

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ – ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ / ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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

Διαχείριση του Χρόνιου Πόνου

Κατά τη διάρκεια της ειδικότητας ο ειδικευόμενος πρέπει να αποκτήσει γνώσεις, κλινικές δεξιότητες και συμπεριφορές στη διαχείριση του πόνου. Με το τέλος της ειδικότητας ο ειδικευόμενος πρέπει να:

- Κατέχει τις γνώσεις εκτίμησης και διαχείρισης χρόνιου καλοήθους και κακοήθους πόνου σε ποικίλες ομάδες ασθενών και ποικίλες καταστάσεις.
- Λειτουργεί ως μέλος της Πολυδύναμης Ομάδας Διαχείρισης του Χρόνιου Πόνου.

α. Γνώσεις:

- Ανατομία και Φυσιολογία του πόνου.
- Είδη πόνου, νευροπαθητικός πόνος, όροι και ορισμοί.
- Ιστορικό πόνου, φυσική εξέταση, κατανόηση των εργαστηριακών εξετάσεων.
- Κλινική εκτίμηση, λεπτομερής νευρολογική εξέταση, λειτουργικές και απεικονιστικές δοκιμασίες.
- Κλίμακες και ερωτηματολόγια Πόνου.
- Μηχανισμοί, θεραπευτικές δράσεις και ανεπιθύμητες ενέργειες, κλινική χρήση, οδοί χορήγησης, δόσεις και συνέργειες φαρμάκων:
 - Οπιοειδή, ΜΣΑΦ, αντιπυρετικά, αντικαταθλιπτικά, αντιεπιληπτικά, τοπικά
 - αναισθητικά, επικουρικά φάρμακα και κορτικοειδή.
 - Πολυπαραγοντική, εξισορροπημένη αναλγησία.
 - Αναλγησία ελεγχόμενη από τον ασθενή (PCA).
 - Εμφυτεύσιμες ενδορραχιαίες συσκευές χορήγησης φαρμάκων (απλή γνώση).
- Εξάρτηση από ουσίες, εθισμός και απεξάρτηση από αναλγητικά.
- Μηχανισμοί, ενδείξεις και επιπλοκές μη φαρμακευτικών τεχνικών όπως: νευρικοί αποκλεισμοί (κεντρικοί και περιφερικοί), νευρόλυση, εφαρμογή ραδιοσυχνότητας - εξειδικευμένες τεχνικές διαχείρισης χρόνιου πόνου.
- Ενδείξεις για φυσική αποκατάσταση, ψυχολογική διαχείριση (γνωσιακές και συμπεριφερειολογικές θεραπείες), συνοδευτικές θεραπείες (βελονισμός).
- Πολυδύναμες Κλινικές Πόνου.
- Οργάνωση Κλινικών Πόνου, διακριτός ρόλος και συνεργασία των διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων.

β. Κλινικές δεξιότητες

- Εκτίμηση ασθενών με χρόνιο πόνο, καλοήθη ή κακοήθη (ιστορικό, φυσική εξέταση, διαγνωστικές εξετάσεις).
- Εφαρμογή των κλιμάκων πόνου και των ερωτηματολογίων.
- Εξήγηση των θεραπευτικών επιλογών και των θεραπευτικών στόχων στους ασθενείς και τους φροντιστές τους.
- Επιλογή της κατάλληλης πολυπαραγοντικής θεραπείας σε ασθενείς με χρόνιο καλοήθη ή κακοήθη πόνο.
- Αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών και επιπλοκών της θεραπείας.
- Αναγνώριση και διερεύνηση των επιδράσεων της οικογένειας, των κοινωνικών, εργασιακών και πολιτισμικών παραγόντων στην αντίληψη του πόνου.
- Τήρηση αρχείου-βιβλίου καταγραφής (log-book) των περιστατικών, των θεραπευτικών πράξεων και παρεμβάσεων.

γ. Ειδικές συμπεριφορές

- Συνεργασία και αποτελεσματικότητα της Πολυδύναμης Ομάδας Πόνου.
- Διερεύνηση των προβληματισμών, της ανησυχίας, των πεποιθήσεων και των προσδοκιών των ασθενών αναφορικά με την εμπειρία και τη θεραπεία του πόνου.
- Επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος, εξατομικευμένα για κάθε ασθενή.
- Αναγνώριση των παραγόντων σωματικής και ψυχικής ευεξίας και υιοθέτηση στρατηγικών προστασίας της.

(II) ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	ΣΕΛΙΔΑ
Ανατομία και φυσιολογία του πόνου	2
Εκτίμηση - Αξιολόγηση	7
Μηχανισμοί, θεραπευτικές δράσεις και ανεπιθύμητες ενέργειες, κλινική χρήση, οδοί χορήγησης, δόσεις και συνέργειες φαρμάκων	9
Εμφυτεύσιμες ενδορραχιαίες συσκευές χορήγησης φαρμάκων και τεχνικές νευροτροποποίησης	16
Επεμβατικές θεραπείες	18
Πολυπαραγοντική, εξισορροπημένη αναλγησία	19
Αναλγησία ελεγχόμενη από τον ασθενή (patient controlled analgesia, PCA)	20
Οπιοειδή για χρόνιο πόνο	21
Ανακουφιστική / παρηγορική φροντίδα	23
Επεμβατικές τεχνικές θεραπείας πόνου	29
Σενάρια διαχείρισης ασθενών με χρόνιο πόνο. Σενάρια ανακουφιστικής / παρηγορικής φροντίδας.	31
Χρόνιος πόνος – Ανακουφιστική Φροντίδα στα Παιδιά	35

(III) ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Ανατομία και φυσιολογία του πόνου

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1815.

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ 18, σελ. 351.

Νευροπαθητικός πόνος:

- α. Οφείλει να τεκμηριώνεται με έναν αντικειμενικό τρόπο. Λ
- β. Είναι μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία. Σ
- γ. Ο οξύς πόνος προκαλείται από βλαπτικά ερεθίσματα ή αποτελεί σύμπτωμα νόσου. Σ
- δ. Η παρουσία και η έκταση του χρόνιου πόνου έχει άμεση συσχέτιση με διαπιστωμένη παθολογία ιστών. Λ
- ε. Ο εν τω βάθει σωματικός πόνος είναι οξύς πόνος που προέρχεται από μυς, τένοντες και οστά. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση 2012, Κεφ 18, σελ. 350.

Σχετικά με την αλγαισθησία ισχύει:

- α. Περιγράφει την νευρική απάντηση σε ένα επώδυνο ερέθισμα. Σ
- β. Συνδέεται αποκλειστικά με την εμπειρία του πόνου. Λ
- γ. Απαντάται κυρίως στον χρόνιο πόνο. Λ
- δ. Προέρχεται από την ενεργοποίηση των περιφερικών αλγοϋποδοχέων. Σ
- ε. Έχει άμεση σχέση με την καυσαλγία. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ 18, σελ. 350-1.

Σχετικά με τον χρόνιο πόνο ισχύει:

- α. Είναι ο πόνος χωρίς βιολογική αξία που επιμένει πέρα από το χρόνο της φυσιολογικής επούλωσης (συνήθως 3 μήνες). Σ
- β. Οι συναισθηματικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν πρωτεύοντα ρόλο. Σ
- γ. Διαταραχές ύπνου και διάθεσης παρατηρούνται σπάνια. Λ
- δ. Συνυπάρχουν πολύ συχνά ταχυκαρδία και υπέρταση. Λ
- ε. Ρευματοειδής αρθρίτιδα, μεθερπητική νευραλγία, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελούν αιτίες χρόνιου πόνου. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ 18, σελ. 350-1.

Αιτίες χρόνιου πόνου μπορεί να είναι:

- α. Ρευματοειδής αρθρίτιδα. Σ
- β. Μεθερπητική νευραλγία. Σ
- γ. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Σ
- δ. Χειρουργική επέμβαση στην ελάσσονα πύελο. Σ
- ε. Θωρακοτομή, μαστεκτομή, ορθοπαιδικές επεμβάσεις άνω και κάτω άκρων, ακρωτηριασμοί. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ 18, σελ. 350.

Ως νευροπαθητικός πόνος χαρακτηρίζεται:

- α. Ο πόνος λόγω δυσλειτουργίας του νευρικού συστήματος. Σ
- β. Ο μυοσκελετικός πόνος. Λ
- γ. Ο πόνος ως άμεσο αποτέλεσμα νευρολογικής και/ ή ψυχολογικής διαταραχής. Λ
- δ. Ο πόνος που προέρχεται ως αποτέλεσμα βλάβης του περιφερικού ή κεντρικού νευρικού συστήματος. Σ
- ε. Ο πόνος που προέρχεται από κάκωση των σπλάγχων. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ 18, σελ. 351-7.

Σχετικά με την αλγαισθησία ισχύει:

- α. Οι μηχανισμοί που συμμετέχουν είναι με τη σειρά: μετατροπή (transduction), μετάδοση (transmission), τροποποίηση (modulation), αντίληψη (perception). Σ
- β. Η πρωταρχική θέση τροποποίησης του πόνου είναι στο πρόσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού. Λ

- γ. Η ένταση, η διάρκεια και η εντόπιση του πόνου μεταφέρονται μέσω του πλάγιου νωτιαίο-θαλαμικού συστήματος. Σ
- δ. Η ηπικτωματώδης ουσία (στιβάδα II) θεωρείται ότι είναι σημαντική θέση δράσης των οπιοειδών. Σ
- ε. Η πρωτοπαθής αισθητικότητα (πόνος) εξυπηρετείται από τις εμμέλες ίνες Αδ και Αβ. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ. 18, σελ.358.

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ.1815-6.

Σχετικά με τους νευροδιαβιβαστές του πόνου ισχύει:

- α. Ο ερεθισμός των περιφερικών αλγαισθητικών υποδοχέων από θερμικά και χημικά ερεθίσματα αποτελεί την πρωτοπαθή υπεραλγησία με τη απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών, όπως η ισταμίνη και η σεροτονίνη. Σ
- β. Η ουσία P είναι σημαντικός διεγερτικός νευροδιαβιβαστής που είναι υπεύθυνος για τη δευτεροπαθή υπεραλγησία. Σ
- γ. Η ουσία P ασκεί τη διεγερτική της δράση μέσω των υποδοχέων NMDA. Λ
- δ. Η αναστολή παραγωγής της προσταγλανδίνης μέσω αναστολής της κυκλο-οξυγενάσης είναι ο πιθανός ρόλος αναλγητικής δράσης της παρακεταμόλης. Σ
- ε. Η καψαϊκίνη εφαρμοζόμενη τοπικά, δρα ενισχύοντας την απελευθέρωση των οπιοειδών. Λ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1815-6.

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology ελληνική έκδοση 2012, Κεφ 18, σελ. 358.

Νευροδιαβιβαστές που θεωρούνται ότι έχουν ανασταλτική δράση στην αλγαισθησία/πόνο είναι:

- α. Ουσία P. Λ
- β. Νορεπινεφρίνη. Σ
- γ. Γ-αμινο-βουτυρικό οξύ (GABA). Σ
- δ. Β-ενδορφίνη. Σ
- ε. Γλουταμινικό οξύ. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ 18, σελ. 353.

Ευρείας εμβέλειας δυναμικοί νευρώνες (wide dynamic range neurons, WDR):

- α. Είναι νευρώνες τρίτης τάξης και βρίσκονται στον θάλαμο. Λ
- β. Δέχονται αλγεινά και μη αλγεινά ερεθίσματα από Αβ, Αδ και C νευρικές ίνες. Σ
- γ. Σε επαναλαμβανόμενη διέγερση αυξάνουν την συχνότητα της απάντησής τους με γεωμετρικό ρυθμό – «κούρδισμα» (φαινόμενο «wind-up»). Σ
- δ. Αν ευαισθητοποιηθούν συνεχίζουν να εκλύουν διεγέρσεις, ακόμα και όταν οι προσαγωγές ώσεις από ίνες C έχει σταματήσει. Σ
- ε. Παίζουν βασικό ρόλο στην κεντρική ευαισθητοποίηση στον πόνο. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ 18, σελ. 359.

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1815-6.

Σχετικά με την κεντρική ρύθμιση του πόνου ισχύει:

- α. Ασκείται μόνο διεγερτική δράση μέσω κεντρικώς δρώντων μηχανισμών. Λ
- β. Το φαινόμενο ευαισθητοποίησης, γνωστό ως «κούρδισμα» (φαινόμενο «wind-up») στους νωτιαίους νευρώνες χαρακτηρίζεται από την προοδευτική αύξηση των εξερχομένων ερεθισμάτων ως απάντηση στην επίμονη αλγαισθητική διέγερση, για όσο διάστημα διαρκεί η είσοδος ερεθισμάτων. Λ (Σ= ακόμη και αφού έχει σταματήσει)
- γ. Σημαντικό ρόλο για την κεντρική ευαισθητοποίηση παίζει η αύξηση της συγκέντρωσης του ενδοκυττάριου νατρίου και ασβεστίου. Σ
- δ. Σημαντικό ρόλο στην κεντρική ευαισθητοποίηση παίζουν τα αμινοξέα γαλακτικό και ασπαρτικό, μέσω της διέγερσης των NMDA υποδοχέων. Σ
- ε. Η θεωρία «της πύλης» («gate theory») υποστηρίζει ότι ο πόνος σε μία περιοχή του σώματος μπορεί να πυροδοτήσει πόνο και σε άλλες περιοχές. Λ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1815-6.

Στους διεγερτικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στη δημιουργία του χρόνιου πόνου περιλαμβάνονται :

- α. Ευαισθητοποίηση των κύριων προσαγωγών νευρώνων από το γλουταμινικό οξύ, προσταλανδίνες και νευροπεπτίδια, όπως το σχετιζόμενο με το γονίδιο της

- καλσιτονίνης (calcitonin gene-related peptide, CGRP). Σ
- β. Διάνοιξη διαύλων κατιόντων όπως αυτών των υποδοχέων καψαϊκίνης και εισροή ιόντων νατρίου και ασβεστίου. Σ
- γ. Διέγερση από τους αλγαισθητικούς προς τους νωτιαίους νευρώνες (π.χ. NMDA υποδοχείς) μέσω διεγερτικών νευροδιαβιβαστών, όπως το γλουταμινικό οξύ. Σ
- δ. Ευαισθητοποίηση των περιφερικών και κεντρικών νευρώνων από την επαναλαμβανόμενη διέγερση των αλγοϋποδοχέων και προοδευτικά φαινόμενο «κουρδίσματος» («wind-up»). Σ
- ε. Απελευθέρωση οπιοειδών, σεροτονίνης ή νορ-αδρεναλίνης από τους διάμεσους νευρώνες. Λ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1815-6.

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ 18, σελ. 360

Οι ανασταλτικοί μηχανισμοί του πόνου δρούν:

- α. Στην περιφέρεια μέσω απελευθέρωσης ενδογενών οπιοειδών. Σ
- β. Στον νωτιαίο μυελό, μέσω απελευθέρωσης γλουταμινικού οξέος και ουσίας P. Λ
- γ. Στον νωτιαίο μυελό, μέσω αναστολής των ευρείας εμβέλειας δυναμικών νευρώνων (wide dynamic range neurons, WDR). Σ
- δ. Στον εγκέφαλο, μέσω νευρωνικών συστημάτων που διέρχονται από την φαιά ουσία πέριξ του υδραγωγού, τον δικτυωτό σχηματισμό και τον μεγάλο πυρήνα της ραφής. Σ
- ε. Στον εγκέφαλο, με κύριους νευροδιαβιβαστές τα ενδογενή οπιοειδή και την νορ-αδρεναλίνη. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ. 18, σελ. 361.

Μηχανισμοί που συμμετέχουν στην εμφάνιση του νευροπαθητικού πόνου είναι:

- α. Ενεργοποίηση των αλγαισθητικών ινών από μη επώδυνα ερεθίσματα, λόγω απομυελίνωσης. Σ
- β. Έκτοπες εκφορτίσεις και αυτόματη πυροδότηση ευαισθητοποιημένων νευρώνων. Σ
- γ. Λειτουργική αναδιοργάνωση του νωτιαίου μυελού. Σ

- δ. Ενίσχυση της κατιούσας αναστολής στο ΚΝΣ. Λ
- ε. Ψυχοπαθολογία οφειλόμενη σε ψυχιατρικές διαταραχές. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ 18, σελ. 361

Σχετικά με τα σημεία και συμπτώματα του νευροπαθητικού πόνου ισχύει:

- α. Αλλοδυνία είναι η αλγεινή αντίδραση σε μη αλγεινό ερέθισμα. Σ
- β. Υπεραλγησία είναι η αλγεινή αντίδραση σε μη αλγεινό ερέθισμα. Λ
- γ. Υπαισθησία είναι η απώλεια φυσιολογικής αίσθησης σε μη επώδυνα ερεθίσματα. Σ
- δ. Υποαλγησία είναι η απώλεια αίσθησης πόνου σε επώδυνα ερεθίσματα. Σ
- ε. Καυσαλγία είναι η ευαισθησία στη θερμότητα. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ 18, σελ. 361.

Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να σχετίζεται με τα εξής:

- α. Μεθερπητική νευραλγία. Σ
- β. Πόνος ως «μέλος - φάντασμα». Σ
- γ. Ριζιτικό άλγος κάτω άκρου. Σ
- δ. Κροταφική αρτηρίτιδα. Λ
- ε. Πόνος μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Σ

Εκτίμηση - Αξιολόγηση

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ 18, σελ. 362.

Σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση του χρόνιου πόνου κατέχει:

- α. Το γραπτό ερωτηματολόγιο. Σ
- β. Η εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς. Σ
- γ. Η αγωγή που λαμβάνει για αρτηριακή υπέρταση και καρδιακή ανεπάρκεια. Λ
- δ. Το ατομικό ιστορικό. Σ
- ε. Οι βιοχημικοί δείκτες. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση 2012, Κεφ 18, σελ. 362.

Σημαντικά στοιχεία στην κλινική εξέταση για χρόνια πόνο είναι:

- α. Η εντόπιση- επέκταση και τα χαρακτηριστικά του πόνου. Σ
- β. Συστηματική εξέταση του μυοσκελετικού και νευρικού συστήματος. Σ
- γ. Ειδικές δοκιμασίες αναπαραγωγής του πόνου όπως Lasègue test. Σ
- δ. Διήθηση επώδυνων σημείων για διαγνωστικούς λόγους. Λ
- ε. Εντόπιση ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επιβαρύνουν τον ασθενή. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ 18, σελ. 362.

Για τη διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι παρακάτω εξετάσεις:

- α. Η δοκιμασία QST (quantitative sensory test). Σ
- β. Νευροαπεικονιστικές τεχνικές. Σ
- γ. Η νευροφυσιολογική μελέτη/ ηλεκτρονευρο-μυογράφημα. Σ
- δ. Βιοψία δέρματος. Σ
- ε. Τα προκλητά κινητικά δυναμικά. Λ

Κατευθυντήριες Οδηγίες της Ελληνικής Εταιρείας Θεραπείας Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας για την Φαρμακευτική αντιμετώπιση του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου (2013) <https://grpalliative.gr/el/>

Τα ερωτηματολόγια για τη διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου:

- α. Εφαρμόζονται σε ασθενείς με χρόνια πόνο για να κατανοήσουμε το αίτιο της βλάβης. Λ
- β. Σε αυτά ανήκει το DN4 και το Pain Detect τα οποία είναι σταθμισμένα για την ελληνική γλώσσα. Σ
- γ. Το DN4 και το Pain Detect χρησιμοποιούνται και για την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος. Σ
- δ. Το DN4 είναι σχεδιασμένο για την εντόπιση νευροπαθητικού στοιχείου στην οσφυαλγία. Λ
- ε. Διερευνούν σημεία όπως αίσθηση καψίματος, μυρμήγκιασμα, αλλοδυνία. Σ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση 2012, Κεφ 18, σελ. 362

Σχετικά με την αξιολόγηση του χρόνιου πόνου:

- α. Η κλίμακα VAS είναι αξιόπιστη κλίμακα που εκτιμά την ποιότητα του πόνου. Λ
- β. Απαιτείται πολυπαραγοντική προσέγγιση του ασθενούς. Σ

- γ. Ο πόνος επηρεάζεται από κοινωνικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές αντιλήψεις. Σ
- δ. Μόνο σαφείς εντοπισμένες περιγραφές του πόνου λαμβάνονται υπόψη. Λ
- ε. Κατάθλιψη συνυπάρχει σπάνια. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ 18, σελ. 390-2.

Η οσφυαλγία αποτελεί να συνηθισμένο σύμπτωμα και αίτιο ανικανότητας σε όλο τον κόσμο.

- α. Ο πόνος που οφείλεται σε μεσοσπονδύλιο δίσκο (ΜΣΔ) μπορεί να σχετίζεται είτε με πρόπτωση του πηκτοειδούς πυρήνα προς τα πίσω ή με την παρουσία οστεόφυτων από τις παρυφές των σπονδυλικών σωμάτων. Σ
- β. Το 85% των περιπτώσεων σχηματισμού κήλης ΜΣΔ αφορά στο διάστημα Ο3-Ο4. Λ
- γ. Στην ισχιαλγία ο πόνος οφείλεται στην πίεση των κατώτερων οσφυικών ριζών. Σ
- δ. Το «σύνδρομο ίππουρίδας» προκαλείται από πίεση της ιππουρίδας με εκδήλωση αμφοτερόπλευρο πόνο και ακράτεια κοπράνων. Σ
- ε. Στη χρόνια οσφυαλγία τα βοηθητικά υποστηρίγματα συστήνονται ενθέρμως. Λ

Morgan and Mikhail's Clinical Anesthesiology, ελληνική έκδοση, 2012, Κεφ 18, σελ. 390-2

Σενάριο: Σε ασθενή με οσφυοισχιαλγία Ο5-Ι1 αριστερά, λόγω κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου (ΜΣΔ) από 3μήνου:

- α. Η κατανομή του πόνου αναμένεται να αφορά τον γλουτό, την οπίσθια επιφάνεια του σύστοιχου μηρού, την έξω πλάγια επιφάνεια του άκρου ποδός και ιδιαίτερα στον 4ο και 5ο δάκτυλο. Σ
- β. Κατά την κλινική εξέταση δυνατόν να εμφανίζει αδυναμία στη ραχιαία κάμψη του άκρου ποδός. Σ
- γ. Τα αντανακλαστικά του γόνατος είναι επηρεασμένα. Λ
- δ. Πόνος στην οσφύ που εκδηλώνεται κατά την ανύψωση του αντίθετου ποδιού, υποδηλώνει αξιόπιστα την πίεση νεύρου. Σ
- ε. Η MRI δεν αποτελεί την πιο ευαίσθητη τεχνική για την ανίχνευση της κήλης ΜΣΔ. Λ

Μηχανισμοί, θεραπευτικές δράσεις και ανεπιθύμητες ενέργειες, κλινική χρήση, οδοί χορήγησης, δόσεις και συνέργειες φαρμάκων

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017, σελ. 164, πλαίσιο 9.5.

Στα πλαίσια των 3 Βημάτων της Αναλγητικής Κλίμακας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ισχύει:

- α. Βήμα 1: Παρακεταμόλη ή/και ΜΣΑΦ. Λ
- β. Βήμα 1: Παρακεταμόλη ή/και ΜΣΑΦ +/- Επικουρικό φάρμακο. Σ
- γ. Βήμα 2: Παρακεταμόλη ή/και ΜΣΑΦ + Οπιοειδές. Λ
(Σ= Παρακεταμόλη ή/και ΜΣΑΦ + Οπιοειδές +/-Επικουρικό φάρμακο)
- δ. Βήμα 3: Παρακεταμόλη ή/και ΜΣΑΦ + Οπιοειδές για σοβαρό πόνο +/- Επικουρικό φάρμακο. Σ
- ε. Για αναλγησία διάσωσης χορηγούμε το 1/2 της συνολικής ημερήσιας δόσης του ίδιου οπιοειδούς. Λ (Σ=1/6)

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1823.

Αναισθησιολογία Morgan, ελληνική έκδοση, 2012, κεφ. iii , σελ 1053.

Παρακεταμόλη:

- α. Η ημερήσια δόση δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 3 g/24ωρο. Σ
- β. Η ημερήσια αποτελεσματική δόση πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 2 και 4 g/24ωρο. Λ
- γ. Έχει κυρίως αντιαμοπεταλιακή και αντιφλεγμονώδη δράση. Λ
- δ. Είναι νεφροτοξική σε υψηλές δόσεις. Λ (Σ= ηπατοτοξική)
- ε. Χρησιμοποιείται στην οστεοαρθρίτιδα και στον πυρετό. Σ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1823.

Αναισθησιολογία Morgan, ελληνική έκδοση 2012, κεφ. iii, σελ 1055.

Μη Στεροειδή Αντι-Φλεγμονώδη (ΜΣΑΦ):

- α. Οι αναστολείς της κυκλο-οξυγενάσης (COX) δρουν αποκλειστικά στο περιφερικό νευρικό σύστημα. Λ
- β. Οι αναστολείς COX-2 δεν έχουν σημαντική επίδραση στο γαστρεντερικό σύστημα και στη λειτουργία των αιμοπεταλίων. Σ
- γ. Η αντιαμοπεταλιακή δράση των ΜΣΑΦ διαρκεί 24-96 ώρες. Σ
- δ. Η χρήση τους πρέπει να αποφεύγεται σε νεφρική, αλλά όχι σε ηπατική ανεπάρκεια. Λ
- ε. Οι αναστολείς COX-2 μπορεί να προκαλέσουν θρόμβωση, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και νεφρική βλάβη. Σ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1824.

Αναισθησιολογία Morgan, ελληνική έκδοση, 2012, κεφ. iii, σελ 1055.

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα:

- α. Αναστέλλουν σε προσυναπτικό επίπεδο την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης, της νορ-αδρεναλίνης ή και των δύο. Σ
- β. Από τους αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νορ-αδρεναλίνης (SSNRIs), η ντουλοξετίνη σε συνδυασμό με την τραμαδόλη δεν ενέχει κίνδυνο έκλυσης σεροτονινεργικού συνδρόμου. Λ
- γ. Μπορεί να προκαλέσουν κολποκοιλιακό αποκλεισμό, παράταση του διαστήματος QT ή πολύμορφη κοιλιακή ταχυκαρδία (torsades de pointes). Σ
- δ. Με την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, η χορήγησή τους πρέπει να διακόπτεται σταδιακά. Σ
- ε. Με την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, η χορήγησή τους πρέπει να διακόπτεται άμεσα. Λ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1831-2.

Για τα γκαμπαπεντινοειδή, γκαμπαπεντίνη και πρεγκαμπαλίνη, ισχύει:

- α. Δρούν αποκλείοντας τους εξαρτώμενους από την διαφορά δυναμικού διαύλους Ca^{++} . Σ
- β. Όταν χορηγούνται για χρόνια πόνο είναι καλό να διακόπτονται προεγχειρητικά, διότι αυξάνουν τις αναισθητικές απαιτήσεις λόγω επαγωγής ενζύμων. Λ
- γ. Πρέπει να συνεχίσουν να χορηγούνται περιεγχειρητικά, συμβάλλοντας στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου. Σ
- δ. Απαιτείται σταδιακή αύξηση και σταδιακή μείωση της δόσης, σε περίπτωση διακοπής. Σ
- ε. Απαιτείται προσεκτική εξατομίκευση της δόσης σε περίπτωση ηπατικής ανεπάρκειας. Λ

Αναισθησιολογία Morgan, ελληνική έκδοση, 2012, κεφαλαίο iii, σελ. 1057.

Για τη λιδοκαΐνη ως επικουρικό φάρμακο στον χρόνια πόνο ισχύει:

- α. Χορηγείται με συνεχή έγχυση iv, σε μέγιστη δόση 1 mg/kg εντός 5-30 min. Λ
- β. Αν τηρηθούν οι προτεινόμενες δόσεις δεν υπάρχει κίνδυνος τοξικότητας, οπότε δεν απαιτείται και ειδική παρακολούθηση του ασθενούς κατά την χορήγησή της. Λ
- γ. Παρέχει καταστολή και αναλγησία. Σ
- δ. Υπάρχει σε μορφή δερματικού αυτοκόλλητου (patch) 5%, το οποίο τοποθετείται για 12 συνεχόμενες ώρες, καθημερινά. Σ
- ε. Στη μορφή του δερματικού αυτοκόλλητου η δράση είναι συστηματική. Λ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1830-3.

Σε ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή για χρόνιο πόνο και πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση:

- α. Η χορήγηση οπιοειδών περιεγχειρητικά πρέπει να μειώνεται, λόγω του κινδύνου εμφάνισης ανοχής και καταστολής. Λ
- β. Αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών των οπιοειδών περιεγχειρητικά. Λ
- γ. Μπορεί να έχουν αυξημένες ανάγκες οπιοειδών περιεγχειρητικά, τόσο συστηματικά, όσο και επισκληριδίως. Σ
- δ. Παρατείνεται η διάρκεια χορήγησης οπιοειδών περιεγχειρητικά. Σ
- ε. Απαιτείται εξατομικευμένη τιτλοποίηση των δόσεων, έτσι ώστε να βρεθεί η ιδανική ισορροπία μεταξύ ικανοποιητικής αναλγησίας και αποφυγής ανεπιθυμητών ενεργειών. Σ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1832.

Σε ασθενείς που λαμβάνουν οπιοειδή για χρόνιο πόνο, για την αποφυγή του συνδρόμου στέρησης περιεγχειρητικά ισχύει:

- α. Συνεχίζεται η συστηματική χορήγηση των οπιοειδών που λαμβάνονταν προεγχειρητικά συνυπολογίζοντας ταυτόχρονα και τις ανάγκες μετεγχειρητικής αναλγησίας. Σ
- β. Για μετεγχειρητική αναλγησία χορηγούνται μικτοί αγωνιστές - ανταγωνιστές, όπως η ναλμπουφίνη. Λ
- γ. Σε μεγάλες επεμβάσεις, τα από του στόματος χορηγούμενα οπιοειδή αντικαθίστανται από ισοδύναμες δόσεις οπιοειδών χορηγούμενων ενδοφλεβίως σε όλη την περιεγχειρητική περίοδο. Σ
- δ. Η προσαρμογή του δοσολογικού σχήματος, όπως περιγράφεται στο (γ) αφορά την περίπτωση που στον ασθενή θα χορηγηθεί γενική αναισθησία. Λ
- ε. Η προσαρμογή του δοσολογικού σχήματος, όπως περιγράφεται στο (γ) αφορά την περίπτωση που στον ασθενή θα χορηγηθεί γενική ή περιοχική αναισθησία. Σ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ.1833.

Αναισθησιολογία Morgan, ελληνική έκδοση 2012, κεφ. iii, σελ 1060.

Σχετικά με την χρήση του διαδερμικού αυτοκόλλητου (patch) φεντανύλης σε ασθενή που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση ισχύει:

- α. Η απελευθέρωση φεντανύλης από το αυτοκόλλητο μπορεί να μεταβληθεί διεγχειρητικά γι' αυτό το αυτοκόλλητο αφαιρείται στις μεγάλες επεμβάσεις. Σ

- β. Η απορρόφηση της φεντανύλης από το αυτοκόλλητο διακόπτεται μετά την αφαίρεση του. Λ
- γ. Τα θεραπευτικά επίπεδα της φεντανύλης στο αίμα αυξάνονται μετά από 4 ώρες τουλάχιστον από την τοποθέτηση του αυτοκόλλητου. Λ
- δ. Η διαδερμική φεντανύλη που χορηγείται προεγχειρητικά, διακόπτεται περιεγχειρητικά και μετατρέπεται σε ενδοφλέβια δόση μορφίνης σε συνεχή έγχυση με αντλία. Σ
- ε. Μετά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες, 50-75% της ημερήσιας δόσης ενδοφλέβιας μορφίνης μετατρέπεται σε διαδερμικά χορηγούμενη φεντανύλη. Σ

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017.

Οι καλύτερες στρατηγικές διαχείρισης του πόνου είναι:

- α. Κατάλληλη κλινική εξέταση. Σ
- β. Ενημέρωση από το άμεσο περιβάλλον του ασθενούς. Λ
- γ. Χρήση εργαλείων εκτίμησης του πόνου. Σ
- δ. Συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας. Σ
- ε. Αναμονή μέχρι τη λήψη των αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων. Λ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ.1824.

Θεραπευτικά Πρωτόκολλα για τη Φαρμακευτική Αντιμετώπιση του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου, ΕΟΦ, 2013 και επικαιροποιημένα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα του ΥΥ, 2019.

Αντιεπιληπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία:

- α. Νευροπαθητικού πόνου που προέρχεται από αλλοιώσεις του περιφερικού νευρικού συστήματος. Σ
- β. Νευροπαθητικού πόνου που προέρχεται από αλλοιώσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος. Σ
- γ. Νευροπαθητικού πόνου που οφείλεται σε έκτοπη δραστηριότητα ευαίσθητοποιημένων αλγαισθητικών υποδοχέων. Σ
- δ. Ημικρανίας. Σ
- ε. Οξέος μετεγχειρητικού πόνου, χωρίς συνδυασμό με άλλα αναλγητικά. Λ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1824. Θεραπευτικά Πρωτόκολλα για τη Φαρμακευτική Αντιμετώπιση του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου, ΕΟΦ, 2013 και επικαιροποιημένα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα του ΥΥ, 2019.

Τα αντιεπιληπτικά δρουν μέσω των παρακάτω μηχανισμών:

- α. Σταθεροποίηση της μεμβράνης των νευρώνων. Σ
- β. Αναστολή της απελευθέρωσης νευροδιεγερτικών διαβιβαστών. Σ
- γ. Αναστολή της επαναπρόσληψης της νορ-επινεφρίνης. Λ
- δ. Απελευθέρωση ουσίας Ρ. Λ
- ε. Μέσω σύνδεσης με υποδοχείς GABA. Λ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ.1824. Θεραπευτικά Πρωτόκολλα για τη Φαρμακευτική Αντιμετώπιση του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου, ΕΟΦ, 2013 και επικαιροποιημένα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα του ΥΥ, 2019.

Τα αντικαταθλιπτικά:

- α. Χρησιμοποιούνται μόνα τους ή σε συνδυασμό με τα αντιεπιληπτικά για τη θεραπεία του νευροπαθητικού πόνου. Σ
- β. Δρουν στην αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας. Σ
- γ. Δεν χορηγούνται σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια, πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου και μη αντιρροπούμενη καρδιακή ανεπάρκεια. Σ
- δ. Προκαλούν καταστολή, ξηροστομία, ναυτία ή/και ζάλη. Σ
- ε. Δρουν συναγωνιστικά με τους NMDA υποδοχείς. Λ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ.1824. Θεραπευτικά Πρωτόκολλα για τη Φαρμακευτική Αντιμετώπιση του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου, ΕΟΦ, 2013 και επικαιροποιημένα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα του ΥΥ, 2019.

Τα αντικαταθλιπτικά στο χρόνιο πόνο:

- α. Δρουν μέσω της αναστολής επαναπρόσληψης νορ-επινεφρίνης. Σ
- β. Δρουν μέσω της αναστολής της απελευθέρωσης νευροδιεγερτικών διαβιβαστών.
Λ
- γ. Δρουν μέσω της αναστολής επαναπρόσληψης 5-υδροξυ-τρυπταμίνης (5-HT). Σ
- δ. Προάγουν την παραγωγή ενδογενών οπιοειδών. Σ
- ε. Δρουν ανταγωνιστικά προς τους NMDA υποδοχείς. Σ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ.1824. Θεραπευτικά Πρωτόκολλα για τη Φαρμακευτική Αντιμετώπιση του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου, ΕΟΦ, 2013 και επικαιροποιημένα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα του ΥΥ, 2019.

Τα τοπικά αναλγητικά:

- α. Προσφέρουν ικανή συγκέντρωση φαρμάκου στο σημείο του πόνου. Σ
- β. Μειώνουν τα επίπεδα φαρμάκων στο πλάσμα. Σ

- γ. Δρουν μέσω της αναστολής επαναπρόσληψης 5-HT. Λ
- δ. Συμβάλλουν στον περιορισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων. Σ
- ε. Περιλαμβάνουν ΜΣΑΦ, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οπιοειδή, α_2 - αγωνιστές και τοπικά αναισθητικά. Σ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1825.

Θεραπευτικά Πρωτόκολλα για τη Φαρμακευτική Αντιμετώπιση του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου, ΕΟΦ, 2013 και επικαιροποιημένα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα του ΥΥ, 2019 .

Το επίθεμα καψαϊκίνης 8% για το νευροπαθητικό πόνο:

- α. Δρα στους τοπικούς αλγαισθητικούς υποδοχείς μέσω των υποδοχέων καψαϊκίνης ή TRPV1 (transient receptor potential action channel subfamily V member 1), προκαλώντας ενεργοποίηση των νευρώνων με απελευθέρωση της ουσίας P. Σ
- β. Μπορεί να προκαλέσει συστηματικές αντιδράσεις, όπως υπέρταση. Σ
- γ. Η ελάχιστη διάρκεια μεταξύ των εφαρμογών των επιθεμάτων είναι 30 ημέρες. Λ
- δ. Η ελάχιστη διάρκεια μεταξύ των εφαρμογών των επιθεμάτων είναι 3 μήνες. Σ
- ε. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα αναμένεται σε 2 εβδομάδες και διαρκεί 8-12 εβδομάδες. Σ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1825.

Θεραπευτικά Πρωτόκολλα για τη Φαρμακευτική Αντιμετώπιση του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου, ΕΟΦ, 2013 και επικαιροποιημένα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα του ΥΥ, 2019.

Επίθεμα (patch) λιδοκαΐνης 5%:

- α. Περιέχει 700 mg λιδοκαΐνης / επίθεμα. Σ
- β. Προκαλεί αναστολή της δράσης των διαύλων νατρίου στις ίνες μικρού μεγέθους Αδ και C, που έχουν υποστεί βλάβη ή που είναι δυσλειτουργικές. Σ
- γ. Τοποθετείται μέχρι το μέγιστο: 3 επιθέματα για 12 ώρες / ημέρα. Σ
- δ. Δρά στους τοπικούς αλγαισθητικούς υποδοχείς μέσω των υποδοχέων καψαϊκίνης ή TRPV1 (transient receptor potential action channel subfamily V member 1). Λ
- ε. Ενδείκνυται η εφαρμογή του σε περιοχές με σαφώς εντοπισμένη συμπτωματολογία νευροπαθητικού πόνου, καθώς και σε υπερήλικες με συννοσηρότητες και αδυναμία συμμόρφωσης. Σ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1824.

Θεραπευτικά Πρωτόκολλα για τη Φαρμακευτική Αντιμετώπιση του Χρόνιου Νευροπαθητικού Πόνου, ΕΟΦ, 2013 και επικαιροποιημένα Θεραπευτικά Πρωτόκολλα του ΥΥ, 2019.

α_2 -αγωνιστές:

- α. Ανήκουν στους μη εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης νορ-επινεφρίνης. Λ
- β. Οδηγούν σε διάνοιξη των διαύλων K^+ , αποκλεισμό των προσυναπτικών αντλιών Ca^{++} και αναστολή της αδενυλικής κυκλάσης. Σ

- γ. Μειώνουν την απελευθέρωση νευροδιαβιβαστών. Σ
- δ. Η επισκληρίδιος ή συστηματική χορήγηση κλονιδίνης έχει αναλγητική δράση σε ασθενείς με σύνδρομο σύνθετου περιοχικού πόνου (complex regional pain syndrome, CRPS), νευροπαθητικό και καρκινικό πόνο. Σ
- ε. Έχουν αυξημένα ποσοστά καταστολής, υπότασης και βραδυκαρδίας. Σ

Εμφυτεύσιμες ενδορραχιαίες συσκευές χορήγησης φαρμάκων και τεχνικές νευροτροποποίησης

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1828.

Σχετικά με την υπαραχνοειδή χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου ισχύουν τα εξής:

- α. Η συνεχής έγχυση φαρμάκων για την αντιμετώπιση χρόνιου πόνου μπορεί να πραγματοποιηθεί τόσο στον υπαραχνοειδή, όσο και στον επισκληρίδιο χώρο. Σ
- β. Για τον σκοπό αυτό, χρησιμοποιούνται αντλίες με εξωτερικευμένη δίοδο, είτε πλήρως εμφυτεύσιμα συστήματα χορήγησης φαρμάκων. Σ
- γ. Κατά κύριο λόγο, οι αντλίες συνεχούς έγχυσης φαρμάκων υπαραχνοειδώς ή επισκληριδίως χρησιμοποιούνται στον μη καρκινικό πόνο. Λ
- δ. Το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο οπιοειδές δια αυτής της οδού χορήγησης (γ) είναι η μορφίνη. Σ
- ε. Σε ανεπαρκή ανταπόκριση στη χορήγηση μορφίνης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικά υπαραχνοειδώς φεντανύλη, ζικονοτίδη, κλονιδίνη ή μικρές συγκεντρώσεις τοπικών αναισθητικών. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition, Chapter 18. Pain Management, σελ. 505, McGraw Hill, 2006.

Κατά την υπαραχνοειδή χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου με πλήρως εμφυτευμένα συστήματα χορήγησης, ισχύουν τα εξής:

- α. Η μορφίνη, παρόλο που αποτελεί το φάρμακο πρώτης εκλογής για υπαραχνοειδή χορήγηση, πολλές φορές εάν χορηγείται μόνη οδηγεί σε ανοχή. Σ
- β. Ορισμένες φορές, αναλόγως της ανταπόκρισης του ασθενούς μπορεί να απαιτηθεί η συγχορήγηση αραιών διαλυμάτων τοπικών αναισθητικών, κλονιδίνης ή συνδυασμών αυτών. Σ

- γ. Η μπακλοφένη δεν χορηγείται υπαραχνοειδώς. Λ
- δ. Οι επιπλοκές περιλαμβάνουν: μικροβιακή μόλυνση του συστήματος, μηνιγγίτιδα, δημιουργία αιματώματος, δημιουργία κοκκιώματος στο άκρο του καθετήρα
ορμονικές διαταραχές λόγω χρόνιας χορήγησης οπιοειδών. Σ
- ε. Η εφαρμογή των συστημάτων αυτών δεν επηρεάζεται από συνθήκες αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης ή ύπαρξης διαταραχών πήξης. Λ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1829.

Οι τεχνικές νευροδιέγερσης στο χρόνιο πόνο:

- α. Εφαρμόζονται με τη μορφή διαδερμικής ηλεκτρικής νευρικής διέγερσης (transcutaneous electrical nerve stimulation), περιφερικής νευρικής διέγερσης (peripheral nerve stimulation) ή με τη μορφή διέγερσης του νωτιαίου μυελού (spinal cord stimulation). Σ
- β. Στο μηχανισμό δράσης της νευροδιέγερσης, βασική είναι η θεωρία της «πύλης» («gate theory») του πόνου και η ενεργοποίηση ανασταλτικών οδών. Σ
- γ. Η διέγερση μεγάλων κεντρομόλων οδών προκαλεί «κλείσιμο της πύλης», με αποτέλεσμα την αναλγησία. Σ
- δ. Η νευροδιέγερση έχει απόλυτη ένδειξη στον πόνο κεντρικής αιτιολογίας, λόγω αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Λ
- ε. Η νευροδιέγερση έχει απόλυτη ένδειξη στον καρκινικό πόνο. Λ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 58, σελ. 1829.

Οι ενδείξεις νευροδιέγερσης περιλαμβάνουν:

- α. Ανθεκτική οσφυαλγία οφειλόμενη σε αποτυχημένη επέμβαση σπονδυλικής στήλης. Σ
- β. Το σύνθετο περιοχικό επώδυνο σύνδρομο (CRPS). Σ
- γ. Διάφορα σύνδρομα νευροπαθητικού πόνου. Σ
- δ. Σύνδρομο πόνου λόγω ισχαιμίας. Σ
- ε. Το «μέλος – φάντασμα». Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition, Chapter18. Pain Management, σελ. 497, McGraw Hill, 2006

Η νωτιαία νευροδιέγερση (spinal cord stimulation):

- α. Προκαλεί αναλγησία μέσω πολλών μηχανισμών, ένας εκ των οποίων είναι και η ενεργοποίηση των κατιουσών ανασταλτικών οδών του πόνου. Σ
- β. Προκαλεί νευροτροποποίηση στην αγωγή μέσω του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Σ
- γ. Ενδείκνυται σε αρκετές μορφές νευροπαθητικού πόνου. Σ
- δ. Έχει χρησιμοποιηθεί πολλαπλώς στον καρκινικό πόνο. Λ
- ε. Η τεχνική συνήθως περιλαμβάνει μία δοκιμαστική περίοδο τοποθέτησης προσωρινών ηλεκτροδίων, τα οποία εφόσον υπάρχει ικανοποιητική ανταπόκριση εμφυτεύονται μόνιμα. Σ

Επεμβατικές θεραπείες

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter18, Pain Management, σελ. 509, 505, McGraw Hill, 2006

Σχετικά με την επισκληρίδια έγχυση κορτικοστεροειδών φαρμάκων στην αντιμετώπιση του πόνου ισχύει:

- α. Η αποτελεσματικότητά τους είναι καλύτερη σε ασθενείς με ριζιτιδική συμπτωματολογία. Σ
- β. Γίνεται πάντα με τη διαμεσοπετάλια τεχνική. Λ
- γ. Τα κορτικοστεροειδή δρουν κυρίως αντιφλεγμονωδώς, ελαττώνοντας το οίδημα γύρω από τη νευρική ρίζα με αποτέλεσμα την ελάττωση του πόνου. Σ
- δ. Η έναρξη δράσης τους είναι άμεση. Λ
- ε. Μπορεί να επαναληφθεί όσο συχνά απαιτεί η κλινική κατάσταση του ασθενούς. Λ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition 16. Chapter18, Pain Management, σελ. 509, McGraw Hill, 2006

Τα επισκληριδώς χορηγούμενα κορτικοστεροειδή:

- α. Έχουν όλα την ίδια αποτελεσματικότητα. Λ
- β. Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα είναι η δεξαμεθαζόνη, η τριαμκινολόνη και η μεθυλπρεδνιζολόνη. Σ
- γ. Τα σκευάσματα με το μεγαλύτερο μέγεθος σωματιδίων είναι τα πιο ασφαλή. Λ
- δ. Δεν προκαλούν διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης. Λ
- ε. Μπορούν να επηρεάσουν τον άξονα υπόφυσης-επινεφριδίων όταν χορηγούνται για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενός μηνός. Σ

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition, Chapter 18. Pain Management, σελ. 501, McGraw Hill, 2006.

Για τα επισκληριδώς χορηγούμενα οπιοειδή ισχύουν τα εξής:

- α. Η επισκληρίδια χορήγηση οπιοειδών είναι μία τεχνική που χρησιμοποιείται τακτικά στην αντιμετώπιση του οξέος, αλλά και του χρόνιου πόνου. Σ
- β. Η φεντανύλη χορηγείται επισκληριδώς ως δόση εφόδου σε δοσολογία 50-100 μg αρχικά, με χρόνο έναρξης δράσης 60 min. Λ
- γ. Η διάρκεια δράσης μίας εφάπαξ δόσης φεντανύλης επισκληριδώς είναι 1-3 ώρες. Σ
- δ. Η δοσολογία της μορφίνης εάν δοθεί εφάπαξ επισκληριδώς είναι 2-5 mg. Σ
- ε. Η διάρκεια δράσης μίας εφάπαξ δόσης μορφίνης επισκληριδώς είναι 4-24 ώρες. Σ

Πολυπαραγοντική, εξισορροπημένη αναλγησία

Αναισθησιολογία Miller, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2014, Κεφ. 58 Αναισθησία και αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, σελ. 1818.

Για την πολυπαραγοντική προσέγγιση και αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου ισχύει:

- α. Προσωπικό και τεχνικές διαχείρισης της βιολογικής, κοινωνικής και ψυχολογικής συνιστώσας του χρόνιου πόνου. Σ
- β. Ομάδα διαχείρισης, η οποία μπορεί να αποτελείται από αναισθησιολόγο ειδικό στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, άλλες ιατρικές ειδικότητες (νευρολόγο, φυσίατρο) και επαγγελματίες υγείας (ψυχολόγο, φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή), καθώς και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Σ
- γ. Συνδυάζει τη φαρμακευτική αντιμετώπιση με άλλες τεχνικές διαχείρισης του πόνου, όπως τις επεμβατικές θεραπείες, την φυσικοθεραπεία, την εργοθεραπεία, αλλά και την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Σ
- δ. Στόχος της είναι η ανακούφιση του πόνου, η βελτίωση της φυσικής δραστηριότητας, της λειτουργικότητας, της διάθεσης, του ύπνου και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Σ
- ε. Η αντιμετώπιση του πόνου χωρίς πολυπαραγοντική προσέγγιση μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση και παράβλεψη παραγόντων που συντηρούν τον πόνο. Σ

Αναισθησιολογία Miller, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αναισθησία και αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, Κεφ. 58, σελ 1818.

Ως προς το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσέγγισης του χρόνιου πόνου, ισχύουν τα εξής:

- α. Ο πόνος βιώνεται ως συνδυασμός παραγόντων όπως: βιολογικών (ιστική βλάβη), γνωσιακών (μνήμη, προσδοκίες), συναισθηματικών (άγχος, κατάθλιψη) και περιβαλλοντικών – κοινωνικών. Σ
- β. Η αλγεινή συμπεριφορά (pain behavior) αποτελεί παράδειγμα “συντελεστικής εκμάθησης”. Σ
- γ. Η αναζήτηση φροντίδας και η παραμονή της αλγεινής συμπεριφοράς χαρακτηρίζουν συχνά τους ασθενείς με χρόνια πόνου. Σ
- δ. Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του πόνου αποτελεί θεωρία που διατυπώθηκε από τον Engel. Σ
- ε. Η πολυεπίπεδη – πολυδύναμη προσέγγιση του πόνου και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αποτελούν αλληλένδετες έννοιες. Σ

Αναλγησία ελεγχόμενη από τον ασθενή (patient controlled analgesia, PCA)

Morgan's Clinical Anesthesiology, 4th Edition Chapter 18. Pain Management, σελ. 501, McGraw Hill, 2006

Η εφαρμογή αντλίας για ενδοφλέβια ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία (patient controlled analgesia, PCA) περιλαμβάνει:

- α. Τη χορήγηση δόσης κατ' επίκληση εκ μέρους του ασθενούς, σε χρονικό διάστημα ανάλογο με τον χρόνο έναρξης δράσης του επιλεγμένου οπιοειδούς, με ή χωρίς συνεχή χορήγηση, αναλόγως της έντασης του πόνου και των αναγκών του ασθενούς. Σ
- β. Όριο χορηγούμενων δόσεων το οποίο ρυθμίζεται αναλόγως των αναγκών του ασθενούς. Σ
- γ. Χορήγηση οπιοειδούς, όπως μορφίνη, φεντανύλη, τραμαδόλη. Σ
- δ. Συνδυασμό οπιοειδούς με κλονιδίνη ή δροπεριδόλη. Σ
- ε. Απαιτεί τακτική παρακολούθηση από την Ομάδα Διαχείρισης Πόνου. Σ

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

Η ελεγχόμενη από τον ασθενή αναλγησία μέσω αντλίας ενδοφλέβιας χορήγησης φαρμάκων (intravenous patient-controlled analgesia, PCA) έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

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

Οπιοειδή για χρόνιο πόνο

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 27, σελ. 807.

Πλεονεκτήματα της διαδερμικής χορήγησης φεντανύλης:

- α. Απουσία μεταβολισμού 1^{ης} δόσου από το ήπαρ. Σ
- β. Άμεση έναρξη εντός 30 min. Λ
- γ. Άνεση και απουσία δυσφορίας. Σ
- δ. Ικανοποιητική αναλγησία. Σ
- ε. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με επικουρικά αναλγητικά. Σ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 27, σελ. 808.

Διαδερμική χορήγηση φεντανύλης (ΔΦ):

- α. Σε ασθενείς με καρκινικό πόνο είναι αποδεδειγμένη η αποτελεσματικότητα της

ΔΦ. Σ

- β. Η ΔΦ είναι θεραπεία επιλογής πρώτης γραμμής για τον νευροπαθητικό πόνο. Λ
- γ. Η ΔΦ δεν έχει τις ίδιες ανεπιθύμητες ενέργειες των άλλων οπιοειδών (ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα, καταστολή). Λ
- δ. Σε ασθενείς με καρκινικό πόνο ο κίνδυνος υποαερισμού από ΔΦ είναι χαμηλός. Σ
- ε. Σε σύγκριση με τη χορήγηση μορφίνης από του στόματος, η ΔΦ προκαλεί λιγότερες διαταραχές από το ΓΕΣ. Σ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 27, σελ. 808.

Απελευθέρωση ισταμίνης προκαλούν τα παρακάτω οπιοειδή:

- α. Μορφίνη Σ
- β. Ρεμιφεντανίλη Λ
- γ. Φεντανύλη Λ
- δ. Αλφεντανίλη Λ
- ε. Σουφεντανίλη Λ

Miller's Anesthesiology, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Κεφ. 27, σελ. 808.

Επικαιροποιημένα θεραπευτικά πρωτόκολλα του ΥΥ, 2019.

Σχετικά με τα οπιοειδή ισχύουν τα εξής:

- α. Δρουν στους υποδοχείς οπιοειδών μ, δ και κ. Σ
- β. Οι υποδοχείς οπιοειδών ανευρίσκονται μόνο στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Λ
- γ. Προκαλούν διάνοιξη των διαύλων K^+ (μ και δ υποδοχείς) ή αναστολή των διαύλων Ca^{++} (κ υποδοχείς) με τελικό αποτέλεσμα την αναστολή της νευρωνικής δραστηριότητας και αναλγησία. Σ
- δ. Αποτελούν ουσίες που παράγονται μόνο με φυσικό τρόπο και δρουν στους υποδοχείς οπιοειδών. Λ
- ε. Ανήκουν στο πρώτο σκαλοπάτι της κλίμακας διαχείρισης του πόνου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Λ

Ανασθησιολογία Aitkenhead, Chapter 5, Analgesic drugs, σελ.79.

Τα οπιοειδή ταξινομούνται ως εξής:

- α. Ως πλήρεις αγωνιστές ορίζονται εκείνα που συνδέονται με τους μ υποδοχείς και προκαλούν αναλγησία χωρίς «φαινόμενο οροφής», όπως η μορφίνη και η βουπρενορφίνη. Λ
- β. Ως μικτοί αγωνιστές – ανταγωνιστές ορίζονται εκείνα που συνδέονται με τους κ υποδοχείς και εμφανίζουν «φαινόμενο οροφής», όπως η ναλβουφίνη. Σ
- γ. Ως μερικοί αγωνιστές ορίζονται εκείνα που συνδέονται με τμήμα του μ υποδοχέα, όπως η μεθαδόνη. Λ
- δ. Ισχυρά οπιοειδή είναι η μορφίνη, η φεντανύλη, η οξυκωδόνη. Σ
- ε. Ασθενή οπιοειδή είναι η κωδεΐνη, η τραμαδόλη, η μεθαδόνη. Λ

Ανακουφιστική / παρηγορική φροντίδα

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Οι ακόλουθες ερωτήσεις προέρχονται από τις παρακάτω βιβλιογραφικές και ηλεκτρονικές πηγές:

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017.

The International Association of Hospice and Palliative Care (IAHPC) Manual of Palliative Care, 3rd ed. <https://hospicecare.com/what-we-do/publications/manual-of-palliative-care/>

Ελληνική Εταιρεία Πόνου και Παρηγορικής Φροντίδας, <https://grpalliative.gr/el/>

Η ανακουφιστική / παρηγορική φροντίδα:

- α. Αφορά αποκλειστικά τους πάσχοντες από καρκίνο. Λ
- β. Έχει ως κύριο στόχο την παράταση της ζωής, καταβάλλοντας κάθε προσπάθεια προς την κατεύθυνση αυτή. Λ
- γ. Εφαρμόζεται όταν πλέον οι ειδικές θεραπείες για την κύρια νόσο αδυνατούν να προσφέρουν ανακούφιση στον ασθενή. Λ
- δ. Αναφέρεται στην φροντίδα των ασθενών που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους. Λ
- ε. Επιτρέπει την ευθανασία κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις και συνθήκες. Λ

Στην ανακουφιστική / παρηγορική φροντίδα:

- α. Δίνεται ισότιμη σημασία στα σωματικά συμπτώματα, τις νοσηλευτικές ανάγκες,

την ψυχολογική υποστήριξη, τις κοινωνικές, υπαρξιακές και πνευματικές ανάγκες του ασθενούς. Σ

- β. Χρειάζεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα η νοσηλεία του ασθενούς σε νοσοκομείο, για να αξιολογείται η πορεία και το επίπεδο της φροντίδας. Λ
- γ. Δεν πρέπει να αγνοούνται οι ανάγκες των ατόμων που βρίσκονται κοντά στον ασθενή και συμμετέχουν στη φροντίδα του. Σ
- δ. Ο γιατρός έχει την αποκλειστική ευθύνη να ενημερώσει τον ασθενή ότι πλέον «δεν μπορεί να γίνει τίποτα άλλο». Λ
- ε. Τα περισσότερα εμπόδια που συναντάμε προέρχονται από τις κοινωνικές προκαταλήψεις των οικείων του ασθενούς. Λ

Αναφορικά με την ενημέρωση των ασθενών και των οικείων τους:

- α. Ο γιατρός έχει υποχρέωση να δώσει μία πιθανή εκτίμηση του προσδόκιμου επιβίωσης του ασθενούς. Λ
- β. Ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να αξιολογήσει την έκταση της ενημέρωσης που θα παρέχει. Σ
- γ. Καμία συγκατάθεση σε θεραπεία δεν είναι έγκυρη χωρίς να έχει προηγηθεί η αντίστοιχη ενημέρωση για τους κινδύνους, τα πιθανά οφέλη, αλλά και τους εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης. Σ
- δ. Είναι προτιμότερο να αποφεύγεται η ανακοίνωση επικείμενου θανάτου. Λ
- ε. Ο ασθενής πρέπει να «προστατεύεται» από την ανακοίνωση μίας δυσάρεστης πληροφορίας. Λ

Αντιμετώπιση του πόνου στην ανακουφιστική / παρηγορική φροντίδα:

- α. Λόγω του περιορισμένου προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών, η ακριβής ανεύρεση του αιτίου του πόνου δεν είναι τόσο σημαντική. Λ
- β. Η θεραπεία του οξέος πόνου δεν διαφοροποιείται από εκείνη των υπολοίπων ασθενών. Σ
- γ. Συστήνεται η χρήση εικονικού φαρμάκου (placebo) πριν την οριστική

συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής, ώστε να αποκλείονται οι άσκοπες θεραπείες όταν ο πόνος οφείλεται κυρίως σε ψυχολογικά αίτια. Λ

- δ. Όσο είναι εφικτό, προτιμάται η χορήγηση των φαρμάκων από το στόμα. Σ
- ε. Η παρηγορική ακτινοθεραπεία μπορεί να ανακουφίσει από τον πόνο που οφείλεται σε διήθηση ιστών από κακοήγη νόσο. Σ

Θεραπεία άλλων συμπτωμάτων στην ανακουφιστική / παρηγορική φροντίδα:

- α. Η εμφάνιση δύσπνοιας σηματοδοτεί την ανάγκη νοσηλείας του ασθενούς σε νοσοκομείο. Λ
- β. Στον επίμονο παραγωγικό βήχα έχει ένδειξη η χορήγηση οπιοειδών. Λ
- γ. Η ναυτία μπορεί να οφείλεται και σε ηλεκτρολυτικές διαταραχές ή ενδοκράνια υπέρταση. Σ
- δ. Η δυσκοιλιότητα συνήθως οφείλεται σε περισσότερα από ένα αίτια που μπορεί να συμβαίνουν παράλληλα. Σ
- ε. Η καρκινική καχεξία οφείλεται στη μειωμένη πρόσληψη τροφής, λόγω της ναυτίας που προκαλείται από τις περισσότερες αντικαρκινικές θεραπείες. Λ

Οι αρχές της ηθικής και δεοντολογίας πάνω στις οποίες στηρίζεται η ανακουφιστική / παρηγορική φροντίδα περιλαμβάνουν:

- α. Αυτονομία. Σ
- β. Αντιμετώπιση όλων των συμπτωμάτων. Λ
- γ. «Ωφελείν». Σ
- δ. «Μη βλάπτειν». Σ
- ε. Υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Λ

Ο καρκινικός πόνος θεωρείται:

- α. Σωματικός μόνο. Λ
- β. Ψυχολογικός μόνο. Λ

- γ. Κοινωνικός μόνο. Λ
- δ. Πνευματικός μόνο. Λ
- ε. Όλα τα παραπάνω α-δ συνυπάρχουν. Σ

Ο παροξυσμικός πόνος παρουσιάζεται σε ασθενείς με:

- α. Οξύ αλγαισθητικό πόνο. Λ
- β. Χρόνιο καρκινικό πόνο που δεν λαμβάνουν αναλγητική αγωγή με οπιοειδή. Λ
- γ. Χρόνιο καρκινικό πόνο που βρίσκονται σε αγωγή με οπιοειδή. Σ
- δ. Χρόνιο καρκινικό πόνο που λαμβάνουν οπιοειδή κατ' επίκληση. Λ
- ε. Χρόνιο πόνο που λαμβάνουν ΜΣΑΦ. Λ

Η ανώτερη ποσότητα φαιντανύλης (σε μg/72 ώρες) που μπορεί να χορηγηθεί σταδιακά είναι:

- α. 100 Λ
- β. 200 Λ
- γ. 300 Λ
- δ. 400 Λ
- ε. Δεν υπάρχει. Σ

Στους αγωνιστές των οπιοειδών δεν ανήκει:

- α. Μορφίνη Λ
- β. Κωδεΐνη Λ
- γ. Ναλοξόνη Σ
- δ. Φαιντανύλη Λ
- ε. Μεθαδόνη Λ

Η ανακουφιστική / παρηγορική φροντίδα:

- α. Επισπεύδει το θάνατο. Λ

- β. Εφαρμόζεται εγκαίρως στην πορεία της νόσου. Σ
- γ. Εφαρμόζεται μόνο σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Λ
- δ. Ανακουφίζει μόνο τα σωματικά συμπτώματα. Λ
- ε. Συμπεριλαμβάνει την οικογένεια στο πλαίσιο της φροντίδας. Σ

Ξενώνες Ανακουφιστικής / Παρηγορικής Φροντίδας (Ξ Α/Π Φ):

- α. Απευθύνονται αποκλειστικά σε καρκινοπαθείς ασθενείς τελικού σταδίου. Λ
- β. Η συμμετοχή των εθελοντών είναι πολύτιμη. Σ
- γ. Το μοντέλο λειτουργίας τους είναι αυστηρά καθορισμένο, έτσι ώστε η εμπειρία από τις χώρες όπου ήδη εφαρμόζονται, να αποτελεί αποκλειστικό σημείο αναφοράς για τις χώρες που βρίσκονται στη διαδικασία θεσμοθέτησής τους. Λ
- δ. Στο σχεδιασμό ενός Ξ Α/Π Φ λαμβάνονται υπόψη οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι. Σ
- ε. Στους Ξ Α/Π Φ υπάρχει δυνατότητα μόνο ημερήσιας φιλοξενίας των ασθενών. Λ

ΙΑΗΡC, σελ. 32

Σύμφωνα με το φαινόμενο «διπλής δράσης» (double effect) στα πλαίσια παροχής ανακουφιστικής / παρηγορικής φροντίδας ισχύει:

- α. Η υποδόρια χορήγηση μιδαζολάμης για την αντιμετώπιση της αγωνίας θανάτου, παρόλο που είναι πιθανό να έχει αρνητική επίδραση στη διάρκεια ζωής, αυτό αποτελεί αποδεκτή πρακτική. Σ
- β. Η ενδοφλέβια χορήγηση μορφίνης σε επαναλαμβανόμενες δόσεις, μέχρι να επιτευχθεί αναπνευστική καταστολή, αποτελεί κλινική οδηγία για την αντιμετώπιση της ανθεκτικής δύσπνοιας. Λ
- γ. Ένα παράδειγμα «διπλής δράσης» αποτελεί η χορήγηση γάλακτος μαγνησίας, η οποία μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τη δυσκοιλιότητα την προκαλούμενη από οπιοειδή, αλλά και να προσφέρει ικανοποιητική γαστροπροστασία. Λ
- δ. Η τεχνητή ενυδάτωση στο τέλος της ζωής αποτελεί φαινόμενο «διπλής δράσης», αφού αντιμετωπίζει μεν αποτελεσματικά το αίσθημα της δίψας, αλλά επιδεινώνει την κατακράτηση υγρών. Λ
- ε. Η εξοικονόμηση δαπανών για το κράτος με τη δημιουργία Ξενώνων Ανακουφιστικής / Παρηγορικής Φροντίδας αποτελεί τον κύριο στόχο πρωτοκόλλων «διπλής δράσης». Λ

Η ανακουφιστική φροντίδα σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας περιλαμβάνει τα εξής:

- α. Ανακουφίζει από τον πόνο και από τα άλλα δυσάρεστα συμπτώματα. Σ
- β. Αντιμετωπίζει τον θάνατο ως μια μη φυσιολογική διαδικασία. Λ
- γ. Δεν στοχεύει στην επίσπευση του θανάτου. Σ
- δ. Ενσωματώνει ψυχολογικούς και πνευματικούς παράγοντες στη φροντίδα του ασθενούς. Σ
- ε. Παρέχει πλαίσιο στήριξης στην οικογένεια. Σ

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017, σελ. 26-27, πλαίσιο 1.2

Για τη φροντίδα στον Ξενώνα (Hospice) ισχύει:

- α. Παρέχει ολιστική φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή. Σ
- β. Εστιάζει στην παράταση και όχι στην ποιότητα της ζωής. Λ
- γ. Επεκτείνεται στην υποστήριξη της οικογένειας. Σ
- δ. Αντιμετωπίζει την υποκείμενη νόσο. Λ
- ε. Αμβλύνει τις επιπτώσεις της νόσου. Σ

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017, σελ. 32, πλαίσιο 1.3 και σελ. 48, πλαίσιο 2.1.

Στον «χρυσό κανόνα» για την Ανακουφιστική / Παρηγορική Φροντίδα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνεται:

- α. Επικοινωνία και συντονισμός. Σ
- β. Φροντίδα μόνο στη φάση του θανάτου. Λ
- γ. Έλεγχος των συμπτωμάτων. Σ
- δ. Εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών εντός τακτικού ωραρίου. Λ
- ε. Υποστήριξη εκτός από τον ασθενή και του φροντιστή. Σ

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017, σελ. 47.

Στον «χρυσό κανόνα» για την Ανακουφιστική / Παρηγορική Φροντίδα (Α/Π Φ) περιλαμβάνεται:

- α. Αναγνώριση των ασθενών που χρήζουν Α/Π Φ μεταξύ του συνόλου των ασθενών. Σ
- β. Αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών που χρήζουν Α/Π Φ. Σ
- γ. Οργάνωση συνεχιζόμενης φροντίδας με ενεργό τρόπο. Σ
- δ. Η Α/Π Φ στηρίζεται σε ομαδική εργασία. Σ
- ε. Ειδική εκπαίδευση και εφαρμοσμένα κλινικά πρωτόκολλα. Σ

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017, σελ. 154.

Η εμπειρία του πόνου έχει τις παρακάτω διαστάσεις:

- α. Σωματικές. Σ
- β. Κοινωνικές. Σ
- γ. Ψυχολογικές. Σ
- δ. Πνευματικές. Σ
- ε. Περιβαλλοντικές. Λ

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017, σελ. 178, πλαίσιο 9.12.

Αίτια αιφνίδιου ισχυρού πόνου στην Ανακουφιστική / Παρηγορική Φροντίδα είναι:

- α. Παθολογικό κάταγμα σε οστική μετάσταση. Σ
- β. Συμπίεση νευρικής ρίζας ή νωτιαίου μυελού. Σ
- γ. Αιμορραγία από μεταστατική εστία ήπατος. Σ
- δ. Ενδοαρθρική αιμορραγία. Σ
- ε. Θρομβοεμβολικό ή ισχαιμικό επεισόδιο. Σ

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017, σελ. 178, πλαίσιο 9.12.

Αίτια αιφνίδιου ισχυρού πόνου στην Ανακουφιστική / Παρηγορική Φροντίδα είναι:

- α. Απόφραξη ουρητήρα. Σ
- β. Έμφραγμα μυοκαρδίου. Σ
- γ. Οπισθοπεριτοναϊκή αιμορραγία. Σ
- δ. Διάτρηση γαστρεντερικού σωλήνα. Σ
- ε. Ειλεός. Σ

Επεμβατικές τεχνικές θεραπείας πόνου

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Οι ακόλουθες ερωτήσεις προέρχονται από τις παρακάτω βιβλιογραφικές ή ηλεκτρονικές πηγές:

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017.

The International Association of Hospice and Palliative Care (IAHPC) Manual of Palliative Care, 3rd ed.
<https://hospicecare.com/what-we-do/publications/manual-of-palliative-care/>

Οι επεμβατικές τεχνικές θεραπείας πόνου:

- α. Δεν έχουν θέση στο χρόνια πόνο. Λ
- β. Εφαρμόζονται μετά από επαρκή φαρμακευτική αγωγή. Σ
- γ. Αποτελούν την πρώτη επιλογή στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Λ
- δ. Συνδυάζονται με φαρμακευτική αγωγή. Σ
- ε. Συνδυάζονται με φυσικοθεραπεία. Σ

Οι στόχοι της επεμβατικής πράξης στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου περιλαμβάνουν:

- α. Ελάττωση της έντασης και της συχνότητας του πόνου. Σ
- β. Καλύτερη ανταπόκριση στα αναλγητικά. Σ
- γ. Διευκόλυνση της φυσικοθεραπείας. Σ
- δ. Βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενή. Σ
- ε. Βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Σ

Κατά την εφαρμογή των επεμβατικών τεχνικών:

- α. Δεν απαιτείται τοποθέτηση φλεβικής γραμμής. Λ
- β. Δεν απαιτείται παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. Λ
- γ. Είναι απαραίτητη η ύπαρξη εξοπλισμού καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης. Σ
- δ. Οι ασθενείς μπορούν να αποχωρήσουν από το νοσοκομείο χωρίς συνοδό. Λ
- ε. Πάντα πρέπει να χορηγείται καταστολή. Λ

Επισκληρίδιος χορήγηση στεροειδών :

- α. Ενδείκνυται σε ριζίτιδα λόγω κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου. Σ
- β. Μειώνει τη φλεγμονή της νευρικής ρίζας. Σ
- γ. Η διατρηματική έχει καλύτερη αποτελεσματικότητα από τη διαπεταλική προσπέλαση. Σ
- δ. Η διαπεταλική έχει καλύτερη αποτελεσματικότητα από τη διατρηματική προσπέλαση. Λ
- ε. Έχει καλύτερα αποτελέσματα στην οξεία φάση. Σ

Οι συχνότερες επιπλοκές από τον αποκλεισμό του αστεροειδούς γαγγλίου είναι:

- α. Ενδαγγειακή έγχυση. Σ
- β. Πνευμοθώρακας. Σ
- γ. Αποκλεισμός του παλλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου. Σ
- δ. Αποκλεισμός του βραχιονίου πλέγματος. Σ

- ε. Τρώση σκληράς μήνιγγας. Λ

Σενάρια διαχείρισης ασθενών με χρόνια πόνο.

Σενάρια ανακουφιστικής / παρηγορικής φροντίδας.

Σενάριο 1: Γυναίκα 75 ετών, με ιστορικό μεθερπητικής νευραλγίας και υπέρτασης, προσέρχεται στο Ιατρείο Πόνου με ισχυρό πόνο από 4μήνου. Περιγράφει τον πόνο της σαν «μαχαιριές», «σουβλιές», «καψίματα» στο πλάγιο θωρακικό τοίχωμα. Ο πόνος διαρκεί σχεδόν όλο το 24ωρο, αλλά η έντασή του κυμαίνεται από 3-10 (NRS). Η ασθενής υποφέρει, δεν κοιμάται και, λόγω του πόνου, δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις καθημερινές της δραστηριότητες. Λαμβάνει ιβουπροφίνη, 600 mg, Ρος κάθε 8 ώρες. Πώς θα αντιμετωπίσετε τον πόνο της;

- α. Θα συνεχίσουμε την αγωγή με την ιβουπροφίνη. Λ
- β. Θα αλλάξουμε την ιβουπροφίνη με άλλο ΜΣΑΦ. Λ
- γ. Θα σταματήσουμε τα ΜΣΑΦ και θα χορηγήσουμε μόνο παρακεταμόλη 1 gr, 3 φορές την ημέρα. Λ
- δ. Θα σταματήσουμε τα ΜΣΑΦ και θα χορηγήσουμε τραμαδόλη και αντιεπιληπτικά φάρμακα. Σ
- ε. Θα σταματήσετε τα ΜΣΑΦ και θα χορηγήσετε τραμαδόλη και αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Σ

Σενάριο 2: Ασθενής που προσέρχεται με οσφυοισχυαλγία και λαμβάνει: δικλοφενάκη (75 mgx 2 im), θειοκολχικοσίδη (4 mg x 2 im), παρακεταμόλη + κωδεΐνη (500+30 mg, tabl 1x4-6/d) υπό κατάκλιση, μπορεί να έχει:

- α. Κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου. Σ
- β. Μόρφωμα εντός του νωτιαίου σωλήνα (όγκος, απόστημα). Σ
- γ. Μυοπεριτονιακό σύνδρομο: σημεία πυροδότησης (trigger points) παρασπονδυλικών και γλουτιαίων μυών. Σ
- δ. Σύνδρομο ζυγοαποφυσιακών αρθρώσεων (facet joints syndrome). Σ
- ε. Αυτόματο κάταγμα οσφυϊκού σπονδύλου. Σ

Σενάριο 3: Γυναίκα 45 ετών με πρόσφατα ανευρεθείσες μεταστάσεις στη σπονδυλική στήλη από καρκίνο του μαστού. Πιθανά ζητήματα που θα μπορούσαν να προβλεφθούν είναι:

- α. Πόνος λόγω οστικής μετάστασης, που θα απαιτήσει ΜΣΑΦ, οπιοειδή, ακτινοθεραπεία. Σ
- β. Δυσκοιλιότητα και ανάγκη συνταγογράφησης υπακτικών με την έναρξη χορήγησης οπιοειδών. Σ
- γ. Πιεστικά φαινόμενα από το νωτιαίο μυελό, όπως αστάθεια, αιμωδία. Σ
- δ. Υπερασβεστιαμία, ναυτία, σύγχυση. Σ
- ε. Ψυχοπνευματικά ζητήματα, διαχείριση μικρών παιδιών εάν υπάρχουν στην οικογένεια. Σ

Σενάριο 4: Γυναίκα 45 ετών με καρκίνο μαστού και οστικές μεταστάσεις υποβάλλεται σε ορμονο-χημειοθεραπεία. Τα συμπτώματα που έχει είναι: πόνοςVAS 6, ναυτία, θλίψη, παραίτηση από τη ζωή. Λαμβάνει τραμαδόλη 400 mg, TTS φεντανύλης 25 μg/h/72h, δικλοφενάκη 250 mg και μετοκλοπραμίδη x 3 ημερησίως. Για την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της ασθενούς ισχύει:

- α. Η ποσότητα της τραμαδόλης δεν μπορεί να αυξηθεί, διότι αφενός λαμβάνει ήδη την ανώτατη δόση, αφετέρου δεν χορηγούμε 2 οπιοειδή ταυτόχρονα για τον βασικό χρόνιο καρκινικό πόνο. Σ
- β. Διακόπτουμε την τραμαδόλη και αυξάνουμε την ποσότητα της φεντανύλης TTS σε 50 μg/h/72h (μετά από χορήγηση συνολικά 70 mg μορφίνης άμεσης απελευθέρωσης των 10mg/ml για το πρώτο 24ωρο σε δόσεις των 10 mgx 6 και άλλες 2 δόσεις των 5 mg στα ενδιάμεσα ως δόσεις διάσωσης και τιτλοποιούμε την κατάλληλη δοσολογία διαβλεπνογόνιας φεντανύλης για τον παροξυσμικό πόνο, ξεκινώντας από την χαμηλότερη δοσολογία των 200 μg. Σ
- γ. Η δοσολογία της δικλοφενάκης πρέπει να αυξηθεί σε μια μέση δοσολογία των 1000 mg/24ωρο. Λ
- δ. Μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της ασθενούς, όσον αφορά την πλήρη ανακούφιση από τον πόνο και τις τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, πρέπει τουλάχιστον για τα πρώτα εικοσιτετράωρα να είναι σε άμεση επικοινωνία με το Ιατρείο Πόνου / Μονάδα Ανακουφιστικής / Παρηγορικής Φροντίδας. Για τη θλίψη και την παραίτηση από τη ζωή παρακολουθείται από τον ψυχολόγο της Μονάδας Α/Π Φ. Σ
- ε. Επιπρόσθετα, χορηγούμε για την αντιμετώπιση της ναυτίας (ανεπιθύμητη

ενέργεια της χημειοθεραπείας) σετρόνη, αναστολέα αντλίας πρωτονίων (PPI) για γαστροπροστασία και ένα ήπιο υπακτικό για ενδεχόμενη δυσκοιλιότητα. Σ

Σενάριο 5: Ασθενής 55 ετών με οστικό πόνο λόγω μεταστατικού καρκίνου, λαμβάνει 2 χάπια φαρμάκου Α που περιέχει κωδεΐνη 10 mg, παρακεταμόλη 400 mg και καφεΐνη 50 mg κάθε 4 ώρες. Ο πόνος του είναι σταθερός στο 8, με βάση την αριθμητική κλίμακα του πόνου (NRS 0-10). Στόχος είναι η ελάττωσή του πόνου στο 3. Πώς θα τον διαχειριστείτε;

- α. Θα αυξήσουμε τη δόση του φαρμάκου Α. Λ
- β. Θα διατηρήσουμε την ίδια δόση του Α και θα προσθέσουμε συνοδό αναλγητικό φάρμακο. Λ
- γ. Θα ελαττώσουμε τη δόση του Α (1 χάπι κάθε 6 ώρες την ημέρα) και θα προσθέσουμε δερματικό επίθεμα φεντανύλης 25 μg /h. Σ
- δ. Θα σταματήσουμε τα χάπια Α, θα ξεκινήσουμε με την ισοδύναμη δόση μορφίνης από του στόματος και θα την τιτλοποιήσουμε. Σ
- ε. Θα συνδυάσουμε τη μορφίνη από του στόματος με συνοδά αναλγητικά. Σ

Σενάριο 6: Ασθενής 18 ετών, μετανάστης από την Αφρική, νοσηλεύεται με προχωρημένο σάρκωμα, αρχικά στο δεξιό μηρό, αλλά τώρα με εκτεταμένες μεταστάσεις, που περιλαμβάνουν και τους πνεύμονες. Παραπονείται για ισχυρό πόνο στο πόδι, παραμένει κλινήρης, είναι καχεκτικός και δεν έχει συγγενείς. Πώς θα τον βοηθήσετε;

- α. Θα χορηγήσουμε κορτικοειδή, χωρίς οπιοειδή. Λ
- β. Θα συνδυάσουμε μορφίνη και αντιεπιληπτικά φάρμακα. Σ
- γ. Θα προτείνουμε ψυχολογική υποστήριξη χωρίς φάρμακα. Λ
- δ. Θα συστήσουμε πολυδύναμη προσέγγιση (φάρμακα, ψυχολογική υποστήριξη, κοινωνικός λειτουργός). Σ
- ε. Θα υποστηρίξουμε μόνο την εφαρμογή εναλλακτικών τεχνικών για την αντιμετώπιση του πόνου. Λ

Σενάριο 7: Άνδρας 63 ετών με καρκίνο πνεύμονα, οστικές και ηπατικές μεταστάσεις παρακολουθείται σε Ιατρείο Πόνου / Μονάδα Ανακουφιστικής / Παρηγορικής Φροντίδας. Υποβλήθηκε σε ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Με σταδιακές αυξήσεις για την ανακούφιση από τον πόνο (VAS 1), φθάνουμε στο εξής φαρμακευτικό σχήμα: 200 mg μορφίνης άμεσης απελευθέρωσης των 10 mg/ml, 50 mg Χ4, γκαμπαπεντίνης 600 mg x 2 ημερησίως και μελοξικάμης 15 mg x 1 (σωματικός + σπλαγχνικός+ νευροπαθητικός πόνος). Για ένα διάστημα 12 ημερών ο ασθενής αισθανόταν αρκετά καλά. Στη συνέχεια, παραπονέθηκε για επανεμφάνιση του πόνου (ένταση VAS 4-5). Προστέθηκαν άλλα 40 mg μορφίνης άμεσης απελευθέρωσης, δηλ. συνολικά 240 mg ημερησίως + 300 mg

γκαμπαπεντίνης, αλλά ο πόνος συνέχιζε να εμφανίζεται ξαφνικά 2-3 φορές κατά τη διάρκεια του 24ώρου και να διαρκεί περίπου 25-30 min με την ίδια ένταση. Πώς θα αντιμετωπίσουμε τον συγκεκριμένο ασθενή?

- α. Η παραπάνω συμπτωματολογία μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ο πόνος που παρουσιάζεται είναι καθαρά παροξυσμικού τύπου. Σ
- β. Μετά από ενδελεχή συζήτηση με τον ασθενή και αφού βλέπουμε ότι παρόλη την αύξηση της μορφίνης άμεσης απελευθέρωσης, ο ασθενής συνεχίζει να παρουσιάζει τον ίδιο αριθμό επεισοδίων κατά τη διάρκεια του 24ωρου με την ίδια ένταση πόνου, ξεκινάμε τιτλοποίηση με την χαμηλότερη δόση σκευάσματος κιτρικής φεντανύλης 100 μg υπογλώσσια για τον παροξυσμικό καρκινικό πόνο, κατά την έναρξη του επεισοδίου. Σ
- γ. Μετά από 10 min ο ασθενής συνέχισε να πονάει και του χορηγήθηκε άλλο ένα δισκίο της ίδιας περιεκτικότητας, με αποτέλεσμα ο ασθενής να ανακουφιστεί πλήρως. Σ
- δ. Στο επόμενο παροξυσμικό επεισόδιο συνεχίσαμε με 200 μg υπογλώσσιας κιτρικής φεντανύλης και επήλθε πλήρης ανακούφιση του ασθενούς. Σ
- ε. Στον ασθενή δόθηκε οδηγία: με την έναρξη του επεισοδίου να λαμβάνει ένα υπογλώσσιο δισκίο 200 μg (maximum 4 το 24 ωρο) και τα υπόλοιπα φάρμακα για τον βασικό πόνο να τα συνεχίζει κανονικά. Σ

Σενάριο 8: Άνδρας 55 ετών με καρκίνο στον δεξιό άνω λοβό του πνεύμονα και διήθηση του βραχιονίου πλέγματος, που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία, κλείνει πρώτο ραντεβού σε Ιατρείο Πόνου / Μονάδα Ανακουφιστικής / Παρηγορικής Φροντίδας. Μετά την καταγραφή του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς και την κλινική εξέταση, ο ασθενής αναφέρει ότι παρουσιάζει πόνο έντασης 6 VAS, αϋπνία λόγω πόνου και κόπωση. Λαμβάνει δισκία κωδεΐνης + παρακεταμόλης (κάθε δισκίο περιέχει 30 mg κωδεΐνης + 500 mg παρακεταμόλης) 2 x 6 ημερησίως και 3 δισκία των 50 mg δικλοφενάκης. Πώς θα διαχειριστούμε τον πόνο στον συγκεκριμένο ασθενή;

- α. Διακόπτουμε τη χορήγηση δισκίων κωδεΐνης + παρακεταμόλης, διότι ο ασθενής λαμβάνει την ανώτατη δόση χωρίς αναλγητικό αποτέλεσμα, καθώς επίσης, διακόπτουμε και τη δικλοφενάκη. Σ
- β. Περνάμε στην 3^η σκάλα αναλγητικών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και

ξεκινάμε με 10 mg από του στόματος μορφίνη άμεσης απελευθέρωσης ανά 4 ώρες και αξιολόγηση αποτελεσματικότητας και ανεπιθυμητών ενεργειών κάθε 60 min, με ενδιάμεσες δόσεις διάσωσης εάν χρειασθεί. Σ

- γ. Όταν επιτευχθεί ικανοποιητική αναλγησία, υπολογίζεται η συνολικά ληφθείσα ημερήσια δόση μορφίνης στο 24ωρο και μοιράζεται σε 4 ισόποσες δόσεις, ανά 6 ώρες με μορφίνη άμεσης απελευθέρωσης ή ανά 12 ώρες με μορφίνη σε δισκία βραδείας απελευθέρωσης, με διαρκή επανεκτίμηση και επαναπροσδιορισμό της δόσης. Σ
- δ. Χορηγούμε γκαμπαπεντίνη 300 mg x 2 (νευροπαθητικός πόνος) + δεξαμεθαζόνη 2 mg (αντιμετώπιση του οιδήματος στην περιοχή του βραχιονίου πλέγματος). Παράλληλα, χορηγούμε γαστροπροστασία και ένα ήπιο υπακτικό. Σ
- ε. Παρακολουθούμε στενά τον ασθενή τα πρώτα 24ωρα για την αποτελεσματικότητα της αναλγητικής αγωγής, ώστε να είμαστε σε ετοιμότητα αναπροσαρμογής της, ώστε ο ασθενής να ανακουφιστεί πλήρως. Στην περίπτωση που ο ασθενής εμφανίσει και παροξυσμικό πόνο (το μέγιστο 4 επεισόδια ημερησίως), θα ξεκινήσουμε την τιτλοποίηση από την μικρότερη δοσολογία (100 μg υπογλώσσιας ή 200 μg διαβλεννογόνιας κιτρικής φεντανύλης), ώστε να διασφαλίσουμε το βέλτιστο αναλγητικό αποτέλεσμα. Σ

Χρόνιος πόνος – Ανακουφιστική Φροντίδα στα Παιδιά

Good Practice in Postoperative and Procedural Pain Management, 2nd Edition, 2012, Pediatric Anesthesia, 22 (Suppl. 1), 1–79, Section 6, Analgesia 6.6 Paracetamol, p. 70.

Κατευθυντήριες Οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του επίμονου πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2012, ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΦΙΛ Α1.6 Παρακεταμόλη, σελ. 74.

Κατευθυντήριες Οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του επίμονου πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις, WHO 2012, σελ. 40.

Η παρακεταμόλη στα παιδιά:

- α. Είναι απόλυτα ασφαλές φάρμακο, σε όλες τις ηλικίες. Λ
- β. Χορηγείται στον μέτριο προς σοβαρό πόνο. Λ

- γ. Δεν επιτρέπεται η iv χρήση της στα παιδιά λόγω του κινδύνου ηπατικής νέκρωσης. Λ
- δ. Απαιτείται αυστηρή τιτλοποίηση της δόσης σε μικρές ηλικίες και ειδικές καταστάσεις. Σ
- ε. Μπορεί να χορηγηθεί σε υψηλές δόσεις στα βρέφη που υφίστανται μεγάλες επεμβάσεις, όταν δεν θέλουμε να τους δώσουμε οπιοειδή λόγω ανεπαρκούς ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας στον θάλαμο. Λ

Miller's Anesthesia, 8th edition 2015 PART VII: Postoperative Care Chapter 98: Acute Postoperative Pain 1 p. 2993-4

Aldecoa C et al. European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. Eur J Anaesthesiol 2017; 34:192–214

Eur J Anaesthesiol, 2017; 34:192–214.

Intranasal fentanyl for the management of acute pain in children. Cochrane Database SystRev, 2014;(10)

Σενάριο 1: Κορίτσι 4 ετών έκανε επέμβαση αφαίρεσης νευροβλαστώματος, για την οποία τοποθετήθηκε επισκληρίδιος καθετήρας, που λειτουργούσε ικανοποιητικά διεγχειρητικά. Σε καλούν στον θάλαμό της γιατί έχει εντονότατο πόνο, κλαίει, είναι διεγερτική και σφίγγει τα δόντια της. Γιατί μπορεί να είναι το παιδί τόσο διεγερτικό μετεγχειρητικά και ποιές ενέργειες θα κάνεις;

- α. Η αιτία του προβλήματος μπορεί να είναι ο πόνος. Σ
- β. Μπορεί να έχει μετακινηθεί ο επισκληρίδιος καθετήρας. Σ
- γ. Μπορεί να υπάρχει βλάβη στο σύστημα χορήγησης (ελαστομερές- αντλία). Σ
- δ. Θα συμπληρώσω την αγωγή του με συνοδά αναλγητικά ή και μετατροπή σε αντλία μορφίνης. Σ
- ε. Θα χορηγήσω μόνο βενζοδιαζεπίνες για να ηρεμήσει ή/και μορφίνη im, για να επανατοποθετήσω τον φλεβοκαθετήρα. Λ

Κατευθυντήριες Οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του επίμονου πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2012, Κεφάλαιο 1.3. Αιτίες και ταξινόμηση του πόνου που συνδέεται με ειδικές παθήσεις σελ. 23-25.

Ο χρόνιος πόνος στα παιδιά:

- α. Είναι πιο συχνός από ότι θα πίστευε κανείς. Σ
- β. Είναι συχνότερος από ότι στους ενήλικες. Λ
- γ. Τα παιδιά δεν παρουσιάζουν νευροπαθητικό πόνο. Λ
- δ. Η κεφαλαλγία είναι από τα συχνότερα αίτια. Σ
- ε. Η νόσος Fabry είναι από τα συχνότερα αίτια. Λ

Κατευθυντήριες Οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του επίμονου πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2012, ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΜΟΝΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ, σελ. 26-35.

Good Practice in Postoperative and Procedural Pain Management, 2nd Edition, 2012, Pediatric Anesthesia, 22 (Suppl. 1), 1–79 Section 3, Pain Assessment, p. 10-12.

Η εκτίμηση του χρόνιου πόνου στα παιδιά:

- α. Η ηλικία παίζει ρόλο στην αντίληψη του πόνου στα μικρά παιδιά, τα οποία πονάνε λιγότερο από τους ενήλικες. Λ
- β. Η ηλικία παίζει ρόλο στη δυνατότητα έκφρασης και περιγραφής του πόνου. Σ
- γ. Τα ερωτηματολόγια πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στην ηλικία του παιδιού. Σ
- δ. Τα ερωτηματολόγια πρέπει να τα συμπληρώνει ο γονέας για να είναι αξιόπιστα. Λ
- ε. Οι κλίμακες πόνου που συμπληρώνει το ίδιο το παιδί είναι αξιόπιστες ακόμα και σε μικρά παιδιά. Σ

Κατευθυντήριες Οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του επίμονου πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2012, ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ, σελ. 36, 50-52.

Φάρμακα χωρίς τυπική έγκριση (off label) για την αντιμετώπιση του πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις είναι:

- α. Μορφίνη. Λ
- β. Γκαμπαπεντίνη. Σ

- γ. Αμιτριπτυλίνη. Σ
- δ. Καρβαμαζεπίνη. Σ
- ε. Ιβουπροφένη. Λ

Κατευθυντήριες Οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του επίμονου πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2012, ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ, σελ. 36-41.

Αρχές φαρμακευτικής αντιμετώπισης του πόνου σε παιδιά με διάφορες παθήσεις:

- α. Ο χρόνιος πόνος στα παιδιά, ανεξαρτήτως αιτίας, σπάνια ανταποκρίνεται σε ένα φάρμακο ή μια στρατηγική. Σ
- β. Χορήγηση αναλγησίας μόνο επί πόνου, ώστε να αποφεύγεται η πολυφαρμακία. Λ
- γ. Η ενδοφλέβια οδός πρέπει να προτιμάται. Λ
- δ. Τα αναλγητικά πρέπει να εξατομικεύονται. Σ
- ε. Τα οπιοειδή αποτελούν το 3^ο στάδιο αναλγητικής θεραπείας, σύμφωνα με τον WHO. Λ

Eccleston C, Morley S, et al. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents (Cochrane review). Cochrane Database Syst Rev. 2014;(5).

Eccleston C1, Fisher E, Law E, Bartlett J, Palermo TM. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 15:(4).

Ayling Campos A, Amaria K, Campbell F, McGrath PA. Clinical impact and evidence base for physiotherapy in treating childhood chronic pain. Physiother Can. 2011.

Στον χρόνια παιδιατρικό πόνο ισχύει:

- α. Η ψυχοθεραπεία τεκμηριώνεται από σποραδικά δημοσιευμένες ενδιαφέρουσες περιπτώσεις (case reports). Λ
- β. Η ψυχοθεραπεία δίνεται όταν οι ανεπιθύμητες ενέργειες από τα αντικαταθλιπτικά δυσχεραίνουν τη χορήγησή τους. Λ
- γ. Έχει τεκμηριωθεί η συμπεριφορική γνωσιακή θεραπεία. Σ

- δ. Η συμμετοχή των γονέων στην ψυχοθεραπεία έχει πολύ καλά αποτελέσματα. Σ
- ε. Η φυσικοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει τη λειτουργικότητα, που είναι αποτέλεσμα σημαντικότερο από τη μείωση του πόνου. Σ

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας. Ανακουφιστική φροντίδα στα παιδιά, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017, Κεφ. 15, σελ. 283.

Παιδιά που χρειάζονται ανακουφιστική φροντίδα είναι εκείνα με:

- α. Καρκίνο. Σ
- β. Κυστική ίνωση. Σ
- γ. Νευροεκφυλιστικά νοσήματα. Σ
- δ. Συγγενείς καρδιοπάθειες. Σ
- ε. Αλλεργίες. Λ

International Children's Palliative Care Network (<http://www.icpcn.org.uk>)

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας. Ανακουφιστική φροντίδα στα παιδιά, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017, Κεφ. 15, σελ. 284, πλαίσιο 15.1.

Οι κυριότερες καταστάσεις που ελαττώνουν το προσδόκιμο επιβίωσης στα παιδιά είναι:

- α. Κακοήθη νοσήματα. Σ
- β. Καρδιοαναπνευστικά νοσήματα. Σ
- γ. Χρωμωσωμικές ανωμαλίες με συμμετοχή πολλών οργάνων. Σ
- δ. Λοιμώδεις και ανοσολογικές παθήσεις. Σ
- ε. Νευρομυικά νοσήματα. Σ

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας. Ανακουφιστική φροντίδα στα παιδιά, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017, Κεφ. 15, σελ. 290.

Για την οδό χορήγησης φαρμάκων στα πλαίσια της ανακουφιστικής φροντίδας των παιδιών ισχύει:

- α. Συνήθως προτιμάται η ενδομυική οδός. Λ (Σ = η από του στόματος, αλλά και εναλλακτικά μέσω σωλήνα σίτισης ή υποδορίως)
- β. Από το ορθό φ/α μπορούν να βοηθήσουν τις ύστατες ώρες όταν το επίπεδο συνείδησης έχει πέσει. Σ
- γ. Σε περίπτωση υποδόριας χορήγησης, προτιμάται η συνεχής αντί της εφάπαξ διακεκομένης έγχυσης. Σ
- δ. Στα παιδιά με νευρολογικές παθήσεις τελικού σταδίου, η ενδοφλέβια οδός αποτελεί την καλύτερη λύση. Λ (Σ = η υποδόρια οδός ή μέσω γαστροστομίας ή νησιδοστομίας)

- ε. Εάν έχει τοποθετηθεί ενδοφλέβια οδός πρόσβασης, αυτή μπορεί εναλλακτικά να χρησιμοποιηθεί. Σ

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας. Ανακουφιστική φροντίδα στα παιδιά, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017, Κεφ. 15, σελ. 290-1.

William DG et al. Codein phosphate in paediatric medicine. Br J Anaesth 2001;86:413-421.

Για τα οπιοειδή στην ανακουφιστική φροντίδα των παιδιών ισχύει:

- α. Τα μακράς διάρκειας δράσης και βραδείας αποδέσμευσης σκευάσματα μορφίνης ή υδρομορφόνης, καθώς και τα διαδερμικά επιθέματα φεντανύλης είναι αποτελεσματικά και ιδιαίτερα πρακτικά. Σ
- β. Τα σκευάσματα βραχείας διάρκειας δράσης δεν χορηγούνται στην αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου. Λ
- γ. Στα μικρά παιδιά, σύμφωνα με φαρμακοκινητικές μελέτες των από του στόματος χορηγούμενων οπιοειδών και των μεταβολιτών τους, ο μεταβολισμός τους είναι ταχύτερος σε σχέση με τους ενήλικες και μπορεί να απαιτούν μεγαλύτερες δόσεις για επίτευξη ικανοποιητικής αναλγησίας. Σ
- δ. Τα νεογνά και τα βρέφη μικρότερα των 3 μηνών απαιτούν μικρότερες δόσεις έναρξης με οπιοειδή, λόγω μειωμένου μεταβολισμού και αυξημένης ευαισθησίας. Σ
- ε. Περίπου το 10% του γενικού πληθυσμού δεν μεταβολίζει επαρκώς την κωδεΐνη και το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο στα παιδιά. Λ (Σ=μεγαλύτερο)

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας. Ανακουφιστική φροντίδα στα παιδιά, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017, Κεφ. 15, σελ. 290-1.

Πού και από ποιούς παρέχεται η παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα?

- α. Από επαγγελματίες υγείας κατάλληλα εκπαιδευμένους. Σ
- β. Στο νοσοκομείο, Ξενώνα ή στο σπίτι. Σ
- γ. Από Ειδικές Συμβουλευτικές Ομάδες Παιδιατρικής Ανακουφιστικής Αγωγής. Σ
- δ. Δεν χρειάζεται ειδικός, αρκεί η οδηγία παιδιάτρου. Λ
- ε. Η Παιδιατρική Ανακουφιστική Φροντίδα στηρίζεται σε συγκεκριμένες προδιαγραφές, κανόνες και οδηγίες που έχουν δημοσιευτεί ανά τον κόσμο. Σ

Faull C, De Castecker S, Nicholson A, Black F. Εγχειρίδιο Ανακουφιστικής Φροντίδας. Ανακουφιστική φροντίδα στα παιδιά, ελληνική έκδοση, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Broken Hill, 2017, Κεφ. 15, σελ. 295.

Όταν τα τελικά στάδια νόσου στο παιδί είναι πλέον εμφανή και ο θάνατος είναι πλέον αναπόφευκτος ισχύει:

- α. Ο θάνατος μπορεί να προκύψει μέσω σταδιακής επιδείνωσης μιας νόσου με βραδεία εξέλιξη, είτε απότομα, π.χ. σε περιπτώσεις υποτροπής κακοήθους

- νοσήματος. Σ
- β. Παρόλο που το συναισθηματικό αντίκτυπο είναι δραματικό για τους γονείς, ωστόσο δεν χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη. Λ
 - γ. Οποιαδήποτε πληροφορία εκτιμάται από τους γονείς σχετικά με τα τελικά φαινόμενα. Σ
 - δ. Δεν χρειάζεται κάποια σχετική ενημέρωση της οικογένειας γιατί δημιουργεί περισσότερο πόνο. Λ
 - ε. Όταν απαιτείται εμπλοκή υπο-ειδικοτήτων καλύτερη είναι η φροντίδα σε νοσοκομείο παιδών. Σ