

המועצה המדעית ועדת הבחינות

בחינות שלב א' 2025

רפואה פליאטיבית

מס' השאלות בחלק זה: 100

1. בן 87 מגיע למיון עקב התפתחות של מצב אגיטיבי, ובריחת שתן חוזרת. בבדיקת אולטרסאונד ליד המיטה השלפוחית אוגרת כ 50 מ"ל (PVR – postvoidal residual). איזה מהאטיולוגיות מטה המתאימה ביותר למצבו?

- א. תחילת טיפול באלטרול (AMYTRIPTYLIN) לפני השינה
- ב. זיהום אורינרי
- ג. אבני צואה
- ד. שימוש מוגבר בקלונקס (clonazepam) להרגעה

2. בן 78 ברקע ממאירות ערמונית גרורתית תחת טיפול ביולוגי והורמונלי, מיאלומה נפוצה במעקב הדוק, ללא טיפול. בנוסף סובל מאי ספיקת כליות כרונית ואוסטאופורוזיס. סובל מכאבים גרמיים מפושטים מזה מס' שבועות, בעיקר בכתפיים, שכמות, גב תחתון ואמצעי, ואגן. שולל תלונות נוירולוגיות. מה מהבאים הוא הנכון ביותר לגבי המשך הבירור והטיפול בכאב זה?

- א. למיפוי עצמות רגישות וסגוליות גבוהות במקרה זה. לכן זוהי בחירה טובה להמשך הבירור
- ב. מכיוון שמדובר בכאב בן מס' שבועות, ניתן להתחיל בצילום רנטגן של עמוד השדרה, אשר ישלול נגעים ליטיים בסבירות גבוהה
- ג. CT כלל גופי או CT PET היא בדיקת הבחירה לאבחנה והכוונת טיפול לכאב זה
- ד. יש לבצע בדיקות PSA ושרשראות קלות בדם ובשתן ולבחור הדמיה המותאמת לאחד מהגורמים האפשריים בלבד

3. חולה עם ממאירות הערמונית, גרורתית לעצמות. מתלונן על כאבים חדשים בצד ימין של הפנים כולל בלסת ושיניים. הכאב מרגיש כמו זרם חשמל, עוצמתו גבוהה מאוד, הכאב עולה מאוד מהר למקסימום וחולף לאחר מספר דקות. החולה מגיב טוב להתחלת טיפול ב PREGABALIN 75MG *2/D ומדווח על ירידה בתדירות ועוצמה של הכאבים. מה האבחנה המשוערת:

- א. כאבים על רקע פירוק עצם HYPERCALCEMIA
- ב. כאבים מסוג PREAURICULAR NEURALGIA כנראה על רקע מעורבות של ה PAROTIS
- ג. כאבים על רקע טיפול הורמונלי בממאירות הערמונית – מדובר בתלונה שכיחה
- ד. כאבים מסוג TRIGEMINAL NEURALGIA על רקע מעורבות אפשרית של MIDDLE או FOSSA POSTERIOR של הגולגולת על ידי גרורה

4. בן 70, גידול ריאתי מטסטטי, PPS-20%, מאושפז בשל הדרדרות כללית. במהלך הלילה נכנס לדליריום אגיטטיבי, צועק ומושך את הפרפרית SC ואת הקטטר. מה נכון לגבי הטיפול התרופתי בדליריום בסוף החיים?

- א. HALDOL ו LORAZEPAM עשויים להועיל במטופל זה
- ב. שילוב של HALDOL ו LORAZEPAM מגביר את הסיכון לתסמינים אקסטר-פירימידליים
- ג. יש עדיפות לטיפול בהלידול על פני תרופות אנטי פסיכוטיות אחרות מכיוון שהוא מרדים יותר
- ד. אצל חולה זה יש להימנע מטיפול בתרופות אנטיפסיכוטיות שכן מחקר RCT הראה שהן מקצרות חיים

5. מה לא נכון לגבי רעילות ריאתית, אשר מתפתחת לאחר טיפול אנטי-נאופלסטי ?

- א. מתפתחת אצל 10-20% ממטופלים אלו
- ב. הביטוי הקליני של רעילות ריאתית משתנה וקשה להבדילה מסנדרומים ריאתיים אחרים. לרוב התסמינים אינם ספציפיים, כמו שיעול, קוצר נשימה, היפוקסמיה וחום סובפברילי
- ג. על מנת להימנע מדיכוי נשימתי, יש להימנע ממתן אופיאטים אצל חולים הסובלים מקוצר נשימה כתוצאה מרעילות ריאתית
- ד. הטיפול המועדף במקרה של רעילות ריאתית הינו הפסקת התרופה, שגורמת לתופעה, ולתת טיפול תומך, כמו חמצן מרחיבי סימפונות וסטירואידים לפי הצורך

6. בן 54, עם ממאירות לבלב מתקדמת, מקבל כימותרפיה המכילה Fluorouracil (5FU). מדווח על 3 ימים של שלשול מימי, עד 7 יציאות ליום. נטל אימודיום (Loperamide) – 3-4 טבליות ביום - ללא שיפור. השלשולים מלווים בחום 38.3, ל"ד 90/55, והקאות. בבדיקתו- במצב יציב, סימנים חיוניים תקינים. בדיקות מעבדה- אשלגן 3.1, קריאטינין 1.4, BUN 62, בס"ד- WBC 2800 עם 80% נייטרופילים. מהי הגישה טיפולית המומלצת במטופל זה ?

- א. אשחרר את המטופל עם המלצות לשתייה מרובה, כלכלה עוצרת ונטילת אימודיום במינון מירבי של 16 מג' ליום
- ב. אאשפז את המטופל למתן עירוי נזלים עם תוסף אשלגן, ומתן אימודיום במינון של 16 מג' ליום
- ג. אאשפז את המטופל למתן עירוי נזלים, תיקון אלקטרוליטים, מתן סנדוסטטין (Octreotide) וטיפול אנטיביוטי
- ד. אשחרר את המטופל עם המשך אימודיום 4 מג' X 4 ליום, אנטיביוטיקה פומית, מתן G-CSF- נאופוגן ועירוי נזלים במסגרת "אישפוז בית"

7. אצל מי מארבעת המטופלים הבאים תיאור הכאב מתאים ביותר לכאב מתפרץ?

- א. בן 60, סרטן ריאה עם גרורות לשלד. מדבקת פנטה 100 מקג"ש מזה 6 ימים (עליה מ 50), אוקסיקוד 15 מ"ג שלוקח חמש פעמים ביום. אשתו מספרת שכבר שבוע אינו ישן, גונח מכאבים בכל תנועה, לפעמים בהתקף חזק צועק ובוכה
- ב. בן 62, סרטן ריאה מתקדם. מדבקת פנטה 100 מקג"ש מזה 10 ימים (עליה מ 50) בשל כאבים בירך ימין, לפני ארבעה ימים השלים קרינה לירך. אתמול כאשר קם מהמיטה נתקף בכאב חזק ברגל, מאז כאבים קשים תמידיים, לא קם מהמיטה
- ג. בן 60, סרטן ריאה עם גרורות לעצמות, קיבל עד כה שני טיפולים כימו-אימונו תרפיים מטופל בפנטה 100 מזה חודש. נוטל אוקסיקוד 15 מ"ג רק לפני השינה. מתאר כאב משמעותי כאשר קם מהמיטה או מכורסא, שמוקל תוך כחצי שעה
- ד. בן 65, ברקע סרטן ריאה גרורתי לעצמות, סיים טיפול באימונוטראפיה לפני 3 שנים, PET לפני חודשיים תמטים, L4-5 ללא מחלה פעילה. מטופל בפנטה 100 מאז האבחנה, מוציא 180 כדורי פרקוסט 10 ו 50 גרם קנביס T22/C4. מקבל פנטורה 800 מיקרוגרם להתקפי כאב, צורך לפחות 6 כדורים ביום

8. בן 70. ברקע ממאירות מעי גרורתי, אי ספיקת כבד ואי ספיקת כליות. מטופל ב OXYCODONE. מאושפז בשל חסימת מעי ואינו יכול לבלוע. מה הטיפול המומלץ במקרה זה ומדוע?

- א. בשל אי ספיקת כליות יש להעדיף מתדון במתן תת עורי
- ב. בשל אי ספיקת כבד, יש להזהר עם מתדון שעובר פירוק בכבד למטבוליט פעיל
- ג. יש להעדיף פנטניל המתפרק בכבד, ולהיזהר במינון הפתיחה בגלל אי ספיקת הכבד
- ד. יש להעדיף פנטניל בגלל מנגנון פעולה כפול- השפעה על רצפטור מיו NMDA

9. מהי ההמלצה לצריכת קלוריות יומית מינימלית, בחולים עם cachexia על רקע מחלה אונקולוגית מתקדמת?

- א. 5-10 קק"ל/ק"ג/יום
- ב. 10-20 קק"ל/ק"ג/יום
- ג. 25-30 קק"ל/ק"ג/יום
- ד. 60-70 קק"ל/ק"ג/יום

10. בת 35, עם סרטן שד, גרורות לעצמות ולריאות. 5 ילדים. לאחרונה אינה מעוניינת לראות אף אחד מהקהילה, ולא הולכת לבית הכנסת כפי שנהגה פעם ללכת. מתאשפזת לעיתים תכופות בשל תסמינים. מתארת את חייה עם סבל גדול מאוד, כעת קרנופסקי 30-40%, מרגישה שאינה מסוגלת לדאוג לילדים שלה. כעת מאושפזת בשל קוצר נשימה. גרורות בריאות בהטבה תחת טיפול, ואין נזל פלאורלי. בשיחה איתה - מתוסכלת ממצבה, מפחדת להתדרדר עוד, ולא להיות משמעותית יותר. מה נכון לגבי המטופלת?

- א. צריכה להפגש בדחיפות עם פסיכיאטר אונקולוגי, לטיפול תרופתי בדיכאון
- ב. צריך להוציא אותה מהבית להוספיס מוסדי, לפני שהתסכול ילך ויגדל וגם שאר המשפחה תסבול מזה
- ג. צריך להתחיל במקביל למתן חמצן, אופייאידים במינון גבוה לקוצר נשימה, גם אם הוא סובייקטיבי בלבד כדי להקל על הסבל שלה
- ד. צריך לשוחח איתה על ההתמודדות הרוחנית שלה, להציע ליווי רוחני / דמות דתית משמעותית לה, וחיבור מחדש לקהילה שלה היכולה להוות מקור כח עבודה

11. טיפול אפקטיבי בתסמינים סומטיים (somatic symptoms) כולל:

- א. טיפול אפקטיבי בתסמינים הפיזיים, ובכך להביא להקלה בתסמינים הפסיכולוגיים
- ב. טיפול אפקטיבי בתסמינים הפסיכולוגיים, ובכך להביא להקלה בתסמינים הפיזיים
- ג. טיפול מולטי-דיציפלינארי הכולל טיפול רפואי בתסמינים פיזיים, טיפול פסיכולוגי וסוציאלי
- ד. מאחר ומדובר בתסמינים פסיכולוגיים בלבד, אין צורך להתייחס לתסמינים הפיזיים

12. בן 65 הסובל מ COPD אושפז בשל תלונות על קוצר נשימה. בהגיעו, ישוב במיטתו נראה סובל מקוצר נשימה, מתנשם כ 25 נשימות לדקה בהאזנה לריאות צפצוף אקספירטורי מפושט. דופק 135 פעימות לדקה סטורציה 90% באויר חדר. איזה מהמשפטים הבאים נכון באשר לטיפול?

- א. כיוון שהחולה נמצא במצב של חרדה, בנזודיאזפינים הינם קו טיפולי ראשון
- ב. יש סבירות גבוהה שטיפול באופיואידים יקל על קוצר הנשימה. יש להתחיל טיפול בטרגין במינון 20 מ"ג פעמיים ביום
- ג. יש להתחיל עם מתן חמצן במינון 3 ליטר לדקה, ולעקוב כחצי שעה לפני המלצה אינהלציות
- ד. כיוון שמדובר מהתלקחות של COPD, יש לשלב בטיפול באינהלציה, עם טכניקות נשימה והתאמת תנוחת גוף

13. מה מהבאים מתאר באופן הנכון ביותר את **מנגנון ההיווצרות של כאב** על רקע גרורות גרמיות?

- א. תאי הגידול מפרישים פקטורים המפרים את ההומיאוסטאזיס של העצם, הפעילות האוסטאוקלסטית גוברת, הפעילות האוסטאובלסטית פוחתת, מתרחשת יותר ספיגת עצם ועולה הסיכון לשברים
- ב. תאי הגידול מפרישים פקטורים הגורמים לארגון מחדש של סיבי עצב סנסוריים וסימפטיים, כך שהם משתלבים זה בזה, מורידים את סף הכאב, וגורמים להופעת כאב ספונטני והיפראלגזיה מקומית
- ג. תאי הגידול מפרישים פקטורים המעלים את ה-PH בסביבת העצם וכך מונעים מתאי מערכת החיסון להתקרב ולתקוף את הגידול
- ד. הכאב המאפיין גרורות גרמיות הוא כאב דלקתי בלבד, ולכן כאשר מתוארים מאפיינים של כאב נירופתי יש לשלול מעורבות של חוט השדרה עצמו

14. בת 67, סובלת מממאירות ריאה non small cell lung carcinoma עם גרורות לשלד. מתקבלת למיון עם כאבי צוואר עזים. הכאב מוחמר מאוד בתנועה ומוקל במנוחה. מעיון ב PETCT אחרון – נגע ליטי בחוליה C1. מה מהמשפטים הבאים נכון לגבי הצורך בייעוץ אורתופדי ומדוע?

- א. על פי מדד SINS – spine instability neoplastic score יש צורך בייעוץ
- ב. אין צורך בייעוץ
- ג. על פי modified bauer score יש צורך בייעוץ
- ד. על פי מדד ESCC – epidural spinal cord compression יש צורך בייעוץ

15. בת 28, רווקה ללא ילדים. אובחנה לפני 3 חודשים עם STAGE 4 CA. OF CERVIX. סובלת מכאבים קשים באגן, ברקטום ובבטן תחתונה. החלה טיפול באופיואידים במינון עולה- לאור התגברות הכאב, התרחבותו לאיזורי גוף נוספים – גב ורגליים עד כדי כך שאינה סובלת מגע כלשהו באיזורים אלו. העלאת מינון התרופות מגבירה את הסימפטומים. מה המצב המתואר?

- א. TOLERANCE
- ב. HYPERALGESIA AND ALLODYNIA
- ג. ADDICTION
- ד. ALLERGY TO OPIOIDES

16. בן 87, לפני כ-8 חודשים אובחנה ממאירות לבלב עם פיזור מרוחק. הוא החליט שאינו מעוניין בטיפולים. עד לפני חודשיים מצבו היה יציב. בחודש האחרון יש החמרה ניכרת במצבו. הוא מדווח על תשישות קשה, מתקשה לצאת מהמיטה ומבלה בה את מרבית הימים. מה **לא סביר** שיהיה הגורם למצבו?

- א. קושי נשימתי המצריך שימוש בחמצן כ-6 שעות ביממה
- ב. העובדה שעלה במשקל עקב תזונה לא מאוזנת - אוכל בעיקר גלידות ושוקולד
- ג. ירידה בתדירות ביקורי חברים כי הוא מתבייש שיראו אותו במצבו
- ד. מיעוט שעות שינה ומצב רוח ירוד בגלל מחשבות טורדניות על מוות

17. מי מבין בני המשפחה הבאים נמצא בסיכון הגבוה ביותר לפתח מצוקה סביב טיפול
בבן משפחה חולה?

- א. בן 26, רווק ללא ילדים, סטודנט לתואר שני, מטפל עם אחיו, באימו בת ה-57 המאובחנת עם ממאירות שד מזה שנה וחצי
- ב. בת 70, נ+0, מרצה בדימוס, מטפלת בבעלה עם ממאירות פרוסטטה מזה 5 שנים
- ג. בת 22, רווקה ללא ילדים, סייעת בגן, מטפלת באימה שאובחנה לפני חודש עם מחלה ממארת ממושטת וירידה תפקודית חדה
- ד. בן 82, נ+4, מנכ"ל בפנסיה מחברת הייטק, מטפל באשתו בת 83 עם אבחנה של COPD מזה חצי שנה

18. בת 54. ברקע ממאירות שד עם פיזור גרמי ואי ספיקת כליות. מטופלת ב MORPHINE בקביעות ומנות הצלה של FENTANYL. לאחרונה הופעה של תנועות פתאומיות לא רצוניות בגפיים. מה נכון לגבי תופעה זו?

- א. קשורה למטבוליזם של מורפין והזמינות הביולוגית הגבוהה שלו
- ב. קשורה למטבוליזם של מורפין למטבוליט הלא פעיל M6G
- ג. הסיכון עולה בשל המטבוליזם של שני אופיואידים אלו
- ד. קשורה למטבוליזם של מורפין, שברובו הופך למטבוליט M3G

19. שימוש בביספוספונטים עלול להיות גורם לאוסטיאונקרוזה של הלסת (Osteonecrosis of the jaw). איזה מהגורמים הבאים נמצאו כמגבירים את הסיכון לתופעה?

- א. שימוש בפאמידרונאט (PAMIDRONIC ACID) לעומת שימוש בחומצה זולדרונית (ZOLEDRONIC ACID) מגביר סיכון
- ב. אוסטיאונקרוזה של הלסת הינה תגובה אידיוסיונקרטית לשימוש בביספוספונטים
- ג. מחלות נלוות כגון סכרת ודיכוי חיסוני נמצאו כמגבירים את הסיכון לתופעה
- ד. מחלות שיניים טרם תחילת הטיפול בביספוספונטים לא נמצאו כמהווים סיכון נוסף

20. מי מבין המטופלים ייתרם יותר ממתן חמצן בעת קוצר נשימה?

- א. חולה אי ספיקת לב, ללא היפוקסמיה, NYHA 2
- ב. חולה COPD שזקוק לחמצן בתקופות החמרה, בזמן מאמץ
- ג. חולה בזמן מאמץ עם מחלת ריאה אינטרסטיציאלית
- ד. כל חולה עם קוצר נשימה בכל מצב ירוויח ממתן חמצן

21. בת 64 עם סרטן שחלות. מקבלת טיפול כימותרפי הכולל קרבופלטין וציקלופוספמיד. ביום הרביעי לאחר הטיפול היא מדווחת על הקאות מרובות. איזה סוג -CHEMOTHERAPY INDUCED NAUSEA AND VOMITING-CINV מתאר את מצבה?

- א. ACUTE CINV
- ב. DELAYED CINV
- ג. ANTICIPATORY CINV
- ד. REFRACTORY CINV

22. בן 71 עם COPD מתקדם מאוד, לאחר ניסיון התאבדות שלא צלח. מספר ימים טרם לכך רופא הריאות שלו שאל על דיכאון ואובדנות, עלה חשד לדיכאון, ורשם לו Mirtazapine 30 MG. הרופא שואל אותך האם הניהול שלו את המטופל גרם לניסיון התאבדות. מה מהבאים הכי נכון?

- א. הוא צודק, ניסיון ההתאבדות היה תגובה להתחלת ה-Mirtazapine
- ב. ניתן להרגיע אותו ולהגיד שיש מחקרים המראים שכיחות גדולה יותר של מחשבות אובדניות במטופלים פליאטיביים, ולרוב אנחנו לא מספיק במחשבה לשאול על זה
- ג. תגיד לו שבפעמים הבאות הוא חייב להיות יותר רגיש כי בדרכי לפני הניסיונות האלה מגיעים עם אזהרה שניתן לזהות על המטופל
- ד. תסביר לו שזה לא ה-Mirtazapine אלא העלאת נושא ההתאבדות, השותל למטופל רעיונות אובדניים

23. חום נויטרופני עלול להיות מצב מסכן חיים. איזה מבין ההתערבויות הבאות מהווה חלק מטיפול יעיל בחום נויטרופני?

- א. אין להפסיק טיפול אנטיביוטי כל עוד המחולל לא זוהה
- ב. אפשר להפסיק טיפול אנטיביוטי כאשר אין חום במשך 24 שעות
- ג. אפשר להפסיק טיפול אנטיביוטי בספירת נויטרופילים מעל 500 cells/mm^3 במשך יומיים, היעדר חום או מקור
- ד. טיפול אמפירי ראשוני חייב לכלול טיפול אנטי-פטרייתי (antifungal)

24. בן 68 הנמצא במסגרת הוספיס אשפוזי. האחות מדווחת שביממה האחרונה שוכב במיטה, אינו מתקשר, נראה תשוש, לא בולע אוכל ותרופות קבועות. מה מההגדים מטה משקף הכי נכון את מצבו?

- א. הלוצינציות ודלזיות פחות מופיעות או פחות בולטות במצב זה
- ב. מבחינה פרוגנוסטית מצבו עדיף על מצב של psychomotor agitation
- ג. OLANZEPINE (זיפרקסה) היא תרופת הבחירה למצבו
- ד. בהוספיס, מצבו שכיח יותר מזה של HYPERACTIVE DELIRIUM

25. חולה עם בחילות, חוסר תאבון, עייפות וכאבים עשוי להרגיש שיפור בכל התסמינים הנ"ל לאחר התחלת טיפול בסטרואידים. תרופת הבחירה היא בד"כ:

- א. HYDROCORTISON עקב השפעה קצרת טווח ומתן IV
- ב. PREDNISON עקב מחיר נמוך וזמינות גבוהה בבתי מרקחת
- ג. METYLPREDNISOLONE עקב השפעה חזקה מאוד של מינון קטן, והיעדר השפעה מינרלו – קורטיקואידית
- ד. DEXAMETHASONE עקב השפעה ארוכת טווח ופחות השפעה מינרלו-קורטיקואידית

26. מה נכון לגבי פגיעה עצבית על ידי CISPLATIN:

- א. יכולה להופיע מספר שבועות אחרי סיום הטיפול ולהתקדם בהמשך
- ב. היא בעיקר במערכת העצבים המרכזית וגורמת לירידה בזיכרון
- ג. מתרחשת בעיקר בחולים קשישים מעל גיל 70
- ד. מתרחשת בעיקר בחולים עם LYMPHOMA עקב נטייה לפגיעה נוספת על ידי הגידול עצמו

27. חולים רבים בטיפול פליאטיבי סובלים מדליריום, עם השפעות מרחיקות לכת עליהם ועל משפחותיהם. מה מהבאים נכון לגבי ההשפעה של חוויית הדליריום על החולה והמשפחה?

- א. בני משפחה של מטופלים עם דליריום, בסיכון פי 10 ומעלה לפתח הפרעת חרדה, מאשר בני משפחה של מטופלים ללא דליריום
- ב. חולים עם דליריום היפואקטיבי (hypoactive) סובלים ממצוקה פחות מאלו עם דליריום היפראקטיבי (hyperactive)
- ג. בני משפחה של חולים עם דליריום, חווים מצוקה בעיקר בגלל דלוזציות (delusions) וההלוצינציות (hallucinations), ופחות בגלל אי שקט (agitation) והפגיעה הקוגניטיבית
- ד. רוב החולים שחווים דליריום לא זוכרים לאחר מכן את החוויה

28. בן 58, חולה בסרטן ריאה גרורתי ונמצא בטיפול כימותרפי. בבדיקת דם שגרתית נמצאו לויקוציטים $560/\mu\text{L}$ ונויטרופילים $300/\mu\text{L}$. מה נכון לגבי טיפול ב-G-CSF במצב זה?

- א. מומלץ להתחיל מיידית בטיפול ב-G-CSF
- ב. הטיפול הוכח כמשפר פרוגנוזה
- ג. מומלץ לתת G-CSF לפני הטיפול הבא
- ד. הטיפול הוכח כמקצר משך אשפוז

29. בת 69, סובלת מסרטן קיבה גרורתי עם פיזור כבדי ופריטונאלי נרחב. היא בטיפול הוספיס בית, ללא קו טיפול נוסף לסרטן. היא מטופלת במדבקת פנטניל, באוקסיקוד קצר טווח לכאב מתפרץ ובסנדוסטטין תת עורי בעקבות חסימה במוצא הקיבה ומוזנת על ידי ג'ל'ונסטום כ 6 חודשים. היא מובאת לחדר מיון בעקבות שקיעה במצב ההכרה. בבדיקה: דופק – 110, לחץ דם – 88/62, סטורציה תקינה. המטופלת שקועה, יובש בריריות, בטן רכה ולא רגישה. בבדיקות מעבדה: קריאטנין 2.7mg/dl, אוריאה 85mg/dl, נתרן 160meq/l, אלבומין – 2.2gr/dl. איזו מהאפשרויות הבאות היא הטובה ביותר כצעד טיפולי כעת?

- א. מתן הוראה ל 4.3 ליטר מים דרך הג'ל'ונסטום ב 24 שעות הקרובות על פי חישוב free water deficit במטופלת במשקל 60 ק"ג, שיחה עם המשפחה על מצבה הקשה
- ב. פתיחת פורט-א-קט ומתן נוזלים היפוטוניים בקצב 100 מ"ל לשעה תוך מעקב סימנים חיוניים וביצוע הערכה חוזרת לאחר מספר שעות
- ג. מתן נוזלים היפוטוניים תוך ורידי בקצב 80 מ"ל לשעה והסרת מדבקת הפנטניל מחשש של הצטברות מטבוליטים רעילים על רקע אי ספיקה כליתית
- ד. מתן נוזלים איזוטונים בתת העור בקצב 50 מ"ל לשעה, שיחה עם המשפחה על הפרוגנוזה העגומה, קביעה משותפת של תוכנית טיפולית

30. בן 65 המאובחן עם סרטן ריאה מתקדם, מתלונן על שיעול טורדני מזה 4 שבועות. שיעול יבש. בבדיקה- ללא סימני ברונכיטיס. מה מהטיפולים הבאים **לא עשוי** להועיל בתיאור הנ"ל?

- א. טיפול במוקוליט- Carbocisteine
- ב. שימוש במרחיבי סימפונות וסטרואידים
- ג. שימוש באנטיהיסטמינים
- ד. טיפול בכמותרפיה

31. בן 70 עם סרטן ראש לבלב ומעורבות של הקיבה הקריבנית. הוא פונה למיון בתלונות על כאב בטן קוליקי, המלווה בבחילה והקאה. בנוסף הוא מדווח על היעדר יציאות. בבדיקתו אתה מתרשם כי הוא כאוב מאוד, ובטנו תפוחה ורגישה למגע. בבדיקה רקטלית אמפולה ריקה. איזה מהמשפטים הבאים נכון באשר למצבו?

- א. אין דחיפות לטיפול במצב זה
- ב. טיפול בסטרואידים הינו טיפול הבחירה כי יפחית את הבצקת סביב הגידול
- ג. מומלץ נסיון טיפולי בהלופרידול Haloperidol
- ד. מתן פרמין Metoclopramide הוא תרופת בחירה במצב זה

32. בן 86, סיעודי, וסובל מדמנציה מתקדמת. הוא מאושפז במחלקה הפנימית עקב חום גבוה. במיון הוכנס קטטר ונמצאה שארית של 900 סמ"ק שתן עכור. לאחרונה אובחן עם פיזור גרורתי כבדי נרחב וצהבת עורית והוחלט להמנע מהשלמת בירור. חתום על DNR. בבדיקתו – חום – 38.7, לחץ דם – 110/70, סטורציה תקינה.. בבדיקה כחקטי, שקוע הכרתית, לא מתקשר, נאנח ונראה כאוב ובאי שקט. התוכנית הטיפולית הסבירה ביותר לנוכח מצבו הרפואי, בהתבסס על הספרות המחקרית והחוק בישראל היא:

- א. אין הוכחות כי טיפול אנטיביוטי במטופלים במצבו מאריך חיים או מקל על תסמינים ועל כן יש מקום לטיפול רק להורדת חום, משככי כאבים ונוזלים
- ב. לעיתים קרובות טיפול אנטיביוטי מקל על תסמינים של דלקת בדרכי השתן ועל כן יש מקום לניסיון טיפולי באנטיביוטיקה עם מתן משככי כאבים, טיפול להורדת חום ונוזלים
- ג. על פי רוב טיפול אנטיביוטי במצבו מאריך חיים באופן משמעותי ועל כן יש מקום למתן אנטיביוטיקה
- ד. חוק החולה הנוטה למות מחייב מתן טיפול אנטיביוטי בכל מצב

33. אנשי צוות בתחום הפליאטיבי חשופים למצבים שמעמידים אותם בסיכון מוגבר לשחיקה כגון התמודדות תמידית עם מוות וסבל, עם מצוקה של מטופלים עיקריים ועם דילמות אתיות. על פי ההגדרה של Maslach, נוסף לתשישות רגשית, מאילו שני מימדים מורכבת תסמונת השחיקה?

- א. נטיה להתמכרות, תחושת חוסר מסוגלות
- ב. תחושת חוסר מסוגלות, דכדוך עד דיכאון
- ג. דה-פרסונליזציה, תחושת חוסר מסוגלות
- ד. דה-פרסונליזציה, דכדוך עד דיכאון

34. חולה עם כאבים נירופטיים קשים על רקע גוש אגני מקבל את התרופות הבאות:

ELATROL=AMITRYPTYLLIN 25MG*1/D,
LYRICA =PREGABALIN 150*2/D
TARGIN 20MG*2/D
EFFEXOR=VENLAFAXIN 75MG XR,
OPTALGIN=DIPYRON 1GR*3/D.

החולה מתלונן על יובש בפה. זה מאוד מפריע לו. מה התרופה הכי סבירה כגורם ליובש בפה?

- א. AMITRYPTYLLIN
- ב. VENLAFAXIN
- ג. TARGIN
- ד. PREGABALIN

35. בת 49 עם סרטן שד גרורתי לשלד, הופנתה לקרינה פליאטיבית. כעת היא מגיעה למרפאה הפליאטיבית על מנת להתייעץ ולקבל מידע לפני הטיפול. מה מהבאים הוא הנכון ביותר?

- א. פעמים רבות מושגת הקלה בכאב רק לאחר מספר שבועות מתום הטיפול
- ב. טיפול בפרקציה בודדת כרוך בפחות תופעות לוואי לעומת טיפול במספר פרקציות, ללא הבדל ביעילות
- ג. כ-30%-50% מהמטופלים חווים הטבה בכאב בעקבות הקרינה
- ד. רוב המטופלים חווים רזולוציה מלאה של הכאב בעקבות הקרינה

36. מה משותף בין התרופות הבאות: METHADONE, AMANTADINE ו-MEMANTINE? KETAMINE

- א. כולן מומלצות לחולים עם גרורות מוחיות העוברים הקרנות
- ב. כולן משפרות את מצב רוח במנגנון של העלאת רמת סרוטונין
- ג. כולן פעילות של NMDA RECEPTOR ANTAGONISTS
- ד. כולן אסורות בטיפול בחולים עם אי-ספיקת כליות בינונית עד מתקדמת

37. אלו מהעקרונות הבאים, נכונים בטיפול בכאב ע"י אופיואידים במטופלים בטיפול פליאטיבי, עם רקע של אלכוהוליזם או התמכרויות לסמים?

- א. רצוי לתת מרשמים לחודש עד 3 חודשים מראש, לאור קושי בהתארגנות באוכלוסיה זו
- ב. במידה ויש שימוש פעיל לרעה בסמים (לא רפואי) ישנה המלצה להימנע משימוש ב-METHADONE
- ג. BUPRENOPHRINE הוא קו ראשון בטיפול בכאב
- ד. במידה ויש חשד לשימוש בסמים, ישנה חובה לבדיקת סקר של טוקסיקה בשתן לפני תחילת טיפול באופיואידים

38. בן 67 עם ממאירות לבלב שלב 4, בטיפול אונקולוגי פעיל. ב PETCT נראה שהגידול מתפשט לכבד ולריאות, סמני סרטן בעלייה, תחת טיפול. אומדן קרנובסקי 50-60%. בשל כאב עז בבטן אמצעית מקרין לגב הוא נוטל משככי כאבים בכמות גבוהה שעושים אותו ישנוני. לדבריו אלו לא חיים ראויים והוא מעוניין לסיים את חייו. מה המשפט הכי נכון לגבי שאיפה להחשת מוות Desire for hastened death?

- א. הצעה לקרינה של הצליאק או ביצוע בלוק מקומי, יכולה לתת מענה לכאב של המטופל ולתת לו תקווה, כי זו כנראה הסיבה לרצון שלו להחיש את המוות
- ב. ברוב מדינות העולם בקשה זו מאוד מקובלת, והרבה מהרופאים הפליאטיבים עוסקים ב medical aid in dying (MAID)
- ג. אסור לרופא לדון בהמתת חסד או MAID בארצות אחרות בעולם, זה נוגד את עקרונות הפליאציה לפי חוזר מנכ"ל מ-2009 בו כתוב שפליאציה אינה מאריכה או מקצרת חיים
- ד. אתה מפנה את המטופל לפסיכיאטר בשאלה של היותו אובדני, סביר להניח שיש לו מחלת נפש ברקע

39. בן 72 עם ממאירות עליות גרורתית, מאושפז עקב בחילות והקאות חוזרות הקשורות לטיפול כימותרפי, למרות טיפול פרופלקטי. מה נכון לגבי מתן הלידול HALOPERIDOL כטיפול נוגד בחילה והקאה?

- א. במינונים אנטי-אמטיים, הלידול גורם לפחות תופעות אקסטרופירמידליות מאשר פנוטיאזינים (PHENOTHIAZINES e.g PERPHENAN)
- ב. הלידול במינונים אנטי-אמטיים פחות מסוכן מבחינת תופעות אקסטרופירמידליות, אך גורם ליותר סדציה
- ג. הלידול בעל פעילות אנטיכולינרגית משמעותית ולכן גורם לעיתים קרובות ליובש בפה, עצירות וטשטוש ראייה
- ד. הלידול גורם לפחות סדציה מאשר פנוטיאזינים, אך גורם ליותר תופעות אקסטרופירמידליות

40. מטופל בן 70, עם ממאירות, מלין במרפאה על גרד שמחמיר בשבועות האחרונים. מצא את הצמד של סיבה לגרד והטיפול התרופתי הנכון ביותר **כקו ראשון**:

- א. ממאירות המטולוגית – מקלחות חמות
- ב. תופעת לוואי לטיפול באופיואידים - המרת טיפול לתרופה אחרת
- ג. כולסטזיס – טיפול בריפמפיצין
- ד. אי ספיקת כליות - טיפול באנטיהיסטמינים

41. שכיחות הדכאון גבוהה יותר בחולי סרטן מאשר באוכלוסייה הכללית. מי מהבאים מהווה גורם סיכון להתפתחות דכאון בחולי סרטן?

- א. כאב לא מאוזן
- ב. טיפול ב DOXORUBICIN
- ג. מצב תפקודי טוב
- ד. לשאול את החולה "האם אתה בדכאון?"

42. בת 37 עברה ניתוח MASTECTOMY מימין עם דיגום קשריות לימפה בבית השחי, ובהמשך 30 הקרנות עקב BREAST CANCER. מתלוננת על תחושה של שריפה מתחת לבית השחי, רגישות יתר למגע וכאבים בצד הניתוח. התסמינים החלו כשבועיים אחרי הניתוח ולא משתפרים. על סמך התלונה ניתן להסיק כי החולה כנראה סובלת מ:

- א. POST-MASTECTOMY SYNDROME עקב פגיעה עצבית בניתוח ויתכן שגם בעקבות ההקרנות
- ב. חזרה של הגידול - יש להפנותה ל PET CT בהקדם
- ג. התחלה של LYMPHEDEMA בעקבות דיגום של קשריות לימפה בבית השחי עם פגיעה בניקוז לימפטי
- ד. חרדה וכאבים על רקע פסיכו-סומאטי עקב התמודדות עם מחלה קשה בגיל צעיר

43. עקרונות הטיפול בדכאון בחולי סרטן עם צרכים פליאטיביים, דומים לאלו שבאוכלוסייה הכללית. מה מהבאים מהווה עקרון חשוב בטיפול בדכאון במיוחד בחולים אלו?

- א. טיפולים מבוססי משמעות (meaning) או כבוד (dignity) הראו יעילות בטיפול דכאון
- ב. יש להימנע משימוש בתרופות כמו Sertraline שמעכבים את CYP 3A4
- ג. יש להימנע מטיפול בפסיכוסטימוולנטים בגלל סיכון להתמכרות
- ד. יש עדויות לכך ששילוב בין טיפול תרופתי ופסיכותרפיה מלאה בלבד, יעיל יותר מכל אחד מהם בנפרד

44. בן 72 חולה ב non-small cell lung ca. פנה למיון בשל מצוקה נשימתית גוברת בשבועיים האחרונים. עד לאחרונה היה בתפקוד מלא. מזה כשבועיים סובל קוצר נשימה הולך ומחמיר, כאבי ראש וסחרחורת, נפיחות בפנים וכאבי ראש בעיקר בשכיבה. בבדיקתו במיון בהכרה מלאה. קוצר נשימה בישיבה ושכיבה. גודש ורידי בצוואר ובחזה הימני העליון, בצקת בינונית בפנים, בצוואר, בחזה ובזרוע הימנית. בהאזנה לריאות נשימה עם סטרידור בשאיפה וירידה בקולות נשימה באונה הימנית העליונה. ל.ד 160/85 דופק 120 קצב נשימות 28. ללא חום. הוחל טיפול במורפין להקלה על קוצר נשימה ואינהלציות אדרנלין. הוזמנה בדיקת CT. כיועץ פליאטיבי מה תמליץ בשלב זה?

- א. יעוץ כירורג חזה לצורך ניתוח דחוף לכריתת גוש ריאתי
- ב. יעוץ רדיולוג פולשני לצורך הכנסת סטנט באופן דחוף
- ג. יעוץ אונקולוג לצורך כימותרפיה דחופה
- ד. יעוץ רדיולוג לצורך הקרנה דחופה

45. גבר בן 65 עם COPD קשה וירידה של 8% ממשקלו ב-6 חודשים. מתלונן על חוסר תיאבון, עייפות קשה וקושי ניכר בביצוע פעילות יומיומית. בבדיקות: CRP מוגבר, ספירה לבנה תקינה, אלבומין תקין, Hb 11 g/dL. איזו התערבות צפויה לשפר ביותר את איכות חייו ותפקודו?

- א. מתן דקסמתזון (Dexamethasone, Dexacort) לשיפור תיאבון ועייפות
- ב. התחלת טיפול במגסטרול אצטט (Megestrol acetate, Megace) במקביל לניטור קרישיות
- ג. שילוב תוכנית פעילות גופנית מותאמת עם ייעוץ תזונתי
- ד. התחלת טיפול ב- Remeron+Mirtazapine לשיפור התיאבון ועלייה במשקל

46. בן 80, צלול, סובל מאס"ק לב קשה על רקע מחלת לב איסכמית, מבקש ליווי של הוספיס לאור תכנונו להפסיק את כל הטיפול התרופתי שנוטל + לנטרל את ה CRT-D - Cardiac Resynchronization Therapy with a Defibrillator שיש לו, לאור רצונו לקצר את חייו. איזה היגד מהבאים בנוגע להפסקת הטיפולים השונים נכון?

- א. לא מומלץ לנטרל את ה CRT
- ב. לא מומלץ לנטרל את ה ICD
- ג. מומלץ לנטרל את ה CRT-D לחלוטין
- ד. אסור להרשות לו הפסקת התרופות – מקצר חיים

47. מה היתרון של הביספוספנט clodronate בטיפול בגרורות בעצמות בעולם הטיפול הפליאטיבי?

- א. הוא נמצא כיעיל ביותר במחקרים קליניים כפולי סמיות
- ב. זול במיוחד ואינו מהווה נטל כלכלי על המטופל ומשפחתו
- ג. נוסף על פעולתו על העצם הוא משפר תיאבון
- ד. הוא הביספוספנט היחיד שניתן לתת במתן תת עורי

48. איזה מהמאפיינים הקליניים הבאים עשוי להצביע על התפתחות נזירופתיה פאראנאופלסטית מסוג SSN Subacute Sensory Neuropathy?

- א. פגיעה בתחושות ויברציה ומיקום, ובהמשך כאב
- ב. איבוד תחושה בכפות הרגליים, מהלך מהיר וסימטרי
- ג. חולשה מוטורית קלה עם מהלך הדרגתי וארוך טווח
- ד. איבוד רפלקסים, ובשלב שני פגיעה אוטונומית כגון אורטוסטטיזם

49. איזו תגובה צפויה בילד בן 7 שאימו חולה במחלה סופנית?

- א. הסתרת המצוקה שלו מאביו
- ב. שימוש ספונטני בדימיון על מנת להקל על הקושי
- ג. דיבור על רגשות עם איש מקצוע
- ד. נטייה לאבל ממושך (פתולוגי) לאחר מותה

50. בת 55, סרטן צוואר רחם מפושט באגן. מטופלת במדבקת 75 FENTANIL מק"ג/שעה ו PREGABALIN במינון יומי של 450 מג'. MIR 30 מג' עד 2 X ליום, בתגובה טובה. היא מדווחת על אירועי כאב פתאומיים, ללא טריגר ברור, עזים, מלווים בתחושת דחיפות במתן שתן. תדירות ההתקפים מ- 0 ועד 6 ליום, ונמשכים לרוב 30-40 דק. החשש מהתקפים אלו מונע ממנה כל תפקוד. מהן המלצותיך במקרה זה?

- א. העלאת מינון של התרופות הקבועות שנוטלת לכאב
- ב. המשך נטילת הטיפול התרופתי הקבוע ללא שינוי, ולשקול תוספת קרינה לאגן
- ג. תוספת של NOVITROPAN=OXYBUTININ עם זהירות מאצירת שתן ועצירות, ומתן של תכשיר FENTANIL מהיר כגון FENTORA במינון 100 מק"ג בעת כאב פורץ
- ד. העלאת מינון PREGABALIN, והמרה של ה MIR שנוטלת לתכשיר מסוג FENTANIL מהיר במינון תואם - כגון FENTORA במינון 600 מק"ג לפי צורך

51. בן 72, ברקע מחלת לב איסכמית, עבר MI לפני שלוש שנים. לפני שנתיים אובחן עם פרפור פרודוריים ומטופל ב-DOAC. לפני חודשיים החלו כאבים קשים ברום הבטן ואובחן עם ממאירות של הבלב. סובל מכאב אפיגסטרי בדרגה 8-9 עם הקלה חלקית בלבד עם אופיאטים במינון גבוה. לאור זאת הוצע לו לבצע CELIAC BLOCK.. מה נכון לגבי הסיכונים והסיכויים של הפעולה?

- א. CELIAC BLOCK נחשב בעל סיכון נמוך לדימום ולכן אין צורך להפסיק DOAC
- ב. ישנו סיכון גבוה לזיהום בפרוצדורות מסוג זה
- ג. סיכויי ההצלחה של הפעולה עומדים על 30%
- ד. מחקרים מראים שלאחר פעולה מוצלחת, ישנה הפחתה במינוני האופיאטים

52. בן 54. ברקע NSCLC עם פיזור גרמי. החל טיפול עם TARGIN ו OXYCODONE. לאחר מספר ימים, עדיין כאוב, ומינון התרופות הועלה פי שלוש תוך 10 ימים. לאחר מכן עוצמת הכאב עלתה והתפשטה לכל הגוף. מה נכון לגבי מצבו?

- א. אי-ספיקת כבד מהווה גורם סיכון למצבו
- ב. החלפת אופיואיד (OPIOID ROTATION) עשויה לשפר את מצבו
- ג. הטיפול הראשוני הוא נוזלים והפסקת טיפול באופיואידים
- ד. יכול להיות מלווה בהזיות, לרוב בעלות אופי שמיעתי

53. מה נכון ביחס לכאבים מתפרצים במטופלי סרטן?

- א. ללא טיפול הולם הכאב ימשך שעות רבות אצל רוב המטופלים
- ב. רוב המטופלים מדווחים על כאב שמגיע לשיאו בתוך 20 דקות
- ג. כאשר כאב מתפרץ אינו מגיב כלל ל GABAPENTINOIDS ו SNRI סביר שאינו ממקור נוירופתי
- ד. שינוי מינון ואופן מתן הטיפול האופיואידים המתמשך שמקבל המטופל, יכול לצמצם תדירות ועוצמת כאב מתפרץ

54. גבר בן 65 עם HIV תחת טיפול ב- HAART מזה שש שנים (עומס נגיפי בלתי מדיד, CD4=220) מגיע עם תלונות שהחלו לפני כשנה על איטיות מחשבית, קושי במשימות רב-שלביות, קשיים בזיכרון ובלמידה, והפרעות בתיאום תנועה. הוא מאובחן עם HAND (HIV-Associated Neurocognitive Disorder). מה מסביר את התפתחות HAND למרות טיפול יעיל ב- HAART?

- א. CD4 נמוך מ-250 מהווה גורם סיכון להתפתחות התופעה
- ב. משך הטיפול ב- HAART במטופל זה קצר מדי
- ג. חדירה לקויה של טיפול אנטי-רטרוויראלי למערכת העצבים המרכזית
- ד. עומס נגיפי בלתי מדיד בדם אינו מונע נזק נוירוקוגנטיבי

55. בן 83, מחלות רקע: דמנציה בחומרה קלה-בינונית, אי-ספיקת לב סיסטולית עם מקטע פליטה 20-30%, אק"ג שמור ללא הפרעת קצב, פרקינסון, נפילות חוזרות. מופנה להתייעצות במרפאה הפליאטיבית בגין הפרעות שינה קשות. לדברי ביתו, הוא מרבה לישון במהלך היום ובמהלך הלילה ערני ומבולבל. מה מהבאים הוא הטיפול המתאים ביותר?

- א. QUETIAPINE
- ב. CLONAZEPAM
- ג. TRAZODONE
- ד. MIRTAZAPINE

56. בן 75 הסובל מאי ספיקת כליות כרונית, מטופל בדיאליזה 3 פעמים בשבוע מספר שנים. מצבו החמיר, הוא ישנוני ולא מתקשר. ערכי אוראה סביב 250 וקראטינין 6. לא מחזיק לחץ דם גם בדיאליזה קצרה, ולא נותן שתן כבר שבוע. מה תוחלת החיים המשוערת של חולה זה אם יופסק טיפול בדיאליזה?

- א. תוחלת המשוערת שלו לאחר הפסקת המודיאליזה היא סביב שבוע
- ב. תוחלת החיים המשוערת שלו לאחר הפסקת המודיאליזה תהיה ארוכה יותר לעומת חולה עם אי ספיקה סיסטולית
- ג. תוחלת חיים המשוערת שלו לאחר הפסקת המודיאליזה תלויה במחלות רקע נוספות
- ד. ערכים גבוהים של נתרן ופוספט בדם ישפיעו על תוחלת חיים משוערת שלו

57. בן 62, סובל ממלנומה גרורתית. החל לאחרונה טיפול חדש ב- ENKORAFENIB (מעכב RAF). ארבעה שבועות לאחר הטיפול החל לסבול מפלאקים היפרקרטיים כואבים בכפות הרגליים. איזה מאפיין יאפשר לך להגדיר שזו תגובה ל RAF INHIBITOR ולא ACRAL ERYTHEMA (HAND-FOOT SYNDROME) המופיעה בתגובה לכימותרפיה?

- א. ממוקמת לנקודות נושאות משקל כגון עקבים, כריות הרגליים
- ב. מתאפיינת בהיווצרות שלפוחיות מלאות בנוזל
- ג. מתחילה בהופעת תחושה מעקצצת בכפות הידיים והרגליים
- ד. מופיעה בדרך כלל במקביל להופעת נשירת שיער

58. בן 82, ידוע על ממאירות גרורתית לעצמות. החולה סובל מכאבי גב עקב שבר פתולוגי של חוליה L2. הוא נוטל TARGIN במינון 10 מג' 2 X ליום, ונזקק למנות הצלה עם PERCOCET 5 מג' בכל 4 שעות. למרות הקלה מסוימת עם התרופות, החולה מציין מוגבלות קשה בניידות בגלל הכאב שמתגבר בכל שינוי תנוחה. איזו אפשרות מהבאות היא הטיפול המומלץ ביותר עבורו?

- א. העלאת מינון ה TARGIN ל 20 מג' 2X ליום
- ב. תוספת תרופה משלימה ממשפחת ה NSAID
- ג. העלאת מינון ה TARGIN ומתן קרינה לחוליה עם השבר הפתולוגי
- ד. מתן תכשיר מסוג פנטניל מהיר להקלת כאב תלוי שינוי תנוחה

59. בת 54, עתידה להתחיל טיפול כמותרפי למחלה המטולוגית וחוששת מאוד מתופעת ההתקרחות (ALOPECIA). מה ניתן לומר לה לגבי התופעה במרבית המקרים?

- א. משפיעה על שיער הראש, הגבות והריסים אך לא על השיער בבתי השחי
- ב. מופיעה כארבעה עד שישה שבועות מהתחלת הטיפול ולעיתים אף יותר
- ג. הינה הפיכה וצמיחה מחודשת מתחילה כ-3-6 חודשים לאחר הפסקת הטיפול
- ד. הטיפולים הדפיניטיביים למניעת התופעה הינם MINOXIDIL טופיקלי וקסדת קירור

60. איזה מהאימרות מטה מתארת עיקרון של רפואה שיקומית – REHABILITATION MEDICINE בחולי סרטן?

- א. העיקרון המוביל בכל שלבי המחלה הוא של טיפול פליאטיבי הקודם לכל
- ב. עבודה על טווח תנועה של הכתף לפני טיפול קרינתי - מתאר את עיקרון המניעה – PREVENTIVE PRINCIPLE
- ג. גם במחלימים, העיקרון המנחה היא הציפיה להידרדרות מתמדת בפוטנציאל השיקומי- "REHABILITATION POTENTIAL"
- ד. חיזוק שרירי הכתף לאחר ניתוח שד ובלוטות הוא דוגמה לעיקרון של "SUPPORTIVE REABILLITATION"

61. בן 88, סיעודי באופן חלקי, עם ירידה קוניטיבית. מגיע למיון עקב הדרדרות במצבו. איזה מההגדים מטה מוכיח בסיכוי הגבוה ביותר, שמצבו הוא תוצאה של דליריום?

- א. ישן ומתעורר לסירוגין, פוקח עיניים, אך אינו מגיב לקריאת שמו, לברכת שלום או לכל בקשה לשיתוף פעולה
- ב. המטופל ערני, אינו מתמצא בזמן ובמקום. ללא שינוי מהשנה האחרונה
- ג. לפני 3 חודשים אושפז עם TIA (transient ischemic attack) בפנימית, לא קיבל דילול דם באופן סדיר
- ד. ישן בלילה היטב ועירני ביום, צועק ומאיים שיהרוג אותך אם תתקרב אליו

62. תרופות מסוג BISPHOSPHONATES ניתנות רבות לחולים אונקולוגים. מעבר לטיפול באוסטאופורוזיס (OSTEOPOROSIS) קיימות אינדיקציות נוספות. מה הן?

- א. טיפול ב HYPERNATREMIA במיוחד בחולים תחת טיפול במשתנים
- ב. טיפול ב HYPERCALCEMIA וכאבים באתרים של גרורות גרמיות
- ג. טיפול בבעיות שיניים במיוחד עם מעורבות עצם הלסת
- ד. טיפול בעייפות, חוסר תיאבון וכאבים נוירופטיים

63. בן 78 סובל מ COPD. מטופל בבית בחמצן קבוע - 3 ליטר/דקה. סטורציה עם חמצן סביב 90%. אי ספיקת לב ימנית המתבטאת בבצקות בגפיים תחתונות. אי ספיקת כליות (קראטינין 2.5). בתקופה האחרונה ירידה בתפקוד יומיומי, וצורך בעזרה ב ADL. בחודשיים האחרונים היה מאושפז 3 פעמים בשל בשל קוצר נשימה. מה ניתן להגיד על תוחלת החיים של חולה זה?

- א. ניתן להגדירו כחולה הנוטה למות
- ב. לא ניתן להעריך תוחלת חיים, כיוון שמדובר במהלך טבעי של הידרדרות מחלת ה COPD
- ג. מהלך המחלה הצפוי שלו - דומה למהלך מחלה של חולה הסובל מקרצינומה חדשה של המעי
- ד. טיפול ב CPAP בבית יאריך את חייו באופן משמעותי

64. איזה אחוז מהמטופלים האונקולוגיים סובלים מפגיעה קוגניטיבית לאחר סיום הטיפולים?

- א. 20%
- ב. 35%
- ג. 50%
- ד. 75%

65. בן 65, סובל מממאירות דרכי מרה, לאחרונה בלירובין בעליה. עובר MRCP ומאובחן עם חסימה מלאה של דרכי המרה. סובל מאוד מגרד. לאור ספירת טסיות נמוכה - לא ניתן להכניס נקז לדרכי המרה כעת. איזה טיפול מבין הבאים יותר מתאים למצבו?

- א. gabapentin
- ב. ondansetron
- ג. sertraline
- ד. montelukast

66. מטופל בן 90 הסובל מכאב משנית ל post herpetic neuralgia. סובל גם מישנוניות, תפקודי כלית תקינים קראטינין 0.8. מה מבין הבאים הוא הטיפול העדיף לנאורלגיה?

- א. Dipyrrone
- ב. desipramine
- ג. sertraline
- ד. duloxetine

67. מטופלת מחלימה מסרטן שד תחת טיפול הורמונלי, פיתחה DVT deep vein thrombosis. איזו מבין התרופות הבאות חשודה יותר כגורמת לטרמבוזיס?

- א. tamoxifen
- ב. anastrozole
- ג. letrozole
- ד. exemestane

68. בן 70, סובל מממאירות ערמונית עם גרורות לעצמות וכאבים עזים בשל כך. טיפול קבוע: amlodipine, cardiloc, aspirin. איזה טיפול מבין הבאים הוא המתאים ביותר על מנת להקל על כאביו?

- א. ibuprofen
- ב. etoricoxib
- ג. oxycodone
- ד. dexamethasone

69. מה נכון לגבי טיפול בדימום בעזרת tranexamic acid?

- א. עשוי להיות יעיל בדימום ממערכת עיכול עליונה, אך פחות יעיל בדימום ממערכת עיכול תחתונה
- ב. ניתן לתת באופן פומי בלבד
- ג. אינו זמין מחוץ לבית החולים, ולכן רלבנטי רק במטופלים מאושפדים
- ד. ניתן אך ורק בדימום שמקורו ממערכת העיכול

70. בן 70 סובל מאס"ק לב סופנית, ושואל על טיפולים שיוכל לקבל במסגרת הוספיס. מה מהבאים נכון?

- א. אין לתת משתנים במתן SC
- ב. אופיואידים אמנם יעילים, אך כאשר מגיעים בהדרגה למינונים מעל ל 120 מ"ג ליממה של מורפין הסיכון לברדיפנאה עולה
- ג. טיפול ב SSRI הוכח כיעיל יותר מפלסבו לטיפול בדכאון בקרב חולים עם אס"ק לב סופנית
- ד. טיפול שיחתי + פעילות גופנית הוכחו כיעילים יותר מפלסבו לטיפול בדכאון בקרב חולים עם אס"ק לב סופנית

71. בן 70 סובל מגידול בושט שגורם לדיספאגיה קשה. איזה היגד מהבאים בנוגע לטיפול בדיספאגיה נכון?

- א. הטיפול המומלץ כאשר תוחלת החיים הצפויה קטנה מ 3 חודשים הוא intraluminal brachytherapy
- ב. אין יתרון לתומכן מצופה יוד רדיואקטיבי על פני תומכן לא מצופה
- ג. כאשר תוחלת החיים עולה על 6 חודשים, ישנה יעילות ל chemoradiotherapy עם 5-FU + Cysplatin אבל במחיר של רעילות גבוהה
- ד. כאשר לא ניתן להתקין תומכן, היעילות של ברכיתרפיה וקרינה חיצונית (EBRT) זהה

72. בת 60 סובלת מ epithelial ovarian cancer גרורותי לריאות ולכבד, וכן פיזור פריטונאלי כולל para-aortic adenopathy. לא מועמדת לקו טיפולי נוסף. סובלת מכאבי גב עזים, גרורות חדשות בעמ"ש גבי-מותני. מטופלת ב patch fentanyl 100mcgr/72h, sos Morphine SC 60mg. נזקקת ל 2 מנות של מורפין ביממה - אך נמנעת משימוש במורפין. איזה טיפול מהבאים מומלץ להטבה על כאביה?

- א. מתן מדבקות הפנטניל לפי 100mcgr/48h
- ב. Celiac block
- ג. טיפול בקרינה
- ד. מעבר ל 1/d * 30mg methadone

73. בת 60 עם סרטן קיבה, כשנה לאחר כריתת קיבה חלקית וטיפול כימותרפי פריאופרטיבי. בחודשים האחרונים סובלת מהקאות חוזרות לאחר הארוחות וגם ללא קשר, ירידה כ-5% ממשקלה, סובלת מבחילות ושובע מוקדם. PET-CT עדכני ללא עדות לפיזור מחלה. מטופלת בנקסיום (Esomeprazole, Nexium) ובמטוקלופרמיד (Metoclopramide, Pramin) עם הקלה חלקית בלבד. המשפחה לוחצת על התחלת הזנה פרנטרלית (TPN). מהי הגישה הנכונה ביותר בניהול מצבה?

- א. להתחיל TPN בהקדם האפשרי כדי לעצור את הירידה במשקל
- ב. להפנות לביצוע גסטרוסקופיה
- ג. להוסיף טיפול בלוראזפאם (Lorazepam, Lorivan) ובמירטזאפין (Mirtazapine) להקלה בבחילות וחרדה
- ד. להרגיע את המטופלת ולהסביר שמדובר בתסמינים שכיחים לאחר כריתת קיבה ולהפנות לטיפול דיאטנית

74. בן 64 עם סרטן ריאה NSCLC גרורתי, ירידה של 12% במשקל ב-6 חודשים, חוסר תיאבון וחולשה. המשפחה שואלת מדוע תוספת קלורית אינטנסיבית אינה עוזרת את ההידרדרות. איזה הבדל מנגנוני מרכזי מסביר את ההבדל בין הרעבה ל-Cachexia?

- א. בהרעבה יש עלייה ב-REE (Resting Energy Expenditure), ואילו ב-REE - Cachexia יורד
- ב. בהרעבה אינסולין וגרלין יורדים, ואילו ב-Cachexia הם לרוב מוגברים עם עמידות יחסית
- ג. בהרעבה מתרחשת ירידה מתמשכת במסת שומן בלבד, ואילו ב-Cachexia נשמרת מסת השריר
- ד. בהרעבה יש תגובת דלקת מערכתית בולטת, בעוד שב-Cachexia אין הפעלה של acute phase reactants

75. בת 64 עם סרטן שחלות גרורתי, סובלת מכאבים עזים ומטופלת באופיואידים במינון גבוה. בשבוע האחרון מתלוננת על בחילות יומיומיות קשות שאינן מגיבות למטוקלופרמיד (Metoclopramide, Pramin) במינון גבוה. אין עדות לחסימת מעיים, אך יש אירועי עצירות קשה. המטופלת אינה מקבלת כימותרפיה. איזו תרופה מתאימה ביותר **כקו שני לטיפול בבחילות?**

- א. דומפרידון (Domperidone, Motilium)
- ב. הלופרידול (Haloperidol, Haldol)
- ג. אונדנסטרון (Ondansetron, Zofran)
- ד. סקופולאמין (Scopolamine)

76. בת 64, אובחנה עם סרטן שד, עברה למפקטומיה מימין עם דיסקציה של קשרי לימפה באקסילה והשלימה טיפול קרינתי לפני שישה חודשים. בביקור במרפאה הפליאטיבית היא מדווחת על כבדות ונפיחות לאורך יד ימין עם פגיעה תפקודית. בבדיקה נצפית לימפאדמה ביד ימין בשלב 2 (stage 2) ובדרגה בינונית. בנוסף להדרכה להמנעות מזיהומים והרמת יד, מה תהיינה המלצות לטיפול בלימפאדמה?

- א. הפנייה לפיזיותרפיה לימפטית לצורך הדרכה על עיסוי לימפטי ידני (manual lymphatic drainage) בבית והתאמת חבישות
- ב. הדרכה לעיסוי לימפטי ידני (manual lymphatic drainage) וחבישה עם לחצים סביב 80 מ"מ כספית
- ג. לאור השלב המתקדם של הלימפאדמה מוקדם לאחר ההקרנה יש להפנות להדמייה כגון טומוגרפיה ממוחשבת לשלול הישנות
- ד. לאור העובדה כי מדובר בשלב 2 של לימפאדמה, יותר סביר שמדובר בטרומבוס בורידים העמוקים. חובה לבצע דופלר לפני הפנייה להדרכה וטיפול במסגרת פיזיותרפיה לימפטית

77. מה מהבאים **לא נכון** לגבי חולשה עקב טיפול קרינתי ?

- א. מיעוט המטופלים, שעוברים טיפול קרינתי מדווחים על חולשה
- ב. חולשה תלוית קרינה עשויה להופיע ללא קשר לאתר המוקרן, ובד"כ מוחמרת ע"י נוכחות אנמיה, והפרעה בשינה
- ג. חולשה תלוית קרינה עשויה לחלוף עצמונית
- ד. טיפול פרמקולוגי בחולשה תלוית קרינה לא הוכח כיעיל

78. לחולים אונקולוגיים המקבלים טיפולים כימותרפיים, סיכון מוגבר לפתח סיבוכים קרדיווסקולאריים. הסיכון עוד יותר גבוה למי שיש ברקע מחלה לבבית. הם נעים בין פגיעה קשה בשריר הלב, קרדיומפתיה ועד תסמונת אסכימית חריפה והפרעות קצב למיניהן. מה מהבאים **נכון?**

- א. לחולים שמפתחים קרדיוטוקסיסיטי מאוחרת יש אחוז תמותה זהה לכלל החולים
- ב. תסמיני קוצר נשימה וכאבים בחזה יטופלו לרוב בצנתור
- ג. חולים עם קרדיומיופתיה כתוצאה מטיפול כימותרפי - לא מגיבים לטיפול ב CHF : שימוש בחוסמי בטא ו חסמי ACE
- ד. ניתן לטפל ברוב הרעילות הקרדיווסקולריות ע"י הסרת הגורם הרעיל

79. כיצד נכון לנהל שיחה על מטרות טיפוליות בהשתלת קוצב לב?

- א. רצוי לתזמן את השיחה מיד לאחר ההתאוששות מההשתלה
- ב. בשל החרדה הצפויה וההשפעה שלה על התאוששות המטופל, רצוי לקבל את החלטה רק כשמתקרבים לסוף החיים
- ג. במידה והמטופל מבקש להימנע מפעולות החייאה (DNR) יש צורך לבטל את פעילות הקוצב מיד
- ד. רצוי לשוחח על כך במידה ויש מחלה מקצרת חיים, כגון אי ספיקת כליות מתקדמת

80. בן 78, ברקע- אי ספיקת כליות (CCT ~25 מל/דקה) . ידוע על ממאירות ערמונית עם פיזור גרמי, סטטוס תפקודי ירוד 3-4, מקבל מינון גבוה של MCR לשיכוך כאבים. מדווח על עצירות כרונית קשה. על איזה מהתכשירים שלפניך תמליץ כטיפול קו 1 בעצירות זו?

- א. מרכך צואה- כגון שמן פרפין
- ב. תכשיר מסוג bulk forming כגון Psyllium
- ג. תכשיר אוסמוטי כדוגמת מגנזיום הידרוקסיד
- ד. תכשיר סטימולנטי- כגון Bisacodyl

81. מה נכון לגבי מורפין והמטבוליטים שלו?

- א. למטבוליט M3G אין אפקט אנלגטי והוא עלול לגרום להיפראלגזיה
- ב. המטבוליט M6G פחות פוטנטי ממורפין
- ג. האפקט האנלגטי של MIR מתחיל תוך 5-10
- ד. בחולים עם אי ספיקת כליות לא נפגע פינוי המטבוליטים של מורפין

82. מה מהבאים אינו נכון לגבי NEUROAXIAL ANALGESIA?

- א. הפעולה מאפשרת שימוש במינון תרופות נמוך מזה הנצרך באופן סיסטמי
- ב. הפעולה כרוכה בסיכון משמעותי לדימום
- ג. רוב מקרי הדמם מופיעים בחלל האינטרא-תקאלי
- ד. מתאימים לפרוצדורה - חולים עם כאב לא נשלט למרות מינוני אופיואידים גבוהים

83. בן 62 עם רקע של HIV ($CD4=400$, עומס נגיפי בלתי מדיד) תחת טיפול אנטי-רטרוויראלי קבוע ב-HAART. סובל מאדנוקרצינומה של הבלב עם פיזור כבדי. ללא טיפול כמותרפי פעיל. יציאות תקינות.

הוא נוטל 15 כדורים ביום לרבות HAART, במהלך השבועיים האחרונים ירידה תפקודית משמעותית והופעת בחילות קשות. אושפז לצורך איזון סמפטומים. אתה מעריך את תוחלת חייו בשבועות בודדים. המשפחה שואלת על נחיצות הטיפול ב-HAART. מה השיקול הנכון ביותר בהחלטה על נחיצות הטיפול ב-HAART במטופל זה?

- א. המשך טיפול חיוני למניעת זיהומים אופורטוניסטים והארכת תוחלת החיים
- ב. הפסקת טיפול יכולה להוביל לאפקט לזרוס ולקצר את תוחלת החיים
- ג. המשך טיפול חיוני למניעת סיכון העברת HIV לאחרים ללא השפעה על תוחלת החיים
- ד. הפסקת טיפול תאפשר הורדה בנטל הסמפטומים ולא תקצר משמעותית את תוחלת החיים

84. בן 75 עם ממאירות ממקור כיס מרה. מעבדה מדגימה עליה ניכרת בכל אנזימי הכבד. מבחינה קלינית מדווח על כאבי בטן עזים, עצירות, בחילות, הקאות, אי סבילות לאוכל וגרד. איזו תרופה עדיף לתת לו לגרד?

- א. NALOXONE
- ב. RIFAMPICIN
- ג. CHOLESTYRAMINE
- ד. PHENOBARBITAL

85. בת 35, מאובחנת עם ממאירות שד מזה 4 חודשים. עברה למפקטומיה, כעת טיפול כימותרפיה, ומיועדת לקרינה משלימה לאחר סיום הטיפול הסיסטמי. היא מגיעה למרפאה ומדווחת על תשישות קשה. מתקשה לצאת עם הילדים אפילו למגרש משחקים. מבקשת עזרה לקראת השבוע האחרון של אוגוסט, ותחילת שנת הלימודים. שוללת קשיי שינה או מצב רוח ירוד. איזה משלב טיפולי תציע/י לה?

- א. קורס קצר של DEXAMETHASONE בשילוב פעילות גופנית מותאמת ליכולותיה
- ב. להתחיל ליטול METHYLPHENIDATE קבוע, ולשלב פעילות גופנית אם מסוגלת לבצע
- ג. ליטול IBUPROFEN פעמיים ביום בשילוב CBT
- ד. להתחיל קנביס רפואי מסוג אינדיקה בשילוב CBT ופעילות גופנית

86. בת 45 עם גידול בכפף הכבד, גרורות בכבד ובשלד. אחרי שאושפזה עם חסימת מעי וכאבים חזקים בבטן ימנית התנקזה ספונטנית מורסה בדופן הבטן הימנית. ב-CT - חסימה באזור הגידול במעי ופיסטולה אנטרוקוטנאית של האילאום. שוחררה ללא זונדה (לפי בקשתה), עם שקית על אזור הפיסטולה שמנקזת כ-500 מיליליטר ליממה. מה הסיכוי שהחור ייסגר ומה ניתן לעשות בכדי להעלות את אחוזי הסיכוי לכך?

- א. טיפול שמרני טוב הכולל טיפול מקומי, אנטיביוטיקה TPN וסומטוסטטין יוביל לסגירה בסבירות גבוהה (70%)
- ב. ללא זונדה אין סיכוי לסגירת הפיסטולה
- ג. ניתוח לכריתת הפיסטולה ותיקון דופן המעי יספיקו לסגירת הפיסטולה ללא הישנות
- ד. בסבירות גבוהה הטיפול השמרני לא יוביל לסגירת הפיסטולה, כל עוד קיימת חסימה גידולית במעי הגס

87. מה נכון לגבי טיפול באופיואידים במתן שאינו פומי?

- א. תרופות ליפופיליות כגון MORPHINE ו-FENTANYL ייספגו היטב במתן תת לשוני
- ב. סיכון לזיהומים גבוה יותר במתן תת עורי בהשוואה למתן ווריד
- ג. הסטוריה של שימוש בסמים מהווה התווית נגד למתן תת עורי על ידי המטופל
- ד. שכיחות עצירות זהה במתן מורפין פומי למול פנטניל טרנס דרמלי

88. מטופל בן 58 עם סרטן לבלב גרורתי. כאב עז בצורת חגורה ברום הבטן, ללא הטבה מספקת תחת טיפול תרופתי נוכחי. מופנה ל CELIAC BLOCK. מהן תופעות הלוואי והסיבוכים השכיחים של פעולה זו?

- א. פגיעה בניידות
- ב. צורך לחזור על הפעולה
- ג. קושי בנשימה
- ד. שלשול, ירידת לחץ דם

89. ילדה בת 5 עם DIFFUSE PONTINE GLIOMA. מצב אחרי טיפול בקרינה ו-TEMODAL. התקדמות מהירה של המחלה, כולל פיזור לפטומינגיאלי. הדיבור שמור.

סובלת מהתקפים קשים של כאבי ראש, גורם לה לאחוז בראש ולפרוץ בבכי. אתה מתקשה ליצור עימה יחסי אמון. עיקר התקשורת מתווכת על ידי הוריה. מה מהמשפטים הבאים הכי מדויק לגבי הטיפול בה:

- א. FLACC (CONSOLABILITY, CRY, ACTIVITY, LEG, FACE) - כלי עזר משמעותי להערכת הכאב שלה
- ב. VAS הוא כלי אמין ומדויק להערכת כאב בגילה
- ג. יש לוודא שאינה נמנעת מדיווח על כאב, עקב רצון להגן על הוריה
- ד. יש לוודא שאינה חשה אשמה, שהכאב הוא עונש על התנהגות רעה

90. בן 65 עם ממאירות מעי גרורתי ומתקדמת תחת טיפול כימותרפי קו-שני .
מדווח על חולשה ועייפות. בבדיקתו סימני CACHEXIA עם TEMPORAL
WASTING. במטופלים עם cachexia על רקע מחלה אונקולוגית מתקדמת, מהי
ההמלצה הקשורה ל VITAMIN D ?

- א. רמות ויטמין D אינן רלוונטיות ולכן אין צורך בבדיקתן
- ב. יש לבדוק רמות ויטמין D כיוון שנמצא קשר בין חסר עמוק בוויטמין D לבין חולשה
- ג. מומלץ לתת תוספי ויטמין D באופן שגרתי לכל החולים ללא צורך בסידן
- ד. חסר בוויטמין D גורם ישירות לאיבוד מסת שריר ולכן טיפול בו מבטל את התסמונת

91. בת 62 עם ממאירות שד תחת טיפול כימותרפיה בציספלטין CISPLATIN . במהלך
המחזורים מלינה על DYSGUESIA שגרמה לירידה בתאבון ובצריכת המזון. איזה
מבין האמצעים התרופתיים/תזונתיים מכוונת לטיפול ב DYSGUESIA ?

- א. OLANZAPINE 10MG
- ב. תוספת אבץ ZINC למשך שבועיים
- ג. METOCLOPRAMIDE 10MG
- ד. VITAMIN D 2000IU

92. בת 57 עם סרטן שחלות גרורתי, אובחנה עם חסימת מעי ממאירה (MBO). היא
סובלת מהקאות מרובות והפרשות מרובות מדרכי העיכול. איזו מבין האמירות
הבאות נכונה לגבי Glycopyrrolate בהקשר זה?

- א. Glycopyrrolate חוצה בקלות את מחסום הדם-מוח ולכן עלול להחמיר דליריום
- ב. Glycopyrrolate חלש מסקופולאמין הידרוברומיד ולכן אינו יעיל בהפחתת הפרשות
- ג. Glycopyrrolate פועל כאנטיכולינרגי, מפחית הפרשות מעיים, וגורם פחות השפעות מרכזיות בהשוואה לסקופולאמין
- ד. תופעת הלואי המשמעותית ביותר של Glycopyrrolate היא שלשולים עקב גירוי רירית המעי

93. בת 68 עם קרצינומה מתקדמת של השחלה, מאושפזת עקב חסימת מעי ממאירה –
MBO שאינה ניתנת לניתוח. המטופלת סובלת מבחילות קשות, הקאות מרובות
ונפיחות בטנית. נוגדי בחילה סטנדרטיים לא שיפרו את מצבה. מהי האמירה הנכונה
ביותר לגבי שימוש באוקטראוטייד OCTREOTIDE במצב זה?

- א. זמן מחצית החיים של OCTREOTIDE במתן תת-עורי הוא כ-12 שעות ולכן מספיק לתת זריקה אחת ביום
- ב. המינון ההתחלתי המומלץ הוא 200-300 מק"ג ליום תת-עורי, עם אפשרות טיטרציה ל 600-900 מק"ג /יום להשגת שליטה סימפטומטית
- ג. OCTREOTIDE היא תרופה זולה ולכן מומלצת כטיפול קו ראשון בכל חסימת מעי ממאירה ממושכת
- ד. מתן מתמשך בעירוי תת-עורי או תוך-ורידי מאפשר יציבות טובה יותר של רמות התרופה ושליטה סימפטומטית, במיוחד בחולים עם הקאות מרובות

94. בן 60, מקבל טיפול כימותרפי אמטוגני (מעורר בחילה), ולכן מקבל טיפול מונע לכך. לאחר שקיבל את הטיפול למניעת הבחילה, מקטע ה QTC באק"ג שלו התארך. איזו תרופה ככל הנראה לא קיבל למניעת בחילה?

- א. הלידול/ Haldol
- ב. פרמין/ metoclopramide
- ג. זופרן/ ondansetron
- ד. דקסהמתזון dexamethasone

95. בת 65, מטופלת מזה שלושה חודשים ב paclitaxel (כימותרפיה מסוג taxan) עקב ממאירות שד. מאושפזת לבירור קוצר נשימה חדש המחמיר בשבועיים האחרונים, ללא חום, ללא תסמינים זיהומיים, ללא ירידה במשקל. בצילום חזה תסנינים חדשים דו"צ בריאות. בהתחשב באבחנה הכי סבירה, מה הטיפול הנכון במצבה?

- א. טיפול בנוגדי קרישה כגון קלקסן
- ב. טיפול בסטרואידים כגון דקסהמתזון
- ג. טיפול באנטיביוטיקה כגון טזוצין
- ד. טיפול כימותרפי קו חדש

96. בן 70 עם ממאירות ריאה גרורתית לשלד, לאחר מיצוי טיפול אונקולוגי, כעת בהוספיס בית בביתו. לכאב מטופל באופיואידים. מדווח בביקור על החמרת שיעול שמאוד מטריד אותו. צילום חזה שעשה לפני חודש הדגים גרורות רבות בריאה, ללא נוזל פלאורלי. עקב סף תופעות לוואי, המטופל לא יכול להוסיף תרופות אופיואידיות. מה הטיפול הכי מתאים בשלב זה?

- א. הוספת הידרוקודון hydrocodone
- ב. הוספת דקסהמתזון dexamethasone
- ג. הוספת פרהגבלין pregabalin
- ד. הוספת תלידומיד thalidomide

97. בת 55, בהוספיס בשל GLIOBLASTOMA, הכרה ירודה. מקבלת נוזלים תת עוריים. מפתחת נשימה רועשת בשל הפרשות ממקור עליון. מה הצעד הראשון הנכון ביותר?

- א. לחבר להעשרת חמצן לשפר נוחות נשימת המטופלת
- ב. להתחיל טיפול ב glycopyrrolate או scopolamine
- ג. לשנות תנוחת המטופלת ולהפסיק טיפול בנוזלים
- ד. להתקשר למשפחה להודיע שהיא מתקרבת לסוף החיים

98. בן 70 מחלים ממאירות קיבה מקומית, לאחר טיפול נאואגובנטי וניתוח. ללא צורך בטיפול אג'ובנטי. בביקור מרפאה מדווח כי יש לו ירידה בתפקוד המיני. מטופל ב: קנביס רפואי, LYRICA-PREGABALIN לכאב נוירופטי, מגנזיום לעצירות, OXAZEPAM-VABEN לפני השינה בצהרים ובערב. מה מהבאים אינו סביר שגורם לירידה בתפקוד המיני?

- א. LYRICA-PREGABALIN
- ב. קנביס רפואי
- ג. מגנזיום
- ד. OXAZEPAM-VABEN

99. בן 58, סיים לפני כ- 4 חודשים קרינה במנה גבוהה לגידול בבסיס הלשון. מיפוי PET לפני כחודש- ללא סימני ממאירות פעילה. החולה מלין על טעם מר בפה, קשיי בליעה ואכילה וירידה במשקל. מה מהבאים תמליץ לו כדי לשפר את מצבו?

- א. הקפדה יתרה על צחצוח ושיטפות פה יטפלו בכל התלונות
- ב. נטילה של תחליפי רוק ופנייה לבדיקה על ידי רופא שיניים, לשקול טיפול אנטי-פטרייתי
- ג. אסביר כי "זו תגובה שגרתית לקרינה, ועם הזמן צפוי לחלוף"
- ד. אמליץ על נטילת סטרואידים לעידוד התאבון, ותכשיר מייצב מצב רוח לשיפור ההרגשה הכללית

100. מטופל בן 74 עם ממאירות ושט עובר הערכה על ידי הצוות הרב מקצועי במרפאה. הומלץ על שילוב של הכנסת סטנט ושטי, והקרנה בשילוב עם כימותרפיה. לאיזה מהסימפטומים קרוב לוודאי מיועד טיפול זה?

- א. קוצר נשימה
- ב. שיעול
- ג. המופטיזיס
- ד. הפרעת בליעה

בהצלחה