

המועצה המדעית ועדת הבחינות

בחינות שלב א'
רפואה פליאטיבית

14.01.25

מס' השאלות בחלק זה: 100

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

1. בן 70 עם יתר לחץ דם, היפרכולסטרולמיה, סוכרת, סכיזופרניה ופרקינסון. מטופל ב: ramipril 5mg*1, atorvastatin 20mg*1, metformin 850mg*1, Zyprexa 10mg*1 selegiline 5mg*2. לאחרונה אובחן עם סרטן ערמונית עם גרורות גרמיות מרובות בעטיין סובל מכאב גרמי ניכר. איזה מבין הטיפולים הבאים יהיה המתאים ביותר לטיפול בכאב ממנו סובל המטופל?

- א. Fentanyl patch
- ב. Morphine PO
- ג. Methadone PO
- ד. Ketamine PO

2. בת 56 עם סרטן שד גרורתי לעצמות, ללא תגובה לטיפול. לפני חצי שנה, המחלה שלה היתה יציבה ומשקל המטופלת היה 44 ק"ג עם BMI 18kg/m². כעת שוקלת 40 ק"ג. אבדן המשקל אינו רצוני, והוא מלווה בעייפות כללית וחוסר תיאבון. איזו מבין ההגדרות הבאות הכי מתאימה לתיאור מצבה?

- א. cachexia
- ב. anorexia
- ג. sarcopenia
- ד. לא עומדת בהגדרות לאף אחד מהנ"ל

3. בן 58 חולה GOLD E COPD. מקבל טיפול מקסימלי במשאפים. בביקור במרפאה מבקש סיוע לתחושת קוצר הנשימה ממנה הוא סובל ברוב שעות היממה. בבדיקתו כניסת אוויר מופחתת דו צדדי (דו"צ) עם ציפופים אקספירטוריים ידועים. סטורציה 89-90% באוויר חדר. כיצד ניתן לסייע לו עכשיו?

- א. חמצן ב nasal canulae 2 ליטר\דק סביב לשעון.
- ב. שימוש במאוורר ידני.
- ג. טיפות ריבוטריל 2-3 ביממה.
- ד. שימוש ב BIPAP לילי.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

4. בת 36, נשואה אם לשני ילדים. ברקע אבחנה חדשה של ממאירות שד. מצב אחרי ניתוח. טרם הוחל טיפול קרינתי, או טיפול אנטי ניאופלסטי סיסטמי. מאוד מודאגת מהמחלה, לא יודעת כיצד תסתדר עם העבודה ועם אחזקת הבית. מרגישה ששוכחת לאכול. הפסיקה לעשות פעילות גופנית שעשתה עד כה. על מנת להירדם ולשכוח מהמחשבות המטרידות שותה כוסית של ויסקי מדי יום לפני השינה. נרדמת אך מתעוררת ושוכבת ערה במיטה במשך שעות. עייפה ביום, מרגישה שרק שתיית קפה מאפשרת לה לתפקד. כל ההמלצות הבאות מתאימות לשמירת הגיינת שינה במקרה זה פרט ל:

- א. יש להתאמן באופן סדיר, להפסיק האימון לפחות מספר שעות לקראת השינה.
- ב. להימנע מצריכת ניקוטין, שתיית קפאין ושתיית אלכוהול סמוך לשעת השינה.
- ג. יש להקפיד לאכול ארוחות עשירות ומשביעות, ממש לקראת שעת השינה.
- ד. מומלץ לקרוא ספר או להאזין למוסיקה באופן שגרתי סדיר לקראת השינה.

5. ישנן סיבות רבות להקאות בחולים המוגדרים כפליאטיביים. איזה מבין הצמדים הבאים מפרט התאמה נכונה בין מאפייני ההקאה לסיבת ההקאה?

- א. הקאה כשעתיים אחרי האכילה – הקאה על רקע פסיכוגני psychogenic vomiting.
- ב. הקאה תוך דקה עד שתי דקות מהאכילה – חסימת מוצא הקיבה gastric outlet obstruction.
- ג. הקאה לסירוגין שגורמת להקלה על הבחילה – חסימת מעי חלקית partial small bowel obstruction.
- ד. הקאה שש שעות לאחר טיפול כימותרפי למרות טיפול מונע מתאים – הקאה מאוחרת delayed CINV Chemotherapy-induced nausea and vomiting.

6. בן 60, ברקע ממאירות ריאה non-small cell lung cancer, פנה לאורתופד עקב כאב גב עז מזה שבועיים. בבדיקתו רגישות במישוש עמוד שדרה בגובה חוליה D6. ללא ממצאים בבדיקה נוירולוגית. מה נכון לגבי אבחנת Spinal Cord Compression?

- א. בדיקת CT עמוד שדרה מספקת על מנת לשלול Spinal Cord Compression.
- ב. כאב גב יכול להקדים את הממצאים הנוירולוגיים במספר חודשים.
- ג. Spinal Cord Compression שכיח יותר בעמוד שדרה מותני לעומת גבי.
- ד. בכאב גב ללא ממצאים נוירולוגיים – אין צורך לשלול Spinal Cord Compression.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

7. בן 66 סבל השבוע מהפרעה פתאומית בדיבור וחולשת יד. אושפז במחלקה נירולוגית להערכה וטיפול בשבץ. מה נכון לגבי הזנה בחולים שסבלו משבץ מוחי ?
- א. קושי בהזנה הקשור לדיספאגיה, מהווה גורם פרוגנוסטי רע בחולי שבץ
- ב. דיספאגיה תופיע בדרך כלל רק החל משבוע לאחר השבץ, ושכיחותה עולה לאחר כחודש (עד 30%).
- ג. יש המלצה להתחיל בהזנה מלאכותית, קרוב ככל האפשר לאירוע החריף על מנת לאפשר שיקום יעיל.
- ד. בחולה זה במידה ויש החלטה על הזנה מלאכותית, יש המלצה בגסטרוסטום מלעורי ולא על הזנת זונדה.
8. תת סוג של חסם אזורי, NEURAXIAL ANALGESIA כולל מתן תרופה סביב חוט השדרה, או שורשי העצב ברמת המרווח האפידורלי או האינטרקלי (subarachnoid). באיזה מצב יש לשקול שימוש בחסם מסוג זה?
- א. מטופל הסובל מכאב ומסרב טיפול פומי, תוך ורידי, תת עורי או דרך העור - TRANSDERMAL.
- ב. כאשר הכאב של המטופל איננו בר שליטה עם תרופות סיסטמיות, או שתופעות הלוואי של הטיפול הסיסטמי בלתי נסבלות.
- ג. אם בן משפחתו של מטופל קרא באינטרנט שמתן משככי כאב דרך NEURAXIAL ANALGESIA זו הדרך הטובה ביותר עבור המטופל.
- ד. מטופל עם הפרעת קרישה שלא מאפשרת לטפל בכאב במתן תוך ורידי
9. באיזה מבין המצבים הבאים, צפויה הערכת פרוגנוזה מדויקת יותר?
- א. אונקולוג המטפל בחולה עם ממאירות שד עם פיזור גרמי מזה 3 שנים, המעריך שנותרו לו 11 חודשים.
- ב. קרדיולוג העוקב אחרי מטופל בן 75 מזה 5 שנים, המבשר לו שלמרות שיש כעת ירידה ב EF ל 35%, הוא מעריך שנותרו לו לפחות 3 שנים לחיות.
- ג. אחות מומחית קלינית, בעת מפגש ראשון במרפאה פליאטיבית עם מטופל הסובל מ GBM, שאומרת לאשתו כי קרוב לוודאי שיחיה כשנתיים.
- ד. הערכת אחות אחראית בהוספיס בית שמעדכנת את בתו של מטופל, הסובל מאלצהיימר, והפסיק לאכול ולשתות, ולא מיועד להזנה ונוזלים עקב אספירציות ובצקות קשות. שנותר לו כשבוע לחיות.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

10. בן 67 עם אבחנה חדשה של ממאירות ריאה מקומית מתקדמת, המערבת כלי דם במיצר. עדיין לא החל טיפול אונקולוגי. מתקבל עם תלונות של כיח דמי וחולשה. ללא כאב, חום או תסמינים אחרים. מדדים חיוניים בטווח הנורמה. מה מהבאים נכון לגבי החולה והטיפול בו?
- א. המופטיזיס מופיע ב-80% מהמטופלים בעת האבחנה.
ב. ברוב המקרים הדימום מוביל לאי יציבות המודינמית בהיעדר התערבות מהירה.
ג. אין הוכחה לגבי היעילות של רדיותרפיה במקרה זה.
ד. יש יעילות בטיפול ב-TXA (Tranexamic Acid) באינהלציה, מתן פומי או תוך ורידי.
11. בן 59, מעשן כבד, אובחן לאחרונה עם אדנוקרצינומה של הריאה, עם פיזור לימפתי, כבדי וגרמי. האונקולוג מדווח כי בבדיקה המולקולרית קיימת מוטציה ב-EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) ולכן ממליץ לשלב בטיפול מעכבי EGFR. מה נכון להסביר למטופל בנוגע לתופעות הלוואי של תרופות אלו?
- א. תופעות הלוואי השכיחות הן יתר לחץ דם ודימומים, מומלץ לעקוב ולהוסיף טיפול להורדת לחץ דם לפי צורך.
ב. צבירת נוזלים ובצקות, שברוב המקרים לא מגיבות לטיפול במשתנים.
ג. סיכון מוגבר לקרישיות יתר עורקית וורידית, וכן קרדיוטוקסיות עד כדי אי ספיקת לב.
ד. פריחה עורית ושלשול הן תופעות לוואי שכיחות של תרופות אלו, ולעיתים נדרש טיפול מקומי או מניעתי (פרופילקטי טופיקלי) של סטרואידים ואנטיביוטיקה.
12. בן 90 מאובחן עם דמנציה. מרבית היום שוכב במיטה. ממעט באכילה ובשתייה. כמעט ולא מתקשר. המשפחה מבקשת טיפול לעצירות ממנה סובל זמן רב. איזה מבין הטיפולים הבאים הוא המומלץ ביותר למטופל זה?
- א. Ducosate mineral oil
ב. paraffin oil
ג. psyllium
ד. Per Rectum digital exam, Enema if Positive
13. בת 80, ברקע ממאירות מעי גס גרורתית מתקדמת. לא מעוניינת בהמשך טיפול אנטינאופלסטי סיסטמי. מטופלת על ידי צוות הוספיס בית. בסקירת סימפטומים עולה כי סובלת מהפרעות שינה, מצב רוח ירוד וחרדה. מטופלת ב-Polyethylene glycol במינון 17 גרם מדי יום ולא סובלת מעצירות, כאב בשליטה תחת טיפול TARGIN במינון 20 מ"ג פעמיים ביום. שוללת קוצר נשימה. מה הטיפול התרופתי המומלץ כעת למטופלת זו?
- א. Alprazolam
ב. Zolpidem
ג. Citalopram
ד. Mirtazapine

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

14. בן 92, צלול, נמצא במסגרת הוספיס בית. סובל מאי ספיקת לב קשה, EF, NYHA 4, 15%, מושתל ICD, בשבועיים האחרונים מקבל שוק חשמלי בתדירות גבוהה, גם עקב הפרעות לא קטלניות. כתוצאה מכך איכות חייו נפגעה אנושות, הוא כאוב על בסיס קבוע ואומלל למרות טיפול באקמול ואופטליגין במינון אופטימלי. הוא ביקש ואושרה דה אקטיבציה ל-ICD, כי אין לו טעם בחיים כאלה. איזו היערכות תרופתית נדרשת לקראת הפסקת פעילות הקוצב? (בחר את התשובה המדויקת ביותר).

- א. מזרק MORPHINE 10 מ"ג + מזרק MIDAZOLAM 10 מ"ג.
- ב. PAT FENTANYL 25 מק"ג/שעה + MIRTAPAZINE 45 מ"ג.
- ג. סירופ אוקסיקוד במינון של 10 מ"ג + קנביס בשמן בהרכב 4C/20T אינדיקה.
- ד. כדורי MORPHINE CONTINUOUS RELEASE (MCR) 30 מ"ג + טיפות CLONAZEPAM במינון של 1 מ"ג.

15. קיים דיון בקרב מטפלים בנושא מקומו של הטיפול האנטיביוטי במסגרת טיפול פליאטיבי, במיוחד במטופלים בשבועות האחרונים לחייהם. איזה מבין המשפטים הבאים נכון בנסיבות אלו?
א. רוב המטופלים הפליאטיבים שנשאלו היו מעוניינים לקבל אנטיביוטיקה במידה ויש חשד לזיהום.
ב. שיעור ההצלחה של טיפול אנטיביוטי כנגד בקטרמיה במטופלים פליאטיבים מאושפזים גבוה מאד.
ג. שיפור סימפטומטי בעקבות טיפול באנטיביוטיקה שכיח יותר כאשר מדובר בזיהום בדרכי השתן בהשוואה לזיהומים באתרים אחרים.
ד. מתוך גישה של הפחתת טיפולים שאינם פליאטיבים רק 40% ממטופלים פליאטיבים מטופלים באנטיביוטיקה.

16. איזה מבין המשפטים הבאים הכי נכון לגבי גרורות מוחיות?
א. ברוב המקרים, גם כשיש אפקט מסה גרורות מוחיות הן אסימפטומטיות.
ב. המיקום הכי שכיח לגרורות מוחיות הוא הצרברום.
ג. פיזור לפטומנינגיאלי נחשב להתוויה ל WBRT (WHOLE BRAIN RADIOTHERAPY).
ד. ככל שעומס המחלה החוץ מוחית (extra-cranial) גדול יותר, כך עולה הצורך בטיפול קרינתי לגרורות המוחיות.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

17. בת 78, ברקע ממאירות שחלתית ופיזור לבלוטות האגן. החולה ערנית ושמורה מחשבתית, תפקודית – מרותקת למיטה, יש בצקות דרגה 2 בגפיים תחתונות ומיימת. הבת מתקשרת אליך ומספרת על דליפה של נוזלים מהשוקיים ושלפוחיות. היא שולחת לך את התמונות הללו:



מה האבחנה הסבירה ביותר ?

- א. בולוס פמפיגואיד
- ב. סיבוכי לימפאדמה
- ג. שלבקת חוגרת
- ד. פטרת מפושטת של עור הרגליים

18. איזה מבין הבאים הוא הטיפול הראשוני העדיף לבצקת ממקור לימפטי?

- א. מתן סטרואידים סיסטמיים במינון גבוה + כיסוי אנטיביוטי לזיהומי עור.
- ב. מתן פומי של תכשיר אנטיביוטי + משחה נגד פטריה.
- ג. אציקלוויר 800 מ"ג חמש פעמים ליום למשך שבוע.
- ד. ריפוד השוקיים בפדים ואגידה אלאסטית במתח נמוך.

19. במסגרת ביקור בוקר במחלקה אונקולוגית אצל חולה שהתקבלה בלילה לאיזון כאב הוצגה המטופלת הבאה: בת 51, עם ממאירות חוזרת של השד, לאחר טיפולים כימיים והקרנות. בתקופה האחרונה מוגבלת בתנועה בגלל חולשה, כאב גב ובית חזה. בד"כ במיטה, כורסא או כסא גלגלים. ללא נפילה. טיפול לכאב – מדבקת פנטאניל במינון 62.5 מקג/ש כל 72 שעות, לכאב מתפרץ MIR 15 MG לפי צורך. בארבעה ימים האחרונים הופיעו כאבים באגן משמאל והיו ימים בהם היתה צריכה שישה כדורי MIR. מה יהיה בסבירות גבוהה הצעד הטיפולי הבא?

- א. להמיר את מדבקת הפנטאניל בכדורי MCR ולא לשנות טיפול ב MIR.
- ב. לשלוח את החולה לחדר מיון לצילום אגן.
- ג. לבצע אנמנזת כאב מפורטת לפני החלטה על המשך טיפול.
- ד. להפנות את המטופלת לטיפול קרינתי לאגן.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

20. בת 60, סובלת מסרטן שחלה וגרורות לעצם האגן, מטופלת במדבקת פנטניל (FENTANYL) 50 מקג/ש MIRI 7.5 מ"ג לכאב מתפרץ. מתארת כאב באופן הבא: כאב חד המופיע בזמן שמסתובבת במיטה, כאשר צריכה לבצע מעברים ובפעולות אחרות שדורשות תנועה או ישיבה (רחצה, שירותים וכו'). הכאב לא מופיע אם היא שוכבת ללא תזוזה. אם מופיע אז נרגע כחצי שעה לאחר שקיבלה MIR וחזרה למיטה. לא ישנה מספר לילות ומתקשה להתרכז. מה הכי סביר שיהיה הצעד הבא בניהול המקרה?
- א. צילום אגן, לשקול העלאת מינון מדבקת פנטאניל ועדכון טיפול לכאב מתפרץ.
 - ב. הפניה לקרינה לאגן ללא שינוי הטיפול בכאבים.
 - ג. התחלת טיפול ב DEXAMETHASONE 12 מ"ג כטיפול אדג'וונטי להקלה על כאב.
 - ד. הפחתת מינון מדבקת פנטאניל בשליש ווהתחלת טיפול במתאדון 10 מ"ג * 3.
21. בן 84, מוגדר כנוטה למות עקב התקדמות סרטן ריאה תחת קו טיפול אחרון. אי ספיקת לב NYHA-1, קראטינין 1.1, תפקודי כבד שמורים.
- כל הטיפולים הבאים מוגדרים כ"טיפול נלווה", ולכן אסור להפסיקם פרט ל:
- א. טיפול בסוכרת המגיעה לערכים גבוהים מאד.
 - ב. מתן מזון ונוזלים.
 - ג. טיפול ביולוגי, המעכב את קצב התקדמות הגידול.
 - ד. טיפול מקל לכאב (סימפטומים).
22. בן 67 שנים ידוע שסובל מסרטן הערמונית ונמצא במעקב אונקולוגי. פונה למרפאה בתלונות על כאב גב ההולך ומתגבר בשבועות האחרונים. הכאב מתגבר בשעות הלילה. הוא מצליח לתפקד כרגיל, ושולל תלונות על זרמים, נימול או כיו"ב. מה נכון בהקשר למצבו?
- א. בהיעדר תסמינים נוירולוגיים, הסיכון ל metastatic spinal cord compression (mSCC) נמוך. יש להתחיל טיפול נוגד כאב ולהמתין ל CT בעוד מספר שבועות.
 - ב. התלונה מעלה חשד ל mSCC. יש לבצע בדיקה גופנית ונוירולוגית מלאה ולהשלים בהקדם בדיקת MRI עמוד שדרה לכל אורכו.
 - ג. גם אם יאובחן כסובל מ mSCC, למטופל תוחלת חיים צפויה של מעל שנה.
 - ד. במידה ויופיעו אצל המטופל תלונות על חולשה, paraplegia דו"צ, אבדן תחושת כאב ואצירת שתן, הדבר יכול לכוון לפגיעה בחלקו האחורי של חוט השדרה - posterior cord compression.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

23. בן 85, סובל מאי ספיקת לב מתקדמת 15% HFrEF, NYHA IV, מושתל ICD. בחודשים האחרונים נחלש מאוד, ירד במשקל, סובל מקוצר נשימה במנוחה, כאוב בגב, פצע לחץ חדש בסקרום. בשבוע האחרון קיבל שלוש מכות חשמל מ ICD. כיצד הטיפול ב- ICD Deactivation בסוף החיים תורם כטיפול תומך?
- מונע מכות חשמל מרובות ולא אפקטיביות בהפרעת קצב סופנית.
 - גורם למכות חשמל מרובות בסוף החיים.
 - משחרר אנרגיה חשמלית לטובת תפקוד מכני של החדרים
 - מונע כאבים ואי נוחות בבית החזה כתוצאה ממכשיר שמושלת בתת עור.
24. איזה מבין התיאורים הבאים נכון לגבי כאב נוירופתי?
- מקור הכאב הנוירופתי הוא מחלה או פגיעה במערכת הסומטו-סנסורית הפרירית או המרכזית.
 - הסימנים משתנים בהתאם להתפתחות התמונה של המחלה הכואבת, מצב הרוח, חרדת המטופל ואף תנאי מזג האוויר.
 - הכאב הנוירופתי יכול להיות אפיזודי או מתמשך, בעל פרופיל משתנה בזמן.
 - כל התשובות נכונות
25. בן 80. אושפז בתמונה של צהבת חסימתית. בחודשים שקדמו לאשפוזו ירידה תפקודית ניכרת ואובדן משקל. בהדמיה תהליך תופס מקום של ראש הבלב, הרחבה של CBD common bile duct, ממצא בכבד היכול להתאים לגרורה. ניסיון הכנסת סטנט פנימי כשל. נקראת לדיון רב מקצועי בשאלה של ניקוז מלעורי תחת PTC. איזה מבין הסימנים הבאים עשוי להשתפר בעקבות ניקוז חיצוני תחת PTC?
- כאבי בטן עליונה
 - גרד
 - בחילות
 - שלשולים
26. בן 70 עם COPD קשה מאוד, FEV1 = 30% עם 2 אשפוזים בשנה האחרונה. במעקב מסודר במרפאת ריאות עם טיפול מקסימלי מבחינת משאפים. נזקק לחמצן אחרי פעילות. יש BIPAP בבית לעיתים משתמש בו. מרפאת הריאות מבקשת יעוץ בשל קשיי נשימה. איזה מהאמצעים הלא תרופתיים הבאים הוכח בוודאות כיעיל לטיפול בקוצר נשימה והוא הצעד הבא המומלץ?
- קורס מיינדפולנס
 - גירוי חשמלי (NMES) בגפיים תחתונות.
 - טיפול CBT
 - שימוש בהליכון

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

27. בת 60 אובחנה כסובלת מ ALS מגיעה למרפאה הפליאטיבית לשוחח על מצבה ולקבל החלטות. היא מעוניינת לקבל הערכה פרוגנוסטית למצבה. איזה מבין הממצאים/הגורמים (הפקטורים) הבאים מרמז על פרוגנוזה טובה יותר?
- א. FVC 50% ללא שינוי בשלושה חודשים האחרונים.
- ב. תסמינים בולברים בהופעת המחלה.
- ג. נזקקת ל BIPAP במשך היום והלילה.
- ד. הפרעת בליעה וירידה במשקל.
28. PET שבוצע לפני שבוע למטופל שאובחן עם סרטן ריאה מדגים מעורבות פלאורה וצלעות 4-7 מימין וכן גרורות קטנות בכבד, MRI מח תקין. למרות הכפלת מינוני מדבקת פנטניל, אוקסיקוד ותוספת מורפין בעירוי המטופל מדווח על החמרת כאבים בחזה ובכל הגוף, בבדיקתו יש רגישות ניכרת למגע בכל חלקי הגוף. הועלתה שאלה של opioid induced hyperalgesia (OIH). מה הנכון ביחס ל OIH במקרה זה?
- א. המקרה לא מתאים ל OIH כיוון שהמטופל סובל כאב באתרים בהם אין עדות למחלה.
- ב. מתדון הוא האופיואיד המתאים לשימוש במצב זה כי הוא לא גורם ל OIH.
- ג. במקרה זה, החלפת האופיואיד יכולה לפתור את הבעיה ולהפחית רעילות של אופיואידים.
- ד. במטופל זה יש קונטראינדיקציה למתן קטמין שעשוי להחמיר את התופעה.
29. בן 48, סובל מסרטן ריאה עם גרורות גרמיות. מטופל באופן מיטבי באופיואידים, הצוות מתקשה לאזן את הכאב ממנו הוא סובל בדרך הימנית. מבוצע CT המדגים תהליך ליטי חדש וגדול בראש הפמור, ללא שבר. מה נכון לגבי התערבות ניתוחית אורתופדית במקרה זה?
- א. גם אם אין שבר, התערבות ניתוחית עשויה להועיל.
- ב. ההחלטה על התערבות ניתוחית מבוססת על Mirlels' score הכולל קריטריונים רדיוגרפיים בלבד (נגע ליטי/ בלסטי, גודל, מיקום).
- ג. לא מומלץ טיפול רדיותרפי לאחר הניתוח כיון הוא עלול לעכב את ההחלמה וכרוך בסיבוכים כמו שברים פתולוגיים או התלקחות כאב.
- ד. סיבוכים פוסט ניתוחיים הם נדירים מאוד בניתוחים מסוג זה ומופיעים בפחות מ-1% של החולים.
30. בת 82, יומיים לאחר טיפול כימותרפי חדש עקב סרטן שד, אובחנה עם נויטרופניה, $50 / \mu\text{mol}$ absolute neutrophil count (ANC). המטופלת ללא חום או סימפטומים אחרים. בשיחה עם האונקולוג המטפל נאמר לה שסביר שהנויטרופניה תימשך יותר משבוע לאור הפרוטוקול בו היא מטופלת. איזו המלצה, תקבל בסבירות גבוהה מצוות רפואה זיהומית?
- א. 500 LEVOFLOXACIN מ"ג.
- ב. RESPRIM FORTE 1 TAB
- ג. MULNOPIRAVIR כנגד COVID 19.
- ד. להתחיל מינון גבוה של טיפול פרוביוטי מחשש להדבר בקלוסטרידיום.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

31. איזו מבין תכונות ה-BUPRENORPHINE הבאות נכונה?
א. אופיאיד סינטטי לחלוטין, כמו מתדון, משמש גם לגמילה.
ב. אופיאיד פוטנטי פי 90-80 ממורפין.
ג. בדומה לפנטניל נספג היטב במוקזה ומשפיע ל 60-120 דקות.
ד. אין צורך בהתאמת מינון במצב של אי ספיקת כליות למרות שהחומר עובר מטבוליזם ליצירת מטבוליט פעיל שמופרש בכליה.
32. בת 85, ברקע יתר לחץ דם, פרפור פרוזדורים, אי ספיקת לב עם תפקוד סיסטולי ירוד של חדר שמאל. לאחר אשפוז חוזר בבית החולים עקב החמרת אי ספיקת לב שמאל עקב קוצר נשימה במאמץ מינימלי וחולשה קשה. מטופלת קבוע ב FUSID, RAMIPRIL, ALDACTONE . JARDIANCE, CIPRALEX, LIPITOR, CARDILOC, ELIQUIS, BONDORMIN . הפעם אושפזה בטיפול מוגבר במחלקה פנימית, לא נזקקה להנשמה, אך ראתה לידה חולים מונשמים. החליטה שאיננה מעוניינת בהתערבויות להארכת חיים במקרה של קריסת מערכות. המטופלת מגיעה אליך למרפאת טיפול תומך בקהילה. מי מהבאות היא ההמלצה המשמעותית יותר בפגישה זו?
א. להפסיק טיפול ב-ALDACTONE כדי להקל על המטופלת מבחינת POLYPHARMACY.
ב. שימוש במדבקת FENTA במינון מינימלי כדי להקל על קוצר נשימה.
ג. שיחת תאום מטרות הטיפול, ותיכנון המשך הטיפול.
ד. לזנוח את ההמלצת להגבלת מלח בדיאטה, כדי לשפר את איכות חייה.
33. סינדרום אנורקסיה-קכחציה (CAS) cachexia-anorexia syndrome היא תסמונת מורכבת. לעתים קרובות הטיפול ב CAS מותאם לשילוב של התסמינים שיש למטופל. לפניכם שילובים של CAS עם תסמינים נוספים וטיפול מוצע. איזו שילוב תסמינים-טיפול הוא הנכון ביותר?
א. CAS עם דכאון (depression) – קנביס.
ב. CAS עם עייפות (fatigue) למרות שינה טובה – MIRTAZAPINE
ג. CAS עם עצירות (constipation) – PSYLLIUM
ד. CAS עם טעם רע בפה (dysgeusia) – אבץ.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

34. גרד הוא תופעה מוכרת של טיפול באופיואידים ועלולה להופיע ב 10-2% מהמטופלים. מה נכון ביחס לתופעה זו ?

- א. למטופל שהגיב בעבר בגרד וירידת לחץ דם לאחר מתן מורפין - אין קונטראינדיקציה (התווית נגד) מוחלטת למתן מורפין.
- ב. אנטגוניסטים לרצפטור HT3-5, כגון ONDANSETRON הם בעלי אפקטיביות גבוהה לטיפול בגרד משני לאופיואידים.
- ג. תגובת גרד לאופיואיד היא אידיוסיונקרטית וקשורה בסוג האופיואיד ולא קשורה במינונו.
- ד. למטופל עם כאב סרטני באגן הסובל מגרד בשל מתן מורפין תוך ורידי ניתן להציע מעבר למשאבת מורפין אינטראטקאלית.

35. כל הסיבות הבאות מצדיקות את השימוש המועט בטיפול תומך של מטופלים הסובלים מCOPD מתקדם פרט ל:

- א. הישרדות בלתי צפויה של המטופלים.
- ב. רק כ 20% מחולי COPD Gold D מתים מסיבה נשימתית.
- ג. למטופלים אלו עומס תסמינים נמוך בהשוואה למטופלים הסובלים ממחלה חשוכת מרפא אחרת.
- ד. הרופאים המטפלים, ברוב המקרים, לא מנהלים שיחה פליאטיבית עם מטופלים שסובלים ממחלת ריאות מתקדמת.

36. עצם, ובמיוחד השלד, חוליות עמוד שדרה (ע"ש), עצמות אגן ועצמות ארוכות גולגולת וצלעות

נמצאת במקום השלישי (לאחר ריאות וכבד), כיעד להתפתחות גרורות ממחלה ממארת. .

התפתחות גרורות בעצמות מהווה סיכון במהלך המחלה הממארת. כל הבאים נכונים לגבי

Skeletal-related events (SREs) כסיכון של מחלה ממארת פרט ל:

- א. המושג מתייחס למצבים כמו CIBP, שבר פתולוגי, טיפול כירורגי או קרינתי, היפרקלצמיה.
- ב. המידע הקיים מראה כי גרורות לשלד ו SRE s תופעה לא נפוצה, וכאשר מופיעה - אין לה השפעה על ההישרדות.
- ג. CIBP מהווה את סיבת הכאבים השכיחה אצל חולה סרטן, ומתבטאת בכאב רקע מתמשך עם אפיזודות של החמרה.
- ד. מטרות הטיפול ב CIBP הן השגת יציבות מבנה העצם ושימור תפקוד בנוסף לשליטה בכאב ע"י טיפול תרופתי ולא תרופתי.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

37. איזה מבין המשפטים הבאים נכון לגבי השפעת טיפול תרופתי אונקולוגי ANTI TUMOR AGENTS (AGENTS) על מערכת הנשימה (pulmonary toxicities)

א. שכיחות רעילות ריאתית מכל ANTI TUMOR AGENTS היא בין 50-70%.

ב. במידה והמטופל מקבל Docetaxel וסובל מנוירופטיה פריפרית ומטופל Pregabalin, שכיחות של גודש ריאתי ותפליט פלורלי נמוכה יותר בהשוואה למטופלים שלא מקבלים pregabalin.

ג. טיפול אימונולוגי מסוג Molecular-targeted therapies עלול להיות כרוך ב - PULMONARY TOXICITY והחמרה משמעותית של סימפטומים נשימתיים ואי ספיקה הנשימתי אצל חולים עם NSCLC.

ד. ברוב המקרים במידה ויש תופעות לוואי מסוג PULMONARY TOXICITY , טיפול בסטרואידים מקל על הסימפטומים ואין צורך בהפחתת מינון.

38. מה נכון לגבי מתן סדציה פליאטיבית?

א. מתן התרופה הסדטיבית הוא תמיד IV או SC.

ב. כאשר מבצעים סדציה עמוקה (continuous deep sedation) ניתן לוותר על מתן בולוסים.

ג. מומלץ לעקוב אחר קצב הנשימות רק אם המטרה היא מניעה של קוצר נשימה.

ד. מתן סדציה פליאטיבית מחייב הפסקת הזנה מלאכותית.

39. בן 55 מאובחן עם סרטן ריאה, נשוי +3, נפטר משילוב של ספסיס ונוטרופניה. הנוטרופניה היתה כתוצאה מהטיפול שקיבל. איזה מבין המצבים הבאים מעלה סיכון לאבל פתולוגי אצל בני משפחתו?

א. הפתעה מהמהלך המהיר.

ב. אשתו עסוקה מאד ומנהלת את משימות היום יום.

ג. הוא משאיר אחריו משפחה.

ד. הוא הסתדר בעצמו במהלך המחלה ולא הזדקק להתמך בבני משפחה.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

40. בת 65 מטופלת במרפאה הפליאטיבית מזה מספר חודשים לטובת איזון כאב. סובלת מסרטן שד עם פיזור בטני, בעיקר בכבד. לאחרונה סובלת מכאבי בטן קשים בעקבות הגדלת כבד וגם מיימת. למרות טיפול אופיואיד ונלווה, הכאב לא מאוזן. האונקולוג המטפל העלה אופציה של קרינה מכוונת לכבד לצורך הקלת סימפטומים. המטופלת שואלת את עצתך לפני מתן הסכמה לטיפול קרינתי. כל התשובות הבאות נכונות פרט ל:
- א. תופעות לוואי של מערכת העיכול שכיחות לאחר טיפול קרינתי אך יש טיפול מונע יעיל ומקל על הסימפטומים.
- ב. השפעת הטיפול הקרינתי על כאבים היא לא משמעותית ולעיתים ההקלה מתרחשת רק שבועות עד חודשים לאחר קרינה.
- ג. כאבים אפיגסטריים ממקור קיבה הם סימפטומים שכיחים אך ניתנים לטיפול על ידי תרופות ספזמולטיות H2 בלוקרים או PPI.
- ד. במידה ומופיעים שילשולים עם הכאב, טיפול באופיואידים מהווה אופציה יעילה להקלה.

41. בת 90. ברקע אדנוקרצינומה גרורתית של הריאות. גרורות לעמוד שדרה (עמ"ש) ולצלעות. תחת טיפול בטגריסו. השלימה קרינה פליאטיבית לאזורים המתוארים לפני כחודשיים. עפ"י הדמיה עדכנית, תגובה מעורבת לטיפול. כאב לא מאוזן למרות טיפול במדבקות פנטה במינון 37.5, מנות הצלה של אוקסיקוד ואופטלגין (מינון יציב מזה חודש). מלינה על עייפות, חולשה, ירידה בתיאבון. עצובה בשל מצבה הכללי והירידה התפקודית. הצוות המטפל המליץ להפחית מינון של מדבקות פנטה במטרה לשפר תחושת עייפות. האם ההמלצה נכונה ומדוע?
- א. נכונה. הפחתת מינון פנטה תשפר תחושת עייפות.
- ב. נכונה. ריבוי התלונות מעיד על סומטיזציה.
- ג. לא נכונה. יש לייחס את העייפות קודם כל לטיפול בטגריסו.
- ד. לא נכונה. חוסר איזון כאב מחמיר תחושת עייפות וכאב.

42. תכשירים המתבססים על פנטניל ציטראט, שכיחים בשימוש לטיפול בכאבים מתפרצים, במטופלים אונקולוגים עם כאב סרטני. איזו מבין התכונות הבאות נכונה לתכשירים מסוג זה?
- א. כאשר נעשה שימוש ב-Oral transmucosal fentanyl citrate (OTFC) כגון Actiq רק כ 25% מהחומר נספג במוקזת הפה.
- ב. פנטניל ציטראט נספג היטב במוקזות הפה בזכות ההידרופיליות הרבה שלו.
- ג. ביו-אבליאטיות (זמינות ביולוגית) של כל תכשירי פנטניל ציטראט כגון OTFC היא מעל 60%, ללא קשר לסוג התכשיר ומידת הספיגה במוקזת.
- ד. לאור דמיון רב בזמינות ביולוגית בין תכשירי פנטניל, ניתן לדייק את מינון מנות ההצלה לפי ריכוז המדבקה.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

43. אולנזפין נמצא בשימוש בטיפול בבחילות והקאות. מה נכון לגבי תרופה זו ?
- א. אולנזפין חוסם D2 וגם 5HT3 ובנוסף NK1.
 - ב. אולנזפין יעיל יותר מפרמין בטיפול ב chemotherapy induced nausea and vomiting.
 - ג. אולנזפין לא הוכח כיעיל בחולי סרטן מתקדם שלא הגיבו לטיפולים אנטיאמטיים נוספים.
 - ד. אולנזפין מפחית רק את הגירוי של מרכז ההקאה vomiting center.
44. בן 24 מאובחן עם סרקומה בירך ימין, גרורות בריאות ובעמוד השדרה. סובל מכאב עז בגב וברגל. ללא סימנים נוירולוגיים המחשידים ל-SpCC (Spinal Cord Compression). אימו מתייעצת לגבי הטיפול האנלגטי. מה נכון לגבי הטיפול האנלגטי במטופל זה?
- א. קיימות עדויות מחקריות לפיהן הטיפול בנוגדי דלקת שהם לא סטראואידליים (NSAIDs) יעיל יותר בכאב סרטני גרמי בהשוואה לסינדרומי כאב סרטני אחרים.
 - ב. טיפול בקלציטונין הוכח כיעיל ובטוח עבור כאב סרטני ממקור גרמי.
 - ג. קורטיקוסטרואידים פועלים על אוסטאובלסטים ואוסטאוציטים דרך השריית אפופטוזיס ועל ידי כך מפחיתים בניית עצם ומגבירים ספיגת עצם.
 - ד. בטיפול ממושך, ההמלצה היא לתת מינון נמוך של סטראואידים (פרדניזולון 2.5 מ"ג/יום) אשר לא מעלה סיכון לשברים.
45. לקראת הכנת ג'ורנאל קלאב עבור המחלקה בנושא פרוגנוזה, נשאלת: מה החשיבות של ניבוי פרוגנוזה במהלך טיפול בחולים עם מחלות מאיימות חיים?
- א. בכדי להחליט על סוג הכימותרפיה שתינתן למטופל האונקולוגי.
 - ב. בכדי להחליט בצורה מושכלת איזו סוג של הזנה אנטרלית הכי מתאימה למטופל.
 - ג. בכדי לסייע למטופל לבחור באיזו מסגרת יינתן טיפול פליאטיבי.
 - ד. בכדי לקבוע לאיזה מחקר להכניס את החולה בעת האבחנה.
46. בן 70, עם ממאירות ראש צוואר המטופל בין היתר ב Cisplatin. מגיע למרפאה הפליאטיבית בשל תלונה על נימול בכפות ידיים ורגליים כפפות וגרביים, המפריע לשינה ועבודות מטבח. מה הכי נכון לגבי תסמונת זו?
- א. התאוששות צפויה ברוב המטופלים תוך חודשיים מסיום הטיפול.
 - ב. התלונות יכולות להופיע באופן סימטרי באותו הזמן ולהחמיר בלילה.
 - ג. טיפולים לא תרופתיים כמו דיקור, יוגה, שיקום יעילות במניעת התסמונת.
 - ד. תופעה זו שפירה, ולכן לא משנים את מינון התרופה הכימותרפית.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

47. בת 79, אלמנה המתגוררת בגפה, מטופלת בחודשים האחרונים בטיפול הורמונלי וכימותרפי לסרטן שד מקומי, בנוסף סובלת מאי ספיקת כליות 4-CKD על רקע יתר לחץ דם, בריחת שתן וכן אי ספיקת לב HEPPEF-. לאחרונה מדווחת על מצב רוח ירוד, תחושת חוסר ערך עצמי, שינה מרובה וירידה בתיאבון. היא לא נהנית מפעילויות שבעבר נהנתה מהן, מבלה חלק גדול מהיום במיטה, וניתקה קשרים עם חברים. לאחר שיחה איתה החלטתם כי יש מקום להתחיל טיפול נוגד דיכאון. הטיפול התרופתי הקבוע שלה כולל טיפול מלא לאי ספיקת לב, TOVIAZ, TAXOL, TAMOXIFEN. איזו מבין התרופות הבאות היא המתאימה ביותר למטופלת?

א. DULOXETINE

ב. PAROXETINE

ג. NORTRIPTYLINE

ד. SERTRALINE

48. מה הכי נכון לגבי METHADONE?

- א. במינונים אקוי-אנלגטים מחושבים, מתדון פחות יעיל בשיכוך כאב לעומת המורפין.
- ב. מתדון יכול להינתן במתן אנטרלי (Enteral) בלבד (כלומר- PO או PR).
- ג. יש להתאים את המינון של מתדון בנוכחות אי ספיקה כיליתית.
- ד. עקב פעילות מעכבת NMDA למתדון יש רכיב שמשפיע על שיכוך כאב עיצבי

49. כל הגורמים הבאים מעלים סיכון להופעת תופעות לוואי מטיפול קרינתי פרט ל:

- א. חומרת הסימפטומים לפני קרינה.
- ב. מינון הקרינה (total dose and fraction dose).
- ג. טיפול סיסטמי נלווה.
- ד. רקמות בריאות צמודות מושפעות מהקרינה.

50. בן 65 אובחן עם סרטן ריאה גרורתי וסובל ממצב רוח ירוד עם מחשבות אובדניות. מתי הסיכון להתאבדות גבוה יותר עבורו?

- א. בחודשים הראשונים לאחר האבחנה.
- ב. בימים האחרונים לחייו.
- ג. אין הבדל בסיכון להתאבדות במהלך המחלה.
- ד. הסיכון להתאבדות אצל מטופלים אונקולוגים לא שונה ממטופלים אחרים.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

51. נקראת לייעוץ למטופל במחלקה הנירולוגית שעבר שבץ מוחי איסכמי. מה נכון לגבי נטל הסימפטומים בחולה זה?

- א. רוב חולי השבץ הסובלים מכאב, סבלו מכאב גם לפני האירוע החרף.
- ב. על מנת לאבחן כאב ממקור מרכזי יש להמתין כ-3-6 חודשים מהאירוע החרף.
- ג. סינדרום כאב של כתף-יד (shoulder-hand syndrome) שכיח במטופלים ששמרו לפחות חלקית על יכולת התזוזה של הגפה.
- ד. כ-25% מהמטופלים, סובלים מכאב המיוחס למצב החרף (post stroke pain syndrome).

52. בת 72, עם סרטן לבלב, סובלת מגרד קשה עקב צהבת חסימתית. ברוב היום היא מרותקת למיטה ובבדיקה יש מיימת. Percutaneous transhepatic cholangiography (PTC) לא מאושר עקב המיימת, נסיון ERCP נכשל. מה ההמלצה לגבי המשך הטיפול בשלב זה?

- א. Cholestyramine הוא הטיפול הלא פולשני המומלץ ביותר במצב זה.
- ב. יש לנסות תחילה טיפול באנטיהיסטמינים.
- ג. יש להציע ניסיון טיפולי בריפאמפיצין RIFAMPICIN.
- ד. יש להתחיל בטיפול נגד פטריות לאור השיעור הגבוה של זיהום עורי פטרייתי משני.

53. בן 75. סובל מאי ספיקת כליות, סכרת, ודיכאון ומטופל בדיאליזה מזה מספר שנים. מקבל: METOCLOPRAMIDE, ASPIRIN, LANTUS, AMITRIPTYLINE. בחודש האחרון החל לסבול מתחושות לא נעימות ברגליים שגורמות לו להניע את רגליו, התחושה מוחמרת בלילה ומוקלת בתנועה. מה הצעד הבא המומלץ בטיפול?

- א. לעלות מינון AMITRIPTYLINE.
- ב. להתחיל טיפול במגנזיום.
- ג. להפסיק טיפול ב METOCLOPRAMIDE.
- ד. להתחיל טיפול ב GABAPENTIN.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

54. מתמחה מהמחלקה האונקולוגית מתקשר אליך, לחוץ, בשעה 1:30 לפנות בוקר, להתייעץ האם כדאי שיתקשר לכוון אנגיוגרפיה, להכנסת סטנט באופן דחוף, כי הוא חושד שיש חסימה ב SVC (superior vena cava). מי מבין המטופלים הבאים יגרום לך להמליץ לו להעיר את הכוון?
- א. מטופלת בת 90, סובלת מסרטן שד 15 שנה, מדווחת על שיעול 4 חודשים. בבדיקה גודש בורידי צוואר ואודם קל בפנים.
- ב. בן 70 עם ממאירות מעי גס ופיזור ריאתי מיליארי במצב סופי, מרותק למיטה, שסובל מכחלון פריאורלי ומשתעל.
- ג. בן 50 עם אבחנה חדשה של NSCLC שהגיע עם תלונה על כאבי ראש, בלבול ונפיחות בפנים וצוואר.
- ד. בת 50 עם ממאירות ריאה. ביצעה היום PET CT ביקורת ונצפתה חסימה של 56% מקוטר SVC, ללא תלונות.
55. בת 75, ממאירות שד מטסטטית, ידוע על גרורות לצלעות, עמוד שדרה גבי. כאב לא מאוזן תחת טיפול ב Paracetamol 325 + Tramadol 37.5 – 4 פעמים ביום. כל הבאים נכונים לגבי CANCER INDUCED BONE PAIN פרט ל:
- א. Denosumab מוריד עומס מגרורות בשלד ומעכב הופעת כאב וסיבוכים נוספים.
- ב. מנגנון הכאב ממקור גרורות לעצמות הוא בעל מרכיב אינפלמטורי ונורופתי.
- ג. בטיפול בכאב מסוג זה, שכיח להשתמש במינון גבוה של אופיואידים ותרופות לכאב מתפרץ
- ד. טיפול ב Biphosphonates מומלץ כמסייע בשיכוך כאב מיידי בגרורות גרמיות.
56. בת 36 עוברת טיפולי קרינה לאזור ראש-צוואר וחוששת מה mucositis ממנו עלולה לסבול. איזה מבין הטיפולים הבאים הוכח מחקרית כיעיל?
- א. שטיפות הפה עם Chlorhexidine.
- ב. שימוש במאלחשים מקומיים.
- ג. תכשירים מכסי מוקוזה (mucosal coating agents).
- ד. מריחת דבש טהור על החניכיים.
57. שימוש באופיואידים במטופלים עם התמכרות פעילה לאופיואידים substance use disorder עלולה להוות סיכון. איזה צעד מומלץ לנקוט במטרה להפחית את הסיכון הקיים במתן מרשם לאופיואידים לאוכלוסייה זו?
- א. לרשום מתדון במקום אופיואידים אחרים.
- ב. לבצע בדיקות שתן חוזרות לוודא שאין שימוש בחומרים אחרים.
- ג. לרשום מרשמים לתקופות זמן קצרות.
- ד. לחתום על הסכם עם המטופל על שימוש נאות באופיואידים.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

58. בת 70, סובלת שנים רבות מ-COPD קשה, לא מעשנת, ללא מחלות רקע נוספות. החליטה שלא מעוניינת בהשתלת ריאה. לפני שנתיים מלאה הנחיות מקדימות - במקרה קריסת מערכת הנשימה, לא מעוניינת בהתערבויות להארכת חיים, אלא בהקלת סבל בלבד. מטופלת בחמצן ביתי קבוע, משאפים ואינהלציות בהתאם להמלצות, אשפוז אחרון עקב החמרת COPD לפני חודשיים. לפני שבועיים החמרה חוזרת במצבה שטופלה בביתה בעזרת סטרואידים ואנטיביוטיקה, לאחרונה הוחל טיפול ב-MCR 10MGX2/D. לפני יומיים בשיחה טלפונית, נשמעה מיואשת וחרדה כי מרגישה שכוחותיה עוזבים אותה ודורשת לעשות משהו. כעת ייעוץ פליאטיבי עם רופאת משפחה. איזו מבין הפעולות הבאות נכונה בהקשר שיחת היעוץ?

- לא אמליץ על טיפול ב-BZ כי תרופות אלו לא נמצאו יעילות ב-COPD.
- יש להכפיל מינון MCR להקלת נשמת ולהרגעה.
- יש לברר מטרות הטיפול ולהדריך כיצד לממש אותן.
- חרדה קיומית מפני אי ודעות במצבי סוף החיים לא ניתנת לשליטה.

59. בן 65 חולה בקרצינומה של הריאה. סובל מהתקפים של שיעול וקוצר נשימה. משתמש בחמצן במשקפי אף לפי הצורך. חולשה כללית ותפקוד יומיומי בסיסי שמור. כאב מאוזן עם OPTALGIN לפי הצורך, תיאבון שמור. מגיע באופן קבוע ומסודר למעקב במכון האונקולוגי. בשבוע האחרון הופיע בלבול לסרוגין. בעיקר בשעות הלילה. מלווה בהזיות, קושי להרדם בלילה וישנוניות במשך היום. הובא למכון האונקולוגי בליווי בתו. בבדיקות דם שנעשו במכון נמצאו התוצאות הבאות: Na 137 K 4.3 Cl 98 Glucose 101 Ca 8.8 GOT 32 GPT 65 Creatinin 1.3 UREA 67. הוזמנת כיועץ פליאטיבי. בבדיקתך התרשמת מבלבול קל ודיסאוריאנטציה. מהי הצעד הבא המומלץ ביותר בניהול המקרה בשלב זה?

- להתחיל טיפול ב-HALIDOL 0.5 מג שלוש פעמים ביום ואוריאנטציה של מקום וזמן לעיתים קרובות.
- להעלות מינון OPTALGIN ל 1 גר שלוש פעמים ביום.
- להתחיל טיפול ב-ELATROL 12.5 מג פעם ביום לפני השינה.
- ביצוע MRI מוח.

60. בן 72 עם ממאירות ראש צוואר, מטופל במתדון ונעזר בתכשיר טבעי St. John's wort (inducer of the cytochrome P450-3A4) למצב רוח. מה ההשפעה של St. John's wort על מתדון?

- יכול להפחית את רמת המתדון בגוף.
- אין השפעה או אינטראקציה עם מתדון.
- יכול להגביר את רמת המתדון בגוף.
- St. John's wort משפיע על בנזודיאזפינים בלבד.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

61. בת 43, סרטן שד עם גרורות לחלל הבטן, סובלת מכאב עמיד. תחת TARGIN 20 MG X 2 ביממה, זקוקה למנות הצלה של SYR OXYCOD 10 MG, 4 פעמים ביממה. גם אחרי שנוטלת מנת הצלה – סובלת מכאב הולך וגובר כל שעות היממה, מדדים שמורים תחת המחלה והטיפול, ואין תופעות לוואי בולטות.

מה נכון לגבי המרת הטיפול לטיפול במדבקת FENTANYL ?

- א. יש להתחיל PATCH FENTANYL במינון הקטן ביותר ולעלות בהדרגה.
- ב. העדות לגרורות בחלל הבטן מסבירה את הכאב ולכן אין צורך בהערכת TOTAL PAIN.
- ג. ראשית יש להחליף את הטיפול בכאב מתפרץ מ OXYCOD SYR ל ABSTRAL 400.
- ד. במצב המתואר ניתן לתת מינון אקוויולנטי של FENTANYL ללא הפחתת מינון.

62. בן 89, ברקע: HYPOTHYROIDISM, OSTEOPOROSIS FRAILITY, HYPERTENSION, MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI), HEARING LOSS WITH AND OSTEOARTHRITIS USE OF HEARING AIDS BOTH EARS. מלין על כאבים. לכאב מטופל ב: TAB ACAMOL 500 MG X2/D שעד כה הקל במידה מספקת על כאבו. כיצד תעריך (?) את הכאב?

א. אסביר למטופל ולמטפל העיקרי שיש לקחת TAB ACAMOL 500 MG EVERY 6 HOURS, כי עד כה זה הקל על כאביו.

- ב. אוודא שמכשיר השמיעה תקין והחולה משתמש בו, אוודא שהמטופל מבין את השאלות ובעת הצורך אשתמש בסולם כאב התואם את מצבו כגון SCALE FACE. אתשאל אותו לגבי מצב הכאב כעת. אתשאל גם את המטפל העיקרי. לאחר מיכן אבצע בדיקה גופנית.
- ג. אוודא שימוש במכשירי שמיעה ואתשאל את המטפל העיקרי לגבי הכאב על פי NUMERIC RATING EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SCALE (ESAS) & SCALE (NRS).
- ד. אתשאל על פי NUMERIC EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SCALE (ESAS) & RATING SCALE (NRS) עם בדיקה גופנית.

63. כל המשפטים הבאים המתייחסים ל Methylphenidate (Ritalin) והטיפול בו בסרטן מתקדם נכונים פרט ל:

- א. יכול להועיל בנמנום או ישנוניות עקב שימוש באופיואידים.
- ב. יש קונטרה אינדיקציה לטיפול בזמן הפרעות קצב מהירות tachyarrhythmias.
- ג. יכול להועיל בדליריום היפואקטיבי.
- ד. יכול להועיל באנורקסיה.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

64. כל הבאים נכונים באשר לטיפול ב ל(metastatic spinal cord compression (mSCC) פרט ל:

- א. יש לשקול מתן פרופילקטי של לקסטיבים-laxative.
- ב. כאשר חושדים בקיום mSCC יש להתחיל טיפול ע"י IV Dexamethasone ולהמשיך את הטיפול לפי פרוטוקול.
- ג. גם במידה שיש חוסר יציבות של עמוד השדרה, יש להתחיל בטיפול בקרינה במטופלים עם גידולים הרגישים לקרינה.
- ד. חוסר יציבות של עמוד השדרה מהווה אינדיקציה עצמאית לטיפול ניתוחי.

65. לחלק משמעותי יחסית מהתרופות הכימותרפיות, אימונולוגיות ביולוגיות ואלו שמטרתן מניעת תופעות לוואי יש השפעה שלילית על מערכת הלב וכלי הדם. לאיזו מבין התרופות הבאות יש השפעה מינימלית על הארכת QT?

- א. ANTI TUMOR ANTIBIOTICS (כגון Doxorubicin).
- ב. מעקבי טירוזין קינז (כגון Sorafenib and sunitinib).
- ג. סרטונין אנטגוניסט (כגון ondansetron, granisetron).
- ד. אנטימטבוליטים (כגון FU5).

66. בן 88 סובל מ HFREF-CHF , קרנופסקי 30% יציב מזה חודש. בהוספיס בית. בנוסף סובל מיתר לחץ דם, פרפור פרזדורים התקפי, אי ספיקת כליות Creatinin 1.3, בדיקות דם שנעשו לאחרונה ללא ממצא משמעותי. בבדיקה גופנית, בצקות 2+ עד אמצע הירך, גודש ורידי צוואר – קל. לוקח תרופות פומי, שותה 3-4 כוסות מים ביום. לחץ דם 140/80, דופק 80 סדיר. המשפחה מבקשת לתת נוזלים כדי לאושש אותו. מציינים שכך עושים כאשר הם פונים למיון ובשיחה עם איש דת קבלו המלצה לתת נוזלים כי אוכל ושותה מעט מאד. מה הגישה הנכונה ביותר לשיחה עם המשפחה ומה נכון להמליץ ?

- א. אתן למטופל 500 ML/ D 0.9% SC Nacl ואבקש מהמשפחה לעדכן אם יש החמרה בבצקות או קשיי נשימה.
- ב. אנהל שיח עם המטופל והמשפחה ואעביר להם מידע אודות מחלתו, מצבו והיתרונות והחסרונות במתן נוזלים במצבו ואת החלטתי לגבי הטיפול.
- ג. אסביר למשפחה שכיוון ששותה ולוקח תרופות - אין התוויה למתן נוזלים.
- ד. אנהל שיחה עם המטופל, משפחתו ובמידת הסכמתם גם איש הדת, ואגיש להם מידע אודות מחלתו ומצבו יחד עם היתרונות וחסרונות במתן נוזלים על מנת לקבל החלטה משותפת.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

67. כל הבאים נכונים בהקשר לטיפול בכאב בילדים פרט ל:
- א. ע"פ ה-FDA, יש להימנע משימוש בקודאין בילדים מתחת לגיל 12 ובילדים בין גילאי 12-18 עם מחלות רקע נשימתיות משמעותיות, השמנת יתר או דום נשימה חסימתית בשינה.
 - ב. בעת שימוש במדבקת פנטניל בילדים יש לנהוג בזהירות ולזכור כי אחוז השומן התת-עורי בילדים הוא נמוך מזה שבמבוגרים, מה שמוביל לספיגה מהירה ובלתי צפויה של התרופה.
 - ג. טיפול מותאם לסולם ההקלה בכאב (Pain Relief Ladder) של ארגון הבריאות העולמי לא מתאים לטיפול בכאב בילדים בגיל 8-12.
 - ד. בתינוקות הקטנים מגיל 6 חו' יש להתחיל טיפול במינוני אופיואידים מופחתים ב-25-50% מהמינון הראשוני המקובל.
68. מה נכון לגבי בלוק נירוליטי (Neurolytic Block)?
- א. ביצוע בלוק נירוליטי עם פנול גורם לפחות נזקים לרקמות רכות, לעומת בלוק עם אלכוהול.
 - ב. הדרך היעילה והבטוחה ביותר לביצוע בלוק נירוליטי היא על ידי Pulsed RFA (Radio-Frequency Ablation).
 - ג. נמק לעור, ניריטיס או פגיעה מוטורית הם חלק מהסיבוכים האפשריים בביצוע בלוק נירוליטי כימי.
 - ד. בלוק נירוליטי כימי יכול להשפיע מספר חודשים בלבד, לעומת זאת ההשפעה של בלוק תרמאלי (Thermal Block) היא בלתי הפיכה תמיד.
69. בת 72 עם ממאירות שחלה גרורתית, כעשרה ימים לאחר טיפול כימותרפי. מלינה על תשישות קשה, קושי בביצוע פעולות פשוטות, מתנשמת בהליכה של 100 מ' במישור. פרט לכך – אפטות בחלל הפה, בחילה, תיאבון ירוד. ללא חום. במעבדה: המוגלובין 5.9, לויקוציטים 1.2 עם 700 נייטרופילים. תרומבוציטים 49000.
- מה נכון לגבי הטיפול התומך במטופלת זו?
- א. מדובר בתופעת לוואי של הכימותרפיה, יש להמליץ על מנוחה עד להתאוששות ספירות הדם.
 - ב. במקרה זה לא מומלץ טיפול באריתרופויטין בשל סיכון מוגבר לקרישיות יתר, התקדמות מחלה ותמותה.
 - ג. מומלץ לשקול מתן פרופילקטי של GCSF (Granulocyte colony stimulating factor) גם ללא חום או נייטרופניה.
 - ד. מומלץ לשקול עירוי טסיות במטופלת זו לשיפור התחושה הכללית ומניעת דימומים.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

70. בן 80, לפני כ-5 שנים אובחנה ממאירות של הערמונית עם גרורות לשלד. עד לפני כחודשיים טופל - Abiraterone Acetate, Prednisone, Decapetyl Depot. הטיפול הופסק. טרום הפסקת הטיפול ערך PSA-0.014, וב PET PSMA לא הייתה עדות למחלה. פנה כעת למיון עקב כאב עז בגב תחתון ללא סיפור של חבלה. בוצע CT עם"ש שהדגים שבר בגוף חוליה L4.

מה נכון לגבי מעורבות גרמית במטופל זה?

- א. במטופל זה עם גרורות שלד הנגעים יהיו ממקור של osteocytes.
- ב. שבר דחיסה בחולייה יכול להיות משני לטיפול התרופתי הסיסטמי שקיבל.
- ג. מעורבות גרמית בזמן אבחנת המחלה לא קשורה בסיכון לפרוגנוזה ירודה.
- ד. אין צורך בבדיקת PSA והדמיית PET PSMA עדכניות בשלב זה.

71. למי מהמטופלים הבאים הסבירות לתמותה בששת החודשים הקרובים היא הגבוהה ביותר?

- א. בן 60, מאובחן עם ALS מזה 5 שנים, מוזן ב PEG, FVC 60%, ללא שינוי בחצי שנה האחרונה.
- ב. בת 72, מאושפזת במרכז גריאטרי במחלקה סיעודית מורכבת, עוברת טיפולי המודיאליזה למרות לחצי דם נמוכים, עם BMI 16
- ג. בן 48, מאובחן עם שחמת כבד, עבר לראשונה ניקור מיימת לפני שבוע עם ניקוז של 2 ליטר, צלול, סטרילי. אתיליזם בגיל 20.
- ד. בן 68, עובר טיפולי המודיאליזה, שבר את עצם הרדיוס הימני, כאוב ונזקק לטיפול באופיאואידים עקב הכאבים.

72. בן 72 ברקע עישון כבד ומחלת ריאות חסימתית. אובחן לאחרונה עם - ממאירות ריאה וגרורות

- לבית חזה. סובל מתפליטים פלאורליים בגינם עובר ניקורים חוזרים. מטופל בכאב בטרגין 20 מ"ג פעמיים ביום ומנות הצלה של סירופ אוקסיקוד. כעת מתייצג בתמונה של קוצר נשימה חריף. ללא תגובה למתן משתנים. קיבל 10 מ"ג אוקסיקוד ללא הטבה לקוצר הנשימה. סטורציה יורדת ל-88%. ניתנה הוראה למסיכת BIPAP, אך המטופל מתנגד בטענה שיודע מעברו שלא מסוגל לסבול את המסיכה. כיצד ניתן להתקדם בניהול המקרה כעת?
- א. לתת מורפין תוך ורידי וטיפול ב High Flow Nasal Cannula.
 - ב. לתת מנה נוספת של אוקסיקוד 20 מג וניסיון חוזר לשים מסכת BIPAP.
 - ג. להתחיל טיפול בציפרלקס 5 מ"ג ולאחר 3 ימים לעלות ל 10 מ"ג.
 - ד. לפתוח חלון ולמקם מאוורר ליד מיטתו.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

73. מטופל הסובל מ COPD מאושפז במחלקה גריאטרית לשיקום אחרי דלקת ריאות. מתקשה לבצע מאמצים בשל קשיי נשימה משמעותיים. התבקשת ליעץ לצוות המחלקה.

איזה מבין הטיפולים הבאים ישפר את קוצר הנשימה במאמץ באופן המשמעותי ביותר?

- א. MG 25 SERTRALINE.
- ב. MG 0.5 LORIVAN לפני פעילות.
- ג. חמצן במשקפיים בזמן פעילות.
- ד. אינהלציית MORPHINE 2% לפני פעילות.

74. בן 65 סובל מ SCLC – עם גרורות ממושטות לכבד ואי ספיקת כבד, גרורות לאומנטום עם

חסימת מעי פונקציונאלית, וגרורות לעמוד שדרה גבי. הדרדרות משמעותית בתקופה

האחרונה. מגיע למיון עם החמרה חדה של כאבים בע"ש גבי. בהדמיה עדות ללחץ על חוט

שידרה בגובה D8-D9-D10. אורתופד גב בודק את המטופל ומאבחן חוסר יציבות של ע"ש.

לאחר דיון עם אונקולוג, הוחלט לא לנתח את החולה. מה הסיבה הסבירה ביותר להחלטה זו?

- א. טיפול קרינתי יעיל יותר בשל רגישות גבוהה של SCLC לטיפול קרינתי.
- ב. טיפול כמותרפי יעיל יותר בשל רגישות גבוהה של SCLC לטיפול כמותרפי.
- ג. אין אינדיקציה לניתוח בשל Low-grade ESCC (Epidural Spinal Cord Compression Scale).
- ד. כיוון שמדובר בפרוגנוזה עגומה וקצרה.

75. בת 75 שנה. מאושפזת במחלקה האונקולוגית עקב כולנגיטיס. תחת טיפול כמותרפי ב 5FU

לסרטן מעי גס עם פיזור גרורתי. ברקע: פרקינסון, פרפור פרודוריים, ירידה קוגניטיבית קלה.

טיפול תרופתי קבוע כולל LEVODOPA, MEMENTINE, ELIQUIS, NORVASC. במהלך

האשפוז היא מפתחת דליריום היפראקטיבי עם בלבול חריף, הלוצינציות פרנואידליות, הפרעות

שינה ואגיטציה פסיכומוטורית. נסיונות לטיפול לא פרמקולוגי לא מקלים על מצבה. התקבלה

החלטה להתחיל טיפול תרופתי פומי לדליריום. איזו תרופה היא תרופת הבחירה לטיפול

במקרה זה?

- א. HALIDOL
- ב. LORAZEPAM
- ג. QUETIAPINE
- ד. PROMETHAZINE

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

76. כל המצבים הבאים קשורים לסיכון מוגבר להתאבדות בחולים עם מחלה גופנית מקצרת חיים מתקדמת פרט ל:

- א. היסטוריה אישית או משפחתית של ניסיונות התאבדות.
- ב. המטופל סובל מדכאון וחוסר תקווה.
- ג. המטופל נכנס ויוצא מדליריום.
- ד. למטופל יש טופל תחושת שליטה בזמן שהמצב מחמיר תחת טיפול.

77. מה נכון לגבי ביצוע סדציה פליאטיבית בשל סימפטום בלתי ניתן לשליטה?

- א. מתאימה למטופלים שלא מסכימים לקבל טיפול לסימפטום ממנו הם סובלים בשל אמונתם הדתית.
- ב. הטיפול הקיים לסימפטום הבלתי נשלט ממנו סובל המטופל, עלול להוביל לתחלואה חריפה או כרונית משמעותית.
- ג. ההתוויה הקיימת היא למטופלים הסובלים מסימפטום הפוגע ממילא במצב ההכרה.
- ד. ישנה התוויה לביצוע סדציה פליאטיבית ברוב המטופלים הפליאטיבים בסוף חייהם (כ-75%).

78. מה נכון לגבי נירופתיה הנגרמת מטיפולים אונקולוגיים?

- א. המנגנון השכיח ביותר בנירופתיות על רקע טיפולים אונקולוגיים הוא Axonal motor Neuropathy.
- ב. מתן מונע של מגנזיום הפחית משמעותית היארעות של נירופתיות עקב כימותרפיה.
- ג. נירופתיה הנגרמת על ידי Immune Check point Inhibitors- ICI היא תלוית מינון ומופיעה רק לאחר מתן מתמשך.
- ד. שימוש באפקסור (Venlafaxine) הראה יעילות בהקלת כאב נירופתי על רקע Oxaliplatin.

79. בת 50. עם סרטן שד שהתגלה בשלב מוקדם. עוברת טיפול כימי משלים לאחר ניתוח להסרת

הגידול. מלינה על עייפות טורדנית הנמשכת כחודשיים. כל הטיפולים הבאים יכולים להיות

טיפול קו ראשון, כנגד העייפות פרט ל:

- א. דקסמתזון 4 מ"ג.
- ב. CBT
- ג. הליכה
- ד. טיפול באור

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

80. בן 56, ברקע סרטן ושט עם חסימה מלאה של הושט. סובל מכאב מתפרץ. כל הטיפול הבאים הניתנים במתן תת לשוני כנגד כאב מתפרץ מומלצים, פרט ל:
- Methadone תת לשוני.
 - Buprenorphine תת לשוני.
 - Morphine תת לשוני.
 - Ketamine במתן תת לשוני.
81. בת 60. עם מממאירות שחלה, גרורות לאומנטום, חסימת מעי. מפתחת אי ספיקת כליות והפחתה מתקדמת במתן שתן. כאב ואי שקט לא מגיבים לטיפול פליאטיבי "אגרסיבי". מה נכון לגבי החלטה על סדציה פליאטיבית במקרה זה?
- מטרת הסדציה היא קיצור הסבל, גם על ידי קיצור החיים תחתיו.
 - סדציה פליאטיבית תתבצע אחרי טיפול במינון מתאים בתכשיר בחירה אחד לסימפטום.
 - על מנת למנוע תת טיפול ועיכוב, מספיק איש צוות אחד לקבלת ההחלטה.
 - סדציה פליאטיבית מיועדת לסבל נוכחי, ולא לסבל העלול להופיע או סבל שעבר.
82. בן 72. ברקע אי ספיקת כבד סופנית על רקע HBV ואלכוהוליזם. ללא טיפול או מעקב במשך שנים. עוד ברקע COPD על רקע עישון עם חמצן קבוע. אושפז עקב כאבי בטן עזים. בחודש שקדם לאשפוזו ירידה משמעותית במשקל, חולשה, נפיחות בבטן. במעבדה בילירובין 26, רובו ישיר טרנסאמינזות מעל 500. INR 2. בהדמיה: תהליך תופס מקום בכבד כ-8 סמ"ר, עם ממצאים משניים בשער בכבד ובראות. מיימת בכמות בינונית. נקראת לייעוץ עקב גרד קשה. הרושם שלך הוא שמדובר במטופל במצב סופני. עדיין בהכרה ובולע. מהי התרופה עליה תמליץ להקלה על הגרד?
- 24HR\ CHOLESTYRAMINE 16GR
 - 2*RIFAMPYCINE 150 MG
 - IV NALAXONE 0.4MG
 - SERTRALINE 75 MG
83. בת 65, סובלת מאי ספיקת כליות ומטופלת בדיאליזה 3 פעמים בשבוע במהלך תשע (9) השנים האחרונות.
- בשנה האחרונה אנורית, עקב זיהומים חוזרים, קושי גובר בגישה הוסקולארית וחולשה קיצונית אחרי טיפול – שוקלת הפסקת דיאליזה. היא מבקשת לדעת כמה זמן סביר שתחיה אחרי הפסקת הדיאליזה. מה נכון להשיב לה?
- בערך יומיים עד שלושה.
 - בערך שבוע עד שבועיים.
 - בערך שלושה ארבעה שבועות.
 - בשלב זה אין מספיק נתונים לנבא את תוחלת החיים של המטופלתי.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

84. כל הבאים נכונים באשר להערכה של כאב בילדים פרט ל:
- א. בילדים התופעה של TOTAL PAIN כוללת את המרכיבים הגופניים, סוציאליים והפסיכולוגיים בלבד, ללא הרכיב הרוחני.
 - ב. ילד בן 7 עשוי שלא לדווח על עוצמת הכאב כפי שחש אותה, כדי לגונן על הוריו.
 - ג. בעת טיפול בנער בן 15, יש תפקיד ל"split visit" בו משוחחים עם הנער בנפרד מהוריו.
 - ד. ילד בן שלוש שנים עשוי לראות כאב כעונש על התנהגות רעה.
85. בן 62 ללא מחלות רקע ידועות. אובחן לאחרונה כסובל מקרצינומה של הקולון. מטופל ב 5 FLUOROURACIL. כחודש לפני הופעת המחלה עבר מספר טיפולי שיניים. מספר ימים לאחר תחילת הטיפול ב 5FU, הופיעה מוקוזיטיס קשה שעירבה את חלל הפה והוושט. מה הכי סביר לטעון לגבי מוקוזיטיס במטופל זה?
- א. לא סביר שמדובר בתופעת לוואי של הטיפול הכימותרפי. שכן בד"כ מוקוזיטיס מתחילה להתפתח כעבור מספר שבועות מתחילת הטיפול הכימותרפי.
 - ב. הזדקקות לטיפול קודם במחלה דנטלית, מהווה גורם סיכון להתפתחות מוקוזיטיס.
 - ג. אצל חולה זה המזהם השכיח ביותר הגורם למוקוזיטיס הוא זיהום חידקי.
 - ד. חולים בעלי סוג דם O יפתחו מחלה קשה יותר בשל העדר נוגדנים לסוג דם B i A.
86. מה נכון לגבי הזרקות אינטרא-תקאליות (Intra-Thecal) של אופיואידים?
- א. טיפול אינטרא-תקאלי עשוי לגרום לפגיעה בליבידו.
 - ב. בחולים עם תוחלת חיים קצרה קיימת העדפה לטיפול אינטרה-תקאלי על פני אינטרא-אפידוראלי.
 - ג. בטיפול אינטרה-תקאלי הסיכוי לירידה ברמת ההכרה גבוה יותר לעומת טיפול פומי.
 - ד. יחס ההמרה ממורפין פומי למורפין אינטרא-תקאלי הוא 1:10.
87. בן 56, לאחר קרינה ולרינגקטומי בגלל ממאירות. כשבועיים לאחר הניתוח התפתחה פיסטולה PHARYNGOCUTANEOUS בקוטר 1.5 מילימטר. מה נכון לגבי מצבו של המטופל?
- א. בכשני שליש מהמקרים, הפיסטולות נסגרות ספונטנית ללא צורך בהתערבות.
 - ב. למצבו התזונתי של המטופל טרם הניתוח אין קשר להתפתחות הפיסטולה.
 - ג. סביר שהטיפול הקרינתי לפני הניתוח, יזרז את ריפוי הפיסטולה.
 - ד. ניתוח לא יעיל כטיפול לסגירת פיסטולה מסוג זה.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

88. בחר את ההגדרה הכי מדויקת ומקיפה להרדמה אזורית - REGIONAL ANESTHESIA
- א. הרדמה אזורי, משרה תחושת NUMBNESS המקל על כאב אזורי מוטורי, סנסורי ונוסיספטיבי.
 - ב. משרה הרדמה anesthesia-אי תחושה NUMBNESS אזורית, הגורם להעדר תחושה ולכן מקל על כאב.
 - ג. רוב ההתערבויות האזוריות, ללא קשר לסוג העצב המושפע, אוטונומי או סומטי, או ההשפעה על העצב נוירוליטי או זמני - נקראות חסמים עיצביים.
 - ד. מתן תרופה במטרה ליצור חסם סנסורי לאזור ייעודי בגוף.
89. מאפיינים קליניים של דליריום ניתנים לחלוקה לשלושה סוגים בהתבסס על התנהגות פסיכומוטורית ורמת עירנות. סוגים אלו כוללים - דליריום היפראקטיבי, דליריום היפואקטיבי ודליריום מעורב.
- איזה מבין המשפטים הבאים נכון בנוגע לסוגי הדליריום השונים?
- א. בקרב מטופלים במערך פליאטיבי דליריום היפראקטיבי שכיח יותר, אך בקרב מטופלים במסגרת הוספיס, הדליריום ההיפואקטיבי מצוי בשכיחות גבוהה יותר מהיפראקטיבי.
 - ב. שיעורי התמותה במטופלים עם דליריום היפואקטיבי גבוהים יותר ביחס למטופלים עם דליריום היפראקטיבי.
 - ג. דליריום היפואקטיבי נמצא באסוציאציה עם היפוקסיה, הפרעות מטבוליות ותופעות לוואי של תרופות.
 - ד. OLANZAPINE נמצא יעיל יותר בטיפול לדליריום היפואקטיבי ביחס לדליריום היפראקטיבי.
90. איזה מבין המשפטים הבאים מתאר הכי מדויק את הסיכון לשחיקה בקרב צוותים פליאטיבים?
- א. השחיקה שכיחה יותר בקרב צוותים העובדים בעומסים גדולים יותר (מספר היעוצים למטפל ועומס המטופלים (?)) במרפאה.
 - ב. שכיחות השחיקה פחותה בקרב צוותים פליאטיבים העובדים עם ילדים.
 - ג. השחיקה שכיחה יותר בקרב רופאים פליאטיבים ותיקים יותר.
 - ד. השחיקה שכיחה בעיקר בקרב רופאות ואחיות פליאטיביות, ולא דווחה בקרב מלווים רוחניים.
91. מטופל עם אי ספיקה לב מתקדמת לאחר נפילה. במדידות לחץ דם נמצא אורטוסטטיזם.
- בבדיקה פיזיקלית, ללא בצקת בגפיים התחתונות. איזה שינוי מומלץ לבצע בטיפול התרופתי ?
- א. הפחתת מינון רמיפריל מ 5 מג ל 2.5 מג.
 - ב. הפחתת מינון קרדילוק מ 2.5 מג ל 1.25 מג.
 - ג. הפחתת מינון פוסיד מ 40 מג ל 20 מג.
 - ד. הפחתת מינון טרגין מ 20 מג ל 10 מג.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

92. בשנת 1980 דיטץ (Dietz) יצר קלסיפיקציה של שלבי שיקום בחולי סרטן. מה נכון בנוגע לקלסיפיקציה זו?
- א. בשלב של שיקום פליאטיבי השאיפה היא להביא לפעילות, לשימור אנרגיה ולמלוא הנוחות.
 - ב. בשלב של שיקום אקטיבי המטרה היא להביא לשיפור מיטבי בתפקוד גם על חשבון נוחות.
 - ג. בשלב של שיקום רסטורטיבי המטרה היא להביא את המטופל לפוטנציאל התפקודי בשני חסרים נבחרים.
 - ד. בשלב של שיקום מניעתי המטרה היא למנוע פגיעה תפקודית טרם התרחשותה.
93. במטופל הגריאטרי ישנה חשיבות לביצוע הערכה תפקודית הכוללת ADL ו IADL וכן מדידות אובייקטיביות על ידי אומדנים שונים להערכה תפקודית. איזה מבין המשפטים הבאים נכון בנוגע להערכה תפקודית באוכלוסייה הגריאטרית?
- א. ADL כולל בין היתר יכולת להתלבש, להתנייד, להכין אוכל, להתרחץ.
 - ב. הערכה תפקודית עם אומדנים אובייקטיבים כוללת בין היתר הערכת כח שריר, ומהירות הליכה.
 - ג. באוכלוסייה מעל גיל 85 שנה, כ 30% נזקקים לעזרה לפחות באחת מפעולות ה ADL.
 - ד. מצב תפקודי ירוד הוא מנבא בלתי תלוי לתמותה, ותורם לצריכה עולה של שירותי בריאות ורווחה אך לא קשור בירידה באיכות חיים.
94. כל הבאים נכונים בהקשר הטיפול בכאב אצל המטופל המבוגר ?
- א. בנסיון להמנע מתופעות לוואי בטיפול הוספיס לחולה המבוגר, , לא תמיד ניתן לממש את כל הקריטריונים של האיגוד הגריאטרי האמריקאי (BEERS CRITERIA).
 - ב. מומלץ להמנע משימוש ביותר מתרופה אחת במטרה להשיג אנלגזיה מספקת, בטיפול במטופל המבוגר.
 - ג. שימוש מחושב באופיאטים לכאב ממקור סרטני ולא סרטני, אצל המטופל המבוגר, עשוי להיות יעיל לטווח הקצר.
 - ד. אחת הגישות היא, שמנת האופיאט ההתחלתית, אצל חולים מבוגרים עם מחלת כליה או כבד מתקדמת, תהיה מחצית מהמנה הרגילה בחולה צעיר ללא אי ספיקות.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

95. מה נכון לגבי פוליניורופתיה פאראנאופלסטית פריפירית, כואבת, כאשר היא מקדימה בשבועות

את גילוי הגידול הסרטני ?

- א. נירופתיה פאראניופלסטית תחושתית (סנסורית), הוא מצב מגביל, שמתייצג כתחושת כאב שורף, יורה, מלווה בתחושת רדימות ועקצוצים שמתפשטת באופן סימטרי בפנים, גפיים, וגזע הגוף. בהרבה מהמקרים הוא ביטוי של סרטן ריאות מסוג SCLC.
- ב. מבחן anti-Hu antibodies, שמבוצע במסגרת בירור נירופתיה פאראניופלסטית הוא בעל ספיציפיות ורגישות נמוכה.
- ג. Guillain-Barré syndrome, נובע לרוב ממאירות שתתגלה בבירור.
- ד. טיפול אנטינאופלסטי בממאירות הוא נקודת ההתחלה לטיפול בכאב הניורפתי. לא מקובל להתחיל טיפול סימפטומטי בכאב, כל עוד אין אבחנה של הממאירות.

96. איזו מבין ההצהרות הבאות נכונה לגבי טיפול בדליריום?

- א. החמרה פרדוקסאלית עלולה להופיע אחרי מתן בנזודיאזפין.
- ב. ביקורים מצומצמים על ידי בני משפחה והחשכת החדר יצמצמו ריגוש סנסורי ולכן יצמצמו אגיטציה.
- ג. כאב הוא המקור המוביל, ולכן טיפול באופיואידים הוא טיפול הבחירה.
- ד. בחולה מנומנם או היפואקטיבי QUETIAPINE עדיף על HALDOL.

97. בן 62 ללא מחלות רקע ידועות, אובחן לאחרונה כסובל מקרצינומה של הקולון. מטופל ב 5

FLUOROURCIL. כחודש לפני הופעת המחלה עבר מספר טיפולי שיניים. מספר ימים לאחר

תחילת הטיפול ב הופיעה מוקוזיטיס קשה שעירבה את חלל הפה והוושט. מהו הטיפול הנכון ביותר אצל חולה זה ?

- א. מקובל לעשות שטיפות פה עם כלורהקסדין ו magic mouse wash (למשל לידוקאין, בנדריל ומאלוקס), גם אם התועלת אינה מובטחת.
- ב. יש להימנע משטיפות עם לידוקאין מחשש לשיתוק מנגנון הבליעה ואספירציה.
- ג. כשיש כיבים מדממים מקובל לתת הקסקפרון IV.
- ד. יש להימנע לחלוטין מטיפולי שיניים נוספים עד החלמה של המוקוזיטיס.

98. מה נכון לגבי הטיפול בגרורות גרמיות?

- א. זמן החציוני (median time) של טיפול קרינתי עד להקלה על כאב הוא כ 3 שבועות.
- ב. זמן החציוני (median time) של טיפול קרינתי עד להקלה על כאב הוא 12 שבועות.
- ג. זמן החציוני (median time) של הקלה על כאב הוא 6-8 חודשים.
- ד. טיפול קרינתי עם 5 פרקציות אינו יותר יעיל מפרקציה אחת כטיפול בכאב, אך משך ההשפעה יותר ארוכה.

בחינה שלב א' - רפואה פליאטיבית 14.1.25

99. ההמלצות הקיימות לטיפול בכאב אצל חולה עם סרטן הן עפ"י הנחיות סולם ה-WHO: בחירת הטיפול האנלגטי המתאים על בסיס עוצמת הכאב עם תוספת טיפול תרופתי משלים לכאב נוירופתי. כל הבאים נכונים לגבי הטיפול התרופתי בכאב הנוירופתי פרט ל:
א. מחקרים קלינים מראים תועלת באופיואידים לכאב נוירופתי פריפרי, אך היעילות שלהם בכאב נוירופתי מרכזי היא נמוכה
ב. לסטרואידים ול NSAIDs אין השפעה על כאב נוירופתי, לכן אין להשתמש בהם כטיפול בכאב הנוירופתי.
ג. לא כל האופיאטים יעילים באותה מידה, לטיפול בכאב הנוירופתי.
ד. מטדון NMDA אנטגוניסט חלש, נחשב לבחירה המועדפת ביניהם לטיפול בכאב נוירופתי.

100. בת 93, צלולה ועצמאית טרם קבלתה. ברקע- אסטמה אלרגית. אושפזה בטיפול נמרץ לב לפני כשלושה שבועות, עם אוטם קידמי בשריר הלב. באשפוז פיתחה אי ספיקה סיסטולית שמאלית.
בהמשך עקב ASCENDING CHOLANGITIS, הועברה למחלקה כירורגית וטופלה בהצלחה על ידי ERCP. יומיים לאחר הפעולה שוב צהבת ישירה החמירה, הפעם מלווה בבלבול ותת לחץ דם, ללא חום גבוה. הוזמן ERCP חוזר. גסטרואנטרולוג פולשני מבקש הערכה פליאטיבית לפני שיאשר ביצוע ERCP חוזר. מה נכון לגבי שיקולים פליאטיבים במקרה זה?
א. שילוב של גיל מבוגר, יחד עם אשפוז ארוך רווי סיבוכים שלא מסתדרים אלא מצטברים, וירידה תפקודית - מעלה משמעותית יחסי נזק/תועלת של הפעולה (ERCP).
ב. לא ניתן להגדיר את המטופלת כחולה נוטה למות, לכן נכון לבצע כל התערבות דחופה בנוהל חתימה של שלושה רופאים בכירים.
ג. מדובר בהתערבות שלא כלולה ברשימת התערבויות מאריכות חיים, לכן אין משמעות לרצונה של המטופלת (על פי שיחה עם בנה) להימנע מהתערבויות פולשניות בסוף החיים.
ד. בקבלת החלטה רפואית לגבי ביצוע ERCP חוזר במקרה זה, אין משמעות לגיל כרונולוגי של המטופלת כי מדובר בסיבוכי הפיך.

בהצלחה