

הבהרה בנושא נוסח שאלון הבחינה והליך הערעור

לתשומת לב הנבחנים,

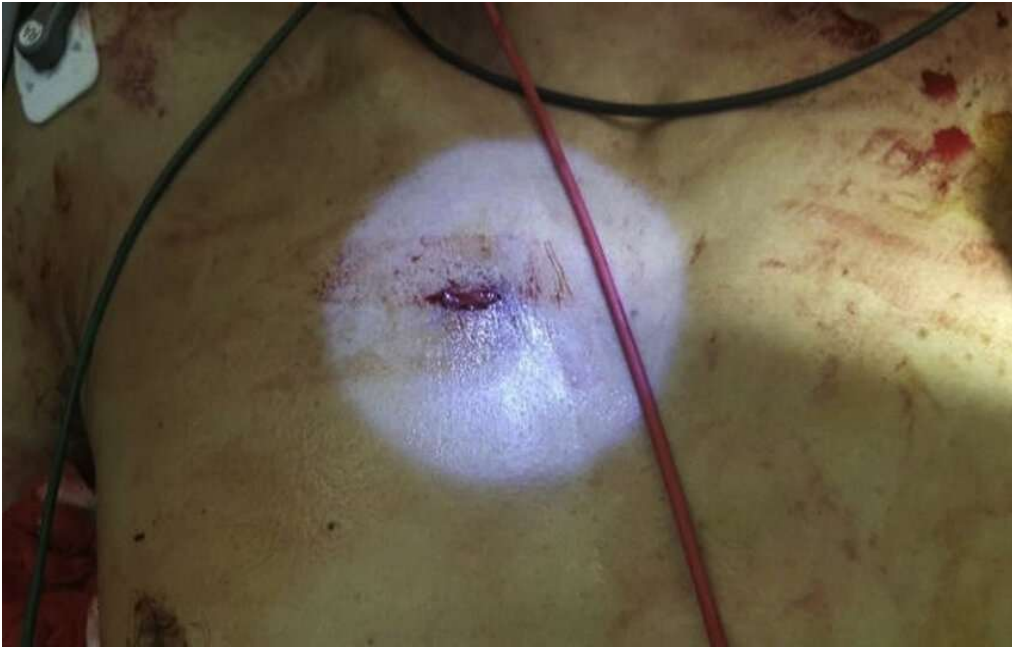
שאלון הבחינה ומאסטר התשובות המתפרסמים באתר מוצגים **בגרסת המקור** של הבחינה, ולא בגרסאות השונות שהוצגו במהלך הבחינה.

בהתאם לכך, **כל הליך הערעור מתנהל על פי גרסת המקור בלבד**. הערעורים מתייחסים לנוסח שאלון המקור ולמאסטר התשובות, ולא לגרסאות הבחינה השונות.

גם **מפתח התשובות השגויות**, המפורסם לנבחנים הזכאים להגיש ערעור, מוצג בהתאם לגרסת המקור של הבחינה.

לפיכך, בעת הגשת ערעור יש להתייחס לשאלון הבחינה ולמאסטר התשובות כפי שפורסמו באתר ועל פיהם מתנהל הליך הערעור.

1. פצוע הובא על ידי מד"א עם פצע דקירה בבית החזה הימני:



יציב נשימתית והמודינמית.

צילום חזה ובדיקת POCUS של בית החזה תקינים.

למעט כאב קל, אין לפצוע תלונות נוספות.

מה השלב הנכון הבא בטיפול?

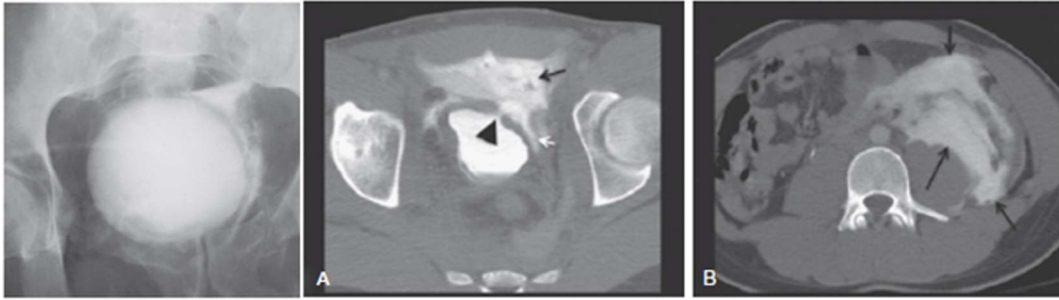
א. נקז חזה.

ב. CT חזה.

ג. אשפוז להשגחה בלבד למשך 48 שעות.

ד. צילום חזה חוזר אחרי שעה.

2. בן 34, בריא. התקבל למלר"ד אחרי תאונת דרכים. יציב נשימתית והמודינמית. במסגרת הערכתו השלים CT cystography:



מלבד הממצא שבתמונות, אין ממצאים המצריכים התערבות ניתוחית. בבדיקת פין ואשכים - ללא ממצאים פתולוגיים.

מה השלב הנכון הבא בטיפול?

- א. תיקון ניתוחי.
- ב. קטטר שתן.
- ג. אנגיוגרפיה (Angiography).
- ד. ציסטוסקופיה (Cystoscopy) דחופה.

3. בן 26, התקבל למלר"ד בשל דקירה יחידה בבטן המרכזית הקדמית. יציב נשימתית והמודינמית.

בבדיקה הבטן רכה, ללא סימני גירוי צפקי כלל.
ב-CT הודגם אוויר חופשי תוך צפקי (Pneumoperitoneum), ללא נוזל חופשי וללא פגיעה ברורה באיברים פנימיים.

מה יהיה השלב הנכון הבא בטיפול?

- א. לפרוטומיה (Laparotomy).
- ב. CT ביקורת אחרי 4 שעות.
- ג. אשפוז להשגחה.
- ד. שחרור אחרי 4 שעות השגחה.

4. מטופל בן 57 הובא אחרי נפילה מגובה. בהכרה, אך ישנוני, GCS 13. חתך CT ראש:



הוחלט על העברה למוסד אחר שיש בו מחלקה נירוכירורגית. בזמן ההמתנה לפינוי בוצעה הערכה חוזרת ונתגלה הבדל בין האישונים שלא היה קיים בבדיקה הראשונית. GCS 9. סימנים חיוניים: דופק 112, ל"ד 131/76, סטורציה RA 96% באוויר חדר, 16 נשימות לדקה.

הוזמן CT חוזר.

איזה טיפול נוסף יש לתת למטופל?

- א. IV Phenobarbital
- ב. IV Labetelol
- ג. IV Dexamethasone
- ד. IV Mannitol

5. עובד במפעל נדקר מכלי חד בצד האחורי-ימני של צווארו. הדימום נעצר מהר. עם הגעתו החל להתלונן שלא מרגיש את הגפיים הימניות.
בבדיקה: חולשה בגפיים הימניות (4/5 יד, 3/5 רגל), ירידה בתחושה מימין אבל גם רושם לירידה בתחושת כאב בגפיים השמאליות.
מהי האבחנה הסבירה ביותר?

- א. SCIWORA.
- ב. Central cord syndrome.
- ג. Brown-Séquard.
- ד. Spinal trigeminal tract injury.

6. מטופל בן 23, פנה למלר"ד עם כאבים בחזה ימין אחרי שנפגע מכדור גומי במהלך הפגנה. בקבלתו VAS 5, שאר הסימנים החיוניים תקינים. שטף דם שטחי בחזה ימין (ראו תמונה):



אין דפורמציה. אין קוצר נשימה.

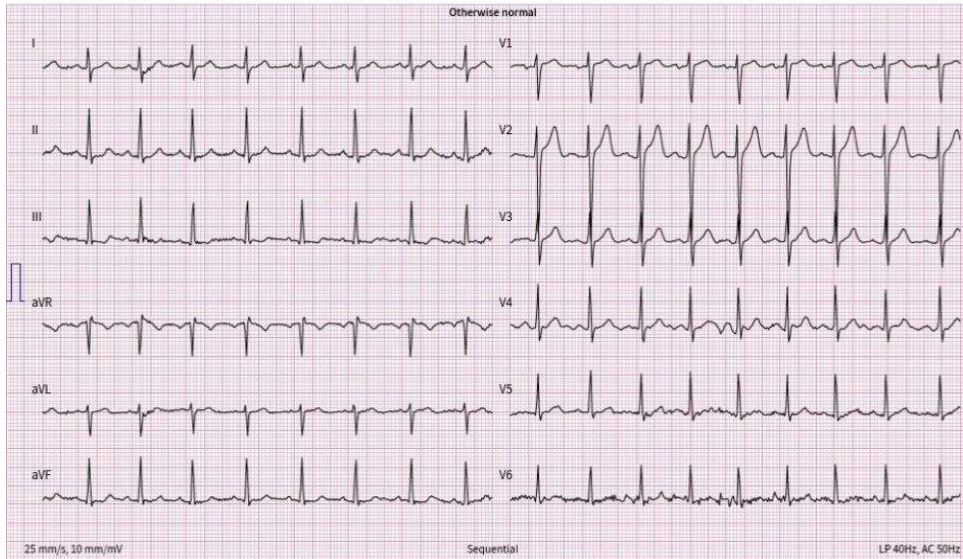
מה מהבאים יהיה ניהול מקובל של המטופל?

- א. יש לבצע צילום חזה במלר"ד - אם תקין ניתן לשחרר.
- ב. לאור עוצמת הכאב יש לבצע CT חזה במלר"ד - אם תקין ניתן לשחרר.
- ג. השגחה של 4-6 שעות במלר"ד, שחרור ללא הדמיה אם לא התפתחו תסמינים נשימתיים.
- ד. אשפוז להשגחה 24 שעות, אם לא התפתחו תסמינים נשימתיים ניתן לשחרר ללא הדמיה.

7. בן 22, בריא בד"כ. במהלך קטטה קיבל אגרוף חזק בחזה השמאלי. מתלונן על כאבים חזקים בחזה שמאל, לא קשורים לנשימה. בבדיקתו שטף דם קטן מעל החזה השמאלי. סימנים חיוניים: דופק 104, לחץ דם 88/55, סטורציה 95% באוויר חדר, 18 נשימות בדקה. השלים CT חזה ובטן פרוטוקול טראומה ללא ממצא חבלתי חריף. במעבדה: טרופנין 120 NgL (תקין 0-53), לויקוציטוזיס 13000, המוגלובין 14, 850 CPK. אק"ג:

Date of birth	06.03.1997	Visit ID		HR	104 bpm	RR	578 ms	Sinus tachycardia
Age	25 years	Room		P		P	108 ms	Normal electrical axis
Gender	Male	Order ID		PR		PR	156 ms	Otherwise normal ECG
Ethnicity	Undefined	Ord. prov.		P axis	45°	QRS	82 ms	
Height		Ref. phys.		QRS axis	80°	QT	322 ms	Unconfirmed report
Weight		Device ID	Cart20	T axis	28°	QTcB	424 ms	

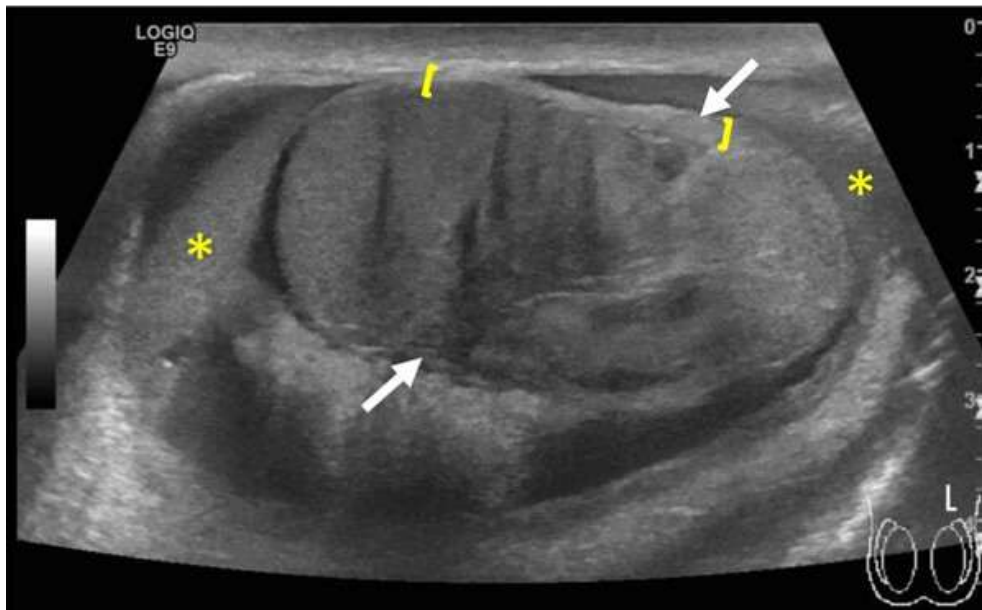
Medication
Remark



איך נכון לנהל מטופל זה?

- מתן ASPIRIN במלר"ד, אשפוז בטיפול נמרץ והשלמת טרופונין חוזר באשפוז.
- מתן נזולים במלר"ד, אשפוז ביחידה מנוטרת והשלמת אקו לב באשפוז.
- השלמת טרופונין חוזר. אם ערך טרופונין יציב וללא דינמיקה, טיפול ב-metoprolol דרך הווריד ואשפוז.
- אקו לב במלר"ד, אם בדיקה תקינה ניתן לשחרר מהמלר"ד.

8. בן 25, נחבל במפשעה במהלך משחק כדורגל. שק האשכים עם נפיחות ניכרת, רגישות ואודם דיפוזי עם גוון כחלחל, בעיקר מימין. US הדגים אי סדירות של ה- Tunica albuginea מימין, כפי שניתן לראות בתמונה:



מה השלב הנכון הבא בניהול החולה?

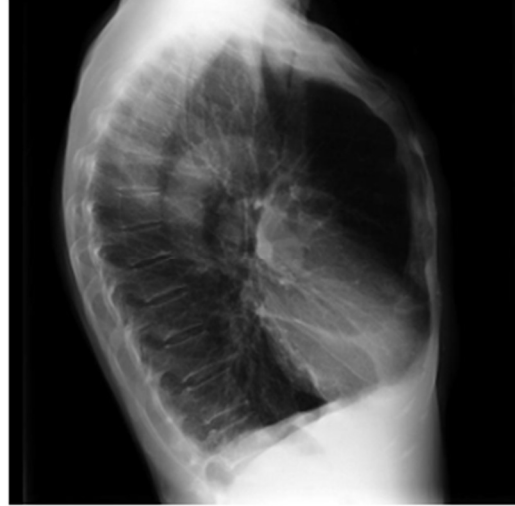
- א. יש להשלים MRI אשכים בהקדם כדי לשלול פגיעה ביותרת האשך - Epididymis.
- ב. טיפול ב- NSAIDs בשל חבלה שטחית באשך ושחרור מהמלר"ד.
- ג. תיקון ניתוחי דחוף באבחנה של Testicular rupture.
- ד. יש לבצע ניסיון Detorsion ידני מיידי במלר"ד.

9. בת 86, ברקע יתר לחץ דם ופרפור פרוזודורים קבוע, מטופלת ב- Furosemide 80 מ"ג פעם ביום ו- Apixaban 5 מ"ג פעמיים ביום. ללא אבחנה קודמת של איספיקת לב סיסטולית. התקבלה למלר"ד בשל קוצר נשימה חריף, שהחל באופן פתאומי מספר שעות קודם לכן והחמיר בשכיבה. בהגעתה נראתה במצוקה נשימתית ניכרת. סימנים חיוניים: דופק 95 לא סדיר, ל"ד 198/110, סטורציה 89% באוויר חדר. בבדיקה הגופנית: גודש ורידי צוואר וחרחורים דרצדדיים בבסיסי הריאות, ללא בצקות פריפריות משמעותיות. חוברה למכשיר BPAP.

בהתבסס על הממצאים הקליניים, מהו הטיפול הראשוני המתאים ביותר בשלב זה?

- א. IV Furosemide 80 mg.
- ב. SL Nitroglycerin 0.4 mg.
- ג. IV Dobutamine 2 mcg/Kg/min.
- ד. IV Furosemide 160 mg.

10 בן 71, ברקע COPD (שימוש קבוע בחמצן ביתי 2 LPM).
הגיע למלר"ד לאור קוצר נשימה וייצור כיח מוגבר מזה יומיים.
בבדיקתו - עירני ומשתף פעולה. הוחל טיפול במרחיבי סימפונות וסטרואידים.
סימנים חיוניים: דופק 108, ל"ד 138/82, סטורציה 86% NC 2 LPM, 34 נשימות בדקה.
גזים בדם: pH 7.19, PCO2 68 mmHg.
צילום חזה:

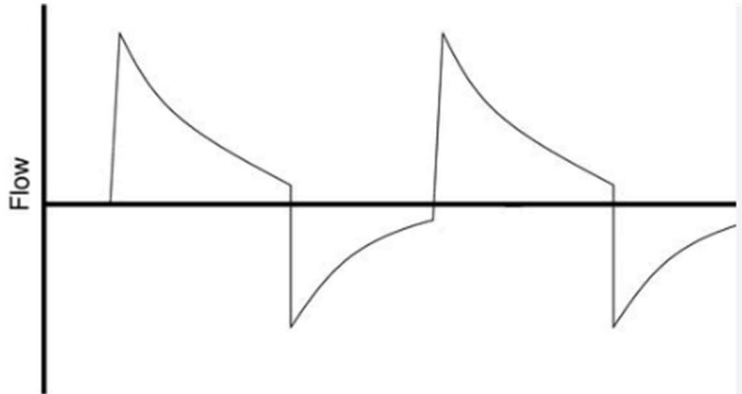


הוחל בטיפול אנטיביוטי ובוצע ניסיון חיבור ל-BPAP, אך המטופל מסרב בכל תוקף.
מה יהיה השלב הנכון הבא בסיוע הנשימתי?

- א. חיבור למסכת חמצן 15 LPM והערכה מחדש בתוך 30 דקות.
- ב. קנולת אף בזרימה גבוהה (HFNC).
- ג. סדציה וחיבור ל-BPAP עם EPAP 10 cmH2O, IPAP 12-15.
- ד. אינטובציה מיידית עם השראה מהירה (RSI).

11. בן 60, ברקע COPD. התקבל למר"ד בשל החמרה נשימתית. למרות טיפול מקסימלי לא השתפר ולכן הונשם.

כשעה לאחר האינטובציה דופק 112, ל"ד 80/50, סטורציה 84% עם FiO_2 100%.
במנשם מופיעה HIGH Peak Pressure alert והתמונה הבאה:



מלבד ניתוק החולה מהמנשם, מה עוד יש לבצע?

- להוריד את קצב הנשימות.
- להעלות MV – minute ventilation.
- לשנות יחס I: E מיחס של 1:4 ליחס של 1:2.
- להוריד את לחץ ההנשמה Pressure support.

12. בן 68, מטופל במר"ד בשל שוק ספטי.

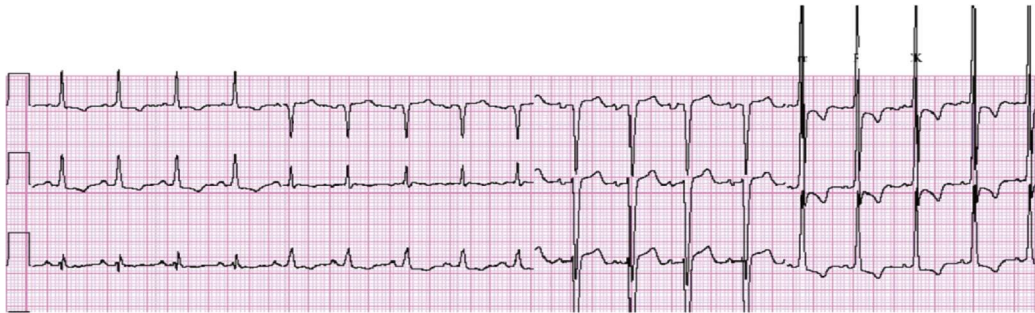
סימנים חיוניים: דופק 135, ל"ד 65/40, סטורציה 90% עם מסכת חמצן, חום 39.7, 30 נשימות בדקה.

מחובר לנוזלים, ללא שינוי משמעותי. המטופל מבולבל ולא משתף פעולה ולכן הוחלט להנשים אותו בטכניקת RSI.

מה מהצעדים הבאים יהיה נכון לבצע בתהליך האינטובציה?

- מתן Ketamine במינון מלא להעלאת הסיכוי להצלחה בניסיון ראשון.
- מתן Succinylcholine במינון נמוך כדי לאפשר למטופל להמשיך בפיצוי הנשימתי.
- התחלת עירוי Norepinephrine לפני ביצוע האינטובציה.
- מתן Fentanyl 3 mcg/kg לאט לפני ביצוע האינטובציה להפחתת התגובה הסימפתטית.

13. בן 58, ברקע ידוע על Bicuspid Aortic Valve מילדות, ללא מעקב מסודר. בתקופה האחרונה סובל מקוצר נשימה במאמצים קלים, ללא כאבים בחזה. התקבל להערכה במחלקה לרפואה דחופה לאחר אירוע של עילפון במהלך ריצה מהירה. המטופל שולל כאבים בחזה או תחושת דפיקות לב סביב אירוע העילפון. סימנים חיוניים: דופק 71, לחץ דם 147/78, סטורציה 97% באוויר חדר. בבדיקתו הגופנית: איוושה סיסטולית עולה ויורדת בהאזנה ללב. האזנה לריאות תקינה. אין גודש ורידי צוואר. ללא בצקות בגפיים. מעבדה: ללא ממצאים חריגים. טרופונין מתחת לסף הזיהוי ב- 2 בדיקות עוקבות. אק"ג:



מה יהיה המשך הניהול המתאים ביותר?

- א. הערכה לצורך השתלת קוצב והתחלת טיפול באספירין (Aspirin).
- ב. התחלת טיפול תרופתי במשתנים (Diuretics) ואספירין (Aspirin).
- ג. הערכה לצורך התערבות ניתוחית או אנדו-וסקולרית (Endovascular) לטיפול במסתם.
- ד. התחלת טיפול תרופתי עם דובוטמין (Dobutamine) והשלמת אקו לב.

14. בן 19, ברקע אסתמה. פנה למלר"ד עקב כאבים דוקרים במרכז בית החזה. סיים לאחרונה טיפול בשל החמרה במחלתו הבסיסית, מאז ללא תלונות נשימתיות. בקבלתו, יציב המודינמית ונשימתית. אק"ג – NSR, ללא ממצאים אחרים. בבדיקות המעבדה, טרופונין מתחת לסף הזיהוי ב-2 בדיקות עוקבות, D-Dimer בטווח הנורמה, WBC ו-CRP אינם מוגברים. בהאזנה - כניסת אוויר טובה דו"צ, ללא צפצופים אקספירטוריים, קולות לב סדירים. Hamman's sign חיובי.
צילום חזה:



המטופל חש בטוב, אוכל ושותה ללא קושי בבליעה במלר"ד.

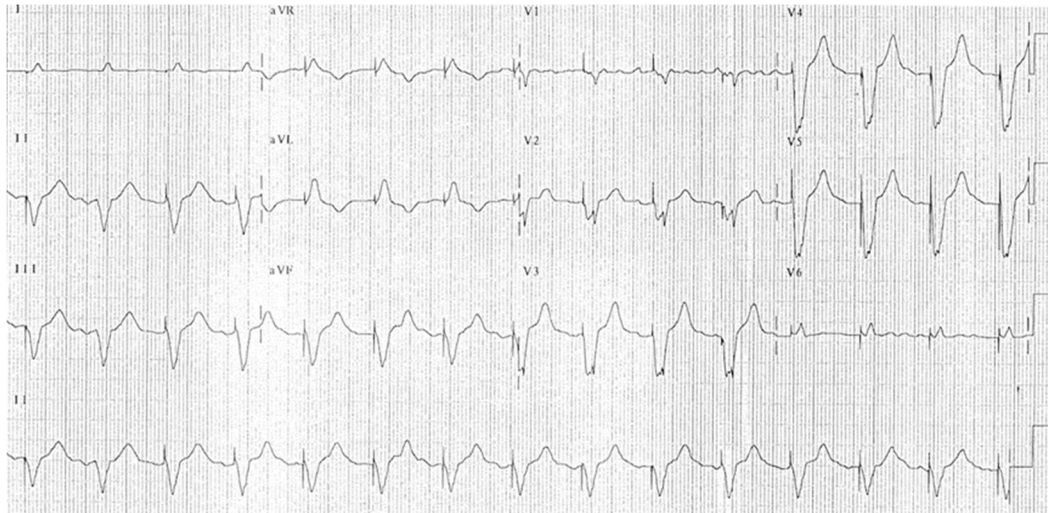
מה הצעד הנכון הבא בניהול המטופל?

- א. אשפוז להשגחה 24 שעות.
- ב. יעוץ קרדיולוגי דחוף במלר"ד.
- ג. שחרור מהמלר"ד עם המשך מעקב.
- ד. CTPA בשאלה של תסחיף ריאתי.

15. בת 79, ברקע אי ספיקת לב, מצב לאחר השתלת קוצב לב חדלשכתי חדרי (VVI) עקב חסם עלייתי-חדרי מלא.

כעת התקבלה למלר"ד בשל עייפות, סחרחורת וקוצר נשימה לסירוגין, הנמשכים כשבועיים. סימנים חיוניים: דופק 70, ל"ד 134/86, סטורציה 96% באוויר חדר, חום 36.7 מעלות, 14 נשימות בדקה.

בבדיקה הגופנית - ורידי צוואר בולטים, בצקת קלה ברגליים דו"צ.
אק"ג:



על פי תמונת האק"ג, באיזה סיבוך מדובר?

- א. Pacemaker Syndrome
- ב. Pacemaker Malfunction
- ג. Failure to Sense
- ד. Inappropriate Sensing

16 בן 16, בריא בדרך כלל, התקבל למחלקה לרפואה דחופה בשל קוצר נשימה חריף ועייפות, ללא כאבים בחזה. על פי האנמנזה - כשבועיים קודם לכן סבל מדלקת גרון מלווה בחום, אשר חלפה ללא טיפול.

סימנים חיוניים: דופק 112, ל"ד 95/62, סטורציה 84% באוויר חדר, חום 36.5, 20 נשימות בדקה.

בבדיקה הגופנית:

מראה כללי - קוצר נשימה במנוחה.

ריאות - חרחורים דו-צדדיים.

לב - דופק מהיר, איוושה הולוסיסטולית חדשה בקצה הלב עם הקרנה לבית השחי.

ללא ממצאים עוריים פריפריים.

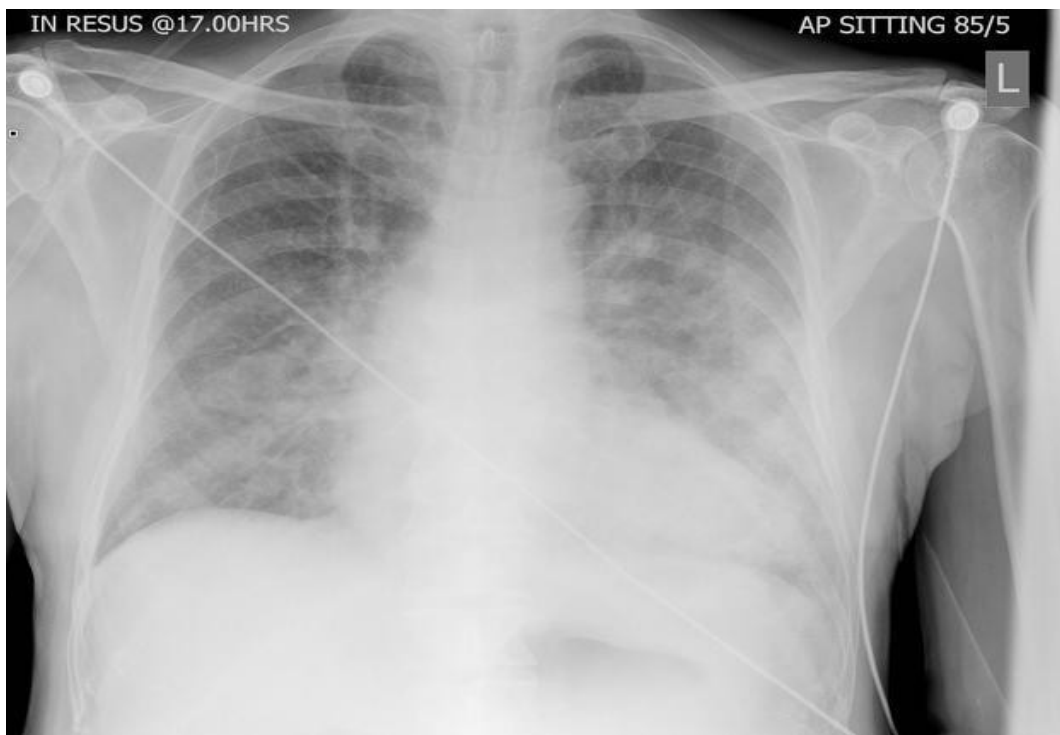
גפיים - ללא בצקות.

בבדיקות הדם - טרופונין מתחת לסף הזיהוי, ללא לויקוציטוזיס וללא עליית CRP.

POCUS - התכווצות לבבית תקינה, לא נצפה נוזל פריקרדיאלי. נצפו B-lines דו"צ.

אק"ג - סינוס טכיקרדיה, ללא שינויים במקטעי ST או PR וללא ממצאים אחרים.

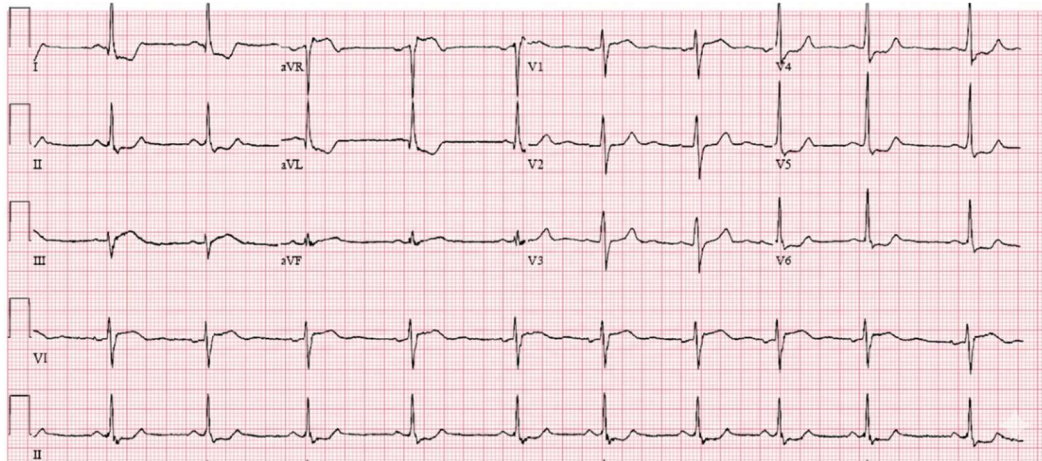
צילום חזה:



מה האבחנה הסבירה ביותר?

- א. Acute MR
- ב. Viral Myocarditis
- ג. Bilateral Pneumonia
- ד. Acute Pericarditis

17. בן 47, ברקע יל"ד מטופל ומאוזן. אינו מעשן. ללא רקע משפחתי של מחלת לב איסכמית. פונה למלר"ד עקב כאב בחזה, המוגדר כ'תחושת לחץ קלה' וממוקם במרכז בית החזה, מופיע ומשתפר לסירוגין, אינו מקרין ולא קשור למאמץ. ללא קוצר נשימה, הזעה, בחילה או אובדן הכרה. סימנים חיוניים בתחום הנורמה. בבדיקתו: במצב כללי טוב, בהאזנה ללב ולריאות ללא ממצאים פתולוגיים בולטים, דפיקים פריפריים נימושו שווים. אק"ג:



טרופונין (high sensitivity) בזמן 0 וכעבור 3 שעות הינו מתחת לטווח הגילוי.

לפי ה- Heart pathway, מה הצעד הנכון הבא בניהול המטופל?

- א. צינתור מייד.
- ב. צילום חזה במלר"ד. אם תקין - ניתן לשחרר להמשך מעקב בקהילה.
- ג. אין צורך בבדיקות נוספות. שחרור להמשך מעקב בקהילה.
- ד. אשפוז החולה להשגחה ובירור קרדיאלי.

18. בת 56, בריאה בדרך כלל, למעט מספר הפלות בעברה. כעת אובחנה במלר"ד עם Small PE segmental לפי CTPA.

סימנים חיוניים: דופק 98, ל"ד 145/85, סטורציה 98% באוויר חדר. אקו לב לצד המיטה לא הדגים ירידה בתפקוד או סימני עומס על חדר ימין. טרופונין שלילי.

POCUS של ורידי הרגליים (Femoral + Popliteal):

<https://media.examapp.co.il/319386/uiqalweg-1.webm>

<https://media.examapp.co.il/319386/onbbysvw-2.webm>

מה השלב הנכון הבא בטיפול?

- א. DOAC ושחרור.
- ב. DOAC ואשפוז.
- ג. LMWH ואשפוז במחלקה רגילה.
- ד. LMWH ואשפוז בטיפול נמרץ.

19. בן 74, ברקע סוכרת ויתר לחץ דם, ללא ניתוחים בעברו, מגיע למלר"ד בשל עצירות שנמשכת כ-4 חודשים. המטופל משתמש במשלשל נפח (Bulk laxatives) באופן קבוע, ללא הטבה. בבדיקה גופנית, הבטן תפוחה אך אינה רגישה למגע. בבדיקה רקטלית נמצאה כמות גדולה של צואה קשה הממלאת את הרקטום.

מהו השלב הנכון הבא בניהול המקרה?

- א. Osmotic laxatives והמשך בירור מטבולי בקהילה.
- ב. CT בטן לשלילת חסימה או תהליך תופס מקום.
- ג. ריקון ידני של הצואה (Manual disimpaction).
- ד. צילום בטן לשלילת חסימה או אוויר חופשי.

20. בן 72, ברקע שחמת הכבד.

פונה כעת למלר"ד עם כאב בטן חדש ובלבול. יציאות תקינות.

סימנים חיוניים: דופק 89, ל"ד 135/78, חום 38.5.

בבדיקה - בטן תפוחה ורגישה למישוש.

איזה צירוף של ערכים מעבדתיים בניקור נוזל מיימת מתאים לאבחנה הסבירה בחולה זה?

LDH (תקין עד 250)	Protein	Glucose	
1000	1.4	38	א
1500	0.8	75	ב
200	0.5	25	ג
100	2.5	60	ד

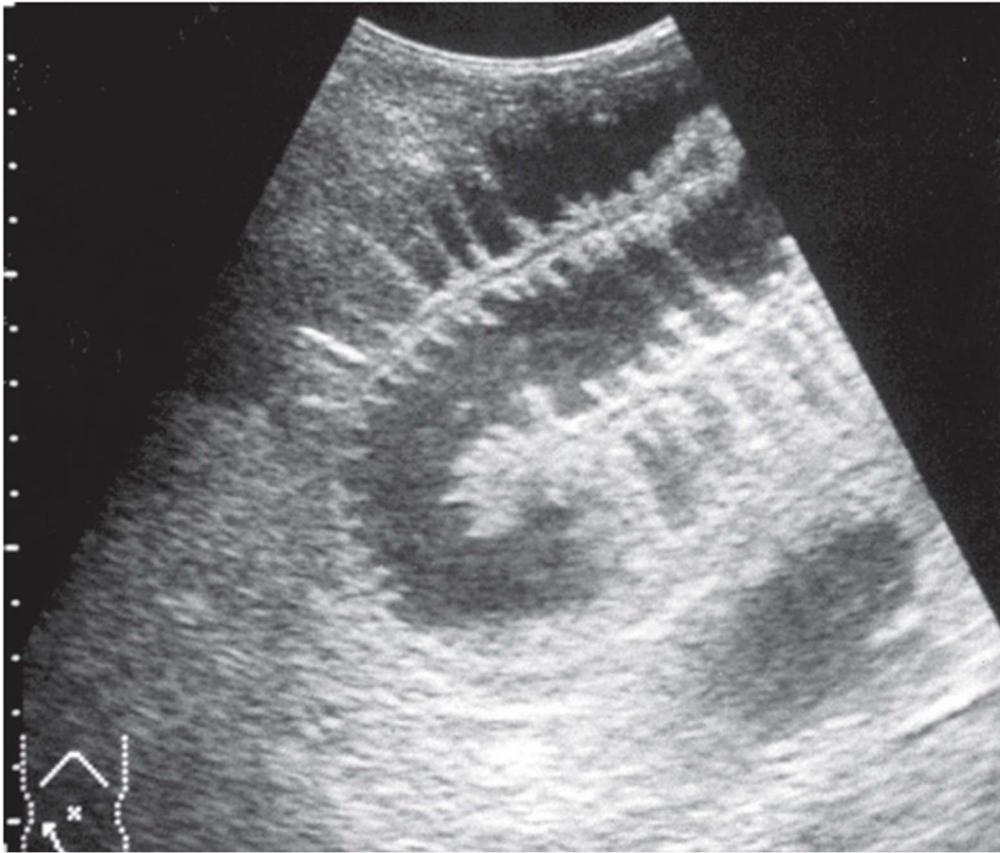
א. א

ב. ב

ג. ג

ד. ד

21. בת 57, ברקע יתר לחץ דם וסכרת. אחרי כריתת טחול לפני כ- 10 שנים.
הגיעה למלר"ד בשל כאב בטן תחתונה.
POCUS:



מה הממצא שנראה בתמונת ה- POCUS?

- א. Appendicitis with periapendicular abscess
- ב. Abdominal aortic aneurysm
- ג. Gallbladder calculus and acoustic shadowing
- ד. Small bowel obstruction

22. בן 67, ברקע מחלת לב איסכמית ופרפור עליות.

הגיע למלר"ד לאור חולשה ויציאות שחורות מזה יומיים. שקית התרופות הקבועות מונחת לידו (ראו תמונה):



סימנים חיוניים: דופק 110, ל"ד 87/50, סטורציה 98% באוויר חדר, חום 36.5.

בבדיקתו: בהכרה, נינוח נשימתית, חיזור וחלש. בטן רכה, לא רגישה. Melena בבדיקה רקטלית.

במעבדה:

המוגלובין 6.7

2.1 INR

200K PLT

הושגה גישה ורידית, חובר לניטור קרדיאלי, קיבל נוזלים ומנת דם.

איזה טיפול נוסף יש לתת למטופל בשלב זה?

א. IV Vitamin K

ב. IV Idarucizumab (Praxbind)

ג. Fresh frozen plasma

ד. Platelets.

23. בן 34, מתאר כאב חד "כמו סכין" בפי הטבעת בזמן יציאה, עם דימום אדום מועט על נייר הטואלט. הכאב נמשך דקות עד שעות לאחר היציאה. מדווח על מספר אירועים דומים בעבר.

בבדיקה רקטלית זהירה: רגישות קיצונית, ללא דימום פעיל, ללא מסה ברורה בבדיקה. בנוסף נראה הממצא הבא:



איזה מהטיפולים הבאים הוא הטיפול הנכון?

- א. Incision and drainage
- ב. WASH regimen
- ג. Thrombus excision
- ד. Hydrocortisone 2.5%

24. בת 53, צלולה ועצמאית. ברקע יל"ד.

התקבלה למלר"ד לאחר נפילה וחבלת אגן (ראו תמונה):



בבדיקתה ללא חסר נוירו וסקולרי.

מה הצעד הנכון הבא מבחינת הטיפול?

- א. אשפוז לניתוח.
- ב. סד תומאס (Thomas splint).
- ג. שיכוך כאב ומוביליזציה מוקדמת עם קביים.
- ד. רדוקציה דחופה בתוך 6 שעות לכל היותר.

25. בת 25, בריאה, רצה מרתון מקצועית, מתקבלת למלר"ד בשל כאב באגן שהחל באופן הדרגתי. הכאב מוחמר בתרגילי Sit-ups. ביום קבלתה מרגישה שלא יכולה לסבול יותר. סימנים חיוניים: דופק 52, ל"ד 123/81, סטורציה 99% באוויר חדר, חום 36.1. מעבדה ללא ממצא חריג. בבדיקתה רגישות מעל הפוביס (Pubis). צילום רנטגן:



איזה מהטיפולים הבאים יהיה טיפול מתאים?

- א. המלצה על חגורת אגן וניתוח אלקטיבי.
- ב. טיפול שמרני בשיכוך כאב ומעקב אורתופדי.
- ג. אנטיביוטיקה רחבת טווח ומעקב אורולוגי.
- ד. טיפול בביספוספונטים (Bisphosphonates) פומי והזרקת Lidocaine מקומית.

26. בן 28, מובא למלר"ד לאחר תאונת דרכים במהירות גבוהה. בבדיקה גופנית נראית נפיחות משמעותית ורגישות של שורש כף יד ימין (ראו צילום):



המטופל מתלונן על נימול וחוסר תחושה באגודל, באצבע המורה ובאצבע האמצעית (אצבעות 1-3), בנוסף לחולשה בכיפוף האגודל.

באיזו פגיעה עצבית יש לחשוד במטופל זה?

- א. Radial nerve.
- ב. Median nerve.
- ג. Ulnar nerve.
- ד. סביר שמדובר בלחץ משני לנפיחות המשמעותית, שיחלוף בהמשך.

27. בן 52, בריא בדרך כלל. מגיע למלר"ד לאחר הרמת משקל כבד, עם כאב חד פתאומי במרפק הימני. בבדיקה הגופנית נמצא הממצא בסרטון שלהלן וכן ירידה בכוח בכיפוף המרפק ובסופינציה של האמה.

<https://media.examapp.co.il/319395/cuosudia-1.webm>

מה יהיה הצעד הנכון הבא במלר"ד?

- א. קיבוע ושיכוך כאב.
- ב. MRI.
- ג. Speeds and Yergason's test.
- ד. ניתוח דחוף לתיקון.

28. בת 55, בריאה בדרך כלל. מגיעה למלר"ד עם כאב ונפיחות בשוק ימין, ללא סיפור של חום או חבלה. לאור חשד קליני ב- DVT השלימה US אשר שלל את האבחנה, אך הדגים את הממצא הבא ב- Popliteal fossa:

<https://media.examapp.co.il/319396/guknjneu-1.webm>

מה מהבאים יהיה טיפול נכון?

- א. ניקוז במלר"ד ושליחת הנוזל לבדיקות מעבדה.
- ב. שחרור עם המלצה לטיפול בנוגדי דלקת ומנוחה.
- ג. התחלת טיפול עם אנטיוקואגולציה במינון מניעתי עד להשלמת הבירור.
- ד. יש להמתין שבועיים ללא כל טיפול ובמידה שאין שיפור בתסמינים, יש לחזור על US.

29. איזו עצם קרפלית (Carpal bone) מודגמת באזור המסומן בתמונה שלהלן ומה המשמעות הקלינית שלה בבדיקה הגופנית?



- א. מדובר ב- Pisiform, והרגישות באזור זה אופיינית לפגיעות ברצועות האולנריות.
- ב. מדובר ב- Hooke of hamate, והרגישות באזור זה אופיינית לאחר חבלות ישירות.
- ג. מדובר ב- Palmar scaphoid, יש למשש אזור זה כחלק מהערכת חשד לשבר ב- Scaphoid.
- ד. מדובר ב- Trapezium, והרגישות באזור זה שכיחה בפגיעות במפרק ה- CMC של האגודל.

30. בן 40, בריא בדרך כלל. מגיע למלר"ד לאחר חבלה בשורש כף יד במנגנון FOOSH. כאשר נשאל היכן מיקום הכאב המקסימלי, המטופל מצביע כנראה בתמונה.



כיצד ממצא זה מכוון את החשד הקליני?

- א. ממצא התואם Positive clamp sign, המכוון לחשד לשבר בעצם ה- Scaphoid.
- ב. ממצא אופייני לפגיעה ברצועות הקרפליות (Carpal ligaments) ללא מעורבות גרמית שאינו בעל משמעות אבחנתית בהיעדר ממצא הדמייתי.
- ג. ממצא המכוון לפגיעה ב- Median nerve באזור שורש כף היד ומהווה אינדיקציה להתערבות אורתופדית דחופה.
- ד. ממצא המכוון לפגיעה ברצועה ה- Scapholunate ומהווה אינדיקציה לביצוע Clenched fist view לצורך אבחנה.

31. בן 45, בריא בדרך כלל, פנה למלר"ד לאחר חבלה בשורש כף יד ימין. המטופל סובל מכאב משמעותי בצד האולנרי (Ulnar) של שורש כף היד, עם נפיחות והגבלת תנועה.
צילום של שורש כף היד:



מה הטיפול הנכון במלר"ד?

- א. סד גבס קצר על בסיס השבר.
- ב. יעוץ אורתופדי מיידי - כי צריך ניתוח דחוף.
- ג. אין צורך בהחזרה מיידי. שחרור עם המלצה למנוחה ופיזיותרפיה.
- ד. החזרה סגורה, קיבוע ויעוץ אורתופדי.

32. בת שנה ו-8 חודשים הגיעה למלר"ד ע"י פרמדיקים תוך כדי החייאה, לאחר אירוע של טביעה.

ההורים מבקשים להישאר ליד ביתם בעת ההחייאה.

מה מהבאים מומלץ לעשות?

- א. יש לעודד את רצונם להישאר בחדר, עם תמיכה של איש קשר מהצוות הטיפולי.
- ב. יש להוציא אותם מהחדר עד חזרת ROSC או קביעת מוות.
- ג. יש לתת רק להורה אחד להישאר בחדר ולבקש מהשני להמתין בחוץ.
- ד. במחקרים לא נראה הבדל בין נוכחות הורים בחדר או לא, ולכן יכולים לעשות כרצונם.

33. בת 3 שנים, בריאה בד"כ, מחוסנת לגילה.

התקבלה למלר"ד לאור יומיים של חום ושיעול. מבוקר קבלתה האמא מתארת קושי בבליעה וריור מוגבר. בבדיקה היא נראית חולה:



סימנים חיוניים: דופק 126, ל"ד 88/50, סטורציה 94% באוויר חדר, חום 38.6, 38 נשימות בדקה.

בבדיקה פיזיקלית:

צוואר: רגישות בצוואר קדמי, נמושו בלוטות לימפה צוואריות מעט מוגדלות וניידות.

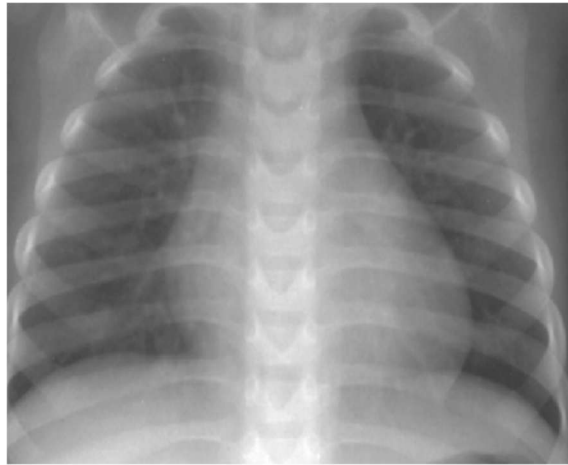
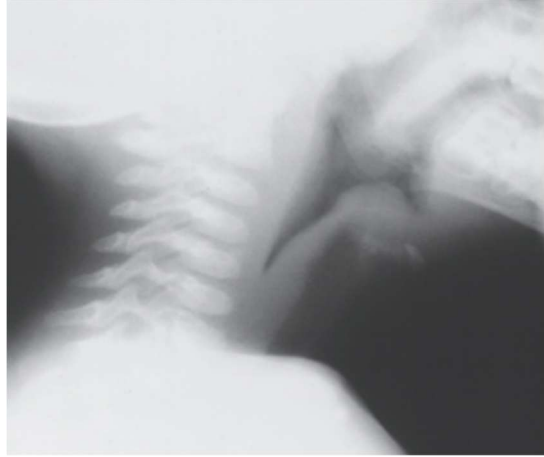
גרון: ללא טריזמוס, ללא אודם, סטזיס של רוק, שקדים ללא תפליט.

ריאות: סטרידור, כניסת אוויר שווה דו"צ ללא צפופים.

לב: קולות סדירים, ללא איוושה.

בטן: רכה, ללא רגישות, ללא גירוי צפקי.

צילומי חזה וצוואר:



מה השלב הנכון הבא?

- א. אשפוז והתחלת טיפול ב- IV Ceftriaxone.
 - ב. חיבור ל- BIPAP ולהשלים CT צווארי במלר"ד.
 - ג. אינטובציה דחופה בחדר ניתוח.
 - ד. אשפוז וטיפול באינהלציה עם Adrenalin ו- IV Steroids.
-

34. בן 4 שנים, בריא בד"כ ומחוסן לגילו.

מגיע למלר"ד בשל כאבי בטן ופרקים מזה 3 ימים, מלווים בפריחה בגפיים התחתונות:



סימנים חיוניים תקינים.

בבדיקה: רגישות בטנית ממושטת ללא סימני גירוי צפקי ופריחה כבתמונה המצורפת.

איזו מהבדיקות הבאות יש לבצע כחלק מהבירור הסטנדרטי במלר"ד במטופל זה?

- א. אקו לב להערכת תפליט פריקרדיאלי.
- ב. צילום חזה להערכת תסנין ריאתי.
- ג. CT מוח לשלילת דימום מוחי.
- ד. אולטרסאונד בטן לשלילת התפשלות מעי (Intussusception).

35. בת 7, נפלה מנדנדה ונחתה על יד מושטת קדימה (FOOSH). היא מתלוננת על כאב ביד ומסרבת להיזז אותה. בבדיקה גופנית קיימים כאב ונפיחות במרפק, אשר מוחזק ביישור ובפרונציה (Pronation) קלה. כף היד קרה והדופק הרדיאלי חלש. צילומי הרנטגן:



מהו סיבוך אפשרי של סוג שבר זה?

- א. VOLKMANN CONTRACTURE
- ב. DUPUYTREN'S CONTRACTURE
- ג. XTENSION CONTRACTURE
- ד. PRONATION CONTRACTURE

36. בן 18 חודשים, הריון ולידה תקינים. מחוסן לגילו. הובא למלר"ד לאור אירוע של בני אחרי שקיבל מכה בכף הרגל, מלווה בכיחלון מרכזי ואובדן הכרה קצר לכמה שניות. האם מציינת כי קרו מספר אירועים דומים בעבר. איזו מהאבחנות הבאות היא האבחנה המתאימה ביותר?

- א. Epilepsy
- ב. Reflex syncope
- ג. Breath holding spell
- ד. Vasovagal phenomena

37. בן 8 חודשים, בריא ומחוסן לגילו. הופנה למלר"ד עקב התקפים של כאבי בטן עזים והקאות מרובות מבוקר קבלתו, ללא חום. בבדיקתו רגישות בבטן ימנית עליונה עם Sausage-shaped abdominal mass. בחיתול צואה דמית (Currant jelly). איזו מהאבחנות הבאות היא המתאימה ביותר?

- א. Intussusception
- ב. Hypertrophic pyloric stenosis
- ג. Necrotizing enterocolitis
- ד. Volvulus

38. בן 28, בריא בד"כ, מגיע למלר"ד לאחר נטילה של כ- 80 כדורי קולכיציין (Colchicine). המטופל יציב לחלוטין המודינמית ונשימתית, ערני ומתקשר לעניין. לדבריו נטל את הכדורים בכוונה להתאבד. באיזה מהמקרים הבאים אין לתת פחם פעיל למטופל?

- א. אם הגיע למלר"ד בתוך 45 דקות מבליעת הכדורים.
- ב. אם המטופל מסרב ליטול פחם פעיל.
- ג. קולכיציין (Colchicine) אינו מסתפח לפחם פעיל ולכן אין לתת אותו במקרה כזה.
- ד. כאשר נותנים fomepizole שהוא בעל השפעה דומה עם פחות תופעות לוואי.

39. בת 48, בריאה בד"כ, מגיעה למלר"ד כ- 4 שעות לאחר נטילת כדורי אספירין בכמות לא ידועה. נראית מתנשמת, מותשת מאד, חיורת ומזיעה.
 סימנים חיוניים: דופק 116, ל"ד 100/50, סטורציה 98% באוויר חדר, חום 37.9, 50 נשימות בדקה.

גזים בדם עורקי:

7.37	PH
18	PCO2
13	ביקרבונט (HCO3)
92	PO2

לאור אי ספיקה נשימתית, התקבלה החלטה לבצע למטופלת אינטובציה בחדר הלם.
 איזו מבין הפעולות הבאות חשוב לבצע סביב ביצוע האינטובציה במטופלת זו?

- האטת קצב הנשימה של המטופלת במהלך ה- Preoxygenation באמצעות מתן Fentanyl.
- כיוון Minute ventilation פיזיולוגי סביב L5-6 בדקה אחרי האינטובציה.
- מתן של 1-2 אמפולות של IV Sodium Bicarbonate.
- כיוון TV נמוכים בכ- 20% מאלו שלפני האינטובציה כדי לשמור על Lung protective ventilation.

40. בן 19, בריא בדרך כלל. פנה למלר"ד לאחר שבלע בטעות מי חמצן מרוכזים (Hydrogen peroxide 40%) בכמות של כ- 100 מ"ל. יציב המודינמית ונשימתית, א-תסמיני.
 בדיקת דרכי האוויר העליונות באמצעות סיב אופטי ובדיקת מערכת העיכול העליונה באמצעות אנדוסקופיה היו תקינות.
 מה השלב הנכון הבא בטיפול?

- השגחה של 6 שעות, שחרורו הביתה עם המלצה לתזונה נוזלית ליממה הקרובה.
- ביצוע גסטרוסקופיה חוזרת בטווח של 24-48 שעות, ללא קשר לתסמינים.
- הרדמה והנשמה ב- 100% חמצן עד לספיגת החומר ממערכת העיכול.
- השלמת CT חזה ובטן בשאלה של פרפורציה.

41. בת 32, בריאה בדרך כלל. מובאת למלר"ד בליווי משטרת לאחרי שנתפסה בשדה התעופה בחשד להברחת קוקאין בתוך הגוף (Body packing). המטופלת מדווחת כי בלעה 20 חבילות קוקאין, כל אחת במשקל 50 גרם, כשעתיים קודם להגעתה. המטופלת ערנית ומתקשרת.
סימנים חיוניים: דופק 78, ל"ד 118/67, סטורציה 97% באוויר חדר, חום 36.5, 16 נשימות בדקה.

איזה מבין הצעדים הבאים יהיה צעד נכון במלר"ד?

- א. גסטרוסקופיה למציאת שקיות הקוקאין בקיבה והוצאתן.
- ב. Whole bowel irrigation.
- ג. מתן פחם פעיל.
- ד. מתן IV Phentolamine.

42. בן 42, רקע של סכיזופרניה וסוכרת, מטופל ב-Haloperidol ו-Metformin. הופנה למלר"ד מבית החולים הפסיכיאטרי בו הוא מאושפז, עקב חום גבוה.
סימנים חיוניים: דופק 112, ל"ד 138/92, סטורציה 97% באוויר חדר, חום 39.6, 24 נשימות בדקה.

בבדיקה: לב וריאות ללא ממצא חריג, בטן לא רגישה, ללא קישיון עורף.
הורגשה נוקשות שרירים כללית בניסיון לכיפוף ויישור הגפיים.
בדיקות מעבדה:

CK	BICARBONATE	POTASSIUM	SODIUM	LACTATE	PH
5200	32.2	4.8	138	2.8	7.32

איזה מבין הטיפולים הבאים נכון שיהיה חלק מהטיפול בחולה זה?

- א. IV Cyproheptadine
- ב. IV Succinylcholine
- ג. IV Phentolamine
- ד. IV Rocuronium

43. בן 52, חקלאי במקצועו, מגיע למלר"ד במסוק לאחר שבלע בטעות חומר הדברה בלתי ידוע.

בבדיקה גופנית המטופל מבלבל ואגיטיטיבי, אינו משתף פעולה.

סימנים חיוניים: דופק 146, ל"ד 142/88, סטורציה 95% באוויר חדר, חום 39.2, 30 נשימות בדקה.

בבדיקה:

לב - קולות סדירים, מהירים, ללא איוושה.

ריאות - כניסת אוויר טובה ושווה דו"צ, ללא חרחורים או צפצופים.

עור - אדום, מזיע, חם למגע. דיסקולורציה צהובה בכפות הידיים וסביב הפה.

בטן - רכה, לא רגישה, ללא נייע מוגבר, ללא הקאות או שלשולים.

ללא דמעת או ריור.

על פי ההסתמנות איתה הגיע המטופל, חומר מאיזו משפחת חומרי הדברה הכי סביר שבלע?

א. זרחנים אורגניים (Organophosphates).

ב. תרכובות פנול (Substituted phenols).

ג. קרבמטים (Carbamates).

ד. פריתרואידים (Pyrethroids).

44. בן 18, בריא בד"כ, פנה למר"ד לאחר שהכין תה מהצמח המופיע בתמונה שלפניכם וחש

ברע:



סימנים חיוניים: דופק 38, ל"ד 102/64, סטורציה 96% באוויר חדר, חום 36.8, 16 נשימות בדקה.

בבדיקתו הגופנית ללא ממצאים חריגים בולטים.

תוצאות בדיקת גזים:

POTASSIUM	SODIUM	BICARBONATE	LACTATE	PH
5.1	138	26	2.2	7.36

איזה מהטיפולים הבאים הוא הטיפול המרכזי להרעלה ממנה סובל המטופל?

- א. Glucagon
- ב. High dose insulin
- ג. Digoxin-specific antibody fragments (Fab)
- ד. Pyridoxine

45. בן 64, ברקע אי ספיקת לב וסוכרת. התקבל בשל אודם, חום וכאבים עזים ברגל שמאל.

סימנים חיוניים: דופק 115, ל"ד 90/50, סטורציה 95% באוויר חדר, חום 38.8.

בבדיקה: רגל שמאל חמה, אדומה, עם שלפוחיות וקרפיטציות במישוש.

סימנים חיוניים: דופק 115, ל"ד 90/50.

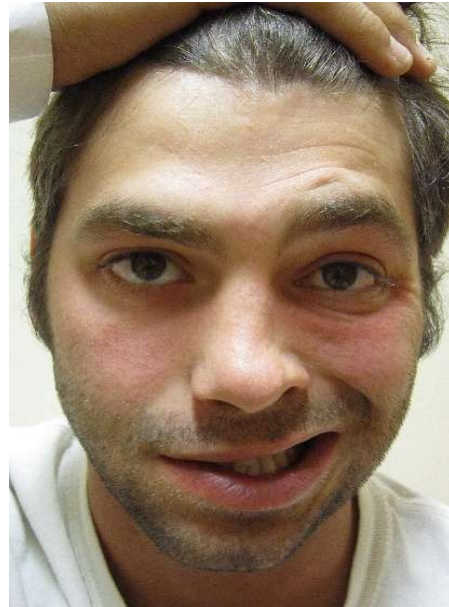
במעבדה לויקוציטוזיס ניכר עם CRP גבוה מאוד.

הוחל טיפול ב-Tazocin + Vancomycin.

מה עוד יש להוסיף לטיפול?

- א. Ciprofloxacin
- ב. Clindamycin
- ג. Metronidazole
- ד. Gentamycin

46. בן 36, בריא. פונה למלר"ד לאור פריחה וכאבי ראש מזה מספר ימים. הכאבים מחמירים וללא הטבה לאחר משככי כאבים, ובנוסף מתלונן על קושי להירדם בלילות בימים האחרונים. לפני 6 שבועות חזר מטיול בקונטיקט (Connecticut) בארצות הברית. בקבלתו יציב, חום 38.1, שאר המדדים החיוניים בטווח התקין. בבדיקתו, הממצאים שבתמונות הבאות:



CT ראש וניקור מותני (LP) ללא ממצא חריג.

מה מהבאים הוא הטיפול הנכון לאבחנה המשוערת?

- א. IM Ceftriaxone
- ב. PO Doxycycline
- ג. IV Gentamycin
- ד. IM Benzathine penicillin G

47. בן 45, זייג במקצועו. ברקע שחמת של הכבד. פנה למלר"ד בשל כאבים בשוק ימין. הפצע

החל כשחזר הביתה אחרי דיג בחוף סלעי בהרצליה.

בבדיקתו נראה פצע קטן בשוק ומסביבו אודם וחום מקומי.

בהינתן הרקע והמידע המוצג בפניכם, מהו הטיפול האנטיביוטי הנכון?

א. Amoxicillin

ב. Amoxicillin-clavulanic acid

ג. Cephalexin

ד. Doxycycline

48. בן 61, תחת טיפול ביולוגי בשל פסוריאזיס. פנה למלר"ד בשל נשיכת כלב באמה.

בבדיקה: פצע הנשיכה ללא סימני אודם מסביב.

קיבל טיפול לכלבת, טטנוס וטיפול מקומי לפצע.

מה מהבאים יהיה קו ראשון לטיפול האנטיביוטי?

א. Moxifloxacin

ב. Doxycycline

ג. Amoxicillin-clavulanic

ד. Ciprofloxacin

49. בת 28, פעילה מינית. פנתה למלר"ד בשל כאבים, אודם ונפיחות בברך ימין.

בבדיקתה ברך נפוחה, אדומה, חום מקומי ורגישות למגע. יש רושם לתפליט מפרקי.

בוצע ניקור ברך שהדגים 40,000 תאים לבנים בנוזל המפרק.

מבין הבאים, מה יהיה צעד נכון במטופלת הזאת?

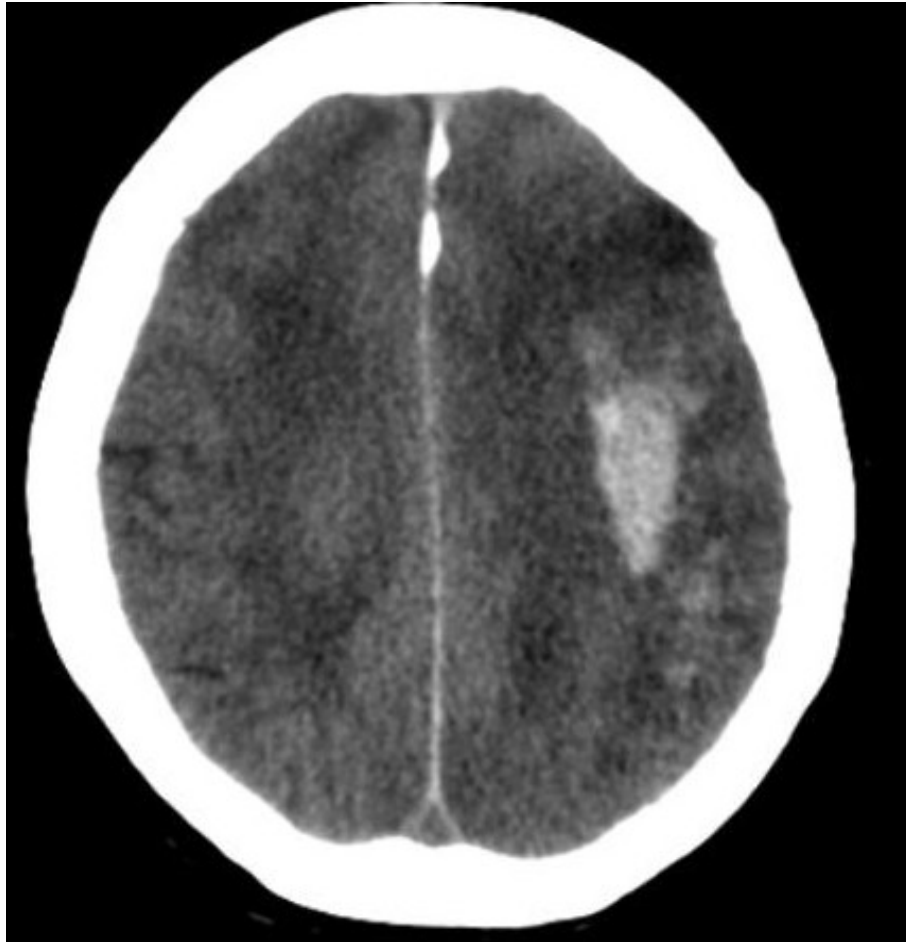
א. שליחת הנוזל המפרקי לתרבית, IM Ceftriaxone ושחרור למעקב תרבויות.

ב. ניתוח לשטיפות סטריליות של המפרק.

ג. מטוש רקטלי, אשפוז לטיפול אנטיביוטי תוך ורידי.

ד. צביעת גרם במלר"ד ולאחריה התחלת טיפול ב- PO Ciprofloxacin.

50. בת 78, ברקע יל"ד, נוטלת Amlodipine, פרפור עליות, נוטלת Apixaban.
הובאה למלר"ד ע"י מד"א בשל כאב ראש פתאומי, הקאות וחולשת פלג גוף שמאל.
סימנים חיוניים: דופק 87, לחץ דם 190/123, חום 36.4 PO, סטורציה 99% באוויר חדר.
CT ראש:



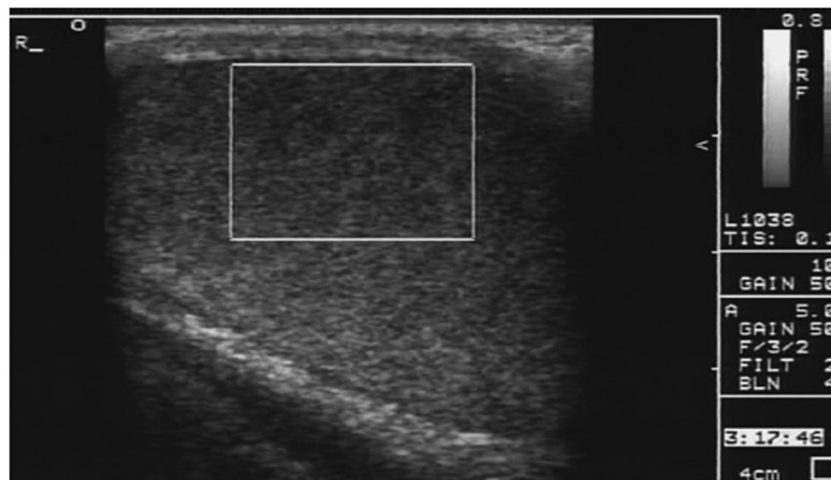
מה מהבאים יהיה ניהול נכון של המטופלת במלר"ד?

- א. הורדה מהירה של לחץ הדם לערך של 110 סיסטולי + Protamine sulfate.
- ב. הורדה מהירה של לחץ הדם לערך של 140 סיסטולי + PCC Prothrombin complex concentrate.
- ג. אין להוריד את לחץ הדם באופן אקוטי כעת, קודם לכן יש לתת Andexanet alfa.
- ד. הורדה מהירה של לחץ הדם לערך של 110 סיסטולי + Praxbind.

51. בן 45, ברקע Myasthenia gravis. פנה למלר"ד בשל מצוקה נשימתית חריפה. בבדיקתו: ברדיקרדיה, מיוזיס, הקאות, שלשול והפרשות מרובות בדרכי הנשימה. בהתבסס על ההסתמנות הקלינית, מהו הגורם לתסמיניו ומהו הטיפול התרופתי הנכון ביותר?

- המטופל במשבר מיאסטני (Myasthenic crisis), ככל הנראה על רקע זיהומי, יש לטפל באדרופוניום (Edrophonium).
- המטופל במשבר מיאסטני (Myasthenic crisis), ככל הנראה עקב מינון יתר של Pyridostigmine, יש לטפל באימונוגלובולינים לווריד (IVIg).
- המטופל במשבר כולינרגי (Cholinergic crisis), ככל הנראה עקב מינון יתר של Pyridostigmine, יש לטפל באטרופין (Atropine).
- המטופל במשבר כולינרגי (Cholinergic crisis), ככל הנראה על רקע זיהומי, יש לטפל באדרופוניום (Edrophonium).

52. בן 19, בריא בדרך כלל. מתקבל למלר"ד לאור כאב בבטן התחתונה ובאשך ימין מזה שעה, שהופיע בפתאומיות, מלווה בהקאה חד פעמית. מציין כי בבוקר היה באימון כדורגל, אך שולל חבלה. בבדיקה: בטן רכה, ללא סימני גירוי צפקי. אשך ימין במנח גבוה מאשך שמאל, נפוח ורגיש מאוד למישוש. Cremasteric reflex תקין בשני הצדדים. סטיק שתן – תקין. תמונת Doppler ultrasound:



- מה מהבאים יהיה ניהול נכון של המטופל?
- אנטיביוטיקה באבחנה של Epididymitis.
 - יעוץ אורולוגי דחוף באבחנה של תסביב אשך (Testicular torsion).
 - NSAID באבחנה של תסביב תוספתן-האשך (Torsion of an appendage of the testis).
 - יש לחזור על US אחרי שעתיים ולאחר מכן להחליט.

53. בן 21, בריא ברקע, הגיע למלר"ד עם תלונה של כאבים ברגליים אחרי אימונים קשים בצבא. הוא מתאר חולשה כללית, בחילות וכאבים ברגליים, יותר בירכיים מאשר בשוקיים. נלקחו מעבדות ושתן. להלן התוצאות:



כימיה	
Sodium (mmol/L) 135-145	136
Potassium (mmol/L) 3.5-5.1	5.3
Glucose (mg/dL) 80-115	103
Urea (mg/dL) 20-45	46
Creatinine (mg/dL) 0.5-1.2	2.8
Calcium (mg/dL) 8.6-10.3	8.1
Magnesium (mg/dL) 1.7-2.5	1.6
CRP (mg/L) < = 5	13
CPK- Creatine Kinase (U/L) 25-200	3800

איזו מבדיקות הדם הבאות של המטופל יכולה לסייע בהחלטה על הצורך באשפוז?

- א. Potassium
- ב. eGFR
- ג. Creatine Kinase
- ד. Magnesium

54. בן 38, ברקע HIV Positive. יומיים טרם קבלתו הוחל טיפול כימותרפי בשל Burkitt's lymphoma שמכיל Cyclophosphamide, Vincristine, Methotrexate and Prednisone.

כעת פנה למלר"ד בשל בלבול, התכווצויות בשרירים, בחילות והקאות. במעבדה LDH וחומצה אורית מוגברים.

איזו הפרעה אלקטרוליטרית צפויה במצב זה?

- א. Hypercalcemia
- ב. Hypokalemia
- ג. Hyponatremia
- ד. Hyperphosphatemia

55. בת 30, בריאה בדרך כלל. בהריון שבוע 7 לפי וסת אחרונה.

פונה למלר"ד עקב דימום נרתיקי קל ללא כאבים.

מדדים חיוניים תקינים.

בבדיקה: בטן רכה, ללא סימני גירוי צפקי.

בבדיקה PV: צוואר הרחם סגור, שאריות דימום קל.

באולטרסאונד טרנסזוגינלי (TVUS) נצפה שק הריון תוך־רחמי ללא דופק עוברי.

סוג דם Rh שלילי.

מבין הבאים, מהו הצעד הנכון ביותר בניהול המטופלת במלר"ד?

- א. מתן PO Progesterone והפניה למעקב בקופת החולים.
- ב. מתן Anti-D immune globulin ושחרור עם הנחיות ומעקב.
- ג. מתן IM Progesterone ואשפוז להשגחה.
- ד. אין צורך בטיפול, יש להסביר למטופלת שמדובר בהריון לא תקין.

56. בת 56, בריאה ברקע. מחוסנת באופן מלא.

לפני שבוע חלתה בדלקת גרון וכעת נוטלת Penicillin.

התקבלה למלר"ד בשל פריחה לא כואבת.

ללא חום, שיעול או קוצר נשימה, ללא כאבים בחזה או בבטן, ללא כאבי גרון, ללא בחילות

או הקאות, ללא שינויים ביציאות, ללא תלונות אורינוריות. אין מעורבות ריריות.

בבדיקתה - ללא ממצאים למעט הפריחה המופיעה בתמונה:



מה האבחנה הסבירה ביותר?

- א. Erythema nodosum
- ב. Morbilliform rash
- ג. Stevens-Johnson's syndrome
- ד. Toxic epidermal necrolysis

57. בן 17, בריא ברקע. לפני יומיים חזר מטיול שנתי, לן באכסניית נוער.
כעת התקבל בשל פריחה מגרדת, לא כואבת, על השוקיים והאמות, כפי שמופיעה בתמונה:



ללא פריחה בבטן או בגב, ללא פריחה על פני המפשעות.

ללא חום או תסמינים סיסטמיים אחרים.

מהו הטיפול המתאים?

- א. Antihistamines.
- ב. Acyclovir.
- ג. Ceftriaxone + Doxycycline.
- ד. Cefazolin.

58. לפניכם ארבעה תצלומי תקריב עיניים של מטופלים אשר נחבלו מחפץ קהה (Blunt trauma).

מי מבין המטופלים הבאים ניתן לשחרר להמשך מעקב בקהילה?

א.

בן 37, ברקע Sickle cell anemia.



ב.

בן 18, ברקע אסתמה.



ג. בת 42, בריאה



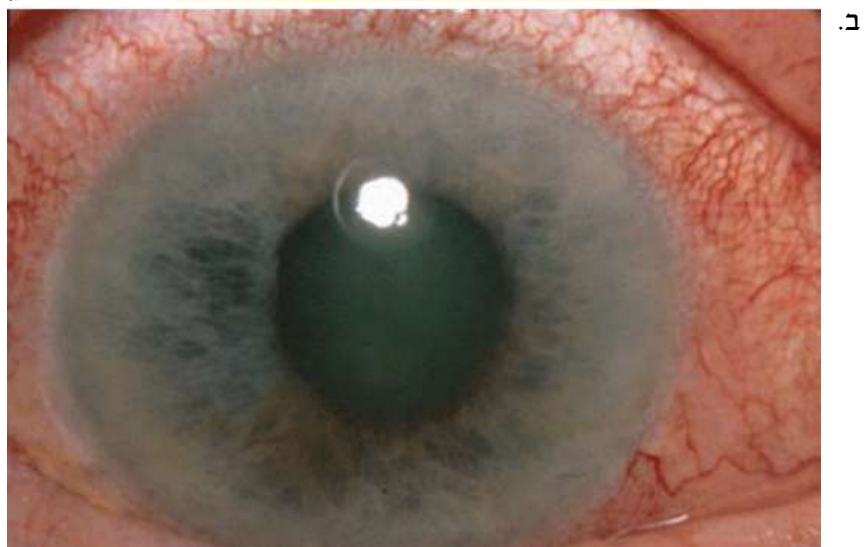
ד. בן 76, ברקע סוכרת ופרפור פרוזדורים. תחת Pradaxa.

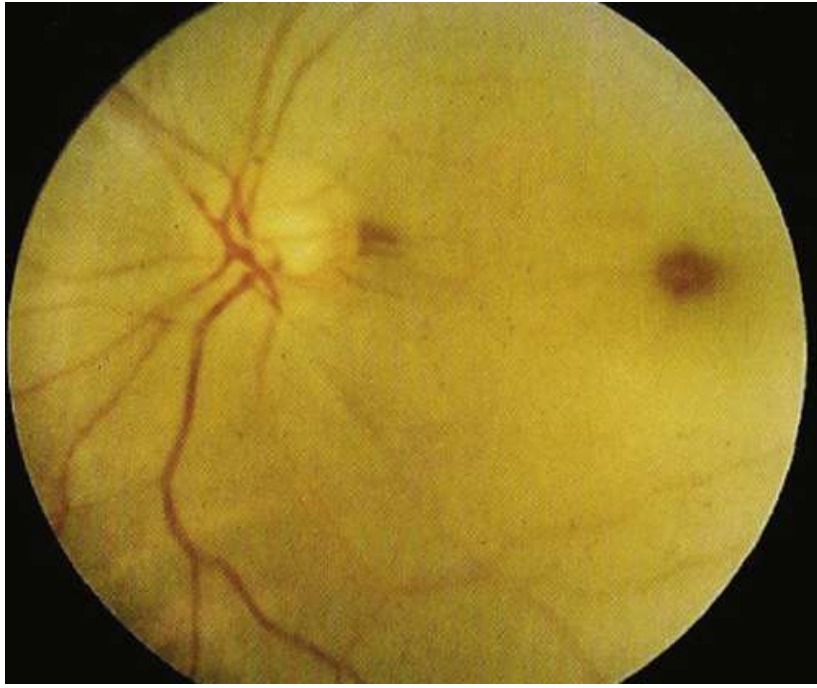


59. בת 83, ברקע סוכרת, יל"ד. בבוקר הגעתה למלר"ד החלה להשתמש בספריי אוטריבין (מכיל Pseudoephedrine) לגודש באף. לאחר התחלת הטיפול החלה לסבול מכאב ראש עז, טשטוש ראייה והקאות.

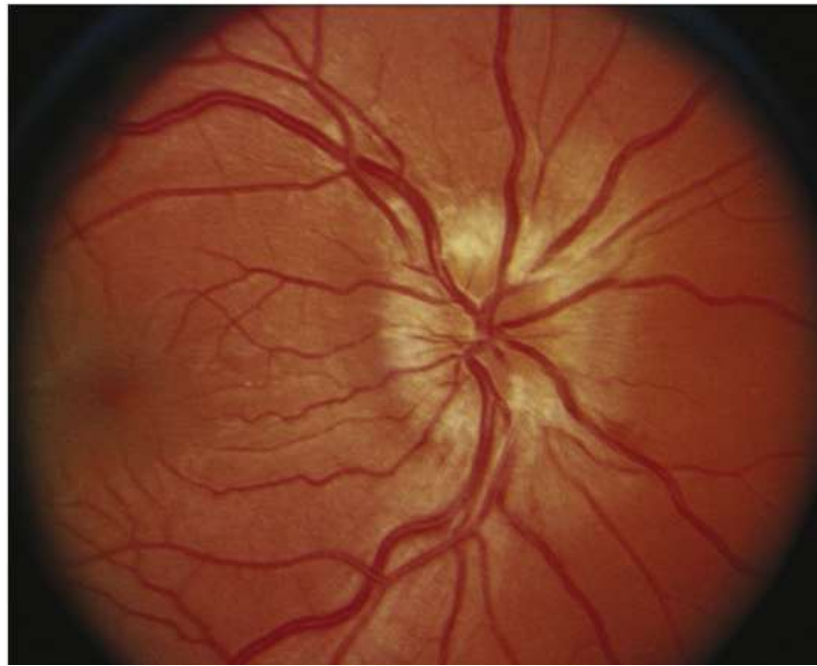
סימנים חיוניים: דופק 85, ל"ד 145/80, VAS 10.

איזו מבין התמונות הבאות מתאימה לאבחנתה המשוערת?





ג.



ד.

60. להלן סרטון של בדיקת APD (Afferent papillary defect) במטופל צעיר אשר מתלונן על אובדן ראייה חד צדדי:

<https://media.examapp.co.il/319428/ohkgrohe-1.webm>

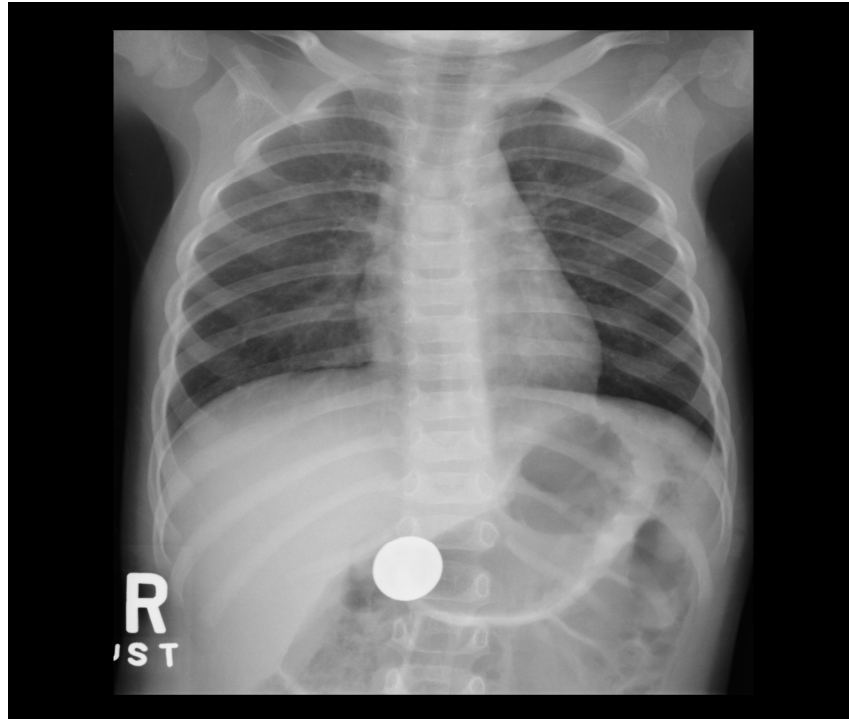
איזו מבין האבחנות הבאות יכולה להתאים לממצאים בבדיקה המצולמת?

- א. היפרדות רשתית (Retinal detachment) גדולה משמאל.
 - ב. Optic neuritis מימין.
 - ג. אובדן ראייה תפקודי (Functional vision loss).
 - ד. דימום והיפרדות זגוגית משמאל (Vitreous detachment).
-

61. בן 3, הובא למלר"ד על ידי הוריו כשעתיים לאחר שבלע סוללת כפתור (Button battery)

הילד נראה נינוח, אינו מתלונן על כאבים, בולע רוק ללא קושי ואינו מקיא.

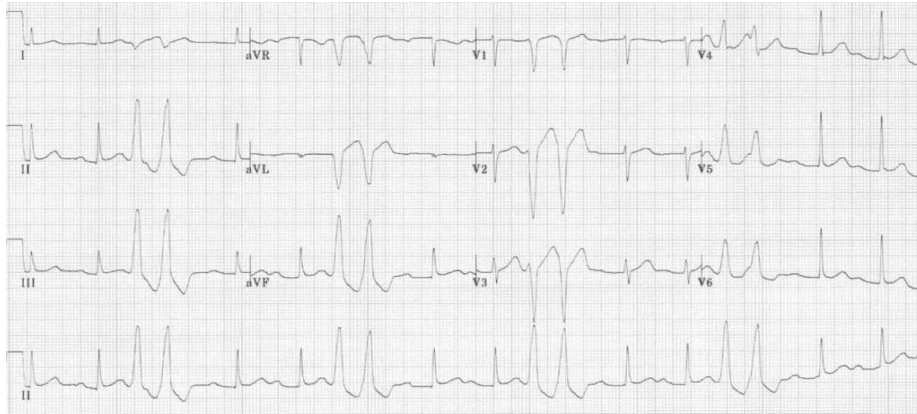
צילום חזה-בטן:



מהו הצעד המתאים ביותר בניהול המקרה בשלב זה?

- א. שחרור עם הנחיות למעקב אחר היציאות וביצוע צילום ביקורת בעוד כשבוע אם הסוללה לא נפלטה.
- ב. ביצוע אנדוסקופיה דחופה להוצאת הסוללה מהקיבה.
- ג. ביצוע שטיפת מעי שלמה (Whole bowel irrigation) עם Polyethylene glycol במטרה לזרז את יציאת הסוללה.
- ד. מאחר שהסוללה עדיין בקיבה ניתן לתת סירופ איפקק (Syrup of Ipecac) במטרה לעודד הקאה ולפלוט את גוף הסוללה.

62. חשמלאי בן 45, הובא למלר"ד לאחר שהתחשמל מכבל מתח גבוה (High-voltage) במהלך עבודתו. המטופל מדווח כי איבד את הכרתו למספר שניות לאחר האירוע. בבדיקתו במלר"ד עירני עם סימנים חיוניים תקינים. בדיקת אק"ג:



מהי הגישה המתאימה ביותר לגבי המשך הטיפול במטופל זה?

- א. אשפוז להשגחה וניטור לבבי למשך 12 עד 24 שעות.
- ב. בדיקת טרופונין. אם תקין, שחרור לאחר השגחה של 4-6 שעות.
- ג. בדיקת טרופונין. אם תקין, שחרור הביתה. אין צורך בהשגחה נוספת.
- ד. שחרור הביתה ללא צורך בהערכה נוספת.

63. בת 63, הובהלה למלר"ד בשל תגובה אלרגית חריפה לאחר עקיצת דבורה. ברקע נוטלת Bisoprolol ו-Ramipril. לאחר שלוש מנות של IM Epinephrine ומתן נוזלים, לחץ הדם שלה נשאר 80/40 מ"מ"כ.

מה מהבאים יהיה צעד טיפולי מתאים?

- א. SC Epinephrine
- ב. INH Epinephrine
- ג. IM Dopamine
- ד. IV Glucagon

64. בן 37, פונה למלר"ד בשל קוצר נשימה. המטופל יציב נשימתית והמודינמית. בהערכתו הקלינית והמעבדתית עולה חשד לתסחיף ריאתי והוסבר לו כי הוא זקוק לבדיקת CT עם הזרקת חומר ניגוד. בתגובה, המטופל מספר כי יש לו אלרגיה קשה לפירות ים ודגים מסוימים, וכי הונחה שלא לבצע בדיקות הדמיה עם הזרקת חומר ניגוד.

מה מהבאים נכון לעשות בשלב זה?

- א. יש לבצע CT עם חומר ניגוד (Iodine) ללא צורך בהכנה.
 - ב. יש להתחיל פרוטוקול הכנה עם סטרואידים ואנטיהיסטמינים טרם מתן חומר ניגוד יודי.
 - ג. יש להתקדם למיפוי ריאות.
 - ד. יש לתת למטופל מנה של אדרנלין תוך שרירי טרם מתן חומר הניגוד.
-

65. בן 54, פונה למלר"ד עם נפיחות מעל ה-Olecranon מזה 3 ימים. המטופל עובד כטכנאי ומרבה להישען על המרפקים.
 בבדיקתו רגישות משמעותית, אודם וחום מקומי. טווח תנועה פסיבי במרפק כמעט מלא, אך כואב בעיקר בסוף כפיפה מלאה. חום 37.8.
 צילום המרפק:



בוצע ניקור. צילום הנוזל:



ספירת התאים בנוזל: $WBC/\mu L$ 8,200. בנוסף Gram stain שלילית.

מה מהבאים יהיה ניהול נכון של המטופל?

- א. לפי הממצאים אין עדות לזיהום. טיפול ב-NSAIDs, קומפרסים ומנוחה.
- ב. הממצאים מעלים חשד לזיהום. יש לכסות אנטיביוטית.
- ג. הממצאים מעלים חשד לשבר חבוי. יש להשלים CT בהקדם.
- ד. הממצאים מעלים חשד לתהליך דלקתי לא זיהומי. יש להזריק סטרואידים עם חומר הרדמה מקומי.

66. בן 86, גר לבדו ללא עזרה. הובא למלר"ד כשעה לאחר נפילה בבית עם חבלת ראש. מתאר שהחליק על רצפה רטובה בשירותים עם חבלת ראש אוקסיפיטלית, ללא איבוד הכרה, ללא הקאות, זוכר היטב את פרטי האירוע. ברקע פרפור פרוזדורים תחת טיפול ב-Apixaban. למעט חבלת הראש, בדיקה גופנית, כולל בדיקה נוירולוגית, תקינה. CT ללא ממצא חבלתי חריף. מה מהבאים יהיה הניהול המומלץ במלר"ד?

- לאור טיפול נוגד קרישה, יש להשלים CT ביקורת בעוד 6-8 שעות במסגרת המלר"ד.
- יש לתת PCC מניעתית ואשפוז להשגחה.
- יש להשלים ניקור מותני לשלילת דימום תת-עכבישי שאולי פוספס ב-CT.
- יש לאשפז להשגחה למשך 12-24 שעות.

67. בן 28, מטופל במלר"ד בשל פריקת כתף. הוחלט על החזרת הפריקה תחת סדציה. במהלך הסדציה, המטופל מקבל 4 מנות של IV Fentanyl 100 mcg. לאחר המנה הרביעית, הצוות שם לב לקושי נשימתי, טכיפניאה, ירידת סטורציה במוניטור ורושם להיעדר עליית בית החזה. מבין הבאים, מה תהיה ההתערבות הנכונה לצורך אבחנה סבירה של המטופל?

- IV Glucagon, נוזלים ולשקול IM Epinephrine.
- IV Naloxone ולשקול Neuromuscular blockade.
- Jaw thrust OR Chin lift ללא התערבות תרופתית ולהתכוון לניהול נתיב אוויר דפיניטיבי.
- IV Physostigmine.

68. בן 35, התקבל למלר"ד לצורך פתיחת אבצס תחת סדציה. לאחר קבלת תרופות הסדציה, המטופל אינו מגיב ספונטנית לגירוי מילולי, אך כן מגיב לגירויי כאב חוזרים. באיזו רמת סדציה המטופל נמצא ומה המשמעות לכך?

- סדציה מינימלית (Minimal sedation), יש להעמיק את הסדציה כדי שהמטופל לא יחוש כאב כלל.
- סדציה בינונית (Moderate Sedation), ייתכן שיהיה דיכוי קרדיווסקולרי קל.
- סדציה דיסוציאטיבית (Dissociative Sedation), כנראה משנית ל- Propofol. יש לשקול תוספת Ketamine על מנת להעמיק את הסדציה.
- סדציה עמוקה (Deep Sedation), ייתכן שיזדקק לסיוע בשמירה על נתיב האוויר.

69. בן 50, התקבל לאחר תאונת דרכים עם חבלה מבודדת בחזה. מתלונן על כאב בחזה, אשר מחמיר במגע. טופל במשככי כאבים עם הטבה ניכרת.
סימנים חיוניים: דופק 80, ל"ד 140/80, סטורציה 96% באוויר חדר, חום 36.6, 14 נשימות בדקה.
צילום חזה:



מה השלב הנכון הבא בניהול המטופל?

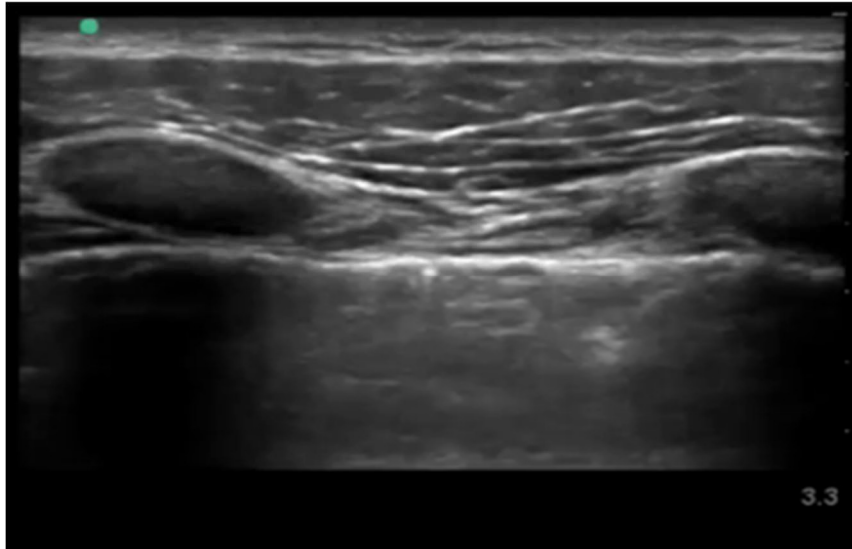
- א. CT חזה.
- ב. אשפוז לאיזון כאב.
- ג. שחרור עם מרשם לשיכוך כאב.
- ד. השגחה במלר"ד למשך 6 שעות וצילום חוזר.

70. בן 30, בריא בדרך כלל. התקבל לאחר תאונת דרכים עם הפציעה המתוארת בסרטון:



בבדיקתו כניסת אוויר שווה דו"צ.

סימנים חיוניים: דופק 90, ל"ד 150/90, סטורציה 99% עם מסכת חמצן, 16 נשימות לדקה.
POCUS של הריאות:



תמונה זהה בשני הצדדים.

מלין על כאבים עזים.

מה השלב הבא בטיפול?

- יעוץ כירורג חזה בשאלה של ניתוח.
- הנשמה פולשנית (אינטובציה).
- הנשמה לא פולשנית (CPAP/BPAP).
- הכנסת נקז חזה משמאל.

71. למי מהחולים הבאים יש התוויה לביצוע פתיחת חזה במלר"ד (Emergency department thoracotomy)?

- א. בן 30, תאונת דרכים בכביש מהיר כנוסע במושב האחורי. סימן חגורה על החזה. איבד סימני חיים בזמן החילוץ מהרכב. הגעה למלר"ד בתוך 15 דקות מהחילוץ. צוות האמבולנס מבצע עיסויים עם מכשיר עיסוי אוטומטי.
- ב. בן 18, פצע דקירה בחזה שמאל, כניסת אוויר שווה וטובה דו"צ, לחץ דם סיסטולי 45 ממ"מ לאחר מתן דם.
- ג. בת 30, תאונת דרכים כרוכבת אופנוע. הוכנס נקז חזה עם יציאה של 1600 מ"ל דם. לחץ דם סיסטולי 95 ממ"מ לאחר מתן דם.
- ד. בת 18, פצע דקירה בחזה שמאל, בהאזנה כניסת אוויר מופחתת משמאל עם גודש ורידי צוואר, סטורציה 80% באוויר חדר. לחץ דם סיסטולי 70 ממ"מ. בבדיקת FAST אין עדות לנוזל פריקרדיאלי.

72. איזו הפרעה אלקטרוליטרית היא בעלת חשיבות מיוחדת לזיהוי בהקשר של מתן מוצרי דם מרובים בפצוע טראומה?

- א. Hypokalemia.
- ב. Hypermagnesemia.
- ג. Hyponatremia.
- ד. Hypocalcemia.

73. בן 70, נפל ונחבל עם חבלת ראש פרונטלית, תוך כדי שראשו מבצע אקסטנציה לאחור (היפראקסטנציה).

איזו התייצגות נוירולוגית מתאימה לפגיעת חוט השדרה האופיינית למנגנון זה?

- א. חולשה בידיים יותר מאשר ברגליים, אובדן תחושת כאב וטמפרטורה.
- ב. שיתוק מתחת לגובה הצוואר עם תחושה שמורה למגע עדין, מנח ורעד.
- ג. חולשה של שתי רגליים מלווה בטונוס רקטלי מופחת, אצירת שתן וירידה תחושתית פריאנאלית.
- ד. פגיעה מוטורית ותחושת מנח ורעד בצד אחד ובמקביל אובדן תחושת כאב וטמפרטורה בצד השני.

74. גבר בן 58, פונה למלר"ד בשל שיעול דמי משמעותי וסטורציה עם תמיכת חמצן 86%. ברקע ידוע על ממאירות בריאה ימין.

לאחר ניטור והכנה לאבטחת נתיב אוויר, כיצד יש להשכיב את המטופל?

- א. על הגב.
- ב. על צד שמאל.
- ג. על צד ימין.
- ד. על הבטן.

75. בת 43, ברקע אסתמה קשה עם שימוש קבוע במשאפים. פנתה למלר"ד בשל קוצר נשימה חריף שהחל יממה טרם קבלתה, ללא חום.
בקבלתה 21 PaCO_2 בבדיקת הגזים.
טופלה באינהלציות Ventolin + Aerovent ו- IV Solumedrol כמקובל.
לאחר כשעה בוצעה בדיקת גזים חוזרת, 44 PaCO_2 .
המטופלת עדיין מתקשה להשלים משפטים.
בהאזנה כניסת אוויר מופחתת דו צדדית וצפופים אקספירטוריים מפושטים.
מה המשמעות הקלינית של הממצאים?

- א. בדיקת הגזים השנייה מעידה על שיפור בחילוף הגזים - המטופלת עברה מהיפרוונטילציה לווונטילציה תקינה.
- ב. בדיקת הגזים השנייה מעידה על החמרה - המטופלת מתקרבת לכשל נשימתי.
- ג. בדיקת הגזים השנייה הינה ממצא מטעה - יש להתעלם מבדיקת הגזים ולהסתמך על הממצאים הקליניים.
- ד. בדיקת הגזים השנייה מעידה שלא מדובר בהתקף אסתמה ויש לחשוד בהרעלה או מחלה אחרת.

76. בן 63, אובחן במלר"ד עם דיסקציה של האאורטה (Aortic dissection). הוחלט להרדים ולהנשים אותו בחדר ההלם לפני עלייתו לחדר הניתוח.
סימנים חיוניים: דופק 59, לחץ דם 115/93, סטורציה 100% תחת משקפי חמצן.
איזו מהתרופות הבאות נכון לתת בעת ביצוע אינטובציה בשיטת RSI בחולה זה?

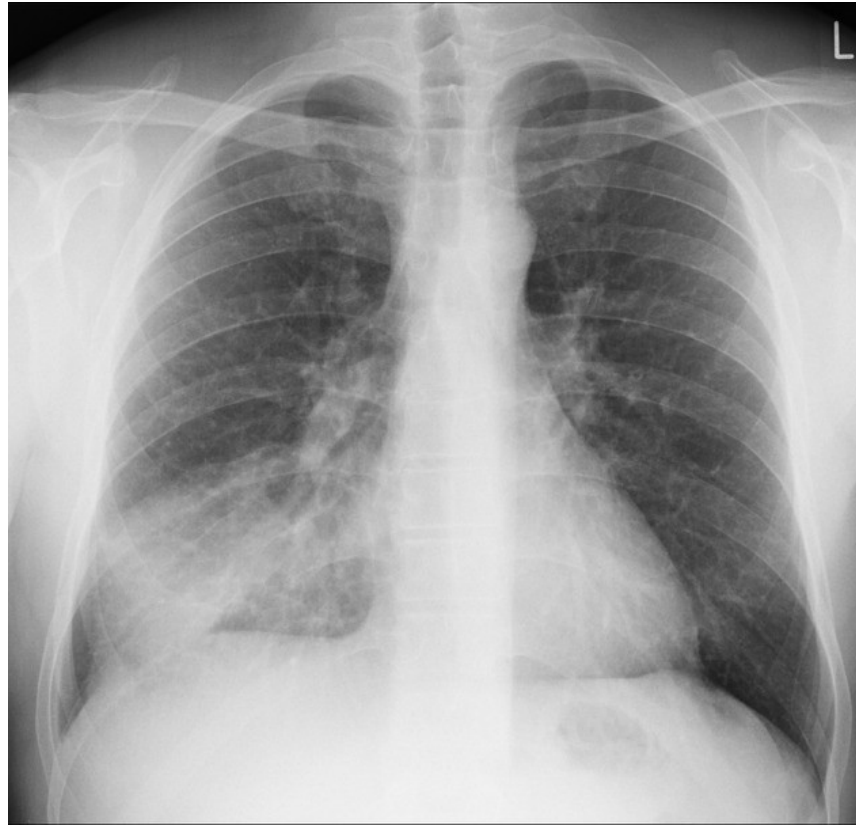
- א. Phenylephrine לאור לחצי דם נמוכים העלולים לרדת עוד במהלך האינטובציה.
 - ב. Fentanyl על מנת לדכא רפלקס סימפטי.
 - ג. Bicarbonate כדי למנוע חמצת נשימתית לאחר האינטובציה.
 - ד. Labetalol כדי להגיע ליעד לחץ דם של 90/60.
-

77. בת 43, ברקע אסתמה וסוכרת סוג 2. פנתה למלר"ד בשל קוצר נשימה חריף.
סימנים חיוניים: דופק 130, ל"ד 150/90, סטורציה 88% באוויר חדר, 32 נשימות בדקה.
גלוקוז 320 מ"ג/ד"ל.
טופלה בסטרואידים, מגנזיום ואינהלציות תכופות של Salbutamol ואינסולין.
סימנים חיוניים כעבור 3 שעות: סטורציה 96% באוויר חדר, 18 נשימות לדקה, גלוקוז 110 מ"ג/ד"ל.
כעת מתלוננת על חולשה פרוקסימלית חדשה וסימטרית ועל רעד עדין בידיים.
בבדיקתה: חולשה סימטרית בכתפיים ובירכיים, רפלקסים שמורים, ללא חסר נוירולוגי פוקלי.

מה מהבאים יכול להסביר את התלונות החדשות?

- א. ירידה חדה ומהירה ברמות הגלוקוז.
- ב. CTA של הראש והצוואר.
- ג. ניקור מותני (LP).
- ד. בדיקת אלקטרוליטים בדם.

78. בן 58, בריא בדרך כלל. פנה למלר"ד בשל שיעול וחום.
בבדיקתו בהכרה מלאה, חרחורים על פני הריאה מימין, ללא ממצא נוסף.
סימנים חיוניים: דופק 104, ל"ד 96/63, סטורציה 94% באוויר חדר, חום 38.2, 26 נשימות
בדקה.
צילום חזה:



במעבדה לויקוציטוזיס 13000, מדדי דלקת מוגברים, קראטינין 1.2, BUN 23.

על פי ה-CURB-65, מה נכון לעשות בנוסף לטיפול התרופתי?

- א. שחרור הביתה.
- ב. אשפוז במחלקה רגילה.
- ג. אשפוז בטיפול נמרץ.
- ד. אין מספיק מידע כדי לענות על השאלה.

79. בן 67, הונשם במלר"ד בתמונה של ARDS חמור משני לדלקת ריאות.

מבין הבאים, איך נכון לכוון את המנשם?

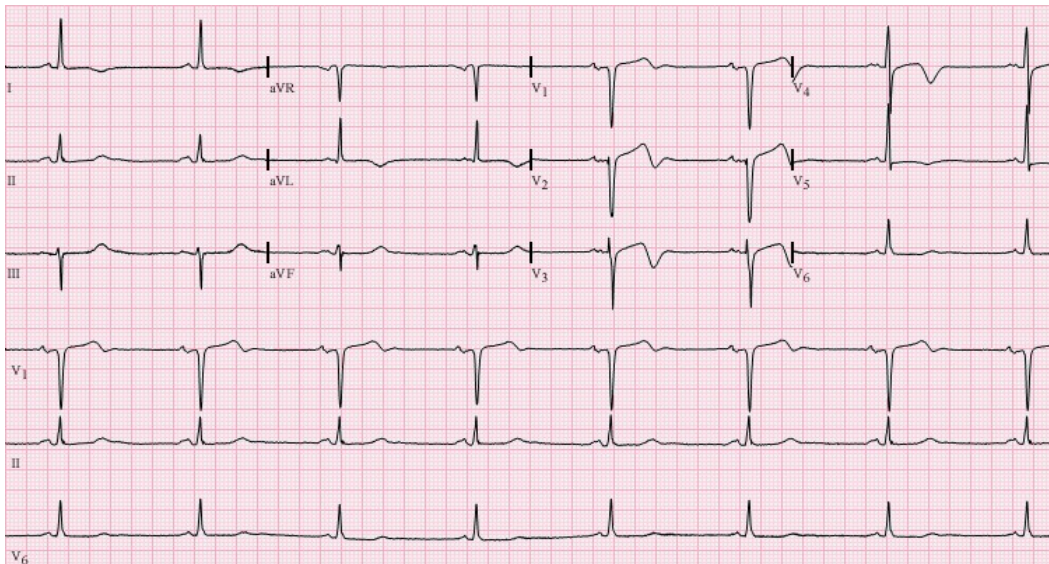
- א. העלאת PEEP מעל 12 cmH₂O ללא תלות בפרמטרים אחרים.
- ב. הפחתת Tidal volume עם שמירה על Plateau pressure מתחת ל-30.
- ג. העלאת ה- Respiratory rate במטרה להגיע ל- High frequency oscillatory ventilation.
- ד. שימוש ב- Pressure control mode במקום Volume control mode.

80. בן 65, ברקע יתר לחץ דם ודיסליפידמיה.

התקבל למלר"ד בשל תלונה של כאבים במרכז החזה כשעה טרם קבלתו. הכאבים נמשכו כחצי שעה, כעת לא כאוב.

סימנים חיוניים: דופק 82, ל"ד 134/87, סטורציה 96% באוויר חדר, חום 36.9, 15 נשימות בדקה.

בוצע אק"ג:



מה השלב הנכון הבא בטיפול?

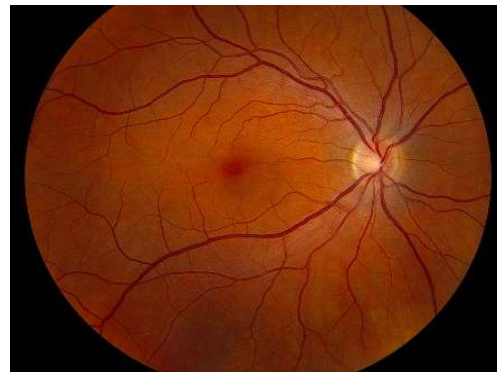
- א. יעוץ קרדיאלי דחוף.
- ב. אם טרופונין תקין, שחרור למעקב קרדיאלי בקהילה.
- ג. CTPA בשאלה של PE.
- ד. POCUS בשאלה של נוזל פריקרדיאלי משני ל- Pericarditis.

81. בת 62, ברקע יתר לחץ דם. לאור כאבי ראש קלים וחולשה כללית, מדדה לחץ דם בביתה, אשר נמדד 220/140. נטלה את תרופותיה הקבועות אך לא הרגישה הטבה בתחושותיה ולכן פנתה למלר"ד.

שוללת בחילה או הקאות, ללא כאבים בחזה או קוצר נשימה. סימנים חיוניים: דופק 92, ל"ד 206/108, סטורציה 96% באוויר חדר, חום 36.9, 15 נשימות בדקה.

בבדיקה הגופנית ללא ממצאים חריגים, כולל בדיקה נוירולוגית מלאה. במעבדה ספירה, כימיה, טרופונין ו-D-DIMER תקינים.

אק"ג, ובדיקת פונדוסים:



מה השלב הנכון הבא בניהול המטופלת?

- טיפול נוסף בתרופות הקבועות של המטופלת. אם לחץ הדם יורד מתחת ל- 180 סיסטולי - שחרור.
- אין צורך בטיפול במחלקה לרפואה דחופה, שחרור להמשך בירור בקופת החולים.
- טיפול ב- Clonidine עד לירידת לחץ הדם מתחת ל- 180 סיסטולי. לאחר מכן אשפוז לבירור עליית לחץ הדם.
- טיפול ב- Hydralazine עד לשיפור כאב הראש והחולשה הכללית ללא קשר ללחץ הדם - לאחר מכן שחרור להמשך בירור בקהילה.

82. בן 54, ברקע מחלת לב איסכמית. לפני כשנה עבר החייאת VF ובעקבות זאת הושתל ICD. התקבל למר"ד בהחייאה.

הקצב הראשוני בחיבור לדפיברילטור חיצוני:



מה מהבאים נכון לגבי ניהול ההחייאה במטופל זה?

- יש להפחית את עוצמת הדפיברילציה החיצונית כדי לא לפגוע ב-ICD.
- יש להימנע ממתן תרופות Class 1 antidysrhythmic בשל העלאת סף הדפיברילציה של ה-ICD.
- אין לבצע עיסויים ידניים בזמן מתן מכת חשמל מה-ICD הפנימי העלול לסכן את מבצע העיסויים.
- יש להניח את מדבקת הדפיברילטור הסטרנלית במרחק של 10 ס"מ לפחות ממוקום ה-ICD.

83. בן 64, ברקע אי ספיקת לב קשה. התקבל בשל ירידה במצב ההכרה לאחר יום צום. ללא חום בביתו, ללא שיעול או קוצר נשימה, ללא בחילות או הקאות, ללא שינויים ביציאות, ללא תלונות אורינויות, ללא פריחה.
סימנים חיוניים: דופק 109, לחצי דם לא נמדדים, סטורציה 99% באוויר חדר, חום 36.7, 14 נשימות בדקה.
בבדיקה - המטופל לובש את המכשיר שבתמונה ובו מופיעה ההתראה המצולמת:



מה הטיפול המתאים למטופל זה?

- א. נוזלים.
- ב. מדללי דם.
- ג. פרסורים.
- ד. החלפת הסוללה.

84. בן 62, ברקע יל"ד וסוכרת סוג 2. פונה למלר"ד עם קוצר נשימה, אשר הופיע בפתאומיות. סימנים חיוניים: דופק 118, ל"ד 86/58, 28 נשימות בדקה, סטורציה 90% באוויר חדר. בהאזנה לריאות - קולות נשימה תקינים דו-צדדית. אק"ג מראה סינוס טכיקרדיה עם חסם ענף ימני (RBBB) חדש. סרטון POCUS:

<https://media.examapp.co.il/319452/ocgetsot-1.webm>

מה הפעולה הראשונה שיש לבצע?

- א. IV Furosemide
- ב. IV Fluids 250-500 mL
- ג. IV Thrombolysis
- ד. אין לתת שום טיפול עד השלמת CTA.

85. מטופל נכנס למלר"ד עם תלונה של שלשול, כאבי ראש ופלפיטציות. בבדיקתו אודם בפנים דמוי כוויית שמש, האודם מתפשט לאזור בית החזה. ללא קוצר נשימה. באנמנזה מספר כי אכל כריך טונה כחצי שעה טרם תחילת התסמינים. לאחר טיפול תסמיני באנטיהיסטמינים (Antihistamines) חל שיפור ניכר בתסמינים.

מה עוד יש לבצע בשלב זה?

- א. שחרור עם הנחיה להימנע בעתיד מאכילת טונה.
- ב. שחרור עם מזרק EpiPen.
- ג. הודעה למשרד הבריאות.
- ד. שחרור עם הנחיה להשלים בירור במרפאת אלרגיה.

86. חיילת בת 19, מגיעה למלר"ד כחצי שעה לאחר אכילת תפוח. מתלוננת על כאב בחלק העליון של בית החזה, קושי וכאבים בבליעה. המטופלת יציבה המודינמית ונשימתית. בבדיקתה ריור מוגבר, מתקשה לבלוע רוק, ללא סימני מצוקה נשימתית. האזנה לריאות תקינה, נשימה בועית ללא קולות נוספים.

מה השלב הנכון הבא בבירור?

- א. IV Glucagon 2 mg
- ב. Urgent endoscopy
- ג. IV Glucagon 1 mg
- ד. IV Erythromycin

87. בת 50, בריאה בדרך כלל, ללא שימוש באלכוהול או סמים.

פנתה למלר"ד בשל הקאות דמיות שנמשכות גם בעת שהותה במלר"ד. בשבועות האחרונים נטלה כמות גדולה של NSAIDs שקיבלה במרשם מאורתופד בשל כאבים בברך. בייעוץ רופאת גסטרו הוחלט על ביצוע אנדוסקופיה עליונה בשעות הקרובות.

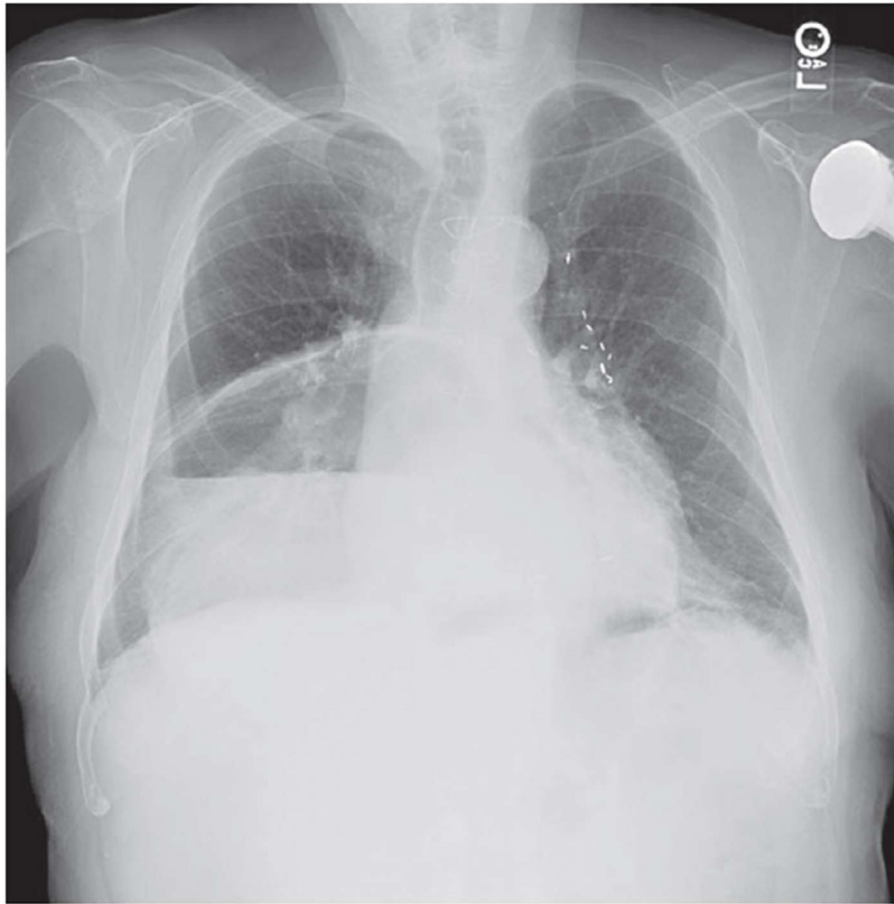
מה מהבאים יהיה הטיפול המתאים ביותר עבורה בשלב זה?

- א. IV High dose PPI
 - ב. IV High dose PPI + IV Octerotide
 - ג. IV High dose PPI + IV Octerotide + IV Erythromycin
 - ד. IV High dose PPI + IV Ceftriaxone
-

88. בן 50, בריא. פונה למלר"ד בשל כאב אפיגסטרי.

המטופל יציב המודינמית ונשימתית.

צילום חזה:



בשתיית חומר ניגוד, החומר מצטבר בתוך דקות ספורות בממצא הפתולוגי שבצילום.

מה השלב הנכון הבא בניהול החולה?

- א. הכנסת זונדה (NGT).
- ב. גסטרוסקופיה דחופה.
- ג. הכנסת נקז חזה מימין.
- ד. שיכוך כאב ושחרור למעקב אמבולטורי.

89. בן 50, בריא, ללא ניתוחים בעבר או תרופות קבועות. פונה למלר"ד בשל עצירות במשך ארבעה ימים. המטופל מציין כי זאת הפעם הראשונה שלא מעביר יציאה במשך זמן כה רב. בבדיקתו הבטן רכה ללא סימני גירוי צפקי, בבדיקה רקטלית ללא דם טרי, מלנה או פיסורה.

סימנים חיוניים: דופק 70, ל"ד 125/80, סטורציה 99% בא.ח, חום 36.6

מה השלב הנכון הבא בטיפול בחולה?

- א. צילום בטן ריק.
- ב. CT בטן עם שתייה של חומר ניגוד.
- ג. מעבדה בסיסית, לרבות כימיה מלאה וספירת דם.
- ד. טיפול סימפטומטי ושחרור למעקב אמבולטורי.

90. בן 72, התקבל למלר"ד בשל דימום רקטלי משמעותי.

סימנים חיוניים: דופק 134, ל"ד 73/41.

בדיקה גופנית: חיוורון ניכר, דימום רקטלי אדום בהיר בכמות גדולה.
POCUS RUSH Protocol – לב היפרדינמי, IVC בתמט, ללא ממצא נוסף.
טופל במנות דם עם שיפור המודינמי מספק, אך עדיין דמם פעיל.

מה השלב הנכון הבא בניהול החולה?

- א. קולונוסקופיה באשפוז ביחידה לטיפול נמרץ.
- ב. CT-angiography.
- ג. IV PPI והשגחה לוודא שהדימום מפסיק.
- ד. ניתוח דחוף.

91. בן 34, בריא בדרך כלל, פנה למלר"ד לאחר נפילה במהלך רכיבה על אופני כביש. מתלונן על כאב עז בשורש כף יד שמאל ומציין כי בעת הנפילה ניסה לבלום עם היד. בבדיקתו: עור שלם, רושם לנפיחות משמעותית בשורש כף היד ודפורמציה דורסלית. במישוש, רגישות עמוקה בשורש כף היד, בניסיון הנעה פאסיבי הגבלה ניכרת בתנועות שורש כף היד, ללא רושם לחסר נוירו וסקולרי. צילום רנטגן של שורש כף היד בשני מנחים:



מה האבחנה הנכונה?

- א. Scaphoid fracture
- ב. Perilunate dislocation
- ג. Triquetrum dislocation
- ד. Barton fracture

92. בן 32, פונה למלר"ד לאחר נפילה, עם ניסיון עצירה עם הידיים. מלין על כאב חזק ביד ימין, הגבלה בתנועת אגודל וכאב בעת סגירת אגרוף. קיימת רגישות באזור ה-Snuff box, אך אין רגישות בלחיצה אקסיאלית (Axial lode) על האגודל. צילום מפרק שורש כף היד תקין. איך נכון לנהל את המטופל?

- א. לתת טיפול ב-NSAID לשבוע וביקורת אורתופד לפי הצורך.
- ב. לשים גבס Thumb spica ולתאם ביקורת אורתופד.
- ג. להשלים CT לשורש כף היד במלר"ד על מנת לשלול / לאבחן שבר.
- ד. לחזור על הצילום במנח "אגרוף סגור".

93. בן 32 נפל במהלך פעילות גופנית מגובה עמידה. ניסה לבלום את הנפילה עם הידיים וכעת מתלונן על כאב חזק במרפק שמאל.
בבדיקתו רגישות במישוש המרפק, הגבלה משמעותית ביכולת ליישר או לכופף את המרפק.
צילום רנטגן של המרפק:



מה יהיה השלב הבא הנכון בטיפול?

- א. ניתוח בתוך 24 שעות.
 - ב. תלוי במישוש הדופק; בהיעדר דופק רדיאלי, יש להשלים CTA של הגפה העליונה לפני החזרה.
 - ג. החזרה במלר"ד בהקדם האפשרי.
 - ד. תלוי בבדיקה הנוירולוגית; בחסר נוירולוגי בפיזור העצב המדיאני (Median nerve), אין לבצע החזרה במלר"ד.
-

94. בן 70 נפל על יד מושטת (FOOSH) ומתלונן על כאבים בשורש כף היד.

צילומי הרנטגן:



איפה נכון לבדוק תחושה בשביל ההערכה הנוירולוגית המתאימה לפגיעה העצבית הנפוצה ביותר בפציעה מסוג זה?

- א. צד פלמרי (Palmar) של אצבע 2.
- ב. צד דורסלי (Dorsal) של אצבע 3.
- ג. צד פלמרי (Palmar) של אצבע 4.
- ד. צד דורסלי (Dorsal) של אצבע 5.

95. בן 30 מגיע לאחר חבלה סיבובית לברך בזמן גלישה בחרמון. מיד לאחר החבלה מתלונן על

כאבים בברך והרגיש שהברך "בורחת" בזמן שמנסה ללכת. כעבור שעה הופיעה נפיחות בברך. בדיקתו הייתה חיובית למבחני לחמן (Lachman's) ומגירה קדמית (Anterior drawer). בוצעו צילומי רנטגן אשר הדגימו שבר תלישה של האספקט הפוסטריורי (Posterior) של הטיביאל פלטו הלטרלי (Lateral tibial plateau).

מה הטיפול הנכון?

- א. גבס טיטור ארוך (Knee tutor cast) עם הרגל בכיפוף של 20 מעלות.
- ב. מקבע ברך (Knee immobilizer) ביישור ומעקב אורתופד בהקדם.
- ג. סד צירים ללא נעילה (Hinged knee brace) ומעקב אורתופד בהקדם.
- ד. יעוץ אורתופד במלר"ד לצורך אשפוז וניתוח דחוף לקיבוע השבר.

96 לפניכם ארבעה צילומי רנטגן של שברים.



A
B





C



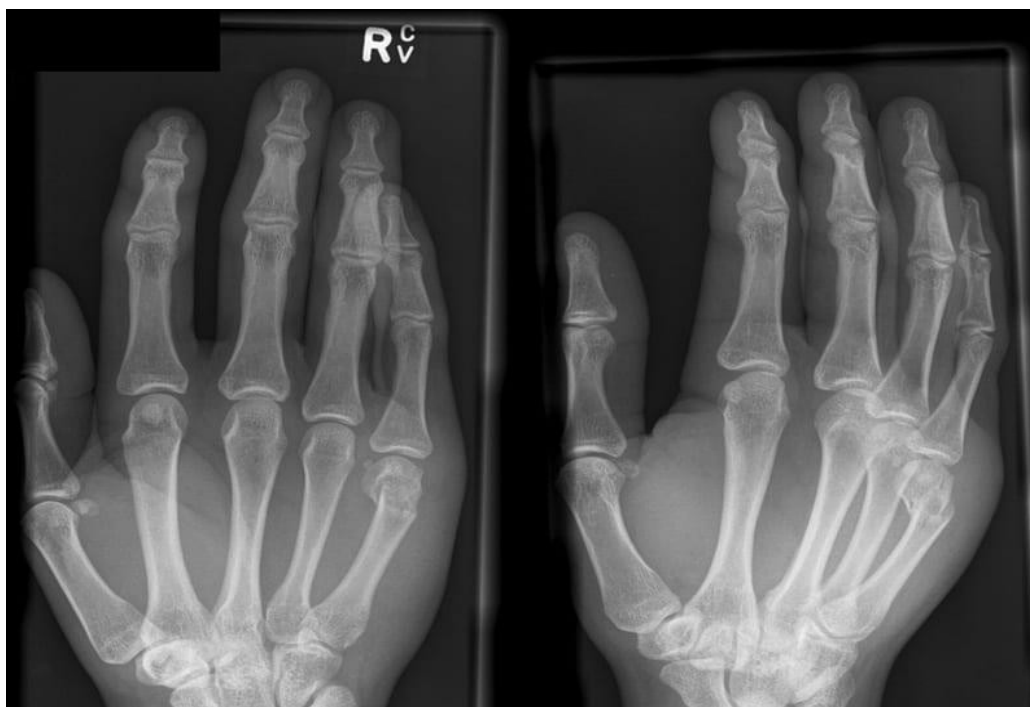
D

איזה שבר תואם לתמונה?

- א. Scaphoid – A
- ב. Nightstick – B
- ג. Colles – C
- ד. Galeazzi – D

97. בן 25, התקבל למלר"ד לאחר קטטה עם חבלה ליזו הימנית.

צילום רנטגן:



מה יהיה השלב הבא במלר"ד?

- א. קיבוע באמצעות Buddy taping.
- ב. אשפוז לניתוח ORIF.
- ג. Dorsal aluminum padded splint.
- ד. Ulnar gutter splint.

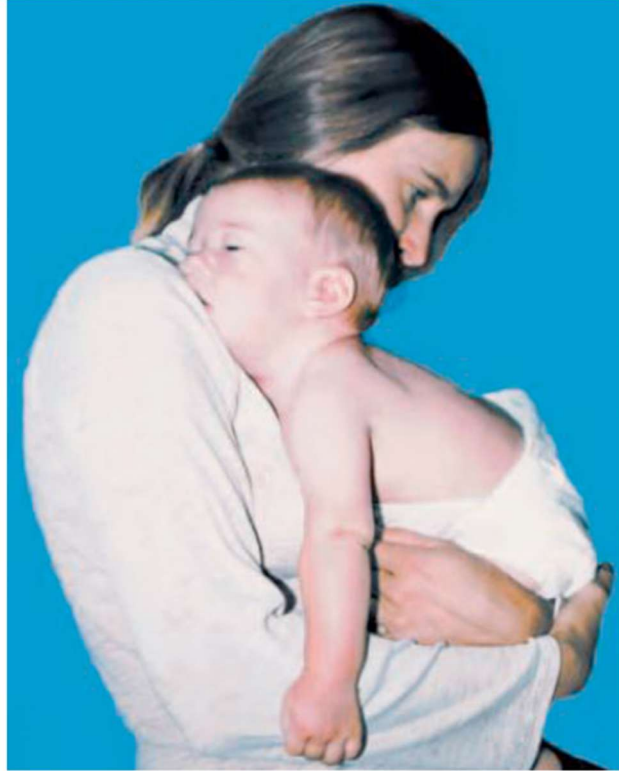
98. פעוטה בת שנתיים וחצי מגיעה למלר"ד לאחר נפילה וחבלת ראש.

לפי אלגוריתם הטיפול של PECARN, איזה מהמצבים הבאים ייצור התלבטות בין

השלמת CT ראש לבין השגחה בלבד?

- א. המטומה פריאטלית (Parietal hematoma) מבודדת.
- ב. סימנים של שבר בסיס גולגולת (basilar skull fracture).
- ג. נפילה מגובה עמידה של הילד.
- ד. תלונה על כאב ראש חזק.

99. תינוק בן 5 חודשים, הריון ולידה תקינים. חיסונים במועד. ניזון מהנקה והחל טעימות. הובא למלר"ד בשל עצירות, חולשה, וירידה בתיאבון. בבדיקה: טונוס ירוד, ירידה בהחזרים (Deep tendon reflexes). הילד נראה בתמונה:



בימים האחרונים נחשף למחית אפונה משומרת כחלק מהטעימות. מה מהבאים עוד צפוי להופיע בתינוק זה?

- א. בבדיקת מרפס - מרפסים סגורים.
- ב. בבדיקת EMG - פוטנציאלים מוטוריים בעלי אמפליטודה נמוכה.
- ג. בבדיקת קרקעית העין - דימומים ממושטים ברשתית.
- ד. בבדיקת דם - מטהמוגלובינמיה (Methemoglobinemia).

100. בן 3 שנים, הריון ולידה תקינים. מחוסן, בריא בד"כ, ללא אלרגיות ידועות, נמצא בפעוטון. הובא למלר"ד בשל חום גבוה מזה 5 ימים. בבדיקתו - בלוטות צוואריות מוגדלות, פריחה ממושטת וממצאים נוספים, כפי שנראים בתמונות:



מבין הבאים, מה הטיפול המתאים ביותר?

- א. סטרואידים ואינהלציות.
- ב. אספירין + IVIG.
- ג. אנטיביוטיקה רחבת טווח.
- ד. טיפול תומך בלבד בנוזלים והורדת חום.

101. יילוד בן 10 ימים מתקבל למלר"ד עם צהבת עורית.

הריון ולידה תקינים. ניזון מחלב אם.

בבדיקות דם - Total Bilirubin 10 mg/dL, ברובו ישיר (Conjugated).

היילוד במצב כללי טוב, חיוני ומדדים חיוניים תקינים לגילו.

מה יהיה השלב הנכון הבא?

א. שחרור להמשך מעקב בימים הקרובים בטיפת חלב.

ב. בירור באשפוז.

ג. הפסקת הנקה ומעבר לתחליפי מזון.

ד. התחלת טיפול באור.

102. בן 4 שבועות, הריון ולידה תקינים. מחוסן. ניזון מתחליפי מזון לתינוק.

בימים האחרונים מקיא לאחר כל האכלה, הקאות בקשת (Projectile). אין צבע ירוק

בקיאה. ללא רושם לירידה בתיאבון. ללא חום.

מה מהבאים סביר שיימצא בבדיקתו?

א. Olive sign

ב. Hyperchloremic metabolic alkalosis

ג. Hypochloremic metabolic acidosis

ד. Sausage sign

103. בן שבועיים, הריון ולידה תקינים. הובא למלר"ד בשל חום עד 38.0. ללא סימפטומים

נוספים, אוכל כהרגלו, אינו אפאטי ונראה חיוני לגילו.

במלר"ד סטיק שתן פתולוגי והוחלט על טיפול אנטיביוטי בחשד לדלקת בדרכי השתן.

מה השלב הנכון הבא?

א. יש צורך בביצוע בדיקות דם כדי להחליט אם לתת טיפול פומי או תוך ורידי.

ב. יש צורך בביצוע בדיקות דם וניקור מותני לפני החלטה על טיפול אנטיביוטי.

ג. ללא צורך בבירור נוסף במלר"ד, יש לאשפזו עד תוצאות תרבית השתן.

ד. ללא צורך בבירור נוסף במלר"ד, יש לשחררו לטיפול אנטיביוטי פומי ומעקב תרבויות

שתן בקהילה.

104. מטופל מתקבל מעורפל הכרה אחרי שתייה מרובה עם חמצת מטבולית ורמות Ethanol תקינות בדם. עולה אבחנה מבדלת של Toxic alcohol.

מה מהבאים יכוון ל- Ethylene glycol ולא ל-Methanol?

- א. חמצת מטבולית עם מרווח אניוני (Anion gap) גבוה.
- ב. חמצת מטבולית עם מרווח אוסמולרי (Osmolar gap) גבוה.
- ג. גלוקוז תקין.
- ד. סידן נמוך.

105. בן 45, הגיע למלר"ד אחרי בליעה מכוונת של Digoxin. אובחן עם הרעלה חריפה. במהלך שהותו במלר"ד מציג Tachyarrhythmia ו- Bradyarrhythmia לסירוגין.

מה מהבאים צריך להיות חלק מהטיפול בחולה?

- א. Amiodarone במקרה של Atrial fibrillation.
- ב. IV NaCl 0.9% + 40 mEq KCl.
- ג. Atropine במקרה של Bradyarrhythmia.
- ד. Propranolol במקרה של Tachyarrhythmia.

106. בן 85 מגיע למלר"ד לאחר שלקח בטעות מספר רב של כדורי Atenolol שנוטל באופן קבוע. בבדיקתו ישנוני, דופק 45 לדקה ול"ד 90/40.

מה השלב הנכון הראשון בטיפול?

- א. IV Atropine.
- ב. IV NaCl 0.9%.
- ג. IV Calcium gluconate.
- ד. IV Noradrenaline.

107. בת 27, הובאה למלר"ד לאחר שנמצאה מבולבלת בביתה.

אנמנזה מהאמא: המטופלת בריאה בד"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע. לאחרונה מצב רוח ירוד לאור פרידה מבן זוג וקשיים בלימודים. בנוסף, לפני שבועיים אירוע של פריחה מגרדת אשר טופלה בהצלחה באנטיהיסטמינים לכמה ימים.
סימנים חיוניים: דופק 132, ל"ד 145/85, חום 38.8.
בבדיקה: עור חם ויבש, אישונים מורחבים, אי שקט פסיכומטורי, ירידה בפריסטלטיקה של המעי, שלפוחית שתן תפוחה במישוש.

מה מהבאים יהיה טיפול מתאים לאבחנה הסבירה ביותר?

- א. Naloxone.
- ב. Physostigmine.
- ג. Flumazenil.
- ד. Sodium bicarbonate.

108. מטייל בן 25 מגיע למלר"ד לאחר טיול של חודשיים בגואטמלה, ממנו חזר כשבוע טרם קבלתו. מתלונן על חולשה כללית, חום, פלפיטציות ונפיחות בפנים (ראו תמונה):



סימנים חיוניים: דופק 120, ל"ד 103/80, סטורציה 94% באוויר חדר, חום 38.

מה האבחנה הנכונה ביותר למצבו?

- א. מחלת צ'אגאס (Chagas disease).
- ב. מלריה (Malaria).
- ג. סכיסטוזומיאזיס (Schistosomiasis).
- ד. לישמניאזיס (Leishmaniasis).

109. לפניכם ארבעה מקרי חשיפה של איש צוות רפואי לנוזלי גוף של חולה הידוע כנשא HIV.

באיזה מהמקרים יש אינדיקציה להתחלת טיפול תרופתי בפרוטוקול PEP (Post exposure prophylaxis)?

- א. התזת דם לתוך לחמית העין לפני כיממה.
- ב. דקירה ממחט נגועה בדם לפני 4 ימים.
- ג. מגע של רוק על גבי עור לא שלם לפני כ- 4 שעות.
- ד. מגע של דם על גבי עור שלם לפני כ- 4 שעות.

110. גבר בן 28 מגיע למחלקה לרפואה דחופה עם תלונה של פריחה מפושטת שאינה מגרדת מזה כחודשיים על פלג גופו העליון ועל כפות הידיים והרגליים. בנוסף דיווח על כיב לא כואב שהופיע על הפין לפני כחודשיים וחלף מעצמו. תמונת הפריחה:



בבדיקתו רושם ללימפאדנופתיה (Lymphadenopathy) במספר תחנות בגוף.

מהו הטיפול הנכון ביותר עבור מטופל זה?

- א. IM Ceftriaxone 500mg once + Doxycycline 100*2/d למשך 7 ימים.
- ב. PO Acyclovir 400mg*3/d למשך 7-10 ימים.
- ג. IM Benzathine penicillin G 2.4 million units once.
- ד. IM Ceftriaxone 250mg once + Azithromycin 1g once.

111. בת 29, מזה כמה חודשים מלינה על חולשת שרירים וכפל ראייה (Diplopia).
החולשה משמעותית יותר בשרירים פרוקסימליים (Proximal), ומחמירה בערב.
המטופלת מתארת קושי לצחצח שיניים לפני השינה.
בשבוע האחרון מתארת החמרה בתסמינים.
באנמזה - קיבלה טיפול תרופתי מרופא המשפחה שאינה זוכרת את שמו.
מה מבין הבאים יכול היה להיות הטיפול התרופתי שקיבלה והחמיר את תסמיניה?

א. Metoclopramide

ב. Amphotericin

ג. Lisinopril

ד. Clindamycin

112. בן 28, בריא ללא מחלות רקע.
פנה למר"ד בעקבות חולשה בגפיים תחתונות מזה כשבוע, מלווה בתחושת נימול,
שהולכת ומחמירה.
באנמזה מציין כי לפני שבועיים חלה במחלה דמוית שפעת.
בדיקה נוירולוגית: הכרה מלאה, חולשה דיסטלית בולטת בגפיים תחתונות דרצדדית 3/5,
עם חולשה קלה יותר בשרירים הפרוקסימליים של הירכיים 4/5. רפלקסים ירודים
בברכיים ובקרסוליים.
שאר הבדיקה ללא ממצאים.
מה מהבאים יהיה טיפול מתאים לאבחנה הסבירה ביותר בנוסף ל- IVIG?

א. PO Prednisone

ב. IV Dexamethasone

ג. Plasma exchange

ד. PO Pyridostigmine

113. בן 42, מעשן כבד, פונה למלר"ד בשל כאב חד וחזק בצד שמאל של הפנים והעין. הכאב התחיל 5 ימים לפני הגעתו, כ- 3-4 פעמים ביום. כל התקף נמשך כ-60-90 דקות, ומלווה בדמעת ונזלת חד-צדדית. פנה למלר"ד כשהרגיש טשטוש ראייה בעין שמאל. סימנים חיוניים בגדר התקין. בבדיקתו, ללא חסר נוירולוגי פוקלי, למעט הממצא בתמונה:



מה הצעד הבא המתאים ביותר?

- א. חמצן LPM 15 במסכה ללא החזר (Non-rebreather).
- ב. SQ Sumatriptan 6 mg.
- ג. PO Prednisone 60 mg.
- ד. CTA ראש וצוואר.

114. גבר בן 75, מובא למלר"ד ע"י משפחתו בגלל שינוי במצבו המנטלי שהחל ביומיים האחרונים. לדבריהם לא זוכר היכן מתגורר ולא מזהה את בני משפחתו. המטופל מספר כי רואה בחדר את קרובי משפחתו שאינם בחיים. סימנים חיוניים: דופק 115 סדיר, ל"ד 150/80, סטורציה 94% באוויר חדר, חום 36.8. בבדיקתו בהכרה מלאה, באי שקט, לא מתמצא בזמן ובמקום, ללא חסר נוירולוגי פוקאלי. איזו מההפרעות הבאות היא הסבירה ביותר להסביר את מצבו?

- א. Vascular dementia.
- ב. Primary psychiatric disorder.
- ג. Lewy body dementia.
- ד. Delirium.

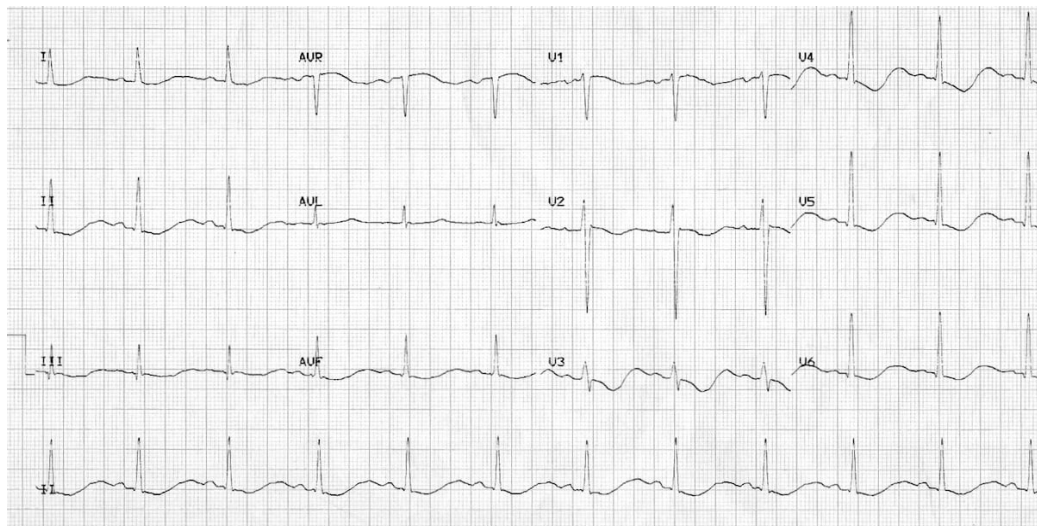
115. בן 27, מבצע דיאליזה פריטוניאלית (Peritoneal dialysis) מזה שנתיים, עד כה ללא סיבוכים. ללא מחלות רקע אחרות.
פנה למלר"ד בשל חום עד 38 מעלות ומראה עכור של הנוזל הפריטוניאלי. שולל כאב בטן, בחילות, או כל סימפטום אחר.
בבדיקה: בטן רכה עם רגישות דיפוזית קלה. ללא סימני גירוי צפקי.
בבדיקת מעבדה מהנוזל הפריטוניאלי יש 125 תאים לבנים כאשר $60\% \text{ PMN}$.
בצביעת גראם נצפו קוקים גרם-חיוביים באשכולות.
מה הטיפול הנכון?

- א. הוצאת קטטר הדיאליזה ואשפוז לטיפול אנטיביוטי תוך ורידי.
 - ב. אשפוז לטיפול אנטיביוטי Intra-peritoneal.
 - ג. מנה ראשונה של אנטיביוטיקה תוך ורידית במלר"ד ושחרור להמשך טיפול פומי.
 - ד. מנה ראשונה של אנטיביוטיקה intra-peritoneal במלר"ד ושחרור להמשך טיפול אנטיביוטי Intra-peritoneal בבית.
-

116. בת 62 מגיעה למלר"ד עם תלונות של חולשה כללית וכאבי שרירים. ללא חום, ללא הקאות או שלשולים. ברקע יתר לחץ דם המטופל עם Hydrochlorothiazide, ואלכוהוליזם. מדדים תקינים. בבדיקה גופנית המטופלת נראית עייפה, ללא ממצא חריג אחר. בדיקות מעבדה:

Test	Result	Reference Range
Sodium	138 mmol/L	135-145 mmol/L
Potassium	2.6 mmol/L	3.5-5 mmol/L
Chloride	96 mmol/L	98-107 mmol/L
Bicarbonate	20 mmol/L	22-28 mmol/L
BUN	34 mg/dL	7-20 mg/dL
Creatinine	0.9 mg/dL	0.6-1.3 mg/dL
Calcium	8.6 mg/dL	8.5-10.5 mg/dL
Magnesium	1.7 mg/dL	1.7-2.4 mg/dL
Phosphate	2.4 mg/dL	2.5-4.5 mg/dL

בוצע אק"ג:



הוחל במתן אשלגן.

מבין הבאים, מה חשוב לתת למטופלת בשלב זה?

- א. Sodium bicarbonate
- ב. Calcium gluconate
- ג. Magnesium sulfate
- ד. Sodium phosphate

117. בת 30, בריאה. פנתה למלר"ד בשל כאבי גרון, קושי בבליעה, ריור עם Muffled voice וחום 38.

סימנים חיוניים: דופק 118, ל"ד 110/75, סטורציה 98% באוויר חדר, חום 38.6. בבדיקה: קושי בפתיחת הפה, ללא הגדלת בלוטות לימפה צוואריות או תת לסתיות. ללא תפליטים על גבי השקדים. אין סטרידור, מצליחה לבלוע רוק. בנוסף, הממצאים שבתמונה:



על פי הממצאים הנ"ל, מה השלב הנכון הבא בניהול המטופלת?

- א. טיפול אנטיביוטי ואשפוז במחלקה פנימית.
- ב. אינטובציה דחופה במלר"ד לאבטחת נתיב האוויר.
- ג. יעוץ א"ג דחוף.
- ד. סטרואידים תוך ורידיים להורדת הנפיחות.

118. בן 47, בריא בד"כ. ללא טיפול תרופתי קבוע.

פנה למלר"ד בבית חולים קטן ללא שירות של רופא א"ג, בתלונה שאינו שומע באוזן ימין מזה כיומיים. אין חום או תלונות נוספות אחרות. בדיקת אוזניים (אוטוסקופיה) לא מגלה דבר. בדיקה גופנית, כולל בדיקה נוירולוגית מלאה - תקינה. אין אפשרות זמינה לבדיקת שמיעה ביממה הקרובה. מה יהיה השלב הנכון הבא בטיפול במלר"ד?

- א. אין לתת סטרואידים. יש להעביר למוסד המאפשר טיפול הפרברי (Hyperbaric oxygen).
- ב. שחרור עם Prednisone והפניה לרופא א"ג בהקדם.
- ג. הזרקת סטרואידים לעור התוף (Intratympanic).
- ד. CT ראש ללא חומר ניגוד.

119. גבר בן 64, ברקע סרטן ריאה גרורתי. השלים לאחרונה MRI אמבולטורי למעקב אחר מחלתו. הופנה למלר"ד ע"י רופא המשפחה בשל ממצא חדש של גרורה בחוליה T9. באנמנזה מספר על כאבי גב עליון מזה שבוע וחצי ללא חבלה, ללא קושי או בריחה של שתן או צואה.

בדיקתו הנוירולוגית תקינה.

מה השלב הנכון הבא בניהול החולה?

- א. אשפוז לצורך טיפול קרינה דחוף.
- ב. PO Dexamethasone 10 mg ושחרור עם המשך טיפול פומי.
- ג. שיכוך כאב ומעקב אמבולטורי.
- ד. אשפוז לצורך סטרואידים תוך ורידית.

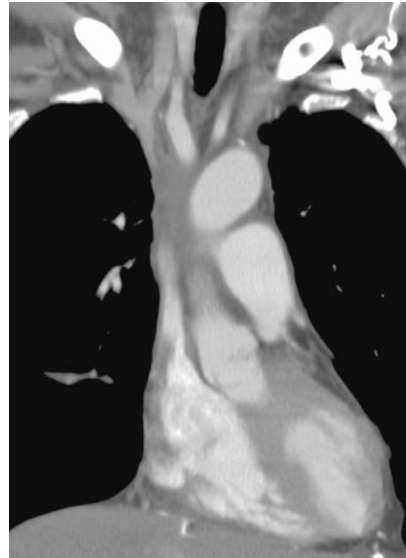
120. בת 72, ברקע סוכרת וקרצינומה גרורתית של המעי. הובאה למלר"ד ע"י בני משפחתה בשל שינוי במצב ההכרה, איטיות פסיכומוטורית וישנוניות. סימנים חיוניים: דופק 120, לחץ דם 96/64, סטורציה 93% באוויר חדר, חום 37.4. במעבדה היפרקלצמיה 15.8mg/dL, קריאטנין 2.1 (בסיס 1.4).

מה יהיה הצעד הראשון הנכון בטיפול בחולה?

- א. IV Pamidronate 90 mg
- ב. SC Calcitonin 6 units/Kg
- ג. IV Ringers lactate 2 L
- ד. PO Disothiazide 25 mg

121. גבר בן 63, ברקע ממאירות ריאתית. פנה למלר"ד בשל קוצר נשימה שהחמיר בימים האחרונים.

סימנים חיוניים: דופק 92, ל"ד 112/71, סטורציה 94% באוויר חדר, חום 37.1.
בדיקה גופנית: נפיחות בפנים, גודש ורידי צוואר (JVD) והחמרה בקוצר נשימה בשכיבה.
חתך מ-CT שביצע במלר"ד:



אין ממצאים פתולוגיים נוספים ב-CT מלבד הממאירות הידועה.
מה מהבאים יהיה טיפול מתאים במלר"ד?

- א. Immediate radiation.
- ב. Head of bed elevation and oxygen.
- ג. Dexamethasone.
- ד. Furosemide.

122. בת 37, בריאה. פונה למלר"ד בשל כאב במותן, הקאה חד פעמית וחום. אין צריבה, תכיפות או דחיפות במתן שתן.

סימנים חיוניים: דופק 95, ל"ד 123/81, סטורציה 99% באוויר חדר, חום 38.6.
בסטיק שתן לויקוציטים 500 וניטריטים חיוביים.
קעת מרגישה יותר טוב, אוכלת ושותה, הכאבים מאוזנים.
מבין הבאים, מה יהיה טיפול מתאים?

- א. Nitrofurantoin ל-5 ימים.
- ב. Fosfomycin חד פעמי.
- ג. Ciprofloxacin ל-7 ימים.
- ד. TMP-SMX ל-3 ימים.

123. בת 30, בריאה, שבוע 28 להריון. הופנתה למלר"ד בשל צמיחה בשתן של E. COLI, ללא עמידויות.

באנמזה, לא היו כל תלונות, לרבות דיסאוריה (Dysuria), חום או כאבים במותניים. הבדיקה נלקחה באופן רוטיני במסגרת ביקורת מרפאתית.

מה השלב הנכון הבא בטיפול?

- א. אין צורך בטיפול, כי המטופלת אסימפטומטית.
- ב. Ampicillin.
- ג. Ciprofloxacin.
- ד. Nitrofurantoin.

124. בן 67, מקבל דם במלר"ד בשל אנמיה סימפטומטית. כעבור מספר דקות מתחילת העירוי המטופל מתלונן על גרד מפושט, עם הופעת אורטיקריה בגו ובגפיים.

המטופל שולל קוצר נשימה, ללא צפצופים בהאזנה. שולל כאב בטן, בחילות והקאות. סימנים חיוניים: דופק 82, ל"ד 120/75, סטורציה 98% באוויר חדר.

מה הצעד הבא המתאים ביותר?

- א. הפסקת העירוי לצמיתות. טיפול כאנפילקסיס כולל אדרנלין.
- ב. הפסקת העירוי. מתן אנטיהיסטמינים וחידוש העירוי אחרי היעלמות הסימפטומים.
- ג. המשך העירוי. מדובר בתגובה קלה ויש רק לשלוח את דגימת המנה לבנק הדם.
- ד. המשך העירוי תוך מתן סטרואידים תוך ורידית.

125. בן 69, ברקע עישון ויל"ד. פנה למלר"ד לאור כאבי ראש מתגברים, טשטוש ראייה והסמקה של הפנים.

בקבלתו ל"ד 165/90, סטורציה 95% באוויר חדר.

בבדיקתו - אודם בפנים ובעיניים כבתמונה:



שאר הבדיקה תקינה, למעט טחול מוגדל במישוש בטני.

מעבדה:

HB 20.1 g/dl

HCT 63%

WBC 13.800

PLT 580,000

מהו הצעד הטיפולי המתאים ביותר בשלב זה?

- א. התחלת אספירין ומעקב אמבולטורי.
- ב. מתן עירוי נוזלים.
- ג. ביצוע הקזת דם.
- ד. התחלת טיפול ב-Hydroxyurea במלר"ד.

126. בת 29, בריאה בדר"כ, ללא טיפול תרופתי קבוע.

הגיעה למלר"ד בליווי בעלה אשר מציין כי מבוקר קבלתה היא מבולבלת. הבעל מספר כי התלוננה על כאבי ראש ובטן עליונה. בשבוע האחרון שלשולים מימיים. סימנים חיוניים: דופק 109, ל"ד 145/95, סטורציה 99% באוויר חדר, חום 37.7. בבדיקתה: בהכרה, אך אינה מתמצאת בזמן ובמקום. ללא קישיון עורף. לב וריאות ללא ממצאים. גפיים כנראה בתמונה:



במישוש בטן רושם לרגישות בבטן ימנית עליונה.

מעבדה:

HB 8.4g\dl

PLT 22,000

LDH 600

Bili indirect 2.3

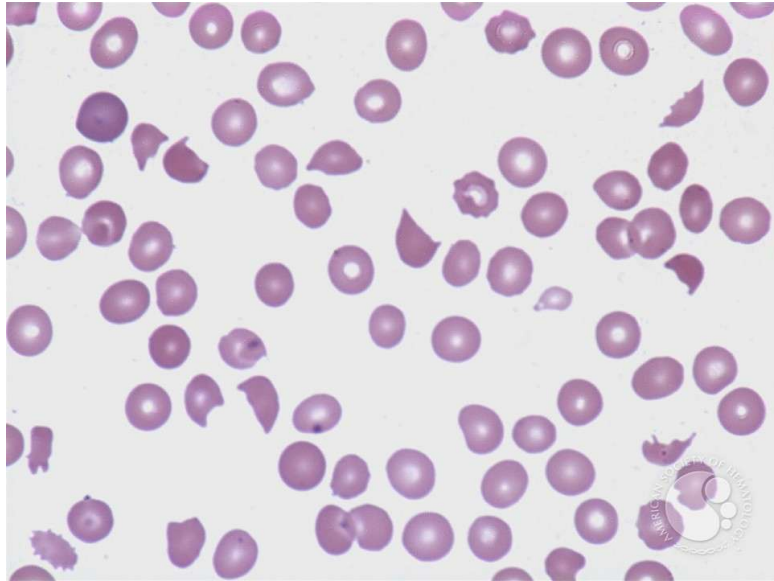
Cr 1.9

AS5 96, ALT 88

PT תקין

aPTT תקין

משטח דם :



פרוטאינווריה בבדיקת השתן.

מבין הבאים, מה צריך להיות חלק מהטיפול בחולה ?

- א. Platelets.
 - ב. Broad spectrum antibiotics.
 - ג. Plasma exchange.
 - ד. Blood transfusion.
-

127. בת 62, ברקע ממאירות שד פעילה תחת טיפולים כימותרפיים.
מתקבלת למלר"ד לאור כאבים בשוק ימין ונפיחות מזה כ-4 ימים.
שוללת קוצר נשימה או כאבים בחזה.
סימנים חיוניים: דופק 87, ל"ד 134/87, סטורציה 97% באוויר חדר, חום 36.2, 16 נשימות בדקה.
בבדיקתה:
שוק ימין נפוחה ביחס לשמאל, רגישה למגע על פני הסובכים, בצקת גומתית +2 בימין בלבד.
ללא אודם, תפרחת עורית או חום מקומי.
בוצע Three-point venous ultrasound – שלילי.
בוצע D DIMER – 1,027.
שאר בדיקות מעבדה תקינות.
מה הצעד הנכון הבא?

- א. אשפוז לביצוע דופלקס ורידי רגליים פורמלי.
- ב. שחרור הביתה, אין צורך בבירור נוסף.
- ג. שחרור הביתה, דופלקס פורמלי בעוד 7 ימים.
- ד. התחלת טיפול במדללי דם ואשפוז.

128. בת 29, ללא מחלות רקע, ללא טיפול תרופתי קבוע. אינה מעשנת.
מלינה על נימול לאורך יד ימין, מלווה תחושת כובד ועייפות בעת הרמת היד מעל גובה הכתף ובעת עבודה ממושכת.
בבדיקה: ללא אודם או שינוי צבע הגפה, ללא חום מקומי, ללא רגישות במישוש, בדיקת EAST (elevated arm stress test) חיובית עם הופעת נימול ועייפות מוקדמת לאורך יד ימין. דופק רדיאלי נמוש תקין במהלך הבדיקה. ללא נפיחות או גודש ורידי.
מבין הבאים, מה צריך להיות השלב הבא?

- א. IV Heparin
- ב. Operative Decompression
- ג. Physiotherapy
- ד. CT-angiography

129. בת 38, G6P5, ילדה בלידה נרתיקית לפני כ- 20 דקות.

מהלך הלידה היה ממושך, השלייה יצאה בשלמותה והיילוד נראה גדול.

זמן קצר לאחר הלידה החל דימום נרתיקי משמעותי, שהוערך כ-1 ליטר.

סימנים חיוניים: דופק 116, ל"ד 150/85.

בבדיקה: הרחם רך, מוגדל ואטוני (Atonic) במישוש, אין עדות לקרעים בתעלת הלידה.

בנוסף למתן IM Oxytocin, מהו הצעד הנכון הבא בניהול המטופלת?

א. IV TXA

ב. אין צורך בטיפול כעת.

ג. Uterine massage

ד. Vaginal packing

130. בת 28, בריאה בדר"כ, שלושה ימים אחרי לידה נרתיקית. פנתה למלר"ד לאור חום

המלווה בכאבי בטן תחתונה והפרשה נרתיקית בעלת ריח חריג.

בדו"ח הלידה במחשב מצוין כי עבר זמן ממושך מאז ירידת המים ועד הלידה ונעשה

שימוש במוניטור עוברי פנימי.

סימנים חיוניים: דופק 114, ל"ד 130/87, חום 38.7.

בבדיקה: רגישות בבטן התחתונה וסופרה-פובית, ללא סימני גירוי צפקי.

אזור הנרתיק במראה תקין, הפרשה עכורה ומסריחה, אין דימום חריג.

במעבדה מדדי זלקת מוגברים.

מהו הצעד הבא המתאים ביותר בניהול המטופלת?

א. הורדת חום, אנטיביוטיקה פומית ושחרור.

ב. CT בטן.

ג. US נרתיקי, אנטיביוטיקה תוך ורידית ואשפוז.

ד. תרביית שתן, אנטיביוטיקה תואמת חיידקי שתן ושחרור באבחנה של UTI.

131. בת 41, הריון שני, שבוע 31, מתקבלת למלר"ד בשל כאב ראש וחולשה.

סימנים חיוניים: דופק 124, ל"ד 180/120, סטורציה 99% באוויר חדר, חום 36.7.

מטופלת במגנזיום תוך ורידי.

מה תרופת הבחירה הראשונה לטיפול בלחץ הדם?

א. PO Captopril

ב. IV Nicardipine

ג. IV Labetalol

ד. IV Nitroglycerin

132. בן 20, ברקע קרוהן (Crohn's), נוטל Adalimumab (Humira). עובד כסייע לרופא שיניים.

מזה מספר ימים כאב בקצות אצבעות הידיים, הבוקר הבחין בנפיחות באצבעות, כפי שנראה בתמונה ופנה למלר"ד:



מה המזהם החשוד הסביר ביותר לממצא זה?

- א. Pseudomonas Aeruginosa
- ב. Herpes Simplex Virus
- ג. Group A Streptococcus
- ד. Tinea Unguium (Onychomycosis)

133. בן 42, אח במכון דיאליזה במקצועו, ידוע על קוליטיס כיבית (Ulcerative Colitis) מגיל 17, הפסיק טיפול ביולוגי על דעת עצמו לפני כשלושה חודשים. מזה כשבוע כאב בטן, שלשולים דמיים, כאב ברך ימין וחולשה. יום טרם קבלתו הופעת הנגעים שבתמונה:



הנגעים מורמים מהעור, רגישים למגע.
בקבלתו, נינוח אך חלש, מדדים חיוניים בנורמה.
איזה מהתיאורים הבאים הוא המתאים להתייצגות זו?

- א. Erythema Nodosum
- ב. Bullous pemphigoid
- ג. Disseminated Gonorrhoea
- ד. Henoch-Schönlein Purpura

134. בת 71, ברקע סכרת סוג 2, יתר לחץ דם, מטופלים ומאוזנים תרופתית.
פנתה בשל תחושת כפל ראייה (Diplopia) שהופיעה בשלושת הימים האחרונים. שוללת
כאבי ראש, בחילות או חוסר יציבות בהליכה. תגובת אישונים תקינה.
בבדיקתה הנורולוגית ללא ממצאים, למעט הפרעה בתנועות העיניים במבט לשמאל, כפי
שנראית בתמונה:



מבין הבאים, מה יהיה צעד סביר במלר"ד?

- א. בדיקת רופא עיניים עם מנורת סדק (Slit lamp).
 - ב. אשפוז לביצוע MRI/MRA דחוף.
 - ג. שחרור למעקב נירואופטלמולוג אמבולטורי.
 - ד. ניקור מותני (LP) בשאלה של Miller-fisher syndrome.
-

135. בן 43, אינסטלטור במקצועו. פנה למלר"ד לאחר שנפגע בעיניו מחומר בסיסי בזמן העבודה. שטף את פניו ואת העיניים מיד לאחר החשיפה במים זורמים במשך כמעט שעה. מציין גרד בעיניים, ללא תלונות על טשטוש ראייה.
תמונה של העיניים:



בדיקת חדות ראייה תקינה, בדיקת מנורת סדק (Slit lamp) ללא כיבים על פני הקרנית, ללא רושם לתאים או חלקיקים (floaters) בלשכה קדמית, רשתית במראה תקין.
מבין הבאים, מה יהיה צעד המשכי סביר במלר"ד?

- א. אשפוז לשטיפת עיניים מתמשכת.
- ב. מדידת PH בעין.
- ג. אשפוז לטיפול אנטיביוטי.
- ד. אין צורך בהמשך בירור, שחרור עם הנחיה לביצוע קומפרסים חמים.

136. בן 40, ללא מחלות רקע, ללא טיפול תרופתי קבוע.

מזה 4 ימים סובל משיעול, נזלת, כאבי גרון, חום גבולי עד 38. מאתמול שם לב לממצא בעין השמאלית, כפי שנראה בתמונה:



מה מהבאים יהיה המשך ניהול סביר במלר"ד?

- א. בדיקת רופא עיניים במלר"ד.
- ב. שחרור לטיפול בטיפות אנטיביוטיות בעין.
- ג. שחרור לטיפול ב-Acyclovir.
- ד. הרגעה ושחרור ללא טיפול נוסף.

137. בן 28, התקבל למלר"ד בהחייאת PEA, לאחר שנמצא ברחוב כשהוא רטוב מהגשם בחודש ינואר.

בהערכה ראשונית במלר"ד נמדדה טמפרטורת גוף של 28 מעלות. במהלך ההחייאה המקצב משתנה בין PEA ל-VF בכל כמה סבבים.

איזו מההתערבויות הבאות תהיה נכונה במהלך ההחייאה?

- א. יש לתת נוזלים מחוממים, בעדיפות בווריד מרכזי (Central line).
- ב. יש לבצע עיסויים חזקים יותר מאשר בהחייאה רגילה.
- ג. בהופעה של VF, תרופת הבחירה תהיה Procainamide.
- ד. בהופעה של VF, אין לבצע Defibrillation עד לעליית חום גוף מעל 32 מעלות צלזיוס.

138. בן 20, חייל. ללא מחלות רקע. ללא טיפול תרופתי.

שהה בפעילות רציפה בשטח במשך 3 ימים, במזג אוויר גשום עם טמפרטורות בשטח של 5-10 מעלות.

לאחר סיום הפעילות החליף את בגדיו הרטובים ושם לב לרדימות (Numbness) בכפות הרגליים שלו.

תמונת הרגליים:



מה מהבאים יהיה טיפול סביר למצבו?

- א. השריה במים חמים עד חלוף התסמינים.
- ב. טיפול במשחת Nifedipine.
- ג. חימום איטי בטמפרטורת החדר.
- ד. הטריה (Debridement) של הרקמה הפגועה.

139. בן 30, בריא. פנה למלר"ד בשל כאבים באזור שורש כף היד.

בבדיקתו ניתן להבחין בכאבים באזור הסטילואיד הרדיאלי (Radial styloid process). הכאב קבוע ומוחמר באבדוקציה (Abduction) של האגודל. Finkelstein's test חיובי.

מה האבחנה הנכונה?

- א. de Quervain's tenosynovitis.
- ב. Epicondylitis.
- ג. Carpal tunnel syndrome.
- ד. Calcific tendinopathy.

140. בן 33, בריא. פונה למלר"ד בשל כאב בכתף הקדמית שמקרין עד המרפק מזה מספר שבועות, אין סיפור של טראומה. באנמנזה מספר שהכאב מחמיר בלילה, כשמתהפך על הכתף, וכאשר מנסה להכניס יד לכיס או לסובב ידית של דלת. בבדיקתו רגישות ממוקדת במישוש האספקט הקדמי של עצם הזרוע הפרוקסימלית (Proximal humerus). שני המבחנים שלהלן חיוביים:

<https://media.examapp.co.il/319508/dqldattg-1.webm>

<https://media.examapp.co.il/319508/afqbsuuv-2.webm>

מה האבחנה הסבירה ביותר?

- א. Impingement Syndrome
- ב. Bicipital Tendinopathy
- ג. Frozen shoulder
- ד. Rotator cuff tear

141. בן 3, הגיע למלר"ד 45 דקות אחרי שנפל בגינה וישן חותכת מרכזית עליונה נשלפה ממקומה במלואה (Avulsion). השן שמורה בכוס חלב.

מהו הצעד הטיפולי הנכון ביותר?

- א. יש להשתיל את השן מחדש (Reimplantation) באופן מיידי.
- ב. יש לגרד את שאריות הרצועה הפריודונטלית מהשורש, לשטוף בסליין ולהשתיל מחדש.
- ג. אין להשתיל את השן מחדש, יש להפנות לרופא שיניים למעקב בלבד.
- ד. יש להשתיל את השן מחדש רק אם ניתן לקבע אותה עם חומר חבישה פריודונטלי (Coe-Pak) בתוך שעה מהפציעה.

142. מטופל מגיע לאחר קטטה עם שבר בשן, כפי שנראה בתמונה:



בבדיקה, נראה שבר שבו נחשפה שכבה פנימית בגוון צהוב-שנהב (Ivory-yellow), ללא עדות לנקודות דם על פני השטח של השבר. המטופל מתלונן על רגישות רבה לקור ולאוויר. מהי האבחנה הנכונה והטיפול הראשוני?

- א. שבר Ellis I, אין צורך בטיפול דחוף, למעט שיוף קצוות חדים.
- ב. שבר Ellis II, כיסוי הדנטין החשוף במשחת סידן הידרוקסיד (Calcium hydroxide) והפניה לרופא שיניים.
- ג. שבר Ellis III, יש לחבר את החלק השבור ולהניח קיבוע כדי לשמור חיות מוך השן (Tooth pulp viability).
- ד. זעזוע שן (Concussion), שיכוך כאב בלבד.

143. בן 32, ברקע סכיזופרניה. הובא למלר"ד ע"י הוריו בשל התקף פסיכוכטי חריף. אין תלונות גופניות.

בבדיקתו: הכרה מלאה, משתף פעולה, הבדיקה הגופנית תקינה. סימנים חיוניים תקינים.

מה מהבאים צריך להתבצע לפני העברה לאשפוז פסיכיאטרי?

- א. בדיקות מעבדה שגרתיות.
- ב. סקר טוקסיקולוגי.
- ג. אין צורך לבצע בדיקות נוספות.
- ד. CT מוח.

144. בת 25, התקבלה למלר"ד אחרי נשיכת כלב. בדיון עם כונן כלבת בלשכת הבריאות, יש לתת חיסון פעיל וסביל במלר"ד.

מה הדרך הנכונה ביותר לתת חיסונים אלה?

- א. הסננה של החיסון הסביל סביב הפצע ככל האפשר, ואת היתרה לאותו מקום שבו ניתן החיסון הפעיל.
- ב. הסננה של החיסון הפעיל סביב הפצע ככל האפשר, ואת היתרה לשריר מרוחק ממקום החיסון הסביל.
- ג. הסננה של החיסון הסביל סביב הפצע ככל האפשר, ואת היתרה לשריר מרוחק ממקום החיסון הפעיל.
- ד. הסננה של החיסון הפעיל סביב הפצע ככל האפשר, ואת היתרה לאותו מקום שבו ניתן החיסון הסביל.

145. בן 35, ללא מחלות רקע, ננשך ע"י כלב משוטט בעת טיול בחו"ל כ- 10 ימים טרם פנייתו למלר"ד. מיד אחרי הנשיכה נבדק במרפאה מקומית, שם תועדו סימני נשיכה עם דימום וקיבל מנה ראשונה של חיסון פעיל ללא חיסון סביל (HRIG). עם נחיתתו מחו"ל פנה למלר"ד לבדיקה והחלטה על המשך חיסונים.

מהי הפעולה הנכונה ביותר בשלב זה?

- א. יש להסנין HRIG במקום הנשיכה בלבד.
- ב. יש לתת HRIG בשריר, אין טעם להסנין במקום הנשיכה בשלב זה.
- ג. יש להסנין HRIG במקום הנשיכה והשאר בשריר.
- ד. אין לתת HRIG בשלב זה.

146. הסתיימה כעת אינטובציה של מטופל באי ספיקה נשימתית במלר"ד. על פי מאמרו של *Managing Initial Mechanical Ventilation in the Emergency Department*, מה המדיניות המומלצת לטיטרציה של אחוז החמצן ו-PEEP מיד לאחר האינטובציה?

- א. יש להתחיל ב- 100% חמצן עם PEEP 0 (או הנמוך ביותר שהמכונה מאפשרת) ולהעלות PEEP עד הגעה לרמת סטורציה תקינה אצל המטופל.
- ב. יש להתחיל ב- 100% חמצן עם PEEP 10 ולהוריד את אחוז החמצן בהדרגה עד הגעה לרמת סטורציה תקינה אצל המטופל. לעיתים יהיה ניתן בהמשך להוריד את אחוז החמצן ועדיין לשמור על רמת סטורציה תקינה.
- ג. יש להתחיל ב- 30% חמצן ו- PEEP 24, ואז להוריד PEEP ולהעלות אחוז חמצן, עד הגעה לרמת סטורציה תקינה אצל המטופל.
- ד. יש להתחיל ב- 30% חמצן ו- PEEP 5 ואז להעלות את שניהם במקביל, עד הגעה לרמת סטורציה תקינה אצל המטופל. לעיתים יהיה ניתן בהמשך להוריד את אחוז החמצן וה- PEEP ועדיין לשמור על רמת סטורציה תקינה.

147. בן 30, התקבל למלר"ד לאחר הכשת הנחש המופיע בתמונה:



מאיזו מהתסמונות הקליניות הבאות יש לחשוש?

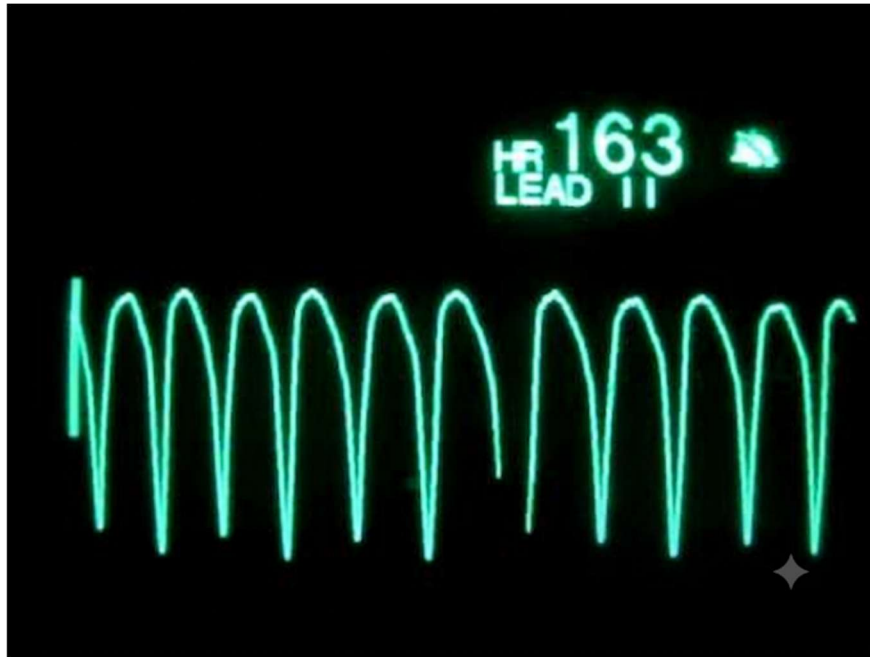
- א. הפרעה קשה בתפקודי הקרישה.
- ב. תגובה מקומית קשה עד כדי תסמונת מדור.
- ג. תגובה קרדיוטוקסית (Cardiotoxic) משמעותית.
- ד. תגובה מקומית בלבד.

148. בן 45 עם השמנת יתר חולנית, מתקבל למלר"ד על רקע חנק מגוף זר. בהגעתו היה בהכרה, אך מאבד אותה מיד עם כניסתו למלר"ד. החולה מוכנס לחדר ההלם ומתחילים בביצוע החייאה.

על פי הדגשים להחייאה מתקדמת של ה-AHA, איזו מההתערבויות הבאות נכונה במטופל הזה?

- א. גם לפני הצבת נתיב אוויר מתקדם, נכון לבצע עיסויי חזה רציפים והנשמה בכל 6 שניות על פני מחזורים של 30 עיסויים ו-2 הנשמות.
- ב. יש לבצע מיידית 5 חבטות גב ולאחר מכן 5 לחיצות בטן ורק אז להתחיל בעיסויים.
- ג. יש לבצע את העיסויים גבוה מהמיקום הרגיל בשל גודל הבטן של המטופל.
- ד. יש לבצע את ההחייאה במנח ראש ישר ולא במנח ראש מורם.

149. בן 62, התקבל למר"ד בהחייאה. תמונת הדפברילטור המחובר למטופל:



מצב זה נמשך ללא שינוי כבר 6 שבבי החייאה מלאים, שכללו תרופות ודפברילציה על פי הפרוטוקול.

על פי הדגשים להחייאה מתקדמת של ה-AHA, איזו מההתערבויות הבאות מוכחת כיעילה בחולה הזה?

- א. דפברילציה בשינוי וקטור.
- ב. מתן Epinephrine.
- ג. מתן Procainamide.
- ד. דפברילציה כפולה רציפה.

150. בן 34, מגיע למלר"ד עם מד"א 3 שעות לאחר הכשת נחש באזור הקרסול במהלך טיפול בנגב.

תמונת הקרסול:



המטופל חובב הנחשים זיהה את הנחש כצפע ארצישראלי (*Vipera palaestinae*). בהגעתו למלר"ד התלונן על כאב עז באזור ההכשה, הטבה תחת שיכוך כאב. לא ידוע סטטוס חיסון טטנוס. סימנים חיוניים תקינים. בבדיקתו: רגל ימין עם נפיחות ניכרת ללא נוקשות מהקרסול ועד הברך, אודם וכאב עז במישוש.

סימני שני נקבים באזור הצידי. דפקים Dorsalis pedis ו-Tibialis posterior תקינים. ללא ממצא נוסף בבדיקתו הגופנית.

מעבדה:

WBC 13.2, PLT 185, PT 14, INR 1.3, aPTT 38, HB 14

פיברינוגן 220

קראטינין 0.9

CPK 450

מהו הטיפול המתאים ביותר בשלב זה, בנוסף למעקב קליני ומעבדתי?

- מתן משככי כאבים + אנטי-ונום + אנטיביוטיקה.
- מתן משככי כאבים + טטנוס + אנטי-ונום.
- ביצוע פאציוטומיה (fasciotomy) מיידיית למניעת תסמונת מדור (Compartment syndrome) + אנטיביוטיקה רחבת טווח + טטנוס + משככי כאבים.
- מתן משככי כאבים + אנטי ונום + Hydrocortisone + טטנוס.