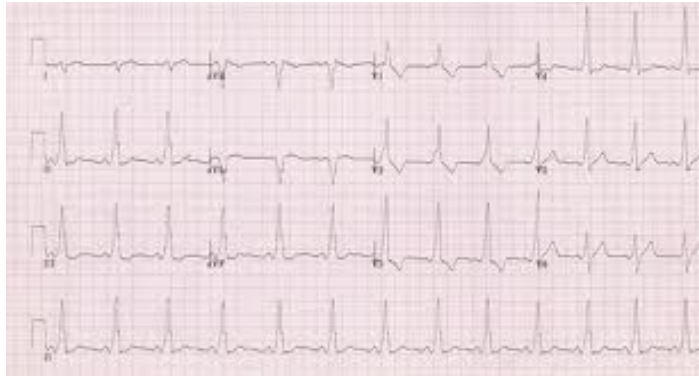


שחזור מבחן שלב א- 2013

קרדי:

1. אשה בהריון טרימסטר שני התקבלה עם גודש ריאתי לראשונה בחייה:
 - א. ככל הנראה מערב מסתם מיטרלי
 - ב. ככל הנראה מערב מסתם אאורטלי
 - ג. ככל הנראה מערב מסתם טריקוספידלי
 - ד. תודגם התמוצות לקויה גלובלית של שריר הלב



2. אק"ג

- מה נכון:
 - א. במספר עבודות הראו שבאוקלוסיה זו יש אוטמים קרדיאלים בגיל צעיר יותר
 - ב. יכול לגרום להפרעה על חדרית וחדרית

לזכור בהקשר של WPW- אם יש פרפור חל איסור על שימוש בתרופות ABCD (אדנוזין, BB, CCB ודיגוקסין). צריך לתת פרוקאינאמיד. במקרה ויש SVT- טיפול רגיל

3. מה נכון באי ספיקת לב בחולה קרדיאלי:
 - א. טרמבוס בלב זו אינדיקציה לקומדין לכל החיים
 - ב. מי שהיה לו פרפור או מאורע טרומבוטי צריך גם קומדין.
 - ג. כל חולי אי ספיקת לב ע"ר איסכמי צריכים קומאדין ואספירין
 - ד.

CHADS2= 1 point for age >75 years, 1 point for hypertension, 1 point for congestive heart failure, 1 point for diabetes, and 2 points for stroke or TIA; sum of points is the total CHADS2 score.

4. מה יש באק"ג של הבחור הנ"ל בן 23 עם כאבים בחזה מחמירים בשכיבה?

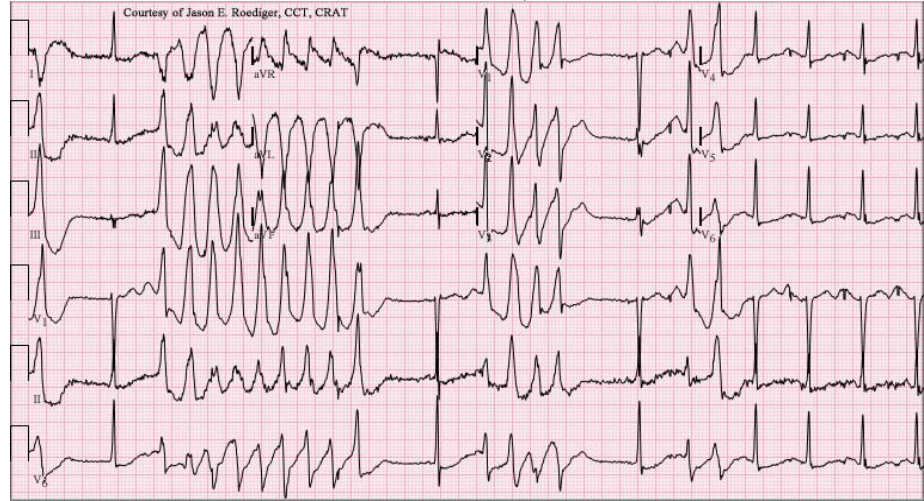


- א. MI
- ב. פריקורדיטיס
- ג. AVB

5. בן 21 פיתח קוצר נשימה בהדרגה של שבועיים מלווה בתחושת לחץ בחזה לעיתים לאחר שחלה במחלת חום שלווה בכאבי שרירים
 - א. MI

- ב. מיקרדיטיס
- ג. פריקרדיטיס

6. חולה מטבולי עם סוכרת, יל"ד ופרפור כרוני. מגיע עם אק"ג זה-



איזו תרופה יכולה הייתה ליצור בעיה זו?

- א. סטלול
- ב. לוסרטאן
- ג. מטפורמין

• עישה יותר Propafenone VT
• לא מומלץ בחולים עם QT ארוך

7. חוסמי ביתא בPVD:

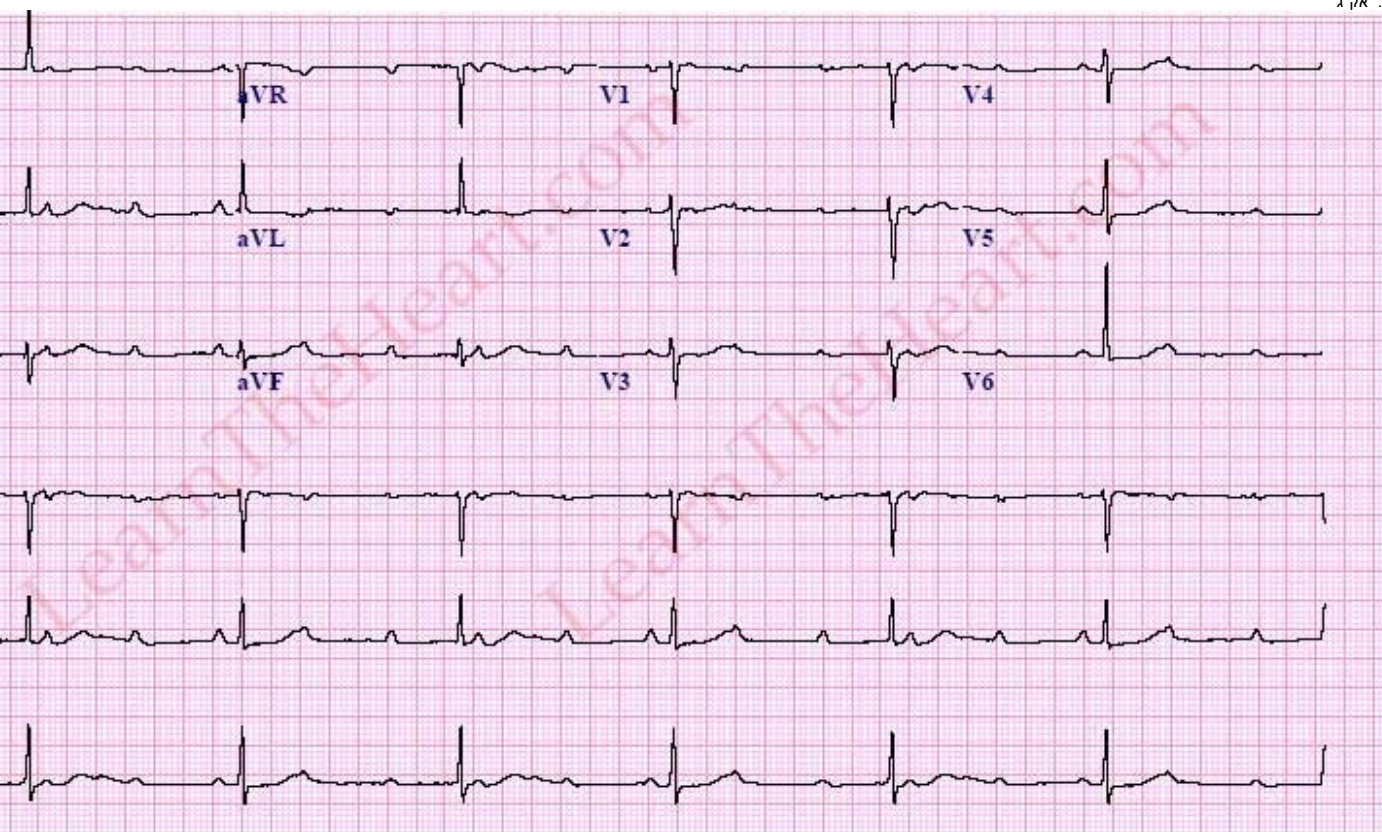
- א. אסור לתת
- ב. ניתן לתת בעיקר אם יש אס"ק לב.
- ג. יש לתת בעיקר אם סובלים ממחלה קורונרית

8. גבר בן 65 המתלונן על חולשה מזה כשבוע, מתקבל עם פרפור עליות ובצקת ריאות בצילום חזה, בבדיקתו באי שקט ומעט דיספנאי. חוץ ממשתנים מה עוד לעשות?

- א. תיאזידים
- ב. חוסמי ביתא
- ג. היפוך חשמלי
- ד. שליחה לTEE בשאלת הצורך באנטיקוגולציה

אינו יציב ולכן יחושמל

- 9. טיפול בחוסמי ביתא ב-STEMI
- א. מוריד תמותה אך לא כאבים בMI
- ב. קונטראאינדיקציה מוחלטת בMI וטכיקרדיה
- ג. נכסה להימנע בחולה עם מרווח AV מעל 0.24 שניות
- ד. בחולה עם בצקת ריאות ולחץ דם גמור- זה טיפול הבחירה.



150Hz 005C 12SL 250 CID: 10

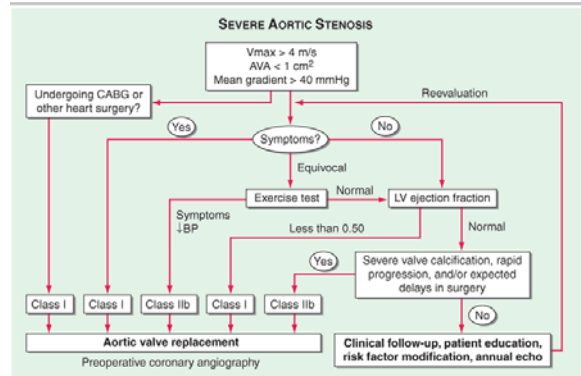
EID:610 EDT: 19:17 31-JUL-2003 ORDER:

- אישה המתלוננת על חולשה ושני אירועי סינקופה
- צינתור
 - ניתוח דחוף
 - קוצב קבוע**

11. מי מהבאים לא גורם לחסם AV?
- חוסמי ביתא
 - המוכרומטוזיס
 - סרקואידוזיס
 - סיבך של אנדוקרדיטיס
 - תירוסוקסיקוזיס**

12. חולה עירקי עם חום, כאבי פרקים וגיטיציה על המסתם וטרולוגיה ל1:3200 Q FEVER. איך נטפל?
- הידרוקסיכלורוקוויין+דוקסילין**
 - קוויטלון
 - מרופנם

13. חולה עם AS א-תמימי. מה היא אינדיקציה מוחלטת לניתוח?
- שטח מסתם 1.5 ס"מ בחולה המתוכנן לעבור CABG
 - EF >45% ללא כל סיבה אחרת**



14. חולה מעל גיל 75 עם יל"ד מתקבל למיון עם פרפור שגילו לא ידוע. איזה טיפול נוגד קרישה הוא צריך לקבל?
 א. אספרין בלבד
 ב. דיפירידמול בלבד
 ג. קומדין בלבד
 ד. אספרין וקומדין

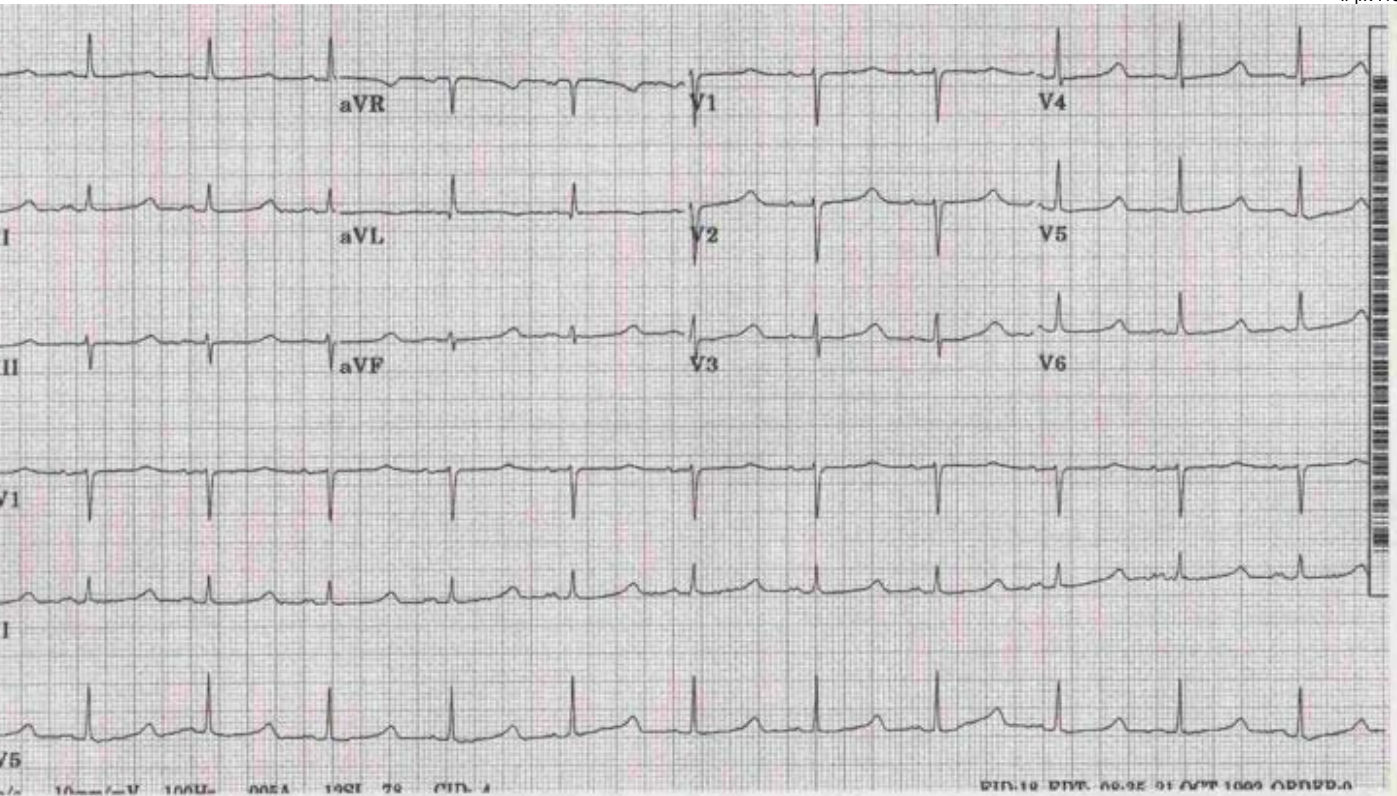
15. מה נכון בטיפול בלחץ דם?
 א.
 ב.

ג. ACEI מונעים יותר שבץ ואילו CCB מונעים יותר מחלת לב. (בדייק הפוך)
 ד. בעבודות אחרונות הראו שהטיפול המועדף באוכלוסייה לא קשישה הוא ACEI+CCB

Younger patients may be more responsive to beta blockers and ACEIs, whereas patients over age 50 may be more responsive to diuretics and calcium antagonists. ACEI and a diuretic has recently been shown to produce major reductions in morbidity and mortality in the very elderly. **ACEIs provide better coronary protection** than do calcium channel blockers, whereas **calcium channel blockers provide more stroke protection** than do either ACEIs or beta blockers.

16. מה מהבאים הינו סמן ל EMERGENCY HYPERTENSION?
 א. כאבי ראש ובחילות
 ב. אנמיה המוליטית מקרואנגיופטיית
 ג. כליות קטנות בסונר
 ד. היפוכי גלי T ב V1-4

17. בן 21 מגיע למיון עם מד"א בשל כאבים בחזה שהעירוהו משנתו ואק"ג עם עליות ST שחלפו תחת טיפול בניטראטים. במיון מצוין כי הכאבים חלפו. אק"ג במיון התרמל. טרופונין שלילי בבדיקות חוזרות. צורף אק"ג שהדגים עליות קלות ב-2,3, AVF בלבד. ולא ברור האם מדובר באקג מהמיון או לאחר מכן. כיצד נטפל בחוזר?
 א. צינתור דחוף.
 ב. ניתוח מעקפים
 ג. חוסמי ביתא
 ד. חוסמי סידן וניטראטים



- מה תעשה?
 א. נתחיל טיפול באנטיקוגולציה
 ב. באם **ההפרעה מולדת** והבחור עבר **סינקופה נשתל ICD**
 ג. האק"ג תקין
 19. מה מהבאים אינו גורם לסיכון לשבץ בחולה AF?
 א. סוכרת
 ב. אירועי מוחי בעבר
 ג. ASD
 ד. **60%=EF**
 ה. יל"ד

Table 233-1. Risk Factors for Stroke in Atrial Fibrillation

History of stroke or transient ischemic attack	Age >75 years
Mitral stenosis	Congestive heart failure
Hypertension	Left ventricular dysfunction
Diabetes mellitus	Marked left atrial enlargement (>5.0 cm)
	Spontaneous echo contrast

20. תואר בחור מעשן עם BMI=28, ל"ד=130/85, LDL=170. מה מהפרמטרים ייספר כפרמטר להגדרת תסמונת מטבולית?
 א. עישון
 ב. LDL
 ג. **ל"ד** (בחירה לא מוצלחת של ערכים משום שבהגדרה צריך מעל 130/85)
 ד. BMI

שלושה מהבאים:

• 1. היקף בטן מעל 102 בגברים 88 בנשים
• 2. ל"ד מעל 130 סיסטולי או 85 דיאסטולי
• 3. TG מעל 150 או תרופות

• HDL 4.מתחת 40 בגבר 50 אשה או תרופות
• IFG 5 DM או תרופות

21. תיאור של איש בן 60 ללא גורמי סיכון המתקבל בתלונה על חולשה מזה שבוע ומעט קוצר נשימה, יציב המודינמית, דופק לא סדיר 130-140 ובאק"ג קצב שאינו סינוס, לא סדיר, קשה היה להבדיל בין AF ל-AFL, מה השלב הבא?
 א. היפוך חשמלי
 ב. **חוסמי בתא להאטה ואנטיקוגולציה**
 ג. אבולוציה
 ד. אמיודארון ואנטיקוגולציה
22. מה נכון בנוגע ליל"ד?
 א. לפי מחקר ACCOMPLISH הטיפול בצעירים עדיף בחוסמי ACE וחוסמי בתא
 ב. **לפי מחקר AHAART התועלת הצפויה במניעת אירועים קרדיווסקולריים זהה עבור ACEI, CCB ו-תיאזיד**
 ג.
 ד.
23. גבר בן 50 שעבר OUT OF HOSPITAL CARDIAC ARREST כתוצאה מMI ועבר החייאה מוצלחת, שוכב כרגע בטיפול נמרץ לב. מה מהבאים לא יהווה אינדיקציה להשתלת ICD?
 א. **EF סביב האירוע=30% ולאחר מספר ימים EF=45%** (רק כעבור 40 ימים)
 ב. אירוע של VF במהלך האשפוז
 ג.
 ד.
24. מה מהבאים הינו טיפול אפשרי בחולה לאחר השתלת DES?
 א. אספירין בלבד
 ב. פלואקס בלבד
 ג. **אספירין + פרסוגרל**
 ד. קומאדין
25. חולה צעיר ללא עבר קרדיאלי המתקבל עם חום, LBBB ל"ד נמוכים EF=20% מה נכון?
 א. לחולה **מיוקרדיטיס פולמינינטית ויש להכין להשתלת ICD**
 ב. לחולה מיוקרדיטיס ויש לשקול לבצע ביופסיה מיוקרדיאלית לביסוס האבחנה
 ג.
 ד.
26. מתקבל אלטוהוליסט כרוני עם אס"ל EF=35% ו-SVT ללא אתילוגיה קורונרית, לאחר ייצוב ראשוני וטיפול בהפרעת הקצב ואי ספיקת לב כיצד יש לפעול בהמשך?
 א. לעודד **את החולה להיגמל מאלכוהול ולבצע אקו חוזר בעוד 3-6 חודשים**
 ב. להכין להשתלת לב
 ג. להשתיל קוצב
27. מה נכון לגבי פרופרנולול?
 א. חסם ביתא 1 סלקטיבי
 ב. חסם ביתא 2 סלקטיבי
 ג. חסם אלפא סלקטיבי
 ד. חסם ביתא 1 ופעילות סימפטומימטית
 ה. **חסם ביתא 1 וביתא 2.**
28. מה נכון לגבי קרבדילול: **כמו גם לבטולול**
 א. חסם ביתא 1 סלקטיבי
 ב. חסם ביתא 2 סלקטיבי
 ג. חסם ביתא 1 וביתא 2 בלבד
 ד. **חסם ביתא 1 וביתא 2 ואלפא 1.**
 ה. חסם ביתא 1 ופעילות סימפטומימטית.

- BB סלקטיבים (מעכבי B1)- אטנולול, ביסופרולול ומטופרולול
- BB לא סלקטיבים- דרלין=פרופרנולול
- חסמי ביטא 211 ואלפא 1 – LABETALOL CARVEDILOL

פרמקולוגיה:

- מאיזו תרופה הפגיעה הכבדית תימשך לזמן הרב ביותר, גם לאחר הפסקתה?
 א. PTU
 ב. איזוניאזיד
 ג. **פרוקור**
 ד. קומדין
 ה. אקמול
- איזו תרופות עושות פיברוזיס ריאתי?
 א. לא זוכר מסיחים
 ב. **בלאומיציין ואמיודארון**
- מה מעלה מינון קומדין?
 א. **פרוקור**

- ב. טגרטול
ג. יבלת יוחנן

carbamazepine and st. john's wart will decrease the level or effect of **warfarin** by affecting hepatic/intestinal enzyme CYP3A4 metabolism
amiodarone increases levels of **warfarin** by slowing drug metabolism.

נפרו:

1. איזה חולה עם HB 5.7 צפוי לפתח סיבוך כתוצאה ממספר מנות דם?
א. **חולה היפרקלמיה, אס"כ וקראטינין מוגבר**
ב. חולה היפופוספטמיה
ג. חולה היפומגנמיה
ד. חולה היפוקלמיה

2. חולה קיבל 12 מנות דם ופיתח התכווצויות ברירי הידיים ונימול בפה. ממה סובל?
א. TRALI
ב. היפוקלמיה
ג. היפופוספטמיה
ד. חמצת
ה. **היפוקלמיה** (ציטראט גורם להיפוקלמיה)

3. חולה סייב בן 21 עם חבר לעבודה מגיע עם שיתוק היפוקלמיה היפופוספטמיה היפומגנמיה וטכיקרדיה 120.
א. ACEI
ב. **דרליון**
ג. פרקור
ד. דיגוקסין

Hyperkalemic periodic paralysis

4. יל"ד והיפוקלמיה מה שכיח?
א. RTA 4
ב. **לידל**
ג. ברטר

- ד. גיטלמן **שכיח יותר מברטר**
ה. גרדון (ימחלה AD, נדיר)

Liddle's syndrome **mimics a state of aldosterone excess** by the presence of early and **severe hypertension**, often accompanied by **hypokalemia and metabolic alkalosis**, but plasma aldosterone and renin levels are low. This disorder is due to unregulated sodium reabsorption by an overactive ENaC in the cortical collecting duct

5. חולה עם יל"ד **במעבדה רנין נמוך אלדוסטרון נמוך קליום מוגבר בשתן ואילו בדם 3.3**. מה גורם?
א. licorice
ב. פוסיד
ג. **פרדניזון**

6. בן 62 מטופל בספירומולקטון ודיגוקסין. מתקבל עם קליום 6.5. ובאק"ג גלי T מחודדים. מה נעשה?
א. קלציום גלוקונט תוך 2-3 דקות
ב. **אם שנייים באק"ג קלציום גלוקונט בעירוי על פני 20-30 דקות.**
ג. גם אם אין שינוי אק"ג יש לטפל בכל מקרה באיש זה בקלציום גלוקונט

The recommended dose - 10 mL of 10% calcium gluconate (3–4 mL of calcium chloride), infused intravenously **over 2 to 3 min with cardiac** monitoring. The effect of the infusion starts in 1–3 min and lasts 30–60 min; the dose should be repeated if there is no change in ECG findings or if they recur after initial improvement. Hypercalcemia potentiates the cardiac toxicity of **digoxin**; hence, intravenous calcium should be used with extreme caution in patients taking this medication. If judged necessary, 10 mL of 10% calcium gluconate can be added to 100 mL of 5% dextrose in water and infused **over 20–30 min to avoid acute hypercalcemia**.

7. איך מטפלים באבני חמצה אורית?
א. תיאזידים
ב. **פוסטיום ציטראט**
ג. פניצילאמין

The two goals of treatment are to raise urine pH and lower excessive urine uric acid excretion to <1 g/d. Supplemental alkali, 1–3 meq/kg of body weight per day, should be given in three or four divided doses, one of which should be given at bedtime. The goal of treatment should be a urine pH between 6 and 6.5 in a 24-h urine collection. Increasing urine pH above 6.5 will not provide additional benefit in preventing uric acid crystallization but increases the risk of calcium phosphate stone formation. The form of the alkali may be important. Potassium citrate may reduce the risk of calcium salts crystallizing when urine pH is increased, whereas sodium alkali salts may increase the risk. A low-purine diet should be instituted in uric acid stone formers with hyperuricosuria. Patients who continue to form uric acid stones despite treatment with fluids, alkali, and a low-purine diet should have allopurinol added to their regimen.

8. בן 80, אי ספיקת לב. מגיע עם תחושת יובש בפה. בקות פריפריות קשות. היפונטרמיה 121. כיצד תטפל?
א. העלאת מינון פוסיד
ב. כדורי מלח
ג. **NACL 0.9%**
ד. החמרת הגבלת שתייה ומלח

9. בת 80 שוקלת 60 ק"ג משלשלת שלשולים מרובים. מתקבלת חלשה למיין. לחץ דם 110/70. נתן 154. קראטינין תקין. מה הטיפול ומה נפח הנוזלים החסר לחולה זו?
א. לחולה **חסר של 3 ליטר יש עדיפות להחזר מים בזונדה או בשתייה איטית לתיקון על פני 48 שעות.**
ב. לחולה **חסר 5 ליטר יש לתת החזר בסליין איזוטוני.**

ג. לחולה חסר של 7.6 ליטר יש לתת החזר מים בזונדה או שתיה איטית לתיקון על פני 48 שעות.

- 10. מי עושה היפוקלמיה?
- א. NSAIDS
- ב. ציקלוספורין
- ג. רספרים
- ד. אדרנגים אגוניסטים

Table 45-4 Causes of Hypokalemia

- 11. חולה 3 שבועות לאחר צינתור לטיפול בPVD. מתקבל עם אסי"כ קראטנין 4 [חדש] אאוזינופיליה, ליבדו רטיקולריס. מה האבחנה?
א. CONTRAST NEPHROPATHY
ב. CHOLESTROL EMBOLI
ג. INTERSTITIAL NEPHRITIS

12. למי יש להזהר במתן אנטיקואגולציה. (קומדין?)

- א. אשה בהריון חודש שמיני
- ב. אנדוקרדיטיס עם ווגטציה
- ג. החלפת מסתם מיטרלי לביולוגי
- ד. החלפת מסתם אאורטלי למכני.

Warfarin has been assigned to pregnancy category X by the FDA. Problems associated with perinatal administration of warfarin have included central nervous system defects, spontaneous abortion, stillbirth, prematurity, hemorrhage, and ocular defects when given anytime during pregnancy, and a fetal warfarin syndrome when given during the first trimester. Warfarin is considered contraindicated during pregnancy.

- 13. מגיע אדון עם CVA. למי נעשה טרומבוליזה.
א. תסמינים החלו לפני שעה, לחץ הדם 220/110
ב. התעורר לפני שעה עם חולשת צד ימין כאשר 6 שעות קודם לכן הרגיש טוב כשהלך לישון. ל.ד. 120/80
ג. תסמינים מזה כשעה ל.ד. CT תקין, טסיות 110,000
ד. תסמינים מזה כשעה. ל.ד. 130/70 לפני שבוע טופל בטרומבוליזה עקב MI.

התוויות נגד לטרומבוליזה:

Sustained BP >185/110 mm Hg despite treatment

Platelets <100,000; HCT <25%; glucose <50 or >400 mg/dL

Use of heparin within 48 h and prolonged PTT, or elevated INR

Rapidly improving symptoms

Prior stroke or head injury within 3 months; prior intracranial hemorrhage

Major surgery in preceding 14 days

Minor stroke symptoms

Gastrointestinal bleeding in preceding 21 days

Recent myocardial infarction

Coma or stupor

- 14. מה אין באק"ג בהיפרקלמיה?
א. גלי P מחודדים
ב. גלי T מחודדים
ג. QRS רחב
ד. SINE WAVES
ה. גלי P שטוחים

Elevated T=> P wave widens and flattens=>QRS widens=>sine waves=>bradycardia/block

- 15. חולה עם היפונתרמיה אאולמית. מה לא תצפה במעבדה שלו
א. TSH/קורטיזול לא תקינים
ב. נתרן בשתן 8
ג. אוסמולריות שתן מעל 185
ד. אוסמולריות אפקטיבית בדם מתחת ל175

- 16. טיפול בUTI:
א. מאקרודנטין 3 ימים
ב. מאקרודנטין 5-7 ימים

Table 288-1 Treatment Strategies for Acute Uncomplicated Cystitis

Drug and Dose	Estimated Clinical Efficacy (%)	Estimated Bacterial Efficacy (%)	Common Side Effects
Nitrofurantoin, 100 mg bid x 5–7 d	84–95	86–92	Nausea, headache
TMP-SMX, 1 DS tablet bid x 3 d	90–100	91–100	Rash, urticaria, nausea, vomiting, hematologic abnormalities
Fosfomycin, 3-g single-dose sachet	70–91	78–83	Diarrhea, nausea, headache
Pivmecillinam, 400 mg bid x 3–7 d	55–82	74–84	Nausea, vomiting, diarrhea
Fluoroquinolones, dose varies by agent; 3-d regimen	85–95	81–98	Nausea, vomiting, diarrhea, headache, drowsiness, insomnia
-Lactams, dose varies by agent; 5- to 7-d regimen	79–98	74–98	Diarrhea, nausea, vomiting, rash, urticaria

17. איש צעיר עם הפרשת חלבון בשתן של 6 גר' ליממה ידועה מזה זמן רב, מתקבל כעת עם כאב חד במוותן והמטוריה, מה האבחנה הסבירה?
 א. נפרוליטיאזיס
 ב. Renal Vein Thrombosis

18. גבר בן 65 מתקבל בלבול חריף ושקיעה במצב הכרה, גלוקוז בדם 450, נתון בדם 165. קראטינין=1.5, ל"ד 90/60, כיצד תטפל בשלב ראשון
 א. יש לטפל במהירות באתילוגיה הבסיסית שהביאה אותו למצב זה
 ב. יש לטפל בעירוי דקסטרוז 5%
 ג. סליין איזוטוני 0.9% 2-3 ליטר

Depending on the history, blood pressure, or clinical volume status, it may be appropriate to treat initially with hypotonic saline solutions (1/4 or 1/2 normal saline);

19. מה מהטיפולים הבאים יכול לגרום להיפוקלמיה?
 א. רספרים
 ב. B12
 ג. הפותירואידיים
 ד. ציקלופורין

20. אלכוהוליסט מקיא יציב המודינמית ומעורפל הכרה. במעבדה: PH 7.20 עם HCO3 של 10 נתון 135 כלור וPCO2 של 35. מה ההפרעה?
 א. חמצת מטבולית עם AG גבוה+ חמצת מטבולית עם AG תקין
 ב. חמצת מטבולית עם AG תקין ובססת נשימתית
 ג. חמצת מטבולית עם AG גבוה+ בססת מטבולית
 ד. חמצת מטבולית עם AG גבוה+ בססת מטבולית + חמצת נשימתית.

21. חולה סוכרת עם קראטינין 2 המטופל במטפורמין מתקבל עם ערפול הכרה HCO3 24 PH7.4 וPCO2 40 נתון 150, כלור 105,
 א. אין הפרעת חומצה בסיס
 ב. לחולה יש שילוב של חמצת מטבולית ובססת מטבולית
 ג. לחולה יש שילוב של חמצת מטבולית עם בססת נשימתית.
 ד. לחולה יש חמצת נשימתית עם בססת מטבולית.

22. היפונתרמיה בחולה עם גוש ריאתי מה נכון?
 א. לאחר הוצאת הגוש ההיפונתרמיה תיעלם (ידענו שחזורים טובים מאלה..)
 ב. דמלקוציקלין לא יעיל במצבים אלו

המטולוגיה:

- מה הסיבה הכי שכיחה לאנמיה בצליאק?
- אנמיה המוליטית
- אנמיה של מחלה כרונית
- אנמיה מגלובליטית
- אנמיה של חסר ברזל וחומצה פולית

Most commonly, iron deficiency; less commonly, vitamin B₁₂ and/or folate deficiency

2. TTP עם שברי תאים במשטח ורמת ADAMTS 13 ירודה. מקבל טיפול בפלזמהפריזיס ומשפר. שבוע לאחר מכן שוב החמרה וירידה בתפקוד ADAMTS 13, מה לעשות?
 א. אבחנה ראשונית מוטעית.
 ב. העלאת תדירות פלזמה פריזיס לא תשפר.
 ג. יש לחזור על רמת ADAMTS 13
 ד. במקרים עמידים ניתן לנסות טיפול במבטרה
 ה. יש להיניו להשתלת מח עצם

3. בת 30 אבנים בדרכי מרה וספלנומגליה, אחיה עבר ספלנקטומיה בציבורותו. המוגלובין 10 נורמוציט. LDH מוגבר תפקודי כבד תקינים. בילורובין בלתי ישיר מוגבר. איך תתקדם?
 א. משטח דם ושבריות אוסמוטיות
 ב. מח עצם
 ג.

Spherocytosis

4. מה אין באנמיה חרמשית?
 א. צריך לתת הרבה נוזלים בהתקף.
 ב. צריך לתת דם בהמטוקריט קטן 30. (נכון לגבי התקף)
 ג. סחול גדול

the spleen is frequently lost within the first 18–36 months of life, causing susceptibility to infection, particularly by pneumococci

5. חולה עם RA מספר חודשים מציגה בדיקות דם עם אנמיה 10.5 טרומבוציטים K512 ולוקוציטים K10.
 . פריטין 196 ברזל 50 טרנספרין 330. 80MCV מה האבחנה?
 א. אנמיה מחסר ברזל
 ב. אנמיה המוליטית
 ג. אנמיה מגלובלסטית.
 ד. אנמיה של מחלה כרונית
 ה. הפרעה משולבת של אנמיה מחסר ברזל ואנמיה של מחלה כרונית

Table 103-4 Diagnosis of Microcytic Anemia				
Tests	Iron Deficiency	Inflammation	Thalassemia	Sideroblastic Anemia
Smear	Micro/hypo	Normal micro/hypo	Micro/hypo with targeting	Variable
SI	<30	<50	Normal to high	Normal to high
TIBC	>360	<300	Normal	Normal
Percent saturation	<10	10–20	30–80	30–80
Ferritin (g/L)	<15	30–200	50–300	50–300
Hemoglobin pattern on electrophoresis	Normal	Normal	Abnormal with thalassemia; can be normal with thalassemia	Normal

6. מה לא מתאים לאנמיה מחסר חסר B12:
 א. הפטגולובין נמוך
 ב. LDH מוגבר
 ג. בילירובין ישיר
 ד. תלונות נוירולוגיות
 ה. אנמיה מאקרוציטית

Megaloblastic anemia=>ineffective hematopoiesis=>indirect bili+dec. hapto+inc. LDH+urine hemociderin

7. תגובה לדם:
 א. התגובה השכיחה ביותר נובעת מלוקוציטים ותוצריהם
 ב. תגובה המוליטית מאוחרת הינה ההפרעה השכיחה ביותר.
 ג. בתגובה אלרגית לדם מופיעות חום, צמרמורת ופריחה.
Removal of leucocytes from various blood products has been shown to minimize Febrile nonhemolytic transfusion reactions and HLA alloimmunization

8. חולה עירקי עם ארועים חוזרים של כאבי בטן ודלקת פרקים. עכשיו אנאסרקי והפרשת חלבון רב בשתן. מה ייתן את האבחנה?
 א. כינפסיה רקטלית וצביעת קונגו RED.
 ב.
 ג.

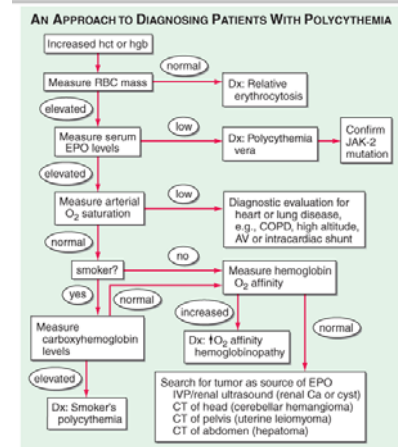
10. אשה עם DVT חוזר 2 הפלות בעבר. טרומבוציטופניה 90000. איזה טיפול היא צריכה?
 א. קומדין לכל חייה
 ב. קומדין לחצי שנה
 ג. דביגטראן
 ד. אספרין בלבד
 ה. פלביקס.

11. איזה טיפול צריכה לקבל אשה עם APLAS וארוע תרומבוטי אחד?
 א. אספרין ודיפירידמול
 ב. פלביקס
 ג. קומדין בלבד
 ד. אספרין 75 מ"ג
 ה. אספירין 325 מ"ג

12. מה לא קורה בPv?
 א. טרומבוזיס ורידי

- ב. טרומבוזיס עורקי
 - ג. התמרה ל-AML
 - ד. **התמרה ל-CML**
 - ה. התמרה למיילופיברוזיס
- סיבוכי PV כוללים: קרישים עורקיים וורידיים, מייפיברוזיס, אוטם שחול, לויקמיה חריפה.**

13. חולה עם HB 19 ושאר השורות תקינות. EPO גבוה. מה הבדיקות שצריך?
- א. אלקטרופורזה בשאלה של תלסמיה
 - ב. **CT בטן ותפקודי ריאה**



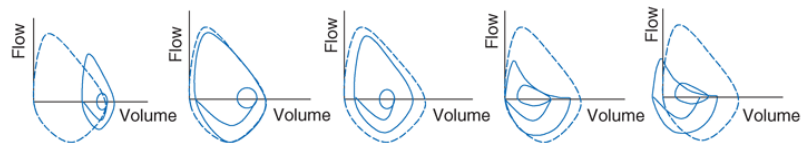
14. חולה בן 50 עם 44000 לוקוציטים מהם 80% לימפוציטים. 30% נויטרופילים. טסיות 190,000 המוגלובין 14. לפני מספר חודשים בדיקת דם עם ערכים דומים. מה נכון?
- א. לחולה אינדיקציה ברורה לטיפול
 - ב. לחולה יש ALL
 - ג. באם החולה **יפתח אנמיה המוליטית עם COOMBS חיובי הוא יזדקק לטיפול בפרדניזון** 1 מ"ג לק"ג
 - ד. יש לבדוד החולה לאור הנויטרופניה.

ריאות:

1. חולה עם דלקת ראות ותפליט שבניקור PH 7.1. הוכנס נקז שניקז 600 מ"ל, לא משתפר קלינית. בצל"ח עדיין נוזל בכמות רבה. מה לעשות?
 - א. נקז נוסף
 - ב. אנטיביוטיקה לתוך התפליט
 - ג. סטרופטוקינאז
 - ד. ביופסיה פלאורלית לשלילת TB.
 2. חולה עם COPD מגיע עם החמרה בשיעור ליחתי, חום 40 מתנשם 40 לדקה. PH 7.26 ולחץ דם 80/50. מה מהנ"ל הוא קונטרהאינדיקציה ל-BIPAP?
 - א. PH 7.26
 - ב. חום 40
 - ג. **לחץ הדם 80/50**
 - ד. מתנשם 40
- Contraindications to NIPPV include: **cardiovascular instability**, impaired mental status or inability to cooperate, copious secretions or the inability to clear secretions, craniofacial abnormalities or trauma precluding effective fitting of mask, extreme obesity, or significant burns.
3. חולה עם FEV1 של 60% וFVC של 70% עם יחס FEV1/FVC 85% מה נכון?
 - א. הפרעה חסימתית
 - ב. אם TLC יהיה 120%.....
 - ג. **כל הנראה הפרעה רסטרוקטיבית**
 4. CT חזה עם תמונה של אמפיזמה ובבדיקה גופנית אקספיריום מוארך מה יהיה בתפקודי ריאה?
 - א. **TLC גבוה, דיפוזיה 50%**
 - ב. TLC גבוה ודיפוזיה 90%

Figure 252-6

	Restriction due to increased lung elastic recoil (pulmonary fibrosis)	Restriction due to chest wall abnormality (moderate obesity)	Restriction due to respiratory muscle weakness (myasthenia gravis)	Obstruction due to airway narrowing (acute asthma)	Obstruction due to decreased elastic recoil (severe emphysema)
TLC	60%	95%	75%	100%	130%
FRC	60%	65%	100%	104%	220%
RV	60%	100%	120%	120%	310%
FVC	60%	92%	60%	90%	60%
FEV ₁	75%	92%	60%	35% pre-b.d. 75% post-b.d.	35% pre-b.d. 38% post-b.d.
R _{aw}	1.0	1.0	1.0	2.5	1.5
D _{LCO}	60%	95%	80%	120%	40%



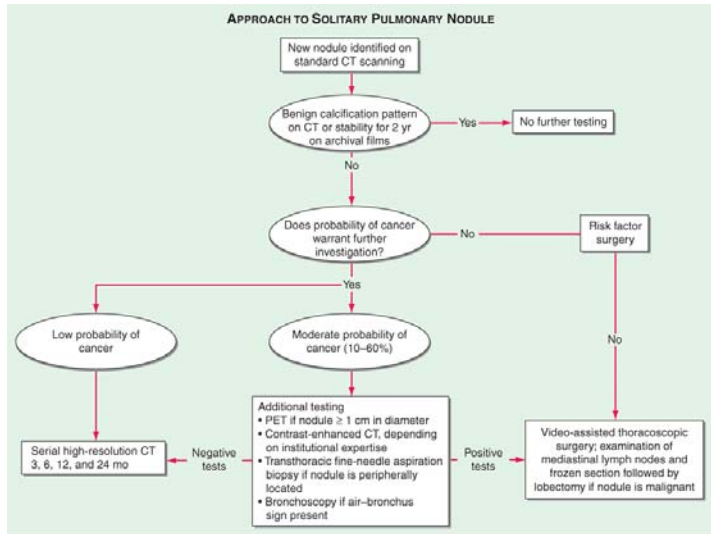
5. חולה COPD מתקבל עם כיח בהחמרה ומוגלתי. איזה חיידק שכיח יש לכסות בטיפול שיקבל?
 א. קלבסיאלה
 ב. ליגיונלה
 ג. אצינובקטר
 ד. פסאודומונס
 ה. המופילוס אינפלאנזה

Bacteria frequently implicated in COPD exacerbations include *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, and *Moraxella catarrhalis*.

6. מה בדיקת הבחירה/הטובה ביותר בשאלה של PE?
 א. די דימר
 ב. דופלקס ורידי רגליים
 ג. מיפוי ריאות
 ד. CTA

7. חולה שמעשן בן 55 עובר בדיקת CT חזה שמדגימה גודול ראתי באמצע אונה ימנית עליונה. גודל 1.5 ס"מ ללא הסתיידויות. ללא הגדלת בלוטות לחמפה ללא ציור ראתי פתולוגי. איך נתקדם:
 א. PET איננה בדיקה טובה במקרה זה
 ב. ביופסיה (דרגת סיכון ביניים לפי גיל, גודל והיעדר היסתיידויות)
 ג. ניתוח להוצאת הגוש
 ד. CT חוזר בעוד 3 חודשים.

Variable	Risk		
	Low	Intermediate	High
Diameter (cm)	<1.5	1.5–2.2	2.3
Age (years)	<45	45–60	>60
Smoking status	Never smoker	Current smoker (<20 cigarettes/d)	Current smoker (>20 cigarettes/d)
Smoking cessation status	Quit 7 years ago or quit	Quit <7 years ago	Never quit
Characteristics of nodule margins	Smooth	Scalloped	Corona radiata or spiculated



Source: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J: Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition. www.accessmedicine.com Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

8. בתפליס פלאורלי שנוקז נמצאה רמת גלוקוז 40. מי מהנ"ל יכול לגרום לתמונה זו?
 א. RA
 ב.
 ג.

9. חולה עם הפרעה חסימתית מטופלת ב-ICS וולאחרונה מקבלת סטרואידים פומיים, התקבלה עם 3 אשפוזים השנה בשל החמרות. מה נכון?
 א. שימוש בבובולייזר משלב של ICS וLABA יכול לשפר היענות.

10. מה נכון לגבי ICS ב-COPD?
 א. מפחיתים תמותה
 ב. מפחיתים תדירות אקסטרבציות

11. מה נכון לגבי סטרואידים פומיים ב-COPD?
 א. משפרים תדירות אקסטרבציות
 ב. לא משפרים תמותה (בהרסון לא מוזכר שום יתרון של טיפול פומי. הפסקה כולה מוקדשת להסבר מדוע מסוכן ולא רצוי להשתמש)
 ג. משפרים איכות חיים

12. חולה עם COPD וסטרוציה בדם 89%. לפני שיחזור אתם מתכננים לארגן לו חמצן ביתי, מדוע?
 א. חמצן ביתי יוריד את שיעור ההיפרקפניה שלו
 ב. חמצן ביתי יוריד תמותה אצל חולה זה.

חסרים נתונים בשחזור. במידה ויש עדות ליל"ד ריאתי או אי ספיקה ימנית-חמצן יוריד תמותה בערכים של מתחת ל-90%. אם לחולה יש היפוקסיה במאמץ או בשינה גם אז יש מקום. בשאר המקרים אין יתרון.

13. תרשים ספירומטריה עם תבנית חסימתית קלאסית, מה מצופה למצוא בספירומטריה?
 א.
 ב.
 ג.
 ד.

14. מה נכון לגבי אבחנת ברונכיאיטס?
 א. בדיקת הבחירה היא CT ברזולוציה גבוהה בחתכים דקים
 ב. צלח קדמי, אחורי וצדדי תקינים שוללים את האבחנה
 ג. משהו עם דיפוזיה

גסטרו:

1. בן 72 סוכרת ועצירות כרונית. קולונסקופיה לפני 6 חודשים תקינה. כעת החל חוסמי סידן בשל יל"ד. ועצירות החמירה. מטופל במטפורמין. סוכר מאוזן יותר טוב. מה תעשה?
 א. הפסקת מטפורמין
 ב. קולונוסופיה מלאה חוזרת
 ג. להפסיק חוסמי סידן.

2. מי מהבאים הוא הספציפי ביותר להפרעה כבדית?
 א. ALT
 ב. AST
 ג. בילירובין
 ד. INR
 ה. אלבומין

כדאי לדעת כי בהקשר של הפטיטיס אלכוהולי מוזכר כי: Bilirubin may be markedly increased in alcoholic hepatitis despite modest elevation in alkaline phosphatase

3. חולה שטופל בדוקסילין לאחרונה הגיע עם כאבים בבליעה. מה הכי סביר שיש לו?
א. זיהום
ב. **pill esophagitis**
ג. GERD

בהקשר זה חשוב לזכור דוקסילין וביספוספונטים

4. חולה עם IBD מתקבל עם פנקריאטיטיס. מאיזה תרופה זה מובע?
א. MTX
ב. אנטי TNF
ג. **אימראן**

אזטיופרין וגם MP6

5. חולה אלכוהוליסט מתקבל שקוע. גלוקוז תקין. חום 38.6 בליירובין INR 2.4. בטן רגישה בעיקר מעל הכבד. כיצד נטפל?
א. פרדניזון IV
ב. **פרדניזון 40**
ג. אנטיביוטיקה
ד. כלכלה עתירת קלוריות

הריסון מזכיר טיפול פומי בלבד. ייתכן וכאן הכוונה הייתה תוך ורידי כי הוא שקוע. בכל מקרה מוזכר בפרק כי דווקא נשים אנצפלופתיות על רקע פגיעה כבדית אלכוהולית קשה הרוויחו הכי הרבה מסטרואידים (שמוזכרים פומיים בלבד) אז כנראה שזו התשובה הטובה ביותר.

6. חולה אלכוהוליסט מתקבל ישנוני סוכר תקין בליירובין INR 2.1 תקין. חום 38.6 בטן רגישה. [כן, זו שאלה נוספת] כיצד נטפל?
א. **פרדניזון פומי**
ב. פרדניזון IV
ג. טיפול תומך.

7. חולה בת 30 עם עליה במשקל של 10 ק"ג אלבומין 1.9 תפקודי כבד תקינים. איסוף שתן לחלבון שלילי. כיצד נמשיך בברור?
א. SIEP
ב. שרשראות קלות בשתן
ג. **נגודים TIG וביופסיה מתריסריון**

גם אישה וגם בת פחות מ-40 ("לא כל כך יפה ולא בת 16"). לא מציינים כאבי עצמות, אי ספיקת כליות או היפרקלצמיה = <= לא סביר שמדובר במיילומה. לאור היפואלבומינמיה ככל הנראה על רקע של תת-ספיגה צליאק תהיה אפשרות סבירה יותר.

8. חולה עם הפטיטיס B כרוני. בבדיקה כעת מיימת בהחמרה. באולטראסאונד מלבד המיימת גוש 3 ס"מ באונה שמאלית של הכבד. כיצד נתקדם באבחנה?
א. ניקור מיימת לציטולוגיה
ב. FNA של הגוש.
ג. **CT תלת פאזי**
ד. ניתוח להוצאת אונה שמאל של הכבד.

9. עולה חדשה מאוקראינה עם חבר חדש מזה 3 חודשים מתקבלת בשל חולשה וצהבת בלחמיות. במעבדה של HBSAG חיובי. ANTI HBC IGM שלילי ANTI HBC IGG חיובי. מה נכון?
א. לחולה זיהום אקוטי HBV המסביר את מצבה.
ב. **לחולה ראקטיביציה של זיהום לטנטי HBV**
ג. לחולה הפטיטיס כרונית של HBV אך אין בזה הסבר למצבה כעת וצריך המשך בור.

10. חולה עם אי ספיקת כבד דוהרת שרוצים לעקוב אחריו בתכיפות גבוהה. מה הבדיקה המדויקת ביותר לתפקוד הכבד?
א. פקטור 7
ב. **פקטור 5**
ג. אלבומין
ד. INR

מיוצר באופן בלעדי בכבד. מדד פרוגנוסטי בחולי שחמת

11. חולה בת 60 עם שלשול מזה מספר חודשים. בביופסיה דלקת לאורך כל הלמינה פרפרה ויש גרנולומות. ביופסיה מהרקטום תקינה. מה האבחנה?
א. קוליטיס מיקרוסקופית
ב. UC
ג. **קררחה**

שילוב של גרנולומות + rectal sparing = קררחה

12. חולה עם UC מזה 20 שנה כעת מפתחת הפרעה קולסטטית. בסוגר יש הרחבה דרכי מרה תוך חוץ כבדיות. מה בדיקת הבחירה?
א. ERCP
ב. **MRCP**
ג. CT
ד.

13. בת 60 עם הפרעה כולסטטית וגרד וסוגר דרכי מרה תקין. AMA חיובי. מה בדיקת הבחירה? (מדובר בשאלה לא מוצלחת. לפי guidelines של איגוד הכבד האמריקני שילוב של שני קריטריונים אבחנתיים – הפרעה כולסטטית, AMA חיובי או אבחנה היסטולוגית מספיקים לאבחן PBC, ולחולה כבר יש שני קריטריונים. בהריוסן זה לא כתוב אבל מוזכר כי ביופסיה חשובה בעיקר בחולים שהם AMA שליליים והיא חיובית. כך שמבין האופציות כנראה שאבחנה רדיולוגית לא פולשנית לשלילת סיבות אחרות היא הרע במיעוט).

- א. MRCP
- ב. ERCP
- ג. ביופסיית כבד
- ד. CT

PBC should be considered in patients with chronic cholestatic liver enzyme abnormalities. It is most often seen in middle-aged women. AMA testing may be negative, and it should be remembered that as many as 10% of patients with PBC may be AMA-negative. Liver biopsy is most important in this setting of AMA-negative PBC. In patients who are AMA-negative with cholestatic liver enzymes, PSC should be ruled out by way of cholangiography.

14. חולה HIV מגיע עם כאבים בבליעה. באנדוסקופיה נמצא כיב בודד. מה הסיבה הכי סבירה?
 א. PCP
 ב. קנדידה
 ג. HSV
 ד. CMV

רצוי לקחת את הביופסיה ממרכז הכיב כדי לזהות גופיפי הסגר. טיפול בגנציקלוביר.

15. חולה עם הפטיטיס C כרוני. התקבל בשל דמם מדרכי עיכול עליונות. בגסטרוסקופיה נמצאו דליות שנקשרו. בבדיקתו מיימת גדולה ואשתו מספרת כי לאחרונה החולה מבולבל לעיתים קרובות. אילו מהליל יגרום לך לשקול לא לעשות TIPS?
 א. המיימת הגדולה
 ב. הסיכון לדמם מדליות
 ג. עלול להחמיר אנצפלופתיה.

16. אבחון של HCV סרוטיפ A1 מה מהבאים ישפיע על בחירת סוג הטיפול ומשך הטיפול?
 א. היותו גבר
 ב. היותו מעשן
 ג. סרוטיפ הנגיף

משך טיפול:
 גנוטיפ 1 – 48 שבועות
 גנוטיפ 2 ו-3 – 24 שבועות

17. מה הכי חשוב בנוזל המיימת? (שאלה טיפשית או שחזור חלקי)
 א. ספירת לימפוציטים
 ב. ספירת נוטרופילים (אם בהקשר זיהומי ושליטת פריטוניטים)
 ג. עמילאז
 ד. גלוקוז
 ה. חלבון (אם מדובר בבירור ראשוני עם SAAG גבוהה צריך להבדיל בין אלבומין של מעל או מתחת 2.5 ואז זו התשובה)

18. התייגות של דמם אקוטי מדליות, מה הטיפול?
 א. פרפרנולול
 ב. טרליפרסין וקשירת דליות
 ג.

זיהומית:

1. חולה בן 72 עם CAP טופל 3 ימים ברוצפין ולא משתפר. מה לעשות? (כנראה שהיו רמזים נוספים בשאלה המקורית. צל"ח חשוב אבל בכל מקרה צריך להוסיף כיסוי לאטיפים).

- א. צילום חזה
- ב. טאזוצין
- ג. לבופלוקסצין לכיסוי ליגינולה
- ד. לבופלוקסצין + זונקו

- יש קליניקה אופינית של חום גבוה, שלשול, היפונתרמיה ודלקת ריאות.
- הכניסה היא דרך הריאות וביטוי חוץ ריאתי זה בגלל פיזור המטוגני.
- הביטוי הכי נפוץ של גינולה מחוץ לריאות זה בלב – מיוקרדיטיס, פריקרדיטיס, פוסטקרדיטומיה סינדרום, ואנדוקרדיטיס של מסתם תותב. רוב המקרים נרכשו בבית חולים
- ייתכן חדירה של מזהם דרך פצע ניתוחי סטרנלי שנחשף למים מזוהמים או דרך הכנסת צינור למדיאסטינום
- סינוסיטיס, פריטוניטיס, פילונפריטיס, זיהומי עור ורקמה רכה, ספטיק ארטריטיס ופנקריאטיטיס נראה בעיקר במדוכאי חיסון
- טיפול הבחירה מקרוליד (קלירטומיצין או אזניל) או קווינולון. ניתן גם לתת טטרהציקלין כמו דוקיסלין או רספרים. זה חיידק תוך תאי אז צריך אנטיביוטיקה שמגיעה לריכוזים גבוהים בתוך התא

2. שחפת עם עמידות לריפמפין ואיזוניאזיד איזה טיפול תסוּף?
 א. קרבנמים
 ב. קווינלונים
 ג. מוקסיפן.
3. חולה אלכוהוליסט עם צילום של אבצס ריאתי מה הטיפול?
 א. קולסטין
 ב. פלג'ל
 ג. רספרים
 ד. קלידנהמיצין.

Lung abscess- anaerobic bacteria should usually be treated with clindamycin; the initial IV dosage of 600 mg four times daily can be changed to an oral dosage of 300 mg four times daily once the patient becomes afebrile and improves clinically. The duration of therapy is arbitrary, but many experts recommend continuation of oral treatment until imaging shows that chest lesions have cleared or have left a small, stable scar. A shorter course may be effective. An alternative to clindamycin is any -lactam/-lactamase inhibitor combination; parenteral treatment may be followed by orally administered amoxicillin/clavulanate. Metronidazole is highly active against virtually all anaerobes but not against aerobic microaerophilic streptococci, which play an important role in mixed infections.

4. מי הגורם העיקרי לתמותה במלריה?
 א. פלציפרום
 ב. ויקס
 ג. פלסמודיום מלריה

5. חולה בן 50 חודש לאחר החלפת מסתם התקבל בשל חום ווגטציות על המסתם התותב. בתרבויות דם צמיחה של סטאף אפידרמיס. לציין סיים כעת טיפול באמינוגליקוזידים בשל UTI מוכח.
 א. החיידק לא קשור לאנדוקרדיטיס ככל הנראה
 ב. החולה זקוק לניתוח
 ג. יש להוסיף ריפמפין לטיפול
 ד. יש לטפל בקלידנהמיצין.
 ה. לטפל בOXACILLIN (נכון אם היו שואלים לגבי MSSA)

Staphylococcal PVE is treated for 6–8 weeks with a multidrug regimen. **Rifampin** is an essential component because it kills staphylococci that are adherent to foreign material in a biofilm. Two other agents (selected on the basis of susceptibility testing) are combined with rifampin to prevent in vivo emergence of resistance. Because many staphylococci (particularly MRSA and *S. epidermidis*) are resistant to gentamicin, susceptibility to gentamicin or an alternative agent should be established before rifampin treatment is begun. If the isolate is resistant to gentamicin, then another aminoglycoside, a fluoroquinolone (chosen on the basis of susceptibility), or another active agent should be substituted for gentamicin.

Tables 124–3 The Duke Criteria for the Clinical Diagnosis of Infective Endocarditis ^a	
Major Criteria	
1. Positive blood culture	
Typical microorganism for infective endocarditis from two separate blood cultures	
Viridans streptococci, <i>Streptococcus gallolyticus</i> , HACEK group, <i>Staphylococcus aureus</i> , or	
Community-acquired enterococci in the absence of a primary focus, or	
Persistently positive blood culture, defined as recovery of a microorganism consistent with infective endocarditis from:	
Blood cultures drawn >12 h apart; or	
All of 3 or a majority of 4 separate blood cultures, with first and last drawn at least 1 h apart	
Single positive blood culture for <i>Coxiella burnetii</i> or phase I IgG antibody titer of >1:800	
2. Evidence of endocardial involvement	
Positive echocardiogram ^b	
Oscillating intracardiac mass on valve or supporting structures or in the path of regurgitant jets or in implanted material, in the absence of an alternative anatomic explanation, or	
Abscess, or	

New partial dehiscence of prosthetic valve, <i>or</i>
New valvular regurgitation (increase or change in preexisting murmur not sufficient)
Minor Criteria
1. Predisposition: predisposing heart condition or injection drug use
2. Fever 38.0°C (100.4°F)
3. Vascular phenomena: major arterial emboli, septic pulmonary infarcts, mycotic aneurysm, intracranial hemorrhage, conjunctival hemorrhages, Janeway lesions
4. Immunologic phenomena: glomerulonephritis, Osler's nodes, Roth's spots, rheumatoid factor
5. Microbiologic evidence: positive blood culture but not meeting major criterion as noted previously ^a or serologic evidence of active infection with organism consistent with infective endocarditis

6. חולה לאחר אשפוז בטיפול נמרץ צמיחה בדם של אצינוטוקטר בעל עמידות רחבה. מה האפשרות הטיפולית הסבירה?
 א. מוקסיפן
 ב. רספרים
 ג. קוליסטיין
 ד. רוצפין

7. חולה 6 שנים לאחר השתלת לב. לפני כשנה אובחן MR. לאור מחלותיו נדחו פעולות רפואיות שונות ועתה הולך להסרת נגע חשוד בעור, השתלת 3 שיניים וניתוח בעיניים. מה נכון לגבי טיפול מניעתי?
 א. מוקסיפן לפני כל אחת מהפעולות.
 ב. מוקסיפן רק לפני טיפול השיניים.
 ג. אינו זקוק לטיפול מניעתי ל SBE

- כל מסתם מלאכותי
- אנדוקרדיטיס בעבר
- מום לב כחלוני שטרם תוקן
- מום לב שתוקן ניתוחית במהלך 6 החודשים האחרונים
- **מום מסתמי שהתפתח לאחר השתלת לב**
- מום לבבי שלא תוקן במלואו וישנם בו עדיין פגמים בסמוך לחומר/למשתל הלב

8. חולה לאחר החלפת מסתם ולפני טיפול שיניים. רגיש לפנצילין [לא היה כתוב מה הרגישות] כיצד תטפל?
 א. מוקסיפן
 ב. רוצפין
 ג. צפלוספורין דור ראשון
 ד. קלינדה פומית 600 מ"ג שעה לפני הפעולה.

Tables 124–7 Antibiotic Regimens for Prophylaxis of Endocarditis in Adults with High-Risk Cardiac Lesions ^{a,b}
A. Standard oral regimen
1. Amoxicillin: 2 g PO 1 h before procedure
B. Inability to take oral medication
1. Ampicillin: 2 g IV or IM within 1 h before procedure
C. Penicillin allergy
1. Clarithromycin or azithromycin: 500 mg PO 1 h before procedure
2. Cephalexin^c: 2 g PO 1 h before procedure
3. Clindamycin: 600 mg PO 1 h before procedure
D. Penicillin allergy, inability to take oral medication
1. Cefazolin ^c or ceftriaxone ^c : 1 g IV or IM 30 min before procedure
2. Clindamycin: 600 mg IV or IM 1 h before procedure

9. חולה קשיש עם WEST NILE מה נכון?
 א. שיתוק פלסידי עם ביופסיה שרירית הדומה לפוליו
 ב. הזיהום לא יכול לעבור במנות דם
 ג. 50% מעורבות CNS
 ד. המחלה לא מוכרת בארצות הברית (שכיח בצפון אמריקה למרות שמו)

זיהום ויראלי west nile virus גורם לתסמונת febrile-myalgic שמתבטאת בכאבי ראש, כאב אוקולרי, כאבי גרון, בחילות והקאות, ארתרלגיה (אך ללא ארתריטיס). יכול לעבור גם בדם ודרך שילייה. מעורבות CNS אינה שכיחה (ביחס של 1:100 הדבקות). באפריקה מוביל גם לכשל כבדי פתאלי.

Intense clinical interest and the availability of laboratory diagnostic methods have made it possible to define a number of unusual clinical features, including chorioretinitis, **flaccid paralysis with histologic lesions resembling poliomyelitis**, and initial presentation with fever and focal neurologic deficits in the absence of diffuse encephalitis.

10. בן 23 שלשול חמור עם דם מזוה יומיים וחום. בתרביית צואה צמיחת קמפילובקטר. מה הטיפול המועדף?
 א. רספרים
 ב. **אזניל**
 ג. מוקסיפין

Fluid and electrolyte replacement. Even among patients presenting for medical attention with Campylobacter enteritis, not all clearly benefit from specific antimicrobial therapy. **Indications for therapy include: high fever, bloody diarrhea, severe diarrhea, persistence for >1 week, and worsening of symptoms.** A 5- to 7-day course of **erythromycin** (250 mg orally four times daily or—for children—30–50 mg/kg per day, in divided doses) is the regimen of choice. Both clinical trials and in vitro susceptibility testing indicate that other macrolides, including **azithromycin** (a 1- or 3-day regimen), also are useful therapeutic agents. An alternative regimen for adults is **ciprofloxacin** (500 mg orally twice daily) or another fluoroquinolone for 5–7 days, but resistance to this class of agents as well as to tetracyclines has been increasing.

11. מי מהבאים אינו גורם למינינגיטיס ויראלי? (כולם יכולים לגרום..)
 א. הרפס
 ב. CMV
 ג. אנתרווירוס
 ד. קוקסאקי
 ה. WEST NILE

12. במה עדיף מבחן אינטרפרון על PPD?
 א. יותר רגיש
 ב. **יותר ספציפי במי שחוסן ב-BCG**
 ג. עדיף בחולי HIV בהם PPD פחות רגיש

13. באיזו דלקת ריאות נחשוד בליגיולה?
 א. צל"ח תקין
 ב. חשיפה לציפורים
 ג. **לא מגיב למוקסיפין בקהילה** (מטפלים על ידי מאקרולייד או קווינולון נשימתי)

14. חולה לאחר זיהום בCDAD שטופלה בפלג'ל כעת שוב שלשולים. מה הכי נכון?
 א. מתן ונקומיצין ממושך יותר
 ב. טיפול ממושך יותר בפלג'ל (הישנות ראשונה – טיפול זהה לאירוע הראשון ולא ממושך יותר)
 ג. **במקרים קשים ניתן לשקול השתלת צואה.** (יאמממי)

15. במי נטפל למניעת PCP?
 א. חולה HIV אתסמיני עם ספירת CD4 של 150
 ב. חולה COPD המטופל 5 ימים בפרדניזון 40 מ"ג
 ג. חולה המקבל טיפול כימותרפי ללימפומה וכעת נוטרופני
 ד. חולה HIV שחלה בעבר ב PCP PNEUMONIA וכעת CD4 הוא 500 בבדיקות חוזרות 4 חודשים אחרונים

16. יש מדינות הדורשות אישור חיסונים בכניסה לארצם. לאילו מהנ"ל ייתכן ותצטרפו להגיש אישור?
 א. הפטיסיס A
 ב. הפטיסיס B
 ג. **YELLOW FEVER** (באפריקה ובדרום אמריקה)
 ד. שפעת
 ה. פנאומוקוק

17. מה נכון בזיהום סטרפטוקוקלי?
 א. **TSS נטפל בפנצילין+קלינדימיצין+IVIG**
 ב. באם יש NECROTIZING FASCITIS ניתן מיד פנצילין +קלינדימיצין ונשקול בהמשך ניתוח (לא נשקול אלא זה הטיפול החיוני ביותר!)
 ג. ברוב החולים עם TSS אין בקטרמיה

Streptococcal toxic shock syndrome	Penicillin G, 2–4 mU IV q4h; <i>plus</i> clindamycin, ^b 600–900 mg q8h; <i>plus</i> IV immunoglobulin, ^b 2 g/kg as a single dose
------------------------------------	--

18. חולה נוטרופני עם חום מקבל טיפול מזה 3 ימים בטאזוצין. ללא שיפור קליני. בהדמיית בית החזה נצפה האלו SIGN בריאה. איך תטפל?
 א. חלון מטיפוס ABX ולקחת תרבות
 ב. אציקלביר
 ג. פלוקונזול
 ד. **נוריקונזול**

19. מה נכון בנוגע לזיהום בפרטוזיס בחולה משתעל?
 א. אין צורך לבודד את החולה

ב. טיפול הבחירה הוא קווינילונים – טיפול הבחירה הוא מאקרולייד (איתרומיצין)
 ג. יש לטפל כאשר החולה בשלב הקאטארלי שכן אז הטיפול הכי יעיל

20. מה מהבאים נכון בנוגע לסרטנים הנגרמים ע"י וירוסים
 א. HP גורם ל...
 ב. HP גורם ל-MALT

TABLE 110-4 Infectious Agents Associated With the Development of Lymphoid Malignancies

Infectious Agent	Lymphoid Malignancy
Epstein-Barr virus	Burkitt's lymphoma Post-organ transplant lymphoma Primary CNS diffuse large B cell lymphoma Hodgkin's disease Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type
HTLV-I	Adult T cell leukemia/lymphoma
HIV	Diffuse large B cell lymphoma Burkitt's lymphoma
Hepatitis C virus	Lymphoplasmacytic lymphoma
<i>Helicobacter pylori</i>	Gastric MALT lymphoma
Human herpesvirus 8	Primary effusion lymphoma Multicentric Castleman's disease

21. מה לא נכון לגבי חיסון לפנאמוקוק?
 א. יש לחסן חולים סכרתיים מעל גיל 65
 ב.
 ג. יש לחסן את כל המעשנים

22. מה נכון לגבי אציקלוביר?
 א. טיפול טוב ב-CMV
 ב. תופעת לוואי עיקרית היא פגיעה כלייתית

- מנגנוני פגיעה של תרופות נבחרות: אמפוטריצין יוצרת חורים במערכת הטובולרית מכיוון שהיא נקשרת לשיירי כולסטרול על פניהם, וונקומיצין גורמת לנזק כלייתי כאשר יש רמות גבוהות ב"שפל", אציקלוביר יוצרת משקעים טובולריים, רימפאמפין כמו אנטיביוטיקות רבות גורמת לנפרטיס אינטרסטיציאלית.

אנדו:

- חולה עם רעד ירידה במשקל ותאבון מוגבר. TSH = 0.4 נמוך
 א. מעקב בלבד
 ב. טיפול באלדורקסין
 ג. לברוק T3
- חולה עם TSH 6 ו-T4 תקין, נוגדני בלוטת תריס שליליים, החולה אסימפטומטי. מה לעשות?
 א. מעקב עוד 3 חודשים אחרי TSH
 ב. אלטרקסין
 ג. מיפוי
 ד. US
- למה קבעו גבול עליון תקין לוסוכר בצום 126?
 א. כי החל מערך זה מתחילים סיבוכים של רטינופתיה
 ב. כי החל מערך זה מתחילים סיבוכים CV
 ג. כי החל מערך זה מופיעה גליקוזוריה
- חולה עם יל"ד למרות טיפול תרופתי ב 3 תרופות, כעת סובלת מכאבי ראש ולחצי דם מוגברים. במעבדה- מטנפרינים בשתן פי 4 מהנורמה, מה השלב הבא?
 א. מעקב
 ב. CT עם חומר ניגוד
 ג. פנוקסיבנמין
- מה המנגנון של מטפורמין?
 א. הפעלת רצפטור גמא להגברת רגישות לאינסולין
 ב. מפחית גלוקוקואוגנזה בכבד
 ג. מגביר הפרשת אינסולין

6. חולה בת 26 עם חסר פוריות צוואר עבה נמוכה ובית חזה רחב מחזור ראשון בגיל 18 ומאז לא סדיר. מה לא נעשה?
 א. LH FSH
 ב. אקו לב
 ג. MRI מח
 ד. סונר שחלות
 ה. קריינטיפ ("בובה, יש לך Turner's syndrome")

7. בת 30 בריאה בד"כ לאחרונה ארועי חולשה ורעב כשקמה בבוקר. מתקבלת למיון עם סוכר 46. במעבדה אינסולין ורמת C PEPTIDE גבוהים בדם. איך נטפל עד לטיפול הסופי?
 א. גלוקוז
 ב. דיאזוקסיד
 ג. משתנים
 ד. ת

- באינסולינומה - לפני ניתוח הדרך לשלוט בהיפוגליקמיה הוא ארוחות קטנות ודחופות
- מתן דיאזוקסיד (בנזותיאזיד) הוא גשר טיפולי שמעכב הפרשת אינסולין.

8. טיפול ב-PTU למחלת גרייבס?
 א. מיצוי הטיפול יכול להתרחש רק לאחר 18-24 חודשים
 ב. אין להפסיק PTU לפני יוד רדיואקטיבי מחשש לתיירואיד סטורם
 ג. היעדר עליית TSH לאחר 6 שבועות נחשבת כישלון טיפולי
 ד. טיפול משולב עם פרופראנולול מייל את הטיפול ב-PTU.

Maximum remission rates (up to 30–50% in some populations) are achieved by 18–24 months for the titration regimen and by 6 months for the block-replace regimen.
 Antecedent treatment with antithyroid drugs should be considered for all elderly patients or for those with cardiac problems to deplete thyroid hormone stores before administration of radioiodine. Carbimazole or **methimazole must be stopped at least 2 days before radioiodine administration** to achieve optimum iodine uptake. **Propylthiouracil has a prolonged radioprotective effect and should be stopped several weeks before radioiodine** is given, or a larger dose of radioiodine will be necessary.

9. חולה עם היפוקלצמיה ו-PTH גבוה. מה הכי סביר?
 א. היפרפראתיירואיד שלישוני
 ב. חסר ויטמין D
 ג. היפרפראתיירואידים ראשוני מתאפיין ברמות PTH וסידן גבוהות שלא מגיבות יותר לטיפול תרופתי. ומחייבות כריתה ניתוחית של המוקדים האוטונומיים בבלוטה (עמ' 3109).

10. מה הכי סביר בחולה עם קלציום 11.2 פוספור 1.1 PTHi מוגבר?
 א. חסר ויטמין D
 ב. Familial hypocalciuric Hypercalcemia
 ג. היפרפראתיירואיד ראשוני
 ד. היפרפראתיירואידים ראשוני בחסר ויטמין די נצפה לסידן נמוך. מכיון שני הנתונים, ששניהם עקרונית באים בחשבון, FHH מסווג בתרשים הזרימה תחת הכותרת של רמות PTH נמוכות. חוץ מזה, היפרפראתיירואידים ראשוני הרבה יותר שכיח. הדרך הנכונה להבדיל ביניהם היא לחשב הפרשת סידן בשתן. (טבלה בעמוד 3110, וטקסט גלוה).

11. קשיש עם קלציום נמוכים ופוספור נמוכים PTHi מוגבר. מה השלב הבא באבחנה?
 א. מדידת ויטמין D 25
 ב. מדידת ויטמין D 1,25

To rule out vitamin D intoxication - due to an excessive biologic action of the vitamin, perhaps the consequence of increased levels of 25(OH)D rather than merely increased levels of the active metabolite 1,25(OH)2D (the latter may not be elevated in vitamin D intoxication). Hence concentrations of 25(OH)D are elevated severalfold in patients with excess vitamin D intake. **The diagnosis is substantiated by documenting elevated levels of 25(OH)D >100 mg/mL**

12. מה נכון לגבי היפרקלצמיה של ממאירות?
 א. תמיד במנגנון של PTH RP גבוה. (לא תמיד) - PTHrP
 ב. ניתן בקלות להבחין בין מקור PTH ל-PTHrP.
 ג. יש יותר חשיבות לסוג הגידול מאשר לקיום גרורות בעצמות.

Measurement of PTH is useful to exclude primary hyperparathyroidism; the PTH level should be suppressed in HHM. An elevated PTHrP level confirms the diagnosis, and it is increased in 80% of hypercalcemic patients with cancer. 1,25-Dihydroxyvitamin D levels may be increased in patients with lymphoma.

היפרקלצמיה של ממאירות דומה למצב של היפר-PTH ומתבטאה בשילוב של היפרקלצמיה והיפו-פוספתימיה. בשונה מהיפר-PTH החולים מאופיינים בבססת מטבולית ולא בהמצת היפרכלורמית. כאשר עולה החשד ניתן למדוד את רמות ה-PTH שאמורות להיות מדוכאות. מדידת PTHrP מאששת את האבחנה.

13. חולה בת 30 עם היפרתיירואיזם - רעד ירידה במשקל ותאבון שמור. T4 גבוה TSH נמוך. החלה טיפול ב-PTU. לאחר מספר שבועות מתקשרת לרופא ומספרת שסובלת מכאבים בגרון קושי בבליעה וחום 38.3. מה לעשות?
 א. חלק ממחלתה הבסיסית אין מה לעשות.
 ב. הפסקת התרופה מיד ולגשת לביצוע ספירת דם
 ג. העלאת מינון התרופה.

14. מה ההפרעה המסתמית השכיחה בקריצנואיד סינדרום?
 א. MS
 ב. MR
 ג. TS
 ד. **TR**
 ה. PR

97% have tricuspid insufficiency, 59% tricuspid stenosis, 50% pulmonary insufficiency, 25% pulmonary stenosis, and 11% (0–25%) left-side lesions. Up to 80% of patients with cardiac lesions develop heart failure.

15. בת 45 עם דיכאון ארועים חוזרים של חולשה, לאחרונה החל טיפול ב-SSRI, בבוקר מרגישה צורך לאכול מיד עם קיימתה. לחץ דם 90/60. במעבדה נתן 128 ואשלגן 5.8. נתן בשתן 45, אוסמולריות שתן 450, אוסמולריות בדם 275. כיצד נמשיך בברור?
 א. מבחן סינקטון ותפקודי תריס
 ב. CT בטן
 ג. **מדובר ב-SIADH ויש להגביל שתייה**

16. אלכוהוליסט עם היפוגליקמיה=40 ושקיעה במצב הכרה, מה לעשות?
 א. **גלוקוז לוריד בבולוס + תיאמין**
 ב. כדורי גלוקוז
 ג. תזונה עתירת קלוריות במהלך האשפוז + תיאמין

ראומטולוגיה:

1. אם לחולה היה RE עם קרדיטיס לכמה זמן נטפל טיפול אנטיביוטי מונע?
 א. שנה
 ב. 5 שנים
 ג. שנתיים
 ד. **10 שנים או עד גיל 21**

• בלי קרדיטיס- 5 שנים או 21 מה שיותר מאוחר
• עם קרדיטיס אבל בלי שארית של מחלה מסתמית- 10 שנים או 21 מה שמאוחר
• עם קרדיטיס ושארית מסתמית לפי אקו או אק"ג- 10 שנים או 40 מה שמאוחר ויש כאלו שנמשיך כל החיים.

2. מה הטיפול קו ראשון ב-AS?
 א. אנטי TNF
 ב. מטטקסאט
 ג. **NSAIDS**
 ד. אקמול

3. מטופלת המתקבלת עם לחצי דם אקסיביים 200 סיסטולי סימפטומטי, ללא נתונים נוספים פרט לכך שסובלת מעור פנים מתוח ומתופעת רגו, מה הטיפול המייד?
 א. **ACEI**
 ב. חוסמי ביתא
 ג. משתנים

4. חולה עם RA מאוזנת מזה שנים. מפרק קרסול כעת חם רגיש מאד למגע ותזוזה. חום מה תעשה?
 א. סטרואידים
 ב. MTX
 ג. חוסמי TNF
 ד. **ניקור**
 ה. טיפול אנטיביוטי

5. חולה מגיעה עם פריחת פרפר ארתריטיס קלה, יש לה במעבדה ANA וDSDNA חיוביים. קראטנין תקין. כיצד תטופל?
 א. אנטי TNF קו ראשון
 ב. מבטרה
 ג. MTX
 ד. **פלקוניל**

זאבת עורית ומפרקית קלה – נתחיל עם הידרוקסיכלורקוויין (פלקוויניל)

6. איך מטפלים בהתקף גאוט?
 א. שילוב של נקסין ואלופורינול (**לא מתחילים טיפול מוריד חומצה אורית בזמן התקף**)
 ב. **כוליצין 0.5 מ"ג כל 6-8 שעות**
 ג. אלופורינול
 ד. פרובסיד
 ה. קוליצין IV
 7. חולה עם RA קל יחסית. איך נתחיל הטיפול?
 א. **MTX**
 ב. סטרואידים
 ג. אנטי TNF קו ראשון.

טיפול הבחירה והבסיס ב RA הוא MTX (חלק מה DMARD). החולים שנהנים משילוב של MTX עם טיפול ביולוגי הם אלו עם מחלה קשה מראש, רוב האחרים היו מסתדרים עם MTX מבחינת בלימת/עיכוב התקדמות המחלה

9. חולה עם ארתריטיס ב-DIP ו-PIP עם Pitting בציפורניים. מה האבחנה?
 א. SLE
 ב. RA
 ג. שקר כלשהו
 ד. psoriatic arthritis
 Nail dystrophy (hyperkeratosis and onycholysis)

10. איזה טיפול נוסף לטטראידים ניתן לחולה עם ווגנר?
 א. ציקלופוסמיד
 ב. מטטרוקסאט
 ג. אנטי TNF
 ד. מבטרה

הטיפול כיום עם ציקלופוסמיד שינה משמעותית פרוגנוזה. שיפור נראה ב-90 אחוז מהמטופלים ורמיסה מלאה נראה ב-75 אחוז ושרידות חמש שנים עולה על 80 אחוז. 50-70 אחוז יחוו הישנות אחת או יותר – הישנות נמדדת על פי קליניקה ולא רמות ANCA!!!

11. חולה עם רנו, עיבוי של העור, פיתחה כעת אנמיה מאקרוציטית ושלושול. מה נכון?
 א. מדובר באנמיה המוליטית.
 ב. יש לטפל אמפירית בפלג'ל
 ג. יש לתת טיפול פרוביוטי למשך חודש.
 ד. יש לבצע קולונוסקופיה בשאלת IBD

Systemic sclerosis (chap. 232) - Macrocytic anemia, indicating a maturation disorder, may be caused by folate and vitamin B12 deficiency due to small bowel bacterial overgrowth and malabsorption, or by drugs such as methotrexate or alkylating agents. Bacterial overgrowth due to small-bowel dysmotility causes abdominal bloating and diarrhea and may lead to malabsorption and severe malnutrition. Treatment with short courses of rotating broad-spectrum antibiotics such as metronidazole, erythromycin, and tetracycline can eradicate bacterial overgrowth.

12. מה מהבאים נכון לגבי טיפול באנטי TNF? (לא בטוח שזו השאלה ולא בטוח שאלו המסחים)
 א. אם PPD חיובי אסור לטפל בהם גם אם קודם נטפל בשחפת הלטנטית.
 ב. אין מניעה לטיפול גם בנוכחות שחפת לטנטית.
 ג. PPD של 7 מחייב טיפול בשחפת לטנטית לפני מתן התרופה

13. מה ההפרעה החיסונית המולדת השכיחה ביותר:
 א. CVID
 ב. חסר IGA
 ג. אגמאגלובולינמיה
 ד. חסר IGM

Infections of the respiratory tract (bronchi, sinuses) mostly suggest a defective antibody response. In general, invasive bacterial infections can result from complement deficiencies, signaling defects of innate immune responses, asplenia, or defective antibody responses. Viral infections, recurrent Candida infections, and opportunistic infections are generally suggestive of impaired T cell immunity. Skin infections and deep-seated abscesses primarily reflect innate immune defects (such as chronic granulomatous disease); however, they may also appear in the autosomal dominant hyper-IgE syndrome.

14. לגבי ההפרעה החיסונית השכיחה ביותר מה נכון:
 א. צריך לתת IG ואנטיביוטיקה באופן מניעתי
 ב. רובם א-תסמינים ולעיתים סובלים מזהומים
 ג. לרובם יש אלרגיה ברקע שלא בוררה.

IgA deficiency is the most common PID (primary immune def.); it can be found in 1 in every 600 individuals. It is asymptomatic in most cases; however, individuals may present with increased numbers of acute and chronic respiratory infections that may lead to bronchiectasis. In addition, over their lifetime, these patients experience an increased susceptibility to drug allergies, atopic disorders, and autoimmune diseases. Symptomatic IgA deficiency is probably related to CVID, since it can be found in relatives of patients with CVID. Furthermore, IgA deficiency may progress to CVID. It is thus important to assess serum Ig levels in IgA-deficient patients (especially when infections occur frequently) in order to detect changes that should prompt the initiation of immunoglobulin replacement.

15. מה לא נכון לגבי אבחנת AS?
 א. ANA עוזר לאבחנה
 ב. יש צורך בצילומי אגן לצורך אבחנה

16. מי מהמטופלים הבאים מתאים ל-AS?
 א. חולה עם כאבי גב המוחמרים בפעילות
 ב. חולה עם כאבי גב דלקתיים, כאבים בפרקי כפות הידיים בעיקר פרוקסימליים, RF חיובי
 ג. חולה עם כאב גב המוקל בפעילות, קישיון בוקר, CRP מוגבר, HLAB27 חיובי ועונה על קריטריון NY
 ד.

17. מה נכון לגבי חומצה אורית גבוהה?
 א. נטפל אם יש אירועים חוזרים של נפרוליטיאזיס
 ב. נטפל בכל מקרה עם חומצה אורית גבוהה מ-9 (אין התוויה לטיפול בחולים א-תסמיניים. מעל 9 זו התוויה בחולי גאוס לטיפול קבוע בגלל שסובלים מהתקפים כלומר תסמיניים)
 ג. נטפל רק אם אמור לעבור טיפול כמותרפי

שונות

1. כיצד מבשרים בשורה מרה? ("שומע גבר אתה הולך למות...")
- מוסרים למשפחה בלבד- החולה לא צריך לדעת.
 - מוסרים לחולה ליד מיטת החולה.
 - מוסרים למשפחה אם מעוניינת לדעת.
 - מוסרים לחולה בפגישה מסודרת לאחר שיחת הכנה.**

2. מה הטיפול התרופתי בדיליריום?
- אין טיפול תרופתי בדיליריום
 - הלידול 5 מ"ג 3 פעמים ביום
 - במזודיאפינים
 - הלידול 0.5 מ"ג עד מקסימום של 3-1 מ"ג ליממה.** (מופיע בפרק 9 בדליריום בחולים טרמינליים)

3. בחולה סופני שטרם טופל במורפיום, עם קוצר נשימה:
- אין מקום לטיפול באופיאטים
 - יש לתת **מורפין 5 מ"ג כל 4 שעות** (פרק 9 גישה לחולה סופני. קוצר נשימה קל אפשר גם קודאין או הירוקודון אולם בקשה יש להתחיל במורפין 5-10 מ"ג כל 4 שעות)
 - הטיפול המועדף הינו אופיאטים בדריפ רציף על מנת להאריך פעולתם
 - בנזודיאזפינים

4. מה איננו חלק מ-ADL בסיסי?

- אכילה
- שליטה על סוגרים
- הכנת אוכל**
- לבוש
- מקלחת

The Basic Activities of daily living (ADLs) consist of these self-care tasks
Personal hygiene
Dressing and undressing
Eating
Transferring from bed to chair, and back
Voluntarily controlling urinary and fecal discharge
Using the toilet
Moving around (as opposed to being bedridden)

5. לגבי זנדה מה נכון?
- מדובר בפרוצדורה פולשנית עם סיבוכים ולכן נדרשת הסכמה מדעת**
 - ביחס לפיוס קיבה פחות פולשני לכן אין צורך בהסכמה
 - פעולה לא פולשנית לכן אחות יכולה להכניס בלי הסכמה
 - פעולה עם פחות סיבוכים מפיוס קיבה לכן לא צריך הסכמה