

ΜΕΤΑ-ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΟΞΕΟΣ ΠΟΝΟΥ

(I) ΥΛΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ CURRICULUM UEMS/ESA/EBA/OEA

Μετεγχειρητική φροντίδα και αντιμετώπιση του οξέος πόνου

α. Γνώσεις

- ☐ Κλίμακες βαθμολόγησης της μετεγχειρητικής κατάστασης και κριτήρια εξόδου από την ανάνηψη (π.χ. Aldrete Score).
- ☐ Παθοφυσιολογία και θεραπεία μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- ☐ Εξοπλισμός και συσκευές (σχεδιασμός εξοπλισμού, φυσική, βασικός εξοπλισμός, περιορισμοί, αντλίες αναλγησίας ελεγχόμενες από τον ασθενή, μη επεμβατικός και επεμβατικός αερισμός).
- ☐ Απογαλακτισμός από μη επεμβατικό και επεμβατικό αερισμό.
- ☐ Κριτήρια αποδιασωλήνωσης τραχείας.
- ☐ Κριτήρια μεταφοράς και εξόδου από την Ανάνηψη (π.χ. Aldrete Score).
- ☐ Πολυπαραγοντική και προληπτική αναλγησία.
- ☐ Μεταφορά των ασθενών.

β. Κλινικές δεξιότητες

- ☐ Ικανότητα παράδοσης του ασθενούς στην αίθουσα Ανάνηψης (κατάλληλη περιγραφή των σχετικών κλινικών παραμέτρων για τη φροντίδα του ασθενούς).
- ☐ Ικανότητα μετεγχειρητικής παρακολούθησης, χρησιμοποιώντας και ερμηνεύοντας εξατομικευμένες εξετάσεις (π.χ. παρακολούθηση ισχαιμίας, ακτινογραφία).
- ☐ Ικανότητα εκτέλεσης επισκληρίδιου εμβολώματος με αυτόλογο αίμα (epidural blood patch) σε περίπτωση κεφαλαλγίας, λόγω τρώσης της σκληράς μήνιγγας.
- ☐ Εκτίμηση του πόνου σε όλες τις ομάδες ασθενών.
- ☐ Χρήση σχετικών Λιστών Ελέγχου και Κατευθυντήριων Οδηγιών.
- ☐ Διατήρηση της ομοιόστασης των συστημάτων και των οργάνων μετά από την επίδραση διαφόρων χειρουργικών επεμβάσεων και αναισθησίας σε ασθενείς με ή χωρίς προϋπάρχουσες νόσους.
- ☐ Διάγνωση και διαχείριση των μετεγχειρητικών κρίσιμων συμβαμάτων και των μετεγχειρητικών ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως:
 - Υπολειμματικός νευρομυϊκός αποκλεισμός
 - Παράταση της αναισθησίας
 - Ατελεκτασία
 - Ναυτία και έμετος
 - Ρίγος
 - Πόνος
 - Δυσφορία
 - Νευρική βλάβη
 - Κεφαλαλγία μετά από τρώση της σκληράς μήνιγγας
 - Αιμορραγία
 - Παραλήρημα, γνωσιακή δυσλειτουργία
 - Μετεγχειρητικό οίδημα του προσώπου και του αεραγωγού
 - Κεντρικό αντιχολινεργικό σύνδρομο.
- ☐ Κατανόηση της ανάγκης για συνεργασία των ειδικοτήτων σε περίπτωση επανεπέμβασης.
- ☐ Πραγματοποίηση «απογαλακτισμού» από την υποστηρικτική θεραπεία των ζωτικών λειτουργιών.
- ☐ Εκτίμηση των κριτηρίων για έξοδο από την Ανάνηψη ή των κριτηρίων μεταφοράς στη ΜΕΘ.
- ☐ Εφαρμογή των εννοιών της πολυπαραγοντικής και προληπτικής αναλγησίας.

(II) ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	ΣΕΛΙΔΕΣ
Κλίμακες βαθμολόγησης της μετεγχειρητικής κατάστασης και κριτήρια εξόδου από τη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-ΑΦ) / Ανάνηψη. Παθοφυσιολογία και θεραπεία μετεγχειρητικών επιπλοκών. Κριτήρια μεταφοράς και εξόδου από τη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων / Ανάνηψη. Μεταφορά των ασθενών.	2
Παθοφυσιολογία και θεραπεία μετεγχειρητικών επιπλοκών. Εξοπλισμός και συσκευές (σχεδιασμός εξοπλισμού, φυσική, βασικός εξοπλισμός, περιορισμοί). Μη επεμβατικός και επεμβατικός αερισμός. Κριτήρια αποδιασωλήνωσης τραχείας.	10
ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ Πολυπαραγοντική και προληπτική αναλγησία. Μέθοδοι και τεχνικές μετεγχειρητικής αναλγησίας. Γενικά, παθοφυσιολογία και εκτίμηση του μετεγχειρητικού πόνου.	13
Αντιμετώπιση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου. Απλά αναλγητικά – Μη Στεροειδή Αναλγητικά Φάρμακα	16
Οπιοειδή	18
Αντλία για αναλγησία ελεγχόμενη από τον ασθενή (patient controlled analgesia, PCA)	22
Επισκληρίδιος αναλγησία και άλλες τεχνικές περιοχικής αναλγησίας (κλινικές δεξιότητες)	23
Χρήση σχετικών Λιστών Ελέγχου και Κατευθυντήριων Οδηγιών	25
Διατήρηση της ομοιόστασης των συστημάτων και των οργάνων μετά από την επίδραση διαφόρων χειρουργικών επεμβάσεων και αναισθησίας σε ασθενείς με ή χωρίς προϋπάρχουσες νόσους	27
Διάγνωση και διαχείριση των μετα-αναισθητικών ανεπιθύμητων ενεργειών και των μετεγχειρητικών κρίσιμων συμβαμάτων. Υπολειπόμενος νευρομυϊκός αποκλεισμός – αντιχολινεστεράσες	37
Μετεγχειρητικά κρίσιμα συμβάματα	40
Μετεγχειρητικό ρίγος	51
Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων / Ανάνηψη: Συμβάντα & Ενέργειες	54
Ναυτία και έμετος	81
Διαταραχές όρασης μετεγχειρητικά	86
Παραλήρημα (delirium), γνωσιακή δυσλειτουργία (cognitive dysfunction)	87
Κεντρικό αντιχολινεργικό σύνδρομο. Αλλεργική αντίδραση. Οίδημα αεραγωγού.	90
Εφαρμογή των εννοιών της πολυπαραγοντικής και προληπτικής αναλγησίας	93
Κεφαλαλγία μετά από τρώση της σκληράς μήνιγγας. Ικανότητα εκτέλεσης επισκληρίδιου εμβολώματος με αυτόλογο αίμα (epidural blood patch) σε περίπτωση κεφαλαλγίας, λόγω τρώσης της σκληράς μήνιγγας.	94

(III) ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Κλίμακες βαθμολόγησης της μετεγχειρητικής κατάστασης και κριτήρια εξόδου από τη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-ΑΦ) / Ανάνηψη.

Παθοφυσιολογία και θεραπεία μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Κριτήρια μεταφοράς και εξόδου από τη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων / Ανάνηψη.

Μεταφορά των ασθενών.

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ.85, σελ. 2778-9, πίνακας 85-14.

Η κλίμακα μετα-αναισθητικής βαθμολόγησης (κατά Aldrete) για την παρακολούθηση της ανάνηψης περιλαμβάνει:

- ☐ α. Αναπνοή. Σ
- ☐ β. Κυκλοφορία. Σ
- ☐ γ. Επίπεδο συνείδησης. Σ
- ☐ δ. Κορεσμό οξυγόνου. Σ
- ☐ ε. Δραστηριότητα. Σ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας σελ. 2779, πίνακας 85-14.

Η κλίμακα μετα-αναισθητικής βαθμολόγησης κατά Aldrete (Post-anesthetic Aldrete Recovery Score) για την παρακολούθηση της ανάνηψης ασθενούς αξιολογεί:

- ☐ α. Την κυκλοφορία. Σ
- ☐ β. Την αισθητικότητα. Λ
- ☐ γ. Την κινητικότητα. Λ
- ☐ δ. Τη διούρηση. Λ
- ☐ ε. Την πηκτικότητα. Λ

Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia. 2013, Nathanson MH. Neurosurgical anaesthesia. Ch 32, pp 647-8.

Κλίμακα Γλασκώβης:

- ☐ α. Η καλύτερη βαθμολογία είναι 3 και η χειρότερη 15. Λ
- ☐ β. Αξιολογεί το άνοιγμα των ματιών από 1-4. Σ
- ☐ γ. Αξιολογεί την κινητική απάντηση σε προφορικές εντολές ή σε επώδυνα ερεθίσματα από 3-1. Λ
- ☐ δ. Αξιολογεί τον αριθμό των αναπνοών. Λ
- ☐ ε. Αξιολογεί την καλύτερη λεκτική απάντηση. Σ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας σελ. 2779, πίνακας 85-14.

Κλίμακα Aldrete:

- ☐ α. Χρησιμοποιείται για τη βαθμολογία της μετ-αναισθητικής ανάνηψης. Σ
- ☐ β. Χρησιμοποιείται για τη βαθμολογία της καταστολής. Λ
- ☐ γ. Περιλαμβάνει τον κορεσμό της αιμοσφαιρίνης. Σ
- ☐ δ. Περιλαμβάνει μόνον τη δραστηριότητα, την αναπνοή, την κυκλοφορία και το επίπεδο συνείδησης. Λ
- ☐ ε. Περιλαμβάνει μόνον την αναπνοή, την κυκλοφορία και τη διούρηση. Λ

Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia. 2013, Sedative and Anxiolytic drugs. Ch 7, p 107.

Κλίμακα Ramsay:

- ☐ α. Είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη στις ΜΕΘ κλίμακα αξιολόγησης του επιπέδου καταστολής. Σ
- ☐ β. Η βαθμολογία 3 αντιστοιχεί σε ασθενή που είναι κατεσταλμένος, αλλά απαντά σε παραγγέλματα. Σ
- ☐ γ. Η βαθμολογία 6 αντιστοιχεί σε ασθενή που είναι ανήσυχος, διεγερτικός και αγχώδης. Λ
- ☐ δ. Η βαθμολογία 1 αντιστοιχεί σε ασθενή που είναι κοιμισμένος και δεν απαντά σε έντονα ερεθίσματα. Λ
- ☐ ε. Ο στόχος της καταστολής στη ΜΕΘ για ασθενείς που βρίσκονται υπό μηχανικό αερισμό είναι η διατήρηση επιπέδου 2-3. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2761, 2763.

Οι συχνότερες διαταραχές κατά την ανάνηψη από τη γενική αναισθησία είναι:

- ☐ α. Μετεγχειρητική ναυτία και έμετος. Σ
- ☐ β. Υποξαιμία. Σ
- ☐ γ. Υπερθερμία. Λ
- ☐ δ. Υποθερμία και ρίγος. Σ
- ☐ ε. Καρδιαγγειακή αστάθεια. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2763.

Οι συχνότερες διαταραχές που παρατηρούνται στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (ΜΜ-ΑΦ) / Ανάνηψη είναι:

- ☐ α. Μετεγχειρητική ναυτία και έμετος. Σ
- ☐ β. Υπέρταση Λ
- ☐ γ. Ανουρία Λ
- ☐ δ. Υποκαπνία Λ
- ☐ ε. Μετεγχειρητική αιμορραγία Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2761.

Η συχνότητα των επιπλοκών κατά την ανάνηψη από τη γενική αναισθησία εκτιμάται ότι ανέρχεται περίπου σε:

- ☐ α. Ναυτία και έμετος: 10%. Σ
- ☐ β. Ανάγκη υποστήριξης του ανώτερου αεραγωγού: 7%. Σ
- ☐ γ. Υπόταση: 3%. Σ
- ☐ δ. Λαρυγγόσπασμος: 1%. Λ
- ☐ ε. Βρογχόσπασμος: 4%. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2763, πίνακας 85-2

Σε αναφερόμενα συμβάματα στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-AΦ) / Ανάνηψη, η κύρια διαταραχή αφορά στα παρακάτω:

- ☐ α. Καρδιαγγειακό Σ
- ☐ β. Αναπνευστικό Σ
- ☐ γ. Σφάλματα στη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή. Σ
- ☐ δ. ΚΝΣ Σ
- ☐ ε. Περιορισμένη τεχνολογική υποστήριξη. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2779.

Έλεγχος λοιμώξεων στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-AΦ) / Ανάνηψη:

- ☐ α. Η τοποθέτηση αλκοολούχου διαλύματος σε εμφανές σημείο ή δίπλα σε κάθε κλίνη/φορείο μπορεί να συμβάλλει στον περιορισμό διασποράς των λοιμώξεων. Σ
- ☐ β. Η υγιεινή των χεριών σύμφωνα με τις διεθνώς ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες (σύμφωνα με Centers of Disease Control and Prevention) δεν ισχύουν στη MM-AΦ. Λ
- ☐ γ. Η διασπορά των λοιμώξεων δεν σχετίζεται με παράγοντες που αφορούν τη MM-AΦ. Λ
- ☐ δ. Ο φόρτος εργασίας στη MM-AΦ συχνά εμποδίζει την ακριβή τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών (σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης των Λοιμώξεων (Centers of Disease Control and Prevention)). Σ
- ☐ ε. Στη MM-AΦ δεν υπάρχουν κίνδυνοι λοίμωξης, λόγω της βραχείας παραμονής του ασθενούς στο χώρο αυτό. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2761.

Για τη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-AΦ) / Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Είναι υποχρεωτική η λειτουργία της σε κάθε νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική που λειτουργούν χειρουργεία. Σ
- ☐ β. Είναι υποχρεωτική η ύπαρξή της, αλλά να λειτουργεί περιστασιακά για τα μεγάλα μόνο χειρουργεία. Λ
- ☐ γ. Είναι οικονομικά συμφερότερη από τη ΜΕΘ. Σ
- ☐ δ. Σε νοσοκομεία χωρίς ΜΕΘ, μπορεί να καλύψει μέχρι 24 ώρες έναν βαριά πάσχοντα μέχρι την ασφαλή διακομιδή του σε ΜΕΘ άλλου νοσοκομείου. Σ
- ☐ ε. Δεν απαιτεί ειδικό εξοπλισμό και νοσηλευτική στελέχωση. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2761.

Για τη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-ΑΦ) / Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Σχεδιάζεται και στελεχώνεται για την παρακολούθηση και φροντίδα ασθενών που ανανήπτουν από τις άμεσες φαρμακολογικές και παθοφυσιολογικές επιπτώσεις της αναισθησίας και χειρουργικής επέμβασης. Σ
- ☐ β. Ισχύουν οι ίδιοι κανόνες monitoring όπως και στη χειρουργική αίθουσα. Σ
- ☐ γ. Είναι κατάλληλα εξοπλισμένη για την αντιμετώπιση ασταθών ασθενών. Σ
- ☐ δ. Δεν απαιτείται ήσυχο περιβάλλον, γιατί οι ασθενείς είναι μισο-κατασταλμένοι ακόμη. Λ
- ☐ ε. Δεν είναι αναγκαίο να βρίσκεται κοντά στις χειρουργικές αίθουσες. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2762.

Για τους Κανόνες της Μονάδας Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-ΑΦ) / Ανάνηψης από πλευράς επαγγελματικής πρακτικής (practice standards) ισχύουν:

- ☐ α. Όλοι οι ασθενείς που έχουν λάβει γενική ή περιοχική αναισθησία ή MAC απαιτούν την ενδεικνυόμενη μετα-αναισθητική φροντίδα. Σ
- ☐ β. Ο ασθενής κατά τη μεταφορά του από τη χειρ. αίθουσα στην Ανάνηψη δεν είναι αναγκαίο να συνοδεύεται από μέλος της αναισθησιολογικής του ομάδας, αλλά να βρίσκεται υπό monitoring και υποστήριξη ανάλογα με την κατάστασή του. Λ
- ☐ γ. Κατά την παράδοση του ασθενούς στην υπεύθυνη νοσηλεύτρια της Ανάνηψης, επανεκτιμάται η κατάστασή του και δίνεται προφορική αναφορά από το μέλος της αναισθησιολογικής ομάδας που τον συνοδεύει. Σ
- ☐ δ. Στην Ανάνηψη ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στο monitoring της οξυμετρίας, αερισμού, κυκλοφορίας, επιπέδου συνείδησης και θερμοκρασίας. Σ
- ☐ ε. Ο υπεύθυνος για της έξοδο του ασθενούς από την Ανάνηψη δεν είναι πάντοτε αναισθησιολόγος, μπορεί να δώσει εντολή και ο θεράπων χειρουργός. Λ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας σελ. 2762-3.

Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia. AR. Aitkenhead, IK. Mopett, JP. Thompson. Κεφ. 16: Clinical measurement and monitoring, σελ 354-5, στο, 6th edition, Εκδόσεις Churchill Livingstone Elsevier.

Σχετικά με τη μεταφορά ασθενών από το χειρουργείο στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-ΑΦ) / Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Ασθενείς που έχουν λάβει περιοχική αναισθησία δεν χρειάζονται παρουσία αναισθησιολόγου κατά τη μεταφορά τους. Λ
- ☐ β. Ο ασθενής κατά τη μεταφορά του από τη χειρουργική αίθουσα στην ανάνηψη πρέπει να συνοδεύεται μόνον από τον χειρουργό. Λ
- ☐ γ. Κατά την παράδοση του ασθενούς στην υπεύθυνη νοσηλεύτρια της ανάνηψης, γίνεται επανεκτίμηση της κατάστασής του και ενημέρωση σχετικά με το ιστορικό του ασθενούς, το είδος αναισθησίας και την επέμβαση. Σ
- ☐ δ. Σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς πρέπει να υπάρχουν άμεσα διαθέσιμα φάρμακα κατά τη μεταφορά τους. Σ

- ε. Σε ασθενείς που έχουν αποκτήσει καλό επίπεδο συνείδησης δεν χρειάζεται χορήγηση οξυγόνου κατά τη μεταφορά τους στη ΜΜ-ΑΦ. Λ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας σελ. 2762-3.

Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia. AR. Aitkenhead, IK. Moppett, JP. Thompson. Κεφ. 16: Clinical measurement and monitoring, σελ 354-5, στο, 6th edition, Εκδόσεις Churchill Livingstone Elsevier.

Κατά τη μεταφορά ασθενών από τη χειρουργική αίθουσα στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (ΜΜ-ΑΦ)/ Ανάνηψη:

- α. Ο ασθενής πρέπει να βρίσκεται υπό monitoring και υποστήριξη ανάλογα με την κατάστασή του. Σ
- β. Οι υπογκαιμικοί ασθενείς πρέπει να μεταφέρονται σε θέση αντί-Trendelenburg. Λ
- γ. Ασθενείς μετά από επέμβαση αμυγδαλεκτομής πρέπει να μεταφέρονται τοποθετημένοι σε πλάγια θέση. Σ
- δ. Ασθενείς με αναπνευστική νόσο πρέπει να μεταφέρονται σε θέση Trendelenburg. Λ
- ε. Η κλινική κατάσταση του ασθενούς αξιολογείται συνεχώς. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2778, πίνακας 85-13.

Γενικά αποδεκτά κριτήρια εξόδου από τη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/ΜΜ-ΑΦ (Ανάνηψη):

- α. Ο ασθενής πρέπει να είναι προσανατολισμένος και σε εγρήγορση. Σ
- β. Το επίπεδο συνείδησής του πρέπει να έχει επανέλθει στην πρότερη κατάσταση. Σ
- γ. Υπάρχει προκαθορισμένη υποχρεωτική ελάχιστη διάρκεια παραμονής στη ΜΜ-ΑΦ 1 ώρας. Λ
- δ. Τα ζωτικά σημεία είναι σταθερά και εντός αποδεκτών ορίων. Σ
- ε. Οι εξωτερικοί ασθενείς συνοδεύονται από υπεύθυνο ενήλικα στο σπίτι, αφού έχουν λάβει γραπτές οδηγίες σχετικά με τη μετεγχειρητική δίαιτα, τα φάρμακα, τις δραστηριότητες και πάντοτε κάποιο αριθμό τηλεφωνικής επικοινωνίας για περίπτωση ανάγκης. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2779, πίνακας 85-15.

Κριτήρια βαθμολόγησης δυνατότητας εξόδου ενός υπεύθυνου ενήλικα για το σπίτι περιλαμβάνουν:

- α. Ζωτικά σημεία: σταθερά και σύμφωνα με την ηλικία και την προεγχειρητική βασική τιμή. Σ
- β. Επίπεδα δραστηριότητας στο προαναισθητικό επίπεδο. Σ
- γ. Ναυτία και έμετος δεν περιλαμβάνονται. Λ
- δ. Άλγος. Σ
- ε. Η χειρουργική αιμορραγία δεν περιλαμβάνεται. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ.85, σελ. 2762. Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ.85, σελ. 2761.

Για την έξοδο των ασθενών από τη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων / Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Αναλαμβάνει την ευθύνη εξόδου και υπογράφει αναισθησιολόγος πάντοτε. Σ
- ☐ β. Γίνεται με βάση τις κλίμακες αξιολόγησης / κριτήρια εξόδου. Σ
- ☐ γ. Ο νοσηλευτής της Ανάνηψης αποφασίζει για το χρόνο εξόδου και ενημερώνει τον υπεύθυνο αναισθησιολόγο. Λ
- ☐ δ. Οι μετεγχειρητικές οδηγίες δίνονται προφορικά. Λ
- ☐ ε. Τα ζωτικά σημεία και άλλες σχετικές πληροφορίες αποτελούν μέρος του ιατρικού φακέλου του ασθενούς. Σ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας σελ. 2778-9, πίνακας 85-14.

Για την έξοδο των ασθενών από την Ανάνηψη (Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων – MM-ΑΦ):

- ☐ α. Διερευνώνται μόνον πιθανά συμβάματα που σχετίζονται με τη χορήγηση αναισθησίας. Λ
- ☐ β. Αξιολογούμε μόνο το επίπεδο συνείδησης. Λ
- ☐ γ. Ελέγχουμε για πιθανή αναπνευστική καταστολή για τουλάχιστον 20 min μετά την τελευταία ενδοφλέβια χορήγηση οπιοειδών. Σ
- ☐ δ. Δεν χρειάζεται αξιολόγηση της εγρήγορσης του ασθενούς. Λ
- ☐ ε. Απαιτείται να έχει επιτευχθεί αιμοδυναμική σταθερότητα του ασθενούς τα τελευταία 5 min. Λ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας, σελ. 2778-9, πίνακας 85-14.

Σχετικά με τις προϋποθέσεις εξόδου των ασθενών από τη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-ΑΦ)/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Η υποθερμία του ασθενούς δεν αποτελεί αντένδειξη για την έξοδό τους από τη MM-ΑΦ. Λ
- ☐ β. Η παρουσία ναυτίας αποτελεί αντένδειξη για την έξοδο από τη MM-ΑΦ. Σ
- ☐ γ. Ασθενής με συνολικό score 6 στην κλίμακα μετ-αναισθητικής βαθμολόγησης κατά Aldrete μπορεί να εξέλθει από τη MM-ΑΦ. Λ
- ☐ δ. Απαιτείται συγκεκριμένος χρόνος παραμονής στη MM-ΑΦ πριν την έξοδο των ασθενών. Λ
- ☐ ε. Ασθενείς που έλαβαν νευραξονική περιοχική αναισθησία πρέπει να έχουν και σημεία αποδρομής του αισθητικού και κινητικού αποκλεισμού πριν την έξοδό τους από τη MM-ΑΦ. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας σελ. 2778-9, πίνακας 85-14.

Σχετικά με την έξοδο των ασθενών από τη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων – (MM-AΦ)/Ανάνηψη:

- ☐ α. Την απόφαση για την έξοδο του ασθενούς από τη MM-AΦ την λαμβάνει αναισθησιολόγος. Σ
- ☐ β. Η απόφαση για την έξοδο των ασθενών στηρίζεται σε κλίμακες αξιολόγησης και κριτήρια εξόδου. Σ
- ☐ γ. Την απόφαση για την έξοδο του ασθενούς μπορεί να την λάβει και ο θεράπων χειρουργός. Λ
- ☐ δ. Σε εξωτερικούς ασθενείς, που θα εξέλθουν απευθείας από τη MM-AΦ για το σπίτι, χρησιμοποιείται ειδική κλίμακα αξιολόγησης για την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Σ
- ☐ ε. Απόφαση για την έξοδο των εξωτερικών ασθενών από τη MM-AΦ σταδίου-1 και τη μεταφορά τους προς τη MM-AΦ σταδίου-2 στηρίζεται σε διαφορετικά κριτήρια εξόδου από εκείνα που αφορούν την έξοδο των ασθενών από τη MM-AΦ προς τον θάλαμο νοσηλείας. Λ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας σελ. 2778-9, πίνακας 85-15,

Για την απευθείας έξοδο των εξωτερικών ασθενών από την Ανάνηψη (Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-AΦ) για το σπίτι:

- ☐ α. Απαιτείται να υπάρχει ενήλικας συνοδός για 24 ώρες. Σ
- ☐ β. Δίνονται προφορικές οδηγίες από τον αναισθησιολόγο και τον χειρουργό σχετικά με την αναλγησία και την αντιβίωση. Λ
- ☐ γ. Ο ασθενής πρέπει να έχει τουλάχιστον score 8 στην κλίμακα Post-anesthesia Discharge Scoring System (PADS). Λ
- ☐ δ. Στον ασθενή δίνονται πληροφορίες και αριθμός τηλεφωνικής επικοινωνίας για περίπτωση ανάγκης. Σ
- ☐ ε. Μετά από νευραξονική περιοχική αναισθησία απαιτείται και αποκατάσταση του συμπαθητικού τόνου και της κινητικότητας. Σ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας σελ. 2778-9, πίνακας 85-15.

Η κλίμακα αξιολόγησης της δυνατότητας εξόδου των εξωτερικών ασθενών από το νοσοκομείο (Post-anesthesia Discharge Scoring System) περιλαμβάνει:

- ☐ α. Αξιολόγηση των ζωτικών σημείων. Σ
- ☐ β. Αξιολόγηση της ωριαίας διούρησης. Λ
- ☐ γ. Αξιολόγηση της ναυτίας και του εμέτου. Σ
- ☐ δ. Έλεγχο για πιθανή χειρουργική αιμορραγία. Σ
- ☐ ε. Έχει μέγιστη βαθμολογία το 8. Λ

**Παθοφυσιολογία και θεραπεία μετεγχειρητικών επιπλοκών.
Εξοπλισμός και συσκευές (σχεδιασμός εξοπλισμού, φυσική, βασικός
εξοπλισμός, περιορισμοί).
Μη επεμβατικός και επεμβατικός αερισμός.
Κριτήρια αποδιασωλήνωσης τραχείας.**

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, 48 ICU, Σελ. 1295-1307, McGraw Hill

Ο ακριβέστερος δείκτης για τον κυψελιδικό αερισμό είναι:

- ☐ α. PaO_2 . Λ
- ☐ β. PaCO_2 . Σ
- ☐ γ. PAO_2 . Λ
- ☐ δ. Το pH του αίματος. Λ
- ☐ ε. Ο αναπνεόμενος όγκος. Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, 48 ICU, Σελ. 1295-1307, McGraw Hill

Στόχοι των κυματομορφών στο μηχανικό αερισμό είναι τα εξής:

- ☐ α. Αναγνωρίζουν τυχόν μεταβολές στην κατάσταση του ασθενούς. Σ
- ☐ β. Βοηθούν στην βελτιστοποίηση των ρυθμίσεων των παραμέτρων του μηχανικού αερισμού. Σ
- ☐ γ. Αναγνωρίζουν τυχόν ανεπιθύμητες επιπτώσεις του μηχανικού αερισμού. Σ
- ☐ δ. Ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο διεγχειρητικών επιπλοκών από το αναπνευστικό. Λ
- ☐ ε. Όλα τα παραπάνω. Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, 48 ICU, Σελ. 1308-9, McGraw Hill

Σχετικά με το παλμικό (σφυγμικό) οξύμετρο ισχύουν τα εξής:

- ☐ α. Λειτουργεί αναλύοντας τη σφυγμική αρτηριακή συνιστώσα της αιματικής ροής ώστε να μετράται ο κορεσμός του αρτηριακού αίματος. Σ
- ☐ β. Για τη λειτουργία του χρησιμοποιούνται τρία διαφορετικά μήκη κύματος φωτός. Λ
- ☐ γ. Στα 660 nm η HbO_2 απορροφά λιγότερο φως από τη μορφή HbR . Σ
- ☐ δ. Το ποσό του φωτός που απορροφάται σε κάθε μήκος κύματος από τη σφυγμική αρτηριακή συνιστώσα της αιματικής ροής, διαχωρίζεται από τη βασική απορρόφηση της μη σφυγμικής φλεβικής αιματικής ροής. Σ
- ☐ ε. Όλα τα παλμικά οξύμετρα βαθμονομούνται από τους χρήστες. Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, 48 ICU, Σελ. 1308-9, McGraw Hill

Στα πιθανά λάθη του παλμικού (σφυγμικού) οξύμετρου συμπεριλαμβάνονται:

- ☐ α. Καθυστέρηση της απάντησης. Σ
- ☐ β. Ανακρίβεια και καθυστέρηση απάντησης σε συνθήκες υποθερμίας, χαμηλής καρδιακής παροχής και υποξικής αγγειοσύσπασης. Σ

- ☐ γ. Επηρεάζεται πολύ από τις τιμές PCO_2 και κατά συνέπεια μπορεί να εκτιμήσει αξιόπιστα την επάρκεια του αερισμού. Λ
- ☐ δ. Η αναιμία επηρεάζει επίσης σημαντικά την τιμή του οξυμέτρου. Λ
- ☐ ε. Η μεθαιμοσφαρίνη απορροφά το ερυθρό και το υπεριώδες φως με αποτέλεσμα ψευδείς ενδείξεις. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, 48 ICU, Σελ. 1308-9, McGraw Hill

Ποιά από τα παρακάτω αποτελούν κριτήρια αποδιασωλήνωσης της τραχείας?

- ☐ α. Φυσιολογικός αναπνεόμενος όγκος. Λ
- ☐ β. Εισπνευστική πίεση >20 mmHg. Σ
- ☐ γ. Ζωτική χωρητικότητα > 8 ml/Kg. Λ
- ☐ δ. Επαρκής αναστροφή του νευρομυϊκού αποκλεισμού. Σ
- ☐ ε. Ο ασθενής να παρουσιάζει έντονο βήχα. Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, 48 ICU, Σελ. 1292, McGraw Hill

Η χορήγηση οξυγόνου με συσκευές χαμηλής ροής:

- ☐ α. Ενδείκνυται σε ασθενείς με σταθερή αναπνευστική λειτουργία. Σ
- ☐ β. Ενδείκνυται σε ασθενείς με κατά λεπτόν αερισμό $< 8-10$ L/min. Σ
- ☐ γ. Μπορούν να είναι αποτελεσματικές σε περίπτωση που ο ασθενής έχει αναπνευστική συχνότητα > 20 /min. Λ
- ☐ δ. Ενδείκνυται σε περιπτώσεις που ο ασθενής έχει φυσιολογική εισπνευστική ροή. Σ
- ☐ ε. Ενδείκνυται σε περιπτώσεις που ο ασθενής μπορεί να διατηρήσει ικανοποιητικό αναπνεόμενο όγκο. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, 48 ICU, Σελ. 1294 McGraw Hill

Σχετικά με τις συσκευές που χρησιμοποιούνται στη MM-AΦ για χορήγηση οξυγόνου ισχύουν τα εξής:

- ☐ α. Ο απλός ρινικός καθετήρας χορηγεί οξυγόνο συγκέντρωσης 22-44% αναλόγως της ροής οξυγόνου (λίτρα/min). Σ
- ☐ β. Η απλή μάσκα λειτουργεί με ροές οξυγόνου από 2 έως 10 λίτρα/min. Λ
- ☐ γ. Η απλή μάσκα μπορεί να χορηγήσει συγκεντρώσεις οξυγόνου 30-60% αναλόγως της χορηγούμενης ροής. Σ
- ☐ δ. Οι μάσκες μη επανεισπνοής μπορούν να χορηγήσουν συγκεντρώσεις οξυγόνου $>0,6$. Σ
- ☐ ε. Η μάσκα Venturi μπορεί να προσαρμοστεί, έτσι ώστε να χορηγεί την επιθυμητή συγκέντρωση οξυγόνου. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, 48 ICU, Σελ. 1298, McGraw Hill

Οι επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν από την παρατεταμένη χορήγηση οξυγόνου περιλαμβάνουν:

- ☐ α. Υποαερισμό σε ασθενείς με ΧΑΠ. Σ
- ☐ β. Ατελεκτασία. Σ
- ☐ γ. Τοξικότητα οξυγόνου μέσω δημιουργίας ελευθέρων ριζών, ανάλογα με τη χορηγούμενη συγκέντρωση και τη χρονική διάρκεια χορήγησης. Σ
- ☐ δ. Αμφιβληστροειδοπάθεια (προωρότητας). Σ
- ☐ ε. Διαταραχές της αναπνευστικής λειτουργίας κατά τη χορήγηση υπερβαρικού οξυγόνου. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, 48 ICU, Σελ. 1300, McGraw Hill

Ενδείξεις που υποδηλώνουν πιθανή αναγκαιότητα διασωλήνωσης της τραχείας και έναρξη μηχανικού αερισμού αποτελούν τα εξής:

- ☐ α. Αναλογία $PaO_2/FIO_2 < 300$ mm Hg. Σ
- ☐ β. $PA-aO_2$ gradient > 350 mm Hg. Σ
- ☐ γ. $VD/VT > 0.6$ Σ
- ☐ δ. Αναπνευστική συχνότητα $> 35/min$. Σ
- ☐ ε. Αναπνεόμενος όγκος < 5 ml/kg. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, 48 ICU, Σελ. 1308 McGraw Hill

Ενδείξεις που υποδηλώνουν ότι ο ασθενής μπορεί να απογαλακτισθεί από τον αναπνευστήρα είναι:

- ☐ α. Ο δείκτης ταχείας επιπόλαιης αναπνοής (rapid shallow breathing index) είναι < 100 . Σ
- ☐ β. Η μέγιστη εισπνευστική πίεση είναι < -25 cm H_2O . Σ
- ☐ γ. Ο ασθενής έχει ανακτήσει επαρκώς ανταντακλαστικά διατήρησης του αεραγωγού.Σ
- ☐ δ. Η ζωτική χωρητικότητα είναι > 10 ml/kg. Σ
- ☐ ε. Ο αναπνεόμενος όγκος είναι < 5 ml/kg. Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, 48 ICU, Σελ. 1310, McGraw Hill

Η εφαρμογή συνεχούς θετικής πίεσης στους αεραγωγούς (CPAP):

- ☐ α. Περιλαμβάνει την εφαρμογή σταθερών επιπέδων πίεσης στους αεραγωγούς κατά τη διάρκεια της εισπνοής, αλλά και της εκπνοής κατά τη διάρκεια αυτόματης αναπνοής.
- ☐ β. Η εφαρμογή γίνεται με την τοποθέτηση μάσκας προσώπου ή ρινικής μάσκας. Σ
- ☐ γ. Η εφαρμογή πρέπει να γίνεται σε ασθενείς με ακέραια ανταντακλαστικά διατήρησης του αεραγωγού. Σ
- ☐ δ. Οι εφαρμοζόμενες πιέσεις πρέπει να είναι < 15 cm H_2O μικρότερες από την πίεση διάνοιξης του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα σε φυσιολογικά άτομα. Σ
- ☐ ε. Η CPAP και η PEEP είναι το ίδιο. Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, 48 ICU, Σελ. 1310, McGraw Hill

Οι επιδράσεις των CPAP και PEEP στο αναπνευστικό περιλαμβάνουν:

- ☐ α. Αύξηση της λειτουργικής υπολειπόμενης χωρητικότητας. Σ
- ☐ β. Βελτίωση των διαταραχών αερισμού – αιμάτωσης. Σ
- ☐ γ. Μείωση του παγιδευόμενου αέρα. Σ
- ☐ δ. Ελάττωση της ενδοπνευμονικής διαφυγής (shunt) και βελτίωση της οξυγόνωσης. Σ
- ☐ ε. Η CPAP και η PEEP είναι πάντα αποτελεσματικές. Λ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Monitoring του αναπνευστικού συστήματος, κεφ. 44, σελ. 1440.

Οι πιθανότητες απογαλακτισμού (απομάκρυνσης) από τον αναπνευστήρα του βαρέως πάσχοντος είναι καλύτερες όταν:

- ☐ α. Η νευρομυϊκή λειτουργία είναι επαρκής. Σ
- ☐ β. Τα αναλγητικά και κατασταλτικά φάρμακα έχουν ελαττωθεί σε δόσεις που δεν καταστέλλουν την αναπνοή. Σ
- ☐ γ. Η αρχική αιτία της αναπνευστικής ανεπάρκειας έχει υποχωρήσει. Σ
- ☐ δ. Υπάρχει αναπνευστική οξέωση. Λ
- ☐ ε. Η εισπνεόμενη συγκέντρωση οξυγόνου είναι >50%. Λ

ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ: Πολυπαραγοντική και προληπτική αναλγησία.

Μέθοδοι και τεχνικές μετεγχειρητικής αναλγησίας.

Γενικά, παθοφυσιολογία και εκτίμηση του μετεγχειρητικού πόνου.

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, Pain management, σελ. 459-60, McGraw Hill

Ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος:

- ☐ α. Είναι ανεξάρτητος από το είδος της επέμβασης. Λ
- ☐ β. Είναι ανεξάρτητος από το μήκος και τη θέση της τομής. Λ
- ☐ γ. Μπορεί να είναι σωματικός και σπλαγχνικός. Σ
- ☐ δ. Εξαρτάται από τους διαύλους Mg. Λ
- ☐ ε. Εξαρτάται από τους διαύλους Ca. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, Pain management, σελ. 459-60, McGraw Hill

Ο σωματικός πόνος:

- ☐ α. Μπορεί να είναι επιφανειακός ή εν τω βάθει. Σ
- ☐ β. Αφορά κυρίως βλάβη του νευρικού συστήματος (περιφερικού και κεντρικού). Λ
- ☐ γ. Αφορά ιστούς όπως δέρμα, υποδόριο, μύες, τένοντες, οστά, βλεννογόνους. Σ
- ☐ δ. Ο εν τω βάθει σωματικός πόνος είναι περισσότερο αμβλύς από τον επιφανειακό. Σ
- ☐ ε. Η ένταση και διάρκεια του ερεθίσματος επιδρούν στην εντόπιση και ένταση του

πόνου. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, Pain management, σελ. 459-60, McGraw Hill

Ο σπλαγχνικός πόνος:

- ☐ α. Αφορά σε ανώμαλη λειτουργία ενός σπλάγχνου ή του περιβλήματός του. Σ
- ☐ β. Ο αληθής σπλαγχνικός πόνος εντοπίζεται συχνά στη μέση γραμμή και είναι βύθιος, αμβλύς και μη καλά καθορισμένος. Σ
- ☐ γ. Μπορεί να συνοδεύεται από συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, τόσο το συμπαθητικό όσο και το παρασυμπαθητικό. Σ
- ☐ δ. Ο εντοπισμένος σπλαγχνικός πόνος που αφορά περίβλημα οργάνου (π.χ. περιτόναιο) μπορεί να αντανακλά σε άλλες περιοχές με εμβρυολογική συνάφεια με την προέλευση του πόνου. Σ
- ☐ ε. Σωματικός και σπλαγχνικός πόνος μπορεί να συνυπάρχουν. Σ

Miller's Anesthesia, 8th edition, σελ. 2975-78

Οξύς μετεγχειρητικός πόνος:

- ☐ α. Μεταδίδεται μόνο με τις εμμύελες ίνες. Λ
- ☐ β. Εμφανίζεται στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Σ
- ☐ γ. Μπορεί να διαρκέσει μήνες. Σ
- ☐ δ. Είναι πάντα εντοπισμένος. Λ
- ☐ ε. Τροποποιείται στα οπίσθια κέρατα του ΝΜ. Σ

Miller's Anesthesia, 8th edition, σελ. 2975-78.

Ο μη ελεγχόμενος μετεγχειρητικός πόνος:

- ☐ α. Συμβάλλει στην επιβάρυνση των φυσιολογικών εφεδρειών απάντησης στο χειρουργικό stress. Σ
- ☐ β. Συμβάλλει στην επιβράδυνση της λειτουργικής αποκατάστασης και διαταράσσει την ψυχολογία των ασθενών. Σ
- ☐ γ. Μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη χρόνιου πόνου. Σ
- ☐ δ. Επιδεινώνει και παρατείνει την απάντηση στο χειρουργικό stress. Σ
- ☐ ε. Δεν αυξάνει το ποσοστό μετεγχειρητικών επιπλοκών. Λ

Miller's Anesthesia 8th edition, σελ. 2975-78.

Για τα ΜΣΑΦ ισχύουν τα παρακάτω:

- ☐ α. Η χρόνια χορήγηση επιβαρύνει την νεφρική λειτουργία. Σ
- ☐ β. Δεν προκαλούν φαινόμενο οροφής. Λ
- ☐ γ. Απορρυθμίζουν την ΑΠ σε όσους λαμβάνουν μαζί και αντιυπερτασικά. Σ
- ☐ δ. Η κύρια δράση τους είναι μέσω αναστολής της κυκλο-οξυγενάσης (COX). Σ
- ☐ ε. Προκαλούν εξάρτηση και ανοχή. Λ

Miller's Anesthesia, 8th edition, σελ. 2975-78

Σενάριο: Γυναίκα 40 ετών προσέρχεται για προγραμματισμένη λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Προαναισθητική εκτίμηση: BMI: 21, καρδιολογικό και αναπνευστικό ιστορικό: ελεύθερο. Ποιό από τα παρακάτω θεωρείτε σωστό για την αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου;

- ☐ α. Να λάβει γκαμπαπεντίνη, δεξαμεθαζόνη, πεθιδίνη και αναστολείς COX-2 προεγχειρητικά. Λ
- ☐ β. Να γίνει διήθηση του χειρουργικού τραύματος με τοπικό αναισθητικό στο τέλος του χειρουργείου. Σ
- ☐ γ. Να χορηγηθεί μορφίνη με αντλία PCA για 48 ώρες. Λ
- ☐ δ. Να λάβει COX-2 και παρακεταμόλη. Σ
- ☐ ε. Να υπάρχει η δυνατότητα χορήγησης τραμαδόλης 100 mg, ως αναλγησίας διάσωσης. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, Pain management, σελ. 471, McGraw Hill

Ο μη ελεγχόμενος μετεγχειρητικός πόνος:

- ☐ α. Παρατείνει το χρόνο νοσηλείας. Σ
- ☐ β. Συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Σ
- ☐ γ. Αυξάνει τη νοσηρότητα και θνητότητα. Σ
- ☐ δ. Μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση χρόνιου πόνου. Σ
- ☐ ε. Καθυστερεί την κινητοποίηση του ασθενούς. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, Pain management, σελ. 471, McGraw Hill

Η απάντηση στο stress (stress response) κατά τον οξύ πόνο:

- ☐ α. Οφείλεται στην απελευθέρωση νευροενδοκρινών ορμονών και κυτταροκινών. Σ
- ☐ β. Υπόκειται σε τροποποίηση στα οπίσθια κέρατα του νωτιαίου μυελού. Σ
- ☐ γ. Περιορίζεται τοπικά στο σημείο της ιστικής βλάβης. Λ
- ☐ δ. Ο οξύς πόνος προκαλεί αύξηση της έκκρισης ACTH, ADH, GH, κορτιζόλης, κατεχολαμινών, αλδοστερόνης και γλυκαγόνης. Σ
- ☐ ε. Προκαλεί κατακράτηση ύδατος και νατρίου και αύξηση της απέκκρισης καλίου. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, Pain management, σελ. 471, McGraw Hill

Ο οξύς μετεγχειρητικός πόνος:

- ☐ α. Μεταδίδεται μόνο με εμμύελες ίνες. Λ
- ☐ β. Το έναυσμα δίδεται από ουσίες που παράγονται τοπικά στο σημείο της βλάβης (inflammatory soup). Σ
- ☐ γ. Υπόκειται σε ρυθμίσεις από ποικίλους νευροδιαβιβαστές. Σ
- ☐ δ. Εξαρτάται και από γενετικούς παράγοντες. Σ

- ε. Επηρεάζεται και από ψυχολογικούς παράγοντες. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, Pain management, σελ. 473, McGraw Hill

Για την εκτίμηση του πόνου ισχύουν τα εξής:

- α. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί η αριθμητική αναλογική κλίμακα (numerical rating scale), η οποία βαθμολογείται από «0» = καθόλου πόνος έως «10» = ο χειρότερος δυνατός πόνος. Σ
- β. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί η κλίμακα προσώπων, ειδικά σε ασθενείς με δυσκολία στην επικοινωνία (π.χ. ξενόγλωσσοι ασθενείς). Σ
- γ. Η οπτική αναλογική κλίμακα (visual analogue scale) βαθμολογείται 0-10 ή 0-100. Σ
- δ. Για το νευροπαθητικό πόνο χρησιμοποιούνται αντίστοιχα, εξειδικευμένα ερωτηματολόγια, όπως το MPQ (Mc Gill Pain Questionnaire) ή το Συνοπτικό Ερωτηματολόγιο Πόνου (Brief Pain Inventory). Λ
- ε. Η εκτίμηση του πόνου πρέπει να αξιολογείται σε ηρεμία, αλλά και σε κίνηση. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, Pain management, σελ. 473, McGraw Hill

Το ερωτηματολόγιο DN4:

- α. Αξιολογεί το νευροπαθητικό πόνο. Σ
- β. Απαιτεί κλινική εξέταση ασθενούς στην ολοκληρωμένη του μορφή. Σ
- γ. Η τιμή διάκρισης είναι $> 4/10$. Σ
- δ. Δεν έχει σταθμιστεί στα Ελληνικά. Λ
- ε. Τμήμα του μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για τηλεφωνική αξιολόγηση του ασθενούς. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, Pain management, σελ. 467, McGraw Hill

Στους νευροδιαβιβαστές του πόνου συμπεριλαμβάνονται:

- α. Η ουσία P, η οποία έχει ευοδωτική δράση. Σ
- β. Το πεπτίδιο που συνδέεται με το γονίδιο της καλσιτονίνης, το οποίο έχει ευοδωτική δράση. Σ
- γ. Το γλουταμινικό, το οποίο έχει ανασταλτική δράση. Λ
- δ. Η σεροτονίνη, η οποία έχει ανασταλτική δράση. Σ
- ε. Η νορ-επινεφρίνη, η οποία έχει ανασταλτική δράση. Σ

Αντιμετώπιση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου.

Απλά αναλγητικά – Μη Στεροειδή Αναλγητικά Φάρμακα

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18, Pain management, σελ. 497, McGraw Hill

Η αντιμετώπιση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου περιλαμβάνει:

- α. Την εφαρμογή των αρχών της «πολυπαραγοντικής» αναλγησίας, με χρήση

τουλάχιστον δύο αναλγητικών παραγόντων οι οποίοι να δρουν με διαφορετικό τρόπο σε συστηματική βάση. Σ

- ☐ β. Φάρμακα, όπως απλά αναλγητικά (παρακεταμόλη, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη), ασθενή και ισχυρά οπιοειδή. Σ
- ☐ γ. Ενδοφλέβια αντιεπιληπτικά φάρμακα στα πλαίσια της προληπτικής αναλγησίας. Λ
- ☐ δ. Περιφερικούς και κεντρικούς νευρικούς αποκλεισμούς. Σ
- ☐ ε. Επικουρικές αναλγητικές τεχνικές, όπως η διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση (transcutaneous electrical nerve stimulation) όπου είναι διαθέσιμες. Σ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 81

Η παρακεταμόλη έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- ☐ α. Δρα μέσω αναστολής της σύνθεσης προσταγλανδινών στο κεντρικό νευρικό σύστημα με επιπρόσθετη περιφερική δράση. Σ
- ☐ β. Έχει βιοδιαθεσιμότητα της τάξεως του 70-90% λαμβανόμενη από του στόματος. Σ
- ☐ γ. Ο χρόνος ημίσειας ζωής της είναι περίπου 2-3 ώρες. Σ
- ☐ δ. Μεταβολίζεται από τα μικροσωματικά ένζυμα του ήπατος, αλλά μόνο ο μεταβολίτης N-acetyl-p-amino-benzoquinone imine είναι δυνητικά ηπατοτοξικός απουσία γλουταθειόνης. Σ
- ☐ ε. Ενδείκνυται τόσο στον οξύ, όσο και στο χρόνιο πόνο. Σ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 81

Παρακεταμόλη:

- ☐ α. Ενδείκνυται ως μόνο αναλγητικό στον ισχυρό μετεγχειρητικό πόνο. Λ
- ☐ β. Η συνιστώμενη δόση στον ενήλικα είναι 500-1000 mg εφάπαξ. Σ
- ☐ γ. Αντενδείκνυται σε σοβαρή αναπνευστική ανεπάρκεια. Λ
- ☐ δ. Ενδείκνυται σε έλλειψη του ενζύμου G-6-PD. Λ
- ☐ ε. Η μέγιστη ημερήσια δόση για ασθενείς με χρόνιο πόνο είναι 4 gr. Λ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 81

Παρακεταμόλη:

- ☐ α. Έχει κυρίως αντιφλεγμονώδη δράση. Λ
- ☐ β. Μετά από την από του στόματος χορήγηση τα μέγιστα επίπεδα στο πλάσμα επιτυγχάνονται ύστερα από 30-60 min. Σ
- ☐ γ. Η ημερήσια δόση δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 4 gr. Σ
- ☐ δ. Η N-ακετυλ-κυστεΐνη είναι το αντίδοτο για τη δηλητηρίαση από παρακεταμόλη, καθώς και για όλα τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Λ
- ☐ ε. Μεταβολίζεται στο ήπαρ, όπου συνδέεται με γλυκουρονικό οξύ και δίδει ενεργούς μεταβολίτες. Λ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 84

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη αναλγητικά φάρμακα (ΜΣΑΦ):

- ☐ α. Καταστέλλουν επαρκώς τον πόνο μετά από μεγάλης βαρύτητας επεμβάσεις. Λ
- ☐ β. Επηρεάζουν τη λειτουργία των αιμοπεταλίων. Σ
- ☐ γ. Μπορεί να προκαλέσουν αιμορραγία από το πεπτικό. Σ
- ☐ δ. Δεν αντενδείκνυνται σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Λ
- ☐ ε. Τα νεότερα εκλεκτικά ΜΣΑΦ αναστέλλουν την κυκλο-οξυγενάση-1. Λ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 84

Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ):

- ☐ α. Δρουν μέσω αναστολής της σύνθεσης προσταγλανδινών. Σ
- ☐ β. Αναστέλλουν τις κυκλο-οξυγενάσες 1 και 2. Σ
- ☐ γ. Δεν έχουν δόση «οροφής». Λ
- ☐ δ. Έχουν δράση στον οξύ μετεγχειρητικό πόνο ως τμήμα πολυδύναμου αναλγητικού σχήματος, καθώς ελαττώνουν τις ανάγκες σε οπιοειδή. Σ
- ☐ ε. Απαιτείται προσοχή λόγω των πολλών ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Σ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 84

Σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των μη εκλεκτικών αποκλειστών COX-1 και COX-2**ΜΣΑΦ ισχύουν τα εξής:**

- ☐ α. Αναστέλλουν τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων. Σ
- ☐ β. Αναστέλλουν τις γαστροπροστατευτικές προσταγλανδίνες. Σ
- ☐ γ. Αναστέλλουν τις νεφροπροστατευτικές προσταγλανδίνες και ενοχοποιούνται για νεφρική βλάβη ιδιαίτερα σε περιπτώσεις υπογκαιμικών ασθενών. Σ
- ☐ δ. Μπορούν να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις και κρίση άσθματος σε ευαίσθητα άτομα. Σ
- ☐ ε. Αντενδείκνυνται στον ηπατοπαθή. Σ

Οπιοειδή

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Κεφ. 27, Οπιοειδή, Εκδόσεις Πασχαλίδη, σελ. 771-817.

Τα οπιοειδή καταστέλλουν τον πόνο μέσω της δράσης τους:

- ☐ α. Στον εγκέφαλο. Σ
- ☐ β. Στο νωτιαίο μυελό. Σ
- ☐ γ. Στο περιφερικό νευρικό σύστημα. Σ
- ☐ δ. Στη νευρομυϊκή σύναψη. Λ
- ☐ ε. Στους διαύλους νατρίου. Λ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Οπιοειδή, Κεφ. 27, σελ. 771.

Οι φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές ιδιότητες των οπιοειδών επηρεάζονται από:

- ☐ α. Την ηλικία και το βάρος σώματος. Σ
- ☐ β. Τις μεταβολές της οξεοβασικής ισορροπίας. Σ
- ☐ γ. Την ηπατική ή/και νεφρική λειτουργία. Σ

- ☐ δ. Την καρδιοπνευμονική παράκαμψη. Σ
- ☐ ε. Την ύπαρξη αιμορραγικής καταπληξίας. Σ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 27, Οπιοειδή, σελ. 771

Σε σχέση με την αναλγητική δράση των οπιοειδών ισχύει:

- ☐ α. Η μορφίνη μπορεί να προκαλέσει αναλγησία, μεταβολές στη διάθεση, αλλοίωση του επιπέδου συνείδησης και βυθιότητα. Σ
- ☐ β. Όταν η μορφίνη χορηγείται σε φυσιολογικό άτομο χωρίς πόνο, η εμπειρία μπορεί να είναι δυσάρεστη, παρότι χορηγείται στην ίδια δόση με κάποιον που πονά. Σ
- ☐ γ. Ο πόνος που διαβιβάζεται μέσω ακεραίων νευρικών οδών (αλγαισθητικός πόνος) συνήθως, δεν ανταποκρίνεται στα οπιοειδή. Λ
- ☐ δ. Ο πόνος ο προκαλούμενος από βλάβη στις νευρικές δομές που περιλαμβάνει υπερευαισθησία των νεύρων (νευροπαθητικός πόνος) τυπικά, απαντά πτωχά στα οπιοειδή αναλγητικά. Σ
- ☐ ε. Τα οπιοειδή εμφανίζουν ανταλγαισθησία (anti-nociception) που καθορίζεται από την ένταση του αλγαισθητικού ερεθίσματος και την ενδογενή αποτελεσματικότητα του οπιοειδούς. Σ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 27, Οπιοειδή, σελ. 782-3.

Φαρμακολογία των οπιοειδών:

- ☐ α. Τα οπιοειδή προκαλούν συνήθως, μέτρια ελάττωση της εγκεφαλικής αιματικής ροής (CBF), της ενδοκράνιας πίεσης (ICP) και του εγκεφαλικού μεταβολικού ρυθμού (CMR). Σ
- ☐ β. Τα οπιοειδή μπορούν να ελαττώσουν το μυϊκό τόνο και να προκαλέσουν μυϊκή δυσκαμψία (rigidity). Λ
- ☐ γ. Η μυϊκή δυσκαμψία που ακολουθεί τη χορήγηση οπιοειδών, ευθύνεται πολλές φορές για δύσκολο αερισμό με προσωπίδα και ασκό. Σ
- ☐ δ. Συνήθως, η κλινικώς σημαντική δυσκαμψία από τα οπιοειδή δεν σχετίζεται με την εμφάνιση της απώλειας συνείδησης. Λ
- ☐ ε. Όψιμη ή μετεγχειρητική μυϊκή δυσκαμψία μπορεί να συνυπάρχει με επανεμφάνιση αναπνευστικής καταστολής. Σ

Aitkenhead 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 76-7.

Μορφίνη:

- ☐ α. Αποτελεί το "πρότυπο" οπιοειδές (gold standard) στην αντιμετώπιση τόσο του οξέος, όσο και του χρόνιου πόνου. Σ
- ☐ β. Μεταβολίζεται από τις γλυκουρονυλ-τρανσφεράσες του ήπατος, των νεφρών και του εντέρου. Σ
- ☐ γ. Αποβάλλεται κυρίως δια των νεφρών. Σ
- ☐ δ. Δεν έχει ενεργούς μεταβολίτες. Λ
- ☐ ε. Ο κύριος μεταβολίτης της είναι η 6-γλυκουρονική μορφίνη (60-80%). Λ

Aitkenhead 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 76-7.

Μορφίνη:

- ☐ α. Σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να προκαλέσει παρατεταμένη καταστολή. Σ
- ☐ β. Αποφεύγεται ως αναλγητικό διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά στην ηπατική χειρουργική. Λ
- ☐ γ. Μεταβολίζεται στο νεφρό σε 3-γλυκουρονική μορφίνη (75-85%) και σε 6-γλυκουρονική μορφίνη (5-10%) και οι 2 μεταβολίτες αποβάλλονται από το ήπαρ διαμέσου της χολής. Λ
- ☐ δ. Η 6-γλυκουρονική μορφίνη αποτελεί ενεργό μεταβολίτη. Σ
- ☐ ε. Η 3-γλυκουρονική μορφίνη συσσωρεύεται σε περίπτωση νεφρικής ανεπάρκειας και ευθύνεται για την αναπνευστική καταστολή. Λ

Aitkenhead 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 78.

Η πεθιδίνη έχει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όπως:

- ☐ α. Ανήκει στα ασθενή οπιοειδή. Λ
- ☐ β. Μεταβολίζεται σε νορ-πεθιδίνη, η οποία έχει επιληπτογόνο δράση. Σ
- ☐ γ. Η άθροιση του μεταβολίτη της είναι μεγαλύτερη σε περιπτώσεις ηπατικής ανεπάρκειας. Λ
- ☐ δ. Προκαλεί βραδυκαρδία. Λ
- ☐ ε. Σταθεροποιεί τις κυτταρικές μεμβράνες. Σ

Aitkenhead 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 78.

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition 16. Pain Management, σελ. 501.

Η φεντανύλη έχει θέση στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου γιατί:

- ☐ α. Είναι ισχυρό οπιοειδές. Σ
- ☐ β. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς που λαμβάνουν ήδη οπιοειδή με τη μορφή διαδερμικής φεντανύλης. Σ
- ☐ γ. Μπορεί να χορηγηθεί σε ενδοφλέβια αντλία ελεγχόμενη από τον ασθενή. Σ
- ☐ δ. Μπορεί να χορηγηθεί σε συνδυασμό με τοπικά αναισθητικά σε μορφή επισκληρίδιας αντλίας ελεγχόμενης από τον ασθενή. Σ
- ☐ ε. Είναι ασφαλής χορηγούμενη ως “δόση εφόδου” στο θάλαμο των ασθενών. Λ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 27, Οπιοειδή, σελ. 786, πίνακας 27-2.

Παράγοντες που επηρεάζουν το μέγεθος ή/και τη διάρκεια της αναπνευστικής καταστολής από τα οπιοειδή:

- ☐ α. Υψηλή δόση και απότομη ανακούφιση από το άλγος. Σ
- ☐ β. Κατασταλτικά φάρμακα του ΚΝΣ. Σ
- ☐ γ. Προχωρημένη ηλικία, αναπνευστική οξέωση. Σ
- ☐ δ. Νεφρική ανεπάρκεια, ελαττωμένη αιμάτωση του ήπατος. Σ
- ☐ ε. Επαναπρόσληψη των οπιοειδών από τους μυς, λεπτό έντερο, πνεύμονες, λίπος. Σ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. εφ. 27, Οπιοειδή, σελ. 792.

Η αντιεμετική προστασία του ασθενούς που λαμβάνει οπιοειδή μπορεί να πραγματοποιηθεί με:

- ☐ α. Φάρμακα με αντιχολινεργική δράση. Σ
- ☐ β. Βουτυροφαινόνες. Σ
- ☐ γ. Ανταγωνιστές σεροτονίνης. Σ
- ☐ δ. Ανταγωνιστές ντοπαμίνης. Σ
- ☐ ε. Βελονισμό. Σ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 78.

Φεντανύλη:

- ☐ α. Μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλέβια, επισκληριδίως, υπαραχνοειδώς, διαδερμικά και διαβλεννογόνια. Σ
- ☐ β. Έχει μεγάλου βαθμού μεταβολισμό 1ης δόδου από το ήπαρ (περίπου 70%). Σ
- ☐ γ. Είναι 10 φορές ισχυρότερη της μορφίνης. Λ (Σ=80-100)
- ☐ δ. Είναι ιδιαίτερα υδρόφιλο οπιοειδές. Λ
- ☐ ε. Ο πνεύμονας έχει σημαντικό ρόλο στην μεταβολισμό της. Σ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 79

Κωδεΐνη:

- ☐ α. Είναι προ-φάρμακο και σε ποσοστό 10% μεταβολίζεται από τα μικροσωματικά ένζυμα του ήπατος προς μορφίνη. Σ
- ☐ β. Ποσοστό 40% της Καυκασίας φυλής δεν διαθέτει το ένζυμο μετατροπής της κωδεΐνης σε μορφίνη. Λ
- ☐ γ. Τα άτομα με τη γενετική αυτή παραλλαγή πιθανώς να μην έχουν ικανοποιητικό αναλγητικό αποτέλεσμα από την κωδεΐνη. Σ
- ☐ δ. Προβλήματα κατά τη χρήση της μπορεί να εμφανιστούν στους ταχείς μεταβολιστές, λόγω ταχείας μετατροπής σε μορφίνη. Σ
- ☐ ε. Η δόση χρειάζεται τροποποίηση σε νεφρική δυσλειτουργία. Σ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 79

Τραμαδόλη:

- ☐ α. Αποτελεί αγωνιστή των οπιοειδικών υποδοχέων. Σ
- ☐ β. Έχει ανασταλτική δράση στην επαναπρόσληψη επινεφρίνης και σεροτονίνης. Σ
- ☐ γ. Μεταβολίζεται προς Ο-δεσμεθυλ-τραμαδόλη, η οποία έχει μεγαλύτερη συγγένεια σύνδεσης με τον μ υποδοχέα των οπιοειδών. Σ
- ☐ δ. Αντενδείκνυται όταν λαμβάνονται αναστολείς μονο-αμινοοξειδάσης. Σ
- ☐ ε. Έχει δόση «οροφής». Σ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 79

Τραμαδόλη:

- ☐ α. Έχει ταυτόχρονα ιδιότητες οπιοειδούς και αναστολέα επαναπρόσληψης νορ-επινεφρίνης και σεροτονίνης. Σ
- ☐ β. Χρησιμοποιείται αποκλειστικά για τον οξύ μετεγχειρητικό πόνο. Λ
- ☐ γ. Δεν έχει μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης ανοχής και εξάρτησης. Σ
- ☐ δ. Ζάλη, καταστολή και ναυτία είναι οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειές της. Σ
- ☐ ε. Έχει ένδειξη σε άτομα με ιστορικό επιληπτικών σπασμών, λόγω της αντιεπιληπτικής της δράσης. Λ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 79.

Τραμαδόλη:

- ☐ α. Είναι μερικός αγωνιστής των μ-υποδοχέων. Λ
- ☐ β. Αναστέλλει τη νευρική επαναπρόσληψη επινεφρίνης και ενισχύει την απελευθέρωση σεροτονίνης. Σ
- ☐ γ. Μετά από μία δόση έχει βιοδιαθεσιμότητα 90% -100%. Λ
- ☐ δ. Συνδέεται με πρωτεΐνες σε ποσοστό 20%. Σ
- ☐ ε. Περίπου 10% μεταβολίζεται στον ενεργό μεταβολίτη ο-δεσμέθυλ-τραμαδόλη. Σ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 2013, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ. 80

Ταπενταδόλη:

- ☐ α. Αποτελεί αγωνιστή των οπιοειδικών υποδοχέων. Σ
- ☐ β. Είναι ασθενέστερη της τραμαδόλης. Λ
- ☐ γ. Αναστέλλει την επαναπρόσληψη νορ-επινεφρίνης. Σ
- ☐ δ. Είναι ασθενέστερη της μορφίνης και της φεντανύλης. Σ
- ☐ ε. Έχει ηπιότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από το γαστρεντερικό σύστημα συγκριτικά με την οξυκωδόνη. Σ

Αντλία για αναλγησία ελεγχόμενη από τον ασθενή (patient controlled analgesia, PCA)

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition 16. Pain Management, σελ. 501

Οι συνήθειες ρυθμίσεις μίας ενδοφλέβιας αντλίας ελεγχόμενης από τον ασθενή (intravenous patient-controlled analgesia, PCA), περιλαμβάνουν:

- ☐ α. Δόση επίκλησης, μεσοδιάστημα χορήγησης της δόσης επίκλησης, καθώς και όριο χορηγούμενης δόσης (π.χ. ανά ώρα ή ανά 4 ώρες). Η χορήγηση συνεχούς έγχυσης δεν είναι απαραίτητη. Σ
- ☐ β. Με τη μορφίνη συνήθως, χορηγείται δόση επίκλησης 1-3 mg με μεσοδιάστημα χορήγησης 10-20 min. Σ
- ☐ γ. Με τη φεντανύλη συνήθως, χορηγείται δόση επίκλησης 50-100 µg με μεσοδιάστημα χορήγησης 10 min. Λ (Σ=10 - 25 µg)
- ☐ δ. Η χορήγηση ενδοφλέβιας PCA απαιτεί την προηγούμενη χορήγηση δόσης

- εφόδου του επιλεγμένου οπιοειδούς από τον αναισθησιολόγο. Σ
- ☐ ε. Η εφαρμογή ενδοφλέβιας PCA μπορεί να γίνει από ενδοφλέβια οδό που χορηγούνται και άλλα φάρμακα και υγρά. Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition 16. Pain Management, σελ. 501

Η αντλία για ενδοφλέβια αναλγησία ελεγχόμενη από τον ασθενή (intravenous patient-controlled analgesia, PCA) έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- ☐ α. Χρησιμοποιείται αποκλειστικά από τον ασθενή και όχι από τους φροντιστές / συνοδούς του. Αυτό αποτελεί δικλείδα ασφαλείας, έτσι ώστε εάν ο ασθενής εμφανίσει καταστολή, να μην μπορεί να χορηγήσει στον εαυτό του την επόμενη δόση. Σ
- ☐ β. Οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρούνται με τη χορήγηση ισχυρών οπιοειδών μέσω αυτής της οδού είναι η αναπνευστική καταστολή, η καταστολή του επιπέδου συνείδησης, η ναυτία, ο κνησμός και η δυσκοιλιότητα. Σ
- ☐ γ. Αυξημένου κινδύνου για αναπνευστική καταστολή είναι ασθενείς προχωρημένης ηλικίας, υπογκαιμικοί και ασθενείς που λαμβάνουν συνεχή έγχυση του οπιοειδούς (background basal infusion). Σ
- ☐ δ. Η χορήγηση ενδοφλέβιας PCA απαιτεί την αυστηρή παρακολούθηση από την αναισθησιολογική ομάδα και τους νοσηλευτές των χειρουργικών θαλάμων. Σ
- ☐ ε. Η διακοπή μίας ενδοφλέβιας PCA πρέπει οπωσδήποτε να αντικαθίσταται από τη συνταγογράφηση εναλλακτικών αναλγητικών φαρμάκων για την κάλυψη των συνεχιζόμενων αναλγητικών αναγκών του ασθενούς. Σ

Επισκληρίδιος αναλγησία και άλλες τεχνικές περιοχικής αναλγησίας (κλινικές δεξιότητες)

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition 16. Pain Management, σελ. 482.

Σε θωρακοτομές, η τοποθέτηση του επισκληριδίου καθετήρα πρέπει να γίνεται στα παρακάτω επίπεδα:

- ☐ α. Θ4 - Θ5 Σ
- ☐ β. Θ9 - Θ10 Λ
- ☐ γ. Ο1 - Ο2 Λ
- ☐ δ. Θ7 - Θ8 Σ
- ☐ ε. Θ12 - Ο1 Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition 16. Pain Management, σελ. 482

Ποιές τεχνικές αναλγησίας αποτελούν την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης του πόνου της θωρακοτομής;

- ☐ α. Θωρακική επισκληρίδιος. Σ
- ☐ β. Θωρακικοί παρασπονδυλικοί αποκλεισμοί. Σ
- ☐ γ. Οσφυϊκή επισκληρίδιος. Λ

- ☐ δ. Αυχενική επισκληρίδιος. Λ
- ☐ ε. Μεσοπλεύριοι αποκλεισμοί. Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition 16. Pain Management, σελ. 482.

Οι τεχνικές τοποθέτησης παρασπονδυλικών καθετήρων στη θωρακική μοίρα της ΣΣ μπορούν να γίνουν με:

- ☐ α. Τυφλή τεχνική. Σ
- ☐ β. Τοποθέτηση από τον χειρουργό κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Σ
- ☐ γ. Επισκληρίδιο τεχνική. Λ
- ☐ δ. Υπερηχογραφική τεχνική. Σ
- ☐ ε. Τοποθέτηση κατά τη διάρκεια της επέμβασης με υπερηχογράφο. Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition 16. Pain Management, σελ. 482.

Ο θωρακικός παρασπονδυλικός αποκλεισμός χαρακτηρίζεται από:

- ☐ α. Αναλγησία τόσο των πρόσθιων όσο και των οπισθίων νωτιαίων ριζών. Σ
- ☐ β. Μπορεί να εφαρμοσθεί σε επεμβάσεις θώρακος, σε κατάγματα πλευρών και θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, αλλά και σε ερπητική νευραλγία. Σ
- ☐ γ. Χρησιμοποιείται ακόμη και σε περιπτώσεις που αφορούν τα υψηλότερα θωρακικά νευροτόμια. Σ
- ☐ δ. Η συνθηθέστερη επιπλοκή είναι ο πνευμοθώρακας. Σ
- ☐ ε. Άλλες επιπλοκές περιλαμβάνουν την επισκληρίδιο, υπαραχνοειδή ή ενδαγγειακή έγχυση φαρμάκου, τον συμπαθητικό αποκλεισμό και την πρόκληση υπότασης. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition 16. Pain Management, σελ. 501.

Η χορήγηση τοπικών αναισθητικών και οπιοειδών επισκληριδίων αποτελεί πολύ καλή αναλγητική μέθοδο γιατί:

- ☐ α. Βοηθά στον αποτελεσματικό έλεγχο του μετεγχειρητικού πόνου μετά από ενδοθωρακικές, ενδοκοιλιακές και ορθοπαιδικές επεμβάσεις κάτω άκρων. Σ
- ☐ β. Διατηρείται και βελτιώνεται η αναπνευστική λειτουργία. Σ
- ☐ γ. Επιτυγχάνεται καλύτερη λειτουργική επάνοδος των ασθενών. Σ
- ☐ δ. Ελαττώνεται η επίπτωση της εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης. Σ
- ☐ ε. Ελαττώνεται η πιθανότητα μετάβασης σε χρόνιο μετεγχειρητικό πόνο. Σ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 2013, Postoperative analgesia, σελ. 581

Επιπρόσθετα φάρμακα που μπορούν να χορηγηθούν επισκληριδίων για την επίτευξη μετεγχειρητικής αναλγησίας είναι:

- ☐ α. Οπιοειδή σε μικρές δόσεις, όπως η μορφίνη και η φεντανύλη. Σ
- ☐ β. Κλονιδίνη, η οποία παρατείνει τον αποκλεισμό. Σ
- ☐ γ. Αδρεναλίνη, η οποία παρατείνει τον αποκλεισμό. Σ
- ☐ δ. Κεταμίνη. Σ
- ☐ ε. Διαμορφίνη. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition, Chapter 16. Pain Management, σελ. 501, McGraw Hill

Η επισκληρίδια χορήγηση οπιοειδών είναι μία τεχνική που χρησιμοποιείται τακτικά στην αντιμετώπιση του οξέος, αλλά και του χρόνιου πόνου. Για τα επισκληρίδιως χορηγούμενα οπιοειδή ισχύουν τα εξής:

- ☐ α. Η μορφίνη είναι έντονα λιποδιαλυτή. Λ
- ☐ β. Η φεντανύλη χορηγείται ως δόση εφόδου επισκληριδίως σε δοσολογία 50-100 μg αρχικά, με χρόνο έναρξης δράσης 60 min. Λ
- ☐ γ. Η διάρκεια δράσης μίας εφάπαξ δόσης φεντανύλης επισκληριδίως είναι 1-3 ώρες. Σ
- ☐ δ. Η δοσολογία της μορφίνης εάν δοθεί εφάπαξ επισκληριδίως είναι 2-5 mg. Σ
- ☐ ε. Η διάρκεια δράσης μίας εφάπαξ δόσης μορφίνης επισκληριδίως είναι 4-24 ώρες. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition, Chapter 16. Pain Management, σελ. 501, McGraw Hill

Ανεπιθύμητες ενέργειες των οπιοειδών μετά από επισκληρίδια χορήγηση:

- ☐ α. Αναπνευστική καταστολή (πρώιμη ή όψιμη). Σ
- ☐ β. Κώμα. Σ
- ☐ γ. Επίσχεση ούρων. Σ
- ☐ δ. Ναυτία / έμετος. Σ
- ☐ ε. Κνησμός. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition, Chapter 16. Pain Management, σελ. 501, McGraw Hill

Μετεγχειρητικά μετά από επέμβαση υπό επισκληρίδια αναισθησία, ποιά στοιχεία πρέπει να ελέγχουμε?

- ☐ α. Αξιολόγηση της ικανοποίησης του ασθενούς. Σ
- ☐ β. Αποδρομή κινητικού και αισθητικού αποκλεισμού. Σ
- ☐ γ. Εάν ο ασθενής παραπονείται για οσφυαλγία, ελέγχουμε την περιοχή της τοποθέτησης του επισκληρίδιου καθετήρα για τυχόν οίδημα, ερυθρότητα ή εκχύμωση. Σ
- ☐ δ. Εάν ο ασθενής παραπονείται για κεφαλαλγία μετά από ακούσια τρώση της σκληράς μήνιγγας, παρακολουθείται για μερικές ημέρες και μέχρι την αποδρομή της κεφαλαλγίας. Σ
- ☐ ε. Η εκτίμηση της επάρκειας της μετεγχειρητικής αναλγησίας και η αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών αποτελούν υποχρέωση του Αναισθησιολόγου. Σ

Χρήση σχετικών Λιστών Ελέγχου και Κατευθυντήριων Οδηγιών

Ελληνική νομοθεσία όσον αφορά τις «Προδιαγραφές - Ελάχιστα Όρια Ασφαλούς Χορήγησης Αναισθησίας», (ΦΕΚ 1044/1997)

Σχετικά με την καταγραφή των αναισθησιολογικών φροντίδων:

- ☐ α. Πρέπει να γίνεται ημερήσιος έλεγχος του μηχανήματος αναισθησίας πριν την

αναισθησιολογική πράξη και να καταγράφεται μαζί με τα στοιχεία του ατόμου που διενήργησε τον έλεγχο. Σ

- β. Τα συνήθη συμβάματα της περιεγχειρητικής περιόδου δεν είναι αναγκαίο να καταγράφονται στο διάγραμμα αναισθησίας του ασθενούς. Λ
- γ. Κάθε Αναισθησιολογικό Τμήμα πρέπει να τηρεί λεπτομερές αρχείο με τις αναισθησιολογικές πράξεις του τμήματος. Σ
- δ. Για τα Αναισθησιολογικά Τμήματα δεν είναι υποχρεωτική η καταγραφή ιατρικών πράξεων που δεν σχετίζονται με τη χορήγηση αναισθησίας, όπως η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση. Λ
- ε. Οι ειδικευόμενοι πρέπει να τηρούν προσωπικό βιβλιάριο εκπαίδευσης (log book) , υπό την ευθύνη του διευθυντή του Αναισθησιολογικού Τμήματος, όπου καταγράφονται λεπτομερώς οι αναισθησιολογικές πράξεις που διενέργησαν. Σ

Ελληνική νομοθεσία όσον αφορά τις «Προδιαγραφές - Ελάχιστα Όρια Ασφαλούς Χορήγησης Αναισθησίας» (ΦΕΚ 1044/1997)

Σχετικά με τον απαιτούμενο έλεγχο πριν τη χορήγηση αναισθησίας:

- α. Ελέγχεται υποχρεωτικά η καλή λειτουργία του αναπνευστικού κυκλώματος / βατότητα, απουσία διαφυγής. Σ
- β. Ελέγχεται υποχρεωτικά η διαθεσιμότητα σε ουροκαθετήρες. Λ
- γ. Ελέγχεται υποχρεωτικά η λειτουργία της αναρρόφησης. Σ
- δ. Ελέγχεται υποχρεωτικά η ύπαρξη των απαραίτητων υλικών για την υποστήριξη του αεραγωγού και την ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Σ
- ε. Ελέγχεται υποχρεωτικά η παρουσία των απαιτούμενων αναισθησιολογικών φαρμάκων και των φαρμάκων για καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση. Σ

Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, AR Aitkenhead, IK Moppett, JP Thompson, Κεφ. 16: Clinical measurement and monitoring, σελ 356, πίνακας 16.12, 6th edition, Εκδόσεις Churchill Livingstone Elsevier. Ελληνική νομοθεσία όσον αφορά τις «Προδιαγραφές - Ελάχιστα Όρια Ασφαλούς Χορήγησης Αναισθησίας» (ΦΕΚ 1044/1997) και επικαιροποιημένες προδιαγραφές 2019.

Σχετικά με τις καταγραφές στο αναισθησιολογικό διάγραμμα:

- α. Στο διάγραμμα αναισθησίας δεν είναι υποχρεωτική η καταγραφή της χρήσης θερμαντικών συσκευών. Λ
- β. Στο διάγραμμα αναισθησίας είναι υποχρεωτική η καταγραφή της θέσης του ασθενούς στο χειρουργικό τραπέζι. Σ
- γ. Στο διάγραμμα αναισθησίας δεν είναι υποχρεωτική η καταγραφή του τύπου και του μεγέθους της βελόνης που χρησιμοποιήθηκε για την εφαρμογή της υπαραχνοειδούς αναισθησίας. Λ
- δ. Στο διάγραμμα αναισθησίας καταγράφεται μόνον ο όγκος των χορηγουμένων φαρμάκων. Λ
- ε. Στο διάγραμμα αναισθησίας δεν είναι υποχρεωτική η καταγραφή του ονόματος όλων των εμπλεκόμενων γιατρών της Αναισθησιολογίας. Λ

Miller's Anesthesia, Κεφ. 6: Ανθρώπινη απόδοση και ασφάλεια ασθενών, σελ 132-133, Πλαίσιο 6-10, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Σχετικά με τις Λίστες Ελέγχου Ασφάλειας (Safety Check Lists):

- ☐ α. Για την ασφαλή περιεγχειρητική διαχείριση των ασθενών συνιστάται η χρήση λιστών ελέγχου κρίσιμων καταστάσεων αναρτημένων σε όλες τις χειρουργικές αίθουσες. Σ
- ☐ β. Οι λίστες ελέγχου αποσκοπούν μόνον στην αναγνώριση των κρίσιμων καταστάσεων. Λ
- ☐ γ. Οι λίστες ελέγχου αποσκοπούν μόνον στη σωστή αντιμετώπιση των κρίσιμων καταστάσεων. Λ
- ☐ δ. Στη λίστα ελέγχου που αφορά την αναφυλαξία, περιλαμβάνεται και η ενημέρωση των χειρουργών σε περίπτωση αναφυλαξίας κατά τη διάρκεια της επέμβασης (Veterans Affairs-National Center for Patient Safety, VA-NCPS). Σ
- ☐ ε. Στη λίστα ελέγχου που αφορά την αναφυλαξία δεν χρειάζεται να αναφέρονται οι δερματικές εκδηλώσεις της αναφυλαξίας. Λ

Διακήρυξη του Ελσίνκι για την ασφαλή χορήγηση αναισθησίας (2010)

World Health Organization Surgical Safety Checklist διαθέσιμη στο WHO

website: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/.

Σχετικά με τη Λίστα Ελέγχου για την Ασφάλεια στη Χειρουργική, του Παγκόσμιου

Οργανισμού Υγείας (World Health Organization /WHO Surgical Safety Checklist) ισχύει:

- ☐ α. Η εφαρμογή της αφορά μόνον τον εμπλεκόμενο αναισθησιολόγο και χειρουργό. Λ
- ☐ β. Ελέγχονται και καταγράφονται δεδομένα μόνον πριν την εισαγωγή στην αναισθησία. Λ
- ☐ γ. Στα δεδομένα που ελέγχονται περιλαμβάνεται και το ιστορικό αλλεργίας του ασθενούς. Σ
- ☐ δ. Η αναγνώριση πιθανότητας δύσκολου αεραγωγού δεν περιλαμβάνεται. Λ
- ☐ ε. Περιλαμβάνεται ο κίνδυνος απώλειας αίματος > 500 ml. Σ

Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, Κεφ. 43, AR Aitkenhead, IK Moppett, JP Thompson:

Complications during anaesthesia, σελ 876-877, 6th edition, Εκδόσεις Churchill Livingstone Elsevier.

Εγρήγορση (awareness) κατά τη διάρκεια γενικής αναισθησίας:

- ☐ α. Είναι συχνή σε ασθενείς με σοβαρό τραύμα. Σ
- ☐ β. Για την αποφυγή της ενδείκνυται παρακολούθηση (monitoring) του βάθους αναισθησίας. Σ
- ☐ γ. Δεν μπορεί να προκαλέσει σοβαρές ψυχολογικές διαταραχές. Λ
- ☐ δ. Η πιθανότητα εμφάνισής της ελαττώνεται κατά τη διάρκεια των διεγχειρητικών υποτασικών επεισοδίων. Λ
- ☐ ε. Διεγχειρητικά, σημεία διέγερσης του συμπαθητικού μπορεί να υποδεικνύουν εγρήγορση. Σ

Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, AR Aitkenhead, IK Moppett, JP Thompson Κεφ. 43: Complications during anaesthesia, σελ 876-87, 6th edition, Εκδόσεις Churchill Livingstone Elsevier.

Εγρήγορση (awareness) κατά τη διάρκεια γενικής αναισθησίας:

- ☐ α. Η δυσλειτουργία του αναπνευστικού κυκλώματος, π.χ. διαρροή, μπορεί να προκαλέσει διεγχειρητική εγρήγορση. Σ
- ☐ β. Η χορήγηση αποκλειστών της νευρομυϊκής σύναψης περιορίζει τον κίνδυνο εμφάνισης διεγχειρητικής εγρήγορσης. Λ
- ☐ γ. Αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση αποκλειστών της νευρομυϊκής σύναψης. Λ
- ☐ δ. Η διατήρηση της αναισθησίας με εισπνεόμενα αναισθητικά φαίνεται ότι περιορίζει τον κίνδυνο διεγχειρητικής εγρήγορσης, συγκριτικά με την ολική ενδοφλέβια αναισθησία. Σ
- ☐ ε. Σε υποψία διεγχειρητικής εγρήγορσης συνιστάται η άμεση χορήγηση μιδαζολάμης ενδοφλεβίως. Σ

Διατήρηση της ομοιόστασης των συστημάτων και των οργάνων μετά από την επίδραση διαφόρων χειρουργικών επεμβάσεων και αναισθησίας σε ασθενείς με ή χωρίς προϋπάρχουσες νόσους

Miller's Αναισθησιολογία, Ελληνική έκδοση, Κεφ. 45, Παρακολούθηση νεφρικής λειτουργίας, σελ. 1468-9, Εκδόσεις Πασχαλίδης

Παράγοντες που ευθύνονται για την ανάπτυξη μετεγχειρητικής οξείας νεφρικής ανεπάρκειας είναι:

- ☐ α. Σήψη. Σ
- ☐ β. Λήψη αμινογλυκοσιδικών αντιβιοτικών. Σ
- ☐ γ. Υπογκαιμία. Σ
- ☐ δ. Σοβαρός πολυτραυματισμός. Σ
- ☐ ε. Διεγχειρητική χορήγηση υψηλής συγκέντρωσης εισπνεόμενου οξυγόνου. Λ

Miller's Αναισθησιολογία, Ελληνική έκδοση, Κεφ. 45, Παρακολούθηση νεφρικής λειτουργίας, σελ. 1468-9, Εκδόσεις Πασχαλίδης

Περιεγχειρητικοί κλινικοί προγνωστικοί παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης μετεγχειρητικής νεφρικής βλάβης και χρόνιας νεφρικής νόσου είναι:

- ☐ α. Μεταβολικό σύνδρομο και υπέρταση. Σ
- ☐ β. Σακχαρώδης διαβήτης. Σ
- ☐ γ. Χαμηλή καρδιακή παροχή. Σ
- ☐ δ. Ισχαιμία / επαναιμάτωση. Σ
- ☐ ε. Ιωδιούχο σκιαγραφικό. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ.85, σελ. 2775.

Νεφροπάθεια από σκιαγραφικό (ΝΣ):

- ☐ α. Δεν απαιτείται επαρκής προενυδάτωση για κάθε ασθενή που πρόκειται να

- λάβει σκιαγραφικό στο χειρουργείο. Λ
- ☐ β. Η επιθετική ενυδάτωση με διάλυμα NaCl 0,09% είναι η πιο αποτελεσματική προστασία ενάντια στη ΝΣ. Σ
 - ☐ γ. Η επιθετική ενυδάτωση με διάλυμα γλυκόζης 5% είναι η πιο αποτελεσματική προστασία ενάντια στη ΝΣ. Λ
 - ☐ δ. Η αλκαλοποίηση των ούρων με διττανθρακικό μπορεί να παρέχει επιπλέον προστασία έναντι της ΝΣ. Σ
 - ☐ ε. Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι Ν-ακετυλο-κυστεΐνη (NAC) σε μια δόση από το στόμα πριν και μετά την επέμβαση, μπορεί να προσφέρει πρόσθετη προστασία έναντι της ΝΣ. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2761.

Στη ΜΜ-ΑΦ, για κάθε ασθενή που έχει λάβει σκιαγραφικό in κατά την επέμβαση, προκειμένου για την προστασία έναντι νεφροπάθειας από σκιαγραφικό (contrast nephropathy) ισχύει:

- ☐ α. Απαιτείται ενυδάτωση με σακχαρούχο διάλυμα 5%. Λ
- ☐ β. Απαιτείται επιθετική ενυδάτωση με χλωριονατριούχο διάλυμα 0,9%. Σ
- ☐ γ. Η πλέον αποτελεσματική προστασία γίνεται με Ν-ακετυλ-κυστεΐνη. Λ
- ☐ δ. Τα διττανθρακικά προσφέρουν σημαντική προστασία. Λ
- ☐ ε. Η σημαντικότερη προστασία γίνεται με διάλυμα λευκωματίνης 20%. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2761.

Παράγοντες κινδύνου για μετεγχειρητική ραβδομυόλυση:

- ☐ α. Λαπαροσκοπική βariatρική επέμβαση. Σ
- ☐ β. Αυξημένος δείκτης μάζας σώματος (BMI). Σ
- ☐ γ. Μακρά διάρκεια επέμβασης. Σ
- ☐ δ. Περιοχική αναισθησία. Λ
- ☐ ε. Είδος μετεγχειρητικής αναλγησίας. Λ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, Chapter 23, Management of the high risk patient, p. 499

Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση μετεγχειρητικών επιπλοκών από το αναπνευστικό είναι:

- ☐ α. Μεγάλη ηλικία. Σ
- ☐ β. Προεγχειρητική αναιμία. Σ
- ☐ γ. Λοίμωξη αναπνευστικού εντός του προηγούμενου μηνός. Σ
- ☐ δ. Τύπος χειρουργικής τομής. Σ
- ☐ ε. Επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Σ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, Ch. 23, Identifying patients in need of postoperative critical care, p. 512

Παράγοντες ιδιαίτερης σημασίας που πρέπει να παρακολουθούνται μετεγχειρητικά στον υψηλού κινδύνου χειρουργικό ασθενή είναι:

- ☐ α. Καρδιακή συχνότητα. Σ
- ☐ β. Αρτηριακή πίεση. Σ
- ☐ γ. Επίπεδο συνείδησης. Σ
- ☐ δ. Αναπνευστική συχνότητα. Σ
- ☐ ε. Ωριαία διούρηση. Σ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, Ch. 23, Identifying patients in need of postoperative critical care, p. 512.

Οι διαταραχές διαφόρων παραγόντων μετεγχειρητικά μπορεί να σημαίνουν τα κάτωθι:

- ☐ α. Η καταστολή του επιπέδου συνείδησης μετεγχειρητικά μπορεί να υποδηλώνει υποάρδευση, υπολειπόμενη δράση κατασταλτικών φαρμάκων, ακόμη και διεγχειρητικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Σ
- ☐ β. Η αυξημένη αρτηριακή πίεση μετεγχειρητικά μπορεί να οφείλεται σε ανεπαρκή μετεγχειρητική αναλγησία ή σε φαινόμενο αναπήδησης (rebound), λόγω διακοπής της λήψης αντιυπερτασικών φαρμάκων προεγχειρητικά. Σ
- ☐ γ. Η αυξημένη αναπνευστική συχνότητα μπορεί να οφείλεται σε μεταβολική οξέωση λόγω ανεπαρκούς ιστικής άρδευσης. Σ
- ☐ δ. Η ελαττωμένη αναπνευστική συχνότητα μετεγχειρητικά μπορεί να οφείλεται σε υπολειπόμενη δράση οπιοειδών. Σ
- ☐ ε. Η μείωση της ωριαίας διούρησης σε επίπεδα $< 2 \text{ ml/kg/h}$ είναι ενδεικτική υπογκαϊμίας. Λ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 6^η έκδοση, κεφ 43, σελ 863 και 864.

Τα ακόλουθα είναι χρήσιμα για τη διάγνωση πνευμονικής εμβολής:

- ☐ α. Το ΗΚΓ που δείχνει: επιβάρυνση της δεξιάς κοιλίας, απόκλιση του άξονα προς τα δεξιά, αναστροφή του Τ στις απαγωγές V1-V4 και ενίοτε αποκλεισμό του δεξιού σκέλους. Σ
- ☐ β. Τα αέρια του αρτηριακού αίματος που δείχνουν: υπερκαπνία και υποξαιμία. Λ
- ☐ γ. Το σπινθηρογράφημα αερισμού / αιμάτωσης των πνευμόνων. Σ
- ☐ δ. Η πνευμονική αγγειογραφία. Σ
- ☐ ε. Κλινικά σημεία: ταχύπνοια, κεντρική κυάνωση, αρτηριακή υπόταση, φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2765.

Λαρυγγόσπασμος:

- ☐ α. Αναφέρεται στον αιφνίδιο σπασμό των φωνητικών χορδών και αποφράσσει πλήρως το άνοιγμα του λάρυγγα. Σ
- ☐ β. Τυπικά εμφανίζεται όταν ο αποδιασωληνωμένος ασθενής ανανήπτει από τη γενική αναισθησία. Σ
- ☐ γ. Κίνδυνος λαρυγγόσπασμου στην Ανάνηψη δεν υφίσταται στον αποδιασωληνωμένο ασθενή. Λ
- ☐ δ. Η ανάσπαση της κάτω γνάθου σε συνδυασμό με εφαρμογή CPAP έως 40 εκ. H₂O δεν είναι συχνά επαρκής για τη διακοπή του λαρυγγόσπασμου και ως εκ τούτου

- απαιτείται η χορήγηση σουκκινυλχολίνης 0,1 έως 1 mg/kg iv. Σ
- ☐ ε. Η βίαιη εισαγωγή ενδοτραχειακού σωλήνα μέσω της κλειστής γλωττίδας αποτελεί συχνά αναγκαίο και ενδεδειγμένο χειρισμό για τον αερισμό ασθενούς με σοβαρό λαρυγγόσπασμο. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2765.

Για το οίδημα του αεραγωγού κατά την ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Είναι συχνότερο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε πολύωρη επέμβαση, σε ύπτια από ότι σε πρηνή θέση. Λ
- ☐ β. Είναι συχνότερο σε πολύωρες επεμβάσεις με τον ασθενή σε θέση αντι-Trendelenburg. Λ
- ☐ γ. Είναι σημαντικότερο σε επεμβάσεις με μεγάλη απώλεια αίματος. Σ
- ☐ δ. Είναι εντονότερο όταν έχουν λάβει χώρα διαδικασίες καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης με επιθετική χορήγηση υγρών. Σ
- ☐ ε. Σημαντικό οίδημα των ιστών του φάρυγγα μπορεί να μην συνοδεύεται και από οίδημα προσώπου ή άλλα εξωτερικώς εμφανή σημεία οιδήματος. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2765.

Εντοπισμένο οίδημα ή αιμάτωμα στον ανώτερο αεραγωγό μπορεί να συμβεί μετά την ανάνηψη στις παρακάτω επεμβάσεις:

- ☐ α. Ενδαρτηρεκτομή καρωτίδας. Σ
- ☐ β. Επεμβάσεις ΩΡΛ στο φάρυγγα. Σ
- ☐ γ. Επεμβάσεις στη γλώσσα. Σ
- ☐ δ. Επεμβάσεις στην τραχηλική χώρα και το λαιμό. Σ
- ☐ ε. Επεμβάσεις στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2765.

Για τον ασθενή με σοβαρή απόφραξη ανώτερου αεραγωγού λόγω οιδήματος ή αιματώματος ισχύει:

- ☐ α. Ο αερισμός με απλή μάσκα μπορεί να μην είναι πάντοτε εφικτός. Σ
- ☐ β. Ο αερισμός με λαρυγγική μάσκα είναι πάντοτε αποτελεσματικός. Λ
- ☐ γ. Στην περίπτωση αιματώματος μετά από θυρεοειδεκτομή ή επέμβαση καρωτίδας, μπορεί να επιχειρηθεί άμεση αποσυμφόρηση του αεραγωγού αφαιρώντας τα clips ή τα ράμματα από τη χειρουργική τομή και αναρροφώντας το αιμάτωμα. Σ
- ☐ δ. Σημαντική ποσότητα αίματος ή ορού που μπορεί να έχει διηθήσει τους ιστούς στο φαρυγγικό τοίχωμα, συνήθως δεν εμποδίζει τη διασωλήνωση της τραχείας. Λ
- ☐ ε. Εφόσον απαιτείται επείγουσα διασωλήνωση τραχείας επιβάλλεται να υπάρχει άμεσα διαθέσιμος ο κατάλληλος εξοπλισμός για δύσκολο αεραγωγό. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2765-6.

Για τον ασθενή με αποφρακτική άπνοια κατά τον ύπνο (obstructive sleep apnea, OSA) ισχύει:

- ☐ α. Η OSA αποτελεί αίτιο απόφραξης του αεραγωγού στην Ανάνηψη, το οποίο συχνά παραβλέπεται. Σ
- ☐ β. Οι ασθενείς με OSA είναι επιρρεπείς σε απόφραξη αεραγωγού κατά την ανάνηψη. Σ
- ☐ γ. Οι ασθενείς με OSA πρέπει να αποδιασωληνώνονται χωρίς να έχουν ανακτήσει πλήρως τις αισθήσεις τους. Λ
- ☐ δ. Η συνεχής περιοχική αναισθησία καλύτερα να αποφεύγεται στους ασθενείς με OSA. Λ
- ☐ ε. Προτιμώνται οι βενζοδιαζεπίνες έναντι των οπιοειδών, γιατί έχουν μικρότερη επίδραση στο φαρυγγικό μυϊκό τόνο ασθενών με OSA. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2766.

Περιεγχειρητική διαχείριση ασθενών με αποφρακτική άπνοια κατά τον ύπνο (obstructive sleep apnea, OSA):

- ☐ α. Είναι αναγκαίος ο προεγχειρητικός σχεδιασμός για τη χρήση της συσκευής CPAP κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Σ
- ☐ β. Πρέπει να ζητάται από τους ασθενείς να φέρουν μαζί τους τη συσκευή CPAP κατά την ημέρα της επέμβασης, ώστε να εφαρμόζεται κατά την άφιξη του ασθενούς στην Ανάνηψη. Σ
- ☐ γ. Οι ασθενείς με OSA που δεν έχουν δική τους συσκευή CPAP δεν χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής στην Ανάνηψη. Λ
- ☐ δ. Οι ασθενείς με αναφερόμενη OSA που προγραμματίζονται για χειρουργική επέμβαση, καλύτερα είναι να εκτιμώνται από το Ιατρείο OSA, εφόσον υπάρχει αυτή η δυνατότητα, πριν από την επέμβαση. Σ
- ☐ ε. Μετά από επείγοντα χειρουργεία σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο OSA από το ιστορικό, η παραμονή στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη πρέπει να είναι σύντομη. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2766.

Αντιμετώπιση απόφραξης του ανώτερου αεραγωγού άμεσα μετεγχειρητικά:

- ☐ α. Άμεση κινητοποίηση. Σ
- ☐ β. Προτού ληφθεί η απόφαση για επαναδιασωλήνωση της τραχείας, πρέπει να επιχειρηθεί η διάνοιξη του αεραγωγού με επεμβατικά μέσα. Λ
- ☐ γ. Προηγείται η εφαρμογή επεμβατικών μεθόδων απελευθέρωσης του αεραγωγού από την επαναδιασωλήνωση της τραχείας. Λ
- ☐ δ. Σε ασθενείς με μειωμένο φαρυγγικό μυϊκό τόνο συνήθως αρκεί η απελευθέρωση του ανώτερου αεραγωγού με ανάσπαση της κάτω γνάθου σε συνδυασμό με εφαρμογή CPAP (5-15 cm H₂O). Σ
- ☐ ε. Η διόρθωση παραγόντων που συμβάλλουν στη παράταση του νευρομυϊκού αποκλεισμού, όπως η υποθερμία, δεν έχουν άμεση επίπτωση στην απελευθέρωση του ανώτερου αεραγωγού. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2766, πίνακας 85-4.

Παράγοντες που συμβάλλουν στη μετεγχειρητική αρτηριακή υποξαιμία:

- ☐ α. Ατελεκτασία. Σ
- ☐ β. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Σ
- ☐ γ. Μετ-αποφρακτικό ή αρνητικής πίεσεως οξύ πνευμονικό οίδημα. Σ
- ☐ δ. Κυψελιδικός υποαερισμός. Σ
- ☐ ε. Υποξία εκ διαχύσεως δεν μπορεί να παρατηρηθεί στην Ανάνηψη. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2766, πίνακας 85-4.

Παράγοντες που συμβάλλουν στη μετεγχειρητική αρτηριακή υποξαιμία:

- ☐ α. Εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου. Σ
- ☐ β. Πνευμονική εμβολή. Σ
- ☐ γ. Πνευμοθώρακας. Σ
- ☐ δ. Ρίγος Σ
- ☐ ε. Σήψη Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2766, πίνακας 85-4, εικόνα 85-2

Παράγοντες που συμβάλλουν στη μετεγχειρητική αρτηριακή υποξαιμία:

- ☐ α. Οξεία βλάβη πνευμόνων λόγω μετάγγισης (TRALI). Σ
- ☐ β. ARDS. Σ
- ☐ γ. Προχωρημένη ηλικία. Σ
- ☐ δ. Παχυσαρκία. Σ
- ☐ ε. Υποαερισμός, σύμφωνα με την εξίσωση $P_{AO_2} = FiO_2 (P_B - P_{H_2O}) - P_{aCO_2} / RQ$. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2767.

Για την υποξία από διάχυση ισχύει:

- ☐ α. Παρατηρείται μόνο στο τέλος της αναισθησίας με υποξείδιο του αζώτου. Σ
- ☐ β. Το N_2O προκαλεί αραίωση των κυψελιδικών αερίων και παροδική μείωση της PaO_2 , αλλά όχι και της $PaCO_2$. Λ
- ☐ γ. Σε ασθενή που αναπνέει ατμοσφαιρικό αέρα, η προκύπτουσα μείωση στην $PaCO_2$ μπορεί να οδηγήσει σε καταστολή του αναπνευστικού κέντρου. Σ
- ☐ δ. Σε ασθενή που αναπνέει ατμοσφαιρικό αέρα, η προκύπτουσα μείωση στην PaO_2 μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριακή υποξαιμία. Σ
- ☐ ε. Σε ασθενή που δεν λαμβάνει συμπληρωματικό οξυγόνο, η υποξία από διάχυση μπορεί να επιμένει για 5-10 min μετά τη διακοπή του N_2O και επομένως, μπορεί να συμβάλλει στην αρτηριακή υποξαιμία κατά τη μεταφορά στην Ανάνηψη. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2767.

Αίτια διαταραχών αερισμού/αιμάτωσης (V/Q mismatch) και ενδοπνευμονικού βραχυκυκλώματος (shunt) στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-AΦ)/Ανάνηψη είναι:

- ☐ α. Ατελεκτασία. Σ
- ☐ β. Οξύ πνευμονικό οίδημα. Σ
- ☐ γ. Εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου. Σ
- ☐ δ. Πνευμονική εμβολή. Σ
- ☐ ε. Πνευμονία Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2767.

Για την αντιμετώπιση ατελεκτασίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-AΦ)/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Κινητοποίηση του ασθενούς και τοποθέτηση σε καθιστή θέση. Σ
- ☐ β. Προκλητή κίνηση σπειρομέτρησης (βαθεία εισπνοή και παρατεταμένη εκπνοή). Σ
- ☐ γ. Εφαρμογή θετικών πιέσεων μέσω προσωπίδας. Σ
- ☐ δ. Κορτικοειδές. Λ
- ☐ ε. Η αναλγησία δεν παίζει ρόλο. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2767.

Για την αρτηριακή υποξαιμία στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-AΦ)/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Η διαταραχή αερισμού/αιμάτωσης διορθώνεται με χορήγηση οξυγόνου. Σ
- ☐ β. Το πραγματικό βραχυκύκλωμα (shunt) διορθώνεται με χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου. Λ
- ☐ γ. Η υποξική πνευμονική αγγειοσύσπαση αποτελεί προσπάθεια του παθολογικού πνεύμονα να συνδυάσει ιδανικά τον αερισμό με την αιμάτωση. Λ
- ☐ δ. Κατά την υποξική πνευμονική αγγειοσύσπαση γίνεται αγγειοσύσπαση σε πλούσια αεριζόμενες περιοχές του πνεύμονα. Λ
- ☐ ε. Η υποξική πνευμονική αγγειοσύσπαση δεν επηρεάζεται από φαρμακευτικούς παράγοντες γιατί αποτελεί ιστολογικό μηχανισμό. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2767.

Η υποξική πνευμονική αγγειοσύσπαση αμβλύνεται από τους παρακάτω παράγοντες στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-AΦ)/Ανάνηψη:

- ☐ α. Υπολειπόμενη δράση νευρομυικών αποκλειστών. Λ
- ☐ β. Υπολειπόμενη δράση εισπνεόμενων αναισθητικών. Σ
- ☐ γ. Νιτροπρωσσικό Σ
- ☐ δ. Δοβουταμίνη Σ
- ☐ ε. ΜΣΑΦ Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2767.

Για τη φλεβική πρόσμιξη (ΦΠ) στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-AΦ)/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Συνήθως, αυξημένη ΦΠ συμβαίνει σε καταστάσεις χαμηλής καρδιακής παροχής. Σ

- ☐ β. Οφείλεται στην πρόσμιξη αποκορεσμένου φλεβικού αίματος με οξυγονωμένο αρτηριακό αίμα. Σ
- ☐ γ. Φυσιολογικά, το 12% έως 15% της καρδιακής παροχής παρακάμπτει τους πνεύμονες. Λ
- ☐ δ. Η ανάμιξη αποκορεσμένου αίματος με το κορεσμένο αρτηριακό αίμα αυξάνει την ΡαΟ₂. Λ
- ☐ ε. Σε καταστάσεις χαμηλής καρδιακής παροχής, το αίμα επιστρέφει στην καρδιά σοβαρά αποκορεσμένο. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2767.

Ικανότητα διάχυσης στον πνεύμονα (ΙΔΠ):

- ☐ α. Η μειωμένη ΙΔΠ αποτελεί λειτουργική διαταραχή και δεν μπορεί να αντικατοπτρίζει την παρουσία υποκείμενου πνευμονικού νοσήματος. Σ
- ☐ β. Το πνευμονικό εμφύσημα μειώνει την ΙΔΠ. Σ
- ☐ γ. Η διάμεση πνευμονοπάθεια μειώνει την ΙΔΠ Σ
- ☐ δ. Η πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση αυξάνει την ΙΔΠ. Λ
- ☐ ε. Δεν λαμβάνεται υπόψη κατά τη διαφορική διάγνωση της υποξαιμίας στη ΜΜ-ΑΦ. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2767.

Οξύ πνευμονικό οίδημα στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (ΜΜ-ΑΦ)/Ανάνηψη μπορεί να οφείλεται σε:

- ☐ α. Πολυμετάγγιση. Σ
- ☐ β. Υπερβολική χορήγηση υγρών. Σ
- ☐ γ. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Σ
- ☐ δ. Απόφραξη αεραγωγού. Σ
- ☐ ε. Σήψη. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2767-8.

Μετ-αποφρακτικό οξύ πνευμονικό οίδημα (ΟΠΟ):

- ☐ α. Προκαλεί σοβαρή υποξαιμία. Σ
- ☐ β. Εμφανίζεται μετά την αποδιασώληνωση της τραχείας. Σ
- ☐ γ. Είναι ένα εξιδρωματικό ΟΠΟ. Λ
- ☐ δ. Οφείλεται σε υπερβολική θετική ενδοθωρακική πίεση που αναπτύσσεται κατά την εισπνευστική προσπάθεια με κλειστή γλωττίδα. Λ
- ☐ ε. Οι μυώδεις ασθενείς βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2768.

Αίτια μετ-αποφρακτικού οξέος πνευμονικού οιδήματος:

- ☐ α. Ο λαρυγγόσπασμος είναι το σπανιότερο αίτιο. Λ
- ☐ β. Ο βρογχόσπασμος είναι το συχνότερο αίτιο. Λ

- ☐ γ. Σήψη Λ
- ☐ δ. Υποθερμία Λ
- ☐ ε. Εισρόφηση Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2768.

Οξεία πνευμονική βλάβη από μετάγγιση (transfusion related acute lung injury, TRALI):

- ☐ α. Εκδηλώνεται συνήθως 1-2 ώρες μετά από μετάγγιση παραγώγων αίματος που περιέχουν πλάσμα. Σ
- ☐ β. Μπορεί να προκληθεί από μετάγγιση αιμοπεταλίων. Σ
- ☐ γ. Τα συμπτωκνωμένα ερυθρά δεν μπορεί να το προκαλέσουν. Λ
- ☐ δ. Μπορεί να εμφανιστεί στη Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας, ακόμη και 6 ώρες μετά τη μετάγγιση. Σ
- ☐ ε. Απαιτούνται περισσότερες από 5 μονάδες ταχέως μεταγγιζόμενου αίματος για να το προκαλέσουν. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2768.

Για την οξεία πνευμονική βλάβη από μετάγγιση (TRALI) ισχύει:

- ☐ α. Εκδηλώνεται με καρδιογενές οξύ πνευμονικό οίδημα. Λ
- ☐ β. Εκδηλώνεται με πυρετό και συστηματική υπέρταση. Λ
- ☐ γ. Εμφανίζει λευκοπενία. Σ
- ☐ δ. Η θεραπεία είναι υποστηρικτική. Σ
- ☐ ε. Ο μηχανικός αερισμός μπορεί να είναι αναγκαίος. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2768, πίνακας 85-5.

Κριτήρια για τη διάγνωση της οξείας πνευμονικής βλάβης από μετάγγιση (TRALI):

- ☐ α. Οξεία έναρξη συμπτωμάτων. Σ
- ☐ β. Υποξαιμία. Σ
- ☐ γ. Έναρξη δυσλειτουργίας πνευμόνων 24 ώρες μετά από μετάγγιση. Λ
- ☐ δ. Παρουσία αμφοτερόπλευρων διηθημάτων στην Α/α θώρακος χωρίς καρδιομεγαλία. Σ
- ☐ ε. Απουσία οξείας πνευμονικής βλάβης πριν από τη μετάγγιση. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2768.

Ο άμεσος αποκορεσμός που παρατηρείται κατά τη μεταφορά του ασθενούς στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-ΑΦ)/Ανάνηψη συσχετίζεται με:

- ☐ α. Ηλικία Σ
- ☐ β. Παχυσαρκία Σ
- ☐ γ. Γενική αναισθησία Σ
- ☐ δ. Κατάταξη κατά ASA Σ
- ☐ ε. Αυξημένη χορήγηση όγκου υγρών Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2768.

Επιβαρυντικοί παράγοντες για εμφάνιση όψιμων επεισοδίων αποκορεσμού στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (ΜΜ-ΑΦ)/Ανάνηψη είναι:

- ☐ α. Ανδρικό φύλο. Λ
- ☐ β. Διάρκεια γενικής αναισθησίας. Σ
- ☐ γ. Περιφερικός νευρικός αποκλεισμός. Λ
- ☐ δ. Θωρακική επισκληρίδιος αναισθησία. Λ
- ☐ ε. Συστηματικά οπιοειδή. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2768-9.

Για την αναγκαιότητα χορήγησης συμπληρωματικού οξυγόνου στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (ΜΜ-ΑΦ)/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Ο κίνδυνος συμβαμάτων υποξαιμίας, ακόμη και σε μικρό αριθμό ασθενών δικαιολογεί τη χορήγησή του σε όλους τους ασθενείς. Σ
- ☐ β. Όταν υπάρχει monitoring οξυγόνωσης αμέσως μετά την άφιξη στη Μονάδα, δεν χρειάζεται συμπληρωματικό οξυγόνο. Λ
- ☐ γ. Σοβαροί λόγοι οικονομίας μπορεί να περιορίσουν την τακτική αυτή. Λ
- ☐ δ. Η συνεχής παλμική οξυμετρία δεν είναι αναγκαίο να εφαρμόζεται σε όλους τους ασθενείς στη ΜΜ-ΑΦ. Λ
- ☐ ε. Η παρακολούθηση για μετεγχειρητική υποξαιμία πρέπει να γίνεται μόνο κατά την πρώτη ώρα μετά την ανάνηψη από γενική αναισθησία. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2769.

Για την παλμική οξυμετρία στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (ΜΜ-ΑΦ)/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Αποτελεί βασικό monitoring για την άμεση αναγνώριση της υποξαιμίας. Σ
- ☐ β. Αντανακλά την επάρκεια του αερισμού. Λ
- ☐ γ. Έχει περιορισμένη ικανότητα να αναγνωρίζει τον υποαερισμό σε ασθενείς που αναπνέουν ατμοσφαιρικό αέρα. Σ
- ☐ δ. Ανιχνεύει με αξιοπιστία τον υποαερισμό σε ασθενείς που λαμβάνουν συμπληρωματικό οξυγόνο. Λ
- ☐ ε. Μπορεί να υποκαταστήσει με απόλυτη ασφάλεια τη στενή παρακολούθηση από έμπειρο προσωπικό. Λ

Διάγνωση και διαχείριση των μετα-αναισθητικών ανεπιθύμητων ενεργειών και των μετεγχειρητικών κρίσιμων συμβαμάτων.

Υπολειπόμενος νευρομυικός αποκλεισμός – αντιχολινεστεράσες

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2765, πίνακας 85-3

Φαρμακευτικοί παράγοντες που ευθύνονται για παράταση του μη αποπολωτικού νευρομυϊκού αποκλεισμού:

- ☐ α. Εισπνεόμενα αναισθητικά. Σ
- ☐ β. Τοπικά αναισθητικά, όπως η λιδοκαΐνη. Σ
- ☐ γ. Αντιαρρυθμικά, όπως η προκαΐναμίδη. Σ
- ☐ δ. Κορτικοστεροειδή. Σ
- ☐ ε. Αντιβιοτικά, όπως οι κεφαλοσπορίνες και οι κινολόνες. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2765, πίνακας 85-3.

Φαρμακευτικοί παράγοντες που ευθύνονται για παράταση του μη αποπολωτικού νευρομυϊκού αποκλεισμού:

- ☐ α. Αποκλειστές διαύλων ασβεστίου. Σ
- ☐ β. Δανδρολένιο. Σ
- ☐ γ. Αντιβιοτικά, όπως αμινογλυκοσίδες, μετρονιδαζόλη, τετρακυκλίνες. Σ
- ☐ δ. β-αδρενεργικοί αποκλειστές. Λ
- ☐ ε. Αντιισταμινικά. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2765, πίνακας 85-3.

Μεταβολικές διαταραχές που ευθύνονται για παράταση του μη αποπολωτικού νευρομυϊκού αποκλεισμού:

- ☐ α. Υπονατρίαζια. Λ
- ☐ β. Υπερμαγνησιαζια. Σ
- ☐ γ. Υπασβεστιαζια. Σ
- ☐ δ. Υπερκαλιαζια. Λ
- ☐ ε. Αναπνευστική οξέωση. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2765, πίνακας 85-3.

Παθοφυσιολογικές καταστάσεις που ευθύνονται για παράταση του μη αποπολωτικού νευρομυϊκού αποκλεισμού:

- ☐ α. Ηπατική ανεπάρκεια. Σ
- ☐ β. Νεφρική ανεπάρκεια. Σ
- ☐ γ. Μυασθενικά σύνδρομα. Σ
- ☐ δ. Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Λ
- ☐ ε. Χρόνια επώδυνα σύνδρομα. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2765, πίνακας 85-3.

Παράγοντες που συμβάλλουν στον παρατεταμένο αποπολωτικό αποκλεισμό της νευρομυϊκής σύναψης:

- ☐ α. Υπερβολική δόση σουκκινυλχολίνης. Σ
- ☐ β. Μη αναστρέψιμη αναστολή δράσης της χολινεστεράσης πλάσματος από

- λήψη εχοθειοφάτης. Σ
- ☐ γ. Αναστρέψιμη αναστολή δράσης της χολινεστεράσης πλάσματος από χορήγηση εδροφωνίου, νεοστιγμίνης ή πυριδοστιγμίνης. Σ
 - ☐ δ. Γενετικός πολυμορφισμός / μετάλλαξη – άτυπη χολινεστεράση πλάσματος. Σ
 - ☐ ε. Μειωμένη δραστηριότητα χολινεστεράσης πλάσματος. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2765, πίνακας 85-3.

Μειωμένη δραστηριότητα χολινεστεράσης πλάσματος συνδέεται με τις παρακάτω καταστάσεις:

- ☐ α. Ακραίες ηλικίες. Σ
- ☐ β. Ουραιμία, υποθρεψία, πλασμαφαίρεση, λήψη κορτικοειδών. Σ
- ☐ γ. Κωματώδης κατάσταση λόγω κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Λ
- ☐ δ. Εγκυμοσύνη, λήψη αντισυλληπτικών. Σ
- ☐ ε. Πολυμετάγγιση. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2765.

Απλά μέτρα που μπορούν να διευκολύνουν κατά την ανάνηψη από τον νευρομυϊκό αποκλεισμό είναι:

- ☐ α. Η θέρμανση του ασθενούς. Σ
- ☐ β. Η υποστήριξη του αεραγωγού. Σ
- ☐ γ. Η διόρθωση των διαταραχών πήξης. Λ
- ☐ δ. Η διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Σ
- ☐ ε. Η χορήγηση sugammadex αντί νεοστιγμίνης φαίνεται πως μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της επίπτωσης του υπολειπόμενου νευρομυϊκού αποκλεισμού. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2765.

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5^η έκδοση, κεφ.11, σελίδες 208, 215

Τα παρακάτω παρατείνουν το νευρομυϊκό αποκλεισμό:

- ☐ α. Μαγνήσιο. Σ
- ☐ β. Εγκεφαλική παράλυση. Σ
- ☐ γ. Αναστολείς διαύλων ασβεστίου. Σ
- ☐ δ. Αντιεπιληπτικά φ/α όπως: φαινυτοΐνη, καρβαμαζεπίνη, βαλπροϊκό Να. Σ
- ☐ ε. Συστηματικός ερυθματώδης λύκος. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5^η έκδοση, κεφ.12, σελίδες 226, 227

Νεοστιγμίνη:

- ☐ α. Σε ασθενείς με μυασθένεια, ελαττώνει τη μυϊκή ισχύ. Λ
- ☐ β. Συνδέεται και αδρανοποιεί την ακετυλχολινεστεράση μη αναστρέψιμα. Λ

- ☐ γ. Αναστέλλει σε μικρό βαθμό και την ψευδοχολινεστεράση. Σ
- ☐ δ. Προκαλεί αύξηση των βρογχικών εκκρίσεων. Σ
- ☐ ε. Δεν περνά τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Λ

Μετεγχειρητικά κρίσιμα συμβλήματα

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5^η έκδοση, κεφ.11, σελ 220 και 221

Ποιά από τα παρακάτω μπορεί να προκαλέσουν παράταση της αναισθησίας;

- ☐ α. Ατροπίνη. Σ
- ☐ β. Υποθερμία. Σ
- ☐ γ. Υπονατρίαζα. Σ
- ☐ δ. Υπολευκωματιναιμία. Σ
- ☐ ε. Υπερθυρεοειδισμός. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5^η έκδοση, κεφ.11, σελ 220 και 221

Στα αίτια της παρατεταμένης απώλειας συνείδησης μετά το τέλος της αναισθησίας περιλαμβάνονται:

- ☐ α. Υπογκαιμία. Σ
- ☐ β. Υποξαιμία. Σ
- ☐ γ. Σε επεμβάσεις διουρηθρικής προστατεκτομής (σύνδρομο TURP): η υποθερμία. Σ
- ☐ δ. Ο υπερθυρεοειδισμός. Λ
- ☐ ε. Λειτουργική ή ανατομική βλάβη στον εγκέφαλο. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5^η έκδοση, κεφ.11, σελ 220 και 221

Αίτια της παρατεταμένης απώλειας συνείδησης μετά το τέλος της αναισθησίας:

- ☐ α. Υπεργλυκαιμία. Σ
- ☐ β. Υπερκαπνία. Σ
- ☐ γ. Σε επεμβάσεις διουρηθρικής προστατεκτομής (σύνδρομο TURP): το υπερ-ωσμωτικό σύνδρομο. Λ
- ☐ δ. Υποθυρεοειδισμός. Σ
- ☐ ε. Υπόταση. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ.85, σελ. 2773, πίνακας 85-10.

Για τα φάρμακα και υλικά που σχετίζονται με την εμφάνιση περιεγχειρητικής αναφυλαξίας ισχύει:

- ☐ α. Οι νευρομυικοί αποκλειστές σνουκκινυλχολίνη, ατρακούριο και ροκουρόνιο ευθύνονται για το χαμηλότερο ποσοστό συμβαμάτων. Λ
- ☐ β. Γάντια, ουροκαθετήρες ή περιχειρίδες από φυσικό ελαστικό κόμμι (latex) είναι οι δεύτεροι κατά σειρά συχνότητας παράγοντες. Σ
- ☐ γ. Αντιβιοτικά, κυρίως οι αμινογλυκοσίδες είναι οι τρίτοι κατά σειρά συχνότητας

παράγοντες. Λ

- ☐ δ. Προποφόλη και θειοπεντάλη. Σ
- ☐ ε. Τα νεώτερα συνθετικά κολλοειδή όπως οι δεξτράνες και ζελατίνες δεν ευθύνονται. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2773, πίνακας 85-10.

Φάρμακα που σχετίζονται με την εμφάνιση περιεγχειρητικής αναφυλαξίας είναι:

- ☐ α. Προ-παρακεταμόλη. Σ
- ☐ β. Απροτινίνη. Σ
- ☐ γ. Πρωταμίνη. Σ
- ☐ δ. Βουπιβακαΐνη. Σ
- ☐ ε. Μορφίνη, πεθιδίνη σε πολύ χαμηλό ποσοστό. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2769.

Για τη σχέση μεταξύ συμπληρωματικής χορήγησης οξυγόνου (ΣΧΟ) και τις λοιμώξεις από το χειρουργικό τραύμα, σύμφωνα με διάφορες δημοσιεύσεις, ισχύει:

- ☐ α. Η ΣΧΟ φαίνεται ότι μειώνει την επίπτωση λοιμώξεων από το χειρουργικό τραύμα, κυρίως σε ασθενείς με επεμβάσεις παχέος εντέρου. Σ
- ☐ β. Σε παχύσαρκους ασθενείς και σε επεμβάσεις μεγάλης διάρκειας δεν έχει διασαφηνισθεί κάποιο σχετικό πλεονέκτημα της ΣΧΟ. Σ
- ☐ γ. Η ΣΧΟ 80% έναντι 35% συσχετίστηκε με μεγαλύτερη επίπτωση λοιμώξεων, σύμφωνα με μια μελέτη που αφορούσε μείζονες ενδοκοιλιακές επεμβάσεις. Σ
- ☐ δ. Η ΣΧΟ δεν προσφέρει κάποιο όφελος. Λ
- ☐ ε. Δεν υπάρχουν επαρκώς τεκμηριωμένες μελέτες για την βέλτιστη συγκέντρωση εισπνεόμενου οξυγόνου κατά τη ΣΧΟ. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2761.

Για τα συχνότερα αίτια απόφραξης του αεραγωγού κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο ισχύει:

- ☐ α. Συνήθως οφείλεται σε απώλεια του τόνου των μυών του φάρυγγα ακόμη και σε μη κατασταλμένο ασθενή. Λ
- ☐ β. Εμμένουσα δράση εισπνεόμενων αναισθητικών συνήθως δεν υπάρχει. Λ
- ☐ γ. Συνήθως παρατηρείται παράταση δράσης ενδοφλέβιων αναισθητικών ή οπιοειδών αναλγητικών. Σ
- ☐ δ. Μπορεί να οφείλεται σε υπολλειπόμενη δράση αποκλειστών της νευρομυϊκής σύναψης. Σ
- ☐ ε. Ληθαργική κατάσταση δεν ευθύνεται σημαντικά. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2761.

Η λειτουργικότητα του φάρυγγα δεν ομαλοποιείται έως ότου ο λόγος της σειράς των τεσσάρων διεγέρσεων (train-of-four ratio, TOF) για τον προσαγωγό μυ του αντίχειρα γίνει μεγαλύτερος από:

- ☐ α. 1 Λ
- ☐ β. 1,3 Λ
- ☐ γ. 0,58 Λ
- ☐ δ. 0,75 Λ
- ☐ ε. 0,9 Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2761.

Για τις δοκιμασίες του φαρυγγικού μυικού τόνου κατά την ανάνηψη από γενική αναισθησία ισχύει:

- ☐ α. Η ικανότητα των κοπτήρων οδόντων να προβάλλουν ισχυρή αντίσταση έναντι γλωσσοπίεστρου ή στοματοδιαστολέα δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη του φαρυγγικού μυικού τόνου. Λ
- ☐ β. Η παραπάνω δοκιμασία αντιστοιχεί σε λόγο TOF 0,85 κατά μέσο όρο. Σ
- ☐ γ. Η δοκιμασία της παρατεταμένης ανύψωσης της κεφαλής αντιστοιχεί σε λόγο TOF 0,60 κατά μέσο όρο. Σ
- ☐ δ. Η δοκιμασία ανύψωσης της κεφαλής δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη ικανοποιητικού φαρυγγικού μυικού τόνου. Σ
- ☐ ε. Οι κλινικές δοκιμασίες ελέγχου του μυικού τόνου είναι απόλυτα αξιόπιστες. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2761.

Για την αναπνευστική λειτουργία κατά την ανάνηψη από γενική αναισθησία ισχύει:

- ☐ α. Εκτιμάται ότι το 8% έως 10% των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση κοιλίας μπορεί να χρειαστούν διασωλήνωση και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής στην Ανάνηψη/MM-ΑΦ. Σ
- ☐ β. Η αναπνευστική ανεπάρκεια κατά την ανάνηψη συνήθως οφείλεται σε παροδικές και ταχέως αναστρέψιμες καταστάσεις. Σ
- ☐ γ. Ο περιορισμός της κινητικότητας του θωρακικού τοιχώματος και η δυσλειτουργία του διαφράγματος λόγω πόνου δεν αποτελεί αίτιο αναπνευστικής ανεπάρκειας. Λ
- ☐ δ. Η μυική αδυναμία δεν αποτελεί συνηθισμένο αίτιο αναπνευστικής ανεπάρκειας. Λ
- ☐ ε. Η φαρμακευτική καταστολή του αναπνευστικού κέντρου είναι συχνή αιτία αναπνευστικής ανεπάρκειας. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2770.

Για τη μετεγχειρητική οξυγόνωση ισχύει:

- ☐ α. Μεγάλο ποσοστό ασθενών με σύνδρομο υπνικής άπνοιας, που υποβάλλονται σε επέμβαση γαστρικού bypass, έχουν σημαντικό όφελος από τη μετεγχειρητική εφαρμογή μάσκας CPAP. Σ
- ☐ β. Η εφαρμογή μάσκας CPAP μετά από μείζονες επεμβάσεις πεπτικού δεν έχει

επίπτωση στις διαφυγές από τις αναστομώσεις ή άλλες επιλοκές από το χειρουργικό πεδίο. Σ

- ☐ γ. Ο μη επεμβατικός αερισμός με θετική πίεση (NIPPV) έχει φανεί ότι αποτελεί αποτελεσματική εναλλακτική επιλογή έναντι της ενδοτραχειακής διασωλήνωσης. Σ
- ☐ δ. Η ενδοτραχειακή διασωλήνωση προσφέρει μεγαλύτερη ασφάλεια έναντι της NIPPV σε όλες τις κατηγορίες ασθενών. Λ
- ☐ ε. Η εφαρμογή αερισμού διφασικής θετικής πίεσης (BiPAP) μπορεί να γίνει μόνο με ρινικό καθετήρα. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2771.

Σχετικές αντενδείξεις εφαρμογής μη επεμβατικού αερισμού με θετική πίεση (NIPPV) είναι:

- ☐ α. Αιμοδυναμική αστάθεια. Σ
- ☐ β. Σοβαρή καρδιακή αρρυθμία. Σ
- ☐ γ. Το επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης δεν αποτελεί αντένδειξη. Λ
- ☐ δ. Υψηλός κίνδυνος για εισρόφηση. Σ
- ☐ ε. Επεμβάσεις κεφαλής και τραχήλου. Σ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 6^η έκδοση, κεφ 43, σελ 863 και 864.

Υποξαιμία:

- ☐ α. Τα πιο ευαίσθητα όργανα στην υποξαιμία είναι ο εγκέφαλος και ο νεφρός. (Σ=η καρδιά). Λ
- ☐ β. Η πρώτη ένδειξη υποξαιμίας είναι η κυάνωση του ασθενούς. Λ
- ☐ γ. Η ατελεκτασία είναι σπάνια αιτία υποξαιμίας κατά τη γενική αναισθησία. Λ
- ☐ δ. Υποξία και υποξαιμία έχουν την ίδια έννοια. Λ
- ☐ ε. Η ατελεκτασία προκαλεί διαταραχή του λόγου αερισμού / αιμάτωσης. Σ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 6^η έκδοση, κεφ 43, σελ 863 και 864

Μετεγχειρητική ατελεκτασία:

- ☐ α. Επιδεινώνεται με χορήγηση οξυγόνου 100%. Σ
- ☐ β. Είναι συχνότερη μετά από ενδοκοιλιακή ή θωρακική επέμβαση. Σ
- ☐ γ. Επιδεινώνεται με τη χορήγηση οπιοειδών. Σ
- ☐ δ. Αντιμετωπίζεται με αντιβιοτικά ευρέος φάσματος. Λ
- ☐ ε. Η εμφάνισή της εμποδίζεται εάν γίνονται στον ασθενή αναπνευστικές ασκήσεις προεγχειρητικά. Λ

Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 6^η έκδοση, κεφ 43, σελ 863 και 864

Οι αιτίες εμφάνισης έντονου αναπνευστικού συριγμού άμεσα μετά την αποδιασωλήνωση της τραχείας μπορεί να είναι οι παρακάτω:

- ☐ α. Λαρυγγόσπασμος, λόγω αποδιασωλήνωσης υπό ελαφρά αναισθησία, παρουσίας εκκρίσεων ή τοποθέτησης στοματικού αεραγωγού. Σ

- ☐ β. Απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού, λόγω εκδήλωσης αλλεργίας. Σ
- ☐ γ. Απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού από ξένο σώμα. Σ
- ☐ δ. Τραυματισμός του ανώτερου αεραγωγού κατά την προσπάθεια δύσκολης διασωλήνωσης, φλεγμονή, οίδημα μαλακών μορίων ή επέκταση αιματώματος στην περιοχή του ανώτερου αεραγωγού. Σ
- ☐ ε. Πνευμοθώρακας ή αιμοθώρακας. Λ

2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management, σελ 2408.

Αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ):

- ☐ α. Συνιστάται η διατήρηση της αρτηριακής πίεσης στο 70 – 100% της αρχικής της τιμής. Σ
- ☐ β. Χειρουργικές πεμβάσεις σε ασθενείς με ΑΥ σταδίου 3 ($\geq 180/110$), πάντοτε πρέπει να αναβάλλονται. Λ
- ☐ γ. Η πιο συχνή αιτία σοβαρής ΑΥ είναι το φαιοχρωμοκύτωμα. Λ
- ☐ δ. Σε ασθενείς με νεοδιαγνωσθείσα ΑΥ, πρέπει να γίνεται έλεγχος για βλάβες σε όργανα-στόχους. Σ
- ☐ ε. Στους ασθενείς με γνωστή ΑΥ, στόχος είναι να αποφεύγονται μεγάλες διακυμάνσεις της αρτηριακής πίεσης περιεγχειρητικά. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ.85, σελ. 2771

Για την υπέρταση στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Οι ασθενείς με ιστορικό πρωτοπαθούς υπέρτασης βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση σημαντικής συστηματικής υπότασης. Σ
- ☐ β. Επιπρόσθετος παράγοντας για εμφάνισή της αποτελεί το μετεγχειρητικό άλγος και η διέγερση κατά την αφύπνιση. Σ
- ☐ γ. Η μετεγχειρητική ναυτία & έμετος δεν αποτελούν παράγοντες κινδύνου. Λ
- ☐ δ. Ο υποαερισμός και η υπερκαπνία δεν αποτελούν παράγοντες κινδύνου. Λ
- ☐ ε. Η μεγάλη ηλικία και η νεφρική νόσος αποτελούν παράγοντα κινδύνου. Σ

2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management, σελ 2410 και 2411.

Καρδιακές αρρυθμίες:

- ☐ α. Η αντιαρρυθμική φαρμακευτική αγωγή συνιστάται να διακόπτεται μια μέρα πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Λ
- ☐ β. Όταν η καρδιακή συχνότητα υπερβαίνει τις 130 σφύξεις/min, συνιστάται η ηλεκτρική καρδιοανάταξη. Λ
- ☐ γ. Οι έκτακτες κοιλιακές συστολές δεν χρήζουν φαρμακευτικής αντιμετώπισης. Σ
- ☐ δ. Οι ενδείξεις τοποθέτησης προσωρινού βηματοδότη κατά την περιεγχειρητική περίοδο είναι οι ίδιες με αυτές της τοποθέτησης μόνιμου βηματοδότη. Σ

- ε. Σε εμφάνιση αρρυθμιών, συνιστάται ο έλεγχος και η διόρθωση τυχόν ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Σ

2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management, σελ 2397.

Χορήγηση β-αποκλειστών κατά την περιεγχειρητική περίοδο:

- α. Οι β-αποκλειστές πρέπει να διακόπτονται περιεγχειρητικά. Λ
- β. Συνιστάται η έναρξη χορήγησης β-αποκλειστών σε ασθενείς με καρδιακή συχνότητα μεγαλύτερη από 90 σφύξεις/min. Σ
- γ. Η έναρξη χορήγησης β-αποκλειστή άμεσα προεγχειρητικά μπορεί να είναι επιζήμια, λόγω πιθανότητας πρόκλησης υπότασης και βραδυκαρδίας. Σ
- δ. Η χορήγηση β-αποκλειστών γίνεται με στόχο καρδιακή συχνότητα 60-70 σφύξεις/min. Σ
- ε. Στις αγγειοχειρουργικές επεμβάσεις συνιστάται η χορήγηση β-αποκλειστή. Λ

2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Society of Cardiology (ESC) and European Heart Rhythm Association (EHRA), σελ 1077.

Ποιές βραδυαρρυθμίες είναι επικίνδυνες, ώστε να συνιστάται η τοποθέτηση προσωρινού βηματοδότη:

- α. Κολποκοιλιακός αποκλεισμός 3^{ου} βαθμού. Σ
- β. Διδεσμιδικός αποκλεισμός. Λ
- γ. Ασθενείς με νόσο του φλεβοκόμβου και με λιποθυμικά επεισόδια. Σ
- δ. Κολποκοιλιακός αποκλεισμός 2^{ου} βαθμού, τύπου Mobitz II. Σ
- ε. Καρδιακή συχνότητα μικρότερη από 40 σφύξεις/min. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2771-2, πίνακας 85-8.

Παράγοντες που προδιαθέτουν σε μετεγχειρητική υπέρταση είναι:

- α. Ελαττωμένη ενδοκράνια πίεση. Λ
- β. Αρτηριακή υποξαιμία. Σ
- γ. Υπερφόρτωση με όγκο υγρών. Σ
- δ. Ρίγος, διάταση εντέρου, επίσχεση ούρων. Σ
- ε. Φαινόμενο επαναφοράς (rebound) λόγω προοδευτικής διακοπής αντιυπερτασικής αγωγής. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2772, πίνακας 85-9.

Αίτια υπότασης λόγω μειωμένου ενδαγγειακού όγκου στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων:

- α. Εμμένουσες απώλειες υγρών. Σ
- β. Συνεχιζόμενη μετακίνηση υγρών προς τον 3^ο χώρο. Σ
- γ. Προεγχειρητική προετοιμασία εντέρου δεν αποτελεί αίτιο υπότασης μετεγχειρητικά. Λ
- δ. Αιμορραγία από το χειρουργικό πεδίο. Σ

- ε. Αιμορραγική επιπλοκή της κύριας επέμβασης, εκτός χειρουργικού πεδίου, π.χ. ρήξη σπληνός μετά από επέμβαση γαστρεκτομής ή νεφρεκτομής. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2772, πίνακας 85-9.

Αίτια υπότασης λόγω αυξημένης διαπερατότητας τριχοειδών στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων:

- α. Σήψη Σ
- β. Έγκαυμα. Σ
- γ. Οξεία πνευμονική βλάβη από μετάγγιση (TRALI). Σ
- δ. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Λ
- ε. Αντιυπερτασικά. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2772.

Αίτια υπότασης λόγω μειωμένης καρδιακής παροχής στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- α. Ισχαιμία, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Σ
- β. Μυοκαρδιοπάθεια, καρδιακές αρρυθμίες, πνευμονική εμβολή, εμβολή εξ αμνιακού υγρού, λιπώδης εμβολή. Σ
- γ. Οι βαλβιδοπάθειες δεν ευθύνονται για υπόταση. Λ
- δ. Περικαρδιακή νόσος, καρδιακός επιπωματισμός, πνευμοθώρακας υπό τάση, πνευμονικό απόστημα. Λ
- ε. Φαρμακευτικά αίτια, όπως β-αποκλειστές, ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου, εφεδρίνη. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2772.

Αίτια υπότασης λόγω μειωμένου αγγειακού τόνου στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- α. Σήψη Σ
- β. Αλλεργικές αντιδράσεις. Σ
- γ. Νωτιαία καταπληξία λόγω κάκωσης νωτιαίου μυελού. Σ
- δ. Υψηλή υπαραχνοειδής αναισθησία. Σ
- ε. Επινεφριδική ανεπάρκεια. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2771.

Η μετεγχειρητική συστηματική υπόταση μπορεί να χαρακτηριστεί ως:

- α. Υπογκαιμική: μειωμένο ποφορτίο. Σ
- β. Εκ κατανομής: μειωμένο μεταφορτίο. Σ
- γ. Καρδιογενής: ενδογενής ανεπάρκεια αντλίας. Σ
- δ. Εξ ανακατανομής: επάνοδος υγρών από τον εξωαγγειακό χώρο εντός των αγγείων. Λ

- ε. Αποφρακτικού τύπου: πνευμονική εμβολή. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2772.

Για την υπόταση εκ κατανομής υγρών στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη μπορεί να ευθύνονται:

- α. Ιατρογενής φαρμακευτική συμπαθεκτομή (υψηλός νευραξονικός αποκλεισμός, υπαραχνοειδής ή επισκληρίδιος). Σ
- β. Σοβαρή συστηματική νόσος. Σ
- γ. Υπερπυρεξία. Λ
- δ. Σήψη. Σ
- ε. Υπερκαπνία. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2773.

Για το monitoring καρδιακής λειτουργίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη ισχύει:

- α. Η ισχαιμία μυοκαρδίου στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο σπάνια συνοδεύεται από προκάρδιο άλγος και η επιβεβαίωση της ισχαιμίας του μυοκαρδίου εξαρτάται από την ευαισθησία του καρδιακού monitoring. Σ
- β. Ο συνδυασμός των απαγωγών DII και V5 αντανάκλα το 80% των ισχαιμικών συμβαμάτων που εντοπίζονται στο ΗΚΓ 12 απαγωγών. Σ
- γ. Η οπτική ερμηνεία του καρδιακού monitor είναι απόλυτα ακριβής. Λ
- δ. Η χρήση αυτοματοποιημένης ανάλυσης του διαστήματος S-T στο ΗΚΓ (εφόσον υπάρχει η δυνατότητα αυτή) για την παρακολούθηση ασθενών υψηλού κινδύνου δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμη. Λ
- ε. Η τακτική λήψη ΗΚΓ 12 απαγωγών προτείνεται μόνο για ασθενείς με γνωστό ιστορικό ή υποψία στεφανιαίας νόσου που έχουν υποβληθεί σε επεμβάσεις υψηλού ή μέσου κινδύνου. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2773.

Αναστρέψιμα αίτια παρδιακών αρρυθμιών κατά την περιεγχειρητική περίοδο είναι:

- α. Υποξαιμία, υποαερισμός και υπερκαπνία. Σ
- β. Σύνδρομο στέρησης από ουσίες. Σ
- γ. Ενδογενείς ή εξωγενείς κατεχολαμίνες. Σ
- δ. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές, οξέωση. Σ
- ε. Υπερβολική χορήγηση υγρών, αναιμία. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2773.

Συνήθη αίτια φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη είναι:

- α. Άλγος. Σ

- ☐ β. Καταπληξία καρδιογενής ή σηπτική. Σ
- ☐ γ. Ρίγος. Σ
- ☐ δ. Υπογκαιμία. Σ
- ☐ ε. Κακοήθης υπερθερμία Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2773.

Συνήθη αίτια φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη είναι:

- ☐ α. Διέγερση. Σ
- ☐ β. Πνευμονική εμβολή. Σ
- ☐ γ. Υποαερισμός με σχετική υπερκαπνία. Σ
- ☐ δ. Αιμορραγία. Σ
- ☐ ε. Θυρεοτοξική κρίση. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2773.

Ο κίνδυνος εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη αυξάνεται όταν προϋπάρχουν:

- ☐ α. Καρδιακοί παράγοντες κινδύνου. Σ
- ☐ β. Υπερφόρτωση με υγρά. Σ
- ☐ γ. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Σ
- ☐ δ. Αποκορεσμός οξυγόνου. Σ
- ☐ ε. Περιοχική αναισθησία. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2773.

Για τις κοιλιακές αρρυθμίες στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Οι πρωϊμες κοιλιακές έκτακτες συστολές είναι συχνές. Σ
- ☐ β. Η κοιλιακή διδυμία δεν εμφανίζεται σχεδόν ποτέ. Λ
- ☐ γ. Η διασωλήνωση της τραχείας μπορεί να συνοδεύεται από πρωϊμες κοιλιακές έκτακτες συστολές. Σ
- ☐ δ. Το μετεγχειρητικό άλγος μπορεί να συνοδεύεται από πρωϊμες κοιλιακές έκτακτες συστολές. Σ
- ☐ ε. Η παροδική υπερκαπνία δεν συσχετίζεται με πρωϊμες κοιλιακές έκτακτες συστολές. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2774.

Η εμφάνιση πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας («δίκην ριτιδίου», “torsades de pointes”) στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη συνήθως συσχετίζεται με φάρμακα όπως:

- ☐ α. Αμιοδαρόνη. Σ
- ☐ β. Προποφόλη. Λ

- ☐ γ. Δροπεριδόλη. Σ
- ☐ δ. Ροπιβακαΐνη. Λ
- ☐ ε. Ροκουρόνιο. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2774.

Στα αίτια βραδυαρρυθμίας στη Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας περιλαμβάνονται:

- ☐ α. Χορήγηση β-αποκλειστή ή οπιοειδούς. Σ
- ☐ β. Αναστροφή νευρομυϊκού αποκλεισμού με sugammadex. Λ
- ☐ γ. Υψηλός νευραξονικός αποκλεισμός. Σ
- ☐ δ. Δεξμεδετομιδίνη. Σ
- ☐ ε. Χορήγηση ατροπίνης σε ασθενή με μεγάλη και αιφνίδια απώλεια αίματος. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2774.

Στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη, στα αίτια βραδυαρρυθμίας που σχετίζονται με χειρουργικούς παράγοντες ή ακόμη και τον ίδιο τον ασθενή, περιλαμβάνονται:

- ☐ α. Διάταση εντέρου. Σ
- ☐ β. Αυξημένη ενδοκράνια πίεση. Σ
- ☐ γ. Αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση. Σ
- ☐ δ. Η αιφνίδια μεγάλη ελάττωση του ενδαγγειακού όγκου, που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή βραδυκαρδία και καρδιακή ανακοπή ακόμη και σε υγιείς νέους. Σ
- ☐ ε. Χορήγηση σκιαγραφικού. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2774.

Στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη, κατά τη διαχείριση της κολπικής μαρμαρυγής (atrial fibrillation, AF) ισχύει:

- ☐ α. Ο άμεσος στόχος κατά την πρωτοεμφανιζόμενη AF είναι ο έλεγχος της συχνότητας της κοιλιακής ανταπόκρισης. Σ
- ☐ β. Οι αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς μπορεί να χρειαστούν άμεσα ηλεκτρική καρδιοανάταξη. Σ
- ☐ γ. Οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίζονται με iv χορήγηση β-αποκλειστή (π.χ. διλτιαζέμη) ή αποκλειστή διαύλων ασβεστίου (π.χ. εσμολόλη). Λ
- ☐ δ. Η AF μπορεί να οφείλεται σε κατεχολαμίνες. Σ
- ☐ ε. Η έναρξη χορήγησης αμιοδαρόνης μπορεί να συνοδεύεται από βραδυκαρδία, υπέρταση και παράταση του διαστήματος QT στο ΗΚΓ. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2774.

Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση μιας καρδιακής αρρυθμίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω:

- ☐ α. Εξαρτάται από τις παθοφυσιολογικές συνέπειές της, όπως υπόταση ή ισχαιμία

- μυοκαρδίου ή και τα δύο. Σ
- ☐ β. Οι ταχυαρρυθμίες ελαττώνουν την κατανάλωση οξυγόνου από το μυοκάρδιο και οι επιπτώσεις τους εξαρτώνται από την υποκείμενη νόσο. Σ
 - ☐ γ. Η βραδυαρρυθμία είναι περισσότερο επιβλαβής στα άτομα με ανάγκη για σταθερό όγκο παλμού, όπως βρέφη, ασθενείς με περιοριστική νόσο του περικαρδίου ή καρδιακό επιπωματισμό. Σ
 - ☐ δ. Η διόρθωση της υποκείμενης διαταραχής (ηλεκτρολυτική ή υποξαιμία) δεν παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της καρδιακής αρρυθμίας. Λ
 - ☐ ε. Κατά τον σχεδιασμό της θεραπείας μιας καρδιακής αρρυθμίας δεν είναι πάντοτε αναγκαίο να λαμβάνεται υπόψη η παρουσία πνευμονικής εμβολής ή ισχαιμίας μυοκαρδίου. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2774, πίνακας 85-11.

Προνεφρική αίτια oligουρίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Υπογκαιμία (αιμορραγία, σήψη, απώλειες υγρών στον 3^ο χώρο, ανεπαρκής αναζωογόνηση) ή χαμηλή καρδιακή παροχή. Σ
- ☐ β. Ηπατονεφρικό σύνδρομο. Σ
- ☐ γ. Αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση. Σ
- ☐ δ. Απόφραξη ή διατομή κατά την επέμβαση νεφρικών αγγείων. Σ
- ☐ ε. Διατομή ουρητήρα/ων κατά την επέμβαση. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2774, πίνακας 85-11.

Νεφρογενή αίτια oligουρίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Οξεία σωληνιακή ισχαιμία ή νέκρωση. Σ
- ☐ β. Σκιαγραφικές ουσίες. Σ
- ☐ γ. Ραβδομύλυση. Σ
- ☐ δ. Λύση νεοπλσματικού όγκου. Σ
- ☐ ε. Αιμόλυση. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2774-5, πίνακας 85-11.

Μετα-νεφρική αίτια oligουρίας ή επίσχεσης ούρων στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Χειρουργικός τραυματισμός ουρητήρων. Σ
- ☐ β. Απόφραξη ουρητήρων από πήγμα αίματος ή λίθο. Σ
- ☐ γ. Μηχανικά αίτια (κακή τοποθέτηση ή απόφραξη ουροκαθετήρα). Σ
- ☐ δ. Η μετεγχειρητική επίσχεση ούρων μπορεί να προκαλέσει διάταση της ουροδόχου κύστεως και μόνιμη βλάβη του εξωστήρα μυ της. Σ
- ☐ ε. Σημαντικότεροι προγνωστικοί παράγοντες για επίσχεση ούρων είναι η ηλικία > 50 ετών, διεγχειρητική χορήγηση υγρών > 250 ml. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2775.

Αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση (ΕΚΟΠ) στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Πρέπει να τίθεται υπό σκέψη κατά την κλινική εξέταση κάθε ολιγουρικού ασθενούς με διατεταμένη κοιλιά μετά από ενδοκοιλιακή επέμβαση. Σ
- ☐ β. Ενδοκοιλιακή πίεση >30 εκ. Η₂O παρακωλύει τη νεφρική αιμάτωση και μπορεί να προκαλέσει ισχαιμία και μετεγχειρητική δυσλειτουργία των νεφρών. Σ
- ☐ γ. Η ΕΚΟΠ μετράται αξιόπιστα μέσω κοιλιακής παροχέτευσης. Λ
- ☐ δ. Η πίεση της ουροδόχου κύστεως πρέπει να μετράται τακτικά σε ασθενείς στους οποίους η αύξηση της ΕΚΟΠ θεωρείται πιθανή. Σ
- ☐ ε. Η ανακούφιση της ΕΚΟΠ δεν είναι αναγκαίο να γίνεται άμεσα και προέχει η διευκρίνιση άλλων επιβαρυντικών παραγόντων. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2775.

Ραβδομύλωση:

- ☐ α. Επιπλέκει τη μετεγχειρητική πορεία ασθενών που έχουν υποστεί σοβαρή θερμική ή βλάβη σύνθλιψης των ιστών. Σ
- ☐ β. Η επίπτωσή της είναι σημαντικά αυξημένη σε παθολογικά παχύσαρκους ασθενείς που υποβάλλονται σε παρατεταμένης διάρκειας βαριατρική χειρουργική επέμβαση. Σ
- ☐ γ. Το κυριότερο θεραπευτικό μέσο είναι η στέρηση υγρών. Λ
- ☐ δ. Τα διουρητικά της αγκύλης και η μαννιτόλη δεν βοηθούν. Λ
- ☐ ε. Τα διττανθρακικά και η ντοπαμίνη μειώνουν σημαντικά την επίπτωση της νεφρικής ανεπάρκειας. Λ

Μετεγχειρητικό ρίγος

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2775.

Για το μετεγχειρητικό ρίγος ισχύει:

- ☐ α. Εμφανίζεται μόνο μετά από γενική αναισθησία. Λ
- ☐ β. Εμφανίζεται μόνο μετά από επισκληρίδιο αναισθησία. Λ
- ☐ γ. Παράγοντας κινδύνου είναι το άρρεν φύλο. Σ
- ☐ δ. Η προποφύλη σχετίζεται σπανιότερα με ρίγος συγκριτικά με τη θειοπεντάλη. Λ
- ☐ ε. Ο παράγοντας εισαγωγής στην αναισθησία δεν επηρεάζει την εμφάνιση μετεγχειρητικού ρίγους. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2761, 2775-6.

Μετεγχειρητικό ρίγος (MP):

- ☐ α. Μπορεί να εμφανιστεί σε ποσοστό από 5% έως 65% των ασθενών μετά από γενική αναισθησία. Σ

- ☐ β. Μπορεί να εμφανιστεί σε ποσοστό 33% των ασθενών μετά από επισκληρίδιο αναισθησία. Σ
- ☐ γ. Το θήλυ φύλο αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνισή του. Λ
- ☐ δ. Η προποφύλη ως παράγοντας εισαγωγής στην αναισθησία συσχετίζεται συχνότερα με MP συγκριτικά με τη θειοπεντάλη. Σ
- ☐ ε. Η διατήρηση της αναισθησίας με πτητικά μπορεί να συσχετίζεται με εντονότερη εμφάνιση MP. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2776.

Για τους μηχανισμούς εμφάνισης μετεγχειρητικού ρίγους (MP) ισχύει:

- ☐ α. Σχετίζεται συνήθως, αλλά όχι πάντα, με την υποθερμία. Σ
- ☐ β. Ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός (NM) δεν ανανήπτουν ταυτόχρονα από τη γενική αναισθησία, με αποτέλεσμα η ταχύτερη ανάκτηση των λειτουργιών του NM να οδηγεί σε μη αναστελλόμενα νωτιαία αντανάκλαστικά που εκδηλώνονται ως κλωνική δραστηριότητα. Σ
- ☐ γ. Η δοξαπράμη, ως διεγέρτης του ΚΝΣ, επιτείνει το MP. Λ
- ☐ δ. Οι κ-οπιοειδικοί υποδοχείς και οι υποδοχείς NMDA εμπλέκονται στους μηχανισμούς του MP. Σ
- ☐ ε. Η δραστηριότητα των υποδοχέων της 5-υδροξυτρυπταμίνης δεν σχετίζεται με το MP. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2776.

Αντιμετώπιση μετεγχειρητικού ρίγους (MP):

- ☐ α. Διόρθωση υποθερμίας. Σ
- ☐ β. Οι μετρήσεις της θερμοκρασίας από την τυμπανική μεμβράνη είναι λιγότερο ακριβείς από τη μασχάλη, το ορθό ή τον ρινοφάρυγγα. Λ
- ☐ γ. Η ενεργητική θέρμανση του ασθενούς με συσκευές εμφύσησης αέρα δεν είναι αποτελεσματικές. Λ
- ☐ δ. Η ονδανσετρόνη, η πεθιδίνη και η κλονιδίνη δεν μπορούν να σταματήσουν το ήδη εγκατεστημένο MP. Λ
- ☐ ε. Η χορήγηση κεταμίνης σε χαμηλές δόσεις *in* πριν από γενική ή περιοχική αναισθησία είναι σημαντικό μέτρο πρόληψης MP. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2776.

Κλινικές συνέπειες του μετεγχειρητικού ρίγους (MP):

- ☐ α. Προκαλεί δυσφορία στον ασθενή. Σ
- ☐ β. Αυξάνει την κατανάλωση οξυγόνου. Σ
- ☐ γ. Ελαττώνει την παραγωγή διοξειδίου του άνθρακα. Λ
- ☐ δ. Ελαττώνει τον τόνο του συμπαθητικού συστήματος. Λ
- ☐ ε. Αυξάνει την καρδιακή παροχή. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2776.

Κλινικές συνέπειες του μετεγχειρητικού ρίγους (MP):

- ☐ α. Ελαττώνει την καρδιακή συχνότητα. Λ
- ☐ β. Προκαλεί συστηματική υπόταση και αυξάνει την ενδοφθάλμια πίεση. Λ
- ☐ γ. Επιβραδύνεται ο μεταβολισμός των φαρμάκων. Σ
- ☐ δ. Οι ασθενείς που φθάνουν υποθερμικοί στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη δεν πρέπει να θερμαίνονται ενεργητικά, αλλά να επανακτούν μόνοι τη θερμοκρασία τους με την αυτόματη ανάνηψη του ΚΝΣ. Λ
- ☐ ε. Ήπια έως μέτρια υποθερμία (33° - 35° C) αναστέλλει τη λειτουργικότητα των αιμοπεταλίων και των παραγόντων πήξης. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2776.

Κλινικές συνέπειες του μετεγχειρητικού ρίγους (MP):

- ☐ α. Επιδεινώνει τη μετεγχειρητική αιμορραγία. Σ
- ☐ β. Παρατείνει τον αποκλεισμό της νευρομυϊκής σύναψης. Σ
- ☐ γ. Μπορεί να επιταχύνει την ανάνηψη από γενική αναισθησία. Λ
- ☐ δ. Παρατείνει συνήθως τον κεντρικό νευρικό αποκλεισμό. Λ
- ☐ ε. Παρατείνει την παραμονή στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2776.

Οι όψιμες επιπτώσεις του μετεγχειρητικού ρίγους (MP):

- ☐ α. Αυξημένη επίπτωση ισχαιμίας ιστών. Σ
- ☐ β. Αυξημένη επίπτωση οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου. Σ
- ☐ γ. Καθυστερημένη επούλωση τραυμάτων. Σ
- ☐ δ. Αυξημένη επίπτωση λοιμώξεων. Σ
- ☐ ε. Αυξημένη περιεγχειρητική θνητότητα. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5^η έκδοση, κεφ. 48, σελ 1272.

Ρίγος μετά την αναισθησία:

- ☐ α. Προκαλεί ελάττωση της μερικής πίεσης του CO₂ στο αίμα (PCO₂). Λ
- ☐ β. Προκαλεί αυξημένη κατανάλωση O₂. Σ
- ☐ γ. Σχετίζεται με τη χρήση πτητικών αναισθητικών. Σ
- ☐ δ. Σε εμφάνιση ρίγους μετεγχειρητικά, πρέπει να εξετάζεται η ύπαρξη σήψης ή αντίδρασης σε μετάγγιση. Σ
- ☐ ε. Μπορεί να προκαλέσει μεταβολική αλκάλωση. Λ

Miller's Anesthesia, 8^η έκδοση, κεφ. 54, σελ. 1625-6, 1628, 1636.

Ρίγος μετά την αναισθησία:

- ☐ α. Η δεξμετομιδίνη ελαττώνει την εμφάνιση ρίγους. Σ

- ☐ β. Η πεθιδίνη βοηθά στην πρόληψη και αντιμετώπιση του ρίγους. Σ
- ☐ γ. Η γενική αναισθησία αυξάνει τον ουδό εμφάνισης ρίγους κατά 1° C. Λ
- ☐ δ. Οι κεντρικοί νευρικοί αποκλεισμοί προστατεύουν από την υποθερμία. Λ
- ☐ ε. Στην υποθερμία, η αγγειοσύσπαση προηγείται της εμφάνισης ρίγους. Σ

Miller's Anesthesia, 8^η έκδοση, κεφάλαιο 54, σελ. 1625-6, 1628, 1636

Ρίγος μετά από αναισθησία:

- ☐ α. Εμφανίζεται σε ποσοστό 5% έως 65% των ασθενών που λαμβάνουν επισκληρίδια αναισθησία και στο 33% εκείνων που λαμβάνουν γενική. Λ
- ☐ β. Επιδεινώνεται με τη χορήγηση πεθιδίνης διεγχειρητικά. Λ
- ☐ γ. Συνήθως, έχει προηγηθεί υποθερμία και κεντρική (εν τω βάθει) αγγειοσύσπαση. Σ
- ☐ δ. Προκαλεί διέγερση του συμπαθητικού και απελευθέρωση κατεχολαμινών. Σ
- ☐ ε. Αυξάνει την κατανάλωση οξυγόνου και την παραγωγή διοξειδίου του άνθρακα. Σ

Miller's Anesthesia, 8^η έκδοση, κεφ. 54, σελ 1635-6.

Ρίγος μετά την αναισθησία μπορεί να:

- ☐ α. Αντιμετωπισθεί με χορήγηση κλονιδίνης. Σ
- ☐ β. Αντιμετωπισθεί με χορήγηση μαγνησίου ενδοφλεβίως. Σ
- ☐ γ. Προκαλέσει αύξηση της ενδοφθάλμιας και ενδοκράνιας πίεσης. Σ
- ☐ δ. Σχετίζεται με την εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Λ
- ☐ ε. Οφείλεται στο 40 % των περιπτώσεων σε άγχος. Λ

Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων / Ανάνηψη: Συμβάντα & Ενέργειες

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2761, 2763

Οι συχνότερες διαταραχές κατά την ανάνηψη από τη γενική αναισθησία είναι:

- ☐ α. Μετεγχειρητική ναυτία και έμετος. Σ
- ☐ β. Υποξαιμία. Σ
- ☐ γ. Υπερθερμία. Λ
- ☐ δ. Υποθερμία και ρίγος. Σ
- ☐ ε. Καρδιαγγειακή αστάθεια. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2761

Η συχνότητα των επιπλοκών κατά την ανάνηψη από τη γενική αναισθησία εκτιμάται ότι ανέρχεται περίπου σε:

- ☐ α. Ναυτία και έμετος: 10%. Σ
- ☐ β. Ανάγκη υποστήριξης του ανώτερου αεραγωγού: 7%. Σ
- ☐ γ. Υπόταση: 3%. Σ
- ☐ δ. Λαρυγγόσπασμος: 1%. Λ

- ☐ ε. Βρογχόσπασμος: 4%. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2761

Για τα συχνότερα αίτια απόφραξης του αεραγωγού κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο ισχύει:

- ☐ α. Συνήθως οφείλεται σε απώλεια του τόνου των μυών του φάρυγγα ακόμη και σε μη κατασταλμένο ασθενή. Λ
- ☐ β. Εμμένουσα δράση εισπνεόμενων αναισθητικών συνήθως δεν υπάρχει. Λ
- ☐ γ. Συνήθως παρατηρείται παράταση δράσης ενδοφλέβιων αναισθητικών ή οπιοειδών αναλγητικών. Σ
- ☐ δ. Μπορεί να οφείλεται σε υπολλειπόμενη δράση αποκλειστών της νευρομυϊκής σύναψης. Σ
- ☐ ε. Ληθαργική κατάσταση δεν ευθύνεται σημαντικά. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2761

Η λειτουργικότητα του φάρυγγα δεν ομαλοποιείται έως ότου ο λόγος της σειράς των τεσσάρων διεγέρσεων (train-of-four ratio, TOF) για τον προσαγωγό μυ του αντίχειρα γίνει μεγαλύτερος από:

- ☐ α. 1 Λ
- ☐ β. 1,3 Λ
- ☐ γ. 0,58 Λ
- ☐ δ. 0,75 Λ
- ☐ ε. 0,9 Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2761

Για τις δοκιμασίες του φαρυγγικού μυϊκού τόνου κατά την ανάνηψη από γενική αναισθησία ισχύει:

- ☐ α. Η ικανότητα των κοπήρων οδόντων να προβάλλουν ισχυρή αντίσταση έναντι γλωσσοπίεστρου ή στοματοδιαστολέα δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη του φαρυγγικού μυϊκού τόνου. Λ
- ☐ β. Η παραπάνω δοκιμασία αντιστοιχεί σε λόγο TOF 0,85 κατά μέσο όρο. Σ
- ☐ γ. Η δοκιμασία της παρατεταμένης ανύψωσης της κεφαλής αντιστοιχεί σε λόγο TOF 0,60 κατά μέσο όρο. Σ
- ☐ δ. Η δοκιμασία ανύψωσης της κεφαλής δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη ικανοποιητικού φαρυγγικού μυϊκού τόνου. Σ
- ☐ ε. Οι κλινικές δοκιμασίες ελέγχου του μυϊκού τόνου είναι απόλυτα αξιόπιστες. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2761

Για την αναπνευστική λειτουργία κατά την ανάνηψη από γενική αναισθησία ισχύει:

- ☐ α. Εκτιμάται ότι το 8% έως 10% των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική

επέμβαση κοιλίας μπορεί να χρειαστούν διασωλήνωση και μηχανική υποστήριξη της αναπνοής στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη. Σ

- ☐ β. Η αναπνευστική ανεπάρκεια κατά την ανάνηψη συνήθως οφείλεται σε παροδικές και ταχέως αναστρέψιμες καταστάσεις. Σ
- ☐ γ. Ο περιορισμός της κινητικότητας του θωρακικού τοιχώματος και η δυσλειτουργία του διαφράγματος λόγω πόνου δεν αποτελεί αίτιο αναπνευστικής ανεπάρκειας. Λ
- ☐ δ. Η μυική αδυναμία δεν αποτελεί συνηθισμένο αίτιο αναπνευστικής ανεπάρκειας. Λ
- ☐ ε. Η φαρμακευτική καταστολή του αναπνευστικού κέντρου είναι συχνή αιτία αναπνευστικής ανεπάρκειας. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85.

Για τη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (ΜΜ-ΑΦ)/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Είναι υποχρεωτική η λειτουργία της σε κάθε νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική που λειτουργούν χειρουργεία. Σ
- ☐ β. Είναι υποχρεωτική η ύπαρξή της, αλλά να λειτουργεί περιστασιακά για τα μεγάλα μόνο χειρουργεία. Λ
- ☐ γ. Είναι οικονομικά συμφερότερη από τη ΜΕΘ. Σ
- ☐ δ. Σε νοσοκομεία χωρίς ΜΕΘ, μπορεί να καλύψει μέχρι 24 ώρες έναν βαριά πάσχοντα μέχρι την ασφαλή διακομιδή του σε ΜΕΘ άλλου νοσοκομείου. Σ
- ☐ ε. Δεν απαιτεί ειδικό εξοπλισμό και νοσηλευτική στελέχωση. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2761.

Στη ΜΜ-ΑΦ, για κάθε ασθενή που έχει λαβει σκιαγραφικό iv κατά την επέμβαση, προκειμένου για την προστασία έναντι νεφροπάθειας από σκιαγραφικό (contrast nephropathy) ισχύει:

- ☐ α. Απαιτείται ενυδάτωση με σακχαρούχο διάλυμα 5%. Λ
- ☐ β. Απαιτείται επιθετική ενυδάτωση με χλωριονατριούχο διάλυμα 0,9%. Σ
- ☐ γ. Η πλέον αποτελεσματική προστασία γίνεται με Ν-ακετυλ-κυστεΐνη. Λ
- ☐ δ. Τα διττανθρακικά προσφέρουν σημαντική προστασία. Λ
- ☐ ε. Η σημαντικότερη προστασία γίνεται με διάλυμα λευκωματίνης 20%. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2761

Παράγοντες κινδύνου για μετεγχειρητική ραβδομυόλυση:

- ☐ α. Λαπαροσκοπική βαριατρική επέμβαση. Σ
- ☐ β. Αυξημένος δείκτης μάζας σώματος (BMI). Σ
- ☐ γ. Μακρά διάρκεια επέμβασης. Σ
- ☐ δ. Περιοχική αναισθησία. Λ
- ☐ ε. Είδος μετεγχειρητικής αναλγησίας. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2761, 2775-6

Μετεγχειρητικό ρίγος (MP):

- ☐ α. Μπορεί να εμφανιστεί σε ποσοστό από 5% έως 65% των ασθενών μετά από γενική αναισθησία. Σ
- ☐ β. Μπορεί να εμφανιστεί σε ποσοστό 33% των ασθενών μετά από επισκληρίδιο αναισθησία. Σ
- ☐ γ. Το θήλυ φύλο αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνισή του. Λ
- ☐ δ. Η προποφύλη ως παράγοντας εισαγωγής στην αναισθησία συσχετίζεται συχνότερα με MP συγκριτικά με τη θειοπεντάλη. Σ
- ☐ ε. Η διατήρηση της αναισθησίας με πτητικά μπορεί να συσχετίζεται με εντονότερη εμφάνιση MP. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2776

Για τους μηχανισμούς εμφάνισης μετεγχειρητικού ρίγους (MP) ισχύει:

- ☐ α. Σχετίζεται συνήθως, αλλά όχι πάντα, με την υποθερμία. Σ
- ☐ β. Ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός (NM) δεν ανανήπτουν ταυτόχρονα από τη γενική αναισθησία, με αποτέλεσμα η ταχύτερη ανάκτηση των λειτουργιών του NM να οδηγεί σε μη αναστελλόμενα νωτιαία αντανακλαστικά που εκδηλώνονται ως κλωνική δραστηριότητα. Σ
- ☐ γ. Η δοξαπράμη, ως διεγέρτης του ΚΝΣ, επιτείνει το MP. Λ
- ☐ δ. Οι κ-οπιοειδικοί υποδοχείς και οι υποδοχείς NMDA εμπλέκονται στους μηχανισμούς του MP. Σ
- ☐ ε. Η δραστηριότητα των υποδοχέων της 5-υδροξυτρυπταμίνης δεν σχετίζεται με το MP. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2776

Αντιμετώπιση μετεγχειρητικού ρίγους (MP):

- ☐ α. Διόρθωση υποθερμίας. Σ
- ☐ β. Οι μετρήσεις της θερμοκρασίας από την τυμπανική μεμβράνη είναι λιγότερο ακριβείς από τη μασχάλη, το ορθό ή τον ρινοφάρυγγα. Λ
- ☐ γ. Η ενεργητική θέρμανση του ασθενούς με συσκευές εμφύσησης αέρα δεν είναι αποτελεσματικές. Λ
- ☐ δ. Η ονδανσετρόνη, η πεθιδίνη και η κλονιδίνη δεν μπορούν να σταματήσουν το ήδη εγκατεστημένο MP. Λ
- ☐ ε. Η χορήγηση κεταμίνης σε χαμηλές δόσεις *in* πριν από γενική ή περιοχική αναισθησία είναι σημαντικό μέτρο πρόληψης MP. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2776

Κλινικές συνέπειες του μετεγχειρητικού ρίγους (MP):

- ☐ α. Προκαλεί δυσφορία στον ασθενή. Σ
- ☐ β. Αυξάνει την κατανάλωση οξυγόνου. Σ

- ☐ γ. Ελαττώνει την παραγωγή διοξειδίου του άνθρακα. Λ
- ☐ δ. Ελαττώνει τον τόνο του συμπαθητικού συστήματος. Λ
- ☐ ε. Αυξάνει την καρδιακή παροχή. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2776

Κλινικές συνέπειες του μετεγχειρητικού ρίγους (MP):

- ☐ α. Ελαττώνει την καρδιακή συχνότητα. Λ
- ☐ β. Προκαλεί συστηματική υπόταση και αυξάνει την ενδοφθάλμια πίεση. Λ
- ☐ γ. Επιβραδύνεται ο μεταβολισμός των φαρμάκων. Σ
- ☐ δ. Οι ασθενείς που φθάνουν υποθερμικοί στη Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας / Ανάνηψη δεν πρέπει να θερμαίνονται ενεργητικά, αλλά να επανακτούν τη θερμοκρασία τους με την αυτόματη ανάνηψη του ΚΝΣ. Λ
- ☐ ε. Ήπια έως μέτρια υποθερμία (33°-35° C) αναστέλλει τη λειτουργικότητα των αιμοπεταλίων και των παραγόντων πήξης. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2776

Κλινικές συνέπειες του μετεγχειρητικού ρίγους (MP):

- ☐ α. Επιδεινώνει τη μετεγχειρητική αιμορραγία. Σ
- ☐ β. Παρατείνει τον αποκλεισμό της νευρομυϊκής σύναψης. Σ
- ☐ γ. Μπορεί να επιταχύνει την ανάνηψη από γενική αναισθησία. Λ
- ☐ δ. Παρατείνει συνήθως τον κεντρικό νευρικό αποκλεισμό. Λ
- ☐ ε. Παρατείνει την παραμονή στη MM-AΦ / Ανάνηψη. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2776

Οι όψιμες επιπτώσεις του μετεγχειρητικού ρίγους (MP):

- ☐ α. Αυξημένη επίπτωση ισχαιμίας ιστών. Σ
- ☐ β. Αυξημένη επίπτωση οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου. Σ
- ☐ γ. Καθυστερημένη επούλωση τραυμάτων. Σ
- ☐ δ. Αυξημένη επίπτωση λοιμώξεων. Σ
- ☐ ε. Αυξημένη περιεγχειρητική θνητότητα. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2761, 2777

Μετεγχειρητικό παραλήρημα (MP):

- ☐ α. Περίπου 10% των ασθενών >50 ετών που υποβάλλονται σε εκλεκτική χειρουργική επέμβαση θα βιώσουν κάποιο βαθμό ΜΠ, εντός των πρώτων 5 μετεγχειρητικών ημερών. Σ
- ☐ β. Η επέμβαση για κάταγμα ισχίου έχει αυξημένη επίπτωση ΜΠ (>35%). Σ
- ☐ γ. Η αμφοτερόπλευρη αρθροπλαστική γόνατος έχει αυξημένη επίπτωση ΜΠ (>40%). Σ
- ☐ δ. Η εμφάνιση ΜΠ δεν επηρεάζεται από προϋπάρχουσα κατάχρηση ουσιών. Λ
- ☐ ε. Η ηλικία δεν επηρεάζει τη συχνότητα εμφάνισης ΜΠ. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2761

Για την έξοδο των ασθενών από τη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων / Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Αναλαμβάνει την ευθύνη εξόδου και υπογράφει αναισθησιολόγος πάντοτε. Σ
- ☐ β. Γίνεται με βάση τις κλίμακες αξιολόγησης / κριτήρια εξόδου. Σ
- ☐ γ. Ο νοσηλευτής της Ανάνηψης αποφασίζει για το χρόνο εξόδου και ενημερώνει τον υπεύθυνο αναισθησιολόγο. Λ
- ☐ δ. Οι μετεγχειρητικές οδηγίες δίνονται προφορικά. Λ
- ☐ ε. Τα ζωτικά σημεία και άλλες σχετικές πληροφορίες αποτελούν μέρος του ιατρικού φακέλου του ασθενούς. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2762

Για τη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων / Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Σχεδιάζεται και στελεχώνεται για την παρακολούθηση και φροντίδα ασθενών που ανανήπτουν από τις άμεσες παθοφυσιολογικές επιπτώσεις της αναισθησίας και χειρουργικής επέμβασης. Σ
- ☐ β. Ισχύουν οι ίδιοι κανόνες monitoring όπως και στη χειρουργική αίθουσα. Σ
- ☐ γ. Είναι κατάλληλα εξοπλισμένα για την αντιμετώπιση ασταθών ασθενών. Σ
- ☐ δ. Δεν απαιτείται ήσυχο περιβάλλον, γιατί οι ασθενείς είναι μισο-κατασταλμένοι ακόμη. Λ
- ☐ ε. Δεν είναι αναγκαίο να βρίσκεται κοντά στις χειρουργικές αίθουσες. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2762

Για τους Κανόνες της Μονάδας Μετα-Αναισθητικής Φροντίδας / Ανάνηψης από πλευράς επαγγελματικής πρακτικής (practice standards) ισχύουν:

- ☐ α. Όλοι οι ασθενείς που έχουν λάβει γενική ή περιοχική αναισθησία ή MAC απαιτούν την ενδεικνυόμενη μετ-αναισθητική φροντίδα. Σ
- ☐ β. Ο ασθενής κατά τη μεταφορά του από τη χειρ. αίθουσα στην Ανάνηψη δεν είναι αναγκαίο να συνοδεύεται από μέλος της αναισθησιολογικής του ομάδας, αλλά να βρίσκεται υπό monitoring και υποστήριξη ανάλογα με την κατάστασή του. Λ
- ☐ γ. Κατά την παράδοση του ασθενούς στην υπεύθυνη νοσηλεύτρια της ΜΜ-ΑΦ/Ανάνηψης, επανεκτιμάται η κατάστασή του και δίνεται προφορική αναφορά από το μέλος της αναισθησιολογικής ομάδας που τον συνοδεύει. Σ
- ☐ δ. Στην Ανάνηψη ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στο monitoring της οξυμετρίας, αερισμού, κυκλοφορίας, επιπέδου συνείδησης και θερμοκρασίας. Σ
- ☐ ε. Ο υπεύθυνος για της έξοδο του ασθενούς από την Ανάνηψη δεν είναι πάντοτε αναισθησιολόγος, μπορεί να δώσει εντολή και ο θεράπων χειρουργός. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2763

Οι συχνότερες διαταραχές που παρατηρούνται στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη είναι:

- ☐ α. Μετεγχειρητική ναυτία και έμετος. Σ
- ☐ β. Υπέρταση Λ
- ☐ γ. Ανουρία Λ
- ☐ δ. Υποκαπνία Λ
- ☐ ε. Μετεγχειρητική αιμορραγία Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2763, πίνακας 85-2

Η κύρια διαταραχή σε αναφερόμενα συμβάματα στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη αφορά:

- ☐ α. Καρδιαγγειακό Σ
- ☐ β. Αναπνευστικό Σ
- ☐ γ. Σφάλματα στη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή Σ
- ☐ δ. ΚΝΣ Σ
- ☐ ε. Περιορισμένη τεχνολογική υποστήριξη. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2765, πίνακας 85-3

Φαρμακευτικοί παράγοντες που ευθύνονται για παράταση του μη αποπολωτικού νευρομυϊκού αποκλεισμού:

- ☐ α. Εισπνεόμενα αναισθητικά. Σ
- ☐ β. Τοπικά αναισθητικά, όπως η λιδοκαΐνη. Σ
- ☐ γ. Αντιαρρυθμικά, όπως η προκαϊναμίδη. Σ
- ☐ δ. Κορτικοστεροειδή Σ
- ☐ ε. Αντιβιοτικά, όπως οι κεφαλοσπορίνες και οι κινολόνες. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2765, πίνακας 85-3

Φαρμακευτικοί παράγοντες που ευθύνονται για παράταση του μη αποπολωτικού νευρομυϊκού αποκλεισμού:

- ☐ α. Αποκλειστές διαύλων ασβεστίου. Σ
- ☐ β. Δανδρολένιο Σ
- ☐ γ. Αντιβιοτικά, όπως αμινογλυκοσίδες, μετρονιδαζόλη, τετρακυκλίνες. Σ
- ☐ δ. β-αδρενεργικοί αποκλειστές. Λ
- ☐ ε. Αντισταμινικά. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2765, πίνακας 85-3

Μεταβολικές διαταραχές που ευθύνονται για παράταση του μη αποπολωτικού νευρομυϊκού αποκλεισμού:

- ☐ α. Υπονατρίαζια Λ
- ☐ β. Υπερμαγνησιαζία Σ

- ☐ γ. Υπασβεσταιμία Σ
- ☐ δ. Υπερκαλιαιμία Λ
- ☐ ε. Αναπνευστική οξέωση Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2765, πίνακας 85-3

Παθοφυσιολογικές καταστάσεις που ευθύνονται για παράταση του μη αποπολωτικού νευρομυϊκού αποκλεισμού:

- ☐ α. Ηπατική ανεπάρκεια Σ
- ☐ β. Νεφρική ανεπάρκεια Σ
- ☐ γ. Μυασθενικά σύνδρομα Σ
- ☐ δ. Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Λ
- ☐ ε. Χρόνια επώδυνα σύνδρομα. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2765, πίνακας 85-3

Παράγοντες που συμβάλλουν στον παρατεταμένο αποπολωτικό αποκλεισμό της νευρομυϊκής σύναψης:

- ☐ α. Υπερβολική δόση σουκκινυλχολίνης. Σ
- ☐ β. Μη αναστρέψιμη αναστολή δράσης της χολινεστεράσης πλάσματος από λήψη εχθοιοφάτης. Σ
- ☐ γ. Αναστρέψιμη αναστολή δράσης της χολινεστεράσης πλάσματος από χορήγηση εδροφωνίου, νεοστιγμίνης ή πυριδοστιγμίνης. Σ
- ☐ δ. Γενετικός πολυμορφισμός / μετάλλαξη – άτυπη χολινεστεράση πλάσματος. Σ
- ☐ ε. Μειωμένη δραστηριότητα χολινεστεράσης πλάσματος. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2765, πίνακας 85-3

Μειωμένη δραστηριότητα χολινεστεράσης πλάσματος συνδέεται με τις παρακάτω καταστάσεις:

- ☐ α. Ακραίες ηλικίες. Σ
- ☐ β. Ουραιμία, υποθρεψία, πλασμαφαίρεση, λήψη κορτικοειδών. Σ
- ☐ γ. Κωματώδης κατάσταση λόγω κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Λ
- ☐ δ. Εγκυμοσύνη, λήψη αντισυλληπτικών. Σ
- ☐ ε. Πολυμετάγγιση Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2765

Απλά μέτρα που μπορούν να διευκολύνουν κατά την ανάνηψη από το νευρομυϊκό αποκλεισμό είναι:

- ☐ α. Η θέρμανση του ασθενούς. Σ
- ☐ β. Η υποστήριξη του αεραγωγού. Σ
- ☐ γ. Η διόρθωση των διαταραχών πήξης. Λ
- ☐ δ. Η διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Σ

- ε. Η χορήγηση sugammadex αντί νεοστιγμίνης φαίνεται πως μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της επίπτωσης του υπολειπόμενου νευρομυϊκού αποκλεισμού. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2765

Λαρυγγόσπασμος:

- α. Αναφέρεται στον αιφνίδιο σπασμό των φωνητικών χορδών και αποφράσσει πλήρως το άνοιγμα του λάρυγγα. Σ
- β. Τυπικά εμφανίζεται όταν ο αποδιασωληνωμένος ασθενής ανανήπτει από τη γενική αναισθησία. Σ
- γ. Κίνδυνος λαρυγγόσπασμου στην Ανάνηψη δεν υφίσταται στον αποδιασωληνωμένο ασθενή. Λ
- δ. Η ανάσπαση της κάτω γνάθου σε συνδυασμό με εφαρμογή CPAP έως 40 εκ. Η₂O δεν είναι συχνά επαρκής για τη διακοπή του λαρυγγόσπασμου και ως εκ τούτου απαιτείται η χορήγηση σουκκινυλχολίνης 0,1 έως 1 mg/kg iv. Σ
- ε. Η βίαιη εισαγωγή ενδοτραχειακού σωλήνα μέσω της κλειστής γλωττίδας αποτελεί συχνά αναγκαίο και ενδεδειγμένο χειρισμό για τον αερισμό ασθενούς με σοβαρό λαρυγγόσπασμο. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2765

Για το οίδημα του αεραγωγού κατά την ανάνηψη ισχύει:

- α. Είναι συχνότερο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε πολύωρη επέμβαση, σε ύπτια από ότι σε πρηνή θέση. Λ
- β. Είναι συχνότερο σε πολύωρες επεμβάσεις με τον ασθενή σε θέση αντι-Trendelenburg. Λ
- γ. Είναι σημαντικότερο σε επεμβάσεις με μεγάλη απώλεια αίματος. Σ
- δ. Είναι σημαντικό όταν έχουν λάβει χώρα διαδικασίες καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης με επιθετική χορήγηση υγρών. Σ
- ε. Σημαντικό οίδημα των ιστών του φάρυγγα μπορεί να μην συνοδεύεται και από οίδημα προσώπου ή άλλα εξωτερικώς εμφανή σημεία οιδήματος. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2765

Εντοπισμένο οίδημα ή αιμάτωμα στον ανώτερο αεραγωγό μπορεί να συμβεί στις παρακάτω επεμβάσεις:

- α. Ενδαρτηρεκτομή καρωτίδας. Σ
- β. Επεμβάσεις ΩΡΛ στο φάρυγγα. Σ
- γ. Επεμβάσεις στη γλώσσα. Σ
- δ. Επεμβάσεις στην τραχηλική χώρα και το λαιμό. Σ
- ε. Επεμβάσεις στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2765

Για τον ασθενή με σοβαρή απόφραξη ανώτερου αεραγωγού λόγω οιδήματος ή αιματώματος ισχύει:

- ☐ α. Ο αερισμός με απλή μάσκα μπορεί να μην είναι πάντοτε εφικτός. Σ
- ☐ β. Ο αερισμός με λαρυγγική μάσκα είναι πάντοτε αποτελεσματικός. Λ
- ☐ γ. Στην περίπτωση αιματώματος μετά από θυρεοειδεκτομή ή επέμβαση καρωτίδας, μπορεί να επιχειρηθεί άμεση αποσυμφόρηση του αεραγωγού αφαιρώντας τα clips ή τα ράμματα από τη χειρουργική τομή και αναρροφώντας το αιμάτωμα. Σ
- ☐ δ. Σημαντική ποσότητα αίματος ή ορού που μπορεί να έχει διηθήσει τους ιστούς στο φαρυγγικό τοίχωμα, συνήθως δεν εμποδίζει τη διασωλήνωση της τραχείας. Λ
- ☐ ε. Εφόσον απαιτείται επείγουσα διασωλήνωση τραχείας επιβάλλεται να υπάρχει άμεσα διαθέσιμος ο κατάλληλος εξοπλισμός για δύσκολο αεραγωγό. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2765-6

Για τον ασθενή με αποφρακτική άπνοια κατά τον ύπνο (obstructive sleep apnea, OSA) ισχύει:

- ☐ α. Η OSA αποτελεί αίτιο απόφραξης του αεραγωγού στην Ανάνηψη, το οποίο συχνά παραβλέπεται. Σ
- ☐ β. Οι ασθενείς με OSA είναι επιρρεπείς σε απόφραξη αεραγωγού κατά την ανάνηψη. Σ
- ☐ γ. Οι ασθενείς με OSA πρέπει να αποδιασωληνώνονται χωρίς να έχουν ανακτήσει πλήρως τις αισθήσεις τους. Λ
- ☐ δ. Η συνεχής περιοχική αναισθησία καλύτερα να αποφεύγεται στους ασθενείς με OSA. Λ
- ☐ ε. Προτιμώνται οι βενζοδιαζεπίνες έναντι των οπιοειδών, γιατί έχουν μικρότερη επίδραση στο φαρυγγικό μυϊκό τόνο ασθενών με OSA. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2766

Περιεγχειρητική διαχείριση ασθενών με αποφρακτική άπνοια κατά τον ύπνο (obstructive sleep apnea, OSA):

- ☐ α. Είναι αναγκαίος ο προεγχειρητικός σχεδιασμός για τη χρήση της συσκευής CPAP κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Σ
- ☐ β. Πρέπει να ζητάται από τους ασθενείς να φέρουν μαζί τους τη συσκευή CPAP κατά την ημέρα της επέμβασης, ώστε να εφαρμόζεται κατά την άφιξη του ασθενούς στην Ανάνηψη. Σ
- ☐ γ. Οι ασθενείς με OSA που δεν έχουν δική τους συσκευή CPAP δεν χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής στην Ανάνηψη. Λ
- ☐ δ. Οι ασθενείς με αναφερόμενη OSA που προγραμματίζονται για χειρουργική επέμβαση, καλύτερα είναι να εκτιμώνται από το Ιατρείο OSA, εφόσον υπάρχει αυτή η δυνατότητα, πριν από την επέμβαση. Σ

- ☐ ε. Μετά από επείγοντα χειρουργεία σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο OSA από το ιστορικό, η παραμονή στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη πρέπει να είναι σύντομη. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2766

Αντιμετώπιση απόφραξης του ανώτερου αεραγωγού άμεσα μετεγχειρητικά:

- ☐ α. Άμεση κινητοποίηση. Σ
- ☐ β. Προτού ληφθεί η απόφαση για επαναδιασωλήνωση της τραχείας, πρέπει να επιχειρηθεί η διάνοιξη του αεραγωγού με επεμβατικά μέσα. Λ
- ☐ γ. Προηγείται η εφαρμογή επεμβατικών μεθόδων απελευθέρωσης του αεραγωγού από την επαναδιασωλήνωση της τραχείας. Λ
- ☐ δ. Σε ασθενείς με μειωμένο φαρυγγικό μυϊκό τόνο συνήθως αρκεί η απελευθέρωση του ανώτερου αεραγωγού με ανάσπαση της κάτω γνάθου σε συνδυασμό με εφαρμογή CPAP (5-15 cm H₂O). Σ
- ☐ ε. Η διόρθωση παραγόντων που συμβάλλουν στη παράταση του νευρομυϊκού αποκλεισμού, όπως π.χ. η υποθερμία, δεν έχουν άμεση επίπτωση στην απελευθέρωση του ανώτερου αεραγωγού. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2766, πίνακας 85-4

Παράγοντες που συμβάλλουν στη μετεγχειρητική αρτηριακή υποξαιμία:

- ☐ α. Ατελεκτασία Σ
- ☐ β. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Σ
- ☐ γ. Μετ-αποφρακτικό ή αρνητικής πίεσεως οξύ πνευμονικό οίδημα Σ
- ☐ δ. Κυψελιδικός υποαερισμός. Σ
- ☐ ε. Υποξία εκ διαχύσεως δεν μπορεί να παρατηρηθεί στην Ανάνηψη. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2766, πίνακας 85-4

Παράγοντες που συμβάλλουν στη μετεγχειρητική αρτηριακή υποξαιμία:

- ☐ α. Εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου. Σ
- ☐ β. Πνευμονική εμβολή. Σ
- ☐ γ. Πνευμοθώρακας. Σ
- ☐ δ. Ρίγος. Σ
- ☐ ε. Σήψη. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2766, πίνακας 85-4, εικόνα 85-2

Παράγοντες που συμβάλλουν στη μετεγχειρητική αρτηριακή υποξαιμία:

- ☐ α. Οξεία βλάβη πνευμόνων λόγω μετάγγισης (TRALI). Σ
- ☐ β. ARDS. Σ
- ☐ γ. Προχωρημένη ηλικία. Σ
- ☐ δ. Παχυσαρκία. Σ

- ☐ ε. Υποαερισμός, σύμφωνα με την εξίσωση $P_{AO_2} = FiO_2 (P_B - P_{H_2O}) - P_{aCO_2} / RQ$. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2767

Για την υποξία από διάχυση ισχύει:

- ☐ α. Παρατηρείται μόνο στο τέλος της αναισθησίας με υποξείδιο του αζώτου. Σ
- ☐ β. Το N_2O προκαλεί αραίωση των κυψελιδικών αερίων και παροδική μείωση της PaO_2 , αλλά όχι και της $PaCO_2$. Λ
- ☐ γ. Σε ασθενή που αναπνέει ατμοσφαιρικό αέρα, η προκύπτουσα μείωση στην $PaCO_2$ μπορεί να οδηγήσει σε καταστολή του αναπνευστικού κέντρου. Σ
- ☐ δ. Σε ασθενή που αναπνέει ατμοσφαιρικό αέρα, η προκύπτουσα μείωση στην PaO_2 μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριακή υποξαιμία. Σ
- ☐ ε. Σε ασθενή που δεν λαμβάνει συμπληρωματικό οξυγόνο, η υποξία από διάχυση μπορεί να επιμένει για 5-10 min μετά τη διακοπή του N_2O και επομένως, μπορεί να συμβάλλει στην αρτηριακή υποξαιμία κατά τη μεταφορά στην Ανάνηψη. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2767

Αίτια διαταραχών αερισμού/αιμάτωσης (V/Q mismatch) και ενδοπνευμονικού βραχυκυκλώματος (shunt) στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικής Φροντίδας είναι:

- ☐ α. Ατελεκτασία. Σ
- ☐ β. Οξύ πνευμονικό οίδημα. Σ
- ☐ γ. Εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου. Σ
- ☐ δ. Πνευμονική εμβολή. Σ
- ☐ ε. Πνευμονία. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2767

Για την αντιμετώπιση της ατελεκτασίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Κινητοποίηση του ασθενούς και τοποθέτηση σε καθιστή θέση. Σ
- ☐ β. Προκλητή κίνηση σπιρομέτρησης (βαθεία εισπνοή και παρατεταμένη εκπνοή). Σ
- ☐ γ. Εφαρμογή θετικών πιέσεων μέσω προσωπίδας. Σ
- ☐ δ. Κορτικοειδές. Λ
- ☐ ε. Η αναλγησία δεν παίζει ρόλο. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2767

Για την αρτηριακή υποξαιμία Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Η διαταραχή αερισμού/αιμάτωσης διορθώνεται με χορήγηση οξυγόνου. Σ
- ☐ β. Το πραγματικό βραχυκύκλωμα (shunt) διορθώνεται με χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου. Λ
- ☐ γ. Η υποξική πνευμονική αγγειοσύσπαση αποτελεί προσπάθεια του παθολογικού πνεύμονα να συνδυάσει ιδανικά τον αερισμό με την αιμάτωση. Λ
- ☐ δ. Κατά την υποξική πνευμονική αγγειοσύσπαση, γίνεται αγγειοσύσπαση σε

- πλούσια αεριζόμενες περιοχές του πνεύμονα. Λ
- ☐ ε. Η υποξική πνευμονική αγγειοσύσπαση δεν επηρεάζεται από φαρμακευτικούς παράγοντες γιατί αποτελεί ιστολογικό μηχανισμό. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2767

Η υποξική πνευμονική αγγειοσύσπαση αμβλύνεται από τους παρακάτω παράγοντες στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Υπολειπόμενη δράση νευρομυικών αποκλειστών. Λ
- ☐ β. Υπολειπόμενη δράση εισπνεόμενων αναισθητικών. Σ
- ☐ γ. Νιτροπρωσσικό. Σ
- ☐ δ. Δοβουταμίνη. Σ
- ☐ ε. ΜΣΑΦ. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2767

Για τη φλεβική πρόσμιξη (ΦΠ) στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικής Φροντίδας ισχύει:

- ☐ α. Συνήθως, αυξημένη ΦΠ συμβαίνει σε καταστάσεις χαμηλής καρδιακής παροχής. Σ
- ☐ β. Οφείλεται στην πρόσμιξη αποκορεσμένου φλεβικού αίματος με οξυγονωμένο αρτηριακό αίμα. Σ
- ☐ γ. Φυσιολογικά, το 12% έως 15% της καρδιακής παροχής παρακάμπτει τους πνεύμονες. Λ
- ☐ δ. Η ανάμιξη αποκορεσμένου αίματος με κορεσμένο με οξυγόνο αρτηριακό αίμα αυξάνει την ΡαΟ₂. Λ
- ☐ ε. Σε καταστάσεις χαμηλής καρδιακής παροχής, το αίμα επιστρέφει στην καρδιά σοβαρά αποκορεσμένο. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2767

Ικανότητα διάχυσης στον Πνεύμονα (ΙΔΠ):

- ☐ α. Η μειωμένη ΙΔΠ αποτελεί λειτουργική διαταραχή και δεν μπορεί να αντικατοπτρίζει την παρουσία υποκείμενου πνευμονικού νοσήματος. Σ
- ☐ β. Το πνευμονικό εμφύσημα μειώνει την ΙΔΠ. Σ
- ☐ γ. Η διάμεση πνευμονοπάθεια μειώνει την ΙΔΠ. Σ
- ☐ δ. Η πρωτοπαθής πνευμονική υπέρταση αυξάνει την ΙΔΠ. Λ
- ☐ ε. Δεν λαμβάνεται υπόψη κατά τη διαφορική διάγνωση της υποξαιμίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2767

Οξύ πνευμονικό οίδημα στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη μπορεί να οφείλεται σε:

- ☐ α. Πολυμετάγγιση. Σ
- ☐ β. Υπερβολική χορήγηση υγρών. Σ
- ☐ γ. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Σ

- ☐ δ. Απόφραξη αεραγωγού. Σ
- ☐ ε. Σήψη. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2767-8

Μετα-αποφρακτικό οξύ πνευμονικό οίδημα (ΟΠΟ):

- ☐ α. Προκαλεί σοβαρή υποξαιμία. Σ
- ☐ β. Εμφανίζεται μετά την αποδιασώληνωση της τραχείας. Σ
- ☐ γ. Είναι ένα εξιδρωματικού τύπου ΟΠΟ. Λ
- ☐ δ. Οφείλεται σε υπερβολική θετική ενδοθωρακική πίεση που αναπτύσσεται κατά την εισπνευστική προσπάθεια με κλειστή γλωττίδα. Λ
- ☐ ε. Οι μυώδεις ασθενείς βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2768

Αίτια μετα-αποφρακτικού οξέος πνευμονικού οιδήματος:

- ☐ α. Ο λαρυγγόσπασμος είναι το σπανιότερο αίτιο. Λ
- ☐ β. Ο βρογχόσπασμος είναι το συχνότερο αίτιο. Λ
- ☐ γ. Σήψη. Λ
- ☐ δ. Υποθερμία. Λ
- ☐ ε. Εισρόφηση. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2768

Οξεία πνευμονική βλάβη από μετάγγιση (transfusion related acute lung injury, TRALI):

- ☐ α. Εκδηλώνεται συνήθως 1-2 ώρες μετά από μετάγγιση πλάσματος. Σ
- ☐ β. Μπορεί να προκληθεί από μετάγγιση αιμοπεταλίων. Σ
- ☐ γ. Τα συμπυκνωμένα ερυθρά δεν μπορεί να το προκαλέσουν. Λ
- ☐ δ. Μπορεί να εμφανιστεί στη Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας, ακόμη και 6 ώρες μετά τη μετάγγιση. Σ
- ☐ ε. Απαιτούνται περισσότερες από 5 μονάδες ταχέως μεταγγιζόμενου αίματος για να το προκαλέσουν. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2768

Για την οξεία πνευμονική βλάβη από μετάγγιση (TRALI) ισχύει:

- ☐ α. Εκδηλώνεται με καρδιογενές οξύ πνευμονικό οίδημα. Λ
- ☐ β. Εκδηλώνεται με πυρετό και συστηματική υπέρταση. Λ
- ☐ γ. Συνδυάζεται με λευκοπενία. Σ
- ☐ δ. Η θεραπεία είναι υποστηρικτική. Σ
- ☐ ε. Ο μηχανικός αερισμός μπορεί να είναι αναγκαίος. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2768, πίνακας 85-5

Κριτήρια για τη διάγνωση της οξείας πνευμονικής βλάβης από μετάγγιση (TRALI):

- ☐ α. Οξεία έναρξη συμπτωμάτων. Σ
- ☐ β. Υποξαιμία. Σ
- ☐ γ. Έναρξη δυσλειτουργίας πνευμόνων 24 ώρες μετά από μετάγγιση. Λ
- ☐ δ. Παρουσία αμφοτερόπλευρων διηθημάτων στην Α/α θώρακος χωρίς καρδιομεγαλία. Σ
- ☐ ε. Απουσία οξείας πνευμονικής βλάβης πριν από τη μετάγγιση. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2768

Ο άμεσος αποκορεσμός που παρατηρείται κατά τη μεταφορά του ασθενούς από τη χειρουργική αίθουσα στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη συσχετίζεται με:

- ☐ α. Μεγάλη ηλικία. Σ
- ☐ β. Παχυσαρκία. Σ
- ☐ γ. Γενική αναισθησία. Σ
- ☐ δ. Κατάταξη κατά ASA > III. Σ
- ☐ ε. Αυξημένη χορήγηση όγκου υγρών. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2768

Επιβαρυντικοί παράγοντες για εμφάνιση όψιμων επεισοδίων αποκορεσμού στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη είναι:

- ☐ α. Ανδρικό φύλο. Λ
- ☐ β. Διάρκεια γενικής αναισθησίας. Σ
- ☐ γ. Περιφερικός νευρικός αποκλεισμός. Λ
- ☐ δ. Θωρακική επισκληρίδιος αναισθησία. Λ
- ☐ ε. Συστηματικά οπιοειδή. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2768-9

Για την αναγκαιότητα χορήγησης συμπληρωματικού οξυγόνου στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-AΦ)/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Ο κίνδυνος συμβαμάτων υποξαιμίας, ακόμη και σε μικρό αριθμό ασθενών δικαιολογεί τη χορήγησή του σε όλους τους ασθενείς. Σ
- ☐ β. Όταν υπάρχει monitoring οξυγόνωσης αμέσως μετά την άφιξη στη MM-AΦ, δεν χρειάζεται συμπληρωματικό οξυγόνο. Λ
- ☐ γ. Σοβαροί λόγοι οικονομίας μπορεί να περιορίσουν την τακτική αυτή. Λ
- ☐ δ. Η συνεχής παλμική οξυμετρία δεν είναι αναγκαίο να εφαρμόζεται σε όλους τους ασθενείς στη MM-AΦ. Λ
- ☐ ε. Η παρακολούθηση για μετεγχειρητική υποξαιμία πρέπει να γίνεται μόνο κατά την πρώτη ώρα μετά την ανάνηψη από γενική αναισθησία. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2769

Για την παλμική (σφυγμική) οξυμετρία στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάληψη ισχύει:

- ☐ α. Αποτελεί βασικό monitoring για την άμεση αναγνώριση της υποξαιμίας. Σ
- ☐ β. Αντανακλά την επάρκεια του αερισμού. Λ
- ☐ γ. Έχει περιορισμένη δυνατότητα να αναγνωρίζει τον υποαερισμό σε ασθενείς που αναπνέουν ατμοσφαιρικό αέρα. Σ
- ☐ δ. Ανιχνεύει με αξιοπιστία τον υποαερισμό σε ασθενείς που λαμβάνουν συμπληρωματικό οξυγόνο. Λ
- ☐ ε. Μπορεί να υποκαταστήσει με απόλυτη ασφάλεια τη στενή παρακολούθηση από έμπειρο προσωπικό. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2769

Για τη σχέση μεταξύ συμπληρωματικής χορήγησης οξυγόνου (ΣΧΟ) και τις λοιμώξεις από το χειρουργικό τραύμα ισχύει:

- ☐ α. Η ΣΧΟ φαίνεται ότι μειώνει την επίπτωση λοιμώξεων από το χειρουργικό τραύμα, κυρίως σε ασθενείς με επεμβάσεις παχέος εντέρου. Σ
- ☐ β. Σε παχύσαρκους ασθενείς και σε επεμβάσεις μεγάλης διάρκειας δεν έχει διασαφηνισθεί κάποιο σχετικό πλεονέκτημα. Σ
- ☐ γ. Η ΣΧΟ 80% έναντι 35% συσχετίστηκε με μεγαλύτερη επίπτωση λοιμώξεων, σύμφωνα με μια μελέτη που αφορούσε μείζονες ενδοκοιλιακές επεμβάσεις. Σ
- ☐ δ. Η ΣΧΟ δεν προσφέρει κάποιο όφελος. Λ
- ☐ ε. Δεν υπάρχουν επαρκώς τεκμηριωμένες μελέτες για την βέλτιστη συγκέντρωση εισπνεόμενου οξυγόνου κατά τη ΣΧΟ. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2770

Για τη μετεγχειρητική οξυγόνωση ισχύει:

- ☐ α. Μεγάλο ποσοστό ασθενών με σύνδρομο υπνικής άπνοιας, που υποβάλλονται σε επέμβαση γαστρικού bypass, έχουν σημαντικό όφελος από τη μετεγχειρητική εφαρμογή μάσκας CPAP. Σ
- ☐ β. Η εφαρμογή μάσκας CPAP μετά από μείζονες επεμβάσεις πεπτικού δεν έχει επίπτωση στις διαφυγές από τις αναστομώσεις ή άλλες επιπλοκές από το χειρουργικό πεδίο. Σ
- ☐ γ. Ο μη επεμβατικός αερισμός με θετική πίεση (NIPPV) έχει φανεί ότι αποτελεί αποτελεσματική εναλλακτική επιλογή έναντι της ενδοτραχειακής διασωλήνωσης. Σ
- ☐ δ. Η ενδοτραχειακή διασωλήνωση προσφέρει μεγαλύτερη ασφάλεια έναντι της NIPPV σε όλες τις κατηγορίες ασθενών. Λ
- ☐ ε. Η εφαρμογή αερισμού διφασικής θετικής πίεσης (BiPAP) μπορεί να γίνει μόνο μέσω ρινικού καθετήρα. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2771

Σχετικές αντενδείξεις εφαρμογής μη επεμβατικού αερισμού με θετική πίεση (NIPPV):

- ☐ α. Αιμοδυναμική αστάθεια. Σ
- ☐ β. Σοβαρή καρδιακή αρρυθμία. Σ
- ☐ γ. Το επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης δεν αποτελεί αντένδειξη. Λ
- ☐ δ. Υψηλός κίνδυνος για εισρόφηση. Σ
- ☐ ε. Επεμβάσεις κεφαλής και τραχήλου. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2771

Για την υπέρταση στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Οι ασθενείς με ιστορικό πρωτοπαθούς υπέρτασης βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση σημαντικής συστηματικής υπότασης. Σ
- ☐ β. Επιπρόσθετος παράγοντας για εμφάνισή της αποτελεί το μετεγχειρητικό άλγος και η διέγερση κατά την αφύπνιση. Σ
- ☐ γ. Η μετεγχειρητική ναυτία & έμετος δεν αποτελούν παράγοντες κινδύνου. Λ
- ☐ δ. Ο υποαερισμός και η υπερκαπνία δεν αποτελούν παράγοντες κινδύνου. Λ
- ☐ ε. Η μεγάλη ηλικία και η νεφρική νόσος αποτελούν παράγοντα κινδύνου. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2771-2, πίνακας 85-8

Παράγοντες που προδιαθέτουν σε μετεγχειρητική υπέρταση είναι:

- ☐ α. Ελαττωμένη ενδοκράνια πίεση. Λ
- ☐ β. Αρτηριακή υποξαιμία. Σ
- ☐ γ. Υπερφόρτωση με όγκο υγρών. Σ
- ☐ δ. Ρίγος, διάταση εντέρου, επίσχεση ούρων. Σ
- ☐ ε. Φαινόμενο επαναφοράς (re-bound) λόγω προοδευτικής διακοπής της αντιυπερτασικής αγωγής. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2772, πίνακας 85-9

Αίτια υπότασης λόγω μειωμένου ενδαγγειακού όγκου στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Εμμένουσες απώλειες υγρών. Σ
- ☐ β. Συνεχιζόμενη μετακίνηση υγρών προς τον 3^ο χώρο. Σ
- ☐ γ. Η προεγχειρητική προετοιμασία του εντέρου για εντερεκτομή δεν αποτελεί αίτιο υπότασης μετεγχειρητικά. Λ
- ☐ δ. Αιμορραγία από το χειρουργικό πεδίο. Σ
- ☐ ε. Αιμορραγική επιπλοκή της κύριας επέμβασης, εκτός χειρουργικού πεδίου, π.χ. ρήξη σπληνός μετά από επέμβαση γαστρεκτομής ή νεφρεκτομής. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2772, πίνακας 85-9

Αίτια υπότασης λόγω αυξημένης διαπερατότητας τριχοειδών στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Σήψη. Σ

- ☐ β. Έγκαυμα. Σ
- ☐ γ. Οξεία πνευμονική βλάβη από μετάγγιση (TRALI). Σ
- ☐ δ. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Λ
- ☐ ε. Αντιυπερτασικά φάρμακα. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2772

Αίτια υπότασης λόγω μειωμένης καρδιακής παροχής στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Ισχαιμία, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Σ
- ☐ β. Πνευμονική εμβολή, εμβολή εξ αμνιακού υγρού, λιπώδης εμβολή. Σ
- ☐ γ. Οι βαλβιδοπάθειες δεν ευθύνονται για μετεγχειρητική υπόταση. Λ
- ☐ δ. β-αποκλειστές. Σ
- ☐ ε. Ανταγωνιστές διαύλων ασβεστίου. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2772

Αίτια υπότασης λόγω μειωμένης καρδιακής παροχής στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Ισχαιμία, οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου. Σ
- ☐ β. Μυοκαρδιοπάθεια, καρδιακές αρρυθμίες. Σ
- ☐ γ. Οι βαλβιδοπάθειες δεν ευθύνονται για μετεγχειρητική υπόταση. Λ
- ☐ δ. Περικαρδιακή νόσος, καρδιακός επιπωματισμός, πνευμοθώρακας υπό τάση. Σ
- ☐ ε. Εφεδρίνη. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2772

Αίτια υπότασης λόγω μειωμένου αγγειακού τόνου στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Σήψη. Σ
- ☐ β. Αλλεργικές αντιδράσεις. Σ
- ☐ γ. Νωτιαία καταπληξία σε κάκωση νωτιαίου μυελού. Σ
- ☐ δ. Υψηλή υπαραχνοειδής αναισθησία. Σ
- ☐ ε. Επινεφριδική ανεπάρκεια. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2771

Η μετεγχειρητική συστηματική υπόταση μπορεί να χαρακτηριστεί ως:

- ☐ α. Υπογκαιμική: μειωμένο ποφορτίο. Σ
- ☐ β. Εκ κατανομής: μειωμένο μεταφορτίο. Σ
- ☐ γ. Καρδιογενής: ενδογενής ανεπάρκεια αντλίας. Σ
- ☐ δ. Εξ ανακατανομής: επάνοδος υγρών από τον εξωαγγειακό χώρο προς τα αγγεία. Λ
- ☐ ε. Αποφρακτικού τύπου: πνευμονική εμβολή. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2772

Για την υπόταση εκ κατανομής υγρών στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη μπορεί να ευθύνονται:

- ☐ α. Ιατρογενής συμπαθεκτομή (υψηλός νευραξονικός αποκλεισμός, υπαραχνοειδής ή επισκληρίδιος). Σ
- ☐ β. Σοβαρή συστηματική νόσος. Σ
- ☐ γ. Υπερπυρεξία. Λ
- ☐ δ. Σήψη. Σ
- ☐ ε. Υπερκαπνία. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2773

Για το monitoring καρδιακής λειτουργίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Η ισχαιμία μυοκαρδίου στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο σπάνια συνοδεύεται από προκάρδιο άλγος και η επιβεβαίωση της ισχαιμίας του μυοκαρδίου εξαρτάται από την ευαισθησία του καρδιακού monitoring που εφαρμόζεται. Σ
- ☐ β. Ο συνδυασμός των απαγωγών DII και V5 αντανakλά το 80% των ισχαιμικών συμβαμάτων που εντοπίζονται στο ΗΚΓ 12 απαγωγών. Σ
- ☐ γ. Η οπτική ερμηνεία του καρδιακού monitoring είναι απόλυτα ακριβής. Λ
- ☐ δ. Η χρήση αυτοματοποιημένης ανάλυσης του διαστήματος S-T στο ΗΚΓ (εφόσον υπάρχει η δυνατότητα αυτή) για την παρακολούθηση ασθενών υψηλού κινδύνου δεν είναι ιδιαίτερα χρήσιμη. Λ
- ☐ ε. Η τακτική λήψη ΗΚΓ 12 απαγωγών προτείνεται μόνο για ασθενείς με γνωστό ιστορικό ή υποψία στεφανιαίας νόσου που έχουν υποβληθεί σε επεμβάσεις υψηλού ή μέσου κινδύνου. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2773, πίνακας 85-10

Για τα φάρμακα και υλικά που σχετίζονται με την εμφάνιση περιεγχειρητικής αναφυλαξίας ισχύει:

- ☐ α. Οι νευρομυικοί αποκλειστές σουκκινυλχολίνη και ατρακούριο ευθύνονται για το χαμηλότερο ποσοστό συμβαμάτων. Λ
- ☐ β. Γάντια, ουροκαθετήρες ή περιχειρίδες από φυσικό ελαστικό κόμμι (latex) είναι οι δεύτεροι κατά σειρά συχνότητας παράγοντες. Σ
- ☐ γ. Αντιβιοτικά, κυρίως οι αμινογλυκοσίδες είναι οι τρίτοι κατά σειρά συχνότητας παράγοντες. Λ
- ☐ δ. Η προποφόλη είναι συχνό αίτιο. Λ
- ☐ ε. Τα συνθετικά κολλοειδή όπως οι δεξτράνες και οι ζελατίνες δεν ευθύνονται. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2773, πίνακας 85-10

Φάρμακα που μπορεί να σχετίζονται με την εμφάνιση περιεγχειρητικής αναφυλαξίας είναι:

- ☐ α. Θειοπεντάλη. Σ
- ☐ β. Απροτινίνη. Σ
- ☐ γ. Πρωταμίνη. Σ
- ☐ δ. Βουπιβακαΐνη. Σ
- ☐ ε. Φεντανύλη. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2773

Αναστρέψιμα αίτια καρδιακών αρρυθμιών κατά την περιεγχειρητική περίοδο είναι:

- ☐ α. Υποαερισμός. Σ
- ☐ β. Σύνδρομο στέρησης από ουσίες. Σ
- ☐ γ. Ενδογενείς ή εξωγενείς κατεχολαμίνες. Σ
- ☐ δ. Υπερβολική χορήγηση υγρών. Σ
- ☐ ε. Αναιμία. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2773

Αναστρέψιμα αίτια καρδιακών αρρυθμιών κατά την περιεγχειρητική περίοδο είναι:

- ☐ α. Υποξαιμία. Σ
- ☐ β. Οξέωση. Σ
- ☐ γ. Ενδογενείς ή εξωγενείς κατεχολαμίνες. Σ
- ☐ δ. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Σ
- ☐ ε. Υπερκαπνία. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2773

Συνήθη αίτια φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη είναι:

- ☐ α. Άλγος, διέγερση. Σ
- ☐ β. Πνευμονική εμβολή. Σ
- ☐ γ. Ρίγος. Σ
- ☐ δ. Αιμορραγία. Σ
- ☐ ε. Κακοήθης υπερθερμία Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2773

Συνήθη αίτια φλεβοκομβικής ταχυκαρδίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη είναι:

- ☐ α. Θυρεοτοξική κρίση. Σ
- ☐ β. Καταπληξία καρδιογενής ή σηπτική. Σ
- ☐ γ. Υποαερισμός με σχετική υπερκαπνία. Σ
- ☐ δ. Υπογκαιμία. Σ
- ☐ ε. Υποθερμία. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2773

Ο κίνδυνος εμφάνισης κοιλιακής μαρμαρυγής στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη αυξάνεται όταν προϋπάρχουν:

- ☐ α. Καρδιακοί παράγοντες κινδύνου. Σ
- ☐ β. Υπερφόρτωση με υγρά. Σ
- ☐ γ. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Σ
- ☐ δ. Αποκορεσμός οξυγόνου. Σ
- ☐ ε. Περιοχική αναισθησία. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2773

Για τις κοιλιακές αρρυθμίες στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη ισχύει:

- ☐ α. Οι πρωϊμες κοιλιακές έκτακτες συστολές είναι συχνές. Σ
- ☐ β. Η κοιλιακή διδυμία δεν εμφανίζεται σχεδόν ποτέ. Λ
- ☐ γ. Η διασωλήνωση της τραχείας μπορεί να συνοδεύεται από πρωϊμες κοιλιακές έκτακτες συστολές. Σ
- ☐ δ. Το μετεγχειρητικό άλγος μπορεί να συνοδεύεται από πρωϊμες κοιλιακές έκτακτες συστολές. Σ
- ☐ ε. Η παροδική υπερκαπνία δεν συσχετίζεται με πρωϊμες κοιλιακές έκτακτες συστολές. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2774

Η εμφάνιση πολύμορφης κοιλιακής ταχυκαρδίας («δίκην ριπιδίου», “torsades de pointes”) στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη, συνήθως συσχετίζεται με φάρμακα όπως:

- ☐ α. Αμιοδαρόνη. Σ
- ☐ β. Προκαϊναμίδη. Σ
- ☐ γ. Δροπεριδόλη. Σ
- ☐ δ. Ροπιβακαΐνη. Λ
- ☐ ε. Ροκουρόνιο. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2774

Στα αίτια βραδυαρρυθμίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη περιλαμβάνονται:

- ☐ α. Χορήγηση β-αποκλειστή ή οπιοειδούς. Σ
- ☐ β. Αναστροφή νευρομυϊκού αποκλεισμού με sugammadex. Λ
- ☐ γ. Υψηλός νευραξονικός αποκλεισμός. Σ
- ☐ δ. Δεξμεδετομιδίνη. Σ
- ☐ ε. Χορήγηση ατροπίνης σε ασθενή με μεγάλη και αιφνίδια απώλεια αίματος. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2774

Στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη, στα αίτια βραδυαρρυθμίας που σχετίζονται με χειρουργικούς παράγοντες ή ακόμη και με τον ίδιο τον ασθενή, περιλαμβάνονται:

- ☐ α. Διάταση εντέρου. Σ
- ☐ β. Αυξημένη ενδοκράνια πίεση. Σ
- ☐ γ. Αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση. Σ
- ☐ δ. Η αιφνίδια μεγάλη ελάττωση του ενδαγγειακού όγκου, που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή βραδυκαρδία και καρδιακή ανακοπή ακόμη και σε υγιείς νέους. Σ
- ☐ ε. Χορήγηση σκιαγραφικού. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2774

Στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη, για τη διαχείριση της κολπικής μαρμαρυγής (atrial fibrillation, AF) ισχύει:

- ☐ α. Ο άμεσος στόχος κατά την πρωτοεμφανιζόμενη AF είναι ο έλεγχος της συχνότητας της κοιλιακής ανταπόκρισης. Σ
- ☐ β. Οι αιμοδυναμικά ασταθείς ασθενείς μπορεί να χρειαστούν άμεσα ηλεκτρική καρδιοανάταξη. Σ
- ☐ γ. Οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίζονται με iv χορήγηση β-αποκλειστή (π.χ. διλτιαζέμη) ή αποκλειστή διαύλων ασβεστίου (π.χ. εσμολόλη). Λ
- ☐ δ. Η AF μπορεί να οφείλεται σε κατεχολαμίνες. Σ
- ☐ ε. Η έναρξη χορήγησης αμιοδαρόνης μπορεί να συνοδεύεται από βραδυκαρδία, υπέρταση και παράταση του διαστήματος QT στο ΗΚΓ. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2774

Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση μιας καρδιακής αρρυθμίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικής Φροντίδας ισχύει:

- ☐ α. Εξαρτάται από τις παθοφυσιολογικές συνέπειές της, όπως υπόταση ή μυοκαρδιακή ισχαιμία ή και τα δύο. Σ
- ☐ β. Οι ταχυαρρυθμίες ελαττώνουν την κατανάλωση οξυγόνου από το μυοκάρδιο και οι επιπτώσεις τους εξαρτώνται από την υποκείμενη νόσο. Σ
- ☐ γ. Η βραδυαρρυθμία είναι περισσότερο επιβλαβής στα άτομα με ανάγκη για σταθερό όγκο παλμού, όπως βρέφη, ασθενείς με περιοριστική νόσο του περικαρδίου ή καρδιακό επιπωματισμό. Σ
- ☐ δ. Η διόρθωση της υποκείμενης διαταραχής (ηλεκτρολυτική ή υποξαιμία) δεν παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της καρδιακής αρρυθμίας. Λ
- ☐ ε. Κατά τον σχεδιασμό της θεραπείας μιας καρδιακής αρρυθμίας δεν είναι πάντοτε αναγκαίο να λαμβάνεται υπόψη η παρουσία πνευμονικής εμβολής ή ισχαιμίας μυοκαρδίου. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2774, πίνακας 85-11

Προνεφρικά αίτια ολιγουρίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Υπογκαιμία (αιμορραγία, σήψη, απώλειες υγρών στον 3^ο χώρο, ανεπαρκής αναζωογόνηση) ή χαμηλή καρδιακή παροχή. Σ
- ☐ β. Ηπατονεφρικό σύνδρομο. Σ
- ☐ γ. Αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση. Σ
- ☐ δ. Απόφραξη ή διατομή κατά την επέμβαση νεφρικών αγγείων. Σ
- ☐ ε. Διατομή ουρητήρων κατά την επέμβαση. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2774, πίνακας 85-11

Νεφρογενή αίτια ολιγουρίας στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Οξεία σωληναριακή ισχαιμία ή νέκρωση. Σ
- ☐ β. Σκιαγραφικές ουσίες. Σ
- ☐ γ. Ραβδομυόλυση Σ
- ☐ δ. Λύση όγκου. Σ
- ☐ ε. Αιμόλυση. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2774-5, πίνακας 85-11

Μετα-νεφρικά αίτια ολιγουρίας ή επίσχεσης ούρων στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Χειρουργικός τραυματισμός ουρητήρων. Σ
- ☐ β. Απόφραξη ουρητήρων από πήγμα αίματος ή λίθο. Σ
- ☐ γ. Μηχανικά αίτια (κακή τοποθέτηση ή απόφραξη ουροκαθετήρα). Σ
- ☐ δ. Η μετεγχειρητική επίσχεση ούρων μπορεί να προκαλέσει διάταση της ουροδόχου κύστεως και μόνιμη βλάβη του εξωστήρα μυ της. Σ
- ☐ ε. Σημαντικότεροι προγνωστικοί παράγοντες για επίσχεση ούρων είναι η ηλικία > 50 ετών, διεγχειρητική χορήγηση υγρών < 250 ml. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2775

Νεφροπάθεια από σκιαγραφικό (ΝΣ):

- ☐ α. Δεν απαιτείται επαρκής προενυδάτωση για κάθε ασθενή που πρόκειται να λάβει σκιαγραφικό στο χειρουργείο. Λ
- ☐ β. Η επιθετική ενυδάτωση με διάλυμα NaCl 0,09% είναι η πιο αποτελεσματική προστασία ενάντια στη ΝΣ. Σ
- ☐ γ. Η επιθετική ενυδάτωση με διάλυμα γλυκόζης 5% είναι η πιο αποτελεσματική προστασία ενάντια στη ΝΣ. Λ
- ☐ δ. Η αλκαλοποίηση των ούρων με διττανθρακικό μπορεί να παρέχει επιπλέον προστασία έναντι της ΝΣ. Σ
- ☐ ε. Η Ν-ακετυλο-κυστεΐνη (NAC) σε μια δόση από το στόμα πριν και μετά την επέμβαση, μπορεί να προσφέρει πρόσθετη προστασία έναντι της ΝΣ, σύμφωνα με μελέτες. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2775

Αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση (ΕΚΟΠ) στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Πρέπει να τίθεται υπό σκέψη κατά την κλινική εξέταση κάθε ολιγουρικού ασθενούς με διατεταμένη κοιλιά μετά από ενδοκοιλιακή επέμβαση. Σ
- ☐ β. Ενδοκοιλιακή πίεση >30 εκ. H₂O παρακωλύει τη νεφρική αιμάτωση και μπορεί να προκαλέσει ισχαιμία και μετεγχειρητική δυσλειτουργία των νεφρών. Σ
- ☐ γ. Η ΕΚΟΠ μετράται αξιόπιστα μέσω κοιλιακής παροχέτευσης. Λ
- ☐ δ. Η πίεση εντός της ουροδόχου κύστεως πρέπει να μετράται τακτικά σε ασθενείς στους οποίους η αύξηση της ΕΚΟΠ θεωρείται πιθανή. Σ
- ☐ ε. Η ελάττωση της αυξημένης ΕΚΟΠ δεν είναι αναγκαίο να γίνεται άμεσα και προέχει η διευκρίνιση άλλων επιβαρυντικών παραγόντων. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2775

Ραβδομύλωση:

- ☐ α. Επιπλέκει τη μετεγχειρητική πορεία ασθενών που έχουν υποστεί σοβαρή θερμική ή συνθλιπτική βλάβη. Σ
- ☐ β. Η επίπτωσή της είναι σημαντικά αυξημένη σε παθολογικά παχύσαρκους ασθενείς που υποβάλλονται σε παρατεταμένης διάρκειας βαριατρική χειρουργική επέμβαση. Σ
- ☐ γ. Το κυριότερο θεραπευτικό μέσο είναι η στέρηση υγρών. Λ
- ☐ δ. Τα διουρητικά της αγκύλης και η μαννιτόλη δεν βοηθούν. Λ
- ☐ ε. Τα διττανθρακικά και η ντοπαμίνη μειώνουν σημαντικά την επίπτωση της νεφρικής ανεπάρκειας. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2775

Για το μετεγχειρητικό ρίγος ισχύει:

- ☐ α. Εμφανίζεται μόνο μετά από γενική αναισθησία. Λ
- ☐ β. Εμφανίζεται μόνο μετά από επισκληρίδιο αναισθησία. Λ
- ☐ γ. Παράγοντας κινδύνου είναι το άρρεν φύλο. Σ
- ☐ δ. Η προποφύλη σχετίζεται σπανιότερα με ρίγος συγκριτικά με τη θειοπεντάλη. Σ
- ☐ ε. Ο παράγοντας εισαγωγής στην αναισθησία δεν επηρεάζει την εμφάνιση μετεγχειρητικού ρίγους. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2776, πίνακας 85-12

Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα αντιεμετικά για τη μετεγχειρητική ναυτία & έμετο και οι αντίστοιχες δόσεις για ενήλικα είναι:

- ☐ α. Υδροξυζίνη ή προμεθαζίνη, 12,5-25 mg im. Σ
- ☐ β. Δροπεριδόλη 0,625-1,25 mg iv. Σ
- ☐ γ. Μετοκλοπραμίδη 50-100 mg iv. Λ
- ☐ δ. Ονδανσετρόνη 40 mg iv, 30 min πριν από το τέλος της επέμβασης. Λ

- ☐ ε. Δεξαμεθαζόνη 4-8 mg iv με την εισαγωγή στην αναισθησία. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2776

Χορήγηση αντιεμετικών για τη μετεγχειρητική ναυτία και έμετο:

- ☐ α. Η μετοκλοπραμίδη προτιμάται επί υποψίας απόφραξης του ΓΕΣ. Λ
- ☐ β. Η δροπεριδόλη προτιμάται σε ασθενείς με παράταση του QT διαστήματος στο ΗΚΓ. Λ
- ☐ γ. Απαιτείται παρακολούθηση του ΗΚΓ για 24ώρες μετά από χορήγηση δροπεριδόλης. Λ
- ☐ δ. Η ονδανσετρόνη χορηγείται 10 min μετά το τέλος της επέμβασης. Λ
- ☐ ε. Η δεξαμεθαζόνη χορηγείται 30 min πριν από το τέλος της επέμβασης. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2777

Οι σημαντικότεροι προεγχειρητικοί παράγοντες κινδύνου για μετεγχειρητικό παραλήρημα είναι:

- ☐ α. Μέση ηλικία (<70 έτη). Λ
- ☐ β. Ακέραιη προεγχειρητική κατάσταση γνωσιακών λειτουργιών. Λ
- ☐ γ. Μειωμένη λειτουργικότητα γενικά. Σ
- ☐ δ. Κατάχρηση αλκοόλ. Σ
- ☐ ε. Απουσία προηγούμενου ιστορικού παραληρήματος. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2777

Διεγχειρητικοί παράγοντες που είναι προγνωστικοί για μετεγχειρητικό παραλήρημα (ΜΠ):

- ☐ α. Απώλεια αίματος και ποσότητα μεταγγίσεων. Σ
- ☐ β. Αιματοκρίτης < 30%. Σ
- ☐ γ. Χορήγηση υποξειδίου του αζώτου δεν έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο ΜΠ. Σ
- ☐ δ. Η υπέρταση έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο ΜΠ. Λ
- ☐ ε. Στους ενήλικες, η γενική αναισθησία έναντι της περιοχικής, έχει αποδειχθεί ότι είναι ασφαλέστερη. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2777

Η εκτίμηση στην Ανάνηψη ενός ασθενούς με μετεγχειρητικό παραλήρημα (ΜΠ) περιλαμβάνει:

- ☐ α. Ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, περιεγχειρητικά φάρμακα. Σ
- ☐ β. Σήψη, ανεπαρκή ενυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Σ
- ☐ γ. Το ΜΠ είναι το ίδιο με τη διέγερση κατά την αφύπνιση από γενική αναισθησία. Λ
- ☐ δ. Το μετεγχειρητικό άλγος δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Λ
- ☐ ε. Η υπερκαπνία και η υποξαιμία δεν αποτελούν παράγοντα κινδύνου. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2777

Διέγερση κατά την αφύπνιση από γενική αναισθησία (emergence excitement) στα παιδιά:

- ☐ α. Είναι συχνότερη από ότι στους ενήλικες. Σ
- ☐ β. Υφίσταται γρήγορα και ακολουθείται από ανεπίπλεκτη περαιτέρω ανάνηψη. Σ
- ☐ γ. Συνήθως, εμφανίζεται εντός των πρώτων 10 min, αλλά μπορεί να εκδηλωθεί και σε παιδιά που μεταφέρονται στην Ανάνηψη κοιμισμένα. Σ
- ☐ δ. Σχετίζεται με τα πιο λιποδιαλυτά πτητικά αναισθητικά, όπως το σεβοφλουράνιο και το δεσφλουράνιο, σε σύγκριση με τα λιγότερο λιποδιαλυτά. Λ
- ☐ ε. Το σεβοφλουράνιο σχετίζεται με ομαλότερη αφύπνιση σε σύγκριση με την προποφόλη. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2777

Φάρμακα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόληψη ή/και αντιμετώπιση της διέγερσης κατά την αφύπνιση από γενική αναισθησία (emergence excitement) στα παιδιά είναι:

- ☐ α. Μιδαζολάμη. Σ
- ☐ β. Κλονιδίνη. Σ
- ☐ γ. Δεξμεδετομιδίνη. Σ
- ☐ δ. Φαιντανύλη. Σ
- ☐ ε. Κετορολάκη. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2777-8

Διέγερση κατά την αφύπνιση από γενική αναισθησία (emergence excitement) στους ενήλικες:

- ☐ α. Η επίπτωση είναι σημαντικά μεγαλύτερη από ότι στα παιδιά. Λ
- ☐ β. Η προεγχειρητική αγωγή με μιδαζολάμη δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Λ
- ☐ γ. Η χειρουργική επέμβαση στο μαστό αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Σ
- ☐ δ. Οι κοιλιακές επεμβάσεις αποτελούν παράγοντα κινδύνου. Σ
- ☐ ε. Η διάρκεια της επέμβασης σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2778

Καθυστερημένη ανάνηψη από γενική αναισθησία:

- ☐ α. Η υπολειπόμενη καταστολή είναι η συχνότερη αιτία. Σ
- ☐ β. Η υποθερμία (< 33° C) αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Σ
- ☐ γ. Η υπεργλυκαιμία μπορεί να ευθύνεται. Λ
- ☐ δ. Η ελαττωμένη ενδοκράνια πίεση μπορεί να ευθύνεται. Λ
- ☐ ε. Ο υπολειπόμενος νευρομυϊκός αποκλεισμός (NMA) μπορεί να εκδηλωθεί ως καθυστερημένη ανάνηψη και η χορήγηση sugammadex μπορεί να αναστρέψει την κατάσταση ανεξάρτητα από τον παράγοντα NMA που έχει

χορηγηθεί. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2778, πίνακας 85-13

Γενικώς αποδεκτά κριτήρια εξόδου από τη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη:

- ☐ α. Ο ασθενής πρέπει να είναι προσανατολισμένος και σε εγρήγορση. Σ
- ☐ β. Το επίπεδο συνείδησής του πρέπει να έχει επανέλθει στην πρότερη κατάσταση. Σ
- ☐ γ. Υπάρχει προκαθορισμένη υποχρεωτική ελάχιστη παραμονή στη ΜΜ-ΑΦ. Λ
- ☐ δ. Τα ζωτικά σημεία είναι σταθερά και εντός αποδεκτών ορίων. Σ
- ☐ ε. Οι εξωτερικοί ασθενείς συνοδεύονται από υπεύθυνο ενήλικα στο σπίτι, αφού έχουν λάβει γραπτές οδηγίες σχετικά με τη μετεγχειρητική δίαιτα, τα φάρμακα, τις δραστηριότητες και πάντοτε κάποιο αριθμό τηλεφωνικής επικοινωνίας για περίπτωση ανάγκης. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2778-9, πίνακας 85-14

Η κλίμακα μετα-αναισθητικής βαθμολόγησης κατά Aldrete για την παρακολούθηση της ανάνηψης περιλαμβάνει:

- ☐ α. Αναπνοή. Σ
- ☐ β. Κυκλοφορία. Σ
- ☐ γ. Επίπεδο συνείδησης. Σ
- ☐ δ. Κορεσμό οξυγόνου. Σ
- ☐ ε. Δραστηριότητα. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2779, πίνακας 85-15

Κριτήρια βαθμολόγησης δυνατότητας εξόδου ενός υπεύθυνου ενήλικα για το σπίτι π.χ. μετά από επέμβαση ημερήσιας νοσηλείας περιλαμβάνουν:

- ☐ α. Ζωτικά σημεία: σταθερά και σύμφωνα με την ηλικία και την προεγχειρητική βασική τιμή. Σ
- ☐ β. Επίπεδα δραστηριότητας στο προαναισθητικό επίπεδο. Σ
- ☐ γ. Ναυτία και έμετος δεν περιλαμβάνονται. Λ
- ☐ δ. Άλγος. Σ
- ☐ ε. Η χειρουργική αιμορραγία δεν περιλαμβάνεται. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2779

Έλεγχος λοιμώξεων στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (ΜΜ-ΑΦ)/Ανάνηψη:

- ☐ α. Η τοποθέτηση αλκοολούχου διαλύματος σε εμφανές σημείο ή δίπλα σε κάθε κλίνη/φορείο μπορεί να συμβάλλει στον περιορισμό διασποράς των λοιμώξεων. Σ
- ☐ β. Η υγιεινή των χεριών σύμφωνα με τις διεθνώς ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες

- (Centers of Disease Control and Prevention) δεν ισχύουν στη MM-AΦ. Λ
- γ. Η διασπορά των λοιμώξεων δεν σχετίζεται με παράγοντες που αφορούν τη MM-AΦ. Λ
 - δ. Ο φόρτος εργασίας στη MM-AΦ συχνά εμποδίζει την ακριβή τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών (σύμφωνα με Centers of Disease Control and Prevention). Σ
 - ε. Στη MM-AΦ δεν υπάρχουν κίνδυνοι λοίμωξης, λόγω της βραχείας παραμονής του ασθενούς στο χώρο αυτό. Λ

Ναυτία και έμετος

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, Σελ. 2769

Για τη σχέση μεταξύ χορήγησης συμπληρωματικού οξυγόνου και μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου (MNE) ισχύει:

- α. Η περιεγχειρητική χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου μειώνει την επίπτωση MNE σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επεμβάσεις παχέος εντέρου. Σ
- β. Η χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου 30% είναι εξίσου αποτελεσματική με την ονδασετρόνη, για την πρόληψη της MNE κατά τις πρώτες 24 μετεγχειρητικές ώρες. Σ
- γ. Η χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου σε υψηλή συγκέντρωση μειώνει την επίπτωση ναυτίας & εμέτου σε υπερήλικες με μικροτραυματισμό, κατά τη διακομιδή τους με ασθενοφόρο. Σ
- δ. Σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, διαπιστώθηκε ότι η μείωση του χορηγούμενου N_2O και όχι το αυξημένο κλάσμα του χορηγούμενου συμπληρωματικού οξυγόνου, είναι εκείνο που σχετίζεται με μείωση της επίπτωσης MNE. Σ
- ε. Σε ασθενείς ηλικίας 4-79 ετών, που υποβλήθηκαν σε επέμβαση για στραβισμό, η επίπτωση MNE ήταν η ίδια σε όλες τις ομάδες: με/χωρίς ονδανσετρόνη κατά την εισαγωγή στην αναισθησία ή με χορήγηση οξυγόνου 30% ή 80%. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2776, πίνακας 85-12.

Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα αντιεμετικά για τη μετεγχειρητική ναυτία και έμετο και οι αντίστοιχες δόσεις για ενήλικα είναι:

- α. Υδροξυζίνη ή προμεθαζίνη, 12,5-25 mg im. Σ
- β. Δροπεριδόλη 0,625-1,25 mg iv. Σ
- γ. Μετοκλοπραμίδη 50-100 mg iv. Λ
- δ. Ονδανσετρόνη 40 mg iv, 30 min πριν από το τέλος της επέμβασης. Λ
- ε. Δεξαμεθαζόνη 4-8 mg iv με την εισαγωγή στην αναισθησία. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85.

Μετεγχειρητική ναυτία/έμετος (MNE):

- ☐ α. Υπάρχει σημαντικού βαθμού τεκμηρίωση ότι για την πρόληψη της MNE, η αποτελεσματικότητα μιας δόσης 8 mg δεξαμεθαζόνης είναι συγκρίσιμη με εκείνη των συνηθισμένων αντιεμετικών. Σ
- ☐ β. Η MNE είναι συχνότερη μετά από αναισθησία με πτητικό αναισθητικό ή οπιοειδές/N₂O από ότι με προποφόλη. Σ
- ☐ γ. Οι γυναικολογικές και οι ΩΡΛ επεμβάσεις συνοδεύονται από λιγότερο συχνή εμφάνιση MNE έναντι των αγγειοχειρουργικών ή ορθοπαιδικών. Λ
- ☐ δ. Η παχυσαρκία και η υποξαιμία αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για MNE. Σ
- ☐ ε. Η MNE καταστέλλεται από τον μετεγχειρητικό πόνο. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2776.

Χορήγηση αντιεμετικών για τη μετεγχειρητική ναυτία & έμετο:

- ☐ α. Η μετοκλοπραμίδη προτιμάται επί υποψίας απόφραξης του ΓΕΣ. Λ
- ☐ β. Η δροπεριδόλη προτιμάται σε ασθενείς με παράταση του QT διαστήματος στο ΗΚΓ. Λ
- ☐ γ. Μετά από χορήγηση δροπεριδόλης απαιτείται παρακολούθηση του ΗΚΓ για 24ώρες. Λ
- ☐ δ. Η ονδανσετρόνη χορηγείται 10 min μετά το τέλος της επέμβασης. Λ
- ☐ ε. Η δεξαμεθαζόνη χορηγείται 30 min πριν από το τέλος της επέμβασης. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2769.

Για τη σχέση μεταξύ χορήγησης συμπληρωματικού οξυγόνου και μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου (MNE) ισχύει:

- ☐ α. Η περιεγχειρητική χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου μειώνει την επίπτωση MNE σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επεμβάσεις παχέος εντέρου. Σ
- ☐ β. Η χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου 30% είναι εξίσου αποτελεσματική με την ονδανσετρόνη, για την πρόληψη της MNE κατά τις πρώτες 24 μετεγχειρητικές ώρες. Σ
- ☐ γ. Η χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου σε υψηλή συγκέντρωση μειώνει την επίπτωση ναυτίας & εμέτου σε υπερήλικες με μικροτραυματισμό, κατά τη διακομιδή τους με ασθενοφόρο. Σ
- ☐ δ. Σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, διαπιστώθηκε ότι η μείωση του χορηγούμενου N₂O και όχι το αυξημένο κλάσμα του χορηγούμενου συμπληρωματικού οξυγόνου, είναι εκείνο που σχετίζεται με μείωση της επίπτωσης MNE. Σ
- ☐ ε. Σε ασθενείς ηλικίας 4-79 ετών, που υποβλήθηκαν σε επέμβαση για στραβισμό, η επίπτωση MNE ήταν η ίδια σε όλες τις ομάδες: με/χωρίς ονδανσετρόνη κατά την εισαγωγή στην αναισθησία ή με χορήγηση οξυγόνου 30% ή 80%. Σ

Miller's Anesthesia, 8^η έκδοση, κεφ. 97, σελ 2947, 2948, 2950

Μετεγχειρητική Ναυτία και Έμετος (Postoperative Nausea and Vomiting - PONV):

- ☐ α. Η επίπτωση της PONV είναι 20 – 30%. Σ
- ☐ β. Τα πτητικά αναισθητικά προστατεύουν από εμφάνιση PONV. Λ
- ☐ γ. Στα παιδιά η PONV είναι συχνότερη πριν την ηλικία των 3 ετών. Λ
- ☐ δ. Οι γυναίκες παρουσιάζουν 2.5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για PONV από τους άνδρες. Σ
- ☐ ε. Το υψηλότερου κινδύνου αναισθησιολογικό φαρμακευτικό αίτιο της PONV είναι η προποφόλη. Λ

Miller's Anesthesia, 8^η έκδοση, κεφάλαιο 97, σελ 2952 – 2954, 2962 και 2966.

Μετεγχειρητική Ναυτία και Έμετος (Postoperative Nausea and Vomiting - PONV):

- ☐ α. Στους ενήλικες, η επίπτωση της PONV αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Λ
- ☐ β. Η γενική και η περιοχική αναισθησία παρουσιάζουν το ίδιο ποσοστό PONV. Λ
- ☐ γ. Οι μη καπνιστές έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης PONV. Σ
- ☐ δ. Το ιστορικό ημικρανίας σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για PONV. Σ
- ☐ ε. Η ονδανσετρόνη, ως ανταγωνιστής της σεροτονίνης, δεν ενδείκνυται για πρόληψη ή αντιμετώπιση PONV. Λ

Miller's Anesthesia, 8^η έκδοση, κεφ. 97, σελ 2952 – 2954, 2962 και 2966

Μετεγχειρητική Ναυτία και Έμετος (Postoperative Nausea and Vomiting - PONV):

- ☐ α. Υπάρχει σημαντικού βαθμού τεκμηρίωση ότι, για την πρόληψη της PONV η αποτελεσματικότητα μιας δόσης δεξαμεθαζόνης 8 mg είναι συγκρίσιμη με εκείνη των συνηθισμένων αντιεμετικών. Σ
- ☐ β. Η PONV είναι συχνότερη μετά από αναισθησία με πτητικό αναισθητικό ή οπιοειδές/N₂O από ότι με προποφόλη. Σ
- ☐ γ. Οι γυναικολογικές και οι ΩΡΛ επεμβάσεις συνοδεύονται από λιγότερο συχνή εμφάνιση PONV έναντι των αγγειοχειρουργικών ή ορθοπαιδικών. Λ
- ☐ δ. Η παχυσαρκία και η υποξαιμία αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για PONV. Σ
- ☐ ε. Η PONV καταστέλλεται από τον μετεγχειρητικό πόνο. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Κεφ.86, Σελ. 2784

Μετεγχειρητική Ναυτία και Έμετος (MNE):

- ☐ α. Μπορούν να πυροδοτηθούν από διάφορες οδούς μέσω περιφερικών υποδοχέων. Σ
- ☐ β. Μπορούν να πυροδοτηθούν από διάφορες οδούς μέσω κεντρικών υποδοχέων. Σ
- ☐ γ. Για θεραπεία διάσωσης απαιτείται το ¼ της δόσης που χρησιμοποιούμε για προφύλαξη. Σ
- ☐ δ. Το είδος της επέμβασης δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Λ
- ☐ ε. Η περιοχική αναισθησία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για MNE. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Κεφ.86, Σελ. 2784

Αποτελεσματικά φάρμακα για μείωση της μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου (MNE):

- ☐ α. Κυκλιζίνη. Σ
- ☐ β. Διμενυδρινάτη. Σ
- ☐ γ. Δροπεριδόλη. Σ
- ☐ δ. Δεξαμεθαζόνη. Σ
- ☐ ε. Προποφόλη. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Κεφ.86, Σελ. 2784

Αποτελεσματικά φάρμακα για μείωση της μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου (MNE):

- ☐ α. Μετοκλοπραμίδη. Σ
- ☐ β. Σετρόνες. Σ
- ☐ γ. Ανταγωνιστές νευροκινίνης (NK1). Σ
- ☐ δ. Ανταγωνιστές ασβεστίου. Λ
- ☐ ε. Τραμαδόλη. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.86, Σελ. 2788-89

Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες εμφάνισης μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου (MNE) που σχετίζονται με τον ασθενή:

- ☐ α. Ανδρικό φύλο για ενήλικες. Λ
- ☐ β. Καπνίζοντες. Λ
- ☐ γ. Ιστορικό ναυτίας κίνησης (ναυτία ταξιδιωτών) ή ημικρανίας. Σ
- ☐ δ. Η επίπτωση της MNE αυξάνεται στην προχωρημένη ηλικία. Λ
- ☐ ε. Στα παιδιά, από την ηλικία 3 ετών και πάνω η επίπτωση MNE αυξάνεται. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Κ Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.86, Σελ. 2788-9

Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες εμφάνισης μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου (MNE) που σχετίζονται με τον ασθενή:

- ☐ α. Το άγχος αυξάνει την MNE. Σ
- ☐ β. Το κάπνισμα μειώνει τον κίνδυνο για MNE. Σ
- ☐ γ. Η τάση για MNE εξαφανίζεται μετά την εμμηνόπαυση. Λ
- ☐ δ. Αυξημένος δείκτης μάζας σώματος μπορεί να μην συνδέεται με αυξημένη συχνότητα MNE. Σ
- ☐ ε. Ο σακχαρώδης διαβήτης συνδέεται με αυξημένη επίπτωση MNE. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.86, Σελ. 2789

Τα οπιοειδή ως ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες εμφάνισης μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου (MNE):

- ☐ α. Σε παιδιά που υποβάλλονται σε αμυγδαλεκτομή, η χορήγηση μορφίνης διεγχειρητικά συνδέεται με αυξημένη επίπτωση MNE. Σ
- ☐ γ. Η δόση παρά το είδος του οπιοειδούς που χορηγείται διεγχειρητικά ή μετεγ-

- χειρητικά παίζει ρόλο για την εμφάνιση MNE. Σ
- ☐ δ. Η χρήση οπιοειδών μετεγχειρητικά διπλασιάζει τον κίνδυνο MNE. Σ
- ☐ ε. Η ρεμφεντανίλη προκαλεί μεγαλύτερη MNE. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 86, Σελ. 2789-93

Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες εμφάνισης μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου (MNE) που σχετίζονται με την αναισθησία:

- ☐ α. Η εφαρμογή αερισμού με μάσκα συνδέεται με αυξημένη επίπτωση MNE. Λ
- ☐ β. Η εμετογόνος δράση του υποξειδίου του αζώτου είναι μεγαλύτερη από εκείνη των πτητικών αναισθητικών. Λ
- ☐ β. Στις μεγαλύτερης διάρκειας επεμβάσεις η MNE είναι ελαττωμένη. Λ
- ☐ γ. Η χρήση ρινογαστρικού ή στοματογαστρικού σωλήνα συνδέεται με αυξημένη επίπτωση MNE. Λ
- ☐ δ. Η ενδοφλέβια χορήγηση νεοστιγμίνης για αναστροφή της μυοχάλασης αυξάνει πάντα την επίπτωση της MNE. Λ
- ☐ ε. Η χρήση υπεργλωττιδικών συσκευών αυξάνει την επίπτωση της MNE. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.86, Σελ. 2789

Σχέση προποφύλης και μιδαζολάμης με τη μετεγχειρητική ναυτία και έμετο (MNE):

- ☐ α. Είναι κοινή πεποίθηση ότι η προποφύλη έχει αντιεμετικές ιδιότητες, παρόλο που αυτό δεν έχει τεκμηριωθεί από όλες τις μελέτες. Σ
- ☐ β. Σε κατασταλτικές δόσεις η προποφύλη αυξάνει τον ουδό της ναυτίας. Σ
- ☐ γ. Σε κατασταλτικές δόσεις η μιδαζολάμη αυξάνει τον ουδό της ναυτίας. Σ
- ☐ δ. Σε μη κατασταλτικές δόσεις η μιδαζολάμη προσφέρει προστασία έναντι της MNE. Λ
- ☐ ε. Η προποφύλη συνδέεται με χαμηλότερη επίπτωση MNE σε σύγκριση με τα εισπνεόμενα αναισθητικά. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.86, Σελ. 2792, εικόνα 86-5

Σχέση εισπνεόμενων αναισθητικών με τη μετεγχειρητική ναυτία και έμετο (MNE):

- ☐ α. Τα πτητικά αναισθητικά έχουν εμετογόνο δράση. Σ
- ☐ β. Η διαφορά στην επίπτωση του εμέτου μεταξύ εισπνεόμενων αναισθητικών και προποφύλης συμβαίνει κατά τις πρώτες 2-6 ώρες μετεγχειρητικά. Σ
- ☐ γ. Η διαφορά στην πρώιμη εμφάνιση εμέτου είναι δόσοεξαρτώμενη. Σ
- ☐ δ. Δεν υπάρχουν διαφορές στην εμετογόνο δράση μεταξύ των εισπνεόμενων αναισθητικών ισοφλουράνιο, σεβοφλουράνιο και δεσφλουράνιο. Σ
- ☐ ε. Το υποξείδιο του αζώτου έχει αντιεμετική δράση. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.86, Σελ. 2793

Οι παρακάτω καταστάσεις αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες εμφάνισης μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου (MNE):

- ☐ α. Αμυγδαλεκτομή και κατάποση αίματος. Σ
- ☐ β. Τυμπανοπλαστική και ερεθισμός του λαβυρίνθου. Σ
- ☐ γ. Χειρουργική του μαστού και συναισθηματική φόρτιση. Σ
- ☐ δ. Λαπαροσκοπική χειρουργική και περιτοναϊκός ερεθισμός. Σ
- ☐ ε. Κολεκτομή υπό επισκληρίδιο αναισθησία. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 86, Σελ. 2793

Χειρουργικές επεμβάσεις ως ανεξάρτητοι παράγοντες εμφάνισης μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου (ΜΝΕ):

- ☐ α. Υστερεκτομή. Σ
- ☐ β. Μεγάλες επεμβάσεις κοιλίας, αλλά και πλαστική κήλης. Σ
- ☐ γ. Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Σ
- ☐ δ. Επεμβάσεις στραβισμού κυρίως στα παιδιά. Σ
- ☐ ε. Σε ενήλικες, επεμβάσεις σταφυλής-υπερώας, αμυγδαλεκτομή και επεμβάσεις μέσου ωτός δεν συνδέονται πάντοτε με ΜΝΕ. Σ

Διαταραχές όρασης μετεγχειρητικά

Miller's Anesthesia, 8^η έκδοση, κεφ. 100, σελ 3011, 3029.

Διαταραχές όρασης άμεσα μετεγχειρητικά:

- ☐ α. Μπορεί να είναι παροδικές, να σχετίζονται με τα αναισθησιολογικά φάρμακα και δεν πρέπει να σημάνουν άμεσα συναγερμό. Λ
- ☐ β. Οι πιο συχνές επεμβάσεις με μετεγχειρητική απώλεια όρασης είναι οι αγγειοχειρουργικές και οι καρδιοχειρουργικές. Λ
- ☐ γ. Η συχνότητα εμφάνισης απώλειας όρασης μετά από επεμβάσεις σπονδυλοδεσίας είναι 5 %. Σ
- ☐ δ. Απώλεια όρασης μπορεί να συμβεί μετά από διουρηθρική προστατεκτομή και συνήθως είναι παροδική. Σ
- ☐ ε. Η μετεγχειρητική απώλεια όρασης είναι συνήθως ανώδυνη και ετερόπλευρη. Σ

Miller's Anesthesia, 8^η έκδοση, κεφάλαιο 100, σελ 3016 και 3019.

Σχετικά με τις επεμβάσεις στη σποδυλική στήλη (ΣΣ) και τη μετεγχειρητική απώλεια όρασης (ΜΑΟ) ισχύει:

- ☐ α. Η ΜΑΟ παρατηρείται μετά από επεμβάσεις ΣΣ σε πρηνή θέση. Σ
- ☐ β. Η ΜΑΟ δεν σχετίζεται με τη διάρκεια της επέμβασης. Λ
- ☐ γ. Ο κίνδυνος για ΜΑΟ αυξάνεται στις επεμβάσεις με μεγάλη απώλεια αίματος. Σ
- ☐ δ. Πρέπει να αποφεύγεται η εξωτερική πίεση στους οφθαλμικούς βολβούς. Σ
- ☐ ε. Η θέση της κεφαλής δεν σχετίζεται με την πιθανότητα εμφάνισης ΜΑΟ. Λ

Παραλήρημα (delirium), γνωσιακή δυσλειτουργία (cognitive dysfunction)

European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. Eur J Anaesthesiol 2017, σελ. 194 – 197.

Σχετικά με τις μετεγχειρητικές γνωσιακές διαταραχές και το μετεγχειρητικό παραλήρημα:

- ☐ α. Μπορεί να συμβούν σε όλες τις ηλικίες. Σ
- ☐ β. Η εμφάνιση MTX γνωσιακών διαταραχών σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα. Σ
- ☐ γ. Τα φάρμακα με αντιχολινεργική δράση σχετίζονται με γνωσιακές διαταραχές.
- ☐ δ. Η διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης δεν σχετίζεται με την εμφάνιση γνωσιακών διαταραχών. Λ
- ☐ ε. Συνιστάται η χορήγηση μικρής δόσης αλοπεριδόλης για τη θεραπεία των MTX γνωσιακών διαταραχών. Σ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας, σελ 2777, πίνακας 85-14.

Για την εκτίμηση ασθενούς με μετεγχειρητικό παραλήρημα στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων (MM-ΑΦ)/Ανάληψη ισχύει:

- ☐ α. Διερευνώνται τα φάρμακα που χορηγήθηκαν περιεγχειρητικά. Σ
- ☐ β. Απαιτείται ήσυχος περιβάλλον. Σ
- ☐ γ. Ελέγχουμε για υποξαιμία. Σ
- ☐ δ. Απαιτείται αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου. Σ
- ☐ ε. Ελέγχουμε για υπερκαπνία. Σ

European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. Eur J Anaesthesiol 2017, σελ. 200.

Σχετικά με τις μετεγχειρητικές γνωσιακές διαταραχές και το μετεγχειρητικό παραλήρημα:

- ☐ α. Η χρήση βενζοδιαζεπινών σχετίζεται με εμφάνισή τους. Σ
- ☐ β. Ο πόνος δεν σχετίζεται με την εμφάνισή τους. Λ
- ☐ γ. Συνιστάται η εκτίμηση του βάθους της αναισθησίας για αποφυγή τους. Σ
- ☐ δ. Η διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης δεν σχετίζεται με την εμφάνισή τους. Λ
- ☐ ε. Συνιστάται η χορήγηση μικρής δόσης αλοπεριδόλης για την αντιμετώπισή τους. Σ

European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. Eur J Anaesthesiol 2017, σελ. 200 και 201.

Σχετικά με την εμφάνιση μετεγχειρητικών γνωσιακών διαταραχών και μετεγχειρητικού παραληρήματος στους ηλικιωμένους:

- ☐ α. Η προϋπάρχουσα άνοια, συμβάλλει στην εμφάνισή τους. Σ
- ☐ β. Η προεγχειρητική κακή φυσική κατάσταση και κακή θρέψη δεν σχετίζονται με την εμφάνισή τους. Λ
- ☐ δ. Η επίπτωσή τους δεν είναι αυξημένη στους ηλικιωμένους. Λ
- ☐ ε. Η βαρικοΐα σχετίζεται με αυξημένη επίπτωσή τους. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2761, 2777.

Μετεγχειρητικό παραλήρημα (ΜΠ):

- ☐ α. Περίπου 10% των ασθενών >50 ετών που υποβάλλονται σε εκλεκτική χειρ. επέμβαση θα βιώσουν κάποιο βαθμό ΜΠ, εντός των πρώτων 5 μετεγχειρητικών ημερών. Σ
- ☐ β. Η επέμβαση για κάταγμα ισχύου έχει αυξημένη επίπτωση ΜΠ (>35%). Σ
- ☐ γ. Η αμφοτερόπλευρη αρθροπλαστική γόνατος έχει αυξημένη επίπτωση ΜΠ > 40%. Σ
- ☐ δ. Η εμφάνιση ΜΠ δεν επηρεάζεται από προϋπάρχουσα κατάχρηση ουσιών. Λ
- ☐ ε. Η ηλικία δεν επηρεάζει τη συχνότητα εμφάνισης ΜΠ. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2777.

Οι σημαντικότεροι προεγχειρητικοί παράγοντες κινδύνου για μετεγχειρητικό παραλήρημα είναι:

- ☐ α. Μέση ηλικία <70 έτη. Λ
- ☐ β. Ακέραιη προεγχειρητική κατάσταση γνωσιακών λειτουργιών. Λ
- ☐ γ. Μειωμένη λειτουργικότητα γενικά. Σ
- ☐ δ. Κατάχρηση αλκοόλ. Σ
- ☐ ε. Απουσία προηγούμενου ιστορικού παραληρήματος. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2777.

Διεγχειρητικοί παράγοντες που είναι προγνωστικοί για μετεγχειρητικό παραλήρημα (ΜΠ) περιλαμβάνουν:

- ☐ α. Απώλεια αίματος και μεγάλη ποσότητα μεταγγίσεων. Σ
- ☐ β. Αιματοκρίτης <30%. Σ
- ☐ γ. Χορήγηση υποξειδίου του αζώτου δεν έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο ΜΠ. Σ
- ☐ δ. Η υπέρταση έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο ΜΠ. Λ
- ☐ ε. Στους ενήλικες, η γενική αναισθησία έναντι της περιοχικής, έχει αποδειχθεί ότι είναι ασφαλέστερη. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2777.

Κατά την εκτίμηση στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάληψη ασθενούς με μετεγχειρητικό παραλήρημα (ΜΠ) λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω:

- ☐ α. Ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια. Σ
- ☐ β. Σήψη. Σ
- ☐ γ. Το ΜΠ είναι το ίδιο με τη διέγερση κατά την αφύπνιση από γενική αναισθησία. Λ
- ☐ δ. Το μετεγχειρητικό άλγος δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Λ
- ☐ ε. Η υπερκαπνία και η υποξαιμία δεν αποτελούν παράγοντα κινδύνου. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2777.

Η εκτίμηση στη Μονάδα Μετα-Αναισθητικών Φροντίδων/Ανάνηψη ασθενούς με μετεγχειρητικό παραλήρημα (ΜΠ) περιλαμβάνει:

- ☐ α. Περιεγχειρητικά χορηγούμενα φάρμακα. Σ
- ☐ β. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Σ
- ☐ γ. Ανεπαρκή ενυδάτωση. Σ
- ☐ δ. Η υπερκαπνία. Σ
- ☐ ε. Η υποξαιμία. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2777.

Για τη διέγερση κατά την αφύπνιση από γενική αναισθησία (emergence excitement) στα παιδιά ισχύει:

- ☐ α. Είναι συχνότερη από ότι στους ενήλικες. Σ
- ☐ β. Υφίεται γρήγορα και ακολουθείται από ανεπίπλεκτη περαιτέρω ανάνηψη. Σ
- ☐ γ. Συνήθως, εμφανίζεται εντός των πρώτων 10 min, αλλά μπορεί να εκδηλωθεί και σε παιδιά που μεταφέρονται στην Ανάνηψη κοιμισμένα. Σ
- ☐ δ. Σχετίζεται με τα πιο λιποδιαλυτά πτητικά αναισθητικά, όπως το σεβοφλουράνιο και το δεσφλουράνιο, σε σύγκριση με τα λιγότερο λιποδιαλυτά. Λ
- ☐ ε. Το σεβοφλουράνιο σχετίζεται με ομαλότερη αφύπνιση σε σύγκριση με την προποφόλη. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2777.

Φάρμακα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόληψη ή/και αντιμετώπιση της διέγερσης κατά την αφύπνιση από γενική αναισθησία (emergence excitement) στα παιδιά είναι:

- ☐ α. Μιδαζολάμη. Σ
- ☐ β. Κλονιδίνη. Σ
- ☐ γ. Δεξμεδετομιδίνη. Σ
- ☐ δ. Φαιντανύλη. Σ
- ☐ ε. Κετορολάκη. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2777-8.

Διέγερση κατά την αφύπνιση από γενική αναισθησία (emergence excitement) στους ενήλικες:

- ☐ α. Η επίπτωση είναι σημαντικά μεγαλύτερη από ότι στα παιδιά. Λ
- ☐ β. Η προεγχειρητική αγωγή με μιδαζολάμη δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Λ
- ☐ γ. Η χειρουργική επέμβαση στο μαστό αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Σ
- ☐ δ. Οι κοιλιακές επεμβάσεις αποτελούν παράγοντα κινδύνου. Σ
- ☐ ε. Η διάρκεια της επέμβασης σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ.85, σελ. 2778.

Καθυστερημένη ανάνηψη από γενική αναισθησία:

- ☐ α. Η υπολειπόμενη καταστολή είναι η συχνότερη αιτία. Σ
- ☐ β. Η υποθερμία (< 33° C) αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Σ
- ☐ γ. Η υπεργλυκαιμία μπορεί να ευθύνεται. Λ
- ☐ δ. Η χαμηλή ενδοκράνια πίεση μπορεί να ευθύνεται. Λ
- ☐ ε. Ο υπολειπόμενος νευρομυϊκός αποκλεισμός (NMA) μπορεί να εκδηλωθεί ως καθυστερημένη ανάνηψη και η χορήγηση sugammadex μπορεί να αναστρέψει την κατάσταση ανεξάρτητα από τον παράγοντα NMA που έχει χορηγηθεί. Σ

**Κεντρικό αντιχολινεργικό σύνδρομο. Αλλεργική αντίδραση.
Οίδημα αεραγωγού.**

Morgan's Clinical Anesthesiology. Anti-cholinergic drugs, Κεφ. 11, σελ 302, 4th Edition, Εκδόσεις McGraw-Hill

Κεντρικό αντιχολινεργικό σύνδρομο:

- ☐ α. Στα κλινικά του σημεία συμπεριλαμβάνεται και η υποθερμία. Λ
- ☐ β. Στους υπερήλικες μπορεί να εκδηλωθεί και με παραλήρημα. Σ
- ☐ γ. Μπορεί να εκδηλωθεί και με διαταραχές της όρασης. Σ
- ☐ δ. Τα αντισταμινικά φάρμακα μπορούν να περιορίσουν τη βαρύτητα της κλινικής του εκδήλωσης. Λ
- ☐ ε. Για την αντιμετώπισή του χορηγείται φυσοστιγμίνη. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology. Anesthetic Complications, Κεφ. 46, σελ 1227-1233, 4th Edition, Εκδόσεις McGraw-Hill

Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia. Complications during anaesthesia, Κεφ. 43, σελ 880-882, 6th edition, Εκδόσεις Churchill Livingstone Elsevier

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας σελ. 2773, πίνακας 85-10, Εκδόσεις Πασχαλίδης

Στα διεγχειρητικά αίτια αλλεργικής αντίδρασης περιλαμβάνεται:

- ☐ α. Η ενδοφλέβια χορήγηση δεξτρανών. Σ
- ☐ β. Η χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας. Σ
- ☐ γ. Η ενδοφλέβια χορήγηση κρυσταλλοειδών υγρών. Λ
- ☐ δ. Η μετάγγιση αίματος. Σ
- ☐ ε. Η χορήγηση πρωταμίνης. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology. Anesthetic Complications, Κεφάλαιο 46, σελ 1227-1233, 4th Edition, Εκδόσεις McGraw-Hill

Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, AR Aitkenhead, IK Moppett, JP Thompson. Κεφ. 43:

Complications during anaesthesia, σελ 880-882, 6th edition, Εκδόσεις Churchill Livingstone Elsevier

Miller's Anesthesia, Ελληνική, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας σελ. 2773, πίνακας 85-10.

Αλλεργικές αντιδράσεις σε αναισθησιολογικά φάρμακα:

- ☐ α. Οι βενζοδιαζεπίνες έχουν αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης αντιδράσεων

- υπερευαισθησίας. Λ
- β. Οι αλλεργικές αντιδράσεις στα εισπνεόμενα αναισθητικά είναι εξαιρετικά σπάνιες. Σ
- γ. Αναφυλαξία μπορεί να προκληθεί μετά από χορήγηση αποκλειστών της νευρομυϊκής σύναψης σε ασθενείς που λαμβάνουν για πρώτη φορά το φάρμακο, χωρίς προηγούμενη έκθεση σε αυτό, επειδή παράγοντες καθημερινής χρήσης, όπως καλλυντικά και ορισμένα τρόφιμα, περιέχουν συστατικά με παρόμοια δομή. Σ
- δ. Η ετομιδάτη δεν προκαλεί άμεση έκλυση ισταμίνης. Σ
- ε. Τα τοπικά αναισθητικά αμιδικού τύπου είναι περισσότερο αλλεργιογόνα συγκριτικά με τα εστερικού τύπου. Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology. Anesthetic Complications, Κεφάλαιο 46, , σελ 1227-1233 , στο, 4th Edition, Εκδόσεις McGraw-Hill

Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, Complications during anaesthesia, Κεφ. 43, σελ 880-882, 6th edition, Εκδόσεις Churchill Livingstone Elsevier

Αλλεργικές αντιδράσεις κατά τη διάρκεια αναισθησίας:

- α. Οι αντιδράσεις υπερευαισθησίας είναι συχνότερες στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες. Λ
- β. Το 90% των αντιδράσεων συμβαίνει αμέσως μετά την εισαγωγή στην αναισθησία. Σ
- γ. Οι αντιδράσεις μπορεί να περιλαμβάνουν εκδηλώσεις μόνον από το κυκλοφορικό σύστημα. Σ
- δ. Η προηγούμενη έκθεση σε αναισθητικούς παράγοντες μειώνει την πιθανότητα αλλεργικής αντίδρασης κατά την αναισθησία. Λ
- ε. Η χορήγηση αντιβιοτικών αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες αναφυλαξίας κατά τη διάρκεια της αναισθησίας και της χειρουργικής επέμβασης. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology. Anesthetic Complications, Κεφάλαιο 46, σελ 1227-1233 , 4th Edition, Εκδόσεις McGraw-Hill

Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, Complications during anaesthesia, Κεφ. 43:, σελ 880-882, 6th edition, Εκδόσεις Churchill Livingstone Elsevier

Σχετικά με την αλλεργία στο latex:

- α. Η χορήγηση latex αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες αναφυλαξίας κατά τη διάρκεια της αναισθησίας και της χειρουργικής επέμβασης. Σ
- β. Ποσοστό 60-70% των εργαζομένων στον τομέα της υγείας εκτιμάται ότι είναι αλλεργικοί στο ελαστικό κόμμι (latex). Λ
- γ. Ασθενείς με αλλεργία στη μπανάνα μπορεί να εμφανίσουν αλλεργία στο latex από διασταυρούμενη αντίδραση. Σ
- δ. Ασθενείς με χειρουργεία στο ουρογεννητικό σύστημα έχουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση αλλεργίας στο latex. Σ
- ε. Το ιστορικό αλλεργίας στο latex πρέπει να αναζητείται κατά την προαναισθητική εκτίμηση των ασθενών. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology. Anesthetic Complications, Κεφάλαιο 46:, σελ 1227-1233 , στο, 4th Edition, Εκδόσεις McGraw-Hill Companies

Smith and Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia. Complications during anaesthesia. Κεφ. 43:, σελ 880-882, 6th edition, Εκδόσεις Churchill Livingstone Elsevier

Πρόληψη και αντιμετώπιση αλλεργικής αντίδρασης:

- ☐ α. Σε ασθενείς με ιστορικό αλλεργίας συνιστάται η προεγχειρητική χορήγηση κορτικοστεροειδών και ανταγωνιστών των υποδοχέων ισταμίνης H₁ και H₂ ως προφύλαξη. Σ
- ☐ β. Η οδός χορήγησης και η δόση της αδρεναλίνης καθορίζεται από τη βαρύτητα της αλλεργικής αντίδρασης. Σ
- ☐ γ. Στην αντιμετώπιση της σοβαρής αναφυλαξίας δεν έχει θέση η χορήγηση κορτιζόνης. Λ
- ☐ δ. Σε υποψία αλλεργικής αντίδρασης πρέπει να απομακρύνονται άμεσα οι πιθανοί ενοχοποιητικοί παράγοντες. Σ
- ☐ ε. Σε ασθενείς που εκδήλωσαν αναφυλαξία λαμβάνεται δείγμα αίματος για μέτρηση τρυπτάσης. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology. Airway management, Κεφ. 5, σελ. 132, 4th Edition, Εκδόσεις McGraw-Hill
Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας σελ 2765.

Μετεγχειρητικό οίδημα του αεραγωγού:

- ☐ α. Είναι σημαντικότερο σε επεμβάσεις με μεγάλη απώλεια αίματος. Σ
- ☐ β. Αναπτύσσεται και μετά από διαδικασίες καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης με επιθετική χορήγηση υγρών. Σ
- ☐ γ. Το σημαντικό οίδημα του αεραγωγού πάντοτε συνοδεύεται και από οίδημα στο πρόσωπο. Λ
- ☐ δ. Είναι συχνότερο σε πολύωρες επεμβάσεις με τον ασθενή σε θέση Trendelenburg. Σ
- ☐ ε. Εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε πολύωρη επέμβαση και είναι τοποθετημένοι σε ύπτια θέση από ότι σε πρηνή θέση. Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology. Airway management, Κεφ. 5, σελ. 132, 4th Edition, Εκδόσεις McGraw-Hill
Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας σελ 2765, Εκδόσεις Πασχαλίδης

Επεμβάσεις με αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη οιδήματος στον ανώτερο αεραγωγό είναι:

- ☐ α. Επεμβάσεις στην τραχηλική χώρα και το λαιμό. Σ
- ☐ β. Σκωληκοειδεκτομή. Λ
- ☐ γ. ΩΡΛ επεμβάσεις στο φάρυγγα και τη γλώσσα. Σ
- ☐ δ. Ενδαρτηρεκτομή καρωτίδας. Σ
- ☐ ε. Αρθροσκόπηση γόνατος. Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology. Airway management, Κεφ. 5, σελ. 132-3, πίνακας 5-6, 4th Edition, Εκδόσεις McGraw-Hill

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 85, Μονάδα Μετ-Αναισθητικής Φροντίδας, σελ. 2765.

Σε ασθενή με μετεγχειρητική σοβαρή απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού λόγω οιδήματος:

- ☐ α. Το οίδημα του ανώτερου αεραγωγού μπορεί να δυσχεράνει την ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Σ
- ☐ β. Μπορεί να αναπτυχθεί πνευμονικό οίδημα από αρνητική πίεση. Σ
- ☐ γ. Πρέπει να υπάρχει ετοιμότητα και προετοιμασία για ενδεχόμενη επείγουσα δύσκολη διασωλήνωση. Σ
- ☐ δ. Ο αερισμός με απλή μάσκα είναι πάντοτε εφικτός. Λ
- ☐ ε. Ο αερισμός με λαρυγγική μάσκα δεν είναι πάντοτε αποτελεσματικός. Σ

Εφαρμογή των εννοιών της πολυπαραγοντικής και προληπτικής αναλγησίας

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition 16. Pain Management, σελ. 469

Σχετικά με την προληπτική (preemptive) αναλγησία ισχύουν τα εξής:

- ☐ α. Χορηγείται πριν το ιστικό τραύμα (πριν τη χειρουργική τομή). Σ
- ☐ β. Βοηθά στην ελάττωση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου. Σ
- ☐ γ. Περιλαμβάνει παράγοντες που είναι αναλγητικοί, όπως τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Σ
- ☐ δ. Έχει αμφιλεγόμενα αποτελέσματα ως προς την πρόληψη του χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου. Σ
- ☐ ε. Συνήθως περιλαμβάνει έναν μόνο αναλγητικό παράγοντα. Σ

ASA guidelines for the management of postoperative pain. The Journal of Pain 2016; 17: 131-157

Σχετικά με την προφυλακτική (preventive) αναλγησία ισχύουν τα εξής:

- ☐ α. Χορηγείται αποκλειστικά πριν τη χειρουργική τομή. Λ
- ☐ β. Βοηθά στην ελάττωση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου ή/και στην κατανάλωση αναλγητικών μετεγχειρητικά. Σ
- ☐ γ. Η διάρκεια δράσης της παρέμβασης υπερβαίνει κατά πολύ την πραγματική κλινική διάρκεια δράσης του φαρμάκου. Σ
- ☐ δ. Στοχεύει στην πρόληψη της περιφερικής και κεντρικής ευαισθητοποίησης. Σ
- ☐ ε. Μπορεί να περιλαμβάνει έναν ή πολλαπλούς παράγοντες, που να μην είναι αμιγώς αναλγητικοί. Σ

ASA guidelines for the management of postoperative pain. The Journal of Pain 2016; 17: 131-157

Παράγοντες κινδύνου για την αυξημένη πιθανότητα ενός ατόμου να αναπτύξει χρόνια μετεγχειρητικό πόνο αποτελούν:

- ☐ α. Επεμβάσεις όπως η μαστεκτομή, η θωρακοτομή, ο ακρωτηριασμός άκρων και οι επανεπεμβάσεις. Σ
- ☐ β. Χημειοθεραπεία και/ή ακτινοθεραπεία. Σ
- ☐ γ. Πόνος που υπάρχει πριν την επέμβαση. Σ
- ☐ δ. Πόνος που δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά, κυρίως τα πρώτα μετεγχειρητικά 24ωρα. Σ
- ☐ ε. Γενετικοί παράγοντες. Σ

ASA guidelines for the management of postoperative pain. The Journal of Pain 2016; 17: 131-157

Σχετικά με την περιοχική αναλγησία/αναισθησία και το ρόλο της στην πρόληψη του χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου ισχύουν τα εξής:

- ☐ α. Εφαρμοζόμενη πριν τη χειρουργική τομή οδηγεί σε ελάττωση τόσο του οξέος, όσο και του χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου. Σ
- ☐ β. Ιδιαίτερα αυξημένη αποτελεσματικότητα των περιοχικών τεχνικών στην πρόληψη του χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου υπάρχει σε επεμβάσεις θωρακοτομής και σε ακρωτηριασμούς άκρων. Σ
- ☐ γ. Η εφαρμογή επισκληρίδιας αναλγησίας συνιστάται σε όλες τις μεγάλες ενδοκοιλιακές επεμβάσεις, ιδιαίτερα σε επιβαρυσμένους ασθενείς. Σ
- ☐ δ. Η διήθηση της χειρουργικής τομής, καθώς και η έγχυση τοπικών αναισθητικών περιαρθρικά, έχει αποτελεσματικότητα σε ορισμένες επεμβάσεις ως προς τη μείωση του οξέος μετεγχειρητικού πόνου. Σ
- ☐ ε. Οι περιοχικές τεχνικές πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνες τους και όχι στα πλαίσια πολυπαραγοντικής θεραπείας πόνου. Λ

ASA guidelines for the management of postoperative pain. The Journal of Pain 2016; 17: 131-157

Παράγοντες με τεκμηριωμένη προφυλακτική δράση ως προς την πρόληψη του χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου αποτελούν:

- ☐ α. Κλονιδίνη. Λ
- ☐ β. Δεξαμεθαζόνη. Λ
- ☐ γ. Κεταμίνη. Σ
- ☐ δ. Γκαμπαπεντίνη. Σ
- ☐ ε. Φαινυτοΐνη. Λ

Κεφαλαλγία μετά από τρώση της σκληράς μήνιγγας.

Ικανότητα εκτέλεσης επισκληρίδιου εμβολώματος με αυτόλογο αίμα (epidural blood patch) σε περίπτωση κεφαλαλγίας, λόγω τρώσης της σκληράς μήνιγγας.

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition 16. Spinal, Epidural & Caudal Blocks, σελ. 406

Η κεφαλαλγία μετά από τρώση της σκληράς μήνιγγας:

- ☐ α. Μπορεί να συμβεί είτε από τη βελόνη, είτε από τον καθετήρα. Σ

- ☐ β. Εκδηλώνεται με οπισθοβόλβια ή μετωπιαία ή ινιακή κεφαλαλγία, μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρη ή με ακτινοβολία στον αυχένα. Σ
- ☐ γ. Πολλές φορές συνοδεύεται από ναυτία και φωτοφοβία. Σ
- ☐ δ. Δεν συνδέεται απαραίτητα με τη στάση του σώματος. Λ
- ☐ ε. Η έναρξή της συμβαίνει τυπικά 12-72 ώρες μετά την τρώση της σκληράς μήνιγγας, αλλά μπορεί να εκδηλωθεί και άμεσα. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition 16. Spinal, Epidural & Caudal Blocks, σελ. 406

Η κεφαλαλγία μετά από τρώση της σκληράς μήνιγγας συνδέεται με:

- ☐ α. Διαρροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού από το έλλειμμα της σκληράς μήνιγγας. Σ
- ☐ β. Ελαττωμένη ενδοκράνια πίεση. Σ
- ☐ γ. Έλξη εγκεφαλικών δομών που στηρίζουν τον εγκέφαλο, καθώς και αυξημένη τάση στα αιμοφόρα αγγεία της περιοχής. Σ
- ☐ δ. Εμφάνιση διπλωπίας, λόγω επιπέμεσης της 6ης εγκεφαλικής συζυγίας. Σ
- ☐ ε. Εμφάνιση έντονου μετεγχειρητικού ρίγους. Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition 16. Spinal, Epidural & Caudal Blocks, σελ. 406

Κεφαλαλγία μετά από τρώση της σκληράς μήνιγγας:

- ☐ α. Συνήθως, εγκαθίσταται μέσα σε 24-48 ώρες μετά την παρακέντηση, αλλά μπορεί να εκδηλωθεί και άμεσα. Σ
- ☐ β. Είναι έντονη και εντοπίζεται κυρίως στην μετωπιαία περιοχή. Λ
- ☐ γ. Επιδεινώνεται με την κατάκλιση. Λ
- ☐ δ. Η αρχική αντιμετώπιση περιλαμβάνει ενυδάτωση, αναλγητικά, καφεΐνη. Σ
- ☐ ε. Εμμένουσα ή πολύ έντονη κεφαλαλγία αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με επισκληρίδιο εμφύλωμα αίματος (blood patch) που λαμβάνεται κατά τρόπο άσηπτο από τον ίδιο τον ασθενή. Σ

Miller's Anesthesia, 8^η έκδοση, κεφ. 56, σελ 1712

Η πιθανότητα εμφάνισης κεφαλαλγίας μετά από τρώση της σκληράς μήνιγγας στους ενήλικες, σχετίζεται με:

- ☐ α. Ηλικία. Σ
- ☐ β. Φύλο. Σ
- ☐ γ. Αρτηριακή πίεση. Λ
- ☐ δ. Μέγεθος βελόνας. Σ
- ☐ ε. Θέση ασθενούς τη στιγμή της τρώσης της σκληράς μήνιγγας. Λ

Miller's Anesthesia, 8^η έκδοση, κεφ. 56, σελ 1713

Σχετικά με την εκτέλεση επισκληρίδιου εμβλώματος (epidural blood patch, EBP) με αυτόλογο αίμα, για αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας μετά από τρώση της σκληράς μήνιγγας ισχύει:

- ☐ α. Ιδανικά, πρέπει να διενεργείται άμεσα μετά την τρώση της σκληράς μήνιγγας.
Λ
- ☐ β. Η αποτελεσματικότητά του είναι 100%. Λ
- ☐ γ. Απαγορεύεται η διενέργεια δεύτερου EBP. Λ
- ☐ δ. Η ποσότητα αίματος που χορηγείται είναι έως 20 ml. Σ
- ☐ ε. Το EBP πρέπει να διενεργείται ένα διάστημα πιο κεφαλικά από το διάστημα της τρώσης. Λ