

## TRÆTHED

---

**Definition:** Form for menneskelig begrænsning, hvor patienten oplever modvilje mod at anstrenge sig og føler sig ude i stand til at forsætte vanlige aktiviteter.

**Inddeling:** Langvarig træthed >1 md, Kronisk træthed > 6 mdr

### **Diagnostisk tankegang:**

- 1) **Psykiske lidelser og Psykosociale problemer (60%):** Livskriser i familien og belastninger i form af økonomi og stress der er den hyppigste. Depression og angst
- 2) **Somatisk sygdom (20-25%):**
  - Infektionssygdomme, anæmi, GI-lidelse, sjældnere bindevævssygdomme og endokrinologiske sygdomme.
- 3) **Medikamenter:** Psykofarmaka, systemiske steroider, p-piller, diuretika, anti-hypertensiva og misbrug.
- 4) **Kronisk træthedssyndrom:** Varighed over 6 mdr, ledsmerter, halssmerter, ømme lymfeknuder, søvnproblemer, hukommelse og koncentrationsbesvær samt hovedpine.

### **Faldgrupper:**

1. Behandlingskrævende infektion
2. Behandlingskrævende depression
3. Nyresvigt, hjerteinsufficiens, cancer
4. Diabetes, hypothyreose, addisons, anæmi
5. Arteritis temporalis og bakteriel endokardit, ældre
6. Medikamentbivirkninger
7. Akut leukæmi, børn

### **Sygehistorie:**

- obs. (1)Feber, (2)nedsat appetite, (3)vægttab, (4)lymfeknuder > 2cm, (5)abnorme neurologisk fund, (6)tegn på reumatisk sygdom, (8)hjertesygdom, (9)lungesygdom, (10)søvnnapnø. → peger i somatisk retning
- nylig sygdom?
- Søvn
- Sociale forhold
- Psykiske forhold – evt depression MDT.
- Udlandsrejser
- Medicinanamnese

### **Klinisk**

1) Medmindre psykisk/psykosocialt er oplagt kan udføres general obj. us samt mammalpalpation, rektaleksploration og evt. GU samt vægt og temperatur måling.

2) **Særligt diagnostisk pakkeforløb** →

- 1)Almen sygdomsfølelse,
- 2)udtalt træthed,
- 3)større utilsigtet vægttab,
- 4)feber uden årsag.
- 5)Ukarakteristisk abdominalia > 4 uger,
- 6) uforklarlig lav blodprocent,

- 7) diffuse knoglesmerter,
- 8) forhøjet SR, BF og Ca.
- 9) En markant stigning i antal af sundhedskontakter, en markant stigning i medicin forbrug.

### Suppl. Us:

Udsætte prøver I mindst 4 uger → derefter, Hb, Glukose, SR, TSH. Desuden Cøliaki prøver, ferritin og CDT (alcoholoverforbrug) evt. Lever og nyretal, d-vit og infektionsprøver.

### Tiltag og råd:

- Allerfleste bliver raske af sig selv. Kontrol efter 4 uger.
- Psykiske og psykosociale patienter skal have en eller flere opfølgende samtaler.
- Ved problemer på jobbet kan kontakt til tillidsmand og fagforening være relevant evt. med henblik på deltidssygemelding

---

**1) 40-årig kvinde, VUC- lærer, gift, henvender sig fordi hun gennem det sidste år er blevet tiltagende træt. Føler sig stresset og irriteret. Hun synes at arbejdet stresser hende og er bange for at gå ned med flaget. Kommer for at få et godt råd, eventuelt en sygemelding. Hvordan vil du gribe konsultationen an?**

---

**Tentativ diagnose:** Psykosocial betinget træthed

Differentialdiagnoser:

- Depression
- Somatisk sygdom
- Medikament
- Kronisk træthedsyndrom

**Anamnese:** lægger op til en patientcenteret tilgang

*Patient del:* de 4 F'er. Det 5. F vil også være relevant, nu har hun gået med de i et år hvorfor søger hun til læge nu.

*Lægedelen:* Hvordan sover hun? Har der været andre symptomer i kroppen? Har hun anden sygdom? Medikamenter? Psykiatriske symptomer? Jf. tidligere gennemgået for træthed.

**Objektiv us:** meget afhængig af anamnese.

- Formodentlig underordnet, når patienten ret klart angiver stress som udløsende faktor. Men da tilstanden har været længere varende ville jeg nok alligevel lave en generel us.
- Paraklinik: man kunne evt. vente. Men kunne være relevant med: **Hb, BS, TSH**

**Konklusion:** Fortolker det som stress udløst træthed.

**Handlingsplan:**

- 1) Ville anbefale patienten I første omgang at **undersøge muligheden for at tale med tillidsrepræsentanten**, undersøge hvorvidt arbejdspladsen har en stress politik og hvorvidt de arbejdsopgaver hun føler sig særligt belastet af kan omplaceres.
- 2) **Muligheden er også at lave en delvis sygemeldning/raskmeldning**, således kan arbejdsbelastning nedsænkes og patienten undgå at miste kontakten til arbejdspladsen.
- 3) Medmindre der er klare organspecifikke symptomer, eller symptomer der peger I retning af organisk diagnose er det på nuværende tidspunkt ikke nødvendigt at lave supplerende us I form af

Blodprøver: Hgb, SR, CRP, TSH.

4) Se tiden an og der planlægges ny konsultation om 3-4 uger.

Stress symptomer	Udløsende	Tiltag og råd
<ul style="list-style-type: none"><li>- Hovedpine</li><li>- Svimmelhed</li><li>- Muskelspændninger</li><li>- Svedeture</li><li>- Åndedræt</li><li>- Hjerteranken</li><li>- Fordøjelsen</li><li>- Nedsat libido</li><li>- Nedsat immunforsvar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Livsbegivenheder og kriser</li><li>- Arbejde</li><li style="padding-left: 20px;">Lav indflydelse</li><li style="padding-left: 20px;">Meningsløshed</li><li style="padding-left: 20px;">Uforsigelighed</li><li style="padding-left: 20px;">Dårlig social støtte</li><li style="padding-left: 20px;">Manglende anerkendelse</li><li style="padding-left: 20px;">For høje/lave krav</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Lav en realistisk plan</li><li>Giv pauser</li><li>Motion</li><li>Nedsæt alkohol og tobak</li><li>Tal med andre og kolleger</li><li>Kontakt stressforeningen.dk</li><li>Læge – evt.</li><li>deltidsraskmeldning</li></ul>

---

**2) Kvinde 35 år, gift. Ægtefælle togfører i DSB Tidligere stort set rask. Børnene har haft de almindelige børnesygdomme. Mads 5 år har haft problemer med ørene, afhjulpet af dræn, som vist ikke fungerer mere. De passes i børnehaven. Familien bor i 3 værelseslejlighed i Rødovre. Tidligere henvendt sig i forbindelse med graviditeter og børneundersøgelser. Henvender sig med hovedpine, træthed, søvnbesvær og diffuse muskelsmerter gennem de sidste 4 uger. Hvad vil du gøre?**

---

**Tentativ diagnose:** Psykosocialt betinget

**Overvejelser:** symptomerne er forenelige med stress evt. MUS og funktionel sygdom.

Det er vigtigt at eksplorerer i kvindens sociale forhold:

Hvormange børn er der? Er hun i arbejde?

Patientcentret model, hvilke forestillinger har hun for opståen af træthed?

Er der noget der bekymrer hende? Er der andre symptomer? Hvordan går ægteskabet?

Bp: Prætestandsynligheden er lav og der er relativ stor risiko for falsk positive svar, man kan vælge at se tiden an jf, ovenstående

---

**3) 21 år gammel kvinde voldsom træthed. Pollakisuri og vægttab. BS 23,0 mmol/l, i urinen glucose og ketoner – hvad vil du gøre?**

---

**Def:** Diabetisk ketoacidose er en alvorlig, livstruende komplikation til diabetes og er karakteriseret ved hyperglykæmi, ketose og acidose

Sygehistorie:

1. De fremtrædende symptomer er øget vandladning (polyuri), øget tørst (polydipsi), øget madlyst (polyfagi), synsforstyrrelser, slaphed, dyb vejrtrækning (Kussmauls respiration) og påvirket sensorium
2. Kvalme og opkastninger forekommer hos 50-80 % af patienterne, og mavesmerter forekommer hos 30 % (særligt hos børn)

**Objektivt:**

- -Bevidsthed: Varierer fra vågen til forvirret til komatøs hos færre end 20 %
- -Respiration: Hyperventilation - Kussmauls respiration + Acetonelugt ud af munden
- -Dehydrering : Kan medføre tørre slimhinder, takykardi og hypotension. De fleste er ved indlæggelsen ca. 10 % dehydrerede
- -Temperatur: Er almindeligvis normal eller lav, selv ved infektion

**Analyse:** Tilstanden er forenelig med moderat diabetisk ketoacidose.

**Plan:** ring 112, Kræver umiddelbar akut indlæggelse på sygehus

**Behandling:**

3. Transporten skal ske uden ophold
4. Før transporten påbegyndes, lægges en storkalibret venflon og infusion af isotont saltvand (NaCl 9 g/L) startes
5. En liter gives hurtigt, derefter 0,5 liter hver 2. time (voksne)
6. Kun undtagelsesvis (ved lang transportvej og sikker diagnose) gives insulin (8 IE hurtigvirkende dybt i.m.)

Er man i tvivl om koma skyldes et højt eller for lavt blodsukker, gives glukose i.v., ikke insulin

**Komplikationer:**

Svær dehydrering

Hjerneødem efter behandling (25% mortalitet)

**Prognose**

Som regel god ved akut behandling

4) 72 år gammel mand. Ryger. 50 pakkeår bag sig. Henvender sig med hoste og vejrtrækningsbesvær gennem 1 måned. Er træt og har nok tabt sig, tøjet sidder noget løst. Hvordan vil du udrede ham?

**Differentialdiagnoser:** Grundet patientens alder, pakkeår og henvendelses symptomer må man sige at prætestandsynligheden er høj for alvorlig sygdom. Ud fra historien hvor der er vægttab taler det for kronisk tilstand fx lungekræft og KOL evt. med komplicerende infektion.

- Pneumoni
- Lungekræft
- Hjertheinsufficiens
- KOL

**Anamnetisk:** Er det relevant at øge sandsynligheden af hypotesen.

*Patientdel:* relevant at inddrage 4'F'er for at få patients egne tanker. Specielt frygt.

*Lægedel:* Hoste karakter? Slim/blod/vandigt? Dyspnø karakter, forværende/lindrende faktorer?

Kendt sygdom? Medicin? Forløb?

<p><b>Hjertesvigt, kronisk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Typiske årsager er hypertension, klapfejl, koronarsygdom, kardiomyopati, myokarditis og svær</li> </ul>	<p><b>Kronisk obstruktiv lungesygdom</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kronisk obstruktiv lungesygdom hos tidligere eller nuværende ryger, stigende prævalens frem mod 70 årsalderen</li> <li>- Prævalens af KOL er 5 -12 % hos</li> </ul>	<p><b>Lungekræft:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oftest hos personer, som har røget i lang tid</li> <li>- <b>Tidlige symptomer kan være hoste, dyspnø, brystmerter, hæmoptyse, anoreksi og</b></li> </ul>
---	---	---

<p>lungesygdom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hypigt forekommende symptomer er træthed, dårlig kondition, hoste, funktionsdyspnø, ortopnø, natlige anfald med dyspnø, palpitationer</b></li> <li>- Der kan ses halsvenestase, lungestase, hepatomegali, leverstase, galop-rytme, ødemer og evt. ascites</li> <li>- Ofte vanskeligt at skelne højresidig og venstresidig svigt fordi den venstresidige efterhånden forplanter sig til højre side</li> <li>- Supplerende diagnostiske metoder er BNP, røntgen thorax og ekkokardiografi (højest validitet)</li> <li>- EKG kan give tillægsinformation om årsag</li> </ul>	<p>personer mellem 45 og 75 år</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Progredierende tilstand med tiltagende åndenød og tendens til exacerbationer på grund af luftvejsinfektioner</b></li> <li>- Mange, men langt fra alle, har kronisk hoste og slimproduktion</li> <li>- Fund er afhængige af, hvilken fase sygdommen er i, ved svær sygdom er der tiltagende obstruktion med takypnø, forlænget ekspirium og brug af aksessoriske respirationsmuskler, evt. svage hjertetoner</li> <li>- Konstant luftvejsobstruktion ved spirometri, hvor FEV1-værdi er permanent nedsat (i klinikken ofte under 60 % af forventet værdi)</li> </ul>	<p><b>vægttab</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kliniske fund afhænger af, hvor fremskreden sygdommen er</li> <li>- Bronkoskopi med cytologi og histologi giver diagnosen og suppleres af røntgen, CT og knoglescintigrafi for vurdering af udbredelse</li> </ul>
--	--	--

### Klinisk

- **Objektiv Us:** Vitale værdier, m. vægt, st.p og st.c, lymfeknuder, perifere ødemer, halsvenestase
- **Paraklinisk:**
  - o **Hjertet:** Kreatinin, levertal og Elektrolytter, BNP og EKG, TSH og BS.
  - o **Lunger:** Spirometri, Peak-flow, → reversibilitetstest
  - o **Alle:** Rtg af thorax.

På baggrund af de overstående us. Resultater kan pt.

1) Henvises til hjertesvigts pakkeforløb

Der er begrundet mistanke om hjertesvigt, hvis patienten har mindst ét af nedenstående tre symptomer:

- 1) Uforklaret åndenød
- 2) Væskeophobning
- 3) Unormal træthed og nedsat funktionsniveau
  - og hvor der fortsat er begrundet mistanke om hjertesvigt efter EKG, lungefunktionsundersøgelse og blodprøver.

5) Mistanke om lungekræft – henv til kræftforløb

6) KOL → Behandling – se ark

---

**5) 37 årig lærer. Tiltagende træt igennem de sidste måneder. Er midt i omlægning af arbejdet på grund af skolereform. Har moderat til kraftige menstruationer, men uændrede siden sidste barns fødsel for 5 år siden. Anvender ikke AC. Vægten nogenlunde konstant, aff. forholdene uforandrede.**

---

Overvejelser:

- Anamnesen leder hovedsageligt tankerne over på psykosocial belastning på arbejdet,
- information om moderate til kraftige menstruationer baggrund for at mistanke jernmangel anæmi.

Sygehistorie:

- Patientdelen: Hvordan har patienten det, økonomisk, familie og børn, arbejde, nogle særlige livsbegivenheder eller kriser?
- Diagnostisk:
  - Følgesymptomer? Søvn? Varighed? Debut? Lindrende?

**Plan:** Hb og jernstatus, SR og TSH.

- Pt informeres om stress symptomer
- Mulighed for deltidsraskmeldning
- Stresspolitik

---

**6) 38 år gammel håndværksmester. Er træt, har fået søvnbesvær igennem de sidste par måneder. Har travlt i dagligdagen, men synes at han burde være vant til det. Også travlt derhjemme, har børn i vuggestue og børnehave. Har haft mange små- infektioner, nu ondt i halsen. Har følt knuder ved underkæben.**

---

**Overvejelser:** Grundet patientens unge alder og travle hverdag tyder det på at trætheden, søvnbesvær har psykosocial genese. Man kan dog ikke udelukke anden somatisk sygdom og yderligere anamnese er derfor vigtig for at øge prætestandsynligheden for psykosocial årsag

**Differentialdiagnoser:**

- Somatisk årsag; pågående infektion.
- Psykosocialt
- Medikamenter
- Faldgrupper

**Anamnese:**

*Patientdel:* de 5 F'er.

*Lægedel:* Vedvarende træthed i 2 måneder, Andre symptomer udover småinfektioner jf. overordnet træthedsgennemgang, gennemgang af søvnbesvær.

**Objektivt:** Undersøgelse af cavum oris + fauces samt palpation hals. Ellers relevant gennemgang ift. anamnese

**Paraklinisk:** Strep-A-test,

**Plan:** Det vil nok være mest hensigtsmæssigt at udrede for tonsilit, og opsætte kontrol tid om 4 uger med henblik på trætheden. Almen råd om søvn vil være fordelagtige. Aktuelt virker det ikke som akut?

---

**7) 45 år gammel mand, klager over træthed og manglende energi. Skilt for 3 mdr. siden. Konen flyttede sammen med en anden mand.. Er blevet boende i huset, klarer det økonomisk, men savner konen. Virker lidt grå og trist. Du spekulerer på om han kan have en depression. Hvad vil du gøre for at bekræfte eller afkræfte den mistanke?**

---

**Overvejelser:** Det drejer sig nok om depression eller mere sandsynligt belastningsreaktion. Somatisk årsag og medicin er mindre relevante.

**Differentialdiagnoser:**

- Belastningsreaktion
- Depression

**Anamnese:** Patienten er mistænkt at have en depression, opfylder han ICD10-kriterierne?

- Patienten har også relevant anamnese med stor belastning.
- Nedtrykthed, Nedsat lyst og interesse, nedsat energi.
- (1)Tanker om død og selvmord, (2)nedsat selvtillid/skyldsfølelse, (3)nedsat appetit, (4)søvnbesvær, (5)koncentrationsbesvær. (6) agitation/hæmning (7) Selvmordsvurdering
- Det vil være aktuelt at foretage en MDI eller Hamilton score.
- Anden sygdom
- Suicidalrisiko skal vurderes

**Obj:** Generelt tjek

**Paraklinik:** Hb, Leukocytter, CRP, Levertal

**Plan:**

- Let= samtale terapi
- Moderat= Samtale terapi + medicinsk
- Svær: Henv.

## Ufrivilligt Vægttab

---

### **Inddeling:**

Moderat underernæring: Ufrivilligt vægttab på 10% over de sidste 3-6 mdr eller 5% den sidste måned.

Alvorlige underernæring: Ufrivilligt vægttab på 15% i de sidste 3-6 mdr eller mere end 5% den sidste måned.

Børn: defineres som undervægtige ved en mindre en 90% af medianvægten, man skal reagere når vægten er mindre end 5% percentilen eller krydser 2% percentilen.

Anorexia nervosa: Defineres som en legemsvægt mindst 15% under forventet alt. som  $\leq 17,5$  i BMI

### **Årsager til vægttab ift. alder:**

#### Spædbørn og småbørn:

- Akut eller langtrukken infektionssygdom i luftvejene eller mave-tarm-systemet.
- Spisevægring
- Væsketab
- Omsorgssvigt (sjældnere)

#### Større børn, unge og unge voksne:

- Tilsigtet vægttab
- Spiseforstyrrelse
- Somatisk sygdom sjældent, ofte flere symptomer

#### Voksne:

- En subjektiv oplysning af vægttab har kun vist at være korrekt hos halvdelen.

#### Ældre:

- En stor del af ældre er underernæret, 16% undervægtige I plejecenter og 38% har haft nyligt større vægttab.
- Somatisk sygdom skal altid overvejes

### **Diagnostiske tankegang:**

¼ ukendt årsag hos pt med et significant ikke-akut ufrivillig vægttab.

Skyldes vægttabet evt:

- Nedsat energi indtag?
- Øget metabolisme
- Øget væsketab

### **Diagnostisk faldgruber**

1. Behandlingskrævende infektioner
2. Ondartede lidelser, obs: mave-tarmkanalen, lunger, urogenitale, hæmatologiske
3. Depressioner
4. Demens – pga manglende indtag af næring
5. Spiseforstyrrelser
6. Endokrinologiske sygdomme (diabetes og hyperthyreose)
7. Hjertesvigt hos ældre
8. KOL
9. Misbrug



## Differentialdiagnoser:

- **Cancer**
  - Gastrointestinale: spørg efter ændringer afføring. → rektokoloskopi
  - Lunge: hoste, dyspnø, hæmoptyse? rygeanamnese? → CT-thorax
  - Hæmatologisk: anæmitegn, hudblødninger, infektioner, glandelsvulst, lever eller milt forstørrelse
  - Urogenital: blod urin
- **Psykiske forhold**
  - Stress: hyppig årsag, spørg om arbejdsforhold, netværk.
  - Depression: spørger efter depressionskriterier
  - Søvnløshed
  - Spiseforstyrrelser: hyppigst yngre piger
- **Infektioner**
  - Akutte infektion luftveje + gastrointestinalt → spisevægring og væsketab → hoste, sekret, diarre, mavesmerter?
  - Kroniske infektioner, sjældne. Tænk HIV, tuberkulose, infektiøse endocardit, brucellose
- **Neurologiske**
  - Demens: vurder kognitiv funktion, MMSE
- **Endokrinologiske årsager**
  - Type 1 diabetes: ofte tørst, polyuri, genital kløen, disposition?
  - Hyperthyreose: indre uro, palpitationer, varmeintolerans, tremor evt. exophthalmus
  - Addisons sygdom: meget sjælden, svaghed, træthed, anorexi, kvalme, vægttab.
- **Gastrointestinal**
  - Ulcus: dyspepsi, sultsmerter, spiselindring, sjældent vægttab
  - IBD: disposition, afføringsvaner, blod afføring?
  - Cøliaki: grå, ildelugtende, voluminøs afføring
  - Motilitetsforstyrrelser:
- **Enæringsbetingelser**
  - Alkoholmisbrug: alkoholanamnese
  - Reduceret kalorie sygdom
- **Kardiovaskulære**
  - Hjertesvigt: ældre patient, kendt hjertesygdom, hypertension, dyspnø, ødemer, halsvenestase
- **Lunge**
  - KOL: rygeanamnese, dyspnø, kendt KOL
- **Kollagenoser**: sjælden, se efter bindevævssygdom

## Sygehistorie:

- 1) Varighed, størrelse og betydning?
- 2) Psykiske og psykosociale faktorer?
- 3) Organspecifikt symptom udover vægttab?
- 4) Spisevaner
- 5) Tandstatus og orale gener
- 6) Medicin
- 7) Alkohol
- 8) Rygning
- 9) Infektionssygdom?

- 10) Disposition: Kræft? Stofskifte? Diabetes?
- 11) Hvordan bor patienten og klare hun selv at lave mad og købe ind.

**Klinisk us:**

- Generelt
  - 1) Vejning
  - 2) Lymfeknuder, hjerte- og karsystemer, lungerne og abdomen.
  - 3) Desuden GU hos kvinder med postklimakterielle blødning og vægttab.
- Specielt
  - 1) Tegn på hyperthyreose
  - 2) Senereflekser

**Suppl us:**

- 1) MUST – malnutritional universal screening tool
- 2) Hb, leukocytter + diff, CRP, SR, nyrevæsketal, levertal, thyroidea, plasmaglukose, HbA1c og urinstix – hos voksne med betydeligt vægttab
- 3) Ved mistanke om tarmkræft → pakkeforløb med koloskopi og test for okkult blod
- 4) Evt. Jern
- 5) Calprotectin → IBD
- 6) Levertal
- 7) TSH
- 8) HbA1c
- 9) Elektrolytter
- 10) Albumin
- 11) Nyretal
- 12) Elastase-1 test i afføringen.

**Handlingsplan:**

- 1) Videre henvisning?
- 2) Ernæringsmæssig intervention? Såsom madudbringning
- 3) Kostregistrering derhjemme.

---

1) 21 år gammel kvinde voldsom pollakisuri, træthed og vægttab. BS 23,0 mmol/l, har glucosuri og ketonuri ved stix – hvad vil du gøre?

---

Se træthed spg. 3

---

2) 43 år gammel kvinde henvender sig akut i praksis fredag eftermiddag. De sidste 2-3 uger har hun haft tiltagende hjertebanken og diarre. Hun har aldrig røget, drikker sjældent alkohol. Hun er altid på slankekur og har gået til kontrol hos vægtvogterne i flere omgange. Har ikke desto mindre tabt 5 kg på meget kort tid. Ved undersøgelsen finder man en overvægtig (BMI 29,5) og urolig kvinde med blodtryk på 145/85, regelmæssig hjerteaktion på 106. EKG viser sinustachycardi. Hvilke overvejelser gør du dig?

---

**Overvejelser:** Der er symptomer for flere organsystemer man overvejer derfor om der er systemisk sygdom eller om det er følge af grundlæggende sygdom.

**Differentialdiagnoser:**

- Hyperthyreose (mest oplagt)
- Gastrointestinal infektion
  - Kunne både fører til tachycardi pga. feber og dehydrering, væggtab
- IBD i akut fase
  - Oftest blod i slim og afføring, familiær disposition
- Psykisk sygdom
  - Depression, angst, stress
- Medicininduceret

**Anamnese:**

Patientdel: de 4 F'er

Lægedel: Psykiske problemer? Ledsagesymptomer? Medicin? Alkohol? Dispositioner? Tidligere sygdom?

**Objektivt:** St.c, palpation af thyroidea, tp. vægt, øjenundersøgelse

**Paraklinisk:**

- **Blodprøver**
  - **TSH, T3 og T4, TRAb, anti-TPO**
  - **CRP, infektionstal** – med henblik på infektion
  - **Nyrevæsketal, elektrolytter** - hydreringstilstand
  - **Fæcesprøve** – ætiologi diarre
- **EKG** – er allerede taget

**Plan:**

- Symptomerne minder meget om hyperthyreose, behandling vil afhænge ift. ætiologi., ved hyperthyreose skal der henvises ved diagnosetidspunktet subakut. Ved feber > 38.5, cerebral påvirkning, og tachycardi/arytmi obs thyrotoksikose → akut henvisning

---

3) 72 år gammel mand. Ryger. 50 pakke år bag sig. Henvender sig med hoste og vejrtrækningsbesvær gennem 1 måned. Er træt og har tabt i vægt. Hvordan vil du udrede ham?

---

Se træthed spg. 4

---

4) Mor kommer med sin 17-årige datter, der går i 1. g. Har tabt sig synligt i de sidste par måneder, tøjet sidder løst. Har ikke villet veje sig. Er meget sports- og motionsaktiv og er dygtig i skolen. Arbejder også meget med sine skoleopgaver, og moderen synes hun har et stort søvnbehov. Hvordan vil du gribe det an?

---

**Overvejelser:** Vægttab hos unge piger skyldes oftest psykosociale forhold, grundet den unge alder kan anoreksi ikke udelukkes og må udelukkes sammen med depressiv lidelse

**Differentialdiagnoser:**

- Depression
- Stress
- Anoreksi
- Atypisk spiseforstyrrelse
- Somatiske årsager

**Def: Anoreksi:**

- A. Kropsvægten holdes mindst 15% under den forventede vægt, enten ved vægttab eller på grund af vægtstagnation i vækstperioden.
  - a. For voksne benyttes alternativt BMI<17,5 som vægtgrænse.
  - b. For yngre patienter benyttes 10-percentilen for en given alder som vægtgrænse. Vægttabet er selvinduceret ved at undgå ”fedende mad”.
- B. En eller flere af følgende faktorer kan også være til stede:
  - a. selvinduceret opkastning
  - b. misbrug af laksantia
  - c. overdreven træning
  - d. anvendelse af appetithæmmende midler og/eller diuretika
- C. Forstyrret kropsopfattelse med følelse af at være for tyk og med frygt for fedme
- D. Endokrine forstyrrelser med amenoré, svækket libido og potens

Sygehistorie: ud fra ovenstående sygehistorie er det uklart om patient egentlig kunne have eller begyndende Anoreksi. Det vigtigste for almen praktiserende at undersøge er patients forhold til egen krop og frygt for fedme

**Somatisk udredning:**

- a. BMI (vægt(kg)/højde(m)<sup>2</sup>) – hvis personen ikke har en BMI<17,5 er der ikke behov for ydre udredning
- b. ødemer (deklikt eller periorbitalt)
- c. st. p. et c.
- d. puls (bradykardi (<50/min)) og
- e. BT (hypotension (<90/60))
- f. Palp. af abdomen.
- E. Tab af underhudsfedt og muskelatrofi
- F. Perifer cyanose
- G. Dunbehåring (lanugohår) kan ses
- H. Dehydrering kan ses
- I. Lav kropstemperatur

J. Hævede spytkirtler og syreskader på tænderne

K. Laboratorie undersøgelser:

- a. Infektionstal, rødt blodbillede, væsketal incl. fosfat, p-carbondioxid, thyroidea udredning, levertal incl. amylase, faste bs.

### Handlingmuligheder:

#### Anoreksi:

L. Mange patienter med begyndende AN eller lettere grader af AAN kan behandles i primærsektoren

M. Behandlingen består af 3 spor:

- a. **normalisering af spisning og vægt** og anden sygelig adfærd. Primært i form af gradvis normalisering af spisning og vægt samt ophør med kompenserende adfærd
- b. **afdækning af/arbejde med psykologiske aspekter**. Dvs. afdække sygdommens funktion og hjælp til at finde alternative mestrings strategier
- c. **fokus på ressourcer og evner**. Dvs. fokus på andre kompetencer og livsindhold, der kan træde i stedet for overoptagetheden af spisningens og vægtens store betydning for selvværdet.

---

5) 78 årig frisk kvinde kommer for årskontrol af sit blodtryk. Vægten ligger 6 kg under hvad den gjorde et halvt år tidligere. Hun har da også undret sig over, at tøjet var blevet lidt løst. Har det ellers godt. Hvad vil du gøre?

---

#### Overvejelser:

- Anamnesen er mangelfuld og vægttab er det eneste symptom. Vi må derfor overveje alle de tidligere nævnte diagnoser; cancer, endokrinologisk, ernæringsbetinget, neurologisk, psykisk, infektion, kardiovaskulær, gastrointestinal.

-

#### Anamnese

- Pt angiver at have det godt, et vægttab på 6 kg kunne tyde på underernæring, der er desuden ingen andre symptomer der leder tankerne over på alvorlig sygdom:
- Det er vigtig at vurdere patientens psykosociale forhold, spisevaner og evne til at lave mad og købe ind, er der orale gener som kunne føre til mindre indtag.
- Gift, boligforhold
- Hjemmehjælp
- Rygning, alkohol og medicin
- Er der kendt sygdom eller har der været sygdom indenfor de sidste måneder?
- Er der andre symptomer –aff. Madlede, nattesved, dyspnø?

#### Plan:

Selvfølgelig ift. anamnese. Og størst sandsynlighed

## FEBER

---

### Diagnostisk tankegang

- Feber er meget almindelig, men sjælden farlig i sig selv
- Infektionssygdomme blandt de yngste og de ældste præsenterer sig ofte med atypiske symptomer
- En liste med tilstande, som kan give feber, ville blive uendelig lang

### De hyppigste årsager

- Kortvarig feber skyldes i over halvdelen af tilfældene øvre luftvejsinfektioner
- Urinvejsinfektioner er også en vigtig årsag til feber hos børn
- Langvarig feber skyldes også oftest infektioner
- Langvarig feber kan foruden infektioner også skyldes maligne sygdomme og kollagenoser
- En sjælden gang er feber også tegn på alvorlig infektionssygdom som meningokoksygdom og pyelonefritis

### Differentialdiagnoser:

#### <3 dage

#### ØLI:

- Ubehag både fra næse og svælg med synkesmerter

#### Streptokok infektion

- Feber, patienten virker som regel syg, synkesmerter, taler ofte med grødet stemme, fravær af hoste
- CRP + STREP-A
- Penicillin 7 dage

#### Lungebetændelse

- **Produktiv hoste** med gulgrønt eller brunligt ekspektorat, feber, påvirket almentilstand, vejrtrækningsbesvær, hoste og eventuelt pleurasmerter
- Infektionstal, Rtg

#### Appendicit

- Overgang fra diffuse til lokaliserede smerter i højre fossa iliaca (McBurney), let til moderat feber, ileussyptomer. Peritonitis? Psoasømhed?
- skal indlægges

#### UVI

- leukocytter, bakterier og af og til blod i urinen
- Pivmecillinam 400mg x 3 dage

#### Erysipelas

- Påvirket almentilstand med hovedpine, kvalme og opkastninger; hurtig temperaturstigning med kulderystelser
- Penicillin

#### Epiglottis

- Medtaget, høj feber, betydelig vejrtrækningsbesvær med inspiratorisk stridor og svælgsmerter, savler
- Akut henvisning til ØNH

#### Meningitis

- Skal overvejes ved alle uklare tilstande med akut påvirket almentilstand, udslæt og feber

- Debutsymptomerne kan variere med hovedpine, feber, påvirket almentilstand, petekkier og fokale smerter
- Senere ved alvorlig infektion er påvirket sensorium, nakkestivhed og petekkier typiske fund
- Akut henvisning

### **Mellemlang varighed, 4-14 dage**

#### **Influenza**

- Høj feber op til en uge, ofte kulderystelser, hovedpine, muskelsmerter, eventuelt luftvejssymptomer og gastrointestinale gener

#### **Entroviral infektion**

- Feber, kvalme, opkast, diaré

#### **Mononukleose**

- Sygdomsbilledet præges af halssmerter, høj feber og hævede lymfeknuder på halsen ofte forudgået af generelle symptomer
- Petekkier på overgangen mellem den bløde og hårde gane ses hos godt en tredjedel af patienterne, splenomegali ses hos halvdelen, og lettere forstørret øm lever ses hos op til en tredjedel
- Diagnosen bekræftes ved serologisk undersøgelse og eventuelt differentieltælling med øget antal atypiske mononucleære celler

#### **Mellemørebetændelse**

- Stoppet næse, ensidig smerte, purulent sekretion, rådden lugt eller smag
- Pus i næsekaviteten, eventuel pusstribe på bagre svælgvæg og perkussionsømhed

#### **Cholecystit**

- Smerter i højre hypokondrium, eventuelt også i ryggen og op mod højre skulder; ofte kvalme og opkastninger med høj feber og kulderystelser
- Smerter ved palpation over galdeblæren, specielt ved dyb inspiration; kun 10 % har ikterus
- skal indlægges

#### **Endokardit**

- Feber, uspecifikke symptomer, tegn til systemiske embolier
- Ny eller ændret mislyd over hjertet; petekkier i ganen, i conjunctiva, under fingerneglene; ømme knuder på fingre, tæer og fødder (Osler knuder)

#### **Langvarig feber**

*Malign sygdom*

#### **SLE**

- Anæmi, forhøjet CRP og leukopeni er almindelig ved aktiv sygdom, positiv ANA-test

#### **Drug fever**

*Er temperaturen målt?*

- Afklar, om temperaturen virkelig er målt, hvor den blev målt, og hvor længe feberen har varet.

*Almentilstanden?*

- Aktivitetsniveau?
- Leger barnet eller ligger det slapt på sofaen?
- Tager barnet væske og føde til sig?
- Er barnet interesseret i omgivelserne, eller ser barnet "tomt" ud i luften?

### *Bevidsthedsniveau?*

- Kan man få kontakt med barnet?
- Er barnet "fjernt"?

### *Fokal årsag til feberen?*

- Spørg om forkølelse, hoste, øre- og halssmerter, hovedpine, mavesmerter, vandladningsbesvær

### *Febernedsættende behandling?*

- Spørg om brug af antipyretika
- Hvilken effekt har præparatet?

### *Nakkestivhed?*

- Ved telefonisk kontakt, instruer eventuelt forældrene om, hvordan de kan undersøge for nakkestivhed

### *I almenpraksis*

#### ***Akut sygdom***

- CRP, leukocytter og streptokokantigentest
- Hvis prøverne tages på for løse indikationer, er der en betydelig risiko for falske positive prøver
- Urinprøve bør tages hos børn, hvor man ikke finder nogen fokal årsag til feberen
- Bakteriologisk diagnose og resistensmønster er særlig aktuel ved langvarige infektioner
- Ved sepsismistanke tages bloddyrkning hvis muligt, hvis der er lang afstand til sygehus

#### ***Langvarig feber uden kendt årsag***

- Hæmatologisk status med hgb, leukocytter, trombocytter og CRP
- Leverfunktionsprøver som ALAT, bilirubin, basisk fosfatase, koagulationsfaktorer og albumin
- Nyrefunktionsprøver som kreatinin, karbamid og elektrolytter
- Immunglobuliner
- Immunologiske prøver som ANA, ANCA, rheumafaktor, HIV

#### ***Andre undersøgelser***

- Røntgenundersøgelser, særligt røntgen af thorax, er på lidt længere sigt aktuelt ved udredning af patienter med feber

### ***Klinisk undersøgelse***

#### ***Generelt***

- Symptomer og tegn på toksicitet:
  - Cyanose, nedsat aktivitet, hyper- eller hypoventilation, manglende interaktion med forældre og omgivelser, irritabilitet, slaphed, dårlig tonus, tegn på dårlig perfusion, takykardi eller dårlig øjenkontakt
- Tegn til bakteriæmi eller bakteriel meningitis <sup>4</sup>
  - Toksisk klinisk billede
  - Temperatur mindst 39,4°C
  - Obs! - ingen enkelt parameter identificerer alle med alvorlig bakteriel infektion <sup>5</sup>

---

1) Mor ringer, er bekymret, hendes 2 år gamle søn har næsten 40 grader i feber. Han er rimelig upåvirket, ser tegnefilm i fjernsynet. Drikker fint, men spiser ikke. Han har fået Panodil stikpiller et par timer tidligere. Hvad vil du sige til moderen? Vil du se barnet?

---



**Overvejelser:**

- Anamnesen giver ikke mistanke om akut tilstand. Men infektion er sandsynligt.
- Det kan derfor argumenteres for at barnet ikke behøver indlæggelse eller akut konsultation.
- Varigheden af symptomerne, samt hvilke følge symptomer barnet har betydning for hvorvidt jeg ville se barnet.

**Alarmsymptomer:**

1. Blødninger i huden (under nakken)
2. Stiv ryg eller nakke
3. Åndenød
4. Blegt eller passivt barn
5. Kramper?
6. Barn der virker fjernet eller er anderledes at få kontakt med.

**Tiltag:**

- Ekstra at drikke og let påklædning og nedsat aktivitet.
- Barnet skal selv have lov til at bestemme sine aktiviteter
- Febernedsættende lægemidler kan anvendes, når barnet føler ubehag eller har smerter.

**Sikkerhedsnet:**

- Uden andre alarm symptomer kan man afvente udviklingen? (Diarre og opkastninger, tørre bleer, tiltagende åndenød, tiltagende fjernhed, NRS, feber over 4 dage tilsiger ny konsultation.
- Ved feber over 39,5 bør man anbefale forældrene at de står op mindst en gang i løbet af natten og vurdere almentilstanden samt ser efter udslæt
- 

---

2) Peter på 3 år har haft feber hele natten, været urolig og sovet dårligt. Peter er nr. 2 af 2. Mor ringer om morgenen. Han har tidligere haft vrøvl med ørerne, fået antibiotika mange gange og til sidst fået lagt dræn. Hvad vil du gøre?

---

**Overvejelser:** Drejer sig formentlig om akut otit. Men det er vigtigt at anamnetisk få lidt mere at vide om patienten.

**Anamnese:** Er der feber? Tegn på toksicitet? Øresmerter? Påvirket almentilstand? Ledsage symptomer? NRS? Udslæt?

**Symptomer og tegn på toksicitet:**

- Cyanose,
- nedsat aktivitet,
- hyper- eller hypoventilation,
- manglende interaktion med forældre og omgivelser,
- irritabilitet,
- slaphed, dårlig
- tonus,
- tegn på dårlig perfusion,
- takykardi eller
- dårlig øjenkontakt

Da pt. er dårlig og irritabel er der visse tegn på toksistet, det er aktuelt at have konsultation. Også

siden jeg har mistanke om akut otit og mulighed for at behandle med antibiotika synes jeg det er relevant at vurdere om det i realiteten drejer sig om en otit. Det kunne sagtens være drænet der er stoppet til. Hvis dette er tilfældet kan tidens ses an i 3 dage. Før Ab. behandling

---

3) Fru Jensens hjemmehjælp ringer og fortæller, at fru Jensen på 80 år er lidt konfus, og går og falder. T.p. 38,1. Klager over træthed, men ingen symptomer udover dette. Hun er slet ikke som hun plejer, siger hjemmehjælpen. Ønsker et sygebesøg. Hvad kan hun fejle?

---

### Overvejelser

1. Delir
2. Demens – MMSE
3. Depression – ICD-10
4. Druk – Alkohol – delirium tremens?
5. Droger – Hvilken medicin?
6. Det 6. D = defekte sanser
7. Cerebrovaskulær – subdural hæmatom

Anamnesen tyder på hurtig udvikling → Mere sandsynligt der er tale om Delir, Medicin og Drugs. Delir er mest sandsynlig.

### Delir

1. Timer til dage
2. Disorientering
3. Tankeforstyrrelser
4. Nedsat opmærksomhed
5. Svingende tilstand

### Delir:

- Kan de komme til praksis
- Udrede somatisk årsag: Urinstix, Bp osv.
- Roligt miljø samt pårørende
- Medicinsanering
- Øget behov for tilsyn fra hjemmeplejen
- Evt. risperidon 0,5 mg x2 ofte med kontakt til geronto psyk.

**Henvisning:** Kan tilstanden ikke udredes i AP, bør der henvises

## SVIMMELHED

---

### Diagnostisk tankegang:

De hyppigste årsager

- Det angives, at **93 % af tilfældene i almen praksis skyldes positionsvertigo (som hyppig overses), akut vestibulær neuronitis eller Ménières sygdom**
- **Svimmelhed hos unge og midaldrende** - Kommer oftest af angst og uro, samt virusbetinget affektion af labyrinten eller n. vestibulocochlearis
- **Svimmelhed hos ældre** - Skyldes oftest arteriosklerose kombineret med aldersmæssige forandringer
- **Andre årsager til svimmelhed kan være ubehandlet hypotension og bivirkning til antihypertensiv behandling**
- **Svimmelhed ses også som led i neurologisk sygdom som** for eksempel hjernestammeinfarkt, multipel sklerose eller neuropati. Der vil her næsten altid være andre symptomer eller fund, som peger på neurologisk årsag.

### Differentialdiagnoser

- **Svimmelhed, funktionel**
  - Ukarakteristisk, domineres af generel instabilitetsfølelse, følelse af at skulle besvime
  - Angst og spændingshovedpine findes ofte samtidig
  - Symptomerne kan være relateret til specielle situationer
  - Som regel også andre vegetative symptomer som slaphed, ubehag i brystet, klump i halsen, ubehag i maven, etc.
  - Neurologisk status er normal, hyperventilation kan observeres under anfald
- **Benign positionel vertigo**
  - Skyldes en unilateral forstyrrelse i det perifere otolit-apparatet, en otolit kan have løsnet sig fra buegangen spontant eller efter et hovedtraume
  - Rotationssvimmelhed af få sekunder til højst 2 minutters varighed, hvor symptomerne er tydeligst, idet man lægger sig eller står op
  - Svimmelheden udløses ved specielle positioner eller bevægelser af hovedet
  - Ingen hørenedsættelse
  - Tilstanden kan reproduceres ved den kliniske undersøgelse
- **Neuronitis vestibularis**
  - Ofte efter virusinfektion i øvre luftveje
  - Kommer pludselig med rotatorisk instabilitet, nystagmus, kvalme og opkastninger
  - Ingen tinnitus eller høretab
  - Heftige symptomer de første dage, efter hvert reduceret ubehag
  - Fuld restitution kan forventes i løbet af 1-3 måneder, men nogen kan udvikle kroniske gener
- **Anæmi**
  - Grundsygdom som giver blodtab eller reduceret produktion af røde blodceller
  - Symptomer og fund er bestemt af grad og udviklingshastighed af anæmi
  - Slaphed, træthed, nedsat fysisk kapacitet, øresusen, åndenød
  - Bleghed, takykardi, dyspnø
  - Lav Hb og Hct
- **Cervikal dysfunktion**
  - Forandringer i cervikal columna, evt. udtalte myalgier i samme område

- Degenerative forandringer kan være en disponerende faktor
- Giver sig hyppigt udslag i svimmelhed og hovedpine
- **Aldersbetinget svimmelhed**
  - Fastsiddende ørevoks
  - Ortostatisk hypotension
  - Medikamenter
  - Kardiovaskulær sygdom, f.eks. arytmi
  - Sinus caroticus hypersensitivitet
- **Ménières sygdom**
  - Debuterer i 30-50 års alderen, initialt ensidig (90 %), senere får 30-60 % bilaterale gener
  - Anfald med gyrotorisk svimmelhed, høretab og øresusen, kvalme og opkastninger, patienten må som regel lægge sig. Anfaldene varer fra minutter til 1-2 timer
  - Over tid udvikles en nærmest konstant, lavfrekvent, bølgebruslignende øresusen og høretab
  - Der kan være spontannystagmus (hurtig fase) væk fra det syge øre og fald mod syg side
  - Evt. CT for at udelukke akustikusneurinom
- **Hjertesygdom**
  - Særlig arytmi og aortastenose kan give symptomer, som patienten beskriver som svimmelhed
  - Arytmi kan optræde som anfald, ofte ledsaget af hjertebanken, urolig puls
  - Kan verificeres ved pulsregistrering eller på EKG
- **Medikamentbivirkning**
  - En lang række medikamenter kan give svimmelhed 10, 11
  - Aminoglykosider, ødelægger sensoriske hårceller
  - Salicylater - ødelægger koklea og vestibulære endeorganer
  - Fenytoin, evt. andre antiepileptika
  - Ved seponering af SSRI andre antidepressiva
  - Sedativa og hypnotika
  - Nitroglycerin
  - Kinin og kinidin
  - Streptomycin
  - Cis-Platin
- **Iskæmi i hjernestammen**
  - Ofte ledsagesymptomer med hjernenerveudfald specielt dobbeltsyn, cerebellar ataksi og langbanesympptomer
- **Vestibularis schwannom (tidl akustikusneurinom)**
  - Benign langsomt voksende svulst, incidens ca. 2 pr 100.000 pr år
  - Ensidigt, tiltagende høretab, typisk i diskanten, diskriminationsproblem
  - Andre symptomer er mindre distinkte, svimmelhed og øresusen er som regel mindre fremtrædende
  - N. facialis kan være afficeret og medfører perifer facialisparese (både øvre og nedre del af ansigtet)
  - N. trigeminus kan være afficeret og medfører reduceret kornearefleks og sensibilitet i ansigtet
  - MRI og specielle audiologiske test er påkrævet for at stille diagnosen
- **Multipel sklerose**
  - Sædvanligvis en yngre person

- En inflammatorisk demyeliniserende sygdom i centralnervesystemet
- Startsymptomer kan være akut svimmelhed, dobbeltsyn, ensidig synsnerveaffektion, klodsethed, sensibilitetsforstyrrelser og kraftig vandladningstrang
- Ofte lette og forbigående symptomer den første tid
- Typiske fund er opbrudte øjenfølgebevægelser, nystagmus, koordinationsforstyrrelser, sensibilitetsudfald og hyperaktive reflekser
- **Hjernesvulst**
  - Primær eller sekundær tumor har sædvanligvis en langsom progression
  - Tidlige symptomer kan være epileptiske anfald, langsomt udviklede pareser, afasi - hovedpine er sjældent et tidligt symptom, men bliver et fremtrædende symptom hos 2/3
  - Typiske andre symptomer kan være kvalme, opkast, svimmelhed, hjernenervepareser og hydrocefalus
  - Efterhånden tiltagende neurologiske udfald, papilødem og personlighedsforandringer
- **Perilymfatisk fistel**
  - Brud mellem indre øre og mellemøre <sup>12</sup>
  - Kan skyldes en skade fra et direkte slag eller fra aktiviteter som dykning (barotraume) eller bæring af tunge vægte <sup>4, 13</sup>
  - Nysen eller bevægelser, som bevæger det afficerede øre nedad, kan udløse vertigo ved denne tilstand <sup>14</sup>
  - Vertigo eller nystagmus udløses ofte ved at trykke på tragus og ydre øregangsåbning, ved pneumatisk otoskopi eller ved Valsalvas manøver <sup>4, 13</sup>
- **Anden grundsygdom**
  - Svimmelhed kan også komme sekundært til anden grundsygdom i hjerte/kar, ved diabetes, hypotyreose og polyneuropati
- **Diverse**
  - Småbørn kan blive svimle af akut mellemørebetændelse eller serøs otit
  - Migræne kan give svimmelhed og kvalme i prodromalfasen
  - Alkoholmisbrug
  - Epilepsi, særlig temporallapsepilepsi, kan give svimmelhed før bevidsthedsforstyrrelsen indtræder

### Sygehistorien er meget vigtig

- **Hvordan arter svimmelheden sig?**
  - Anfald eller vedvarende gener?
  - Særlig vigtigt er det at få eksakte oplysninger om, hvordan det første svimmelhedsanfald artede sig <sup>15</sup>
  - Rotatorisk eller nautisk? <sup>16</sup>
  - Er det omgivelserne (vægge, gulv) eller patienten, som opleves at være i bevægelse?
  - Sidder "svimmelheden" i hovedet (vertigo) eller i benene (instabilitet)?
  - Diffus, ukarakteristisk?
- **Varighed?**
  - Hvor længe? <sup>4, 7, 13</sup>
  - I hvilke situationer optræder svimmelheden?
  - Varighed af evt. anfald?
    - Få sekunder

- Tyder på perifer årsag, ensidigt tab af vestibulær funktion, sene stadier af akut vestibulær neuronitis, sene stadier af Ménières sygdom
- Flere sekunder til nogle få minutter
  - Tyder på benign positionel paroksysmal vertigo eller perilymfatisk fistel
- Flere minutter til en time
  - Tyder på TIA i bagre del af hjernen eller perilymfatisk fistel
- Timer
  - Kan tyde på Ménières sygdom, perilymfatisk fistel fra traume eller kirurgi, migræne, vestibulært schwannom
- Dage
  - Kan tyde på akut vestibulær neuronitis, apoplexi i bagre gebet, migræne, multipel sklerose
- Uger
  - Tyder på psykogen årsag - konstant vertigo som varer i uger uden bedring
- **Udløsende faktorer?**
  - Hovedbevægelser eller positionsændringer?<sup>6,13,17</sup>
    - Tyder stærkt på positionel vertigo<sup>2,18</sup>, evt. neuritis vestibularis, tumor i den cerebellopontine vinkel, multipel sklerose, perilymfatisk fistel
  - Angst eller stress?
    - Tyder på psykiatrisk eller psykisk årsag, evt. migræne
  - Ingen udløsende faktor
    - Giver mistanke om akut neuronitis vestibularis, apoplexi eller TIA, Ménières sygdom, migræne, multipel sklerose
  - Nylig luftvejsinfektion?
    - Forudgående luftvejsinfektion tyder på akut neuronitis vestibularis
- **Ledsagende symptomer?**
  - Kvalme, opkast?
    - Er typisk for akut neuronitis vestibularis og ved alvorlige episoder af Ménières sygdom eller positionel vertigo<sup>2,19</sup>
    - Centrale årsager til vertigo giver sjældnere kvalme og opkast<sup>20</sup>
  - Hovedpine?
    - Tænk på vestibulært schwannom og migræne
  - Hørenedsættelse?
    - Tænk på Ménières sygdom, perilymfatisk fistel, vestibulært schwannom, kolesteatom, otosklerose, herpes zoster oticus<sup>2,13,17,20</sup>
  - Øresusen?
    - Kan være akut labyrinthitis, vestibulært schwannom, Ménières sygdom
  - Slaphed, åndedrætsbesvær? Tyder kardielt
  - Neurologiske symptomer?
    - Lammelser, dysartri, synsændringer, paræstesier, ændret bevidsthedsniveau, ataksi, eller andre ændringer i motorisk eller sensorisk funktion tyder på central årsag som cerebrovaskulær sygdom, neoplasme eller multipel sklerose
  - Smerte?
    - Kan forekomme ved akut mellemøresygdom, invasiv sygdom i temporalbenet, vertebraldisketion eller meningeal irritation<sup>13</sup>
  - Andre funktionelle gener?

- **Grad af svimmelhed?**
  - Udtalte gener?
    - Er typisk for akut neuronitis vestibularis de første dage, men mildnes over få dage
  - Stigende?
    - Ved Ménières sygdom øger intensiteten af anfaldene ofte den første tid, for så at aftage
  - Uændret?
    - Konstant vertigo, som varer i ugevis, kan tyde på psykisk årsag
- **Tidligere eller kroniske sygdomme?**
  - Hjertekarsydom, diabetes, øresygdom, neurologisk sygdom
  - Tilstand som disponerer for anæmi?
- **Medikamenter eller stimulantia?**
  - Kan svimmelheden skyldes bivirkning af medicin?<sup>12</sup>
  - Alkohol eller narkotika?
- **Konsekvenser af svimmelheden**
  - Hvor alvorlig er svimmelheden?
  - Bed patienten beskrive i hvilken grad svimmelheden går ud over daglige aktiviteter

#### Alm. Objektiv:

- **Almentilstand**
  - Anæmi?
  - Alkoholisme?
- **Funktionelt præg?**
  - Ængstelig?
  - Deprimeret?
  - Stresset?
- **Hjertekarstatus**
  - Blodtryk - ortostatisk hypotension?
    - Fald i blodtryk med mere end 20 mm Hg og pulsstigning på mere end 10 slag pr. minut<sup>22</sup>
  - Puls, regelmæssig?
- **Cervikal columna**
  - Tegn på nedsat bevægelighed?
  - Fremtrædende myalgier?
- Anfald
- Hovedpine
- Gangbesvær

#### Neurologisk status

- Hjernenerverne - tegn på lammelser?
- Nystagmus eller øjemotilitetsforstyrrelse?
  - Vertikal nystagmus ses ofte ved vestibulær nukleær eller cerebellar vermis læsion<sup>3</sup>
  - Spontan horisontal nystagmus med eller uden rotatorisk nystagmus og hurtig fase væk fra det syge øre er forenelig med akut neuronitis vestibularis
- Gangbesvær?

- Patienter med perifer vertigo har oftest kun let nedsat balance, men "svimmelhed i hovedet" kan umuliggøre gang.
- Patienter med central vertigo har ofte kun beskeden "svimmelhed i hovedet" men balanceforstyrrelse kan gøre det besværligt, men som regel muligt at gå
- Ekstremitetslammelser?
- Koordinationsforstyrrelser?
- Sensibilitetstab?
- Taleforstyrrelser?

### ØNH-status

#### HINTS

- Head-impulse-test
- Nystagmus
- Test of Skew

- EEG
- Kalorisk prøve
- Elektrisk respons-audiometri/vestibulær undersøgelse
- Holter monitorering?

---

1) 38 årig mand, sad og kørte bil, blev pludselig svimmel, og måtte standse bilen. Kunne knapt stå på sine ben, da han steg ud, det hele drejede rundt. Hvad kan han fejle?

---

**Overvejelser:** Differentialdiagnoser er der rigtig mange af se tidligere, mest sandsynligt er at det drejer sig om akut neuronitis vestibularis og psykisk betinget.

### Anamnese:

- Patientdel: uddyb historie, og spørg til de 4 F'er
- Lægedel: Her skal stilles mange uddybende spørgsmål
  - Debut?
  - Karakter?
  - Varighed?
  - Udløsende faktorer: Bevægelse? Nylig infektion? Angst? Stress? Tidligere traume?
  - Ledsagesymptomer: Kvalme/opkast? Tinnitus? Øresusen? Hørenedsættelse? Slaphed, træthed? Neurologisk symptomer? Smerte?
  - Tidligere sygdomme: hjertekar, anæmi, neurologisk,
  - Medicin: Insulin? SU? Andet?
  - Alkohol og rygevaner?

### Objektivt:

1. Vitale værdier: BT, puls, RF
2. Almen objektiv: med, almen tilstand, st.c.,
3. ØNH – undersøgelse:
4. Neurologisk undersøgelse:

### Plan:

Meget afhængig af ovenstående udredning. Tager vi dog udgangspunkt i de mest sandsynlige

- Psykogen
  - Fornyet konsultation angående angst, stress



- Behandling vil bestå af samtalerapi, åndedræts og afspændingsøvelser, evt. deltidsraskmelding
- Akut neronitis vestibularis
  - Ved oplagt gives antihistamin, der fortælles om bedring men lang proces. Patienten informeres om vestibulær træning efter den akutte proces
  - Der afsættes kontroltid, for at se om diagnose er korrekt. Gerne inden for 2 uger.

2) 68 årig kvinde, tobaksryger, BMI 31, er i de sidste uger blevet svimmel og træt og har det ikke godt, synes også at synet er blevet dårligere – det hele er bare blevet dårligt! Hoster om morgenen og bliver let forpustet, men sådan har det været i flere år. Mener ikke at have haft feber. Hvad skal vi gøre?

**Overvejelser:** På baggrund af patientens alder, rygning og overvægt kan man godt tænke på mere alvorlige tilstande eller deres prætest sandsynlighed er større. Eksempler er apopleksi, TIA, svulst, kardiovaskulære. Patienten virker dog også lidt psykisk påvirket så psykisk er også oplagt og hyppigt, men de andre er alvorlige og har derfor prioritet. Desuden synes der også at være pulmonal involvering. Diabetes, hypothyreose er også en mulighed. Medikamentelt

### Anamnese

Patientdel: uddybelse samt de 4 F'er

Lægedel: Uddybende anamnese er meget relevant. Vigtigt at spørge ind til flere symptomerne for at få dem uddybet. Nedenstående er kun spurgt ind til svimmelhed.

- Debut?
- Karakter?
- Varighed?
- Udløsende faktorer: Bevægelse? Nylig infektion? Angst? Stress? Tidligere traume?
- Ledsagesymptomer: Kvalme/opkast? Tinnitus? Øresusen? Hørenedsættelse? Slaphed, træthed? Neurologisk symptomer? Smerte?
- Tidligere sygdomme: hjertekar, anæmi, neurologisk,
- Medicin: Insulin? SU? Andet?
- Alkohol og rygevaner?

### Objektivt

- Vitale værdier: BT, puls, tp, almen tilstand farver? Anæmitegn?
- Almen objektiv: St.c, St.p
- Øjenundersøgelse er relevant
- Neurologisk undersøgelse
- ØNH-undersøgelse

**Supplerende us:** Er i dette tilfælde meget relevant

- BP: Hb, nyretal, levertal, lipider, BNP, glukose, TSH, T4.
- EKG
- Spirometri og irreversibilitetstest

### Plan:

- Ved hjertesygdom vil det være relevant at henvise ift. klapsygdom, hjerteinsufficiens, arytmier, TIA. Ved neurologisk udfald relevant at henvise. Kvinden vil formentlig kræve

henvisning pga. sine mange symptomer, unless hvis alle fund er normale kan man godt vælge at se tilstanden an. Kvinden er oplagt til opsøgende kontakt og kontroller

3) 58 årig kvinde, rask, aldrig syg, får ingen medicin. Menopause for 7 år siden uden væsentlige gener. Nu svimmel, især når hun rejser sig fra sin seng eller en stol. Også noget træt synes hun, men hun har også meget at se til på jobbet, der hjemme, børnebørn mm.

#### Overvejelser:

Udredning vil stor set være det samme som ovenstående i hvertfald ift. anamnese, men vi kan godt være mere rolige hendes prætestandsynlighed for alvorlig sygdom er meget lavere. Vigtig at udrede hende for ortostatisk hypotension. Psykisk betinget er også meget relevant. Dog grundet alderen er arteriosklerose stadig en mulighed og neurologisk undersøgelse bør udføres.

4) 69 årig mand, ophørt med at ryge for 5 år siden, let overvægtig med BMI 32. Moderat hypertension, som han får forskellig medicin for. Ved den almindelige rutinekontrol af blodtrykket hos sygeplejersken, klager han over lidt svimmelhed og lidt hævede ben. Hvad skal vi overveje?

**Overvejelser:** Manden er ældre, har røget, og tager forskellig medicin, hjertesvigt synes derfor at være en oplagt årsag. Men andre tilstande vil også kun give ødemer i benene fx nyresvigt, medikamenter, hypothyreose, KOL, hypoalbuminæmi (mange årsager til dette). Ved mistanke om hjertesvigt skal man dog både tænke på forværende faktorer og ætiologisk faktorer.

Hjertesvigt årsager	Hjertesvigt forværende faktorer
1. Koronarsygdom – hypertension – hyppigst årsag 75-80%	1. Infektion?
2. Hjerteklapfejl	2. Høj temperatur
3. Kardiomyopati	3. Saltholdige måltider
4. Medfødt hjertefejl	4. Atrieflimren, bradykardier
5. Arytmier	5. Anæmi, thyreotoksiskose
	6. Angst og uro
	7. Hypotensive episoder
	8. Diabetes
	9. Medikamenter
	a. Negativ inotrop effekt
	b. Fører til væskeretention
	c. Kardiotoksiske
	d. Hurtig opstart eltroxin

#### Anamnese:

Patientdel: uddybende fortælling samt de 4'F'er.

Lægedel: Relevant at spørge til begge symptomer for at afgrænse svimmelheden spørg ift. tidligere.

Men fokus bør være på nedenstående.

- Debut og varighed?
- Karakter?
- Forværende/lindrende faktorer: ift. benet – værst om aften? Værst når benet hænger ned?
- Ledsagesymptomer: Smerter i brystet? Feber? Åndenød? Hjertebanken? Besvimelse? Stress? Angst? Hoste + ekspektorat? Vandladning normal?

- Tidligere sygdom: Iskæmisk hjertesygdom, KOL, Klapsygdom? Andre hjertesygdomme?
- Dispositioner: Hjertesygdom? Endokrine lidelser?
- Medikamenter: NSAID? Steroid? Ca-blokker? Betablokker? Tager han den?
- Alkohol?

**Objektivt:**

- Vitale værdier: puls, BT, tp, RF
- Almen objektiv: almen tilstand, farver, bevidsthed, st.p, st.c, halsvenestase, hepatomegali.
- Grov neurologisk bør udføres pga. svimmelheden.

**Paraklinisk:**

- EKG
- BP: Hgb, levertal, nyretal, infektionstal, TSH evt. BNP, glukose
- Urinstix – til at afgrænse nyresygdom
- Spirometri? Nok ikke helt relevant lige nu

**Plan:** Der er formentlig begrundet mistanke om hjertesvigt og behov for afvanding, henvisning til ambulant kontrol er vigtig. Følger derfor pakkeforløb. Efter henvisning vil dog være relevant med opfølgende kontrol både med fokus på KOL, og motiverende samtale angående risikofaktorer.

---

5) Diffus svimmelhed hos 25 år gammel, mandlig studerende. Har været en uge. Bliver ikke bedre. Ikke tidligere syg. Intet misbrug. Tager ingen medicin. Bor sammen med jævnaldrende kæreste fra Rumænien. Hvad vil du undersøge og hvad vil du gøre?

---

**Overvejelser:** pga den unge alder og ingen risikofaktorer og langvarig årsag så tænker vi hovedsageligt på psykogen årsag og akut vestibularis neurit. Svarer meget til patienten tidligere

**Anamnese:**

- Patientdel: uddyb historie, og spørg til de 4 F'er
- Lægedel: Her skal stilles mange uddybende spørgsmål
  - Debut?
  - Karakter?
  - Varighed?
  - Udløsende faktorer: Bevægelse? Nylig infektion? Angst? Stress? Tidligere traume?
  - Ledsagesymptomer: Kvalme/opkast? Tinnitus? Øresusen? Hørenedsættelse? Slaphed, træthed? Neurologisk symptomer? Smerte?
  - Tidligere sygdomme: hjertekar, anæmi, neurologisk,
  - Medicin: Insulin? SU? Andet?
  - Alkohol og rygevaner?

**Objektivt:**

5. Vitale værdier: BT, puls, RF
6. Almen objektiv: med, almen tilstand, st.c.,
7. ØNH – undersøgelse:
8. Neurologisk undersøgelse:

**Plan:**

Meget afhængig af ovenstående udredning. Tager vi dog udgangspunkt i den mest sandsynlige

psykogen skal patienten gerne have vist at der har været konstant svimmelhed uden bedring, ukarakteristisk form for svimmelhed, normal ØNH-undersøgelse. Ukarakteristiske ledsage symptomer, så tør vi godt at se tilstanden ad.

- Psykogen
  - Fornyet konsultation angående angst, stress
  - Behandling vil bestå af samtalerapi, åndedræts og afspændingsøvelser, evt. deltidsraskmelding

---

6) 77 år gammel kvinde, for tiden belastet af at passe syg veninde, kommer i sommerperioden og klager over svimmelhed. Beskriver svimmelheden som turevis, måske lidt karruseltype. EKG, blodprøver og BT nat. – Hvad vil du stille op ?

---

**Overvejelser:** Udfra anamnesen må man sige at det taler for BPPV, psykogen kunne også være en mulighed, og pga. at hun allerede er udredt er kardiell årsag meget lav. Perilymfatisk fistel er også en mulighed og vi kan ikke udelukke cerebrovaskulær sygdom som faldgruppe.

**Anamnese:**

- Patientdel: uddyb historie, og spørg til de 4 F'er
- Lægedel: Her skal stilles mange uddybende spørgsmål
  - Debut?
  - Karakter? Sidder det i benene eller i hovedet?
  - Varighed?
  - Udløsende faktorer: Bevægelse? Nylig infektion? Angst? Stress? Tidligere traume?
  - Ledsagesymptomer: Kvalme/opkast? Tinnitus? Øresusen? Hørenedsættelse? Slaphed, træthed? Neurologisk symptomer? Smerte?
  - Tidligere sygdomme: hjertekar, anæmi, neurologisk,
  - Medicin: Insulin? SU? Andet?
  - Alkohol og rygevaner?

**Objektiv:** Der bør nok udføres en lidt bredere objektiv undersøgelse pga. alderen

- Vitale værdier: tp, puls, BT
- ØNH – undersøgelse med fokus på dick-hallpikes
- Grov neurologisk både for at udelukke hjernesvulst og apopleksi/TIA

**Paraklinisk:** De er udført

**Plan:** Er meget afhængig af øvre udredelse. Men vi tænker dog at de mest sandsynlige BPPV og psykogen.

- BPPV: epleys manøvre er vigtig. Samt information om hjemmeøvelser. Ved terapivigt kan man vælge at se det lidt an og så henvise efter patienten har prøvet hjemmeøvelser.
- Psykogen: se tidligere

# SYNCOPE

---

## Forekomst <sup>6</sup>

- Prævalens
  - Synkoper forekommer hos op til 20-30 % af befolkningen. De fleste oplever kun et anfald, og opsøger ikke læge
  - 15 % af børn under 18 år har oplevet synkope, 23 % af ældre over 70 år <sup>7</sup> - forekomsten øges med alderen <sup>8</sup>
  - 30 % oplever recidiv <sup>4</sup>
- Incidens <sup>9, 7, 10</sup>
  - Udgør 3 % af alle akut-medicinske besøg ved lægevagt
  - Udgør 6 % af alle akutte indlæggelser på sygehus
  - Blandt ældre i institution er årlig incidens af synkope omkring 6 %
- Synkoper kan inddeles i tre hovedkategorier
  - Vasovagal synkope : 50-60 %
  - Kardial årsag: 10-40 %
  - Neurologisk årsag: 0-4 %
  - Synkope af ukendt årsag forekommer i op til 30 % af tilfældene

## Diagnostisk tankegang

### Generelt <sup>17</sup>

- Synkope kan skyldes et bredt spekter af tilstande. Nogle er livstruende, og hurtig diagnostik er vigtig
- Prætest sandsynligheder for de forskellige tilstande der kan forårsage synkope, varierer stærkt med
  - omstændighederne ved anfaldet
  - patientens alder
  - eventuelle underliggende kendte sygdomme og tilstande
- Hos meget gamle er årsagerne ofte multifactorielle med kombination af svigtende fysiologiske reflekser og reduceret cerebral blodtilførsel

### Almindelige årsager

- Vasovagal synkope ("den almindelige besvimelse")
  - Er den hyppigste årsag til synkope i almen praksis
  - En selvbeholdende episode der udløses af øget vagusaktivitet, fører til bradykardi, blodtryksfald og perifer vasodilatation, hvorved den cerebrale blodgennemstrømning reduceres, og dette medfører synkope <sup>12</sup>
  - Skyldes et unormal eller overdreven autonom respons på forskellige stimuli, hvor de hyppigste er ortostatisk blodtryksfald og emotionelle reaktioner <sup>13, 14</sup>
  - Mekanismen kan involvere aktivering af kardielle C-fibre <sup>1, 15</sup>
- Andre hyppige årsager er
  - Ortostatisk hypotension
  - Medikamentelt udløst synkope
  - Hyperventilation
  - Kardial synkope på grund af arytmier eller aortastenose. Incidensen af kardial synkope øges med alderen
  - Sinus caroticus syndrom, diagnosticeres ved carotis massage
  - Neurokardiogen synkope
    - Diagnosticeres ved vippetest
  - Hos småbørn (2 mdr - 5 år) er affektkræmper almindelig årsag til bevidsthedstab
- Diagnostiske faldgruber
  - Kardiale synkoper som følge af
    - AV-blok
    - Syg sinusknude
    - aortastenose
    - ventrikulære arytmier
  - Synkoper på grund af medicin, specielt nitrater
- **Differentialdiagnoser**
- **Vasovagal synkope**
  - Årsag
    - Refleksmedieret hypotension <sup>16</sup>
    - Kan udløses af angst, smerte, ubehagelige oplevelser, syn af blod, opkastninger, diaré
    - "Miktionssynkope" hos ældre opstår gerne om natten i forbindelse med tømning af urin eller afføring
  - Forekomst

- Den hyppigste årsag til synkope både hos barn og voksne. Gennemsnitlig prævalens angives til 22 %<sup>15</sup>, hyppigst blandt unge kvinder
  - Synes at være forklaringen på 50-66 % af uforklaret synkope<sup>17,15</sup>
- Sygehistorie
  - Bevidsthedstab kommer gerne snigende. Indledes med svimmelhed, sved, bleghed, kvalme, hjertebanken og sortnen for øjnene (øget parasimpatikustonus)<sup>1, 16</sup>
  - Tilstanden bedres hurtigt i liggende stilling, men patienten kan føle sig "træt" og utilpas i flere timer efter<sup>19, 20</sup>
- Kliniske fund
  - Patienten har lavt BT og langsom puls
  - Patienten er mentalt klar, men fysisk slap efter anfaldet
- **Ortostatisk synkope**
  - Årsag
    - Skyldes en svigtende autonom refleks på grund af nedsat sensitivitet i baroreceptorerne med alderen<sup>21</sup>
    - En række disponerende tilstande, blodtab, sengeleje, diabetes, alkoholisme eller medikamentelt udløst<sup>22</sup> - f.eks. antihypertensiva, antidepressiva og diuretika
    - Optræder hyppigere ved interkurrente sygdomme
  - Forekomst
    - Hyppigst blandt ældre, forekommer hos 5 % i befolkningen<sup>22</sup>
  - Sygehistorie
    - Synkope i tilslutning til, at patienten rejser sig eller netop har rejst sig
  - Kliniske fund
    - Fald i blodtrykket på mindst 20 mm Hg systolisk eller 10 mm Hg diastolisk inden tre minutter efter, at vedkommende har rejst sig<sup>23</sup>
    - Takykardi og puls over 100 indikerer volumentab
    - Minimal øgning i puls tyder på forstyrrelser i baroreflexen, hvilket er almindelig blandt ældre
- **Kardialt betinget synkope**
  - Årsag
    - Kan skyldes koronarsygdom, hjertesvigt, ventrikulær takykardi, myokardit eller medikamenter som påvirker hjertets elektriske ledningssystem
    - Kan føre til
      - takykardi, supraventrikulær eller ventrikulær
      - bradykardi, AV-blok, sinusarrest
      - vaskulær obstruktion: aortastenose, lungeemboli
      - iskæmisk: hjerterinfarkt
  - Forekomst
    - 2/3 vil være over 60 år, de fleste mænd
  - Sygehistorie
    - Kan komme pludselig og uventet (arytmi) eller i forbindelse med fysisk anstrengelse (aortastenose). Patienten er ofte relativt upåvirket efter anfaldet
    - Er ofte recidiverende<sup>3,19, 24</sup>
    - Synkope i liggende stilling er næsten altid af kardial oprindelse
  - Prognose
    - Etårsmortaliteten er 20-30 %
- **Affektkramper**
  - Debuterer som regel i første eller andre leveår
  - Gentager sig mere eller mindre hyppig i nogle måneder eller år frem mod 2-4-årsalderen
  - Anfald udløses oftest af smerte, angst eller vrede
  - Barnet kan skrike, "til det bliver blåt" og bliver bevidstløst, evt. med kloniske kramper
- **Hyperventilation**
  - Forekommer ofte under eller efter psykisk belastende situationer
  - Patienten oplever, at han/hun ikke får nok luft
  - Oftest udtalt angst, men angst kan også være fraværende
  - Følelse af tørhed i mund, paræstesier i fingre, hænder, ben og rundt om munden, evt. kramper og fødselshjælperstilling af hænderne (fingre stift strukket og samlet)
- **Hysterisk synkope**
  - Hos voksne optræder synkoper i forbindelse med en psykisk belastende situation. Patienten er ikke alene, og besvimmelsen kan have et teatralisk præg
  - Ved forsøg på at åbne patientens øjne, vil vedkommende ofte knibe øjnene sammen eller dreje blikket væk
- **Hjernerytelse**
  - Bevidsthedstab umiddelbart i tilslutning til kranietraume

- Varighed afhængig af skadens omfang
- Patienten vil ofte sammenblande bevidsthedstab og amnesi
- Synkope ved rus og intoksikationer
- Oplysninger om rus- og medicinforbrug
- Ofte bevidstløshed af længere varighed
- Vær opmærksom på mulighed for hypoglykæmi efter længere tids spiritusmisbrug
- **Epilepsi**
  - Bredt spekter af tilstande som skyldes cerebrale funktionsforstyrrelser - inddeles i generaliserede og partielle (fokale) former
  - Generaliseret epilepsi er generelle anfald uden fokal start eller aura - tonisk-kloniske anfald, absencer, myoklonier, atoniske
  - Partiel epilepsi er fokale eller lokaliserede anfald som kan gå over i generelle anfald
  - Udenfor anfald er neurologisk status ofte normal, eller der afdækkes neurologiske skader eller udfald
- **Cerebral katastrofe**
  - Sjældent årsag til synkope, giver almindeligvis langvarig bevidstløshed
  - TCl, apopleksi (oftest hæmorragi) og subaraknoidalblødning
  - Oftest ledsagesymptom som pareser, stærk hovedpine, nakkestivhed, vedvarende bevidstløshed
- **Hypoglykæmi**
  - Som regel kendt diabetes
  - Kan skyldes overdosering af medikamenter (insulin eller perorale antidiabetika), langvarig faste, fysisk anstrengelse, mentalt stress eller indtag af alkohol
  - Pludselig debut, følelse af svaghed og mathed, sultfølelse, sved, tremor, palpitationer og takykardi
  - Centralnervøse symptomer ved langvarig eller udtalt hypoglykæmi kan være konfusion, ændret adfærd, pareser, bevidsthedssvækkelse, kramper og koma
  - Måling af blodglukose eller bedring ved infusion af hyperton glukose bekræfter diagnosen
- **Sinus caroticus syndrom**
  - Årsag
    - Skyldes et abnormt refleksrespons ved stimulering af sinus carotis <sup>25</sup>
    - Kan medføre sinus arrest, SA-blok eller persisterende sinusbradykardi
  - Forekomst
    - Sjældent, men måske hyppigere end man før har troet
    - Sandsynligvis underdiagnosticeret hos ældre
  - Sygehistorie og kliniske fund
    - Induceres af kraftig ekstension eller rotation af halsen hos patienter med sensitiv sinus caroticus, f.eks. som følge af barbering, stram krave
- **Subclavian steal syndrome**
  - Sjældent
  - Kan forekomme ved lokaliseret stenose i en subklavia arterie proksimalt for afgang af a. vertebralis, således at blod "stjæles" fra denne arterie
  - Synkope efter armbevægelse over hovedhøjde kan tyde på denne tilstand
  - Evt. høres stenose lyd i fossa supraclavicularis, palper radialispulse og evt. måles systolisk blodtryksforskel på mindst 20 mm Hg på de 2 arme
- **Neuralgier**
  - Glossofaryngeusneuralgi
    - Er et usædvanligt smertesyndrom som kan forårsage synkope
    - Synkebevægelse, snakken, nys og pres mod triggerpunkter i tonsillerne, øret, farynx og larynx giver smertefulde stimuli, der medfører øget tryk af sinus caroticus
    - Dette fører til parasympatisk stimulering og synkope <sup>26</sup>
  - Trigeminusneuralgi
    - Er sjældent ledsaget af synkope, og den patofysiologiske mekanisme er uklar <sup>27</sup>
- **Lægemiddeludløst**
  - Jfr. polyfarmaci hos ældre

## Sygehistorie

### Centrale elementer

- Sygehistorien er diagnostisk i 50-60 % af tilfældene <sup>12, 28, 29</sup>
- Fokuser på
  - at verificere at det var en synkope
  - om der foreligger hjertesygdom eller anden livstruende årsag

- **Hvad foretog patienten sig?**
  - Smerter eller ubehagelige oplevelser?
    - Disponerer for vasovagal reaktion
  - Synkope efter miktion, hoste, synkning, defækation?
    - Tyder på vasovagal synkope
  - Rejst sig hurtigt?
    - Kan udløse synkope pga. ortostatisk hypotension
  - Kranietraume?
    - Bevidsthedstab umiddelbart i tilslutning til traumet tyder på hjernerystelse
  - Sker synkopen i liggende stilling?
    - Tyder det på kardial synkope
  - Anstrengelsesudløst synkope?
    - Kan tyde på aortastenose
  - Besvimelse efter hovedbevægelse?
    - Ses ved sinus caroticus-syndrom
  - Besvimelse efter armbevægelser?
    - Ses ved subclavian steal syndrom
- **Forvarsel?**
  - Hjerterebanken forud for synkopen?
    - Kan tyde på arytmi
  - Aura?
    - Kan tyde på epilepsi
  - Følelse af svaghed og mæthed, sultfølelse, sved, tremor, palpitationer og takykardi?
    - Ses ved hypoglykæmi
  - Stress, angst, emotionelt ude af kontrol
    - Tænk hyperventilation
  - Frygt, smerter?
    - Tænk vasovagalt anfald
- **Livstruende tilstand?**
  - Akut hjerteinfarkt?
  - Lungeemboli?
  - Aortadissektion?
  - Aortastenose?
- **Kramper?**
  - Tyder på neurologisk årsag
  - Abstinenskramper
- **Ledsagesymptomer?**
  - Åndedrætsbesvær - tænk på hyperventilation
  - Paræstesier - tænk på hyperventilation og angst
  - Synsproblemer - tænk på migræne og TCI
  - Talebesvær - tænk på migræne, TCI, angst og apopleksi
  - Sved, sultfølelse - tænk hypoglykæmi
- **Hvordan var tilstanden efter anfaldet?**
  - Søvnig og slap - tænk epilepsi
  - Mærkede ingenting - vasovagal eller kardial synkope?
- **Tidligere bevidsthedstab?**
  - Tidligere bevidsthedstab ses ved kardiale arytmier, aortastenose, epilepsi, sinus caroticus syndrom
- **Hjertesygdom, epilepsi eller diabetes?**
  - Kendt grundsygdom giver værdifuld information, men udelukker ikke andre årsager til synkope
- **Indtag af medikamenter**
  - Medicinanamnese er altid vigtig ved synkope
  - En række medikamenter kan give ortostatisk hypotension, særlig
    - nitrater
    - flere typer hjertemedicin herunder beta-blokker og digoxin
    - antiparkinsonmidler
    - antidepressiva
    - diuretika
- **Alkohol?**
  - Kronisk misbrug kan give mange organskader



- **Klinisk undersøgelse**

- Generelt

- Mental status - tegn til angst?
- Tegn til kronisk alkoholmisbrug?
- Generel somatisk status:
  - Observation af evt. bleghed
  - Palpation af puls - arytmie?
  - Måling af blodtryk
  - Auskultation af hjerte og halskar
- Orienterende neurologisk status er ofte indiceret

- Specielt

- *Ortostatisk hypotension?*
  - Liggende og stående blodtryk, 60 sek. efter patienten har rejst sig
  - Et fald i systolisk BT på 20 mm Hg sammen med en øgning i pulsfrekvens på 10-20 tyder på **ortostatisk hypotension**
  - En alternativ test er, at patienten står oprejst i tre minutter, helst mens vedkommende læner sig mod væg, således at muskelpumpen i benene ikke aktiveres, og evt. blodtryksfald registreres
- *Carotismassage*
  - Kontraindikation
    - Skal ikke udføres ved stenose/lyd over halskarrene eller ved symptomer på apopleksi eller TCI <sup>30</sup>
  - Forsigtighed
    - Bør måske ikke udføres i almen praksis. Venflon bør være indlagt, atropin tilgængelig
    - Samtidig EKG- og BT-overvågning
  - Procedure
    - Patienten skal ligge
    - Kardial årsag til synkope bekræftes, hvis ensidig carotismassage i 5-10 sek. fører til asystoli af mindst 3 sekunders varighed eller BT fald på mindst 50 mm Hg <sup>30</sup>
    - Der bør gå mindst 30 sekunder, før massage på den anden side
    - Ved negativ test bør den også udføres i siddende og stående stilling
- *BT-måling, specielt*
  - BT-måling i begge arme ved mistanke om **subclavian steal syndrome**

- **Supplerende undersøgelser**

- I almen praksis
- Rutineundersøgelser som Hb, glukose, kreatinin og elektrolytter giver sjældent forklaring på synkope
- EKG <sup>30, 31</sup>
  - Giver ny information hos 5-10 % af patienterne - kan fange op ca. 90 % af de med kardiale synkoper <sup>29</sup>
  - Se efter arytmier, forlænget QT-interval, tegn efter tidligere hjerteinfarkt, ventrikel hypertrofi
  - **WPW-syndrom**, deltakker (synkope ved atrieflimmer)

---

1) 18 årig pige, kommer akut med veninde. Besvimelede oppe i skolen, føler sig skiftevis varm og kold, skal hele tiden lade vandet. Er bange for at fejle noget alvorligt. Gør hun det?

---

**Overvejelser:** Grundet den lave alder er vi ikke bange for at hun fejler noget og vasovagal synkope er det mest sandsynlige, men for at være nuanceret burde man også tænke på mere alvorlige ting epilepsi eller diabetes men deres prætestandsynlighed er meget lav.

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende fortælling, de 4F'er

Lægedel:

- Debut: pludseligt? Snigende?
- Varighed: langtid
- Karakter: pludseligt/snublende?, tonisk-klonisk anfald både før eller kun samtidig med bevidsthedstab?

- Udløsende faktorer: angst? Rejst sig op? Smerte/ubehag? Traume? Liggende? Under anstrengelse?
- Ledsagesymptomer: Spørg både om før bevidsthedstab og efter bevidsthedstab – vejrtrækningsbesvær? Frygt, smerter? Kvalme opkast? Vejrtrækningsbesvær? Neurosymptomer?
- Medicin: Insulin, SU har hun diabetes
- Tidligere sygdom?
- Dispositioner?

**Objektivt:** Meget lidt er relevant hos sådan en pige.

- Vitale værdier: puls + BT.
- St.c - relevant

**Paraklinisk:**

- Meget lidt er relevant i den her situation.

**Plan:** Ud fra anamnesen kan vi nok afgøre at det drejer sig om vasovagal synkope

- Informeres om det hyppigt 22% af unge piger og ufarligt
- Informerer patienten om at drikke godt.
- Ved flere synkoper og vedvarende symptomer skal patienten ringe til lægen.

---

2) 19 årig soldat, besvimer under tapning af donorblod, har ikke prøvet det før. Havde angiveligt lidt kramper eller sitringer. Vågnede op igen efter få minutter, men fik hjertebanken. Er bange for at have fået epilepsi eller hjertesygdom.

---

**Overvejelser:** Patienten er meget ung og omstændighederne taler meget for at det er vasovagal synkope. Vigtigt er det dog at tage hånd i hans frygt, men i princippet udredes patienten på samme måde som pigen.

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende fortælling, de 4F'er

Lægedel:

- Debut: pludseligt? Snigende?
- Varighed: langtid
- Karakter: pludselig/snublende?, tonisk-klonisk anfald både før eller kun samtidig med bevidsthedstab?
- Udløsende faktorer: angst? Rejst sig op? Smerte/ubehag? Traume? Liggende? Under anstrengelse?
- Ledsagesymptomer: Spørg både om før bevidsthedstab og efter bevidsthedstab – vejrtrækningsbesvær? Frygt, smerter? Kvalme opkast? Vejrtrækningsbesvær? Neurosymptomer? Tungebid? Desorienteret efter anfald? Muskelsmerter efter anfald?
- Medicin: Insulin, SU har hun diabetes
- Tidligere sygdom?
- Dispositioner?

**Objektivt:** Meget lidt er relevant hos sådan denne person.

- Vitale værdier: puls + BT.

**Paraklinisk:**

- Meget lidt er relevant i den her situation.

**Plan:** Udfra anamnesen kan vi nok afgøre at det drejer sig om vasovagal synkope, og at kramper og sitringer er almindeligt under anfald, mens kramper og sitringer inden anfald tyder på

- Informeres om det hyppigt 20-30% af befolkningen og ufarligt
- Informerer patienten om at drikke godt.
- Ved flere synkoper og vedvarende symptomer skal patienten ringe til lægen.

---

3) 62 årig tidligere tobaksryger med moderat hypertension, får AC II hæmmer og Calciumblokker, alle kontroller har været fine. Har nu haft 3 helt uvarslede episoder med bevidsthedstab og fald. Hvorfor?

---

**Overvejelser:** Nu skal man være urolig, patienten har mange risikofaktorer for kardielsynkope. Da det er uvarslet tænker vi mere på bradyarytmier og ventrikulære takykardier end aortastenose. Ortostatisk hypotension og vasovagal, neurokardiogen synkope er også en mulighed. Hvad der ligger i ordet uvarslet bør udredes.

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende fortælling, de 4F'er

Lægedel:

- Debut: pludseligt? Snigende?
- Varighed: langtid
- Karakter: pludselig/snublende?, tonisk-klonisk anfald både før eller kun samtidig med bevidsthedstab?
- Udløsende faktorer: angst? Rejst sig op? Smerte/ubehag? Traume? Liggende? Under anstrengelse?
- Ledsagesymptomer: Spørg både om før bevidsthedstab og efter bevidsthedstab – vejrtrækningsbesvær? Frygt, smerter? Kvalme opkast? Vejrtrækningsbesvær? Neurosymptomer? Tungebid? Desorienteret efter anfald? Muskelsmerter efter anfald?
- Medicin: Insulin, SU har hun diabetes
- Tidligere sygdom?
- Dispositioner?

**Objektivt: Vigtig**

- Vitale værdier: puls, BT evt. begge arme., RF
- Almen objektiv: almentilstand, bevidsthedspåvirkning, st.p, st.c
- Neurologisk undersøgelse – cerebral katastrofe fører meget sjældent til synkope og prætestandsynligheden er lav, men skal have i mente

**Paraklinisk**

- EKG
- BP – har meget lidt relevans

**Plan:** Der er stærk mistanke om kardiell årsag.

- Udfra hvad man finder og ledsage symptomer skal patienten henvises enten subakut eller akut kan ske ved aortastenose, ventrikulære arytmier og bradyarytmier.
- **OBS! Det tyder meget på kardiell synkope, symptomerne kommer uvarslet og der er fuldkommen bevidsthedstab og fald.**

## FALDTENDENS

---

### Forekomst

- Omkring 1/3 af alle over 65 år har mindst én faldepisode pr. år, og af dem, som falder, er halvdelen udsat for gentagne fald
- Kvinder falder oftere end mænd
- Selv om kun ca. 10 % af alle fald fører til alvorlige skader, repræsenterer disse omtrent 20-30 % af alle skaderelaterede sygehusindlæggelser<sup>3</sup>
- I ca. 5 % af tilfældene ender faldet med en fraktur, almindeligvis i håndled, hoftede eller i ryg, Brud forekommer hyppigere blandt ældre, som ofte falder

### Sygehistorie:

- Aktuelt: Hvornår, hvordan?
- Tidligere
- Medicin
- Alkohol
- Prodromer – svimmelhed, hjertebanken
- Brille
- Sociale forhold
- besvimmelser

### US:

Vurder, om der er en underliggende udløsende årsag - f.eks. feber, følger efter apopleksi eller hjertearytmi

Ved faldtendens

- Ortostatisk blodtryksmåling
- Vurdering af kognitiv status
- Neurologisk undersøgelse - lammelser, koordination, rigiditet, polyneuropati
- Medicin og alkohol anamnese
- Evt. ydre årsager og risikofaktorer i miljøet skal vurderes. Husk patientens fodtøj!

### Andre:

- MMSE
- Hb, blodsukker og urinstix
- CRP og leucocytter ved mistanke om infektion
- Na, K, Ca, kreatinin, albumin, ALAT, basisk fosfatase, vitamin B12, TSH, HBA1C, D-vit
- Registrer medicinforbrug inkl. håndkøbsmedicin
- EKG ved mistanke om hjerteinfarkt eller hjertearytmi

### Henvielse

- Kardiolog eller neurolog ved mistanke om henholdsvis kardiell eller neurologisk årsag til faldtendensen
- ØNH-læge ved mistanke om vestibulær svimmelhed
- Geriater ved recidiverende fald og multi-morbiditet.

---

1) Fru Jensens hjemmehjælp ringer og fortæller, at fru Jensen på 80 år er lidt konfus, og går og falder. Tp. 37,8- Klager over træthed, men ingen symptomer ud over dette. Hun er slet ikke som hun plejer, siger hjemmehjælpen. Ønsker et sygebesøg.

---

Se tidligere besvarelse

---

2) 83 år gammel kvinde, tidligere påvist cerebralt infarkt ved scanning, foretaget pga. diskrete neurologiske udfaldssymptomer med blandt andet let talebesvær og konfusion, symptomer der forsvandt ret hurtigt. Gennem 1/2 år 3 faldepisoder. Ægtefællen observerer at hun falder uden foregående varsel. Almindelig orienterende neurologisk undersøgelse er normal. BT 155/90. Hvad vil du stille op med hende?

---

**Overvejelser:** Det drejer sig om en ældre kvinde som har mange kardiovaskulære risikofaktorer, og hun falder uden varsel tyder måske på at det skyldes sygdom i hjertet. Det er dog vigtigt at finde ud af om disse fald også er med bevidsthedstab. Desuden skal vi også afgøre om hun har lidt skade af faldet, slået hovedet, brækket noget?

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende fortælling, de 4 F'er

Lægedel:

- Pludseligt fald, eller snublende
- Karakter: hvad der skete, hvornår, hvor og hvorfor.
- Udløsende faktorer: der står uvarslet, men det skal lige klargøres
- Ledsagesymptomer: Bevidsthedstab? Dårligt syn? Lammelser? Brystsmerter? Feber? Infektionssymptomer fra luftveje og urinveje? Svimmelhed? Hjertebanken
- Medicin
- Tidligere sygdom: andet end det cerebrovaskulære
- Alkohol og rygning

**Objektivt**

- Vitale værdier: Bt evt. begge arme, p, rf, tp.
- Almen objektiv: almen tilstand, bevidsthedsniveau, st.c, st.p
- Neurologisk undersøgelse
- Ved svimmelhed – vil ØNH-undersøgelse være relevant

**Paraklinisk:**

- BP: Hb, blodsukker, infektionstal, elektrolytter, levertal, vitamin B12, TSH, HbA1c, D-vit
- EKG
- Urinstix

**Plan:** Det tyder meget på kardiell årsag, det kræver henvisning til kardiologisk ambulatorie med videre udredning. Afhænger dog af fundene. Det vil være relevant efterfølgende at have et opfølgende hjemmebesøg med fysioterapeut og ergoterapeut, hvor der lægges fokus på patients hjem, medicinering og forhøjet BT.

---

3) 62 årig tidligere tobaksryger med moderat hypertension, får AC II hæmmer og Calciumblokker, alle kontroller har været fine. Har nu haft 3 helt uvarslede episoder med bevidsthedstab og fald. Hvorfor?

---

Se tidligere besvarelse.

## VEJRTRÆKNING

---

1) 67 år gammel mand, gift, tidligere kontorchef, henvender sig med tiltagende dyspnoe gennem nogle måneder. Er ryger gennem mange år, har mere end 20 pakkeår bag sig. Ellers rask. Rtg.billede for 3 måneder siden viser i. a. Har ikke vægttab eller påvirket AT. Hvad vil du gøre?

---

**Overvejelser:** Pga. alder og rygeanamnese, er prætestandsynligheden for svære sygdom høj. Den lange sygehistorie taler for sygdom. Han har dog negativ rtg. Ingen vægttab og ikke påvirket AT. Oplagte diagnoser er hjertesygdom og KOL, det skal også udredes om der er forværring af KOL.

### Anamnese:

Patientdel: uddybende historie, de 4 F'er

Lægedel:

- Debut
- Varighed
- Karakter: Konstant? Anfald? Vejrtrækningslyde?
- Ledsagesymptomer: Hoste? Hæshed? Ekspektorat – purulent, mængde, hvornår? Hævede ben? Feber? Brystsmerter? Hjerteranken? Blodig opspyt? Angst? Anstrengelse
- Forværende/lindrende faktorer: Infektion? Ortopnø? Natlige anfald? Smerter ved vejrtrækning?
- Tidligere sygdom? Hvad var røngten for 3 måneder siden?
- Medicin?

### Objektivt:

- Vital værdier: Bt, P, Rf, tp.
- Almen objektivt: almen tilstand, bevidsthedsniveau, st.p og st.c, halsvenestase?
- Abdomen: hepatomegali
- Ekstremiteter: Perifere ødemer? DVT-tegn?

### Paraklinisk

- BP: hgb, nyretal, levertal, infektionstal, TSH, BNP
- EKG
- Spirometri – irrevesibilitets test
- Peakflow

**Plan:** Kommer meget an på historien patienten er egentlig kandidat for lungekræftudredning, men det er mindre sandsynligt pga. negativ røngten. Hjertesvigt pga. kardiomyopati er også lav pga. negativ rgt.. Det er mere oplagt at han har KOL og udredning og behandling vil godt kunne foregå i almenpraksis. Ved hjertesvigt skal han henvises til kardiologisk udredning.

- Ift. største sandsynlighed vil udredning med spirometri, samt klassificering ift. til GOLD-standard være hensigtsmæssig. Behandlingen vil bestå af motiverende samtale, inhalationspræparater, vaccination, rehabilitering. Ved manglende bedring må patienten igen henvises til udredning for kræft.

---

2) 28 år gammel mand, chauffør, gift med jævnaldrende SoSu-assistent. Henvender sig med hoste og anfaldsvis dyspnoe, især ved anstrengelse. Ingen feber, ingen hævede ben, BT 130/80, har aldrig røget. Ved stetoskopi høres enkelte ronchi. Ingen krepitation. - Hvordan vil du gribe konsultationen an?

---

**Overvejelser:** Det er en oplagt case alt taler for at det drejer sig om astma og prætestandsynligheden for en patient i den alder er meget høj.

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende anamnese, 4F'er

Lægedel.

- Debut
- Varighed: hvor mange anfald om ugen? Natlige anfald?
- Karakter: Konstant? Anfald? Vejrtrækningslyde? Hvor? Hvornår?
- Ledsagesymptomer: Hoste? Hæshed? Ekspektorat – purulent, mængde, hvornår? Hævede ben? Feber? Brystmerter? Hjertebanken? Blodig opspyt? Angst? Anstrengelse
- Forværende/lindrende faktorer: Infektion? Ortopnø? Natlige anfald? Smerter ved vejrtrækning? Anfald om morgenen? På arbejdet?
- Tidligere sygdom? Er patienten kendt med atopi?
- Medicin?
- Dispositioner

**Obj:**

- Vital værdier: Bt, P, Rf, tp.
- Almen objektivt: almen tilstand, bevidsthedsniveau, farve, st.p og st.c, halsvenestase?

**Paraklinisk:**

- Spirometri – irrevesibilitets test
- Peakflow
- Henv. Til allergi udredning

**Plan:** Patienten har mest sandsynligt astma. Patienten kan derfor både kontrolleres og behandles i almen praksis, ved svær astma eller livstruende må man dog indlægge akut og der skal derfor undersøges for dette, svær (RF > 25, P>110, PF < 200), livstruende (bradykardi, bevidsthedspåvirkning, PF < 33%, tyst thorax, cyanose, paradoks respiration)

- Egen behandling:
  - Egen kontrol af sygdommen, peakflow, medicinforbrug, astmadagbog i hjemmet
  - Længere opvarmning ved fysisk anstrengelse, holde sig fysisk aktiv
  - Undgå eksponering
- Lægebehandling
  - **Trin 1**
  - Behandling af mild intermitterende astma med symptomer højst 2 gange om ugen
  - Inhaleret Beta<sub>2</sub>-agonist efter behov



- **Trin 2**
- Behandling af mild persisterende astma med symptomer hyppigere end to gange hver uge
- Inhalationssteroid i lav dosis
- Beta<sub>2</sub>-agonist ved behov

I starten er det vigtig med en del kontroller (1-3 mdr) for at vurdere behandlingseffekt. Ved stabil astma vil 1-2 kontroller årligt med LFU være fint.

---

3) 87 år gammel kvinde, svær KOL og dårligt hjerte. For tiden velkompenseret ifølge hjertelægerne. Udvikler ikke desto mindre ankelødemer. Kan ikke gå ret lang pga. dårlig almentilstand. Får blandt andet 250 mg furix pga. hjerteinsufficiensen. Ingen perifer arteriosklerose. Hun er ked af at få diuretica dosis sat yderligere op. - Hvad så?

---

**Overvejelser:** Der er en del at tænke på med denne kvinde, skyldes hendes ankelødemer KOL, hjertesvigt, medikamenter, nyrsvigt? Desuden må kvindens ønske om ikke tage 250 mg furix tages højde for ift. videnskabsbaseret praksis.

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende, 4'fer

Lægedel:

- Debut
- Varighed
- Karakter: spændte, ømme?
- Ledsagesymptomer: Brystsmerter? Hjertebanken? Feber? Vandladningsproblemer? Hoste? Ekspektorat? Åndenød?
- Medicin?
- Specielt: spørg ind til hvorfor hun ikke vil have mere diurektia, compliance?

**Objektivt:**

- Vitale værdier: bt, p, tp, rf
- Almen objektiv: almen tilstand, farver, bevidsthed, st.p og st.c, halstvenestase, hepatomegali?

**Paraklinisk:**

- EKG
- LFU
- BP: bidrager nok ikke meget, hgb og CRP kunne være relevant

**Plan:** Det kan både skyldes hendes KOL og hendes hjertesvigt. Det rigtige ville nok være at øge hendes furix men så må vi lave nogle andre tiltag. Det er dog formentlig ikke akut og så vi vil godt kunne starte behandlingen i almen praksis.

- Saltrestriktion
- Mobiliser, elever ekstremiteten såfremt hævelsen forværres, når patienten sidder stille
- Støttestrømpe, kompressionsbind
- Øge complians

Patienten skal også kontrolleres efter startet behandling gerne efter kort tid. Ved manglende effekt må man prøve at opstarte shared-care program, hvorved man kan have mere indvirkning på patientens behandling i sekundær sektoren.

---

4) Fru Madsen på 63 år kommer til kontrol for sin kronisk obstruktive lungesygdom. FEV1 er 65 %. BT 150/95. Ryger stadig lidt. Hvordan vil du gribe det an? Hvor ofte vil du se hende og hvordan vil du kontrollere hende?

---

**Overvejelser:**

- Pt har moderat KOL
- Det er relevant at stoppe med at ryge, er pt. Klar til den motiverende samtale?
  - Balanceskema – Fordele og ulemper
  - Hvad forhindre pt.
  - Hvor på motivations hjulet er pt.
    - Førovervejselses stadiet
    - Overvejselsesstadiet
    - Forberedelses stadiet
    - Handlingsstadiet
    - Vedligeholdelsesstadiet
    - Tilbagefaldstadiet
  - Hjemmeblodtryksmåling
  - Rehabilitering

Generelt anbefales der en årskontrol, med mild KOL vil jeg formentlig sige en yderligere kontrol om året.

Med fokus på:

- Lungefunktion FEV1
- MRC
- Hoste og opspyt
- Rygning
- Eksacerbationer
- Fysisk aktivitet
- Ernæring og vægttab
- Anden sygdom

---

5) 72 år gammel mand. Ryger. 50 pakke år bag sig. Henvender sig med hoste og vejrtrækningsbesvær gennem 1 måned. Er træt og har tabt i vægt. Hvordan vil du udrede ham?

---

se tidligere

## BRYSTSMERTER

---

1) 42 årig mand henvender sig med smerter i ve. Thorax og skulderregion igennem de sidste 4 dage. Er ryger, BT har altid ligget normalt. Har en farfar, der døde i 50- årsalderen af blodprop i hjertet. Er bange for at det samme skal overgå ham. Kan vi fjerne hans frygt?

---

**Overvejelser:** Det drejer sig højst sandsynligt om myalgier, evt. psykogen. Det har varet 4 dage og taler derfor meget lidt for sværer tilfælde. Men der er flere væsentlige faldgrupper som bør udredes.

### Anamnese:

Patientdel: uddybende anamnese, 4 F'er

Lægedel:

- Debut?
- Lokalisation? Udstråling
- Varighed: vedvarende? Anfaldsvis?
- Karakter: trykkende? Stikkende?
- Udløsende: Traume?
- Forværende/lindrende: anstrengelse? bevægelse af kroppen? Spiselindring? Respiration? Lindring i hvile?
- Ledsagesymptomer: udslæt? Opspyt? Hævet ben? Sureopstød? Vejrtrækningsbesvær? Kvalme? Angst? Depression?
- Tidligere sygdom?
- Medicin? NSAID andet.

**Objektiv:** Formentlig godt med en trinvis diagnostisk metode, så man afklare det mest sandsynlige først og ikke laver for mange undersøgelser som bekræfter patientens frygt.

- Vitale værdier: puls, Bt
- Palpation af thorax og skulder – lokaliseret ømhed tænk muskulært
- Bed patienten bevægeekstremiteterne, og sig om det udløser smerter.
- Evt. hvis man er i tvivl
- St.c, St.p etc.

**Paraklinisk:** Meget lidt vil have værdi

- Evt. EKG – har faktisk lav sensitivitet
- Evt. nitroglycerin

**Plan:** Patienten det drejer sig om myalgier, og patienten informeres om at dette er ufarligt og evt. kunne afspændingsøvelser være gavnligt. Patientenbekymringer skal der tages højde for. Man vil derfor i denne sag godt kunne se situationen an med meget få undersøgelser og ved vedvarende smerter kan yderligere udredning med EKG etc. komme på tale.

---

2) 66-årig kvinde, som du kun sjældent har set i konsultationen. Kommer nu med smerter i ve. thorax og ud i ve. overarm. Begyndte uvarslet for 1/2 timer siden. Hvad vil du gøre?

---

**Overvejelser:** Ud fra ovenstående historie må man tænke på AKS og der vil ikke være så meget at tænke over ud over at ringe. Efter at have ringet vil uddybende anamnese være relevant kommer an på patientens almentilstand.

#### Plan

- **Ring 112. Centralvisitation**
- **Præhospital behandling:**
  - o Anlæg venflon
  - o Ilt 10-15 L
  - o Morfin – for smerter
  - o ASA 300 mg
  - o Nitroglycerin (BT > 90) - smertedække
  - o Takykardi (BT > 100 P > 100) → betablokker
  - o Monitorering med puls, BT, RF evt. SAT.
  - o EKG kunne også være relevant men man må ikke blive influeret hvis den ikke viser noget.

---

3) 72 årig mand, havde blodprop i hjertet i foråret. Kommer nu i dec., er begyndt at få smerter i brystet, når han går ud af sin hoveddør, er utryg. Hvad kan du stille op?

---

**Overvejelser:** Meget ukarakteristisk smerter hvis de kun komme når han går ud af døren? Men selvfølgelig er han i risiko for flere faldgrupper specielt hjertesygdom igen det er vigtigt at have i mente at patienter med overstået blodprop har en meget større risiko for reinfarkt. Anamnesen skal uddybes er det anstrengelses udløst tegner det på angina pectoris.

#### Anamnese:

Patientdel: uddybende anamnese, 4 F'er

Lægedel:

- Debut?
- Lokalisation? Udstråling
- Varighed: vedvarende? Anfaldsvis?
- Karakter: trykkende? Stikkende?
- Udløsende: Traume?
- Forværende/lindrende: anstrengelse? bevægelse af kroppen? Spiselindring? Respiration? Lindring i hvile?
- Ledsagesymptomer: udslæt? Opspyt? Hævet ben? Sureopstød? Vejrtrækningsbesvær? Kvalme? Angst? Depression?
- Tidligere sygdom?
- Medicin? NSAID andet.

#### Objektiv:

- Vitale værdier: bt, p, tp, rf

- Almen objektiv: st.p, st.c, almen tilstand, bevidsthedsniveau

**Paraklinisk:**

- EKG
- Nitroglycerin afprøvning

**Plan:** Finder man ikke anamnese for at det skal være blodprop, er det sandsynligt at patientens tilstand skyldes psykogent betingede smerter. Men patienten er risiko for nye tilfælde og en mere dybdegående objektiv undersøgelse er derfor vigtigere hos en sådan patient.

---

## AKUTTE MAVESMERTER

---

1) 23 år gammel kvinde, periodevise koliksmarter gennem 1/2 år, nu forværret siden i aftes. Løber maraton. Har lidt vekslende afføringen. Intet synligt blod i afføringen. Intet vægttab, AT god. Arbejder som sygeplejerske på en akut modtageafdeling, hvor der er meget travlt. Hvad vil du sige til hende? Skal hun undersøges?

---

**Overvejelser:** Det tyder på en funktionel tilstand – colon irritabile er vigtigt diagnostisk. Stensmerter er også en mulighed ud fra historien om koliksmarter. Andre årsager til koliksmarter er ileus men er lidet sandsynligt. Gynækologiske sygdom er mindre relevant da der er en længere. IBD kunne være en mulighed men ingen vægttab. Det er vigtigt at finde ud af om smerterne ligner det der har været det halve år eller om de er anderledes.

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende, 4F'er

Lægedel:

- Debut: pludselig, snigende
- Lokalisation: meget vigtigt differential diagnostisk
- Varighed: hvor lang tid varer det?
- Lindrende og provokerende faktorer: defækation lindrende?
- Ledsagesymptomer: Kvalme og opkastning? mulighed for at være gravid? Angst? Vekslende afføring, hvordan?
- Psykosociale faktorer:
- Medicin
- Tidligere sygdom
- Dispositioner

**Objektivt:** er meget et temperamentsspørgsmål

- GI-undersøgelse
- GU-undersøgelse

**Paraklinisk:** Meget lidt vil være relevant

- BP: hbg, Crp

**Plan:** Da patienten har gået med det i langtid er risikoen for at det er alvorligt meget lavt. Det forklares patienten at der ikke er tegn på at alvorlig sygdom og at stress og press på arbejdet godt kan give mavesmerter. Patienten bør informeres om at håndterer disse smerter, og man skal være en

god og empatisk doktor der sætter sig ind i patientens situation. Samtalerapi kan komme på tale. Medikamenter bruges meget sjældent. Alt i alt patienten kan følges i almen praksis og udredning kan forblive i almen praksis regi.

---

2) 83 år gammel kvinde henvender sig med sviende smerter i epigastriet. Forværres om natten, når hun ligger ned. God appetit. AT god. BMI 30. Gennemgå differentialdiagnoser og undersøgelsesforslag.

---

**Overvejelser:** ondt i epigastriet med natlig forværring tegner meget til ulcus sygdom. Mange alvorlige differentialdiagnoser skal dog holdes i mente; pneumoni, hjertesygdom, aortadissektion, aortaaneurisme, mesenterial iskæmi, cancer, GERDS, pancreatitis.

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende, 4F'er

Lægedel:

- Debut: pludselig, snigende
- Lokalisation: meget vigtigt differential diagnostisk
- Varighed: hvor lang tid varer det?
- Lindrende og provokerende faktorer: defækation lindrende? Spiselindring? Forværring ved sult? Forværring ved måltid?
- Ledsagesymptomer: Kvalme og opkastning? mulighed for at være gravid? Angst? Vekslende afføring, hvordan? Blod i afføringen? Anæmi-tegn? Sureopstød? B-symptomer? Åndenød?
- Psykosociale faktorer:
- Medicin: ulcerogene medikamenter?
- Alkohol rygning?
- Tidligere sygdom
- Dispositioner

**Objektivt:**

- Vitale værdier: tp, bt, p, rf
- Almen objektiv: almentilstand, farver, bevidsthedsniveau, st.p, st.c
- GI-undersøgelse.

**Paraklinisk**

- BP: hgb, hæmatocrit, CRP, leukocytter
- Helico bacter test – kan nok laves på hospital
- EKG

**Plan:** Da mistanken stærkt peger mod ulcus sygdom er det vigtigt at afgøre om det drejer sig om det drejer sig om perforation. Det vil være relevant at henvise patienten til subakut gastroendoskopi, og sørge for seponering af ulcerogene medikamenter.

---

3) 17 år gammel slank pige, altid fysisk aktiv, aldrig syg ud over de almindelige børnesygdomme. Har nu haft det skidt i 4 dage med mavesmerter, er træt, har ikke haft feber. Hvad skal vi vide mere, for at komme en diagnose nærmere?

---

**Overvejelser:** Psykogent betinget, meget vigtig at fokusere på sociale faktorer. Men IBD er ikke udelukket. Appendicit lidet sandsynligt med 4 dages anamnese. Diabetes men ville være mere akut.

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende, 4F'er

Lægedel:

- Debut: pludselig, snigende
- Lokalisation: meget vigtigt differential diagnostisk
- Varighed: hvor lang tid varer det?
- Karakter: vandrende smerter? Kolikagtige?
- Lindrende og provokerende faktorer: defækation lindrende? Forværring ved bevægelse?
- Ledsagesymptomer: Kvalme og opkastning? mulighed for at være gravid? Angst? Vekslede afføring, hvordan? Andre afføringsproblemer? Vægttab?
- Psykosociale faktorer:
- Medicin
- Tidligere sygdom
- Dispositioner

**Objektivt:** er meget et temperamentsspørgsmål

- Vitale værdier: BT, P, tp.
- GI-undersøgelse
- GU-undersøgelse

**Paraklinisk:** I først omgang vil meget lidt være relevant man kunne se det an og så lave en kontroltid hvor man undersøger mere grundigt.

- Urinstix
- HCG-test
- BP: hgb, crp

**Plan:** Det forklares patienten at der ikke er tegn på at alvorlig sygdom og at stress og press på arbejdet godt kan give mavesmerter. Patienten bør informeres om at håndterer disse smerter, og man skal være en god og empatisk doktor der sætter sig ind i patientens situation. Samtalerapi kan komme på tale. Medikamenter bruges meget sjældent. Alt i alt patienten kan følges i almen praksis og udredning kan forblive i almen praksis regi.

## AKUTTE LÆNDESMERTER

---

### Fordeling

1. Uspecifikke rygsmerter. (80-90%)
2. Rygsmerter med rodirritation\*. (5-10%)
3. Specifikke rygsmerter med alvorlig underliggende patologi. (1-5%).  
("røde flag"\*)
4. Refererede smerter til lænden: Abdominale og torakale lidelser eller andre ikke-spinale årsager. (0-2%)

### Røde flag:

1. Hvilesmerter, konstante smerter, smerter som tiltager, torakale smerter
2. Almensymptomer, feber, væggtab
3. Traume, kendt kræftsygdom
4. Brug af steroider, immunsuppressiva, alkohol- og stofmisbrug
5. Udbredte neurologiske udfald, evt. deformitet i kolumna
6. Udtalt morgenstivhed i mere end 1 time, høj SR
7. Alder under 20 eller over 55 år

---

1) 32 år gammel mand, beskæftiget i IT branchen. Vågnede samme morgen med ondt over lænden. Ingen udstråling. Kan næste ikke rejse sig. Havde løftet et par kasser øl dagen før. Objektivt findes let scoliose i lænd. Ved palpation føles ømhed i muskulaturen. Laségue neg. Let overvægtig. Hvad så?

---

**Overvejelser:** Det drejer sig om akutte rygsmerter, der er ingen red flags, ingen gule flags, prognose er god. Det vil dog være relevant at få en uddybende anamnese af patienten, samt nogle hans tanker.

### Anamnese:

Patientdel: uddybende anamnese, 4 F'er

Lægedel:

- Debut? Varighed? Karakter? Intensitet? Lokalisation? – er egentlig gennemgået
- Ledsagesymptomer: inkontinens? Afføringsstop/inkontinens? Pareser?
- Tidligere rygepisoder
- Medicin
- Mestring og funktion?
- Smerteundgåelse?
- Andre sygdomme og gener?

### Objektivt:

- Inspektion: gang, afklædning og påklædning, kropssprog, kropsholdning, smerteadfærd.
- Bevægelighed:
  - Lateralflexion
  - Ekstension og fleksion



- Afstand finger-gulv
- Lasegues
- Neurologisk
  - Mistanke om nerverodsaffektion
  - Stå på tæer
  - Gå på hæl
  - Sidde på hug
  - Tjek følesans
  - Reflekser

**Plan:** Aktuelt drejer det sig om akutte rygsmerter. Det er vigtigt at informere patienten at det ikke er alvorligt og at prognosen er god. Det er vigtigt at patienten holder sig aktiv og undgår sygemelding da det kun vil forværre smerterne og medfører at de bliver kroniske. Informere at det ikke er farligt når det gør ondt.

- Kort varig aflastning, 1 dag.
- Smertestillende
- Tidlig Aktivitet
- Blive på arbejde
- God prognose
- Se tiden an – kontrol 2-4 uger
- Sikkerhedsnet

---

2) 56 år gammel jord- og betonarbejder følte et voldsomt knæk i ryggen, da han løftede en tung spand. Kan dårligt bevæge sig uden stærke smerter. Han ringer og fortæller dig han har det skidt. Han har ligget hjemme i sengen en uge. Du har givet ham smertestillende medicin. Men han har stadig mange smerter. Hans arbejdsgiver har bedt om en lægeerklæring. Ingen tidligere ryg problemer og ingen andre i sygdomme. Hvad kan du skrive ?

---

**Overvejelser:** Han har faktisk nogle red flags men de er på borderline (debuterende rygsmerter >55 år), og hvad ligger der i har det skidt, er det en generel sygdomsfølelse? Ift. den tidligere patient er han meget mere i risiko og skal udredes. Men han har akutte rygsmerter. Det er vigtigt at man taler sammen med patienten han følger ikke de gængse råd og det skal afklares hvad der foregår. Sygemeldingen er det mindste af det hele patienten har ret til at blive sygemeldt, det er hans eget valg, men man skal tale med patienten om de har lavet en mulighedserklæring? I den kunne man skrive at det hidtidige fravær var begrundet i helbrud og forsat fravær er begrundet i helbred, samt en omtrentlig fravær

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende anamnese, 4 F'er

Lægedel:

- Debut? Varighed? Karakter? Intensitet? Lokalisation? – er egentlig gennemgået
- Ledsagesymptomer: inkontinens? Afføringsstop/inkontinens? Pareser?
- Lindrende/forværende faktorer?
- Tidligere rygepisoder
- Medicin
- Mestring og funktion?
- Smerteundgåelse?
- Andre sygdomme og gener?

**Objektivt:**

- Inspektion: gang, afklædning og påklædning, kropssprog, kropsholdning, smerteadfærd.
- Palpation: paravertebral muskulatur, disk
- Bevægelighed:
  - Lateralflexion
  - Ekstension og fleksion
  - Afstand finger-gulv
- Lasegues
- Neurologisk
  - Mistanke om nerverodsaffektion
  - Stå på tæer
  - Gå på hæl
  - Sidde på hug
  - Tjek følesans
  - Reflekser

**Plan:** Patienten bør egentlig udredes med hensyn til sit red flag, med udredning af smerter. Desuden skal der ligges vægt på nogle af de forrige ting kortvarig aflastning, smertestillende, tidlig mobilisering, initering af træningsterapi, gode råd om mestring. Patienten bør kontrolleres.

---

3) Landmand, 38 år gammel, altid tungt fysisk arbejde. Nu pludseligt smerter i lænden med udstråling helt ned til ve. fod. Gangen er blevet besværlig, er ved at snuble over dørtrinnet i konsultationen. Hvad skal vi finde ud af?

---

**Overvejelser:** Det lyder meget til at patienten har i hvert fald har gule flags. Det er vigtigt at få at vide om han har røde flags der kræver akut henvisning. Det kunne fx tyde på at han havde paralys eller i hvertfald progredierende pareser. I praksis vil det fremgå af anamnesen

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende anamnese, 4 F'er

Lægedel:

- Debut? Varighed? Karakter? Intensitet? Lokalisation?
- Red flags: Konstante evt. tiltagende smerter? Hvilesmerter? Feber, vægttab? Traume? Kræft? Brug af steroider/immunosuppressive/stofmisbrug? Udbredte og evt. progredierende neurologiske udfald? Deformitet i rygsøjelsen? Høj SR.
- Ledsagesymptomer: inkontinens? Afføringsstop/inkontinens? Pareser?
- Lindrende/forværende faktorer?
- Tidligere rygepisoder
- Medicin
- Mestring og funktion?
- Smerteundgåelse?
- Andre sygdomme og gener?

**Objektivt:**

- Inspektion: gang, afklædning og påklædning, kropssprog, kropsholdning, smerteadfærd.
- Palpation: paravertebral muskulatur, disk
- Bevægelighed:
  - Lateralfleksion
  - Ekstension og fleksion
  - Afstand finger-gulv
- Lasegues
- Neurologisk
  - Mistanke om nerverodsaffektion
  - Stå på tæer
  - Gå på hæl
  - Sidde på hug
  - Tjek følesans
  - Reflekser

**Plan:** Enten er det kun gule flags eller også er der røde flags

- Røde flags → henvisning → kontrol + behandling
- Gule flags:
  - Kort varig aflastning, 1 dag.
  - Smertestillende
  - Tidlig Aktivitet
  - Blive på arbejde
  - God prognose
  - Se tiden an – kontrol 2-4 uger
  - Sikkerhedsnet
- Mange flere tiltag kan være aktuel ved vedvarende smerter.

---

4) 74 årig kvinde får kraftige rygmerter, da hun stiger ud af sin bil. Ingen udstråling. Har altid været fysisk aktiv og slank. Hvad skal vi overveje?

---

**Overvejelser:** Kvinden har et redflag og skal derfor henvises, det kunne dreje sig om en kompressionsbrud formentlig pga. osteoporose, men metastase er også en mulighed, og diskusprolaps er også en mulighed. Kunne det også skyldes andet fx referred pain fra indre organer.

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende anamnese, 4 F'er

Lægedel:

- Debut? Varighed? Karakter? Intensitet? Lokalisation?
- Red flags: Konstante evt. tiltagende smerter? Hvilesmerter? Feber, vægttab? Traume? Kræft? Brug af steroider/immunosuppressive/stofmisbrug? Udbredte og evt. progredierende neurologiske udfald? Deformitet i rygsøjelsen? Høj SR.
- Ledsagesymptomer: inkontinens? Afføringsstop/inkontinens? Pareser?
- Lindrende/forværende faktorer?
- Tidligere rygepisoder
- Medicin
- Mestring og funktion?

- Smerteundgåelse?
- Andre sygdomme og gener?

**Objektivt:**

- Vitale værdier: BT, P, tp,
- Inspektion: gang, afklædning og påklædning, kropssprog, kropsholdning, smerteadfærd.
- Palpation: paravertebral muskulatur, disk
- Bevægelighed:
  - Lateralfleksion
  - Ekstension og fleksion
  - Afstand finger-gulv
- Lasegues
- Neurologisk
  - Mistanke om nerverodsaffektion
  - Stå på tæer
  - Gå på hæl
  - Sidde på hug
  - Tjek følesans
  - Reflekser
- Abdominal undersøgelse – pancreas, aortadissektion

**Plan:** Enten er det kun gule flags eller også er der røde flags

- Røde flags → henvisning → kontrol + behandling
- Gule flags:
  - Kort varig aflastning, 1 dag.
  - Smertestillende
  - Tidlig Aktivitet
  - Blive på arbejde
  - God prognose
  - Se tiden an – kontrol 2-4 uger
  - Sikkerhedsnet
- Mange flere tiltag kan være aktuel ved vedvarende smerter.

---

5) 38 år gammel kvinde kommer akut til konsultationen om sidst på eftermiddagen. Har i de sidste timer fået tiltagende smerter i ve. side af lænden, så kraftige at hun får svedeture og kulderystelser. Hvad gør du?

---

**Overvejelser:** Selve hendes reaktion kan være på smerter men mere alvorlige ting skal holdes i mente fx nyresten, pyelonefrit, andre sygdomme for mavetarmen. De bør derfor holdes i mente og der bør udredes for disse via anamnese og paraklinik.

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende anamnese, 4 F'er

Lægedel:

- Debut? Varighed? Karakter? Intensitet? Lokalisation?

- Red flags: Konstante evt. tiltagende smerter? Hvilesmerter? Feber, vægttab? Traume? Kræft? Brug af steroider/immunosuppressive/stofmisbrug? Udbredte og evt. progredierende neurologiske udfald? Deformitet i rygsøjelsen? Høj SR.
- Ledsagesymptomer: inkontinens? Afføringsstop/inkontinens? Pareser? Blod i urinen? Feber?
- Lindrende/forværende faktorer?
- Tidligere rygepisoder
- Medicin
- Mestring og funktion?
- Smerteundgåelse?
- Andre sygdomme og gener?

### **Objektivt:**

- Vitale værdier: BT, P, tp,
- Inspektion: gang, afklædning og påklædning, kropssprog, kropsholdning, smerteadfærd.
- Palpation: paravertebral muskulatur, disk
- Bevægelighed:
  - Lateralflexion
  - Ekstension og fleksion
  - Afstand finger-gulv
- Lasegues
- Neurologisk
  - Mistanke om nerverodsaffektion
  - Stå på tæer
  - Gå på hæl
  - Sidde på hug
  - Tjek følesans
  - Reflekser
- Abdominal undersøgelse – pancreas, aortadissektion

### **Paraklinisk**

- Urinstix
- BP: hgb, leukocytter

**Plan:** Ved manglende fund må man tænke akutte rygsmerter grønne flags → behandling ligesom tidligere. Ved nyresten bør indlægges akut.

## KNUDER OG LOKALE HÆVELSER

---

1) 42 år gl. kvinde kommer med stort hæmatom i venstre mammas nedre lat. kvadrant. Var en uge forinden faldet ned fra en stige, da hun plukkede æbler. Der er tydelige sugillationer og hæmatom sv.t. stedet og en tilsvarende fast, øm tumor. Hvad gør du?

---

**Ovejelser:** Det er faktisk en lidt sværere scenarie der er flere muligheder. 1. Det er efter hæmatom dannelse efter traumet, 2. Benign tumor der nu er opdaget, 3. Malign tumor der nu er opdaget, 4. Infektøs proces. Da kvinden er 42 år skal hun udredes med henblik om det er malignt, er man en mere risikofyldt personlighed vil man vente lidt endnu og se om det falder hen pga. det reaktive proces efter traumet foretager sig kontrol 2-4 uger. Kommer dog meget an på nedenstående

### Anamnese

Patientdel: uddybende anamnese, de 4 F'er

Lægedel

- Debut: lige efter faldet?
- Varighed: kendskab til knude tidligere
- Ledsagesymptomer: Sekretion fra brystvorterne? Smerter og ubehag? B-symptomer?
- Forværende faktorer: Relation til menstruationscyklus
- Medicin: Østrogen?
- Tidligere sygdom: tidligere knuder i brystet, stråling etc.
- Dispositioner
- Gynækologisk historie

### Objektivt:

- Almentilstand
- Palpation mammae:
  - Kræft suspect
    - Svulst palpabel, immobil, vanskeligt afgrænset, uregelmæssige kanter, tyder på kræft suspect.
    - Papileksem
    - Papilsekretion
    - Mamma deformitet, papilretraktion, mammaulceration
- Lymfeknudeundersøgelse

**Paraklinisk:** Ingen

**Plan:** Altså situationen er lidt vanskelig fordi hun har haft et traume, kræft mistanken er sænket fordi ømhed er tilstede. Der er to muligheder at henvise til klinisk mammografi eller at se tilstanden an i 2 uger og se om det forsvundet. Kommer dog meget an på om både anamnesen og objektiv medfører forøget mistanke om cancer.

---

2) 28 årig mand med halsbetændelsessympt. i en god uge. E.l. fandt for en uge siden en formentlig viralt betinget halsbetændelse, som ikke blev behandlet. Kommer nu igen, tons. er fortsat hævede med rødme og enkelte gullige belægninger, han er subfebril, har følelige og synlige kirtler ved halsroden og op langs sternocleid. Hvad gør du?

---

**Overvejelser:** Patienten er meget ung så mistanke om malign tilstand er lav. Leukæmier er også en mulighed men prætestandsynlighed er meget lav. Enten kunne man tænke sig at det er bakterielt eller mononukleose. Desuden skal man også tænke på muligheden for komplikationer i henhold til tonsilit.

**Anamnese:**

- Patientdel: uddybende anamnese
- Ledsagesymptomer: vejrtrækningbesvær, vejrtrækninglyde, savlen, svært ved at synke, Centor-kriterier, forkølelsessymptomer? Hoste?
- Tidligere sygdomme: mange infektioner? Kyssesyge?

**Objektivt:**

- Almen tilstand
- Undersøgelse af fauces og hals.
- Kan patienten gabe.

**Paraklinisk:**

- Strep-A test

**Plan:** da det formentlig stadig er en reaktion på halsbetændelsen kunne det være relevant bare at se tilstanden an. Ved positiv Strep-A, kunne man opstarte antibiotika..

---

3) Overvægtig 78-årig mand med kronisk ødem af begge underben har fået øm hævelse og sår bag på venstre crus. Hvad fejler han?

---

**Overvejelser:** Det drejer sig nok om ulcus cruris pga. venøs insufficiens. Andre overvejelser

**DDX**

- Traume
- Diabetisk fodsår
- Arteriel insufficiens
- Pyoderma gangrenosum
- Erysipelas
- Venøst ulcus cruris
- Kontaktdermatit
- Hudcancer
- Anden cancer
- Vasculitis

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende anamnese, 4 F'er

Lægedel:

- Debut
- Varighed
- Ledsagesymptomer: feber, smerter, tyngdefornemmelse
- Forværende faktorer: Ved brug? Når benet er sænket?
- Tidligere sygdom?
- Medicin?

**Paraklinisk:**

- Undersøgelse, lokalisation af såret, udseende
- Fodpuls
- Vippefod test
- BP: Hb, HbA1c, albumin, CRP, leukocytter med henblik på infektion

**Plan:** Det drejer sig formentlig om venøst ulcus cruris. Behandling af denne vil være følgende

- Sårpleje
- Kompressionsbehandling
- Øget mobilitet
- Bedre vægt og kost
- Genoptræningstilbud hos denne patient kan overvejes
- Opsøgende hjemmebesøg kan overvejes ved næste kontrol.

**SØVN OG SØVNFORSTYRRELSER**

---

1) 32 år gammel kontorassistent kommer med umådelig træthed og hovedpine gennem 3 uger. Det mindste barn er lige startet i vuggestue og har været meget syg. Hun har ikke fået megen søvn. Hun har meget travlt på arbejdet, manden er læge og har mange vagter. Hvordan vil du håndtere det?

---

- se tidligere

---

2) Kvinde 35 år, gift SoSu-hjælper, ægtefælle togfører i DSB. Tidligere stort set rask. De 2 børn har haft de almindelige børnesygdomme. Mads på 5 år har haft problemer med ørene, har fået dræn, som vist ikke fungerer mere. De går i børnehave. Familien bor i en 3-værelses lejlighed i Rødovre. Tidligere kun henvendt sig i forbindelse med graviditeter og børneundersøgelser. Henvender sig med hovedpine, træthed, søvnbesvær og diffuse muskelsmerter gennem de sidste 4 uger. Hvad vil du gøre?

---

- se tidligere



---

3) 26-årig studerende, skal aflevere kandidatopgave om 9 dage. Er ikke nået så langt som planlagt, kan måske ikke nå at aflevere til tiden. Sover ikke om natten, ligger og spekulerer på opgaven, ønsker sovemedicin.

---

**Overvejelser:** Differentialdiagnoser, primær, sekundær insomni se lægehåndbogen. Det er imidlertid insomni som er psykisk betinget. Vi behøver ikke gøre så meget end bare at være tilstede og tale med patienten.

**Anamnese:**

Patientdel:

Lægedel:

- Debut:
- Varighed
- Søvn: indsovningsproblem, afbrudt søvn, påvirkning af dagligdagen
- Ledsagesymptomer: påvirket om dagen.
- Medicin
- Tidligere sygdom

Objektivt: ingen

Paraklinisk: Ingen

**Plan:** Det må forklares patienten at man ikke vil bruge søvnmedicin og at hans historie ikke tegner på anden årsag end stress-betinget, man må tale om dette stress og se om der er løsning. Følgende kan laves

- Søvnlogbog
- Søvnhygiejnske tiltag
  - Livstilsfaktorer
  - Søvnrestriktion
  - Stimuluskontrol
  - Gode omgivelser
- Fysisk aktivitet
- Hjælpe patientens bedring.

---

## AKUT FORVIRRING HOS ÆLDRE

---

**Differential diagnoser:**

De fem D'er

- Delir
- Demens
- Drugs
- Druk
- Depression
- Det 6 D. – defekte sanser

Man kan selv tilføje nogle fx encephalitis, parkinson, frontal påvirkning af tumor, vaskulært, traume.

---

1) Fru Jensens hjemmehjælp ringer og fortæller, at fru Jensen på 80 år er lidt konfus, og går og falder. T.p. 37,8. Klager over træthed, men ingen symptomer i øvrigt. Hun er slet ikke som hun plejer, siger hjemmehjælpen. Ønsker et sygebesøg. Hvad kan hun fejle?

---

Se tidligere

---

2) Hr. Hansen har været på aflastning på det lokale plejecenter i 2 uger. Havde for et par år siden en apoplexi, som gjorde ham plejkrævende pga. hemiparese med kontrakturer og afasi. Han kan være hjemme med hustruens hjælp. Fru Hansen skulle på ferie, og Hansen måtte derfor på plejecentret i de 14 dage. Nu er han hjemme igen, kom hjem til morgen, men urolig og usamlet, forsøger at stige ud af sengen, falder derfor på gulvet og lægen tilkaldes.

---

**Overvejelser:** vi tænker selvfølgelig delir, demens, drugs, druk, depression, defekte sanser. Desuden skal vi tænke på hvorfor patienten er faldet, ortostatisk hypotension, kardiovaskulær årsag, vasovagalt. Mest sandsynligt drejer det sig delir.

**Anamnese:**

Patientdel: uddybende, 4 F'er

Lægedel:

- Debut/varighed
- Ledsagesymptomer: flere pareser, udslæt, smerter? Hallucinationer? Urin? Nye neurologiske symptomer?
- Medicin?
- Alkohol?

**Objektivt:**

- Vitale værdier: BT, P, tp, rf
- Almen objektiv: st.c, st.p NRS, udslæt
- Neurologisk undersøgelse

**Paraklinisk**

- Urinstix
- BP: infektionstal, elektrolytter.
- EKG

**Plan:** Det er muligvis en svær situation er det en somatisk tilstand vi selv kan behandle, kan konen håndtere sagen, skal der være hjælp, skal patienten indlægges, kommer meget an på om situationen kan håndteres. Man må nok fokusere på deliren

- Patienten skal have ro
- Opsyn
- Behandling af somatisk årsag

## UAFKLAREDE SYMPTOMER

---

1) Søren på 48 år er begyndt at få erektilproblemer, hvilket bekymrer ham, og får ham til at føle sig gammel før tid. Hvad kan du gøre for at afhjælpe problemet?

---

Overvejelser: der er flere ting vi kan overveje, skyldes det psykologisk, vaskulær årsag, neurogene/neuropati pga. alkohol eller diabetes, tidligere operation. 15-30% af mænd i aldersgruppen 40-50 år har erektildysfunktion. Vi tænker nok i første omgang om det er psykologisk betinget

Disponerende faktorer:

- Kardiovaskulær sygdom, metabolisk syndrom, diabetes, neurologiske og andre kroniske sygdomme samt livstil.
- Ikke organisk betingede: Præstationsangst, depression og behandling for psykisk lidelse.

Sygehistorie:

- Hvor ofte?
- Anden sygdom?
- Hvilken grad?
- Varighed?
- Stress, arbejde og socialt?
- Medicin

**Paraklinisk:**

- Perifer puls, BT
- Neurologiske tegn
- BP: HbA1c

**Plan:** I første omgang kan man nok tale om at det psykisk betinget. Man kunne initielt behandle med livsstilstiltag

- Livstils optimering: vægtreduktion, rygeophør, fysisk aktivitet
- Patienten informeres om at det er en almindelig tilstand
- Erektionsfremmende tabletter – Sildenafil
- Kontrol

---

2) Igennem det sidste års tid har Susanne Sørensen på 34 år fået mere og mere ondt i både lår og armmuskler. I de sidste 3-4 måneder har det nedsat arbejdsevnen, og gangfunktionen er blevet dårligere. Kommer gående med 2 vandrestave. Sætter sig med besvær, må med korte mellemrum flytte sig på stolen pga. smerter i lårene. Hvad må vi overveje?

---

Selvfølgelig skal patient være udredt for:

- Depression
- Hypothyreose

- Polymyalgia rheumatica (ældre patienter)
- Begyndende reumatoid artrit
- SLE
- polymyositis

### **Det tyder dog på uspecifikke symptomer og diagnosen fibromyalgi:**

- Udbredt smerte
  - o Dvs. i mindst tre kropskvadranter plus i midtlinjen, af mindst 3 måneders varighed, samt evt. men ikke nødvendigvis
- Trykømheds med smerteoplevelse ved indtil 4 kg tryk med fingerspids på mindst 11 af følgende 18 tender points (9 bilaterale)
- Træthed og søvn

### **Udredning:**

- Aktuelle prøver er: Hb, SR, CRP, TSH, FT4, elektrolytter, ANA, Waaler, CK, vitamin B12
- Struktureret psykiatrisk interview.

### **Behandling**

7. Der findes ingen kurativ behandling af fibromyalgi. Traditionelle smertestillende medikamenter har mindre effekt ved fibromyalgia
8. TERM - Modellen
9. Det vil formentlig være aktuelt at henvise patienten til en funktionel klinik, når anden sygdom er udelukket, og pt er arbejdsdygtig.
10. Bedst dokumentation for effekt:
  - o Aerob træning med moderat til høj belastning
  - o Tricykliske antidepressiva om aftenen
  - o Information og undervisning
  - o Kognitiv adfærdsterapi
  - o Flerdimensionel rehabilitering (konditionstræning, undervisning og kognitiv terapi)

---

3) Lise på nu 33 år blev for et år siden påkørt bagfra i sin bil. Hun kom ikke synligt til skade, men skadestuelægen sagde, at hun nok havde fået piskesmæld. Har ikke været i arbejde siden, og er nu blevet fyret. Arbejdede på kontor i forsikringsselskab. Hun har fortsat smerter i nakken og hovedpine så snart hun skal koncentrere sig, kan derfor ikke arbejde. Hvad vil du gøre?

---

**Overvejelser:** Det drejer sig nok om kronisk piskesmældssmerter Dvs. at hovedskade, nerveskade, brud eller dislokation skal afkræftes.

Tiltag:

- Smertestillende
- TERM modellen
- Henv. Til afd. for funktionel lidelse
  - o Graderet træning og kognitiv terapi

---

4) Jonas på 9 år har lige skiftet skole, fordi han blev mobbet. Han siger, han er glad for den nye skole, men han har konstant ondt i hovedet. Han kommer med moderen, der er meget bekymret. Hvad vil du stille op med ham?

---

11. En grundig symptomanamnese med interview af både barn og forældre, da specielt børn yngre end 9-10 år har svært ved at give en detaljeret symptombeskrivelse. Ved uoverensstemmelse mellem forælderrapportering og barnets/den unges egen beskrivelse af symptomerne, skønner lægen, hvilken information der skal vægtes mest.
  - Der skal spørges ind til, hvordan barnet udvikler sig og klarer sig i børnehave eller skole, om der er meget sygefravær, og hvordan symptomerne har haft indflydelse på barnets funktionsevne.
12. Andre relevante anamnesticke oplysninger vil være:
  - **barnets tidlige fysiske og psykiske udvikling og konstitution,**
  - **familieforhold** (fx forældrekonflikter, misbrug, psykisk sygdom, handicappet bror eller søster),
  - **aktuelle belastende begivenheder**, tab, sygdom og eventuelle skoleproblemer (fx indlæringsproblemer, mobning).
  - **Eventuel indhentning af supplerende oplysninger**, fx fra børnehave/skole om barnets faglige og sociale funktion og/eller gennemgang af tidligere journalmateriale.
  - **En klinisk vurdering af barnet og observation af forældre-barn-samspil** og forældrenes håndtering af deres barn.
  - En **objektiv legemlig undersøgelse**, inklusive en trivselsvurdering med måling af højde og vægt.

Eventuelt parakliniske undersøgelser afhængigt af fund ved ovennævnte punkter. Da de enkelte symptomer på en veldefineret somatisk og funktionel lidelse er ensartede, kan det ofte være indiceret at tage følgende blodprøver: hæmatologiske kvantiteter (hæmoglobin, trombocytter, leukocytter), væsketal (natrium, kalium og kreatinin), levertal, thyreoidea-prøver (TSH), fasereaktanter (CRP/SR) og evt. kreatinin-kinase, såfremt klinikken giver mistanke om en muskelsygdom som differentialdiagnose. Desuden undersøges urin for protein og glukose.