

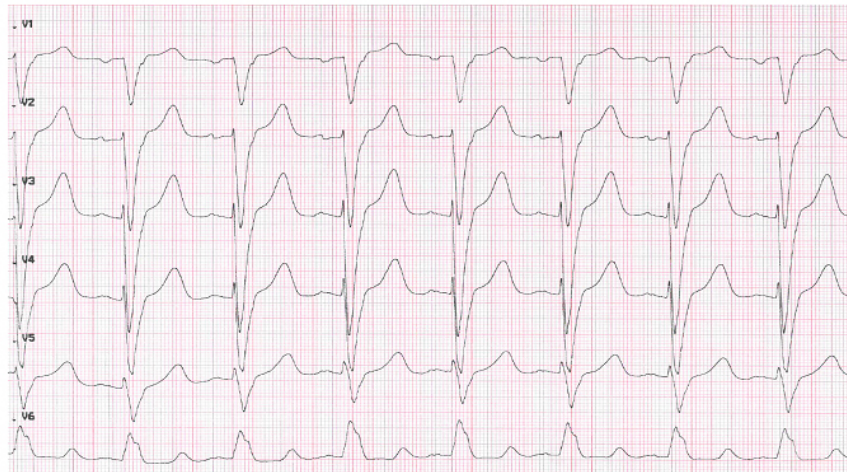
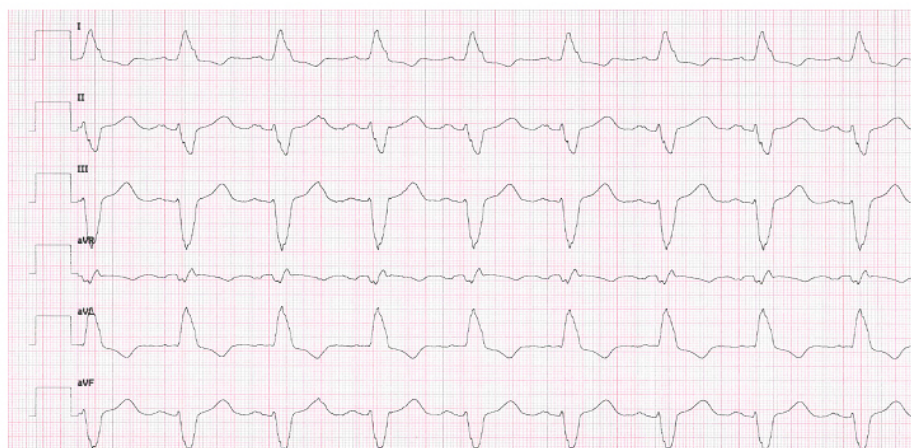
Eksamensbesvarelse

Eksamen: MEDSEM5_H15_ORD

Oppgave: MEDSEM5_HJERTE_H15_ORD

Del 1:

Pasienten er en 64 år gammel kvinne som arbeider som lærer, er gift og lever under gode sosiale forhold. Hun gjennomgikk omfattende cytostatika behandling for cancer mamma på slutten av 1990-tallet og har senere vært kontrollert uten residiv. Har ellers vært frisk, bortsett fra lett forhøyet blodtrykk i mange år inntil hun det siste året gradvis har utviklet funksjonsdyspnoe og etter hvert ankelødemer. Hun oppsøkte sin fastlege, som auskulterte en systolisk bilyd og henviste videre til poliklinisk undersøkelse hos kardiolog. Han gjorde veiledende ekkokardiografisk undersøkelse, som viste betydelig svekket venstre ventrikkelfunksjon, hvorpå hun ble innlagt til full hjerteutredning på Ullevål sykehus som ø.hjelp. Ved innleggelsen hadde hun BT 155/105 mmHg, puls 110 regelmessig, var afebril, i normalt hold, hadde systolisk bilyd grad II med p.m. over apex, knatring basalt ved lungeauskultasjon og lette ankelødemer. EKG (50 mm/s) tatt i hvile ved innkomst er kopiert inn her:



Spørsmål 1:

Hvilken rytme har hun?

- Atrieflimmer
- AV-blokk grad III
- Ventrikkeltakykardi
- Sinustakykardi
- Rolig sinusrytme

Svar:

Sinustakykardi

Spørsmål 2:

QRS bredden er økt, 0,13 sek. Hva er diagnosen? Forklar hvordan impulsledningen er ved denne tilstanden. Får det noen følger for hjertets arbeidsevne? (2-4 linjer)

Svar:

V. grenblokk (2 p)

Impulsledningen fra AV knuten går gjennom His' bunt, ned høyre gren og så gjennom myokard til v. side. Dette tar tid, og QRS blir breddeforøket (2p).

Ventriklene slår litt i utakt, og det disponerer for hjertesvikt (2p)

Spørsmål 3:

Pasienten hadde hjertesvikt. Hvilke symptomer og tegn samt objektive funn sikret diagnosen? (2 linjer)

Svar:

Funksjonsdyspnoe (1p), ankelødem (1p) og knatring (1p) som tegn på stuvning, samt svekket venstre ventrikkel ved ekko cor (2 p) og venstre grenblokk i EKG (1p)

Spørsmål 4:

Blodprøvesvar viste NT-proBNP > 800 (pmol/L) (n<90 pmol/L) men ellers svar innenfor referansegrenser. Hvilke undersøkelser synes du bør ordineres allerede ved innkomst med tanke på utredning ilt. 1-2 dager (svar enig/uenig på alle alternativ):

Myokardbiopsi [nedtrekkmeny]

Selektiv koronar angiografi [nedtrekkmeny]

Spiral CT toraks [nedtrekkmeny]

Full ekkokardiografisk undersøkelse [nedtrekkmeny]

Røntgen toraks av stående pasient (du bedømmer pasienten i stand til dette) [nedtrekkmeny]

Invasiv elektrofysiologisk undersøkelse [nedtrekkmeny]

Svar:

Myokardbiopsi = **Uenig**

Selektiv koronar angiografi = **Enig**

Spiral CT toraks = **Uenig**

Full ekkokardiografisk undersøkelse = **Enig**

Røntgen toraks av stående pasient (du bedømmer pasienten i stand til dette) = **Enig**

Invasiv elektrofysiologisk undersøkelse = **Uenig**

Del 2:

Pasienten er en 64 år gammel kvinne som arbeider som lærer, er gift og lever under gode sosiale forhold. Hun gjennomgikk omfattende cytostatika behandling for cancer mamma på slutten av 1990-tallet og har senere vært kontrollert uten residiv. Har ellers vært frisk, bortsett fra lett forhøyet blodtrykk i mange år inntil hun det siste året gradvis har utviklet funksjonsdyspnoe og etter hvert ankelødemer. Hun oppsøkte sin fastlege, som auskulterte en systolisk bilyd og henviste videre til poliklinisk undersøkelse hos kardiolog. Han gjorde veiledende ekkokardiografisk undersøkelse, som viste betydelig svekket venstre ventrikkelfunksjon, hvorpå hun ble innlagt til full hjerteutredning på Ullevål sykehus som ø.hjelp. Ved innleggelsen hadde hun BT 155/105 mmHg, puls 110 regelmessig, var afebril, i normalt hold, hadde systolisk bilyd grad II med p.m. over apex, knatring basalt ved lungeauskultasjon og lette ankelødemer. **Myokardbiopsi og invasiv elektrofysiologisk undersøkelse var ikke indisert på dette stadium. Røntgen toraks viste lett stuvning og forstørret hjerte, og etter en dose diuretika med god respons, ble det gjort koronarangiografi alt samme dag som viste normale koronarkar. I påvente av den øvrige utredningen ble det startet ytterligere medikamentell behandling og man diskuterte årsaken til at hun hadde utviklet hjertesvikt.**

Spørsmål 1:

Nevn 2 mulige årsaker til hennes hjertesvikt ut i fra sykehistorien. Begrunn svaret. (2 linjer)

Svar:

Omfattende cytostatika behandling kan være kardiotoxisk (3p, kardiomyopati = OK) og hun hadde kjent hypertensjon (3p). Angivelse av begge mulige årsaker i kombinasjon gir full score.

Spørsmål 2:

Hvilke av følgende medisiner, som ble vurdert gitt som initial behandling, er du enig i (svar riktig eller galt på alle alternativ)?

Fragmin 5000 IE x 2 s.c. (dalteparin, blodfortynnende) [nedtrekkmeny]
Cordarone tbl. 200 mg x 2 (Amiodaron, arytmimedisin) [nedtrekkmeny]
Dispril 300 mg i vann etterfulgt av Albyl E 75 mg x 1 (acetylsalisylsyre) [nedtrekkmeny]
Diural tbl. 40 mg x 1 (furosemid, loop diuretikum) [nedtrekkmeny]
Cozaar tbl. 50 x 1 (losartan, angiotensin reseptor antagonist, ARB) [nedtrekkmeny]
SeloZok tbl. 50 mg x 1 (metoprolol, beta-blokker) [nedtrekkmeny]

Svar:

Fragmin 5000 IE x 2 s.c. (dalteparin, blodfortynnende) = **Riktig**
Cordarone tbl. 200 mg x 2 (Amiodaron, arytmimedisin) = **Galt**
Dispril 300 mg i vann etterfulgt av Albyl E 75 mg x 1 (acetylsalisylsyre) = **Galt**
Diural tbl. 40 mg x 1 (furosemid, loop diuretikum)
= **Riktig**
Cozaar tbl. 50 x 1 (losartan, angiotensin reseptor antagonist, ARB) = **Riktig**
SeloZok tbl. 50 mg x 1 (metoprolol, beta-blokker) = **Riktig**

Spørsmål 3:

Neste morgen følte pasienten seg bedre i pusten, og ankelødemene hadde allerede gått tilbake. Blodtrykket var nå 135/95 mmHg og pulsen 92/min. Hvilke endringer i den påstartede medikasjonen er du enig i (svar riktig eller galt på alle alternativ)?

Det bør startes behandling med statin f.eks. Lipitor (atorvastatin 40 mg x 1) [nedtrekkmeny]
Angiotensin reseptorantagonist bør skiftes til ACE-hemmer (f.eks. Triatec) [nedtrekkmeny]
Cozaar bør økes til 100 mg x 1 [nedtrekkmeny]
SeloZok bør økes til 100 mg x 1 [nedtrekkmeny]
Det vurderer å starte spironolacton (feks. Spirix, aldosteron antagonist 12,5 – 25 mg x 1) [nedtrekkmeny]
Diural bør økes til 80 mg x 1 [nedtrekkmeny]

Svar:

Det bør startes behandling med statin f.eks. Lipitor (atorvastatin 40 mg x 1) = **Galt**
Angiotensin reseptorantagonist bør skiftes til ACE-hemmer (f.eks. Triatec) = **Galt**
Cozaar bør økes til 100 mg x 1 = **Riktig**
SeloZok bør økes til 100 mg x 1 = **Riktig**
Det vurderer å starte spironolacton (feks. Spirix, aldosteron antagonist 12,5 – 25 mg x 1) = **Riktig**
Diural bør økes til 80 mg x 1 = **Galt**

Spørsmål 4:

Hva er den sannsynlige årsaken til venstre grenblokk i EKG hos middelaldrende eller eldre pasienter med kjent hypertensjon, når de ikke har eller har hatt akutte brystmerter? (1-2 linjer).

Svar:

Venstre grenblokk hos slik pasient indikerer venstre ventrikel hypertrofi (6p). Riktig også for «stort hjerte» eller liknende beskrivelse (VVH hos > 90%). (Altså ikke poeng for å forklare at v. grenblokk kan tyde på akutt infarkt ved akutte brystmerter.)

Del 3:

Pasienten er en 64 år gammel kvinne som arbeider som lærer, er gift og lever under gode sosiale forhold. Hun gjennomgikk omfattende cytostatika behandling for cancer mamma på slutten av 1990-tallet og har senere vært kontrollert uten residiv. Har ellers vært frisk, bortsett fra lett forhøyet blodtrykk i mange år inntil hun det siste året gradvis har utviklet funksjonsdyspnoe og etter hvert ankelødemer. Hun oppsøkte sin fastlege, som auskulterte en systolisk bilyd og henviste videre til poliklinisk undersøkelse hos kardiolog. Han gjorde veiledende ekkokardiografisk undersøkelse, som viste betydelig svekket venstre ventrikkelfunksjon, hvorpå hun ble innlagt til full hjerteutredning på Ullevål sykehus som ø.hjelp. Ved innleggelsen hadde hun BT 155/105 mmHg, puls 110 regelmessig, var afebril, i normalt hold, hadde systolisk bilyd grad II med p.m. over apex, knatring basalt ved lungeauskultasjon og lette ankelødemer. Myokardbiopsi og invasiv elektrofysiologisk undersøkelse var ikke indisert på dette stadium. Røntgen toraks viste lett stuvning og forstørret hjerte, og etter en dose diuretika med god respons, ble det gjort koronarangiografi alt samme dag som viste normale koronarker. I påvente av den øvrige utredningen ble det startet ytterligere medikamentell behandling og man diskuterte årsaken til at hun hadde utviklet hjertesvikt. **Både kraftig cytostatika behandling og hypertensjon kan ha bidratt til utvikling av hjertesvikt. Det var ingen indikasjon for amiodaron, acetylsalisylsyre eller statin, skifte fra ARB til ACE-hemmer eller større dose furosemid, men derimot livsforlengende behandling med ARB, beta-blokker og etter hvert spironolacton i tolererte doser.**

Spørsmål 1:

Det ble gjort fullstendig ekkokardiografisk undersøkelse og påvist svekket v. ventrikkelfunksjon og en moderat («grad 2») mitral insuffisiens. Hvilke av funnene angitt nedenfor fra ekkolaboratoriet beskriver og forklares av disse funnene (svar riktig eller galt på alle alternativ)?

V. ventrikkel betydelig dilatert med normal veggtykkelse og global hypokinesi [nedtrekkmeny]

Ejeksjonsfraksjon 24 % [nedtrekkmeny]

Restriksjon av begge mitralseil med dilatert ring [nedtrekkmeny]

Moderat forstørret venstre atrium [nedtrekkmeny]

Antegrad hastighet over aortaklaff 1,2 m/s [nedtrekkmeny]

Ingen insuffisienser i tricuspidal og pulmonal klaffer [nedtrekkmeny]

Svar:

V. ventrikkel betydelig dilatert med normal veggtykkelse og global hypokinesi = **Riktig**

Ejeksjonsfraksjon 24 % = **Riktig**

Restriksjon av begge mitralseil med dilatert ring = **Riktig**

Moderat forstørret venstre atrium = **Riktig**

Antegrad hastighet over aortaklaff 1,2 m/s = **Galt**

Ingen insuffisienser i tricuspidal og pulmonal klaffer = **Galt**

Spørsmål 2:

Forutsatt at pasienten blir stadig bedre på medikamentell behandling, hvordan vil du håndtere hennes mitralinsuffisiens? (1 linje)

Svar:

Kontroll med ekkokardiografi (2p) etter ca. 6 mnd. (3-12 mnd.) (2p) for å vise at insuffisiensen blir mindre (2p).

Spørsmål 3:

Pasientens dyktige fastlege hadde skrevet henvisning til hjertespesialisten med en mer detaljert beskrivelse av auskultasjonsfunnene av hjertet – hvilken passer best?

- Dusjende bilyd tydelig hørbar langs venstre sternalrand
- Blåsende bilyd hørbar fra apex mot v. axille
- Rullende («rumbling») bilyd i apex-axille regionen
- Ru/høyfrekvent bilyd fra apex mot halskar med svekket 2. hjertetone

Svar:

Blåsende bilyd hørbar fra apex mot v. axille

Spørsmål 4:

MR ble gjort etter få dager, og bekreftet funnene fra ekkokardiografi med uttalt dyssynkront kontraksjonsmønster av v. ventrikkel. Hvilket implantabelt utstyr ble pasienten tilbudt?

- Vanlig 2-kammer pacemaker
- Defibrillator (ICD)
- Resynkroniserende behandling (CRT)
- Resynkroniserende behandling med ICD funksjon (CRT-D)
- Det var egentlig ingen indikasjon for implantabelt utstyr
- Aortaballongpumpe under sykehusoppholdet og seponering før utskrivelse

Svar:

Resynkroniserende behandling med ICD funksjon (CRT-D)

Del 4:

Pasienten er en 64 år gammel kvinne som arbeider som lærer, er gift og lever under gode sosiale forhold. Hun gjennomgikk omfattende cytostatika behandling for cancer mamma på slutten av 1990-tallet og har senere vært kontrollert uten residiv. Har ellers vært frisk, bortsett fra lett forhøyet blodtrykk i mange år inntil hun det siste året gradvis har utviklet funksjonsdyspnoe og etter hvert ankelødemer. Hun oppsøkte sin fastlege, som auskulterte en systolisk bilyd og henviste videre til poliklinisk undersøkelse hos kardiolog. Han gjorde veiledende ekkokardiografisk undersøkelse, som viste betydelig svekket venstre ventrikkelfunksjon, hvorpå hun ble innlagt til full hjerteutredning på Ullevål sykehus som ø.hjelp. Ved innleggelsen hadde hun BT 155/105 mmHg, puls 110 regelmessig, var afebril, i normalt hold, hadde systolisk bilyd grad II med p.m. over apex, knatring basalt ved lungeauskultasjon og lette ankelødemer. Myokardbiopsi og invasiv elektrofysiologisk undersøkelse var ikke indisert på dette stadium. Røntgen toraks viste lett stuvning og forstørret hjerte, og etter en dose diuretika med god respons, ble det gjort koronarangiografi alt samme dag som viste normale koronararter. I påvente av den øvrige utredningen ble det startet ytterligere medikamentell behandling og man diskuterte årsaken til at hun hadde utviklet hjertesvikt. Både kraftig cytostatika behandling og hypertensjon kan ha bidratt til utvikling av hjertesvikt. Det var ingen indikasjon for amiodaron, acetylsalisylsyre eller statin, skifte fra ARB til ACE-hemmer eller større dose furosemid, men derimot livsforlengende behandling med ARB, beta-blokker og etter hvert spironolacton i tolererte doser. **Ekko viste at v. ventrikkel var dilatert med global hypokinesi og EF 24 % med dilatert mitralring og forstørret v. atrium. Ved kontroll kan man gjøre ny ekko etter 6 (3-12) mnd. Fastlegen hadde beskrevet bilyden som blåsende fra apex til v. axille. Pasienten ble tilbudt resynkroniserende behandling med ICD funksjon (CRT-D) ettersom CT (slik som ekko) viste uttalt dyssynkroni i bevegelsesmønsteret av v. ventrikkel.**

Spørsmål 1:

Hvilke effekter kan forventes av implantasjon av CRT-D hos denne pasienten (svar ja eller nei på alle alternativ)?

Normalisering av EF [nedtrekkmeny]

Deteksjon og defibrillering av eventuell malign arytmi (ventrikkelflimmer eller takykardi) [nedtrekkmeny]

Synkronisering av bevegelsesmønsteret i v. ventrikkel med klinisk bedring av hjertesvikt [nedtrekkmeny]

Livsforlengende effekt [nedtrekkmeny]

Muligheter for å seponere hjertesviktmedisinene [nedtrekkmeny]

Normalisering av NYHA funksjonsklasse [nedtrekkmeny]

Svar:

Normalisering av EF = **Nei**

Deteksjon og defibrillering av eventuell malign arytmi (ventrikkelflimmer eller takykardi) = **Ja**

Synkronisering av bevegelsesmønsteret i v. ventrikkel med klinisk bedring av hjertesvikt = **Ja**

Livsforlengende effekt = **Ja**

Muligheter for å seponere hjertesviktmedisinene = **Nei**

Normalisering av NYHA funksjonsklasse = **Nei**

Spørsmål 2:

Pasienten hadde i lengre tid hatt et betydelig saltinntak, og hadde den senere tid også forsøkt ymse helsekostprodukter som ble reklamert på TV og i ukeblader. Hvilke av følgende dietttiltak ville du anbefale (svar enig eller uenig på alle alternativ)?

Hun burde redusere sitt saltinntak til ca. 6 g NaCl per døgn i henhold til offentlig anbefaling [nedtrekkmeny]

Hun burde innta kapsler med blåbærekstrakt [nedtrekkmeny]
Hun burde øke inntaket av flerumettede fettsyrer (Omega-3 produkter, fet fisk, tran) [nedtrekkmeny]
Hun burde øke inntaket av olivenolje [nedtrekkmeny]
Hun burde øke inntaket av palmeolje [nedtrekkmeny]
Hun burde øke inntaket av B og E vitaminer [nedtrekkmeny]

Svar:

Hun burde redusere sitt saltinntak til ca. 6 g NaCl per døgn i henhold til offentlig anbefaling = **Enig**
Hun burde innta kapsler med blåbærekstrakt = **Uenig**
Hun burde øke inntaket av flerumettede fettsyrer (Omega-3 produkter, fet fisk, tran) = **Enig**
Hun burde øke inntaket av olivenolje = **Enig**
Hun burde øke inntaket av palmeolje = **Uenig**
Hun burde øke inntaket av B og E vitaminer = **Uenig**

Spørsmål 3:

Pga. mistanke på MR ble ekkoundersøkelsen fra dagen etter innkomst gransket på nytt, og det ble påvist en mindre veggfast trombe i kaviteten i v. ventrikkel. Dosen Fragmin ble doblet og etter 1 uke erstattet med warfarin (Marevan). Forklar hvorfor hun trengte slik antikoagulasjonsbehandling? (1-2 linjer)

Svar:

Tromben i v. ventrikkel kan løsne og medføre f.eks. hjerneslag (3) – vil gå bort med antikoagulasjonsbehandling (3p). Det samme oppnås med NOAC, men ikke tilleggspoeng for å nevne dette.

Spørsmål 4:

Hva er terapeutisk INR-område for pasienten med tanke på warfarin- (Marevan) behandlingen?

- INR 3,0 – 4,0
- INR 2,5 - 3,0
- INR 2,0 – 3,0
- INR 1,5 – 2,0
- Vi har sluttet å bruke INR til å kontrollere blodfortynnende behandling

Svar:

INR 2,0 – 3,0

Del 5:

Pasienten er en 64 år gammel kvinne som arbeider som lærer, er gift og lever under gode sosiale forhold. Hun gjennomgikk omfattende cytostatika behandling for cancer mamma på slutten av 1990-tallet og har senere vært kontrollert uten residiv. Har ellers vært frisk, bortsett fra lett forhøyet blodtrykk i mange år inntil hun det siste året gradvis har utviklet funksjonsdyspnoe og etter hvert ankelødemer. Hun oppsøkte sin fastlege, som auskulterte en systolisk bilyd og henviste videre til poliklinisk undersøkelse hos kardiolog. Han gjorde veiledende ekkokardiografisk undersøkelse, som viste betydelig svekket venstre ventrikkelfunksjon, hvorpå hun ble innlagt til full hjerteutredning på Ullevål sykehus som ø.hjelp. Ved innleggelsen hadde hun BT 155/105 mmHg, puls 110 regelmessig, var afebril, i normalt hold, hadde systolisk bilyd grad II med p.m. over apex, knatring basalt ved lungeauskultasjon og lette ankelødemer. Myokardbiopsi og invasiv elektrofysiologisk undersøkelse var ikke indisert på dette stadium. Røntgen toraks viste lett stuvning og forstørret hjerte, og etter en dose diuretika med god respons, ble det gjort koronarangiografi alt samme dag som viste normale koronarar. I påvente av den øvrige utredningen ble det startet ytterligere medikamentell behandling og man diskuterte årsaken til at hun hadde utviklet hjertesvikt. Både kraftig cytostatika behandling og hypertensjon kan ha bidratt til utvikling av hjertesvikt. Det var ingen indikasjon for amiodaron, acetylsalisylsyre eller statin, skifte fra ARB til ACE-hemmer eller større dose furosemid, men derimot livsforlengende behandling med ARB, beta-blokker og etter hvert spironolacton i tolererte doser. Ekko viste at v. ventrikkel var dilatert med global hypokinesi og EF 24 % med dilatert mitralring og forstørret v. atrium. Ved kontroll kan man gjøre ny ekko etter 6 (3-12) mnd. Fastlegen hadde beskrevet bilyden som blåsende fra apex til v. axille. Pasienten ble tilbudt resynkroniserende behandling med ICD funksjon (CRT-D) ettersom CT (slik som ekko) viste uttalt dyssynkroni i bevegelsesmønsteret av v. ventrikkel. **CRT-D kan detektere og behandle malign arytmi, bedre synkronisering i v. ventrikkel og gi klinisk bedring og forlenge liv. Hun ble anbefalt redusert saltinntak ned til 6 g, samt øke flerumettede fettsyrer og olivenolje i kosten. Marevan ble gitt for å motvirke tromben pga. faren for hjerneslag (og annen emboli) med INR-mål 2,0-3,0.**

Spørsmål 1:

Pasienten følte seg kjekk etter noen dager i avdelingen, og hun valgte å takke nei til device-behandling (CRT-D). Hvilke betingelser må foreligge ved senere kontroll for at hun skal oppfordres til å revurdere denne beslutningen? (1 linje)

Svar:

Betydelig redusert EF (2p) og/eller besvimelse (2p) eller påvist ventrikkelarytmi. (2p)

Spørsmål 2:

Den videre behandling og oppfølging bør inkludere (svar enig eller uenig på alle alternativ):

Henvising og i begynnelsen oppfølging på Hjerterpoliklinikken [nedtrekkmeny]

Langtidssykemelding til ekko viser normalisering av hjertefunksjonen [nedtrekkmeny]

Sykemelding i noen uker og opptil 1-2 mnd. til hun føler seg bra igjen [nedtrekkmeny]

Henvising til «hjertetrim» [nedtrekkmeny]

Forbud mot utenlandsreiser det første året [nedtrekkmeny]

Tett kontakt med fastlegen [nedtrekkmeny]

Svar:

Henvising og i begynnelsen oppfølging på Hjerterpoliklinikken = **Enig**

Langtidssykemelding til ekko viser normalisering av hjertefunksjonen = **Uenig**

Sykemelding i noen uker og opptil 1-2 mnd. til hun føler seg bra igjen = **Enig**

Henvising til «hjertetrim» = **Enig**

Forbud mot utenlandsreiser det første året = **Uenig**

Tett kontakt med fastlegen = **Enig**

Spørsmål 3:

Ved videre kontroll på Hjerterpoliklinikken var pasienten kjekk, med unntak av et par dokumenterte anfall med atrieflimmer. Hvilken av følgende medikamentendring kan på sikt vurderes:

- Starte kombinasjonsbehandling ARB (Cozaar) og ACE-hemmer (Triatec)
- Losartan/hydroklortiazid (100/25 mg, Cozaar Comp Forte) kan erstatte Cozaar og Diural
- Marevan kan seponeres etter 6 mnd.
- SeloZok 100 mg x 1 kan seponeres
- Spironolactone kan seponeres
- Behandling med statin bør nå startes

Svar:

Losartan/hydroklortiazid (100/25 mg, Cozaar Comp Forte) kan erstatte Cozaar og Diural

Spørsmål 4:

Ved ekkokontroll på Hjerterpoliklinikken etter 12 mnd. hadde hun EF 47 % og minimal mitralinsuffisiens («grad 1»), og hun følte at hun var tilbake i sin habituelle tilstand. Ta stilling til disse påstandene:

Hun kan følges videre av fastlege som kan henvise tilbake ved behov [nedtrekkmeny]

Det er nå ikke lenger aktuelt å tilby CRT-D [nedtrekkmeny]

Blodtrykk på 122/81 mmHg er tilfredsstillende [nedtrekkmeny]

Pga. puls 74 regelmessig bør SeloZok økes til 200 mg x 1 [nedtrekkmeny]

Det er lite sannsynlig at cytostatika behandlingen for mer enn 15 år siden var av stor betydning her [nedtrekkmeny]

Hun kan kanskje på sikt klare seg uten hjertesvikt- og BT- senkende behandling [nedtrekkmeny]

Svar:

Hun kan følges videre av fastlege som kan henvise tilbake ved behov = **Enig**

Det er nå ikke lenger aktuelt å tilby CRT-D = **Enig**

Blodtrykk på 122/81 mmHg er tilfredsstillende = **Enig**

Pga. puls 74 regelmessig bør SeloZok økes til 200 mg x 1 = **Uenig**

Det er lite sannsynlig at cytostatika behandlingen for mer enn 15 år siden var av stor betydning her =

EnigHun kan kanskje på sikt klare seg uten hjertesvikt- og BT- senkende behandling = **Uenig**