

OSCE – Tentamenssammanfattning

Dannejaha.se – Version 1.0

2018-02-23

Undersökning - Lista + Fakta från Kliniska färdigheter

Allmänt

- Rätt patient?

Lungorna

1. **Perkussion**, bestäm lunggränser
 - a. Jämför höger och vänster sida uppfifrån och ner
 - b. Vid förändring bör man ta andra sidan direkt och jämföra
2. **Askultera**, lyssna
 - a. Be patient andas med öppen mun (hörs tydligare), långsam in/utandning.
 - b. Få fram Ronki genom forcerad lång utandning och lyssna mitt i lungfältet (om inte hörs redan vid normal)
 - c. Jämför höger och vänster innanför scapula dorsalt
 - d. Jämför höger och vänster ventralt

Normalfynd: Normal andningsljud bilateralt. Inga biljud. Normal perkussionstod, sidlika lunggränser.

Fakta

Patient bör helst sitta upp utan att vara lutad mot något.

1. Palpation (Känna)

- Eftersläpningar av ena sidan vid inandning kan bero på förträngning av central luftväg (t.ex. tumör) eller pleurit.
- Lymfkörtlar, **subclacikulart** viktigt för **lungcancer**, sarcoidos

2. Perkussion (Slå)

- Förändringar ner till 5 cm kan hörs.
- **Dämpning** hörs vid t.ex. pleuravätska eller atelektas (förlust av lungvolym)
- **Hypersonor** perkusionston när man har pneumothorax eller uttalat emfysem. Mest uttalad kallas **Tympanistisk**

3. Askultation (Lyssna)

- **Normalt:**
 - **Vesikulärt (bak)**Inandning hörs mer än utandning. Inspirationsljudet kommer främst från segmentella och lobulära bronker.
 - **Bronkiellt (manibrium sterni):** Utandning hörs mer än inandning. Skapas a centrala luftvägar.
- **Biljud – Examineras ej**
 - **Rassel:** korta explosiva ljud. Vid slem kan hostas bort. Vid fibros/pneumoni stannar de kvar.
 - **Krepitationer:** Torra fina rassel
 - **Ronki:** Långdragna musikaliska ljud, hög eller lågfrekvent. Uppkommer pga trånga luftvägar och nästan stängs, väggar vibrerar. KOL patienter har forcerad utandning med ronki. Astma vanligaste orsaken till Ronki.
 - **Stridor:** Ronki från Stenos vid trakea, laryx eller huvudbronk och brukar vara hörbar även utan stetoskop
 - **Pleura gnidningljud:** Vid torr pleurit då inflammerade skikten gnider mot varandra. Hörs vid in och utandning och likar att trampa i snö. Vid tillkomst av vätska försvinner ljud.

Sköldkörtel

1. **Inspektion:** Titta framifrån: Svullnad, Sidoskillnad, Ärr, Vidgade vener?
2. **Palpation:** Stå bakom patient och palpera med båda händers fingrar.
 - a. Leta fram sköldbrosket, isthmus sitter under som ett band.
3. Be svälja för att se om Thyroidea följer med (rörlig)
4. **Bedöm:** Dominerande lob, form/jämn, resistenser, konsistns (mjuk, fast, hård, öm)

Normalfynd: Sköldkörteln palperas utan anmärkning eller Sköldkörtel kan inte med säkerhet palperas

Fakta

- Storlek beroende på jod-förekomst, bist = större (Struma = större).
- Hos barn relativt större och växer något vid pubertet och graviditet.
- Normal konsistens: mjuk, elastisk, jämn yta.
- Hypertyreos kan ibland höras som blåsljud över thyroidea
- Funktionsstatus ingår: Hudens konsistens, temperatur, puls/hjärta
- **Struma** är förstörad sköldkörtel och kan både finnas och saknas vid både hyper och hypo-thyridos.

Lymfkörtlar

Undersök framifrån och be patient vila händerna på knäa för att få axlar att slappna av mer vid supraclacikulär undersökning

Perkussion

- Huvud occipitalt (Rubella virus, röda hund)
- Bakom / Framför öron
- Käkvinklarna
- Submandibulärt
- Halsen => Framför och bakom m. SternoCM (vrid huvudet mot sidan som ska undersökas)
- Fossa supra (tuberkulos) och infra -claciculare.
- Axillerna (händerna på läkarens axlar)

Normalfynd: Namnge lymförtelstationer som undersökt och "palperas utan anmärkning"

Fakta

- Palpera båda sidor samtidigt för att hitta skillnader.
- Fossa supraclaviculare undersöks lättare med huvudet mot bröstet (övre delen) och vridet uppåt åt motsatt sida (nedre).
- Fossa subclaviculare ligger mellan m.Deltoideus och musculus pectoralis major.
- Fossa subclaviculare ligger nedanför nyckelbenet, lateralt. Lättare om man abducerar och vinkar axel fram.

Hjärta

Bedöma: Ryt, Frekvens, hjärttoner. Spelar ingen roll var man lyssnar för detta.

Hö I2: Aortaklaff

Vä I2: Pulmonalisklaff

Vä I4: Tricuspidalisklaff

Vä I4-I5 medioklavikularlinje: Mitralis => Kallas Apex, palpera iktus (hjärtspetsen)

1. Identifiera avlyssningställena
2. Palpera a. Radialis samtidigt som lyssnar: Regelbunden? Oregelbunden? Extraslag? Frekvens?
3. **Hjärttoner**
 - a. **1** (Mitralis/Tricuspidals stängs, systole börjar, hörs bäst vid apex. Kluven? => skänkelblock. Intensitetsändring? => Förändra tryckdifferens vä kammare/förmak.
 - b. **2** (aorta/pulmonalis stängs, diastole börjar. Kan höras kluven då aorta/pulmonalis har viss tidsskillnad (Uppfattas bäst vid I3 intill sternum). Aorta stänger först.
4. Hitta Iktus vid apex

Normalfynd: Regelbunden hjärtrytm, frekvens 70/min, inga hörbara blåsljud.

Fakta

- Inspektion för cyanos, benödem, halsvener, takypne (snabb andning)
- **Cyanos** innebär höjd reducerat hemoglobin i blodet. Beror på dåligt perifert blodflöde och syresättning. Läppar, öron först, händer och fötter sen.
- Ödem testas genom trycka 10-20 sekunder jämnt på samma ställe.
- Fyllad v. Jugularis på halsen är tecken på högersidig svikt. Iaktas vid 45 grader vinkel av höften helt vilandes.
- Svag Carotis-puls kan bero på låg slagvolym och dålig fungerande vänsterkammare. Kan även bero på stenosis (t.ex. aorta).
- Carotis puls som snabbt når sitt maximum och sedan faller samman talar för stor slagvolym som snabbt tömmer sig, ofta tillbaka till vänster kammare => aortainsufficiens.
- A. Radialis och a. Femoralis-puls ska kännas samtidigt. Om inte => förträngning? Försening och försvagning av femoralis är tecken på => Coarctatio Aortae och bör därför ingå i alla hypertoniutredningar.
- Iktus känns medialt om MCL linje med första 2 fingrar. Känns med fler talar för vänsterkammahypertrofi. Känns den i sjätte revbensintersitet, breddökad och förskjuten lateralt => vänsterkammardilatation.
- För att göra riktig auskultation måste både klocka (lågfrekventa) och membran användas!
- Kan förbättra ljudet genom att be patienten ta djupt andetag och sedan andas ut helt (expiratorisk apné). Mindre luft och andningsljud
- Hörs bättre om patienten sitter lite framåtlutad då hjärta ligger mot bröstväggen då.
- Under inandning ökar venöst återflöde till höger kammare och därmed slagvolymen. Därför försenad stängning av klaffen i förhållande till aorta. Vid inandning sker därför en ökad splittring av andra tonen.
- **Tredje tonen** hörs bäst av Apex och är normalt att höra hos unga. Hos äldre utgör tecken på vänsterkammarsvikt. Hörst i första delen av systole, strax efter andra tonen. Beror på snabb fyllnad av vänster kammare och ökad tension av kammarvägg.
- **Fjärde tonen** hörs också bäst över Apex. I slutet av diastole, strax före första hjärttonen och beror på compliance av vänsterkammaren med nedsatt eftergivlighet (myokardfibros).

Liggande Blodtryck

1. Se att du har rätt man manschett och patienten vilat 10 minuter (5 enligt boken).
2. Spänn fast manschett 2 cm ovanför armvecket: Inga slangar i klem, se klockan.
3. Manschetten i hjärthöjd, använd HELP-kudde
4. Hitta a. Radialis och a. Brachialis
5. **Palpatorisk blodtryck**, palpera a. Radialis och pumpa upp tills den försvinner. = Ungefärligt systoliskt. Släpp ut all luft.
6. **Auskultatoriskt blodtryck**, palpera a. brachialis, sätt stetoskop mot, pumpa upp det palpatoriska + 30 mmHg.
7. Släpp ut 2 mmHg/s ungefär
8. Lyssna där ljud börjar = Systolisk och sedan slutar igen = Diastolisk

Normalfynd: Liggande, höger arm, 120/80

Fakta

- Blodtrycket mellan armarna skiljer ofta bara max 10 mmHg, men vid första besök ska man alltid mäta båda för att avgöra skillnad.
- Vid efterkommande besök mäter man bara i höger arm, såvida det inte finns sidoskillnader som upptäckts (då ska blodtryck mätas i den med högst tryck).
- En blodtrycksmanschett bör kalibreras regelbundet för att undvika systemfel.
- För smal manschett ger falskt högt värde. För bred manschett ger falskt lågt värde.
- Känna till att läkare kan inducera högre blodtryck genom "white coat hypertensives", stress som ökar trycket, därför kan det vara av vikt att samma person mäter varje gång (sjuksköterska kanske inte gör detta)
- Manschetten ska sitta 2cm ovanför armvecket
- Mäts efter 5 minuters vilande sittande eller liggandes.
- Personer med blodtryckssänkande eller äldre mäts dessutom efter 1 minut stående.
- Sittande kräver ryggstöd eftersom utan ryggstöd kan man få falskt högt diastole värde.
- Manschetten måste vara i hjärtats höjd, vila den på HELP-kudde (Heart Level Pillow). Ligger på brits kan det ge 5 mmHg mer diastole.
- Trycket ska minska med ungefär 2 mmHg/s vid mätning.
- När ljud börjar uppstå = Systole, När ljud avtar igen = diastole
- Två mätningar (minst) ska utföras efter varandra och medelvärde tas. Noggrannhet på 2-5 mmHg
- Det riktiga (intraarteriella) blodtrycket ligger nära det auskultatoriska, men man räknar med något högre systolisk och något lägre diastolisk är det korrekta (relativt sett auskultatoriska uppmätta).
- **Felkällor:** Vila armen på britsen, Trycka stetoskop för hårt, släppa ut luften för snabbt, använda fel storlek på manschetten
- Stress, nervositet, kaffe, rökning, snus kan öka trycket med 10 mmHg och bör undvikas innan besök.
- **Silent gap** kan uppstå och då är risken att systoliskt blir falskt lågt
- Ibland hörs pulsationer ner till 0 mmHg, beror då ofta på hög slagvolym (graviditet, aortainsufficiens), man mäter då diastolisk vid fas 4 ljudet och skriver detta i journalen.
- Automatiska blodtrycksmaskiner använder oscillometrisk mätning där pulsationer ökar trycket över det systoliska.

Bukundersökning

1. Inspektion

- Ärr (operation, trauma)
- Striae (graviditet, snabb viktminskning, kortison)
- Venstas (levercirrhos)
- Utflytande, spänd (vätska, gas, förstoppning)

2. Auskultation

- Lyssna på ett ställe, typ höger om navel, i 30 sekunder. Ljuden hörs samma överallt. Vid tenta räcker att ange tiden.
- Normala tarm ljud är Intermittenta, diskreta, koordinerade med tarmperistaltiken

3. Palpation

Man ska ej berätta för patienten vad man ska göra, det är viktigt den är avspänd. Använd en hand på varderas sida för att jämföra tonus!

- Börja långt ifrån smärtcentrum! Ha ögonkontakt för att observera smärtreaktion.
- Ytlig palpation (mjuk, spänd, hård – peritonit?)
- Djuppalpation och smärtlokalisering
 - **Lever:** Känns normalt inte bedöm: Rundan kant, jämn/ojämn, storlek, ömhet. **Be patient andas in**, storlek mät i fingrars bredd.
 - **Testa Dunkömheter** nedanför höger arcus: Gallstas/cholecystit
 - **Mjälte:** Bimanuell palpation. Be patient andas in, känns normalt ej
 - **Njurara:** Bimanuell palpation: Dunkömheter (sittande) eller ruckömheter (liggandes). Smärta => Pyelonefrit eller hydronefros. Känns ej normalt. Slå med knuten näve på egna handen som ligger över arcus.

Huvudregel: Palpabla resistenser = Patologiskt

4. Perkussion

- Perkutera fram leverns avgränsningar
- Genrellt över buken för ömhet eller dämpningar (Ascites, förstoppning, gas, tarmvred, uppblåsta tarmar)

Normalfynd: Normalt tarm ljud. Mjuk och oöm. Lever, mjälte eller patologiska resistenser palperas inte. Ingen dunkömheter över njurlogerna eller höger arcus.

Fakta

- Vid klinisk undersökning spritar man händerna och tar på sig handskar. Om där är sår eller infektion tar man på sig mer skydd.
- Sitt aldrig på britsen för patient utan på pall bredvid, om man ska sitta.
- Auskultation sker i bukundersökning innan palpation eftersom tryck på buken kan utlösa stegrad aktivitet och då missbedömas.
- Uppdriven buk kan bero på vätska, gas, tarminnehåll.
- Stora tumörer ger istället asymmetrisk uppdreven buk.
- Bräck kan ses vid lumskar och blir tydligare stående då tryck ökar
- Vid Ileus är tarm ljud höga och klingande.
- Vid Gastroenterit hörs vanligen stegrade kontinuerliga tarm ljud.
- Vid peritonit förekommer avsaknad av tarm ljud och ökad muskeltonus. Tonusen är ofrivillig och försvinner INTE vid distraktion.
- Man kan höra blåsljud från njurartärer vid sidan om processus xiphoideus och över Iliaca-kärlen vid lumskar.
- På magra patienter kan ibland njurar palperas trots de egentligen ligger bakom och skyddade.
- Vanligt kan man palpera en hård resistens vid colon sigmoideum i vänster fossa iliaca. Då är det troligen Schybal (hård avföring).
- Bukarota kan palperas hos smala personer, då som en avlång puls vid navel och lite över.
- Palpation ska ske med fingrarna smalnade, palpation med fingertoppar utlöser lätt smärta även i frisk vävnad.
- Börja alltid så långt ifrån smärtcentrum som möjligt. Titta på patienten för att avläsa situationen
- Ascites ger dämpning på båda sidor och ihåligt i mitten, kan be patient lägga sig på sidan för att se om ljud försvinner från övre del.

Perifera pulsar

1. Palpera pulsar bilateralt

- a. Radialis
- a. Carotis
- a. Tibialis Posterier (ATP) – Bakom mediala Malleolen
- a. Dorsalis Pedis (ADP)

Notera sidoskillnader.

Normalfynd: Perifera pulsar i a. Radialis, carotis, Tibialis posterier och Dorsalis palperas välfyllda och silika.

Fakta

- Börjar med att inspektera områdena efter hudfärg, hår, temperatur.
- Kalla fötter beroende på vasokonstriktion är dock normalt.
- Svårsläkt sår på tår talar för arteriell eller venös cirkulationsstörning.
- Jämförelse mellan sidor är viktigt
- Om pulsation är svår att känna i foten kan hinder sannolikt sitta i arteria Poplitea eller underbenets artärer. Om det känns i knäveck.
- Goda pulsar i ATP och ADP utelsuter i princip väsentliga artärhinder

Rutin-nervstatus (T5-versionen)

A. Under Samtalet (1 Tal)

1. Påverkan av talet (dysatri, dysfasi)
- Högre cerebrala funktioner

B. Patienten Stående (4 Stående GT Rom Fisk)

1. Gångmönster (ISHAV)
 - Igångsättning
 - Steglängd
 - Hållning
 - Armpendling
 - Vändning
2. Tå och hälgång
3. Rombergs prov (fötter ihop, stå stilla, blunda)
4. Finger-näsförsök

C. Patienten Sittande (5 Sittande SAn ArM Reflex)

1. Synfält (händer mellan patient och vifta båda samtidigt) – n. II (Opticus)
2. Ansiktsmotorik (Visa tänder, rynka panna, båda) – n. VII (Facialis)
3. Armar sträckta (Grasses, armar ut, fingrar raka, armar raka, upp)
4. Muskelkraft i armar (fingerpretning, axelabduktion)
5. Reflexer i armar och ben
 - Biceps (C5, C6 – n. Musculocutaneus)
 - Triceps (C7, C8 – n. Radialis)
 - Patella (L3, L4 – n. Femoralis)
 - Achilles (S1, S2 – n. Ischiadicus)

D. Patienten Liggandes (2 Liggande HB)

1. Häl-knä försök (dra hälen upp på andra benet)
2. Babinskis (dra häl till tå, lilltå till storto) Solfjäder => Patologisk öm

Normalfynd:

- **Orienterad** till person, tid, plats och situation. Ingen dysartri eller dysfasi
- **Kranialnerv:** Normalt synfält. Ingen ansiktsförlamning.
- **Muskulatur och grov kraft:** God och liksidig kraft i övre och nedre extremiteter proximalt och distalt. Ingen sänkningstendens vid "arm framåt sträck"/Grasses
- **Motorisk och koordination:** Normalt gångmönster. Ingen falltendens vid Rombergs. Finger-näs utan anmärkning bilateralt liksom knä-häl.
- **Reflexer:** Ordinära utlösbara liksidiga reflexer i biceps, triceps, patella, akilles. Babinskis tecken föreligger ej.

Undersökning – Bara lista utan fakta

Allmänt

- Rätt patient?

Lungorna

1. **Perkussion**, bestäm lunggränser
 - a. Jämför höger och vänster sida uppifrån och ner
 - b. Vid förändring bör man ta andra sidan direkt och jämföra
2. **Askultera**, lyssna
 - a. Be patient andas med öppen mun (hörs tydligare), långsam in/utandning.
 - b. Få fram Ronki genom forcerad lång utandning och lyssna mitt i lungfältet (om inte hörs redan vid normal)
 - c. Jämför höger och vänster innanför scapula dorsalt
 - d. Jämför höger och vänster ventralt

Normalfynd: Normal andningsljud bilateralt. Inga biljud. Normal perkussionstod, sidlika lunggränser.

Sköldkörtel

1. **Inspektion:** Titta framifrån: Svullnad, Sidoskillnad, Ärr, Vidgade vener?
2. **Palpation:** Stå bakom patient och palpera med båda händerns fingrar.
 - a. Leta fram sköldbrusket, isthmus sitter under som ett band.
3. Be svälja för att se om Thyroidea följer med (rörlig)
4. **Bedöm:** Dominerande lob, form/jämn, resistenser, konsistns (mjuk, fast, hård, öm)

Normalfynd: Sköldkörteln palperas utan anmärkning eller Sköldkörtel kan inte med säkerhet palperas

Lymfkörtlar

Undersök framifrån och be patient vila händerna på knäa för att få axlar att slappna av mer vid supraclaviculär undersökning

Perkussion

- Huvud occipitalt (Rubella virus, röda hund)
- Bakom / Framför öron
- Kåkvinklarna
- Submandibulärt
- Halsen => Framför och bakom m. SternoCM (vrid huvudet mot sidan som ska undersökas)
- Fossa supra (tuberkulos) och infra -claviculare.
- Axillerna (händerna på läkarens axlar)

Normalfynd: Namnge lymförtelstationer som undersökt och "palperas utan anmärkning"

Hjärta

Bedöma: Rytm, Frekvens, hjärttoner. Spelar ingen roll var man lyssnar för detta.

Hö I2:Aortaklaff

Vä I2: Pulmonalisklaff

Vä I4: Tricuspidalisklaff

Vä I4-I5 medioklavikularlinje: Mitralis => Kallas Apex, palpera iktus (hjärtspetsen)

1. Identifiera avlyssningställena
2. Palpera a. Radialis samtidigt som lyssnar: Regelbunden? Oregelbunden? Extraslag? Frekvens?
3. **Hjärttoner**
 - a. **1** (Mitralis/Tricuspidals stängs, systole börjar, hörs bäst vid apex. Kluden? => skänkelblock. Intensitetsändring? =>Förändra tryckdifferents vä kammare/förmak.
 - b. **2** (aorta/pulminalis stängs, diastole börjar. Kan höras kluden då aorta/pulminalis har viss tidsskillnad (Uppfattas bäst vid I3 intill sternum). Aorta stänger först.
4. Hitta Iktus vid apex

Normalfynd: Regelbunden hjärtrytm, frekvens 70/min, inga hörbara blåsljud.

Liggande Blodtryck

9. Se att du har rätt man manschett och patienten vilat 10 minuter (5 enligt boken).
10. Spänn fast manschett 2 cm ovanför armvecket: Inga slangar i klem, se klockan.
11. Manschetten i hjärthöjd, använd HELP-kudde
12. Hitta a. Radialis och a. Brachialis
13. **Palpatorisk blodtryck**, palpera a. Radialis och pumpa upp tills den försvinner. = Ungefärligt systoliskt. Släpp ut all luft.
14. **Auskultatoriskt blodtryck**, palpera a.brachialis, sätt stetoskop mot, pumpa upp det palpatoriska + 30 mmHg.
15. Släpp ut 2 mmHg/s ungefär
16. Lyssna där ljud börjar = Systolisk och sedan slutar igen = Diastolisk

Normalfynd: Liggande, höger arm, 120/80

Bukundersökning

1. Inspektion

- Ärr (operation, trauma)
- Striae (graviditet, snabb viktnedgång, kortison)
- Venstas (levercirrhos)
- Utflytande, spänd (vätska, gas, förstoppning)

2. Auskultation

- Lyssna på ett ställe, typ höger om navel, i 30 sekunder. Ljuden hörs samma överallt. Vid tenta räcker att ange tiden.
- Normala tarmljud är Intermittenta, diskreta, koordinerade med tarmperistaltiken

3. Palpation

Man ska ej berätta för patienten vad man ska göra, det är viktigt den är avspänd. Använd en hand på varderas sida för att jämföra tonus!

- Börja långt ifrån smärtcentrum! Ha ögonkontakt för att observera smärtreaktion.
- Ytlig palpation (mjuk, spänd, hård – peritonit?)
- Djuppalpation och smärtlokalisering
 - **Lever:** Känns normalt inte bedöm: Rund kant, jämn/ojämn, storlek, ömhet. **Be patient andas in**, storlek mät i fingrars bredd.
 - **Testa Dunkömhet** nedanför höger arcus: Gallstas/cholecystit
 - **Mjälte:** Bimanuell palpation. Be patient andas in, känns normalt ej
 - **Njurara:** Bimanuell palpation: Dunkömhet (sittande) eller ruckömhet (liggandes). Smärta => Pyelonefrit eller hydronefros. Känns ej normalt. Slå med knuten näve på egna handen som ligger över arcus.

Huvudregel: Palpabla resistenser = Patologiskt

4. Perkussion

- Perkutera fram leverns avgränsningar
- Genrellt över buken för ömhet eller dämpningar (Ascites, förstoppning, gas, tarmvred, uppblåsta tarmar)

Normalfynd: Normalt tarmljud. Mjuk och oöm. Lever, mjälte eller patologiska resistenser palperas inte. Ingen dunkömhet över njurlogerna eller höger arcus.

Perifera pulsar

1. Palpera pulsar bilateralt

- a. Radialis
- a. Carotis
- a. Tibialis Posterier (ATP) – Bakom mediala Malleolen
- a. Dorsalis Pedis (ADP)

Notera sidoskillnader.

Normalfynd: Perifera pulsar i a. Radialis, carotis, Tibialis posterier och Dorsalis palperas välfyllda och silika.

Rutin-nervstatus (T5-versionen)

A. Under Samtalet (1 Tal)

1. Påverkan av talet (dysatri, dysfasi)
 - Högre cerebrala funktioner

B. Patienten Stående (4 Stående GT Rom Fisk)

1. Gångmönster (ISHAV)
 - Igångsättning
 - Steglängd
 - Hållning
 - Armpendling
 - Vändning
2. Tå och hälgång
3. Rombergs prov (fötter ihop, stå stilla, blunda)
4. Finger-näsförsök

C. Patienten Sittande (5 Sittande SAn ArM Refex)

1. Synfält (händer mellan patient och vifta båda samtidigt) – n. II (Opticus)
2. Ansiktsmotorik (Visa tänder, rynka panna, båda) – n. VII (Facialis)
3. Armar sträckta (Grasses, armar ut, fingrar raka, armar raka, upp)
4. Muskelkraft i armar (fingerpretning, axelabduktion)
5. Reflexer i armar och ben
 - Biceps (C5, C6 – n. Musculocutaneus)
 - Triceps (C7, C8 – n. Radialis)
 - Patella (L3, L4 – n. Femoralis)
 - Achilles (S1, S2 – n. Ischiadicus)

D. Patienten Liggandes (2 Liggande HB)

1. Häl-knä försök (dra hälen uppe på andra benet)
2. Babinskis (dra häl till tå, lilltå till storto) Solfjäder => Patologisk öm

Normalfynd:

- **Orienterad** till person, tid, plats och situation. Ingen dysartri eller dysfasi
- **Kranialnerv:** Normalt synfält. Ingen ansiktsförslamning.
- **Muskulatur och grov kraft:** God och liksidig kraft i övre och nedre extremiteter proximalt och distalt. Ingen sänkningstendens vid "arm framåt sträck"/Grasses
- **Motorisk och koordination:** Normalt gångmönster. Ingen falltendens vid Rombergs. Finger-näs utan anmärkning bilateralt liksom knä-häl.

Reflexer: Ordinära utlösbara liksidiga reflexer i biceps, triceps, patella, Akilles. Babinskis tecken föreligger ej.