)

Vid maculaförändringar injiceras Lucentis i glaskroppen

Katarakt: operation

## Grenvenstrombos

Klinik: Plötslig debut, skugga i synfältet, flamblödningar, ödem i näthinnan.

## Amotio

Näthinneavlossning. Plötslig. Föreligger fara för synen.

Risksymtom: **Ridåfenomen** (skugga i synfältet = motsvarar avlossad näthinna), blixtfenomen (“fotopsier” - ofta kortvariga, blinkande ljus), plötslig uppkomst av flertal prickar/grumlingar ofta rörliga (myodesopsier), plötslig förlust av synskärpa

Anamnes: Synskärpan, dvs. om hon har nedsatt syn? Kontaktlinser, glasögon? Myopi? Värk i ögat? Liknande besvär tidigare? Skugga i synfältet? Endast ett öga eller båda hade symtom? Flimmer? Diabetes? [Andra ögonsjdar, hereditet, trauma, genomgången ögonkir]

Handläggning: akutremiss till ögon

• Migrän; patienten har haft huvudvärksproblematik och ögonsymtomen kan stämma.

• Glaskroppsavlossning; något ung men ögonsymtomen kan stämma.

• Näthinneavlossning; något ung, uppger ingen skugga i synfältet men det är inte alltid patienterna märker skuggan.

• Retinal ruptur med glaskroppsblödning; något ung men det stämmer i övrigt med symtomen.

• Glaskroppsblödning p.g.a. diabetes; vi vet dock inte ännu om hon har diabetes.

## Synnedsättning hos äldre

### Presbyopi

Åldersbetingad långtsynthet. Långsam synnedsättning.

Undersökning: Refraktionering

Handläggning: Hänvisning till optiker

### Glaukom

Symtom: Synfältsdefekt, hereditet.

Långsam synnedsättning. Uppkommer vanligen i 70-års åldern

Fynd: blek papill med stor exkavation (dvs grop i mitten)

Handläggning: Ögonremiss

Behandling: droppar

### Katarakt

“Grå starr”

Permanent förtätning/grumling av linsen. Linsen blir större och tjockare, myop.

Ökad risk för katarakt efter långvarig steroidbehandling

Långsam synnedsättning. Uppkommer vanligen i 70-års åldern

Klinik: Smygande debut, vanligtvis bilateral, synnedsättning (från lindrig till total), diplopi, myopisering,nedsatt eller oförändrat visus, grumling av ögats lins, förhöjt intraokulärt tryck. Stenoptiskt hål för att diffa mot makuladegeneration.

Bländning, försämrat färgseende och kontrastseende, tidigare steroidbehandling.

Behandling: operation (byte till konstgjord lins)

### Makuladegeneration

Långsam synnedsättning. Uppkommer vanligen i 70-års åldern.

Symtom: ökande visus, metamorfopsier (krokseende), centrala synnedsättning (mindre skarpt), smygande.

Behandling: injektion (Lucentis).

## Herpes zoster keratit

Klinik: Injektion, kornealskada, främre uveit. Grupperade blåsor på rodnad botten.

Handläggning: remiss till ögon

Behandling: Aciklovir, inleds inom 72h efter symtomdebut för att god effekt ska kunna påräknas.

Differentialdiagnoser: bakteriell konjunktivit, ev. viruskonjunktivit

Post-herpetisk smärta: amitriptylin, gabapentin, pregabalin (Lyrica)

## Grenartäroklusion

Klinik: ischemisk, blek och lätt svullen näthinna. Skadan är permanent men fortsatt behandling är viktig så att tillståndet inte förvärras.

Handläggning: SR, CRP.

## Optikusneurit

Associerad med MS till 75 procent.

Klinik: Plötslig (dagar) synnedsättning unilat (sällan bilat),

retrobulbär smärta (smärat vid rörelse av ögonen),

dyskromatopsi,

Uhthoffs fenomen (=synförsämring i samband med kroppsansträngning/-värmeökning),

Pulfrich-fenomen (=objekt som rör sig rakt upplevs röra sig i en kurvad bana).

Undersökning: Visus, färgseende (ishihara kontrollera ett öga i taget), RAPD-swinging flash light test (lyser först 3 sek i ett öga båda pupillerna drar ihop sig, flytta sedan lyset till andra ögat, ingen pupill drar ihop sig, då föreligger en defekt afferent skada på det öga man lyser).

Handläggning: Akut remiss till neurologklinik för metydprednisolon (Solumedrol) högdos i 3 dagar.

## Refraktionering

Kontrollera synen ett öga i taget,

1. utan glass,

2. + glas, om ej bättre - glas,

3. plus-ett-test halverar synskärpan,

4. astigmatkorrektion med steniopeiskhål, max plus glas

## Ögonstatus

Stenopeiskt hål, genomfallande ljus med oftalmoskop, palpera bulben, inspektera ögats yttre delar, inspektera ögonbotten med oftalmoskop

## Ögonskada

Handläggning: **Kontrollerar visus,** ögonrörelser i samtliga blickriktningar, diplopi, direkt och indirekt ljusreflex; under ögonlocket kontrollera för att utesluta ögonskada:

1. injektion,
2. kornea är blank/utan skada, samt
3. hyfema.

## Synnedsättning

Anamnes: Plötslig eller smygande debut? Typ av synnedsättning dvs. hela synfältet eller delar av synfältet? Krokseende eller generellt suddig syn? Värk? Kontaktlinser? Glasögon? Tidigare ögonproblem?

**Status: Visus (monokulärt), med syntavla eller på annat sätt, t.ex. läsa tidning, fingerräkning. Grovt synfält. Klar hornhinna (genomfallande ljus)? Ögonbotten.** Inspektera ögat; Rött? Kladdigt? Likstora pupiller?Ögonmotorik. Palpation av ögontryck.

## Övergående synbortfall

TIA (amaurosis fugax), temporalisartrit, glaskroppsruptur

## Traumatisk ögonpares

Test: Bielschowskys head tilt test, när man lutar patientens huvud mot den paretiska sidan ser patienten dubbelt och ögat åker uppåt.

Handläggning: Akut DT-skalle

Prognos: Hälften i regress, hälften kvarstående.

Bilkörning: Förtäckning av drabbat öga med sjörövarlapp eller tejp på glasögat. Vid förtäckning av ett öga måste patienten vänta ett halvår innan hon får köra bil igen.

## Dubbelseende

Etiologi: Myastenia gravis, diabetes, MS, borrelia.

## Skelning

Etiologi: Ackommodativ esotropi pga hyperopi. Ffa nära objekt.

Handläggning: Ögonremiss.

## Rött öga

Uteslut alltid keratit och akut glaukom

### [Akut glaukom]

Trångvinkelglaukom. Högt intraokulärt tryck pga anatomiskt hinder.

Symtom: nedsatt syn, haloeffekter, huvudvärk, svullnad av hornhinna, ilsket rött öga, kraftig värk, illamående och kräkning.

Behandling: Akut remiss till ögon för intraokulär trycksänkning med droppar och tabletter.

### Bakteriell konjunktivit

Behandling: Rengöring, avvakta med antibiotikadroppar Fucithalmic eller **Chloromycetin**

Information till pat: Kan vara smittsamt - tvätta händerna ofta, egen handduk, ev. stanna hemma från jobbet.

### Viruskonjunktivit

Klinik: injektion.

Handläggning: rengöring, expektans, information om handhygien

### Keratit

Klinik: rött och smetigt öga, drabbar linsanvändare.

Behandling: remiss till ögonakuten där odlingar tas.

### Irit

Klinik: Plötslig debut, smärta, synnedsättning, ljuskänslighet. Visus lätt nedsatt, ciliär injektion, mios, ljusväg.

Etiologi: HLAb27

Handläggning: Akut remiss till ögon.

Behandling: Vidgande droppar, kortisondroppar.

Dfdx: Konjunktivit, trångvinkelglaukom