

سؤال PMP رشته بیهوشی و مراقبت‌های ویژه

بیمار آقای ۵۰ ساله مورد کارسینوم سلول کلیوی (RCC) که چهار ماه قبل پارشیل نفرکتومی شده و بعد از عمل به علت درد مزمن محل عمل، کدئین، استامینوفن، گاباپنتین، نورتریپتیلین و کتامین خوراکی دریافت می‌کرده است. در سه هفته اخیر به علت درد شدید، کدئین قطع و پچ ترانس درمال فنتانیل ۵۰µg در ساعت همراه با سایر داروها تجویز شده است. بیمار مجدداً نیاز به جراحی در همان ناحیه دارد.

در ارتباط با ویزیت قبل از عمل و آماده‌سازی بیمار برای شرایط Perioperative از لحاظ داروهای مصرفی و تسکین دردهای ناشی از کانسر و عمل جراحی، گزینه‌های صحیح را انتخاب نمایید.

(محدودیت انتخاب: 6 گزینه - انتخاب گزینه غلط، نمره منفی دارد)

آزمون: 08_بیهوشی_PMP	مدت آزمون: 10
----------------------	---------------

گزینه	بازخورد	نمره انتخاب	عدم انتخاب	مرگ
بیمار را Opioid-tolerant محسوب می‌کنم.	صحیح با توجه به مدت و دوز مخدر مصرفی	1.50	0.00	
برای ترک وابستگی به مخدر در دوره Perioperative درخواست مشاوره می‌کنم.	غلط زمان مناسبی نیست	1.00-	0.00	
این بیماران معمولاً درد خود را بیشتر و داروهای خود را کمتر گزارش می‌کنند.	صحیح	1.00	0.00	
احتمال افسردگی و اضطراب پیرامون عمل در این بیماران بیشتر است.	صحیح به علت کانسر و درد مزمن	1.00	0.00	
گاباپنتین را در دوره Perioperative ادامه می‌دهم.	صحیح باید ادامه یابد	1.50	0.00	
به علت احتمال بروز آریتمی نورتریپتیلین را قطع می‌کنم.	غلط ادامه می‌دهیم	1.00	0.00	
کتامین خوراکی را در دوره Perioperative عمل قطع می‌کنم.	صحیح سندرم محرومیت ندارد	0.50	0.00	

0.00	1.00-	غلط پیج به علت تغییر میزان جذب باید برداشته شود	پیچ فنتانیل ترانس درمال را برای جبران نیاز پایه بیمار به مخدر در طول عمل حفظ می‌کنم.
0.00	1.00	صحیح هم در بیهوشی جنرال هم بیهوشی رژیونال انفوزیون پایه مخدر مورد نیاز است.	بدو ورود بیمار به اتاق عمل پیچ فنتانیل ترانس درمال را برداشته و نیاز پایه بیمار به مخدر را انفوزیون می‌کنیم. (حتی حین بیهوشی رژیونال)
0.00	1.00-	غلط توصیه نمی‌شود.	برای کنترل بهتر درد بیمار بوپرنورفین را در دوره Perioperative شروع می‌کنیم.
0.00	0.50	غلط تکنیک بیهوشی برتر نداریم.	با توجه به نوع عمل جراحی و سابقه درد مزمن بیمار بهترین تکنیک بیهوشی بلوک نوروکزیال با کاتتر اپیدورال است.

در ارتباط با تسکین درد بعد از عمل در این بیمار و انواع روش‌های کنترل درد، گزینه‌های صحیح را انتخاب کنید.

(محدودیت انتخاب: 5 گزینه - انتخاب گزینه غلط، نمره منفی دارد)

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	0.00	0.50	غلط به علت درد مزمن و سابقه مصرف مخدر، کنترل درد سخت‌تر و درد شدیدتر است	کنترل درد بعد از عمل و شدت درد این بیمار، تفاوتی با بیماران بدون تجربه مخدر ندارد.
	0.00	1.00	درست	ممکن است تا چهار برابر دوز معمول مخدر مورد نیاز باشد.
	0.00	1.00	درست جلوگیری از اغراق کردن بیمار	برای ارزیابی دقیق شدت درد بعد از عمل این بیمار، توانایی تنفس عمیق، سرفه و تحرک بیمار را هم مد نظر قرار می‌دهیم.
	0.00	1.00-	غلط توصیه نمی‌شود	تجویز مخدر به صورت PRN (در صورت نیاز) برای کنترل درد بعد از عمل کفایت می‌کند.
	0.00	1.00	درست	فرمول ثابتی برای تعیین دوز مخدر مورد نیاز بیمار وجود ندارد و باید با بررسی‌های متوالی و تیتره کردن دارو به دوز مناسب رسید.
	0.00	0.50	غلط تکنیک برتری نداریم	برای کنترل درد در این بیمار، بهترین تکنیک گذاشتن کاتتر اپیدورال است.

0.00	0.50	غلط تکنیک برتری نداریم	بهترین تکنیک کنترل درد در این بیمار، PCA وریدی است.
0.00	1.00	درست تکنیک مولتی مودال	برای رسیدن به بیشترین آنالژزی بعد از عمل، از روش بی‌دردی مولتی مودال استفاده می‌کنیم.
0.00	0.50	درست بعثت سابقه درد مزمن و مصرف مخدر	با سرویس درد، برای کنترل درد بعد از عمل این بیمار مشاوره می‌دهیم.

در صورتی که روش تجویز مخدر با PCA وریدی را برای تسکین درد بعد از عمل این بیمار بکار ببریم، گزینه‌های صحیح را در این زمینه انتخاب کنید.

(محدودیت انتخاب: 4 گزینه - انتخاب گزینه غلط، نمره منفی دارد)

مرگ	عدم انتخاب	نمره انتخاب	بازخورد	گزینه
	0.00	0.00	غلط در این بیمار ریسک اپنه افزایش ندارد	از Background Infusion به علت افزایش ریسک اپنه استفاده نمی‌کنیم.
	0.00	1.00	درست	نیاز روزانه بیمار به مخدر را از طریق انفوزیون پایه و نیاز به مخدر برای تسکین درد جراحی را از طریق Demand dose تأمین می‌کنیم.
	0.00	1.00	درست	دوز بولوس مخدر را برابر دوز یک ساعت انفوزیون پایه تنظیم می‌کنیم.
	0.00	1.00-	غلط اگر ۲ تا ۴ عدد شود کم می‌کنیم	تا زمانی که تعداد دوز بولوس روزانه به بیش از ۵ بار نرسیده باشد، میزان انفوزیون را کم نمی‌کنیم.
	0.00	1.00-	غلط تا ۷۵٪	تا ۱۰۰٪ جمع دوزهای بولوس را می‌توان به انفوزیون پایه روزانه اضافه کرد.
	0.00	0.50	درست	استامینوفن وریدی و گاباپنتین را بعد از عمل تجویز می‌کنیم.
	0.00	1.00	درست	در صورت امکان ۲۴-۴۸ ساعت بعد از عمل سعی در تبدیل مخدر تزریقی به خوراکی می‌کنیم.
	0.00	1.00-	غلط ۱۲ تا ۱۶ ساعت تاخیر دارد	در صورت استفاده مجدد از فنتانیل ترانس درمال، ۴ ساعت تاخیر تا شروع اثر آن محتمل است و باید دوز بولوس تجویز کرد.