

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ – ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

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

Μαιευτική Αναισθησία – Αναλγησία

α. Γνώσεις

- ☐ Ανατομικές και φυσιολογικές μεταβολές σχετιζόμενες με τη φυσιολογική κύηση.
- ☐ Φυσιολογία τοκετού σε όλα τα στάδιά του.
- ☐ Εμβρυική και πλακουντιακή φυσιολογία και παθοφυσιολογία:
 - ο Πλακουντιακή μεταφορά
 - ο Εμβryo-πλακουντιακή κυκλοφορία
 - ο Επιδράσεις φαρμακολογικών παραγόντων και αναισθητικών τεχνικών στη μητριαία αιματική ροή και εμβρυική ανάπτυξη.
- ☐ Εμβρυολογία και τερατογένεση.
- ☐ Νεογνική φυσιολογία και αναζωογόνηση νεογνού.
 - ο Καταγραφή εμβρυικού καρδιακού ρυθμού (βασικές αρχές καρδιοτοκογραφήματος).
 - ο Καταγραφή ομφαλικής αιματικής ροής μέσω Doppler.
 - ο Κλίμακα Apgar και νευρο-προσαρμοστικές κλίμακες, καθώς και η προγνωστική τους σημασία.
- ☐ Μαιευτική διαχείριση τοκετού (φυσιολογικές και μη-φυσιολογικές καταστάσεις).
- ☐ Πόνος τοκετού και οδοί πόνου.
- ☐ Τοκολυτική αγωγή, ενδείξεις και αντενδείξεις.
- ☐ Χρήση τοπικών αναισθητικών στη μαιευτική.
- ☐ Τεχνικές περιοχικής αναισθησίας στη μαιευτική:
 - ο Νευραξονική χορήγηση οπιοειδών στη μαιευτική.
- ☐ Μέθοδοι αναλγησίας κατά τον τοκετό: ενδείξεις και αντενδείξεις (φυσιολογικές μέθοδοι, συμπληρωματικές μέθοδοι, ενδοφλέβια αναλγησία, επισκληρίδιος, συνδυασμένη υπαραχνοειδής-επισκληρίδιος αναλγησία, αποκλεισμός παρασπονδυλικός, αποκλεισμόςαιδοικού πλέγματος, συνεχής υπαραχνοειδής).
- ☐ Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας:
 - ο Υπόταση
 - ο Τρώση σκληράς μήνιγγας, κεφαλαλγία μετά από τρώση σκληράς μήνιγγας.
 - ο Ολική υπαραχνοειδής αναισθησία.
 - ο Νευρολογικές επιπλοκές.
 - ο Οσφυαλγία.
 - ο ΛοιμώξειςΚεντρικούΝευρικούΣυστήματος.
 - ο Υπαραχνοειδή και επισκληρίδια αιματώματα.
- ☐ Γενική αναισθησία στη μαιευτική.
- ☐ Διαχείριση του αεραγωγού στην επίτοκο.
- ☐ Παθολογικές καταστάσεις και κύηση:
 - ο Προεκλαμψία/Εκλαμψία
 - ο Σύνδρομο HELLP
 - ο Λιπώδες ήπαρ της κύησης και νόσοι του ήπατος
 - ο Σακχαρώδης διαβήτης της κύησης
 - ο Καρδιακές νόσοι
 - ο Νευρολογικέςνόσοι
 - ο Παχυσαρκία
 - ο Αιμορραγικές διαταραχές
 - ο Νόσοιθυρεοειδούς
 - ο Κατάχρηση ουσιών
 - ο Ανοσολογικέςνόσοι
 - ο Νεφρικέςνόσοι.
- ☐ Αναισθησιολογική φροντίδα επιτόκου υψηλού κινδύνου, συμπεριλαμβανομένου του τραύματος.
- ☐ Αναισθησιολογική αντιμετώπιση:
 - ο Μαιευτικής αιμορραγίας
 - ο Πνευμονικήεμβολής
 - ο Εμβολής αμνιακού υγρού
 - ο Εμβρυικού θανάτου

- ☐ ΚΑΡΠΑ και εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής στην επίτοκο.
- ☐ Διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου στη μαιευτική.
- ☐ Χορηγούμενα φάρμακα στη μητέρα και θηλασμός.
- ☐ Αναισθησία για μη-μαιευτικό χειρουργείο κατά την κύηση.
- ☐ Αναισθησία για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.
- ☐ Ενδομήτρια και νεογνική χειρουργική.
- ☐ Μητρική θνητότητα.

β. Δεξιότητες

- ☐ Δεξιότητες ιατρικής εκτίμησης/εξέτασης, λήψη κατάλληλου ιστορικού, φυσική εξέταση (καρδιαγγειακό, αναπνευστικό και νευρικό σύστημα).
- ☐ Εκτίμηση αεραγωγού.
- ☐ Ταχεία εισαγωγή στην αναισθησία.
- ☐ Επείγουσα διαχείριση αεραγωγού.
- ☐ Τοποθέτηση επισκληρίδιου καθετήρα για αναλγησία σε φυσιολογικό τοκετό, με ποσοστά επιτυχίας >80%.
- ☐ Υπαραχνοειδής αναισθησία για καισαρική τομή, με ποσοστά επιτυχίας >90%.
- ☐ Υπαραχνοειδείς και επισκληρίδιες τεχνικές σε δύσκολες καταστάσεις.
- ☐ Συνδυασμένη υπαραχνοειδής/επισκληρίδιος αναλγησία και αναισθησία.
- ☐ Επισκληρίδιο εμφύλωμα αίματος (epidural blood patch).
- ☐ Διαχείριση υψηλού περιοχικού αποκλεισμού.
- ☐ Διαχείριση τοξικότητας από τοπικά αναισθητικά.
- ☐ Διαχείριση σοβαρής μαιευτικής αιμορραγίας.
- ☐ Επιθυμητή εμπειρία σε επεμβάσεις επί εμβρύου (Ex-utero Intra-partum Treatment, EXIT).

γ. Ειδικές συμπεριφορές

- ☐ Επίγνωση των ειδικών ζητημάτων (συγκατάθεση μετά από ενημέρωση, δικαιώματα μητέρας/εμβρύου, διάσταση-συγκρούσεις μεταξύ γονέων).

(II) ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	Σ
Ανατομικές και φυσιολογικές μεταβολές σχετιζόμενες με τη φυσιολογική κύηση	4
Φυσιολογία τοκετού σε όλα τα στάδιά του	6
Εμβρυική και πλακουντιακή φυσιολογία και παθοφυσιολογία: Πλακουντιακή μεταφορά	7
Εμβρυική και πλακουντιακή φυσιολογία και παθοφυσιολογία: Εμβryo-πλακουντιακή κυκλοφορία	9
Εμβρυική και πλακουντιακή φυσιολογία και παθοφυσιολογία: Επιδράσεις φαρμακολογικών παραγόντων και αναισθητικών τεχνικών στη μητριαία αιματική ροή και εμβρυική ανάπτυξη	10
Εμβρυολογία και Τερατογένεση	11
Καταγραφή εμβρυικού καρδιακού ρυθμού (βασικές αρχές καρδιοτοκογραφήματος).	12
Νεογνική φυσιολογία και αναζωογόνηση νεογνού	
Νεογνική φυσιολογία και αναζωογόνηση νεογνού. Καταγραφή ομφαλικής αιματικής ροής μέσω Doppler	14
Μαιευτική διαχείριση τοκετού (φυσιολογικές και μη-φυσιολογικές καταστάσεις)	15
Πόνος τοκετού και οδοί πόνου	16
Τοκολυτική αγωγή, ενδείξεις και αντενδείξεις	18
Χρήση τοπικών αναισθητικών στη Μαιευτική	19
Τεχνικές περιοχικής αναισθησίας στη Μαιευτική: Νευραξονική χορήγηση οπιοειδών στη Μαιευτική	21

Μέθοδοι αναλγησίας κατά τον τοκετό: ενδείξεις και αντενδείξεις (φυσιολογικές μέθοδοι, συμπληρωματικές μέθοδοι, ενδοφλέβια αναλγησία, επισκληρίδιος, συνδυασμένη υπαραχνοειδής-επισκληρίδιος αναλγησία, αποκλεισμός παρασπονδυλικός, αποκλεισμός αιδουϊκού πλέγματος, συνεχής υπαραχνοειδής)	21
Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας: Υπόταση	24
Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας: Τρώση σκληράς μήνιγγας, κεφαλαλγία μετά από τρώση σκληράς μήνιγγας	26
Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας: Ολική υπαραχνοειδής αναισθησία	27
Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας: Νευρολογικές επιπλοκές	28
Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας: Οσφυαλγία	29
Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας: Λοιμώξεις Κεντρικού Νευρικού Συστήματος	30
Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας: υπαραχνοειδή και επισκληρίδια αιματώματα	31
Διαχείριση του αεραγωγού στην επίτοκο	32
Κίνδυνοι σχετιζόμενοι με τη Γενική Αναισθησία στην Κύηση	34
Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Προεκλαμψία / Εκλαμψία	34
Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Σύνδρομο HELLP	35
Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Λιπώδες ήπαρ (fatty liver) της κύησης και νόσοι του ήπατος	36
Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Σακχαρώδης διαβήτης της κύησης	37
Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Καρδιακές νόσοι	39
Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Νευρολογικές νόσοι	41
Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Παχυσαρκία	42
Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Αιμορραγικές διαταραχές	44
Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Νόσοι θυρεοειδούς	45
Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Κατάχρηση ουσιών	47
Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Ανοσολογικές νόσοι	49
Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Νεφρικές νόσοι	49
Αναισθησιολογική φροντίδα επιτόκου υψηλού κινδύνου, συμπεριλαμβανομένου του Τραύματος	51
Αναισθησιολογική αντιμετώπιση: Μαιευτική αιμορραγία	52
Αναισθησιολογική αντιμετώπιση: Πνευμονική εμβολή	54
Αναισθησιολογική αντιμετώπιση: Εμβολή αμνιακού υγρού	56
Αναισθησιολογική αντιμετώπιση: Εμβρυϊκός θάνατος	58
Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) και εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής στην επίτοκο	58
ΚΑΡΠΑ και εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής στην έγκυο	59
Διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου στη Μαιευτική	61
Χορηγούμενα φάρμακα στη μητέρα και θηλασμός	62
Αναισθησία για μη-μαιευτική χειρουργική επέμβαση κατά την κύηση	63
Αναισθησία για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή	64
Ενδομήτρια και νεογνική χειρουργική	65
Μητρική Νοσηρότητα και Θνητότητα	67

Δεξιότητες ιατρικής εκτίμησης/εξέτασης, λήψη κατάλληλου ιστορικού, φυσική εξέταση (καρδιαγγειακό, αναπνευστικό και νευρικό σύστημα)	69
Εκτίμηση αεραγωγού στην έγκυο	70
Ταχεία εισαγωγή στην αναισθησία	71
Επείγουσα διαχείριση του αεραγωγού στην έγκυο	72
Τοποθέτηση επισκληριδίου καθετήρα για αναλγησία σε φυσιολογικό τοκετό, με ποσοστά επιτυχίας >80%	73
Υπαραχνοειδής αναισθησία για καισαρική τομή, με ποσοστά επιτυχίας >90%	75
Υπαραχνοειδείς και επισκληρίδιες τεχνικές σε δύσκολες καταστάσεις κατά τον τοκετό	76
Συνδυασμένη υπαραχνοειδής/επισκληρίδιος αναλγησία και αναισθησία	77
Επισκληρίδιο εμβάλωμα αίματος (epidural blood patch)	78
Διαχείριση υψηλού περιοχικού αποκλεισμού στην έγκυο	79
Διαχείριση τοξικότητας από τοπικά αναισθητικά	81
Διαχείριση σοβαρής μαιευτικής αιμορραγίας	82
Επιθυμητή εμπειρία σε επεμβάσεις επί εμβρύου (Ex-utero Intrapartum Treatment, EXIT)	82
Επίγνωση των ειδικών ζητημάτων (συναίνεση μετά από ενημέρωση, δικαιώματα μητέρας/εμβρύου, διάσταση-συγκρούσεις μεταξύ γονέων)	83
Αναισθησία και Αναλγησία σε Επίτοκες υπό Αντιθρομβωτική Αγωγή	83

(III) ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Ανατομικές και φυσιολογικές μεταβολές σχετιζόμενες με τη φυσιολογική κύηση

Αναισθησιολογία Morgan, 5th edition, σελ. 825-833

Η κύηση σχετίζεται με:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Αυξημένο όγκο κατανομής. | Σ |
| ☐ β. Αυξημένη συγκέντρωση λευκωματίνης. | Λ |
| ☐ γ. Αυξημένη σύνδεση με πρωτεΐνες. | Λ |
| ☐ δ. Αυξημένο ελεύθερο κλάσμα φαρμάκου. | Σ |
| ☐ ε. Αυξημένη νεφρική κάθαρση. | Σ |

Αναισθησιολογία Morgan, 5th edition, σελ. 825-833

Αλλαγές σχετιζόμενες με την κύηση αποτελούν:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Μειωμένος τόνος γαστρο-οισοφαγικού σφιγκτήρα. | Σ |
| ☐ β. αυξημένη νεφρική αιματική ροή και σπειραματική διήθηση | Σ |
| ☐ γ. Κατακράτηση Na και H ₂ O. | Σ |
| ☐ δ. Αυξημένη κολλοειδοσμητική πίεση. | Λ |
| ☐ ε. Αυξημένη αιμάτωση του ήπατος. | Λ |

Morgan 5th edition, page 826

Κατά τη διάρκεια της κύησης:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Μειώνεται ο ουδός για εμφάνιση σπασμών από τοξικότητα τοπικών αναισθητικών. | Λ |
|---|---|

- ☐ β. Η απόφραξη της κάτω κοίλης φλέβας προκαλεί διάταση του επισκληριδίου φλεβώδους πλέγματος και μείωση του επισκληριδίου όγκου αίματος. **Λ**
- ☐ γ. Η ποσότητα του ENY είναι αυξημένη από το 1ο τρίμηνο της κύησης. **Λ**
- ☐ δ. Η MAC επιστρέφει στις προ της κύησης τιμές την 3^η ημέρα μετά τον τοκετό. **Σ**
- ☐ ε. Η MAC αυξάνεται έως 40% για τα περισσότερα πτητικά αναισθητικά στο τέλος του 3ου τριμήνου. **Λ**

Morgan 5th edition, page 827

Σχετικά με τις φυσιολογικές μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα της εγκύου:

- ☐ α. Αυξάνονται η κατανάλωση O₂ και ο κατά λεπτό αερισμός. **Σ**
- ☐ β. Ο αναπνεόμενος όγκος (Tidal volume) μειώνεται στο 1ο τρίμηνο και αυξάνεται στο τέλος του 3ου τριμήνου. **Λ**
- ☐ γ. Το PaCO₂ αυξάνεται κατά 15%. **Λ**
- ☐ δ. Η τιμή P50 στην καμπύλη αποδέσμευσης O₂ της αιμοσφαιρίνης είναι 35mmHg **Λ**
- ☐ ε. Η ζωτική χωρητικότητα και ο όγκος σύγκλεισης δεν αλλάζουν. **Σ**

Morgan, 5th edition, page 827

Φυσιολογικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της κύησης αποτελούν:

- ☐ α. Συνδυασμός μειωμένης FRC και κατανάλωσης O₂ που οδηγούν σε γρήγορο αποκορεσμό σε περιόδους άπνοιας. **Λ**
- ☐ β. Μειωμένη πρόσληψη των πτητικών αναισθητικών. **Λ**
- ☐ γ. Αυξημένη καρδιακή παροχή. **Σ**
- ☐ δ. Μειωμένες περιφερικές αντιστάσεις κατά τη διάρκεια του 2ου τριμήνου. **Σ**
- ☐ ε. Τροποποιημένη απάντηση στους αγγειοσυσπαστικούς παράγοντες. **Σ**

Morgan, 5th edition, page 827-8

Κατά τη διάρκεια φυσιολογικής εγκυμοσύνης:

- ☐ α. Η τιμή της αιμοσφαιρίνης (Hb) είναι συνήθως χαμηλότερη από 11 g/dl. **Λ**
- ☐ β. Ο ολικός όγκος αίματος στο τέλος της κύησης είναι 90 ml/Kg. **Σ**
- ☐ γ. Παρατηρείται αυξημένη νεφρική αιματική ροή και σπειραματική διήθηση. **Σ**
- ☐ δ. Η γαστρική κινητικότητα είναι αυξημένη. **Λ**
- ☐ ε. Παρατηρείται αυξημένος όγκος γαστρικού υγρού και αυξημένη γαστρική οξύτητα. **Λ**

Morgan, 5th edition, page 828-829

Στην κύηση παρατηρούνται οι παρακάτω αιματολογικές διαφοροποιήσεις:

- ☐ α. Μείωση της ψευδοχολινεστεράσης πλάσματος κατά 25-30% και παράταση της διάρκειας δράσης της σουκκινυλοχολίνης. **Λ**
- ☐ β. Υπερπηκτικότητα. **Σ**
- ☐ γ. Αύξηση των επιπέδων του παράγοντα XI. **Λ**
- ☐ δ. Μείωση των αιμοπεταλίων (PLT) κατά 10% στο 3ο τρίμηνο. **Σ**
- ☐ ε. Λευκοκυττάρωση έως 21.000/mm³ στην κύηση αποτελεί πάντα δείκτη φλεγμονής. **Λ**

Φυσιολογία τοκετού σε όλα τα στάδιά του

Ο φυσιολογικός τοκετός:

- ☐ α. Ξεκινά κατά μέσο όρο 40 ± 2 εβδομάδες μετά την τελευταία έμμηνο ρύση της γυναίκας. Σ
- ☐ β. Μπορεί να διαιρεθεί σε 4 στάδια. Λ
- ☐ γ. Ξεκινά όταν σποραδικές συσπάσεις της μήτρας αυξάνονται σε συντονισμό, ένταση (40-100 mmHg) και συχνότητα (κάθε 2-3 min). Λ
- ☐ δ. Χαρακτηρίζεται από αύξηση στον αριθμό και την ευαισθησία των υποδοχέων ωκυτοκίνης στη μήτρα. Σ
- ☐ ε. Μπορεί να διαρκέσει μέχρι 16 ώρες, φυσιολογικά. Σ

Morgan & Mikhail's Clinical anesthesiology, 5th edition, σελ.834

Κατά τη διάρκεια των συσπάσεων της μήτρας στον τοκετό:

- ☐ α. Μπορεί να αυξηθεί ο κατά λεπτό αερισμός της γυναίκας κατά 300%. Σ
- ☐ β. Η κατανάλωση οξυγόνου αυξάνεται κατά 60% από τις τιμές του τρίτου τριμήνου της κύησης. Σ
- ☐ γ. Η υποκαπνία μπορεί να οδηγήσει σε παροδική υποξυγοναιμία μητέρας και εμβρύου. Σ
- ☐ δ. Ο υπεραερισμός της μητέρας μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της μητριαίας κυκλοφορίας και προοδευτική οξέωση του εμβρύου. Σ
- ☐ ε. Προκαλείται μεγαλύτερη επιβάρυνση του κυκλοφορικού συστήματος της μητέρας συγκριτικά με την επιβάρυνση που συμβαίνει μετά την έξοδο του εμβρύου. Λ

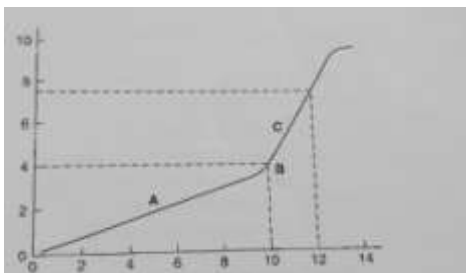
Morgan & Mikhail's Clinical anesthesiology, 5th edition, σελ.835

Για την ευόδωση του ενός φυσιολογικού τοκετού μπορεί να χορηγηθούν στη μητέρα:

- ☐ α. Ωκυτοκίνη Σ
- ☐ β. Παράγωγα της ερισυβώδους όλυρας Λ
- ☐ γ. Προσταγλανδίνες Σ
- ☐ δ. Μαγνήσιο Λ
- ☐ ε. β2 αγωνιστές Λ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, κεφ. 69, σελ.2243

Στην καμπύλη του Friedman, όπου στον οριζόντιο άξονα φαίνεται ο χρόνος σε ώρες και στον κάθετο η διαστολή του τραχήλου της μήτρας σε εκατοστόμετρα, η περιοχή Α αντιστοιχεί:



- ☐ α. Στην ενεργή φάση του τοκετού. Λ
- ☐ β. Στη λανθάνουσα φάση. Σ
- ☐ γ. Στην επιταχυνόμενη φάση. Λ
- ☐ δ. Στη φάση μέγιστης κλίσης. Λ

- ☐ ε. Στην επιβραδυνόμενη φάση. Λ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, κεφ. 69, σελ.2243

Κατά την εξέλιξη του φυσιολογικού τοκετού σε άτοκο γυναίκα:

- ☐ α. Ο τράχηλος της μήτρας πρέπει να διαστέλλεται με ένα ρυθμό περίπου 1 εκατοστόμετρο ανά ώρα. Σ
- ☐ β. Η απουσία καθόδου του εμβρύου για μία ώρα δεν είναι ανησυχητική Λ
- ☐ γ. Το δεύτερο στάδιο τυπικά διαρκεί 1-3 ώρες Σ
- ☐ δ. Η επισκληρίδιος αναλγησία ενέχει σημαντικό κίνδυνο καισαρικής τομής Λ
- ☐ ε. Η απουσία διαστολής του τραχήλου της μήτρας για 2 ώρες αντιστοιχεί σε διακοπή της ενεργούς φάσης Σ

S. Yentis and S. Malhotra, Analgesia, Anaesthesia and Pregnancy, 3rd edition, σελ.50

Σε φυσιολογικό τοκετό:

- ☐ α. Στο πρώτο στάδιο παρατηρείται διαστολή και εξάλειψη του τραχήλου της μήτρας. Σ
- ☐ β. Είναι υποχρεωτική η καταγραφή των εμβρυϊκών παλμών κάθε 15 λεπτά και η πρόοδος της διαστολής της μήτρας κάθε 4 ώρες. Σ
- ☐ γ. Είναι υποχρεωτική η χορήγηση ωκυτοκίνης στο τρίτο στάδιο. Σ
- ☐ δ. Δεν μας απασχολεί η επίδραση των ιατρικών παρεμβάσεων στη διάρκειά του. Λ
- ☐ ε. Η εξέλιξη είναι προδιαγεγραμμένη. Λ

Εμβρυική και πλακουντιακή φυσιολογία και παθοφυσιολογία: Πλακουντιακή μεταφορά

Chestnut's obstetric anesthesia: principles and practice, 4th edition 2009 Chapter 4, pages 55-72

Η εξίσωση του Fick χρησιμοποιείται στην πλακουντιακή παθοφυσιολογία για τα εξής:

- ☐ α. Μέτρηση της διαπλακουντιακής μεταφοράς φαρμάκων. Σ
- ☐ β. Μέτρηση της διαπλακουντιακής μεταφοράς φαρμάκων μέσω διάχυσης. Σ
- ☐ γ. Υπολογισμό της συγκέντρωσης του φαρμάκου στο εμβρυϊκό πλάσμα. Λ
- ☐ δ. Υπολογισμό της συγκέντρωσης του φαρμάκου στο μητρικό αίμα. Λ
- ☐ ε. Υπολογισμό του πάχους του πλακούντα. Λ

Chestnut's obstetric anesthesia: principles and practice / [edited by] David H. Chestnut 4th edition 2009, Chapter 4, pages 55-72

Τι επηρεάζει τη διαπλακουντιακή μεταφορά φαρμάκων;

- ☐ α. Η λιποδιαλυτότητα μιας ουσίας Σ
- ☐ β. Το Μοριακό Βάρος μιας ουσίας Σ
- ☐ γ. Ο βαθμός ιονισμού μιας ουσίας Σ
- ☐ δ. Η πρωτεϊνική δέσμευση μιας ουσίας Σ
- ☐ ε. Το pH του αιμάτος της μητέρας και του εμβρύου σε σχέση με το pKa του φαρμάκου. Σ

Chestnut's obstetric anesthesia : principles and practice / [edited by] David H. Chestnut 4th edition 2009, [etal.] Chapter 4, pages 55-72

Φαρμακευτικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη μεταφορά του φαρμάκου διαμέσου της πλακουντιακής μεμβράνης:

- ☐ α. Το μοριακό βάρος του φαρμάκου. Σ

- ☐ β. Η λιποδιαλυτότητα του φαρμάκου. **Σ**
- ☐ γ. Ο βαθμός ιονισμού. **Σ**
- ☐ δ. Η οδός χορήγησης. **Λ**
- ☐ ε. Ο βαθμός σύνδεσης με τις πρωτεΐνες. **Σ**

Chestnut's obstetric anesthesia: principles and practice, 4th edition 2009, Chapter 4, pages 55-72

Η σχέση του λόγου F/M (εμβρυική/μητρική συγκέντρωση φαρμάκου) όταν πλησιάζει τη μονάδα σημαίνει:

- ☐ α. Μεγάλη διαπλακουντιακή μεταφορά του φαρμάκου. **Σ**
- ☐ β. Μεγάλη λιποδιαλυτότητα του φαρμάκου. **Σ**
- ☐ γ. Υψηλή πρωτεϊνική δέσμευση του φαρμάκου στο αίμα της μητέρας. **Λ**
- ☐ δ. Ελάχιστο ιονισμό του χορηγούμενου φαρμάκου. **Λ**
- ☐ ε. Ότι το φάρμακο δεν περνά το μητροπλακουντιακό φραγμό. **Λ**

Chestnut's obstetric anesthesia: principles and practice, 4th edition 2009, Chapter 4, pages 55-72.

Στην πλακουντιακή παθοφυσιολογία από τους ενδοφλέβιους αναισθητικούς παράγοντες:

- ☐ α. Η θειοπεντάλη διέρχεται αργά από τον πλακούντα με αποτέλεσμα την αμελητέα καταστολή του κύηματος κατά την καισαρική τομή. **Λ**
- ☐ β. Η ετομιδάτη μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα γλυκόζης του νεογνού. **Σ**
- ☐ γ. Η προποφόλη παρέχει αξιόπιστο βάθος αναισθησίας στη συνήθη δοσολογία στην επίτοκο, χωρίς να επηρεάζει το νεογνό. **Λ**
- ☐ δ. Η κεταμίνη δεν διαπερνά ταχύτατα τον πλακούντα. **Λ**
- ☐ ε. Η επίδραση της υψηλής πρωτεϊνικής σύνδεσης της προποφόλης ποικίλλει ανάλογα με τις μεταβολές στις συγκεντρώσεις των εμβρυικών και μητρικών πρωτεϊνών. **Σ**

Chestnut's obstetric anesthesia: principles and practice, 4th edition 2009, Chapter 4, pages 55-72.

Στην πλακουντιακή παθοφυσιολογία για τα πτητικά αναισθητικά ισχύουν:

- ☐ α. Διέρχονται γρήγορα στο κύημα εγκαθιστώντας κατάσταση ισορροπίας με τη μητρική κυκλοφορία. **Σ**
- ☐ β. Μετά τον τοκετό δεν βοηθά η αναπνοή του νεογνού στην αποβολή τους (από το νεογνό). **Λ**
- ☐ γ. Ο σύντομος χρόνος εξόδου του νεογνού από τη μήτρα μετά την εισαγωγή στην αναισθησία βοηθά στην αποφυγή νεογνικής καταστολής. **Σ**
- ☐ δ. Δεν προκαλούν χάλαση της μήτρας. **Λ**
- ☐ ε. Η MAC μειώνεται κατά την εγκυμοσύνη. **Σ**

Στην πλακουντιακή παθοφυσιολογία για τους νευρομυικούς αποκλειστές ισχύει:

Chestnut's obstetric anesthesia: principles and practice, 4th edition 2009, Chapter 4, pages 55-72

- ☐ α. Η όποια μεταφορά τους στο έμβρυο δεν δημιουργεί κλινικά προβλήματα στην ανάνηψη του νεογνού. **Σ**
- ☐ β. Πρέπει πάντοτε να αποφεύγεται η χορήγηση των μη αποπολωτικών νευρομυικών αποκλειστών πριν την απολίνωση του ομφαλίου λώρου. **Λ**
- ☐ γ. Διέρχονται από τον πλακούντα σε σημαντικές ποσότητες. **Λ**
- ☐ δ. Μετά τη χορήγηση μιας δόσης εισαγωγής σουκκινυλχολίνης, η ουσία ανιχνεύεται στο αίμα της ομφαλικής φλέβας μετά τον τοκετό. **Λ**
- ☐ ε. Νεογνικός νευρομυικός αποκλεισμός μπορεί να επέλθει με υψηλές δόσεις νευρομυικών αποκλειστών στη μητέρα. **Σ**

Εμβρυική και πλακουντιακή φυσιολογία και παθοφυσιολογία: Εμβρυο-πλακουντιακή κυκλοφορία

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE, 4th ed. σελ.59.

Ποιά από τα παρακάτω ισχύουν για τη ρύθμιση της πλακουντιακής αιματικής ροής?

- ☐ α. Η τροφοβλαστική διήθηση και η λειτουργική απονεύρωση του μυοελαστικού τοιχώματος των σπειροειδών αρτηριών προάγουν την αγγειοδιαστολή. Σ
- ☐ β. Το παραπάνω επιτρέπει στις σπειροειδείς αρτηρίες να διασταλούν μέχρι και 100 φορές της φυσιολογικής τους διαμέτρου. Λ
- ☐ γ. Το μητρικό αίμα εισέρχεται στο ενδολάχνειο κοτυληδονικό διάστημα με μία πίεση 120-140 mmHg. Λ
- ☐ δ. Η παραπάνω πίεση μειώνεται ή παραμένει σταθερή όταν συναντήσει πυκνότερες λάχνες του πλακούντα. Λ
- ☐ ε. Η ικανότητα του πλακούντα να παράγει πρωτεΐνες και στεροειδείς ορμόνες του επιτρέπει να επηρεάζει και να ελέγχει το περιβάλλον του εμβρύου. Σ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE, 4th ed. σελ. 59

Ποιά από τα παρακάτω ισχύουν για την εμβρυική αιματική ροή?

- ☐ α. Με την πρόοδο της κύησης η αύξηση της μητροπλακουντιακής και της εμβρυοπλακουντιακής αιματικής ροής είναι αποτέλεσμα αγγειοδιαστολής. Λ
- ☐ β. Η εμβρυοπλακουντιακή αιματική ροή είναι αυτορυθμιζόμενη. Σ
- ☐ γ. Ο βασικός τόνος των αρτηριδίων του πλακούντα είναι ανεξάρτητος από τις κατεχολαμίνες και την αγγειοτενσίνη. Σ
- ☐ δ. Η υπεργλυκαιμία της μητέρας και η υποξαιμία δεν επηρεάζουν την περιοχική εμβρυική αιματική ροή. Λ
- ☐ ε. Η υποξική αγγειοσύσπαση του πλακούντα επιτρέπει τη βέλτιστη εμβρυική οξυγόνωση. Σ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE, 4th ed. σελ. 63

Ποιά από τα ακόλουθα φάρμακα περνούν τον πλακούντα ?

- ☐ α. Ατροπίνη Σ
- ☐ β. β-αδρενεργικοί ανταγωνιστές Σ
- ☐ γ. Ηπαρίνη Λ
- ☐ δ. Μη αποπολωτικοί νευρομυικοί αποκλειστές Λ
- ☐ ε. Εφεδρίνη Σ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE, 4th ed. σελ. 60-65.

Για την εμβρυοπλακουντιακή κυκλοφορία ισχύουν:

- ☐ α. Η μητροπλακουντιακή αιματική ροή εξαρτάται από την διατήρηση της πίεσης της μητριάας αρτηρίας Σ
- ☐ β. Στην πλακουντιακή μεταφορά ουσιών ισχύουν όλοι οι μηχανισμοί μεταφοράς που υπάρχουν και στα άλλα οργανικά συστήματα. Σ
- ☐ γ. Η λιποφιλικότητα, το μοριακό βάρος και ο βαθμός ιονισμού είναι οι μόνοι παράγοντες που δεν επηρεάζουν την πλακουντιακή μεταφορά φαρμάκων. Λ
- ☐ δ. Η εμβρυική οξέωση μπορεί να οδηγήσει σε «παγίδευση ιόντων». Σ
- ☐ ε. Η μεταφορά της θειοπεντάλης επηρεάζεται από την συγκέντρωση πρωτεϊνών Σ

του πλάσματος στη μητέρα και στο έμβρυο.

Σ

Εμβρυική και πλακουντιακή φυσιολογία και παθοφυσιολογία: Επιδράσεις φαρμακολογικών παραγόντων και αναισθητικών τεχνικών στη μητριαία αιματική ροή και εμβρυική ανάπτυξη

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th Edition, σελ 829.

Σχετικά με την επίδραση αναισθησιολογικών παραγόντων στη μητριαία αιματική ροή:

- ☐ α. Η προποφόλη και τα βαρβιτουρικά σχετίζονται, τυπικά, με μικρού βαθμού μείωση στη μητριαία αιματική ροή. Σ
- ☐ β. Η κεταμίνη σε δόση μικρότερη των 15 mg/kg δεν αλλάζει σημαντικά τη μητριαία αιματική ροή. Σ
- ☐ γ. Τα πτητικά επηρεάζουν σημαντικά τη μητριαία αιματική ροή, ανεξάρτητα της τιμής MAC. Λ
- ☐ δ. Υψηλά επίπεδα τοπικών αναισθητικών στο αίμα, μπορούν να προκαλέσουν αγγειοσυσπασση στη μητριαία αρτηρία. Σ
- ☐ ε. Το υποξείδιο του αζώτου (N_2O) έχει πολύ μικρή επίδραση στη μητριαία αιματική ροή όταν συγχρηγείται με πτητικό παράγοντα. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th Edition, σελ 833

Σχετικά με τη μητριαία αιματική ροή:

- ☐ α. Σημαντική υποκαπνία ($PaCO_2 < 20$ mm Hg) μειώνει τη μητριαία αιματική ροή. Σ
- ☐ β. Κάθε φάρμακο με α-αδρενεργική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει τη μητριαία αιματική ροή μέσω αγγειοσυσπασσης. Σ
- ☐ γ. Η υπόταση που προκαλείται από εφαρμογή της περιοχικής αναισθησίας μειώνει τη μητριαία αιματική ροή. Σ
- ☐ δ. Η επαγόμενη από το stress απελευθέρωση κατεχολαμινών, κατά τον τοκετό, προκαλεί αγγειοδιαστολή στη μητριαία αρτηρία. Λ
- ☐ ε. Η φαινυλεφρίνη σχετίζεται με εμφάνιση σημαντικότερης εμβρυικής οξέωσης συγκριτικά με την εφεδρίνη. Λ

Chestnut's Obstetrics Anaesthesia, 5th Edition, σελ 46 – 47.

Σχετικά με την επίδραση της περιοχικής αναισθησίας στη μητριαία αιματική ροή:

- ☐ α. Η μητριαία αιματική ροή μειώνεται λόγω της προκαλούμενης υπότασης. Σ
- ☐ β. Η μητριαία αιματική ροή αυξάνεται από την ακούσια ενδοφλέβια έγχυση των τοπικών αναισθητικών ύστερα από περιοχική αναισθησία. Λ
- ☐ γ. Η μητριαία αιματική ροή αυξάνεται λόγω ανακούφισης από το άλγος μετά την εφαρμογή της περιοχικής αναισθησίας. Σ
- ☐ δ. Η μητριαία αιματική ροή μειώνεται λόγω της μείωσης του υπεραερισμού της εγκύου που προκαλεί η περιοχική αναισθησία. Λ
- ☐ ε. Η περιοχική αναισθησία μειώνει τη συμπαθητική δραστηριότητα, η οποία με τη σειρά της αυξάνει τη μητριαία αιματική ροή. Σ

Chestnut's Obstetrics Anaesthesia, 5th Edition, σελ 48 – 49.

Σχετικά με την επίδραση φαρμακολογικών παραγόντων στη μητριαία αιματική ροή, ισχύουν τα εξής:

- ☐ α. Η ακούσια ενδοφλέβια έγχυση υψηλών συγκεντρώσεων τοπικών αναισθητικών στο αίμα μειώνουν τη μητριαία αιματική ροή. Σ
- ☐ β. Η επινεφρίνη αυξάνει τη μητριαία αιματική ροή μέσω αγγειοσύσπασης. Λ
- ☐ γ. Η υπαραχνοειδής χορήγηση οπιοειδών, σε σχέση με την επισκληρίδιο, μπορεί να προκαλέσει συχνότερα βραδυκαρδία του εμβρύου. Σ
- ☐ δ. Οι συνήθως χρησιμοποιούμενοι φαρμακολογικοί παράγοντες κατά την εισαγωγή στην αναισθησία έχουν ελάχιστη ή μη άμεση επίδραση στη μητριαία κυκλοφορία. Σ
- ☐ ε. Η χρήση πτητικών παραγόντων σε συγκέντρωση 0.8 – 1 MAC επηρεάζει σημαντικά τη μητριαία αιματική ροή. Λ

Chestnut's Obstetrics Anaesthesia, 5th Edition, σελ 50

Η μητριαία αιματική ροή:

- ☐ α. Αυξάνεται με τη χορήγηση μαγνησίου. Σ
- ☐ β. Αυξάνεται με τη χορήγηση υδραλαζίνης. Σ
- ☐ γ. Αυξάνεται με τη χορήγηση βεραπαμίνης. Λ
- ☐ δ. Αυξάνεται με τη χορήγηση νιτρογλυκερίνης. Σ
- ☐ ε. Αυξάνεται με τη χορήγηση ντοπαμίνης. Λ

Εμβρυολογία και Τερατογένεση

Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 4th edition, σελ. 285

Η τερατογόνος δράση μιας ουσίας εξαρτάται από τα παρακάτω:

- ☐ α. Την οδό χορήγησης. Σ
- ☐ β. Το ζωικό είδος που εκτίθεται σε αυτή. Σ
- ☐ γ. Τον χρόνο έκθεσης. Σ
- ☐ δ. Τη δόση. Σ
- ☐ ε. Τα πειραματικά δεδομένα για την ουσία αυτή. Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 4th edition, σελ.287

Τα παρακάτω ισχύουν για τη λήψη φαρμάκων στην κύηση:

- ☐ α. Κατά τις δύο πρώτες εβδομάδες μετά τη σύλληψη, κατά κανόνα, το αποτέλεσμα λήψης τερατογόνων φαρμάκων ακολουθεί τον κανόνα «όλον ή ουδέν». Σ
- ☐ β. Κανένα φάρμακο δεν θεωρείται απολύτως ασφαλές κατά την κύηση. Σ
- ☐ γ. Η τερατογόνος δράση ουσιών μπορεί να εμφανισθεί χρόνια μετά τη γέννηση. Σ
- ☐ δ. Η πιο επικίνδυνη περίοδος είναι από τη 15η έως την 65η ημέρα της κύησης. Λ
- ☐ ε. Κάθε γυναίκα πρέπει να συνεχίζει την αγωγή που ελάμβανε εφόσον κρίνεται ότι είναι απαραίτητο για την υγεία της. Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 4th edition, σελ.299

Τα παρακάτω φάρμακα μπορεί να χορηγηθούν με ασφάλεια στην εγκυμοσύνη:

- ☐ α. Ηπαρίνη Σ
- ☐ β. Βαρφαρίνη Λ
- ☐ γ. Ινσουλίνη Σ
- ☐ δ. Ασπιρίνη Λ

- ☐ ε. Αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 4th edition, σελ.291

Για τα φάρμακα και κύηση ισχύει:

- ☐ α. Η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους δεν περνά στην εμβρυική κυκλοφορία, αλλά μπορεί να χρειαστεί εξατομίκευση της δόσης της στις εγκύους. Σ
- ☐ β. Η πρεδνιζολόνη διέρχεται από τον πλακούντα. Λ
- ☐ γ. Οι τετρακυκλίνες απαγορεύονται στην κύηση. Σ
- ☐ δ. Οι κινολόνες επιτρέπονται στην κύηση. Λ
- ☐ ε. Η θεραπεία με ένα αντιεπιληπτικό φάρμακο θεωρείται πιο ασφαλής από τους συνδυασμούς τους στην κύηση. Σ

Καταγραφή εμβρυικού καρδιακού ρυθμού (βασικές αρχές καρδιοτοκογραφήματος).

Νεογνική φυσιολογία και αναζωογόνηση νεογνού.

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th Edition, σελ. 868

Σχετικά με την καταγραφή του εμβρυικού καρδιακού ρυθμού:

- ☐ α. Από μόνη της, έχει 35-50% ψευδώς θετική πιθανότητα πρόβλεψης εμβρυικής δυσπραγίας. Σ
- ☐ β. Στις παραμέτρους που μελετώνται περιλαμβάνεται ο βασικός εμβρυικός καρδιακός ρυθμός. Σ
- ☐ γ. Στις παραμέτρους που μελετώνται δεν περιλαμβάνεται η μεταβλητότητα της βασικής γραμμής. Λ
- ☐ δ. Στις παραμέτρους που μελετώνται περιλαμβάνονται οι επιβραδύνσεις του εμβρυικού καρδιακού ρυθμού. Σ
- ☐ ε. Είναι πιο ακριβής μέθοδος όταν συνδυάζεται με την τοποθέτηση ηλεκτροδίων κεφαλής εμβρύου. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th Edition, σελ. 868

Σχετικά με τον βασικό εμβρυικό καρδιακό ρυθμό που λαμβάνεται κατά το καρδιοτοκογράφημα ισχύει:

- ☐ α. Φυσιολογικά κυμαίνεται από 110 – 160 σφυγμούς/min. Σ
- ☐ β. Αυξημένος βασικός εμβρυικός ρυθμός παρουσιάζεται κατά την ήπια εμβρυική υποξία. Σ
- ☐ γ. Αυξημένος βασικός εμβρυικός ρυθμός παρουσιάζεται κατά την σοβαρή εμβρυική ασφυξία. Λ
- ☐ δ. Η προωρότητα χαρακτηρίζεται από μειωμένο βασικό εμβρυικό ρυθμό. Λ
- ☐ ε. Η χοριοαμνιονίτιδα χαρακτηρίζεται από μειωμένο βασικό εμβρυικό ρυθμό. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th Edition, σελ. 868

Σχετικά με τη μεταβλητότητα του βασικού εμβρυικού ρυθμού που λαμβάνεται κατά το καρδιοτοκογράφημα:

- ☐ α. Υποδηλώνει τη φυσιολογική λειτουργία του εμβρυικού αυτόνομου νευρικού συστήματος. Σ
- ☐ β. Παρατεταμένη μείωση της μεταβλητότητας του βασικού εμβρυικού ρυθμού

- αποτελεί ένδειξη εμβρυικής ασφυξίας. Σ
- γ. Η μεταβλητότητα του βασικού εμβρυικού ρυθμού μειώνεται με τη χορήγηση ατροπίνης στη μητέρα. Σ
- δ. Η μεταβλητότητα του βασικού εμβρυικού ρυθμού δεν μειώνεται στην προωρότητα. Λ
- ε. Κυματοειδής μορφή της μεταβλητότητας του βασικού εμβρυικού ρυθμού αποτελεί ένδειξη φυσιολογικής εμβρυικής λειτουργίας. Λ

Οι επιταχύνσεις του εμβρυικού καρδιακού ρυθμού στο καρδιοτοκογράφημα:

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th Edition, σελ. 868

- α. Ορίζονται ως αύξηση του καρδιακού ρυθμού κατά 15 σφύξεις/min ή περισσότερο, διάρκειας άνω των 15 sec. Σ
- β. Περιοδικές επιταχύνσεις του εμβρυικού καρδιακού ρυθμού σχετίζονται με διαταραχές της εμβρυικής οξυγόνωσης. Λ
- γ. Τα φυσιολογικά έμβρυα παρουσιάζουν 15 – 40 επιταχύνσεις/ώρα. Σ
- δ. Οι επιταχύνσεις αυξάνονται κατά τη χορήγηση μαγνησίου στη μητέρα. Λ
- ε. Η απουσία μεταβλητότητας και επιταχύνσεων του εμβρυικού καρδιακού ρυθμού αποτελεί σημαντική ένδειξη εμβρυικής δυσπραγίας. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th Edition, σελ. 868 – 870

Σχετικά με τις επιβραδύνσεις του εμβρυικού καρδιακού ρυθμού στο καρδιοτοκογράφημα:

- α. Οι πρώιμες επιβραδύνσεις οφείλονται στη συμπίεση της κεφαλής του εμβρύου κατά την κάθοδό του και γενικώς δεν σχετίζονται με εμβρυική δυσπραγία. Σ
- β. Οι όψιμες επιβραδύνσεις ακολουθούν την αιχμή της συστολής της μήτρας. Σ
- γ. Οι όψιμες επιβραδύνσεις δεν σχετίζονται με εμβρυική δυσπραγία. Λ
- δ. Οι μεταβλητές επιβραδύνσεις αποτελούν τον πιο συχνό τύπο επιβραδύνσεων. Σ
- ε. Οι μεταβλητές επιβραδύνσεις δεν συνδέονται με συμπίεση του ομφάλιου λώρου. Λ

Chestnut's Obstetrics Anaesthesia, 5th Edition, σελ. 103

Σχετικά με τα φάρμακα που επηρεάζουν τον εμβρυικό καρδιακό ρυθμό στο καρδιοτοκογράφημα:

- α. Η χορήγηση ατροπίνης προκαλεί εμβρυική ταχυκαρδία. Σ
- β. Η τερβουταλίνη προκαλεί εμβρυική βραδυκαρδία. Λ
- γ. Τα αντιθρεοειδικά φάρμακα προκαλούν επιβράδυνση του εμβρυικού ρυθμού. Σ
- δ. Η χορήγηση ωκυτοκίνης μπορεί να προκαλέσει επιβράδυνση του εμβρυικού ρυθμού. Σ
- ε. Η εφαρμογή περιοχικής αναλγησίας προκαλεί εμβρυική ταχυκαρδία. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th Edition, σελ. 868

Για τη μεταβλητότητα του βασικού εμβρυικού ρυθμού ισχύουν τα εξής:

- α. Τα οπιοειδή μειώνουν τη μεταβλητότητα του βασικού ρυθμού. Σ
- β. Το μαγνήσιο αυξάνει τη μεταβλητότητα του βασικού ρυθμού. Λ
- γ. Η ατροπίνη μειώνει τη μεταβλητότητα του βασικού ρυθμού. Σ
- δ. Τα βαρβιτουρικά μειώνουν τη μεταβλητότητα του βασικού ρυθμού. Σ
- ε. Τα πτητικά αναισθητικά αυξάνουν τη μεταβλητότητα του βασικού ρυθμού. Λ

Νεογνική φυσιολογία και αναζωογόνηση νεογνού. Καταγραφή ομφαλικής αιματικής ροής μέσω Doppler

Chestnut's Obstetrics Anaesthesia, 5th Edition, σελ. 105-106.

Σχετικά με την καταγραφή της ομφαλικής αιματικής ροής μέσω Doppler:

- ☐ α. Αντιπροσωπεύει την αντίσταση της αιματικής ροής από το έμβρυο στον πλακούντα. Σ
- ☐ β. Στους παράγοντες που επηρεάζουν την πλακουντιακή αγγειακή αντίσταση περιλαμβάνεται και η ηλικία κύησης. Σ
- ☐ γ. Μειωμένη διαστολική αιματική ροή σημαίνει εμβρυική δυσχέρεια. Σ
- ☐ δ. Στις ενδείξεις για καταγραφή ομφαλικής αιματικής ροής μέσω Doppler συμπεριλαμβάνεται το ανεξήγητο ολιγοϋδράμνιο. Σ
- ☐ ε. Η καταγραφή ομφαλικής αιματικής ροής μέσω Doppler αποτελεί εξέταση ρουτίνας για όλες τις κύσεις. Λ

Νεογνική φυσιολογία και αναζωογόνηση νεογνού. Κλίμακα Apgar και νευρο-προσαρμοστικές κλίμακες, καθώς και η προγνωστική τους σημασία

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th Edition, σελ. 870.

Σχετικά με την κλίμακα Apgar:

- ☐ α. Λαμβάνεται βαθμολογία στο 1ο, 3ο και 5ο λεπτό μετά τη γέννα. Λ
- ☐ β. Η βαθμολογία της κλίμακας Apgar στο 1ο λεπτό μετά τη γέννα συσχετίζεται με την επιβίωση του νεογνού. Σ
- ☐ γ. Η βαθμολογία της κλίμακας Apgar στο 5ο λεπτό μετά τη γέννα συσχετίζεται με την επιβίωση του νεογνού. Λ
- ☐ δ. Η βαθμολογία της κλίμακας Apgar κυμαίνεται από 1 έως 10. Λ
- ☐ ε. Ο μυϊκός τόνος δεν περιλαμβάνεται στα κλινικά σημεία καθορισμού της κλίμακας Apgar. Λ

Chestnut's Obstetrics Anaesthesia, 5th Edition, σελ. 168 – 170

Σχετικά με την κλίμακα Apgar:

- ☐ α. Βασίζεται σε 5 παραμέτρους που αξιολογούνται το 1ο και το 5ο min μετά τη γέννηση. Σ
- ☐ β. Βαθμολογία 0 – 3 σημαίνει ανάγκη για άμεση αναζωογόνηση. Σ
- ☐ γ. Η χαμηλή βαθμολογία στη κλίμακα Apgar, από μόνη της, δεν παρέχει επαρκή αποδεικτικά στοιχεία περιγεννητικής ασφυξίας. Σ
- ☐ δ. Η αναπνευστική προσπάθεια, ο μυϊκός τόνος και η παρουσία αντανακλαστικών αποτελούν στοιχεία της κλίμακας που επηρεάζονται περισσότερο από την ηλικία κύησης. Σ
- ☐ ε. Η σωστά αξιολογούμενη κλίμακα Apgar μπορεί να αντικαταστήσει την πλήρη φυσική εξέταση του νεογνού, για ώρες μετά τη γέννηση. Λ

Σχετικά με τη λήψη αερίων αίματος από τον ομφάλιο λώρο:

Chestnut's Obstetrics Anaesthesia 5th Edition σελ. 170 - 171

- ☐ α. Αποτελεί αντικειμενικότερη μέτρηση για την κατάσταση του νεογνού συγκριτικά με την κλίμακα Apgar Σ

- ☐ β. Η φυσιολογική τιμή του pH του ομφαλίου λώρου είναι $> 7,2$ Σ
- ☐ γ. $pH < 7,0$ και έλλειμμα βάσης ≥ 12 mmol/L, σε μέτρηση αερίων αίματος του ομφαλίου λώρου, παρατηρούνται ύστερα από οξύ ενδομήτριο υποξικό σύμβαμα, ικανό να προκαλέσει εγκεφαλική παράλυση Σ
- ☐ δ. Αέρια αίματος λαμβανόμενα από την ομφαλική αρτηρία αντιπροσωπεύουν την κατάσταση του νεογνού Σ
- ☐ ε. Αέρια αίματος λαμβανόμενα από την ομφαλική φλέβα αντιπροσωπεύουν την κατάσταση του νεογνού. Λ

Μαιευτική διαχείριση τοκετού (φυσιολογικές και μη-φυσιολογικές καταστάσεις)

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Good Practice No 11. 2010

Σχετικά με το βαθμό επείγοντος μιας καισαρικής τομής:

- ☐ α. Μητρική ή εμβρυική δυσπραγία με άμεση απειλή της ζωής της μητέρας ή του εμβρύου αποτελεί καισαρική τομή κατηγορίας 1. Σ
- ☐ β. Μητρική ή εμβρυική δυσπραγία χωρίς άμεση απειλή της ζωής της μητέρας ή του εμβρύου αποτελεί καισαρική τομή κατηγορίας 3. Λ
- ☐ γ. Απουσία εμβρυικής ή μητρικής δυσπραγίας που απαιτεί όμως πρόωρη καισαρική τομή αποτελεί καισαρική τομή κατηγορίας 2. Λ
- ☐ δ. Απουσία εμβρυικής ή μητρικής δυσπραγίας που πραγματοποιείται σε χρόνο που βολεύει το μαιευτήριο και τη μητέρα αποτελεί καισαρική τομή κατηγορίας 4. Σ
- ☐ ε. Ο βαθμός επείγοντος μιας καισαρικής τομής αφορά μόνο σε ταξινόμηση των μαιευτήρων γυναικολόγων και δεν επηρεάζει τους αναισθησιολόγους. Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice 5th ed, Elsevier Saunders, 2014, Philadelphia, USA: Part 3 (8). Intrapartum Fetal Assessment and Therapy

Κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού σε περίπτωση εμφάνισης αλλοιώσεων εμβρυικών παλμών, μέτρα αντιμετώπισης μπορούν να είναι τα παρακάτω:

- ☐ α. Να οδηγηθεί η επίτοκος στο χειρουργείο για καισαρική τομή. Λ
- ☐ β. Να τοποθετηθεί η επίτοκος σε αριστερή πλάγια θέση και της χορηγείται οξυγόνο. Σ
- ☐ γ. Να διακοπεί η χορήγηση ωκυτοκίνης. Σ
- ☐ δ. Να αυξηθεί ο ρυθμός χορήγησης ωκυτοκίνης. Λ
- ☐ ε. Να χορηγηθούν προσταγλανδίνες. Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice 5th ed, Elsevier Saunders, 2014, Philadelphia, USA: Part 3 (8). Intrapartum Fetal Assessment and Therapy

Ο φυσιολογικός εμβρυικός καρδιακός ρυθμός (σφύξεις/min) κυμαίνεται:

- ☐ α. Από 100 έως 180. Λ
- ☐ β. Από 120 έως 160. Σ
- ☐ γ. Από 80 έως 140. Λ
- ☐ δ. Από 90 έως 180. Λ
- ☐ ε. Από 100 έως 150. Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice 5th ed, Elsevier Saunders, 2014, Philadelphia, USA: Part 3 (8). Intrapartum Fetal Assessment and Therapy

Στην εκτίμηση του εμβρυικού καρδιακού ρυθμού αναλύονται τα παρακάτω:

- ☐ α. Ο βασικός καρδιακός ρυθμός. Σ
- ☐ β. Οι έκτακτες κολπικές συστολές του εμβρύου. Λ
- ☐ γ. Η μεταβλητότητα του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού. Σ
- ☐ δ. Οι έκτακτες κοιλιακές συστολές του εμβρύου. Λ
- ☐ ε. Οι περιοδικές μεταβολές (επιβραδύνσεις/ επιταχύνσεις). Σ

Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice 5th ed, Elsevier Saunders, 2014, Philadelphia, USA: Part 3 (8). Intrapartum Fetal Assessment and Therapy

Τα παρακάτω μπορούν να αποτελούν αίτια μη-φυσιολογικού εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού:

- ☐ α. Υπόταση της μητέρας. Σ
- ☐ β. Υπέρταση της μήτρας. Σ
- ☐ γ. Λήψη αντιβιοτικών. Λ
- ☐ δ. Συμπίεση της κεφαλής του εμβρύου, κατά το 2ο στάδιο του τοκετού. Σ
- ☐ ε. Διακοπή της έγχυσης ωκυτοκίνης. Λ

Πόνος τοκετού και οδοί πόνου

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Η φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού σελ. 2242-43.

DH Chestnut. Chapter 17: Obstetric management of labor and vaginal delivery pp 278-282 in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition.

DH Chestnut. Chapter 18: The pain of Childbirth and its effect on the mother and the fetus pp 290-292 in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition.

Σχετικά με τα στάδια του φυσιολογικού τοκετού:

- ☐ α. Η λανθάνουσα φάση (latent phase) του 1ου σταδίου του τοκετού έχει ποικίλη διάρκεια. Σ
- ☐ β. Η φάση μέγιστης διαστολής του 1ου σταδίου του τοκετού ξεκινά περίπου στα 7 εκατοστά διαστολής του τραχήλου της μήτρας. Λ
- ☐ γ. Κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής εξέλιξης του τοκετού, ο τράχηλος της μήτρας πρέπει να διαστέλλεται με ένα ρυθμό περίπου 5 cm/ώρα. Λ
- ☐ δ. Το 2ο στάδιο του τοκετού ορίζεται ως το μεσοδιάστημα μεταξύ της πλήρους διαστολής του τραχήλου και της γέννησης του νεογνού Σ
- ☐ ε. Το 2ο στάδιο του τοκετού τυπικά διαρκεί 1 έως 2 ώρες. Σ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Η φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού σελ. 2243-44.

DH Chestnut. Chapter 18: The pain of Childbirth and its effect on the mother and the fetus pp 288-299 in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition.

Σχετικά με τη φυσιολογία του πόνου στο 1ο στάδιο του φυσιολογικού τοκετού:

- ☐ α. Ο πόνος στο 1ο στάδιο του φυσιολογικού τοκετού ξεκινά με την εμφάνιση συσπάσεων στη μήτρα. Σ
- ☐ β. Τα αλγινά ερεθίσματα στο 1ο στάδιο του τοκετού μεταδίδονται με κεντρομόλες σωματικές ίνες στα Θ10-Ο1 νωτιαία τμήματα. Λ
- ☐ γ. Ο πόνος στο 1ο στάδιο του τοκετού οφείλεται και σε φλεγμονώδεις μεταβολές Σ
- ☐ δ. Η αγγειοσπαστική λόγω της συμπαθητικής υπερδιέγερσης συμβάλλει στην έκλυση του πόνου του 1ου σταδίου του φυσιολογικού τοκετού. Σ

- ☐ ε. Ο πόνος στο 1ο στάδιο του τοκετού είναι τυπικός σωματικός πόνος. Λ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Αναισθησία για τον αυτόματο κολπικό τοκετό (spontaneous vaginal delivery) σελ 2243-44.

DH Chestnut. Chapter 18: The pain of Childbirth and its effect on the mother and the fetus pp 288-299 in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition

Σχετικά με τη φυσιολογία του πόνου στο 2ο στάδιο του φυσιολογικού τοκετού:

- ☐ α. Ο πόνος στο 2ο στάδιο του φυσιολογικού τοκετού οφείλεται στη διάταση των δομών της πυέλου και του περινέου λόγω καθόδου του εμβρύου. Σ
- ☐ β. Τα αλγινά ερεθίσματα στο 2ο στάδιο του τοκετού μεταδίδονται με κεντρομόλες σωματικές ίνες στα Θ10-Ο1 νωτιαία τμήματα. Λ
- ☐ γ. Τα αλγινά ερεθίσματα στο 2ο στάδιο του τοκετού μεταδίδονται μόνο με αισθητικές ίνες στα Θ10-Ο1 νωτιαία τμήματα. Λ
- ☐ δ. Τα αλγινά ερεθίσματα στο 2ο στάδιο του τοκετού μεταδίδονται μόνο με αισθητικές ίνες στα Ι2, Ι3 & Ι4 νευροτόμια. Λ
- ☐ ε. Ο πόνος στο 2ο στάδιο του τοκετού είναι τυπικός σωματικός πόνος. Σ

Σχετικά με την ένταση του πόνου του φυσιολογικού τοκετού:

DH Chestnut. Chapter 18: The pain of Childbirth and its effect on the mother and the fetus pp 288-299 in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition

- ☐ α. Η ένταση του πόνου κατά τον τοκετό εξαρτάται κυρίως από την ένταση των συσπάσεων της μήτρας. Σ
- ☐ β. Η διάρκεια των συσπάσεων της μήτρας δεν επηρεάζει τη ένταση του πόνου κατά τον φυσιολογικό τοκετό. Λ
- ☐ γ. Οι ηλικιωμένες επίτοκες πονούν περισσότερο συγκριτικά με τις νεώτερες επίτοκες. Λ
- ☐ δ. Ο πόνος κατά τον τοκετό είναι πιο έντονος στις πρωτοτόκους. Σ
- ☐ ε. Η χορήγηση ωκυτοκίνης δεν επηρεάζει την ένταση του πόνου. Λ

DH Chestnut Chapter 18: The pain of Childbirth and its effect on the mother and the fetus pp 288-299 in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition

Σχετικά με την επίδραση του πόνου του τοκετού στη μητέρα ή/και στο έμβρυο:

- ☐ α. Ο πόνος προκαλεί υποκαπνία στην επίτοκο. Σ
- ☐ β. Ο πόνος προκαλεί προς τα δεξιά μετατόπιση της καμπύλης κορεσμού Hb της μητέρας. Λ
- ☐ γ. Ο πόνος μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική συμπαθητική δραστηριότητα της επιτόκου και παράταση του τοκετού. Σ
- ☐ δ. Ο πόνος μπορεί να προκαλέσει μεταβολική αλκάλωση στο έμβρυο. Λ
- ☐ ε. Ο πόνος μπορεί να προκαλέσει οξέωση στο έμβρυο. Σ

Τοκολυτική αγωγή, ενδείξεις και αντενδείξεις

Practice Bulletin 171, October 2016, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists

Chestnut's Obstetric Anesthesia 2nd ed, σελ 670-686

A Practical Approach to Obstetric Anesthesia. B. Bucklin, D. Gambling, D. Wlody eds. LippincottWilliams&Wilkins 2009.

Τα παρακάτω είναι τοκολυτικά φάρμακα:

- ☐ α. Τερβουταλίνη Σ
- ☐ β. Θεϊκό μαγνήσιο Σ
- ☐ γ. Νιφεδιπίνη Σ

- | | |
|---|---|
| ☐ δ. Θειοπεντάλη | Λ |
| ☐ ε. Προποφόλη | Λ |

Practice Bulletin 171, October 2016, The American College of Obstetricians and Gynecologists.

Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists

Chestnut's Obstetric Anesthesia 2nd ed, σελ 670-686

A Practical Approach to Obstetric Anesthesia. B. Bucklin, D. Gambling, D. Wlody eds. LippincotWilliams&Wilkins 2009.

Τα παρακάτω είναι τοκολυτικά φάρμακα:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη | Σ |
| ☐ β. Ινδομεθακίνη | Σ |
| ☐ γ. Νεοστιγμίνη | Λ |
| ☐ δ. Ωκυτοκίνη | Λ |
| ☐ ε. Sugammadex | Λ |

Practice Bulletin 171, October 2016, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical

management guidelines for obstetrician–gynecologists

Chestnut's Obstetric Anesthesia 2nd ed, σελ 670-686

A Practical Approach to Obstetric Anesthesia. B. Bucklin, D. Gambling, D. Wlody eds. LippincotWilliams&Wilkins 2009.

Τα παρακάτω αποτελούν αντενδείξεις της τοκόλυσης:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Χorioαμνιονίτιδα | Σ |
| ☐ β. Ηλικία κύησης μεταξύ 20 και 34 εβδομάδων. | Λ |
| ☐ γ. Αιμορραγία και αιμοδυναμική αστάθεια της μητέρας. | Σ |
| ☐ δ. Εμβρυικός θάνατος | Σ |
| ☐ ε. Γενετική ανωμαλία ασύμβατη με τη ζωή. | Σ |

Practice Bulletin 171, October 2016, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical

management guidelines for obstetrician–gynecologists

Chestnut's Obstetric Anesthesia 2nd ed, σελ 670-686.

A Practical Approach to Obstetric Anesthesia. B. Bucklin, D. Gambling, D. Wlody eds. Lippincot Williams & Wilkins 2009.

Τα παρακάτω αποτελούν αντενδείξεις της τοκόλυσης:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Σοβαρή εκλαμψία ή προεκλαμψία. | Σ |
| ☐ β. Εμβρυικές ανωμαλίες ασύμβατες με τη ζωή. | Σ |
| ☐ γ. Ιστορικό τοκόλυσης σε προηγούμενη κύηση. | Λ |
| ☐ δ. Φυσιολογικό καρδιοτοκογράφημα. | Λ |
| ☐ ε. Κύηση άνω των 37 εβδομάδων. | Σ |

Practice Bulletin 171, October 2016, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical

management guidelines for obstetrician–gynecologists

Chestnut's Obstetric Anesthesia 2nd ed, σελ 670-686.

A Practical Approach to Obstetric Anesthesia. B. Bucklin, D. Gambling, D. Wlody eds. Lippincot Williams & Wilkins 2009.

Τα παρακάτω αποτελούν ενδείξεις τοκόλυσης:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Απουσία εμβρυικής δυσχέρειας. | Σ |
| ☐ β. Ηλικία κύησης μεταξύ 20 και 34 εβδομάδων. | Σ |
| ☐ γ. Ηλικία κύησης άνω των 34 εβδομάδων. | Λ |
| ☐ δ. Αλλοιώσεις εμβρυικών παλμών. | Λ |
| ☐ ε. Εμβρυικός θάνατος. | Λ |

Practice Bulletin 171, October 2016, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists
 Chestnut's Obstetric Anesthesia 2nd ed, σελ 670-686.
 A Practical Approach to Obstetric Anesthesia. B. Bucklin, D. Gambling, D. Wlody eds. Lippincot Williams & Wilkins 2009.

Σχετικά με τις συνέπειες της τοκόλυσης:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Τοκόλυση με ριτοδρίνη ή μετερβουταλίνη μπορεί να προκαλέσει βραδυκαρδία. | Λ |
| ☐ β. Τοκόλυση με ριτοδρίνη ή τερβουταλίνη μπορεί να προκαλέσει πνευμονικό οίδημα. | Σ |
| ☐ γ. Επίτοκος που λαμβάνει μαγνήσιο, θα χρειαστεί υψηλότερες δόσεις νευρομυϊκών αποκλειστών σε περίπτωση γενικής αναισθησίας. | Λ |
| ☐ δ. Η χορήγηση νιφεδιπίνης μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της αρτηριακής πίεσης της μητέρας. | Λ |
| ☐ ε. Μπορεί να προκαλέσει υπερτονία της μήτρας | Λ |

Χρήση τοπικών αναισθητικών στη Μαιευτική

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. Obstetric anesthesia σελ 849-57 και Κεφ. Local anesthetics, σελ 271-5.

Διαλύματα τοπικών αναισθητικών κατάλληλα για επισκληρίδιο αναλγησία τοκετού σε επαναληπτικές δόσεις ή συνεχή χορήγηση αποτελούν:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Βουπιβακαΐνη 0,0625-0,25% | Σ |
| ☐ β. Λιδοκαΐνη 2% | Λ |
| ☐ γ. Ροπιβακαΐνη 0,1-0,2% | Σ |
| ☐ δ. Λεβοβουπιβακαΐνη 0,5%-0,75% | Λ |
| ☐ ε. Χλωροπροκαΐνη 3% με αδρεναλίνη | Λ |

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. Obstetric anesthesia σελ 849-57 και Κεφ. Local anesthetics, σελ 271-5.

Σχετικά με την υπαραχνοειδή χορήγηση τοπικών αναισθητικών για χειρουργική αναισθησία για διενέργεια καισαρικής τομής ισχύουν:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Το διάλυμα βουπιβακαΐνης 0,125% αποτελεί μια καλή επιλογή. | Λ |
| ☐ β. Οι δόσεις των τοπικών αναισθητικών είναι μειωμένες κατά περίπου 30% σε σχέση με αυτές που χρησιμοποιούνται στους υπόλοιπους ενήλικες. | Σ |
| ☐ γ. Η προσθήκη οπιοειδούς στο τοπικό αναισθητικό είναι επικίνδυνη για το νεογνό και θα πρέπει γενικά να αποφεύγεται. | Λ |
| ☐ δ. Κλασική επιλογή αποτελεί ο συνδυασμός τοπικού αναισθητικού με αδρεναλίνη 0,2 mg. | Λ |
| ☐ ε. Η προσθήκη φεντανύλης 10-25 μg στο τοπικό αναισθητικό αυξάνει το βάθος και παρατείνει τη διάρκεια του αισθητικού αποκλεισμού και της αναλγησίας. | Σ |

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. Obstetric anesthesia σελ 849-57 και Κεφ. Local anesthetics, σελ 271-5.

Σχετικά με τα επισκληριδώς χορηγούμενα τοπικά αναισθητικά που χρησιμοποιούνται στη μαιευτική αναισθησία και αναλγησία:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Η ροπιβακαΐνη είναι λιγότερο καρδιοτοξική από την βουπιβακαΐνη και συνεπώς πιο ασφαλής. | Σ |
|---|---|

- β. Η ροπιβακαΐνη προκαλεί ισχυρότερο κινητικό αποκλεισμό από την βουπιβακαΐνη όταν χορηγείται σε ισο-αναλγητικές δόσεις. Λ
- γ. Η προσθήκη αδρεναλίνης αυξάνει τη συγκέντρωση του μη ιονισμένου κλάσματος του τοπικού αναισθητικού και επιταχύνει την έναρξη δράσης του. Λ
- δ. Η προσθήκη φεντανύλης 200-300 μg στο επισκληριδίως χορηγούμενο τοπικό αναισθητικό για διενέργεια καισαρικής τομής αποτελεί ενδεδειγμένη πρακτική για βελτίωση του αισθητικού αποκλεισμού. Λ
- ε. Η προσθήκη διττανθρακικού νατρίου 8.4% (NaHCO_3 8.4%) στο επισκληριδίως χορηγούμενο τοπικό αναισθητικό και ειδικά με τον συνδυασμό λιδοκαΐνης επιταχύνει την εγκατάσταση του αποκλεισμού και αποτελεί ενδεδειγμένη πρακτική ειδικά στην επείγουσα καισαρική τομή. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. Obstetric anesthesia σελ 849-57 και Κεφ. Local anesthetics, σελ 271-5.

Σχετικά με τα διαλύματα τοπικών αναισθητικών που χρησιμοποιούνται για επισκληρίδιο μαιευτική αναλγησία τοκετού, ισχύουν τα ακόλουθα:

- α. Όταν συνδυάζονται με οπιοειδή, οι απαιτούμενες συγκεντρώσεις και συνολικές δόσεις του τοπικού αναισθητικού για την επίτευξη του επιθυμητού αισθητικού αποκλεισμού μειώνονται. Σ
- β. Ο συνδυασμός βουπιβακαΐνης 0,0625-0,125% με φεντανύλη 2-3 μg/ml αποτελεί μια ενδεδειγμένη επιλογή για επισκληρίδιο αναλγησία τοκετού. Σ
- γ. Ο συνδυασμός ροπιβακαΐνης 0,5% με φεντανύλη 2-3 μg/ml αποτελεί μια ενδεδειγμένη επιλογή για επισκληρίδιο αναλγησία τοκετού. Λ
- δ. Διαλύματα βουπιβακαΐνης 0,0625% γενικά δεν προκαλούν κινητικό αποκλεισμό και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για περιπατητική επισκληρίδιο αναλγησία τοκετού (walking epidural). Σ
- ε. Η προσθήκη αδρεναλίνης 1:100.000 σε διαλύματα τοπικών αναισθητικών συνεχούς έγχυσης αποτελεί συνήθη και ασφαλή πρακτική στην επισκληρίδιο μαιευτική αναλγησία τοκετού. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. Obstetric anesthesia σελ 849-57 και Κεφ. Local anesthetics, σελ 271-5.

Διαλύματα τοπικών αναισθητικών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για επισκληρίδιο χειρουργική αναισθησία για διενέργεια καισαρικής τομής αποτελούν:

- α. Η λιδοκαΐνη 2% Σ
- β. Η ροπιβακαΐνη 0,75% Σ
- γ. Η βουπιβακαΐνη 0,125% Λ
- δ. Η χλωροπροκαΐνη 3% Σ
- ε. Η λεβοβουπιβακαΐνη 0,5% Σ

Τεχνικές περιοχικής αναισθησίας στη Μαιευτική: Νευραξονική χορήγηση οπιοειδών στη Μαιευτική

Morgan 5th edition, page 835 & 848.

Κατά τον κεντρικό νευραξονικό αποκλεισμό στη μαιευτική:

- α. Επισκληρίδιος χορήγηση φεντανύλης σε δόση 5 μg προκαλεί παράταση του τοκετού. Λ
- β. Δεν επιτρέπεται η υπαραχνοειδής χορήγηση οπιοειδών, λόγω της πιθανής εμβρυικής αναπνευστικής καταστολής. Λ
- γ. Η ED50 της φεντανύλης όταν χορηγείται επισκληριδίως για φυσιολογικό τοκετό είναι

- 124 µg. Σ
- δ. Σε σοβαρή στένωση αορτικής βαλβίδας δεν αντενδείκνυται η χορήγηση οπιοειδών υπαραχνοειδώς. Σ
- ε. Αποδεκτή δόση για τη μορφίνη υπαραχνοειδώς είναι 0,1-0,5 mg. Σ

Morgan 5th edition, page 848.

Όσον αφορά τις συνήθεις δόσεις για νευραξονική χορήγηση οπιοειδών στη μαιευτική:

- α. Η δόση για τη μορφίνη επισκληριδίως είναι 0,1-0,5 mg Λ
- β. Η δόση για τη φεντανύλη υπαραχνοειδώς είναι 50-150 µg Λ
- γ. Η δόση για τη μεπεριδίνη υπαραχνοειδώς είναι 10-15 µg Λ
- δ. Η δόση για τη φεντανύλη επισκληριδίως είναι 50-250 µg Λ
- ε. Η δόση για τη σουφεντανίλη υπαραχνοειδώς είναι 3-10 µg Σ

Morgan 5th edition, page 848.

Σχετικά με την νευραξονική χορήγηση οπιοειδών στη μαιευτική:

- α. Ο συνδυασμός μορφίνης με φεντανύλη μπορεί να προσφέρει γρήγορη έναρξη αναλγησίας και μακρά διάρκεια. Σ
- β. Παρατηρείται σοβαρή βραδυκαρδία μετά τη χορήγηση σουφεντανίλης υπαραχνοειδώς. Λ
- γ. Η πεθιδίνη (μεπεριδίνη) δεν χορηγείται υπαραχνοειδώς. Λ
- δ. Η υπόταση μετά τη χορήγηση οπιοειδών υπαραχνοειδώς οφείλεται στον προκαλούμενο συμπαθητικό αποκλεισμό. Λ
- ε. Η μορφίνη επισκληριδίως σε δόση 2-2,5 mg για φυσιολογικό τοκετό προσφέρει ικανοποιητική αναλγησία. Λ

Morgan 5th edition, page 848.

Τα οπιοειδή όταν χορηγούνται νευραξονικά στη μαιευτική:

- α. Στερούνται των βασικών ανεπιθύμητων παρενεργειών τους. Λ
- β. Σε μεγάλες δόσεις εμποδίζουν τη διαδικασία εξώθησης. Λ
- γ. Δόσεις μορφίνης >5 mg επισκληριδίως μπορεί να προκαλέσουν καθυστερημένη αναπνευστική καταστολή στην επίτοκο. Σ
- δ. Προκαλούν υπόταση λόγω της μείωσης των κυκλοφορικών κατεχολαμινών. Σ
- ε. Η μορφίνη σπάνια χορηγείται μόνη της. Σ

Μέθοδοι αναλγησίας κατά τον τοκετό: ενδείξεις και αντενδείξεις (φυσιολογικές μέθοδοι, συμπληρωματικές μέθοδοι, ενδοφλέβια αναλγησία, επισκληρίδιος, συνδυασμένη υπαραχνοειδής-επισκληρίδιος αναλγησία, αποκλεισμός παρασπονδυλικός, αποκλεισμός αιδοϊκού πλέγματος, συνεχής υπαραχνοειδής)

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία:

Αναλγησία για τη γέννηση και τον κοιλιακό τοκετό - Διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση σελ. 2244.

DH Chestnut. Chapter 19: Child birth preparation and nonpharmacologic analgesia, pp 304-7 in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition

Levett KM et al. Acupuncture and acupressure for pain management in labour and birth: a critical narrative review of current systematic review evidence. Complement Ther Med 2014;22:523-40.

Smith CA et al. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev 2011 Jul 6;(7):CD009232. doi: 10.1002/14651858.CD009232. Review. PMID:21735441

Arendt KW et al. Nonpharmacologic Labor Analgesia. ClinPerinatol 2013;40:351–371.

Σχετικά με τις «Μη-φαρμακολογικές τεχνικές αναλγησίας στον τοκετό»:

- ☐ α. Ο βελονισμός δεν φαίνεται να ανακουφίζει καθόλου τον πόνο κατά τον φυσιολογικό τοκετό. Λ
- ☐ β. Η διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, TENS) ελαττώνει την απελευθέρωση ενδορφινών και δυνορφινών κεντρικά. Λ
- ☐ γ. Στη διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, TENS) η τοποθέτηση των ηλεκτροδίων γίνεται πάνω από την κατώτερη περιοχή της οσφύος στην περιοχή κατανομής των Θ10–Ο1 νευροτομιών. Σ
- ☐ δ. Η εμφάνιση της επιτόκου στο νερό μπορεί να ελαττώσει την ανάγκη για επισκληρίδιο αναλγησία κατά το 1ο στάδιο του τοκετού. Σ
- ☐ ε. Οι βλατίδες με αποστειρωμένο νερό γίνονται σε 4 σημεία στην περιοχή της οσφύος. Λ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία:

Αναλγησία για τη γέννηση και τον κοιλιακό τοκετό - Διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση σελ. 2247-8.

DH Chestnut. Chapter 19: Childbirth preparation and nonpharmacologic analgesia, pp 311-21, in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition

Klomp T et al. Inhaled analgesia for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev 2012.

Likis FE et al. Nitrous oxide for the management of labor pain: a systematic review. Anesth Analg 2014;118:153-67

Σχετικά με την «Εισπνευστική αναλγησία στον τοκετό»:

- ☐ α. Τα εισπνεόμενα αναλγητικά μπορεί να χορηγηθούν διακεκομμένα κατά τη διάρκεια των συσπάσεων της μήτρας. Σ
- ☐ β. Τα εισπνεόμενα αναλγητικά μπορεί να αυτοχορηγούνται από την ίδια την επιτόκο. Σ
- ☐ γ. Σχετικά με τη χορήγηση σεβοφλουρανίου, μια εισπνεόμενη συγκέντρωση 1,8% είναι αποδεκτή για την επίτευξη αναλγησίας κατά τον τοκετό. Λ
- ☐ δ. Η χορήγηση υποξειδίου του αζώτου και οξυγόνου σε αναλογία 50:50 εμφανίζει τη μέγιστη αναλγητική δράση μετά από 80 έως 100 δευτερόλεπτα. Λ
- ☐ ε. Η χορήγηση υποξειδίου του αζώτου και οξυγόνου σε αναλογία 50:50 φαίνεται ότι δεν έχει καμία επίδραση στην ηπατική, νεφρική ή καρδιακή λειτουργία της επιτόκου. Σ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία:

Αναλγησία για τη γέννηση και τον κοιλιακό τοκετό - Διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση σελ. 2244-7.

S Patil et L. Tramadol analgesia in labour. Int J Pharm Biomed Res 2012;3:49-51

Solek-Pastuszka J et al. Remifentanyl for labour pain relief. Anaesthesiol Intensive Ther 2015;47:82-6

Rehberg B et al. Can remifentanyl use in obstetrics be improved by optimal patient-controlled analgesia bolus timing? Br J Anaesth 2015;114:281-9

Van de Velde M. Patient-controlled intravenous analgesia remifentanyl for labor analgesia: time to stop, think and reconsider. Curr Opin Anaesthesiol 2015;28:237-9

Σχετικά με τη συστηματική χορήγηση φαρμάκων για την διασφάλιση αναλγησίας κατά τον τοκετό:

- ☐ α. Η μέγιστη αναλγητική δράση της πεθιδίνης ξεκινά 40 έως 50 min μετά την ενδομυϊκή της χορήγηση. Σ
- ☐ β. Η εμβρυϊκή έκθεση στην πεθιδίνη είναι περισσότερο υψηλή μεταξύ της 1ης και 2ης ώρας μετά από τη χορήγηση στη μητέρα. Λ
- ☐ γ. Η χορήγηση αυξημένων δόσεων κεταμίνης για αναλγησία στον τοκετό μπορεί να προκαλέσει αύξηση του τόνου της μήτρας. Σ
- ☐ δ. Συνιστάται η χορήγηση τραμαδόλης για επίτευξη αναλγησίας στον τοκετό, δεδομένου Σ

- ότι διασφαλίζει άριστη αναλγησία και δεν διαπερνά εύκολα τον πλακούντα. Λ
- ε. Η χορήγηση ρεμιφεντανίλης με PCA αποτελεί εναλλακτική λύση σε επιτόκους στις οποίες αντενδείκνυται η επισκληρίδιος αναλγησία. Σ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Αναλγησία για τη γέννηση και τον κοιλιακό τοκετό - Διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση σελ. 2248-51. DH Chestnut. Chapter 22: Alternative regional anesthetic techniques, pp 387-94, in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition

Jones L et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2012.

Σχετικά με τις περιοχικές τεχνικές αναλγησίας κατά τον τοκετό:

- α. Για αναλγησία στο 1ο στάδιο του τοκετού μπορεί να εφαρμόσουμε παρατραχηλικό αποκλεισμό. Σ
- β. Για αναλγησία στο 2ο στάδιο του τοκετού μπορεί να εφαρμόσουμε παρατραχηλικό αποκλεισμό. Λ
- γ. Για αναλγησία στο 2ο στάδιο του τοκετού μπορεί να εφαρμόσουμε αιδοϊκό αποκλεισμό. Σ
- δ. Για αναλγησία στο 1ο στάδιο του τοκετού μπορεί να εφαρμόσουμε οσφυϊκό συμπαθητικό αποκλεισμό Σ
- ε. Για αναλγησία στο 2ο στάδιο του τοκετού μπορεί να εφαρμόσουμε οσφυϊκό συμπαθητικό αποκλεισμό Λ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Αναλγησία για τη γέννηση και τον κοιλιακό τοκετό, σελ. 2248-51.

DH Chestnut. Chapter 21: Epidural and spinal analgesia/anesthesia pp 369-383, in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition.

Wong CA et al. Early compared with late neuraxial analgesia in nulliparous labor induction: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2009; 113:1066-74.

Sng BL et al. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. Cochrane Database Syst Rev 2014.

Simmons SW et al. Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2012.

AD Niesen, AK Jacob. Combined Spinal-Epidural Versus Epidural Analgesia for Labor and Delivery. Clin Perinatol 2013;40:373-384

Arendt KW et al. The association between epidural labor analgesia and maternal fever. Clin Perinatol 2013;40:385-98

Σχετικά με τη νευραξονική αναλγησία στον τοκετό:

- α. Η εφαρμογή της επισκληρίδιος αναλγησίας γίνεται μόνον όταν η επίτοκος έχει διαστολή του τραχήλου της μήτρας μεγαλύτερη από 4 cm. Λ
- β. Η υπαραχνοειδής με μία μόνη έγχυση αναλγησία (single-shot spinal analgesia) μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε τοκετό με χρήση εργαλείων, όταν δεν έχει τοποθετηθεί εκ των προτέρων επισκληρίδιος καθετήρας. Σ
- γ. Η συνδυασμένη υπαραχνοειδής-επισκληρίδιος αναλγησία συγκριτικά με την επισκληρίδιος αναλγησία σχετίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα εμβρυικής βραδυκαρδίας. Σ
- δ. Η εφαρμογή επισκληρίδιος αναλγησίας κατά το 1ο στάδιο του τοκετού μπορεί να προκαλέσει παράταση του τοκετού. Σ
- ε. Η επισκληρίδιος αναλγησία κατά τον φυσιολογικό τοκετό σχετίζεται με υπερπυρεξία της μητέρας. Σ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Αναλγησία για τη γέννηση και τον κοιλιακό τοκετό, σελ. 2248-51.

DH Chestnut. Chapter 21: Epidural and spinal analgesia/anesthesia pp 333, 365, in

“Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition.

Van der Vyver M, et al. Patient-controlled epidural analgesia versus continuous infusion for labour analgesia: a meta-analysis. Br J Anaesth 2002;89:459-65.

David H. Chestnut. Chapter 21: Epidural and spinal analgesia/anesthesia pp 327 in “Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition.

Σχετικά με τη νευραξονική αναλγησία κατά τον τοκετό:

- ☐ α. Συνιστάται η εφαρμογή συνεχούς ραχιαίας αναλγησίας με τη χρήση καθετήρα μικρής διαμέτρου («μικροκαθετήρα», microcatheter). Λ
- ☐ β. Για επισκληρίδιο αναλγησία κατά τον τοκετό συνιστάται να χρησιμοποιείται ροπιβακίνη σε συγκέντρωση 0,5%. Λ
- ☐ γ. Η συγχορήγηση νευραξονικών οπιοειδών βελτιώνει την ποιότητα της παρεχόμενης επισκληρίδιας αναλγησίας κατά τον τοκετό. Σ
- ☐ δ. Η ελεγχόμενη από την επίτοκο επισκληρίδια αναλγησία (Patient Controlled Epidural Analgesia, PCEA) συγκριτικά με τη συνεχή επισκληρίδιο έγχυση φαίνεται ότι ελαττώνει την εκδήλωση κινητικού αποκλεισμού στην επίτοκο. Σ
- ☐ ε. Στην επίτοκο η επισκληρίδιος τεχνική για τη διασφάλιση αναλγησίας κατά τον τοκετό πρέπει να εφαρμόζεται πάντοτε σε καθεστηκία θέση. Λ

Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας: Υπόταση

Langesæter E, Dyer RA. Maternal haemodynamic changes during spinal anaesthesia for caesarean section. Curr Opin Anaesthesiol 2011;24:242-8.

Klöhr S et al. Definitions of hypotension after spinal anaesthesia for caesarean section: literature search and application to parturients. Acta Anaesthesiol Scand 2010;54:909-921

Hanss R et al. Heart rate variability-guided prophylactic treatment of severe hypotension after subarachnoid block for elective cesarean delivery. Anesthesiology 2006; 104:635-643

Somboonviboon W et al. Incidence and risk factors of hypotension and bradycardia after spinal anesthesia for cesarean section. J Med Assoc Thai 2008;91:181-187

DH Chestnut. Chapter 25: Anesthesia for cesarean section pp 425-426 in “Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition.

Σχετικά με την υπόταση μετά από νευραξονική αναισθησία σε επίτοκες:

- ☐ α. Η εμφάνιση υπότασης μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία για καισαρική τομή είναι συχνότερη συγκριτικά με την επισκληρίδιο αναισθησία. Σ
- ☐ β. Η αναφερόμενη στη βιβλιογραφία συχνότητα της υπότασης μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία για καισαρική τομή ποικίλει λόγω του διαφορετικού ορισμού της μητρικής υπότασης μεταξύ των μελετών. Σ
- ☐ γ. Η υπόταση μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία είναι λιγότερο συχνή και σοβαρή σε εγκύους ασθενείς σε σχέση με μη-εγκύους. Λ
- ☐ δ. Η μεταβλητότητα της καρδιακής συχνότητας της επιτόκου αποτελεί προγνωστικό παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση υπότασης μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία. Σ
- ☐ ε. Η νεαρή ηλικία της επιτόκου (κάτω των 35 ετών) αποτελεί προγνωστικό παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση υπότασης μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία. Λ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία:

Αναισθησία για τον αυτόματο κολπικό τοκετό- Διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση σελ. 2244.

DH Chestnut. Chapter 25: Anesthesia for cesarean section pp 425-6, in “Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition.

Zhou ZQ et al. Lumbar wedge versus pelvic wedge in preventing hypotension following combined spinal epidural anaesthesia for caesarean delivery. Anaesth Intensive Care 2008;36:835-9.

Turhanoglu S et al. Is there an advantage in using low-dose intrathecal bupivacaine for cesarean section? J Anesth 2009; 23:353-7.

Ngan Kee WD. Prevention of maternal hypotension after regional anaesthesia for caesarean section. Curr Opin Anaesthesiol 2010;23:304-9.

Gogarten W. Preeclampsia and anaesthesia. Curr Opin Anaesthesiol 2009;22:347-51.

Mercier FJ. Cesarean delivery fluid management. Curr Opin Anesthesiol 2012;25: 286-91.

Σχετικά με τις τεχνικές αποφυγής της υπότασης μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία σε επιτόκους:

- α. Συνιστάται εφαρμογή της πλάγιας μετατόπισης της μήτρας τοποθετώντας μια σφήνα κάτω από την αριστερά οσφυϊκή χώρα της επιτόκου προκειμένου να αρθεί η πίεση της κάτω κοίλης φλέβας και αορτής και να περιορισθεί η εμφάνιση της υπότασης. Λ
- β. Η εμφάνιση και η βαρύτητα της υπότασης στην επίτοκο μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία δεν επηρεάζεται από τον όγκο και τη συγκέντρωση του χορηγούμενου υπαραχνοειδώς τοπικού αναισθητικού. Λ
- γ. Η προ-ενυδάτωση (pre-load) με μεγάλους όγκους κρυσταλλοειδών ελαττώνει την εμφάνιση και την βαρύτητα της υπότασης στην επίτοκο μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία. Λ
- δ. Ο χρόνος που θα εφαρμοσθεί η ενυδάτωση με τα κρυσταλλοειδή διαλύματα (προ-ενυδάτωση έναντι ταυτόχρονης ενυδάτωσης) δεν φαίνεται να επηρεάζει διαφορετικά την εμφάνιση και την βαρύτητα της υπότασης στην επίτοκο μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία. Λ
- ε. Σε επίτοκες με προεκλαμψία συνιστάται η ενυδάτωση με υγρά να γίνεται κατά την έναρξη της εμφάνισης του συμπαθητικού αποκλεισμού μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία. Σ

DH Chestnut. Chapter 25: Anesthesia for cesarean section pp 425-6, in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition.

Loubert C. Fluid and vasopressor management for Cesarean delivery under spinal anesthesia: continuing professional development. Can J Anaesth 2012;59:604-19.

Langesaeter E et al. Continuous invasive blood pressure and cardiac output monitoring during cesarean delivery: a randomized, double-blind comparison of low-dose versus high-dose spinal anesthesia with intravenous phenylephrine or placebo infusion. Anesthesiology 2008;109:856-63.

Σχετικά με τις τεχνικές αποφυγής και αντιμετώπισης της υπότασης μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία σε επιτόκους:

- α. Για την πρόληψη της υπότασης μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία στις επίτοκες συνιστάται και η προφυλακτική χορήγηση αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων. Σ
- β. Η εφεδρίνη αποτελεί το μόνο αγγειοσυσπαστικό φάρμακο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στις επίτοκες για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της υπότασης μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία. Λ
- γ. Η φαινυλεφρίνη αποτελεί το φάρμακο επιλογής σε επίτοκες με υπόταση και βραδυκαρδία μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία. Λ
- δ. Η εφεδρίνη μπορεί να προκαλέσει εμβρυϊκή αλκάλωση. Λ
- ε. Η φαινυλεφρίνη μπορεί να προκαλέσει αντανakλαστική βραδυκαρδία και να οδηγήσει σε ελάττωση της καρδιακής παροχής της επιτόκου. Σ

Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας: Τρώση σκληράς μήνιγγας, κεφαλαλγία μετά από τρώση σκληράς μήνιγγας

Σχετικά με την κεφαλαλγία μετά από ατυχηματική τρώση της σκληράς μήνιγγας (PDPH):

- ☐ α. Εμφανίζεται πάντα μετά από εμφανή τρώση της σκληράς. Λ
- ☐ β. Οφείλεται στην ελάττωση της ενδοκράνιας πίεσης και την αντιρροπιστική αγγειοσυσπασση. Λ
- ☐ γ. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση καφεΐνης σε δόση 1500 mg ανά 6ωρο. Λ
- ☐ δ. Συστήνεται περιορισμός των προσλαμβανόμενων υγρών από το στόμα και χορηγούνται μόνο ενδοφλέβια. Λ
- ☐ ε. Ως επιπλοκή έχουν αναφερθεί περιστατικά εγκεφαλικού υποσκληριδίου αιματώματος. Σ

Morgan 5th edition, page 854-969.

Η κεφαλαλγία που προκαλείται μετά από ατυχηματική τρώση της σκληράς μήνιγγας (PDPH):

- ☐ α. Εντοπίζεται αποκλειστικά στην ινιακή περιοχή. Λ
- ☐ β. Μπορεί να προκληθεί και από τραυματισμό της σκληράς μήνιγγας από επισκληρίδιο καθετήρα. Σ
- ☐ γ. Είναι πάντα ετερόπλευρη. Λ
- ☐ δ. Αντιμετωπίζεται με κατάκλιση, ενυδάτωση, αναλγητικά από του στόματος και καφεΐνη. Σ
- ☐ ε. Σε ποσοστό 25-50% των ασθενών δεν θα απαιτηθεί επισκληρίδιο εμφύλωμα αίματος (epidural blood patch). Σ

Morgan 5th edition, page 969.

Το επισκληρίδιο εμφύλωμα αίματος (epidural blood patch) μετά από ατυχηματική τρώση της σκληράς μήνιγγας:

- ☐ α. Πρέπει να γίνεται όσο το δυνατό νωρίτερα. Λ
- ☐ β. Γίνεται με 30 ml ετερόλογου αίματος, αφού προηγηθεί φυγοκέντρηση. Λ
- ☐ γ. Γίνεται στο ίδιο μεσοσπονδύλιο με την τρώση διάστημα ή σε ένα διάστημα πιο κάτω. Σ
- ☐ δ. Το 90% των ασθενών ανταποκρίνονται σε ένα και μόνο blood patch. Σ
- ☐ ε. Συνιστάται η άμεση προφυλακτική εφαρμογή του σε όλους τους ασθενείς με υποψία τρώσης. Λ

Morgan 5th edition, page 854-969.

Όσον αφορά την κεφαλαλγία μετά από ατυχηματική τρώση της σκληράς μήνιγγας (PDPH):

- ☐ α. Μπορεί να εμφανισθεί και χωρίς εμφανή τρώση της σκληράς. Σ
- ☐ β. Συστήνεται κατανάλωση υγρών έως 1,5 L/ημέρα. Λ
- ☐ γ. Μπορεί να συνοδεύεται και από φωτοφοβία. Σ
- ☐ δ. Η έναρξη της δεν μπορεί να είναι αμέσως μετά τον τραυματισμό της σκληράς. Λ
- ☐ ε. Το γυναικείο φύλο και η μεγάλη ηλικία αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή της. Λ

Morgan 5th edition, page 854-969.

Δεδομένα που ισχύουν σχετικά με την κεφαλαλγία μετά από ατυχηματική τρώση της σκληράς μήνιγγας (PDPH) είναι τα παρακάτω:

- ☐ α. Η έναρξη της είναι συνήθως 72 ώρες μετά από την τρώση. Λ
- ☐ β. Μπορεί να συνοδεύεται από διπλωπία λόγω έλξης των κρανιακών νεύρων. Σ
- ☐ γ. Η ενυδάτωση και η καφεΐνη δρουν μέσω της διέγερσης της παραγωγής του ENY. Σ
- ☐ δ. Τα ΜΣΑΦ δεν ενδείκνυνται σε αυτού του τύπου την κεφαλαλγία καθώς δεν Σ

- προκαλείται μέσω προσταγλανδινών. Λ
- ☐ ε. Ως συμπληρωματική αγωγή μπορεί να χορηγηθούν υπακτικά. Σ

Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας: Ολική υπαραχνοειδής αναισθησία

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. Σελ. 462.

Ένα απρόβλεπτα υψηλό επίπεδο αποκλεισμού στη μαιευτική μπορεί να συμβεί εξαιτίας:

- ☐ α. Της τοποθέτησης του επισκληρίδιου καθετήρα ακούσια υπαραχνοειδώς και χορήγηση δόσης τοπικού αναισθητικού προβλεπόμενη για το επισκληρίδιο χώρο. Σ
- ☐ β. Της τοποθέτησης του επισκληρίδιου καθετήρα ακούσια υπαραχνοειδώς και χορήγηση δόσης τοπικού αναισθητικού προβλεπόμενη για τον υπαραχνοειδή χώρο. Λ
- ☐ γ. Της τοποθέτησης του επισκληρίδιου καθετήρα ακούσια στον υποσκληρίδιο χώρο και χορήγηση δόσης τοπικού αναισθητικού προβλεπόμενη για το επισκληρίδιο χώρο. Σ
- ☐ δ. Της μετανάστευσης του επισκληρίδιου καθετήρα στον επισκληρίδιο ή υπαραχνοειδή χώρο κατά την διάρκεια του τοκετού. Σ
- ☐ ε. Δεν μπορεί να συμβεί εξαιτίας υπερδοσολογίας τοπικού αναισθητικού στον επισκληρίδιο χώρο. Λ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ 462

Ολική υπαραχνοειδής αναισθησία στη μαιευτική μπορεί να αποφευχθεί:

- ☐ α. Με τη μέθοδο της αναρρόφησης ειδικά στους καθετήρες μονής οπής. Λ
- ☐ β. Με την επαρκή χορήγηση δόσης ελέγχου και την προσεκτική αξιολόγηση της απάντησης της επιτόκου. Σ
- ☐ γ. Με την προ-ενυδάτωση της επιτόκου με κρυσταλλοειδή. Λ
- ☐ δ. Με την τοποθέτηση της επιτόκου τα πρώτα 10 min σε anti-Trendelenburg θέση. Λ
- ☐ ε. Με την χορήγηση διαλύματος τοπικού αναισθητικού και αδρεναλίνης. Λ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ 462

Σχετικά με τη διαχείριση ολικής υπαραχνοειδούς αναισθησίας στη μαιευτική:

- ☐ α. Η επικοινωνία με την έγκυο έχει μεγάλη σημασία. Σ
- ☐ β. Διέγερση και δύσπνοια, μπορεί να είναι αρχικά συμπτώματα. Σ
- ☐ γ. Δυσκολία στην ομιλία και υπόταση μπορεί να είναι αρχικά συμπτώματα. Σ
- ☐ δ. Δεν πρέπει να χορηγηθεί 100% οξυγόνο στην αρχή των συμπτωμάτων. Λ
- ☐ ε. Πρέπει να γίνει άρση της αριστερής κλίσης του τραπεζιού, ώστε να διευκολυνθεί η αναπνευστική λειτουργία της επιτόκου. Λ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ 462

Σχετικά με τη διαχείριση ολικής υπαραχνοειδούς αναισθησίας στη μαιευτική συνίσταται:

- ☐ α. Αποφυγή συνδρόμου κάτω κοίλης φλέβας. Σ
- ☐ β. Χορήγηση 100% οξυγόνου. Σ
- ☐ γ. Παρακολούθηση μόνο των ζωτικών σημείων της μητέρας και όχι του εμβρύου. Λ
- ☐ δ. Υποστήριξη της κυκλοφορίας της μητέρας με υγρά και αγγειοσυσπαστικά μόνο όταν έχει απώλεια συνείδησης. Λ
- ☐ ε. Να χορηγηθεί αδρεναλίνη για υποστήριξη της κυκλοφορίας. Σ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ 462

Σχετικά με τη διαχείριση ολικής υπαραχνοειδούς αναισθησίας στη μαιευτική:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Διαχειριστείτε τον αερισμό με μάσκα και ασκό. | Λ |
| ☐ β. Εξασφαλίστε τον αεραγωγό με ενδοτραχειακή διασωλήνωση και IPPV | Σ |
| ☐ γ. Διατηρήστε τη λεκτική επικοινωνία με την έγκυο ή χορηγήστε μία μικρή δόση βενζοδιαζεπίνης. | Σ |
| ☐ δ. Η ολική υπαραχνοειδής αναισθησία σημαίνει και απώλεια συνείδησης. | Λ |
| ☐ ε. Η απώλεια συνείδησης και η άπνοια οφείλεται στην υποάρδρευση του εγκεφάλου και όχι σε αναισθητική επίδραση πάνω του. | Σ |

Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας: Νευρολογικές επιπλοκές

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ 705.

Ποιό από τα ακόλουθα ισχύει για την πάρεση περιφερικών νεύρων μετά από περιοχική αναισθησία στη μαιευτική:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Μπορεί να συμβεί από συμπίεση στην πύελο από το κεφάλι του εμβρύου, η οποία παραβλέπεται παρουσία νευραξονικής αναισθησίας. | Σ |
| ☐ β. Ασυνηθιστες προβολές, εμβρυική μακροσωμία, παρατεταμένο 2ο στάδιο τοκετού και παρατεταμένη θέση λιθοτομής δεν αποτελούν παράγοντες κινδύνου για περιφερικές νευροπάθειες. | Λ |
| ☐ γ. Η συμπίεση του οσφυοϊερού πλέγματος είναι η συνηθέστερη αιτία πτώσης του άκρου ποδός μετά τον τοκετό. | Σ |
| ☐ δ. Η πάρεση του μηριαίου νεύρου μπορεί να συμβεί εξαιτίας παρατεταμένης κάμψης, απαγωγής και έξω στροφής των ισχίων κατά το 2ο στάδιο του τοκετού. | Σ |
| ☐ ε. Η πάρεση του ισχιακού και του περονιαίου νεύρου σχετίζονται πάντα με την περιοχική αναισθησία. | Λ |

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ 705

Ποιό από τα ακόλουθα μέτρα εφαρμόζονται για την αποφυγή συμπίεσης περιφερικών νεύρων στη μαιευτική:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Προσεκτική τοποθέτηση της εγκύου ειδικά μετά από περιοχική αναισθησία. | Σ |
| ☐ β. Σε παρατεταμένη θέση λιθοτομής δεν χρειάζεται μείωση της απαγωγής και κάμψης των ισχίων. | Λ |
| ☐ γ. Πρέπει να γίνεται χρήση χαμηλών συγκεντρώσεων τοπικών αναισθητικών, ώστε να επιτρέπεται η μέγιστη κινητικότητα. | Σ |
| ☐ δ. Ενημέρωση όλων των εμπλεκόμενων (πχ μαιών) να γνωρίζουν ότι αιμωδία ή μυϊκή αδυναμία μπορεί να είναι σημεία συμπίεσης νεύρου και όχι μόνο αποτέλεσμα της επισκληρίδιου αναλγησίας. | Σ |
| ☐ ε. Η επαρκής ενυδάτωση και θέρμανση της επιτόκου μειώνει τις βλάβες περιφερικών νεύρων. | Λ |

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ 707

Τί ισχύει για τις βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) μετά από περιοχική αναισθησία στη μαιευτική?

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Μπορεί να είναι τραυματικής, ισχαιμικής, χημικής ή λοιμώδους αιτιολογίας. | Σ |
| ☐ β. Μπορεί να είναι τραυματικής, ισχαιμικής, χημικής, λοιμώδους ή αλλεργικής αιτιολογίας. | Λ |

- γ. Η κεφαλαλγία μετά από τρώση της σκληράς μήνιγγας συνήθως υποχωρεί με τον χρόνο Σ
- δ. Η συνεχιζόμενη απώλεια ENY από την σκληρά μήνιγγα μπορεί να προκαλέσει υποσκληρίδιο αιμάτωμα και πάρεση κρανιακών νεύρων. Σ
- ε. Η δυσλειτουργία του τρίδυμου νεύρου είναι η συχνότερη επιπλοκή της συνεχιζόμενης απώλειας ENY. Λ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ 707-8.

Τί ισχύει για τις βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) μετά από περιοχική αναισθησία στη μαιευτική?

- α. Το απαγωγό νεύρο είναι το πιο ευάλωτο νεύρο μετά από μαζική απώλεια ENY. Σ
- β. Η δυσλειτουργία του κρανιακού νεύρου VIII χρειάζεται άμεσα εμφύσημα αίματος αλλιώς οι εμβοές μπορεί να γίνουν μόνιμες. Σ
- γ. Η πτώση της πίεσης του ENY μπορεί να προκαλέσει ρήξη μηνιγγικών αρτηριών με αποτέλεσμα επισκληρίδιο αιμάτωμα. Λ
- δ. Όταν η κεφαλαλγία μετά από τρώση της σκληράς μήνιγγας επιμένει, επιβάλλεται διερεύνηση με αξονική τομογραφία. Λ
- ε. Όταν η κεφαλαλγία μετά από τρώση της σκληράς μήνιγγας επιμένει επιβάλλεται διερεύνηση με μαγνητική τομογραφία. Σ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ 709

Τί ισχύει για το τραύμα σε νευρικές ρίζες και στον νωτιαίο μυελό στη μαιευτική?

- α. Οι επισκληρίδιοι καθετήρες μπορεί να προκαλέσουν βλάβες σε νευρικές ρίζες λόγω της ακαμψίας τους ή επειδή προωθήθηκαν και παγίδευσαν ρίζα. Σ
- β. Στη δισχιδή ράχη δεν υπάρχει κίνδυνος βλάβης του νωτιαίου μυελού κατά την προσπάθεια εντοπισμού του επισκληρίδιου χώρου. Λ
- γ. Η συνηθέστερη αιτία βλάβης του νωτιαίου μυελού μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία είναι η λανθασμένη επιλογή μεσοσπονδύλιου διαστήματος από τον αναισθησιολόγο. Σ
- δ. Στο μεσοσπονδύλιο O₁-O₂ διάστημα η βελόνα (υπαραχνοειδής ή επισκληρίδιος) δεν μπορεί να τραυματίσει τον νωτιαίο μυελό. Λ
- ε. Η γραμμή Tuffier αντιστοιχεί στην O₄ ακανθώδη απόφυση και στην έγκυο όπως και στον γενικό πληθυσμό. Λ

Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας: Οσφυαλγία

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th Edition, σελ 969.

Όλα τα παρακάτω είναι σωστά για την οσφυαλγία, λόγω περιοχικής αναισθησίας στη μαιευτική εκτός από:

- α. Οφείλεται σε ιστικό τραυματισμό κατά την πορεία της βελόνης. Σ
- β. Μπορεί να διαρκέσει έως και εβδομάδες. Σ
- γ. Μπορεί να αποτελεί πρώιμο σύμπτωμα επισκληρίδιου αποστήματος. Σ
- δ. Σε αντίθεση με την περιοχική αναισθησία, κατά τη γενική αναισθησία δεν παρατηρούνται, μετεγχειρητικά, περιπτώσεις οσφυαλγίας. Λ
- ε. Παρακεταμόλη, ΜΣΑΦ και ζεστές ή κρύες κομπρέσες είναι συνήθως επαρκή στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας. Σ

Miller's Anesthesia 8th Edition, σελ 1714.

Σχετικά με την οσφυαλγία λόγω περιοχικής αναισθησίας στη μαιευτική:

- ☐ α. Οσφυαλγία εμφανίζει το 25% των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργείο, ανεξαρτήτως του είδους της αναισθησίας. Σ
- ☐ β. Η επίπτωση της οσφυαλγίας δεν εξαρτάται από τη διάρκεια αλλά από το είδος του Χειρουργείου. Λ
- ☐ γ. Η περιοχική αναισθησία δεν σχετίζεται με την πρόκληση οσφυαλγίας μετά τον τοκετό Σ
- ☐ δ. Η οσφυαλγία, ίσως αποτελεί την πιο επίφοβη επιπλοκή της περιοχικής αναισθησίας για τους ασθενείς. Σ
- ☐ ε. Συγκρίνοντας την περιοχική με τη συστηματική αναλγησία κατά τη διάρκεια του τοκετού, η επίπτωση της οσφυαλγίας είναι ίδια. Σ

Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας: Λοιμώξεις Κεντρικού Νευρικού Συστήματος

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th Edition, σελ 971.

Το απόστημα επισκληρίδιου χώρου μετά από περιοχική αναισθησία:

- ☐ α. Παρουσιάζει επίπτωση από 1:500 έως 1:5.000 περιπτώσεις επισκληρίδιου αναισθησίας. Λ
- ☐ β. Αρχικά εμφανίζεται άλγος στην οσφύ ή ριζιτικής κατανομής που επιδεινώνεται κατά την επίκρουση της σπονδυλικής στήλης. Σ
- ☐ γ. Δεν παρατηρούνται διαταραχές του σφικτήρα. Λ
- ☐ δ. Οι πιο συχνοί οργανισμοί που ενοχοποιούνται είναι ο *Staphylococcus aureus* και ο *Staphylococcus epidermidis*. Σ
- ☐ ε. Σπανίως απαιτείται πεταλεκτομή. Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia - Principles and Practice 5th Edition, σελ 750-1.

Σχετικά με το απόστημα επισκληρίδιου χώρου μετά από περιοχική αναισθησία:

- ☐ α. Τα συμπτώματα τυπικά εμφανίζονται 4 – 10 μέρες μετά την αφαίρεση του επισκληρίδιου καθετήρα. Σ
- ☐ β. Οξύ άλγος στην οσφύ χωρίς πυρετό αποτελεί το χαρακτηριστικό του επισκληρίδιου αποστήματος. Λ
- ☐ γ. Στην πρώιμη διάγνωση βοηθάει η μαγνητική τομογραφία. Σ
- ☐ δ. Η οσφυονωτιαία παρακέντηση χρησιμοποιείται στη διαγνωστική προσπέλαση. Λ
- ☐ ε. Ο πιο συχνός αιτιολογικός μικροοργανισμός είναι ο *Staphylococcus aureus*. Σ

Chestnut's Obstetric Anesthesia - Principles and Practice 5th Edition, σελ. 750-1.

Σχετικά με το απόστημα επισκληρίδιου χώρου μετά από περιοχική αναισθησία:

- ☐ α. Η πεταλεκτομή αποτελεί θεραπεία εκλογής. Σ
- ☐ β. Η θεραπεία με αντιβιοτικά πρέπει να συνεχίζεται για 10 ημέρες. Λ
- ☐ γ. Πιθανή εστία λοίμωξης αποτελεί κυρίως το δέρμα του ασθενούς. Σ
- ☐ δ. Η παρατεταμένη παραμονή επισκληρίδιου καθετήρα αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Σ
- ☐ ε. Η χρόνια λήψη κορτικοστεροειδών αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Σ

Chestnut's Obstetric Anesthesia – Principles and Practice 5th Edition, σελ 752-3.

Σχετικά με τη μηνιγγίτιδα μετά από περιοχική αναισθησία:

- ☐ α. Ο *Streptococcus salivarius* αποτελεί τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα. Σ

- ☐ β. Η τρώση σκληράς μήνιγγας δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Λ
- ☐ γ. Ο φυσιολογικός τοκετός αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Σ
- ☐ δ. Η μη χρήση ιατρικής μάσκας από τον αναισθησιολόγο αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Σ
- ☐ ε. Η έναρξη των συμπτωμάτων ποικίλει από 12 ώρες έως μερικές μέρες μετά τον τοκετό. Σ

Chestnut's Obstetric Anesthesia - Principles and Practice 5th Edition, σελ. 753-4.

Σχετικά με τη μηνιγγίτιδα μετά από περιοχική αναισθησία:

- ☐ α. Η δυσκαμψία αυχένα δεν αποτελεί σύμπτωμα της μηνιγγίτιδας από περιοχική αναισθησία. Λ
- ☐ β. Η συγκέντρωση της γλυκόζης στο ΕΝΥ είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη στο αίμα. Λ
- ☐ γ. Η χειροκίνητη αφαίρεση του πλακούντα αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Σ
- ☐ δ. Σημείο Kernig παρατηρείται στη μηνιγγίτιδα από περιοχική αναισθησία. Σ
- ☐ ε. Διαγνωστική οσφυονωτιαία παρακέντηση δεν πραγματοποιείται επί παρουσίας αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης. Σ

Επιπλοκές περιοχικής αναισθησίας: υπαραχνοειδή και επισκληρίδια αιματώματα

Smith & Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 6th edition, 2013, σελ. 719

Συμπτωματολογία επισκληριδίου αιματώματος:

- ☐ α. Οξύς πόνος στην πλάτη ή στα πόδια. Σ
- ☐ β. Αδυναμία στα κάτω άκρα. Σ
- ☐ γ. Διαταραχές αισθητικότητας. Σ
- ☐ δ. Δυσλειτουργία ουροδόχου κύστης. Σ
- ☐ ε. Δυσλειτουργία εντέρου. Σ

Smith & Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, 6th edition, 2013, σελ. 719

Αντιμετώπιση επισκληριδίου αιματώματος στον μαιευτικό πληθυσμό:

- ☐ α. Η MRI είναι τεχνική επιλογής. Σ
- ☐ β. Η αξονική τομογραφία είναι τεχνική επιλογής. Λ
- ☐ γ. Η ακτινογραφία της ΟΜΣΣ είναι η άμεση προτεραιότητα. Λ
- ☐ δ. Άμεση χειρουργική αποσυμπίεση μέσα σε 8-12 ώρες. Σ
- ☐ ε. Επανεκτίμηση κάθε 6 ώρες μετά από υποψία επισκληριδίου αιματώματος. Λ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. Σελ. 711.

Τί ισχύει για το επισκληρίδιο αιμάτωμα στη μαιευτική αναισθησία?

- ☐ α. Είναι πιο συχνό στους μαιευτικούς ασθενείς παρά στους ηλικιωμένους. Λ
- ☐ β. Η συχνότητα αναφέρεται 1/505.000 τοποθετήσεις επισκληριδίου καθετήρα σε μαιευτικές ασθενείς. Σ
- ☐ γ. Παράγοντες κινδύνου είναι η δύσκολη ή τραυματική τοποθέτηση, οι διαταραχές πηκτικότητας και η θεραπευτική αντιπηκτική αγωγή. Σ
- ☐ δ. Παράγοντες κινδύνου είναι η αντιαιμοπεταλιακή θεραπεία. Σ
- ☐ ε. Παράγοντες κινδύνου είναι οι σπονδυλικές παραμορφώσεις και οι όγκοι. Σ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ 711

Τί ισχύει για το επισκληρίδιο αιμάτωμα στη μαιευτική αναισθησία?

- ☐ α. Για να προκαλέσει νευρολογική βλάβη στην έγκυο πρέπει να υπάρξει τραυματισμός αγγείου και ταυτόχρονη παρουσία διαταραχών πήκτικότητας. Σ
- ☐ β. Τραύμα σε αγγείο μπορεί να συμβεί ΜΟΝΟ στην τοποθέτηση του επισκληρίδιου καθετήρα. Λ
- ☐ γ. Τραύμα σε αγγείο μπορεί να συμβεί τόσο στην τοποθέτηση όσο και στην αφαίρεση του επισκληρίδιου καθετήρα. Σ
- ☐ δ. Ένας σημαντικός παράγοντας στη μειωμένη συχνότητα του επισκληρίδιου αιματώματος στην έγκυο είναι η υπερπηκτική κατάσταση του αίματός τους. Σ
- ☐ ε. Υπάρχουν αναφορές λίγων περιστατικών επισκληρίδιου αιματώματος, σε εγκύους με χολόσταση, νευροϊνωμάτωση ή σε σύνδρομο HELLP μετά από τοποθέτηση επισκληρίδιου καθετήρα. Σ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ 680.

Τί ισχύει για την υπαραχνοειδή αιμορραγία στη μαιευτική αναισθησία?

- ☐ α. Η συχνότητα υπαραχνοειδούς αιμορραγίας αυξάνεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σ
- ☐ β. Συμβαίνει συνήθως σε ασθενείς με ανευρύσματα του εγκεφάλου, αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες και υπερτασική εγκεφαλοπάθεια. Σ
- ☐ γ. Η κλασσική εικόνα είναι χρόνια κεφαλαλγία και υπέρταση. Λ
- ☐ δ. Σε υποψία υπαραχνοειδούς αιμορραγίας συνίσταται επείγουσα αξονική τομογραφία με σκιαγραφικό. Λ
- ☐ ε. Είναι μία από τις διαφορικές διαγνώσεις της κεφαλαλγίας μετά τον τοκετό. Σ

Διαχείριση του αεραγωγού στην επίτοκο

Morgan 5th edition, page 857.

Σχετικά με τη διαχείριση του αεραγωγού στην επίτοκο:

- ☐ α. Δεν πρέπει να χορηγούνται ως ρουτίνα 30ml κιτρικού νατρίου, λόγω αύξησης του γαστρικού περιεχομένου. Λ
- ☐ β. Η προχορήγηση αντιχολινεργικού παράγοντα (π.χ. γλυκοπυρολάτης 0,1 mg) αποτελεί επιλογή σε επίτοκο με υποψία δύσκολου αεραγωγού. Σ
- ☐ γ. Στην επίτοκο είναι περιορισμένης αξίας τα κλασσικά προγνωστικά κριτήρια δύσκολου αεραγωγού. Λ
- ☐ δ. Τα υψηλότερα ποσοστά δυσκολίας δύσκολης διασωλήνωσης στην κύηση οφείλονται αποκλειστικά στο οίδημα του αεραγωγού. Λ
- ☐ ε. Η σωστή τοποθέτηση για ενδοτραχειακή διασωλήνωση στην έγκυο περιλαμβάνει ανύψωση των ώμων, έκταση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και κάμψη της αντλαντοϊνιακής άρθρωσης. Λ

Morgan, 5th edition, page 857-8.

Για τη διαχείριση του αεραγωγού στην επίτοκο:

- ☐ α. Δεν είναι βοηθητικά τα λαρυγγοσκόπια με κοντή βάση. Λ
- ☐ β. Η διασωλήνωση με ινοπτικό βρογχοσκόπιο και την έγκυο σε εγρήγορση αντενδείκνυται λόγω πιθανού stress στο έμβρυο. Λ
- ☐ γ. Η χορήγηση γλυκοπυρολάτης βοηθά στη μείωση των εκκρίσεων μέσω αντιχολινεργικής δράσης. Σ

- ☐ δ. Ο κεντρικός νευραξονικός αποκλεισμός δεν αποτελεί επιλογή σε επίτοκο με πιθανό δύσκολο αεραγωγό, σε αυτή την περίπτωση είναι προτιμότερη η προσπάθεια ενδοτραχειακής διασωλήνωσης. Λ
- ☐ ε. Σε επίτοκο με πρόσφατη λήψη τροφής πρέπει να χορηγηθούν IV 50 mg ρανιτιδίνης και 10 mg μετοκλοπραμίδης αμέσως πριν την εισαγωγή. Λ

Morgan, 5th edition, page 857-8.

Τί ισχύει για τη διαχείριση του αεραγωγού στην επίτοκο?

- ☐ α. Η από του στόματος χορήγηση ομεπραζόλης, το πρωί ή το βράδυ πριν την καισαρική τομή (KT), αποτελεί μια από τις επιλογές για προφύλαξη από εισρόφηση. Σ
- ☐ β. Χορήγηση γλυκοπυρολάτης σε δόση 1mg IV συστήνεται για τη μείωση των εκκρίσεων στον αεραγωγό. Λ
- ☐ γ. Σε αδυναμία διασωλήνωσης με μη επηρεασμένο νεογνό συστήνεται η συνέχιση της KT με τοπική αναισθησία Λ
- ☐ δ. Η χρήση video λαρυγγοσκοπίων έχει βοηθήσει σημαντικά στο μαιευτικό αεραγωγό Σ
- ☐ ε. Η ανικανότητα για αερισμό και ενδοτραχειακή διασωλήνωση της επιτόκου επιβάλλει άμεση κρικοθυρεοειδοτομή ή τραχειοστομία. Σ

Αλγόριθμος Obstetric Anaesthetists's Association (OAA), Difficult Airway Assosiation (DAS).

Σύμφωνα με τον πρόσφατο αλγόριθμο αποτυχημένης ενδοτραχειακής διασωλήνωσης στην επίτοκο:

- ☐ α. Επιτρέπεται ο αερισμός με μάσκα με Pmax=20 cm H₂O. Σ
- ☐ β. Μετά από δύο αποτυχημένες προσπάθειες ενδοτραχειακής διασωλήνωσης συνιστάται η τοποθέτηση υπεργλωττιδικής συσκευής (μέγιστο 2 προσπάθειες) ή προσωπίδας προσώπου. Σ
- ☐ γ. Ο μέγιστος αριθμός προσπαθειών για ενδοτραχειακή διασωλήνωση είναι έως 4. Λ
- ☐ δ. Συστήνεται η χρήση ροκουρονίου, αν υπάρχει διαθεσιμότητα Sugammadex. Σ
- ☐ ε. Όταν η καισαρική τομή γίνεται με αερισμό με προσωπίδα, διατηρείται η πίεση του κρικοειδούς –εφόσον δεν δυσχεραίνει τον αερισμό - έως τη γέννηση του νεογνού. Σ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Αναλγησία για τη γέννηση και τον κολπικό τοκετό, σελ. 2221.

Σχετικά με τη διαχείριση του αεραγωγού στην έγκυο:

- ☐ α. Αρκεί προ-οξυγόνωση για 1-2 min. Λ
- ☐ β. Σε επίτοκο με ιστορικό κακοήθους υπερθερμίας επιβάλλεται η γενική αναισθησία, ακόμα και αν υπάρχει υποψία δύσκολου αεραγωγού. Λ
- ☐ γ. Η δόση της σουκκινυλοχολίνης για διευκόλυνση της ενδοτραχειακής διασωλήνωσης σε καισαρική τομή (KT) είναι 1,0-1,5 mg/kg iv. Σ
- ☐ δ. Η πίεση του κρικοειδούς μπορεί να αρθεί αν παρεμποδίζει την ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Σ
- ☐ ε. Σε KT συστήνεται να προχορηγείται μικρή δόση μη αποπολωτικού νευρομυικού αποκλειστή, γιατί βοηθά στην εξασφάλιση του αεραγωγού. Λ

Κίνδυνοι σχετιζόμενοι με τη Γενική Αναισθησία στην Κύηση

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Οι ακόλουθες βιβλιογραφικές αναφορές αφορούν όλες τις παρακάτω ερωτήσεις, με την χαρακτηριστική επισήμανση της βιβλιογραφίας (βιβλίο/περιοδικό, σελίδα):

[#]Leffert L et al. The Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology consensus statement on the anesthetic management of pregnant and parturient women receiving thromboprophylaxis or higher dose anticoagulants, Anesthesia & Analgesia 2017.

[#]Anesthesia & Analgesia article, σελ.5

Μειονεκτήματα και κίνδυνοι για την επίτοκο που σχετίζονται με τη γενική αναισθησία:

- ☐ α. Επιπλοκές που σχετίζονται με την εισαγωγή στην αναισθησία. Σ
- ☐ β. Αδυναμία ενδοτραχειακής διασωλήνωσης (ΕΤΔ). Σ
- ☐ γ. Εγκεφαλικό οίδημα ή αιμορραγία, λόγω του στρεσογόνου ερεθίσματος της ΕΤΔ σε επίτοκες με συν-νοσηρότητα όπως η προεκλαμψία. Σ
- ☐ δ. Εγρήγορση. Σ
- ☐ ε. Ατονία μήτρας διεγχειρητικά και/ή αυξημένη πιθανότητα αιμορραγίας. Σ

[#]Anesthesia & Analgesia article, σελ.5

Κίνδυνοι για την επίτοκο που σχετίζονται με τη γενική αναισθησία:

- ☐ α. Αναπνευστική καταστολή μετά την αφύπνιση. Σ
- ☐ β. Αδυναμία χορήγησης οπιοειδών υπαραχνοειδώς ή επισκληριδίως. Σ
- ☐ γ. Ανάγκη για μεγαλύτερες ποσότητες οπιοειδών ενδοφλεβίως. Σ
- ☐ δ. Αδυναμία αποτελεσματικής ανακούφισης του πόνου μετεγχειρητικά. Σ
- ☐ ε. Μετεγχειρητική πάρεση ή κωλικός του εντέρου. Σ

[#]Anesthesia & Analgesia article, σελ.5

Κίνδυνοι για το έμβρυο ή το νεογνό που σχετίζονται με τη γενική αναισθησία στη μητέρα:

- ☐ α. Αναπνευστική καταστολή κατά τον τοκετό. Σ
- ☐ β. Προβλήματα από τη χορήγηση μη αποπολωτικών νευρομυικών αποκλειστών. Λ
- ☐ γ. Μειωμένη πιθανότητα εισαγωγής σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, σε σύγκριση με την περιοχική αναισθησία. Λ
- ☐ δ. Νευρολογικές επιπλοκές. Σ
- ☐ ε. Καρδιολογικές επιπλοκές. Λ

Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Προεκλαμψία / Εκλαμψία

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Αναλγησία για τη γέννηση και τον κοιλικό τοκετό, σελ.2262.

Το θειικό μαγνήσιο:

- ☐ α. Αποτελεί θεραπεία εκλογής για τον έλεγχο των σπασμών και την πρόληψη των επιληπτικών κρίσεων στην εκλαμψία. Σ
- ☐ β. Χορηγείται με αρχική δόση 4 gr, ενδοφλεβίως αργά σε 2 ώρες. Λ
- ☐ γ. Έχει μεγάλο θεραπευτικό εύρος. Λ
- ☐ δ. Μειώνει τη δραστηριότητα αποπολωτικών και μη αποπολωτικών αποκλειστών της νευρομυικής σύναψης. Λ
- ☐ ε. Είναι ήπιο αγγειοδιασταλτικό. Σ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Αναλγησία για τη γέννηση και τον κοιλιακό τοκετό, σελ. 2261.

Μία προεκλαμπτική ασθενής με σοβαρή μορφή νόσου μπορεί να έχει ήδη παρουσιάσει:

- ☐ α. Σύνδρομο HELLP Σ
- ☐ β. Επιληπτικούς σπασμούς Λ
- ☐ γ. Κοιλιακό άλγος δεξιού ανώτερου τεταρτημόριου. Σ
- ☐ δ. Διαταραχές όρασης Σ
- ☐ ε. Ολιγουρία Σ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Αναλγησία για τη γέννηση και τον κοιλιακό τοκετό, σελ. 2261.

Η προεκλαμπτική ασθενής μπορεί να παρουσιάσει:

- ☐ α. Υπογκαιμία Σ
- ☐ β. Αυξημένη νεφρική αιματική ροή Λ
- ☐ γ. Φυσιολογική καρδιακή παροχή Σ
- ☐ δ. Υπερνατρίαemia Λ
- ☐ ε. Υπόταση Λ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Αναλγησία για τη γέννηση και τον κοιλιακό τοκετό, σελ. 2263.

Σε ασθενείς με προεκλαμψία ή εκλαμψία:

- ☐ α. Η περιοχική αναισθησία αντενδείκνυται. Λ
- ☐ β. Η ενδοτραχειακή διασωλήνωση δεν εμφανίζει ιδιαίτερες τεχνικές δυσκολίες. Λ
- ☐ γ. Μετά τον τοκετό δεν απαιτείται ιδιαίτερη παρακολούθηση. Λ
- ☐ δ. Το επεμβατικό monitoring με μέτρηση της ΚΦΠ είναι απαραίτητο. Λ
- ☐ ε. Η ανεξέλεγκτη χορήγηση υγρών μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονικό οίδημα. Σ

Miller's Αναισθησιολογία, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Αναλγησία για τη γέννηση και τον κοιλιακό τοκετό, σελ. 2260.

Προδιαθεσικοί παράγοντες για εμφάνιση προεκλαμψίας είναι:

- ☐ α. Η ομόζυγη αγγειοτενσίνη T-235. Σ
- ☐ β. Το αντιφωσφολιπιδαιμικό σύνδρομο. Σ
- ☐ γ. Η ασιατική φυλή. Λ
- ☐ δ. Η πολυτοκία Σ
- ☐ ε. Η εξωσωματική γονιμοποίηση. Λ

Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Σύνδρομο HELLP

Chestnut's Obstetric Anesthesia 5th ed, σελ 749-50, 825-26, 841-42, 1072.

Σχετικά με το σύνδρομο HELLP:

- ☐ α. Χαρακτηρίζεται από υπέρταση και μπορεί να περιλαμβάνει ένα από τα κάτωθι: αιμόλυση, αυξημένα ηπατικά ένζυμα, χαμηλά επίπεδα αιμοπεταλίων. Λ
- ☐ β. Χαρακτηρίζεται από υπέρταση και μπορεί να περιλαμβάνει και 2 εκ των κάτωθι αιμόλυση, αυξημένα ηπατικά ένζυμα, χαμηλά επίπεδα αιμοπεταλίων. Λ
- ☐ γ. Χαρακτηρίζεται από αιμόλυση, αυξημένα ηπατικά ένζυμα και χαμηλά επίπεδα αιμοπεταλίων. Σ
- ☐ δ. Το σύνδρομο HELLP μπορεί να εκδηλωθεί και χωρίς την εμφάνιση υπέρτασης. Σ

- ☐ ε. Το σύνδρομο HELLP μπορεί να εκδηλωθεί και στα δύο φύλα. Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia, 5th ed, σελ 749-50, 825-6, 841-2, 1072.

Σχετικά με το σύνδρομο HELLP:

- ☐ α. Η ασθενής μπορεί να παραπονείται για επιγαστραλγία ή πόνο δεξιού υποχονδρίου. Σ
- ☐ β. Ναυτία και έμετος παρουσιάζονται στο 50% των επιτόκων με σύνδρομο HELLP. Σ
- ☐ γ. Η ασθενής μπορεί να παραπονείται για επιγαστραλγία ή πόνο αριστερού υποχονδρίου. Λ
- ☐ δ. Συμπτώματα επιγαστραλγίας και άλγους υποχονδρίου είναι δηλωτικά χολόστασης της κύησης και όχι συνδρόμου HELPP. Λ
- ☐ ε. Στο σύνδρομο HELPP η χολοκυστεκτομή αποτελεί θεραπευτική επιλογή. Λ

Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Λιπώδες ήπαρ (fatty liver) της κύησης και νόσοι του ήπατος

Chestnut's Obstetric Anesthesia 5th ed, chapter 36, chapter 46.

A Practical Approach to Obstetric Anesthesia. B. Bucklin, D. Gambling, D. Wlody eds. Lippincot Williams & Wilkins 2009, σελ. 469-71.

Το οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης μπορεί να προκαλέσει:

- ☐ α. Ηπατική ανεπάρκεια Σ
- ☐ β. Οξεία χολαγγειίτιδα Λ
- ☐ γ. Οξεία νεφρική ανεπάρκεια Σ
- ☐ δ. Κιρσούς οισοφάγου Λ
- ☐ ε. Σοβαρή υπεργλυκαιμία Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia 5th ed, chapter 36, chapter 46.

A Practical Approach to Obstetric Anesthesia. B. Bucklin, D. Gambling, D. Wlody eds. Lippincot Williams & Wilkins 2009, Philadelphia PA, USA σελ 469-71.

Το οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης μπορεί να προκαλέσει:

- ☐ α. Σοβαρή υπογλυκαιμία Σ
- ☐ β. Ατόματη ρήξη ήπατος Σ
- ☐ γ. Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη Σ
- ☐ δ. Πυλαία υπέρταση Λ
- ☐ ε. Χολολιθίαση Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia 5th ed, chapter 36, chapter 46.

A Practical Approach to Obstetric Anesthesia. B. Bucklin, D. Gambling, D. Wlody eds. Lippincot Williams & Wilkins 2009, σελ. 469-71.

Σχετικά με το οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης:

- ☐ α. Θεραπεία αποτελεί η επείγουσα χολοκυστεκτομή. Λ
- ☐ β. Συνοδεύεται από σημεία προεκλαμψίας ή εκλαμψίας στο 50% των ασθενών. Σ
- ☐ γ. Σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια και θάνατος μπορεί να προκύψουν εντός ολίγων ημερών. Σ
- ☐ δ. Θεραπευτική εκλογή αποτελεί ο έγκαιρος τοκετός (φυσιολογικός ή καισαρική τομή). Σ
- ☐ ε. Θεραπευτική εκλογή είναι η χορήγηση αντιλιπιδαιμικών φαρμάκων. Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia 5th ed, chapter 36, chapter 46.

A Practical Approach to Obstetric Anesthesia. B. Bucklin, D. Gambling, D. Wlody eds. Lippincot Williams & Wilkins 2009, σελ. 469-71.

Σχετικά με το οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Αποτελεί επείγουσα ιατρική κατάσταση. | Σ |
| ☐ β. Εμφανίζεται σε παχύσαρκες εγκύους. | Λ |
| ☐ γ. Εμφανίζεται συνήθως στο 1 ^ο τρίμηνο της κύησης. | Λ |
| ☐ δ. Εμφανίζεται συνήθως στο 3ο τρίμηνο της κύησης. | Σ |
| ☐ ε. Θεραπευτική εκλογή αποτελεί η αντιπηκτική αγωγή. | Λ |

Chestnut's Obstetric Anesthesia, 5th ed, chapter 36, chapter 46.

A Practical Approach to Obstetric Anesthesia. B. Bucklin, D. Gambling, D. Wlody eds. Lippincot Williams & Wilkins 2009, σελ. 469-71.

Το οξύ λιπώδες ήπαρ της κύησης:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Μπορεί να παρουσιαστεί μετά από επεισόδιο οξείας μέθης. | Λ |
| ☐ β. Χαρακτηρίζεται από μικροκυστική λιπώδη διήθηση του ήπατος. | Σ |
| ☐ γ. Είναι συχνότερο σε άτομα με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ. | Λ |
| ☐ δ. Εμφανίζεται συχνότερα σε πρωτοτόκους. | Σ |
| ☐ ε. Σχετίζεται με τη λήψη αντιλιπιδαιμικών φαρμάκων. | Λ |

Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Σακχαρώδης διαβήτης της κύησης

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 365-772.

Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 913-21.

Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, Cambridge University Press, 2008, pg 278-80.

Σε σχέση με το σακχαρώδη διαβήτη και την κύηση ισχύει:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Αυξημένος κίνδυνος μετα-γευματικής υπογλυκαιμίας. | Σ |
| ☐ β. Ελαττωμένη εμφάνιση υπογλυκαιμικών επεισοδίων αντιληπτών από την εγκυμονούσα. | Λ |
| ☐ γ. Μειωμένη αντοχή στην ινσουλίνη. | Λ |
| ☐ δ. Αυξημένη λιπόλυση και αύξηση παραγωγής κετονών. | Σ |
| ☐ ε. Τα επεισόδια υπογλυκαιμίας σχετίζονται με τη φυσιολογική διαταραχή του αυτόνομου νευρικού συστήματος, λόγω μειωμένης έκκρισης κατεχολαμινών κατά τη διάρκεια της κύησης | Σ |

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia, 2009, pp 365-772.

Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, 2009, pp 913-21.

Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed. 2008, pp 278-280.

Οι επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη κύησης:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Εξαρτώνται από τον τύπο του σακχαρώδη διαβήτη (τύπος I, τύπος II, κύησης). | Σ |
| ☐ β. Δεν εξαρτώνται από το επίπεδο ελέγχου της γλυκόζης του αίματος. | Λ |
| ☐ γ. Εξαρτώνται από τις προϋπάρχουσες βλάβες στα αγγεία της εγκύου και απαιτείται ολοκληρωμένος έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας και της λειτουργίας της όρασης. | Σ |
| ☐ δ. Περιλαμβάνουν την αυξημένη συχνότητα νεογνικής μακροσωμίας και δυστοκίας ώμων. | Σ |
| ☐ ε. Περιλαμβάνουν την εμφάνιση νεογνικής υπεργλυκαιμίας που είναι ο πιο σημαντικός δείκτης νεογνικής νοσηρότητας. | Λ |

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 365-772.
 Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 913-21.
 Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, 2008, pg 278-80.

Τί ισχύει για την εμφάνιση διαβητικής κετοοξέωσης στη κύηση?

- ☐ α. Αποτελείται από τη τριάδα: υπεργλυκαιμία, κέτωση, μεταβολική αλκάλωση και συνοδεύεται από ένδεια όγκου και καλίου. Λ
- ☐ β. Οι καταστάσεις που προδιαθέτουν στην εμφάνιση διαβητικής κετοοξέωσης στην έγκυο είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη, η αφυδάτωση από υπερέμεση κύησης και η ανάγκη αντιρρόπησης της αναπνευστικής αλκάλωσης που προκαλείται από την προγεστερόνη. Σ
- ☐ γ. Η οξέωση καθυστερεί να εμφανιστεί και πάντα συνυπάρχουν υψηλές τιμές γλυκόζης. Λ
- ☐ δ. Αποτελεί επείγουσα κατάσταση και η επίτοκος πρέπει να οδηγηθεί άμεσα σε καισαρική τομή, ακόμη και αν δεν έχει διορθωθεί η οξέωση. Λ
- ☐ ε. Η διόρθωση της διαβητικής κετοοξέωσης στην έγκυο γίνεται άμεσα με τη χορήγηση διττανθρακικού νατρίου 8%. Λ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 365-772.
 Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, 2009, pg 913-21.
 Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, 2008, pg 278-80.

Όσον αφορά τη διαχείριση της επιτόκου με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ):

- ☐ α. Αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για κοιλιακό τοκετό. Λ
- ☐ β. Ο στόχος είναι η περιγεννητική αποφυγή μητρικής υπεργλυκαιμίας, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης νεογνικής υπογλυκαιμίας. Σ
- ☐ γ. Ο πρόωρος τοκετός αποτελεί συχνή εκδήλωση εγκύων με ΣΔ και πρέπει να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος υποψίας για εμφάνιση υπέρτασης ή προεκλαμψίας. Σ
- ☐ δ. Θεωρείται αναγκαία και υποχρεωτική η προαναισθητική εκτίμηση εγκύων με ΣΔ. Σ
- ☐ ε. Η αναισθησιολογική διαχείριση επιτόκου με ινσουλινεξαρτώμενο ΣΔ κύησης διαφέρει ανάλογα με τις χορηγούμενες μονάδες ινσουλίνης στην επίτοκο. Λ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 365-772.
 Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, 2009, pg 913-21.
 Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, 2008, pg 278-80.

Όσον αφορά την αναλγησία κατά τη διάρκεια του τοκετού/ αναισθησία (Καισαρική Τομή) σε επίτοκο με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ):

- ☐ α. Η επισκληρίδιος αναλγησία στην αίθουσα τοκετών αποτελεί την καλύτερη μέθοδο. Σ
- ☐ β. Πρώιμη εφαρμογή της επισκληριδίου αναλγησίας εκτός από το βέλτιστο αναλγητικό αποτέλεσμα, οδηγεί και στη μείωση των ενδογενών κατεχολαμινών, προσφέροντας έτσι καλύτερη αιμάτωση στον πλακούντα. Σ
- ☐ γ. Οι επίτοκες με ΣΔ είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση ανθεκτικής υπότασης μετά την εφαρμογή επισκληριδίου αναλγησίας. Σ
- ☐ δ. Η ανθεκτική υπόταση μετά την επισκληρίδιο αναλγησία/ αναισθησία σε επίτοκες με ΣΔ πρέπει άμεσα να αντιμετωπιστεί με χορήγηση μόνο υγρών λόγω της πιθανής υποκείμενης νεφρικής βλάβης. Λ
- ☐ ε. Η χορήγηση υγρών κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής σε επίτοκο με ΣΔ πρέπει να γίνεται με διαλύματα δεξτρόζης για την αποφυγή κίνδυνου εμφάνισης υπογλυκαιμίας. Λ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. 2009, pg 403-33.
 Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, 2009, pg 881-910.
 Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, 2008, pg 4-55.

Τι ισχύει από τα παρακάτω για τις έγκυες γυναίκες με επιβεβαιωμένη καρδιακή νόσο:

- ☐ α. Ο αναισθησιολόγος πρέπει να είναι ενήμερος για την κατάσταση της ασθενούς και την NYHA κατηγορία στην οποία ανήκει. Επίσης πρέπει να είναι ενήμερος για την ύπαρξη κυάνωσης ή όχι. Σ
- ☐ β. Το ατομικό αναμνηστικό της εγκύου για την ύπαρξη καρδιακής ανεπάρκειας, παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου ή αρρυθμιών πριν από τη κύηση δεν αξιολογείται λόγω των φυσιολογικών αλλαγών που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια αυτής. Λ
- ☐ γ. Η ύπαρξη σοβαρής πνευμονικής υπέρτασης, το σύνδρομο Eisenmenger, το σύνδρομο Marfan, η σοβαρού βαθμού αορτική στένωση και η κατάταξη κατά NYHA IV αποτελούν ισχυρούς δείκτες παράγοντες μητρικής θνητότητας. Σ
- ☐ δ. Η ανακατανομή αίματος με το πέρας του τοκετού έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο αυξημένο κατά 50% και στην αύξηση της καρδιακής παροχής. Σ
- ☐ ε. Η εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής σε έγκυες με στένωση μιτροειδούς βαλβίδας δεν χρειάζεται επιθετική αντιμετώπιση με φαρμακευτικά μέσα. Λ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 403-33.
 Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, 2009, pg 881-910.
 Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, 2008, pg 4-55

Σχετικά με τις νόσους των καρδιακών βαλβίδων και την κύηση. Τί από τα παρακάτω ισχύει?

- ☐ α. Η υπερηχοκαρδιογραφία αποτελεί την εξέταση εκλογής για ανίχνευση των δομικών ανωμαλιών των καρδιακών βαλβίδων κατά τη διάρκεια της κύησης. Σ
- ☐ β. Η σοβαρή στένωση μιτροειδούς βαλβίδας <1.0cm² είναι αρκετά ανεκτή από τις έγκυες γυναίκες λόγω της υπερδυναμικής κυκλοφορίας. Λ
- ☐ γ. Η επισκληρίδιος αναισθησία-αναλγησία αποτελεί απόλυτη αντένδειξη στις επίτοκες με στένωση μιτροειδούς βαλβίδας. Λ
- ☐ δ. Η στένωση αορτικής βαλβίδας δεν γίνεται καλά ανεκτή από τις έγκυες γυναίκες λόγω των αιμοδυναμικών αλλαγών που προκαλεί η κύηση και πολύ συχνά εμφανίζονται στο 2ο τρίμηνο με δύσπνοια και θωρακικό άλγος. Λ
- ☐ ε. Η επισκληρίδιος αναισθησία προτιμάται σε επίτοκες με ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. 2009, pg 403-33.
 Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 881-910.
 Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, 2008, pg 4-55.

Σχετικά με παράγοντες που επηρεάζουν τις πνευμονικές αγγειακές αντιστάσεις (pulmonary vascular resistance, PVR) στην κύηση:

- ☐ α. Η υπερκαπνία οδηγεί σε αύξηση των πνευμονικών αγγειακών αντιστάσεων. Σ
- ☐ β. Η αυξημένη ενδοθωρακική πίεση οδηγεί σε μείωση των πνευμονικών αγγειακών αντιστάσεων. Λ
- ☐ γ. Η επινεφρίνη και η φαινυλεφρίνη οδηγούν σε μείωση των πνευμονικών αγγειακών αντιστάσεων. Λ
- ☐ δ. Η αλκάλωση οδηγεί σε αύξηση των πνευμονικών αγγειακών αντιστάσεων. Λ
- ☐ ε. Η προστακυκλίνη και το μονοξείδιο του αζώτου (NO) οδηγούν σε μείωση των πνευμονικών αγγειακών αντιστάσεων. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 403-33
 Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 881-910
 Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, Cambridge University Press, 2008, pg 4-55

Σχετικά με την επίτοκο που έχει συγγενή καρδιοπάθεια:

- ☐ α. Στη τετραλογία Fallot πρέπει να αποφεύγεται η μείωση των συστηματικών αγγειακών αντιστάσεων για πρόληψη αναστροφής του shunt. Σ
- ☐ β. Η θεραπεία της υπότασης μετά από εφαρμογή περιοχικής τεχνικής για αναισθησία είναι ανεκτή από την επίτοκο και να αποφεύγεται η φαινυλεφρίνη. Λ
- ☐ γ. Ο στόχος κατά τη διάρκεια γενικής αναισθησίας σε επίτοκο, είναι η διατήρηση αιμοδυναμικής σταθερότητας με αποφυγή ταχυκαρδίας και η αποφυγή αύξηση της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου, με στόχο τον περιορισμό διαφυγής από δεξιά προς τα αριστερά. Σ
- ☐ δ. Η χειρουργημένη μετάθεση μεγάλων αγγείων σε επίτοκο δεν χρήζει επεμβατικού αιμοδυναμικού monitoring κατά τη διάρκεια καισαρικής τομής. Λ
- ☐ ε. Σε επίτοκες με χειρουργημένη μετάθεση μεγάλων αγγείων χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγηση υγρών καθώς και στενή παρακολούθηση άμεσα μετά τον τοκετό λόγω της ανακατανομής των υγρών. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 403-33.
 Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 881-910.
 Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, Cambridge University Press, 2008, pg 4-55.

Σχετικά με τις συγγενείς καρδιοπάθειες και τις επιτόκους. Τί από τα παρακάτω ισχύει για τον αναισθησιολόγο:

- ☐ α. Σε επίτοκες με διόρθωση ατρησίας τριγλώχινας και ιστορικό επέμβασης Fontan η μείωση των πνευμονικών αγγειακών αντιστάσεων αποτελεί καθοριστικό στοιχείο για την διαχείριση τους. Σ
- ☐ β. Σε επίτοκες με σύνδρομο Eisenmenger η αύξηση των πνευμονικών αγγειακών αντιστάσεων αποτελεί καθοριστικό σημείο διαχείρισης λόγω των αυξημένων συστηματικών αγγειακών αντιστάσεων κατά τη διάρκεια της κύησης. Λ
- ☐ γ. Σε επίτοκες με συγγενή καρδιοπάθεια και διαφυγή αριστερά προς τα δεξιά στόχος αποτελεί η διατήρηση του προφορτίου της δεξιάς κοιλίας. Σ
- ☐ δ. Η ύπαρξη μεσοκοιλιακής επικοινωνίας σε επίτοκο αποτελεί αντένδειξη περιοχικής αναλγησίας και αναισθησίας. Λ
- ☐ ε. Σε επίτοκες με μεσοκοιλιακή επικοινωνία η διαφυγή αριστερά προς τα δεξιά μπορεί να ελαττωθεί με μείωση των περιφερικών αγγειακών αντιστάσεων. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 403-433
 Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 881-910
 Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, Cambridge University Press, 2008, pg 4-55

Σχετικά με το σύνδρομο Marfan κατά την κύηση. Τί από τα παρακάτω ισχύει?

- ☐ α. Η υπερδυναμική κυκλοφορία της κύησης σε επίτοκες με σύνδρομο Marfan αυξάνει το κίνδυνο διαχωρισμού της αορτής. Σ
- ☐ β. Ο κίνδυνος μητρικής θνητότητας σε επίτοκες με σύνδρομο Marfan και συμμετοχή της αορτικής βαλβίδας είναι πολύ υψηλός. Σ
- ☐ γ. Η αύξηση του μεταφορτίου είναι από τα κύρια σημεία που οφείλει ο αναισθησιολόγος να προσέξει. Λ
- ☐ δ. Η ελάττωση του καρδιαγγειακού stress αποτελεί κυρίαρχο στόχο της

αναισθησιολογικής προσέγγισης σε επίτοκες με σύνδρομο Marfan.

- ε. Η επισκληρίδιος αναλγησία/ αναισθησία για καισαρική τομή δεν αποτελεί αντένδειξη για τις επίτοκες με σύνδρομο Marfan.

Σ
Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 403-33.

Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 881-910

Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, Cambridge University Press, 2008, pg 4-55

Σχετικά με την πρωτοπαθή πνευμονική υπέρταση και την κύηση ή τη Μυοκαρδιοπάθεια κύησης. Τί από τα παρακάτω ισχύει?

- α. Τα θρομβοεμβολικά επεισόδια στην πρωτοπαθή πνευμονική υπέρταση στη κύηση είναι συχνά κατά τη διάρκεια της κύησης και χρήζουν αντιπηκτικής αγωγής καθόλη τη διάρκεια της κύησης.
- β. Η μυοκαρδιοπάθεια κύησης προϋποθέτει βλάβη στο μυοκάρδιο πριν από την σύλληψη.
- γ. Σε έγκυες με υποψία μυοκαρδιοπάθειας κύησης συστήνεται η απομάκρυνση του εμβρύου με στόχο τη βελτίωση του αιμοδυναμικού προφίλ της μητέρας.
- δ. Η πρόγνωση λεχωίδων με μυοκαρδιοπάθεια κύησης εξαρτάται από τη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας ακόμη και 12 μήνες μετά τον τοκετό.
- ε. Σε επίτοκο με υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια η αύξηση του προφορτίου γίνεται εύκολα ανεκτή.

Σ
Λ
Σ
Σ
Λ

Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Νευρολογικές νόσοι

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th eds, Κεφ. 41: Obstetric anesthesia, σελ 849 και Κεφ. 28: Anesthesia for patients with neurologic and psychiatric diseases, σελ 620-21, 616-18.

Σχετικά με την επίτοκο που πάσχει από πολλαπλή σκλήρυνση (σκλήρυνση κατά πλάκας):

- α. Συστήνεται η υπαραχνοειδής αναισθησία ως η μέθοδος εκλογής για καισαρική τομή λόγω της ασφάλειάς της σε σχέση με τη νόσο.
- β. Η σουκκινυλχολίνη μπορεί να προκαλέσει υπερκαλιαιμία σε κάποιες επίτοκες.
- γ. Μετά τον τοκετό μπορεί να υπάρξει έξαρση της νόσου.
- δ. Η επισκληρίδιος αναισθησία-αναλγησία φαίνεται να μην επιβαρύνει την νόσο.
- ε. Τα συνήθη γενικά αναισθητικά επιβαρύνουν σημαντικά τη νόσο και σχετίζονται με εξάρσεις αυτής.

Λ
Σ
Σ
Σ
Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. 41: Obstetric anesthesia σελ 849, και Κεφ. 28: Anesthesia for patients with neurologic and psychiatric diseases, σελ 620-21, 616-18.

Στην επίτοκο που πάσχει από πολλαπλή σκλήρυνση (σκλήρυνση κατά πλάκας):

- α. Η επισκληρίδιος αναλγησία για τον τοκετό θεωρείται επιβαρυντική για τη νόσο και πρέπει να αποφεύγεται.
- β. Η επισκληρίδιος αναισθησία για καισαρική τομή θεωρείται επιβαρυντική για τη νόσο και πρέπει να αποφεύγεται.
- γ. Σε σχέση με τη νόσο, μόνο η γενική αναισθησία είναι ασφαλής για τοκετό με καισαρική τομή.
- δ. Τα επισκληρίδιως χορηγούμενα οπιοειδή φαίνεται να προκαλούν έξαρση της νόσου.
- ε. Οι περιφερικοί νευρικοί αποκλεισμοί (π.χ. αιδοϊκός αποκλεισμός στο δεύτερο στάδιο του τοκετού) θεωρούνται επικίνδυνοι και πρέπει να αποφεύγονται.

Λ
Λ
Λ
Λ
Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. 41: Obstetric anesthesia σελ 849 και Κεφ. 28: Anesthesia for patients with neurologic and psychiatric diseases, σελ 620-21, 616-18.

Στην έγκυο ή επίτοκο που πάσχει από επιληψία:

- ☐ α. Έχει απόλυτη αντένδειξη η εφαρμογή περιοχικής αναισθησίας. Λ
- ☐ β. Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα πρέπει να διακοπούν την περίοδο περί τον τοκετό. Λ
- ☐ γ. Οι δόσεις των αντιεπιληπτικών φαρμάκων πιθανώς να χρειαστούν τροποποίηση κατά τη διάρκεια της κύησης, λόγω κινδύνων τερατογένεσης και φαρμακοκινητικών αλλαγών. Σ
- ☐ δ. Από τα φάρμακα της γενικής αναισθησίας προτιμάται η κεταμίνη. Λ
- ☐ ε. Μπορεί να αυξηθούν οι απαιτήσεις σε γενικά αναισθητικά φάρμακα, λόγω επαγωγής ηπατικών ενζύμων από τα αντιεπιληπτικά φάρμακα. Σ

Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Παχυσαρκία

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 491-511
Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 1079-1093

Τι ισχύει από τα παρακάτω?

- ☐ α. Παχυσαρκία ορίζεται σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας όταν το BMI >30. Σ
- ☐ β. Νοσογόνος παχυσαρκία ορίζεται σύμφωνα με τον ΠΟΥ όταν το BMI >40. Σ
- ☐ γ. Η παχυσαρκία δε μπορεί από μόνη της να προκαλέσει επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης. Λ
- ☐ δ. Τα συχνότερα μαιευτικά προβλήματα που εμφανίζονται στην παχύσαρκτη έγκυο αφορούν το καρδιαγγειακό σύστημα, το ενδοκρινικό σύστημα και τις συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου. Σ
- ☐ ε. Η περιγεννητική θνητότητα και νοσηρότητα είναι πολύ αυξημένη στα νεογνά παχύσαρκων μητέρων. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 491-511.
Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 1079-93.

Όσον αφορά την αναισθησιολογική διαχείριση της παχύσαρκης επίτοκου, τί από τα παρακάτω ισχύει σε σχέση με τον αεραγωγό και τον αερισμό της?

- ☐ α. Στις παχύσαρκες επίτοκες υπάρχει σημαντική μείωση στην FRC και στον υπολειπόμενο όγκο (RV). Σ
- ☐ β. Υπάρχει πιθανότητα δυσκολίας και πιθανόν, αδυναμίας στην ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Σ
- ☐ γ. Λόγω της υψηλής συχνότητας εμφάνισης συνδρόμου υπνικής άπνοιας, οι παχύσαρκες επίτοκες είναι ανθεκτικές στην υποξυγοναιμία. Λ
- ☐ δ. Η συχνότητα εμφάνισης βρογχικού άσθματος είναι ελαττωμένη στις παχύσαρκες γυναίκες. Λ
- ☐ ε. Η χρόνια υποξαιμία και η χρόνια υπερκαπνία που εμφανίζουν οι παχύσαρκες γυναίκες μπορούν να οδηγήσουν σε ανάπτυξη πνευμονικής υπέρτασης και δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 491-511.
Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 1079-93.

Όσον αφορά την αναισθησιολογική διαχείριση της παχύσαρκης επιτόκου, τί από τα παρακάτω ισχύει σε σχέση με τις περιοχικές τεχνικές για τη διενέργεια φυσιολογικού τοκετού ή καισαρικής τομής?

- ☐ α. Στις παχύσαρκες επίτοκες το ποσοστό αποτυχίας της επισκληριδίου τεχνικής λόγω ανατομικών δυσκολιών είναι υψηλό. Σ
- ☐ β. Στις παχύσαρκες επίτοκες, λόγω της αυξημένης εναπόθεσης λιπώδους ιστού στη περιοχή του αποκλεισμού, το ποσοστό τρώσης της σκληράς μήνιγγας μετά από επισκληρίδιο τεχνική είναι ελαττωμένο. Λ
- ☐ γ. Στις παχύσαρκες γυναίκες παρατηρείται υψηλό ποσοστό μετακίνησης του επισκληριδίου καθετήρα. Σ
- ☐ δ. Στις παχύσαρκες επίτοκες προτιμάται η τεχνική της συνδυασμένης επισκληριδίου-υπαραχνοειδούς αναισθησίας για την αποφυγή εξάπλωσης κεφαλικά του τοπικού αναισθητικού και βέλτιστη τιτλοποίησή του λόγω της υψηλής πίεσης του επισκληριδίου χώρου. Σ
- ☐ ε. Η καλύτερη θέση της παχύσαρκης επιτόκου για την τοποθέτηση του επισκληριδίου καθετήρα θεωρείται η πλάγια για αποφυγή επεισοδίων υποξαιμίας και κεφαλικής εξάπλωσης του τοπικού αναισθητικού. Λ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 491-511.
Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 1079-93.

Όσον αφορά την αναισθησιολογική διαχείριση της παχύσαρκης επιτόκου στην αίθουσα τοκετών:

- ☐ α. Η παράταση του 1ου και 2ου σταδίου τοκετού, καθώς και η χρήση ωκυτοκίνης είναι συχνή στις παχύσαρκες επίτοκες και επίσης υπάρχει άμεση συσχέτιση της παράτασης με το BMI. Σ
- ☐ β. Υπάρχει χαμηλότερο ποσοστό κίνδυνου η παχύσαρκτη επίτοκος να οδηγηθεί για καισαρική τομή λόγω αλλοιώσεων εμβρυϊκών παλμών από ότι οι μη παχύσαρκες. Λ
- ☐ γ. Υπάρχει αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης μείζονος μαιευτικής αιμορραγίας, η οποία αποτελεί και μία από τις κυριότερες αιτίες μητρικής θνητότητας. Σ
- ☐ δ. Η πιθανότητα εργώδους τοκετού λόγω μακροσωμίας εμβρύου δεν είναι πολύ συχνή στις παχύσαρκες επίτοκες λόγω ανατομίας της πυέλου. Λ
- ☐ ε. Η χρήση ρεμιφεντανίλης κατά την εξέλιξη του τοκετού σε αποτυχία της εφαρμογής περιοχικής τεχνικής αποτελεί εναλλακτική τεχνική αναλγησίας στις παχύσαρκες επίτοκες. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 491-511.
Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 1079-93.

Όσον αφορά την αναισθησιολογική διαχείριση της παχύσαρκης επιτόκου και τη διενέργεια καισαρικής τομής:

- ☐ α. Η διενέργεια καισαρικής τομής σε παχύσαρκες επίτοκες αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου μητρικής νοσηρότητας και θνητότητας. Σ
- ☐ β. Η υπέρταση κύησης και η προεκλαμψία εμφανίζονται συχνότερα στις παχύσαρκες επίτοκες και αυξάνουν ανεξάρτητα τον κίνδυνο για διενέργεια καισαρικής τομής. Σ
- ☐ γ. Η γενική αναισθησία στις παχύσαρκες επίτοκες αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα μείωσης της μητρικής νοσηρότητας και θνητότητας. Λ
- ☐ δ. Κατά τη διάρκεια γενικής αναισθησίας στις παχύσαρκες επίτοκες πρέπει αυστηρά να εφαρμοσθεί πρωτόκολλο ταχείας εισαγωγής στην αναισθησία λόγω υψηλής πιθανότητας εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου. Σ

- ε. Η πιθανότητα νοσηλείας παχύσαρκης λεχωίδας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μετά από γενική αναισθησία για καισαρική τομή είναι αρκετά υψηλή, λόγω των σοβαρών δυνητικών προβλημάτων κυρίως από το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα.

Σ

Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Αιμορραγικές διαταραχές

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 396-400.
Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 951-4.
Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, 2008, pg 303-6.

Θρομβοπενία και κύηση. Τί από τα παρακάτω ισχύει?

- α. Αποτελεί την πιο συχνά απαντώμενη αιματολογική διαταραχή κατά τη διάρκεια της κύησης. Σ
- β. Η ιδιοπαθής θρομβοπενία με αριθμό αιμοπεταλίων > 70.000 συνήθως δεν δημιουργεί προβλήματα στη μητέρα και στο νεογνό. Σ
- γ. Η θρομβοπενία στη κύηση μπορεί να σχετίζεται με συνοδά νοσήματα, όπως προεκλαμψία, σύνδρομο HELLP, με αιμολυτικό ουραιμικό σύνδρομο, εμβολή αμνιακού υγρού, αυτοάνοσα νοσήματα, μυελοδυσπλασία. Σ
- δ. Ο απόλυτος αριθμός των αιμοπεταλίων αποτελεί το μοναδικό εργαστηριακό στοιχείο για το εάν η επίτοκος θα λάβει περιοχική αναισθησία-αναλγησία. Λ
- ε. Στις επίτοκες με θρομβοπενία <100.000 απαιτείται μετάγγιση με ασκό αιμοπεταλίων προκειμένου να γίνει τοκετός με καισαρική τομή. Λ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 396-400.
Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 951-4.
Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, 2008, pg 303-6

Νόσος von Willebrand και κύηση. Τί πρέπει να γνωρίζει ο αναισθησιολόγος?

- α. Αποτελεί τη πιο συχνή γενετική διαταραχή του μηχανισμού πήξης με συχνότητα εμφάνισης 1% στο γενικό πληθυσμό. Σ
- β. Οι επίτοκες με νόσο von Willebrand έχουν 15- 20 φορές περισσότερες πιθανότητες να αιμορραγήσουν σε σχέση με τις υγιείς επίτοκες. Σ
- γ. Η περιοχική αναισθησία μπορεί να γίνει με ασφάλεια σε όλες τις επίτοκες με τη νόσο von Willebrand ανεξαρτήτως τύπου. Λ
- δ. Υπάρχει διαταραχή στον αριθμό των αιμοπεταλίων σε ασθενείς με νόσο von Willebrand. Λ
- ε. Η δεσμοπρεσσίνη αυξάνει τα επίπεδα του παράγοντα von Willebrand, αλλά πρέπει να αποφεύγεται στις ασθενείς με type IIB vWD. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 396-400.
Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 951-4.
Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, 2008, pg 303-6

Αιμορροφιλίες και κύηση. Τί πρέπει να γνωρίζει ο αναισθησιολόγος?

- α. Η περιοχική αναισθησία μπορεί να εφαρμοσθεί σε επίτοκες με αιμορροφιλία τύπου A και B, εάν τα επίπεδα παραγόντων VIII και IX είναι >50 IU/dl. Σ
- β. Εάν τα επίπεδα παραγόντων VIII και IX είναι <50 IU/dl, τότε για τη διενέργεια του τοκετού απαιτείται η χορήγηση συμπυκνωμένων παραγόντων με τη σύμφωνη γνώμη του αιματολόγου. Σ
- γ. Προφυλακτική χορήγηση παράγοντα XI δεν πρέπει να γίνεται εάν η επίτοκος έχει

χαμηλά επίπεδα παράγοντα ή ιστορικό αιμορραγίας κατά τη διάρκεια επεμβατικών διαδικασιών.

Λ

- δ. Σε επείγουσες μαιευτικές καταστάσεις και συνοδό αιμορραγία μπορεί να χορηγηθεί νωπό κατεψυγμένο πλάσμα ή κρυοκαθίζημα, εφόσον δεν υπάρχουν διαθέσιμοι οι συμπυκνωμένοι παράγοντες στους οποίους υπάρχει έλλειψη.
- ε. Προφυλακτική χορήγηση νωπού κατεψυγμένου πλάσματος θεωρείται αναγκαία σε επίτοκες με γνωστή αιμορροφιλική διαταραχή που θα οδηγηθούν σε τοκετό με καισαρική τομή.

Σ

Λ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 396-400.
Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 951-4.
Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, pg 303-6.

Αν τελικά ακολουθηθεί διαδικασία περιοχικής τεχνικής σε επίτοκο με αιμορραγικές διαταραχές, προβαίνουμε στα εξής:

- α. Ενημέρωση επιτόκου για την τεχνική, τα πιθανά οφέλη και καταγραφή της συζήτησης.
- β. Υπαραχνοειδής αναισθησία δεν προτιμάται σε αυτές τις καταστάσεις.
- γ. Αν αποφασισθεί επισκληρίδιος τεχνική, η απομάκρυνση του επισκληριδίου καθετήρα γίνεται μετά από πλήρη κλινικοεργαστηριακή εκτίμηση της λεχωίδας όσον αφορά την πηκτικότητα.
- δ. Σε επίτοκες ή λεχωίδες με θρομβοπενία μπορούν να χορηγηθούν με ασφάλεια τα ΜΣΑΦ.
- ε. Συνεχής εκτίμηση της λεχωίδας για σημεία-συμπτώματα επισκληριδίου αιματώματος.

Σ

Λ

Σ

Λ

Σ

Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Νόσοι θυρεοειδούς

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 372-8.
Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 922-9.
Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, pg 276-8.

Όσον αφορά τον θυρεοειδή αδένα κατά τη διάρκεια της κύησης:

- α. Η εγκυμοσύνη επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργία του θυρεοειδούς αδένα και την έκκριση ορμονών.
- β. Η έγκυος γυναίκα χρειάζεται λιγότερο θυρεοτρόπο ορμόνη (TSH) κατά τη διάρκεια της κύησης, λόγω του αυξημένου όγκου πλάσματος.
- γ. Τα αυξημένα επίπεδα β-χοριακής γοναδοτροπίνης οδηγούν σε αύξηση της παραγωγής T₄ και καταστέλλουν την TSH.
- δ. Τα αντισώματα που συνδυάζονται με νόσο Graves περνάνε τον πλακούντα και μπορεί να καταστείλουν την εμβρυική θυρεοειδική λειτουργία.
- ε. Σε υποθυρεοειδισμό κύησης οι ανάγκες υποκατάστασης με T₄ μεταβάλλονται με την εξέλιξη της κύησης και απαιτείται προσαρμογή της δόσης με εργαστηριακή παρακολούθηση.

Σ

Λ

Σ

Σ

Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 372-8.
Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 922-9.
Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, pg 276-8.

Αιτίες υπερθυρεοειδισμού στη κύηση μπορεί να αποτελούν τα παρακάτω:

- α. Προϋπάρχουσα θυρεοειδίτιδα
- β. Αδένωμα υπόφυσης που εκκρίνει TSH

Σ

Σ

- ☐ γ. Σχετιζόμενη με τη β-χοριακή γοναδοτροπίνη Σ
- ☐ δ. Λήψη προγεστερόνης και οιστραδιόλης Λ
- ☐ ε. Υπερέμεση κύησης στο 1ο τρίμηνο Λ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 372-8.

Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, pg 922-9.

Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, pg 276-8.

Σημεία και συμπτώματα υπερθυρεοειδισμού στη κύηση μπορούν να αποτελούν τα παρακάτω:

- ☐ α. Δυσανεξία στο κρύο Λ
- ☐ β. Απώλεια βάρους Σ
- ☐ γ. Διαταραχές καρδιακού ρυθμού Σ
- ☐ δ. Αγχώδεις διαταραχές Σ
- ☐ ε. Δυσκοιλιότητα που λανθασμένα αποδίδεται στη κύηση Λ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 372-8.

Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, pg 922-9.

Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, pg 276-8.

Εμφάνιση θυρεοτοξικής κρίσης στη κύηση. Τί από τα παρακάτω ισχύει?

- ☐ α. Αποτελεί επείγουσα κατάσταση στη μαιευτική και απαιτεί άμεση αντιμετώπιση. Σ
- ☐ β. Δεν αποτελεί συχνή επιπλοκή της θυρεοτοξίκωσης στη κύηση η καρδιακή ανεπάρκεια. Λ
- ☐ γ. Η σοβαρότητα της κλινικής εικόνας εξαρτάται από το επίπεδο των κυκλοφορούντων ορμονών, της ελεύθερης T_4 ή T_3 και για αυτό απαιτείται η άμεση μέτρηση τους. Λ
- ☐ δ. Απαιτείται άμεση παρέμβαση με τη χορήγηση β-αναστολέα σε μεγάλες δόσεις με καταλληλότερο φάρμακο την προπρανολόλη, η οποία εκτός από τη β-δράση ελαττώνει τη μετατροπή της T_4 σε T_3 . Σ
- ☐ ε. Για τη ρύθμιση των κυκλοφορούντων ορμονών, απαιτείται άμεση χορήγηση φθοριουρακίλης σε δόση 300 mg/6ώρες από το στόμα ή μέσω ρινογαστρικού σωλήνα. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 372-378

Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 922-929

Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, Cambridge University Press, 2008, pg 276-278

Κατά τη διάρκεια του τοκετού σε επίτοκες με υπερθυρεοειδισμό, τί πρέπει να προσέξει ο αναισθησιολόγος?

- ☐ α. Η απόφραξη αεραγωγού λόγω της υπερπλασίας του θυρεοειδούς αδένος αποτελεί κλινικό στοιχείο δυσκολίας στην ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Σ
- ☐ β. Οι ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες δεν αποτελούν συχνό εύρημα στις επίτοκες με θυρεοτοξική κρίση. Λ
- ☐ γ. Η εμφάνιση καρδιακών αρρυθμιών και υποκείμενης μυοκαρδιοπάθειας είναι αρκετά συχνές σε επίτοκες που εμφανίζουν θυρεοτοξική κρίση, οπότε η εφαρμογή πλήρους monitoring του καρδιαγγειακού συστήματος θεωρείται απαραίτητη συνθήκη διεγχειρητικά. Σ
- ☐ δ. Η επισκληρίδιος αναλγησία θεωρείται αντένδειξη στις υπερθυρεοειδικές επίτοκες. Λ
- ☐ ε. Στις επίτοκες που δε μπορεί να ρυθμιστεί η θυρεοτοξική κρίση, απαιτείται πλήρες monitoring της μητέρας και του εμβρύου και προετοιμασία της επιτόκου με χορήγηση φθοριουρακίλης, γλυκοκορτικοειδών, ιωδιούχου νατρίου και β-αποκλειστών. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 372-378

Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 922-929
 Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, Cambridge University Press, 2008, pg 276-278

Στις έγκυες γυναίκες με υποθυρεοειδισμό, τί από τα παρακάτω ισχύει?

- ☐ α. Αυξάνεται η πιθανότητα πρόωρου τοκετού. Σ
- ☐ β. Μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης προεκλαμψίας. Λ
- ☐ γ. Αυξάνεται η πιθανότητα γέννησης ελλειποβαρούς νεογνού. Σ
- ☐ δ. Αυξάνεται η πιθανότητα περιγεννητικής νοσηρότητας και θνητότητας. Σ
- ☐ ε. Σε σοβαρό υποθυρεοειδισμό, η εμφάνιση υποθερμίας, βραδυκαρδίας, υπότασης και κατάθλιψης στην έγκυο γυναίκα αποτελούν συχνά συμπτώματα. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 372-378
 Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 922-929
 Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, Cambridge University Press, 2008, pg 276-278

Στις επίτοκες με μη θεραπευμένο υποθυρεοειδισμό, η αναισθησιολογική διαχείριση πρέπει να στοχεύει τα εξής:

- ☐ α. Διόρθωση ηλεκτρολυτικών ανωμαλιών. Σ
- ☐ β. Αντιμετώπιση πιθανής στεφανιαίας νόσου. Σ
- ☐ γ. Πιθανότητα αντιμετώπισης αναπνευστικής καταστολής, ακόμη και με μικρή δόση οπιοειδών φαρμάκων. Σ
- ☐ δ. Διόρθωση διαταραχών στη τιμή των αιμοπεταλίων και των παραγόντων πήξης. Σ
- ☐ ε. Οι απαντήσεις στην υποξία και υπερκαπνία είναι μη φυσιολογικές σε αυτές τις ασθενείς, οπότε χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή κατά την εφαρμογή γενικής αναισθησίας για καισαρική τομή. Σ

Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Κατάχρηση ουσιών

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2010). Results from the 2009 National Survey on drug Use and Health. Chasnoff IJ, McGourty RF, et al. The 4P's Plus screen for substance use in pregnancy: clinical application and outcomes. J Perinatol. 2005;25(6):368-74.

Christmas JT. Comparison of questionnaire screening and urine toxicology for detection of pregnancy complicated by substance use. Obstet Gynecol 1992; 80:750-4

Η κατάχρηση ουσιών στην κύηση:

- ☐ α. Επιφέρει καρδιολογικές και νευρολογικές επιπλοκές στην επίτοκο. Σ
- ☐ β. Προκαλεί υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου (Intrauterine Growth Restriction, IUGR). Σ
- ☐ γ. Δεν αυξάνει τις πιθανότητες για πρόωρο τοκετό. Λ
- ☐ δ. Αυξάνει τον κίνδυνο για εμβρυικό θάνατο. Σ
- ☐ ε. Συνδέεται με πλακουντιακή ανεπάρκεια. Σ

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2010). Results from the 2009 National Survey on drug Use and Health. Chasnoff IJ, McGourty RF, et al. The 4P's Plus screen for substance use in pregnancy: clinical application and outcomes. J Perinatol. 2005;25(6):368-74.

Christmas JT. Comparison of questionnaire screening and urine toxicology for detection of pregnancy complicated by substance use. Obstet Gynecol 1992; 80:750-4

Για την καταγραφή (screening) ως προς την κατάχρηση ουσιών σε εγκύους:

- ☐ α. Όταν βασίζεται σε ερωτηματολόγια, συνδέεται με μεγάλο ποσοστό άρνησης της

- κατάχρησης από τις ερωτώμενες επίτοκες. Σ
- ☐ β. Όσον αφορά στις εργαστηριακές εξετάσεις, δεν έχει περιορισμούς χρόνου και ευαισθησίας. Λ
- ☐ γ. Ιδανικά, το ερωτηματολόγιο συνδυάζεται με δομημένη συνέντευξη και κλινική εξέταση. Σ
- ☐ δ. Η δοκιμασία "4 P's plus" αυξάνει την ευαισθησία στο 81-95%. Σ
- ☐ ε. Δεν υπάρχουν περιορισμοί λόγω κόστους. Λ

Mathis KW, Zambel IK, et al. Altered hemodynamic counter-regulation to hemorrhage by acute moderate alcohol intoxication. Shock. 2006;26(1):55-61.

May JA1, White HC, et al. The patient recovering from alcohol or drug addiction: special issues for the anesthesiologist. Anesth Analg. 2001;92(6):1601-8.

Οξεία δηλητηρίαση με αλκοόλ (alcohol acute intoxication):

- ☐ α. Δεν προκαλεί συνέργεια με αναισθησιολογικούς παράγοντες. Λ
- ☐ β. Προκαλεί μείωση του ενδαγγειακού όγκου. Σ
- ☐ γ. Προκαλεί μεταβολική αλκάλωση. Λ
- ☐ δ. Επηρεάζει την φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού στην αιμορραγία. Σ
- ☐ ε. Επιφέρει ηθικούς προβληματισμούς όσον αφορά στη συγκατάθεση της ασθενούς. Σ

Mathis KW, et al. Altered hemodynamic counter-regulation to hemorrhage by acute moderate alcohol intoxication. Shock. 2006;26(1):55-61.

May JA1, White HC, et al. The patient recovering from alcohol or drug addiction: special issues for the anesthesiologist. Anesth Analg. 2001;92(6):1601-8.

Χρόνια κατανάλωση αλκοόλ στην κύηση:

- ☐ α. Προκαλεί δυσλειτουργία του αυτονόμου νευρικού συστήματος. Σ
- ☐ β. Δεν συνδέεται με διατατική καρδιομυοπάθεια. Λ
- ☐ γ. Προκαλεί διαταραχές πηκτικότητας. Σ
- ☐ δ. Δεν προκαλεί γαστροπάρεση. Λ
- ☐ ε. Δεν προκαλεί περιφερική νευροπάθεια. Λ

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2010). Results from the 2009 National Survey on drug Use and Health.

Chasnoff IJ, McGourty RF, et al. The 4P's Plus screen for substance use in pregnancy: clinical application and outcomes. J Perinatol. 2005;25(6):368-74.

Christmas JT. Comparison of questionnaire screening and urine toxicology for detection of pregnancy complicated by substance use. Obstet Gynecol 1992; 80:750-4

Κατάχρηση κοκαΐνης από επίτοκες:

- ☐ α. Μπορεί να παρουσιάζεται με κλινική εικόνα παρόμοια με την προεκλαμψία. Σ
- ☐ β. Συνδέεται με νεογνικές κρανιοπροσωπικές ανωμαλίες. Σ
- ☐ γ. Έχει φανεί από μελέτες να συνδέεται με θρομβοκυτταροπενία. Λ
- ☐ δ. Αυξάνει την διάρκεια δράσης των ενδοραχιαίων οπιοειδών. Λ
- ☐ ε. Μειώνει τον κίνδυνο για ισχαιμία του μυοκαρδίου. Λ

Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Ανοσολογικές νόσοι

Chestnut's Obstetric Anesthesia - Principles and Practice 5th Edition, σελ. 949

Σε επίτοκες με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ):

- ☐ α. Ο κίνδυνος για σημαντική έξαρση της νόσου κατά την εγκυμοσύνη, είναι επτά φορές αυξημένος εάν η νόσος είναι ενεργή έως και 6 μήνες πριν τη σύλληψη. Σ
- ☐ β. Η θρομβοπενία δεν αποτελεί εργαστηριακό εύρημα της νόσου. Λ
- ☐ γ. Η νόσος δεν αποτελεί αιτία πρόωρου τοκετού. Λ
- ☐ δ. Η πρωτεϊνουρία δεν αποτελεί εργαστηριακό εύρημα σε επίτοκες με νεφρίτιδα ΣΕΛ. Λ
- ☐ ε. Στα νεογνά επιτόκων με ΣΕΛ, υπάρχει μικρή πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Σ

Chestnut's Obstetric Anesthesia - Principles and Practice 5th Edition, σελ. 949-50

Στην αναισθησιολογική διαχείριση επιτόκων με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ) πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν τα εξής:

- ☐ α. Δύσπνοια ή ανεξήγητη ταχυκαρδία μπορεί να υποδηλώνει περικαρδίτιδα ή μυοκαρδίτιδα. Σ
- ☐ β. Η επίπτωση βαλβιδοπάθειας είναι υψηλή. Σ
- ☐ γ. Το 25% των επιτόκων με ΣΕΛ εμφανίζουν κεντρική και περιφερική νευροπάθεια. Σ
- ☐ δ. Η διασταύρωση αίματος επιτόκων με ΣΕΛ μπορεί να απαιτήσει περισσότερο χρόνο από το φυσιολογικό. Σ
- ☐ ε. Αυξημένο aPTT, λόγω παρουσίας αντιπηκτικού του λύκου, προκαλεί σημαντική διαταραχή πήκτικότητας. Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia - Principles and Practice 5th Edition, σελ 951-952

Επίτοκες με Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο (ΑΣ):

- ☐ α. Παρουσιάζουν κίνδυνο εμφάνισης αρτηριακών και φλεβικών θρομβώσεων. Σ
- ☐ β. Μπορεί να συνυπάρχει Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος σε ποσοστό 40% Λ
- ☐ γ. Θρομβοπενία παρουσιάζεται στο 10% των επιτόκων με ΑΣ. Λ
- ☐ δ. Υπάρχει υψηλή επίπτωση ενδομήτριου θανάτου σε επίτοκες με ΑΣ. Σ
- ☐ ε. Επίτοκες με ΑΣ μπορεί να εκδηλώσουν παροδική αμαύρωση. Σ

Chestnut's Obstetric Anesthesia - Principles and Practice 5th Edition, σελ. 952

Στην αναισθησιολογική διαχείριση επιτόκων με Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο (ΑΣ) πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν τα εξής:

- ☐ α. Η εφαρμογή περιοχικής αναισθησίας αποτελεί απόλυτη αντένδειξη. Λ
- ☐ β. Επί απουσίας υποκείμενης διαταραχής πήκτικότητας ή αντιπηκτικής θεραπείας, παρατεταμένο aPTT δεν σημαίνει αιμορραγική διάθεση. Σ
- ☐ γ. Η χρήση ασπιρίνης αποτελεί αντένδειξη για εφαρμογή περιοχικής αναισθησίας. Λ
- ☐ δ. Η χρήση θρομβοελαστογραφίας δεν έχει θέση σε επίτοκες με ΑΣ. Λ
- ☐ ε. Επίτοκες με ΑΣ που υποβάλλονται σε γενική αναισθησία παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης φλεβικής θρόμβωσης. Σ

Παθολογικές καταστάσεις και κύηση: Νεφρικές νόσοι

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ. 1095

Παθοφυσιολογικές αλλαγές της νεφρικής λειτουργίας στην κύηση:

- ☐ α. Αυξάνεται κατά 80% η νεφρική αιματική ροή. Σ
- ☐ β. Αυξάνεται κατά 50% η σπειραματική διήθηση. Σ
- ☐ γ. Επίπεδα κρεατινίνης > 0,8 mg/dl θεωρούνται φυσιολογικά. Λ
- ☐ δ. Επίπεδα ουρίας >13 mg/dl θεωρούνται φυσιολογικά. Λ

- ε. Κατά την εγκυμοσύνη συμβαίνει μέτρια πρωτεинуρία (έως και 300 mg/24ωρο). Σ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ. 1096

Νεφρική νόσος και κύηση:

- α. Η κύηση επηρεάζει την νεφρική νόσο ανάλογα με τον βαθμό νεφρικής ανεπάρκειας πριν την εγκυμοσύνη. Σ
- β. Γυναίκες με μέτρια ή σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια, συνήθως έχουν επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας και παρόξυνση της υπέρτασης με την κύηση. Σ
- γ. Ο πρόωρος τοκετός, η ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη (IUGR) και η προεκλαμψία δεν συσχετίζονται με προϋπάρχουσα νεφρική νόσο. Λ
- δ. Η νεφρική νόσος δεν επηρεάζει τα ποσοστά νεογνικής θνητότητας Λ
- ε. Η κύηση αποτελεί αντένδειξη για την συνέχιση της αγωγής με κορτικοστεροειδή σε σπειραματονεφρίτιδες. Λ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ 1098-99

Αναισθησία και νεφρική νόσος στην κύηση:

- α. Η αναισθητική διαχείριση της επιτόκου δεν επηρεάζεται από την έκταση της νεφρικής δυσλειτουργίας και υπέρτασης. Λ
- β. Επίτοκος με σταθεροποιημένη νεφρική νόσο και ελεγχόμενη υπέρταση, συνήθως δεν εμφανίζει περαιτέρω επιπλοκές. Σ
- γ. Επίτοκος με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να έχει δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας και υπερτροφία μυοκαρδίου. Σ
- δ. Η πηκτικότητα και η λειτουργικότητα των αιμοπεταλίων δεν επηρεάζονται άμεσα από την ουραιμία. Σ
- ε. Θρομβοπενία μπορεί να συμβεί λόγω περιφερικής καταστροφής των αιμοπεταλίων. Σ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ. 1098-99

Αναισθησία και νεφρική νόσος στην κύηση:

- α. Σε αιμοκαθαίροντες ασθενείς, η υπογκαιμία και η νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος μπορεί να οδηγήσουν σε ανθεκτική υπόταση κατά την εγκατάσταση του νευραξονικού αποκλεισμού. Σ
- β. Μετά την αιμοκάθαρση, η υπόταση μπορεί να ελαχιστοποιηθεί με την κατάλληλη προενυδάτωση και την βραδεία εγκατάσταση του επισκληρίδιου αποκλεισμού. Σ
- γ. Προϋπάρχουσα περιφερική νευροπάθεια με νεφρική νόσο είναι αντένδειξη για περιοχική αναισθησία. Λ
- δ. Μετά από υπαραχνοειδή αναισθησία αναφέρεται ταχύτερη έναρξη και ψηλότερος αισθητικός αποκλεισμός στους ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Σ
- ε. Οι ασθενείς με χρόνια ουραιμία δεν έχουν αυξημένο κίνδυνο για εισρόφηση σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Λ

CHESTNUT'S OBSTETRIC ANAESTHESIA PRINCIPLES AND PRACTICE 4th ed. σελ 1099

Αναισθησία και νεφρική νόσος στην κύηση:

- α. Πριν την εισαγωγή στην γενική αναισθησία, οι νεφροπαθείς πρέπει να λάβουν κιτρικό Νάτριο από το στόμα, μετοκλοπραμίδη και ρανιτιδίνη. Σ
- β. Λόγω της χρόνιας αναιμίας τους οι νεφροπαθείς διεγχειρητικά χρειάζονται μετάγγιση ανεξάρτητα από την απώλεια αίματος. Λ
- γ. Επιτρέπεται η τοποθέτηση της περιχειρίδας του πιεσόμετρου στο χέρι με την fistula

- που χρησιμοποιείται για αιμοκάθαρση. Λ
- ☐ δ. Η συγκέντρωση της ψευδοχοληστεράσης στο πλάσμα μειώνεται μετά από την αιμοκάθαρση. Λ
- ☐ ε. Ο νευρομυϊκός αποκλειστή εκλογής είναι το ροκουρόνιο. Λ

Αναισθησιολογική φροντίδα επιτόκου υψηλού κινδύνου, συμπεριλαμβανομένου του Τραύματος

Smith KA, Bryce S. Trauma in the pregnant patient: an evidence-based approach to management. Emerg Med Pract. 2013;15(4):1-18.

Mendez-Figueroa H1, Dahlke JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: an updated systematic review. AmJObstetGynecol. 2013;209(1):1-10.

Σχετικά με το τραύμα στην κύηση:

- ☐ α. Έχει επίπτωση 1 περιστατικό ανά 20 κύσεις. Λ
- ☐ β. Έχει επίπτωση 1 περιστατικό ανά 12 κύσεις. Σ
- ☐ γ. Αποτελεί την πρώτη αιτία μη-μαιευτικού μητρικού θανάτου. Σ
- ☐ δ. Αποτελεί τη δεύτερη αιτία μη-μαιευτικού μητρικού θανάτου μετά τη φαρμακευτική δηλητηρίαση. Λ
- ☐ ε. Θεραπευτική προτεραιότητα στην αντιμετώπιση έχει το έμβρυο. Λ

Smith KA, Bryce S. Trauma in the pregnant patient: an evidence-based approach to management. Emerg Med Pract. 2013 Apr;15(4):1-18.

Mendez-Figueroa H1, Dahlke JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: an updated systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2013 Jul;209(1):1-10.

Σχετικά με το τραύμα στην κύηση:

- ☐ α. Η συχνότερη αιτία μητρικού τραύματος είναι τα τροχαία ατυχήματα. Σ
- ☐ β. Η συχνότερη αιτία μητρικού τραύματος είναι η ενδο-οικογενειακή βία. Λ
- ☐ γ. Η συχνότερη αιτία μητρικού τραύματος είναι οι πτώσεις. Λ
- ☐ δ. Οι πτώσεις είναι συχνότερες στο 3ο τρίμηνο της κύησης. Σ
- ☐ ε. Επιπλοκή του τραυματισμού μπορεί να αποτελέσει η εμβολή αμνιακού υγρού. Σ

Smith KA, Bryce S. Trauma in the pregnant patient: an evidence-based approach to management. Emerg Med Pract. 2013;15(4):1-18

Mendez-Figueroa H1, Dahlke JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: an updated systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2013;209(1):1-10.

Jain V, Chari R, Maslovitz S, et al. Guidelines for the Management of a Pregnant Trauma Patient. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(6):553-74.

Καρδιοτοκογραφία σε έγκυο τραυματία πρέπει να διενεργείται:

- ☐ α. Αμέσως με την άφιξή της στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Λ
- ☐ β. Όσο το δυνατόν γρηγορότερα μετά τη σταθεροποίηση της μητέρας. Σ
- ☐ γ. Μόνο εφόσον εισαχθεί στο νοσοκομείο και μεταφερθεί σε μαιευτική κλινική. Λ
- ☐ δ. Δεν χρειάζεται καθόλου. Λ
- ☐ ε. Μόνον εάν υπάρχουν ενδείξεις αιμοδυναμικής αστάθειας της μητέρας. Λ

Smith KA, Bryce S. Trauma in the pregnant patient: an evidence-based approach to management. Emerg Med Pract. 2013;15(4):1-18.

Mendez-Figueroa H1, Dahlke JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: an updated systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2013;209(1):1-10.

Jain V, Chari R, Maslovitz S, et al. Guidelines for the Management of a Pregnant Trauma Patient. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(6):553-74.

Σχετικά με το τραύμα στην έγκυο, οι διάφορες μελέτες δείχνουν:

- ☐ α. Το διατιτραίνον τραύμα είναι πιο συχνό από το αμβλύ τραύμα. Λ
- ☐ β. Σοβαρές επιπλοκές μπορεί να προκύψουν ακόμα και με έλασσον τραύμα. Σ
- ☐ γ. Οι κλίμακες βαρύτητας τραύματος (Injury Severity Scores, ISS) αποτελούν προγνωστικούς δείκτες εμβρυικής έκβασης. Λ
- ☐ δ. Το τραύμα στην κύηση είναι σπάνιο, με επίπτωση <1%. Λ
- ☐ ε. Η έγκυος τραυματίας πρέπει προληπτικά και μόνο να νοσηλεύεται τουλάχιστον 48 ώρες. Λ

Smith KA, Bryce S. Trauma in the pregnant patient: an evidence-based approach to management. Emerg Med Pract. 2013;15(4):1-18.

Mendez-Figueroa H1, Dahlke JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: an updated systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2013;209(1):1-10.

Jain V, Chari R, Maslovitz S, et al. Guidelines for the Management of a Pregnant Trauma Patient. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(6):553-74^A.

Στον αλγόριθμο αντιμετώπισης της εγκύου τραυματίας:

- ☐ α. Αμέσως με την άφιξη της γυναίκας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών πρέπει να διενεργείται υπερηχογράφημα κύησης, ώστε να επιβεβαιωθεί ότι το έμβρυο είναι βιώσιμο. Λ
- ☐ β. Ταυτόχρονα με την πρωτογενή αντιμετώπιση της εγκύου πρέπει να διενεργείται και καρδιοτοκογράφημα για την εκτίμηση της κατάστασης του εμβρύου. Λ
- ☐ γ. Μόνο μετά την πρωτογενή αντιμετώπιση της εγκύου συνιστάται να γίνεται εκτίμηση της κατάστασης του εμβρύου. Σ
- ☐ δ. Από τον απεικονιστικό έλεγχο, επιτρέπεται να διενεργείται μόνο υπερηχογραφία FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) και μαγνητική τομογραφία. Ακτινογραφίες και αξονική τομογραφία επιτρέπονται μόνο αφού προηγηθεί τοκετός ή καισαρική τομή (έξοδος του νεογνού). Λ
- ☐ ε. Προτεραιότητα δίνεται στην αντιμετώπιση-σταθεροποίηση της μητέρας. Σ

Αναισθησιολογική αντιμετώπιση: Μαιευτική αιμορραγία

David H. Chestnut. Chapter 37: Antepartum and Postpartum Hemorrhage, pp 668 in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition". Elsevier Mosby, 2004.

Για να θεωρηθεί μια απώλεια αίματος της επιτόκου ως «Μαιευτική αιμορραγία»:

- ☐ α. Η απώλεια αίματος κατά τον κολπικό τοκετό πρέπει να είναι 300 ml. Λ
- ☐ β. Η απώλεια αίματος κατά τον κολπικό τοκετό πρέπει να είναι 400 ml. Λ
- ☐ γ. Η απώλεια αίματος στην καισαρική τομή πρέπει να είναι 600 ml. Λ
- ☐ δ. Η απώλεια αίματος στην καισαρική τομή πρέπει να είναι 900 ml. Λ
- ☐ ε. Η απώλεια αίματος στην καισαρική τομή πρέπει να είναι > 1000 ml. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Μαιευτική αιμορραγία, σελ. 2265-8.

DH Chestnut. Chapter 37: Antepartum and Postpartum Hemorrhage, pp 663-676 in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition". Elsevier Mosby, USA, 2004.

Αίτια της μαιευτικής αιμορραγίας:

- ☐ α. Η αποκόλληση του πλακούντα αποτελεί μία από τις συχνότερες αιτίες αιμορραγίας του 3ου τριμήνου της κύησης. Σ
- ☐ β. Η εκτροφή της μήτρας αποτελεί την πιο συχνή αιτία αιμορραγίας του 3ου τριμήνου

- της κύησης. Λ
- γ. Η αιμορραγία μετά τον τοκετό οφείλεται μόνον σε μητριαίες αιτίες (δηλαδή, αιτίες που έχουν άμεση σχέση με τη μήτρα αυτή καθαυτή). Λ
 - δ. Η κατακράτηση τμήματος του πλακούντα μπορεί να ευθύνεται για σοβαρή αιμορραγία μετά την έξοδο του εμβρύου. Σ
 - ε. Η ατονία της μήτρας αποτελεί την πιο συχνή αιτία εμφάνισης αιμορραγίας μετά τον τοκετό. Σ

DH Chestnut. Chapter 37: Antepartum and Postpartum Hemorrhage, pp 670-671 in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition.

WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. World Health Organization, 2012

Mavrides E et al. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. BJOG 2016;124:e106–e149.

Σχετικά με τη χρήση των μητροσυσπαστικών φαρμάκων στη μαιευτική αιμορραγία:

- α. Αρχικά, χορηγείται ενδοφλέβια ωκυτοκίνη σε εφάπαξ δόση 30 IU. Λ
- β. Σε επίτοκες με εκλαμψία η ενδοφλέβια χορήγηση εργομητρίνης αποτελεί θεραπεία 1ης γραμμής για την αντιμετώπιση της μαιευτικής αιμορραγίας. Λ
- γ. Για την αντιμετώπιση της μαιευτικής αιμορραγίας μπορεί να χορηγηθεί μισοπροστόλη 800 µg από το ορθό. Σ
- δ. Η χορήγηση πολύ μεγάλων δόσεων ωκυτοκίνης μπορεί να προκαλέσουν στην επίτοκο «δηλητηρίαση εξ ύδατος». Σ
- ε. Σε επίτοκες με βρογχικό άσθμα η χορήγηση προσταγλανδίνης F2a αποτελεί θεραπεία 1ης γραμμής για την αντιμετώπιση της μαιευτικής αιμορραγίας. Λ

DH Chestnut. Chapter 37: Antepartum and Postpartum Hemorrhage, pp 662-663 in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Edition". Elsevier Mosby, USA, 2004.

WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. World Health Organization, 2012.

Mavrides E et al. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. BJOG 2016;124:e106–e149.

Management of severe perioperative bleeding. Guidelines from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2013;30:270–382.

Kozek-Langenecker, Sibylle A. et al. Management of severe perioperative bleeding: guidelines from the European Society of Anaesthesiology First update 2016: Obstetric bleeding pp 359 -362. Eur J Anaesthesiol 2017;34:332-95.

Σχετικά με την πρόβλεψη ή την αναγνώριση της μαιευτικής αιμορραγίας ισχύει:

- α. Υπάρχουν προδιαθεσικοί παράγοντες εμφάνισης μαιευτικής αιμορραγίας μετά τον τοκετό, τους οποίους οι αναισθησιολόγοι οφείλουν να γνωρίζουν. Σ
- β. Η μέτρηση του aPTT και PT κατά την έναρξη του τοκετού έχει μεγάλη προγνωστική αξία σχετικά με την εμφάνιση αιμορραγίας μετά τον τοκετό. Λ
- γ. Στην επίτοκο, μπορεί να καθυστερήσουν να γίνουν αντιληπτά τα κλασσικά σημεία της υπογκαιμικής καταπληξίας. Σ
- δ. Επίτοκες με χαμηλό ινωδογόνο πριν τον τοκετό <2 gr/lit έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μαιευτικής αιμορραγίας. Σ
- ε. Στη μαιευτική αιμορραγία η θρομβοελαστομετρία μπορεί να αναγνωρίσει την διαταραχή πήκτικότητας και την υπερिनωδύλωση και να καθοδηγήσει την αντιμετώπισή τους. Σ

WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. World Health Organization, 2012

Mavrides E. et al on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. BJOG 2016;124:e106–e149.

Management of severe perioperative bleeding. Guidelines from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 2013;30:270–382.

Kozek-Langenecker, Sibylle A. et al. Management of severe perioperative bleeding: guidelines from the European Society of Anaesthesiology First update 2016: Obstetric bleeding pp 359 -362. Eur J Anaesthesiol 2017;34:332-95.

Σχετικά με τη μεταγγισιοθεραπεία στη μαιευτική αιμορραγία ισχύει:

- ☐ α. Σε απειλητική για τη ζωή της μητέρας μαιευτική αιμορραγία επιτρέπεται να χορηγηθεί αδιασταύρωτο αίμα O-Rhesus αρνητικό. Σ
- ☐ β. Σε συνεχιζόμενη μαιευτική αιμορραγία με υποϊνωδογοναιμία πρέπει να χορηγείται ινωδογόνο. Σ
- ☐ γ. Σε απειλητική για τη ζωή της μητέρας μείζονα μαιευτική αιμορραγία μπορεί να ακολουθηθεί πρωτόκολλο πολλαπλής μετάγγισης με σταθερό λόγο αίματος και παραγώγων του ως εξής: [6 μονάδες συμπυκνωμένα ερυθρά: 4 μονάδες φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα: 1 μονάδα αιμοπετάλια]. Σ
- ☐ δ. Στα μαιευτικά περιστατικά απαγορεύεται η χρήση συσκευής διάσωσης αίματος (cell saver) από το χειρουργικό πεδίο, λόγω του κινδύνου εμβολής αμνιακού υγρού. Λ
- ☐ ε. Στη μαιευτική αιμορραγία έχει ένδειξη η χορήγηση τρανεξαμικού οξέος. Σ

WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. World Health Organization, 2012

Mavrides E. et al. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. BJOG 2016;124:e106–e149.

Kozek-Langenecker, Sibylle A. et al. Management of severe perioperative bleeding: guidelines from the European Society of Anaesthesiology First update 2016: Obstetric bleeding pp 359 -362. Eur J Anaesthesiol 2017;34:332-95

Σχετικά με την αντιμετώπιση της μαιευτικής αιμορραγίας ισχύει:

- ☐ α. Μεταγγίζονται αιμοπετάλια με στόχο ο αριθμός τους να είναι $>75000 / \text{mm}^3$. Σ
- ☐ β. Συνιστάται η μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών να ξεκινά όταν η συγκέντρωση Hb είναι μικρότερη από 6 g/dl. Λ
- ☐ γ. Η τοποθέτηση ουροκαθετήρα δεν κρίνεται απαραίτητη. Λ
- ☐ δ. Το ινωδογόνο πρέπει να διατηρείται $>2 \text{ gr/lit}$. Σ
 - ☐ ε. Η χορήγηση του ανασυνδυασμένου παράγοντα πήξης VIIa (Recombinant factor VIIa, rFVIIa) βρίσκεται στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης της μαιευτικής αιμορραγίας. Λ

Αναισθησιολογική αντιμετώπιση: Πνευμονική εμβολή

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. LWW 2009, pg 478-9.

Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, MOSBY, 2009, pg 842-4.

Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, pg 81-84.

Τί ισχύει για τη πνευμονική εμβολή (ΠΕ) κατά τη διάρκεια της κύησης?

- ☐ α. Η ΠΕ μπορεί να οφείλεται σε θρόμβο, εμβολή από αέρα ή εμβολή από αμνιακό υγρό, ενώ σπανιότερα μπορεί να οφείλεται σε νεοπλασία, λοίμωξη ή λιπώδη εμβολή. Σ
- ☐ β. Η συχνότερη αιτία ΠΕ στη κύηση είναι η εμβολή από αμνιακό υγρό. Λ
- ☐ γ. Η μητρική νοσηρότητα και θνητότητα είναι αυξημένη στις καταστάσεις που έχει επιβεβαιωθεί ΠΕ. Σ
- ☐ δ. Η αξονική αγγειογραφία θώρακος απαγορεύεται κατά τη διάρκεια της κύησης. Λ
- ☐ ε. Η πνευμονική θρομβοεμβολή στη κύηση οφείλεται κυρίως, σε εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και είναι πολύ συχνότερη στη κύηση από ότι στο γενικό πληθυσμό. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia, pg 478-9.

Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, pg 842-4.

Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, pg 81-4.

Ποιοί από τους παρακάτω αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για εμφάνιση πνευμονικής εμβολής (ΠΕ) στην κύηση, και τους οποίους πρέπει να αναγνωρίζει ο αναισθησιολόγος?

- ☐ α. Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης δεν αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα εμφάνισης ΠΕ. Λ
- ☐ β. Προεκλαμψία Σ
- ☐ γ. Προηγούμενο ιστορικό θρομβοεμβολής. Σ
- ☐ δ. Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο. Σ
- ☐ ε. Έλλειψη πρωτεϊνών C και S. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia, pg 478-9.

Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, pg 842-4.

Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, pg 81-4.

Ποιοί από τους παρακάτω αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για εμφάνιση πνευμονικής εμβολής (ΠΕ) στη κύηση, και πρέπει να τους γνωρίζει ο αναισθησιολόγος?

- ☐ α. Χαμηλό δείκτη μάζας σώματος (body mass index, BMI). Λ
- ☐ β. Έλλειψη παράγοντα πήξης V. Σ
- ☐ γ. Ανεπάρκεια αντιθρομβίνης III. Σ
- ☐ δ. Μετάλλαξη στο γονίδιο προθρομβίνης. Σ
- ☐ ε. Διαταραχή στο μεταβολισμό της ομοκυστεΐνης (ομοκυστεΐναιμία). Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia, pg 478-9.

Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, pg 842-4.

Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, pg 81-4.

Ποιό από τα παρακάτω μπορεί να αποτελεί κλινικό σημείο ή σύμπτωμα πνευμονικής εμβολής (ΠΕ) στην κύηση?

- ☐ α. Θωρακικό άλγος Σ
- ☐ β. Βραδυκαρδία Λ
- ☐ γ. Ήπια έως σοβαρή δύσπνοια με ανεξήγητα σημεία κυάνωσης. Σ
- ☐ δ. Διάταση σφαγίτιδων φλεβών. Σ
- ☐ ε. Καρδιαγγειακή καταπληξία σε μαζική πνευμονική εμβολή. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia, pg 478-9.

Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition, pg 842-4.

Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, pg 81-4.

Τι ισχύει από τα παρακάτω, σχετικά με τη διαχείριση επιτόκων με υποψία πνευμονικής εμβολής (ΠΕ)?

- ☐ α. Η διάγνωση τίθεται με εξετάσεις βάσει πρωτόκολλου: ΗΚΓ, αέρια αίματος, υπερηχοκαρδιογράφημα, triplex αγγείων κάτω άκρων και αξονική αγγειογραφία. Σ
- ☐ β. Σε υποψία ή επιβεβαιωμένη ΠΕ απαραίτητη θεωρείται η έγκαιρη χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής, ΧΜΒΗ ή μη-κλασματοποιημένης ηπαρίνης. Σ
- ☐ γ. Εάν αποφασισθεί η χορήγηση μη-κλασματοποιημένης ηπαρίνης, λαμβάνεται υπόψη ότι στην κύηση αυτή δεν χορηγείται με bolus δόση. Η θεραπεία συνεχίζεται με την στάγδην έγχυση και η δόση της εξαρτάται από το ΒΣ (kg) της εγκύου. Λ
- ☐ δ. Σε μαζική ΠΕ προτείνεται η έγκαιρη θρομβόλυση. Σ
- ☐ ε. Η έναρξη θεραπευτικής αντιπηκτικής αγωγής στην κύηση προδιαθέτει σε μαιευτική αιμορραγία. Σ

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. pg 478-9.

Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition.pg 842-4

Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, pg 81-4.

Σε μαζική ΠΕ με καρδιαγγειακή καταπληξία, απαιτείται άμεση αναισθησιολογική διαχείριση η οποία περιλαμβάνει:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Καισαρική τομή υπό γενική αναισθησία. | Σ |
| ☐ β. Έναρξη θρομβόλυσης. | Σ |
| ☐ γ. Τοποθέτηση επισκληρίδιου καθετήρα. | Λ |
| ☐ δ. Προετοιμασία για αντιμετώπιση πιθανής μείζονος μαιευτικής αιμορραγίας. | Σ |
| ☐ ε. Προτίμηση σε φυσιολογικό τοκετό με επισκληρίδιο αναλγησία. | Λ |

Bucklin BA, Gambling DR, Wlody DJ. A practical approach to obstetric anesthesia. pg 478-9.
 Chestnut DH. Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and practice, 4th edition. pg 842-4
 Gambling DR. Obstetric Anesthesia and Uncommon Disorders, 2nd ed, pg 81-4.

Όσον αφορά την αναισθησιολογική διαχείριση επιτόκων με επιβεβαιωμένη πνευμονική εμβολή (ΠΕ) ισχύει:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Σε μαζική ΠΕ με καρδιαγγειακή καταπληξία απαιτείται προηγουμένως αιμοδυναμική σταθεροποίηση της επιτόκου με υγρά και ινότροπα. | Λ |
| ☐ β. Σε επίτοκες υπό αντιπηκτική αγωγή με μη-κλασματοποιημένη ηπαρίνη μπορεί να δοθεί θεική πρωταμίνη και να γίνει επισκληρίδιο αναισθησία για καισαρική τομή. | Λ |
| ☐ γ. Σε επίτοκες υπό αντιπηκτική αγωγή και εφαρμογή γενικής αναισθησίας, υπάρχει ο κίνδυνος εμφάνισης αιμορραγίας στον αεραγωγό, όποτε πρέπει να έχουν ληφθεί τα κατάλληλα μέτρα. | Σ |
| ☐ δ. Σε επίτοκες υπό αντιπηκτική θεραπεία με ΧΜΒΗ μπορεί να γίνει επισκληρίδιο-υπαραχνοειδής αναισθησία, εφόσον έχει περάσει το προαπαιτούμενο χρονικό διάστημα και έχουν μετρηθεί τα επίπεδα αντιΧα. | Λ |
| ☐ ε. Η εφαρμογή περιοχικής τεχνικής απαγορεύεται εάν τα επίπεδα του aPTT είναι παθολογικά. | Σ |

Αναισθησιολογική αντιμετώπιση: Εμβολή αμνιακού υγρού

UK Obstetric Surveillance System. Incidence and risk factors for amniotic-fluid embolism. Obstet. Gynecol. 2010;115:910-7.

McDonnell NJ, Percival V, Paech MJ Amniotic fluid embolism: a leading cause of maternal death yet still a medical conundrum. IJOA (2013) 22, 329-336.

Η εμβολή αμνιακού υγρού συνδέεται με:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Δύσπνοια | Σ |
| ☐ β. Ναυτία και έμετο | Σ |
| ☐ γ. Αριστερή κοιλιακή καρδιακή ανεπάρκεια που ακολουθείται από δεξιά κοιλιακή ανεπάρκεια. | Λ |
| ☐ δ. Εμβρυική δυσπραγία | Σ |
| ☐ ε. Σπασμούς | Σ |

UK Obstetric Surveillance System. Incidence and risk factors for amniotic-fluid embolism. Obstet. Gynecol. 2010;115:910-7.

McDonnell NJ, Percival V, Paech MJ Amniotic fluid embolism: a leading cause of maternal death yet still a medical conundrum. IJOA (2013) 22, 329-336.

Εμβολή αμνιακού υγρού.

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Έχει χαμηλή θνητότητα. | Λ |
| ☐ β. Είναι υπεύθυνη για 30% όλων των μητρικών θανάτων στον Δυτικό πολιτισμό. | Λ |
| ☐ γ. Σπανίως σχετίζεται με νευρολογικές επιπλοκές στις γυναίκες που επιβιώνουν. | Λ |
| ☐ δ. Κατά πλειοψηφία παρουσιάζεται μετά από καισαρική τομή. | Λ |

- ε. Είναι πιο συχνή στις πρωτοτόκες.

Λ

UK Obstetric Surveillance System. Incidence and risk factors for amniotic-fluid embolism. Obstet. Gynecol. 2010;115:910–7

McDonnell NJ, Percival V, Paech MJ Amniotic fluid embolism: a leading cause of maternal death yet still a medical conundrum. IJOA (2013) 22, 329–336

Διαχείριση της εμβολής αμνιακού υγρού:

- | | |
|---|---|
| □ α. Είναι απαραίτητη η προετοιμασία όλων των παραγώγων αίματος πριν από την εκδήλωση της διαταραχής πήκτικότητας. | Σ |
| □ β. Η περιθανάτια Καισαρική Τομή (ΚΤ) βελτιώνει τη μητρική έκβαση. | Λ |
| □ γ. Η χρήση του ανασυνδυασμένου παράγοντα πήξης VII συνδυάζεται με κακή έκβαση, καθώς ενισχύει τον σχηματισμό θρόμβων. | Σ |
| □ δ. Η επείγουσα / περιθανάτια ΚΤ δεν βελτιώνει την πιθανότητα για καλή έκβαση του νεογνού. | Λ |
| □ ε. Η βασική και εξειδικευμένη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ABC) είναι η κύρια γραμμή θεραπείας. | Σ |

UK Obstetric Surveillance System. Incidence and risk factors for amniotic-fluid embolism. Obstet. Gynecol. 2010;115:910–7.

McDonnell NJ, Percival V, Paech MJ Amniotic fluid embolism: a leading cause of maternal death yet still a medical conundrum. IJOA (2013) 22, 329–36.

Στην εμβολή αμνιακού υγρού συμβαίνει:

- | | |
|---|---|
| □ α. Η μη βέλτιστη φροντίδα θεωρήθηκε ως υπεύθυνη για πάνω από 40% των μητρικών θανάτων. | Σ |
| □ β. Χορηγείται οξυγόνο με σκοπό SpO ₂ >90%. | Σ |
| □ γ. Δεν συνιστάται ταχεία χορήγηση ισότονων κρυσταλλοειδών διαλυμάτων. | Λ |
| □ δ. Χορηγούνται ινóτροπα (ντομπιουταμίνη, ντοπαμίνη) για τη β- και α- αδρενεργική δράση τους. | Σ |
| □ ε. Ο αερισμός με 100% οξυγόνο δεν βελτιώνει τις υποξικές βλάβες του ΚΝΣ. | Λ |

UK Obstetric Surveillance System. Incidence and risk factors for amniotic-fluid embolism. Obstet. Gynecol. 2010;115:910–7.

McDonnell NJ, Percival V, Paech MJ Amniotic fluid embolism: a leading cause of maternal death yet still a medical conundrum. IJOA (2013) 22, 329–36.

Στην εμβολή αμνιακού υγρού (EAY):

- | | |
|--|---|
| □ α. Δεν επιτρέπεται τοποθέτηση καθετήρα στην πνευμονική αρτηρία. | Λ |
| □ β. Η διοισοφάγεια υπερηχογραφία είναι αξιόπιστος οδηγός στην εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας και χορήγησης υγρών. | Σ |
| □ γ. Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη συμβαίνει σπάνια στις ασθενείς που επιβιώνουν κατά την αρχική φάση. | Λ |
| □ δ. Η παρουσία εμβρυικών κυττάρων στη μητρική κυκλοφορία είναι διαγνωστικό κριτήριο της EAY. | Λ |
| □ ε. Περιστασιακά, στις επιζήσασες EAY συνδέεται με οξεία πνευμονική βλάβη (Acute Lung Injury, ALI) και οξύ πνευμονικό οίδημα. | Σ |

Αναισθησιολογική αντιμετώπιση: Εμβρυικός θάνατος

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Green-top Guideline no 55, Oct 2010.

Ενδομήτριος εμβρυικός θάνατος (ΕΕΘ). Ποιά είναι η καλύτερη πρακτική αντιμετώπισης?

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Κρίσιμος παράγοντας είναι να διαπιστωθούν τα συναισθήματα και οι ανάγκες μόνο της μητέρας και κανενός άλλου. | Λ |
| ☐ β. Κρίσιμος παράγοντας είναι να διαπιστωθούν τα συναισθήματα και οι ανάγκες της μητέρας και του συντρόφου της. | Σ |
| ☐ γ. Ως ενδομήτριος θάνατος ορίζεται ο θάνατος εμβρύου σε κύηση με συμπληρωμένες τις 24 εβδομάδες κύησης. | Σ |
| ☐ δ. Η ακρόαση με στηθοσκόπιο Pinard ή με Doppler υπέρηχο είναι αξιόπιστες μέθοδοι για την διαπίστωση του εμβρυικού θανάτου. | Λ |
| ☐ ε. Υπερηχογράφημα σε πραγματικό χρόνο είναι ουσιώδης και ακριβής μέθοδος για την διαπίστωση του εμβρυικού θανάτου. | Σ |

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Green-top Guideline no 55, Oct 2010.

Ενδομήτριος εμβρυικός θάνατος (ΕΕΘ). Ποιά είναι η καλύτερη πρακτική αντιμετώπισης?

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Η κλινική διερεύνηση της μητέρας για προεκλαμψία, αποκόλληση πλακούντα και χοριαμνιονίτιδα είναι απαραίτητη. | Σ |
| ☐ β. Υπάρχει κίνδυνος Διάχυτης Ενδοαγγειακής Πήξης για τη μητέρα. | Σ |
| ☐ γ. Μετρήσεις πηκτικότητας, ινωδογόνου και αριθμού αιμοπεταλίων χρειάζονται 2 φορές την εβδομάδα στη γυναίκα με ΕΕΘ που περιμένει φυσιολογικό τοκετό. | Σ |
| ☐ δ. Ο κοιλιακός τοκετός είναι η προτεινόμενη μέθοδος ακόμα και αν η μητέρα επιθυμεί καισαρική τομή. | Σ |
| ☐ ε. Πρέπει να υπάρχει ειδικό απομακρυσμένο δωμάτιο μακριά από τους ήχους των άλλων επιτόκων και νεογνών. | Σ |

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Green-top Guideline no 55, Oct 2010.

Ειδικές οδηγίες για την αναλγησία στον τοκετό μετά από ενδομήτριο εμβρυικό θάνατο:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Πρέπει να χρησιμοποιείται μορφίνη αντί της πεθιδίνης. | Σ |
| ☐ β. Πρέπει να χρησιμοποιείται τραμαδόλη αντί της πεθιδίνης. | Λ |
| ☐ γ. Η περιοχική αναισθησία πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμη για αυτές τις μητέρες. | Σ |
| ☐ δ. Πριν από περιοχική τεχνική είναι απαραίτητος ο έλεγχος για διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη. | Σ |
| ☐ ε. Η σήψη της μητέρας δεν συσχετίζεται με τον σχηματισμό επισκληρίδιου αποστήματος. | Λ |

Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) και εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής στην επίτοκο

Cardiac Arrest in Pregnancy: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2015;132(18):1747-73.

European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 4. Cardiac arrest in special circumstances. Resuscitation. 2015 Oct;95:148-201.

Η ηλεκτρική ενέργεια για απινίδωση σε μία έγκυο που έχει υποστεί καρδιακή ανακοπή, πρέπει να είναι:

- | |
|--|
| ☐ α. Αυξημένη σε σχέση με μία μη-έγκυο γυναίκα, λόγω της αυξημένης διαθωρακικής |
|--|

- αντίστασης που προκύπτει από το διευρυμένο θώρακα της εγκύου. Λ
- ☐ β. Ίδια με την ενέργεια που θα χορηγηθεί σε μη-έγκυο θύμα ανακοπής. Σ
- ☐ γ. Μειωμένη σε σχέση με την ενέργεια που θα χορηγηθεί σε μη-έγκυο θύμα ανακοπής. Λ
- ☐ δ. 360 J διφασικού ρεύματος. Λ
- ☐ ε. 180J μονοφασικού ρεύματος. Λ

Smith KA, Bryce S. Trauma in the pregnant patient: an evidence-based approach to management. Emerg Med Pract. 2013;15(4):1-18.

Mendez-Figueroa H1, Dahlke JD, Vrees RA, Rouse DJ. Trauma in pregnancy: an updated systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2013;209(1):1-10.

Jain V, Chari R, Maslovitz S, et al. Guidelines for the Management of a Pregnant Trauma Patient. J Obstet Gynaecol Can. 2015;37(6):553-74.

Σχετικά με την αντιμετώπιση εγκύου τραυματία:

- ☐ α. Η τοποθέτηση σωλήνα θωρακοστομίας (Billau) πρέπει να γίνει 1-2 μεσοπλεύρια διαστήματα υψηλότερα από ότι στις μη-εγκύους. Σ
- ☐ β. Οι διαγνωστικές ακτινολογικές εξετάσεις της μητέρας δεν πρέπει να καθυστερούν για φόβους τυχόν επιπτώσεων στο έμβρυο. Σ
- ☐ γ. Η υπερηχογραφία FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) έχει την ίδια ευαισθησία σε εγκύους και μη-εγκύους. Λ
- ☐ δ. Η υπερηχογραφία FAST έχει τη μικρότερη ευαισθησία σε εγκύους σε σχέση με μη-εγκύους. Σ
- ☐ ε. Η υπερηχογραφία FAST δεν ενδείκνυται σε εγκύους τραυματίες. Λ

Cardiac Arrest in Pregnancy: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2015;132(18):1747-73.

European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 4. Cardiac arrest in special circumstances. Resuscitation. 2015 Oct;95:148-201.

Περιθανάτια καισαρική τομή πρέπει να διενεργηθεί:

- ☐ α. Μετά από αποτυχία αναζωογόνησης της μητέρας, ώστε κυρίως να σωθεί το έμβρυο. Λ
- ☐ β. Εντός 5 min από την επέλευση της ανακοπής και μετά την 20η εβδομάδα της κύησης. Σ
- ☐ γ. Εντός 8 min από την επέλευση της ανακοπής και μετά την 20η εβδομάδα της κύησης. Λ
- ☐ δ. Εντός 5 min από την επέλευση της ανακοπής και μετά την 30η εβδομάδα της κύησης. Λ
- ☐ ε. Δεν ενδείκνυται να πραγματοποιείται σε καρδιακή ανακοπή εγκύου. Λ

ΚΑΡΠΑ και εξειδικευμένη υποστήριξη της ζωής στην έγκυο

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 69, σελ. 2269-70.

Σχετικά με την καρδιοαναπνευστική ανακοπή και αναζωογόνηση στην έγκυο:

- ☐ α. Είναι πολύ σπάνια. Σ
- ☐ β. Έχει άριστη πρόγνωση. Λ
- ☐ γ. Από την 15η εβδομάδα, κατά την τοποθέτηση της εγκύου για καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, γίνεται προσπάθεια για παρεκτόπιση της μήτρας προς τα αριστερά. Λ
- ☐ δ. Μια από τις τροποποιήσεις από τον αλγόριθμο είναι η συνεχής εφαρμογή πίεσης του κρικοειδούς κατά την εφαρμογή αερισμού θετικής πίεσης. Σ
- ☐ ε. Οι θωρακικές συμπίεσεις εφαρμόζονται στο ίδιο ακριβώς σημείο με τις μη εγκύους. Σ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 69, σελ. 2269-70.

Αναφορικά με την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση στην έγκυο:

- ☐ α. Οι θωρακικές συμπίεσεις εφαρμόζονται υψηλότερα, λίγο πιο πάνω από τη μεσότητα του στέρνου Σ
- ☐ β. Πρέπει να αποφεύγεται η απινίδωση καθώς προκαλεί αρρυθμία στο έμβρυο Λ
- ☐ γ. Κατά τη διάρκεια της απινίδωσης το καρδιοτοκογράφημα δεν αποσυνδέεται Λ
- ☐ δ. Ο αεραγωγός πρέπει να εξασφαλίζεται άμεσα Σ
- ☐ ε. Για την εξασφάλιση του αεραγωγού, συνήθως απαιτείται ενδοτραχειακός σωλήνας μικρότερης διαμέτρου Σ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 69, σελ. 2269-70.

Στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση εγκύου:

- ☐ α. Η πρώτη απινίδωση γίνεται στα 220 J αν χρησιμοποιηθεί διφασικός απινιδωτής. Λ
- ☐ β. Λόγω της μεγαλύτερης θωρακικής αντίστασης για απινιδώσιμο ρυθμό, χορηγούνται αρχικά 250 J διφασικού ρεύματος. Λ
- ☐ γ. Στην εξειδικευμένη αναζωογόνηση της εγκύου, δεν τροποποιούνται οι δόσεις των φαρμάκων που χορηγούνται στα κλασσικά πρωτόκολλα εξειδικευμένης καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης. Σ
- ☐ δ. Πιθανές και συχνές αιτίες ανακοπής είναι η εμβολή αμνιακού υγρού και η κακοήθης υπερθερμία. Λ
- ☐ ε. Σε ηλικία κύησης >24 εβδομάδων, στα 5 min από την ανακοπή, πρέπει να πραγματοποιηθεί περιθανάτια καισαρική τομή. Σ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 69, σελ. 2269-70.

Κατά τη βασική και εξειδικευμένη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση της εγκύου:

- ☐ α. Ο ρυθμός συμπίεσεων: αναπνοών είναι 50:2, λόγω των ιδιοτεροτήτων της κύησης. Λ
- ☐ β. Δεν είναι αξιόπιστος ο αυτόματος εξωτερικός απινιδωτής. Λ
- ☐ γ. Η αύξηση του μεγέθους των μαστών μπορεί να δυσκολέψει την ενδοτραχειακή διασωλήνωση. Σ
- ☐ δ. Κατά τη διάρκεια της αναζωογόνησης γίνεται προς τα δεξιά παρεκτόπιση της μήτρας με τοποθέτηση σφήνας κάτω από το αριστερό ισχίο. Λ
- ☐ ε. Στην ανακοπή που οφείλεται σε τοξικότητα από τοπικό αναισθητικό πρέπει να χορηγείται iv λιπιδικό διάλυμα τύπου intralipid 20%. Σ

Miller's Anesthesia, Ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 69, σελ. 2269-70.

Σχετικά με την περιθανάτια καισαρική τομή:

- ☐ α. Αυξάνει τις πιθανότητες επιβίωσης μόνο του νεογνού. Λ
- ☐ β. Πρέπει να πραγματοποιείται μόνο σε ασυστολία και μετά από 20 min προσπαθειών αναζωογόνησης. Λ
- ☐ γ. Χορηγούνται οπωσδήποτε νευρομυικός αποκλειστής και προποφόλη, ενώ δεν πρέπει να χορηγείται φεντανύλη πριν την έξοδο του νεογνού. Λ
- ☐ δ. Η εκκένωση της μήτρας βελτιώνει την θωρακική ενδοτικότητα της μητέρας. Σ
- ☐ ε. Πραγματοποιείται σε ηλικία κύησης μεγαλύτερης των 27 εβδομάδων. Λ

Διαχείριση του μετεγχειρητικού πόνου στη Μαιευτική

Chestnut's obstetric anesthesia : principles and practice, Chapter 27, σελ. 575-87.

Practice Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Respiratory Depression Associated with Neuraxial Opioid Administration An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Neuraxial Opioids. Anesthesiology 2009; 110:218–30.

Στην περίπτωση διήθησης του τραύματος με τοπικό αναισθητικό για μετεγχειρητική αναλγησία στην καισαρική τομή ισχύει:

- ☐ α. Τα επιπρόσθετα ΜΣΑΦ δεν πλεονεκτούν. Λ
- ☐ β. Η PCA (patient controlled analgesia) με οπιοειδή δεν πρέπει να χρησιμοποιείται. Λ
- ☐ γ. Η τοποθέτηση καθετήρα κάτω από τη μυϊκή περιτονία του ορθού κοιλιακού προσφέρει καλύτερη αναλγησία. Σ
- ☐ δ. Δεν πλεονεκτεί όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών με την επισκληρίδιο αναλγησία. Λ
- ☐ ε. Έχει υψηλότερα ποσοστά επιμόλυνσης του τραύματος. Λ

Chestnut's obstetric anesthesia : principles and practice, 4th edition 2009 Chapter 27, σελ. 575-87.

Practice Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Respiratory Depression Associated with Neuraxial Opioid Administration An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Neuraxial Opioids. Anesthesiology 2009; 110:218–30.

Η χρήση PCA για μετεγχειρητική αναλγησία στην καισαρική τομή:

- ☐ α. Η ενδομυϊκή χορήγηση πεθιδίνης προσφέρει καλύτερη ποιότητα αναλγησίας σε σχέση με την ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία (PCA) πεθιδίνης. Λ
- ☐ β. Η ενδομυϊκή χορήγηση μορφίνης προσφέρει καλύτερη ποιότητα αναλγησίας σε σχέση με την PCA μορφίνης. Λ
- ☐ γ. Η χρήση PCA μορφίνης υπερτερεί ως προς το αναλγητικό αποτέλεσμα της PCA πεθιδίνης. Σ
- ☐ δ. Μπορεί να γίνεται και από τους συγγενείς των ασθενών όποτε το κρίνουν απαραίτητο. Λ
- ☐ ε. Δεν χρειάζεται στενή παρακολούθηση των λεχωίδων. Λ

Chestnut's obstetric anesthesia : principles and practice / [edited by] David H. Chestnut [et al.] 4th edition 2009 Chapter 27, 575-587

Practice Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Respiratory Depression Associated with Neuraxial Opioid Administration An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Neuraxial Opioids. Anesthesiology 2009; 110:218–30

Η χορήγηση επισκληριδίας μορφίνης για μετεγχειρητική αναλγησία στην καισαρική τομή:

- ☐ α. Προσφέρει μικρότερης διάρκειας αναλγησία σε σχέση με την φεντανύλη. Λ
- ☐ β. Στη μικρότερη αποτελεσματική δόση μειώνει τις πιθανότητες επιπλοκών. Σ
- ☐ γ. Σε σχέση με την χορήγηση ενδοφλεβίων οπιοειδών εμφανίζει μειωμένο κίνδυνο αναπνευστικής καταστολής. Σ
- ☐ δ. Εφάπαξ σε μια δόση σχετίζεται με >5% συχνότητα αναπνευστικής καταστολής. Λ
- ☐ ε. Η μορφίνη άμεσης αποδέσμευσης έχει μικρότερη συχνότητα αναπνευστικής καταστολής σε σχέση με τη μορφίνη βραδείας αποδέσμευσης. Λ

Chestnut's obstetric anesthesia : principles and practice, 4th edition 2009, Chapter 27, 575-87.

Practice Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Respiratory Depression Associated with Neuraxial Opioid Administration An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Neuraxial Opioids. Anesthesiology 2009; 110:218–30.

Σενάριο: Επίτοκος 35 χρονών προετοιμάζεται για προγραμματισμένη επέμβαση καισαρικής τομής (ΚΤ). Δεν μπορεί να λάβει ΜΣΑΦ λόγω επιδείνωσης του άσθματός της. Σε προηγούμενη ΚΤ δεν είχε μείνει ικανοποιημένη από τη μετεγχειρητική αναλγησία. Σε αυτήν τη γυναίκα η σωστή διαχείριση του πόνου περιλαμβάνει:

- ☐ α. Ενημέρωση και συγκατάθεση των επιλογών μετεγχειρητικής αναλγησίας. Σ

- ☐ β. Δεν συμπεριλαμβάνει την χορήγηση φαρμάκων για την πρόληψη ναυτίας και εμετού εξαιτίας της μετεγχειρητικής αναλγησίας. Λ
- ☐ γ. Χορήγηση οπιοειδών νευραξονικώς. Σ
- ☐ δ. Πολυπαραγοντική αναλγησία με περιορισμό των ΜΣΑΦ. Σ
- ☐ ε. Χορήγηση αναλγητικών σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα και όχι με την επί πόνου χορήγησή τους. Σ

Chestnut's obstetric anesthesia : principles and practice, 4th edition 2009, Chapter 27, 575-87.

Practice Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Respiratory Depression Associated with Neuraxial Opioid Administration An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Neuraxial Opioids. Anesthesiology 2009; 110:218–30.

Η χορήγηση των ΜΣΑΦ για μετεγχειρητική αναλγησία στην καισαρική τομή:

- ☐ α. Μειώνει την κατανάλωση των ενδοφλεβίων οπιοειδών κατά 30-50%. Σ
- ☐ β. Μειώνει τη μετεγχειρητική ναυτία και έμετο κατά 50 %. Λ
- ☐ γ. Αυξάνει τον κίνδυνο καταστολής των λεχωίδων κατά 30%. Λ
- ☐ δ. Σε σχέση με την παρακεταμόλη είναι σημαντικά λιγότερο αποτελεσματική. Λ
- ☐ ε. Αποφεύγεται, εφόσον η λεχωίδα θηλάζει. Λ

Χορηγούμενα φάρμακα στη μητέρα και θηλασμός

Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 4th edition, σελ. 296.

Η μεταφορά ενός φαρμάκου στο μητρικό γάλα εξαρτάται από τα εξής φαρμακολογικά χαρακτηριστικά του:

- ☐ α. Λιποδιαλυτότητα. Σ
- ☐ β. Μοριακό βάρος. Σ
- ☐ γ. Βαθμός ιονισμού. Σ
- ☐ δ. Σύνδεσή με πρωτεΐνες του πλάσματος. Σ
- ☐ ε. Ενεργή έκκρισή του ή όχι. Σ

Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 4th edition, σελ. 296.

Η ποσότητα ενός φαρμάκου που περνάει στο βρέφος από το μητρικό γάλα είναι:

- ☐ α. Συνήθως, το 1-2% της δόσης που έλαβε η μητέρα. Σ
- ☐ β. Συνήθως, το 20% της δόσης που έλαβε η μητέρα. Λ
- ☐ γ. Συνήθως, υποθεραπευτική. Σ
- ☐ δ. Συνήθως, τοξική για το νεογνό. Λ
- ☐ ε. Μη ανιχνεύσιμη. Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 4th edition, σελ. 296.

Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να είναι επικίνδυνος για ένα βρέφος όταν:

- ☐ α. Η μητέρα του κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών. Σ
- ☐ β. Είναι αλλεργικό σε κάποια ουσία που καταναλώνει η μητέρα του. Σ
- ☐ γ. Η μητέρα του πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Λ
- ☐ δ. Η μητέρα του έχει έλλειψη G-6-PD. Λ
- ☐ ε. Είναι πρόωρο. Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 4th edition, σελ. 297.

Η μητέρα που θηλάζει:

- ☐ α. Καλό είναι να παίρνει τα φάρμακά της πριν θηλάσει. Λ

- ☐ β. Μπορεί να συνεχίσει τη λήψη λιθίου. Λ
- ☐ γ. Μπορεί να χρησιμοποιεί παρακεταμόλη ως παυσίπονο. Σ
- ☐ δ. Μπορεί να καταναλώνει 2-3 φλιτζάνια καφέ την ημέρα. Σ
- ☐ ε. Μπορεί να λαμβάνει κουμαρινικά αντιπηκτικά. Σ

Αναισθησία για μη-μαιευτική χειρουργική επέμβαση κατά την κύηση

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition Κεφάλαιο 41: Obstetric anesthesia, σελ 875-6.

Σχετικά με τη διενέργεια μη-μαιευτικών χειρουργικών επεμβάσεων κατά την κύηση:

- ☐ α. Υπάρχει κίνδυνος πρόκλησης πρόωρου τοκετού. Σ
- ☐ β. Τις πρώτες 2 εβδομάδες κύησης, συνήθως η δράση των τερατογόνων έχει τον χαρακτήρα «όλον ή ουδέν», δηλαδή είτε θάνατο της βλαστοκύστης ή καμία επίδραση σε αυτή. Σ
- ☐ γ. Από το 2ο τρίμηνο της κύησης (ειδικά μετά τις 20 εβδομάδες), ο κίνδυνος αναγωγής και εισρόφησης κατά την εισαγωγή στην αναισθησία αυξάνεται. Σ
- ☐ δ. Το 2ο τρίμηνο θεωρείται το πιο ασφαλές τρίμηνο για χειρουργική επέμβαση και λήψη αναισθησίας, λόγω του σχετικά μικρού μεγέθους της μήτρας και της ολοκλήρωσης της οργανογένεσης. Σ
- ☐ ε. Επιπρόσθετο απαραίτητο monitoring αποτελεί η συνεχής καρδιοτοκογραφία και παρακολούθηση της μυομητρικής δραστηριότητας της εγκύου πριν, κατά, αλλά και μετά τη χειρουργική επέμβαση. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition Κεφάλαιο 41: Obstetric anesthesia, σελ 875-6.

Σχετικά με τη χορήγηση αναισθησίας για μη-μαιευτικό χειρουργείο κατά την κύηση:

- ☐ α. Σε όλα τα τρίμηνα της κύησης, ασφαλής εισαγωγή στην αναισθησία μπορεί να γίνει με προποφόλη ή θειοπεντάλη και ατρακούριο ή cis-ατρακούριο. Λ
- ☐ β. Γενικά, τα πτητικά αναισθητικά μειώνουν τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Σ
- ☐ γ. Η φεντανύλη έχει τερατογόνο δράση (Κατηγορία D κατά FDA) και πρέπει να αποφεύγεται ειδικά στο 1ο τρίμηνο. Λ
- ☐ δ. Γενικά, η περιοχική αναισθησία αντενδείκνυται σε έγκυες που υποβάλλονται σε μη-μαιευτικό χειρουργείο. Λ
- ☐ ε. Οι βενζοδιαζεπίνες και το υποξείδιο του αζώτου είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι επικουρικοί παράγοντες και πρέπει να χορηγούνται, διότι μειώνουν τις ανάγκες της εγκύου για αναισθητικά φάρμακα και οπιοειδή. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition Κεφάλαιο 41: Obstetric anesthesia, σελ 875-6.

Σχετικά με τη χορήγηση αναισθησίας για λαπαροσκοπικό χειρουργείο κατά την κύηση:

- ☐ α. Το πνευμοπεριτόναιο με εμφύσηση CO₂ μπορεί δυνητικά να προκαλέσει αναπνευστικού τύπου οξέωση στο έμβρυο. Σ
- ☐ β. Ο μηχανικός αερισμός πρέπει να στοχεύει σε τελικο-εκπνευστικό CO₂ (EtCO₂) περί τα 43-45 mmHg. Λ
- ☐ γ. Οι ενδοπεριτοναϊκές πιέσεις από την εμφύσηση CO₂ πρέπει ιδανικά να κυμαίνονται μεταξύ 20 και 30 mmHg. Λ
- ☐ δ. Λαπαροσκοπικές επεμβάσεις είναι δυνατές μόνο στο 1ο τρίμηνο λόγω του μικρού μεγέθους της μήτρας. Λ
- ☐ ε. Οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις λόγω της ελάχιστης επεμβατικότητάς τους δεν

σχετίζονται με την πρόκληση πρόωρου τοκετού.

Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition Κεφάλαιο 41: Obstetric anesthesia, σελ 875-6.

Σχετικά με τη χορήγηση αναισθησίας για μη-μαιευτικό χειρουργείο κατά την κύηση:

- ☐ α. Η προποφόλη καταστέλλει την δραστηριότητα της μήτρας και μειώνει τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Λ
- ☐ β. Η θειοπεντάλη έχει τερατογόνο δράση (κατηγορία D κατά FDA). Λ
- ☐ γ. Τα οπιοειδή απαγορεύονται διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, λόγω των δυσμενών επιδράσεών τους στο έμβρυο. Λ
- ☐ δ. Η παρακεταμόλη αποτελεί ασφαλές φάρμακο για μετεγχειρητική αναλγησία. Σ
- ☐ ε. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα αυξάνουν το κίνδυνο πρόωρης σύγκλεισης του βοττάλειου πόρου και πρέπει να αποφεύγονται κυρίως στο 3ο τρίμηνο της κύησης. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, Obstetric anesthesia, 5th edition, Κεφ. 41, σελ. 875-6.

Σχετικά με τη χορήγηση αναισθησίας για μη-μαιευτικό χειρουργείο κατά την κύηση:

- ☐ α. Η υπαραχνοειδής αναισθησία μπορεί να αποτελέσει μια αναισθητική επιλογή για ανοικτή σκωληκοειδεκτομή σε έγκυο. Σ
- ☐ β. Κίνδυνος αναγωγής και εισρόφησης κατά την εισαγωγή στην αναισθησία υπάρχει μετά την 32η εβδομάδα κύησης. Λ
- ☐ γ. Η 3η έως 8η εβδομάδα είναι η κρίσιμη περίοδος της οργανογένεσης: έκθεση σε φάρμακα είναι πιθανό να προκαλέσει σοβαρές ανωμαλίες. Σ
- ☐ δ. Μετά την 8η εβδομάδα, η έκθεση σε φάρμακα μπορεί να προκαλέσει κάποια καθυστέρηση στον ρυθμό ενδομήτριας ανάπτυξης του εμβρύου. Σ
- ☐ ε. Οποιοδήποτε εκλεκτικό χειρουργείο πρέπει να προγραμματίζεται για την 1η με 2η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Λ

Αναισθησία για υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Chestnut's Obstetric Anesthesia, Principles and Practice, 5th ed: Part 5, Anesthesia Before and During Delivery, 15. In Vitro Fertilization and Other Assisted Reproductive Technology.

Σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή:

- ☐ α. Η ωοληψία μπορεί να διενεργηθεί υπό γενική αναισθησία. Σ
- ☐ β. Η ωοληψία μπορεί να διενεργηθεί υπό τοπική αναισθησία στον τράχηλο. Σ
- ☐ γ. Η ωοληψία δεν μπορεί να διενεργηθεί υπό υπαραχνοειδή αναισθησία. Λ
- ☐ δ. Η ωοληψία μπορεί να διενεργηθεί υπό επισκληρίδιο αναισθησία. Σ
- ☐ ε. Η ωοληψία δεν μπορεί να διενεργηθεί με καταστολή υπό αναισθησιολογική παρακολούθηση (monitored anesthesia care, MAC). Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice 5th ed: Part 5 Anesthesia Before and During Delivery, 15. In Vitro Fertilization and Other Assisted Reproductive Technology.

Σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή:

- ☐ α. Η διαδικασία της ωοληψίας πραγματοποιείται συνήθως, σταπλάσια χειρουργείου μιας ημέρας. Σ
- ☐ β. Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε γενική αναισθησία για ωοληψία, συνήθως νοσηλεύονται για 24 ώρες και λαμβάνουν εξιτήριο την επομένη. Λ
- ☐ γ. Τα κέντρα τα οποία χορηγούν αναισθησία για διαδικασίες ωοληψίας οφείλουν να

- διαθέτουν αναισθησιολογικό μηχάνημα. Σ
- ☐ δ. Τα κέντρα τα οποία χορηγούν μόνον καταστολή για διαδικασίες ωοληψίας δεν οφείλουν να διαθέτουν αναισθησιολόγο. Λ
- ☐ ε. Τα κέντρα τα οποία χορηγούν αναισθησία για διαδικασίες ωοληψίας οφείλουν να διαθέτουν απινιδωτή. Σ

Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice 5th ed: Part 5 Anesthesia Before and During Delivery, 15.
In Vitro Fertilization and Other Assisted Reproductive Technology.

Σχετικά με την αναισθησία και την αναλγησία στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή:

- ☐ α. Για τη χορήγηση αναισθησίας αντενδείκνυται η προποφόλη. Λ
- ☐ β. Για τη χορήγηση καταστολής αντενδείκνυται η μιδαζολάμη. Λ
- ☐ γ. Για αναλγησία μπορεί να χορηγηθεί φεντανύλη. Σ
- ☐ δ. Για αναλγησία μπορεί να χορηγηθεί αλφεντανίλη. Σ
- ☐ ε. Για μετεγχειρητική αναλγησία μπορεί να χορηγηθεί παρακεταμόλη. Σ

Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice 5th ed: Part 5 Anesthesia Before and During Delivery, 15.
In Vitro Fertilization and Other Assisted Reproductive Technology.

Το σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών:

- ☐ α. Μπορεί να αποτελέσει επιπλοκή της διαδικασίας υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Σ
- ☐ β. Δεν είναι ιατρογενές. Λ
- ☐ γ. Μπορεί να εκδηλωθεί με ασκίτη. Σ
- ☐ δ. Μπορεί να εκδηλωθεί με ολιγουρία και αιμοσυμπύκνωση. Σ
- ☐ ε. Μπορεί να εκδηλωθεί με υποπηκτικότητα. Λ

Ενδομήτρια και νεογνική χειρουργική

A Practical Approach to Obstetric Anesthesia. B. Bucklin, D. Gambling, D. Wlody eds. σελ 86.
Abraham RJ, Sau A, Maxwell D. A review of the EXIT (Ex utero Intrapartum Treatment) procedure. J Obstet Gynaecol. 2010 Jan;30(1):1-5.

Σχετικά με τις επεμβάσεις EXIT-Ex Utero Intrapartum Treatment) σε έμβρυο ισχύει:

- ☐ α. Πραγματοποιούνται συνήθως, υπό περιοχική αναισθησία. Λ
- ☐ β. Πραγματοποιούνται συνήθως, για τη διόρθωση απειλητικών για την εξωμήτριο ζωή αποφράξεων του αεραγωγού του εμβρύου. Σ
- ☐ γ. Πραγματοποιείται μερική έξοδος του εμβρύου από τη μήτρα με το έμβρυο να παραμένει συνδεδεμένο στον πλακούντα. Σ
- ☐ δ. Πραγματοποιούνται κυρίως για τη διόρθωση καρδιολογικών ανατομικών ανωμαλιών του εμβρύου. Λ
- ☐ ε. Πραγματοποιούνται κυρίως, για τη διόρθωση ανατομικών ανωμαλιών του πυελοκαλυκτικού συστήματος του εμβρύου. Λ

A Practical Approach to Obstetric Anesthesia. B. Bucklin, D. Gambling, D. Wlody eds. σελ 86.
Abraham RJ, Sau A, Maxwell D. A review of the EXIT (Ex utero Intrapartum Treatment) procedure. J Obstet Gynaecol. 2010 Jan;30(1):1-5.

Σχετικά με τις επεμβάσεις EXIT (Ex Utero Intrapartum Treatment) σε έμβρυο ισχύει:

- ☐ α. Πραγματοποιούνται συνήθως υπό γενική αναισθησία της μητέρας. Σ
- ☐ β. Σε επεμβάσεις εμβρύου <24 εβδομάδων, μόλις ολοκληρωθεί η επέμβαση στο έμβρυο, αυτό επανατοποθετείται στη μήτρα και αυτή συρράπτεται. Λ

- ☐ γ. Σε επέμβαση κλειστού αεραγωγού στο ώριμο έμβρυο, μόλις ολοκληρωθεί η επέμβαση στο έμβρυο ακολουθεί πλήρης έξοδος του νεογνού και συνεχίζεται η διαδικασία καισαρικής τομής. Σ
- ☐ δ. Κατά τη διάρκεια της επέμβασης στο έμβρυο, χορηγείται πτητικό αναισθητικό σε δόσεις έως και 2-2.5 MAC, ώστε η μήτρα να είναι χαλαρή. Σ
- ☐ ε. Πραγματοποιούνται συνήθως, για τη διόρθωση ασύμβατων με την εξωμήτριο ζωή ανατομικών ανωμαλιών του αεραγωγού του εμβρύου. Σ

Chestnut's Obstetric Anesthesia, 5th ed, κεφ. 17

Oliviera E et al. Anesthesia for EXIT procedure (ex utero intrapartum treatment) in congenital cervical malformation – a challenge to the anesthesiologist. Rev Bras Anesthesiol 2015;65(6):529-533.

Diemert A et al. Intrauterine surgery-choices and limitations. Dtsch ArzteblInt. 2012;109(38):603-38.

Τα παρακάτω αποτελούν πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες των ενδομήτριων επεμβάσεων στο έμβρυο (intra-uterine surgery):

- ☐ α. Πρόωρη ρήξη υμένων. Σ
- ☐ β. Δυσπλασίες του εμβρύου. Λ
- ☐ γ. Πρόωρος τοκετός. Σ
- ☐ δ. Άμεσος τραυματισμός του εμβρύου. Σ
- ☐ ε. Χorioαμνιονίτιδα Σ

Chestnut's Obstetric Anesthesia, 5th ed, κεφ. 17

Diemert A et al. Intrauterine surgery-choices and limitations. Dtsch ArzteblInt. 2012;109(38):603-38.

Τα παρακάτω αποτελούν ενδείξεις για πραγματοποίηση ενδομήτριων επεμβάσεων στο έμβρυο (intra-uterine surgery):

- ☐ α. Λυκόστομα Λ
- ☐ β. Σύνδρομο μετάγγισης διδύμου προς δίδυμο (twin to twin transfusion syndrome). Σ
- ☐ γ. Σύνδρομο ανάνδρομης αρτηριακής αρδεύσεως διδύμων (twin reversed arterial perfusion syndrome). Σ
- ☐ δ. Στένωση αορτικής βαλβίδας του εμβρύου. Λ
- ☐ ε. Λαγόχειλος Λ

Y Ginosar. Anesthesia and the Fetus. Wiley – Blackwell, 2013, p. 173-191.

van de Velde M, De Buck F. Fetal and Maternal Analgesia/Anesthesia for Fetal Procedures. Fetal Diagn Ther 2012;31:201–9.

Κατά τη διάρκεια επεμβάσεων στο έμβρυο χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στη διατήρηση της μητροπλακουντιακής αιμάτωσης. Παράγοντες που την επηρεάζουν είναι:

- ☐ α. Η υπόταση της μητέρας που διεγχειρητικά ελαττώνει την παροχή αίματος προς τον πλακούντα. Σ
- ☐ β. Οι ενδογενείς κατεχολαμίνες της μητέρας που ελαττώνουν την παροχή αίματος προς τον πλακούντα. Σ
- ☐ γ. Οι εξωγενώς χορηγούμενες κατεχολαμίνες δεν επηρεάζουν τη μητροπλακουντιακή ροή. Λ
- ☐ δ. Ο αερισμός με διαλείπουσα θετική πίεση (IPPV) δεν επηρεάζει τη μητροπλακουντιακή αιμάτωση. Λ
- ☐ ε. Οι διαταραχές του pH και του PaCO₂ της μητέρας. Σ

Y Ginosar. Anesthesia and the Fetus. Wiley – Blackwell, 2013, p. 173-191.

van de Velde M, De Buck F. Fetal and Maternal Analgesia/Anesthesia for Fetal Procedures. Fetal Diagn Ther 2012;31:201–9.

Σε σχέση με τις επεμβάσεις που γίνονται ενδομητρίως:

- ☐ α. Οι συχνότερες επεμβάσεις αφορούν σε αφαιμαξομετάγγιση, εισαγωγή καθετήρων στα ομφαλικά αγγεία, παροχέτευση κυστικών μαζών και διόρθωση συγγενών ανωμαλιών. Σ
- ☐ β. Η υπέρτονία της μήτρας δεν επηρεάζει τη μητροπλακουντιακή αιμάτωση. Λ
- ☐ γ. Προσοχή χρειάζεται στη χορήγηση τοκόλυσης στην έγκυο. Σ
- ☐ δ. Οι ανοικτές επεμβάσεις στο έμβρυο γίνονται από εξειδικευμένους χειρουργούς και μπορεί να απαιτείται νευρομυϊκός αποκλεισμός και του εμβρύου. Σ
- ☐ ε. Σε τεχνικές χειρουργικής εμβρύου θεωρείται απαραίτητη η χορήγηση αναλγησίας και στο έμβρυο μέσω των ομφαλικών αγγείων. Σ

Μητρική Νοσηρότητα και Θνητότητα

Saving Lives, Improving Mothers' Care Surveillance of maternal deaths in the UK 2012–14 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–14.

Τί ισχύει για τη μητρική θνητότητα από καρδιαγγειακό νόσημα?

- ☐ α. Άμεση εμπλοκή έμπειρων κλινικών μαιευτήρων και καρδιολόγων είναι σημαντική όταν εμφανιστεί επίτοκος ή λεχωίδα στα επείγοντα με υποψία καρδιολογικού ιστορικού. Σ
- ☐ β. Αυξημένη αναπνευστική συχνότητα, οπισθοστερνικός πόνος και ορθόπνοια είναι σημαντικά σημεία τα οποία πρέπει να διερευνηθούν και να υπάρξει διάγνωση. Σ
- ☐ γ. Ένα φυσιολογικό ΗΚΓ και αρνητικό test τροπονίνης αποκλείει την πιθανότητα στεφανιαίου συνδρόμου. Λ
- ☐ δ. Η Συστολική/Διαστολική Αρτηριακή Πίεση πρέπει να διατηρείται σε όλες τις επίτοκες/λεχωίδες σε επίπεδα υψηλότερα από 160 /110 mmHg. Λ
- ☐ ε. Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας με υποψία πνευμονικής εμβολής, πρώτα πρέπει να αποκλειστεί η ρήξη εξωμήτριας κύησης και μετά να χορηγηθεί θρομβόλυση. Σ

Saving Lives, Improving Mothers' Care Surveillance of maternal deaths in the UK 2012–14 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–14.

Σε σχέση με τις αιτίες μητρικής θνητότητας:

- ☐ α. Οι μητρικοί θάνατοι από άμεσες αιτίες παραμένουν σχεδόν αμετάβλητοι την τελευταία δεκαετία. Σ
- ☐ β. Υπάρχει αντένδειξη στον εμβολιασμό των εγκύων έναντι της γρίπης. Λ
- ☐ γ. Η θρόμβωση και η θρομβοεμβολή παραμένουν η κύρια αιτία άμεσων μητρικών θανάτων στον αναπτυγμένο κόσμο. Σ
- ☐ δ. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την κύρια αιτία έμμεσων μητρικών θανάτων. Σ
- ☐ ε. Οι μητρικοί θάνατοι εξαιτίας υπέρτασης αυξάνονται λόγω μη εφαρμογής κατευθυντήριων οδηγιών. Λ

Saving Lives, Improving Mothers' Care Surveillance of maternal deaths in the UK 2012–14 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–14.

Σε σχέση με τη μητρική θνητότητα από σήψη:

- ☐ α. Κομβικής σημασίας είναι η έγκαιρη αναγνώριση. Σ
- ☐ β. Πρέπει να περιμένουμε τα πρώτα αποτελέσματα των αιμοκαλλιιεργειών για την έναρξη χορήγησης αντιβιοτικών. Λ

- ☐ γ. Είναι σημαντική η άμεση χορήγηση αντιβιοτικών ενδοφλεβίως. Σ
- ☐ δ. Είναι σημαντική η διαχείριση μόνο από έμπειρους μαιευτήρες. Λ
- ☐ ε. Είναι σημαντική η άμεση εμπλοκή έμπειρων ειδικών άλλων ειδικοτήτων, όπως Λοιμωξιολόγων. Σ

Saving Lives, Improving Mothers' Care Surveillance of maternal deaths in the UK 2012–14 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–14.

Σε σχέση με τους μητρικούς θανάτους από αυτοκτονία:

- ☐ α. Δεν υπάρχει διαχρονικά σημαντική αλλαγή στη συχνότητα των μητρικών θανάτων από αυτοκτονία. Σ
- ☐ β. Η λεχωίδα που σταματάει τον θηλασμό χρήζει επείγουσας ψυχιατρικής εκτίμησης. Λ
- ☐ γ. Η λεχωίδα που έχει αυτοκτονικές ιδέες χρήζει επείγουσας ψυχιατρικής εκτίμησης. Σ
- ☐ δ. Η λεχωίδα που παρουσιάζει διάχυτη ενοχή ή απελπισία χρήζει επείγουσας ψυχιατρικής εκτίμησης. Σ
- ☐ ε. Η λεχωίδα που παρουσιάζει νέες ή επίμονες ενοχές περί ανεπάρκειάς της ως μητέρα χρήζει επείγουσας ψυχιατρικής εκτίμησης. Σ

Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Say L et al. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323-33.

Σχετικά με τα αίτια μητρικού θανάτου παγκοσμίως:

- ☐ α. 1η αιτία είναι οι υπερτασικές διαταραχές της κύησης. Λ
- ☐ β. 1η αιτία είναι η αιμορραγία. Σ
- ☐ γ. 2η αιτία είναι οι υπερτασικές διαταραχές της κύησης. Σ
- ☐ δ. 1η αιτία μητρικού θανάτου παγκοσμίως είναι τα ατυχήματα. Λ
- ☐ ε. 1η αιτία μητρικού θανάτου παγκοσμίως είναι η σήψη. Λ

Say L et al. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323-33.

Σχετικά με τη μητρική νοσηρότητα & θνητότητα:

- ☐ α. Το 99% των μητρικών θανάτων συμβαίνουν στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σ
- ☐ β. Η συχνότερη αιτία μητρικού θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι η σήψη Λ
- ☐ γ. Στη μητρική νοσηρότητα & θνητότητα προσμετρούνται οι θάνατοι μητέρων που έχουν συμβεί έως και 42 ημέρες μετά τον τοκετό. Σ
- ☐ δ. Στη μητρική νοσηρότητα & θνητότητα προσμετρούνται οι θάνατοι μητέρων που έχουν συμβεί έως και 48 ώρες μετά τον τοκετό. Λ
- ☐ ε. Η συχνότερη αιτία μητρικού θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι η αιμορραγία. Σ

Say L et al. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323-33.

Σχετικά με τη μητρική νοσηρότητα & θνητότητα:

- ☐ α. Στον υπολογισμό της μητρικής νοσηρότητας & θνητότητας περιλαμβάνονται όλες οι πιθανές αιτίες θανάτου κατά την κύηση. Λ
- ☐ β. Στον υπολογισμό της μητρικής νοσηρότητας & θνητότητας υπολογίζονται όλες οι πιθανές αιτίες μητρικού θανάτου που σχετίζονται με την κύηση ή επηρεάζονται από την κύηση και τη διαχείρισή της. Σ
- ☐ γ. Στον υπολογισμό της μητρικής νοσηρότητας & θνητότητας δεν προσμετρώνται το τραύμα και τα ατυχήματα. Σ
- ☐ δ. 1η αιτία μητρικού θανάτου παγκοσμίως είναι η αυτοκτονία. Λ
- ☐ ε. 1η αιτία μητρικού θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι οι υπερτασικές διαταραχές της κύησης. Λ

Δεξιότητες ιατρικής εκτίμησης/εξέτασης, λήψη κατάλληλου ιστορικού, φυσική εξέταση (καρδιαγγειακό, αναπνευστικό και νευρικό σύστημα)

Miller's Anesthesia, Κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Αποτυχημένη ενδοτραχειακή διασωλήνωση σελ. 2255-56 και Φυσιολογικές μεταβολές στην εγκυμοσύνη σελ. 2236-39.

DH Chestnut. Chapter 37: Antepartum and Postpartum Hemorrhage, in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Ed. P. 662-3.

Σχετικά με την προαναισθητική εκτίμηση των επιτόκων:

- ☐ α. Κατά την προεγχειρητική εκτίμηση των επιτόκων, η λήψη ιστορικού εστιάζεται μόνον στη λήψη του ατομικού τους ιστορικού. Λ
- ☐ β. Η κατάταξη μιας επιτόκου κατά Mallampati παραμένει σταθερή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Λ
- ☐ γ. Επίτοκες στο 3ο τρίμηνο κύησης αναμένεται να έχουν αυξημένο αναπνεόμενο όγκο. Σ
- ☐ δ. Η επίτοκος μπορεί να έχει αναμία από αιμοαραίωση. Σ
- ☐ ε. Σε επίτοκο με αιμορραγία παρατηρείται αιμοδυναμική αστάθεια ακόμη και σε απώλεια αίματος μικρότερη από 15-20%. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Μαιευτική Αναισθησία: Αποτυχημένη ενδοτραχειακή διασωλήνωση, Κεφ. 69 σελ. 2255-56 και Φυσιολογικές μεταβολές στην εγκυμοσύνη σελ. 2236-39. DH Chestnut. Chapter 37: Antepartum and Postpartum Hemorrhage, in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Ed. pp 662-3, Chapter 39: Autoimmune disorders p. 703 και Cardiovascular disease, p. 729.

Blichfeldt-Lauridsen L, Hansen BD. Anesthesia and myasthenia gravis. Acta Anaesthesiol Scand 2012;56:17-22.

Σχετικά με την προαναισθητική εκτίμηση των επιτόκων:

- ☐ α. Επίτοκες με υποθυρεοειδισμό λαμβάνουν μειωμένες δόσεις θεραπείας υποκατάστασης συγκριτικά με τον μη μαιευτικό πληθυσμό. Λ
- ☐ β. Επίτοκες με συστηματικό σκληρόδερμα έχουν αυξημένο κίνδυνο δύσκολου αεραγωγού. Σ
- ☐ γ. Σε επίτοκες με καρδιακή νόσο απαγορεύεται η εφαρμογή επισκληρίδιας αναισθησίας. Λ
- ☐ δ. Σε επίτοκες με μυασθένεια Gravis απαγορεύεται η εφαρμογή νευραξονικής αναισθησίας. Λ
- ☐ ε. Σε έφηβες/ανήλικες επίτοκες η λήψη έγγραφης συναίνεσης για επισκληρίδιο Αναλγησία λαμβάνεται από τους κηδεμόνες. Σ

David H. Chestnut. Chapter 51: Respiratory disease, p. 918-919 in "Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 3rd Ed.

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία: Εκτίμηση και προετοιμασία της επιτόκου σελ. 2248.

Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. Anesthesiology 2016; 124(2):270-300.

Σχετικά με την προαναισθητική εκτίμηση και προετοιμασία των επιτόκων:

- ☐ α. Στις επίτοκες με φυσιολογικό τοκετό δεν επιτρέπεται να λάβουν διαυγή υγρά από του στόματος κατά τη διάρκεια του τοκετού. Λ
- ☐ β. Σε επίτοκες προγραμματισμένες για καισαρική τομή επιτρέπονται διαυγή υγρά από του στόματος έως και 2 ώρες πριν την επέμβαση. Σ

- | | |
|---|---|
| ☐ γ. Σε επίτοκες προγραμματισμένες για καισαρική τομή συνιστάται η χορήγηση κιτρικού νατρίου. | Σ |
| ☐ δ. Σε επίτοκο με ιστορικό άσθματος πρέπει να διακόπτεται η φαρμακευτική αγωγή πριν την επέμβαση. | Λ |
| ☐ ε. Σε επίτοκο με επιληψία πρέπει να διακόπτεται η αντιεπιληπτική αγωγή την ημέρα της επέμβασης. | Λ |

Εκτίμηση αεραγωγού στην έγκυο

Difficult and failed intubation in obstetrics Rucklidge M, Hinton C. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, Volume 12, Number 2, 2012.

Mushambi M C, Kinsella SM, et al Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics. Anaesthesia 2015;70:1286–1306.

Σωματικά χαρακτηριστικά εγκυμοσύνης που συνηγορούν υπέρ του δύσκολου αεραγωγού:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Αυξημένη κατανάλωση οξυγόνου κατά 25%. | Σ |
| ☐ β. Μεγάλοι μαστοί. | Σ |
| ☐ γ. Παχυσαρκία | Σ |
| ☐ δ. Κατηγορία Mallampati II. | Λ |
| ☐ ε. Αυξημένος τόνος του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα. | Λ |

Difficult and failed intubation in obstetrics Rucklidge M, Hinton C. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, Volume 12 Number 2, 2012.

Mushambi M C, Kinsella SM, et al Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics. Anaesthesia 2015;70:1286–1306.

Παράγοντες που προβλέπουν δυσκολία στην ενδοτραχειακή διασωλήνωση κατά την εγκυμοσύνη:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Θυρεοπρωγνική απόσταση <8cm | Λ |
| ☐ β. Περίμετρος λαιμού > 50 cm | Σ |
| ☐ γ. Προβλήματα οδοντοφυΐας | Σ |
| ☐ δ. Μειωμένη κινητικότητα αυχενικής μοίρας | Σ |
| ☐ ε. Mallampati III-IV. | Σ |

Difficult and failed intubation in obstetrics Rucklidge M, Hinton C. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, Volume 12 Number 2, 2012.

Mushambi M C, Kinsella SM, et al Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics. Anaesthesia 2015;70:1286–1306.

Παράγοντες που προβλέπουν δυσκολία στον αερισμό με μάσκα κατά την εγκυμοσύνη:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. BMI μόνο πάνω από 45 | Λ |
| ☐ β. Οίδημα αεραγωγού | Σ |
| ☐ γ. Άνοιγμα στόματος < 4 cm | Λ |
| ☐ δ. Προβλήματα οδοντοφυΐας | Λ |
| ☐ ε. Πίεση κρικοειδούς | Σ |

Difficult and failed intubation in obstetrics Rucklidge M, Hinton C. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, Volume 12, Number 2, 2012.

Mushambi M C, Kinsella SM, et al Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics. Anaesthesia 2015;70: 1286–1306.

Χαρακτηριστικά που συνηγορούν υπέρ δύσκολου αερισμού με μάσκα κατά την εγκυμοσύνη:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Αποφρακτική άπνοια ύπνου. | Σ |
| ☐ β. Πρόσφατη σίτιση. | Λ |
| ☐ γ. Κατηγορία Mallampati III-IV. | Σ |
| ☐ δ. Ακτινοβολία τραχήλου. | Σ |
| ☐ ε. Περίεργες κομμώσεις. | Σ |

Ταχεία εισαγωγή στην αναισθησία

Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 4th edition, σελ. 544

Μέτρα για την πρόληψη εμφάνισης πνευμονίας από εισρόφηση σε εγκύους:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Αρκεί ο προσδιορισμός τελευταίας λήψης υγρής και στερεής τροφής. | Λ |
| ☐ β. Ταχεία εισαγωγή στην αναισθησία. | Σ |
| ☐ γ. Ταχεία διασωλήνωση. | Σ |
| ☐ δ. Πίεση κρικοειδούς χόνδρου. | Σ |
| ☐ ε. Τοποθέτηση της εγκύου σε θέση με αριστερή μετατόπιση της μήτρας. | Λ |

Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice. 4th edition, σελ. 544

Πριν την εισαγωγή στην αναισθησία σε εγκύους απαιτείται:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Η χορήγηση μη σωματιδιακού αντιόξινου διαλύματος από το στόμα. | Σ |
| ☐ β. Η ενδοφλέβια χορήγηση μετοκλοπραμίδης και ρανιτιδίνης μισή ώρα πριν. | Σ |
| ☐ γ. Η προοξυγόνωση της ασθενούς με μάσκα για 3 λεπτά. | Σ |
| ☐ δ. Η αποστείρωση και προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου. | Σ |
| ☐ ε. Άσκηση πίεσης 30 N επί του κρικοειδούς χόνδρου. | Λ |

Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 4th edition, σελ. 545

Η ταχεία εισαγωγή εγκύου στην αναισθησία επιτυγχάνεται με τις παρακάτω δόσεις (mg/kg):

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Θειοπεντάλη: 2-3 | Λ |
| ☐ β. Προποφόλη: 2-2,8 | Σ |
| ☐ γ. Ετομιδάτη: 0,3 | Σ |
| ☐ δ. Κεταμίνη: 1-1,5 | Σ |
| ☐ ε. Μιδαζολάμη: 0,5-1 | Λ |

Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, 4th edition, σελ. 545

Κατά την ταχεία εισαγωγή εγκύου στην αναισθησία ισχύουν τα εξής:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Ο νευρομυικός αποκλειστής εκλογής είναι η σουκκινυλχολίνη. | Σ |
| ☐ β. Ο νευρομυικός αποκλειστής εκλογής είναι το ροκουρόνιο (0,6-1 mg/kg). | Λ |
| ☐ γ. Ο προκουραρισμός της επιτόκου ενδείκνυται. | Λ |
| ☐ δ. Πρέπει να χορηγηθεί επαναληπτική δόση σουκκινυλχολίνης (1-1,5 mg/kg), σε περίπτωση αποτυχημένης διασωλήνωσης. | Λ |
| ☐ ε. Ο προκουραρισμός μπορεί να επιταχύνει τη δράση της σουκκινυλχολίνης. | Λ |

Επείγουσα διαχείριση του αεραγωγού στην έγκυο

Chestnut's obstetric anesthesia: principles and practice, 4th edition 2009, Chapter 30, p. 651-71.

Πιό από τα παρακάτω είναι σωστά όσον αφορά την αποτυχημένη διασωλήνωση στο μαιευτικό πληθυσμό?

- ☐ α. Η επίτοκος πρέπει να γυρίσει στο πλάι αμέσως μετά την απόφαση να ξυπνήσει. Λ
- ☐ β. Εάν χρησιμοποιήθηκε σουκκινυλχολίνη κατά την εισαγωγή της αναισθησίας, στη συνέχεια συνιστάται ο συνδυασμός ροκουρονίου και Sugammadex. Σ
- ☐ γ. Η χρήση δεύτερης γενιάς LMA έχει το πλεονέκτημα της τοποθέτησης γαστρικής παροχέτευσης. Σ
- ☐ δ. Επιτρέπονται μέχρι 3 προσπάθειες στην τοποθέτηση υπεργλωττιδικής συσκευής. Σ
- ☐ ε. Σε περίπτωση δύσκολου αερισμού με μάσκα, η τοποθέτηση ρινοφαρυγγικού αεραγωγού είναι απαραίτητη. Λ

Mushambi M C, Kinsella SM, et al. Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics. Anaesthesia 2015;70:1286–1306.

Όσον αφορά στην αποτυχημένη διασωλήνωση στο μαιευτικό πληθυσμό:

- ☐ α. Η σωστή τοποθέτηση της επιτόκου είναι η ύπτια θέση με αριστερή μετατόπιση της μήτρας. Σ
- ☐ β. Η μείωση της κρικοειδικής πίεσης μπορεί να είναι απαραίτητη κατά την τοποθέτηση υπεργλωττιδικής συσκευής. Σ
- ☐ γ. Η Video-λαρυγγοσκόπηση μπορεί να βελτιώσει τη βαθμονόμηση της εικόνας της λαρυγγοσκόπησης όχι όμως την ευκολία της διασωλήνωσης. Σ
- ☐ δ. Το βαροτραύμα είναι πιθανή επιπλοκή του υψηλού αερισμού (jet ventilation) μέσω κρικοθυρεοειδοτομής και με στενής διαμέτρου καθετήρα. Σ
- ☐ ε. Σε κάθε μαιευτικό νοσοκομείο η συχνότητα της αποτυχημένης διασωλήνωσης μπορεί να συσχετίζεται με το ποσοστό γενικής αναισθησίας για εκτέλεση καισαρικής τομής που έχει το συγκεκριμένο νοσοκομείο. Σ

Mushambi M C, Kinsella SM, et al Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics. Anaesthesia 2015;70: 1286–1306.

Όσον αφορά στην προετοιμασία και προοξυγόνωση της τελειόμηνης επιτόκου:

- ☐ α. Η θέση με την κεφαλή υψηλότερα κατά 20°-30° αυξάνει τη λειτουργική υπολειπόμενη χωρητικότητα (FRC). Σ
- ☐ β. Στην κακοήθη παχυσαρκία η θέση "ramped" (σφηνοειδή μαξιλάρια κάτω από ώμους και αυχένα) υπερέχει της κλασικής θέσης "πρωινής όσφρησης" για την άμεση λαρυγγοσκόπηση. Σ
- ☐ γ. Οι μεγάλοι μαστοί μπορούν να δυσκολέψουν τον αερισμό, τη λαρυγγοσκόπηση και τη διασωλήνωση. Σ
- ☐ δ. Συνιστάται προοξυγόνωση μέχρι να επιτευχθεί $\text{EtO}_2 > 0.65$. Λ
- ☐ ε. Τουλάχιστον > 3 min προοξυγόνωσης είναι απαραίτητα. Λ

Mushambi M C, Kinsella SM, et al Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics Anaesthesia 2015; 70: 1286–1306.

Σε περίπτωση αδύνατης διασωλήνωσης ισχύει:

- ☐ α. Η επίτοκος πρέπει να ξυπνήσει όταν υπάρχει μαζική αιμορραγία και χρειάζεται να υποβληθεί σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Λ
- ☐ β. Η επίτοκος πρέπει να ξυπνήσει παρόλο που υπάρχει παρατεταμένη βραδυκαρδία εμβρύου. Λ
- ☐ γ. Η επίτοκος πρέπει να ξυπνήσει εφόσον παρουσιάζεται οίδημα του λάρυγγα και συριγμός. Σ
- ☐ δ. Το χειρουργείο θα προχωρήσει εφόσον αερίζεται ικανοποιητικά με 2ης γενιάς

- υπεργλωττιδική συσκευή. Σ
- ε. Η Επίτοκος πρέπει να ξυπνήσει εφόσον ο αερισμός με μάσκα είναι δύσκολος και δεν είναι νηστική. Σ

Mushambi M C, Kinsella SM, et al Obstetric Anaesthetists' Association and Difficult Airway Society guidelines for the management of difficult and failed tracheal intubation in obstetrics. Anaesthesia 2015;70:1286–1306.

Μετά από αποτυχημένη διασωλήνωση της τραχείας ισχύει:

- α. Η πίεση του κρικοειδή δεν πρέπει να σταματήσει εάν η διασωλήνωση είναι δύσκολη. Λ
- β. Τυφλή ρινική διασωλήνωση είναι η ορθή επιλογή εφόσον η κλασσική προσέγγιση απέτυχε. Λ
- γ. Η χορήγηση δεύτερης δόσης σουκκινυλχολίνης είναι προτεραιότητα. Λ
- δ. Επιτρέπονται συνολικά μέχρι 3 προσπάθειες διασωλήνωσης. Σ
- ε. Υπεργλωττιδική συσκευή μπορεί να χρησιμοποιηθεί εφόσον υπάρχει δυσκολία οξυγόνωσης με τον αερισμό με μάσκα. Σ

Τοποθέτηση επισκληρίδιου καθετήρα για αναλγησία σε φυσιολογικό τοκετό, με ποσοστά επιτυχίας >80%

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition Κεφ. 41: Obstetric anesthesia, σελ. 846, 848-853 και Maternal and fetal physiology and Anesthesia, σελ. 834.

Σχετικά με την χρήση επισκληρίδιου καθετήρα για αναλγησία σε φυσιολογικό τοκετό:

- α. Η τοποθέτηση επισκληρίδιου καθετήρα γίνεται στην οσφυϊκή μοίρα, συνήθως στα διαστήματα O₃-O₄ ή O₄-O₅. Σ
- β. Γενικά, η επισκληρίδιος αναλγησία τοκετού σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα καισαρικής τομής, λόγω μη προόδου του τοκετού. Λ
- γ. Εάν συμβεί τρώση της σκληράς μήνιγγας, η εισαγωγή του καθετήρα υπαραχνοειδώς για χορήγηση τοπικού αναισθητικού και οπιοειδούς αποτελεί μια αποδεκτή επιλογή. Σ
- δ. Προτιμώνται οι καθεήρες μονήρους οπής για πιο εντοπισμένη έγχυση των φαρμάκων. Λ
- ε. Δεν χρειάζεται παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, καθώς τα διαλύματα τοπικών αναισθητικών είναι αραιά και δεν προκαλούν υπόταση. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition Κεφ. 41: Obstetric anesthesia, σελ. 846, 848-853 και Maternal and fetal physiology and Anesthesia, σελ. 834.

Σχετικά με την χρήση επισκληρίδιου καθετήρα για αναλγησία σε φυσιολογικό τοκετό:

- α. Ο επιθυμητός αποκλεισμός αφορά στα επίπεδα από T₁₀ έως L₅. Σ
- β. Τα τοπικά αναισθητικά δεν πρέπει να δίνονται με συνεχή έγχυση, διότι μπορεί να προκαλέσουν σημαντικό κινητικό αποκλεισμό και τοξικότητα. Λ
- γ. Τα οπιοειδή δεν έχουν θέση στην επισκληρίδιο αναλγησία του τοκετού, λόγω πρόκλησης αναπνευστικής καταστολής στο νεογνό. Λ
- δ. Το μέσο βάθος εντόπισης του επισκληρίδιου χώρου στις έγκυες είναι 7 cm. Λ
- ε. Η παράμεση προσπέλαση του επισκληρίδιου χώρου εφαρμόζεται συχνά στις επίτοκες λόγω ασβεστοποίησης του μεσακάνθιου συνδέσμου. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition Κεφ. 41: Obstetric anesthesia, σελ. 846, 848-853 και Maternal and fetal physiology and Anesthesia, σελ. 834.

Σχετικά με την χρήση επισκληρίδιου καθετήρα για αναλγησία σε φυσιολογικό τοκετό:

- α. Όταν στην επισκληρίδιο αναλγησία τοκετού χρησιμοποιούνται αραιά διαλύματα (πχ

- βουπιβακαΐνη $\leq 0.125\%$) δεν φαίνεται να παρατείνεται το πρώτο στάδιο του τοκετού. Σ
- β. Στο δεύτερο στάδιο του τοκετού η επισκληρίδιος αναλγησία πρέπει να περιλαμβάνει και τα ιερά δερμοτόμια (I2-I5). Σ
- γ. Η διαδικασία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο επισκληρίδιου αιματώματος, λόγω της υποπηκτικότητας που χαρακτηρίζει την κύηση. Λ
- δ. Σε ατυχηματική τρώση σκληράς μήνιγγας σε επίτοκο, συστήνεται το προληπτικό εμβάλωμα αίματος (blood patch) προκειμένου να αποφευχθεί η κεφαλαλγία. Λ
- ε. Η ενδαγγειακή τοποθέτηση επισκληρίδιου καθετήρα είναι πιο συχνή στις επίτοκες, λόγω διάτασης του επισκληρίδιου φλεβικού πλέγματος. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition Κεφ. 41: Obstetric anesthesia, σελ. 846, 848-853 και Maternal and fetal physiology and Anesthesia, σελ. 834.

Σχετικά με την χρήση επισκληρίδιου καθετήρα για αναλγησία σε φυσιολογικό τοκετό:

- α. Η διαδικασία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο επισκληρίδιου αιματώματος, λόγω των χαμηλών επιπέδων ινωδογόνου που χαρακτηρίζουν το τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Λ
- β. Η χρήση τοπικών αναισθητικών σε σχετικά υψηλές συγκεντρώσεις για επισκληρίδιο αναλγησία τοκετού (π.χ. βουπιβακαΐνη 0.25%) μπορεί να προκαλέσει παράταση του δεύτερου σταδίου του τοκετού. Σ
- γ. Στις επίτοκες, το διατεταμένο επισκληρίδιο φλεβικό πλέγμα μειώνει το εύρος του επισκληρίδιου χώρου και αυξάνει την κεφαλική διάχυση των χορηγούμενων διαλυμάτων. Σ
- δ. Σε προσπάθεια κολπικού τοκετού μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή (Vaginal Birth After Cesarean, VBAC ή Trial of Labor After Cesarean, TOLAC) υπάρχει απόλυτη αντένδειξη για επισκληρίδιο αναλγησία. Λ
- ε. Η τοποθέτηση και χρήση επισκληρίδιου καθετήρα πρέπει να γίνεται όταν η τραχηλική διαστολή είναι μεγαλύτερη από 5 cm κι όχι στην αρχή του τοκετού. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. 41: Obstetric anesthesia, σελ. 846, 848-853 και Maternal and fetal physiology and Anesthesia, σελ 834, 835.

Σχετικά με την χρήση επισκληρίδιου καθετήρα για αναλγησία σε φυσιολογικό τοκετό:

- α. Η εντόπιση του επισκληρίδιου χώρου και η εισαγωγή του καθετήρα γίνεται πάντα με την επίτοκο σε καθιστή θέση. Λ
- β. Σε κάποιες επίτοκες η πίεση στον επισκληρίδιο χώρο μπορεί να μην είναι αρνητική, δυσκολεύοντας την εντόπιση του χώρου και αυξάνοντας τον κίνδυνο για ατυχηματική τρώση της σκληράς μήνιγγας. Σ
- γ. Ακόμη και η χορήγηση αραιών διαλυμάτων τοπικών αναισθητικών ($\pm$ οπιοειδή) επηρεάζει σημαντικά την πρόοδο του τοκετού. Λ
- δ. Οι επίτοκες χρειάζονται κατά μέσο όρο 10 ml διαλύματος ανά ώρα (5-15 ml/h) τα οποία μπορούν να χορηγηθούν ως συνεχή έγχυση. Σ
- ε. Η προσθήκη μικρών δόσεων οπιοειδών επιτρέπει τη μείωση της δόσης των τοπικών αναισθητικών και των σχετιζόμενων ανεπιθύμητων δράσεων τους (π.χ. κινητικός αποκλεισμός και υπόταση). Σ

Υπαραχνοειδής αναισθησία για καισαρική τομή, με ποσοστά επιτυχίας >90%

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. 41: Obstetric anesthesia, σελ. 846, 848-853 και Maternal and fetal physiology and Anesthesia, σελ. 834.

Σχετικά με την εφαρμογή υπαραχνοειδούς αναισθησίας για διενέργεια καισαρικής τομής:

- ☐ α. Επιτυγχάνεται με περίπου 30% μικρότερες δόσεις τοπικού αναισθητικού. Σ
- ☐ β. Η εμφάνιση υπότασης είναι πιο συχνή στις επίτοκες συγκριτικά με τους άλλους ενήλικες. Σ
- ☐ γ. Τα τοπικά αναισθητικά δεν συνδυάζονται με οπιοειδή, λόγω αυξημένου κινδύνου πρόκλησης αναπνευστικής καταστολής στο νεογνό. Λ
- ☐ δ. Στις επίτοκες, το διατεταμένο επισκληρίδιο φλεβικό πλέγμα μειώνει τον όγκο του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και αυξάνει την κεφαλική διάχυση των χορηγούμενων διαλυμάτων. Σ
- ☐ ε. Το επιθυμητό ύψος του αισθητικού αποκλεισμού είναι το Θ4 δερμοτόμιο. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition Κεφ. 41: Obstetric anesthesia, σελ. 846, 848-853 και Maternal and fetal physiology and Anesthesia, σελ. 835.

Σχετικά με την εφαρμογή υπαραχνοειδούς αναισθησίας για διενέργεια καισαρικής τομής:

- ☐ α. Η προφόρτιση με υγρά είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να αποφευχθεί η πτώση της αρτηριακής πίεσης. Λ
- ☐ β. Οι βελόνες 22G με κόπτουσα άκρη (τύπου Quincke) σχετίζονται με πολύ χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης κεφαλαλγίας από τρώση σκληράς μήνιγγας. Λ
- ☐ γ. Η προσθήκη φεντανύλης ή σουφεντανίλης στο τοπικό αναισθητικό είναι μια επιτυχημένη και συχνά χρησιμοποιούμενη πρακτική. Σ
- ☐ δ. Η προσθήκη μορφίνης 0,1 mg στο τοπικό αναισθητικό μπορεί να εξασφαλίσει καλή μετεγχειρητική αναλγησία. Σ
- ☐ ε. Σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης συστηματικής τοξικότητας από τοπικά αναισθητικά συγκριτικά με την επισκληρίδιο. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th ed. Κεφ. 41 Obstetric anesthesia, 855, 856 και Maternal and fetal physiology and Anesthesia, σελ 835.

Σχετικά με την εφαρμογή υπαραχνοειδούς αναισθησίας για διενέργεια καισαρικής τομής:

- ☐ α. Η εφεδρίνη είναι ένα κατάλληλο αγγειοσυσπαστικό για την αντιμετώπιση της υπότασης. Σ
- ☐ β. Η προσθήκη μορφίνης στο τοπικό αναισθητικό μπορεί να προκαλέσει καθυστερημένη εμφάνιση αναπνευστικής καταστολής στη μητέρα. Σ
- ☐ γ. Σχετίζεται με ταχύτερη εγκατάσταση του αισθητικού αποκλεισμού σε σχέση με την επισκληρίδιο αναισθησία. Σ
- ☐ δ. Σχετίζεται με βαθύτερο και καλύτερο ποιοτικά αισθητικό αποκλεισμό σε σχέση με την επισκληρίδιο αναισθησία. Σ
- ☐ ε. Αποτελεί μέθοδο εκλογής σε περιπτώσεις με αναμενόμενη αιμορραγία. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th ed. Κεφ. 41 Obstetric anesthesia, 855, 856 και Maternal and fetal physiology and Anesthesia, σελ 835.

Σχετικά με την εφαρμογή υπαραχνοειδούς αναισθησίας για διενέργεια καισαρικής τομής:

- ☐ α. Σχετίζεται με πιο καλά ελεγχόμενο ύψος αποκλεισμού σε σχέση με την επισκληρίδιο αναισθησία. Λ
- ☐ β. Η προσθήκη φεντανύλης ή σουφεντανίλης στο τοπικό αναισθητικό αυξάνει τη διάρκεια του αισθητικού αποκλεισμού. Σ
- ☐ γ. Η φαινυλεφρίνη δεν ενδείκνυται για αντιμετώπιση της υπότασης γιατί προκαλεί μεγάλη οξέωση στο έμβρυο. Σ

- ☐ δ. Έχει ένδειξη σε επίτοκο με υποογκαιμία. Λ
- ☐ ε. Αντενδείκνυται απόλυτα σε επιτόκους με προεκλαμψία. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th ed. Κεφ. 41 Obstetric anesthesia, 855, 856 και Maternal and fetal physiology and Anesthesia, σελ 835.

Σχετικά με την εφαρμογή υπαραχνοειδούς αναισθησίας για διενέργεια καισαρικής τομής:

- ☐ α. Έχει απόλυτη ένδειξη σε επίτοκο με ενδοκράνια υπέρταση. Λ
- ☐ β. Έχει ένδειξη σε επίτοκο με αριθμό αιμοπεταλίων 50.000-70.000/μL. Λ
- ☐ γ. Η προσθήκη φεντανύλης ή σουφεντανίλης στο τοπικό αναισθητικό αυξάνει το βάθος και βελτιώνει την ποιότητα του αισθητικού αποκλεισμού. Σ
- ☐ δ. Η υπόταση που μπορεί να εμφανιστεί αντιμετωπίζεται με μικρές δόσεις αγγειοσυσπαστικών. Σ
- ☐ ε. Επί υπότασης, η εφεδρίνη προτιμάται όταν συνυπάρχει ταχυκαρδία. Λ

Υπαραχνοειδείς και επισκληρίδιες τεχνικές σε δύσκολες καταστάσεις κατά τον τοκετό

Morgan, 5th edition, page 860.

Σχετικά με την πρόπτωση ομφαλίδος:

- ☐ α. Απαντάται σε ποσοστό 10-12% των επιτόκων. Λ
- ☐ β. Μπορεί να οδηγήσει γρήγορα σε εμβρυική ασφυξία. Σ
- ☐ γ. Ένας από τους παράγοντες κινδύνου είναι η τεχνητή ρήξη θυλακίου. Σ
- ☐ δ. Θεραπευτικός χειρισμός είναι η άμεση τοποθέτηση της επιτόκου σε θέση Trendelenburg. Λ
- ☐ ε. Απαγορεύεται η τοποθέτηση της εγκύου σε καθιστή θέση για την επιτέλεση κεντρικού νευραξονικού αποκλεισμού. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία, σελ. 2267.

Morgan, 5th edition, page 860.

Αναφορικά με την αναισθητική τεχνική σε επίτοκο με πρόπτωση ομφαλίδος για καισαρική τομή (ΚΤ):

- ☐ α. Σε σοβαρή επιβάρυνση του εμβρύου, για άμεση ΚΤ επιλέγεται η γενική αναισθησία. Σ
- ☐ β. Αν δεν υπάρχει επιβάρυνση του εμβρύου, μπορεί να γίνει προσπάθεια για υπαραχνοειδή αναισθησία από εξειδικευμένο αναισθησιολόγο. Σ
- ☐ γ. Δεν αντενδείκνυται η φόρτιση και χρήση επισκληρίδιου καθετήρα που είχε τοποθετηθεί στην αίθουσα τοκετών για αναλγησία. Σ
- ☐ δ. Η σωστή τοποθέτηση της εγκύου για υπαραχνοειδή αναισθησία είναι η πλάγια. Σ
- ☐ ε. Για εισαγωγή στη γενική αναισθησία χορηγείται ετομιδάτη και φεντανύλη. Λ

Morgan, 5th edition, page 861.

Σχετικά με την ισχιακή προβολή:

- ☐ α. Η ισχιακή προβολή αυξάνει τη νεογνική θνητότητα και την πιθανότητα για πρόπτωση ομφαλίδος κατά 10 φορές. Σ
- ☐ β. Η εξωτερική μετατροπή από το μαιευτήρα μπορεί να διευκολυνθεί με επισκληρίδιο αναλγησία με 2% λιδοκαΐνη. Σ
- ☐ γ. Πιθανή επιπλοκή κατά την εξωτερική μετατροπή είναι η αποκόλληση πλακούντα. Σ

- δ. Σε προσπάθεια φυσιολογικού τοκετού επί ισχιακής προβολής, η επισκληρίδιος μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα παγίδευσης της κεφαλής. Λ
- ε. Η κεφαλή μπορεί να παγιδευτεί ακόμα και κατά την καισαρική τομή και πιθανός θεραπευτικός χειρισμός είναι η χορήγηση 50-100 μg νιτρογλυκερίνης. Σ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία, σελ. 2268.

Σε προσπάθεια φυσιολογικού τοκετού μετά από προηγηθείσα Καισαρική Τομή (TOLAC):

- α. Υπάρχει αυξημένη πιθανότητα για ρήξη μήτρας. Σ
- β. Η πιθανότητα ρήξης της μήτρας είναι 30%. Λ
- γ. Τα συμπτώματα ρήξης μήτρας περιλαμβάνουν σχεδόν πάντα την εμβρυική βραδυκαρδία. Σ
- δ. Πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμος αναισθησιολόγος. Σ
- ε. Αντενδείκνυται η διενέργεια επισκληριδίου για αναλγησία. Λ

Miller's Anesthesia, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 69, Μαιευτική Αναισθησία, σελ. 2265, 2267-8.

Σχετικά με την αναισθησιολογική διαχείριση επιτόκων:

- α. Σε αποκόλληση πλακούντα με σοβαρή αιμοδυναμική επιβάρυνση της μητέρας για καισαρική τομή (KT) ενδείκνυται ο κεντρικός νευραξονικός αποκλεισμός. Λ
- β. Σε προδρομικό πλακούντα για KT με σοβαρή αιμορραγία ενδείκνυται η γενική αναισθησία. Σ
- γ. Σε εκλεκτική καισαρική υστερεκτομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια η συνεχής επισκληρίδιος αναισθησία. Σ
- δ. Σε πολύδυμη κύηση η FRC αυξάνεται σημαντικά. Λ
- ε. Σε δίδυμη κύηση για KT αντενδείκνυνται η σκέτη υπαραχνοειδής αναισθησία. Λ

Συνδυασμένη υπαραχνοειδής/επισκληρίδιος αναλγησία και αναισθησία

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. 41, Obstetric anesthesia, σελ 854-7.

Σχετικά με την συνδυασμένη υπαραχνοειδή/επισκληρίδιο τεχνική για αναλγησία και/ή αναισθησία:

- α. Δεν έχει θέση στην αναλγησία για φυσιολογικό τοκετό. Λ
- β. Η υπαραχνοειδής και η επισκληρίδιος τεχνική μπορούν να εφαρμοστούν στο ίδιο ή σε διαφορετικό μεσοσπονδύλιο διάστημα. Σ
- γ. Στις επίτοκες, η τεχνική «βελόνη δια βελόνης» (needle through needle technique) γίνεται με βελόνες υπαραχνοειδούς μεγέθους 20-22G. Λ
- δ. Η τεχνική προσφέρει το πλεονέκτημα της δυνατότητας συμπληρωματικής χορήγησης τοπικού αναισθητικού επισκληριδίου επί ανεπαρκούς αποκλεισμού-αναλγησίας σε τοκετό δια καισαρικής τομής. Σ
- ε. Τα επισκληριδίου χορηγούμενα τοπικά αναισθητικά δεν είναι δυνατό να διέλθουν από μικρές οπές στη σκληρά μήνιγγα προκαλούμενες από υπαραχνοειδείς βελόνες 25G. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. 41, Obstetric anesthesia, σελ 854-7.

Σχετικά με την συνδυασμένη υπαραχνοειδή/επισκληρίδιο τεχνική για αναλγησία και/ή αναισθησία:

- α. Είναι η τεχνική εκλογής για αναλγησία φυσιολογικού τοκετού. Λ
- β. Δόσεις ροπιβακαΐνης 10-15 mg υπαραχνοειδώς είναι κατάλληλες για αναλγησία τοκετού, επειδή δεν προκαλούν κινητικό αποκλεισμό. Λ
- γ. Στην τεχνική «βελόνη δια βελόνης» (needle through needle technique) προτιμώνται οι υπαραχνοειδείς βελόνες με κόπτουσα άκρη (τύπου Quincke), ώστε να καταστεί δυνατή η διέλευση αυτών δια μέσου του ωχρού συνδέσμου. Λ
- δ. Στην τεχνική αυτή υπάρχει ο κίνδυνος για ατυχηματική τρώση της σκληράς με βελόνα τύπου Tuohy, όπως και στην απλή επισκληρίδιο τεχνική. Σ
- ε. Όταν η τεχνική εφαρμόζεται για αναισθησία για καισαρική τομή, η υπαραχνοειδής χορήγηση τοπικού αναισθητικού (π.χ. ροπιβακαΐνη 15 mg) δεν προκαλεί πτώση της αρτηριακής πίεσης. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. 41, Obstetric anesthesia, σελ 854-7.

Σχετικά με την συνδυασμένη υπαραχνοειδή-επισκληρίδιο τεχνική για αναλγησία και/ή αναισθησία:

- α. Έχει το πλεονέκτημα της άμεσης αναλγησίας. Σ
- β. Δόσεις ροπιβακαΐνης 3-4 mg υπαραχνοειδώς είναι κατάλληλες για αναλγησία τοκετού καθώς δεν προκαλούν κινητικό αποκλεισμό. Σ
- γ. Με χρήση υπαραχνοειδούς βελόνης 27G, είναι μηδαμινός ο κίνδυνος να διέλθει ο επισκληρίδιος καθετήρας εντός του υπαραχνοειδούς χώρου δια της οπής στη σκληρά μήνιγγα. Σ
- δ. Οπιοειδή, όπως η φεντανύλη σε δόσεις 50-75 µg, μπορούν να χορηγηθούν υπαραχνοειδώς για αναλγησία σε φυσιολογικό τοκετό. Λ
- ε. Η τεχνική έχει ένδειξη και πρέπει να προτιμηθεί σε επίτοκο για φυσιολογικό τοκετό που έχει έντονο πόνο, πλήρη διαστολή και πρόκειται να εξωθήσει. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. 41, Obstetric anesthesia, σελ 854-7.

Σχετικά με την συνδυασμένη υπαραχνοειδή-επισκληρίδιο τεχνική για αναλγησία και/ή αναισθησία:

- α. Υπάρχει πιθανότητα τα επισκληριδώς χορηγούμενα τοπικά αναισθητικά να διέλθουν υπαραχνοειδώς δια της οπής στη σκληρά μήνιγγα και να υπάρξει ενίσχυση της δράσης τους. Σ
- β. Οπιοειδή, όπως η φεντανύλη σε δόσεις 5-10 µg, μπορούν να χορηγηθούν υπαραχνοειδώς για αναλγησία σε φυσιολογικό τοκετό. Σ
- γ. Η τρώση της σκληράς μήνιγγας με βελόνα υπαραχνοειδούς pencil point 25-27G είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει μετά κεφαλαλγία. Λ
- δ. Η τεχνική έχει ένδειξη και μπορεί να προτιμηθεί σε επίτοκο για φυσιολογικό τοκετό που έχει έντονο πόνο και είναι στην αρχή του τοκετού. Σ
- ε. Όταν η τεχνική εφαρμόζεται για αναισθησία για καισαρική τομή, ο αισθητικός αποκλεισμός έχει ταχύτερη εγκατάσταση και καλύτερη ποιότητα σε σχέση με την απλή επισκληρίδιο αναισθησία. Σ

Επισκληρίδιο εμφύλωμα αίματος (epidural blood patch)

Yentis S and Malhotra S., Analgesia, Anaesthesia and Pregnancy. 3rd edition, σελ. 119.

Για το επισκληρίδιο εμφύλωμα αίματος (epidural blood patch, EBP) ισχύουν τα παρακάτω

- α. Προτάθηκε ως θεραπεία της κεφαλαλγίας μετά από τρώση της σκληράς μήνιγγας το 1960. Σ

- ☐ β. Ο μηχανισμός δράσης του EBP αίματος είναι ανεπαρκώς διευκρινισμένος. Σ
- ☐ γ. Πραγματοποιείται προληπτικά μετά από κάθε ατυχηματική τρώση της σκληράς μήνιγγας με βελόνες μεγάλης διαμέτρου. Λ
- ☐ δ. Πραγματοποιείται μόνο μετά από καλλιέργεια αίματος του ασθενούς. Λ
- ☐ ε. Δεν έχει καμία αντένδειξη. Λ

Yentis S. and S. Malhotra, Analgesia, Anaesthesia and Pregnancy. 3rd edition, σελ. 120.

Το επισκληρίδιο εμβάλωμα αίματος (epidural blood patch, EBP):

- ☐ α. Πραγματοποιείται από τον νεότερο αναισθησιολόγο του τμήματος για εκπαιδευτικούς λόγους. Λ
- ☐ β. Εκτελείται στο μεσοδιάστημα που έγινε η τρώση ή σε κάποιο κατώτερο. Σ
- ☐ γ. Γίνεται μόνο από έναν συγκεκριμένο αναισθησιολόγο. Λ
- ☐ δ. Χρειάζεται τουλάχιστον 20 ml αυτόλογου αίματος για να είναι αποτελεσματικό. Λ
- ☐ ε. Απαιτεί κατάκλιση του ασθενούς για 2-4 ώρες. Σ

Yentis S. and Malhotra S. Analgesia, Anaesthesia and Pregnancy. 3rd edition, σελ. 119.

Κατά την πραγματοποίηση επισκληρίδιου εμβάλωματος αίματος (epidural blood patch, EBP):

- ☐ α. Έχει αναφερθεί οξεία βραδυκαρδία. Σ
- ☐ β. Μπορεί να προκληθεί τρώση σκληράς μήνιγγας. Σ
- ☐ γ. Απαιτείται αυστηρή αντισηψία. Σ
- ☐ δ. Πόνος στην πλάτη είναι ένδειξη αποτυχίας. Λ
- ☐ ε. Παρατηρείται ανακούφιση από την κεφαλαλγία στο 70-100% των ασθενών, αλλά επανεμφάνισή της μέχρι και σε ποσοστό 30-50%. Σ

Διαχείριση υψηλού περιοχικού αποκλεισμού στην έγκυο

Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice 5th ed, Elsevier Saunders, 2014, Philadelphia, USA: Part 6 (23) Epidural and Spinal Analgesia/Anesthesia for Labor and Vaginal Delivery.

Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology 5th edition, Section IV, Chapter 45, Spinal, Epidural & Caudal Blocks.

Σχετικά με την υψηλή υπαραχνοειδή αναισθησία στην εγκυμοσύνη:

- ☐ α. Μπορεί να εκδηλωθεί με σοβαρή υπόταση. Σ
- ☐ β. Μπορεί να χρειαστεί να γίνει ενδοτραχειακή διασωλήνωση της εγκύου. Σ
- ☐ γ. Δεν εμφανίζεται σε αμιδικού τύπου τοπικά αναισθητικά. Λ
- ☐ δ. Δεν εμφανίζεται σε εστερικού τύπου τοπικά αναισθητικά. Λ
- ☐ ε. Αποτελεί ιατρικό επείγον. Σ

Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice 5th ed, Elsevier Saunders, 2014, Philadelphia, USA: Part 6 (23) Epidural and Spinal Analgesia/Anesthesia for Labor and Vaginal Delivery.

Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology 5th edition, Section IV, Chapter 45, Spinal, Epidural & Caudal Blocks.

Η υψηλή υπαραχνοειδής αναισθησία στην εγκυμοσύνη:

- ☐ α. Μπορεί να εκδηλωθεί με καρδιαγγειακή κατέρριψη. Σ
- ☐ β. Χρειάζεται ενδοτραχειακή διασωλήνωση της ασθενούς για 48 ώρες. Λ
- ☐ γ. Μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή ανακοπή. Σ
- ☐ δ. Συνοδεύεται από οξεία υπέρταση. Λ
- ☐ ε. Μπορεί να προέλθει και από προσπάθεια επισκληρίδιου αναλγησίας. Σ

Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice 5th ed, Elsevier Saunders, 2014, Philadelphia, USA: Part 6 (23) Epidural and Spinal Analgesia/Anesthesia for Labor and Vaginal Delivery.

Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology 5th edition, Section IV, Chapter 45, Spinal, Epidural & Caudal Blocks.

Ο υψηλός κεντρικός νευραξονικός αποκλεισμός στην κύηση:

- ☐ α. Μπορεί να χρειαστεί αυξημένες δόσεις αγγειοσυσπαστικών και για αυξημένο χρονικό διάστημα. Σ
- ☐ β. Δεν προκύπτει μετά από συνδυασμένη υπαραχνοειδή-επισκληρίδιο αναλγησία. Λ
- ☐ γ. Η επίπτωση του είναι συχνότερη όταν χρησιμοποιούνται εστερικά τοπικά αναισθητικά σε σχέση με αμιδικού τύπου τοπικά αναισθητικά. Λ
- ☐ δ. Μπορεί να εκδηλωθεί αρχικά με σοβαρή ναυτία. Σ
- ☐ ε. Χρειάζεται ενδοτραχειακή διασωλήνωση της ασθενούς για 48 ώρες και νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice 5th ed, Elsevier Saunders, 2014, Philadelphia, USA: Part 6 (23) Epidural and Spinal Analgesia/Anesthesia for Labor and Vaginal Delivery.

Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology 5th edition, Section IV, Chapter 45, Spinal, Epidural & Caudal Blocks.

Σχετικά με τον υψηλό κεντρικό νευραξονικό αποκλεισμό στην κύηση:

- ☐ α. Η χρήση αγγειοσυσπαστικών αντενδείκνυται. Λ
- ☐ β. Μπορεί να εκδηλωθεί με απώλεια συνείδησης. Σ
- ☐ γ. Σχετίζεται με το εύρος της βελόνης της υπαραχνοειδούς αναισθησίας. Λ
- ☐ δ. Μπορεί να εκδηλωθεί αρχικά με βραδυκαρδία της επιτόκου. Σ
- ☐ ε. Η δόση του τοπικού αναισθητικού δεν παίζει ρόλο. Λ

Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice 5th ed, Elsevier Saunders, 2014, Philadelphia, USA: Part 6 (23) Epidural and Spinal Analgesia/Anesthesia for Labor and Vaginal Delivery.

Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology 5th edition, Section IV, Chapter 45, Spinal, Epidural & Caudal Blocks.

Σχετικά με τον υψηλό κεντρικό νευραξονικό αποκλεισμό στην κύηση:

- ☐ α. Μπορεί να οδηγήσει σε «σύνδρομο πρόσθιας νωτιαίας αρτηρίας». Σ
- ☐ β. Μπορεί να εκδηλωθεί με άπνοια. Σ
- ☐ γ. Η χορήγηση υγρών αντενδείκνυται. Λ
- ☐ δ. Η επίτοκος μπορεί να παραπονεθεί για αιμωδίες ή αδυναμία άνω άκρων. Σ
- ☐ ε. Μπορεί να εκδηλωθεί με δυσχέρεια στην νομιλία. Σ

Chestnut's Obstetric Anesthesia Principles and Practice 5th ed, Elsevier Saunders, 2014, Philadelphia, USA: Part 6 (23) Epidural and Spinal Analgesia/Anesthesia for Labor and Vaginal Delivery.

Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology 5th edition, Section IV, Chapter 45, Spinal, Epidural & Caudal Blocks.

Σχετικά με τον υψηλό κεντρικό νευραξονικό αποκλεισμό στην κύηση:

- ☐ α. Η χρήση της εφεδρίνης αντενδείκνυται. Λ
- ☐ β. Η χρήση της φαινυλεφρίνης αντενδείκνυται. Λ
- ☐ γ. Μπορεί να προκύψει από μη-ηθελήμενη τοποθέτηση επισκληριδίου καθετήρα υπαραχνοειδώς. Σ
- ☐ δ. Χρειάζεται και παρακολούθηση του εμβρυικού καρδιακού ρυθμού. Σ
- ☐ ε. Μπορεί να εκδηλωθεί αρκετά λεπτά μετά την έγχυση του τοπικού αναισθητικού. Σ

Διαχείριση τοξικότητας από τοπικά αναισθητικά

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. 16, Local anesthetics, σελ. 271-5.

Σχετικά με την τοξικότητα από τοπικά αναισθητικά και τη διαχείρισή της:

- ☐ α. Μπορεί να εκδηλωθεί ως περιστοματική αιμωδία. Σ
- ☐ β. Η καρδιοτοξικότητα περιλαμβάνει αρρυθμίες απειλητικές για τη ζωή όπως κοιλιακή ταχυκαρδία, μαρμαρυγή. Σ
- ☐ γ. Η υποξαιμία και η αναπνευστική οξέωση αποτελούν παράγοντες που ενισχύουν την τοξικότητα. Σ
- ☐ δ. Υπάρχει ειδική αντένδειξη για την χορήγηση αγγειοσυσπαστικών, όπως η αδρεναλίνη για διατήρηση της αρτηριακής πίεσης ή κατά τη διενέργεια καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης. Λ
- ☐ ε. Ο ουδός εμφάνισης σπασμών μειώνεται με την προ-χορήγηση βενζοδιαζεπινών. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition Κεφ. 16, Local anesthetics, σελ 271-5.

Σχετικά με την τοξικότητα από τοπικά αναισθητικά και τη διαχείρισή της:

- ☐ α. Μπορεί να εκδηλωθεί με εμβοές ώτων. Σ
- ☐ β. Η καρδιοτοξικότητα περιλαμβάνει διαταραχές αγωγιμότητας και αποκλεισμούς (π.χ. κολποκοιλιακός αποκλεισμός). Σ
- ☐ γ. Η λιδοκαΐνη είναι πιο νευροτοξική (π.χ. πρόκληση σπασμών) από την βουπιβακαΐνη που είναι πιο καρδιοτοξική. Σ
- ☐ δ. Ο ουδός εμφάνισης σπασμών αυξάνεται όταν συνυπάρχει οξέωση (αναπνευστική ή μεταβολική). Λ
- ☐ ε. Υπάρχει ένδειξη για τη χορήγηση διαλυμάτων λιπιδίων (τύπου intralipid 20%) σε αρχική δόση 1,5 mg/kg iv. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. 16, Local anesthetics, σελ 271-5.

Σχετικά με την τοξικότητα από τοπικά αναισθητικά και τη διαχείρισή της:

- ☐ α. Μπορεί να εκδηλωθεί υπό μορφή μυϊκών συσπάσεων (τικ). Σ
- ☐ β. Ο υπεραερισμός βοηθά στην αύξηση του ουδού εμφάνισης σπασμών. Σ
- ☐ γ. Η προποφόλη δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για την καταστολή/αντιμετώπιση των σπασμών. Λ
- ☐ δ. Η βουπιβακαΐνη είναι πιο καρδιοτοξική (π.χ. αρρυθμίες) από την λιδοκαΐνη. Σ
- ☐ ε. Η αμιωδαρόνη μπορεί να δοθεί για την αντιμετώπιση των κοιλιακών αρρυθμιών στα πλαίσια της καρδιοτοξικότητας. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. 16, Local anesthetics, σελ 271-5.

Σχετικά με την τοξικότητα από τοπικά αναισθητικά και τη διαχείρισή της:

- ☐ α. Μπορεί να εκδηλωθεί με τη μορφή τονικοκλονικών σπασμών. Σ
- ☐ β. Η καρδιοτοξικότητα μπορεί αρχικά να εκδηλωθεί με παροδική υπέρταση και ταχυκαρδία. Σ
- ☐ γ. Η ροπιβακαΐνη είναι λιγότερο καρδιοτοξική από τη βουπιβακαΐνη. Σ
- ☐ δ. Η θειοπεντάλη χορηγείται για να καταστείλει/σταματήσει τους σπασμούς. Σ
- ☐ ε. Η προποφόλη αποτελεί κατάλληλο υποκατάστατο αντί του διαλύματος των λιπιδίων (τύπου intralipid 20%) για την αντιμετώπιση της συστηματικής τοξικότητας. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, Κεφ. 16, Local anesthetics, σελ 271-5.

Σχετικά με την τοξικότητα από τοπικά αναισθητικά και τη διαχείρισή της:

- ☐ α. Μπορεί να εκδηλωθεί με διαταραχές επιπέδου συνείδησης και κώμα. Σ
- ☐ β. Η καρδιοτοξικότητα περιλαμβάνει αγγειοδιαστολή και υπόταση. Σ
- ☐ γ. Γενικά, απαιτούνται μεγαλύτερες συγκεντρώσεις (περίπου τριπλάσιες) τοπικού

αναισθητικού στο αίμα για την εμφάνιση σπασμών σε σχέση με την εμφάνιση καρδιοτοξικών συμπτωμάτων.

- δ. Η χορήγηση λιδοκαΐνης ενδοφλεβίως έχει ένδειξη για την αντιμετώπιση των κοιλιακών αρρυθμιών που προκαλούνται στα πλαίσια της συστηματικής τοξικότητας.
- ε. Η διαζεπάμη χορηγείται για να καταστείλει/σταματήσει τους σπασμούς.

Λ
Λ
Σ

Διαχείριση σοβαρής μαιευτικής αιμορραγίας

Management of severe perioperative bleeding: guidelines from the European Society of Anaesthesiology: First update 2016. Eur J Anaesthesiol. 2017;34(6):332-95.

Σχετικά με την αιμορραγία στον τοκετό:

- α. Σε σοβαρή αιμορραγία μετά τον τοκετό συνιστάται η χρήση θρομβοελαστογραφίας /θρομβοελαστομετρίας.
- β. Συνιστάται η προληπτική χορήγηση ινωδογόνου.
- γ. Τρανεξαμικό οξύ μπορεί να χορηγηθεί πριν την καισαρική τομή σε περίπτωση προβλεπόμενης αιμορραγίας.
- δ. Ο ανασυνδυασμένος παράγοντας VIIa θεωρείται ως θεραπεία πρώτης εκλογής.
- ε. Συνιστάται η αρχική χορήγηση τουλάχιστον 3 λίτρων κολλοειδών διαλυμάτων.

Σ
Λ
Σ
Λ
Λ

Επιθυμητή εμπειρία σε επεμβάσεις επί εμβρύου (Ex-utero Intrapartum Treatment, EXIT)

Chestnut's obstetric anesthesia : principles and practice / [edited by] David H. Chestnut ...4th edition 2009[et al.] Chapter 7, pp 126, 130.

Στη διαχείριση της επέμβασης EXIT (Ex-utero Intrapartum Treatment) ισχύει:

- α. Απαιτείται πολυπαραγοντική αντιμετώπιση.
- β. Δεν είναι απαραίτητη πάντα η γενική αναισθησία.
- γ. Απαιτείται χάλαση της μήτρας.
- δ. Απαιτείται τοποθέτηση κεντρικής φλεβικής και αρτηριακής γραμμής για monitoring.
- ε. Απαιτείται διαθεσιμότητα παραγώγων αίματος.

Σ
Σ
Σ
Λ
Λ

Chestnut's obstetric anesthesia : principles and practice / [edited by] David H. Chestnut 4th edition 2009... [et al.] Chapter 7, pp 126, 130.

Η συνήθης αναισθητική τεχνική σε επεμβάσεις EXIT (Ex-utero Intrapartum Treatment) περιλαμβάνει:

- α. Τοποθέτηση επισκληρίδιου καθετήρα για μετεγχειρητική αναλγησία.
- β. Προοξυγόνωση και ταχεία εισαγωγή στη αναισθησία με διασωλήνωση, όπως συνηθίζεται στις Καισαρικές Τομές.
- γ. Άμεση έναρξη της επέμβασης μετά την ενδοτραχειακή διασωλήνωση.
- δ. Υποχρεωτική ενδοφλέβια χορήγηση οπιοειδών και νευρομυικών αποκλειστών στο έμβρυο.
- ε. Υψηλές δόσεις πτητικού αναισθητικού.

Σ
Σ
Λ
Λ
Σ

Επίγνωση των ειδικών ζητημάτων (συναίνεση μετά από ενημέρωση, δικαιώματα μητέρας/εμβρύου, διάσταση-συγκρούσεις μεταξύ γονέων)

Yentis S. and Malhotra S. Analgesia, Anaesthesia and Pregnancy. 3rd edition, σελ. 374.

Η συγκατάθεση για επισκληρίδιο αναλγησία σε τοκετό:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Μπορεί να είναι είτε γραπτή, είτε προφορική που όμως δεν αποδεικνύεται. | Σ |
| ☐ β. Δίνεται μόνο μετά από πλήρη ενημέρωση της επιτόκου. | Σ |
| ☐ γ. Δίνεται μόνο μετά από πλήρη ενημέρωση του περιβάλλοντος της επιτόκου. | Λ |
| ☐ δ. Καλό είναι να καταγράφεται για τυχόν νομικές διεκδικήσεις στο μέλλον. | Σ |
| ☐ ε. Λαμβάνεται από τη μαία της Αιθούσας Τοκετών. | Λ |

Yentis S. and Malhotra S. Analgesia, Anaesthesia and Pregnancy. 3rd edition, σελ. 375.

Η ελάχιστη ενημέρωση για επισκληρίδιο αναλγησία σε τοκετό και αναισθησία για καισαρική τομή πρέπει να περιλαμβάνει:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Τη μερική ή ολική αποτυχία της τεχνικής. | Σ |
| ☐ β. Τον κινητικό αποκλεισμό. | Σ |
| ☐ γ. Την πιθανότητα κεφαλαλγίας. | Σ |
| ☐ δ. Την πιθανότητα νευρολογικών επιπλοκών. | Σ |
| ☐ ε. Την πιθανότητα αποστήματος ή αιματώματος. | Λ |

S. Yentis and S. Malhotra Analgesia, Anaesthesia and Pregnancy. 3rd edition, σελ. 378.

Στην ενημέρωση για επισκληρίδιο αναλγησία σε τοκετό τα κάτωθι είναι αληθή:

- | | |
|--|---|
| ☐ α. Ο αναισθησιολόγος πρέπει να αναπτύσσει μια καλή σχέση με τις επίτοκες και τους συγγενείς τους. | Σ |
| ☐ β. Κάθε παράπονο πρέπει να αντιμετωπίζεται με σοβαρότητα. | Σ |
| ☐ γ. Πλήρες αρχείο πράξεων και συζητήσεων πρέπει να τηρείται, έστω κι αν συμπληρώνεται εκ των υστέρων. | Σ |
| ☐ δ. Η αυτονομία κάθε εγκύου επηρεάζεται από το γεγονός ότι φέρει ένα έμβρυο. | Λ |
| ☐ ε. Κάθε επίτοκος σε ενεργό τοκετό, δυνητικά δεν μπορεί να ενημερωθεί πλήρως και να λάβει ορθές αποφάσεις. | Σ |

Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice. 4th edition, σελ. 744

Μετά από επισκληρίδιο αναλγησία-αναισθησία σε τοκετό τα παρακάτω μπορεί να εγείρουν νομικές διεκδικήσεις:

- | | |
|---|---|
| ☐ α. Πονοκέφαλος | Σ |
| ☐ β. Πόνος στην πλάτη | Σ |
| ☐ γ. Πόνος κατά τη διάρκεια καισαρικής τομής | Σ |
| ☐ δ. Κνησμός από τη χρήση οπιοειδών | Λ |
| ☐ ε. Απουσία ενημέρωσης | Σ |

Αναισθησία και Αναλγησία σε Επίτοκες υπό Αντιθρομβωτική Αγωγή

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Οι ακόλουθες βιβλιογραφικές αναφορές αφορούν όλες τις παρακάτω ερωτήσεις, με την χαρακτηριστική επισήμανση της βιβλιογραφίας (βιβλίο/περιοδικό, σελίδα):

⁵ Smith & Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, Sixth edition, 2013

[#]Leffert L et al. The Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology consensus statement on the anesthetic management of pregnant and parturient women receiving thromboprophylaxis or higher dose anticoagulants, Anesthesia & Analgesia 2017.

Θρομβοεμβολικά επεισόδια (ΘΕ) στην κύηση:

- ☐ α. Στις ΗΠΑ είναι η κυρίαρχη αιτία μητρικής νοσηρότητας και θνητότητας. Σ
([#]Anesthesia & Analgesia article, σελ. 4)
- ☐ β. Η επίπτωση των ΘΕαυξήθηκεκατά τη διάρκεια νοσηλείας για φυσιολογικό τοκετότα τελευταία χρόνια. Σ
([#]Anesthesia & Analgesia article, σελ. 4)
- ☐ γ. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου περισσότερες γυναίκες λαμβάνουν φαρμακευτικήπροφύλαξη (συνήθως με LMWH), η μητρική θνητότητα η σχετιζόμενη με τα ΘΕμειώθηκε τα τελευταία χρόνια. Σ
([#]Anesthesia & Analgesia article, σελ. 4)
- ☐ δ. Η κύηση αποτελεί μια υποπηκτική κατάσταση γενικά και έτσι δικαιολογείται και η αιμορραγία κατά τον τοκετό. Λ
([§]Smith & Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, Sixth edition, 2013- σελ. 695)
- ☐ ε. Η ανάγκη για χορήγηση αντιθρομβωτικής αγωγής στο πλαίσιο της θρομβοπροφύλαξης κατά την κύηση τείνει να ελαττωθεί τα επόμενα χρόνια, σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες. Λ
([#]Anesthesia & Analgesia article, σελ.14)

Για την υπερπηκτικότητα κατά την κύηση ευθύνονται:

- ☐ α. Η αύξηση της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων μετά το πρώτο τρίμηνο. Σ
([#]Anesthesia & Analgesia article, σελ.6)
- ☐ β. Η αύξηση των επιπέδων των παραγόντων πήξης II, VII, VIII,IX,X, XII, XIII και Willebrand. Σ
([#]Anesthesia & Analgesia article, σελ.6)
- ☐ γ. Η ελαττωμένη ενδογενής αντιπηκτική δραστηριότητα. Λ
([#]Anesthesia & Analgesia article, σελ.6)
- ☐ δ. Η αυξημένη ινωδόλυση. Λ
([§]Smith & Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, Sixth edition, 2013, σελ. 695)
- ☐ ε. Η μέγιστη θρομβωτική δραστηριότητα παρατηρείται κατά τον τοκετό. Σ
([§] Smith & Aitkenhead's Textbook of Anaesthesia, Sixth edition, 2013- σελ. 696)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3200277/#B8>

Παράγοντες κινδύνου για θρομβοεμβολικά επεισόδια στην κύηση:

- ☐ α. Ατομικό ιστορικό. Σ
- ☐ β. Κληρονομικό ιστορικό. Σ
- ☐ γ. Ηλικία > 45 έτη. Λ (Σ= 35 έτη)
- ☐ δ. Βάρος σώματος > 90 Kg. Λ (Σ= 120 Kg)
- ☐ ε. Παρουσία γνωστής κληρονομικής θρομβοφιλίας. Σ

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3200277/#B8>

Οι πιο γνωστές καταστάσεις κληρονομικής θρομβοφιλίας που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για θρομβοεμβολικά επεισόδια στην κύηση είναι:

- ☐ α. Ο παράγοντας V Leyden. Σ
- ☐ β. Μεταλλάξεις του γονιδίου της προθρομβίνης. Σ
- ☐ γ. Ανεπάρκεια αντιθρομβίνης III. Σ
- ☐ δ. Ανεπάρκεια πρωτεΐνης C. Σ
- ☐ ε. Ανεπάρκεια πρωτεΐνης S. Σ

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3200277/#B8>

Περιοχική αναισθησία και κύηση:

- α. Είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αναλγησίας, ακόμη και σε επίτοκες που λαμβάνουν αντιθρομβωτική αγωγή, τηρουμένων των κανονων ασφάλειας για τα φάρμακα. Σ
- β. Επειδή είναι εξαιρετικά υψηλή η επίπτωση των μειζόνων επιπλοκών, γενικά πρέπει να αποφεύγεται. Λ
- γ. Η συχνότητα του επισκληρίδιου αιματώματος στο μαιευτικό πληθυσμό είναι 1:100.000. Λ(Σ=1:200.000-1:250.000)
(Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th edition, σελ. 856)
- δ. Συνιστάται μόνο σε επίτοκες που έχουν λάβει τροφή πρόσφατα και δεν λαμβάνουν αντιθρομβωτικά φάρμακα. Λ
- ε. Με σωστό προγραμματισμό και τήρηση πρωτοκόλλων, η επίτοκος υπό αντιθρομβωτική αγωγή μπορεί να επωφεληθεί από τα πλεονεκτήματα της περιοχικής αναισθησίας χωρίς να διατρέχει κίνδυνο. Σ
(#Anesthesia & Analgesia article, σελ.14)

Φαρμακολογία RA. Harvey, PC. Champe, 3^η ελληνική έκδοση, 2007

Ηπαρίνη Χαμηλού Μοριακού Βάρους (ΗΧΜΒ) στην κύηση:

- α. Διαπερνά τον πλακούντα. Λ
- β. Έχει τερατογόνο δράση. Λ
- γ. Χρόνος ημίσειας ζωής: 6-12 ώρες. Λ (Σ=3-7 ώρες)
- δ. Παρόλο που η μέτρηση των επιπέδων του anti-Xa (peak 3-5 ώρες μετά τη χορήγηση ΗΧΜΒ) αποτελεί ένα μέσο παρακολούθησης, ωστόσο, η χορήγηση ΗΧΜΒ σε θεραπευτική δόση δεν είναι αντένδειξη για επισκληρίδιο αναλγησία/αναισθησία, στις πρώτες 6 ώρες από την εφαρμογή της. Λ
- ε. Η θρομβοπενία επαγόμενη από ηπαρίνη (heparin induced thrombocytopenia, HIT είναι συχνή επιπλοκή. Λ

Μεταβολές στην φυσιολογία της εγκύου και το αντίκτυπο στην φαρμακοκινητική των αντιπηκτικών:

- α. ↑ όγκος πλάσματος συνεπάγεται ↑ όγκο κατανομής υδατοδιαλυτών φαρμάκων με ↓ μέγιστης δράσης και σταθερής κατάστασης. Σ
(#Anesthesia & Analgesia article, σελ. 6)
- β. ↑ νεφρική αιματική ροή και GFR μέχρι το 2^ο τρίμηνο συνεπάγεται ταχεία κάθαρση φαρμάκων που αποβάλλονται από τους νεφρούς. Σ
(#Anesthesia & Analgesia article, σελ.6)
- γ. ↓ συγκεντρώσεις λευκωματίνης συνεπάγονται ↑ ελεύθερο κλάσμα φαρμάκων με υψηλή δεσμευτική ικανότητα σε πρωτεΐνες. Σ
(# Anesthesia & Analgesia article, σελ. 6)
- δ. Η απόφαση για την εφαρμογή τεχνικών περιοχικής αναισθησίας βασίζεται απόλυτα στους χρόνους ημίσειας ζωής των φαρμάκων. Λ
(# Anesthesia & Analgesia article, σελ.8)
- ε. Έλλειψη επίσημων δεδομένων που να συσχετίζουν τον aPTT και τον anti-Xa factor με τον κίνδυνο για αιμάτωμα. Σ

([#] Anesthesia & Analgesia article, σελ.8).